Crawled Content

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-addison-nguyen-nhan-trieu-chung-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Bệnh Addison là gì?

Nguyên nhân của bệnh Addison là gì?

Triệu chứng của bệnh Addison là gì?

Chẩn đoán như thế nào?

Điều trị Addison như thế nào?

Bệnh Addison là một căn bệnh hiếm gặp. Tỉ lệ xảy ra chỉ 1 trên 100.000 người. Nó có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, ở cả nam hay nữ. Những người mắc bệnh Addison vẫn có thể có cuộc sống bình thường miễn là họ dùng thuốc. Tổng thống John F. Kennedy cũng bị mắc tình trạng này. Vậy căn bệnh này là gì?

Một cách để cơ thể chúng ta giữ cân bằng là sử dụng các hormone để điều chỉnh các chức năng khác nhau. Ngay phía trên mỗi quả thận của bạn là một tuyến thượng thận nhỏ. Những tuyến này tiết ra các hormone cần thiết cho một cuộc sống khỏe mạnh. Khi tuyến này không tạo ra đủ các hormone sẽ gây rabệnh Addison.

Bệnh Addison còn được gọi là suy thượng thận nguyên phát, suy tuyến thượng thận không tạo ra đủ một lượng hormone gọi là cortisol và aldosterone.

Chức năng quan trọng nhất của cortisol là giúp cơ thể bạn đáp ứng với căng thẳng. Nó cũng giúp điều chỉnh việc sử dụng protein, carbohydrate và chất béo của cơ thể. Đồng thời, nó giúp duy trì huyết áp và chức năng tim mạch; kiểm soát quá trình viêm.

Aldosterone giúp thận của bạn điều chỉnh lượng muối và nước trong cơ thể. Đây là cách chính giúp bạn điều chỉnh lượng máu và kiểm soát huyết áp. Khi nồng độ aldosterone giảm quá thấp, thận của bạn không thể giữ cân bằng lượng muối và nước. Do đó, huyết áp của bạn giảm.

Hầu hết các trường hợp đều xuất phát từ chính tuyến thượng thận (suy tuyến thượng thận nguyên phát). Nguyên nhân do bệnh tự miễn chiếm 70% trong bệnh Addison. Điều này có nghĩa là hệ thống miễn dịch của cơ thể tự tấn công nhầm vào tuyến thượng thận. Cuộc tấn công tự miễn này phá hủy lớp ngoài của các tuyến.Nguyên nhân khác như nhiễm trùng kéo dài như bệnh lao, HIV và nhiễm một số loại nấm có thể gây hại cho tuyến thượng thận. Các tế bào ung thư lây lan từ những bộ phận khác của cơ thể đến tuyến thượng thận cũng có thể gây rabệnh Addison. Mặc dù hiếm gặp, tuyến thượng thận có thể bị tổn thương do nhiễm trùng.

Theo thời gian, bệnh Addison hay còn được gọi là suy thượng thận nguyên phát, sẽ dẫn đến các triệu chứng sau:

Mệt mỏi mãn tính và cảm giác yếu cơ.

Mất cảm giác ngon miệng, không có khả năng tiêu hóa thức ăn và giảm cân.

Huyết áp thấp(hạ huyết áp) giảm nhiều hơn khi đứng. Điều này gây ra chóng mặt, đôi khi đến mức ngất xỉu.

Xuất hiện các vết nám, sạm đen và tàn nhang trên da.

Da sẫm màu đặc biệt xảy ra nhiều ở vùng trán, đầu gối và khuỷu tay hoặc dọc theo sẹo, nếp gấp da và nếp nhăn (như ở lòng bàn tay).

Bất thường lượng đường trong máu, như lượng đường trong máu thấp nguy hiểm (hạ đường huyết).

Buồn nôn, nônvà tiêu chảy.

Không có khả năng đối phó với căng thẳng.

Tâm trạng buồn bực, khó chịu và trầm cảm.

Không thích nghi được với cảm giác nóng hoặc lạnh

Thèm đồ ăn mặn.

Vì các triệu chứng củabệnh Addisontiến triển chậm, chúng có thể không được nhận ra cho đến khi bị kích hoạt bởi một sự kiện căng thẳng về thể chất. Chẳng hạn như bị một bệnh khác, phẫu thuật hoặc tai nạn, làm cho các triệu chứng xấu đi nhanh chóng. Khi điều này xảy ra, nó được gọi là một cuộc khủng hoảng Addisonia. Cứ bốn người mắcbệnh Addisonthì sẽ có một người phát hiện bệnh khi bị cuộc khủng hoảng Addisonia. Khủng hoảng Addisonia được xem là một cấp cứu y khoa vì nó có thể gây tử vong.

Với bệnh Addison mãn tính, các triệu chứng mơ hồ và không đặc hiệu. Do đó, bệnh Addison có thể khó chẩn đoán và thường phải mất nhiều năm để chẩn đoán được thực hiện. Có nhiều trường hợp chỉ phát hiện bệnh khi vào một cuộc khủng hoảng Addisonia.

Một số bất thường có thể thấy trên công thức máu của bệnh nhân Addison bao gồm: nồng độ natri thấp hoặc kali cao,thiếu máu(sắt thấp) hoặc mức độ bạch cầu ái toan cao (một loại tế bào bạch cầu). Thông thường, lần đầu tiên bệnh được phát hiện thông qua các xét nghiệm thường quy để kiểm tra nồng độ natri và kali. Bác sĩ cũng sẽ kiểm tra tình trạng tăng sắc tố hoặc sẫm màu của da hoặc nướu, một dấu hiệu củabệnh Addisonlâu dài.

Cách hiệu quả nhất để chẩn đoán tình trạng này là đo nồng độ hormone trong máu trước và sau khi cho ACTH. ACTH là một hormone trong não, khi được giải phóng thường làm tăng giải phóng cortisol từ tuyến thượng thận. Trongbệnh Addison, tuyến thượng thận không thể đáp ứng với kích thích ACTH và nồng độ cortisol vẫn ở mức thấp.

Đo nồng độ cortisol và ACTH có thể giúp xác định xem có phải suy tuyến thượng thận hay không. Và nếu có thì liệu vấn đề là ở tuyến thượng thận hay não.

Một đánh giá vềbệnh Addisoncó thể bao gồm chụp CT tuyến thượng thận để tìm nhiễm trùng, ung thư hoặc chảy máu ở tuyến thượng thận. Một xét nghiệm bệnh lao cũng có thể được thực hiện bởi vì có tới 20% trường hợp là do bệnh lao. Tuy nhiên, phần lớn nguyên nhân là do bệnh tự miễn.

Bệnh Addison là do thiếu các hormone được sản xuất bởi tuyến thượng thận. Do đó, nó có thể được điều trị bằng cách thay thế các hormone đó. Điều này có thể được thực hiện với viên hydrocortisone, một loại hormone steroid, một lần hoặc hai lần mỗi ngày. Nếu cần thiết, aldosterone có thể được thay thế bằng một steroid tổng hợp, fludrocortisone acetate. Chúng được dùng bằng đường uống mỗi ngày một lần. Những loại thuốc này cần phải được tăng liều lên trong thời gian căng thẳng, nhiễm trùng, phẫu thuật hoặc chấn thương.

Điều trị bệnh gần như luôn luôn thành công. Khi được điều trị, những người mắcbệnh Addisoncó thể có một cuộc sống bình thường. Tuy nhiên, vì đây là những loại hormone, sử dụng phải tuân thủ liều nghiêm ngặt, chỉ cần thiếu một lượng nhỏ cũng không được. Vì vậy, bạn cần sử dụng dưới sự chỉ định và giám sát của bác sĩ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-alzheimer-trieu-chung-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Cách nhận biết bệnh Alzheimer

Ngoài mất trí nhớ, bệnh có triệu chứng nào?

Xét nghiệm giúp chẩn đoán bệnh Alzheimer chính xác?

Nếu tôi bị Alzheimer, tôi có thể sống bao lâu?

Bệnh Alzheimer điều trị như thế nào?

Người chăm sóc làm gì để giúp đỡ bệnh nhân Alzheimer?

Chất lượng cuộc sống càng ngày được nâng cao, tuổi thọ trung bình ngày càng tăng lên kéo theo đó là sự xuất hiện của các bệnh lý tuổi già nhiều hơn. Bệnh Alzheimer là một trong số đó, có lẽ tên gọi “bệnh lú lẫn” nghe sẽ quen thuộc hơn với mọi người. Vậy bệnh có biểu hiện như thế nào, điều trị ra sao? Cùng đọc bài viết bày để hiểu hơn về bệnh nhé.

Ban đầu các triệu chứng của bệnh Alzheimer thường là nhẹ, nhưng khi các tế bào não bị tổn thương theo thời gian. Chúng trở nên tồi tệ hơn và bắt đầu ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày của người bệnh. Điều này khiến triệu chứng bệnh khác hẳn với các hành vi, suy nghĩ chậm chạp, hay quên của tuổi già bình thường.

Người bệnh Alzheimer không ai có toàn bộ triệu chứng giống nhau hoàn toàn. Phần lớn, triệu chứng đầu tiên xuất hiện là gặp khó khăn để nhớ những thông tin hay những sự kiện gần đây. Có thể sự việc mới xảy ra cách đây vài phút hay vài ngày, người bệnh đã quên.

Chính vì thế người mắc Alzheimer thường hay:

Mất đồ (như chìa khóa, kính) hoặc để quên đồ ở những nơi rất kì lạ như điện thoại để trong tủ lạnh…

Quên tên bạn bè, người thân hoặc rất khó khăn để tìm từ đúng trong khi nói chuyện.

Không nhớ đã nói những gì, thường xuyên lặp lại một nội dung nói chuyện.

Bị lạc ở nơi rất quen thuộc, đã đi nhiều lần.

Trong khi đó, ở giai đoạn đầu trí nhớ về những kí ức xa xưa, người bệnh vẫn còn nhớ tốt, nhưng khi bệnh diễn tiến nặng lên, bệnh nhân sẽ quên hết, ngay cả trí nhớ xa.

Ngoài vấn đề về trí nhớ, người bệnh Alzheimer cũng  gặp khó khăn trong cách suy nghĩ, nói chuyện, thực hiện các công việc.

Ví dụ như:

Lời nói – lặp lại lời nói của chính mình hoặc rất khó khăn để theo dõi, hiệu nội dung cuộc nói chuyện.

Khả năng phán đoán ước tính trong không gian ba chiều bị sai lệch, khiến cho việc đi lên đi xuống cầu thang, hoặc đậu xe trở nên “khó nhằn”.

Khả năng tập trung, lên kế hoạch, tổ chức bị suy giảm. Người bệnh dành rất nhiều thời gian để ra quyết định, thực hiện lựa chọn hay hoàn thành một công việc gồm nhiều bước quen thuộc như nấu ăn, giặt đồ.

Bên cạnh đó, cảm xúc của người bệnh Alzheimer cũng rất dễ thay đổi, đang vui, bỗng chốc buồn rầu, lo sợ hoặc cáu gắt. Hành vi cũng vậy, đang cười nói vui vẻ, bỗng chốc trở nên bứt rứt đi lại nhiều hoặc thậm chí kích động muốn đánh người, giấc ngủ với  bị xáo trộn.

Càng về sau các triệu chứng dần trở nên nặng hơn và có thể xuất hiện các triệu chứng khác. Một số người bắt đầu tin những điều không có thật (hoang tưởng) ví dụ như tin rằng con cái đang nói xấu tìm cách đầu độc mình, hoặc người lạ muốn lấy trộm đồ. Hoặc thường nghe/nhìn thấy những điều thực sự đang không có trước mặt bệnh nhân (ảo giác).

Dần dần họ không còn tự ăn, tự đi lại, tự vệ sinh được nữa và người bệnh cần giúp đỡ trong tất cả các hoạt động hàng ngày của họ. Chính những thay đổi này khiến cho không chỉ bản thân người bệnh mả cả người chăm sóc cũng cảm thấy trở nên mệt mỏi, bất lực. Do đó, nếu bạn cần sự giúp đỡ có thể yêu cầu sự hỗ trợ từ bác sĩ tâm thần hoặc đội ngũ tư vấn tâm lý.

Xem thêm:Công dụng của Bạch quả cải hỗ trợ cải thiện trí nhớ và lời giải đáp từ bác sĩ

Cho đến thời điểm hiện tại không có một xét nghiệm đơn độc nào để chẩn đoán bệnh Alzheimer.

Thông thường các bác sĩ sẽ hỏi về các triệu chứng của bệnh nhân, tình trạng bệnh lý của bản thân bệnh nhân, gia đình, thăm khám, thực hiện các bài kiểm tra. Loại trừ các bệnh lý cấp tính có thể nguy hiểm tới tính mạng như nhiễm trùng hệ thần kinh, u não hoặc các bệnh lý có triệu chứng tương tự khác như thiếu hụt vitamin, bệnh lý tuyến giáp, trầm cảm thông qua các xét nghiệm chuyên biệt.

Chụp MRI (cộng hưởng từ) hoặc CT (cắt lớp vi tính) có thể giúp loại trừ u não, tai biến mạch máu não. Với người bệnh Alzheimer trên phim chụp có thể thấy một số cấu trúc liên quan đến trí nhớ bị teo nhỏ.

Ngoài ra, với nền y học hiện đại có thể làm các xét nghiệm về gene để xác định các bất thường liên quan đến bệnh, hỗ trợ chẩn đoán.

Trung bình, một người sau khi được chẩn đoán có thể sống được khoảng 10 năm, phản ánh bệnh nhân mắc bệnh khi tuổi đã cao chứ không phải do diễn tiến bệnh. Có những người bệnh có thể sống chung với bệnh lâu đến 20 năm.

Xem thêm:Sa sút trí tuệ ở người trẻ có gì khác so với người lớn tuổi?

Cho đến hiện tại chưa có một loại thuốc trên thị trường có thể điều trị khỏi bệnh Alzheimer hoàn toàn. Chúng có thể làm giảm tạm thời các triệu chứng hoặc làm chậm tiến triển bệnh.

Xem thêm:Bật mí công dụng của thuốc bổ não Ginkgo Biloba

Bên cạnh đó bệnh nhân cũng rất cần những hỗ trợ không thuốc khác, mà người chăm sóc có thể giúp ích, ví dụ:

Tạo lập các thói quen hoặc sử dụng hộp thuốc hàng ngày có thể cải thiện một số vấn đề do mất trí nhớ gây ra.

Giữ tinh thần, thể chất khỏe mạnh, tham gia các hoạt động xã hội ưa thích có thể có tác động rất tích cực đến một người mắc bệnh Alzheimer. Đó có thể là:

Tập thể dục thường xuyên như bơi lội, đi bộ hoặc thái cực quyền.

Rèn luyện trí óc bằng cách đọc hoặc giải đố.

Tham gia một câu lạc bộ hay nhóm để hát, nhảy, làm đồ thủ công.

Khi bệnh nặng hơn, việc hồi tưởng nói về những bức ảnh hoặc những vật thể quen thuộc có thể phù hợp hơn với người bệnh.

Theo thời gian, những thay đổi trong hành vi như kích động hoặc gây hấn trở nên dễ xảy ra hơn, đó có thể là cách người bệnh bộc lộ sự khó chịu trong cơ thể do:

Khát, đói, quá nóng hoặc quá lạnh

Đau

Kích thích quá mức: ồn ào, quá sáng…

Phản ứng quá mức: tức giận, sợ hãi, thất vọng, buồn đau….

Hiểu lý do đằng sau hành vi của người bệnh sẽ giúp ích cho người chăm sóc. Còn nếu không hiệu quả hãy đưa người bệnh đến gặp bác sĩ để được hỗ trợ.

Sa sút tâm thần dobệnh Alzheimervới biểu hiện nổi bật là mất trí nhớ, và mất khả năng thực hiện các công việc thường ngày. Các phương thức điều trị hiện tại bao gồm dùng thuốc và không dùng thuốc có thể hỗ trợ giúp bệnh nhân duy trì chất lượng cuộc sống tốt hơn. Mọi thông tin trong bài viết mang tính chất tham khảo, các bạn nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa để được chẩn đoán chính xác và điều trị sớm.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/am-thoi-tai-tim-binh-thuong-hay-benh-ly/

Nội dung bài viết

Tổng quát về âm thổi tại tim

Nguyên nhân gây ra âm thổi ở tim

Các triệu chứng của âm thổi ở tim

Chẩn đoán âm thổi ở tim

Điều trị âm thổi ở tim

Bạn được bác sĩ thông báo rằng bạn có một âm thổi tại tim. Bạn lo lắng về bệnh tim bẩm sinh hay không biết rằng trái tim có rối loạn gì không? Nếu bạn có những vấn đề về âm thổi tại tim, bài viết dưới đây của ThS.BS Vũ Thành Đô sẽ giúp bạn có những thông tin cần thiết về chứng rối loạn này.

Âm thổi từ tim là âm thanh trong chu kỳ nhịp tim, được tạo ra bởi dòng máu hỗn loạn trong hoặc gần tim của bạn. Bạn có thể nghe thấy những âm thanh này bằng ống nghe đặc hiệu. Nhịp tim bình thường tạo ra hai âm là những âm thanh van tim của bạn đang đóng lại.

Âm thổi ở tim có thể xuất hiện khi mới sinh hoặc phát triển sau này khi trưởng thành. Âm thổi ở tim không phải là một bệnh – nhưng âm thổi có thể chỉ ra một vấn đề tiềm ẩn trong tim.

Thông thường, âm thổi ở tim là vô hại và không cần điều trị. Một số tiếng thổi ở tim có thể được bác sĩ yêu cầu các xét nghiệm tiếp theo để chắc chắn rằng âm thổi không phải do những bệnh lý về tim nghiêm trọng gây ra. Việc điều trị, nếu cần, sẽ nhắm vào nguyên nhân gây ra âm thổi ở tim.

Có hai loại âm thổi ở tim: âm thổi vô hại và âm thổi bất thường. Một người có thể có một âm thổi nhẹ trên một trái tim bình thường. Đây là loại âm thổi ở tim thường gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ em.

Âm thổi bất thường ở tim có tính nghiêm trọng hơn. Ở trẻ em, những âm thổi bất thường thường do bệnh tim bẩm sinh. Ở người lớn, những âm thổi bất thường thường do các vấn đề về van tim mắc phải.

Âm thổi vô hại có thể xảy ra khi máu chảy qua tim nhanh hơn bình thường. Các tình trạng có thể khiến máu chảy nhanh qua tim, dẫn đến âm thổi vô hại, bao gồm:

Hoạt động thể chất hoặc tập thể dục;

Thai kỳ;

Sốt;

Thiếu máu do nhiều nguyên nhân;

Lượnghormone tuyến giáp tăng cao trong cơ thể (cường giáp);

Các giai đoạn phát triển nhanh chóng, chẳng hạn như tuổi vị thành niên.

Những âm thổi vô hại ở tim có thể biến mất theo thời gian hoặc chúng có thể kéo dài suốt cuộc đời của bạn mà không gây ra các vấn đề sức khỏe khác.

Nguyên nhân phổ biến nhất của âm thổi bất thường ở trẻ em là khi trẻ sinh ra có các vấn đề về cấu trúc của tim (dị tật tim bẩm sinh).

Các dị tật bẩm sinh phổ biến gây ra âm thổi ở tim bao gồm:

Các lỗ thông các buồng tim trong tim hoặc các shunt:Được gọi là khiếm khuyết vách ngăn, các lỗ trong tim có thể nghiêm trọng hoặc không nghiêm trọng, tùy thuộc vào kích thước của lỗ và vị trí của nó. Các shunt trong tim xảy ra khi có dòng máu bất thường giữa các buồng tim hoặc mạch máu, có thể dẫn đến âm thổi ở tim.

Bất thường van tim:Bất thường van timbẩm sinh có ngay từ khi mới sinh, nhưng đôi khi không được phát hiện cho đến tận sau này của cuộc đời. Ví dụ như lỗ van hẹp, không cho đủ máu hoặc van không đóng đúng cách khiến máu phụt ngược.

Bệnh tim bẩm sinh là một trong những khiếm khuyết thường gặp nhất ở trẻ mới sinh. Cùng tìm hiểu ngay về bệnh lý bẩm sinh này nhé:Bệnh tim bẩm sinh ở trẻ

Các nguyên nhân khác gây ra âm thổi bất thường ở tim bao gồm nhiễm trùng và các tình trạng làm tổn thương cấu trúc của tim và phổ biến hơn ở trẻ lớn hoặc người trưởng thành. Ví dụ:

Vôi hóa van:Tình trạng cứng hoặc dày lá van, như tronghẹp van hai láhoặchẹp van động mạch chủ, có thể xảy ra khi bạn già đi. Các lỗ van có thể bị thu hẹp, khiến máu khó lưu thông giữa các buồng tim. Từ đó có thể dẫn đến âm thổi.

Viêm nội tâm mạc:Nhiễm trùng màng trong tim và van tim thường xảy ra khi vi khuẩn từ cơ quan khác của cơ thể, chẳng hạn như miệng, lây lan qua đường máu và trú ngụ trong tim bạn. Nếu không được điều trị, viêm nội tâm mạc có thể làm hỏng hoặc phá hủy van tim. Tình trạng này thường xảy ra ở những người đã có sẵn các bất thường về van tim.

Thấp khớp:Sốt thấp khớplà một tình trạng nghiêm trọng có thể xảy ra khi bạn không được điều trị kịp thời hoặc đầy đủ đối với bệnh nhiễm trùng liên cầu khuẩn. Nó có thể ảnh hưởng vĩnh viễn đến van tim và cản trở lưu lượng máu bình thường qua tim của bạn.

Có những yếu tố làm tăng khả năng phát triển âm thổi ở tim, bao gồm:

Tiền sử gia đình bị dị tật tim:Nếu những người có quan hệ huyết thống từng bị khuyết tật tim, điều đó làm tăng khả năng bạn hoặc con bạn cũng có thể bị dị tật tim và âm thổi ở tim.

Một số bệnh lý nội khoa khác:Bao gồm tăng huyết áp, cường giáp, viêm nội tâm mạc, tăng áp phổi, hội chứng carcinoid, hội chứng tăng bạch cầu ái toan, lupus ban đỏ hệ thống, bệnh thấp khớp viêm khớp, cơ tim bị suy yếu hoặc tiền sử sốt thấp khớp, có thể làm tăng nguy cơ bị âm thổi ở tim sau này.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ phát triển âm thổi ở tim của bé bao gồm:

Bệnh tật khi mang thai:Mắc một số bệnh trong thời kỳ mang thai, chẳng hạn như bệnh đái tháo đường thai kỳ hoặc đái tháo đường type 2 không kiểm soát được đường huyết hoặc nhiễm trùng rubella, làm tăng nguy cơ phát triển các dị tật tim và âm thổi ở tim của em bé.

Dùng một số loại thuốc hoặc chất cấm trong thời kỳ mang thai:Sử dụng một số loại thuốc, rượu hoặc ma túy có thể gây hại cho thai nhi đang phát triển, dẫn đến dị tật tim.

Nếu bạn có một âm thổi vô hại ở tim, bạn có thể sẽ không có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào khác.

Âm thổi bất thường ở tim có thể không gây ra dấu hiệu hoặc triệu chứng rõ ràng nào khác. Ngoài âm thanh bất thường mà bác sĩ nghe thấy khi nghe tim bằng ống nghe. Nhưng nếu bạn có những dấu hiệu hoặc triệu chứng này, chúng có thể là dấu hiệu của một rối loạn về cấu trúc hoặc chức năng tim:

Da có màu xanh tím, đặc biệt là trên đầu ngón tay và môi của bạn;

Phù hoặc tăng cân đột ngột;

Hụt hơi khi sinh hoạt;

Ho kéo dài;

Gan to;

Giãn tĩnh mạch cổ;

Kém ăn và không phát triển bình thường (ở trẻ sơ sinh);

Đổ mồ hôi nhiều khi sinh hoạt thường ngày hoặc không gắng sức;

Đau ngực;

Chóng mặt;

Ngất xỉu.

Đối với trẻ em, nhiều âm thổi sẽ tự biến mất khi trẻ lớn lên. Đối với người lớn, âm thổi có thể biến mất khi nguyên nhân gây ra âm thổi được cải thiện.

Âm thổi tại tim thường được phát hiện khi bác sĩ khám tim bằng ống nghe trong khi khám sức khỏe.

Để kiểm tra xem âm thổi là vô hại hay bất thường, bác sĩ sẽ xem xét:

Độ lớn của nó như thế nào? Điều này được đánh giá trên thang điểm từ 1 đến 6, với 6 là âm thanh lớn nhất.

Vị trí nào trong trái tim? Và nó có thể được nghe thấy ở cổ hoặc lưng của bạn?

Cao độ là gì? Nó là âm vực cao, trung bình hay thấp?

Điều gì ảnh hưởng đến âm thanh? Nếu bạn thay đổi tư thế cơ thể hoặc vận động, nó có ảnh hưởng đến âm thanh không?

Nó xảy ra khi nào và trong bao lâu? Những âm thổi nhẹ xảy ra khi tim chứa đầy máu (âm thổi tâm trương) hoặc trong suốt nhịp tim (âm thổi liên tục) có thể cho thấy có vấn đề về tim. Bạn hoặc con bạn sẽ cần thêm các xét nghiệm để tìm ra vấn đề. Những âm thì thầm xảy ra khi tim đang trống rỗng (tâm thu) thường là những âm thổi vô hại ở tim không gây ra các vấn đề về sức khỏe. Nhưng đôi khi chúng có thể phản ánh tình trạng tim.

Bác sĩ cũng sẽ tìm kiếm các dấu hiệu và triệu chứng khác của các vấn đề về tim. Đồng thời hỏi về tiền sử bệnh của bạn và liệu các thành viên khác trong gia đình có bị âm thổi ở tim hoặc các bệnh tim khác hay không.

Nếu bác sĩ cho rằng âm thổi ở tim là bất thường, bạn hoặc con bạn có thể cần các xét nghiệm bổ sung, bao gồm:

Chụp X-quang phổi:Chụp X-quang ngực cho thấy hình ảnh tim, phổi và mạch máu của bạn. Hình ảnh X quang có thể có dấu hiệu bất thường nếu tim đang dãn lớn. Có thể có nghĩa là một tình trạng tiềm ẩn đang gây ra âm thổi tim của bạn.

Điện tâm đồ (ECG):Trong thử nghiệm không xâm lấn này, các đầu dò sẽ được đặt lên ngực của bạn để ghi lại các xung điện làm tim bạn đập. Điện tâm đồ ghi lại những tín hiệu điện này và có thể giúp bác sĩ tìm ra các rối loạn về nhịp tim và cấu trúc.

Siêu âm tim:Loại xét nghiệm này giúp ghi nhận hình ảnh chi tiết về cấu trúc và chức năng của tim. Siêu âm tim có thể giúp xác định van tim bất thường, chẳng hạn như van tim bị cứng (vôi hóa) hoặc bị hở, và cũng có thể phát hiện hầu hết các dị tật tim.

Đặt ống thông tim:Trong thử nghiệm này, một ống thông được đưa vào tĩnh mạch hoặc động mạch ở chân hoặc cánh tay của bạn cho đến khi nó đến tim của bạn. Có thể đo áp suất trong buồng tim.

Một âm thổi vô hại ở tim thường không cần điều trị vì tim vẫn bình thường. Nếu những âm thổi nhỏ là kết quả của một căn bệnh, chẳng hạn như sốt hoặc cường giáp, thì những âm thổi này sẽ biến mất sau khi tình trạng đó được điều trị.

Nếu bạn hoặc con bạn có âm thổi bất thường ở tim, có thể không cần điều trị. Bác sĩ của bạn có thể muốn theo dõi tình trạng bệnh theo thời gian. Nếu cần điều trị, thì tùy thuộc vào vấn đề tim gây ra âm thổi và có thể bao gồm thuốc hoặc phẫu thuật.

Loại thuốc mà bác sĩ kê toa tùy thuộc vào vấn đề tim cụ thể mà bạn gặp phải. Một số loại thuốc bác sĩ có thể cho bạn bao gồm:

Thuốc kháng đông:Bác sĩ có thể kê đơn thuốc chống đông máu, chẳng hạn như aspirin, warfarin (Coumadin, Jantoven) hoặc clopidogrel (Plavix). Thuốc kháng đông ngăn ngừa hình thành cục máu đông trong tim của bạn và gây ra cơn đau tim hoặc đột quỵ.

Thuốc lợi tiểu:Lợi tiểu giúp loại bỏ bớt dịch dư thừa khỏi cơ thể, có thể giúp điều trị các tình trạng khác có thể làm trầm trọng thêm âm thổi ở tim, chẳng hạn như tăng huyết áp.

Thuốc ức chế men chuyển (ACE):Thuốc ức chế ACE làm giảm huyết áp của bạn. Huyết áp cao có thể làm trầm trọng thêm các tình trạng cơ bản gây ra âm thổi ở tim.

Statin:Statin giúp giảm cholesterol của bạn. Có cholesterol cao dường như làm trầm trọng thêm một số vấn đề về van tim, bao gồm một số âm thổi ở tim.

Thuốc chẹn beta: Những loại thuốc này làm giảm nhịp tim và huyết áp của bạn. Chúng được sử dụng cho một số loại vấn đề về van tim.

Nhiều tình trạng van không thể được điều trị bằng thuốc đơn thuần. Tùy thuộc vào tình trạng của tim và tổng trạng cơ thể, bác sĩ có thể đề nghị một trong những lựa chọn sau để điều trị van bị tổn thương:

Để sửa van, bác sĩ có thể đề nghị một trong các quy trình sau:

Tạo hình van bằng bóng.

Tạo hình quanh vòng van.

Sửa chữa các cấu trúc xung quanh lá van.

Trong nhiều trường hợp, van phải được thay thế.

Phẫu thuật tim hở. Đây là phương pháp điều trị phẫu thuật chủ yếu cho các trường hợp hẹp van nặng. Bác sĩ phẫu thuật loại bỏ van bị hẹp và thay thế bằng van cơ học hoặc van sinh học. Các van cơ học, được làm từ kim loại, rất bền, nhưng có nguy cơ hình thành cục máu đông.

Nếu bạn được thay van cơ học, bạn sẽ cần dùng thuốc chống đông máu, chẳng hạn như warfarin (Coumadin, Jantoven), suốt đời để ngăn ngừa cục máu đông. Van sinh học – có thể đến từ lợn, bò hoặc người hiến tặng đã qua đời – cuối cùng thường cần thay thế. Đôi khi có thể thay thế một loại van mô khác sử dụng van động mạch phổi của chính bạn (autograft).

Bài viết trên đây đã cung cấp cho bạn những thông tin cơ bản về cácâm thổi tại tim. Nếu bạn còn thắc mắc gì, hãy để lại bình luận ở dưới hoặc liên hệ trực tiếp đến bác sĩ để được tư vấn tận tình hơn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ap-xe-ma-nguyen-nhan-dau-hieu-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Giải phẫu vùng má

Nguồn nhiễm khuẩn

Nguyên nhân áp xe má

Các triệu chứng áp xe má chính

Cách điều trị áp xe má

Tiên lượng

Áp xe má là nhiễm trùng xảy ra ở vùng má, với nguyên nhân chủ yếu là do răng (90%). Áp xe gây sưng vùng má; có thể kèm theo đau, sốt, há giới hạn và khó chịu. Vì cấu trúc giải phẫu vùng má có thông thương với các khoang khác vùng đầu cổ; do đó áp xe má có thể lan đến các vùng khác nếu không được điều trị kịp thời. Việc dẫn lưu mủ và điều trị nguyên nhân là vô cùng quan trọng.

Khoang má là một không gian mô mềm thuộc vùng đầu cổ. Nó là một khoảng trống bên trong má. Khoảng trống này nằm ở phía ngoài cơ cắn và phía trong so với cơ bám da và da.

Phía trước là góc miệng.

Phía sau là cơ cắn.

Trên là cung gò má và các cơ bám gò má.

Dưới là cơ hạ góc miệng.

Cơ mút nằm phía trong.

Cơ bám da cổ, mô dưới da và da phía ngoài.

Khoang má có thể thông thương với: khoang chân bướm hàm, hố dưới thái dương, khoang cơ cắn, khoạng cạnh hầu. Thâm chí có thể lan đến khoang nanh.

Vùng má chứa khối mỡ má, còn gọi là cục mỡ Bichat. Khối mỡ má nằm giữa cơ cắn và cơ mút và bao phủ bởi một lớp mô liên kết mỏng. Phía sau trên, khối mỡ này phân cách cơ thái dương với các cơ chân bướm. Tại bờ trước cơ thái dương, khối mỡ lan lên trên đến hố thái dương, giữa bờ trước cơ thái dương và phía sau có thể nằm giữa cơ thái dương và mạc thái dương.

Chung quanh phần gân cơ thái dương, nơi bám tận ở bờ trước cành cao xương hàm dưới, khối mỡ má lan ra phía sau vào vùng chân bướm hàm. Phần mỡ lan vào vùng chân bướm hàm nằm xung quanh thần kinh lưỡi, thần kinh răng dưới và mạch máu răng dưới; đồng thời lan ra sau đến tận mặt sâu tuyến mang tai.

Về phía trên, phần mỡ này nằm giữa cơ chân bướm ngoài và cơ chân bướm trong, cuối cùng nối với phần mỡ hố chân bướm khẩu qua khe chân bướm khẩu ở bờ trước mảnh chân bướm ngoài. Như vậy, tổ chức mỡ này không đơn thuần là khối mỡ má mà là đệm mỡ giữa các cơ nhai.

Sự liên tục của khối mỡ má lên trên cũng là con đường liên thông giữa vùng má với vùng dưới thái dương, vùng chân bướm hàm và vùng thái dương. Ngoài ra, vùng má thông thương với vùng nanh phía trước.

Ống dẫn lưu tuyến mang tai (ống dẫn Stenson).

Động mạch và tĩnh mạch mặt trước.

Động mạch và tĩnh mạch mặt ngang.

Trong các mô mềm của má, hệ vi sinh gây bệnh xâm nhập từ ổ nhiễm trùng của răng bị bệnh. Không thể loại trừ trường hợp sau chấn thương má cả từ bên ngoài lẫn trong khoang miệng. Trong trường hợp không điều trị, viêm nhiễm có thể lan sang các khu vực lân cận. Có thể do lây lan từ các tổn thương ở các vùng dưới tai và tuyến mang tai. Ngay cả những mụn nhọt thông thường cũng có thể gây viêm má.

Sâu răng gây hoại tử tủy, vi trùng sau một thời gian khu trú tại ống tủy sẽ vượt qua chóp răng gây nhiễm trùng các cấu trúc quanh chóp răng. Viêm quanh chóp cấp do nhiều nguyên nhân khác nhau như: thể trạng kém; thủ thuật quá thô bạo trong ống tủy.; nhiễm trùng từ mô nha chu cũng có thể lan đến vùng quanh chóp theo đường dây chằng.

Nhiễm trùng từ vùng chóp sẽ lan theo nhiều hướng và phát triển mạnh theo hướng có đề kháng ít nhất. Nhiễm trùng lan rộng qua xương, đến vỏ xương làm bong màng xương tạo tổn thương dưới màng xương. Nếu tiếp tục đi xuyên qua lớp màng xương đến mô tế bào quanh hàm gây ra viêm mô tế bào; biểu hiện bằng sưng phổng ngách lợi.

Nếu được điều trị thích hợp bằng phương pháp nội nha tiêu chuẩn, nhiễm trùng sẽ được ngăn chặn tại đây. Nếu chỉ sử dụng kháng sinh đơn thuần, có thể làm ngưng phát triển của nhiễm trùng nhưng sẽ tái phát khi ngưng thuốc và răng nguyên nhân chưa được điều trị. Nếu không được điều trị, nhiễm trùng tiếp tục phát triển và sẽ hình thành túi mủ: áp-xe. Từ đây, nhiễm trùng sẽ tiến triển theo nhiều hướng khác nhau tùy vào vị trí giải phẫu của từng răng.

Độ dày lớp xương bao phủ chung quang vùng chóp.

Vị trí xuyên thủng xương của nhiễm trùng so với chỗ bám của cơ ở hàm trên và dưới.

Các bệnh về răng miệng có thể là nguyên nhân gây áp xe má:

Áp xe nha chu: đây là một quá trình bệnh lý ở vùng chóp của chân răng;

Áp xe răng sau: Nhiễm trùng từ các răng cối hàm trên hoặc hàm dưới. Nếu nhiễm trùng đi cao hơn chỗ bám cơ mút (răng trên) hoặc thấp hơn chỗ bám cơ mút( răng dưới) sẽ lan ra mô tế bào vùng má làm sưng và biến dạng má; có khả năng dò ra da nếu không điều trị thích hợp.

Viêm quanh hàm cấp và mãn tính: với bệnh này, hệ vi sinh nhanh chóng đi đến các mô mềm và tình trạng viêm xảy ra trong thời gian ngắn;

Viêm tủy xương hàm: Đây là bệnh lý nguy hiểm, kèm theo sự hình thành nhiều dịch mủ trong mô xương.

Viêm nha chunặng: kèm theo đó là tình trạng tổn thương nướu và mô xương tiếp giáp với răng. Ở dạng phát triển, một khoảng trống được hình thành giữa chân răng và xương hàm. Đây là những túi nha chu. Chúng bắt đầu hình thành mô hạt với chất lỏng có mủ. Khi xương tiêu đi, dịch lỏng này thâm nhập vào các khoảng gian bào của má.

Áp xe lưỡi, áp xe hầu họng.

Viêm mô tế bào vùng má do vi khuẩn Haemophilus influenzae.

Áp xe khoang má do biến chứng của bệnh Crohn.

Áp xe khoang má hai bên thường gây ra sưng mặt vùng má. Có thể kéo dài từ vòm miệng ở trên đến đường viền dưới của hàm dưới; và từ đường viền trước của cân cơ sau đến góc miệng trước.

Nếu có chấn thương bên ngoài, thì bề mặt da có thể có trầy xước, rách, sung huyết ở vết thương.

Bất đối xứng của khuôn mặt.

Đau vùng tổn thương.

Ở giai đoạn sau, có thể kèm sốt, xuất hiện lỗ rò rỉ mủ. Khi sờ nắn khối áp xe có cảm giác đau nhói.

Hạn chế há miệng và đau khi mở miệng, ăn uống và nói chuyện.

Sưng tấy vùng nướu và ngách hành lang liên quan với răng nguyên nhân.

Tăng nhiệt vùng tổn thương.

Đau buốt khi chạm vào.

Áp-xe quanh miệng lâu ngày có xu hướng tự chảy qua một xoang da ở phía dưới khoang, gần đường viền dưới của hàm dưới và góc miệng. Một xoang da không được điều trị có thể gây ra xơ hóa mô mềm; làm biến dạng và có thể trở thành lớp biểu mô lót.

Mối quan tâm đặc biệt và không phổ biến là nhiễm trùng khoang má không do răng hoặc viêm mô tế bào ở vùng má gây ra bởi Haemophilus influenzae.

Nhiễm trùng này thường thấy ở trẻ sơ sinh hoặc trẻ em dưới 3 tuổi; được đặc trưng bởi sốt cao ít nhất 24 giờ trước khi xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng. Sự khởi phát nhanh chóng của sưng đỏ sẫm có thể dễ bị nhầm lẫn với nhiễm trùng do răng hoặc viêm quầng. Hiện nay H. influenzae thường kháng ampicillin, nhưng có thể đáp ứng tốt với amoxicillin-clavulanate (Augmentin) hoặc cephalosporin nhưcefaclor. Quá trình này có thể xảy ra ở trẻ lớn hơn.

Áp-xe khoang vùng má tái phát có thể xảy ra như một biến chứng củabệnh Crohn.

Bệnh có diễn biến lâm sàng bao gồm đau bụng từng cơn, sốt, sụt cân và tiêu chảy, được đặc trưng bởi u hạt viêm; có thể xảy ra trong toàn bộ chiều dài của đường tiêu hóa, từ miệng đến hậu môn. Tổn thương u hạt và vết loét của niêm mạc vùng má có thể tiến triển thành áp xe vùng má thực sự. Tỷ lệ tái phát cao của u hạt hoặc áp xe mới có thể hình thành mặc dù đã điều trị kháng sinh, corticosteroid, hoặc liệu pháp phẫu thuật.

Việc chẩn đoán của nha sĩ dựa trên thăm khám và lời khai của bệnh nhân. Từ tiền sử của bệnh, các nguyên nhân chính gây ra sự xuất hiện của áp xe má sẽ được xác định.

Bất kỳ điều trị nào của các quá trình áp xe đều nhằm mục đích loại bỏ hoàn toàn nguyên nhân bệnh lý. Các áp xe vùng miệng và hàm mặt có nguyên nhân chủ yếu là do răng: 90% nhiễm trùng từ chóp răng hoặc mô nha chu. Do đó việc điều trị phải kết hợp với điều trị răng nguyên nhân.

Việc lựa chọn điều trị tùy thuộc vào từng trường hợp. Chúng phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của tổn thương, sức đề kháng của cơ thể và cũng như các đặc tính của hệ vi sinh.

Cần phải mở tổn thương và thiết lập hệ thống dẫn lưu. Mặc dù việc mở tổn thương không dễ dàng, tuy nhiên cần phải dẫn lưu dịch mủ ra ngoài. Dẫn lưu cho phép vết thương không phát triển quá mức.

Như vậy, khi súc miệng bằng các dung dịch sát khuẩn cũng sẽ giúp tiếp cận tốt với tổn thương. Điều này cho phép tăng tốc quá trình khôi phục. Dung dịch soda ấm với vài giọt i-ốt và furacilin là chất khử trùng tuyệt vời. Khi dẫn lưu ngoài mặt cần lưu ý tránh những cấu trúc quan trọng như thần kinh mặt.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Nếu nguyên nhân áp xe do răng, thì cần điều trị tủy hoặc nhổ bỏ răng.

Thuốc kháng sinh cho áp xe mô mềm cần được lựa chọn cẩn thận. Thuốc có thể được sử dụng dưới dạng tiêm bắp hoặc viên nén. Việc lựa kháng sinh được thực hiện bởi bác sĩ, tốt nhất là sau khi nghiên cứu về hệ vi sinh để biết độ nhạy. Trong trường hợp đau nặng, thuốc giảm đau được sử dụng.

Tiên lượng của bệnh thường khả quan. Sự phục hồi xảy ra sau 6 – 14 ngày. Sau khi giảm các biểu hiện cấp tính của bệnh, các phương pháp vật lý trị liệu được khuyến khích. Chúng sẽ giúp nhanh chóng tái tạo các mô, tái tạo mạch máu và ngăn ngừa sự hình thành các xơ hóa.

Như đã nói ở trên, việc chẩn đoán nguyên nhân và điều trịáp xe mákịp thời là vô cùng quan trọng. Việc kéo dài không điều trị có thể gây ra áp xe lan rộng vùng đầu mặt, thậm chí là nguy hiểm đến tính mạng. Khi gặp bất cứ triệu chứng nào nghi ngờ áp xe má, hãy liên hệ bác sĩ để được điều trị ngay.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ap-xe-phoi-nhung-kien-thuc-co-ban/

Nội dung bài viết

Áp-xe phổi là gì?

Điều gì có thể dẫn tới bệnh?

Triệu chứng của bệnh là gì?

Các biến chứng của bệnh

Bệnh được chẩn đoán ra sao?

Các phương pháp điều trị bệnh hiện nay

Phòng ngừa áp-xe phổi như thế nào?

Áp-xe phổi là một dạng nhiễm trùng ở phổi. Đây là một bệnh đã có từ rất trong trong lịch sử loài người. Các triệu chứng và điều trị của bệnh được mô tả đầu tiên bởi Hippocrates (khoảng 460-375 TCN). Trước thời đại kháng sinh, một phần ba bệnh nhân áp-xe phổi sẽ chết, một phần ba hồi phục và số còn lại sẽ chuyển qua dạng mãn tính, tụ mủ màng phổi hay dãn phế quản. Thời điểm đấy phẫu thuật được xem là điều trị duy nhất có hiệu quả. Theo thời gian, kháng sinh dần thay thế vai trò đó. Bài viết này cung cấp cho các bạn những hiểu biết cơ bản về bệnh này. Bao gồm các triệu chứng, mức độ nguy hiểm, cách điều trị và phòng ngừa.

Áp-xe phổi là sự hoại tử của nhu mô phổi gây ra bởi nhiễm vi khuẩn. Nhiều nhất là vi khuẩn thường, ngoài ra là vi khuẩn lao, vi nấm, kí sinh trùng. Khi đó, trongphổisẽ hình thành một khoang chứa mủ, là các mô hoại tử và dịch, bao xung quanh là mô phổi bị viêm. Thông thường các vi khuẩn từ miệng hay họng được hít vào phổi và gây nên bệnh.

Một số yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến áp-xe phổi, bao gồm:

Mất phản xạ ho: thường gặp ở những người được gây mê, người mắc bệnh thần kinh,nghiện rượu, dùng thuốc an thần…

Vệ sinh răng miệng không tốt nhưviêm nha chu.

Tình trạng suy giảm miễn dịch nói chung như HIV/AIDS,bệnh đái tháo đường, ghép tạng, sử dụng corticoid kéo dài…

Tắc nghẽn đường thở do khối u hoặc dị vật. Khi đó chất tiết sẽ ứ đọng sau chỗ tắc tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển.

Nhiễm trùng nơi khác: vi khuẩn hoặc cục máu đông từ vị trí nhiễm khuẩn khác đi tới phổi gây nhiễm trùng. Nguyên nhân này ít gặp hơn.

Do đó người mắc bệnh nha chu,động kinh, khó nuốt và người nghiện rượu là những đối tượng nguy cơ cao mắc bệnh.

Các triệu chứng của áp-xe phổi khá giống với viêm phổi nhưng kéo dài hơn. Một triệu chứng khá nổi bật là ho ra đàm. Đàm có thể lẫn máu hoặc mủ, mùi hôi. Một số triệu chứng khác cũng thường gặp là:

Hơi thở hôi.

Sốt.

Đau ngực.

Khó thở.

Chảy mồ hôi về đêm.

Sụt cân.

Mệt mỏi.

Chán ăn.

Nếu không được chữa trị, tỉ lệ tử vong khoảng 15-20%. Ổ áp-xe có thể vỡ sau đó gây ra nhiều biến chứng như:

Tụ mủ màng phổi: là tình trạng tích tụ một lượng lớn dịch nhiễm trùng quanh phổi. Đây là tình trạng nguy hiểm tính mạng và cần can thiệp tức thì để lấy hết dịch mủ.

Dò phế quản-màng phổi: là sự hình thành một đường dẫn giữa phế quản và màng phổi-khoang bao quanh phổi. Cần nội soi hoặc phẫu thuật để chữa lành.

Chảy máu từ phổi hoặc thành ngực: lượng máu có thể ít hoặc nhiều tới mức ảnh hưởng tính mạng.

Nhiễm trùng nơi khác: ổ nhiễm trùng có thể từ phổi tạo nên những ổ áp-xe mới ở nơi khác trong cơ thể, gồm cả não.

Đầu tiên các bác sĩ sẽ hỏi bệnh và thăm khám các triệu chứng. Trong đó, tiền căn về phẫu thuật cần gây mê được quan tâm trước tiên.

Các xét nghiệm về máu cho thấy tăng số lượng bạch cầu, thể hiện sự nhiễm trùng.

Nếu đã nghĩ tới áp-xe phổi, mẫu đàm hoặc mủ sẽ được đem đi xét nghiệm.

Các công cụ chẩn đoán hình ảnh cũng được sử dụng, thường là X quang vàCT scan. Chúng giúp nhận diện vị trí nhiễm trùng ở phổi. Đồng thời giúp các bác sĩ loại trừ những nguyên nhân khác như ung thư hay khí phế thủng.

Một phương tiện hữu ích khác là nội soi phế quản. Tức là bác sĩ dùng một ống nhỏ có đèn và camera ở đầu. Nhờ đó một mẫu đàm hoặc mô phổi sẽ được lấy ra ngoài. Phương tiện này được sử dụng khi điều trị thuốc kháng sinh không khỏi, nghi ngờ đường thở bị bít tắc hay hệ miễn dịch bị suy giảm.

Nhìn chung áp-xe phổi không lây. Bệnh gây ra chủ yếu bởi vi khuẩn hít phải từ miệng hay họng nên những người nguy cơ cao bị lây có thể phát triển thành bệnh. Trong khi đó những người bình thường có phản xạ ho và các cơ chế bảo vệ của đường hô hấp nên dễ dàng loại bỏ nguy cơ này.

Kháng sinh: là điều trị phổ biến nhất hiện này. Kháng sinh được đưa vào cơ thể người bệnh qua đường tĩnh mạch khoảng 3-8 tuần. Sau đó có thể thay thế bằng thuốc uống. Điều trị được kéo dài tới khi các triệu chứng thuyên giảm và chụpX quangkiểm tra không còn tổn thương.

Kháng nấm, kháng lao: trong số ít trường hợp hơn nếu xét nghiệm nghi ngờ những tác nhân này.

Dẫn lưu: khi khối áp-xe có đường kính lớn hơn 6 cm. Bằng sự trợ giúp của CT scan bác sĩ sẽ đặt một ống dẫn vào phổi để dẫn lưu dịch ra ngoài.

Phẫu thuật: ngày càng hiếm được sử dụng. Khi đó, ở những trường hợp rất nặng, một phần hay toàn bộ phổi sẽ được cắt bỏ. Ngoài ra dị vật ở đường thở cũng là một chỉ định của phẫu thuật để lấy ra.

Giữ vệ sinh răng miệng, đặc biệt lưu ý viêm nha chu, cần khám răng miệng định kỳ.

Điều trị triệt để những bệnh nhiễm trùng hô hấp, đặc biệt ở mũi-họng.

Không lạm dụng rượu.

Với những người nguy cơ cao hít phải chất tiết hay thức ăn từ miệng-họng nên để đầu giường cao hơn 30°.

Khi có những triệu chứng nghi ngờ liên quan tới áp-xe phổi, đặc biệt ở những người nguy cơ cao, cần tới các cơ sở y tế để được thăm khám và làm các xét nghiệm.

Ngày nay tỉ lệáp-xe phổivề căn bản đang giảm dần. Tiên lượng của bệnh cũng khá tốt. Trong đó 90% người bệnh được chữa khỏi chỉ bằng kháng sinh và không còn để lại di chứng. Tuy nhiên bệnh cũng có những biến chứng nguy hiểm tới tính mạng.

Tiên lượng sẽ xấu hơn ở những người nguy cơ cao. Đăc biệt là suy giảm miễn dịch, ung thư phế quản gây tắc nghẽn hay nhiễm trùng mắc phải trong thời gian nằm viện. Thậm chí một số báo cáo cho thấy tỉ lệ tử vong lên tới 2/3 ở những trường hợp như vậy. Do đó việc phòng ngừa bệnh rất quan trọng. Khi nghi ngờ bệnh cần tới gặp bác sĩ để được điều trị càng sớm càng tốt.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/barrett-thuc-quan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Barrett thực quản là gì?

Barrett thực quản có triệu chứng gì?

Barret thực quản có nguy hiểm không?

Barrett thực quản được chẩn đoán như thế nào?

Barrett thực quản được điều trị như thế nào?

Barrett thực quản có tái phát không?

Phòng ngừa Barrett thực quản và GERD như thế nào?

Barrett thực quản là tình trạng tế bào thực quản bị biến đổi thành tế bào giống như tế bào ruột non. Bệnh thường được chẩn đoán ở bệnh nhân trào ngược dạ dày – thực quản lâu năm. Khi được chẩn đoán Barrett thực quản, người bệnh sẽ rất hoang mang không biết bệnh này là gì và được điều trị như thế nào? Barrett thực quản liệu có tiến triển thành ung thư? Cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên tìm hiểu qua bài viết này nhé.

Barrett thực quản là tình trạng tế bào thực quản bị biến đổi thành tế bào giống như tế bào ruột non. Bệnh thường được chẩn đoán ở bệnh nhân trào ngược dạ dày – thực quản lâu năm. Ở bệnh nhân trào ngược dạ dày – thực quản (GERD) lâu ngày, đoạn cuối thực quản thường xuyên bị kích thích bởi dịch dạ dày. Nếu kích thích này kéo dài và liên tục, lớp tế bào này bị biến đổi bởi dịch dạ dày, đây là tình trạng Barrett thực quản.

Chỉ một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân trào ngược dạ dày – thực quản diễn tiến thành Barrett. Và cũng chỉ một phần nhỏ bệnh nhân Barret thực quản tiến triển thành ung thư thực quản. Tuy vậy, người bệnh cần phải theo dõi và kiểm tra thường xuyên các tế bào bất thường này, vì chúng cần được điều trị sớm trước khi hóa thành tế bào ung thư.

Sự thay đổi lớp tế bào niêm mạc thực quản thường không gây ra triệu chứng gì. Những khó chịu mà bệnh nhân gặp phải thường liên quan đến trào ngược dạ dày – thực quản. Những triệu chứng này là:

Ợ hơi, ơ nóng thường xuyên.

Khó nuốt khi ăn.

Thỉnh thoảng bệnh nhân sẽ thấy đau ngực, nhất là vùng giữa ngực sau xương ức.

Những người mắc Barrett thực quản tăng nguy cơ vớiung thư thực quản. Tỷ lệ này thì nhỏ, ngay cả với những người có tế bào tiền ung thư. Hầu hết những người Barrett thực quản được điều trị đúng thời điểmkhông diễn tiến thành ung thư.

Tuy vậy, ung thư thực quản thường khó phát hiện, nếu được chẩn đoán trễ thì tiên lượng là xấu. Do đó, cần thiết phải theo dõi và kiểm tra thường xuyên để được điều trị ngay khi có thể.

Nuốt nghẹn, nuốt vướng.

Nôn ói sau ăn. Trớ thức ăn về đêm.

Khàn tiếng, ho kéo dài.

Ho ra máu.

Sụt cân nhanh. Suy kiệt.

Nổi hạch ở cổ.

Nếu một người có tiền căn trào ngược dạ dày thực quản hay Barrett thực quản có những triệu chứng trên, hãy đến gặp bác sĩ để được thăm khám.

Nội soi thực quản – dạ dày thường được chỉ định để chẩn đoán Barret thực quản.

Một ống nhỏ, mềm với camera ở đầu (ống nội soi) được đưa qua miệng xuống thực quản và hình ảnh sẽ được chiếu lên màn hình để quan sát. Niêm mạc thực quản bình thường sẽ hồng nhạt và trơn láng. Niêm mạc trong Barrett thực quản sẽ có màu đỏ như rượu vang. Bác sĩ sẽ lấy một phần niêm mạc nhỏ (sinh thiết) để xác định mức độ biến đổi tế bào. Xét nghiệm này được gọi là giải phẫu bệnh.

Kết quả giải phẫu bệnh được chia thành:

Không loạn sản: tế bào bị biến đổi trong Barret thực quản nhưng không có tế bào tiền ung thư.

Loạn sản mức độ nhẹ: tế bào có những thay đổi nhỏ của tế bào tiền ung thư.

Loạn sản mức độ nặng: tế bào có nhiều biến đổi gợi ý ung thư. Loạn sản mức độ cao được xem là những bước cuối cùng trước khi tế bào tiến triển thành ung thư.

Điều trị Barrett thực quản phụ thuộc vào mức độ biến đổi tế bào và tổng trạng cơ thể.

Theo dõi với nội soi thực quản – dạ dày. Nếu kết quả sinh thiết không loạn sản, bạn có thể được theo dõi bởi nội soi sau 1 năm và sau đó mỗi 3 năm nếu không có thay đổi tế bào.

Điều trị trào ngược dạ dày – thực quản. Dùng thuốc và thay đổi thói quen sinh hoạt có thể giúp giảm triệu chứng. Phẫu thuật thắt cơ tâm vị để làm giảm dòng acid dạ dày trào ngược. có thể là một sự lựa chọn.

Nếu được chẩn đoán loạn sản mức độ thấp, bác sĩ sẽ đề nghị nội soi lại trong 6 tháng, sau đó theo dõi mỗi 6 đến 12 tháng.

Tuy nhiên, vì tăng nguy cơ ung thư thực quản, các phương pháp ưu tiên để điều trị trong giai đoạn này là:

Cắt bỏ niêm mạc Barrett qua nội soi. Qua nội soi, lớp tế bào bị tổn thương sẽ được cắt bỏ và lấy ra ngoài.

Phá hủy lớp niêm mạc Barrett bằng sóng cao tần. Sóng cao tần được chiếu vào vùng tổn thương để phá hủy nó bằng nhiệt.

Mục tiêu của những phương pháp này là phá hủy mô tổn thương, kích thích thực quản sản sinh ra lớp tế bào bình thường thay thế lớp cũ.

Nếu thực quản bị viêm nặng trong lần đầu nội soi, bệnh nhân sẽ được điều trị khoảng 3 đến 4 tháng để giảm trào ngược sau đó nội soi kiểm tra.

Loạn sản mức độ nặng thường được xem là tiền ung thư thực quản. Vì lí do này, bác sĩ sẽ đề nghị cắt bỏ niêm mạc qua nội soi và/hoặc hủy mô bằng sóng cao tần.

Những lựa chọn điều trị khác bao gồm:

Áp lạnh. Qua nội soi thực quản, dùng khí lạnh/chất lỏng lạnh áp lên vùng niêm mạc bất thường. Sau đó, tế bào được làm ấm rồi lại áp lạnh. Lặp đi lặp lại nhiều lần như vậy giúp phá hủy các tế bào bất thường.

Liệu pháp quang động học. Dùng một chất nhạy cảm ánh sáng tiêm vào tĩnh mạch của bệnh nhân. Sau đó, qua nội soi, phá hủy lớp niêm mạc bất thường bằng cách chiếu ánh sáng và laser vào niêm mạc bất thường.

Phẫu thuật cắt bỏ đoạn thực quản bị tổn thường, và sau đó nối phần thực quản còn lại vào dạ dày.

Vẫn có khả năng Barrett thực quản tái phát sau điều trị nếu nguyên nhân trào ngược dạ dày thực quản vẫn còn. Và đối với các Barrett thực quản đã điều trị, vẫn có tỷ lệ rất rất nhỏ diễn tiến thành ung thư sau nhiều năm nếu không được theo dõi.

Do đó, hãy hỏi ý kiến bác sĩ khi nào thì cần phải nội soi trở lại. Tiếp tục điều trị thuốc giảm trào ngược để làm giảm triệu chứng và giảm tái phát. Sử dụng thuốc phải theo sự hướng dẫn và theo dõi của bác sĩ điều trị.

Trào ngược dạ dày – thực quản không chỉ gây khó chịu đến bữa ăn mà còn gây nhiều biến chứng. Những biến chứng này bao gồm viêm hô hấp trên thường xuyên, Barrett thực quản, hẹp thực quản và ung thư thực quản.

Thay đổi thói quen sinh hoạt có thể làm giảm các triệu chứng của trào ngược dạ dày – thực quản, từ đó giúp giảm nguy cơ Barrett thực quản. Hãy chú ý:

Giữ cân nặng ở mức hợp lý.

Chia nhỏ bữa ăn trong ngày. Bữa ăn cuối nên cách giấc ngủ từ 2 đến 3 giờ.

Hạn chế những thức ăn hay đồ uống làm bạn dễ bị trào ngược, như socola, cà phê, rượu bia và các đồ nhiều dầu mỡ.

Ngừng hút thuốc lá.

Kê gối cao khi ngủ để tránh trào ngược.

Barrett thực quản là bệnh biến đổi các tế bào niêm mạc thực quản dưới kích thích của acid dịch vị, thường gặp ở những người mắc bệnh trào ngược dạ dày trong thời gian dài.

Các phương pháp điều trị nhằm mục đích phá hủy mô tổn thương, kích thích thực quản sản sinh ra niêm mạc mới bình thường và tránh tế bào loạn sản tiến triển thành tới ung thư thực quản.

Barrett thực quảnvẫn có khả năng tái phát. Vì vậy cần điều trị trào ngược dạ dày – thực quản và theo dõi bệnh theo chỉ định của bác sĩ. Chú ý đến bữa ăn, chế độ ăn và không hút thuốc lá cũng góp phần làm giảm nguy cơ mắc bệnh!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ban-biet-gi-ve-can-benh-basedow/

Nội dung bài viết

Bệnh Basedow là bệnh gì?

Nguyên nhân gây ra bệnh Basedow

Triệu chứng của bệnh Basedow

Điều trị bệnh Basedow

Bệnh Basedow là bệnh lý liên quan đến hội chứng cường giáp. Bệnh có nhiều tên gọi khác như bệnh Grave, bệnh Parry, bệnh cường giáp tự miễn… Nữ giới thường có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới. Độ tuổi 20 – 40 có nguy cơ mắc bệnh cao hơn. Hiện nay vẫn chưa có lời giải thích hợp lý cho nguyên nhân của bệnh. Tuy nhiên, bệnh có thể lý giải là do cơ thể sản sinh ra kháng thể tự chống lại tế bào giáp. Cùng YouMed tìm hiểu sâu hơn về căn bệnh Basedow thông qua bài viết sau của Bác sĩ Nguyễn Thị Thanh Thành nhé.

Đây là căn bệnh xuất hiện do tuyến giáp phát triển quá mức, kết hợp với phì đại bướu giáp lan toả. Khi cơ thể có những biến đổi bất thường làm rối loạn nội tiết tố, hormone giáp tiết ra quá nhiều gây ra bệnh này.

Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng phần lớn xuất hiện ở độ tuổi 20 – 40. Nữ có tỉ lệ mắc bệnh cao gấp nhiều lần so với nam giới. Hiện nay, bệnh được xếp vào nhóm bệnh tự miễn.

Nguyên nhân của bệnh vẫn chưa được làm rõ. Tuy nhiên, một số chuyên gia cho rằng bệnh Basedow bắt nguồn là căn bệnh tự miễn. Cơ thể người tự tiết ra kháng thể chống lại chính nó. Cụ thể, trongbệnh Basedow, các kháng thể này tấn công và phá hủy tế bào tuyến giáp. Một số nguyên nhân được liệt kê như sau:

Yếu tố di truyền: Họ hàng của người mắc bệnh có nguy cơ và trong máu của họ tồn tại kháng thể kháng tế bào tuyến giáp.

Yếu tố giới tính: Nữ giới có tỉ lệ mắc bệnh Basedow cao hơn nam giới.

Độ tuổi: Thống kê cho thấy những người mắc bệnh thường nằm trong độ tuổi 20 – 40.

Ngoài ra, có một số nguyên nhân khác gây khởi phát đáp ứng miễn dịch của bệnh Basedow là:

Phụ nữ mang thai, đặc biệt là thời kỳ sau khi sinh.

Điều trị bằng thuốc lithium vì thuốc này làm thay đổi đáp ứng miễn dịch.

Ngừng điều trị corticoid.

Nhiễm vi khuẩn hoặc virus.

Do căng thẳng, mệt mỏi kéo dài.

Triệu chứng cơ năng củabệnh Basedowbao gồm:

Người bệnh vẫn ăn uống bình thường tuy nhiên lại sút cân nhanh chóng. Một vài trường hợp tăng cân do ăn quá nhiều.

Tính tình thất thường: Thường có cảm giác lo âu, dễ xúc động, cáu gắt, khó tập trung, mệt mỏi, rất khó ngủ hoặc ngủ không sâu giấc.

Thân nhiệt tăng: Cơ thể luôn cảm thấy nóng bừng, ra nhiều mồ hôi ở vùng ngực và bàn tay.

Tim: Đánh trống ngực, cảm giác nghẹt thở, đau nhói tim, hay lo âu hồi hộp.

Tiêu hoá:Đau bụng, buồn nôn, đi ngoài nhiều lần trong ngày.

Ngoài ra, theo vị trí ảnh hưởng, triệu chứngbệnh Basedowcòn được chia thành 2 nhóm lớn.

Bướu giáp lớn, mềm, đàn hồi hoặc hơi cứng. Nếu bướu lớn có thể chèn ép các cơ quan lân cận. Một vài bệnh nhân có thể không có bướu giáp lớn. Vùng cổ đỏ, nóng, tăng tiết mồ hôi.

Trên tim mạch: Nhịp tim nhanh, khó thở, loạn nhịp ngay cả khi đang nghỉ ngơi. Các mạch máu đập mạnh, có thể sờ hoặc nhìn thấy các mạch máu lớn ở tay, bụng, đùi đập rất mạnh, phù phổi, gan to.

Trên thần kinh – cơ: Chân tay người mắc bệnh thường bị run rẩy; yếu cơ, mệt mỏi, đi lại khó khăn, nhất là khi lên cầu thang hoặc mỗi lần đứng lên ngồi xuống.

Tổn thương mắt: Lồi mắt, tổn thương kết mạc, loét giác mạc, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, luôn cảm giác có vật cản trong mắt, thị lực suy giảm trầm trọng…

Phù niêm mạc: Vị trí tổn thương thường ở mặt trước cẳng chân, dưới đầu gối, có tính chất đối xứng. Vùng thương tổn dày, da hồng, bóng, lỗ chân lông nổi lên, mọc thưa, bài tiết nhiều mồ hôi.

To các đầu chi: Đầu các ngón tay và ngón chân biến dạng thành hình dùi trống. Ngoài ra, có dấu hiệu tiêu móng tay, móng tay ngắn lại, giường móng tay dài ra.

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị bệnh Basedow. Tùy thuộc vào tình trạng bệnh, kinh nghiệm của bác sĩ và mức độ tuân thủ của bệnh nhân mà sẽ có các phương án điều trị khác nhau được cân nhắc phù hợp.

Điều trị nội khoa (dùng thuốc): Đây là phương án bảo tồn, tương đối tốn kém và đòi hỏi sự tuân thủ tuyệt đối của bệnh nhân. Đa số các bệnh nhân đều đáp ứng với phương án dùng thuốc. Tuy nhiên, khi ngưng thuốc thì bệnh rất dễ tái lại.

Điều trị bằng iod phóng xạ: Dùng iod 131 tập trung tại tuyến giáp để phá hủy nhu mô tuyến giáp tại chỗ. Đây là phương pháp điều trị được chọn lựa do hiệu quả cao, kinh tế và không có phản ứng phụ nghiêm trọng.

Phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp gần toàn phần: Phẫu thuật được tiến hành trong các trường hợp: bệnh tái phát sau nhiều lần điều trị, tuyến giáp quá lớn hoặc cường giáp ở phụ nữ có thai đáp ứng kém với điều trị bằng thuốc.

Bệnh Basedowlà căn bệnh có triệu chứng phức tạp và ảnh hưởng lên nhiều cơ quan của cơ thể. Các phương án điều trị bệnh hiện nay bao gồm: dùng thuốc, điều trị iod phóng xạ và phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp. Bác sĩ sẽ dựa vào tình trạng bệnh để có phương án điều trị phù hợp. Hy vọng thông qua bài viết này, các bạn sẽ có cái nhìn rõ ràng hơn về căn bệnh này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-beo-phi/

Nội dung bài viết

Khi nào bạn cần được chẩn đoán bệnh béo phì?

Nguyên nhân gây béo phì

Những đối tượng dễ mắc bệnh béo phì

Tác hại của bệnh béo phì

Cách khắc phục tình trạng béo phì

Bệnh béo phì hiện là vấn đề chung của rất nhiều người. Theo nhiều nghiên cứu, tỷ lệ béo phì đang tăng lên với tốc độ đáng báo động. Không chỉ gây mất thẩm mỹ, bệnh còn ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Hãy cùng ThS.BS Vũ Thành Đô tìm hiểu về tình trạng này qua bài viết dưới đây.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, béo phì là khi lượng mỡ tích tụ trong cơ thể vượt quá mức cho phép. Để đánh giá chính xác mức độ thừa cân hoặc béo phì, có thể dựa trên chỉsố cơ thể (BMI).1Công thức tính là cân nặng chia cho chiều cao bình phương (BMI = Cân nặng (kg) /Chiều cao (m)²). Kết quả sẽ được đem so sánh với thang đo béo phì tùy theo khu vực.

Với người châu Á, bệnh nhân mắc bệnh béo phì sẽ cóBMI từ 25 trở lên. Dựa theo thang đo BMI, ta cũng có thể phân loại béo phì:2

Tuy nhiên, thang đo này có thể không áp dụng được cho trẻ em. Do đó, khi nhận thấy những dấu hiệu bất thường của con trẻ, ba mẹ nên liên hệ bác sĩ để được chẩn đoán cụ thể. Một số biểu hiện bao gồm:

Trẻ béo phìcó thân hình to béo so với lứa tuổi.

Đi lại khó khăn.

Thường xuyên đòi ăn thêm.

Thích ăn nhiều đồ ngọt, béo.

Có rất nhiều yếu tố dẫn đến bệnh béo phì. Songnguyên nhân gây béo phìchính là do có sự mất cân bằng giữa năng lượng nạp vào và tiêu thụ. Nếu năng lượng không được đốt cháy thông qua tập luyện, phần dư thừa sẽ được tích trữ trong cơ thể dưới dạng chất béo và gây béo phì.

Việc lựa chọn thức ăn ảnh hưởng rất lớn đến cân nặng. Theo các chuyên gia dinh dưỡng, những thói quen sau có thể khiến cân nặng của bạn tăng nhanh chóng:

Ăn nhiều thực phẩm có hàm lượng calo cao.

Có khẩu phần ăn lớn hơn lượng cơ thể cần.

Thường xuyên ăn ngoài thay vì tự nấu ở nhà.

Uống nhiều đồ uống có cồn hoặc có chứa hàm lượng đường cao.

Thường xuyên ăn uống thả ga: Tình trạng ăn uống không kiểm soát có thể xảy ra khi bạn buồn bực hoặc chán nản.

Thông thường, thói quen ăn uống sẽ được hình thành từ khi còn bé. Do đó, gia đình nên duy trì chế độ ăn khoa học hoặc xây dựngthực đơn cho người béo phìđể phòng tránh béo phì ở con trẻ.

Một yếu tố quan trọng khác dẫn đến béo phì chính là tình trạng “lười vận động”.

Do tính chất công việc, nhiều người phải ngồi trước máy tính cả ngày để làm việc. Khi cần di chuyển, chúng ta có xu hướng lựa chọn ô tô hoặc xe máy thay vì đi bộ. Với sự ra đời của các thiết bị điện tử, mọi người thường chọn cách ở nhà để xem tivi hoặc lướt web thay vì ra ngoài vận động.

Dựa trên nhiều thống kê, tần suất hoạt động thể lực đã suy giảm đáng kể trong những năm vừa qua. Đây là lý do mà tỷ lệ bệnh béo phì ngày một tăng, nhất là ở các nước phát triển.

Một số bệnh lý hoặc thuốc có thể gây ra hiện tượng tăng cân không kiểm soát như:

Suy giáp.

Hội chứng Cushing.

Sử dụng thuốc corticoid, thuốc trị động kinh hoặc trị tiểu đường,…

Ngoài ra, những thay đổi về lối sống như thiếu ngủ, ngưng hút thuốc lá cũng góp phần gây tăng cân.

Bệnh béo phì có thể xảy ra ở bất kì đối tượng nào. Song những trường hợp sau có nguy cơ béo phì cao hơn bình thường:

Phụ nữ sau sinh.

Phụ nữ độ tuổi trung niên.

Người sinh ra trong gia đình có truyền thống béo phì, thừa cân.

Thường xuyên căng thẳng trong thời gian dài.

Tuy béo phì hiện là vấn đề được quan tâm hàng đầu nhưng nhiều người thường xem nhẹ tác hại của nó. Không chỉ khiến người bệnh tự ti về ngoài hình, tình trạng này còn làm tăng nguy cơ mắc phải các bệnh lý khác như:

Tăng huyết áp.

Tiểu đường type 2.

Rối loạn lipid máu do tăng nồng độ cholesterol xấu. Người béo phì sẽ dễ bị mỡ trong máu hơn bình thường.

Các bệnh lý về tim mạch.

Tăng nguy cơ đột quỵ.

Các bệnh lý về xương khớp như loãng xương, thoái hóa khớp, tổn thương khớp gối hoặc cột sống. Béo phì còn là một trong những nguyên nhân dẫn đến bệnh gout ở người cao tuổi.

Các vấn đề về hô hấp như khó thở khi ngủ.

Gây suy giảm trí nhớ.

Dễ dẫn đến các bệnh ung thư.

Các vấn đề về tâm lý nhưtrầm cảm,rối loạn lo âu,stress kéo dài,…

Ngoài ra, béo phì còn gây khó khăn cho các hoạt động thể chất và ảnh hưởng đến sinh hoạt thường ngày. Tình trạng thừa cân lâu dần sẽ làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Đây là mộttác hại của béo phìkhá nguy hiểm.

Theo bác sĩ, bệnh béo phìhoàn toàn có thể khắc phục đượcbằng cách áp dụng 2 nguyên tắc sau đây, điều chỉnh chế độ ăn và tăng cường vận động.

Để kiểm soát cân nặng, nguyên tắc là cố gắng cân bằng giữa năng lượng nạp vào và tiêu thụ. Vậy để giảm cân thì lượng calo nạp vào cơ thể phải thấp hơn lượng calo tiêu thụ. Các chuyên gia dinh dưỡng đưa ra một số lời khuyên sau đây:

Hạn chế các thực phẩm giàu chất béo và bổ sung các loại thực phẩm giàu protein như thịt bò, cá, ức gà,…

Nên tự chế biến thức ăn tại nhà thay vì dùng các thực phẩm chế biến sẵn.

Ăn đa dạng các loại trái cây và rau xanh.

Lựa chọn các thức ăn có chỉ số đường huyết thấp.

Luôn luôn uống đủ nước.

Hoạt động thể chất đã được chứng minh có lợi ích trong việc kiểm soát cân nặng. Do đó, để đề phòng cũng như khắc phục bệnh béo phì, nên dành ít nhất 30 phút/ngày và tối thiểu 5 ngày/tuần để tập thể dục. Tất cả các bài tập như đi bộ nhanh, đạp xe hoặc chơi thể thao đều có ích.

Nếu không có đủ thời gian để tập luyện, nên tận dụng tối đa thời gian di chuyển. Hãy cố gắng đứng dậy và đi lại xung quanh thay vì chỉ ngồi một chỗ.

Theo thống kê,bệnh béo phìhiện đang là vấn đề chung của nhiều quốc gia trên thế giới, kể cả Việt Nam. Đây là một tình trạng đáng báo động do bệnh có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm và làm giảm chất lượng cuộc sống. Do đó, bạn nên xây dựng chế độ ăn và tập luyện khoa học để phòng tránh béo phì cũng như thăm khám kịp thời nếu phát hiện có triệu chứng của bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/bien-chung-tieu-duong-gay-loet-da/

Nội dung bài viết

Tổng quan về tình trạng biến chứng tiểu đường gây loét da

Vì sao bệnh đái tháo đường gây loét da chân?

Triệu chứng của biến chứng tiểu đường gây loét da chân

Loét da chân do tiểu đường có thể tự điều trị tại nhà được không?

Điều trị loét chân ở bệnh nhân đái tháo đường

Phòng ngừa biến chứng tiểu đường gây loét da chân

Với những biến chứng khó lường, tiểu đường được xem là một trong những căn bệnh nguy hiểm nhất hiện nay. Trong đó, biến chứng lở loét ở da rất phổ biến. Tình trạng này có thể gây ra nhiều hệ lụy nghiêm trọng, nếu không được phòng ngừa và điều trị kịp thời. Vậy vì sao bệnh tiểu đường có thể gây loét da? Điều trị biến chứng tiểu đường gây loét da như thế nào? Tất cả sẽ được Thạc sĩ, Bác sĩ Võ Đình Bảo Văn giải đáp qua bài viết ngay sau đây. Mời bạn cùng tìm hiểu nhé!

Vết loét da ở bệnh nhântiểu đường(hay còn gọi là đái tháo đường – ĐTĐ) là một trong các biến chứng phổ biến và dễ quan sát thấy. Thường gặp ở cả bệnh nhânđái tháo đường típ 1vàđái tháo đường típ 2. Đây là những vết thương hở thường quan sát thấy ở chân của bệnh nhân ĐTĐ. Do đó được gọi là biến chứng loét chân ở bệnh nhân ĐTĐ hay bệnh lýbàn chân đái tháo đường.

Bệnh lý bàn chân ĐTĐ là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất của bệnh ĐTĐ. Ước tính có khoảng 15% bệnh nhân ĐTĐ sẽ bị loét chân trong suốt thời gian mắc bệnh.1Loét chân nếu không được điều trị có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm như nhiễm trùng bàn chân, biến dạng bàn chân, hoại tử ngón chân – bàn chân…

Biến chứng tiểu đường gây loét da chân là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra tình trạng cắt cụt chi dưới không do chấn thương hiện nay. Nguy cơ cắt cụt chi dưới ở bệnh nhân ĐTĐ cao hơn từ 15 đến 46 lần so với những người không mắc ĐTĐ. Ngoài ra, các biến chứng bàn chân ĐTĐ cũng gây ra tỷ lệ tái loét cao.2

Xem thêm:Tiểu đường và những biến chứng nguy hiểm

Loét bàn chân thường xuất hiện ở bệnh nhân đái tháo đường có đồng thời hai hoặc nhiều hơn các yếu tố nguy cơ. Trong đó, bệnh lý thần kinh ngoại biên do đái tháo đường và bệnh động mạch ngoại biên thường đóng vai trò quan trọng.3

Nồng độ đường trong máu tăng cao có thể gây ảnh hưởng làmtổn thương các dây thần kinh ngoại biên. Từ đó làm rối loạn cảm giác ở bệnh nhân ĐTĐ.

Ban đầu, bệnh nhân sẽ cảm thấy bỏng rát, có cảm giác như điện giật, dao đâm. Sau đó là tê, châm chích và cuối cùng là mất cảm giác hoàn toàn. Người bệnh sẽ không cảm nhận được cảm giác đau khi có vết thương.

Biến chứng thần kinh dẫn đến mất cảm giác ở bàn chân, và đôi khi bị biến dạng bàn chân, thường gây ra áp lực tỳ đè bất thường lên một số điểm ở bàn chân.

Ở những bệnh nhân có biến chứng thần kinh, chỉ cần chấn thương nhẹ, ví dụ như: do cỡ giày không phù hợp, chấn thương cơ học hoặc tổn thương do nhiệt,… đã có thể dẫn đến loét bàn chân.

Mất cảm giác, biến dạng bàn chân, và hạn chế vận động các khớp ở bàn chân, có thể dẫn đến bất thường về phân bố lực ở bàn chân. Và làm tăng áp lực tì đè ở một số điểm ở bàn chân. Từ đó gây ra các vùng da bị chai cứng. Các vết chai cứng dẫn đến sự gia tăng áp lực tì đè lên bàn chân, thường kèm theo xuất huyết dưới vết chai và dẫn đến bị loét. Cuối cùng, dù nguyên nhân chính gây loét là gì, thì nếu bệnh nhân tiếp tục vận động với bàn chân mất cảm giác cũng sẽ làm cho vết thương chậm lành.

Ở bệnh nhân ĐTĐ, khi đường huyết kiểm soát kém, khiến nồng độ đường huyết tăng cao gây ảnh hưởng lên cácmạch máu. Mạch máu sẽ xơ cứng lại, lòng mạch trở nên dày và hẹp hơn. Lâu ngày có thể hình thành các mảng xơ vữa động mạch, làm cản trở lưu thông máu trong lòng mạch.

Bệnh động mạch ngoại biên, thường gây ra doxơ vữa động mạch, gặp ở 50% bệnh nhân bị loét chân do ĐTĐ.3Bệnh động mạch ngoại biên là một yếu tố nguy cơ quan trọng ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương và cắt cụt chi dưới.

Ở bệnh nhân mắc bệnh động mạch ngoại biên nặng, có một tỷ lệ nhỏ loét chân do tình trạng thiếu máu nuôi. Máu đến các chi sẽ ít hơn, giảm chất dinh dưỡng và oxy nuôi dưỡng đến các chi. Từ đó giảm khả năng miễn dịch và tự hồi phục của cơ thể, tạo cơ hội cho vi khuẩn, virus tấn công.

Tuy nhiên, phần lớn các vết loét ở chân là do bệnh lý thần kinh ngoại biên, hoặc bệnh lý thần kinh kết hợp với bệnh động mạch ngoại biên. Ở những bệnh nhân bị loét do bệnh thần kinh kết hợp với tình trạng thiếu máu nuôi do bệnh động mạch ngoại biên, có thể không biểu hiện triệu chứng do bệnh nhân bị mất cảm giác ở chân, ngay cả khi có tình trạng thiếu máu nuôi bàn chân mức độ nặng.

Ngoài ra, ĐTĐ làm suy giảm hệ thống miễn dịch của cơ thể, làm suy yếu khả năng bảo vệ của các tế bàobạch cầuvà làm chậm quá trình tự hồi phục. Vì vậy, chỉ cần gặp một vết thương nhẹ ở chân, nếu không được điều trị kịp thời cũng có thể dẫn đến nhiễm trùng, loét chân và các biến chứng nguy hiểm khác.

Nguy cơ loét chân hoặc đoạn chi (việc cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ chi do chấn thương, bệnh tật, nhiễm trùng,…) tăng lên ở bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ sau đây:4

Kiểm soát đường huyết kém.

Bệnh thần kinh ngoại biên có mất cảm giác.

Hút thuốc lá.

Bàn chân bị biến dạng.

Các nốt chai chân.

Bệnh động mạch ngoại biên.

Tiền sử loét chân hoặc đoạn chi.

Giảm thị lực.

Suy thận mạn. Đặc biệt là bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối phải lọc máu.

Mang giày dép quá chật hoặc kém chất lượng.

Không thường xuyên vệ sinh bàn chân sạch sẽ.

Cắt móng chân không đúng cách.

Nghiện rượu.

Béo phì.

Loét bàn chân ở bệnh nhân ĐTĐ có thể được phòng ngừa hoặc diễn tiến không quá nghiêm trọng nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Dưới đây là một số triệu chứng của loét chân ở bệnh nhân ĐTĐ:

Thay đổi màu da chân: Các vết loét chân có nhiều màu sắc khác nhau như vàng, hồng, đỏ, xám hoặc màu đen. Nếu vết loét của bạn có màu đen, điều đó có nghĩa là các tế bào trong mô đã chết. Đây được gọi là tình trạng hoại tử.

Da vùng bàn chân trở nên nóng, lạnh bất thường.

Xuất hiện các vết nứt ở chân, đặc biệt là vùng gót.

Chân có mùi hôi khó chịu, không biến mất sau khi rửa.

Sưng ở bàn chân hoặc mắt cá chân.

Đau hoặc đau nhói ở vị trí vết loét.

Chảy dịch từ bàn chân làm bẩn tất hoặc rỉ ra trong giày.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Khi các vết loét đã hình thành, nếu không được điều trị sẽ xuất hiện vùng da màu đen bao quanh vết loét, do máu không lưu thông được đến khu vực này. Đây là tình trạng nguy hiểm, vết loét có thể tiếp tục lan rộng và sâu. Do đó, bạn cần đến gặp bác sĩ ngay để được điều trị đúng cách.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Khi phát hiện có vết loét bàn chân, bệnh nhân ĐTĐkhông nên tự điều trị tại nhàmà cần đến ngay bệnh viện, hoặc cơ sở y tế để được khám và điều trị kịp thời. Tùy mức độ, bệnh nhân sẽ được bác sĩ chỉ định dùng một số loại thuốc, hướng dẫn chăm sóc vết thương để tránh biến chứng nặng hơn.

Mục tiêu chính trong điều trị loét chân ở bệnh nhân ĐTĐ là làm lành vết loét càng sớm càng tốt. Vết loét càng nhanh lành thì khả năng nhiễm trùng càng thấp.

Một số yếu tố chính trong việc điều trị vết loét bàn chân ở bệnh nhân ĐTĐ:5

Phòng chống nhiễm trùng.

Giảm áp lực tì đè lên vùng da bàn chân đang bị loét.

Loại bỏ da và mô chết bằng phương pháp cắt lọc vết thương.

Sử dụng thuốc bôi hoặc lựa chọn băng gạc phù hợp.

Kiểm soát đường huyết và các vấn đề sức khỏe khác như ổn định huyết áp, mỡ máu. Cũng như điều trị bệnh thần kinh ngoại biên, hoặc động mạch ngoại biên nếu có.

Để vết loét không bị nhiễm trùng, điều quan trọng cần phải:

Kiểm soát đường huyết một cách chặt chẽ.

Băng và giữ cho vết loét sạch sẽ.

Rửa, làm sạch vết thương hàng ngày, sử dụng băng gạc thích hợp.

Tránh đi chân đất.

Không phải tất cả các vết loét đều bị nhiễm trùng. Tuy nhiên, nếu tình trạng nhiễm trùng vết loét xảy ra, bác sĩ có thể phải sử dụng kháng sinh, chăm sóc vết thương, và cho chỉ định nhập viện.

Cần lưu ý, không nên sử dụng dung dịch betadine đậm đặc, oxy già, và ngâm chân trong nước. Vì những phương pháp này có thể dẫn đến các biến chứng nặng nề hơn.

Để vết loét nhanh lành, các vết loét bàn chân phải được làm giảm áp lực tì đè, hay còn gọi là “giảm tải”. Bạn có thể được yêu cầu mang các dụng cụ nẹp chân, bó bột chuyên dụng, sử dụng nạng hoặc xe lăn để hỗ trợ di chuyển. Các thiết bị này sẽ làm giảm áp lực và kích ứng lên vùng da bị loét. Từ đó giúp đẩy nhanh quá trình lành vết thương.

Phần lớn các vết loét chân không bị nhiễm trùng có thể được điều trị mà không cần phẫu thuật. Tuy nhiên, nếu các phương pháp điều trị này không thành công, có thể cần phải xử trí vết loét bằng phẫu thuật.

Bác sĩ có thể cần phẫu thuật để loại bỏ áp lực tì đè lên vết loét. Bao gồm: cạo, hoặc cắt bỏ các xương và điều chỉnh các biến dạng bàn chân khác nhau, hoặc thậm chí phải cắt cụt chi.

Thời gian lành vết loét sau phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: kích thước và vị trí vết loét, áp lực tì đè lên vết loét khi đi lại, mức đường huyết của bệnh nhân, cũng như vấn đề chăm sóc vết loét. Việc chữa lành có thể kéo dài trong vài tuần hoặc vài tháng.

Bên cạnh những điều trị đặc hiệu trên vết thương, thì bệnh nhân cũng cần phải điều trị các vấn đề khác nhưổn định đường huyết,ổn định huyết áp, ổn định lipid máu, cũng như điều trị bệnh mạch máu ngoại biên, bệnh thần kinh ngoại biến nếu có.

Nếu nồng độ đường huyết nằm trong mục tiêu, vi khuẩn sẽ không có điều kiện thuận lợi để phát triển. Từ đó giúp cơ thể chống lại tình trạng nhiễm trùng tốt hơn.

Thực hiện chế độ ăn uống lành mạnh góp phần giúp kiểm soát đường huyết. Từ đó tránh xuất hiện vết loét, cũng như dễ chữa lành hơn nếu vết loét xảy ra. Người bệnh nên tránh các loại carbohydrate hấp thụ nhanh như: nước ngọt có ga, nước ép trái cây, nước đường…

Ăn nhiều protein có thể giúp vết thương nhanh lành hơn. Ngoài ra, nên tăng cường bổ sung các loại rau củ có chứavitamin Avàvitamin C; vì những chất dinh dưỡng này rất quan trọng để chữa lành vết thương, và có thể tăng cường hệ thống miễn dịch của bạn.

Đừng để nỗi sợ bị thương khiến bạn không tập thể dục. Tập thể dục là một phần quan trọng trong việc kiểm soát đường huyết. Tập thể dục thường xuyên giúp cải thiện mức độ nhạy cảminsulincủa cơ thể. Từ đó giảm nhu cầu sử dụng insulin và kiểm soát đường huyết tốt hơn. Tuy nhiên, không nên vận động quá mạnh và tránh tiếp xúc quá nhiều ở vị trí có vết loét, vì sẽ làm gia tăng áp lực nơi đó dẫn đến ảnh hưởng quá trình lành vết thương.

Hút thuốc lá làm giảm vận chuyển oxy đến tế bào và cũng làm rối loạn hệ thống miễn dịch. Đồng thời tăng khả năng biến chứng bệnh động mạch ngoại biên, gây thiếu máu nuôi.

Sau đây là những cách giúp bạn có thể phòng ngừa vết loét bàn chân xảy ra cũng như nhận biết sớm nếu có:

Vệ sinh và kiểm tra chân mỗi ngày xem có những thay đổi bất thường như vết chai, nốt phồng hay vết cắt không.

Giữ cho bàn chân sạch và khô sau khi tắm, đặc biệt là kẻ ngón chân.

Nếu da khô có thể dùng kem dưỡng ẩm làm mềm da, nhưng tránh thoa vào kẻ ngón.

Không ngâm chân trong nước nóng, các loại hoá chất.

Khi cắt móng chân nên cắt ngang, tránh cắt khoé.

Nên mang giày dép kể cả khi trong nhà, không nên đi chân trần.

Nên chọn giày dép phù hợp, thoải mái, mềm mại, không quá cao, không quá chật.

Kiểm tra giày dép trước khi mang vào.

Đến ngay cơ sở y tế nếu phát hiện bất thường ở chân.

Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ loét chân.

Trên đây là những thông tin vềbiến chứng tiểu đường gây loét da. Hi vọng đã giúp bạn hiểu rõ hơn về tình trạng loét da chân ở bệnh tiểu đường. Từ đó biết cách phòng ngừa và chăm sóc những tổn thương tốt hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/trieu-chung-bien-dang-ngon-chan-cai-va-phuong-phap-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về biến dạng ngón chân cái

Triệu chứng biến dạng ngón chân cái

Khi nào cần khám bệnh?

Nguyên nhân làm biến dạng ngón chân cái

Biến dạng ngón chân cái độ tuổi vị thành niên

Biến chứng

Chẩn đoán

Phương pháp điều trị

Biện pháp phòng ngừa

Biến dạng ngón chân cái là một tình trạng bệnh lý khá phổ biến hiện nay. Bệnh chủ yếu gây ra do di truyền hoặc tình trạng mang giày chật mũi, giày cao gót. Do đó, bệnh thường gặp ở nữ giới hơn là nam giới. Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên thường nhất từ 20 – 50 tuổi. Tuy là một bệnh lành tính, hầu hết không cần điều trị, nhưng vẫn có thể gây hậu quả nặng nề. Cùng theo chân tìm hiểu về bệnh lý này qua bài viết của Bác sĩ Nguyễn Huỳnh Thanh Thiên nhé!

Biến dạng ngón chân cái (bunions) là sự sưng to của xương, hình thành ở khớp bàn ngón chân cái. Biến dạng này xảy ra khi các xương ở phần trước bàn chân nằm sai lệch vị trí. Chỏm xương bàn ngón cái bị lệch vào trong và đốt ngón chân cái bị kéo lệch về các ngón còn lại. Từ đó, làm nhô phần khớp bàn ngón chân cái nhiều hơn bình thường. Da vùng khớp biến dạng này có thể đỏ và đau, gây ra bởi tình trạng viêm. Bệnh diễn tiến từ từ, biến dạng nặng dần theo thời gian.

Mang giày chật là yếu tố quan trọng gây ra biến dạng ngón chân cái và làm nặng hơn tình trạng của bệnh. Ngoài ra, tình trạng tương tự cũng có thể xảy ra ở ngón út, hay còn gọi là biến dạng ngón chân “thợ may” (tailor’s bunion – Bunionette).

Các dấu hiệu và triệu chứng của biến dạng ngón chân cái bao gồm:

Khối sưng phồng, cứng, nhô ra ở bờ trong khớp bàn ngón chân cái.

Ngón chân cái lệch về hướng các ngón chân còn lại của bàn chân.

Sưng, nóng, đỏ hoặc đau quanh khớp bàn ngón chân cái.

Cục chai ở da thường xuất hiện khi ngón chân cái và ngón thứ 2 cọ sát vào nhau.

Cứng khớp và hạn chế cử động ngón chân cái.

Mặc dù biến dạng ngón chân cái thường không cần điều trị. Tuy nhiên, một số trường hợp cần đi khám khi có các dấu hiệu sau:

Đau ngón chân hoặc bàn chân nhiều, liên tục.

Thử các biện pháp điều trị tại nhà như chườm đá, hạn chế cử động, mang giày phù hợp nhưng không khỏi.

Gây ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày.

Khó tìm được giày phù hợp vì biến dạng ngón chân cái gây ra.

Mắc các bệnh làm nặng thêm tình trạng biến dạng ngón chân cái như đái tháo đường.

Xem thêm:Bàn chân: Một cấu trúc kì diệu của tạo hóa

Có nhiều giả thuyết được đưa ra về quá trình hình thành biến dạng ngón chân cái. Tuy nhiên, nguyên nhân chính xác vẫn còn chưa biết. Các nguyên nhân có khả năng gây ra bao gồm:

Mang giày cao gót sẽ dồn toàn bộ trọng lượng của cơ thể về phía đầu ngón chân. Lâu ngày làm tăng nguy cơ biến dạng ngón chân cái. Điều này giải thích tại sao phụ nữ bị nhiều hơn gấp 10 lần nam giới.

Xem thêm:Cách chọn cho trẻ một đôi giày tốt

Những người phải đi lại nhiều, đứng lâu, hay những vũ công múa ba lê dễ mắc bệnh hơn.

Những người mang giày quá chật, hoặc quá nhọn ở mũi giày có nhiều khả năng gây biến dạng này.

Những người có thành viên trong gia đình mắc bệnh sẽ dễ bị hơn những nguời khác.

Chấn thương hoặc các động tác lặp đi lặp lại gây căng thẳng cho bàn chân.

Vòm thấp, bàn chân bẹt, lỏng các khớp và gân làm tăng khả năng gây biến dạng ngón chân cái.

Hình dạng biến thể của chỏm xương bàn ở một số người. Nếu chỏm quá tròn, mặt khớp sẽ kém ổn định, dễ gây biến dạng hơn khi mang giày chật, hẹp.

Sự thay đổi nội tiết tố xảy ra trong thai kỳ làm lỏng dây chằng và làm phẳng bàn chân. Từ đó, làm tăng nguy cơ biến dạng ngón chân cái và các vấn đề khác ở bàn chân.

Xem thêm:Mang thai khi lớn tuổi: Nguy cơ và lợi ích

Biến dạng có thể liên quan đến một số loại viêm khớp, chẳng hạn như viêm khớp dạng thấp. Ngoài ra cũng liên quan đến các bệnh lý thần kinh cơ, như bệnh bại liệt

Tình trạng này thường xảy ra nhất ở các bé gái từ 10 đến 15 tuổi. Tuy nhiên chúng vẫn có thể xảy ra ở các bé trai. Biến dạng ngón chân cái ở người trưởng thành thường hạn chế vận động khớp bàn ngón chân cái. Trái lại, ở lứa tuổi vị thành niên thường có thể di chuyển ngón chân cái, mặc dù vẫn có thể gây đau. Biến dạng ở người lớn thường liên quan đến mang giày chật. Trong khi, ở lứa tuổi vị thành niên thường liên quan đến di truyền.

Các biến chứng có thể gây ra bởi biến dạng ngón chân cái, bao gồm:

Viêm bao hoạt dịch:Tình trạng này xảy ra khi các túi chứa dịch nằm gần khớp bàn ngón chân cái bị viêm.

Ngón chân hình búa:Tình trạng này gây ra sự uốn cong bất thường ở đốt giữa của ngón chân. Ngón cạnh ngón chân cái thường bị ảnh hưởng nhất, có thể gây đau và áp lực.

Đau ngón chân mạn tính.

Bác sĩ sẽ hỏi bệnh, tiền căn bản thân và gia đình, thăm khám bàn chân và các ngón chân. Sau khi hỏi bệnh và thăm khám thường là đủ để chẩn đoán được bệnh lý này. Tuy nhiên, bác sĩ vẫn đề nghị chụp thêm X-quang để xác định được mức độ tiến triển và nguyên nhân của bệnh. Ngoài ra, có thể xét nghiệm máu để xem có nguyên nhân viêm khớp hay không.

Bác sĩ sẽ tiến hành đo các góc trên phim X quang để đánh giá. Góc tạo bởi xương bàn ngón cái và xương ngón chân cái bình thường tối đa là 15 độ. Góc tạo bởi xương bàn ngón cái và xương bàn ngón 2 bình thường tối đa là 9 độ. Tùy theo mức độ của biến dạng mà đưa ra các phương pháp điều trị khác nhau.

Lựa chọn điểu trị phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh, lứa tuổi, mức độ hoạt động bàn chân của bệnh nhân.

Phương pháp điều trị không phẫu thuật nhằm giảm đau và giảm áp lực cho khớp bàn ngón chân cái. Bao gồm các phương pháp:

Thay giày phù hợp:Mang giày rộng rãi, thoải mái, cung cấp nhiều không gian cho ngón chân.

Đệm lót giày:Các miếng lót giày giúp phân phối áp lực đồng đều khi đi lại. Chúng giúp giảm các triệu chứng và ngăn tình trạng biến dạng ngón chân cái nặng thêm.

Đệm ngón chân:Có thể sử dụng các miếng đệm giữa các ngón chân, hoặc nẹp chỉnh hình hỗ trợ ngón chân cái. Nên chọn các loại đệm lót có kích thước phù hợp. Nếu sai kích thước nó có thể gây thêm áp lực và làm nặng thêm tình trạng bệnh.

Thuốc:Acetaminophen (Tylenol),ibuprofen(Advil, Motrin IB) hoặc naproxen natri (Aleve) có thể giúp kiểm soát cơn đau. Cortisone tiêm cũng có thể hữu ích. Tuy nhiên cần chú ý tác dụng phụ khi dùng kháng viêm thường xuyên, liều cao.

Chườm lạnh:giúp giảm đau, giảm sưng nề gây ra bởi tình trạng viêm khớp bàn ngón cái. Mỗi lần chườm tối đa 20 phút, vài lần mỗi ngày khi sưng đau. Không chườm trực tiếp đá vào nơi tổn thương, nên bọc đá bằng một túi vải. Nếu bị tổn thương thần kinh hoặc các vấn đề về tuần hoàn, hãy nói chuyện với bác sĩ trước khi đặt túi đá lên chân.

Nếu điều trị bảo tồn không làm giảm các triệu chứng, có thể cần đến phẫu thuật. Phẫu thuật không được khuyến khích vì lý do thẩm mỹ. Chỉ định phẫu thuật khi biến dạng làm đau thường xuyên hoặc cản trở hoạt động hàng ngày. Tuy nhiên, phẫu thuật cũng không được khuyến khích ở lứa tuổi vị thành niên. Vì đây là lứa tuổi xương đang phát triển, dễ tái phát sau phẫu thuật.

Các phương pháp phẫu thuật tùy theo mức độ của bệnh, bao gồm:

Mức độ nhẹ:Gặm bỏ phần xương thừa ở phần nhô ra của chỏm xương bàn ngón chân cái. Sắp xếp lại các gân, cơ và dây chằng bao quanh khớp. Mất 3 đến 4 tuần để phục hồi, phụ thuộc vào việc mang giày sau phẫu thuật. Có thể không chỉnh sửa được biến dạng ngón chân cái.

Mức độ vừa:Thực hiện tương tự như đối với mức độ nhẹ. Ngoài ra, thực hiện thêm đục xương, sửa trục xương bàn ngón cái. Sau đó xương bàn được cố định bằng vít hoặc kim. Mất 4 đến 6 tuần để phục hồi, phụ thuộc vào quá trình phẫu thuật. Bệnh nhân cần nẹp bột và đi nạng sau phẫu thuật.

Mức độ nặng:Cắt bỏ phần xương thừa ở chỏm xương bàn ngón chân cái. Đục bỏ 1 phần xương bàn dạng hình nêm để chỉnh lại trục ngón chân cái. Chỉnh lại gân và dây chằng. Mất 6 đến 12 tuần để phục hồi. Cần nẹp bột và đi nạng sau phẫu thuật. Nếu khớp bàn ngón cái không thể sửa được, có thể thay bằng khớp nhân tạo.

Cần hạn chế vận động tác động lên bàn chân ít nhất 2 tuần. Hạn chế lái xe trong 6 đến 8 tuần. Tránh thể thao tác động đến bàn chân trong 6 tháng. Để ngăn ngừa tái phát, cần mang giày phù hợp sau khi phục hồi.

Kết quả và biến chứng sau phẫu thuật:

Biến chứng phổ biến nhất là tái phát sau phẫu thuật, được báo cáo trong 16% trường hợp. Điều này có thể xảy ra khi chỉ thực hiện gặm bỏ phần xương nhô ra, nhưng biến dạng cơ bản không được sửa chữa.

Đôi khi xảy ra tình trạng chậm lành xương, hoặc hiếm hơn có thể không lành xương. Khi đó thường cần phẫu thuật lại.

Kích thích từ đinh hoặc vít và sẹo xơ cứng quá mức.

Sưng sau phẫu thuật thường giảm trong vòng hai tháng nhưng có thể kéo dài sáu tháng hoặc lâu hơn.

Khớp có thể bị cứng trong vài tháng.

Tổn thương thần kinh và đau liên tục là rất hiếm. Khi chúng xảy ra, chúng có thể kéo dài thời gian phục hồi và có thể cần phẫu thuật thêm.

Nhiễm trùng xảy ra ít hơn 1%.

Nên chọn kích cỡ giày vào cuối ngày, vì lúc đó bàn chân sẽ lớn nhất. Kích thước bàn chân cũng thay đổi theo lứa tuổi. Nên đo cả 2 bàn chân và chọn kích cỡ giày theo bàn chân lớn hơn. Phần mũi giày nên rộng rãi, có khoảng trống giữa đầu ngón chân dài nhất và mũi giày. Hình dạng giày phù hợp với hình dạng bàn chân, không bị bóp hẹp ở bất cứ phần nào của bàn chân. Gót giày thấp, thấp hơn 1 inch và đế giày có miếng lót mềm.

Giảm cân khi thừa cân, béo phì.

Hạn chế đứng lâu hoặc tác động lặp đi lặp lại lên đầu ngón chân.

Điều trị các bệnh lý nền như đái tháo đường, viêm khớp dạng thấp, các bệnh lý thần kinh cơ.

Qua bài viết, cung cấp cho bạn đọc cái nhìn tổng thể vềbệnh lý biến dạng ngón chân cái. Bệnh này hầu như lành tính và không cần điều trị. Tuy nhiên, cần điều chỉnh thói quen mang giày và các công việc phải đứng lâu. Khi có triệu chứng sưng đau có thể thực hiện các biện pháp điều trị tại nhà. Khi có các dấu hiệu nặng cần phải đến các cơ sở khám chuyên khoa để được tư vấn và điều trị sớm, hiệu quả, ngăn ngừa các biến chứng xấu có thể xảy ra. Phẫu thuật vẫn còn tiềm ẩn các nguy cơ và có thể tái phát bệnh sau phẫu thuật. Người bệnh cần nghiêm túc tuân thủ các hướng dẫn của bác sĩ sau phẫu thuật. Tái khám định kỳ đầy đủ, đúng hẹn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/burnout-kiet-suc-noi-lam-viec-va-13-cach-de-khoi-phuc/

Nội dung bài viết

1. Burnout là gì?

2. Dấu hiệu và triệu chứng của kiệt sức

3. Sự khác biệt giữa căng thẳng và kiệt sức

4. Nguyên nhân gây kiệt sức

Làm thế nào để thoát khỏi trạng thái kiệt sức?

Burnout là tình trạng kiệt sức về cảm xúc, thể chất, tinh thần do căng thẳng quá mức và kéo dài. Burnout chẳng chừa một ai, bất kể bạn là nội trợ, quản lý, giáo viên, kĩ sư hay bác sĩ… Khi bị kiệt sức, hiệu suất làm việc giảm và nỗi sợ thất bại tăng lên. Họ bị choáng ngợp và bị chôn vùi dưới vô số kỳ vọng từ người khác. Không còn có thể đáp ứng nhu cầu của riêng mình, họ cảm thấy cuộc sống tẻ nhạt vô cùng. Cùng tìm ra những cách để dự phòng và khôi phục bản thân khỏi burnout, để cuộc sống của bạn ý nghĩa từng ngày.

Theo định nghĩa của Tổ chức y tế thế giới (WHO), burnout là một hội chứng – một hiện tượng nghề nghiệp. Do căng thẳng ở nơi làm việc kéo dài, mà không được quản lý tốt. Như vậy, WHO nhấn mạnh burnout là hiện tượng xảy ra trong môi trường làm việc và không nên được dùng để mô tả trong những lĩnh vực khác.

Burnout xảy ra khi bạn cảm thấy quá tải, vô cảm và không thể đáp ứng mọi kì vọng. Nếu tình trạng này tiếp tục, nó khiến bạn mất hứng thú và không còn động lực để tiếp tục.

Burnout làm giảm năng suất và khiến năng lượng của bạn bị cạn kiệt. Bạn cảm thấy ngày càng bất lực, vô vọng, thô lỗ và trở nên cáu gắt. Cuối cùng, bạn có thể cảm thấy như bạn không còn gì để cho đi nữa.

Những tác động tiêu cực của sự kiệt sức ảnh hưởng đến mọi lĩnh vực của cuộc sống. Từ việc chăm lo cuộc sống gia đình cho đến các mối quan hệ trong đời sống xã hội. Kiệt sức lâu dài còn ảnh hưởng không chỉ về sức khỏe tâm thần mà còn có thể chất nữa. Do đó, bạn cần tìm cách để đối mặt và vượt qua tình trạng này.

Xem thêm:Sống hòa hợp với stress: Nhận diện người bạn đường

Burnout là một quá trình xảy ra từ từ. Các dấu hiệu và triệu chứng ban đầu rất khó nhận ra nhưng dần dần, chúng sẽ trở nên tồi tệ hơn.

Những người bị kiệt sức nghề nghiệp thường có những dấu hiệu và triệu chứng sau:

Cảm thấy mệt mỏi, sức tàn lực kiệt chiếm phần lớn thời gian.

Giảm sức đề kháng, thường xuyên ốm đau.

Hay bịđau đầu, đau cơ.

Có sự thay đổi trong ăn uống, chán ăn hoặc ăn nhiều hơn.

Chất lượng giấc ngủ kém đi.

Hay có cảm giác thất bại, thua cuộc và nghi ngờ bản thân.

Cảm thấy cô độc, cả thế giới như đang chống lại mình.

Mất động lực.

Ngày càng hoài nghi và có những suy nghĩ tiêu cực.

Giảm sự hài lòng và cảm giác hoàn thành công việc.

Trốn tránh trách nhiệm.

Cô lập bản thân khỏi người khác.

Chần chừ, mất nhiều thời gian hơn để hoàn thành công việc.

Sử dụng thuốc, rượu hoặc đồ ăn để đối phó.

Trút sự thất bại của mình người khác.

Nhảy việc hoặc đi muộn về sớm.

Nếu bạn chú ý và chủ động giảm căng thẳng, bạn có thể ngăn ngừa một sự đổ gãy lớn. Nếu bỏ qua, cuối cùng chính bạn sẽ kiệt sức.

Kiệt sức có thể là kết quả của căng thẳng kéo dài, nhưng nó không giống với việc chịu nhiều stress. Nói chung, căng thẳng liên quan đếnquá nhiều áp lựckhông chỉ về thể chất mà còn tinh thần. Tuy nhiên, người bị căng thẳng vẫn có thể nghĩ rằng nếu họ có thể kiểm soát mọi thứ, nhờ đó họ sẽ cảm thấy tốt hơn.

Mặt khác, burnout lại làkhông đủ. Nghĩa là họ cảm thấy trống rỗng, kiệt sức tinh thần, không có động lực và sự quan tâm thêm nữa. Người bị kiệt sức thường không thấy bất kỳ hy vọng thay đổi tích cực nào trong các tình huống.

Nếu căng thẳng quá mức khiến bạn đang như chìm đắm trong trách nhiệm. Vậy thì, kiệt sức là cảm giác tất cả trách nhiệm bị trôi sạch. Và trong khi bạn thường ý thức được bản thân đang chịu nhiềustress, thì bạn thường không chú ý đến burnout khi nó xảy ra.

Sự kiệt sức thường bắt nguồn từ công việc của bạn. Bất cứ ai cảm thấy làm việc quá sức và bị đánh giá thấp đều có nguy cơ bị kiệt sức. Từ nhân viên văn phòng chăm chỉ cho đến bà nội trợ ở nhà chăm sóc cha mẹ, con cái.

Nhưng kiệt sức không chỉ do công việc căng thẳng hoặc quá nhiều trách nhiệm. Các yếu tố khác góp phần vào burnout, bao gồm lối sống và đặc điểm tính cách của bạn. Trong thực tế, những gì bạn làm và cách bạn nhìn thế giới có thể đóng vai trò lớn trong việc gây ra căng thẳng quá mức.

Cảm giác có ít hoặc không kiểm soát được khối công việc.

Thiếu sự công nhận hoặc khen thưởng cho công việc tốt

Kỳ vọng công việc không rõ ràng hoặc quá khắt khe

Công việc đơn điệu hoặc không có tính thử thách

Làm việc trong môi trường áp lực cao

Không có đủ thời gian để gặp gỡ bạn bè hoặc thư giãn

Thiếu các mối quan hệ gần gũi, nâng đỡ

Nhận quá nhiều trách nhiệm, không có đủ sự giúp đỡ từ người khác

Thiếu ngủ

Xu hướng cầu toàn; không có gì là đủ tốt

Cái nhìn bi quan về bản thân và thế giới

Cần kiểm soát mọi thứ, miễn cưỡng giao phó cho người khác

Đặt mục tiêu cao

Một công việc khiến bạn phải vội vã, hay cảm thấy đơn điệu, không có sự thỏa mãn khiến bạn burnout. Tốt nhất công việc đó nên được từ bỏ và tìm một công việc mà bạn yêu thích thay thế.

Nhắc lại, nên ưu tiên lựa chọn công việc mà mình thích. Nếu không bạn cần tìm ra nhiều nhất có thể sự ưa thích trong công việc hiện tại.

Tất nhiên, đối với nhiều người trong chúng ta thay đổi công việc không phải là một giải pháp thiết thực. Dù sao bạn vẫn cần tiền cho những hóa đơn hàng tháng mà. Do đó có những cách khác bạn có thể thực hiện.

Như đã nói ở trên, bất cứ một công việc nào cũng có một hay nhiều vai trò nhất định. Tập trung vào các khía cạnh của công việc mà bạn thích. Ngay cả khi đó chỉ là trò chuyện với đồng nghiệp vào bữa trưa.

Thay đổi thái độ của bạn đối với công việc của bạn có thể giúp bạn lấy lại được cảm giác có mục đích và kiểm soát .

Nếu bạn ghét công việc của mình, hãy tìm kiếm ý nghĩa và sự hài lòng ở nơi khác. Ví dụ: gia đình, bạn bè, sở thích hoặc công việc tự nguyện. Tập trung vào các phần của cuộc sống mang lại cho bạn niềm vui.

Có nhiều mối quan hệ ở nơi làm việc có thể giảm sự đơn điệu và chống lại tác động của burnout. Có bạn bè để trò chuyện và đùa giỡn có thể giảm căng thẳng. Nhất là khi bạn không hoàn thành công việc. Hoặc công việc đòi hỏi cao, điều này sẽ cải thiện hiệu suất công việc của bạn. Hoặc đơn giản chỉ là giúp bạn vượt qua một ngày khó khăn.

Nếu kiệt sức dường như là không thể tránh khỏi, hãy cố gắng nghỉ ngơi hoàn toàn. Đi nghỉ mát, sử dụng hết những ngày nghỉ ốm, xin nghỉ phép tạm thời, bất cứ điều gì để loại bỏ bản thân khỏi tình huống này. Sử dụng thời gian để nạp năng lượng lại cho chính mình. Đồng thời tìm kiếm các phương pháp khác để sạc pin cho bản thân.

Không thể phủ nhận rằng, burnout là một dấu hiệu cho thấy điều gì đó quan trọng trong cuộc sống của bạn không hoạt động. Dành thời gian để suy nghĩ về hy vọng, mục tiêu và ước mơ của bạn.

Bạn đang bỏ bê một cái gì đó thực sự quan trọng với chính mình? Đây có thể là một cơ hội để khám phá lại những gì thực sự khiến bạn hạnh phúc. Và sống chậm lại, cho bản thân thời gian để nghỉ ngơi, suy ngẫm và chữa lành.

Đừng làm bản thân đi quá giới hạn. Hãy tập nói “không” với những yêu cầu lấy mất thời gian của bạn Nếu bạn thấy điều này khó khăn, hãy tự nhắc nhở bản thân rằng việc nói không cho phép bạn nói “có” đối với những lời cam kết mình muốn thực hiện.

Đặt thời gian mỗi ngày khi bạn ngắt kết nối hoàn toàn. Bỏ máy tính xách tay  xuống, tắt điện thoại đi và ngừng kiểm tra email.

Sáng tạo là một liều thuốc giải mạnh mẽ với kiệt sức. Hãy thử một cái gì đó mới, bắt đầu một dự án thú vị hoặc tiếp tục một sở thích yêu thích. Chọn hoạt động không liên quan đến công việc hoặc bất cứ điều gì gây ra căng thẳng của bạn.

Yoga, thiền và thở sâu kích hoạt phản ứng thư giãn của cơ thể. Đây là trạng thái nghỉ ngơi trái ngược với phản ứng căng thẳng.

Cảm giác mệt mỏi có thể làm nặng thêm burnout. Giữ bình tĩnh trong những tình huống căng thẳng bằng cách ngủ ngon.

Tập thể dục là một liều thuốc tốt để giải tỏa căng thẳng và kiệt sức. Đặt mục tiêu tập thể dục ít nhất 30 phút mỗi ngày. Hoặc chia thành các đợt hoạt động ngắn mỗi 10 phút. Đi bộ 10 phút có thể cải thiện tâm trạng của bạn trong hai giờ.

Tập thể dục nhịp điệu là một cách cực kỳ hiệu quả để nâng cao tâm trạng. Đồng thời, nó sẽ giúp tăng năng lượng, tăng sự tập trung và thư giãn cả tâm trí và cơ thể. Hãy thử đi bộ, chạy, bơi lội, võ thuật, hoặc thậm chí nhảy múa.

Để tối đa hóa việc giảm căng thẳng, thay vì tiếp tục tập trung vào suy nghĩ của bạn. Hãy tập trung vào cơ thể và cảm giác khi bạn di chuyển. Ví dụ như cảm giác bàn chân chạm đất, hoặc gió lướt trên da.

Những gì bạn đưa vào cơ thể có thể có tác động rất lớn đến tâm trạng và năng lượng trong suốt cả ngày.

Giảm nhập một lượng lớn các loại thức ăn. Đặc biệt là thức ăn có ảnh hưởng xấu đến tâm trạng của bạn. Chẳng hạn như caffeine, chất béo chuyển hóa và thực phẩm có chất bảo quản hóa học.

Ăn nhiều axit béoOmega-3. Các nguồn tốt nhất là cá béo (cá hồi, cá trích, cá thu, cá cơm, cá mòi), rong biển, hạt lanh và quả óc chó.

Tránh hút thuốc lá. Khi hút thuốc bạn cảm thấy có vẻ bình tĩnh, nhưng trong thuốc lá có nicotine. Đây là một chất kích thích mạnh mẽ, tăng mức độ lo lắng cao hơn.

Bạn có thể uống rượu hoặc bia. Nhưng ở mức độ giới hạn cho phép. Rượu hoặc bia làm giảm lo lắng tạm thời, nhưng quá nhiều sẽ không tốt và có thể bị nghiện.

Xem thêm:Huyết áp thấp ở người trẻ tuổi: Thông tin bạn cần biết

Burnouthủy hoại cuộc sống chúng ta trong thầm lặng. Không có niềm vui, không có động lực khiến cuộc sống trở nên tẻ nhạt. Nhận ra trạng thái kiệt sức không phải là vấn đề quá khó. Làm mới bản thân, dành nhiều thời gian hơn để nghỉ ngơi và tìm hiểu chính mình. Tìm ra được cách để khiến bản thân cảm thấy hạnh phúc, được vui vẻ là thông điệp của bài viết. Mong rằng bạn sẽ có một cuộc sống có ý nghĩa hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chan-doan-va-dieu-tri-hoi-chung-buong-trung-da-nang-nhu-the-nao/

Nội dung bài viết

Làm thể nào để chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang?

Khi nào cần đi khám bác sĩ?

Điều trị hội chứng buồng trứng đa nang

Lời khuyên về chế độ ăn uống và lối sống để điều trị hội chứng buồng trứng đa nang

Trong bài viết trước, chúng ta đã cùng tìm hiểu nguyên nhân, triệu chứng, những tác động của hội chứng buồng trứng đa nang. Đây thực sự là một hội chứng tiềm ẩn nguy cơ vô sinh cho nữ giới. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể gây vô sinh ở nữ giới. Vậy hội chứng này được chẩn đoán như thế nào? Điều trị bằng những phương pháp nào? Bạn đọc hãy cùng tìm hiểu những thông tin cơ bản về chẩn đoán và điều trị hội chứng buồng trứng đa nang trong bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Sản Phụ khoa Phan Lê Nam.

Hiện nay, không có xét nghiệm để chẩn đoán chắc chắn hội chứng buồng trứng đa nang.

Các bác sĩ thường chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang ở những phụ nữ có ít nhất hai trong số ba triệu chứng sau đây:

Nồng độ androgen cao.

Chu kỳ kinh nguyệt không đều.

Nang buồng trứng.

Bác sĩ cũng sẽ hỏi xem liệu bạn có phải các triệu chứng như mụn trứng cá, rậm lông và cơ thể tăng cân hay không.

Bác sĩ cần kiểm tra vùng chậu để tìm kiếm bất kỳ vấn đề với buồng trứng. Cũng như kiểm tra các bộ phận khác của đường sinh sản của bạn. Trong cuộc thăm khám này, bác sĩ sẽ đưa ngón vào âm đạo của bạn. Sau đó kiểm tra xem có bất kỳ sự phát triển khối u hay bất thường nào trong buồng trứng hoặc tử cung của bạn không.

Mục đích để kiểm tra mức độ hormone nam androgen cao hơn bình thường. Bạn cũng có thể được xét nghiệm máu để kiểm tra nồng độ cholesterol, insulin và triglyceride. Để đánh giá nguy cơ mắc các bệnh liên quan như bệnh tim mạch và tiểu đường.

Một thiết bị được gọi là đầu dò siêu âm sẽ được đặt trong âm đạo của bạn (siêu âm qua âm đạo). Đầu dò phát ra sóng âm, sau đó được chuyển thành hình ảnh trên màn hình máy tính. Siêu âm sử dụng sóng âm để tìm kiếm các nang trứng bất thường và các vấn đề khác với buồng trứng và tử cung của bạn. Ví dụ như độ dày niêm mạc tử cung.

Nếu bạn bị hội chứng buồng trứng đa nang, bác sĩ có thể đề nghị các xét nghiệm bổ sung cho các biến chứng. Những xét nghiệm có thể bao gồm:

Kiểm tra định kỳ huyết áp, dung nạp glucose, nồng độ cholesterol và triglyceride.

Sàng lọc bệnhtrầm cảmvà lo âu.

Sàng lọcchứng ngưng thở khi ngủ.

Bạn cần đi khám bác sĩ nếu trải qua những triệu chứng như:

Bạn không trải qua các chu kì kinh nguyệt và bạn không có thai.

Bạn có các triệu chứng của hội chứng buồng trứng đa nang. Chẳng hạn như kinh nguyệt không đều, hiện tượng lông mọc rậm trên mặt và cơ thể, mụn, hói đầu.

Bạn đã cố gắng thụ thai hơn 12 tháng nhưng không thành công.

Bạn có các triệu chứng củabệnh tiểu đường. Chẳng hạn như khát hoặc đói quá mức, mờ mắt hoặc giảm cân không giải thích được.

Nếu bạn có hội chứng buồng trứng đa nang, hãy lên kế hoạch thăm khám thường xuyên với bác sĩ chăm sóc chính của bạn. Bạn sẽ cần xét nghiệm thường xuyên để kiểm tra bệnh tiểu đường, huyết áp cao và các biến chứng có thể khác.

Thuốc tránh thai và các loại thuốc khác có thể giúp điều chỉnh chu kỳ kinh nguyệt. Và điều trị các triệu chứng hội chứng buồng trứng đa nang như rậm lông và mụn trứng cá.

Uống estrogen và progestin hàng ngày có thể khôi phục lại sự cân bằng hormone bình thường. Vì vậy giúp điều chỉnh sự rụng trứng. Bên cạnh đó còn làm giảm các triệu chứng như rậm lông quá mức. Thậm chí nó còn có tác dụng bảo vệ chống lại ung thư nội mạc tử cung.

Uống progestin trong 10 đến 14 ngày mỗi một đến hai tháng. Điều này có thể điều chỉnh chu kì kinh nguyệt của bạn và bảo vệ chống lại ung thư nội mạc tử cung. Liệu pháp progestin không cải thiện nồng độ androgen và sẽ không tránh thai. Dụng cụ tử cung chỉ chứa progestin hoặc viên uống chỉ chứa progestin là lựa chọn tốt hơn nếu bạn cũng muốn tránh mang thai.

Metformin là một loại thuốc dùng để điều trị bệnh tiểu đường loại 2. Nó cũng điều trị hội chứng buồng trứng đa nang bằng cách cải thiện nồng độ insulin. Nếu bạn bị tiền tiểu đường, metformin cũng có thể làm chậm quá trình tiến triển thành bệnh tiểu đường loại 2. Đồng thời có thể giúp giảm cân.

Clomiphene (Clomid) là một loại thuốc sinh sản có thể giúp phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang có thai. Tuy nhiên, nó làm tăng nguy cơ sinh đôi và đa thai khác.

Một vài phương pháp điều trị có thể giúp loại bỏ lông không mong muốn hoặc ngăn chặn nó phát triển. Kem Eflornithine (Vaniqa) là một loại thuốc kê toa làm chậm sự phát triển của tóc. Triệt lông bằng laser và điện phân có thể loại bỏ những sợi lông không mong muốn trên khuôn mặt và cơ thể bạn.

Phẫu thuật có thể là một lựa chọn để cải thiện khả năng sinh sản nếu các phương pháp điều trị khác không có hiệu quả. Đó là một thủ thuật tạo ra các lỗ nhỏ trong buồng trứng. Thực hiện bằng tia laser hoặc kim được đốt nóng để khôi phục sự rụng trứng bình thường.

Điều trị cho hội chứng buồng trứng đa nang thường bắt đầu bằng cách thay đổi lối sống như giảm cân, ăn kiêng và tập thể dục.

Giảm chỉ 5 – 10% trọng lượng cơ thể của bạn cũng có thể giúp điều chỉnh chu kỳ kinh nguyệt. Và giúp cải thiện các triệu chứng của hội chứng buồng trứng đa nang. Bên cạnh đó, giảm cân cũng có thể cải thiện mức cholesterol, giảm tình trạng khánginsulin. Giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch và tiểu đường.

Các nghiên cứu so sánh chế độ ăn kiêng đã phát hiện nhiều vấn đề quan trọng. Đó là chế độ ăn ít carbohydrate có hiệu quả cho cả giảm cân và giảm nồng độ insulin. Có thể là chế độ ăn có chỉ số đường huyết thấp (với hầu hết carbohydrate từ trái cây, rau và ngũ cốc). Nó giúp điều chỉnh chu kỳ kinh nguyệt tốt hơn chế độ ăn kiêng giảm cân thông thường.

Một vài nghiên cứu đã phát hiện ra rằng 30 phút tập thể dục cường độ vừa phải ít nhất ba ngày một tuần. Điều này có thể giúp phụ nữ bị hội chứng này giảm cân. Giảm cân bằng tập thể dục cũng giúp cải thiện sự rụng trứng và nồng độ insulin.

Tập thể dục thậm chí còn có lợi hơn khi kết hợp với chế độ ăn uống lành mạnh. Chế độ ăn kiêng cộng với tập thể dục giúp bạngiảm cânnhiều hơn so với can thiệp một mình. Và nó làm giảm nguy cơ mắc bệnh tiểu đường và bệnh tim mạch.

Những thông tin trong bài viết chỉ mang tính chất tham khảo không thể thay thế được sự thăm khám và chẩn đoán của bác sĩ.

Hội chứng buồng trứng đa nanglà hội chứng gây rối loạn chu kì kinh nguyệt của phụ nữ. Vì vậy khiến việc mang thai trở nên khó khăn hơn. Thay đổi lối sống là phương pháp điều trị đầu tiên mà các bác sĩ khuyên dùng. Và thực tế cho thấy chúng đem lại hiệu quả điều trị tốt, bao gồm giảm cân và tập thể dục thường xuyên. Hy vọng bạn đọc đã có những thông tin hữu về cách chẩn đoán và điều trị hội chứng buồng trứng đa nang. Hãy luôn đồng hành cùng YouMed trong những bài viết tiếp theo nhé!

Xét nghiệm nào giúp hỗ trợ chẩn đoán? Có nên tầm soát ung thư buồng trứng hay không? Nên lựa chọn phương pháp điều trị như thế nào? vấn đề tình dục, sinh sản sau điều trịung thư buồng trứngcó làm bạn quan tâm?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-buou-co-nguyen-nhan-trieu-chung-va-cach-phong-ngua/

Nội dung bài viết

Bệnh bướu cổ là gì?

Nguyên nhân gây bệnh bướu cổ

Triệu chứng phát hiện bệnh bướu cổ

Phương pháp điều trị bướu cổ

Chế độ dinh dưỡng phòng ngừa bệnh bướu cổ

Bệnh bướu cổ là bệnh lý tuyến giáp. Thời gian đầu, khi bướu còn nhỏ, người bệnh rất khó phát hiện sự tồn tại của bệnh. Nguyên nhân dẫn đến bệnh bướu cổ chủ yếu do thiếu hụt iod trong cơ thể. Tuy nhiên không phải cứ bổ sung đủ iod là bệnh sẽ khỏi. Hãy cùng tìm hiểu chi tiết hơn về căn bệnh này thông qua bài viết dưới đây nhé.

Tuyến giáplà một tuyến nội tiết quan trọng, có hình con bướm nằm ở đáy của cổ ngay dưới quả táo Adam. Nó sản sinh ra các chất có vai trò giúp điều hòa hoạt động tăng trưởng và phát triển của cơ thể.

Đôi khi tuyến giáp phát triển lớn hơn bình thường, cổ bị sưng lên thành hình bướu gọi là bướu cổ. Bướu cổ xảy ra khi chức năng của tuyến giáp bị rối loạn. Các bệnh nhưcường tuyến giáp trạng, suy tuyến giáp trạng, bướu lành tuyến giáp trạng và đặc biệt là bệnhung thư tuyến giáp, một bệnh rất nguy hiểm theo đó mà xuất hiện.

Nguyên nhân chủ yếu gây ra bệnh bướu cổ là do sự thiếu hụt i-ốt trong cơ thể. Bệnh có liên quan nhiều đến hệ thần kinh nên thực tế rất khó chữa trị. Ở tình trạng bình thường, tuyến giáp sẽ thu nhận i-ốt trong cơ thể từ nguồn dinh dưỡng hằng ngày. Do một số lí do nào đó, tuyến giáp không nhận đủ lượng i-ốt, nó sẽ giảm sản sinh hoóc-môn. Cơ thể sẽ đền bù cho việc thiếu hụt này bằng cách tuyến giáp phải tăng thêm kích thước để sản xuất thêm hoóc-môn. Và như vậy tuyến giáp phình to, tạo thành bướu cổ.

Các nguyên nhân khác có thể dẫn đến bướu cổ bao gồm:

Rối loạn bẩm sinh, rối loạn này có tính chất gia đình.

Do chế độ dinh dưỡng hằng ngày như: ăn nhiều thức ăn có tác dụng ức chế tổng hợp hormon tuyến giáp như các loại rau họ cải, măng, khoai mì…

Dùng kéo dài một số loại thuốc như: muối lithium dùng trong chuyên khoa tâm thần, thuốc có chứa i-ốt như thuốc cản quang, thuốc kháng giáp tổng hợp, thuốc trị thấp khớp, thuốc trị hen, thuốc chống loạn nhịp…

Phụ nữ trong thời kỳ phát triển hoặc có thai và cho con bú cũng dễ bị bướu cổ.

Bệnh bướu cổ mới xuất hiện thường khó phát hiện do không có nhiều triệu chứng rõ ràng. Triệu chứng chủ yếu là to tuyến giáp. Khi bướu còn nhỏ thì rất khó phát hiện, nhưng có thể cảm nhận sự tồn tại của nó qua các biểu hiện:

Cảm giác đau cổ họng hoặc luôn cảm giác cổ họng bị vướng.

Khó nuốt.

Khó thở.

Cảm thấy hồi hộp, có những cơn đau vùng tim thoáng qua, đổ mồ hôi nhiều, giảm cân hay có các biểu hiện của thừa hoóc-môn…

Mệt hoặccăng thẳng,trí nhớ giảm sút, bị táo bón, da khô, cảm thấy lạnh.

Khi bướu lớn hơn, bệnh nhân có thể cảm nhận được cục u cứng và cổ bị bành ra.

Bướu cổ có thể to hoặc nhỏ. Ta có thể phân loại các cấp độ bướu cổ theo kích thước:

Độ 1: Nhìn kỹ có khi phải nhìn nghiêng mới phát hiện hoặc phải sờ nắn.

Độ 2: Nhìn thẳng đã thấy to.

Độ 3: Bướu quá to.

Đôi khi bướu ở vị trí đặc biệt hoặc bị chèn ép khó chẩn đoán như sau:

Bướu giáp chìm: xuất hiện ở cổ nhưng trong lồng ngực sau xương ức. Tình trạng này gây khó chịu mỗi khi nuốt và thở.

Bướu dưới lưỡi: Gặp ở phụ nữ, ở đáy lưỡi làm cho khó nhai, khó nuốt và khó nói.

Tùy thuộc vào kích thước của bướu, dấu hiệu và triệu chứng, nguyên nhân cơ bản, bác sĩ có thể khuyên bạn:

1. Quan sát:Khi bướu còn nhỏ và chức năng tuyến giáp vẫn bình thường, bác sĩ có thể chưa đưa ra phác đồ điều trị và đề nghị tiếp tục quan sát.

2. Thuốc:Bạn sẽ được chỉ định thuốc điều trị theo yêu cầu của bác sĩ dựa theo tình trạng và nguyên nhân bệnh.

3. Phẫu thuật:Nếu bướu đã lớn và gây khó chịu khi thở hoặc nuốt, bác sĩ có thể tiến hành phẫu thuật loại bỏ toàn bộ hay một phần của tuyến giáp.

4. Iod phóng xạ:Trong một số trường hợp, iod phóng xạ được sử dụng để điều trị việc hoạt động quá mức của tuyến giáp. Các iod phóng xạ giúp phá hủy các tế bào tuyến giáp. Các kết quả điều trị trong giảm kích thước của bệnh bướu cổ, nhưng cuối cùng cũng có thể gây ra một tuyến giáp kém.

Bổ sung đủ iod:Ăn thức ăn giàu iod như ăn hải sản hoặc rong biển, hoặc cá, mắm tôm, nước mắm, hoặc dùng muối iod. Tôm, cua đặc biệt chứa nhiều iod. Mọi người cần khoảng 150 microgram iod / ngày. Đối vớiphụ nữ mang thaivà cho con bú và cho trẻ sơ sinh và trẻ em, bổ sung đầy đủ iod hết sức quan trọng.

Giảm tiêu thụ iod:Hấp thu quá nhiều iod đôi khi dẫn đến bệnh bướu cổ, tuy nhiên trường hợp này khá hiếm gặp. Trong trường hợp này tránh dùng muối chứa iod, hải sản, rong biển,…

Bệnh bướu cổnếu biết cách phát hiện và điều trị kịp thời có thể giúp làm giảm triệu chứng bệnh. Ngoài ra phòng ngừa bệnh bằng việc bổ sung đầy đủ iod qua nguồn dinh dưỡng hàng ngày cũng vô cùng quan trọng. Thông qua bài viết này, chúng tôi hi vọng bạn có thêm nhiều thông tin bổ ích về nguyên nhân, biểu hiện và cách phòng ngừa bệnh bướu cổ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/buou-giap-keo/

Nội dung bài viết

Bướu giáp keo là gì?

Triệu chứng bướu giáp keo

Các cách chẩn đoán

Bướu giáp keo có nguy hiểm không?

Những đối tượng dễ mắc bướu giáp keo?

Điều trị bướu giáp keo như thế nào?

Bướu giáp nhân là bệnh lý của cơ quan nội tiết tuyến giáp. Bướu giáp nhân có nhiều loại bao gồm nhân chứa khối đặc hay nhân chứa khối lỏng. Trong đó, khi bướu giáp có chứa nhân lỏng – hay còn gọi là bướu giáp keo, là một chất dịch đặc có thể chứa nhiều thành phần khác nhau. Vậy, bướu giáp keo là gì? Bác sĩ Vũ Thành Đô sẽ giải thích rõ hơn qua bài viết sau.

Bướu giáp keolà một khối chứa đầy dịch lỏng trong mô tuyến giáp. Các khối có kích thước rất khác nhau từ khối nhỏ cho tới khối to – còn gọi là nang. Trong tuyến giáp, có thể có một hay nhiều bướu giáp keo hoặc cũng có nhân đặc trong tuyến. Những trường hợp này thường được chẩn đoán là bướu giáp nhân hỗn hợp. Bệnh lý này thường phức tạp và nên được kiểm tra bởi các bác sĩ chuyên khoa nội tiết.

Đa phần người mắc bệnh thường không có triệu chứng, người bệnh biết mình mắc bệnh qua những lần tầm soát sức khỏe định kỳ.

Tuy nhiên, một số ít bệnh nhân có thể có những triệu chứng tại tuyến giáp như:

Thường người bệnh sẽ cảm thấy đau cổ do tình trạng xuất huyết trong mô hay thiếu máu nuôi tuyến giáp. Người bệnh sẽ thấy đau đột ngột và sờ thấy một khối to trên cổ. Ngoài ra, sẽ có các triệu chứng của viêm nhiễm như sưng, nóng, đỏ vùng tuyến giáp.

Những triệu chứng này rất đa dạng, tùy thuộc vào cơ quan bị ảnh hưởng. Khi tác động tới đường thở sẽ gây ra các triệu chứng như:

Ho khan.

Khàn tiếng, nói đớ.

Khò khè, thở rít.

Khó thở.

Mất chức năng nói.

Nếu ảnh hưởng tới thực quản, người bệnh thường có triệu chứng nuốt khó, nuốt vướng, chán ăn,… Ngoài ra, một số cấu trúc khác cũng bị ảnh hưởng như các dây thần kinh, mạch máu,… gây ra những triệu chứng khác nhau.

Để chẩn đoán chính xác, quan trọng nhất là phải sử dụng hình ảnh học và các phương tiện xâm lấn khi kiểm tra tính chất dịch. Một số phương pháp được đề xuất là:

Siêu âm giúp phát hiện có nang hay không trong mô giáp, kể cả những nang nhỏ. Ngoài ra, giúp nhận định ban đầu về tình trạng bướu giáp keo. Đây cũng là phương tiện được lựa chọn để sàng lọc ban đầu cho các bệnh nhân. Bên cạnh đó, CT, MRI, PET là những phương pháp hình ảnh học khác để chẩn đoán và đánh giá bướu giáp keo.

Xạ hình rất hữu ích để phân biệt nhân hay nang giáp. Xạ hình còn giúp đánh giá chính xác tính chất của nang thông qua hình ảnh thu được. Thông thường, xạ hình được chỉ định cho bệnh nhân nghi ngờ kèm cường giáp.

Chọc hút dịch nang để xét nghiệm giúp kiểm tra thành phần dịch nang. Nhưng chọc hút chỉ dành cho những bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh tuyến giáp ác tính và nang giáp quá to. Các nang>2 cm là đủ để áp dụng cách thức này.

Bướu keo tuyến giáp có nguy hiểm không còn tùy thuộc vào nguyên nhân gây ra nó và triệu chứng mà nó gây nên. Quan trọng nhất cần phải phân biệt chính xác là một nang giáp thật sự hay nang của các cơ quan lân cận.

Những nguyên nhân của bướu giáp keo là:

Đa phần đây là nguyên nhân lành tính, phát triển từ một khối u trước đó trở thành một nang giáp không có chức năng. Do đó, khi siêu âm giai đoạn đầu có thể phát hiện một khối đặc thay vì là dịch.

Một tỷ lệ nhỏ người mắc bướu giáp keo là các nang giáp chứa các tế bào ung thư. Những trường hợp này có thể là những nhân và nang giáp hỗn hợp. Chẩn đoán xác định sau khi chọc hút dịch làm xét nghiệm tế bào học.

Đây là nang lành tính bẩm sinh có từ khi sinh ra. Do sự phát triển bất thường trong quá trình hình thành tuyến giáp khi còn trong bụng mẹ. Tuy nhiên, nhiều lúc người bệnh không có biểu hiện gì cho tới khi trưởng thành. Nguyên nhân này hiếm khi là ác tính.

Nang sán hình thành do nhiễm ký sinh trùng sán dây ảnh hưởng tại tuyến giáp. Tuy nhiên, đây là nhiễm trường hợp cực kỳ hiếm và được điều trị tại các trung tâm bệnh truyền nhiễm.

Ai cũng có thể là đối tượng mắc bướu giáp keo. Tuy nhiên, bệnh lý lại thường gặp ở một số đối tượng như:

Người có tiền căn gia đình như cha mẽ, anh chị em có bệnh lýbướu giáp nhânhay ung thư nội tiết.

Người lớn tuổi.

Nữ giới.

Người có tiền căn điều trị phóng xạ vùng cổ, đầu.

Do đó, những nhóm này nên khám bệnh tầm soát sức khỏe hàng năm để được phát hiện và điều trị sớm.

Bệnh này tương đối dễ điều trị dứt điểm. Lựa chọn phương pháp điều trị thường phải dựa vào kết quả tế bào học. Mục tiêu chủ yếu của điều trị là giảm triệu chứng cho bệnh nhân, ngăn ngừa biến chứng, ngăn ngừa bệnh tiến triển nặng. Những cách thức điều trị hiện nay đối với bướu giáp keo là:

Chọc hút dịch nang bằng kim.

Phẫu thuật.

Điều trị bằng hóa chất.

Điều trị bằng xạ chất.

Điều trị bằng tia laser.

Làm xơ cứng nang giáp.

Tuy nhiên, không phải trường hợpbướu keo tuyến giápnào cũng cần phải điều trị đặc biệt. Một số trường hợp nang nhỏ không triệu chứng và không có nguy cơ tiến triển nặng sẽ được theo dõi định kỳ.

Bướu giáp keolà bệnh lý tương đối thường gặp trên thực tế. Đa phần trường hợp bệnh là lành tính, một số ít trường hợp là nang ác tính. Dù sao, cũng có nhiều phương pháp điều trị khác nhau phù hợp với từng người bệnh giúp điều trị triệt căn. Đừng nên lo lắng, bạn nên đến gặp bác sĩ nếu có triệu chứng nghi ngờ để được tư vấn sớm.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/buou-giap-lan-toa-lanh-tinh/

Nội dung bài viết

Bướu giáp là gì?

Thế nào là bướu giáp lan tỏa lành tính?

Những triệu chứng của bệnh nhân

Nguyên nhân gây ra bướu giáp lan tỏa lành tính

Các phương tiện chẩn đoán

Điều trị bướu giáp lan tỏa lành tính

Có nhiều mối lo ngại rằng: bướu giáp là biểu hiện bệnh ác tính như ung thư. Tuy nhiên không phải vậy. Trên thực tế có nhiều bướu giáp là biểu hiện lành tính, gọi là bướu giáp lan tỏa. Vậy bướu giáp lan tỏa lành tính là gì? Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô tìm hiểu ngay trong bài viết sau đây.

Tuyến giáplà cơ quan nằm ở giữa cổ, đây là hệ nội tiết sản xuất nhiều hormonee quan trọng trong hoạt động cơ thể. Hai hormonee chính sản sinh trong tuyến giáp là thyroxine (T4) và triiodothyronine (T3). Ngoài ra, cơ quan này còn tiết ra những hormone khác. Ví dụ như sự sản xuất calcitonin – một chất điều hòa lượng canxi trong máu.

Bướu giáp hay còn gọi là bướu cổ là sự phì đại vùng tuyến giáp ở cổ. Bướu cổ có thể không là hiện tượng tuyến giáp không hoạt động. Trong nhiều tình huống, bướu giáp xuất hiện nhưng chức năng tuyến giáp hoạt động bình thường.

Nhiều người còn thường gọi bướu giáp lan tỏa lành tính làbướu giáp lan tỏakhông độc. Khihormone tuyến giápkhông sản xuất đủ, tuyến yên trong não bộ nhận tín hiệu. Sau đó, tuyến yên thúc đẩy sản sinh ra các hormone kích thích tuyến giáp – TSH. Hiện tượng quá nhiều TSH sẽ làm phình tuyến giáp.

Đôi khi bướu giáp có thể có nhiều nốt đơn lẻ, to nhỏ không đều. Những nốt này nằm ngay tại tuyến giáp tại cổ. Hầu hết các nhân giáp của bướu giáp lan tỏa lành tính đều không gây bệnh lý. Theo thời gian, một số khác có thể tiến triển thành bệnh như cường giáp, suy giáp ung thư,…

Bướu giáp lan tỏa lành tính thường không gây triệu chứng rõ ràng. Khi bướu này dần to hơn, nó sẽ gây ảnh hưởng các vùng lân cận. Khi đó, các dấu hiệu sẽ rõ ràng hơn, như:

Khàn tiếng.

Nuốt khó.

Khó thở khi nằm.

Cổ họng có cảm giác thắt nghẹn.

Ho khan.

Khối cứng sờ được tại tuyến giáp.

Khi sự phì đại này kèm với rối loạn chức năng, sẽ kèm theo rối loạn chức năng đó.

Bướu giáp lan tỏa lành tính xuất hiện thường do nhiều nguyên nhân. Trong đó có thể kể đến như:

Thiếu iod: đây là nguyên nhân khá phổ biến ở vùng miền núi tại Việt Nam.

Một số thuốc.

Suy nhược, suy dinh dưỡng.

Di truyền. Các yếu tố di truyền tiết kháng thể kích thích tăng trưởng. Đồng thời nó cũng ảnh hưởng sự tiết xuất hormonee.

Bệnh lý này có thể gặp ở một vùng địa lý cụ thể. Trong khu vực đó, có thể gặp nhiều người cùng bị bướu giáp như một thôn, một làng, một địa phương,… Hầu hết những khu vực này có liên quan tới tình trạngthiếu iodtrong khẩu phần ăn, nước uống của người dân. Tuy nhiên, bệnh có thể gặp lẻ tẻ mỗi người, chủ yếu do môi trường sống và yếu tố di truyền.

Để chẩn đoán bướu giáp lan tỏa lành tính, bác sĩ sẽ khám và sử dụng xét nghiệm cần thiết. Sự kết hợp này sẽ thăm dò hình thái và chức năng tuyến giáp và vùng lân cận.

Xét nghiệm tuyến giápgiúp đo nồng độ hormonee tuyến giáp. Sự định lượng này xác định những rối loạn chức năng nếu có tại tuyến giáp. Những hormonee cần thường định lượng là hormonee giáp T4, T3, hormonee kiểm soát tuyến giáp TSH và các tự kháng thể tuyến giáp. Khi TSH tăng và T4, T3 giảm sẽ gây triệu chứng suy giáp. Ngược lại, TSH giảm và T3, T4 tăng sẽ gây cường giáp.

Siêu âm vùng cổ sẽ cho cái nhìn trực quan về kích thước tại tuyến. Đồng thời, nó giúp phát hiện những nốt nếu có. Siêu âm định kỳ là phương pháp rất hiệu quả theo dõi tuyến giáp lâu dài. Đây là xét nghiệm không xâm lấn, an toàn cho bệnh nhân.

Bác sỹ thực hiện sinh thiết nếu nghi ngờ sự tăng sinh này có thể là nguy cơ bệnh ác tính. Phương pháp này sẽ cần lấy một mẫu mô nhỏ tại tuyến giáp. Tuy nhiên, sinh thiết là một thủ thuật xâm lấn và gây đau cho bệnh nhân, do đó chỉ định sinh thiết chỉ áp dụng cho những trường hợp đặc biệt.

Phương pháp này đưa chất phóng xạ vào trong cơ thể người bệnh. Từ đó, chất xạ sẽ theo dòng máu đi đến tuyến giáp và loại bỏ bớt mô giáp thừa. Hơn nữa, xạ hình giúp phân biệt các bệnh lý bướu giáp lan tỏa lành tính với các bướu giáp nhân. Khi có nhân giáp, chất xạ sẽ cho hình ảnh nhân nóng hay lạnh tại một vị trí nào đó trong mô giáp. Ngược lại, bướu giáp lan tỏa lành tính không có hình ảnh này.

Thông thường, rối loạn này không cần điều trị. Quyết định điều trị sẽ tùy theo kích thước và tiến triển của bướu. Khi bướu tiến triển và có triệu chứng rõ ràng, bác sĩ sẽ dùng những cách điều trị sau:

Khi bệnh tiến triển thành suy giáp hay cường giáp, bạn sẽ cần dùng thuốc. Những thuốc này sẽ giúp duy trì tuyến giáp về mức ổn định. Đồng thời, nó cũng sẽ giúp thu nhỏ kích thước bướu giáp lan tỏa. Ngoài ra, còn có một tình trạng khác cũng cần dùng thuốc là viêm tuyến giáp. Người bệnh cũng sẽ cần dùng thuốc (như corticosteroid) để làm giảm viêm.

Đây là liệu pháp nhằm cắt bỏ tuyến giáp hư tổn. Nó có thể là một phần hay toàn bộ tuyến giáp. Tuy nhiên, phương pháp này không được khuyến khích nếu kích thước giáp nhỏ và lành tính.

Đây cũng là phương pháp tiêu diệt đi những vùng tuyến giáp hoạt động quá mức nhưng nó cũng sẽ phá hủy những mô lành. Vì thế, phương pháp này cần được điều trị thận trọng.

Bướu giáp lan tỏa lành tínhlà sự rối loạn không phải là bệnh lý. Tuy nhiên những triệu chứng tiến triển sẽ gây ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Bạn nên đi khám khi thấy cơ thể có dấu hiệu bất thường để được các bác sĩ tư vấn hướng giải quyết hợp lý.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/buou-giap-nhan/

Nội dung bài viết

Bướu giáp và bướu giáp nhân là gì?

Những triệu chứng của bướu giáp nhân

Các phương tiện chẩn đoán bướu giáp nhân

Phân loại bướu giáp nhân

Nguyên nhân gây ra bướu giáp nhân

Điều trị bướu giáp nhân như thế nào?

Bướu giáp nhân là một trong những bệnh lý thuộc về tuyến giáp khá phổ biến. Tuy nhiên, vẫn còn không ít người chưa biết rõ về bệnh lý này. Vậy bệnh lý này có triệu chứng gì? Nguyên nhân do đâu? Cách điều trị ra sao? Bài viết sau đây của bác sĩVũ Thành Đôsẽ cung cấp những thông tin hữu ích giúp bạn giải đáp các thắc mắc trên. Nào chúng ta hãy cùng tìm hiểu nhé!

Trước khi tìm hiểu về bướu giáp nhân (hay bướu nhân tuyến giáp), chúng ta hãy cùng tham khảo qua hai khái niệm sau đây.

Bướu giáp(đôi khi được bướu cổ) là tình trạng sưng to củatuyến giáp. Tình trạng này gây ra một khối u ở phía trước của vùng cổ. Khối u này sẽ di chuyển lên và xuống theo động tác nuốt của người bệnh. Đây là một trong những rối loạn phổ biến nhất của tuyến giáp.

Bệnh lý bướu giáp liên quan chặt chẽ đến tình trạng phì đại của tuyến giáp một cách bất thường. Phần lớn các trường hợp bướu giáp thường không gây đau. Tuy nhiên, những bướu lớn có thể làm cho người bệnh khó nuốt, khó thở và ho. Bướu quá lớn còn gây mất thẩm mỹ.

Đây là tình trạng nhu mô tuyến giáp có sự phát triển bất thường. Sự phát triển bất thường này sẽ hình thành dạng khối của các tế bào tuyến giáp. Nếu tuyến giáp chỉ có một nhân đơn độc thì được gọi là bướu giáp đơn nhân hay nhân giáp đơn độc. Nếu tuyến giáp có từ 2 nhân trở lên gọi là bướu giáp đa nhân hay đa nhân tuyến giáp.

Xem thêm:Cách dễ dàng phân độ bướu giáp dành cho người mắc bệnh

Bệnh lý này phần lớn không có triệu chứng rõ ràng, bệnh thường được phát hiện tình cờ khi đi khám bệnh định kỳ. Một vài trường hợp bướu giáp có triệu chứng sưng to cổ bất thường, cổ họng có cảm giác nuốt vướng, khó thở… Ngoài ra, bệnh nhân còn có thể bị sụt cân, nóng nảy,mất ngủ, đi phân lỏng kéo dài,…

Một số triệu chứng khác có thể xuất hiện do tăng nồng độ hormone giáp trong máu, bao gồm:

Run tay.

Đổ mồ hôi nhiều.

Căng thẳng tâm lý thường xuyên.

Sợ nóng, thích lạnh.

Nhịp tim không ổn định. Thông thường làtim đập nhanh, có thể trên 100 lần/phút.

Nhờ sự tiến bộ của khoa học và kỹ thuật, việc chẩn đoán bệnh bướu nhân tuyến giáp ngày càng trở nên dễ dàng hơn với mức độ chính xác khá cao. Theo đó, mục tiêu chính của bác sĩ là chẩn đoán loại suy nguy cơ bệnh nhân bịung thư tuyến giáp. Chính vì vậy, trong việc chẩn đoán, một số hoạt động và xét nghiệm có thể được tiến hành bao gồm:

Mục đích của thăm khám lâm sàng là để quan sát và đánh giá sự chuyển động của tuyến giáp một cách chính xác. Bệnh nhân sẽ được bác sĩ yêu cầu nuốt trong quá trình thăm khám tuyến giáp. Tiếp theo, bác sĩ sẽ tiến hành thăm khám để phát hiện cáctriệu chứng cường giáp. Hoặc dấu hiệu của tình trạngcường giáp. Chẳng hạn như:

Sụt cân.

Run tay.

Đổ mồ hôi nhiều.

Sợ nóng, thích lạnh.

Da nóng ẩm.

Nhịp tim nhanh.

Cận lâm sàng thường được chỉ định là xét nghiệm máu để đánh giá chức năng của tuyến giáp. Một số xét nghiệm có vai trò đo hàm lượng hormone TSH trong máu có thể giúp bác sĩ chẩn đoán bệnh nhân có bị cường giáp hay không. Bên cạnh đó, xét nghiệm đo nồng độhormone tuyến giápnhư: FT3, FT4, T3, T4 cũng sẽ được chỉ định.

Đây là phương pháp chẩn đoán hình ảnh dựa trên tần số của sóng âm để khảo sát hình ảnh thực của tuyến giáp. Sau khi thực hiện thao tác siêu âm tuyến giáp, bác sĩ sẽ nhận được đặc điểm của tuyến giáp rõ ràng hơn. Bao gồm hình dạng và cấu trúc của tuyến giáp và của cả nhân tuyến giáp.

Trong phương pháp này, các bác sĩ sẽ dùng kim nhỏ đưa vào khối u để chọc hút dịch hoặc tế bào của tuyến giáp. Sau đó, các bác sĩ sẽ tiến hành xét nghiệm. Mục đích là để chẩn đoán xác định xem bản chất của bướu là lành tính hay ác tính.

Mục đích của xét nghiệm này là để đánh giá tình trạng của các nhân giáp bên trong. Trong xét nghiệm này, bệnh nhân sẽ tiếp nhận một lượng chấtiốtđồng vị phóng xạ nhất định.

Bướu nhân tuyến giáp được chia thành hai loại chính. Đó là bướu giáp đơn nhân và bướu giáp đa nhân.

Bướu giáp đơn nhân là tình trạng xuất hiện một khối u (nhân giáp) tại tuyến giáp. Loại bướu này có thể là lành tính. Hoặc cũng có thể tiến triển thành ung thư tuyến giáp.

Bướu giáp đa nhân là tình trạng xuất hiện một số nhân (thông thường là từ 3 đến 4 nhân) trong lòng tuyến giáp của bệnh nhân. Loại bướu này của tuyến giáp phần lớn là loại lành tính, rất hiếm khi phát triển thành là ung thư tuyến giáp. Hầu hết mọi người nghĩ rằng đã có bướu cổ là phải mổ.

Tuy nhiên, mổ không phải là phương pháp điều trị tốt nhất đối với mọi trường hợp bướu nhân tuyến giáp. Trong một vài trường hợp, việc mổ có thể gây ra các biến chứng như hạ canxi,suy giáp, mất giọng,… Nếu kết quả sinh thiết là ung thư giáp, phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp là phương pháp bắt buộc.

Trong trường hợp bướu nhân tuyến giáp là lành tính thì thường không nguy hiểm. Tuy nhiên, nó có thể gây trở ngại cho người bệnh. Chẳng hạn như khó nuốt, khó thở, mất thẩm mỹ. Ngoài ra, những triệu chứng của tình trạng cường giáp làm cho bệnh nhân cảm thấy khó chịu, suy giảm chất lượng cuộc sống.

Trong trường hợp đây là loại ác tính thì tình trạng ung thư tuyến giáp này sẽ rất nguy hiểm. Ung thư có thể tiến triển ngày càng nặng dần và di căn đến các cơ quan khác nếu không được điều trị kịp thời.

Hiện nay, nguyên nhân gây nên bệnh lý này vẫn chưa được xác định cụ thể. Tuy nhiên, những yếu tố sau đây được xác định là làm tăng nguy cơ mắc bệnh:

Yếu tố di truyền: Có tiền sử mắc các bệnh lý tuyến giáp. Hoặc các thành viên trong gia đình từng mắc bệnh tuyến giáp.

Giới tính, độ tuổi: Tỷ lệ mắc bệnh ở phụ nữ cao gấp 5 lần so với nam giới. Đồng thời, nguy cơ mắc bệnh bướu nhân tuyến giáp tăng dần theo độ tuổi.

Chế độ dinh dưỡng: Do tình trạng thiếu hụt iốt trong khẩu phần ăn hàng ngày.

Do môi trường: Những người từng tiếp xúc với bức xạ do phơi nhiễm hoặc do điều trị chiếu xạ ở vùng cổ. Họ sẽ có nguy cơ tiến triển thành bướu nhân tuyến giáp cao hơn bình thường. Đối tượng nhạy cảm nhất với các tia phóng xạ chính là trẻ em dưới 4 tuổi.

Xem thêm:Bệnh phóng xạ và những điều cần biết

Mỗi bệnh nhân, mỗi loại nhân giáp sẽ có phương pháp điều trị riêng để phù hợp với thể trạng bệnh. Các phương pháp điều trị bệnh bao gồm:

Điều trị bằng Thyroxine còn gây nhiều tranh cãi, và không được chỉ định thường quy vì tỷ lệ có đáp ứng khá thấp. Phương pháp này có thể được chỉ định cho những bệnh nhân sống ở vùng thiếu iốt, bệnh nhân trẻ có nhân tuyến giáp nhỏ. Hoặc những bệnh nhân được chẩn đoánbướu giáp keovới điều kiện đã loại trừ tình trạng ác tính. Thời gian điều trị trung bình từ 6 đến 12 tháng.

Chỉ định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật trong những trường hợp sau đây:

Ung thư hoặc nghi ngờ ung thư tuyến giáp trên lâm sàng. Hoặc nghi ngờ ung thư dựa trên kết quả tế bào học.

Bướu nhân tuyến giáp gây ra các triệu chứng chèn ép.

Bướu giáp ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

Hoặc các trường hợp bướu nhân nóng kèm theo các triệu chứng cường giáp.

Xem thêm:Những thông tin cần biết về mổ bướu giáp

Phương pháp điều trị này được chỉ định cho những người có bướu nhân hoạt động, có hoặc không kèm theo cường giáp. Chống chỉ định ở phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

Hiện nay, phương pháp này mới chỉ được thực hiện tại một số trung tâm. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đối chứng.

Cơ chế tác dụng của phương pháp này có thể là hoại tử coagulative và gây tắc các mạch máu nhỏ. Nhìn chung, phương pháp này có hiệu quả hơn so với điều trị ức chế bằng Thyroxine. Với điều kiện là kết quả tế bào phải lành tính, không là nhân tự chủ. Đồng thời, phương pháp này cần được bác sĩ có kinh nghiệm và kỹ năng tốt thực hiện.

Hi vọng bài viết trên của Bác sĩVũ Thành Đôđã giúp bạn đọc hiểu rõ hơn về bệnhbướu giáp nhân. Từ đó, nếu phát hiện bất kỳ triệu chứng bất thường nào tại vùng cổ, bạn hãy đi khám ngay. Mục đích là để bác sĩ phát hiện sớm bệnh và điều trị kịp thời. Hạn chế những biến chứng có thể xảy ra.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/bach-cau-cap-tre-em-cach-nhan-biet-va-dieu-tri-benh-hieu-qua/

Nội dung bài viết

Bạch cầu cấp trẻ em có đặc điểm như thế nào?

Nguyên nhân của bạch cầu cấp trẻ em?

Trẻ em thường mắc bệnh bạch cầu cấp loại gì?

Triệu chứng của bệnh như thế nào?

Trẻ bị bạch cầu cấp sống được bao lâu?

Bệnh bạch cầu cấp trẻ em có điều trị được không?

Cần lưu ý gì trong quá trình điều trị bệnh?

Bệnh lý ác tính ở trẻ em là một vấn đề sẽ làm nhiều phụ huynh rất lo lắng. Một trong những dạng ung thư phổ biến nhất là bạch cầu cấp trẻ em. Để hiểu thêm về tình trạng bệnh lý này cũng như cách điều trị, chăm sóc cho bệnh nhi, hãy theo dõi bài viết sau của Bác sĩ Đinh Gia Khánh.

Tương tự với bạch cầu cấp ở người lớn, là tình trạng tăng sinh các tế bào non trong tuỷ xương. Chúng tràn ngập trong tuỷ và ức chế sự sản sinh và hoạt động của các tế bào máu bình thường.

Nhưng các triệu chứng có phần rầm rộ hơn, đặc biệt ở trẻ em dưới < 1 tuổi. Các hệ cơ quan của trẻ có phần non nớt, thường mắc kèm các bệnh lý bẩm sinh khác đi kèm theo.

Đối với người lớn, các nhà khoa học có xu hướng ủng hộ vai trò của các đột biến gây nên trong quá trình tiếp xúc với môi trường bên ngoài. Đặc điểm này tỏ ra kém rõ rệt hơn ở trẻ em. Trẻ em tiếp xúc với điều kiện bên ngoài, tiếp xúc tia xạ hay độc chất không đáng kể so với người lớn.

Bất thường gây nên bạch cầu cấp trẻ em nhìn chung vẫn chưa rõ ràng. Nhưng ảnh hưởng của đột biến hình thành trong quá trình hình thành thai nhi và rối loạn phát triển trong quá trình trưởng thành tỏ ra ưu thế.

Theo thống kê ở nhiều nơi trên thế giới, trong đó có Hoa Kỳ, Châu Âu và cả Việt Nam. Bạch cầu cấp là thể bệnh ác tính mắc nhiều nhất, chiếm khoảng 30% trong số các bệnh ung thư ở trẻ em.1Trong các thể bạch cầu cấp, bạch cầu cấp dòng lympho là nhiều hơn cả. Các bệnh lý khác trẻ em mắc nhiều bao gồm:ung thư xương,ung thư não, nguyên bào thần kinh…

Cũng giống như người lớn, bệnh biểu hiện các triệu chứng xung quanh ba nhóm: thiếu máu, xuất huyết và sốt. Điểm qua các biểu hiện hay gặp ở bệnh viện:

Đây là một trong những tình huống thường gặp đưa trẻ nhập viện. Phụ huynh có thể thấy trẻ xanh xao bất thường. Môi tái nhợt, tay chân trắng bệch là than phiền phổ biến.

Bầm dạ dạng chấm rải rác là biểu hiện phổ biến nhất.

Một số tình huống khác:

Chảy máu chân răng rỉ rả.

Bầm mắt, chảy máu kết mạc mắt.

Tiêu phân đen.

Rong kinh, rong huyết ở trẻ lớn.

Một số trường hợp đến bệnh viện với tình trạng nguy kịch là xuất huyết não.

Cũng là tình huống phổ biến đưa trẻ đến bệnh viện. Trẻ em có nhiều nguyên nhân gây sốt. Sốt trong bạch cầu cấp thường liên tục. Do đó, các bác sĩ nhi khoa sẽ thường nghi ngờ và tìm kiếm nguyên nhân phổ biến hơn như sốt xuất huyết, tay chân miệng.

Khi bệnh nhân sốt mà không đáp ứng với điều trị hoặc biểu hiện sự bất thường trên công thức máu, nghi ngờ bạch cầu cấp sẽ được đặt ra.

Là một thể bệnh cấp tính nguy hiểm, nếu không điều trị kịp thời trẻ có thể tử vong rất nhanh, có thể chỉ làvài ngày đến vài tháng.

Tiên lượng sống còn ở trẻ em sẽ phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Bác sĩ cũng lựa chọn điều trị dựa vào các yếu tố này. Các yếu tố tiên lượng bao gồm:

Dòng tế bào bệnh

Dòng lympho tốt hơn dòng tuỷ (chỉ ở trẻ em).

Lympho B tốt hơn lympho T.

Tuổi từ 1 – 10 tuổi là khoảng tiên lượng tốt (tuổi càng nhỏ tiên lượng càng tốt, nhưng dưới 1 tuổi thì rất xấu).

Số lượng bạch cầu lúc chẩn đoán.

Các đột biến di truyền học phân tử kèm theo.

Triệu chứng xâm lấn thần kinh trung ương hay cơ quan khác.

Điều trị sớm và kịp thời là cực kỳ cần thiết. Việc điều trị sẽ dựa trên nhóm tiên lượng, nhằm đạt được hiệu quả điều trị và tối thiểu tác dụng phụ của thuốc.

Bạch cầu cấp lympho B ở trẻ em là nhóm gặp nhiều nhất và cho hiệu quả điều trị tốt nhất. Thời gian sống 5 năm có thể> 90%ở nhóm không có yếu tố tiên lượng xấu.23Đây là một trong số những bạch cầu cấp điều trị tỏ ra cực kỳ hiệu quả.

Phương thức điều trị  chính là hoá trị liệu. Xạ trị hay nhằm mục đích dự phòng thần kinh trung ương. Đối với các trẻ có nhiều nguy cơ tái phát, ghép tế bào gốc tạo máu sẽ được cân nhắc.

Trẻ điều trị sẽ có các vấn đề chính: nguy cơ nhiễm trùng rất cao, tác dụng phụ của thuốc và dinh dưỡng phức tạp. Một số điểm cần lưu ý:

Cố gắng giữ vệ sinh thật tốt cho trẻ. Các vật dụng cá nhân, đồ chơi cần được vệ sinh kĩ lưỡng. Những thứ có nhiều nguy cơ như điện thoại, máy tính bảng cần được hạn chế.

Hạn chế thăm nuôi, thăm nom. Cần giữ khoảng cách khi tiếp xúc với bệnh nhi.

Dinh dưỡng hợp lí, tránh “tẩm bổ” quá mức theo tâm lý. Các bậc phụ huynh thường có tư tưởng tẩm bổ để trẻ “có sức”. Nhưng các “chất bổ” này có nguy cơ tăng men gan, tăng men tuỵ, rối loạn tiêu hoá, nguy cơ gián đoạn điều trị. Hãy tham vấn bác sĩ điều trị.

Bạch cầu cấp trẻ emlà bệnh lý ác tính phổ biến nhất ở lứa tuổi con nít. Tuy nhiên, điều trị có nhiều điểm sáng và giúp cải thiện cuộc sống của trẻ. Hãy đến cơ sở y tế ngay khi có các dấu hiệu bất thường kể trên. Trong quá trình chăm sóc trẻ, cần lưu ý nhất là về vấn đề vệ sinh và dinh dưỡng, để trẻ có một cuộc điều trị hiệu quả và ít biến chứng nhất. Tránh làm theo số đông và theo tâm lý lo lắng của phụ huynh. Đừng ngần ngại tham vấn bác sĩ điều trị nếu có điều gì chưa rõ ràng nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-bach-hau-nhan-biet-som-va-phong-tranh/

Nội dung bài viết

Bệnh bạch hầu là gì?

Nguyên nhân gây ra bệnh bạch hầu?

Con đường lây lan của vi khuẩn

Biểu hiện lâm sàng của bạch hầu là gì?

Những đối tượng nào dễ mắc bệnh?

Những biến chứng mà bạch hầu gây ra?

Bạch hầu có thể điều trị được không?

Cách phòng ngừa bệnh bạch hầu như thế nào?

Bệnh bạch hầu, tên tiếng Anh là Diphtheria, do vi khuẩn Corynebacterium diphtheriae gây ra.  Bệnh gây nên nhiễm trùng nhiễm độc cấp tính, đe doạ tính mạng. Bệnh có thể điều trị được, nhưng trong giai đoạn nặng có thể gây hại lên thận, tim, thần kinh.

Thậm chí ngay cả khi đã điều trị nhưng bệnh vẫn có thể gây tử vong ở 3% người nhiễm. Bài viết này sẽ giúp các bạn nhận diện sớm triệu chứng và cách phòng tránh mắc bệnh.

Bệnh bạch hầu là bệnh nhiễm trùng nhiễm độc nguy hiểm gây ra bởi vi khuẩnCorynebacterium diphtheriae. Tên tiếng anh là Diphtheria, xuất phát từ tiếng Hy Lạp – diphthera – nghĩa là “da”. Bạch hầu được mô tả lần đầu tiên bởi Hippocrates vào thế kỉ thứ V trước công nguyên. Bệnh ảnh hưởng lên niêm mạc ở mũi và họng, gây ra đau họng, sốt, hạch to và kiệt sức.

Dấu hiệu đặc trưng để nhận biết bệnh là một mảng dày màu trắng xám che phủ thành sau họng. Mảng này còn được gọi là màng giả, có thể làm tắc nghẽn đường thở gây suy hô hấp. Klebs lần đầu phát hiện vi khuẩn trên màng giả vào năm 1883, Loffer nuôi cấy thành công vào năm 1884. Cuối thế kỉ XIX, kháng độc tố (Antitoxin) được tìm ra.

Vi khuẩnCorynebacterium diphtheriaelà tác nhân gây ra bệnh. Đây là vi khuẩn hiếu khí gram dương. Khả năng tiết độc tố củaC. Diphtherialà do nhiễm một loại virus có mang gen tạo độc tố (toxgene). Chỉ những dòng mang độc tố mới có thể gây bệnh nghiêm trọng.

Vi khuẩn tiết độc tố, ức chế tổng hợp protein, gây hủy hoại mô tại chỗ, tạo nên màng giả. Độc tố tạo ra được hấp thu vào máu và phân phối khắp cơ thể. Chính độc tố này gây biến chứng viêm cơ tim, viêm dây thần kinh, giảm tiểu cầu và tiểu đạm.

Dòng vi khuẩn không tiết độc tố thường gây viêm họng nhẹ – trung bình, nhưng không tạo màng giả.

Vi khuẩnC. Diphtheriathường lây truyền qua 3 con đường:

Chất tiết: khi người nhiễm hắt hơi hay ho, người ở gần nếu hít phải chất tiết có thể hít vi khuẩn.

Vật dụng cá nhân bị nhiễm: do sử dụng lại vật dụng của người nhiễm, uống nước từ li chưa rửa sạch của người nhiễm. Hoặc tiếp xúc gần với các vật phẩm khác mà dịch tiết chứa vi khuẩn có thể đọng lại.

Dụng cụ nhà cửa bị nhiễm: đồ chơi, khăn.

Bạn cũng có thể nhiễm khuẩn nếu chạm vào vết thương của người nhiễm. Người nhiễm không điều trị có thể truyền vi khuẩn cho người khác trong thời gian lên đến 6 tuần. Nhất là khi họ hoàn toàn không có triệu chứng.

Thời kì ủ bệnh thường kéo dài 2 – 5 ngày. Biểu hiện bệnh được phân chia dựa vào vị trí:

1. Mũi trước

Thường khởi phát giống cảm lạnh. Đặc trưng bởi chảy mũi nhày mủ, có thể lẫn máu. Màng giả máu trắng xám thường được tạo thành ở vách ngăn. Bệnh thường nhẹ, do sự hấp thu độc tố vào máu tại chỗ kém. Bệnh có thể điều trị được bằng kháng độc tố và kháng sinh.

2. Họng và amidan

Vị trí thường gặp nhất của bạch hầu. Giai đoạn sớm thường mệt mỏi, đau họng, chán ăn, sốt nhẹ. Trong vòng 2 – 3 ngày, hình thành một màng màu trắng xanh, kích thước rất thay đổi. Có thể nhỏ như một mảnh vá trên bề mặt amidan, có thể lớn che phủ gần hết vùng họng. Một số bệnh nhân có thể tự lui bệnh mà không cần điều trị.

Một số khác có thể tiến triển nặng. Sốt thường không cao, ngay cả khi nhiễm độc. Bệnh nhân nặng có thể sưng to vùng dưới hàm, hạch cổ. Nếu độc tố đi vào máu nhiều, người bệnh sẽ phờ phạc, tím tái, mạch nhanh, lờ đờ, hôn mê. Có thể tử vong trong vòng 6 đến 10 ngày.

3. Thanh quản

Có thể tại chỗ, có thể do bạch hầu vùng họng và amidan lan xuống. Triệu chứng gồm sốt, khàn giọng, ho như chó sủa. Màng giả nhanh chóng gây tắc nghẽn đường thở, hôn mê và tử vong.

4. Da

Hay gặp ở người vô gia cư. Thường sẽ nổi mẩn ngứa, loét da. Dòng vi khuẩn gây ra bệnh ở da hiếm khi tiết độc tố, bệnh sẽ nhẹ hơn ở những vùng khác.

Những đối tượng có nguy cơ mắc bệnh cao:

Trẻ em và người lớn không được chủng ngừa.

Người sống ở nơi đông đúc và mất vệ sinh.

Bất kì ai đi du lịch đến nơi đang có dịch bạch hầu.

Hầu hết biến chứng của bạch hầu là do độc tố gây ra. Thường gặp nhất là viêm cơ tim và viêm dây thần kinh:

Viêm cơ tim

Rối loạn nhịp, xảy ra ở giai đoạn sớm hoặc vài tuần sau đó, có thể dẫn đến suy tim.

Viêm dây thần kinh

Ảnh hưởng dây thần kinh vận động, thường hồi phục hoàn toàn. Liệt khẩu cái mềm thường gặp nhất trong 3 tuần đầu. Liệt cơ của mắt, tay chân và cơ hoành xảy ra ở sau tuần thứ 5. Liệt cơ hoành có thể gây ra viêm phổi và suy hô hấp thứ phát.

Biến chứng khác

Như viêm tai giữa, suy hô hấp do tắc nghẽn, đặc biệt ở trẻ sơ sinh.

Tử vong

Chiếm tỉ lệ 5 – 10%, cao hơn (20%) ở trẻ dưới 5 tuổi và người lớn trên 40 tuổi. Tỉ lệ chết do bạch hầu hầu như không thay đổi trong suốt 50 năm trở lạ đây.

1. Kháng độc tố (Diphtheria Antitoxin)

Được sản xuất từ ngựa, sử dụng để điều trị bạch hầu từ thập niên 1890 tại Mỹ.

Không dùng để dự phòng bạch hầu.

Chỉ trung hòa độc tố tự do trong tuần hoàn. Không có tác dụng với độc tố đã gắn vào mô.

2. Kháng sinh

DùngErythromycinuống hay chích trong vòng 14 ngày. Hoặc Procaine Penicillin G tiêm bắp hàng ngày trong 14 ngày.

Bệnh thường không lây sau 48 giờ dùng kháng sinh.

Xác nhận đã loại vi khuẩn hoàn toàn khi 2 lần cấy liên tiếp đều âm tính. Được thực hiện sau khi kết thúc liệu trình kháng sinh.

3. Dự phòng

Đối với người tiếp xúc gần với người nhiễm: được uống kháng sinh Benzathine Penicillin hoặc Erythromycin 7 – 10 ngày.

Bệnh hoàn toàn có thể phòng ngừa bằng cách tiêm vaccine. Vaccine bạch hầu được tích hợp trong các vaccine kết hợp. Bao gồm:

Vaccine 6 trong 1: Hexaxim, Infanrix Hexa (6 bệnh: ho gà, bạch hầu,uốn ván,viêm gan B, bại liệt, Haemophillus influenzae type B).

Vaccine 5 trong 1: Pentaxim (5 bệnh: Ho gà, bạch hầu, uốn ván, bại liệt, Haemophillus influenzae type B). Hoặc ComBE Five (5 bệnh:Ho gà, bạch hầu, uốn ván, viêm gan B, Haemophillus influenzae type B).

Vaccine 4 trong 1: Tetraxim. Phòng 4 bệnh: bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt.

Vaccine 3 trong 1: Adacel. Phòng 3 bệnh: bạch hầu, ho gà, uốn ván.

Việt Nam đã có chương trình tiêm chủng mở rộng với bạch hầu và nhiều bệnh khác. Trẻ từ 2 tháng tuổi được tiêm 4 mũi lúc 2-3-4 tháng tuổi, nhắc lại lúc 18 tháng tuổi. Một liệu trình tiêm phòng đầy đủ gồm 4 mũi. Khoảng cách giữa các mũi tối thiểu 1 tháng. Mũi thứ 4 cách mũi thứ 3 tối thiểu 6 tháng.

Sau khi đã có miễn dịch với bạch hầu lúc nhỏ, cần tiêm nhắc lại để duy trì miễn dịch. Vì khả năng miễn dịch với bạch hầu sẽ giảm theo thời gian. Trẻ đã tiêm đủ trước 7 tuổi sẽ được tiêm nhắc lại lúc 11 – 12 tuổi và mỗi 10 năm. Tiêm nhắc lại đặc biệt quan trọng khi bạn du lịch đến nơi có tần suất bạch hầu cao.

Bệnh bạch hầuhoàn toàn có thể phòng tránh được. Hãy đi đến trung tâm chủng ngừa để được tiêm vaccine nếu con bạn chưa được tiêm. Cũng như hãy đến bệnh viện ngay nếu bạn có những triệu chứng được đề cập trong bài.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/bap-chan-to-co/

Nội dung bài viết

Khái niệm về bắp chân

Thế nào là bắp chân to cơ?

Chỉ số bình thường của kích thước bắp chân

Những tình trạng y tế của cơ bắp chân

Những phương pháp kiểm tra cơ bắp chân

Phân biệt bắp chân to cơ và phì đại bắp chân

Những nguyên nhân gây bắp chân to cơ sinh lý

Những ưu điểm và nhược điểm của bắp chân to cơ

Bắp chân to cơ phải làm sao?

Bắp chân to cơ là một trong những tình trạng to bắp chân không phải hiếm gặp. Cũng như có người tạng gầy, có người tạng ốm. Bắp chân của từng người sẽ có kích thước khác nhau. Vậy thì khi bắp chân to, chúng ta phải làm thế nào để trông thẩm mỹ hơn? Bài viết sau đây của Bác sĩ Hồ Đức Việt sẽ hướng dẫn bạn đọc những cách hiệu quả nhất.

Trước khi tìm hiểu nội dungbắp chân to cơthì chúng ta nên biết bắp chân là gì. Bắp chân là khu vực khối cơ ở mặt sau của cẳng chân. Nó được tạo thành từ các cơ sau đây:

Cơ sinh đôi cẳng chân. Đây là phần cơ bắp chân lớn hơn, tạo thành khối phồng có thể nhìn thấy bên dưới da. Các cơ này có hai phần hoặc hai đầu, chúng cùng nhau tạo nên hình thoi cho bắp chân.

Cơ dép là phần cơ phẳng nhỏ hơn. Nó nằm bên dưới cơ sinh đôi cẳng chân.

Cả hai cơ sinh đôi cẳng chân và cơ dép sẽ thu nhỏ lại và hợp nhất ở đáy của bắp chân. Mô liên kết dẻo dai ở dưới cùng của cơ bắp chân kết hợp với gân Achilles. Gân Achilles sẽ chèn vào xương gót chân. Trong khi đi bộ, chạy hoặc nhảy, cơ bắp chân kéo gót chân lên để cho phép chuyển động về phía trước.

Nhiều nhà khoa học tin rằng kích thước cơ bắp chân phần lớn là do di truyền quyết định. Tuy nhiên, điều đó đã không ngăn được nam giới tăng gấp đôi các bài tập thể dục hàng ngày. Hoặc điên cuồng tìm kiếm trên mạng “cách để có bắp chân to hơn”.

Trong khi hầu hết chị em phụ nữ rất sợ gặp phải tình trạng bắp chân to do cơ. Bởi vì cơ ở bắp chân khi có kích thước lớn sẽ làm dáng vóc của chị em trở nên thô kệch. Nó là một khuyết điểm lớn, làm mất đi vẻ thẩm mỹ của phụ nữ.

Bắp chân to cơ là tình trạng vùng bắp chân to, có nhiều cơ và mật độ cứng hơn so với những người bình thường. Nghĩa là từ khi sinh ra, một người đã sở hữu một đôi chân lớn. Chính vì vậy, việc làm nó nhỏ lại không hề dễ dàng bởi yếu tố di truyền đã quyết định,

Bắp chân to cơ địa là tình trạng di truyền từ thế hệ trước sang thế hệ sau. Tình trạng này được biểu hiện rõ nhất khi trong gia đình bạn có nhiều người thân sở hữu bắp chân với lượng cơ nhiều. Đồng thời mật độ cơ chắc và cứng.

Để biết được một bắp chân có to hay không, chúng ta phải so sánh với chỉ số bình thường, được xếp theo quy chuẩn quốc tế. Vòng đùi đạt chuẩn của người Việt nằm trong khoảng từ 40 đến 50 cm. Tức là bằng khoảng 1/3 chiều dài trừ đi 5 – 10 cm. Theo đó, vòng bắp chân sẽ nhỏ hơn kích thước vòng đùi khoảng 20 cm.

Như vậy, số đo bắp chân chuẩn của chị em phụ nữ sẽ dao động từ 25 đến 30 cm. Nếu như vượt quá con số này thì được gọi là bắp chân to cơ. Việc có một đôi chân quá khổ, thô kệch sẽ làm mất đi sự cân đối của đôi chân. Đồng thời còn làm chị em không tự tin khi diện những bộ quần áo thời trang mà mình yêu thích.

Bắp chân có thể xảy ra những rối loạn sau đây:

Căng cơ bắp chân: Việc kéo căng cơ bắp chân quá độ dài bình thường dẫn đến việc rách một số sợi cơ bắp chân. Căng cơ bắp chân có thể thay đổi từ nhẹ (đau nhẹ) đến nặng (rách hoàn toàn cơ bắp chân).

Cơ bắp chân bị co kéo: Tình trạng căng cơ bắp chân thường được gọi là cơ bắp chân bị co kéo. Co kéo cơ là kéo căng cơ bắp chân vượt quá giới hạn của nó.

Rách cơ bắp chân: Tất cả các trường hợp căng cơ bắp chân đều làm rách một số sợi cơ. Các chấn thương nghiêm trọng hơn có thể dẫn đến rách một phần hoặc toàn bộ cơ bắp chân.

Đứt cơ bắp chân: Rách hoàn toàn cơ bắp chân, dẫn đến đau dữ dội và không thể đi lại được. Cơ bắp chân có thể xẹp xuống thành một khối u hoặc hình quả bóng, có thể nhìn thấy và sờ thấy qua da.

Một số phương pháp kiểm tra, thăm khám cơ bắp chân bao gồm:

Chụp cộng hưởng từ (quét MRI) vùng bắp chân.

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan): Quét vùng bắp chân cùng các cấu trúc lân cận khác.

Siêu âm cơ bắp chân: Cho phép khảo sát cơ bắp chân, gân và các khớp lân cận.

Chúng ta cần phân biệt bắp chân to cơ với phì đại bắp chân. Hầu hết các trường hợp to bắp chân sinh lý, chúng ta sẽ không đau. Đồng thời, mật độ cơ ở bắp chân sẽ chắc, có màu trùng với màu da. Còn nếu bắp chân to cơ do bệnh lý thì có những đặc điểm sau đây:

Cảm giác đau nhức ở bắp chân.

Đau cách hồi.

Tê chân.

Nhiệt độ ở bắp chân bất thường. Chẳng hạn như nóng hơn hoặc lạnh hơn.

Da ở bắp chân đổi màu so với vùng da bình thường. Có thể là xanh tím, tái nhợt hoặc ửng đỏ.

Mật độ cơ không chắc mà mềm nhão.

Một số trường hợp gây phì đại bắp chân bệnh lý bao gồm:

Phù chân do suy thận, suy gan,suy tim.

Suy dinh dưỡng gây thiếu đạm.

Hội chứng thận hư.

Viêm tắc tĩnh mạch chân.

Hội chứng chèn ép khoang trong chấn thương mô mềm.

Viêm cơ bắp chân.

Phù chân voi trong bệnh giun chỉ.

Béo phì,…

Sau đây là một số nguyên nhân làm cho cơ bắp chân bị to sinh lý:

Nguyên nhân do di truyền. Khi này, bắp chân sẽ to từ lúc mới sinh ra.

Chế độ sinh hoạt không lành mạnh. Lúc này, cơ và mỡ sẽ tập trung nhiều ở mông, đùi, bắp chân.

Luyện tập sai phương pháp. Việc luyện tập sai cách sẽ khiến cho bắp chân to bất thường, thô kệch, mất thẩm mỹ.

Sử dụng những loại mỹ phẩm có chứa Estrogen. Chẳng hạn như thức ăn, thực phẩm chức năng, dầu bôi trơn, dầu sáp,…

Một nghiên cứu trên 6.265 người cho thấy những người có bắp chân càng lớn, nguy cơ đột quỵ càng thấp. Bất kể tuổi tác, giới tính, chỉ số khối cơ thể và các yếu tố nguy cơ mạch máu khác. Nếu bắp chân của một người càng lớn thì càng có ít chất béo được gọi là mảng bám trong động mạch.

Nhờ vậy sẽ giảm nguy cơ hẹp,bệnh động mạch cảnhvàđột quỵ. Các nhà nghiên cứu nghi ngờ rằng điều này có thể là do bắp chân to tạo cho cơ thể một nơi khác để lưu trữ chất béo. Đồng thời ít có khả năng gây ra các vấn đề về lưu thông máu.

Nhiều nghiên cứu cho thấy bắp chân của một người càng nhỏ thì nhịp tim khi nghỉ ngơi của họ càng cao. Nếu nhịp tim khi nghỉ duy trì trên 100 nhịp mỗi phút sẽ tăng nguy cơ tử vong bất kể thể chất. Những vận động viên chạy đường dài và các vận động viên khác thường có nhịp tim khi nghỉ ngơi thấp hơn. Chính vì vậy, họ có bắp chân to hơn.

Tuy nhiên, nếu nhịp tim nghỉ ngơi quá thấp, nó có thể khiến người bệnh dễ bị ngất xỉu. Khi đó, ngay cả đôi chân cứng cáp nhất cũng không thể giúp bạn đứng vũng được. Bạn sẽ rất dễ bị ngã, loạng choạng do không đủ máu lưu thông lên não.

Bắp chân to cơ có thể làm tăng nguy cơ gan nhiễm mỡ do tích tụ mỡ nhiều ở gan. Ngoài ra, bắp chân có khối cơ quá to gây mất cân xứng với đôi chân. Từ đó làm cho đôi chân của bạn trở nên thô kệch hơn, trông rất mất thẩm mỹ. Đặc biệt là đối với phụ nữ.

Bên cạnh đó, một bắp chân quá to có thể gây ra một trong lượng lớn. Nó sẽ đè nặng lên xương ở đôi chân. Từ đó, một số hệ lụy về sức khỏe có thể xảy ra. Những bệnh lý phổ biến nhất đó chính là viêm khớp, thoái hóa khớp, loãng xương, suy tĩnh mạch chi dưới,…

Đối với phương pháp này, bạn rất khó có thể làm cho bắp chân mình nhỏ lại. Mục tiêu chủ yếu là chọn những trang phục phù hợp, giúp vẻ ngoài của bạn trở nên dễ nhìn hơn. Bao gồm:

Mang vớ bó chân.

Mặc quần dài, tối màu. Khi ấy, bắp chân của bạn trông sẽ nhỏ và gọn hơn.

Hạn chế mang giày cao gót, mặc quần ngằn, váy ngắn.

Chế độ ăn uống giàu vitamin, chất xơ. Hạn chế thực phẩm quá dồi dào chất đạm, chất béo.

Tăng cường thực phẩm giàu canxi để phòng bệnh loãng xương.

Luyện tập thể dục thể thao để tăng cường sức khỏe của bắp chân. Giúp đôi chân săn chắc, linh hoạt hơn. Chẳng hạn như nhảy dây, chạy bộ, fitness,…

Một số bài tậpyogacó thể giúp đôi chân của bạn thon gọn hơn.

Thường xuyên mát xa chân, ngâm chân với nước muối ấm.

Không nên lạm dụng thực phẩm chức năng tăng cơ dành cho người tập thể hình.

Nếu như bắp chân to vì cơ quá cỡ và gây trở ngại trong sinh hoạt hàng ngày, một phương pháp phẫu thuật sẽ được khuyến nghị. Các bác sĩ chuyên khoa sẽ phẫu thuật để loại bỏ bớt khối cơ thừa không cần thiết.

Tuy nhiên, khi muốn áp dụng phương pháp này, bạn nên đến các cơ sớ có chuyên khoa ngoại Cơ – Xương – Khớp. Tại đây, các bác sĩ có nhiều năm kinh nghiệm sẽ đưa ra cho bạn những lời khuyên phù hợp nhất. Đừng vì ham rẻ tiền, đến các cơ sở kém uy tín sẽ dẫn đến tiền mất, tật mang. Thậm chí có thể tàn phế.

Với những thông tin mà bài viết đã cung cấp, hy vọng bạn đọc sẽ hiểu rõ hơn về tình trạngbắp chân to cơ. Nói chung, tình trạng này hầu hết là lành tính. Nó chỉ gây mất thẩm mỹ. Phương pháp bảo tồn được ưu tiên hàng đầu. Phẫu thuật chỉ được khuyến khích trong những trường hợp bắp chân quá to và ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày.

Bắp chân cấu tạo từ 2 cơ: cơ hai bụng chân và cơ dép, chịu trách nhiệm vận động cho động tác gập gối và gập lòng bàn chân. Các vận động có kháng lực nói chung liên quan đến 2 động tác này đều sẽ làm tăng cường sức cơ và làm tăng kích thước khối cơ bắp chân, tùy theo cường độ vận động.

Vì vậy, các hoạt động bao gồm: chạy bộ, đi bộ, leo cầu thang, đạp xe đạp, nhảy dâyđều sẽ làm to bắp chân. Nếu bạn lo lắng về việc tăng kích thước bắp chân khi tập luyện các hoạt động ở trên, thì bạn cần điều chỉnh chế độ tập luyện phù hợp để cân bằng giữa việc duy trì sức khỏe tốt và cân đối hình thể.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-bo-dien-hieu-dung-ve-benh/

Nội dung bài viết

Bệnh bò điên là bệnh ở bò hay ở người?

Nguyên nhân bệnh Creutzfeldt – Jakob

Biểu hiện bệnh lý, chẩn đoán và điều trị bệnh bò điên

Các thông tin về bệnh bò điên trên thế giới và Việt Nam

Các biện pháp phòng bệnh bò điên

Bò là gia súc rất gần gũi với chúng ta. Hằng năm, chúng cung cấp sản lượng hàng triệu tấn thịt và sữa trên toàn thế giới. Trung bình Việt Nam ăn 3 kí thịt và uống 20 lít sữa bò mỗi năm. Chắc hẳn chúng ta từng một lần nghe tới bệnh bò điên và lo lắng về việc lây lan sang người. Vậy chúng ta sẽ cùng nhau tìm hiểu về bệnh bò điên để giải đáp những thắc mắc và lo lắng kể trên.

Bệnh bò điên là bệnh ở bò (tên tiếng anh là Bovine Spongiform Encephalopathy, viết tắt là BSE, dịch ra làbệnh viêm não thể bọt biển ở bò). Bò bị bệnh có những biểu hiện như có hành vi bất thường, khó khăn trong di chuyển và giảm thể trọng.

Nguyên nhân của bệnh được cho là nhiễm một loại protein độc, được gọi là prion. Những con bò bị bệnh do ăn bột xương và thịt của các gia súc mắc bệnh như cừu. Thói quen nuôi bò bằng bột xương và thịt này hay gặp ở Vương quốc Anh.

Lây lan sang người thông qua việc ăn các sản phẩm bò bị mắc bệnh bò điên. Đặc biệt là não, tủy sống và nội tạng bò. Bệnh ở người được cho là biến thể củabệnh Creutzfeldt – Jakob. Tên tiếng anh là variant Creutzfeldt – Jakob disease, viết tắt là vCJD.

Bệnh Creutzfeldt – Jakob là bệnh lý thần kinh gây chết người. Biểu hiện là sa sút trí tuệ nhanh, rung giật cơ và đi đứng loạng choạng. Bệnh lý này thường có 3 dạng là dạng lây nhiễm (thông qua protein độc prion), do di truyền trội nhiễm sắc thể thường và dạng xuất hiện một cách ngẫu nhiên rải rác.

Đây là bệnh rất hiếm gặp, xuất độ hàng năm là 0,5 – 1,5 người trên 1 triệu dân. Gây ra 200 cái chết mỗi năm ở Mỹ.

Prion là một loại protein có cấu trúc xoắn bất thường. Khi vào cơ thể, các protein độc này tác động đến các protein bình thường khác, biến chúng thành các prion mới. Cứ như vậy chúng sẽ phát triển trong cơ thể theo cấp số nhân.

Con đường lây nhiễm tự nhiên không rõ, ít lây qua đường hô hấp, tiêu hóa hay đường tiếp xúc tình dục. Những ca ghi nhận có sự lây truyền ngang qua chăm sóc y tế như tiêm truyền, ghép giác mạc, truyền hóc môn tăng trưởng.

5 – 15% ca CJD di truyền qua gen trội NST thường số 20. Do tính chất di truyền nên ba mẹ bị bệnh có thể di truyền gen bệnh lại cho con cái.

90% bệnh Creutzfeldt – Jakob không xác định được nguồn lây hay yếu tố gia đình. Những ca nhiễm bệnh này được xếp vào nhóm bệnh CJD ngẫu nhiên rải rác.

Ban đầu biểu hiện mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ hay chán ăn.

Sau đó, có những triệu chứng thần kinh bao gồm mất trí nhớ, lú lẫn, hành vi bất thường.

Cuối cùng biểu hiện yếu liệt nửa người, nói khó, mù, đi đứng loạng choạng.

Tử vong thường được ghi nhận một năm sau khi khởi phát triệu chứng bệnh.

Chẩn đoán dựa trên các biểu hiện lâm sàng và điện não đồ. Các phương tiện hình ảnh học sọ não giúp loại trừ các bệnh viêm não khác. Sinh thiết não có thể giúp xác định chẩn đoán.

Hiện nay, bệnh Creutzfeldt – Jakob vẫn chưa có cách điều trị. Tiên lượng sống trung bình là 5 tháng.

Việc sử dụng thịt và xương động vật bị bệnh như cừu để bổ sung protein trong thức ăn gia súc. Việc này đã phổ biến ở châu Âu từ những thập niên 70.

Năm 1986, ghi nhận 1 gia súc bị bệnh bò điên đầu tiên tại Vương quốc Anh.

Trường hợp được báo cáo đầu tiên ở Bắc Mỹ là năm 1993 từ Alberta, Canada.

Sau khi phát hiện ra trường hợp bệnh bò điên đầu tiên ở Mỹ vào ngày năm 2003. Nhật Bản đã ngừng nhập khẩu thịt bò Mỹ.

Với 36 trường hợp được xác nhận, Nhật Bản đã trải qua một trong những trường hợp mắc bệnh bò điên lớn nhất ngoài Châu Âu.

177 người (tính đến tháng 6 năm 2014) mắc bệnh và chết vì một căn bệnh có triệu chứng thần kinh tương tự. Sau đó được gọi là bệnh Creutzfeldt – Jakob biến thể (vCJD).

Các nghiên cứu cho thấy các prion không bị tiêu hủy cả ở nhiệt cao như khi được nấu chín.

Hiện nay bằng nhiều biện pháp, cơn khủng hoảng bệnh bò điên gần như đã được kiểm soát.

Tại Việt Nam, nghi ngờ có 2 ca nhiễm bệnh bò điên, hay đúng hơn là bệnh Creutzfeldt – Jakob biến thể năm 2014, nhưng không thể chẩn đoán xác định do tại Việt Nam chưa thực hiện được xét nghiệm định lượng prion.

Như những thông tin đã cung cấp, chúng ta có thể bị bệnh Creutzfeldt – Jakob từ nhiều nguồn gốc. Có thể bị lây từ người sang người, di truyền trong gia đình, từ gia súc mắc bệnh bò điên hoặc không thể xác định được nguyên nhân nào cả.

Vậy để phòng bệnh ta có thể dựa trên một số phương pháp:

Kiểm soát gia súc mắc bệnh bò điên: thay đổi cách chăn nuôi, tiêu hủy bò bệnh, kiểm soát xuất nhập khẩu bò,…

Hạn chế sử dụng các sản phẩm bò bệnh, đặc biệt các bộ phận chứa nhiều prion như não, tủy sống.

Giảm thiểu nguy cơ lây từ người sang người qua các chế phẩm tiêm truyền, ghép tạng bằng việc kiểm tra kĩ người hiến tặng.

Bài viết cung cấp cho các bạn kiến thức về bệnh bò điên ở bò cũng nhưbệnh Creutzfeldt – Jakobở người. Do có nhiều đặc điểm tương đồng và mối liên hệ giữa hai bệnh lý này nên đôi khi chúng ta sẽ đôi chút nhầm lẫn. Những thông tin này sẽ mang lại cho bạn những góc nhìn và hiểu biết chính xác hơn về bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-brucellosis-nhung-dieu-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

Dấu hiệu nhận biết bệnh Brucellosis là gì?

Nguyên nhân nào gây ra bệnh Brucellosis?

Yếu tố nguy cơ của bệnh Brucellosis là gì?

Bệnh có thể gây ra những biến chứng gì?

Phòng ngừa bệnh Brucellosis như thế nào?

Chẩn đoán bệnh Brucellosis cần những gì?

Điều trị

Brucellosis là một bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn Brucella lây truyền từ động vật sang người. Thông thường, người bị nhiễm bệnh do sử dụng các sản phẩm từ sữa chưa qua nấu chín hoặc chưa tiệt trùng. Vi khuẩn gây bệnh Brucellosis có thể lây lan qua không khí hoặc qua tiếp xúc trực tiếp với động vật bị nhiễm bệnh. Hãy cùng theo dõi bài viết dưới đây của Bác sĩ Phan Văn Giáo để có được những thông tin chính xác nhất về cách nhận biết và điều trị bệnh Brucellosis.

Các triệu chứng của bệnh Brucellosis có thể xuất hiện bất cứ lúc nào, từ vài ngày đến vài tháng sau khi bị nhiễm bệnh. Tương tự với cúm, các triệu chứng bao gồm:

Sốt.

Ớn lạnh.

Ăn không ngon.

Đổ mồ hôi.

Yếu cơ.

Mệt mỏi.

Đau khớp, cơ và lưng.

Đau đầu.

Triệu chứng có thể biến mất trong vài tuần hoặc vài tháng và sau đó quay trở lại. Một số người mắc bệnh Brucellosis mãn tính trong nhiều năm, ngay cả sau khi điều trị. Các dấu hiệu và triệu chứng lâu dài bao gồm mệt mỏi, sốt tái phát,viêm khớp, viêm nội tâm mạc và viêm cột sống.

Bệnh Brucellosis gây bệnh ở động vật hoang dã và gia súc, bao gồm:

Bò.

Dê.

Cừu.

Lợn và lợn rừng.

Chó, đặc biệt là chó săn.

Nai.

Nai sừng tấm.

Bò rừng.

Tuần lộc.

Lạc đà.

Một dạng khác của Brucellosis có thể gây bệnh ở hải cẩu, cá heo và một số loài cá voi.

Sử dụng các sản phẩm từ sữa tươi. Vi khuẩn Brucella trong sữa của động vật bị nhiễm bệnh có thể lây sang người qua sữa chưa tiệt trùng, kem, bơ và pho mát. Vi khuẩn cũng có thể có trong thịt của động vật bị nhiễm bệnh còn sống hay nấu chưa chín.

Hít phải không khí bị nhiễmvi khuẩn.Vi khuẩn Brucella lây lan dễ dàng trong không khí. Nông dân, thợ săn, kỹ thuật viên phòng thí nghiệm và công nhân lò mổ có thể hít phải vi khuẩn.

Chạm vào máu và dịch cơ thể của động vật bị nhiễm bệnh. Vi khuẩn trong máu, tinh dịch hoặc nhau thai của động vật bị nhiễm bệnh có thể xâm nhập vào máu thông qua vết thương trên cơ thể. Tiếp xúc bình thường với động vật như chạm, chải lông hoặc chơi không gây nhiễm trùng. Vì vậy, bệnh Brucellosis hiếm khi bị lây truyền từ vật nuôi. Mặc dù vậy, người có hệ miễn dịch yếu nên tránh tiếp xúc với những con chó mắc bệnh.

Bệnh Brucellosis thường không lây từ người sang người. Nhưng trong một vài trường hợp, nó có thể lây từ mẹ sang con trong khi sinh hoặc qua sữa mẹ. Brucellosis hiếm khi lây qua đường tình dục, qua truyền máu hay ghép tủy xương.

Rất nhiều loại bệnh lây từ động vật sang con người và dại là một trong số đó. Đọc thêm:Bệnh dại: Có thật sự nguy hiểm không?

Bệnh Brucellosis rất hiếm ở Hoa Kỳ, nhưng phổ biến hơn ở các nơi khác trên thế giới, đặc biệt là:

Nam Âu, bao gồm Bồ Đào Nha, Tây Ban Nha, Thổ Nhĩ Kỳ, Ý, Hy Lạp, Nam Pháp.

Đông Âu.

Mexico, Nam và Trung Mỹ.

Châu Á.

Châu Phi.

Vùng Ca-ri-bê.

Trung Đông.

Những người sống hoặc đi du lịch ở những khu vực này có nhiều khả năng ăn phô mai dê chưa tiệt trùng, đôi khi được gọi là phô mai làng.

Những người làm việc với động vật hoặc tiếp xúc với máu bị nhiễm bệnh có nguy cơ mắc bệnh Brucellosis cao hơn. Ví dụ:

Bác sĩ thú y.

Nông dân chăn nuôi bò sữa.

Nông dân chăn nuôi gia súc.

Công nhân lò mổ.

Thợ săn.

Nhà vi sinh.

Brucellosis ảnh hưởng đến hầu hết mọi bộ phận của cơ thể, bao gồm cơ quan sinh sản, gan, tim và hệ thần kinh trung ương. Bệnh Brucellosis mãn tính có thể gây ra các biến chứng ở một cơ quan hoặc toàn thân, bao gồm:

Viêm nội tâm mạc. Đây là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất của bệnh Brucellosis.Viêm nội tâm mạckhông được điều trị có thể làm hỏng hoặc phá hủy các van tim và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do Brucellosis.

Viêm khớp. Nhiễm trùng khớp đặc trưng bởi đau, cứng và sưng khớp, đặc biệt là đầu gối, hông, mắt cá chân, cổ tay và cột sống.Viêm cột sốngcó thể rất khó điều trị và gây tổn thương lâu dài.

Viêm mào tinh hoàn. Vi khuẩn gây bệnh Brucellosis có thể gây viêm mào tinh – nơi nối ống dẫn tinh với tinh hoàn. Từ đó, nhiễm trùng có thể lan đếntinh hoàn, gây sưng và đau.

Viêm và nhiễm trùng lách và gan. Brucellosis cũng có thể ảnh hưởng đến lách và gan, khiến chúng to hơn bình thường.

Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương. Bao gồm các bệnh có khả năng đe dọa đến tính mạng như viêm màng não vàviêm não.

Tránh sử dụng các thực phẩm từ sữa chưa tiệt trùng. Tránh dùng sữa, phô mai và kem làm từ sữa chưa tiệt trùng. Nếu bạn du lịch đến các quốc gia khác, hãy tránh tất cả các loại thực phẩm từ sữa tươi.

Nấu thịt chín kỹ. Nấu thịt cho đến khi đạt nhiệt độ bên trong từ 63°C đến 74°C. Khi ăn tại nhà hàng, hãy gọi thịt bò và thịt lợn chín vừa trở lên. Nấu ăn đúng cách sẽ tiêu diệt các vi khuẩn có hại khác như Salmonella và Escherichia coli. Khi đi du lịch nước ngoài, tránh mua thịt từ những người bán hàng rong và nên yêu cầu thịt được nấu chín kỹ.

Đeo găng tay. Nếu bạn là bác sĩ thú y, nông dân, thợ săn hoặc công nhân lò mổ, hãy đeo găng tay cao su khi tiếp xúc với động vật bị bệnh, động vật chết hay mô động vật hoặc khi hỗ trợ sinh sản cho động vật.

Thực hiện các biện pháp phòng ngừa an toàn ở nơi làm việc nguy cơ cao. Trong phòng thí nghiệm, xử lý tất cả các mẫu xét nghiệm trong điều kiện an toàn sinh học thích hợp. Các lò giết mổ nên tuân theo các biện pháp bảo vệ. Chẳng hạn như ngăn cách sàn mổ khỏi các khu vực chế biến khác và sử dụng quần áo bảo hộ.

Tiêm phòng cho vật nuôi. Vì vắc-xin Brucellosis là vắc-xin sống nên có thể gây bệnh cho người. Khi vô tình bị kim đâm trong khi tiêm phòng cho động vật thì người đó nên được điều trị.

Bệnh Brucellosis thường được chẩn đoán bằng xét nghiệm máu hoặc tủy xương tìm vi khuẩn Brucella hoặc xét nghiệm máu tìm kháng thể. Để phát hiện các biến chứng của bệnh Brucellosis, các xét nghiệm bổ sung có thể được yêu cầu bao gồm:

X-quang. X-quang có thể tiết lộ những thay đổi trong xương và khớp của bạn.

Chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).Những xét nghiệm hình ảnh này giúp xác định viêm hoặc áp xe trong não hoặc mô khác.

Dịch não tủy. Kiểm tra một mẫu nhỏ dịch não tủy để xác định xem có bị viêm màng não hay viêm não không.

Siêu âm tim. Kiểm tra các dấu hiệu nhiễm trùng hoặc tổn thương tim.

Điều trị bệnh Brucellosis nhằm mục đích làm giảm các triệu chứng, ngăn ngừa tái phát bệnh và tránh các biến chứng. Bạn sẽ cần dùng thuốc kháng sinh trong ít nhất 6 tuần và các triệu chứng có thể không biến mất hoàn toàn trong vài tháng. Bệnh cũng có thể tái phát và trở thành mạn tính.

Bệnh Brucellosisảnh hưởng hưởng đến hàng trăm ngàn người và gia súc trên thế giới mỗi năm. Brucellosis có thể rất khó xác định, đặc biệt là trong giai đoạn đầu, khi các triệu chứng thường giống với các bệnh khác, chẳng hạn như cúm. Nếu bạn có các triệu chứng sốt cao đột ngột, đau cơ, yếu cơ bất thường, mệt mỏi và có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào của bệnh hoặc sốt kéo dài, hãy đến gặp bác sĩ để được khám và điều trị kịp thời nhằm ngăn ngừa các biến chứng nguy hiểm về sau.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-charcot-marie-tooth-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Bệnh Charcot-Marie-Tooth là gì?

Triệu chứng của bệnh Charcot-Marie-Tooth

Nguyên nhân gây bệnh là gì?

Những ai có yếu tố nguy cơ mắc bệnh này?

Biến chứng nào xảy ra khi mắc bệnh?

Làm thế nào để chẩn đoán bệnh?

Cách điều trị bệnh Charcot-Marie-Tooth

Lối sống và biện pháp khắc phục tại nhà dành cho người bệnh

Hỗ trợ và ứng phó với bệnh

Bệnh Charcot-Marie-Tooth là một nhóm các bệnh di truyền gây tổn thương thần kinh, diễn ra chủ yếu ở tay và chân (dây thần kinh ngoại biên). Charcot-Marie-Tooth còn được biết tới là bệnh lý có tính di truyền về dây thần kinh vận động và cảm giác. Bài viết sau của Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh Nguyễn Văn Huấn sẽ giúp tìm hiểu rõ hơn về căn bệnh này.

Bệnh Charcot-Marie-Tooth hay còn được gọi là bệnh teo cơ Mác làm cho cơ bắp nhỏ đi và yếu hơn. Bạn cũng có thể bị mất cảm giác và co thắt các cơ và khó khăn trong việc đi lại. Các biến dạng bàn chân như ngón chân hình búa và vòm bàn chân cao cũng thường gặp. Triệu chứng thường bắt đầu ở bàn chân và cẳng chân, nhưng sau đó chúng có thể ảnh hưởng đến bàn tay và cánh tay của bạn.

Triệu chứng của bệnh Charcot-Marie-Tooth thường xuất hiện ở tuổi thiếu niên hoặc giai đoạn mới trưởng thành. Nhưng bệnh cũng có thể khởi phát ở tuổi trung niên.

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Charcot-Marie-Tooth có thể bao gồm:

Yếu ở chân, mắt cá chân và bàn chân.

Giảm lượng cơ ở chân và lòng bàn chân.

Vòm bàn chân cao.

Ngón chân hình búa.

Giảm khả năng chạy.

Khó nhấc bàn chân lên (bàn chân rũ).

Bước đi trở nên lúng túng hoặc cao hơn bình thường (dáng đi).

Thường xuyên vấp ngã.

Giảm cảm giác hoặc mất cảm giác ở chân và lòng bàn chân.

Khi bệnh Charcot-Marie-Tooth tiến triển, triệu chứng có thể lan từ bàn chân lên cẳng chân và lên đến bàn tay, cánh tay. Mức độ nặng của triệu chứng có thể khác nhau rất nhiều ở các bệnh nhân, ngay cả những thành viên trong gia đình.

Bệnh Charcot-Marie-Tooth là một bệnh lý di truyền qua gen. Nó xảy ra khi có đột biến gen gây ảnh hưởng đến các dây thần kinh tại các chi.

Đôi khi, những đột biến này làm tổn thương các dây thần kinh. Các đột biến khác gây tổn thương lớp bảo vệ bao quanh dây thần kinh (Vỏ myelin). Cả hai đều khiến cho việc dẫn truyền tín hiệu giữa các chi và não trở nên yếu hơn.

Điều đó có nghĩa là một số cơ ở bàn chân có thể không nhận được tín hiệu từ não để co cơ, do đó bạn có nhiều khả năng sẽ bị vấp ngã. Và não có thể không nhận được tín hiệu từ bàn chân của bạn. Chính vì thế nếu ngón chân bạn cọ xát gây phồng lên, ví dụ như nó có thể nhiễm trùng, nhưng bạn không nhận ra nó.

Bệnh Charcot-Marie-Tooth là bệnh lý di truyền, nên bạn sẽ có nguy cơ cao mắc bệnh nếu bất cứ ai trong gia đình của bạn mắc bệnh.

Một số nguyên nhân khác của bệnh lý thần kinh ngoại biên, chẳng hạn nhưđái tháo đường, có thể gây nên các triệu chứng tương tự hoặc nặng hơn bệnh Charcot-Marie-Tooth. Ngoài ra, các loại thuốc như thuốc hóa trị vincristine (Marqibo), paclitaxel (Abraxane, Taxol) và các thuốc khác có thể làm triệu chứng nặng hơn. Hãy cho bác sĩ biết về tất cả các loại thuốc mà bạn đang dùng.

Biến chứng của bệnh Charcot-Marie-Tooth có mức độ nặng khác nhau tùy từng người bệnh. Bất thường ở bàn chân, khó khăn trong việc đi lại là những vấn đề nghiêm trọng thường gặp nhất. Cơ bắp trở nên yếu hơn, và bạn có thể làm tổn thương các khu vực bị giảm cảm giác trên cơ thể.

Bạn cũng có thể thấy khó khăn trong việc thở, nuốt hoặc nói nếu những cơ kiểm soát các chức năng này bị ảnh hưởng bởi bệnh Charcot-Marie-Tooth.

Trong lúc thăm khám thực thể, bác sĩ của bạn có thể sẽ kiểm tra:

Dấu hiệu yếu cơ ở tay, chân, bàn tay và bàn chân.

Giảm lượng cơ ở vùng dưới của chân, làm cho chân bạn có hình dáng như chai rượu sâm banh lộn ngược.

Giảm phản xạ.

Mất cảm giác ở bàn chân và bàn tay.

Biến dạng bàn chân, chẳng hạn như vòm bàn chân cao hoặc ngón chân hình búa.

Các vấn đề khác về chỉnh hình, chẳng hạn như vẹo cột sống nhẹ hoặc loạn sản xương hông.

Bác sĩ cũng có thể đề nghị các xét nghiệm sau đây. Những xét nghiệm này cung cấp thông tin về mức độ tổn thương thần kinh của bạn và những gì đã gây ra nó:

Đo tốc độ dẫn truyền thần kinh: Xét nghiệm này đo cường độ và tốc độ tín hiệu điện truyền qua dây thần kinh của bạn. Các điện cực trên da sẽ dẫn các dòng điện nhỏ để kích thích thần kinh. Phản ứng chậm hoặc yếu có thể gợi ý một bệnh lý thần kinh, chẳng hạn như bệnh Charcot-Marie-Tooth.

Đo điện cơ (Electromyography: EMG): Một cây kim điện cực sẽ được đưa qua da đến cơ. Hoạt động điện được đo khi bạn thư giãn và khi bạn nhẹ nhàng co cơ. Bác sĩ có thể xác định được nơi tổn thương bằng cách thử tại nhiều cơ khác nhau.

Sinh thiết thần kinh: Một mảnh nhỏ của dây thần kinh ngoại biên lấy từ bắp chân của bạn thông qua một vết mổ trên da. Phòng xét nghiệm sẽ phân tích về khác biệt của dây thần kinh của bệnh Charcot-Marie-Tooth với các bệnh lý dây thần kinh khác.

Xét nghiệm gen: Những xét nghiệm này được thực hiện bằng cách lấy máu đi xét nghiệm. Xét nghiệm này có thể phát hiện những khiếm khuyết gen phổ biến gây nên bệnh Charcot-Marie-Tooth. Xét nghiệm gen có thể cung cấp thông tin cho người mắc bệnh để có thể kế hoạch hóa gia đình. Điều quan trọng là phải được tư vấn về di truyền trước khi làm xét nghiệm gen để bạn có thể biết được ưu và nhược điểm của xét nghiệm.

Hiện tại vẫn chưa có cách để điều trị bệnh Charcot-Marie-Tooth. Nhưng nói chung, bệnh thường tiến triển chậm và không ảnh hưởng đến tuổi thọ. Một số phương pháp điều trị sau có thể giúp bạn kiểm soát bệnh Charcot-Marie-Tooth.

Bệnh Charcot-Marie-Tooth đôi khi có thể gây đau do chuột rút hoặc tổn thương thần kinh. Nếu triệu chứng đau là vấn đề của bạn, bác sĩ có thể sẽ kê một toa thuốc giảm đau để kiểm soát triệu chứng đau đó.

Vật lý trị liệu:Vật lý trị liệu có thể giúp tăng cường và kéo căng cơ bắp để ngăn ngừa quá trình cứng và mất cơ. Một chương trình tập thường bao gồm những bài tập tác động ít và các kỹ thuật kéo căng. Chương trình được huấn luyện bởi các nhà vật lý trị liệu và được thông qua bởi bác sĩ. Bắt đầu sớm và tập điều độ theo định kỳ, vật lý trị liệu có thể giúp ngăn ngừa bị khuyết tật.

Liệu pháp nghề nghiệp:Yếu ở tay và bàn tay có thể gây khó khăn trong động tác nắm và cử động ngón tay, chẳng hạn như viết hoặc thắt nút. Liệu pháp nghề nghiệp có thể giúp bằng cách sử dụng các thiết bị hỗ trợ. Chẳng hạn như quần áo có khóa thay vì nút.

Dụng cụ chỉnh hình:Nhiều người mắc bệnh Charcot-Marie-Tooth cần có sự trợ giúp của một số thiết bị chỉnh hình. Những thiết bị này sẽ giúp duy trì khả năng vận động hàng ngày và ngăn ngừa chấn thương. Nẹp chân và mắt cá chân có thể giúp ổn định khi đi bộ và leo cầu thang.

Nếu dị tật bàn chân nghiêm trọng thì phẫu thuật sửa chữa ở chân có thể giúp giảm đau và cải thiện khả năng đi lại của bạn. Phẫu thuật không thể cải thiện những triệu chứng yếu cơ hoặc mất cảm giác.

Các nhà nghiên cứu đang tìm ra một số liệu pháp tiềm năng mà một ngày nào đó, chúng có thể điều trị bệnh Charcot-Marie-Tooth. Các liệu pháp này bao gồm thuốc, liệu pháp gen và các quy trình in vitro có thể giúp ngăn ngừa bệnh này truyền sang thế hệ sau.

Một số thói quen có thể ngăn ngừa các biến chứng do bệnh Charcot-Marie-Tooth và giúp bạn kiểm soát các ảnh hưởng của nó.

Bắt đầu sớm và thực hiện thường xuyên, các hoạt động tại nhà có thể giúp bảo vệ và giảm nhẹ bệnh:

Căng cơ thường xuyên:Căng cơ có thể giúp cải thiện, duy trì phạm vi vận động của khớp, giảm nguy cơ chấn thương. Nó cũng giúp ích trong việc cải thiện tính linh hoạt, khả năng thăng bằng và phối hợp. Nếu bạn mắc bệnh này, hãy căng cơ thường xuyên để ngăn ngừa hoặc giảm tình trạng biến dạng khớp do sự kéo cơ không đều trên xương.

Tập thể dục mỗi ngày:Tập thể dục mỗi ngày sẽ giữ cho xương và cơ của bạn chắc khỏe. Các bài tập, như đạp xe đạp, bơi lội, ít tạo áp lực lên cơ và khớp. Bằng cách tăng cường cơ bắp và xương, bạn có thể cải thiện khả năng thăng bằng và phối hợp, làm giảm nguy cơ bị té ngã.

Cải thiện sự ổn định của bạn:Yếu cơ có liên quan đến bệnh Charcot-Marie-Tooth có thể khiến bạn không đứng vững, dẫn đến té ngã và chấn thương nghiêm trọng. Đi bộ với gậy hoặc xe tập đi có thể tăng khả năng ổn định của bạn. Bật đèn vào ban đêm có thể giúp bạn tránh bị vấp ngã.

Bởi vì dị tật bàn chân và mất cảm giác nên chăm sóc bàn chân thường xuyên vô cùng quan trọng để giúp giảm nhẹ triệu chứng và ngăn ngừa biến chứng:

Kiểm tra bàn chân:Kiểm tra bàn chân mỗi ngày để ngăn ngừa các vết chai, loét, vết thương và nhiễm trùng.

Chăm sóc móng tay của bạn:Cắt móng tay thường xuyên. Để tránh móng chân quặp ngược và gây nhiễm trùng, hãy cắt thẳng móng và tránh cắt vào cạnh móng. Người chuyên trị bệnh chân có thể cắt móng chân cho bạn nếu bạn có vấn đề về tuần hoàn, cảm giác và tổn thương thần kinh ở bàn chân.

Mang giày phù hợp:Chọn giày vừa vặn và có thể bảo vệ được bàn chân. Cân nhắc mang giày bốt hoặc giày cổ cao để hỗ trợ mắt cá chân. Nếu bạn bị dị tật bàn chân, chẳng hạn như ngón chân hình búa, hãy lựa chọn đôi giày được làm thủ công, phù hợp với bàn chân của bạn.

Các nhóm hỗ trợ, kết hợp với lời khuyên của bác sĩ, có thể có giá trị trong việc thích nghi với bệnh Charcot-Marie-Tooth. Các nhóm hỗ trợ gồm những người đang đối diện với những thử thách của căn bệnh. Tại đây, họ đưa ra những vấn đề họ đang gặp phải và cùng chia sẻ với nhau.

Dù bệnhCharcot-Marie-Toothkhông gây ảnh hưởng đến tuổi thọ, nhưng đôi khi nó sẽ gây ảnh hưởng về chất lượng cuộc sống. Chính vì thế, nếu phát hiện có những triệu chứng nghi ngờ, hãy đến khám bác sĩ để điều trị những triệu chứng và nhận được sự tư vấn chăm sóc cho bàn chân của mình. Qua bài viết trên hi vọng bạn thấy bổ ích, hãy để lại phản hồi nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-co-bam-sinh-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh cơ bẩm sinh

Triệu chứng của bệnh cơ bẩm sinh là gì?

Nguyên nhân nào gây nên bệnh cơ bẩm sinh?

Yếu tố nguy cơ mắc bệnh

Người mắc bệnh cơ bẩm sinh sẽ có những biến chứng gì?

Làm sao để phòng ngừa bệnh cơ bẩm sinh?

Làm thế nào để chẩn đoán bệnh cơ bẩm sinh?

Điều trị bệnh cơ bẩm sinh

Hỗ trợ đối với người bệnh

Bệnh cơ bẩm sinh là một bệnh cơ hiếm gặp, chủ yếu xuất hiện khi sinh ra, di truyền, do khiếm khuyết gen. Có nhiều loại bệnh cơ bẩm sinh khác nhau, nhưng hầu hết đều có những đặc điểm chung, bao gồm giảm trương lực cơ và yếu. Bài viết dưới đây của ThS.BS Vũ Thành Đô sẽ giúp hiểu rõ hơn về về căn bệnh này.

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh, bao gồm: khó khăn trong việc ăn, thở, cũng như các bệnh về xương, chẳng hạn nhưcong vẹo cột sống,loãng xươnghoặc các vấn đề về hông. Các dấu hiệu, triệu chứng của bệnh có thể không rõ ràng cho đến tuổi sơ sinh hoặc lớn hơn.

Hiện nay vẫn chưa có phương pháp điều trị cho bệnh cơ bẩm sinh. Dù chưa có phương pháp điều trị dứt điểm. Tuy nhiên, những tiến bộ gần đây của liệu pháp gen có thể hỗ trợ cho bệnh nhân. Chẳng hạn như: vật lý trị liệu, liệu pháp nghề nghiệp và liệu pháp nói. Ngoài ra, hỗ trợ dinh dưỡng và hỗ trợ hô hấp có thể có ích. Tư vấn di truyền có thể giúp đánh giá nguy cơ bệnh cơ bẩm sinh trong lần mang thai sau.

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh thay đổi tùy thuộc vào từng loại bệnh. Mức độ nặng của các dấu hiệu và triệu chứng cũng khác nhau, mặc dù bệnh thường ổn định hoặc chậm tiến triển.

Các dấu hiệu và triệu chứng phổ biến của bệnh, bao gồm:

Giảm trương lực cơ.

Yếu cơ.

Khả năng vận động bị chậm lại.

Có những điểm yếu trên khuôn mặt.

Mí mắt sụp.

Chuột rúthoặcco thắt cơ.

Bệnh lõi trung tâm: Bệnh này gây ra yếu cơ và các vấn đề về phát triển. Một số người có thể có phản ứng đáng kể với gây mê toàn thân (tăng thân nhiệt ác tính).

Bệnh cơ nhân trung tâm: Là những tình trạng hiếm gặp gây nên yếu cơ ở mặt, tay, chân và cơ mắt. Thậm chí có thể gây ra vấn đề về hô hấp.

Bệnh sợi cơ bẩm sinh: Các sợi nhỏ được tìm thấy trên mô cơ trong khi sinh thiết. Tình trạng này gây ra yếu cơ ở mặt, cổ, tay, chân và thân.

Bệnh cơ Nemaline: Bệnh cơ Nemaline là một trong những dạng bệnh cơ bẩm sinh phổ biến. Điều này gây ra yếu cơ ở mặt, cổ cánh tay và chân, và đôi khi gây vẹo cột sống. Nó cũng có thể gây ra vấn đề về hô hấp và ăn uống.

Bệnh đa nhân tố: Có nhiều loại và thường gây ra yếu cơ trầm trọng ở vùng tay, chân và vẹo cột sống.

Bệnh cơ Myotubular: Bệnh này hiếm gặp, chỉ xảy ra ở nam giới, gây nên yếu cơ và khó thở.

Bên cạnh đó, một số bệnh cơ hiếm gặp khác bao gồm: bệnh cơ do không bào tự thực, bệnh cơ giữ myosin và một số bệnh hiếm gặp khác.

Bệnh cơ bẩm sinh thường được phát hiện khi sinh. Nhưng nếu bạn nhận thấy sự yếu trương lực cơ hoặc khả năng vận động bị chậm trong quá trình lớn lên của bé, hãy chia sẻ với bác sĩ của bạn về vấn đề bạn quan tâm.

Bệnh cơ bẩm sinh thường do một hoặc nhiều bất thường về gen kiểm soát sự phát triển của cơ.

Hiện nay, chỉ có một yếu tố nguy cơ được biết đến gây nên bệnh cơ bẩm sinh. Đó là có quan hệ huyết thống với cha hoặc mẹ (hoặc cả hai) có mang gen đột biến gây nên bệnh này.

Bệnh nhược cơ bẩm sinh có liên quan đến một số biến chứng, chẳng hạn như:

Giảm khả năng vận động.

Vẹo cột sống.

Viêm phổi.

Suy hô hấp.

Vấn đề về ăn uống.

Rất tiếc là hiện nay vẫn không có cách nào để ngăn ngừa bệnh cơ bẩm sinh. Nếu bạn có nguy cơ cao sẽ truyền gen bệnh sang con, bạn sẽ cần tham khảo ý kiến về tư vấn di truyền trước khi mang thai.

Một nhà tư vấn di truyền có thể giúp bạn biết cơ hội sinh ra con bị bệnh này là bao nhiêu. Họ cũng có thể giải thích về cácxét nghiệm tiền sảnvà những ưu, nhược điểm của xét nghiệm.

Để chẩn đoán bệnh, bác sĩ của bạn sẽ khảo sát về bệnh sử của bạn và gia đình bạn. Họ sẽ tiến hành kiểm tra thể chất và thần kinh để tìm ra nguyên nhân gây yếu cơ và loại trừ các tình trạng khác. Bác sĩ có thể tiến hành một số xét nghiệm để chẩn đoán bệnh cơ bẩm sinh.

Xét nghiệm máu. Xét nghiệm có thể được đề nghị để phát hiện một loại enzyme gọi là creatine kinase.

Đo điện cơ (EMG). Xét nghiệm này giúp đo hoạt động điện bên trong cơ bắp.

Xét nghiệm gen. Có thể được đề nghị để xác định một đột biến cụ thể ở một gen nhất định.

Sinh thiết cơ. Một chuyên gia sẽ lấy một mẫu mô nhỏ từ cơ của bạn (sinh thiết và xét nghiệm nó).

Nếu bạn có tiền sử gia đình bị bệnh cơ bẩm sinh, bạn có thể lựa chọn làm xét nghiệm tiền sản xâm lấn tối thiểu. Sinh thiết gai nhau có thể được thực hiện sau tuần thứ 11 của thai kỳ. Chọc dịch màng ối có thể được thực hiện sau 15 tuần, và thử nghiệm di truyền trước sinh có thể được thực hiện ngay sau đó.

Nguy cơsảy thailiên quan đến các xét nghiệm này là bé hơn 1%.

Điều đáng tiếc là bệnh cơ bẩm sinh không thể chữa khỏi. Tuy nhiên, các bác sĩ có thể giúp bạn kiểm soát bệnh và triệu chứng. Điều trị có thể bao gồm một số lựa chọn sau:

Tư vấn di truyền. Tư vấn di truyền có thể giúp bạn hiểu được sự di truyền của bệnh này.

Thuốc. Thuốc có thể giúp điều trị các triệu chứng của một số bệnh cơ. Ví dụ, thuốc albuterol (Proair HFA, Ventolin HFA, …) có thể giúp ích trong một số bệnh cơ bẩm sinh.

Hỗ trợ dinh dưỡng và hô hấp. Hỗ trợ dinh dưỡng và hô hấp cần thiết khi tình trạng bệnh tiến triển.

Điều trị bằng chỉnh hình. Thiết bị hỗ trợ chỉnh hình và các cách điều trị khác, chẳng hạn như phẫu thuật để điều chỉnh hoặc cải thiện chứng vẹo cột sống, có thể hữu ích.

Vật lý trị liệu, liệu pháp nghề nghiệp và liệu pháp nói. Có thể giúp kiểm soát các triệu chứng. Tập thể dục aerobic, bơi lội và đi bộ, có thể giúp duy trì sức khỏe và khả năng vận động. Một số bài tập tăng cường sức cơ cũng có thể hữu ích.

Liệu pháp hô hấp. Một số bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp hoặc điều trị hô hấp.

Xem thêm:Vật lí trị liệu: Một phương pháp chữa đau lưng không dùng thuốc

Khi bạn biết con bạn bị bệnh cơ bẩm sinh, bạn có thể trải qua một loạt các cảm xúc, tức giận, sợ hãi, lo lắng, buồn phiền và cảm giác tội lỗi. Bạn có thể không biết những gì có thể mong đợi, và bạn có thể lo lắng về khả năng chăm sóc cho bé. Cách giải quyết tốt nhất cho nỗi sợ hãi và lo lắng đó là tìm kiếm thông tin và sự hỗ trợ.

Hãy cân nhắc những điều sau đây để chuẩn bị cho bản thân và để chăm sóc bé:

Tìm một đội ngũ những chuyên gia đáng tin cậy: Bạn sẽ cần đưa ra quyết định quan trọng về giáo dục và điều trị của bé. Hãy tìm những nhà chăm sóc sức khỏe, giáo viên và nhà trị liệu mà bạn tin tưởng. Họ có thể giúp ích rất nhiều trong việc hỗ trợ bạn chăm sóc bé.

Tìm kiếm những gia đình khác đang đối mặt với những vấn đề tương tự: Hỏi bác sĩ của bạn về những gia đình có con mắc bệnh cơ bẩm sinh. Bạn cũng có thể tìm kiếm những nhóm trên internet. Gia đình và bạn bè cũng có thể là điểm tựa để thấu hiểu và hỗ trợ bạn.

Nếu bạn chưa có con và lo lắng về bệnh này, hãy đến với YouMed. Tại đây bạn sẽ được hỗ trợ để sắp xếp lịch khám và tư vấn tiền sản, từ đó có thể đưa ra các quyết định của mình.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-co-tim-phi-dai-nguyen-nhan-trieu-chung-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Sơ lược về chức năng của tim

Bệnh cơ tim phì đại được hình thành như thế nào?

Triệu chứng của bệnh cơ tim phì đại

Bệnh cơ tim phì đại được chẩn đoán như thế nào?

Bệnh cơ tim phì đại có thể gây ra biến chứng gì?

Bệnh cơ tim phì đại được điều trị như thế nào?

Bệnh cơ tim phì đại là một bệnh di truyền làm cho cơ tim bị dày lên quá mức. Các tế bào tim cũng bất thường về cách sắp xếp không tổ chức với tình trạng bị xơ hóa giữa các tế bào. Ngoài ra, tình trạng bệnh cũng làm cho van hai lá của tim bị ảnh hưởng theo dẫn đến áp lực buồng tim tăng cao.

Tỷ lệ mắc bệnh cơ tim phì đại trong dân số là khoảng 1/500 người. Hầu hết bệnh nhân mắc bệnh không có biểu hiệu triệu chứng và không có nguy cơ phát triển thành các biến chứng bất lợi. Tuy nhiên, trong số những bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng, những phàn nàn phổ biến nhất bao gồm: đau ngực, khó thở khi gắng sức, mệt mỏi, choáng váng và đánh trống ngực. Một số rất nhỏ bệnh nhân có nguy cơ đột tử, thường xảy ra ở bệnh nhân trẻ tuổi.

Tim về cơ bản hoạt động như một cái máy bơm có bốn ngăn bao gồm: hai ngăn trên được gọi là tâm nhĩ phải và trái; và hai ngăn dưới được gọi là tâm thất phải và trái.

Dòng máu không có oxy sẽ trở lại tim từ cơ thể và chảy vào tâm nhĩ phải rồi vào tâm thất phải qua van ba lá. Từ đây, tâm thất phải sẽ bóp máu đến phổi để bổ sung oxy cho máu. Sau đó máu trở về tim qua tâm nhĩ trái và qua van hai lá đến tâm thất trái. Cuối cùng, tâm thất trái bóp máu vàođộng mạchchủ để cung cấp máu giàu oxy cho toàn bộ cơ quan và các mô trong cơ thể.

Bệnh cơ tim phì đại là đột biến ở một trong số các gen mã hóa cấu trúc của tim. Đột biến gen của bệnh cơ tim phì đại mang tính trạng trội.

Điều này có nghĩa là có 50% khả năng cha mẹ mắc bệnh sẽ truyền gen bất thường cho con. Tuy nhiên, không phải tất cả các thành viên trong gia đình thừa hưởng gen đột biến đều sẽ phát triển thành bệnh.

Nam và nữ đều có khả năng kế thừa gen đột biến như nhau. Nếu một đứa trẻ nhận gen đột biến, thì thời kỳ có khả năng cao nhất mà bệnh sẽ phát triển là ở tuổi dậy thì. Tuy vậy chúng ta không thể dự đoán chính xác mức độ nghiêm trọng của bệnh tim sẽ phát triển như thế nào.

Ngoài ra, độ dày của cơ tim phát triển cuối tuổi vị thành niên sẽ là độ dày kéo dài suốt đời. Vì lý do này, các yếu tố khác liên quan đến bệnh, bao gồm chức năng của cơ tim và sự cản trở dòng máu ra khỏi tim, có thể gây ra các triệu chứng bất cứ lúc nào trong suốt cuộc đời của bệnh nhân.

Bệnh cơ tim phì đại sẽ làm cho các thành cơ của tâm thất trái dày lên. Vị trí và hình thái của dày vách đa dạng, đa số bệnh nhân sẽ dày phần dưới của vách liên thất (vách cơ chia 2 buồng thất).

Tâm thất có chức năng dãn ra để nhận máu từ nhĩ thất rồi co bóp để đẩy máu ra ngoài tim. Khi thành tâm thất trái dày lên, chức năng dãn buồng thất bị suy giảm, làm cho lưu lượng máu vào tâm thất bị hạn chế.

Van hai lá cũng có thể chuyển động bất thường và tiếp xúc với vách ngăn dày trong giai đoạn tống máu ra khỏi tim. Hậu quả có thể gây tắc nghẽn máu chảy ra khỏi tâm thất trái. Điều này có thể dẫn đến áp suất cao hơn bình thường trong tâm thất trái và sự tham gia của van hai lá cũng có thể ngăn van đóng hoàn toàn và cho phép máu rò rỉ qua lỗ mở và trở lại tâm nhĩ trái (được gọi là trào ngược van hai lá).

Đa số bệnh nhân bị bệnh cơ tim phì đại không có hoặc có ít triệu chứng. Trong một số trường hợp, các triệu chứng chỉ được có khi tập thể dục hoặc khi gắng sức. Các triệu chứng có thể xảy ra trong tuổi dậy thì, khi cơ tim phát triển phì đại. Tuy nhiên triệu chứng thường xuất hiện ở tuổi trung niên. Trong một tỷ lệ nhỏ hơn các trường hợp, các triệu chứng có thể không xảy ra cho đến cuối đời.

Tuổi phát triển các triệu chứng và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng khác nhau ở mỗi bệnh nhân. Ngoài ra, các triệu chứng thường xuất hiện và rồi biến mất, bệnh nhân thường khai báo có ngày và tuần cảm thấy tốt (không hoặc ít triệu chứng) sau đó lại có những ngày và tuần với nhiều phàn nàn (có triệu chứng).

Các triệu chứng phổ biến nhất bao gồm:

Khó thở khi gắng sức hoặc khi nghỉ ngơi.

Ngất xỉu hoặc choáng váng.

Đánh trống ngực (cảm nhận rõ nhịp đập của tim hoặc cảm thấy tim đập “mạnh”).

Chóng mặt khi ngồi hoặc đứng lên.

Mệt mỏi do gắng sức hoặc cảm thấy kiệt sức khi vận động.

Phù chân.

Bệnh nhân không có hoặc có ít triệu chứng thường có tiên lượng tốt hơn những bệnh nhân có các triệu chứng nặng nề. Tuy nhiên, mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng không nhất thiết có tương quan với mức độ liên quan đến biến chứng tim hoặc nguy cơ đột tử.

Điện tâm đồ (ECG) là một bản ghi lại hoạt động điện của tim. Nó có thể giúp xác định xem có bất thường trong dẫn truyền điện, dày lên hoặc có tổn thương cơ tim hay không. Điện tâm đồ là bất thường ở 90% bệnh nhân bị cơ tim phì đại.

Bình thường hoặc có hình ảnh lớn thất trái.

Đây là phương pháp quan trọng để chẩn đoán bệnh cơ tim phì đại.

Siêu âm timsử dụng sóng siêu âm (sóng âm tần số cao) để đo độ dày cơ của tâm thất trái và chuyển động của thành tâm thất, kích thước của các buồng tim, chức năng của van tim, và dòng chảy của máu trong tim.

Do siêu âm tim là một phương tiện không xâm lấn và độ tin cậy cao. Vì vậy, thông tim và chụp mạch máu chỉ sử dụng ở một số ít bệnh nhân chọn lọc và hiếm khi dùng để chẩn đoán.

Vì căn bệnh này có thể truyền từ cha mẹ sang con, nên việc tầm soát được khuyến nghị cho tất cả người thân cấp ruột thịt của bất kỳ ai được chẩn đoán mắc bệnh, bao gồm anh chị em ruột và cha mẹ.

Sau đây là các khuyến nghị để đánh giá:

Tiền sử bệnh, khám sức khỏe, điện tâm đồ và siêu âm tim.

Dày thành tim thường không xuất hiện cho đến tuổi vị thành niên, do đó không tầm soát ở trẻ em dưới 12 tuổi trừ khi trẻ có các triệu chứng, có tiền sử gia đình nguy cơ cao hoặc trẻ đang tham gia các môn thể thao có cường độ cao.

Tầm soát và đánh giá cần được lặp lại mỗi năm một lần từ 12 đến 18 tuổi.

Người lớn (> 18 tuổi) với siêu âm tim bình thường nên kiểm tra khoảng ba đến năm năm một lần.

Bệnh cơ tim phì đại có sẵn xét nghiệm di truyền. Tuy nhiên chi phí lại tốn kém và kết quả không phải lúc nào cũng giúp xác định xem một người có phát triển bệnh hay không và khi nào có biểu hiện bệnh.

Tùy thuộc một phần vào mức độ nghiêm trọng của bệnh, một số bệnh nhân mắc bệnh cơ tim phì đại phát triển các biến chứng sau:

Suy tim.

Đột quỵ.

Rối loạn nhịp tim.

Nhiễm trùng van tim (viêm nội tâm mạc nhiễm trùng).

Đột tử do tim.

Không có cách chữa khỏi bệnh cơ tim phì đại. Tuy nhiên, một số phương pháp điều trị sẽ làm giảm các triệu chứng và ngăn ngừa biến chứng. Với mục tiêu phần lớn bệnh nhân có bệnh cơ tim phì đại đều có cơ hội đạt được tuổi thọ và chất lượng cuộc sống gần như bình thường.

Điều trị có thể được khuyến nghị để:

Giảm các triệu chứng của suy tim như khó thở, đau ngực, tim đập mạnh (đánh trống ngực)

Loại bỏ cơ thừa từ vách liên thất để cải thiện lưu lượng máu ra khỏi tim và giảm áp lực trong tim

Điều trị nhịp tim bất thường và/hoặc giảm nguy cơ đột tử

Phương pháp điều trị tối ưu phụ thuộc vào tình trạng mỗi cá nhân.

Tránh mất nước: Những người mắc bệnh cơ tim phì đại nên cố gắng duy trì sự cân bằng lượng dịch ổn định trong cơ thể. Tránh các trường hợp cơ thể bị mất nước mà không bổ sung lượng nước đầy đủ như khi bị tiêu chảy, không uống đủ nước.

Hạn chế hoạt động nhất định: Bất kỳ ai có bệnh cơ tim phì đại nên cần được tư vấn bởi bcs sỹ về sự an toàn của mức độ tập thể dục. Hầu hết những người có bệnh được khuyến cáo nên tránh tham gia vào hầu hết các môn thể thao hoặc công việc có cường độ vận động cao.

Thuốc được sử dụng giúp giảm co bóp cơ tim và chậm nhịp tim để tim có thể bơm máu tốt hơn.

Thuốc để điều trị bệnh cơ tim phì đại và các triệu chứng của nó có thể bao gồm:

Thuốc chẹn beta như metoprolol,propranolol, hoặcatenolol.

Thuốc chẹn kênh canxi như verapamil, hoặc diltiazem.

Thuốc điều trị nhịp tim nhưamiodaronehoặc disopyramide.

Thuốc kháng đông nhưwarfarinđể ngăn ngừa cục máu đông nếu bị rung nhĩ.

Cắt cơ tim vùng vách thất: Phẫu thuật loại bỏ một phần cơ vách ngăn (vách thất) giữa các buồng tim. Phẫu thuật này giúp cải thiện lưu lượng máu ra khỏi tim và giảm dòng chảy ngược của máu qua van hai lá (trào ngược van hai lá).

Cắt cơ tim vùng vách thất ưu tiên cho suy tim biểu hiện nặng ( khó thở xuất hiện ngay cả khi vận động nhẹ hoặc nghỉ ngơi) kèm nghẽn buồng tống thất trái.

Thủ thuật này phá hủy cơ tim dày bằng cồn 95%.

Cồn 95% được tiêm vào nhánh xuyên lớn vùng vách liên.

Biến chứng có thể xảy ra là gây loạn nhịp thất, đòi hỏi phải cấy máy tạo nhịp tim.

ICD là một thiết bị nhỏ liên tục theo dõi nhịp tim. Nó được cấy vào ngực như một máy điều hòa nhịp tim. Nếu rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng xảy ra, ICD cung cấp các cú sốc điện được hiệu chỉnh chính xác để khôi phục nhịp tim bình thường.

ICD đã được chứng minh là có thể giúp ngăn ngừa đột tử do tim, xảy ra ở một số ít người bị bệnh cơ tim phì đại.

Bệnh cơ tim phì đại tuy gây ra các biến chứng nghiêm trọng. Tuy nhiên với các phương pháp điều trị tim mạch hiện đại hiện nay, tỷ lệ tử vong do bệnh là rất thấp. Thật vậy, đại đa số bệnh nhân mắc bệnh cơ tim phì đại có tuổi thọ bình thường mà không có bất kỳ triệu chứng hạn chế đáng kể nào.

Tuy nhiên, một số ít bệnh lại có nguy cơ có các biến chứng bao gồm suy tim và đột tử. Nguy cơ biến chứng tim khác nhau giữa các gia đình khác nhau và giữa các thành viên trong một gia đình. Vì thế, mục tiêu chính của quá trình chẩn đoán và đánh giá bệnh là xác định những bệnh nhân có nhiều khả năng phát triển biến chứng nhất để có thể đưa ra phương pháp điều trị thích hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-cau-than-mang-trieu-chung-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Bệnh cầu thận màng là gì?

2. Nguyên nhân

3. Triệu chứng của bệnh cầu thận màng

4. Chẩn đoán

5. Điều trị

Bạn được bác sĩ chẩn đoán bệnh cầu thận màng và muốn tìm hiểu thêm về bệnh của mình? Bạn thường xuyên bị phù chân và tăng cân? Bài viết dưới đây của ThS.BS Vũ Thành Đô sẽ cung cấp những thông tin cơ bản về bệnh cầu thận màng.

Bệnh lý màng lọc cầu thận (hay còn gọi là bệnh cầu thận màng) xảy ra khi các mạch máu nhỏ trong thận (cầu thận), cấu trúc có chức năng lọc chất thải từ máu, bị tổn thương và dày lên. Kết quả là, các protein rò rỉ từ các mạch máu bị tổn thương vào nước tiểu (protein niệu). Đối với nhiều người, việc mất protein qua nước tiểu gây ra các dấu hiệu và triệu chứng được gọi làhội chứng thận hư.

Trong những trường hợp nhẹ, bệnh cầu thận màng có thể tự khỏi mà không cần điều trị. Khi sự rò rỉ protein tăng lên, nguy cơ tổn thương thận lâu dài cũng tăng theo. Trong nhiều trường hợp, bệnh có thể dẫn đến suy thận. Không có cách điều trị hoàn toàn cho bệnh cầu thận màng, nhưng điều trị tốt có thể giúp giảm protein niệu và có tiên lượng tốt về sau.

Thông thường, bệnh cầu thận màng là hậu quả của các phản ứng miễn dịch tự miễn. Hệ thống miễn dịch của cơ thể nhận nhầm mô khỏe mạnh là mô ngoại lai và tấn công nó bằng các chất được gọi là tự kháng thể. Các tự kháng thể này nhắm vào một số protein nhất định thuộc hệ thống lọc của thận (cầu thận). Đây được gọi là bệnh lý cầu thận màng nguyên phát.

Đôi khi, bệnh cầu thận màng do các nguyên nhân khác gây ra. Khi điều này xảy ra, nó được gọi là bệnh cầu thận màng thứ phát. Nguyên nhân có thể bao gồm:

Bệnh tự miễn. Chẳng hạn nhưlupus ban đỏhệ thống.

Nhiễm siêu vi. Nhiễm viêm gan B, viêm gan C hoặc giang mai.

Một số loại thuốc. Chẳng hạn như thuốc kháng viêm không steroid.

Các bệnh lý ung thư nhưung thư máu.

Bệnh cầu thận màng cũng có thể xảy ra cùng với các bệnh thận khác, chẳng hạn như bệnh thận do đái tháo đường và viêm cầu thận tiến triển nhanh.

Các tác nhân có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh cầu thận màng bao gồm:

Những bệnh lý có thể làm tổn thương thận của bạn. Một số bệnh và tình trạng nhất định làm tăng nguy cơ phát triển bệnh cầu thận màng, chẳng hạn như lupus và các bệnh tự miễn dịch khác.

Sử dụng một số loại thuốc. Ví dụ về các loại thuốc có thể gây ra bệnh cầu thận màng bao gồm thuốc kháng viêm không steroid.

Tiếp xúc với một số tác nhân gây nhiễm trùng. Ví dụ về các bệnh nhiễm trùng làm tăng nguy cơ mắc bệnh thận màng bao gồm viêm gan B,viêm gan Cvà giang mai.

Yếu tố di truyền. Một số yếu tố di truyền làm tăng nguy cơ mắc bệnh cầu thận màng.

Bệnh có thể phát triển dần dần, vì vậy bạn có thể không có bất kỳ triệu chứng bất thường nào. Khi bạn dần dần mất protein từ máu qua nước tiểu, bạn có thể bị sưng phù ở chân và mắt cá chân. Bạn cũng có thể tăng cân do dịch thoát ra khỏi mạch máu. Nhiều người bị phù nhiều ngay từ khi mới khởi phát bệnh. Nhưng có những người không có bất kỳ triệu chứng nghiêm trọng nào cho đến khi bệnh thận tiến triển nặng.

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh cầu thận màng bao gồm:

Sưng phù ở chân và mắt cá chân.

Tăng cân.

Mệt mỏi.

Kém ăn.

Nước tiểu có nhiều bọt.

Tăng cholesteron và lipid máu.

Xuất hiện protein trong nước tiểu. Thành phần protein này ngày càng tăng dần.

Giảm protein trong máu, đặc biệt là albumin máu.

Bạn cần đến gặp bác sĩ ngay khi có các triệu chứng sau:

Có máu trong nước tiểu. Hay bạn đi tiểu và thấy nước tiểu có màu đỏ.

Sưng phù ở chân và mắt cá chân kéo dài, không giảm hay không biến mất.

Tăng huyết áp.

Đau đột ngột vùng hông lưng, một hoặc hai bên.

Đột ngột khó thở. Có thể liên quan đến biến chứng cục máu đông.

Các biến chứng liên quan đến bệnh cầu thận màng bao gồm:

Rối loạn lipid máu. Mức độ cholesterol và các chất lipid khác thường cao ở những người bị bệnh cầu thận màng. Các chất này làm tăng đáng kể nguy cơ mắcbệnh lý về tim mạch.

Hình thành cục máu đông. Với việc thoát các protein qua nước tiểu, bạn có thể bị mất các protein giúp ngăn đông máu từ máu vào nước tiểu. Điều này khiến cơ thể bạn dễ hình thành các cục máu đông. Đặc biệt là trong các tĩnh mạch sâu. Nặng hơn là các cục máu đông này di chuyển đến phổi của bạn.

Tăng huyết áp. Chất thải tích tụ trong máu do không được lọc qua thận để thải ra ngoài qua nước tiểu, kèm với việc giữ muối của thận có thể làm huyết áp tăng cao.

Nhiễm trùng. Bạn dễ bị nhiễm trùng hơn khi tiểu đạm làm bạn mất các protein của hệ miễn dịch (kháng thể). Đây là các yếu tố có nhiệm vụ bảo vệ bạn khỏi bị nhiễm trùng.

Hội chứng thận hư. Mức độ protein cao trong nước tiểu, lượng protein thấp trong máu, cholesterol trong máu cao, sưng (phù) mí mắt, bàn chân và bụng xảy ra cùng lúc thì được gọi là hội chứng thận hư.

Tổn thương thận cấp. Trong trường hợp các đơn vị lọc của thận (cầu thận) bị tổn thương nghiêm trọng, các chất thải có thể bị ứ động nhiều trong máu của bạn. Bạn có thể cần lọc máu khẩn cấp để loại bỏ bớt dịch và chất thải ra khỏi máu.

Bệnh thận mạn. Thận của bạn có thể mất dần chức năng theo thời gian mà không có khả năng phục hồi. Đến thời điểm nào đó, bạn cần phải chạy thận hoặc ghép thận.

Bệnh lý cầu thận màng có thể không gây ra bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào. Đôi khi, bệnh chỉ được chẩn đoán khi xét nghiệm nước tiểu định kỳ. Xét nghiệm được thực hiện vì một bệnh lý khác. Và kết quả cho thấy có nhiều protein trong nước tiểu (protein niệu).

Nếu có triệu chứng gợi ý có protein trong nước tiểu, bác sĩ sẽ hỏi về tiền căn mắc các bệnh lý y khoa của bạn và thực hiện khám sức khỏe tổng thể. Huyết áp sẽ được kiểm tra một cách cẩn thận.

Các xét nghiệm máu, nước tiểu và hình ảnh có thể cung cấp cho bác sĩ nhiều thông tin hữu ích. Qua đó, bác sĩ có thể đánh giá được thận của bạn đang hoạt động như thế nào. Họ có thể chẩn đoán bạn có mắc bệnh cầu thận màng hay không. Các xét nghiệm này cũng có thể giúp loại trừ những nguyên nhân khác gây ra các triệu chứng này.

Đọc thêm:Thận ứ nước: Những thông tin bạn cần biết.

Xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích nước tiểu). Bạn có thể được yêu cầu cung cấp mẫu nước tiểu. Qua mẫu nước tiểu này, bác sĩ có thể đo lượng protein trong nước tiểu của bạn.

Xét nghiệm máu. Một mẫu máu cho phép bác sĩ kiểm tra lượng cholesterol cao, các chất lipid khác, lượng đường trong máu và những yếu tố khác có thể tác động đến chức năng thận. Xét nghiệm creatinine máu giúp đánh giá tương đối về chức năng thận của bạn. Các xét nghiệm máu khác có thể được thực hiện để kiểm tra các bệnh tự miễn dịch hoặc nhiễm virus có thể gây tổn thương thận. Chẳng hạn nhưviêm gan Bhoặcviêm gan C.

Xét nghiệm mức lọc cầu thận (eGFR). Xét nghiệm eGFR ước tính mức độ chức năng thận của bạn và có thể giúp bác sĩ xác định giai đoạn bệnh.

Tìm kháng thể kháng nhân (ANA). Xét nghiệm máu này tìm kiếm các kháng thể kháng nhân – những chất tấn công các mô của chính cơ thể bạn. Mức độ cao của kháng thể kháng nhân là một dấu hiệu của bệnh tự miễn dịch.

Xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích nước tiểu). Bạn có thể được yêu cầu cung cấp mẫu nước tiểu. Qua mẫu nước tiểu này, bác sĩ có thể đo lượng protein trong nước tiểu của bạn.

Xét nghiệm máu. Một mẫu máu cho phép bác sĩ kiểm tra lượng cholesterol cao, các chất lipid khác, lượng đường trong máu và những yếu tố khác có thể tác động đến chức năng thận. Xét nghiệm creatinine máu giúp đánh giá tương đối về chức năng thận của bạn. Các xét nghiệm máu khác có thể được thực hiện để kiểm tra các bệnh tự miễn dịch hoặc nhiễm virus có thể gây tổn thương thận. Chẳng hạn như viêm gan B hoặc C.

Xét nghiệm mức lọc cầu thận (eGFR). Xét nghiệm eGFR ước tính mức độ chức năng thận của bạn và có thể giúp bác sĩ xác định giai đoạn bệnh.

Tìm kháng thể kháng nhân (ANA). Xét nghiệm máu này tìm kiếm các kháng thể kháng nhân – những chất tấn công các mô của chính cơ thể bạn. Mức độ cao của kháng thể kháng nhân là một dấu hiệu của bệnh tự miễn dịch.

Siêu âm thận hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT). Chụp cắt lớp cho phép bác sĩ đánh giá cấu trúc của thận và đường tiết niệu.

Sinh thiết thận. Bác sĩ sẽ lấy một mẫu mô thận nhỏ để kiểm tra dưới kính hiển vi. Sinh thiết thận thường cần thiết để xác định chẩn đoán. Nó có thể cho bác sĩ biết loại bệnh thận mà bạn mắc phải, mức độ tổn thương thận. Đặc biệt, nó giúp xác định phương pháp điều trị nào có thể có hiệu quả cao nhất.

Xem thêm:Những thông tin bạn cần biết về gói xét nghiệm chức năng thận

Điều trị bệnh cầu thận màng tập trung vào việc giải quyết nguyên nhân gây bệnh. Bên cạnh đó là làm giảm các triệu chứng của bạn. Không có cách chữa trị nào chứng minh luôn có hiệu quả trên mọi bệnh nhân.

Tuy nhiên, có đến 3 trong số 10 người bị bệnh cầu thận màng có các triệu chứng hoàn toàn biến mất sau 5 năm mà không cần điều trị. Khoảng 25% đến 40% có thuyên giảm một phần.

Trong trường hợp bệnh thận màng do thuốc hoặc một bệnh khác, chẳng hạn như ung thư, ngừng thuốc hoặc kiểm soát bệnh nguyên phát thường cải thiện tình trạng.

Với bệnh cầu thận màng, bạn được phân loại là có ít nguy cơ phát triển bệnh thận tiến triển trong 5 năm tới nếu:

Mức protein trong nước tiểu của bạn duy trì dưới 4 gam một ngày trong 6 tháng.

Mức độ creatinin trong máu của bạn vẫn ở mức bình thường trong 6 tháng.

Nếu nguy cơ mắc bệnh thận tiến triển thấp, việc điều trị bệnh cầu thận màng thường bắt đầu bằng cách thực hiện các bước sau:

Uống thuốc huyết áp. Các bác sĩ thường kê đơn thuốc ức chế men chuyển (ACE) hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin II (ARB). Nhóm thuốc này giúp huyết áp được kiểm soát.

Giảm phù. Thuốc lợi tiểu giúp loại bỏ natri và nước ra khỏi cơ thể.

Kiểm soát cholesterol máu. Nhóm thuốc statin được sử dụng để kiểm soát lượng cholesterol trong máu.

Giảm nguy cơ đông máu. Những người bị bệnh cầu thận màng có nguy cơ cao bịhuyết khối tĩnh mạch sâuhoặc thuyên tắc phổi. Các bác sĩ có thể kê đơn thuốc làm loãng máu hoặc thuốc chống đông máu. Mục đích là ngăn ngừa những biến cố nguy hiểm này.

Giảm lượng muối. Muối làm cho cơ thể của bạn giữ lại chất lỏng. Kiểm tra hàm lượng muối trong thực phẩm, đồ uống và gia vị là cần thiết để đảm bảo sức khỏe của bạn.

Các bác sĩ thường muốn tránh sử dụng các loại thuốc mạnh (có thể gây ra tác dụng phụ đáng kể) trong giai đoạn đầu của bệnh, khi có khả năng bệnh sẽ tự cải thiện.

Bác sĩ có thể đề nghị điều trị chuyên sâu hơn vì lượng protein trong nước tiểu tăng dần lên. Lượng protein trong nước tiểu càng cao thì nguy cơ đối với thận và sức khỏe của bạn càng lớn.

Bác sĩ sẽ đánh giá nguy cơ dựa trên lượng protein trong nước tiểu trong 24 giờ.

Nếu có nguy cơ mắc bệnh thận tiến triển từ trung bình đến cao, bác sĩ có thể trao đổi với bạn về các phương pháp điều trị sau:

Thuốc steroid cộng với thuốc hóa trị. Các thuốc này có khả năng ngăn chặn hệ thống miễn dịch. Điều này có thể làm giảm mức protein trong nước tiểu và ngăn chặn sự tiến triển củasuy thận. Tuy nhiên, thuốc ức chế miễn dịch không giúp ích cho tất cả mọi người. Chúng cũng có thể có những tác dụng phụ đáng kể. Một số tác dụng phụ của thuốc hóa trị chẳng hạn như nguy cơ ung thư hoặcvô sinhcó thể xảy ra nhiều năm sau khi dùng.

Cyclosporine. Nếu bạn không muốn dùng một loại thuốc hóa trị hoặc không thể dung nạp nó, cyclosporine (một loại thuốc ức chế calcineurin) là một lựa chọn.

Đôi khi, bệnh tái phát sau khi điều trị kết thúc. Điều này đã xảy ra với những người dùng bất kỳ loại thuốc ức chế miễn dịch nào. Hãy đi khám và được tư vấn bởi bác sĩ về kế hoạch điều trị để tìm ra cách tốt nhất cho bạn.

Bệnh cầu thận màng nếu không được điều trị sẽ dẫn đến những hậu quả rất nghiêm trọng. Vì vậy, nếu bạn đã được chẩn đoán bệnh cầu thận màng, hãy tuân theo sự chỉ dẫn của bác sĩ về chế độ sinh hoạt, uống thuốc và tái khám đầy đủ nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dong-mach-chi-duoi/

Nội dung bài viết

Thế nào là bệnh lý động mạch chi dưới?

Biểu hiện của bệnh động mạch chủ chi dưới là gì?

Các yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh động mạch chi dưới là gì?

Điều trị bệnh động mạch chi dưới như thế nào?

Mùa đông là thời điểm mà các bệnh lý về tim mạch thường bùng phát, trong đó nhóm bệnh lý về mạch máu ngoại biên mà chủ yếu là chi dưới chiếm tỷ lệ phần lớn, với triệu chứng đau tức đùi cẳng bàn chân từng mức độ, thậm chí các trường hợp nặng có thể có hoại tử cẳng bàn chân gây tàn phế hoặc đe dọa tính mạng. Và bệnh động mạch chi dưới là một tình trạng làm gia tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch và đột quỵ. Vì vậy, điều quan trọng là nó cần được chẩn đoán càng sớm càng tốt.

Bệnh động mạch chi dưới là một tình trạng trong đó các động mạch chi dưới bị thu hẹp và không thể mang nhiều máu đến chân của bạn. Nguyên nhân chủ yếu của bệnh là tình trạng lắng đọng lipid (Chất béo) trong động mạch của bạn, tiến triển gây xơ vữa động mạch.

Tình trạng này làm giảm lưu lượng máu đến chân, thậm chí có thể ảnh hưởng tới các mạch máu đến tim và não (nguy cơ gâyđột quỵ). Nếu bạn không được điều trị, bạn có thể bị hoại tử phần chi thể dẫn đến cần phải cắt bỏ chi (Cắt cụt chi).

Bạn có thể bị đau cơ hoặcchuột rútvì tình trạng ít cung cấp máu đến chân. Loại đau này được gọi là cơn đau cách hồi. Bạn thường cảm thấy được cơn đau này khi bạn đi bộ hoặc leo cầu thang, nhưng hết đau khi bạn nghỉ ngơi.

Nó có thể ảnh hưởng đến các nhóm cơ khác nhau gây đau, bao gồm:

Mông và hông.

Đùi và cẳng chân (Phổ biến nhất).

Bàn chân (Ít phổ biến hơn).

Một số người có cảm giác nóng rát hoặc tê bì. Nếu tình trạng bệnh động mạch ngoại biên tiến triển, ngón chân hoặc bàn chân của bạn có thể bị tổn thương gây đau liên tục ngay cả khi bạn nghỉ ngơi.

Các dấu hiệu và triệu chứng khác của bệnh động mạch ngoại biên bao gồm:

Thay đổi màu sắc của chân, thường là tím nhợt.

Rối loạn cương dương.

Chân yếu hoặc mát hơn cánh tay của bạn.

Rụng lông ở chân.

Vết thương hoặc vết loét ở ngón chân hoặc bàn chân của bạn không lành.

Một số ít trường hợp bạn cũng có thể bị tắc nghẽn mạch nghiêm trọng mà không có đau đớn gì cả. Điều này thường là do cơ thể đã tự phát triển các mạch máu phụ xung quanh vị trí tắc nghẽn cấp máu cho phần chi thể, tuy nhiên các mạch máu này dần dần sẽ không đáp ứng đủ nhu cầu của chi thiếu máu, lúc này sẽ biểu hiện thành triệu chứng.

Những thành phần như chất béo và Cholesterol trong máu hình thành các mảng bám tích tụ trong động mạch, dần dần làm cho những động mạch cứng hơn và hẹp hơn. Tình trạng này được gọi là xơ vữa động mạch, là nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh động mạch chi dưới.

Những yếu tố nguy cơ gây mắc bệnh động mạch ngoại biên bao gồm:

Tuổi (trên 50).

Bệnh tiểu đường.

Cholesterol máu cao.

Huyết áp cao.

Béo phì.

Ít vận động.

Hút thuốc lá, thuốc lào nhiều.

Nếu bạn bị đau chân, tê hoặc các triệu chứng khác, đừng bỏ qua chúng như một biểu hiện bình thường của tuổi cao. Hãy gọi hoặc liên hệ cho bác sĩ của bạn để được tư vấn. Qua thăm khám hỏi bệnh và thực hiện các biện pháp thăm dò, cũng như xét nghiệm chuyên sâu (như siêu âm mạch máu, xét nghiệm máu tổng quát, chụp CT mạch máu), các bác sĩ có thể đưa ra phương án điều trị phù hợp như:

Điều trị nội khoa tối ưu.

Can thiệp nội mạch tái thông mạch máu tổn thương.

Hoặc phẫu thuật bắc cầu nối cho đoạn mạch máu bị tắc.

Ngoài ra, một số điều đơn giản bạn có thể làm để kiểm soát các triệu chứng của mình và giữ cho bệnh động mạch chi dưới không trở nên nặng hơn, bao gồm:

Bỏ thuốc lá, thuốc lào.

Kiểm soát Cholesterol máu, đường máu và huyết áp.

Ăn uống chế độ lành mạnh (Giảm ăn thực phẩm mỡ động vật, kiêng rượu bia..).

Tập thể dục đều đặn.

Bệnh động mạch chi dướilàm gia tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch và đột quỵ. Vì vậy, điều quan trọng là nó cần được chẩn đoán càng sớm càng tốt. Kết quả điều trị phụ thuộc vào một loạt các yếu tố, nhưng thực hiện theo lời khuyên của bác sĩ về lối sống và điều trị sớm giúp cải thiện đáng kể triển vọng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-ha-cam/

Nội dung bài viết

Bệnh hạ cam là gì?

Nguyên nhân gây ra hạ cam

Triệu chứng của hạ cam

Bệnh hạ cam có nguy hiểm không?

Hạ cam lây qua đường nào?

Đối tượng nào dễ mắc bệnh?

Phương pháp chẩn đoán bệnh hạ cam

Cách điều trị hạ cam mềm

Phòng ngừa bệnh hạ cam

Bệnh hạ cam đã xuất hiện từ lâu và làm cho người bệnh khó chịu. Bệnh do vi khuẩn gây ra nhưng lại dễ lây lan thông qua các vết mủ hay dịch từ vết lở loét. Bài viết dưới đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Phan Lê Nam sẽ cung cấp cho bạn thông tin về hạ cam để chủ động trong việc phòng ngừa và điều trị.

Hạ cam là bệnh nhiễm trùng vùng da sinh dục và nó có thể lây từ người này sang người khác. Hạ cam còn được gọi là hạ cam mềm. Mặc dù bệnh này rất dễ lây lan nhưng có thể chữa trị được.1

Đây là bệnh xuất hiện từ thời thượng cổ. Bệnh có mặt trên toàn cầu nhưng thường gặp nhiều ở các nước đang phát triển. Trong số đó nhiều nhất là các nước châu Phi, bên cạnh đó là châu Á, Mỹ Latinh. Theo thống kê của WHO, mỗi năm có khoảng 6 triệu người mắc mới bệnh hạ cam mềm.2Tại Việt Nam thì bệnh này gặp nhiều ở miền nam nước ta.

Nguyên nhân gây bệnh hạ cam và do nhiễm vi khuẩnHaemophilus ducreyi. Vi khuẩn này xâm nhập vào cơ thể qua những vết lở nhỏ trên da.1

Sau thời gian ủ bệnh (khoảng 3 – 7 ngày) thì các triệu chứng sẽ bắt đầu xuất hiện. Ban đầu, các nốt sần nhỏ xuất hiện và kèm theo cảm giác đau trên bộ phận sinh dục của nam giới. Sau đó, chúng vỡ ra thành các vết loét nông và mềm với các mép gồ ghề, lõm xuống, viền màu đỏ. Lúc này, người bệnh vẫn có cảm giác đau. Những vết loét này sẽ thay đổi kích thước. Nếu có sự xói mòn sâu vào những vết loét này thì sẽ dẫn đến phá hủy mô.3

Ngoài ra, người bệnh còn bị xuất hiện cáchạch bạch huyếtở vùng bẹn, chúng tạo thành một hạch xoài (nhóm các hạch bạch huyết bị phì đại và mềm). Đôi khi, các hạch này sẽ bị dính vào nhau hoặc di động, mưng mủ và thậm chí tạo thành ổ áp-xe trong một số trường hợp. Vùng da bị áp-xe có thể bị đỏ và sáng bóng hoặc có thể vỡ ra thành lỗ rò.3

Vị trí nhiễm trùng có thể lây lan sang các vùng da khác và gây nên các tổn thương mới. Cuối cùng, hạ cam sẽ dẫn đến những hậu quả như:hẹp bao quy đầu, hẹp niệu đạo, lỗ rò niệu đạo.3

Trên thực tế, bệnh này có thể tự khỏi sau 1 – 2 tháng mặc dù bạn không chủ động điều trị. Tuy nhiên, bạn sẽ có nguy cơ cao bịviêm hạch bạch huyếthay nhiễm trùng mô mềm. Điều này có thể làm bạn khó chịu, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, công việc hay mối quan hệ của bạn.1

Đường lây chính của bệnh hạ cam là đường tình dục. Tuy nhiên, một số trường hợp trẻ em và thanh niên ở châu Phi và Nam Thái Bình Dương vẫn mắc bệnh này vì vi khuẩn theo dịch lỏng (mủ) từ vết loét truyền sang người khác mà không phải qua đường quan hệ tình dục.1

Bất kỳ ai đã từng quan hệ tình dục không an toàn đều có thể dễ mắc hạ cam mềm. Tuy nhiên, ở những nam giới không cắt bao quy đầu thì dễ mắc bệnh này hơn cả.

Thông thường, bác sĩ sẽ chẩn đoán hạ cam mềm dựa vào tiền sử bệnh và khám lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng thường là vết loét hoặc hạch xoài ở bộ phận sinh dục mà không rõ nguyên nhân (những hạch bạch huyết này sưng, ấn vào có cảm giác đau). Bên cạnh đó, người bệnh đã từng đi đến hoặc sống tại các vùng dịch tễ cũng là một yếu tố cần xem xét để chẩn đoán bệnh hạ cam.3

Đôi khi, bác sĩ cũng sử dụng phương pháp nuôi cấy hoặc xét nghiệm PCR. Nhân viên y tế sẽ lấy mẫu từ hạch hoặc dịch ở mép của vết loét và gửi đến phòng thí nghiệm để xác địnhHaemophilus ducreyi.3

Trong quá trình chẩn đoán, bác sĩ có thể sẽ làm thêm xét nghiệm huyết thanh học và cấy tìm herpes để loại trừ các nguyên nhân khác gây loét bộ phận sinh dục (bệnh giang mai,HIV).3

Việc điều trị hạ cam nên được tiến hành nhanh chóng và kịp thời (tốt nhất nên bắt đầu ngay trước khi có kết quả xét nghiệm). Bác sĩ sẽ chỉ định kháng sinh để điều trị hạ cam mềm. Một trong số thuốc sau đây có thể được khuyến cáo:3

Một liều azithromycin 1 g đường uống hoặc ceftriaxone 250 mg đường tiêm bắp.

Erythromycin 500 mg đường uống x 3 lần/ngày x 7 ngày.

Ciprofloxacin 500 mg đường uống x 2 lần/ngày x 3 ngày.

Bên cạnh đó, bạn tình của người bệnh cũng nên được kiểm tra và điều trị nếu có quan hệ tình dục trong vòng 10 ngày trước khi xuất hiện triệu chứng hạ cam mềm.3

Lưu ý, người bệnh mắc hạ cam nên làm xét nghiệm huyết thanh bệnh giang mai và HIV sau khi được chẩn đoán mắc bệnh hạ cam 3 tháng.3

Để giảm nguy cơ mắc/tiến triển nặng bệnh hạ cam, bạn có thể tham khảo các cách sau đây:1

Trường hợp đang mắc bệnh hạ cam thì cần kiêng quan hệ tình dục.

Quan hệ tình dục với chỉ một người và chắc chắn người này không bị nhiễm bệnh.

Quan hệ tình dục an toànbằng cách sử dụngbao cao su. Bao cao su phải bao phủ bất kỳ khu vực bị nhiễm bệnh.

Đảm bảo rằng mủ từ bất kỳ vị trí bị nhiễm bệnh nào cũng không dính vào người bạn. Nếu bạn đang mắc bệnh hạ cam, hãy chắc chắn rằng bạn không lây truyền bất kỳ vết mủ nào sang nơi khác trên cơ thể hoặc cho người khác.

Hy vọng bài viết trên đã cung cấp thêm cho bạn đọc nhiều thông tin hữu ích vềbệnh hạ cam, hay còn gọi là hạ cam mềm. Sử dụng biện pháp an toàn khi quan hệ tình dục để giảm nguy cơ mắc hạ cam.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-khong-lo/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh khổng lồ

Nguyên nhân gây bệnh khổng lồ

Triệu chứng của bệnh khổng lồ

Biến chứng của bệnh khổng lồ

Chẩn đoán bệnh khổng lồ

Điều trị bệnh khổng lồ

Phòng ngừa bệnh khổng lồ như thế nào?

Bệnh khổng lồ (gigantism) là một bệnh lý hiếm gặp, xảy ra khi trẻ nhỏ hay trẻ vị thành niên có nồng độ hormone tăng trưởng (GH – Growth hormone) tăng cao lưu hành trong máu. Gây ra sự tăng trưởng chiều cao quá mức và nhiều bất thường khác đi kèm. Tuy hiếm gặp, nhưng đây là một bệnh có thể chữa được. Vì vậy, việc phát hiện và điều trị sớm là rất quan trọng để tránh tăng trưởng chiều cao quá mức và những biến chứng khác của bệnh. Trong bài viết sau đây, mời bạn cùng Bác sĩ Nguyễn Vũ Nhật Phong tìm hiểu về bệnh khổng lồ nhé!

Bệnh khổng lồ được đặc trưng bởi sự tăng trưởng chiều cao nhanh bất thường và quá mức ở trẻ nhỏ hay trẻ vị thành niên, xảy ra khi nồng độ hormone tăng trưởng tăng cao trong máu. Ở độ tuổi này, các sụn tiếp hợp đầu xương của trẻ vẫn còn mở, nên chiều cao sẽ không ngừng tăng khi các hormone tăng trưởng trong máu vẫn cao kéo dài.

Hormone tăng trưởng (GH) hay còn gọi là hGH (human growth hormone) và somatotropin, là một chuỗi polypeptide gồm 191 acid amin và có tính chất đặc trưng cho loài.

Chúng được tiết ra từ các tế bào ái toan chế tiết GH ở thùy trướctuyến yên– tuyếnnội tiếtnhỏ nằm ở phần nền sọ của chúng ta. Hormone được phóng thích theo xung khoảng 4 – 11 xung trong 24 giờ, đặc biệt số xung về đêm cao hơn ban ngày.

Nồng độ GH nền giữa các xung rất thấp và hầu như không thể đo được. Vì vậy, việc dùng một mẫu xét nghiệm GH bất kỳ trong ngày không phản ảnh chính xác được mức độ tiết trong 24 giờ, và hoàn toàn không có giá trị trên lâm sàng để đánh giá tình trạng tăng tiết hay giảm tiết hormone. Hormone tăng trưởng được tiết ra nhiều nhất ở độ tuổi thiếu niên, đạt đỉnh xung quanh lứa tuổi dậy thì và giảm dần theo tuổi.

Bình thường,vùng hạ đồisẽ phát tín hiệu kích thích tiết GH đến tuyến yên thông qua hormone GHRH (Growth hormone releasing hormone), hoặc ức chế tuyến yên tiết GH thông qua somatostatin. Hormone tăng trưởng được tiết ra sẽ kích thích sản xuất IGF-1 từ tế bào gan và nồng độ IGF-1 sẽ ức chế tiết GH và GHRH theo cơ chế phản hồi ngược. Bên cạnh đó, một peptide dạ dày là ghrelin cũng kích thích tiết GH và hoạt động cộng hưởng với đỉnh tiết GHRH từ vùng hạ đồi. Các yếu tố sinh lý khác kích thích tiết GH bao gồm tình trạngstress, vận động thể lực và tình trạnghạ đường huyết.

Hormone tăng trưởng giúp tăng trưởng hầu hết các mô trong cơ thể, chủ yếu là mô sụn và mô xương. GH có thể tác động theo cơ chế trực tiếp thông qua việc gắn kết trên thụ thể đặc hiệu và gián tiếp thông qua IGF-1. Các nguyên bào xương và tế bào sụn sẽ gia tăng quá trình phân bào dưới sự kích thích gián tiếp của GH thông qua IGF-1 làm tăng chiều dài của các xương và thúc đẩy sự phát triển thể chất. IGF-1 gắn kết trên thụ thể IGF-1R còn ức chế quá trình chết theo chu trình (apoptosis) của các tế bào sụn và tế bào xương giúp gia tăng hoạt động và kéo dài đời sống của các tế bào này.

Trong bệnh khổng lồ, sự tăng quá mức hormone tăng trưởng trong máu; do nhiều nguyên nhân khác nhau, đa số là do adenoma thùy trước tuyến yên, ngoài ra còn có u tuyến hạ đồi, u tuyến nội tiết lạc chỗ, adenoma tuyến yên lạc chỗ; sẽ đẩy nhanh tốc độ tăng trưởng của cơ, xương và các mô liên kết. Điều này dẫn đến sự tăng trưởng chiều cao bất thường cũng như gây ra các thay đổi của các mô mềm khác. Nếu không điều trị hoặc không kiểm soát, nhiều người với bệnh khổng lồ có thể đạt chiều cao gần 2,5 m.2

Cả 2 tình trạng nói trên đều là hậu quả của việc dư thừa hormone tăng trưởng (GH) lưu hành trong máu. Sự khác biệt chỉ là giai đoạn khởi phát bệnh.

Người trưởng thành chỉ có khả năng bịbệnh to đầu chido các sụn tiếp hợp đầu xương đã đóng, họ không thể cao thêm nữa.

Trong khi đó, trẻ em hoặc trẻ vị thành niên (trước khi kết thúc dậy thì) với sụn tiếp hợp đầu xương còn mở sẽ bị bệnh khổng lồ khi nồng độ GH trong máu tăng cao.

Một khi sụn tiếp hợp đầu xương đã đóng, sự tăng quá mức GH trong máu sẽ gây ra bệnh cảnh của to đầu chi. Trong tình huống này, người bệnh sẽ không phát triển về mặt chiều cao, mà GH dư thừa trong máu sẽ gây biến đổi hình dạng xương, tăng thể tích các cơ quan nội tạng trong cơ thể, cũng như gây ra một loạt các biến chứng khác như:1

Bệnh tim mạch.

Bệnh chuyển hóa.

Đái tháo đường.

Rối loạn hô hấp.

Ngưng thở khi ngủ.

Bệnh cơ xương khớp.

Hội chứng ống cổ tay.

Polyp đại trực tràng.

Tăng nguy cơung thư đại trực tràng.

Rối loạn chức năng sinh dục…

Bên cạnh đó, bệnh khổng lồ hiếm gặp hơn bệnh to đầu chi.

Nguyên nhân của bệnh khổng lồ có thể chia thành 3 nhóm:

Tăng tiết GH.

Tăng tiết GHRH.

Tăng sản xuất protein gắn kết với IGF-1 (IGF-binding protein), làm tăng thời gian lưu hành của IGF-1 trong máu (thường không gây ra triệu chứng nặng như hai nguyên nhân đầu).

Tính tới thời điểm này, đa số những người bị bệnh khổng lồ hay to đầu chi đều do u (adenoma) tuyến yên tiết GH (thường lành tính). Những nguyên nhân khác đều rất hiếm gặp (u vùng hạ đồi tăng tiết GHRH,u thần kinh nội tiếttiết GH hoặc tiết GHRH).

U lạc chỗ tiết GH hay GHRH thường là u ác tính. U lạc chỗ tiết GHRH thường thấy ởphổihoặc tụy, thỉnh thoảng ở những nơi khác như ở tá tràng.

Mặc dù bệnh khổng lồ thường gặp trên lâm sàng là một rối loạn đơn độc. Tuy nhiên cũng có những trường hợp hiếm xảy ra kèm theo các bệnh khác, trong một hội chứng di truyền, ví dụ như:2

Bệnh đa u tuyến nội tiết type I – Multiple endocrine neoplasia (MEN) type I: Đây là tình trạng di truyền xảy ra khi có nhiều khối u trong hệ nội tiết tăng tiết quá mức các hormone, trong đó có thể có u tuyến yên tăng tiết GH. Ngoài ra, trong hội chứng còn có thể cócường cận giáp, u tân sinh đường tiêu hóa (thườngtuyến tụy), adenoma tuyến thượng thận.

Hội chứng McCune-Albright: Đây là hội chứng di truyền ảnh hưởng đến xương, da và hệ nội tiết trong cơ thể, gây nên những đốm tăng sắc tố màu café sữa (café-au-lait skin pigmentation), những mô sẹo hình thành trên xương, dậy thì sớm. Đặc biệt, bệnh khổng lồ hay bệnh to đầu chi thường gặp (20-30%) ở những người có hội chứng McCune-Albright.4Nguyên nhân gây tăng tiết GH trong hội chứng này thường do tăng sản tuyến yên quá mức, hoặc cũng có thể do adenoma tuyến yên.

U sợi thần kinh(Neurofibromatosis): đây là tình trạng di truyền ảnh hưởng đến da và hệ thần kinh. Rối loạn chủ yếu do sự tăng phát triển tế bào một cách bất thường, điều này dẫn đến tạo thành những khối u khắp cơ thể người bệnh, trong số đó có thể có những khối u tăng tiết GH.

Phức hợp Carney (Carney complex): Đây là một hội chứng di truyền ảnh hưởng đến sắc tố da và gây nên những khối u lành tính trên da, tim và hệ nội tiết trong cơ thể. Adenoma tuyến yên tiết GH xuất hiện khoảng 10-13% các trường hợp phức hợp Carney và thường có diễn tiến chậm.

Adenoma tuyến yên đơn độc có tính gia đình (Familial isolated pituitary adenomas): Đây là một tình trạng di truyền đặc trưng bởi việc phát triển các adenoma tuyến yên, trong đó có thể có adenoma tuyến yên tăng tiết GH.

Vì vậy, khi có những hội chứng di truyền này, việc nghĩ đến và phát hiện sớm để điều trị bệnh khổng lồ/bệnh to đầu chi có ý nghĩa tiên lượng tốt cho người bệnh.

Biểu hiện của người bệnh khổng lồ thường rất đột ngột, không như diễn tiến âm ỉ của bệnh to đầu chi ở người lớn. Những đứa trẻ bị bệnh khổng lồ cũng thường ít có các triệu chứng liên quan tới mô mềm (ví dụ như phù ngoại biên, biến dạng khuôn mặt…) vì khả năng tăng trưởng nhanh về chiều cao của chúng. Triệu chứng có thể bao gồm:3

Chiều cao vượt trội so với dân số chung cùng độ tuổi.

Béo phìnhẹ đến trung bình.

Đầu to (có thể trước khi tăng chiều cao nhanh).

Hiệu ứng do khối u chèn ép:đau đầu, thay đổi thị lực, thị trường,suy tuyến yên(do u lớn chèn ép các mô lành tuyến yên còn lại).

Trán vồ, cằm nhô, tăng khoảng cách giữa các răng.

Tay chân to với ngón dày và dài.

Tăng tiết mồ hôiquá mức.

Đau xương, đau khớp, yếu cơ, biến dạng xương.

Triệu chứng bệnh thần kinh ngoại biên (hội chứng ống cổ tay).

Bệnh tim mạch,tăng huyết áp, tim to, tăng thể tích các cơ quan khác trong cơ thể.

Ngưng thở khi ngủ.

Tăng prolactin máu thường gặp do adenoma tiết GH thường đồng tiết prolactin, biểu hiện có thể gặp vô kinh, chảy sữa,rối loạn kinh nguyệt.

Các khối u lành tính (u xơ tử cung, tăng sản tuyến tiền liệt,polyp đại tràng, u da…) thường gặp ở bệnh to đầu chi hơn.

Các rối loạn nội tiết khác:suy sinh dục, đái tháo đường haytiền đái tháo đường.

Biến chứng về lâu dài mà người bệnh có thể gặp bao gồm:2

Vận động khó khăn do chiều cao quá mức, đau xương khớp và yếu cơ.

Viêm khớp.

Bệnh thần kinh ngoại biên: thường nhất là hội chứng ống cổ tay, gây giảm chất lượng cuộc sống.

Hội chứng ngưng thở khi ngủ.

Phì đại cơ timvà bệnh lý van tim.

Rối loạn chuyển hóanhư bệnhđái tháo đường type 2.

Những vấn đề khác không liên quan sức khỏe, nhưng gây giảm chất lượng cuộc sống như: khó khăn trong việc mua quần áo, giày dép, khó khăn trong việc di chuyển bằng tàu xe do chiều cao quá cỡ. Lâu dần có thể dẫn đến những vấn đề về tâm lý, tâm thần (trầm cảm).

Bệnh khổng lồ có thể khó được phát hiện do hiếm gặp. Điều này dẫn đến việc các nhà lâm sàng thiếu kinh nghiệm. Mặt khác, tốt độ tăng trưởng chiều cao có thể dao động khác nhau giữa đứa trẻ này so với đứa trẻ khác, tùy vào yếu tố di truyền và môi trường.

Thông thường, các bác sĩ sẽ nghi ngờ bệnh khổng lồ khi chiều cao của một đứa trẻ nằm ở trên mức +3 độ lệch chuẩn (+3 SD – three standard deviations) so với chiều cao trung bình theo tuổi và giới; hoặc trên mức +2 độ lệch chuẩn (+2 SD) so với chiều cao trung bình tính dựa theo chiều cao của cha mẹ trẻ.2

Khi đứa trẻ bị nghi ngờ mắc bệnh khổng lồ, ba mẹ nên đưa con đến khám với bác sĩ chuyên khoa Nội Tiết có uy tín, người chuyên về các bệnh lý liên quan tới hormone, để có thể được thăm hỏi, điều tra về tiền sử gia đình, khám và làm các test chẩn đoán chuyên sâu; cũng như là các phương pháp hình ảnh học (ví dụMRItuyến yên) để tìm ra nguyên nhân gây bệnh.

Các cận lâm sàng chẩn đoán bệnh khổng lồ bao gồm:

Đây được xem là xét nghiệm tầm soát bệnh. IGF-1 có thời gian bán hủy 18-20 giờ, vì vậy ổn định hơn GH. Trong một số tình huống, khi triệu chứng lâm sàng đã quá điển hình, có thể dùng IGF-1 làm xét nghiệm chẩn đoán mà không cần làm test chẩn đoán khác. Tuy nhiên, nồng độ IGF-1 chịu ảnh hưởng của tuổi và giới, đồng thời sẽ giảm khoảng 15% sau mỗi 10 năm. Các bệnh lý gan, suy dinh dưỡng, kém hấp thu,chán ăn tâm thầncũng có thể gây giảm nồng độ IGF-1.1

Điều cần lưu ý là GH được tiết ra theo xung. Do đó, không bao giờ định lượng một mẫu xét nghiệm duy nhất (đói/bất kỳ) để chẩn đoán bệnh khổng lồ. Việc đo nồng độ GH trung bình trong 24 giờ cũng gây nhiều khó khăn và có sự chồng lấp với người khỏe mạnh bình thường.

Để chẩn đoán xác định cần tiến hành nghiệm pháp động ức chế GH. Nghiệm pháp dung nạp 75 g glucose được xem là tiêu chuẩn vàng hiện nay để chẩn đoán xác định bệnh khổng lồ hay bệnh to đầu chi.1

Nghiệm pháp dung nạp 75 g glucose: thường thực hiện vào buổi sáng (từ 8 giờ). Đứa trẻ sẽ được lấy máu xét nghiệm các chỉ số nền trong máu, sau đó được cho uống một dung dịch bao gồm 75 g glucose. Tiếp theo, cứ mỗi 30 phút trong vòng 2 giờ, điều dưỡng sẽ lấy máu xét nghiệm. Bình thường, nồng độ glucose tăng cao trong máu sẽ ức chế nồng độ GH trong máu trẻ. Khi trẻ có bệnh khổng lồ, nồng độ GH trong vòng 120 phút sau uống dung dịch glucose sẽ có ít nhất một mẫu cao hơn ngưỡng chẩn đoán (GH không bị ức chế).

Đây là chẩn đoán hình ảnh ưu tiên được chọn trong bệnh khổng lồ/bệnh to đầu chi nói riêng và bệnh lý tuyến yên nói chung. Sau khi kết quả xét nghiệm máu khẳng định bệnh khổng lồ, bác sĩ sẽ chỉ định chụp MRI tuyến yên cho trẻ. Vào thời điểm chẩn đoán, đa số các trường hợp đã xuất hiện các khốiu tuyến yên> 10 mm.

Hình ảnh cộng hưởng từ còn cho phép đánh giá mức độ xâm lấn của khối u vào các cấu trúc lân cận, cũng như thành phần và bản chất khối u. U hạ đồi tiết GHRH và u lạc chỗ tiết GH/GHRH rất hiếm gặp, có thể được nghĩ đến sau khi hình ảnh MRI tuyến yên bình thường, hay chỉ tăng sản nhẹ mà không ghi nhận khối u. Chụp cắt lớp vi tính vùng ngực (MSCT) có cản quang có thể được chỉ định trong tình huống này.1

Ngoài ra, khi đã khẳng định bệnh khổng lồ, bác sĩ còn có thể chỉ định một số cận lâm sàng khác để tầm soát bệnh đồng mắc cho trẻ:2

Siêu âm tim: đánh giá bệnh tim, van tim đi kèm.

Đo đa ký giấc ngủ: tầm soát bệnh ngưng thở khi ngủ.

ChụpX-quangxương hay đo độ loãng xương (DEXA scan) để đánh giá sức khỏe xương.

Các xét nghiệm hormone khác: loại trừ suy tuyến yên do u lớn chèn ép; đo đường huyết.

Khi đã được xác định bệnh khổng lồ và tìm ra nguyên nhân, người bệnh nên được nhập viện để thực hiện các phương pháp điều trị phù hợp.

Bình thường hóa GH và IGF-1 trong giới hạn bình thường.

Giảm kích thước khối u.

Giảm triệu chứng.

Kiểm soát và cải thiện biến chứng.

Giảm tỉ lệ tử vong.

Chỉ định: Đây được xem là chỉ định đầu tay trong điều trị u tuyến yên tiết GH, là phương thức trị liệu khả dĩ có thể chữa lành bệnh khổng lồ nếu khối u được giải quyết triệt để. Đối với những bệnh nhân có tổn thương xâm lấn phía trên tuyến yên gây khó khăn trong việc phẫu thuật cắt toàn bộ khối u, phẫu thuật viên sẽ phẫu thuật một phần để cải thiện đáp ứng với điều trị nội khoa sau này.

Kết quả phẫu thuật phụ thuộc vào kích thước khối u, mức độ xâm lấn và kinh nghiệm phẫu thuật viên.

Biến chứng:

Chảy máu.

Rò dịch não tủy qua đường mũi, tăng nguy cơviêm màng não.

Suy tuyến yên.

Đái tháo nhạtsau phẫu thuật.

Các thuốc trong điều trị bệnh khổng lồ bao gồm đồng vận thụ thể somatostatin, đối vận thụ thể GH ở ngoại biên (pegvisomant), đồng vận thụ thể dopaminergic. Đa số các loại thuốc đều an toàn ở trẻ em.

Điều trị nội khoa được xem là phương án trị liệu thứ hai nếu sau phẫu thuật mà vẫn chưa kiểm soát được GH và IGF-1. Bác sĩ có thể dùng đơn trị hay kết hợp đa trị liệu cho bệnh nhân tùy theo nguyên tắc cá thể hóa điều trị.

Tác dụng phụ: tùy loại thuốc, đa số là tác dụng phụ trên đường tiêu hóa.

Hiệu quả của việc điều trị nội khoa từ 30-90%, tùy loại thuốc.567

Xạ trị được xem là phương thức điều trị thứ ba khi cả điều trị ngoại khoa và nội khoa thất bại. Xạ phẫu bằng dao gamma được cho là có hiệu quả tốt hơn xạ trị theo quy ước, đồng thời giảm nguy cơ suy tuyến yên sau xạ trị.

Tác dụng phụ:

Tổn thương thần kinh sọ.

Ảnh hưởng khả năng sinh sản.

Tạo thành khối u mới sau xạ trị.

Vì đây không phải là bệnh truyền nhiễm hay bệnh có liên quan đến lối sống, nên thật không may, không có cách nào giúp bạn có thể phòng ngừa bệnh khổng lồ. Do đó, việc chẩn đoán sớm là rất quan trọng. Hơn nữa, việc điều trị sớm và phù hợp cũng có thể giúp ngăn ngừa và làm chậm quá trình thay đổi về chiều cao, và xuất hiện các biến chứng khác của bệnh.

Trên đây là những thông tin vềbệnh khổng lồ. Hi vọng bài viết đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin bổ ích về căn bệnh này. Từ đó có những kiến thức, cũng như biết cách xử trí khi gặp phải tình trạng này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-khop/

Nội dung bài viết

Cấu tạo và chức năng của khớp

Một số bệnh lý khớp thường gặp

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Phòng ngừa bệnh khớp

Sự lão hóa của dân số kéo theo sự gia tăng của hàng loạt bệnh lý liên quan đến tuổi già, trong đó bệnh khớp là một trong những bệnh lý làm ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống. Các bệnh lý khớp có tỷ lệ tàn phế cao mặc dù không gây chết người. Do đó, những hiểu biết về kiến thức và các biện pháp phòng ngừa về bệnh lý này là vô cùng quan trọng. Cùng Bác sĩ Lê Trọng Hiếu tìm hiểu về chẩn đoán và phòng ngừa bệnh khớp qua bài viết sau.

Khớp là cấu trúc nằm giữa 2 hay nhiều xương. Về mặt cấu tạo, khớp được chia thành 3 loại đó là khớp sợi, khớp sụn, khớp hoạt dịch. Về mặt chức năng, dựa vào mức độ vận động mà khớp được chia thành 3 loại bao gồm khớp bất động (không thể vận động), khớp bán động (có thể vận động nhẹ), khớp động (có thể vận động tự do).1

Sự phân chia về mặt chức năng và cấu trúc có sự tương hợp trong đó, khớp sợi là khớp không thể vận động, khớp sụn là khớp bán động trong khi khớp hoạt dịch là khớp có thể vận động tự do.1

Khớp bất động là mô sợi xơ nối liền 2 xương, khiến cho 2 mặt xương dính chặt nhau. Khớp này thường không thể vận động và cũng không có khoang khớp. Ví dụ: các khớp ở xương vòm sọ.

Khớp bán động là khớp mà ở đó 2 mặt xương được phủ 1 lớp sụn trong hoặc sụn xơ, cho biên độ vận động kém. Ví dụ: khớp mu, khớp đốt sống.

Khớp động hay khớp hoạt dịch tạo cấu trúc gọi là ổ khớp nằm trong bao khớp có chứa chất hoạt dịch, bên trong ổ khớp thường códây chằngđể liên kết 2 xương với nhau. Chất hoạt dịch có vai trò như chất bôi trơn trong quá trình hoạt động của khớp, trong khi đó biên độ vận động của khớp tùy thuộc vào loại khớp và thường giới hạn bởi dây chằng. Các loại khớp động bao gồm:

Cho phép di chuyển theo mọi hướng, một đầu xương giống như quả bóng, đầu xương còn lại lõm vào để khớp nối theo dạng bóng và rổ. Ổ khớp giữa 2 xương có hình dạng giống phần xương lõm vào. Ví dụ như khớp vai vàkhớp háng.

Khớp bản lề giống như một cánh cửa, di chuyển theo một hướng, dọc theo một mặt phẳng. Ví dụ như khớp khuỷu tay vàkhớp gối.

Khớp này cho phép cử động, nhưng không có chức năng quay. Ví dụ như khớp ngón tay và hàm của bạn.

Còn được gọi là khớp quay, có đặc điểm là một xương có thể xoay vòng theo trục của xương thứ hai. Ví dụ như các khớp giữa bạn xương trụ và xương quay giúp xoay cẳng tay và khớp giữa đốt sống đầu tiên và thứ hai trong cột sống cổ.

Khớp nằm giữa 2 bề mặt xương phẳng. Mặc dù nó chỉ cho phép di chuyển hạn chế, nhưng nó có đặc điểm là bề mặt nhẵn có thể trượt qua nhau. Ví dụ như các khớp ở cổ tay.

Mặc dù khớp yên không cho phép xoay nhưng nó cho phép các xương di chuyển qua lại và từ bên này sang bên kia. Một ví dụ là khớp ở gốc ngón tay cái.

Viêm khớp không do nhiễm trùng bao gồm các bệnh lý tự miễn nhưviêm khớp dạng thấp, bệnh lý chuyển hóa nhưgout,thoái hóa khớphoặc sử dụng khớp quá mức. Viêm khớp có thể do tổn thương nhiều thành phần bao hoạt dịch, sụn khớp, gân và dây chằng.23

Viêm khớp do nhiễm trùng với tác nhân thường gặp nhất là tụ cầu vàng (Staphylococcus aureus). Ngoài ra liên cầu (Streptococci) hay lao (Mycobacterium tuberculosis) cũng là các tác nhân phổ biến.

Chấn thương nhưđứt dây chằng, rách sụn, trật khớp,…

Còn có tên gọi khác là viêm xương khớp, là thể hay gặp nhất củaviêm khớp. Ước tính trên thế giới có hàng triệu người gặp phải tình trạng này. Như tên gọi, bệnh lý gây ra bởi sự thoái hóa của phần sụn bảo vệ ở đầu xương qua thời gian. Do đó, dân số mắc phải bệnh lý này chủ yếu là người trung niên hoặc lớn tuổi, đặc biệt là những người trên 60 tuổi.

Các khớp tổn thương hay gặp nhất là khớp bàn tay, khớp gối, khớp háng, khớp cột sống.

Bệnh lý này gây ra do phần sụn đầu xương bị phá hủy. Trong giới hạn bình thường, các tế bào sụn có khả năng tự tái tạo, tuy nhiên, do lão hóa hoặc do hoạt động cường độ quá cao mà các tế bào sụn không còn tái tạo đủ số lượng mất đi, dẫn tới phần sụn ngày càng mỏng và bề mặt thô ráp. Bề mặt khớp tổn thương khiến quá trình vận động không còn trơn tru, lâu dần dẫn tới tình trạng viêm.

Các yếu tố có thể góp phần gây ra thoái hóa khớp: tuổi già, giới nữ, béo phì, các chấn thương khớp, chơi các môn thể thao tác động mạnh vào khớp, di truyền, dị dạng xương, một số bệnh lý chuyển hóa.

Đau khớp: giai đoạn đầu triệu chứng đau chỉ xuất hiện khi vận động, về sau khi khớp bắt đầu viêm triệu chứng đau sẽ dai dẳng ngay cả khi không vận động.

Cứng khớp: xảy ra ở giai đoạn muộn, là cảm giác khớp khó vận động đặc biệt sau khi để khớp nghỉ trong thời gian dài.

Cảm giác lộm cộm khi vận động khớp: là cảm giác khi 2 bề mặt sụn thô ráp va vào nhau.

Sưng phù ở vùng khớp tổn thương

Giai đoạn muộn có thể sờ thấy gai xương ở dưới da.

Nếu xuất hiện đầy đủ các triệu chứng trên có thể chẩn đoán được bệnh lýthoái hóa khớp. Trong trường hợp các triệu chứng không rõ, có thể thực hiện thêm X – quang để hỗ trợ chẩn đoán. Hình ảnh hẹp khe khớp trên hình ảnh X – quang là tiêu chuẩn chẩn đoán của bệnh lý thoái hóa khớp. Nếu lâm sàng và X – quang chưa rõ ràng, có thể thực hiện thêm CT scan và siêu âm.

Viêm khớp dạng thấplà bệnh lý viêm khớp mạn tính ảnh hưởng đến nhiều khớp. Trong một số trường hợp, bệnh có biểu hiện ngoài khớp như ở mắt, da, phổi, tim và mạch máu. Bệnh thường gặp ở nữ giới với tỉ lệ nam:nữ khoảng 1:2, rơi vào nhóm tuổi sau 50.

Viêm khớp dạng thấp thường khởi phát ở các khớp nhỏ như khớp bàn ngón tay, bàn ngón chân sau đó lan dần đến khớp lớn hơn như khớp cổ tay, khớp gối, khớp khuỷu,… Đặc điểm quan trọng của bệnh là viêm các khớp cùng nhóm ở cả 2 bên, ví dụ bệnh nhân viêm đồng thời khớp cổ tay trái và khớp cổ tay phải.

Viêm khớp dạng thấp là bệnh tự miễn, trong đó hệ miễn dịch của cơ thể nhận nhầm màng khớp là tác nhân gây hại. Sự tấn công của hệ miễn dịch lên màng khớp gây ra tình trạng viêm khớp dai dẳng. Tình trạng viêm kéo dài dẫn tới hậu quả là xương bị phá hủy và khớp bị biến dạng.

Các triệu chứng của viêm khớp dạng thấp bao gồm:

Triệu chứng viêm: đau, sưng, nóng, đỏ quanh vùng khớp.

Cứng khớp vào buổi sáng hoặc sau một thời gian không vận động khớp.

Các triệu chứng toàn thân như mệt mỏi, chán ăn, sốt.

Giai đoạn muộn của bệnh có thể xuất hiện nốt thấp nhỏ chắc ổ khớp hoặc dưới da, các khớp biến dạng và mất chức năng hoàn toàn.

Chẩn đoán viêm khớp dạng thấp thường khó khăn đặc biệt trong giai đoạn sớm của bệnh, khi các triệu chứng chưa rõ ràng và tổn thương khớp chưa được hình thành rõ. Do đó, cần có sự phối hợp giữa các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa máu, xét nghiệm hình ảnh học.

Xét nghiệm máu: các xét nghiệm chỉ điểm tình trạng viêm như CRP, tốc độ lắng máu. Các chất trong máu có thể hỗ trợ chẩn đoán viêm khớp dạng thấp như yếu tố thấp (RF), kháng thể kháng protein citrulline (ACPA).

X – quang: thường không có biến đổi ở giai đoạn sớm, có thể thấy tình trạng loãng xương quanh vùng khớp viêm. Giai đoạn muộn sẽ thấy hình ảnh mòn xương và biến dạng khớp.

Các xét nghiệm hình ảnh khác như siêu âm, MRI có thể hỗ trợ X – quang trong chẩn đoán viêm khớp dạng thấp.

Goutlà bệnh lý chuyển hóa, gây ra tình trạng viêm khớp. Đặc trưng của viêm khớp do gout là khởi phát đột ngột, sưng đau các khớp, đặc biệt hay gặp ở khớp ngón chân cái. Đây là bệnh lý viêm khớp rất phổ biến, thường gặp ở nam giới sau tuổi 40, bệnh cũng có thể gặp ở nữ giới sau mãn kinh, do chức năng thận bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi nội tiết tố.

Gout gây ra bởi nồng độ cao axit uric trong máu, mặc dù không phải mọi trường hợp có nồng độ axit uric máu cao đều có triệu chứng của gout.Axit uriclà một chất thải sinh ra trong quá trình chuyển hóa củapurin(chất đóng vai trò quan trọng trong cấu tạo bộ gen), được thải ra bởi thận. Ở một số người, thận không thải axit uric hiệu quả, dẫn tới ứ đọng trong máu. Lượng axit uric trong máu cao dẫn tới sự hình thành các tinh thể tích tụ trong mô, đặc biệt là ở trong khớp. Ngoài nồng độ axit uric, những yếu tố khác cũng có thể thúc đẩy hình thành bệnh gout như khô dịch khớp hoặc pH dịch khớp thấp.

Các thuốc gây tăng axit uric:aspirin,levodopa,…

Thực phẩm giàu purin: Cần hiểu rằng các thực phẩm giàu đạm không đồng nghĩa với thực phẩm giàu purin, chỉ một số thực phẩm như thịt, cá, hải sản,… chứa hàm lượng purin cao.

Thức uống nhiều đường: nước uống có gas và cả nước trái cây.

Thừa cân.

Triệu chứng của gout thường xuất hiện đột ngột vào giữa đêm. Khớp ngón cái đau dữ dội, cảm giác như đang trên lửa kèm sưng, đỏ quanh khớp. Triệu chứng đau dữ dội nhất trong khoảng 12h từ khi bắt đầu. Sau đó, là triệu chứng đau âm ỉ kéo dài trong vài ngày đến vài tuần.

Chẩn đoán bệnh gout dựa chủ yếu vào các triệu chứng đau đặc trưng ở ngón cái. Chọc dịch khớp bằng kim nhỏ để phát hiện các tinh thể axit uric để khẳng định chẩn đoán. Định lượng nồng độ axit uric máu có thể hỗ trợ chẩn đoán, nhưng sau khi triệu chứng cấp tính qua đi, nồng độ axit uric có thể giảm nhanh chóng.

Đối với đa số bệnh khớp triệu chứng phổ biến khiến bạn cần gặp bác sĩ là đau khớp, có thể kèm sưng, nóng, đỏ hoặc không.

Không thể vận động khớp một cách bình thường.

Khớp bị biến dạng, không có vị trí như bình thường.

Chơi các môn thể thao hoặc làm việc nặng, béo phì, rối loạn chuyển hóa, lớn tuổi,… là các yếu tố nguy cơ của bệnh lý khớp cần được tư vấn bởi các bác sĩ.

Mỗi bệnh lý khớp đều có yếu tố nguy cơ khác nhau, do đó không có biện pháp nào hoàn hảo để phòng ngừa các bệnh lý khớp vì ngoài những yếu tố có thể thay đổi như lối sống, chế độ ăn, cân nặng thì vẫn có những yếu tố không thể thay đổi như tuổi, giới, di truyền. Sau đây là những biện pháp để giảm thiểu khả năng mắc các bệnh lý khớp:

Hoạt động thể thao vừa phải, không làm khớp quá tải.

Chế độ ăn lành mạnh.

Sử dụng các thực phẩm hỗ trợ khớp như dầu cá, dầu oliu, đậu và hạt các loại, ngũ cốc nguyên hạt,…

Duy trì cân nặng trong giới hạn, có thể dựa vàochỉ số khối cơ thể(BMI).

Hạn chế uống rượu, bia hay các thức uống có gas.

Không hút thuốc.

Tuổi già đã trở thành một yếu tố nguy cơ của các bệnh lý khớp và mỗi người trong chúng ta đều phải đối mặt với tuổi già. Do đó, để giảm thiểu tối đa nguy cơ mắc cácbệnh khớpthì kiến thức về bệnh và cách phòng ngừa đóng vai trò rất quan trọng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-liet-duong-la-benh-gi-lieu-co-the-chua-khoi-duoc-khong/

Nội dung bài viết

Khái niệm về bệnh liệt dương

Tình hình liệt dương qua các nghiên cứu

Những nguyên nhân phổ biến của bệnh liệt dương

Đánh giá tình trạng liệt dương

Biểu hiện của bệnh liệt dương

Những yếu tố nguy cơ của chứng liệt dương

Những biến chứng của tình trạng liệt dương

Điều trị bệnh liệt dương như thế nào?

Lời kết

Bệnh liệt dương từ trước đến nay là nỗi lo của không ít quý ông. Căn bệnh này làm cho “đàn ông mất bản lĩnh đàn ông”. Nó làm cho cánh mày râu mặc cảm và vô cùng tự ti. Vậy thì bệnh lý này xuất phát từ nguyên nhân nào? Hướng điều trị ra sao? Liệu có thể chữa khỏi được không? Phòng bệnh như thế nào? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau của Bác sĩ Nguyễn Lâm Giang.

Bệnh liệt dươngcòn có tên gọi khác là chứng “bất lực” xảy ra ở nam giới. Bất lực là một vấn đề khá phổ biến ở nam giới. Bệnh có đặc điểm là không có khả năng duy trì sự cương cứng đủ để giao hợp hoặc không thể đạt được xuất tinh, hoặc cả hai.

Rối loạn khả năng cương cứng có thể rất thay đổi. Nó có thể liên quan đến hoàn toàn không có khả năng đạt được cương cứng hoặc xuất tinh, hoặc khả năng làm như vậy không nhất quán hoặc xu hướng chỉ duy trì cương cứng rất ngắn.

Bệnh liệt dương đề cập đến việc không có khả năng cương cứng đủ để thâm nhập vàoâm đạo. Hoặc không thể duy trì sự cương cứng cho đến khi hoàn thành giao hợp. Trái ngược với liệt dương do tâm lý, là bất lực do lo lắng, cảm giác tội lỗi. Hoặc dotrầm cảm, do xung đột xung quanh các vấn đề tình dục khác nhau…

Bệnh liệt dương phổ biến hơn trong hai loại rối loạn cương dương, là do các vấn đề về thể chất. Từ 10% đến 20% nam giới trung niên và một tỉ lệ cao hơn nhiều ở nam giới cao tuổi bị liệt dương. Ngoài tầm quan trọng của nó như một vấn đề tình dục phổ biến, liệt dương có thể báo trước các vấn đề y tế quan trọng.

Theo Đại học Wisconsin, khoảng 5% nam giới ở Hoa Kỳ trên 40 tuổi bịrối loạn cương dươnghoàn toàn. Khoảng 15% nam giới trên 70 tuổi bị liệt dương hoàn toàn. Theo Quỹ Chăm sóc Tiết niệu, ước tính có khoảng 30 triệu người Mỹ bị liệt dương. Nguy cơ bị bất lực tăng lên theo tuổi tác.

Một nghiên cứu năm 2007 được công bố trên Tạp chí Y học Hoa Kỳ ghi nhận nguy cơ bất lực tăng lên theo tuổi tác. Tỉ lệ này thậm chí còn cao hơn ở những người đàn ông đã được chẩn đoán mắc một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch.

Những con số trên cho thấy bất lực thật sự là một vấn đề khiến nhiều nam giới phải đau đầu. Hãy tìm hiểu thêm trong bài viết:Bất lực ở nam giới và những thông tin cần biết.

Khả năng cương cứng của một người đàn ông dựa trên một số yếu tố và có thể là kết quả của nhiều vấn đề về thể chất. Các vấn đề sức khỏe tâm thần và tâm lý khác cũng có thể gây ra liệt dương hoặc làm cho bệnh trầm trọng hơn.

Rối loạn chức năng cương dương thường được gây ra do yếu tố thể chất. Các nguyên nhân phổ biến nhất bao gồm:

Bệnh tim mạch: Suy tim, tăng huyết áp, xơ vữa mạch máu…

Cholesterol máu cao (tăng LDL – Cholesterol máu).

Tắc nghẽn mạch máu.

Chấn thương dương vật.

Bệnh tiểu đường.

Thừa cân, béo phì.

Bệnh Parkinson.

Bệnh đa xơ cứng.

Thói quen hút thuốc lá.

Nghiện rượu.

Các hình thức lạm dụng chất kích thích khác như: Cocaine, Caffeine, cần sa…

Rối loạn giấc ngủ: Mất ngủ, ngủ không đủ giấc, ngủ nhiều…

Điều trị ung thư tuyến tiền liệt hoặc điều trị cho một tuyến tiền liệt phì đại.

Tổn thương tủy sống.

Bệnh Peyronie.

Ngoài ra, còn có một số nguyên nhân tâm lý dẫn đến tình trạng liệt dương. Đây là những nguyên nhân tâm lý phổ biến nhất:

Căng thẳng tâm lý,stress.

Phiền muộn, lo lắng từ trung bình đến nặng.

Các bệnh lý tâm căn: Rối loạn dạng cơ thể,rối loạn nhân cách, rối loạn cảm xúc khí sắc.

Các bệnh loạn thần: Loạn thần cấp tính, tâm thần phân liệt, rối loạn dạng phân liệt…

Dùng một số loại thuốc có thể ảnh hưởng đến lưu lượng máu, có thể dẫn đến liệt dương. Bạn không bao giờ được ngừng dùng thuốc mà không có sự cho phép của bác sĩ, ngay cả khi nó được biết là gây ra chứng bất lực.

Một số loại thuốc được biết là có thể gây bất lực bao gồm:

Nhóm thuốc chẹn alpha-adrenergic. Chẳng hạn như: Prazocin, Doxazoxin…

Thuốc chẹn beta, chẳng hạn như Carvedilol, Metoprolol,Propranolol…

Nhóm thuốc hóa trị ung thư.

Thuốc ức chế hệ thần kinh trung ương (CNS), chẳng hạn như Alprazolam,Diazepamvà Codein.

Chất kích thích thần kinh trung ương, chẳng hạn như Cocaine và Amphetamine.

Thuốc lợi tiểu, chẳng hạn nhưFurosemide(Lasix) vàSpironolactone(Aldactone).

Chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI), chẳng hạn như fluoxetine (Prozac) và paroxetine (Paxil).

Kích thích tố tổng hợp, bao gồm Leuprolide.

Một số nam giới có thể bị kết hợp các vấn đề về thể chất và tâm lý. Tình trạng này đều có thể dẫn đến hoặc làm trầm trọng thêmbệnh liệt dương. Ví dụ: chấn thương thể chất có thể làm chậm phản ứng tình dục của một người. Đồng thời, nó cũng có thể dẫn đến lo lắng về việc đạt được cương cứng. Sự lo lắng này sau đó có thể làm trầm trọng thêm liệt dương.

Tham khảo thêm:Cương dương quá lâu: Nguyên nhân và nguy cơ

Dịch vụ Y tế Quốc gia Anh (NHS) cũng tuyên bố rằng một số nam giới có thể chỉ bị liệt dương trong một số tình huống nhất định. Ví dụ, một người có thể đạt được sự cương cứng trong khithủ dâm, hoặc có thể thấy rằng họ thức dậy với sự cương cứng.

Nếu một người không thể cương cứng với bạn tình, nguyên nhân dẫn đến chứng bất lực của họ rất có thể là do tâm lý. Nếu một người không bao giờ có thể cương cứng, nguyên nhân dẫn đến chứng bất lực của họ rất có thể là do thể chất.

Bước đầu tiên trong việc đánh giá rối loạn cương dương là xác định xem nó là do nguyên nhân hữu cơ hay do tâm lý. Điều này thường yêu cầu dữ liệu lâm sàng và phòng thí nghiệm. Các xét nghiệm chuyên biệt trở nên quan trọng khi các chẩn đoán cụ thể được xem xét. Tiền sử bệnh có thể hữu ích trong việc phân biệt bất lực do thể chất với bất lực do tâm lý.

Bệnh nhân mắc chứng bất lực thể chất mô tả các vấn đề về cương cứng tiến triển trong nhiều tháng đến nhiều năm. Lúc đầu, bệnh nhân sẽ cương cứng một phần hoặc cương cứng dường như trở nên mềm nhũn khi giao hợp.

Cùng với thời gian, sự cương cứng hoàn toàn xảy ra sau đó. Bất lực thể chất là liên tục và không phân biệt, có nghĩa là không tốt hơn hoặc tệ hơn với bất kỳ đối tác cụ thể hoặc bất kỳ loại kích thích nào.

Ngược lại, liệt dương do tâm lý thường khởi phát đột ngột, thường liên quan đến chấn thương tâm lý, có thể trở nên trầm trọng và suy yếu. Bệnh nhân liệt dương do tâm lý có thể bị suy hoàn toàn với một đối tác mà không phải đối tác khác. Hoặc bất lực khi quan hệ tình dục nhưng không phải khi tự kích thích. Sự cương cứng tự phát thường xảy ra vào buổi sáng gợi ý nguyên nhân tâm lý hơn là nguyên nhân cơ thể gây ra chứng bất lực.

Những biểu hiện chủ yếu của chứng bất lực bao gồm:

Khó cương cứng, không thể cương cứng. Tình trạng này xảy ra ngay cả khi quan hệ tình dục với bạn tình hoặc khi thủ dâm.

Khó giữ được sự cương cứng đủ để hoàn thành “cuộc yêu”.

Giảm ham muốn tình dục từ nhẹ đến nặng.

Khi bạn già đi, sự cương cứng có thể mất nhiều thời gian hơn để phát triển và có thể không săn chắc. Bạn có thể cần chạm trực tiếp nhiều hơn vào dương vật của mình để có và giữ được sự cương cứng.

Các yếu tố nguy cơ khác nhau có thể góp phần gây rối loạn cương dương, bao gồm:

Tình trạng y tế, đặc biệt làbệnh tiểu đườnghoặc bệnh tim.

Nghiện thuốc lá làm hạn chế lưu lượng máu đến tĩnh mạch và động mạch theo thời gian. Điều này có thể gây ra tình trạng sức khỏe mãn tính dẫn đến liệt dương.

Thừa cân, đặc biệt nếu bạn béo phì.

Một số phương pháp điều trị y tế, chẳng hạn như phẫu thuật tuyến tiền liệt hoặc xạ trị ung thư.

Chấn thương, đặc biệt nếu chúng làm hỏng các dây thần kinh hoặc động mạch kiểm soát sự cương cứng.

Thuốc, bao gồm thuốc chống trầm cảm, thuốc kháng histamine và thuốc điều trị huyết áp cao, đau hoặc các tình trạng tuyến tiền liệt.

Tình trạng tâm lý, chẳng hạn như căng thẳng, lo lắng hoặc trầm cảm.

Sử dụng ma túy và rượu, đặc biệt nếu bạn là người nghiện ma túy lâu dài hoặc nghiện rượu nặng.

Những biến chứng thường gặp do bệnh liệt dương có thể bao gồm:

Một cuộc sống tình dục không thỏa mãn.

Căng thẳng hoặc lo lắng..

Trầm cảm.

Xấu hổ hoặc tự ti.

Trở ngại trong mối quan hệ.

Không có khả năng làm cho bạn đời của bạn mang thai.

Đối với nhóm nguyên nhân này, việc điều trị không quá phức tạp. Chủ yếu là giải quyết các vấn đề tâm lý hoặc điều trị tốt các bệnh tâm thần. Bao gồm:

Thư giãn, giải trí để giảm bớt căng thẳng.

Điều trị bệnh lý lo âu,mất ngủ, trầm cảm.

Tâm lý liệu pháp kết hợp trong một số trường hợp cần thiết và ở mức độ nặng.

Nghe nhạc, yoga, thiền…

Điều trị liệt dương do thiểu năng sinh dục là thay thế testosterone bằng đường tiêm. Bệnh nhân liệt dương do khối u tuyến yên sẽ được điều trị hướng vào khối u.

Bất lực liên quan đến ma túy được điều trị bằng các phương pháp cai nghiện ma túy. Tiên lượng thuận lợi cho bất lực do rượu. Hầu hết bệnh nhân ngừng uống rượu hoặc giảm lượng tiêu thụ xuống mức vừa phải hơn sẽ thấy chứng liệt dương của họ được cải thiện.

Xem thêm:Tác dụng của Rocket 1h

Ở bệnh nhân tiểu đường, bất lực phát triển nặng trong bối cảnh tăng đường huyết và kiểm soát trao đổi chất kém thường có thể hồi phục. Tiêm các thuốc hoạt tính như Papaverine làm giãn cơ trơn tiểu động mạch là một phương pháp điều trị mới đầy hứa hẹn. Nó đặc biệt thích hợp cho bệnh nhân tiểu đường bị rối loạn cương dương trên cơ sở điều trị thần kinh.

Làm dương vật giả là phương pháp điều trị thích hợp cho hầu hết bệnh nhân liệt dương do mạch máu. Ngoài ra, việc kết hợp một số thuốc theo toa có thể góp phần cải thiện chứng liệt dương. Chẳng hạn như: Avanafil, Alprostadil, Sildenafil…

Nói tóm lại,bệnh liệt dươnglà một nỗi lo rất lớn của không ít các quý ông. Vì vậy, khi phát hiện mình có những dấu hiệu của bệnh, các bạn nên đi khám ngay. Tốt nhất là gặp các bác sĩ chuyên về Nam khoa và đừng ngại ngần cung cấp những triệu chứng của chính mình. Từ đó, các bác sĩ sẽ sớm chẩn đoán xác định và đưa ra hướng điều trị thích hợp. Đồng thời, họ sẽ giúp các quý ông lấy lại bản lĩnh của phái mạnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-benh-ly-dong-mach-canh/

Nội dung bài viết

Bệnh lý động mạch cảnh là gì?

Bệnh lý động mạch cảnh có những triệu chứng gì?

Chẩn đoán bệnh lý động mạch cảnh như thế nào?

Điều trị bệnh lý động mạch cảnh như thế nào?

Phương pháp điều trị nào phù hợp với tôi?

Bệnh lý động mạch cảnh là một trong những nguyên nhân dẫn đến tình trạng thiếu máu não thoáng qua và tai biến mạch máu não. Bệnh lý này diễn ra âm thầm nhưng lại tiềm ẩn nguy cơ dẫn đến tai biến mạch máu não. Hãy cùng tìm hiểu về bệnh lý này ở bài viết dưới đây của Bác sĩ Ngô Minh Quân.

Động mạch cảnh là mạch máu đi từ ngực qua cổ, vào trong não (xem hình). Có hai nhóm động mạch cảnh làm nhiệm vụ cung cấp máu cho não bộ.

Bệnh lý động mạch cảnh là một những bệnh lý làm tăng nguy cơ dẫn đến tai biến mạch máu não. Bệnh xảy ra khi các mảng xơ vữa thành lập ở thành các động mạch cảnh. Khi các mạch máu này xuất hiện các mảng xơ vữa thì lòng các mạch máu bị hẹp đi. Bệnh nguy hiểm nhưng thường không biểu hiện thành các triệu chứng rõ ràng để nhận biết từ sớm.

Mắc bệnh lý động mạch cảnh thường dẫn đến cơn thoáng thiếu máu não hoặc tai biến mạch máu não. Tuy nhiên bệnh lý này không phải luôn luôn biểu hiện thành các triệu chứng.

Tai biến mạch máu nãolà tình trạng một phần não bộ bị tổn thương do các vấn đề liên quan đến mạch máu. Bệnh lý động mạch cảnh có thể dẫn đến tai biến mạch máu não bởi vì những đoạn bị hẹp có thể hình thành các cục máu đông và làm nhồi máu não. Những cục máu đông hoặc các mảng xơ vữa bong tróc có thể di chuyển lên não và tắc nghẽn lại ở các mạch máu nhỏ hơn.

Một số bệnh nhân may mắn tai biến nhẹ có thể hồi phục tốt mà không để lại di chứng nào. Tuy nhiên cũng có những bệnh nhân gặp những thiếu hụt thần kinh lớn sau tai biến. Những di chứng đó có thể bao gồm như:

Mất khả năng nói hoặc nghe hiểu.

Liệt nửa người.

Không thể tự thực hiện các hoạt động thường nhật và chăm sóc bản thân.

Về bản chất cơnthiếu máu não thoáng quatương tự như một tai biến mạch máu não. Tuy nhiên chỉ kéo dài trong thời gian ngắn và thường không gây tổn thương não bộ. Thiếu máu não thoáng qua thường xuất hiện khi những mạch máu ở não co thắt sau đó tự trở lại bình thường.

Bệnh nhân có cơn thiếu máu não thoáng qua thường xuất hiện những triệu chứng tương tự như tai biến nhưng chỉ xuất hiện trong thời gian ngắn. Những người này có cơn thiếu máu não thoáng qua có nguy cơ rất cao mắc phải một đợt tai biến mạch máu não thật sự trong tương lai.

Bên cạnh việc hỏi bệnh kỹ lưỡng và thăm khám toàn diện thì bác sĩ có thể dùng ống nghe để thăm khám vùng động mạch đi qua. Việc làm này giúp phát hiện được những âm thổi hoặc âm thanh bất thường liên quan đến tình trạng hẹp của động mạch cảnh.

Để chắc chắn thêm chẩn đoán những phương tiện cận lâm sàng sẽ giúp ích thêm như:

Siêu âm động mạch cảnh: đây là cách khảo sát động mạch cảnh bằng sóng siêu âm.

Cộng hưởng từ mạch máu (MRA) : đây là phương tiện cận lâm sàng giúp cung cấp những hình ảnh gián tiếp về tình trạng của động mạch cảnh. Về nguyên tắc giống như chụp cộng hưởng từ ở những bệnh lý khác. Trước khi thực hiện MRA, người bệnh có thể cần tiêm thuốc cản từ. Việc này giúp hiện hình mạch máu và khảo sát chút dễ dàng hơn.

Chụp cắt lớp mạch máu CTA : đây là phương tiện khảo sát hình ảnh động mạch cảnh bằng tia X hay còn gọi là cắt lớp vi tính. Trước khi thực hiện tương tự với MRA thì bệnh nhân  có thể cần tiêm thuốc cản quang nhằm mục đích khảo sát được chính xác hơn.

Ngoài ra ở một số trường hợp còn cần dùng phương tiện chụp mạch não đồ “cerebral angiogram”.

Việc điều trị bệnh lý động mạch cảnh nhằm mục đích ngăn ngừa nguy cơ diễn tiến thành những đợt tai biến mạch máu não. Những phương pháp điều trị như:

Bệnh nhân có thể giảm nguy cơ tai biến mạch máu não bằng những cách:

Ngưng hút thuốc lá.

Sống năng động, suy nghĩ tích cực.

Giảm cân nếu đang thừa cân.

Ăn theo chế độ ăn ít dầu mỡ, nhiều rau xanh và trái cây.

Mỗi bệnh nhân khác nhau cần dùng những loại thuốc, liều lượng khác nhau để đạt được hiệu quả ngăn ngừa tai biến mạch máu não xảy ra. Tổng quát thì những thuốc có thể được sử dụng gồm có:

Thuốc huyết áp.

Nhóm Statin, giúp giảm cholesterol.

Nhóm thuốc ngăn hình thành cục máu đông.

Video chia sẻ thông tin chi tiết về nhóm thuốc Statin:

Biên tập bởi:Thạc sĩ, Dược sĩ Phan Tiểu Long

Bác sĩ sẽ cần chỉ định phẫu thuật để loại bỏ mảng xơ vữa trong động mạch cảnh.

Phương pháp phẫu thuật thường được chỉ định ở những bệnh nhân xuất hiện triệu chứng cơn thoáng thiếu máu não hoặc tai biến mạch máu não do mảng xơ vữa đóng tại các động mạch cảnh.

Đặt stent động mạch cảnh thường được thực hiện bằng cách đưa những dụng cụ đặc biệt được gọi là các stent vào trong lòng của động mạch cảnh bị bệnh. Những dụng cụ này được thiết kế để mở và giữ cho động mạch cảnh không bị hẹp. Phương pháp này thường được cân nhắc về rủi ro biến chứng cao nếu người bệnh từ 70 tuổi trở lên.

Việc lựa chọn được một phương pháp điều trị phù hợp với mỗi cá nhân người bệnh phụ thuộc vào:

Bệnh nhân đã xuất hiện triệu chứng của cơn thiếu máu não thoáng qua hay tai biến mạch máu não liên quan đến bệnh lý động mạch cảnh hay chưa;

Mức độ tắc nghẽn động mạch cảnh do mảng xơ vữa;

Độ tuổi bệnh nhân;

Giới tính nam hay nữ;

Các vấn đề sức khỏe khác kèm theo.

Nếu bác sĩ chỉ định việc phẫu thuật/ đặt stent thì hãy đưa ra các câu hỏi để được bác sĩ giải thích về:

Tỷ lệ xuất hiện tai biến mạch máu não trong vòng 5 năm tới nếu KHÔNG thực hiện phẫu thuật/ thủ thuật đặt stent là bao nhiêu.

Liệu phẫu thuật/ thủ thuật có thể giảm bớt bao nhiêu tỷ lệ xuất hiện tai biến mạch máu não.

Rủi ro biến chứng của phẫu thuật/ thủ thuật.

Kinh nghiệm và tay nghề của phẫu thuật viên.

Trên đây là những thông tin cơ bản vềbệnh lý động mạch cảnh. Hy vọng cung cấp được những thông tin bước đầu giúp người đọc dễ dàng tiếp tục tìm hiểu thêm về bệnh lý đặc biệt này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-that-nguc-benh-vi-mach-vanh/

Nội dung bài viết

Bệnh vi mạch vành là gì?

Sinh lý bệnh

Chẩn đoán bệnh vi mạch vành

Điều trị bệnh vi mạch vành

Điều chỉnh lối sống

Bệnh tim mạch vẫn còn là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới. Tại Hoa Kỳ, 1/3 số trường hợp tử vong là do bệnh tim mạch và ước đoán có hơn 1 triệu người nhồi máu cơ tim mỗi năm.Đau thắt ngực ổn định thường được đề cập với thuật ngữ “bệnh tim thiếu máu cục bộ ổn định”. Khoảng nửa triệu bệnh nhân đau thắt ngực mới mắc xảy ra hàng năm. Ngoài bệnh suất và tử suất đáng kể, chi phí kinh tế khổng lồ cũng là vấn đề nhức nhối liên quan tới bệnh động mạch vành.

Thuật ngữ “hội chứng X” và “đau thắt ngực do bệnh vi mạch vành” thường được sử dụng thay thế nhau. Thực ra, hội chứng X bao gồm tất cả bệnh nhân đau thắt ngực. Trong hội chứng X, động mạch vành bình thường khi chụp mạch vành. Đau thắt ngực do bệnh vi mạch vành là một phân nhóm bệnh nhân chuyên biệt của hội chứng X.

Hệ vi mạch vành gồm tiểu động mạch, tiền tiểu động mạch và mao mạch. Các mạch máu này không được thấy trực tiếp trên hình chụp mạch vành hoặc chụp cắt lớp điện toán. Chẩn đoán đau thắt ngực do bệnh vi mạch vành dựa vào phối hợp các triệu chứng. Các triệu chứng gồm: đau thắt ngực điển hình, chứng cứ của thiếu máu cục bộ cơ tim trên điện tâm đồ hoặc nghiệm pháp gắng sức, chụp động mạch vành bình thường.

Ở những bệnh nhân đau ngực nhưng không phải do tắc nghẽn động mạch vành, nguyên nhân có thể do: co thắt động mạch vành, bệnh vi mạch vành, đau ngực hoặc cộng nhiều nguyên nhân lại. Đau thắt ngực do bệnh vi mạch vành có thể do bệnh cấu trúc, suy giảm chức năng hoặc chèn ép từ bên ngoài mạch vành.

Thiếu máu cục bộ cơ tim xảy ra khi lưu lượng máu mạch vành không thể cung cấp đủ oxy. Bệnh động mạch vành cản trở cung cấp máu cho mô cơ tim trong những tình huống tăng nhu cầu chuyển hóa dẫn đến thiếu máu cục bộ cơ tim và đau thắt ngực.

Có thể chẩn đoán bệnh với bệnh nhân đau thắt ngực khi gắng sức mà hình chụp động mạch vành vẫn bình thường  (chụp đa cắt lớp điện toán mạch vành hoặc chụp động mạch vành cản quang). Bên cạnh đó, bênh nhân có các dấu hiệu khách quan của thiếu máu cục bộ do gắng sức (ST chênh xuống trên điện tâm đồ gắng sức, thay đổi thiếu máu cục bộ trên hình ảnh tưới máu cơ tim).

Điều quan trọng là cần phân biệt đau thắt ngực do vi mạch với các nguyên nhân đau ngực khác. Cơn lan tỏa của co thắt động mạch vành được biểu hiện từ đoạn xa ĐM vành thượng tâm mạc đến hệ vi mạch. Điều này đã được kiểm tra khi tiêm acetylcholine vào mạch vành ở một số trường hợp bệnh vi mạch điển hình.

Bệnh nhân đau ngực phải được đánh giá hội chứng mạch vành cấp và các bệnh đe dọa tính mạng khác như phình bóc tách động mạch chủ hay thuyên tắc phổi. Điều này có thể thực hiện thông qua việc khai thác bệnh sử và khám thực thể cẩn thận. Chẩn đoán bệnh động mạch vành có thể phức tạp do biểu hiện không điển hình.

Tiêu chuẩn hiện tại để đánh giá bệnh vi mạch vành là nghiệm pháp sinh lý mạch vành xâm lấn được thực hiện trong phòng thông tim. Một số kỹ thuật không xâm lấn gồm siêu âm tim, MRI, CT và các nghiệm pháp gắng sức chức năng có thể cung cấp nhiều thông tin chẩn đoán hữu ích.

CFR được đo trong phòng thông tim là tỉ số giữa vận tốc đỉnh trung bình lúc tăng tưới máu so với ban đầu. CFR < 2,5 giúp chẩn đoán bệnh vi mạch vành.

Siêu âm tim:Một số nghiên cứu đã công nhận siêu âm tim Doppler qua thành ngực là một công cụ không xâm lấn đánh giá bệnh vi mạch vành. Tuy nhiên, siêu âm tim qua thành ngực có thể cho hình ảnh đầy đủ chỉ ở 70-80% bệnh nhân.

Cộng hưởng từ:cộng hưởng từ tim mạch tưới máu cơ tim với chất cản từ gadolinium. Cộng hưởng từ cho phép đánh giá lưu lượng máu xuyên thành và dưới nội mạc.

CT đa lớp cắt:CT với chất cản quang cũng có thể ước đoán lưu lượng máu bằng cách đo các thay đổi độ loãng theo thời gian. Tuy nhiên, không thể đánh giá bất thường lưu lượng ở bệnh nhân không có bệnh động mạch vành thượng tâm mạc.

Các nghiệm pháp gắng sức:kết quả nghiệm pháp gắng sức bất thường ở các bệnh nhân với động mạch vành bình thường hoặc gần bình thường cho thấy họ có thể có bệnh vi mạch vành. Nghiệm pháp ECG gắng sức, nghiệm pháp gắng sức y học hạt nhân được sử dụng để đánh giá thay đổi lưu lượng máu cơ tim ở bệnh nhân vi mạch vành.

Việc đánh giá bắt đầu với chụp mạch vành để xác định tắc nghẽn động mạch vành thượng tâm mạc và các nguyên nhân cấu trúc khác của đau thắt ngực. Sau đó, bệnh nhân trải qua đánh giá nội mô và hệ vi mạch.

Điều trị đau thắt ngực có hai mục tiêu:

Mục tiêu thứ nhất là giảm đau ngực và các triệu chứng liên quan, nhằm tăng tối đa khả năng gắng sức và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Mục tiêu thứ hai là làm giảm các biến chứng tim mạch nguy hiểm đến tính mạng. Chiến lược điều trị bao gồm quản lý các bệnh đồng mắc, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ và thay đổi lối sống lành mạnh hơn cho tim.

Trimetazidine

Trimetazidinetăng dung nạp của tế bào với thiếu máu cục bộ, tác động chuyển hóa không gây ra các ảnh hưởng huyết động.

Ức chế beta

Ức chế beta là thuốc điều trị đau thắt ngực hữu ích đối với các bệnh nhân kèm theo suy tim hoặc nhồi máu cơ tim gần đây.

Ức chế canxi

Ức chế canxi cũng là thuốc chống đau thắt ngực hiệu quả. Trong hệ vi mạch vành, thuốc này tác động ở mức quanh các tiểu động mạch.

Nitrat

Nitrat giảm đau thắt ngực do khả năng dãn mạch (không phụ thuộc nội mô) và giảm nhu cầu oxy cơ tim.

Ivabradine

Ivabradine cải thiện lưu lượng tuần hoàn bàng hệ và dư trữ lưu lượng mạch vành ở bệnh nhân đau thắt ngực do vi mạch.

Aspirin.

Statin.

Ức chế men chuyển.

Ức chế thụ thể angiotensin II.

Kháng aldosterone.

Chế độ ăn và tập luyện đóng vai trò lớn trong kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch. ACC/AHA khuyến cáo chế độ ăn lành mạnh cho tim như chế độ ăn DASH nhiều trái cây, rau củ và ít muối, chất béo bão hòa.

Các bệnh nhân nên được khuyến cáo hoạt động thể lực cường độ trung bình khoảng 30 phút mỗi ngày. Hoạt động thể lực cũng có thể điều chỉnh lưu lượng máu mạch vành, cải thiện chức năng nội mô, giảm stress và trầm cảm. Cách tốt nhất để bắt đầu tập luyện thể lực đối với người bị đau thắt ngực mạn tính là tập luyện trong tình trạng kiểm soát và theo dõi chức năng tim.

Hút thuốc lálà một yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được đối với bệnh động mạch vành do xơ vữa và co thắt mạch vành. Động viên bệnh nhân ngưng hút thuốc là điều quan trọng trong điều trị bệnh đau thắt ngực do vi mạch vành.

Nhiều bệnh nhân đau thắt ngực không có hẹp động mạch vành thượng tâm mạc nhưng có rối loạn chức năng vi mạch và/hoặc rối loạn chức năng nội mô, gây ra thiếu máu cục bộ cơ tim. Chẩn đoán đúng nhóm bệnh nhân này và điều trị tốt giảm triệu chứng lẫn phòng ngừa biến cố tim mạch nặng là một thử thách cho các bác sĩ lâm sàng.

Hiện tại, thực hành tốt nhất để điều trị bệnh nhân đau thắt ngực do vi mạch bằng cách thay đổi lối sống, điều trị tích cực các bệnh đồng mắc và tối ưu hóa các thuốc chống đau thắt ngực và phòng ngừa các biến cố.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-mach-vanh-benh-ly-tim-mach-gay-tu-vong-hang-dau/

Nội dung bài viết

Bệnh mạch vành là gì?

Những ai có nguy cơ cao mắc bệnh mạch vành?

Dấu hiệu cảnh báo bệnh mạch vành

Điều trị bệnh mạch vành

Phòng ngừa bệnh mạch vành

Khi nào cần tầm soát bệnh mạch vành?

Bệnh động mạch vành là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong bệnh lý tim mạch. Bệnh có thể diễn tiến âm thầm, nếu không được phát hiện sớm có thể dẫn đến những biến chứng tim mạch, đột quỵ. Đây là bệnh lý đang có xu hướng ngày càng tăng ở Việt Nam.

Mạch vành là hệ thống mạch máu trực tiếp nuôi dưỡng quả tim. Máu và oxy được cung cấp cho tim thông qua hệ thống mạch vành này.

Bệnh lý mạch vành là tình trạng mạch vành bị tắc nghẽn một phần hoặc nghẽn hoàn toàn do hình thành những mảng xơ vữa tích tụ bên trong. Thường khi động mạch vành bị hẹp từ 50% đường kính lòng mạch trở lên, lúc đó sẽ xuất hiện các triệu chứng rõ ràng của bệnh.

Các chất béo lắng đọng dọc thành mạch tạo mảng xơ vữa. Từ đó gây ra hẹp thành mạch máu. Sự tắc nghẽn này gây thiếu máu nuôi cơ tim rất nguy hiểm.

Bệnh lý mạch vành có nhiều dạng khác nhau: đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim…Các bác sĩ dựa trên xét nghiệm máu, điện tâm đồ của bệnh nhân để chẩn đoán phân biệt.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Hội chứng mạch vành cấp: Mối hiểm họa hàng đầu!

Các yếu tố làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh bao gồm:

Tuổi cao (nam trên 50 và nữ trên 55 tuổi);

Nam có nguy cơ cao hơn nữ;

Thừa cân, béo phì;

Yếu tố di truyền;

Người đang mắc các bệnh lý liên quan như: Rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, đái tháo đuờng, stress…

Lối sống: hút thuốc lá, nghiện bia rượu, lười vận động…

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Chụp mạch vành có nguy hiểm không?

Đau thắt ngựclà triệu chứng điển hình nhất của bệnh mạch vành. Các đặc điểm của cơn đau thắt ngực bao gồm:

Cảm giác bó chặt, thắt nghẹt, đè ép;

Vị trí đau xuất phát ở giữa ngực hoặc vùng ngực bên trái;

Đau tại chỗ hoặc lan ra hai bên vai, cánh tay, lan lên cổ, hàm.

Cơn đau có thể ngắn chỉ khoảng 30 giây hay vài phút. Tuy nhiên càng về sau khi bệnh tiến triển, cơn đau càng xuất hiện nhiều và kéo dài hơn, nguy hiểm hơn.

Triệu chứng khác có thể xuất hiện kèm theo các cơn đau thắt ngực: Buồn nôn, nôn, khó thở, choáng, đổ mồ hôi…

Khi có biểu hiện bị đau thắt ngực, người bệnh cần nghỉ ngơi ngay lập tức, đến bệnh viện càng sớm càng tốt. Tùy thuộc vào từng trường hợp từ nhẹ tới nặng mà bệnh lý mạch vành có phương pháp điều trị khác nhau. Có hai phương pháp điều trị là dùng thuốc và can thiệp phẫu thuật.

Việc dùng thuốc nên kết hợp với một lối sống khoa học, lành mạnh. Việc uống thuốc cần được tuân thủ mỗi ngày để việc điều trị đạt hiệu quả cao nhất.

Can thiệp mạch vành qua da (PCI), đặt stent: một ống stent nhỏ làm bằng kim loại được đặt trong động mạch để nong rộng thành động mạch, cải thiện lưu thông máu. Các thủ thuật sẽ kéo dài trong 2 giờ. Bạn sẽ ở lại phòng chăm sóc một đêm trước khi được xuất viện.

Phẫu thuật bắc cầu động mạch (CABG): những mạch máu bị tắc nghẽn sẽ được thay thế bởi những động mạch khỏe mạnh trong cơ thể. Bạn có thể sẽ cần nằm theo dõi tại bệnh viện 1 tuần.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Cần chuẩn bị gì trước khi khám bệnh mạch vành?

Không chỉ những người đã mắc bệnh mới cần phải tập một lối sống lành mạnh để phòng ngừa bệnh tiến triển. Cả những người trẻ, có nguy cơ cao cũng cần phải tập lối sống khoa học, vì bệnh thường tiến triển âm thầm và có thể dẫn đến đột quỵ.

Tập thể dục một giờ mỗi ngày, ít nhất 3 ngày một tuần

Ăn uống lành mạnh: hạn chế ăn quá nhiều đồ mặn, dầu mỡ động vật, phủ tạng động vật,… Ăn các loại thức ăn tốt cho tim mạch bao gồm các loại ngũ cốc thô, các loại đậu, các loại hạt và rau quả. Nên ăn nhiều các loại rau lá màu xanh đậm, màu vàng và màu đỏ.

Bỏ thuốc lá (nếu hút thuốc), hạn chế bia rượu.

Tuân thủ việc uống thuốc và điều trị nếu đang mắc bệnh tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường…

Tinh thần khỏe mạnh, giảm áp lực, lo âu.

Bệnh mạch vành có thể diễn biến âm thầm trong nhiều năm. Nhiều khi bệnh chỉ được phát hiện khi đã xuất hiện một cơn nhồi máu cơ tim. Do đó, việc tầm soát bệnh là quan trọng. Mặc dù bệnh mạch vành chủ yếu xảy ra ở tuổi trên 40, tuy nhiên, người trẻ hơn vẫn có thể mắc bệnh. Gần đây, lứa tuổi mắc bệnh càng ngày càng giảm.

Theo Hội Tim mạch Mỹ, việc tầm soát bệnh mạch vành có thể bắt đầu từ lúc 20 tuổi. Để kiểm tra và đánh giá mức độ của các nguy cơ, bác sĩ sẽ tiến hành đo huyết áp, cân nặng, xét nghiệm nồng độ mỡ máu, đường huyết…

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Bệnh tim thiếu máu cục bộ: Nguyên nhân, nhận biết, phòng ngừa

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-phong-xa-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

1. Triệu chứng của bệnh phóng xạ cấp tính

2. Nguyên nhân nào dẫn đến bệnh phóng xạ cấp tính?

3. Biến chứng của bệnh phóng xạ cấp tính

4. Các biện pháp phòng ngừa bệnh phóng xạ

5. Chẩn đoán bệnh phóng xạ cấp tính như thế nào?

6. Điều trị bệnh phóng xạ như thế nào?

Bệnh phóng xạ hay còn gọi là hội chứng bức xạ cấp tính hoặc ngộ độc phóng xạ. Bệnh gây ra do cơ thể phải nhận một lượng lớn chất phóng xạ trong một khoảng thời gian ngắn (cấp tính). Tùy theo lượng bức xạ mà cơ thể hấp thụ sẽ quyết định mức độ tổn thương của cơ thể ra sao. Việc tìm hiểu về nguyên nhân và cách xử trí khi đối mặt với bệnh là thật sự cần thiết.

Mức độ nặng của bệnh phóng xạ cấp tính phụ thuộc vào lượng bức xạ cơ thể đã hấp thụ. Lượng hấp thụ bao nhiêu tùy thuộc vào cường độ của năng lượng bức xạ, thời gian phơi nhiễm và khoảng cách giữa cơ thể và nguồn phóng xạ.

Các dấu hiệu và triệu chứng cũng bị ảnh hưởng bởi bộ phận tiếp xúc, chẳng hạn như toàn bộ hoặc một phần cơ thể. Mức độ nghiêm trọng của bệnh phóng xạ cũng phụ thuộc vào mức độ nhạy cảm của các mô bị ảnh hưởng. Ví dụ, hệ thống tiêu hóa và tủy xương rất nhạy cảm với bức xạ.

Các dấu hiệu và triệu chứng ban đầu của bệnh phóng xạ thường làbuồn nôn và nôn. Khoảng thời gian khi các triệu chứng bắt đầu xuất hiện đến lúc bắt đầu phơi nhiễm là một trong những yếu tố để xác định cơ thể đã hấp thụ bao nhiêu bức xạ.

Nếu cơ thể đã tiếp xúc nhẹ, có thể mất vài giờ đến vài tuần thì mới bắt đầu có dấu hiệu và triệu chứng. Nhưng với phơi nhiễm nghiêm trọng, các dấu hiệu và triệu chứng có thể bắt đầu từ vài phút đến vài ngày sau khi tiếp xúc.

Buồn nôn và nôn;

Tiêu chảy;

Đau đầu;

Sốt;

Chóng mặt và mất phương hướng;

Yếu cơ và mệt mỏi;

Rụng tóc;

Nôn ra máu và đi ngoài ra chảy máu;

Nhiễm trùng;

Huyết áp thấp.

Bức xạ là năng lượng được giải phóng từ các nguyên tử dưới dạng sóng hoặc hạt nhỏ của vật chất. Bệnh phóng xạ do tiếp xúc với lượng phóng xạ cao. Chẳng hạn như lượng phóng xạ do vụ nổ nhà máy hạt nhân, hay tai nạn công nghiệp.

Các nguồn bức xạ liều cao có thể gây ra từ:

Tai nạn nhà máy hạt nhân;

Vụ tấn công vào nhà máy hạt nhân;

Thiết bị phóng xạ cầm tay bị phát nổ;

Trong các vụ thử vũ khí hạt nhân.

Bệnh phóng xạ xảy ra khi bức xạ năng lượng cao làm hỏng hoặc phá hủy tế bào trong cơ thể. Các khu vực của cơ thể dễ bị tổn thương nhất với bức xạ năng lượng cao là các tế bào trong niêm mạc đường ruột, bao gồm cả dạ dày và các tế bào sản xuất tế bào máu của tủy xương.

Mắc bệnh phóng xạ có thể gây ra các vấn đề về sức khỏe tâm thần ngắn hạn và dài hạn. Chẳng hạn đau buồn, sợ hãi và lo lắng với các vấn đề như:

Sau khi trải qua một vụ nổ hạt nhân.

Đám tang bạn bè hoặc gia đình đã qua đời do vụ nổ hạt nhân.

Đối phó với nỗi lo về các bệnh do vụ nổ hạt nhân gây ra, khả năng gây tử vong.

Lo lắng về nguy cơ ung thư do tiếp xúc với bức xạ.

Xem thêm:Những sự thật về bướu giáp nhân bạn cần biết

Trong trường hợp có vụ nổ hạt nhân xảy ra, hãy theo dõi đài phát thanh, kênh truyền hình để nắm những hướng dẫn hành động bảo vệ người dân từ chính quyền địa phương. Các phương án hành động được đề xuất sẽ tùy thuộc vào tình huống. Người dân sẽ được yêu cầu giữ nguyên vị trí hoặc sơ tán khỏi khu vực ảnh hưởng.

Nếu bạn được khuyên giữ nguyên vị trí, hãy làm những điều như sau:

Đóng và khóa tất cả các cửa ra vào, cửa sổ;

Tắt quạt, điều hòa không khí và các thiết bị sưởi ấm mang không khí từ bên ngoài vào;

Mang vật nuôi vào trong nhà;

Di chuyển đến tầng hầm hoặc một phòng bên trong;

Theo dõi thường xuyên tin tức địa phương;

Ở lại ít nhất 24 giờ.

Nếu được khuyên di tản, hãy làm theo hướng dẫn được cung cấp bởi chính quyền địa phương. Cố gắng giữ bình tĩnh và di chuyển nhanh chóng, bên cạnh đó, mang các đồ dùng cần thiết như:

Đèn pin;

Đài phát thanh di động;

Pin;

Bộ đồ sơ cứu y tế;

Thuốc cần thiết, nếu có bệnh đang điều trị;

Thực phẩm chế biến sẵn, như thực phẩm đóng hộp và nước đóng chai;

Dụng cụ mở hộp bằng tay;

Tiền mặt và thẻ tín dụng;

Quần áo.

Khi một người đã phơi nhiễm hoặc chưa chắc chắn phơi nhiễm với liều phóng xạ cao do tai nạn hoặc cuộc tấn công. Nhân viên y tế sẽ thực hiện một số bước sau để xác định liều bức xạ mà người đó đã hấp thụ. Thông tin này rất cần thiết để xác định mức độ nghiêm trọng, phương pháp điều trị và tiên lượng khả năng sống sót của người bệnh. Các thông tin quan trọng để xác định liều hấp thụ bao gồm:

Khoảng tiếp xúc. Chi tiết về khoảng cách từ nguồn phóng xạ và thời gian phơi nhiễm có thể giúp đưa ra ước tính sơ bộ về mức độ nghiêm trọng của bệnh phóng xạ.

Nôn và các triệu chứng khác. Khoảng thời gian giữa bắt đầu phơi nhiễm phóng xạ và thời điểm khởi phát nôn là một yếu tố sàng lọc khá chính xác để ước tính liều bức xạ hấp thụ. Thời gian trước khi bắt đầu dấu hiệu này càng ngắn thì liều bức xạ càng cao. Mức độ nghiêm trọng và thời gian của các dấu hiệu và triệu chứng khác cũng có thể giúp nhân viên y tế xác định liều hấp thụ.

Xét nghiệm máu. Các xét nghiệm máu được lặp lại thường xuyên trong nhiều ngày cho phép nhân viên y tế tìm kiếm tế bào bạch cầu đang chống lại bệnh tật và những thay đổi bất thường trong ADN của các tế bào máu.

Thiết bị đo phóng xạ (Dosimeter) dùng để đo liều bức xạ hấp thụ.

Một thiết bị như bộ đếm Geiger có thể được sử dụng để xác định vị trí cơ thể có các hạt phóng xạ.

Loại bức xạ.

Các xét nghiệm máu cần được lặp lại thường xuyên trong nhiều ngày. Điều này cho phép nhân viên y tế tìm kiếm tế bào bạch cầu đang chống lại bệnh tật. Đồng thời theo dõi những thay đổi bất thường trong ADN của các tế bào máu.

Mục tiêu điều trị cho bệnh phóng xạ cấp tính là để ngăn ngừa ô nhiễm phóng xạ lan rộng. Ngoài ra, điều trị các chấn thương đe dọa tính mạng như bỏng và chấn thương; giảm triệu chứng và kiểm soát cơn đau.

Biện pháp này liên quan đến việc loại bỏ các hạt phóng xạ bên ngoài bằng cách cởi bỏ quần áo và giày. Điều này giúp loại bỏ khoảng 90% ô nhiễm. Tắm rửa bằng nước và xà phòng để loại bỏ các hạt phóng xạ ở trên bề mặt da.

Khử nhiễm có tác dụng ngăn chặn các chất phóng xạ lan rộng hơn. Đồng thời làm giảm nguy cơ ô nhiễm bên trong do hít phải, nuốt phải hoặc vết thương hở.

Người bệnh sẽ được sử dụng một loại protein gọi là nhân tố kích thích thích bạch cầu hạt. Protein này thúc đẩy sự phát triển của các tế bào bạch cầu chống lại tác động phóng xạ với tủy xương. Ngoài ra, thuốc được sử dụng điều trị gồm filgrastim (Neupogen), sargramostim (Leukine) và pegfilgrastim (Neulasta). Chúng dùng để làm tăng khả năng sản xuất tế bào bạch cầu và giúp ngăn ngừa nhiễm trùng có thể xảy ra. Nếu cơ thể bị tổn thương nghiêm trọng đến tủy xương, người bệnh cũng có thể được truyền hồng cầu hoặc tiểu cầu.

Một số phương pháp điều trị có thể làm giảm tổn thương cho các cơ quan nội tạng do các bức xạ hạt gây ra. Nhân viên y tế chỉ sử dụng các phương pháp điều trị này nếu chắc chắn người bệnh đã tiếp xúc với một loại phóng xạ cụ thể. Những phương pháp bao gồm:

Kali iodide. Đây là một dạng không hoạt động của iốt. Iốt là chất rất cần thiết cho hoạt động bình thường của tuyến giáp. Nếu cơ thể tiếp xúc nhiều với bức xạ này, tuyến giáp sẽ hấp thụ đồng vị phóng xạ iod (Radioactive iodine) và các radioiodine cuối cùng được loại bỏ khỏi cơ thể thông qua nước tiểu. Nếu dùng kali iodide, nó có thể lấp đầy “chỗ trống” trong tuyến giáp và ngăn chặn sự hấp thụ chất phóng xạ iod. Kali iodide không phải là thuốc chữa bệnh và có hiệu quả nhất nếu dùng trong vòng một ngày sau khi tiếp xúc với đồng vị phóng xạ iod .

Prussian xanh không hòa tan (Radiogardase) là một loại thuốc nhuộm có khả năng liên kết với các hạt của các nguyên tố phóng xạ như caesium và thallium. Các hạt phóng xạ sau đó được bài tiết qua phân. Điều trị này giúp tăng tốc độ loại bỏ các hạt phóng xạ và làm giảm lượng phóng xạ mà tế bào có thể hấp thụ.

Diethylenetriamine pentaacetic acid (DTPA). DTPA liên kết với các hạt của các nguyên tố phóng xạ plutonium, americium và curium. Các hạt phóng xạ này sau đó được cơ thể thải qua đường nước tiểu, do đó làm giảm lượng phóng xạ hấp thụ.

Bên cạnh các điều trị chính ở trên, người bệnh sẽ phải cần thêm các điều trị hỗ trợ. Nhằm nâng đỡ tổng trạng và điều trị các vấn đề khác do nhiễm phóng xạ như:

Nhiễm khuẩn;

Đau đầu;

Sốt;

Tiêu chảy;

Buồn nôn và nôn;

Mất nước;

Bỏng;

Loét.

Đối với những người bệnh đã hấp thụ lượng phóng xạ rất lớn thì sẽ có rất ít cơ hội phục hồi. Tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh, người bệnh có thể tử vong trong vòng hai ngày hoặc hai tuần. Do đó, đối với những trường hợp này, người bệnh sẽ được sử dụng thuốc để kiểm soát cơn đau, buồn nôn, nôn, tiêu chảy và chăm sóc tâm lý.

Nhiễm phóng xạlà một tình trạng nguy hiểm, gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới tính mạng và sức khỏe. Do đó tìm hiểu về bệnh và biết cách phòng tránh là một điều cần thiết. Trên đây, YouMed đã cung cấp cho bạn những điều cần biết về bệnh phóng xạ. Thông tin chỉ mang tính chất tham khảo. Hãy đến cơ sở y tế nếu bạn rơi vào tình huống trên.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-teo-da-he-thong-msa-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Bệnh teo đa hệ thống là gì?

Những dấu hiệu và triệu chứng teo đa hệ thống là gì?

Khi nào bạn nên đến gặp bác sĩ?

Nguyên nhân nào gây bệnh teo đa hệ thống?

Biến chứng bệnh teo đa hệ thống gồm những gì?

Chẩn đoán bệnh teo đa hệ thống như thế nào?

Những phương pháp nào giúp điều trị bệnh teo đa hệ thống?

Bệnh teo đa hệ thống (MSA) là một rối loạn thoái hóa thần kinh hiếm gặp. Triệu chứng bệnh rất đa dạng, và có thể đe dọa tử vong. Vậy bệnh này có thể được điều trị khỏi hoàn toàn không? Hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn tìm hiểu nhé.

Bệnh teo đa hệ thống (MSA) là một rối loạn thoái hóa thần kinh hiếm gặp. Chúng ảnh hưởng đến các hệ thần kinh tự chủ. Chúng chi phối huyết áp, nhịp thở, chức năng bàng quang và kiểm soát cơ bắp.

Trước đây, bệnh còn được biết đến dưới tên là hội chứng Shy-Drager. Teo đa hệ thống có triệu chứng giốngbệnh Parkinson, như di chuyển chậm, cứng cơ và giảm khả năng giữ thăng bằng.

Điều trị bệnh teo đa hệ thống gồm thuốc và thay đổi lối sống. Tuy chúng không điều trị triệt để bệnh nhưng có thể giúp giảm triệu chứng. Bệnh sẽ diễn tiến nặng dần và có thể đe dọa tính mạng.

Bệnh teo đa hệ thống (MSA) ảnh hưởng đến nhiều cơ quan. Các triệu chứng thường xuất hiện ở tuổi trưởng thành, thường là ở độ tuổi 50 hoặc 60.

Bệnh được chia theo hai loại: thể Parkinson và thể tiểu não. Tùy thuộc vào loại teo đa hệ thống mà có các triệu chứng bệnh khác nhau.

Đây là loại teo đa hệ thống phổ biến nhất. Các dấu hiệu và triệu chứng tương tự như bệnh Parkinson, bao gồm:

Cứng cơ.

Khó gập duỗi tay chân.

Cử động tay chân chậm.

Run rẩy (ít xuất hiện ở bệnh nhân MSA như bệnh nhân mắc Parkinson).

Gặp khó khăn khi thay đổi tư thế và thăng bằng.

Các dấu hiệu và triệu chứng chính của tình trạng này là những vấn đề về khả năng phối hợp cơ bắp (mất khả năng điều hòa). Ngoài ra, người bệnh cũng có thể có:

Giảm khả năng chuyển động và phối hợp, chẳng hạn như dáng đi mất vững và mất thăng bằng.

Nói chậm hoặc nói nhỏ (chứng khó đọc).

Rối loạn thị giác, chẳng hạn như nhìn mờ hoặc song thị và khó giữ mắt nhìn cố định.

Khó nuốt hoặc khó nhai.

Ngoài các triệu chứng kể trên, một số triệu chứng thường gặp của bệnh teo đa cơ quan:

Hạ huyết áp tư thế. Huyết áp giảm khi thay đổi tư thế sẽ khiến bạn cảm thấy chóng mặt hoặc choáng váng, thậm chí là ngất xỉu.

Đôi khi, người bệnh cũng có thể tăng huyết áp đến ngưỡng nguy hiểm khi nằm .

Teo đa hệ thống có thể gây ra những tình trạng bất thường ở hệ thần kinh tự chủ, bao gồm:

Táo bón.

Mất kiểm soát bàng quang hoặc ruột (không tự chủ).

Giảm tiết mồ hôi, nước mắt và nước bọt.

Mất khả năng dung nạp nhiệt độ do giảm tiết mồ hôi.

Kiểm soát nhiệt độ cơ thể kém, thường khiến người bệnh lạnh tay hoặc chân.

Thường mệt mỏi sau khi thức dậy.

Khó thở về đêm.

Không có khả năng để đạt được cực khoái hoặc duy trì khả năng cương cứng dương vật (suy giảm khả năng tình dục).

Mất ham muốn tình dục.

Thay đổi màu sắc ở tay và chân nguyên do bởi tình trạng giảm tưới máu.

Tay chân lạnh.

Khó kiểm soát cảm xúc, như cười hay khóc không hợp lí.

Nếu bạn có bất cứ dấu hiệu hay triệu chứng có thể gặp ở bệnh teo đa hệ thống, bạn hãy nhanh chóng đến gặp bác sĩ ngay. Bác sĩ sẽ giúp đánh giá và chẩn đoán chính xác bệnh bạn đang mắc. Nếu bạn đã được chẩn đoán mắc bệnh teo đa hệ thống, bạn hãy đến bệnh viện ngay nếu có xuất hiện các triệu chứng mới hoặc các triệu chứng bệnh trở nên nghiêm trọng hơn.

Các chuyên gia vẫn không rõ nguyên nhân chính xác gây teo đa hệ thống. Họ vẫn đang nghiên cứu để xem liệu di truyền hay môi trường có ảnh hưởng đến tiến trình bệnh không. Tuy nhiên, hiện vẫn không có bằng chứng đáng kể nào hỗ trợ các giả thuyết này.

Teo đa hệ thống gây tổn hại và co rút (teo) các phần của não bộ (tiểu não, hạch nền và thân não). Đây là các vùng não giúp điều hòa các chức năng bên trong cơ thể, tiêu hóa và kiểm soát vận động.

Dưới kính hiển vi, vùng não bị tổn thương của những người bệnh cho thấy các tế bào thần kinh có chứa một protein bất thường gọi là alpha-synuclein. Một số nghiên cứu cho thấy protein này có biểu hiện ra các triệu chứng của bệnh teo đa hệ thống.

Diễn tiến bệnh MSA rất phức tạp, nhưng bệnh thường không thuyên giảm. Bệnh diễn tiến nặng dần và có thể làm ảnh hưởng đến các hoạt động hằng ngày của người bệnh.

Khó thở trong lúc ngủ.

Chấn thương do té ngã do giảm khả năng thăng bằng và do ngất.

Do người bệnh có thể nằm liệt tại giường nên có thể gặp xuất hiện tổn trên da.

Mất khả năng tự chăm sóc ở thể.

Liệt dây thanh, ảnh hưởng đến giọng nói và khó thở.

Khó nuốt tăng dần.

Thông thường người bệnh có thể sống 7 đến 10 năm sau khi có triệu chứng đầu tiên của bệnh teo đa cơ xuất hiện. Tuy nhiên, thời gian sống còn của người mắc MSA rất khác nhau ở từng cá nhân. Một số trường hợp hiếm gặp, người bệnh có thể sống đến 15 năm hoặc lâu hơn. Tử vong thường do suy hô hấp.

Chẩn đoán bệnh teo đa hệ thống (MSA) có thể khó khăn. Một số dấu hiệu và triệu chứng của bệnh – như cứng cơ và dáng đi bất thường – cũng xảy ra với các rối loạn khác, như bệnh Parkinson. Do đó, việc chẩn đoán có thể khó khăn hơn. Việc khám lâm sàng, với các xét nghiệm tự động và hình ảnh khác nhau, có thể giúp bác sĩ xác định liệu người bệnh có bị teo đa hệ thống không.

Ngoài ra, bác sĩ cũng có thể đề nghị thêm các xét nghiệm khác để xác định các triệu chứng của bạn có phải do teo đa hệ thống gây ra không.

Nếu bác sĩ nghi ngờ bạn mắc bệnh teo đa hệ thống, họ sẽ hỏi bệnh sử, yêu cầu bạn làm thêm xét nghiệm máu và chẩn đoán hình ảnh học não, chẳng hạn như MRI, để xác định xem bạn có thực sự MSA hay không.

Xét nghiệm này có thể giúp bác sĩ xác định xem bạn có bất thường trong điều hòa huyết áp không. Đây là một quy tình, bạn nằm trên một bàn phằng. Bàn sẽ được nghiên dần đến góc 70 độ.

Trong quá trình thực hiện nghiệm pháp bàn nghiêng, bác sĩ sẽ theo dõi huyết áp và nhịp tim của bạn.

Các bác sĩ có thể yêu cầu các xét nghiệm khác để đánh giá các chức năng tự chủ của cơ thể, bao gồm:

Đo huyết áp khi người bệnh ở tư thế nằm và đứng.

Bài kiểm tra đánh giá mức độ tiết mồ hôi của cơ thể.

Các xét nghiệm để đánh giá chức năng bàng quang và ruột.

Điện tâm đồ để theo dõi điện tim.

Ngoài ra, nếu bạn có các bất thường khi ngủ, như là ngủ ngáy hoặc bất thường đường thở, bác sĩ có thể đề nghị làm đánh giá giấc ngủ. Điều này có thể giúp bác sĩ chẩn đoán rối loạn giấc ngủ tiềm ẩn, chẳng hạn như bệnh ngưng thở khi ngủ, và có phương pháp điều trị thích hợp.

Thực tế, không có cách chữa khỏi hoàn toàn bệnh teo đa hệ thống. Mục đích điều trị chủ yếu là giảm triệu chứng, từ đó giúp người bệnh nâng cao chất lượng sống và duy trì chức năng các cơ quan.

Để điều trị các dấu hiệu bệnh cụ thể, bác sĩ đưa ra một số phương án điều trị sau:

Fludrocortisone (corticosteroid)và các loại thuốc khác có thể giúp nâng huyết áp lên. Nguyên do là corticosteroid giúp cơ thể giữ muối và nước nhiều hơn.

Thuốc pyridostigminecó thể nâng huyết áp khi ở tư thế đứng mà không làm tăng huyết áp khi bạn đang nằm.

Midodrinecó thể giúp nâng huyết áp lên một cách nhanh chóng. Tuy nhiên, Midodrine cần được kê toa và sử dụng cực kì cẩn thận vì có thể làm huyết áp tăng cao khi nằm. Do đó, trong vòng 4 giờ sau khi dùng thuốc người bệnh không nên nằm.

FDA đã phê duyệt droxidopađể điều trị hạ huyết áp tư thế. Tuy nhiên, thuốc có thể khiến người bệnh đau đầu, chóng mặt và buồn nôn.

Một số loại thuốc được sử dụng để điều trị bệnh Parkinson, như levodopa kết hợp với carbidopa, có thể được dùng giúp làm giảm các dấu hiệu và triệu chứng giống bệnh Parkinson, chẳng hạn như cứng khớp Tuy nhiên, không phải tất cả mọi bệnh nhân mắc teo đa hệ thống đều đáp ứng tốt với thuốc trị Parkinson. Ngoài ra, các thuốc này có thể giảm hiệu quả sau một vài năm.

Để điều trị rối loạn cương dương, bác sĩ có thể chỉ một số loại thuốc, như sildenafil (Viagra).

Biên tập bởi:Thạc sĩ, Dược sĩ Phan Tiểu Long

Nếu bạn gặp khó khăn khi nuốt, hãy thử ăn thức ăn mềm hơn. Nếu tình trạng khó nuốt hoặc khó thở ngày càng nặng dần, bạn có thể sẽ được cho ăn bằng ống thông.

Nếu bạn đang gặp vấn đề kiểm soát bàng quang, thuốc có thể có hiệu quả trong giai đoạn sớm của bệnh. Tuy nhiên, khi bệnh tiến triển nặng, bạn có thể cần phải đặt một ống thông mềm vào bàng quang vĩnh viễn để dẫn nước tiểu ra ngoài.

Chuyên gia vật lý trị liệu có thể giúp bạn duy trì khả năng vận động và cơ bắp ở ngưỡng tốt nhất có thể.

Ngoài ra, chuyên gia về ngôn ngữ học có thể giúp bạn cải thiện hoặc duy trì giọng nói của mình.

Các bác sĩ thường khuyên thực hiện các biện pháp sau để giảm bớt các triệu chứng bệnh như:

Chế độ ăn giúp nâng huyết áp lên. Bạn có thể thêm một chút muối vào bữa ăn và uống nhiều nước hơn. Muối và nước có thể làm tăng thể tích máu và tăng huyết áp. Ngoài ra, cà phê và các đồ uống chứa caffeine khác cũng giúp tăng huyết áp.

Kê đầu cao khi ngủ.Nâng đầu cao lên một góc 30° sẽ giúp bạn không bị tăng huyết áp quá nhiều khi ngủ. Ngoài ra, khi thức dậy, bạn nên chuyển tư thế nằm sang ngồi một cách thật chậm rãi.

Chế độ ăn uống lành mạnh.Bổ sung nhiều chất xơ vào chế độ ăn uống để giảm táo bón. Bạn cũng có thể sử dụng thuốc nhuận tràng không cần kê đơn. Ngoài ra, bạn nên chia nhỏ các bữa ăn, và ăn ít carbohydrate.

Tránh ở nơi quá nóng. Tốt nhất, bạn nên ở trong phòng có máy lạnh vào những ngày trời quá nóng.Ngoài ra bạn cũng cần tránh để nhiệt độ nước quá cao khi tắm.

Cân nhắc mang vớ áp lực. Chúng sẽ giúp bạn giảm nguy cơ hạ huyết áp quá đột ngột.

Bệnh teo đa hệ thốnglà một bệnh lí hiếm gặp. Đến nay các chuyên gia vẫn chưa hiểu rõ hết cơ chế bệnh sinh của bệnh. Biểu hiện bệnh rất phức tạp, đôi khi xuất hiện ở toàn thân, diễn tiến nặng dần và có thể đe dọa tính mạng người mắc. Do đó, khi nghi ngờ bản thân mắc bệnh này, bạn hãy đi khám bác sĩ ngay nhé. Mong rằng những thông tin từ bài viết của Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn sẽ giúp ích cho bạn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-than-iga/

Nội dung bài viết

Bệnh Thận IgA là gì?

Triệu chứng của bệnh thận IgA

Nguyên nhân bệnh thận IgA

Các yếu tố tăng nguy cơ nhiễm bệnh

Cách điều trị bệnh thận IgA

Các biến chứng

Cách phòng ngừa mắc bệnh thận IgA

Trong các bệnh lý về thận thì bệnh thận IgA là bệnh lý khá hiếm gặp. Các triệu chứng của bệnh đa số không thể hiện rõ nên dễ bị bỏ qua. Nhưng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm. Bài viết dưới đây của ThS.BS Trần Quốc Phong sẽ cung cấp cho bạn đọc các thông tin chung về bệnh cũng như cách điều trị và phòng ngừa bệnh thận IgA.

Bệnh thận IgA còn được gọi là bệnh Berger. Đây là một bệnh lý của thận xảy ra khi kháng thể immunoglobulin A (IgA) bị tích tụ nhiều trongthận. Sự tích tụ này dẫn đến tình trạng viêm cục bộ. Theo thời gian có thể khiến thận bị ảnh hưởng, làm cản trở khả năng lọc máu của thận.

Bệnh thận IgA thường tiến triển chậm trong vài năm. Diễn tiến của bệnh khác nhau tùy cơ địa mỗi người. Không có cách điều trị hoàn toàn bệnh thận IgA, nhưng một số loại thuốc có thể làm chậm quá trình bệnh.

Ở giai đoạn đầu, bệnh thận IgA có thể không có triệu chứng. Các triệu chứng có thể tiềm ẩn trong nhiều năm. Các triệu chứng nếu có xuất hiện thì phổ biến nhất là tiểu máu.

Tiểu ra máu là dấu hiệu của cầu thận bị tổn thương. Lượng máu có thể nhìn thấy bằng mắt thường. Nước tiểu có thể chuyển sang màu hồng đỏ (màu của hồng cầu) hoặc màu của trà, cola.

Triệu chứng khác của bệnh thận IgA là có albumin trong nước tiểu. Albumin là protein chính trong máu. Bình thường, albumin không qua được màng lọc cầu thận và không có trong nước tiểu. Tuy nhiên, khi các cầu thận bị tổn thương, một lượng lớn protein sẽ thoát ra ngoài vào nước tiểu.

Khi albumin ra ngoài qua nước tiểu, máu sẽ mất khả năng hấp thụ chất lỏng từ cơ thể. Do đó, các chất lỏng bị ứ đọng lại gây phù. Phù thường thấy ở chân, bàn chân hoặc mắt cá chân.

Nước tiểu có bọt là một dấu hiệu khác của tình trạng albumin niệu. Một số bệnh nhân bịbệnh thận IgAcó cả tiểu máu và tiểu albumin (tiểu đạm)

Sau 10 đến 20 năm từ khi mắc bệnh, khoảng 20 – 40% người lớn phát triển bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

Các dấu hiệu và triệu chứng củabệnh thậngiai đoạn cuối có thể có:

Tăng huyết áp.

Thiểu niệu, vô niệu

Phù chân.

Ngứa, tê toàn thân.

Chán ăn, giảm cân.

Buồn nôn và nôn

Da sạm đen.

Chuột rút cơ.

Immunoglobulin A (IgA) là một kháng thể quan trọng trong hệ thống miễn dịch. Chúng có vai trò cách tấn công các mầm bệnh xâm nhập và chống lại sự nhiễm trùng. Nhưng trong bệnh thận IgA, kháng thể này tích tụ nhiều các cầu thận, gây ra viêm (viêm cầu thận) và dần dần ảnh hưởng đến khả năng lọc của chúng.

Các nhà nghiên cứu không biết chính xác nguyên nhân gây ra lắng đọng IgA trong thận là gì. Tuy nhiên nghiên cứu cho rằng sự lắng đọng này có thể liên quan đến một số vấn đề sau:

Do gen: Bệnh thận IgA phổ biến hơn ở một số gia đình và ở một số nhóm dân tộc nhất định.

Các bệnh về gan như xơ gan,viêm gan B, C.

Bệnh tiêu chảy. Ăn gluten (một loại protein có trong hầu hết các loại ngũ cốc) có thể gây ra tình trạng này.

Nhiễm trùng. Có thể do HIV và một số bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn khác.

Như đã nói, nguyên nhân chính xác của bệnh thận IgA chưa được biết rõ.  Tuy nhiên, các yếu tố sau có thể làm tăng nguy cơ phát triển tình trạng này:

Dân tộc. Bệnh thận IgA phổ biến hơn ở người da trắng và châu Á hơn là ở người da đen.

Tuổi tác. Bệnh thận IgA thường phát triển ở độ tuổi thanh thiếu niên và dưới 30 tuổi.

Tiền sử gia đình. Gia đình có người mắc bệnh thận IgA  thì các thành viên khác có nguy cơ cao mắc bệnh này.

Nghiên cứu vẫn chưa tìm ra phương pháp chữa trị cụ thể cho bệnh thận IgA. Do đó, mục tiêu cuối cùng của việc điều trị là ngăn ngừa hoặc trì hoãn bệnh thận giai đoạn cuối bằng cách:

Bác sĩ có thể kê đơn thuốc lợi tiểu, một loại thuốc giúp thận loại bỏ thêm chất lỏng ra khỏi máu làm giảm tình trạng phù. Giảm phù có thể kiểm soát tình trạng tăng huyết áp. Dùng thuốc lợi tiểu cùng với thuốc ức chế men chuyển hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin thường làm tăng hiệu quả của thuốc lợi tiểu.

Đôi khi bác sĩ có thể sử dụng thuốc để ức chế hệ thống miễn dịch. Do viêm là đáp ứng bình thường của hệ thống miễn dịch. Việc ức chế hệ miễn dịch có thể làm giảm viêm. Một số thuốc ức chế miễn dịch là:

Corticosteroid, phổ biến là prednisone.

Cyclophosphamide.

Những người mắcbệnh thận IgAcó thể tăng cholesterol máu. Cholesterol là một loại chất béo được tìm thấy trong hầu hết các tế bào của cơ thể. Một trong một số loại thuốc làm giảm cholesterol là statin.

Quá trình diễn tiến của bệnh khác nhau ở từng người. Một số người mắc bệnh trong nhiều năm với ít hoặc không có biến chứng gì. Một số trường hợp có thể phát triển một hoặc nhiều biến chứng sau:

Tăng huyết áp: Lắng đọng IgA có thể làm tăng huyết áp và gây tổn thương thêm cho thận.

Cholesterol cao: Mức cholesterol cao có thể làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý về tim mạch.

Suy thận cấp: Thận mất khả năng lọc do lắng đọng IgA, các chất thải tích tụ nhanh chóng trong máu. Lâu dần thận không được cấp máu đủ gây suy thận cấp.

Bệnh thận mạn: Bệnh thận IgA có thể khiến thận dần dần ngừng hoạt động. Sau đó, bệnh nhân cần lọc máu vĩnh viễn hoặc ghép thận để sống.

Hội chứng thận hư: Đây là một nhóm các vấn đề gây ra do tổn thương cầu thận bao gồm: protein niệu cao, protein máu thấp, cholesterol, lipid cao, và phù mi mắt, bàn chân, chướng bụng.

Chế độ ăn uống và dinh dưỡng đóng một vai trò trong việc làm mắc bệnh hoặc ngăn ngừabệnh thận IgA. Bác sĩ có thể khuyến nghị những người bị bệnh thận, cụ thể là bệnh thận IgA bằng cách:

Hạn chế natri trong chế độ ăn, chủ yếu là muối để giúp giảm phù và giảm huyết áp.

Ăn chế độ ăn ít chất béo bão hòa và cholesterol để giúp kiểm soát nồng độ lipid, hoặc chất béo trong máu

Ăn vừa phải hoặc giảm lượng protein, mặc dù lợi ích của việc giảm protein trong chế độ ăn vẫn đang được nghiên cứu. Protein phân hủy thành các chất thải mà thận phải lọc từ máu. Ăn nhiều protein hơn nhu cầu của cơ thể có thể tạo gánh nặng cho thận và khiến chức năng thận suy giảm nhanh hơn. Tuy nhiên, lượng protein quá thấp có thể dẫn đến suy dinh dưỡng. Những người bệnh thận theo chế độ ăn hạn chế protein cần được xét nghiệm máu để đánh giá tình trạng dinh dưỡng.

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng chất bổ sung dầu cá có chứa axit béoomega-3có thể làm chậm quá trình tổn thương thận ở một số người mắc bệnh thận bằng cách giảm huyết áp. Omega-3 có thể giúp giảm viêm và làm chậm tổn thương thận.

Những người bị bệnh thận IgA nên tham khảo ý kiến bác sĩ về những thay đổi trong chế độ ăn uống để quản lý tốt nhất nhu cầu cá nhân của mình.

Trên đây là bài viết của YouMed vềbệnh thận IgAvà một số vấn đề liên quan khác. Nhìn chung bệnh khá hiếm gặp và thường không có triệu chứng trong giai đoạn đầu. Tuy nhiên nếu không được chẩn đoán và điều trị có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm. Phòng ngừa bệnh lý này bằng cách thay đổi chế độ ăn uống bằng chế độ ăn ít muối. Nếu có bất cứ vấn đề gì hoặc thấy các triệu chứng của bệnh, bạn nên đi khám bác sĩ để được tư vấn và điều trị.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-than-lupus-bieu-hien-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Thận có chức năng gì?

Bệnh thận lupus là gì?

Lupus ban đỏ hệ thống và bệnh thân lupus phổ biến như thế nào?

Nguyên nhân nào gây ra bệnh viêm thận lupus?

Các triệu chứng của bệnh thận lupus là gì?

Các biến chứng của bệnh bệnh thận lupus là gì?

Những xét nghiệm để chẩn đoán bệnh cầu thận?

Điều trị bệnh lupus như thế nào?

Các phương pháp điều trị này có tác dụng phụ không?

Bệnh thận lupus là một loại bệnh thận do lupus ban đỏ hệ thống gây ra. Lupus là một bệnh tự miễn trong đó hệ thống miễn dịch của cơ thể tấn công các tế bào và cơ quan của chính cơ thể. Bệnh thận lupus có thể trở nên tồi tệ hơn theo thời gian và dẫn đến suy thận. Nếu thận bị suy sẽ cần chạy thận hoặc ghép thận để duy trì sự sống.

Chức năng chính của thận là lọc máu và loại bỏ chất thải ra khỏi máu để tạo thành nước tiểu. Để giữ cho cơ thể hoạt động bình thường, thận sẽ cân bằng muối và khoáng chất như canxi, phốt pho, natri và kali lưu hành trong máu. Ngoài ra, thận cũng tiết ra các hormone giúp kiểm soát huyết áp, kích thích tủy xương tạo tế bào hồng cầu.

Tham khảo thêm:Thận và những thông tin có thể bạn chưa biết

Có hai loại lupus.Bệnh lupus ban đỏ hệ thống(SLE) là một dạng bệnh lupus có thể gây tổn thương cho da, khớp, thận và não và có thể gây tử vong. Một dạng khác của bệnh lupus được gọi là lupus ban đỏ dạng đĩa, chỉ ảnh hưởng đến da.

Bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE) nếu ảnh hưởng đến thận được gọi là bệnh thận lupus. Lupus là một bệnh tự miễn, có nghĩa là hệ thống miễn dịch bình thường bảo vệ cơ thể khỏi bệnh tật, lại quay lại chống lại cơ thể. Tình trạng này làm tổn thương cho các cơ quan và mô bao gồm cả thận.

Bệnh thận lupus gây viêm các mạch máu nhỏ lọc chất thải bên trong thận, còn được gọi là cầu thận. Hệ thống miễn dịch tấn công chúng như thể tấn công một căn bệnh.

Bệnh thường phát triển trong vòng 5 năm đầu tiên sau khi các triệu chứng của bệnh lupus bắt đầu. Nó thường ảnh hưởng đến những người từ 20 đến 40 tuổi. Trong giai đoạn đầu của bệnh, thường không có biểu hiện triệu chứng gì rõ ràng. Thường thì các triệu chứng đầu tiên là tăng cân do phù ở bàn chân, mắt cá chân, cẳng chân, bàn tay và mí mắt. Ngoài ra, nước tiểu có thể có bọt hoặc tiểu màu đỏ. Tuy nhiên, các dấu hiệu đầu tiên của bện thường chỉ thấy khi xét nghiệm phân tích nước tiểu có bất thường.

Người ta ước tính rằng có tới 60% tất cả những người mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE) sẽ phát triển bệnh thận lupus, đặc trưng bởi các biến chứng thận cần được đánh giá và điều trị. Có đến 25% những người mắc bệnh này sẽ phát triển thành bệnh thận giai đoạn cuối (suy thận).

Lupus thường gặp ở phụ nữ hơn là nam giới và thường xảy ra nhất ở độ tuổi sinh sản. Cứ 10 người thì có 9 người bị lupus là phụ nữ. Lupus cũng phổ biến hơn ở những người gốc Phi hoặc Châu Á. Người Mỹ gốc Phi và người Mỹ gốc Á có nguy cơ mắc bệnh lupus cao hơn người da trắng khoảng 2 đến 3 lần. Tại Hoa Kỳ, cứ 250 phụ nữ Mỹ gốc Phi thì có 1 người mắc bệnh lupus.

Tổn thương thận là một trong những vấn đề sức khỏe phổ biến do bệnh lupus gây ra. Ở người lớn mắc bệnh lupus, cứ 10 người thì có tới 5 người bị bệnh thận. Ở trẻ em bị lupus, 8 trong số 10 trẻ sẽ bị bệnh thận.

Người Mỹ gốc Phi, người gốc Tây Ban Nha / người Latinh và người Mỹ gốc Á có nhiều khả năng bị viêm thận lupus hơn người da trắng. Viêm thận lupus thường gặp ở nam nhiều hơn nữ.

Hiện nay nguyên nhân của bệnh chưa được biết rõ. Các chuyên gia cho rằng tiền sử gia đình và  môi trường sống như bị viêm nhiễm, vi rút, hóa chất độc hại hoặc tiếp xúc với chất ô nhiễm (khói xe, khói nhà máy) có thể đóng một vai trò trong việc gây ra bệnh. Đàn ông và phụ nữ ở mọi lứa tuổi và chủng tộc đều có thể mắc bệnh lupus. Tuy nhiên, khoảng 90% những người được chẩn đoán mắc bệnh lupus là phụ nữ.

Bệnh thận lupus có thể gây ra nhiều triệu chứng và khác nhau ở mỗi người. Các triệu chứng của bệnh bao gồm:

Có máu trong nước tiểu ( tiểu ra máu ): Tổn thương cầu thận có thể làm cầu thận rò rỉ máu vào nước tiểu. Nước tiểu có thể có màu hồng hoặc màu nâu nhạt.

Protein trong nước tiểu (protein niệu): Bình thường có rất ít protein trong nước tiểu. Khi cầu thận bị tổn thương, sẽ rò rỉ protein từ dòng máu vào nước tiểu. Protein trong nước tiểu quá nhiều sẽ biểu hiện tiểu bọt.

Phù: Do tụ dịch bên trong cơ thể, thường bệnh nhân sẽ phù ở những vùng như bàn chân, mắt cá chân, mí mắt.

Tăng cân.

Huyết áp cao.

Hiện nay, việc điều trị tích cực có tác dụng kiểm soát tốt bệnh thận lupus vì vậy đã hạn chế biến chứng xảy ra.

Nếu không được điều trị và kiểm soát tốt, từ 10 đến 30 phần trăm những người bị bệnh này phát triển thành suy thận.

Dạng bệnh thận lupus nghiêm trọng nhất, được gọi là viêm cầu thận tăng sinh lan tỏa, có thể hình thành sẹo ở thận. Sẹo sẽ tồn tại vĩnh viễn, càng nhiều sẹo hình thành thì chức năng thận càng suy giảm. Mặc dù vậy, việc chẩn đoán và điều trị sớm có thể giúp ngăn ngừa tổn thương lâu dài.

Những người bị bệnh này có nguy cơ cao bị ung thư, chủ yếu là ung thư hạch bạch huyết tế bào lympho B – tế bào của hệ thống miễn dịch. Họ cũng có nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch.

Thận lọc chất thải của cơ thể ra bên ngoài qua nước tiểu. Do đó, xét nghiệm phân tích nước tiểu có thể cho thấy bất kỳ vấn đề nào về cách hoạt động của thận.

Xem thêm:Màu nước tiểu phản ánh sức khỏe của bạn như thế nào?

Đây là thủ thuật sẽ đâm một cây kim rất mỏng và dài qua da ở sau lưng và đâm đến thận. Từ đây sẽ lấy một mẫu mô ở thận để kiểm tra dưới kính hiển vi giúp xác định mức độ viêm hoặc sẹo của thận.

Xét nghiệm creatinine máu, ure máu để đánh giá chức năng thận. Creatinine máu được xem như là chất thải và thận sẽ loại bỏ ra ngoài cơ thể. Khi nồng độ creatine trong máu tăng cao, chứng tỏ chức năng thận bị suy giảm. Nồng độ creatinine máu tăng tỉ lệ thuận với sự suy giảm chức năng thận.

Kiểm tra các kháng thể kháng phospholipid và kháng thể kháng hạt nhân (ANA) ít nhất một lần trong thời gian mắc bệnh.

Xem thêm:Những thông tin cần biết về xét nghiệm chức năng thận

Lupus được điều trị bằng các loại thuốc ngăn chặn hệ thống miễn dịch của cơ thể. Chúng bao gồm các loại thuốc như steroid (corticosteroid) và thuốc chống sốt rét. Thông thường, điều trị viêm thận lupus bao gồm:

Corticosteroid (thường được gọi là “steroid”).

Thuốc ức chế miễn dịch.

Thuốc ức chế men chuyển và ARB.

Thuốc lợi tiểu.

Thay đổi chế độ ăn uống.

Corticosteroid và thuốc ức chế miễn dịch: Những loại thuốc này được sử dụng để làm giảm hệ thống miễn dịch và ngăn nó tấn công làm tổn thương cầu thận.

Thuốc ức chế ACE và ARB: Đây là những loại thuốc hạ huyết áp được sử dụng để giảm mất protein trong máu và kiểm soát huyết áp.

Thuốc lợi tiểu: Nhóm loại thuốc này giúp cơ thể bớt tích tụ dịch, nó cũng được dùng để hạ huyết áp.

Thay đổi chế độ ăn uống:  bao gồm chế độ ăn giảm muối (natri) và giảm đạm để giảm tải chất thải cho thận.

Mỗi loại thuốc trong bất kỳ phương pháp điều trị nào đều có thể có tác dụng phụ riêng. Tuy nhiên, những tác dụng phụ này thường không đáng kể với hầu hết bệnh nhân.

Nếu bạn là một phụ nữ bị bệnh thận lupus và muốn có con, nên cần được tư vấn của bác sỹ về ảnh hưởng của việc điều trị trong quá trình mang thai.

Hầu hết bệnh nhân khi được điều trị và kiểm soát đều có tuổi thọ sống gần như bình thường. Tuy nhiên, có thể cần dùng thuốc trong nhiều năm. Với những người có bệnh lupus ít bùng phát hoặc ít triệu chứng cũng cần nên đi khám sức khỏe định kỳ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-than-man-dien-tien-am-tham-khong-duoc-chu-quan/

Nội dung bài viết

Đặc điểm và chức năng của thận

Định nghĩa và chẩn đoán bệnh thận mạn

Nguyên nhân bệnh thận mạn

Tốc độ tiến triển bệnh thận mạn

Triệu chứng

Biến chứng

Điều trị bệnh thận mạn

Tầm soát bệnh thận mạn

Bệnh thận ngày càng phổ biến trong cộng đồng, trong khi nhận thức của người dân về vấn đề này chưa cao. Nguyên nhân chủ yếu dẫn đến bệnh thận mạn là do các bệnh lý tại thận, tăng huyết áp và đái tháo đường. Bệnh thận mạn tuy diễn tiến mạn tính, âm ỉ, nhưng thường không hồi phục và người bệnh phải dùng các biện pháp điều trị thay thế thận. Hiểu biết về bệnh lý này sẽ giúp bạn chủ động hơn trong việc tầm soát, chẩn đoán và điều trị bệnh.

Người bình thường có haithậnnằm ở phía sau trên khoang bụng từ đốt sống ngực 12 đến thắt lưng 3. Mỗi thận nặng khoảng 150 gam, kích thước (12 x 6 x 3 cm), hình quả đậu.

Thận có chức năng nội tiết và ngoại tiết:

Ngoại tiết

Thận là một cơ quan thuộc hệ tiết niệu, có nhiệm vụ sản xuất ra nước tiểu để đào thải các chất thải độc hại ra khỏi cơ thể. Ngoài ra, thận còn đảm nhiệm nhiều chức năng quan trọng khác như giữ cho môi trường bên trong cơ thể luôn ổn định về nước, điện giải, khoáng chất, kiềm toan.

Nội tiết

Tiết renin: điều hòa huyết áp.

Tiết erythropoietine: kích tạo hồng cầu.

Chuyển hóa vitamin D, tạo calcitriol (D3).

Nếu chức năng thận bị suy yếu, các chất thải độc hại tích tụ lại trong cơ thể, môi trường xáo trộn, gây ra nhiều biến chứng nặng nề. Khi suy thận diễn ra cấp tính, nếu được phát hiện và điều trị kịp thời, chức năng thận có thể hồi phục và người bệnh có thể hoàn toàn khỏe mạnh, trở về với cuộc sống hằng ngày. Tuy nhiên, nếu bệnh diễn tiến mạn tính thì chức năng thận sẽ không thể hồi phục.

Bệnh thận mạn là những bất thường về cấu trúc và chức năng thận kéo dài trên 3 tháng, ảnh hưởng lên sức khỏe của bệnh nhân.

Tần suất bệnh thận mạn trong cộng đồng theo nghiên cứu NHANES III (Third National Health and Nutrition Examination Survey) của Hoa Kỳ tiến hành trên 15.625 người trường thành trên 20 tuổi, công bố năm 2007 là 13%, hoặc cứ mỗi 10 người sẽ có 1 người bệnh thận mạn.

Bệnh thận thường diễn tiến âm thầm đến giai đọan cuối. Suy thận mạn giai đọan cuối (End stage Renal Disease) là giai đọan nặng nhất của suy thận mạn, mà bệnh nhân không thể sống tiếp nếu không điều trị thay thế thận.

Chẩn đoán dựa vào 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

1. Tổn thương thận kèm hoặc không kèm giảm độ lọc cầu thận (eGFR) kéo dài trên 3 tháng.

Bất thường bệnh học mô thận dựa trên kết quả sinh thiết thận.

Dấu chứng tổn thương thận:

Bất thường nước tiểu kéo dài. Kết quả xét nghiệm nước tiểu cho thấy có tiểu đạm, tiếu máu.

Bất thường sinh hóa máu. Kết quả điện giải đồ thể hiện bất thường ở ống thận.

Bất thường hình ảnh học. Kết quả siêu âm bụng cho thấy thận teo hay các tổn thương thận khác

2. Giảm GFR < 60 ml/phút/1,73 m2 da kéo dài trên 3 tháng kèm hoặc không kèm tổn thương thận

Cầu thận

Bệnh cầu thận sang thương tối thiểu

Bệnh cầu thận màng…

Xem thêm:Viêm cầu thận: nguyên nhân, triệu chứng và cách điều trị

Bệnh ống thận mô kẽ

Nhiễm trùng tiểu.

Bệnh thận tắc nghẽn, sỏi niệu.

Bệnh mạch máu thận

Viêm mạch máu do ANCA.

Loạn dưỡng xơ cơ.

Bệnh nang thận và bệnh thận bẩm sinh

Thiểu sản thận

Nang tủy thận

Đái tháo đường.

Thuốc.

Bệnh ác tính.

Bệnh tự miễn.

Đa u tủy.

Xơ vữa động mạch.

Tăng huyết áp.

Thuyên tắc do cholesterol.

Bệnh thận đa nang.

Hội chứng Alport.

Theo sinh lý, sau 30 tuổi, trung bình một năm, độ lọc cầu thận giảm 1 ml/ph/l,73m2 da. Độ lọc cầu thận được gọi là giảm nhanh khi giảm mất > 4 ml/ph/1 năm. Việc đánh giá tốc độ giảm độ lọc cầu thận dựa vào theo dõi độ lọc cầu thận trong nhiều tháng, nhiều năm.

Các yếu tố ảnh hường lên tiển triển của bệnh thận mạn được phần thành hai nhóm chính là nhóm yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được và nhóm có thể thay đổi được.

Số nephron (đơn vị lọc thận) giảm dần theo tuổi, do quá trình lão hóa tự nhiên. Số nephron xơ hóa tăng lên 12% ờ người 70 tuổi, và 30% ở người 80 tuổi (trong khi ờ người trẻ chỉ 1%). Quá trình này dẫn đến giảm số nephron còn chức năng.

Nam tiến triển bệnh thận nhanh hơn nữ.

Người da đen mắc đái tháo đường có nguy cơ suy thận mạn giai đoạn cuối tăng gấp 2-3 lần so với người da trắng.

Số lượng nephron của mỗi cá thể được quyết định trong thời kỳ bào thai (từ 300.000 đến 1 triệu nephron trong mỗi thận). Sau sanh, số lượng nephron không được tăng thêm. Độ lọc cầu thận của trẻ em đạt giá trị tương đương người lớn sau 2 tuổi.

Trẻ sinh nhẹ cân (dưới 2.500 g), sinh thiếu tháng, mẹ dùng thuốc độc thận trong thai kỳ, bệnh của mẹ trong thời gian mang thai (tăng huyết áp, đái tháo đường…), mẹ hút thuốc lá sẽ có nguy cơ sinh con có ít nephron hơn bình thường. Trẻ có ít nephron, thận sẽ nhạy cảm và dễ bị tổn thương hơn.

Tiểu đạm càng nhiều thì tốc độ suy thận càng nhanh. Nhìn chung, tiểu đạm dưới 1 g/ngày, thì tốc độ giảm GFR là 1,7ml/ph/1,73 m2/năm, nhưng nếu tiểu đạm trên 3g/ngày, tốc độ giảm GFR tăng lên 8,3 ml/ph/1,73 m2/năm.

Đái tháo đường, bệnh cầu thận có diễn tiến suy thận nhanh hơn tăng huyết áp, bệnh ống thận mô kẽ.

Tổn thương lan tỏa càng nhiều, bệnh thận càng diễn tiến nhanh chừng đấy.

Tăng lipid máu.

Hút thuốc lá.

Thận có khả năng dự trữ lớn, và có khả năng bù trừ nên hiếm khi có triệu chứng lâm sàng. Trong giai đoạn sớm của bệnh, các dấu hiệu lâm sàng thường mơ hồ, không rõ rệt, chỉ được phát hiện qua xét nghiệm máu, nước tiểu và siêu âm

Một khi có triệu chứng lâm sàng thường đã trễ và trùng lắp các triệu chứng

Tiểu máu.

Phù.

Đau hông lưng.

Tiểu khó.

Tiểu gắt.

Thiếu máu.

Nhức đầu.

Buồn nôn, nôn.

Chán ăn.

Tiểu ít.

Hơi thở.

có mùi urê.

Khó thở…

Các biến chứng cùa bệnh thận mạn xuất hiện sớm từ giai đoạn 2 và số lượng biến chứng và độ nặng của biến chứng tăng dần khi bệnh thận mạn tiến triển nặng. Cần đánh giá biến chứng ở mọi bệnh nhân bệnh thận mạn có độ lọc cầu thận < 60ml/ph/1,73 m2 da.

Các biến chứng bao gồm:

Vừa là nguyên nhân, và biến chứng cùa bệnh thận mạn. Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch trên bệnh nhân bệnh thận mạn.

Theo WHO, thiếu máu khi Hb <13 g/L ở nam và <12 g/L ở nữ.

Dựa vào giảm albumin huyết thanh, cân nặng, bảng điểm đánh giá dinh dưỡng toàn diện chủ quan (subjective global assessment, SGA), chế độ dinh dưỡng.

Giảm calcium, tăng phospho, tăng PTH huyết thanh gây cường tuyến phó giáp thứ phát, giảm vitamine D, tổn thương xương.

Ngoại biên, trung ương, thần kinh vận động, cảm giác, hệ thần kinh thực vật

Rối loạn đi tiểu

Bất thường xét nghiệm hình ảnh

Điều trị bệnh kèm theo, làm chậm tiến triển

Giảm nguy cơ tim mạch

Điều trị cần đạt hiệu quả: cần đạt mục tiêu tối ưu

– Bệnh đái tháo đường: ổn định đường huyết, HbA1C <7%

– Bệnh tăng huyết áp: giữ huyết áp 130/80 mmHg

– Bệnh cầu thận: giảm đạm niệu <0,5g/24h

Thay đổi lối sống trong điều trị bệnh thận mạn

Mục tiêu:

Giảm huyết áp.

Giảm nguy cơ tim mạch.

Nội dung:

Dinh dưỡng tiết chế:

Chế độ ăn DASH.

Giảm mỡ bão hòa, và cholesterol.

Chế độ ăn giảm carbohydrate trên bệnh nhận đái tháo đường, giảm đạm và giảm Kali trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 4-5.

Giảm cân về cân nặng lý tưởng.

Họat động thể lực (20phút/ngày).

Bỏ hút thuốc lá.

Giảm uống rượu.

Cần tầm soát bệnh thận trên những đối tượng có nguy cơ cao bị bệnh thận để chẩn đoán sớm bệnh thận

Đái tháo đường.

Tăng huyết áp.

Có tìền căn gia đình bệnh thận.

Bệnh nhân tim mạch (bệnh mạch vành, suy tim sung huyết, bệnh mạch máu ngọai biên).

Bệnh nhân có tiểu đạm, tiểu máu khi xét nghiệm tình cờ.

Dùng thuốc độc cho thận (kháng viêm nonsteroid, lithium).

Tiền căn sỏi thận, cắt bỏ thận, một thận độc nhất, u tiền liệt tuyến, nang thận.

Bệnh nhân sinh nhẹ cân, thiếu tháng, béo phì.

Creatinine huyết thanh: để ước đoán độ lọc cầu thận.

Albumin niệu trên mẫu nước tiểu bất kì: để đánh giá tiểu đạm qua tỉ lệ albumin niệu / creatinine niệu.

Cặn lắng nước tiểu hoặc tổng phân tích nước tiểu.

Siêu âm khảo sát thận và hệ niệu.

Để phòng tránh bệnh suy thận mạn một cách hiệu quả, người dân cần nâng cao ý thức bảo vệ sức khỏe, thường xuyên khám sức khỏe định kỳ. Nếu phát hiện mắc bệnh, người bệnh cần tuân thủ chỉ định của bác sĩ chuyên khoa, không nên tự ý điều trị. Song song đó, cần kiểm soát chế độ ăn uống hằng ngày, hạn chế ăn mặn, duy trì thể dục thể thao, kiểm soát tốt bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường.

Bệnh thận mạnlà bệnh phổ biến trong cộng đồng (chiếm 10% -13% dân số). Bệnh có thể gây tử vong khi tiến triển đến suy thận mạn giai đoạn cuối nếu không điều trị thay thế thận. Bệnh nếu được phát hiện, chẩn đoán sớm và toàn diện sẽ giúp điều trị đạt hiệu quả cao, và ngăn chặn bệnh tiến đến giai đoạn cuối.

Xem thêm:

Những điều bạn cần biết về Viêm thận, bể thận

Bệnh cầu thận màng: Triệu chứng, chẩn đoán và điều trị

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-tim-ebstein/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh tim Ebstein

Các triệu chứng bệnh tim Ebstein

Nguyên nhân bệnh tim bẩm sinh

Tim bạn hoạt động như thế nào?

Chuyện gì xảy ra khi bất thường van tim Ebstein?

Các yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim Ebstein

Các biến chứng của bệnh tim Ebstein

Một số bệnh tim khác có thể liên quan đến bệnh tim Ebstein

Khi nào nên đi khám bác sĩ?

Chẩn đoán bệnh tim Ebstein

Điều trị bệnh tim Ebstein

Theo dõi và chăm sóc tại nhà

Bệnh tim Ebstein là một bệnh tim bẩm sinh hiếm gặp. Đây là bệnh lí của van ba lá, các triệu chứng hay gặp gồm khó thở, mệt mỏi, tím tái… Bệnh có thể từ nhẹ đến nặng, thậm chí gây suy tim. Hãy cùng tìm hiểu về căn bệnh này qua bài viết sau của ThS.BS Vũ Thành Đô nhé.

Bệnh tim bẩm sinh Ebstein là bệnh lý hiếm gặp xuất hiện từ lúc mới sinh. Bất thường vị trí lá van ba lá dẫn đến chúng không khép khít được vào nhau. Do đó, máu trào ngược qua van và làm cho lượng máu tống từ tim giảm đi đáng kể. Hệ quả là sự giãn lớn các buồng tim và suy tim.

Nếu mắc bệnh Ebstein nhưng không có triệu chứng gì, bạn vẫn nên đi khám thường xuyên. Điều trị giúp giảm triệu chứng và giúp tim đập hiệu quả hơn, các bước gồm điều trị nội khoa và ngoại khoa

Bệnh tim Ebstein mức độ nhẹ thường không có triệu chứng cho đến khi trưởng thành. Các triệu chứng gồm:

Khó thở, đặc biệt nặng hơn khi gắng sức.

Mệt mỏi.

Đánh trống ngực hoặc nhịp tim không đều.

Da và môi xanh tím do thiếu oxy.

Bệnh tim Ebstein xuất hiện từ khi mới sinh ra. Nguyên nhân chưa rõ ràng. Để hiểu thêm về hậu quả của bệnh Ebstein, chúng ta cần hiểu thêm về cách trái tim hoạt động.

Tim có bốn buồng. Hai buồng tim trên là buồng nhĩ nhận máu về. Hai buồng tim dưới là buồng thất chủ yếu để tống máu. Bốn lá van đóng mở phối hợp nhằm giúp dòng máu lưu thông theo một chiều.

Mỗi van có 2 đến 3 lá van mỏng. Van đóng lại ngăn máu tống ngược lên buồng tim trên. Máu ít oxy được vận chuyển về nhĩ phải. Máu đi qua van ba lá vào buồng thất phải, sau đó được chuyển lên phổi. Mặt khác, máu giàu oxy từ phổi về nhĩ trái, qua van hai lá xuống thất trái. Sau đó máu từ thất trái được chuyển đi nuôi cơ thể.

Trong bệnh tim Ebstein, van ba lá ở tâm thất phải nằm thấp hơn bình thường. Điều này làm cho nó trở thành một phần của tâm nhĩ phải. Hệ quả là tâm nhĩ phải lớn hơn so với bình thường.

Van ba lá đóng không kín dẫn đến sự trào ngược máu lên tâm nhĩ phải. Vị trí xuống thấp của van và mức độ triệu chứng bất thường có thể khác nhau giữa mọi người. Do đó các triệu chứng có thể từ nhẹ đến nặng

Bệnh tim bẩm sinh, như Ebstein, xuất hiện từ khi trẻ còn trong bào thai mẹ. Bác sĩ cũng không thể khẳng định được yếu tố nguy cơ nào gây ra bệnh tim bẩm sinh. Gen và yếu tố môi trường được tin rằng có liên quan đến bệnh tim bẩm sinh. Tiền căn gia đình có người mắc bệnh tim bẩm sinh hoặc thai phụ dùng một số loại thuốc có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Bệnh tim Ebstein mức độ nhẹ có thể không gây ra biến chứng gì. Tuy vậy, một số biến chứng bệnh tim Ebstein có thể gặp là:

Suy tim.

Ngưng tim đột ngột.

Đột quỵ.

Người mắc bệnh tim bẩm sinh thường cần cẩn trọng khi chơi thể thao hoặc mang thai. Tùy mức độ nặng của bệnh, bạn có thể cần hạn chế tham gia các môn thể thao đối kháng.

Nếu có kế hoạch mang thai, bạn nên nói chuyện với bác sĩ. Việc mang thai hay chuyển dạ có thể là một gánh nặng cho trái tim bạn. Một số biến chứng có thể diễn tiến nặng hơn thậm chí đe dọa tính mạng mẹ và bé. Do đó, khi mang thai bạn cần theo dõi sức khỏe sát sao hơn. Một số trường hợp cần phải điều trị ổn triệu chứng trước khi mang thai.

Có lỗ thông giữa hai buồng tim. Một số người mắc bệnh tim Ebstein có lỗ thông giữa hai buồng tim. Có thể là thông liên nhĩ hay tồn tại lỗ bầu dục (PFO). Lỗ bầu dục nằm giữa hai buồng tim trẻ nào cũng có trước sinh. Tuy vậy, sau sinh bình thường lỗ bầu dục phải đóng lại. Nếu chúng không đóng lại sau sinh, đây là sự bất thường. Những lỗ thông này có thể làm giảm đáng kể lượng máu giàu oxy từ tim bơm ra, gây triệu chứng xanh tím ở da niêm.

Rối loạn nhịp tim. Tim đập nhanh hoặc loạn nhịp nhưng tim co bóp không hiệu quả. Van ba lá bị hở làm nặng hơn tình trạng suy giảm chức năng tim. Một số trường hợp tim đập quá nhanh có thể gây ngất.

Hội chứng Wolff-Parkinson-White (WPW). Đường dẫn truyền bất thường làm tim đập nhanh và ngất.

Nếu bạn hoặc con bạn có triệu chứng của suy tim, như:

Dễ mệt mỏi.

Khó thở.

Da quanh môi, quanh móng xanh tím.

Phù chân.

Anh/chị có thể đến gặp bác sĩ chuyên khoa tim bẩm sinh để được điều trị tích cực.

Nếu bạn hay con không có triệu chứng bất thường gì, có thể bác sĩ chỉ phát hiện tình cờ khi khám có tiếng tim bất thường. Tiếng tim bất thường, như âm thổi ở tim thường không phải là vấn đề đáng quan ngại. Tuy nhiên, bạn cần đi khám bác sĩ chuyên khoa tim mạch để tìm ra nguyên nhân của âm thổi này.

Bác sĩ có thể cần làm thêm một số xét nghiệm như:

Siêu âm tim. Nhờ công cụ này bác sĩ sẽ đánh giá cấu trúc van ba lá và dòng máu qua tim. Ngoài ra, có thể làm siêu âm tim qua thực quản. Phương pháp này giúp đánh giá cấu trúc tim một cách chi tiết hơn.

Xquang ngực thẳng. Đây là phương tiện chụp tim, phổi và các mạch máu lớn. Nó giúp bác sĩ biết tim có bị dãn lớn không.

MRI tim. Đây là công cụ sử dụng sóng điện từ tái tạo hình ảnh tim. Nó giúp bác sĩ đánh giá được cấu trúc van ba lá và mức độ dãn buồng tim.

Oxy máu theo mạch đập (SpO2).

Test gắng sức.Trong quá trình làm test, bác sĩ sẽ ghi lại huyết áp, nhịp tim, nhịp thở khi bạn gắng sức. Test này sẽ giúp đánh giá mức độ đáp ứng của trái tim khi bạn gắng sức. Từ đó bác sĩ sẽ quyết định bạn nên hoạt động thể lực đến mức độ nào.

Nghiên cứu điện sinh lí.Bác sĩ sẽ đưa vào lòng mạch một ống mỏng, nhỏ có đầu điện cực đến trái tim. Từ đó sẽ mô tả lại dẫn truyền trong tim và giúp phát hiện ổ kịch phát loạn nhịp trong tim.

Thông tim.Dùng một ống dài, mỏng đưa vào lòng mạch ở bẹn, tay hoặc nách đến tim dưới sự hướng dẫn Xquang. Một dụng cụ đặt biệt giúp bác sĩ quan sát được dòng máu chảy trong tim cũng như mạch máu và van tim; đo áp lực và nồng độ oxy máu; quan sát bất thường tim phổi.

Điện tâm đồ holter.Đây là công cụ đo điện tim mang theo bên người giúp đánh giá hoạt động điện của tim trong vòng một đến hai ngày.

Điều trị bệnh tim Ebstein phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bất thường van tim và các triệu chứng của người bệnh. Mục tiêu của điều trị là giảm các triệu chứng và tránh các biến chứng trong tương lai. Chẳng hạn như suy tim và rối loạn nhịp tim. Phương pháp điều trị có thể bao gồm:

Nếu bạn không có dấu hiệu hoặc bất thường nhịp tim, bác sĩ chỉ có thể đề nghị theo dõi tình trạng bệnh tim thông qua đi khám thường xuyên. Các lần tái khám thường bao gồm kiểm tra thể chất và xét nghiệm cần thiết. Các xét nghiệm có thể bao gồm điện tâm đồ, siêu âm tim, Holter huyết áp và kiểm tra xét nghiệm gắng sức.

Nếu bạn bị rối loạn nhịp tim, thuốc có thể giúp kiểm soát nhịp tim và duy trì nhịp tim bình thường.

Dựa vào các triệu chứng của người bệnh, bác sĩ sẽ kê toa thuốc thích hợp. Có thể là  thuốc thuốc lợi tiểu hoặc các loại thuốc khác.

Bạn cũng có thể được cho dùng thuốc để ngăn ngừa cục máu đông.

Một số bệnh nhi cũng có thể được kê đơn sử dụng thuốc hít oxit nitric để giúp cải thiện lưu lượng máu đến phổi.

Bác sĩ có thể chỉ định phẫu thuật khi các triệu chứng của bệnh ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bạn. Bạn nên phẫu thuật nếu tim của bạn bắt đầu phì đại và chức năng của tim bắt đầu giảm.

Có một số thủ thuật được dùng để điều trị bệnh tim Ebstein và các bất thường khác.

Sửa van ba lá. Bác sĩ sẽ giúp giảm kích thước lỗ hở qua van và giúp chúng đóng lại khít hơn. Tuy nhiên, thủ thuật này cần van đủ kích thước nhất định. Một dạng mới của sửa van là tái cấu trúc van. Phẫu thuật viên sẽ tách lá van ra khỏi cơ tim. Sau đó sẽ xoay van, tái cấu trúc lại tạo nên một lá van hình nón. Một số trường hợp cần sửa lại hoặc thay van trong tương lai.

Thay van ba lá. Nếu van không thể sửa được, phẫu thuật viên sẽ thay thế bằng một van sinh học hoặc van cơ học. Van cơ học không được dùng thường quy. Nếu sử dụng van cơ học, bạn sẽ cần đề phòng việc tạo thành huyết khối ở tim. Đồng thời, dù dùng loại van nào, bạn cũng cần dùng thuốc để phòng ngừa viêm nội tâm mạc trước khi làm răng.

Đóng lại lỗ thông liên nhĩ.Phẫu thuật viên cần sửa chữa và thay thế van hư đồng thời sửa lại lỗ khuyết ở tim trong quá trình phẫu thuật.

Thủ thuật Maze. Nếu tim bạn đập quá nhanh, phẫu thuật viên cần làm thủ thuật Maze trong quá trình sửa van hay thay thế van. Phẫu thuật viên có thể rạch một vết nhỏ ở buồng tim trên và tạo nên một mô xơ maze. Mô xơ này sẽ chặn đường dẫn truyền điện ở tim. Nhờ đó nó sẽ cắt đứt một số đường dẫn truyền nhịp nhanh. Liệu pháp áp lạnh (cryotherapy) hay dùng sóng cao tần để tạo ra mô xơ.

Triệt đốt rối loạn nhịp bằng sóng cao tần. Bác sĩ dùng một đầu điện cực của catheter có sóng cao tần tạo nên một vết sẹo ở tim và chặn đường dẫn truyền tim nhanh.

Ghép tim. Nếu bệnh tim Ebstein quá nặng hay chức năng tim suy giảm quá mức, có thể bạn cần phải ghép tim.

Khi mắc bệnh tim Ebstein, bạn cần chú ý:

Tái khám thường xuyên và tuân theo hướng dẫn bác sĩ

Dùng thuốc theo lời dặn dò của bác sĩ

Sống năng động. Có thể tham gia một số hoạt động thể chất được bác sĩ cho phép. Các bài tập sẽ giúp trái tim bạn khỏe mạnh và co bóp hiệu quả. Cần chú ý tránh các hoạt động quá sức.

Bạn có thể nhờ sự giúp đỡ của gia đình, bạn bè người thân. Sự hỗ trợ không chỉ vật chất mà tinh thần sẽ giúp bạn cảm thấy khỏe mạnh hơn.

Bệnh tim bẩm sinh Ebsteinhiếm gặp nhưng có thể gây ra những biến chứng nặng. Bạn cần phát hiện bệnh càng sớm càng tốt. Theo dõi bệnh tích cực và can thiệp kịp thời sẽ giúp đảm bảo sức khỏe và chất lượng sống. Do đó, nếu có bất kì dấu hiệu nào kể trên, bạn nên đi khám ngay nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-bui-phoi/

Nội dung bài viết

Tổng quan về căn bệnh

Triệu chứng của bệnh là gì?

Bệnh được chẩn đoán ra sao?

Bệnh bụi phổi điều trị được không?

Nên làm gì để phòng bệnh khi làm việc trong môi trường nhiều bụi bẩn?

Bệnh bụi phổi là một loại bệnh về phổi gây ra do các phân tử bụi như hạt amiăng, bụi than hay silic. Khi hít phải, chúng đi vào trong đường thở hay phế nang và gây ra đáp ứng viêm. Cuối cùng, do phổi không thể loại bỏ hết những hạt bụi này nó sẽ bị sơ sẹo. Bệnh thường mất nhiều năm để tiến triển. Do nguyên nhân gây bệnh thường gặp ở công trường, nhà máy nên nó được xếp vào bệnh phổi nghề nghiệp. Triệu chứng phổ biến là khó thở, ho.

Bệnh bụi phổi là bất cứ bệnh phổi nào gây ra bởi các phân tử bụi gây tổn thươngphổi.

Nó được phân loại theo từng nguyên nhân. Tuy nhiên, triệu chứng giữa các loại không khác biệt. Các loại bụi gây bệnh thường gặp là:

Bụi than ở những công nhân hầm mỏ. Chúng là nguyên nhân gây nên ‘bệnh phổi đen’.

Sợi amiăng trong tấm cách nhiệt, tấm lợp. Thuật ngữ ‘asbestosis’ thường nghe để chỉ bệnh phổi do nguyên nhân này.

Bụi cotton trong ngành công nghiệp dệt. Đây là nguyên nhân gây nên ‘bệnh phổi nâu’.

Bụi silic từ cát và đá.

Berily, là một kim loại nhẹ dùng trong công nghiệp điện và vũ trụ.

Ôxit nhôm, côban, bột talc…

Khi chúng ta hít phải những hạt này, chúng sẽ lắng đọng ở phổi. Sau đó, hệ miễn dịch tấn công những phân tử lạ này. Đầu tiên là đáp ứng viêm, sau đó gây nên mô xơ sẹo. Cuối cùng, khi mô xơ sẹo trở nên nghiêm trọng sẽ gây ra các triệu chứng của bệnh bụi phổi.

Bệnh bụi phổi cần một thời gian dài để hình thành. Do đó các triệu chứng có thể không biểu hiện ngay khi tiếp xúc với bụi. Thậm chí người bệnh khi khởi phát không còn làm trong môi trường bụi bặm nữa. Đôi khi người bệnh không có bất cứ triệu chứng nào, đặc biệt ở giai đoạn sớm. Khi bệnh tiến triển, một số biểu hiện chúng ta cần lưu ý:

Khó thở, hoặc cảm giác hụt hơi khi vận động, như đi bộ hoặc leo cầu thang. Trường hợp nặng hơn người bệnh có thể khó thở cả khi nghỉ ngơi.

Ho, có thể có đàm.

Cảm giác nặng ngực.

Những biểu hiện này cũng thường gặp khi cảm lạnh hoặc nhiễm trùng hô hấp nói chung. Tuy nhiên ở bệnh bụi phổi chúng dai dẳng hơn và cần nên nghĩ tới khi người bệnh từng làm việc trong môi trường nhiều bụi.

Các công nhân làm việc trong môi trường nhiều bụi thường được kiểm tra định kỳ bằng X-quang phổi hoặc đo chức năng hô hấp.

Nếu một người có triệu chứng, bác sĩ sẽ khám và hỏi bệnh sử, bao gồm có phơi nhiễm bụi không. Sau đó là đo chức năng hô hấp, X-quang và CT scan sẽ giúp ích. Trên X-quang và CT scan các hình ảnh liên quan tới chẩn đoán là các nốt hoặc khối mờ, vùng phổi bị viêm, dịch trong phổi hay màng phổi.

Thỉnh thoảng bác sĩ cần phải làm các cận lâm sàng xâm lấn hơn như sinh thiết. Khi đó, một ống nhỏ có camera được luồn qua miệng tới khí quản. Nhờ vậy bác sĩ có thể quan sát đường thở, lấy một mẫu dịch xét nghiệm vi trùng hay lấy một mẫu mô làm giải phẫu bệnh. Công việc này thường không cần thiết để chẩn đoán bệnh bụi phổi nhưng giúp loại trừ bệnh khác.

Rất tiếc là hiện nay chưa có phương pháp điều trị triệt để cho bệnh bụi phổi. Do đó chủ yếu là điều trị triệu chứng và làm cho bệnh không trở nặng hơn.

Cần thiết phải giữ cho tim và phổi khỏe mạnh. Điều chúng ta nên làm là duy trì cân nặng thích hợp, không hút thuốc lá, ngủ nhiều hơn vàtập thể dụcthường xuyên. Tập phục hồi chức năng có thể cải thiện đáng kể vấn đề hô hấp.

Hàng năm người bệnh nên chích ngừa vắc-xin cúm. Ngoài ra có thể bổ sung thêm vắc-xin phế cầu để giảm nguy cơ viêm phổi.

Sử dụng các loại ống hít và liệu pháp oxi khi người bệnh bị giảm oxi máu để giúp duy trì chức năng phổi nhiều nhất có thể.

Cần tái khám đều đặn để nắm rõ tiến triển của bệnh.

Hiếm hơn, ở những trường hợp rất nặng, người bệnh có thể cần phải ghép phổi để sống sót.

Bệnh bụi phổi có thể gây ra một số biến chứng. Điển hình là suy hô hấp, lao và suy tim. Người bệnh cũng có nguy cơ đột quỵ cao hơn bình thường. Do đó, cần phải biết những triệu chứng củađột quỵvà tới cơ sở y tế khi cần.

Không phải ai làm việc trong môi trường bụi bẩn cũng sẽ mắc bệnh bụi phổi. Quan trọng là phải biết cách phòng bệnh. Một số việc nên làm giúp chúng ta giảm thiểu nguy cơ khi làm việc trong môi trường độc hại như:

Giữ mức độ bụi bẩn ở mức thấp nhất có thể.

Nơi làm việc cần được làm thông thoáng.

Đeo khẩu trang và mặc đồ bảo hộ khi làm việc liên quan tới bụi độc hại.

Rửa tay, mặt và những vùng cơ thể tiếp xúc với bụi sạch trước khi ăn uống.

Không hút thuốc lá.

Kiểm tra sức khỏe và chụp X quang định kỳ, khi có bất kỳ triệu chứng nào cần tới gặp bác sĩ sớm.

Bệnh bụi phổilà một bệnh nghề nghiệp, liên quan tới môi trường làm việc nhiều bụi bẩn độc hại. Biểu hiện khác nhau ở từng người. Các triệu chứng cũng có thể gây nhầm lẫn. Vì chưa có điều trị hiệu quả cho bệnh bụi phổi, việc phòng ngừa là quan trọng. Giữ nơi làm việc sạch sẽ, mang đồ bảo hộ, rửa tay thường xuyên là những việc nên làm.

Ngoài ra nên khám sức khỏe định kỳ để được đo chức năng phổi và chụp X quang. Điều này không chỉ giúp phát hiện sớm bệnh bụi phổi mà còn cả những biến chứng của nó và các bệnh khác đi kèm.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-can-thiep-noi-mach-endovascular-surgery/

Nội dung bài viết

Can thiệp nội mạch là gì?

Ví dụ về dụng cụ và thiết bị thông dụng nhất

So sánh can thiệp nội mạch và phẫu thuật thông thường

Khi nào nên lựa chọn can thiệp nội mạch?

Sự phát triển nhanh chóng của các phương pháp can thiệp nội mạch ngày càng chứng minh được tính hiệu quả và an toàn của phương pháp này. Ngày càng nhiều bệnh lý được điều trị thành công bởi can thiệp nội mạch mang lại lợi ích lớn cho người bệnh. Hãy cùng tìm hiểu về can thiệp nội mạch qua bài viết dưới đây của Bác sĩ Ngô Minh Quân.

Can thiệp nội mạch là một phương pháp phẫu thuật có sử dụng dụng cụ kích thước đặc biệt đưa được vào lòng của các mạch máu. Trong quá trình phẫu thuật, phẫu thuật viên sẽ đưa những dụng cụ hình ống kích thước nhỏ, hay còn gọi là “catheter” vào trong các mạch máu lớn. Thường lựa chọn mạch máu ở cánh tay hoặc chân. Tiếp đó catheter đi theo đường các mạch máu để đi đến các vị trí mạch máu cần phẫu thuật.

Bước tiếp theo, phẫu thuật viên đưa các dụng cụ hoặc thiết bị đặc biệt đi theo catheter. Từ đó, phẫu thuật viên có thể tái thông mạch máu tắc nghẽn, điều chỉnh dòng máu hoặc thậm chí gây tắc nghẽn các mạch máu nếu cần thiết.

Bất kể mục đích phẫu thuật là gì, phẫu thuật viên đều cần sử dụng kết hợp với X-Quang, hoặc hình ảnh siêu âm để có thể thể hiện vị trí catheter và các thiết bị trong suốt thời gian thao tác.

Phẫu thuật viên có thể đưa các catheter có bóng hơi vào các mạch máu và bơm phòng bóng lên. Việc này giúp nông rộng các mạch máu bị hẹp. Phương pháp này còn được gọi là tạo hình mạch máu- angioplasty.

Stent là tên gọi của những dụng cụ dạng lưới kim loại được đưa vào bên trong lòng mạch máu và mở rộng ra. Hầu hết các stent được thiết kế bởi chất liệu đặc biệt. Và bao phủ các nhóm thuốc ở bề mặt giúp các mạch máu không bị hẹp hay bị tắc. Stent có thể dùng ở rất nhiều mạch máu khác nhau trong cơ thể gồm có:

Ở động mạch cánh tay hoặc chân.

Động mạch não.

Động mạch ruột non.

Là tên của nhóm dụng cụ stent được gia cố thêm bề mặt. Những stent-graft thường được sử dụng điều trị các bệnh lý phình mạch. Khi mac thành của các mạch máu ở vị trí phình thường mỏng và dễ vỡ.

Các stent-graft được đưa vào lòng mạch ở trạng thái gấp. Khi tiếp cận được đến vị trí phình mạch, các stent được bung rộng ra. Qua đó giúp gia cố những vị trí mỏng của thành mạch máu. Máu chảy qua vị trí đặt stent graft sẽ chảy qua lòng stent cũng là lòng mạch máu. Sự gia cố này giúp mạch máu chịu được áp lực máu trong lòng mạch, bảo vệ mạch máu khỏi vỡ.

Coil là dạng dụng cụ đặc biệt được đưa vào mạch máu và thả vào lòng của các túi phình có dạng túi. Thường là những túi phình kích thước nhỏ ở não hoặc thận. Những coil được thả vào để giữ các túi phình không bị vỡ. Những thiết bị tương tự cũng thường được dùng trong can thiệp nội mạch để làm nút chặn ngăn chảy máu ở các trường hợp tổn thương mạch máu.

Phẫu thuật viên đôi khi dùng nhiệt để làm tắc các tĩnh mạch dãn rộng.

Thông thường – không phải luôn luôn – can thiệp nội mạch giúp bệnh nhân phục hồi sau mổ dễ dàng hơn. Đó là vì:

Can thiệp nội mạch chỉ dùng các thiết bị kích thước nhỏ. Tiếp cận bằng đường mạch máu thay vì mổ đường mổ lớn như phẫu thuật thường.

Các cơ quan trong cơ thể không cần bộc lộ trong can thiệp nội mạch.

Các cơ quan khác trong cơ thể không bị va chạm nhiều như phẫu thuật thông thường.

Mặc dù vậy, can thiệp nội mạch vẫn là một dạng phẫu thuật nên bệnh nhân vẫn đau. Vẫn có những vết khâu, nguy cơ nhiễm trùng hay chảy máu tương tự như những dạng phẫu thuật khác.

Lựa chọn can thiệp nội mạch phù thuộc vào nhiều yếu tố. Trường hợp có thể thực hiện được cả hai nhóm thì lựa chọn của bệnh nhân là yếu tố quyết định. Tuy nhiên không phải luôn luôn bệnh nhân có thể lựa chọn loại phẫu thuật cho bệnh lý của mình.

Việc có thực hiện được can thiệp nội mạch hay không còn phụ thuộc vào:

Liệu các dụng cụ can thiệp nội mạch có hiệu quả với bệnh nhân hay không?

Chỉ định của can thiệp nội mạch có đúng ở bệnh lý của bệnh nhân hay không?

Các vấn đề sức khỏe khác kèm theo của bệnh nhân có cho phép thực hiện can thiệp nội mạch hay không?

Kể cả khí các yếu tố trên thuận lợi thì còn phù thuộc vào đánh giá và tay nghề của bác sĩ điều trị của bạn về can thiệp nội mạch.

Lưu ý rằng kể cả khi can thiệp nội mạch được lựa chọn thì vẫn có nguy cơ chuyển sang mổ thường. Đôi khi xảy ra khi phẫu thuật viên trong lúc đang thực hiện can thiệp nội mạch gặp nhiều điều kiện bất lợi. Để bảo đảm sức khỏe của bệnh nhân buộc phải chuyển sang thực hiện mổ thông thường.

Vậy nên để chuẩn bị tốt cho can thiệp nội mạch. Bệnh nhân cần được chuẩn bị về các tình huống có thể xảy ra. Việc này thường xảy ra khi:

Phát hiện những bất thường hoặc các tổn thương mới trong quá trình can thiệp gây bất lợi cho thao tác.

Phẫu thuật viên không thể hoàn thành các mục tiêu đề ra của can thiệp nội mạch và buộc phải chuyển mổ thường để đạt được mục tiêu điều trị.

Tình trạng chảy máu vượt quá khả năng kiểm soát của can thiệp nội mạch.

Điều quan trọng cần hiểu rõ rằng: phẫu thuật viên sẽ luôn sẵn sàng chuyển phương pháp phẫu thuật khi cần thiết. Để bảo vệ tối đa sự an toàn và sức khỏe cho bệnh nhân.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-benh-celiac-khong-dung-nap-gluten/

Nội dung bài viết

Bệnh Celiac là gì?

Triệu chứng của bệnh Celiac

Chẩn đoán bệnh Celiac

Điều trị

Chế độ sinh hoạt

Bệnh không dung nạp gluten (Celiac) là tình trạng dị ứng với gluten ở đường ruột, bệnh có thể gặp ở mọi độ tuổi với tỉ lệ mắc như nhau ở cả hai giới tính. Bệnh gây ra tình trạng viêm và bất sản ruột non làm giảm khả năng hấp thu các chất dinh dưỡng và có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm. Hãy cùng nhau tìm hiểu về bệnh lý này ở bài viết dưới đây.

Celiac là bệnh lý xảy ra do tình trạng giảm khả năng hấp thu một số loại thực phẩm nhất định ở đường tiêu hóa. Những người bệnh Celiac thường gặp những triệu chứng khi ăn bánh mì, pizza hay các loại ngũ cốc như lúa mạch và lúa mạch đen… Do những loại thức ăn này có chứa loạiproteinmang têngluten.

Glutenlàm tổn thương đường ruột của những bệnh nhân Celiac. Hậu quả là làm giảm khả năng hấp thu chất dinh dưỡng của đường tiêu hóa. Bệnh Celiac gặp ở cả người lớn lẫn trẻ em.

Một số bệnh nhân Celiac không biểu hiện triệu chứng. Một số khác gặp phải các triệu chứng như:

Đau bụng.

Tiêu chảy.

Tăng nhu động ruột.

Sụt cân.

Chướng bụng, đầy hơi.

Chán ăn.

Ợ hơi.

Nổi mẩn ngứa ở da.

Chậm lớn (ở trẻ em).

Các triệu chứng trên cũng có thể gặp ở nhiều bệnh lý khác. Vậy nên nếu bạn gặp phải bất cứ triệu chứng nào kể trên hãy đến thăm khám ở các cơ sở y tế để được chẩn đoán bệnh chính xác.

Tiêu chảy là một trong những biểu hiện của bệnh Celiac. Tuy không phải là căn bệnh nguy hiểm nhưng vấn đề này gây nhiều phiền toái cho người bệnh. Có thể bạn chưa biết, có một số thực phẩm người bệnh này tuyệt đối không nên dùng. Nội dung này được chia sẻ trong bài viết: “Không nên ăn gì khi đang bị tiêu chảy?“

Bên cạnh việc thăm khám và hỏi bệnh sử thì có những xét nghiệm giúp ích cho việc chẩn đoán bệnh Celiac như:

Xét nghiệm máu: Xét nghiệm máu giúp khảo sát những protein do cơ thể tạo ra khi tiêu hóa. Những bệnh nhân mắc Celiac cơ thể thường tạo kháng thể với Gluten nhiều hơn người bình thường. Do đó để chẩn đoán chính xác, bệnh nhân thường được yêu cầu ăn theo chế độ chứa Gluten trong vài tuần trước khi thực hiện xét nghiệm.

Nội soi đường tiêu hóa, kèm sinh thiết: dụng cụ nội soi gồm có một ống mềm có chứa camera ở đầu ống. Ống nội soi được đưa vào đường tiêu hóa để khảo sát bề mặt của ruột non. Thông qua các dụng cụ đặc biệt có thể lấy một mẫu mô nhỏ để khảo sát dưới kính hiển vi chẩn đoán bệnh.

Phương pháp điều trị hiệu quả nhất là ngừng ăn thực phẩm chức Gluten. Việc này thường khá khó làm quen. Gluten chứa trong các thức ăn phổ biến như:

Bánh mì, mì ý, bánh ngọt và một số loại ngũ cốc.

Các loại nước sốt, gia vị.

Bia, mạch nha.

Giai đoạn đầu, bệnh nhân cũng cần hạn chế sữa, phô mai và những thực phẩm có nguồn gốc sữa. Những nhóm thực phẩm này thường tốn nhiều thời gian tiêu hóa ảnh hưởng đến sự lành của đường ruột sau tổn thương. Sau khi các tổn thương đường ruột ổn định bạn có thể sử dụng lại những loại thực phẩm này.

Những loại thực phẩm không chứa Gluten để thay thế như:

Gạo, ngô, khoai tây, đậu nành.

Trái cây và rau củ quả.

Một số thực phẩm được chế biến chủ động loại bỏ thành phần Gluten cũng an toàn cho bệnh nhân. Thời gian điều trị đầu có thể bác sĩ sẽ cần chỉ định thêm những nhóm thuốc bổ sung vitamin để bổ sung nhu cầu cho bệnh nhân trong lúc thay đổi chế độ ăn.

Bệnh nhân thường cảm nhận được các triệu chứng cải thiện từ sau 2 tuần điều trị với việc thay đổi khẩu phần ăn không Gluten. Tuy vậy, hầu hết bệnh nhân phải nỗ lực nhiều và thay đổi lớn trong lối sống để duy trì khẩu phần ăn Gluten.

Các chuyên gia dinh dưỡng có thể giúp bạn những phương pháp thay đổi và đa dạng các loại thực phẩm mà vẫn đảm bảo không chứa Gluten.

Việc tránh các thực phẩm chứa Gluten cần được duy trì liên tục. Việc thăm khám bác sĩ và thực hiện lại xét nghiệm máu mỗi năm 1 lần là cần thiết để đánh giá đáp ứng của cơ thể với khẩu phần ăn hiện tại.

Phần khó nhất trong chế độ sinh hoạt là thay đổi khẩu phần ăn gần như hoàn toàn. Tuy nhiên hiện nay rất nhiều loại thực phẩm đã được sản xuất loại bỏ thành phần gluten dành riêng cho các bệnh nhân Celiac. Do đó việc làm quen với chế độ ăn mới cũng thuận lợi hơn trước.

Trên đây là những thông tin cơ bảnbệnh Celiac. Hy vọng cung cấp được những thông tin bước đầu giúp người đọc dễ dàng tiếp tục tìm hiểu thêm về bệnh lý đặc biệt này. Mong nhận được những phản hồi cũng như đồng hành cùng bạn ở những bài viết kế tiếp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-cham-da-eczema-nguyen-nhan-trieu-chung-va-chuan-doan/

Nội dung bài viết

Chàm da (Eczema) là gì?

Nguyên nhân gây chàm da?

Biểu hiện của chàm da?

Chẩn đoán chàm da?

Chàm (Eczema) là một bệnh lý da rất thường gặp. Mặc dù chàm da là bệnh lý lành tính. Tuy nhiên, chàm da rất hay tái phát. Gây ra ảnh hưởng lớn đến cuộc sống và tâm lý người bệnh. Trong bài viết này, Bác sĩ chuyên khoa Da liễu Võ Thị Ngọc Hiền sẽ cung cấp đến bạn nguyên nhân, triệu chứng và chẩn đoán về căn bệnh này.

Chàm (Eczema) là một tình trạng viêm da thường gặp, do nhiều nguyên nhân khác nhau. Khi đó người bệnh bị nổi mẩn đỏ kèm mụn nước và rất ngứa.

Chàm da rất phổ biến trong dân số, chiếm tỷ lệ trên 10%. Chàm có thể xảy ra ở nhiều đối tượng bao gồm người lớn, trẻ em và trẻ sơ sinh.

Đây là một bệnh lý lành tính, không lây nhưng rất hay tái phát. Từ đó, gây nhiều phiền toái cho người bệnh.

Nguyên nhân gây nên bệnh chàm da rất phức tạp và vẫn chưa được biết rõ. Các giả thuyết được đưa ra là:

Sự tương tác qua lại giữa yếu tố gen (cơ địa của người bệnh).

Yếu tố dị nguyên (tác nhân dị ứng từ môi trường).

Khi một người có cơ địa dễ dị ứng tiếp xúc với các yếu tố gây dị ứng từ môi trường sẽ làm bùng phát tình trạng viêm da dị ứng.

Yếu tố di truyền đóng vai trò gây ra bệnh. Các nghiên cứu cho thấy cha, mẹ hoặc người thân trong gia đình mắc các bệnh dị ứng như: hen,viêm mũi dị ứng,mề đay, chàm,… Dẫn đến con của họ cũng dễ bị mắc bệnh trên.

Bản thân người bệnh bị mắc các bệnh lý dị ứng khác thì những đối tượng này có cơ địa dị ứng và dễ mắc bệnh chàm kèm theo.

Mỗi người bị chàm da thường có những yếu tố gây dị ứng từ môi trường khác nhau. Có thể là do thức ăn, động vật, cây cối hoặc do không khí.

Thực phẩm: trứng, sữa, hải sản, đậu phộng và thức ăn lên men (chao, mắm)…

Động vật: lông chó, mèo hay các sản phẩm làm từ da, lông thú có thể gây dị ứng.

Thực vật: phấn hoa của một vài loại cây cối có thể khởi phát bệnh chàm.

Hóa chất: Các loại xà phòng, chất tẩy rửa, mỹ phẩm hay nước hoa chứa nhiều hương liệu. Khi tiếp xúc trực tiếp với da, gây ra bệnh chàm.

Không khí: khói bụi, ô nhiễm từ môi trường là yếu tố làm khởi phát bệnh thường xuyên.

Chăm sóc da: các thói quen không dưỡng ẩm đủ cho da, tắm lâu hay tắm nước nóng làm cho da trở nên khô và dễ khởi phát bệnh chàm.

Tâm lý: căng thẳng, lo âu kéo dài cũng có thể gây nên bệnh chàm và khiến cho bệnh trở nên trầm trọng hơn.

Bất cứ vị trí nào trên cơ thể đều có thể bị chàm nhưng thường gặp nhất ở da đầu, mặt, môi, bàn tay và bàn chân.

Bệnh chàm còn được phân ra nhiều dạng như: chàm tiếp xúc, chàm thể tạng, chàm tiết bã, chàm đồng tiền,… Tuy nhiên, các dạng chàm kể trên đều giống nhau ở một vài triệu chứng sau đây:

Vùng da người bệnh nổi những mảng màu hồng, đỏ, hơi sưng phù và rất ngứa. Mẩn đỏ có thể xuất hiện ở một hay một vài vị trí, không bắt buộc đối xứng nhau hay nổi lên khắp cơ thể.

Sau vài giờ hay vài ngày xuất hiện mẩn đỏ, trên vùng da này nổi lên nhiều mụn nước nhỏ li ti. Mụn nước có dịch trong, có thể tự khô rồi tróc ra, nhưng thường bị vỡ do cào gãi làm rỉ nước, khi khô để lại màu vàng hay nâu.

Vùng da bị chàm trở nên khô, nứt nẻ và tróc các vảy mịn như da chết.

Đối với người hay bị bệnh chàm và thường xuyên tái phát ở cùng một vị trí, da sẽ dày lên và có thể bị sạm hơn so những vùng da còn lại.

Trên vùng da dày này có thể thấy rõ những ô vuông đặc trưng ở người bị chàm lâu ngày.

Chẩn đoán bệnh chàm da dựa vào yếu tố gợi ý, biểu hiện bệnh và các xét nghiệm.

Yếu tố cơ địa dị ứng của bản thân hay người thân trong gia đình gợi ý bệnh chàm do di truyền.

Hiện diện các nguyên nhân gây dị ứng từ môi trường như thức ăn, động vật, thực vật, hóa chất, không khí hay tâm lý.

Triệu chứng ban đầu là nổi mẩn đỏ và rất ngứa, sau đó xuất hiện mụn nước. Các mụn nước bị vỡ ra do cào gãi làm rỉ dịch và để lại màu vàng hay nâu.

Trong trường hợp tái phát nhiều lần, vùng da bị chàm sẽ dày lên, có màu xám và hình ảnh ô vuông đặc trưng.

Chẩn đoán bệnh chàm dựa vào hỏi bệnh và thăm khám là chủ yếu. Các xét nghiệm khác ít hỗ trợ trong chẩn đoán bệnh. Có thể thực hiện xét nghiệm tìm các yếu tố dị ứng trên da để có kế hoạch điều trị và phòng ngừa bệnh tái phát.

Bệnh chàmlà một bệnh lý da lành tính, không lây và có thể điều trị. Điều quan trọng trong quản lý bệnh chàm là chăm sóc sao cho bệnh ít tái phát nhất.

Hãy tiếp tục tìm hiểu các phương pháp chăm sóc và điều trị cho người bệnh chàm da trong những bài viết sau:

Phương pháp điều trị và cách chăm sóc da cho người bị bệnh chàm

Bệnh nhân bị chàm da nên hỏi bác sĩ điều gì?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chong-mat-nhung-dieu-can-biet-de-bao-ve-minh/

Nội dung bài viết

Chóng mặt là gì?

Điều gì gây ra triệu chứng chóng mặt?

Bạn nên đi khám bác sĩ nếu như gặp phải tình trạng trên

Bạn sẽ cần phải xét nghiệm?

Triệu chứng chóng mặt được điều trị như thế nào?

Bạn có thể tự làm gì để đối phó với chứng chóng mặt?

Ai cũng có thể bị chóng mặt. Đôi lúc, tình trạng này làm chúng ta nôn ói, ngất, té ngã hoặc khó chịu đến mức không làm được gì cả. Chóng mặt có thể là lành tính, nhưng cũng có thể là dấu hiệu nguy hiểm. Bài viết này của Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn sẽ cung cấp cho bạn những hiểu biết cần thiết về chóng mặt để bạn có cách xử trí khi mình và người thân rơi vào tình huống không mong muốn này.

Đây là một cảm giác đôi khirất khó để mô tả. Nó thường làm cho bạn cảm thấy nhưsắp ngã hoặc bất tỉnh. Tình trạng này cũng có thể khiến bạn cảm thấy lâng lâng hoặc khó đi thẳng.

Có nhiều dạng chóng mặt khác nhau. Bạn có thể cảm thấy như đang quay, lắc lư, bị nghiêng hoặc giống như căn phòng đang di chuyển xung quanh mình. Những cảm giác này đến và đi, có thể kéo dài vài giây, vài giờ hoặc vài ngày. Bạn có thể cảm thấy tồi tệ hơn khi di chuyển đầu, thay đổi tư thế, ho hoặc hắt hơi.

Một số người bị chóng mặt gặpkhó khăn khi đi bộ. Thậm chí, một số người bị chóng mặt có buồn nôn và có thể nôn.

>> Bạn thường xuyên bị chóng mặt nhưng lại không biết nguyên nhân vì sao? Hãy thử tìm hiểu bài viết:Thường xuyên chóng mặt: Nguyên nhân do đâu?để được giải đáp kịp thời nhé.

Các nguyên nhân phổ biến nhất của chứng chóng mặt bao gồm:

Sâu bên trong tai có một các ống nhỏ chứa đầy chất lỏng. Trôi nổi bên trong chất lỏng đó là các khối canxi đặc biệt. Cùng với nhau, các ống và khối này tạo thành “hệ thống tiền đình” (“rối loạn tiền đình” là từ “huyền thoại” mà ai cũng biết tới). Hệ thống này cho não biết vị trí của cơ thể trong không gian. Nó cũng giúp bạn giữ thăng bằng.

Nếu các ống bên trong tai bị sưng hoặc có thêm các cặn canxi không cần thiết, bạn có thể gặp phải những vấn đề về chóng mặt và cân bằng. Bạn cũng có thể bị chóng mặt nếu tình trạng sưng viêm này gây áp lực lên dây thần kinh ở tai trong. Nguyên nhân gây sưng viêm đôi khi là do nhiễm virus.

Chấn thương và chấn động ở đầu có thể làm xáo trộn tai trong và dẫn đến chóng mặt.

Một số loại thuốc có thể làm mất hệ thống cân bằng ở tai trong và gây chóng mặt.

Đau nửa đầu đôi khi có thể nghiêm trọng tới mức gây ra chứng chóng mặt.

Các vấn đề về não chẳng hạn như đột quỵ hoặc đa xơ cứng cũng có thể gây ra chứng chóng mặt.

Gặp bác sĩ ngay lập tứcnếu bạn bị chóng mặt kèm với các tình trạng sau đây:

Đau đầu mới xuất hiện hoặc đau đầu dữ dội.

Bị sốt cao hơn 38°C.

Bắt đầu nhìn đôi hoặc nhìn mờ.

Gặp khó khăn khi nói hoặc nghe.

Có điểm yếu ở cánh tay, chân.

Mặt bị xệ xuống một bên.

Ngất xỉu.

Bị tê hoặc ngứa ran.

Đaungực.

Không thể ngừng nôn.

Bạn cũng nên khám bác sĩ nếu bị chóng mặtkéo dài trong vài phút trở lênvà nếu như bạn:

Lớn hơn 60 tuổi.

Đã từng bị đột quỵ.

Có nguy cơ bị đột quỵ, ví dụ như đang bị tiểu đường hoặc hút thuốc lá.

Nếu bạn chỉ bị chóng mặt, không có bất kỳ vấn đề nào được liệt kê ở trên, nhưng tình trạng này cứ lặp đi lặp lại thì hãy đặt lịch hẹn với bác sĩ.

Có lẽ.Bác sĩ sẽ bắt đầu thăm khám trước, sau đó sẽ quyết định cho chỉ định xét nghiệm. Các bước thăm khám có thể bao gồm:

Khả năng nghe của bạn.

Cách bạn đi bộ và giữ thăng bằng.

Cách mắt bạn hoạt động khi bạn dõi theo một vật thể chuyển động hoặc khi đầu của bạn quay từ bên này sang bên kia.

Tùy thuộc vào những gì phát hiện qua thăm khám, bác sĩ có thể yêu cầu nhiều xét nghiệm hơn để hiểu rõ các vấn đề về thính giác hoặc thăng bằng của bạn. Trong một số trường hợp, bác sĩ sẽ yêu cầuchụp MRI não. MRI là một xét nghiệm dùng sóng từ tính để “chụp lại” hình ảnh của các cơ quan bên trong cơ thể bạn.

>> MRI là phương pháp chụp có thể giúp chúng ra nhìn thấy hình ảnh rõ ràng của hầu hết các bộ phận của cơ thể. Tìm hiểu thêm:Chụp cộng hưởng từ (MRI) có hại cho cơ thể không?.

Khi biết được những gì gây ra chứng chóng mặt của bạn, bác sĩ sẽ cố gắng điều trị trực tiếp các nguyên nhân đó. Chẳng hạn, nếu bạn có cặn canxi ở tai trong, bác sĩ có thể cố gắng sắp xếp chúng yên vị bằng cách hướng dẫn bạn một bài tập. Trong bài tập này, bạn sẽ di chuyển đầu theo một cách đặc biệt.

Bác sĩ cũng có thể cung cấp cho bạn các loại thuốc giúp giảm chóng mặt,buồn nôn và nôn.

Nếu chứng chóng mặt của bạnthật sự tồi tệ, bác sĩ cũng có thể đề nghị một phương pháp điều trị gọi là “phục hồi cân bằng”. Trong phương pháp này, bạn sẽ rèn luyện các bài tập có thể dùng để đối phó với chứng chóng mặt của mình.

Nếu bạn gặp khó khăn khiđứng hoặc đi bộvì chóng mặt, bạn cónguy cơbị ngã. Để giảm nguy cơ té ngã, hãy làm cho ngôi nhà của bạnan toàn nhất có thể. Hãy loại bỏ các dây điện lỏng lẻo, lộn xộn và những tấm thảm trơn trượt. Ngoài ra, hãy chắc chắn rằng bạn mang giày bám dính tốt, chống trơn trượt, lối đi của bạn rõ ràng và đủ ánh sáng.

>>>Bí quyết bấm huyệt trị chóng mặt mà bạn không thể bỏ qua

Như vậy, trong bài viết này, chúng ta đã cùng tìm hiểu biểu hiện, nguyên nhân và cách xử trí khi bịchóng mặt. Tình trạng này lành tính với các vấn đề về tai trong là thường gặp nhất. Tuy nhiên, để tự bảo vệ mình, bạn cần biết các trường hợp chóng mặt là dấu hiệu cảnh báo nguy hiểm. Nếu gặp phải tình trạng chóng mặt kèm với các dấu hiệu nguy hiểm, hãy ngay lập tức đến gặp bác sĩ của mình, bạn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chay-dich-tai-nhung-nguyen-nhan-thuong-gap/

Nội dung bài viết

Dịch tai tới từ đâu?

Những nguyên nhân thường gặp

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chảy dịch tai được điều trị như thế nào?

Chúng ta nên làm gì để giữ tai khô và sạch?

Chảy dịch tai là một triệu chứng thường gặp ở cả người lớn và trẻ em. Dịch có thể có dạng trong, lẫn máu hoặc giống như mủ. Các triệu chứng liên quan có thể là đau tai, sốt, chóng mặt, ù tai, nghe kém. Chảy dịch tai có thể cấp hoặc mạn, nó biểu hiện cho bệnh lý ở các thành phần của tai. Vậy đâu là những nguyên nhân thường gặp gây chảy dịch tai? Nó có nguy hiểm không? Khi nào cần tới khám bác sĩ? Bài viết này sẽ cung cấp cho các bạn những kiến thức cơ bản về tình trạng thường gặp này.

Thông thường tai của chúng ta tiết ra một chất lỏng có dạng dầu, về sau tạo thành ráy tai. Chức năng của chất dịch này là làm cho bụi, vi khuẩn hay các dị vật không xâm nhập được vào sâu bên trong tai.

Tuy nhiên trong một số trường hợp dịch từ tai không giống với bình thường. Có thể có dạng dịch trong, vàng lượng nhiều, dịch lẫn máu, dịch mủ. Dịch này có thể từ da ống tai ngoài, bề mặt màng nhĩ hay niêm mạc tai giữa. Chúng thể hiện một tình trạng bệnh lý của những bộ phận này. Các bệnh lý này có thể là viêm nhiễm, thủng màng nhĩ hoặc chấn thương các vùng của tai.

Viêm tai giữalà một nguyên nhân thường gặp gây chảy dịch tai. Tai giữa là phần tai nằm sau màng nhĩ, chứa chuỗi xương con (các xương nhỏ giúp dẫn truyền âm thanh), đóng vai trò quan trọng trong chức năng nghe. Khi vi khuẩn hay virus xâm nhập vào tai giữa, chúng gây nhiễm trùng làm tích tụ dịch sau màng nhĩ. Dịch quá nhiều có thể gây thủng màng nhĩ, sau đó chảy ra ngoài.

Đây cũng là một nguyên nhân gây chảy dịch tai. Chấn thương tai có thể xảy ra khi chúng ta vô tình dùng tăm bông đưa vào quá sâu.

Tăng áp suất trong tai khi đi máy bay hoặc lặn cũng là một nguyên nhân. Lúc này màng nhĩ cũng có thể bị tổn thương.

Viêm ống tai ngoàithường được biết tới là bệnh tai ở người bơi lội. Khi ống tai ngoài tiếp xúc với nước nhiều, vi khuẩn hoặc nấm có cơ hội phát triển gây ra sự nhiễm trùng. Ngoài ra da tai quá ẩm dễ tổn thương hơn, tạo điều kiện cho mầm bệnh xâm nhập.

Bệnh không những chỉ xảy ra ở người bơi lội mà còn có thể gặp khi có một nguyên nhân gây tổn thương da ống tai ngoài. Đó có thể là bệnh eczema, dị vật kích thích tai…

Bệnh thường kèm theo các triệu chứng khác như đau, sưng đỏ ống tai ngoài.

Viêm ống tai ngoài ác tính là biến chứng của viêm ống tai ngoài, gây hủy sụn và xương, thường gặp ở người suy giảm miễn dịch.

Viêm xương chũm: là sự nhiễm trùng của phần xương nằm sau tai.

Bạn nên đến khám bác sĩ nếu chảy dịch từ tai có đặc điểm sau:

Dịch chảy ra có màu trắng, vàng đục hoặc lẫn máu.

Chảy dịch kéo dài hơn 5 ngày.

Đau tai nhiều, tai sưng, đỏ hoặc nghe kém.

Chảy dịch kèm sưng, đau vùng sau tai.

Kèm theo sốt cao.

Chảy dịch tai sau chấn thương.

Điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân. Trong một số trường hợp nhẹ thậm chí không cần can thiệp gì thêm và tai sẽ tự bình thường lại.

Viêm ống tai ngoài sẽ được kê kháng sinh nhỏ tai để ngăn ngừa tình trạng xấu hơn. Với những trường hợp nặng, kháng sinh đường uống được lựa chọn.

Với nguyên nhân chấn thương, hầu như sẽ tự lành mà không cần can thiệp. Trường hợp rách màng nhĩ sẽ được theo dõi trong vòng vài tuần tới 2 tháng. Nếu màng nhĩ không tự lành, bác sĩ sẽ phải dùng mảnh ghép hoặc phẫu thuật để sửa chữa.

Để giảm đau người bệnh có thể đắp lên tai một miếng gạc ấm hoặc uống thuốc giảm đau.

Nhiễm trùng tailà một nguyên nhân thường gặp gây chảy dịch. Vì vậy, giữ vệ sinh cá nhân và hạn chế tiếp xúc người đang mắc bệnh rất cần thiết.

Trẻ em nên được cho bú mẹ đủ vì sữa mẹ có các kháng thể bảo vệ tai. Ngoài ra nếu trẻ bú bình thì cũng nên để trẻ ở tư thế ngồi hoặc đứng thẳng hơn là nằm.

Không đưa bất cứ vật gì vào trong tai, điều này có thể gây tổn thương da ống tai và màng nhĩ.

Khi tiếp xúc tiếng ồn nên dùng nút tai bảo vệ.

Người bơi lội nên sử dụng nút tai. Sau khi tập luyện nên làm khô tai bằng cách nghiêng đầu qua một bên.

Chảy dịch taikhá thường gặp và có thể đi kèm với những triệu chứng liên quan. Dịch có thể trong, vàng, đục như mủ hoặc lẫn máu. Có nhiều nguyên nhân khác nhau dẫn tới hiện tượng này. Thường gặp là viêm tai giữa, viêm ống tai ngoài, chấn thương. Đó có thể là bệnh lý nhẹ cho tới nguy hiểm, nhất là sau chấn thương.

Việc điều trị tùy theo nguyên nhân, có thể chỉ theo dõi hoặc phải can thiệp phẫu thuật. Việc giữ vệ sinh tai là rất cần thiết. Áp dụng các biện pháp bảo vệ tai không những tránh hiện tượng tai chảy dịch mà còn duy trì khả năng nghe của tai một cách tốt nhất.

Có thể bạn quan tâm:Bỏ túi những điều cần chuẩn bị trước khi đi khám Viêm tai giữa

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chay-mau-cam/

Nội dung bài viết

1. Chảy máu cam là gì?

2. Nguyên nhân chảy máu cam

3. Khi nào cần đến gặp bác sĩ?

4. Các bước tự chăm sóc tại nhà khi bị chảy máu cam

5. Các cách giúp ngăn ngừa chảy máu mũi

Chảy máu cam hay chảy máu mũi là một tình trạng phổ biến, bất cứ ai cũng có thể gặp phải. Có rất nhiều nguyên nhân có thể gây chảy máu cam, nhưng đa số không nghiêm trọng và bạn có thể tự xử trí tại nhà. Bài viết dưới đây của Bác sĩ Sử Ngọc Kiều Chinh sẽ liệt kê các tình trạng và bệnh lý có thể gây chảy máu cam và các bước cầm máu bạn có thể tự thực hiện tại nhà.

Chảy máu cam, hay còn gọi là chảy máu mũi, bao gồm những trường hợp chảy máu từ phía trong mũi. Nhiều người thỉnh thoảng lại bị chảy máu cam, đặc biệt là trẻ nhỏ và người lớn tuổi.

Mặc dù chảy máu mũi có thể khá đáng sợ, nhưng thường thì chúng chỉ gây ít phiền toái và không nguy hiểm. Chảy máu mũi thường xuyên khi xảy ra nhiều hơn 1 lần trong 1 tuần.

Niêm mạc lót phía trong mũi chứa nhiều mạch máu nhỏ. Những mạch máu này nằm sát bề mặt nên rất dễ bị tổn thương và gây chảy máu mũi.

Hai nguyên nhân thường gặp nhất gây chảy máu mũi là:

Không khí khô.Khi niêm mạc lót trong hốc mũi bị khô đi, chúng dễ dàng bị chảy máu và nhiễm trùng hơn.

Ngoáy mũi.Thường xảy ra nhất ở trẻ em.

Những nguyên nhân khác có thể gây chảy máu cam (chảy máu mũi) bao gồm:

Viêm mũi xoang(nhiễm trùng mũi xoang);

Viêm mũi dị ứng;

Cảm lạnh;

Dị vật mũi. Đặc biệt lưu ý ở trẻ nhỏ;

Bệnhmáu khó đông, ví dụ như hemophilia;

Uống thuốcAspirin;

Sử dụng thuốc kháng đông, ví dụ như warfarin and heparin;

Hít phải các hóa chất gây kích ứng niêm mạc mũi, như Amoniac (NH3);

Sử dụng Cocaine;

Vẹo vách ngăn;

Thuốc xịt mũi, nếu dùng quá thường xuyên và không đúng chỉ định của bác sĩ;

Viêm mũi không do dị ứng;

Chấn thương mũi.

Những nguyên nhân gây chảy máu mũi ít gặp:

Uống rượu, bia;

Bệnh giãn mạch chảy máu di truyền (tên tiếng anh Hereditary hemorrhagic telangiectasia);

Bệnhxuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch;

Bệnhbạch cầu cấp(hay bệnh máu trắng);

Polyp mũi xoang;

Sau phẫu thuật mũi xoang;

Mang thai.

Thông thường, chảy máu mũi không phải là triệu chứng hay hậu quả của bệnh tăng huyết áp. Nhưng huyết áp tăng cao có thể khiến cho tình trạng chảy máu mũi của bạn kéo dài và nặng hơn.

Những nguyên nhân liệt kê phía trên có thể liên quan tới tình trạng chảy máu mũi của bạn. Nên đến khám bác sĩ để có chẩn đoán chính xác nhất.

Xem thêm:Nghẹt mũi: Nguyên nhân do đâu? Khi nào cần đi khám?

Đa số tình trạng chảy máu mũi thường không nghiêm trọng và có thể tự cầm được.

Nên đến bệnh viện ngay nếu chảy máu mũi trong các tình huống sau:

Theo sau một chấn thương, ví dụ như tai nạn giao thông

Chảy máu mũi lượng nhiều

Gây khó thở

Kéo dài hơn 30 phút ngay cả khi đã thực hiện các bước tự cầm máu.

Xảy ra ở trẻ nhỏ hơn 2 tuổi

Nếu bạn thường xuyên bị chảy máu mũi, ngay cả khi có thể tự cầm được, bạn cũng nên đến khám bác sĩ để xác định nguyên nhân chảy máu.

Không nên tự lái xe đến bệnh viện nếu bạn đang chảy nhiều máu. Bạn nên gọi xe cấp cứu hay nhờ người khác chở đi.

Ngồi dậy và cúi người về phía trước. Tư thế ngồi có thể giúp làm giảm áp lực trong các mạch máu ở mũi. Điều này ngăn chảy máu mũi nặng hơn. Ngoài ra, cúi người về phía trước để máu không chảy xuống họng và vào dạ dày, vì nó có thể gây kích thích dạ dày.

Không cố gắng hỉ mũi mạnh hay khạc máu vì có thể khiến chảy máu nặng hơn. Bạn nên nhẹ nhàng lau sạch và bóp cánh mũi để đẩy máu cũ trong mũi ra. Nhổ nhẹ nhàng nếu máu chảy xuống họng.

Xịt thuốc co mạch mũi – các thuốc xịt giảm nghẹt mũi (nếu có).

Dùng ngón cái và ngón trỏ bóp chặt 2 bên cánh mũi, ngay cả khi chỉ chảy máu 1 bên mũi. Thở nhẹ nhàng bằng miệng. Tiếp tục bóp chặt trong khoảng 10 – 15 phút. Động tác này giúp chèn chặt vào điểm chảy máu tại niêm mạc mũi và thường có thể làm ngưng chảy máu cam.

Đặt một túi chườm lạnh lên mũi để các mạch máu mũi co lại và làm đông máu nhanh hơn, giúp giảm chảy máu.

Lặp lại các bước trên nếu chảy máu chưa ngưng hẳn.

Khi chảy máu mũi đã ngưng, để ngăn không bị chảy lại, bạn không nên ngoáy mũi hay hỉ mũi mạnh. Tránh cuối đầu xuống thấp vì có thể làm tăng áp lực ở mạch máu niêm mạc mũi. Nên giữ đầu ở tư thế cao hơn tim.

Xem thêm:Phân biệt viêm mũi dị ứng, viêm mũi thông thường và viêm mũi xoang

Nếu bạn đã thực hiện các bước trên mà chảy máu mũi không giảm, bạn nên đến bệnh viện để được xử trí thích hợp.

Giữ ẩm cho niêm mạc mũi. Đặc biệt trong những tháng lạnh, hanh khô.

Dùng nước muối sinh lý xịt mũi. Xịt mũi bằng nước muối sinh lý giúp làm ẩm niêm mạc mũi. Bạn có thể dễ dàng mua nước muối sinh lý xịt mũi ở các quầy thuốc. Khi bạn cảm thấy mũi bị khô, hãy xịt 1-2 nhát vào mỗi bên mũi.

Đừng bôi Vaseline, dầu khoáng hoặc sản phẩm dạng dầu khác (như dầu dừa) vào bên trong mũi. Đặc biệt ở trẻ, nếu trẻ hít phải một lượng nhỏ những chất này vào phổi, cũng có thể gây viêm phổi.

Cắt móng tay cho trẻ. Trẻ thường hay ngoáy mũi làm tổn thương niêm mạc dẫn đến chảy máu. Vì vậy bạn nên thường xuyên cắt ngắn móng tay cho trẻ.

Dùng máy làm ẩm không khí.

Chảy máu mũi hay chảy máu camlà một tình trạng thường gặp và do nhiều nguyên nhân gây ra. Chảy máu mũi thường không nguy hiểm và có thể tự cầm tại nhà. Nếu chảy máu mũi nhiều hoặc kéo dài, bạn nên đến bệnh viện để được xử trí thích hợp. Nếu chảy máu mũi xảy ra thường xuyên, dù có thể tự cầm, bạn cũng nên đến khám bác sĩ để tìm nguyên nhân chảy máu.

Để biết rõ hơn về chảy máu cam cũng như là cách xử trí và phòng ngừa chảy máu cam tái phát. Bạn có thể tham khảo ở video dưới đây nhé!

Xem thêm bài viết liên quan:

Chảy máu tai và những nguyên nhân thường gặp

Chảy máu tiêu hóa dưới: Đừng coi thường!

Cảm lạnh: Điều trị và phòng ngừa

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chay-mau-chan-rang-khi-mang-thai/

Nội dung bài viết

Thời điểm thường xảy ra chảy máu chân răng?

Nguyên nhân chảy máu chân răng khi mang thai

Một số triệu chứng đi kèm

Xử lý khi chảy máu chân răng

Phòng ngừa chảy máu chân răng khi mang thai

Khi nào chảy máu chân răng khi mang thai sẽ hết?

Điều trị chảy máu chân răng khi mang thai

Mang thai là thời điểm nhạy cảm của phụ nữ. Khi mang thai, cơ thể của phụ nữ xảy ra nhiều thay đổi cả về ngoại hình và sức khỏe. Những thay đổi này có thể khiến các mẹ trở nên lo lắng và nhất là lo cho sự an toàn, khỏe mạnh của con yêu. Chảy máu chân răng khi mang thai là một trong những vấn đề mà nhiều mẹ thường hay than phiền. Tuy nhiên, đừng quá lo lắng, tình trạng này có thể phòng ngừa và điều trị tốt ngay cả khi mang thai. Các vấn đề về nướu, răng sẽ quay trở lại bình thường sau thời gian thai kỳ.

Thông thường 60 – 70% phụ nữ khi mang thai sẽ bắt đầu thấy nướu sưng lên và rớm máu khi bước vào 3 tháng giữa thai kỳ hoặc có thể sớm hơn. Ở giai đoạn này, sự gia tăng các hormone trong thai kỳ khiến niêm mạc sưng lên và nghẽn tắc các mạch máu, khiến nướu bị viêm và dễ chảy máu. Triệu chứng này thường gặp khoảng tuần thứ 15 của thai kỳ.

Có nhiều nguyên nhân góp phần gây ra tình trạng chảy máu chân răng của các mẹ trong quá trình mang thai như:

Khi mang thai, nồng độprogesterontăng khiến các vi khuẩn gây viêm nướu dễ dàng phát triển hơn. Đồng thời gia tăng lượng hocmon cũng làm mô nướu nhạy cảm hơn và gây phản ứng quá mức với mảng bám. Đặc biệt nếu trước đó người mẹ đã mắc viêm nướu, viêm nha chu, thì tình trạng sẽ càng tệ hơn.

Khi mang thai có thể miệng sẽ tiết ít nước bọt hơn. Nước bọt có vai trò cân bằng môi trường miệng, rửa trôi mảng bám và vi khuẩn. Việc giảm tiết nước bọt sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh sâu răng, viêm nướu.

Mang thai cũng làm thói quen ăn uống hằng ngày của bạn thay đổi. Nhiều người sẽ cảm thấy thèm ăn ngọt và tinh bột hơn. Đây là môi trường yêu thích của vi khuẩn phát triển trong mảng bám gây viêm nướu.

Đối với những người biểu hiện nghén sớm trong thai kỳ, răng nướu dễ chịu ảnh hưởng bởi các tác động của thai kỳ. Khi ói thường xuyên, răng nướu sẽ phải liên tục chịu môi trường axit có hại. Điều này thật không mấy dễ chịu đối với các mẹ trong những tháng đầu thai kỳ.

Khi mang thai bạn có thể trở nên vô cùng nhạy cảm với tất cả mọi thứ. Những thứ trước đây bạn rất thích hoặc không hề để ý, bỗng trở nên vô cùng khó chịu. Bạn cảm thấy khó chịu với mùi vị của bạc hà trong kem đánh răng hay của các chất khác trong sản phẩm chăm sóc răng miệng.

Điều này là lý do khiến một số mẹ bầu lười chăm sóc răng miệng. Thường mẹ sẽ cảm thấy buồn nôn và tránh chải răng hay súc miệng.

Thường khi chải răng, chị em sẽ chú ý đến việc chảy máu nhiều hơn. Vì báo hiệu sự trầm trọng của tình trạng răng miệng. Tuy nhiên kèm theo sự chảy máu, nướu cũng sẽ có các biểu hiện như:

Sưng.

Đỏ.

Tụt nướu.

Hơi thở hôi.

Nhạy cảm khi sờ chạm.

Đây đều là biểu hiện của viêm nướu thai kỳ. Viêm nướu sẽ thường gặp từ tháng 2 đến cuối thai kỳ. Tăng biểu hiện trong những tháng cuối của thai kỳ. Bên cạnh viêm nướu, mẹ bầu cũng có nguy cơ đối mặt với sâu răng, viêm nha chu. Do đó việc thăm khám nha sĩ trong những tháng thai kỳ là hết sức quan trọng, các mẹ không được bỏ quên.

Đầu tiên, bạn cần hiểu đây là tình trạng thường gặp ở phụ nữ mang thai. Do đó không phải quá lo lắng. Có một số bước đơn giản bạn có thể thực hiện ngay để đối phó với tình trạng này:

Khi mang thai, bạn nên đến khám nha sĩ ít nhất 1 lần để kiểm tra và vệ sinh răng miệng. Bạn cần báo cho bác sĩ biết về tình trạng mang thai của mình. Điều này giúp nha sĩ lưu ý hơn các phương pháp che chắn khi chụp phim X-quang hay trì hoãn các điều trị cần gây mê.

Nguyên tắc chăm sóc răng miệng thông thường là chải răng ít nhất 2 lần/ngày, mỗi lần 2 phút với kem đánh răng chứ fluor và dùng chỉ nha khoa, bàn chải kẽ hằng ngày. Giai đoạn này nướu rất nhạy cảm, bạn nên dùng bàn chải mềm, không quá cứng, chải nhẹ nhàng. Có thể dùng bàn chải điện nhưng thao tác phải nhẹ nhàng.

Bạn có thể thay đổi loại kem đánh răng nếu thấy khó chịu. Nhiều hương vị trái cây của kem đánh răng trẻ em sẽ đem lại cảm giác dễ chịu hơn. Dành nhiều thời gian chăm sóc răng miệng hơn sẽ giúp bạn giảm các triệu chứng của viêm nướu, sâu răng.

Không chỉ răng của bạn cần chăm sóc, mà thậm chí lưỡi, nướu, mô miệng khác cũng cần được chải rửa nhẹ nhàng mỗi ngày. Việc chải lưỡi sẽ giúp làm giảm bớt mảng bám và lượng vi khuẩn có trong miệng.

Điều này sẽ giúp bạn có được hơi thở thơm tho hơn, tăng cường sự khỏe mạnh của răng miệng. Nước muối ấm sẽ làm dịu cơn đau, sưng đỏ của nướu khiến bạn dễ chịu hơn. Đồng thời cũng phòng ngừa các bệnh đường hô hấp, viêm họng.

Thời gian nghén sẽ vô cùng khó chịu, bạn phải chịu hành hạ bởi nhiều lần nôn trong ngày. Nhưng chúng ta nên chịu khó chải răng hoặc có thể là súc miệng sau mỗi đợt nôn. Điều này giúp bạn bớt vị chua, khó chịu trong miệng. Đồng thời giúp loại bỏ vi khuẩn và axit gây hại cho miệng.

Đảm bảo cung cấp đủ các vitamin và chất cần thiết cho quá trình thai kỳ. Đặc biệt là bổ sungvitamin Cđể có răng nướu khỏe mạnh. Việc quan tâm đến hàm lượng canxi trong khi mang thai cũng vô cùng quan trọng, giúp bạn có được hệ xương và răng chắc khỏe hơn.

Khi mang thai, bạn sẽ được khuyến khích ăn nhiều để tốt cho mẹ và bé. Tuy nhiên, việc ăn vô tội vạ tất cả loại thức ăn nhất là thức ăn có lượng đường cao, sẽ đem lại những nguy cơ xấu. Việc dinh dưỡng không đúng có thể dẫn đến tiểu đường thai kỳ, các biến đổi sức khỏe khác và cả các vấn đề răng miệng.

Bạn nên cố gắng chọn những thực phẩm chứa ít đường nhất có thể. Nên tăng cường trái cây, thực phẩm chứa nhiềuchất xơ. Nếu bắt buộc phải ăn, nên chải răng ngay sau ăn 30 phút. Một số mẹ có thói quen ăn trái cây sấy. Đây là thực phẩm chứa lượng đường cao, dai dính, dễ bám trên mặt nhai các răng. Do đó nên hạn chế sử dụng.

Mặc dù tỉ lệ viêm nướu khi mang thai khá cao, lên đến 60 – 70% ở phụ nữ mang thai. Tuy nhiên bạn hoàn toàn có thể phòng ngừa bằng việc thăm khám nha khoa để chăm sóc răng miệng thường xuyên.

Thực tế một số trường hợp mẹ bầu có vấn đề răng miệng nhưng vẫn không muốn đi nha sĩ. Lý do vì việc nghén khiến họ cảm thấy khó chịu khi có bất cứ vật gì đưa vào miệng. Một số lại cho rằng việc điều trị nha khoa sẽ ảnh hưởng đến thai nhi. Điều này là hoàn toàn không có căn cứ.

Nếu bạn không điều trị nha khoa ngay khi có vấn đề thì sẽ ảnh hưởng lớn hơn tới thai nhi. Do vậy, cách tốt nhất để có sức khỏe tốt cho mẹ và bé là phải tăng cường sức khỏe bằng cách tăng cường chăm sóc răng miệng.

Đây là điều mà nhiều người thắc mắc. Tình trạng này sẽ hết ngay sau sinh,khi hocmon trở về ổn định. Nếu trước mang thai, răng nướu bạn hoàn toàn khỏe mạnh thì ngay khi sinh xong, việc duy trì vệ sing răng miệng tốt sẽ khiến bạn nhanh hồi phục hơn.

Bên cạnh việc áp dụng các cách ngăn ngừa chảy máu chân răng kể trên, nếu tình trạng tệ hơn, có thể bạn sẽ cần đến sự giúp đỡ của nha sĩ. Thông thường nha sĩ sẽ loại bỏ mảng bám và vôi răng bằng cạo vôi. Bạn có thể sẽ được kê đơn kháng sinh để loại bỏ nhiễm khuẩn. Một số loại nước súc miệng kháng khuẩn cũng được cân nhắc sử dụng thêm. Bạn phải báo với bạn sĩ tất cả các vấn đề sức khỏe, dị ứng, loại thuốc hoặc vitamin đang sử dụng.

Trong trường hợp viêm tiến triển nặng, có thể bắt buộc phải điều trị phẫu thuật. Thường thời điểm phù hợp để thực hiện điều trị này là 3 tháng giữa thai kỳ. Nha sĩ sẽ thực hiện điều trị dưới sự phối hợp kiểm soát của bác sĩ sản khoa. Nếu bạn đang ở những tháng cuối thai kỳ, điều trị phẫu thuật sẽ được trì hoãn đến sau sinh. Nha sĩ sẽ phối hợp các điều trị làm giảm nhẹ tình trạng viêm.

Mang thai là một quá trình gian nan nhưng đầy niềm vui . Để có một hành trình thật vui khỏe, các mẹ hãy biết quan tâm chăm sóc sức khỏe đúng cách. Những dấu hiệu như chảy máu chân răng sẽ không khiến mẹ phải quá lo lắng nếu biết cách điều trị phù hợp. Chăm sóc răng miệng tốt, thường xuyên thăm khám nha sĩ, chế độ ăn phù hợp sẽ giúp mẹ có một thai kỳ an vui.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chay-mau-lau-cam-bao-hieu-ban-dang-mac-benh-gi/

Nội dung bài viết

Như thế nào là chảy máu lâu cầm, kéo dài bất thường?

Các dấu hiệu cần lưu ý khi bị chảy máu

Nguyên nhân thật sự của tình trạng chảy máu lâu cầm là gì?

Nên xử lý tình huống này như thế nào?

Bị chảy máu như vậy có nguy hiểm không?

Chảy máu lâu cầm là một tình trạng có thể khiến chúng ta rất hoang mang. Một số người bệnh, phụ huynh của trẻ hay dùng từ “máu loãng”. Đây liệu báo hiệu bệnh lý gì không, nguy hiểm ra sao và cần chăm sóc như thế nào. Hãy cùng theo dõi bài viết này của Bác sĩ Đinh Gia Khánh để hiểu hơn về tình trạng kể trên nhé.

Khi một vết thương xuất hiện trên cơ thể, hệ thống đông máu sẽ được kích hoạt để đảm bảo người này không bị chảy máu quá nhiều. Quá trình đông máu bao gồm các giai đoạn quan trọng sau:

Mạch máu co lại để hạn chế lượng máu mất. Tốc độ máu tại đây bị giảm cũng khiến tiểu cầu và các yếu tố đông máu dễ tác động hơn.

Tiểu cầu bám lên vị trí tổn thương, tạo mạng lưới, đóng thành cục tiểu cầu để chặn máu mất.

Các yếu tố đông máu, bản chất là các protein của cơ thể. Tham gia hình thành và ổn định cục máu đông. Kết thúc quá trình chảy máu, mô sẽ lành dần và cục máu đông sau đó sẽ bị cơ thể ly giải.

Thật ra chúng ta không có một mốc thời gian cụ thể bao lâu được gọi là chảy máu lâu cầm. Tuỳ thuộc vào đặc tính vết thương thì thời gian đông máu sẽ khác biệt. Ví dụ như vết thương sắc bén sẽ lâu lành hơn so với vết thương dập nát, tổn thương mạch máu lớn sẽ khó cầm hơn,…

Tuy không có mốc thời gian cụ thể, nhưng nếu bạn cảm thấy “bất thường”, máu vẫn tiếp tục chảy dù cho bạn cố gắng cầm, hãy đến ngay cơ sở y tế.

Bên cạnh dấu hiệu chảy máu lâu cầm khó chính xác. Chúng ta cũng cần đặc biệt lưu ý các các dấu hiệu mà người bệnh có khả năng bị rối loạn đông máu:

Điều này là quan trọng nhất và nhiều trường hợp liên quan nhất. Những bệnh nhân, ví dụ như đặt stent động mạch vành, dự phòng huyết khối, phải sử dụng thuốc kháng đông. Mặt khác, một số thuốc giảm đau khớp, nổi bật là kháng viêm non steroid, làm tăng nguy cơ chảy máu. Do vậy, bất kể đang dùng thuốc gì, hãy báo cáo cho bác sĩ để có can thiệp phù hợp.

Các thực phẩm chức năng khác, thuốc bắc hay thuốc nam cũng thể gây ra tình trạng chảy máu lâu cầm.

Nếu bị chảy máu ở một nơi, ví dụ như chảy máu mũi thì nguyên nhân có thể tại chỗ. Nhưng nếu bị từ hai vị trí trở lên, dấu hiệu này cảnh báo có thể có sự bất thường trong vận hành bộ máy đông máu của cơ thể. Ngoài ra, người bệnh vừa tiểu ra máu, vừa tiêu ra máu,…

Đây là một dấu hiệu khác, báo hiệu sự bất thường trong quá trình đông cầm máu của cơ thể. Bác sĩ sẽ phải đánh giá và tìm nguyên nhân nền.

Một số vị trí bình thường ít khi chảy máu. Khi có dấu hiệu chảy máu thì cần thiết cảnh giác để tìm nguyên nhân:

Da, niêm mạc: Các dấu chấm, mảng bầm da phủ khắp cơ thể. Có thể gợi ý các bệnh nhưsốt xuất huyết,xuất huyết giảm tiểu cầu,…

Cơ, khớp:gợi ý bệnhmáu khó đôngdi truyền,…

Như đã nói ở trên, nguyên nhân chảy máu có thể do nhiều nguyên nhân thúc đẩy. Thường gặp nhất là do thuốc bệnh nhân uống hay thực phẩm sử dụng. Các bệnh lý khác làm tăng nguy cơ chảy máu nổi bật bao gồm:

Hay còn gọi là bệnhHemophilia, bệnh này đại đa số gặp ở nam giới. Phần nhiều là do di truyền gen lặn từ mẹ, một số có thể tự phát sinh. Bệnh mức độ nhẹ thì thường sang chấn nặng người bệnh mới chảy máu đáng kể, sinh hoạt bình thường ít bị ảnh hưởng hơn. Trong hình huống nặng, trẻ nhỏ tuổi biết bò, biết nghịch sẽ có biểu hiện với nổi bật là sưng khớp.

Đây cũng là một bệnh lý phức tạp gây chảy máu. Bệnh này có thể gặp ở cả nữ giới với biểu hiện thay đổi tuỳ thuộc vào thể bệnh.

Các bệnh lý gây giảm tiểu cầu đều làm tăng nguy cơ chảy máu lâu cầm. Ví dụ như xuất huyết giảm tiểu cầu,suy tuỷ xương,bạch cầu cấp,…

Các yếu tố làm đông máu chủ yếu là protein được sản xuất ở gan. Do đó bệnh lý gan, đặc biệt là xơ gan sẽ làm tăng nguy cơ chảy máu lâu cầm vượt trội. Ở bệnh nhân xơ gan, chảy máu là một điều đáng lo ngại và không được coi thường. Một trong số đó là chảy máu đường tiêu hoá do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản.

Vitamin K là thành phần quan trọng để “kích hoạt” nhiều yếu tố đông máu. Một số nguyên nhân như sử dụng kháng sinh kéo dài, hội chứng kém hấp thu ở ruột, rối loạn tiêu hoá, bệnh gan mật,… sẽ làm thiếu vitamin K và có thể gây chảy máu lâu cầm. Đôi khi tình trạng chảy máu này rất nặng nề.

Các nguyên nhân khác hiếm gặp hơn, bao gồm:

Rối loạn đông máu nhiều yếu tố, hiếm gặp

Suy giảm chức năng tiểu cầu bẩm sinh

Mỗi một vị trí chảy máu đặc biệt sẽ có cách hướng dẫn khác nhau. Một số tình huống chúng ta hay xử trí sai ví dụ như:chảy máu cam,…

Chảy máu từ những vết thương sắc nhọn, chúng ta có thể dùng khăn, vải sạch băng ép để giảm thiểu chảy máu,…

Trong các tình huống đặc biệt như trong bệnh máu khó đông. Người bệnh cần nghỉ yên tại chỗ, không cử động, có thể chườm lạnh, băng ép,…

Các trường hợp này xảy ra thì việc làm cấp thiết sau khi xử lý tạm thời là đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất để được can thiệp hiệu quả.

Xem thêm:Chảy máu cam ở trẻ, bạn đã biết cách xử lí?

Đương nhiên sẽ nhiều nguy hiểm nếu mất máu số lượng lớn. Vết thương ở vị trí hiểm như đầu, mặt, cổ, nơi có mạch máu lớn, đặc biệt là động mạch sẽ khiến người bệnh mất một số lượng máu đáng kể trong thời gian ngắn. Đặc biệt là trên nền những bệnh lý huyết học hoặc người bệnh đang dùng thuốc kháng đông. Nếu không xử trí tình trạng máu lâu cầm kịp thời thì có thể trực tiếp đe doạ tính mạng người bệnh.

Tóm lại,chảy máu lâu cầmlà một tình trạng cần đặc biệt lưu ý. Mức độ nghiêm trọng sẽ thay đổi tuỳ thuộc vào nhiều yếu tố. Các yếu tố làm bệnh nhân dễ chảy máu hơn như thuốc đang sử dụng hoặc bệnh lý nền cũng cần được quan tâm. Khi tình trạng chảy máu trở nên không kiểm soát được, phải nhanh chóng sơ cứu và đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế để được xử trí.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chan-thuong-so-nao/

Nội dung bài viết

Chấn thương sọ não là gì?

Nguyên nhân chấn thương sọ não

Triệu chứng chấn thương sọ não (có thể theo từng nguyên nhân)

Xử lý tại nhà có được không? Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán chấn thương sọ não

Điều trị chấn thương sọ não

Chấn thương sọ não là tổn thương thường gặp, gây tỉ lệ tử vong cũng như thương tật cao. Tại Việt Nam, chấn thương sọ não chủ yếu do tai nạn giao thông cũng như tai nạn trong sinh hoạt gây ra. Bài viết sau đây sẽ giúp gia đình và người bệnh nhận biết tổng quát về vấn đề này, hiểu những cơ chế gây ra tổn thương, cách đánh giá bệnh nhân cơ bản. Đồng thời, hiểu rõ những tổn thương thường gặp để phòng tránh và đưa bệnh nhân đến cơ sở ý tế kịp thời. Hãy cùng theo dõi bài viết của Bác sĩ Lê Anh Thư nhé!

Chấn thương sọ não (CTSN) là một chấn thương đột ngột đủ mạnh để gây tổn thươngnão. Nó có thể xảy ra khi có cú đánh hoặc va đập vào đầu. Và cũng có thể xảy ra khi một vật thể xuyên qua hộp sọ.1

Phân loại theo cơ chế sinh bệnh học, chấn thương sọ não là kết quả của hai quá trình riêng biệt:2

Chấn thương sọ não nguyên phát. Loại này xảy ra tại thời điểm chấn thương (đụng dập vỏ não, vết thương, mảnh xương, tổn thương trục lan tỏa và đụng dập thân não).

Chấn thương thứ cấp: phát triển sau chấn thương ban đầu. Bao gồm các chấn thương từtụ máu nội sọ, phù nề, giảm oxy máu, thiếu máu cục bộ (chủ yếu do tăng áp lực nội sọ (ICP) và/hoặc sốc), co thắt mạch,…

Phân loại CTSN theo hệ thống đơn giản chỉ dựa trên điểm GCS – Glasgow Coma Scale/Score:3

GCS 14 – 15 = nhẹ.

GCS 9 – 13 = vừa phải.

GCS ≤ 8 = nghiêm trọng.

Một số nguyên nhân có thể dẫn đến chấn thương sọ não bao gồm:4

Té ngã. Các tai nạn té ngã từ trên giường hoặc trên thang, ngã khi đi xuống cầu thang, hay trượt chân trong bồn tắm,… là những nguyên nhân phổ biến của chấn thương sọ não nói chung. Đặc biệt làté ngã ở người lớn tuổivà trẻ nhỏ.

Tai nạn giao thông. Các vụ va chạm liên quan đến các phương tiện giao thông như ô tô, xe máy, xe đạp,… hay người đi đường là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của chấn thương sọ não tại Việt Nam.

Bạo lực. Các vết thương do súng đạn,bạo lực gia đình, lạm dụng trẻ em và các vụ hành hung khác. Trong đó,hội chứng rung lắc ở trẻlà một dạng chấn thương sọ não ở trẻ sơ sinh. Đây là tình trạng trẻ bị rung lắc dữ dội, nhất là khi bị tung hứng, hay quay tròn mạnh.

Cácchấn thương trong thể thao. Chấn thương sọ não có thể do các chấn thương khi luyện tập hoặc chơi các môn thể thao. Bao gồm bóng đá, quyền anh, bóng chày, trượt ván, khúc côn cầu và các môn thể thao có tác động mạnh hoặc quá sức khác. Những điều này đặc biệt phổ biến ở đối tượng người trẻ tuổi.

Các vụ nổ và các chấn thương chiến đấu khác. Vụ nổ là nguyên nhân phổ biến gây chấn thương sọ não ở quân nhân tại ngũ. Mặc dù thiệt hại xảy ra thế nào vẫn chưa được tìm hiểu rõ, nhiều nhà nghiên cứu tin rằng sóng áp lực (do các vụ nổ gây ra) đi qua não làm gián đoạn đáng kể chức năng của não.

Chấn thương sọ não cũng là hậu quả của các vết thương do các mảnh đạn xuyên qua, hoặc mảnh vỡ đập mạnh vào đầu, ngã hoặc va chạm cơ thể với các vật thể sau một vụ nổ.

Các triệu chứng của CTSN nhẹ có thể bao gồm mất ý thức ngắn trong một số trường hợp. Tuy nhiên, nhiều người bị CTSN nhẹ vẫn tỉnh táo sau chấn thương.

Một số triệu chứng chấn thương sọ não nhẹ thường gặp bao gồm:

Đau đầu.

Hoang mang.

Lâng lâng.

Chóng mặt.

Nhìn mờ hoặcmắt mệt mỏi.

Tiếng chuông trong tai.

Mùi vị khó chịu trong miệng.

Mệt mỏi.

Thay đổi cách ngủ.

Thay đổi hành vi hoặc tâm trạng.

Suy giảm trí nhớ, sự tập trung, chú ý hoặc suy nghĩ.

Đối với chấn thương sọ não trung bình hoặc nặng, bệnh nhân có thể gặp những triệu chứng tương tự tình trạng chấn thương sọ não nhẹ. Bên cạnh đó, người bệnh cũng có thể có các triệu chứng khác như:

Đau đầu dữ dội hơn hoặc không biến mất.

Nôn hoặc buồn nônlặp đi lặp lại.

Co giật hoặcđộng kinh.

Không thể thức dậy sau giấc ngủ.

Giãn đồng tử 1 hoặc 2 bên.

Nói lắp.

Yếu hoặc tê ở tay và chân.

Mất phối hợp các động tác.

Tăng nhầm lẫn, bồn chồn hoặc kích động.

Khi có biểu hiện hoặc nghi ngờ có chấn thương sọ não, người nhà hoặc bệnh nhân nên đến các cơ sở y tế gần nhất càng sớm càng tốt để được bác sĩ chuyên khoa thăm khám và thực hiện các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán chính xác.

Nên xem CTSN là đa chấn thương. Bệnh nhân sẽ được thăm khám toàn diện các hệ cơ quan và tri giác, cũng như các tổn thương liên quan đến chuyên khoa thần kinh một cách kỹ lưỡng.

Ví dụ: Rách da, sưng bầm, lòi mô não, lộ sọ,…

Sàn sọ trước chảy dịch não tủy quamũi, dấu kính râm…

Sàn sọ giữa chảy dịch não tuỷ qua tai, dấu bầm sau tai (Battle’sign),…

Thang điểm giúp phân loại mức độ nặng nhẹ của bệnh nhân:3

Mức độ rất nhẹ: GCS = 15 + không mất ý thức + không mất trí nhớ.

Mức độ nhẹ: GCS = 14. Hay GCS = 15, kèm theo mất ý thức dưới 5 phút hoặc mất trí nhớ.

Mức độ trung bình: GCS 9 – 13. Hoặc mất ý thức trên 5 phút. Hoặc có dấu thần kinh khu trú.

Mức độ nặng: GCS 5 – 8.

Mức độ nguy kịch: GCS 3 – 4.

Yếu hoặc liệt nửa người, giãn đồng tử 1 hoặc 2 bên (> 3mm) có hay không đáp ứng ánh sáng.

Liệt VII ngoại biên.

Mất thị lực, có tình trạng bán manh do tổn thương dây II, hoặc mù vỏ não do tổn thươngthuỳ chẩm.

Đáy mắt: phù nề, xuất huyếtvõng mạc.

Bác sĩ có thể xem xét các phản xạ của mắt để khám chức năng não:

Phản xạ xoay mắt xoay đầu.

Phản xạ mắt búp bê.

Phản xạ mắt tiền đình.

Phản xạ nôn sặc.

Rung giật nhãn cầu: thường gặp ở trẻ em máu tụ ở hố sau.

Đây là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán CTSN. Phương pháp này được chỉ định khi:

GCS = 15đ (đau đầu nhiều, ói).

GCS ≤ 14 đ.

Dấu thần kinh khu trú (giãn đồng tử, liệt 1⁄2 người).

Tri giác giảm.

Rối loạn tâm thần sau chấn thương.

Chảy dịch não tủy qua mũi, tai.

Động kinh sau CTSN.

Nứt sọ trênX – quang.

Vết thương sọ não.

Tăng áp lực nội sọ trên bệnh nhân có theo dõi áp lực nội sọ.

Bệnh nhân cần gây mê để làm thủ thuật cần theo dõi chấn thương sọ não.

Chụp kiểm tra sau mổ.

Chụp theo dõi điều trị bảo tồn.

Một số cách nhận biết các tổn thương trên CT scan sọ não:

Nứt sọ dạng đường: đường sáng, mất liên tục ở giữa.

Lún sọ.

Giãn khớp sọ.

Vỡ vụn và vỡ phức tạp.

Khối choáng chỗ ngoài trục, khu trú.

Tăng đậm độ.

Hình 2 mặt lồi.

Không qua khớp sọ.

Kèm nứt sọ, dập não.

Chèn ép não gây tụt não.

Điều này giúp bác sĩ hiểu rõ các vấn đề nguy cấp trên bệnh nhân để tiến hành các điều trị hợp lý, tránh quá tải bệnh viện cũng như tư vấn hợp lý cho bệnh nhân và người nhà tránh nhầm lẫn cũng như hoang mang.

Bệnh nhân nguy cơ cao:

Mức ý thức không rõ dongộ độc rượu, thuốc hay rối loạn chuyển hoá.

Dấu thần kinh khu trú.

Tri giác giảm dần.

Chấn thương sọ xuyên thấu hoặc lún sọ.

Bệnh nhân nguy cơ vừa:

Ói.

Mất trí nhớ sau chấn thương.

Có dấu hiệu vỡ sàn sọ.

Đa chấn thương.

Chấn thương vùng mặt nghiêm trọng.

Có thể có vết thương sọ não hoặc lún sọ.

Lạm dụng trẻ em.

Sưng bầm dưới da đầu nghiêm trọng.

Bệnh nhân nguy cơ thấp:

Thay đổi hoặc mất ý thức sau chấn thương.

Đau đầu tiến triển.

Say rượu.

Động kinh sau chấn thương.

Bệnh sử không tin cậy hoặc không đầy đủ.

Nhỏ hơn 2 tuổi.

Tiêu chí theo dõi tại nhà:

CT – scan sọ bình thường.

GCS lúc đầu từ 14.

Không có dấu hiệu nguy cơ cao.

Không có dấu hiệu nguy cơ vừa trừ mất ý thức.

Không dấu thần kinh khu trú.

Có người lớn tỉnh táo và có trách nhiệm để theo dõi bệnh nhân.

Bệnh nhân có khả năng trở lại bệnh viện ngay khi cần thiết.

Không có các tình huống phức tạp (không có nghi ngờ bạo lực gia đình hay lạm dụng trẻ em).

Nằm đầu cao 30° – 45°.

Theo dõi dấu thần kinh mỗi 2 giờ.

Truyền dịch đẳng trương 75 ml/giờ.

Giảm đau nhẹ.

Chống nôn.

Không cho ăn uống tới khi bệnh nhân tỉnh, sau đó cho ăn thức ăn lỏng.

Y lệnh như loại nhẹ.

Cho nhập săn sóc đặc biệt nếu CT – scan có dập não, xuất huyết.

Tri giác không cải thiện, cần chụp CT – scan lại sau 12 giờ.

Hồi sức hô hấp tuần hoàn.

Duy trì huyết áp > 90 mmHg: dịch, máu.

PaO2  > 60 mmHg: thở Oxy liều cao.

Đặt nội khí quản.

Đặt sonde tiểu, sonde dạ dày.

Giám sát ICP.

Tuỳ vào từng loại tổn thương mà có những chỉ định mổ khác nhau. Dưới đây là một số chỉ định cho các loại tổn thương hay gặp.

Trường hợp gãy xương ngay tại vị trí có vết thương phần mềm trên da đầu, nhưng không có bằng chứng về sự thông thương của não bên trong với môi trường bên ngoài.

Phẫu thuật cho những trường hợp xương gãy bị lõm lớn hơn độ dày của bản lề sọ và những người không đáp ứng các tiêu chí để xử trí không phẫu thuật được liệt kê dưới đây.

Quản lý không phẫu thuật có thể được xem xét nếu có tất cả các tiêu chí sau:

Không có bằng chứng (lâm sàng hoặc CT) về rách màng cứng (rò rỉ dịch não tủy, tràn dịch màng phổi trên CT,…).

Không có máu tụ nội sọ đáng kể.

Chỗ lõm < 1 cm.

Không liên quan đến xoang trán.

Không bị nhiễm trùng vết thương hoặc nhiễm bẩn nặng.

Không có biến dạng tổng thể về thẩm mỹ.

Khối máu tụ với tất cả các đặc điểm sau đây có thể được quản lý không phẫu thuật bằng chụp CT liên tiếp, và quan sát thần kinh chặt chẽ trong một trung tâm phẫu thuật thần kinh:

Thể tích < 30 cm³.

Độ dày < 15 mm.

Đẩy lệch đường giữa < 5 mm.

GCS > 8.

Không có dấu thần kinh khu trú.

Khối máu tụ có độ dày < 10 mm và MLS < 5 mm nên tiến hành phẫu thuật nếu:

GCS giảm ≥ 2 điểm từ khi bị thương đến khi nhập viện.

Và/hoặc đồng tử không đối xứng hoặc cố định và giãn ra.

Và/hoặc áp lực nội sọ > 20 mm Hg.

Giảm tri giác tiến triển có thể xảy ra đối với các bệnh nhân không đáp ứng điều trị nội hoặc dấu hiệu khối choán chỗ trên CT.

Hoặc thể tích dập não xuất huyết trên > 50 cm³ cc hoặc ml.

Hoặc GCS = 6 – 8 với thể tích dập não xuất huyết trán hoặc thái dương hơn 20 cm³ với di lệch đường giữa ≥ 5 mm và/hoặc đè ép bể não trên CT.

Có thể bao gồm các liệu pháp cải thiện cho bệnh nhân gặp khó khăn về thể chất, cảm xúc và nhận thức:5

Vật lý trị liệu, để xây dựng sức mạnh thể chất, khả năng phối hợp và sự linh hoạt trong vận động.

Liệu pháp nghề nghiệp, để giúp bệnh nhân học hoặc học lại cách thực hiện các công việc hàng ngày. Chẳng hạn như: mặc quần áo, nấu ăn và vệ sinh cá nhân.

Liệu pháp ngôn ngữ, để giúp bệnh nhân có khả năng nói và các kỹ năng giao tiếp khác và điều trị chứng rối loạn nuốt – một di chứng có thể xảy ra sau CTSN.

Tư vấn tâm lý, để giúp bệnh nhân học các kỹ năng đối phó, xây dựng các mối quan hệ và cải thiện tình cảm của bệnh nhân.

Tư vấn nghề nghiệp, tập trung vào khả năng trở lại làm việc của bệnh nhân và đối phó với những thách thức tại nơi làm việc.

Liệu pháp nhận thức, để cải thiện trí nhớ, sự chú ý, nhận thức, học tập, lập kế hoạch và phán đoán của bệnh nhân.

Một số bệnh nhân CTSN có thể bị tàn tật vĩnh viễn. CTSN cũng có thể khiến bệnh nhân có nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe khác như lo lắng,trầm cảmvà rối loạn căng thẳng sau chấn thương. Điều trị những vấn đề này có thể cải thiện chất lượng cuộc sống của họ.

Qua bài viết trên, Bác sĩ Lê Anh Thư hy vọng bạn đọc đã có thêm thông tin vềchấn thương sọ não. Đây là một tổn thương thường gặp trong đời sống và có tỷ lệ tử vong, thương tật cao. Việc có cái nhìn tổng quan về chấn thương này sẽ giúp chúng ta phần nào phòng tránh và có những bước xử lý kịp thời, giúp nâng cao khả năng phục hồi của bệnh nhân.

Đối với các bệnh nhân chấn thương sọ não, việc theo dõi bệnh nhân là cần thiết đối với nhân viên y tế và cả người thân. Người thân có nhiệm vụ đánh giá những điểm bất thường xuất hiện mới trên bệnh nhân như đau đầu dữ dội, nôn nhiều, lơ mơ, gọi không tỉnh,… Khi có các dấu hiệu bất thường cần báo ngay cho nhân viên y tế để đánh giá lâm sàng và thực hiện thêm cận lâm sàng phù hợp.

Tình trạng khuyết tật do CTSN phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của thương tích, vị trí thương tích, tuổi tác và sức khỏe chung của mỗi cá nhân.

Một số khuyết tật phổ biến bao gồm các vấn đề về:4

Nhận thức (suy nghĩ, trí nhớ và lý luận);

Xử lý giác quan (thị giác, thính giác, xúc giác, vị giác và khứu giác);

Giao tiếp (diễn đạt và hiểu biết) và hành vi;

Sức khỏe tâm thần (trầm cảm, lo lắng, thay đổi tính cách , gây hấn, hành động ngang ngược và không phù hợp với xã hội).

Các chấn thương sọ não nghiêm trọng hơn có thể dẫn đến trạng thái sững sờ, không phản ứng. Bệnh nhân  có thể bị kích thích mạnh trong thời gian ngắn, chẳng hạn như:4

Đau buốt;

Hôn mê, hoặc hoàn toàn bất tỉnh, không phản ứng, không nhận biết và không thể phản ứng với bất kỳ kích thích nào;

Trạng thái thực vật, hoặc không ý thức và không nhận thức được môi trường xung quanh mình, nhưng vẫn tiếp tục có chu kỳ ngủ – thức và các giai đoạn tỉnh táo; và trạng thái thực vật dai dẳng.

Tuỳ vào từng trường hợp cụ thể mà mỗi bệnh nhân sẽ có thời gian hồi tỉnh sau chấn thương khác nhau.

Đối với những trường hợp bệnh nhân có trạng thái tỉnh táo trước mổ, tổn thương không quá nghiêm trọng, thường sau mổ 1-2 giờ có thể tỉnh táo, và phục hồi nhanh sau đó.

Những bệnh nhân tri giác trước mổ không tốt và tổn thương nội sọ nghiêm trọng, cần nhiều thời gian điều trị nâng đỡ sau mổ mới có thể hồi tỉnh. Tuy nhiên, tỷ lệ di chứng sau mổ là cao đối với những bệnh nhân này.

Luôn thắt dây an toàn và sử dụng ghế ô tô và ghế nâng chuyên cho trẻ em.

Không lái xe khi sử dụng các chất kích thích, ma tuý, thức uống có cồn.

Đội mũ bảo hiểm vừa vặn khi tham gia giao thông và khi chơi các môn thể thao như bóng đá, bóng rổ,…

Hạn chế các tai nạn té ngã bằng cách:

Làm cho ngôi nhà của bạn trở nên an toàn hơn. Ví dụ, bạn có thể lắp đặt lan can trên cầu thang và các thanh vịn trong bồn tắm, loại bỏ các nguy cơ vấp ngã và sử dụng các bộ phận bảo vệ cửa sổ và cổng an toàn cầu thang cho trẻ nhỏ.

Cải thiện sự cân bằng và sức mạnh của bạn với hoạt động thể chất thường xuyên.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chan-thuong-so-nao-kin/

Nội dung bài viết

Chấn thương sọ não kín là gì?

Nguyên nhân chấn thương sọ não kín

Triệu chứng chấn thương sọ não kín

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Điều trị tại nhà có được không?

Chẩn đoán chấn thương sọ não kín

Điều trị chấn thương sọ não kín

Chấn thương sọ não kín là một tổn thương thường gặp. Chấn thương này gây nhiều khó khăn trong việc chẩn đoán và điều trị. Cơ chế, các dấu hiệu nghi ngờ để tìm đến bác sĩ, cũng như chẩn đoán và điều trị các trường hợp này như thế nào? Mời bạn cùng tìm hiểu qua bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Bùi Trọng Tín.

Chấn thương sọ não (CTSN) là những va chạm vào đầu đủ mạnh để gây thương tổn ở xương và sọ não. Dựa vào hình thái tổn thương, chấn thương sọ não được chia làm tổn thương xương sọ và nội sọ.

Về tổn thương xương sọ sẽ chia làm chấn thương sọ não kín và chấn thương sọ não hở.1Sự khác biệt giữa 2 kiểu chấn thương này là có hay không việc thông thương giữa các cấu trúc trong xương sọ (gồm màng não, não, dịch não tủy) với môi trường bên ngoài.

Thông thường, CTSN hở sẽ đi kèm với các vết thương ở da đầu làm lộ xương, nhu mô não. Tuy nhiên một số trường hợp chỉ vỡ xương sọ, làm dịch não tủy chảy ra ngoài thông qua mũi nhưng không có tổn thương ở da đầu.

Ngược lại, chấn thương sọ não kín là các chấn thương không có sự thông thương của các cấu trúc trong sọ với môi trường bên ngoài, mặc dù xương sọ, các cấu trúc trong sọ (não, mạch máu não) có tổn thương.

Như vậy, một cách trực quan thì chấn thương sọ não hở dễ quan sát hơn. Do chúng ta có thể thấy được vết thương ở da đầu kèm xương sọ hay nhu mô não lộ ra, hoặc thấy được dịch não tủy (màu trong suốt) chảy qua mũi, tai.

Đối với chấn thương sọ não kín sẽ không có các dấu hiệu trên, khó đánh giá nếu chỉ dựa vào quan sát bên ngoài, nếu bị bỏ sót dẫn đến các biến chứng nguy hiểm.

Tại Việt Nam, tai nạn giao thông (TNGT) là nguyên nhân thường gặp nhất cũng như nguyên nhân gây tử vong hàng đầu của dân số từ độ tuổi 15 – 49.1

Các nguyên nhân khác có thể kể đến gồm có tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, thể thao. Ngoài ra, bạo hành ở trẻ em là nhóm nguyên nhân dễ bị bỏ sót.2

Não bộ là cơ quan chi phối, điều khiển tất các cơ quan khác trong cơ thể. Do đó các tổn thương ở não sẽ ảnh hưởng đến các chức năng của cơ thể, độ nặng tùy thuộc vào tổn thương. Có thể chia các triệu chứng theo từng nhóm như sau:

Nhóm triệu chứng liên quan đến hành vi, nhận thức, trạng thái tinh thần: Bệnh nhân lú lẫn, tiếp xúc chậm, mất trí nhớ sau chấn thương, thay đổi tính cách.

Nhóm triệu chứng liên quan đến vận động, cảm giác: Bệnh nhân than đau đầu, yếu nửa người đối diện với bên não bị tổn thương; co giật tay chân.

Đối với trẻ em, các triệu chứng sẽ không rõ ràng như người lớn, đặc biệt là các bé sơ sinh, các bé còn chưa biết nói. Khi đó, cần chú ý đến các triệu chứng, dấu hiệu sau khi phát hiện bé có một chấn thương ở đầu: bé quấy khóc nhiều, ăn kém, bú kém, lừ đừ, ngủ gà.

Hãy đến gặp bác sĩ ngay để được chẩn đoán và điều trị kịp thời khi:

Khi gặp phải một trường hợp nghi ngờ chấn thương sọ não kín (sau tai nạn, nghi ngờ bị bạo hành,…).

Khi bạn hay người thân có một chấn thương tương đối mạnh ở vùng đầu, và/hoặc có thay đổi tính cách, hành vi, các triệu chứng vận động, cảm giác đã đề cập ở trên.

Trong trường hợp chấn thương không đáng kể kèm theo không có các triệu chứng/dấu hiệu nghi ngờ tổn thương não đồng thời đối tượng > 2 tuổi thì có thể theo dõi tại nhà.

Các tổn thương ở não có thể từ nhẹ đến nặng. Do đó không phải tất cả các trường hợp CTSN kín đều cần phải gặp bác sĩ. Sau khi đã chẩn đoán CTSN kín thì cũng có trường hợp điều trị/xử trí tại nhà.

Sau khi bác sĩ thăm khám, chụp phim kiểm tra có tổn thương sọ não hay không, cũng như loại trừ các tổn thương khác ngoài sọ; nếu CTSN kín mức độ nhẹ kèm theo có người theo dõi tại nhà và nơi ở gần bệnh viện thì có thể điều trị cũng như theo dõi tại nhà.

Điều quan trọng là khi nghi ngờ có CTSN kín, cần phải gặp bác sĩ để xem xét điều trị ở nhà hay nhập viện. Không nên tự ý điều trị tại nhà.

Chẩn đoán CTSN kín dựa vào thăm khám lâm sàng, cũng như các công cụ hình ảnh học. Chủ lực nhất là chụp CT (cắt lớp vi tính) sọ não không tiêm thuốc cản quang.

CTSN kín đôi khi không biểu hiện rõ ra để chúng ta thấy (lộ xương sọ, lộ nhu mô não ra ngoài), do đó việc chẩn đoán CTSN kín tương đối khó khăn. Do đó phải dựa vào cơ chế chấn thương (lực tác động có mạnh không), các triệu chứng/dấu hiệu nghi ngờ. Khi đó bác sĩ sẽ xem xét chỉ định chụp CT sọ não để chẩn đoán.

Các chỉ định để chụp CT sọ não không tiêm thuốc cản quang, gồm có:2

Bệnh nhân có thang điểm GCS < 14.

Mất tri giác sau chấn thương, lừ đừ, tiếp xúc chậm hơn bình thường.

Giảm tri giác tiến triển dần.

Mất trí nhớ sau chấn thương.

Đau đầu kéo dài.

Nôn ói.

Động kinh, co giật sau chấn thương.

Không rõ cơ chế chấn thương.

Trẻ em dưới 2 tuổi, trừ trường hợp chấn thương không đáng kể.

Nghi ngờ có bạo hành ở trẻ em.

Chấn thương vùng mặt nghiêm trọng.

Dấu hiệu tổn thương thần kinh: yếu liệt nửa người, đồng tử dãn.

Đây là 1 thang điểm được sử dụng rất nhiều trên lâm sàng. Thang điểm này đánh giá 3 yếu tố:2

Mở mắt (Eye opening), từ 1 – 4 điểm.

Đáp ứng lời nói (Verbal response), từ 1 – 5 điểm.

Đáp ứng vận động (Motor response), từ 1 – 6 điểm.

Điểm GCS từ 3 – 15 điểm. Điểm càng thấp thì tình trạng bệnh nhân càng nặng. Khi có giảm từ 1 điểm trở lên, bác sĩ sẽ cân nhắc chụp CT sọ não để chẩn đoán. Ví dụ, thời điểm cấp cứu, bệnh nhân được chấm 15 điểm, sau đó 2 giờ được đánh giá lại còn 13 điểm (giảm 2 điểm), khi đó bác sĩ sẽ cho chỉ định chụp CT sọ não.

Trong CTSN, hình ảnh học là công cụ không thể thiếu để chẩn đoán. Trong bối cảnh cấp cứu, chụp CT sọ não không tiêm cản quang là một công cụ dễ thực hiện, nhanh chóng và giúp chẩn đoán hầu hết các tình trạng CTSN.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) là một công cụ khác, cho hình ảnh rõ nét hơn, tuy nhiên thời gian chụp lâu (15 – 30 phút). MRI không phù hợp với hoàn cảnh cấp cứu. Ngoài ra, bệnh nhân chấn thương sọ não thường trong trạng thái kích thích, vật vã, do đó việc chụp MRI rất khó khăn, cần sử dụng thuốc an thần.

Nhìn chung, chấn thương sọ não là một tình trạng cấp cứu. CT sọ não là một công cụ đủ để bác sĩ chẩn đoán và quyết định điều trị cho bệnh nhân.

Khi có một trường hợp (nghi ngờ) chấn thương sọ não nhập viện, nguyên tắc khi khám và theo dõi bệnh nhân là phải khám một cách toàn diện, theo dõi thường xuyên để phát hiện các tổn thương muộn. Bác sĩ sẽ phân mức độ tổn thương sọ não thành nhẹ, trung bình và nặng để có hướng xử trí.

Hơn 80% các trường hợp CTSN là nhẹ, đa phần các trường hợp này sẽ phục hồi hoàn toàn. Có khoảng 3% sẽ diễn tiến nặng hơn cần phải can thiệp phẫu thuật. Đối với nhóm bệnh nhân này, mục tiêu điều trị là xem xét chỉ định cần chụp CT sọ não hay không, xem xét chỉ định nhập viện để theo dõi tránh bỏ sót các tổn thương tiến triển.

Chiếm khoảng 10% các trường hợp chấn thương sọ não. Trong nhóm này có khoảng 10% các trường hợp sẽ diễn tiến thành CTSN mức độ nặng. Do đó, cách tiếp cận và xử trí nhóm CTSN trung bình gần giống như CTSN nặng.

Tiếp cận bệnh nhân nhóm này cần tuân theo quy tắc ABCDE. Quản lý ABCDE dành cho nhóm bệnh nhân chấn thương sọ não mức độ trung bình nặng như sau:3

Airway – Đường thở: Kiểm soát đường thở thông thoáng.

Breathing – Hô hấp: Đánh giá chấn thương ngực, tràn dịch/tràn máu màng phổi, mảng sườn di động, chèn ép tim,… là các tình trạng có thể đi kèm trong bệnh cảnh chấn thương sọ não, các tình trạng này có thể dẫn đến tử vong rất nhanh nếu không kịp thời phát hiện và xử trí.

Circulation – Tuần hoàn: Đảm bảo huyết áp tâm thu ở mức > 100 mmHg ở bệnh nhân 50 – 69 tuổi, > 110 mmHg ở bệnh nhân 15 – 49 tuổi và bệnh nhân trên 70 tuổi. Thông thường tổn thương ở não sẽ ít khi làm tụt huyết áp. Trừ khi có các chương thương gây mất máu đi kèm như gãy xương đùi, xương chậu, vỡ tạng trong bụng.

Disability – Thần kinh: Đã được mô tả ở trên.

Exposure – Khám toàn thân: nhằm tránh bỏ sót các tổn thương khác.

Về mặc điều trị CTSN kín, tùy theo kiểu tổn thương và mức độ, bác sĩ sẽ lựa chọn điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật để giải quyết tổn thương.

Đối với các trường hợp CTSN nhẹ, việc điều trị bao gồm giảm đau, giảm buồn nôn. Theo dõi các dấu hiệu thần kinh để kịp thời phát hiện tổn thương tiến triển nặng hơn. Đối với nhóm này, có thể điều trị tại nhà nếu thỏa các điều kiện:

Chụp CT sọ não không ghi nhận tổn thương.

Điểm GCS > 14.

Không có các yếu tố nguy cơ trung bình – cao của tổn thương nội sọ.

Có người thân chăm sóc, theo dõi.

Bệnh nhân có thể nhanh chóng vào viện khi cần thiết.

Không có yếu tố phức tạp: bạo lực gia đình, lạm dụng trẻ em.

Cấu trúc xương sọ là một không gian kín, gồm có 3 thành phần:

Não.

Mạch máu.

Dịch não tủy.

Khi có một tổn thương như phù não, chảy máu trong não nhiều sẽ chèn ép não, tăng áp lực nội sọ. Nếu tình trạng này không được giải quyết sẽ dẫn đến thiếu máu nuôi não, tổn thương não không thể phục hồi. Vì vậy, bác sĩ sẽ cân nhắc sử dụng các biện pháp để làm giảm áp lực nội sọ:

Nằm đầu cao 30° (làm giảm ứ đọng máu trong não).

Đảm bảo đường thở thông thoáng.

Truyền dịch ưu trương (dung dịch có áp lực thẩm thấu cao hơn máu trong cơ thể).

Dẫn lưu dịch não tủy (bằng cách đặt dẫn lưu ra thắt lưng hoặc dẫn lưu não thất ra ngoài).

Tăng thông khí.

Hạ thân nhiệt phòng ngừa.

Sử dụng thuốc an thần.

Trong một số trường hợp CTSN, các tổn thương choán chỗ trong đầu không thể giải quyết bằng nội khoa, do đó cần được phẫu thuật. Mục tiêu phẫu thuật là lấy khối choán chỗ, cụ thể là các khối máu tụ, não dập, đôi khi phải mở một mảng sọ để giải ép.

Như vậy, điều trị CTSN sẽ tùy vào bệnh cảnh, có thể chỉ cần điều trị triệu chứng. Nhưng cũng có trường hợp cần điều trị nội khoa tình trạng tăng áp lực nội sọ hoặc điều trị phẫu thuật.

Phẫu thuật là một cách nhanh chóng để lấy khối choán chỗ, giảm áp lực nội sọ nhanh chóng. Tuy nhiên cũng đi kèm với nhiều biến chứng như phản ứng với thuốc mê, chảy máu sau phẫu thuật, nhiễm trùng,… Do đó, bác sĩ điều trị sẽ cân nhắc lợi ích, nguy cơ của từng phương pháp, tư vấn với bệnh nhân/thân nhân để ra hướng điều trị phù hợp nhất.

Chấn thương sọ não là một tình trạng chấn thương ở xương sọ và/hoặc các cấu trúc bên trong đó (não, mạch máu não). Trong đó,chấn thương sọ não kínlà tình trạng không có sự thông thương giữa não với môi trường bên ngoài. Do đó việc chẩn đoán sẽ khó khăn hơn CTSN hở. Khi gặp một trường hợp chấn thương đầu đi kèm các dấu hiệu nghi ngờ có CTSN, nên đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế để được đánh giá và đưa ra phương pháp điều trị phù hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-chung-mat-ngon-ngu-aphasia/

Nội dung bài viết

Thế nào là chứng mất ngôn ngữ?

Nguyên nhân của chứng mất ngôn ngữ?

Bệnh nhân mắc chứng mất ngôn ngữ cần thực hiện các xét nghiệm- cận lâm sàng nào?

Liệu khả năng ngôn ngữ có hồi phục?

Liệu khả năng ngôn ngữ có được phục hồi hoàn toàn?

Những việc có ích bệnh nhân mất ngôn ngữ nên làm?

Ngôn ngữ đóng vai trò rất quan trọng trong cuộc sống hằng ngày. Những bệnh nhân có tổn thương ở não có thể gặp phải chứng mất ngôn ngữ, một bệnh lý  mà người bệnh gặp khó khăn trong nói, hiểu, đọc, viết và tính toán. Hãy cùng tìm hiểu về chứng mất ngôn ngữ – (aphasia) này!

Chứng mất ngôn ngữ – Aphasia, là thuật ngữ y học miêu tả tình trạng bệnh nhân mất khả năng sử dụng hoặc tiếp nhận ngôn ngữ. Tình trạng này xảy ra khi não bộ bị tổn thương ở nhiều bệnh lý khác nhau, thường là do tai biến mạch máu não.

Có nhiều dạng mất ngôn ngữ khác nhau, một vài dạng ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận lời nói hoặc khả năng đọc. Một vài dạng khác lại ảnh hưởng để khả năng nói hoặc viết. Các dạng chính của chứng mất ngôn ngữ như:

Mất ngôn ngữ biểu đạt (còn gọi là mất ngôn ngữ vùng Broca – Broca’s aphasia) – ở dạng mất ngôn ngữ này bệnh nhân vẫn có thể nghe hiểu nhưng gặp khó khăn trong vấn đề nói và viết.

Mất ngôn ngữ lưu loát (còn gọi là mất ngôn ngữ vùng Wernicke – Wernicke’s aphasia) – Ở dạng mất ngôn ngữ này bệnh nhân vẫn có thể nói nhưng thường nói khó hiểu. Bệnh nhân nói rất nhiều nhưng nói không hợp ngữ cảnh hoặc đôi khi nói lẫn lộn không thành câu.

Mất ngôn ngữ toàn thể (Global aphasia) – Bệnh nhân không thể nói chuyện và cũng không thể nghe hiểu. Cũng không thể đọc hoặc viết.

Mất ngôn ngữ định danh (Anomic aphasia) – bệnh nhân gặp vấn đề trong việc gọi tên những đồ vật. Bệnh nhân vẫn có thể nói chuyện nhưng không thể nhớ hay gọi tên những đồ vật.

Mất ngôn ngữ đọc (Alexia) – bệnh nhân mất khả năng đọc hiểu, họ không thể hiểu những đoạn văn. Hầu hết bệnh nhân gặp vấn đề này thường kèm với những dạng mất ngôn ngữ khác đi kèm.

Nguyên nhân thường gặp nhất của chứng mất ngôn ngữ là tai biến mạch máu não. Tuy nhiên những tổn thương não bộ khác cũng có thể dẫn đến mất ngôn ngữ. Như trong chấn thương sọ não nặng hay u não, bệnh nhân cũng có thể mắc phải chứng mất ngôn ngữ.

Có những bệnh lý tổn thương não lâu dài và dẫn đến mất ngôn ngữ hay còn gọi là “Mất ngôn ngữ tiên phát “.

Nếu mắc chứng mất ngôn ngữ, bác sĩ có thể cần thực hiện các thăm khám và cận lâm sàng để xác định loại mất ngôn ngữ nào bạn đang mắc phải:

Nói và nghe hiểu.

Đọc và viết.

Lặp lại từ hay cụm từ.

Giải câu đố.

Diễn tả từ ngữ hoặc gọi tên đồ vật.

Bệnh nhân có thể cận được thực hiện các cận lâm sàng chẩn đoán hình ảnh học như cộng hưởng từ MRI hoặc cắt lớp vi tính CT để kiểm tra xem phần nào của não bộ bị tổn thương.

Những bệnh nhân mắc chứng mất ngôn ngữ thường có thể tập luyện và học lại cách phát âm, cách giao tiếp ngôn ngữ. Nếu chứng mất ngôn ngữ diễn tiến không hồi phục có thể bệnh nhân cần sự trị liệu của những chuyên gia trị liệu ngôn ngữ. Chuyên gia sẽ giúp đưa ra những bài tập hỗ trợ và đẩy nhanh quá trình hồi phục.

Khả năng hồi phục hoàn toàn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như:

Diện tích vùng não tổn thương và nguyên nhân tổn thương của não bộ.

Phần tổn thương não bộ nằm ở đâu.

Bệnh nhân có được trị liệu sớm sau tổn thương.

Thông báo với mọi người rằng bạn mắc chứng mất ngôn ngữ – aphasia.

Đeo một tấm thiệp bên mình, ghi rõ aphasia – mất ngôn ngữ là gì.

Cố gắng dùng dấu hiệu, ra dấu để miêu tả nếu bạn không thể nói được.

Nhận sự giúp đỡ từ gia đình và bạn bè.

Lập kế hoạch để luyện tập hồi phục khả năng sử dụng ngôn ngữ.

Cố gắng bày tỏ cảm xúc với người thân, không tự chịu đựng những khó khăn một mình.

Hầu hết bệnh nhân aphasia- mất ngôn ngữ đều có sự thay đổi lớn trong cuộc sống. Những việc trước đây đơn giản nay lại khó khăn và mất nhiều thời gian. Ảnh hưởng đến chất lượng sống, công việc và các mối quan hệ xã hội. Mong qua bài viết giúp bạn có những kiến thức cơ bản về bệnh lý này.

Xem thêm:Chứng mất ngôn ngữ Aphasia: đặt câu hỏi cho bác sĩ sao cho đúng?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chung-ngu-nhieu-nguyen-phat-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Chứng ngủ nhiều nguyên phát là gì?

Chẩn đoán cần làm xét nghiệm gì?

Điều trị chứng ngủ nhiều nguyên phát như thế nào?

Chứng ngủ nhiều nguyên phát là một rối loạn hiếm gặp khiến người bệnh buồn ngủ quá mức vào ban ngày trong thời gian dài. Chứng ngủ nhiều nguyên phát nguy hiểm hay không? Bác sĩ sẽ chẩn đoán rối loạn này như thế nào và cách điều trị là gì? Hãy cùng trả lời những câu hỏi trên qua bài viết sau của ThS.BS Vũ Thành Đô nhé!

Chứng ngủ nhiều nguyên phát là một loạirối loạn giấc ngủít gặp. Rối loạn này khiến người bệnh buồn ngủ quá mức vào ban ngày, thậm chí ngay sau một đêm ngon giấc.

Người bị rối loạn cũng gặp khó khăn khi phải thức dậy sau khi ngủ qua đêm hay ngủ trưa. Ngoài ra, những giấc ngủ ngắn không giúp người bệnh tỉnh táo.

Cơn buồn ngủ có thể ập đến bất cứ lúc nào. Chẳng hạn như buồn ngủ khi đang lái xe hoặc đang làm việc. Những tình huống này đôi khi gây nguy hiểm cho người bệnh.

Rối loạn này thường tiến triển từ vài tuần đến vài tháng. Để chẩn đoán chứng ngủ nhiều nguyên phát, bác sĩ phải loại trừ những nguyên nhân phổ biến hơn gây triệu chứng tương tự. Sử dụng thuốc trong điều trị nhằm kiểm soát triệu chứng do rối loạn này gây ra.

Bác sĩ sẽ hỏi về triệu chứng, tiền sử gia đình và khám tổng trạng sức khoẻ của người bệnh để chẩn đoán. Những thông tin như thuốc đang dùng, bệnh lý trước đây cũng đóng vai trò quan trọng.

Ngoài ra, bác sĩ có thể chỉ định một số xét nghiệm để xác định nguyên nhân, chẩn đoán rối loạn. Cũng như loại trừ những nguyên nhân có thể gặp khác.

Thang đo độ buồn ngủ Epworth (ESS).Người bệnh sẽ tự cho điểm về mức độ buồn ngủ của bản thân bằng thang đo này. Qua đó, bác sĩ có thể xác định tình trạng rối loạn giấc ngủ ảnh hưởng như thế nào đến cuộc sống hằng ngày của người bệnh.

Nhật ký giấc ngủ.Bệnh nhân có thể cần phải ghi lại nhật ký giấc ngủ theo yêu cầu của bác sĩ. Trong nhật ký, người bị rối loạn sẽ ghi lại thời gian ngủ và thức hằng ngày để bác sĩ có thể đánh giá thời gian ngủ và kiểu ngủ.

Đo đa ký giấc ngủ (PSG).Bệnh nhân sẽ phải ở lại cơ sở y tế qua đêm để làm PSG. Trong quá trình đo đa ký giấc ngủ, máy sẽ theo dõi hoạt động não, chuyển động mắt, cử động chân, nhịp tim, hô hấp và nồng độ oxy khi bệnh nhân đang ngủ.

Kiểm tra giấc ngủ ngắn ban ngày(Multiple sleep latency test – MSLT). Phương pháp này giúp đo lường mức độ buồn ngủ cũng như dạng và giai đoạn các giấc ngủ vào ban ngày. MSLT thường được thực hiện sau khi đã đo đa ký giấc ngủ.

Bởi vì nguyên nhân vẫn chưa được tìm ra, việc điều trị nhằm mục đích giảm nhẹ các triệu chứng. Bác sĩ có thể kê toa các thuốc có tác dụng kích thích như modafinil. Những thuốc này có thể giúp bệnh nhân tỉnh táo trong ngày.

Ngoài ra, bệnh nhân nên tuân thủ những lời khuyên của bác sĩ để cải thiện triệu chứng. Chẳng hạn, người bệnh nên đi ngủ vào một giờ nhất định mỗi đêm, tránh uống rượu hay dùng những thuốc có thể ảnh hưởng đến giấc ngủ.

Chứng ngủ nhiều nguyên phátcó thể ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Nếu bạn có những triệu chứng như buồn ngủ quá mức vào ban ngày như buồn ngủ đột ngột như khi lái xe hay đang làm việc,… Bạn nên đi khám bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị phù hợp. Tránh những trường hợp nguy hiểm có thể xảy ra. Hy vọng bài viết trên của YouMed đã cung cấp cho bạn những thông tin hữu ích.

Video chia sẻ chi tiết về thuốc Modafinil:

Biên tập bởi:Dược sĩ Nguyễn Đắc Nhân

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chung-so-khoang-rong-tai-sao-ban-tro-nen-hoang-loan/

Nội dung bài viết

Chứng sợ khoảng rộng là gì?

Triệu chứng của chứng sợ khoảng rộng

Nguyên nhân nào gây ra chứng sợ khoảng rộng?

Làm sao để chẩn đoán chứng sợ khoảng rộng?

Tiêu chuẩn chẩn đoán chứng sợ khoảng rộng

Điều trị chứng sợ khoảng rộng như thế nào?

Tương lai của bệnh nhân mắc chứng sợ khoảng rộng

Bạn cảm thấy sợ hãi khi ở trong không gian rộng, đó có thể là dấu hiệu của một vấn đề tâm lý. Để hiểu được vấn đề đang xảy ra đối với bạn, cũng như cách xử lý, hãy cùng theo dõi bài viết của ThS.BS chuyên khoa Tâm thần Nguyễn Trung Nghĩa về chứng sợ khoảng rộng này để trang bị cho mình những kiến thức đúng đắn nhất.

Chứng sợ khoảng rộng là một loại bệnh khác của chứng bệnh rối loạn lo âu. Người bệnh mắc chứng này thường trốn tránh những địa điểm và tình huống khiến họ cảm thấy:

Bị mắc kẹt.

Bất lực, vô dụng.

Hốt hoảng.

Xấu hổ.

Sợ hãi.

Người mắc chứng sợ khoảng rộng có triệu chứng của một cơn hoảng loạn khi gặp tình huống căng thẳng. Các triệu chứng đó có thể là: tim đập nhanh, hồi hộp, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn nao,… Họ cũng có thể trải qua những triệu chứng này trước khi gặp phải tình huống khiến họ sợ hãi. Tình trạng này có thể tệ đến mức khiến người đó tránh thực hiện các hoạt động thường ngày. Chẳng hạn như: Điều này làm người bệnh ở trong nhà suốt cả ngày, không thể ra ngoài.

Theo Viện sức khỏe tâm thần quốc gia, ước tính có 0,8% người trưởng thành ở Mỹ mắc chứng sợ khoảng rộng. Những người mắc chứng sợ khoảng rộng thường nhận ra nỗi sợ hãi của họ là phi lý, tuy nhiên họ không thể làm bất kỳ điều gì để chống lại điều đó. Nỗi sợ hãi này có thể làm ảnh hưởng vào các mối quan hệ gia đình, bạn bè và xã hội, đồng thời tác động đến hiệu suất làm việc, học tập của người bệnh.

Nếu bạn nghi ngờ mình mắc chứng sợ khoảng rộng thì việc điều trị sớm sẽ vô cùng quan trọng. Bạn có thể kiểm soát triệu chứng của mình và cải thiện chất lượng cuộc sống bằng việc điều trị. Phác đồ trị liệu có thể bao gồm thuốc và thay đổi lối sống, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của tình trạng bệnh hiện tại.

Những người mắc chứng sợ khoảng rộng điển hình, thường có những triệu chứng:

Sợ việc rời khỏi nhà của họ trong một khoảng thời gian dài.

Sợ phải cô đơn giữa một tình huống trong xã hội (đám đông, chờ xếp hàng,…).

Lo lắng, sợ bản thân sẽ mất kiểm soát bản thân khi ở nơi công cộng.

Sợ ở trong một không gian kín, khó thoát ra ngoài, ví dụ như: xe ô tô, thang máy,…

Tự cô lập bản thân hoặc xa lánh với những người khác.

Lo lắng hoặc kích động.

Chứng sợ khoảng rộng thường xảy ra cùng lúc với các cơn hoảng loạn. Các cơn hoảng loạn là một chuỗi các triệu chứng mà đôi khi có thể xảy ra ở những người bị mắc bệnh rối loạn lo âu hoặc rối loạn tâm thần khác. Các cơn hoảng loạn có thể có nhiều triệu chứng về mặt thực thể, chẳng hạn như:

Đau ngực.

Tim đập nhanh.

Khó thở.

Chóng mặt.

Run sợ.

Nghẹt thở.

Vã mồ hôi.

Nóng bừng.

Ớn lạnh.

Buồn nôn.

Tiêu chảy.

Tê.

Cảm giác ngứa ran.

Bệnh nhân mắc chứng sợ khoảng rộng có thể có những cơn hoảng loạn. Tình trạng này xảy ra khi họ rơi vào một tình huống căng thẳng hoặc không thoải mái. Chính những tình huống như vậy sẽ khiến nỗi sợ hãi của người bệnh tăng lên nhiều lần.

Đến hiện nay, nguyên nhân chính xác gây nên chứng sợ khoảng rộng vẫn chưa được tìm ra. Tuy nhiên, có một số yếu tố được cho rằng làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Những yếu tố đó bao gồm:

Trầm cảm.

Có những nỗi sợ hãi khác, ví dụ như: hội chứng sợ không gian kín, hội chứng sợ xã hội.

Mắc những loại bệnh khác của rối loạn lo âu, ví dụ như: rối loạn lo âu toàn thể,rối loạn ám ảnh cưỡng chế.

Từng bị ngược đãi về thể chất hoặc tình dục trong quá khứ.

Có vấn đề về việc lạm dụng chất, thuốc.

Chứng sợ khoảng rộng cũng phổ biến ở phụ nữ hơn so với đàn ông. Bệnh thường khởi phát từ thời niên thiếu, 20 tuổi là độ tuổi trung bình mắc bệnh. Tuy nhiên, các triệu chứng của bệnh này vẫn có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi.

Chứng sợ khoảng rộng được chẩn đoán dựa trên những triệu chứng mà bệnh nhân than phiền và triệu chứng được phát hiện bởi bác sĩ khi thăm khám. Bác sĩ của bạn sẽ hỏi về những triệu chứng và đặc điểm của chúng. Các câu hỏi sẽ bao gồm việc triệu chứng xuất hiện từ khi nào và tần suất xuất hiện. Ngoài ra, bác sĩ cũng sẽ hỏi về quá trình bệnh của bạn và tiền căn gia đình. Sau đó bạn có thể sẽ được làm xét nghiệm máu để hỗ trợ loại trừ các bệnh lý thực thể khác gây nên những triệu chứng của bạn.

Để có chẩn đoán chứng sợ khoảng rộng, những triệu chứng của bạn phải trùng khớp với những triệu chứng được liệt kê trong Hệ thống chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần của Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ. Đây là hệ thống chẩn đoán thường được sử dụng bởi những chuyên gia chăm sóc sức khỏe nhằm mục đích chẩn đoán các tình trạng sức khỏe tâm thần.

Chẩn đoán chứng sợ khoảng rộng khi bạn cảm thấy sợ hoặc lo lắng khi rơi vào tình huống sau đây (từhaitìnhhuốngtrở lên):

Sử dụng phương tiện công cộng, ví dụ như đi xe buýt.

Ở trong một không gian mở, ví dụ như một cửa hàng hoặc một bãi đậu xe.

Ở trong một không gian kín, ví dụ như thang máy hoặc trong xe ô tô.

Một mình đứng giữa đám đông.

Ra khỏi nhà một mình.

Ngoài ra còn có một số tiêu chuẩn được thêm vào để chẩn đoán rối loạn hoảng loạn cùng với chứng sợ khoảng rộng. Bạn phải có những cơn hoảng loạn gần đây, và ít nhất một cơn có những biểu hiện sau:

Lo âu dai dẳng về việc sẽ có thêm các cơn hoảng loạn nữa.

Lo lắng về các ảnh hưởng của cơn hoảng loạn và các hậu quả của nó. Ví dụ: Mất kiểm soát bản thân, bị một cơn đau tim, hóa điên.

Thay đổi hành vi rõ rệt do các cơn hoảng loạn.

Nếu những triệu chứng của bạn được gây ra do lạm dụng chất, thuốc hoặc các rối loạn tâm thần khác, các tình trạng bệnh khác, thì sẽ không được tính vào chẩn đoán chứng sợ không gian rộng.

Có nhiều cách khác nhau để điều trị chứng sợ khoảng rộng. Tùy vào tình trạng bệnh của bạn, bác sĩ sẽ đưa ra các liệu pháp điều trị khác nhau.

Liệu pháp tâm lý, còn được biết đến là trị liệu trò chuyện, bao gồm những cuộc gặp gỡ thường xuyên với nhà trị liệu hoặc một chuyên gia tâm lý. Điều này sẽ cho bạn cơ hội để có thể nói về nỗi sợ hãi của bản thân mình. Qua cuộc trò chuyện, bạn và bác sĩ sẽ tìm ra vấn đề góp phần vào nỗi sợ của bạn. Liệu pháp tâm lý thường kết hợp với điều trị bằng thuốc để đạt được hiệu quả tốt nhất. Nói chung, đây là một loại điều trị ngắn hạn, được dừng lại khi bạn có thể tự ứng phó được với nỗi sợ hãi hoặc lo lắng của mình trong những tình huống căng thẳng.

Liệu pháp nhận thức hành vilà một loại tâm lý trị liệu phổ biến nhất được sử dụng để điều trị cho những người mắc chứng sợ khoảng rộng. Phương pháp này giúp bạn hiểu cảm giác và suy nghĩ bị sai lệch do chứng sợ khoảng rộng. Đồng thời liệu pháp này sẽ hướng dẫn bạn cách vượt qua những tình huống căng thẳng bằng cách thay thế những suy nghĩ bị sai lệch bởi những suy nghĩ tích cực hơn. Từ đó, việc điều trị sẽ giúp bạn lấy lại khả năng kiểm soát trong đời sống thường ngày.

Liệu pháp tiếp xúc cũng có thể giúp bạn vượt qua nỗi sợ hãi của chính bản thân bạn. Khi điều trị bằng liệu pháp này, bạn sẽ từ từ trải nghiệm với tình huống khiến bạn sợ hãi. Điều này có thể làm cho nỗi sợ của bạn giảm dần theo thời gian.

Một số thuốc có thể làm giảm nhẹ triệu chứng của bệnh hoặc của cơn hoảng loạn. Tuy nhiên, trước khi sử dụng bất kỳ loại thuốc nào thì hãy trao đổi với bác sĩ của bạn. Các loại thuốc bao gồm:

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin. Ví dụ: Paroxetine (Paxil) hoặc Fluoxetine (Prozac).

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin và norepinephrine. Ví dụ: Venlafaxine (Effexor) hoặc duloxetine (Cymbalta).

Thuốc chống trầm cảm ba vòng. Ví dụ: Amitriptyline (Elavil) hoặc nortriptyline (Pamelor).

Thuốc chống lo âu. Ví dụ alprazolam (Xanax) hoặc clonazepam (Klonopin).

Thay đổi lối sống không cần thiết trong điều trị chứng sợ khoảng rộng, tuy nhiên điều đó có thể làm giảm lo âu trong đời sống thường ngày. Bạn có thể thử một số cách sau:

Tập thể dục thường xuyên để gia tăng sản xuất một số chất tại não. Những chất này sẽ làm bạn cảm thấy hạnh phúc hơn và thư giãn hơn.

Có một chế độ ăn uống lành mạnh. Bao gồm: ngũ cốc, rau và protein sẽ giúp bạn cảm thấy tốt hơn về thể trạng chung.

Luyện tập thiền mỗi ngày hoặc thực hành những bài tập hít thở sâu để làm giảm lo âu và vượt qua những cơn hoảng loạn.

Trong quá trình điều trị, tốt nhất là nên tránh sử dụng thực phẩm chức năng và thảo dược. Hiện nay, những loại thuốc tự nhiên vẫn chưa được chứng minh có hiệu quả trong điều trị lo âu. Ngoài ra, chúng có thể gây phản ứng tương tác với thuốc và làm giảm hiệu quả của thuốc. Vì vậy, trước khi sử dụng một loại thuốc, chất ngoài đơn thuốc của bác sĩ, hãy trao đổi để chắc rằng chúng không làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh.

Chứng sợ khoảng rộngkhông phải lúc nào cũng phòng ngừa được. Tuy nhiên, điều trị sớm rối loạn lo âu hoặc rối loạn hoảng loạn có thể giúp ích. Thông qua việc điều trị, bạn sẽ có một cơ hội để trở nên tốt hơn. Khả năng điều trị dễ và nhanh hơn khi nó được bắt đầu sớm hơn. Chứng bệnh này có thể làm bạn suy nhược vì nó ngăn bạn tham gia vào các hoạt động trong đời sống hằng ngày. Tuy không có cách nào chữa khỏi, nhưng việc điều trị sẽ làm giảm đáng kể các triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống của bạn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-tim-bam-sinh-con-ong-dong-mach-ton-tai-lo-bau-duc/

Nội dung bài viết

Còn ống động mạch là bệnh gì?

Tồn tại lỗ bầu dục là bệnh gì?

Cần chú ý gì khi chăm sóc trẻ?

Một trong những bệnh lí thường gặp nhất ở trẻ nhỏ là tim bẩm sinh. Đây là thuật ngữ nói về tình trạng bất thường ở tim xuất hiện ngay từ khi trẻ còn trong bụng mẹ. Trong đó, còn ống động mạch và tồn tại lỗ bầu dục có thể phát hiện khi mẹ siêu âm trong lúc mang thai.

Còn ống động mạch là một khuyết tật tim bẩm sinh khiến dòng máu chảy bất thường trong tim.

Trước khi sinh, máu của trẻ không cần phải đi qua phổi để lấy oxy vì đã có máu giàu oxy từ mẹ cung cấp. Một mạch máu nhỏ được gọi là ống động mạch giúp đưa máu của mẹ đến phổi khi trẻ trong bào thai. Đây là ống nối liền giữa động mạch chủ và động mạch phổi. Sau sinh, phổi của trẻ bắt đầu chứa đầy không khí, mạch máu này không còn cần thiết nữa. Lúc này, nó thường sẽ bít lại.

Nếu trẻ vẫn còn ống động mạch, một ít máu sẽ quay trở lại phổi. Trong khi theo chu trình bình thường, lượng máu này cần được cung cấp đến các cơ quan của cơ thể khi qua động mạch chủ.

Nguyên nhân chính xác của còn ống động mạch vẫn chưa được xác định rõ ràng. Tuy nhiên, đây là tình trạng phổ biến ởtrẻ sinh non. Đặc biệt là nếu phổi của trẻ chưa trưởng thành. Thường hiếm gặp ở trẻ đủ tháng. Các yếu tổ nguy cơ khác bao gồm:

Trẻ có bệnh lí di truyền nhưhội chứng Down.

Mẹ nhiễmrubellakhi mang thai.

Trẻ có tật tim bẩm sinh khác kèm theo.

Tiền căn anh chị em trong gia đình cũng bị còn ống động mạch.

Nếu kích thước của ống động mạch nhỏ, trẻ thường không có triệu chứng. Bác sĩ có thể nghe thấy âm thổi (khi máu di chuyển qua ống động mạch) bằng ống nghe

Nếu còn ống động mạch lớn, trẻ có thể chậm tăng cân. Ngoài ra, trẻ có thể thở nhanh và đổ mồ hôi khi gắng sức như khóc hoặc chơi. Trẻ có thể nhập viện nhiều lần vì viêm phổi tái đi tái lại.

Cấu trúc tim gồm có 4 buồng. Các buồng trên được gọi là tâm nhĩ và các buồng dưới được gọi là tâm thất. Tim có chức năng co bóp để đẩy máu qua 4 buồng này, đến phổi và phần còn lại của cơ thể. Lỗ bầu dục là một lỗ thông giữa 2 buồng trên của tim (2 tâm nhĩ).

Lỗ bầu dục thường xuất hiện trong bào thai và đóng lại ở hầu hết sau khi trẻ sinh ra. Nếu lỗ thông này không đóng lại, đó được gọi là tồn tại lỗ bầu dục (PFO).

Máu từ tĩnh mạch về tâm nhĩ phải, từ đây máu qua lỗ bầu dục đến tâm nhĩ trái. Sau đó, xuống tâm thất trái, theo động mạch chủ lên đến nuôi dưỡng các cơ quan của bào thai. Sau khi sinh, áp lực tăng ở bên buồng tim trái sẽ giúp đóng lại lỗ bầu dục. Vì vậy tất cả máu sẽ đi từ buồng tim phải đến phổi. Lúc này, hệ tuần hoàn của trẻ hoạt động như người bình thường.

Tuy nhiên, một số trẻ vẫn tồn tại tuần hoàn bào thai trong thời gian ngắn. Áp lực của buồng tim phải vẫn cao hơn áp lực buồng tim trái. Khi đó, lỗ bầu dục không đóng, máu vẫn đi từ nhĩ phải qua nhĩ trái. Lượng máu chưa được trao đổi khí đi đến các cơ quan khiến trẻ có biểu hiện tím tái.

Tồn tại lỗ bầu dục thường không gây ra bất kỳ triệu chứng nghiêm trọng nào cho trẻ. Trong một số ít trường hợp, trẻ có thể tím thoáng qua khi khóc hoặc chơi đùa gắng sức.

Đôi khi ở người lớn, cục máu đông từ một cơ quan khác của cơ thể đi qua lỗ bầu dục và đến não, có thể gây rađột quỵ.

Sau khi hỏi về các triệu chứng và quá trình bệnh lí của con bạn, Bác sĩ sẽ khám trẻ và đề nghị một số xét nghiệm quan trọng như Siêu âm tim và chụp X-quang ngực.

Ống động mạch và lỗ bầu dục có thể tự đóng mà không cần điều trị. Ở trẻ sinh non, nếu ống động mạch lớn có thể cần phải điều trị bằng thuốc. Một số trường hợp, phẫu thuật là phương pháp điều trị tốt nhất cho trẻ.

Điều quan trọng là bạn cần theo dõi sát tình trạng tím hay khó thở của trẻ. Ngoài ra, bạn hãy hỏi Bác sĩ để được tư vấn những thông tin quan trọng sau nhé:

Sẽ mất bao lâu để sức khỏe trẻ hồi phục.

Những hoạt động trẻ nên tránh và khi nào trẻ có thể trở lại sinh hoạt bình thường.

Cách chăm sóc trẻ tại nhà.

Những triệu chứng hoặc vấn đề bạn nên theo dõi và cách xử trí nếu con bạn gặp phải.

Việc trẻ cần dùng thuốc kháng sinh để ngăn ngừa nhiễm trùng trước khi làm thủ thuật như nhổ răng…

Khi nào trẻ cần quay lại để bác sĩ kiểm tra.

Còn ống động mạch và Tồn tại lỗ bầu dụclà những bệnh tim bẩm sinh thường ít gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của trẻ. Đa số trường hợp những lỗ này có thể tự đóng lại. Điều quan trọng, nếu trẻ  tím tái hay khó thở hay bạn có bất cứ lo lắng nào, cần đưa trẻ đến khám Bác sĩ ngay nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-dang-quan-tam-ve-chung-co-giat-nua-mat/

Nội dung bài viết

1. Tổng quan về chứng co giật nửa mặt

2. Làm thế nào để nhận biết chứng co giật nửa mặt?

3. Nguyên nhân gây ra tình trạng co giật nửa mặt là gì?

4. Làm cách nào để điều trị chứng co giật nửa mặt?

5. Mối liên hệ của chứng co thắt nửa mặt với các bệnh lý khác

6. Tiên lượng của chứng co giật nửa mặt

Co giật nửa mặt trong thuật ngữ chuyên ngành được gọi là Hemifacial spasm (HFS). Chứng bệnh biểu hiện bởi các cử động co giật hoặc co cứng không chủ ý, không đều của các cơ ở một bên mặt (do thần kinh số VII chi phối). Bệnh này được xếp vào nhóm rối loạn vận động không có loạn trương lực. Sau đây, hãy Youmed tìm về chứng co giật nửa mặt, nguyên nhân và cách điều trị của bệnh.

Co giật nửa mặt là một rối loạn thần kinh. Trong đó các cơ ở một bên mặt của người bệnh bị co giật một cách không chủ ý. Nguyên nhân của co giật nửa mặt thường do tổn thương hoặc kích thích dây thần kinh mặt, còn được gọi là dây thần kinh sọ thứ bảy. Ngoài ra còn có thể do chấn thương dây thần kinh mặt hay khối u, hoặc không rõ nguyên nhân.

Chứng co giật nửa mặt gây ảnh hưởng tới nhiều nhóm cơ. Bao gồm: cơ vòng mi, cơ trán, cơ cau mày, cơ mũi, cơ gò má, cơ vòng môi, cơ cười, cơ bám da cổ,…

Co giật nửa mặt có thể xảy ra ở cả nam giới và phụ nữ. Tuy nhiên, chúng thường phổ biến nhất ở phụ nữ trên 40. Bệnh cũng có xu hướng xảy ra thường xuyên hơn ở bên trái khuôn mặt của bạn.

Triệu chứng đầu tiên của co giật nửa mặt là chỉ co giật một cách không chủ ý ở một bên mặt. Các cơn co giật nửa mặt thường bắt đầu ở mí mắt dưới dạng giật nhẹ. Đây được gọi là chứng co thắt não. Bạn có thể nhận thấy rằng cơn co giật trở nên rõ ràng hơn khi bạn lo lắng hoặc mệt mỏi. Đôi khi, những cơn co giật mí mắt này có thể khiến mắt bạn nhắm lại hoàn toàn hoặc khiến bạn chảy nước mắt.

Theo thời gian, tình trạng co giật có thể trở nên rõ ràng hơn ở các vùng da đã bị ảnh hưởng trên khuôn mặt. Cơn co giật cũng có thể lan sang các bộ phận khác của cùng một bên khuôn mặt và cơ thể, bao gồm:

Lông mày.

Má.

Khu vực xung quanh miệng, chẳng hạn như môi.

Cằm.

Quai hàm.

Phần cổ phía trên.

Trong một số trường hợp, co thắt cơ mặt có thể lan đến mọi cơ ở một bên mặt. Co thắt cũng có thể xảy ra khi bạn đang ngủ. Khi các cơn co giật lan rộng, bạn cũng có thể nhận thấy các triệu chứng như:

Thay đổi khả năng nghe.

Ù tai.

Đau tai, đặc biệt là đau ở phía sau tai.

Co thắt toàn bộ khuôn mặt.

Co giật nửa mặt thường do dây thần kinh mặt bị kích thích. Nó cũng có thể do chấn thương dây thần kinh mặt hoặc khối u. Đôi khi chứng co thắt nửa mặt không tìm thấy nguyên nhân xác định và thường được gọi là co giật nửa mặt vô căn.

Một chấn thương ở đầu hoặc mặt cũng có thể gây co thắt cơ mặt do dây thần kinh mặt bị tổn thương hoặc chèn ép. Các nguyên nhân phổ biến hơn của co thắt cơ mặt có thể bao gồm:

Khối u chèn ép đẩy lệch dây thần kinh mặt của bạn.

Di chứng từ một đợt liệt Bell. Tình trạng này có thể khiến một phần khuôn mặt của bạn bị tê liệt tạm thời.

Bạn có thể giảm các triệu chứng của mình tại nhà đơn giản bằng cách nghỉ ngơi nhiều và làm dịu thần kinh của bạn. Hạn chế uống nhiềucaffeine, các chất kích thích thần kinh khác. Bên cạnh đó, bổ sung một số chất dinh dưỡng cũng có thể giúp giảm co giật, bao gồm:

Vitamin Dtừ trứng, sữa và ánh sáng mặt trời.

Magiê từhạnh nhânvàchuối.

Hoa cúc, có sẵn dưới dạng trà hoặc viên nén.

Quả việt quất, chứa chất chống oxy hóa làm giãn cơ.

Phương pháp điều trị phổ biến nhất cho những cơn co thắt này là uống thuốc giãn cơ để giữ cho cơ không bị co giật. Bác sĩ có thể đề nghị một số loại thuốc như:baclofen,clonazepam,carbamazepine.

Phương pháp tiêm Botox cũng thường được sử dụng để điều trị chứng co thắt cơ mặt. Trong phương pháp điều trị này, bác sĩ sẽ sử dụng một kim tiêm để tiêm một lượng nhỏ hóa chất Botox vào vị trí trên mặt gần các cơ đang co giật. Botox làm cho các cơ yếu đi và có thể làm giảm sự co thắt của bạn. Hiệu lực mỗi liều tiêm kéo dài ba đến sáu tháng trước khi bạn cần tiêm một mũi tiêm khác.

Trao đổi với bác sĩ trước khi dùng bất kỳ loại thuốc nào để tránh các tác dụng phụ không đáng có.

Nếu dùng thuốc và Botox không đạt được hiệu quả, bác sĩ cũng có thể đề nghị phẫu thuật để giảm áp lực lên dây thần kinh mặt.

Một phẫu thuật phổ biến được sử dụng để điều trị co giật nửa mặt được gọi là giải nén vi mạch. Trong thủ thuật này, bác sĩ tạo một lỗ nhỏ trong hộp sọ phía sau tai. Sau đó đặt một miếng đệm Teflon giữa dây thần kinh và mạch máu đang chèn lên đó. Ca phẫu thuật này chỉ mất tối đa vài giờ. Bạn có thể về nhà sau vài ngày hồi phục.

Co giật nửa mặt cũng có thể bị gây ra do một tình trạng tương tự như đau dây thần kinh sinh ba. Tình trạng này do tổn thương hoặc kích thích dây thần kinh sọ thứ năm. Chứ không phải dây thần kinh sọ thứ bảy – dây thần kinh mặt. Đau dây thần kinh sinh ba có thể được điều trị bằng nhiều loại thuốc và thủ thuật tương tự.

Một khối u không được điều trị có thể làm tăng thêm tổn thương thần kinh nếu khối u phát triển hoặc trở thành ung thư. Ung thư có thể nhanh chóng di căn sang các bộ phận khác của đầu và não của bạn. Đồng thời, bệnh gây ra các biến chứng lâu dài.

Quy trình giải nén vi mạch có thể gây ra các biến chứng nhất định, chẳng hạn như nhiễm trùng hoặc khó thở. Nhưng phẫu thuật giải nén vi mạch hiếm khi gây ra bất kỳ biến chứng nghiêm trọng nào.

Co giật nửa mặt có thể được kiểm soát thông qua điều trị tại nhà, dùng thuốc hoặc phẫu thuật. Làm theo hướng dẫn của bác sĩ, bạn có thể giữ cơ co giật ở mức tối thiểu. Quy trình giải nén vi mạch giúp giảm và loại bỏ những cơn co giật này.

Co giật nửa mặt không được điều trị có thể gây khó chịu vì chúng trở nên dễ nhận thấy và gây rối loạn nặng theo thời gian. Đặc biệt nếu chúng lan rộng ra toàn bộ một bên khuôn mặt của bạn. Trao đổi thêm với bạn bè và gia đình về tình trạng co thắt. Điều này có thể giúp bạn cảm thấy được hỗ trợ nhiều hơn khi kiểm soát các triệu chứng của bệnh.

Chứng co giật nửa mặtthường không gây nguy hiểm. Nhưng sự co giật liên tục trên khuôn mặt của bạn có thể khiến bạn bực bội hoặc khó chịu. Trong một số trường hợp, những cơn co giật này có thể chỉ ra rằng bạn đang có một bệnh lý tiềm ẩn hoặc sự bất thường trong cấu trúc khuôn mặt. Một trong hai nguyên nhân này có thể chèn ép hoặc làm tổn thương dây thần kinh của bạn và làm cho cơ mặt của bạn bị co giật. Nếu nghi ngờ bạn đang có các triệu chứng trên hãy đến gặp bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn kĩ càng hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/co-that-thanh-quan-nguyen-nhan-trieu-chung-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Co thắt thanh quản là gì?

Nguyên nhân của co thắt thanh quản

Co thắt thanh quản biểu hiện như thế nào?

Điều trị co thắt thanh quản như thế nào?

Cảm giác ngạt thở thường rất đáng sợ. Một tình trạng có thể gây ra cảm giác này đó là co thắt thanh quản. Vậy co thắt thanh quản là gì? Nguyên nhân nào gây ra tình trạng này? Hãy cùng ThS.BS Trần Thanh Long tìm hiểu trong bài viết sau nhé!

Co thắt thanh quản đề cập đến sự co thắt đột ngột của dây thanh. Dấu hiệu này thường là triệu chứng của một tình trạng bệnh lý tiềm ẩn.

Đôi khi co thắt thanh quản xảy ra có thể là do lo lắng hay căng thẳng. Nó cũng có thể là một triệu chứng của bệnh hen suyễn, trào ngược dạ dày hay rối loạn chức năng dây thanh. Cũng có khi không xác định được nguyên nhân của co thắt thanh quản.

Co thắt thanh quản khá hiếm gặp và nếu có thường kéo dài dưới một phút. Đây thường không phải là một dấu hiệu nghiêm trọng và, nói chung là không nguy hiểm đến tính mạng. Co thắt thanh quản có thể xảy ra một lần và sau đó không bao giờ xuất hiện nữa.

Nếu co thắt thanh quản tái phát trở lại thì bạn cần phải đi tìm nguyên nhân gây ra nó.

Nếu bạn bị co thắt thanh quản tái đi tái lại thì có lẽ nó là dấu hiệu của một bệnh lý nào đó.

Trào ngược là khi dịch axit trong dạ dày hay các thức ăn chưa tiêu hóa đi ngược lên trên thực quản. Nếu axit hay các thức ăn này trào lên khỏi thực quản thì có thể chạm đến thanh quản. Lí do là vì dây thanh âm nằm ngay phía trước miệng thực quản. Chính hiện tượng trào ngược này có thể khiến dây thanh bị co thắt.

Rối loạn chức năng dây thanh xảy ra khi dây thanh hoạt động bất thường khi chúng ta hít vào hay thở ra. Tình trạng rối loạn chức năng dây thanh cũng nhưhen suyễnđều có thể gây nên co thắt thanh quản.

Hen suyễn xảy ra khi hệ miễn dịch phản ứng lại chất kích thích từ không khí hoặc khi cơ thể hoạt động mạnh. Mặc dù rối loạn chức năng dây thanh và hen suyễn có cách điều trị khác nhau nhưng hai tình trạng này có những biểu hiện giống nhau.

Nguyên nhân thường gặp khác gây co thắt thanh quản đó là lo lắng hay căng thẳng tâm lý. Co thắt thanh quản có thể là một biểu hiện của phản ứng cơ thể đối với các cảm xúc mạnh mà bạn trải qua.

Nếu lo lắng hay căng thẳng tâm lý gây ra co thắt thanh quản thì bạn cần sự giúp đỡ từ chuyên gia tâm lý.

Co thắt thanh quản cũng có thể xảy ra trong quá trình phẫu thuật mà có gây mê toàn thân. Điều này có thể là do quá trình gây mê làm kích thích dây thanh.

Co thắt thanh quản sau gây mê thường gặp ở trẻ em hơn người lớn. Nó cũng thường xảy ra hơn ở bệnh nhân phẫu thuật ở họng hay thanh quản. Bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cũng có nguy cơ cao bị co thắt thanh quản do biến chứng phẫu thuật.

Co thắt thanh quản có thể xảy ra trong lúc ngủ.

Tình trạng này sẽ khiến người bệnh bị thức giấc khi đang ngủ sâu. Điều này gây cảm giác hoảng sợ vì khi giật mình thức dậy bạn thường bị mất phương hướng và thấy khó thở.

Cũng như co thắt thanh quản xảy ra khi bạn thức, co thắt thanh quản liên quan đến giấc ngủ chỉ xảy ra khoảng vài giây.

Co thắt thanh quản xảy ra lặp đi lặp lại trong lúc ngủ nhiều khả năng có liên quan đến trào ngược axit dạ dày hay rối loạn chức năng dây thanh. Điều này không đe dọa đến tính mạng nhưng bạn cần đi khám bác sĩ nếu tình trạng lặp lại quá nhiều lần.

Trong khi bị co thắt thanh quản, dây thanh sẽ bị cố định lại ở vị trí đóng. Bạn có thể có cảm giác đường thở ở vùng cổ bị thắt nhẹ (co thắt thanh quản nhẹ) hay thậm chí không thể thở được.

Co thắt thanh quản thường không kéo dài quá lâu, một số cơn co thắt xảy trong thời gian ngắn.

Nếu bạn có thể thở được khi bị co thắt thanh quản, bạn có thể nghe thấy tiếng khàn, tiếng rít, gọi là thở rít. Điều này xảy ra khi không khí đi qua một khoảng hẹp.

Co thắt thanh quản thường khiến người bệnh bất ngờ, hoảng sợ. Cảm giác bất ngờ có thể khiến triệu chứng trầm trọng hơn, mặc dù có thể nó không nặng như bệnh nhân nghĩ.

Nếu bạn bị co thắt thanh quản tái đi tái lại do hen suyễn,stress, hay trào ngược thì bạn có thể tập các bài tập thở để giữ bình tĩnh. Bình tĩnh khi xuất hiện triệu chứng có thể giúp giảm thời gian co thắt trong một số trường hợp.

Nếu bạn có cảm giác căng cứng ở dây thanh và tắc nghẽn đường thở, cố gắng đừng hoảng loạn. Đừng thở gấp hay cố hít lấy hơi. Uống một ngụm nước nhỏ để rửa trôi bất cứ thứ gì có thể gây kích thích dây thanh của bạn.

Nếu trào ngược là yếu tố kích thích co thắt thanh quản thì các biện pháp giảm trào ngược có thể giúp ngăn chặn triệu chứng này xảy ra. Các biện pháp này bao gồm thay đổi lối sống, thuốc chống axit, hay phẫu thuật.

Co thắt thanh quảnthường chỉ kéo dài trong thời gian ngắn nhưng gây hoảng sợ rất nhiều cho người bệnh. Nếu tình trạng này lặp lại nhiều lần thì bạn cần đi khám bác sĩ để có được sự tư vấn tốt nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-crohn-va-nhung-phuong-thuc-giup-ban-giam-trieu-chung-benh/

Nội dung bài viết

Bệnh Crohn là gì?

Triệu chứng của bệnh Crohn

Nguyên nhân của bệnh Crohn là gì?

Cần làm xét nghiệm gì để chẩn đoán bệnh Crohn?

Bệnh Crohn điều trị như thế nào?

Khi nào thì người bị bệnh Crohn phải phẫu thuật?

Những biến chứng có thể xảy ra của bệnh Crohn?

Người bị bệnh Crohn nên tránh ăn gì?

Sống thế nào với bệnh Crohn?

Phụ nữ mắc bệnh Crohn có mang thai được không?

Tầm soát ung thư ở người bệnh Crohn

Bệnh Crohn là bệnh mãn tính. Để chung sống hòa thuận với bệnh, bạn không chỉ cần đến sự giúp đỡ của bác sĩ mà chính bản thân bạn cũng cần được trang bị “vũ khí” để đương đầu với căn bệnh khó chịu này. Sau đây, mời bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên tìm hiểu chi tiết hơn về bệnh Crohn qua bài viết sau đây nhé.

Được đặt theo tên của Burrill Bernard Crohn – một bác sĩ người Mỹ, bệnh Crohn là một bệnh lý tổn thương đường ruột do viêm. Nó ảnh hưởng đến bất kỳ phần nào của đường tiêu hóa, từ miệng đến hậu môn, nhưng hay gặp nhất ở phần cuối của ruột non (hồi tràng). Không chỉ vậy, bệnh còn ảnh hưởng đến các cơ quan ngoài ruột như: mắt, da, khớp.

Các triệu chứng của bệnh Crohn có thể thay đổi mức độ từ nhẹ đến nặng. Chúng biến đổi theo thời gian, khác nhau ở mỗi người và phụ thuộc vào phần nào của ruột bị viêm. Thông thường các triệu chứng phát triển dần dần, nhưng đôi khi xuất hiện đột ngột, không báo trước. Cũng có lúc các triệu chứng thuyên giảm hoặc biến mất và quay lại ở một thời điểm nào đó.

Các triệu chứng của bệnh Crohn, bao gồm:

Thường xuyên đi tiêu chảy tái đi tái lại.

Sốt.

Mệt mỏi, cảm thấy không có năng lượng.

Đau quặn bụng.

Có máu trong phân.

Loét miệng.

Ăn không ngon và sụt cân.

Bác sĩ có thể cần làm một số xét nghiệm cần thiết với mục đích: xác định chính xác xem bạn có bị bệnh Crohn hay không (vì triệu chứng có thể nhầm lẫn với bệnh khác); đánh giá tiến triển và biến chứng của bệnh.

Nguyên nhân chính xác của bệnh Crohn vẫn chưa được biết. Trước đây, chế độ ăn vàstresstừng bị nghi ngờ. Nhưng hiện tại, các yếu tố này có thể làm nặng thêm nhưng không phải là nguyên nhân gây ra bệnh Crohn. Một số yếu tố, chẳng hạn như di truyền và hệ thống miễn dịch bất thường có thể có vai trò trong sự phát triển bệnh

Hệ thống miễn dịch bình thường của cơ thể được bảo vệ bởi hệ thống miễn dịch. Khi có tác nhân lạ xâm nhập, hệ thống này sẽ tiêu diệt và loại bỏ “những kẻ lạ mặt”. Nhưng vì một lí do nào đó, hệ thống này bị lỗi, chúng đánh luôn cả quân mình, làm tổn thương các mô trong cơ thể. Và trong trường hợp này là mô ruột, ngoài ra có mắt, khớp, da…

Hiện tượng di truyền Crohn phổ biến hơn ở những người có thành viên gia đình mắc bệnh. Vì vậy gen có thể đóng một vai trò trong việc làm cho mọi người dễ mắc bệnh hơn.

Yếu tố môi trường: Vi sinh vật như vi khuẩn, vi-rút, khói thuốc lá, có thể khởi phát đợt bệnh hoặc làm nặng hơn các triệu chứng hiện có.

Xét nghiệm máu để kiểm tra thiếu máu hoặc các dấu hiệu nhiễm trùng.

Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân.

Nội soi đại tràng. Cho phép nhìn thấy toàn bộ hoặc một phần đại tràng. Nếu thấy có tổn thương, bác sĩ sẽ lấy một mẫu mô nhỏ đem đi xét nghiệm để biết chính xác loại thương tổn.

Chụp cắt lớp vi tính (CT). Xem xét toàn bộ ruột cũng như các mô bên ngoài ruột.

Chụp cộng hưởng từ (MRI). Nó đặc biệt hữu ích để đánh giá lỗ rò quanh vùng hậu môn (MRI vùng chậu) hoặc ruột non.

Hiện tại, chưa có cách chữa khỏi hoàn toàn bệnh Crohn. Cũng không có phương pháp điều trị nào phù hợp cho tất cả mọi người. Mục tiêu của việc điều trị là giảm viêm, từ đó giảm bớt các triệu chứng. Đồng thời, điều trị giúp hạn chế các biến chứng xa hơn của bệnh.

Có nhiều thuốc có thể được kê đơn để kiểm soát tình trạng viêm. Tùy thuộc mức độ bệnh, các tác dụng phụ, tình trạng sức khỏe hiện tại mà bác sĩ sẽ lựa chọn thuốc cho phù hợp.

Thuốc chống viêm thường là bước đầu tiên trong điều trị bệnhviêm ruột, bao gồm: Aminosalicylates (5-ASA), Corticosteroid, ức chế hệ thống miễn dịch, liệu pháp sinh học, kháng sinh.

Ngoài ra, bác sĩ có thể kê thêm một số loại thuốc giúp làm giảm triệu chứng của bạn. Ví dụ như: thuốc chống tiêu chảy, thuốc giảm đau, thuốc bổ sungvitamin B12, sắt,vitamin D… Chú ý, các loại thuốc này thường chỉ là bổ sung chứ không phải là điều trị thay thế (thuốc kháng viêm). Vì các thuốc bổ sung có thể ảnh hưởng đến tác dụng của thuốc chính, tốt nhất bạn nên tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi dùng.

Nếu điều trị bằng thuốc và không thuốc không làm giảm các triệu chứng, bác sĩ có thể đề nghị phẫu thuật. Gần một nửa số người mắc bệnh Crohn sẽ cần ít nhất một lần phẫu thuật. Tuy nhiên, bạn nên nhớ rằng phẫu thuật không chữa khỏi bệnh Crohn, các triệu chứng có thể tái lại. Vì thế, bạn vẫn nên theo dõi sau phẫu thuật.

Ngoài mục đích giảm triệu chứng, phẫu thuật còn là cách để giải quyết biến chứng của bệnh. Dẫn lưu áp xe, đóng lỗ rò, tái lập lưu thông ruột khi bịtắc ruột, giải quyết ung thư… là những trường hợp cần phải phẫu thuật. Khi phẫu thuật, bác sĩ có thể cần loại bỏ đoạn ruột bị hỏng và nối hai đầu ruột khỏe mạnh lại với nhau.

Cùng với các triệu chứng đau, bệnh Crohn có thể dẫn đến một hoặc nhiều biến chứng sau:

Do quá trình viêm, làm dày thành ruột hoặc quá trình lành sau viêm tạo các sẹo, kết dính các thành ruột với nhau. Khiến cho lòng ruột bị bít lại, ngăn cản sự lưu thông các thành phần trong ruột, gây tắc ruột. Trong nhiều trường hợp, cần phải can thiệp bằng phẫu thuật để loại bỏ đoạn ruột bị tắc.

Rò là đường thông nối bất thường giữa hai cấu trúc của cơ thể. Khi bị viêm lâu ngày, tạo thành vết loét, ăn mòn hết thành ruột và qua cả các cấu trúc lân cận, tạo thành đường rò. Ví dụ như rò qua da (thường gặp ở các vết loét hậu môn), bàng quang, âm đạo, hoặc giữa các quai ruột với nhau. Khi đó, các chất trong đường ruột có thể qua đường rò đến các cơ quan này gây ra triệu chứng phân trong nước tiểu hoặc phân trong dịch âm đạo. Trong một số trường hợp, lỗ rò có thể bị nhiễm trùng và hình thành áp xe, có thể đe dọa tính mạng nếu không được điều trị.

Rò hậu mônlà một vết rách nhỏ ở dọc hậu môn hoặc ở vùng da xung quanh hậu môn nơi nhiễm trùng có thể xảy ra. Nó gây ra đau khi đi cầu và có thể dẫn đến lỗ rò quanh hậu môn.

Viêm cũng ảnh hưởng đến các cấu trúc ruột khiến nó không thể thực hiện tốt chức năng của mình là hấp thu các chất. Bên cạnh đó,đau bụng,tiêu chảycó thể khiến bạn không muốn ăn hoặc kém hấp thu. Do đó, thiếu máu thiếu sắt, thiếuvitamin B12,vitamin D… là những hậu quả thường gặp.

Mắc bệnh Crohn làm tăng nguy cơ ung thư ruột. Do đó, bạn nên tham vấn ý kiến bác sĩ chuyên khoa để được hướng dẫn thời gian, cách thức tầm soát cho phù hợp.

Loãng xương, các bệnh lý về da, thận, gan, mật… cũng có thể gặp. Mọi thông tin trong bài viết mang tính chất tham khảo, các bạn nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa để được chẩn đoán chính xác và điều trị sớm.

Một số loại thực phẩm và đồ uống có thể làm nặng thêm các triệu chứng, đặc biệt là trong lúc bệnh đang ở tình trạng họat động. Vì vậy, người bị bệnh Crohn cần lưu ý kiêng cữ, hạn chế một số thức ăn sau.

Nhiều người mắc bệnh viêm ruột bị tiêu chảy, đau bụng. Khi ngưng các chế phẩm có sữa thì triệu chứng được cải thiện. Điều này có thể là do cơ thể bạn không dung nạp sữa (cơ thể không thể tiêu hóa được sữa). Sử dụng một sản phẩm bổ sung men lactase có thể giúp ích.

Viêm ruột khiến ruột giảm chức năng, khó tiêu hóa và hấp thụ chất béo. Khi đó, chất béo không được hấp thu sẽ khiến bạn bị tiêu chảy nhiều hơn. Vì thế, bạn nên tránh đồ chiên rán, sốt bơ, kể cả bơ thực vật.

Giải pháp là không ăn rau quả sống. Thay vào đó, thực phẩm hấp, nướng hoặc hầm có lợi cho bạn hơn.

Nếu bạn có hút thuốc lá cũng bỏ ngay đi nhé. Những người mắc bệnh Crohn hút thuốc lá bị triệu chứng nặng hơn, dễ tái phát và kháng thuốc hơn. Bỏ hút thuốc có thể cải thiện sức khỏe không chỉ với đường tiêu hóa mà còn nhiều cơ quan khác.

Vì là bệnh mãn tính và cho đến bây giờ chưa có thuốc điều trị dứt điểm, việc hiểu biết một số vấn đề dưới đây có thể giúp bạn đương đầu với căn bệnh này.

Có vẻ như người bệnh Crohn có một chế độ ăn khá nghiêm ngặt khiến bạn không thoải mái. Một số tips nho nhỏ sau đây có thể giúp bạn:

Thực phẩm nào khiến triệu chứng của bạn tệ đi hãy tránh thật xa nó.

Ăn nhiều bữa nhỏ. Ăn 5, 6 bữa nhỏ thay vì 2 hoặc 3 bữa lớn có thể khiến bạn dễ chịu hơn.

Uống nhiều nước lọc mỗi ngày.

Nếu quá khó chịu với chế độ ăn hiện tại, bạn nên thử gặp bác sĩ dinh dưỡng để được tư vấn.

Tránh căng thẳng, áp lực. Mặc dù căng thẳng không gây ra bệnh Crohn, nhưng nó làm cho triệu chứng của bạn trở nên tồi tệ hơn và  kích hoạt một đợt bệnh mới.

Tập thể dục. Ngay cả việc tập thể dục nhẹ cũng có thể giúp giảm căng thẳng, trầm cảm và bình thường hóa chức năng ruột.

Thường xuyên thư giãn và tập thở sâu, chậm để bình tĩnh. Bạn có thể tham gia các lớp học yoga và thiền hay sử dụng sách, đĩa CD hoặc DVD tại nhà.

Hầu hết phụ nữ mắc bệnh Crohncó thể mang thai bình thườngvà em bé khỏe mạnh. Tuy nhiên, một số loại thuốc trị bệnh Crohn có thể gây hại cho thai nhi. Vì vậy, bạn nên nói với bác sĩ điều trị nếu vô tình có thai, không nên tự ý ngừng thuốc.

Phụ nữ có thể khó mang thai hơn trong thời gian bệnh hoạt động, nhưng khả năng sinh sản sẽ trở lại bình thường khi bệnh đã ổn. Một số loại thuốc điều trị bệnh Crohn có thể tạm thời làm giảm khả năng sinh sản ở nam giới.

Một trong các biến chứng của bệnh Crohn là ung thư ruột. Bệnh càng lâu nguy cơ mắc ung thư càng cao. Vì thế, bạn nên tầm soát sớm hơn và thường xuyên hơn so với người không mắc bệnh. Bác sĩ điều trị sẽ giúp bạn lên lịch và lựa chọn phương pháp tầm soát cho phù hợp.

Mọi thông tin trong bài viết mang tính chất tham khảo. Các bạn nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa để được chẩn đoán chính xác và điều trị sớm.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/cum-gia-cam-co-nguy-hiem-khong/

Nội dung bài viết

Cúm gia cầm do nguyên nhân gì gây ra?

Triệu chứng của bệnh cúm gia cầm gồm những gì?

Khi nào đi khám bác sĩ?

Những nguyên nhân gì gây ra bệnh cúm gia cầm?

Các yếu tố nguy cơ mắc cúm gia cầm gồm những gì?

Biến chứng của cúm gia cầm gồm những gì?

Làm sao phòng ngừa?

Một số khuyến cáo cho khách du lịch

Thịt gia cầm và các sản phẩm từ trứng:

Chẩn đoán cúm bệnh như thế nào?

Điều trị

Cúm gia cầm là bệnh truyền nhiễm do virus. Chúng có thể lây nhiễm không chỉ ở chim mà còn cả người và các động vật khác. Với các triệu chứng giả cúm như ho, sốt, đau họng,… bệnh cúm gia cầm có thể diễn tiến nặng và đe dọa đến tính mạng người mắc. Bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô tìm hiểu thêm về bệnh này nhé.

Bệnh có thể do rất nhiều chủng vi rút khác nhau gây ra. Tuy vậy, H5N1 và H7N9 là hai chủng thường gây bệnh nhất ở người. Chúng ta đã ghi nhận một số trận đại dịch do các chủng vi rút cúm gia cầm gây ra ở các châu lục như Á, Phi, Bắc Mỹ và một phần ở Châu Âu. Hầu hết những người mắc bệnh đều có tiền căn tiếp xúc gần với một số chú chim bị bệnh. Và một số trường hợp, bệnh lây từ người sang người.

Một số nghiên cứu vẫn được thực hiện nhằm mục tiêu bảo vệ con người khỏi căn bệnh cúm trên.

Các triệu chứng bệnh thường bắt đầu trong vòng hai đến bảy ngày kể từ khi nhiễm bệnh, tùy thuộc vào loại virus cúm gia cầm người bệnh mắc phải. Trong phần lớn các trường hợp, triệu chứng của bệnh cúm gia cầm giống với bệnh cúm thông thường, bao gồm:

Ho.

Sốt.

Đau họng.

Mỏi cơ.

Đau đầu.

Khó thở.

Một số người có thể có triệu chứngbuồn nôn, nônhoặctiêu chảy. Và trong một vài trường hợp, nhiễm trùng mắt mức nhẹ (như viêm kết mạc) là dấu hiệu duy nhất của bệnh.

Bạn nên đi khám ngay lập tức nếu bạn có triệu chứng như sốt, ho, đau nhức cơ thể và gần đây bạn đã ở hoặc du lịch một số quốc gia hoặc khu vực đang có dịch cúm gà.

Bệnh thường có nguồn gốc từ những loại chim hoang dã cư trú vùng sông nước. Sau đó, chúng lây cho một số loại gia cầm như gà, vịt, ngỗng… thông qua dịch tiết của chúng như phân, nước mũi, nước mắt.

Một số chợ trời, nơi bán trứng và gia cầm nhưng điều kiện vệ sinh không thích hợp có thể là nguồn bệnh lây lan cho cộng đồng. Thịt gia cầm và trứng chưa được nấu chín có thể là nguồn lây bệnh. Chúng ta chỉ nên ăn thịt gia cầm được nấu chín kĩ (khoảng 74°C hoặc cao hơn). Trứng cũng nên được nấu chín cả phần lòng đỏ và lòng trắng.

Nguy cơ mắc bệnh cao nhất là do sự tiếp xúc với chim/gia cầm bệnh hoặc dịch tiết của chúng. Việc lây cúm từ người sang người hiện nay vẫn còn là một bí ẩn. Trong một số trường hợp, nguyên nhân thực sự lại là do chim bị cúm tiếp xúc từ người này đến người kia. Do đó, đến nay, trừ khi giả thiết lây bệnh từ người sang người được xác nhận, yếu tố tiếp xúc với chim/ gia cầm mắc bệnh vẫn là yếu tố nguy cơ cao nhất.

Bệnh cúm gia cầm có thể diễn tiến nặng hơn, thậm chí đe dọa tính mạng, gồm:

Viêm phổi.

Đau mắt đỏ(viêm kết mạc).

Suy hô hấp.

Suy thận.

Bệnh lí tim mạch.

Cúm gia cầm có thể là giết chết hơn một nửa số người nhiễm. Tuy vậy số lượng người chết do cúm gia cầm vẫn thấp do là số người mắc không cao. Đến năm 1997, theo báo cáo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), chỉ khoảng 500 người chết do cúm gia cầm.

Trái lại, theo CDC, cúm mùa lại là nguyên nhân gây ra cái chết cho hàng ngàn người mỗi năm ở Mỹ. Vậy biểu hiện bệnh cúm mùa là gì? Cùng tham khảo:Cách phòng bệnh và lời khuyên của bác sĩ.

FDA khuyến cáo sử dụng sử dụng một liều vắc xin chủng cúm H5N1. Hiện nay thì vắc xin chưa được phổ biến rộng rãi. Chính phủ Mỹ duy trì một kho dự trữ vắc xin và tiếp tục nghiên cứu thêm.

Vắc xin sẽ được sử dụng ngay khi dịch mới bùng phát nhằm mục tiêu bảo vệ cộng đồng cho đến khi vắc xin chủng cúm đợt dịch đó được sản xuất. Hiện nay nhiều nhà nghiên cứu vẫn đang tiếp tục nghiên cứu thêm về vấn đề vắc xin này.

Theo VNVC, Loại vacxin cúm Vaxigrip Tetra có nguồn gốc từ Pháp phòng được 4 chủng tuýp virus cúm gồm: 2 chủng cúm A (H1N1, H3N2) và 2 chủng cúm B (Yamagata, Victoria). Vacxin này được chỉ định cho trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên và người lớn.

Quá mẫn cảm với các hoạt chất, với bất kỳ tá dược liệt kê trong mục “thành phần” hoặc bất kỳ chất nào có thể có trong thành phần dù với một lượng rất nhỏ còn sót lại (vết) như trứng (ovalbumin, protein của gà), neomycin, formaldehyde và octoxynol-9.

Hoãn tiêm vắc xin với những người bị sốt vừa hay sốt cao hay bị bệnh cấp tính.

Thận trọng khi sử dụng nhất là đối với người bị suy giảm miễn dịch, suy giảm tiểu cầu hoặc bị rối loạn chảy máu.

Không được tiêm vacxin này vào tĩnh mạch.

Phản ứng tại chỗ: ban đỏ (quầng đỏ), sưng, đau, bầm máu, nốt cứng.

Phản ứng toàn thân: sốt, khó chịu, run rẩy, mệt mỏi, đau đầu, đổ mồ hôi, đau khớp và đau cơ.

Vacxin Vaxigrip có độ an toàn cao. Sau khi tiêm, người được tiêm thường gặp những phản ứng nhẹ, không kéo dài và không cần điều trị đặc biệt. Đó là sự đáp ứng miễn dịch của cơ thể như:

Tại chỗ tiêm: đau, đỏ, sưng.

Sốt, khó chịu, run rẩy, mệt mỏi, đau đầu, đổ mồ hôi, đau khớp và đau cơ.

Nếu như bạn có dự định du lịch đến các nước Đông Nam Á hay bất cứ khu vực nào đang có dịch bệnh, bạn nên lưu ý một số điều sau:

Tránh tiếp xúc với chim hay gia cầm. Nếu được, bạn nên tránh đến vùng nông thôn, trang trại hay chợ trời.

Rửa tay thường xuyên. Đây là một trong những cách đơn giản nhưng tốt nhất để ngăn ngừa rất nhiều bệnh truyền nhiễm. Do đó, bạn luôn lưu ý rửa tay trước và sau khi ăn, sau khi giết mổ gia cầm hay tiếp xúc với chim. Sử dụng nước rửa tay chứa ít nhất 60 độ cồn khi bạn đi du lịch.

Bạn nên tiêm một mũi vắc xin cúm trước khi đi du lịch. Vắc xin sẽ không giúp bạn phòng tránh bệnh cúm gia cầm, nhưng nó sẽ giúp bạn giảm nguy cơ đồng mắc cúm gia cầm và bệnh cúm khác.

Nhiệt độ cao có thể tiêu diệt các chủng cúm gia cầm. Vì vậy các loại thịt gia cầm không được nấu chín rất nguy hiểm. Thậm chí, bạn nên dùng các dụng cụ bảo hộ khi chế biến thịt gia cầm. Chúng sẽ giúp bạn tránh mắc các loại vi khuẩn như salmonella hay một số loại vi khuẩn độc hại khác.

Cần vệ sinh sạch sẽ dụng cụ chế biến. Bạn nên dùng nước nóng, xà phòng để làm sạch thớt, rổ rá và các bề mặt tiếp xúc với thịt gia cầm sống.

Luôn nấu chín kĩ thịt gia cầm. Bạn cần phải nấu cho đến khi thịt hết hoàn toàn nước. Bạn cũng nên nấu ở nhiệt độ cao hơn 74o C.

Rửa sạch trứng tươi. Vỏ trứng thường dính giọt chất tiết từ gà/ chim mẹ. Bạn cũng nên tránh ăn trứng sống hay trứng chưa được nấu kĩ.

Các mẫu bệnh phẩm dạng chất lỏng từ mũi hoặc cổ họng của người bệnh. Bác sĩ sẽ kiểm tra trong các mẫu bệnh phẩm này có chứa virus cúm gia cầm hay không. Những mẫu này cần được thực hiện trong vài ngày đầu tiên sau khi các triệu chứng xuất hiện.

X-quang có thể hữu ích trong việc đánh giá tình trạng phổi, xác định chẩn đoán. Thông qua đó, bác sĩ lựa chọn các phương pháp điều trị phù hợp cho các dấu hiệu và triệu chứng hiện có của người bệnh.

Hiện nay, nhiều loại virus cúm đã kháng với một loại thuốc chống virus như amantadine và rimantadine (Flumadine). Các quan chức y tế khuyến cáo nên sử dụng oseltamivir (Tamiflu) hoặc zanamivir (Relenza) nếu oseltamivir không có hiệu quả. Những loại thuốc này phải được sử dụng ngay trong vòng hai ngày sau khi xuất hiện các triệu chứng đầu tiên.

Cúm gia cầmlà một bệnh hiếm gặp nhưng nguy cơ tử vong cao. Triệu chứng thường không rầm rộ, dễ bị nhầm lẫn sang các bệnh cúm khác. Một trong những yếu tố quan trọng giúp chẩn đoán cúm gia cầm là tiền căn tiếp xúc với gia cầm hoặc chim bị bệnh. Ngoài ra một yếu tố nguy cơ ít được chú ý là quá trình nấu nướng thịt gia cầm hay trứng không đúng cách có thể là nguyên nhân gây bệnh cúm gia cầm. Mọi người đều có thể hạn chế nguy cơ mắc bệnh bằng cách tuân theo một số các hướng dẫn phòng bệnh như trên.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/phong-tranh-benh-cum-mua/

Nội dung bài viết

1. Bệnh cúm mùa là gì? Nguyên nhân gây bệnh cúm mùa là gì?

2. Bệnh cúm mùa lây truyền bằng cách nào?

3. Những người nào dễ gặp nguy hiểm do bệnh cúm mùa?

4. Biểu hiện của bệnh cúm mùa như thế nào?

5. Phòng bệnh cúm mùa bằng cách nào?

Bệnh cúm mùa là một bệnh đường hô hấp thường gặp trong mùa lạnh, tiến triển thường lành tính, nhưng cũng có thể biến chứng nặng và nguy hiểm hơn ở những người có bệnh lý mạn tính về tim mạch và hô hấp. Vậy biểu hiện của bệnh là gì? Cách phòng tránh bệnh trong mùa lạnh như thế nào? Hãy cùng tìm hiểu qua bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Hữu Hạnh.

Cúm mùalà một bệnh nhiễm trùng hô hấp cấp tính dovirus cúm gây nên. Tại Việt Nam, bệnh cúm thường gây ra bởi virus cúm chủng A, B, C, trong đó chủng hay gặp nhất ở người là chủng B và C.

Chủng cúm A có khả năng gây nhiễm các loài động vật có vú (Lợn và ngựa), các loài chim và gia cầm. Nhìn chung, các virus cúm động vật không có khả năng gây bệnh cho người, trừ khi nó đã thích ứng với người hoặc tái tổ hợp với virus cúm người.

Chủng cúm B và C chỉ gây bệnh ở người. Đối với bệnh cúm mùa, người bệnh thể điển hình, hoặc thể nhẹ cũng chính là ổ chứa virus.

Cúm mùa xảy ra hàng năm, thường vào mùa đông xuân. Bệnh lây nhiễm trực tiếp từ người bệnh sang người lành thông qua các giọt bắn nhỏ khi nói chuyện, khi ho, hắt hơi; hoặc lây qua tiếp xúc với một số đồ vật có chứa virus rồi qua bàn tay đưa lên mắt, mũi, miệng.

Bệnh cúm A/H1N1 là gì? Triệu chứng của bệnh như thế nào? Người bệnh thường sẽ trải qua thời gian điều trị bệnh bao lâu? Những thuốc nào dùng để điều trị bệnh cúm H1N1? Trong quá trình chữa bệnh, cần lưu ý những gì? Hãy cùng YouMed tìm hiểu bài viết “Những điều cần biết về bệnh cúm A/H1N1” được phân tích thật kĩ về bệnh cúm H1N1 nhé!

Bệnh tiến triển thường lành tính, nhưng cũng có thể biến chứng nặng và nguy hiểm hơn ở những nhóm người sau:

Người có bệnh lý mạn tính vềbệnh tim mạchvà hô hấp.

Người bị suy giảm miễn dịch.

Béo phìnặng

Trẻ em, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi.

Người lớn, đặc biệt là người trên 65 tuổi.

Phụ nữ mang thai.

Ngoài ra, những người làm việc tại môi trường đông người (Bệnh viện, trường học và công sở) là những đối tượng có nguy cơ mắc và lây truyền bệnh cúm rất cao.

Dù đa số lành tính, nhưng do số người mắc nhiều, số tử vong do cúm ở những người có biến chứng cao một cách không ngờ. Bệnh có thể gây viêm phổi nặng, suy đa phủ tạng dẫn đến tử vong.

Bạn cần được khám và xác định mình có bị bệnh cúm mùa hay không khi nhận thấy có các biểu hiện sau:

Sốt,đau đầu, đau cơ, mệt mỏi, sổ mũi,đau họngvà ho. Ho thường nặng và kéo dài.

Có thể kèm theo buồn nôn, nôn, ỉa chảy, đặc biệt ở trẻ em.

Thông thường bệnh diễn biến nhẹ và hồi phục trong vòng 2-7 ngày. Ở trẻ em và người lớn tuổi, người mắc bệnh mạn tính về tim, phổi, thận, bệnh chuyển hóa, thiếu máu hoặc người có suy giảm miễn dịch, bệnh có thể diễn biến nặng hơn, như: Viêm tai, viêm phế quản, viêm phổi, viêm não có thể dẫn đến tử vong.

Thời điểm mùa đông là thời tiết thuận lợi cho virus phát triển, dự kiến số người mắc bệnh sẽ tăng cao vào mùa đông tới, nên cần tăng cường các biện pháp phòng chống:

Tăng cường vệ sinh cá nhân, thường xuyên rửa tay bằng xà phòng, che miệng và mũi khi ho, hắt hơi.

Vệ sinh và mở cửa thoáng mát nơi ở, lớp học, phòng làm việc; lau chùi bề mặt, vật dụng bằng hoá chất sát khuẩn thông thường.

Nên tự theo dõi sức khỏe hằng ngày, nếu có biểu hiện sốt, ho, đau họng… thì thông báo cho trường học, cơ quan, đoàn thể nơi đang học tập, công tác và cơ sở y tế địa phương. Nếu được xác định mắc cúm thì cần được cách ly và đeo khẩu trang.

Những người mắc bệnh mạn tính, phụ nữ mang thai, người già, trẻ em cần tránh tiếp xúc với người nghi ngờ mắc bệnh.

Tránh tiếp xúc với người mắc hoặc nghi mắc bệnh cúm. Cần đeo khẩu trang y tế và giữ khoảng cách trên 1m nếu phải tiếp xúc với người bệnh.

Không tự ý sử dụng thuốc, đặc biệt là thuốc kháng virus; mà phải tuân theo hướng dẫn của thầy thuốc.

Khi có biểu hiện như: sốt, ho,đau ngực,khó thởvà có tiền sử tiếp xúc với gia cầm, phải đến ngay cơ sở y tế để được khám, tư vấn và điều trị kịp thời.

Vừa rồi là những thông tin vềbệnh cúm mùamà mọi người có thể tham khảo để cung cấp những thông tin khi cần thiết. Hãy chú ý những dấu hiệu nhận biết để phát hiện sớm tình trạng nguy hiểm để can thiệp điều trị kịp thời nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/con-mat-tri-nho-thoang-qua/

Nội dung bài viết

Cơn mất trí nhớ thoáng qua là gì?

Nguyên nhân

Các yếu tố nguy cơ

Triệu chứng

Biến chứng

Chẩn đoán

Điều trị

Bạn từng bị mất trí nhớ, bạn cảm thấy hoang mang về tình trạng của mình. Bạn thường xuyên hay quên những chuyện nhỏ nhặt và lo lắng cho sức khỏe của bản thân. Cơn mất trí nhớ thoáng qua là một trong những bệnh lý thường bị bỏ sót. Nếu quan tâm đến tình trạng này, hãy cùng Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh Nguyễn Văn Huấn tìm hiểu qua bài viết này.

Cơn mất trí nhớ thoáng qua là một tình trạng mất trí nhớ tạm thời và đột ngột. Tuy nhiên, tình trạng này không tương tự những bệnh lý thần kinh thường gặp như động kinh hayđột quỵ. Trong cơn thiếu máu não thoáng qua, người bệnh sẽ mất khả năng gợi nhớ lại những sự kiện gần đây. Vì vậy, có thể sẽ không nhớ được chuyện gì đang xảy ra, họ đang ở đâu và tại sao có thể đến được đây. Bên cạnh đó, người bệnh có thể sẽ tiếp tục quên một số sự kiện đã xảy ra trong quá khứ.

Tình trạng này thường ảnh hưởng đến những người ở độ tuổi trung niên và người già. Đối với tình trạng này, người bệnh vẫn còn khả năng nhận biết mình là ai và những người thân quen xung quanh mình. Các cơn mất trí nhớ thoáng qua luôn luôn tốt dần lên sau vài giờ. Trong quá trình hồi phục, có thể sẽ dần dần nhớ lại các sự kiện trong quá khứ.

Mất trí nhớ thoáng qua thường không nghiêm trọng. Tuy nhiên, nó vẫn có thể gây sự hoảng sợ cho người bệnh.

Nguyên nhân chính gây ra cơn mất trí nhớ thoáng qua vẫn chưa được xác định. Dường như có mối liên hệ giữa tình trạng mất trí nhớ thoáng qua và tiền căn đau nửa đầu (Migraine). Mặc dù những yếu tố cơ bản tác động lên cả hai bệnh này vẫn chưa rõ ràng. Một giả thiết khác được đặt ra là có sự rối loạn trong hệ tĩnh mạch não. Cụ thể là sự tắc nghẽn gây ứ máu trong tĩnh mạch hoặc là sự bất thường trong dòng chảy của máu.

Mặc dù khả năng xảy ra qua các sự kiện này rất thấp, nhưng một số sự kiện được xem là yếu tố khởi phát, bao gồm:

Đột ngột ngâm mình vào nước nóng hoặc nước lạnh.

Hoạt động thể lực nặng, quá sức.

Quan hệ tình dục.

Các thủ thuật y khoa. Như chụp mạch vành hay nội soi.

Chấn thương đầu nhẹ.

Các cảm xúc đột ngột như nhận một tin xấu, cuộc cãi vã, xung đột hay làm việc quá sức.

Mặc dù tăng huyết áp và cholesteron máu cao có sự liên quan chặt chẽ đến bệnh đột quỵ. Nhưng đây không là yếu tố nguy cơ gây cơn mất trí nhớ thoáng qua. Có lẽ là do cơn mất trí nhớ thoáng qua không liên quan đến sự lão hóa của mạch máu. Giới tính dường như cũng được xem là yếu tố nguy cơ của bệnh.

Các yếu tố nguy cơ rõ ràng nhất bao gồm:

Tuổi tác. Những người từ 50 tuổi trở lên có nguy cơ mắc bệnh cao hơn so với những người trẻ.

Tiền căn đau nửa đầu (Migraine). Nếu từng hoặc đang điều trị đau nửa đầu, thì nguy cơ mắc bệnh thường cao hơn bình thường.

Mất trí nhớ thoáng qua được xác định bởi chính triệu chứng mất trí nhớ. Cụ thể là mất khả năng hình thành những ký ức mới và nhớ lại những sự kiện gần đây. Khi đã xác định triệu chứng mất trí nhớ, các bác sĩ cần loại trừ những nguyên nhân nguy hiểm có thể gây ra triệu chứng này.

Các dấu hiệu và triệu chứng cần phải được tìm để chẩn đoán cơn mất trí nhớ thoáng qua, bao gồm:

Đột ngột mất trí nhớ, có nhân chứng xác nhận

Vẫn còn giữ tính cách cá nhân dù mất trí nhớ

Khả năng nhận thức xung quanh vẫn bình thường. Ví dụ như nhận biết những người xung quanh và vẫn nhớ tên họ. Bên cạnh đó, người bệnh vẫn có khả năng thực hiện một số động tác theo hướng dẫn.

Không ghi nhận các triệu chứng gợi ý tổn thương não như tê liệt tay chân, cử động bất thường hay giảm khả năng nhận thức.

Thêm vào đó, một số triệu chứng và dấu hiệu cũng như tiền căn cũng giúp chẩn đoán bệnh:

Triệu chứng kéo dài không quá 24 giờ và thường ngắn hơn.

Trí nhớ dần dần trở lại.

Không chấn thương đầu gần đây.

Không có bằng chứng co giật trong thời gian mất trí nhớ.

Chưa ghi nhận tiền cănđộng kinh.

Cơn mất trí nhớ thoáng qua thường không trực tiếp gây ra các biến chứng. Bệnh không phải là yếu tố nguy cơ của đột quỵ hay động kinh. Có thể có tình trạng này trên một số bệnh nhân, tuy nhiên điều nàyrất hiếm gặp.

Cơn mất trí nhớ thoáng qua có thể ảnh hưởng đến cảm xúc, khí sắc của người bệnh. Nếu cần sự chắc chắn không mắc phải các bệnh lý về thần kinh, hãy hỏi bác sĩ về kết quả đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng cũng như các thông tin còn băn khoăn.

Chẩn đoán tình trạng trên sau khi đã loại trừ những nguyên nhân nghiêm trọng như đột quỵ, động kinh hay chấn thương đầu – những nguyên nhân gây tình trạng tương tự.

Đánh giá thần kinh, phản xạ gân cơ, trương lực cơ, sức cơ, cảm giác, dáng đi, tư thế, khả năng thăng bằng là những phần cần được đánh giá kỹ. Ngoài ra, những câu hỏi để đánh giá khả năng tư duy, trí nhớ, phán đoán cũng sẽ được bác sĩ hỏi người bệnh.

Sau khi đánh giá lâm sàng, các xét nghiệm sẽ được chỉ định để tìm những bất thường trong não. Những rối loạn về hoạt động của điện trong não và dòng máu chảy trong não cần được loại trừ. Dưới đây là những xét nghiệm bác sĩ có thể đề nghị

Chụp cộng hưởng từ (MRI). Xét nghiệm này giúp tạo những hình ảnh chi tiết về não. Những hình ảnh này góp vai trò rất lớn trong việc loại trừ những bệnh khác.

Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan). Sử dụng tia X giúp thu nhận những hình ảnh về mô não. Những hình ảnh có thể thu nhận được là mạch máu bị vỡ hay một số tổn thương hiện tại hoặc quá khứ như đột quỵ cũ. CT Scan thường không có giá trị bằng MRI trong chẩn đoán bệnh.

Điện não đồ (EEG). Điện não đồ giúp ghi nhận lại những hoạt động điện tại não thông qua những điện cực được gắn trên da đầu. Những người bị động kinh thường có những bất thường trong sóng não, ngay khi ngoài cơn động kinh. Cần được chỉ định xét nghiệm EEG nếu có hơn 1 cơn mất trí nhớ thoáng qua hoặc có thể cần làm nếu như bác sĩ nghi ngờ người bệnh đang bị co giật.

Vẫn chưa có điều trị đặc hiệu cho cơn mất trí nhớ thoáng qua. Bệnh thường tự hết và không có tác động kéo dài lên cuộc sống người bệnh.

Nếu bạn hay người thân tùng được chẩn đoán cơn mất trí nhớ thoáng qua, thì đừng quá lo lắng vì bệnh thường ít tác động lên cuộc sống. Tuy nhiên, cần loại trừ nhiều nguyên nhân nghiêm trọng trước khi có thể chẩn đoán tình trạng bệnh này. Vì vậy, cần có sự quan tâm đúng mực nếu bạn hay người thân mất trí nhớ tạm thời.

Mong rằng qua bài viết của Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn, độc giả có thể có cái nhìn tổng quát về tình trạng cơn mất trí nhớ đặc biệt này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-cuoc-dinh-nghia-nguyen-nhan-dieu-tri-va-phong-ngua/

Nội dung bài viết

Bệnh cước là gì?

Nguyên nhân gây bệnh cước?

Biểu hiện của bệnh?

Cần được đến khám bác sĩ khi nào?

Làm sao để chẩn đoán bệnh cước?

Điều trị và cách phòng ngừa bệnh cước như thế nào?

Bệnh cước là bệnh khá quen thuộc đối với rất nhiều người. Đặc biệt là những người sống ở khu vực có khí hậu lạnh. Như ở các tỉnh phía Bắc, vào cuối đông đầu xuân thời tiết thường lạnh ẩm. Vào thời gian này, bị cước ở tay, chân là điều khó tránh nếu không lưu ý chăm sóc da. Mặc dù bệnh cước phần lớn không gây vấn đề sức khỏe nghiêm trọng nhưng lại tạo cảm giác khó chịu, và ảnh hưởng đến sinh hoạt. Vậy làm sao để tránh mắc bệnh cước? Hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Thị Thảo tìm hiểu thông qua bài viết dưới đây nhé!

Bệnh cước (Chilblains) là tình trạng viêm các mạch máu nhỏ của da. Tạo nên các vùng da bị đổi màu (đỏ, xanh tím, trắng), sưng lên, phồng rộp và gây ngứa. Tình trạng này xảy ra ở các vị trí tiếp xúc với nhiệt độ lạnh, đặc biệt là đầu ngón tay và chân thường dễ mắc. Hai yếu tố thời tiết lạnh và tuần hoàn kém được xem là yếu tố dẫn đến bệnh.

Bệnh thường xảy ra ở trẻ em và người già, những người ít vận động sống trong điều kiện khí hậu lạnh, ẩm. Đối với trẻ em, bệnh chỉ tái phát vào mùa đông trong vài năm, sau đó giảm dần rồi khỏi hẳn. Ở người già, bệnh có xu hướng nặng lên trừ khi tránh được các yếu tố khởi phát. Ngoài ra, nữ giới có nhiều khả năng bị cước hơn nam giới.

Trong vòng một đến ba tuần, bệnh sẽ tự khỏi. Tuy nhiên, nếu chỗ viêm có tình trạng nhiễm trùng sẽ phải cần được điều trị.

Mặc dù nguyên nhân gây nên bệnh cước vẫn chưa được xác định rõ ràng. Tuy nhiên, tình trạng này được cho rằng có liên quan mật thiết đến phản ứng của cơ thể với môi trường lạnh, ẩm.

Hệ thống tuần hoàn của cơ thể bao gồm các động mạch, tĩnh mạch, mao mạch mang máu đến mọi tế bào và hệ thống này nhạy cảm với nhiệt độ.

Trong điều kiện nóng bức, cơ thể sẽ mở rộng các mạch máu gần da để nhiệt có thể tỏa vào không khí, từ đó làm mát cơ thể.

Khi gặp lạnh, chúng sẽ co lại để bảo tồn nhiệt độ cơ thể. Sự co thắt này có thể gây tổn thương các chi, gây nên các biểu hiện của bệnh cước. Điều này thường xảy ra sau vài giờ tiếp xúc cái lạnh.

Các biểu hiện này sẽ trở nên tồi tệ hơn với sự thay đổi nhiệt độ đột ngột. Ví dụ như khi đi vào một nơi ấm áp sau khi ở ngoài trời lạnh nhưng làm nóng bàn chân lạnh quá nhanh.

Bằng cách đặt chân sát cạnh lò sưởi hoặc sử dụng chai nước nóng lăn trực tiếp vào chân, cũng sẽ làm bệnh nghiệm trọng thêm. Thay vào đó, nên làm ấm toàn bộ cơ thể.

Những người sống ở khác khu vực có khí hậu lạnh khắc nghiệt thường ít mắc bệnh cước hơn. Điều này là do ở vùng khí hậu khô, độ ẩm thấp, người dân có sự chuẩn bị về lối sống và quần áo chống lạnh tốt hơn.

Các yếu tố khác làm tình trạng bệnh nặng hơn:

Trong gia đình từng có người bị bệnh tương tự.

Bệnh mạch máu ngoại biên: dođái tháo đường, hút thuốc, tăng mỡ máu.

Thiếu cân, suy dinh dưỡng (ví dụ do chán ăn, tâm thần…).

Thay đổi nội tiết tố, bệnh có thể cải thiện khi mang thai.

Bệnh mô liên kết: hiện tượngRaynaud(có thễ dẫn đến lở loét), xơ cứng bì. Đặc biệt làLupus ban đỏ.

Rối loạn tủy xương.

Ngoài ra, mặc quần áo mang giày quá bó sát trong thời tiết lạnh, ẩm ướt.

Các tổn thương da thường xảy ra sau vài giờ tiếp xúc với lạnh. Vị trí thường ở trên các ngón tay hoặc ngón chân, một số ít bị ở mũi, tai, lòng bàn chân, bắp chân, đùi và mông. Thời gian khỏi trong vòng một đến ba tuần hoặc khi thời tiết ấm hơn.

Các biểu hiện bao gồm:

Các nốt, mảng da sưng đỏ và ngứa.

Cảm giác nóng rát trên da.

Da khô dẫn đến nứt nẻ.

Màu da thay đổi từ đỏ sang tím xanh, kèm theo đau.

Trường hợp nặng có thể phồng rộp, mụn mủ, loét da.

Bệnh cước thông thường sẽ tự khỏi trong vài tuần. Tuy nhiên, trong trường hợp có mụn nước có thể gây ra các biến chứng như: loét và nhiễm trùng. Cơn đau sẽ ngày càng nghiêm trọng hoặc các biểu hiện bệnh không giảm sau một đến hai tuần. Lúc này, bạn cần đến khám bác sĩ để được tư vấn điều trị phù hợp.

Nếu các triệu chứng bệnh kéo dài đến các tháng có khí hậu trở nên ấm hơn, bạn cũng cần nên đến cơ sở y tế để loại trừ khả năng mắc bệnh khác. Những người có bệnh kèm theo như đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, v.v., việc chữa trị có thể kéo dài và cần chăm sóc đặc biệt hơn.

Bệnh cước được chẩn đoán dựa trên khai thác quá trình bệnh và thăm khám là chính. Điều kiện mắc bệnh thường là những người có biểu hiện tổn thương da phù hợp. Bệnh liên quan đến tiếp xúc lạnh, đặc biệt là ở các vị trí ngón tay, ngón chân, mũi, tai. Các xét nghiệm như sinh thiết da thường không cần thiết. Trong một vài trường hợp các xét nghiệm chỉ nhằm mục đích hỗ trợ tìm ra các bệnh tìm ẩn khác kèm theo.

Bệnh cước đáp ứng kém với thuốc điều trị. Để giảm triệu chứng có thể dùng kem bôi corticoid vào các vết ngứa và sưng trong vài ngày. Tuy nhiên, phần lớn các biểu hiện bệnh sẽ giảm mà không cần sử dụng thuốc. Trong trường hợp bệnh có kèm theo tình trạng nhiễm trùng, sử dụng kháng sinh dạng bôi hoặc dạng uống tùy mức độ nặng.

Việc dùng thuốc giãn mạch như nifedipine, có mang lại hiệu quả. Tuy nhiên, cần lưu ý các tác dụng phụ củanifedipinenhư nóng bừng, đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, phù ngoại biên.

Ngoài ra các biện pháp không sử dụng thuốc sau đây có thể thực hiện tại nhà. Nhằm giảm bớt các triệu chứng gây khó chịu của bệnh:

Nhẹ nhàng giữ ấm vùng da ảnh hưởng, không cần xoa bóp, chà xát hoặc chườm nóng trực tiếp.

Tránh tiếp xúc lạnh bất cứ khi nào có thể.

Giữ cho vùng da bị cước khô ráo và ấm, nhưng tránh ngồi quá gần các nguồn nhiệt.

Đảm bảo làm sạch tổn thương bằng chất sát trùng và băng nhẹ, mỏng để tránh nhiễm trùng.

Tránh trầy xước, không gãi vào vết thương.

Ngưng hút thuốc, vì thuốc lá ảnh hưởng lưu thông mạch máu làm chậm lành vết thương.

Bệnh cước không khó phòng ngừa với nhiều phương pháp được áp dụng. Tập trung chủ yếu nhất vào việc giảm thiểu việc tiếp xúc lạnh và giữ ấm toàn bộ cơ thế, bao gồm:

Tránh hoặc hạn chế tiếp xúc với nhiệt độ lạnh.

Giữ ấm và khô ráo cho tay, chân, mặt. Cần lưu ý lau thật khô cơ thể sau tắm.

Khi đi ra ngoài trong thời tiết lạnh, hạn chế tối đa phần da lộ ra ngoài, mang găng tay và giày dép chống thấm nước, có thể mặc nhiều lớp quần áo sẽ tăng hiệu quả giữ ấm hơn một áo dày.

Ngâm tay vào nước ấm trong vài phút, sau đó giữ ấm trong vài giờ.

Giữ cho nhà ở và nơi làm việc có không khí ấm áp, thoải mái.

Khi thời tiết lạnh, lựa chọn môn thể thao trong nhà để giữ cho cơ thể được ấm.

Ngừng hút thuốc vì chất nicotine có trong thuốc lá gây co mạch.

Hạn chế các chất gây co mạch như caffeine.

Bài viết đưa đến một số kiến thức và cách phòng ngừabệnh cước. Tuy rằng bệnh không ảnh hưởng sức khỏe nghiêm trọng nhưng cần lưu ý các biểu hiện nặng hơn của bệnh. Có thể kịp thời đến bác sĩ thăm khám, tránh được các biến chứng không mong muốn. Điều quan trọng là giữ ấm cho cơ thể nhất là các vị trí dễ mắc bệnh và hạn chế tiếp xúc trực tiếp với nhiệt độ lạnh. Mong rằng các bạn có thể áp dụng được các cách trên đây để ngăn ngừa bệnh cước dễ dàng hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-cuong-aldosterone-nguyen-phat-ban-da-biet-chua/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh cường aldosterone nguyên phát

Biểu hiện bệnh cường aldosterone như thế nào?

Nguyên nhân gây ra cường aldosterone nguyên phát

Bệnh cường aldosterone nguyên phát có thể gây biến chứng gì?

Chẩn đoán bệnh cường aldosterone nguyên phát như thế nào?

Các phương pháp điều trị bệnh cường aldosterone nguyên phát

Khi nào cần đến khám bác sĩ?

Thiết lập một sống khỏe mạnh

Bệnh cường aldosterone nguyên phát là một rối loạn nội tiết tố dẫn đến huyết áp cao. Nó xảy ra khi tuyến thượng thận của bạn sản sinh quá mức lượng aldosterone cần thiết. Hãy cùng ThS.BS Vũ Thành Đô tìm hiểu chi tiết hơn về bệnh lý này nhé!

Bệnh cường aldosterone là một loại rối loạn nội tiết dẫn đến cao huyết áp.Tuyến thượng thậnsản xuất một số hormone cần thiết. Một trong số này là aldosterone. Trong cường aldosterone, tuyến thượng thận sản xuất quá nhiều aldosterone. Sự dư thừa này có thể khiến cơ thể mất kali và giữ lại natri. Từ đó gây ra mất cân bằng, khiến cơ thể bạn giữ quá nhiều nước, làm tăng thể tích máu và huyết áp.

Bệnh cường aldosterone nguyên phát thường không gây ra các triệu chứng rõ ràng. Biểu hiện đầu tiên nghi ngờ mắc cường aldosterone nguyên phát thường là huyết áp cao. Đặc biệt khó kiểm soát huyết áp.

Đôi khi, cường aldosterone nguyên phát gây ra mức kali thấp. Nếu điều này xảy ra, bạn có thể có xuất hiện các triệu chứng sau:

Chuột rút cơ bắp.

Yếu cơ.

Mệt mỏi.

Đau đầu.

Khát nước.

Thường xuyên phải đi tiểu.

Các tình trạng phổ biến có thể gây ra bệnh cường aldosterone bao gồm:

Tăng sinh lành tính ở tuyến thượng thận.

Hoạt động quá mức của cả hai tuyến thượng thận.

Có những nguyên nhân hiếm gặp hơn của chứng aldosterone nguyên phát, bao gồm:

Ung thư ở lớp ngoài của tuyến thượng thận.

Bệnh lý di truyền gây ra huyết áp cao ở trẻ em và người trẻ tuổi.

Bệnh aldosterone nguyên phát có thể dẫn đến huyết áp cao và nồng độ kali thấp. Những biến chứng này có thể dẫn đến các vấn đề khác.

Huyết áp tăng cao kéo dài có thể dẫn đến các vấn đề về tim và thận của bạn, bao gồm:

Đau tim, suy tim và các vấn đề về tim khác.

Đột quỵ.

Bệnh thận hoặc suy thận.

Những người mắc chứng aldosterone nguyên phát có nguy cơ mắc các vấn đề về tim mạch cao hơn so với những người chỉ bị tăng huyết áp.

Aldosterone nguyên phát có thể gây ra mức kali thấp. Nếu nồng độ kali của bạn chỉ hơi thấp, bạn có thể không có bất kỳ triệu chứng nào. Tuy nhiên, hàm lượng kali rất thấp có thể dẫn đến:  yếu đuối, nhịp tim không đều, chuột rút,…

Nếu nghi ngờ mắc cường aldosterone nguyên phát, hãy làm xét nghiệm để đo nồng độ aldosterone và renin trong máu. Renin là một loại enzyme do thận giải phóng giúp kiểm soát huyết áp. Nếu mức renin rất thấp và nồng độ aldosterone cao, bạn có thể mắc chứng aldosterone nguyên phát.

Nếu xét nghiệm aldosterone-renin cho thấy bệnh cường aldosterone nguyên phát, bạn sẽ cần các xét nghiệm khác để xác nhận chẩn đoán và tìm kiếm nguyên nhân tiềm ẩn. Các xét nghiệm có thể bao gồm:

1. Thử nghiệm dung nạp muối. Bạn sẽ  ăn nhiều natri trong vài ngày hoặc truyền nước muối trong vài giờ trước khi bác sĩ đo mức aldosterone. Ngoài ra có thể dùng fludrocortisone – một loại thuốc tương tự hoạt động của aldosterone – bên cạnh chế độ ăn nhiều natri trước khi thử nghiệm.

2. Chụp CT bụng. Chụp CT có thể tìm thấy một khối u trên tuyến thượng thận hoặc cho thấy tuyến này tăng sinh, hoạt động quá mức.

3. Xét nghiệm máu tĩnh mạch thượng thận. Lấy máu từ cả tĩnh mạch thượng thận phải và trái của bạn và so sánh hai mẫu. Nếu chỉ có một bên có tăng aldosterone, bác sĩ có thể nghi ngờ sự phì đại trên tuyến thượng thận đó. Xét nghiệm này liên quan đến việc đặt một ống trong tĩnh mạch ở háng và luồn nó lên các tĩnh mạch tuyến thượng thận. Tuy nhiên, xét nghiệm này có nguy cơ chảy máu và hình thành cục máu đông trong tĩnh mạch.

Điều trị cho aldosterone nguyên phát phụ thuộc vào nguyên nhân cơ bản. Mục tiêu là làm cho mức aldosterone của bạn trở lại bình thường. Ngoài ra, để ngăn chặn tác dụng của aldosterone và các biến chứng nó gây ra.

Phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận. Phương pháp được tiến hành với khối u thường được đề nghị. Phẫu thuật cắt bỏ có thể đưa huyết áp, kali và aldosterone trở lại bình thường. Bác sĩ sẽ theo dõi người bệnh chặt chẽ sau khi phẫu thuật. Sau đó, dần dần điều chỉnh hoặc loại bỏ thuốc tăng huyết áp của bạn.

Rủi ro trong phẫu thuật bao gồm chảy máu và nhiễm trùng. Việc thay thế hormone tuyến thượng thận là không cần thiết bởi vì tuyến thượng thận còn lại có thể tạo ra đủ các hormone mà cơ thể cần.

Thuốc ngăn chặn Aldosterone. Nếu bệnh aldosterone nguyên phát của bạn là do khối u lành tính và bạn không thể hay không muốn phẫu thuật, có thể điều trị bằng thuốc ức chế aldosterone. Thuốc này còn gọi là thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (spironolactone và eplerenone). Tuy nhiên tình trạng huyết áp cao và kali thấp sẽ quay trở lại nếu bạn ngừng dùng thuốc.

Trong trường hợp này, kết hợp thuốc và điều chỉnh lối sống có thể mang lại hiệu quả.

Thuốc đối kháng thụ thể corticoid khoáng làm bất hoạt của aldosterone trong cơ thể. Thường kê toa làspironolactone (Aldactone). Thuốc này giúp điều chỉnh huyết áp cao và kali thấp, nhưng có thể gây ra các tác dụng phụ khác. Ngoài việc ngăn chặn các thụ thể aldosterone, spironolactone có thể ức chế hoạt động của các hormone khác. Tác dụng phụ của việc dùng thuốc điều trị bệnh cường aldosteronebao gồm phì đại tuyến vú nam và kinh nguyệt không đều ở phụ nữ.

Một chất đối kháng thụ thể mới hơn, đắt tiền hơn được gọi là eplerenone (Inspra) giúp loại bỏ các tác dụng phụ của hormone giới tính liên quan đến spironolactone. Bác sĩ có thể khuyên dùng eplerenone nếu bạn có tác dụng phụ nghiêm trọng với spironolactone. Bạn cũng có thể cần các loại thuốc khác cho tăng huyết áp.

Thuốc huyết áp cao có hiệu quả hơn khi kết hợp với chế độ ăn uống và lối sống lành mạnh. Bên cạnh việc dùng thuốc, huyết áp có thể được kiểm soát bằng việc điều chỉnh lối sống và chế độ dinh dưỡng thường ngày. Bạn có thể tìm hiểu thêm qua bàiLối sống và chế độ dinh dưỡng ở người tăng huyết áp: Nên và không nên!

Trao đổi với bác sĩ của bạn để lập ra một kế hoạch để giảm natri trong chế độ ăn uống của bạn và giữ một trọng lượng cơ thể khỏe mạnh. Tập thể dục thường xuyên, hạn chế lượng rượu bạn uống và ngừng hút thuốc cũng có thể cải thiện phản ứng của bạn với thuốc.

Hỏi bác sĩ về khả năng mắc bệnh aldosterone nguyên phát nếu bạn có các biểu hiện sau:

Huyết áp cao từ trung bình đến nặng, đặc biệt nếu bạn cần nhiều loại thuốc để kiểm soát huyết áp.

Tăng huyết áp và tiền sử gia đình mắc chứng aldosterone nguyên phát.

Huyết áp cao và tiền sử gia đình có tăng huyết áp hoặc đột quỵ ở tuổi 40 trở xuống.

Tăng huyết áp và phì đại một trong hai tuyến thượng thận của bạn (khi tình cờ làm xét nghiệm hình ảnh).

Huyết áp cao và mức kali thấp.

Huyết áp cao và ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn.

Một lối sống lành mạnh là điều cần thiết để giữ huyết áp thấp và giữ sức khỏe tim lâu dài. Dưới đây là một số gợi ý cho bạn:

Chế độ ăn uống lành mạnh. Chế độ ăn kiêng với nhiều loại thực phẩm lành mạnh – bao gồm ngũ cốc, trái cây, rau và các sản phẩm từ sữa ít béo – có thể giúp giảm cân và giúp giảm huyết áp. Bên cạnh đó, nên hạn chế natri, đường, chất béo bão hòa và rượu.

Đạt được một trọng lượng khỏe mạnh. Nếu chỉ số khối cơ thể của bạn (BMI) từ 25 trở lên, giảm từ 3% đến 5% trọng lượng cơ thể có thể làm giảm huyết áp.

Tập thể dục. Tập thể dục nhịp điệu thường xuyên có thể giúp giảm huyết áp. Bạn không cần phải đến phòng tập thể dục – đi bộ vừa phải trong 30 phút hầu hết các ngày trong tuần có thể cải thiện sức khỏe.

Ngưng hút thuốc. Bỏ hút thuốc cải thiện sức khỏe tổng thể của tim và mạch máu. Bạn có thể trao đổi với bác sĩ để tìm các loại thuốc giúp cai thuốc.

Bệnh cường aldosterone nguyên phátlà một bệnh lý khó phát hiện sớm, tuy nhiên nếu được phát hiện kịp thời và nhận được điều trị thích hợp có thể giúp ổn định sức khỏe của bạn. Mọi thông tin trên đều mang tính chất tham khảo, bạn cần đi khám và liên hệ trực tiếp với bác sĩ của mình.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/cuong-giap/

Nội dung bài viết

Tuyến giáp là gì?

Bệnh cường giáp là gì?

Những ai thường mắc bệnh cường giáp?

Dấu hiệu và triệu chứng cường giáp

Điều trị bệnh cường giáp như thế nào?

Cường giáp là hội chứng xảy ra khi các tế bào tuyến giáp tiết ra quá nhiều chất hormone khiến cơ thể bị rối loạn. Bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Thị Thanh Thành sẽ cung cấp thông tin cho bạn về các triệu chứng của bệnh cũng như cách điều trị để người đọc có kiến thức tổng quan về hội chứng này.

Trước khi tìm hiểu cường giáp, chúng ta cần biết tuyến giáp nằm ở đâu và vai trò của nó là gì? Tuyến giáp nằm ở phía trước cổ, có hình dạng như cánh bướm. Là tuyến nội tiết lớn nhất trong cơ thể,tuyến giáptiết ra hai hoóc-môn tên là T3 (tri-iodo-thyronine) và T4 (thyroxine). Tuyến giáp có vai trò như sau:

Làm tăng hoạt động tế bào, tăng cường chuyển hóa glucid làm tăng đường huyết và tăng cường chuyển hóa lipid tạo năng lượng cho cơ thể hoạt động, gây giảm cân.

Tác động lên hoạt động tuyến sinh dục và tuyến sữa.

Tăng nhịp tim, tăng lưu lượng máu, tăng hô hấp để cung cấp oxy cho sự chuyện hóa ở các mô cơ quan.

Tăng cường hoạt động của bộ não và hệ thần kinh.

Duy trì ổn định lượng canxi trong máu.

Cường giápcòn có tên gọi khác là cường giáp trạng hoặc cường chức năng tuyến giáp.Nguyên nhân cường giápdo sự hoạt động quá mức so với người bình thường của tuyến giáp. Khi bị cường giáp, tuyến giáp tiết ra quá mức hoóc-môn T3, T4 khiến cơ thể có nhiều dấu hiệu bất thường như tim đập nhanh, sút cân, bướu cổ, nóng lạnh thất thường…

Để chẩn đoán bệnh, ngoài các triệu chứng trên, bạn sẽ cần làm các xét nghiệm máu để xác định nồng độ TSH, FT3, FT4, siêu âm tuyến giáp,…

Thực tế đây là bệnh khá phổ biến, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao hơn nam giới gấp khoảng 3 lần. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên ở người già thường khó phát hiện bệnh hơn do các triệu chứng biểu hiện không rõ và thường dễ nhầm lẫn với bệnh của tuổi già.

Nhiều người thân của bệnh nhân thường lo lắng liệubệnh cường giáp có lây không. Bệnh này mang tính chất duy truyền; do vậy, nếu tiền sử gia đình của bạn có người từng bệnh này, bạn cũng sẽ có khả năng cao mắc bệnh.

Tim đập nhanh, mạnh trong lồng ngực. Người bệnh thường xuyên cảm thấy hồi hộp, có thể đau ngực, khó thở.

Việc tuyến giáp hoạt động quá mức sẽ khiến chuyển hóa của cơ thể tăng cao, vì thế thân nhiệt của người bệnhcường giápthường cao hơn bình thường. Người bệnh thường cảm thấy nóng nực, không chịu được những nơi có nhiệt độ cao. Cùng với dấu hiệu sợ nóng, người bệnh cường giáp thường xuyên ra mồ hôi, thậm chí cả khi lúc ngồi yên một chỗ không vận động.

Do nhu cầu chuyển hoá tăng, nhu động ruột của người bệnh cũng tăng. Tình trạng tiêu chảy kéo dài có thể là dấu hiệu bệnh cường giáp.

Người bệnh có thể bị run tay không thể tự kiểm soát, thường run với tần số nhanh và biên độ nhỏ

Ở bệnh nhân cường giáp, tuyến giáp phình to ra, như có cục bướu ở cổ.Cường giápdo bệnh Graves có tuyến giáp phình to như bướu cổ, đồng thời bị phồng nhãn cầu (chứng lồi mắt).

Nguyên nhân là do quá trình trao đổi chất ở người bệnh xảy ra nhanh hơn người bình thường. Dù chế độ ăn vẫn như bình thường thậm chí là nhiều hơn, ngườii bệnh có thể sụt cân, từ 1 đến vài kilogram trong vòng 1 tháng.

Người bệnh cường giáp thường gặp khó khăn trong giấc ngủ, giấc ngủ không yên, giấc ngủ ngắn hơn bình thường. Ngoài ra, thường xuyên cảm thấy uể oải, không muốn vận động nhiều, giảm khả năng gắng sức cũng là một trong nhữngtriệu chứng cường giápmà bạn cần lưu tâm.

Bạn cần khám tổng quát định kỳ cũng như bất cứ khi nào cảm thấy cơ thể có triệu chứng bất thường. Bạn nên tìm gặp bác sĩ chuyên khoa để được khám vàxét nghiệm cường giápđể chẩn đoán thật chính xác. Khi đã được chẩn đoán mắc bệnh này, bác sĩ sẽ đưa ra phương pháp điều trị phù hợp cho người bệnh. Một số phương pháp điều trị bệnhcường giápbao gồm:

Bệnh nhân được cho uống iod phóng xạ. Tuyến giáp có khả năng bắt giữ iod, và iod phóng xạ sẽ làm tuyến giáp co lại. Từ đó, các triệu chứng bệnh sẽ giảm sau trong vòng vài tháng.

Tuy nhiên, phương pháp này cần được tính toán sử dụng thích hợp iod phóng xạ. Nếu sử dụng quá mức, người bệnh sẽ bị suy giáp, và phải uống thuốc bổ sung hormon tuyến giáp mỗi ngày.

Các thuốc kháng giáp có tác dụng ngăn tuyến giáp tiết ra hormon. Một số thuốc hiện nay được sử dụng là methimazole (Tapazole) và propylithiouracil. Các triệu chứng của bệnh sẽ giảm sau vài tuần đến vài tháng dùng thuốc. Tuy nhiên việc điều trị nên kéo dài ít nhất một năm hoặc lâu hơn.

Tác dụng phụ nghiêm trọng nhất của các thuốc kháng giáp là gây tổn thương gan nghiêm trọng, vì thế cần theo dõi chức năng gan trong quá trình điều trị bằng thuốc.

Thuốc beta-blocker là thuốc hạ huyết áp có tác dụng làm chậm nhịp tim, nên có thể sử dụng để làm giảm triệu chứng của bệnh như run, nhịp tim nhanh, đánh trống ngực.

Phẫu thuật cắt tuyến giáp được lựa chọn khi các phương phápđiều trị cường giápkhác chống chỉ định hoặc không hiệu quả. Phương pháp này thường được áp dụng cho phụ nữ mang thai hoặc người không dung nạp được thuốc kháng giáp hoặc không muốn điều trị bằng iod phóng xạ.

Nhiều thai phụ thường thắc mắc rằngbệnh cường giáp có thai được không. Bác sĩ khuyên phụ nữ trước khi mang thai nên điều trị bệnh này để tránh những ảnh hưởng do bệnh gây ra đối với cả mẹ lẫn bé.

Sau khi cắt bỏ tuyến giáp, người bệnh cần sử dụng hormone thay thế cho tuyến giáp như levothyroxin (Levoxyl). Nếu tuyến cận giáp cũng bị cắt, người bệnh sẽ cần dùng thuốc để giữ cân bằng nồng độ canxi trong máu.

Vậy, bệnhcường giáp có nguy hiểm không?Cường giáplà hội chứng hoàn toàn có thể kiểm soát được nếu được phát hiện và điều trị kịp thời. Khi nhận thấy các dấu hiệu ở trên, bạn nên đi khám sức khoẻ để được xét nghiệm và chẩn đoán chính xác.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ban-da-biet-cach-phong-ngua-cam-cum-trong-mua-lanh-nay/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh cảm cúm

Nguyên nhân cảm cúm

Triệu chứng cảm cúm

Phân biệt cảm cúm với Covid 19 và cảm lạnh

Biến chứng của bệnh cảm cúm

Điều trị cảm cúm tại nhà có được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán bệnh cảm cúm như thế nào?

Cách trị cảm cúm

Người bệnh cảm cúm nên ăn gì?

Những lưu ý quan trọng cho người bệnh cảm cúm và người chăm sóc

Cách phòng ngừa bệnh cảm cúm

Cảm cúm hay bệnh cúm là một trong những bệnh lý khá phổ biến trong cuộc sống của chúng ta. Đây là một bệnh do virus gây nên và có khả năng lây lan rất nhanh. Virus gây bệnh cảm cúm thường tấn công hệ hô hấp và gây ra nhiều triệu chứng khá khó chịu. Vậy thì bệnh lý này có triệu chứng cụ thể ra sao, cách điều trị và phòng ngừa như thế nào? Tất cả những câu hỏi này sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây.

Cảm cúm, hay cúm, bệnh cúm là bệnh lý viêm nhiễm đường hô hấp do các virus cúm gây nên. Bệnh thường khởi phát đột ngột và kéo dài trong khoảng từ 7 đến 10 ngày.

Phần lớn các trường hợp bệnh cúm sẽ phục hồi hoàn toàn. Tuy nhiên, đối với người già, trẻ nhỏ và người suy giảm hệ thống miễn dịch thì khác. Bệnh cúm ở những đối tượng này có thể tiến triển nặng nề hơn, thậm chí dẫn đến tử vong do nhiều biến chứng.

Bên cạnh đó, nhiều chủng virus cúm nguy hiểm hiện nay xuất hiện ngày càng nhiều. Những chủng nguy hiểm này có khả năng lây lan rộng, dẫn đến tình trạng bùng dịch ở các địa phương. Chẳng hạn như H5N1, H1N1, H7N9,… Thực tế trong quá khứ, nhiều quốc gia và khu vực trên thế giới đã từng bùng phát dịch cảm cúm gây thiệt hại không hề nhỏ.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), trên thế giới có khoảng 5 – 10% người lớn trưởng thành và 20-30% trẻ em bị bệnh cúm mỗi năm. Tỷ lệ tử vong do bệnh lý này ước tính khoảng 250.000 đến nửa triệu người. Ở nước ta, số ca mắc cúm mùa hàng năm được ghi nhận vào khoảng 1 đến 1,8 triệu người.2

Từ trước đến nay, đã có 6 đại dịch cúm lớn trên thế giới, bao gồm:3

1889: Cúm Nga (H2N2).

1918: Cúm Tây Ban Nha (H1N1).

1957: Cúm Châu Á (H2N2).

1968: Cúm Hồng Kông (H3N2).

2009: Cúm lợn (cúm A [H1N1]pdm09).

Một số bạn đọc thường thắc mắc “Cảm cúm có lây không?”. Câu trả lời là có. Bệnh cúm là bệnh có khả năng lây truyền rất cao và tiềm ẩn nhiều nguy cơ bùng phát thành dịch.

Vậy thì bệnh cảm cúm lây như thế nào và bệnh cảm cúm lây qua đường nào? Virus cúm thường lây truyền từ người sang người chủ yếu qua 2 đường:

Dịch tiết đường hô hấp. Người bị bệnh cúm thường xuất hiện triệu chứng ho và hắt hơi. Khi đó, người bệnh sẽ tạo điều kiện phát tán virus ra môi trường bên ngoài. Virus cúm nhờ khả năng tồn tại bền vững nên có thể phát tán trong không khí với phạm vi trong vòng 2 mét. Chính vì vậy, người khỏe mạnh khi tiếp xúc gần với người bệnh sẽ có nguy cơ bị lây nhiễm bệnh cúm.

Lây truyền qua bề mặt tiếp xúc. Việc sử dụng chung đồ dùng cá nhân như khăn mặt, chén đũa, ly nước, bàn chải,… có thể tiềm ẩn nguy cơ lây bệnh. Bệnh nhân mắc bệnh cúm khi ho hoặc hắt hơi sẽ bắn dịch tiết ra ngoài và bám lên đồ vật. Người khỏe mạnh vô tình chạm phải những đồ vậy ấy và đưa tay trực tiếp lên mũi, miệng. Khi ấy, virus sẽ rất có nhiều khả năng xâm nhập vào cơ thể.

Cơ chế lây truyền nói trên giúp chúng ta biết được cảm cúm có lây được không. Cũng như tình trạng lây lan của bệnh cúm dễ dàng như thế nào. Đồng thời hiểu được bị cảm cúm có nên quan hệ không. Câu trả lời là không nên nhé – vì quan hệ là tiếp xúc gần.

Nguyên nhân gây bệnh cúm ở người đó chính là virus cúm (Influenza virus). Virus cúm xâm nhập và tấn công vào hệ hô hấp của người bệnh và gây nên các triệu chứng cảm cúm. Theo các thống kê chung, những chủng virus cúm có khả năng biến đổi liên tục. Vì vậy, tỷ lệ người bệnh bị nhiễm các chủng virus cúm mới có thể lên tới 90%.1

Ở nước ta, 3 chủng viruscúm A, B và C là những tác nhân chủ yếu gây nên bệnh cúm. Trong đó, 2 chủng phổ biến nhất ở người chính là A và B. Với tốc độ và mức độ lây nhiễm rất cao, bệnh cúm có thể khởi phát thành đại dịch nếu không được kiểm soát chặt chẽ.

Phần này của bài viết sẽ giúp bạn đọc biết được những đối tượng nguy cơ cao mắc bệnh cúm. Cũng như giải thích được nhiều trường hợp vì sao hay bị cảm cúm hơn những người khác. Những đối tượng dễ mắc bệnh cúm bao gồm:5

Trẻ em dưới 5 tuổi. Đặc biệt, trẻ em dưới 2 tuổi là đối tượng có nguy cơ đặc biệt cao.

Người lớn trên 65 tuổi.

Những người đang mắc các bệnh lý mạn tính. Chẳng hạn như:đái tháo đường,COPD,tăng huyết áp,…

Phụ nữ đang mang thai, nhất là tam cá nguyệt thứ 2 và thứ 3.

Bệnh nhân suy giảm chức năng ho khạc. Điển hình như:nhược cơhô hấp,động kinh,đột quỵ.

Bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch (HIV/AIDShoặc sử dụngcorticoidliều cao, thuốc ức chế miễn dịch,…).

Những người đang có các bệnh lý thuộc hệ hô hấp. Ví dụ:lao phổi,ung thư phổi,tràn dịch màng phổi,áp xe phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính,…

Virus cúm khi xâm nhập vào cơ thể của người bệnh sẽ gây bệnh nhanh chóng. Theo đó, những dấu hiệu cảm cúm xảy ra rất sớm trong vài ngày đầu nhiễm bệnh. Những biểu hiện cảm cúm thông thường đau họng, chảy nước mũi,nghẹt mũivà hắt hơi. Chính những triệu chứng ở mũi làm cho người bệnh bị giảm khứu giác chứ không mất khứu giác hoàn toàn. Điều này giúp nhiều người hiểu rõ được vấn đề cảm cúm có bị mất khứu giác không.

Ngoài ra, những dấu hiệu bị cảm cúm còn có thể bao gồm:56

Sốt từ vừa đến cao (> 38°C);

Đau đầu, đau hốc mắt, đau nhức cơ bắp.

Chóng mặt.

Cảm giác mệt mỏi, không còn sức lực.

Buồn nôn, nôn, chán ăn.

Tiêu chảy(thường gặp ở trẻ em).

Một số trường hợp cảm cúm bị đau tai, ù tai là do virus cúm gây tắc hoặc bán tắc vòi nhĩ.

Bệnh cúm thường có thời gian ủ bệnh trong khoảng 2 ngày. Sau khoảng 5 ngày, triệu chứng cảm cúm nhức đầu sổ mũi sẽ giảm dần. Tuy nhiên, ho sau khi cảm cúm có thể kéo dài hơn 1 tuần, thậm chí đến cả tháng.1

Khi virus cúm xâm nhập vào đường hô hấp, mũi sẽ tiết ra chất nhầy. Chất nhầy này do phản xạ bảo vệ của đường hô hấp với các tác nhân lạ xâm nhập vào cơ thể. Vì vậy, người bị bệnh cúm thường bị chảy nước mũi hay sổ mũi. Nếu không có tình trạng bội nhiễm thì nước mũi do bệnh cúm sẽ trong. Còn trong những trường hợp bội nhiễm vi khuẩn, nước mũi sẽ có màu trắng đục, vàng, xanh,…

Bên cạnh đó,hocũng là một phản xạ của đường hô hấp để tống dị vật, tác nhân lạ nhằm bảo vệ cơ thể. Đồng thời, ho cũng là một triệu chứng của tình trạng viêm nhiễm đường hô hấp do virus cúm. Nhiều trường hợp ho cảm cúm kéo dài sau khi khỏi bệnh là do trung tâm ho ở não chưa chấm dứt tín hiệu ho. Vì vậy, người bệnh thường ho khan và không có đờm kèm theo.

Sự khác biệt về triệu chứng giữa cảm cúm và Covid sẽ được trình bày qua bảng sau:67

Sự khác biệt giữa triệu chứng bệnh cúm vàcảm lạnhsẽ được trình bày qua bảng sau:8

Như vậy, cảm lạnh khác cảm cúm ở khá nhiều điểm. Bên cạnh đó, chúng ta cần hiểu rõ về sự khác biệt giữa cảm và cúm. Vậy thì cảm và cúm khác nhau như thế nào? “Cảm” là danh từ chung nói về cả bệnh cảm lạnh và cảm cúm. Ngoài ra, một số trường hợp nhiễm virus đường hô hấp cũng được gọi chung là cảm. Chẳng hạn như: virus hợp bào hô hấp, Adenovirus. Trong khi “Cúm” là danh từ chỉ riêng bệnh lý nhiễm virus cúm – Influenza.4

Nhiều bạn đọc thắc mắc “Bị cảm cúm test nhanh covid có dương tính không?” hoặc là “Bị cảm cúm test Covid có lên 2 vạch không?”. Bộ dụng cụ test nhanh Covid có một khay kết quả gồm 2 vạch: C và T.  Nếu kết quả lên 1 vạch C làâm tính, còn hiện cả 2 vạch C và T làdương tínhvới Covid-19.

Trên lý thuyết, bị cảm cúm test nhanh Covid sẽkhông lên 2 vạch(âm tính). Que test chỉ cho kết quả dương tính khi người bệnh đã nhiễm Covid-19 với độ đặc hiệu trên 90%.9Nếu kết quả test nhanh dương tính thì có thể có 2 trường hợp xảy ra:

Người đó đã nhiễm bệnh Covid 19.

Người đó không nhiễm Covid-19. Có thể chỉ bị bệnh cúm. Tuy nhiên, kết quả dương tính giả có thể do sai sót ở vị trí lấy mẫu, điều kiện bảo quản mẫu, thời gian đọc kết quả,…

Với độ đặc hiệu rất cao nên kết quả dương tính giả rất thấp. Vì vậy, bạn hãy yên tâm về vấn đề “Cảm cúm test nhanh có dương tính không?” nhé. Câu trả lời trên thực tế là có thể có nhưng với xác suất rất thấp.

Nếu không chữa cảm cúm nhanh chóng và kịp thời, bệnh cúm có thể gây ra nhiều biến chứng phức tạp, nguy hiểm. Vì vậy, chúng ta không nên quá xem nhẹ bệnh lý này. Đặc biệt là những đối tượng như người già, trẻ em, phụ nữ mang thai, người bị suy giảm miễn dịch. Đây là những đối tượng cần được theo dõi chặt chẽ trong vấn đề trị cảm cúm.

Bệnh cúm có thể gây những biến chứng nguy hiểm ở đường hô hấp nhưviêm phổi, suy hô hấp. Cúm còn là khởi điểm của bệnh lýviêm tai giữa,viêm xoang, viêm đường tiết niệu… nếu không được chữa trị kịp thời.56

Phụ nữ mang thai nếu nhiễm cúm trong 3 tháng đầu thai kỳ sẽ có nguy cơ dị tật thai nhi,sảy thaihoặc thai chết lưu.1

Biến chứng nguy hiểm nhất của bệnh cúm (nếu bệnh cúm lâu ngày không khỏi) làhội chứng Reye(tổn thương gan và não). Hội chứng này thường gặp ở trẻ em trong độ tuổi từ 2 đến 16 tuổi. Mặc dù hội chứng Reye rất hiếm gặp nhưng có tỷ lệ tử vong cao.1

Theo các chuyên gia y tế, phần lớn các trường hợp mắc bệnh cúm đều nhẹ và tự khỏi. Vì vậy, chúng tacó thể điều trịcảm cúm tại nhà.1

Tuy nhiên, đối với những trường hợp nặng như: sốt cao, suy hô hấp, ho kéo dài, khó thở,… bạn nên đến các cơ sở y tế càng sớm càng tốt. Trong những trường hợp này, có thể bạn đã bị bội nhiễm hoặc thậm chí nhầm lẫn Covid với cảm cúm.

Bạn nên đến gặp bác sĩ ngay nếu nghi ngờ mình mắc các loại virus cúm nguy hiểm như H5N1, H1N1, H7N9…. Hoặc các triệu chứng cúm ngày càng nặng và có nguy cơ bị biến chứng như bài viết đã trình bày ở trên.

Vậy nên khám cảm cúm ở đâu? Tốt hơn hết bạn nên đến khám tại các cơ sở y tế có chuyên khoa về Hô hấp. Tại đây, các bác sĩ chuyên về hô hấp sẽ chẩn đoán chính xác bệnh lý bạn đang mắc phải và có hướng điều trị phù hợp.

Cúm gia cầm với hai chủng H5N1 và H7N9 thường gây bệnh nhất ở người. Vậy triệu chứng khi mắc bệnh như thế nào? Cách điều trị và phòng ngừa ra sao? Mời bạn đọc tìm hiểu thêm qua bài viết:Cúm gia cầm có nguy hiểm với con người không?

Việc chẩn đoán chính xác bệnh cảm cúm sẽ giúp các y bác sĩ đề ra những cách trị cảm cúm phù hợp nhất. Bệnh cúm có thể được chẩn đoán thông qua các triệu chứng đặc trưng. Chẳng hạn như: sốt, ho khan, sổ mũi, chảy nước mũi, hắt hơi, mệt mỏi,… Tuy nhiên, nhiều trường hợp dễ chẩn đoán nhầm với bệnh cúm.

Các xét nghiệm virus học như nuôi cấy virus, huyết thanh chẩn đoán có độ đặc hiệu cao nhưng khá đắt tiền và ít thực hiện. Trong một số trường hợp,chụp X-quangphổi có thể được các bác sĩ chỉ định để đánh giá mức độ tổn thương phổi do virus cúm gây ra.10

Mục tiêu chính của điều trị cúm là điều trị triệu chứng và điều trị giảm nhẹ. Hiện tại có nhiều cách chữa cảm cúm. Đối với các trường hợp nhẹ, người bệnh có thể tự điều trị tại nhà thông qua hướng dẫn của bác sĩ hoặc những chữa cảm cúm dân gian. Đối với những trường hợp nặng, bệnh nhân phải nhập viện để được điều trị tích cực và phòng nhiễm khuẩn thứ phát.

Một trong những cách chữa cảm cúm nhanh nhất đó là tựđiều trị cúmtại nhà. Bởi vì điều trị tại nhà sẽ hạn chế được việc đến bệnh viện, tiếp xúc đông người và dễ bị lây nhiễm chéo. Một số cách trị cảm cúm tại nhà được khuyến nghị như sau:1112

Chữa cảm cúm bằnggừnglà một trong những mẹo trị cảm cúm rất hiệu quả. Đầu tiên, bạn hãy chuẩn bị:

1 củ gừng tươi.

300 ml nước lọc

1 muỗng cà phêmật ong.

Cách tiến hành như sau:

Gừng: cạo sạch vỏ, thái thành từng lát mỏng.

Cho vài lát gừng vào nồi, đổ ngập nước, đun đến sôi và để khoảng 5 phút để gừng ngấm nước.

Cho thêm một muỗng cà phê mật ong vào nước gừng và uống 2-3 lần trong ngày.

Cách chữa cảm cúm cho trẻ bằngtỏirất phổ biến từ trước đến nay. Tỏi đem bóc vỏ, giã nát rồi cho vào nồi. Cho thêm 200ml nước và đun nhỏ lửa trong khoảng 10 phút. Cho một ít đường vào và khuấy đều. Sau đó để nguội và cho bé uống 2-3 lần/ngày. Đây là một trong những mẹo chữa cảm cúm rất hiệu quả và dễ thực hiện.

Để tìm hiểu chi tiết hơn về công dụng của tỏi đối với bệnh cảm cúm, bạn đọc có thể tham khảo bài viếtTỏi và bệnh cảm cúm: Tăng cường khả năng miễn dịchđể có thêm những thông tin bổ ích nhé!

Bị cảm cúm có nên xông không? Xông khi bị cảm cúm là một cách điều trị cảm cúm rất đơn giản và hiệu quả. Vậy thì xông cảm cúm cần những lá gì? Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, lá chanh, lásả,tía tô,kinh giới,bạc hà, lá gừng, lá nghệ,lá tre,hương nhu,ngải cứu,… đều là những lá có thể dùng để nấu nồi xông.13

Hành tâygiúp giảm triệu chứng sổ mũi, nghẹt mũi, hắt hơi, giải cảm. Bạn có thể dùng hành tây bằng cách:

Nấu cháo và cho thêm hành tây cắt nhỏ vào trộn đều, ăn khi còn nóng

Cắt nhỏ hành tây, nấu chín với nước sạch và uống khi còn nóng.

Mật ong thường được kết hợp với chanh, sả hoặc gừng, bột quế, hành tây,…Những hỗn hợp này có công dụng kháng khuẩn, kháng nấm, chống ký sinh trùng, kháng viêm. Và quan trọng nhất là công dụng chữa cảm cúm nhanh, hiệu quả.

Một trong những cách trị cảm cúm nhanh tại nhà đó là dùng các loại thảo dược. Thảo dược nói chung là những loại cây mọc gần nhà, có công dụng chữa bệnh. Theo các chuyên gia về y học phương Đông, các loại thảo dược dùng để trị cảm cúm gồm có:

Bạc hà.

Húng quế.

Hạt tiêu đen.

Sả.

Tía tô.

Ngoài những phương pháp chữa cảm cúm không cần thuốc, trong nhiều trường hợp, chúng ta cần phải sử dụng thuốc để hỗ trợ điều trị. Hai nhóm thuốc chính bao gồm: thuốc Tây y và thuốc Đông y trị cảm cúm.

Đối với thuốc Tây y, những loại thuốc thường được sử dụng bao gồm:14

Hạ sốt, giảm đau:Paracetamol.

Kháng histamin: Loratadin, Fexofenadin,…

Kháng virus: Oseltamivir (Tamiflu) hoặc Zanamivir (Relenza).

Giảm ho:Eugica,Dextromethorphan,…

Để giảm các triệu chứng cảm thông thường như nghẹt mũi, sổ mũi, hắt hơi, nhức đầu và sốt chúng ta nên dùng thuốc Tiffy Dey. Vậy thuốc Tiffy Dey là gì? Thuốc Tiffy Dey được dùng trong những trường hợp nào? Cần lưu ý gì về những tác dụng phụ có thể xảy ra trong quá trình dùng thuốc? Hãy cùng YouMed tìm hiểu nhé:Cảm cúm, ho, sổ mũi: Đừng lo, đã có Tiffy Dey

Đối với thuốc Đông y, có những bài thuốc nam trị cảm cúm rất hiệu quả. Ví dụ như bài thuốc trị cảm cúm:15

25 g gừng sống thái lát;

Tỏi bóc vỏ đập dập 30 g;

15 g hành ta;

15 g đường đỏ;

Tất cả đem sắc nhỏ lửa 15 – 20 phút uống ấm ngày 1 thang.

Phải cân nhắc với một số đối tượng đặc biệt như trẻ sơ sinh, phụ nữ mang thai và người có tiền sử dị ứng thuốc. Không dùng thuốc nhóm salicylate nhưaspirinđể hạ sốt trong bệnh cúm vì có nguy cơ gây hội chứng Reye rất nguy hiểm. Riêng thuốc kháng virus chỉ nên sử dụng khi có chỉ định của bác sĩ, không nên tự ý sử dụng tùy tiện.514

Người bị bệnh cúm nên ăn những món ăn giàu dinh dưỡng, nếu là những món ăn giải cảm cúm thì càng tốt. Một số món ăn được các chuyên gia y tế khuyến nghị bao gồm:1112

Các loại thực phẩm giàu kẽm: thịt, cá, tôm, sò, hàu, trứng, sữa,…

Rau xanh,bông cải xanh.

Các loại trái cây giàuvitamin C:ổi,bưởi,đu đủ,cam,quýt,…

Các loại hạt ngũ cốc: lúa mì,quinoa, gạo vàyến mạch,…

Người cảm cúm không nên ăn gì? Đó là: Những loại thức ăn cứng, thức ăn nhanh hoặc thức ăn chứa nhiều dầu mỡ.

Ngoài ra, một số loại nước uống trị cảm cúm mà người bệnh có thể kết hợp với chế độ ăn giải cảm nói trên như:

Chanh mật ong.

Nước chanh sả.

Trà gừng.

Trà bạc hà,…

Người bệnh nên xây dựng chế độ ăn lành mạnh. Cần lưu ý:

Cung cấp đủ nước cho cơ thể.

Ăn thực phẩm mềm, dễ tiêu.

Ăn thực phẩm nhiều kẽm.

Hạn chế quan hệ vợ chồng khi bị cảm cúm.

Không nên lạm dụng truyền nước khi bị cảm cúm mà tuân theo chỉ định của bác sĩ.

Người chăm sóc bệnh nhân cúm cần chú ý một số vấn đề sau:

Vệ sinh cá nhân sạch sẽ, rửa tay sạch với xà phòng trước và ngay sau tiếp xúc với người bệnh.

Thường xuyên vệ sinh mũi, họng bằng nước muối.

Chích ngừa cảm cúm hàng năm.

Sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân khi chăm sóc bệnh nhân. Chẳng hạn như: khẩu trang y tế, găng tay,…

Khi có triệu chứng ho, sốt, sổ mũi, đau đầu, mệt mỏi cần đến ngay cơ sở y tế để được khám và điều trị kịp thời.

Để chủ động phòng bệnh cúm, người dân nên thực hiện các biện pháp:

Vệ sinh cá nhân, che miệng khi hắt hơi.

Vệ sinh mũi, họng bằng nước muối thường xuyên.

Luôn giữ ấm cơ thể, ăn uống chất dinh dưỡng.

Tập thể dục thể thao nâng cao sức đề kháng.

Hạn chế tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân mắc cúm hoặc nghi ngờ mắc bệnh cúm.

Tiêm vắc xin phòng bệnh cúm mùa hàng năm.

Một chế độ ăn uống lành mạnh bao gồm nhiều loại trái cây, rau quả, ngũ cốc nguyên hạt, thịt nạc, cá, gia cầm, trứng, và các loại hạt giúp bạn tăng cường đề kháng của cơ thể để tránh xa căn bệnh cảm cúm trong mùa lạnh. Đặc biệt cần chú ý ăn đúng giờ và không bỏ bữa. Đồ ăn nên được hâm nóng trước khi ăn.

Ngủ đủ giấc và nghỉ ngơi hợp lý là một phần rất quan trọng của hệ thống miễn dịch khỏe mạnh. Không ngủ đủ sẽ khiến cơ thể mệt mỏi, giảm hoạt động bình thường của hệ thống miễn dịch. Người lớn cần ngủ ít nhất 6 – 7 giờ mỗi ngày.

Ngoài việc ngủ đủ giấc bạn còn cần chú ý ngủ đúng giờ. Ngủ sau 11 giờ đêm sẽ làm chức năng thải độc của gan bị suy yếu.

Vệ sinh cá nhân giữ cho hệ thống miễn dịch của bạn không bị áp đảo bởi vi rút, vi khuẩn có hại và từ đó giúp bạn giảm nguy cơ mắc cảm cúm.

Sử dụng xà phòng và nước ấm để rửa sạch tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh. Khi rửa tay, chà sạch cả bàn tay, lòng bàn tay, các ngón tay kỹ càng trong ít nhất 15 giây.

Cho dù trời lạnh cũng vẫn nên tắm hằng ngày và nên tắm nước ấm. Đặc biệt không được tắm khuya. Sau khi tắm phải lau khô người và không nên bước ra khỏi nhà tắm ngay. Việc thay đổi nhiệt độ đột ngột sẽ dễ khiến bạn bị đột quỵ.

Sự kích hoạt hormone stress mãn tính trong cơ thể sẽ làm suy yếu hệ thống miễn dịch. Tập thể dục thường xuyên để tăng cường hệ thống miễn dịch và giảmstress.

Thời tiết lạnh có thể khiến bạn chỉ muốn ở nhà đắp chăn ngủ cả ngày. Nhưng nếu không tiếp xúc với ánh sáng mặt trời thì hệ miễn dịch sẽ giảm sút. Khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, cơ thể sẽ tổng hợpvitamin Dđóng vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh hệ thống miễn dịch.

Hãy tiếp xúc mới ánh sáng mặt trời nhiều hơn và virus cảm cúm sẽ nhanh chóng tan biến.

Đeo khẩu trang để che mũi và miệng khi đi ra đường để tránh hít phải bụi và khí lạnh. Ngoài ra cũng nên đeo khẩu trang khi đến những nơi đông người có nguy cơ lây nhiễm virus cảm cúm cao như bệnh viện.

Với những thông tin mà bài viết đã cung cấp, hy vọng bạn đọc sẽ có một cái nhìn toàn diện hơn về bệnhcảm cúm. Thông qua sự hiểu biết tường tận, rõ ràng ấy, các bạn sẽ tự đề ra cho mình những cách sinh hoạt, làm việc, ăn uống khoa học. Mục đích là để tăng cường sức khỏe, hạn chế nguy cơ mắc bệnh cúm. Cũng như cách phát hiện sớm bệnh cúm để có những phương pháp điều trị thích hợp, kịp thời.

Người bị cảm cúm có thể tắm bình thường. Tuy nhiên, nên tắm với nước ấm, hạn chế tắm với nước lạnh.

Cảm cúm chỉ gây giảm chứ không làm mất khứu giác hoàn toàn như bệnh COVID-19.

Cảm cúm là một bệnh lý rất dễ lây truyền và lây với tốc độ nhanh chóng.

Theo các chuyên gia tâm lý và bác sĩ chuyên khoa, người bị cảm cúm vẫn được nằm điều hòa. Tuy nhiên, cần điều chỉnh nhiệt độ của máy điều hòa sao cho cơ thể cảm thấy dễ chịu nhất.

Bạn có thể tập thể dục khi đang bị bệnh cúm nếu chỉ sốt nhẹ, đau tai, nghẹt mũi và đau họng ở mức độ nhẹ.

Nên tiêm phòng cảm cúm vì tiêm vắc xin có thể giúp phòng ngừa bệnh cúm rất hiệu quả. Các vắc xin cúm là an toàn và có hiệu quả phòng các thể nhẹ và nặng của cúm, tỷ lệ bảo vệ tương đối cao 70-90%. Tuy nhiên, hiệu quả bảo vệ của vắc xin cúm còn phụ thuộc nhiều yếu tố. Vì vậy, bên cạnh việc tiêm vắc xin, mỗi cá nhân nên chủ động thực hiện các biện pháp phòng ngừa bệnh.16

Câu trả lời là có. Xông hơi khi bị cảm cúm có tác dụng thư giãn cơ thể. Đồng thời, các loại lá xông còn giúp tiêu diệt các loại vi sinh vật gây bệnh, trong đó có virus cúm.

Mẹ khi bị cảm cúm vẫn nên cho con bú vì sữa mẹ là thức ăn tốt cho trẻ. Mẹ có thể cho con bú trực tiếp nhưng cần phải phòng tránh những nguy cơ gây bệnh cho con. Đồng thời cần chú ý những thuốc bà mẹ đang sử dụng có tiết qua sữa gây ảnh hưởng tới em bé hay không.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/cam-lanh-trieu-chung-nguyen-nhan-dien-tien/

Nội dung bài viết

1. Triệu chứng thường gặp khi cảm lạnh là gì?

2. Nguyên nhân của bệnh cảm lạnh là gì?

3. Cảm lạnh kéo dài bao lâu?

Cảm lạnh do nhiễm trùng đường hô hấp là bệnh mà bất cứ ai trong chúng ta cũng từng mắc phải ít nhất một lần trong một năm. Cảm lạnh thường không gây ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe. Nhưng nếu không giải quyết dứt điểm, triệu chứng cứ  tái đi tái lại nhiều lần trong năm sẽ gây khó khăn trong việc điều trị về sau. Trong bài viết này, chúng ta sẽ cùng tìm hiểu những thông tin cơ bản về triệu chứng, nguyên nhân, thời gian của bệnh cảm lạnh.

Cảm lạnhhay nhiễm trùng đường hô hấp trên là tên gọi chung cho những bệnh truyền nhiễm. Là bệnh có liên quan đến hầu họng, xoang mũi, thanh quản, phế quản. Nguyên nhân đa số do virus gây ra.

Các triệu chứng cảm lạnh có thể bao gồm:

Chảy nước mũi hoặc nghẹt mũi, có thể có màu vàng hay xanh.

Sốt.

Đau họng, có thể có những vết loét ở họng khiến trẻ đau và ăn ít đi.

Ho khan hoặc có đàm.

Khàn giọng.

Đôi khi trẻ sẽ sưng hạch ở cổ, nhưng không kèm đau.

Nói chung, những tác nhân virus gây cảm lạnh có biểu hiện tương tự nhau. Thường bắt đầu bằng đau họng, sau đó tiến triển thànhnghẹt mũi, chảy nước mũi và ho. Khoảng50%bệnh nhân có thể bị sốt và hết saungày thứ ba.Tuy nhiên, sốt có thể kéo dài thêm vài ngày tùy thể trạng mỗi người.

Virus gây cảm lạnh lây lan từ người này sang người khác khi tiếp xúc bằng tay, ho và hắt hơi. Cảm lạnh không phải do không khí lạnh hoặc gió lùa. Bởi vì có tới 200 loại virus gây cảm lạnh, hầu hết trẻ em khỏe mạnh đều bị ít nhất6đợtcảm lạnh mỗi năm. Tác nhân thường gây cảm lạnh là rhinoviruses, adenovirus, virus parainfluenza,virus hợp bào hô hấp (RSV), virus cúm… Trong số này, rhinoviruses là virus phổ biến nhất.

Nhiều trẻ em và người lớn bị sổ mũi vào mùa đông khi hít thở không khí lạnh. Trường hợp này được gọi là viêm mũi vận mạch. Đó là do dây thần kinh và cơ ở mũi làm co thắt hay dãn các mạch máu trong mũi. Nước mũi thường ngừng chảy trong vòng 15 phút sau khi trẻ vào trong nhà.

Nếu con bạn thưởng chảy mũi khi thời tiết thay đổi hay không khí lạnh, thực sự trẻ không cần phải điều trị kháng sinh hay thuốc đặc hiệu. Quan trọng hơn hết, trẻ cần vệ sinh mũi sạch sẽ, hạn chế tiếp xúc với môi trường lạnh như đeo khẩu trang. Đặc biệt, một chế độ ăn uống đầy đủ dinh dưỡng sẽ giúp trẻ nhanh chóng hồi phục.

Nếu lạm dụng thuốc nhỏ mũi để làm thông thoáng mũi hoặc xịt quá thường xuyên và quá lâu (kéo dài hơn 1 tuần), sẽ dẫn đến tình trạng nghẹt mũi trong Viêm mũi hóa chất. Lúc này, mũi trẻ sẽ trở lại bình thường khi bạn ngừng cho trẻ sử dụng thuốc nhỏ mũi từ 1 đến 2 ngày.

Đối với các triệu chứng khi bị cảm lạnh:

Sốt thông thường sẽ giảm sau 2 hoặc 3 ngày

Đau họng có thể cải thiện sau 5 ngày

Chảy nước mũi, nghẹt mũi đa số hết trong vòng 2 tuần

Ho có thể kéo dài 3 tuần.

Thời gian trung bình của một đợt cảm lạnh thường là7 đến 9 ngày. Tuy nhiên, có đến 13% có thể kéo dài tới 15 ngày. Các triệu chứng có xu hướng đạt đến đỉnh điểm vào khoảng ngày thứ ba, từ từ hết sau 1 đến 3 tuần. Thông thường, ho trong bệnh cảnh cảm lạnh kéo dài lâu hơn các triệu chứng khác.

Cảm lạnh thường không nghiêm trọng. Nguy cơ nhiễm vi khuẩn sau đó khoảng5% đến 10%. Theo dõi các dấu hiệu nhiễm trùng do vi khuẩn như sốt cao liên tục, trẻ có vẻ đừ, mệt mỏi nhiều, đau tai, chảy dịch màu vàng từ ống tai, đau đầu (các dấu hiệu của nhiễm trùng xoang) hoặc thở nhanh (thường là dấu hiệu của viêm phổi).

Chẩn đoán nhiễm trùng hô hấp do vi khuẩn cấp tính đòi hỏi các triệu chứng xuất hiện hơn 10 ngày mà không cải thiện. Diễn tiến trở nên tồi tệ hơn khi khởi phát sốt cao hơn 39° C hoặc ho đàm vàng liên tục. Đôi khi vết loét ở họng hay amidan có nhiều mủ cũng gợi ý đến tình trạng nhiễm trùng.

Bởi vì có sự trùng lặp về thời gian của các triệu chứng giữa cảm lạnh kéo dài và tiêu chuẩn chẩn đoán viêm mũi xoang do vi khuẩn, có thể cần chờ ít nhất 2 tuần trước khi quyết định dùng kháng sinh. Tuy nhiên, đánh giá của Bác sĩ về mức độ nặng của trẻ khi khám vẫn là quan trọng nhất. Việc dùng kháng sinh vào thời điểm thích hợp không chỉ giúp trẻ cải thiện mà còn hạn chế vấn đề đề kháng thuốc.

Cần phải cân nhắc liệu các triệu chứng đã thực sự kéo dài 2 đến 3 tuần, hay trẻ thực sự đã được cải thiện, thậm chí tốt hơn trong 1 hoặc 2 ngày khi các triệu chứng của đợt cảm lạnh mới bắt đầu.

Mặc dùcảm lạnhkhông quá nguy hiểm với trẻ nhưng gây cảm giác khó chịu cho trẻ. Đặc biệt bệnh dễ dàng mắc phải vào thời điểm giao mùa nên cha mẹ hãy chú ý hơn đến sức khỏe của trẻ để sớm phát hiện, cho trẻ thăm khám và điều trị kịp thời nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hieu-dung-ve-can-thi-va-cach-chua-can-thi/

Nội dung bài viết

Hiểu đúng về tật cận thị

Có các cách nào để chữa cận thị?

Bạn có thể tự chữa cận thị tại nhà không?

Cách kiểm soát cận thị hiệu quả

Lời khuyên cho bạn

Hãy đến gặp bác sĩ nếu bạn gặp bất kỳ triệu chứng nào sau đây

Internet phát triển giúp mọi người có thể tìm hiểu thông tin dễ dàng, tuy nhiên không phải thông tin nào cũng được kiểm duyệt và đảm bảo độ chính xác. Bài viết cung cấp thông tin giúp bạn hiểu đúng về cận thị và cách chữa cận thị.

Cận thị  là nguyên nhân phổ biến nhất gây suy giảm thị lực ở những người dưới 40 tuổi. Trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc bệnh này đang gia tăng ở mức báo động. Dự đoán rằng năm 2050 khoảng một nửa số người trên thế giới sẽ bị cận thị.

Cận thị xảy ra khi nhãn cầu quá dài so với khả năng hội tụ của giác mạc và thủy tinh thể . Điều này làm cho các tia sáng tập trung tại một điểm phía trướcvõng mạc.

Cận thị cũng có thể do giác mạc hoặc thủy tinh thể quá cong so với chiều dài của nhãn cầu. Trong một số trường hợp, cận thị xảy ra do sự kết hợp của các yếu tố này.

Cận thị thường bắt đầu từ nhỏ và bạn có thể có nguy cơ cao hơn nếu cha mẹ của bạn bị cận thị. Trong hầu hết các trường hợp, cận thị ổn định ở giai đoạn đầu ở tuổi trưởng thành nhưng đôi khi nó tiếp tục tiến triển theo thời gian.

Không có cách chữa cận thị hoàn toàn– chỉ có những cách để điều chỉnh tầm nhìn xa bị mờ đi kèm. Ngay cả việc phẫu thuật mắt như LASIK chỉ sữa lại giác mạc chứ không thực sự chữa khỏi cận thị vì không làm ngắn chiều dài của nhãn cầu. Điều này có nghĩa nguy cơ gia tăng các bệnh về mắt và suy giảm thị lực vẫn không thay đổi. Không có phương pháp nào có thể chữa cận thị hay đảo ngược tình trạng cận thị khi nó đã phát triển.

Xem thêm:Mổ mắt cận thị và những điều bạn cần biết

Bạn có thể đã nghe rất nhiều quảng cáo rằng việc bổ sung một số thực phẩm chức năng hay tập luyện mắt theo một cách nào đó có thể chữa cận thị. Tuy nhiên những thông tin trên lại không được chứng minh bằng một nghiên cứu đáng tin cậy trong việc chữa khỏi cận thị hay không.

Nếu bạn đã từng thử và cảm nhận thấy hiệu quả của các biện pháp trên thì có khả năng bạn đang bị giả cận thị (giảm thị lực tạm thời do mắt tập trung quá lâu- thường xảy ra ở những người thường xuyên sử dụng thiết bị điện tử).

Tuy không chữa cận thị khỏi hoàn toàn, song các các bài tập về mắt cũng chứng tỏ được hiệu quả trong việc giảm mỏi mắt và ngăn ngừa cận thị tiến triển. Điều quan trọng là bạn chỉ nên xem đây là một phương pháp bổ trợ. Việc mắt cố gắng điều tiết để nhìn có thể làm cận thị diễn biến nhanh hơn và gây nên nhược thị.

Một số các biện pháp có thể ngăn chặn cận thị trở nên tệ hơn theo thời gian tuy nhiên chúng khôngchữa cận thị.Các liệu pháp thể hiện nhiều hứa hẹn nhất cho đến nay bao gồm:

Thuốc nhỏ mắt atropine được sử dụng để làm giãn đồng tử mắt, thường là một phần của các cuộc kiểm tra mắt hoặc trước và sau khi phẫu thuật mắt. Thuốc nhỏ mắt atropine với liều thấp có thể giúp làm chậm sự tiến triển của bệnh cận thị. Cơ chế chính xác cho hiệu ứng này vẫn chưa được biết.

Dành thời gian ở ngoài trời trong thời kỳ thanh thiếu niên và những năm đầu trưởng thành của bạn có thể làm giảm nguy cơ cận thị suốt đời. Các nhà nghiên cứu cho rằng việc tiếp xúc với tia cực tím (UV) của mặt trời có thể thay đổi cấu trúc phân tử của củng mạc và giác mạc, đồng thời giúp duy trì hình dạng bình thường.

Một loại kính áp tròng tiêu cự kép mới đã được chứng minh là làm chậm sự tiến triển của bệnh cận thị ở trẻ em từ 8 đến 12 tuổi.

Trong phương pháp này, bạn đeo kính áp tròng cứng, thấm khí trong vài giờ một ngày khi ngủ để điều chỉnh thị lực mắt vào sáng ngày hôm sau. Nếu bạn ngừng điều trị này, mắt của bạn sẽ trở lại hình dạng cũ. Có bằng chứng cho thấy ống kính này làm chậm quá trình giãn ra của nhãn cầu cận thị, làm giảm độ cận thị.

Kiểm tra thị lực thường xuyên: Làm điều này thường xuyên ngay cả khi bạn vẫn cảm thấy mắt mình vẫn ổn.

Kiểm soát tình trạng sức khỏe: Một số bệnh như tiểu đường và huyết áp cao, có thể ảnh hưởng đến thị lực của bạn nếu bạn không được điều trị thích hợp.

Bảo vệ đôi mắt của bạn khỏi ánh nắng mặt trời: Đeo kính râm có tác dụng ngăn tia cực tím (UV).

Ngăn ngừa chấn thương mắt: Đeo kính bảo vệ mắt khi làm một số việc, chẳng hạn như chơi thể thao, cắt cỏ,…

Ăn đồ ăn có lợi cho sức khỏe: Cố gắng ăn nhiều rau xanh, các loại rau và trái cây khác.

Không hút thuốc lá: Hút thuốc cũng có thể ảnh hưởng xấu đến sức khỏe mắt của bạn.

Đeo kính phù hợp với thị lực: Các tròng kính phù hợp tối ưu hóa tầm nhìn của bạn. Kiểm tra thường xuyên sẽ đảm bảo rằng đơn kính thuốc của bạn là chính xác. Có bằng chứng cho thấy đeo kính cận quá yếu có thể làm tăng sự phát triển của bệnh cận thị.

Đủ ánh sáng:  Đảm bảo nơi sinh hoạt, làm việc đủ ánh sáng để có tầm nhìn tốt hơn.

Giảm mỏi mắt. Nhìn ra xa máy tính hoặc sách, cứ sau 20 phút – nghỉ trong 20 giây – nhìn một nơi nào đó cách đó 20 feet ( 0.6m).

Những điều sau đây có thể đại diện cho một tình trạng sức khỏe hoặc mắt nghiêm trọng:

Đột ngột mất thị lực ở một mắt có hoặc không kèm theo đau

Đột ngột mờ hoặc nhìn mờ

Tầm nhìn kép hoặc bạn nhìn thấy các tia sáng, đốm đen hoặc quầng sáng xung quanh đèn.

Cận thị là một tật khúc xạ phổ biến. Hiểu đúng về tật cận thị và cáchchữa cận thịgiúp bạn duy trì sức khỏe đôi mắt, ngăn ngừa các bệnh nguy hiểm về mắt như thoái hóa điểm vàng, nhược thị,…

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/co-truong/

Nội dung bài viết

Cổ trướng (báng bụng) là gì?

Nguyên nhân của cổ trướng

Báng bụng bao gồm những mức độ nào?

Bệnh nhân cổ trướng sẽ có những triệu chứng gì?

Biến chứng của cổ trướng

Các xét nghiệm chẩn đoán cổ trướng

Điều trị cổ trướng như thế nào?

Theo dõi điều trị báng bụng như thế nào?

Cổ trướng có thể chữa khỏi hoàn toàn không?

Cổ trướng có nguy hiểm không? Có thể phòng ngừa được không?

Tiên lượng

Cổ trướng (báng bụng) là biểu hiện thường gặp khi suy gan nhưng cũng có thể gặp trong nhiều nguyên nhân khác. Cổ trướng là tình trạng bụng của người bệnh to ra do chứa quá nhiều dịch trong khoang bụng. Vậy cụ thể tình trạng này có thể được chẩn đoán như thế nào? Điều trị và tiên lượng ra sao? Mời bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Huỳnh Mạnh Tiến tìm hiểu về cổ trướng qua bài viết sau nhé.

Bình thường, trong khoang màng bụng có rất ít dịch. Lượng dịch này đủ để các lớp màng bụng bao gồm tạng dễ dàng di chuyển trơn tru khi các tạng co thắt. Cổ trướng hay báng bụng là tình trạng có sự tích tụ dịch bất thường (> 25 ml) trong khoang màng bụng.

Cổ trướng có thể là triệu chứng củaxơ gan, thường là mạn tính (xuất hiện từ từ, thường từ vài tuần đến vài tháng). Nhưng đôi khi cũng là tình trạng cấp tính (diễn tiến nhanh, đột ngột trong vài ngày. đặc biệt khi liên quan đến ác tính).

Tại Hoa Kỳ, nguyên nhân thường gặp nhất của báng bụng là do xơ gan, chiếm hơn 80% trường hợp. Những nguyên nhân báng bụng khác bao gồm ung thư (10%),suy tim(3%), lao (2%), lọc máu (1%), bệnh lý tụy (1%).1

Tại Việt Nam, hiện nay chưa có số liệu thống kê cụ thể, nhưng cần đặc biệt lưu ý lao màng bụng. Cần lưu ý, cổ trướng không phải là một bệnh mà là một trong những biểu hiện của nhiều bệnh lý khác nhau. Mặt khác, các bệnh lý không liên quan đến gan cũng có thể gây ra cổ trướng.

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Tắc nghẽn tĩnh mạch gan (ví dụ, Hội chứng Budd-Chiari).

Huyết khối tĩnh mạch cửa.

Bệnh cảnh các bệnh toàn thân như: suy tim,suy thận,hội chứng thận hư, viêm màng ngoài tim co thắt,…

Bệnh lý của màng bụng: ung thư tế bào màng bụng, ung thư di căn màng bụng,…

Những nguyên nhân ít phổ biến hơn, chẳng hạn như lọc máu, viêm tụy,lupus ban đỏ hệ thống, vàrối loạn nội tiết(suy giáp,…).

Trong các nguyên nhân kể trên, trên lâm sàng, cổ trướng là hiện diện thường gặp ở bệnh nhân xơ gan, suy gan mạn,suy gan cấp. Trong xơ gan, gan xơ hoá dẫn đến việc hồi lưu máu từ tĩnh mạch cửa quaganvề tim bị ứ trệ. Điều này dẫn đến tăng lưu lượng máu ứ đọng trong tĩnh mạch cửa kết hợp cùng tình trạng giảm nồng độalbuminmáu (một phân tử protein có quan trọng giữ nước trong lòng mạch), dẫn đến dịch thoát vào khoang màng bụng gây báng bụng.

Các tình trạng tổn thương gan dẫn đến suy gan cấp, suy gan mạn là yếu tố nguy cơ lớn nhất dẫn đến cổ trướng như:12

Nghiện rượu.

Nhiễmviêm gan siêu vi B,viêm gan siêu vi C.

Béo phì, thừa cân,đái tháo đường.

Một số trường hợp hiếm gặp, do cơ địa dễ sinh huyết khối (ung thư máu, ung thư, viêm nhiễm,…) dẫn đến hình thành cục máu đông trong mạch máu của gan (tĩnh mạch trên gan, tĩnh mạch cửa) dẫn đến ứ tắc dòng chảy trong hệ tĩnh mạch cửa, gây tăng áp lực và dẫn đến cổ trướng. Sự ứ tắc của dòng chảy còn có thể do một khối u trong ổ bụng chèn ép vào tĩnh mạch cửa.

Bên cạnh đó, trong các bệnh lý hệ thống, như suy tim,suy thận cấp,suy thận mạnhay hội chứng thận hư, việc mất kiểm soát điều hoà lượng nước và muối trong cơ thể dẫn đến ứ trệ dịch trong tuần hoàn, sẽ dẫn đến phù toàn thân (phù mặt, phù tay, chân và đi kèm cổ trướng).

Đặc biệt, khi người bệnh có cổ trướng nhưng không có xơ gan, cần lưu ý nguyên nhân lao màng bụng – rất hay gặp ở Việt Nam. Việt Nam là vùng dịch tễ lưu hành lao. Vi khuẩn lao sau khi xâm nhập vào cơ thể, bên cạnh gây tổn thươngphổi(lao phổi, tràn dịch màng phổi do lao), vi khuẩn có thể tấn công hệ tiêu hoá (lao ruột, lao màng bụng).

Bệnh nhân thường là người trẻ, sụt cân, sốt về chiều, hay vã mồ hôi trộm ban đêm, kèm đau bụng âm ỉ. Ở người lớn tuổi, cổ trướng có thể có biểu hiện của ung thư, còn gọi là cổ trướng ác tính. Kiểu cổ trướng này thường do tế bào ung thư tại màng bụng tiết dịch bất thường. Tế bào này có thể xuất phát nguyên phát tại màng bụng (ung thư màng bụng nguyên phát); hoặc từ cơ quan khác di căn đến bao gồm:ung thư đại tràng,ung thư tụy,ung thư dạ dày,ung thư vú,ung thư phổivàung thư buồng trứng.

Cổ trướng do tụy có thể thấy ở những người bịviêm tụy cấp. Tuy nhiên, cổ trướng do rượu cũng có thể gây ra bởi viêm tụy cấp hoặc chấn thương tụy.

Báng bụng bao gồm 3 mức độ:3

Độ 1: Cổ trướng nhẹ, trên lâm sàng, bác sĩ và người bệnh cũng khó phát hiện được. Tình trạng này thường tình cờ phát hiện được trênsiêu âm bụnghoặc chụp cắt lớp vi tính.

Độ 2: Người bệnh thấy bụng to ra, mặc quần áo chật hơn, cân nặng tăng hơn. Khi người bệnh đến khám, bác sĩ dễ dàng khám lâm sàng và phát hiện được.

Độ 3: Bụng báng căng, người bệnh thường có biểu hiện khó chịu (khó thở, ăn mau no, rốn lồi). Người bệnh thường đến khám tại phòng cấp cứu vì biến chứng của cổ trướng lượng nhiều.

Cổ trướng hay báng bụng ở mức độ nhẹ thường không có biểu hiện rõ rệt. Người bệnh thường chỉ được phát hiện bệnh khi lượng dịch đã tăng nhiều, kèm theo các biểu hiện như:12

Bụng lớn căng, to bè hai bên.

Rốn lồi khi bụng báng quá căng.

Mặc quần áo chật hơn, tăng cân không rõ nguyên nhân.

Phù nề thành bụng.

Khi cổ trướng nhiều hơn, người bệnh còn xuất hiện:12

Đầy hơi, chướng bụng,đầy bụng.

Khó tiêu,ợ nóng,buồn nôn hoặc nôn.

Bên cạnh đó, bệnh nhân có xuất hiện các triệu chứng của bệnh đi kèm như:12

Phù mắt cá nhân, chân.

Tiểu ít, tiểu đục bọt.

Khó thở phải nằm đầu cao.

Sốt, vã mồ hôi trộm.

Khối u ở bụng.

Trong một số trường hợp, bụng báng căng, bệnh nhân có kèm đau bụng, sốt nên có thể nghi ngờ nhiễm trùng dịch báng. Tình trạng cổ trướng lớn sẽ tạo điều kiện vi khuẩn trên da, ruột tiếp xúc lượng dịch trong ổ bụng chưa đầy dinh dưỡng, điều kiện này rất dễ gây nhiễm khuẩn. Tình trạng này nếu không được chữa trị có thẻ dẫn đến tử vong.

Ngoài ra, tình trạng bụng căng to trên nên được phân biệt với có thai, ứ đọng trong đại tràng (hay gặp ở người bón), chướng hơi, u nang buồng trứng lớn.

Nếu không được chữa trị, cổ trướng có thể dẫn đến những biến chứng ảnh hưởng sức khoẻ, vì lượng dịch tiết ra nhiều trong khoang bụng bao gồm:2

Chèn ép các cơ quan.

Suy dinh dưỡng thiếu hụt protein.

Tăng huyết áp.

Suy thận: biến chứng của xơ gan cổ trướng. Tình trạng này thường thấp, tuy nhiên, nếu xuất hiện thường có diễn tiến rất nặng.

Bệnh não gan.

Đau bụngkhi báng bụng lượng nhiều gây cản trở hoạt động hằng ngày.

Nhiễm trùng: viêm phúc mạc hay viêm lớp lót màng bụng.

Khi phát hiện nghi ngờ cổ trướng, bác sĩ sẽ đề nghị người bệnh thực hiện thêm một số xét nghiệm để chẩn đoán sau:124

Siêu âm bụng: đây là xét nghiệm thường được sử dụng nhất, không xâm lấn. Siêu âm bụng giúp phát hiện dịch trong ổ bụng và hỗ trợ chọc dò dịch màng bụng.

Chụp cắt lớp vi tính: ngoài việc phát hiện dịch trong ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính giúp phát hiện huyết khối, khối u trong ổ bụng.

X-quangcũng là công cụ chẩn đoán hình ảnh có thể phát hiện sự tích tụ chất dịch trong phổi, ví dụ trường hợp ung thư di căn đến phổi hoặc suy tim.

Đây là một thủ thuật trong đó bác sĩ dùng một kim nhỏ để lấy lượng dịch ra khỏi khoang màng bụng nhằm để xác định bệnh. Dịch màng bụng được dùng để xét nghiệm tế bào, sinh hoá và cấy tìm tác nhân. Việc phân tích mẫu chất dịch có thể cho thấy sự hiện diện của các tế bào ung thư, hoặc có tình trạng nhiễm trùng.

Trong một số trường hợp, khi bụng quá căng, độ 3, trướng gây khó chịu, chọc dịch sẽ giúp tháo bớt một lướng dịch lớn ra khỏi cơ thể.

Biến chứng chọc dò bao gồm nhiễm trùng,rối loạn điện giải, thủng ruột, chảy máu, rò dịch ra từ thành bụng, tổn thương thận cấp.

Người bệnh có thể được lấy máu,nước tiểuđể xét nghiệm để hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân cổ trướng. Các xét nghiệm máu bao gồm đánh giá chức năng gan và thận. Nếu xơ gan được xác định, các xét nghiệm tiếp theo sẽ được sử dụng để làm rõ nguyên nhân (GGT, ALP, các xét nghiệm viêm gan B hoặc C).5

Mục tiêu của điều trị cổ trướng (báng bụng) là làm giảm triệu chứng, giúp người bệnh cảm thấy dễ chịu. Bên cạnh đó, cần xác định đúng nguyên nhân, và điều trị nguyên nhân càng sớm càng tốt.

Nguyên nhân hàng đầu của cổ trướng là xơ gan mất bù. Đối với những bệnh nhân trên, các biện pháp điều trị bao gồm:1245

Xơ gan mất bùlà bệnh lý về chức năng gan và là giai đoạn cuối của bệnh xơ gan. Ở giai đoạn này, các tế bào gan, mô gan gần như bị xơ hóa hoàn toàn, chức năng gan bị suy giảm nghiêm trọng. Những tế bào gan chưa bị tổn thương không còn khả năng bù trừ về mặt chức năng cho các tế bào bị tổn thương nữa. Xơ gan mất bù thường có biểu hiện cổ trướng (báng bụng) nên còn được gọi là xơ gan cổ trướng.

Thực hiện chế độ ăn hạn chế muối (ăn dưới < 2000 mg muối/ngày).

Không sử dụngrượu bia.

Giảm bớt lượng dịch nhập.

Tránh dùng cácthuốc giảm đau kháng viêm nonsteroidnhưibuprofencó thể gây tổn thương thận, gây ứ nước, làm tình trạng cổ trướng nặng thêm.

Sử dụng thuốc lợi tiểu: dùng thuốc sẽ giúp người thải bớt dịch trong ổ bụng ra khỏi cơ thể. Đối với người bệnh báng bụng nhẹ và vừa: thường mục tiêu giảm không quá 1 kg/ngày. Thuốc lợi tiểu giúp tăng cường lượng nước tiểu được thải loại và có thể ngăn ngừa tình trạng ứ dịch thêm. Thuốc lợi tiểu còn được dùng trong trường hợp báng do suy thận, suy tim.

Đối với người bệnh báng bụng nặng: tiến hành chọc hút dịch ổ bụng để giải áp và chẩn đoán.

Kháng sinh: nếu có tình trạng nhiễm trùng dịch báng, cần khởi động kháng sinh diệt khuẩn càng sớm càng tốt; nhằm giảm nguy cơ diễn tiến nặng cho người bệnh.

Chọc dò dịch báng: giảm bớt lượng dịch quá mức. Trong các trường hợp kháng thuốc, hoặc nếu có quá nhiều dịch cổ trướng trong khoang bụng, chọc hút dịch có thể là một kỹ thuật hiệu quả. Mục tiêu là để giảm dịch qua giảm sự đè áp lực trong khoang bụng , giúp người bệnh cảm thấy dễ chịu hơn. Trong một số trường hợp, người bị cổ trướng có thể chứa khoảng 5 – 10 lít chất dịch. Người bệnh có thể được truyền thêm albumin để nâng đỡ, giảm nguy cơ suy thận.

Đặt TIPS: đây là một kĩ thuật đặc biệt tạo shunt để dẫn lưu bớt dịch ứ trệ dưới gan về tim.

Phẫu thuật ghép gan: có thể được chỉ định cho bệnh nhân có bệnh gan mạn giai đoạn cuối, suy gan.

Trong trường hợp cổ trướng ác tính, các bác sĩ có thể sử dụng ống shunt để dẫn lưu chất dịch từ bụng vào máu. Bệnh cảnh này khi tế bào u đã di căn xa, di chuyển nhiều nơi trong cơ thể. Việc điều trị triệt để báng bụng khá khó khăn. Nếu báng căng, dịch tái lập liên tục, bác sĩ sẽ đặt kim được đặt vào tĩnh mạch ở cổ và gắn một shunt dọc theo thành ngực. Các shunt nối khoang bụng với cổ, dịch bụng sau đó theo ống di chuyển vào máu.

Bên cạnh đó, bệnh nhân cần được điều trị đặc hiệu với u gây ra tình trạng báng. Trong đó, hóa trị có thể giúp thu nhỏ hoặc kiểm soát khối ung thư thông qua một ống trong bụng. Phương pháp này đôi khi có thể ngăn chặn tình trạng dịch tích tụ dịch. Tuy nhiên, không có nhiều bằng chứng cho thấy phương pháp này hoạt động hiệu quả.

Trong trường hợp lao màng bụng, người bệnh cần được khởi động thuốc điều trị kháng lao càng sớm càng tốt. Sau khi điều trị triệt để, người bệnh có thể hồi phục hoàn toàn.

Người bệnh cần được theo dõi cân nặng, nước tiểu, số đo vòng bụng. Các phép đo này vừa đơn giản vừa hiệu quả; vì sự biến đổi của cân nặng do thay đổi dịch báng trong bụng, nhanh hơn nhiều so với biến đổi liên quan đến lượng mỡ trong cơ thể.

Cổ trướng do xơ gan hoặc cổ trướng ác tính có thể tràn dịch tái phát nhiều lần. Nếu người bệnh có triệu chứng nặng, nên đến cơ sở y tế gần nhất hoặc tái khám khi có dấu hiệu tràn dịch tái phát. Trong quá trình điều trị, người bệnh cần tuân thủ chế độ ăn, tránh dùng thêm các thuốc không rõ nguồn gốc, vì có thể làm gan và thận tổn thượng nặng nề hơn.2

Điều trị cổ trướng (báng bụng) giúp cải thiện triệu chứng, giảm biến chứng. Tuy nhiên, nguyên nhân gây báng sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Nếu báng do lao, sau khi điều trị khỏi, người bệnh có thể hết cổ trướng hoàn toàn.12

Ngược lại, ở u di căn màng bụng gây báng bụng ác tính, việc điều trị triệt để rất khó vì khối u đã tiến triển xa. Bệnh nhân xơ gan có báng bụng thường khi đã vào giai đoạn mất bù, nếu được phát hiện sớm và tuân thủ tốt, bệnh nhân có thể giảm được báng bụng rõ.12

Cổ trướng là biểu hiện của bệnh lý khi đã rõ trên lâm sàng. Vì vậy cần điều trị nguyên nhân cụ thể. Nếu dịch báng tích tụ quá mức sẽ gây khó chịu cho người bệnh (ăn kém, khó thở, rốn lồi).

Khi dịch báng quá nhiều, người bệnh có thể đối mặt với nguy cơ nhiễm trùng dịch báng. Tình trạng nhiễm trùng này nếu không được chữa trị kịp thời có thể đe dọa tính mạng của bệnh nhân. Chính vì khó chữa, nên cần sớm phát hiện và thực hiện nhiều biện pháp để phòng ngừa cổ trướng hay báng bụng. Việc phòng ngừa báng bụng có liên quan rất nhiều đến việc phòng ngừa các yếu tố nguy cơ gây ra các bệnh dẫn tới báng bụng:124

Ở những bệnh nhân đã có bệnh gan và xơ gan do bất kì nguyên nhân nào, hãy tránh lạm dụng rượu bia, thuốc nguồn gốc không rõ.

Việc sử dụng các thuốc kháng viêm không chứa steroids (NSAIDs) cũng nên được hạn chế sử dụng ở các bệnh nhân xơ gan. Vì chúng có thể làm giảm dòng máu tới thận. Dẫn đến hạn chế việc thải muối và nước.

Chủng ngừa viêm gan siêu vi B, quan hệ tình dục an toàn.

Vận động thể thao, chế độ ăn uống khoa học, lành mạnh.

Rửa tay, đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người bệnh, đặc biệt là bệnh nhân lao.

Kiểm tra sức khoẻ định kỳ, thực hiện các xét nghiệm tổng quát để phát hiện sớm tổn thương tiền ung. Từ đó giúp dễ dàng xử trí sớm trước khi tiến triển xa đến cổ trướng ác tính.

Tiên lượng cổ trướng tuỳ theo nguyên nhân gây bệnh, cũng như mức độ nặng nhẹ. Bệnh nhân với cổ trướng mới khởi phát thường dễ điều trị và tiên lượng tốt hơn. Tuy nhiên, trường hợp báng bụng lâu năm thì thường khó đáp ứng điều trị hơn. Các triệu chứng có thể được kiểm soát và giảm bớt, nhưng chính việc giải quyết nguyên nhân cổ trướng sẽ quyết định kết quả điều trị.

Trên đây là những thông tin về tình trạngcổ trướnghay báng bụng. Hi vọng đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin bổ ích về tình trạng này. Từ đó có những biện pháp phòng ngừa cổ trướng và cách xử trí phù hợp khi gặp phải các triệu chứng nghi ngờ. Tình trạng này có thể được phát hiện bằng thăm khám lâm sàng và các phương tiện hình ảnh học như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính. Điều trị và tiên lượng phụ thuộc vào nguyên nhân gây cổ trướng, mức độ, thời gian xuất hiện cổ trướng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/da-nhiem-corticoid-nguy-hiem-khon-luong/

Nội dung bài viết

Da nhiễm corticoid là gì ?

Corticoid là gì?

Dấu hiệu nhận biết da nhiễm corticoid

Biến chứng của da nhiễm corticoid

Tác dụng phụ khi bôi corticoid không kiểm soát

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Điều trị da nhiễm corticoid

Chi phí và thời gian điều trị da nhiễm corticoid

Hiện nay trên khắp các diễn đàn làm đẹp, mỹ phẩm, thẩm mỹ da và các bệnh lý da liễu, người ta đang bàn tán đến tình trạng “da nhiễm corticoid”. Có người “thần thánh hóa” việc thoa corticoid, cùng có người lại rất sợ khi nhắc đến nó. Vậy corticoid là gì, sử dụng chúng đúng cách như thế nào, nguyên nhân và dấu hiệu nhận biết tình trạng da nhiễm corticoid cùng cách điều trị ra sao sẽ được Bác sĩ Hoàng Trung Hiếu giải đáp cụ thể trong bài viết dưới đây.

Thực ra “da nhiễm corticoid” là một cách gọi không thực sự chính xác nhưng được dùng thường xuyên, mục đích là để chỉ những tình trạng da bị tổn thương do hoạt tính của chấtcorticoidkhi sử dụng thoa lên da cho những những trường hợp không có chỉ định dùng, trong một thời gian dài hơn mức cho phép, hay do việc sử dụng một cách vô tội vạ các loại mỹ phẩm không rõ nguồn gốc, không rõ xuất xứ và không rõ các thành phần chứa trong đó.

Mặc dù khi mới sử dụng corticoid tại chỗ bôi lên da, đặc biệt damụn trứng cá, các bệnh lý da viêm nổi mẩn đỏ, ngứa như do côn trùng cắn, viêm da tiếp xúc,viêm da cơ địa,… mọi người sẽ thấy tác dụng nhanh chóng. Tuy nhiên việc tự ý sử dụng corticoid thoa dẫn đến những hệ lụy vô cùng lớn, biến chứng để lại rất nhiều, việc điều trị cho tình trạng “da nhiễm corticoid” trong nhiều trường hợp nặng còn là thách thức và khó khăn với chi phí lớn và thời gian lâu dài.

Corticoid hay còn gọi là corticosteroids, là một nhóm thuốc nhân tạo hoặc tổng hợp được sử dụng trong hầu hết các chuyên khoa trong y tế. Nhìn chung thì chúng giúp giảm hiện tượng viêm trong cơ thể bằng cách giảm hoặc ức chế các hóa chất và con đường viêm, ngoài ra ở liều lượng cao, corticoid còn làm giảm hoạt động của hệ miễn dịch, do đó được xếp vào nhóm thuốc gây ức chế miễn dịch cơ thể.

Corticoid có cấu trúc và hoạt tính tương tự nhưcortisol, là một hormone (nội tiết tố) được sản xuất tự nhiên bởituyến thượng thậntrong cơ thể con người. Cortisol đóng vai trò quan trọng trong hàng loạt các quá trình sinh học, bao gồm cả chuyển hóa, phản ứng miễn dịch và đáp ứng vớistress.

Vì corticoid làm giảm hiện tượng viêm, giảm sưng tấy, kích ứng, dị ứng trong nhiều cơ quan khác nhau, do đó chúng thường xuyên được bác sĩ kê đơn để điều trị các bệnh lý như làhen suyễn,phát ban da,lupus, viêm da cơ địa,…

Corticoid được sử dụng theo 2 con đường chính là đường toàn thân và tại chỗ. Đường toàn thân có thể là đường uống, tiêm vào cơ, tiêm vào mạch máu. Đường tại chỗ có thể kể đến là các loại kem bôi da, thuốc nhỏ mắt, nhỏ tai, hay dạng corticoid hít. Ở bài viết này, chúng ta sẽ tập trung vào cơ chế, công dụng cũng như tác dụng phụ của corticoid đường dùng thoa tại chỗ.1

Sự ra đời của corticoid thoa tại chỗ do Sulzberger và Witten tổng hợp năm 1952 được coi là một cột mốc quan trọng trong lịch sử điều trị các rối loạn về da liễu nói chung. Từ đó đến nay, rất nhiều hoạt chất corticoid được tạo ra với hiệu lực và hoạt tính khác nhau, nhằm phù hợp cho từng bệnh lý da cụ thể.2

Mặc dù hiệu quả là thế, nhưng việc sử dụng corticoid thoa là một con dao hai lưỡi, đến nay người ta đang báo động tình trạng gia tăng liên tục các trường hợp lạm dụng và dùng sai corticoid dẫn đến các biến chứng và tác dụng phụ nghiêm trọng, đôi khi không phục hồi lại được.2

Khi sử dụng một sản phẩm bôi có dán nhãn corticosteroids hay không rõ nguồn gốc xuất xứ, không rõ thành phần chứa trong chai, ban đầu các triệu chứng da như nổi ban đỏ, ngứa, mụn trứng cá… sẽ giảm nhanh chóng, khiến cho người dùng có cảm tưởng “thần thánh hóa” kem bôi đó.

Tuy nhiên sau một thời gian sử dụng, hay sau khi dừng bôi kem, các bệnh lý viêm da lúc trước sẽ ồ ạt trầm trọng lên, vùng da được thoa kem hay thậm chí vùng da xung quanh có thể teo mỏng đi, hay sần sùi, tróc vảy, nổi đỏ, ngứa ngáy khó chịu, bỏng rát hay châm chích, nóng rát và thậm chí gây đau.

Da người đó trở nên nhạy cảm, đôi khi sưng nề, chảy dịch, nước, bùng phát mụn dữ dội, nhiễm trùng da,… và có thể gặp các biến chứng toàn thân ở các cơ quan khác. Đôi khi gây nên một bệnh cảnh gọi là “chứng sợ corticosteroids” hay “hội chứng cai/phụ thuộc corticosteroids”.

Nhìn chung, corticoid đường dùng tại chỗ an toàn hơn corticoid toàn thân Tuy nhiên vẫn ghi nhận các tác dụng phụ có thể xảy ra, bao gồm các tác dụng phụ tại chỗ thoa, và tác dụng phụ toàn thân. Đặc biệt, biến chứng nặng là do các loại corticoid có hoạt lực mạnh hay rất mạnh, hoặc các hoạt chất có hoạt lực thấp nhưng được sử dụng trong thời gian dài mà không có sự ngắt quãng hợp lý.

Nhiều tác dụng phụ trên da có thể xảy ra khi sử dụng corticosteroids tại chỗ. Tổn thương da gây ra bởi corticoid thoa thường xoay quanh các cơ chế như:

Giảm khả năng lành thương của da: ức chế hoạt động của các tế bào tạo sừng, tế bào sợi, các mô liên kết mạch máu, yếu tố tạo mạch trong da.

Giảm khả năng đàn hồi của da: corticoid sẽ làm giảm tổng hợpcollagen, giảm chu kỳ sống các tế bào trong da; làm giảm khả năng co dãn và đàn hồi của các cấu trúc mềm và mô liên kết ở da.

Tăng tổn thương da do ánh nắng mặt trời: tổn thương do corticosteroids giống như tổn thương da do lão hóa (lão hóa da) làm da mỏng hơn bình thường, chậm phục hồi kho có tốn thương.

Tổn thương hàng rào bảo vệ trên da: hoạt chất corticoid sẽ gây ra sự giảm nồng độ lipid trong da và khả năng phục hồi của da.

Từ đó có thể xuất hiện các triệu chứng hoặc bệnh lý liệt kê dưới đây, có thể ban đầu chỉ là nóng rát, khô da, châm chích, tuy nhiên sau đó diễn tiến nặng lên thành các triệu chứng cực kỳ khó chịu và biến chứng lâu dài, khó phục hồi.3

Có thể xảy ra khi bạn sử dụng các chất kem chứa corticoid liên tục hằng ngày trong từ 2 đến 3 tuần trở lên. Các vùng da ở vùng nếp như nách, bẹn, và các vùng da mỏng thuốc sẽ xuyên thấu và thấm nhập như quanh mí mặt, vùng mặt, da vùng bộ phận sinh dục rất dễ bị teo da, giảm độ dày của da, nhưng vẫn có thể hồi phục trong vòng vài tuần đến vài tháng nếu ngừng thoa corticoid kịp thời ngay khi có dấu hiệu bắt đầu thấy da thay đổi.

Trong đó tình trạng teo da là thường gặp nhất, xảy ra do mọi loại corticoid thoa tại chỗ, soi da vi thể cho thấy có sự thay đổi và lớp thượng bì và trung bì da, làm thu nhỏ kích thước và hình dạng các tế bào, đồng thời cũng giảm số lớp tế bào trong da.

Nhiều trường hợp sau một thời gian sử dụng corticoid tại chỗ kéo dài, đặc biệt ở vùng mặt, hay vùng thân trên như vùng ngực, bụng, lưng trên có thể gây ra mụn phát ban. Cơ chế là do làm tăng nồng độ axit béo cùng lipid trong cở thể, từ đó kích hoạt hoạt động mạnh của các vi khuẩn có trong tuyến bã, hình thành nên mụn trứng cá.2

Nếu sử dụng corticosteroids tại chỗ mạn tính trên mặt cũng có thể gây khô da, tróc vảy, đóng mài với vài mụn mủ rải rác, viêm nang lông vùng quanh miệng (gọi là viêm da quanh miệng), đặc biệt lưu ý khi có nhiều tình huống oái ăm đó là khi sử dụng thoa corticoid trên mặt lâu ngày có thể gây phát ban đỏ, ngứa, bỏng rát tương tự như một bệnh lý da liễu thực sự. với điều trị còn nhiều hạn chế đó là bệnh trứng cá đỏ (rosacea, thường gặp ở phụ nữ tuổi trung niên, hiện diện các sang thương da như mụn mủ, cục nang, giãn mạch máu trên da, hay gặp tình trạng đỏ bừng mặt).

Corticosteroids làm mỏng lớp trung bì, và làm mất mô liên kết nâng đỡ trong da, khiến cho làn da chảy xệ, trong suốt, hình thành các nếp nhăn, gây rarạn davà ảnh hưởng đến mạch máu trên da gây ra các tình trạng ban đỏ, giãn mạch máu, xuất huyết (vết bầm tím) trên da.

Như chúng ta đã biết, mặc dù corticosteroids thoa là một trong những điều trị tiêu chuẩn của tình trạng viêm da tiếp xúc trong đa số các trường hợp, tuy nhiên không phải là tất cả các chế phẩm bôi chứa corticoid đều an toàn cho da. Người ta đã ghi nhận có khá nhiều sản phẩm bôi chứa corticoid gây dị ứng cho da, thông thường là do các hoạt chất phụ đi kèm hay các tá dược, chất bảo quản của tuýp kem đó, tuy nhiên da của một người vẫn có thể dị ứng khi tiếp xúc với chính gốc steroid, mặc dù trường hợp này hiếm hơn.

Khi bạn bị viêm da tiếp xúc, hay bị các bệnh lý da viêm đỏ mạn tính, được các bác sĩ kê một tuýp kem chứa corticoid thoa tại chỗ, mà đột ngột bệnh không kiểm soát được và trầm trọng hơn khi điều trị, thì bạn nên nghi ngờ da bạn có nhiều khả năng bị viêm da tiếp xúc với hoạt chất corti hay thứ phát sau các thành phần khác có trong tuýp kem đó.

Sau một khoảng thời gian dài thoa corticoid liên tục, nếu người đó ngưng sử dụng corticoid đột ngột thì có thể gây ra một bệnh cảnh gọi là hội chứng cai corticoid, đặc biệt là trên da mặt, hoặc da bộ phận sinh dục, có thể tạo ra một loạt các dấu hiệu đa dạng khác nhau. Các triệu chứng thường gặp nhất là:

Nổi ban đỏ da.

Cảm giác nóng bỏng hoặc châm chích.

Da luôn trong tình trạng ngứa ngáy khó chịu, đôi khi gây cảm giác đau cho người bệnh.

Mặt đỏ bừng bừng như bốc hỏa.

Đây là tình trạng cần được hướng dẫn điều trị bởi các bác sĩ da liễu, cơ chế chia làm 3 pha:

Đầu tiên, sử dụng steroid cải thiện đáng kể mụn mủ, ngứa, ban đỏ, tróc vảy do steroid có tính kháng viêm mạnh, ức chế hoạt động của các tế bào viêm.

Pha 2 là khi tiếp tục sử dụng corticoid kéo dài, có hiện tượng ức chế miễn dịch cục bộ làm tăng sự phát triển của hệ vi sinh vật, có thể có hại trên da.

Sau đó là pha 3, khi đột ngột ngừng corticoid, các cơn ngứa và da mẩn đỏ, nóng bừng, châm chích bùng phát, bệnh lý viêm trước đó được kiểm soát thì nay trở nên trầm trọng hơn.

Khi bạn bị nhiễm một số loại nấm sống trên da, chúng sẽ gây cho bạn các triệu chứng thường gặp nhất là nổi ban đỏ, da tróc vảy trắng, kèm ngứa, đặc biệt khi tiếp xúc với nước hay ra nhiều mồ hôi. Việc thoa các sản phẩm corticoid tại chỗ không phù hợp có thể làm xấu đi hoặc làm che dấu đi các đặc điểm triệu chứng điển hình của bệnh nhiễm trùng nấm da, từ đó làm chậm điều trị hay lu mờ các dấu hiệu bệnh làm bệnh diễn tiến nặng hơn.

Thường gây ra do sử dụng corticoid đường toàn thân, rậm lông cục bộ khá hiếm, đôi khi vẫn kéo dài nhiều tháng sau khi ngưng steroid.

Giảm sắc tố da do corticoid thoa rất hay gặp, trong đó người có típ da sậm màu dễ phát hiện hơn người có típ da sáng màu, có thể liên quan đến việc corticoid ức chế hoạt động của tế bào hắc tố (tế bào tạo melanin – sắc tố của da).

Tình trạng này hiếm gặp, do hiện tượng teo lớp trung bì và sự mất chất nền tế bào gây mất nâng đỡ cấu trúc mạch máu, làm cho mạch máu nông trên da dễ vỡ có hiện tượng mạch máu thoát ra lòng mạch, hay làm mất sắc tố, sẹo ở tứ chi, có khi gây loét.

Giảm hiệu quả của thuốc khi đang sử dụng corticoid thoa, thường gặp trong các bệnh lý cần sử dụng corticoid như là một chất điều trị chính, có thể kể đến là trongbệnh vảy nến, viêm da cơ địa,… biến chứng này hay gặp ở những người bệnh tự ý dùng corticoid thoa kéo dài, mà không tuân thủ điều trị của các bác sĩ da liễu.2

Trước đây mọi người cứ tưởng rằng, các hoạt chất bôi chứa corticoid sử dụng tại chỗ không có tác dụng phụ toàn thân, nhưng ngày nay càng có nhiều nghiên cứu và bằng chứng đã chứng tỏ rằng việc sử dụng kéo dài corticosteroids tại chỗ, đặc biệt là corticosteroids hiệu lực cao và siêu cao, có thể gây ức chế trụchạ đồi–tuyến yên(HPA), làm tăng chỉ số đường huyết và tăng nhãn áp (mắt) hoặc đục thủy tinh thể. Một số tác dụng phụ của việc bôi corticoid không kiểm soát là:3

Các yếu tố nguy cơ bao gồm sử dụng corticosteroids hoạt lực mạnh, sử dụng kéo dài mạn tính, vùng da mỏng dễ hấp thu thuốc vào hệ thống, liên tục, hàng rào bảo vệ da bị thay đổi và tuổi còn trẻ. Sử dụng thường xuyên corticoid nhẹ ở trẻ nhỏ tưởng chừng như an toàn nhưng vẫn có thể gây ức chế hạ đồi – tuyến yên, ảnh hưởng không nhỏ đến thể chất và sự phát triển tâm thần – vận động, tâm sinh lý ở trẻ.

Một nghiên cứu phân tích tổng hợp các nghiên cứu lớn đã thống kê có tới 5% người bệnh sử dụng corticosteroids tại chỗ có ức chế trục hạ đồi – tuyến yên. So với nhóm người bình thường không sử dụng corticoid thoa thì những người dùng corticosteroids tại chỗ để điều trị bệnhvảy nến, viêm da cơ địa, hay bệnh lichen phẳng có nguy cơ ức chế hệ HPA gấp 9 lần.4

Các nghiên cứu cũng cho thấy việc sử dụng corticoid thoa cũng làm cho người dùng tăng chỉ số đường trong máu, và gây bệnh tiểu đường tiềm tàng.

Trường hợp này thì ít gặp hơn, chủ yếu do việc sử dụng thoa corticoid hiệu lực mạnh ở vùng quanh mắt mãn tính.

Bạn có thể thấy ở trên liệt kê và phân tích rất nhiều triệu chứng và tác dụng phụ từ nhẹ đến nặng của da nhiễm corticoid, việc sử dụng corticoid thoa quá tay hay không đúng chỉ định của bác sĩ.

Do đó bất cứ khi nào bạn nghi ngờ các sản phẩm bạn đang dùng có chứa thành phần corticosteroids, và làn da của bạn có những dấu hiệu gợi ý nhiễm corticosteroids, bạn cần ngưng sản phẩm đó ngay, và đến khám hay cần nhờ tham vấn bởi những bác sĩ da liễu có chuyên môn, để họ cho bạn lời khuyên đúng đắn về việc có nên dừng hay sử dụng tiếp kem bôi đó sao cho hợp lý.

Một số đối tượng nhạy cảm, cần lưu ý khi sử dụng corticoid đường tại chỗ hay toàn thân như trẻ sơ sinh, trẻ em, người bị các bệnh lý da mạn tính, cấp tính, hay phụ nữ có thai, cho con bú,… phải được khám và tư vấn cẩn thận bởi bác sĩ da liễu, tuyệt đối không tự ý sử dụng các sản phẩm chứa corticoid.

Nhìn chung, việc đầu tiên khi nghi ngờ làn da nhiễm corticosteroids, các bác sĩ sẽ lập tức kiểm tra các sản phẩm bôi có chứa thành phần corticosteroids hay không, từ đó xem xét việc dừng hay đổi các sản phẩm thoa khác.

Tùy vào từng trường hợp cụ thể, thời gian và độ mạnh của corticosteroids bạn sử dụng, các bác sĩ sẽ phải cân nhắc rất thận trọng, vì nếu dừng đột ngột corticoid thoa có thể làm nặng lên tình trạng “lệ thuộc corticosteroids”.

Bạn cũng có thể chăm sóc làn da nhiễm corticoid của mình tương tự như với một làn da nhạy cảm, sử dụng các sản phẩm da dịu nhẹ, không chứa xà phòng, chất tạo bọt quá mạnh, không sử dụng các chế phẩm mạnh có tính điều trị trong thời gian chờ da phục hồi.

Bên cạnh đó, những cách sau đây cũng thường được chỉ định điều trị da nhiễm corticoid.

Nếu da bạn đang khô, bong tróc thì việc sử dụng dưỡng ẩm da là cần thiết, thoa từ 2 – 3 lần / ngày, với các thành phần chuyên biệt cho da nhạy cảm, không hương liệu, không chất tạo mùi. Tùy vào vùng da cần thoa như mặt, da thân mình hay tay chân mà lựa chọn chế phẩm cho phù hợp.

Đôi khi để giảm tình trạng ngứa ngáy khó chịu, các bác sĩ sẽ kê cho bạn một số loại thuốc uống như kháng histamin, hay kháng sinh để phòng ngừa hay điều trị tình trạng nhiễm trùng vi khuẩn đi kèm, hay trong trường hợp có nhiễm nấm thì dùng phác đồ điều trị nấm, nhiễm ký sinh trùng (thường gặp nhất là nhiễm Demodex) thì điều trị phác đồ tương ứng.6

Các bác sĩ da liễu cũng có thể sử dụng các phương pháp hiện đại tại phòng khám/bệnh viện chuyên sâu như là liệu pháp tiêm vi điểm, hay cho thoa các chế phẩm tế bào gốc, vitamin có tính chống oxy hóa, dưỡng ẩm da, nhằm giúp làn da phục hồi nhanh chóng hơn, làn da mau chóng “khỏe hơn”. Tùy từng tác dụng phụ như teo da, rạn da, nổi mạch máu… mà có các liệu trình điều trị khác nhau.7

Với những người mắc hội chứng lệ thuộc corticoid, chắc chắn không thể dừng đột ngột việc bôi corticoid được, do đó các bác sĩ thường áp dụng chiến lược giảm dần liều lượng, độ mạnh, diện tích vùng da cần bôi và/hoặc tần suất bôi, có thể từ việc bôi hằng ngày giảm còn cách ngày, hoặc thoa vào ngày trong tuần, chừa ngày cuối tuần…, giảm từ một loại corticoid mạnh thành một loại ít mạnh hơn,…2

Tất nhiên phải hết sức thận trọng trên các đối tượng nhạy cảm, dễ tổn thương như trẻ em, người già, phụ nữ có thai và cho con bú, các vùng da dễ gặp tác dụng phụ nhất như là da mặt, vùng gấp, vùng quanh mắt, da cơ quan sinh dục,…2

Chi phí điều trị cho da nhiễm corticoid phụ thuộc vào độ nặng và tình trạng da hiện tại của bạn.

Khi làn da của bạn chỉ mới có dấu hiệu nhiễm corticoid thì việc ngừng corticoid bôi kết hợp chăm sóc da đúng đắn có thể làm cho làn da của bạn mau chóng khỏe lại như ban đầu. Nhưng với việc sử dụng và lạm dụng corticoid thoa trong thời gian dài, chi phí điều trị cho các liệu trình phục hồi là đáng kể, kéo dài thay đổi từ vài tuần đến vài năm, thậm chí có các tác dụng phụ và biến chứng không thể phục hồi như lúc đầu được.8

Corticoid thoa là một trong những hoạt chất được sử dụng nhiều nhất trong da liễu vì tác dụng và hiệu quả mong muốn của nó, tuy nhiên việc thiếu hiểu biết dẫn đến sử dụng quá tay, lạm dụng các sản phẩm bôi trong điều trị các bệnh lý da liễu nói chung đã dẫn đến những hệ lụy xấu và trầm trọng cho người sử dụng và cho xã hội. Do đó bạn cần phải tỉnh táo trong ma trận các mỹ phẩm được quảng cáo quá mức như hiện nay, nhằm lựa chọn được sản phẩm phù hợp và an toàn nhất với làn da của mình và tránh bị bệnh lýda nhiễm corticoid.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chua-benh-di-tinh/

Nội dung bài viết

Di tinh là gì?

Nguyên nhân gây di tinh

Biểu hiện của di tinh

Cách điều trị di tinh ở nam giới

Khi nào nên đến gặp bác sĩ?

Tác hại của di tinh

Kết luận

Di tinh là hiện tượng phổ biến ở nam giới, đặc biệt với những bé trai trong độ tuổi dậy thì. Liệu đây chỉ là trạng thái bình thường hay là dấu hiệu cho những bệnh tiềm ẩn khác? Đâu mới là cách chữa bệnh di tinh phù hợp? Hãy cùng Bác sĩ Phan Văn Giáo tìm hiểu về tình trạng này qua bài viết dưới đây.

Di tinh là hiện tượng xuất tinh ở nam giới dù không có khoái cảm tình dục.Tinh dịchcó thể rò rỉ cả khi dương vật không cương cứng hoặc khi phái mạnh không quan hệ tình dục.

Đây thực chất là hiện tượng sinh lý bình thường của cơ thể. Thông thường, tình trạng này sẽ xuất hiện trong độ tuổi dậy thì, với tần suất 3-5 lần/tháng. Tuy nhiên, nếu nam giới thường xuyên xuất tinh, đó có thể là dấu hiệu của những bệnh lý nguy hiểm khác.

Có rất nhiều nguyên nhân gây nên hiện tượng di tinh. Khi trẻ đến tuổi vị thành niên, hàm lượngtestosteronetrong cơ thể thường tăng đột ngột. Đồng thời, bộ máy sinh dục cũng sẽ tăng sản xuất. Điều đó làm lượng tinh trùng trong túi chứa tinh trở nên nhiều hơn và gây tình trạng “rò rỉ tinh dịch”.

Song, xuất tinh với tần suất cao có thể là biểu hiện của nhiều vấn đề nghiêm trọng khác như:

Bất thường ở cơ quan sinh dục nhưviêm tuyến tiền liệt, viêm đường tiết niệu,viêm niệu đạo,hẹp bao quy đầu,…

Rối loạn hệ bàng quang – niệu – sinh dục do bệnh thần kinh trung ương.

Các bệnh lý khác liên quan đến thần kinh như khối u ở não, tủy sống,…

Các dị tật bẩm sinh.

Làm việc quá sức khiến bản thân luôn cảm thấy căng thẳng, mệt mỏi.

Ngoài ra, lối sống không lành mạnh cũng góp phần khiến nam giới xuất tinh không kiểm soát thường xuyên hơn. Một số hoạt động có thể kể đến như:

Thường xem phim, hình ảnh về tình dục.

Mặc quần lót quá chật làm dương vật bị dồn ép, bí bách.

Không vệ sinh bộ phận sinh dục sạch sẽ, tạo môi trường thuận lợi cho các vi khuẩn phát triển.

Có thói quen thủ dâm thường xuyên dẫn đến rối loạn dây thần kinh điều khiển việc xuất tinh.

Ham muốn tình dục cao nhưng không được đáp ứng trong thời gian dài.

Để chữa bệnh di tinh, cánh mày râu nên điều chỉnh sinh hoạt thật điều độ và khoa học.

Khi có hiện tượng di tinh, “cánh mày râu” sẽ thường bị rỉ tinh dịch hoặc xuất tinh dù không đạt được khoái cảm. Ngoài ra, một số biểu hiện khác cũng cần được lưu ý như:

Hay mất tập trung, mệt mỏi kéo dài.

Di tinh kèm theo tiểu nhiều lần, đặc biệt vào ban đêm.

Có cảm giác ngứa ở dương vật, thậm chí đau rát.

Giảm ham muốn tình dục.

Đau thắt lưng.

Đểchữa bệnh di tinh, biệnpháp dùng thuốc và xây dựng lối sống lành mạnh cần được kết hợp.

Hiện nay dân gian có lưu truyền nhiều cách chữa bệnh di tinhbằng các thực phẩm thiên nhiên. Những phương pháp trên thường mang lại hiệu quả với người mới mắc di tinh và chưa có nhiều biến chứng nguy hiểm. Bạn đọc có thể tham khảo một số cách dưới đây:

Vắt nước cốt lá hẹ và chia ra uống 2 lần/ngày.

Dùng đường phèn và đu đủ xanh.

Dùng hạttơ hồng vàng.

Ở một số trường hợp nặng hơn, để chữa bệnh di tinh hiệu quả, bác sĩ có thể chỉ định dùng thuốc.

Theo các chuyên gia y tế, tình trạng di tinh có thể được khắc phục bằng cách thay đổi lối sống phù hợp; không nhất thiết phải can thiệp những biện phápchữa bệnh di tinh. Một số lời khuyên được đưa ra như sau:

Hạn chế xem phim hoặc tranh ảnh gây kích thích tình dục.

Tránh thủ dâm quá nhiều, tần suất thích hợp nên là 2 – 3 lần/tháng.

Không mặc quần lót bó sát, đặc biệt là khi ngủ.

Nên tắm nước lạnh.

Tăng cường các hoạt động thể chất, tập luyện thể dục thể thao đều đặn.

Có các hoạt động giải trí hoặc thói quen lành mạnh, tham gia công tác xã hội.

Ăn uống và nghỉ ngơi hợp lý, tránh để bản thân mệt mỏi hoặc căng thẳng quá mức.

Di tinh chỉ là hiện tượng bình thường ở nam giới trong tuổi dậy thì và thường biến mất khi kết hôn. Do đó, phái mạnh không cần quá lo lắng mà nên duy trì lối sống lành mạnh, sinh hoạt tình dục điều độ. Việc giữ tâm lý thoải mái, vui vẻ cũng là yếu tố cần thiết giúp khắc phục di tinh.

Di tinh không hẳn là một vấn đề quá nghiêm trọng. Đây thực chất chỉ là những thay đổi của cơ thể nam giới trong quá trình trưởng thành. Tuy nhiên, nếu tình trạng này xuất hiện với tần suất dày đặc hoặc gây ảnh hưởng đến cuộc sống; bạn nên tìm gặp bác sĩ để được tư vấn và chữa bệnh di tinh hiệu quả.

Ở một số trường hợp di tinh thể nặng, đàn ông có thể gặp hiện tượng này sau khi đã kết hôn. Khi đó, người bệnh cần nhanh chóng liên hệ với cơ sở y tế để được hỗ trợ.

Ở nam giới trưởng thành, di tinh với tần suất phù hợp sẽ giúp giải tỏa nhu cầu sinh lý. Nhưng nếu phái mạnh gặp phải tình trạng này nhiều hơn 1-2 lần/tháng, đây là khởi đầu cho nhiều biến chứng đáng quan ngại. Một số tác hại di tinh để lại như:

Khiến cơ thể mệt mỏi, suy nhược, tạo điều kiện cho những bệnh lý viêm nhiễm đường sinh dục tiến triển.

Gây ra tâm lý bất an, lo lắng, luôn tự ti về bản thân.

Làm suy giảm ham muốn tình dục, ảnh hưởng đến chất lượng đời sống “chăn gối”.

Nguy cơ cao bị vô sinh do mất nhiều tinh trùng trong những lần xuất tinh.

Di tinhlà hiện tượng tinh dịch rò rỉ khỏi dương vật dù nam giới không nhận được kích thích tình dục. Đây được xem là trạng thái sinh lý bình thường của cơ thể. Song, nếu tần suất diễn ra nhiều, di tinh có thể là dấu hiệu cảnh báo những bệnh lý tiềm ẩn. Hiện nay, có rất nhiều phươngpháp chữa bệnh di tinh hiệu quả. Tuy nhiên, bác sĩ khuyên người bệnh nên tìm đến các cơ sở y tế để thăm khám nếu tình trạng này gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/duong-vat-noi-mun/

Nội dung bài viết

Nổi mụn ở dương vật là bệnh gì?

Nguyên nhân gây ra nổi mụn ở dương vật

Xử trí tình trạng nổi mụn ở dương vật tại nhà

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Điều trị mụn ở dương vật bằng thuốc chuyên biệt

Có nên nặn mụn ở dương vật hay không ?

Hiện nay, với việc giới trẻ đang có xu hướng cởi mở hơn trong vấn đề tình dục, Các bệnh lý lây truyền qua con đường này ngày càng gia tăng. Các bạn nam rất hay gặp tình trạng nổi mụn ở dương vật, đa phần chúng chỉ là lành tính. Nhưng có thể gây nhiều lo lắng và trở ngại, vì họ sợ mình đang mắc các bệnh lý khác, có thể gây nguy hiểm đến sức khỏe. Đây là một chủ đề thường hay bị bỏ sót và hiểu nhầm. Do đó, trong bài viết dưới đây, mời quý bạn đọc cùng Bác sĩ Hoàng Trung Hiếu tìm hiểu về nguyên nhân gây nên, triệu chứng biểu hiện cũng như các cách trị liệu cho vấn đề còn nhiều tranh cãi này nhé.

Mụn haymụn nhọtcó thể xuất hiện trên bất kỳ vùng da nào trên cơ thể. Thường là trên mặt, vùng thân mình như ngực, lưng và cũng có nhiều trường hợp mụn có thể phát triển trên dương vật ở nam giới.

Nếu chỉ là mụn nhọt đơn thuần haymụn đầu trắngthì chúng thường vô hại, không gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe. Tuy nhiên, đôi khi nổi mụn ở vùng sinh dục có biểu hiện khá giống với những bệnh lý khác, đặc biệt là ở người nam, phổ biến nhất là các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục, và do đó điều quan trọng là bạn phải biết được liệu nổi mụn ở trên thân dương vật hay vùng da xung quanh là bình thường, hay là biểu hiện của bệnh lý khác, có cần được điều trị y tế hay không.12

Mặc dù đa phần nổi mụn ở dương vật người nam là tình trạng lành tính, nhưng cũng nhiều trường hợp là do các bệnh lý khác

Mụn nhọt phát triển khi các tuyến bã nhờn tiết dầu trên da bị tắc nghẽn bởi chất gì đó, có thể là dầu dư thừa, tế bào da chết, các mảnh bụi bẩn hay mồ hôi. Điều này có thể kích hoạt các phản ứng miễn dịch của cơ thể, khiến khu vực da này bị viêm đỏ và sưng tấy. Bên cạnh đó, tình trạng này có thể gây đau hay ngứa ngáy khó chịu. Nếu không được chăm sóc hợp lý chúng sẽ to lên, mọc thành cụm hay hợp thành nhọt lớn. Bạn có nguy cơ cao nổi mụn ở vùng quanh dương vật nếu bạn có một số yếu tố nguy cơ sau:3

Sống ở khí hậu nhiệt đới nóng ẩm, thường xuyên chảy nhiều mồ hôi

Bạn thuộc tuýp da dầu, da hay đổ dầu nhờn.

Cạo lông mu không đúng cách

Mặc quần lót chật, bó sát, có thể gây ma sát, dẫn đến kích ứng da

Vệ sinh cá nhân kém,…

Khác với mụn nhọt hay mụn mủ, mụn đầu trắng và các mụn trắng nhỏ khác trên dương vật thường là vô hại, và rất phổ biến ở nam giới. Chúng có thể liên quan đến tình trạng mụn trứng cá thông thường, hay sẩn hạt ngọc dương vật (còn gọi là mụn thịt dương vật), hoặc những đốm trắng li ti gọi là hạt Fordyce. Nếu là mụn đầu trắng domụn trứng cáthì chúng cũng có cơ chế và biểu hiện tương tự như mụn trứng cá ở những vùng da khác, phổ biến ở những nơi có nhiều lỗ chân lông, chẳng hạn như ở mặt, thân mình như ngực, lưng,… Khi xuất hiện ở trên dương vật, vị trí thường gặp đó là ở gốc hay thân, hiếm khi ở vùng đầu dương vật. Tuy nhiên, các đốm mụn trắng này có thể nhầm với các bệnh lý khác, rất dễ bỏ sót điển hình là các bệnh lý lây truyền qua quan hệ tình dục. Các bệnh lý này có thể gây ra các biến chứng khác nếu không được điều trị hợp lý.23

Những nguyên nhân thường gặp dễ chẩn đoán nhầm với nhau vì các biểu hiện triệu chứng tương tự nhau, có thể là:3

Vết trầy xước và bóng rát do dao cạo xảy ra trên vùng da bạn vừa cạo, dẫn đến mẩn đỏ và kích ứng. Vết cắt hay cạo nhỏ cũng có thể gây nên tình trạng này. Khi vùng da bị tổn thương lành lại, chúng có thể hình thành hiện lượng lông mu mọc ngược và các vết sưng tấy kèm mủ khác dọc theo vết cạo. thông thường, vết bỏng rát do dao cạo sẽ tự lành mà không cần điều trị gì đặc biệt. Để làm dịu làn da đang bị kích ứng, bạn có thể sử dụng kem dưỡng thể làm từbột yến mạchthoa lên vùng da đang viêm đỏ, bạn cũng có thể thoa kem dưỡng thể này mỗi khi cạo lông để ngăn ngừa kích ứng trong những lần tới.

Hạt Fordyce là những hạt bã nhờn có thể nhìn thấy được. Thông thường thì cáctuyến bã nhờnsẽ nằm bên dưới các nang lông, nhưng ở vùng dương vật không có lông, chúng có thể được nhìn thấy rõ. Các hạt Fordyce có kích thước nhỏ, li ti, có thể có mày trắng hoặc vàng.

Có một gợi ý giúp bạn biết những đốm trắng nằm trên thân dương vật của bạn có phải là hạt Fordyce hay không, đó là tình trạng này hay đi kèm với nổi đốm trắng ở bên trong miệng, ở vùng môi. Những đốm trắng, vàng này thường hình thành theo cụm, có thể từ vài chục đến 100 hạt.

Các hạt này đa số là vô hại, không có triệu chứng gì đặc biệt nhưng đôi khi gây những lo ngại về mặt thẩm mỹ. Một số thủ thuật và điều trị da liễu có thể loại bỏ các đốm này, chẳng hạn như liệu pháp ánh sáng laser, tuy nhiên cần được tư vấn cụ thể bởi các bác sĩ da liễu.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xemXemBiểu hiện của hạt Fordyce là những hạt như bã nhờn ở thân dương vật

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Đây là tuyến bã nhờn bình thường ở nam giới, nhưng nổi gồ lên da và được nhìn rõ ở vùng quy đầu dương vật, đặc biệt là xung quanh dây thắng. Các sẩn hạt này thường nhỏ, cũng mọc thành cụm, có màu trắng ngà hoặc ngả vàng. Mặc dù tình trạng này có thể gây nhầm lẫn và sợ hãi cho nam giới, nhưng thực ra đây là một vấn đề sinh lý bình thường ở người nam, được coi là vô hại, lành tính và không cần điều trị gì.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xemXemSẩn hạt ngọc dương vật là những sẩn tròn đồng dạng như mụn, nhưng đặc, màu trắng hay màu da, không gây hại gì, nhưng dễ chẩn đoán nhầm với mụn cóc sinh dục

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Viêm nang lônglà tình trạng viêm đỏ kèm sưng tấy ở các nang lông vùng sinh dục. Thường do vi khuẩn xâm nhập và biểu hiện như những mụn đỏ hay mụn nhọt chứa mủ ở các nang lông, có thể gây đau nhức và ngứa ngáy, khó chịu. Viêm nang lông có thể tự khỏi mà không cần chữa trị. Tuy nhiên trong những trường hợp dai dẳng và hay tái phát, bác sĩ có thể kê cho bạn thuốc kháng sinh thoa tại chỗ, để trị các vết sưng tấy hiện tại, đồng thời giúp ngăn ngừa sự viêm nhiễm trong tương lai

Nổi mụn ở dương vật có thể xảy ra bất kể bạn có hoạt động tình dục hay không, nhưng nếu có thì điều này giúp bạn thu hẹp các nguyên nhân gây ra mụn. Nếu bạn gần đây hay đang có hoạt động tình dục, nổi mụn ở vùng sinh dục có thể là gợi ý cho một số bệnh lý cụ thể được xếp vào nhóm bệnh lây truyền qua đường tình dục, mà điển hình là 4 bệnh lý dưới đây:14

Biểu hiện là những mụn nhỏ màu trắng hay nâu, hay vàng phát triển ở bất kỳ chỗ nào trên dương vật, mà thông thường là ở thân hay đầu dương vật. Chúng cũng có thể xuất hiện trên các khu vực lân cận như ở bìu, hay vùng mu, hoặc ở vùng đùi sát nếp bẹn. Bề mặt mụn cóc có thể phẳng hay xù xì, sần sùi có thể có hình dạng “súp lơ xanh”. Trong một số trường hợp chúng có thể tự biến mất, nhưng nhiều trường hợp cần điều trị để loại bỏ chúng. Sự lây nhiễm là kết quả của sự tiếp xúc da kề da trong khi quan hệ tình dục với một loại virut tên làHPV. Lưu ý rằng mụn cóc sinh dục là bệnh lý lây truyền qua đường tình dục phổ biến nhất trên toàn thế giới.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xemXemMụn cóc sinh dục là bệnh lý lây truyền qua đường tình dục phổ biến nhất

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Biểu hiện là những mụn nước hay mụn mủ màu trắng xám với nền da đỏ viêm xung quanh, phát triển trên thân dương vật hay vùng da xung quanh. Các mụn nước có thể vỡ ra hình thành các vết trợt hay loét nông, chảy dịch, nước gây cảm giác đau rát, ngứa và khó chịu cho bạn. Nhiều trường hợp bị nặng có thể lan ra hậu môn.Mụn rộp sinh dụcdo một loại vi rút tên là Herpes simplex (HSV) gây nên, cụ thể là Herpes simplex type số 1 và 2, ở vùng sinh dục thì chủng gây bệnh thường là type số 2.

Biểu hiện đặc trưng của bệnh mụn rộp sinh dục là những chùm mụn nước, mụn mủ trên thân hay đầu dương vật, có thể vỡ ra thành các vết trợt gây đau nhức cho nam giới

Gây ra do vi rút có tên là Poxvirus. Những người nhiễm vi rút này sẽ có triệu chứng là nổi các đám mụn nhỏ, thường cứng, nhưng đôi khi mềm, trên da, kích thước từ nhỏ đến trung bình, đặc trưng là có vết lõm trắng ở trung tâm. Chính điều này giúp phân biệt với các loại u nhú khác. Vị trí nổi u mềm lây thì đa dạng. Có thể ở trên thân hay xung quanh dương vật, ở vùng mu, vùng đùi hay bẹn, đôi khi có thể lây lên vùng bụng, mông, lưng,.. Tình trạng này gây cho bạn cảm giác ngứa, khó chịu, và bạn có thể phải cần đến các bác sĩ chuyên môn để loại bỏ các u mềm này.

Có thể bạn đã từng nghe về bệnh lý này trước đây. Biểu hiện của bệnh là các vết loét màu trắng hay đỏ, ít khi gây đau ở trên thân hay xung quanh dương vật. Đâu là bệnh lý gây ra do vi khuẩngiang maitên là Treponema pallidum gây ra, có nhiều giai đoạn bệnh, trong đó vết loét hay trợt ở vùng sinh dục là giai đoạn bệnh đầu tiên, nếu được chữa trị sớm và kịp thời sẽ khỏi hoàn toàn. Nhưng nếu không được chẩn đoán đúng và để bệnh diễn tiến qua các giai đoạn sau, bệnh sẽ có nguy cơ gây ra các biến chứng nghiêm trọng ảnh hưởng đến sức khỏe của bạn.

Đa phần nổi mụn ở dương vật sẽ tự khỏi hoàn toàn mà không cần điều trị gì đặc biệt. chúng sẽ tự biến mất sau vài ngày, đến vài tuần. Điều quan trọng là bạn cần tránh bóp hay nặn mụn vùng này, vì vùng da chỗ sinh dục người nam rất nhạy cảm và dễ kích ứng, nếu bạn cố gắng bóp mụn nhọt vỡ ra, có thể sẽ làm lan tràn vi rút hay vi khuẩn có hại lan ra xung quanh hay lan vào máu, có thể làm trầm trọng thêm tình trạng đang có, đôi khi còn gây ra sẹo vĩnh viễn và bội nhiễm vi khuẩn. Nhận diện và giải quyết các nguyên nhân có thể làm khởi phát nổi mụn là phương pháp tốt nhất để điều trị và ngăn ngừa chúng hình thành trở lại.23

Các phương pháp giúp điều trị và giảm nguy cơ nổi mụn ở dương vật bao gồm:23

Tránh môi trường ẩm ướt, đổ nhiều mồ hôi.

Giảm thiểu các hoạt động gây ra mồ hôi, và nếu có thì nên tắm sạch và thay quần áo khác.

Mặc quần áo rộng rãi, thoáng mát, và tránh quần áo cọ xát vào da vùng sinh dục.

Tránh chạm tay hay gây ma sát.

Không nặn hay cố gắng bóp mụn ở vùng da đang tổn thương, điều này có thể làm nặng thêm hay gây lây lan vi sinh vật gây bệnh.

Thay ga giường và quần áo thường xuyên.

Tắm rửa sạch toàn bộ cơ thể, đặc biệt là vùng sinh dục để ngăn vi khuẩn và các chất dơ tích tụ.

Nếu bạn bị nổi các mụn nhọt, hay nốt mụn sưng nhiều ở dương vật, bạn đã thử các biện pháp đơn giản tại nhà nhưng chúng không thuyên giảm và trở nên tồi tệ hơn, hãy đến khám các bác sĩ da liễu hay nam khoa.

Nếu triệu chứng cơ bản như ngứa ngáy, đau rát hoặc các triệu chứng khác, gây khó chịu và lo lắng cho bạn, hãy đến khám bác sĩ ngay khi có thể. Lúc này việc xác định được đúng tình trạng bạn đang mắc phải có thật sự chỉ là mụn nhọt đơn thuần, hay tiềm ẩn những bệnh lý nguy hiểm hơn thật sự quan trọng, vì mỗi tình huống bệnh khác nhau sẽ có phương pháp điều trị khác nhau, với tiên lượng khác nhau. Đặc biệt là khi bạn nghi ngờ nhiễm các bệnh lý được xếp vào nhóm lây truyền qua đường tình dục, trước hết bạn nên tránh quan hệ tình dục trong thời gian chẩn đoán và điều trị.2

Bất cứ khi nào bạn cảm thấy lo lắng và cần hỗ trợ, đừng ngần ngại đến khám các bác sĩ đề nhận được sự giúp đỡ cần thiết nhé

Bạn cũng nên đến khám bác sĩ khi xuất hiện các triệu chứng khác, chẳng hạn như:5

Đau khi quan hệ tình dục.

Có vết trợt hay vết loét hở, đặc biệt là chúng lâu lành.

Đau khi bạn đi tiểu.

Bạn phải đi tiểu thường xuyên hơn, tiểu khó khăn, nước tiểu ngắt quãng…

Các bác sĩ có thể kêu cho bạn một số hoạt chất kháng sinh nhằm tiêu diệt và ngăn ngừa vi khuẩn gây bệnh, có thể là đường uống (như Augmentin), hay đường thoa tại chỗ (Như Axit fusidic):23

Các chất tương tự cũng có tính diệt khuẩn như là benzoyl peroxide,..

Kháng viêm tại chỗ nhưbetamethasone,triamcinolone,…

Thuốc kháng histamin để giảm triệu chứng ngứa như là Desloratadine, Fexofenadine,…

Tùy từng nguyên nhân cụ thể, bệnh lý chuyên biệt mà các bác sĩ sẽ có những phương pháp điều trị khác nhau. Với những bệnh lý lây truyền qua con đường tình dục, mỗi tình huống là một phác đồ cụ thể, không ai giống ai, nên khi đó bạn phải được tư vấn và hỗ trợ bởi các bác sĩ có chuyên môn.23

Có một câu hỏi mà rất nhiều bạn nam thắc mắc đó là có nên cố nặn hay bóp mụn mủ ở vùng sinh dụ, cụ thể là ở dương vật hay không ?

Câu trả lời là không. Tốt nhất là bạn không nên cố nặn mụn ở dương vật, bởi vì tay bạn không thật sự vô khuẩn nên khi chạm vào mụn, điều này có thể dẫn đến lây lan vi khuẩn rộng ra vùng xung quanh, và gây nhiễm trùng nặng hơn. Một điều cần lưu ý nữa là, vùng da quanh dương vật ở người nam rất nhạy cảm và rất dễ kích ứng và viêm đỏ, nếu nặn hay bóp chúng, có khả năng bạn sẽ làm mọi thứ trở nên tồi tệ hơn. Mụn có thể trở thành nhọt nếu trong lòng chúng chứa đầy mủ, sự phát triển của chúng khiến bạn có cảm giác đau đớn, ngứa, và khó chịu. Bạn đừng cố gắng làm vỡ các nốt mụn này, thay vào đó, hãy đến gặp các bác sĩ có chuyên môn, họ có thể tác động hay điều trị hợp lý, đôi khi là dẫn lưu mủ trong những trường hợp nặng.3

Nổi mụn ở dương vậtlà tình trạng thường gặp và đôi khi gây nhiều phiền toái cho các bạn nam. Đa phần chúng chỉ là vấn đề lành tình, không gây nguy hiểm gì đáng kể đến sức khỏe của bạn, tuy nhiên có thể bỏ sót các bệnh lý khác trầm trọng hơn, đặc biệt là các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục, hiện đang là vấn nạn báo động ở Việt Nam, vì số ca mắc các bệnh lý này đang ngày càng gia tăng. Khi bạn không chắc chắn về mụn vùng dương vật có phải là hiện tượng vô hại hay không, đừng ngần ngại đến khám các bác sĩ da liễu để nhận được tư vấn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-dai-co-that-su-nguy-hiem-khong/

Nội dung bài viết

1. Bệnh dại là gì?

2. Bệnh dại lây truyền như thế nào?

3. Bệnh dại có thật sự nguy hiểm không?

4. Dấu hiệu của bệnh dại là gì?

5. Xử trí khi bị động vật dại cắn như thế nào?

6. Có nên tiêm vắc xin phòng dại?

7. Chích ngừa dại chi phí bao nhiêu?

Chắc hẳn chúng ta không mấy lạ lùng với bệnh dại. Nhất là với thói quen nuôi chó phổ biến ở Việt Nam. Bệnh từ lâu đã được mô tả và cảnh báo bởi nhiều kênh truyên thông. Liệu bệnh dại có thật sự nguy hiểm? Chúng ta đã hiểu hết về nó chưa? Hãy theo dõi bài viết này của bác sĩ Đinh Gia Khánh để trả lời câu hỏi đó nhé.

Bệnh dại là một bệnh truyền nhiễm cấp tính. Tác nhân gây ra bệnh là virus dại (Rabies lyssavirus). Người bệnh sẽ có biểu hiện triệu chứng thần kinh, viêm não cấp. Trung gian lây truyền bệnh dại cho người là các loài thú có vú.

“Chó cắn có thể bị dại đấy!”. Chúng ta có thể rất quen thuộc với câu nói ấy. Đây là một câu nói hoàn toàn chính xác, vì nước bọt của chó dại là một yếu tố lây truyền dại phổ biến.

Tuy nhiên cần lưu ý rằng, không chỉ có “chó cắn” mới lây dại. Nước bọt của bất kỳ loài thú có vú nào bị mắc dại đều có thể chứa dại và lây cho người. Ngoài ra, một số nguy cơ khác đã được ghi nhận, chúng ta hãy điểm lại các yếu tố nguy cơ của bệnh:

Vết cắn của thú vật dại ( Đặc biệt là chó mèo nuôi, các loài thú rừng,…).

Bị thú vật dại cào (Vết cào có thể dễ nhiễm virus từ nước bọt, phân của thú vật).

Hít phân dơi bị dại có.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Bệnh dại: Chuẩn bị gì trước khi gặp bác sĩ?

Dù rất hiếm nhưng đã ghi nhận trường hợp bệnh dại bùng phát ở đối tượng ghép giác mạc mà người cho mắc dại, tuy vậy bệnh dại lây từ người sàng người thì chưa được ghi nhận. Dù về mặt lý thuyết điều này có thể xảy ra.

Nhìn chung, nguyên nhân chiếm tuyệt đại đa số là bị súc vật dại cắn. Và tiếp xúc với nước bọt của chúng qua da không toàn vẹn là nguy cơ rõ rệt nhất.

Tỉ lệ tử vong khi mắc bệnh dại là 100%. Tức là không có bất kỳ trường hợp nào sống sót nếu khởi phát bệnh dại. Và chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cho bệnh. Hoàn toàn không quá khi nói bệnh dại là một bệnh chỉ có thể dự phòng. Có thể thấy không cần tranh cãi gì về mức độ nguy hiểm của bệnh phải không nào?

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Bệnh truyền nhiễm là gì và những căn bệnh phổ biến cần lưu ý

Sau khi bị súc vật dại cắn, sẽ rơi vào thời kỳ ủ bệnh. Tức là thời giai không triệu chứng sau khi tiếp xúc với virus. Thời gian này trung bình từ 20 – 60 ngày, nhưng có thể chỉ vài ngày hoặc kéo dài hằng năm.

Vết cắn gần mặt sẽ nguy hiểm hơn, thời gian ủ bệnh sẽ ngắn hơn. Khi bệnh khởi phát, sẽ bước vào các giai đoạn sau:

Gồm nhiều triệu chứng tương đối mơ hồ:

Sốt.

Mệt mỏi.

Chán ăn.

Đau đầu, đau cơ.

Cảm giác đau, châm chích ở vết cắn.

Thay đổi tâm thần kinh: lo lắng, mất ngủ, dễ cáu gắt, kích thích,…

Có thể biểu hiện hai thể: Thể hung dữ (viêm não) và thể bại liệt.

Triệu chứng rầm rộ và tử vong nhanh chóng:

Sợ nước, sợ âm thanh, dễ bị kích động.

Co thắt cơ, co thắt hầu họng, co giật toàn thân.

Ảo giác, mất định hướng…

Cuối cùng sẽ dẫn đếnhôn mê, ngưng tim ngưng thở và tử vong.

Bệnh nhân liệt tiến triển, dần ra toàn thân.

Bí tiểu tiện, đại tiện,…

Liệt các cơ hô hấp, cuối cùng cũng dẫn đến tử vong, tuy có chậm hơn thể hung dữ.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Trẻ bị thú cưng cắn, bạn đã xử trí đúng cách chưa?

Không chỉ có cắn, khi bị chúng cào hay tấn công mà gây nên vết thương đều cần lưu ý:

Rửa ngay vết cắn nhiều lần với xà phòng dưới vòi nước chảy ít nhất 10 – 15 phút.

Nếu có cồn 70ohoặc cồn iod nên rửa kỹ lại vết thương.

Nhanh chóng đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất.

Nên bắt nhốt và theo dõi thú vật đã cắn/cào.

Lưu ý:

Không nên tự ý đắp, rắc lên vết thương các loại thuốc, lá, …

Không tự băng bó vết thương.

Bắt buộc, nếu bị súc vật (đặc biệt là chó mèo) nghi dại cắn. Tuy nhiên, vết cắn cho thể cần được đánh giá bởi bác sĩ để có chỉ định phù hợp. Tính chất, đặc điểm và vị trí của vết thương rất quan trọng để chọn lựa can thiệp.

Một yếu tố khác quan trọng không kém là theo dõi con vật cắn người. Thường là 10 ngày, nếu con vật có những biểu hiện sau, cần báo ngay cho cán bộ y tế nếu con vật chết hoặc có hành vi bất thường.

Chi phí sẽ tuỳ thuộc vào tình huống, nếu nguy cơ cao (súc vật nghi dại, vết cắn gần mặt,…) thì bác sĩ có thể phải chỉ định cả vắc-xin ngừa dại và huyết thanh kháng dại.

Vắc xin ngừa dại có giá thay đổi dao động từ: 200.000 VNĐ – 300.000 VNĐ.

Huyết thanh kháng dại sẽ tính theo cân nặng, chi phí một lần tiêm dao động từ khoảng trên 400.000 VNĐ đến 800.000 VNĐ.

Rất nhiều tin đồn rằng tiêm ngừa dại sẽ bị “ngu đần”, mất trí nhớ, điều này hoàn toàn vô căn cứ. Không có một tài liệu nghiên cứu nào chứng minh được điều trên. Cũng như nhiều loại vắc xin khác, tiêm ngừa dại cũng có một số tác dụng không mong muốn. Nổi bật là phản ứng dị ứng, cần phối hợp cùng bác sĩ để theo dõi sau tiêm ngừa nhé.

Bệnh dạilà một bệnh không điều trị được, vô cùng nguy hiểm và tử vong là chắc chắn. Nên quan trọng nhất là phòng ngừa bệnh và xử trí đúng đắn khi có nguy cơ bị nhiễm. Một điều khác quan trọng không kém là cần quản lý thú nuôi hợp lý, rọ mõm, tránh thả rông và tiêm chủng cho chúng đầy đủ để giảm thiểu tối đa nguy cơ mắc căn bệnh tử thần này nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/day-thi-som-nguyen-nhan-yeu-to-nguy-co-tac-hai/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân dậy thì sớm là gì?

Những yếu tố nguy cơ nào khiến trẻ dễ dậy thì sớm?

Một số tác hại của dậy thì sớm

Dậy thì sớm hiện đang là vấn đề được rất nhiều cha mẹ quan tâm và đang có xu hướng ngày ở nhiều trẻ nhỏ. Chẩn đoán và điều trị dậy thì sớm kịp thời sẽ giúp trẻ tránh khỏi những ảnh hưởng không mong muốn về phát triển thể chất, tâm lý và hành vi trong quá trình phát triển.

Để hiểu nguyên nhân của bệnh lí dậy thì sớm ở trẻ em, cha mẹ cần biết đến lí do xảy ra hiện tượng dậy thì ở trẻ.Vùng dưới đồi ở não bắt đầu quá trình sản xuất một loại hormone có tên là GnRH. Hormone này đến tuyến yên – là một tuyến nhỏ giống hạt đậu nằm ở phía sau não – nó dẫn đến việc sản xuất nhiều hormone trong buồng trứng cho nữ (có tên là estrogen) và tinh hoàn cho nam (có tên là testosterone)

Estrogen có vai trò trong sự tăng trưởng và phát triển các đặc tính sinh dục của bé gái. Testosterone chịu trách nhiệm cho sự tăng trưởng và phát triển các đặc tính sinh dục của bé trai. Tại sao quá trình này bắt đầu sớm ở một số trẻ phụ thuộc vào nguyên nhân trung ương, ngoại biên hay một phần.

Nguyên nhân của dậy thì sớm trung ương thường không thể xác định được.Đối với phần lớn trẻ mắc bệnh này là không có vấn đề về sức khỏe tiềm ẩn trước đó. Trong một số ít trường hợp, dậy thì sớm trung ương có thể được gây ra bởi:

Một khối u trong não hoặc tủy sống (hay còn gọi là hệ thần kinh trung ương).

Một khiếm khuyết trong não như tích tụ chất lỏng bất thường (não úng thủy) hay khối máu tụ.

Điều trị não hay tủy sống bằng phương pháp xạ trị.

Tổn thương ở não do chấn thương, tai nạn…

Hội chứng di truyền hiếm gặp McCune – Albright, ảnh hưởng đến xương và màu da của trẻ. Bệnh gây rối loạn đến quá trình sản xuất các hormone.

Tăng sinh thượng thận bẩm sinh. Là bệnh lí di truyền có tính chất gia đình, do thiếu hụt một trong những men cần thiết cho việc tổng hợp hormone ở tuyến thượng thận.

Suy giáp – một tình trạng mà tuyến giáp không sản xuất đủ các loại hormone cần thiết.

Estrosgen và Testosterone trong cơ thể trẻ nếu bị rối loạn sẽ dẫn đến loại dậy thì này. Tỉ lệ dậy thì sớm ngoại biên rất ít, là do không có sự điều hòa ở não qua hormone GnRH. Thay vào đó, nguyên nhân giải phóng là tiết estrogen và testosterone vào cơ thể do bất thường ở buồng trứng, tinh hoàn, tuyến thượng thận và tuyến yên.

Ở cả bé gái và bé trai, những điều sau đây có thể dẫn đến dậy thì sớm ngoại biên:

Khối u ở tuyến thượng thận, tuyến yên, buồng trứng (ở bé gái) hay tinh hoàn (ở bé trai).

Hội chứng McCune – Albright.

Tiếp xúc với các nguồn estrogen và testosterone bên ngoài như thoa kem hoặc thuốc mỡ.

Một rối loạn di truyền hiếm gặp, không liên quan đến hormone GnRH, dẫn đến việc sản xuất testosterone sớm ở bé trai. Thường ở độ tuổi từ 1 đến 4 tuổi.

Là tình trạng phát triển sớm và riêng lẻ một đặc tính sinh dục. Không tiến triển hoặc tiến triển rất chậm.

Việc nhận ra trẻ bị dậy thì sớm để có sự can thiệp kịp thời của bác sĩ là điều hết sức quan trọng để giảm thiểu tối đa những tác hại đối với trẻ. Hãy tham khảo bài viết:Dậy thì sớm: Dấu hiệu nhận biếtđể có thêm những thông tin bổ ích.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ dậy thì sớm ở trẻ bao gồm:

Giới tính nữ. Theo thống kê, tỉ lệ bé gái xuất hiện dậy thì sớm nhiều gấp 5 đến 6 lần bé trai.

Người Mỹ gốc Phi. Dậy thì sớm xuất hiện nhiều ở người Mỹ gốc Phi hơn các chủng tộc khác.

Béo phì. Trẻ thừa cân đáng kể có nguy cơ dậy thì sớm nhiều hơn.

Sử dụng các chất có liên quan đến hormone giới tính. Các sản phẩm kem, thuốc mỡ, thực phẩm chức năng có estrogen hoặc testosterone.

Những vấn đề sức khỏe như tăng sinh thượng thận bẩm sinh, suy giáp, đang xạ trị khối u.

Nếu như trẻ không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, những biến chứng sau có thể xảy ra:

Khi bắt dầu dậy thì, các nội tiết tố được sản xuất nhiều đến mức khiến trẻ tăng trưởng quá nhanh so với các bạn cùng trang lứa. Tuy nhiên, vì xương của trẻ trưởng thành nhanh hơn bình thường, trẻ cũng thường ngừng phát triển sớm hơn. Do đó, trẻ có nguy cơ thấp hơn mức chiều cao lý tưởng khi trưởng thành. Nếu trẻ được điều trị sớm, điều này có thể giúp trẻ cao hơn so với khi trẻ không được điều trị.

Những cô gái và chàng trai bắt đầu dậy thì từ lâu trước các bạn cùng tuổi, có thể cực kì ý thức sự thay đổi của cơ thể. Điều này dễ dẫn đến trầm cảm, tự ti, suy nghĩ tiêu cực hay rối loạn ăn uống và sử dụng các chất kích thích.

Dậy thì sớmngày càng xuất hiện nhiều khi trẻ ở độ tuổi còn nhỏ. Nguyên nhân thường do vô căn. Ngoài ra còn có sự tương tác phức tạp giữa các yếu tố di truyền, nội tiết và môi trường. Bạn hãy đưa trẻ đến gặp Bác sĩ ngay khi có dấu hiệu nghi ngờ. Trẻ sẽ được chẩn đoán nguyên nhân của dậy thì sớm (có thể do trung ương, ngoại biên hay một phần) và có liệu pháp điều trị thích hợp, để tránh những ảnh hưởng đến tầm vóc và tâm lý của trẻ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/di-dang-chiari-bat-thuong-cau-truc-anh-huong-len-he-than-kinh/

Nội dung bài viết

Tổng quan

Các biểu hiện của dị dạng Chiari

Khi nào thì nên đi khám?

Nguyên nhân của tình trạng này là gì?

Dị dạng này gây ra những biến chứng nào?

Cách chẩn đoán dị dạng Chiari

Phương pháp điều trị dị dạng Chiari

Dị dạng Chiari là một dị tật đặc trưng bởi sự sa bất thường của mô não vào khoang tủy sống. Đây là một dị tật hiếm gặp, thường ở trẻ sơ sinh. Vậy nguyên nhân của dị tật này là gì? Liệu có thể điều trị được không? Hãy cùng tìm hiểu về tình trạng này qua bài viết của Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn.

Dị dạng Chiari xảy ra khi kích thước hộp sọ không đủ lớn hoặc có cấu trúc bất thường. Mô não bình thường sẽ nằm trong hộp sọ. Khi không có đủ không gian, não sa xuống khoangtủy sống.

Dị dạng Chiari được chia làm 3 loại, tùy thuộc vào cấu trúc giải phẫu. Các yếu tố về bất thường của não và tủy cũng được sử dụng để phân loại dị dạng. Dị dạng Chiari loại I xuất hiện trong giai đoạn trẻ lớn lên. Còn loại II và III là bẩm sinh, biểu hiện ngay khi trẻ ra đời.

Phương pháp điều trị tùy thuộc vào loại dị dạng, mức độ nặng và các triệu chứng đi kèm. Phương pháp được sử dụng nhiều nhất là phẫu thuật.

Có rất nhiều trường hợp dị dạng Chiari không có biểu hiện lâm sàng. Những trường hợp này thường nhẹ và thậm chí không cần điều trị. Tuy nhiên, tùy thuộc vào loại dị dạng, tình trạng bất thường này có thể gây ra một vài triệu chứng.

Dị dạng Chiari loại I và II là thường gặp hơn. Các loại này cũng có biểu hiện nhẹ hơn loại III. Loại III hiếm gặp và có biểu hiện nghiêm trọng nhất.

Các triệu chứng của dị dạng Chiari loại I xuất hiện khi trẻ lớn hay lúc đã trưởng thành.Đau đầulà triệu chứng điển hình nhất. Cơn đau thường xuất hiện sau khi ho, hắt hơi hay khi căng thẳng. Các triệu chứng khác có thể xuất hiện là:

Đau vùng cổ.

Dáng đi loạng choạng, không vững (gặp vấn đề về thăng bằng).

Khả năng cử động của tay kém linh hoạt, không khéo léo.

Cảm giác tê và châm chích ở tay và chân.

Choáng váng.

Khó nuốt, đôi khi đi kèm nghẹn, sặc hay nôn ói.

Khàn giọng.

Ngoài ra, những bệnh nhân có dị dạng Chiari loại I còn có các biểu hiện hiếm gặp sau:

Cảm giác ù tai.

Yếu.

Nhịp tim chậm.

Vẹo cột sống.

Nhịp thở bất thường, như bịngưng thở khi ngủ.

Ở loại II, lượng mô não có vị trí bất thường nhiều hơn trong loại I. Các triệu chứng của bệnh thường liên quan tới tình trạng thoát vị tủy – màng tủy. Thoát vị tủy – màng tủy là một bất thường cột sống hầu như luôn đi kèm với dị dạng Chiari loại II.

Các biểu hiện có thể gặp là:

Biến đổi trong chu trình thở.

Gặp vấn đề về phản xạ nuốt, như nôn ói.

Cử động nhãn cầu bất thường.

Yếu hai tay.

Dị dạng Chiari loại II thường được phát hiện khi siêu âm trong thai kỳ. Do đó, loại dị dạng này thường được chẩn đoán sớm, ngay từ trước khi sinh.

Đây là loại dị tật nghiêm trọng nhất trong ba loại. Một phần của tiểu não hoặc thân não bị thoát vị ra phía sau hộp sọ. Loại dị dạng này cũng thường được chẩn đoán ngay lúc sinh hoặc phát hiện trước sinh qua siêu âm.

Dị tật Chiari loại III có tỉ lệ tử vong cao hơn và gây ra nhiều biến chứng về thần kinh.

Nếu con bạn có các dấu hiệu tương tự như bài viết mô tả, hãy đưa trẻ đi khám để được đánh giá đầy đủ. Các triệu chứng của dị dạng Chiari có thể liên quan đến nhiều dạng rối loạn khác, do đó việc được khám một cách đầy đủ, toàn diện là vô cùng quan trọng.

Dị dạng Chiari loại I xảy ra do một phần của hộp sọ quá nhỏ, làm đẩy phần dưới tiểu não xuống dưới khoang tủy.

Dị dạng Chiari loại II có nguyên nhân liên quan đến bất thường đốt sống hay do thoát vị tủy – màng tủy gây ra. Tình trạng thoát vị tủy – màng tủy khiến tiểu não bị đẩy xuống dưới khoang tủy. Điều này làm ngăn cản dòng chảy của dịch não tủy.

Các bất thường này gây gián đoạn sự truyền thông tin từ não xuống tủy sống. Ngoài ra, áp lực tại vùng tiểu não hay thân não nằm sai vị trí cũng gây ra các biến chứng thần kinh nhất định.

Có nhiều công trình cho rằng dị dạng Chiari có tính di truyền trong gia đình. Tuy nhiên, cơ chế di truyền cụ thể của dị dạng này vẫn còn đang được nghiên cứu.

Ở một số trường hợp, dị dạng có thể tiến triển nặng và gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng. Tuy nhiên, cũng có nhiều trường hợp nhẹ không gây biến chứng gì và cũng không cần can thiệp. Do đó, tùy thuộc vào nhiều yếu tố mà biến chứng có thể xuất hiện hoặc không. Các biến chứng cần lưu ý gồm:

Não úng thủy (hay còn gọi là bệnh đầu nước). Sự tích tụ dịch não tủy do tắc nghẽn dòng chảy.Não úng thủycần phải được điều trị giải áp để dẫn lưu dịch não tủy đi nơi khác.

Gai đôi cột sống. Tình trạng này là do cấu trúc cột sống không phát triển đầy đủ, thường đi kèm với dị dạng Chiari. Một phần tủy sống sẽ lộ ra môi trường bên ngoài, có khả năng dẫn đến liệt. Thoát vị tủy – màng tủy thường đi kèm với dị dạng Chiari loại II.

Rỗng cột sống(syringomyelia). Tình trạng này đặc trưng bởi sự xuất hiện một khoang hay nang chứa dịch bên trong cột sống. Hay gặp cùng với dị dạng Chiari.

Tủy bám thấp (tethered cord syndrome). Tủy sống dính vào cột sống, làm cho tủy sống bị căng ra. Dị tật này có thể gây tổn thương thần kinh nghiêm trọng.

Để chẩn đoán bệnh, bác sĩ sẽ đánh giá bệnh sử và khám lâm sàng thật kỹ lưỡng. Ngoài ra, một số xét nghiệm hình ảnh rất cần thiết cho quá trình chẩn đoán và tìm nguyên nhân.

Cộng hưởng từ (MRI).Đây là xét nghiệm thường được sử dụng để chẩn đoán. Hình ảnh MRI cho biết cấu trúc 3D chi tiết của dị dạng. Ngoài ra, MRI còn giúp khảo sát mô não và tủy sống. Có thể cần phải chụp MRI nhiều lần để theo dõi diễn tiến bệnh.

CT scan.Phim chụp cắt lớp giúp quan sát tốt các bất thường như u não, tổn thương não, xương và mạch máu.

Tùy thuộc vào mức độ nặng và loại dị tật, các phương pháp điều trị khác nhau có thể được sử dụng.

Nếu bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng, có thể chưa cần điều trị ngay. Bác sĩ có thể cho bệnh nhân chụp MRI để đánh giá và theo dõi diễn tiến. Khi các triệu chứng như đau đầu xuất hiện, bệnh nhân có thể được dùng thuốc giảm đau.

Đối với các trường hợp có triệu chứng, bệnh nhân thường được phẫu thuật. Mục tiêu của của điều trị là sửa lại các bất thường giải phẫu và giảm các triệu chứng.

Phẫu thuật có thể giúp giảm áp lực tác động lên tiểu não và tủy sống, phục hồi dòng chảy bình thường của dịch não tủy. Phương pháp phẫu thuật có thể gây ảnh hưởng nhất định đến các cấu trúc như màng cứng, hộp sọ, cột sống… Các kỹ thuật mổ rất đa dạng và tùy thuộc vào bất thường của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân có não úng thủy hoặc nang, việc đặt dẫn lưu cũng có thể cần thiết.

Tuy phẫu thuật có thể điều trị các bất thường do dị dạng, phương pháp này cũng có những nguy cơ nhất định. Các vấn đề có thể gặp là nhiễm trùng, chảy máu, dò dịch não tủy hay chậm lành vết thương. Hãy trao đổi thật kỹ với bác sĩ điều trị của bạn để có thể hiểu rõ về những vấn đề này.

Sau khi mổ, bệnh nhân cần được theo dõi và xét nghiệm kiểm tra lại. Điều này giúp phát hiện các vấn đề sau mổ và điều trị biến chứng.

Dị dạng Chiarilà một bất thường về cấu trúc có liên quan đến hệ thần kinh. Dị dạng này được chia làm ba loại, với các triệu chứng, cơ chế và phương pháp điều trị khác nhau. Một số loại dị tật có thể phát hiện sớm ngay từ khi trẻ còn trong bụng mẹ. Điều này giúp chẩn đoán và điều trị sớm, đem lại kết quả trị liệu tốt nhất cho trẻ. Khi thấy các dấu hiệu cảnh báo, bạn nên đưa bé đi khám để được kiểm tra.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/di-dang-dong-tinh-mach/

Nội dung bài viết

Dị dạng động tĩnh mạch được hiểu như thế nào?

Tại sao dị dạng động tĩnh mạch lại nguy hiểm?

Các triệu chứng của dị dạng động tĩnh mạch

Dị dạng động tĩnh mạch như thế nào là nguy hiểm nhất?

Nguyên nhân gây nên dị dạng động tĩnh mạch

Chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch như thế nào?

Dị dạng động tĩnh mạch được điều trị như thế nào?

Những thói quen sinh hoạt giúp quản lý dị tật động tĩnh mạch não

Dị dạng động tĩnh mạch có thể xảy ra bất cứ nơi nào trong cơ thể, nhưng dị dạng động tĩnh mạch ở não và cột sống khi xuất huyết sẽ gây nguy cơ thật sự. Hãy cùng tìm hiểu qua bài viết của Bác sĩ Lữ Thị Hồng Vân nhé!

Trong cơ thể người có 3 loại mạch máu:

Động mạch: đưa máu giàu oxy chất dinh dưỡng đi nuôi cơ thể, áp lực của động mạch rất lớn.

Tĩnh mạch: đem máu chứa ít oxy, giàu CO2 về tim và phổi để trao đổi oxy, áp lực của tĩnh mạch thấp hơn nhiều so với động mạch.

Mao mạch: là những mạch máu rất nhỏ len lỏi vào giữa các mô để thực hiện trao đổi chất, liên kết giữa động mạch và tĩnh mạch.

Quá trình trao đổi như sau: Động mạch đưa máu giàu oxy đến các cơ quan. Tại đây, máu được chảy vào các mao mạch nhỏ dần dần chuyển từ máu giàu oxy thành máu ít oxy và đổ vào tĩnh mạch.

Về dị dạng động tĩnh mạch. Trong quá trình trao đổi này, máu không đi qua các mao mạch nhỏ mà nó đi trực tiếp từ động mạch về tĩnh mạch. Dị dạng động tĩnh mạch có thể xuất hiện ở bất kì đâu trong cơ thể nhưng thường gặp nhất là ở não và tuỷ sống.

Như đã nói trên, áp lực của tĩnh mạch thấp hơn nhiều so với động mạch. Bình thường, động mạch nối với tĩnh mạch qua mao mạch nên áp lực cao của động mạch được giảm dần từ từ phù hợp với áp lực thấp trong tĩnh mạch.

Tuy nhiên đối với trường hợp dị dạng động tĩnh mạch. Động mạch được nối trực tiếp với tĩnh mạch không qua mao mạch. Hệ luỵ dẫn đến của dị dạng động tĩnh mạch là áp lực trong tĩnh mạch rất cao. Tuy nhiên, cấu trúc của tĩnh mạch không phù hợp với áp lực cao nên nó có thể vỡ bất cứ lúc nào gây xuất huyết, nguy cơ xuất huyết khoảng 2 – 4%/ năm. Thêm vào đó, vùng mô ở giữa động tĩnh mạch nói trên không có mao mạch để trao đổi chất, nên các mô đó có thể bị teo nhỏ hoặc chết đi.

Các triệu chứng của dị dạng động tĩnh mạch khác nhau tùy thuộc vào vị trí của nó. Thông thường các dấu hiệu và triệu chứng đầu tiên xuất hiện sau khi xảy ra chảy máu, bao gồm:

Xuất huyết.

Mất dần chức năng thần kinh.

Nhức đầu.

Buồn nôn và nôn.

Co giật.

Mất ý thức.

Yếu cơ.

Liệt 1 phần cơ thể.

Mất phối hợp (mất điều hòa) (ataxia) có thể gây ra vấn đề với dáng đi.

Mất phối hợp động tác (apraxia).

Yếu ở chi dưới.

Đau lưng.

Chóng mặt.

Các vấn đề về thị lực, bao gồm mất một phần thị trường, mất kiểm soát chuyển động của mắt hoặc phù nề một phần của dây thần kinh thị giác.

Các vấn đề như nói khó hoặc hiểu ngôn ngữ (aphasia).

Cảm giác bất thường bao gồm tê, ngứa ran hoặc đau đột ngột.

Mất trí nhớ hoặc sa sút trí tuệ.

Ảo giác.

Lú lẫn, giảm tri giác.

Trẻ em và thiếu niên có thể gặp rắc rối với học tập hoặc hành vi.

Việc chúng ta sợ xảy ra nhất đối với dị dạng động – tĩnh mạch là vỡ mạch máu gây xuất huyết đột ngột trong não. Việc xuất huyết ồ ạt khó cầm có thể dẫn đến chết nhanh chóng nếu không được cầm máu. Tuy nhiên, máu nếu được cầm thì trong khoảng thời gian đó. Một phần tế bào não cũng có thể bị tổn thương. Việc này có thể ảnh hưởng đến chức năng sống của con người, thậm chí tàn tật suốt đời.

Một loại dị dạng động tĩnh mạch não nghiêm trọng được gọi là khiếm khuyết tĩnh mạch (TM) của Galen. Gây ra các dấu hiệu và triệu chứng xuất hiện sớm hoặc ngay sau khi sinh. Khiếm khuyết TM của Galen nằm sâu bên trong não. Các dấu hiệu có thể bao gồm:

Tích tụ dịch bên trong não (não úng thuỷ) làm cho đầu phình to.

Các tĩnh mạch bị sưng trên da đầu.

Co giật.

Phát triển kém.

Suy tim sung huyết.

Dị dạng động – tĩnh mạch ở bất cứ vị trí nào đều nguy hiểm. Tuy nhiên, nếu dị dạng động – tĩnh mạch có các đặc điểm sau thì nguy cơ xuất huyết cao hơn.

Về vị trí:

Quanh não thất.

Hạch nền.

Đồi thị.

Động mạch: các động mạch có cuống.

Tĩnh mạch:

Dẫn lưu tĩnh mạch trung tâm.

Tắc dòng ra tĩnh mạch.

Giãn tĩnh mạch.

Dị dạng động tĩnh mạch do sự phát triển bất thường của các mạch máu kết nối động mạch và tĩnh mạch. Tuy nhiên, hiện nay chúng ta vẫn không hiểu tại sao điều này lại xảy ra. Một số thay đổi trong bộ gen của chúng ta có thể đóng vai trò. Nhưng việc thay đổi này không được di truyền lại cho đời sau.Rất hiếm trường hợp, gia đình có tiền sử bị dị dạng động – tĩnh mạch.

Một số điều kiện di truyền có thể làm tăng nguy cơ dị dạng động – tĩnh mạch. Chúng bao gồmgiãn mao mạch xuất huyết di truyền(HHT), còn được gọi là hội chứng Osler-Weber-Rendu.

Đa phần các trường hợp dị dạng động tĩnh mạch được phát hiện khi đã có biến chứng xuất huyết gây ảnh hưởng đến chức năng sống. Ngoài ra, các trường hợp được phát hiện trong hoàn cảnh tình cờ.

Dị dạng động tĩnh mạch là tình trạng máu từ nơi có áp lực cao về áp lực thấp nên thông thường sẽ tạo ra một âm thổi. Vì thế, nếu vị trí dị dạng nằm ở nơi có thể đặt ống nghe. Bác sĩ có thể nghe được âm thổi này và liên tưởng đến dị dạng động tĩnh mạch và chỉ định các cận lâm sàng để kiểm tra.

Các xét nghiệm có thể được chỉ định là:

Chụp cắt lớp vi tính có cản quang (CT): sử dụng tia X để tạo ra hình ảnh của đầu, não hoặc tủy sống. Hình ảnh gợi ý dị dạng động – tĩnh mạch là: xuất huyết, đóng vôi (25 – 30%), bắt quang.

Chụp cộng hưởng từ (MRI): sử dụng nam châm và sóng vô tuyến để hiển thị hình ảnh chi tiết của các mô. MRI có thể thu nhận những thay đổi nhỏ trong các mô này. Hình ảnh gợi ý: tín hiệu dòng chảy trống, tăng sinh thần kinh đệm, xuất huyết.

Chụp mạch cộng hưởng từ (MRA): ghi lại mô hình, tốc độ và khoảng cách của dòng máu thông qua các bất thường mạch máu.

Chụp mạch máu xoá nền (DSA): xét nghiệm này sử dụng một loại thuốc nhuộm đặc biệt gọi là chất cản quang được tiêm vào động mạch. Thuốc nhuộm làm nổi bật cấu trúc của các mạch máu để hiển thị chúng tốt hơn trên tia X. Đây là phương pháp hình ảnh tốt nhất cho thấy rõ hình ảnh thông nối động – tĩnh mạch và vị trí của chúng.

Dị dạng động tĩnh mạch được điều trị phụ thuộc vào thời điểm được chẩn đoán, kích thước và vị trí của dị dạng. Với các dị dạng động tĩnh mạch não không triệu chứng. Bệnh nhân nên được theo dõi các biểu hiện động kinh, đau đầu,  bởi một bác sĩ thần kinh. Trong trường hợp này, chúng ta có thể dùng thuốc để khống chế các triệu chứng do bệnh gây ra.

Điều trị chủ yếu cho dị dạng động  tĩnh mạch là phẫu thuật. Phẫu thuật được khuyến nghị nếu bạn có nguy cơ chảy máu cao. Phẫu thuật có thể loại bỏ hoàn toànAVM. Phương pháp điều trị này thường được sử dụng khi dị dạng động  tĩnh mạch nhỏ và nằm trong khu vực mà các phẫu thuật viên có thể loại bỏ dị dạng động  tĩnh mạch mà ít có nguy cơ gây tổn thương đáng kể cho các mô não.

Can thiệp nội mạch là một loại phẫu thuật trong đó bác sĩ phẫu thuật luồn ống thông qua các động mạch đến dị dạng động tĩnh mạch. Sau đó, một chất được tiêm để tạo cục máu đông nhân tạo ở giữa dị dạng động tĩnh mạch để tạm thời giảm lưu lượng máu. Điều này cũng có thể được thực hiện trước một loại phẫu thuật khác để giúp giảm nguy cơ biến chứng.

Xạ trị lập thể đôi khi cũng được sử dụng. Thủ thuật này thường được thực hiện trên các dị dạng động  tĩnh mạch nhỏ chưa bị vỡ. Phương pháp này sử dụng các chùm bức xạ cường độ cao, tập trung để phá vỡ các mạch máu và ngăn chặn việc cung cấp máu cho dị dạng động tĩnh mạch.

Quyết định điều trị dị dạng động tĩnh mạch hay không là quyết định mà bạn và bác sĩ sẽ thảo luận cẩn thận cùng nhau, cân nhắc lợi ích và rủi ro

Lối sống và các biện pháp khắc phục tại nhà sau có thể giúp bạn đối phó với dị tật động tĩnh mạch não dị dạng động tĩnh mạch:

Tìm hiểu đầy đủ về dị tật động tĩnh mạch não để đưa ra quyết định sáng suốt về việc chăm sóc. Hãy hỏi bác sĩ về kích thước và vị trí của dị tật để lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Khi tìm hiểu thêm về các dị tật động tĩnh mạch não. Bạn có thể tự tin hơn trong việc ra quyết định điều trị.

Tìm ai đó để nói chuyện. Tìm một người lắng nghe giỏi, người sẵn sàng nghe bạn nói về hy vọng và nỗi sợ của bạn. Người này có thể là bạn bè hoặc thành viên trong gia đình.

Dị dạng động tĩnh mạchcó thể gặp ở nhiều vị trí khác nhau trong cơ thể. Tuy nhiên nguy hiểm và được quan tâm nhiều nhất là dị dạng mạch máu não vì nó có thể gây chảy máu não, tàn tật, tử vong. Điều trị tùy thuộc vào vị trí và kích thước ổ dị dạng, mỗi phương pháp điều trị có những ưu và nhược điểm riêng. Trong đó xạ phẫu là phương pháp hiện nay ngày càng được chỉ định nhiều trong điều trị dị dạng động tĩnh mạch vì tính an toàn và hiệu quả cao.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/di-ung-anh-sang-mat-troi-co-nguy-hiem-khong-va-cach-phong-ngua-nhu-the-nao/

Nội dung bài viết

Dị ứng ánh sáng mặt trời gồm các loại nào?

Các triệu chứng của dị ứng ánh sáng mặt trời

Các vị trí nào trên cơ thể bị ảnh hưởng nhiều nhất?

Dị ứng ánh sáng mặt trời do nguyên nhân gì?

Các yếu tố nguy cơ dễ bị dị ứng ánh sáng mặt trời

Chẩn đoán dị ứng ánh sáng mặt trời như thế nào?

Các phương pháp điều trị

Phòng ngừa

Dị ứng ánh sáng mặt trời hay còn có tên gọi khác là nhạy cảm ánh sáng mặt trời. Tình trạng này xảy ra khi hệ miễn dịch của cơ thể phản ứng với ánh sáng mặt trời. Dị ứng ánh sáng mặt trời chỉ xảy ra ở những người có cơ địa nhạy cảm. Tình trạng này có thể bị kích hoạt bởi thuốc hoặc tiếp xúc da với 1 số chất gây dị ứng. Một số ít trường hợp là do di truyền. Những trường hợp dị ứng nhẹ có thể tự hồi phục mà không cần điều trị gì.

Có 4 loại dị ứng ánh sáng mặt trời, bao gồm:

1. Sẩn ngứa do ánh nắng (Actinic prurigo)

Đây là thể dị ứng ánh sáng mặt trời do di truyền. Các triệu chứng thường nặng hơn các dạng khác. Ở trẻ em, triệu chứng có thể lành tính hơn. Thể dị ứng này gặp ở tất cả các chủng tộc nhưng thường gặp nhất ở người Mỹ bản địa.

2. Phản ứng dị ứng ánh sáng (Photoallergic reaction)

Thể này xảy ra khi các chất bôi lên da phản ứng với ánh sáng. Các chất này có thể là thuốc, kem chống nắng, mỹ phẩm và nước hoa. Triệu chứng có thể xảy ra sau 2-3 ngày sau khi bôi lên da.

3. Phát ban đa dạng do ánh sáng (Polymorphic light eruption – PMLE)

Đây là thể dị ứng ánh sáng mặt trời thường gặp nhất. Ở Mỹ, khoảng 10-15% dân số bị ảnh hưởng. Thể này gặp ở nữ nhiều hơn nam và thường bắt đầu ở tuổi vị thành niên. PMLE thường biểu hiện phát ban gây ngứa, đỏ và có thể xuất hiện dưới dạng bóng nước. Triệu chứng thường xuất hiện vài giờ sau khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời.

4. Nổi mề đay do ánh sáng mặt trời (Solar urticaria)

Thể dị ứng này hiếm gặp và có tình trạng nổi mề đay. Mề đay có thể xuất hiện chỉ sau vài phút tiếp xúc với ánh sáng mặt trời. Nó ảnh hưởng chủ yếu phụ nữ trẻ. Triệu chứng xuất hiện từ nhẹ cho đến nặng và nặng nề nhất có thể vào sốc phản vệ (tình trạng dị ứng đe dọa tính mạng).

Thường biểu hiện các nốt nhỏ trên da, bề mặt cứng, rất ngứa.

Phát ban ngứa, nóng và bóng nước là các biểu hiện thường gặp. Phát ban thường thấy trong vòng 2 giờ sau khi tiếp xúc ánh sáng mặt trời.

Mề đay xuất hiện chỉ sau vài phút tiếp xúc ánh sáng. Cảm giác nóng rát và châm chích có thể xuất hiện đầu tiên. Ban mờ dần từ vài ngày đến vài tuần. Trong vài trường hợp, vùng da nổi ban có thể sậm màu hơn sau khi ban mờ dần.

Dị ứng ánh sáng mặt trời có thể ảnh hưởng đến bất kì vị trí nào trên cơ thể. Tuy nhiên, các bộ phận không được che chắn kĩ dễ tiếp xúc với ánh sáng mặt trời như tay, chân, bàn tay, và vùng sau cổ thường bị ảnh hưởng nhiều nhất.

Trong các trường hợp dị ứng nặng, ngay cả các vị trí được che chắn bảo vệ kĩ vẫn có thể bị ảnh hưởng. Tuy nhiên, những vùng bình thường tiếp xúc với ánh sáng như mặt và mu bàn tay lại ít bị.

Nguyên nhân chính xác thì chưa được biết rõ. Một vài thể dị ứng có thể do di truyền.

Một số loại thước có thể gây nhạy cảm da như:

Kháng sinh.

Kháng histamine.

Thuốc hóa trị.

Thuốc tim mạch.

Các loại thuốc dành cho người tiểu đường.

Thuốc lợi tiểu.

Chủng tộc.Bất cứ ai cũng có thể bị dị ứng ánh sáng mặt trời. Tuy nhiên, một vài thể dị ứng  thường hay gặp ở người da sáng.

Tiếp xúc với 1 số chất dễ gây dị ứng.Một số triệu chứng dị ứng xảy ra khi da của bạn tiếp xúc với 1 chất nào đó sau đó tiếp xúc với ánh sáng mặt trời. Các chất thường gây dị ứng bao gồm nước hoa, thuốc tẩy và thậm chí vài loại hóa chất dùng trong kem chống nắng.

Thuốc.Một số loại thuốc có thể làm da bạn dễ bị dị ứng nhanh hơn. Các loại thuốc này bao gồm kháng sinh tetracycline và thuốc giảm đau như ketoprofen…

Có một vấn đề da khác.Tình trạng viêm da làm tăng nguy cơ bị dị ứng ánh sáng mặt trời.

Có người thân bị dị ứng ánh sáng mặt trời.Bạn sẽ dễ bị dị ứng hơn nếu có anh chị em hoặc cha mẹ bị dị ứng ánh sáng mặt trời.

Trong nhiều trường hợp, bác sĩ có thể đưa ra chẩn đoán chỉ bằng cách nhìn tổn thương trên da. Trong những trường hợp chẩn đoán không rõ, các xét nghiệm sau đây có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán:

Test đèn tia cực tím (test ánh sáng).Test này khảo sát phản ứng của da với các bước sóng khác nhau của đèn tia cực tím. Xác định chính xác loại tia cực tím nào gây ra phản ứng dị ứng có thể định hướng loại dị ứng ánh sáng mặt trời mà bạn đang gặp phải.

Test áp bì.Trong test này, một miếng dán có chứa các chất gây nhạy cảm dán trực tiếp lên da, thường là ở lưng. Một ngày sau, 1 trong các vùng da sẽ được chiếu đèn tia cực tím. Nếu phản ứng xảy ra chỉ ở vùng da tiếp xúc ánh sáng, chất gây nhạy cảm có thể là nguyên nhân.

Xét nghiệm máu và sinh thiết da.Các xét nghiệm này trong đa số trường hợp thường không cần thiết. Tuy nhiên, nếu bác sĩ nghi ngờ các triệu chứng của bạn do 1 nguyên nhân khác như Lupus gây ra, các xét nghiệm này sẽ có ích trong việc chẩn đoán.

Điều trị phụ thuộc vào thể dị ứng ánh sáng mà bạn đang gặp phải. Đối với các trường hợp nhẹ, chỉ cần tránh tiếp xúc ánh sáng vài ngày đã có thể làm giảm các triệu chứng.

Các loại kem bôi da có chứacorticoidcho các trường hợp triệu chứng tương đối nhẹ. Trong các trường hợp dị ứng da nặng, bác sĩ có thể kê toa thuốc corticoid dạng uống (prednisone).

Nếu bạn dị ứng nặng, bác sĩ có thể dùng phương pháp giúp da bạn quen dần với ánh sáng. Trong liệu pháp này, một loại đèn đặc biệt sẽ chiếu tia cực tím lên vùng da của cơ thể bạn thường tiếp xúc với ánh sáng. Liệu pháp này sẽ được thực hiện vài lần trong 1 tuần và kéo dài vài tuần.

Tránh mặt trời vào những giờ đỉnh điểm.Che chắn kĩ hoặc ở trong nhà, chỗ có bóng râm từ 10 giờ sáng đến 4 giờ chiều.

Tránh tiếp xúc quá nhiều ánh sáng một cách đột ngột.Nhiều người có triệu chứng dị ứng khi tiếp xúc với quá nhiều ánh sáng vào mùa xuân hoặc hè.

Từ từ tăng dần thời gian bạn ra ngoài trời để tế bào da của bạn có thời gian thích nghi với ánh sáng.

Mang kính mát và quần áo che chắn kĩ.Áo tay dài và mũ rộng vành có thể giúp bảo vệ da khỏi ánh sáng. Tránh mặc các loại vải mỏng và thưa vì tia cực tím có thể xuyên qua chúng.

Sử dụng kem chống nắng.Dùng kem chống nắng phổ rộng có chỉ số SPF từ 30 trở lên. Sử dụng kem chống nắng thường xuyên, thoa lại mỗi 2 giờ hoặc ngắn hơn nếu bạn đi bơi hoặc đổ mồ hôi nhiều.

Tránh các yếu tố kích hoạt dị ứng đã biết.Nếu bạn đã biết những chất gây ra phản ứng da của bạn, hãy tránh tiếp xúc với chúng.

Tóm lại,dị ứng ánh sáng mặt trờixảy ra khi hệ miễn dịch phản ứng với ánh sáng. Nguyên nhân có thể do di truyền hoặc tiếp xúc với các loại thuốc hoặc chất gây dị ứng. Triệu chứng tùy thuộc vào loại dị ứng ánh sáng mặt trời. Các triệu chứng thường gặp gồm phát ban, nóng đỏ, ngứa hoặc nổi mề đay.

Phương pháp điều trị gồm tránh ánh sáng mặt trời, thuốc corticoid và liệu pháp ánh sáng. Các trường hợp nhẹ có thể không cần điều trị mà chỉ cần tránh ánh sáng mặt trời. Hãy áp dụng các cách phòng ngừa của tụi mình để giảm nguy cơ dị ứng ánh sáng mặt trời bạn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/di-ung-lua-mi-mot-tinh-trang-khong-the-lo-la/

Nội dung bài viết

Dị ứng lúa mì thường gây ra các triệu chứng gì?

Nguyên nhân của dị ứng lúa mì là gì?

Yếu tố thuận lợi dẫn đến dị ứng lúa mì

Dị ứng lúa mì được chẩn đoán như thế nào?

Điều trị dị ứng lúa mì như thế nào?

Khi nào cần đến gặp bác sĩ?

Lối sống và một số hướng dẫn tại nhà

Cần chuẩn bị gì khi đặt hẹn gặp bác sĩ khi bị dị ứng lúa mì?

Dị ứng lúa mì là 1 phản ứng dị ứng với các loại thực phẩm có chứa lúa mì. Phản ứng dị ứng có thể gây ra bởi việc ăn lúa mì nhưng cũng có thể do hít phải bột mì. Tránh ăn các thực phẩm chứa lúa mì là biện pháp điều trị được ưu tiên hàng đầu. Nhưng việc này không hề dễ như chúng ta tưởng. Thực tế, lúa mì có thể được tìm thấy trong nhiều loại thực phẩm, bao gồm cả 1 số loại mà chúng ta không ngờ tới như nước tương, kem và bánh mì kẹp xúc xích (hot dogs). Nếu chúng ta vô tình ăn hoặc hít phải thì cần sử dụng thuốc để xử trí phản ứng dị ứng.

Dị ứng lúa mì là 1 trong những dị ứng thức ăn thường gặp nhất ở trẻ em. Tuy nhiên, nó vẫn có thể xảy ra ở người lớn.

Phản ứng dị ứng này có xu hướng phát triển từ lúc trẻ nhỏ, thường kèm theo các dị ứng thức ăn khác. Nó sẽ dần dần biến mất khi trẻ đạt độ tuổi khoảng 12 tuổi.

Trẻ em hoặc người lớn bị dị ứng lúa mì sẽ xuất hiện dấu hiệu hoặc triệu chứng trong vòng vài phút đến vài giờ sau khi ăn thực phẩm chứa lúa mì.

Viêm mũi dị ứng(hoặc sung huyết mũi).

Hen suyễn.

Viêm da dị ứng hoặc chàm.

Nổi mày đay, hoặc phát ban (nổi mẩm đỏ, ngứa và có thể sưng).

Buồn nôn,tiêu chảyvà nôn ói.

Chuột rút.

Nóng rát và sưng nề vùng miệng, cổ họng hoặc cả 2.

Ngứa và chảy nước mắt.

Cảm giác đầy hơi.

Viêm mũi dị ứng là một trong những triệu chứng điển hình của dị ứng lúa mì. Đọc ngay bài viết của bác sĩ về:Viêm mũi dị ứng là gì? Có chữa được không?

1 dạng của phản ứng dị ứng nhưng với các triệu chứng nặng nề hơn có thể xảy ra:

Sưng nề và co thắt vùng cổ họng.

Khó nuốt.

Đau và co thắt vùng ngực.

Khó thở.

Da niêm tím tái.

Hoa mắt hoặc ngất xỉu.

Mạch yếu.

Tụt huyết áp.

Phản ứng phản vệ là 1 cấp cứu y khoa cần phải được xử trí ngay lập tức.

Dị ứng lúa mì là phản ứng của hệ thống miễn dịch của cơ thể. Phản ứng dị ứng xảy ra khi hệ miễn dịch nhận dạng nhầm 1 chất có lợi thành tác nhân gây bệnh và tấn công nó.

Nếu bạn bị dị ứng lúa mì, bạn có thể dị ứng với 1 hoặc nhiều hơn trong 4 loại protein lúa mì – albumin, globulin, gliadin và gluten. Các loại protein lúa mì này thường không có hại với hầu hết mọi người, trừ khi bạn dị ứng với chúng.

Đa số các loại bánh nướng như bánh mì, bánh quy, bánh gatô, bánh donut, bánh waffle….

Ngũ cốc ăn sáng (breakfast cereal).

Bia, nước ngọt có ga nồng độ cồn thấp (root beer).

Thức uống thay thế cà phê (coffee substitutes), sữa lúa mạch.

Nước tương đậu nành, phụ gia bao gồm tương cà.

Kem và vỏ kem ốc quế.

Bánh bột nhồi (dumplings).

Hương liệu tự nhiên (natural flavorings).

Bột ngọt.

Mì ý (pasta).

Tinh bột hồ hóa (gelatinized starch) và tinh bột biến tính (modified food starch).

Các loại thực phẩm thay thế thịt, cua và tôm (để ăn chay).

Gum thực vật (vegetable gum).

Thịt chế biến sẵn, ví dụ như thịt nguội, bánh mì xúc xích.

Vài người sẽ có các triệu chứng dị ứng nếu họ luyện tập trong vòng vài giờ sau khi tiêu thụ protein lúa mì. Loại dị ứng này thường dẫn đến phản ứng phản vệ nguy hiểm đến tính mạng.

Lưu ý: Bệnh không dung nạp Gluten (Celiac disease).

Thể bệnh này thường hay bị nhầm lẫn với dị ứng lúa mì. Các chuyên gia đã phân loại bệnh này là bệnh tự miễn nhạy cảm với thức ăn, không phải dị ứng. Hệ miễn dịch phản ứng với gluten, gây viêm và tổn thương ruột non. Điều này dẫn đến kém hấp thu chất dinh dưỡng. Mọt số người có thể vừa không dung nạp Gluten vừa dị ứng lúa mì.

2 yếu tố thuận lợi chính là tiền sử gia đình và tuổi tác.

Tiền sử gia đình:nếu người thân của bạn, đặc biệt là bố mẹ, bị dị ứng (dị ứng lúa mì, sốt hoa cỏ/ sốt mùa hè/ sốt mùa cỏ khô (Hay fever), hoặc hen suyễn…) thì bạn có nguy cơ cao bị dị ứng lúa mì.

Tuổi tác:trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ thường bị dị ứng lúa mì hơn người lớn do hệ miễn dịch và hệ tiêu hóa của chúng chưa hoàn thiện. Hầu hết trẻ sẽ hết dị ứng ở độ tuổi 12-16 tuổi, nhưng người lớn vẫn có thể bị.

Thăm khám toàn diện, hỏi kĩ bệnh sử và vài xét nghiệm sẽ giúp bác sĩ của bạn chẩn đoán. Các xét nghiệm và công cụ chẩn đoán bao gồm:

Vài giọt chiết xuất dị nguyên tinh khiết (bao gồm chiết xuất protein lúa mì) được tiêm vào bề mặt da – hoặc ở cẳng tay hoặc ở lưng trên. Sau 15 phút, bác sĩ hoặc điều dưỡng của bạn sẽ tìm các dấu hiệu dị ứng.

Nếu bạn có 1 khối đỏ và ngứa xuất hiện chỗ tiêm, bạn có thể dị ứng với lúa mì. Tác dụng phụ thường gặp nhất của test này là đỏ và ngứa. Tuy nhiên, test này không giúp xác định chắc chắn 100%, nên bác sĩ có thể chỉ định thêm các xét nghiệm khác.

Nếu tình trạng da của bạn và 1 số tương tác thuốc không cho phép làm Test da, bác sĩ sẽ chỉ định bạn làm xét nghiệm máu. Xét nghiệm này tầm soát các kháng thể gây dị ứng đặc hiệu với dị nguyên thường gặp, bao gồm protein lúa mì.

Bác sĩ sẽ yêu cầu bạn ghi chú về những gì bạn ăn, thời gian ăn và thời gian xuất hiện triệu chứng.

Bác sĩ sẽ khuyên bạn loại bỏ các loại thực phẩm chứa protein lúa mì trong chế độ ăn. Dưới sự hướng dẫn của bác sĩ, bạn sẽ thêm vào lại dần dần các thực phẩm đã bỏ ra. Sau đó ghi nhận lại thời gian khi nào các triệu chứng xuất hiện trở lại.

Test này được thực hiện ở bệnh viện hoặc ở phòng khám dị ứng chuyên biệt. Dưới sự giám sát chặt chẽ của bác sĩ, bạn sẽ ăn thực phẩm nghi ngờ gây ra dị ứng. Bạn sẽ bắt đầu ăn với lượng nhỏ sau đó tăng dần. Bác sĩ sẽ theo dõi tình trạng của bạn và các triệu chứng.

Tránh ăn các thực phẩm chứa protein lúa mì là phương pháp điều trị tốt nhất. Protein lúa mì có trong rất nhiều loại thực phẩm nên hãy đọc kĩ thông tin, thành phần sản phẩm.

Thuốc:

Kháng Histamine: giảm dấu hiệu và triệu chứng của dị ứng nhẹ. Sử dụng thuốc sau khi ăn hoặc hít phải protein lúa mì giúp giảm triệu chứng. Bạn hãy sử dụng thuốc này dưới sự hướng dẫn của bác sĩ.

Epinephrine (Adrenaline): thuốc điều trị cấp cứu phản ứng phản vệ. Nếu bạn có nguy cơ có các phản ứng nặng nề với protein lúa mì, hãy luôn nhớ mang theo 2 liều thuốc Epinephrine dạng tiêm (bút tiêm tự động EpiPen, AnaPen, Adrenaclick…) bất cứ lúc nào. Mỗi bút tiêm chứa 1 liều duy nhất Epinephrine. Bút tiêm thứ 2 được khuyến cáo dành cho người có nguy cơ phản vệ nguy hiểm tính mạng trong trường hợp các triệu chứng phản vệ xuất hiện trở lại mà đội ngũ y tế chưa đến kịp.

Khi có người có các dấu hiệu của phản ứng phản vệ, gọi 115 hoặc số điện thoại cấp cứu tại địa phương ngay lập tức. Phản ứng phản vệ là 1 tình trạng cấp cứu cần được xử trí ngay.

Nếu bạn nghĩ bạn hoặc con của bạn dị ứng lúa mì hoặc các thức ăn khác, hãy đặt hẹn gặp bác sĩ để được thăm khám.

Nếu con bạn bị dị ứng lúa mì, đảm bảo rằng tất cả mọi người chăm sóc bé, bao gồm hiệu trưởng, thầy cô và điều dưỡng ở trường, biết về các dấu hiệu khi bị dị ứng. Nếu con bạn mang theo bút tiêm Epinephrine, đảm bảo các nhân viên ở trường biết cách sử dụng bút và cần phải gọi cấp cứu ngay. Thông báo đến bạn bè, họ hàng và đồng nghiệp về tình trạng dị ứng thức ăn của bạn.

Vòng tay y tế miêu tả về dị ứng và nhu cầu cần cấp cứu của bạn khi bạn bị phản ứng phản vệ mà không nói được.

Đừng tin bất kì sản phẩm nào cho đến khi bạn đọc kĩ thông tin về nó. Protein lúa mì, đặc biệt là Gluten, được sử dụng như chất làm sánh thực phẩm. Các chất này có thể xuất hiện ở nhiều nơi. Đừng cho rằng 1 khi bạn sử dụng 1 nhãn hiệu thực phẩm nhất định thì nó sẽ an toàn. Thành phần sẽ thay đổi.

Vài cửa hàng và siêu thị chuyên biệt cung cấp thực phẩm không chứa Gluten. Những sản phẩm này an toàn cho người dị ứng lúa mì.

Các sách nấu ăn chuyên biệt về các công thức không chứa lúa mì có thể giúp bạn nấu ăn an toàn. Ngoài ra, nó còn giúp bạn thưởng thức bánh nướng và các thức ăn khác làm từ chất thay thế lúa mì.

Nói với nhân viên nhà hàng về chứng dị ứng của bạn và sự nghiêm trọng khi bạn ăn phải lúa mì. Hãy gọi các món ăn đơn giản làm từ thực phẩm tươi sống. Tránh ăn các loại thực phẩm chứa protein lúa mì.

Đến gặp bác sĩ khi bạn nghĩ bạn hoặc con bạn bị dị ứng lúa mì hoặc các dị ứng thức ăn khác. Bác sĩ có thể chuyển bạn đến gặp bác sĩ chuyên ngành dị ứng để thực hiện chẩn đoán.

Để chuẩn bị tốt cho buổi thăm khám, lập 1 danh sách cho bác sĩ của bạn gồm:

Các triệu chứng, bao gồm cả các triệu chứng không liên quan đến dị ứng.

Tiền sử gia đình có bị dị ứng, hen suyễn.

Các loại thuốc, vitamin và thuốc bổ mà bạn hoặc con bạn đang dùng.

Đồng thời lập 1 danh sách các câu hỏi cho bác sĩ của bạn:

Các triệu chứng này có phải do dị ứng gây ra không?

Tôi có cần làm các xét nghiệm dị ứng không?

Tôi có nên gặp bác sĩ chuyên khoa về dị ứng không?

Để phòng ngừa trường hợp phản vệ, tôi có cần mang theo bút tiêm Epinephrine không?

Bác sĩ có tờ bướm, tài liệu giấy hoặc các trang web để tôi tìm hiểu thêm thông tin về bệnh này không?

Đừng ngại ngần hỏi tất cả các câu hỏi khác mà bạn có.

Triệu chứng xuất hiện sau ăn bao lâu?

Triệu chứng có liên quan đến 1 loại thức ăn cụ thể nào không?

Trong trường hợp trẻ sơ sinh, bé đã ăn thức ăn đặc nào?

Gần đây bạn có thêm loại thực phẩm nào mới vào chế độ ăn của bé?

Có ai khác có triệu chứng khi ăn cùng 1 loại thực phẩm không?

Số lượng thực phẩm nghi ngờ gây dị ứng bạn đã ăn là bao nhiêu?

Bạn đã ăn gì cùng lúc với thực phẩm nghi ngờ gây dị ứng?

Dị ứng lúa mìlà một phản ứng dị ứng với các loại thực phẩm có chứa lúa mì. Phản ứng dị ứng có thể gây ra bởi việc ăn lúa mì nhưng cũng có thể do hít phải bột mì. Dị ứng lúa mì gồm các triệu chứng từ nhẹ (nổi mày đay, ngứa, chảy nước mắt…) đến phản ứng phản vệ nguy hiểm đến tính mạng. Phương pháp điều trị hữu hiệu nhất là tránh ăn các loại thực phẩm chứa protein lúa mì. Ngoài ra khi xuất hiện các triệu chứng nhẹ có thể sử dụngthuốc kháng Histamine.

Người dị ứng lúa mì có nguy cơ cao phản ứng phản vệ cần được điều trị ngay lập tức bằng thuốc Epinephrine và gọi cấp cứu ngay. Nếu có các triệu chứng nghi ngờ mình hoặc con mình bị dị ứng lúa mì, bạn đừng ngần ngại liên hệ với bác sĩ của mình. Và đừng quên những hướng dẫn mà tụi mình đã trình bày để chuẩn bị tốt cho buổi thăm khám nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/di-ung-sua-nguyen-nhan-trieu-chung-phong-ngua/

Nội dung bài viết

Làm sao biết trẻ có dấu hiệu dị ứng sữa?

Nếu bé bị dị ứng sữa, bạn nên cho trẻ uống sữa công thức nào?

Lợi ích của sữa bò

Nguy cơ có thể gặp phải khi uống sữa bò

Bạn có thể làm gì để ngăn ngừa phản ứng dị ứng ở trẻ?

Dị ứng là một tình trạng mà cơ thể phản ứng với những thứ mà nó cho là có hại. Hệ thống miễn dịch cố gắng bảo vệ trẻ bằng cách tạo ra các kháng thể. Những kháng thể này sẽ tác động làm cơ thể giải phóng một số chất như histamin. Chất này khiến cơ thể trẻ phát ban ngoài da kèm theo ngứa. Nguy hiểm hơn, chúng kích thích gây co thắt đường thở khiến trẻ khó thở.

Khi dị ứng xảy ra, trẻ có thể biểu hiện ở nhiều cơ quan khác nhau với từng mức độ từ nhẹ đến nặng. Trong đó, tiêu hóa, da và hô hấp là những cơ quan bị tác động nhiều nhất. Các triệu chứng đa dạng, thường không đặc hiệu nên có thể dễ bị bỏ sót, nhất là ở trẻ nhỏ.

Trẻ sơ sinh bú giảm, ọc sữa, quấy khóc hay tiêu máu là những triệu chứng thường gặp. Trẻ lớn có thể tiêu chảy hay táo bón, đau bụng, tiêu máu,khó nuốt. Nếu tình trạng kéo dài, trẻ có thể xanh xao do thiếu máu thiếu sắt và chậm tăng cân.

Là một trong những triệu chứng thường gặp nhất. Trẻ thường nổi mẩn đỏ từng mảng gồ trên da khắp cơ thể và rất ngứa. Nặng hơn, trẻ có thể sưng phù mắt và môi.

Trẻ có thể ngứa mũi, chảy nước mũi, ho khan. Nếu dị ứng nặng, trẻ có thể khó thở, tím tái.

Khi phát hiện những dấu hiệu trẻ bị dị ứng sữa thì nên đưa trẻ đến khám bác sĩ ngay. Bài viếtDị ứng sữa: Bật mí một số kinh nghiệm khi đi khám bệnhsẽ tổng hợp những thông tin cần thiết nhất cho lần thăm khám.

Nếu trẻ bị dị ứng sữa bò, bạn có thể chọn các loại sữa sau cho trẻ: sữa đậu nành, sữa có đạm thủy phân hoàn toàn, sữa công thức amino acid.

Trong trường hợp trẻ chỉ dị ứng với đậu nành, bạn có thể cho trẻ uống sữa bột thông thường (không phải đậu nành). Tuy nhiên, khoảng 50% trẻ dị ứng sữa khởi phát muộn cũng bị dị ứng với đậu nành. Nếu con bạn bị dị ứng với cả sữa đậu nành và sữa bò, bạn sẽ cần phải chuyển sangsữa công thứccó nguy cơ dị ứng thấp hơn.

Tránh những loại sữa không được khuyến cáo như sữa bò, sữa bò lactose-free (không chứa đường lactose), sữa có đạm thủy phân một phần, sữa dê. Ngoài ra, một số cha mẹ có khuynh hướng cho trẻ dùng nước cơm, nước yến mạch để thay thế sữa. Điều này cũng không nên vì không đủ chất dinh dưỡng. Việc lựa chọn các loại sữa rất quan trọng vì phải cân nhắc về dinh dưỡng và khả năng gây dị ứng.

Một vài trường hợp dị ứng xảy ra ở trẻ bú mẹ hoàn toàn. Lúc này bạn cần kiểm tra lại những yếu tố nguy cơ tác động đến trẻ như đồ trang sức hay nước hoa, thực phẩm từ trứng, đậu nành, sữa… Ngoài việc bạn cần tránh sữa và các thực phẩm từ sữa, trẻ vẫn được khuyến khích tiếp tục bú mẹ. Bạn có thể hạn chế các thực phẩm này trong khoảng 1 đến 2 tuần tùy mức độ ảnh hưởng đến trẻ.

Theo thống kê, 67 – 80% trẻ cải thiện tình trạng dị ứng sữa khi được 5 đến 6 tuổi. Bạn nên hỏi ý kiến bác sĩ về thời điểm bắt đầu cho trẻ uống sữa hoặc các thực phẩm từ sữa trở lại.

Vì những ảnh hưởng không mong muốn của sữa bò, một số ý kiến cho rằng trẻ trên 2 tuổi và người lớn không nên uống sữa bò. Tuy nhiên, những nhận định này không hoàn toàn đúng.1Dưới đây là những lý do về lợi ích của việc uống sữa bò nhiều hơn những rủi ro.

Các sản phẩm từ sữa bò cung cấp nguồn đạm cho cơ thể với giá thành không quá tốn kém.

Sữa bò là nguồn bổ sung canxi cho sự phát triển của trẻ. So với những loại sữa khác như sữa đậu nành, sữa dê… sữa bò có vị dễ uống hơn.

Một số trẻ có thể bị chảy máu từ đường ruột, biểu hiện bằng tiêu ra máu khi uống sữa bò trong năm đầu đời. Về lâu dài có thể gâythiếu máudo thiếu chất sắt. Vì lý do này, sữa công thức không được khuyến cáo dùng thường xuyên cho trẻ dưới 1 tuổi.

Có khoảng 2% trẻ bị dị ứng với thành phần đạm trong sữa bò. Khi trẻ ăn hoặc uống các sản phẩm từ sữa bò, trẻ có thể bị nổi mề đay, tiêu chảy, đau bụng, khó thở, khò khè, ngứa…

Lactose là một loại đường được tìm thấy trong sữa bò. Một số trẻ xuất hiện tình trạng gọi làkhông dung nạp lactosehay không hấp thụ đường lactose trong sữa. Trẻ thường bị đầy hơi và tiêu chảy khi ăn hoặc uống các sản phẩm từ sữa bò. Nguyên nhân là do thiếu hụt lactase – một loại enzyme giúp tiêu hóa đường trong sữa.

Đối với trẻ có người thân trong gia đình mắc bệnh tim, nên tránh các sản phẩm có sữa bò. Bởi vì lượng cholesterol và chất béo bão hòa cao trong sữa nguyên chất sẽ tăng nguy cơbệnh tim mạchcho trẻ sau này. Bạn có thể giảm nguy cơ này bằng cách cho trẻ uống sữa tách bỏ kem sau 2 tuổi.

Nếu trẻ không thể uống sữa hoặc ăn thực phẩm làm từ sữa thì cần phải bổ sung chế độ ăn có nhiều canxi. Trẻ không được bổ sung đủ canxi mỗi ngày có thể bị còi xương, ảnh hưởng đến tầm vóc sau này. Ngoài ra, trẻ dễ bị gãy xương và tăng nguy cơ loãng xương khi về già. Vậy nên, bạn có thể bổ sung canxi từ trái cây, ngũ cốc hay các loại thực phẩm chức năng.

Tránh hoàn toàn thực phẩm gây dị ứng là cách tốt nhất để ngăn ngừa xuất hiện các triệu chứngdị ứngở trẻ. Bạn có thể đọc thêm sách hướng dẫn dạy nấu ăn cho trẻ bị dị ứng thực phẩm. Bạn có thể hỏi bác sĩ thông tin về những thực phẩm thay thế trong bữa ăn của trẻ.

Nếu bạn đang cho con bú, không ăn những thức ăn mà trẻ bị dị ứng. Chất gây dị ứng có thể được tiết qua sữa mẹ từ chế độ ăn uống của bạn.

Một điều quan trọng là bạnphải biết các thành phần trong thực phẩm có thể khiến trẻ dị ứng. Bước đầu tiên là chú ý đến thông tin về thành phần của từng loại thực phẩm từ sữa, trứng, cá, hải sản… Ngay cả khi chất gây dị ứng là một phần trong hỗn hợp hương liệu hoặc gia vị, bạn cần đọc lại thành phần của thực phẩm trước khi quyết định mua. Thành phần có thể đã thay đổi kể từ lần cuối bạn mua thực phẩm.

Khi cho trẻ ăn ngoài,tránh cho trẻ ăn các món salad hay tiệc buffet.Bởi vì món ăn có thể đã tiếp xúc với các thực phẩm khác. Gọi những món ăn đơn giản chỉ với một vài nguyên liệu.

Tránh các loại nước sốt trừ khi bạn chắc chắn rằng chúng không chứa chất gây dị ứng. Thông báo với người phục vụ về việc tránh các thực phẩm gây dị ứng của trẻ. Đặc biệt,tránh chế biến thực phẩm cho trẻ bằng thớt, chảo, dao chung với người khác.

Nếu trẻ đi nhà trẻ hoặc đến trường học, bạn cần dạy trẻ chú ý đến việc kiểm soát các loại thức ăn. Có thể tóm gọn với 3 nguyên tắc đơn giản như:

KHÔNG trao đổi thức ăn với bạn bè.

KHÔNG ăn thực phẩm lạ trừ khi được chuẩn bị sẵn ở nhà.

Nói với người lớn (cô giáo hay chú bảo vệ) NGAY LẬP TỨC khi trẻ nghĩ rằng trẻ đã ăn một loại thực phẩm mà trẻ có thể bị dị ứng.

Khi trẻ biết đọc, hãy dạy bé cách đọc thông tin về thành phần trên bao bì.

Đối với người trông giữ trẻ, giáo viên và bạn bè của trẻ, bạn nên:

Liệt kê tất cả các thông tin về các loại thực phẩm dị ứng của trẻ. Ngoài ra, những dấu hiệu cho thấy trẻ bị dị ứng và xử trí cần thiết cũng rất quan trọng.

Bạn có thể dặn dò giáo viên dạy trẻ thông báo với bạn trước về bất kỳ bữa tiệc nào sắp được tổ chức. Chuẩn bị sẵn thực phẩm dành riêng cho trẻ trong trường hợp giáo viên quên thông báo với bạn.

Điều quan trọng để ngăn tình trạng dị ứng sữa là tránh để trẻ dùng các sản phẩm từ sữa. Đặc biệt, những lưu ý khi trẻ không được cha mẹ chăm sóc trực tiếp sẽ giúp trẻ tránh được phản ứng nguy hiểm.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/di-ung-thoi-tiet-nhan-dien-dieu-tri-va-cach-phong-ngua/

Nội dung bài viết

Tìm hiểu về chứng dị ứng thời tiết

Nguyên nhân

Triệu chứng của dị ứng thời tiết

Chẩn đoán dị ứng thời tiết

Phương pháp điều trị

Các phương pháp phòng tránh dị ứng thời tiết

Những triệu chứng dị ứng xuất hiện khi thời tiết thay đổi rất thường gặp. Vấn đề này đôi khi chỉ thoáng qua, nhẹ nhàng, nhưng cũng có những lúc làm bạn phải gặp nhiều khó chịu. Bài viết hôm nay sẽ giúp các bạn tìm hiểu về vấn đề Dị ứng thời tiết. Bao gồm các khái niệm liên quan, nguyên nhân gây bệnh. Ngoài ra còn có các triệu chứng, phương thức phòng ngừa, điều trị.

Ở Mỹ, dị ứng thời tiết còn có một tên gọi khác là sốt cỏ khô. Tỷ lệ mắc phải các tình trạng dị ứng liên quan đến thời tiết ở châu Á rơi vào khoảng 8 – 9% dân số.1

Sốt cỏ khô xảy ra khi hệ thống miễn dịch của bạn phản ứng quá mức với chất gây dị ứng ngoài trời, chẳng hạn như phấn hoa. Chất gây dị ứng là bệnh nguyên (nguyên nhân gây bệnh) tạo ra phản ứng dị ứng. Các chất gây dị ứng phổ biến nhất là phấn hoa, là các loại phấn có trọng lượng rất nhẹ, có thể bay trong không khí. Phấn hoa được mang đi bởi côn trùng thụ phấn quá nặng để có thể tồn tại trong không khí lâu và chúng ít có khả năng gây ra phản ứng dị ứng.

Ở Mỹ, sốt cỏ khô bắt nguồn từ mùa cắt cỏ khô. Trong lịch sử, hoạt động này xảy ra trong những tháng mùa hè, cùng khoảng thời gian nhiều người gặp phải các triệu chứng dị ứng liên quan.

Dị ứng theo mùa ít phổ biến hơn trong mùa đông, nhưng bạn có thể bị viêm mũi dị ứng quanh năm. Các loài thực vật khác nhau phát ra phấn hoa tương ứng vào các thời điểm khác nhau trong năm. Tùy thuộc vào tác nhân gây dị ứng và nơi bạn sống, bạn có thể bị sốt cỏ khô 1 hoặc nhiều mùa trong năm. Bạn cũng có thể phản ứng với các chất gây dị ứng trong nhà, chẳng hạn như nấm mốc hoặc lông thú cưng.

Một số loại cây có thể khiến bạn bị dị ứng như:

Cây trăn (Tổng quán sủi).

Gỗ tần bì.

Cây dương.

Gỗ dẻ gai (gỗ sồi).

Tuyết tùng.

Cây bách.

Cây du.

Gỗ mại châu.

Cây bách xù.

Cây phong.

Dâu tằm.

Ôliu.

Cây thông.

Cây sung.

Liễu.

Một số loại cỏ:

Cỏ gà.

Đuôi trâu.

Cỏ cao.

Cỏ nón.

Đuôi mèo.

Timothy.

Các triệu chứng của dị ứng theo mùa từ nhẹ đến nặng.

Hắt xì.

Sổ mũi hoặc nghẹt mũi.

Chảy nước mắt và ngứa mắt.

Ngứa họng hoặc ống tai.

Nghẹt tai.

Chảy nước mũi xuống họng.

Đau đầu.

Hụt hơi.

Thở khò khè.

Ho.

Nhiều người bị sốt cỏ khô cũng bị hen suyễn. Nếu bạn bị cả sốt cỏ khô và hen suyễn, thì các chất gây dị ứng theo mùa của bạn có thể kích hoạt cơn hen suyễn.

Hãy liên hệ với bác sĩ gia đình khi có triệu chứng. Họ có thể giới thiệu bạn đến bác sĩ chuyên khoa dị ứng để làm các xét nghiệm.

Chuyên gia dị ứng có thể cho bạn làm xét nghiệm da, bao gồm đưa vào bề mặt da một lượng nhỏ chất gây dị ứng hoặc tiêm một mẫu nhỏ chất gây dị ứng đã được pha loãng dưới da cánh tay hoặc lưng của bạn. Nếu bạn bị dị ứng với chất này, một vết sưng nhỏ màu đỏ (gọi là váng sữa hoặc tổ ong) sẽ hình thành. Đôi khi, bạn có thể được xét nghiệm máu.

Như vậy, thông thường, chỉ qua việc hỏi, khám và thực hiện xét nghiệm dị ứng là đủ để chẩn đoán tình trạng bệnh lý của bạn.

Có rất nhiều loại thuốc có thể giúp giảm triệu chứng dị ứng. Chúng bao gồm:

Bao gồm các loại thuốc nhưLoratadine,Desloratadine, Diphenhydramine…

Các loại thuốc này có thể làm giảm hắt hơi, sổ mũi, nghẹt mũi, và ngứa. Cơ chế tác dụng do nó chống lại histamine trong cơ thể, histamine là chất gây ra nhiều triệu chứng dị ứng.

Tác dụng phụ thường gặp của các loại này: Buồn ngủ, khô miệng, mũi…

Thuốc này sẽ làm các mạch máu ở vùng mũi, xoang đang giãn nở bị xẹp lại. Điều này sẽ giúp thông thoáng vùng mũi xoang, giảm nghẹt mũi.

Thuốc thông mũi có cả 2 dạng: thuốc viên và thuốc xịt mũi. Loại xịt mũi được ưa dùng hơn do có tác dụng nhanh và ít tác dụng phụ.

Loại thuốc này giúp giảm tình trạng viêm diễn ra trong mũi. Đây cũng là lựa chọn thông dụng hơn các loại trên. Chỉ có 3 loại được FDA (Cục quản lý Dược phẩm và Thực phẩm Hoa Kỳ) cho phép sử dụng dưới dạng OTC (Over the counter – không cần toa bác sĩ) bao gồm: Budesonide, Fluticasone và Triamcinolone.2

Phù hợp với những bệnh nhân có biểu ngứa, chảy nước mắt.Ketotifenlà loại thuốc được FDA công nhận dưới dạng OTC.3

Dù bạn có thể mua những loại thuốc dị ứng này mà không cần đơn bác sĩ, nhưng bạn vẫn nên nói chuyện trước với họ để đảm bảo rằng bạn chọn đúng loại thuốc. Một số loại thuốc kháng histamine có thể khiến bạn cảm thấy buồn ngủ, vì vậy hãy cẩn thận nếu bạn dùng chúng vào ban ngày.

Có một số loại antihistamine không có tác dụng phụ này. Nếu bạn cảm thấy cần thuốc kháng histamine không kê đơn và thuốc thông mũi trong hơn một vài ngày, hãy nói chuyện với bác sĩ.

Trường hợp đã thử các thuốc OTC và triệu chứng vẫn còn

Bác sĩ của bạn có thể đề nghị một loại thuốc theo toa, chích ngừa dị ứng hoặc thuốc viên trị liệu miễn dịch dưới lưỡi. Nhiều loại thuốc xịt mũi steroid có thể được sử dụng khi có toa bác sĩ.

Phương pháp này cung cấp cho cơ thể bạn liều lượng chất gây dị ứng tăng dần cho đến khi cơ thể bạn có thể tự điều hoà được. Điều trị có thể làm giảm các triệu chứng của bạn trong một thời gian dài hơn so với các loại thuốc dị ứng khác. Mặc dù nó không hiệu quả với tất cả mọi người, nhưng nó có thể ngăn chặn các triệu chứng của một số người trong một vài năm.

Phương pháp rửa mũi sử dụng kết hợp nước ấm, khoảng 1/4 thìa muối và 1/4 thìabaking sodađể làm sạch chất nhầy và mở các lỗ thông xoang. Bạn có thể sử dụng bình bóp (bán sẵn trong các cửa hàng sức khoẻ) hoặc một loại bình như một ấm trà nhỏ. Sử dụng nước cất, vô trùng hoặc nước đã đun sôi trước đó để tạo ra dịch rửa mũi. Điều quan trọng nữa là phải rửa sạch thiết bị tưới sau mỗi lần sử dụng và để nó ở nơi khô ráo trong không khí.

Cố gắng ở trong nhà bất cứ khi nào số lượng phấn hoa rất cao. Số lượng thường cao điểm vào buổi sáng.

Đóng cửa và cửa sổ của bạn trong những tháng mùa xuân để ngăn chặn các chất gây dị ứng. Máy lọc không khí cũng có thể hữu ích.

Thường xuyên vệ sinh bộ lọc không khí trong nhà. Ngoài ra, hãy lau sạch giá sách, lỗ thông hơi và những nơi khác có thể có phấn hoa bay đến.

Gội đầu sau khi đi ra ngoài, vì chất gây dị ứng có thể tích tụ ở đó.

Hút bụi hai lần một tuần. Hãy đeo khẩu trang vì hút bụi có thể làm bay phấn hoa, nấm mốc và bụi bị mắc kẹt trong thảm của bạn.

Điều trị dị ứng thời tiết bao gồm các loại thuốc không cần kê toa, cần kê toa và phương pháp vật lý như rửa mũi. Điều quan trọng là nên phòng ngừa các loại dị ứng có thể, chủ yếu là làm sạch môi trường sống xung quanh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dai-rat-nguyen-nhan-trieu-chung-va-phuong-phap-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Khái niệm về đái rắt

Những dữ kiện thực tế về tiểu rắt

Những nguyên nhân gây đái rắt

Triệu chứng của chứng đái rắt

Chẩn đoán đái rắt như thế nào?

Điều trị đái rắt như thế nào?

Đái rắt hay tiểu rắt là một trong những rối loạn thường gặp của hệ tiết niệu. Nó biểu hiện một tình trạng bất thường và cần phải được điều trị. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến những biến chứng rất phức tạp. Vậy thì nguyên nhân, triệu chứng và cách điều trị tiểu rắt là gì? Hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Lâm Giang đi tìm câu trả lời qua bài viết sau đây nhé!

Đái rắt hay tiểu rắt hay đi tiểu thường xuyên có nghĩa là bạn muốn đi tiểu nhiều hơn bình thường. Nó có thể làm gián đoạn thói quen bình thường của một người. Đồng thời có thể làm gián đoạn giấc ngủ và là dấu hiệu của một tình trạng bệnh lý tiềm ẩn.

Nhiều người vẫn sống với tình trạng đi tiểu thường xuyên, được y học gọi là tiểu rắt. Khi một người đi tiểu hơn 3 lít nước tiểu mỗi ngày, điều này được gọi là đa niệu. Thông thường, một nguyên nhân đơn giản có thể được phát hiện và được điều trị ngay.

Cảm giác muốn đi tiểu có thể xảy ra đột ngột và khiến người bệnh mất kiểm soát bàng quang. Tình trạng này có thể làm cho người bệnh cảm thấy khó chịu, giống như bàng quang của bạn đang chứa rất đầy nước tiểu.Đái rắtcũng được coi là bàng quang hoạt động quá mức. Các bác sĩ chuyên khoa tiết niệu, là bác sĩ chuyên về hệ tiết niệu, coi việc đi tiểu nhiều hơn 8 lần trong 24 giờ là thường xuyên.

Tiểu rắt khác vớitiểu không kiểm soát. Hầu hết mọi người đều đi tiểu 6 hoặc 7 lần trong 24 giờ. Đi tiểu thường xuyên hơn mức này có thể được gọi là tiểu rắt, nhưng triệu chứng của mỗi người thường rất khác nhau. Nó là một vấn đề đáng lo ngại nếu nó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của một người.

Tiểu rắt thường có thể được điều trị bằng các bài tập. Nhưng nếu có một tình trạng tiềm ẩn, chẳng hạn như bệnhtiểu đường, điều này sẽ cần được chú ý. Nam giới, phụ nữ và trẻ em đều có thể mắc phải triệu chứng này. Tuy nhiên, nó phổ biến hơn vào những thời điểm nhất định trong cuộc sống của bạn hoặc khi bạn có các tình trạng khác. Bạn có nhiều khả năng đi tiểu thường xuyên hơn nếu bạn:

Người trung niên hoặc người lớn tuổi.

Có thai.

Có sựphì đại tiền liệt tuyến(lành tính hoặc ác tính).

Đi tiểu là một quá trình phức tạp, liên quan đến nhiều hệ thống cơ thể khác nhau. Một loạt các thay đổi có thể làm cho hệ tiết niệu hoạt động nhiều hơn.

Các nguyên nhân dựa trên lối sống bao gồm uống nhiều chất lỏng. Đặc biệt nếu thức uống đó có chứacaffeinehoặc rượu. Vào ban đêm, điều này có thể làm gián đoạn chu kỳ giấc ngủ với nhu cầu đi tiểu. Đi tiểu thường xuyên cũng có thể phát triển thành một thói quen.

Tuy nhiên, nó có thể là dấu hiệu của các vấn đề về thận hoặc niệu quản. Có thể là các vấn đề về bàng quang tiết niệu hoặc một tình trạng bệnh lý khác. Chẳng hạn như đái tháo đường,đái tháo nhạt, mang thai hoặc các vấn đề vềtuyến tiền liệt.

Nhiễm trùng đường tiết niệu(UTI) là nguyên nhân phổ biến gâyđái rắt. Điều này xảy ra khi vi khuẩn xâm nhập vàobàng quangqua niệu đạo. Người ta ước tính rằng 50 đến 60% phụ nữ sẽ trải qua ít nhất một lần nhiễm trùng tiểu trong đời. Một phần ba phụ nữ sẽ trải qua một lần nhiễm trùng tiểu trước 24 tuổi, mức độ nghiêm trọng có thể cần phải dùng kháng sinh.

Phụ nữ có nhiều nguy cơ bị nhiễm trùng tiểu hơn so với nam giới vì niệu đạo của họ ngắn hơn. Vi khuẩn có ít khoảng cách di chuyển hơn trước khi chúng có thể lây nhiễm qua đường tiết niệu và gây ra các triệu chứng.

Các yếu tố nguy cơ thường gặp đối với nhiễm trùng tiểu bao gồm:

Giữ nước tiểu trong thời gian dài hoặc không làm trống bàng quang hoàn toàn sau khi đi tiểu.

Kích ứng vàviêm âm đạo.

Lau không đúng cách (từ sau ra trước) sau khi đi vệ sinh, sẽ khiến niệu đạo tiếp xúc với vi khuẩn E. Coli.

Quan hệ tình dục, có thể đưa vi khuẩn vào đường tiết niệu.

Thay đổi cấu trúc của hệ tiết niệu, chẳng hạn như khi mang thai.

Các vấn đề sức khỏe mãn tính, chẳng hạn như bệnh tiểu đường, ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch.

Bàng quang hoạt động quá mức là một nguyên nhân phổ biến khác gây tiểu rắt. Theo Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ, ước tính có khoảng 33 triệu người Mỹ có tình trạng bàng quang hoạt động quá mức. Điều này ảnh hưởng đến khoảng 40 phần trăm tất cả phụ nữ ở Hoa Kỳ.

Bàng quang hoạt động quá mứcthường là một tập hợp các triệu chứng có thể dẫn đến đi tiểu thường xuyên. Nguyên nhân là do cơ bàng quang hoạt động quá mức. Các triệu chứng phổ biến bao gồm:

Đái gấp, hoặc đột ngột muốn đi tiểu, đôi khi dẫn đến rò rỉ nước tiểu.

Tiểu đêmhoặc đi tiểu ít nhất hai lần trở lên mỗi đêm.

Đi tiểu thường xuyên hơn, hoặc phải đi ít nhất tám lần trong một ngày.

Có một số nguyên nhân dẫn đến bàng quang hoạt động quá mức. Chúng có thể bao gồm:

Chấn thương bàng quang.

Các tình trạng ảnh hưởng đến cơ, dây thần kinh và mô. Chẳng hạn nhưđột quỵhoặc bệnhđa xơ cứng.

Thiếu hụt estrogen do mãn kinh.

Trọng lượng cơ thể dư thừa gây thêm áp lực lên bàng quang.

Một số nguyên nhân khác có thể gâyđái rắtbao gồm:

Sự lo âu, lo lắng.

Thuốc lợi tiểu, chẳng hạn như chlorothiazide, khiến bạn đi tiểu nhiều hơn.

Thực phẩm và đồ uống hoạt động như thuốc lợi tiểu. Chẳng hạn như tiêu thụ nhiều nước dừa,nha đam, rễ tranh…

Đột quỵ và các tình trạng bệnh lý ở não.

Khối u hoặc khối polyp lớn ở vùng chậu.

Viêm bàng quang kẽ, một loại viêm của thành bàng quang.

Ung thư bàng quang.

Sỏi bàng quanghoặcsỏi thận.

Tình trạngtiểu không tự chủ.

Co thắt niệu đạo vô căn.

Quá trình xạ trị ở khung chậu để điều trị một bệnh ung thư nào đó.

Viêm túi thừa ruột kết, nơi các túi nhỏ, phình ra phát triển trong thành ruột già.

Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, chẳng hạn nhưChlamydia, trùng roi âm đạo,lậu,…

Một trong những triệu chứng chính của chứngđái rắtlà đi tiểu thường xuyên, đi tiểu nhiều lần trong ngày. Nếu có các triệu chứng khác, chúng có thể chỉ ra một bệnh lý nào đó có thể nghiêm trọng hơn. Ví dụ, tiểu đêm là nhu cầu đi tiểu vào ban đêm, trong chu kỳ ngủ. Đây có thể là triệu chứng của bệnh đái tháo nhạt.

Các triệu chứng khác có thể cần được chú ý thêm bao gồm:

Đau hoặc khó chịu khi đi tiểu.

Nước tiểu có máu, đục hoặc có màu bất thường.

Mất dần khả năng kiểm soát bàng quang hoặc tiểu không kiểm soát.

Tiểu khó.

Tiết dịch từ âm đạo hoặc dương vật.

Tăng cảm giác muốn đi tiểu hoặc cảm giác khát nước.

Sốt có thể kèm theo ớn lạnh.

Buồn nôn hoặc nôn mửa

Đau lưng hoặc đau bên hông.

Xem thêm:Đái máu (Đi tiểu ra máu): những điều bạn cần biết

Nếu có các triệu chứng khác, hoặc nếu số lần tiểu nhiều ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, bạn nên đi khám. Ví dụ, đi tiểu thường xuyên có thể là dấu hiệu củanhiễm trùng thận.

Nếu không được điều trị, điều này có thể làm tổn thương thận vĩnh viễn. Ngoài ra, vi khuẩn gây nhiễm trùng có thể xâm nhập vào máu, lây nhiễm sang các vùng khác trên cơ thể.

Bác sĩ sẽ tiến hành thăm khám tiền sử và khám sức khỏe kỹ lưỡng, hỏi bệnh nhân về tần suất đi tiểu và các triệu chứng khác. Họ có thể hỏi về:

Tình trạng đi tiểu thường xuyên.

Loại thuốc người bệnh đang sử dụng hiện tại.

Số lượng chất lỏng bạn tiêu thụ trong ngày.

Bất kỳ sự thay đổi nào về màu sắc, mùi hoặc độ đặc của nước tiểu

Tình trạng tiêu thụ caffein, rượu trong thời gian gần đây.

Các xét nghiệm có thể được chỉ định bao gồm:

Tổng phân tích nước tiểu để xác định bất kỳ bất thường nào trong nước tiểu

Siêu âm để có được hình ảnh trực quan của thận, bàng quang.

Chụp phim X-quang hoặc CT scan bụng và vùng chậu.

Các test kiểm tra thần kinh để phát hiện bất kỳ rối loạn thần kinh nào.

Các xét nghiệm nhằm chẩn đoán những bệnh lây qua đường tình dục trong những trường hợp nghi ngờ.

Điều trị sẽ tùy thuộc vào nguyên nhân gây nên tình trạng tiểu rắt. Nếu các bác sĩ chẩn đoán người bệnh tiểu rắt do mắc bệnh đái tháo đường, việc điều trị sẽ nhằm mục tiêu kiểm soát đường huyết. Đối với nhiễm trùng đường tiết niệu do vi khuẩn, liệu pháp dùngthuốc kháng sinhvàthuốc giảm đausẽ được chỉ định.

Nếu nguyên nhân là do bàng quang hoạt động quá mức, một loại thuốc kháng cholinergic sẽ được sử dụng. Nhóm thuốc này ngăn chặn các cơn co thắt cơ bất thường không tự nguyện xảy ra trong thành bàng quang. Một số thuốc thường dùng như:Amitriptylin,Oxybutinin,Trospium,…

Trong trường hợpđái rắtdo các bệnh lây truyền qua đường tình dục, tùy theo tác nhân gây bệnh sẽ có thuốc điều trị chuyên biệt. Chẳng hạn như kháng sinh trong điều trị lậu,giang mai; Metronidazole trong điều trị trùng roi âm đạo,…

Điều chỉnh chế độ ăn uống. Bạn nên tránh bất kỳ thực phẩm nào có vẻ gây kích thích bàng quang hoặc hoạt động như một loại thuốc lợi tiểu. Chúng có thể bao gồm caffeine, rượu, đồ uống có ga, các sản phẩm làm từcà chua, sô cô la, thức ăn cay,… Tăng cường các loại thực phẩm giàu chất xơ. Bởi vìtáo bóncó thể làm trầm trọng thêm hội chứng bàng quang hoạt động quá mức.

Điều tiết lại lượng nước uống. Bạn nên uống đủ nước (khoảng 1,5 đến 2 lít nước mỗi ngày) để ngăn ngừa táo bón và tránh tình trạng nước tiểu quá cô đặc. Không nên uống ngay trước khi đi ngủ, vì có thể dẫn đến đi tiểu đêm.

Mặt khác, các bài tậpKegelgiúp tăng cường các cơ xung quanh bàng quang và niệu đạo. Từ đó giúp cải thiện khả năng kiểm soát bàng quang và giảm tình trạng đái rắt. Tập thể dục các cơ vùng chậu mỗi ngày có thể tạo ra sự cải thiện tốt trong việc kiểm soát bàng quang.

Nói chung,đái rắthay tiểu rắt là biểu hiện của một bất thường nào đó ở đường tiết niệu. Triệu chứng này sẽ làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh từ ít đến nhiều. Vì vậy, bạn nên đi khám bệnh càng sớm càng tốt ngay khi có những dấu hiệu gợi ý tình trạng tiểu rắt. Nhờ đó, các bác sĩ sẽ chẩn đoán bệnh sớm và có hướng điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/cac-dau-hieu-nhan-biet-va-chan-doan-dai-thao-duong/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh tiểu đường

Nguyên nhân bệnh tiểu đường

Dấu hiệu đái tháo đường

Biến chứng của bệnh tiểu đường

Người bệnh tiểu đường có thể tự điều trị tại nhà được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán đái tháo đường

Phương pháp điều trị đối với các dạng đái tháo đường

Đái tháo đường (tiểu đường) là một bệnh lý mãn tính ngày càng phổ biến trên toàn thế giới. Bệnh lý này có thể gây ra những hậu quả nặng nề lên sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Vậy nguyên nhân gây bệnh tiểu đường là gì? Có những loại đái tháo đường nào? Cách điều trị ra sao? Mời quý bạn đọc cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Nguyễn Đinh Tuấn tìm hiểu về bệnh lý này thông qua bài viết dưới đây nhé.

Bệnh đái tháo đường (hay còn gọi là tiểu đường) xảy ra khi cơ thể không thể hấp thụ đường (glucose) vào các tế bào và sử dụng nó làm năng lượng. Hậu quả là lượng đường trong máu tăng cao.

Bệnh tiểu đường không được kiểm soát có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng, và làm tổn thương các cơ quan và mô khác nhau trong cơ thể, bao gồm tim, thận, mắt và thần kinh.

Lý do chính làm tăng nồng độ đường trong máu là do sự thiếu hụtinsulin(một loại hormone từtuyến tụygiúp đưa glucose vào tế bào) một cách tuyệt đối hoặc tương đối (hay còn gọi làđề kháng insulin). Từ đó, đái tháo đường được phân thành các loại như sau:

Đái tháo đường típ 1: được đặc trưng bởi sự phá hủy các tế bào beta trong tuyến tụy (tế bào tiết ra insulin), thường là thứ phát sau một quá trình tự miễn. Kết quả là các tế bào beta bị mất chức năng gần như hoàn toàn, dẫn đến nồng độ insulin là cực kỳ thấp trong cơ thể. Loại đái tháo đường này thường khởi phát một cách rầm rộ và dễ nhận biết.

Đái tháo đường típ 2: có liên quan đến sự đề kháng insulin của cơ thể. Nghĩa là cơ thể không thể duy trì nồng độ đường trong máu một cách ổn định với cùng một lượng insulin như ở người bình thường.

Đái tháo đường thai kỳ: được phát triển trong thời kỳ mang thai. Điều đặc biệt ở loại đái tháo đường này là đường huyết người mẹ có thể trở về bình thường sau khi sinh con.

Đái tháo đường do nguyên nhân khác:

Bệnh lý đơn gen: đái tháo đường khởi phát khi trưởng thành ở người trẻ, hoặc đái tháo đường sơ sinh.

Bệnh tuyến tụy ngoại tiết: bệnh lý viêm tụy mạn, ứ đọng sắt trong cơ thể…

Đái tháo đường liên quan đến việc sử dụng thuốc: ví dụ các thuốc điều trị căn bệnh thế kỷHIV/AIDS, hoặc sau khi sử dụngcorticosteroid(hay thường được gọi là “đề sa”)…

Các bệnh lý liên quan đến nội tiết: u tủy thượng thận,to đầu chi,hội chứng Cushing…

Gần đây, người ta còn đưa ra khái niệm “tiền đái tháo đường”: dùng để chỉ những người có lượng đường trong máu cao hơn bình thường, nhưng chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán đái tháo đường. Phân loại này đặc biệt được coi trọng vì có tới khoảng 70% người được chẩn đoán tiền đái tháo đường sẽ diễn tiến thành đái tháo đường típ 1 trong vòng 10 năm nếu không được điều trị.1

Tùy vào từng loại đái tháo đường mà có các nguyên nhân khác nhau như sau:

Đây là một bệnh lý tự miễn, có nghĩa là cơ thể người bệnh tự tạo ra các kháng thể và tấn công chính nó. Trong trường hợp này, các tế bào sản xuất insulin trong tuyến tụy bị phá hủy.

Tỷ lệ mắc loại đái tháo đường này chiếm khoảng 5 – 10%. Bệnh thường được chẩn đoán ở trẻ em và thanh thiếu niên.2Tuy nhiên, hiện nay các báo cáo cho thấy bệnh có thể phát triển ở mọi lứa tuổi. Những người mắc bệnh tiểu đường típ 1 cần phải dùng insulin mỗi ngày. Vì lý do này, nó còn được gọi là bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin.

Đặc điểm của loại này là các tế bào của cơ thể không phản ứng bình thường với insulin (hay còn gọi là đề kháng insulin). Vì cơ thể vẫn sản xuất được insulin và bệnh có thể được điều trị với các loại thuốc uống và thuốc tiêm khác. Vì vậy, nó còn được gọi là bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin.

Đến nay, khoa học vẫn chưa hiểu hết về cơ chế của đái tháo tháo đường típ 2, mặc dù nhiều tác giả cho rằng các yếu tố môi trường và di truyền đóng một vai trò trong sự phát triển bệnh lý này.

Bên cạnh đó, thừa cân/béo phìcũng đã được chứng minh có liên quan chặt chẽ đến cơ chế hình thành đái tháo đường típ 2. Đây là loại bệnh tiểu đường phổ biến nhất với tỷ lệ tới gần 90 – 95% và chủ yếu xuất hiện ở người trung niên và lớn tuổi.3

Loại này phát triển trong thời kỳ mang thai ở một số phụ nữ. Bệnh tiểu đường thai kỳ thường khỏi sau khi mang thai. Tuy nhiên, nếu bị tiểu đường thai kỳ, tỷ lệ mắc đái tháo đường típ 2 sau này cao hơn hẳn so với người bình thường. Người ta cho rằng nồng độ cao của các hormone nhưestrogen,progesterone,cortisol, prolactin, lactogen trong thời kỳ mang thai của người mẹ đã ảnh hưởng đến chức năng tế bào beta và độ nhạy insulin.

Một số loại thuốc dùng điều trị HIV/AIDS hoặc corticosteroid… gây đề kháng insulin ở các mô ngoại biên cũng có thể dẫn tới bệnh tiểu đường.

Ngoài ra, chúng ta còn có các dạng đái tháo đường hiếm gặp hơn do rối loạn về gen như đái tháo đường thể MODY, đái tháo đường sơ sinh…

Các loại bệnh tiểu đường có thể có các triệu chứng rất giống nhau, nếu lượng đường trong máu tăng cao đáng kể.

Khi mức đường huyết tăng trên 160 – 180 mg/dL (8,9 – 10,0 mmol/L), glucose sẽ không đượcthậnhấp thu hết mà bắt đầu xuất hiện trongnước tiểu. Khi lượng glucose trong nước tiểu tăng cao, thận sẽ bài tiết thêm nước để làm loãng lượng glucose này. Do thận sản xuất lượng nước tiểu nhiều, những người mắc bệnh tiểu đường sẽ thường xuyên đi tiểu với thể tích lớn hơn bình thường.

Đi tiểu nhiều tạo ra cảm giác khát tăng dần buộc họ phải uống nước. Bên cạnh đó, bởi vì quá nhiều calo bị mất trong nước tiểu, người bệnh có thể sụt cân. Và để bù lại, họ thường cảm thấy đói và ăn nhiều hơn.

Từ đó, có thể thấy các triệu chứng cụ thể của mức đường huyết tăng cao bao gồm:

Cảm giác khát tăng dần gây uống nhiều.

Tiểu nhiều.

Sụt cân.

Ăn nhiều.

Mệt mỏi.

Ngoài ra còn có thể xuất hiện các triệu chứng do biến chứng mạch máu và thần kinh của đái tháo đường như:

Tê hoặc châm chích ở bàn tay hoặc bàn chân.

Biến dạng bàn chân.

Lâu lành vết thương.

Nhiễm trùng không rõ nguyên nhân…

Cácbiến chứng đái tháo đườngthường diễn tiến âm thầm và thường bị chẩn đoán trễ. Thời gian mắc tiểu đường càng lâu và lượng đường trong máu càng ít được kiểm soát thì nguy cơ biến chứng càng cao. Các biến chứng của bệnh tiểu đường cuối cùng có thể gây tàn phế và thậm chí đe dọa tính mạng. Các biến chứng có thể xảy ra là:

Đái tháo đường làm tăng đáng kể nguy cơ mắc các vấn đề tim mạch khác nhau. Bao gồmxơ vữa động mạch, bệnh động mạch vành, bệnh mạch máu não, và bệnh lý thần kinh ngoại biên. Biểu hiện qua các triệu chứng như cơn đau thắt ngực, cơn đột quỵ,loét chânlâu lành…

Nguyên nhân của biến chứng này là do nồng độ đường trong máu cao, làm tổn thương thành của các mạch máu nhỏ nuôi dưỡng dây thần kinh. Nhất là ở đoạn xa của cơ thể như bàn chân. Điều này có thể gây các triệu chứng như đau, tê, châm chích… thường bắt đầu ở đầu ngón chân và dần dần lan lên trên.

Bên cạnh đó, biến chứng lên các dây thần kinh liên quan đến tiêu hóa có thể gây ra các vấn đề nhưbuồn nôn và nôn,tiêu chảyhoặctáo bón. Ngoài ra, còn córối loạn cương dươngcó thể xảy ra ở nam giới.

Bệnh đái tháo đường có thể gây tổn thương các cầu thận (đơn vị lọc máu chính của thận) dẫn đến giảm hoặc mất chức năng theo thời gian. Tổn thương nặng có thể dẫn đếnsuy thận, hoặc bệnh thận giai đoạn cuối không thể hồi phục. Trên thực tế, đái tháo đường là nguyên nhân phổ biến nhất gây rabệnh thận mãn tínhgiai đoạn cuối trên toàn thế giới.

Nồng độ glucose máu cao có thể làm tổn thương đến các mạch máu củavõng mạc(bệnh võng mạc đái tháo đường). Dẫn đến khả năng bị mù lòa. Bệnh tiểu đường cũng làm tăng nguy cơ mắc các bệnh về mắt khác, chẳng hạn nhưtăng nhãn áphoặcđục thủy tinh thể.

Tổn thương mạch máu và thần kinh không những làm máu đến chân kém mà còn làm biến dạng bàn chân. Từ đó làm tăng nguy cơ mắc các biến chứng ở chân. Nếu không được điều trị, các vết thương hoặc vết loét có thể tiến triển thành nhiễm trùng nghiêm trọng. Nhiều trường hợp phải cắt bỏ ngón chân, bàn chân hoặc thậm chí cẳng chân.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Đái tháo đường làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý về da hơn, bao gồm cả nhiễm trùng do nấm và vi khuẩn.

Sa sút trí tuệ là một biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân tiểu đường típ 2, chẳng hạn nhưbệnh Alzheimer. Tuy nhiên, các cơ chế giải thích cho tình trạng này chưa được chứng minh rõ ràng.

Các triệu chứngtrầm cảmthường gặp trên các bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường. Điều này đặc biệt quan trọng khi tình trạng này có thể ảnh hưởng đến việc điều trị và chăm sóc của người bệnh.

Kiểm soát đường huyết không tốt trong thời kỳ mang thai sẽ gây ra nhiều biến chứng cho cả mẹ và bé, bao gồm:

Tiền sản giật: bệnh lý này được đặc trưng bởi tình trạng phù, huyết áp cao, vàproteintrong nước tiểu nhiều. Tiền sản giật có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng, thậm chí đe dọa tính mạng của cả mẹ và bé.

Đái tháo đường ở thai kỳ tiếp theo. Khi người phụ nữ đã mắc bệnh tiểu đường thai kỳ trong một lần mang thai, khả năng mắc lại bệnh lý này ở lần mang thai tiếp theo hoặc mắc đái tháo đường típ 2 thật sự sẽ cao hơn so với những người mẹ khác.

Sảy thai.

Thai to: glucose trong cơ thể người mẹ có thể đi qua nhau thai và kích thích tuyến tụy của bé tiết thêm insulin. Điều này có thể làm cho đứa trẻ phát triển quá mức, dẫn đến nhiều biến chứng khi sinh thường như kẹt vai,băng huyết sau sinh, nhiễm trùng hậu phẫu.

Hạ đường huyết: vì thai nhi tăng tiết insulin dẫn đến khả năng hạ đường huyết ngay sau khi sinh. Điều này có thể đặc biệt nguy hiểm cho bé. Vì vậy, cần cho truyền glucose đường tĩnh mạch để có thể nhanh chóng đưa đường huyết trở về mức bình thường, nếu có hạ đường huyết xảy ra.

Tăng nguy cơ mắc đái tháo đường cho bé sau này.

Thai chết non.

Khi mắc đái tháo đường, người bệnhcần sự tư vấn và thăm khám của các bác sĩ chuyên khoa. Các bác sĩ không chỉ giúp kiểm soát đường huyết ổn định, mà còn tầm soát sớm các biến chứng – giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và kéo dài tuổi thọ của người bệnh.

Vì vậy, mọi bệnh nhân tiểu đường nên được thăm khám và kiểm tra đường huyết thường xuyên, định kỳ để có kết quả điều trị tối ưu.

Người bệnh nên đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị kịp thời bệnh tiểu đường. Khi nhận thấy các bất thường của cơ thể, hay các dấu hiệu đã liệt kê ở phần trên, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để nhận được sự tư vấn và thăm khám kịp thời.

Sau khi nhận được chẩn đoán, người bệnh sẽ cần theo dõi y tế một cách chặt chẽ cho đến khi lượng đường trong máu ổn định.

Theo Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (American Diabetes Association – ADA), đái tháo đường được chẩn đoán dựa vào: đường huyết tĩnh mạch lúc đói,HbA1c, nghiệm pháp dung nạp glucose và đường huyết tĩnh mạch bất kỳ. Chẩn đoán xác định đái tháo đường dựa vào một trong các tiêu chí sau:4

Đường huyết đói≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L). Đường huyết đói được định nghĩa là đường huyết được đo khi không thu nạp năng lượng trong ít nhất 8 giờ.\*

Đường huyết 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp glucose ≥ 200 mg/dL. Xét nghiệm nên được thực hiện theo hướng dẫn của WHO, sử dụng một tải lượng glucose chứa tương đương 75g glucose khan hòa tan trong nước.\*

A1C ≥ 6,5% (48 mmol/mol). Xét nghiệm nên được thực hiện trong phòng thí nghiệm dùng phương pháp được chứng nhận bởi NGSP và được chuẩn hóa theo DCCT.\*

Đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/l) ở một bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng đường huyết hoặc cơn tăng đường huyết.\*

\*Trong trường hợp không có tăng đường huyết rõ ràng, chẩn đoán đòi hỏi hai kết quả xét nghiệm bất thường từ cùng một mẫu, hoặc trong hai mẫu xét nghiệm riêng biệt.

Bên cạnh đó, bạn cũng cần làm thêm một số xét nghiệm để tầm soát các biến chứng như: đo điện tim, chức năng thận (ure,creatinin,xét nghiệm nước tiểu), đo chỉ số huyết áp cánh tay cổ chân (ABI)…

Sau khi đãchẩn đoán đái tháo đường, bước tiếp theo sẽ là phân loại để có biện pháp điều trị thích hợp:

Về lâm sàng: bệnh nhân thường trẻ, khởi phát triệu chứng rầm rộ, và thường không thừa cân. Tuy nhiên, theo thời gian, ngày càng nhiều bệnh nhân được ghi nhận không có các biểu hiện điển hình như trên. Vì vậy, các xét nghiệm hỗ trợ là cực kỳ cần thiết.

Về xét nghiệm: sử dụng các xét nghiệm sàng lọc phát hiện tự kháng thể với insulin, axit glutamic decarboxylase (GAD), kháng thể kháng tiểu đảo tụy…

Người bệnh ở độ tuổi trung niên trở lên, có kèm thừa cân/béo phì và thường được phát hiện một cách tình cờ. Tuy nhiên, do lối sống tĩnh tại ngày nay, người ta ghi nhận các bệnh nhân mắc đái tháo đường típ 2 đang có xu hướng trẻ hóa.

Phụ nữ mang thai được tầm soát thường quy đái tháo đường thai kỳ vào tuần thai thứ 24 – 28 và có tiêu chuẩn chẩn đoán riêng biệt theo một trong hai cách sau (tùy nơi thực hiện):

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳnhư sau:4

Đói: < 95 mg/dL (5,3 mmol/L).

1 giờ: < 180 mg/dL (< 10 mmol/L).

2 giờ: < 155 mg/dL (< 8,6 mmol/L).

Nếu đường huyết sau 1 giờ : ≥ 140 mg/dL (> 7,8 mmol/L) thì chuyển sang bước thứ 2.

Bước 2: nhịn đói, cho uống 100 g glucose, thử đường huyết đói; 1, 2 và 3 giờ sau nghiệm pháp:

Đói: < 95 mg/dL (< 5,3 mmol/L).

1 giờ: < 180 mg/dL (< 10 mmol/L).

2 giờ: < 155 mg/dL (< 8,6 mmol/L).

3 giờ: < 140 mg/dL (< 7,8 mmol/L).

Chẩn đoán đái tháo đường trong thai kỳ nếu bệnh nhân có 2 trong 4 trị số nói trên bất thường.

Nếu chỉ bất thường 1 trị số thì lặp lại xét nghiệm sau 4 tuần.

Tiền đái tháo đường được chẩn đoán khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn trong bảng sau:4

Tùy thuộc vào loại bệnh tiểu đường mà việc dùng thuốc có sự khác nhau. Tuy nhiên, tất cả đều cần một chế độ ăn uống lành mạnh, duy trì cân nặng hợp lý và tham gia tập thể dục -thể thao thường xuyên để góp phần kiểm soát bệnh lý này.

Trái ngược với quan niệm thông thường, không có chế độ ăn kiêng cụ thể cho bệnh tiểu đường. Các thực phẩm người bệnh nên dành nhiều sự quan tâm là những thực phẩm giàu chất xơ, ít chất béo và calo như rau, ngũ cốc nguyên hạt, thịt nạc…

Bên cạnh đó là việc hạn chế các thực phẩm nhiều tinh bột, chất béo bão hòa, và đồ ngọt. Nếu được, người bệnh nên ăn 3 bữa trong một ngày, và hạn chế ăn vặt.

Tuy nhiên, nếu chưa biết cách để xây dựng một chế độ ăn phù hợp, thì người bệnh nên đến gặp các chuyên gia dinh dưỡng. Điều này còn đặc biệt quan trọng đối với người tiểu đường típ 1, khi họ có thể phải tính toán lượng tinh bột để có thể dùng liều insulin hợp lý.

Tập thể dục làm giảm lượng đường trong máu bằng cách đưa chúng vào trong tế bào để tạo năng lượng, cũng như tăng độ nhạy cảm của cơ thể đối với insulin.

Theo ADA, người mắc bệnh đái tháo đường nên tập thể lực ở mức độ trung bình 30 phút một ngày và tối thiểu 5 ngày trong tuần; 50 phút một ngày và 3 lần trong tuần; 25 phút một ngày và 6 lần trong tuần.5Người bệnh cần tham khảo ý kiến bác sĩ để chọn được bài tập và thời gian tập phù hợp.

Tùy thuộc vào kế hoạch điều trị của mỗi người, người bệnh có thể kiểm tra và ghi lại lượng đường trong máu của mình từ 1 đến 4 lần một ngày, hoặc thường xuyên hơn nếu đang dùng insulin.

Trong khi việc kiểm soát đường huyết là rất quan trọng, việc quản lý tích cực quá mức có thể dẫn đến hạ đường huyết và có thể gây ra các kết quả bất lợi, thậm chí là tử vong. Bạn phải theo dõi cẩn thận mới có thể đảm bảo rằng lượng đường trong máu nằm trong phạm vi mục tiêu. Mức đường huyết mục tiêu được chấp nhận ở đa số bệnh nhân là:6

Đường huyết khi đói: 80 – 130 mg/dL (4,4 – 7,2 mmol/L).

Đường huyết 1 – 2 giờ sau ăn: < 180 mg/dL (10,0 mmol/L).

Những người được điều trị bằng insulin cũng có thể chọn theo dõi lượng đường trong máu bằng máy theo dõi đường huyết liên tục. Mặc dù công nghệ này vẫn chưa thay thế hoàn toàn máy đo đường huyết. Tuy nhiên, nó có thể giảm đáng kể số lần đâm kim, cũng như cung cấp thông tin quan trọng về xu hướng nồng độ glucose ở trong cơ thể.

Ngoài việc theo dõi lượng đường trong máu hàng ngày, bác sĩ có thể sẽ đề nghị xét nghiệm HbA1C thường xuyên để đo mức đường huyết trung bình của người bệnh trong hai đến ba tháng qua. Mức HbA1C tăng cao có thể là dấu hiệu cảnh báo để bác sĩ thay đổi chế độ ăn cũng như các loại thuốc đang dùng.

Đối với hầu hết những người mắc bệnh tiểu đường, ADA khuyến nghị HbA1C mục tiêu dưới 7%.6Tuy nhiên, mục tiêu HbA1C thay đổi tùy thuộc vào từng cá nhân dựa vào độ tuổi, thời gian mắc bệnh, các bệnh đồng mắc cũng như nhiều yếu tố khác. Do đó, người bệnh nên thảo luận với bác sĩ về mục tiêu đường huyết thích hợp đối với bản thân.

Trong tiểu đường típ 1, cơ thể bệnh nhân thiếu insulin một cách tuyệt đối. Vì vậy, việcsử dụng insulin thông qua tiêm hàng ngàyhoặc bơm insulin là phương pháp điều trị chính. Bên cạnh đó, bác sĩ điều trị cũng sẽ hướng dẫn bệnh nhân tính lượng calo nạp vào, và lượng insulin cần thiết để kiểm soát lượng calo đó.

Ghép tụy có thể là một lựa chọn thứ hai cho các bệnh nhân đái tháo đường típ 1. Việc cấy ghép tuyến tụy thành công giúp loại bỏ nhu cầu điều trị bằng insulin. Tuy nhiên, không phải lúc nào các ca cấy ghép cũng thành công – và những quy trình này tiềm ẩn nhiều rủi ro.

Người bệnh sẽ cần dùng thuốc ức chế miễn dịch trong suốt phần đời còn lại của mình, để ngăn chặn quá trình thải ghép. Những loại thuốc này có thể gây tác dụng phụ nghiêm trọng, đó là lý do tại sao cấy ghép thường chỉ được dành cho những người mắc bệnh tiểu đường không kiểm soát được, hoặc những người cũng cần ghép thận…

Ngoài việc sử dụng insulin, còn có thể sử dụng các liệu pháp khác nhằm làm tăng sự nhạy cảm với insulin, hoặc tăng tiết insulin của tuyến tụy. Các phân nhóm thuốc cụ thể bao gồm:

Biguanide (metformin).

Sulfonylureas.

Thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển SGLT-2.

Thuốc ức chế DPP-4.

Thuốc đồng vận GLP-1.

Meglitinides.

Thiazolidinediones.

Thuốc ức chế alpha-glucosidase.

Các bác sĩ sẽ kê đơn tùy thuộc vào mức đường huyết cũng như các bệnh lý đi kèm của từng bệnh nhân. Ví dụ, khi bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có kèmsuy tim, nhóm thuốc được ưu tiên sử dụng là ức chế kênh đồng vận chuyển SGLT-2.7

Kiểm soát lượng đường trong máu của mẹ bầu là điều cần thiết để giữ cho thai nhi khỏe mạnh và tránh các biến chứng trong quá trình sinh nở.

Ngoài việc duy trì chế độ ăn uống lành mạnh và tập thể dục, kế hoạch điều trị còn bao gồm việc theo dõi một cách nghiêm ngặt lượng đường trong máu và trong một số trường hợp, người mẹ cần phải được điều trị bằng insulin.

Có thể thấy, nguyên nhân gây bệnh tiểu đường rất đa dạng và phức tạp. Vì vậy, chúng ta cần tìm đúng cơ chế bệnh sinh để có hướng điều trị phù hợp. Khi có các dấu hiệu nghi ngờ mắcđái tháo đường, hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn và chẩn đoán bệnh một cách kịp thời. Người bệnh đái tháo đường không những cần phải tuân thủ việc dùng thuốc, mà còn phải thay đổi lối sống để đạt được hiệu quả điều trị tối ưu.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dai-thao-duong-tuyp-1/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân gây đái tháo đường type 1

Triệu chứng của đái tháo đường type 1

Biến chứng của bệnh đái tháo đường type 1

Chẩn đoán đái tháo đường type 1 như thế nào?

Điều trị đái tháo đường type 1

Tiên lượng bệnh tiểu đường type 1

Tầm soát các biến chứng

Phân biệt đái tháo đường type 1 và 2

Đái tháo đường type 1 (trước đây còn được gọi là đái tháo đường phụ thuộc insulin). Thường được chẩn đoán ở trẻ em, thanh thiếu niên và thiếu niên. Tuy nhiên, bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Nếu bạn bị đái tháo đường type 1, tụy của bạn tạo không đủ insulin hoặc tạo ra rất ít. Nếu không có insulin, đường không thể đi vào trong tế bào và bị tích tụ lại trong máu. Đường trong máu cao gây nhiều tác hại cho cơ thể. Bệnh Đái tháo đường type 1 ít phổ biến hơn type 2 (đái tháo đường thường gặp ở người lớn tuổi). Bài này sẽ cung cấp cho các bạn những thông tin về đái tháo đường type 1.

Đái tháo đường type 1 là do phản ứng tự miễn (cơ thể sự sản xuất ra kháng thể tấn công cơ thể) phá hủy các tế bào tụy để tạo ra insulin. Những tế bào đó được gọi là tế bào beta tụy. Quá trình này có thể diễn ra trong nhiều tháng hoặc nhiều năm trước khi xuất hiện triệu chứng.

Một số người có một số gen nhất định (đặc điểm di truyền từ cha mẹ) làm cho họ dễ mắcđái tháo đường type 1hơn những người khác. Ngoài ra,nhiễm trùng, nhiễm vi-rút và một số yếu tố môi trường khác cũng có thể gây ra đái tháo đường type 1.

Có thể mất vài tháng đến nhiều năm để phá hủy đủ các tế bào beta tụy trước khi các triệu chứng củađái tháo đường type 1xuất hiện. Các triệu chứng thường xuất hiện đột ngột. Điển hình nhất là uống nhiều và tiểu nhiều. Sụt cân và chán ăn cũng khá phổ biến. Việc sụt cân một phần do mất nước. Các triệu chứng phổ biến khác là mệt mỏi, lú lẫn, buồn nôn, nôn. Những triệu này có thể do mất nước hoặc một tình trạng gọi là nhiễm toan ceton.

Nhiễm toan ceton xảy ra do tế bào không thể sử dụng được đường glucose để tạo ra năng lượng. Vì vậy, các tế bào phải dùng một loại khác. Để đáp ứng với nhu cầu đó, gan tạo ra một loại nguyên liệu thay thế gọi là ceton. Ceton là một loại a-xít mà khi tích tụ trong máu gọi là nhiễm toan ceton. Nhiễm toan ceton có thể gây ra các vấn đề về tim mạch và ảnh hưởng đến hệ thống thần kinh. Thậm chí, nhiễm toan ceton có thể khiến một người hôn mê hoặc tử vong trong vài giờ.

Nếu bạn nghĩ con bạn bị mắc bệnh đái tháo đường type 1, hãy đến gặp bác sĩ ngay để được kiểm tra lượng đường trong máu. Bệnh đái tháo đường nếu không được điều trị có thể dẫn đến những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, thậm chí tử vong.

Các yếu tố nguy cơ của bệnhđái tháo đường type 1không rõ ràng như đối với đái tháo đường type 2, mặc dù tiền căn bệnh lý gia đình có thể ảnh hưởng một phần.

Một số yếu tố được xem như là yếu tố nguy cơ của đái tháo đường type 1 bao gồm:

Bất cứ ai có cha, mẹ hoặc anh chị em mắc tiểu đường type 1 đều có nguy cơ mắc bệnh cao hơn những người khác

Sự hiện diện một số gen cho thấy tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường type 1.

Mặc dù đái tháo đường type 1 có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, nhưng bệnh thường gặp ở hai đỉnh tuổi. đỉnh tuổi đầu tiên là trẻ từ 4-7 tuổi, đỉnh thứ hai là trẻ từ 10 đến 14 tuổi.

Các biến chứng nghiêm trọng và có khả năng đe dọa tính mạng có thể xảy ra ở người bệnh bao gồm:

Các mạch máu nhỏ của võng mạc (võng mạc nằm ở phí sau của mắt và là bộ phận cảm nhận ánh sáng) bị tổn thương do lượng đường trong máu cao. Tổn thương mạch máu dẫn giảm máu đến cung cấp cho võng mạc hoặc gây chảy máu vào võng mạc. Cả hai điều này đều làm mất khả năng cảm nhận ánh sáng. Bệnh võng mạc có thể được ngăn chặn bởi kiểm soát tốt lượng đường trong máu và các liệu pháp laser. Nếu lượng đường trong máu cao, bệnh võng mạc cuối cùng có thể gây mù.

Lượng đường trong máu cao có thể làm hư hại các dây thần kinh, dẫn đến đau hoặc tê liệt một phần cơ thể. Phổ biến nhất là tổn thương thần kinh ở bàn chân, chân và tay (bệnh thần kinh ngoại biên). Các dây thần kinh kiểm soát các chức năng khác của cơ thể như tiêu hóa thức ăn, tiểu tiện cũng có thể bị tổn thương.

Các vết loét và mụn nước thường xảy ra ở bàn chân của những người mắc bệnh đái tháo đường. Các vết loét có thể không được chú ý, dẫn đến dễ bị nhiễm trùng hơn. Ở những người bị đái tháo đường, tuần hoàn máu nuôi đến vết thương kém, dẫn đến lâu lành. Nếu không được điều trị, một vết loét đơn giản có thể dẫn đến hoại tử, đôi khi phải cắt cụt chi.

Lượng đường trong máu cao có thể làm tổn thương thận và lâu ngày có thể dẫn đến suy thận.

Những người mắc đái tháo đường có nhiều nguy cơ mắc bệnh lý về tim mạch vàđột quỵ.

Hạ đường huyết(lượng đường trong máu thấp) có thể là hậu quả của việc điều trị. Hạ đường huyết có thể xảy ra nếu xử dụng quá nhiều thuốc hạ đường huyết hoặc bỏ bữa ăn. Các triệu chứng của hạ đường huyết bao gồm:

Yếu

Mệt mỏi

Chóng mặt

Run

Vả mồ hôi

Đau đầu

Lú lẫn

Cáu gắt

Nhìn mờ hoặc nhìn đôi

Hạ đường huyết có thể dẫn đến hôn mê nếu không được điều trị.

Đái tháo đường loại 1 có thể được chẩn đoán bằng kết hợp các triệu chứng, tuổi và xét nghiệm máu. Các xét nghiệm kiểm tra lượng đường trong máu bao gồm:

Máu được lấy vào buổi sáng sau khi nhịn đói qua đêm. Thông thường, lượng đường trong máu nằm trong khoảng từ 70-100mg/dl. Ở bệnh nhân đái tháo đường, đường huyết đói thường lớn hơn hoặc bằng 126mg/dl.

Lượng đường trong máu được đo hai giờ sau khi uống 75 gram đường. Bệnh nhân tiểu đường thường có đường huyết 2 giờ lớn hơn hoặc bằng 200mg/dl.

Đường trong máu bất kì lớn hơn hoặc bằng 200mg/dl kèm với triệu chứng của bệnh đái tháo đường có thể giúp chẩn đoán

Xét nghiệm này đo mức glucose trung bình trong hai đến ba tháng trước. Đái tháo đường được chẩn đoán nếu mức HbA1c lớn hơn hoặc bằng 65%.

Điều trị đái tháo đường loại 1 cần tiêm insulin hằng ngày. Hầu hết những người mắc đái tháo đường type 1 cần hai đến bốn mũi tiêm mỗi ngày

Không những tiêm insulin mà người bệnh còn cần có một chế độ ăn uống hợp lý. Nếu một người tiêm insulin nhưng lại quên ăn, họ có thể bị hạ đường huyết. Nếu dùng quá ít insulin hoặc ăn quá nhiều thì lại có thể bị nhiễm toan ceton

Một chế độ ăn uống lành mạnh và tập thể dục thường xuyên rất quan trọng đối với mọi người, đặc biệt đối với những người mắc bệnh đái tháo đường. Một chế độ ăn uống lành mạnh cho người mắc bệnhđái tháo đường type 1giúp giữ lượng glucose trong máu tương đối ổn định.

Để giữ cho lượng đường trong máu ở mức bình thường và tương đối ổn định. Một người mắc bệnh tiểu đường loại 1 thường được khuyên nên ăn, tập thể dục và dùng insulin vào cùng một thời điểm mỗi ngày. Thói quen thường xuyên giúp giữ mức glucose trong phạm vi bình thường.

Những người mắc bệnh tiểu đường loại 1 nên tập thể dục thường xuyên. Tập thể dục giúp bảo vệ sức khỏe và giúp hệ tim mạch khỏe mạnh. Ngoài ra, tập thể dục thường xuyên giúp kiểm soát lượng đường trong máu. Tuy nhiên bạn cần hỏi bác sĩ của bạn khi nào nên tập thể dục, tập bao nhiêu là đủ?

Những người mắc tiểu đường type 1 cần theo dõi lượng đường trong máu. Đồng thời tuân thủ điều trị và duy trì lối sống lành mạnh.

Càng ngày, nguy cơ biến chứng càng tăng. Nhưng biến chứng có thể giảm đáng kể nếu bạn theo dõi và kiểm soát chặt chẽ lượng đường trong máu.

Mỗi tháng kiểm tra cân nặng, huyết áp, đường huyết, đường niệu.

Mỗi 3 tháng kiểm tra tim mạch, thận, chân, mỡ máu.

6 tháng kiểm tra mắt.

Mỗi năm: cấy nước tiểu, kiểm tra đạm trong nước tiểu.

2-3 năm: kiểm tra mạch máu võng mạc, điện cơ.

Người mắc đái tháo đường type 2 thường thừa cân, còn tiểu đường type 1 thường không thừa cân và có bệnh sử sụt cân gần đây.

Bệnh nhân đái tháo đường type 2 thường khởi phát sau tuổi dậy thì. Tuổi biểu hiện của tiểu đường type 1 có 2 đỉnh là khoảng từ 4-7 tuổi và đỉnh trước hoặc ngay sau dậy thì 10-14 tuổi.

Bệnh nhân tiểu đường type 1 và 2 có thể liên quan họ hàng chặt chẽ.

Ở Hoa Kỳ, hầu hết bệnh nhân đái tháo đường type 2 là người Mỹ da đen, người Mỹ bản xứ và người Mỹ gốc Châu Á.

Đái tháo đường type 2 thường có những bệnh đi kèm như dày sừng tăng sắc tố, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, buồng trứng đa nang. Hiện tượng dày sừng và tăng sắt tố da ở bệnh nhân đái tháo đường type 2

Đái tháo đường type 1nếu không được chẩn đoán và chữa trị kịp thời có thể gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và tính mạng của bệnh nhân. Mọi thông tin trên đều mang tính chất tham khảo, bạn cần đi khám và liên hệ trực tiếp với bác sĩ của mình khi cần.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-can-biet-ve-dai-thao-duong-type-2/

Nội dung bài viết

Đái tháo đường type 2 là gì?

Triệu chứng đái tháo đường type 2

Những biến chứng nguy hiểm của tiểu đường type 2

Đo đường huyết để xác định tiểu đường type 2

Điều trị đái tháo đường type 2 như thế nào?

Làm sao để phòng ngừa đái tháo đường type 2

Đái tháo đường là một bệnh lý mãn tính. Từ khi phát hiện, người bệnh luôn cần phải có một chế độ điều trị và thay đổi lối sống phù hợp để chung sống với bệnh lâu dài. Bài viết sau đây sẽ cung cấp cái nhìn tổng quát về bệnh đái tháo đường type 2.

Tiểu đường type 2 (hay đái tháo đường không phụ thuộc insulin) là một bệnh lý mãn tính khiến lượng đường trong máu liên tục tăng cao. Khị bị đái tháo đường tuýp 2, cơ thể trở nên kháng lạiinsulin. Đây là một loại hormon giúp cơ thể sử dụng đường hiệu quả.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường

Đái tháo đường tuýp 1 thường khởi phát ở người trẻ và có thường có yếu tố di truyền, bẩm sinh. Trong khi đó,đái tháo đường type 2lại thường gặp ở lứa tuổi trên 40.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Người tiểu đường nên ăn gì để ổn định đường huyết?

Các biểu hiện của tiểu đường type 2 thường không rầm rộ như đái tháo đường type 1. Bệnh thường tiến triển âm thầm ở giai đoạn đầu. Vì thế, các triệu chứng ban đầu có thể dễ dàng bị lờ đi.

Khi mắc bệnhđái tháo đường type 2, cơ thể không thể sử dụng đường một cách hiệu quả để tạo năng lượng. Nó buộc phải tận dụng những nguồn năng lượng thay thế khác lấy từ mô, cơ bắp,… Đây chính là nguyên nhân làm xuất hiện các triệu chứng điển hình của tiểu đường type 2.

Những triệu chứng thường gặp của đái tháo đường type 2 bao gồm:

Thường xuyên khát nước, đi tiểu nhiều;

Đói liên tục;

Mệt mỏi, chóng mặt;

Nhìn mờ;

Khô miệng;

Ngứa ngáy ngoài da.

Càng về sau, các triệu chứng tiểu đường sẽ càng trầm trọng hơn. Nếu lượng đường trong cơ thể cứ tăng cao trong thời gian dài, sẽ xuất hiện các triệu chứng nặng hơn như: vết thương lâu lành; xuất hiện vùng da tối màu; đau tê bàn chân, các đầu ngón tay, ngón chân,…

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Tìm hiểu về xét nghiệm tiểu đường và tầm soát đái tháo đường type 2

Đường huyết tăng cao mà không được kiểm soát sẽ dẫn đến các biến chứng nguy hiểm ở mắt, tim mạch, thần kinh và thận. Sau đây là một số biến chứng điển hình của bệnh tiểu đường:

Da bị nhiễm trùng, nhiễm nấm;

Tổn hại các dây thần kinh, gây tê ngứa, đau nóng, thậm chí mất cảm giác ở các đầu ngón tay, ngón chân;

Loét, hoại tử bàn chân và có khả năng phải cắt cụt;

Nguy cơ cao mắc các bệnh về tim mạch như cao huyết áp, hẹp động mạch, đau thắt ngực, đột quỵ,…

Gây hỏng các mạch máu của võng mạc dễ dẫn đến mù lòa. Tăng nguy cơ mắc các bệnh về mắt: tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể,…

Suy thận.

Loét bàn chân là một trong những biến chứng thường gặp của tiểu đường

Khi có các triệu chứng nghi ngờ bị tiểu đường, bạn cần đến gặp bác sĩ. Bác sĩ sẽ cho bạn làm các xét nghiệm máu để xác định chỉ số đường huyết. Xét nghiệm nên được thực hiện ở ít nhất 2 thời điểm khác nhau.

Nếu có một trong các tiêu chí dưới đây thì bạn sẽ được chẩn đoán mắc đái tháo đường:

Nồng đột đường đo được ở bất kì thời điểm nào trong ngày ≥ 200 mg/dl kèm theo các triệu chứng như: uống nước nhiều, tiểu nhiều, khát nhiều, mệt mỏi;

Đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dL (nhịn đói ít nhất 8 tiếng);

Đường huyết hai giờ sau uống dung dịch 75g glucose ≥ 200 mg/dl.

Sau khi được chẩn đoán bệnh, bạn có thể cần phải làm thêm một số xét nghiệm để giúp phân biệt đái tháo đường type 1 hay type 2. Mục tiêu là để đưa ra kế hoạch điều trị phù hợp. Với đái tháo đường type 1, bệnh nhân sẽ phải chích insulin. Trong khi đái tháo đường tuýp 2 sẽ có phác đồ điều trị với thuốc uống phù hợp.

Xem thêm:Xét nghiệm tiểu đường thai kỳ và những điều bạn cần biết

Đái tháo đường type 2có thể được kiểm soát hiệu quả bằng cách theo dõi lượng đường trong máu thường xuyên. Bạn nên cố gắng duy trì đường huyết ở một khoảng cho phép. Những lưu ý người bệnh cần biết trong thời gian điều trị:

Thường xuyên theo dõi lượng đường trong máu. Có kế hoạch kiểm tra và ghi nhận nồng độ đường huyết 1 lần/1 ngày hoặc vài lần 1 tuần.

Ăn thức ăn giàu chất xơ. Bổ sung rau củ, trái cây và ngũ cốc vào chế độ ăn hằng ngày.

Không nên ăn thức ăn có chứa nhiều mỡ động vật, thức ăn ngọt,…

Cố gắng kiểm soát cân nặng phù hợp.

Mỗi ngày nên dành ra 30 phút để tập thể dục. Vận động cơ thể giúp kiểm soát đường huyết tốt hơn.

Bạn có thể kiểm soát tốt tình trạng bệnh bằng chế độ ăn uống và tập thể dục. Tuy nhiên trong một số trường hợp, bạn cần phải được điều trị bằng insulin hoặc một số loại thuốc tiểu đường khác.

Để kiểm soát lượng đường huyết duy trì ở mức lí tưởng, bạn cần kết hợp 3 yếu tố: chế độ ăn, tập thể dục và kiểm soát cân nặng.

Ăn rau củ quả giàu chất xơ mỗi ngày.

Cần tránh mỡ động vật. Nên ăn cá và các loại chất béo không bão hòa (từ dầu thực vật). Nên ăn vừa đủ no và ăn vào thời gian cố định trong ngày.

Bênh tiểu đường type 2 thường liên quan đến việc ít vận động. Mỗi ngày bạn nên dành ra khoảng 30 phút để tập thể dục.

Nếu bạn bị béo phì thì nguy cơ bị tiểu đường type 2 rất cao. Do đó việc giữ cân nặng nằm trong khoảng lí tưởng là vô cùng quan trọng.

Khi có những triệu chứng nghi ngờ đái tháo đường, bạn cần phải đến các trung tâm y tế để làm các xét nghiệm xác định. Việc phân loại đái tháo đường type 1 với type 2 rất cần thiết để có chế độ điều trị phù hợp. Thường xuyên theo dõi chỉ số đường huyết giúp bạn kiểm soát được tình trạngđái tháo đường type 2. Nếu bạn bị tiền đái tháo đường hoặc có các yếu tố nguy cơ mắc bệnh, thì việc điều chỉnh lối sống có thể giúp trì hoãn, thậm chí là ngăn ngừa bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-ban-can-biet-ve-benh-dai-thao-nhat/

Nội dung bài viết

Các biểu hiện của bệnh đái tháo nhạt

Nguyên nhân của tình trạng này là gì?

Yếu tố nguy cơ của bệnh đái tháo nhạt

Biến chứng của bệnh đái tháo nhạt

Bệnh đái tháo nhạt chẩn đoán như thế nào?

Điều trị đái tháo nhạt như thế nào?

Những lời khuyên dành cho bệnh nhân đái tháo nhạt

Bệnh đái tháo nhạt là một bệnh lý về rối loạn dịch trong cơ thể hiếm gặp. Đặc điểm nổi bật của bệnh là cảm giác khát nước liên tục và tiểu nhiều. Thuật ngữ “đái tháo nhạt” và “đái tháo đường” tuy khá tương tự nhau nhưng hai bệnh lý này là hoàn toàn khác biệt. Hãy cùng ThS.BS Vũ Thành Đô tìm hiểu thêm về căn bệnh này nhé.

Cảm giác khát nước dữ dội, liên tục.

Tiểu rất nhiều, nước tiểu loãng.

Thường xuyên phải thức dậy vào ban đêm để đi tiểu.

Thích uống nước lạnh.

Nếu tình trạng bệnh lý nặng, một ngày bệnh nhân có thể đi tiểu tới 19 lít nước tiểu mỗi ngày. Bệnh nhân cũng uống rất nhiều nước. Một người bình thường chỉ tiểu trung bình một ngày từ 1 – 2 lít.

Bệnh đái tháo nhạt có thể xuất hiện ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Các triệu chứng ở trẻ nhỏ có thể gặp là:

Thường xuyên tiểu ướt tã.

Trẻ đái dầm.

Trẻ khó ngủ.

Sốt.

Nôn ói.

Táo bón.

Chậm phát triển.

Sụt cân.

Nếu bạn có triệu chứng tiểu nhiều hay cảm thấy khát liên tục, hãy đi khám bác sĩ.

Bệnh đái tháo nhạt xảy ra khi cơ thể không thể điều hòa lượng dịch một cách cân bằng. Thận là cơ quan chính đảm nhiệm vai trò điều hòa dịch. Thận lọc máu và thải các chất cặn bã ra ngoài qua nước tiểu. Nước tiểu được dự trữ tạm thời tạibàng quangtrước khi được thải ra ngoài. Ngoài ra, còn có các cơ chế thải dịch khác như chảy mồ hôi, thở hay qua đường tiêu hóa.

Hormone ADH, hay vasopressin, giúp kiểm soát quá trình thải dịch của cơ thể. ADH được tiết ra tại vùng hạ đồi và dự trữ ởtuyến yên(nằm ở não bộ). Khi bạn có đái tháo nhạt, hệ thống điều hòa thể dịch thông qua hormone bị rối loạn. Từ đó gây ra triệu chứng khát và tiểu nhiều.

Đái tháo nhạt trung ương. Tổn thương xuất hiện ở vùng hạ đồi hay tuyến yên. Các tác nhân gây thương tổn có thể là chấn thương đầu, phẫu thuật hay u. Khi đó, vùng hạ đồi và tuyến yên bị rối loạn chức năng, gây ảnh hưởng đến sự tiết hormone ADH. Một bệnh lý di truyền cũng có thể gây ra đái tháo nhạt trung ương thông qua cơ chế này.

Đái tháo nhạt do thận. Nguyên nhân của đái tháo nhạt do thận là các rối loạn tại ống thận. Thông thường, ống thận sẽ tham gia tái hấp thu và đào thải dưới sự điều hòa của ADH. Các rối loạn tại ống thận làm mất sự điều hòa nội tiết này, gây ra bệnh. Nguyên nhân có thể do bệnh lý di truyền hay bệnh thận mạn tính. Một số thuốc như foscarnet, lithium hay thuốc kháng virus có thể gây ra tình trạng tương tự.

Đái tháo nhạt thai kỳ. Đây là một tình trạng hiếm gặp. Bệnh lý xảy ra khi mang thai, nhau thai gây phá hủy ADH trong máu của người mẹ.

Chứng uống nhiều tiên phát (cuồng uống nguyên phát). Nguyên nhân là do bệnh nhân uống quá nhiều nước, gây tiểu nhiều và làm loãng nước tiểu. Tình trạng này có liên quan đến bệnh lý tâm thần, nhưtâm thần phân liệt.

Đôi khi bệnh không tìm được nguyên nhân. Một số trường hợp hiếm gặp có ghi nhận bệnh tự miễn gây tổn thương tế bào sản xuất ADH, dẫn đến bệnhđái tháo nhạt.

Bệnh đái tháo nhạt do thận có thể do một rối loạn di truyền. Khi đó, bệnh sẽ khởi phát ngay từ khi trẻ sinh ra. Dạng đái tháo nhạt này chủ yếu xuất hiện ở nam giới. Tuy nhiên, nữ giới cũng có chứa gen mang đột biến gây bệnh và có thể truyền cho con mình.

Đái tháo nhạt có thể gây ramất nước. Các triệu chứng của mất nước bao gồm:

Khô miệng.

Thay đổi độ đàn hồi da.

Cảm giác khát.

Mệt mỏi.

Đái tháo nhạt có thể gây ra rối loạn các chất điện giải, như natri và kali trong máu. Các dấu hiệu của rối loạn điện giải là:

Yếu cơ.

Buồn nôn, nôn.

Cảm giác ăn không ngon.

Chuột rút (vọp bẻ).

Lú lẫn.

Một số xét nghiệm cần làm để chẩn đoán bệnh là:

Nghiệm pháp nhịn nước. Bệnh nhân sẽ được cho nhịn uống nước trong vài giờ để theo dõi. Để tránh việc mất nước, cơ thể sẽ tiết ra ADH và khiến thận tăng hấp thu dịch lại. Khi đó, lượng nước tiểu sẽ giảm xuống do hoạt động giữ nước của thận. Trong thời gian theo dõi, bác sĩ sẽ ghi lại sự thay đổi về cân nặng, lượng nước tiểu, nồng độ của nước tiểu và máu. Lượng ADH trong máu cũng có thể được đo lường. Nghiệm pháp này cho biết khả năng sản xuất ADH của cơ thể và sự đáp ứng của thận với hormone ADH.

Cộng hưởng từ (MRI). Phim cộng hưởng từ có thể giúp khảo sát các bất thường ở vùng hạ đồi và tuyến yên. Xét nghiệm này không xâm lấn, do đó an toàn cho nhiều đối tượng bệnh nhân.

Tầm soát di truyền. Nếu trong gia đình có người mắc đái tháo nhạt, bạn có thể được làm xét nghiệm tầm soát bệnh.

Phương pháp điều trị tùy thuộc vào cơ chế và nguyên nhân gây bệnh.

Nếu bệnh đái tháo nhạt ở mức độ nhẹ, bạn chỉ cần uống đủ nước. Tuy nhiên, khi rối loạn gây ra bởi bất thường như u tuyến yên hay vùng hạ đồi, bạn có thể phải điều trị nguyên nhân gây bệnh.

Điển hình, bệnh sẽ được điều trị bằng việc bổ sung hormone nhân tạo desmopressin. Hormone bổ sung này giúp bù đắp lại phần bị thiếu hụt của ADH. Thuốc có thể được dùng bằng đường uống, chích hay dạng xịt mũi.

Các thuốc tác động lên ADH cũng có thể được sử dụng. Có thể kể đến như indomethacin hay chlorpropamide.

Ở bệnh đái tháo nhạt do thận, ống thận không đáp ứng với ADH, do đó sử dụng desmopressin không mang lại hiệu quả. Thay vào đó, bác sĩ sẽ cho bạn thực hiện chế độ ăn ít muối nhằm giảm lượng nước tiểu. Bạn cũng cần phải uống nhiều nước để tránh bị mất nước.

Việc sử dụng thuốc như hydrochlorothiazide có thể giúp cải thiện các triệu chứng. Mặc dù loại thuốc này thường được dùng để lợi tiểu, ở bệnh đái tháo nhạt do thận, thuốc có tác dụng giảm lượng nước tiểu.

Điều trị được sử dụng là bổ sung desmopressin.

Hiện tại, không có thuốc điều trị cho bệnh ý này. Phương pháp được sử dụng là hạn chế lượng nước nhập vào cơ thể. Nếu tình trạng này có liên quan đến rối loạn tâm thần, việc điều trị tâm thần có thể giúp giảm bớt các triệu chứng của đái tháo nhạt.

Tránh bị mất nước. Bạn có thể phòng tránh được biến chứng mất nước nguy hiểm nếu như dùng thuốc đầy đủ theo hướng dẫn và uống đủ nước. Hãy luôn mang theo bình nước hoặc tính trước nếu như bạn có đi đâu đó.

Hãy mang theo hồ sơ bệnh của mình theo người. Hoặc tìm cách để ghi lại chẩn đoán bệnh của bạn vào một ghi chú nào đó và mang theo người. Điều này sẽ giúp khi có tình huống cấp cứu, nhân viên y tế sẽ sớm nhận ra vấn đề của bạn và xử trí thích hợp.

Bệnh đái tháo nhạtlà một tình trạng rối loạn điều hòa dịch trong cơ thể. Có nhiều cơ chế gây bệnh, tương ứng với các thể bệnh đái tháo nhạt khác nhau. Bệnh có thể gây ra các biến chứng như mất nước và rối loạn điện giải. Nếu như có bất kỳ biểu hiện nào giống như bài viết đã mô tả, hãy đi khám ngay nhé. Việc chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giúp phòng tránh các biến chứng nghiệm trọng xảy ra.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dai-thao-nhat-trung-uong-nguyen-nhan-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh lý đái tháo nhạt

Đái tháo nhạt trung ương có phổ biến hay không?

Nguyên nhân của đái tháo nhạt trung ương

Triệu chứng và biến chứng của đái tháo nhạt trung ương

Đái tháo nhạt trung ương có xử trí tại nhà được không? Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán đái tháo nhạt trung ương

Điều trị đái tháo nhạt trung ương

Phòng ngừa đái tháo nhạt trung ương

Đái tháo nhạt là tình trạng gây tiểu nhiều, khát nhiều, uống nhiều làm tuy là bệnh lý hiếm gặp nhưng làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của người bệnh đôi khi đe dọa tử vong nếu không xử trí hợp lý. Vậy đái tháo nhạt mà đặc biệt là đái tháo nhạt trung ương là bệnh lý như thế nào? Mời bạn cùng Bác sĩ Huỳnh Tấn Hùng tìm hiểu về bệnh lý đái tháo nhạt trung ương qua bài viết dưới đây.

Đái tháo nhạt(Diabetes insipidus) là tình trạng bệnh lý gây tiểu nhiều, với nước tiểu nhược trương do giảm bài tiết hormon kháng lợi niệu (Anti Diuretic Hormone – ADH) hoặc giảm tác động của ADH.1

Tiểu nhiều hay đa niệu (Polyuria) được định nghĩa là thể tíchnước tiểutrong 24 giờ lớn hơn 40 – 50 ml/kg cân nặng ở người trưởng thành.23

Lượng nước tiểu trung bình chỉ khoảng 1 – 3 lít mỗi ngày ở hầu hết người trưởng thành. Người bị đái tháo nhạt có thể tiểu đến 20 lít/ ngày.45

Hormon kháng lợi niệu – ADH còn có tên gọi khác là Arginin Vasopressin (AVP) là một nội tiết tố dovùng dưới đồisản xuất ra, được vận chuyển tới thùy sau củatuyến yênđể dự trữ và bài tiết. ADH được dữ trự tại tuyến yên đủ bài tiết 5 – 10 ngày với liều tối đa, nếu bài tiết lượng trung bình thường đủ 1 tháng.

Tác dụng quan trọng nhất của AVP là ảnh hưởng đến tốc độ bài tiết nước của cơ thể, góp phần gây cô đặc nước tiểu (chống bài niệu) giữ cho lượng nước tiểu tương đối không quá nhiều cũng không quá ít. Tác dụng này chủ yếu xảy ra tại tế bào ống thận xa và ống góp. Ngoài ra AVP còn một số tác dụng khác phụ thuộc vào liều.

Khi lượng AVP bài tiết giảm đi hoặc tác dụng của AVP bị suy giảm (còn gọi là đề kháng tác dụng với AVP), thì thận giảm khả năng cô đặc nước tiểu. Từ đó dẫn đến một lượng lớn nước tiểu bị đào thải ra ngoài, gây tiểu nhiều hay đái tháo nhạt.

Đái tháo nhạt được chia thành 3 loại như sau:

Đái tháo nhạt trung ương do giảm bài tiết AVP một phần, hay hoàn toàn từ thùy sau tuyến yên.

Đái tháo nhạt do thận do giảm tác dụng của AVP trên ống thận một phần hay hoàn toàn.

Chứng uống nhiều tiên phát (primary polydipsia) do ức chế bài tiết ADH, bởi uống quá nhiều nước do khiếm khuyết cơ chế khát, hoặc bất thường về nhận thức.

Đái tháo nhạt không giống hay không liên quan đến đái tháo đường. Mặc dù hai bệnh lý này có thể có một số triệu chứng tương tự như tiểu nhiều, khát nhiều, uống nhiều.

Trongđái tháo đường, mức đường huyết tăng cao (tăng đường huyết). Lượng đường quá cao trong máu vượt quá khả năng tái hấp thu củathận; vì thế xuất hiện đường trong nước tiểu, và thận sẽ bài tiết lượng đường này bằng cách tăng lượng nước tiểu. Đái tháo đường thì phổ biến hơn rất nhiều lần so với đái tháo nhạt. Nếu nếm nước tiểu sẽ có vị ngọt, vì thế bệnh này mới được gọi là đái tháo đường.

Trong đái tháo nhạt, mức đường huyết của người bệnh vẫn bình thường. Nhưng thận không còn đủ khả năng cô đặc nước tiểu do thiếu hormone chống bài niệu, hoặc giảm tác dụng của hormone này. Đái tháo nhạt thì rất hiếm gặp, cứ 25,000 người mới có một người mắc phải.3Nước tiểu thì có vị rất nhạt và màu sắc cũng rất nhạt, vì thế được gọi là đái tháo nhạt.

Tất cả mọi người ở bất kỳ độ tuổi nào đều có nguy cơ mắc đái tháo nhạt. Một số đối tượng sau đây có khả năng cao mắc đái tháo nhạt hơn so với các đối tượng khác:

Có tiền sử gia đình bị đái tháo nhạt.

Chấn thương đầu nặng hoặc phẫu thuật não.

Sử dụng một số thuốc có ảnh hưởng đến khả năng cô đặc nước tiểu của thận như: lithium, rifampin, colchicine, amphotericine B,… hoặc một số thuốc lợi tiểu.

Rối loạn điện giảinhưtăng canxi máuhoặchạ kali máu,…

Sau đây, chúng ta hãy cùng tìm hiểu về đái tháo nhạt trung ương hay còn gọi là đái tháo nhạt do thiếu AVP.

Nhìn chung, đái tháo nhạt trung ương là bệnh lý hiếm gặp với tỷ lệ lưu hành ước tính là 1/25,000 nghĩa là trong 25,000 người sẽ có 1 người bị đái tháo nhạt trung ương.23

Hầu hết các trường hợp xảy ra ở giai đoạn trưởng thành. Tuy nhiên, đái tháo nhạt trung ương có tính chất gia đình có thể xuất hiện sớm hơn, từ trong những năm đầu đời.2

Đái tháo nhạt trung ương có thể thoáng qua hoặc vĩnh viễn (kéo dài suốt đời). Có từ 10 – 30% bệnh nhân sau phẫu thuật tuyến yên qua đường xương bướm, 2 – 7% bệnh nhân sẽ bị đái tháo nhạt vĩnh viễn. Khoảng 67,5 – 80% bệnh nhân có bằng chứng đái tháo nhạt sau phẫu thuật cần điều trị với demopressin (chất tương tự AVP) ít nhất một lần.2

Nguyên nhân gây đái tháo nhạt trung ương bao gồm:123

Chấn thương đầu, sọ não (có thể hồi phục sau 6 tháng).

Sau phẫu thuật vùng hạ đồi – tuyến yên hoặc các tổ chức lân cận (thường bệnh xảy ra 1 – 6 ngày sau phẫu thuật, đái tháo nhạt có thể thoáng qua hoặc mạn tính kéo dài).

Các khối u: u sọ hầu,u tuyến yên, u tuyến tùng,u màng não, germinoma, glioma, các u di căn (thường gặp doung thư vú,ung thư phổi,…) hay lymphoma, leukemia.

Tổn thương do nhiễm trùng:lao,giang mai,viêm não,viêm màng não, nấm, toxoplasmosis.

Bệnh lý u hạt:sarcoidosis, bệnh mô bào X, bệnh u hạt Wegener.

Bệnh mạch máu não:túi phình mạch máu não, hội chứng Sheehan,tai biến mạch máu não.

Bệnh bẩm sinh: đái tháo nhạt có tính chất gia đình, thường xuất hiện sớm; dị tật bẩm sinh như loạn sản vách ổ mắt, bất thường đường giữa sọ mặt.

Vô căn: chiếm khoảng 30 – 40% các trường hợp.

Ngoài ra, trong thời kỳ mang thai cũng có thể xuất hiện đái tháo nhạt, donhau thaitiết ra chất vasopressinase làm tăng phân hủy AVP; do đó gây giảm AVP.

Triệu chứng điển hình của đái tháo nhạt là:123

Tiểu nhiều cả về số lượng nước tiểu và số lần đi tiểu, tiểu đêm làm bệnh nhân khó ngủ,mất ngủ, mệt mỏi.

Khát nhiều, uống nhiều để bù lại lượng nước mất do đi tiểu. Trong trường hợp bệnh nhân không uống đủ lượng nước để bù lại lượng nước đã mất đó, thì bệnh nhân sẽ có các triệu chứng mất nước như môi khô, niêm mạc lưỡi, họng khô, khát nước, mạch nhanh,huyết áp thấpnặng hơn sẽ dẫn đến trụy tim mạch.

Triệu chứng dotăng natri máudo không uống đủ nước như: yếu cơ, mỏi cơ,buồn nôn và nôn,đau đầu, thay đổi tri giác, lơ mơ, co giật, hôn mê nếu không được xử trí kịp thời.

Bên cạnh đó, còn có một số triệu chứng giúp gợi ý nguyên nhân gây bệnh:123

Sau chấn thương đầu hoặc phẫu thuật vùng hạ đồi – tuyến yên.

Hội chứng khối choáng chỗ: đau đầu, nôn vọt, bán manh, giảm thị lực, suy các chức năng khác của tuyến yên (suy thượng thận,suy giáp,…) gợi ý các nguyên nhân u vùng hạ đồi – tuyến yên, hoặc u não chèn ép vùng hạ đồi tuyến yên.

Băng huyết sau sanhgợi ý hội chứng Sheehan.

Tiền sử ung thư vú, ung thư phổi,ung thư máu,ung thư hạchgợi ý nguyên nhân ung thư.

Như đã đề cập ở trên, hai biến chứng quan trọng nhất của đái tháo nhạt trung ương là mất nước và tăng natri máu. Hai biến chứng này thường chỉ xảy ra khi bệnh nhân không uống đủ nước.

Nếu bệnh nhân có các triệu chứng gợi ý đái tháo nhạt như tiểu nhiều (> 40 – 50 ml/kg cân nặng/ngày), tiểu nhiều lần, tiểu đêm; khát nhiều, uống nhiều thì nên đến các cơ sở y tế để được thăm khám; nhằm chẩn đoán xác định có bị đái tháo nhạt hay không.

Nếu được chẩn đoán đái tháo nhạt thì bác sĩ sẽ xác định thuộc đái tháo nhạt loại nào, cũng như tìm kiếm nguyên nhân của đái tháo nhạt. Từ đó sẽ đưa ra cách xử trí thích hợp.

Mỗi loại đái tháo nhạt có cách điều trị khác nhau. Vì thế người có các triệu chứng đái tháo nhạt không nên tự xử trí tại nhà, vì nếu không bù đủ lượng nước cho cơ thể có thể dẫn đến mất nước nặng, tăng natri máu đe dọa tính mạng.

Chỉ khi bệnh nhân được chẩn đoán xác định đái tháo nhạt loại gì, và đã được hướng dẫn cách điều trị thì mới có thể quản lý bệnh tại nhà.

Khi bạn có các triệu chứng gợi ý đái tháo nhạt, bác sĩ sẽ tiến hành một số xét nghiệm giúp chẩn đoán và phân loại, cũng như tìm nguyên nhân đái tháo nhạt.

Tỉ trọng nước tiểu giảm, thường nhỏ hơn 1,001 – 1,010.6

Nước tiểu có màu và vị rất nhạt (nếu nếm thử thì rất nhạt, do đó nên bệnh lý này được gọi là đái tháo nhạt).

Áp lực thẩm thấu nước tiểu sẽ giảm nhỏ hơn 300 mOsm/kg H2O.

Natri máu tăng > 145 mmol/L, thường chỉ khi bệnh nhân không uống đủ nước thì natri máu mới tăng.

Nếu bệnh nhân uống đủ nước, natri máu sẽ nằm trong giới hạn bình thường.

Chẩn đoán xác định đái tháo nhạt khi bệnh nhân tiểu nhiều (> 40 – 50 ml/kg/ngày) và áp lực thẩm thấu nước tiểu thấp không thích hợp (300 mOsm/kg H2O).23

Áp lực thẩm thấu máu tăng cao trên 285 mOsm/kg nước.6

Đây là nghiệm pháp có giá trị phân loại. Tuy nhiên cũng là nghiệm pháp có nhiều thách thức cho bệnh nhân, vì không được uống nước trong suốt thời gian làm nghiệm pháp. Điều này có thể làm bệnh nhân rất khó chịu do đã quen với việc uống một lượng nước rất lớn ở nhà, thậm chí đến 15 lít nước/ngày. Vì thế, bệnh nhân cần hiểu được tầm quan trọng của việc nhịn uống nước, để đạt được kết quả chính xác nhất sau thi hoàn tất nghiệm pháp.

Phương pháp được thực hiện như sau:

Không dùng thuốc lá,cà phê,rượu biaít nhất 24 giờ trước khi tiến hành nghiệm pháp.

Bệnh nhân nằm nghỉ tại giường, không uống nước, có thể ăn thức ăn khô trong suốt thời gian làm nghiệm pháp.

Bệnh nhân sẽ được đo cân nặng, đếm mạch, đo huyết áp trước khi làm xét nghiệm.

Bệnh nhân sẽ được theo dõi lượng nước tiểu, mạch, huyết áp, cân nặng mỗi giờ trong thời gian làm nghiệm pháp.

Bệnh nhân sẽ được lấy máu để đo nồng độ natri, áp lực thẩm thấu máu, áp lực thẩm thấu nước tiểu mỗi giờ (có thể thay đổi chút ít tùy vào tình trạng của bệnh nhân).

Ngưng nghiệm pháp khi:

Cân nặng giảm > 5% so với ban đầu.

Bệnh nhân có dấu hiệu mất nước nặng: mạch nhanh, huyết áp tụt.

Áp lực thẩm thấu máu > 295 mOsm/kg và Na máu tăng > 145 meq/L.

Áp lực thẩm thấu nước tiểu thay đổi < 30 mOsm/kg trong 2 mẫu liên tiếp.

Thực hiện nghiệm pháp nhịn nước đủ thời gian là 8 giờ.

Phân tích kết quả sau khi kết thúc nghiệm pháp nhịn nước như sau:

Test kích thích bằng ADH: được thực hiện ngay sau khi ngưng nhịn nước, để phân biệt đái tháo nhạt trung ương hay đái nhạt do thận. Bác sĩ chỉ định demopressin 2 ug tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch, hoặc demopressin 10 ug xịt mũi. Sau đó, đo áp lực thẩm thấu nước tiểu sau 60 phút. Phân tích kết quả như sau:

Bình thường: áp lực thẩm thấu nước tiểu sẽ tăng sau xịt demopressin so với trước xịt.

Đái tháo nhạt trung ương: áp lực thẩm thấu nước tiểu tăng cao > 10% so với trước xịt.

Đái tháo nhạt do thận: áp lực thẩm thấu nước tiểu không tăng so với trước xịt.

Việc chẩn đoán nguyên nhân dựa vào các xét nghiệm đo áp lực thẩm thấu nước tiểu, áp lực thẩm thấu máu, nghiệm pháp nhịn nước và test kích thích bằng AVP sau khi ngưng nghiệm pháp nhịn nước.

Nếu người bệnh được chẩn đoán là đái tháo nhạt trung ương, thì bác sĩ có thể sẽ làm thêm một số xét nghiệm để tìm nguyên nhân, tùy vào tiền sử và các đặc điểm lâm sàng của người bệnh:1

Chụp cộng hưởng từ tuyến yên nếu nghi ngờ nguyên nhân tại não.

Đo thị trường, thị lực nếu có u chèn giao thoa thị giác.

Các xét nghiệm đánh giá chức năng thuỳ trước tuyến yên như Prolactin, TSH, FSH, LH,ACTH, cortisol.

Điều trị đái tháo nhạt trung ương chủ yếu phụ thuộc vào số lượng nước tiểu và mức độ nặng của triệu chứng (đái tháo nhạt một phần hay toàn phần).123

Nếu lượng nước tiểu từ 2 – 5 lít/ ngày và bệnh nhân uống được nước đủ bù cho lượng nước tiểu mất đi, thì có thể không cần điều trị đặc hiệu bằng thuốc. Người bệnh nên ăn ít muối, ít thực phẩm chứa protein để giảm khả năng tăng natri máu.

Nếu lượng nước tiểu trên 5 lít/ ngày hoặc bệnh nhân rất khó chịu với các triệu chứng do đái tháo nhạt gây ra, thì thầy thuốc sẽ sử dụng thuốc cho người bệnh.

Mục đích của điều trị đái tháo nhạt bằng thuốc là để bệnh nhân giảm tiểu đêm và ngủ được. Sau đó, bác sĩ sẽ điều chỉnh liều lượng thuốc để tiến tới kiểm soát lượng nước tiểu cho người bệnh.

Hiện nay, tại thị trường Việt Nam, thuốc điều trị đái tháo nhạt trung ương hiện có là dẫn xuất của hormon chống bài niệu – desmopressin – ở hai dạng là viên uống và dạng xịt vào niêm mạc mũi. Liều lượng và đường dùng tùy vào đặc điểm của bệnh nhân mà bác sĩ sẽ lựa chọn cho thích hợp. Desmopressin cũng được sử dụng điều trị đái tháo nhạt trong thai kỳ, vì thuốc an toàn cho phụ nữ có thai.15

Mặc dù thuốc rất an toàn khi sử dụng. Tuy nhiên vẫn có vài tác dụng phụ của desmopressin mà người bệnh cần lưu ý như:5

Đau đầu.

Đau bụng.

Nôn ói.

Chảy nước mũi hoặc nghẹt mũi.

Chảy máu mũi (rất hiếm gặp).

Hạ natri máu là tác dụng đáng lo ngại nhất khi dùng desmopressin: thường xảy ra khi bệnh nhân dùng quá liều thuốc hoặc uống quá nhiều nước. Triệu chứng của hạ kali có thể là đau đầu kéo dài; hoặc đau đầu nhiều, buồn nôn, nôn ói, thay đổi tri giác, lơ mơ. Nếu bệnh nhân có các triệu chứng gợi ý hạ natri máu khi dùng desmopressin, thì phải đi khám ngay để được xử trí thích hợp.

Theo dõi: Bệnh nhân cần theo dõi định kỳ natri máu theo lịch hẹn của bác sĩ điều trị, nhằm tránh quá liều desmopressin cũng như các triệu chứng tiểu nhiều, uống nhiều.

Thật sự, không có phương pháp nào phòng ngừa đái tháo nhạt trung ương; vì bệnh có thể do di truyền, do bất thường về gen hoặc do hậu quả của các bệnh lý khác.7

Những đối tượng có yếu tố nguy cơ phát triển bệnh, thì nên đi khám nếu xuất hiện các triệu chứng gợi ý đái tháo nhạt như tiểu nhiều, khát nhiều, uống nhiều.

Trên đây là nhưng thông tin về bệnh lýđái tháo nhạt trung ương. Đây là bệnh lý hiếm gặp, tuy nhiên lại gây nhiều triệu chứng phiền toái làm giảm chất lượng cuộc sống người bệnh. Đái tháo nhạt trung ương hoàn toàn có thể quản lý hiệu quả bằng thuốc và uống đủ lượng nước mỗi ngày. Đây là bệnh lý điều trị dài hạn, suốt đời trên nền tảng phải cung cấp đủ nước, nhằm tránh biến chứng mất nước, tăng natri máu. Trong quá trình điều trị bằng thuốc, người bệnh cần theo dõi định kỳ natri máu, cũng như các triệu chứng hạ natri máu để tránh quá liều thuốc.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-bung-duoi-ben-phai-nhung-dieu-ban-khong-the-bo-qua/

Nội dung bài viết

Đau bụng dưới bên phải là gì?

Nguyên nhân gây đau bụng dưới bên phải

Triệu chứng đau bụng dưới bên phải

Chẩn đoán bệnh

Điều trị bệnh đau bụng dưới bên phải

Phòng ngừa bệnh đau bụng dưới bên phải

Chắc hẳn hiện nay các bạn đều đã quá quen thuộc với tình trạng đau bụng. Đau bụng có thể đến từ những nguyên nhân lành tính như chướng bụng, khó tiêu, kinh nguyệt,… Nhưng đôi khi, chúng có thể là chỉ dấu của những tình trạng nguy hiểm, có thể đe dọa đến tính mạng. Đặc biệt phải kế tình trạng đau bụng dưới bên phải. Nó có thể là báo hiệu cho những tình trạng cần xử lý cấp cứu kịp thời, như viêm ruột thừa, thai ngoài tử cung,… Hãy cùng với ThS.BS Trần Quốc Phong tìm hiểu xem đau bụng dưới bên phải là gì và những nguyên nhân có thể dẫn đến tình trạng này nhé!

Bình thường, bụng được chia thành 4 phần: 1/4 trên phải, 1/4 trên trái, 1/4 dưới phải và 1/4 dưới trái.

Đau bụng dưới bên phải là tình trạng đau vùng bụng 1/4 dưới phải.

Do đó,đau bụng dưới bên phảicó thể đến từ tình trạng viêm nhiễm. Hoặc đôi khi là chấn thương các vùng cơ quan.

Vì vậy, khi có tình trạng đau bụng dưới bên phải. Đặc biệt là cơn đau ngày càng tăng và có các dấu hiệu sưng tấy, viêm nhiễm. Bạn nên đến gặp bác sĩ ngay lập tức để có thể điều trị kịp thời các tình trạng bệnh.

Như đã đề cập ở phần trước, đau bụng dưới bên phải có thể đến từ rất nhiều nguyên nhân. Những bệnh lý thường gặp có thể gây đau bụng dưới bên phải gồm có:

Viêm ruột thừa là tình trạng ruột thừa bị viêm nhiễm, thường gặp do thức ăn bị kẹt lại ở túi ruột thừa.

Vi khuẩn sẽ sinh sôi và phát triển, kích thích hiện tương viêm gây ra cảm giác đau đớn cho người bệnh. Người bệnh thường có cảm giác đau phần trên và xung quanh rốn. Đôi khi có sốt nhẹ, buồn nôn và nôn ói. Khi ấn sâu vào thành bụng, cảm giác đau sẽ tăng và có thể khiến người bệnh giật nảy người.

Khi mới bắt đầu đau, cơn đau có thể ở vùng thượng vị hoặc quanh rốn. Sau đó khoảng vài giờ đến vài ngày, đau di chuyển xuống vùng bụng dưới phải và gây đau dữ dội.

Vì vậy nếu có các triệu chứng kể trên, bạn nên đến bệnh viện càng sớm càng tốt. Viêm ruột thừa kéo dài có thể dẫn đến tình trạng vỡ ruột thừa, gây nguy hiểm đến tính mạng.

Hội chứng ruột kích thíchlà một tình trạng rối loạn tiêu hóa mãn tính. Nó có thể gây ra các cơn đau bụng ở nhiều vị trí khác nhau. Người bệnh thường xuyên bị đầy hơi, tiêu chảy hoặctáo bón.

Sự tích tụ cứng của các khoáng chất và muối hình thành bên trong thận tạo thànhsỏi thận.

Khi sỏi thận bắt đầu di chuyển từ thận xuống niệu quản sẽ khiến niệu quản bị tắc nghẽn và gây nên tình trạng sỏi niệu quản. Điều này làm cản trở sự lưu thông của nước tiểu dẫn đến triệu chứngđau bụng dưới bên phải.

Cơn đau thường khởi phát sau khi lao động nặng nhọc. Bạn sẽ cảm thấy đau dữ dội ở lưng và bên hông, bên dưới xương sườn, khắp bụng dưới và háng.

Đôi khi, bệnh nhân có thể cảm thấy có nhu cầu đi tiểu liên tục kèm theo một số triệu chứng khác như:tiểu máu, buồn nôn, sốt và ớn lạnh.

Sỏi niệu quản có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm. Do đó, nếu bạn có triệu chứng trên, cần nhanh chóng đến bác sĩ để được xử lý kịp thời. Tránh để quá lâu gây khó khăn cho việc điều trị.

Vùng bụng dưới phải có chứa rất nhiều cơ quan liên quan đến hoạt động sống của cơ thể, đặc biệt là cơ quan sinh sản.

Đặc biệt nên chú ý tình trạngđau bụng dưới bên phảiở nữ giới. Một số nguyên nhân gây đau ở nữ có thể gặp bao gồm:

Trong những ngày hành kinh, phụ nữ có thể gặp những cơn đau nhẹ đến đau dữ dội.

Thông thường đây chỉ là những cơn đau sinh lý, chỉ cần điều trị hỗ trợ và giảm đau. Tuy nhiên, bạn nên cẩn thận vì rất nhiều tình trạng viêm nhiễm có thể tiềm ẩn và biểu hiện như cơn đau bụng kinh.

Do đó, nếu có tình trạng sốt, sưng đỏ vùng bụng dưới, tiểu gắt buốt. Bạn nên đi gặp bác sĩ để biết được chính xác nguyên nhân của mình.

Xem thêm:Đau bụng kinh có đáng sợ như bạn nghĩ?

Mang thai ngoài tử cungxảy ra khi trứng đã thụ tinh tự làm tổ ở một trong các ống dẫn trứng.

Ngoài đau bụng, có thể đi kèm triệu chứng chảy máu âm đạo.

U nang buồng trứng là những túi chứa đầy chất lỏng được tìm thấy trên hoặc bên trong buồng trứng.

Hầu hết các u nang không gây đau hoặc khó chịu và chúng có thể tự biến mất. Nhưng một khối u nang buồng trứng lớn, đặc biệt khi khối u bị vỡ, có thể dẫn đến tình trạng đau bụng dưới bên phải.

Xoắn buồng trứng xảy ra khi buồng trứng hoặc ống dẫn trứng bị xoắn, cắt đứt nguồn cung cấp máu của cơ quan này.

Còn được gọi là xoắn phần phụ, tình trạng này có thể gây đau bụng dưới dữ dội.

Ngoài ra, còn có rất nhiều bệnh lý khác như lạc nội mạc tử cung,viêm vùng chậu,… cũng có thể gây rađau bụng dưới bên phải.

Do đó, bạn nên chú ý quan tâm đến sức khỏe của mình thường xuyên để phòng ngừa các loại bệnh lý nguy hiểm.

Đau bụng dưới bên phảicó thể đến từ rất nhiều nguyên nhân. Ở mỗi loại bệnh lý, nó lại có những tính chất rất khác nhau.

Đau quặn từng cơn có thể do các tạng rỗng co bóp, thường gặp trong các bệnh lý như viêm đại tràng, viêm ruột thừa,…

Đau âm ỉ vùng bùng dưới phải có thể do tình trạng viêm nhiễm hoặc tổn thương đường tiết niệu.

Mặt khác, ngoài đau bụng, bệnh nhân cũng có thể có nhiều triệu chứng khác như: buồn nôn, nôn ói, sốt và lạnh run,…

Nếu cơn đau ngày càng tăng và có các dấu hiệu nhiễm trùng. Bệnh nhân nên đến bệnh viện ngay lập tức để có hướng điều trị tốt nhất.

Xem thêm:Đau bụng dưới: Những nguyên nhân thường gặp ở nam và nữ

Khi đến bệnh viện, ngoài triệu chứng đau bụng. Bác sĩ có thể sẽ tiến hành hỏi bệnh sử, thăm khám và chỉ định thực hiện thêm mốt số xét nghiệm để đánh giá chính xác loại bệnh lý mà bạn đang mắc phải. Những chỉ định có thể bao gồm:

Xét nghiệm máu giúp đánh giá các tế bào máu trong cơ thể. Từ đó đánh giá xem bạn đang có tình trạng viêm nhiễm hay không. Thuận lợi cho việc chẩn đoán và điều trị.

Siêu âm. Khi bác sĩ cần quan sát các tạng trong ổ bụng. Họ có thể đề nghị bạn làm thêm xét nghiệm siêu âm. Đây là một loại xét nghiệm giá thành thấp nhưng mang lại độ hiệu quả cao. Thích hợp để quan sát và đánh giá nhanh cấu trúc và chức năng của các tạng bụng.

CT – scan. Khi siêu âm chưa thể quan sát được rõ, bạn có thể được chỉ định chụp CT – scan. Xét nghiệm này giúp cung cấp hình ảnh rõ nét hơn. Từ đó giúp các bác sĩ đánh giá tốt hơn tình trạng bạn đang mắc phải.Xét nghiệm máu giúp dễ dàng đánh giá tế bào máu của bệnh nhân để tìm ra nguyên nhân gây bệnh một cách chính xác nhất

Xét nghiệm máu giúp dễ dàng đánh giá tế bào máu của bệnh nhân để tìm ra nguyên nhân gây bệnh một cách chính xác nhất

Thông thường, đa số các trường hợp đau bụng dưới bên phải do bệnh lý chỉ cần sử dụng thuốc giảm đau và điều trị hỗ trợ.

Tuy nhiên, một số loại bệnh lý có thể cần phải can thiệp phẫu thuật để loại bỏ các tạng tổn thương trong ổ bụng. Ví dụ như khi bệnh nhân mắc phải tình trạng viêm ruột thừa. Các bác sĩ có thể chỉ định phẫu thuật để loại bỏ đoạn ruột thừa bị viêm. Loại phẫu thuật này đơn giản và nhanh chóng, giúp chấm dứt cơn đau của người bệnh.

Mặt khác, đối với các tình trạng viêm nhiễm đường tiêu hóa. Sau khi điều trị bằng các loại kháng sinh phổ rộng, bạn có thể cần bổ sung thêm các lợi khuẩn có lợi cho đường ruột. Điều này giúp bạn nhanh chóng ổn định hệ khuẩn đường ruột, ngăn ngừa các nguy cơ tái nhiễm sau này.

Tuy nhiên, cũng cần lưu ý là khi có tình trạng đau bụng dữ dội. Người bệnh không nên tự ý sử dụng các loại thuốc giảm đau. Chúng có thể che lấp tình trạng bệnh và làm chậm trễ việc điều trị. Do đó, bạn nên đến gặp bác sĩ càng sớm càng tốt để nhận được hướng xử trí tốt nhất.

Đau bụng dưới bên phải có thể đến từ rất nhiều các nguyên nhân bệnh lý.

Do đó, để phòng ngừa tình trạng này, bạn nên có một thói quen ăn uống và chế độ sống hợp lý.

Trong bữa ăn hằng ngày, bạn nên bổ sung thêm các loại rau củ, trái cây có nhiều chất xơ và các loại dưỡng chất. Bên cạnh đó, việc uống đủ nước cũng giúp phòng ngừa nguy cơ sỏi thận và các bệnh lý khó chịu khác. Ngoài ra, khi chế biến các loại thức ăn, bạn nên chú ý kĩ vệ sinh an toàn thực phẩm để tránh nhiễm các loại tác nhân gây bệnh như vi khuẩn, virus,…

Tóm lại,đau bụng dưới bên phảicó thể do các nguyên nhân lành tính cũng như các loại bệnh lý nguy hiểm. Khi có tình trạng đau bụng dữ dội kèm sốt, lạnh run,… Bạn nên đến gặp bác sĩ kịp thời. Hy vọng bài viết đã giải đáp được những lo lắng mà các bạn đang mắc phải.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-bung-duoi-ben-trai-nguyen-nhan-trieu-chung-dieu-tri-va-cach-phong-ngua/

Nội dung bài viết

Đau bụng dưới bên trái là gì?

Nguyên nhân đau bụng dưới bên trái

Chẩn đoán bệnh

Cách chữa bệnh đau bụng dưới bên trái

Phòng ngừa bệnh đau bụng dưới bên trái

Đau bụng là một trong những nguyên nhân khiến bệnh nhân nhập viện. Nguyên nhân gây ra đau bụng có thể thay đổi từ mức độ xử trí nhẹ đến nặng, nghiêm trọng hơn là gây nguy hiểm đến tính mạng. Vì vậy, người bệnh cần cảnh giác với triệu chứng đau bụng. Bài viết dưới đây ThS.BS Trần Quốc Phong sẽ cung cấp cho quý vị một số thông tin hữu ích liên quan đến đau bụng dưới bên trái.

Đau bụng dưới bên trái là tình trạng đau bụng¼ dưới trái. Đau bụng có thể khởi phát từ từ hoặc đột ngột. Cơn đau có thể được diễn tả như sau:

Cơn đau bụng có thể âm ỉ hoặc đau quặn tuỳ thuộc vào nguyên nhân gây ra cơn đau.

Cơn đau có thể khu trú và duy trì ở góc phần tư bên trái hoặc di chuyển sang góc phần tư khác.

Đau bụng dưới bên trái đột ngột là một hiện tượng phổ biến mà nhiều người gặp phải, nhất là phụ nữ. Những cơn đau này có thể là triệu chứng của một bệnh lý đơn giản. Tuy nhiên nó cũng có thể là biểu hiện của một bệnh lý nguy hiểm đến tính mạng.

Nếu bạn bị đau dai dẳng hoặc đau kéo dài trên 2 tuần vùng bụng dưới bên trái, bạn nên đến gặp bác sĩ. Tương tự, nếu cơn đau của bạn khởi phát đột ngột, bạn cần phải đến phòng cấp cứu bệnh viện ngay lập tức.

Hãy nhớ rằng nguyên nhân gây ra đau bụng có thể ảnh hưởng đến tính mạng của bạn, vì vậy không được chủ quan những cơn có tính chất khởi phát: đột ngột, đau dữ dội không đáp ứng với thuốc giảm đau kèm sốt, lạnh run.

Phần bụng ¼ dưới trái có nhiều cấu trúc phúc tạp. Nhiều cơ quan, cấu trúc có thể bị viêm, tắc nghẽn hoặc chấn thương.

Bệnh nhân thường được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp khi cơn đau kéo dài dai dẳng đặc biệt ở phía dưới bên trái của bụng. Bệnh lý này liên quan đến tình trạng viêm nhiễm các túi thừa nằm ngoài thành ruột.

Thông thường các túi thừa khi bị viêm thường dẫn đến cơn đau bụng dữ dội kèm các triệu chứng sốt, buồn nôn, nôn mửa,táo bón,…

Tình trạngviêm ruột thừa cấpcần phải nhập viện để xem xét và điều trị. Trong đa số trường hợp viêm ruột thừa có thể tự khỏi, tuy nhiên trong một số trường hợp, bệnh nhân cần được phẫu thuật để cắt bỏ túi thừa.

Tình trạng viêm kéo dài không điều trị có thể gây thủng túi thừa, gây ra các biến chứng nghiêm trọng. Một vài biến chứng nghiêm trọng như: xuất huyết, viêm phúc mạc, tắc ruột,…

Các bệnh viêm đường ruột mãn tính khác, bao gồmbệnh Crohnvàviêm loét đại tràng mạn tính.

Chứng táo bón nặng thường gặp ở người già hoặc người ăn ít chất xơ trong chế độ ăn uống. Một số trường hợp người bệnh mắc táo bón do sử dụng thuốc làm giảm nhu động ruột, gây trữ phân lâu trong ổ bụng gây táo bón.

Rối loạn tiêu hoádo không dung nạp thức ăn, cụ thể là các sản phẩm từ sữa,phô mai,sữa chua,…

Thoát vị bẹnnghẹt là tình trạng ổ túi thoát vị bẹn bị tắc nghẽn nên xảy ra tình trạng túi thoát vị xoắn, đè ép nhau, không di chuyển về vị trí lúc đầu, dẫn đến bệnh lý thoát vị bẹn nghẹt.

Hội chứng ruột kích thíchlà một vấn đề rất phổ biến ảnh hưởng đến ruột già. Nó có thể gây đau dạ dày, chuột rút, đầy hơi, táo bón hoặctiêu chảy.

Xem thêm:Bệnh nhân Hội chứng ruột kích thích cần chuẩn bị gì trước khi khám bệnh?

Tắc ruộtlà một triệu chứng tắc nghẽn đường ruột phổ biến hơn ở người lớn tuổi và thường do các bệnh lý khác gây ra, chẳng hạn như viêm ruột thừa hoặc ung thư ruột kết.

Xoắn tinh hoàncó thể gâyđau bụng dưới bên tráiở nam giới.Đây là một bệnh lý hết sức nguy hiểm nếu không điều trị kịp thời.

Tinh hoàn bị xoắn lại dẫn đến thiếu máu nuôi tinh hoàn. Từ đó tinh hoàn có thể bị bội nhiễm, hoại tử và không thể hồi phục dù can thiệp điều trị.

Bệnh lý này có thể ảnh hưởng đến chức năng sinh sản của nam giới.

Xem thêm:Những căn bệnh dương vật nguy hiểm mà nam giới nên biết

Đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, các cơnđau bụng dưới bên tráicó thể là dấu hiệu của các bệnh lý có thể liên quan đến sinh sản bao gồm:

Đau bụng kinh.

Mang thai ngoài tử cung.

Lạc nội mạc tử cung.Một số triệu chứng khác có thể xuất hiện như đau đớn khi quan hệ tình dục, đi cầu hay đi tiểu đau, kinh nguyệt nhiều,… Bạn nên đến gặp bác sĩ để hiểu rõ tình trạng của mình.

U nang buồng trứng. Là một khối u buồng trứng có chứa đầy chất lỏng bên trong nằm trên bề mặt buồng trứng. Hầu hết u nang không gây ra triệu chứng và biến mất mà không cần điều trị. Tuy nhiên u nang lớn có thể gây khó chịu. U nang có thể đè lên bàng quang khiến cho bệnh nhân đi tiểu nhiều lần hơn. Khi u nang bị vỡ có thể gây ra cơn đau bụng đột ngột, dữ dội kèm sốt và nôn mửa.

Xoắn buồng trứng. Xoắn buồng trứng dễ xảy ra hơn khi mang thai hoặc sử dụng hormone estrogen để thúc đẩy quá trình rụng trứng.

Đau bụng dưới bên trái cũng có thể do nguyên nhân từ hệ tiết niệu:

Sỏi đường tiết niệu trên đường di chuyển từ thận xuống niệu đạo có thể bị kẹt lại ở bất cứ vị trí nào. Sỏi ở thận trái, khi bị kẹt ở niệu quản có thể gây ra những cơn đau quặn thắt ở bụng dưới bên trái. Cơn đau có thể lan ra sau lưng hoặc hai bẹn trái. Ngoài ra bệnh nhân còn có triệu chứng buồn nôn, nôn mửa,tiểu buốt,tiểu ra máu.

Nhiễm trùng đường niệu có thể gây ra những cơn đau đột ngột ở vùng bụng dưới bên trái.

Chấn thương vùng bụng trái. Một chấn thương va đập mạnh vào vùng bụng trái có thể là nguyên nhân gây đau bụng dưới bên trái.

Lực va đập có thể gây xuất huyết trong ổ bụng, vì vậy nếu cảm thấy đau bụng sau khi va đập, chấn thương, bạn nên đến bác sĩ để kiểm tra.

Nếu cơn đau bụng dưới bên trái trở nên nghiêm trọng hoặc kéo dài, bác sĩ có thể sử dụng nhiều thủ thuật khác nhau để tìm ra nguyên nhân và xác định quá trình điều trị. Các xét nghiệm có thể bao gồm:

Xét nghiệm máu để kiểm tra lượng bạch cầu của bệnh nhân.

Siêu âm ổ bụng.Siêu âm ổ bụng là một xét nghiệm hình ảnh thường được dùng để xác định nguyên nhân hoặc loại trừ những nguyên nhân gây đau bụng.

Chụp CT. Đối với các bệnh lý ung thư hoặc đối với nhưng trường hợp cần phẫu thuật để xử trí, bác sĩ cần phải dùng CT – scan. CT – scan sẽ cung cấp được cho bác sĩ rõ ràng nguyên nhân gây đau bụng cho bệnh nhân, cấu trúc ổ bụng cũng như vị trí chính xác của các khối u, vị trí tắc ruột,… để bác sĩ dễ dàng xử trí

MRI ổ bụng. Đối với các trường hợp đau bụng dữ dội nhưng không phát hiện bất thường trên CT – scan, bác sĩ có thể chỉ định MRI. Một số trường hợp cũng ưu tiên sử dụng MRI như phụ nữ mang thai hoặc những bệnh nhân bịsuy thận.

Nội soi.

Đau bụng dưới bên trái do rất nhiều nguyên nhân gây ra. Các nguyên nhân có thể đến từ đường tiêu hoá, tiết niệu, sinh dục,…

Đau bụng dưới bên trái thường không do nguyên nhân gì đáng lo ngại, nhưng cũng không thể bỏ qua. Nguyên nhân có thể lành tính do đầy hơi, táo bón. Tuy nhiên cũng có thể nghiêm trọng như nhiễm trùng. Vì vậy cần phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra bệnh để có cách chữa trị:

Nếu các triệu chứng của bạn là do tình trạng viêm nhiễm, bác sĩ có thể kê đơnthuốc kháng sinhhoặc kem steroid.

Điều hoà chu kỳ kinh nguyệt bằng thuốc.

Điều trị táo bón, đầy hơi thường bao gồm điều chỉnh chế độ ăn uống cơ bản. Trong trường hợp nghiêm trọng hơn có thể cần sử dụng thuốc nhuận tràng.

Điều trị chứng không dung nạp thực phẩm bằng cách loại trừ thực phẩm đó ra khỏi chế độ ăn uống.

Các vấn đề nghiêm trọng hơn ảnh hưởng đến cấu trúc như xoắn tinh hoàn, tắc ruột, xoắn buồng trứng,… cần phải được phẫu thuật.

Dưới dây là một số cách phòng ngừa đau bụng dưới bên trái bao gồm:

Xây dựng chế độ ăn uống khoa học, bổ sung nhiều chất xơ.

Ăn chậm, nhai kĩ. Điều này sẽ cho phép cơ thể bạn tiêu hóa hoàn toàn thức ăn và ngăn bạn nuốt không khí.

Hạn chế rượu bia, hút thuốc lá, các chất gây nghiện.

Uống nhiều nước từ 1.5 – 2 lít nước mỗi ngày.

Tập thể dục đều đặn, hạn chế ngồi một chỗ.

Vệ sinh cá nhân sạch sẽ.

Khám sức khoẻ định kỳ 2 lần/ năm.

Tóm lại, có rất nhiều nguyên nhân gây ra cơnđau bụng dưới bên trái.Đa số nguyên nhân là lành tính. Tuy nhiên bạn cần cảnh giác khi triệu chứng đau bụng trở nên dữ dội kèm xuất huyết, sốt cao, lạnh run, choáng,… Khi gặp những triệu chứng miêu tả như trên, bạn nên đến cơ sở y tế để kiểm tra và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-bung-kinh-co-dang-so-nhu-ban-nghi/

Nội dung bài viết

Tổng quan về chứng đau bụng kinh

Nguyên nhân gây đau bụng kinh

Triệu chứng đau bụng ngày “đèn đỏ”

Cách điều trị đau bụng kinh tại nhà

Khi nào bạn cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán và điều trị đau bụng kinh

Cách giảm bớt các triệu chứng đau bụng kinh

Định kì mỗi tháng một lần, hội chị em lại đến chu kì kinh nguyệt. Một số người trải qua chu kì của họ rất dễ chịu. Song một số người lại cảm thấy sợ hãi khi nhắc đến. Và triệu chứng hầu như ai cũng trải qua đó chính là đau bụng kinh. Vậy tại sao phụ nữ lại phải trải qua cảm giác khó chịu này? Nó có thực sự cần thiết không? Cách xử trí như thế nào? Hãy cùng ThS.BS Phan Lê Nam tìm câu trả lời trong bài viết sau đây nhé!

Đau bụng kinhlà những cơn đau nhói, những cơn đau quặn thắt cảm giác như bị chuột rút ở vùng bụng dưới. Đây là một triệu chứng gây khó chịu và phổ biến trongchu kỳ kinh nguyệtở phụ nữ, cơn đau có thể gặp ngay trước và trong thời kỳ đang hành kinh.1

Các triệu chứng đau bụng kinh có thể xảy ra theo các mức độ từ nhẹ đến nặng. Đối với phần lớn phụ nữ, cảm giác đau bụng chỉ đơn thuần là cảm giác hơi khó chịu trong những ngày “đèn đỏ”. Nhưng khoảng 10% số ít còn lại, đau bụng kinh có thể ảnh hưởng nghiêm trọng hơn và nó cản trở các hoạt động hàng ngày mỗi tháng khi thời kỳ hành kinh sắp hoặc đang diễn ra.

Xem thêm:Đã đến lúc cần theo dõi chu kỳ kinh nguyệt của bạn

Đau bụng kinh thường xảy ra lần đầu tiên sau một hoặc hai năm kể từ khi bạn có chu kỳ kinh nguyệt đầu tiên. Những cơn đau bụng nguyên phát có xu hướng giảm dần theo tuổi tác và thường cải thiện hoặc biến mất hoàn toàn sau khi phụ nữ sinh con đầu lòng.2

Ngoài ra, các tình trạng bệnh lý khác như lạc nội mạc tử cung hoặc u xơ tử cung… cũng có thể gây ra những triệu chứng giống như những cơnđau bụng kinh. Do đó, cần phải tìm nguyên nhân để có thể điều trị các triệu chứng trong đau bụng kinh có hiệu quả

Đây là tình trạng bị đau bụng kinh xuất hiện kể từ khi bắt đầu có kinh.

Tình trạng bị đau bụng kinh thứ phát xuất hiện do các bệnh lý thực thể như bệnh viêm vùng chậu hoặc lạc nội mạc tử cung và một số bệnh lý khác. Khi tình trạng bệnh được điều trị, cơn đau bụng kinh thường sẽ biến mất.

Trong thời kỳ kinh nguyệt, tử cung của bạn co thắt lại để giúp tống các lớp niêm mạc bị bong ra ngoài. Nếu co bóp quá mạnh, nó có thể ép vào các mạch máu nuôi tử cung gần đó. Điều này sẽ làm mất lượng oxy dẫn đến tử cung trong thời gian ngắn. Do đó khiến bạn cảm thấy đau nhói và quặn như chuột rút ở vùng bụng dưới.3

Prostaglandin là hoạt chất mà cơ thể tạo ra, cùng với một số chất khác liên quan đến quá trình đau hay viêm có tác dụng kích hoạt các cơn cơ thắt cơ tử cung được xem là nguyên nhân gây ra nhiều triệu chứng liên quan đến khó chịu trong kỳ kinh nguyệt như nôn mửa,tiêu chảy, đau đầu… Nồng độ của các chất này càng cao thì các triệu chứngđau bụng kinhcàng nghiêm trọng hơn.

Ngoài ra, đau bụng kinh còn có thể do các tình trạng bệnh lý khác gây nên như:13

Lạc nội mạc tử cung: là tình trạng tồn tại mô các tế bào có cấu trúc và tác dụng tương tự như niêm mạc tử cung nhưng phát triển bên ngoài tử cung. Phổ biến nhất là phát triển ở trên ống dẫn trứng, buồng trứng hoặc mô lót khung chậu của bạn.

U xơ tử cung: Những khối u hình thành trong thành tử cung, không phải là ung thư nhưng có thể gây đau.

Các dị dạng bẩm sinh củatử cungnhưtử cung hai sừng, tử cung có vách phụ…

Bệnhviêm vùng chậu: là một bệnh nhiễm trùng cơ quan sinh dục nữ thường do vi khuẩn lây truyền qua đường tình dục.

Hẹp cổ tử cung: Ở một số phụ nữ,cổ tử cungmở nhỏ hoặc cũng có thể do sẹo tử cung làm cổ tử cung bị hẹp, cản trở dòng chảy của kinh nguyệt, làm tăng sự đau đớn do áp lực bên trong tử cung lớn hơn bình thường.

Mang thai ngoài tử cung.

Các dụng cụ phòng tránh thai nhưvòng tránh thaibị lạc khỏi vị trí.

U nang buồng trứng.

Hội chứng tiền kinh nguyệt (PMS): một số người mắc hội chứng này khi còn trẻ có thể gặp tình trạng đau bụng vào những ngày có kinh.4

Rối loạn tâm thần tiền kinh nguyệt: một trong những triệu chứng phổ biến của bệnh lý này là đau bụng khi có kinh.5

Các yếu tố nguy cơ làm tăng tình trạng đau bụng kinh ở phụ nữ:13

Trẻ hơn 30 tuổi.

Tuổi bắt đầu có kinh nguyệt sớm, từ 11 tuổi trở xuống.

Lượng máu ra nhiều hoặc kéo dài trong kỳ hành kinh (rong kinh).

Chu kỳ kinh nguyệt không đều.

Có tiền sử gia đình bị đau bụng kinh.

Hút thuốc hoặc uống rượu.

Thừa cân hoặcbéo phì.

Chưa từng mang thai.

Các triệu chứng của đau bụng kinh có thể bao gồm:3

Đau nhói hoặcchuột rútở vùng bụng dưới, mức độ có thể nhẹ hoặc dữ dội.

Đau bắt đầu từ 1 đến 3 ngày trước khi hành kinh, đạt đỉnh điểm 24 giờ sau khi bắt đầu có kinh và giảm dần sau 2 đến 3 ngày.

Đau âm ỉ, liên tục.

Đau lan xuống lưng dưới và đùi trong.

Một số trường hợp bịđau bụng kinhnghiêm trọng hơn có thể bao gồm các thêm một số triệu chứng sau:3

Buồn nôn.

Phân lỏng.

Đau đầu.

Chóng mặt.

Cáu gắt.

Ngất xỉu.

Một số biện pháp có thể giúp cải thiện tình trạngđau bụng kinhbạn có thể thực hiện tại nhà như:6

Uống nước không trực tiếp làm bạn giảm đau nhưng điều này sẽ giảm các nguyên nhân khiến cơn đau càng nặng hơn. Khi đến kỳ kinh nguyệt, hãy đảm bảo cung cấp đủ nước cho cơ thể và hạn chế rượu bia, thức uống có cồn, có gas vàcaffeine.6

Nằm nghỉ ngơi khi thấy cần thiết, ngủ đủ giấc từ 7-8 giờ mỗi ngày để giúp cơ thể phục hồi sức khỏe trong những ngày hành kinh. Khó vào giấc có thể xảy ra đối với một số bạn có triệu chứng đau bụng kinh nặng, bạn hãy thử thư giãn với các tư thế ngủ khác nhau, sử dụng thêm một chiếc gối ôm hoặc nằm sấp cũng có thể giúp bạn cảm thấy dễ chịu hơn. Giấc ngủ trưa ngắn cũng giúp bạn hồi phục sức khỏe nhanh chóng trong những ngày “đèn đỏ”.15

Tắm nước ấm hoặc chườm ấm là một trong nhữngcách giảm cơn đau bụng kinhkhi đến tháng phổ biến.26

Việc tắm dưới vòi hoa sen nước ấm có thể giúp bạn cảm thấy dễ chịu và thoải mái hơn. Để chườm ấm, bạn sử dụng một chai đựng nước ấm, dùng khăn quấn quanh và đặt lên lưng hoặc vùng bụng dưới, lăn qua lại để giúp giảm bớt cảm giác đau nhức.16

Một đánh giá năm 2018 của một nhóm nghiên cứu đã cho thấy liệu pháp nhiệt (thường là miếng dán hoặc túi chườm nóng) có hiệu quả điều trị đau bụng khi hành kinh tương đương với NSAIDS. Nó cũng có thể gây ra ít tác dụng phụ. Tuy nhiên, chúng ta vẫn cần thêm nhiều nghiên cứu chuyên sâu khác để có cái nhìn toàn diện hơn.7

Bạn có thể xoa bóp nhẹ nhàng vùng bụng dưới và lưng để giảm thiểu cơn đau. Đối với người thường xuyên bịđau bụng kinh, bạn nên bắt đầu xoa bóp vài ngày trước kỳ kinh và tiếp tục thực hiện cho đến khi hết kinh. Việc giảm căng thẳng rất có lợi bởi căng thẳng tâm lý có thể làm tăng nguy cơ đau bụng kinh và mức độ nghiêm trọng của chúng.16

Bên cạnh đó, bạn có thể kết hợp một sốtinh dầu tốt cho sức khỏevà giúp bạn thư giãn nhưtinh dầu hoa oải hương, tinh dầu cây xô thơm, tinh dầukinh giới,tinh dầu bạc hàhoặctinh dầu hoa hồng.68

Lưu ý khi dùng tinh dầu: để hạn chế tối đa tác dụng phụ hoặc dị ứng, bạn nên thử một lượng nhỏ trên da trong vòng 24 tiếng hoặc pha loãng với các loại dầu nền.8

Nghiên cứu đã chỉ ra liệu pháp này có thể làm giảm đáng kể triệu chứngđau bụng kinh.9

Tập một số bài tập thể dục nhẹ nhàng khi đang hành kinh như yoga, đi bộ để giảm bớt căng thẳng.16

Các biện pháp thảo dược này có chứa các hợp chất chống viêm và chống co thắt có thể làm giảm các cơn co thắt và sưng cơ do đau bụng kinh.8

Các nghiên cứu năm 2012  báo cáotrà hoa cúclàm tăng lượng glycine trong nước tiểu. Điều này sẽ giúp giảm co thắt cơ. Glycine cũng hoạt động như một chất làm giãn thần kinh, giúp tâm trí bạn được thư giãn.10

Bạn có thể uống 2 cốc trà mỗi tuần trước và trong khi có kinh.

Một nghiên cứu năm 2012 đã thử nghiệm với các cô gái và phụ nữ từ 15 đến 24 tuổi. Nhóm đã uống chiết xuấtcây thì làbáo cáo cảm thấy nhẹ nhõm và giảm đau bụng khi đến kỳ kinh nguyệt hơn nhóm không uống.11

Vào năm 2015, những phụ nữ dùng viên nangquếtrong một nghiên cứu cho biết ít chảy máu, đau, buồn nôn và nôn khi đến tháng hơn so với nhóm dùng giả dược.12

Bạn có thể thêm 1 vài látgừngvào cốc nước ấm và uống để giảm triệu chứng đau do kỳ kinh nguyệt gây ra.813

Trong một số trường hợp nếu áp dụng các cách trên mà cơn đau vẫn ảnh hưởng nghiêm trọng đến hoạt động hằng ngày của bạn, bạn có thể sử dụng một số loại thuốc giảm đau không cần kê đơn của bác sĩ như Acetaminophen (Paracetamol,Tylenol)….6

Khi cơnđau bụng kinhxuất hiện, bạn nên kiêng những loại thức ăn như: đồ chiên rán, đồ ngọt, nhiều chất béo và thức ăn chứa nhiều muối. Thay vào đó, hãy bổ sung những thực phẩm ít béo, nhiều chất xơ như ngũ cốc nguyên hạt, đậu lăng, các loại đậu khác, rau xanh, trái cây và các loại hạt.6

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng bổ sungvitamin E, axit béoomega-3,vitamin B1(thiamin),vitamin B6và magiê có thể làm giảm đau bụng kinh.12

Hầu hết các triệu chứngđau bụng kinhđều có thể cải thiện được nhờ các biện pháp chăm sóc giảm nhẹ tại nhà. Tuy nhiên, nếu bạn bị đau bụng kinh dữ dội hoặc có một trong các dấu hiệu bất thường dưới đây, hãy đến các cơ sở y tế để được thăm khám kiểm tra kịp thời:23

Bạn chỉ bắt đầu bị đau bụng kinh dữ dội sau 25 tuổi

Các cơn đau bụng kinh đau kéo dài hơn bình thường.

Các triệu chứng đau bụng kinh ngày càng có xu hướng nặng thêm.

Cơn đau ở vùng chậu đột ngột, dữ dội.

Bị chảy máu kinh quá nhiều, bạn cần một hoặc nhiều hơn một miếng băng vệ sinh trong mỗi giờ.

Đau bụng kinh kèm theo các dấu hiệu nhiễm trùng, chẳng hạnsốt, ớn lạnh và đau nhức toàn thân.

Bạn nghĩ rằng bạn có thể đang mang thai và có bất kỳ một trong các triệu chứng kể trên xảy ra.

Bạn bị ngất.

Để tìm ra nguyên nhân gây nên hiện tượng đau bụng mỗi khi đến kỳ kinh nguyệt, bác sĩ sẽ xem xét bệnh sử của bạn và tiến hành khám sức khỏe.

Bác sĩ sẽ khai thác các thông tin về chu kỳ kinh nguyệt của bạn để chẩn đoán nguyên nhân gâyđau bụng kinhlà nguyên phát hay thứ phát và đánh giá mức độ đau của bạn như thế nào.

Một số câu hỏi có thể bác sĩ sẽ cần bạn cung cấp thông tin khi đến khám triệu chứng đau bụng kinh như là:13

Độ tuổi bạn bắt đầu có kinh nguyệt là khi nào?

Độ tuổi bạn bắt đầu có triệu chứng đau bụng kinh dữ dội hơn bình thường?

Thời điểm bạn đau bụng kinh có trùng hợp với thời điểm bạn bắt đầu có kinh nguyệt hay không?

Bạn có tiền sử mắc các bệnh nhiễm trùng vùng chậu hay không?

Các chu kỳ kinh nguyệt của bạn cách nhau bao lâu và thường kéo dài bao nhiêu ngày?

Lượng máu kinh của bạn ra sao? Số lượng băng vệ sinh bạn sử dụng trong 1 giờ? Bạn có bao giờ bị chảy máu giữa các kỳ kinh không?

Các triệu chứng đau bụng của bạn như thế nào?

Bạn có các triệu chứng khác khi bị đau bụng kinh không, chẳng hạn như buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau lưng, chóng mặt hoặc đau đầu không?

Các triệu chứng của bạn có khiến bạn hạn chế các hoạt động của mình, không ở nhà làm việc hoặc đi học, hoặc tránh tập thể dục không?

Nếu bạn đang hoạt động tình dục, khi giao hợp có cảm giác đau không?

Bạn đã thử những phương pháp điều trị nào chưa, liệt kê nếu có?

Phụ nữ trong gia đình bạn có tiền sử mắc các triệu chứng tương tự không?

Bác sĩ sẽ thực hiện khám phụ khoa để kiểm tra xem bạn có vấn đề gì bất thường hay không trong trường hợp nghi ngờ bạn bị đau bụng kinh do nguyên nhân thứ phát: Âm đạo, âm hộ và cổ tử cung được kiểm tra để phát hiện tổn thương và các khối u nhô ra qua lỗ cổ tử cung (nếu có)…

Bụng cũng được kiểm tra loại trừ nguyên nhân do viêm phúc mạc.

Một số xét nghiệm cận lâm sàng bác sĩ có thể chỉ định để khẳng định chẩn đoán trong một số trường hợp như:13

Xét nghiệm kiểm tra tình trạng mang thai nếu nghi ngờ: xét nghiệm nước tiểu, máu.

Nếu nghi ngờ bị nhiễm trùng vùng chậu, bạn sẽ được chỉ định soi cổ tử cung và cho xét nghiệm máu để xác định chẩn đoán.

Siêu âm vùng chậu: Siêu âm là xét nghiệm cần thiết nếu bác sĩ phát hiện ra bất kỳ dấu hiệu bất thường nào trong quá trình khám vùng chậu hoặc có dấu hiệu đau bụng kinh mới xuất hiện.

Nếu các xét nghiệm trên không thể chẩn đoán và triệu chứng vẫn tồn tại, một số các xét nghiệm khác mà bác sĩ có thể chỉ định như:13

ChụpX quangtử cung buồng trứng hoặc siêu âm bơm nước buồng tử cung để xác địnhpolyps niêm mạc tử cung, u xơ dưới niêm mạc, hoặc bất thường bẩm sinh.

MRIđể xác định các bất thường khác, bao gồm các bất thường bẩm sinh.

Chụp hệ tiết niệu có tiêm tĩnh mạch, nhưng chỉ khi dị tật tử cung được xác định là gây ra chứngđau bụng kinh.

Nội soi ổ bụng, đây là một tiểu phẫu cho phép bác sĩ nhìn trực tiếp vào khoang chậu bằng ống soi sợi quang.

Nội soi tử cung: bằng cách đưa một ống soi tử cung (một ống sáng mỏng) qua âm đạo , bác sĩ có thể nhìn thấy bên trong cổ tử cung và bên trong tử cung mà không cần rạch mổ.

Một số loại thuốc có thể sử dụng để giảm đau bụng kinh nhưIbuprofen,ketoprofenvà naproxen… có hiệu quả trong việc ngăn chặn tác động của prostaglandin.12

Để có hiệu quả tốt hơn, những loại thuốc này nên được dùng ngay trước khi bắt đầu hành kinh hay ngay khi bạn cảm thấy các triệu chứngđau bụng kinhvà tiếp tục dùng thuốc theo chỉ dẫn trong 2 đến 3 ngày hoặc cho đến khi hết các triệu chứng. Nếu thử một loại không làm giảm được cơn đau, hãy đổi qua loại khác, vì những loại thuốc này không hoạt động giống nhau ở tất cả mọi người.

Lưu ý khi dùng thuốc giảm đau: Khoảng cách giữa các lần uống giảm đau tối thiểu là 4 giờ/lần; nếu bạn mắc các bệnh lý về dạ dày như loét hay trào ngược, nên sử dụng thuốc sau bữa ăn để giảm bớt các triệu chứng đau dạ dày.

Sử dụng nội tiết tố để kiểm soát sinh sản có thể giúp kiểm soát hoặc chấm dứt các cơnđau bụng kinhnhư:12

Thuốc tránh thai dạng uống có chứa hormone ngăn cản quá trình rụng trứng và giảm mức độ nghiêm trọng của các cơn đau bụng kinh.

Các loại thuốc tiêm, miếng dán thẩm thấu qua da hoặc vòng tránh thai chứa hormone.

Những phương pháp này có thể làm giảm hoặc loại bỏ lưu lượng kinh nguyệt dẫn đến ít đau hơn.

Phẫu thuật có thể điều trị một số nguyên nhân gây đau bụng kinh như u xơ, polyp, u nang buồng trứng hoặc lạc nội mạc tử cung.12

Ngoài các cách điều trị theo y học hiện đại đã nêu trên, bạn có thể lựa chọn một số phương pháp điều trị theo Y học cổ truyền có thể giúp giảm bớt triệu chứng củađau bụng kinhnhư: Châm cứu haybấm huyệt chữa đau bụng kinh, tác động vào một số huyệt đạo trên bụng, lưng và bàn chân có thể làm tăng lưu lượng máu và giải phóng endorphin để thư giãn cả cơ thể trong thời gian ngắn.

Lưu ý: Khi thực hiện điều trị đau bụng kinh theo đông y, bạn nên đến khám ở những cơ sở uy tín, đảm bảo chất lượng và có đội ngũ bác sĩ có chuyên môn, kinh nghiệm.

Một số cách giúp phòng ngừa, giảm bớt các triệu chứngđau bụng kinh:

Việc tập thể dục giúp giải phóng beta-endorphin. Chất này có tác dụng trung hòa hoạt chất prostaglandin trong cơ thể; giúp làm giảm các triệu chứng của đau bụng kinh. Để giúp ngăn ngừa đau bụng khi đến kỳ kinhhiệu quả, bạn hãy tập thể dục đều đặn. Không những thế hãy biến nó trở thành một trong những thói quen tốt duy trì hàng ngày.

Chỉ với 5 phút luyện tập mỗi ngày đối với vùng cơ bụng, điều đó đã có thể thúc đẩy lưu lượng máu và giảm căng thẳng, giúp bạn cảm thấy dễ chịu hơn. Nếu không duy trì được việc tập thể dục đều đặn hàng tuần bạn có thể tiến hành tập vài ngày trước khi bắt đầu hành kinh cũng có thể giúp giảm bớt tương đối các triệu chứng của đau bụng kinh.

Bài tập thể dục tốt nhất để giảm đau bụng là tập thể dục có nhịp điệu (giúp nhịp tim của bạn tăng lên) như đi bộ nhanh, đi xe đạp, bơi lội…

Việc đảm bảo cơ thể đủ nước là một trong những yếu tố quan trọng giúp bạn khỏe mạnh và có sức đề kháng tốt để chống chọi với các cơn đau.

Hạn chế lượng muối hằng ngày, tránh dùng các chất kích thích và đồ uống có ga.

Giảm bớt lượng muối tiêu thụ hằng ngày (< 2,5 gram mỗi ngày) và tránh uống rượu, sử dụng caffeine, soda, nước tăng lực, sô cô la hoặc trà vì đây là những nguyên nhân khiến cơ thể bị mất nước.

Bên cạnh đó, bạn có thể bổ sung một số loạithực phẩm giảm đau bụng kinhsau để đảm bảo sức khỏe trong suốt kỳ kinh nguyệt như:14

Trái cây: cái loại trái mọng nước và ngọt.

Rau màu xanh lá:cải xoănvàrau bina.

Thịt gà.

Các loại cá.

Nghệ.

Sô cô la đen.1516

Quả hạch.

Dầu hạt lanh.

Quinoa.

Sữa chua.

Đậu phụ.

Kombucha.

Những thực phẩm cần tránh trong suốt kỳ kinh nguyệt:14

Muối.

Đường.

Cà phê.

Rượu.

Thức ăn cay.

Thực phẩm gây khó tiêu.

Ngủ đủ giấc là một trong những chìa khóa giúp phục hồi và duy trì một cơ thể khỏe mạnh. Điều này giúp ích trong việc làm giảm bớt các triệu chứng của cơđau bụng kinh. Bạn hãy tạo cho mình thói quen đi ngủ đúng giờ vào mỗi tối. Đồng thời việc hạn chế sử dụng điện thoại trước giờ đi ngủ sẽ giúp bạn không bị khó ngủ. Mỗi ngày ngủ đủ từ 7-8 giờ để đảm bảo sức khỏe.

Tình trạng thừa cân, béo phí là một trong các yếu tố nguy cơ làm nặng thêm các triệu chứng củađau bụng kinh.

Trên đây là những thông tin về chứngđau bụng kinhthường gặp ở chị em phụ nữ. Khi có những dấu hiệu bất thường; bạn nên đi khám để được các bác sĩ chẩn đoán và phát hiện kịp thời những bệnh lý nghiêm trọng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-chi-ma-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về hiện tượng đau chi ma

Triệu chứng của hiện tượng đau chi ma

Nguyên nhân nào gây nên hiện tượng đau chi ma?

Yếu tố nguy cơ khiến người bệnh mắc phải hiện tượng đau chi ma

Làm thế nào để phòng ngừa hiện tượng đau chi ma?

Chẩn đoán đau chi ma

Điều trị dành cho người bệnh bị đau chi ma

Lối sống và chăm sóc tại nhà đối với bệnh nhân bị đau chi ma

Đau chi ma là cơn đau mà người bệnh có cảm giác nó đến từ một bộ phận đã mất trên cơ thể. Các bác sĩ từng tin rằng hiện tượng này là một vấn đề tâm lý xảy ra sau khi đoạn chi. Tuy nhiên, hiện nay các chuyên gia nhận ra rằng những cảm giác có thật này bắt nguồn từ tủy sống và não bộ của người bệnh. Để biết thêm những thông tin cơ bản về hiện tượng này, Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn gửi đến bạn đọc bài viết dưới đây.

Hầu hết những người đã đoạn chi cho rằng đôi khi họ có cảm giác như thể chi bị cắt bỏ vẫn còn đó. Hiện tượng này không gây đau và được gọi là cảm giác chi ma (Phantom limb sensation). Hiện tượng này không giống như hiện tượng đau chi ma.

Đối với một số người, đau chi ma có thể thuyên giảm theo thời gian mà không cần điều trị. Đối với những người khác, kiểm soát hiện tượng đau chi ma là một vấn đề thách thức. Bạn và bác sĩ phải hợp tác cùng nhau để điều trị đau chi ma một cách hiệu quả. Sử dụng thuốc hoặc các phương pháp điều trị khác có thể được áp dụng để điều trị.

Đặc trưng của hiện tượng đau chi ma, bao gồm:

Khởi phát trong vòng tuần đầu tiên sau khi đoạn chi. Tuy nhiên, vẫn có vài trường hợp xuất hiện sau vài tháng hoặc lâu hơn

Triệu chứng đau xuất hiện từng đợt hoặc dai dẳng

Các triệu chứng ảnh hưởng đến phần chi xa nhất cơ thể. Chẳng hạn như bàn chân của chân bị cắt cụt

Triệu chứng đau có thể được người bệnh mô tả theo nhiều kiểu khác nhau. Ví dụ cảm giác như bị bắn, bị đâm, bịchuột rút, bị đè nát hoặc bị bỏng.

Đến hiện nay, nguyên nhân chính xác của hiện tượng đau chi ma vẫn chưa được xác định rõ. Nhưng dường như hiện tượng này xuất phát từtủy sốngvà não bộ của người bị đoạn chi. Trong lúc xét nghiệm hình ảnh (MRI, PET), các phần của não, nơi đã từng liên kết với các dây thần kinh của chi bị cắt cụt, đã cho thấy hoạt động của phần não đó khi người bệnh cảm giác bị đau chi ma.

Nhiều chuyên gia tin rằng đau chi ma có thể được giải thích một phần là do phản ứng đối với các tín hiệu tổng hợp tại não. Sau khi đoạn chi, tủy sống và não bộ bị mất đầu vào từ phần chi bị mất. Vì vậy, chúng sẽ có sự điều chỉnh đối với sự mất mát này theo một cách không thể đoán trước được. Điều này có thể kích hoạt thông điệp cơ bản nhất của cơ thể, đó là triệu chứng đau.

Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng: Sau khi đoạn chi, não có thể tái cấu trúc lại. Cụ thể hơn là bởi vì vùng nhận cảm giác của chi bị cắt cụt không còn nhận được thông tin cảm giác nữa, nên thông tin đó sẽ được chuyển đến một vùng khác. Ví dụ thông tin cảm giác từ bàn tay bị mất sẽ được chuyển đến vùng má chưa bị mất.

Vì vậy, khi vùng má bị chạm vào, người bệnh sẽ có cảm giác như bàn tay bị mất cũng đang bị chạm vào. Bởi vì đây là tình trạng do rối loạn dây cảm giác nên kết quả có thể gây đau đớn.

Không phải ai bị đoạn chi đều bị đau chi ma. Một số yếu tố khiến bạn tăng nguy cơ bị hiện tượng này, bao gồm:

Bị đau trước khi đoạn chi.Một số nhà nghiên cứu đã phát hiện ra rằng những người bị đau chi trước khi chi đó bị cắt đi thì sẽ có khả năng bị đau lại sau đó. Điều này có thể là do não bộ lưu giữ ký ức về cơn đau. Không chỉ vậy, não còn tiếp tục gửi đi tín hiệu đau, ngay cả sau khi chi bị đoạn.

Đau chân tay còn lại.Những người bị đau dai dẳng ở những phần chi còn lại thường bị hiện tượng đau chi ma. Bị đau các chi còn lại có thể do sự phát triển bất thường tại các đầu dây thần kinh bị tổn thương (u thần kinh) và thường dẫn đến hiện tượng đau do thần kinh.

Như đã nói, nguy cơ bị hiện tượng đau chi ma cao hơn đối với những người đã từng bị đau tại chi trước khi chi đó bị cắt. Chính vì vậy, một số bác sĩ khuyên rằng bạn nên gây tê vùng (tủy sống hoặc ngoài màng cứng) trong vòng vài giờ hoặc vài ngày trước khi đoạn chi. Điều này có thể làm giảm cơn đau ngay lập tức. Ngoài ra, hành động này giúp giảm nguy cơ mắc phải hiện tượng đau chi ma kéo dài.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Hội chứng đau khu vực: Triệu chứng, nguyên nhân và hướng điều trị

Đối với hiện tượng đau chi ma, sẽ không có xét nghiệm nào được dùng để chẩn đoán bệnh. Bác sĩ sẽ xác định tình trạng bệnh dựa trên triệu chứng và hoàn cảnh bệnh của bạn. Chẳng hạn như tiền sử bị chấn thương hoặc phẫu thuật trước khi xuất hiện cơn đau.

Mô tả chính xác triệu chứng đau có thể giúp bác sĩ xác định được vấn đề của bạn. Mặc dù thông thường đau chi ma và đau các chi còn lại sẽ xảy ra cùng lúc, nhưng việc điều trị cho hai loại triệu chứng đau này thì lại khác nhau. Do đó, chẩn đoán bệnh chính xác là vô cùng quan trọng.

Sẽ có thể khó khăn để tìm ra phương pháp điều trị giảm bớt triệu chứng đau chi ma. Bác sĩ thường khởi đầu điều trị bằng thuốc và sau đó có thể áp dụng thêm các liệu pháp không xâm lấn. Chẳng hạn như châm cứu.

Những phương pháp điều trị xâm lấn bao gồm tiêm hoặc dùng thiết bị cấy ghép. Phẫu thuật chỉ được thực hiện như biện pháp cuối cùng.

Hiện nay không có loại thuốc nào dành riêng cho hiện tượng này. Tuy nhiên, một số loại thuốc được tạo ra để điều trị các tình trạng khác lại rất hữu ích trong việc giảm đau thần kinh. Không một loại thuốc nào có thể phù hợp được với tất cả mọi người. Bạn có thể cần phải thử nhiều loại thuốc để tìm ra loại phù hợp nhất với bạn.

Một số loại thuốc thường được sử dụng để điều trị hiện tượng đau chi ma, bao gồm:

Thuốc giảm đau không kê đơn.Acetaminophen, ibuprofen hoặc naproxen sodium có thể làm giảm đau chi ma. Chỉ dùng những loại thuốc này theo chỉ dẫn của bác sĩ. Lạm dụng thuốc có thể gây ra các tác dụng phụ, chẳng hạn như xuất huyết tiêu hóa.

Thuốc chống trầm cảm.Thuốc chống trầm cảmba vòng có thể làm giảm cơn đau do dây thần kinh bị tổn thương. Chẳng hạn như amitriptyline, nortriptyline và tramadol. Các tác dụng phụ có thể có như buồn ngủ,khô miệngvà nhìn mờ.

Thuốc chống co giật.Chẳng hạn như gabapentin vàpregabalincó thể được dùng để điều trị đau do thần kinh. Tác dụng phụ bao gồm chóng mặt, an thần và thay đổi cảm xúc.

Thuốc đối kháng thụ thể N-methyl-d-aspartate (NMDA).Nhóm thuốc gây mê này hoạt động bằng cách liên kết với các thụ thể NMDA tại các tế bào thần kinh của não và ngăn chặn hoạt động của glutamate. Glutamate là một loại protein có vai trò lớn trong việc chuyển tiếp các tín hiệu thần kinh

Cũng như điều trị thuốc, điều trị đau chi ma bằng các liệu pháp không xâm lấn là một vấn đề cần được nghiên cứu. Những phương pháp sau có thể làm giảm đau chi ma ở một số người.

Nghiệm pháp gương.Bệnh nhân sẽ được dùng một chiếc hộp gương có thể tạo hình ảnh của chi bị đoạn từ chi còn lại. Hộp gương sẽ có hai phần – một cho chi đã bị mất và một cho chi còn lại. Sau đó, bệnh nhân sẽ thực hiện các bài tập đặc thù, đồng thời quan sát cử động của chi lành qua gương và tưởng tượng chi cử động trong gương chính là chi bị đoạn. Một số nghiên cứu đã cho thấy những bài tập này có thể giúp giảm đau chi ma.

Châm cứu.Theo Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ, châm cứu có thể làm dịu một số loại đau mãn tính. Khi châm cứu, người thực hiện sẽ châm kim vô trùng vào những điểm nhất định trên cơ thể. Châm cứu thường an toàn nếu thực hiện đúng cách.

Kích thích từ trường xuyên sọ lặp lại (Repetitive transcranial magnetic stimulation – rTMS).Phương pháp này sẽ đặt một cuộn dây điện từ vào trán. Các xung ngắn được truyền qua cuộn dây và tạo ra các dòng điện trong các dây thần kinh thuộc một vùng nhất định trong não. Tác dụng phụ của phương pháp này là đau đầu nhẹ hoặcchóng mặt.

Kích thích tủy sống.Bác sĩ sẽ chèn các điện cực dọc theo tủy sống. Một dòng điện sẽ được truyền liên tục đến tủy sống đôi khi có thể giúp giảm đau.

Phẫu thuật có thể là một lựa chọn điều trị nếu những phương pháp kia không có tác dụng. Lựa chọn điều trị phẫu thuật bao gồm:

Kích thích não.Kích thích não sâu và kích thích vỏ não vận động tương tự như kích thích tủy sống, ngoại trừ việc dòng điện được truyền trong não. Phẫu thuật viên sử dụng hình ảnh MRI để xác định chính xác vị trí các điện cực. Dữ liệu về phương pháp này vẫn còn hạn chế và những phương pháp điều trị này vẫn chưa được phê duyệt để điều trị cụ thể cho hiện tượng đau chi ma. Tuy nhiên, kích thích não dường như là một lựa chọn điều trị đầy hứa hẹn ở một số trường hợp nhất định.

Các phương pháp điều trị mới hơn là sử dụng kính thực tế ảo. Chương trình máy tính dùng cho chiếc kính này sẽ dựng nên hình ảnh của chi đã mất, vì vậy người đeo sẽ cảm giác như chi bị đoạn vẫn còn đó. Người bệnh sẽ cử động “chi ảo” để thực hiện các hành động khác nhau, chẳng hạn như đấm một quả bóng “ảo” trong không trung.

Mặc dù kĩ thuật này mới chỉ được áp dụng đối với một vài bệnh nhân, nhưng chúng dường như có thể giúp giảm đau chi ma.

Bạn có thể làm giảm bớt sự khó chịu do hiện tượng đau chi ma gây ra và cải thiện chất lượng cuộc sống. Một hoặc nhiều cách dưới đây có thể giúp bạn vượt qua những cơn đau, bao gồm:

Làm phân tâm.Thực hiện các hoạt động giúp bạn không tập trung vào cơn đau, chẳng hạn như đọc sách hoặc nghe nhạc.

Duy trì hoạt động thể chất.Tập thể dục bằng cách tham gia các hoạt động bạn yêu thích, chẳng hạn như đi bộ, bơi lội hoặc đạp xe đạp.

Sử dụng thuốc.Uống thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ. Nếu bạn muốn dùng thảo dược và các loại thuốc thay thế khác, hãy hỏi ý kiến bác sĩ của bạn.

Thư giãn.Thực hiện các hoạt động giúp giảm căng thẳng về mặt cảm xúc và cơ bắp. Tắm nước ấm – không quá nóng vì nhiệt độ cao có thể làm cơn đau trầm trọng hơn. Nằm xuống và làm theo những kỹ thuật thư giãn, chẳng hạn như tập thở hoặc thiền.

Tìm kiếm sự hỗ trợ từ những người khác.Hãy làm quen và duy trì mối quan hệ với những người xung quanh. Gọi cho bạn bè, một nhóm có chung sở thích với bạn để tạo lập mối quan hệ và nhận được sự hỗ trợ từ họ.

Qua bài viết trên, hi vọng qua bài viết đã gửi đến bạn đọc những thông tin hữu ích về hiện tượngđau chi ma. Hãy nhớ rằng kiểm soát triệu chứng đau chi ma có thể tạo ra sự khác biệt lớn trong cảm giác của bạn. Nếu phương pháp hiện tại không mang lại hiệu quả, hãy thử một cách khác thay vì từ bỏ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-day-than-kinh-lien-suon/

Nội dung bài viết

Tổng quan về đau dây thần kinh liên sườn

Nguyên nhân đau dây thần kinh liên sườn

Triệu chứng đau dây thần kinh liên sườn

Điều trị/Xử lý tại nhà có được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán đau đây thần kinh liên sườn

Điều trị đau dây thần kinh liên sườn

Phòng ngừa đau dây thần kinh liên sườn

Đau dây thần kinh liên sườn là bệnh lí thường gặp khiến người bệnh tìm gặp đến bác sĩ bởi cảm giác đau dọc vùng sườn, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Vậy đau dây thần kinh liên sườn là gì? Nguyên nhân và triệu chứng như thế nào? Mời bạn đọc cùng Bác sĩ Võ Phương Quỳnh tìm hiểu về bệnh lý này qua bài viết sau nhé.

Bệnh đau dây thần kinh liên sườn là hội chứng bệnh lý hay gặp. Bệnh do nhiều nguyên nhân gây nên, cũng có khi không tìm thấy nguyên nhân. Triệu chứng đặc trưng của bệnh là những cơn đau kéo dài hoặc xuất hiện từng đợt. Cơn đau xuất hiện dọc theo vùng sườn, vùng cạnh sống và vùng liên sống – bả vai. Đây là bệnh mạn tính, hay gặp ở người trưởng thành.

Có 3 loại đau dây thần kinh liên sườn:

Đau dây thần kinh liên sườn nguyên phát. Bệnh nhân bị đau nhưng không tìm được nguyên nhân.

Đau dây thần kinh liên sườn tiên phát. Bệnh nhân bị đau khi gặp thời tiết quá lạnh, vươn người quá mức. Cũng có thể bị đau khi ngồi sai tư thế hoặc va chạm mạnh vào vùng liên sườn.

Đau dây thần kinh liên sườn thứ phát. Đây là hệ quả của tình trạng thoái hoá cột sống hoặc liên quan tớiphổi, thần kinh vàtủy sống.

Đau dây thần kinh liên sườn do nhiều nguyên nhân. Ví dụ: chấn thương cấp tính hay diễn tiến mạn tính do các bệnh lý nhiễm trùng, thoái hoá cột sống gây nên.

Sau đây là một số nguyên nhân hay gặp:

Dochấn thương cột sống. Nguyên nhân này thường phải có yếu tố chấn thương trước đó. Đôi khi, đau dây thần kinh liên sườn có thể gợi ý đến các bệnh lý cột sống, tủy sống. Vậy nên nếu được phát hiện sẽ có giá trị chẩn đoán sớm các bệnh lý trên. Bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại như chụp cộng hưởng từ, người ta có thể phát hiện được sớm các bệnh lý cột sống, tủy sống.

Do thoái hóa cột sống. Tình trạng này thường gặp ở người cao tuổi. Tính chất đau khu trú theo vùng cũng thường không rõ ràng. Người bệnh thường mô tả cảm giác ê ẩm, kéo dài và có thể kèm theo đau âm ỉ cột sống ngực. Cảm giác này xuất hiện cả khi nghỉ và khi vận động. Ngoài ra, khi ấn vào điểm cạnh sống hai bên (cách chính giữa cột sống 2-3cm) bệnh nhân thấy tức nhẹ và dễ chịu sau đó.

Do lao cột sống hoặc ung thư cột sống. Đây là bệnh nặng, thường diễn tiến kéo dài gây huỷ xương và chèn ép thần kinh tại vùng cột sống bị tổn thương.1Người bệnh thường đau chói cả hai bên sườn, cảm giác bó chặt lấy ngực hoặc bụng bệnh nhân. Nguyên nhân này dễ bị chẩn đoán nhầm với cơnđau thắt ngựchoặc đau dạ dày. Đặc điểm đặc trung là ấn cột sống sẽ có điểm đau chói. Bệnh nhân đau liên tục suốt ngày đêm, tăng khi thay đổi tư thế hoặc vận động. Bệnh nhân có các triệu chứng toàn thân nặng như hội chứng nhiễm lao. Các triệu chứng bao gồm: sốt về chiều, mệt mỏi, sút cân,… Có thể thấy biến dạng cột sống nếu ở giai đoạn nặng của bệnh.

Do bệnh lý tủy sống. Đau dây thần kinh liên sườn có thể là triệu chứng sớm của u rễ thần kinh, u ngoại tủy. Do chèn ép rễ tuỷ nên người bệnh thường đau một bên, khu trú rõ. Cơn đau kiểu đánh đai ở một bên sườn. Khám cột sống thì không thấy điểm đau rõ ràng.

Đau dây thần kinh liên sườn tiên phát. Một số tác giả cho là do lạnh hoặc do vận động sai tư thế hoặc các tư thế lấy đồ với tay quá tầm. Trường hợp này biểu hiện đa dạng. Bệnh nhân xuất hiện đau âm ỉ ở vùng cạnh sống hoặc vùng liên sống – bả vai, có thể một hoặc hai bên. Cơn đau lan theo khoang liên sườn ra phía trước, đau tăng khi hít thở sâu, thay đổi tư thế, ho, hắt hơi. Tính chất đau khi kích thích màng phổi này thường nhầm với bệnh lý của phổi – màng phổi. Ấn vùng cạnh sống tương ứng với khe gian đốt bệnh nhân thấy đau tức. Đôi khi lan theo đường đi của dây thần kinh liên sườn. Các cận làm sàng có kết quả bình thường.2

Đau dây thần kinh liên sườn do nhiễm khuẩn. Đây là trường hợp thường gặp và rất khó điều trị, thường dozonavới biểu hiện qua 2 giai đoạn. Giai đoạn cấp zona thường khởi phát bằng đau rát một mảng sườn. Sau vài ngày có xuất hiện các mụn nước trên sang thương đỏ da với xu hướng lan rộng theo phạm vi phân bố của dây thần kinh liên sườn. Bệnh nhân thấy ngứa và đau rát như bỏng, rất khó chịu. Người bệnh không dám để cho vùng tổn thương tiếp xúc với quần áo. Ngoài ra, họ có thể cósốt, mệt mỏi. Sau khoảng một tuần tổn thương khô, bong vảy, để lại sẹo và chuyển sang giai đoạn di chứng. Bệnh nhân thấy đau rát ở vùng tổn thương một thời gian, có khi kéo dài hàng tháng. Đặc biệt là ở người cao tuổi.

Đau sau các trường hợp phẫu thuật lồng ngực. Đây là trường hợp thường gặp sau các cuộc phẫu thuật tim, lồng ngực, trung thất hoặc tạo hình thẩm mỹ. Có thể giảm dần nếu không có tổn thương các dây thần kinh.

Người bệnh thường có những cơn đau kéo dài hoặc xuất hiện từng đợt. Có thể đau một hoặc cả hai bên dọc theo bờ sườn và tập trung tại một vùng. Đau có thể lan ra phía trước ngực về phía mũi xương ức.

Những cơn đau thường không có biểu hiện dữ dội mà chỉ đau âm ỉ. Cơn đau có thể khiến người bệnh trằn trọc mất ngủ. Bệnh kéo dài ảnh hưởng rất nhiều đến sinh hoạt và sức khỏe tinh thần của người bệnh.

Đau tăng lên khi hít thở sâu, thay đổi tư thế, ho, hắt hơi hoặc vận động mạnh.

Biểu hiện đau ở lưng, ngực có thể bị nhầm lẫn với biểu hiện đau do bệnh tim hoặc phổi. Nếu không có các biểu hiện khác như khó thở, ho nhiều,hồi hộp, đánh trống ngựcthì có thể nghĩ đau do thần kinh liên sườn.

Đây là căn bệnh không tự khỏi được và kéo dài nhiều ngày, gây đau mỏi dai dẳng. Nó ảnh hưởng lớn tới đời sống sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân. Vì vậy, bệnh nhân không nên coi thường, chủ quan khi bị đau dây thần kinh liên sườn. Nếu không điều trị kịp thời, lâu ngày, bệnh có thể tiến triển gây liệt tay chân. Bệnh cũng có thể gây mất chức năng vận động.

Khi có triệu chứng đau mỏi vùng liên sườn, bệnh nhân nên đi thăm khám ngay để điều trị kịp thời, hiệu quả. Đặc biệt khi xuất hiện triệu chứng sau chấn thương,

Đau dây thần kinh liên sườn có nhiều nguyên nhân khác nhau. Vì thế, cũng có nhiều cân nhắc khác nhau về xử trí. Tuy nhiên, nếu xuất hiện các triệu chứng gợi ý báo động thì nên đến gặp bác sĩ ngay để được chẩn đoán và điều trị thích hợp. Các triệu chứng như: tê cứng, yếu liệt tay chân, đau ảnh hưởng nghiêm trọng lên sinh hoạt, giấc ngủ.

Hiện nay, chẩn đoán đau dây thần kinh liên sườn chỉ dựa vào bệnh sử và khám lâm sàng. Dựa vào lâm sàng và tiền sử có thể đủ để đưa ra chẩn đoán bệnh lý này. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chẩn đoán hình ảnh có thể được chỉ định. Điều này nhằm loại trừ các trường hợp thứ phát do chấn thương, u, lao.

Ví dụ cụ thể như trong trường hợp chấn thương.Chụp X-quanghoặcchụp cắt lớp vi tính (CT)cột sống có thể hữu ích trong việc chứng minh sự chèn ép rễ thần kinh do xương sườn bị gãy hoặc dị vật.

Nếu một bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt lồng ngực để điều trị ung thư, đau ngực có thể là kết quả của đau sau phẫu thuật. Tuy nhiên, nó cũng có thể là dấu hiệu của tái phát ung thư và di căn đến thành ngực. Do đó, chụp CT hoặccộng hưởng từ (MRI)có thể hữu ích.

MRI ngực cũng giúp loại trừ các nguyên nhân gây đau liên sườn do bệnh lí phổi. Ví dụ: tràn dịch hoặc dày dính màng phổi.

Một số trường hợp, điện cơ có thể hữu ích để đánh giá chức năng của các dây thần kinh liên sườn. Khi đánh giá một bệnh nhân nghi ngờ đau dây thần kinh liên sườn do Zona, tiền sử và khám lâm sàng với phát ban mụn nước đặc trưng ở một vùng da có thể đủ trong thực hành lâm sàng để chẩn đoán. Nhưng PCR hoặc sinh thiết da có thể được bao gồm trong các trường hợp không điển hình. Các phương pháp này nhằm giúp củng cố chẩn đoán.

Trước khi kết luận chẩn đoán đau dây thần kinh liên sườn, cần phải loại trừ tất cả các bệnh lý tim, phổi và/hoặc đường tiêu hóa nếu thích hợp, với bất kỳ chuyển tuyến, hình ảnh và/hoặc xét nghiệm chẩn đoán được chỉ định. Ví dụ, nếu than phiền chính là đau bụng trên thì nên siêu âm bụng, CT hoặc chuyển đến bác sĩ chuyên khoa. Điều này có thể giúp loại trừ bệnh lý của các cơ quan tiêu hoá. Ngoài ra, thoát vị đĩa đệm lồng ngực gây ra bệnh lý lan tỏa lồng ngực nên được xem xét và có thể được đánh giá bằng chụp MRI lồng ngực.3

Khi các yếu tố nguy cơ gây bệnh có thể được xác định, điều quan trọng là cố gắng giảm thiểu yếu tố nguy cơ gây đau. Ví dụ, nếu bệnh nhân bị ho mãn tính có thể góp phần gây ra cơn đau này, có lẽ thuốc giảm ho sẽ có lợi.

Các chiến lược phòng ngừa và giảm thiểu các nguyên nhân gây đau do tổn thương thần kinh trong giai đoạn cấp tính phẫu thuật có thể làm giảm sự phát triển của cơn đau mãn tính về sau.

Ví dụ, trong trường hợp phẫu thuật lồng ngực, điều quan trọng là phải xác định một kế hoạch kiểm soát cơn đau trước phẫu thuật. Bao gồm phong bế thần kinh bằng gây tê tại chỗ và toàn thân kết hợp với thuốc giảm đau đa phương thức. Điều này có thể giúp giảm đau tốt. Do đó làm giảm khả năng phát triển đau thần kinh về sau. Gây tê ngoài màng cứng trước phẫu thuật theo truyền thống là tiêu chuẩn vàng để đạt được mục tiêu này. Mặc dù có thể đạt được hiệu quả tương tự bằng cách sử dụng phong tỏa dây thần kinh đốt sống.

Các thuốc giảm đau đa tầng nhưopioid,thuốc chống viêm không steroid (NSAID), thuốc chống co giật, thuốc bôi ngoài da (capsaicin, lidocain xuyên da) và kích thích thần kinh điện qua da (TENS) là những phương pháp điều trị bổ trợ. Trong trường hợp đau thần kinh mãn tính, thuốc chống trầm cảm ba vòng, thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI), thuốc ức chế tái hấp thu norepinephrine có chọn lọc (SNRI) cũng là những lựa chọn.

Trường hợp đau dây thần kinh liên sườn Zona, quan trọng nhất nên được chủng ngừa bằng vắc-xin trước đó. Người ta đã chứng minh rằng vắc-xin có thể làm giảm tỷ lệ mắc bệnh khoảng 51%. Và giảm tỷ lệ đau dây thần kinh liên sườn lên đến 66%.45

Trong giai đoạn bùng phát Zona, thuốc kháng vi-rút nhưacyclovirnếu được dùng sớm trong đợt cấp được chứng minh là làm giảm mức độ nghiêm trọng của cơn đau và thời gian của cơn đau cấp tính bằng cách ức chế sự nhân lên của vi-rút. Việc sử dụng thuốc giảm đau NSAID có thể làm giảm thêm cơn đau cấp tính. Đặc biệt nếu được sử dụng sớm trong trường hợp nhiễm HZ.6

NSAID, thuốc chống trầm cảm (đặc biệt là TCA, nhưng SSRI / SNRI ở mức độ thấp hơn), thuốc chống co giật, opioid, thuốc bôi và TENS đều được chứng minh là những lựa chọn điều trị hiệu quả cho cả cơn đau HZ cấp tính và mãn tính.7

Vậy tóm lại, để kiểm soát cơn đau trong giai đoạn mãn tính của đau dây thần kinh liên sườn nói chung, bất kể nguyên nhân, các thuốc chống viêm không steroid (NSAID), thuốc chống co giật (tức là gabapentin, pregabalin),thuốc chống trầm cảm(thuốc chống trầm cảm ba vòng, thuốc ức chế tái hấp thu norepinephrine có chọn lọc (SNRI), hoặc bupropion), và opioid có thể hữu ích. Thuốc bôi tại chỗ ngoài da (capsaicin nồng độ thấp, lidocain thẩm thấu qua da) cũng có thể hữu ích.

Bên cạnh đó, miếng dán capsaicin nồng độ cao, 8% có thể được áp dụng tại chỗ trong phòng khám (yêu cầu đặt trước khi đặt thuốc tại chỗ hoặc gây tê vùng) và được FDA chấp thuận để điều trị đau PHN.8Nó cũng cho thấy tiềm năng hứa hẹn trong điều trị PTPS dựa trên báo cáo trường hợp của 2 bệnh nhân.9Kích thích dây thần kinh điện qua da (TENS) (nếu vị trí và khám không có chống chỉ định) là một liệu pháp bổ trợ tiềm năng hữu ích, mặc dù hiệu quả còn nhiều nghi vấn.

Các lựa chọn xâm lấn hơn là phẫu thuật cắt dây thần kinh, cắt bỏ thân rễ thần kinh ở lưng, hoặc cắt hạch cảm giác của các dây thần kinh liên sườn tương ứng. Những phương pháp này rất hiếm được chỉ định. Lý dó là vì không thể hồi phục được chức năng cảm giác do dây thần kinh chi phối sau đó.1011

Cuối cùng cần nhớ là cơn đau do đau dây thần kinh liên sườn có thể dẫn đến suy giảm chất lượng cuộc sống. Nguyên do là vì người bệnh thường tránh hoạt động thể chất. Vậy nên, vật lý trị liệu, tâm lý trị liệu vàchâm cứucó tác dụng điều trị bổ sung hiệu quả bên cạnh các phương pháp điều trị bằng thuốc hoặc phẫu thuật.

Những bệnh nhân bị viêm dây thần kinh liên sườn có nguy cơ cao bị đau liên sườn mãn tính. Đối tượng có nguy cơ chủ yếu là những người bị chấn thương vùng lồng ngực. Người phẫu thuật lồng ngực hoặc Zona cũng có nguy cơ.

Một số yếu tố nguy cơ này có thể tránh được với việc sử dụng vắc-xin phòng bệnh. Tất cả bệnh nhân có nguy cơ nên tiêm vắc-xin Zona theo hướng dẫn của CDC. Họ là người từ 60 tuổi trở lên, đặc biệt là phụ nữ và người bị suy giảm miễn dịch.12

Bên cạnh đó, những người phát triển nhiễm Zona nên tìm kiếm điều trị y tế ngay lập tức. Có thể điều trị bằng thuốc kháng retrovirus và kiểm soát cơn đau cấp tính. Mục đích là nhằm giảm thiểu nguy cơ xảy ra PHN.13

Trên đây là bài viết về bệnhđau dây thần kinh liên sườncủa Bác sĩ Võ Phương Quỳnh. Đây là bệnh lý đặc trưng bởi cảm giác đau dọc vùng sườn. Bệnh có thể gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Qua bài viết, hy vọng bạn đọc có những thông tin cần thiết về bệnh lý này. Từ đó, có cơ sở để chăm sóc sức khỏe cá nhân và người thân hiệu quả hơn.

Nếu đau dây thần kinh liên sườn chủ yếu đến từ nguyên nhân chấn thương, vận động nặng hoặc sai tư thế thì bệnh thường không gây nguy hiểm tới sức khỏe bệnh nhân. Tuy nhiên, những cơn đau có thể khiến bệnh nhân gặp khó khăn trong việc đi lại, lao động, sinh hoạt.

Tuy nhiên, tình trạng đau dây thần kinh liên sườn cũng có thể là dấu hiệu cảnh báo nhiều bệnh lý nguy hiểm như lao cột sống và ung thư cột sống, nếu không can thiệp điều trị kịp thời có thể đe dọa tới tính mạng bệnh nhân.

Đây là căn bệnh không tự khỏi được, ảnh hưởng dài ngày tới đời sống sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân. Vì vậy, khi có triệu chứng đau mỏi vùng liên sườn hoặc bị chấn thương, bệnh nhân nên đi thăm khám ngay để điều trị kịp thời, hiệu quả.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-day-than-kinh-sinh-ba-co-nhung-phuong-phap-dieu-tri-nao/

Nội dung bài viết

Sơ lược về dây thần kinh sinh ba

Đau dây thần kinh sinh ba là gì?

Nguyên nhân của đau dây thần kinh sinh ba

Các triệu chứng đau dây thần kinh sinh ba

Đau dây thần kinh sinh ba được chẩn đoán như thế nào?

Điều trị đau dây thần kinh sinh ba

Đau dây thần kinh sinh ba là một tình trạng đau mãn tính được gây ra bởi dây thần kinh sinh ba. Với tình trạng này, ngay cả những kích thích nhẹ lên mặt như đánh răng, rửa mặt cũng có thể gây ra một cơn đau dữ dội. Cùng Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh Nguyễn Văn Huấn tìm hiểu về tình trạng này qua bài viết dưới đây.

Dây thần kinh sinh ba, hay còn gọi là dây thần kinh số V, là dây lớn nhất trong số12 dây thần kinh sọ. Có 2 dây thần kinh sinh ba, dây bên trái và phải đi ra từ sọ não mỗi bên. Được gọi là dây sinh ba, vì sau khi ra khỏi sọ, mỗi bên trái hoặc phải tách ra làm 3 dây chi phối cảm giác, xúc giác và một phần vận động ở nửa bên mặt. Ba dây này chi phối ở các vùng khác nhau: V1 (vùng mắt), V2 (vùng hàm trên), V3 (vùng hàm dưới).

Dây V1 chi phối vùng mắt và trán là dây đầu tiên của dây thần kinh sinh ba. Nó là dây thần kinh cảm giác (đau), xúc giác (cảm giác khi chạm vào) từ mí mắt trên, vùng trên ổ mắt, trán và lên trên đỉnh đầu.

Giống như nhánh V1, nhánh V2 cũng là dây chi phối cảm giác, xúc giác ở phần mặt giữa: phần hàm trên và xung quanh má.

Nhánh cuối cùng trong ba nhánh sinh ba là nhánh hàm dưới (V3). Đây là nhánh lớn nhất của dây thần kinh sinh ba, Nó chi phối cả cảm giác và vận động. Các nhánh cảm giác chi phối 1/3 dưới khuôn mặt, không bao gồm góc xương hàm. Nó còn chi phối cảm giác ở miệng, nướu và kích thích vị giác. Về vận động, nó điều khiển các cơ dùng để nhai và chi phối việc tạo nước bọt.

Đây là một tình trạng đau mãn tính được gây ra bởi dây thần kinh sinh ba. Ngay cả những kích thích nhẹ lên mặt như đánh răng, rửa mặt cũng có thể gây ra một cơn đau dữ dội.

Đau dây thần kinh sinh ba không giống như đau mặt do các vấn đề khác gây ra. Nó thường được mô tả như châm chích như khi bị điện giật, hoặc như đau bị một vật thể nhọn đâm vào mặt. Nó có thể nghiêm trọng đến mức khiến cho người ta không thể hoặc không dám ăn uống.

Tình trạng này ảnh hưởng thường xuyên nhất ở những người trên 50 tuổi và phổ biến ở phụ nữ hơn là nam giới. Ban đầu nó chỉ gây những cơn đau nhẹ và ngắn. Tuy nhiên, nó có thể tiến triển và gây ra cơn đau kéo dài và thường xuyên hơn.

Đau dây thần kinh sinh ba là nguyên nhân phổ biến nhất của đau vùng mặt và được chẩn đoán ở khoảng 150.000 người mỗi năm ở Hoa Kỳ. Mặc dù tình trạng không nguy hiểm đến tính mạng nhưng cường độ của cơn đau có thể khiến người bệnh bị suy nhược.

Hiện nay, có nhiều cách để làm giảm đau, bao gồm các phương pháp điều trị nội khoa ( thuốc uống hoặc tiêm) cho đến phẫu thuật để kiểm soát cơn đau.

Nguyên nhân của tình trạng này có thể do mạch máu đè lên dây thần kinh sinh ba. Theo thời gian, xung của động mạch cọ xát với dây thần kinh có thể làm mòn lớp cách điện, được gọi là myelin, làm cho dây thần kinh bị lộ ra ngoài và có độ nhạy cảm cao.

Nó cũng có thể xảy ra do sự lão hóa hoặc có thể liên quan đến bệnh đa xơ cứng hoặc một chứng rối loạn tương tự làm tổn thương lớp vỏ myelin bảo vệ dây thần kinh . Ngoài ra, cũng có thể do có một khối u chèn ép vào dây thần kinh sinh ba.

Một số người có thể bị đau dây thần kinh sinh ba do tổn thương não, chấn thương trong phẫu thuật, đột quỵ hoặc chấn thương mặt, v.v.

Một số tác động, vận động có thể kích thích dây thần kinh sinh ba gây đau, bao gồm:

Cạo râu.

Chạm vào mặt.

Khi ăn uống.

Đánh răng.

Đang nói chuyện.

Gặp phải một cơn gió nhẹ.

Khi cười.

Rửa mặt.

Các triệu chứng đau dây thần kinh sinh ba có thể bao gồm một hoặc nhiều biểu hiện sau:

Đau ở các khu vực được cung cấp bởi dây thần kinh sinh ba, bao gồm má, hàm, răng, lợi, môi do dây thần kinh V2,V3 chi phối. Ít bị đau hơn ở vùng mắt và trán do dây V1 chi phối.

Có các đợt đau dữ dội, châm chích như điện giật hoặc đau đau.

Cơn đay xuất hiện bất ngờ khi chạm vào mặt, đang nhai, nói chuyện hoặc khi đang đánh răng.

Mỗi cơn đau có thể kéo dài từ vài giây đến vài phút.

Đau thường ảnh hưởng đến một bên của khuôn mặt. Một số trường hợp ít sẽ gây đâu ở cả hai bên mặt.

Ban đầu, các cơn đau có thể chỉ biểu hiện nhẹ như cảm giác ngứa ran hoặc tê ở mặt. Sau đó cơn đau xảy ra theo từng đợt, kèo dài từ vài giây đến vài phút, và ngày càng xuất hiện thường xuyên hơn cho đến khi cơn đau gần như là liên tục.

Các đợt bùng phát cơn đau có thể liên tục xảy ra trong vài tuần hoặc vài tháng. Sau đó là giai đoạn không đau có thể kéo dài một năm hoặc hơn.

Bác sĩ sẽ chẩn đoán chủ yếu dựa trên mô tả của người bệnh về cơn đau và thăm khám.

Khai thác triệu chứng đau bao gồm:

Kiểu đau: Đau liên quan đến dây thần kinh sinh ba thường đau đột ngột và bất ngờ như bị chích điện hoặc bị vật nhọn đâm, và mỗi cơn đau thường ngắn.

Vị trí: Các vùng trên khuôn mặt bị ảnh hưởng có thể liên quan đến dây thần kinh sinh ba hoặc do những yếu tố khác.

Yếu tố tác động cơn đau: Đau liên quan đến dây thần kinh sinh ba thường do kích thích nhẹ ở trên má hoặc hàm như khi ăn uống, nói chuyện hoặc thậm chí gặp phải một cơn gió ngang qua mặt.

Khám thần kinh. Sờ và kiểm tra các vùng trên khuôn mặt có thể giúp bác sĩ xác định chính xác vị trí cơn đau đang xảy ra. Khám kiểm tra phản xạ cũng có thể giú xác định xem các triệu chứng là do dây thần kinh bị chèn ép hay một tình trạng khác.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) đầu để xác định bệnh đa xơ cứng hoặc tìm kiếm khối u đang chèn ép dây thần kinh sinh ba. Trong một số trường hợp, có thể cần chụp cộng hưởng từ mạch máu (MRA) bằng cách  tiêm thuốc cản quang vào mạch máu để thấy rõ và làm nổi bật mạch máu vùng đầu.

Điều trị đau dây thần kinh sinh ba thường bắt đầu bằng thuốc. Ở một số người đáp ứng với thuốc tốt sẽ không cần điều trị thêm. Tuy nhiên, theo thời gian, tình trạng đau có thể không còn đáp ứng tốt với thuốc hoặc có thể bị một số tác dụng phụ gây khó chịu. Đối với những trường hợp này, tiêm hoặc phẫu thuật sẽ là phương pháp lựa chọn giảm đau tiếp theo.

Tuy nhiên, nếu tình trạng là do nguyên nhân khác, như bệnh đa xơ cứng, bác sĩ sẽ điều trị nguyên nhân cơ bản chỉ không chỉ điều trị triệu chứng.

Hầu hết các loại thuốc giảm đau không kê đơn và không kê đơn thông thường như paracetamol hoặc codein không có tác dụng với những người bị đau dây thần kinh sinh ba. Một số thuốc điều trị bao gồm:

Các bác sĩ thường kê toacarbamazepinevà nó đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc điều trị đau dây thần sinh ba. Các loại thuốc chống co giật khác có thể được sử dụng bao gồmoxcarbazepine, lamotrigine vàphenytoin. Những loại thuốc nhưclonazepamvàgabapentincũng có thể được sử dụng.

Nếu thuốc chống co giật đang sử dụng bắt đầu mất tác dụng, bác sĩ có thể tăng liều hoặc chuyển sang loại khác. Tác dụng phụ của thuốc chống co giật có thể bao gồm chóng mặt, lú lẫn, buồn ngủ và buồn nôn. Ngoài ra, carbamazepine có thể gây ra phản ứng thuốc nghiêm trọng ở một số người, chủ yếu là những người gốc Châu Á.

Thuốc làm giãn cơ như baclofen có thể được sử dụng một mình hoặc kết hợp với carbamazepine. Các tác dụng phụ có thể bao gồm lú lẫn, buồn nôn và buồn ngủ.

Một số thủ thuật thường có thể giúp kiểm soát cơn đau do đau dây thần kinh sinh ba nếu điều trị thuốc thất bại, bao gồm:

Đây là phương pháp ứng dụng nhiều nhất bằng cách tạo ra tổn thương nhiệt ở hạch hoặc dây thần kinh sinh ba.

Ưu điểm: Giảm đau trong giai đoạn ngắn > 80% bệnh nhân điều trị.

Nhược điểm:

Những nghiên cứu lâu dài cho thấy đau tái phát trong một số phần trăm bệnh nhân.

Các biến chứng bao gồm tê một phần mặt, thỉnh thoảng có loạn cảm khó chịu, yếu cơ cắn, và nguy cơ mất phân bố thần kinh giác mạc gây viêm giác mạc thứ phát khi điều trị ở cho nhánh V1 trong đau thần kinh sinh ba.

Phương pháp này mang lại hiệu quả giảm đau hoàn toàn cho hơn 2/3 bệnh nhân.

Ưu điểm: Sự đáp ứng giảm đau thường kéo dài theo thời gian. Các nguy cơ biến chứng nguy hiểm thấp hơn so với phương pháp cắt rễ bằng tần số phóng xạ nhiệt

Nhược điểm: Ít hiệu quả hơn một chút so với cắt rễ bằng tần số phóng xạ nhiệt

Phương pháp này đòi hỏi một thủ thuật mở hộp sọ dưới chẩm. Phù hợp với những người có sức khỏe tốt, có thể chịu được phẫu thuật và gây mê toàn thân và có thể chịu được lối sống phù hợp với thời gian hồi phục từ bốn đến sáu tuần.        `

Bác sĩ phẫu thuật rạch một đường sau tai và cắt bỏ một mảnh hộp sọ nhỏ để tiếp cận với dây thần kinh và mạch máu. Sau đó, bác sĩ phẫu thuật đặt một lớp đệm cách nhiệt xung quanh mạch máu để nó không còn chèn ép hoặc cọ xát vào dây thần kinh

Ưu điểm:

Trong các phương pháp điều trị phẫu thuật khác nhau, nó có tỉ lệ thành công lâu dài cao nhất (~50% bệnh nhân giảm đau hoàn toàn sau 3 năm thực hiện phương pháp này).

Ngoài ra, có thể thực hiện thực hiện ở bệnh nhân trước đây đã cắt rễ bằng tần số phóng xạ nhiệt hay phẫu thuật phóng xạ bằng tia Gamma có đau trở lại.

Giải toả áp lực lên dây thần kinh sinh ba.

Trên 70% có hiệu quả với tỉ lệ thấp tái phát đau.

Nhược điểm: Số ít phần trăm các trường hợp tổn thương dây thần kinh sọ VII và VIII quanh thời điểm phẫu thuật.

Mặc dùđau dây thần kinh sinh bakhông gây tử vong, nhưng những cơn đau và sự lo lắng mà nó gây ra có thể làm giảm chất lượng cuộc sống của một người. Vì thế bệnh nhân cần hợp tác chặt chẽ với bác sỹ để tìm ra phương pháp điều trị tốt nhất cho mỗi cá nhân.

Phẫu thuật điều trị bệnh rất tinh vi và chính xác vì vùng liên quan rất nhỏ. Do đó, cần tìm đến các bác sĩ phẫu thuật thần kinh có kinh nghiệm để khám và điều trị hiệu quả nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tim-hieu-thong-tin-co-ban-nhat-ve-dau-day-than-kinh-toa/

Nội dung bài viết

Dây thần kinh tọa là gì?

Tại sao lại bị đau dây thần kinh tọa?

Biểu hiện khi bị đau dây thần kinh tọa?

Cách điều trị đau dây thần kinh tọa

Một số bài tập vận động tại nhà hỗ trợ điều trị đau dây thần kinh tọa

Những thói quen xấu có thể gây ra đau thần kinh tọa bạn cần nên tránh

Đau thần kinh tọa nên ăn và nên tránh ăn gì?

Đau dây thần kinh tọa là chứng bệnh phổ biến, thường gặp ở người từ 30 đến 60 tuổi. Tuy không phải là bệnh quá nguy hiểm nhưng đau thần kinh tọa tạo ra những cơn đau, tác động lớn đến sinh hoạt hằng ngày.

Dây thần kinh tọa là dây thần kinh dài nhất trong cơ thể. Nó chạy từ vùng thắt lưng xuống đến hai chân. Dây thần kinh này có chức năng điều khiển hoạt động chân, giúp bạn đi lại, ngồi xuống, đứng lên. Vì vậy, bất kỳ một áp lực nào chèn lên dây thần kinh tọa đều có thể gây ra đau đớn, tê nhức.

Khi bệnh đau dây thần kinh tọa ở mức trung bình, người bệnh vẫn có thể sinh hoạt bình thường. Tuy nhiên, khi làm những việc cần đi lại nhiều hoặc đứng lâu, bệnh có thể trở nặng hơn. Khi bệnh nặng người bệnh thấy chân tê bì, thậm chí mất cảm giác, không kiểm soát được tiểu tiện. Có trường hợp đau dữ dội khiến người bệnh phải nằm về phía đỡ đau và không thể động đậy.

Có nhiều nguyên nhân, trong đó có thể kể đến một số nguyên nhân gây ra đau thần kinh tọa như sau:

Thoát vị đĩa đệm: Đây là nguyên nhân phổ biến gây ra đau thần kinh tọa. Khi đĩa đệm bị thoái hóa, dịch nhầy tiết ra gây chèn ép lên dây thần kinh tọa.

Các bệnh lý cột sống: Hẹp cột sống, lao cột sống, ung thư cột sống, thoái hóa cột sống, viêm khớp cột sống, viêm đĩa đệm,… là những căn bệnh cột sống gây ra đau thần kinh tọa.

Phụ nữ mang thai: Khi mang thai cơ thể người phụ nữ tăng cân nhanh. Khi đó, có một áp lực rất lớn đè lên dây thần kinh tọa gây ra tình trạng viêm và đau dai dẳng.

Chấn thương hay nhiễm trùng: Bị chấn thương vùng từ thắt lưng trở xuống cũng là một trong những nguyên nhân gây đau thần kinh tọa.

Lao động nặng, sai tư thế ảnh hưởng rất nhiều lên thần kinh tọa gây viêm.

Ngồi quá lâu: Ngồi làm việc một chỗ quá lâu mà không có sự vận động cũng có thể gây ra đau thần kinh tọa. Vì vậy, bệnh đau thần kinh tọa rất phổ biến ở dân văn phòng.

Đau buốt: Đau từ thắt lưng trở xuống đến bàn chân. Cơn đau xảy ra dai dẳng. Nhiều người có cảm giác bị tê chân. Đau thường chỉ xảy ra ở một bên chân. Trong một số trường hợp, đau xảy ra ở cả hai bên chân. Đau tăng lên khi đi lại nhiều, ho, hắt hơi, hay có áp lực nặng đè lên hai chân.

Cứng cột sống: Sau một đêm ngủ dài, khi thức dậy bạn sẽ thấy cột sống và chân cứng đơ. Hiện tượng xảy ra do viêm dây thần kinh tọa làm tắc nghẽn mạch máu.

Nóng và tê bì: Nóng, ngứa ran và tê bì dọc một bên chân giống như kiến cắn.

Cản trở vận động thường ngày: Khó khăn khi di chuyển, cúi hoặc nghiêng người. Người bệnh đi khập khiễng hoặc thay đổi dáng đi.

Trong điều trị thần kinh tọa, các loại thuốc được sử dụng chủ yếu là thuốc giảm đau, chống viêm, thuốc giãn cơ kết hợp với chườm nóng lạnh.

Bên cạnh sử dụng thuốc, vật lý trị liệu cũng được sử dụng phối hợp để điều trị bệnh đau thần kinh tọa. Ngoài ra, có thể kết hợp với các phương pháp xoa bóp, châm cứu, ấn huyệt, thủy châm để điều trị mang đến hiệu quả cao.

Xem thêm:

Có nên chữa thoát vị đĩa đệm bằng châm cứu?

Giải đáp về phương pháp bấm huyệt thoát vị đĩa đệm

Khi bị đau dây thần kinh tọa, mọi người hay chọn nằm nghỉ ngơi để không ảnh hưởng đến bệnh. Tuy nhiên, sau khi cơn đau cấp tính qua đi, bạn cần vận động trở lại. Điều đó sẽ hỗ trợ điều trị bệnh tốt hơn thay vì giữ lâu một tư thế.

Một số bài tập đơn giản bạn có thể áp dụng tại nhà:

Bạn cần chuẩn bị một cái thảm. Nằm ngửa lên thảm, kê đầu bằng một cái gối nhỏ. Đưa một chân lên và gập đầu gối lại, duỗi thẳng bàn chân, rộng bằng vai. Dùng tay kéo đầu gối về phía ngực sao cho bạn thấy căng nhưng thoải mái là được. Dần dần tăng độ căng của bài tập lên. Giữ trong tư thế này 20 – 30 giây, hít thở sâu. Lặp lại với một chân còn lại. Thực hiện 2 – 3 lần mỗi chân.

Lưu ý:

Bạn tránh căng cổ, ngực hoặc vai quá mức;

Đừng kéo giãn khi bạn cảm thấy khó chịu;

Bạn có thể đưa cả hai đầu gối lên và kéo cùng lúc.

Để bắt đầu bài tập bạn cần nằm sấp trên một tấm thảm. Dùng khuỷu tay nâng người lên, cổ hướng về phía trước. Cố gắng tạo cho lưng thành hình vòm bằng cách hạ khuỷu tay thấp. Nếu bạn làm đúng, bạn sẽ cảm thấy căng nhẹ ở cơ vùng bụng khi nâng phần trên cơ thể lên. Giữ tư thế 5 – 10 giây đồng thời hít thở sâu. Lặp lại 2 – 3 lần.

Bạn cần chuẩn bị một cái ghế thấp ngay đầu gối. Đứng thẳng người, nâng một chân lên ghế, chân còn lại đứng thẳng. Hơi khom người về trước sao cho bạn cảm thấy chân đứng thẳng hơi căng phía sau là được. Giữ trong 10 – 15 giây. Làm tương tự cho chân còn lại. Lặp lại 2 – 3 lần.

Mang vác vật nặng không đúng cách.

Bỏ ví ở túi sau.

Nằm nệm quá mềm hoặc nằm võng quá lâu.

Sử dụng giày cao gót quá nhiều.

Ăn uống không điều độ.

Đồ ăn chế biến sẵn.

Đồ ăn nhiều đạm: các loại thịt đỏ, hải sản.

Hạn chế ăn muối và mỡ nhiều.

Các loại đồ uống có cồn và gas.

Các loại rau quả có chứa nhiều vitamin, canxi, sắt và chất xơ.

Đau thần kinh tọaảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống của mỗi người. Do đó, bạn cần có một chế độ sống lành mạnh kết hợp với vận động thường xuyên để tránh bị đau dây thần kinh tọa. Khi có các biểu hiện đau dây thần kinh tọa, bạn nên gặp bác sĩ để tư vấn và đưa ra hướng điều trị kịp thời.

Hơn 80% phụ nữ mang thai đều phải trải qua tình trạng đau xương chậu. Khi gặp hiện tượng này, các mẹ nên làm gì để hạn chế cơn đau? Tìm hiểu ngay nhé:Đau xương chậu khi mang thai: Cách giảm đau an toàn cho mẹ

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-dau-cum-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan bệnh đau đầu cụm

Triệu chứng:

Đặc điểm đau đầu cụm:

Khi nào người bệnh đau đầu cần khám bác sĩ?

Nguyên nhân của đau đầu từng chuỗi (đau đầu cụm)

Các yếu tố nguy cơ gây đau đầu từng cơn:

Chẩn đoán đau đầu cụm

Điều trị đau đầu từng cơn

Điều trị dự phòng bệnh đau đầu cụm

Thay đổi lối sống

Đau đầu cụm là một bệnh gây ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống người bệnh. Đau đầu cụm thường xảy ra theo chu kỳ, khi lên cơn đau rất dữ dội. Vậy đau đầu cụm có gây nguy hiểm không? Bạn hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn tìm hiểu qua bài viết sau nhé.

Đau đầu những đợt gần nhau hay được gọi là cụm. Mỗi đợt có thể kéo dài từ vài tuần đến vài tháng. Sau đó bệnh sẽ thuyên giảm và bạn sẽ không còn phải cơn đau đầu xảy ra trong nhiều tháng, thậm chí nhiều năm.

May mắn là đau đầu cụm hiếm khi gặp và không nguy hiểm đến tính mạng. Việc điều trị thường giúp đợt bệnh ngắn hơn và bớt đau hơn. Thêm nữa, thuốc giúp giảm tần suất cơn đau.

Cơn đau đầu cụm thường cơn xuất hiện nhanh chóng mà không có tiền triệu. Đôi khi có các triệu chứng cảnh báo như buồn nôn và nhìn thấy hào quang. Các dấu hiệu và triệu chứng phổ biến khi bị đau đầu bao gồm:

Cơn đau dữ dội thường nằm ở trong, phía sau hoặc xung quanh một mắt. Sau đó chúng có thể tỏa ra các khu vực khác như mặt, đầu và cổ.

Đau một bên của cơ thể

Bồn chồn không yên

Mắt bên đau đỏ lên

Nghẹt hoặc chảy nước mũi ở bên bị ảnh hưởng

Trán hoặc mặt ở bên bị ảnh hưởng đổ mồ hôi nhiều hơn.

Da nhợt nhạt, xanh xao hoặc mặt đỏ bừng

Sưng nề vùng quanh mắt ở bên bị ảnh hưởng

Sụp mí ở bên bị bên ảnh hưởng.

Một đợt đau thường kéo dài trong vài tuần đến vài tháng. Thời điểm xảy ra cơn đau và độ dài của từng giai đoạn bệnh thường giống với các đợt bệnh khác.

Hầu hết người bệnh đều bị đau đầu cục bộ từng cơn. Cơn đau đầu xảy ra từ một tuần đến một năm. Sau đó là giai đoạn bệnh thuyên giảm và giai đoạn không đau có thể kéo dài đến 12 tháng trước khi một cơn đau đầu của cụm khác xuất hiện.

Trong thời gian đau đầu cụm:

Đau đầu thường xảy ra mỗi ngày, đôi khi nhiều lần trong ngày

Mỗi lần có thể kéo dài từ 15 phút đến ba giờ

Các đợt đau đầu thường xảy ra vào cùng một thời điểm mỗi ngày

Hầu hết đau đầu thường xảy ra vào ban đêm, sau khi bạn ngủ được một đến hai giờ.

Cơn đau thường kết thúc đột ngột với cường độ giảm nhanh. Nhưng sau đó hầu hết người bệnh đều cảm thấy kiệt sức.

Gặp bác sĩ nếu bạn mới lần đầu bị đau đầu cụm. Điều này giúp loại trừ các nguyên nhân khác và tìm cách điều trị hiệu quả nhất.

Đau đầu đôi khi có thể triệu chứng một số bệnh tiềm ẩn nghiêm trọng. Bạn hãy đến cơ sở Y tế ngay nếu có bất kỳ dấu hiệu và triệu chứng nào sau đây:

Cơn đau đầu đột ngột, dữ dội như sét đánh.

Nhức đầu kèm với sốt, buồn nôn hoặc nôn, cứng cổ, rối loạn tâm thần, co giật, tê hoặc khó nói. Đây có thể dấu hiệu của một số bệnh như đột quỵ,viêm màng não, viêm não hoặc u não.

Đau đầu sau chấn thương đầu, ngay cả khi đó đó chỉ do vô tình ngã hoặc va chạm nhẹ. Đặc biệt lưu ý là nếu đau đầu trở nên tồi tệ hơn.

Đau đầu đột ngột, dữ dội không giống như bất kỳ đợt đau đầu nào trước đây

Đau đầu trở nên tồi tệ hơn sau nhiều ngày và thay đổi tính chất cũng như chu kỳ cơn đau.

Nguyên nhân chính xác gây ra đau đầu cụm hiện nay vẫn chưa tìm ra. Nhưng các kiểu đau thường do những bất thường trong đồng hồ sinh học của cơ thể (vùng dưới đồi).

Đau đầu cụm không giống như đau đầu migrain hay đau đầu do căng thẳng. Chúng thường không liên quan đến các yếu tố kích thích, chẳng hạn như thực phẩm, thay đổi nội tiết tố hoặc căng thẳng.

Tuy nhiên, khi giai đoạn cơn đau bắt đầu, uống rượu có thể làm cơn đau diễn ra sớm hơn và đau đớn hơn. Vì lý do này, người bị đau đầu cụm nên tránh uống rượu trong đợt bệnh. Tác nhân có thể kích thích đau đầu cụm như là thuốc nitroglycerin -đây là thuốc dùng để điều trị bệnh tim mạch.

Các yếu tố nguy cơ gây đau đầu cụm bao gồm:

Giới tính: Đàn ông có khả năng bị cao hơn phụ nữ.

Tuổi tác:Hầu hết bệnh nhân ở độ tuổi từ 20 đến 50, mặc dù bệnh này có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi.

Hút thuốc lá:Nhiều người bị đau đầu cụm có hút thuốc lá. Tuy nhiên, bỏ thuốc lá thường sẽ không giúp làm giảm những cơn đau đầu.

Sử dụng rượu:Nếu bạn bị bệnh trên, uống rượu trong thời gian đau đầu cụm có thể làm tăng nguy cơ bị đau đầu nặng hơn.

Tiền sử gia đình:Có cha mẹ hoặc anh chị em ruột từng mắc bệnh làm tăng nguy cơ bạn cũng mắc bệnh này.

Chẩn đoán đau đầu cụm chủ yếu dựa trên tính chất cơn đau. Nó bao gồm vị trí đau, mức độ cơn đau và các triệu chứng đi kèm. Đồng thời, tính chất thành cơn và thời gian mỗi cơn đau kéo dài cũng góp phần quan trọng trong chẩn đoán bệnh. Bác sĩ sẽ đề nghị làm thêm một số xét nghiệm để loại trừ các nguyên nhân khác.

Khám thần kinh.Nếu bạn chỉ bị đau đầu cụm thì khám thần kinh thường không ghi nhận bất thường.

MRI.Đây là một kỹ thuật tạo hình cắt lớp sử dụng sóng từ trường và sóng radio nhằm đánh giá nhu mô não và mạch máu não.

CT-scansọ não.Đây là kĩ thuật chụp cắt lớp vi tính nhằm hỗ trợ bác sĩ chẩn đoán bệnh lí sọ não.

Đau đầu cụm hiện nay vẫn chưa có cách điều trị triệt tễ. Mục tiêu của điều trị là giảm mức độ nghiêm trọng của cơn đau đầu theo đợt, rút ngắn thời gian đau đầu và ngăn chặn các đợt đau tiếp theo. Do cơn đau xuất hiện đột ngột và giảm nhanh, rất khó đánh giá và điều trị đúng bệnh này. Vì vậy người bệnh thường cần các loại thuốc có tác dụng nhanh

Các phương pháp điều trị được liệt kê dưới đây đã được chứng minh là có hiệu quả nhất trong điều trị cấp tính và phòng ngừa đau đầu cụm.

Thở oxy qua mặt nạ trong 15 phút. Đây là phương pháp an toàn, rẻ tiền và giảm đau đáng kể. Tuy vậy, bình oxy rất cồng kềnh nên không thể lúc nào cũng mang bên người và dùng khi lên cơn đau.

Triptans:thuốc sumatriptan (Imitrex) dùng đường tiêm giúp điều trị cơn đau đầu cụm cấp một cách hiệu quả. Tuy vậy, sumatriptan không được khuyến cáo nếu người dùng có bệnh tăng huyết áp hay bệnh tim mạch không kiểm soát ổn. Loại thuốc này cũng là một lựa chọn tốt nếu bạn không dung nạp tốt với các thuốc khác.

Octreotide (Sandostantin). Loại thuốc này có thể hiệu quả nhưng không nhanh bằng thuốc triptans.

Thuốc tê tại chỗ,bằng cách xít lidocain qua mũi. Nó có thể giúp người bệnh giảm cơn đau đầu.

Dihydroergotaminedùng đường tiêm có vẻ hiệu quả trong việc giảm cơn đau đầu cụm một số bệnh nhân. Loại thuốc này cũng có thể xịt mũi nhưng ít hiệu quả bằng dùng đường tiêm.

Khi những đợt đau đầu chuỗi bắt đầu xuất hiện, bạn sẽ cần phải dùng những thuốc tác dụng dài thường kèm theo với những thuốc tác dụng ngắn. Tùy thuộc vào giai đoạn bệnh mà bác sĩ sẽ quyết định bạn nên dùng nhóm thuốc nào.

Thuốc chẹn kênh Canxi.Verapamil thường là lựa chọn đầu tay để ngăn ngừa đau đầu cụm. Ngoài ra có thể kết hợp thêm các loại thuốc khác. Verapamil cũng có những tác dụng phụ như táo bón, buồn nôn, sưng mắc cá chân và tụt huyết áp.

Thuốc kháng viêmcorticosteroid, như prednison. Đây là thuốc phòng ngừa tác dụng nhanh, hiệu quả. Bác sĩ có thể dùng corticoid nếu người bệnh chỉ mới bị đau đầu chuỗi gần đây hoặc nếu bệnh gồm những đợt đau đầu chuỗi ngắn và có thời gian nghỉ kéo dài. Mặc dù corticoid là một lựa chọn tuyệt vời khi sử dụng trong thời gian ngắn. Nó vẫn có những tác dụng phụ nặng nề như tiểu đường, huyết áp nên không thể sử dụng lâu dài được.

Lithium carbonate:(Lithobid, Eskalith, và những loại khác) được dùng để điều trị những rối loạn lưỡng cực. Chúng cũng có hiệu quả ngăn ngừa đau đầu chuỗi mạn tính. Tác dụng phụ bao gồm run cơ, khát nước và tiêu chảy. Do đó bác sĩ cần điều chỉnh liều để hạn chế tác dụng phụ. Khi sử dụng loại thuốc này, người bệnh cần được thử máu thường xuyên để kiểm tra một số tác dụng phụ nghiêm trọng có thể xảy ra, chẳng hạn như tổn thương thận.

Chặn đường dẫn truyền thần kinh.Tiêm những thuốc có tác dụng gây tê và corticoid vào khu vực xung quanh dây thần kinh chẩm nằm phía sau đầu. Chặn dây thần kinh chẩm có thể giúp giảm triệu chứng tạm thời trong thời gian chờ những thuốc tác dụng dài (như verapamil) có tác dụng.

Trong một số ít trường hợp, phẫu thuật được lựa chọn để điều trị cho những bệnh nhân đau đầu chuỗi mạn tính không đáp ứng tốt với điều trị tích cực hoặc không thể dung nạp được với thuốc hay những tác dụng phụ của chúng.

Phẫu thuật gắn một điện cực kích thích hạch bướm khẩu cáivà một remote điều khiển bằng tay.

Liệu pháp kích thích thần kinh phế vị (VNS) không xâm lấnlà một lựa chọn thay thế phẫu thuật. Nó cũng có thể kiểm soát bằng tay nhằm kích thích điện lên thần kinh phế thông qua da.

Một số nghiên cứu thử nghiệm kích thích thần kinh chẩmmột hay cả hai bên có thể có hiệu quả. Thường sẽ là gắn một điện cực vào một hoặc hai bên thần kinh chẩm.

Một số nghiên cứu thử nghiệm ức chế dây thần kinh dẫn truyền cơn đau,thường là dây thần kinh sinh ba nằm phía sau hốc mắt. Tuy nhiên, lợi ích dài hạn của thủ thuật ức chế dây thần kinh vẫn còn đang tranh cãi.

Kế hoạch sinh hoạt và đi ngủ đúng giờ.

Tránh những chất có cồn: các chất có cồn có thể kích thích cơn đau nặng lên.

Do đau đầu chuỗi gây đau đớn rất nhiều, nên bệnh nhân có khuynh hướng cố gắng tìm những biện pháp điều trị hỗ trợ để giảm đau. Ngoài ra melatonin tỏ ra hiệu quả giúp giảm cơn đau đầu cụm ban đêm.

Trên đây là tổng quan các thông tin về tình trạng Đau đầu cụm. Hy vọng những nội dung Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn gửi đến có thể có ích cho bạn!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-dau-dang-cang-thang/

Nội dung bài viết

1. Đau đầu dạng căng thẳng là gì?

2. Nguyên nhân của đau đầu dạng căng thẳng?

3. Triệu chứng của đau đầu dạng căng thẳng?

4. Chẩn đoán đau đầu dạng căng thẳng?

5. Khi nào bạn cần đến gặp bác sĩ?

6. Có thể phòng ngừa đau đầu dạng căng thẳng như thế nào?

7. Bốn cách giúp giảm đau đầu do căng thẳng

Đau đầu dạng căng thẳng là một cơn đau lan tỏa từ nhẹ đến trung bình và thường được mô tả là cảm giác như một vòng buộc chặt quanh đầu. Đây là loại đau đầu phổ biến nhất nhưng nguyên nhân chưa được hiểu rõ. Bài viết này sẽ đưa đến cho các bạn những thông tin cơ bản về dạng đau đầu này!

Nhìn chung, đây là một trong những kiểu đau đầu phổ biến nhất. Đau đầu dạng này thường không phải do một tình trạng bệnh gây ra và thường được gọi là đau đầu lành tính. Những tên gọi khác trước đây từng dùng như đau đầu căng cơ, đau đầu nguyên phát, đau đầu stress.

Bởi vì có quá nhiều tên cho dạng đau đầu này nên Hiệp hội đau đầu thế giới đã thống nhất sử dụng từ “Đau đầu dạng căng thẳng”. Điển hình thường đau từ mức độ nhẹ đến trung bình, thường đau ở 2 bên đầu. Có cảm giác đầu bị căng ra và cảm giác nặng nặng ở 2 mắt. Đau thường không có cảm giác đập theo nhịp mạch và không đi kèm với nôn ói. Đau đầu sẽ không nặng lên khi thực hiện các hoạt động thường ngày và thường kéo dài khoảng từ 30 phút đến nhiều giờ nhưng không kéo dài trong nhiều ngày.

Nguyên nhân chính xác gây ra là gì thì vẫn chưa được biết. Nhưng người ta biết được có rất nhiều yếu tố thúc đẩy dẫn đến như rượu, căng thẳng mệt mỏi, khô mắt, caffein, mất ngủ, cảm cúm, hút thuốc lá…

Triệu chứng chính là cảm giác đau căng xung quanh đầu, thường được mô tả như đầu có cảm giác bị “bó chặt”

Cổ và vai thường có cảm giác căng và đau khi bị chạm vào kèm theo đó người bệnh thường khó có thể tập trung và mất ngủ.

Một người vẫn có thể vừa bị Migrain, cũng vừa có thể đau đầu dạng căng thẳng. Và đôi khi các triệu chứng của đau đầu dạng căng thẳng và migrain có thể chồng lấp lên nhau. Ví dụ cả hai loại đau đầu đều có thể nặng hơn khi đi ra ánh sáng mạnh hoặc tiếng ồn lớn. Nhìn chung,Migraincó xu hướng đau nhói hoặc theo mạch đập,  thường gây ra những cơn đau đầu liên tục hơn và thường không kèm nôn ói.

Không có bất kì xét nghiệm chuyên biệt nào để chẩn đoán . Chẩn đoán dựa trên bệnh sử, kiểu đau đầu và những thăm khám.

Đôi khi, người bệnh có thể được yêu cầu chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) hoặc cộng hưởng từ (MRI) để loại trừ một số bệnh lý ác tính khi nghi ngờ

Hầu hết đau đầu đều vô hại. Đa số có thể giảm đau mà không cần dùng thuốc hoặc chỉ một vài loại giảm đau thông thường như paracetamol.

Đau đầu hiếm khi gây ra bởi một tình trạng bệnh lý nghiêm trọng. Tuy nhiên bạn cần đi khám bác sĩ nếu có một trong những dấu hiệu sau:

Đau đầu xảy ra sau chấn thương

Bị đau đầu kèm sốt hoặc nôn ói

Đau đầu kèm nhìn mờ, nói khó hoặc yếu liệt tay chân

Đau đầu càng ngày càng tăng về cường độ hoặc tần suất xuất hiện

Bị đau đầu dữ dội hoặc đau đầu có suy giảm nhận thức

Đau đầu cần phải sử dụng thuốc giảm đau hằng ngày

Những liệu pháp thư giãn và tránh các tình huống căng thẳng có thể giúp ngừa đau đầu dạng căng thẳng. Xác định những yếu tố kích hoạt và thay đổi chúng có thể giúp làm giảm tần suất xuất hiện và mức độ đau.

Nếu bạn bị thường xuyên ( nhiều hơn 1 đến 2 lần trên 1 tuần), những cách sau có thể giúp giảm đau đầu

Ngủ đủ giấc, không bỏ bữa ăn và tránh các tác nhân gây căng thẳng, mệt mỏi

Các liệu pháp thư giãn về thể chất và tinh thần có thể giúp giảm bớt các cơn đau đầu dạng căng thẳng, miễn là bạn thực hiện các kỹ thuật này thường xuyên. Phương pháp vật lý như áp một miếng đệm nóng lên cổ và vai để giúp thư giãn các cơ. Tập luyện các cơ này cũng có hữu ích bằng cách kéo dãn cơ. Những bài tập có hình ảnh hướng dẫn giúp bạn tập trung chú ý vào các phân khác khác nhau của cơ thể để thư giãn và dãn cơ.

Kỹ thuật thư giãn này đòi hỏi đào tạo đặc biệt nhưng có thể giúp mọi người tránh đau đầu căng thẳng tái phát. Thông thường, một nhà trị liệu sẽ gắn các điện cực lên da của bạn để phát hiện các tín hiệu điện từ cơ cổ và vai của bạn. Sau đó, bạn học cách nhận ra khi nào bạn trở nên căng thẳng và thực hành các cách để thư giãn các cơ trước khi chúng siết chặt đến mức bạn bị đau đầu do căng thẳng.

Một số người bị đau đầu dạng căng thẳng có các khu vực rất nhạy cảm, được gọi là điểm kích hoạt, ở phía sau cổ hoặc ở vai. Tiêm thuốc gây tê cục bộ vào những khu vực này có thể loại bỏ cơn đau và ngăn cơn đau đầu xảy ra lần nữa. Ngoài ra còn có một số loại thuốc có thể giúp giảm đau đầu dạng căng thẳng. Nếu các phương pháp điều trị không dùng thuốc không giúp bạn giảm đau, bạn nên đến gặp bác sĩ để bác sĩ lựa chọn thuốc thích hợp cho bạn

Đau đầu dạng căng thẳng là dạng đau đầu phổ biến nhất. Đau đầu có thể hiến cho chất lượng cuộc sống của bạn bị suy giảm và gây ảnh hưởng nặng nề đến công việc, hoạt động sống thường ngày. Những thông tin trên có tính chất tham khảo, hãy liên hệ trực tiếp bác sĩ của bạn để biết them chi tiết.

Bác sĩ: Nguyễn Đào Uyên Trang

Xem thêm bài viết liên quan:

Đau nền ngón tay do thoái hóa

Đau cổ tay: Những nguyên nhân thường gặp

Đau vú: Mười nguyên nhân thường gặp

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-dau-khi-ho-nen-hieu-the-nao-cho-dung/

Nội dung bài viết

Tổng quan về đau đầu khi ho

Các triệu chứng thường gặp

Nguyên nhân gây ra tình trạng đau đầu khi ho

Yếu tố nguy cơ

Các xét nghiệm và chẩn đoán

Phương pháp điều trị

Phòng tránh đau đầu khi ho

Đau đầu khi ho là hiện tượng đau đầu xuất hiện sau khi ho, thường kéo dài vài giây đến vài phút, hay có thể âm ỉ trong vài giờ… Nặng hơn, cơn đau có thể diễn ra trong vài ngày. Hãy đến gặp bác sĩ nếu bạn có triệu chứng đau đầu thường xuyên hay có dấu hiệu của triệu chứng thần kinh khác. Cùng theo dõi bài viết sau để hiểu hơn về hiện tượng này nhé!

Đau đầu khi ho là một loại đau đầu bất thường được kích hoạt bởi ho và các loại căng thẳng, ví dụ như từ việc hắt hơi, hỉ mũi, cười, khóc, hát, cúi xuống hoặc đi tiêu.

Các bác sĩ thường chia đau đầu khi ho thành hai loại:

Đau đầu khi ho nguyên phát. Loại đau đầu này thường mang tới sự khó chịu cho người bệnh nhưng không gây nguy hiểm và thường tự cải thiện.

Đau đầu khi ho thứ phát. Loại đau đầu này thì nghiêm trọng hơn. Nó xuất phát do các vấn đề về cấu trúc trong não bộ. Do đó, có thể phải cần đến phương pháp phẫu thuật để điều trị.

Xem thêm:Đau đầu dạng căng thẳng: Có nguy hiểm không?

Bắt đầu đột ngột chỉ sau khi ho hoặc các loại căng thẳng khác.

Điển hình nhất một vài giây đến một vài phút, một số trường hợp có thể kéo dài tới 30 phút.

Đau nhói như kim đâm hoặc như đau như búa bổ.

Thông thường cảm giác đau xuất hiện ở phía trước đầu, ảnh hưởng tới cả 2 bên đầu bạn.

Có thể được theo sau bởi một cơn đau âm ỉ trong vài giờ.

Đau đầu thứ phát thường có triệu chứng tương tự như đau đầu nguyên phát. Tuy nhiên, chúng có thể kéo dài đến hàng ngày thay vì vài phút và có các triệu chứng như:

Đau đầu kéo dài hơn.

Chóng mặt.

Không ổn định.

Ngất xỉu.

Tê ở mặt hoặc cánh tay.

Tham khảo ý kiến bác sĩ nếu có trải nghiệm đau đầu đột ngột sau khi ho. Đặc biệt nếu những cơn đau đầu thường xuyên hoặc nghiêm trọng. Thậm chí khi bạn có bất cứ dấu hiệu hoặc triệu chứng thần kinh khác, chẳng hạn như sự mất cân bằng hoặc bị mờ hoặc nhìn đôi.

Nguyên nhân của đau đầu nguyên phát không được biết rõ. Một số nhà nghiên cứu nghi ngờ rằng gia tăng áp lực trong đầu (áp lực nội sọ) và các tình huống căng thẳng có thể đã gây đau đầu sau khi ho.

Nguyên nhân của đau đầu thứ phát có thể được bắt nguồn từ một vấn đề trong phần sau của não. Đồng thời, cũng có thể tại nền tảng của các hộp sọ, nơi mà bộ não và tủy sống kết nối, chẳng hạn như:

Khiếm khuyết trong hình dạng của hộp sọ.

Khiếm khuyết trong cấu trúc của tiểu não – phần não kiểm soát sự thăng bằng. Trong số đó, dị tật phổ biến làdị tật Chiari.

Vấn đề trong các mạch máu trong não (phình động mạch não).

Khối u não.

Rò rỉ dịch não tủy nguyên phát.

Các yếu tố nguy cơ gây đau đầu khi ho nguyên phát, bao gồm:

Tuổi tác: Ảnh hưởng đến những người lớn hơn 40 tuổi.

Tình dục: Đàn ông dễ bị đau đầu nguyên phát.

Yếu tố nguy cơ gây đau đầu khi ho thứ phát:

Người trẻ hơn 40 tuổi.

Bác sĩ có thể đề nghị bạn thực hiện các xét nghiệm hình ảnh học não bộ. Chẳng hạn như quét MRI hoặc CT, để loại trừ các nguyên nhân có thể khác gây ra đau đầu của bạn.

Chụp cộng hưởng từ (MRI). Trong MRI, từ trường và sóng vô tuyến được sử dụng để tạo ra hình ảnh cắt ngang của các cấu trúc trong đầu bạn để xác định xem có bất kỳ vấn đề nào gây ra cơn đau đầu của bạn không.

Chụp cắt lớp vi tính (CT).

Tùy thuộc vào việc bạn bị đau đầu nguyên phát hay thứ phát, mà kế hoạch điều trị sẽ khác nhau.

Nếu bạn có tiền sử đau đầu khi ho nguyên phát, bác sĩ có thể khuyên bạn nên dùng thuốc hàng ngày để giúp ngăn ngừa hoặc giảm đau.

Những loại thuốc phòng ngừa này có thể bao gồm:

Indomethacin (Indocin, Tivorbex): một loại thuốc chống viêm.

Propranolol(Inderal, Innopran XL, những loại khác): một loại thuốc giúp giãn mạch và giảm huyết áp.

Acetazolamide: thuốc lợi tiểu làm giảm lượng dịch tủy sống, có thể làm giảm áp lực bên trong hộp sọ.

Các loại thuốc khác được sử dụng để điều trị chứng đau đầu nguyên phát bao gồm naproxen (Naprelan, Naprosyn, các loại khác), ergonovine (Methergine), dihydroergotamine tiêm tĩnh mạch (D.H.E.45) và phenelzine (Nardil).

Thủ thuật chọc dò cột sống hiếm khi được đề nghị. Với thủ thuật này, bác sĩ sẽ hút bớt dịch trong não và tủy sống của bạn. Không hiểu rõ tại sao điều này giúp giảm đau đầu, nhưng quy trình này có thể làm giảm áp lực bên trong hộp sọ của bạn. Nhờ vào đó, cơn đau giảm đi đáng kể.

Nếu bạn bị đau đầu thứ phát, phẫu thuật thường là chỉ định cần thiết để khắc phục vấn đề tiềm ẩn. Thuốc phòng ngừa thường không giúp ích cho những người bị đau đầu thứ phát.

Tuy nhiên, đáp ứng với thuốc không nhất thiết có nghĩa là bạn bị đau đầu nguyên phát.

Khi hạn chế các hành động gây ra đau đầu  – cho dù đó là ho, hắt hơi hoặc căng thẳng khi đi tiêu có thể giúp giảm số lượng các trải nghiệm đau đầu. Một số biện pháp phòng ngừa có thể bao gồm:

Điều trị nhiễm trùng phổi, như viêm phế quản.

Sử dụng khi cần thiết thuốc giảm ho.

Chích ngừa cúm hàng năm.

Sử dụng chất làm mềm phân để tránh táo bón.

Giảm thiểu tăng cân nặng.

Đau đầu khi hokhông phải là một bệnh lý nguy hiểm. Tuy nhiên nó xuất hiện và kéo dài gây ra nhiều khó chịu, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống. Hiểu về đau đầu khi ho, cách điều trị cũng như phòng ngừa sẽ giúp chúng ta có một sức khỏe tốt và thoải mái trong công việc sinh hoạt hằng ngày.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-dau-set-danh-chung-benh-khong-ai-muon/

Nội dung bài viết

Giới thiệu

Các nguyên nhân gây ra đau đầu sét đánh

Kết luận

Đau đầu sét đánh là cái tên của một tình trạng đau đầu dữ dội. Tình trạng này có thể bị gây ra bởi những nguyên nhân gây tử vong dễ dàng như: xuất huyết dưới nhện, vỡ túi phình mạch máu não… Bài viết sẽ cung cấp những thông tin nhất định để bạn đọc có thể tham khảo và hiểu thêm về đau đầu sét đánh.

Đau đầu sét đánh là một tình trạng đau đầu vô cùng cấp tính. Đau đầu đột ngột xuất hiện và mức độ đau tăng cực kỳ nhanh chóng, trở nên rất đau sau < 1 phút. Có một số bệnh nhân miêu tả đây là tình trạng đau đầu dữ dội nhất mà họ từng có.

Đau đầu là tình trạng vô cùng phổ biến. 90% người sẽ bị đau đầu ít nhất một lần trong suốt cuộc đời. Trong tất cả các trường hợp cấp cứu, số lượng bệnh nhân bị đau đầu chiếm khoảng 2%. Trong đó, số ca mắc phảixuất huyết dưới nhện(một loại xuất huyết não) chiếm 1 – 3% số bệnh nhân đau đầu.

Có 43 bệnh nhân bị đau đầu sét đánh trong mỗi 100.000 người. Có nhiều nguyên nhân gây đau đầu sét đánh, trong đó gồm nhiều bệnh lý nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân, cần phải cấp cứu.

Như đã nói, đây là tình trạng xuất huyết não, một dạng củađột quỵ.

Xuất huyết não dưới nhện là một nguyên nhân rất nguy hiểm, biểu hiện dễ nhìn thấy nhất là đau đầu sét đánh. Bệnh lý này rất nặng nề, khó điều trị và khả năng tử vong rất cao. 11 – 25% bệnh nhân đau đầu sét đánh là do xuất huyết dưới nhện gây ra.

85% nguyên nhân của xuất huyết dưới nhện là do tình trạng vỡ một túi phình dị dạng trên mạch máu não (Ruptered Aneurysm).

Xuất huyết dưới nhện 70% chỉ biểu hiện dưới dạng đau đầu sét đánh. Nói cách khác, đa số trường hợp xuất huyết dưới nhện không hề ghi nhận các dấu hiệu như hôn mê, lơ mơ hay các dấu hiệu thần kinh khác của đột quỵ như yếu nửa người, méo miệng… (dấu thần kinh định vị).

Thông thường đau đầu sét đánh do xuất huyết dưới nhện thường kéo dài vài ngày, ít khi < 2 giờ.

Xuất huyết dưới nhện có thể xuất hiện khi bệnh nhân vận động hoặc quan hệ tình dục. Tuy nhiên có thể không có một yếu tố khởi phát nào xuất hiện trước đó.

Những triệu chứng kèm theo có thể là:

Hôn mê (trong hầu hết các trường hợp không đau đầu).

Co giật (6 – 9%).

Yếu liệt nửa người, méo miệng… (khi xuất huyết tạo thành một cục máu trong não).

Buồn nôn, nôn ói.

Cổ gượng (đau khi bác sĩ gập cổ bệnh nhân lại).

Sợ ánh sáng.

Thăm khám lâm sàng ít có giá trị trong chẩn đoán xuất huyết dưới nhện. Soi đáy mắt phát hiện xuất huyết chỉ gặp trong 20 – 40% trường hợp và thường gặp hơn khi bệnh nhân lơ mơ, hôn mê.

Dù vậy, với tình trạng bệnh nhân sợ ánh sáng, kích động do đau đầu nhiều sẽ làm bác sĩ khó xác định tình trạng xuất huyết đáy mắt này.

Lúc này, CT scan não (không thuốc cản quang) là lựa chọn hàng đầu để chẩn đoán xuất huyết não này. Trong vòng 12 giờ đầu, khả năng phát hiện xuất huyết dưới nhện trên CT scan là 100%. Sau 1 ngày, tỉ lệ này giảm 10% và chỉ còn 50% sau 5 ngày.

Vì vậy, nếu bác sĩ vẫn nghi ngờ có xuất huyết não thì sẽ đề nghị chọc dịch não tủy để xác định chẩn đoán. Thủ thuật này giúp xác định 95% trường hợp xuất huyết não dưới nhện sau 12 giờ. Lý do thực hiện thủ thuật này là vì não và tủy sống thông nối với nhau. Nếu có máu trong não sẽ phát hiện được trong dịch não tủy ở tủy sống.

Các biến chứng có thể xảy ra sau chọc dịch não tủy:

Đau đầu.

Chảy máu.

Nhiễm trùng.

Tụt não.

Đây là bệnh lý vô cùng nguy hiểm, với tỉ lệ tử vong trước khi vào viện là 10%. Dù vào viện kịp thời, tỉ lệ tử vong vẫn đạt con số khủng khiếp là 50%. 30% trường hợp còn lại tùy thuộc vào nhiều yếu tố khác, như thời gian, điều kiện của trung tâm điều trị…

Nguyên tắc Ottawa trong chẩn đoán xuất huyết não dưới nhện (The Ottawa SAH Rule)

CT scan sọ não và/hoặc chọc dịch não tủy khi có 1 trong các yếu tố sau:

Từ 40 tuổi trở lên.

Đau cổ hoặc cổ gượng.

Rối loạn tri giác (không tỉnh táo, lơ mơ, hôn mê).

Đau đầu khi đang vận động.

Đau đầu sét đánh.

Giới hạn vận động cổ khi thăm khám.

Đây là nguyên tắc không chỉ áp dụng cho trường hợp đau đầu sét đánh. Nó sử dụng cho tất cả đối tượng > 15 tuổi đau đầu nhiều, cường độ tăng nhanh, đạt đỉnh trong vòng 1 giờ và không có chấn thương đầu trước đó.

Không sử dụng cho các bệnh nhân:

Mới xuất hiện các dấu hiệu bất thường thần kinh (dấu thần kinh định vị).

Có phát hiện túi phình mạch máu trước đây.

Đã từng xuất huyết dưới nhện.

Có u não.

Tiền căn đau đầu tái phát nhiều lần (≥ 3 lần trong thời gian trên 6 tháng).

Tiêu chuẩn này giúp phát hiện 100% trường hợp bệnh nhân xuất huyết não dưới nhện trong trường hợp thỏa các tiêu chuẩn đã đặt ra.

Đây là một dấu hiệu báo trước của vỡ túi phình mạch máu não. Nguyên nhân chủ yếu của xuất huyết dưới nhện.

Triệu chứng là những cơn đau đầu tương tự như xuất huyết dưới nhện. Tuy nhiên trong nhiều trường hợp, đau đầu trong đau đầu lính canh nhẹ hơn, thời gian đau đầu đạt cường độ tối đa dài hơn. Khác biệt với xuất huyết dưới nhện, đau đầu lính canh không đi kèm các rối loạn thần kinh.

Đau đầu lính canh xuất hiện trong 10 – 43% trường hợp xuất huyết dưới nhện. Nó xảy ra trước xuất huyết dưới nhện. Đau đầu lính canh là tình trạng máu chảy rò rỉ từ túi phình, thậm chí là túi phình đã vỡ 1 phần

Từ đó, nếu phát hiện ra tình trạng đau đầu lính canh cũng như tìm thấy túi phình mạch máu não chưa vỡ, bác sĩ có thể phẫu thuật, can thiệp mạch máu để tránh việc vỡ túi phình.

Điều đáng tiếc là hầu hết tình trạng bệnh nhân đau đầu lính canh không đi khám do thường không quá nặng nề, có thể tự khỏi. Cũng như khoảng 50% trường hợp bệnh nhân đi khám không được chẩn đoán.

Thiếu sót này có thể do:

Hầu hết do triệu chứng đau đầu không rõ ràng và không đi kèm các rối loạn thần kinh.

Không có kiến thức về đau đầu lính canh.

Không biết về những thiếu hụt của CT.

Dịch não tủy không được xét nghiệm đầy đủ và phân tích kỹ lưỡng.

Do đó, ta cần nghĩ đến đau đầu lính canh hay xuất huyết dưới nhện mức độ ít khi bệnh nhân than đau đầu nhiều.

Như đã thấy, cấu trúc tĩnh mạch của não như hình trên. Các tĩnh mạch não nhỏ sẽ dẫn máu từ mô não về các xoang tĩnh mạch lớn của não. Sau đó, các xoang này đưa máu về xoang tĩnh mạch ngang (xoang sigmoid) và về tĩnh mạch cổ. 2 tĩnh mạch cổ sẽ đổ về tim.

Có huyết khối (cục máu) bên trong lòng xoang tĩnh mạch dọc trên. Do đó, các tĩnh mạch não đưa máu về nơi này bị chặn đường. Điều này dẫn đến mô não phù lên do ứ máu.

2 – 10% trường hợp huyết khối ở các xoang tĩnh mạch não có biểu hiện đau đầu sét đánh là chủ yếu. Mặc dù thông thường, 75 – 95% trường hợp đau đầu trong huyết khối tĩnh mạch dọc trên là đau đầu từ từ, tăng dần.

Đau đầu trong bệnh lý này dai dẳng, tăng lên khi bệnh nhân:

Ho.

Sổ mũi.

Thao tác Valsalva (các thao tác làm tăng áp lực lồng ngực).

Điều này làm nặng thêm tình trạng ứ máu do máu khó trở về tim hơn, dẫn đến đau đầu nhiều hơn. Đau đầu sẽ tăng khi ngủ dậy (khi ngủ dậy, áp lực bên trong não tăng lên).

Biểu hiện thường gặp nhất của huyết khối xoang tĩnh mạch não là đau đầu. Tuy nhiên có thể gặp những dấu hiệu khác như phù gai thị, rối loạn tri giác (không tỉnh táo, lơ mơ, hôn mê), động kinh cũng như các bất thường thần kinh khác.

Đau đầu là biểu hiện duy nhất chỉ xuất hiện trong 15 – 30% trường hợp bệnh này.

Trên thực tế, chỉ dựa vào hỏi bệnh và thăm khám thì không phân biệt được đau đầu sét đánh kèm rối loạn thần kinh là do huyết khối xoang tĩnh mạch hay xuất huyết não dưới nhện.

Do đó, với quan niệm tiếp cận bệnh lý nặng đầu tiên:

Bác sĩ sẽ thực hiện CT scan não và/hoặc chọc dò dịch não tủy cho bệnh nhân. Tuy nhiên 2 xét nghiệm/thủ thuật này không đủ để chẩn đoán huyết khối xoang tĩnh mạch não.

Đối với trường hợp bệnh nhân huyết khối xoang tĩnh mạch não không có biểu hiện rối loạn thần kinh. CT scan chỉ biểu hiện bất thường trong ¼ trường hợp. Ngược lại, nếu có rối loạn thần kinh thì tỷ lệ bất thường lên đến 90%.

Tuy nhiên, nếu tổn thương đó quá nhỏ trên CT scan thì việc đọc sai kết quả thường xuyên xảy ra. Khi nghi ngờ huyết khối trong xoang tĩnh mạch não thì MRI tĩnh mạch não nên được thực hiện.

Đau đầu xuất hiện trong 60 – 95% trường hợp bóc tách động mạch cảnh (carotid dissection). Và khoảng 70% trường hợp bóc tách động mạch đốt sống.

Thông thường, 80% trường hợp do bóc tách các động mạch ở cổ là đau đầu tăng dần. 20% còn lại biểu hiện dưới dạng đau đầu sét đánh. Tính chất chung của đau đầu do bóc tách các động mạch ở cổ sẽ đau cùng bên với bên bị bóc tách.

Trong bóc tách động mạch cảnh:

Đau đầu sẽ bao gồm: góc hàm, mặt, tai, quanh ổ mắt, nửa bên trán và thái dương cùng bên.

Đau sẽ ở vùng chẩm.

Thông thường, các bệnh nhân có bóc tách động mạch cổ hiếm khi chỉ đau đầu mà không có các biểu hiện rối loạn thần kinh (dấu thần kinh định vị). Tuy nhiên đau đầu có thể xuất hiện trước các rối loạn thần kinh khác. Thời gian này có thể lên đến 4 ngày đối với bóc tách động mạch cảnh, và 14,5 giờ đối với bóc tách động mạch đốt sống.

Các triệu chứng rối loạn thần kinh có thể gặp là:

Amaurosis fugax (mù thoáng qua): Tình trạng đột ngột có một màng che đen xuất hiện trước 1 mắt và có thể phục hồi.

Hội chứng Horner: Mi mắt một bên rũ xuống, giảm tiết mồ hôi và co đồng tử cùng bên.

Ù tai nhịp đập (Pulsatile tinnitus): Ù tai do tiếng ồn cùng nhịp với nhịp tim.

Rối loạn vị giác (dysgeusia).

Diplopia: Nhìn đôi. Nhìn một vật ra 2 vật.

Và những biểu hiện của đột quỵ khác.

Thực hiện CT scan sọ não, chọc dò dịch não tủy hoàn toàn có thể cho kết quả bình thường nếu bệnh nhân không có tai biến mạch máu não đi kèm.

Để chẩn đoán nhóm bệnh lý này, bác sĩ cần:

Siêu âm Doppler động/tĩnh mạch cổ.

CT scan mạch máu.

MRI mạch máu.

Tăng huyết áp ác tính và hội chứng bệnh não phía sau phục hồi (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome) hiếm khi gây ra đau đầu ác tính.

Các trường hợp tăng huyết áp ác tính gây ra đau đầu trong 20% trường hợp. Và đau đầu vùng chẩm (sau ót) là đặc trưng.

Ngoài ra, tăng huyết áp ác tính (huyết áp 220/110 mmHg trở lên) có thể liên quan đến việc tổn thương các cơ quan như: bệnh lý não do tăng huyết áp, đột quỵ, suy tim cấp (phù phổi cấp), suy thận cấp.

Hội chứng bệnh não phía sau phục hồi thường liên quan đến những trường hợp tăng huyết áp rất cao như tăng huyết áp ác tính. Bệnh lý này ảnh hưởng chủ yếu lên vỏ não phía sau, còn gọi là vỏ não thị giác. Do đó bệnh nhân bị ảnh hưởng thường đau đầu vùng chẩm và giảm thị lực, thậm chí mù. Ngoài ra còn có thể xuất hiện co giật.

CT và Chọc dịch não tủy ít có vai trò trong chẩn đoán bệnh lý này. MRI có thể cho thấy biểu hiện bất thường của nó. Chẩn đoán chính xác sớm là rất cần thiết vì hầu hết trường hợp bệnh lý có thể hồi phục.

Đây là một loại bệnh lý gây đau đầu với biểu hiện đau nhiều khi khi ngồi dậy, đứng, giảm xuống khi nằm.

Đau như dao đâm ở vùng trán, trán – ót (chẩm), ót.

15% bệnh nhân tụt huyết áp nội sọ tự phát có biểu hiện đau đầu sét đánh.

Các biểu hiện đi kèm với đau đầu trong tụt huyết áp nội sọ tự phát là:

Buồn nôn, nôn ói.

Cổ cứng hoặc đau.

Điếc hoặc ù tai.

Nhìn đôi hoặc mờ.

Đau sau bả vai.

Vị trí đau sau bả vai điển hình

Hoặc đau từ cổ lan dọc cánh – cẳng tay.

Các kiểu đau lan dọc cánh – cẳng tay

Do đau đầu kèm triệu chứng rối loạn thần kinh thường gặp. Do đó bác sĩ cũng sẽ thực hiện CT scan, chọc dịch não tủy để chẩn đoán.

Tuy nhiên 2 xét nghiệm này ít vai trò trong bệnh lý Tụt áp lực nội sọ tự phát. MRI là xét nghiệm giúp chẩn đoán bệnh lý này.

Khác biệt với xuất huyết não là máu sẽ chảy ra khỏi động mạch. Đột quỵ thiếu máu não xảy ra do huyết khối hoặc mảng xơ vữa nằm bên trong động mạch não. Từ đó não sẽ bị thiếu máu nuôi.

Đau đầu xuất hiện trong đột quỵ thiếu máu não khi vùng thiếu máu não rất lớn.

CT scan sọ não, CT scan động mạch não giúp xác định chẩn đoán này.

Đây là một bệnh lý hiếm, do chấn thương làm di lệch khớp nối giữa C1 (đốt đội) và C2.

Điều này làm hình thành huyết khối ở trong sọ (xương chẩm, xương bướm).

Chụp động mạch cảnh, MRI sọ não có thuốc cản quang giúp chẩn đoán bệnh lý này.

Có thể xảy ra với các trường hợp chảy máu thai sản quá nhiều, với biểu hiện của hội chứng Sheehan (ảnh hưởng nhiều hệ thống nội tiết trong cơ thể). Những thường nhất là trong trường hợp có các khối u tuyến yên mà không được phát hiện trước đây.

Triệu chứng nổi bật nhất là đau đầu cấp tính. Bệnh nhân bị nhồi máu tuyến yên có thể có những triệu chứng từ rất nhẹ đến suy thượng thận cấp, hôn mê và tử vong.

Biểu hiện thường gặp nhất của nhồi máu tuyến yên là đau đầu cấp tính (có thể có đau đầu sét đánh), buồn nôn, giảm thị lực, giảm thị trường (có màn đen che xung quanh mắt).

Chẩn đoán nhồi máu tuyến yên có thể bình thường trên CT scan, hay chọc dịch não tủy. MRI là xét nghiệm cần thiết nếu có nghi ngờ nhiều.

Là loại u ở não hiếm gặp, chiếm 0.5% tổng số các loại u não. Thường được chẩn đoán ở đối tượng 30 – 50 tuổi. Đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 67 – 100%.

Tuy nhiên tính chất đau đầu khá thay đổi, có thể khởi phát tăng lên đột ngột trong 1 giây đến 1 ngày. Và đột ngột hết đau. Vị trí đau có thể là 2 trán, trán – đỉnh đầu, trán – ót.

Đau thường rất dữ dội và giảm khi ngồi ra phía trước.

Tư thế ngồi ra phía trước (recumbency)

CT hoặc MRI đều có thể chẩn đoán bệnh lý này.

Là tình trạng co thắt mạch máu lan tỏa có thể hồi phục. Những đoạn mạch máu bị ảnh hưởng là nhánh gần và xa của đa giác Willis.

Cấu trúc đa giác Willis ở não

Hội chứng này về bản chất là hậu quả của một nhóm các bệnh lý gây ra.

Hội chứng này có các tính chất: Đau đầu sét đánh, không có bất thường trên dịch não tủy, chụp mạch máu não ghi nhận co thắt có hồi phục bao gồm các nhánh động mạch của đa giác willis.

Những triệu chứng kèm theo có thể là các rối loạn thần kinh.

Gọi là nguyên phát khi chưa xác định chính xác nguyên nhân gây ra là gì.

Do đó đây là trường hợp chẩn đoán loại trừ ở nhóm bệnh nhân biểu hiện đau đầu sét đánh. Nói cách khác, bác sĩ sẽ loại trừ tất cả các nguyên nhân trên để có chẩn đoán này.

Đau đầu sét đánh, kéo dài ít nhất 1h đến tối đa 10 ngày.

Không tái phát trong vòng 1 tuần tới vài tháng.

Xem thêm:Các biện pháp giúp giảm đau đầu hiệu quả ai cũng nên biết

Đau đầu sét đánh là một hội chứng lâm sàng. Do rất nhiều nguyên nhân gây ra. Để chẩn đoán đau đầu sét đánh, bác sĩ cần thăm khám, hỏi bệnh thật kỹ lưỡng, kèm theo đó là các xét nghiệm hình ảnh, chọc dịch não tủy.

Đôi khi, bác sĩ sẽ thực hiện MRI não, Chụp mạch máu não để giúp chẩn đoán bệnh. Điều trị đau đầu sét đánh tùy thuộc vào nguyên nhân gây ra. Có thể bằng thuốc hoặc phẩu thuật.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-dau-van-dong-co-nen-ngung-tap-luyen/

Nội dung bài viết

Triệu chứng của đau đầu vận động

Nguyên nhân gây ra đau đầu vận động là gì?

Yếu tố nguy cơ của đau đầu vận động gồm những gì?

Phòng ngừa bằng cách nào?

Chẩn đoán đau đầu vận động như thế nào?

Điều trị như thế nào?

Chuẩn bị gì trước khi đi khám?

Đau đầu vận động xảy ra trong hoặc sau khi vận động mạnh kéo dài. Các hoạt động liên quan đến đau đầu bao gồm chạy bộ, chèo thuyền, tennis, bơi lội và cử tạ. Để hiểu rõ hơn về cơn đâu đầu này, hãy cùng theo dõi bài viết dưới đây của Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh Đào Thị Thu Hương để biết thêm nhiều thông tin hữu ích.

Đau đầu vận động được chia làm hai loại: nguyên phát và thứ phát.

Thường không gây hại, không liên quan đến bệnh nền và có thể phòng ngừa bằng thuốc. Loại đau đầu này thường:

Đau nhói.

Diễn ra trong và sau khi vận động mạnh.

Hầu hết đau 2 bên đầu.

Gây ra do bệnh lý nền, thường là tình trạng nghiêm trọng ở não, chẳng hạn như xuất huyết não hoặc u não. Hoặc bệnh lý ngoài não như bệnh mạch vành. Với dạng đau đầu này cần chú ý các dấu hiệu cấp cứu. Các triệu chứng bao gồm:

Triệu chứng tương tự như đau đầu nguyên phát.

Nôn ói.

Mất ý thức.

Nhìn đôi.

Cổ cứng.

Đau đầu nguyên phát thường kéo dài trong vòng 5 phút đến 48 giờ. Trong khi cơn thứ phát kéo dài ít nhất 1 ngày và thỉnh thoảng là vài ngày hoặc hơn.

Nguyên nhân gây đau đầu nguyên phát vẫn chưa được biết rõ. Có một giả thuyết cho rằng vận động mạnh làm giãn mạch máu trong sọ.

Nguyên nhân của đau đầu thứ phát là do bệnh lý nền, chẳng hạn như:

Xuất huyết dưới nhện.

Dị dạng mạch máu trước hoặc trong não.

Khối u do ung thư hoặc không do ung thư.

Tắc nghẽn dịch não tủy.

Viêm xoang.

Bất thường cấu trúc đầu, cổ hay cột sống.

Bạn có thể có nguy cơ cao bị đau đầu vận động nếu:

Vận động dưới thời tiết nóng.

Vận động ở nơi cao.

Có tiền sử gia đình hoặc tiền cănđau đầu migraine.

Đau đầu vận động thường xảy ra khi trời nóng và ẩm, hoặc nếu bạn vận động ở nơi cao. Nếu bạn dễ bị đau đầu do vận động, bạn cần tránh vận động ở những nơi như vậy.

Một số người xuất hiện những cơn đâu đầu dạng này chỉ khi làm một hoạt động nào đó, nên họ có thể tránh hoạt động đó để ngừa đau đầu. Làm nóng người trước khi vận động mạnh cũng giúp ngăn ngừa cơn đau đầu.

Bác sĩ sẽ đề nghị xét nghiệm hình ảnh học, đặc biệt nếu:

Cơn đau đầu kéo dài hơn vài tiếng.

Cơn đau đầu đột ngột, như sét đánh.

Trên 40 tuổi.

Có những triệu chứng khác, chẳng hạn như buồn nôn, nôn hoặc rối loạn thị giác.

Trong những trường hợp này, nhiều loại xét nghiệm hình ảnh học khác nhau có thể giúp xác định đau đầu này là nguyên phát hay thứ phát.

Cộng hưởng từ (MRI):Xét nghiệm này dùng từ trường và sóng radio để tạo ra hình ảnh lát cắt của các cấu trúc trong não.

Cộng hưởng từ mạch máu (MRA) và Chụp cắt lớp vi tính (CT) mạch má:Các xét nghiệm này cho hình ảnh mạch máu đến não và trong não.

Chụp CT:Sử dụng tia X để tạo ra hình ảnh lát cắt của não. Xét nghiệm này giúp phát hiện xuất huyết bên trong hoặc xung quanh não. Thường được dùng khi đau đầu kéo dài dưới 48 giờ.

Đôi khi chọc dò tủy sống là cần thiết, đặc biệt nếu cơn đau đầu khởi phát đột ngột, nhanh và hình ảnh học sọ não bình thường.

Nếu không có bệnh lý về cấu trúc hay mạch máu nào gây ra đau đầu, bác sĩ có thể cho dùng thuốc đều đặn để ngừa đau đầu:

Indomethacin (Indocin, Tivorbex), một loại thuốc kháng viêm, thường được sử dụng.

Propranolol (Inderal, Innopran XL), một loại thuốc huyết áp, cũng có thể ngăn ngừa cơn đau đầu do vận động.

Các loại thuốc khác, bao gồm naproxen (Naprosyn), phenelzine (Nardil) và ergonovine, đã được chứng minh có hiệu quả đối với một số người.

Nếu bạn có thể dự đoán trước khi nào cơn đau đầu xảy ra, bạn có thể uống thuốc trước khi vận động 1 đến 2 giờ. Chẳng hạn như khi chơi tennis hoặc leo núi. Nếu đau đầu thường xuyên và khó dự đoán, bạn cần uống thuốc dự phòng mỗi ngày.

Nếu bạn nghi ngờ mình bị đau đầu vận động, hãy đến gặp bác sĩ thần kinh để được khám và điều trị.

Tuân thủ những chỉ định trước khi đi khám. Ví dụ như nhịn ăn trước khi khám.

Liệt kê những triệu chứng mà bạn có.

Viết thông tin cá nhân ra ghi chú. Bao gồm tiền căn bệnh trước đây, căng thẳng trong cuộc sống, tiền sử gia đình.

Liệt kê các thuốc đang dùng.

Đi khám cùng người thân hoặc bạn. Họ có thể giúp bạn ghi nhớ lời bác sĩ dặn.

Viết ra những câu hỏi bạn muốn thắc mắc.

Bạn bị đau đầu từ khi nào?

Đau đầu thỉnh thoảng mới xuất hiện hay liên tục?

Bạn có vấn đề tương tự trước đây chưa?

Bạn có kiểu đau đầu nào khác?

Gia đình bạn có ai bị đau đầu migraine hoặc đau đầu vận động không?

Điều gì làm giảm cơn đau đầu?

Điều gì làm cơn đau đầu nặng hơn?

Xem thêm:Đau đầu ở trẻ em: bạn đã biết cách phòng ngừa cho trẻ chưa?

Đau đầu vận độnglà bệnh đau đầu xuất hiện khi vận động cường độ mạnh, đặc biệt là trong môi trường nóng ẩm, độ cao. Nếu bạn bị đau đầu trong và sau khi vận động, hãy liên hệ ngay với bác sĩ, đặc biệt nếu đau đầu xuất hiện đột ngột hoặc đây là lần đầu tiên bạn bị đau đầu như vậy.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-hau-mon-chuyen-kho-noi/

Nội dung bài viết

Trĩ ngoại tắc mạch

Nứt hậu môn

Áp xe và lỗ rò hậu môn

Nhiễm nấm hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục

Ung thư hậu môn

Khi nào thì nên đến gặp bác sĩ?

Các lưu ý chăm sóc tại nhà

Đau hậu môn là triệu chứng không thường được nhắc tới do người bệnh luôn khá ngại ngùng. Tuy vậy, điều đáng mừng là chúng thường ít khi trở nên quá nghiêm trọng. Vì hầu hết các nguyên nhân gây đau hậu môn là lành tính, kể cả khi có chảy máu. Nếu cơn đau không giảm đi trong vòng vài ngày, bạn cần đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị. Bài viết hôm nay của Bác sĩ Nguyễn Hồ Thanh An sẽ mang đến cho chúng ta một cái nhìn tổng quát về các nguyên nhân chính của đau hậu môn.

Đây là tình trạng cục máu đông hình thành trong một búi trĩ ngoại làm tắc nghẽn lưu thông của dòng máu. Nếu cục máu đông lớn, chúng có thể gây đau khi đi bộ, ngồi hoặc đi tiêu.

Một khối ở hậu môn gây đau có thể xuất hiện đột ngột và trở nên tồi tệ hơn trong 48 giờ đầu tiên. Sau đó chúng thường giảm dần trong vài ngày tiếp theo. Người bệnh cũng có thể thấy chảy máu nếu búi trĩ bị hoại tử.

Hầu hết các chuyên gia khuyên rằng các cục máu đông phải được loại bỏ bằng phẫu thuật. Phẫu thuật nhỏ này có thể được thực hiện tại phòng khám hoặc tại bệnh viện nhờ gây tê tại chỗ.

Ngoài ra, các điều trị không phẫu thuật bao gồm:

Tắm bồn nước ấm (tắm sitz);

Thuốc giảm đau và làm mềm phân.

Ống hậu môn là một ống ngắn được bao quanh bởi cơ nằm ở cuối ruột già. Một vết rách ở lớp niêm mạc của vùng này được gọi lànứt hậu môn. Đây là tình trạng khá phổ biến, nhưng thường bị nhầm lẫn với các nguyên nhân khác, chẳng hạn như bệnh trĩ.

Hầu hết các vết nứt không cần phẫu thuật. Tuy nhiên, người bệnh bị nứt hậu môn mạn tính thường khó điều trị hơn và phẫu thuật lúc này có thể là lựa chọn tốt nhất. Mục tiêu là giúp cơ thắt hậu môn thư giãn, giảm đau và giảm co thắt tạo điều kiện cho vết nứt lành lại.

Đối với điều trị không phẫu thuật, mục tiêu là làm cho phân mềm và đóng khuôn. Chúng thường bao gồm các biện pháp như:

Chế độ ăn uống giàu chất xơ.

Thuốc làm mềm phân không kê đơn.

Tắm bồn nước ấm (tắm sitz) trong 10 đến 20 phút, một vài lần mỗi ngày.

Một số loại thuốc khác.

Áp xe là một ổ nhiễm trùng có chứa mủ gần hậu môn hoặc trực tràng. Trong hầu hết các trường hợp, áp xe được điều trị bằng phẫu thuật.

Lỗ rò là một đường hầm hình thành dưới da (kết nối các tuyến bị tắc, bị nhiễm trùng với da gần hậu môn). Phẫu thuật thường cần thiết và khá đơn giản. Tuy nhiên, những trường hợp phức tạp hơn, một lần phẫu thuật có thể là chưa đủ.

Những người mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs) nhưlậu, herpes,giang mai,HPV,HIV/AIDS… có thể bị đau hậu môn mức độ nhẹ đến nặng. Cơn đau này không phải lúc nào cũng liên quan với việc đi tiêu và có thể kèm với chảy máu hậu môn, chảy mủ và ngứa.

Điều trị STDs bao gồm kháng sinh (dùng tại chỗ hoặc uống), kháng virus và thuốc kháng nấm.

Các khối u cũng có thể gây ra triệu chứng đau. Tuy nhiên đáng mừng là hầu hết các trường hợp đau hậu môn lại không phải là ung thư.

Nếu người bệnh bị đau do ung thư, chúng có thể kèm với:

Đi tiêu ra máu.

Sờ thấy khối ở hậu môn.

Thay đổi thói quen đại tiện (tiêu chảy, táo bón, tiêu chảy xen kẽ táo bón,…).

Nếu bạn bị đau hoặc chảy máu hậu môn kéo dài hoặc ngày càng nặng, hãy gặp bác sĩ càng sớm càng tốt.

Điều trị ung thư hậu môn bao gồm: hóa trị, xạ trị và phẫu thuật.

Xem thêm:Ung thư hậu môn: Triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị

Bạn nên đi khám bác sĩ nếu:

Cơn đau tái phát hoặc đau kéo dài (từ 3-4 ngày). Nếu đau hậu môn kèm theo sốt hay lạnh run, hãy đi khám ngay.

Đau ảnh hưởng nghiêm trọng đến cuộc sống (đau không làm gì được, đau phải thức giấc giữa đêm..).

Đau hậu môn đang có chảy máu.

Cảm thấy một khối ở hậu môn.

Tùy nguyên nhân, một số biện pháp sau có thể dùng thử tại nhà để làm giảm bớt triệu chứng. Chúng bao gồm:

Ăn nhiều trái cây, rau và ngũ cốc vàtập thể dụchàng ngày. Uống thuốc làm mềm phân (nếu cần) để giúp đi tiêu dễ dàng và ít đau hơn.

Ngồi trong bồn nước nóng đến hông khoảng 15-20 phút (được gọi là tắm sitz). Có thể dùng nhiều lần trong ngày để giảm đau do bệnh trĩ, nứt hậu môn hoặc co thắt cơ trực tràng

Thoa các loại kem hydrocortisone (kháng viêm) lên các vết nứt hậu môn.

Sử dụng các loại thuốc giảm đau không kê đơn như acetaminophen (paracetamol), aspirin hoặc ibuprofen.

Đau hậu mônnhìn chung là một triệu chứng khá lành tính và có thể áp dụng một số biện pháp để chăm sóc tại nhà. Tuy vậy, nó cũng có thể là biểu hiện đầu tiên của những bệnh lý khác nghiêm trọng hơn. Do đó, chúng ta cần cẩn trọng, đặc biệt là một số trường hợp như đau kéo dài, chảy máu,… Lúc này, đừng ngại ngùng, hãy đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị thích hợp, tránh bỏ sót bệnh các bạn nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-hong-cac-nguyen-nhan-thuong-gap-va-cach-phong-ngua/

Nội dung bài viết

Đau họng biểu hiện như thế nào?

Các nguyên nhân thường gặp

Phòng ngừa đau họng bằng cách nào?

Đau rát họng có thể nói là một triệu chứng vô cùng thường gặp của mọi người, dù ở bất kỳ độ tuổi nào. Đôi khi triệu chứng này tái đi tái lại rất nhiều lần. Điều này gây ra rất nhiều khó chịu và lo lắng cho người bệnh. Câu hỏi nhiều người sẽ băn khoăn trong tình huống này đó là liệu mình có bị bệnh gì nguy hiểm không?

Đau họng là cảm giác đau, ngứa rát phía trong cổ họng. Cảm giác này thường tăng lên khi bệnh nhân nuốt. Điều này cũng thường gây khó khăn cho một số bệnh nhân khi nói chuyện.

Một số trường hợp còn có hiện tượng sưng nóng ở cổ, hàm. Nếu dùng đèn soi nhìn vào họng thì có thể thấy niêm mạc họng đỏ rực, có khi còn thấy được cả amiđan đang sưng viêm. Nếu bệnh tác động đến dây thanh âm thì có thể có dấu hiệu khàn tiếng. Ngoài ra, một số triệu chứng khác cũng thường đi kèm với đau họng như là: sốt, ho, sổ mũi, hắt xì, đau nhức cơ, nhức đầu, mắc ói…

Đây là bệnh lý cực kỳ thường gặp, đặc biệt ở trẻ em. Nguyên nhân thường là do nhiễm các loại vi rút gây cảm lạnh từ ngoài không khí. Bệnh thường bắt đầu bằng cảm giácngứa họng, chảy nước mũi, khó chịu trong người. Những người hay bị cảm lạnh hoàn toàn có thể nhận biết được các dấu hiệu báo trước này.

Bệnh sẽ làm cho cơ thể thường uể oải, đôi lúc gây ra sốt. Trong giai đoạn sau sẽ bắt đầu xuất hiện ho khan. Cảm lạnh thường tự thuyên giảm trong vòng 1 tuần. Những gì người bệnh cần làm đó là ăn uống đầy đủ nhằm tăng cường hệ miễn dịch, giúp cơ thể phục hồi nhanh chóng.

Viêm amidanthường gặp ở trẻ em.Amidancó vai trò như một lớp bảo vệ đầu tiên chống lại các tác nhân xâm nhập đường hô hấp. Tuy nhiên, khi hoạt động quá sức, amidan sẽ phình to, mất chức năng. Điều này gây nên những đợt viêm tái đi tái lại. Các đợt đau họng này có thể tự qua đi hoặc cần đến sự can thiệp của thuốc kháng sinh. Nếu như amiđan viêm quá nhiều lần hoặc gây cản trở đường thở thì bác sĩ có thể chỉ định bệnh nhân phẫu thuậtcắt amidan.

Viêm thanh quảnthường biểu hiện bằng dấu hiệu khàn tiếng. Tuy vậy, đau rát họng cũng thường gặp. Một số trường hợp nặng có thể gây khó thở. Trường hợp khó thở quá nặng cần được đưa đến cấp cứu ngay lập tức.

Viêm thanh quản ở trẻ em thường biểu hiện nặng nề hơn vì đường thở nhỏ. Đối với trẻ em, bác sĩ có thể sẽ kê những thuốc kháng viêm giúp giảm cản trở đường thở. Đối với người lớn thì có thể nhẹ nhàng hơn, chỉ cần hạn chế nói và uống nhiều nước.

Dị ứng với lông động vật, bụi, phấn hoa có thể gây ra đau họng. Vấn đề có thể phức tạp hơn khi nước mũi chảy ngược ra sau, gây kích thích và tạo nên phản ứng viêm ở họng.

Không khí khô trong môi trường trong nhà có thể khiến họng thô ráp và ngứa ngáy. Ngoài ra, khi bạn nghẹt mũi lâu ngày, phải thở qua đường miệng cũng sẽ làm cho họng thêm khô và đau.

Ô nhiễm không khí do thuốc lá, chất hóa học có thể gây ra đau họng mạn tính. Thuốc lá dạng nhai, uống rượu và ăn thức ăn cay nóng cũng có thể gây kích thích cổ họng.

Đôi khi, đau họng xảy ra do sử dụng quá mức cơ ở vùng họng. Chẳng hạn như khi hét lớn, nói to hay nói chuyện liên tục trong thời gian dài mà không nghỉ.

Trào ngược dạ dày thực quảnlà một bệnh lý của hệ tiêu hóa, trong đó axit ở dạ dày bị dội ngược lên lại thực quản. Cần nghĩ đến bệnh lý này trong các trường hợp đau họng tái diễn nhiều lần. Một số dấu hiệu khác giúp nhận diện bệnh đó là nóng rát lồng ngực, khàn tiếng, cảm giác vướng cổ, ọi ra thức ăn…

Trong một số ít trường hợp, đau rát họng kèm các triệu chứng cảm cúm có thể là các dấu hiệu đầu tiên của tình trạng suy giảm miễn dịch. Những bệnh nhân này thường có xuất hiện nấm miệng và các triệu chứng ở họng cũng nặng nề, khó dứt hơn.

Ung thư ở họng, lưỡi và thanh quản có thể gây ra đau họng. Cần tầm soát nguyên nhân này nếu bệnh nhân có các dấu hiệu gợi ý khác như khàn tiếng, khó nuốt, tiếng thở ồn ào, có khối sưng ở cổ, đàm hoặc nước bọt lẫn máu…

Cách tốt nhất để phòng ngừa là tránh xa các tác nhân gây ra viêm họng và vệ sinh cá nhân tốt.

Rửa tay kỹ càng và thường xuyên, đặc biệt là sau khi vệ sinh, trước khi ăn và sau khi hắt xì, ho.

Không nên dùng chung đồ ăn, thức uống.

Sử dụng dung dịch vệ sinh tay nhanh.

Thường xuyên vệ sinh nhà cửa và các dụng cụ thường sử dụng trong nhà.

Tránh tiếp xúc với người đang bị đau họng.

Qua bài viết trên, hy vọng bạn đã nắm được các nguyên nhân có thể dẫn đến đau rát họng. Những trường hợp đau họng tái đi tái lại quá nhiều cần đến khám bác sĩ để tìm ra được gốc rễ của bệnh. Với các kiến thức trên, mong rằng bạn đã có được cái nhìn sâu hơn về đau rát họng để có thể chăm sóc tốt cho bản thân và gia đình.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-khop-vai-trieu-chung-co-dang-lo-ngai/

Nội dung bài viết

1. Nguyên nhân gì gây đau khớp vai?

2. Bạn có cần lo lắng khi bị đau khớp vai không?

3. Khi nào chúng ta cần đi khám đau khớp vai?

4. Điều trị đau khớp vai như thế nào?

Đau khớp vai do tổn thương các cấu trúc phần mềm quanh khớp (Gân, cơ, dây chằng, bao khớp) là nguyên nhân khá phổ biến gây khó chịu và ảnh hưởng sinh hoạt, làm việc của nhiều người hiện nay. Vậy nguyên nhân là gì? Có cần thiết phải quan tâm khám và điều trị sớm hay không? Hãy cùng YouMed tìm hiểu câu trả lời qua bài viết sau.

Khớp vai là một trong những khớp lớn của cơ thể, gồm nhiều khớp tham gia. Chức năng của khớp vai cho phép chúng ta thực hiện nhiều động tác phục vụ đời sống, sinh hoạt và làm việc.

Đau khớp vai là biểu hiện thường gặp nhất của bệnh lýviêm quanh khớp vai, có thể xảy ra sau một chấn thương với cường độ mạnh tại vùng vai, nhưng kể cả không có chấn thương, bạn vẫn có thể mắc bệnh, bởi các nguyên nhân gây ra:

Khi bạn dang tay và đưa tay lên cao quá đầu, hai đầu mấu xương sẽ vô tình kẹp các gân cơ xoay ở khớp vai, lặp lại liên tiếp và lâu dần sẽ làm tổn thương các gân cơ này.

Khi bạn khép tay, cũng có thể làm giảm lượng máu nuôi các gân vùng vai do chỏm xương cánh tay ép vào.

Ngoài ra, bạn có thể bị do các nguyên nhân:

Thoái hóa khớp vai.

Nhiễm trùng khớp vai.

Các bệnh viêm khớp mạn tính như:Viêm khớp dạng thấp,viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vẩy nến…

Khi bạn bị đau khớp vai, thường sẽ không quá đau đớn, nhưng dễ gây khó chịu, ảnh hưởng cuộc sống hàng ngày của chúng ta. Điều đáng lo ngại hơn, nó có thể đi kèm hạn chế vận động khớp và đứt các gân vùng vai. Nếu bạn không có sự quan tâm đúng mực và điều trị sớm, bạn có thể bị“đông cứng” khớp vai,đứt gân, và việc phục hồi vận động về bình thường là khó khăn.

Bác sĩ sẽ khuyên bạn đến khám chuyên khoa cơ – xương – khớp trong các trường hợp sau:

Người bệnh trên 50 tuổi và bị đau khớp vai, đặc biệt thường hay bị căng thẳng thần kinh.

Bị đau kéo dài sau chấn thương, hoặc phải bất động bằng bó bột kéo dài.

Có đau khớp vai kèm hạn chế hoặc mất hoàn toàn các động tác khớp vai, nhất là động tác dạng cánh tay và quay cánh tay.

Đau khớp vai xuất hiện đột ngột với tính chất dữ dội.

Khi đã loại trừ các tổn thương gãy xương ở khớp vai, bác sĩ có thể điều trị đau khớp vai của bạn bằng các phương pháp như sau:

Chỉ định các thuốcgiảm đau, giãn cơ và chống viêm.

Tiêm thuốc chống viêm tại khớp vai: Có thể tiêm thuốc vào bao gân bị tổn thương, hoặc tiêm nong trực tiếp vào khớp vai để bóc tách tổ chức xơ dính trong trường hợp bạn bị “đông cứng” khớp vai.

Hướng dẫn tập vật lý trị liệusớm khi các triệu chứng đau đã giảm sau điều trị. Bạn có thể được áp dụng liệu pháp “đắp bùn”, hoặc điều trị bằng sóng ngắn, siêu âm hỗ trợ.

Phẫu thuậtcắt bao khớp, nối gân thường chỉ áp dụng cho một số trường hợp nặng.

Đánh giá chung của các bác sĩ chuyên khoa cơ – xương – khớp, phương pháp điều trị hiệu quả nhất đau khớp vai trong các bệnh lý viêm quanh khớp vai là tiêm thuốc tại chỗ, nhưng đòi hỏithực hiện tại cơ sở chuyên khoa.

Đau khớp vairất phổ biến và thường gặp, có thể liên quan đến các tổn thương nặng và gây hậu quả nặng nề về mất chức năng vận động khớp vai. Biến chứng nặng nề hơn do sự chủ quan và quan tâm chưa đúng mực ở nhiều người bệnh. Khám và điều trị sớm khi bị đau khớp vai sẽ giúp tăng khả năng hồi phục và khỏi hoàn toàn cho người bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-nguc/

Nội dung bài viết

Các nguyên nhân gây đau ngực

Đặc điểm cơn đau ngực và nhận diện các nguyên nhân

Đau ngực là một triệu chứng thường gặp, là dấu hiệu của nhiều bệnh lý khác nhau. Độ nặng và tính chất đau ngực là khác nhau giữa các nguyên nhân gây ra nó, nhưng tương đối khó phân biệt, kể cả đối với các bác sĩ không chuyên ngành. Vậy, những nguyên nhân gây đau ngực thường gặp là gì? Khi nào bạn cần đến khám và có sự tư vấn y khoa khi bị đau ngực? Đến khám chuyên khoa nào là phù hợp? Hãy cùng tìm hiểu với bài viết sau của Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô.

Có rất ít sự tương quan giữa độ nặng của độ và mức độ nghiêm trọng của nguyên nhân gây ra nó (Không phải đau càng nặng, càng nhiều thì càng nguy hiểm tính mạng).

Nguyên nhân nguy hiểm và thường gặp nhất của đau ngực lànhồi máu cơ tim cấp(NMCT cấp). Năm 2003, theo thống kê của Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân vào viện vì NMCT cấp là 4,2%; đến năm 2007 con số này là 9,1%. Ở bệnh viện Chợ Rẫy (Năm 2010) có tới 7.421 trường hợp nhập viện vì đau thắt ngực, 1.538 ca phải nhập viện và điều trị vì hội chứng vành cấp, 267 trường hợp tử vong.

Ngoài ra, các nguyên nhân đau ngực khác bao gồm:

Trào ngược dạ dày – thực quản.

Bệnh rối loạn vận động thực quản.

Loét dạ dày.

Sỏi mật.

Khi bạn xuất hiện cảm giác đau ngực, tính chất và đặc điểm đau ngực có thể giúp bạn sơ bộ định hướng nguyên nhân và xác định cần đến gặp bác sĩ thuộc chuyên khoa nào. Tuy nhiên, chúng tôi không khuyến cáo bạn tự chẩn đoán bệnh; dù đau ngực do nguyên nhân gì, khám và tư vấn của các bác sĩ cũng đều cần thiết.

Đau ngực do thiếu máu cơ tim(Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính): Vị trí đau thường ở ngực trái, có lúc ở sau xương ức, ít gặp hơn ở 1 số vị trí khác; đau có xu hướng lan lên vai trái và mặt trong tay trái; cảm giác như co thắt, đè nặng; thường xuất hiện khi gắng sức, đặc biệt, có thể xuất hiện sau bữa ăn nhiều và stress tình cảm; cơn đau thường không kéo dài quá 20 phút (Trung bình 3-5 phút/cơn) và thường đỡ sau khi nghỉ ngơi, hoặc dùng thuốc Nitroglycerin.

Trường hợp cơn đau kéo dài hơn, hoặc không đỡ khi nghỉ hoặc dùng thuốc trên, bạn có khả năng đang mắc 1 tình trạng nguy hiểm lànhồi máu cơ tim cấp, cần được cấp cứu nhanh chóng và đúng cách.

Chuyên khoa:Nội Tim mạch; Can thiệp tim mạch.

Thuyên tắc phổi: Có thể đau ở 1 bên ngực hoặc ngay sau xương ức; thường kèm theo khó thở, thở nhanh hoặc ho ra máu.

Chuyên khoa:Can thiệp tim mạch.

Bóc tách động mạch chủ ngực:Đau dữ dội như xé ở giữa ngực, đau lan ra sau lưng; không ảnh hưởng khi thay đổi tư thế; thường xuất hiện ở những người tiền sử có tăng huyết áp, nhất là khi huyết áp của bạn tăng đến trị số rất cao.

Khám chuyên khoa:Can thiệp tim mạch.

Tràn khí màng phổi hoặc trung thất cấp:Đau chói dữ dội, đột ngột; kèm theo lồng ngực bên đau căng vồng, gõ vang; thường xuất hiện sau 1 chấn thương vùng ngực, hoặc ở những người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

Chuyên khoa:Nội Hô hấp.

Viêm màng ngoài tim:Cảm giác đau đè ép đều đặn dưới xương ức; thường tăng nặng hơn khi ho, thở sâu, nằm ngửa và giảm khi ngồi thẳng.

Chuyên khoa:Nội Tim mạch.

Viêm màng phổi:Thường đau nông 1 bên ngực, đau như dao đâm, tăng nặng khi ho và thở.

Chuyên khoa:Nội Hô hấp.

Vỡ thực quản:Đau dữ dội dưới xương ức và thượng vị (Vùng trên rốn); kèm theo nôn, ói, nôn ra máu.

Chuyên khoa:Nội Tiêu hóa.

Đau sụn sườn hoặc thành ngực(Hoặc thường gọi là đau ngực do căn nguyên thành ngực): Đau khu trú, đau nhói như dao đâm; hoặc đau liên tục/âm ỉ, xuất hiện hoặc tăng lên khi có lực tác động vào vùng đau (Sờ, ấn); vị trí thường gặp là khớp ức – sườn (Phía trước ngực, hai bên xương ức). Ngoài ra, cũng có thể đau do căng cơ hoặc dây chằng khi tập luyện quá mức, hoặc sau chấn thương.

Chuyên khoa:Nội Tổng quát.

Bệnh ở đốt sống cổ và ngực gây chèn ép ngực thần kinh(Đau dây thần kinh liên sườn): Đau nhói, có thể đau lan dọc đường đi dây thần kinh bị chèn ép; tăng nặng khi vận động vùng cổ, lưng; vị trí đau thường chạy dọc 1-2 khoang gian sườn ở 1 bên ngực.

Chuyên khoa:Cơ – xương – khớp; Nội Thần kinh; Nội Tổng quát.

Đau ở thực quản hoặc dạ dày: Đau vùng thượng vị (Trên rốn) lan lên ngực vùng sau xương ức; thường kèm các triệu chứng đầy bụng, khó tiêu, ợ hơi, ợ chua; xuất hiện hoặc tăng lên liên quan đến ăn uống (Đồ chua, cay, uống rượu, bia, …), hoặc sau khi uống 1 số thuốc (Thuốc giảm đau, thuốc chống viêm, thuốc hạ sốt…).

Chuyên khoa:Nội Tiêu hóa.

Đau liên quan đến mật: Đau ở khu vực ¼ trên bên phải của bụng (Dưới sườn phải); thường kèm theo cảm giác đầy bụng, khó tiêu khi ăn các đồ ăn nhiều dầu, mỡ.

Chuyên khoa:Nội Tiêu hóa.

Đau do các rối loạn cảm xúc:Đau kéo dài hoặc đau ít trong giây lát; thường gắn với mệt mỏi hoặc khi cảm xúc căng thẳng.

Chuyên khoa:Nội Tâm – Thần kinh.

Để xác định chính xác nguyên nhân gây đau ngực, cần thiết phải thực hiện nhiều xét nghiệm và phương pháp chẩn đoán nâng cao khác. Việc nhận biết đặc điểm riêng của từng cơn đau ngực là rất quan trọng; đặc biệt đối với các nguyên nhân  thuộc nhóm 1 ở trên (Nguyên nhân nghiêm trọng, tiềm ẩn).

Cách xử trí cho các bệnh lý gây đau ngực thuộc nhóm này đều làcấp cứu hoặc cấp cứu tối khẩn cấp. Việc bạn chủ động tìm hiểu và nhận diện sớm các cơn đau ngực giúp các bác sĩ có cơ hội tiếp cận bạn nhanh chóng hơn và đúng chuyên ngành hơn, góp phần làm tăng tỷ lệ cứu sống và điều trị khỏi, đồng thời, tiết kiệm chi phí và thời gian khám bệnh.

Bài viết trên chỉ cung cấp cho các bạn những nội dung chung nhất về đau ngực và các bệnh lý gây ra nó. Mỗi mặt bệnh lại thuộc các chuyên ngành rất sâu. YouMed sẽ tiếp tục cung cấp và trao đổi với các bạn về từng mặt bệnh trong các bài viết khác.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-nen-ngon-tay-do-thoai-hoa/

Nội dung bài viết

Thoái hóa khớp ngón tay cái là gì?

Triệu chứng của thoái hóa khớp ngón tay cái là gì?

Chẩn đoán đau nền ngón tay cái như thế nào?

Điều trị đau nền ngón tay cái như thế nào?

Đôi tay giúp cho mọi hoạt động của chúng ta tinh tế hơn, linh hoạt hơn, cảm nhận về thế giới sâu sắc hơn. Chính vì vậy mà bất kỳ tổn thương nào ở bàn tay đều gây ảnh hưởng rất lớn tới cả thể chất, tinh thần và khả năng lao động của mỗi người. Đau khớp ngón tay cái do nhiều nguyên nhân gây ra, và thoái hóa khớp là một nguyên nhân thường gặp trong số ấy. Hãy cùng với Thạc sĩ, Bác sĩ Hồ Ngọc Lợi tìm hiểu thêm thông tin về bệnh lý này.

Thoái hóa khớp ngón tay cái không phải là vị trí phổ biến nhất của thoái hóa khớp nên không được quan tâm một cách hợp lý. Thoái hóa khớp ngón tay cái (hay còn gọi là thoái hóa khớp cổ tay – bàn tay thứ nhất và / hoặc khớp thuyền – thang) thường gặp ở những phụ nữ mãn kinh lớn tuổi.

Bình thường, đầu xương có lớp sụn mỏng và trơn nhẵn bao phủ giống như một lớp đệm và cho phép khi vận động các đầu xương trượt trên nhau nhẹ nhàng. Với thoái hóa khớp ngón tay cái, lớp sụn này mỏng dần đi, không còn trơn nhẵn mà trở nên sần sùi, kèm theo có thể hình thành các gai xương rìa khớp, khi vận động sẽ gây đau.

Thoái hóa khớp ngón cái gây cảm giác đau cục bộ sâu trong lòng bàn tay hayđau cổ tayphía xương quay, hoặc đau ở ngay nền ngón tay cái. Cũng có thể đau từ đầu ngón tay cái lan vào nền ngón cái dần dần vùng đau thu hẹp lại.

Cảm giác đau sẽ tăng lên khi vận động. Các động tác đối chiếu ngón cái thường là đau đớn nhất. Đau còn xuất hiện khi xoay ngón cái quanh trục.

Ngoài đau, các biểu hiện khác có thể gặp:

Sưng, cứng khớp ở nền ngón tay cái của bạn.

Cảm thấy yếu khi véo hoặc cầm nắm đồ vật.

Hạn chế khả năng vận động ngón cái.

Nền ngón cái sưng và có hình “vuông” do bán trật khớp cổ tay – bàn tay thứ nhất.

Cụ thể, những công việc thường được mô tả là khó khăn như:

Mở nắp một chiếc lọ hoặc một cái chai.

Xoay, vặn chìa khóa.

Cầm nắm một vật, như một cái chảo.

Viết trong một thời gian dài, hoặc thậm chí chỉ cầm một cây bút nhỏ.

Xem thêm:Viêm khớp ngón tay cái: Những điều cần biết

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng của bạn và các khó khăn khi thực hiện các động tác đặc trưng hàng ngày.

Không phải ai cũng cần chụp X-quang, vì có thể trên phim chụp X-quang cho thấy ít thay đổi về cấu trúc trong khi các triệu chứng diễn ra rầm rộ. Đôi khi, xuất hiện nhiều thay đổi trên phim X-quang mà các triệu chứng lại nhẹ hoặc chúng ta ít cảm thấy được

Thuốc giảm đau, chống viêm dạng uống, hoặc bôi ngoài da, đôi khi có thể tiêm corticosteroid nội khớp khi quá đau và không phải nguyên nhân do nhiễm khuẩn. Việc dùng thuốc phải thận trọng và phải đúng chỉ định của bác sĩ với từng giai đoạn, mức độ bệnh.

Nẹp cố định có thể hỗ trợ khớp của bạn, hạn chế chuyển động của ngón tay cái và cổ tay của bạn. Bạn có thể đeo nẹp chỉ vào ban đêm hoặc suốt cả ngày và đêm. Việc cố định giúp khớp được nghỉ ngơi, giảm đau, và định vị đúng khớp của bạn khi thực hiện các động tác vận động ngón cái.

Điều này có thể đặc biệt hữu ích khi ngón tay cái bị sưng, đau nhiều. Bằng cách lấy khăn vải sạch bọc bên ngoài túi đá lạnh, chườm vào vùng đau trong khoảng 5-10 phút, nhiều lần trong ngày sẽ hỗ trợ giảm viêm và giảm đau nhanh hơn.

Điều này có thể được thực hiện bằng cách điều chỉnh các hoạt động của bạn. Từ công việc liên quan nghề nghiệp, làm việc nhà hoặc làm vườn,… Hãy bố trí sắp xếp thời gian trong ngày một cách hợp lý, thay vì cố gắng giải quyết tất cả các công việc cùng một lúc.

Sử dụng dụng cụ hỗ trợ có thể giảm rất nhiều áp lực lên khớp ngón tay cái và giúp nó bớt đau. Như dụng cụ mở lọ, kẹp bút chì, dao kéo,… có chuôi hay cán cầm lớn hơn. Một số hình ảnh dưới đây có thể gợi ý cho bạn.

Dùng khóa cửa tay gạt thay vì khóa cửa tay nắm tròn. Nếu cửa nhà bạn đang dùng tay nắm tròn, bạn có thể lắp đặt thêm phụ kiện hỗ trợ để biến thành khóa tay gạt.

Dụng cụ để xoay vặn chìa khóa dễ dàng hơn.

Dao, thìa, dĩa với chuôi, cán cầm lớn hơn

Dụng cụ mở nắp chai, lọ.

Khi các phương pháp điều trị khác không hiệu quả, cơn đau dai dẳng kéo dài. Chức năng của ngón tay cái suy giảm nghiêm trọng. Có thể bạn sẽ được bác sĩ đề nghị phẫu thuật. Phẫu thuật có thể cố định khớp, thay khớp, sửa các tổn thương trong khớp.

Trên đây là các thông tin nổi bật về bệnh lýđau nền ngón tay. Nếu có những dấu hiệu bất thường nào về sức khỏe, bạn đừng chủ quan. Hãy liên hệ với các bác sĩ và chuyên gia y tế để được tư vấn và điều trị kịp thời nhé.

Xem thêm:Giảm đau trong các bệnh cơ xương khớp

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-rang-khon/

Nội dung bài viết

Răng khôn là gì?

Cách giảm đau răng khôn tại nhà

Cách phòng ngừa đau răng khôn

Đau răng khôn là nỗi ám ảnh của rất nhiều người. Khi răng khôn mọc, thông thường nó sẽ gây ra những cơn đau, cảm giác nhức nhối khiến người mọc răng cảm thấy khó chịu, ảnh hưởng đến sức khỏe lẫn tinh thần của họ. Để hiểu hơn về vấn đề bạn đang gặp phải, cũng như biết cách xử lý đơn giản để giảm đau tại nhà khi răng khôn mọc, hãy cùng theo dõi bài viết dưới đây nhé.

Răng khôn là răng hàm cuối cùng ở mỗi bên hàm, nó còn có tên gọi khác là răng số 8, mỗi người sẽ có 2 chiếc răng khôn ở hàm trên và hai chiếc ở hàm dưới. Sở dĩ răng có cái tên đặc biệt như vậy vì thông thường răng khôn không mọc khi còn nhỏ, nó thường mọc ở người từ 17 đến 25 tuổi (những người đã đủ nhận thức, trí tuệ của một người trưởng thành). Thời điểm mọc răng khôn khác nhau ở mỗi người, có người mọc răng khôn sớm, có người mọc muộn, cũng có người không mọc răng khôn trong suốt cuộc đời của mình vì vậy họ sẽ không phải chịu cảm giácđau răng khôn.

Đau răng khôncó thể là những cơn đau âm ỉ, không quá nhức nhối xảy ra khi răng khôn đi xuyên qua nướu để mọc lên. Trong nhiều trường hợp việc mọc răng khôn lại gây ra những cơn đau dữ dội, nặng hơn rất nhiều. Thông thường những cơn đau dữ dội xuất hiện khi răng khôn không đủ diện tích mọc hay có vấn đề ảnh hưởng đến sự phát triển của nó. Khi đó răng khôn thường mọc lệch ngang hoặc lệch xiên đâm vào răng xung quanh. Tệ hơn răng khôn có thể bị nhiễm trùng do sự tấn công của vi khuẩn bên ngoài. Ngoài ra chúng có thể gây ra những biến chứng như: hư các răng khác; u nang; bệnh về nướu; …

Đau răng gây cho bạn cảm giác khó chịu, đau nhức, ê buốt kéo dài. Nhổ răng khôn sẽ là biện pháp tốt nhất để dứt điểm cơn đau này. Tuy nhiên việc này cần phải được quyết định cũng như tiến hành bởi nha sĩ. Nếu bạn chưa có thời gian đến gặp nha sĩ, bạn có thể áp dụng những cách giảm đau dưới đây tại nhà:

Một trong những cách giảm đau răng là sử dụng gel nha khoa gây tê. Bên trong gel có chứa hoạt chất benzocaine giúp giảm cảm giác ở đau ở nướu. Tuy nhiên khi sử dụng bạn cần tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ. Thận trọng nếu bạn bị mẫn cảm với bất cứ thành phần nào của thuốc.

Đau răng khônuống thuốc gì? Đau răng uống Panadol được không? Acetaminophen (Tylenol), ibuprofen (Motrin) hoặc Naproxen (Aleve) hay Panadol là những thuốc thuốc giảm đau bạn có thể sử dụng khi đau răng. Bạn cần phải sử dụng theo liều khuyến cáo in trên bao bì sản phẩm. Tuy nhiên nếu sức dụng thuốc giảm đau lâu dài có thể gây độc cho gan. Hơn nữa những thuốc giảm đau này chỉ giúp bạn kéo dài sự thoải mái để bạn có đủ thời gian đến gặp nha sĩ. Việc sử dụng thuốc giảm đau không giúp điều trị triệt để nguyên nhân gây đau răng của bạn. Hãy cân nhắc thật kỹ trước khi sử dụng thuốc bạn nhé.

Nhiệt độ lạnh là một giải pháp an toàn không cần dùng thuốc để giảm đau răng cho bạn. Việc bạn cần làm là chườm túi đá lên phần góc hàm bị đau trong khoảng 15 đến 20 phút sau đó nghỉ ngơi đợi cơn đau đi qua.

Nước muối có tính sát khuẩn tự nhiên, giúp giảm đáng kể vi khuẩn trong khoang miệng của bạn. Chính vì lý do đó, nước muối có thể giúp giảm hiệu quả cơn đau răng của bạn.

Eugenol trong đinh hương có thể giúp giảm đau cũng như giảm các phản ứng viêm hay nhiễm trùng (theo một nghiên cứu của Anh). Bạn có thể sử dụng trực tiếp đinh hương hoặc sử dụng nó dưới dạng tinh dầu. Cách bạn sử dụng đinh hương dưới dạng trực tiếp:

Đặt đinh hương lên vị trí răng khôn đang đau của bạn.

Giữ đinh hương cố định trên răng bằng cách khép hàm lại nhưng tuyệt đối không nhai.

Để đến khi cơn đau dịu xuống thì bạn có thể nhổ bỏ nó đi.

Cách bạn sử dụng đinh hương dưới dạng tinh dầu:

Thấm đinh hương vào bông gòn hoặc tăm bông.

Đặt bông gòn lên vị trí răng đau.

Giữ bông gòn tại vị trí răng khôn đau đến khi cơn đau đi qua sau đó lấy nó ra.

Tuy nhiên đinh hương có thể gây ra một vài tác dụng phụ như: khó thở, nóng rát ở cổ họng hay mũi, đau bụng, tiêu chảy, …

Đau răng khônnên ăn gì? Khi bị đau răng khôn, bạn có thể bổ sung hành tây vào thực đơn của mình. Tinh dầu trong hành tây giúp giảm sưng và chống lại sự nhiễm trùng vì vậy việc ăn hành tây có thể giúp giảm cơn đau do răng khôn gây ra.

Tannin chứa trong túi trà có thể giúp kháng viêm, kháng khuẩn vì thế nó hoàn toàn có thể giúp bạn cảm giác dễ chịu hơn khi bị đau răng.

Loại bỏ răng khôn được coi là biện pháp cuối cùng để trị dứt điểm cơn đau của bạn. Bạn không thể ngăn răng khôn mọc cũng như không thể ngăn ngừa những tác nhân gây ảnh hưởng đến quá trình mọc của nó. Cách tốt nhất để bạn kiểm soát tốt cơn đau là gặp nha sĩ thường xuyên mỗi 6 tháng một lần. Để bác sĩ theo dõi, phát hiện, loại bỏ nó trước khi xuất hiện triệu chứng.

Khi đau răng, bạn không nên sử dụng thực phẩm có chứa nhiều đường hoặc acid. Những loại thức ăn trên sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. Thực phẩm quá nóng hay quá lạnh hoặc quá cứng đều có thể làm cơn đau của bạn nặng hơn.

Bạn cần vệ sinh răng miệng sạch sẽ, đúng cách như: đánh răng 2 lần một ngày, sử dụng chỉ nha khoa để lấy thức ăn kẹt lại trong răng sau bữa ăn thay vì dùng tăm truyền thống. Thường xuyên xúc miệng bằng nước muối để khử khuẩn khoang miệng, giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng răng. Uống nhiều nước để giúp làm ẩm khoang miệng, giữ độ ẩm cho môi, lưỡi, nướu,… giúp chúng không bị tổn thương, nứt nẻ tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập đồng thời giúp đẩy, tống thức ăn đang bị mắc kẹt trong nướu, xung quanh răng ra ngoài. Những việc làm trên giúp bạn giảm nguy cơ nhiễm trùng tại vị trí răng bị tổn thương. Đồng thời, chúng còn giúp giảm cơn đau răng cho bạn.

Đau răng khônlà vấn đề thường gặp, phổ biến ở nhiều lứa tuổi. Việc một cơn đau kéo dài diễn ra trong cơ thể gây ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh. Bạn nên đến gặp nha sĩ định kỳ 6 tháng/ 1 lần để kiểm tra vấn đề răng miệng của mình.Nếu bị đau răng khôn, hãy nhớ những cách giảm đau hiệu quả mà YouMed giới thiệu đến bạn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-that-nguc-nguy-co-benh-tim-tiem-an/

Nội dung bài viết

Đau thắt ngực là gì?

Yếu tố làm tăng nguy cơ đau thắt ngực

Triệu chứng thường thấy của cơn đau thắt ngực

Phân biệt đau thắt ngực trái và đau thắt ngực phải

Điều trị đau thắt ngực

Lối sống lành mạnh – hạn chế diễn tiến đau thắt ngực

Đau thắt ngực thường là dấu hiệu cảnh báo bệnh về tim hoặc những bệnh tiềm ẩn khác trong cơ thể. Biết được những nguyên nhân của bệnh sẽ giúp bạn có những giải pháp kịp thời khắc phục, điều trị và phòng ngừa bệnh tiến triển. Bài viết sau đây sẽ cung cấp một cái nhìn tổng quan về bệnh đau thắt ngực. Đồng thời phân biệt hai loại đau thắt ngực trái và phải do những nguyên nhân khác nhau.

Cơn đau thắt ngực xảy ra khi người bệnh cảm thấy đau thắt hoặc chèn ép vùng ngực. Nguyên nhân thường do động mạch nuôi tim bị tắc nghẽn, hoặc lượng máu tới tim không đủ. Dẫn đến việc tim hoạt động trong điều kiện thiếu oxy, dễ xuất hiện các cơn đau thắt. Cơn đau tức ngực thường thoáng qua và biến mất nhanh chóng. Tuy nhiên nó có thể là chỉ báo của một bệnh về tim tiềm ẩn. Bạn cần phải đến khám ở các trung tâm y tế để theo dõi chức năng tim kịp thời.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Đau thắt ngực: Những điều cần chuẩn bị trước khi khám

Bạn cần lưu ý những yếu tố sau đây để có lối sống phù hợp phòng ngừa bệnh về tim, đặc biệt là đau thắt ngực:

Tuổi tác cao.

Bệnh cao huyết áp.

Nồng độ triglyceride hoặc cholesterol trong máu cao.

Có người thân mắc các bệnh về mạch vành hoặcnhồi máu cơ tim.

Bị stress, dễ căng thẳng, gặp áp lực trong cuộc sống.

Hút thuốc: việc hút thuốc trong thời gian dài sẽ làm phá hủy các động mạch trong cơ thể, làm xuất hiện các mảng xơ vữa do tích tụ cholesterol, dẫn đến tắc nghẽn động mạch.

Béo phì.

Đái tháo đường.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Đau ngực: Triệu chứng tiềm ẩn nhiều bệnh lý nguy hiểm

Những triệu chứng ban đầu thường là cảm giác nặng nề, chèn ép, đau và khó chịu vùng ngực. Cơn đau sẽ bắt đầu từ vùng sau xương ức, lan dần ra vai, cánh tay trái, cổ, cổ họng, hàm và tới lưng. Đôi khi bạn sẽ thấy xuất hiện các triệu chứng kèm theo như đổ mồ hôi, buồn nôn, kiệt sức, khó thở, choáng váng, ngất xỉu.

Những cơn đau thắt ngực có thể là dấu hiệu tim đang không khỏe mạnh. Nếu không kịp thời chữa trị và điều chỉnh lối sống, bệnh sẽ tiến triển dễ dẫn đến các cơn nhồi máu cơ tim gây nguy hiểm tính mạng.

Đàn ông thường cảm thấy đau ở ngực, cổ và vai. Phụ nữ đôi khi thấy khó chịu vùng bụng, cổ, hàm, cổ họng hoặc lưng.

Thông thường khi cơ tim bị thiếu máu cục bộ do tắc nghẽn động mạch vành, người bệnh sẽ thường cảm thấy đau ngực trái. Nhưng đôi lúc có những trường hợp lại đau tức ngực phải.

Có nhiều nguyên nhân gây ra đau tức ngực trái, dựa vào mức độ xuất hiện, chúng được chia thành 2 loại:

Nguyên nhân phổ biến: Các bệnh đường tiêu hóa như trào ngược dạ dày,viêm loét dạ dày – tá tràng,viêm tụy cấp,viêm túi mật…

Nguyên nhân ít phổ biến hơn nhưng nguy hiểm và đe dọa tính mạng: Nhồi máu cơ tim, phì đại cơ tim, hẹp van động mạch chủ, viêm màng ngoài tim, bóc tách động mạch chủ, tràn khí màng phổi, thuyên tắc phổi.

Ngoài các nguyên nhân tim mạch, đau tức ngực phải xảy ra có thể do những nguyên nhân sau:

Rối loạn cơ ngực: tổn thương cơ vùng ngực do căng thẳng hoặc làm việc sai tư thế.

Đau thần kinh liên sườn.

Đau xương ngực phải khi hít vào: do bất thường cơ thành ngực hoặc bất thường ở xương sườn.

Các bệnh về tiêu hóa: viêm loét dạ dày – tá tràng,trào ngược dạ dày – thực quản.

Các bệnh lý đường hô hấp:hen suyễn, viêm phế quản mạn tính, viêm phổi,COPD. Triệu chứng xảy ra thường là đau tức ngực phải kèm khó thở.

Phụ thuộc vào mức độ tổn thương tim, bác sĩ sẽ cân nhắc chế độ điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Với những người có cơn đau ở mức độ nhẹ, thì điều chỉnh lối sống và dùng thuốc sẽ giúp cải thiện tuần hoàn và kiểm soát triệu chứng.

Bác sĩ có thể kê đơn thuốc để:

Làm dãn mạch máu, tăng lượng máu tới tim.

Giảm nhịp tim để giảm cường độ làm việc của tim.

Ngăn cục máu đông hình thành.

Nếu biện pháp dùng thuốc vẫn không khắc phục được các triệu chứng, bạn có thể sẽ được chỉ định phẫu thuật để lưu thông các động mạch bị tắc nghẽn:

Đặt stent: một ống stent nhỏ làm bằng kim loại được đặt trong động mạch để nong rộng thành động mạch. Điều này giúp cải thiện lưu thông máu. Các thủ thuật sẽ kéo dài trong 2 giờ. Bạn sẽ ở lại phòng chăm sóc một đêm trước khi được xuất viện.

Phẫu thuật bắc cầu động mạch (CABG): những mạch máu bị tắc nghẽn sẽ được thay thế bởi những động mạch khỏe mạnh trong cơ thể. Các chỉ số nhịp tim, huyết áp và nồng độ oxy trong máu sẽ được bác sĩ và y tá theo dõi cẩn thận trong 2 ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Sau đó bạn sẽ được chuyển đến phòng bệnh thường để hồi phục. Bạn sẽ được theo dõi tại bệnh viện 1 tuần trước khi xuất viện.

Tìm hiểu thêm:Bệnh mạch vành: Bệnh lý tim mạch nguy hiểm hàng đầu

Xây dựng một lối sống lành mạnh chính là việc đầu tiên cần làm để bảo vệ trái tim và ngăn ngừa các bệnh về tim:

Ngưng hút thuốc.

Thiết lập một chế độ dinh dưỡng khỏe mạnh để giảm huyết áp và giảm cholesterol. Ăn nhiều rau quả, trái cây, ngũ cốc, cá, thịt thăn. Hạn chế chất béo, muối và đường.

Tập yoga, thiền và tập hít thở sâu để thư giãn.

Tập thể dục thường xuyên.

Nếu bạn đang thừa cân, hãy hỏi ý kiến bác sĩ để có chế độ giảm cân phù hợp.

Đau thắt ngựclàm tăng nguy cơ mắc các bệnh về tim, dễ tiến triển thành cơn đau tim. Bệnh có thể chữa trị được nếu theo dõi thường xuyên và chọn lựa phương pháp điều trị đúng đắn. Một lối sống lành mạnh sẽ giúp bảo vệ trái tim của bạn và phòng ngừa các bệnh về tim.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-vung-chau-man-tinh-o-phu-nu-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về đau vùng chậu mãn tính ở phụ nữ

Triệu chứng của đau vùng chậu mãn tính ở phụ nữ

Nguyên nhân nào gây đau vùng chậu mãn tính?

Làm thế nào để chẩn đoán bệnh đau mãn tính vùng chậu ở phụ nữ?

Các phương pháp điều trị

Đau vùng chậu mãn có một triệu chứng diễn ra dai dẳng và sẽ gây ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Đau vùng chậu mãn tính có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau. Nó có thể là triệu chứng của một bệnh khác, hoặc nó có thể là một bệnh lý theo đúng nghĩa của nó. Để biết thêm những thông tin cơ bản về triệu chứng này, xin gửi đến bạn đọc bài viết dưới đây của bác sĩ Nguyễn Văn Huấn.

Đau vùng chậu mãn tính xảy ra khi đau ở vùng dưới của bụng và giữa hai bên hông, kéo dài trên sáu tháng. Nếu đau vùng chậu mãn tính của bạn dường như do một bệnh lý khác gây ra thì điều trị bệnh lý đó có thể loại bỏ cơn đau của bạn.

Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, không thể xác định được nguyên nhân gây nên triệu chứng. Trong trường hợp đó, mục tiêu của điều trị là giảm đau và các triệu chứng khác. Đồng thời, cần cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Khi được yêu cầu xác định vị trí đau của bạn, bạn có thể đưa bàn tay lên toàn bộ vùng xương chậu thay vì chỉ vào một điểm. Bạn có thể mô tả đau vùng chậu mãn tính của bạn theo một hay nhiều cách sau:

Đau dữ dội và không thay đổi;

Triệu chứng đau theo cơn (không liên tục);

Đau âm ỉ;

Đau nhói hoặcchuột rút;

Cảm giác áp lực hoặc đè nặng lên xương chậu của bạn.

Ngoài ra, bạn có thể cảm giác:

Đau khi giao hợp;

Xuất hiện đau khi đi tiêu hoặc đi tiểu;

Đau khi bạn ngồi trong thời gian dài;

Sự khó chịu của bạn có thể tăng lên sau khi đứng trong thời gian dài và có thể thuyên giảm khi bạn nằm xuống. Cơn đau có thể nhẹ và khó chịu, hoặc có thể nghiêm trọng đến mức bạn phải nghỉ làm, không ngủ được và không thể tập thể dục.

Khi bị đau mãn tính, có thể sẽ khó để biết được khi nào bạn nên đi khám. Nói chung, hãy hẹn khám bác sĩ nếu cơn đau vùng chậu làm gián đoạn cuộc sống hàng ngày của bạn hoặc nếu các triệu chứng của bạn dường như trở nên tồi tệ hơn.

Đau vùng chậu mãn tính là một tình trạng phức tạp có thể do nhiều nguyên nhân. Đôi khi, một rối loạn duy nhất có thể được xác định là nguyên nhân gây nên.

Tuy nhiên, trong các trường hợp khác, đau có thể là do một số bệnh lý khác gây nên. Ví dụ, một người phụ nữ có thể bị lạc nội mạc tử cung và viêm bàng quang kẽ, cả hai đều góp phần gây đau vùng chậu mãn tính.

Một số nguyên nhân gây đau vùng chậu mãn tính bao gồm:

Lạc nội mạc tử cung: Đây là tình trạng mô thuộc niêm mạc tử cung của bạn phát triển ra bên ngoài tử cung. Những khối mô này phản ứng với chu kỳ kinh nguyệt của bạn.

Các vấn đề về xương khớp: Tình trạng ảnh hưởng đến mô xương, mô khớp và mô liên kết (Hệ thống cơ xương khớp) – chẳng hạn như đau xơ cơ, căng cơ sàn chậu, viêm khớp xương mu (khớp mu) hoặc thoát vị – có thể dẫn đến đau vùng chậu tái phát.

Bệnh viêm vùng chậu mãn tính: Điều này có thể xảy ra nếu bị nhiễm trùng một thời gian dài. Bệnh thường lây truyền qua đường tình dục, gây ra sẹo liên quan đến các cơ quan vùng chậu.

U xơ: Tử cung tăng trưởng (không có tính ung thư) có thể gây ra áp lực hoặc cảm giác đè nặng lên vùng hạ vị.

Yếu tố tâm lý:Trầm cảm, căng thẳng mãn tính hoặc có tiền sử lạm dụng tình dục hoặc thể chất có thể làm tăng nguy cơ bị đau vùng chậu mãn tính. Rối loạn cảm xúc làm cho triệu chứng đau trở nên tồi tệ hơn.

Tìm hiểu thêm:Khi nào bệnh u xơ cơ tử cung trở nên nguy hiểm?

Để tìm ra nguyên nhân gây đau vùng chậu mãn tính, thường cần thời gian để loại trừ các nguyên nhân có thể xảy ra.

Thăm khám lâm sàng và xét nghiệm mà bác sĩ của bạn có thể đề nghị gồm:

Thăm khám vùng chậu:Điều này giúp phát hiện các dấu hiệu nhiễm trùng, tăng trưởng bất thường hoặc sự căng của cơ sàn chậu. Hãy cho bác sĩ biết nếu bạn cảm thấy không thoải mái trong lúc thăm khám, đặc biệt nếu có cơn đau tương tự như cơn đau bạn từng trải qua.

Xét nghiệm máu và nước tiểu:Trong khi khám vùng chậu, bác sĩ có thể đề nghị xét nghiệm kiểm tra nhiễm trùng. Bác sĩ cũng có thể yêu cầu xét nghiệm máu để kiểm tra số lượng tế bào máu. Tổng phân tích nước tiểu sẽ được thực hiện để kiểm tra nhiễm trùng đường tiết niệu.

Siêu âm:Xét nghiệm này đặc biệt hữu ích để phát hiện các khối hoặc u nang trong buồng trứng, tử cung và ống dẫn trứng.

Các xét nghiệm hình ảnh khác:Bác sĩ có thể đề nghị chụp X-Quang bụng, chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) để giúp phát hiện các cấu trúc bất thường hoặc tăng sinh.

Nội soi ổ bụng:Trong khi thực hiện phẫu thuật này, bác sĩ sẽ rạch một đường nhỏ ở bụng và đưa một ống gắn với một máy ảnh nhỏ (ống soi ổ bụng) vào và quan sát cơ quan vùng chậu. Kiểm tra các mô bất thường hoặc dấu hiệu nhiễm trùng. Phẫu thuật hữu ích trong việc phát hiện lạc nội mạc tử cung và bệnh viêm vùng chậu mãn tính.

Mục tiêu điều trị là giảm triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Nếu xác định chính xác được nguyên nhân cụ thể, việc điều trị sẽ tập trung vào nguyên nhân đó. Tuy nhiên, nếu không xác định được nguyên nhân, việc điều trị sẽ tập trung vào việc kiểm soát triệu chứng đau và các triệu chứng khác. Đối với nhiều phụ nữ, phương pháp được lựa chọn là kết hợp nhiều liệu pháp.

Tùy thuộc vào nguyên nhân, bác sĩ có thể kê một số loại thuốc để điều trị, chẳng hạn như:

Thuốc giảm đau:Các loại thuốc giảm đau không kê đơn, chẳng hạn nhưaspirin,ibuprofen(Advil, Motrin IB, những loại khác) hoặc acetaminophen (Tylenol, các loại khác), có thể giúp giảm đau một phần triệu chứng đau vùng chậu. Đôi khi cần một thuốc giảm đau theo toa. Tuy nhiên, sử dụng thuốc giảm đau đơn thuần hiếm khi giải quyết được vấn đề đau mãn tính.

Phương pháp điều trị bằng nội tiết tố:Một số phụ nữ thấy rằng những ngày họ bị đau vùng chậu có thể trùng với một giai đoạn cụ thể của chu kỳ kinh nguyệt và với sự thay đổi nội tiết tố kiểm soát sự rụng trứng và kinh nguyệt. Trong trường hợp này, thuốc tránh thai hoặc thuốc nội tiết khác có thể giúp giảm đau vùng chậu.

Kháng sinh:Nếu nhiễm trùng là nguồn gốc gây đau, bác sĩ sẽ kê toa thuốc kháng sinh.

Thuốc chống trầm cảm:Một số loạithuốc chống trầm cảmcó thể hữu ích đối với đau mãn tính. Thuốc chống trầm cảm ba vòng, chẳng hạn như amitriptyline, nortriptyline (Pamelor) và các loại khác, dường như có tác dụng giảm đau, cũng như tác dụng chống trầm cảm. Chúng có thể giúp cải thiện triệu chứng đau vùng chậu mãn tính ngay cả ở những phụ nữ không bị trầm cảm.

Bác sĩ có thể đề nghị các phương pháp điều trị cụ thể như một phần của việc điều trị. Chúng có thể bao gồm:

Vật lý trị liệu:Các bài tập kéo dãn, xoa bóp và kỹ thuật thư giãn giúp cải thiện triệu chứng đau vùng chậu. Một nhà vật lý trị liệu có thể hỗ trợ bạn với liệu pháp này. Không chỉ vậy, họ còn đưa ra các cách để đối phó với những cơn đau.

Kích thích thần kinh tủy sống:Phương pháp cấy ghép một thiết bị chặn đường đi thần kinh để tín hiệu đau không đến được não. Nó có thể hữu ích, tùy thuộc vào nguyên nhân gây đau vùng chậu của bạn.

Tiêm vào điểm gây đau:Nếu bác sĩ phát hiện điểm đau cụ thể, bạn có thể ổn hơn bằng cách tiêm thuốc tê vào điểm đau đó. Thuốc thường sử dụng là thuốc gây tê cục bộ tác dụng thời gian dài. Thuốc có thể chặn lại cơn đau và giảm bớt sự khó chịu của bạn.

Tâm lý trị liệu:Nếu cơn đau của bạn đan xen với trầm cảm, lạm dụng tình dục, rối loạn nhân cách, có vấn đề về hôn nhân hoặc khủng hoảng gia đình, bạn có thể thấy hữu ích khi nói chuyện với bác sĩ tâm lý hoặc bác sĩ tâm thần. Bất kể nguyên nhân của cơn đau là gì, liệu pháp này có thể giúp bạn tìm ra cách để ứng phó với cơn đau.

Để khắc phục nguyên nhân gây đau vùng chậu mãn tính, bác sĩ sẽ đề nghị một số phẫu thuật. Chẳng hạn như:

Phẫu thuật nội soi:Nếu bạn bị lạc nội mạc tử cung, các bác sĩ có thể loại bỏ các phần dính hoặc mô nội mạc tử cung bằng phẫu thuật nội soi. Trong lúc phẫu thuật, bác sĩ dùng dụng cụ (ống nội soi) đi qua một vết rạch nhỏ gần rốn. Sau đó họ sẽ đưa dụng cụ vào để loại bỏ mô nội mạc tử cung với vài vết mổ.

Cắt tử cung:Trong những ca phức tạp hiếm gặp, bác sĩ có thể đề nghị cắt bỏ tử cung, ống dẫn trứng hoặc buồng trứng. Có những hậu quả về sức khỏe khi thực hiện phẫu thuật này. Vì thế, bác sĩ sẽ thảo luận chi tiết về lợi ích, rủi ro trước khi đề xuất.

Nếu bạn có những triệu chứng trên, hãy đến khám bác sĩ để được kiểm tra và điều trị. Điều trị sớm bệnhđau vùng chậu mãn tínhsẽ giúp bạn cải thiện chất lượng cuộc sống. Đồng thời, có thể giúp phát hiện sớm những bệnh lý tiềm ẩn và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-xuong-chau-khi-mang-thai/

Nội dung bài viết

Sự khác biệt giữa đau xương chậu và cảm giác áp lực lên vùng chậu

Nguyên nhân gây ra đau xương chậu khi mang thai

Mẹ có thể làm gì nếu đau xương chậu khi mang thai?

Bài tập Kegel săn chắc cơ sàn chậu

Nếu như mẹ bị đau xương chậu khi mang thai, mẹ đừng lo lắng! Bởi vì có đến 80% phụ nữ mang thai có tình trạng tương tự. Đau xương chậu, hay một số mẹ còn tả là đau hai bên háng. Thường, cơn đau này nó có thể có ở vài thời điểm khác nhau trong thai kỳ. Tuy nhiên, đau xương chậu thường biểu hiện vào ba tháng cuối mang thai. Nguyên nhân gây ra là do một phần cơ thể em bé, thường là đầu, dịch chuyển xuống vùng chậu. Bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Phan Lê Nam sẽ cung cấp những thông tin về chứng đau xương chậu khi mang thai. Mời bạn đọc cùng YouMed theo dõi nhé!

Đau xương chậu là quá trình chuẩn bị và báo hiệu rằng mẹ đã gần tới ngày chuyển dạ. Thông thường, cơn đau sẽ xảy ra khoảng 2 đến 4 tuần trước sinh nếu đây là lần đầu tiên mẹ mang thai. Tuy nhiên, nếu mẹ đã từng mang thai trước đây, cơn đau thường xuất hiện lúc sắp vào chuyển dạ.

Đau xương chậu sẽ biểu hiện mức độ khác nhau. Cơn đau có thể chỉ là nhẹ thoáng qua cho đến âm ỉ hơn, lan ra xung quanh và đau lên cả khắp lưng và bụng.

Đây là điều quan trọng để mẹ phân biệt giữa đau xương chậu và cảm giác áp lực lên vùng chậu.

Vào những tuần cuối của thai kỳ, bạn sẽ có cảm giác áp lực nặng nề lên vùng xương chậu. Nguyên nhân là do em bé được đẩy xuống vùng chậu, đè lên bàng quang và trực tràng phía sau. Thậm chí, mẹ có thể có dấu hiệu ra ít máu khi đi tiêu. Cuối cùng, những mảnh xương của khung chậu sẽ bị đẩy hướng ra ngoài một chút. Điều này gây cảm giác khó chịu cho mẹ.

Cần lưu ý rằng cảm giác áp lực lên vùng chậu nếu xảy ra trước 37 tuần thai có thể là dấu hiệu của chuyển dạsinh non. Mẹ sẽ cần nghi ngờ hơn nữa nếu áp lực này có cảm giác chạy xuống 2 đùi. Hoặc mẹ có cảm giác như em bé đang lọt sâu dưới vùng chậu.

Trong trường hợp này, mẹ nên cần đến cơ sở Sản phụ khoa để được theo dõi và đánh giá lại.

Khi trọng lượng em bé nặng lên, sẽ đè lên khung chậu để tạo ra một số thay đổi chuẩn bị cho quá trình sinh. Thông thường vào những tháng cuối, em bé sẽ ở vị trí đầu hướng về cổ tử cung. Đầu sẽ tạo áp lực lên bàng quang, xương chậu. Điều này làm căng các cơ xương khớp ở chậu và lưng gây đau.

Ngoài ra, một số yếu tố nguy cơ có thể làm nặng thêm tình trạng đau xương chậu khi mang thai. Có thể kể đến như: đi đứng nhiều, mang giày cao gót,…

Tuy rằng cơn đau này sẽ gây khó chịu cho mẹ, nhưng nó lại có một điểm lợi khác. Đó là khi em bé càng dịch xuống dưới vùng xương chậu, tử cung của mẹ sẽ thấp xuống. Và bớt đề nén lên cơ hoành và phổi. Sự thay đổi này giúp mẹ có thể hít sâu và thở ra dễ dàng hơn.

Sau đây là một số điều cơ bản giúp mẹ giảm đi những lúc đau xương chậu khi mang thai, mẹ hãy thử tham khảo nhé!

Chườm ấm giảm đau.

Tắm trong bồn nước ấm (nếu có). Nhờ lực của nước sẽ làm giảm trọng lượng ở vùng xương chậu. Điều này sẽ làm cho mẹ dễ chịu hơn. Tuy nhiên, cần lưu ý nhiệt độ nước khi thực hiện cách này, vì nhiệt độ không phù hợp có thể ảnh hưởng đến thai nhi.

Nếu có thể, mẹ nên đầu tư cho mình đai bụng bầu. Với đai này sẽ làm giảm bớt trọng lượng của bụng lên xương chậu. Nếu mẹ không chắc chắn về đai này, có thể tham khảo bác sĩ đang quản lý thai nghén cho mẹ.

Mát-xa trước sinh cũng là một biện pháp hiệu quả để giảm đau xương chậu.

Hầu hết các liệu pháp châm cứu đều làm giảm được những triệu chứng khó chịu khi mang thai. Kể cả đau xương chậu.

Mẹ bầu cũng không nên mang giày cao gót, không nên đứng quá lâu.

Nếu mẹ đau nhiều, có thể hỏi ý kiến bác sĩ quản lý thai kỳ của mẹ về thuốc giảm đau an toàn cho phụ nữ và thuốc giãn cơ khi cần.

Cơ sàn chậu là cơ nâng đỡ hỗ trợ tử cung, bàng quang và phần ruột dưới. Cơ giúp giữ đúng vị trí ở trong khung chậu. Khi áp dụngbài tập Kegel, sẽ giúp săn chắc cơ sàn chậu. Nhờ đó sẽ giúp mẹ giảm những biểu hiện khó chịu trong những tháng cuối thai kỳ và giúp giảm đau xương chậu khi mang thai. Quan trọng hơn, bài tập còn giúp giảm thiếu hai vấn đề phổ biến do mang thai gây ra. Đó là tiểu không tự chủ và bệnh trĩ.

Làm săn chắc cơ sàn chậu theo chuyên gia đánh giá sẽ giúp làm giảm nguy cơ phát triển tình trạng tiểu không tự chủ cả trong và sau khi mang thai.

Mẹ có thể bắt đầu tập bài tập Kegel trong những tháng cuối thai kỳ hoặc thậm chí sớm hơn. Cơ sàn chậu sẽ càng săn chắc hơn theo thời gian luyện tập.

Cơ sàn chậu là các cơ xung quanh niệu đạo, âm đạo và hậu môn.

Mẹ có thể xác định bằng cách nín tiểu giữa dòng khi đi vệ sinh. Khi đang nín, tức là mẹ đang thắt cơ để bít dòng nước tiểu không cho chảy tiếp tục. Đó chính là cơ sàn chậu.

Mặc dù vậy, mẹ không nên nín tiểu thường xuyên hoặc thực hiện bài tập này trong lúc đi tiểu.  Mẹ cũng không nên thực hiện bài tập khi đang cảm thấy mắc tiểu (bàng quang đầy). Bởi vì điều này sẽ làm suy yếu cơ. Ngoài ra, còn làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường tiểu.

Xem thêm:Nhiễm trùng đường tiểu khi mang thai: Những điều cần biết

Đầu tiên, mẹ cần làm trống bàng quang bằng cách đi tiểu nếu bàng quang bị đầy. Mẹ có thể áp dụng tư thế này ở tư thế đứng hoặc ngồi.

Sau đó, thắt chặt cơ sàn chậu lại. Cảm giác thắt chặt giống như mẹ cảm giác nín tiểu mà mẹ đã thử thực hiện lúc xác định cơ sàn chậu.

Lúc đầu, mẹ giữ động tác trong 5 giây và thư giãn, sau đó thực hiện 4 hoặc 5 lần liên tiếp.

Nếu tập thường xuyên, mẹ có thể giữ cơ co lại đến 10 giây/ lần, và tiếp tục thư giãn, sau đó co lại.

Quy ước một đợt sẽ là từ 10-20 lần co thắt. Mẹ nên thực hiện 3 đợt mỗi ngày để cơ sàn chậu săn chắc.

Ngoài ra, khi tập động tác, mẹ đừng nên giữ hơi thở. Hay cứ thư giãn thoải mái, thở đều đặn bình thường, và chỉ cần tập trung vào cơ sàn chậu mẹ nhé!

Trong trường hợp cơnđau xương chậucủa mẹ có kèm theo cảm giác co thắt tử cung (cơn gò tử cung) thì có khả năng mẹ đã vào chuyển dạ. Lúc này mẹ cần đến cơ sở Sản phụ khoa uy tín gần nhà để được kiểm tra đánh giá và theo dõi. Hy vọng bài viết trên đã cung cấp những thông tin cần thiết về chứng đau xương chậu cho các mẹ bầu.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/da-u-tuyen-noi-tiet-tuyp-1/

Nội dung bài viết

Tổng quan về hội chứng đa u tuyến nội tiết tuýp 1

Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh của đa u tuyến nội tiết tuýp 1 và 2

Dịch tễ hội chứng đa u tuyến nội tiết tuýp 1

Triệu chứng và cách điều trị đa u tuyến nội tiết tuýp 1 theo từng loại tổn thương

Nghi ngờ mắc đa u tuyến nội tiết tuýp 1 khi nào?

Chẩn đoán đa u tuyến nội tiết tuýp 1

Phòng ngừa đa u tuyến nội tiết tuýp 1

Đa u tuyến nội tiết tuýp 1 – Multiple endocrine neoplasia type 1 (MEN 1), đôi khi còn được gọi là hội chứng Wermer, là một bệnh lý hiếm gặp đặc trưng bởi những khối u tại các tuyến nội tiết, ruột non và dạ dày. Trong hội chứng này, các tuyến nội tiết – thường là tuyến cận giáp, tuyến tụy và tuyến yên – phát triển các khối u tiết ra quá mức các hormone dẫn đến các rối loạn khác nhau trong cơ thể. Tuy nhiên, các khối u này thường là lành tính. Sau đây, mời bạn cùng Bác sĩ Nguyễn Vũ Nhật Phong tìm hiểu chi tiết hơn về hội chứng này nhé.

Đa u tuyến nội tiết (MEN) là một tình trạng đặc trưng bởi sự xuất hiện liên tiếp hoặc đồng thời một quá trình sinh u hoặc tăng sản, lành/ ác tính, thông thường có tăng tiết hormone của 2 hay nhiều tuyến nội tiết không liên quan chức năng với nhau, trên cùng một bệnh nhân.1

Đa u tuyến nội tiết được chia làm 2 loại chính:

Bệnh đặc trưng bởi các khối u (thường là lành tính) trên các tuyến nội tiết như tuyến cận giáp (thường nhất),tuyến tụyvàtuyến yên; và trên đường tiêu hóa (dạ dày, ruột). Tổn thương có thể ở mọi giai đoạn tại mỗi tuyến: tăng sản, adenoma nhỏ, adenoma lớn, carcinoma và carcinoid. Đa số trường hợp, tuyến cận giáp đều bị ảnh hưởng. Tổn thương tại các tuyến khác, đặc biệt là ở tụy (u thần kinh nội tiết ở tụy), thường có nhiều ổ tổn thương (ví dụ: tăng sản tế bào polypeptide của tụy – Pancreatic polypeptide cells (PP cells), u tiết gastrin (gastrinoma), u tiết insulin (insulinoma), u tiết glucagon (glucagonoma), tăng sản tế bào B của tụy. Ngay cả khi chỉ có biểu hiện tiết hormone, thì các nghiên cứu hóa mô miễn dịch và các định lượng trong khối u thường cho thấy có nhiều chức năng tuyến bị tổn thương. Điều này giải thích sự khó khăn trong điều trị.1

Ngoài ra, từ khi hội chứng MEN 1 được phát hiện, các nhà khoa học đã tìm ra nhiều loại u tuyến nội tiết và u tại các cơ quan khác ở những người mắc bệnh trên (hiếm gặp):2

U thần kinh nội tiết(neuroendocrine tumors) tại tuyến ức (một cơ quan trong hệ bạch huyết nằm trong lồng ngực) và tạiphế quản(đường dẫn khí trong phổi).

U vỏ thượng thận.

U mỡ(Lipoma): các u mỡ nằm dưới da.

U cơ trơn.

U tiết collagen tại vùng thân người và mặt (Truncal and facial collagenomas).

U xơ mạch vùng mặt (Facial angiofibromas).

Ung thư vú: hiếm gặp.

U màng não.

U màng nội tủy (ependymomas) là một loại của u thần kinh đệm, điển hình mọc ở trong hoặc cạnh hệ thống não thất.

Bệnh đặc trưng bởi các u và/hoặc ung thư trên nhiều tuyến của cơ thể:ung thư tuyến giápdạng tủy (medullary thyroid carcinoma),u tủy thượng thận(Pheochromocytoma), u tuyến cận giáp gây cường cận giáp nguyên phát. Người ta còn chia ra làm type 2a và 2b.

Thường là những bệnh có tính gia đình và di truyền. Hiếm hơn có thể có các thể lẻ tẻ. Di truyền bằng các thể nhiễm sắc không mang giới tính, kiểu trội.1

Chưa tách biệt được các gen, nhưng vị trí của chúng thì đã biết được là ở vùng quanh tâm động của nhiễm sắc thể số 10 đối với MEN 2a và 2b; ở đoạn tay dài của nhiễm sắc thể số 11 đối với MEN 1. Những nghiên cứu về tính đa dạng của AND ngày nay cho phép phát hiện những người mang mầm bệnh MEN với điều kiện là phải khảo sát cả gia đình, gồm cả những người thân mắc bệnh và không có bệnh.

Khi đã tách biệt được gen thì trong tương lai gần có thể xác định bệnh trên từng cá thể riêng biệt.

Chỉ khẳng định được là lẻ tẻ khi đã khảo sát đầy đủ những người khác trong gia đình.

Sự phân lập hệ thống APUD (Amine Precursor Uptake and Decarboxylation – một hệ thống nội tiết phân tán, kết hợp các tế bào được tìm thấy trong hầu hết các cơ quan và tổng hợp các amin sinh học cùng nhiều hormone peptid), bao gồm các tế bào xuất phát từ mào thần kinh, kể cả tế bào C tuyến giáp và tế bào ưa sắc (pheochromocyte), đã cho phép nêu giả thiết một loạn sản mào thần kinh. Khái niệm này phù hợp với ung thư giáp dạng tủy, u tủy thượng thận và các bệnh lý khác có nguồn gốc thần kinh lá thai ngoài (u dây thần kinh hạch, u dây thần kinh nhầy) (trong hội chứngMEN 2) những không giải thích được tổn thương tại tuyến cận giáp.14

Các nghiên cứu về gen đã chứng minh các hội chứng đa u tuyến nội tiết liên quan đến một bất thường về gen. Người ta cho rằng có một đột biến gen ảnh hưởng đến một locus có vai trò kiểm soát sự tăng trưởng các mô có nguồn gốc thần kinh lá thai ngoài. Gen gây hội chứng MEN 1, nằm trên nhiễm sắc thể 11 (11q13), được xác định lần đầu năm 1997. Có thể sự phát triển của khối u trong các hội chứng đa u tuyến nội tiết cũng có những cơ chế như trong trường hợp các ung thư do gen như sau: một đột biến đầu tiên ở tế bào mầm do bố mẹ đã bị tổn thương truyền lại (ví dụ đứa con có gen Aa không gây bệnh do mang allen lành “a”); một đột biến thứ hai ở bản thân người con làm bất hoạt allen lành; quá trình trên dẫn đến sự phát triển khối u. Bên cạnh đó, sự tham dự của các gen kiểm soát sự tăng trưởng khối u đã được minh họa trong trường hợp hội chứng MEN 1 bằng cách chứng minh là trong các khối u tụy và các u (adenoma) cận giáp có khuyết đoạn tại nhiễm sắc thể số 11 ở nhánh dài.14

Sự hiện diện những yếu tố gây gián phân, chất gây kích thích tăng trưởng tế bào cận giáp hoặc gây u tụy tiết insulin (insulinoma), trong huyết tương của các gia đình bị MEN 1 đã được chứng minh gần đây.

Như vậy, người ta đã chứng minh rõ ràng là đa u tuyến nội tiết là những hội chứng di truyền có liên quan đến đột biến nhiễm sắc thể. Tuy nhiên, biểu hiện có thể thay đổi từ gia đình này qua gia đình khác, hoặc ngay trong cùng một gia đình từ người này sang người khác.14

Đa u tuyến type 1 là một bệnh hiếm có.1

Người ta ước đoán rằng có khoảng 1 trên 30,000 người có hội chứng MEN 1. Khoảng 10% người có hội chứng MEN 1 không có tiền căn gia đình mắc hội chứng này. Những người này có một đột biến mới mắc gây tiến triển đến hội chứng MEN 1.5

Tuổi phát hiện từ 5 – 81 tuổi tùy theo kiểu chẩn đoán: phát hiện khi nghiên cứu tính chất gia đình hay trên các triệu chứng lâm sàng. Tuổi trung bình là 30 – 40 tuổi. Nếu trước 40 tuổi thì 80% bệnh nhân đã có các dấu hiệu lâm sàng, và hầu hết những người mang gen có thể được phát hiện qua các test sinh học.1

Tổn thương ban đầu hay gặp nhất là cường cận giáp (90%), u thần kinh nội tiết tại đường ruột, tụy (30 – 70%), và u tuyến yên trước (30 – 40%), ở trước tuổi 40.4

Nếu tính riêng từng loại u, có 25% các trường hợp gastrinoma, 10 – 15% các trường hợp cường cận giáp và 4% các trường hợp insulinoma nằm trong bệnh cảnh MEN 1.1

Về nguy cơ ung thư, xấp xỉ khoảng 1/3 các u thần kinh nội tiết tại tụy nói chung là ác tính. Nếu ung thư di căn, nơi thường gặp nhất làgan. Có một tỉ lệ nhỏ các u thần kinh nội tiết tại trung thất là ác tính và có khả năng di căn đến các hạch vùng lân cận hoặc tới gan,phổi, hay cơ quan khác.5

Đây là bệnh cảnh hay gặp nhất (85 – 90%), và thường phát hiện ở lứa tuổi 20 – 30, nghĩa là sớm hơn trong cường cận giáp do nguyên nhân khác (tuổi trung bình là 54) ngoài hội chứng MEN 1. Người ta cũng ước tính có 1 – 18% được chẩn đoán bị cường cận giáp là nằm trong hội chứng MEN 1.4

Cả 4 tuyến cận giáp đều bị, biểu hiện là tăng sản trong đa số các trường hợp. Các trường hợp khác biểu hiện bằng một adenoma đơn độc (lành tính) hoặc kết hợp với tăng sản. Phân biệt mô học thường khó khăn.

Triệu chứng không phải bao giờ cũng là dấu hiệu mở đầu để phát hiện bệnh, mà có khi không có và chỉ phát hiện nhờ định lượng calci máu. Triệu chứng lâm sàng nếu có thường là dấu hiệu sỏi thận (50%); các triệu chứng liên quan đếntăng calci máunhư uống nhiều, mệt mỏi, rối loạn tiêu hóa, có khi có dấu hiệuloét dạ dày, ruột, suy thận cũng có thể gặp. Dấu hiệu về xương ít gặp (có thể là đau xương, gãy xương). Ngoài ra, còn có thể gặp táo bón, buồn nôn, nôn, chán ăn, mất tập trung, mau quên, lú lẫn.

Căn cứ vào tình trạng tăng calci huyết và hormone cận giáp (PTH) cao.

Phải điều trị bằng phẫu thuật triệt để. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu thường không được khuyến cáo do bệnh thường ảnh hưởng đến nhiều tuyến cận giáp cùng lúc.6

Suy cận giáp sau phẫu thuật không phải lúc nào cũng gặp, và cũng không tương quan với số tuyến đã cắt bỏ.

Tiên lượng của tổn thương tụy trong hội chứng MEN 1 có thể nặng nề do tính chất tiết hormone hoặc do tiến triển gây di căn. Các tổn thương thường nhiều chỗ và đa chức năng.

Người ta ước tính rằng u thần kinh nội tiết tại tụy gặp trong khoảng 30 – 80% các trường hợp MEN 1.4Tuổi bệnh nhân lúc được chẩn đoán trung bình là 50 tuổi. Tiên lượng nặng của u thần kinh nội tiết tại tụy trong MEN 1 là nó có thể là ác tính, nhất là trường hợp gastrinoma, có thể tái phát và phát triển đa tổn thương tại tụy.

Đây là dạng khối u tụy thường gặp nhất trong MEN 1. Khối u tăng tiết gastrin, một hormone gây tăng tiết acid tại dạ dày.

Lâm sàng

Có dấu hiệu của hội chứng Zollinger-Ellison: nhiều ổ loét, hay tái phát, ở tá tràng (đoạn đầu ruột non nối với dạ dày) nhiều hơn là dạ dày, dễ biến chứng thủng hay xuất huyết. Bên cạnh đó, u này còn có thể gây triệu chứng tiêu chảy, tiêu phân mỡ,trào ngược dạ dày thực quản.

Chẩn đoán

Căn cứ vào sự tăng nồng độ gastrin lưu hành trong máu (lúc đói), và hóa tính dịch vị (tăng tính toan của dịch vị nền) (hiện ít làm). Các test động: test secretin, làm tăng calci máu có thể hữu ích để loại trừ trường hợp tăng sản tế bào hang vị.

Để phát hiện tổn thương u, phải nhờ đến tùy trường hợp, siêu âm qua ngã nội soi dạ dày,CT scanbụng có cản quang, chụp động mạch hoặc lấy máu tĩnh mạch nhiều tầng. Tuy nhiên nhận định kết quả thường khó khăn do tính chất đa tổn thương. Khi có xâm lấn xung quanh hay di căn vào gan thì thường bệnh đã lan rộng.

Điều trị

Điều trị cũng khó khăn do tính chất đa tổn thương. Trước tiên cần điều trịcường cận giápvì nó làm tăng nặng thêm nồng độ gastrin trong máu. Điều trị nội khoa với thuốc ức chế bơm proton hoặcthuốc kháng histamine H2. Điều trị không được gián đoạn vì nguy cơ tăng vọt trở lại acid dịch vị. Mục tiêu là làm giảm tiết acid dịch vị nền xuống dưới 10 mEq/L. Khả năng lâu dài gây khối u carcinoid hang vị cũng được bàn cãi và đặt ra vấn đề theo dõi đều đặn bằng nội soi.

Vấn đề điều trị bằng phẫu thuật hiện chưa có được sự thống nhất giữa các chuyên gia. Phẫu thuật cắt tụy bán phần là không hiệu quả và dễ tái phát; còn cắt toàn bộ tụy là một phương pháp nặng nề và gây nhiều biến chứng. Người bị cắt toàn bộ tụy sẽ tiến triển đến bệnhđái tháo đườngdo không còninsulinđược tiết ra từ tế bào β tụy, điều này sẽ dẫn đến một loạt hệ lụy về sức khỏe khác; và người bệnh sẽ phải bổ sung men tụy suốt đời để tiêu hóa thức ăn. Vì vậy, bác sĩ thường sẽ phải cân nhắc lợi ích và nguy cơ, bàn bạc kĩ với người bệnh để đưa ra quyết định cuối cùng.

Phẫu thuật cắt dạ dày cũng được đặt ra khi điều trị nội khoa thất bại hoặc không dung nạp với thuốc.

Trong trường hợp khối u được xác định là ác tính, hoặc có di căn gan mà không có chẩn đoán giải phẫu bệnh chắc chắn, người ta sẽ sử dụng hóa trị để kiểm soát bệnh. Các analog của somatostatin (somatostatin analogue) hoặc một chất điều hòa tín hiệu từ tiểu đảo tụy, everolimus và phương pháp tắc mạch khối u, trong một số trường hợp có thể làm giảm tiết gastrin hoặc làm giảm khối u hoặc ổ di căn. Tiên lượng xa khi xác định ác tính là xấu.

Chiếm từ 10-30% các trường hợp u thần kinh nội tiết tại tụy trong hội chứng MEN 1.6Có thể có nhiều ổ trong đa số các trường hợp; phối hợp với u khác trong 10%.4

Lâm sàng

Triệu chứng hạ đường huyết do tăng tiết insulin (hormone gây hạ đường huyết) vào trong máu, điển hình sẽ có biểu hiện thần kinh (do thiếu glucose tại não). Bệnh nhân có thể không có triệu chứng lâm sàng nếu có sự tăng tiết đồng thời glucagon (hormone làm tăng đường huyết). Biểu hiện có thể:2

Run tay.

Lú lẫn.

Đổ mồ hôi (dù trời không nóng).

Đói cồn cào.

Lo âu.

Tim đập nhanh.

Nhìn mờ…Triệu chứng của hạ đường huyết

Triệu chứng của hạ đường huyết

Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định dựa vào test hạ đường huyết hoặc dấu hiệu hạ đường huyết lúc đói đồng thời với insulin máu cao (C peptide, insulin và pro-insulin máu cao dù đường huyết hạ thấp). Định vị khối u dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh: CT scan hoặcMRI, siêu âm qua ngãnội soi dạ dày. Tuy nhiên cũng giống như trong gastrinoma, việc định vị này có thể gặp khó khăn do trong các trường hợp này khối u thường rất nhỏ, có thể cần tới xạ hình bằng các chất định vị phóng xạ đặc hiệu.

Điều trị

Có thể điều trị nội khoa bằng cách cho ăn các bữa ăn nhỏ có glucid nhiều lần trong ngày, hoặc sử dụng Diazoxide. Nhưng điều trị như vậy thường ít khi cải thiện triệu chứng. Đa số các trường hợp buộc phải can thiệp bằng phẫu thuật, có thể cắt một phần tụy (chứa u) là đủ, hoặc đốt u bằng sóng cao tần hoặc cồn Ethanol. Tuy nhiên cần phải theo dõi về lâu dài để chắc chắn khối u không tái phát.

Các khối u này thường không có triệu chứng, phát hiện được nhờ có các định lượng hormon tụy trong máu hoặc nhờ phương pháp hóa mô miễn dịch tế bào khi sinh thiết bệnh phẩm tụy sau mổ. Với các huyết thanh tương ứng, người ta có thể phát hiện được các hormone tụy: insulin, glucagon, somatostatin, vasoactive intestinal peptide (VIP), polypeptide tụy (PP), gastrin, serotonin trong các khối u. Thông thường, sẽ có từ hai hormone trở lên được phát hiện, nhưng cũng có trường hợp chỉ có một hormone.

Glucagonoma: phát hiện nhờ có hội chứng lâm sàng kinh điển: tăng đường huyết, viêm da dạng ban đỏ hoại tử (necrolytic migratory erythema), huyết khối tĩnh mạch sâu và trầm cảm); ngoài ra còn có thể gặp gầy sụt cân, tiêu chảy. Chẩn đoán xác định dựa vào đo nồng độ glucagon máu lúc đói và định vị u tương tự các phương pháp trên. Bệnh có thể được phát hiện dưới dạng ác tính tiến triển di căn xa.

Poma: trong hội chứng MEN 1 thường thấy PP tăng, nhất là trường hợp có u tụy mà không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu.

VIPoma: lâm sàng biểu hiện bằng hội chứng Verner Morrisson, còn gọi là hội chứng WDHA (Water Diarrhea Hydroelectrolytic Achlorhydria), có tiêu chảy nhiều nước và giảm kali máu.

Somatostatinoma: Biểu hiện lâm sàng của các khối u này thường ít và thường được phát hiện muộn.

Tần suất của adenoma tuyến yên thay đổi từ 10 – 60% tùy theo nghiên cứu lâm sàng hay giải phẫu học, các nghiên cứu cũng cho thấy bệnh nhân có thể có tổn thương giải phẫu mà không có triệu chứng lâmsàng.4

Prolactinoma (u tiết prolactin) chiếm 60% các trường hợp, adenoma tiết hormone tăng trưởng (GH) 25%, adenoma tiết ACTH 5%.4Ngoài ra các khối u không chức năng (không tăng tiết hormone) cũng có thể gặp. Kích thước adenoma khi phát hiện thường lớn.

Dấu hiệu liên quan đến triệu chứng do u chèn ép:

Nhức đầu.

Buồn nôn, nônói.

Thay đổi thị lực, thị trường, do u chèn ép giao thoa thị.

Suy tuyến yêntrước do u lớn chèn ép tuyến yên.

Dấu hiệu liên quan đến tăng tiết hormone:

Suy sinh dục (vô sinh, thiểu kinh hoặc vô kinh).

Giảm ham muốn tình dục(libido).

Chảy sữa: thường gặp.

Phụ nữ vô kinh trong thời gian dài tăng nguy cơ thiếu xương và loãng xương.

Suy sinh dục thứ phát: giảm libido,rối loạn cương dương, bất lực, vô sinh…

Mất lông, rụng lông mu, lông nách.

Vú to nam giới.

Ngoài ra, có thể giảm chức năng nhận thức, giảm năng lượng, giảm khối cơ, mất xương.

Chảy sữa: hiếm gặp.

Sau khảo sát hormone thì MRI tuyến yên có cản từ là rất cần thiết để đánh giá mức độ xâm lấn tại chỗ.

Prolactinoma: có thể bắt đầu điều trị nội khoa với thuốc đồng vận Dopamine (Cabergoline, Bromocriptine). Nếu không đáp ứng với điều trị nội khoa, có thể xem xét chỉ định phẫu thuật nội soi qua xương bướm hoặc xạ trị hoặc thậm chí hóa trị (thường khi không đáp ứng với tất cả phương pháp khác hoặc u ác tính).

Những loại khối u tiết hormone khác hoặc u không chức năng: đa số được điều trị bằng phẫu thuật (đầu tay là nội soi cắt u qua xương bướm). Sau phẫu thuật, nếu không lấy được hoàn toàn u hoặc không đạt được lui bệnh, bác sĩ sẽ cân nhắc sử dụng thuốc để giảm tiết hoặc giảm tác dụng của các hormone dư thừa trong máu.

Khối u carcinoid: ở phế quản, tụy, ống tiêu hóa hay tuyến ức; nếu không có di căn thường không có triệu chứng, và phải tìm một cách thường quy, đặc biệt là ở những gia đình mà đã có người có khối u loại này được phát hiện.

Tổn thương thượng thận: cũng thường không có triệu chứng; được phát hiện khi khảo sát hình thái như làm CT scan bụng. Tổn thương thường là loại tăng sản vỏ thượng thận hai bên hoặc adenoma vỏ thượng thận trong đa số các trường hợp.

Lipoma: ngoài da và cũng có thể ở nội tạng, nhiều ổ chiếm khoảng 10% các trường hợp.

Nghi ngờ chẩn đoán đa u tuyến nội tiết type 1 khi đứng trước một biểu hiện tổn thương tuyến đơn độc, mà có các đặc điểm sau:1

Qua hỏi bệnh xác định được bệnh có tính gia đình;

Hoặc khi có tổn thương hai tuyến ở cùng một bệnh nhân;

Cường cận giáp: xuất hiện sớm, phát hiện lúc < 40 tuổi, tăng sản nhiều tuyến cận giáp hoặc adenoma tại nhiều tuyến cận giáp, tái phát sau mổ.

Khi đã có chẩn đoán, cần phải tiến hành ngay một khảo sát di truyền (xét nghiệm gen) trong gia đình nhằm chẩn đoán sớm, và là biện pháp duy nhất để có thể chữa khỏi bệnh sớm.4

Thiết lập cho mỗi trường hợp một lịch theo dõi thích hợp sau này.

Chẩn đoán hội chứng MEN 1 phải được đặt ra từ rất sớm. Bệnh được di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường với tính chất “có bệnh hoặc không”, nên nếu trong gia đình không phát hiện được trường hợp nào khác thì phải kết luận đó là trường hợp lẻ tẻ, tuy nhiên vẫn phải cảnh giác (là có tính gia đình mà không phát hiện được).1

Những cận lâm sàng sau đây được khuyến cáo để tầm soát đối với những người được nghi ngờ mắc hội chứng đa u tuyến nội tiết type 1:5

Xét nghiệm gen nên được cân nhắc làm cho trẻ em hoặc người trẻ có tiền căn gia đình có người được chẩn đoán mắc hội chứng MEN 1 và được xác định có đột biến gen MEN 1. Trong gia đình có người đã được xác định có đột biến gen gây hội chứng MEN 1, đứa trẻ có kết quả xét nghiệm không đột biến (khoảng 50% do nhận một gen từ người mang gen gây bệnh, có thể nhận allen lành hoặc gây bệnh) có thể không cần làm những xét nghiệm sinh hóa khác dưới đây.

Xét nghiệm máuthường xuyên mỗi 1 – 3 năm đánh giá: prolactin máu, IGF-1, đường huyết đói, insulin, pro-insulin lúc đói, thường bắt đầu từ lúc trẻ đạt 5 – 10 tuổi.

Đánh giá calci máu (calci ion hóa hoặc calci máu toàn phần hiệu chỉnh với albumin máu), bắt đầu từ lúc trẻ đạt 8 tuổi. Nếu calci máu cao, cần làm thêm PTH máu.

Đánh giá mỗi năm các hormone tụy: gastrin lúc đói, PP lúc đói và sau kích thích với bữa ăn, VIP lúc đói, glucagon, bắt đầu từ năm 20 tuổi.

Các test động khác: test dung nạp 75 g glucose để xác định có tăng tiết GH, test ức chế dexamethasone qua đêm (hoặc Cortisol nước tiểu 24h, Cortisol nước bọt lúc nửa đêm) để xác định có hội chứng Cushing… được làm khi có nghi ngờ trên lâm sàng hoặc trên các xét nghiệm tầm soát.1

MRI tuyến yên có cản từ, mỗi 3 – 5 năm, bắt đầu từ lúc 5 – 10 tuổi, hoặc bất cứ lúc nào nếu các xét nghiệm tầm soát hormone tuyến yên bất thường.

CT scan hoặc MRI ngực bụng mỗi 2 – 4 năm, bắt đầu từ lúc 20 tuổi hoặc khi xét nghiệm hormone tụy có bất thường. Siêu âm qua ngã nội soi cũng có thể được chỉ định để xác định vị trí và tính chất u.15

Các khuyến cáo về cách tầm soát trên có thể được thay đổi theo thời gian khi có những kĩ thuật mới ra đời, và nhiều kiến thức về hội chứng MEN 1 được khám phá hơn. Vì vậy, khi được xác định có nguy cơ mắc hội chứng này, bạn nên thường xuyên hỏi ý kiến các bác sĩ/chuyên gia về Nội tiết để được làm các cận lâm sàng phù hợp cho mình.

Vì đây là một bệnh có liên quan đến di truyền, nên không may thay, không có cách nào có thể phòng ngừa hội chứng MEN 1. Đột biến gen gây bệnh có thể được di truyền từ cha mẹ của người bệnh hoặc có thể xảy ra ngẫu nhiên không rõ nguyên nhân trong quá trình phát triển bào thai.2

Do không thể phòng ngừa, việc chẩn đoán sớm bệnh là rất quan trọng. Nếu một trong những người trong gia đình (thế hệ thứ nhất – cha mẹ, anh chị em ruột) của bạn được chẩn đoán có hội chứng MEN 1, bạn cần liên hệ với bác sĩ gia đình hoặc đến khám tại chuyên khoa Nội tiết có uy tín để được tư vấn tầm soát gen và những bệnh liên quan tới MEN 1.2

Đa u tuyến nội tiết tuýp 1là một hội chứng hiếm gặp. Do có rất nhiều triệu chứng khác nhau và biểu hiện của mỗi cá nhân mắc bệnh cũng khác biệt, nên đây là một hội chứng rất dễ bỏ sót nếu không có kinh nghiệm. Vì vậy, nếu bạn đang mắc một triệu chứng nào đó khó chịu hoặc có thay đổi đáng chú ý trên cơ thể, bạn cần liên lạc với bác sĩ gia đình của mình hoặc đi khám tại các trung tâm uy tín để được tư vấn thích hợp. Ngoài ra, MEN 1 cũng thường di truyền trong gia đình, nếu có người thân trong gia đình được chẩn đoán mắc bệnh trên, bạn cũng cần gặp bác sĩ để được tư vấn tầm soát bệnh một cách phù hợp. Việc phát hiện sớm bệnh sẽ giúp cho bạn được điều trị sớm nhất và giảm được các biến chứng về lâu dài.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/da-u-tuyen-noi-tiet-tuyp-2/

Nội dung bài viết

Tổng quan về đa u tuyến nội tiết tuýp 2 (MEN 2)

Nguyên nhân đa u tuyến nội tiết tuýp 2

Triệu chứng lâm sàng

Chẩn đoán đa u tuyến nội tiết tuýp 2

Điều trị đa u tuyến nội tiết tuýp 2

Theo dõi và sàng lọc bệnh

Đa u tuyến nội tiết tuýp 2 có phòng ngừa được không?

Đa u tuyến nội tiết tuýp 2 (MEN 2) là một bệnh di truyền hiếm gặp. Vì thế, việc chẩn đoán và điều trị gặp nhiều khó khăn, cần phối hợp đa chuyên khoa bởi các nhà lâm sàng kinh nghiệm. Tuy hiếm gặp, nhưng bệnh có thể gây nhiều ảnh hưởng đến cuộc sống người bệnh. Sau đây, Bác sĩ Hà Thị Ngọc Bích sẽ giới thiệu một cách tổng quan về hội chứng này. Mời bạn cùng tìm hiểu nhé.

Đa u tuyến nội tiết tuýp 2 (MEN 2) là rối loạn di truyền, một hay nhiều tuyến nội tiết hoạt động quá mức dẫn đến hình thành khối u.1Các nhà khoa học thống kê có ba tuyến nội tiết bị ảnh hưởng phổ biến nhất là:

Tuyến giáp: ung thư tuyến giáp dạng tuỷ (MTC). Khối u thường phát triển trong thời thơ ấu và bắt đầu với sự tăng sản tế bào C cạnh nang tuyến giáp. Các khối u thường có nhiều tâm.

Tuyến cận giáp:cường tuyến cận giápnguyên phát (PHPT). Cường cận giáp thường do tăng sản nhiều tuyến cận giáp lan tỏa, hoặc u nhiều tuyến cận giáp, và bất thường nhẹ ở chức năng tuyến cận giáp cũng có thể xảy ra ở đa u tuyến nội tiết típ 2A (MEN 2A).

Tuyến thượng thận: u tuỷ thượng thận (PHEO). U tuỷ thượng thận thường xuất phát từ tuỷ thượng thận, ngoài thượng thận hiếm gặp. Đa số thường là lành tính, nhưng một số có xu hướng tái phát tại chỗ.

Tỷ lệ đa u tuyến nội tiết tuýp 2 trên thế giới là khoảng 1/35000, riêng ở Hoa Kì là 1/30000 – 1/50000.2

Đa u tuyến nội tiết tuýp 2 được phân thành 2 nhóm nhỏ có các đặc điểm lâm sàng khác nhau:

MEN 2A chiếm đa số, khoảng 95% các trường hợp đa u tuyến nội tiết tuýp 2. MEN 2A được chia thành 4 dạng khác nhau:34

MEN 2A điển hình: đặc trưng bởi sự hiện diện của 3 loại khối u chính:

Ung thư tuyến giáp dạng tuỷ gần như hầu hết trường hợp (98 – 100%).

U tuỷ thượng thận chiếm 40 – 50% trường hợp. PHEO trong MEN 2A bắt đầu với tăng sản tủy thượng thận, đa tâm và u cả 2 bên ở hơn 50% trường hợp, trái ngược với u tủy thượng thận nguyên phát.

PHPT 10 – 20% trường hợp. Cường tuyến cận giáp thường do tăng sản nhiều tuyến cận giáp lan toả, hoặc u nhiều tuyến cận giáp.

MEN 2A kết hợp thoái hoá lichen dạng tinh bột dưới da (CLA).

MEN 2A kết hợp với bệnh phình đại tràng bẩm sinh (Hirschsprung).

Ung thư tuyến giáp dạng tủy thể di truyền trong gia đình (FMTC).

Đa u tuyến nội tiết tuýp 2B ít gặp hơn 2A, chiếm 5% các trường hợp MEN 2, bao gồm:3

Ung thư tuyến giáp dạng tủy: khởi phát sớm và nặng ở hầu hết gần 100% bệnh nhân.

U tủy thượng thận: ảnh hướng tới 50% bệnh nhân trong nhóm MEN 2B.

U thần kinh ở niêm mạc: là khối u lành tính của mô thần kinh ở lưỡi, môi và xuyên suốt đường tiêu hoá. Đây là dấu hiệu sớm nhất và gặp ở 95 – 98% bệnh nhân MEN 2B.

Các rối loạn tiêu hoá gây ra bởi những bất thường về thần kinh của đường tiêu hoá gặp ở 75 – 90% trường hợp.

Các bất thường về cơ, khớp và cột sống gặp ở 95% bệnh nhân.

Các biến dạng khuôn mặt điển hình bao gồm sưng môi và dày mí mắt gặp ở 75 – 90% trường hợp.

PHPT chỉ xảy ra ở thể MEN 2A, không có ở thể MEN 2B.

Nguyên nhân của MEN 2 là một khiếm khuyết gen được gọi là RET nằm trên nhiễm sắc thể 10q11.2. Khiếm khuyết này dẫn đến nhiều khối u xuất hiện ở cùng một người, nhưng không nhất thiết cùng một lúc.2

MEN 2 di truyền qua các thế hệ trong gia đình (đột biến mang tính gia đình), hoặc có thể do sự thay đổi di truyền tự phát (đột biến mới), xảy ra ngẫu nhiên không có lý do rõ ràng ở cấp độ phôi.

Hệ thống nội tiết là mạng lưới các tuyến tiết ra hormone vào máu để đến các mô và cơ quan đích trong cơ thể. Hormon là các phân tử hoạt động, thông qua liên kết của chúng với các thụ thể tại tế bào đích, điều chỉnh các quá trình trao đổi chất và các hoạt động sống của cơ thể, bao gồm: điều chỉnh nhịp tim, nhiệt độ cơ thể và huyết áp. Biểu hiện lâm sàng tuỳ thuộc vào biểu hiện u tại vị trí cơ quan đích.5

Biểu hiện triệu chứng cũng như diễn tiến của MEN 2 có thể khác nhau ở từng bệnh nhân, ngay cả giữa các thành viên trong gia đình. Một số bệnh nhân chỉ có triệu chứng nhẹ, trong khi một số lại diễn tiến nặng, có thể đe doạ tính mạng. Tương tự thời điểm khởi phát triệu chứng có thể xảy ra ở nhiều lứa tuổi khác nhau từ khi còn nhỏ tuổi hoặc cho đến khi trưởng thành.

MTC khởi phát sớm từ thời thơ ấu. Nếu không được phát hiện thì hầu hết các BN đến độ tuổi 15 – 20 sẽ phát triển thành một khối u hoặc đau ở vùng cổ.

PHEO có biểu hiệntăng huyết ápcơn, tăng huyết áp khó kiểm soát. Bệnh nhân có thể kèm theo đau đầu, đánh trống ngực, nhịp tim nhanh, vã mồ hôi trong cơn tăng huyết áp. Hầu hết PHEO trong MEN 2A là lành tính, tuy nhiên khoảng 4% có thể ác tính. U tủy thượng thận xảy ra ở MEN 2 thường sản xuất epinephrine không tương xứng với norepinephrine, trái ngược với các trường hợp lẻ tẻ.

PHPT trong đa u tuyến nội tiết tuýp 2A thường nhẹ và không có triệu chứng. Nếu có thì bệnh nhân thường biểu hiện triệu chứng dotăng canxi máunhư: khát nước, uống nhiều nước, đi tiểu nhiều, sụt cân, da khô, mệt mỏi, trầm cảm, lú lẫn, táo bón, đau nhức xương, gãy xương bất thường, sỏi thận, đau cơ,…

Ngoài MEN 2A điển hình, còn có các biến thể khác, cực kì hiếm, có những triệu chứng lâm sàng đặc trưng gợi ý:

1. MEN 2A kết hợp thoái hoá lichen dạng tinh bột dưới da.

Biểu hiện: da phát ban có vảy, ngứa do sự tích tụ của amyloids dưới da.

Vị trí thường gặp ở lưng.

Triệu chứng cải thiện khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời và xấu hơn trong giai đoạn căng thẳng.

Một số trường hợp có thể biểu hiện khi còn trẻ, vì vậy được xem là dấu hiệu chẩn đoán sớm hội chứng này.

2. MEN 2A kết hợp với bệnh phình đại tràng bẩm sinh (Hirschsprung).

Các triệu chứng: táo bón, nôn, chán ăn, đầy hơi, chướng bụng, không tăng cân ở trẻ.

Ung thư tuyến giáp dạng tuỷ xuất hiện sớm và nặng hơn so với MEN 2A. Hầu hết khối u ở tuyến giáp đã xuất hiện ở độ tuổi trẻ em.

U tuỷ thượng thận biểu hiện lâm sàng tương tự như trong MEN 2A.

U thần kinh niêm mạc: là dấu hiệu sớm nhất và có ở hầu hết bệnh nhân. Biểu hiện mí mắt dày và bị lộn ra ngoài, phì đại môi lan toả, trẻ thường không có nước mắt.

Các bất thường trên đường tiêu hoá: táo bón, tiêu chảy, chướng bụng, chậm phát triển,…

Các bất thường trên hệ xương khớp:

Dị tật cột sống (ưỡn lưng, gù, vẹo cột sống).

Trật các sụn đầu trên xương đùi, xương sọ dài (sọ hình thuyền).

Bàn chân lõm hay vẹo trong.

Kiểu hìnhMarfan(vóc dáng gầy cao, tay, chân thon dài bất thường) có ở hầu hết bệnh nhân.

Hỏi bệnh sử chi tiết và tiền sử gia đình, khám lâm sàng, xác định các đặc điểm đặc trưng của các khối u liên quan trong MEN 2 góp phần hữu ích trong việc chẩn đoán.567

Các điểm đặc trưng của MEN 2A là sự hiện diện của hai hay nhiều khối u nội tiết cụ thể là MTC, PHEO và PHPT.56

Các đặc điểm chẩn đoán của MEN 2B bao gồm MTC, PHEO và hoặc u thần kinh nội tiết, cũng như các biểu hiện bất thường bên ngoài như kiểu hình Marfan.57

Ung thư tuyến giáp dạng tủy thể di truyền trong gia đình (FMTC) được chẩn đoán ở những người chỉ mắc MTC trong ít nhất bốn thành viên gia đình, mà không có sự hiện diện của các triệu chứng khác liên quan đến MEN 2A hoặc 2B.5

Các xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán đa u tuyến nội tiết tuýp 2:567

Xét nghiệm máu: canxi máu, phospho máu, PTH, ALP, calcitonin, metanephrine, normetanephrine máu.

Xét nghiệm nước tiểu: catecholamine niệu.

Hình ảnh học: CT scan bụng, MRI bụng, xạ hình MIBG, xạ hình tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp.

Xét nghiệm khác: tế bào học tuyến giáp, tế bào học tuyến thượng thận.

Xét nghiệm di truyền: xét nghiệm đột biến gen RET là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định MEN 2. Đột biến trong gen RET được tìm thấy ở hơn 95% gia đình mắc MEN 2A hoặc MEN 2B, và ở hơn 85% gia đình mắc FMTC.3

Việc điều trị cần sự phối hợp đa chuyên khoa bao gồm: bác sĩ nội tiết, phẫu thuật, chuyên khoa ung bướu và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác. Mục đích để lập ra kế hoạch điều trị một cách có hệ thống và toàn diện.

Việc điều trị với mục tiêu giải quyết triệu chứng của từng loại u cụ thể trên từng bệnh nhân. Các phương pháp và phác đồ điều trị phụ thuộc nhiều yếu tố: triệu chứng lâm sàng, diễn tiến của khối u, tổng trạng bệnh nhân.

Cắt tuyến giáp toàn phần được chỉ định cho hầu hết các bệnh nhân MEN 2. Phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần thường được thực hiện như một biện pháp phòng ngừa, ngay cả khi ung thư hoặc tăng sản tế bào C của tuyến giáp chưa phát triển.

Tuổi thực hiện phẫu thuật cắt tuyến giáp có thể khác nhau tùy thuộc vào loại MEN 2 cụ thể và đột biến RET. Theo American Thyroid Association – ATA (Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ), các khuyến nghị về thời điểm cắt tuyến giáp toàn phần dự phòng, và mức độ của cuộc phẫu thuật dựa trên đột biến gen RET được phân thành như sau:8

Nguy cơ rất cao: cắt tuyến giáp toàn phần dự phòng được chỉ định trong năm đầu tiên, hoặc những tháng đầu đời. Dựa trên thảo luận với bác sĩ nội tiết, phẫu thuật và cha mẹ của bệnh nhân.

Nguy cơ cao: cắt tuyến giáp toàn phần dự phòng được chỉ định trước 5 tuổi, dựa trên nồng độ calcitonin trong máu.

Nguy cơ trung bình: cắt tuyến giáp toàn phần dự phòng được chỉ định khi nồng độ calcitonin máu tăng cao, hoặc phẫu thuật lúc nhỏ nếu cha mẹ không muốn đánh giá theo dõi trong một thời gian dài sau đó.

Việc phẫu thuật cắt tuyến giáp gần như thường quy đối với bệnh nhân đa u tuyến nội tiết tuýp 2A. Bệnh nhân có thể phải đối mặt với một số nguy cơ hậu phẫu như: chảy máu, nhiễm trùng, suy giáp, suy cận giáp, khàn tiếng,…

Sau phẫu thuật, hầu hết bệnh nhân sẽ được bổ sung hormone tuyến giáp suốt đời.

PHPT chỉ xảy ra ở thể đa u tuyến nội tiết tuýp 2A. Đa số triệu chứng thường nhẹ.25

Cắt tuyến cận giáp dự phòng không khuyến cáo ở bệnh nhân không có triệu chứng của PHPT. Thay vào đó, bệnh nhân sẽ được theo dõi về sinh hoá như canxi máu, chức năng thận và mật độ xương mỗi 1 – 2 năm.2

Phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp được chỉ định cho những bệnh nhân có biểu hiện rõ ràng trên lâm sàng, gây triệu chứng cường cận giáp.26

Phẫu thuật cắt tuyến thượng thận hai bên được khuyến cáo ở những trường hợp sau:

Bệnh nhân có PHEO ở cả hai bên.

Bệnh nhân có PHEO ở một bên, nhưng có tiền sử có khối u hai bên ở một trong các thành viên trong gia đình.

Bác sĩ có thể chỉ định phẫu thuật cắt u thượng thận một bên ở những bệnh nhân có PHEO một bên và bên còn lại bình thường.

Trước khi phẫu thuật cắt u thượng thận, bệnh nhân nên được điều trị ổn định huyết áp với chẹn alpha, sau đó là chẹn beta. Bù glucocorticoid trước và sau khi phẫu thuật tuỳ vào phác đồ của từng trung tâm.

Lưu ý: Trước khi tiến hành bất kỳ cuộc phẫu thuật nào, người bệnh nên được thực hiện sàng lọc sự có mặt của PHEO. Vì nguy cơ bị tăng huyết áp khó kiểm soát trong lúc mổ, có thể ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân.

Khi MTC lan rộng hoặc PHEO ác tính thì liệu pháp hóa trị hoặc xạ trị có thể được sử dụng. Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) và Cơ quan Dược phẩm Châu Âu (EMA) đã phê duyệt hai chất ức chế thyrosin kinase (TKI) dùng đường uống, bao gồm caprelsa (vandetanib) vào năm 2011 và cabometyx (cabozantinib) vào năm 2012, để điều trị bệnh nhân tiến triển nặng MTC.8

Ở tất cả những thành viên bị ảnh hưởng trong gia đình có đa u tuyến nội tiết tuýp 2. Việc theo dõi và sàng lọc hàng năm nên bắt đầu từ thời trẻ em.3

PHPT: xét nghiệm máu định lượng canxi ion hoá và PTH đối với bệnh nhân MEN 2A.

PHEO: hỏi triệu chứng, đo huyết áp, nhịp tim, xét nghiệm metanephrine và normetanephrine máu.

Chụp MRI hoặc CT scan bụng để phát hiện u tuỷ thượng thận, lặp lại sau 4 – 5 năm hoặc khi phát hiện nồng độ catecholamine hoặc metanephrine bất thường.

MEN 2 có bản chất là bệnh di truyền, liên quan đến đột biến gen vì thế cho đến hiện nay không có cách nào để phòng ngừa sự xuất hiện của bệnh. Tuy nhiên các xét nghiệm sàng lọc về di truyền sẽ giúp các bác sĩ chẩn đoán sớm và quản lý bệnh một cách hiệu quả hơn.

Nếu trong gia đình có người mắc MEN 2 thì tư vấn xét nghiệm di truyền được khuyến khích cho các thân nhân trực hệ còn lại trong gia đình và bất kì thành viên nào có triệu chứng liên quan.

Ngoài ra, chẩn đoán di truyền trước cấy ghép và lấy mẫu biểu mô màng đệm hoặc chọc ối cũng được sử dụng trong chẩn đoán trước sinh ở những người nghi ngờ.

Đa u tuyến nội tiết tuýp 2là hội chứng di truyền hiếm gặp. Hy vọng thông qua bài viết này, các bạn sẽ có cái nhìn rõ ràng hơn về căn bệnh này. Nếu có các dấu hiệu bất thường nghi ngờ hội chứng này, hãy đến gặp bác sĩ để phát hiện và chẩn đoán kịp thời nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-da-xo-cung-o-nguoi-lon/

Nội dung bài viết

Đa xơ cứng là bệnh gì?

Triệu chứng của bệnh đa xơ cứng

Phân loại bệnh

Chẩn đoán đa xơ cứng

Khi nào cần đi khám?

Điều trị

Đa xơ cứng là một bệnh lý  suy giảm chức năng thần kinh ở não bộ và tủy sống kết hợp với tình trạng hình thành sẹo trên lớp phủ ngoài của các tế bào thần kinh. Trong nhiều trường hợp bệnh làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh rõ rệt, gây cản trở vận động cũng như tác động trực tiếp vào tâm lý khiến người bệnh chán nản và tăng khả năng dẫn tới trầm cảm. Hãy cùng tìm hiểu về bệnh lý đặc biệt này ở bài viết dưới đây của Bác sĩ Ngô Minh Quân.

Đa xơ cứng là bệnh lý dẫn đến các vấn đề về thị giác, tê bì, yếu cơ hoặc các triệu chứng thần kinh khác. Bệnh xảy ra là do hệ miễn dịch của cơ thể tấn công các tế bào thần kinh cũng như làm tổn thương các liên kết thần kinh ở não bộ hoặc tủy sống.

Tình trạng hệ miễn dịch của chúng ta tự tấn công, làm tổn thương chính những tế bào thần kinh trong cơ thể được gọi là “bệnh lý tự miễn”.

Bệnh lý có thể biểu hiện nhiều triệu chứng khác nhau. Mỗi bệnh nhân có thể gặp một hoặc nhiều triệu chứng dưới đây:

Tê bì, ngứa, cảm giác như kim châm chít.

Yếu hoặc co giật cơ, có thể làm cho bệnh nhân té ngã.

Giảm thị lực, đau mặt hoặc cử động mắt bất thường.

Chóng mặt, mất cân bằng, có thể làm cho bệnh nhân té ngã.

Khó khăn trong việc đi lại hoặc nói chuyện.

Tiêu tiểu mất tự chủ.

Giảm khả năng tình dục.

Tăng nhạy cảm với nhiệt độ.

Nhầm lẫn, giảm tư duy.

Hầu hết các bệnh nhân đa xơ cứng biểu hiện một hoặc một vài triệu chứng trên. Tuy nhiên cũng có những bệnh nhân biểu hiện hầu hết các triệu chứng của bệnh.

Bệnh đa xơ cứng thường được gọi tên dựa vào diễn tiến của bệnh lý, từ đó phân loại thành:

Tái phát:Nhóm này triệu chứng liên tục xuất hiện và biến mất. Khi triệu chứng bùng phát, chúng thường kéo dài vài ngày đến hàng tuần trước khi dần trở nên thoái lui. Giữa các đợt bùng phát, bệnh nhân hoàn toàn không xuất hiện triệu chứng của bệnh. Tuy nhiên cũng có một bài bệnh nhân có triệu chứng dai dẳng sau những đợt bùng phát. Tái phát là phân loại thường gặp nhất của bệnh.

Tiến triển thứ phát:Nhóm này triệu chứng bùng phát lần đầu nhưng sau đó diễn tiến nặng nề hơn. Diễn tiến này gặp phải ở nhiều bệnh nhân thuộc nhóm tái phát.

Tiến triển nguyên phát:Nhóm này triệu chứng bùng phát và diễn tiến nặng nề ngày từ lúc đầu tiên

Tái phát tiến triển:nhóm này triệu chứng bùng phát và diễn tiến nặng nề, nhưng sau đó thoái lui và tái phát lại sau đó.

Xem thêm:Đa xơ cứng ở trẻ em

Nếu nghi ngờ bệnh nhân mắc bệnh đa xơ cứng, việc chụp cộng hưởng từ – MRI não bộ và tủy sống là cần thiết. MRI cung cấp những hình ảnh bên trong cơ thể giúp quan sát và nhận biết bất thường.

Phương pháp này cũng giúp phát hiện các tổn thương thần kinh nếu có. Tuy nhiên, có nhiều bệnh nhân không phát hiện bất thường trên MRI mà phải được chẩn đoán thông qua việc theo dõi diễn tiến và lặp lại các xét nghiệm kiểm tra nhiều lần. Ở một số bệnh nhân, bác sĩ có thể chỉ định thêm những xét nghiệm tăng cường việc chẩn đoán bệnh như:

Chọc dò thắt lưng(chọc dò dịch não tủy thắt lưng):đây là thủ thuật lấy mẫu dịch não tủy thông qua kim nhỏ chọc vào vùng thắt lưng. Mẫu dịch não tủy này được mang đi thực hiện các xét nghiệm chuyên biệt để chẩn đoán các bất thường.

Điện thế đáp ứng:đây là quá trình bác sĩ sẽ quan sát các tín hiệu điện ở não bộ và tủy sống. Thông qua việc gắn những điện cực nhỏ ở da, sau đó đánh giá tín hiệu điện khi bệnh nhân nhìn vào ánh sáng, nghe tiếng động hoặc cảm nhận dòng điện nhẹ.

Chụp cắt lớp quang học mắt:Thông qua việc sử dụng những nguồn sáng đặt biệt để khảo sát bên trong nhãn cầu và tìm các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán đa xơ cứng

Nếu bạn có bất cứ triệu chứng nào được liệt kê ở trên và chưa tìm được nguyên nhân của chúng thì nên đến các cơ sở y tế để được thăm khám và chẩn đoán bệnh lý đa xơ cứng

Việc điều trị phụ thuộc nhiều vào phân loại đa xơ cứng bệnh nhân mắc phải. Có nhiều phương pháp điều trị như:

Điều trị tấn công:dành cho những đợt bùng phát đa xơ cứng, bác sĩ có thể cần sử dụng đến kháng viêm steroids. Việc dùng steroids này khác với mục đích của các vận động viên để tăng kích thước cơ bắp, dùng steroid ở bệnh nhân đa xơ cứng với mục đích giảm phản ứng tự miễn qua đó rút ngắn thời gian của đợt bùng phát.

Điều trị phòng ngừa:Có nhiều nhóm thuốc khác nhau có tác dụng ngăn ngừa những đợt tái phát của bệnh nhưng không có khả năng chữa khỏi bệnh hoàn toàn. Hiện nay đã có những loại thuốc thế hệ mới đường uống bệnh nhân có thể dùng tại nhà. Hãy liên hệ bác sĩ điều trị để được tư vấn và chỉ định đúng nhóm thuốc điều trị thích hợp.

Corticosteroides:như prednisone đường uống hoặc methylprednisolone tiêm tĩnh mạch, được dự phòng để giảm viêm thần kinh. Tác dụng phụ có thể có là mất ngủ, tăng huyết áp, thay đổi tâm trạng và giữ nước.

Truyền thay thế huyết tương:Huyết tương là một thành phần của máu, được lấy từ cơ thể và phân tách. Tế bào máu sau đó được trộn với dung dịch protein (albumin) và truyền lại vào cơ thể bạn. Thay thế huyết tương có thể được sử dụng nếu bạn phát hiện triệu chứng sớm, trầm trọng nhưng chưa có đáp ứng với steroids.

Thêm vào đó, việc điều chỉnh quy trình điều trị, chúng ta có thể sử dụng nhiều thuốc mới nhưng hầu hết chúng đều chưa có ở Việt Nam và có nhiều tác dụng phụ. Hiện tại,ghép tế bào gốctự thân hệ tạo máu có thể được sử dụng cho người bệnh đa xơ cứng thể tái phát- thuyên giảm.

Bên cạnh đó việc điều trị triệu chứng của đa xơ cứng cũng rất quan trọng. Do đó hãy thông báo cho bác sĩ điều trị biết những triệu chứng bạn gặp phải

Nếu bạn là bệnh nhânđa xơ cứng, hãy giữ thái độ tích cực. Hầu hết bệnh nhân diễn tiến bệnh rất chậm. Trung bình mất đến nhiều năm trước khi đa xơ cứng diễn tiến trầm trọng. Thêm vào đó các thuốc thế hệ mới hiện nay có tác dụng điều trị rất khả quan đối với bệnh lý đa xơ cứng, giảm triệu chứng đợt bùng phát cũng như ngăn ngừa tốt các đợt tái phát.

Trên đây là những thông tin cơ bản bệnh lý đa xơ cứng. Hy vọng cung cấp được những thông tin bước đầu giúp người đọc dễ dàng tiếp tục tìm hiểu thêm về bệnh lý đặc biệt này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-da-xo-cung-o-tre-em/

Nội dung bài viết

Đa xơ cứng là bệnh gì?

Triệu chứng của bệnh đa xơ cứng

Chẩn đoán đa xơ cứng

Khi nào cần đi khám?

Điều trị

Đa xơ cứng là một bệnh lý  suy giảm chức năng thần kinh ở não bộ và tủy sống kết hợp với tình trạng hình thành sẹo trên lớp phủ ngoài của các tế bào thần kinh. Trong nhiều trường hợp bệnh gặp phải ở trẻ em, làm ảnh hưởng lớn đến sự phát triển thể chất và tâm thần của trẻ. Hãy cùng tìm hiểu về bệnh lý đặc biệt này ở bài viết dưới đây của Bác sĩ Ngô Minh Quân.

Đa xơ cứng ở trẻ em là bệnh lý dẫn đến các vấn đề về thị giác, tê bì, yếu cơ hoặc các triệu chứng thần kinh khác. Bệnh xảy ra là do hệ miễn dịch của cơ thể tấn công các tế bào thần kinh cũng như làm tổn thương các liên kết thần kinh ở não bộ hoặc tủy sống. Tình trạng hệ miễn dịch của chúng ta tự tấn công, làm tổn thương chính những tế bào thần kinh trong cơ thể được gọi là “bệnh lý tự miễn”.

Có nhiều phân loại đa xơ cứng khác nhau, tuy nhiên hầu hết đa xơ cứng gặp ở trẻ em thuộc phân nhóm tái phát. Ở nhóm này, triệu chứng của bệnh liên tục xuất hiện và thoái lui.

Khi trẻ xuất hiện những triệu chứng nặng nề hơn thông thường, đó còn gọi là những đợt bùng phát. Những đợt bùng phát thường kéo dài vài ngày đến vài tuần. Các triệu chứng thường thoái lui chậm chạp. Giữa các đợt bùng phát trẻ thường không xuất hiện triệu chứng và gần như bình thường.

Bệnh lý có thể biểu hiện nhiều triệu chứng khác nhau. Mỗi trẻ có thể gặp một hoặc nhiều triệu chứng dưới đây:

Yếu hoặc co giật cơ, có thể làm cho bệnh nhân té ngã, thường gặp phải ở một nửa người.

Giảm thị lực, đau mặt hoặc cử động mắt bất thường.

Chóng mặt, mất cân bằng, có thể làm cho bệnh nhân té ngã.

Khó khăn trong việc đi lại hoặc nói chuyện.

Tiêu tiểu mất tự chủ.

Tăng nhạy cảm với nhiệt độ.

Nhầm lẫn, giảm tư duy.

Hầu hết các bệnh nhân đa xơ cứng biểu hiện một hoặc một vài triệu chứng trên, tuy nhiên cũng có những bệnh nhân biểu hiện hầu hết các triệu chứng của bệnh.

Nếu nghi ngờ bệnh nhân mắc bệnh đa xơ cứng, bác sĩ sẽ hỏi triệu chứng và thăm khám. Một số xét nghiệm được chỉ định tuy nhiên có thể không phát hiện được ngay dấu hiệu của bệnh ở những lần đầu tiên. Do đó điều quan trọng là cha mẹ nên đưa trẻ đến thăm khám nhiều lần, lặp lại các xét nghiệm có thể giúp ích cho việc chẩn đoán bệnh. Các xét nghiệm, chẩn đoán hình học có thể giúp ích chẩn đoán bao gồm:

Chụp cộng hưởng từ – MRI não bộ và tủy sống là cần thiết.MRIcung cấp những hình ảnh bên trong cơ thể giúp quan sát và nhận biết bất thường. MRI cũng giúp phát hiện các tổn thương thần kinh nếu có. Tuy nhiên có nhiều bệnh nhân không phát hiện bất thường trên MRI mà phải được chẩn đoán thông qua việc theo dõi diễn tiến và lặp lại các xét nghiệm kiểm tra nhiều lần.

Chọc dò thắt lưng(chọc dò dịch não tủy thắt lưng): đây là thủ thuật lấy mẫu dịch não tủy thông qua kim nhỏ chọc vào vùng thắt lưng. Mẫu dịch não tủy này được mang đi thực hiện các xét nghiệm chuyên biệt để chẩn đoán các bất thường.

Điện thế đáp ứng: đây là quá trình bác sĩ sẽ quan sát các tín hiệu điện ở não bộ và tủy sống. Thông qua việc gắn những điện cực nhỏ ở da, sau đó đánh giá tín hiệu điện khi bệnh nhân nhìn vào ánh sáng, nghe tiếng động hoặc cảm nhận dòng điện nhẹ.

Nếu trẻ có bất cứ triệu chứng nào được liệt kê ở trên và chưa tìm được nguyên nhân của chúng thì nên đến các cơ sở y tế để được thăm khám và chẩn đoán bệnh lý đa xơ cứng.

Hiện chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu cho bệnh lý đa xơ cứng, kể cả ở trẻ em cũng nhưngười lớn. Tuy nhiên có nhiều phương pháp điều trị triệu chứng và đợt bùng phát của bệnh.

Kháng viêm steroids. Việc dùng steroids này khác với mục đích của các vận động viên để tăng kích thước cơ bắp, dùng steroid ở bệnh nhân đa xơ cứng trẻ em với mục đích giảm phản ứng tự miễn qua đó rút ngắn thời gian của đợt bùng phát.

Điều trị phòng ngừa: Có nhiều nhóm thuốc khác nhau có tác dụng ngăn ngừa những đợt tái phát của bệnh nhưng không có khả năng chữa khỏi bệnh hoàn toàn. Hiện nay đã có những loại thuốc thế hệ mới đường uống bệnh nhân có thể dùng tại nhà. Hãy liên hệ bác sĩ điều trị để được tư vấn và chỉ định đúng nhóm thuốc điều trị thích hợp.

Điều trị triệu chứng của đa xơ cứng cũng rất quan trọng. Nhiều trẻ em mang bệnh lý đa xơ cứng thường mệt mỏi, ảnh hưởng đến phát triển tâm vận cũng như trầm cảm, co giật cơ, chậm phát triển trí tuệ. Do đó hãy thông báo cho bác sĩ điều trị biết những triệu chứng trẻ gặp phải để lựa chọn được biện pháp điều trị phù hợp.

Nếu bạn là cha mẹ của những trẻ em mắc bệnh nhân đa xơ cứng, hãy cùng trẻ giữ thái độ tích cực. Hầu hết bệnh nhân diễn tiến bệnh rất chậm. Trung bình mất đến nhiều năm trước khi đa xơ cứng diễn tiến trầm trọng. Thêm vào đó các thuốc thế hệ mới hiện nay có tác dụng điều trị rất khả quan đối với bệnh lý đa xơ cứng, giảm triệu chứng đợt bùng phát cũng như ngăn ngừa tốt các đợt tái phát.

Trên đây là những thông tin cơ bản bệnh lýđa xơ cứng ở trẻ em. Hy vọng cung cấp được những thông tin bước đầu giúp người đọc dễ dàng tiếp tục tìm hiểu thêm về bệnh lý đặc biệt này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/di-tieu-ra-tinh-trung/

Nội dung bài viết

Cơ chế ngăn tinh trùng không lẫn vào nước tiểu

Những nguyên nhân khiến nam giới đi tiểu ra tinh trùng

Tình trạng xuất tinh ngược dòng là gì?

Biện pháp ngăn ngừa xuất tinh ngược dòng?

Điều trị xuất tinh ngược dòng như thế nào?

Một số vấn đề cần biết

Kết luận

Thông thường, việc đi tiểu ra tinh trùng là bất khả thi. Đơn giản vì dương vật của nam giới sẽ siết chặt niệu đạo lại khi người nam phóng tinh. Hoặc sẽ không phóng tinh khi đang đi tiểu. Do đó, việc tinh trùng nằm trong nước tiểu hoàn toàn là một bất thường. Hãy cùng tìm hiểu những vấn đề: Cơ chế làm cho tinh trùng sẽ không nằm trong nước tiểu? Những nguyên nhân nào phá vỡ cơ chế này? Ảnh hưởng của việc này lên nam giới như thế nào? Cuối cùng là các phương pháp điều trị hiệu quả.

Vị trí tại cổbàng quangvàniệu đạocó cấu tạo giống cánh cửa. Và tất nhiên, cánh cửa này có khả năng đóng mở rất linh hoạt. Khi đang giao hợp, cánh cửa này sẽ đóng lại, ngăn chặn nước tiểu ra ngoài. Khả năng này sẽ đi cùng sự co thắt của túi tinh. Túi chứa tinh trùng tạo ra một lực đẩy mạnh đưatinh trùngqua lỗ tiểu (lỗ sáo) chứ không đi ngược vào bàng quang.

Thông thường, các bác sĩ sẽ chia thành 2 nhóm:

Đại thể: Lượng tinh trùng, tinh dịch tương đối nhiều trong nước tiểu, do đó có thể thấy nước tiểu thay đổi màu sắc. Lúc này nước tiểu sẽ có lợn cợn màu trắng.

Vi thể: Lượng tinh trùng, tinh dịch ít. Đương nhiên sẽ không thấy nước tiểu thay đổi màu. Việc phát hiện tinh trùng có trong nước tiểu hay không sẽ dựa vào xét nghiệp qua kính hiển vi.

Ngoài ra, khi biểu hiện của việc này trở nên trầm trọng, lượng tinh dịch khi phóng sẽ bị ít hẳn đi. Người phụ nữ có thể cảm thấy bị “khô” sau giao hợp.

Rối loạn chức năng của “cánh cửa” bàng quang – niệu đạo là cơ chế gây ra hiện tượng này chủ yếu.

Có 3 nhóm nguyên nhân gây ra hiện tượng này là:

Tổn thương dây thần kinh điều khiển “cánh cửa”.

Ảnh hưởng chính bản thân của “cánh cửa”.

Sự kết hợp của 2 nhóm nguyên nhân trên.

Đây là một nhóm nguyên nhân thường gặp, lên đến 1/3 nam giới bịđái tháo đườnggặp các rối loạn tình dục do bệnh đái tháo đường gây ra. Tương ứng với việc kiểm soát đường huyết có tốt hay không, nếu kiểm soát kém thì càng dễ gặp các rối loạn tình dục. Do đó, bệnh nhân bị đái tháo đường nên tuân thủ điều trị của bác sĩ ngoài việc bảo vệ sức khoẻ còn giúp bảo vệ hạnh phúc gia đình.

Đây cũng là một trong những nguyên nhân chính yếu làm xuất hiện tinh trùng trong nước tiểu. Nguyên nhân chủ yếu của việc này là do tổn thương các dây thần kinh gần đó. Việc này tương đối khó kiểm soát do thường các phẫu thuật thuộc nhóm này là phẩu thuật lớn, khó tránh các biến chứng nhỏ.

Các dây thần kinh điều khiển quá trình cương, phóng tinh của nam giới xuất phát từ các dây thần kinh ở vùng cột sống thắt lưng, do đó việc phẫu thuật hoặc chấn thương ở đây có thể làm rối loạn chức năng tình dục của bệnh nhân. Từ đó dẫn đến tình trạngđi tiểu ra tinh trùngở nam giới.

Nguyên nhân này tương đối dễ hiểu, các chấn thương trực tiếp, ảnh hưởng đến cánh cửa sẽ làm rối loạn khả năng “đóng – mở”. Ngoài các chấn thương từ bên ngoài, việc phẫu thuật, cắt u tuyến tiền liệt, cũng có khả năng gây ra việc này.

Đây là nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp.

Điều trị phì đại lành tính tuyền tiền liệt.

Hỗ trợ điều trị sỏi niệu quản.

Trong các loại này, thì Silodosin dễ làm xuất hiện tinh trùng trong nước tiểu hơn các loại khác.

Các tác dụng phụ khác của các thuốc chẹn alpha:

Chóng mặt khi đổi tư thế từ nằm sang ngồi hoặc ngồi sang đứng.

Đau đầu.

Tiêu chảy.

Đau bụng.

Yếu cơ.

Viêm mũi họng, viêm xoang.

SSRI là một trong các thuốc điều trị các rối loạn tâm thần thường gặp. Chủ yếu là các rối loạn trầm cảm. Ngoài tác dụng phụ gây ra các rối loạn tình dục thì SSRI còn có một số tác dụng phụ có thể kể đến như:

Đau đầu.

Chóng mặt.

Buồn nôn.

Tiêu chảy.

Khô miệng.

Sụt cân.

Mất ngủ.

Đây là một hội chứng thường được biết đến với việc có lượng lớn tinh trùng nằm bên trong bàng quang sau xuất tinh. Gọi là một hội chứng vì thực tế có rất nhiều nguyên nhân có thể gây ra xuất tinh ngược dòng.

Bệnh lý này trên thực tế rất ít gặp. Tuy nhiên ở nhóm đối tượng nam giới bị vô sinh thì đây này lại là nguyên nhân chủ yếu. Trong hầu hết các trường hợp, chẩn đoán sẽ được thực hiện bởi bác sĩ hiếm muộn hoặc bác sĩ tiết niệu.

Lịch sử bệnh của bạn.

Phẫu thuật trước đó.

Tình trạng các lần quan hệ tình dục trước đây.

Các loại thuốc đang dùng hiện tại.

Sau đó, bác sĩ sẽ đề nghị bạn thực hiện một cuộc kiểm tra thể chất kỹ lưỡng. Việc chẩn đoán thường được xác nhận nếu nhiều tinh trùng được tìm thấy trong mẫu nước tiểu đầu tiên sau khi bệnh nhân xuất tinh.

Vấn đề này kéo dài bao lâu tùy thuộc vào tác nhân gây bệnh. Nếu xuất tinh ngược của bạn là tác dụng phụ của thuốc, vấn đề có thể biến mất khi bác sĩ chuyển bạn sang một loại thuốc khác. Mặt khác, nếu xuất tinh ngược dòng là do tổn thương thần kinh hoặc cơ nghiêm trọng, tình trạng này có thể là vĩnh viễn.

Hiện nay có các hình thức phẫu thuật cải tiến, xâm lấn tối thiểu đối với tuyến tiền liệt (không phải điều trị ung thư). Những liệu pháp này có thể gây ra xuất tinh ngược ít hơn so với các thủ thuật tiêu chuẩn đã ra đời từ lâu.

Cắt đốt tuyến tiền liệt bằng kim qua niệu đạo (TUNA).

Liệu pháp nhiệt vi sóng qua niệu đạo (TUMT).

Các thủ thuật – phẩu thuật này gây ra ít trường hợp xuất tinh ngược hơn. Tuy nhiên, chúng có thể không phù hợp với tất cả bệnh nhân. Do đó, hãy hỏi kỹ lưỡng bác sĩ của bạn về các tai biến có thể khi phẩu thuật để lựa chọn phương pháp điều trị cho bản thân phù hợp.

Hầu hết những người đàn ông bị xuất tinh ngược không cần điều trị cụ thể. Nếu tình trạngđi tiểu ra tinh trùnglà tác dụng phụ của thuốc, bác sĩ có thể chuyển bạn sang một loại thuốc khác không gây ra tác dụng phụ này.

Người thân, vợ hoặc bạn gái có thể khuyên cánh mày râu rằng đây không phải là một bệnh lý nghiêm trọng. Đồng thời, việc giải tỏa căng thẳng sẽ giúp điều trị đạt hiệu quả cao.

Nếu xuất tinh ngược dòng của bạn là tác dụng phụ của thuốc, bác sĩ có thể sẽ chuyển bạn sang một loại thuốc không ảnh hưởng đến xuất tinh.

Nếu xuất tinh ngược của bạn có vẻ liên quan đến vấn đề thần kinh hoặc “cánh cửa” ở mức độ nhẹ. Lúc này bác sĩ sẽ điều trị cho bạn bằng một loại thuốc – chẳng hạn như pseudoephedrine (được bán dưới nhiều tên thương hiệu) hoặc imipramine (Tofranil) – giúp cải thiện việc “đóng – mở” cửa tại lối vào bàng quang.

Nếu hiện tượng xuất tinh ngược của bạn là kết quả của một tổn thương nghiêm trọng đối với các dây thần kinh hoặc “cánh cửa” của bàng quang, thì khó có thể thể khôi phục khả năng xuất tinh bình thường.

Trường hợp này, người bệnh sẽ cần sự hỗ trợ từ các chuyên gia sinh sản. Chuyên gia sinh sản sẽ thu thập tinh trùng từ nước tiểu của bạn và sử dụng tinh trùng đã “rửa sạch” để chuẩn bị cho một quy trình hỗ trợ sinh sản.

Trong các trường hợp xuất tinh ngược, 3 phương pháp hỗ trợ sinh sản thường gặp là:

Thụ tinhtrong tử cung (sử dụng ống thông nhỏ để đặt tinh trùng đã rửa vào bên trong tử cung của bạn tình vào thời điểm rụng trứng). Có thể kèm theo kích thích trứng rụng ở người nữ.

Thụ tinh trong ống nghiệm (ấp trứng và tinh trùng với nhau trong phòng thí nghiệm để tạo ra sự thụ tinh).

Tiêm tinh trùng vào tế bào chất (tiêm một tinh trùng vào trứng của bạn tình để thụ tinh).

Vấn đề có thể là do việc sản xuất tinh trùng của nam giới có vấn đề. Cũng có thể do các bệnh lý gần đó ngăn không cho tinh trùng vào niệu đạo nam.

Dĩ nhiên điều này có thể dẫn đến căng thẳng cho bạn và bạn tình. Xuất tinh ngược dòng có thể trở nên đặc biệt khó khăn nếu bạn và bạn đời muốn thụ thai khi một trong hai người bị stress.

Khi muốn điều trị tình trạngđi tiểu ra máu, người bệnh cần đi khám ở những cơ sở y tế uy tín, chuyên khoa. Đồng thời, nam giới cũng nên đưa bạn tình cùng đi khám để tầm soát những căn bệnh nguy hiểm.

Bạn cũng nên trao đổi kỹ lưỡng với bác sĩ về những phương pháp điều trị và thể trạng của bản thân; từ đó, lựa chọn cho mình phương pháp điều trị hợp lý.

Đi tiểu ra tinh trùnglà một hiện tượng bất thường do nhiều nguyên nhân gây ra. Việc xuất hiện tinh trùng trong nước tiểu có thể rất ít, không ảnh hưởng gì. Nhưng ngược lại, nó cũng có thể xuất hiện rất nhiều, làm đổi màu nước tiểu. Hội chứng này có tên gọi là “Xuất tinh ngược dòng.” Do có nhiều nguyên nhân cụ thể gây ra, nên tuỳ thuộc vào nguyên nhân mà sẽ có phương pháp điều trị khác nhau.

Khi tình trạng bệnh lý quá nặng, không hồi phục được, người nam muốn có con cần tìm gặp bác sĩ chuyên khoa hiếm muộn để được tư vấn và điều trị.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/do-mo-hoi-dem/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân đổ mồ hôi đêm

Dấu hiệu cho thấy đổ mồ hôi đêm là bất thường

Điều trị ra mồ hôi ban đêm

Phòng ngừa ra mồ hôi ban đêm

Bạn hay bị đổ mồ hôi đêm trong khi thời tiết mát mẻ và phòng ngủ không bí bách? Đây là một triệu chứng khá phổ biến ở phụ nữ mãn kinh. Tuy nhiên chúng cũng có thể do một số bệnh lý khác. Hầu hết các trường hợp, ra mồ hôi vào ban đêm không phải là một dấu hiệu gì quá nghiêm trọng. Vậy tình trạng này là gì? Nguyên nhân do đâu? Cùng tìm hiểu chủ đề đổ mồ hôi đêm qua bài viết dưới đây của Bác sĩ Phan Văn Giáo.

Ra mồ hôi là phản ứng sinh lý bình thường của cơ thể để điều hòa thân nhiệt. Khi nhiệt độ tăng cao, vùng dưới đồi – vùng điều hòa nhiệt độ của não sẽ kích thích tuyến mồ hôi hoạt động. Từ đó, làm mát cơ thể thông qua hoạt động bài tiết mồ hôi.

Việc bạn ra mồ hôi ban đêm có thể vì thời tiết quá nóng hoặc phòng ngủ bí bách. Ngoài ra còn một tình trạng sinh lý khác làm ra mồ hôi đêm đó là thời kỳ mãn kinh.

Trong thời kỳ mãn kinh, đa số phụ nữ sẽ có tình trạng “cơn bốc hỏa” và ra mồ hôi vào ban đêm. Một số dấu hiệu khác của kỳ mãn kinh là:

Đau khi giao hợp do âm đạo khô.

Nóng ran.

Mất ngủ.

Tâm trạng luôn thay đổi

Lo lắng nhiều.

Hay quên hoặc mất tập trung.

Đối với nam giới, ra mồ hôi ban đêm sinh lý có thể vì mức testosterone thấp.

Nếu ra mồ hôi vào ban đêm đêm không phải vì những nguyên nhân sinh lý trên thì có thể là bạn đã mắc các bệnh lý sau:

Đây là hội chứng liên quan đến rối loạn thần kinh thực vật. Đối với tăng tiết mồ hôi tự phát có thể không rõ nguyên nhân. Người bệnh khi có hội chứng này không chỉ đổ mồ hôi ban đêm mà cả ban ngày. Khi có những cảm xúc mạnh như: lo lắng, hồi hộp, xúc động… đều có thể gây đổ mồ hôi. Khi ngủ, những giấc mơ cũng có thể khiến bạn đổ mồ hôi.

Đổ mồ hôi đêm có thể do các bệnh nhiễm trùng như:

Bệnh lao, lao phổi, bệnh nhiễm khuẩn khác.

Viêm nội tâm mạc.

Viêm tủy xương(viêm xương).

Áp-xe… có thể gây tiết mồ hôi vào ban đêm.

HIV cũng làm cho người bệnh ra mồ hôi vào ban đêm. Ngoài ra còn có các dấu hiệu khác như: sốt về chiều, kém ăn, sút cân…

Đổ mồ hôi đêm có thể là một dấu hiệu sớm của bệnh ung thư. Ung thư phổ biến nhất làm cho ra mồ hôi vào ban đêm là ung thư máu thể lymphoma. Đây là loại ung thư bạch cầu ác tính.

Một số loại thuốc có thể dẫn đến đổ mồ hôi đêm ví dụ như:

Thuốc chống trầm cảm.

Thuốc giảm đau.

Thuốc kháng sinh.

Thậm chí các chất kích thích như nicotine, caffeine cũng làm tăng tiết mồ hôi vào ban đêm bởi chúng tác động lên não.

Khi lượng đường dưới 70 mg/dL khiến tế bào không đủ glucose để hoạt động. Đặc biệt là tế bào não. Do đó có triệu chứng vã mồ hôi. Nặng hơn có thể có dấu hiệu rối loạn tri giác. Trong trường hợp này, nên đưa bệnh nhân đến các cơ sở y tế gần nhất.

Bạn bị ra mồ hôi ban đêm có thể vì bị rối loạn hormone. Một số bệnh liên quan là:

Ung thư nang thượng thận (pheochromocytoma).

U của tuyến nội tiết thần kinh – carcinoid.

Cường giáp.

Một trong những nguyên nhân gây đổ mồ hôi đêm khá hiếm là bệnh thần kinh, bệnh rỗng tủy sống – syringomyelia.

Tùy theo nguyên nhân gây tiết mồ hôi vào ban đêm, các triệu chứng khác có thể đi kèm là:

Sốt, run và ớn lạnh.

Sụt cân.

Ho.

Tiêu chảy.

Khô âm đạo, bốc hỏa vào ban ngày và thay đổi tâm trạng. (do mãn kinh).

Ra mồ đêm nguyên nhân từ thuốc thường đi kèm với các tác dụng phụ khác của thuốc đó. Triệu chứng sẽ tùy vào loại thuốc mà bạn sử dụng.

Việc điều trị ra mồ hôi vào ban đêm phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh:

Ra mồ hôi vào ban đêm bởi thời kỳ mãn kinh, có thể dùng liệu pháp hormone để giúp kiểm soát các “cơn bốc hỏa”. Có thể giúp giảm bớt các triệu chứng khác của kỳ mãn kinh.

Nếu nguyên nhân là nhiễm trùng bác sĩ có thể kê đơn thuốc kháng sinh, thuốc kháng virus. Điều trị hóa trị, xạ trị và phẫu thuật nếu nguyên nhân do ung thư.

Thay thế thuốc khác nếu nguyên nhân do thuốc.

Bạn cũng cần ngưngcaffeinenếu nguyên nhân do các chất kích thích.

Để giảm nguy cơ tăng tiết mồ hôi vào ban đêm, bạn có thể:

Hạn chế uống rượu và các chất kích thích như caffeine.

Hạn chế hút thuốc lá.

Giữ phòng ngủ ở nhiệt độ dễ chịu.

Hạn chế ăn thức ăn cay hoặc uống đồ uống ấm sát giờ ngủ.

Chăm sóc y tế kịp thời nếu nghi ngờ mình bị nhiễm trùng hoặc mắc bệnh khác.

Đa số dấu hiệuđổ mồ hôi đêmlà tình trạng sinh lý bình thường. Nhưng nếu nghi ngờ do các bệnh lý khác, bạn hãy nhanh chóng đến gặp bác sĩ để được tư vấn. Hy vọng qua bài viết trên, bạn đã hiểu được phần nào triệu chứng đổ mồ hôi của mình và có cách xử trí thích hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/be-do-mo-hoi-lanh/

Nội dung bài viết

Đổ mồ hôi lạnh là gì?

Nguyên nhân bé đổ mồ hôi lạnh

Ba mẹ nên làm gì khi bé đổ mồ hôi lạnh?

Trẻ ra mồ hôi, tay chân lạnh khiến các bậc cha mẹ lo lắng. Ngoài triệu chứng bé đổ mồ hôi lạnh, có thể kèm theo một số dấu hiệu khác. Những dấu hiệu này cảnh báo một bệnh lý tiềm ẩn. Vậy chứng đổ mồ hôi lạnh ở trẻ là gì? Tại sao lại có tình trạng này? Cha mẹ nên làm gì khi trẻ toát mồ hôi lạnh? Mời bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Lê Chí Hiếu tìm hiểu chủ đề này qua bài viết dưới đây nhé.

Đổ mồ hôi lạnh là tình trạng bé ra mồ hôi nhưng da bé lại có cảm giác ẩm ướt hoặc lạnh. Vị trí ra mồ hôi lạnh thường gặp nhất là lòng bàn tay, và lòng bàn chân.

Việc đổ mồ hôi là bình thường nếu trẻ đang ở trong môi trường có nhiệt độ cao. Hoặc khi bé hoạt động thể chất, cơ thể cũng bài tiết mồ hôi.

Khi bé đổ mồ hôi lạnh, cha mẹ cần chú ý thêm đến các triệu chứng khác của trẻ. Vì những triệu chứng ấy có thể gợi ý nguyên nhân gây ra đổ mồ hôi cho trẻ.

Bé bị đổ mồ hôi lạnh có thể là do nguyên nhân sinh lý hoặc nguyên nhân bệnh lý

Ở trẻ, hệ thần kinh điều tiết mồ hôi hoạt động chưa ổn định. Do đó, tay chân có thể lạnh và tiết nhiều mồ hôi. Chứng đổ mồ hôi lạnh này có thể hết khi trẻ lớn hơn. Hoặc có thể trẻ vẫn sẽ bị đổ mồ hôi lạnh đến tuổi trưởng thành. Khi đó, nếu trẻ cảm thấy bất tiện trong sinh hoạt thì cha mẹ có thể cân nhắc cho trẻ điều trị.

Thiếu một vài dưỡng chất thiết yếu, đặc biệt là canxi có thể khiến bé đổ mồ hôi lạnh. Tuy nhiên, để biết chính xác, cha mẹ cần theo dõi theo dõi thêm các biểu hiện khác đi kèm ở trẻ. Chẳng hạn:

Trẻ thường xuyên quấy khóc.

Bé hay giật mình, ngủ không ngon…

Những trẻ thiếu các dưỡng chất cũng thường bị ra mồ hôi nhiều ở vùng trán, vùng gáy. Tình trạng này có kể cả khi trời lạnh và đặc biệt là trong lúc ngủ.

Bé đổ mồ hôi lạnh có thể là dấu hiệu cảnh báo các bệnh lý:

Nhiễm trùng có thể khiến bé đổ mồ lạnh. Nguyên nhân có thể do vi khuẩn hoặc virus gây ra. Nặng hơn có thể dẫn đến tình trạng nhiễm trùng huyết. Nếu tình trạng này không được chữa trị kịp thời sẽ đe dọa đến tính mạng.

Ngoài đổ mồ lạnh, bé bị nhiễm trùng sẽ có thêm các biểu hiện sau:

Sốt cao (> 38°C).

Bé quấy khóc do lạnh run.

Mạch đập nhanh.

Bé đổ mồ hôi lạnh có thể là dấu hiệu cảnh báo bệnh tim mạch ở trẻ. Ngoài ra còn có các triệu chứng:

Trẻ hay ho, khó thở khi bú sữa.

Trẻ thường cảm thấy lạnh.

Ngón tay, ngón chân tím tái.

Trẻ chậm tăng cân, hay quấy khóc ban đêm.

Chỉ số huyết áp bình thường của trẻ tùy thuộc vào độ tuổi, giới tính, chiều cao. Khi huyết áp thấp, tim, não và các bộ phận khác của cơ thể không nhận đủ máu. Từ đó khiến bé đổ mồ hôi lạnh.

Có rất nhiều nguyên nhân gây huyết áp thấp ở trẻ. Trong đó có:

Mất nước.

Thiếu máu.

Suy thượng thận.

Sốc.

Hạ huyết áp ở trẻ em rất nguy hiểm nếu không được chữa trị kịp thời. Do đó, các bác sĩ nên đo huyết áp cho trẻ từ 3 tuổi trở lên.

Việc bé đổ mồ hôi lạnh không chỉ khiến cho bố mẹ lo lắng mà còn ảnh hưởng đến cuộc sống của trẻ. Ví dụ trẻ ngủ không ngon giấc, tăng nguy cơ mắc các bệnh về đường hô hấp.

Cha mẹ có thể giúp tình trạng đổ mồ hôi lạnh của con cải thiện hơn bằng cách:

Vitamin Dlà dưỡng chất quan trọng trong quá trình tạo xương. Vitamin D còn có nhiều vai trò khác trong quá trình phát triển của trẻ. Vì vậy, việc bổ sung vitamin D cho trẻ là rất cần thiết.

Cha mẹ có thể bổ sung vitamin D cho trẻ bằng cách:

Xây dựng chế độ ăn uống đa dạng, chứa nhiều loại thực phẩm giàu vitamin D.

Thường xuyên cho trẻ tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Cách tốt nhất là cho trẻ tắm nắng vào sáng sớm. Lưu ý là chỉ để da của bé tiếp xúc với ánh nắng. Không nên để mắt trẻ tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng mặt trời.

Nhỏ giọt vitamin D. Cách này cần tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi thực hiện.

Xem thêm:Vitamin D và những vấn đề liên quan đến sức khỏe của bé

Đối với những trẻ dưới 6 tháng tuổi nên cho trẻ bú sữa mẹ. Vì sữa mẹ là nguồn dinh dưỡng dồi dào nhất đối với trẻ ở giai đoạn này.

Khi trẻ bước sang giai đoạn ăn dặm (từ 6 tháng tuổi), nên cho trẻ ăn nhiều thực phẩm chứa protein, carbohydrate, canxi và axit amin. Đây là những dưỡng chất thiết yếu đối với quá trình tăng trưởng và phát triển của trẻ.

Bổ sung canxi trong các thực phẩm như:

Sữa và các chế phẩm từ sữa.

Hải sản: tôm, cá…

Các loại trái cây: chuối, táo,..

Các loại quả: hạnh nhân

Ngoài ra cũng có thể bổ sung canxi bằng viên uống. Nhưng cha mẹ hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ trước khi dùng để được hướng dẫn chi tiết nhất.

Bé đổ mồ hôi lạnhcó thể do nguyên nhân sinh lý hoặc bệnh lý. Nếu do nguyên nhân sinh lý, bố mẹ cần thay đổi cách chăm sóc và chế độ dinh dưỡng để cải thiện. Còn nếu do bệnh lý, cha mẹ nên sớm đưa con đi khám bác sĩ để kiểm tra chính xác. Để từ đó được tư vấn cách chăm sóc phù hợp và hiệu quả.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-do-mo-hoi-toan-than/

Nội dung bài viết

Đổ mồ hôi toàn thân là gì?

Nguyên nhân gây đổ mồ hôi toàn thân

Những bất lợi của tình trạng đổ mồ hôi toàn thân

Cách chữa trị đổ mồ hôi toàn thân

Một số lưu ý khi điều trị đổ mồ hôi toàn thân

Đổ mồ hôi là hoạt động sinh lý bình thường của cơ thể giúp cân bằng nhiệt độ và loại bỏ các độc tố. Tuy nhiên, nếu đổ nhiều mồ hôi oàn thân sẽ gây mất nước và điện giải. Điều này khiến cơ thể mệt mỏi và làm tăng nguy cơ mắc các bệnh ngoài da. Đồng thời, cũng làm cơ thể có mùi khó chịu. Vậy bệnh đổ mồ hôi toàn thân là gì? Nguyên nhân ra mồ hôi toàn thân là gì và cách chữa trị ra sao? Mời bạn đọc cùng tìm hiểu chủ đề này trong bài viết sau của Bác sĩ Phan Văn Giáo.

Việc cơ thể đổ mồ hôi nhiều là tình trạng cơ thể ướt đẫm mồ hôi. Tình trạng đổ mồ hôi này không liên quan đến thời tiết hay vận động. Ngoài ra, người mắcbệnh đổ mồ hôi toàn thâncó thể cảm thấy một số biểu hiện như:

Mồ hôi ra nhiều hơn ở một số bộ phận: nách, lưng, lòng bàn tay, bàn chân.

Da xanh, nhợt nhạt, thậm chí nhăn nheo nếu đổ mồ hôi quá nhiều.

Gót chân bị nứt và đóng vảy.

Lòng bàn tay, bàn chân hay có cảm giác ngứa, lạnh, khô.

Ra mồ hôi toàn thân nhiều khiến người bệnh tự ti, ngại khi thực hiện các hoạt động giao tiếp xã hội. Lâu dần có thể khiến người bệnh thay đổi tính cách và trở lên cô lập. Thậm chí có trường hợp dẫn đến trầm cảm.

Hệ thần kinh sẽ tự động kích hoạt tuyến mồ hôi khi nhiệt độ cơ thể tăng lên. Đổ mồ hôi cũng thường xảy ra, đặc biệt là trên lòng bàn tay của bạn, khi bạn lo lắng.Bệnh đổ mồ hôi toàn thâncó thuật ngữ y khoa là hyperhidrosis thứ phát. Tình trạng hyperhidrosis nguyên phát thường chỉ gây đổ mồ hôi ở một phần trên cơ thể.

Chứng hyperhidrosis thứ phát xảy ra do một tình trạng bệnh lý khác. Đây là loại ít phổ biến hơn.

Các bệnh lý có thể dẫn đến bệnh đổ mồ hôi toàn thân bao gồm:

Bệnh tiểu đường.

“Cơn bốc hỏa” trong thời kỳ mãn kinh.

Các bệnh lý về tuyến giáp.

Hạ đường huyết.

Một số loại ung thư.

Đau tim.

Rối loạn hệ thần kinh.

Nhiễm trùng.

Một số loại thuốc cũng có thể dẫn đến đổ mồ hôi toàn thân.

Ngoài những yếu tố kể trên, việc tiêu thụ nhiều thực phẩm cay nóng, các chất kích thích, chất béo cũng là nguyên nhân khiến cơ thể đổ mồ hôi nhiều. Bệnh đổ mồ hôi toàn thân không phân biệt đàn ông hay phụ nữ. Nhiều người cho rằng chỉ có đàn ông lao động, thể dục thể thao nhiều mới bị ra nhiều mồ hôi. Song thực tế cho thấy, khi bỏ qua các tác nhân kể trên thì cả hai giới vẫn có thể ra nhiều mổ hôi dù hoạt động ít.

Tình trạng tồi tệ nhất mà ngườibệnh đổ mồ hôi toàn thâncó thể gặp phải là trầm cảm. Những bất lợi khác thường gặp của tình trạng này là:

Da bị phát ban, dễ mẩn ngứa do nhiễm trùng. Trẻ em đổ nhiều mồ hôi toàn thân hay bị rôm sảy, nổi sần trên da.

Cơ thể dễ nhiễm nấm. Vị trí phổ biến nhất là vùng bẹn, các nếp gấp da giữa các đốt ngón tay, ngón chân.

Mất nước. Đổ mồ hôi quá nhiều dẫn đến mệt mỏi, mất nước, chóng mặt thường xuyên.

Tăng tiết mồ hôi xảy ra khi hệ thần kinh giao cảm bị hưng phấn quá mức. Khiến tăng giải phóng chất hóa học kích thích tuyến mồ hôi hoạt động không kiểm soát. Do đó, một số loại thuốc như thuốc kháng cholinergic, thuốc chẹn beta ức chế hệ giao cảm có thể được sử dụng trong điều trịbệnh đổ mồ hôi toàn thân.

Đây chỉ được xem là giải pháp cấp bách tạm thời. Bởi tình trạng đổ mồ hôi sẽ tái diễn nếu ngừng thuốc. Đồng thời, người bệnh còn có nguy cơ gặp phải nhiều tác dụng phụ như: khô miệng, bí tiểu, táo bón, nhìn mờ, nhịp tim nhanh…

Chất chống mồ hôi giúp giảm mùi cơ thể và cải thiện tình trạng đổ mồ hôi toàn thân. Các loại chất chống mồ hôi sẽ được dùng cho từng vùng cơ thể nhất định. Điều này có nghĩa là bạn không thể sử dụng chất chống mồ hôi chân cho vùng nách hoặc ngược lại. Ngoài những loại chất chống mồ hôi thông thường, bác sĩ có thể kê một số loại thuốc chống mồ hôi theo đơn.

Độc tố botulinum ngăn cản phóng thích các chất dẫn truyền thần kinh. Từ đó sẽ ngăn chặn tuyến mồ hôi được bài tiết. Hiệu quả của tiêm botox trong điều trị mồ hôi tay, chân và các bộ phận trên cơ thể tương đối cao (trên 80%). Tác dụng kiểm soát mồ hôi có thể kéo dài từ 6 đến 12 tháng.

Tuy nhiên tiêm Botox có những tác dụng không mong muốn là:

Đau tại vị trí tiêm.

Yếu cơ tạm thời.

Hiệu quả kiểm soát mồ hôi chỉ kéo dài một thời gian. Tình trạng có thể tái diễn sau đó. Vì vậy cần phải thực hiện nhiều lần mới đem lại tác dụng lâu dài. Người mắc các bệnh lý rối loạn thần kinh như yếu cơ xương, phụ nữ mang thai và cho con bú không thể thực hiện thủ thuật này.

Phẫu thuật có thể đem lại hiệu quả gần như 100%, giảm thời gian điều trị bệnh vì chỉ cần phẫu thuật 1-2 lần. Phương pháp phẫu thuật thường sử dụng là cắt hạch giao cảm. Bác sĩ phẫu thuật sẽ cắt, đốt các dây hay hạch thần kinh kiểm soát tiết mồ hôi ở khu vực bị đổ mồ hôi nhiều.

Việc giảm tiết mồ hôi sau phẫu thuật có thể kích hoạt tăng tiết mồ hôi ở khu vực khác. Đây gọi là tình trạng tăng tiết mồ hôi bù trừ. Và người bệnh có thể phải đối diện với nhiều biến chứng. Chi phí phẫu thuật cũng khá cao. Do đó đây là phương pháp thực hiện cuối cùng khi các phương pháp khác không đem lại hiệu quả.

Có rất nhiều bài thuốc dân gian chữabệnh đổ mồ hôi toàn thântừ thiên nhiên như sử dụng gừng,lá trầu không,phèn chua. Ưu điểm của những cách này là nguyên liệu dễ kiếm, dễ làm. Tuy nhiên tùy cơ địa của từng người mà thời gian cho kết quả khác nhau. Hơn nữa các phương pháp này đòi hỏi tính kiên trì cao khi thực hiện.

Khi điều trị bệnh đổ mồ hôi toàn thân, người bệnh cũng cần đặc biệt lưu tâm đến chế độ ăn uống, sinh hoạt hằng ngày. Vì đây cũng là yếu tố quan trọng có ảnh hưởng đến kết quả điều trị và phòng ngừa tái phát. Dưới đây là một số điều bạn cần lưu ý:

Bổ sung thực phẩm giàu vitamin B giúp ổn định thần kinh: ngũ cốc nguyên hạt, thịt trắng, trứng, rau xanh, quả tươi.

Tắm rửa, thay quần áo, tất, giày dép thường xuyên.  Lựa chọn những trang phục đơn giản, rộng rãi thấm mồ hôi tốt để giữ bề mặt da thoáng mát.

Uống nhiều nước, uống thêm nước ép rau quả để làm mát cơ thể.

Hạn chế sử dụng các chất kích thích: rượu, bia, thuốc lá, cà phê, món ăn cay.

Giữ tinh thần thư giãn, thoải mái, tránh căng thẳng, stress quá độ. Tập thiền, yoga hoặc hít sâu thở chậm để giải tỏa cảm xúc tiêu cực.

Đổ mồ hôi toàn thânlà một căn bệnh gây nhiều khó khăn và bất tiện trong cuộc sống cho người bệnh. Khi đã hiểu rõ về nguyên nhân cũng như các phương pháp điều trị, người bệnh hoàn toàn có thể lựa chọn cho mình cách xử trí tốt nhất. Nếu quá lo lắng về tình trạng của mình, bạn đừng ngại ngần mà hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn kĩ lưỡng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-dong-kinh/

Nội dung bài viết

1. Thế nào là bệnh động kinh?

2. Triệu chứng của bệnh

3. Khi nào cần đi khám?

4. Bệnh động kinh được điều trị như thế nào?

5. Thuốc chống động kinh có gây ra tác dụng phụ?

6. Làm gì nếu thuốc không hiệu quả với tôi?

7. Làm thế nào để bệnh có thể giảm bớt?

8. Khi lên cơn động kinh, người nhà nên xử trí gì?

9. Nếu mang thai bệnh nhân động kinh cần làm gì?

Động kinh là bệnh thần kinh rất thường gặp, tại Việt Nam tỷ lệ bệnh nhân động kinh trong dân số chiếm khoảng 1%. Bệnh còn chưa được hiểu rõ trong cộng đồng dẫn đến việc xử trí ban đầu còn chưa đúng và điều trị còn khó khăn. Hãy cùng tìm hiểu những thông tin hữu ích qua bài viết dưới đây của bác sĩ Ngô Minh Quân!

Cơn động kinh là tình trạng phát sinh những sóng điện thế hoạt động bất thường tại não bộ. Cơn động kinh có thể làm người bệnh di chuyển, cử động tự ý hoặc ngất đi. Hầu hết thường không kéo dài quá vài phút.

Bệnh động kinh là tình trạng lặp đi lặp lại nhiều lần các cơn động kinh. Tuy nhiên không phải tất cả bệnh nhân xuất hiện các cơn đều mắc chứng động kinh. Những vấn đề sức khỏe khác như hạ đường huyết hoặc nhiễm trùng cũng có thể là nguyên nhân của các cơn động kinh. Ngoài ra những trường hợp lo lắng hoặc ngất xỉu khác cũng có biểu hiện tương tự một cơn động kinh.

Các nguyên nhân thường gặp là:

Vô căn.

Thay đổi thuốc hay ngưng thuốc chống động kinh.

Bệnh lý mạch máu.

Bệnh lý não do biến dưỡng.

Cai rượu.

U não.

Chấn thương sọ não.

Viêm màng não.

Viêm não.

Có nhiều loại động kinh khác nhau, tùy thuộc nguyên nhân gây ra là gì mà có những triệu chứng khác nhau.

Những bệnh nhân động kinh dạng vận động thường có những cơn co giật dữ dội, nhưng cũng có những bệnh nhân thường chỉ xuất hiện những rối loạn cử động rất nhẹ. Hay như những bệnh nhân động kinh biểu hiện là sự co giật ở chỉ một cánh tay hoặc một phần nhỏ trên khuôn mặt, một số khác lại chỉ biểu hiện sự không đáp ứng hoặc thờ ơ trong một thời gian ngắn.

Nhầm lẫn.

Cảm giác bất thường.

Ngã đột ngột.

Nhìn chằm chằm.

Co Giật không kiểm soát.

Thay đổi cảm xúc.

Mất ý thức hoặc mất nhận thức.

Nếu trường hợp bạn chưa từng có những cơn động kinh thay gọi cấp cứu và nhập viện ngay khi có những triệu chứng liên quan. Có những dấu hiệu động kinh là những biểu hiện của những bất thường trong não bộ.

Một phương pháp điều trị đúng là phải dựa vào nguyên nhân gây ra tình trạng này. Nếu động kinh do nhiễm trùng, bạn có thể cần điều trị kháng sinh và theo dõi tình trạng nhiễm trùng. Còn nếu động kinh lặp đi lặp lại do bệnh lý động kinh, bạn có thể cần dùng nhóm thuốc chống động kinh để điều trị.

Một vài bệnh nhân cần uống và thay đổi nhiều loại thuốc khác nhau để tìm được đúng loại thuốc hiệu quả. Động kinh tương đối khó khống chế nhưng nếu bệnh nhân cùng bác sĩ cùng nhau đồng hành trên một liệu trình điều trị lâu dài, đó sẽ là cơ hội tốt để tìm được liệu pháp điều trị hiệu quả và phù hợp nhất cho người bệnh.

Có, những thuốc chống động kinh có thể gây ra các tác dụng không mong muốn. Chúng có thể làm bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi hoặc vụng về , đôi khi cũng gây ra những vấn đề nghiêm trọng khác. Nếu có bất cứ bất tiện trong quá trình dùng thuốc bệnh nhân nên báo cho bác sĩ biết sớm. Bác sĩ điều trị có thể giúp bạn tìm ra loại thuốc nào gây ra tác dụng phụ và giúp bạn giảm thiểu tối đa các tác dụng phụ. Hầu hết các tác dụng phụ ở mức độ vừa phải, tuy nhiên có hai tác dụng phụ hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm là:

Thuốc chống động kinh tăng nguy cơ tự tử: hãy thông báo cho bác sĩ biết ngay từ khi bạn thấy cảm xúc ảnh hưởng, thường xuyên buồn hay có những ý định làm tổn hại bản thân.

Thuốc chống động kinh có thể gây ra những phát ban da nghiêm trọng: thông báo cho bác sĩ biết ngay khi phát hiện những nốt phát ban khi dùng thuốc chống động kinh.

Nếu bạn vẫn tiếp tục động kinh mặc dù đã dùng và thay đổi qua nhiều loại thuốc, có thể khi đó là lúc cần tìm hiểu và lựa chọn liệu pháp điều trị khác. Một vài bệnh nhân cần đến phẫu thuật, qua đó loại bỏ phần não bộ bất thường gây ra các cơn động kinh. Hoặc cũng có bệnh nhân đặt những thiết bị đặc biệt vào ngực để giúp kiểm soát các cơn động kinh.

Phẫu thuật có thể được chỉ định ở nhóm bệnh nhân động kinh có nguyên nhân là các tổn thương tại não như:u não,áp xe não… Động kinh cục bộ, động kinh kháng trị với các phương pháp điều trị nội khoa (> 2 loại thuốc phụ hợp). Hiện diện ít nhất 2 năm, gây trở ngại trong học tập, việc làm và sinh hoạt hằng ngày.

Hãy đảm bảo không lái xe khi chưa hoàn toàn kiểm soát được các cơn động kinh. Luật pháp có quy định về trường hợp quyền lái xe ở những bệnh nhân động kinh, hãy hỏi ý kiến bác sĩ về việc an toàn khi lái xe và tìm hiểu về luật pháp trước khi quyết định tự tham gia giao thông.

Bên cạnh đó nếu động kinh không kiểm soát được hãy luôn giữ bản thân an toàn. Ví dụ như không bơi lội một mình hoặc tránh leo cao.

Những việc có thể làm như:

Uống thuốc điều đặn và tuân thủ đúng về liều lượng và thời gian dùng thuốc.

Thông báo ngay với bác sĩ về bất cứ khó chịu nào trong thời gian dùng thuốc, việc này giúp người bệnh và bệnh nhân cùng nhau tìm được loại thuốc động kinh phù hợp nhất.

Luôn tái khám nhận thuốc đầy đủ và tránh ngưng thuốc, việc ngưng thuốc đột ngột có thể làm khởi phát động kinh.

Trong thời gian dùng thuốc động kinh, luôn hỏi ý kiến bác sĩ về những thuốc uống cùng. Thuốc động kinh có thể có những tương tác không tốt với những thuốc uống cùng, kể các các thuốc không kê toa.

Không uống thức uống có cồn, việc này làm tăng nguy cơ động kinh, ảnh hưởng tác dụng của thuốc và cả làm tăng các tác dụng phụ của thuốc.

Thời gian ban đầu nên tái khám mỗi 2 tuần trong 2 tháng (giúp đánh giá đáp ứng thuốc, tác dụng phụ, điều chỉnh liều). Khi ổn định có thể theo dõi mỗi 1-2 tháng.

Nên tham khảo ý kiến bác sĩ về cách người nhà nên xử trí  khi người thân lên cơn động kinh. Một vài bệnh nhân thường xuyên lên cơn động kinh và họ đôi khi không cần luôn luôn nhập viện khi động kinh. Tuy nhiên nếu động kinh kéo dài bất thường trên 5 phút hoặc sau động kinh người bệnh ngất đi và không đánh thức dậy được  là những trường hợp cần phải nhập viện cấp cứu.

Người nhà không nên cố gắng nhét các vật lạ vào miệng bệnh nhân trong cơn động kinh. Thay vào đó hãy cố gắng giữ người bệnh tránh va đập vào những vật cứng hay sắt nhọn.

Nếu đang dùng thuốc chống động kinh, bệnh nhân cần thăm khám bác sĩ để đánh giá ảnh hưởng của thuốc đến thai kỳ. Một vài thuốc chống động kinh có thể ảnh hưởng đến thai nhi. Nếu việc đó xảy ra, việc đổi thuốc cần thực hiện trước khi bạn có ý định mang thai.

Trên đây là những kiến thức bước đầu tìm hiểu vềđộng kinh. Một bệnh lý thường gặp, còn nhiều hiểu lầm trong cách xử trí ở cộng đồng.

Đau đầulà triệu chứng thần kinh thường gặp nhất trong thực hành thần kinh chung. Hội chứng đau đầu có thể là một căn bệnh, cũng có thể là triệu chứng của bệnh nội, ngoại khoa khác nhau.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ban-biet-gi-ve-dong-kinh-thuy-thai-duong/

Nội dung bài viết

Tổng quan về động kinh thùy thái dương

Triệu chứng của bệnh động kinh thùy thái dương

Khi nào nên đến khám bác sĩ

Nguyên nhân nào gây ra bệnh động kinh thùy thái dương?

Bệnh động kinh thùy thái dương có thể để lại các biến chứng gì?

Chẩn đoán bệnh động kinh thùy thái dương như thế nào?

Các phương pháp điều trị bệnh động kinh thùy thái dương

Động kinh thùy thái dương thường bắt đầu từ vị trí thùy thái dương – một phần quan trọng trong não bộ. Nơi giữ chức năng xử lý cảm xúc, và đặc biệt là rất quan trọng với trí nhớ ngắn hạn của mỗi người. Một số triệu chứng của bệnh liên quan đến các chức năng vùng này, bao gồm: có cảm giác kỳ lạ – chẳng hạn như hưng phấn, deja vu hoặc sợ hãi. Hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn tìm hiểu tất tần tật về động kinh thùy thái dương nhé.

Thùy thái dương là một trong 4 thùy lớn của não bộ. Động kinh thùy thái dương là hiện tượng một nhóm tế bào thần kinh nằm trong khu vực này phóng điện bất thường và quá mức gây ra nhiều thay đổi về vận động, ý thức, cảm giác và lâu dài sẽ ảnh hưởng đến tư duy, trí nhớ, cảm xúc… của người bệnh. Đây cũng là dạngđộng kinhcục bộ phổ biến nhất.

Động kinh thùy thái dương đôi khi được gọi là động kinh cục bộ giảm ý thức. Một số người vẫn nhận thức được những gì đang xảy ra. Tuy nhiên trong những cơn co giật dữ dội, người bệnh có thể trông tỉnh táo nhưng không phản ứng. Môi và tay của người bệnh có thể làm cho những chuyển động không mục đích, lặp đi lặp lại.

Động kinh thùy thái dương có thể xuất phát từ một khiếm khuyết giải phẫu hoặc sẹo ở thùy thái dương. Tuy vậy, nguyên nhân chính xác thì thường không rõ. Động kinh thùy thái dương được điều trị nội khoa bằng thuốc. Đối với một số người không đáp ứng với thuốc, phẫu thuật có thể là một lựa chọn.

Tiền triệu cảnh báo trước cơn động kinh thường được bệnh nhân miêu tả như một cảm giác bất thường (hào quang). Không phải tất cả những người bị động kinh thùy thái dương đều có hào quang, và không phải ai có hào quang cũng nhớ chúng.

Tiền triệu thực sự là phần đầu tiên của một cơn động kinh cục bộ trước khi ý thức bị suy giảm. Ví dụ về tiền triệu bao gồm:

Cảm giác sợ hãi hoặc niềm vui bất chợt

Trải nghiệm deja vu – một cảm giác rằng những gì đang xảy ra đã xảy ra trước đó

Cảm nhận mùi hoặc vị lạ

Thấy dâng trào trong bụng, tương tự như trên tàu lượn siêu tốc

Đôi khi động kinh thùy thái dương làm giảm khả năng đáp ứng của bạn với xung quanh. Loại động kinh thùy thái dương này thường kéo dài 30 giây đến hai phút. Các dấu hiệu và triệu chứng đặc trưng bao gồm:

Mất nhận thức về môi trường xung quanh

Nhìn chằm chằm

Chép môi

Nuốt hoặc nhai nhiều lần

Chuyển động ngón tay bất thường, chẳng hạn như chuyển động chọn

Sau một cơn co giật thùy thái dương, người bệnh có thể có:

Một khoảng bối rối và khó nói

Không có khả năng nhớ lại những gì xảy ra trong cơn động kinh

Không biết đã có một cơn động kinh

Buồn ngủ cực độ

Trong các trường hợp cực đoan, những gì bắt đầu như một cơn động kinh thùy thái dương tiến triển thành một cơn co giật tonic-clonic (grand mal) toàn thân – có co giật và mất ý thức.

Tìm kiếm sự trợ giúp y tế ngay lập tức nếu bạn gặp các vấn đề sau đây:

Cơn co giật kéo dài hơn năm phút.

Hơi thở hoặc ý thức không trở lại sau khi cơn động kinh đã chấm dứt.

Xuất hiện một cơn động kinh thứ hai ngay sau đó.

Phục hồi không hoàn toàn sau khi cơn động kinh kết thúc.

Phục hồi chậm hơn bình thường sau khi cơn động kinh kết thúc.

Sốt cao.

Có thai.

Tiểu đường.

Tự làm mình bị thương trong cơn động kinh.

Cơn động kinh xuất hiện lần đầu tiên

Trong trạng thái thức hay ngủ bình thường, các tế bào não tạo ra các hoạt động điện khác nhau. Nếu hoạt động điện trong nhiều tế bào não trở nên đồng bộ bất thường, sẽ gây ra tình trạng co giật. Nếu điều này xảy ra chỉ trong một khu vực não sẽ tạo ra một cơn động kinh cục bộ. Cơn động kinh thùy thái dương chính là một cơn động kinh cục bộ bắt nguồn từ một phần thùy thái dương.

Thông thường, nguyên nhân của động kinh thùy thái dương vẫn chưa được biết rõ. Tuy nhiên, chúng có thể là kết quả của một số bệnh lý, bao gồm:

Chấn thương sọ não

Nhiễm trùng, chẳng hạn như viêm não hoặc viêm màng não, hoặc có tiền sử nhiễm trùng tương tự

Sẹo (gliosis) trong một phần của thùy thái dương được gọi là đồi hải mã

Dị dạng mạch máu trong não

Đột quỵ

U não

Hội chứng về di truyền

Theo thời gian, động kinh thùy thái dương lặp đi lặp lại có thể khiến phần não có chức năng học tập và trí nhớ (đồi hải mã) co lại. Mất tế bào não ở khu vực này gây ra vấn đề về trí nhớ.

Sau một cơn động kinh, người bệnh sẽ được thăm khám triệu chứng và tiền sử bệnh đầy đủ. Người bệnh có thể được đề nghị làm số xét nghiệm để xác định nguyên nhân gây ra cơn động kinh.

Khám thần kinh. Bác sĩ có thể kiểm tra hành vi, khả năng vận động và chức năng thần kinh của bạn để xác định xem bạn có vấn đề gì với não và hệ thần kinh hay không.

Xét nghiệm máu. Người bệnh lấy mẫu máu để kiểm tra các dấu hiệu nhiễm trùng, bệnh di truyền, lượng đường trong máu hoặc mất cân bằng điện giải.

Điện não đồ (EEG). Các điện cực được gắn vào da đầu của bạn ghi lại hoạt động điện của não, xuất hiện dưới dạng các đường lượn sóng trên bản ghi EEG. Điện não đồ có thể tiết lộ liệu cơn động kinh có khả năng xảy ra lần nữa hay không. Bên cạnh đó, giúp loại trừ các tình trạng khác tương tự chứng động kinh.

Chụp cắt lớp vi tính (CT). Chụp CT sử dụng tia X để thu được hình ảnh cắt ngang của não. Quét CT có thể tiết lộ những bất thường trong não của bạn có thể gây ra cơn động kinh, chẳng hạn như khối u, chảy máu và u nang.

Chụp cộng hưởng từ (MRI). MRI sử dụng nam châm và sóng vô tuyến mạnh mẽ để tạo ra một cái nhìn chi tiết về bộ não của bạn. Phương tiện này có thể phát hiện các tổn thương hoặc bất thường trong não dẫn đến co giật.

Chụp cắt lớp phát xạ positron (PET). Quét PET sử dụng một lượng nhỏ chất phóng xạ liều thấp tiêm vào tĩnh mạch. Điều này giúp hình dung các khu vực não và phát hiện các bất thường.

SPECT. Xét nghiệm SPECT sử dụng một lượng nhỏ chất phóng xạ liều thấp được tiêm vào tĩnh mạch để tạo ra bản đồ 3 chiều. Qua đó, cho biết chi tiết về hoạt động lưu lượng máu trong não trong cơn động kinh

Khi xuất hiện một cơn động kinh có thể là một tổn thương đơn độc. Bác sĩ sẽ xem xét điều trị nếu bạn có nhiều cơn động kinh xảy ra.

Mục tiêu tối ưu trong điều trị động kinh là tìm ra liệu pháp tốt nhất có thể để ngăn chặn cơn động kinh. Đồng thời, phương pháp này phải ít tác dụng phụ nhất.

Nhiều loại thuốc có sẵn để điều trị động kinh thùy thái dương. Tuy nhiên, nhiều người không đạt được kiểm soát co giật chỉ bằng thuốc. Họ còn gặp các tác dụng phụ, bao gồm mệt mỏi, tăng cân và chóng mặt.

Tìm hiểu về tác dụng phụ của thuốc trước khi quyết định lựa chọn điều trị. Ngoài ra, hãy hỏi những tác dụng của thuốc động kinh và các loại thuốc khác mà bạn dùng.  Chẳng hạn như thuốc tránh thai, vì chúng có thể tương tác lẫn nhau.

Khi thuốc chống động kinh không mang lại hiệu quả, các phương pháp điều trị khác có thể là một lựa chọn:

Mục tiêu của phẫu thuật là ngăn chặn cơn động kinh xảy ra. Các bác sĩ phẫu thuật loại bỏ khu vực não nơi bắt đầu co giật. Ở một số người, các bác sĩ phẫu thuật có thể sử dụng liệu pháp laser điều trị bằng MRI như một cách ít xâm lấn hơn để phá hủy khu vực mô bị tổn thương gây ra động kinh.

Phẫu thuật hoạt động tốt nhất cho những người bị co giật luôn bắt nguồn từ cùng một nơi trong não của họ. Phẫu thuật nói chung không phải là một lựa chọn nếu cơn động kinh của bạn đến từ nhiều vùng não. Kể cả khi cơn động kinh cục bộ không xác định hoặc cơn động kinh đến từ một vùng não thực hiện các chức năng quan trọng.

Một thiết bị được cấy bên dưới da ngực của bạn kích thích dây thần kinh phế vị ở cổ, gửi tín hiệu đến não của bạn để ức chế cơn động kinh. Với kích thích dây thần kinh phế vị, bạn vẫn có thể cần dùng thuốc, nhưng bạn có thể giảm liều.

Khi kích thích thần kinh đáp ứng, một thiết bị được cấy trên bề mặt não hoặc trong mô não có thể phát hiện hoạt động co giật. Sau đó cung cấp một kích thích điện đến khu vực được phát hiện để ngăn chặn cơn động kinh.

Theo chế độ ăn kiêng có nhiều chất béo và ít carbohydrate, được gọi là chế độ ăn ketogen, có thể cải thiện kiểm soát động kinh.

Dưới đây là một số bước bạn có thể thực hiện để giúp kiểm soát động kinh:

Uống thuốc đúng cách. Đừng điều chỉnh liều lượng trước khi nói chuyện với bác sĩ của bạn. Nếu bạn cảm thấy thuốc của bạn nên được thay đổi, hãy thảo luận với bác sĩ của bạn.

Ngủ đủ. Thiếu ngủ có thể kích hoạt co giật. Hãy chắc chắn để có được nghỉ ngơi đầy đủ mỗi đêm.

Đeo vòng đeo tay cảnh báo y tế. Điều này sẽ giúp nhân viên cấp cứu biết cách điều trị cho bạn một cách chính xác nếu bạn bị một cơn động kinh khác.

Hỏi bác sĩ về những hạn chế lái xe.

Giữ an toàn cá nhân khi tham gia các hoạt động thể chất, tiềm tàng nguy hiểm.

Ngay cả sau khi cơn động kinh được kiểm soát, nó vẫn có thể ảnh hưởng đến cuộc sống của bạn. Động kinh thùy thái dương gây nhiều thách thức hơn bởi mọi người không nhận ra hành vi bất thường là một cơn động kinh. Trẻ em có thể bị trêu chọc hoặc xấu hổ vì tình trạng này. Ngoài ra sống với mối đe dọa liên tục của một cơn động kinh có thể làm trẻ em và người lớn căng thẳng.

Động kinh thùy thái dươnglà một dạng động kinh với nhiều triệu chứng rất đặc biệt và có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới trí nhớ của người bệnh. Qua những thông tin từ bài viết của bác sĩ Nguyễn Văn Huấn, mong rằng bạn sẽ trang bị cho mình kiến thức và nhận biết đối với bệnh động kinh thùy thái dương.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dong-kinh-thuy-tran-nhan-biet-de-phong-ngua/

Nội dung bài viết

1. Động kinh thùy trán là gì?

2. Triệu chứng của động kinh thùy trán

3. Nguyên nhân gây ra động kinh thùy trán

4. Động kinh thùy trán gây ra những biến chứng gì?

5. Phương pháp chẩn đoán

6. Điều trị bệnh động kinh thùy trán

6.3 Lối sống và biện pháp khắc phục tại nhà

Động kinh thùy trán là một dạng động kinh phổ biến. Do thùy trán lớn và đảm nhận các chức năng quan trọng, động kinh thùy trán có thể gây ra các triệu chứng bất thường liên quan đến các vấn đề tâm thần hoặc rối loạn giấc ngủ. Động kinh thùy trán có thể kiểm soát được bằng thuốc. Khi thuốc chống động kinh không hiệu quả, ta có thể xem xét đến lựa chọn phẫu thuật hoặc kích thích điện.

Động kinhxảy ra do sự rối loạn thần kinh, trong đó các cụm tế bào não gửi tín hiệu bất thường và gây co giật. Sự co giật bắt nguồn từ phía trước của não. Tình trạng này thường xảy ra trong khi ngủ.

Có rất nhiều nguyên nhân có thể gây ra động kinh thùy trán. Bao gồm nhu mô não bất thường, nhiễm trùng, chấn thương, đột quỵ, khối u,…

Động kinh thùy trán thường kéo dài dưới 30 giây. Trong một số trường hợp, có thể phục hồi ngay lập tức sau khi xảy ra.

Các dấu hiệu và triệu chứng của co giật thùy trán có thể bao gồm:

Chuyển động đầu và mắt sang một bên

Hoàn toàn không đáp ứng hoặc đáp ứng một phần hoặc khó nói

La hét hoặc cười lớn

Tư thế cơ thể bất thường, chẳng hạn như một cánh tay mở rộng trong khi cánh tay kia gập lại

Các động tác lặp đi lặp lại, giống như lắc lư, đạp xe đạp

Động kinh thùy trán có thể được gây ra bởi nhiều bất thường khác nhau. Chẳng hạn như:

Khối u

Đột quỵ

Nhiễm trùng não

Chấn thương ở thùy trán của não.

Động kinh thùy trán cũng liên quan đến một rối loạn di truyền hiếm gặp được gọi là động kinh thùy trán về đêm. Nếu cha hoặc mẹ của bạn có dạng động kinh này, bạn có 50% cơ hội thừa hưởng gen bất thường và bạn cũng có thể phát triển bệnh tương tự.

Tuy nhiên, trong khoảng hơn một nửa trường hợp mắc, nguyên nhân vẫn còn chưa rõ.

Động kinh thùy trán có thể dẫn đến các biến chứng:

Động kinh trạng thái:Là hoạt động co giật xảy ra kéo dài hơn bình thường. Vì loại động kinh này có xu hướng xảy ra theo cụm, có thể gây ra tình trạng nguy hiểm này. Các cơn động kinh xảy ra kéo dài hơn 5 phút phải được xem là một cấp cứu y tế.

Thương tích:Các cử động xảy ra trong cơn động kinh có thể dẫn đến chấn thương cho người bị co giật. Động kinh cũng có thể dẫn đến tai nạn và đuối nước.

Đột tử trong bệnh động kinh (SUDEP):Những người bị động kinh có nguy cơ tử vong cao hơn bình thường mà không rõ lý do. Có thể bao gồm các vấn đề về tim hoặc hô hấp, hoặc liên quan đến bất thường di truyền. Kiểm soát tốt các cơn co giật bằng thuốc là cách phòng ngừa đột tử trong động kinh tốt nhất.

Trầm cảm và lo âu:Cả hai đều phổ biến ở những người bị động kinh. Trẻ em cũng có nguy cơ mắc chứngrối loạn tăng động giảm chú ýcao hơn.

Động kinh thùy trán có thể khó chẩn đoán vì các triệu chứng của nó có thể bị nhầm lẫn với các vấn đề tâm thần hoặc rối loạn giấc ngủ. Một số hiệu ứng động kinh thùy trán có thể là kết quả của các cơn động kinh ở các phần khác của não.

Để chẩn đoán, bác sỹ cần dựa vào triệu chứng, tiền căn bệnh lý và khám tổng quát. Ngoài ra, có thể sẽ cần khám chức năng thần kinh, bao gồm:

Sức cơ

Cảm giác

Nghe và nói

Thị lực

Phối hợp động tác và cân bằng

Hình ảnh học:Thường dùng MRI não. MRI sử dụng sóng radio và từ trường mạnh để tạo ra hình ảnh chi tiết của các mô mềm cấu tạo nên bộ não. MRI não có thể giúp ta tìm được nguyên nhân của động kinh thùy trán.

Điện não đồ (EEG):Điện não đồ theo dõi hoạt động điện trong não thông qua một loạt các điện cực được gắn vào da đầu của bạn. Xét nghiệm điện não đồ thường hữu ích trong chẩn đoán một số loại động kinh. Tuy nhiên kết quả có thể là bình thường trong động kinh thùy trán.

Video điện não đồ:Xét nghiệm này thường được thực hiện suốt đêm ở bệnh viện. Hoạt động điện não của bạn sẽ được theo dõi và ghi lại trong cả đêm. Sau đó, bác sỹ sẽ so độ phù hợp giữa các triệu chứng khi xảy ra cơn động kinh và hoạt động điện não lúc đó.

Trong thập kỷ qua, động kinh thùy trán ngày càng có nhiều phương pháp điều trị. Nhiều loại thuốc chống động kinh mới cũng như các loại phẫu thuật có thể giúp ích nếu thuốc không có tác dụng.

Hầu hết các loại thuốc chống động kinh giúp kiểm soát tốt cơn co giật. Tuy nhiên, đáp ứng thuốc đối với mỗi bệnh nhân là khác nhau. Vì vậy, bác sỹ sẽ cân nhắc sử dụng các loại thuốc hoặc có thể kết hợp các loại thuốc để kiểm soát cơn động kinh. Các nhà nghiên cứu vẫn đang tiếp tục tìm kiếm các loại thuốc mới và hiệu quả hơn.

Nếu cơn động kinh không thể được kiểm soát bằng thuốc, phẫu thuật có thể là một lựa chọn tiếp theo. Phẫu thuật liên quan đến việc xác định chính xác các khu vực của não xảy ra co giật.

Kỹ thuật hình ảnh mới hơn như chụp cắt lớp vi tính phát xạ đơn (SPECT) có thể giúp xác định khu vực tạo ra các cơn động kinh.

Một kỹ thuật được gọi là lập bản đồ não thường được sử dụng trước khi phẫu thuật động kinh. Lập bản đồ não liên quan đến việc cấy điện cực vào một khu vực của não và sử dụng kích thích điện để xác định xem khu vực đó có chức năng quan trọng hay không. Nếu quan trọng, sẽ tránh phẫu thuật trên khu vực đó. Ngoài ra,MRIchức năng (fMRI) được sử dụng để phản ánh vùng ngôn ngữ của não.

Sau phẫu thuật, bạn có thể vẫn phải dùng thuốc chống động kinh, tuy nhiên thường với liều thấp hơn.

Loại bỏ các điểm trọng tâm:Nếu cơn động kinh của bạn bắt đầu ở một điểm trong não, việc loại bỏ phần nhỏ mô não tại điểm đó có thể làm giảm hoặc ngưng xảy ra các cơn động kinh.

Cô lập điểm trọng tâm:Nếu phần não gây ra cơn động kinh có chức năng quan trọng và không thể loại bỏ, bác sỹ sẽ phẫu thuật để cô lập phần não đó. Điều này giúp ngăn chặn các cơn động kinh di chuyển vào các phần khác của não.

Kích thích dây thần kinh phế vị:Cấy ghép một thiết bị tương tự máy tạo nhịp tim để kích thích dây thần kinh phế vị. Thủ thuật này thường làm giảm tần suất xảy ra các cơn động kinh.

Kích thích não sâu (DBS):Quy trình này bao gồm cấy điện cực vào não của bạn. Điện cực được kết nối với một thiết bị kích thích, tương tự như máy tạo nhịp tim. Thiết bị này sẽ được đặt dưới da ngực của bạn. Khi cơn động kinh xảy ra, thiết bị sẽ gửi tín hiệu đến điện cực để dừng tín hiệu kích hoạt cơn động kinh.

Một số cơn co giật được kích hoạt do uống rượu, hút thuốc và đặc biệt là thiếu ngủ. Cũng có bằng chứng cho thấy căng thẳng nghiêm trọng có thể gây ra co giật. Và ngược lại bản thân các cơn động kinh có thể gây ra căng thẳng. Tránh các tác nhân này có thể giúp cải thiện việc kiểm soát động kinh.

Động kinh thùy trán là một loại động kinh khá phổ biến. Có nhiều nguyên nhân có thể gây ra tình tràng này. Vì thùy trán đảm nhận chức năng quan trọng trong não bộ, tình trạng này có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm không mong muốn. Nếu như bạn hay người thân có dấu hiệu và triệu chứng mắc phải loại động kinh này, hãy đến khám bác sĩ để được thực hiện xét nghiệm chẩn đoán và điều trị kiểm soát cơn động kinh kịp thời.

>> Xem thêm bài viết vềđộng kinh thùy thái dương, một dạng động kinh cục bộ giảm ý thức để có phương pháp điều trị kjp thời.

Bác sĩ Đào Thị Thu Hương

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/con-dong-kinh-toan-the-va-nhung-dieu-ban-nen-biet/

Nội dung bài viết

1. Cơn động kinh đoàn thể

2. Các tuýp của cơn động kinh toàn thể

3. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây ra cơn động kinh toàn thể

4. Chẩn đoán

5. Cách điều trị

Cơn động kinh toàn xảy ra khi có hoạt động điện bất thường gây ra cơn động kinh bắt nguồn từ cả hai bán cầu đại não vào cùng một thời điểm. Hãy cùng YouMed tìm hiểu về hiện tượng động kinh thông qua bài viết này nhé!

Cơn động kinh toàn thể bao gồm cơn vắng ý thức, cơn mất trương lực cơ, cơn co giật, cơn co cứng co giật, cơn giật cơ và cơn động kinh do sốt.

Mất ý thức có thể đi kèm với co thắt, cứng, run, co cơ hoặc mất trương lực cơ.

Để chẩn đoán bác sĩ cần biết được quá trình và đặc điểm bệnh của bạn một cách chi tiết và cụ thể. Đồng thời bác sĩ có thể yêu cầu một số xét nghiệm như điện não đồ (EEG), chụp cộng thưởng từ não bộ (MRI não) và một số xét nghiệm máu.

Tất cả các trường hợp có cơn động kinh hay động kinh, điều trị sẽ tùy thuộc vào từng bệnh nhân. Điều trị có thể bao gồm thuốc hoặc những liệu pháp khác nếu thuốc không hiệu quả.

Cơn động kinh toàn thể có nhiều tuýp khác nhau. Sau đây là một số tuýp của cơn động kinh toàn thể.

Cơn động kinh ‘cơn nhỏ’ biểu hiện bằng các cơn nhìn chằm chằm khởi phát đột ngột và có thể bị nhầm lẫn với cơn mơ mộng đơn giản. Những dấu hiệu điển hình của cơn động kinh vắng ý thức là đột nhiên ngưng cử động và nhìn chằm chằm về một phía trong khoảng 15 giây hoặc ít hơn.

Thông thường những cơn động kinh vắng ý thức sẽ tự giới hạn và người bệnh có thể không nhớ gì trong lúc lên cơn động kinh. Sau khi cơn động kinh qua đi, ý thức của người bệnh có thể trở về bình thường.

Cơn động kinh loại này thường liên quan đến mất trương lực cơ đột ngột (mất sức cơ đột ngột) . Điều này khiến cho cơ thể của bệnh nhân đột ngột ngã khụy hoặc tướng đi khập khiễng, đôi khi có thể gây nên chấn thương.

Đi khập khiễng và ngã xuống đất

Đang cầm nắm đồ vật gì đó, bạn đột nhiên làm rơi nó

Vẫn duy trì được ý thức tức là trong cơn người bệnh vẫn còn tỉnh táo

Có thể mất ý thức ngắn thoáng qua

Sụp mi mắt

Giật mình

Bởi vì những cơn động kinh mất trương lực cơ thường dẫn đến té ngã, nên những bệnh nhân này cần được sơ cứu khi cơn động kinh kết thúc. Một số người bị những cơn động kinh này thường có thể mặc đồ bảo hộ hoặc đội mũ bảo hiểm để tránh chấn thương.

Cơn giật cơ thường đặc trưng bởi đột ngột giật cơ hoặc gia tăng tương lực cơ giống như là một người bị co giật khi bị điện giật. Cơn giật cơ có thể tương tự như bị giật cơ mỗi lúc đi vào giấc ngủ. Tuy nhiên giật cơ khi ngủ là lành tính, trong khi đó những người mắc cơn giật cơ, trong cơn có thể giật rất mạnh.

Co thắt ở trẻ nhũ nhi là một thể của cơn động kinh co giật. Co thắt thường khởi phát ở độ tuổi khoảng từ 3 đến 12 tháng tuổi và có thể kéo dài trong nhiều năm. Trẻ thường có các dấu hiệu như đột ngột co giật và sau đó cứng và cánh tay của trẻ sẽ vung ra hai bên cũng như co đầu gối, cơ thể trẻ uốn cong về phía trước. Mỗi cơn chỉ kéo dài khoảng một đến hai giây, nhưng các cơn co giật thường xảy ra gần nhau. Thi thoảng các cơ co thắt bị nhầm là những cơn đau bụng, nhưng những cơn đau bụng của trẻ thông thường sẽ không xảy ra liên tiếp nhau. Dạng động kinh này có thể có ảnh hưởng kéo dài đối với trẻ. Do đó, cần được đánh giá và điều trị kịp thời.

Các cơn động kinh thường liên quan đến cổ, vai và cánh tay. Ở nhiều bệnh nhân, cơn động kinh xảy ra ngay sau khi thức dậy. Cơn động kinh này thường khởi phát vào tuổi dậy thì hoặc giai đoạn sớm của tuổi trưởng thành với những người có trí năng phát triển bình thường. Trong hầu hết các trường hợp, những cơn động kinh này có thể kiểm soát tốt với thuốc.

Đây là một hội chứng không phổ biến, thường bao gồm các thể cơn động kinh khác. Hội chứng này thường khởi phát ở giai đoạn thơ ấu. Cơn động kinh giật cơ thường liên quan đến vùng cổ, vai và cánh tay trên. Trong cơn, giật cơ có thể khá mạnh và khó kiểm soát với thuốc.

Hội chứng này khá hiếm gặp và thường gặp trong bệnh cảnh kết hợp cả cơn giật cơ và cơn co cứng (co giật). Điều trị thường không thành công vì bệnh sẽ diễn tiến nặng dần theo thời gian.

Trong cơn co cứng , các cơ thường co cứng lại và người bệnh bị mất ý thức. Việc co thắt các cơ vùng ngực sẽ khiến cho người bệnh cảm thấy khó thở và môi, mặt có thể trở nên tím tái.

Cơn động kinh co giật sẽ khiến cho các cơ của người đó bị giật và co thắt. Các cơ ở khuỷu tay, chân, cổ bị co lại và sau đó dãn ra nhanh chóng. Khi cơn động kinh giảm dần thì sự giật cơ chậm dần. và cuối cùng ngừng hẳn. Sau khi giật cơ ngừng hẳn, người bệnh thường thở sâu trước khi thở lại như bình thường.

Cơn động kinh co cứng – co giật xảy ra khi co cứng và co giật xảy ra cùng lúc. Nếu bạn bị cơn co cứng- co giật, một số hoặc tất cả các triệu chứng sau có thể xảy ra cùng một lúc

Có một cảm giác lạ thoáng qua ví dụ như đột nhiên la hét hoặc khóc

Tiêu tiểu không tự chủ trong hoặc sau cơn động kinh

Sau cơn có thể cảm thấy lú lẫn hoặc buồn ngủ

Đau đầu dữ dội sau cơn động kinh

Thông thường, một người có cơn động kinh co cứng – co giật sẽ bị cứng và té ngã trong pha cứng. Tứ chi và mặt sẽ giật nhanh và co cơ trong pha co giật.

Một cơn động kinh điển hình thường kéo dài một vài phút hoặc ít hơn, sau đó người bệnh có thể chưa tỉnh trong vài phút hoặc hơn tùy thuộc vào cường độ của cơn động kinh. Đây gọi là giai đoạn hậu cơn động kinh, trong giai đoạn này não bộ hoạt động để cố gắng kiềm chế các xung điện bất thường và kiểm soát cơn động kinh. Sau cơn động kinh, người bệnh tỉnh lại có thể cảm thấy đau, mệt mỏi, sợ hãi và lú lẫn. Trấn an và nâng đỡ là điều mà những người chứng kiến có thể thực hiện.

Mặc dù chứng kiến một cơn động kinh có vẻ rất đáng sợ và có một truyền thuyết rằng những người có cơn động kinh có nguy cơ cắt phải lưỡi. Điều này hoàn toàn không thể xảy ra. KHÔNG nên đặt bất cứ thứ gì vào miệng hoặc cố gắng mở miệng của bệnh nhân khi họ đang trong cơn động kinh. Bởi việc làm này có thể gây hại cho người bệnh.

Nhiều cơn động kinh toàn thể là do bệnh động kinh gây ra. Tuy nhiên, có nhiều nguyên nhân khác cũng có thể gây ra cơn động kinh như:

Chấn thương đầu nghiêm trọng.

Đột quỵ.

Nhiễm trùng não (viêm não hoặc viêm não màng não).

Bệnh Alzheimer. Tìm hiểucác triệu chứng và cách điều trị bệnh Alzheimertại đây.

Thiếu oxy lúc sinh.

Xơ cứng động mạch não.

Những người có tiền căn gia đình bị bệnh động kinh hoặc có cơn động kinh thì có nguy cơ mắc cơn động kinh cao hơn. Mặc dù chưa có bằng chứng cho thấy rằng cơn động kinh có thể di truyền từ cha mẹ sang con cái.

Mô tả chi tiết những gì đã xảy ra trong cơn động kinh của bạn sẽ là điều cần thiết và rất quan trọng để bác sĩ chẩn đoán chính xác. Bác sĩ có thể cần nói chuyện với người đã chứng kiến thấy cơn động kinh của bạn. Vì một số người trong cơn động kinh sẽ bị mất ý thức. Tốt nhất là nên có một đoạn video ghi lại cơn động kinh của bạn.

Ngoài hỏi bệnh, bác sĩ cũng sẽ cần thực hiện một số thăm khám thần kinh. Những bài thăm khám về sức cơ, trương lực cơ và phản xạ gân cơ. Đồng thời bác sĩ cũng sẽ quan sát dáng đi, tư thế và khả năng phối hợp động tác của bạn.

Một trong những công cụ hữu ích nhất để giúp chẩn đoán cơn động kinh toàn thể chính là điện não đồ (EEG). Điện não đồ sẽ giúp ghi lại những hoạt động điện trong não. Đặc biệt ở những bệnh nhân động kinh hoặc có cơn động kinh cho thể ghi lại những sóng bất thường trong hoạt động điện não. Những loại động kinh khác nhau sẽ cho những hình ảnh khác nhau.

Trong một số trường hợp cụ thể, bác sĩ có thể yêu cầu chụp cộng hưởng từ não bộ (MRI não) hoặc chụp cắt lớp vi tính não (CT – scan) để xem xét nguyên nhân và những vị trí bất thường trong não. Hình ảnh học có thể cho thấy được các mô sẹo, không u hoặc các cấu trúc bất thường trong não bộ.

Điều trị đúng có thể giúp giảm và ngăn ngừa các cơn động kinh. Trong một số trường hợp, điều trị có thể giúp bệnh nhân không bị cơn động kinh trong suốt quảng đời còn lại.

Các yếu tố ảnh hưởng đến cơn động kinh bao gồm:

Loại cơn động kinh.

Tần suất các cơn động kinh.

Mức độ nặng của cơn động kinh.

Tuổi của người bệnh.

Tình trạng sức khỏe tổng quát.

Tiền sử bệnh.

Thuốc chống động kinh có thể mang lại hiệu quả cao. Tuy nhiên có thể phải cần thời gian để biết được chính xác loại thuốc nào phù hợp với bạn và liều lượng thuốc bao nhiêu để có hiệu quả. Bác sĩ sẽ thảo luận với bạn để theo dõi tác dụng phụ và tìm ra phương pháp điều trị tốt nhất.

Trên đây là những thông tin cơ bản mang tính chất tham khảo giúp bạn hiểu thêm về cơn động kinh toàn thể. Hy vọng bài viết này của YouMed đã cung cấp đầy đủ thông tin cần thiết mà bạn cần. Chúc bạn nhiều sức khỏe!

Bác sĩ Nguyễn Đào Uyên Trang.

Xem thêm các bài viết liên quan:

>>>Bệnh nhân Động kinh cần chuẩn bị gì trước khi khám bệnh?

>>>Y học thường thức: Động kinh

>>>Co giật ở trẻ, bạn cần biết những gì?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dong-kinh-vang-y-thuc/

Nội dung bài viết

Động kinh vắng ý thức là gì?

Triệu chứng

Nguyên nhân gây ra động kinh vắng ý thức

Các yếu tố nguy cơ mắc phải

Các biến chứng

Chẩn đoán động kinh vắng ý thức

Các phương pháp điều trị

Lối sống và biện pháp khắc phục tại nhà

Động kinh vắng ý thức ảnh hưởng đến ý thức trong một thời gian rất ngắn, vì vậy rất khó nhận biết. Các cơn động kinh vắng ý thức thường có thể được kiểm soát bằng thuốc chống động kinh. Một số trẻ mắc chứng động kinh này cũng mắc phải các loại động kinh khác. Đa số trẻ sẽ không còn xảy ra cơn co giật này khi qua khỏi tuổi thiếu niên.

Động kinh vắng ý thức là những cơn mất ý thức ngắn, xảy ra đột ngột. Chúng phổ biến ở trẻ em hơn người lớn.

Người trong cơn động kinh vắng ý thức giống như đang nhìn chằm chằm vào khoảng không trong vài giây. Sau đó, nhanh chóng trở lại mức độ tỉnh táo bình thường.

Dấu hiệu đơn giản là nhìn chằm chằm vào khoảng không. Triệu chứng này có thể bị nhầm lẫn với sự mất chú ý kéo dài khoảng 10 giây. Đôi khi cơn vắng ý thức kéo dài đến 20 giây, mà sau đó không có bất kỳ triệu chứng nào như đau đầu hoặc buồn ngủ.

Các dấu hiệu và triệu chứng của cơn động kinh bao gồm:

Đột ngột ngừng hoạt động nhưng không té ngã.

Liếm môi.

Rung giật mí mắt.

Chuyển động nhai.

Chà xát ngón tay.

Chuyển động nhỏ ở hai bàn tay.

Sau cơn, không nhớ được những gì đã diễn ra trong cơn. Một số người xuất hiện nhiều cơn mỗi ngày, gây trở ngại cho việc học hoặc sinh hoạt hàng ngày.

Các cơn động kinh diễn ra rất ngắn. Vì vậy trẻ thường bị động kinh vắng ý thức trong một thời gian trước khi người lớn có thể nhận ra các cơn động kinh. Khả năng học tập của trẻ suy giảm có thể là dấu hiệu đầu tiên của chứng rối loạn này. Giáo viên có thể nhận xét về việc trẻ không có khả năng chú ý hoặc trẻ thường mơ mộng.

Đa phần trẻ có khuynh hướng di truyền động kinh vắng ý thức.

Các tế bào neuron của não thường gửi các tín hiệu điện và hóa học qua các khe synap (khoảng hở giữa phần trước và phần sau synap. Tại đây có chứa các enzym đặc hiệu có chức năng phân giải chất trung gian hóa học để điều hòa sự dẫn truyền qua synap). Động kinh xảy ra do các xung điện bất thường từ các tế bào neuron.

Ở những người bị động kinh, hoạt động điện bình thường của não bị thay đổi. Trong cơn động kinh, các tín hiệu điện này lặp lại 3 chu kỳ trong một giây.

Những người bị động kinh cũng có thể bị thay đổi mức độ của các chất dẫn truyền thần kinh.

Một số yếu tố thường gặp ở những trẻ có cơn động kinh vắng ý thức bao gồm:

Tuổi:phổ biến hơn ở trẻ em từ 4 đến 14 tuổi.

Giới tính:Bệnh lí này thường gặp hơn ở trẻ gái.

Tiền căn gia đình:Gần một nửa số trẻ mắc bệnh lí này có người thân bị động kinh.

Hầu hết trẻ bị động kinh vắng ý thức không gây ra biến chứng. Tuy nhiên, ở một số trẻ:

Phải dùng thuốc chống động kinh suốt đời để ngăn chặn cơn động kinh.

Diễn tiến đến co giật toàn bộ, như động kinh co cứng – co giật.

Các biến chứng khác có thể bao gồm:

Khó khăn trong học tập.

Các vấn đề về hành vi.

Tách biệt với xã hội.

Các xét nghiệm cần thiết cho chẩn đoán bao gồm:

Điện não đồ (EEG):Trong cơn động kinh, hình thái sóng trên điện não đồ khác với hình thái bình thường.

Chụp cộng hưởng từ (chụp MRI) não:Trong động kinh vắng ý thức MRI não có thể bình thường. Tuy nhiên, MRI có thể cung cấp hình ảnh chi tiết của não. Điều này giúp loại trừ các vấn đề khác, chẳng hạn như đột quỵ hoặc khối u não.

Xem thêm:Bệnh nhân Động kinh: Cần chuẩn bị gì trước khi khám bác sĩ?

Điều trị thường bắt đầu với thuốc chống động kinh liều thấp nhất có thể. Sau đó, tăng liều lượng khi cần để kiểm doát các cơn động kinh. Khi các cơn động kinh thưa dần và biến mất kéo dài khoảng 2 năm, trẻ có thể được giảm bớt liều thuốc.

Các loại thuốc chống động kinh bao gồm:

Ethosuximide (Zarontin):Đây là loại thuốc thường được chọn sử dụng đầu tay để kiểm soát cơn động kinh vắng ý thức. Trong hầu hết các trường hợp, cơn động kinh đáp ứng tốt với thuốc này. Các tác dụng phụ có thể xảy ra bao gồm buồn nôn, nôn, buồn ngủ, khó ngủ, tăng động.

Axit valproic (Depakene):Axit valproiccó liên quan đến nguy cơ gây dị tật bẩm sinh ở trẻ sơ sinh. Vì vậy, phụ nữ không nên sử dụng trong khi mang thai hoặc khi đang có ý định có thai.Các bác sĩ có thể khuyến nghị sử dụng axit valproic ở trẻ bị đồng thời động kinh vắng ý thức và động kinh co cứng – co giật.

Lamotrigine (Lamictal):Một số nghiên cứu cho thấy thuốc này kém hiệu quả hơn ethosuximide và axit valproic, nhưng nó có ít tác dụng phụ hơn. Các tác dụng phụ có thể bao gồm phát ban và buồn nôn.

Thực hiện theo chế độ ăn giàu chất béo và ít carbohydrate có thể cải thiện việc kiểm soát cơn động kinh. Liệu pháp này chỉ được sử dụng nếu các loại thuốc truyền thống không kiểm soát được cơn động kinh.

Chế độ ăn này không dễ duy trì, nhưng đã thành công trong việc giảm động kinh cho một số người.

Dưới đây là các bước mà bạn có thể thực hiện để giúp kiểm soát cơn động kinh:

Uống thuốc đúng cách: Không tự điều chỉnh liều lượng của thuốc. Nếu bạn cảm thấy thuốc chưa giúp kiểm soát được động kinh và cần thay đổi loại thuốc, hãy nói với bác sĩ trong khi tái khám.

Ngủ đủ giấc: Thiếu ngủ có thể gây ra các cơn động kinh. Đảm bảo nghỉ ngơi đầy đủ mỗi đêm.

Đeo vòng tay cảnh báo y tế.

Động kinh vắng ý thứccó thể khó nhận biết và để lại những hậu quả không mong muốn cho trẻ. Nếu như bạn nhận thấy trẻ có dấu hiệu và triệu chứng của cơn động kinh đã kể trên, hãy đưa trẻ đến khám bác sĩ để được khám, chẩn đoán và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ban-biet-gi-ve-phuc-hoi-chuc-nang-sau-dot-quy/

Nội dung bài viết

Đột quỵ là gì?

Diễn biến đột quỵ

Di chứng sau đột quỵ

Khi nào thì bắt đầu quá trình phục hồi chức năng sau đột quỵ

Phục hồi chức năng sau đột quỵ kéo dài bao lâu?

Phục hồi chức năng sau đột quỵ diễn ra ở đâu?

Ai sẽ tham gia và điều trị phục hồi chức năng sau đột quỵ?

Chương trình phục hồi chức năng sau đột quỵ bao gồm những gì?

Phục hồi chức năng sau đột quỵ có phải luôn thành công?

Tai biến mạch máu não hay gọi là là đột quỵ ngày càng được cộng đồng quan tâm. Tỉ lệ bệnh ngày càng tăng. Không những vậy, bệnh còn có xu hướng trẻ hóa. Đột quỵ có thể gây tử vong nhanh, có tỷ lệ tử vong cao, đứng hàng đầu trong các bệnh thần kinh. Bệnh cũng để lại nhiều di chứng ở các mức độ khác nhau và dẫn đến tàn tật nhiều nhất.

Đột quỵ haytai biến mạch máu nãolà bệnh lý tổn thương đột ngột một phầnnãodo mạch máu não bị tắc nghẽn hoặc bị vỡ.

Máu mang oxy và chất dinh dưỡng lên nuôi não. Do đó, khi thiếu máu nuôi, não sẽ ngưng hoạt động rồi chết đi rất nhanh, chỉ trong vòng vài giây đến vài phút. Phần nào của não bị chết đi, thì phần cơ thể tương ứng do nó điều khiển sẽ không hoạt động được. Từ đó mà tiến triển thành những biến chứng và tàn tật.

Tai biến mạch máu não là loại bệnh lý thường gặp. Theo thống kê, mỗi năm có hơn 795,000 người Mỹ bị đột quỵ. Bệnh thường xảy ra ở người trên 45 tuổi trong đó 2/3 xảy ra ở tuổi trên 65, nam thường bị nhiều hơn nữ.

Nhiều trường hợp có thể hồi phục một phần hoặc hoàn toàn, nếu được chăm sóc điều trị thích hợp. Khoảng thời gian để hồi phục kéo dài từ một vài ngày đến vài tháng, tùy theo mức độ bệnh. Thời gian hồi phục nhanh và nhiều nhất là ba tháng đầu tiên sau đột quỵ.

Trường hợp nặng có thể để lại di chứng tàn phế nặng nề, không thể tự sinh hoạt được. Các trường hợp nặng nhất sẽ tử vong, hầu hết tử vong xảy ra trong tuần đầu tiên.

Cứ 100 người bị đột quỵ thì có khoảng 10 đến 20 người chết, khoảng 25 người nằm liệt giường hoặc luôn cần người phụ giúp, chăm sóc, chỉ 20 người khoẻ mạnh lại hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn và làm việc trở lại được, còn lại là những người có hồi phục nhưng vẫn yếu hoặc liệt một phần.

Xem thêm:Những dấu hiệu cảnh báo sớm đột quỵ: Không nên bỏ qua!

Đột quỵ thường diễn tiến rất nhanh, và để lại nhiều di chứng trầm trọng. Tùy vào mức độ tổn thương não mà bạn sẽ có mức độ tàn tật khác nhau. Nhìn chung, người bị đột quỵ thường bị những di chứng, rối loạn sau:

Vận động: liệt nửa người, liệt tứ chi, yếu tay hoặc chân. Đây là một trong những di chứng thường gặp nhất. Từ đó, bạn phải phụ thuộc vào sự chăm sóc của người thân gia đình, giảm chất lượng cuộc sống.

Ngôn ngữ: khó nói, giọng nói bị méo mó, nói bập bẹ, không thể diễn đạt được ý mình muốn nói, nói những câu vô nghĩa, khả năng lặp lại câu nói của người khác kém. Những rối loạn ngôn ngữ rất thường gặp, khiến bạn khó khăn trong giao tiếp. Ngoài ra, nó khiến cho bạn trở nên tự ti, trầm cảm, sống khép kín.

Rối loạn nuốt: bạn dễ bị hít sặc khi ăn, uống. Điều này cũng làm tăng tỉ lệ viêm phổi do hít sặc.

Rối loạn cảm giác: có thể bạn sẽ mất cảm giác nóng lạnh, chạm, hay đau trên da. Điều này rất nguy hiểm. Ví dụ nếu không may bị nước sôi đổ lên vùng da mất cảm giác, thì việc không có cảm giác, không có phản xạ rụt lại thì da sẽ bị bỏng nặng hơn.

Tiêu tiểu không tự chủ.

Suy giảm trí nhớ.

Suy giảm hoặc mất khả năng tư duy, logic.

Suy giảm khả năng lên kế hoạch, giải quyết vấn đề.

Phục hồi chức năng sau đột quỵ là một phần không thể thiếu, giúp bạn hòa nhập với cộng đồng, trở về cuộc sống của chính mình. Do đó, trang bị những kiến thức cơ bản về phục hồi chức năng sau đột quỵ là vô cùng quan trọng. Phục hồi chức năng sau đột quỵ càng sớm thì bạn càng lấy lại được nhiều những kĩ năng, chức năng bị mất.

Tuy nhiên, ưu tiên trước mắt của bác sĩ vẫn là:

Ổn định tình trạng sức khỏe của bạn trước.

Kiểm soát các tình trạng đe dọa tính mạng.

Ngăn ngừa đột quỵ tái phát.

Hạn chế mọi biến chứng liên quan đến đột quỵ.

Hiện nay, chương trình phục hồi chức năng cho bạn đột quỵ thường bắt đầu sớm trong vòng 24 – 48 giờ sau đột quỵ. Tức là bắt đầu từ khi bạn đang nằm viện.

Thời gian phục hồi chức năng sau đột quỵ phụ thuộc vào mức độ nặng của đột quỵ và những biến chứng nào gặp phải. Một vài người phục hồi rất nhanh. Song, hầu hết đều cần một khoảng thời gian dài, có thể kéo dài vài tháng đến vài năm sau đột quỵ.

Kế hoạch phục hồi chức năng sau đột quỵ sẽ thay đổi trong quá trình phục hồi, khi bạn học lại những kĩ năng và nhu cầu của bạn cũng thay đổi. Khi luyện tập liên tục, bạn có thể rút ngắn thời gian cho mình.

Như đã nói, bạn đã có thể bắt đầu phục hồi chức năng ngay khi bạn đang nằm viện. Trước khi xuất viện, bạn và gia đình bạn sẽ làm việc với nhóm bác sĩ điều trị, kĩ thuật viên… để lên kế hoạch phục hồi phù hợp nhất. Những yếu tố cần cân nhắc bao gồm: nhu cầu hay mong muốn của chính bạn, của gia đình bạn, vấn đề chi trả bảo hiểm, những gì thuận tiện nhất cho bạn và gia đình của bạn.

Các đơn vị phục hồi chức năng: Một số bệnh viện và phòng khám có đơn vị phục hồi chức năng. Nếu điều trị nội trú, bạn có thể ở lại đây trong vài tuần. Nếu được chăm sóc ngoại trú, bạn sẽ đến đây vào một khoảng thời gian nhất định mỗi ngày để tập luyện.

Tại nhà: bạn cũng có thể có chuyên gia đến tận nhà để giúp bạn phục hồi. Mặc dù điều này rất thoải mái và thuận tiện cho bạn hơn, nhưng việc tập luyện tại nhà còn hạn chế. Một phần là do nhân lực còn thiếu nhiều. Ngoài ra, khi bạn đến khám tại các trung tâm, chuyên gia có thể hướng dẫn cho bạn và gia đình về nhà cách tập luyện thêm.

Hãy thảo luận với bác sĩ và gia đình về mong muốn của bạn.

Xem thêm:Thuốc bổ não cho người bị tai biến

Chương trình phục hồi chức năng đột quỵ liên quan đến một loạt các chuyên gia. Các chuyên gia cần ngồi lại với nhau, làm việc nhóm để có chương trình điều trị ưu việt nhất.

Bác sĩ: Bác sĩ chăm sóc sức khỏe chính cho bạn, cũng như các bác sĩ chuyên khoa thần kinh, bác sĩ phục hồi chức năng.

Điều dưỡng phục hồi chức năng.

Vật lí trị liệu: Đội ngũ này giúp bạn học lại cách vận đông như đi lại, giữ thăng bằng.

Hoạt động trị liệu: Đội ngũ này giúp bạn học lại những kĩ năng hàng ngày như: tắm rửa, ăn uống…

Ngôn ngữ trị liệu.

Đội ngũ này giúp bạn cải thiện kĩ năng ngôn ngữ, khả năng nuốt.

Chuyên gia về tâm thần.

Nhân viên xã hội.Đội ngũ phục hồi chức năng sau đột quỵ bao gồm nhiều thành viên

Hiện nay, có rất nhiều cách tiếp cận để phục hồi chức năng sau đột quỵ. Kế hoạh của bạn sẽ phụ thuộc mức độ bị ảnh hưởng bởi đột quỵ và mong muốn của bạn là gì. Nhìn chung, chương trình phục hồi chức năng sẽ tập trung vào một số vấn đề sau:

Những bài tập kĩ năng vận động: những bài tập này giúp cải thiện sức mạnh cơ bắp, sự phối hợp các động tác. Bạn cũng có thể phải tập luyện để làm mạnh cơ nuốt.

Huấn luyện di chuyển: Bạn sẽ phải học cách di chuyển với những dụng cụ trợ giúp, như xe lăn, nạng, xe đẩy, nẹp cổ chân… Nẹp cổ chân có thể cố định và làm mạnh cổ chân của bạn. Mục đích là để hỗ trợ sức nặng cơ thể trong khi bạn học cách đi trở lại.

Liệu pháp sử dụng bắt buộc: Bạn sẽ phải học cách sử dụng chi (tay, chân) bị yếu liệt tỏng sinh hoạt, trong khi chi không bị yếu liệt sẽ được yêu cầu không thực hiện.

Duy trì tầm vận động: Một số bài tập và phương pháp điều trị có thể làm giảm sự co cứng cơ và giúp bạn lấy lại tầm vận động của khớp.

Một số kĩ thuật hỗ trợ cho hoạt động thể chất, như là:

Kích thích điện chức năng: Dòng điện được áp dụng cho những cơ bị yếu, giúp cơ co. Vì vậy, kích thích điện có thể giúp phòng ngừa teo cơ, yếu cơ.

Công nghệ robot: Các thiết bị robot có thể hỗ trợ tay, chân bị yếu thực hiện các chuyển động lặp đi lặp lại. Giúp chi bị yếu liệt lấy lại sức mạnh và chức năng.

Thực tế ảo: Việc sử dụng những trò chơi video và những trị liệu dựa trên máy tính khác liên quan đến việc tương tác giữa bạn và môi trường mô phỏng.

Nhận thức: Hoạt động trị liệu và âm ngữ trị liệu có thể giúp bạn lấy lại những khả năng nhận thức bị mất. Ví dụ: trí nhớ, kĩ năng giải quyết vấn đề, kĩ năng xã hội, kĩ năng đánh giá, nhận biết về sự an toàn.

Giao tiếp: âm ngữ trị liệu có thể giúp bạn lấy lại những khả năng bị mất, như: nói, nghe, viết và sự hiểu.

Điều trị và đánh giá tâm thần: Sự điều chỉnh cảm xúc của bạn cần được khám, đánh giá.

Thuốc: bạn có thể được kê thuốc chống trầm cảm, thuốc ảnh hưởng đến sự tỉnh táo, kích động hoặc vận động.

Các liệu pháp sinh học, tế bào gốc đang được nghiên cứu.

Các phương pháp điều trị như xoa bóp, trị liệu bằng thảo dược, châm cứu, liệu pháp oxy đang được đánh giá.

Sự thành công của phục hồi chức năng phụ thuộc nhiều yếu tố:

Mức độ ảnh hưởng của đột quỵ.

Phục hồi bắt đầu khi nào.

Tuổi.

Động lực và mức độ luyện tập.

Những vấn đề sức khỏe nền tảng.

Các thành viên trong gia đình và bạn bè bạn cũng có thể giúp cải thiện bạn phục hồi bằng cách động viên và hỗ trợ.

Phục hồi chức năng là một phần không thể thiếu trong phác đồ điều trị đột quỵ. Hơn nữa, phục hôi chức năng sớm làm tăng tỉ lệ quay lại cuộc sống, hòa nhập với xã hội. Hy vọng bài viết “Đột quỵ là gì? Nguyên nhân, dấu hiệu nhận biết và cách phục hồi” đã cung cấp được những thông tin cơ bản về chương trình phục hồi chức năng sau đột quỵ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dut-day-chang-cheo-truoc-nguyen-nhan-trieu-chung-va-phuong-phap-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Dây chằng chéo trước là gì?

Nguyên nhân gây bệnh

Triệu chứng đứt dây chằng chéo trước là gì?

Đứt dây chằng chéo trước có tự lành được không?

Đứt dây chằng chéo trước có đi được không?

Điều trị đứt dây chằng chéo trước

Quá trình điều trị bao lâu thì lành?

Đứt dây chằng chéo trước là một trong những tổn thương phổ biến ở khớp gối. Những vận động viên tham gia những môn thể thao cường độ cao như bóng đá, bóng chuyền… thường dễ bị tổn thương hơn. Có nhiều phương pháp điều trị đứt dây chằng chéo trước. Có thể là nghỉ ngơi, điều trị phục hồi chức năng, thậm chí phải phẫu thuật. Điều này còn phụ thuộc vào mức độ tổn thương và cường độ hoạt động của bạn. Vì vậy, hiểu biết về nguyên nhân, triệu chứng và điều trị đứt dây chằng chéo trước là rất quan trọng.

Khớp gốiđược cấu tạo bởi 3 xương:xương chày, xương đùi, xương bánh chè. Các xương kết nối với nhau bới cácdây chằng. Có 4 dây chằng chính ở khớp gối. Đó là dây chằng chéo trước và sau, dây chằng bên trong và ngoài. Chúng hoạt động như những sợi dây thừng vững chắc để liên kết các xương với nhau và giữ cho khớp gối ổn định.

Dây chằng chéo trước chạy chéo từ phía ngoài vào trong, từ sau ra trước. Hướng đi của nó giống như hướng khi bạn đặt bàn tay vào túi quần vậy. Nó có vai trò cố định khớp gối theo trục trước sau. Đồng thời, nó giữ chặt xương chày, không cho xương này xoay lệch vào trong so với xương đùi.

Có thể bạn quan tâm:Cần chuẩn bị câu hỏi gì trước khi đi khám bệnh Đứt dây chằng chéo trước?”

Dây chằng chéo trước có thể bị tổn thương theo nhiều cách khác nhau. Có thể là:

Thay đổi hướng đột ngột.

Dừng lại đột ngột.

Tiếp đất không đúng cách từ một cú nhảy.

Tiếp xúc trực tiếp hoặc va chạm với lực mạnh. Ví dụ: dùng chân cản một quả bóng, té đập đầu gối.

Thông thường, nam giới thường bị tổn thương nhiều hơn nữ giới.

Bạn có thể nghe tiếng “rắc” trong khớp gối khi đứt dây chằng chéo trước. Nhưng nó không xảy ra ở hầu hết các trường hợp. Các triệu chứng thường gặp là:

Đau: Bạn có thể cảm thấy đau chói vùng gối. Nếu tổn thương nhỏ, bạn có thể không thấy đau. Một vài trường hợp gặp khó khăn đi đứng trên chân bị thương.

Sưng: Thường xảy ra trong vòng 24 giờ đầu. Bạn có thể giảm sưng bằng cách chườm đá, nâng cao chân.

Khó khăn trong đi lại: Nếu chân của bạn không thể chịu được áp lực, thì việc đi lại sẽ gặp khó khăn. Bạn cảm thấy đau hay khó chịu khi đi nhanh, leo cầu thang, chạy nhảy. Một vài trường hợp thấy khớp gối trở nên lỏng lẻo hơn.

Giảm tầm hoạt động khớp gối: Nếu bị đứt dây chằng chéo trước, có thể bạn không gấp hay duỗi khớp gối như bình thường được.

Hầu hết, các tình trạng mắc phải tình trạng này sẽ không thể tự lành nếu không phẫu thuật. Tuy nhiên, tùy từng trường hợp mà sẽ có kế hoạch điều trị khác nhau. Điều quan trọng là thảo luận với bác sĩ để có kế hoạch điều trị phù hợp nhất.

Trong nhiều trường hợp, bạn vẫn đi lại được. Khi đi, bạn có thể cảm thấy đau hoặc dáng đi bất thường, khó khăn trong leo cầu thang, chạy nhảy. Vì vậy, đứt dây chằng chéo trước có thể bị bỏ sót.

Điều trị dây chằng chéo trước bao gồm phương pháp không phẫu thuật và phẫu thuật. Lựa chọn phương pháp nào cần xem xét nhiều yếu tố như: mức độ tổn thương, nhu cầu hoạt động. Ví dụ, vận động viên chơi những môn thể thao cần sự nhanh nhẹn có thể cần phẫu thuật để chơi thể thao một cách an toàn. Ngược lại, những người ít hoạt động, như người già, có thể không cần phẫu thuật.

Như đã nói, khi dây chằng chéo bị đứt hay rách thì không tự lành nếu không phẫu thuật. Nhưng điều trị không phẫu thuật có thể hiệu quả cho những bệnh nhân già hoặc mức độ hoạt động rất thấp. Nếu sự ổn định tổng thể của khớp gối nguyên vẹn, bác sĩ có thể khuyến cáo bạn không phẫu thuật.

Mang nẹp

Nẹp giúp giữ vững khớp gối của bạn. Để giữ vững hơn nữa, bạn có thể cần đến nạn. Việc dùng nạn giúp bạn không đặt áp lực lên chân bị thương.

Vật lí trị liệu

Khi tình trạng sưng giảm bớt, một chương trình phục hồi chức năng an toàn được khởi động. Các bài tập được thiết kế giúp làm mạnh cơ, lấy lại được tầm hoạt động bình thường của khớp gối.

Hầu hết, đứt dây chằng chéo trước  không thể khâu lại được. Vì vậy, dây chằng cần được tái tạo. Nghĩa là, bác sĩ sẽ thay thế dây chằng của bạn bằng một mảnh ghép khác. Mảnh ghép này hoạt động như một nền tảng cho một dây chằng mới phát triển.

Mảnh ghép thường được lấy từ những vị trí khác trong cơ thể. Ví dụ: gân gót, gân cơ tứ đầu đùi, gân cơ thon….

Hiện nay, phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước được thực hiện bằngnội soi. Phương pháp nội soi ít xâm lấn và thời gian hồi phục nhanh hơn. Sau phẫu thuật, bạn cũng cần đến phục hồi chức năng – vật lí trị liệu để trở lại hoạt động như bình thường.

Nếu điều trị không phẫu thuật, bạn có thể quay trở lại sinh hoạt và chơi thể thao sau 3 tháng. Nếu phẫu thuật, thời gian kéo dài hơn, từ 6 – 9 tháng. Con số này chỉ mang tính chất tham khảo. Nó còn phụ thuộc vào cơ địa, việc tuân thủ điều trị của bạn.

Đứt dây chằng chéo trước là một tình trạng khá phổ biến. Tần suất nhiều hơn ở những người chơi thể thao. Đứt dây chằng chéo trước nếu không được điều trị phù hợp sẽ gây nên teo cơ, thoái hóa khớp, giảm chất lượng cuộc sống. Vì vậy, việc trang bị những kiến thức về nguyên nhân, triệu chứng, cách điều trị về đứt dây chằng chéo trước hết sức quan trọng.

Có thể bạn quan tâm:Chấn thương dây chằng chéo sau: Kiến thức cần biết

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dut-day-chang-dau-goi/

Nội dung bài viết

Giải phẫu chức năng của dây chằng khớp gối

Nguyên nhân đứt dây chằng đầu gối

Triệu chứng đứt dây chằng đầu gối

Chẩn đoán đứt dây chằng đầu gối

Chẩn đoán phân biệt

Điều trị đứt dây chằng khớp gối

Chấn thương vùng gối là một tình trạng thường gặp trong cuộc sống hằng ngày. Một trong những hệ lụy của nó là đứt dây chằng đầu gối (hay đứt dây chằng khớp gối). Hệ lụy này để lại cho bệnh nhân những biến chứng ngắn và dài hạn rất nghiêm trọng. Hiện nay, nhờ sự phát triển của y học, việc chẩn đoán và điều trị đứt dây chằng đầu gối đã có những cải tiến đáng kể. Bài viết sau của Bác sĩ Lê Đức Đôn sẽ cung cấp những thông tin về tình trạng đứt dây chằng đầu gối. Mời bạn đọc theo dõi nhé!

Khớp gốilà khớp lớn nhất và phức tạp nhất của cơ thể. Khớp gối được tạo bởi đầu xa xương đùi, đầu gầnxương bánh chè, đồng thời được bao phủ bởi bao khớp,dây chằng, gân và các cơ. Cấu trúc giải phẫu đặc biệt và sự tương tác giữa các bộ phận này giúp giữ vững cũng như tạo ra chuyển động cho khớp gối.

Các dây chằng chính của khớp gối bao gồm:1

Dây chằng chéo trước bám từ vùng gian lồi cầu trướcxương chày, ngay phía trước chỗ bám của sụn chêm trong. Từ chỗ bám này, dây chằng đi lên trên, ra sau và vào trong đến bám vào mặt trong lồi cầu ngoài xương đùi. Dây chằng chéo trước ngăn đầu dưới xương đùi trật ra sau và ngăn khớp gối duỗi quá mức.

Dây chằng chéo sau chắc khỏe hơn dây chằng chéo trước. Nó bám từ vùng gian lồi cầu sau xương chày, đi lên trên và ra trước, bắt chéo phía trong dây chằng chéo trước và đến bám vào mặt ngoài lồi cầu trong xương đùi. Dây chằng chéo sau giúp ngăn sự trật ra trước của đầu dưới xương đùi. Đồng thời, nó cũng ngăn khớp gối gấp quá mức.

Dây chằng bên ngoài hơi tròn. Nó bám từ ngay dưới mỏm trên lồi cầu ngoài xương đùi đến mặt ngoài chỏm mác.

Dây chằng bên trong dẹt, bám từ mỏm trên lồi cầu trong xương đùi đến lồi cầu trong và mặt trong đầu trên xương chày. Dây chằng bên trong yếu hơn dây chằng bên ngoài. Vì thế, dây chằng này thường bị rách trong chấn thương thể thao.

Hầu hết các nguyên nhân đều đến từ các chấn thương thể thao. Một phần còn lại là do các chấn thương nghề nghiệp hoặc tai nạn giao thông. Những chấn thương này đều là những chấn thương có mức năng lượng từ trung bình đến nặng:2

Dây chằng chéo trước là dây chằng thường bị tổn thương nhiều nhất tại khớp gối. Dây chằng này thường bị kéo giãn hoặc đứt do một động tác xoay người hoặc đổi hướng đột ngột (khi hai chân đứng trên một mặt phẳng nhưng gối xoay sang một mặt phẳng khác). Các môn thể thao như trượt tuyết, bóng rổ hay đặc biệt là những cú ngoặt bóng trong bóng đá thường có nguy cơ cao dẫn đếnđứt dây chằng chéo trước.

Đứt dây chằng chéo sau cũng là một chấn thương thường gặp ở vùng gối. Tuy nhiên, tổn thương dây chằng này thường do một tác động trực tiếp và đột ngột. Ví dụ: tai nạn xe hơn hoặc một cú tắc bóng từ đối phương.

Tổn thương giãn và đứt các dây chằng bên thường do một lực tác động vào bên trong hoặc bên ngoài khớp gối, như trong các môn hockey hoặc bóng bầu dục.

Triệu chứng cấp tính:3

Đau vùng gối, thường xảy ra ngay sau chấn thương và rất nghiêm trọng.

Nghe tiếng “pop” hoặc “tac” ngay khi xảy ra chấn thương tại gối.

Sưng bầm nhiều vùng gối.

Đôi khi có thể cảm thấy tê hoặc mất cảm giác hoặc vị thế của khớp gối trong không gian.

Khó có thể đứng dậy và đi lại ngay lập tức sau tai nạn. Bạn gần như mất khả năng dồn toàn bộ trong lượng cơ thể lên hai chân.

Đặc biệt, trong các chấn thương nghiêm trọng, tất cả các dây chằng khớp gối bị đứt, có thể bạn sẽ thấy khớp gối bị biến dạng, nhô các các đầu xương ngay dưới da. Biến dạng này có thể biến mất do vô tình trong quá trình sơ cứu hoặc không được chú ý.

Trong trường này, rất có thể bạn đã bị trật khớp gối, lưu ý rằng biến chứng này rất nguy hiểm có thể dẫn đến tắc động mạch khoeo – làđộng mạchchính cung cấpmáucho phần chân phía dưới tổn thương. Do đó, nếu tổn thương này để lâu mà không được phát hiện hoặc phát hiện trễ có thể dẫn đến thiếu máu nuôi. Cuối cùng có thể gây ra hoại tử chân và có thể phải cắt cụt chân.

Vì vậy, cần thông báo cho nhân viên y tế ngay rằng bạn từng bị biến dạng gối sau chấn thương cũng như các triệu chứng như: tê nhiều hoặc mất cảm giác, đau, tím tái vùng chân dưới khớp gối.

Triệu chứng muộn:

Cảm giác lỏng lẻo, mất vững khớp gối khi thực hiện động tác chạy, leo cầu thang hoặc xoay người đột ngột.

Khó có khả năng quay lại các môn thể thao đã chơi trước đây. Đây là do hạn chế vận động và cảm giác e sợ chấn thương tương tự.

Thông thường, khi đến khám vì chấn thương vùng gối, nếu là trường hợp cấp tính, gối bệnh nhân thường sưng nề nhiều và rất đau khi vận động cũng như khi thăm khám. Do đó, hầu như khó có thể phát hiện chính xác các tổn thương này khi bệnh nhân vừa bị chấn thương.

Sau 1-2 tuần, bệnh nhân bớt sưng nề và giảm đau. Lúc này, bác sĩ có thể thực hiện các nghiệm pháp khám để chẩn đoán tổn thương bên trong gối:4

Kiểm tra tầm vận động chủ động và vận động khớp gối.

Nghiệm pháp Lachman.5

Nghiệm pháp ngăn kéo trước, ngăn kéo sau.

Nghiệm pháp Pivot-Shift.

Nghiệm pháp kéo giãn dây chằng bên/bên ngoài (dạng/khép khớp gối) có kháng lực.

Ngoài ra, có thể thực hiện nghiệm pháp Mc Murray hoặc nghiệm pháp Apley để chẩn đoán tổn thương các sụn chêm đi kèm.6

Sau khi thăm khám một cách hoàn chỉnh và có hệ thống, bác sĩ sẽ có cái nhìn tổng quan về các chấn thương tại khớp gối của bệnh nhân. Từ đó, đưa ra những xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh học phù hợp. Điều này giúp khẳng định lại chẩn đoán cũng như đánh giá mức độ nặng của tổn thương.

Thông thường, hình ảnh học được sử dụng trong các trường hợp đứt dây chằng khớp gối là cộng hưởng từ khớp gối (MRI). Đây là phương tiện giúp khẳng định chẩn đoán chính xác trong hầu hết các trường hợp tổn thương dây chằng.

Nội dung sau đây là hình ảnh học đặc trưng của đứt dây chằng chéo trước trên MRI để minh họa. Các hình ảnh này được phân thành dấu hiệu nguyên phát và thứ phát. Dấu hiệu nguyên phát là những hình ảnh tổn thương liên quan đến bản thân dây chằng. Dấu hiệu thứ phát là những hình ảnh xung quanh có liên quan mật thiết đến dây chằng chéo trước.5

Sưng nề, tràn dịch khớp gối.

Tăng tín hiệu trên chuỗi xung T2.

Mất liên tục các thớ sợi dây chằng.

Bất thường về hướng dẫn chằng chéo trước liên quan đến đường liên lồi cầu đùi (đường Blumensaat): Các sợi của dây chằng chéo trước có hướng ít dốc hơn so với đường tiếp tuyến của đỉnh liên lồi cầu (hay còn gọi là đường Blumensaat). Điều này được thể hiện thông qua góc của dây chằng chéo trước và đường gian lồi cầu (đỉnh góc nằm ở phía trước) > 15°, chỉ ra rằng dây chằng bị đứt hoặc bị kéo dãn quá mức gây chùn.

Dấu hiệu “notch” trống: tính hiệu dịch tại điểm bám của dây chằng ở mặt trong lồi cầu ngoài. Nó chỉ ra rằng có sự bong điểm bám tại đây.

Dây chằng chéo trước thường bị đứt ở đoạn 1/3 giữa và biểu thị qua hình ảnh mất liên tục dây chằng hoặc bất thường chu vi dây chằng. Tín hiệu dây chằng có thể tăng đậm độ trên chuỗi xung T2. Nếu góc nghiêng của dây chằng vẫn bình thường nhưng có sự tăng tín hiệu, có khả năng dây chằng chéo trước đã bị đứt một phần.

Dây chằng chéo trước có thể chỉ bị tổn thương một trong hai bó của nó. Hình ảnh học của tổn thương bó sau ngoài đơn thuần bao gồm:

Gap sign: tín hiệu dịch hoặc khoảng trống giữa cạnh trong của lồi cầu ngoài xương đùi và cạnh ngoài của đoạn giữa dây chằng, có thể nhìn thấy trên lát cắt ngang hoặc đứng ngang trên MRI.

Footprint sign: che phủ không hoàn toàn cạnh ngoài của gai chày tại điểm bám ở xương chày của dây chằng chéo trước, chỉ có thể nhìn thấy trên phim MRI lát cắt đứng ngang.

Đụng gập xương tại lồi cầu ngoài xương đùi hoặc mâm chày sau ngoài.

Mâm chày di chuyển ra trước > 7mm.

Sừng sau của sụn chêm ngoài không được che phủ.

Gãy xương kiểu Segond (kiểu gãy vòng cung).

Giảm độ dốc của dây chằng chéo sau. Nguyên nhân là do bị vướng bởi đầu tư do bị đứt của dây chằng chéo trước.

Tổn thương dây chằng bên trong hoặc bên ngoài đi kèm.

Tổn thương sụn chêm thường xảy ra kèm với đứt dây chằng chéo trước hoặc các tổn thương đáng kể khác. Triệu chứng chính là đau tại khe khớp gối vàcứng khớp.Tràn dịch (sưng nề) khớp gốicó thể xuất hiện sau 1 đến 2 ngày, nhưng có thể xuất hiện tràn máu trong khớp sớm nếu tổn thương mạch máu nuôi sụn khớp. Động tác thăm khám hiệu quả thường là thực hiện nghiệm pháp Mc Muray. MRI là một công cụ có độ nhạy cao để phát hiệnrách sụn chêm, nhưng có thể bị nhầm lẫn với hình ảnh thoái hóa chất nền trung tâm của sụn chêm.

Đây là hiện tượng cứng khớp và tràn dịch không đáng kể, đau nhiều khi duỗi gối. Kiểm tra các dây chằng thường vững. Chẩn đoán hầu hết dựa trên lâm sàng, hiếm khi cần hình ảnh học. Đôi khi phát hiện tín hiệu bất thường ở bao khớp sau trên MRI, nhưng các bó sợi dây chằng còn nguyên vẹn.

Người bệnh đau dữ dội quanh xương bánh chè, có thể thấy bánh chè bị trật khỏi vị trí thông thường. Xuất huyết trong khớp thường xảy ra, khó chống chân, và cảm giác mất vững bánh chè. Thăm khám phát hiện sưng nề nhiều vùng bánh chè và dây chằng cánh trong. Đồng thời, bệnh nhân có cảm giác e sợ khi người khám cố làm trật xương bánh chè. Nghiệm pháp ngăn kéo trước còn vững. Tình trạng này thường được phát hiện trênX-quangkhớp gối nếu bánh chè không được nắn chỉnh. Hình ảnh thường thấy là bán trật ra ngoài và bất thường khớp chè đùi.

Dựa trên thông tin về bệnh sử, các dấu hiệu, nghiệm pháp thăm khám được cùng những hình ảnh trên cộng hưởng từ, bác sĩ sẽ có chiến lược điều trị phù hợp với từng bệnh nhân khác nhau.

Mục tiêu của việc điều trị đứt dây chằng khớp gối bao gồm:

Giảm triệu chứng.

Phục hồi chức năng.

Hạn chế biến chứng.

Điều trị ban đầu bao gồm chống chân có kiểm soát, nghỉ ngơi, chườm đá, băng ép và nẹp bảo vệ.Thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs)hoặc cácthuốc giảm đaucó thể giúp kiểm soát đau và sưng nề, nhưng không làm thay đổi nguyên nhân bệnh sinh.3

Phương án điều trị nên dựa trên mong muốn của bệnh nhân, cùng với bản chất của chấn thương bên trong gối. Bệnh nhân có thể được chia ra làm ba nhóm:

Ít vận động.

Nhu cầu vận động trung bình.

Nhu cầu vận động cao.

Bệnh nhân nên được hướng dẫn thực hiện những động tác trong tầm vận động chủ động một cách nhẹ nhàng (không đau) trong những ngày đầu sau chấn thương. Mục tiêu đầu tiên của vật lý trị liệu là giảm sưng và đau. Đồng thời, liệu pháp giúp khôi phục được đầy đủ tầm vận động của bệnh nhân.

Mục tiêu tiếp theo là hồi phục sức mạnh của cơ, các cảm nhận bản thể và cảm thấy vững chắc khớp gối khi vận động. Chú ý rằng trong quá trình tập luyện, nếu có tình trạng trật khớp chè đùi tái diễn, điều này có thể do rách sụn chêm hoặc tổn thương sụn khớp đi kèm. Lúc này, cần phải thay đổi chiến lược điều trị để cá nhân hóa từng trường hợp.10

Nhóm này bao gồm những người ít nhu cầu vận động, cũng không đủ thể trạng để phẫu thuật. Nhóm cũng có thể bao gồm những bệnh nhân không đồng ý những điều trị phức tạp. Họ có thể điều trị tốt nhất thông qua vật lý trị liệu tại nhà, nẹp bảo vệ gối. Họ cũng phải vận động theo hướng dẫn để hạn chế nguy cơ mất vững khớp gối về sau.

Nhóm bệnh nhân này bao gồm những người có lối sống tương đối tĩnh tại cho đến những người có nhu cầu thể lực mức độ vừa phải, tuy nhiên nhu cầu sử dụng khớp gối không quá nhiều. Họ thường chơi các môn thể thao: đánh golf, bơi, đạp xe đạp, đi bộ,.. trong thời gian rảnh. Dựa trên độ nặng của tổn thương và nhu cầu vận động trong cuộc sống, bệnh nhân có thể được cho tập vật lý trị liệu nghiêm ngặt và dùng nẹp phù hợp cho từng người khác nhau. Nếu tình trạng mất vững vẫn còn xảy ra khi vận động, có thể cần phải tư vấn nhằm khuyến khích bệnh nhân thay đổi các động tác sử dụng khớp gối nói riêng và các động tác phối hợp khớp háng, gối và cổ chân nói chung.

Những bệnh nhân này có tầm mức vận động từ cao đến rất cao và thường là các vận động viên chuyên nghiệp; đặc biệt đối với các môn thể thao đòi hỏi ngoặt bóng, xoay người, nhảy cao, hoặc giảm tốc độ ngột (bóng đá, bóng rổ, trượt tuyết,tập Gym,…). Một số khác có thể là những người làm việc trong môi trường nặng nhọc hoặc có thể bị gây nguy hiểm nếu khớp gối không vững (thợ lợp mái nhà, công nhân xây dựng, cảnh sát hoặc quân nhân). Những đối tượng này thường được điều trị tốt nhất bằng việc phẫu thuật tái tạo dây chằng.

Tuy nhiên đôi khi vẫn có thể lựa chọn điều trị bảo tồn và tập vật lý trị liệu đối với những bệnh từ chối mổ. Nhiều nghiên cứu so sánh giữa tập vật lý trị liệu cùng với tái tạo dây chằng sớm sau chấn thương với tái tạo dây chằng trì hoãn cho thấy không có sự khác biệt về mặt chức năng ở những bệnh nhân trẻ hoạt động mạnh.11

Một số khác, bất kể mức độ chấn thương và nhu cầu vận động, lại có xu hướng không thể dung nạp điều trị bảo tồn và có thể có hiệu quả nếu được phẫu thuật. Điều này có liên quan đến dáng người và cách đi hằng ngày của họ.

Tái tạo dây chằng chéo trước được thực hiện nhằm phục hồi chức năng và độ vững của khớp gối. Phẫu thuật có thể được thực hiện sớm nhất có thể sau khi gối đã hết sưng nề và tầm vận động đã được khôi phục tốt (thường là 1 – 2 tuần đầu sau chấn thương đối với bệnh nhân đã được điều trị ban đầu phù hợp).

Mặc dù đứt dây chằng chéo trước thường gặp ở độ tuổi từ 15 đến 45, nhưng chỉ riêng tuổi già cũng không phải là không được phép phẫu thuật. Ngay cả xuất hiện cứng khớp cũng không phải là chống chỉ định tái tạo dây chằng.

Phẫu thuật được thực hiện dướigây mêhoặc gây tê tủy sống. Bệnh nhân sẽ được lấy gân của bản thân hoặc mảnh ghép nhân tạo để khôi phục lại dây chằng chéo trước. Sau đó, được cố định bằng vít chẹn hoặc vòng kim loại. Thời gian cuộc mổ kéo dài từ 1 đến 3 tiếng.

Nguy cơ phẫu thuật bao gồm: nhiễm trùng,thuyên tắc tĩnh mạch sâu, tổn thương thần kinh mạch máu vùng gối, mất vận động,đau khớp chè đùi, đau tại vị trí lấy mảnh ghép, đứt gân, gãy bánh chè; tuy nhiên, cần chú ý rằng các biến chứng này hiếm khi xảy ra.

Khâu nối trực tiếp dây chằng chéo trước hiếm khi được thực hiện do kết quả chung khá kém. Bong điểm bám dây chằng có thể được điều trị với phẫu thuật mổ mở, mở nhỏ hoặc nội soi nắn chỉnh.

Điều này phụ thuộc vào trình tự ca mổ, tính chất của bệnh nhân và tư vấn của phẫu thuật viên. Bệnh nhân có thể đứng bằng nạng và mang nẹp những ngày đầu sau mổ.Chườm lạnh, kê cao chân là những điều được khuyên thực hiện. Tập vật lý trị liệu được thực hiện ngay ngày đầu tiên sau mổ. Bệnh nhân có thể được xuất viện từ 2 – 3 ngày sau phẫu thuật. Tái tạo dây chằng chéo có thể giúp trở lại với nhu cầu vận động cao. Tuy nhiên, nó không thể làm giảm nguy cơ cứng gối sau chấn thương.13

Những lời khuyên này phụ thuộc vào kiểu hình và mức độ chấn thương, có hay không tổn thương đi kèm, kĩ thuật mổ, lược đồ tập luyện, tinh thần của bệnh nhân và nhu cầu thể lực.

Việc trở lại với những môn thể thao không hoặc ít đối kháng (tập gym,xe đạp) có thể nhanh hơn so với các môn có tính đối kháng (bóng đá, bóng rổ). Khôi phục toàn bộ tầm vận động thường sau 6 đến 12 tháng, trường hợp chỉ sau 3 tháng cũng đã được ghi nhận. Việc chạy nhảy có thể được thực hiện 4 tháng sau mổ. Những hoạt động thể chất trung bình sau 6 tháng và những hoạt động mạnh sau 8 tháng.14

Việc khôi phục vận động an toàn phụ thuộc rất nhiều vào việc tuân thủ chế độ tập vật lí trị liệu. Một nghiên cứu tổng hợp đã đưa ra bằng chứng về việc tập vật lí trị liệu sau tái tạo dây chằng nên được thực hiện trong 9 đến 12 tháng. Tầm vận động nên được khôi phục từ từ và thích hợp cho từ đối tượng. Không nên vội vã trong việc tập luyện do có thể dẫn đến giãn hoặc đứt lại dây chằng.15

Đứt dây chằng đầu gốilà một chấn thương thường gặp. Nó cần được xử trí ban đầu phù hợp để tối ưu hóa quá trình điều trị sau này. Chẩn đoán đứt dây chằng phải xác định được thành phần nào bị tổn thương. Phải luôn luôn phối hợp giữa thăm khám bằng tay cùng với hình ảnh học. Việc điều trị dựa trên mức độ tổn thương, nhu cầu vận động của bệnh nhân. Và phải cá nhân hóa việc điều trị để đạt hiệu quả tối ưu. Bệnh nhân cần tuân thủ tập vật lí trị liệu để có thể quay lại sinh hoạt hằng ngày sớm nhất có thể. Hy vọng bài viết trên đã cung cấp những thông tin hữu ích cho bạn đọc.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ewing-sarcoma-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh Ewing sarcoma

Triệu chứng của bệnh Ewing sarcoma là gì?

Nguyên nhân gây nên bệnh Ewing sarcoma

Ai là người có yếu tố nguy cơ mắc bệnh Ewing sarcoma?

Biến chứng của bệnh Ewing sarcoma

Làm thế nào để chẩn đoán bệnh Ewing sarcoma?

Điều trị bệnh Ewing sarcoma như thế nào?

Ewing sarcoma là một loại ung thư xương hiếm gặp. Ngoài ra nó còn có thể xảy ra ở trong các mô mềm xung quanh xương. Ewing sarcoma thường bắt đầu xuất hiện ở xương chân và xương chậu. Tuy nhiên, bệnh vẫn có thể xảy ra ở bất kỳ xương nào khác. Đôi khi, nó khởi phát từ trong các mô mềm của ngực, bụng, chân, tay hoặc các vị trí khác. Để biết thêm những thông tin cơ bản về căn bệnh này hãy đi tìm hiểu cùng Bác sĩ Phan Văn Giáo qua bài viết sau.

Bệnh Ewing sarcoma thường phổ biến ở trẻ em và thanh thiếu niên. Tuy nhiên, bệnh vẫn có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào.

Hiện nay, những tiến bộ lớn trong điều trị Ewing sarcoma đã giúp cải thiện kết quả cho những người không may mắc căn bệnh ung thư này. Sau khi kết thúc điều trị, người bệnh được khuyến cáo nên theo dõi sức khỏe của bản thân để phát hiện các tác dụng muộn của việc hóa trị liệu liều cao và xạ trị.

Sarcoma cơ vân là một bệnh ung thư hiếm gặp. Cho đến nay, cơ chế gây bệnh vẫn chưa được hiểu rõ và rất nhiều người vẫn rất hoang mang khi được bác sĩ chẩn đoán căn bệnh này. Tìm hiểu thêm qua bài viết sau:Sarcoma cơ vân: Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Ewing sarcoma, bao gồm:

Đau, sưng hoặc cảm thấy đau khi chạm vào vùng xung quanh khu vực bị ảnh hưởng.

Đau xương.

Cảm thấy mệt mỏi không giải thích được.

Sốt không rõ nguyên nhân.

Sụt cân không có chủ ý.

Hãy đến khám với bác sĩ nếu bạn hoặc con bạn gặp bất kỳ dấu hiệu và triệu chứng dai dẳng khiến cho bạn lo lắng.

Đến thời điểm hiện nay, các nhà khoa học vẫn chưa rõ nguyên nhân gây nên bệnh Ewing sarcoma.

Bác sĩ biết rằng Ewing sarcoma khởi phát khi một tế bào bắt đầu thay đổi DNA của chính nó. DNA của một tế bào chứa thông tin hướng dẫn cho các tế bào biết nó cần phải làm gì. Những thay đổi đó sẽ khiến tế bào nhân lên nhanh chóng và tiếp tục sống dai dẳng. Điều đó đi ngược lại với các tế bào khỏe mạnh thường sẽ chết vào một thời điểm nhất định. Kết quả là một khối u của các tế bào bất thường xuất hiện. Nó có thể xâm lấn và phá hủy các mô cơ thể khỏe mạnh. Các tế bào bất thường có thể rời khỏi khối u và phát tán (di căn) khắp cơ thể.

Trong bệnh Ewing sarcoma, sự thay đổi của DNA thường ảnh hưởng đến một gen. Gen đó được gọi là EWSR1. Nếu bác sĩ của bạn nghi ngờ bạn mắc bệnh Ewing sarcoma, tế bào ung thư của bạn có thể được làm xét nghiệm để tìm sự thay đổi về gen này.

Những yếu tố nguy cơ của bệnh Ewing sarcoma, bao gồm:

Tuổi.Bệnh Ewing sarcoma có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng nó có nhiều khả năng xảy ra ở trẻ em và thanh thiếu niên.

Chủng tộc.Bệnh Ewing sarcoma thường gặp ở người Châu Âu. Bệnh ít gặp hơn ở người Châu Phi và Đông Á.

Những biến chứng của bệnh Ewing sarcoma và điều trị, bao gồm:

Ung thư lan rộng (di căn).Bệnh Ewing sarcoma có thể phát tán từ nơi bắt đầu đến các khu vực khác trong cơ thể. Điều này làm cho việc điều trị và phục hồi trở nên khó khăn hơn. Bệnh Ewing sarcoma thường di căn đến phổi và các xương khác.

Tác dụng phụ của việc điều trị dài hạn.Các phương pháp điều trị cần thiết để kiểm soát bệnh Ewing sarcoma có thể gây ra những tác dụng phụ đáng kể, kể cả là ngắn hạn và dài hạn. Đội ngũ chăm sóc sức khỏe có thể giúp bạn kiểm soát các tác dụng phụ xảy ra trong quá trình điều trị. Ngoài ra, họ còn cung cấp cho bạn danh sách các tác dụng phụ cần theo dõi trong những năm sau điều trị.

Chẩn đoán bệnh Ewing sarcoma thường bắt đầu bằng việc thăm khám lâm sàng để hiểu rõ hơn về những triệu chứng của bạn hoặc con bạn có thể gặp phải. Dựa trên những triệu chứng đó, họ sẽ cho bạn làm thêm các xét nghiệm và thủ thuật khác để chẩn đoán bệnh.

Các xét nghiệm hình ảnh giúp bác sĩ tìm ra nguyên nhân gây nên triệu chứng của bạn. Xét nghiệm còn giúp bác sĩ tìm ra ung thư và những dấu hiệu cho thấy ung thư đã lan rộng.

Những xét nghiệm hình ảnh có thể được chỉ định, bao gồm:

X-quang.

Chụp cắt lớp vi tính(CT).

Cộng hưởng từ (MRI).

Chụp cắt lớp positron (PET).

Xạ hình xương.

Thủ thuậtsinh thiếtđược sử dụng để thu thập một mẫu các tế bào nghi ngờ. Sau đó, các mẫu tế bào này sẽ được đem đi xét nghiệm. Các xét nghiệm có thể cho thấy rằng các tế bào đó có phải là ung thư hay không. Không những vậy xét nghiệm còn chỉ ra loại ung thư mà bạn mắc phải.

Có nhiều loại thủ thuật sinh thiết được dùng để chẩn đoán bệnh Ewing sarcoma, bao gồm:

Sinh thiết kim.Bác sĩ sẽ đưa một cây kim xuyên qua da và hướng nó về khối u. Sau đó kim sẽ được dùng để thu thập một mẫu mô nhỏ từ khối u.

Sinh thiết phẫu thuật.Bác sĩ sẽ rạch da và loại bỏ toàn bộ khối u (Sinh thiết toàn phần) hoặc một phần của khối u (sinh thiết bán phần).

Xác định loại sinh thiết cần thiết và các chi tiết cụ thể về cách thực hiện cần được lên kế hoạch cẩn thận bởi đội ngũ y tế. Các bác sĩ cần thực hiện sinh thiết cẩn thận và tránh gây ảnh hưởng đến những ca phẫu thuật loại bỏ ung thư trong tương lai. Vì lý do này, hãy đề nghị bác sĩ giới thiệu về những chuyên gia có nhiều kinh nghiệm trong điều trị bệnh Ewing sarcoma trước khi xét nghiệm.

Mẫu tế bào ung thư của bạn sẽ được kiểm tra tại phòng xét nghiệm để xác định những thay đổi hiện diện trong các tế bào. Tế bào ung thư Ewing sarcoma thường thay đổi về gen EWSR1. Thông thường, gen EWSR1 thường kết hợp kèm với một gen khác, được gọi là gen FLI1.

Sự kết hợp của cả hai tạo nên gen mới là EWS-FLI1. Xét nghiệm tế bào ung thư đối với những thay đổi về gen có thể giúp xác định chẩn đoán và cung cấp cho bác sĩ những gợi ý về tiến triển của bệnh.

Điều trị bệnh Ewing sarcoma thường khởi đầu bằng hóa trị liệu. Phẫu thuật để loại bỏ ung thư thường diễn ra sau đó. Những cách điều trị khác, bao gồm liệu pháp xạ trị, có thể được dùng trong một số tình huống nhất định.

Hóa trị liệu sử dụng các loại thuốc đặc biệt để tiêu diệt các tế bào ung thư. Điều trị hóa trị thường kết hợp từ hai loại thuốc trở lên. Các thuốc được dùng qua đường tiêm tĩnh mạch, ở dạng thuốc uống hoặc cả hai.

Điều trị bệnh Ewing sarcoma thường khởi đầu bằng hóa trị. Các loại thuốc này có thể thu nhỏ khối u. Đồng thời sẽ giúp cho việc loại bỏ ung thư trở nên dễ dàng hơn bằng phẫu thuật hoặc xạ trị trúng đích.

Sau phẫu thuật hoặc xạ trị, điều trị bằng hóa trị có thể được tiếp tục để tiêu diệt tế bào ung thư có thể còn sót lại.

Đối với trường hợp ung thư đã tiến triển lan sang các khu vực khác trong cơ thể, hóa trị liệu có thể giúp làm giảm đau và làm chậm quá trình phát triển của ung thư.

Mục tiêu của phẫu thuật là loại bỏ tất cả các tế bào ung thư. Nhưng việc lập kế hoạch phẫu thuật cũng sẽ xem xét sự ảnh hưởng của phẫu thuật lên năng lực của bạn trong cuộc sống hàng ngày.

Phẫu thuật có thể cần phải loại bỏ một phần nhỏ của xương hoặc loại bỏ toàn bộ chi. Bác sĩ có thể loại bỏ toàn bộ ung thư mà không phải đoạn chi tùy thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau. Chẳng hạn như kích thước và vị trí của khối u và liệu nó có thu nhỏ lại sau khi điều trị hóa trị.

Xạ trị sẽ dùng các chùm năng lượng cao để tiêu diệt các tế bào ung thư. Các chùm năng lượng đó bao gồm tia X và proton.

Trong quá trình xạ trị, các chùm năng lượng sẽ được truyền từ máy xạ trị và di chuyển xung quanh bạn khi bạn nằm trên bàn. Những chùm tia này sẽ được hướng cẩn thận đến khu vực bị ảnh hưởng của bệnh để làm giảm nguy cơ tổn thương các tế bào khỏe mạnh xung quanh.

Xạ trị có thể được khuyến nghị sau phẫu thuật nhằm tiêu diệt tế bào ung thư còn sót lại. Nó cũng có thể được sử dụng thay cho phẫu thuật trong một số trường hợp. Chẳng hạn như vị trí ung thư nằm ở khu vực mà phẫu thuật không thể tiếp cận được. Nếu phẫu thuật sẽ gây ảnh hưởng chức năng ở mức không thể chấp nhận (Ví dụ như mất chức năng ruột hoặc bàng quang) thì cũng có thể áp dụng xạ trị.

Đối với Ewing sarcoma, xạ trị có thể làm chậm sự phát triển của ung thư và làm giảm đau.

Ewing sarcomalà một loại bệnh ung thư xương hiếm gặp. Chính vì thế, nếu có những triệu chứng dai dẳng bất thường gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, bạn hãy đi khám bác sĩ để sớm tìm ra nguyên nhân. Phát hiện bệnh sớm sẽ khiến cho việc điều trị trở nên dễ dàng hơn, đồng thời làm tăng tỉ lệ điều trị bệnh thành công cho bệnh nhân.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/gai-cot-song/

Nội dung bài viết

Gai cột sống là gì?

Nguyên nhân gai cột sống

Yếu tố nguy cơ

Triệu chứng gai cột sống

Chẩn đoán gai trên cột sống

Phương pháp điều trị

Biện pháp phòng ngừa

Gai cột sống là sự phát triển thêm của xương trên thân đốt sống, đĩa sụn, dây chằng quanh khớp. Bệnh được chia làm 2 loại chính là gai cột sống lưng và gai cột sống cổ. Ngoài ra, còn có gai cột sống đoạn ngực nhưng ít gặp. Đây là một bệnh thường gặp. Khi bệnh diễn tiến nặng có thể gây nhiều ảnh hưởng đến chất lượng sống và làm việc.

Gai cột sống là khi cột sống xuất hiện các phần xương mọc ra phía ngoài và hai bên. Nguyên nhân chính của sự kích thích xương là tổn thương khớp liên quan đến viêm xương khớp. Các phần xương phát triển thêm đó được gọi làgai xương. Hầu hết các gai xương không gây triệu chứng, có thể không được chẩn đoán trong nhiều năm.

Bệnh có thể diễn tiến nặng, gây ra những cảm giác đau ở vùng thắt lưng, vai hay cổ do gai chèn ép vào dây thần kinh. Thậm chí, bệnh còn làm hạn chế vận động những vùng bị ảnh hưởng. Gai có thể xuất hiện ở nhiều vị trí trên cột sống của cơ thể: cột sống cổ, ngực, thắt lưng.

Cột sống có xu hướng thoái hóa theo tuổi tác vì là nơi chịu lực nhiều nhất cho cơ thể. Có những cơ chế hình thành gai xương. Có 3 nguyên nhân gây bệnh gai cột sống phổ biến gồm:

Tổn thương khớp do viêm xương khớp là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra chứng đau xương. Khi viêm xương khớp phá vỡ sụn đệm ở hai đầu xương,cơ thể sẽ cố gắng sửa chữa sự mất mát bằng cách tạo ra các gai xương gần khu vực bị tổn thương.

Các khớp cột sống viêm cũng khiến cácđĩa đệmở giữa bị hư hại. Sự tương tác qua lại này sẽ làm mất cấu trúc vững chắc của cột sống. Từ đó cột sống sẽ tự ổn định bằng cách mọc ra những gai xương bao quanh các khớp xương

Gai cột sống hình thành do sự lắng đọng canxi ở dây chằng tiếp xúc với đốt sống. Trường hợp này thường gặp ở người lớn tuổi. Sụn khớp bị thoái hóa và xẹp xuống, dây chằng ở giữa đốt sống bị chùng giãn. Khi đó cơ thể có phản ứng tự nhiên, khiến dây chằng dày nên giữ vững cột sống. Để lâu ngày canxi sẽ tụ lại và tạo gai xương.

Gai cột sống có thể là kết quả của việc xương tự tu bổ khi cơ thể gặp phải chấn thương như va chạm, cọ xát hoặc gặp phải một sức ép nào đó.

Ngoài ra,béo phìhoặc di truyền cũng là một trong những nguyên nhân dẫn tới gai cột sống.

Thường hay gặp ở nam.

Nguy cơ tăng dần theo độ tuổi do sự lão hóa của cột sống.

Sự lắng đọng calci.

Người lớn tuổi.

Hay bốc vác nặng hoặc có thói quen đi đứng, vận động, ngồi học, nằm ngủ sai tư thế.

Có tiền sử tai nạn, chấn thương, có tổn thương ở sụn khớp.

Bị viêm cột sống mãn tính.

Thừa cân, vận động mạnh, hút thuốc lá, rượu bia và các chất kích thích…

Hiện nay, gai cột sống có xu hướng trẻ hóa.

Hầu hết các gai xương không có dấu hiệu và triệu chứng. Bệnh nhân tình cờ phát hiện gai cột sống khi chụp Xquang và thấy gai xương đã hình thành. Tuy nhiên khi đến giai đoạn các gai cọ xát với xương khác hoặc các phần mềm ở xung quanh như dây chằng, đặc biệt là rễ thần kinh thì sẽ gây đau vai, đau thắt lưng hoặc tê tay ở người bệnh.

Các triệu chứng cụ thể phụ thuộc vào vị trí của cột sống. Gai cột sống có thể gây hẹp không gian chứa tủy sống. Những gai xương này có thể chèn ép tủy sống hoặc rễ thần kinh của nó. Khi đó có thể gây ra yếu hoặc tê ở cánh tay hoặc chân của bạn.

Các biểu hiện thông thường có thể gặp của gai cột sống là:

Đau ở vùng cổ, thắt lưng đặc biệt khi đứng hoặc di chuyển. Vị trí đau hiện diện ở vùng cột sống hình thành gai. Đau tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi.

Mất cảm giác hoặc bất thường ở phần cột sống có gai.

Trong trường hợp nặng, bệnh nhân có thể đau tê ở cổ lan qua hai tay hoặc đau ở lưng dọc xuống hai chân.

Yếu cơ bắp tay, bắp chân.

Cơ thể mất cân bằng.

Rối loạn chức năng tiểu tiện hoặc đại tiện (hiếm gặp).

Rối loạn thần kinh thực vật (các phản xạ tự động bị rối loạn, tăng tiết mồ hôi, suy giảm hô hấp hoặc biến chứng tăng huyết áp).

Các triệu chứng của bạn có thể trở nên tồi tệ hơn khi bạn tập thể dục hoặc cố gắng di chuyển khớp bị ảnh hưởng.

Gai cột sống có thể được chẩn đoán khi người bệnh có triệu chứng. Các triệu chứng bao gồm: đau vùng cổ, thắt lưng, mất cảm giác, tê bì… Khi đó cần kết hợp các cận lâm sàng như:

Chụp X-quang: Giúp xác định vị trí, tình trạng và mức độ ảnh hưởng của xương bị tổn thương. Có thể thấy được mất sụn, thoát vị đĩa đệm, mức độ thay đổi khớp và gai xương… X-quang thường là cận lâm sàng quan trọng nhất.

Chụp cộng hưởng từ (MRI): Chủ yếu để xác định đĩa sụn có tổn thương không, thần kinh cột sống có bị chèn ép không.

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan): Cung cấp hình ảnh chi tiết về sự thay đổi cấu trúc xương sống, mức độ chèn ép thần kinh. Dựa vào những thông tin đó để đưa ra phương án điều trị tối ưu.

Xét nghiệm điện học: có mục đích nhằm đo tốc độ thần kinh gửi tín hiệu điện về não hay các bộ phận cơ thể như tay, chân, từ đó xác định mức độ của chấn thương dây thần kinh cột sống và loại trừ các nguyên nhân khác.

Xét nghiệm máu: chẩn đoán loại trừ đau cột sống do nguyên nhân khác.

Điều trị gai cột sống có thể kết hợp các phương pháp châm cứu, vật lý trị liệu cùng với tập thể dục thường xuyên. Các biện pháp không gây hại có thể áp dụng như mát-xa, vật lý trị liệu bằng hồng ngoại, sóng ngắn, điện xung, tập phục hồi chức năng cũng đem lại hiệu quả tích cực

Vật lý trị liệu có thể giúp làm giảm các triệu chứng của xương. Tập thể dục giúp cải thiện chuyển động và tăng cường cơ bắp xung quanh các khớp bị ảnh hưởng. Vật lý trị liệu cũng có thể bao gồm chườm lạnh, căng cơ, xoa bóp và siêu âm. Các dụng cụ nâng đỡ như nẹp cổ cũng giảm bớt gánh nặng lên các đốt sống bị bệnh.

Các thuốc giảm đau kháng viêm không steroid hoặc corticoid, vitamin, thuốc giãn cơ dùng để điều trị triệu chứng. Nếu kích thích xương gây đau và viêm, bác sĩ có thể khuyên dùng thuốc giảm đau. Một loại thuốc giảm đau khác có thể bao gồm tiêm cortisone vào khớp bị tổn thương.

Đặt ra trong trường hợp gai chèn ép vào tủy, làm hẹp ống tủy, chèn ép dây thần kinh và gây đau nghiêm trọng, hạn chế vận động…. Dù vậy thì phẫu thuật không đảm bảo các gai xương không tái phát. Hình thành gai xương là một đáp ứng viêm tự nhiên của cơ thể. Vì vậy, bệnh nhân cần tuân thủ điều trị và tái khám định kỳ.

Không hút thuốc.

Hạn chế làm việc nặng.

Có chế độ dinh dưỡng đầy đủ calcium và vitamin D, tránh các thức ăn gây tăng cân, béo phì như mỡ động vật, tăng cường ăn rau quả.

Tránh các thương tổn cột sống (như sai tư thế ngồi, nằm, đi xe,…).

Không chơi những môn thể thao quá sức như: cử tạ, thể dục dụng cụ, vận động quá khó.

Ăn một chế độ ăn uống đầy đủ với nhiều canxi và vitamin D để bảo vệ xương của bạn.

Thực hiện các bài tập kiểm soát cân nặng thường xuyên như đi bộ hoặc leo cầu thang để giữ cho xương chắc khỏe.

Gặp bác sĩ nếu bạn có bất kỳ dấu hiệu của sự cố khớp, như đau, sưng hoặc cứng khớp.

Nếu bạn bắt và điều trị viêm khớp sớm, bạn có thể ngăn ngừa thiệt hại dẫn đến việc kích thích xương.

Gai cột sốnglà một tình trạng phổ biến hiện nay. Tuy bệnh không nguy hiểm nhưng có thể dẫn đến những biến chứng nặng, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Thêm hiểu biết về bệnh giúp phát hiện bệnh sớm và điều trị hiệu quả hơn, giảm các biến chứng. Youmed hy vọng đã mang đến cho các bạn đọc những kiến thức bổ ích cho cuộc sống.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/gai-cot-song-co/

Nội dung bài viết

Gai xương là gì? Gai cột sống cổ là gì?

Nguyên nhân gai cột sống cổ

Triệu chứng của gai cột sống cổ

Chẩn đoán bệnh gai cột sống cổ

Gai cột sống cổ và cách chữa trị

Gai cột sống cổ với biểu hiện những cơn đau nhức khó chịu, làm giới hạn khả năng vận động của vùng cổ. Vậy gai cột sống cổ là gì và nguyên nhân gây bệnh này. Hãy cùng Bác sĩ Hồ Đức Việt tìm hiểu về bệnh gai cột sống cổ để có biện pháp xử lý kịp thời khi có triệu chứng.

Gai xương(osteophytes), khác với tên gọi của nó, là một mấu xương nhẵn, mọc lên từ xương. Chúng thường hình thành gần khớp – nơi hai hoặc nhiều xương gặp nhau. Đây là một bệnh lý khá phổ biến, được xếp vào nhóm bệnh lý mạn tính. Bệnh có diễn tiến chậm, mức độ đau và tổn thương tăng dần theo thời gian.

Nguyên nhân chính tạo nên gai xương là do các khớp xương bị tổn thương liên quan đến tình trạng viêm xương khớp (OA). Hầu hết các gai xương không gây ra triệu chứng và có thể không bị phát hiện trong nhiều năm. Nhưng nếu chúng cọ xát với các xương khác hoặc đè lên dây thần kinh, bạn có thể bị đau và cứng khớp.

Gai xương có thể không cần điều trị. Nếu cần điều trị, sẽ phụ thuộc vào vị trí của các gai xương và mức độ ảnh hưởng của chúng đến sức khỏe của bạn.

Gai xương có thể hình thành từ bất kỳ xương nào, nhưng chúng thường được tìm thấy nhất ở:1

Cổ.

Vai.

Đầu gối.

Phần lưng dưới.

Ngón tay hoặc ngón chân cái.

Bàn chân hoặc gót chân.

Ở bài viết này chúng ta sẽ tìm hiểu rõ hơn về gai cột sống cổ.

Gai cột sống cổ phổ biến nhất ở những người từ 60 tuổi trở lên, nhưng những người trẻ hơn cũng có thể mắc bệnh này. Những người bị viêm xương khớp (OA) có nhiều khả năng bị gai xương hơn.23Gai cột sống cổ có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào, vị trí thường gặp nhất là cột sống cổ đoạn C5-C6-C7 của cột sống.

Cột sống được tạo bởi nhiều cột sống nhỏ, giữa các cột sống được bao bọc bởi một lớn sụn trơn để khi cử động các cột sống này giúp cho khớp cho vận động một cách dễ dàng.

Lớp sụn khớp này theo thời gian bị bào mòn dẫn đến các đốt xương ma sát với nhau mà không có lớp bảo vệ gây đau và mất xương, kèm theo tăng thêm áp lực cột sống. Khi cơ thể bạn nghĩ rằng xương của bạn bị tổn thương, nó sẽ cố gắng sửa chữa bằng cách thêm xương vào vùng bị thương, dẫn đến hình thành gai xương như một cơ chế bù trừ tự nhiên của cơ thể, giúp phân bố lại vị trí chịu lực trên bề mặt xương cũng như giúp chuyển động khớp dễ dàng hơn.

Nguyên nhân phổ biến nhất của hình thành gai xương nói chung là tổn thương khớp do viêm xương khớp hoặc bệnh thoái hóa khớp.Viêm khớp dạng thấp, lupus vàbệnh gútcũng là những nguyên nhân có thể làm hỏng khớp của bạn. Các gai xương cũng thường hình thành sau một chấn thương ở khớp hoặc gân.

Các nguyên nhân khác của gai xương nói chung bao gồm:23

Vận động quá mức – ví dụ: vận động, ngồi sai tư thế trong một thời gian dài.

Do di truyền.

Chế độ ăn.

Béo phì.

Các vấn đề xương bẩm sinh.

Thu hẹp cột sống (hẹp ống sống).4

Bạn có thể không nhận ra mình bị gai cột sống cổ cho đến khi chụp X-quang. Chúng chỉ gây ra vấn đề khi chúng đè lên dây thần kinh, gân hoặc các cấu trúc khác trong cơ thể bạn. Sau đó, bạn có thể cảm thấy bất kỳ điềunàosau đây:15

Đau ở khớp bị ảnh hưởng.

Đau hoặc cứng khi bạn cố gắng duỗi hoặc di chuyển khớp bị ảnh hưởng.

Yếu, tê hoặc ngứa ran ở tay hoặc chân nếu xương thúc ép lên các dây thần kinh ở cột sống của bạn.

Co thắt cơ, chuột rút hoặc suy nhược.

Khó kiểm soát tiểu tiện, đại tiện nếu xương thúc ép lên các dây thần kinh nhất định trong cột sống của bạn (một triệu chứng hiếm khi gặp).

Các triệu chứng của bạn có thể trở nên tồi tệ hơn khi bạn tập thể dục hoặc cố gắng di chuyển khớp bị ảnh hưởng.

Cành xương có thể bị gãy và mắc kẹt trong lớp niêm mạc của khớp. Đây được gọi là mảnh sạn khớp (loose body). Nó có thể khóa khớp và gây ra tình trạng khó cử động.

Khi bạn có các triệu chứng nghi ngờ ở trên, bạn sẽ cần đi khám bác sĩ chuyên khoa Nội cơ xương khớp hoặc bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Bác sĩ sẽ hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và cho các cận lâm sàng thích hợp:15

Xét nghiệm máu: để xác định bạn có bị viêm khớp dạng thấp, gout, lupus…hay các tình trạng rối loạn khác.

Chụp X-quang: để giúp bác sĩ đánh giá rõ hơn phần gai xương của bạn.

CT-Scan(Chụp cắt lớp vi tính): được chỉ định khi bác sĩ cần đánh giá rõ hơn về tình trạng xương khớp của bạn.

MRI(Chụp cộng hưởng từ): đánh giá rõ hơn về tình trạng sụn khớp, mô mềm, xác định chính xác vị trí rễ thần kinh bị chèn ép, khối thoát vị đĩa đệm.

Kiểm tra độ dẫn điện: các bài kiểm tra này đo tốc độ thần kinh của bạn gửi tín hiệu điện. Chúng có thể cho thấy những tổn thương mà các gai xương đã gây ra cho các dây thần kinh trong ống sống của bạn.

Điều trị nội khoa gai cột sống cổ với các nhóm thuốc: thuốc giảm đauparacetamol, thuốc giảm đau kháng viêm không steroid (NSAIDs), thuốc giãn cơ.1

Mục đích của thuốc làm dịu cơn đau, mang lại cảm giác thoải mái cho người bệnh. Giảm đau giúp người bệnh dễ dàng thực hiện các công việc hằng ngày. Bên cạnh đó thuốc giảm đau giúp người bệnh phối hợp với các bài tập phục hồi chức này dễ dàng, mang lại hiệu quả nhanh hơn.

Thuốc giảm đau paracetamol được ưu tiên chọn lựa hàng đầu do ít tác dụng phụ, hiệu quả tốt. Bác sĩ có thể kê toa đơn chất paracetamol hoặc viên thuốc phối hợp paracetamol với một hoạt chất giảm đau khác như codein,… Viên thuốc phối hợp giúp giảm đau hiệu quả hơn. Lựa chọn loại thuốc tuỳ vào tình trạng đau của người bệnh.

Khi tình trạng đau tăng lên và không đáp ứng với thuốc giảm đau paracetamol. Có thể thay thế bằng một số loại khác như tramadol, thuốc giảm đau kháng viêm không steroid.

Tuy nhiên những thuốc này có thể có một vài tác dụng phụ nếu sử dụng liều cao trong thời gian dài. Do đó các thuốc này được nên được uống theo toa của bác sĩ. Nếu tự ý dùng thuốc dễ xảy ra các tác dụng phụ không mong muốn.

Bên cạnh đó, điều trị nguyên nhân gây bệnh là một yếu tố quan trọng, điều này giúp cho tình trạng bệnh không tiến triển nặng thêm cũng như không gây thêm gai cột sống ở các vị trí khác. Bạn cần liên hệ bác sĩ để tìm ra nguyên nhân cụ thể và điều trị.

Nghỉ ngơi nhiều hơn: gai cột sống cổ chèn ép vào dây thần kinh và các mô cơ xung quanh gây tổn thương. Vì vậy nghỉ ngơi nhiều giúp tránh tổn thương tăng thêm, phục hồi cũng tốt hơn.

Giữ ấm để tránh co rút cơ, cứng cơ.

Hạn chế thay đổi tư thế cột sống cổ một cách đột ngột. Thay đổi tư thế đột ngột vừa làm tăng tổn thương, vừa gây ra cảm giác đột ngột đau nhói.

Nên thực hiện các bài tập vận động vùng cổ.

Kết hợp các liệu pháp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng.

Chỉ định điều trị phẫu thuật cho các trường hợp sau:6

Gai cột sống cổ có biểu hiện chèn ép thần kinh hoặc tủy sống với tiến triển nặng.

Tình trạng trượt nhiều đốt sống.

Thất bại với điều trị nội khoa bằng thuốc và phục hồi chức năng.

Gai cột sống cổgây rất nhiều triệu chứng khó chịu cho người bệnh. Làm hạn chế vận động và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Do đó cần chủ động phát hiện kịp thời ngay khi vừa có triệu chứng để bệnh không diễn tiến nặng hơn. Mong rằng những thông tin đã được Bác sĩ Hồ Đức Việt chia sẻ sẽ giúp bạn có cái nhìn tổng quát về bệnh lý này!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-gan-nhiem-mo-khong-do-ruou-co-nguy-hiem-khong/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu

Các biểu hiện của bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu

Khi nào bạn nên đi khám?

Nguyên nhân của tình trạng này là gì?

Yếu tố nào làm tăng khả năng mắc bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu?

Gan nhiễm mỡ có những biến chứng nào?

Làm sao để phòng ngừa gan nhiễm mỡ không do rượu?

Cách chẩn đoán bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu

Phương pháp điều trị bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu

Những lời khuyên dành cho bệnh nhân gan nhiễm mỡ không do rượu

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) là một thuật ngữ được sử dụng để gọi chung nhiều tình trạng ảnh hưởng đến gan ở những người không hoặc ít uống rượu. Bệnh lý này ngày càng phổ biến hơn. Vậy liệu tình trạng này có nguy hiểm không? Có cách nào để điều trị hay phòng ngừa? Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên tìm hiểu qua đọc bài viết dưới đây để có cái nhìn tổng quát về căn bệnh này nhé.

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu có đặc điểm là sự hiện diện của rất nhiều mỡ tích tụ trong gan. Sau đó có thể diễn tiến nặng dần lên thành viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH). Tình trạng này có thể gây tổn thương tế bào gan nghiêm trọng và dẫn đến xơ gan, suy chức năng gan.

Thông thường, bệnh gan nhiễm mỡ không có bất kỳ biểu hiện nào. Chỉ một số trường hợp có ghi nhận các triệu chứng mơ hồ như mệt mỏi, đau tức vùng gan. Tuy nhiên, khi bệnh diễn tiến sang viêm gan nhiễm mỡ thì có thể gặp các biểu hiện như:

Báng bụng (có dịch tích tụ trong bụng).

Các tĩnh mạch nổi lên dưới da (tuần hoàn bàng hệ).

Lách to.

Lòng bàn tay son.

Vàng da, vàng mắt.

Nếu có bất kỳ dấu hiệu nào khiến bạn lo lắng, hãy đi khám. Đặc biệt là khi chúng xuất hiện và diễn tiến nặng lên. Các triệu chứng này có thể báo hiệu tổn thương gan hay suy giảm chức năng gan.

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu và viêm gan nhiễm mỡ không do rượu đều có liên quan đến:

Tình trạng thừa cân, béo phì.

Đề kháng insulin: Điều này kiến các tế bào không thu nhận đường theo cơ chế điều hòa của insulin.

Tăng đường huyết: Tình trạng này xuất hiện ở bệnh đái tháo đường hay tiền đái tháo đường.

Tăng mỡ máu: Đặc biệt là tăng thành phần triglyceride.

Các tình trạng này khi xuất hiện cùng nhau thường đi kèm với gan nhiễm mỡ. Đối với một số người, khi mỡ tích tụ trong gan, nó trở thành một độc tố. Chúng gây phá hủy tế bào gan và dẫn đến viêm gan, xơ gan.

Có rất nhiều bệnh lý có thể làm tăng nguy cơ gan nhiễm mỡ. Có thể kể đến như:

Cholesterol máu cao.

Mỡ máu cao, tăng triglyceride máu.

Hội chứng chuyển hóa.

Béo phì, đặc biệt là khi mỡ tập trung ở trong bụng, hay mỡ tạng.

Hội chứngbuồng trứng đa nang.

Ngưng thở khi ngủ.

Đái tháo đường type 2.

Nhược giáp.

Thiểu năngtuyến yên.

Viêm gan nhiễm mỡ thường hay xuất hiện ở:

Người lớn tuổi.

Người mắc đái tháo đường.

Tạng người tích mỡ bụng.

Xơ ganlà biến chứng chính của gan nhiễm mỡ và viêm gan nhiễm mỡ không do rượu. Đây là cũng là giai đoạn cuối cùng của các bệnh gan. Trong quá trình tổn thương tế bào gan do viêm, các tế bào sẽ cố gắng hồi phục. Khi đó, các mô xơ, sẹo sẽ xuất hiện. Khi tổn thương gan ngày càng nặng, các mô xơ này ngày càng nhiều và gây xơ gan.

Nếu tổn thương gan tiếp tục diễn tiến, xơ gan có thể dẫn tới:

Báng bụng.

Dãn tĩnh mạch thực quản, có thể gây vỡ làm nôn ra máu: Đây là một biến chứng nguy hiểm, có thể gây tử vong.

Bệnh não gan: Các biểu hiện như lú lẫn, ngủ gà hay rối loạn chức năng thần kinh cao cấp.

Ung thư gan.

Suy gan giai đoạn cuối.

Có khoảng từ 5 – 12 % người có viêm gan nhiễm mỡ không do rượu chuyển thành xơ gan.

Để làm giảm nguy cơ mắc bệnh, bạn có thể:

Ăn uống lành mạnh: Chế độ ăn hợp lý với nhiều rau xanh, trái cây, ngũ cốc nguyên hạt và chất béo có lợi.

Duy trì cân nặng hợp lý: Nếu bạn bị thừa cân hay béo phì, hãy cố gắng giảm cân. Không chỉ phòng ngừa gan nhiễm mỡ, bạn cũng có thể tránh được nhiều loại bệnh tật khác. Việc giảm cân cần có sự kiên trì với chế độ ăn uống và luyện tập phù hợp.

Tập luyện thể dục thể thao thường xuyên: Hãy chọn chế độ tập luyện vừa sức nhé.

Hầu như các trường hợp bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu đều không có triệu chứng. Do đó bệnh thường được chẩn đoán một cách gián tiếp qua xét nghiệm hay khi bạn bị một bệnh lý khác. Trường hợp thường gặp là xuất hiện hình ảnh gan nhiễm mỡ trên siêu âm hay men gan tăng.

Các xét nghiệm phù hợp là cần thiết để chẩn đoán bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu.

Tổng phân tích tế bào máu.

Đo nồng độ men gan trong máu, xét nghiệm chức năng gan.

Xét nghiệm viêm gan siêu vi như viêm gan A, viêm gan C…

Xét nghiệm tầm soát bệnh celiac (bệnh không dung nạp Gluten).

Đường huyết đói.

Xét nghiệm đoHbA1c, giúp ước đoán lượng đường trong máu.

Các xét nghiệm về mỡ máu, bao gồm cả cholesterol và triglyceride.

Các xét nghiệm hình ảnh học rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh. Có thể kể đến như:

Siêu âm bụng: Đây thường là xét nghiệm được chọn khi nghi ngờ có gan nhiễm mỡ.

CT scan hay cộng hưởng từ (MRI) bụng: Các xét nghiệm này có thể không cho phép phân biệt bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu và viêm gan nhiễm mỡ không do rượu, nhưng vẫn có giá trị nhất định.

Xét nghiệm đo độ đàn hồi gan: Giúp đo độ xơ cứng của gan, từ đó giúp dự đoán tình trạng xơ gan.

Cộng hưởng từ đàn hồi gan (MRE): Kết hợp giữa MRI và đo độ đàn hồi gan.

Nếu các xét nghiệm trên không đủ để chẩn đoán bệnh, bác sĩ có thể chỉ định làm sinh thiết gan. Một mẫu mô gan sẽ được lấy và quan sát trong phòng thí nghiệm dưới kính hiển vi. Kết quả sinh thiết có thể kết luận được tình trạng viêm hay xơ hóa của gan.

Tuy nhiên, sinh thiết gan là một kỹ thuật xâm lấn và ẩn chưa một vài nguy cơ. Có đó, hãy trao đổi thật kỹ với bác sĩ điều trị để có lựa chọn hợp lý nhé.

Xem thêm:Cần chuẩn bị gì trước khi đi khám Gan nhiễm mỡ không do rượu?

Điều trị hàng đầu là duy trì cân nặng hợp lý với chế độ ăn uống và tập luyện. Đối với những đối tượng cần giảm cân, việc giảm được 10% cân nặng là tối ưu. Tuy nhiên, việc chỉ giảm từ 3 – 5% trọng lượng cũng đã có những tác động tích cực nhất định.

Đối với những trường hợp nặng bị xơ gan, điều trị có thể nhắm tới là ghép gan.

Do không có thuốc đặc trị, việc thay đổi lối sống và chăm sóc cơ thể đối với bệnh nhân bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu là rất quan trọng. Ngoài việc tham khảo ý kiến và xin hướng dẫn của bác sĩ cùng các chuyên gia, bạn nên chú ý đến những điều sau:

Giảm cân, duy trì cân nặng hợp lý: Nếu bạn thừa cân, béo phì, hãy cố gắng cắt bớt lượng calo dư thừa trong thức ăn. Tăng cường các hoạt động thể lực để đốt cháy năng lượng. Quá trình kiểm soát năng lượng nhập vào luôn là điểm mấu chốt để duy trì cân nặng hợp lý. Nếu bạn đã từng cố gắng giảm cân nhưng không được như mong muốn, hãy liên hệ với bác sĩ để nhận sự hỗ trợ cần thiết.

Ăn uống với một chế độ lành mạnh: Hãy ăn nhiều trái cây, rau quả tươi và ngũ cốc nguyên hạt. Đảm bảo bữa ăn đa dạng và đủ năng lượng. Hãy tính toán lượng calo cho bữa ăn của mình nhé.

Vận động thể lực thường xuyên: Cố gắng vận động mỗi ngày ít nhất 30 phút. Nếu cần giảm cân, bạn nên có một chế độ tập luyện phù hợp.

Kiểm soát đường huyết: Nếu bạn mắc đái tháo đường, hãy tuân thủ điều trị và theo dõi đường huyết thường xuyên.

Hạ lượng cholesterol trong máu: Chế độ ăn giàu thực vật và luyện tập thể thao sẽ giúp hạ cholesterol. Hãy theo dõi mỡ máu định kỳ theo lịch tái khám của bác sĩ.

Bảo vệ gan: Tránh các tác nhân là tổn thương gan, như rượu và đồ uống có cồn. Khi phải sử dụng thuốc, hãy hỏi bác sĩ của bạn hay đọc hướng dẫn sử dụng xem chúng có gây hại cho gan không. Tương tự với việc sử dụng thảo dược, hãy tìm hiểu kỹ trước khi dùng.

Hiện tại chưa có loại thuốc nào có thể chữa khỏi bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu. Tuy nhiên, có nhiều nghiên cứu cho rằng nhiều loại dưỡng chất có lợi cho gan và có thể sử dụng để bảo vệ gan, bao gồm:

Vitamin E:Vitamin Elà một trong những chất chống oxy hóa. Do đó, chúng có thể bảo vệ gan, trung hòa bớt các thương tổn của tế bào gan. Hiện nay cần thêm các nghiên cứu thêm về tác dụng của vitamin E. Một điều đáng lưu ý là vitamin E tuy có vai trò chống oxy hóa, nhưng cũng mang một số nguy cơ nhất định. Một số công trình nghiên cứu thấy rằng vitamin E có thể làm tăng nguy cơ tử vong và ung thư tuyến tiền liệt.

Cà phê: Một vài nghiên cứu chỉ ra rằng những bệnh nhân có sử dụng nhiều hơn 1 cốc cà phê mỗi ngày có tổn thương gan ít hơn những bệnh nhân không uống hoặc uống ít cà phê. Tuy cơ chế của việc cà phê bảo vệ gan là chưa rõ, nhưng cũng là một tin tích cực cho những người uống cà phê và có bệnh gan nhiễm mỡ.

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượulà một tình trạng chung của tổn thương tế bào gan. Tình trạng này có thể diễn tiến nặng dần đến viêm gan, xơ gan và suy gan giai đoạn cuối, gây tử vong. Hiện tại, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cho tình trạng này. Do đó, cách tốt nhất là phòng bệnh. Bài viết vừa cung cấp cho bạn các lời khuyên để có một chế độ ăn và tập luyện lành mạnh, giúp bảo vệ lá gan.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-benh-ghe/

Nội dung bài viết

1. Bệnh ghẻ là gì?

2. Nguyên nhân gây bệnh ghẻ?

3. Triệu chứng của bệnh ghẻ?

4. Chẩn đoán bệnh ghẻ?

5. Điều trị bệnh ghẻ?

6. Phòng ngừa bệnh ghẻ?

Ghẻ là một bệnh lý da tương đối phổ biến. Bệnh có khả năng lây từ người này sang người khác qua tiếp xúc trực tiếp hoặc qua sử dụng chung các vật dụng như quần áo, khăn, nệm,…Vì bệnh có khả năng lây lan nên khi một người bị bệnh ghẻ thì nhiều người trong gia đình, tập thể có thể mắc theo. Bệnh ghẻ tuy không gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tổng quát nhưng vì nhiều người còn chưa biết cách phòng ngừa và điều trị bệnh đúng đắn nên có để lại một số hậu quả không mong muốn.

Ghẻ là một bệnh ngoài da, có thể lây lan sang người khác, do một loại ký sinh trùng có tên Sarcoptes scabiei (concái ghẻ) xâm nhập vào da và gây nên các tổn thương và triệu chứng ở da.

Đúng như tên gọi của bệnh, nguyên nhân gây ra ghẻ là do một loại ký sinh trùng có tên Sarcoptes scabiei (cái ghẻ). Sự thật là Sarcoptes scabiei có hai loại là ghẻ đực và ghẻ cái. Ghẻ đực không gây bệnh vì nó sẽ chết sau khi giao hợp và chỉ có ghẻ cái mới gây triệu chứng nên nguyên nhân thật sự gây nên bệnh ghẻ là do ghẻ cái.

Cái ghẻ có tám chân, kích thước rất nhỏ nên khó có thể nhìn thấy bằng mắt thường.

Chúng hoạt động nhiều về đêm, ban đêm thì đào hang còn ban ngày thì đẻ trứng, mỗi cái ghẻ đẻ trung bình khoảng 3 trứng mỗi ngày.

Khi một người bị bệnh ghẻ, trung bình trên cơ thể người đó có ít hơn 20 con cái ghẻ, tuy nhiên một số trường hợp có thể lên tới hàng triệu cái ghẻ.

Bệnh thường gặp nhiều hơn ở những nước nghèo, ở những người sống trong môi trường chật hẹp, đông đúc như khu nhà ổ chuột, trại tị nạn,…

Bệnh ghẻ có thể xảy ra ở mọi đối tượng, nhưng trẻ em và phụ nữ dễ bị bệnh hơn.

Những người có sức đề kháng bị suy giảm sẽ dễ bị mắc bệnh ghẻ hơn như: người già, người nhiễm HIV, người ghép tạng.

Đặc biệt những người tiếp xúc hoặc sinh hoạt chung với người bị ghẻ sẽ có khả năng cao dễ bị lây lan bệnh nhất.

Biểu hiện chủ yếu và nổi bật nhất của bệnh ghẻ là ngứa

Khi tiếp xúc lần đầu với cái ghẻ, triệu chứng ngứa và rát chưa xuất hiện và sẽ biểu hiện sau 6-8 tuần.

Người bệnh ngứa rất dữ dội và tăng nhiều về đêm. Do vào ban đêm, cái ghẻ thường di chuyển đào hang gây kích thích đầu dây thần kinh cảm giác ở da, làm cho người bệnh ngứa ngáy nhiều hơn.

Sau khi triệu chứng ngứa xuất hiện, trên da nổi cácmụn nướchayluống ghẻ (đường hầm ghẻ)

Mụn nước có kích thước nhỏ, mọc rải rác, riêng rẽ không thành chùm ở vùng da mỏng.

Đường hầm ghẻ (luống ghẻ) là dấu hiệu rất đặc trưng, nhưng không phải lúc nào cũng dễ tìm thấy. Đường hầm do cái ghẻ tạo thành, hơi nổ gồ trên bề mặt da. Đầu đường hầm là một mụn nước nhỏ và đó cũng chính là nơi cư trú của cái ghẻ. Khi lấy kim chích vào các mụn nước này, dịch sẽ chảy ra để lộ màu xám hoặc đen, dùng kim khều sẽ bắt được cái ghẻ bám trên đầu kim.

Vị trí bị tổn thương thường ở các vùng da mỏng như kẽ ngón tay, đường chỉ lòng bàn tay, mặt trước cổ tay, cẳng tay, nếp vú, quanh thắt lưng, rốn, kẽ mông, mặt trong đùi và bộ phận sinh dục. Ở trẻ em da mặt và da đầu gót chân, lòng bàn chân có thể bị bệnh.

Để chẩn đoán chính xác bệnh ghẻ, chúng ta phải dựa vào triệu chứng và các xét nghiệm.

Người bệnh ngứa nhiều, tăng lên về đêm cùng với nổi các mụn nước riêng rẻ trên vùng da mỏng.

Trong gia đình, trường học, cơ quan có người bị bệnh ghẻ gợi ý khả năng bị lây lan.

Chẩn đoán chính xác bệnh ghẻ dựa vào tiêu chuẩn tìm thấy được con cái ghẻ, trứng ghẻ trên da bằng cách dùng dao nạo mụn nước ở đầu đường hầm và soi dưới kính hiển vi hoặc dùng kính lúp soi bắt được cái ghẻ ở cuối đường hầm trong da.

Tuy nhiên không phải lúc nào cũng tìm thấy được cái ghẻ vì vậy quan trọng là dựa vào triệu chứng và nghi ngờ bị lây lan.

Điều trị bệnh cho cả những người trong gia đình, tập thể, nhà trẻ khi phát hiện bất kì ai bị bệnh ghẻ.

Bôi thuốc đúng theo sự hướng dẫn của bác sĩ: bôi thuốc 1 lần vào buổi tối, bôi sau khi tắm sẽ có hiệu quả hơn, bôi toàn thân trừ mặt và da đầu. Chú ý bôi kỹ những vùng nếp gấp, kẽ ngón, quanh móng, sau tai; riêng đối với trẻ em nên bôi thuốc luôn cho cả vùng mặt và da đầu.

Giặt sạch, phơi khô quần áo, chăn màn, khăn tắm và các vật dùng cá nhân khác.

Cách ly người bệnh, không ngủ chung và không sử dụng chung các vật dụng cá nhân.

Thuốc giảm ngứa: bác sĩ sẽ kê toa loại thuốc để giảm triệu chứng ngứa như:

Thuốc kháng histamin:chlorpheniramine, hydroxyzine hydrochloride, diphenhydramine uống trước khi ngủ.

Nếu cần thiết, bác sĩ có thể kê toa kem bôi chứa corticoid để giảm ngứa khi người bệnh đã sử dụng thuốc diệt ghẻ.

Bác sĩ thường sẽ kê toa các loại thuốc tiêu diệt con cái ghẻ như:

Kem Permethrin 5%: bôi và lưu lại trên da 8-12 giờ, tắm sạch ngay sau đó. Lặp lại mỗi tuần một lần.

Kem Lindane 1 %: bôi và lưu lại trên da 6 giờ, tắm sạch ngay sau đó. Lặp lại mỗi tuần một lần.

Kem Crotamiton 10%: bôi và lưu lại trên da 24 giờ, tắm sạch ngay sau đó. Trong 3-5 ngày liên tiếp.

Kem Benzyl benzoate 10%: bôi và lưu lại trên da 24 giờ, tắm sạch ngay sau đó. Trong 3-5 ngày liên tiếp.

Mỡ lưu huỳnh 2-10%: bôi và lưu lại trên da 24 giờ, tắm sạch ngay sau đó. Trong 3 ngày liên tiếp.

Ivermectin: uống một liều duy nhất. Có thể lặp lại sau 2 tuần.

Chú ý theo dõi khi điều trị: bệnh đáp ứng tốt là sau khi 3-5 ngày thoa thuốc mà trên da không nổi những mụn nước mới. Người bệnh cần lưu ý là triệu chứng ngứa có thể tồn tại vài tuần sau đó nên có thể bôi kem dưỡng ẩm để giảm ngứa.

Các biện pháp phòng ngừa bệnh ghẻ rất đơn giản bao gồm:

Vệ sinh cá nhân hàng ngày bằng cách tắm với xà phòng.

Khi có người ở xung quanh bị ngứa, nhất là ngứa về đêm, chúng ta nên nhanh chóng đi khám chuyên khoa da liễu.

Khi bị ghẻ, cần tránh tiếp xúc với người xung quanh, không dùng chung đồ đạc và ngủ riêng. Người bệnh cần đi khám ngay để được điều trị sớm và tránh lây lan cho mọi người xung quanh.

Bệnh ghẻcó khả năng lây lan cao nên khi bản thân hoặc người xung quanh bị mắc bệnh, cần phải nhanh chóng đi khám chuyên khoa để được điều trị và có những biện pháp dự phòng để tránh lây lan rộng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ghe-nuoc-la-gi-ghe-nuoc-lieu-co-nguy-hiem/

Nội dung bài viết

Bệnh ghẻ là bệnh như thế nào?

Ghẻ nước là gì và tại sao lại có tên gọi ghẻ nước?

“Ghẻ nước” có lây không?

Ghẻ nước liệu có nguy hiểm?

Các biểu hiện khi mắc bệnh ghẻ hay “ghẻ nước”

Điều trị bệnh ghẻ hay ghẻ nước như thế nào?

Bệnh ghẻ hay trong dân gian còn có nhiều tên gọi khác như ghẻ nước, ghẻ ngứa, ghẻ ruồi,…..vốn là một bệnh có mức độ phổ biến lớn ở Việt Nam. Chắc hẳn mọi người cũng phần nào có thể hình dung được những ảnh hưởng to lớn của bệnh ghẻ đối với sức khỏe chúng ta. Vậy ghẻ nước là gì và có nguy hiểm? Tại sao bệnh ghẻ lại có tên gọi như vậy? Đâu là những điều chúng ta cần lưu ý? Hãy cùng bác sĩ Nguyễn Thị Thảo tìm hiểu thông qua bài viết dưới đây nhé!

Bệnh ghẻ là một bệnh da rất phổ biến ở Việt Nam. Do tác nhân là ký sinh trùng cái ghẻ (Sarcoptes scabiei hominis). Cái ghẻ có những đặc điểm về ngoại hình như:

Hình bầu dục

8 chân

Lưng có gai chĩa về phía sau

Đầu có vòi hút thức ăn đồng thời vòi này còn dùng để đào hầm ở.

Mỗi ngày con ghẻ cái sẽ đẻ từ 1 đến 5 trứng. Và sau từ 3 đến 7 ngày trứng nở thành ấu trùng con

Ấu trùng sau đó dần dần trưởng thành thông qua quá trình lột xác.

Một điều đặc biệt, đó là chỉ có ghẻ cái mới có khả năng gây bệnh.

Triệu chứng đặc trưng nhất của bệnh ghẻ là bệnh nhân cực kỳ ngứa đặc biệt là về đêm (vì cái ghẻ đào hang và đẻ trứng vào ban đêm).

Ghẻ nướclà một tên gọi khác của người dân hay gọi cho bệnh ghẻ. Do khi mắc bệnh các vùng da bị ghẻ xâm nhập sẽ có các tổn thương da là mụn nước rải rác, riêng rẽ ( nhiều nhất ở các vùng da mỏng). Chính vì quan sát thấy những mụn nước này nên người dân đã đặt cho tên gọi bệnh ghẻ làghẻ nước

Ở phía dưới những mụn nước trên là đường hầm do con ghẻ đào còn gọi là “luống ghẻ”.

Các mụn nước này vẫn có thể mọc tập trung thành từng đám trong trường hợp bệnh ghẻ chàm hóa. Nguyên nhân là do bệnh nhân bị ngứa, gãi nhiều gây ra.

Bệnh ghẻ hayghẻ nướcđều là bệnh có khả năng lây lan cực kì cao, thậm chí sẽ rất dễ lây lan thành dịch.Ghẻ có thể lây lan từ người này sang người khác thông qua tiếp xúc trực tiếp hoặc gián tiếp. Lây giữa các thành viên trong gia đình hoặc bạn tình, qua:

Vật dụng dùng chung: mặc chung quần áo, giặt chung, phơi chung đồ…dính trứng ghẻ hoặc con cái ghẻ. Từ đó sau khi người xung quanh đụng vào sẽ bị lây ghẻ.

Tiếp xúc da: bắt tay, ôm hôn…

Đường tiếp xúc tình dục: quan trọng và thường bị bỏ sót

Đặc biệt, các bạn cần phải lưu ý rằng bệnh ghẻ hayghẻ nướcsẽ dễ lây nhanh hơn ở nơi chật chội, đông người.

Bệnh ghẻ hayghẻ nướcđa phần sẽ ít gây ra những biến chứng nghiêm trọng có hại cho sức khỏe. Chủ yếu là bệnh rất ngứa gây cho người bệnh vô cùng khó chịu, ảnh hưởng cuộc sống.

Tuy nhiên đối vớighẻ nướcthì các bạn cần phải chú ý thêm một điểm đó là tránhđể những mụn nước này dẫn đến biến chứng bội nhiễm hay chàm hóa.

Do như trên đã nói, bệnh ghẻ cực kì ngứa nên những động tác cào gãi của người bệnh rất dễ làm những mụn nước này vỡ da. Sau khi những mụn nước vỡ, đây chính là ngõ vào cho vi khuẩn gây tình trạng bội nhiễm, nhiễm trùng trên da.

Lâu dần những vùng da bị tổn thương như vậy sẽ dẫn đến tình trạng chàm hóa. Không chỉ sẽ ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà còn khó điều trị gây ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của người bệnh.

Thậm chí trong một số ít trường hợp nếu không được điều trị sớm và đúng. “Ghẻ nước”bội nhiễm này vẫn có thể tiến triển gây ra biến chứng nghiêm trọng viêm cầu thận cấp, vô cùng nguy hiểm. Một số biên chứng khác của bệnh, có thể kể đến như:

Chàm hóa

Bội nhiễm

Lichen hóa

Viêm cầu thận cấp

…

Chính vì vậy, khi mắc phải bệnh bạn hãy nên đến ngay các cơ sở y tế để được điều trị bằng các phương pháp đúng cách và đảm bảo. Tránh để tình trạng chậm trễ gây ra các biến chứng rất nguy hiểm và khó điều trị.

Các bạn có thể chú ý một số điểm sau để nhận biết mình liệu mình đang có mắc phải bệnh hay không:

Từng tiếp xúc trực tiếp hay gián tiếp với người xung quanh mắc bệnh ghẻ trong thời gian gần đây.

Khi con ghẻ xâm nhập vào da, trung bình sau khoảng từ 2 đến 3 tuần các bạn sẽ xuất hiện các dấu hiệu của bệnh

Triệu chứng đặc trưng nhất là ngứa dữ dội, đặc biệt là về đêm (vì cái ghẻ đào hang và đẻ trứng vào ban đêm).

Chi tiết hơn, các bạn có thể chú ý các vùng da bị ghẻ xâm nhập sẽ có các tổn thương da như sau:

Mụn nước rải rác, riêng rẽ ở vùng da mỏng (như ở kẽ ngón tay, mặt trước cổ tay, nếp dưới vú, quanh thắt lưng, rốn, kẽ mông, mặt trong đùi và bộ phận sinh dục,…..)

Đường hầm do con ghẻ đào còn gọi là “luống ghẻ” (luống ghẻ do con ghẻ đào thành dài 3 – 5 mm phía trên mặt da là một mụn nước nhỏ, lấy kim chích dịch chảy ra, dùng kim khêu sẽ bắt được cái ghẻ bám trên đầu kim. Đường hầm thường tìm thấy ở kẽ ngón tay, đường chỉ lòng bàn tay, nếp gấp cổ tay)

Trên da có thể có các vết xước, vảy da, đỏ da, dát thâm. Có thể có mụn mủ, chàm hóa.

Để có thể điều trị cho bệnh ghẻ một cách chính xác. Chúng ta hãy cùng tìm hiểu qua các nguyên tắc và mục tiêu giúp điều trị bệnh ghẻ:

Dùng thuốc giúp loại bỏ cái ghẻ khỏi bệnh nhân

Thuốc giúp điều trị triệu chứng và biến chứng

Đánh giá những người xung quanh, điều trị nếu cần thiết

Chẩn đoán sớm và điều trị ngay để tránh biến chứng và lây lan cho cộng đồng.

Điều trị cả những người trong gia đình và người xung quanh nếu phát hiện bị bệnh ghẻ để loại bỏ nguồn lây.

Bôi thuốc phải đúng cách.

Một số thuốc giúp loại bỏ cái ghẻ thông dụng chúng ta có thể kể đến như Permethrin, lưu huỳnh, Ivermectin, Benzyl benzoate…

Bôi thuốc vào buổi tối và lưu trên da 8-12 giờ.

Bôi thuốc toàn bộ bề mặt da, bao gồm da đầu, tất cả các nếp gấp, háng, rốn, vùng sinh dục và vùng da nằm dưới móng tay.

Không rửa tay sau khi bôi thuốc (nếu bệnh nhân tự bôi thuốc).

Tùy loại thuốc mà số lần bôi trong mỗi đợt sẽ khác nhau. Ví dụ như Permethrine bôi 1 lần duy nhất (lặp lại sau 1-2 tuần nếu còn ngứa). Còn Benzoate Benzyl bôi 3 đêm liên tiếp. Tránh trường hợp bệnh nhân bôi liên tục mỗi ngày.

Bệnh ghẻ là một bệnh ảnh hưởng rất nhiều đến cuộc sống của người bệnh. Không chỉ vậy mà đối với việc chữa“ghẻ nước”nếu không đúng còn rất dễ đưa đến những biến chứng khác như bội nhiễm. Chính vì vậy khi mắc bệnh các bạn hãy đến ngay các cơ sở y tế uy tín để được điều trị kịp thời, tránh lây lan cho cộng đồng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-giang-mai-nguyen-nhan-trieu-chung-va-chan-doan/

Nội dung bài viết

Bệnh giang mai là gì?

Nguyên nhân bệnh giang mai

Giang mai lây qua đường nào?

Dấu hiệu bệnh giang mai

Chẩn đoán bệnh như thế nào?

Biến chứng giang mai là gì?

Điều trị giang mai như thế nào?

Phòng ngừa giang mai như thế nào: Lời khuyên từ bác sĩ

Bệnh giang mai là một trong những bệnh lây qua đường tình dục. Bệnh tương đối nguy hiểm vì có thể gây nhiều ảnh hưởng cho người bệnh. Điều đáng lưu ý là bệnh không hiếm gặp và nhiều người còn chưa nhận biết đầy đủ các thông tin về bệnh dẫn đến điều trị cũng như phòng ngừa không hiệu quả. Hôm nay, bài viết của Bác sĩ Võ Thị Ngọc Hiền sẽ cung cấp cho bạn những thông tin hữu ích về bệnh giang mai.

Bệnh giang mai là một bệnh nhiễm trùng, lây truyền qua đường tình dục và do một loại vi khuẩn có tên làTreponema pallidumgây ra.

Khi bị mắc bệnh, người bệnh sẽ có những biểu hiện tổn thương chủ yếu ở da, niêm mạc và nhiều cơ quan khác như cơ, xương khớp, tim mạch và thần kinh. Vì vậy, đây là bệnh có ảnh hưởng lên nhiều bộ phận của cơ thể hay còn gọi là bệnh hệ thống.

Nguyên nhân chính gây nên bệnh giang mai là do một loại vi khuẩn có tên làTreponema pallidum. Vi khuẩn này có hình xoắn nên còn được gọi là xoắn khuẩnTreponema pallidum.

Loại xoắn khuẩn này không thể sống quá vài giờ khi ra khỏi cơ thể người. Xà phòng hay các chất sát khuẩn có thể tiêu diệt được nó trong vài phút.

Cáccon đường lây truyền giang maibao gồm:

Bệnh chủ yếu lây qua quan hệ tình dục không an toàn. Đối tác mắc bệnh giang mai có thể dễ dàng lây nhiễm cho bạn tình khi không sử dụng biện pháp bảo vệ.

Giang mai có thể dễ dàng xâm nhập qua nhau thai, gây ra những biến chứng nặng nề lên thai nhi.

Các trường hợp truyền máu của người bị mắc giang mai cũng gây lây truyền bệnh cho người nhận máu.

Bệnh giang mai diễn tiến qua 3 thời kỳ, hay còn gọi làcác giai đoạn giang mai. Mỗi thời kỳ có các triệu chứng và biểu hiện khác nhau:

Trong thời kỳ 1, sau khi xâm nhập vào cơ thể người bệnh, vi khuẩn sẽ tạo nên những tổn thương ở da niêm đầu tiên gọi là săng và hạch.

Dấu hiệu đặc trưng nhất củagiang mai giai đoạn 1là các săng. Săng giang mai là những vết trợt nông, hình tròn hay bầu dục, kích thước khoảng 0,5 – 2 cm, đáy sạch màu đỏ tươi, bóp thấy cứng và không đau. Săng thường tìm thấy ở phần niêm mạc của bộ phận sinh dục như môi lớn, môi bé ở người nữ hay quy đầu, lỗ sáo, bìu, dương vật ở người nam. Có thể bắt gặp săng giang mai ở niêm mạc miệng, môi hay lưỡi ở những đối tượng có hành vi quan hệ tình dục bằng miệng (oral sex).

Ngoài săng giang mai, trong thời kỳ này người bệnh thường bị nổi hạch kèm theo các săng. Hạch xuất hiện sau khoảng 1 tuần và nổi thành chùm, không đau ở vùng bẹn.

Tìm hiểu thêm:Bệnh giang mai có ngứa không?

Sau thời kỳ 1 của bệnh giang mai là diễn tiến đến thời kỳ 2. Thời kỳ này có thể kéo dài 2-3 năm sau kể từ khi nổi săng và hạch.

Tronggiang mai giai đoạn 2, người bệnh có các biểu hiện ở da như các dát hay sẩn đỏ hồng có vảy rải rác khắp thân mình. Các tổn thương ở da này thường không để lại sẹo. Ngoài ra, người bệnh có thể bị sốt, viêm hạch và rụng tóc trong thời kỳ này.

Giang mai thời kỳ 3này có thể kéo dài đến khoảng 10-15 năm nếu người bệnh không được điều trị với các biểu hiện ở nhiều cơ quan. Các cơ quan có thể bị tổn thương bao gồm cơ, xương, tim mạch và thần kinh với các thương tổn là các săng.

Gian đoạn này, vi khuẩn đã xâm nhập sâu vào cơ quan bên trong cơ thể mà không còn ở da hay niêm mạc nữa nên rất ít lây nhiễm cho bạn tình của người bệnh.

Chẩn đoán bệnh giang mai không quá khó khăn, bác sĩ sẽ dựa vào yếu tố gợi ý, biểu hiện bệnh của bệnh nhân và cácxét nghiệm giang mai.

Người bệnh đã từng mắc các bệnh lây truyền qua bệnh tình dục khác nhưlậu,HIV… Bạn tình hay đối tác mắc bệnh giang mai hay các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.

Tùy theo giai đoạn bệnh mà sẽ có những dấu hiệu khác nhau và dấu hiệu đặc trưng của bệnh là các săng và hạch không đau.

Các xét nghiệm tìm thấy xoắn khuẩn trong cơ thể người bệnh bao gồm phết các thương tổn săng và soi tìm vi khuẩn dưới kính hiển vi.

Các xét nghiệm phát hiện kháng thể khi cơ thể tiếp xúc vi khuẩn giang mai.

Ở thời kỳ 3, vi khuẩn không còn ở da niêm mà xâm nhập vào sâu bên trong các cơ quan. Gây bệnh ở các cơ quan quan trọng của cơ thể như tim mạch, thần kinh. Bệnh giang mai gây ra các tổn thương chủ yếu ở da, niêm và các biến chứng nguy hiểm như:

Vi khuẩn giang mai tấn công vào hệ thần kinh và gây nên bệnh viêm màng não,động kinh.

Biến chứng lên hệ tim mạch, vi khuẩn có thể gây phình mạch máu hay nguy hiểm hơn làsuy tim.

Vi khuẩn tấn công vào niêm mạc mắt và khiến cho mắt của người bệnh mờ dần.

Về cơ xương khớp, người mắc bệnh giang mai trải qua các cơn đau nhức và viêm xương khớp, thoát vị hay gãy xương.

Đối với các cơ quan nội tạng, xoắn khuẩn giang mai có thể tấn công dạ dày, ruột non với các triệu chứngđau bụng,tiêu chảy.

Đối với phụ nữ mang thai, bệnh giang mai có thể lây truyền từ mẹ sang con (giang mai bẩm sinh) và gây ra các hậu quả đáng sợ. Chẳng hạn như dị tật bẩm sinh hay thậm chí tử vong.

Bệnh giang mai có thể được chữa khỏi hoàn toàn và không để lại di chứng nào trong giai đoạn sớm của bệnh. Nguyên tắcđiều trị giang mainhư sau:

Penicillinlà kháng sinh được lựa chọn điều trị bệnh và có hiệu quả khỏi bệnh cao. Nếu người bệnh bịdị ứng với penicillinthì bác sĩ sẽ lựa chọn các kháng sinh khác thay thế nhưdoxycycline, azithromycin hoặcceftriaxone.

Vì giang mai lây truyền qua đường tình dục nên cần thiết phải điều trị cho cả bạn tình của người bệnh để cắt đứt nguồn lây và ngăn ngừa tái phát.

Phụ nữ mang thai bị giang maicũng được điều trị hiệu quả bằng penicillin và tùy thuộc vào giai đoạn bệnh.

Biến chứng xảy ra đối với trẻ sơ sinh do lây truyền từ mẹ sang con rất nghiêm trọng nên việc điều trị cho trẻ nên được tiến hành từ khi trẻ còn trong bụng mẹ đến lúc sinh ra.

Lựa chọn điều trị cho trẻ sơ sinh vẫn là kháng sinh penicillin và chế độ theo dõi, tái khám tùy thuộc vào xét nghiệm tại thời điểm trẻ sinh ra dương tính hay âm tính.

Sau 6-12 tháng sau điều trị, người bệnh được xét nghiệm kháng thể. Nếu kháng thể giảm hơn 4 lần so với trước điều trị thì việc điều trị có hiệu quả.

Nếu sau khi điều trị mà các triệu chứng của bệnh không thuyên giảm, xét nghiệm cho thấy hiệu giá kháng thể tăng hơn 4 lần so với trước điều trị thì khả năng điều trị thất bại hay người bệnh bị tái nhiễm.

Xem thêm:Bệnh giang mai có chữa được không?

Bệnh giang mai có thể gây nên những biến chứng nguy hiểm cho người bệnh và những người nằm trong con đường lây truyền của bệnh. Vì thế cần có những biện pháp phòng tránh bệnh hiệu quả để hạn chế đến mức tối thiểu những nguy hiểm mà bệnh đem lại.

Tìm hiểu ngay:Cách phòng ngừa các bệnh lây qua đường tình dục!

Vì chưa có vacxin phòng ngừa bệnh hiệu quả nên các biện pháp phòng bệnh tập trung vào con đường lây truyền của bệnh bao gồm:

Thực hiện hành vi quan hệ tình dục an toàn, không quan hệ tình dục bừa bãi và sử dụng các biện pháp bảo vệ như bao cao su.

Điều trị cho bạn tình khi bản thân bị mắc bệnh là cách tốt nhất để cắt đứt nguồn lây.

Khi nghi ngờ mắc bệnh, nên đến khám chuyên khoa để được chẩn đoán và điều trị kịp thời để tránh xảy ra các biến chứng nặng nề.

Tầm soát bệnh giang mai ở phụ nữ mang thai để có chiến lược xử lý khi mẹ mắc bệnh nhầm hạn chế biến chứng nặng nề xảy ra ở trẻ sơ sinh.

Bệnh giang mailà một bệnh tương đối nguy hiểm do các hậu quả và biến chứng mà nó gây ra. Vì vậy, khi mắc bệnh hay nghi ngờ mắc bệnh, mọi người nên nhanh chóng đến cơ sở y tế để được thăm khám và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/giang-mai-bam-sinh/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh giang mai bẩm sinh

Triệu chứng giang mai bẩm sinh

Chẩn đoán giang mai bẩm sinh như thế nào?

Bệnh giang mai bẩm sinh có chữa được không?

Điều trị giang mai bẩm sinh ở trẻ

Phòng bệnh giang mai ở trẻ sơ sinh

Bệnh giang mai bẩm sinh là tình trạng giang mai ở trẻ sơ sinh. Phụ nữ đang mang thai bị giang mai không được điều trị có thể lây nhiễm bệnh cho thai nhi. Tuy nhiên nếu phát hiện sớm ở mẹ thì vẫn có thể giảm được nguy cơ lây bệnh cho bé. Sau đây, mời bạn hãy cùng Bác sĩ Phan Văn Giáo tìm hiểu bệnh giang mai bẩm sinh nhé.

Bệnh giang mai bẩm sinh (hay giang mai sơ sinh) là một loại nhiễm trùng đa cơ quan gây ra bởi xoắn khuẩnTreponema pallidumvà truyền cho thai nhi qua nhau thai.

Nguy cơ nhiễm trùng nhau thai sang thai nhi khoảng 60-80% và có khả năng tăng lên trong nửa sau của thai kỳ.1

Giang maiở những giai đoạn sớm không điều trị thường có khả năng lây truyền cho thai nhi cao. Nếu bệnh ở các giai đoạn sau, khả năng lây truyền còn khoảng 20%.1

Bệnh giang mai không được điều trị trong thai kỳ có thể làm tăng nguy cơ thai lưu và tử vong sơ sinh. Năm 2021, theo thống kê từ CDC Hoa Kỳ có 2,855 trường hợp giang mai sơ sinh được báo cáo. Trong đó, bao gồm ít nhất 220 trường hợp thai chết lưu và tử vong ở trẻ sơ sinh.2

Xem thêm:Bệnh giang mai và thai kỳ: Những điều cần biết

Bệnh giang mai bẩm sinh sớm thường biểu hiện trong 3 tháng đầu của cuộc sống. Các hiện tượng bao gồm:

Các vết phỏng loét niêm mạc hoặc phát ban trên da và mẩn đỏ trên lòng bàn tay, lòng bàn chân.

Nổi sần xung quanh mũi, miệng và trong vùng tã.

Các tổn thương xuất huyết.

Thường có nổi hạch toàn thân và gan lách to.

Chậm tăng cân, chảy mủ hoặc lẫn máu vùng niêm mạc mũi gây ngạt tắc mũi.

Một số trẻ sơ sinh có thể tiến triểnviêm màng não, viêm sụn khớp,não úng thủy, hoặc gây khuyết tật về trí tuệ.

Trong vòng 8 tháng tuổi đầu tiên, viêm xương khớp (viêm sụn quanh khớp), đặc biệt là các xương dài và xương sườn, có thể gây liệt vận động chi, những tổn thương đặc hiệu này có thể quan sát thấy trên X-quang.

Bệnh giang mai bẩm sinh muộn thường biểu hiện sau 2 năm và gây ra các hiện tượng như:

Những vết loét sâu thường gặp ở mũi, vách ngăn, vòm khẩu cái cứng và các tổn thương sụn đầu xương, dẫn đến giảm phát triển của sụn đầu xương.

Giang mai thần kinh thường không triệu chứng. Tuy nhiên, bệnh có thể tiến triển gây liệt và teo cơ ở lứa tuổi thiếu niên.

Teo thị giác, đôi khi dẫn đến mù lòa.

Viêm giác mạc kẽ, tổn thương mắt phổ biến nhất, thường tái phát, đôi khi dẫn đến sẹo giác mạc.

Khiếm thính do thần kinh cảm nhận (Sensorineural deafness) thường tiến triển tăng dần và có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi.

Tổn thương răng cửa Hutchinson, tổn thương dạng nhú răng hàm (răng hàm hình quả dâu tây – mulberry molars), vết nứt da quanh miệng (rhagades), sự rối loạn phát triển xương mặt tạo bộ mặt bất thường “bulldog facies” là đặc trưng, di chứng.

Không phải tất cả trẻ bị giang mai bẩm sinh đều có triệu chứng. Có thể có trẻ sơ sinh mắc bệnh nhưng không có bất kỳ triệu chứng nào của bệnh.3

Tuy nhiên, nếu không được điều trị, trẻ có thể xuất hiện các vấn đề nghiêm trọng trong vài tuần đầu hoặc sau này bệnh tiến triển, trẻ có thể bị chậm phát triển, co giật hoặc tử vong do nhiễm trùng.

Chẩn đoán bệnh giang mai sơ sinh sớm thường dựa trên xét nghiệm huyết thanh mẹ. Thường được thực hiện sớm trong thai kỳ, lặp lại trong tam cá nguyệt thứ ba và lúc sinh.

Trẻ sơ sinh có mẹ nhiễm giang mai cần được thăm khám kỹ lưỡng, tiến hành nhuộm soi vi khuẩn học; hoặc nhuộm miễn nhiễm huỳnh quang ở bất kỳ tổn thương da, niêm mạc nào; và xét nghiệm định lượng nồng độ kháng thể theo thời gian (như RPR – Rapid Plasma Reagin hoặc VDRL – Venereal Disease Research Laboratory).

Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có dấu hiệu lâm sàng bệnh, hoặc kết quả xét nghiệm huyết thanh học dương tính, nên được xét nghiệm dịch não tủy bằng cách chọc dò thắt lưng. Chẩn đoán được xác nhận khi phát hiện xoắn khuẩn trong các mẫu bệnh phẩm dưới hình ảnh soi kính hiển vi.

Chẩn đoán bệnh giang mai bẩm sinh muộn dựa vào:

Tiền sử bệnh, các dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu và xét nghiệm huyết thanh dương tính.

Chẩn đoán lâm sàng dựa vào tam chứng Hutchinson: viêm giác mạc kẽ, tổn thương răng cửa Hutchinson và điếc do tổn thương thần kinh số 8.

Đôi khi các xét nghiệm huyết thanh học tiêu chuẩn cho kết quả âm tính nhưng xét nghiệm hấp thụ kháng thể treponema huỳnh quang (FTA-ABS) có thể dương tính. Vì thế việc chẩn đoán nên được cân nhắc với các trường hợp bị điếc không rõ nguyên nhân, suy giảm trí tuệ tiến triển, hay viêm giác mạc.

Bệnh giang mai bẩm sinh có thể chữa được. Trẻ cần được phát hiện sớm và điều trị bệnh ngay lập tức trước khi xảy ra các tổn thương nghiêm trọng đến xương, mắt, răng,…

Tùy vào tình trạng bệnh và sức khỏe của bé mà bác sĩ sẽ có những chỉ định phù hợp. Điều trị giang mai thường là sử dụng kháng sinh, chủ yếu làpenicillindưới dạng tiêm hoặc truyền.

Trường hợp trẻ mắc bệnh giang mai bẩm sinh sẽ có chỉ định nghiêm ngặt, giám sát chặt chẽ về quy trình điều trị và sử dụngthuốc kháng sinhtránh những biến chứng nguy hiểm xảy ra.

Để phòng bệnh giang mai ở trẻ sơ sinh, chúng ta cần thực hiện các biện pháp phòng ngừa từ người mẹ. Cần sàng lọc trước sinh sớm và điều trị ngay bằng penicillin nếu phát hiện bệnh.

Xét nghiệm bệnh giang maitrong lần khám thai đầu tiên là quan trọng. Nếu kết quả xét nghiệm dương tính, người mẹ cần được điều trị ngay lập tức. Cần lưu ý (những) bạn tình của mẹ cũng phải được điều trị. Ngay cả sau khi đã được điều trị thành công, người bệnh vẫn có thể bị tái nhiễm. Do đó, cần thực hiện các hành động để giảm nguy cơ bị nhiễm trùng.

Bên cạnh đó, để giảm nguy cơ mắc bệnh giang mai trước và trong khi mang thai, nên thực hiện các biện pháp sau:

Có mối quan hệ một vợ một chồng lâu dài với bạn tình đã được xét nghiệm và không mắc bệnh giang mai.

Sử dụng các biện pháp bảo vệ an toàn mỗi khi quan hệ tình dục. Mặc dùbao cao sucó thể giúp ngăn ngừalây truyền giang maibằng cách ngăn ngừa tiếp xúc với vết loét. Nhưng nên biết rằng đôi khi vết loét giang mai xuất hiện ở nhiều vùng khác và việc tiếp xúc với những vết loét này vẫn có thể truyền bệnh giang mai.

Hi vọng bài viết đã cung cấp cho bạn những thông tin hữu ích về bệnhgiang mai bẩm sinh. Mong rằng bạn đọc có thể cập nhật kiến thức, có một lối sống an toàn, lành mạnh, bảo vệ con trẻ và bản thân.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/gian-day-chang/

Nội dung bài viết

Giãn dây chằng là gì?

Những vị trí thường gặp chấn thương

Các mức độ giãn dây chằng thường gặp

Nguyên nhân giãn dây chằng

Giãn dây chằng do chấn thương trong thể dục thể thao

Các triệu chứng giãn dây chằng

Chẩn đoán giãn dây chằng

Cách điều trị giãn dây chằng

Những điều các bạn cần lưu ý khi bị giãn dây chằng

Cách phòng ngừa giãn dây chằng

Giãn dây chằng là một trong những chấn thương phần mềm rất hay gặp. Và có thể do nhiều nhiều nguyên nhân khác nhau. Đặc biệt là trong quá trình luyện tập thể dục thể thao. Vậy giãn dây chằng là gì? Các nguyên nhân gây ra giãn dây chằng? Tập luyện thể thao cần chú ý gì để không bị giãn dây chằng? Các bạn hãy cùng Bác sĩ Hồ Đức Việt tìm hiểu về vấn đề này nhé!

Dây chằnglà những mô sợi liên kết có chức năng kết nối xương này với xương khác hoặc sụn tại khớp (dây chằng khớp).1

Chức năng của các dây chằng trong cơ thể con người là vô cùng quan trọng vì chúng giúp ổn định thụ động các khớp và giúp thực hiện các cử động một cách hiệu quả, cũng như là vai trò quan trọng trong chức năng thụ cảm.2

Giãn dây chằng (Bong gân– Sprain) là hiện tượng dây chằng bị kéo căng hoặc rách. Bong gân khác với căng cơ (Strain), mặc dù đôi khi các thuật ngữ có thể được sử dụng thay thế cho nhau.2

Bạn có thể sẽ phải gặp tình trạng này ở bất kỳ vị trí khớp nào trên cơ thể. Tuy nhiên những vị trí có tần suất mắc bệnh cao hơn là những vị trí dễ gặp chấn thương trong lúc sinh hoạt, tập luyện. Có thể kể đến như:3

Giãn dây chằng mắt cá chân.

Giãn dây chằng đầu gối.

Giãn dây chằng cổ tay, cổ chân.

Tuỳ theo tình trạng chấn thương là nặng hay nhẹ, cũng như vùng cơ thể bị tổn thương mà sẽ có các dạng chấn thương phần mềm và giãn dây chằng khác nhau. Nhưng nhìn chung 3 mức độ giãn dây chằng quan trọng nhất mà các bạn cần phải biết là:

Dây chằng, gân cơ bị kéo giãn/chùng. Tuy nhiên khớp cử động bình thường, số lượng bó sợi rách ≤ 25%.

Dây chằng (gân – cơ) bị rách từ 25 – 75% số lượng bó sợi. Ở mức độ này sẽ giới hạn một phần vận động của cơ hoặc mất vận động một phần của khớp.

Dây chằng đứt > 75%, có thể làm chỗ bám dây chằng vào xương khớp bị sứt dẫn đến mảnh xương bị sứt theo. Trong những trường hợp này bệnh nhân cực kỳ cần chú ý xử trí sơ cứu đúng cách và đến ngay bác sĩ do khớp xương lỏng lẻo kéo dài có thể dẫn đến hư/sai khớp, vô cùng nguy hiểm.

Một số nguyên nhân chính có thể gây ra bệnh lý xương khớp này có thể kể đến như: Chấn thương, vận động sai tư thế, vận động quá sức, tuổi tác.

Như chúng ta cũng đã biết, trong quá trình luyện tập và thi đấu thể dục thể thao hay thậm chí trong các sinh hoạt hàng ngày thì chấn thương là điều hoàn toàn khó tránh khỏi. Trong chấn thương, các va chạm trực tiếp hay gián tiếp như vặn xoắn, kéo giãn, co rút đột ngột… gây tổn thương gân – cơ – dây chằng ở nhiều mức độ khác nhau (đụng dập – giãn – rách – đứt). Những tác động trên chính là những nguyên nhân gây ra giãn dây chằng. Thường gặp nhất là chấn thương do những tai nạn như:

Tai nạn trong luyện tập thể thao: nguyên nhân gây chấn thương thường gặp nhất.

Tai nạn trong sinh hoạt hàng ngày như (té ngã khi lên xuống cầu thang, trượt té ở bậc thềm).

Tai nạn giao thông.

Trong các nguyên nhân gây ra giãn dây chằng ở trên các bạn cần chú ý nhất đến các nguyên nhân do chấn thương trong thể dục thể thao do đây là nguyên nhân phổ biến nhất. Cũng như hoàn toàn có thể phòng tránh được.

Do phương pháp huấn luyện, giảng dạy không đúng nguyên tắc huấn luyện cơ bản: Đây là nguyên nhân thường gây nhiều ca chấn thương ở các môn thể thao khác nhau. Do đó mọi người cần phải chú ý tập luyện vừa sức, hệ thống bài tập khoa học, tăng dần lượng vận động, tăng dần độ khó động tác…

Do các động tác không đúng của bản thân người tập luyện: đặc biệt là các môn thể thao thi đấu có tính đối kháng mạnh như bóng đá, bóng rổ, quyền anh, đô vật, các môn võ.

Do các thiếu sót trong việc tổ chức tập luyện và thi đấu.

Điều kiện cơ sở vật chất, khí hậu và vệ sinh không phù hợp: như việc chuẩn bị sân bãi, dụng cụ tập luyện không đầy đủ, bố trí không phù hợp, không đủ vệ sinh, ánh sáng không đáp ứng nhu cầu cần thiết, do nhiệt độ của phòng tập luyện quá nóng hoặc do quá lạnh.

Do không tuân thủ những yêu cầu về y tế trong quá trình tập luyện.

Do điều kiện khí hậu: ánh sáng không đảm bảo, độ thông gió kém, nhiệt độ của phòng tập cao, độ ẩm quá cao, gió mạnh và góc chiếu tia nắng mặt trời quá lớn… từ đó dễ gây ra tai nạn.

Do những rối loạn về khả năng định hình trong không gian và sự giảm sút các phản ứng bảo vệ, sức tập trung chú ý của người tập thể thao: Đây là những nguyên nhân rất nguy hiểm thường xuất hiện do mệt mỏi quá độ gây ra, rối loạn khả năng phối hợp hoạt động của các nhóm cơ (phối hợp hoạt động, biên độ động tác, độ nhanh nhạy, khéo léo…).

Do cấu trúc giải phẫu của cơ thể không phù hợp với yêu cầu kỹ thuật, chẳng hạn khối lượng vận động không phù hợp với sức khỏe và độ tuổi.

Trong quá trình luyện tập thể dục thể thao mọi người có thể chú ý một số điểm như sau để phòng tránh các chấn thương, cũng như hạn chế những nguyên nhân gây ra giãn dây chằng:

Chú ý khởi động kỹ trước khi tập. Khi tập luyện nên tăng dần về cường độ và tần số. Tập luyện các bài tập có độ khó vừa phải với sức của bản thân (Chú ý: kéo giãn và căng cơ hết sức quan trọng).

Chuẩn bị thể lực tốt trước và trong quá trình tập luyện.

Hoàn thiện kỹ thuật của các bài tập cho đúng để hạn chế chấn thương.

Chuẩn bị tâm lý tốt.

Lịch thi đấu phù hợp (đối với vận động viên chuyên nghiệp).

Không nên quá gắng sức khi bị quá tải trong quá trình tập.

Điều trị thật tốt chấn thương cũ trước khi trở lại thi đấu và tập luyện.

Dụng cụ thi đấu – dụng cụ bảo vệ – sân bãi phải phù hợp.

Giáo dục tinh thần Fair Play.

Chú ý vấn đề thời tiết.

Chuẩn bị tốt cơ sở vật chất như: sân bãi, dụng cụ trước khi giảng dạy và tập luyện.

Thông thường trong các mức độ giãn dây chằng thì mức độ 1 (là giãn dây chằng hoặc rách rất nhẹ, ít hoặc không mất vững tại khớp) là phổ biến và tương đối nhẹ nhất. Ở mức độ này tình trạng giãn dây chằng đa phần đều hồi phục rất tốt sau vài ngày điều trị. Cũng như đa phần đều không để lại di chứng.

Tuy nhiên nếu tiếp tục luyện tập thể thao không đúng cách, người bệnh không khắc phục được những nguyên nhân gây giãn dây chằng. Tương lai sẽ rất dễ tiếp tục mắc phải giãn dây chằng ở mức độ nặng hơn, nguy cơ để lại di chứng cao.

Chính vì nguyên nhân của giãn dây chằng là do những tác động của chấn thương gây ra. Do đó các triệu chứng cũng như biểu hiện cũng sẽ khác nhau ở từng mức độ. Nhưng nhìn chung các triệu chứng điển hình giúp người bệnh nhận biết tình trạng giãn dây chằng là:3

Sưng đau nhiều ở vùng chấn thương (đầu gối, bả vai,…).

Phù nề.

Đau tăng khi ấn cùng vùng tổn thương.

Bầm vùng tổn thương.

Có thể có hoặc không giới hạn chuyển động của vùng (tuỳ theo mức độ tổn thương của dây chằng).

Bệnh lý này có thể được chẩn đoán theo một số cách, bao gồm:3

Thông qua bác sĩ:

Bác sĩ sẽ lấy tiền sử và khám sức khỏe để xem tiền sử và khám có phù hợp với chấn thương khớp có thể đã làm tổn thương dây chằng hay không.

Một số kiểm tra sẽ được thực hiện như độ sưng, phạm vi chuyển động và độ ổn định của khớp.

Thông qua các xét nghiệm hình ảnh:

ChụpX-quangđể chắc chắn rằng không bị gãy xương. Mặc dù không thể nhìn thấy dây chằng trên phim X-quang, nhưng điều quan trọng là phải xem xét khoảng cách của khớp và loại trừ gãy xương.

Tùy thuộc vào kết quả khám hoặc phản ứng của bạn với điều trị ban đầu, có thể yêu cầu hình ảnh cao hơn như siêu âm hoặcMRIđể đánh giá thêm chấn thương của bạn.

Bác sĩ của bạn có thể sẽ khuyên bạn thực hiện theo phương pháp PRICE trong 24 – 48 giờ đầu tiên sau khi bị thương. PRICE là viết tắt của:4

P (protection): sử dụng nẹp hoặc nạng để tránh tác động đến vùng bị thương.

R (rest): nghỉ ngơi, khi bị chấn thương phải ngừng ngay tập luyện.

I (ice): là phương pháp chườm lạnh bằng nước đá lên vị trí tổn thương ngay sau chấn thương, sẽ giúp người bệnh giảm đau. Đồng thời có tác dụng giảm sưng, đau, chảy máu, và chống viêm. 15 tới 20 phút mỗi tiếng.

C (compression): để giảm phù nề nên đặt băng ép ở chỗ bị chấn thương. Băng ép có thể tiến hành đồng thời với chườm lạnh.

E (elevation): Giữ phần cơ thể bị thương cao hơn đầu của bạn, nhằm giảm tích tụ dịch và máu xuất hiện do các mô và tổ chức bị tổn thương và viêm nhiễm. Giữ chỗ bị chấn thương ở tư thế nâng lên từ 24 – 72 giờ.

Sử dụng thuốc: thuốc chống viêm và thuốc giảm đau không kê đơn, uống khi cần thiết, có thể giúp giảm đau và sưng.

Di chứng của mức độ nặng hơn là độ 2 và 3 gây đau nhức, sưng nề kéo dài, hạn chế vận động.

Sau khi bị chấn thương người bệnh cần tuyệt đối lưu ý một số vấn đề sau:

Tuyệt đối không được chườm nóng, xoa dầu nóng, rượu thuốc vì gây giãn mạch, kéo dài chảy máu sưng nề. Từ đó làm cho tổn thương nặng hơn và lâu hồi phục.

Không vận động vùng tổn thương trong giai đoạn viêm tấy cấp tính.

Có thể uống thuốc giảm đau, kháng viêm (aspirin,ibuprofen) để hỗ trợ nhưng tuyệt đối không được tiêm kháng viêm trực tiếp vào vùng tổn thương.

Sau đây là một số lời khuyên giúp bạn tránh gặp phải tình trạng này:3

Không tập thể dục hoặc vận động quá mức khi có các vấn đề về xương khớp.

Duy trì lối sống khỏe mạnh với cân nặng hợp lý.

Mang giày vừa vặn.

Cần thận trọng trong tập luyện để hạn chế té ngã.

Thực hiện các bài tập kéo dãn cơ hằng ngày hoặc trước khi tập vật lý trị liệu.

Khởi động trước bất kỳ bài tập vận động nào.

Giãn dây chằngvốn là một trong nhưng chấn thương phần mềm phổ biến mà ai cũng có thể mắc phải. Do đó việc hiểu rõ như thế nào là giãn dây chằng cũng như việc xử trí đúng cách là vô cùng quan trọng. Hy vọng những thông tin do Bác sĩ Hồ Đức Việt đã cung cấp trong bài viết sẽ giúp bạn hiểu rõ về nguyên nhân, cách điều trị, cách phòng tránh bệnh lý này!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/gian-ong-tuyen-vu-noi-lo-cua-phu-nu/

Nội dung bài viết

Giãn ống tuyến vú là bệnh gì?

Giãn ống tuyến vú có dẫn đến ung thư hay không?

Triệu chứng giãn ống tuyến vú

Điều trị giãn ống tuyến vú

Kết luận

Giãn ống tuyến vú (Mammary ductal ectasia – MDE) là một vấn đề thường gặp của vú. Có những câu hỏi đã được tranh cãi từ rất lâu bên cạnh bệnh lý này. Liệu đây có phải là một dạng tổn thương do nhiễm trùng gây ra? Giãn ống tuyến vú có gây ung thư vú hay không? Chúng ta hãy cùng nhau tìm hiểu về bệnh lý này và trả lời những câu hỏi trên nhé.

Giãn ống tuyến vú là một bệnh lý lành tính ởvú. Cũng như tên gọi của nó, đây là hiện tượng ống tận của tuyến vú bị giãn ra.

Như hình mô tả, ta có thể thấy rõ cấu trúc sơ bộ của vú. Có nhiều thùy vú, trong mỗi thùy vú gồm các ống tận trong thùy, bên ngoài là ống tận ngoài thùy giúp dẫn sữa từ thùy vú tạo ra. Các ống ngoài thùy dẫn ra các ống tuyến vú lớn hơn, cuối cùng tập trung ở đầu ti.

Giãn ống tuyến vú nhẹ (mild) về bản chất không phải bệnh lý. Đó chỉ là hiện tượng diễn tiến bình thường của phụ nữ khi về già. Nhưng tại sao đôi khi người ta vẫn nhắc về việc chẩn đoán, xét nghiệm, thậm chí là điều trị vấn đề lẽ ra là “sinh lý” này?

Bởi vì trong nhiều trường hợp, giãn ống tuyến vú thường đi kèm theo hiện tượng viêm xung quanh ống tận tuyến vú bị giãn – periductal inflammation. Các triệu chứng thay phiên xuất hiện, gồm chảy dịch bất thường, đau vú, núm vú bị tụt… Tất cả những vấn đề trên đều gợi ý cho một tổn thương bệnh lý, thậm chí là ung thư.

Do vậy, các bác sĩ sản phụ khoa phải hỏi bệnh, thăm khám cẩn thận, cũng như đưa ra nhũng xét nghiệm để loại trừ các bệnh lý khác. Từ đó, họ có thể chẩn đoán đây là một hiện tượng sinh lý của bệnh nhân.

Việc điều trị đôi khi là cần thiết, vì có thể có một nhiễm trùng thật sự hoặc đi kèm bệnh lý ác tính.

Giãn ống tuyến vú bắt gặp ở khoảng 25% phụ nữ và khoảng 50% trong đó là phụ nữ trên 60 tuổi.

Như những số liệu trên, ta thấy, giãn ống tuyến vú gặp chủ yếu ở phụ nữ quanh mãn kinh (sắp và đã mãn kinh). Tuy nhiên, tình trạng đôi khi cũng có thể gặp ở phụ nữ trẻ tuổi (30 tuổi), thậm chí hiếm hơn là ở bé gái và đàn ông.

Đa số trường hợp (66%) giãn ống tuyến vú không có triệu chứng.

Một số trường hợp giãn ống tuyến vú có xuất hiện hiện tượng viêm quanh ống. Điều này sẽ làm xuất hiện triệu chứng bất thường ở vú. Triệu chứng lâm sàng của giãn ống tuyến vú trong một số trường hợp khá tương tự như viêm vú quanh ống tuyến, đôi khi còn giống với cả ung thư vú.

Thậm chí, có trường hợp xuất hiện viêm vú quanh ống ở đối tượng giãn ống tuyến vú. Do đó, người ta có thể dùng 2 cụm từ giãn ống tuyến vú và viêm vú quanh ống để thay thế lẫn nhau. Tuy nhiên, điều này chỉ đúng trong trường hợp chẩn đoán chưa rõ ràng. Chẩn đoán cuối cùng trước điều trị bắt buộc phải phân biệt rõ 2 vấn đề này.

Như vậy, về bản chất đây là 2 bệnh lý riêng biệt.

Có giả thiết cho rằng, sự nhiễm trùng trong bệnh lý viêm vú quanh ống dẫn đến giãn ống tuyến vú. Điều này đã được chứng minh là sai lầm.

Xem thêm:Dấu hiệu cảnh báo sớm ung thư vú mọi chị em phụ nữ cần biết

Như đã nói, bản chất của nó là một hiện tượng sinh lý tự nhiên, hoàn toàn không liên quan đến diễn tiến ung thư. Tuy nhiên, không loại trừ trường hợp ung thư vú và giãn ống tuyến vú xuất hiện cùng lúc.

Việc lý giải từng triệu chứng của bệnh nhân sau đó tập hợp chúng lại sẽ cho thấy một bức tranh toàn vẹn và chính xác nhất với từng đối tượng.

Giãn ống tuyến vú có những triệu chứng không hề đặc trưng hay dễ dàng trùng lắp với bệnh lý khác. Giống như ung thư vú không phải là một bệnh lý hiếm gặp, viêm vú và giãn ống tuyến vú cũng vậy.

Triệu chứng của giãn ống tuyến vú rất đa dạng và khác nhau ở từng đối tượng. Do đó, chẩn đoán và điều trị của bác sĩ sẽ bám theo từng triệu chứng cụ thể mà bệnh nhân có.

Xem thêm:Đau vú: Mười nguyên nhân thường gặp

80% phụ nữ xuất hiện tình trạng này ít nhất một lần trong suốt cuộc đời của họ. Tình trạng có thể rất khó chịu, đặc biệt là khi dịch chảy ra nhiều bất thường hoặc tái phát, kéo dài. Việc chảy dịch cũng có thể làm bệnh nhân hoảng sợ, đặc biệt là khi dịch chảy đỏ như máu.

Hầu hết tình trạng chảy dịch núm vú là lành tính. Tuy nhiên, có đến 15% trường hợp là ác tính.

Về mặt sinh lý, chảy dịch tuyến vú là biểu hiện thường gặp nhất trong các trường hợp giãn ống tuyến vú có triệu chứng. Màu sắc dịch tiết thường là: vàng, trắng, xanh lá cây, nâu, xanh – đen. Tính chất dịch tiết thường là đặc, sệt, đôi khi tương tự như kem đánh răng.

Những dấu hiệu của dịch tiết dẫn đến nghi ngờ ung thư vú:

Tự chảy dịch (không mang thai, không có chấn thương, kích thích từ bên ngoài).

Chảy dịch một bên.

Chỉ có một lỗ ra của dịch tiết.

Chảy dịch như máu, nước loãng.

Dịch ra liên tục, kéo dài.

Khi có những dấu hiệu này, bác sĩ sẽ thực hiện các xét nghiệm hình ảnh để kiểm tra các tổn thương ung thư.

Chụp nhũ ảnh.

Siêu âm vú.

Đôi khi, MRI vú, sinh thiết vú là cần thiết.

Triệu chứng này được phân loại thành 3 nhóm:

Do các nguyên nhân ngoài vú (gần vú, chứ không do vú gây ra).

Đau vú chu kỳ.

Không liên quan chu kỳ.

Herpes.

Viêm sụn sườn.

Thiếu máu cơ tim cục bộ.

Kích thích màng phổi.

Trào ngược dạ dày thực quản.

Gãy xương sườn.

Đau vú chu kỳ chiếm khoảng 66% trường hợp, thường liên quan đến thay đổi hormone của bệnh nhân. Điển hình nhất là trước khi hành kinh 1 tuần, bệnh nhân sẽ xuất hiện đau vú. Đau thường ở cả 2 bên vú, có thể đau nhiều, nhất là 1/4 trên ngoài vú.

Ngoài ra, đau vú theo chu kỳ có thể xuất hiện ở các bệnh nhân sử dụng thuốc tránh thai.

Xem thêm:Đau vú: Chẩn đoán, điều trị và cách để làm giảm cơn đau tại nhà

Chiếm 33% trường hợp. Giãn ống tuyến vú là một trong những nguyên nhân gây ra đau vú không theo chu kỳ. Chính hiện tượng viêm quanh vú khiến cho triệu chứng này xuất hiện.

Viêm vú quanh ống cũng gây ra đau vú, cơ chế chính cũng là viêm. Tuy nhiên, viêm vú quanh ống thường là do bệnh lý nhiễm trùng gây ra.

Các tình trạng viêm vú nói chung này thường có những biểu hiện kèm theo như: sưng, nóng, đỏ vú. Đôi khi, bệnh nhân có thể có sốt.

Do có nhiều nguyên nhân gây ra, nên khi bệnh nhân đến khám vì đau vú, bác sĩ sẽ thăm khám vú để trả lời các câu hỏi:

Đau có thật sự là do nguyên nhân ở vú hay không?

Có phải là viêm vú hay không?

Những bất thường trên vú gợi ý ung thư như: sờ được khối u, thay đổi màu da ở vú, núm vú rỉ dịch máu?

Vì các bệnh lý viêm vú thường gặp trong trường hợp này, do đó, siêu âm thường là phương tiện được lựa chọn. Tùy trường hợp có thể phối hợp nhũ ảnh hoặc không.

Dễ hiểu rằng, có một nỗi lo sợ chung ở bệnh nhân tự sờ thấy/được khám thấy khối u ở vú. Câu hỏi bắt buộc phải trả lời cho bệnh nhân là liệu đây là khối u lành hay ác tính. 90% các khối u vú ở độ tuổi 20 – 50 là lành tính.

Ở đối tượng giãn ống tuyến vú, khối u ở vú xuất hiện do:

Những ống giãn to được sờ thấy.

Abcess do viêm vú quanh ống.

Khi bệnh nhân đến khám vì có khối u ở vú, bắt buộc bác sĩ phải thăm khám thật kỹ lưỡng và thực hiện xét nghiệm và/hoặc thủ thuật.

Xét nghiệm được ưu tiên sử dụng ở phụ nữ trẻ < 30 tuổi là siêu âm vú. Xem xét nhũ ảnh nếu khó khảo sát trên siêu âm. Có thể sử dụng sinh thiết lõi kim để đánh giá bản chất của khối u vú.

Đối với phụ nữ từ 30 tuổi trở lên, nhũ ảnh thường là lựa chọn hàng đầu. Người ta sẽ phân độ u vú theo bảng BI-RADS.

Xem thêm:Sờ thấy khối u ở vú: Tôi phải làm gì?

Các tình trạng gây ra như giãn ống tuyến vú, viêm vú quanh ống, abcess vú, viêm vú do lao đều có thể gây ra tụt núm vú vào trong. Ngoài ra,ung thư vúcũng gây ra tình trạng này. Tụt núm vú có thể xảy ra sau phẫu thuật tạo hình vú (cắt ung thư) hoặc sinh thiết vú.

Triệu chứng này bắt buộc bác sĩ phải thực hiện siêu âm vú, nhũ ảnh và sinh thiết vú khi có tổn thương nghi ngờ ung thư.

Như vậy, dễ thấy rằng:

Với những bệnh nhân có triệu chứng ở vú, điều bác sĩ cần loại trừ đầu tiên đó là các nguyên nhân ác tính.

Các trường hợp giãn ống tuyến vú được điều trị triệu chứng là chính.

Trà hoặc cà phê có thể giúp triệu chứng cải thiện. Tuy nhiên, thời gian điều trị có thể lên tới 6 – 9 tháng, đồng thời không có đủ nghiên cứu chứng minh lợi ích của việc điều trị này.

Dùng Bromocriptin điều trị trong 2 tuần, kéo dài với liều thấp trong 6 tháng nếu có tái phát.

Kháng sinh chỉ được cân nhắc trong trường hợp đau vú nhiều. Kháng sinh được lựa chọn là metronidazole và flucloxacillin, nhằm tiêu diệt vi khuẩn kỵ khí và Staphylococci. Erythromycin là lựa chọn thứ 2.

Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt bỏ ống vú bị giãn khi:

Núm vú tiết dịch trắng sữa, có màu, máu hoặc dịch tiết loãng.

Để kéo núm vú tụt ra ngoài.

Chẩn đoán khối u vú nghi ngờ.

Áp xe.

Đường rò.

Chàm vú (do dịch tiết từ núm vú gây ra).

Hang áp xe còn tồn tại – chưa phẫu tích hết.

Còn những ống tuyến vú giãn ở đoạn gần núm vú chưa bị cắt.

Ống tuyến vú xa giãn nhưng chưa bị cắt.

Giãn ống tuyến vú là một diễn tiến sinh lý thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi. Giãn ống tuyến vú có thể bị nhiễm trùng chồng lấn lên.

Dù được phân vào cùng một nhóm với viêm vú quanh ống nhưng đôi khi, bác sĩ vẫn nhầm lẫn 2 bệnh lý riêng biệt này với nhau.

Viêm vú quanh ống chủ yếu gặp ở phụ nữ trẻ trong độ tuổi sinh đẻ. Còn giãn ống tuyến vú chủ yếu do sự lão hóa ống tuyến vú gây nên.

Chẩn đoán giãn ống tuyến vú thường dựa vào siêu âm vú. Phát hiện giãn ống tuyến vú thường là vô tình do đa số trường hợp không có triệu chứng.

Khi có triệu chứng, bắt buộc phải loại trừ ung thư vú đi kèm.

Điều trị giãn ống tuyến vú chủ yếu là giảm triệu chứng cho bệnh nhân.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-gia-u-nao/

Nội dung bài viết

Triệu chứng của Giả u não gồm những gì?

Nguyên nhân gây ra Giả u não là gì?

Yếu tố nguy cơ của Giả u não là gì?

4. Giả u não gây ra biến chứng gì?

Chẩn đoán Giả u não bằng cách nào?

Điều trị bệnh Giả u não như thế nào?

Bệnh giả u não xảy ra khi áp lực nội sọ tăng không có nguyên nhân. Còn được gọi là tăng áp lực nội sọ nguyên phát. Triệu chứng giả u não giống với u não thật sự. Tăng áp lực nội sọ gây phù dây thần kinh thị và mất thị lực. Làm thế nào để chẩn đoán và điều trị bệnh lý này? Hãy theo dõi bài viết dưới đây của Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn để có được những thông tin hữu ích nhất.

>>Xem thêm: U não liệu có thật sự là căn bệnh nan y

Thường xuyên đau đầu dữ dội, đau sau mắt

Nghe thấy tiếng vù vù trong đầu, đập theo mạch

Buồn nôn, nôn hoặc chóng mặt

Mất thị lực

Có các giai đoạn mù trong vài giây ở một hoặc hai mắt

Khó nhìn sang một bên

Nhìn đôi

Thấy các chớp sáng

Đau cổ, vai và lưng

Thỉnh thoảng, các triệu chứng đã ngưng có thể tái phát sau nhiều tháng hoặc nhiều năm.

Nguyên nhân của giả u não vẫn chưa được biết rõ. Nếu xác định được nguyên nhân, thì tình trạng giả u này được gọi là tăng áp lực nội sọ thứ phát.

Não và tủy sống được bao quanh bởi dịch não tủy, giúp hạn chế chấn thương do va chạm. Dịch não tủy được tiết ra ở não và cuối cùng được hấp thu vào mạch máu ở một mức độ hằng định. Tăng áp lực nội sọ trong giả u não có thể do rối loạn trong quá trình hấp thu dịch não tủy.

Phụ nữ béo phì ở độ tuổi sinh đẻ có nguy cơ cao mắc bệnh giả u não.

Các chất gây tăng áp lực nội sọ thứ phát bao gồm:

Hormon tăng trưởng

Kháng sinh tetracycline

Vitamin A quá mức

Các tình trạng gây tăng áp lực nội sọ thứ phát bao gồm:

Bệnh Addison

Thiếu máu

Rối loạn đông máu

Bệnh thận

Lupus

Hội chứng buồng trứng đa nang

Ngưng thở khi ngủ

Suy tuyến cận giáp

Một số trường hợp giả u não gây giảm thị lực và dần có thể dẫn đến mù lòa.

Để chẩn đoán giả u não, bác sĩ sẽ khai thác các triệu chứng và tiền căn bệnh lý, kết hợp với khám lâm sàng và xét nghiệm.

Nếu nghi ngờ giả u não, khám mắt để tìm dấu hiệu phù gai thị.

Khám thị trường để tìm các điểm mù bất thường. Ngoài ra, có thể xét nghiệm hình ảnh học mắt để đo độ dày của võng mạc (chụp cắt lớp võng mạc).

Chụp MRI hoặc CT scan sọ não để loại trừ các bệnh lý khác gây ra triệu chứng tương tự. Chẳng hạn như u não và huyết khối.

Giúp đo áp lực nội sọ và phân tích dịch não tủy. Thủ thuật này sử dụng một cây kim đưa vào giữa 2 đốt sống thắt lưng và lấy một lượng nhỏ dịch não tủy ra để đem đi xét nghiệm.

Mục tiêu điều trị bệnh là cải thiện triệu chứng và giữ cho thị lực không giảm nữa.

Nếu bạn bị béo phì, bác sĩ có thể đề nghị chế độ giảm cân ít natri để cải thiện triệu chứng.

Thuốc điều trị glaucoma. Một trong những thuốc được sử dụng đầu tiên là acetazolamide. Giúp giảm tiết dịch não tủy và giảm triệu chứng. Tác dụng phụ bao gồm đau dạ dày, mệt mỏi, tê ngứa ngón tay, ngón chân và miệng, sỏi thận.

Các thuốc lợi tiểu khác. Nếu acetazolamide không hiệu quả sẽ kết hợp thêm một thuốc lợi tiểu khác, giúp làm giảm lượng dịch bằng cách tăng lượng nước tiểu.

Thuốc điều trị migraine. Các thuốc này đôi khi có thể làm giảm đau đầu nặng trong giả u não.

Nếu thị lực bị giảm, phẫu thuật giảm áp lực quanh thần kinh thị hoặc giảm áp lực nội sọ là cần thiết.

Mở bao thần kinh thị. Trong phương pháp này, phẫu thuật viên sẽ tạo một cửa sổ trên bao thần kinh thị để cho dịch thoát ra ngoài. Thị lực thường sẽ ổn định hoặc cải thiện hơn. Hầu hết người bệnh điều trị một bên mắt đều cho kết quả tốt ở cả hai mắt. Tuy nhiên, phương pháp này không phải lúc nào cũng thành công và cũng có thể làm nặng thêm các vấn đề về thị lực.

Tạo shunt. Đưa một ống dài, nhỏ (shunt) vào não hoặc tủy sống thắt lưng để dẫn lưu dịch não tủy. Ống dẫn lưu sẽ được để dưới da và thông đến bụng. Thường chỉ đặt shunt khi tình trạng sức khỏe ổn định. Tác dụng phụ bao gồm tắc ống dẫn lưu, đau đầu nhẹ và nhiễm trùng.

Đặt stent xoang tĩnh mạch. Hiếm khi được sử dụng. Stent sẽ được đặt vào tĩnh mạch lớn trong sọ để làm tăng khả năng lưu thông máu. Cần nhiều nghiên cứu hơn để xác định lợi ích và nguy cơ của thủ thuật này.

Béo phì làm tăng đáng kể nguy cơ mắc phải bệnh ở phụ nữ. Ngay cả ở phụ nữ không bèo phì, tăng cân vừa phải cũng có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Giảm cân và duy trì cân nặng hợp lý có thể làm giảm nguy cơ mắc chứng rối loạn thị giác này.

Giả u não có thể xảy ra ở cả trẻ em và người lớn, nhưng thường gặp ở phụ nữ béo phì và trong độ tuổi sinh đẻ. Điều trị thuốc giúp làm giảm áp lực nội sọ và giảm đau đầu. Tuy nhiên trong một số trường hợp cần phải phẫu thuật. Nếu bạn có các triệu chứng của bệnh, hãy liên hệ bác sĩ ngay để được khám và điều trị kịp thời.

>>Xem thêm: Khối u não và nên chuẩn bị gì

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/giac-ngu-kinh-hoang/

Nội dung bài viết

Như thế nào là giấc ngủ kinh hoàng?

Diễn tiến

Giấc ngủ kinh hoàng khác với ác mộng như thế nào?

Nguyên nhân rối loạn giấc ngủ

Giảm rối loạn giấc ngủ như thế nào?

Có bao giờ sau khi tỉnh dậy, bạn được mọi người xung quanh hỏi rằng “Sao hôm qua mơ thấy gì mà hét dữ vậy?” nhưng thật tình bạn không nhớ đêm qua đã mơ những gì. Bài viết này sẽ cung cấp cho bạn những thông tin về tình trạng rối loạn giấc ngủ. Tình trạng này vẫn hay được ví von là “giấc ngủ kinh hoàng”.

Giấc ngủ kinh hoàng là tình trạng lặp đi lặp lại của việc đang ngủ. Đột nhiên bật dậy la hét, khóc lóc, đi kèm với những hoạt động thể hiện sự lo âu như tim đập nhanh, thở nhanh, đổ mồ hôi.

Tình trạng này thường xảy ra vào khoảng 1/3 đầu của giấc ngủ và kéo dài khoảng 1-10 phút. Tuy nhiên vẫn có thể kéo dài hơn, đặc biệt là ở trẻ em.

Rối loạn giấc ngủ thường khó thức giấc hoặc bị đánh thức bởi người khác. Sau khi ngủ dậy, họ không nhớ hoặc nhớ rất ít về giấc mơ.

Khi gặp tình trạng này, người bệnh thường có biểu hiện sợ hãi và cố gắng trốn thoát. Thường thì chỉ có 1 giai đoạn như vậy trong đêm. Hiếm khi có giấc ngủ kinh hoàng xảy ra vào giấc ngủ ngắn ban ngày.

Rối loạn giấc ngủ thường xảy ra ở trẻ em và giảm dần khi lớn lên. Nếu khởi phát lúc lớn nhưng không ghi nhận đã từng bị như vậy thì nên tìm ra nguyên nhân. Đặc biệt các hiện tượng báo động như: ngưng thở khi ngủ, co giật vào ban đêm hay tác dụng phụ của các thuốc đang dùng.

Giấc ngủ kinh hoàng thường xảy ra giai đoạn đầu của giấc ngủ và thường vào giai đoạn giấc ngủ REM. Ngược lại ác mộng thường xảy ra vào giai đoạn sau của giấc ngủ và vào giấc ngủ REM.

Những người gặp ác mộng thường dễ bị đánh thức và tỉnh giấc hoàn toàn. Những người này có thể thuật lại câu truyện về giấc mơ như thế nào.

Trong khi đó thì những người rối loạn giấc ngủ lại khó bị đánh thức. Sau khi thức dậy cũng không nhớ hoặc nhớ rất ít về giấc mơ. Ba mẹ của những trẻ có bệnh trên rất thường nhầm lẫn với ác mộng.

Rối loạn giấc ngủ dường như chỉ có thể xảy ra sau 1 trận ốm. Nhưng có rất nhiều nguyên nhân gây ra rối loạn giấc ngủ như: cãi nhau trong gia đình, ngủ không đủ giấc, thay đổi thời gian ngủ,… Sử dụng quá nhiềucaffeine, ngủ trong môi trường mới hoặc xa nhà cũng là một trong những nguyên nhân.

Ở trẻ em, tình trạng này cũng có thể là một phần trong quá trình phát triển và có thể biến mất khi lớn lên. Một vài rối loạn liên quan đến bệnh trên như:hội chứng ngưng thở khi ngủ,trào ngược dạ dày thực quảnvà sốt.

Một vài trẻ cũng có thể bị di truyền. Khoảng 80% những người có thành viên trong gia đình bị rối loạn giấc hoặc mộng du thì có nguy cơ xuất hiện bệnh cao.

Nếu như giấc ngủ kinh hoàng để lại cho ta những khó chịu, lo lắng hoặc buồn phiền. Gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống thì khi ấy cần có những biện pháp để can thiệp.

Tốt nhất là không nên đánh thức người bị bệnh bởi vì điều này dường như không đem lại hiệu quả. Nếu họ thức giấc có thể bị rối loạn về thời gian và không gian, cảm thấy choáng váng và khó có thể đi ngủ lại.

Không có điều trị đặc hiệu cho bệnh trên. Tuy nhiên, bạn có thể hạn chế chúng bằng cách:

Giảm căng thẳng.

Đi ngủ đúng giờ.

Ngủ đủ giấc.

Không nên sử dụng quá nhiều caffeine trước khi đi ngủ.

Nếu như bạn gặp phải tình trạng trên vào 1 khoảng thời gian nhất định trong đêm. Bạn có thể nhờ người khác đánh thức hoặc tự đánh thức bằng các thiết bị hẹn giờ 15-30 phút trước khi giấc ngủ kinh hoàng xảy ra.

Hiểu vềgiấc ngủ kinh hoàngcó thể giảm đi phần nào lo lắng của bạn và giúp bạn ngủ ngon giấc hơn. Nếu tình trạng bệnh cứ lặp đi lặp lại và khiến bạn cảm thấy khó chịu. Hãy đến bác sĩ để được tư vấn, chẩn đoán và điều trị tốt hơn.

Người mắc bệnh rối loạn giấc ngủ nên sử dụng thuốc gì để điều trị? Tìm hiểu ngay:Thuốc điều trị rối loạn giấc ngủ Modafinil

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/giai-dap-5-cau-hoi-thuong-gap-ve-gout/

Nội dung bài viết

Bệnh gout là gì?

Triệu chứng bệnh gout xảy ra như thế nào?

Biến chứng của bệnh gout mãn tính

Tại sao tôi lại bị bệnh gout?

Làm thế nào để phòng ngừa bệnh gout?

Trước đây, gout được xem là “căn bệnh của người giàu” vì chỉ được tìm thấy ở “cung vua phủ chúa”, nơi có chế độ ăn uống gồm thịt, hải sản phong phú. Hiện nay, khi việc ăn uống đã trở nên dễ dàng và đầy đủ,gút trở thành căn bệnh phổ biến vớisố lượng mắc ngày càng gia tăng, đặc biệt là ở nam giới. Hãy cùng xem bài viết dưới đây của ThS.BS Vũ Thành Đô để tìm hiểu về triệu chứng bệnh gout, nguyên nhân và cách phòng ngừa căn bệnh này nhé.

Gout (gút) là một dạng bệnh viêm khớp phổ biến và có thể xảy ra ở bất cứ ai.Bệnh gút xảy ra khi có các tinh thể acid uric tích tụ trong khớp của bạn, gây ra tình trạng viêm và đau dữ dội tại khớp.

Cơ thể bạn sản xuất axit uric khi nó phá vỡ purin – là những chất tự nhiên trong cơ thể.Purin cũng có thể được nạp vào cơ thể qua một số loại thức ăn như bít tết, thịt heo, nội tạng động vật và hải sản, măng tây.

Các loại thực phẩm khác cũng khiến nồng độ axit uric trong máu tăng cao hơn dẫn đến gout, chẳng hạn như: đồ uống có cồn (đặc biệt là bia) và nước ngọt có ga.

Nếu bạn bị bệnh gout, thì việc hiểu được nguyên tắc ăn uống cho người bị gout là hết sức cần thiết.Người bị bệnh gout nên ăn gì và kiêng ăn gì?

Triệu chứng bệnh gout đặc trưng bởi các cơn đau đột ngột, dữ dội, thường là ở khớp ngón chân cái.Cơn đau này có thể đột ngột đánh thức bạn vào giữa đêm với cảm giác ngón chân đang “bốc cháy”. Khớp ngón bị gút tấn côngtrở nên nóng, sưng và nhạy cảm đến mức ngay cả tấm mền, khăn trải giường cọ xát lên chân cũng có thể làm bạn khó chịu.

Các dấu hiệu và triệu chứng bệnh gout hầu như luôn xảy ra đột ngột, thường là vào ban đêm hoặc sáng sớm.Chúng bao gồm:

Đau khớp dữ dội.Bệnh gút có thể xảy ra ở bất kỳ khớp nào. Đặc biệt thường gặp ở khớp ngón chân cái.Các khớp khác có thể bị ảnh hưởng bao gồm mắt cá chân, đầu gối, ngón tay, cổ tay, khuỷu tay.Cơn đau thường diễn ra dữ dội nhất trong vòng từ 4 – 12 tiếng sau khi có những dấu hiệu đầu tiên.

Sưng, nóng và đỏ.Trong vài giờ, các khớp sẽ sưng to, ửng đỏ và nóng lên. Kèm theo đó là cơn đau cũng tăng dần. Người bệnh cảm thấy bực tức, khó chịu khi có sự cọ xát lên vị trí đau.

Khó chịu kéo dài.Sau khi cơn đau nhức thoái lui, các khó chịu ở khớp có thể kéo dài từ vài ngày đến vài tuần.Các cuộc tấn công của cơn gout cấp sau có thể kéo dài lâu hơn và ảnh hưởng đến nhiều khớp hơn.

Cử động khớp bị hạn chế.Khi bệnh gút tiến triển, bạn không thể gập duỗi và cử động các khớp như bình thường.

Biểu hiện toàn thân: Người bệnh có thể sốt, rét run, cứng gáy, mệt mỏi…

Chuẩn bị thật tốtbộ câu hỏi trước khi đi khám bệnh goutsẽ giúp bác sĩ nắm rõ vấn đề và đưa ra hỗ trợ tốt nhất cho bạn!

Khi bệnh kéo dài dai dẳng, bệnh trở thành viêm khớp gout mạn. Khi đó, các cơn đau diễn ra thường xuyên hơn xuất hiện các biến chứng như:

Biến dạng khớp, cứng khớp;

Xuất hiện các cục u, gọi là hạt tophi, ở sụn vành tai, quanh khớp do các tinh thể acid uric lắng đọng tại các vị trí này. Kích thước cục u có thể từ vài mm đến vài cm. Dưới lớp da mỏng có thể thấy các cặn trắng li ti. Nhiều trường hợp các cục u này bị vỡ xì ra chất trắng như phấn mà nhiều người lầm tưởng là mủ.

Gout có thể xảy ra khi cơ thể bạn sản xuất quá nhiều axit uric (do chế độ dinh dưỡng) hoặc thận hoạt động kém hiệu quả trong việc thải axit uric.Các yếu tố làm tăng nguy cơ bị gout bao gồm:

Chế độ ăn.Một chế độ ăn nhiều thịt, hải sản, măng tây, đậu, nấm, nước ngọt có ga.Tiêu thụ rượu, đặc biệt là bia, cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh gút.

Béo phì.Nếu bạn thừa cân, cơ thể bạn sản xuất nhiều axit uric hơn và thận của bạn gặp khó khăn hơn trong việc loại bỏ axit uric.

Bệnh lý mạn tính.Một số bệnh mạn tính có thể làm tăng nguy cơ bị gout. Các bệnh này bao gồm: cao huyết áp,tiểu đường,rối loạn mỡ máu,suy giáp,cường giáp, bệnh thận.

Một số loại thuốc.Việc sử dụng thuốc lợi tiểu (hydrochlorothiazid, furosemid) dùng trong điều trị tăng huyết áp,aspirincũng có thể làm tăng nồng độ axit uric. Một số thuốc khác như:thuốc chống thải ghép dùng cho những người trải qua cấy ghép nội tạng,levodopatrong trịParkinson…

Tiền sử gia đình mắc bệnh gút.Nếu các thành viên khác trong gia đình bạn bị bệnh gút, bạn có nhiều khả năng mắc bệnh.

Tuổi tác và giới tính.Bệnh gút xảy ra thường xuyên hơn ở nam giới.Đàn ông cũng có nhiều khả năng phát triển bệnh gút sớm hơn – thường là trong độ tuổi từ 30 đến 50. Trong khi phụ nữ thường phát triển các triệu chứng bệnh gout sau mãn kinh.

Các lời khuyên sau đây sẽ giúp bạn phòng ngừa triệu chứng bệnh gout hiệu quả:

Uống nhiều nước.Giữ cơ thể đủ nước bằng cách uống nhiều nước lọc mỗi ngày.Hạn chế các loại nước ngọt, xi-rô, nước ép trái cây có hàm lượng cao fructose.

Hạn chế bia rượu.

Ăn thịt, hải sản một cách vừa phải.Đặc biệt chú ý đến chế độ dinh dưỡng nếu bạn nằm trong nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc bệnh gout.

Ăn nhiều thực phẩm giàu vitamin C.Vitamin C giúp cơ thể đào thải acid uric qua nước tiểu nhanh chóng. Bạn có thể cung cấp vitamin C cho cơ thể qua các loại trái cây như cam, bưởi, lựu,… rau xanh và ngũ cốc nguyên hạt.

Chọn uống các loại sữa ít béo.Các sản phẩm sữa ít béo thực sự có thể có tác dụng bảo vệ chống lại bệnh gút. Vì vậy đây là những nguồn protein tốt nhất cho bạn.

Duy trì trọng lượng cơ thể mong muốn.Duy trì mức cân nặng khỏe mạnh luôn là điều tốt cho sức khỏe. Nó không chỉ giúp bạn phòng ngừa bệnh gout mà còn phòng ngừa rất nhiều bệnh lý khác như: mỡ máu, huyết áp, tim mạch… Tuy nhiên,bạn cũng không được nhịn ăn hoặc giảm cân cấp tốc, vì làm như vậy có thể tạm thời làm tăng nồng độ axit uric.

Với bài viết trên, hi vọng đã cung cấp cho các bạn những thông tin bổ ích vềbệnh gout– căn bệnh về khớp đang ngày càng trở nên phổ biến. Khi có các triệu chứng bệnh gout, bạn cần đến gặp bác sĩ để điều trị sớm, giảm biến chứng đau nhức về sau.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/gu-cot-song-la-benh-ly-hay-chi-la-tu-the/

Nội dung bài viết

Dấu hiệu nhận biết gù cột sống là gì?

Nguyên nhân nào gây ra gù cột sống?

Gù cột sống gây ra biến chứng gì?

Chẩn đoán bằng cách nào?

Điều trị gù cột sống như thế nào?

Chuẩn bị gì trước khi đi khám?

Gù cột sống là tình trạng lưng bị to, tròn ra phía sau, thường xảy ra ở người nữ lớn tuổi. Gù lưng khi đến tuổi thường do xương sống yếu gây đè ép hoặc gãy đốt sống. Các dạng khác của gù cột sống có thể xảy ra ở trẻ sơ sinh và thiếu niên. Vậy làm thế nào để điều trị? Hãy theo dõi bài viết dưới đây của Bác sĩ Đào Thu Hương để có được thông tin hữu ích nhất.

Gù lưng nhẹ có thể không gây ra triệu chứng. Nhưng một số người cóđau lưngvà cứng cột sống kèm với cột sống cong bất thường.

Bình thường các đốt sống sắp xếp với nhau thành một ống hình trụ gọi là cột sống. Gù cột sống xảy ra khi đốt sống ngực trở thành hình thang.

Nguyên nhân gây bất thường đốt sống có thể do:

Gãy xương. Gãy hoặc nát đốt sống (gãy nén) có thể gâycong vẹo cột sống. Nếu gãy nhẹ thì thường không có triệu chứng rõ ràng.

Loãng xương. Bệnh loãng xương có thể gây cong cột sống, đặc biệt nếu đốt sống yếu gây gãy nén cột sống. Loãng xương thường gặp nhất ở phụ nữ lớn tuổi và người sử dụng corticoid kéo dài.

Thoái hóa đĩa đệm. Đĩa đệm có vai trò như miếng đệm nằm giữa hai đốt sống. Theo thời gian, đĩa đệm sẽ khô đi và co lại, gây gù lưng nặng hơn.

Bệnh Scheuermann (gù thiếu niên). Còn gọi là gù Scheuermann. Thường xảy ra trong quá trình phát triển trước khi dậy thì. Nam bị ảnh hưởng nhiều hơn nữ.

Dị tật bẩm sinh. Xương sống không phát triển bình thường trước khi sinh có thể gây gù cột sống.

Các hội chứng khác. Như hội chứng Ehlers-Danlos,hội chứng Marfan.

Ung thư và điều trị ung thư. Ung thư cột sống có thể làm các đốt sống yếu đi và dễ bị gãy do đè nén. Hóa trị và xạ trị cũng có thể gây yếu đốt sống.

Vấn đề hô hấp. Tình trạng nặng có thể đè ép lên phổi.

Giới hạn chức năng vận động.Gù cột sống đi kèm với yếu cơ lưng và gây khó khăn khi hoạt động như đi bộ, đứng lên sau khi ngồi. Cột sống cong cũng gây khó nhìn thẳng khi lái xe và gây đau khi nằm xuống.

Vấn đề tiêu hóa.Gù cột sống nặng có thể chèn ép đường tiêu hóa, gây trào ngược acid dạ dày vànuốt khó.

Vấn đề về ngoại hình.Gù cột sống, đặc biệt ở thanh thiếu niên, gây mặc cảm về ngoại hình và xa lánh xã hội.

Khám lâm sàng:

Đo chiều cao.

Cúi lưng ra trước để đánh giá gù.

Khám thần kinh đánh giá phản xạ và sức cơ.

Các xét nghiệm cần làm bao gồm:

X-quang hoặc CT scan. X-quang giúp xác định mức độ cong cột sống và phát hiện dị tật đốt sống. CT scan giúp đánh giá hình ảnh chi tiết hơn.

MRI. Phát hiện nhiễm trùng hoặc u cột sống.

Test thần kinh. Khi có tê hoặc yếu cơ, giúp đánh giá dẫn truyền thần kinh giữatủy sốngvà các chi.

Đo mật độ xương. Mật độ xương thấp có thể làm nặng thêm tình trạng gù cột sống.

Việc điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân và mức độ triệu chứng.

Có nhiều bệnh lý gây ảnh hưởng đến cột sống của bạn. Tìm hiểu thêm:Y học thường thức: Chấn thương cột sống

Giảm đau. Các thuốc không kê toa bao gồm acetaminophen, ibuprofen hoặc naproxen sodium. Nếu không giảm triệu chứng, cần dùng đến các thuốc mạnh hơn được bác sĩ kê toa.

Thuốc điều trị loãng xương. Giúp ngăn ngừa gãy đốt sống về sau, ngăn bệnh nặng hơn.

Các phương pháp trị liệu có thể giúp kiểm soát được một số loại gù cột sống.

Tập thể dục. Các bài tập kéo giãn giúp cải thiện độ linh hoạt của cột sống và giảm đau lưng.

Đeo nẹp. Trẻ em mắc bệnh Scheuermann có thể ngăn gù cột sống tiến triển bằng cách đeo nẹp vai, lưng.

Phẫu thuật có thể được đề nghị khi gù cột sống nặng gây chèn ép tủy sống hoặc rễ thần kinh. Hàn xương sống là thủ thuật thường dùng nhất để giảm gù. Nhà phẫu thuật sẽ chèn các mảnh xương vào giữa các đốt sống và cố định bằng vít.

Để duy trì mật độ xương tối ưu, bác sĩ sẽ đề nghị:

Chế độ ăn giàu canxi vàvitamin D.

Không hút thuốc lá.

Hạn chế uống rượu bia.

Nhớ những lưu ý trước khi khám. Ví dụ như nhịn ăn trước khi khám.

Liệt kê các triệu chứng.

Các thuốc đang dùng. Bao gồm cả vitamin và thuốc bổ sung.

Liệt kê các bệnh lý hiện có.

Viết ra các thông tin quan trọng như các thay đổi hoặc căng thẳng gần đây.

Liệt kê các câu hỏi muốn thắc mắc với bác sĩ.

Đi cùng người thân hoặc bạn bè để giúp bạn ghi nhớ lời dặn của bác sĩ.

Xét nghiệm nào cần làm? Cần chuẩn bị gì trước?

Điều trị như thế nào? Nguy cơ, lợi ích của từng phương pháp?

Làm thế nào để quản lý bệnh khi đang có bệnh lý khác?

Khi nào các triệu chứng xuất hiện? Mức độ như thế nào?

Triệu chứng diễn ra liên tục hay ngắt quãng?

Điều gì làm tăng hay giảm triệu chứng?

Gù cột sống mức độ nhẹ có thể ít hoặc không có triệu chứng. Mức độ nặng gây đau và biến dạng cột sống. Điều trị tùy thuộc vào tuổi, nguyên nhân và biến chứng. Nếu bạn phát hiện phần lưng trên cong hơn bình thường hoặc con bạn bị cong cột sống, hãy liên hệ với bác sĩ để được khám và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/gay-canh-tuoi-chan-thuong-thuong-gap-o-tre/

Nội dung bài viết

Gãy cành tươi là gì?

Nguyên nhân dẫn đến gãy cành tươi

Đối tượng nào dễ bị gãy xương cành tươi?

Triệu chứng và chẩn đoán gãy cành tươi

Biến chứng gãy cành tươi

Điều trị gãy cành tươi

Phòng ngừa gãy cành tươi

Trong bài viết này chúng ta sẽ tìm hiểu về thuật ngữ “gãy cành tươi”. Nếu bạn đã là bố mẹ của các em nhỏ thì bạn nên đặc biệt quan tâm vấn đề này. Bởi vì gãy cành tươi rất thường gặp ở trẻ em, nhất là độ tuổi dưới 10. Cũng như hậu quả và biến chứng để lại rất nghiêm trọng nếu trẻ không được xử trí đúng cách. Do đó, bạn nên trang bị kiến thức cơ bản về nguyên nhân, dấu hiệu nhận biết, cách sơ cứu cũng như phòng ngừa.

Trẻ em thường hiếu động nên “tai nạn” là điều khó tránh khỏi. Những thông tin dưới đây hi vọng giúp ích cho bạn trong trường hợp cần thiết. Tất cả nhằm hỗ trợ tốt nhất cho sức khỏe cũng như sự phát triển toàn diện của con em bạn.

Gãy cành tươi là một loại gãy xương mà xương chịu lực uốn cong dẫn đến nứt gãy. Áp lực gây ra sự gãy xương không tách nó thành từng mảnh. Chúng thường được gọi là gãy xương một phần hoặc không hoàn toàn. Chỉ gãy một phần ở thân xương trong đó vỏ xương một bên bị gián đoạn. Bên còn lại vỏ xương vẫn còn nguyên.

Gãy cành tươi xảy ra phổ biến nhất khi ngã trong tư thế cánh tay bị dang ra. Có thể gặp do các loại chấn thương như va chạm, chấn thương với một vật thể nào đó.

Nguy cơ

Suy dinh dưỡng, cụ thể làthiếu vitamin D.

Trẻ em.

Cơ chế

Gãy xương cành tươi xảy ra khi lực tác dụng lên xương dẫn đến sự uốn cong của xương. Tuy nhiên, lực uốn được áp dụng không làm gãy xương hoàn toàn. Thường bề mặt lồi bị gãy còn bề mặt lõm của xương uốn vẫn còn nguyên. Có thể hình dung qua hình ảnh bẻ gãy một cành cây tươi.

Chúng ta thường bắt gặp gãy cành tươi ở trẻ em, đặc biệt ở độ tuổi dưới 10. Vì sao lại thế? Xương trẻ em phần lớn là sụn chưa cốt hóa, sụn này có chức năng kéo dài xương trong quá trình phát triển của trẻ. Nên xương trẻ em thường mềm hơn và linh hoạt hơn xương người lớn. Khi chịu lực tác động nó không dễ gãy thành mảnh rời mà chỉ gãy một phần.

Tuy nhiên gãy cành tươi có thể xảy ra ở mọi độ tuổi, kể cả người lớn. Tỷ lệ bị gãy xương tương đương ở nam và nữ.

Thông thường nhất, chúng xảy ra ở cẳng tay và cánh tay. Điều này là do phản xạ khi ngã, đứa trẻ sẽ chống tay. Với tần suất ít hơn, còn có thể gặp ở mặt, ngực, xương bàn chân và hầu như mọi xương trong cơ thể.

Dấu hiệu đầu tiên của gãy xương cành tươi có thể là một cơn đau lan rộng sau chấn thương ở trẻ. Cơn đau này không giảm mà tăng dần theo thời gian. Dưới đây là cách nhận biết khi gãy xương cành tươi. Có thể là nguyên nhân gây ra sự khó chịu thay vì các vết bầm tím hoặc bong gân. Thấy khi các bộ phận cơ thể tiếp xúc với bất kỳ lực bất ngờ nào:

Xuất hiện uốn cong ở chi bị thương.

Không thể đặt bất kỳ trọng lượng hoặc áp lực lên khu vực tổn thương.

Khó chịu nghiêm trọng kéo dài hơn một hoặc hai ngày.

Tốt nhất là gặp bác sĩ càng sớm càng tốt nếu có cảm giác đau nhức. Bất kỳ sự chậm trễ trong việc nhận chăm sóc y tế có thể làm phức tạp quá trình điều trị và chữa lành.

Để chuẩn bị cho cuộc trò chuyện của bạn với bác sĩ, bạn có thể viết một danh sách nhanh bao gồm:

Triệu chứng của con bạn: đau dai dẳng vùng bị tổn thương, giảm khả năng vận động, sưng nề, biến dạng…

Chấn thương xảy ra như thế nào?

Các bác sĩ nên được thông báo trước về bất kỳ dị ứng hoặc phản ứng đã biết nào mà con bạn đã từng bị. Ví dụ dị ứng loại thuốc cụ thể nào? Điều này thật sự quan trọng trong quá trình điều trị. Nó giúp ngăn ngừa hoặc giảm thiểu bất kì biến chứng nào xảy ra.

Bất kỳ câu hỏi nào khác bạn muốn hỏi bác sĩ.

Nếu con bạn bị đau đáng kể hoặc dị dạng rõ ràng, bạn có thể đến thẳng phòng cấp cứu hoặc phòng khám chăm sóc khẩn cấp để bác sĩ kiểm tra. Bác sĩ sẽ kiểm tra khu vực chấn thương. Con bạn có thể được yêu cầu di chuyển ngón tay của mình để kiểm tra tổn thương thần kinh. Bác sĩ cũng có thể kiểm tra các khớp trên và dưới chỗ gãy xương.

Các bác sĩ xem xét các yếu tố sau đây trước khi đi đến chẩn đoán cuối cùng

Mức độ khó chịu của bệnh nhân.

Bao nhiêu bệnh nhân hiện có thể di chuyển chi theo yêu cầu của bác sĩ.

Khả năng của bệnh nhân để thao tác các phần phụ bên ngoài như ngón tay hoặc ngón chân.

Chấn thương khớp liên quan ở các khu vực xung quanh.

X-quangcó thể tiết lộ hầu hết các gãy xương. Ở trẻ em cần được chụp toàn bộ 2 khớp trên và dưới ổ gẫy. Chụp đối xứng hai bên (Chụp cả bên không tổn thương để so sánh. Do ở trẻ nhỏ,  nếu có tổn thương đầu xương dài mà xương cốt hoá, chỉ là sụn thì không xuất hiện trên x – quang, nên chẩn đoán sẽ gặp khó khăn, cần có phim bên lành để so sánh)

Biến chứng có thể xảy ra từ gãy xương cành tươi:

Tổn thương bất kỳ dây thần kinh hoặc mạch máu xung quanh vị trí chấn thương.

Chảy máu bất ngờ.

Nhiễm trùng xảy ra trong hoặc xung quanh vị trí chấn thương.

Biến dạng chi trong quá trình lành xương.

Điều mà đa số phụ huynh lo sợ nhất là từ gãy cành tươi chuyển sang gãy hoàn toàn. Đây cũng là một trong những mối quan tâm lớn nhất đối với các bác sĩ khi điều trị gãy xương cành tươi. Nếu không được điều trị đúng cách rất dễ dẫn đến gãy hoàn toàn. Các biến chứng của gãy xương hoàn toàn thì nguy hiểm hơn nhiều:

Shock, gãy hở, chèn ép khung, tím ngay khi nắn.

Rối loạn dinh dưỡng, hội chứng Volkman (tình trạng biến dạng của bàn tay, ngón tay, cổ tay xảy ra do chấn thương như: gãy xương, chấn thương đè nát, bỏng và các chấn thương động mạch.. Sau các chấn thương này, sự lưu thông máu giữa động mạch và tĩnh mạch sụt giảm ở cẳng tay gây ra lưu lượng máu giảm và thiếu oxy máu dẫn đến tổn thương cho cơ bắp, thần kinh và nội mạc mạch máu. Tình trạng này làm rút ngắn (co cứng) các cơ bắp ở cẳng tay).

Liệt thần kinh, vẹo trục và can lệch, tiêu chỏm hoặc đầu xương sụn, viêm xương, khớp giả, di lệch xương, biến dạng chi

Tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của gãy xương cành tươi, bác sĩ có thể cần phải duỗi thẳng xương bằng tay, chỉnh về đúng vị trí để xương lành đúng cách. Con bạn sẽ nhận được thuốc giảm đau và có thể thuốc an thần cho động tác này.

Gãy xương cành tươi có nguy cơ dẫn đến gãy xương hoàn toàn cao. Nên các loại gãy xương này đều cần bất động, để cố định xương trong một khoảng thời gian điều trị lành thương. Hầu hết bác sĩ sẽ khuyên bạn nên đặt nẹp đúc (bó bột) hoặc nẹp có thể tháo rời để ngăn chặn gãy hoàn toàn xảy ra.

Việc cố định bằng cách bó bột xương gãy sẽ kéo dài khoảng sáu tuần. Cách điều trị này phụ thuộc vào vị trí gãy xương, tùy vào gãy đoạn xa hay đoạn gần mà có loại bột phù hợp. Bệnh nhân bị gãy xương ở đoạn gần cần phải theo dõi chỉnh hình thường xuyên hơn do tính chất không ổn định của chúng và tăng khả năng gập khúc cao cũng như dễ dịch chuyển hơn

Nẹp có thể tháo rời cũng hoạt động tốt hơn trong các khu vực cần di chuyển nhiều hơn, như cổ tay. Đặt một dụng cụ chỉnh hình linh hoạt hơn tại chỗ giúp nó không bị cứng và bất động trong quá trình chữa bệnh . Đó là những trường hợp trẻ đau ít, được theo dõi sát với sự chăm sóc của gia đình. Lợi ích của nẹp tháo rời có thể ít tốn kém hơn và con bạn có thể tháo nó ra một cách nhanh chóng khi đi tắm.

Họ cũng có thể đề nghị phẫu thuật nếu họ cảm thấy nguy cơ gãy hoàn toàn sắp xảy ra. Đây là các tùy chọn phẫu thuật cho gãy cành tươi:

Đặt một thanh kim loại bên trong xương.

Gắn một tấm kim loại xung quanh vết nứt bằng ốc vít.

Các bác sĩ điều trị cho bệnh nhân trẻ tuổi sẽ quan tâm nhất đến gãy xương xảy ra xung quanh sụn tăng trưởng. Đây là những vùng mô nằm quanh đầu xương dài ở trẻ em và thanh thiếu niên. Các sụn tăng trưởng này có vai trò xác định hình dạng và chiều dài xương sẽ đạt được khi trẻ trưởng thành hoàn toàn, quyết định đến chiều cao và sự cân đối 2 bên của trẻ.

Thời gian phục hồi cho gãy xương cành tươi rất thay đổi. Tùy theo mức độ nghiêm trọng của chấn thương và nếu cần can thiệp phẫu thuật. Hầu hết các gãy xương lành trong vòng bốn đến tám tuần. Các bác sĩ sẽ kê toa thuốc như ibuprofen hoặc acetaminophen để giảm bớt sự khó chịu. Họ cũng sẽ tìm kiếm bất kỳ vấn đề phát sinh từ quá trình chữa bệnh.

Bệnh nhân sẽ được yêu cầu quay lại để kiểm tra để các bác sĩ có thể kiểm tra vết thương đang lành như thế nào. X-quang được yêu cầu trong một vài tuần để đảm bảo gãy xương được chữa lành đúng cách. Để kiểm tra sự liên kết của xương và để xác định khi nào không cần phải bó bột nữa.

Chúng ta sau khi biết nguyên nhân, cơ chế dẫn đến gãy cành tươi cũng như biến chứng nguy hiểm của nó thì có thể chủ động phòng ngừa. Để hạn chế gãy xương xảy ra hoặc giảm thiểu biến chứng. Ta cần:

Tìm phương pháp giảm các tai nạn do chấn thương hoặc không do chấn thương, tai nạn trong thể thao.

Giảm các va chạm ở các trẻ nhỏ, tránh các hoạt động có nguy cơ té ngã cao khi điều trị gãy xương…

Cách tốt nhất để ngăn ngừa thương tích trong tương lai xảy ra là: Có dụng cụ bảo hộ khi tham gia các hoạt động hoặc môn thể thao có nguy cơ cao bị gãy xương. Mặc dù, có thể khó theo dõi các hoạt động hàng ngày của trẻ em để ngăn chặn điều này xảy ra, đặc biệt là ở trường hoặc trên sân chơi.

Nếu xảy ra gãy cành tươi, đòi hỏi đánh giá ngay và bất động ngay lập tức để ngăn ngừa gãy xương tái phát, gãy xương hoàn toàn hoặc di lệch

Thông thường,gãy cành tươi có tiên lượng là tốt.Phần lớn các vết gãy xương cành tươi lành tốt mà không có thay đổi chức năng hoạt động của chi bị thương. Tuy nhiên, nếu không được cố định đúng cách và không theo dõi chỉnh hình đúng cách, có nguy cơ gập khúc, gãy hoàn toàn và di lệch gãy xương

Bất cứ ai nghi ngờ rằng họ đang bị gãy xương nên được chăm sóc y tế ngay lập tức. Bất kỳ sự khó chịu nào kéo dài trong một thời gian dài nên được xem xét ngay. Nguyên nhân có thể là một vết bầm tím hoặc một loại nào đó. Không điều trị gãy xương cành tươi đúng cách có thể dẫn đến các biến chứng không hồi phục và khiến bệnh nhân bị biến dạng vĩnh viễn.

Qua bài viết này hi vọng có thể cung cấp những thông tin cần thiết cho bạn. Đừng để những biến chứng không đáng có xảy ra với những đứa trẻ của bạn!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/gay-sun-tiep-hop/

Nội dung bài viết

Gãy sụn tiếp hợp là gì?

Triệu chứng gãy sụn tiếp hợp

Nguyên nhân gây ra tình trạng gãy sụn tiếp hợp

Gãy sụn tiếp hợp thường gặp ở độ tuổi và giới tính nào?

Chẩn đoán gãy sụn tiếp hợp

Những biến chứng do gãy sụn tiếp hợp

Điều trị gãy sụn tiếp hợp

Gãy sụn tiếp hợp là một dạng gãy đặc biệt. Bệnh này ảnh hưởng đến lớp mô phát triển gần đầu xương của trẻ em, vốn đóng vai trò quan trọng trong phát triển xương. Gãy sụn tiếp hợp thường cần được điều trị ngay lập tức. Nếu không được điều chỉnh kịp thời, việc gãy lớp sụn sẽ ảnh hưởng đến tình trạng phát triển xương sau này.

Lớp sụn tiếp hợp còn được gọi là sụn tăng trưởng. Lớp sụn này là phần mềm và yếu nhất của bộ xương. Đôi khi lớp này còn yếu hơn cả dây chằng và gân xung quanh. Cùng một lực chấn thương gây bong gân ở người lớn sẽ gây gãy sụn tiếp hợp ở trẻ em.

Điều trị gãy sụn tiếp hợp không đúng cách có thể dẫn đến hình thành xương sau này bị gập khúc hoặc ngắn hơn chi đối diện. Nếu được điều trị thích hợp, hầu hết loại gãy này sẽ lành lại và không gây ra biến chứng gì.

Hầu hết gãy sụn tiếp hợp diễn ra ở các xương ngón tay, cẳng tay và vùng thấp của chi dưới. Các triệu chứng có thể gặp bao gồm:

Cảm giác đau, thường xuất hiện khi gia tăng áp lực lên lớp sụn tiếp hợp.

Mất khả năng di chuyển ở các vị trí của chi bị ảnh hưởng; chi bị tổn thương không thể mang vật nặng hay chịu áp lực.

Cảm giác ấm kèm tình trạng sưng lên ở vị trí đầu chi và gần khớp.

Nếu bạn nghi ngờ có thể có gãy xương, hãy đưa con bạn đi khám bác sĩ ngay lập tức. Đồng thời, nếu nhận thấy một biến dạng hay bất thường ở tay hay chân của con, bạn cũng nên đưa con đi gặp bác sĩ để được đánh giá đầy đủ. Ngoài ra, nếu con bạn xuất hiện cảm giác đau kéo dài không giảm hoặc gặp khó khăn khi chơi thể thao cũng có thể là dấu hiệu cần đưa con đi khám.

Gãy sụn tiếp hợp ở trẻ em thường do ngã hay do một cú đánh vào chi. Có thể gặp trong các tình huống như:

Tai nạn giao thông.

Các môn thể thao mang tính cạnh tranh như bóng đá, bóng rổ, chạy, khiêu vũ hay thể dục dụng cụ.

Các hoạt động giải trí cũng có thể gây ra gãy sụn tiếp hợp nếu không cẩn thận. Chẳng hạn như đạp xe, trượt tuyết hoặc trượt ván.

Gãy sụn tiếp hợp đôi khi cũng có thể do tình trạng sử dụng các bộ phận cơ thể quá mức. Tình trạng này có thể xảy ra trong quá trình tập luyện thể thao.

Gãy sụn tiếp hợp xuất hiện ở bé trai nhiều gấp đôi so với bé gái. Nguyên nhân là vì các bé gái hoàn thành giai đoạn phát triển sớm hơn bé trai. Đến năm 12 tuổi, lớp sụn tăng trưởng của các bé gái đã trưởng thành và thay thế bằng xương.

Vì lớp sụn tiếp hợp chưa chuyển thành xương nên chúng rất khó thấy trên phim X-quang. Các bác sĩ có thể phải yêu cầu chụp X-quang cả hai chi. Phim chụp gồm chi bị thương và chi đối diện để có thể so sánh hai bên.

Đôi khi không thể phát hiện gãy sụn tiếp hợp trên phim X-quang. Nếu trẻ bị đau ở vị trí sụn tiếp hợp, có thể bó bột hoặc nẹp để bảo vệ chi. X-quang được thực hiện lại sau 3 đến 4 tuần. Với gãy sụn không thể thấy trước đó thì khi chụp lại sẽ thấy hiện tượng lành xương trên phim.

Đối với các chấn thương nghiêm trọng hơn có thể làmCT-scan,MRIhaysiêu âm. Những phương tiện này giúp quan sát thêm tổn thương mô mềm và đánh giá tổn thương đầy đủ.

Hầu hết các trường hợp gãy sụn tiếp hợp lành lại và không gây ra biến chứng gì. Tuy nhiên, những yếu tố sau đây có thể làm tăng nguy cơ lành xương bất thường:

Mức độ nghiêm trọng của chấn thương.Nếu lớp sụn tiếp hợp bị dịch chuyển, vỡ hay bị nghiền nát, nguy cơ biến dạng chi sau này là rất cao.

Tuổi của đứa trẻ.Nếu một đứa trẻ gần như đã hoàn thành quá trình phát triển lớp sụn, việc tổn thương lớp sụn chỉ ảnh hưởng rất nhỏ. Tuy nhiên, điều này ngược lại ở một đứa trẻ nhỏ hơn và bị tổn thương lớp sụn vĩnh viễn. Tổn thương sẽ ảnh hưởng sự phát triển của xương nhiều năm sau này. Do đó đứa trẻ có thể bị biến dạng chi.

Vị trí chấn thương.Các lớp sụn tăng trưởng xung quanh đầu gối thường nhạy cảm và dễ tổn thương hơn. Lớp sụn tiếp hợp ở đầu gối bị tổn thương vĩnh viễn có thể làm chi đó biến dạng. Có thể xuất hiện ngắn hơn, dài hơn hay chi vẹo so với bên còn lại. Ngược lại, tổn thương lớp sụn tiếp hợp quanh cổ tay và vai thường lành tốt, không gây biến chứng.

Điều trị gãy sụn tiếp hợn phụ thuộc vào mức độ nặng. Nếu tình trạng gãy ít nghiêm trọng thì thường chỉ cần bó bột hoặc nẹp. Nếu gãy xuyên thấu lớp sụn tăng trưởng đến mặt khớp và gãy không vững, bác sĩ có thể cân nhắc phương pháp phẫu thuật. Lớp sụn tiếp hợp được phẫu thuật chỉnh lại có khả năng phục hồi cao hơn và tăng trưởng tốt hơn so với không được chỉnh.

Tại thời điểm bị chấn thương có thể chụpX-quangđể chẩn đoán. Tuy nhiên, khi đó rất khó để biết lớp sụn tăng trưởng bị tổn thương vĩnh viễn hay không. Bác sĩ sẽ đề nghị kiểm tra bằng chụp X-quang những năm sau đó để đảm bảo lớp sụn phát triển phù hợp. Tuỳ thuộc vào vị trí và mức độ gãy, bạn có thể phải đưa con đi tái khám đến hết giai đoạn phát triển lớp sụn.

Gãy sụn tiếp hợp ở trẻ emthường do những chấn thương từ chơi thể thao hay tai nạn giao thông. Nếu không được điều trị, bệnh này có thể gây ra những biến chứng ảnh hưởng đến sự phát triển xương sau này của trẻ. Vì thế nếu bạn thấy chi của trẻ biến dạng, đau dai dẳng hay nghi ngờ gãy xương, hãy đưa trẻ đi khám ngay lập tức để được chẩn đoán và điều trị thích hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/gay-xuong-co-chan/

Nội dung bài viết

Cấu trúc giải phẫu học vùng cổ chân

Thông tin chung về gãy xương cổ chân

Nguyên nhân gãy xương cổ chân

Triệu chứng của gãy xương cổ chân

Chẩn đoán gãy xương cổ chân

Điều trị gãy xương cổ chân

Biến chứng của gãy xương cổ chân

Trong đời sống sinh hoạt hằng ngày, gãy xương là tình trạng rất thường gặp. Gãy xương có thể do tai nạn giao thông, sinh hoạt, thể dục thể thao… Gãy xương nếu không điều trị đúng sẽ gây ra tình trạng biến dạng xương, tổn thương thần kinh, mạch máu. Từ đó chất lượng cuộc sống giảm sút. Chính vì thế, sau đây, Bác sĩ Hồ Đức Việt sẽ cung cấp cho bạn những thông tin cần thiết về gãy xương và đặt biệt là về gãy xương cổ chân. Nào, chúng ta hãy cùng nhau tìm hiểu nhé!

Ba xương tạo nên khớp cổ chân gồm:

Xương chày: một trong hai xương cẳng chân, chịu sức chính ở cẳng chân.

Xương mác: là xương cẳng chân thứ hai.

Và xương sên: một xương nhỏ nằm giữa xương gót chân, xương chày và xương mác.

Xương chày và xương mác có cấu trúc cụ thể tạo nên hai mắc cá chân.

Mắc cá trong (Medial Malleolus) là một phần phía bên trong của xương chày.

Mắc cá sau (Posterior Malleolus) là một phần phía sau của xương chày.

Và mắc cá ngoài (Lateral Malleolus) là một phần bên ngoài của xương mác.

Giải phẫu mắc cá chân: các bác sĩ phân loại gãy xương mắc cá chân theo khu vực xương bị gãy. Ví dụ một vết gãy ở phần chỏm của xương mác thì được gọi là gãy xương mắc cá ngoài. Hoặc nếu cả xương chày và xương mác bị gãy thì nó được gọi là gãy hai xương mắc cá hay gãy hai xương cổ chân.

Hai khớp có liên quan đến gãy xương cổ chân:

Khớp cổ chân: nơi xương chày, xương mác và xương sên gặp nhau.

Khớp bất động sợi: khớp giữa xương chày và xương mác được nối với nhau bởi dây chằng. Các dây chằng chằng chịt tại cổ chân là yếu tố giúp khớp cổ chân ổn định.

Gãy xương cổ chân là tổn thương một hay nhiều xương thuộc khớp cổ chân. Chúng bao gồm gãy đầu dưới xương chày và xương mác hay gãy xương sên. Các loại gãy này có thể là gãy phạm khớp (đường gãy thông vào khớp) hay không phạm khớp (đường gãy không thông vào khớp).

Cổ chân có thể bị gãy từ một vết gãy đơn giản ở một xương. Điều này có thể không gây cản trở việc đi lại. Hoặc cổ chân có thể gãy một vài vết gãy. Điều này khiến mắc cá chân bị di lệch và có thể ảnh hưởng nhiều đến việc đi lại.

Nói một cách đơn giản, càng nhiều xương bị gãy thì cổ chân càng không ổn định. Gãy xương có thể có tổn thương dây chằng kèm theo. Các dây chằng cổ chân giữ các xương cổ chân cố định với nhau và giữ chúng đúng vị trí của nó khi chuyển động.

Gãy các xương cổ chân ảnh hưởng đến mọi người ở mọi lứa tuổi.12

Có nhiều nguyên nhân gây gãy xương cổ chân. Dưới đây là một số các nguyên nhân chính thường gặp:123

Tác động trong một tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt…

Bị vấp ngã.

Lực xoắn hoặc vặn khớp cổ chân quá lớn.

Ngoài ra gãy xương cũng có thể liên quan đến một số bệnh lý như u xương, loãng xương…

Các triệu chứng phổ biến cho gãy xương vùng này bao gồm:12

Đau tức thời và dữ dội.

Sưng.

Bầm tím.

Đau hay khó chịu khi đụng vào.

Không thể di chuyển được hay di chuyển hạn chế.

Biến dạng vùng cổ chân.

Sau khi hỏi bệnh về các triệu chứng và cơ chế chấn thương xảy ra. Bác sĩ sẽ kiểm tra cổ chân, bàn chân và ngón chân.

Nếu bác sĩ nghi ngờ bạn bị gãy xương cổ chân. Họ sẽ yêu cầu bạn làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng để cung cấp thông tin về chấn thương.

X – quang: là kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh phổ biến nhất và có sẵn rộng rãi. X – quang có thể cho thấy nếu xương bị gãy. Nó cũng có thể cho thấy có bao nhiêu mảnh xương gãy và gãy như thế nào.

Chụp cắt lớp vi tính(CT – Scan): kiểu chụp này có thể tạo ra hình ảnh cắt ngang mắc cá chân và đôi khi được thực hiện để đánh giá thêm chấn thương mắc cá chân. Nó đặt biệt hữu ích khi gãy xương kiểu phạm khớp.

Chụp cộng hưởng từ(MRI): phim này cung cấp hình ảnh có độ chính xác cao của cả xương và mô mềm như dây chằng. Đối với một số gãy xương vùng cổ chân. Chụp MRI có thể được thực hiện để đánh giá dây chằng mắc cá chân.

Việc điều trị phụ thuộc vào xương bị gãy, vị trí gãy cũng như là kiều gãy.

Vị trí gãy là ở đầu dưới xương mác.

Tuỳ theo vị trí gãy, kiểu gãy mà có các phương pháp điều trị khác nhau.

Điều trị không cần phẫu thuật:

Bệnh nhân có thể không cần phẫu thuật nếu cổ chân ổn định. Có nghĩa là xương gãy vẫn nằm đúng vị trí hoặc chỉ di lệch chút xíu. Chụp X – quang có thể được thực hiện để xem mức độ di lệch của xương.

Một số phương pháp điều trị mà không cần phẫu thuật như dùng nẹp cố định hay bó bột cổ chân. Một số trường hợp bác sĩ có thể cho bệnh nhân di chuyển nhẹ nhàng bình thường. Tuy nhiên cũng có một số trường hợp bác sĩ yêu cầu bệnh nhân bất động cổ chân trong 6 tuần.

Bệnh nhân sẽ tái khám theo hẹn của bác sĩ để chụp X – quang kiểm tra.

Điều trị phẫu thuật: nếu gãy xương nhiều và cổ chân không ổn định thì có thể được điều trị bằng phẫu thuật. Các bác sĩ sẽ ghép các mảnh xương gãy vào đúng vị trí giải phẫu bình thường của chúng. Chúng được giữ bằng các nẹp vít và các tấm kim loại gắn vào bề mặt ngoài của xương. Trong một số trường hợp đóng đinh vào bên trong xương có thể được sử dụng để giữ các mảnh xương lại với nhau.

Vị trí gãy là đầu dưới xương chày. Gãy xương mắc cá trong thường kèm theo gãy xương mắc cá ngoài hay gãy xương chày sau hay chấn thương dây chằng mắc cá chân.

Cũng giống như gãy xương mắc cá ngoài. Gãy xương mắc cá trong cũng có thể điều trị bằng phương pháp phẫu thuật hoặc không cần phẫu thuật.

Nếu gãy xương không di lệch vị trí nhiều hoặc là vết gãy nhỏ. Nó có thể được điều trị không cần phẫu thuật.

X – quang cũng được áp dụng trong gãy xương mắc cá trong.

Gãy xương thường điều trị bằng bó bột hay nẹp cố định. Thông thường bác sĩ yêu cầu phải bất động trong vòng 6 tuần.

Phẫu thuật được xem xét khi gãy xương phức tạp và di lệch nhiều. Tuy nhiên trong một số trường hợp, phẫu thuật có thể xem xét ngay cả khi gãy xương không di lệch. Điều này được thực hiện để giảm nguy cơ gãy xương không lành.

Tuỳ thuộc vào vết gãy, các mảnh xương có thể được cố định bằng cách sử dụng nẹp vít, đóng đinh nội tuỷ hay cố định ngoài.

Là gãy xương ở mặt sau của xương chày. Trong hầu hết các trường hợp gãy xương mắc cá sau, mắc cá ngoài cũng có nguy cơ bị vỡ. Điều này là do chúng được kết nối chung bởi một dây chằng.

Tuỳ thuộc vào mảnh vỡ lớn như thế nào, mặt sau mắc cá chân có thể không ổn định. Một số nghiên cứu cho rằng nếu mảnh vỡ lớn hơn 25% khớp mắc cá chân, mắc cá chân trở nên không ổn định và cần được điều trị bằng phẫu thuật.

Trong hầu hết các trường hợp gãy hai xương mắc cá thì khớp cổ chân sẽ không ổn định. Chính vì thế phẫu thuật thường được chỉ định.

Gãy hai xương mắc cá được điều trị bằng các kỹ thuật phẫu thuật tương tự như các phần được liệt kê ở trên.

Tuy nhiên trong một số trường hợp đặt biệt thì điều trị không cần phẫu thuật cũng được xem xét như người lớn tuổi có vấn đề sức khoẻ nghiêm trọng.

Có nghĩa là cả ba mắc cá chân đều bị gãy. Đây là một chấn thương không ổn định và thường được chỉ định phẫu thuật.

Phương pháp điều trị phẫu thuật cũng tương tự như trên.

Khớp bất động sợi nằm giữa xương chày và xương mác, và được giữ bởi các dây chằng. Một chấn thương nơi này có thể chỉ là dây chằng, đây còn được gọi là một kiểu bông gân mắc cá chân. Tuỳ thuộc vào mức độ không ổn định của mắc cá chân, những chấn thương này có thể được điều trị mà không cần phẫu thuật.

Trong nhiều trường hợp những chấn thương bông gân này thường kết hợp với một hay nhiều loại gãy xương. Đây là những trường hợp không ổn định và thường khó lành.

Bác sĩ thường làmX – quangđể xem khớp bất động sợi có bị tổn thương hay không.

Đau sau chấn thương hoặc phẫu thuật là một phần tự nhiên của quá trình lành vết thương.

Thuốc thường được kê đơn để giảm đau ngắn hạn sau phẫu thuật hoặc chấn thương. Nhiều loại thuốc có sẵn để kiểm soát cơn đau như: thuốc kháng viêm NSAID, opioid…Tuy nhiên cần lưu ý trong việc sử dụng thuốc, xem thêm tại mục:Thuốc kháng viêm không Steroid (NSAIDs): Sử dụng bừa bãi gây tác hại gì?

Xin lưu ý rằng opioid giúp giảm đau sau phẫu thuật hoặc chấn thương. Tuy nhiên chúng là một chất có thể gây nghiện. Điều quan trọng là chỉ sử dụng opioid theo sự chỉ dẫn của bác sĩ.

Những người có bệnh nền nhưđái tháo đường, người lớn tuổi hay người hút thuốc lá… có nguy cơ cao bị biến chứng sau phẫu thuật.

Đối với trường hợp điều trị không phẫu thuật:

Các xương bị gãy bị di lệch ra khỏi vị trí đúng của nó trước khi lành. Đây là lý do tại sao bạn phải tái khám theo lịch trình của bác sĩ.

Nếu đi lệch nhiều thì có thể dẫn đến sự không ổn định của cổ chân sau này và có thể gây biến chứng viêm khớp ở mắc cá chân.

Đối với trường hợp điều trị phẫu thuật có thể gây biến chứng như:

Nhiễm trùng.

Đau

Cháy máu.

Tổn thương mạch máu, gân cơ hay các dây thần kinh.

Viêm khớp.

Tóm lại,gãy xương cổ chânlà một loại gãy xương cũng hay thường gặp trong các loại gãy xương chung. Bài viết phía trên cung cấp cho các bạn một kiến thức tổng quát chung về gãy xương cổ chân. Nếu các bạn có các dấu hiệu cũng như triệu chững của gãy xương cổ chân hay có thắc mắc gì về vấn đề gãy xương cổ chân thì hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn cũng như điều trị một cách phù hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/gay-xuong-suon-trieu-chung-nguyen-nhan-cac-phuong-phap-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Dấu hiệu nhận biết bị gãy xương sườn là gì?

Nguyên nhân của gãy xương sườn là gì?

Ai dễ bị gãy xương sườn?

Những biến chứng khi bị gãy xương sườn

Làm cách nào để chẩn đoán gãy xương sườn

Gãy xương sườn bao lâu thì lành?

Điều trị gãy xương sườn như thế nào?

Trong đời sống sinh hoạt hàng ngày, gãy xương sườn là tình trạng rất thường gặp có thể do tai nạn giao thông, té ngã, chấn thương thể thao…Khi bị gãy, có thể gây tổn thương đến tim, phổi trong lồng ngực. Đây là biến chứng có thể gây nguy hiểm tính mạng. Vì vậy, trang bị những kiến thức cơ bản về triệu chứng, nguyên nhân, cách điều trị là vô cùng quan trọng. Hãy cùng tìm hiểu những kiến thức đó trong bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Thanh Xuân nhé!

Đau là triệu chứng thường gặp nhất. Khi bị bạn sẽ cảm thấy đau chói vùng xương đó. Tuy nhiên, bạn cũng cần biết một vài điểm khác biệt so với cơn đau do tim. Đau do sẽ trầm trọng hơn khi:

Chạm vào vùng xương gãy.

Khi hít thở sâu.

Khi ho, khi cười.

Lúc bạn vặn mình.

Một số triệu chứng khác như:

Sưng, bầm tím vùng xương gãy.

Cảm giác thiếu hơi,khó thở.

Bạn có thể gặp các triệu chứng khác không được đề cập. Nếu bạn có bất kỳ sự nghi ngờ về gãy xương sườn, hãy tham khảo ý kiến bác sĩ ngay.

Nguyên nhân thường gặp nhất là do chấn thương ngực. Ví dụ như do tai nạn giao thông, té ngã, chấn thương thể thao… Xương sườn cũng có thể bị gãy bởi những chấn thương lặp đi lặp lại từ thể thao như chơi golf, chèo thuyền, hoặc tình trạng ho nặng, kéo dài.

Những yếu tố sau làm tăng nguy cơ gãy xương sườn:

1. Loãng xương

Loãng xươngkhiến mật độ khoáng chất trong xương giảm sút. Điều này làm giảm chất lượng xương. Xương giòn và rất dễ gãy.

2. Tham gia thể thao

Những môn thể thao đối kháng như bóng đá, khúc côn cầu, boxing, đấu vật… làm tăng nguy cơ chấn thương ngực.

3. Ung thư ở xương sườn

Ung thư làm cho xương yếu. Vì vậy, xương dễ bị gãy khi bị lực tác động hơn.

Khung sườn như chiếc áo giáp, giúp bảo vệ những cơ quan bên trong lồng ngực. Đó là tim, phổi, mạch máu… Vì vậy, có thể làm tổn thường đến các cơ quan bên trong, đưa đến những biến chứng nguy hiểm.

1. Phổi

Đầu xương gãy có thể đâm chọc vào phổi, khiến phổi bị xẹp. Ngoài ra, còn có thể gây tràn máu vào màng phổi, tràn khí màng phổi… Đây là những trường hợp cần được can thiệp y tế ngay.

2. Rách động mạch chủ

Đầu gãy sắc nhọn của xương sườn có thể làm rách động mạch chủ hoặc những mạch máu quan trọng khác.

3. Tổn thương gan, lách, thận

Nếu bị gãy những xương sườn phía dưới, đầu xương gãy có thể đâm và làm tổn thương gan, lách, thận…

Nếu bác sĩ nghi ngờ bạn bị gãy xương sườn, bạn sẽ được yêu cầu đi chụp phim lồng ngực.

1. X – quang ngực

X – quang ngực có thể phát hiện được 75% trường hợp gãy xương sườn. Đây là xét nghiệm rẻ tiền, tiện lợi, nhanh chóng. Ngoài ra, nó còn giúp phát hiện tình trạng xẹp phổi, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi nếu có.

2. CT – scan

CT – scan có thể phát hiện được những trường hợp mà chụp X – quang bỏ sót. Hơn nữa, CT – scan có thể phát hiện được tổn thương mô mềm và các cơ quan kèm theo, như phổi, gan, thận, lách…

Hầu hết, gãy xương sườn cần khoảng 6 tuần để lành. Tuy nhiên, con số này chỉ mang tính chất tham khảo. Việc lành xương còn phụ thuộc vào mức độ gãy xương, thể trạng sức khỏe của mỗi cá nhân.

Điều trị gãy xương sườn đã có nhiều thay đổi gần đây. Bác sĩ đã từng điều trị bằng cách quấn chặt thân trên để xương sườn không bị di chuyển. Tuy nhiên, cách này dễ gây khó thở và các biến chứng phổi, nhưviêm phổi.

Ngày nay, có thể tự lành mà không cần dụng cụ hỗ trợ hay băng.

Phụ thuộc và mức độ sưng, đau, bác sĩ sẽ kê đơn thuốc giảm đau, kháng viêm cho bạn.

Trong khoảng 2 ngày đầu, bạn có thể chườm đá lên vùng xương gãy để giảm đau, giảm sưng. Không chườm đá trực tiếp lên da. Hãy bọc đá trong chiếc khăn ẩm, rồi hãy chườm lên da nhé.

Hãy dành nhiều thời gian để cơ thể nghỉ ngơi.

Nếu có thể, hãy cố gắng ngủ với tư thế thẳng đứng hơn trong một vài đêm đầu sau chấn thương.

Những trường hợp gãy trầm trọng, như gây khó thở, thì cần đến phẫu thuật. Một vài trường hợp phải cần đến đinh để cố định xương sườn.

Những thông tin điều trị này chỉ mang tính chất tham khảo. Việc điều trị là khác nhau giữa mỗi cá nhân. Vì vậy, bạn cần được bác sĩ thăm khám và điều trị. Tuyệt đối không được tự ý điều trị tại nhà.

Gãy xương sườnlà tình trạng khá phổ biến trong đời sống sinh hoạt  Các triệu chứng cũng rất đa dạng. Việc chẩn đoán kịp thời và điều trị đúng sẽ giúp xương nhanh lành. Hy vọng bài viết cung cấp được những thông tin cơ bản về triệu chứng, nguyên nhân, điều trị . Đừng ngại để lại những thắc mắc ở phần bình luận, cũng như chia sẻ bài viết nếu thấy hữu ích. Mong nhận được những phản hồi cũng như đồng hành cùng bạn ở những bài viết kế tiếp.

Có thể bạn quan tâm:

Gãy xương sườn điều trị như thế nào? Cách chăm sóc và phục hồi ra sao?

Thực phẩm giúp chắc khỏe xương, tại sao không?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hen-suyen-nguyen-nhan-kha-nang-chua-khoi-va-huong-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Hen suyễn là gì?

Triệu chứng hen suyễn

Đối tượng nào dễ mắc hen suyễn?

Nguyên nhân bị hen suyễn

Phân loại bệnh

Biến chứng

Chẩn đoán hen suyễn bằng cách nào?

Điều trị

Phòng ngừa như thế nào?

Hen suyễn không phải là căn bệnh quá xa lạ trong đời sống. Đến thời điểm hiện tại, vẫn chưa có cách điều trị triệt để căn bệnh này. Việc hiểu được nguyên nhân, nhận biết được triệu chứng, chẩn đoán sớm sẽ giúp hỗ trợ điều trị bệnh tốt hơn. Vậy, nguyên nhân gây ra hen suyễn là gì? Bệnh có triệu chứng gì? Chẩn đoán như thế nào? Phương án điều trị ra sao? Cùng theo dõi bài viết dưới đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Trần Thanh Long nhé!

Hen suyễn là tình trạng mãn tính ảnh hưởng đến đường dẫn khí trongphổi. Đường dẫn khí trong phổi là những ống dẫn khí vào và ra khỏi phổi của chúng ta. Khi bị hen, đừng thở có thể bị viêm và hẹp lại. Điều này làm cho không khí rất khó thoát khỏi đường thở khi chúng ta thở ra.1

Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc bệnh suyễn chiếm 1/13. Bệnh có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi và thường bắt đầu biểu hiện từ thời thơ ấu.1

Tại Việt Nam, khoảng 3,9% – tương đương hơn 4 triệu người mắc bệnh hen. Đây là con số được thống kê năm 2022 trong chuỗi hội thảo khoa học do Hội hô hấp Việt Nam và Hội Phổi Việt Nam tổ chức.2

Những triệu chứng thường gặp nhất của bệnh hen suyễn bao gồm:

Thở khò khè.

Khó thở.

Ngực căng – có cảm giác như có gì đó quấn chặt quanh ngực.

Ho.

Những dấu hiệu trên cộng thêm một vài đặc điểm sau đây chứng tỏ bạn có khả năng cao đã bị suyễn:

Chúng xảy ra thường xuyên và liên tục tái phát.

Chúng trở nặng hơn vào ban đêm và sáng sớm.

Khi bạn tiếp xúc với tác nhân gây hen thì những triệu chứng trên xuất hiện.

Triệu chứng không điển hình của bệnh hen bao gồm:

Chỉ tức ngực.

Chỉ thở khò khè.

Chỉ ho.

Không thở khò khè.

Chỉ thấy khó chịu ở ngực (tức ngực hoặc đau ngực).

Ho có đờm.

Hội chứng tăng thông khí (thở nhanh).

Khi bệnh nặng hơn trong một thời gian ngắn sẽ được gọi là cơn hen suyễn. Nó có thể xảy ra đột ngột hoặc dần dần trong vài ngày.

Dấu hiệu khi tình trạng hen bắt đầu xấu đi bao gồm

Thở khò khè, ho và tức ngực. Các triệu chứng này ngày càng nặng và xảy ra liên tục.

Khó khăn trong việc ăn, nói hay ngủ.

Thở nhanh hơn.

Nhịp tim đập nhanh hơn.

Buồn ngủ, không tỉnh táo, kiệt sức hoặcchóng mặt.

Môi hoặc ngón tay có màu xanh.

Ngất xỉu.

Các dấu hiệu cho thấy một người đang bị cơn hen bùng phát là:

Triệu chứng trở nên tồi tệ: ho, khó thở, thở khò khè, tức ngực.

Dùng ống hít cắt cơn nhưng không đỡ.

Khó thở khi nói, ăn hay ngủ.

Hơi thở ngày càng nhanh hơn và không thể thở được.

Điểm lưu lượng đỉnh thấp hơn bình thường.

Một số trẻ sẽ thanđau bụnghoặc đau ngực.

Nhiều yếu tố dẫn đến nguy cơ cao mắc bệnh hen suyễn. Trong khi đó, rất khó để tìm ra nguyên nhân trực tiếp duy nhất. Những người dễ mắc suyễn bao gồm:5

Có người thân mắc suyễn, đặc biệt là cha mẹ hay chị em ruột.

Người mắc bệnh dị ứng khác, ví dụ như:bệnh chàm, viêm mũi (sốt cỏ khô).

Người sống ở khu đô thị (yếu tố lối sống).

Trẻ em có những vấn đề về sức khỏe từ nhỏ:sinh non, cân nặng khi ra đời thấp, tiếp xúc với khói thuốc lá và các nguồn ô nhiễm không khí khác, nhiễm trùng đường hô hấp do virus.

Người thường tiếp xúc với chất gây dị ứng và chất kích thích: ô nhiễm không khí, mạt bụi nhà, nấm mốc, phơi nhiễm nghề nghiệp với hóa chất, khói hoặc bụi.

Trẻ em và người lớn thừa cân hoặcbéo phì.

Nguyên nhân trực tiếp gây hen bao gồm:3

Nhiễm trùng:cảm lạnh,cảm cúm.

Dị ứng: phấn hoa, mạt bụi, lông động vật hoặc lông vũ.

Khói và ô nhiễm.

Thuốc: thuốc giảm đau chống viêm nhưibuprofen,aspirin.

Cảm xúc, tâm trạng bất thường: căng thẳng hoặc tiếng cười.

Thay đổi thời tiết đột ngột: nhiệt độ, không khí lạnh, gió, giông bão, nhiệt độ và độ ẩm.

Nấm mốc hoặc ẩm ướt.

Do tập thể dục.

Bệnh hen suyễn dị ứng được kích hoạt bởi các chất trong không khí như: phấn hoa, bào tử nấm mốc, chất thải của côn trùng hoặc mảng da và nước bọt khô do vật nuôi tiết ra.

Hen không dị ứng xuất hiện do các yếu tố khác tác nhân dị ứng. Chúng bao gồm: nhiễm trùng đường hô hấp do vi rút, chất kích thích trong không khí, thuốc hoặc các gia vị, điều kiện thời tiết.

Trong một số trường hợp, bệnh hen suyễn có liên quan đến các chất mà bạn có thể tiếp xúc tại nơi làm việc. Đây được gọi là bệnh hen suyễn nghề nghiệp. Những người làm các công việc như: thợ phun sơn, thợ làm bánh, y tá, công nhân hóa chất, người chăm sóc động vật, công nhân nhà máy gỗ, thợ hàn, công nhân chế biến thực phẩm.

Người bị hen suyễn cho tập thể dục thì tình trạng tồi tệ hơn khi không khí lạnh và khô.

Có tới 20% dân số mắc bệnh hen suyễn nhạy cảm với aspirin và cácthuốc chống viêm không steroid khác (NSAID). Lúc này, bệnh nhân mắc phải “bộ ba”: viêm mũi,viêm xoangvà hen suyễn. Hội chứng này được gọi là hen suyễn do aspirin (AIA).

Hen suyễn về đêm bao gồm các triệu chứng như tức ngực, khó thở, ho và thở khò khè vào ban đêm. Điều này có thể khiến bạn không thể ngủ được, cảm thấy mệt mỏi và cáu kỉnh vào ban ngày. Hen suyễn về đêm rất nghiêm trọng. Nó cần được chẩn đoán đúng cách và điều trị hiệu quả.

Bệnh hen suyễn có thể để lại cho bạn những biến chứng sau:3

Lúc nào cũng cảm thấy mệt mỏi.

Làm việc kém hiệu quả hoặc phải nghỉ phép.

Căng thẳng, lo lắng hoặctrầm cảm.

Làm gián đoạn công việc và giải trí vì các chuyến thăm bác sĩ gia đình hoặc đi khám bệnh.

Nhiễm trùng phổi (viêm phổi).

Chậm phát triển hoặc dậy thì ở trẻ em.

Ngoài ra, khi hen suyễn trở nặng, nó cũng có thể đe dọa tính mạng của người bệnh.3

Để chân đoán bệnh hen suyễn, đầu tiên, bác sĩ sẽ hỏi về bệnh sử và tiến hành khám các triệu chứng lâm sàng. Sau đó, bác sĩ có thể đề nghị làm các xét nghiệm để đưa ra kết quả chính xác về bệnh.

Các xét nghiệm chính để chẩn đoán bệnh hen suyễn như:3

Xét nghiệm FeNO: bạn sẽ hít thở vào máy đo mức độ oxit nitric trong hơi thở. Đây là xét nghiệm để phát hiện tình trạng viêm nhiễm trong phổi.

Phép đo phế dung: bạn thổi vào máy để đo tốc độ thở ra và lượng không khí bạn có thể tích trữ trong phổi.

Kiểm tra lưu lượng đỉnh: bạn sẽ thổi vào một thiết bị cầm tay để đo tốc độ thở ra. Bác sĩ sẽ hướng dẫn bạn thực hiện vài lần trong tuần để theo dõi xem lượng khí thở ra có thay đổi theo thời gian hay không.

Sau khi được chẩn đoán mắc bệnh hen suyễn, bạn cũng có thể được chụp X-quang ngực hoặc xét nghiệm dị ứng để phân biệt với bệnh dị ứng thông thường.

Hiện nay vẫn chưa có cách chữa khỏi hoàn toàn bệnh hen mà bác sĩ sẽ tiến hành cải thiện triệu chứng cho người bệnh. Điều này giúp cho cuộc sống người bệnh không bị ảnh hưởng quá nhiều.

Dùng ống hít chuyên dụng là phương pháp điều trị chính. Ngoài ra, người bệnh cũng có thể dùng thuốc uống và các phương pháp điều trị khác nếu cần thiết.

Ống hít: giúp giảm các triệu chứng khi chúng xảy ra (thuốc hít cắt cơn) hoặc ngăn chặn các triệu chứng phát triển (ống hít phòng ngừa). Một số bệnh nhân cần ống hít ở dạng kết hợp cả hai công dụng trên (thuốc hít kết hợp).

Thuốc uống: thuốc đối kháng thụ thể leukotriene (LTRA) với tác dụng phụ bao gồm đau bụng và nhức đầu.

Những cách phòng ngừa suyễn hiệu quả mà bạn có thể tham khảo, bao gồm:10

Xác định rõ các tác nhân gây hen suyễn để chủ động tránh.

Hạn chế tiếp xúc những chất gây dị ứng.

Tránh hít khói thuốc lá, khói từ nhang, nến, lửa, pháo hoa,…

Phòng ngừa bệnh cảm lạnh.

Tiêm phòng cúm.

Hạn chế các tác nhân dị ứng trong nhà bằng cách: giặt drap giường, vỏ chăn, vỏ gối hằng tuần với nước ấm; thường xuyên hút bụi;…

Sử dụng thuốc phòng ngừa hen theo chỉ định của bác sĩ.

Hy vọng qua bài viết trên, bạn đọc đã có thêm nhiều thông tin hữu ích vềhen suyễn. Hãy chủ động phòng ngừa bệnh để có cuộc sống chất lượng nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-hirschsprung/

Nội dung bài viết

Hirschprung là bệnh gì?

Triệu chứng bệnh

Viêm ruột liên quan đến Hirschsprung

Nguyên nhân bệnh Hirschsprung

Chẩn đoán bệnh Hirschsprung

Phương pháp điều trị

Tiên lượng

Bệnh Hirschsprung là một dị tật bẩm sinh ở đường tiêu hóa hiếm gặp. Rối loạn này được đặc trưng bởi sự vắng mặt của các tế bào thần kinh đặc biệt (hạch) trong ruột. Nó chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Vậy bệnh Hirschsprung là gì? Nguyên nhân và cách điều trị như thế nào? Cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Nguyễn Hồng Vân Khánh tìm hiểu về bệnh lý này qua bài viết sau đây.

Sự giảm phân bố của các tế bào hạch làm cho các cơ trong ruột mất khả năng co thắt. Nhu động ruột là phản xạ sinh lý bình thường của cơ thể. Nó tạo ra những cơn co thắt giúp đẩy phân và các chất thải khác của hệ tiêu hóa ra bên ngoài.

Nhu động ruột hoạt động không hiệu quả dẫn đến phân bị ứ lại trong ruột. Tình trạng này làm tắc nghẽn một phần hoặc toàn bộ ruột. Dẫn đến táo bón và chướng bụng. Có thể làm trẻ đau và khó chịu. Nếu không được điều trị, có thể tiến triển bệnh nặng do nhiễm trùng nghiêm trọng từ vi khuẩn trong phân.

Bệnh Hirschsprung ảnh hưởng đến nam giới nhiều hơn nữ giới từ 3 đến 4 lần. Trừ khi vô hạch toàn bộ đại tràng, khi đó không có sự khác biệt giới tính. Tỷ lệ ước tính là 1 trong 5000 trẻ sinh sống.1Nó thường có triệu chứng rõ ràng ngay sau khi sinh nhưng vẫn có thể xuất hiện muộn ở trẻ lớn hơn và người lớn.

Bệnh Hirschsprung được nghi ngờ ở những người có tiền sử táo bón nặng.2

Các triệu chứng có thể khác nhau từ trẻ này sang trẻ khác. Trong thời kỳ sơ sinh, dấu hiệu đầu tiên bao gồmchậm đi tiêu được phân sutrong một 1 đến 2 ngày sau khi sinh. Phân su là chất dính sẫm màu xanh đen thường có trong ruột. Trẻ sơ sinh thường đi tiêu phân su ở lần đi tiêu đầu tiên. Không đi tiêu được trong 24 – 48 giờ là dấu hiệu của Hirschsprung.

Trẻ nhỏ bị Hirschsprung sẽ rất dễ bị chướng bụng, đau bụng và nôn mửa. Ngoàitáo bón, trẻ thường có biểu hiệntăng cân kém, chậm lớn.

Khoảng 80% trẻ được chẩn đoán bệnh trong năm đầu tiên của cuộc đời (trước 7 tuổi). Hơn 90% được chẩn đoán ở độ tuổi đi học (trước 13 tuổi).3Ít hơn 1% được chẩn đoán ở tuổi thiếu niên hoặc tuổi trưởng thành.

Hirschsprung đôi khi có thể dẫn đến một tình trạng gọi là viêm ruột, xảy ra ởruột nonvàruột già. Viêm ruột liên quan đến Hirschsprung là biến chứng thường gặp nhất của bệnh lí này, xuất hiện ở khoảng 30 đến 40% trẻ bị bệnh Hirschsprung.4Diễn tiến có thể từ nhẹ đến nặng tùy trường hợp.

Nguyên nhân của viêm ruột trong Hirschsprung thường thứ phát do đại tràng bị giãn bởi tình trạng tắc nghẽn. Điều này làm thành ruột mỏng đi, sự phát triển vi khuẩn quá mức và sự di chuyển của vi khuẩn đường ruột. Nhiễm trùng máu, hôn mê hoặc sốc có thể xảy ra.

Nguy cơ cao hơn khi toàn bộ đại tràng bị ảnh hưởng bởi Hirschsprung. Tỷ lệ tử vong vào khoảng 1 – 10% và phần lớn ở trẻ sơ sinh chưa được điều trị dứt điểm.5Vậy nên, việc theo dõi sát trẻ sơ sinh bị bệnh Hirschsprung là cần thiết.

Bệnh Hirschsprung có liên quan đến đột biến ở một số gen khác nhau. Khoảng 50% số trẻ bị ảnh hưởng có một trong những bất thường về gen này.6Các gen bất thường liên quan đến Hirschsprung có thể có những tác động khác nhau ở các thành viên trong cùng một gia đình.

Nếu cha mẹ có một đứa con bị ảnh hưởng, khả năng họ có một đứa con khác mắc bệnh này sẽ tăng lên. Cha mẹ bị Hirschsprung cũng có nguy cơ cao sinh con mắc rối loạn này.6

Hirschsprung có thể xảy ra cùng với các bất thường khác. Nguyên nhân thường là do bất thường nhiễm sắc thể hoặc hội chứng di truyền. Những trẻ mắc hội chứng Down có nguy cơ bị bệnh Hirschsprung cao hơn 3 – 10%.1

Các hội chứng di truyền có thể liên quan đến Hirschsprung bao gồm hội chứng Mowat-Wilson, hội chứng Waardenburg, hội chứng Bardet-Biedel, giảm sản sụn – tóc, hội chứng giảm thông khí trung tâm bẩm sinh, hội chứng Fryns, hội chứng Smith-Lemli-Optiz, hội chứng L1 và hội chứng Pitt-Hopkins.

Các dấu hiệu và triệu chứng của Hirschsprung xảy ra do thiếu những tế bào hạch thần kinh ở ruột của trẻ sơ sinh. Vì ruột bị thiếu tế bào hạch nên phân không thể được đẩy qua ruột và ra khỏi cơ thể.

Chiều dài của ruột bị ảnh hưởng bởi Hirschsprung có thể khác nhau. Ở khoảng 80% trẻ sơ sinh mắc bệnh có ruột già (bao gồm đại tràng và trực tràng) bị ảnh hưởng.6Trực tràng là phần cuối cùng của ruột già nối hậu môn với đại tràng xích ma.

Trẻ sơ sinh không có tế bào hạch trong trực tràng và đại tràng xích ma được gọi là mắc bệnh phình đại tràng “vô hạch đoạn gần”. Trong khi đó, có khoảng 12% trẻ sơ sinh bị thiếu tế bào hạch ở đa số đoạn ruột già. Đây được gọi là bệnh phình đại tràng “vô hạch đoạn xa”. Khoảng 7% sẽ bị thiếu tế bào hạch trong toàn bộ ruột kết và có thể là một phần của ruột non.6Chúng được gọi là bệnh phình đại tràng “vô hạch toàn bộ”.

Trong một số trường hợp hiếm hoi, các tế bào thần kinh hạch bị thiếu trong toàn bộ chiều dài của ruột già và ruột non. Tình trạng này được gọi là bệnh liệt ruột toàn bộ.

Chẩn đoán Hirschsprung có thể được nghi ngờ dựa trên khám sức khỏe, toàn bộ tiền sử của người bệnh và gia đình. Sau khi xác định các triệu chứng đặc trưng, một số các xét nghiệm chuyên biệt sẽ giúp Bác sĩ có thể chẩn đoán bệnh của trẻ. Hầu hết (85 – 90%) bệnh Hirschsprung được chẩn đoán ở giai đoạn sơ sinh.6

Triệu chứng thường là chậm đi tiêu phân su. Xét nghiệm chẩn đoán chủ yếu dựa vàosinh thiết trực tràng. Sinh thiết là thủ thuật cắt ra một mẫu mô nhỏ ở đoạn ruột bị ảnh hưởng. Sau đó quan sát nó dưới kính hiển vi. Sự vắng mặt của các tế bào hạch ở mẫu mô này sẽ giúp xác nhận chẩn đoán.

Các xét nghiệm bổ sung có thể được sử dụng bao gồm:

Bao gồm sử dụng bóng bay và cảm biến áp suất để đánh giá tình trạng co thắt của trực tràng. Nếu thiếu hụt sự giãn nở của các cơ thắt trong hậu môn, đó là đặc trưng của sự phân bố bất thường hạch thần kinh.

Chất cản quang sẽ giúp bác sĩ thấy rõ hình ảnh cấu trúc hoặc bộ phận của cơ thể xuất hiện trên phim chụp X-quang. Sau khi sử dụng thuốc xổ cản quang trong trực tràng, chụp X-quang bụng cho biết sự hiện diện của tắc nghẽn đường ruột. Cũng như giúp đánh giá chức năng của ruột già.

Khi có các bất thường khác ngoài bệnh Hirschsprung, đó có thể liên quan đến bất thường nhiễm sắc thể. Nếu bệnh nhân có nhiều dị tật bẩm sinh, Bác sĩ có thể đề nghị họ nên được đánh giá bởi một nhà di truyền học. Việc này giúp tiên lượng bệnh cũng như nguy cơ ở những lần sinh sau này của cha mẹ.

Trong hầu hết các trường hợp, điều trị bệnh Hirschsprung chủ yếu bằngphẫu thuật.7Mục đích là để cắt bỏ phần đại tràng hoặc trực tràng không phát triển tế bào hạch thần kinh. Sau đó, nối hai đầu đoạn ruột lành lại với nhau.

Nếu trẻ bị sinh non, nhẹ cân, hoặc đang có bệnh lí nặng khác đi kèm, bác sĩ phẫu thuật có thể khuyên cha mẹ rằng cách tiếp cận an toàn hơn là một chiến lược nhiều giai đoạn.

Đầu tiên là giai đoạn tạo ra một lỗ thông đại tràng tạm thời hay còn gọi là hậu môn tạm hoặc hậu môn nhân tạo. Trong đó đoạn ruột khỏe mạnh phía dưới cùng, được đưa lên bề mặt của ổ bụng tạo ra lỗ thông. Thông qua lỗ mở này, các chất thải trong ruột được đưa ra ngoài và vào một túi đặc biệt.

Sau một thời gian, giai đoạn thứ hai được thực hiện tại thời điểm đó lỗ thông có thể được đóng lại.

Hầu hết trẻ em có chất lượng cuộc sốngkhá tốt sau khi phẫu thuật thành công. Một vài trẻ có thể cần phải tái khám để theo dõi hoạt động của ruột sau khi phẫu thuật. Trong một số trường hợp hiếm hoi, một số ít trẻ có thể yêu cầu phẫu thuật lặp lại bởi biến chứng sau phẫu thuật.

Sau phẫu thuật, thông thường, trẻ sẽ được nong hậu môn để ngăn chặn việc hẹp hậu môn. Cha mẹ cần thực hiện việc này trong thời gian dài, có thể lên đến một năm. Điều này thường được hướng dẫn cho cha mẹ và thực hiện ở nhà như một phần của thói quen thay tã bình thường.

Về lâu dài, ngay cả sau khi phẫu thuật thành công, trẻ vẫn có thể bị rối loạn chức năng ruột đáng kể. Bạn có thể được kiểm soát bằng sự kết hợp của biện pháp ăn kiêng, uống thuốc hoặc thụt tháo. Ở trẻ bị bệnh Hirschsprung, việc tập đi vệ sinh có thể lâu hơn nếu bị táo bón nặng.

Bệnh Hirschprunglà một trong những bệnh lí gây ta triệu chứng táo bón ở trẻ nhỏ. Nhận biết những dấu hiệu của bệnh sẽ giúp cha mẹ nhanh chóng đưa trẻ đến Bác sĩ để điều trị. Tiên lượng khá tốt vì đa số phẫu thuật đơn giản và thành công. Vậy nên, cha mẹ đừng quá lo khi biết tin trẻ được chẩn đoán Hirschprung nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hien-tuong-deja-vu-va-nhung-thong-tin-thu-vi-xung-quanh-hien-tuong-nay/

Nội dung bài viết

1. Déjà vu là gì?

2. Phân loại hiện tượng Déjà vu

3. Dịch tễ học về Déjà vu

4. Déjà vu có thể là một hiện tượng trí nhớ

5. Hiện tượng Déjà vu là sự đánh lừa của các giác quan trong cơ thể

6. Déjà vu có thể là do lỗi biên mục cơ bản

7. Trí nhớ của con người chưa tốt

8. Hiện tượng Déjà vu có thể là biểu hiện của bệnh động kinh

9. Hiện tượng Déjà vu có thể là hậu quả của tổn thương não

10. Déjà vu và những giấc mơ

Hiện tượng Déjà vu là một trong những hiện tượng rất phổ biến trong cuộc sống của chúng ta. Tuy nhiên, nhiều người vẫn chưa biết rõ về hiện tượng này. Cũng như đa số mọi người chưa nhận ra mình đã từng gặp phải hiện tượng này trong đời. Vậy Déjà vu là hiện tượng như thế nào? Có đặc điểm ra sao? Tất cả sẽ được Bác sĩ Đào Thị Thu Hương giải đáp qua bài viết sau đây.

Hiện tượng Déjà vulà cảm giác mà một người cảm nhận rằng mình đã sống qua hoàn cảnh đó trong quá khứ. Cụm từ này dịch theo nghĩa đen là “đã thấy”. Mặc dù một số giải thích Déjà vu theo trường phái huyền bí. Trong khi các nền khoa học chính thống bác bỏ cách giải thích Déjà vu là “nhận thức trước” hoặc “tiên tri”.

Những người đã trải qua cảm giác này mô tả nó như một cảm giác vô cùng quen thuộc với một sự việc hoặc một tình huống nào đó. Mặc dù thực tế tình huống, sự việc ấy chưa từng xảy ra trong quá khứ. Hoặc chưa hề xuất hiện trong những giấc mơ.

Ví dụ như bạn đang tham quan một thắng cảnh, và đột nhiên bạn cảm thấy mình như đã đến nơi đó trước đây. Hoặc có thể bạn đang ăn tối với một nhóm bạn, thảo luận về câu chuyện nào đó. Khi ấy, bạn có cảm giác rằng bạn đã trải qua sự việc này và cảm nhận nó rất quen thuộc.

Hiện tượng Déjà vu được chia thành 2 loại chính. Đó là: Déjà vu bệnh lý thường liên quan đếnbệnh lý động kinh. Hoặc khi kéo dài hoặc thường xuyên một cách bất thường. Hoặc kết hợp với các triệu chứng khác như ảo giác, hoang tưởng, và thường là dấu hiệu của các bệnh tâm thần.

Thứ hai là hiện tượng Déjà vu không bệnh lý. Loại này thường xảy ra ở những người khỏe mạnh. Theo các thống kê thì những người đi du lịch nhiều hoặc xem phim nhiều sẽ gặp qua Déjà vu nhiều hơn những người khác. Nhiều nghiên cứu cho thấy Déjà vu giảm dần theo độ tuổi.

Hiện tượng Déjà vu khá phức tạp, và có nhiều giả thuyết khác nhau về nguyên nhân vì sao Déjà vu lại xảy ra. Học giả người Thụy Sĩ Arthur Funkhouser đưa ra giả thuyết rằng có một số “trải nghiệm Déjà”. Ông khẳng định rằng để nghiên cứu hiện tượng này tốt hơn, cần được lưu ý các sắc thái giữa các trải nghiệm.

Có đến 70% dân số cho biết họ đã từng trải qua một số hình thức Déjà vu. Số lượng sự cố xảy ra ở những người từ 15 đến 25 tuổi cao hơn bất kỳ nhóm tuổi nào khác. Déjà vu có liên quan mật thiết với chứng động kinh thùy thái dương. Nhiều nghiên cứu cho rằng, Déjà vu có thể xảy ra ngay trước khi lên cơn co giật thùy thái dương.

Xem thêm:Bạn biết gì về động kinh thùy thái dương?

Một số nhà phân tâm học cho rằng Déjà vu là tưởng tượng đơn giản hoặc sự hoàn thành ước nguyện. Trong khi một số nhà tâm thần học cho rằng nó là sự không khớp trong não khiến não bộ nhầm hiện tại với quá khứ. Nhiều nhà cận tâm lý học tin rằng nó có liên quan đến kinh nghiệm tiền kiếp. Rõ ràng, có chúng ta cần phải thực hiện nhiều cuộc nghiên cứu hơn về hiện tượng này.

Các nhà khoa học đã cố gắng tái tạo hiệu quả Déjà vu trong phòng thí nghiệm. Trong một nghiên cứu của Leeds Memory Group vào năm 2006, các nhà nghiên cứu đầu tiên sẽ tạo ra một trí nhớ cho những bệnh nhân bị thôi miên.

Ký ức đó thường là một thứ gì đó đơn giản như chơi một trò chơi hoặc nhìn vào một từ được in bằng một màu nhất định. Sau đó, bệnh nhân ở các nhóm khác nhau được gợi ý quên hoặc nhớ ký ức. Điều này sau đó có thể kích hoạt cảm giác Déjà vu khi họ gặp trò chơi hoặc từ.

Các nhà khoa học khác đã cố gắng thực hiện Déjà vu bằng cách sử dụng thực tế ảo. Một nghiên cứu cho thấy những người tham gia nghiên cứu đã trải qua cảm giác Déjà vu khi di chuyển qua trò chơi điện tử thực tế ảo.

Những thí nghiệm này đã làm cho các nhà khoa học nghi ngờ rằng Déjà vu là một hiện tượng trí nhớ. Chúng ta gặp phải một tình huống giống như một ký ức thực tế nhưng chúng ta không thể nhớ lại đầy đủ ký ức đó.

Vì vậy, não bộ của chúng ta nhận ra những điểm tương đồng giữa trải nghiệm hiện tại và trải nghiệm trong quá khứ. Chúng ta sẽ trải qua một cảm giác quen thuộc mà chúng ta không thể nào hoàn thiện nó được.

Có một giả thuyết cho rằng Déjà vu là một hiện tượng cơ bản củanão bộ. Theo đó, các giác quan trong cơ thể của chúng ta đánh lừa chính bản thân của chúng ta.

Thông thường, các giác quan đóng vai trò quan trọng cốt yếu trong nhận thức của con người về thế giới xung quanh. Theo đó, tín hiệu từ các giác quan sẽ truyền về bộ não. Bộ não cùng các giác quan sẽ đánh lừa chúng ta và khiến chúng ta nhận thấy cảm giác đó rất quen thuộc.

Đây có lẽ là một giả thuyết dễ hiểu và đơn giản nhất. Và cũng tương tự như phần lớn các giả thuyết khác về Déjà vu. Các giác quan trong cơ thể chúng  ta đã đánh lừa cảm nhận của con người. Trong khi thực tế, chúng ta không có cách nào để kiểm tra được.

Một giả thuyết khác lại cho rằng: Bộ nhớ dài hạn và ngắn hạn của não có thể bị sự cố. Tình trạng này làm cho nơi lưu trữ thông tin của não làm việc không đúng quy trình. Nó sẽ tạo nên lỗi biên mục cơ bản, tương tự như lỗi khi biên tập một kịch bản nào đó.

Ví dụ bạn đang đi dự một buổi tiệc tại một ngôi nhà nào đó mà bạn chưa từng đến bao giờ. Tuy nhiên, khi mới bước vào, bạn lại cảm thấy rằng mình đã ở từng thấy khung cảnh, sự việc này trong quá khứ. Từ nội thất của ngôi nhà, cảnh mọi người trò chuyện, hương vị của các món ăn,… Bạn sẽ bị thuyết phục như thể mình đã từng trải nghiệm sự việc này trong quá khứ. Đó chính là dohiện tượng Déjà vuđang đưa bạn vào cuộc.

Nguyên nhân là do đâu? Đó chính là não bộ của bạn không thực hiện tốt chức năng cơ bản của nó. Bộ não có thể lưu giữ các thông tin mới ngắn hạn khi bạn tham gia buổi tiệc. Tuy nhiên, nó lại đưa vào danh mục trí nhớ dài hạn. Điều này khiến cho bạn có cảm giác rằng sự việc ấy đã từng diễn ra. Chẳng hạn như trong quá khứ xa xôi nào đó.

Một cơ chế giải thích sự phát sinh Déjà vu là do các bộ phận của não hoạt động chưa đồng bộ với nhau. Vùng vỏ não Rhinal cortex giữ vai trò kích hoạt cảm nhận quen thuộc đôi khi cũng bị sự cố giống như máy móc điện tử. Nó bị kích hoạt mà không đánh thức các trung khu xử lý bộ nhớ khác hoạt động song song.

Điều này có thể giải thích rằng vì sao chúng ta rất khó diễn đạt cảm giác khi gặp Déjà vu. Nó thường là một cảm nhận quen thuộc mơ hồ. Tuy nhiên, cảm nhận quen thuộc ấy không hề tập trung vào một đối tượng hoặc một sự việc cụ thể.

Một vấn đề chưa thực sự được nhiều người biết đến. Đó là người bị bệnh động kinh thường có cảm giác quen thuộc và xuất hiện nhiều hơnhiện tượng Déjà vuso với người thường.

Theo các nghiên cứu, nhiều bệnh nhân động kinh cho biết rằng họ có cảm giác Déjà vu trước khi cơn động kinh bắt đầu. Trên thực tế, mối liên quan giữa bệnh động kinh và Déjà vu đã được đề cập từ năm thế kỷ 19. Mặc dù khi ấy, nền y học chưa thực sự phát triển.

Cụ thể, thùy thái dương là căn nguyên của Déjà vu. Đây là  một phần của não bộ liên quan đến cảm nhận giác quan, hình thành ngôn ngữ và sự kết hợp trí nhớ. Khi bị động kinh, các nơron thần kinh bị ức chế tạm thời. Kết quả là tạo ra những các thông điệp lộn xộn được lan truyền khắp cơ thể.

Déjà vu có thể là kết quả của sự phóng điện nhất thời các dây thần kinh. Sự phóng điện này chính là thủ phạm gây ra cơn động kinh. Đồng thời, một khi có sự chồng chéo các dây thần kinh cũng là nguyên nhân hình thành nên Déjà vu.

Déjà vu mãn tính là tình trạng nghiêm trọng. Đồng thời cũng là hậu quả chứng tỏ căn nguyên thần kinh là thủ phạm khiến cho Déjà vu tái phát. Trong khá nhiều trường hợp, những người bị chứng Déjà vu mạn tính thường không thích đọc báo hoặc xem truyền hình. Bởi vì họ luôn có cảm giác như đã đọc hoặc xem mọi thứ trước đây.

Ngay cả việc đi mua sắm, đi siêu thị cũng là nỗi ám ảnh của nhóm người này. Bởi vì họ không thể phân biệt được vật dụng nào đã từng mua và chưa từng mua. Trong những trường hợp như thế,hiện tượng Déjà vuđã vượt qua ranh giới thú vị. Nó xảy ra rất tình cờ và trở thành một căn bệnh thực thể.

Các nhà nghiên cứu đã khám phá ra rằng những người bị chứng Déjà vu mạn tính thường có tổn thương não. Đặc biệt là những tổn thương ở thùy thái dương hoặc thùy trán. Thậm chí, cuộc sống hàng ngày của họ trở vất vả hơn vì bị Déjà vu ám ảnh.

Những giấc mơ cũng có thể được áp dụng để giải thíchhiện tượng Déjà vu. Và chúng có liên quan đến ba khía cạnh khác nhau:

Thứ nhất, một số trải nghiệm Déjà vu trùng lặp với những tình huống trong mơ thay vì tình trạng thức giấc. Theo khảo sát của Brown (2004), 20% số người được hỏi cho biết trải nghiệm Déjà vu của họ là từ những giấc mơ. 40% số người được hỏi cho biết rằng từ cả thực tế và giấc mơ.

Thứ hai, mọi người có thể trải nghiệm Déjà vu vì một số yếu tố trong giấc mơ được ghi nhớ của họ đã được hiển thị. Nghiên cứu được thực hiện bởi Zuger (1966) đã ủng hộ ý tưởng này. Thông qua phương pháp điều tra mối quan hệ giữa những giấc mơ được nhớ và trải nghiệm Déjà vu. Và kết quả là có một mối tương quan mật thiết.

Thứ ba, mọi người có thể trải nghiệm Déjà vu trong trạng thái mơ, điều này đã phần nào thể hiện mối liên kết giữa Déjà vu với tần suất mơ.

Nói chung, chúng ta vẫn cần nhiều nghiên cứu hơn nữa để giải thíchhiện tượng Déjà vu. Mặc dù đối với nhiều người, đây là một hiện tượng thú vị. Tuy nhiên, khi gặp phải tình trạng Déjà vu mãn tính, gây ám ảnh thì con người cần phải được điều trị. Chẳng hạn như điều trị bệnh động kinh hay điều trị tổn thương thực thể ở não.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoang-tuong-la-gi-dieu-tri-hoang-tuong-nhu-the-nao/

Nội dung bài viết

Hoang tưởng là gì?

Phân loại hoang tưởng là gì?

Những nội dung chủ yếu của hoang tưởng là gì?

Những nguyên nhân gây nên triệu chứng hoang tưởng là gì?

Những triệu chứng chính của hoang tưởng

Chẩn đoán hoang tưởng như thế nào?

Điều trị hoang tưởng là gì?

Hoang tưởng là một trong những biểu hiện phổ biến của các bệnh lý tâm thần. Trong đó, nhóm bệnh loạn thần rất thường xuất hiện triệu chứng hoang tưởng. Vậy thì hoang tưởng là gì? Nó có đặc điểm gì riêng biệt? Làm sao để chẩn đoán chính xác triệu chứng này? Những bệnh lý nào thường gây hoang tưởng? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của ThS.BS chuyên khoa Tâm thần Nguyễn Trung Nghĩa.

Hoang tưởng được định nghĩa là là một niềm tin vững bền và cố định. Nó dựa trên những cơ sở không đầy đủ mà người bệnh không thể chứng minh được bằng lý lẽ. Hoặc là những bằng chứng phi lý, không phù hợp với nền tảng văn hóa, truyền thống và giáo dục.

Đây là một biểu hiện của một bệnh lý nào đó. Nó khác với niềm tin dựa trên những thông tin sai lệch hoặc không đầy đủ. Hoặc những niềm tin bị nhầm lẫn, giáo điều, hoặc một số nhận thức bị tác động sai lệch. Hoang tưởng thường xảy ra trong bối cảnh của nhiều trạng thái bệnh lý, bao gồm thể chất và tinh thần nói chung. Nó có vai trò quan trọng chẩn đoán các bệnh lý tâm thần. Đặc biệt là các rối loạn loạn thần thuộc nhóm F2X theo ICD – 10.

Nguyên nhân của chứng hoang tưởng hiện chưa được biết rõ nhưng di truyền được cho là có vai trò nhất định. Điều trị tùy thuộc vào tình trạng được chẩn đoán là nguyên nhân. Và có thể bao gồm điều trị bằng liệu pháp tâm lý hoặc thuốc hoặc cả hai.

Xem thêm:Rối loạn dạng cơ thể: Nguyên nhân, triệu chứng và phương pháp điều trị

Hoang tưởng được chia thành bốn nhóm chính:

Một hoang tưởng được xem là kỳ quái nếu nó hoàn toàn phi lý. Và không thể thể nào hiểu được bởi những cá nhân cùng nền văn hóa. Đồng thời nó không xuất phát từ kinh nghiệm sống thông thường. Một ví dụ được đặt tên bởi DSM-V là một suy nghĩ vững chắc rằng ai đó đã thay thế tất cả các cơ quan nội tạng của mình bằng nội tạng của người khác. Tuy nhiên không để lại sẹo, tùy thuộc vào cơ quan được đề cập.

Một hoang tưởng mặc dù sai nhưng ít nhất là có thể xảy ra trong cuộc sống sẽ được gọi là hoang tưởng không kỳ quái. Ví dụ, người bị hoang tưởng nghĩ rằng họ đang bị theo dõi liên tục bởi một ai đó, chẳng hạn như cảnh sát. Điều đó là không có thực, nhưng nó vẫn là một thực tế có thể xảy ra.

Xem thêm:Rối loạn lưỡng cực : Triệu chứng và cách điều trị

Đây là bất kỳ hoang tưởng nào có nội dung phù hợp với tâm trạng của một người. Ví dụ, một người trầm cảm hoang tưởng rằng người thân không yêu thương mình, có âm mưu muốn hại mình. Hoặc một người ở trạng thái hưng cảm có thể nghĩ rằng họ là một vị thần có sức mạnh phi thường.

Đây là một hoang tưởng không hề liên quan đến trạng thái cảm xúc của người bệnh. Ví dụ, một người hoang tưởng rằng mình có một cánh tay hay cái chân mọc ra từ phía sau lưng. Hoang tưởng này là độc lập đối với trạng thái trầm cảm hoặc hưng cảm.

Bên cạnh 4 nhóm chính trên, hoang tưởng còn được phân loại tùy thuộc vào nội dung của hoang tưởng. Điển hình là hoang tưởng:

Bị hại: Luôn nghĩ người khác muốn ám hại mình. Đó có thể là người thân, người bạn, đồng nghiệp hoặc một người nào đó ghét mình.

Sự kiểm soát: Niềm tin sai lầm rằng một người, một nhóm người hoặc lực lượng bên ngoài kiểm soát những suy nghĩ, cảm xúc, hành vi,… của mình.

Ghen tuông: Luôn luôn khẳng định rằng vợ chồng hoặc người yêu đang ngoại tình. Mà thực tế, người bệnh không hề có bằng chứng để khẳng định việc đó.

Tự buộc tội: Suy nghĩ bối rối, hối hận hoặc cảm giác tội lỗi những hành vi của bản thân. Mặc dù những hành vi ấy không hề gây nên tội lỗi.

Nghi bệnh: Luôn khẳng định rằng mình đang bị mắc một bệnh nào đó. Trong khi người thân, bạn bè, bác sĩ không thể giúp người bệnh từ bỏ suy nghĩ ấy.

Hoang tưởng tự cao: Niềm tin bền vững rằng mình tài giỏi, có năng lực hơn những người khác. Đôi khi là một suy nghĩ cường điệu về sức mạnh, năng khiếu của bản thân.

Một số hoang tưởng khác như: Hoang tưởng nghèo đói, tham khảo, chèn suy nghĩ, suy nghĩ đang bị đọc,…

Một đêm trằn trọc có lẽ sẽ không gây ra những suy nghĩ hoang tưởng. Nhưng nếu bạn thường xuyên mất ngủ, nó có thể bắt đầu gây hại. Bạn có thể không suy nghĩ rõ ràng. Và bạn có nhiều khả năng xung đột với người khác hoặc có sự hiểu lầm với họ.

Có thể bắt đầu có vẻ như mọi người đang chống lại bạn khi họ chỉ hành động như mọi khi. Nếu bạn không ngủ đủ giấc, bạn thậm chí có thể bắt đầu nhìn và nghe thấy những thứ không có thực (gọi là ảo giác). Người trưởng thành nên ngủ từ 7 đến 9 tiếng mỗi đêm để tỉnh táo và tinh thần khỏe mạnh.

Khi căng thẳng gia tăng trong cuộc sống, bạn có thể bắt đầu cảm thấy nghi ngờ người khác nhiều hơn. Và căng thẳng không nhất thiết phải là điều gì đó tiêu cực như bệnh tật hoặc mất việc. Ngay cả một dịp hạnh phúc, chẳng hạn như đám cưới, có thể tạo ra một loại căng thẳng dẫn đến những suy nghĩ hoang tưởng cùng với niềm vui.

Nhiều bệnh lý tâm thần có thể gây ra triệu chứng hoang tưởng. Chẳng hạn như bệnh lý hưng cảm thường gây ra hoang tưởng tự cao. Bệnh tâm thần phân liệt thường xảy ra hoang tưởng kỳ quái. Trầm cảm thường gây ra hoang tưởng bị hại, tội lỗi. Nghiện rượu thường gây nên hoang tưởng ghen tuông.

Xem thêm bài viết về:Tâm bệnh và Tâm bệnh học – Khi nào là mắc tâm bệnh? (p1)

Các loại ma túy như cần sa, chất gây ảo giác (LSD, nấm hướng thần) và chất kích thích (cocaine, methamphetamine). Những loại ma túy này có chứa hóa chất khiến một số người bị hoang tưởng trong thời gian ngắn.

Một khi hóa chất rời khỏi cơ thể của bạn, chứng hoang tưởng cũng sẽ biến mất. Việc lạm dụng rượu nhiều ngày hoặc nhiều tuần cũng có thể gây ra chứng hoang tưởng ngắn hạn. Và về lâu dài, nó có thể dẫn đến chứng hoang tưởng liên tục và thậm chí là ảo giác.

Nếu những suy nghĩ hoang tưởng đang khiến bạn lo lắng hoặc nếu bạn có các triệu chứng trầm cảm nhẹ, thuốc có thể khiến chúng trở nên tồi tệ hơn nhiều. Ở một số người, chúng có thể gây ra rối loạn tâm thần với triệu chứng là hoang tưởng lâm sàng thực sự.

Bệnh Alzheimervà các dạng sa sút trí tuệ khác, có nhiều khả năng xảy ra khi bạn già đi, có thể thay đổi bộ não của bạn theo cách khiến bạn nghi ngờ người khác hơn. Bạn có thể nhận thấy rằng một người thân mắc chứng sa sút trí tuệ bắt đầu giấu những thứ như đồ trang sức hoặc tiền bạc. Hoặc tin rằng mọi người có ý định xấu với họ.

Hoang tưởng có thể xuất hiện sau một tổn thương ở não. Có thể bao gồm:

Chấn thương sọ não: Tụ máu dưới màng cứng, ngoài màng cứng.

Áp xe não.

Viêm não, viêm màng não.

Đột quỵ não.

Dập não, u não,…

Một số bệnh lý cơ thể có tính chất hệ thống có thể gây ra triệu chứng hoang tưởng. Điển hình là:

Bệnhđái tháo đường.

Thiếu máu não.

Suy nhược cơ thể, suy thận, suy tim.

Suy dinh dưỡng.

Ung thư,…

Mọi người đều trải qua những suy nghĩ hoang tưởng vào một thời điểm nào đó trong đời. Tuy nhiên, hoang tưởng bệnh lý là trải nghiệm liên tục của các triệu chứng và cảm giác vô căn cứ. Các triệu chứng của hoang tưởng bệnh lý có mức độ nghiêm trọng khác nhau. Nó có thể cản trở mọi lĩnh vực của cuộc sống. Các triệu chứng bao gồm:

Căng thẳng hoặc lo lắng liên tục liên quan đến niềm tin của họ về người khác.

Không tin tưởng vào người khác.

Cảm thấy không tin tưởng hoặc hiểu lầm.

Cảm thấy là nạn nhân hoặc bị ngược đãi khi không có mối đe dọa.

Sự cách ly khỏi xã hội.

Suy nghĩ cường điệu quá mức về năng lực, khả năng của bản thân.

Ghen tuông một cách vô cớ.

Có những suy nghĩ kỳ quái như: Điều khiển vũ trụ, nội tạng cơ thể bị biến dạng,…

Những người mắc chứng hoang tưởng có thể cảm thấy rằng những người khác đang âm mưu chống lại họ. Họ không tin tưởng vào thế giới xung quanh. Không thể duy trì mối quan hệ bình thường với mọi người. Chính những suy nghĩ lập dị đã khiến người bệnh dần bị tách rời khỏi xã hội.

Như đã định nghĩa về hoang tưởng, việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào hỏi bệnh. Các bác sĩ chuyên khoa tâm thần sẽ hỏi trực tiếp người bệnh, hoặc hỏi thông qua người thân của người bệnh. Thông tin khai thác bao gồm:

Nội dung của những suy nghĩ, những niềm tin kỳ lạ của người bệnh. Mà người thân không thể nào tác động làm thay đổi được.

So sánh niềm tin ấy với văn hóa, tôn giáo tín ngưỡng.

Khai thác tiền sử bệnh lý, chấn thương, sử dụng chất.

Các triệu chứng kèm theo: Ảo giác, hành vi kỳ dị, cảm xúc, khí sắc,…

Tham khảo thêm:Rối loạn sử dụng rượu: Những điều bạn cần biết!

Sau đó, các bác sĩ sẽ chỉ định một số xét nghiệm hỗ trợ cho chẩn đoán, bao gồm:

CT Scan sọ não.

MRI sọ não.

Đường máu, công thức máu.

Điện tim, siêu âm tim.

Điện não đồ.

Test chất ma túy trong máu.

Từ đó, các bác sĩ sẽ chẩn đoán triệu chứng hoang tưởng. Đồng thời xác định bệnh lý nào gây ra triệu chứng hoang tưởng.

Điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng và có thể bao gồm thuốc và liệu pháp tâm lý. Trị liệu tâm lý nhằm giúp những người mắc chứng hoang tưởng:

Chấp nhận tính dễ bị tổn thương của họ.

Nâng cao lòng tự trọng của họ.

Phát triển niềm tin vào người khác.

Học cách thể hiện và xử lý cảm xúc của họ theo hướng tích cực.

Điều trị rối loạn nhân cách hoang tưởng thường bao gồm liệu pháp tâm lý để giúp người bệnh phát triển các kỹ năng đối phó. Mục đích là để cải thiện xã hội và giao tiếp. Đôi khi, bác sĩ kê đơn thuốc chống lo âu để điều trị triệu chứng cho những người thường xuyên lo lắng hoặc sợ hãi. Thuốc chống loạn thần không điển hình cũng có thể giúp làm giảm các triệu chứng hoang tưởng.

Những người bị tâm thần phân liệt có hoang tưởng thường phải dùng thuốc vì họ thường nhận thức sai về thực tế. Điều trị ban đầu thường bao gồm thuốc chống loạn thần. Thuốc chống lo âu và thuốc ổn định khí sắc cũng có thể được chỉ định kèm theo. Liệu pháp tâm lý và tư vấn cá nhân hoặc gia đình có thể là phương pháp điều trị kết hợp kèm theo.

Xem thêm:Rối loạn nhận thức thần kinh nhẹ: triệu chứng, nguyên nhân và điều trị

Khi bệnh hoang tưởng do lạm dụng ma túy, việc điều trị thường được hỗ trợ cho đến khi hết tác dụng của thuốc. Sau đó, bác sĩ có thể sẽ khuyến khích bạn tham gia vào một chương trình điều trị bằng thuốc.

Hy vọng bài viết này sẽ giúp bạn đọc hiểu rõ hơn vềchứng hoang tưởng. Đối với những người mắc chứng hoang tưởng, hãy tìm cách điều trị và theo đuổi nó, triển vọng thường tích cực. Tuy nhiên, điều trị có thể là một quá trình chậm cần kiên trì thực hiện theo đúng chỉ dẫn.

Những người mắc chứng hoang tưởng thường không tin tưởng vào người khác và coi những suy nghĩ hoang tưởng là có thật. Điều này gây khó khăn cho quá trình tìm kiếm phương pháp điều trị.

Nếu ai đó bạn biết đang có các triệu chứng của bệnh hoang tưởng, họ có thể không nghĩ rằng họ cần được chăm sóc y tế. Tuy nhiên, bạn nên khuyến khích họ đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán càng sớm càng tốt.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoc-xuong-ca-cach-xu-tri-tai-nha/

Nội dung bài viết

Biểu hiện khi bị hóc xương cá

Hướng dẫn 11 mẹo chữa hóc xương cá tại nhà đối với người lớn

Mẹo chữa hóc xương cá cho trẻ tại nhà

Lưu ý các triệu chứng hóc xương cá cần đến ngay bác sĩ

Khi hóc xương cá, bác sĩ sẽ làm gì để giúp bạn?

Những biến chứng nguy hiểm của hóc xương

Phòng ngừa hóc xương cá như thế nào?

Mắc xương cá ở cổ họng phải làm sao? Cách trị hóc xương cá tại nhà? Mẹo chữa hóc xương cá cho trẻ? Rất nhiều câu hỏi liên quan đến việc chữa hóc xương cá được độc giảm quan tâm. Đây là một tình trạng rất thường gặp trong cuộc sống thường ngày. Cùng khám phá bài viết dưới đây của Bác sĩ Sử Ngọc Kiều Chinh để tìm hiểu mẹo chữa hóc xương cá hiệu quả nhé.

Nuốt phải xương là một tình trạng khá phổ biến. Thông thường nó sẽ trôi xuống dạ dày mà không gây ra bất kỳ vấn đề gì. Tuy nhiên đôi khi nó bị mắc lại một vị trí nào đó mà không đi xuống được dạ dày, tình trạng này chính là hóc xương. Một số trường hợp thìbị xương cá đâm vào họng.

Nếu bạn bị hóc xương, nó có thể gây đau và khiến bạn lo lắng. May mắn thay, hiện có nhiều cách chữa hóc xương cá tại nhà hữu hiệu. Giúp bạn có thể chủ động xử lý nó. Tuy nhiên khi gặp khó khăn và không tự xử lý được bạn nên đến gặp bác sĩ.

Nếu bạn bị mắc xương, tự bạn có thể cảm nhận được điều đó ngay. Thường sau khi ăn những thức ăn có xương, bạn sẽ có những cảm giác dưới đây:

Cảm giác khó chịu, nhói nhẹ hay châm chích trong cổ họng.

Đau nhói ở họng.

Ho.

Khó nuốt hoặcđau khi nuốt.

Khạc ra máu.

Khó nuốt là một triệu chứng của hóc xương cá, nhưng đôi khi nó còn là biểu hiện của các bệnh lý. Vậycác bệnh lý gây khó nuốtđó là gì? Cùng tìm hiểu nhé!

Hóc xương cá thường không phải là tình trạng cấp cứu. Vì thế, có nhiều cách chữa hóc xương mà bạn có thể thử tại nhà, hạn chế việc phải đến gặp bác sĩ. Tuy nhiên, việc xử lý tình huống này đôi khi sẽ làm bạn bỡ ngỡ và không biết nên bắt đầu từ đâu, hay làm như vậy có đúng không.

Khi có bất kỳ câu hỏi nào trong lúc xử trí tình huống nuốt phải xương, bạn có thể đượcTƯ VẤN NGAY TẠI NHÀbởi bác sĩ chuyên khoa qua ứng dụng YouMed.Tải app YouMedđể đặt câu hỏi miễn phí cho bác sĩ nhé.

Sau đây, mời bạn xem ngay cách chữa hóc xương cá tại nhà hiệu quả qua video bên dưới nhé!

Lưu ý:

Những mẹo này chỉ nên thực hiện khi: tình trạng hóc xương không ảnh hưởng đến vấn đề thở của bạn; kích thước xương nhỏ; và bạn không bị hẹp đường tiêu hóa ví dụ như hẹp thực quản…

Tùy từng người mà chúng sẽ có tác dụng khác nhau.

Các phương pháp này cũng không nên thực hiện ở trẻ nhỏ.

Nếu không thành công nên đến bệnh viện để được gắp ra an toàn.

Ho có thể làm xương lắc lư và rơi ra. Chỉ thực hiện vài lần. Nếu không thành công nên đổi phương pháp hoặc đến bệnh viện để gắp ra. Vì ho khạc nhiều có thể làm tổn thương vùng họng.

Giấm có tính axit. Uống giấm có thể giúp làm mềm xương cá, làm cho nó rơi ra và dễ nuốt hơn. Hãy thử pha loãng 2 muỗng canh giấm trong một cốc nước, hoặc uống trực tiếp 1 muỗng canh giấm. Giấm táo là một lựa chọn tốt mà không quá tệ, đặc biệt là với mật ong.

Trong nhiều năm, một số bác sĩ đã sử dụng coca cola và các đồ uống có ga khác để điều trị cho những người bị mắc xương cá  trong cổ họng.

Khi soda đi vào dạ dày của bạn, nó sẽ giải phóng khí. Những khí này giúp phân hủy xương và tạo áp lực có thể làm xương bị tiêu biến. Thật là lợi hai phải không nào.

Dầu ô liulà một chất bôi trơn tự nhiên. Nếu bạn bị hóc xương cá ở cổ họng, hãy thử nuốt 1 hoặc 2 thìa canh dầu ô liu. Nó sẽ bao phủ và bôi trơn niêm mạc cổ họng và xương của bạn. Giúp bạn dễ dàng nuốt xuống hoặc ho ra, làm xương dễ dàng thoát ra hơn.

Sau vài phút ngậm, vitamin C sẽ giúp phân rã xương cá, nhất là những xương nhỏ. Bên cạnh đó,vitamin Ccũng có tác dụng kháng viêm, giảm đau tốt khi vùng họng bị xương làm tổn thương.

Cũng như viên ngậm vitamin C, cách chữa hóc xương cá bằng chanh cũng là một giải pháp tối ưu. Bạn có thể ngậm một miếng chanh, cam hoặc vỏ của chúng. Điều này có thể giúp làm xương mềm hơn.

Nghe có vẻ lạ, nhưng một viên kẹo dẻo béo ngậy có thể là thứ bạn cần để tống phần xương đó ra khỏi cổ họng.

Nhai kẹo marshmallow vừa đủ để làm mềm, sau đó nuốt một miếng marshmallow lớn. Chúng có thể bám dính và kéo cả miếng xương và mang nó xuống dạ dày của bạn.

Một số người nhận thấy rằng chuối, giống như kẹo dẻo, lấy xương cá và kéo xuống dạ dày của bạn.

Hãy cắn một miếng chuối lớn và ngậm trong miệng ít nhất một phút. Khi nó đã thấm ít nước bọt và mềm ra, bạn hãy nuốt cả miếng. Đây quả là một mẹo trị hóc xương cá ở cổ mà ai cũng có thể làm được.

Nhúng bánh mì vào nước là một mẹo cổ điển để tống thức ăn ra khỏi cổ họng.

Ngâm một miếng bánh mì trong nước khoảng một phút, sau đó cắn một miếng lớn và nuốt toàn bộ. Phương pháp này đặt trọng lượng lên xương cá và đẩy nó xuống dưới.

Bạn có cảm thấy cách này quen không nào. Đây có lẽ là mẹo chữa hóc xương cá quen thuộc nhất đối người dân Việt Nam, được ông bà truyền lại qua nhiều đời. Ăn một miếng cơm lớn vừa đủ, nhai qua vài cái rồi nuốt cơm xuống, lúc này xương có thể theo cơm đi xuống. Tuy nhiên chỉ áp dụng khi bạn bị mắc xương nhỏ. Trường hợp mắc xương lớn thì nên đi gặp bác sĩ bạn nhé!

Trong nhiều trường hợp, người ta đến bệnh viện vì nghĩ rằng họ bị hóc xương, nhưng thực tế lại không có gì mắc trong họng cả.

Xương cá rất nhọn và có thể cào xướt thành họng khi bạn nuốt. Đôi khi bạn chỉ có cảm giác đau và khó chịu do vết xướt gây ra, còn miếng xương thì đã trôi xuống dạ dày.

Nếu triệu chứng không nghiêm trọng, cảm giác hóc xương cũng như tình huống nuốt xương không rõ ràng, bạn có thể muốn chờ đợi.

Tuy nhiên, cần phải đảm bảo rằng họng bạn không có dị vật nào trước khi đi ngủ.

Nếu trẻ không may bị hóc xương, bạn nên bình tĩnh và dưới đây là mẹo chữa hóc xương cá cho trẻ:

Ngừng cho trẻ ăn và nhẹ nhàng trấn an trẻ. Vì nếu trẻ quấy khóc nhiều, xương cá có thể bị kẹt sâu hơn.

Nói trẻ há miệng và dùng đèn pin soi để kiểm tra cổ họng của trẻ. Nếu phát hiện xương, bạn cầnr bình tĩnh dùng kẹp y tế để gắp ra. Luôn phải nhẹ nhàng và trấn an để trẻ không quấy khóc, vì có thể gây tổn thương vùng họng.

Sau khi lấy xương ra, kiểm tra bằng cách cho trẻ uống nước vài lần, nếu trẻ uống không còn đau nữa nghĩa là đã hết hóc xương.

Nếu không thấy xương cá nằm ở cổ họng mà trẻ vẫn có dấu hiệu đau đớn, quấy khóc, bạn nên đưa trẻ đến bệnh viện để được bác sĩ gắp ra.

Khi đã thử các phương pháp trên nhưng xương vẫn bị mắc trong cổ họng và tình trạng người bị hóc xương có dấu hiệu nghiêm trọng nên ngay lập tức đến gặp bác sĩ để được gắp ra. Hoặc đối với những mẩu xương lớn hay nằm sâu, không nên tự xử lý ở nhà.

Nếu xương cá nằm sâu trong thực quản và không được xử trí, nó có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm.

Nên đến khám bác sĩ ngay khi có các triệu chứng sau đây:

Khó thở, thở rít sau hóc xương.

Cơn đau sau hóc xương tăng dần và không biến mất sau vài ngày.

Đau ngực.

Sưng nề vùng cổ, họng.

Bầm tím.

Chảy nước miếng nhiều.

Không thể ăn hay uống.

Nếu đã thực hiện các phương pháp tại nhà nhưng không xử trí được hóc xương, bạn nên đến khám bác sĩ tai mũi họng. Thường thì các bác sĩ có thể lấy xương ra dễ dàng qua khám họng. Nếu thăm khám họng không phát hiện xương, bác sĩ sẽ nội soi họng thanh quản để kiểm tra.

Ống nội soi có gắn camera ở đầu sẽ được đưa vào vùng họng để tìm xương. Khi phát hiện xương, bác sĩ sẽ dùng dụng cụ để gắp ra.

Ngoài ra, bạn cũng có thể được chụp phim Xquang để xác định vị trí của xương.

Nếu tình trạng hóc xương cá của bạn trở nên nặng nề, bạn phải đến gặp ngay các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng để có hướng điều trị thích hợp nhất. Đây làmột số bác sĩ, phòng khám Tai Mũi Họng tốtnếu bạn sống tại TP.HCM.

Nếu xương cá không được xử trí, nó có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm.

Khi bạn tin rằng mình bị hóc xương cá và xử trí tại nhà không thành công. Bạn nên đến gặp bác sĩ càng sớm càng tốt để được kiểm tra. Tuyệt đối không nên đi ngủ khi vẫn còn nghi ngờ xương đang nằm trong cổ họng.

Những biến chứng có thể xảy ra khi bị mắc xương:

Nhiễm trùng.

Chảy máu.

Không thể nuốt được thức ăn.

Áp xe.

Xương đâm thủng thực quản.

Xương đâm thủng mạch máu.

Một số người có nguy cơ cao bị hóc xương. Hóc xương phổ biến ở các đối tượng sau:

Trẻ em.

Người già.

Người dùng răng giả.

Bệnh lý thần kinh nhưbại não.

Bệnh lý về cơ như loạn dưỡng cơ.

Ăn cá khi đang say.

Ăn nhanh và nhai không kỹ.

Xương cá, đặc biệt là xương dăm rất nhỏ nên có thể dễ dàng bị bỏ qua trong khi chế biến hoặc khi nhai. Một số loại cá có cấu trúc xương phức tạp hơn những loại khác. Điều này có thể khiến cho việc nhặt sạch xương khó khăn hơn. Các loại cá khó làm sạch xương và bạn phải cẩn thận hơn khi ăn như là: cá bống, cá rô phi, cá chép, cá hồi,…

Tuy nhiên, nên nhớ rằng ăn bất cứ loại cá hay thực phẩm có xương nào cũng đều có nguy cơ khiến bạn mắc xương. Cách tốt nhất là nên ăn chậm và nhai kỹ.

Ăn từng miếng nhỏ và nhai kỹ thức ăn có thể giúp bạn và gia đình tránh bị hóc xương. Cần thận trọng trong lúc ăn, không nên vừa cười, nói vừa nhai.

Luôn phải giám sát kĩ trẻ em hay những người có nguy cơ cao hóc xương khi họ ăn cá hay thức ăn có xương.

Nên làm sạch xương cá trước khi nấu hoặc ăn các miếng phi lê (miếng cá đã được lấy xương) để giảm nguy cơ hóc xương. Nhưng lưu ý vẫn có thể còn sót các miếng xương nhỏ, nên ăn chậm nhai kỹ là quan trọng nhất.

Nếu bạn thường ăn cá trong thực đơn hằng ngày, bạn luôn có nguy cơ bị hóc xương cá. Có nhiềumẹo chữa hóc xương cáhiện nay có thể giúp bạn xử trí vấn đề này. Tuy nhiên chỉ nên áp dụng với những xương nhỏ. Với những xương lớn hay triệu chứng nghiêm trọng, bạn nên đến bệnh viện để được kiểm tra. Không nên đi ngủ khi nghi ngờ xương cá vẫn nằm trong họng. Cũng không nên chủ quan bỏ qua việc hóc xương, vì nó có thể dẫn đến những biến chứng nghiêm trọng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ho-ga-nguyen-nhan-trieu-chung-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Ho gà là gì?

2. Nguyên nhân là gì?

3. Các triệu chứng của ho gà bao gồm những gì?

4. Điều trị bệnh ho gà như thế nào?

5. Chăm sóc trẻ bị bệnh như thế nào?

6. Làm thế nào để giúp ngăn ngừa ho gà cho trẻ?

Hiện nay, với lịch tiêm chủng mở rộng, ho gà là một trong những bệnh đã được kiểm soát ở trẻ em. Tuy nhiên, ho gà vẫn có thể gặp ở những trẻ chưa được tiêm ngừa đầy đủ như trẻ sơ sinh hay có nhiễm trùng nặng. Trong bài viết này, chúng ta sẽ cùng tìm hiểu cách điều trị cũng như các lưu ý khi trẻ bị ho gà.

Ho gà là một bệnh lí gây nhiễm trùng ở phổi. Người lớn thường có thể hồi phục nếu bị ho gà. Tuy nhiên, nó lạirất nguy hiểm cho trẻ nhỏ. Các biến chứng của ho gà có thể bao gồmviêm phổi,co giật, thậm chí tử vong.

Đây là bệnh dovi khuẩn Bordetella pertussis. Trẻ em có thể bị nhiễm bệnh do tiếp xúc với giọt bắn có vi khuẩn trong không khí từ người đang hắt hơi hoặc ho. Đối với người lớn, triệu chứng thường không nghiêm trọng, giống như cảm lạnh nhẹ. Vì vậy, họ không biết tình trạng nhiễm bệnh và có thể lây bệnh cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Các triệu chứng đầu tiên thường là sốt nhẹ, sổ mũi, ho từng cơn và mắt đỏ. Ho nổi bật với những tính chất sau: đỏ mặt từng cơn dài, có thể tím môi trong lúc ho, sau cơn ho có tiếng thở rít. Cơn ho có thể nặng hơn vào ban đêm. Ho thường kéo dài trong vài tuần. Trẻ dưới 6 tháng tuổi có thể không có tiếng rít sau khi ho.

Trẻ có độ tuổi càng nhỏ, khả năng nhiễm trùng càng cao. Diễn tiến bệnh có thể kéo dài hơn. Ngoài ra, trẻ còn có thể bị buồn nôn, biếng ăn.

Trẻ sẽ được hỏi thông tin về diễn tiến bệnh và thăm khám toàn bộ cơ thể. Sau đó, Bác sĩ sẽ lấy chất nhầy mũi trong đường thở của trẻ để làm xét nghiệm tìm vi khuẩn.

Nếu trẻ được chẩn đoán ho gà, Bác sĩ sẽ kê toa thuốc kháng sinh. Thuốc có thể làm giảm mức độ nghiêm trọng của bệnh, nhưng sẽ không hết các triệu chứng ngay lập tức. Riêng với trẻ sơ sinh, ho gà là một bệnh rất nghiêm trọng.

Vậy nên, trẻ cần phải ở lại bệnh viện để theo dõi sát và điều trị. Bất cứ ai khi tiếp xúc với con bạn nên uống thuốc kháng sinh và đeo khẩu trang để không bị lây bệnh.

Ngoài điều trị kháng sinh, việc chăm sóc cho trẻ rất quan trọng, bao gồm:

Giữ không khí trong phòng ngủ của trẻ được làm ẩm mỗi ngày sẽ giúp trẻ thở dễ dàng hơn. Bạn cũng có thể xả nước nóng bằng vòi hoa sen để xông hơi trong phòng tắm. Nếu trẻ ho quá nhiều hoặc khó thở, hãy cho trẻ ngồi trong phòng tắm được xông hơi từ 10 đến 15 phút.

Dùng dụng cụ hút mũi để loại bỏ chất tiết trong mũi. Rửa mũi với nước muối sinh lí.

Có thể dùng thuốc ho thảo dược an toàn cho trẻ. Mật ong đã được chứng minh là giúp giảm ho. Tuy nhiên, không nên cho trẻ dưới1 tuổivì nguy cơ ngộ độc.

Khuyến khích trẻ uống nhiều nước để giúp làm loãng chất nhầy. Hơn nữa, đây cũng là cách giúp trẻ dễ thở hơn vì có thể đưa chất nhầy ra ngoài bằng cách ho.

Tránh để trẻ tiếp xúc với những chất kích thích cơn ho như khói bụi hay khói thuốc lá, nước hoa hoặc các chất ô nhiễm khác.

Kết hợp chế độ dinh dưỡng cho trẻ: do ho nhiều, trẻ có thể bị nôn nên sau khi trẻ nôn có thể cho trẻ ăn lại. Nên cho trẻ thức ăn mềm, lỏng, dễ nuốt nhưng vẫn đảm bảo đủ các nhóm chất dinh dưỡng cần thiết.

Người bệnh cần được phát hiện và điều trị kịp thời để tránh lây lan sang cộng đồng, đặc biệt lây bệnh ho gà cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Tiêm phòng vaccine đầy đủtheo lịch tiêm chủnglà một phương pháp phòng bệnh hiệu quả nhất.Vắc-xin ho gàđược bao gồm trong các mũi tiêm DtaP (bạch hầu, ho gà, uốn ván) cho trẻ em, bắt đầu từ 2 tháng tuổi. Trẻ sẽ được tiêm 3 mũi DTaP trong năm đầu đời, sau đó có thể tiêm nhắc lại khi già đi.

Ho gà là một căn bệnh rất nguy hiểm và có thể gây tử vong cho trẻ nhỏ.Vắc-xin DTaPrất an toàn và hiệu quả trong việc ngăn ngừa căn bệnh này.

Những người thường xuyên tiếp xúc với người bị ho gà thì cũng có thể được khuyên dùng kháng sinh dự phòng để ngăn chặn sự lây lan của bệnh, tùy theo từng mức độ nghiêm trọng.

Đối tượng thường bịho gàtấn công chính là trẻ em. Ho gà có thể gây những biến chứng nghiêm trọng, đặc biệt là đối với trẻ dưới 1 tuổi chưa được tiêm ngừa vắc-xin ho gà. Bệnh có thể dẫn đến tử vong nếu ba mẹ không phát hiện và chữa trị kịp thời. Vì vậy quý vị phụ huynh hãy lưu ý đến tình trạng sức khỏe con em mình để có những xử trí tốt nhất.

Cùng với việc phát hiện sớm những triệu chứng của bệnh để đi khám bệnh kiểm tra thì bạn cũng cần chuẩn bị một số thông tin cần thiết để phục vụ cho việc thăm khám. Đọc ngay bài viết “Bật mí một số điều cần chuẩn bị khi đi khám bệnh ho gà” để biết thêm thông tin chi tiết nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ho-keo-dai-trieu-chung-can-than-trong/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân thường gặp gây ho kéo dài

Các nguyên nhân gây ho kéo dài không thường gặp

Chẩn đoán nguyên nhân gây ho kéo dài như thế nào?

Điều trị ho kéo dài như thế nào?

Ho được xem là một trong những phản xạ có lợi của cơ thể. Ho giúp làm sạch các hạt bụi và dịch tiết ra khỏi phổi và từ đó giúp ngăn ngừa nhiễm trùng. Tuy rằng ho mang lại lợi ích, nhưng ho không phải là một triệu chứng dễ chịu, đặc biệt là ho kéo dài. Ho kéo dài được định nghĩa là ho trong tám tuần hoặc lâu hơn. Ho kèo dài nhiều ngày gây khó chịu, khiến cơ thể luôn ở trạng thái mệt mỏi, khó ngủ, thức giấc về đêm, khàn tiếng, căng cơ, đổ mồ hôi… Từ đó làm giảm chất lượng cuộc sống, học tập và làm việc kém hiệu quả.

Các nguyên nhân phổ biến nhất của ho kéo dài bao gồm chảy dịch mũi sau, hen suyễn và trào ngược axit từ dạ dày. Ba nguyên nhân này chiếm tới 90% các trường hợp. Nguyên nhân ít phổ biến hơn bao gồm nhiễm trùng, do thuốc và bệnh lý phổi.

Chảy dịch mũi sau:khi dịch tiết từ mũi nhỏ giọt hoặc chảy vào phía sau cổ họng. Những chất tiết này gây kích thích cổ họng và gây ho. Chảy dịch mũi sau tiến triển ở những người hay bị dị ứng, cảm lạnh, viêm mũi và viêm xoang.

Các dấu hiệu chảy dịch mũi sau bao gồm: nghẹt mũi hoặc chảy nước mũi, cảm giác có chất lỏng ở phía sau cổ họng khiến người bệnh phải hắng giọng thường xuyên.

Hen suyễn: là nguyên nhân thường gặp thứ hai gây ho kéo dài ở người lớn và là nguyên nhân hàng đầu ở trẻ em. Ngoài ho, triệu chứng đi kèm có thể là thở khò khè hoặc cảm thấy khó thở. Tuy nhiên, có một tình trạng được gọi là hen suyễn biến thể ho, trong đó ho là triệu chứng duy nhất củahen suyễn.

Trào ngược dạ dày thực quản: xảy ra khi axit từ dạ dày chảy ngược lại (trào ngược) vào thực quản, ống thông nối giữa dạ dày và cổ họng. Nhiều người bị ho do axit trào ngược, kèm theo ợ nóng hoặc có vị chua trong miệng. Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân mắctrào ngược dạ dày thực quản, ho là triệu chứng duy nhất của họ.

1. Sử dụng thuốc ức chế men chuyển: Angiotensin (ACE), thường được sử dụng để điều trị huyết áp cao. Thuốc gây ho mãn tính ở 20% bệnh nhân sử dụng. Ho thường là ho khan. Chuyển sang một loại thuốc khác thường cải thiện ho trong vòng một đến hai tuần.

2. Viêm phế quản mãn tính:là tình trạng đường hô hấp bị kích thích, khiến người bệnh ho nhiều, đôi khi tăng đờm. Hầu hết những người bị viêm phế quản mãn tính là những người hút thuốc lá kéo dài.

3. Ung thư phổi:ung thư phổilà nguyên nhân hiếm gặp. Tuy nhiên, không thể loại trừ được ung thư, đặc biệt trên bệnh nhân hút thuốc lá lâu dài. Triệu chứng có thể là tính chất ho thay đổi đột ngột, bắt đầu ho ra máu hoặc vẫn tiếp tục ho hơn một tháng dù bỏ hút thuốc.

4. Viêm phế quản bạch cầu ái toan:một loại viêm đặc biệt của đường thở. Bệnh được chẩn đoán tình cờ khi làm các xét nghiệm hô hấp. Biểu hiện bao gồm: không có bằng chứng hen suyễn, nhưng xét nghiệm đàm xuất hiện nhiều bạch cầu ái toan. Viêm phế quản bạch cầu ái toan ít phổ biến hơn nhiều so với các nguyên nhân kể trên.

Thông thường, để tìm nguyên nhân gây ho kéo dài, các bác sĩ sẽ hỏi về các triệu chứng của người bệnh và khám lâm sàng. Dựa trên những gì hỏi và khám được, bác sĩ có thể đề nghị điều trị thử trước khi quyết định thực hiện các xét nghiệm chuyên sâu. Nếu người bệnh cải thiện, thường không cần xét nghiệm thêm. Nếu người bệnh không cải thiện hoặc nếu chẩn đoán không rõ ràng, có thể làm thêm các xét nghiệm, bao gồm:

Chụp X-quang phổi: nếu người bệnh hút thuốc lá kéo dài, hoặc có các tình trạng nghi ngờ liên quan đến bệnh lý phổi, có thể chụp X-quang ngực. Nếu không rõ ràng, có thể phải cần đến chụp CT ngực.

Xét nghiệm chức năng phổi: nếu nghi ngờ hen suyễn nhưng không thể xác nhận, bác sĩ có thể thực hiện các xét nghiệm để đo chức năng hô hấp.

Xét nghiệm chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản. Tùy thuộc vào bệnh nhân và điều kiện cơ sở y tế mà các xét nghiệm có thể là nội soi dạ dày thực quản hoặc đo pH dạ dày, đo áp lực thực quản,…

Tùy thuộc vào nguyên nhân gây ho kéo dài sẽ có các phương pháp điều trị khác nhau:

Chảy dịch mũi sau:ho liên quan chảy dịch mũi sau có thể cải thiện khi sử dụng thuốc chống sung huyết, thuốc chống dị ứng, glucocorticoids hoặc thuốc xịt mũi có chứa ipratropium.

Hen suyễn ho:người bệnh sẽ được điều trị theo phác đồ điều trị hen suyễn. Các thuốc điều trị có thể bao gồm: glucocorticoid dạng hít như budesonide hoặc beclomethason. Ngoài ra, có thể thêm thuốc giãn phế quản dạng hít như albuterol nếu người bệnh có kèm khò khè hoặc khó thở.

Trào ngược dạ dày thực quản:được điều trị bằng thuốc và những biện pháp thay đổi lối sống:

Tránh các chất làm tăng trào ngược. Ví dụ: đồ ăn giàu chất béo, sô cô la, rượu vang đỏ, nước ép chua, uống rượu.

Tránh ăn trong vòng ba giờ trước khi ngủ.

Giảm cân, nếu thừa cân.

Ngừng hút thuốc.

Ngoài ra, người bệnh có thể được cho dùng thuốc làm giảm acid dạ dày. Các thuốc này bao gồm: omeprazole, esomeprazole và lansoprazole. Tình trạng ho sẽ cải thiện khi điều trị kéo dài tám tuần hoặc hơn.

Ngoài ra, người bệnh có thể sử dụng thêm thuốc làm loãng đàm, ức chế ho để giảm bớt khó chịu.

Ho kéo dàilà triệu chứng hay gặp ở người lớn, gây nhiều phiền toái và ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Để điều trị hiệu quả ho kéo dài, người bệnh cần đến các cơ sở y tế để được thăm khám và chẩn đoán. Hơn nữa, ho kéo dài còn là triệu chứng của các bệnh nguy hiểm, tuy hiếm gặp nhưng không thể bỏ qua. Do đó, việc tìm ra nguyên nhân gây ho và điều trị kịp thời, nhanh chóng đẩy lùi bệnh là việc làm hết sức quan trọng.

Xem thêm bài viết liên quan:

Viêm họng do trào ngược

Áp-xe phổi: Những kiến thức cơ bản

Giảm thời gian chờ đợi bằng 4 nền tảng đặt lịch khám online

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-huntington/

Nội dung bài viết

Bệnh Huntington là bệnh gì?

Nguyên nhân của bệnh Huntington

Triệu chứng bệnh Huntington

Khi nào cần đến gặp bác sĩ?

Bệnh Huntington dẫn đến những vấn đề sức khỏe gì?

Chẩn đoán bệnh Huntington bằng cách nào?

Điều trị bệnh Huntington như thế nào?

Phòng ngừa bệnh Huntington

Lối sống và biện pháp khắc phục tại nhà bệnh Huntington

Bệnh Huntington là một bệnh di truyền hiếm gặp, gây nên sự thoái hóa tiến triển các tế bào thần kinh trong não. Vì vậy, bệnh Huntington gây nên những rối loạn vận động, những cử động mất kiểm soát. Ngoài ra, bệnh Huntington cũng gây ra những vấn đề về cảm xúc và mất khả năng tư duy, nhận thức. Hãy cùng tìm hiểu chi tiết hơn về bệnh Huntington trong bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Thanh Xuân nhé!

Các triệu chứng bệnh Huntington có thể phát triển bất cứ lúc nào, nhưng chúng thường khởi phát ở độ tuổi 30 hoặc 40. Nếu tình trạng bệnh khởi phát trước 20 tuổi, nó được gọi là bệnh Huntington thiếu niên. Khi bệnh khởi phát sớm, các triệu chứng có phần khác nhau và bệnh có thể tiến triển nhanh hơn.

Bệnh Huntington còn có một số tên gọi khác, như:

Múa giật Huntington (Huntington chorea);

Múa giật di truyền tiến triển mạn tính Huntington (Huntington chronic progressive hereditary chorea);

Đây là bệnh hiếm gặp. Ước tính, bệnh Huntington ảnh hưởng đến khoảng 3-7/100.000 người gốc châu Âu. Bệnh dường như ít phổ biến hơn ở một số dân số khác, bao gồm cả những người gốc Nhật Bản, Trung Quốc và Châu Phi.

Bệnh Huntington là bệnh thoái hóa các tế bào não tiến triển.

Bệnh Huntington là một rối loạn di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường. Thật vậy, một người sẽ nhận một cặp gen từ bố mẹ, một nửa nhận từ bố, một nửa nhận từ mẹ. Vì vậy, chỉ cần nhận một gen bất thường gây bệnh Huntington từ bố hoặc mẹ thì người đó sẽ mắc bệnh. Nếu một người mắc bệnh Huntington thì mỗi người con sẽ có 50% khả năng mắc bệnh.

Dẫu vậy, trong một số trường hợp hiếm hoi, một người có thể mắc bệnh Huntington nhưng không có cha hoặc mẹ mắc chứng rối loạn này.

Gen HTT được xác định là gen bị đột biến trong bệnh Huntington. Một đoạn trinucleotide CAG trên gen HTT bị lặp lại nhiều hơn bình thường, làm tăng kích thước đoạn gen. Sự lặp lại này gây ra chết tế bào thần kinh. Đoạn gen này càng lặp lại nhiều lần thì bệnh Huntington khởi phát càng sớm.

Những người mắc bệnh Huntington dạng khởi phát ở tuổi trưởng thành thường có 40 đến 50 lần lặp lại CAG trong gen HTT. Trong khi những người mắc bệnh Huntington dạng thiếu niên có xu hướng có hơn 60 lần lặp lại CAG.

Những người có từ 27 đến 35 CAG lặp lại trong gen HTT không phát triển bệnh Huntington. Nhưng họ có nguy cơ sinh con sẽ mắc chứng rối loạn này. Khi gen được truyền từ cha mẹ sang con cái, sự lặp lại trinucleotide CAG có thể kéo dài đến phạm vi liên quan đến bệnh Huntington (36 lần lặp lại hoặc hơn).

Bệnh Huntington thường gây ra các rối loạn vận động, nhận thức và tâm thần với một loạt các dấu hiệu và triệu chứng. Những triệu chứng nào khởi phát đầu tiên rất khác nhau ở mỗi người. Một số triệu chứng xuất hiện nhiều hơn hoặc có ảnh hưởng lớn hơn đến khả năng hoạt động, sinh hoạt hàng ngày. Nhưng điều đó có thể thay đổi trong suốt quá trình của bệnh. Cùng tìm hiểu chi tiết hơn về các triệu chứng của bệnh Huntington nhé!

Các rối loạn vận động liên quan đến bệnh Huntington có thể bao gồm cả các vấn đề về vận động không chủ ý và khiếm khuyết vận động chủ ý. Ví dụ:

Những chuyển động giật không chủ ý (múa giật – chorea);

Các vấn đề về cơ, chẳng hạn như cứng hoặc co rút cơ (loạn trương lực cơ);

Chuyển động mắt chậm hoặc bất thường;

Khiếm khuyết dáng đi, tư thế và thăng bằng;

Gặp khó khăn trong vấn đề nói hoặc nuốt.

Khiếm khuyết trong các vận động chủ ý có thể có tác động lớn hơn đến khả năng làm việc, thực hiện các hoạt động hàng ngày, giao tiếp và duy trì tính độc lập của một người.

Xem thêm:Rối loạn vận động: những dạng phổ biến bạn nên biết!

Những suy giảm nhận thức thường liên quan đến bệnh Huntington bao gồm:

Khó tổ chức, sắp xếp thứ tự ưu tiên hoặc tập trung vào một nhiệm vụ nào đó;

Thiếu linh hoạt hoặc có xu hướng bế tắc trong suy nghĩ, hành vi hoặc hành động;

Thiếu kiểm soát xung động có thể dẫn đến sự bộc phát, hành động thiếu suy nghĩ và tình dục không kiểm soát;

Thiếu nhận thức về hành vi và khả năng của bản thân;

Sự chậm chạp trong xử lý suy nghĩ hoặc tìm kiếm từ;

Khó khăn khi học thông tin mới.

Rối loạn tâm thần phổ biến nhất là trầm cảm. Trầm cảm xuất hiện do tổn thương não và những thay đổi sau đó trong chức năng não. Các dấu hiệu và triệu chứng có thể bao gồm:

Cảm giác cáu kỉnh, buồn bã hoặc thờ ơ;

Xa lánh xã hội;

Mất ngủ;

Mệt mỏi và mất năng lượng;

Thường xuyên nghĩ đến cái chết hoặc tự tử.

Các rối loạn tâm thần phổ biến khác bao gồm:

Rối loạn ám ảnh cưỡng chế. Một tình trạng được đánh dấu bằng những suy nghĩ tái diễn, xâm phạm và hành vi lặp đi lặp lại;

Hưng cảm, có thể gây ra trạng thái hưng phấn, hoạt động quá mức, hành vi bốc đồng;

Rối loạn lưỡng cực, một tình trạng với các giai đoạn trầm cảm và hưng cảm xen kẽ.

Ngoài các rối loạn trên, sụt cân thường gặp ở những người mắc bệnh Huntington, đặc biệt là khi bệnh tiến triển.

Sự khởi phát và tiến triển của bệnh Huntington ở người trẻ tuổi có thể hơi khác so với người lớn. Các triệu chứng thường xuất hiện sớm trong quá trình bệnh bao gồm:

Khó tập trung, chú ý;

Thành tích học tập giảm nhanh, đáng kể;

Các vấn đề về hành vi.

Các cơ bị co cứng ảnh hưởng đến dáng đi (đặc biệt là ở trẻ nhỏ);

Run hoặc cử động nhẹ không tự chủ;

Thường xuyên bị ngã hoặc vụng về;

Co giật.

Hãy đi khám bác sĩ nếu bạn nhận thấy những thay đổi trong cử động, trạng thái cảm xúc hoặc khả năng tâm thần của mình. Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Huntington cũng có thể do một số vấn đề sức khỏe khác gây ra. Do đó, điều quan trọng là bạn phải được chẩn đoán chính xác và kĩ lưỡng.

Bệnh Huntington dẫn đến nhiều vấn đề sức khỏe khác nhau. Sau khi bệnh Huntington khởi phát, các chức năng của người bệnh dần dần xấu đi theo thời gian. Tốc độ tiến triển của bệnh và thời gian bệnh kéo dài khác nhau ở mỗi người. Trung bình thời gian từ khi phát bệnh đến khi chết thường khoảng 10 đến 30 năm. Bệnh Huntington thể thiếu niên thường dẫn đến tử vong trong vòng 10 năm sau khi các triệu chứng phát triển.

Trầm cảm liên quan đến bệnh Huntington có thể làm tăng nguy cơ tự tử. Một số nghiên cứu cho thấy nguy cơ tự tử cao hơn xảy ra trước khi chẩn đoán được đưa ra. Và ở giai đoạn giữa của bệnh khi một người bắt đầu mất đi sự độc lập trong cuôc sống.

Ở giai đoạn muộn của căn bệnh này, trẻ có thể sẽ phải nằm trên giường và không thể nói được. Một số người mắc bệnh Huntington nói chung có thể hiểu ngôn ngữ và có nhận thức về gia đình và bạn bè. Mặc dù một số người sẽ không nhận ra các thành viên trong gia đình.

Nguyên nhân tử vong phổ biến bao gồm:

Viêm phổihoặc các bệnh nhiễm trùng khác;

Chấn thương liên quan đến ngã;

Các biến chứng liên quan đến mất khả năng nuốt.

Một chẩn đoán sơ bộ về bệnh Huntington chủ yếu dựa vào hỏi bệnh sử, tiền căn gia đình, khám lâm sàng, những đánh giá chuyên biệt về thần kinh, tâm thần.

Bác sĩ nội thần kinh sẽ hỏi bạn một số câu hỏi và thực hiện một số nghiệm pháp khám khá đơn giản.

Các triệu chứng vận động: phản xạ cơ, sức mạnh cơ, trương lực cơ, khả năng thăng bằng.

Các triệu chứng cảm giác: nghe, nhìn, xúc giác.

Các triệu chứng tâm thần: cảm xúc, trạng thái tâm thần.

Một số nghiệm pháp tiêu chuẩn được thực hiện đê đánh giá về:

Trí nhớ.

Sự lí luận.

Phản ứng của hệ thống thần kinh.

Ngôn ngữ.

Khả năng tư duy không gian.

Bạn có thể được gửi tới một chuyên gia tâm lí để kiểm tra một số yếu tố góp phần chẩn đoán bệnh. Bao gồm:

Trạng thái cảm xúc.

Hành vi.

Năng lực phán xét.

Kĩ năng ứng biến.

Những rối loạn trong suy nghĩ.

Bằng chứng lạm dụng chất kích thích.

Những xét nghiệm hình ảnh học não có thể giúp đánh giá cấu trúc cũng như chức năng của não. Những kĩ thuật hình ảnh này có thể gồm cộng hưởng từ (MRI), CT scan. Chúng cung cấp những thông tin, hình ảnh chi tiết của não bộ.

Hơn nữa, những hình ảnh này có thể bộc lộ những sự thay đổi trong não bị ảnh hưởng bởi bệnh Huntington. Và những sự thay đổi này có thể không hiển thị ở những giai đoạn đầu của bệnh.

Trong một số trường hợp, chẩn đoán hình ảnh học có thể được dùng để loại trừ một vấn đề sức khỏe nào đó. Mà nó gây ra triệu chứng tương tự bệnh Huntington.

Nếu các triệu chứng gợi ý nhiều đến bệnh Huntington, bác sĩ có thể đề nghị xét nghiệm di truyền để tìm gen khiếm khuyết.

Xét nghiệm này có thể giúp bác sĩ xác nhận chẩn đoán. Nó cũng có thể có giá trị nếu bạn không có tiền sử gia đình về bệnh Huntington. Hoặc nếu không có chẩn đoán của thành viên khác trong gia đình được xác nhận bằng xét nghiệm di truyền. Nhưng xét nghiệm sẽ không cung cấp thông tin có thể giúp xác định kế hoạch điều trị.

Nếu bạn có tiền sử gia đình mắc bệnh nhưng không có triệu chứng, bạn vẫn có thể làm xét nghiệm di truyền. Đây được gọi là xét nghiệm di truyền dự đoán. Xét nghiệm không thể cho bạn biết khi nào bệnh bắt đầu hoặc những triệu chứng nào sẽ xuất hiện đầu tiên.

Các xét nghiệm này chỉ được thực hiện sau khi tham khảo ý kiến ​​của chuyên gia tư vấn di truyền.

Phải nói rằng, cho đến nay vẫn chưa có biến pháp nào có thể điều trị khỏi hoặc đảo ngược diễn tiến của bệnh Huntington. Tuy nhiên, một số loại thuốc có thể làm giảm các rối loạn vận động, tâm thần. Song, một số thuốc điều trị có thể dẫn đến tác dụng phụ làm trầm trọng thêm các triệu chứng khác.

Thuốc kiểm soát chuyển độngnhư tetrabenazine (Xenazine) và deutetrabenazine (Austedo) giúp ngăn chặn các chuyển động múa giật liên quan đến bệnh Huntington. Tuy nhiên, những loại thuốc này không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến sự tiến triển của bệnh. Các tác dụng phụ có thể xảy ra bao gồm buồn ngủ, bồn chồn, trầm cảm hoặc các tình trạng tâm thần khác.

Thuốc chống loạn thần, chẳng hạn như haloperidol (Haldol) và fluphenazine, có tác dụng phụ là ức chế cử động. Do đó, chúng có thể có lợi trong việc điều trị chứng múa giật. Tuy nhiên, những loại thuốc này có thể làm trầm trọng thêm loạn trương lực cơ, bồn chồn và buồn ngủ.

Các loại thuốc khác, chẳng hạn như risperidone (Risperdal), olanzapine (Zyprexa) và quetiapine (Seroquel). Có thể có ít tác dụng phụ hơn nhưng vẫn nên sử dụng thận trọng, vì chúng cũng có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng.

Thuốc điều trị rối loạn tâm thần sẽ khác nhau tùy thuộc vào các rối loạn và triệu chứng.

Thuốc chống trầm cảmbao gồm các loại thuốc như citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), fluoxetine (Prozac, Sarafem) và sertraline (Zoloft). Những loại thuốc này cũng có thể có một số tác dụng trong việc điều trị chứng rối loạn ám ảnh cưỡng chế. Các tác dụng phụ có thể bao gồm buồn nôn, tiêu chảy, buồn ngủ và huyết áp thấp.

Thuốc chống loạn thầnnhư quetiapine (Seroquel), risperidone (Risperdal) và olanzapine (Zyprexa) có thể ngăn chặn các cơn bùng phát dữ dội, kích động và các triệu chứng khác của rối loạn cảm xúc hoặc tâm thần. Tuy nhiên, các loại thuốc này có thể gây ra các rối loạn vận động.

Các loại thuốc ổn định tâm trạngcó thể có ích liên quan đến rối loạn lưỡng cực. Bao gồm thuốc chống co giật, chẳng hạn như divalproex (Depakote), carbamazepine (Carbatrol, Epitol, những loại khác) và lamotrigine (Lamictal).

Chuyên viên vật lí trị liệu có thể hướng dẫn những bài tập an toàn, thích hợp. Để tăng cường sức mạnh, sự linh động, thăng bằng cũng như sự điều hợp của cơ thể. Những bài tập này cũng giúp duy trì sự linh hoạt tốt nhất có thể và có thể giảm nguy cơ té ngã.

Hơn nữa, khi có chỉ định sử dụng xe lăn hay nạng, họ sẽ hướng dẫn người bệnh cách sử dụng sao cho đúng và an toàn.

Các nhà hoạt động trị liệu có thể hỗ trợ người bệnh, người nhà và người chăm sóc sử dụng những dụng cụ hỗ trợ để cải thiện chức năng sinh hoạt của người bệnh. Ví dụ: tay vịn xung quanh nhà, dụng cụ ăn uống thích hợp.

Các chuyên viên âm ngữ trị liệu có thể giúp người bệnh cải thiện khả năng nói rõ ràng hơn. Cũng như giúp cải thiện những vấn đề về nhai, nuốt.

Nhà tâm lí trị liệu có thể dùng những liệu pháp tâm lí, giúp người bệnh giải quyết những vấn đề về hành vi, tao điều kiện giao tiếp hiệu quả giữa các thành viên trong gia đình.

Nếu có tiền sử gia đình mắc bệnh Huntington, bạn sẽ lo lắng về việc liệu bạn có thể truyền gen mắc bệnh cho con hay không. Lúc này bạn có thể cân nhắc một số phương án sau:

Các cặp vợ chồng sẽ được thực hiện một xét nghiệm di truyền. Nếu đây là một kết quả xét nghiệm dương tính, cho thấy bạn sẽ phát triển bệnh. Ngoài ra, các cặp vợ chồng sẽ cần phải lựa chọn thêm về việc có con hoặc cân nhắc các lựa chọn thay thế. Chẳng hạn như xét nghiệm gen trước khi sinh.

Một lựa chọn khác cho các cặp vợ chồng là thụ tinh trong ống nghiệm và chẩn đoán di truyền tiền cấy ghép. Trong quá trình này, trứng được lấy ra khỏi buồng trứng và được thụ tinh với tinh trùng của người cha trong phòng thí nghiệm. Các phôi được kiểm tra sự hiện diện của gen Huntington. Và chỉ những phôi âm tính với gen Huntington mới được cấy vào tử cung của người mẹ.

Ta đã biết rằng, bệnh Huntington là sự thoái hóa tế bào não tiến triển. Do đó, khi bệnh tiến triển, người bệnh sẽ ngày càng phụ thuộc vào người chăm sóc. Vì thế, một số vấn đề hoặc giải pháp nên được cân nhắc để dễ dàng đối mặt với căn bệnh này.

Các yếu tố liên quan đến ăn uống và dinh dưỡng bao gồm:

Khó duy trì trọng lượng cơ thể trong giới hạn bình thường. Người bệnh gặp khó khăn trong ăn uống hoặc nhu cầu calo cao hơn do gắng sức hoặc các vấn đề chuyển hóa chưa rõ có thể là nguyên nhân. Để có đủ dinh dưỡng, bạn có thể cần ăn nhiều hơn ba bữa một ngày hoặc sử dụng thực phẩm chức năng. Hãy tham khảo ý kiến bác sĩ về vấn đề này nhé.

Khó khăn với kỹ năng nhai, nuốt và vận động tinh. Những vấn đề này có thể hạn chế lượng thức ăn bạn nạp vào và làm tăng nguy cơ mắc nghẹn. Trong trường hợp này, bạn có thể chọn những thực phẩm dễ nhai nuốt, dùng thìa với cán thìa to hơn, những dụng cụ chống trơn trượt. Hãy thảo luận với các chuyên viên hoạt động trị liệu để dễ dàng đối mặt với những khó khăn này nhé.

Cố gắng tạo ra một môi trường có thể giúp người bệnh tránh được căng thẳng và có những nhận thức và hành vi đúng đắn.

Sử dụng lịch và lịch biểu để giúp duy trì một thói quen đều đặn.

Bắt đầu công việc với lời nhắc hoặc hỗ trợ.

Ưu tiên hoặc sắp xếp công việc hoặc hoạt động.

Chia nhỏ nhiệm vụ thành các bước có thể quản lý được.

Xác định và tránh các yếu tố gây căng thẳng có thể gây ra các cơn bộc phát, kích thích, trầm cảm hoặc các vấn đề khác.

Đối với trẻ em hoặc thanh thiếu niên trong độ tuổi đi học, tham khảo ý kiến ​​của nhà trường để xây dựng kế hoạch giáo dục cá nhân phù hợp.

Tạo cơ hội cho người đó duy trì các tương tác xã hội và tình bạn nhiều nhất có thể.

Tóm lại,bệnh Huntingtonlà bệnh di truyền hiếm gặp, trong đó các tế bào não bị thoái hóa tiến triển theo thời gian. Bệnh gây nên những vấn đề về chuyển động, về tâm thần.

Hiện nay chưa có biện pháp nào điều trị khỏi hoặc làm chậm tiến trình bệnh. Tuy nhiên một số thuốc và biện pháp can thiệp có thể làm giảm triệu chứng bệnh. Cũng như giúp người bệnh thích nghi với cuộc sống hơn.  Bạn nên tham khảo ý kiến các bác sĩ chuyên khoa để tìm biện pháp điều trị thích hợp nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/huyet-ap-khong-on-dinh/

Nội dung bài viết

Huyết áp không ổn định là gì?

Biểu hiện huyết áp không ổn định

Nguyên nhân huyết áp không ổn định

Huyết áp không ổn định có nguy hiểm không?

Cách xử trí khi huyết áp quá cao hoặc quá thấp

Phương pháp hạn chế tình trạng huyết áp không ổn định

Tăng huyết áp ngày càng trở nên phổ biến và trở thành gánh nặng cho sức khỏe. Quá trình điều trị cần phải duy trì huyết áp ở mức ổn định để tránh các biến chứng. Tuy nhiên, do nhiều nguyên nhân, huyết áp không ổn định có thể xảy ra trong sinh hoạt. Bài viết sau đây của bác sĩ Lương Sỹ Bắc về tình trạng huyết áp không ổn định. Mời bạn cùng tìm hiểu để có thể kiểm soát bệnh tăng huyết áp tốt hơn nhé.

Huyết áp không ổn định là tình trạng thay đổi huyết áp lên xuống thất thường của một người bệnh. Sự thay đổi này có thể diễn ra đột ngột hoặc liên tục trong một thời gian dài.

Trên thực tế, huyết áp của cơ thể thay đổi mỗi ngày thậm chí là thay đổi từng giờ. Nhưng sự thay đổi này là sinh lý và ở mức có thể chấp nhận được. Ở những bệnh nhântăng huyết ápkhông được điều trị tốt, huyết áp có thể giao động rất mạnh. Điều này đặc biệt nguy hiểm vì dễ gây ra các biến chứng.123

Tùy theo mức độ biến đổi mà huyết áp không ổn định có thể có các biểu hiện khác nhau. Biểu hiện thường không rõ rệt như:3

Đau đầu, hoa mắt chóng mặt, tăng khi thay đổi tư thế hoặc thay đổi môi trường đột ngột.

Hayù tai, choáng váng đầu.

Mặt đỏ,tim đập nhanhhoặc có thể kèm theo vã mồ hôi.

Chỉ số huyết ápđo được thay đổi thường xuyên và khó kiểm soát.

Nếu kéo dài, huyết áp biến đổi nhiều hoặc đột ngột có thể gâynhồi máu cơ tim,tai biến mạch máu não,suy tim… với các biểu hiện nặng:2

Đau ngực, khó thở, giảm khả năng gắng sức.

Ngất.

Yếu tay chân, méo miệng.

Khi thấy các biểu hiện trên cần đưa bệnh nhân tới cơ sở y tế để được chăm sóc.

Có rất nhiều yếu tố làm huyết áp tăng cao hoặc giảm thấp không ổn định. Một số nguyên nhân thường gặp là:13

Sự thay đột ngột cảm xúc và trạng thái tâm lý. Lo lắng, sợ hãi, căng thẳng, hay những cú sốc tâm lý đều có thể khiến huyết áp tăng vọt hoặc hạ nhanh.

Quên hoặc uống thuốc huyết áp sai liều.

Do sử dụng chất kích thích.

Thay đổi môi trường đột ngột (nóng hay lạnh) hoặc thay đổi tư thế đột ngột.

Do tác dụng phụ của một số thuốc có ảnh hưởng lên huyết áp.

Huyết áp không ổn định cũng có thể là biến chứng hoặc ảnh hưởng của một số bệnh như suy tim, cơnđau thắt ngực, sốt…

Huyết áp không được kiểm soát hợp lý lâu dài sẽ gây các biến chứng nguy hiểm. Tình trạng huyết áp lên xuống thất thường có thể tạo áp lực trực tiếp cho tim và các cơ quan khác. Các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra thường là:123

Đột quỵ: xuất huyết não, nhồi máu não, cơnthiếu máu não thoáng qua.

Bệnh động mạch vành: nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực.

Bệnh võng mạc do tăng huyết áp.

Tắc động mạch ngoại biên

Bệnh thận mãn.

Các biến chứng trên đều rất nặng và nhiều biến chứng không thể hồi phục. Do đó, kiểm soát huyết áp để phòng ngừa biến chứng là quan trọng với người bệnh tăng huyết áp.2

Khi xuất hiện các biểu hiện củahuyết áp không ổn địnhcần ngay lập tức đo huyết áp để đánh giá. Nếu huyết áp không quá cao hoặc quá thấp, có thể cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi, thư giãn. Không nên cho bệnh nhân ăn uống gì khi tình trạng chưa cải thiện. Sau đó nên gọi điện để hỏi ý kiến bác sĩ.13

Nếu có các dấu hiệu nặng như đau ngực, khó thở, ngất, yếu tay chân… thì phải có thái độ xử trí tích cực.

Đặt bệnh nhân ở nơi thông thoáng trong tư thế nằm nghiêng, kê gối hơi cao.

Không nên di chuyển nhiều hay tác động mạnh lên cơ thể bệnh nhân.

Kiểm tra nhịp tim và nhịp hô hấp và của bệnh nhân. Nếu người bệnh ngưng hô hấp tuần hoàn có thể hô hấp nhân tạo nếu nắm rõ kĩ thuật.

Để bệnh nhân nghỉ ngơi tuyệt đối, không cho ăn uống gì.

Sau đó ngay lập tức liên hệ với các bệnh viện gần nhất. Những hành động này góp phần giúp cấp cứu bệnh nhân kịp thời.

Nếu tình trạng huyết áp quá cao hoặc quá thấp kéo dài, người bệnh nên đến gặp bác sĩ để tìm hiểu nguyên nhân và cách điều trị phù hợp.

Để hạn chế tình trạng huyết áp lên xuống thất thường, trước tiên cần chắc chắn bệnh nhân uống thuốc theo đúng phác đồ của bác sĩ. Không ít trường hợp huyết áp thất thường do uống nhầm hay sai liều thuốc huyết áp. Tiếp theo đó, người bệnh nên kiểm soát các yếu tố liên quan đến cuộc sống như:123

Có chế độ ăn uống sinh hoạt hợp lý, hạn chế ăn muối, lối sống lành mạnh.

Hạn chế sử dụng các chất kích thích nhưcà phê,rượu bia, thuốc lá…

Tránh căng thẳng, áp lực vàstresstrong công việc.

Tập luyện thể dục thể thao để tăng cường sức khỏe.

Theo dõi huyết áp thường xuyên.

Bảo vệ cơ thể khi thời tiết thay đổi.

Xem thêm:Bác sĩ hướng dẫn uống thuốc hạ huyết áp đúng cách và hiệu quả

Điều trị tăng huyết áp là quá trình lâu dài và nhiều biến động.Huyết áp không ổn địnhlà động cơ thúc đẩy nhiều biến chứng nguy hiểm. Kiểm soát huyết áp ổn định lâu dài là mục tiêu của điều trị tăng huyết áp. Để làm được, cả bệnh nhân và bác sĩ cần phối hợp với nhau. Tuân thủ cả về thuốc và lối sống lành mạnh là chìa khóa để kiểm soát huyết áp ổn định.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/huyet-khoi-tinh-mach-benh-an-chua-nhieu-tai-bien-kho-luong/

Nội dung bài viết

1. Huyết khối tĩnh mạch là gì?

2. Tại sao lại bị bệnh huyết khối tĩnh mạch?

3. Ai là người dễ mắc bệnh huyết khối tĩnh mạch?

4. Bệnh huyết khối tĩnh mạch có nguy hiểm không?

5. Triệu chứng của bệnh huyết khối tĩnh mạch là gì?

6. Chẩn đoán bệnh huyết khối tĩnh mạch như thế nào?

7. Điều trị huyết khối tĩnh mạch như thế nào?

8. Làm cách nào để phòng ngừa bệnh huyết khối tĩnh mạch?

Bệnh lý huyết khối tĩnh mạch là một trong những vấn đề quen thuộc, đặc biệt trên những cơ địa đặc biệt. Bệnh xảy ra tần suất ngày càng nhiều và nguy cơ tử vong cao một khi xuất hiện biến chứng. Hãy cùng đọc bài viết này để hiểu hơn về bệnh, cũng như là cách phòng ngừa, kiểm soát nguy cơ xấu có thể xảy ra nhé.

Bình thường, máu sẽ tim bóp ra đi theo động mạch đến nuôi các cơ quan. Sau đó, sẽ về lại tim theo đường tĩnh mạch. Có ba loại tĩnh mạch chính: tĩnh mạch nông, tĩnh mạch sâu và tĩnh mạch xuyên.

Huyết khối tĩnh mạch là hiện tượng có cục máu đông hình thành trong lòng tĩnh mạch. Gây tắc nghẽn dòng máu đi về tim làm xuất hiện các triệu chứng tại chỗ và có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm khi cục máu đông di chuyển đến nơi khác.

Bài này chúng ta chủ yếu đề cập tới tĩnh mạch sâu. Viêm tắc huyết khối tĩnh mạch nông, hay còn gọi là viêm tĩnh mạch có một số đặc điểm khác biệt hơn.

>> Có thể bạn quan tâm:

Huyết khối tĩnh mạch sâu có thể được coi là một tình trạng cấp cứu, do đó tình trạng này cần được đánh giá và xử lý nhanh chóng bởi bác sĩ. Tuy nhiên, nếu bạn có một chút thời gian trước khi khám bệnh,YouMedsẽ cung cấp cho bạn một số thông tin cần thiết để giúp bạn chuẩn bị với bài viết: “Huyết khối tĩnh mạch sâu: Cần làm gì trước khi khám bệnh?“

Có nhiều yếu tố khác nhau cấu thành nên sự hình thành của huyết khối, được khái quát bởi ba yếu tố quan trọng: Ứ trệ tuần hoàn, tăng đông, tổn thương tế bào lót ở trong mạch máu (tế bào nội mô).

Sự phối hợp của ba yếu tố này được ví như “kiềng ba chân” làm khởi phát quá trình đông máu và hình thành cục huyết khối lòng mạch. Tuy nhiên, mỗi có rất nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên mỗi cái “kiềng” này:

Nằm lâu, bất động kéo dài, sau phẫu thuật, suy van tĩnh mạch…

Phẫu thuật, bệnh lý ác tính, rối loạn chức năng đông máu, thai kỳ, đột biến gen …

Phẫu thuật, chấn thương, nhiễm trùng,xơ vữa,…

Dựa vào cái “kiềng ba chân” đã nói ở trên, những người có nguy cơ bị bệnh cao gồm có:

Người già, lớn tuổi.

Nằm bất động kéo dài, đặc biệt là sau phẫu thuật hoặc chấn thương.

Phụ nữ mang thai, sau sinh.

Sử dụng thuốc ngừa thai kéo dài.

Mắc bệnh ác tính, tự miễn.

Hút thuốc lá.

Suy tim.

Rối loạn tăng đông bẩm sinh.

Nếu khi khú trú tại chỗ, huyết khối có thể không gây triệu chứng gì đáng kể. Nhưng khi cục máu đông này lưu hành theo tĩnh mạch về tim phải,  và sau đó sẽ được tim bóp lên phổi, và có thể có nguy cơ gây thuyên tắc phổi. Một biến chứng cực kỳ nguy hiểm đe doạ trực tiếp đến tính mạng người bệnh. Nguy cơ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và can thiệp kịp thời.

Bài này chủ yếu nói về huyết khỗi tĩnh mạch sâu. Nhưng chúng ta hãy cùng điểm qua một số biểu hiện của huyết khối tĩnh mạch nông:

Đau nhức âm ỉ vị trí mạch máu.

Sưng tấy, đỏ đau.

Có thể sờ được mạch máu viêm.

Huyết khối tĩnh mạch sâu triệu chứng thường ở chân và có phần mơ hồ hơn. Nhưng âm thầm và có nhiều hệ lụy nguy hiểm hơn nếu biến chứng xảy ra. Một số dấu hiệu có thể thấy:

Đau mức độ có thể thay đổi từ cảm giác nặng chân, tăng khi đi lại cho đến đau nhức dữ dội.

Sưng nề, quan sát sẽ có thể thấy sự khác biệt giữa hai chân.

Có thể đỏ da hoặc màu sắc bất thường.

Sờ da vùng đó ấm nóng.

Khi có biến chứng, một số dấu hiệu cấp tính báo động có thể xuất hiện:

Đột ngột khó thở dữ dội.

Đau ngựcmỗi một lúc càng nặng hơn.

Xay xẩm, hoa mắt, ngất xỉu.

Ho ra máu.

Tuỳ vào triệu chứng, cơ địa, tiền căn huyết khối của bệnh nhân. Bác sĩ sẽ xếp nhóm nguy cơ và chỉ định các xét nghiệm cần thiết để đánh giá tình trạng huyết khối. Các phương tiện, xét nghiệm thường dùng nhất là D-dimer trong máu , siêu âm mạch máu và chụp cắt lớp điện toán xoắn ốc (hay gọi là CT scan).

Chủ yếu là ngăn ngừa biến chứng và trực tiếp tránh thuyên tắc phổi là quan trọng nhất. Nếu bệnh nền thúc đẩy tình trạng huyết khối nặng nề thì điều trị bệnh nền là chìa khoá cốt lõi. Trong điều trị cục máu đông, có thể sử dụng vớ hỗ trợ và thuốc khác nhau bao gồm thuốc kháng đông, thuốc tiêu sợi huyết, các phương pháp can thiệp nội mạch có thể được cân nhắc tuỳ theo mức độ bệnh và tình trạng đáp ứng thuốc.

Nói chung điều trị dựa vào nhiều yếu tố, không hoàn toàn giống nhau giữa các cá thể khác nhau. Và sử dụng thuốc kháng đông chưa bao giờ là dễ dàng, vì bản thân chúng cũng có thể gây ra nhiều tai biến nguy hiểm. Hãy tham vấn bác sĩ điều trị để đảm bảo an toàn cho bản thân nhé.

Thay đổi lối sống tích cực: Hạn chế rượu bia, không hút thuốc lá.

Kiểm soát cân nặng, thường xuyên vận động thể dục thể thao.

Tránh nằm/ngồi bất động kéo dài, đặc biệt là đối tượng lớn tuổi. Khi ở trên các phương tiện ngồi lâu như tàu hoả, máy bay, nên thỉnh thoảng đi lại nhẹ nhàng.

Vận động nhẹ nhàng, vừa sức sau phẫu thuật dưới sự hướng dẫn của bác sĩ. Cố gắng không để đôi chân của bạn “nằm yên” quá lâu.

Huyết khối tĩnh mạch là một bệnh lý không còn xa lạ. Bệnh có thể rất nguy hiểm khi dẫn tới thuyên tắc phổi. Quan trọng nhất vẫn là phòng bệnh, tránh để máu bị “ứ trệ” đặc biệt ở chi dưới. Thay đổi lối sống tích cực là cách phòng bệnh hiệu quả nhất, không chỉ với trường hợp này mà còn nhiều bệnh lý của nhiều cơ quan khác.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ha-canxi-mau/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh hạ canxi máu

Nguyên nhân gây hạ canxi máu

Triệu chứng hạ canxi máu

Đối tượng dễ bị hạ canxi máu

Chẩn đoán hạ canxi máu

Điều trị hạ canxi máu

Phòng ngừa hạ canxi máu

Canxi là một loại chất khoáng thiết yếu trong cơ thể. Chúng tham gia vào các hoạt động của tim và cơ bắp. Do đó, nếu không đủ lượng canxi thì có nguy cơ mắc các bệnh như loãng xương, hạ canxi máu. Vậy lượng canxi bao nhiêu là đủ và các bệnh liên quan đến canxi như hạ canxi máu là như thế nào? Mời bạn cùng tìm hiểu trong bài viết sau đây của ThS.BS Vũ Thành Đô.

Canxilà một thành phần thiết yếu để cấu tạo nên xương và răng. Canxi cũng được tìm thấy trong máu và bên trong các tế bào của cơ thể bạn. Canxi tham gia vào nhiều quá trình sinh học quan trọng trong cơ thể. Chẳng hạn nó đóng vai trò trong quá trình đông máu và giúp một số enzym hoạt động. Nó cũng rất quan trọng để truyền tín hiệu cho các dây thần kinh và cơ hoạt động. Trong đó có cơ tim.

Do đó, cơ thể cần hoạt động để điều hòa lượng canxi có trong máu. Nếu mức canxi quá cao, cơ thể sẽ có cơ chế điều hòa để giảm xuống và ngược lại. Cụ thể, nếu lượng canxi trong máu quá thấp, các tuyến cận giáp sẽ tiết ra hormone tuyến cận giáp (PTH). Hormone này có tác dụng làm tăng lượng canxi bằng nhiều cách khác nhau, chẳng hạn như giảm lượng canxi thải ra ngoài qua nước tiểu.

Thông thường, hoạt động của PTH sẽ đưa canxi máu về lại mức bình thường nhưng nếu có sự bất thường trong cơ chế điều hòa canxi thì có thể dẫn đến tình trạnghạ canxi máu.

Hạ canxi máu là tình trạng nồng độ canxi trong huyết thanh thấp hơn bình thường. Chính xác hơn, hạ canxi máu được định nghĩa là nồng độ canxi trong huyết thanh toàn phần ≤ 8.8 mg/dl (2.2 mmol/l). Nhưng với điều kiện là lượng protein huyết tương bình thường, hay nồng độ canxi ion hóa < 4.7 mg/dl (1.17 mmol/l).

Hạ canxi máu có thể gây ra triệu chứng ở cả trẻ em và người lớn. Dấu hiệu trẻ bị thiếu canxi là còi xương, chậm phát triển chiều cao, hay khóc đêm, vã mồ hôi trộm. Còn ở người lớn thì sự hạ canxi trong máu có thể dẫn đến loãng xương, thoái hóa cột sống.

Nguy cơ hạ canxi máu sẽ càng tăng lên theo tuổi. Sự hạ canxi máu này có thể do nhiều yếu tố, bao gồm:

Hấp thu canxi kém trong thời gian dài, đặc biệt là trong thời thơ ấu (trẻ nhỏ).

Một số thuốc làm giảm hấp thu canxi.

Chế độ ăn uống không có phẩm giàu canxi.

Thay đổi nội tiết tố, đặc biệt là ở phụ nữ mãn kinh.

Một số yếu tố di truyền.

Điều quan trọng là phải đảm bảo lượng canxi đủ mỗi ngày. Mỗi độ tuổi sẽ cần có lượng canxi được khuyến nghị kkhác nhau. Bảng dưới đây theo khuyến nghị từ Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ:1

Do vai trò quan trọng của PTH nên tình trạng suy tuyến cận giáp sẽ làm ảnh hưởng đến lượng hormone được sản xuất.Suy cận giáplà một trong những nguyên nhân chính gây ra tình trạng tụt canxi. Một số nguyên nhân gây suy tuyến cận giáp, bao gồm:

Chấn thương tuyến cận giáp do phẫu thuật hoặc xạ trị.

Bệnh tự miễn.

Do di truyền.

Thiếu vitamin Dcũng là một nguyên nhân quan trọng khác của hạ canxi máu. Vitamin D đóng vai trò quan trọng trong khả năng hấp thụ và sử dụng canxi của cơ thể. Vitamin D thấp có thể do một số vấn đề như:

Chế độ ăn nghèo vitamin D.

Ít tiếp xúc với ánh nắng mặt trời (vì đây là nguồn vitamin D dồi dào).

Khả năng hấp thu vitamin D của cơ thể kém.

Người bị bệnh thận, bệnh gan tiến triển.

Một số loại thuốc có thể gây ra tác dụng phụ hạ canxi máu. Chẳng hạn như các thuốc sau:

Thuốc điều trị loãng xương.

Thuốc chống động kinh.

Một số loại thuốc hóa trị, ví dụ: cisplatin.

Thuốc lợi tiểu.

Thuốc ức chế bơm proton.

Vì nhiều lý do, những người có bệnh lý nền nặng có nguy cơ bị hạ canxi cao hơn. Điều này có thể là do các vấn đề như nhiễm trùng huyết, rối loạn điện giải,… ảnh hưởng đến nồng độ canxi trong huyết thanh.

Nếu lượng canxi chỉ bị hạ một chút thì có thể không nhận thấy bất kỳ triệu chứng nào. Trường hợp hạ canxi quá nặng có thể gây ra một số triệu chứng như:

Cảm giác tê, ngứa ran ở tay, chân.

Chuột rút, co thắt hoặc yếu cơ

Móng tay dễ gãy.

Khó thở và thở khò khè.

Co giật

Các vấn đề về nhịp tim như bệnh cơ tim

Mệt mỏi

Rối loạn tâm thần: lo lắng, bối rối.

Như đã nói ở trên, không phải tất cả các trường hợp đều có những triệu chứng này. Có trường hợp không có triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ nhưng cũng có trường hợp nặng gây nguy hiểm đến tính mạng.

Những người bị thiếu vitamin D hoặc thiếu magiê có nguy cơ cao bị hạ canxi máu. Các yếu tố nguy cơ khác dễ dẫn đến hạ canxi máu bao gồm:

Người có tiền sử rối loạn tiêu hóa.

Bệnh nhân viêm tụy.

Người bị suy thận, suy gan.

Người bị rối loạn lo âu.

Trẻ sơ sinh có nguy cơ mắc bệnh cao vì cơ thể trẻ chưa có cơ chế điều hòa canxi hoàn thiện.

Việc chẩn đoán sẽ dựa trên hỏi tiền sử bệnh và thực hiện một số xét nghiệm đánh giá.

Các xét nghiệm gồm:

Đo nồng độ canxi toàn bộ.

Nồng độ albumin (albumin là một loại protein có khả năng gắn kết với canxi do đó vận chuyển canxi trong máu).

Nồng độ canxi tự do trong máu.

Thông thường, nồng độ canxi máu ở người lớn từ 8.8 – 10.4 mg/dL.2Nếu nồng độ canxi trong huyết thanh < 8.8 mg/dL được chẩn đoán làhạ canxi máu.

Khi có các triệu chứng như tetani, co giật, loạn nhịp tim, cần đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất. Bác sĩ sẽđiều trịbằng cách tiêm tĩnh mạch chậm ngay calci gluconat 10% trong vòng 10 – 15 phút.

Bác sĩ cũng sẽ kiểm tra nồng độ canxi máu 4 – 6 giờ một lần để điều chỉnh nồng độ trong khoảng 7 – 8,5 mg/100 ml (70 – 85 mg/L).

Dấu hiệu đặc trưng của một cơn tetani bao gồm: dị cảm ở môi, lưỡi, đầu chi, bàn chân duỗi như đạp xe, đau cơ toàn thân, co giật các cơ mặt.

Nếu hạ canxi máu không có triệu chứng thì việc điều trị chủ yếu là bổ sung canxi, thường dùng là viên uống bổ sung canxi và vitamin D. Hạ canxi máu do hạ albumin thì không cần bổ sung canci. Nếu có giảm magie máu kết hợp thì cần điều trị để làm tăng nhanh calci máu.

Cần lưu ý rằng có một số loại thuốc tương tác với chế phẩm bổ sung canxi, bao gồm:

Thuốc chẹn beta trong điều trị tăng huyết áp.

Thuốc kháng acid (antacid) trong điều trị bệnh dạ dày.

Chất tăng tổng hợp acid mật từ cholesterol như colestipol. Thuốc này làm giảm khả năng hấp thu canxi và tăng thải canxi qua nước tiểu.

Thuốc chứa estrogen làm tăng nồng độ canxi trong máu.

Thuốc lợi tiểu.

Một số loại thuốc kháng sinh có thể làm giảm hấp thu canxi.

Do đó, dù không có triệu chứng hạ canxi máu nhưng nếu muốn bổ sung canxi, người bệnh cần tham khảo ý kiến của bác sĩ.

Bạn có thể phòng ngừa thiếu canxi bằng cách bổ sung các thực phẩm giàu canxi. Tuy nhiên, cần biết rằng những thực phẩm giàu canxi như sữa và các chế phẩm từ sữa có thể chứa nhiều chất béo bão hoà và chất béo trans.  Đây là một loại acid béo chuyển hoá không tốt cho cơ thể.

Nên chọn các thực phẩm có ít hoặc không có chất béo để giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý là không nên nạp vào cơ thể quá nhiều canxi. Tham khảo mức canxi được khuyến nghị hàng ngày ở bảng trên.

Vitamin D đóng vai trò quan trọng trong việc tăng khả năng hấp thu canxi vào máu. Do đó, bạn có bổ sung vitamin D qua các thực phẩm như:

Các loại cá: cá hồi,cá ngừ

Nước cam.

Sữa.

Trứng.

Nấm portobello (nấm bàn).

Ngoài ra, ánh nắng mặt trời cũng giúp cơ thể tạo vitamin D. Do đó việc tiếp xúc thường xuyên với ánh nắng mặt trời cũng giúp tăng cường vitamin D trong cơ thể.

Bên cạnh việc duy trì nồng độ canxi và vitamin D, bác sĩ cũng khuyến cáo nên duy trì một số thói quen tốt để phòng ngừa hạ canxi máu:

Duy trì cân nặng hợp lý.

Thường xuyên vận động, tập thể dục thể thao hợp lý.

Hạn chế hút thuốc lá, uống rượu bia cũng như các chất kích thích.

Hạ canxi máucó thể gây ra những triệu chứng như tê và ngứa, ảo giác hay thậm chí co giật. Khi xuất hiện những triệu chứng trên, bạn cần đưa người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất để điều trị kịp thời. Hy vọng qua bài viết trên bạn đã có những thông tin cần thiết về tình trạng hạ canxi.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ha-duong-huyet-nguyen-nhan-trieu-chung-va-cach-xu-tri/

Nội dung bài viết

1. Hạ đường huyết là gì?

2. Triệu chứng là gì?

3. Khi nào cần tới gặp bác sĩ ngay?

4. Nguyên nhân là gì?

5. Hạ đường huyết không nhận biết

6. Cách xử trí khi bị hạ đường

Như chúng ta đã biết, bệnh đái tháo đường là tình trạng tăng đường huyết cao trong máu. Nhưng lại ít biết rằng, tình trạng hạ đường huyết cũng gặp rất thường xuyên trên những người bị đái tháo đường. Thậm chí nếu không được xử lí đúng cách, nó có thể nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh. Vậy cùng tìm hiểu tình trạng này là gì nhé.

Đây là tình trạng gây ra bởi lượng đường trong máu rất thấp (glucose). Glucose là nguồn năng lượng chính của cơ thể bạn. Tình trạng này thường liên quan đến điều trịbệnh đái tháo đường. Tuy nhiên, một loạt các tình trạng khác có thể gây ra hạ đường trong máu ở những người không mắc bệnh tiểu đường. Giống như sốt, hạ đường trong máu không phải là một căn bệnh. Nó là dấu hiệu của một vấn đề sức khỏe. Điều trị bao gồm các bước nhanh chóng để đưa mức đường trong máu trở lại mức bình thường. Điều trị lâu dài đòi hỏi phải xác định và điều trị nguyên nhân cơ bản của hạ đường.

Nhịp tim không đều;

Mệt mỏi;

Da nhợt nhạt;

Run rẩy;

Lo âu;

Đổ mồ hôi;

Đói;

Cáu gắt;

Cảm giác ớn lạnh chạy dọc sống lưng.

Khi tình trạng hạ đường trở nên tồi tệ hơn, các dấu hiệu và triệu chứng có thể bao gồm:

Lú lẫn, hành vi bất thường. Chẳng hạn như không thể hoàn thành các hoạt động cơ bản.

Rối loạn thị giác, chẳng hạn như mờ mắt.

Xuất hiện cơn co giật.

Mất ý thức.

Bạn có những gì có thể là triệu chứng hạ đường huyết nhưng bạn không bị tiểu đường.Bạn bị tiểu đường và hạ đường huyết không đáp ứng với điều trị. Điều trị ban đầu hạ đường huyết là uống nước trái cây hoặc nước ngọt thông thường, ăn kẹo hoặc uống viên glucose. Nếu phương pháp điều trị này không làm tăng lượng đường trong máu và cải thiện các triệu chứng của bạn, hãy liên hệ với bác sĩ của bạn ngay lập tức.

Người bị tiểu đường hoặc có tiền sử hạ đường tái phát có triệu chứng hạ đường nặng hoặc mất ý thức.

Những người mắc bệnh tiểu đường thiếu hụt hoàn toàninsulin(đái tháo đường 1). Hoặc vẫn có insulin nhưng có thể ít đáp ứng với nó (đái tháo đường 2). Do đó, glucose có xu hướng tích tụ trong máu và có thể đạt đến mức cao nguy hiểm.

Để khắc phục vấn đề này, người mắc bệnh tiểu đường có thể dùng insulin hoặc các loại thuốc để giảm lượng đường trong máu. Nhưng quá nhiều insulin hoặc các loại thuốc điều trị tiểu đường có thể khiến lượng đường trong máu xuống quá thấp. Từ đó gây hạ đường trong máu. Hạ đường huyết cũng có thể xảy ra nếu người bệnh ăn uống quá ít trong khi dùng thuốc trị tiểu đường, hoặc tập thể dục nhiều hơn bình thường.

Hạ đường trong máu ở những người không mắc bệnh tiểu đường ít phổ biến hơn nhiều. Nguyên nhân có thể bao gồm:

Thuốc

Vô tình một người không bị tiểu đường uống nhầm thuốc trị tiểu đường là nguyên nhân có thể gây hạ đường huyết. Các loại thuốc khác có thể gây hạ đường trong máu, đặc biệt là ở trẻ em hoặc ở những người bị suy thận. Một ví dụ là quinine (Qualaquin), được sử dụng để điều trị bệnh sốt rét.

Uống rượu quá mức

Uống nhiều rượu mà không ăn có thể ngăn chặn gan giải phóng glucose dự trữ vào máu. Từ đó gây hạ đường trong máu, đây có thể là một tình trạng nguy hiểm dẫn đến đột tử, cùng theo dõi video sau nhé:

Một số bệnh nặng

Các bệnh nặng về gan, chẳng hạn như viêm gan nặng, có thể gây hạ đường huyết. Rối loạn chức năng thận, làm chậm thải thuốc, có thể ảnh hưởng đến mức glucose do sự tích tụ của các loại thuốc đó. Đói lâu dài, như trong tình trạng chán ăn tâm thần. Nó có thể dẫn đến sự suy giảm các chất mà cơ thể bạn cần để tạo ra glucose, gây hạ đường huyết.

Insulin được sản xuất quá mức

Một khối u hiếm của tuyến tụy (insulinoma) có thể gây ra việc sản xuất quá mức insulin, dẫn đến hạ đường huyết.

Thiếu hụt nội tiết tố

Một số rối loạn của tuyến thượng thận và tuyến yên có thể dẫn đến sự thiếu hụt các hormone chính điều chỉnh việc sản xuất glucose. Trẻ em có thể bị hạ đường huyết nếu thiếu hụt hormone tăng trưởng.

Theo thời gian, các đợt hạ đường huyết lặp đi lặp lại có thể dẫn đến sự mất nhận biết hạ đường huyết. Cơ thể và não không còn tạo ra các dấu hiệu và triệu chứng cảnh báo đường trong máu thấp, chẳng hạn như run hoặc nhịp tim không đều. Khi điều này xảy ra, nguy cơ hạ đường huyết nghiêm trọng, đe dọa tính mạng sẽ tăng lên.

>> Hạ đường huyết là căn bệnh khá nguy hiểm. Vậy hạ đường huyết quá mức trong điều trị đái tháo đường là gì? Cùng YouMed tìm hiểu qua bài viết:Hạ đường huyết: vấn đề không nên bỏ qua

Nếu nhận thấy các dấu hiệu hạ đường huyết nên sử dụng ngay lập tức:

Một viên glucose.

Viên đường.

Vài viên kẹo.

Một ly nước ép trái cây.

Những thứ này có thể mang lại kết quả nhanh chóng. Sau đó, nên ăn thêm carbohydrate giải phóng chậm, chẳng hạn như ngũ cốc, bánh mì, gạo hoặc trái cây. Bước tiếp theo là tìm nguyên nhân cơ bản nào dẫn đến hạ đường.

Hạ đường huyếtsẽ gây nguy hiểm đến tính mạng nếu không được điều trị kịp thời. Xác định nguy cơ hạ đường và tuân thủ nghiêm ngặt chế độ ăn uống và tập luyện có thể giúp giảm thiểu tình trạng này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ha-huyet-ap-van-de-thuong-gap-va-cach-xu-tri/

Nội dung bài viết

Thế nào là hạ huyết áp?

Nguyên nhân dẫn đến hạ huyết áp

Các triệu chứng thường gặp

Hạ huyết áp được chẩn đoán như thế nào?

Điều trị tình trạng hạ huyết áp ra sao?

Các biện pháp phòng ngừa

Mẹo nhỏ cải thiện triệu chứng khi tụt huyết áp đột ngột

Huyết áp là một trong những chỉ số quan trọng thể hiện tình trạng sức khỏe của cơ thể. Hiện nay, mọi người đã có xu hướng quan tâm nhiều đến vấn đề cao huyết áp. Tuy vậy, lại ít người biết rằng hạ huyết áp cũng có thể ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong bài viết này, Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô sẽ cùng bạn tìm hiểu cách để phát hiện và điều trị sớm các vấn đề liên quan đến chứng hạ huyết áp.

Huyết áp là áp lực máu tác dụng lên thành mạch máu. Huyết áp ổn định sẽ giúp cho máu được lưu thông khắp cơ thể và giữ cho các cơ quan (tim, não, thận,…) hoạt động tốt. Chỉ số huyết áp thể hiện qua hai con số. Một là số đo huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu), thể hiện sức bơm máu của tim. Hai là số đo huyết áp tối thiểu (huyết áp tâm trương) thể hiện sức cản của mạch.

Bình thường, mức huyết áp tối ưu ở người khỏe mạnh nằm trong khoảng 90/60 – 120/80 mmHg. Khi huyết áp giảm xuống dưới 90/60 mmHg thì được xác định là hạ huyết áp (huyết áp thấp).

Một số người khỏe mạnh có thể có huyết áp dưới 90/60mmHg kéo dài mà không hề có triệu chứng. Tình trạng đó được gọi là hạ huyết áp mạn tính. Trong trường hợp này, cơ thể đã thích nghi với mức huyết áp đó nên không cần điều trị. Ngược lại, khi huyết áp tụt đột ngột, cơ thể không kịp điều chỉnh thì máu không được đưa đầy đủ đến các cơ quan. Từ đó dẫn đến nhiều triệu chứng với nhiều mức độ khác nhau. Huyết áp thấp ở người cao tuổi cũng có thể báo hiệu một vấn đề sức khỏe tiềm ẩn khác. Thường gặp là các bệnh mạn tính nhưđái tháo đường, bệnh thận, bệnh tim mạch,…

Có rất nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên tình trạng hạ huyết áp. Dưới đây là các nhóm nguyên nhân thường gặp:

Đột ngột thay đổi tư thế: xảy ra khi bệnh nhân đang nằm hoặc ngồi đột ngột đứng lên.

Đứng quá lâu: giữ tư thế đứng kéo dài có thể làmtụt huyết áp. Thường gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi.

Các thuốc làm giảm huyết áp. Thông thường bệnh nhân tăng huyết áp được kê toa đúng liều lượng để giữ mức huyết áp ổn định. Nếu người bệnh không tuân thủ đơn thuốc hoặc tự ý điều trị có thể dùng quá liều gây hạ áp.

Các thuốc chống trầm cảm

Đồ uống có cồn

Bệnh tim mạch, nội tiết,…

Bệnh gây mất máu mạn tính như nhiễm giun, thiếu máu,…

Các trường hợp làm mất máu nhiều như chấn thương.

Các tình trạng gây mất nước nhiều, nhanh như nôn ói liên tục, bỏng nặng,..

Cùng các nguyên nhân khác như tình trạng nhiễm trùng nặng,…

Khi hạ huyết áp mà cơ thể chưa kịp điều chỉnh, máu sẽ không được bơm đầy đủ đến các cơ quan. Từ đó gây ra rối loạn chức năng của não, tim, thận, mắt,… thể hiện bởi các triệu chứng sau:

Chóng mặt, choáng váng.

Nhức đầu.

Ngất.

Hoa mắt.

Mất tập trung, hay quên.

Buồn nôn, nôn ói.

Da lạnh, tái nhợt.

Mệt mỏi.

Xem thêm:Cách phân biệt huyết áp thấp và rối loạn tiền đình

Các triệu chứng trên xuất hiện từ nhẹ đến nặng tùy từng bệnh nhân, ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày. Đặc biệt với người cao tuổi sẽ dẫn đến nguy cơ té ngã, chấn thương. Có thể đi kèm với các triệu chứng của bệnh gốc gây ra tình trạng hạ huyết áp.

Cần lưu ý rằng biểu hiện của hạ huyết áp rất đa dạng, thay đổi trên từng người và có thể gặp trong nhiều bệnh khác. Vì vậy, khi phát hiện triệu chứng đừng tự ý chẩn đoán và xử trí. Nên đi khám để nhận được sự tư vấn chính xác từ bác sĩ.

Hạ huyết áp có thể vô tình được phát hiện khi đi khám tổng quát. Có khi bệnh nhân đến khám vì các triệu chứng kể trên. Người bệnh sẽ được đo chỉ số huyết áp. Tiếp theo là hỏi bệnh, thăm khám và tiến hành một vài xét nghiệm cần thiết. Từ các thông tin thu được, bác sĩ sẽ chẩn đoán tình trạng hạ áp và nguyên nhân. Sau đó quyết định cách thức điều trị.

Những thông tin quan trọng cần cung cấp:

Các triệu chứng liên quan.

Các bệnh đã mắc, các thuốc đang dùng.

Chế độ ăn uống và sinh hoạt.

Tùy từng trường hợp mà các biện pháp thăm khám và xét nghiệm được chỉ định sẽ khác nhau. Thông thường, cần khảo sát chức năng tim mạch, thần kinh, thận, tình trạng thiếu máu, các vấn đề nội tiết,…

Điều trị hạ huyết áp bao gồm nhiều mức độ. đi từ cải thiện triệu chứng (nôn ói, chóng mặt,…) cho đến giải quyết nguyên nhân gốc. Như đã đề cập, hạ huyết áp có thể do rất nhiều nguyên nhân khác nhau, cần có cách xử trí khác nhau. Vì vậy việc thăm khám và xét nghiệm để tìm đúng nguyên nhân rất quan trọng. Chẩn đoán đúng bệnh gốc sẽ quyết định hiệu quả của việc điều trị.

Hạ huyết áp mạn tính có thể được điều trị hiệu quả nhờ thay đổi lối sống và chế độ ăn.

Thay đổi chế độ ăn uống

Bổ sung muối vào bữa ăn

Uống nhiều nước, đủ 2 l/ngày

Hạn chế bia rượu

Tư thế sinh hoạt

Nằm đầu cao lên khoảng 10-20 độ (khoảng 1 cái gối mềm), chân kê cao.

Đứng lên, ngồi xuống từ từ

Các bài tập vật lí trị liệu

Ngồi xổm, chéo chân,…

Các bài tập thể dục

Đi bộ, chạy bộ, đạp xe đạp,…

Tùy từng bệnh nhân mà bác sĩ sẽ kê các loại thuốc nâng huyết áp lên. Kế đến là thuốc điều trị bệnh sẵn có gây hạ áp: tim mạch, đái tháo đường, bệnh tuyến giáp,…

Ăn đủ chất, uống đủ 2 l nước mỗi ngày, hạn chế bia rượu, thuốc lá.

Các bài tập nâng cao sức bền có thể cải thiện sức bơm máu của tim, tránh hạ huyết áp như: chạy bộ, đạp xe đạp, bơi lội,…

Những bài tập thể dục và bài tập tư thế có thể thay đổi ở người có vấn đề về cơ xương khớp. Đặc biệt là người cao tuổi thường mắc nhiều vấn đề sức khỏe khác nhau. Cần có sự tư vấn của bác sĩ để có chế độ và bài tập phù hợp, tránh chấn thương.

Tránh đứng lâu hoặc nằm lâu.

Hạn chế làm việc quá sức, làm việc ngoài trời nắng lâu dẫn đến đổ mồ hôi, mất nước.

Mang vớ chuyên dụng hỗ trợ lưu thông máu ở chân

Không nên thay đổi tư thế đột ngột. Từ từ đứng lên hoặc ngồi, nằm xuống sẽ hạn chế hạ huyết áp và té ngã.

Với người khỏe mạnh, nên khám tổng quát 6 tháng/ lần. Đặc biệt là những người có nguy cơ cao hạ huyết áp: thai phụ, người trên 65 tuổi cần được theo dõi thường xuyên hơn. Việc này giúp phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe và điều trị kịp thời.

Với người có sẵn bệnh lí, cần tuân thủ đơn thuốc và các biện pháp điều trị khác. Nên báo cho bác sĩ đầy đủ tình trạng bệnh và các thuốc đang dùng, (như các thuốc chống trầm cảm,..) Uống đúng thuốc, đủ liều, tái khám đúng hẹn để kịp thời điều chỉnh khi có bất thường. Đặc biệt không nên tự ý điều trị.

Uống nước cam, chanh, tắc sẽ giảm cảm giác buồn nôn.

Uống ngay khoảng nửa lít nước (1 chai nước suối) sẽ giúp nâng nhẹ huyết áp.

Xem thêm:Bác sĩ giải đáp: Tụt huyết áp có nên uống nước đường không?

Hạ huyết áplà tình trạng thường gặp và gây nhiều phiền toái, đặc biệt với người cao tuổi. Một chế độ ăn lành mạnh, đủ chất và tập luyện nâng cao sức khỏe sẽ ngăn ngừa hạ huyết áp và các bệnh lí khác. Bên cạnh đó, tư thế sinh hoạt như nằm, ngồi, đứng cũng rất cần được lưu tâm. Bạn cần nhận biết được các triệu chứng để đi khám kịp thời. Phát hiện sớm và tìm đúng nguyên nhân sẽ giúp việc điều trị đạt hiệu quả cao.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ha-natri-mau/

Nội dung bài viết

Định nghĩa

Triệu chứng

Nguyên nhân

Các yếu tố nguy cơ hạ natri máu

Chẩn đoán

Điều trị

Các biến chứng hạ natri máu

Phòng ngừa hạ natri máu

Hạ natri máu là một tình trạng có nghĩa là bạn không có đủ natri trong máu. Bạn cần một lượng natri trong máu để kiểm soát lượng nước trong và xung quanh các tế bào trong cơ thể. Hạ natri máu là dạng mất cân bằng điện giải phổ biến nhất. Nó xảy ra ở khoảng 20% ​​những người nhập viện và 10% những người trong hoặc sau một sự kiện thể thao. Trong số những người nhập viện, tình trạng này có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong. Nó có thể xảy ra do một số bệnh lý, một số loại thuốc bạn có thể đang dùng hoặc nếu bạn uống quá nhiều nước. Sau đây, Bác sĩ Hoàng Thị Việt Trinh sẽ giúp bạn hiểu rõ hơn về tình trạng bệnh lý này.

Hạ natri máu là nồng độ của nó trong máu thấp. Tình trạng này hường được định nghĩa khi nồng độ natri dưới 135 mmol / L (135 mEq / L). Hạ natri máu nghiêm trọng khi nó dưới 120 mEq / L.

Triệu chứng có thể không có, nhẹ hoặc nặng. Bạn có thể không có bất kỳ triệu chứng nào nếu tình trạng hạ natri máu rất nhẹ. Các triệu chứng thường xuất hiện khi mức natri của bạn đột ngột giảm.

Hạ natri máu nhẹ (nồng độ nó trong huyết tương ở mức 131–135 mmol / L) có thể liên quan đến các biến chứng và các triệu chứng tinh vi. Ví dụ, tăng té ngã, thay đổi tư thế và dáng đi, giảm chú ý, suy giảm nhận thức.

Các triệu chứng thần kinh thường xảy ra với nồng độ natri huyết tương rất thấp (thường < 115 mmol / L). Khi nồng độ trong máu trở nên rất thấp, nước sẽ xâm nhập vào các tế bào não và khiến chúng sưng lên (phù não). Điều này dẫn đến tăng áp lực trong hộp sọ và gây ra bệnh não hạ natri máu. Khi áp lực tăng lên trong hộp sọ, thoát vị não có thể xảy ra, đó là sự chèn ép của não qua các cấu trúc bên trong của hộp sọ. Điều này có thể dẫn đến đau đầu, buồn nôn, nôn mửa, lú lẫn, co giật, chèn ép thân não và ngừng hô hấp. Điều này thường gây tử vong nếu không được điều trị ngay lập tức.

Mức độ nghiêm trọng của triệu chứng phụ thuộc vào mức độ giảm natri trong máu nhanh và nghiêm trọng như thế nào. Sự giảm dần dần, thậm chí đến mức rất thấp, có thể được dung nạp tốt nếu nó xảy ra trong vài ngày hoặc vài tuần. Vì có sự thích ứng của tế bào thần kinh. Sự hiện diện của bệnh thần kinh tiềm ẩn như rối loạn co giật hoặc các bất thường chuyển hóa không do thần kinh, cũng ảnh hưởng đến mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng thần kinh.

Nếu bạn biết mình có nguy cơ bị hạ natri máu và bắt đầu thấy các triệu chứng trên, hãy gọi cho bác sĩ. Nếu các triệu chứng của bạn nghiêm trọng, bạn có thể cần được chăm sóc ngay lập tức.

Nguyên nhân của giảm natri máu thường được phân loại theo tình trạng chất lỏng trong cơ thể của một người thành thể tích thấp, thể tích bình thường hoặc thể tích cao.

Giảm natri máu khi thể tích thấp có thể xảy ra do tiêu chảy, nôn mửa, dùng thuốc lợi tiểu và đổ mồ hôi. Thuốc lợi tiểu, một số thuốc chống trầm cảm và thuốc giảm đau có thể khiến bạn đi tiểu hoặc đổ mồ hôi nhiều hơn. Điều đó có thể ảnh hưởng đến mức natri của bạn.

Giảm natri máu khi thể tích bình thường được chia thành các trường hợp nước tiểu loãng và nước tiểu cô đặc.

Các trường hợp nước tiểu loãng bao gồm suy tuyến thượng thận, suy tuyến giáp và uống quá nhiều nước hoặc quá nhiều bia. Uống quá nhiều nước có thể làm loãng lượng natri trong máu của bạn. Nó thường xảy ra khi mọi người uống quá nhiều nước trong các sự kiện thể thao như chạy marathon. Và chúng cũng làm mất natri qua mồ hôi của bạn.

Các trường hợp nước tiểu cô đặc bao gồm hội chứng tiết hormone chống bài niệu không thích hợp (SIADH). SIADH có thể khiến bạn giữ nước và một tình trạng được gọi làbệnh Addisoncó thể ảnh hưởng đến các hormone giúp kiểm soát chất điện giải của bạn. Nếu hormone tuyến giáp của bạn quá thấp, nó cũng có thể ảnh hưởng đến mức natri của bạn.

Giảm natri máu thể tích cao có thể xảy ra do suy tim, suy gan và suy thận. Các tình trạng có thể dẫn đến việc đo natri thấp một cách giả tạo bao gồm nồng độ protein trong máu cao như đa u tủy, lượng mỡ trong máu cao và lượng đường trong máu cao.

Người lớn tuổi thường có nhiều khả năng dùng một số loại thuốc hoặc phát triển các bệnh mãn tính. Họ thường có nhiều khả năng bị hạ natri máu hơn. Nhưng ở mọi lứa tuổi, bạn có nhiều khả năng gặp phải tình trạng này hơn nếu bạn mắc một số bệnh lý nhất định sau, bao gồm:

Bệnh thận.

Hội chứng tiết hormone chống bài niệu không thích hợp (SIADH).

Suy tim.

Đái tháo nhạt.

Hội chứng Cushing.

Polydipsia nguyên phát, một tình trạng tâm thần khiến bạn muốn uống nhiều nước.

Bạn uống quá nhiều nước khi làm một việc gì đó cực kỳ vất vả như chạy marathon.

Vì các triệu chứng của hạ natri máu có thể khác nhau rất nhiều ở mỗi người, bác sĩ có thể sẽ yêu cầu xét nghiệm máu và nước tiểu để xác định chẩn đoán. Họ có thể hỏi bạn về tiền sử bệnh của bạn và sau đó thăm khám sức khỏe. Họ sẽ cần xem kết quả xét nghiệm của bạn để chắc chắn rằng bạn bị hạ natri máu.

Điều trị dựa trên nguyên nhân cơ bản.

Điều chỉnh quá nhanh có thể dẫn đến các biến chứng. Điều chỉnh một phần nhanh chóng bằng nước muối thông thường 3% chỉ được khuyến cáo ở những người có các triệu chứng đáng kể và đôi khi ở những người mà tình trạng khởi phát nhanh.

Hạ natri máu thể tích thấp thường được điều trị bằng nước muối thông thường truyền tĩnh mạch. SIADH thường được điều trị bằng cách điều chỉnh nguyên nhân cơ bản và hạn chế chất lỏng.

Do lượng natri thấp, lượng nước trong cơ thể bạn tăng lên và làm cho các tế bào của bạn sưng lên. Điều này có thể dẫn đến nhiều vấn đề. Một số là nhẹ, nhưng những người khác có thể nghiêm trọng và thậm chí đe dọa tính mạng.

Nếu bạn bị hạ natri máu thường xuyên (hạ natri máu mãn tính), nồng độ natri của bạn có thể giảm rất chậm trong vài ngày và bạn ít có khả năng bị biến chứng. Nhưng với hạ natri máu cấp tính, nồng độ natri của bạn giảm rất nhanh. Nó có thể gây ra:

Phù não nhanh chóng.

Hôn mê.

Tử vong.

Có một số cách để bạn có thể ngăn ngừa hạ natri máu.

Nếu bạn có một tình trạng bệnh lý có thể dẫn đến natri trong máu thấp, như suy tuyến thượng thận, hãy đảm bảo bạn được điều trị đầy đủ.

Biết các triệu chứng của hạ natri máu. Hãy để ý chúng nếu bạn uống thuốc lợi tiểu hoặc có một tình trạng có thể khiến bạn gặp rủi ro.

Hãy chú ý đến lượng nước bạn đang hấp thụ, đặc biệt nếu bạn tham gia các hoạt động thể chất cường độ cao. Có hai cách đáng tin cậy để biết bạn nên uống bao nhiêu nước: khát và màu nước tiểu. Có thể bạn đang cung cấp đủ nước nếu không cảm thấy khát và nước tiểu có màu vàng nhạt.

Hãy hỏi bác sĩ xem bạn có nên uống đồ uống thể thao thay vì nước trong khi thực hiện các hoạt động thể chất cường độ cao hay không. Những thức uống này có chất điện giải bao gồm natri. Nhưng nếu bạn không tập luyện thực sự chăm chỉ hoặc trong một thời gian dài, bạn có thể không cần chúng.

Xem thêm:Tăng natri máu nguy hiểm như thế nào?

Bài viết trên hy vọng đã cung cấp cho bạn một số kiến thức bổ ích về tình trạnghạ Natri máucủa cơ thể. Qua đó, giúp bạn hiểu rõ bệnh lý này và biết cách phòng tránh các tình trạng nguy hiểm có thể xảy ra.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hac-lao-co-the-chua-khoi-tan-goc-hay-khong/

Nội dung bài viết

Chẩn đoán bệnh hắc lào như thế nào?

Có thể chữa khỏi tận gốc hắc lào hay không?

Phòng ngừa bệnh hắc lào?

Hắc lào là bệnh lý lành tính và không gây nguy hiểm đến sức khỏe tổng quát. Tuy nhiên nó có thể lây nhiễm từ người này sang người khác nên cần phải được điều trị. Nhiều người mắc bệnh hắc lào gặp khó khăn trong điều trị vì bệnh rất hay tái phát. Từ đó khiến cho mọi người nghi ngờ rằng không biết hắc lào có thể chữa khỏi tận gốc hay không. Để giải đáp thắc mắc này, các bạn hãy cùng lắng nghe tư vấn từ Bác sĩ Võ Thị Ngọc Hiền nhé!

Hắc làolà tên dân gian của một bệnh da liễu thường gặp đó là nấm da. Bệnh lý này gây ra bởi vi nấm Dermatophytes và có thể ảnh hưởng đến bất kì vị trí nào trên cơ thể. Để chẩn đoán chính xác bệnh, chúng ta dựa vào yếu tố nguy cơ, triệu chứng và các xét nghiệm.

Tiếp xúc thân mật với người mắc bệnh nấm da gợi ý khả năng bị lây nhiễm.

Thường xuyên ra mồ hôi và thói quen vệ sinh cơ thể kém tạo điều kiện cho nhiễm nấm.

Các bệnh lý khiến cho hệ miễn dịch của cơ thể bị suy yếu tạo điều kiện cho nấm bùng phát và gây bệnh.

Các loại nghề nghiệp, công việc tiếp xúc trực tiếp với đất hay động vật nhiễm nấm sẽ dễ bị mắc bệnh.

Tùy vào vị trí mắc bệnh mà sẽ có những biểu hiện khác nhau. Triệu chứng thường gặp là đốm, mảng đổi màu, tróc vảy và rất ngứa. Ngoài ra còn có mụn nước, mụn mủ hay rụng tóc kèm theo.

Cạo da vùng tổn thương đem soi với dung dịch KOH 10% dưới kính hiển vi cho thấy hình ảnh của bào tử và sợi nấm.

Dưới ánh sáng đèn Wood sẽ thấy những tổn thương da do nhiễm nấm phát huỳnh quang màu xanh lá cây nhạt.

Xem thêm:

Lang Ben có chữa được không?

Trước khi khám bệnh Lang ben cần biết những gì?

Các bạn có thể hoàn toàn yên tâm rằngcó thể chữa khỏi tận gốc bệnh hắc lào. Tuy nhiên, người bệnh cần kiên nhẫn và tuân thủ nguyên tắc điều trị để bệnh không tái phát trở lại.

Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, tránh lây lan;

Điều trị đúng phác đồ, đủ liệu trình, đủ liều và liên tục không ngắt quãng;

Áp dụng các biện pháp khử nấm gây bệnh trong quần áo và đồ dùng cá nhân;

Dự phòng lây nhiễm cho tập thể và điều trị đồng loạt cho mọi người nếu bệnh lan truyền trong tập thể.

Thuốc bôi tại chỗ

Thuốc bôi tại chỗ

Bác sĩ kê toa các loại thuốc bôi chứa thành phần Imidazoles, Allylamines, Naphthionates có tác dụng kháng nấm.

Cách dùng: nên bôi thuốc 2 lần mỗi ngày. Bôi thuốc rộng ra ngoài khỏi bờ tổn thương 1-2 cm. Bôi thuốc liên tục trong ít nhất 2 tuần và tiếp tục bôi thêm 1 tuần nữa khi tổn thương biến mất.

Lưu ý, không dùng các kem bôi có thành phần kháng nấm phối hợp với Corticoid vì tác dụng rất kém và gây biến chứng teo da. Tránh tự ý sử dụng hoặc tự ý ngưng thuốc làm cho bệnh khó kiểm soát.

Thuốc uống toàn thân

Thuốc uống toàn thân

Trong trường hợp thất bại với thuốc bôi, tổn thương lan rộng khắp cơ thể, bệnh hay tái phát có thể phải sử dụng thuốc chống nấm dạng uống do bác sĩ kê toa. Các loại thuốc uống chứa thành phần Griseofulvin, Itraconazole, Fluconazole, Terbinafine có tác dụng kháng nấm toàn thân.

Cách dùng: uống thuốc theo liều lượng và thời gian được hướng dẫn bởibác sĩ da liễu.

Lưu ý, không sử dụng thuốc uống kháng nấm toàn thân cho trẻ dưới 6 tuổi. Riêng Griseofulvin và Terbinafine vẫn dùng được cho trẻ trên 4 tuổi. Ngoài ra, cần chú ý đến chức năng gan khi sử dụng thuốc.

Khử nấm vật dụng cá nhân

Khử nấm vật dụng cá nhân

Khi bị hắc lào, các vi nấm có thể tồn tại trong quần áo và vật dụng cá nhân của người bệnh. Nếu chỉ dùng thuốc mà không khử các vi nấm, người bệnh sẽ dễ mắc bệnh trở lại khi tiếp tục sử dụng các vật dụng cá nhân nhiễm nấm.

Cách khử nấm: luộc quần áo, khăn tắm, chăn màn với nước sôi rồi giặt sạch lại. Sau khi giặt, lộn trái quần áo lại rồi phơi khô dưới nắng.

Bệnh hắc lào không khó điều trị và có thể trị khỏi hoàn toàn. Tuy nhiên bệnh sẽ dễ tái phát nếu chúng ta không loại bỏ các yếu tố thuận lợi. Để hạn chế bệnh tái phát và phòng tránh lây nhiễm, mọi người nên:

Mặc áo quần rộng rãi và thoáng mát.

Vệ sinh cá nhân sạch sẽ mỗi ngày. Thay quần áo đã được phơi khô dưới nắng, không mặc lại quần áo ẩm ướt.

Tránh dùng chung các đồ dùng cá nhân như khăn lau, quần áo… để hạn chế lây lan bệnh.

Không đi chân trần ở nơi công cộng như hồ bơi, phòng tắm công cộng.

Bảo vệ tay và chân khi làm các công việc tiếp xúc với đất và động vật.

Thường xuyên luyện tập thể dục thể thao để tăng cường hệ miễn dịch của cơ thể.

Điều trị cho tất cả mọi người khi bệnh lây lan trong tập thể để cắt đứt nguồn lây.

Hắc làolà bệnh nhiễm trùng da lành tính và có thể chữa khỏi hoàn toàn. Áp dụng các biện pháp dự phòng giúp phòng ngừa bệnh và hạn chế bệnh tái phát trở lại. Các bạn hãy cùng YouMed thực hành ngăn ngừa bệnh xảy ra nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hep-bao-quy-dau/

Nội dung bài viết

Hẹp bao quy đầu là gì?

Nguyên nhân hẹp bao quy đầu

Dấu hiệu hẹp bao quy đầu

Cách chẩn đoán hẹp bao quy đầu

Cách điều trị hẹp bao quy đầu

Cách phòng ngừa

Hẹp bao quy đầu là một bệnh lý phổ biến ở nam giới, đặc biệt là trẻ em. Dấu hiệu hẹp bao quy đầu có thể là tiểu rát hoặc bộ phận sinh dục bị sưng đỏ. Hãy cùng tìm hiểu về nguyên nhân, triệu chứng và cách điều trị bệnh lý này qua bài viết sau đây của Bác sĩ Huỳnh Nguyễn Uyên Tâm.

Hẹp bao quy đầu là bệnh lý bao quy đầu trên đầu dương vật không thể tuột ra khỏi quy đầu dễ dàng.

Hẹp bao quy đầu ở trẻ sơ sinh là một tình trạng bình thường, trừ khi nó gây ra một số triệu chứng cho trẻ thì mới được xem là bệnh lý. Tuy nhiên; ở trẻ lớn hơn, bệnh lí này có thể dẫn đến hậu quả gây ra sẹo xơ. Khả năng tuột lên được của da quy đầu tăng theo lứa tuổi. Chỉ có 50% ở trẻ có da quy đầu tuột lên được trước 1 tuổi, nhưng đến 92% ở trẻ trước 7 tuổi.

Hầu hết các bé trai mắc bệnh hẹp bao quy đầu là do quy đầu của trẻ vẫn còn dính vào dương vật. Trong khoảng 2 đến 6 năm đầu tiên của trẻ, đây là điều hoàn toàn bình thường. Khi trẻ khoảng 2 tuổi, bao quy đầu sẽ bắt đầu tuột ra một cách tự nhiên khỏi quy đầu. Bao quy đầu của một số bé trai có thể cần nhiều thời gian hơn để tuột ra bình thường. Trong quá trình tuột bao quy đầu, phụ huynh không nên dùng lực quá mạnh để tránh gây đau và làm tổn thương bao quy đầu của trẻ.

Viêm hoặc nhiễm trùng bao quy đầu hoặc đầu dương vật (quy đầu) có thể gây hẹp bao quy đầu ở trẻ em trai hoặc nam giới. Balanitis là tình trạng viêm nhiễm ở quy đầu. Đôi khi đó là kết quả của việc vệ sinh kém hoặc nhiễm trùng bao quy đầu.

Một trong những bệnh nhiễm trùng có thể dẫn đếnviêm Balanitisđược gọi là bệnh nấm địa y. Đó là tình trạng da có thể do phản ứng miễn dịch bất thường hoặc mất cân bằng hormone gây ra. Các triệu chứng có thể bao gồm các đốm hoặc mảng trắng trên bao quy đầu. Da có thể bị ngứa và dễ bị rách.

Tình trạng này ở người lớn xảy ra khi bị gặp chấn thương hoặc nhiễm trùng.Nguyên nhân hẹp bao quy đầutrong trường hợp này là do kéo bao quy đầu trở lại với lực quá mạnh lúc vệ sinh. Lực mạnh có thể làm rách da và tạo ra một vết sẹo khiến bao quy đầu bị hẹp hơn. Nguyên nhân nhiễm trùng có thể từ dương vật hoặc đường tiết niệu gây sưng đỏ, đau rát.

Đối với trẻ nhỏ, phụ huynh cần đưa trẻ đến gặp bác sĩ chuyên khoa để thăm khám nếu gặp cácdấu hiệusau:

Trong lúc vệ sinh, trẻ không thể tuột bao quy đầu.

Bao quy đầu đau và sưng đỏ, da có thể xuất hiện tình trạng căng bóng. Nhiều trường hợp bao quy đầu sẽ có màu tím vì bị nghẹt do máu không lưu thông.

Trẻ gặp vấn đề liên quan đến việc tiểu tiện như tiểu nhiều lần, thấy đau buốt khi tiểu, khó tiểu…

Trong quá trình thăm khám, bác sĩ sẽ hỏi bạn về các triệu chứng và lịch sử bệnh lý của trẻ, sau đó tiến hành kiểm tra bao quy đầu. Thông thường, trẻ không cần làm thêm bất cứ xét nghiệm nào khác.

Một số trường hợp trẻ cố gắng tuột bao quy đầu lên nhưng quên kéo xuống trong quá trình vệ sinh có thể gây nghẹt bao quy đầu. Ngoài ra, nghẹt bao quy đầu còn bắt nguồn từ việc trẻ bị viêm bao quy đầu trước đó.

Hình ảnh hẹp bao quy đầu ở trẻ sinh lý là lỗ mở lành lặn, trơn láng và không sẹo. Tuy nhiên, bệnh lý hẹp bao quy đầu có những triệu chứng: xuất hiện vòng xơ màu trắng, co rút xung quanh lỗ mở.

“Hẹp bao quy đầu có nguy hiểm không?” luôn là nỗi lo của nhiều bậc phụ huynh khi có con gặp phải tình trạng này. Chúng ta hoàn toàn có thể kiểm soát triệu chứng này nhờ vào việc vệ sinh sạch sẽ, sử dụng thuốc kháng sinh, giảm đau theo đúng chỉ định của bác sĩ. Tuy nhiên, một vài trường hợp cần có sự can thiệp của phẫu thuật để điều trị.

Việc điều trị bệnh lý này còn phụ thuộc vào nguyên nhân và mức độ nghiêm trọng của bệnh. Các phương pháp điều trị bao gồm:

1. Vệ sinh, nong bao quy đầu mỗi ngày

Nước tiểu đọng lại lâu dưới bao quy đầu có thể gây kích ứng. Vì vậy, bạn nên tuột bao quy đầu ra để rửa cho trẻ. Đồng thời dạy trẻ tuột bao quy đầu một cách nhẹ nhàng khi vệ sinh hằng ngày. Việc rửa bao quy đầu cũng rất đơn giản. Bạn chỉ cần rửa sạch bằng nước sạch và xà phòng nhẹ. Bạn cũng có thể cho quy đầu của trẻ ngâm trong nước ấm 5-10 phút; mục tiêu là để giảm đau nếu trẻ bị hẹp bao quy đầu.

Mặc dù việc vệ sinh thường xuyên rất quan trọng nhưng bạn cũng không nên lạm dụng quá nhiều. Bạn chỉ cần rửa bao quy đầu của trẻ mỗi lần một ngày bằng nước ấm. Nếu bạn sử dụng xà phòng, hãy chọn loại xà phòng an toàn cho da của trẻ.

Nếu bao quy đầu không được vệ sinh kỹ sẽ gây nhiều hậu quả nghiêm trọng. Chất dơ được tích tụ dưới bao quy đầu trong một thời gian dài sẽ cản trở việc tuột bao quy đầu. Khi đó, bao quy đầu có nguy cơ trở thành nơi sinh sản của vi khuẩn gây nhiễm trùng.

2. Thuốc

Nếu bao quy đầu của trẻ có dấu hiệu sưng đỏ, cần phải điều trị với kháng sinh. Bạn có thể dùng thuốc Steroid thoa tại vùng da quy đầu của trẻ. Đây là một loại kem giúp làm mềm bao quy đầu hỗ trợ việc tuột lên và kéo xuống. Thuốc được thoa lên quy đầu sau khi rửa sạch với nước.

3. Nong bao quy đầu

Nếu trẻ bị hẹp bao quy đầu sinh lý, việcnong bao quy đầusẽ cần sự hỗ trợ của bác sĩ. Trong quá trình nong, các bác sĩ có thể xịt thuốc tê vào quy đầu để giúp trẻ giảm đau. Việc nong bao quy đầu sẽ giúp bảo tồn bao quy đầu và cần được thực hiện mỗi ngày.

4. Phẫu thuật

Cắt (một phần hoặc toàn bộ) bao quy đầu có thể được thực hiện nếu các phương pháp điều trị khác không thành công. Tuy nhiên, phương pháp này phải được bác sĩ chỉ định sau khi đã thăm khám. Những vấn đề trẻ thường gặp sau khi thực hiện phẫu thuật: chảy máu, nhiễm trùng.

Phẫu thuật thường chỉ được đề xuất là phương án cuối cùng. Nếu bao quy đầu của trẻ bị xơ hóa, bác sĩ sẽ chỉ định phẫu thuật. Trong trường hợp nghiêm trọng là nghẹt bao quy đầu, việc thiếu lưu lượng máu đến dương vật có thể gây chết mô (hoại tử). Khi đó, cần phải phẫu thuật cấp cứu cho trẻ ngay lập tức.

Sau khi cắt bao quy đầu, vùng quy đầu sẽ mất đi lớp áo bảo vệ nên dễ bị tổn thương. Do đó, ngoài theo dõi những dấu hiệu sưng đỏ hay chảy máu dương vật, bạn vẫn phải vệ sinh mỗi ngày cho trẻ. Những tổn thương sau phẫu thuật nếu không được điều trị sẽ khiến trẻ có thể mất cảm giác ở vùng này.

Ngăn ngừa các triệu chứng của hẹp bao quy đầu phụ thuộc vào việc giữ vệ sinh tốt.

Nam giới có dương vật dài nên nhẹ nhàng vệ sinh dương vật và bao quy đầu bằng nước ấm hàng ngày sẽ giúp tránh được các vấn đề mà dài bao quy đầu gây ra. Đồng thời, nên tập kéo bao quy đầu ra hàng ngày. Điều này sẽ tạo điều kiện để giữ cho da lỏng lẻo và tránh nhiễm trùng.

Đối với các bé trai, bao quy đầu có bao quy đầu sẽ không kéo lại được vì nó vẫn còn dính vào dương vật. Nó sẽ bắt đầu tách ra một cách tự nhiên từ 2 đến 6 tuổi, mặc dù có thể mất nhiều thời gian hơn. Cha mẹ không nên cố gắng buộc bao quy đầu trở lại trước khi nó sẵn sàng, vì điều này có thể gây đau đớn và làm tổn thương bao quy đầu.

Các bậc phụ huynh hoàn toàn có thể phát hiện tình trạnghẹp bao quy đầutrong lúc tắm cho trẻ. Đa số trường hợp hẹp bao quy đầu là do sinh lí. Việc vệ sinh và nong bao quy đầu được xem là phương pháp điều trị chính bệnh lý hẹp bao quy đầu. Để tránh gây ra những biến chứng về sau; bạn nên dắt trẻ đến khám để được các bác sĩ tư vấn và hỗ trợ kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hep-dong-mach-than-bieu-hien-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Các động mạch thận là gì?

2. Hẹp động mạch thận là gì?

3. Bệnh phổ biến như thế nào?

4. Triệu chứng của hẹp động mạch thận

5. Hẹp động mạch thận do nguyên nhân gì?

6. Hẹp động mạch thận có thể gây ra biến chứng gì?

7. Những ai nên tầm soát hẹp động mạch thận?

8. Các xét nghiệm hình ảnh để chẩn đoán hẹp động mạch thận?

9. Hẹp động mạch thận được điều trị như thế nào?

Hẹp động mạch thận là tình trạng giảm đường kính một hoặc nhiều động mạch dẫn máu đến thận. Đây là nguyên nhân chính gây tăng huyết áp thứ phát và có thể chiếm 1-10% trong số 50 triệu trường hợp tăng huyết áp ở Hoa Kỳ. Sau đây, mời bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô tìm hiểu về bệnh hẹp động mạch thận qua bài viết sau.

Các động mạch thận có vai trò mang máu từ tim đến thận. Chúng phân nhánh trực tiếp từ động mạch chủ (động mạch chính đi ra từ tim) ở hai bên và kéo dài đến mỗi thận. Các động mạch này đưa một lượng máu rất lớn đến thận để lọc máu.

Tim bơm ra khoảng 5 lít máu mỗi phút và khoảng 1-1,5 lít (25%) tổng thể tích máu được tim bơm đi qua thận mỗi phút.

Đây là tình trạng giảm đường kính của động mạch thận. Hậu quả làm hạn chế lưu lượng máu đến thận có thể dẫn đến suy giảm chức năng thận (suy thận) và làm tăng huyết áp được gọi là tăng áp do mạch thận.

Tăng áp do mạch thận có khả năng xảy ra do hẹp động mạch một bên hoặc cả hai bên thận. Lưu lượng máu đến thận giảm làm suy giảm chức năng thận. Tình trạng này có thể gây suy thận ở một số bệnh nhân.

Tuy nhiên, không có mối liên hệ có thể đoán trước được giữa suy thận và hẹp động mạch thận. Một số bệnh nhân bị hẹp động mạch hai bên thận rất nặng nhưng chức năng thận lại bình thường. Hầu hết các trường hợp suy thận thường có kèm theo đái tháo đường, tăng huyết áp mãn tính, xơ hóa cầu thận, bệnh thận do thuốc cản quang, nhiễm độc thuốc và các nguyên nhân khác.

Tình trạng phổ biến hơn ở những người từ 50 tuổi trở lên. Người ta ước tính rằng mức độ hẹp lớn hơn 50% được tìm thấy ở khoảng 18% người lớn từ 65-75 tuổi và 42% những người trên 75 tuổi. Điều này có thể do xơ vữa động mạch phổ biến hơn ở nhóm tuổi này.

Ở những bệnh nhân trẻ tuổi, động mạch thận bị hẹp thường là do thành động mạch dày lên (loạn sản sợi xơ) và bệnh này thường gặp ở phụ nữ hơn nam giới.

Người ta ước tính rằng hẹp động mạch thận chiếm khoảng 1% các trường hợp huyết áp nhẹ đến trung bình. Và có thể là nguyên nhân của khoảng 10% các trường hợp huyết áp cao kháng trị.

Tình trạng này thường không gây ra bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào cho đến khi nó tiến triển nặng. Một số trường hợp, nó có thể được phát hiện tình cờ khi vô tình khám vì một vấn đề sức khỏe khác. Có thể nghi ngờ động mạch thận bị hẹp khi có:

Huyết áp tăng cao đột ngột hoặc trầm trọng không giải thích được

Cao huyết áp bắt đầu trước 30 tuổi hoặc sau 50 tuổi

Phát hiện tình cờ thông qua xét nghiệm hình ảnh cho thấy một quả thận nhỏ hơn so với thận còn lại.

Khi bệnh tiến triển, các dấu hiệu và triệu chứng khác có thể bao gồm:

Huyết áp cao khó kiểm soát (cao huyết áp kháng trị)

Âm thổi động mạch thận khi bác sỹ thăm khám

Nồng độ protein tăng cao trong nước tiểu hoặc các dấu hiệu khác cho thấy chức năng thận bất thường

Chức năng thận xấu đi trong quá trình điều trị cao huyết áp

Phù mềm toàn thân do ứ dịch trong cơ thể

Suy tim kháng trị

Phần lớn căn nguyên là do xơ vữa động mạch thận. Tình trạng này tương tự như quá trình xơ vữa mạch máu ở tim và các cơ quan khác trong cơ thể.

Các yếu tố nguy cơ gây xơ vữa động mạch bao gồm:

Nồng độ cholesterol trong máu cao

Cao huyết áp mạn tính

Lớn tuổi

Hút thuốc lá

Bệnh tiểu đường

Béo phì

Nguyên nhân ít phổ biến hơn của là các tình trạng loạn sản sợi cơ (hẹp mạch do sự dày lên bên trong của thành mạch máu), viêm động mạch, hoặc bóc tách động mạch th.

Có thể bạn muốn tham khảo thêm:Loạn sản sợi cơ: Dấu hiệu, Nguyên nhân, Chẩn đoán và Điều trị

Các biến chứng có thể xảy ra bao gồm:

Huyết áp cao kháng trị

Suy thận, cần điều trị bằng lọc máu hoặc ghép thận

Giữ nước trong cơ thể gây phù toàn thân

Khó thở do dịch tích tụ trong khoang màng phổi (tràn dịch màng phổi)

Đánh giá hẹp động mạch thận có thể được thực hiện ở những bệnh nhân bị suy thận tiến triển không rõ nguyên nhân, hoặc ở những người bị cao huyết áp kháng trị (cao huyết áp không thể kiểm soát được bằng thuốc). Nghi ngờ động mạch thận bị hẹp có thể được xem xét khi có bất kỳ hoặc tất cả những điều sau:

Cao huyết áp kháng trị

Có âm thổi động mạch thận đi kèm với cao huyết áp

Huyết áp tăng vừa phải đến rất cao, khởi phát trước 30 tuổi hoặc sau 50 tuổi.

Huyết áp tăng vừa phải đến rất cao ở một người bị xơ vữa động mạch đã biết do có tiền sử bệnh tim hoặc đột quỵ.

Huyết áp cao đang kiểm soát trở nên khó kiểm soát.

Chức năng thận xấu đi sau khi bắt đầu dùng một số loại thuốc điều trị cao huyết áp như thuốc ức chế men chuyển, thuốc chẹn thụ thể angiotensin (ARB)

Chụp động mạch thận là xét nghiệm tốt nhất để phát hiện mức độ hẹp của động mạch thận. Tuy nhiên, chụp mạch không phải là xét nghiệm chính và chỉ được thực hiện cho những bệnh nhân có bằng chứng hẹp động mạch bằng xét nghiệm không xâm lấn khác như siêu âm, CTscan hoặc MRI.

Chụp động mạch là một phần của thủ thuật can thiệp động mạch thận, nói chung đích cuối cùng của thủ thuật can thiệp này là dùng để nong mạch và có thể đặt stent để điều trị hẹp động mạch được xác định bằng các xét nghiệm ít xâm lấn kể trên.

Hình ảnh chụp động mạch thận là việc đưa một ống thông vào động mạch quay hoặc động mạch đùi (thông thường là động mạch đùi). Sau đó thuốc nhuộm được tiêm vào, và chụp ảnh X quang để xem kích thước của mạch máu và mức độ thu hẹp.

Nếu thấy chỗ hẹp có thể điều trị được,  có thể tiếp tục nong mạch hoăc đặt stent để điều trị hẹp động mạch.

Chụp mạch cộng hưởng từ (MRA) tương tự như chụp cộng hưởng từ (MRI). Thuốc cản quang được tiêm vào máu qua tĩnh mạch ở cánh tay. Sau đó động mạch thận sẽ được chụp lại và phân tích. Độ chính xác của xét nghiệm này là tương đối cao.

Chụp CT mạch máu cũng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc cản quang vào máu và chụp ảnh động mạch thận. Phương pháp cần thận trọng dùng ở những bệnh nhân bị suy thận.

Đây là xét nghiệm hình ảnh ít xâm lấn nhất để đánh giá tình trạng hẹp của động mạch thận. Nó được thực hiện tương tự như siêu âm thông thường bằng cách đặt một đầu dò trên bụng để hình dung dòng chảy qua các động mạch thận và cũng để đo kích thước ở chỗ hẹp. Độ chính xác của nó tương tự như các thử nghiệm khác ở trên.

Tuy nhiên ưu điểm của nó là có thể đo kích thước của sự thu hẹp cũng như dòng chảy qua chỗ hẹp. Nhược điểm của xét nghiệm là tốn nhiều thời gian và có thể mất đến vài giờ để hoàn thành. Kết quả và độ chính xác của xét nghiệm cũng phụ thuộc rất nhiều vào chuyên môn và kinh nghiệm của kỹ thuật viên siêu âm.

Việc điều trị có thể bao gồm thay đổi lối sống, dùng thuốc và một thủ thuật để khôi phục lưu lượng máu đến thận.

Duy trì cân nặng hợp lý: Khi cân nặng tăng lên, huyết áp cũng sẽ tăng lên. Nếu bạn thừa cân, giảm cân có thể giúp giảm huyết áp.

Hạn chế muối trong chế độ ăn uống: Muối và thức ăn mặn khiến cơ thể giữ nước. Điều này có thể làm tăng cung lượng máu và làm tăng huyết áp.

Hoạt động thể chất: Hoạt động thể chất thường xuyên có thể giúp giảm cân, giảm nguy cơ mắc bệnh tim, giảm cholesterol và giảm huyết áp.

Giảm căng thẳng có thể làm giảm huyết áp.

Uống rượu ở mức độ vừa phải, nếu có.

Ngừng hoặc không hút thuốc: Thuốc lá làm tổn thương thành mạch máu và đẩy nhanh quá trình xơ cứng động mạch.

Huyết áp cao ngay cả khi do động mạch thận bị hẹp thường có thể được điều trị thành công bằng thuốc.

Một số loại thuốc thường được sử dụng để điều trị huyết áp cao liên quan đến hẹp động mạch thận bao gồm:

Thuốc ức chế men chuyển (ACE) và thuốc chẹn thụ thể angiotensin II (ARB), giúp giãn mạch máu và ngăn chặn sự hình thành angiotensin II (một chất trong cơ thể làm thu hẹp mạch máu).

Thuốc lợi tiểu, giúp cơ thể bạn loại bỏ natri và nước dư thừa trong cơ thể.

Thuốc chẹn beta và thuốc chẹn alpha-beta, tác dụng làm tim đập chậm, giãn mạch máu.

Thuốc chẹn kênh canxi giúp giãn mạch máu.

Nếu xơ vữa động mạch là nguyên nhân cơ bản của hẹp động mạch thận, bác sĩ cũng có thể đề nghị dùng aspirin và thuốc giảm cholesterol.

Nong và đặt stent mạch thận là thủ thuật để thông chỗ hẹp giúp cải thiện lưu lượng máu đến thận. Trong thủ thuật này, các bác sĩ sẽ mở rộng động mạch thận bị hẹp và đặt một thiết bị (stent) bên trong mạch máu để giữ cho các thành mạch mở ra và cho phép máu lưu thông tốt hơn.

Chỉ định của thủ thuật:

Hẹp động mạch thận gây tăng huyết áp ác tính, tăng huyết áp không kiểm soát được bằng thuốc

Suy thận tiến triển

Hẹp động mạch thận ở người có một thận

Có triệu chứng suy tim hoặc phù phổi thoáng qua tái phát nhiều lần

Cải thiện triệu chứng của bệnh động mạch thận đồng thời có đau thắt ngực không ổn định hoặc suy tim

Hẹp động mạch thận là căn bệnh khá phổ biến đặc biệt là ở người cao tuổi. Bạn có thể hạn chế bệnh bằng cách áp dụng lối sống lành mạnh ngay từ hôm nay. Đừng quên theo dõi các bài viết tiếp theo của YouMed để cập nhật cho mình nhiều thông tin hữu ích nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hep-eo-dong-mach-chu/

Nội dung bài viết

Khái quát về hẹp eo động mạch chủ

Vấn đề gặp phải khi bị hẹp eo động mạch chủ

Yếu tố nguy cơ mắc phải

Nguyên nhân hẹp eo động mạch chủ

Triệu chứng lâm sàng theo đối tượng

Chẩn đoán hẹp eo động mạch chủ

Điều trị hẹp eo động mạch chủ

Theo dõi bệnh nhân hẹp eo động mạch chủ

Hẹp eo động mạch chủ có nguy hiểm không?

Tại Việt Nam, bệnh lý liên quan đến động mạch chủ thường gây biến chứng nguy cơ tử vong cao vì bệnh nhân không được phát hiện bệnh kịp thời. Hẹp eo động mạch chủ cũng không phải là căn bệnh ngoại lệ. Do vậy, trong bài viết dưới đây, Youmed hi vọng cung cấp được đầy đủ thông tin cần thiết để nhận diện và điều trị bệnh tim bẩm sinh dễ bị bỏ sót này.

Động mạch chủ là động mạch chính và lớn nhất ở cơ thể người, có hình cây gậy, bắt nguồn từ tâm thất trái của tim chạy một vòng chữ U vòng lên ngực trên và kết thúc quanh vùng rốn. Động mạch chủ đóng vai trò chủ yếu trong việc duy trì sự tuần hoàn của máu trong thời kì tâm trương sau khi chúng được đẩy vào trong động mạch chủ bởi tâm thất trái trong thời kì tâm thu.

Hẹp eo động mạch chủ được định nghĩa là sự thu hẹp của động mạch chủ ở gần vị trí xuất phát của động mạch dưới đòn trái. Hậu quả, dòng máu trước chỗ hẹp bị cản trở, khiến áp lực buồng tim gia tăng, dẫn tới phì đại thất trái và suy tim.

Thông liên thất.

Còn ống động mạch.

Van động mạch chủ hai lá van với hẹp và hở van.

Hội chứng Turner(Thống kê cho thấy 30% bệnh nhân hội chứng Turner có hẹp eo động mạch chủ. Ngược lại, 5 – 15% bệnh nhân nữ hẹp eo động mạch chủ có hội chứng Turner).

Thất phải hai đường ra.

Chuyển vị hai đại động mạch.

Hội chứng Shone(van hai lá hình dù, màng ngăn nhĩ trái, hẹp van động mạch chủ và hẹp eo động mạch chủ).

Hẹp eo động mạch chủ là một tật tim bẩm sinh thường gặp, tỉ lệ 6 – 8%. Trong đó, nam giới có tỉ lệ cao hơn, tỉ lệ ở nam : nữ là 1,7 : 1.

Mặc dù không có đột biến gen đặc hiệu nào được xác định rõ ràng. Tuy nhiên, thế giới đã ghi nhận các trường hợp hẹp eo động mạch có tính chất gia đình. Căn bệnh này có thể gặp trong hội chứng Williams-Beuren, hội chứng Sturge-eber.

Hẹp eo động mạch chủ có thể mắc phải do quá trình viêm trong viêm mạch Takayasu hoặc xơ vữa.

Cơ chế sinh lý bệnh chính xác vẫn chưa rõ ràng. Hiện có hai giả thuyết chính được đưa ra gồm:

Giảm dòng máu tới tử cung dẫn tới kém phát triển quai động mạch chủ của bào thai.

Vùng mô của thành động mạch chủ của thai nhi bị dày lên bất thường do mô từ đoạn động mạch khác bò sang.

Biểu hiện lâm sàng của hẹp eo phụ thuộc vào thời gian phát hiện bệnh, mức độ hẹp eo và sự phát triển tuần hoàn bàng hệ. Trẻ có thể không có triệu chứng nếu động mạch chủ bị hẹp mức độ không nặng hoặc tồn tại ống động mạch.

Ống động mạch là đoạn mạch nối động mạch phổi và động mạch chủ, sẽ đóng lại theo tự nhiên.

Trẻ có thể xuất hiện các triệu chứng trong vài giờ sau sinh hoặc khi được vài ngày tuổi. Nếu hẹp động mạch chủ nặng sau khi sinh, trẻ sẽ có các triệu chứng:

Thở mệt.

Đi cầu ra máu.

Vã mồ hôi khi bú.

Tím tái, xanh xao.

Lượng nước tiểu giảm.

Ăn uống kém, ọc sữa hay dịch bất thường.

Ngay sau khi ống động mạch đóng lại, máu không lưu thông được qua ống động mạch. Máu cũng không chảy được qua đoạn hẹp eo. Vì vậy, các triệu chứng của suy tuần hoàn đôi khi xuất hiện nhanh chóng như:

Thở nhanh.

Huyết áp tụt.

Mạch nhanh, tim nhanh.

Vô niệu và toan chuyển hóa có thể xuất hiện trong vòng vài giờ.

Không sờ thấy mạch chi dưới. Trong trường hợp nặng, mạch chi trên cũng yếu do suy thất trái.

Các triệu chứng ở trẻ lớn hơn có thể bao gồm:

Đau ngực.

Chảy máu cam.

Đau đầu, chóng mặt.

Chuột rút hay lạnh chân.

Chậm phát triển thể chất, khó tăng cân.

Khó thở khi gắng sức như đá banh, tập thể dục, leo cầu thang…

Đến tuổi trưởng thành hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng. Triệu chứng thường khởi phát khi có tăng huyết áp nhiều như: đau đầu, các triệu chứng của suy tim hoặc tách thành động mạch chủ. Đau chi dưới cách hồi có thể gặp khi hoạt động gắng sức.

Khi khám, bác sĩ có thể tìm các dấu hiệu sau đây:

Đo huyết áp hai tay và huyết áp ở hai chân để tìm sự chênh lệch huyết áp. Khi đó, huyết áp tăng ở chi trên, huyết áp chi dưới thấp hoặc không đo được.

Khi bắt mạch có thể thấy động mạch đùi nảy chậm hơn so với động mạch cánh tay. Đây là dấu hiệu điển hình của động mạch chủ có hẹp eo.

Tiếng thổi tâm thu tống máu ở vùng cao cạnh ức bên trái và vùng dưới xương vai trái.

Có thể nghe thấy tiếng thổi do các tổn thương khác đi kèm như tiếng thổi tâm thu của hẹp van.

Dấu phì đại thất trái.

Đoạn ST – T bất thường.

Mặt cắt trên hõm ức giúp đánh giá quai động mạch chủ.

Siêu âm Doppler màu và Doppler xung có thể xác định vị trí hẹp eo động mạch chủ.

Siêu âm Doppler liên tục giúp ước tính mức độ nặng của hẹp eo động mạch chủ.

Ngoài ra, siêu âm giúp tìm các bệnh bẩm sinh phối hợp, đánh giá kích thước buồng tim và chức năng tim.

Tìm dấu ấn lõm xương sườn.

Tất cả bệnh nhân có hẹp eo nên ít nhất 1 lần chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ hệ mạch máu để đánh giá đầy đủ động mạch chủ và các mạch máu trong sọ. Điều này sẽ giúp:

Phát hiện được hẹp eo động mạch chủ và những bất thường kèm theo với độ chính xác rất cao (> 95%).

Quan sát toàn bộ hệ thống động mạch chủ. Bao gồm: động mạch chủ lên, quai động mạch chủ, động mạch chủ xuống, van động mạch chủ và tuần hoàn bàng hệ.

Theo dõi liên tục sau phẫu thuật để đánh giá tình trạng giãn động mạch chủ hoặc hình thành phình mạch mới.

Cộng hưởng từ được ưu tiên hơn cắt lớp vi tính vì giảm nguy cơ thời gian phơi nhiễm với tia xạ.

Trẻ sơ sinh mắc phải dị tật này mức độ nặng có nguy cơ suy tim và tử vong khi ống động mạch đóng lại.

Các phương pháp điều trị bao gồm:

Truyền tĩnh mạch prostaglandin E1 để duy trì ống động mạch.

Chỉ định phẫu thuật khi tình trạng bệnh nhân ổn định.

Ở người lớn, biện pháp điều trị chủ yếu vẫn là giải quyết tình trạng hẹp eo. Chỉ định can thiệp được đặt ra khi độ chênh áp giữa chi trên và chi dưới > 20 mmHg.

Hẹp eo động mạch chủ có thể phẫu thuật hoặc nong bằng bóng qua da và/hoặc đặt stent. Lựa chọn biện pháp can thiệp dựa trên hình ảnh động mạch chủ và thảo luận bởi các bác sĩ nội khoa, bác sĩ can thiệp tim mạch và bác sĩ phẫu thuật tim mạch có kinh nghiệm điều trị bệnh tim bẩm sinh.

Phẫu thuật được chỉ định khi đoạn hẹp eo dài, phình hoặc giả phình động mạch chủ, thiểu sản quai động mạch chủ. Bác sĩ sẽ giải thích các tình trạng kể trên khi tư vấn cho bạn phẫu thuật. Các lựa chọn bao gồm:

Cắt bỏ đoạn hẹp eo và nối hai đầu còn lại của mạch máu với nhau

Mổ bắc cầu nối qua đoạn hẹp eo

Tạo hình eo động mạch chủ bằng động mạch dưới đòn và tạo hình eo động mạch chủ bằng miếng vá nhân tạo

Nong bóng được ưu tiên hơn ở những trường hợp tái hẹp eo, hẹp kiểu thắt.

Đặt stent động mạch chủ ở trẻ em cần lên kế hoạch can thiệp lại để nong giãn stent khi đứa trẻ lớn lên. Hiện tại đã có thế hệ stent mới có thể nong nhiều lần khi trẻ lớn lên.

Những biến chứng của can thiệp nong và đặt stent qua chỗ hẹp eo khá cao (15%) bao gồm:

Chênh áp tồn dư (huyết áp giữa tay và chân vẫn chênh lệch rõ).

Tái hẹp, tách thành động mạch chủ.

Hình thành phình mạch và biến chứng tại động mạch đùi.

Tất cả bệnh nhân hẹp eo động mạch chủ đã phẫu thuật hoặc nong nên được theo dõi sát. Mục đích nhằm phát hiện và kiểm soát tăng huyết áp cũng như yếu tố nguy cơ tim mạch khác. Tình trạng tim mạch cần được đánh giá lại hàng năm. Do đó bạn cần:

Thảo luận giữa bác sĩ tim mạch và chuyên gia về tim bẩm sinh ở người lớn. Quá trình trao đổi thực hiện ngay từ lần khám đầu tiên để xác định các yếu tố nguy cơ. Đặc biệt, các tổn thương giải phẫu và những bất thường đi kèm sẽ được đánh giá hoàn chỉnh hơn.

Bệnh nhân sau sửa chữa dị tật bẩm sinh này nên được đánh giá lại bằng chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ động mạch chủ sau 5 năm hoặc ít hơn tùy thuộc và đặc điểm giải phẫu trước và sau sửa chữa.

Chẩn đoán bệnh lí hẹp eo không khó. Tuy nhiên, tỉ lệ bỏ sót chẩn đoán khá cao. Chính vì vậy, tình trạng bệnh không được điều trị. Hậu quả gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm như:

Suy tim.

Rách động mạch chủ.

Hẹp van động mạch chủ.

Phình dãn động mạch chủ.

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

Sốc tim, suy tuần hoàn, trụy mạch.

Suy thậndo thận không được tưới máu đầy đủ.

Tăng huyết áp, nhất là tăng huyết áp người trẻ.

Bệnh động mạch vành: hẹp mạch máu nuôi tim.

Phình dãn động mạch trong não hay chảy máu não.

Cách tốt nhất để phòng ngừa hẹp eo động mạch chủ là đảm bảo thai kì khỏe mạnh, không sinh con muộn sau tuổi 35. Nhờ đó, các bất thường về nhiễm sắc thể sẽ được giảm thiểu.

Dùhẹp eo động mạch chủcó thể điều trị, bạn cần theo dõi cẩn thận suốt đời theo sự dặn dò của bác sĩ để phát hiện các biến chứng và phòng ngừa tái phát. Khi có bất kì triệu chứng nào kể trên trong bài viết, bạn nên đi khám ngay để được chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hep-khop-hang-nguyen-nhan-trieu-chung-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Hẹp khớp háng là gì?

2. Triệu chứng

3. Nguyên nhân nào gây hẹp khớp háng?

4. Xét nghiệm và chẩn đoán hẹp khớp háng

5. Điều trị hẹp khớp háng như thế nào?

Vùng hông là nơi xương đùi kết nối với ổ khớp của xương chậu. Nó được gọi là khớp ổ chảo – chỏm cầu vì phần trên chỏm xương đùi khớp với ổ khớp của xương chậu, giống như một quả bóng vừa khít với găng tay. Để biết thêm thông tin cơ bản về tình trạng hẹp khớp háng, hãy tìm hiểu cùng ThS.BS Vũ Thành Đô trong bài viết dưới đây.

Thông thường, chỏm xương đùi sẽ hoạt động trơn tru trong ổ khớp. Nhưng khi chỏm xương đùi hoặc ổ khớp có vấn đề sẽ gây ảnh hưởng đến hoạt động của cấu trúc này. Chấn thương do gập hông lặp đi lặp lại gây tổn thương phần sụn của ổ khớp, dẫn tới hẹp khớp háng hoặc hẹp ổ khớp chỏm đùi. Đây được cho là nguyên nhân chính gây ra thoái hóa khớp háng sớm, đặc biệt là ở những người dưới 40 tuổi.

Bạn có thể bị hẹp khớp háng nhiều năm nhưng không biết, bởi vì nó thường không gây đau trong giai đoạn đầu.

Khi hẹp khớp háng gây ra triệu chứng, đây được gọi là hội chứng hẹp khớp háng. Triệu chứng chính là đau ở vùng háng. Đặc biệt, triệu chứng đau tăng khi đi bộ hoặc gập đùi và giảm mức độ vận động của hông.

Lúc đầu, bạn có thể chỉ cảm thấy đau khi vận động hông quá mức. Tuy nhiên, khi bệnh tiến triển, bạn có thể cảm thấy đau với những hoạt động như đi bộ lên cao hoặc ngồi lâu. Cơn đau xuất hiện vào ban đêm hoặc khi đi bộ trên mặt phẳng cho thấy phần sụn của chỏm và ổ khớp đã bắt đầu bị phá vỡ và mòn đi. Đây là tình trạngthoái hóa khớp.

Có hai nguyên nhân chính gây hẹp khớp háng:

Biến dạng vùng chỏm xương đùi.Nếu đầu xương đùi không có hình dạng bình thường thì phần bất thường của đầu xương có thể bị kẹt trong ổ khớp. Điều này có thể xảy ra khi thực hiện các hoạt động như đi xe đạp hoặc buộc dây giày.

Biến dạng của ổ khớp.Nếu vành trước của ổ khớp nhô ra quá xa, vùng xương đùi bên dưới đầu xương (hay còn gọi là cổ xương đùi) có thể bị va vào vành khi gập hông.

Trong một số trường hợp, cả ổ khớp và chỏm xương đùi đều có vấn đề. Các vấn đề khác có thể gây hẹp khớp háng, chẳng hạn như:

Bệnh Legg-Calve-Perthes.Đây là một căn bệnh mà phần chỏm xương đùi không được cung cấp đủ máu và khiến xương chết đi.

Chứng trượt chỏm xương đùi.Đó là tình trạng chỏm xương đùi trượt khỏi hành xương ở thanh thiếu niên. Bệnh thường phổ biến hơn ởtrẻ em bị béo phì.

Tật đùi cong vào.Đây là một tình trạng bất thường ở trẻ em. Tình trạng này xảy ra khi xương đùi và chỏm xương không có cùng tốc độ phát triển dẫn đến sự sai lệch giữa hai thành phần. Hậu quả của sự sai lệch là sẽ gây biến dạng khớp háng của trẻ.

Nếu bạn có triệu chứng của hẹp khớp háng, bác sĩ có thể chẩn đoán bệnh dựa trên các triệu chứng bạn mô tả, quá trình thăm khám và kết quả xét nghiệm hình ảnh. Những xét nghiệm mà bạn có thể phải làm là:

Chụp X-Quang.Một xét nghiệm tạo ra hình ảnh của các cấu trúc bên trong. X-Quang có thể cho thấy những bất thường về hình dạng của chỏm xương hoặc phần xương thừa xung quanh vành ổ.

Chụp cộng hưởng từ (MRI).Xét nghiệm sẽ dùng nam châm, sóng từ và máy tính để tạo nên hình ảnh chi tiết của các mô bên trong cơ thể. MRI có thể cho thấy hình ảnh sụn bị sờn hoặc rách.

Chụp cắt lớp vi tính (CT).Một kỹ thuật sử dụng tia X và máy tính để tạo ra nhiều hình ảnh bên trong cơ thể. Chụp CT hoặc MRI có thể giúp bác sĩ quyết định xem bạn có cần phẫu thuật hay không.

Điều trị hẹp khớp háng nên được bắt đầu bằng các cách sau:

Tránh vận động phần hông bị ảnh hưởng.

Điều chỉnh các hoạt động của cơ thể để tránh di chuyển khớp và gây đau.

Tập thể dục theo hướng dẫn của bác sĩ hoặc chuyên gia vật lý trị liệu để tăng cường sức cơ vùng hông.

Sử dụng thuốc kháng viêm và thuốc giảm đau theo hướng dẫn của bác sĩ.

Nếu những phương pháp này không hiệu quả, bác sĩ có thể sẽ đề nghị phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật sẽ phụ thuộc vào vấn đề gây hẹp khớp háng và mức độ tổn thương của sụn.

Thông thường, phẫu thuật điều trị hẹp khớp háng có thể được thực hiện bằng cách nội soi khớp. Kỹ thuật này sẽ đưa một ống soi sáng và các dụng cụ vào vùng hông thông qua một vết rạch nhỏ thay vì rạch một đường dài. Nội soi khớp thường là một cuộc phẫu thuật mà bệnh nhân có thể về ngay trong ngày.

Nếu phẫu thuật càng sớm thì cơ hội hồi phục hoàn toàn sẽ càng lớn. Kể cả khi sụn đã bị hư hỏng thì phẫu thuật vẫn có thể giúp giảm đau và cải thiện mức độ vận động.

Tuy nhiên, nếu sụn bị tổn thương nghiêm trọng, thay khớp háng có thể là phương pháp điều trị duy nhất giúp bệnh nhân giảm đau và cải thiện chức năng.

Hiện nay các bác sĩ vẫn đang nghiên cứu những phương pháp điều trị đầy hứa hẹn. Một phương pháp trong đó là tiêm máu của bạn vào khớp để kích thích sự tăng trưởng của sụn.

Qua bài viết trên, ThS.BS Vũ Thành Đô mong gửi tới bạn đọc những thông tin hữu ích. Nếu có những triệu chứng bất thường, hãy đến khám bác sĩ để kịp thời chẩn đoán và điều trị. Điều đó sẽ làm tăng kết quả điều trị thành công và cải thiện chất lượng cuộc sống.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hep-van-dong-mach-chu-tat-tan-tat-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Hẹp van động mạch chủ là gì?

Nguyên nhân hẹp van động mạch chủ

Những người nào dễ bị hẹp van động mạch chủ?

Diễn tiến của bệnh hẹp van động mạch chủ

Biểu hiện của hẹp van động mạch chủ

Chẩn đoán bệnh hẹp van động mạch chủ

Điều trị bệnh hẹp van động mạch chủ như thế nào?

Theo dõi bệnh nhân hẹp van động mạch chủ như thế nào?

Thay đổi lối sống ở người hẹp van động mạch chủ

Có rất nhiều bệnh lý van tim với cơ chế phức tạp. Trong phạm vi bài viết này, chúng ta cùng tìm hiểu về bệnh lý hẹp van động mạch chủ: nguyên nhân, chẩn đoán và cách điều trị.

Trong cơ thể, máu di chuyển trong các mạch máu thành 2 vòng tuần hoàn với vai trò khác biệt. Ở vong tuần hoàn lớn, máu từ tim thông qua động mạch chủ để tới nuôi các cơ quan. Trong vòng tuần hoàn nhỏ, máu từ tim lên phổi để trao đổi oxy. Các van tim có vai trò đảm bảo cho dòng máu lưu thông đúng chiều, liên tục. Khi các van tim bị tổn thương sẽ dẫn tới bất thường máu lưu thông. Từ đó kéo theo hàng loạt tổn thương của hệ tim mạch.

Van động mạch chủ là van kiểm soát lưu thông dòng máu từ tim ra động mạch chủ. Động mạch chủ (ĐMC) là động mạch lớn nhất trong cơ thể. Từ đây, máu sẽ tới các cơ quan trong cơ thể cung cấp oxy và dinh dưỡng.

Trong thì tâm trương van động mạch chủ ngăn không cho máu đổ ngược từ ĐMC về tim. Trong thì tâm thu van mở để bơm máu từ tim lên động mạch chủ vào hệ tuần hoàn. Nếu van động mạch chủ bị tổn thương van không mở hết trong thời kỳ tâm thu gây hẹp van.

Hẹp van động mạch chủ làm máu chảy từ tim tới các cơ quan bị cản trở. Từ đó dẫn tới tổn thương toàn bộ cơ quan trong cơ thể.

Hẹp van động mạch chủ là bệnh lý van tim phổ biến nhất. Tuy nhiên lại khó khảo sát và nguy cơ tử vong cao nhất.

Nguyên nhân gây hẹp van động mạch chủ chia làm hai nhóm: bẩm sinh và mắc phải

Hẹp van động mạch chủ phát triển trong quá trình phát triển thai nhi. Bệnh xảy ra do bất thường khi hình thành các động mạch lớn.

Hẹp van động mạch chủ bẩm sinh chiếm 3% – 6% các dị tật bẩm sinh. Nam nhiều hơn nữ. Đặc biệt 20% bệnh nhân có kèm dị tật bẩm sinh về tim khác.

Hai nguyên nhân phổ biến gây hẹp van động mạch chủ là:

Thấp tim:

Hiện nay tỷ lệ thấp tim giảm xuống thấp. Chủ yếu do tình trạng dinh dưỡng cải thiện và môi trường sống sạch sẽ.

Thấp tim xuất hiện sau ít nhất 2- 4 tuần từ thời điểm bị nhiễm liên cầu ở họng. Thấp tim chỉ là một trong biểu hiện sau nhiễm liên cầu: tim, khớp, da, thần kinh,…

Liên cầu gây tình trạng viêm nhiễm tại các lá van. Viêm làm dính và hợp nhất các lá van dẫn đến co rút các bờ tự do của lá van từ đó gây hẹp. Mặt khác viêm làm tăng nhạy cảm của van động mạch chủ, gây xơ hóa, đóng vôi ở mép van.

Do các cơ chế trên hẹp van động mạch chủ do thấp thường có hở van đi kèm.

Thoái hóa van:

Thường xảy ra ở người già. Nghiên cứu cho thấy 30% người cao tuổi có hẹp van động mạch chủ ở nhiều mức độ. Van tim hoạt động thời gian dài sẽ bị thoái hóa. Các lá van sa xuống, vôi hóa, xơ cứng dẫn tới hẹp van.

Các yếu tố làm đẩy nhanh thoái hóa van như: thuốc lá, mỡ máu, tăng huyết áp…

Một số nguyên nhân hiếm gặp khác:viêm đa khớp dạng thấp, hội chứng miễn dịch khác.

Tùy theo từng nhóm nguyên nhân mà hẹp van động mạch chủ có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi:

Hẹp van động mạch chủ bẩm sinh phát hiện sớm ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ thường hẹp nặng. Nếu hẹp trung bình cho đến nhẹ thường biểu hiện trễ hơn ở thanh thiếu niên. Hẹp van động mạch chủ khi đã có triệu chứng thường đã diễn tiến nặng. Cần được tầm soát sớm ở những trẻ có tiền căn gia đình hoặc kèm dị tật bẩm sinh khác.

Đối với hẹp van động mạch chủ mắc phải, một số yếu tố nguy cơ là:

Người suy dinh dưỡng, sức đề kháng kém.

Có các bệnh hệ thống làm giảm khả năng miễn dịch:Đái tháo đường, lupus,HIV…

Người hút thuốc lá nhiều.

Chế độ ăn nhiều dầu mỡ: dễ dẫn tới xơ vữa, thoái hóa van.

Tăng huyết áp: tăng áp lực máu làm tăng gánh nặng lên các van tim. Từ đó đẩy nhanh quá trình thoái hóa van.

Môi trường sống không trong lành, dễ sinh sôi vi khuẩn, đặc biệt liên cầu trùng.

Ngoài ra giới nam và tuổi già cũng là yếu tố nguy cơ của hẹp van động mạch chủ.

Tiến triển của bệnh đặc trưng bởi một giai đoạn kéo dài không biểu hiện triệu chứng. Cho tới khi lỗ van động mạch chủ hẹp ở mức độ nhất định sẽ xảy ra nhiều biến chứng khác nhau. Tùy từng yếu tố nguyên nhân mà tốc độ quá trình này có thể nhanh hay chậm. Thoái hóa, vôi hóa van thường chậm hơn hẹp van do thấp tim. Tỉ lệ sống của bệnh nhân gần như bình thường khi không có triệu chứng. Nhưng khi đã phát triển triệu chứng cơ năng, tỷ lệ sống còn giảm xuống nhanh chóng nếu không mổ:

Khi bệnh nhân đã có đau ngực thì tỷ lệ sống còn chỉ đạt 50% sau 5 năm. Khi có đau ngực đặc biệt cần chú ý phát hiện thiếu máu động mạch vành. Đây là khảo sát quan trọng khi tiến hành điều trị bệnh nhân hẹp van động mạch chủ.

Khi đã có ngất thì tỷ lệ sống còn chỉ đạt 50% sau 3 năm. Tụt huyết áp, rối loạn nhịp, thiếu mãu não đột ngột là nguyên nhân ngất.

Khi đã có suy tim thì thời gian sống trung bình < 2 năm. Suy tim do hẹp van động mạch chủ do tăng áp suất trong buồng tim. Áp suất tăng làm cơ tim phải dùng một lực lớn để bóp máu đi qua lỗ van bị hẹp. Lâu ngày cơ tim sẽ suy yếu dần do hoạt động quá sức dẫn tới suy tim.

Đột tử có thể xảy ra ở những bệnh nhân hẹp van động mạch chủ đã có triệu chứng cơ năng.

Với mức độ nguy hiểm như trên, làm thế nào nhận biết sớm để được điều trị kịp thời? Như đã nói hẹp van động mạch chủ khi đã có triệu chứng thường nặng. Cần tầm soát sớm ở người có nguy cơ. Những biểu hiện của hẹp van động mạch chủ khi đã hẹp nặng là:

Đau ngực: do tăng tiêu thụ oxy cơ tim trong khi cung cấp oxy cho cơ tim bị giảm. Nghiên cứu có 40-80% số bệnh nhân hẹp van động mạch chủ đau ngực có kèmbệnh mạch vành.

Choáng váng, ngất: do tắc nghẽn đường ra khỏi tim và giảm khả năng tăng cung lượng tim, bệnh nhân hẹp van động mạch chủ có thể tụt huyết áp nặng trong các tình huống giảm sức cản ngoại vi dẫn đến choáng váng hoặc ngất.

Biểu hiện củasuy tim.

Đột tử: chủ yếu do hội chứng vành cấp và rối loạn nhịp nguy hiểm.

Bệnh cơ tim giãn nở được chẩn đoán dựa vào các yếu tố sau:

1. Hỏi bệnh sử: tiền căn gia đình, tiền căn thấp khớp, nhiễm trùng hầu họng, môi trường sống. Triệu chứng đau ngực, suy tim, rối loạn nhịp của bệnh nhân.

2. Thăm khám lâm sàng: cần bác sĩ khám, người bệnh chỉ nên tham khảo:

Tiếng thổi đặc trưng của hẹp van động mạch chủ.

Mạch đập nhẹ, tim đập mạch rộng trước ngực.

Triệu chứng suy tim:

Khó thở: khó thở khi nằm, khó thở về đêm, khó thở khi gắng sức.

Giảm khả năng hoạt dòng thể lực và gắng sức.

Phù: phù tay chân, mặt.

Bụng to lên do tích tụ dịch.

Xét nghiệm:

Xquang ngực: phát hiện dịch trong phổi, tim to,…

Điện tâm đồ: quan sát được hoạt động điện của tim và rối loạn nhịp tim.

Siêu âm tim: quan sát cấu trúc tim. Là khảo sát quan trọng quyết định bệnh có thể mổ hay không. Cần chuyên gia tim mạch trực tiếp thực hiện.

Chụp động mạch vành: phát hiện tình trạng động mạch vành có tắc nghẽn không?

Như đã nói, hẹp van động mạch chủ khi có triệu chứng thường đã diễn tiến nặng. Điều quan trọng là tầm soát để đến bệnh viện khám sớm. Tùy tình trạng của bệnh nhân, yếu tố nguy cơ mà bác sĩ sẽ cho các xét nghiệm phù hợp.

Cốt lõi của điều trị hẹp van động mạch chủ nặng là phẫu thuật thay van động mạch chủ. Phẫu thuật ưu tiên cho những bệnh nhân đã có triệu chứng cơ năng. Nguyên do vì thay van động mạch chủ có nguy cơ biến chứng khá cao. Tỷ lệ sống còn chỉ thực sự cải thiện khi bệnh nhân đã bộc lộ triệu chứng cơ năng. Hẹp van động mạch chủ tới mức độ nặng phải mổ thay van chỉ trong vòng 3 năm. Mổ sớm cũng có lợi đối với những bệnh nhân trẻ độ nặng vì nguy cơ cao bị đột tử.

Trong hẹp van động mạch chủ, điều trị bằng thuốc có vai trò kiểm soát triệu chứng và dự phòng. Thuốc không thay đổi được bản chất và tiên lượng xấu của bệnh mà chỉ giúp làm chậm diễn tiến. Việc phối hợp thuốc cũng rất phức tạp và cần nhiều kinh nghiệm. Chủ yếu là kiểm soát suy tim, bệnh động mạch vành và hạn chế viêm nhiễm cơ tim, van tim. Tóm lại bệnh nhân cần theo dõi sát triệu chứng và tuân thủ nghiêm ngặt y lệnh của bác sĩ.

Dùng các dụng cụ để tác động vào cấu trúc của tim mà không phẫu thuật. Phương pháp nàykhông thay thế đượcvai trò quan trọng của phẫu thuật van tim.

Nong van động mạch chủ bằng bóng qua da.Cải thiện triệu chứng rõ rệt đối với hẹp van động mạch chủ bẩm sinh hay ở người trẻ. Tuy nhiên không được áp dụng nhiều ở bệnh hẹp van động mạch chủ mắc phải. Sau thủ thuật, diện tích lỗ van tăng lên 50% song sau 6 tháng có tới 50% tái phát. Vì thế nong van động mạch chủ bằng bóng chỉ được chỉ định trong một số trường hợp nhất định:

Hẹp van động mạch chủ bẩm sinh ở trẻ em.

Bệnh nhân không thể mổ do tuổi cao hay có bệnh phối hợp.

Điều trị tạm thời trước khi mổ để có thời gian chuẩn bị.

Tỷ lệ tử vong của thủ thuật này khoảng 2-5%.

Đặt bóng trong động mạch chủ.Nhằm ổn định tạm thời tình trạng sinh tồn ở bệnh nhân hẹp van động mạch chủ nặng. Cải thiện triệu chứng suy tim nặng để chuẩn bị mổ.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng nhất, tuy nhiên chỉ định cũng rất nghiêm ngặt. Đây là cuộc mổ lớn, phức tạp, nhiều phương pháp mổ, nguy cơ tai biến cao và nhiều biến chứng. Do đó trước khi mổ cần chuẩn bị kĩ về cả sức khỏe bệnh nhân lẫn kĩ thuật kíp mổ. Tuy phức tạp nhưng có thể tóm tắt thành các phương pháp mổ sau:

Phẫu thuật Ross (ghép van tự thân): lấy van động mạch phổi của bản thân thay vào van động mạch chủ. Đây là phương pháp tối ưu nhưng kĩ thuật khó. Đòi hỏi phẫu thuật viên có trình độ cao và chi phí lớn.

Thay van cùng loài: thay van động mạch chủ của người hiến tặng. Van đáp ứng tốt với cơ thể và ổn định. Tuy nhiên trung bình 15 năm phải thay van do van không lớn lên cùng cơ thể người nhận.

Thay van khác loài: thay van của động vật. Không đáp ứng tốt bằng van người hiến tặng nên thường áp dụng cho bệnh nhân lớn tuổi. Và tất nhiên cũng giới hạn thời gian.

Thay van cơ học: van được thay thế bằng van nhân tạo kim loại. Ưu điểm là thời gian sử dụng lâu. Tuy nhiên không đáp ứng tốt bằng các van khác và phải uống thuốc chống đông máu suốt đời.

Tùy tình trạng bệnh nhân mà bác sĩ sẽ tư vấn phương pháp điều trị phù hợp nhất. Nếu được điều trị kịp thời, bệnh sẽ giảm được nguy cơ tử vong và cải thiện cuộc sống.

Hẹp van động mạch chủ là bệnh tiên lượng nặng khi đã có triệu chứng. Bệnh nhân hẹp van động mạch chủ chưa có triệu chứng cơ năng nên được theo dõi sát. Người bệnh phải được hướng dẫn để tới khám ngay khi có bất kỳ triệu chứng nào.

Siêu âm Doppler tim 1-6 tuần sau mổ thay van động mạch chủ. Điều này giúp đánh giá hoạt động của van để làm mốc theo dõi. Sau đó bệnh nhân được kiểm tra siêu âm định kỳ 1-2 lần/năm

Kiểm tra hiệu quả chống đông máu định kỳ để điều chỉnh liều phù hợp.

Ăn nhạt, ăn giảm muối để tránh tăng gánh nặng cho tim.

Tránh lo lắng, căng thẳng.

Hạn chế gắng sức nặng.

Tuân thủ y lệnh của bác sĩ, không được bỏ thuốc.

Không dùng chất kích thích như cà phê, rượu bia, thuốc lá.

Theo dõi sát triệu chứng bệnh và tới khám ngay khi thấy bất thường.

Hẹp van động mạch chủlà bệnh nguy hiểm có khả năng đột tử nếu không được điều trị. Phẫu thuật thay van là phương pháp điều trị tốt nhất nếu có chỉ định. Theo dõi sau mổ là quá trình phức tạp cần hợp tác giữa bệnh nhân và bác sĩ. Bệnh nhân cần duy trì lối sống lành mạnh và tuân thủ điều trị của bác sĩ. Phát hiện sớm, điều trị kịp thời và đúng đắn giúp cải thiện triệu chứng, tiên lượng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hep-van-2-la/

Nội dung bài viết

Giải phẫu tim

Hẹp van 2 lá là như thế nào?

Hẹp van 2 lá tại sao lại nguy hiểm?

Hẹp van 2 lá là do đâu?

Triệu chứng của hẹp van 2 lá?

Các cận lâm sàng cần thực hiện để chẩn đoán hẹp van hai lá

Điều trị hẹp van tim hai lá

Hẹp van tim hai lá là một bệnh lý khá phổ biến. Nó chiếm hơn hơn 40% tổng số ca mắc bệnh tim mạch trên toàn thế giới. Hẹp van tim 2 lá không chỉ khiến người bệnh mệt mỏi, khó thở, nặng ngực. Mà còn gây nhiều biến chứng, như suy tim phải, phù phổi, đột quỵ, nếu điều trị muộn. Bài viết sau của Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô sẽ giúp bạn hiểu rõ hẹp van 2 lá là gì, dấu hiệu nhận biết và cách giảm rủi ro khi mắc bệnh hẹp van 2 lá.

Quả tim con người được chia làm 4 buồng: 2 tâm nhĩ và 2 tâm thất. tâm nhĩ phải thông với tâm thất phải bởi van ba lá. Máu từ tâm thất phải được bóp lên động mạch Phổi qua van động mạch phổi đến Phổi. Tại đây, máu ít oxy, giàu CO2 được trao dổi để trở thành máu giàu oxy để theo tĩnh mạch phổi về tâm nhĩ trái. Tâm nhĩ trái thông với tâm thất trái qua lỗ van hai lá. Tâm thất trái co bóp đưa máu vào động mạch chủ qua van động mạch chủ. Từ đây, máu được đưa đi khắp cơ thể vể trao đổi oxy và chất dinh dưỡng.

Cấu trúc giải phẫu của van 2 lá: van 2 lá, vòng van, dây thừng gân và cột cơ.

Cấu trúc này giúp cho van 2 lá mở ra để máu đi từ tâm nhĩ trái xuống tâm thất trái và đóng lại không cho máu trào ngược về tâm nhĩ trái trong thời kì tâm thất phải bóp máu lên động mạch chủ.

Kích thước vòng van 2 lá thông thường khoảng 4 – 6 cm2. Vậy, hẹp van 2 lá là kích thước vòng van bị thu hẹp lại gây tắc nghẽn máu từ tâm nhĩ trái xuống tâm thất trái, kéo dài thời gian đổ đầy tâm thất trái.

Hẹp van 2 lá có ý nghĩa khi vòng van nhỏ hơn 2 cm². Lúc này, tâm nhĩ trái cần một áp lực đủ lớn để đẩy được dòng máu xuống tâm thất trái. Từ đó, cơ tâm nhĩ thay đổi để thích ứng với sự làm việc kể trên. Các sự thay đổi như: dày giãn nhĩ trái, tăng áp lực tiểu tuần hoàn. Nhĩ trái giãn lại sinh ra các hậu quả:loạn nhịp nhĩ,huyết khối chèn ép các cơ quan lân cận.

Máu từ tâm nhĩ trái không xuống hết tâm thất trái trong một chu trình tim nên bị ứ lại. Lâu dần, sự ứ máu này dội ngược và gây các biến chứng theo trình tự như sau:

Tĩnh mạch phổi, mao mạch phổi: cản trở sự trao đổi khí tại màng phế nang mao mạch phổi, gây khó thở, ho bọt hồng, ho ra máu.

Động mạch phổi: tăng áp động mạch phổi gây hở van động mạch phổi cơ năng.

Tâm thất phải, tâm nhĩ phải: dày, dãn thất phải, hở van 3 lá cơ năng, suy tim phải.

Tĩnh mạch ngoại biên nhất là chi dưới có thể sinh huyết khối. Huyết khối này một khi bong tróc có thể đi đến bất cứ nơi đâu trong cơ thể và gây tắc nghẽn mạch máu nuôi nơi đó, thường gặp nhất là động mạch phổi.

Về tâm thất trái, máu từ tâm nhĩ trái chỉ được đẩy xuống một phần nên lượng máu được tâm thất trái đưa ra đi nuôi cơ thể cũng giảm theo. Điều này dẫn đến mạch ngoại biên nhỏ, huyết áp bình thường hoặc thấp nhẹ.

Nguyên nhân gây ra hẹp van hai lá rất nhiều:

Thấp tim: thường gặp nhất, chiếm 99% hẹp van hai lá cần phẫu thuật.

Bẩm sinh: van 2 lá nhảy dù,…

Vôi hoá lá van hai lá, vòng van hai lá.

Biến chứng của cacinoid ác tính.

Lupus ban đỏ, viêm đa khớp dạng thấp.

Điều trị với methysergide (hiếm gặp): thuốc điều trị đau đầu do mạch máu.

Khiếm khuyết biến dưỡng di truyền.

Một trong những nguyên nhân dẫn đến hẹp van hai lá là U cacinoid. Vậy U cacinoid là bệnh gì? Tìm hiểu ngay:U Carcinoid và những nguy hiểm tiềm ẩn khôn lường

Thông thường bệnh nhân hẹp van lá được phát hiện một cách tình cờ khi khám tim. Khi đang theo dõi bệnh nhân thấp khớp cấp hoặc vì một biểu hiện chức năng hay tai biến của bệnh.

Bệnh nhân hẹp van lá có thể sẽ không có bất cứ triệu chứng gì cho đến khi diện tích van giảm còn khoảng 1/3 lỗ van bình thường.

Các triệu chứng thường gặp:

Khó thở: phần lớn là do sự giảm đàn hồi của phổi thường là khó thở khi nằm đầu thấp, khó thở khi làm việc gắng sức.

Ho ra máu, khạc đàm hồng: do vỡ tĩnh mạch phế quản bị dãn hay vỡ mao mạch phổi vào phế nang.

Đau ngực: khoảng 15% trường hợp có triệu chứng này, có thể do tăng áp lực tâm thất phải hay kết hợp với bệnh mạch vành.

Hồi hộp: do rối loạn nhịp tim gây ra.

Tắc nghẹn mạch máu đột ngột do huyết khối được sinh ra do máu ứ động tại tâm nhĩ hay do rối loạn nhịp tim.

Chèn ép các cơ quan lân cận do tim to: chèn ép thanh quản gây khàn tiếng, chèn ép thực quản gây nuốt nghẹn.

Các triệu chứng của suy tim phải: phù, gan to, báng bụng, tràn dịch màng phổi.

Triệu chứng tại tim: có âm thổi đặc trưng cho hẹp van hai lá là “rù tâm trương”.

Điện tâm đồ (ECG) là phương pháp theo dõi hoạt động, tốc độ cũng như nhịp điệu của tim. Khi tim hoạt động, tim co bóp sẽ phát ra các biến thiên của dòng điện. Lúc này điện tâm đồ là một đường cong có chức năng ghi lại các biến thiên đó. Trên đây, ta có thể ghi nhận các hình ảnh thể hình lớn nhĩ trái, nhĩ phải, thất phải; nhịp tim có đều hay không?

X-quang ngực thẳng: sử dụng tia X để thể hiện hình ảnh tim và phổi. Tại đây, chúng ta có thể thấy được hình ảnh tim to hay không? Có ảnh hưởng gì đến phổi hay chưa?

Siêu âm tim: kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh bằng cách sử dụng sóng siêu âm (sóng âm tần số cao) để xây dựng và tái tạo hình ảnh, hoạt động, cấu trúc của tim. Phương pháp nhạy cảm và chuyên biệt nhất để chẩn đoán bệnh.

Những người bệnh có triệu chứng nhẹ hoặc không có triệu chứng thường không cần phải điều trị. Tuy nhiên, nếu các triệu chứng xuất hiện thường xuyên với mức độ nghiêm trọng. Bạn cần đến bệnh viện để được điều trị kịp thời. Lúc này, rất có thể bạn đã gặp phải biến chứng suy tim. Việc điều trị sẽ tập trung làm giảm triệu chứng của suy tim, hạn chế nhịp tim bất thường, và ngăn ngừa sự hình thành huyết khối, phòng nguy cơ đột quỵ.

Cũng như các bệnh lý về van tim khác. Thuốc không thể giải quyết những hư hỏng về cấu trúc của van. Tuy nhiên một số loại thuốc có thể làm giảm triệu chứng bệnh.

Thuốc làm loãng máu (chống đông máu) có thể giúp ngăn ngừa hình thành cục máu đông và làm giảm nguy cơ đột quị não, đau tim.

Chẹn beta hoặc thuốc chẹn kênh canxi giúp làm chậm nhịp tim và giúp tim bơm máu hiệu quả hơn.

Thuốc chống loạn nhịp có thể giúp kiểm soát cơ rung nhĩ, rối loạn nhịp do hẹp van tim.

Thuốc lợi tiểu có thể làm giảm tích tụ dịch trong phổi và giảm bớt ho phù.

Một số ít trường hợp hẹp van hai lá sẽ phải điều trị bằng kháng sinh để tránh nhiễm trùng van tim, chẳng hạn:

Bệnh nhân sốt thấp khớp

Trước khi tiến hành các thủ thuật xâm lấn như nhổ răng, nội soi đại tràng…

Sử dụng đông dược giúp cải thiện triệu chứng bệnh

Đây là một trong những giải pháp được nhiều bệnh tim mạch lựa chọn để làm giảm triệu chứng đau ngực, nặng ngực, khó thở, do hẹp hở van.

Khi điều trị bằng thuốc không kiểm soát được triệu chứng và biến chứng, thì việc can thiệp hay phẫu thuật để sửa chữa van, thay thế van là cần thiết.

Nong hẹp van tim 2 lá bằng bóng qua da. Nó được áp dụng cho những bệnh nhân có van hai lá hẹp ít mà không cần phẫu thuật. Để thực hiện thủ thuật này, một ống thông được luồn qua tĩnh mạch của bệnh nhân đến tim. Đầu ống có một quả bóng khi đến van tim sẽ được bơm lên để nong van tim. Chúng giúp cải thiện lưu lượng máu chảy qua van.

Sửa van, thay van hư hỏng bằng một van tim mới được áp dụng đối với những trường hợp nặng. Van mới có thể được làm từ nhiều vật liệu khác nhau. Nó có thể đó là van kim loại (van cơ học), van sinh học hoặc van tự thân.

Tùy tùy theo từng trường hợp bệnh cụ thể, các bác sĩ sẽ tư vấn cho người bệnh nên sử dụng loại van nào.

Tùy theo mức độ nặng và nguyên nhân củahẹp van hai lá. Các bác sĩ sẽ có các phương pháp điều trị khác nhau. Các thuốc điều trị nội khoa chủ yếu làm giảm triệu chứng của suy tim sung huyết. Điều trị triệt để bệnh chì có phương pháp can thiệp nong van hoặc phẫu thuật thay sửa van. Dù áp dụng phương pháp điều trị nào. Bạn cũng nên theo dõi, tái khám thường xuyên để các bác sĩ kịp thời điều chỉnh phác đồ điều trị. Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào, hãy tham khảo ý kiến bác sĩ để được tư vấn phương pháp hỗ trợ điều trị tốt nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-carcinoid/

Nội dung bài viết

Tổng quan về hội chứng Carcinoid

Nguyên nhân hội chứng Carcinoid

Triệu chứng hội chứng Carcinoid

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán hội chứng Carcinoid

Điều trị hội chứng Carcinoid

Phòng ngừa hội chứng Carcinoid

Tiên lượng

Hội chứng Carcinoid là một rối loạn hiếm gặp. Hội chứng này cần được quản lý bởi bác sĩ chuyên khoa Nội tiết. Nắm được những triệu chứng thường gặp của hội chứng Carcinoid và đến gặp bác sĩ hoặc nhân viên y tế kịp thời sẽ giúp quản lý tối ưu và cải thiện tiên lượng bệnh. Thông tin về hội chứng Carcinoid được Bác sĩ Trần Kiều Hoanh chia sẻ qua bài viết sau đây. Mời bạn đọc cùng theo dõi nhé!

Hội chứng Carcinoidlà một nhóm các triệu chứng do phóng thích nhiều yếu tố thể dịch vào trong cơ thể như: polypeptide, amin và prostaglandin, chủ yếu từ các khối u thần kinh nội tiết biệt hóa tốt.U thần kinh nội tiếtbiệt hóa tốt trước đây được biết đến là u Carcinoid. Chỉ khoảng 10% u thần kinh nội tiết gây nên hội chứng Carcinoid.12

Các khối u carcinoid phát triển từ các tế bào thần kinh nội tiết trong đường tiêu hóa (90%), tụy, phế quản phổi và hiếm hơn là ở hệ tiết niệu sinh dục. Mặc dù u carcinoid thường lành tính hoặc chỉ xâm lấn lân cận. Nhưng khi ảnh hưởng đến hồi tràng và phế quản, khối u thường là ác tính. Các khối u ác tính thường lan đến gan và/hoặc các hạch bạch huyết khu vực. Ngoài ra, chúng cũng có thể di căn đến các vị trí khác.3

Hội chứng Carcinoid được đặc trưng bởi các triệu chứng như: da đỏ bừng từng đợt, tiêu chảy, thở khò khè và tim đập nhanh.

Hội chứng Carcinoid thường xuất phát từ các khối u hoạt động nội tiết – phát triển từ các tế bào thần kinh nội tiết – chủ yếu là ở hồi tràng và sản xuấtserotonin. Bên cạnh đó, nó cũng có thể xuất hiện từ các khối u thần kinh nội tiết ở những nơi khác trong đường tiêu hóa (đặc biệt làruột thừavà trực tràng),tuyến tụy,phế quản,thận. Một số trường hợp hiếm gặp, nó xuất hiện ở các tuyến sinh dục nhưbuồng trứng,tinh hoàn.2

Ngoài ra, hiếm gặp, có một số khối u ác tính cao (ví dụ như: tế bào ung thư phổi tế bào nhỏ, ung thư tiểu đảo tụy, ung thư tuyến giáp thể tủy) là căn nguyên của bệnh.2

Một khối u carcinoid đường tiêu hóa thường không gây ra hội chứng Carcinoid, trừ khi nó di căn đếngan. Bởi vì các sản phẩm chuyển hóa được giải phóng từ khối u bị phá hủy nhanh chóng bởi các enzyme trong máu và gan (ví dụ, serotonin bị phá hủy bởi enzym oxidase monoamine hepatic), trước khi các sản phẩm này đi theo máu đến khắp cơ thể và gây ra triệu chứng. Tuy nhiên, đối với di căn gan, các sản phẩm chuyển hóa được giải phóng thông qua các tĩnh mạch gan, trực tiếp vào tuần hoàn hệ thống và gây triệu chứng.2

Bên cạnh đó, các sản phẩm chuyển hóa được tiết ra bởi carcinoid phổi và buồng trứng nguyên phát không qua hệ tĩnh mạch cửa và có thể gây triệu chứng.2

Hiếm khi, các carcinoid hệ tiêu hóa chỉ lây lan trong ổ bụng có thể dẫn trực tiếp vào tuần hoàn hệ thống hoặc hệ bạch huyết và gây ra các triệu chứng.2

Nguyên nhân chính xác gây nên khối u carcinoid hiện chưa được biết đến rõ ràng.4

Các khối u thần kinh nội tiết có thể tiết ra các amin hoạt tính sinh học vào máu. Từ đó, chúng gây ra các triệu chứng của hội chứng Carcinoid. Các amin và peptit phổ biến nhất là:

Serotonin (phân tử quan trọng liên quan đến hội chứng Carcinoid);

Histamine;

Kallikrein;

Prostaglandin;

Tachykinin.

Các biểu hiện lâm sàng thường gặp của hội chứng Carcinoid bao gồm:

Tác dụng giãn mạch của các amin có hoạt tính sinh học, peptide và prostaglandin: đỏ bừng mặt, thở khò khè,…

Các triệu chứng tiêu hóa:tiêu chảy, kém hấp thu…

Pellagra(thứ phát do thiếu niacin – vì các các tế bào khối u đang hoạt động chuyển hóa tryptophan thành serotonin thay vì niacin)

Các triệu chứng tim mạch: bệnh van tim bên phải, chủ yếu làhở van 3 lá.

Mệt mỏi, và đôi khi là suy giảm nhận thức.

Đây là biểu hiện phổ biến nhất và xảy ra ở khoảng 85% bệnh nhân. Triệu chứng này thường xảy ra từng cơn. Có sự thay đổi màu sắc từ màu hồng cá hồi đến đỏ sẫm. Nó xảy ra ở da phần trên cơ thể như mặt, cổ và thân trên. Triệu chứng thường kéo dài từ 30 giây đến 30 phút.

Đỏ bừng xảy ra một cách tự phát. Tuy nhiên, nó cũng có thể bị thúc đẩy khi ăn, uống rượu, căng thẳng, sờ nắn gan và gây mê. Triệu chứng này chủ yếu liên quan đến các khối u thần kinh nội tiết nguồn gốc từ ruột giữa. Bệnh nhân cũng có thể cónhịp tim nhanh, sưng quanh ổ mắt và tăng tiết nước mắt.

Bên cạnh đó, tình trạng giãn mạch kéo dài, ban đỏ tía thường xuất hiện ở giai đoạn muộn của hội chứng Carcinoid. Trong đó, ban đỏ tía thường xảy ra ở mũi, môi trên và vùng da đầu.

Tiêu chảy xảy ra trong khoảng 80% trường hợp. Bệnh nhân thường bị tiêu chảy nhiều, không có máu và nhiều nước, đau quặn bụng có thể xảy ra. Tiêu chảy có thể xảy ra tới 30 lần một ngày. Triệu chứng này thường mãn tính trong hội chứng Carcinoid. Ngoài ra, tiêu chảy không phải lúc nào cũng đi kèm với đỏ bừng.

Hội chứng Carcinoid ảnh hưởng đến tim mạch xảy ra ở khoảng 60% đến 70% bệnh nhân. Hội chứng này có thể gây ra lắng đọng giống như mảng bám của mô xơ trên nội mạc buồng tim,van tim, buồng động mạch phổi và động mạch chủ. Bệnh nhân có thể có các dấu hiệu và triệu chứng của suy tim hoặc bệnh van tim. Bệnh thường ảnh hưởng đến tim phải. Trừ khi biểu hiện tim mạch là shunt phải sang trái hoặc các khối u thần kinh nội tiết có nguồn gốc từphổithì tim trái bị ảnh hưởng.

Co thắt phế quản không phổ biến. Nó chỉ xảy ra ở khoảng 10% đến 20% bệnh nhân mắc hội chứng Carcinoid. Co thắt phế quản có biểu hiện như thở khò khè và khó thở, kết hợp với những cơn đỏ bừng. Triệu chứng này trầm trọng hơn khi dùng thuốc đồng vận beta.

Các biểu hiện khác ít gặp hơn bao gồm: bệnh Pellagra, mất cơ,tắc nghẽn niệu quảndo xơ hóa sau phúc mạc.

Ngoài ra, người bệnh có thể gặp một số triệu chứng không điển hình. Điều này là do các khối u thần kinh nội tiết có nguồn gốc ởdạ dàyvà phổi.

Các khối u thần kinh nội tiết dạ dày có thể gây ra các vết đỏ loang lổ, có bờ viền ranh giới rõ ràng, chắc. Chúng có màu đỏ như anh đào, kèm theo ngứa dữ dội do tiết histamine.

Các khối u thần kinh nội tiết ở phổi có thể gây ra cơn đỏ bừng nặng và kéo dài, có thể từ nhiều giờ đến nhiều ngày. Điều này liên quan đến lo lắng, thay đổi trạng thái tinh thần và run. Triệu chứng có thể do giải phóng histamine, nhưng nguyên nhân chính xác vẫn chưa được biết rõ.

Bệnh tim Carcinoid có thể khiến van tim dày và đóng không kín. Từ đó, máu bị rò rỉ vào các buồng tim khác. Điều trị nội khoa bằng thuốc có thể giúp ích. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, người bệnh có thể cần phẫu thuật.

Một khối u trong cáchạch bạch huyếtbên cạnhruột noncó thể cản trở quá trình tiêu hóa, từ đó dẫn đếntắc ruột. Tình trạng này gây ra đau bụng dữ dội và nôn mửa. Điều trị bằng phẫu thuật là cần thiết trong trường hợp này.

Carcinoid crisis có thể gây ra tình trạng đỏ bừng nặng nề, khó thở và lú lẫn. Thông thường, các tình trạng kể trên hiếm khi xảy ra. Tuy nhiên, Carcinoid crisis có thể khởi phát khi người bệnh tiếp xúc với một số tác nhân gây mê, bao gồm cả thuốc gây mê được sử dụng trong phẫu thuật. Đây là trường hợp khẩn cấp có thể đe dọa đến tính mạng.

Người bệnh nên đến khám bác sĩ hoặc liên lạc với nhân viên y tế nếu nhận thấy có các dấu hiệu và triệu chứng nghi ngờ.

Khi bác sĩ nghi ngờ người bệnh mắc hội chứng Carcinoid, họ sẽ thăm khám và có thể hỏi một số câu hỏi như:5

Đã bao giờ da bạn đột nhiên đỏ lên và có cảm giác nóng hoặc rát chưa?

Bạn có hay bị tiêu chảy không?

Bạn có bị khó thở không?

Bạn có thỉnh thoảng thở khò khè không?

Người bệnh nên chuẩn bị và trình bày các triệu chứng mà mình gặp phải. Từ đó, bác sĩ sẽ có thêm cơ sở để chẩn đoán chính xác bệnh.

Việc chẩn đoán hội chứng Carcinoid bao gồm xét nghiệm tầm soát ban đầu các dấu hiệu sinh hóa. Sau đó, vị trí khối u sẽ được xác định bằng X quang và nội soi.

Đây là xét nghiệm chẩn đoán ban đầu. 5-HIAA là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa serotonin. Xét nghiệm nước tiểu này có độ nhạy và độ đặc hiệu là 90%.

Dương tính giả có thể xảy ra do tiêu thụ thực phẩm giàu tryptophan như:chuối,dứa, mận,kiwi,bơ,cà tím, quả hồ đào vàquả óc chó. Ngoài ra, nhiều loại thuốc khác nhau, bao gồm: acetaminophen, guaifenesin, caffeine, nicotine, methamphetamine và phenobarbital, có thể làm tăng nồng độ 5-HIAA.

Mặt khác, các loại thuốc nhưaspirin, ethanol, heparin, imipramine, levodopa, methyldopa, monoamine oxidase (MAOI), INH và corticotropin có thể làm giảm nồng độ 5-HIAA.

Vì vậy, người bệnh nên tránh những thực phẩm và thuốc này ít nhất 24 giờ trước và trong khi lấy nước tiểu. 5-HIAA tương quan với khối u và có thể được sử dụng để theo dõi đáp ứng điều trị.

Trong mẫu nước tiểu 24 giờ, sự bài tiết bình thường của 5-HIAA là < 10 mg/ngày (< 52 micromol/ngày). Ở bệnh nhân bị hội chứng Carcinoid, bài tiết thường là > 50 mg/ngày (> 260 micromol/ngày).2

Ngoài ra, việc đo nồng độ 5-HIAA huyết tương thuận tiện nhưng vẫn chưa được xác nhận.

Chromogranin A là một glycoprotein được tiết ra bởi các khối u thần kinh nội tiết. Chromogranin A hữu ích để chẩn đoán khối u không tiết. Chromogranin A có độ nhạy rất tốt nhưng độ đặc hiệu kém, và là một chất đánh dấu tốt để theo dõi.

Một số tình trạng như sử dụng thuốc ức chế bơm proton, các bệnh lý như viêm teo dạ dày,suy thận,cường giáp,suy tim,ung thư tuyến tiền liệtcũng có thể làm tăng Chromogranin A.

Đo serotonin trong nước tiểu 24 giờ có thể hữu ích với các khối u thần kinh nội tiết có nguồn gốc ở ruột trước.

Ngoài ra, việc đo nồng độ serotonin trong máu thường không được khuyến cáo. Lý do là vì độ đặc hiệu của xét nghiệm này không đáng tin cậy.

Nếu dương tính với các dấu ấn sinh học, cận lâm sàng hình ảnh học và thủ thuật nội soi là cần thiết để xác định vị trí của khối u.

Các phương pháp hình ảnh học bao gồm chụp cắt lớp vi tính – CT scan, cộng hưởng từ – MRI và xạ hình thụ thể somatostatin. CT bụng là hình ảnh học chẩn đoán được lựa chọn. Một số bác sĩ lựa chọn MRI thay vì CTscan do độ nhạy cao hơn đối với di căn gan.

Indium-111 pentetreotide (Octreoscan) có độ nhạy hơn 90% ở bệnh nhân có triệu chứng. Độ nhạy ở bệnh nhân không có triệu chứng là từ 80% đến 90%. Indium-111 pentetreotide không thể phát hiện các khối u thần kinh nội tiết kém biệt hóa và độ đặc hiệu thấp. Hình ảnh học PET với 68-Ga Dotatate được ưa chuộng hơn, hiện là một phương pháp mới hơn. Phương pháp này có độ nhạy được cải thiện và độ phân giải tốt hơn cho một khối u nhỏ.

Nội soi phế quản sinh thiết có thể được thực hiện cho khối u thần kinh nội tiết phế quản. Nếu phát hiện khối u trên hình ảnh học, dựa trên vị trí của khối u, nội soi trên hoặc dưới, hoặc sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm có thể được thực hiện để làm mô bệnh học. Từ đó, có thể kiểm tra các chỉ số enolase đặc hiệu cho neuron, Chromogranin A, chỉ số phân bào Ki-67, saprophytic và serotonin trong mô thu được.

Hội chứng Carcinoid thường biểu hiện nhiều đặc điểm lâm sàng khác nhau, do đó có nhiều chẩn đoán phân biệt. Cần được xem xét các tính trạng bệnh lý sau đây khi thiết lập chẩn đoán hội chứng Carcinoid:4

Hội chứng ruột kích thích;

Rối loạn nhu động đường tiêu hóa;

Bệnh celiac;

Giả tắc ruột cấp tính;

Sốc phản vệ;

Mày đay cấp tính;

Phù mạch;

Bệnh trứng cá đỏ;

Tăng bạch cầu.

Mục tiêu điều trị hội chứng Carcinoid bao gồm phẫu thuật cắt bỏ khối u và kiểm soát triệu chứng, dấu hiệu của khối u.

Hội chứng Carcinoid có nhiều phương thức điều trị khác nhau, bao gồm:2346

Đồng vận somatostatin;

Liệu pháp điều trị nhắm trúng đích là gan;

Phẫu thuật giải áp đối với khối u thần kinh nội tiết cấp thấp giai đoạn đầu;

Hóa trị liệu với các khối u thần kinh nội tiết biệt hóa kém hoặc hội chứng Carcinoid kháng trị.

Phẫu thuật đóng một vai trò quan trọng trong điều trị hội chứng Carcinoid có hoặc không có di căn. Nếu có thể, luôn xem xét phẫu thuật cắt bỏ khối u nguyên phát. Đối với bệnh nhân di căn gan, phẫu thuật cắt bỏ, trong khi không chữa khỏi, có thể làm giảm các triệu chứng. Và trong một số trường hợp, giúp kéo dài sự sống.

Đối với điều trị nội khoa, hai đồng vận somatostatin được nhắc đến là Octreotide và Lanreotide.

Somatostatin là một peptide, một hormone ức chế. Nó được tổng hợp bởi các tế bào cận tiết phân bố khắp nơi trong đường tiêu hóa. Somatostatin ức chế giải phóng hầu hết các hormone đường tiêu hóa và nội tiết. Khoảng 80% các khối u thần kinh nội tiết có thụ thể với somatostatin. Sử dụng chất đồng vận somatostatin ức chế giải phóng các amin sinh học, dẫn đến kiểm soát các triệu chứng như đỏ bừng và tiêu chảy.

Octreotide có sẵn dưới dạng tiêm dưới da tác dụng ngắn và dạng tiêm bắp tác dụng kéo dài (Sandostatin LAR). Octreotide có thể được dùng hàng tháng. Bệnh nhân nên bắt đầu với liều 20 mg đến 30 mg tiêm bắp mỗi bốn tuần, và có thể tăng liều dần dần.

Octreotide tác dụng ngắn có thể được khởi trị cho bệnh nhân có các triệu chứng nặng hoặc kháng trị.

Lanreotide có tác dụng kéo dài, được dùng với liều lượng từ 60 mg đến 120 mg mỗi bốn tuần. Lanreotide có hiệu quả tương tự như octreotide.

Cả hai chất đồng vận somatostatin này đều làm giảm triệu chứng ở 50% đến 70% bệnh nhân và đáp ứng sinh hóa ở 40% đến 60% bệnh nhân. Bên cạnh đó, còn hiệu quả trong ức chế tăng sinh tế bào khối u.

Các tác dụng phụ phổ biến nhất làbuồn nôn, đầy bụng và tiêu phân mỡ do tuyến tụy kém hấp thu. Bổ sung các enzym tuyến tụy thường giúp giảm bớt các triệu chứng của tác dụng ngoại ý này. Giảm nhu động và co bóp củatúi mậtdo tác dụng ức chế của somatostatin, bệnh nhân có nguy cơ hình thành bùn mật và sỏi mật. Những tác dụng phụ này cần được tư vấn với bệnh nhân trước khi bắt đầu điều trị.

Phẫu thuật cắt bỏ khối u có thể điều trị khỏi bệnh khu trú. Mặc dù việc tìm ra khối u nguyên phát nhỏ là một thách thức.

Mục tiêu của phẫu thuật đối với khối u Carcinoid xuất phát từ ruột giữa là cắt bỏ hoàn toàn khối u nguyên phát và nạo hạch bạch huyết mạc treo rộng. Xanh methylene được tiêm dưới da giúp xác định ranh giới phẫu thuật đối với u Carcinoid ruột giữa.

Carcinoid ruột non có thể gây ra phản ứng tiêu sản nghiêm trọng và thâm nhiễm sâu vào các hạch bạch huyết xung quanh các mạch máu lớn. Do đó, nó hiếm khi được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn. Tuy nhiên, việc phẫu thuật một phần (cắt bỏ 90% khối u) được thực hiện bởi một đội ngũ bác sĩ giàu kinh nghiệm sẽ giúp cải thiện kết quả.

Vì hầu hết các bệnh nhân u Carcinoid ruột giữa cần điều trị với đồng vận somatostatin, trong khi các chất này tăng nguy cơ ứ mật và sỏi đường mật. Vì vậy, việc cắt túi mật nên được cân nhắc thực hiện đồng thời tại thời điểm phẫu thuật u Carcinoid ruột giữa.

Tắc ruột non cũng là một trường hợp được chỉ định phẫu thuật. Nó được điều trị bằng cách phẫu thuật đoạn ruột liên quan và mạc treo.

Tất cả bệnh nhân có carcinoid di căn nên được đánh giá tiếp cận đa phương thức bao gồm: phẫu thuật, điều trị nội khoa và xạ trị.

Các liệu pháp nhắm trúng đích đến gan nhằm kiểm soát giảm nhẹ bệnh di căn tiến triển bao gồm hóa trị và xạ trị.

Tăng liều octreotide tác dụng ngắn. Bên cạnh đó, có thể giảm thời gian giữa hai liều octreotide tác dụng kéo dài, hoặc lanreotide (ba tuần một lần thay vì bốn tuần một lần).

Telotristat: Một chất ức chế tryptophan hydroxylase đường uống, gần đây đã được phê duyệt cho hội chứng Carcinoid, được sử dụng kết hợp với các chất đồng vận somatostatin để kiểm soát tiêu chảy.78

Interferon: Interferon-alpha có thể được sử dụng cho bệnh nhân không đáp ứng với đồng vận somatostatin.

Thuốc chống tiêu chảy như loperamide, lomotil, cholestyramine (đặc biệt cho bệnh nhân đã phẫu thuật ruột) cũng có thể được chỉ định.

Liệu pháp toàn thân: Thuốc hóa trị độc tế bào phổ biến nhất được sử dụng trong hội chứng Carcinoid là everolimus.

Vì nguyên nhân gây ra khối u carcinoid chưa được biết rõ, nên hiện nay vẫn chưa có cách phòng ngừa hội chứng Carcinoid.

Nếu toàn bộ khối u có thể được loại bỏ, hội chứng Carcinoid có thể được chữa khỏi hoàn toàn. Nhưng ngay cả khi không được loại bỏ toàn bộ, khối u thường phát triển chậm và có thể được kiểm soát bằng thuốc.

Điều trị để giảm các triệu chứng nếu khối u đã di căn sang cơ quan khác, chẳng hạn như gan.

Việc tiên lượng còn phụ thuộc vào nhiều khía cạnh. Bao gồm cả tình trạng của bệnh nhân và loại khối u mà họ mắc phải. Đối với các trường hợp ác tính, tiên lượng thường xấu.9

Hội chứng Carcinoidcó nguyên nhân chủ yếu từ các u thần kinh nội tiết. Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau: thuốc đồng vận somatostatin, phẫu thuật, hóa và xạ trị. Phẫu thuật đóng một vai trò quan trọng trong điều trị hội chứng Carcinoid có hoặc không có di căn. Nếu có thể, hãy luôn xem xét phẫu thuật khối u nguyên phát cũng như di căn gan và hạch để kiểm soát bệnh tối ưu. Tiên lượng của bệnh nhân mắc hội chứng Carcinoid phụ thuộc vào khối u nguyên nhân. Đối với các trường hợp ác tính, tiên lượng thường xấu. Hy vọng bài viết trên đã cung cấp những thông tin cần thiết về hội chứng Carcinoid cho bạn đọc.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-chen-ep-day-than-kinh-ma-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

Chèn ép dây thần kinh là gì?

Triệu chứng chèn ép dây thần kinh

Nguyên nhân

Yếu tố nguy cơ

Những kỹ thuật y tế nào dùng để chẩn đoán hội chứng chèn ép dây thần kinh?

Điều trị chèn ép dây thần kinh

Biện pháp phòng ngừa bệnh chèn ép dây thần kinh

Hội chứng chèn ép dây thần kinh là tình trạng dây thần kinh bị gia tăng áp lực, chẳng hạn như: sụn, xương, cơ… Tình trạng này tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng gây đau và cản trở cuộc sống của bạn. Bài viết sau đây của bác sĩ Lữ Thị Hồng Vân sẽ tổng hợp thông tin đầy đủ về bệnh chèn ép dây thần kinh, từ định nghĩa, triệu chứng, nguyên nhân tới cách chẩn đoán bệnh, cách điều trị và phòng chống bệnh này. Hi vọng sẽ giúp bệnh nhân có thêm thông tin tổng quan về căn bệnh này, từ đó ra quyết định đi khám phù hợp.

Bệnh chèn ép dây thần kinh xảy ra khi quá nhiều áp lực cho dây thần kinh từ các mô xung quanh – chẳng hạn như xương, sụn, cơ hoặc dây chằng. Áp lực này phá vỡ chức năng của dây thần kinh, gây đau, ngứa ran, tê hoặc yếu kém.

Chèn ép dâythần kinhcó thể xảy ra bất cứ nơi nào trong cơ thể. Ví dụ, thoát vị đĩa đệm cột sống chèn ép lên rễ thần kinh. Gây đau lan tỏa xuống mặt sau của chân (bệnh đau thần kinh tọa). Hoặc là chèn ép dây thần kinh ở cổ tay có thể dẫn đến đau và tê ở bàn tay và ngón tay (Hội chứng ống cổ tay).

Cảm giác tê nhức là triệu chứng điển hình của hiện tượng chèn ép dây thần kinh. Bởi khi tác động, dòng tín hiệu thần kinh bị gián đoạn gây tê cứng trong thời gian ngắn nhưng lặp lại liên tục. Trong trường hợp nghiêm trọng, nếu không kịp thời điều trị có thể gây ra hiện tượng tê liệt vĩnh viễn.

Chức năng của dây thần kinh là truyền tín hiệu từ nơi này đến nơi khác trong cơ thể. Do đó, bất cứ điều gì làm gián đoạn tín hiệu này đều xuất hiện triệu chứng tê như kim châm. Thông thường, hiện tượng này xảy ra ở khu vực nhất định và kéo dài 3-5 phút. Nếu chúng xuất hiện liên tục thì bạn nên kiểm tra sức khỏe đề phòng mắc hội chứng chèn ép dây thần kinh.

Đau khớp là triệu chứng phổ biến và rõ ràng nhất của tình trạng dây thần kinh bị chèn ép. Cơn đau tỏa ra và di chuyển qua nhiều khớp nối với các bộ phận khác trong cơ thể. Đặc biệt là vùng  thắt lưng,khớp gối, bắp chân, cánh tay. Điều này xảy ra do dây thần kinh bị viêm và sưng. Ảnh hưởng tới chức năng kết nối của chúng.

Suy yếu cơ bắp ở cánh tay, bàn tay, chân và bàn chân thường là dấu hiệu cảnh báo dây thần kinh vận động đang bị chèn ép. Dây thần kinh vận động mang tín hiệu từ não đến cơ. Cơ yếu là dấu hiệu cho thấy sự kết nối thần kinh đang gặp vấn đề.

Đau thần kinh tọa là một chứng bệnh phổ biến ở người từ 30 – 60 tuổi. Tuy không phải là bệnh quá nguy hiểm, nhưng nó gây ra những cơn đau ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt hàng ngày. Cùng YouMed hiểu thêm về căn bệnh đau thần kinh tọa qua bài viết sau:Tìm hiểu về đau dây thần kinh tọa

Chèn ép dây thần kinh xảy ra khi nhiều áp lực cho dây thần kinh từ các mô xung quanh. Trong một số trường hợp, điều này có thể là mô xương hoặc sụn – chẳng hạn như trong trường hợp đĩa đệm cột sống thoát vị chèn ép rễ thần kinh. Trường hợp khác, cơ hoặc dây chằng có thể là thủ phạm. Trong trường hợp hội chứng ống cổ tay. Một loạt các mô có thể phải chịu trách nhiệm cho việc chèn ép thần kinh của ống cổ tay. Trong đó có bao vỏ gân sưng lên, hay dây chằng dày lên và biến chất.

Một số vấn đề có thể gây ra hiện tượng mô chèn ép dây thần kinh. Thương tích, sai tư thế, viêm xương khớp, căng thẳng từ sở thích lặp đi lặp lại, công việc hoặc hoạt động thể thao, và béo phì là nguyên nhân phổ biến của chèn ép thần kinh.

Áp lực gây ra viêm dây thần kinh và làm mất chức năng của thần kinh. Nếu thần kinh bị chèn ép chỉ trong một thời gian ngắn, thường không có thiệt hại vĩnh viễn. Khi áp lực nhẹ, sẽ trả về chức năng thần kinh bình thường. Tuy nhiên, nếu áp lực vẫn tiếp tục, đau mãn tính và tổn thương thần kinh vĩnh viễn có thể xảy ra.

Các yếu tố sau đây có thể làm tăng nguy cơ chèn ép dây thần kinh:

Tư thế sai bổ sung thêm áp lực cho cột sống và dây thần kinh.

Viêm xương khớp: Thần kinh bị chèn ép có thể từ gai xương do viêm xương khớp.

Vận động quá mức: Công việc hoặc sở thích yêu cầu lặp đi lặp lại bàn tay, cổ tay hoặc chuyển động vai. Chẳng hạn như công việc dây chuyền lắp ráp, tăng khả năng chèn ép dây thần kinh bị.

Bệnh béo phì: Thừa cân có thể thêm áp lực cho thần kinh.

Di truyền: Một số di truyền dễ mắc các vấn đề dẫn đến dây thần kinh bị chèn ép.

Bác sĩ sẽ đánh giá các triệu chứng của bạn. Sau đó, có thể sử dụng các xét nghiệm và khám thực thể để xác định hội chứng chèn ép dây thần kinh.

Một số xét nghiệm dùng để chẩn đoán các dạng hiếm hơn của hội chứng chèn ép dây thần kinh bao gồm:

Kiểm tra dẫn truyền thần kinh;

Điện cơ;

Siêu âm;

Chụp cộng hưởng từ (MRI).

Đối với hội chứng đường hầm cổ tay và hội chứng chèn ép thần kinh trụ. Xét nghiệm chẩn đoán không phải lúc nào cũng cần thiết. Tuy nhiên, chúng cung cấp thông tin hữu ích về vị trí và mức độ nghiêm trọng của chèn ép.

Với mỗi trường hợp chèn ép dây thần kinh của từng bệnh nhân thì sẽ có phương án điều trị riêng. Nhưng thông thường sẽ nằm trong cách cách dưới đây:

Vật lý trị liệu: Các bài tập trị liệu, máy trị liệu. Phương pháp này cần điều trị lâu dài, kiên trì theo đúng hướng dẫn của bác sĩ. Bạn có thể điều trị Vật lý trị liệu tại các khoa Phục hồi chức năng trong Bệnh viện hoặc các phòng khám bên ngoài.

Thuốc men (điều trị Nội khoa): Sau khi thăm khám, bác sĩ thần kinh sẽ kê đơn thuốc uống, thuốc dạng tiêm… nhưng phương pháp này chỉ có tác dụng điều trị triệu chứng, kiểm soát không cho bệnh tiến triển nặng, khó điều trị dứt điểm bệnh được.

Phẫu thuật nếu điều trị Nội khoa và các phương pháp bảo tồn khác không đáp ứng.

Để ngăn ngừa hiện tượng chèn ép dây thần kinh người bệnh nên áp dụng các biện pháp dưới đây:

Thường xuyên vận động cơ thể: Hoạt động thể thao, thực hiện các bài tập thể dục đều đặn 30 phút mỗi ngày. Từ đó, giúp cho các khớp xương được linh hoạt, hạn chế tình trạng đau nhức, tê bì.

Tăng cường thực phẩm chứa kali: Kali liên quan đến quá trình trao đổi chất ở tế bào. Thiếu kali làm liên kết giữa các dây thần kinh yếu đi. Điều đó khiến cho hiện tượng chèn ép dây thần kinh thêm nặng. Do đó, người bệnh nên bổ sung thực phẩm chứa kali như: mơ, chuối, cam, các loại hạt…

Bổ sung canxi: Bạn nên ăn thực phẩm chứa nhiều canxi, ví dụ như sữa, phomai, cải xoăn, cải bó xôi… giúp hạn chế áp lực chèn ép dây thần kinh. Đồng thời cải thiện tình trạng chung của sức khỏe.

Hạn chế các món ăn chiên xào nhiều dầu mỡ, thịt chế biến sẵn, đồ ăn nhanh như xúc xích, gà rán…

Tránh sử dụng các chất kích thích như: bia, rượu, đồ uống có gas, hút thuốc lá…

Không nên ngồi làm việc quá lâu trước máy tính.

Kiểm soát cân nặng lành mạnh, tránh tăng cân quá mức gây chèn ép dây thần kinh.

Chèn ép dây thần kinhlà một bệnh không quá nguy hiểm nếu chúng ta phát hiện sớm. Bài viết trên đây YouMed cung cấp cho bạn một kiến thức chung cơ bản về hội chứng chèn ép dây thần kinh. Nếu bạn có các triệu chứng hay có bất kì thắc mắc nào thì hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn cũng như điều trị kịp thời.

Liệt dây thần kinh số VII hay còn gọi là liệt mặt. Triệu chứng phổ biến là yếu một bên mặt, mí mắt hoặc một bên miệng. Bệnh khá nguy hiểm có thể để lại di chứng cả đời. Ở bài viết này sẽ cung cấp cho bạn các thông tin cơ bản về “liệt dây thần kinh số VII”:Liệt dây thần kinh số VII và những điều bạn nên biết

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-viem-mach-va-da-u-hat-di-ung-nhung-thong-tin-co-ban-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

Triệu chứng bệnh viêm mạch và đa u hạt dị ứng

Các nguyên nhân của bệnh viêm mạch và đa u hạt dị ứng

Các biến chứng của căn bệnh này là gì?

Chẩn đoán bệnh như thế nào?

Để chẩn đoán bệnh, bạn có thể phải làm những xét nghiệm gì?

Khi nào cần đi khám bác sĩ?

Điều trị viêm mạch và đa u hạt dị ứng như thế nào?

Bệnh viêm mạch và đa u hạt dị ứng hay còn được gọi với cái tên hội chứng Churg-Strauss là một bệnh lý hiếm gặp. Căn bệnh này liên quan đến sự viêm của các mạch máu gây ra việc hạn chế dòng máu đi nuôi các cơ quan trong cơ thể, và đôi khi gây ra những tổn thương không hồi phục. Hãy cùng Bác sĩ Phan Văn Giáo tìm hiểu những kiến thức cơ bản về căn bệnh này nhé.

Căn bệnh này có biểu hiện rất đa dạng. Một số người chỉ biểu hiện những triệu chứng rất nhẹ. Trong khi đó, có người lại trở bệnh rất nặng và đôi khi có những biến chứng nguy hiểm đe doạ tính mạng. Hầu hết mọi người mang căn bệnh này đều có bệnh hen, viêm xoang mạn tính hay tăng bạch cầu ái toan (một loại tế bào của hệ miễn dịch).

Sốt dị ứng do bụi hay phấn hoa.

Sốt.

Ăn không ngon miệng hay giảm cân.

Đau cơ và khớp.

Mệt mỏi.

Ho.

Đau bụng và xuất huyết tiêu hoá.

Cảm thấy yếu ớt, mệt mỏi và không có sức sống.

Phát ban hay đau da.

Cảm giác đau, tê hay châm chích ở bàn tay, bàn chân.

Đau bụng dữ dội.

Khó thở.

Tiểu ra máu.

Nguyên nhân cụ thể của căn bệnh này còn chưa được biết rõ. Có thể là do sự tương tác giữa yếu tố di truyền và môi trường sống. Chẳng hạn như các dị nguyên gâydị ứnghay do một loại thuốc nào đó. Chúng gây ra đáp ứng miễn dịch quá mức, làm tổn thương các cơ quan trong cơ thể.

Tuổi mắc bệnh thường xuất hiện vào khoảng từ 30 đến 50 tuổi.

Có tiền sử mắc các bệnh như hen hay vấn đề về mũi xoang. Hầu hết những bệnh nhân có bệnh viêm mạch và đa u hạt dị ứng có mắc bệnh hen, viêm xoang mạn tính hayviêm mũi dị ứng.

Bệnh viêm mạch và đa u hạt dị ứng có thể gây ảnh hưởng lên nhiều cơ quan trong cơ thể, như phổi, da, hệ tiêu hoá, thận, cơ, khớp và cả tim. Nếu không được điều trị thích hợp, căn bệnh này có thể dẫn đến tử vong.

Các biến chứng của bệnh phụ thuộc vào cơ quan nào của bệnh nhân bị tổn thương. Dưới đây là một số biến chứng của bệnh:

Tổn thương các dây thần kinh ngoại biên.Bệnh nhân có thể bị tổn thương tại các dây thần kinh ngoại biên như ở bàn tay, bàn chân. Điều này làm tê bì, bỏng rát hay nặng hơn là gây mất chức năng của chi.

Để lại sẹo trên da.Viêm da có thể làm bệnh nhân đâu nhức, khó chịu, dẫn đến gãi và để lại sẹo.

Bệnh tim mạch.Các biến chứng tim mạch do bệnh bao gồm sự viêm do miễn dịch của các màng bao quanh tim hay viêm tại cơ tim. Điều này có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng nhưnhồi máu cơ timhaysuy tim.

Tổn thương thận.Nếu bệnh ảnh hưởng đến thận của bạn, nó sẽ gây ra tình trạngviêm cầu thận. Tình trạng này làm giảm chức năng lọc của thận và dẫn đến sự tích tụ các độc chất trong máu.

Hiện tại, chưa có một xét nghiệm nào có thể xác định chính xác bệnh nhân có bị bệnh viêm mạch và đa u hạt dị ứng hay không. Do sự tương đồng về triệu chứng với các bệnh khác, việc chẩn đoán đôi khi gặp khó khăn.

Những dấu hiệu sớm của bệnh như hen hayviêm xoanglà thường gặp trong đời sống, nên đôi khi bệnh chỉ được chẩn đoán khi xuất hiện các biểu hiện viêm nghiêm trọng tại các cơ quan trong cơ thể.

6 tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh viêm mạch và đa u hạt dị ứng đã được Hiệp hội Thấp Hoa Kỳ đưa ra. Bệnh nhân sẽ được chẩn đoán là mắc bệnh nếu như có 4 hoặc hơn trong 6 tiêu chẩn sau:

Hen.Hầu hết bệnh nhân đều có biểu hiện hen, thường là hen mạn tính và thể nặng.

Có lượng bạch cầu ái toan trong máu cao hơn ngưỡng bình thường.Đây là một loại tế bào trong hệ thống miễn dịch, bình thường chỉ chiếm 1 – 3% tổng số lượng bạch cầu. Nếu lượng bạch cầu ái toan cao hơn 10% được coi là bất thường và là gợi ý mạnh cho hội chứng Churg-Strauss.

Tổn thương một hoặc nhiều dây thần kinh.Hầu hết các bệnh nhân đều có một dạng tổn thương thần kinh dẫn đến sự đau nhức hay tê bì ở bàn tay, bàn chân.

Xuất hiện tổn thương di chuyển trên phim X quang.Các thương tổn xuất hiện trên phim X quang có thể di chuyển sang những vị trí khác hay biến mất. Những dấu hiệu tổn thương trên hình ảnh có thể tương tự như trongviêm phổi.

Có bệnh lý xoang.Những bệnh nhân mắc bệnh thường đã từng bị viêm xoang cấp hoặc mạn tính.

Xuất hiện tế bào bạch cầu ở ngoài lòng mạch.Bác sĩ có thể chỉ định làm sinh thiết da hoặc polyp mũi để tìm các tế bào bạch cầu ái toan ở ngoài lòng mạch máu. Xét nghiệm này góp phần vào chẩn đoán bệnh.

Xét nghiệm máu.Xét nghiệm tìm kháng thể tự miễn trong máu có thể giúp bác sĩ gợi ý đến bệnh viêm mạch và đa u hạt dị ứng. Tuy nhiên, xét nghiệm máu không thể xác định chắc chắn bạn có bị bệnh hay không.

Xét nghiệm hình ảnh học.Chụp phim X quang hay CT scan giúp tìm thấy những bất thường trong phổi và mũi xoang của bạn.

Sinh thiếtcác mô bị ảnh hưởng. Nếu bạn có các xét nghiệm gợi ý đến bệnh viêm mạch và đa u hạt dị ứng, bác sĩ có thể chỉ định một sinh thiết mẫu mô nhỏ để quan sát trên kính hiển vi. Mẫu mô này có thể được lấy từ cơ quan bị tổn thương như da hay cơ, giúp xác định bạn có bị viêm mạch máu hay không.

Nên đi khám bác sĩ ngay nếu có các triệu chứng như khó thở hay chảy nước mũi liên tục mà không hết, đặc biệt là khi các triệu chứng này đi kèm với tình trạng đau vùng mặt kéo dài. Ngoài ra, bạn cũng nên đi khám khi bệnh hen hay sốt dị ứng do bụi trở nên nặng nề hơn.

Đây là một bệnh hiếm gặp. Do đó, nhiều khả năng những triệu chứng trên là do các bệnh lý khác. Tuy nhiên, bạn nên đi khám để tìm ra nguyên nhân bệnh sớm nhất. Bệnh được phát hiện càng sớm bao nhiêu thì kết quả điều trị càng tốt bấy nhiêu.

Hiện tại, chưa có phương pháp điều trị dứt điểm bệnh viêm mạch và đa u hạt dị ứng. Tuy nhiên, việc điều trị giúp cải thiện các triệu chứng và phòng ngừa những biến chứng nguy hiểm.

Thuốc corticosteroids.Đây là nhóm thuốc ức chế miễn dịch. Thuốc thường được dùng là prednisone. Tuy nhiên, thuốc có một số tác dụng phụ đáng lưu ý như: loãng xương, tăng đường huyết, tăng cân, nhiễm trùng…

Các thuốc ức chế miễn dịch khác.Các thuốc này thường được dùng với các trường hợp nặng mà chỉ thuốc corticosteroid không đủ để điều trị. Một số loại thuốc được dùng: cyclophosphamide, azathioprine hay methotrexate.

Globulin miễn dịch.Đây là loại thuốc tiêm hằng tháng, thường được sử dụng đối với các bệnh nhân kháng trị. Tuy nhiên, liệu pháp này khá đắt tiền.

Các thuốc mang hoạt tính sinh học.Như mepolizumab giúp thay đổi đáp ứng miễn dịch và cải thiện các triệu chứng, giảm số lượng tế bào bạch cầu ái toan.

Bệnh nhân cần được theo dõi thường xuyên với bác sĩ và cần xét nghiệm định kỳ để giám sát tình trạng bệnh cũng như tác dụng phụ của thuốc.

Trên đây là những thông tin cơ bản nhưng tương đối đầy đủ vềbệnh viêm mạch và đa u hạt dị ứng. Bạn cũng nên nhớ rằng, các thói quen sinh hoạt cũng ảnh hưởng đến sức khoẻ của bản thân. Hãy chăm tập thể dục, ngừng hút thuốc lá và ăn uống lành mạnh. Nếu bạn hay người thân có những dấu hiệu của bệnh lý này, hãy đi khám để được chẩn đoán và điều trị sớm.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-colic-o-be-so-sinh-dau-hieu-va-nguyen-nhan/

Nội dung bài viết

Hội chứng Colic là gì?

Khi nào bé có hội chứng Colic và khi nào kết thúc?

Triệu chứng

Nguyên nhân

Biến chứng

Hội chứng rung lắc ở bé sơ sinh

Chẩn đoán hội chứng Colic như thế nào?

Điều trị

Bạn mang bé sơ sinh về nhà, và trong vài tuần đầu bé vẫn biểu hiện bình thường. Vào 1 ngày nọ, bé bắt đầu có cơn khóc kéo dài hàng giờ liền và dù bạn đã thử hết mọi cách vẫn không thể dỗ bé nín được. Những đêm sau đó, bé lặp lại những cơn khóc hàng giờ như vậy vào cùng 1 thời điểm. Có khả con bạn có hội chứng Colic rồi đấy. Chúng ta hãy cùng tìm hiểu xem hội chứng Colic là gì và cách xử trí như thế nào nhé.

Thực tế là đứa bé sơ sinh nào cũng khóc. Bởi vì đó là cách duy nhất và tốt nhất để bé báo hiệu những nhu cầu của mình. Và bố mẹ được lên chương trình sẵn sàng đáp ứng lại những nhu cầu đó.

Ở trẻ có hội chứng Colic, các cơn khóc bắt đầu đột ngột không có lí do và cũng không có thuốc điều trị.

Hội chứng Colic không phải là 1 bệnh lí. Nó là những cơn khóc dữ dội, kéo dài và thường xuyên ở bé sơ sinh khỏe mạnh. Hội chứng Colic được đinh nghĩa là bé khóc hơn 3 tiếng/ngày, hơn 3 ngày/tuần, hơn 3 tuần.

Các cơn khóc này thường xảy ra vào buổi tối. Vấn đề ở đây là không có phương pháp nào giải quyết triệt để ngoài việc chờ thời gian qua. Nó cũng rất thường gặp, cứ khoảng 5 bé sơ sinh thì có 1 bé có hội chứng Colic.

Tin tốt cho bố mẹ là hội chứng Colic ở bé sơ sinh không kéo dài mãi mãi. Đa số sẽ bắt đầu lúc bé được 2-3 tuần tuổi, đỉnh điểm lúc 6 tuần tuổi và sau đó sẽ giảm dần lúc 10 – 12 tuần tuổi.

Vào khoảng 3 tháng tuổi, những bé có hội chứng Colic dường như khỏi hoàn toàn. Trong lúc chờ đợi, 1 số kiến thức về hội chứng Colic và sự kiên nhẫn sẽ giúp bố mẹ vượt qua khoảng thời gian này.

Các đặc điểm của hội chứng Colic:

Cơn khóc xảy ra cùng 1 thời điểm mỗi ngày (thường vào buổi chiều muộn hoặc buổi tối)

Khóc không có lí do (không phải để báo hiệu đói bụng, thay tã hoặc buồn ngủ)

Bé có thể nâng cao 2 chân, nắm chặt bàn tay và cử động tay chân nhiều

Nhu động ruột tăng, và bé có thể xì hơi hoặc nôn trớ

Việc ngủ và bú bị gián đoạn. Bé tìm núm vú, vừa bắt đầu bú thì liền nhả ra, hoặc bé vừa chợp mắt 1 chút liền tỉnh dậy khóc.

Thay đổi màu da mặt. Mặt bé đỏ bừng hoặc da nhợt nhạt ở xung quanh miệng

Nguyên nhân của hội chứng Colic đến nay vẫn chưa rõ. Nó có thể là hậu quả của nhiều yếu tố kết hợp lại. Mặc dù có 1 số yếu tố được cho là nguyên nhân nhưng các nhà nghiên cứu vẫn chưa giải thích được các đặc điểm quan trọng như:

Tại sao nó thường xảy ra ở cuối tháng đầu đời của bé.

Nó khác nhau giữa các bé như thế nào.

Tại sao nó xảy ra vào cùng thời điểm mỗi ngày.

Tại sao nó tự hết theo thời gian.

Các yếu tố đã được tìm ra:

Hệ tiêu hóa của bé chưa phát triển đầy đủ.

Mất cân bằng của hệ vi khuẩn có lợi trong ống tiêu hóa của bé.

Dị ứng hoặc không dung nạp thức ăn (sữa hoặc thức ăn mà mẹ ăn ở những trẻ bú mẹ).

Cho bú quá nhiều, quá ít hoặc bé ợ không thường xuyên.

Dạng sớm của bệnhđau nửa đầuở trẻ em.

Hút thuốc lá trong hoặc sau thai kì có thể gây cho trẻ hội chứng Colic.

Hội chứng Colic không gây vấn đề sức khỏe gì cho trẻ.

Thực chất, hội chứng Colic lại gây căng thẳng nhiều cho bố mẹ. Nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa hội chứng Colic và các vấn đề sau ở bố mẹ:

Tăng nguy cơtrầm cảmsau sinh ở mẹ.

Ngưng cho bú mẹ sớm.

Cảm giác tội lỗi,kiệt sức, không làm gì được cho bé hoặc giận dữ.

Căng thẳng trong việc dỗ bé nín thỉnh thoảng khiến bố mẹ rung lắc bé hoặc có thể gây hại cho bé. Rung lắc bé có thể gây tổn thương não nghiêm trọng và có thể dẫn đến tử vong. Nguy cơ của những phản ứng không kiểm soát này là rất lớn nếu bố mẹ không có thông tin về việc dỗ bé, không được tư vấn về hội chứng Colic và các hỗ trợ cần thiết để chăm sóc cho bé có hội chứng Colic.

Bác sĩ sẽ khám toàn diện cho bé để xác định nguyên nhân làm bé khóc nhiều đến vậy. Việc thăm khám gồm:

Đo chiều cao, cân nặng và vòng đầu cho bé.

Nghe tim, phổi và bụng.

Khám tứ chi, ngón tay, ngón chân, mắt, tai và cơ quan sinh dục.

Đánh giá phản ứng của bé về cảm giác và cử động.

Tìm các dấu hiệu của phát ban, viêm, dị ứng hoặc nhiễm trùng.

Mục tiêu quan trọng hàng đầu là dỗ dành trẻ nhiều nhất có thể với nhiều cách và đảm bảo bố mẹ có được sự trợ giúp họ cần.

Hội chứng Colickhông phải là 1 bệnh lí. Nó là những cơn khóc dữ dội, kéo dài và thường xuyên ở bé sơ sinh khỏe mạnh. Nguyên nhân đến giờ vẫn chưa được biết rõ. Hiện tại không có giải pháp nào giải quyết triệt để và cách duy nhất là bố mẹ phải chờ thời gian trôi qua.

Đảo mắt ở trẻ emlà một trong những vấn đề mà nhiều bậc phụ huynh lo lắng. Vậy do đâu mà trẻ hay đảo mắt? Và khi nào trẻ mới hết đảo mắt?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-down-la-gi/

Nội dung bài viết

Tại sao trẻ mắc hội chứng Down?

Hội chứng Down có các triệu chứng nào?

Làm cách nào để chẩn đoán trẻ bị hội chứng Down?

Hội chứng Down có điều trị được không?

Hội chứng Down là một bệnh lí do rối loạn di truyền ảnh hưởng đến sự phát triển của não và những cơ quan khác. Trẻ mắc hội chứng Down phát triển kém cả về thể chất và tinh thần. Trẻ thường học chậm hơn, suy nghĩ và giải quyết vấn đề chậm hơn so với những bạn cùng tuổi. Nhưng hầu hết trẻ mắc hội chứng Down đều có thể đến trường, kiếm việc làm và tận hưởng nhiều điều thú vị giống như những đứa trẻ khác.

Cơ thể của của mỗi người được tạo thành từ các tế bào. Bên trong các tế bào có nhiều nhiễm sắc thể. Một người bình thường có tổng cộng 46 nhiễm sắc thể. Trẻ với hội chứng Down sẽ có đến 47 nhiễm sắc thể. Nguyên nhân làm xuất hiện thêm một nhiễm sắc thể này hiện vẫn chưa rõ. Tuy nhiên, đa số trường hợp trẻ mắc hội chứng Down liên quan đến:

Mẹ mang thai trẻ khi đã lớn tuổi (thường trên 35 tuổi).

Anh chị của trẻ cũng mắc hội chứng Down.

Có nhiều triệu chứng khác nhau tùy theo thể bệnh nhẹ hay nặng. Tuy nhiên, không phải tất cả trẻ mắc hội chứng Down đều có tất cả các triệu chứng này. Các triệu chứng đặc trưng bao gồm:

Chỉ có một đường chỉ tay ở trung tâm của lòng bàn tay.

Mắt xếch.

Mặt có vẻ khờ khạo.

Đầu nhỏ, cổ ngắn.

Gáy rộng và phẳng.

Mũi tẹt, miệng nhỏ, hay thè lưỡi.

Bàn tay và bàn chân nhỏ. Giảm khả năng vận động của cơ bắp.

Trẻ thấp hơn so với những trẻ khác ở cùng độ tuổi.

Khi trẻ còn nhỏ, với tật hay thè lưỡi ra ngoài có thể làm đẩy thức ăn ra khỏi miệng. Vấn đề này thường cải thiện khi trẻ hơn 1 tuổi vì đã có thể kiểm soát được cơ lưỡi. Trẻ có thể than đau ở cổ do sự lỏng lẻo của xương ở cột sống cổ. Hô hấp thường gặp khó khăn vì đường thở bị hẹp. Điều này có thể khiến trẻ phải thở bằng miệng.

Sau đó dẫn đến các vấn đề về răng, nhiễm trùng hay trẻ có thể ngáy và ngưng thở khi ngủ. Trẻ mắc hội chứng Down cũng có thể kèm theo những tật tim bẩm sinh. Phổ biến như thông liên thất,còn ống động mạch,tứ chứng Fallot. Ngoài ra, trẻ cũng gặp những trở ngại liên quan đến thính giác, thị giác, bệnh lí ở tuyến giáp.

Những vấn đề học tập cũng khiến nhiều cha mẹ gặp khó khăn. Trẻ có xu hướng học hậm hơn trong hầu hết hoạt động hằng ngày như việc tự đi lại, tự ăn và chăm sóc bản thân. Một số trẻ có thể chỉ biết đọc, viết, giải các bài toán đến cấp 2. Hơn nữa, việc giao tiếp và điều chỉnh hành vi cho phù hợp cũng là những thách thức đối với trẻ. Trẻ rất hạn chế trong khả năng hiểu và giao tiếp với người khác.

Trong đó, những tình huống thường gặp như:

Dễ nản lòng và hay nổi cáu.

Nhìn chằm chằm vào người khác.

Rất nhạy cảm với những điều mới lạ như địa điểm, âm thanh, mùi hương hoặc thay đổi thói quen của trẻ.

Những hành vi bất thường như vỗ tay, cắn tay, giao tiếp bằng mắt kém, cắn quần áo.

Đa số trẻ mắc hội chứng Down hiền lành, dễ thương và ngoan ngoãn. Tuy nhiên, trẻ vẫn có thể có những rối loạn về tâm thần giống như một trẻ khỏe mạnh bình thường. Hay gặp với bệnh cảnh rối loạn tăng động giảm chú ý, tự kỷ hay trầm cảm.

Hội chứng Down có thể được chẩn đoán lúc mang thai hoặc ngay sau khi trẻ sinh ra. Trước khi sinh, việc chẩn đoán có thể dựa trên hình ảnh siêu âm thai kì hay mẫu tế bào bằng cách chọc ối để xét nghiệm. Chẩn đoán sau khi sinh thường được nghĩ đến bởi những hình ảnh đặc trưng vẻ bề ngoài của trẻ.

Chính xác nhất là chẩn đoán bằng xét nghiệm máu của trẻ để kiểm tra số lượng nhiễm sắc thể. Đây còn gọi là xét nghiệm gen.

Vì đây là bệnh lí di truyền nên không có một điều trị nào tốt nhất cho tất cả trẻ mắc hội chứng Down. Thông thường, trẻ sẽ được đưa vào các trường dành riêng cho việc chăm sóc và giáo dục đặc biệt. Trẻ sẽ cần được dạy ngôn ngữ kết hợp với bác sĩ tâm lý học. Ngoài ra, cũng có nhiều nhân viên hỗ trợ xã hội hay y tá tại trường học của trẻ.

Việc học ngôn ngữ, nghề nghiệp và vật lý trị liệu là rất quan trọng để giúp con bạn phát triển. Bác sĩ trị liệu hành vi nhận thức có thể giúp con bạn học cách kiểm soát căng thẳng. Các liệu pháp khác có thể bao gồm trị liệu với âm nhạc hay tranh ảnh. Điều này sẽ giúp giảm sự nhạy cảm của con bạn với xúc giác hoặc âm thanh.

Nếu có những vấn đề nhiễm trùng, bệnh tim… trẻ sẽ được điều trị với thuốc hay phẫu thuật khi cần thiết. Cha mẹ thường tìm hiểu các phương pháp điều trị mới hoặc thay thế thông qua bạn bè hoặc các phương tiện truyền thông. Thực tế, không có chế độ ăn kiêng nào đã được chứng minh điều trị hết hội chứng Down. Vậy nên, mọi thông tin tốt nhất cần có sự tư vấn của bác sĩ để đảm bảo an toàn cho trẻ.

Nếu bạn là cha mẹ của một đứa trẻ được chẩn đoán mắc hội chứng Down, ban đầu bạn có thể cảm thấy thất vọng hay buồn bã. Bởi cảm giác mất mát, mặc cảm và sợ hãi. Hãy nói chuyện với cha mẹ đã có con mắc hội chứng Down có thể giúp bạn đối phó với cú sốc ban đầu cũng như kinh nghiệm đồng hành cùng với trẻ trên con đường phía trước.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-edwards/

Nội dung bài viết

Hội chứng Edwards là gì?

Nguyên nhân gây ra hội chứng Edwards

Triệu chứng của hội chứng Edwards

Biến chứng của hội chứng Edwards

Xử trí bệnh tại nhà có được không? Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán hội chứng Edwards như thế nào?

Điều trị hội chứng Edwards

Tiên lượng

Cách phòng tránh hội chứng Edwards

Hội chứng Edwards hay còn gọi là hội chứng Edwards tam thể là một tình trạng gây ra do đột biến nhiễm sắc thể. Trong 5000 trẻ sinh ra sẽ có 1 trẻ không may mắc hội chứng này. Đây là một hội chứng thường gặp khi người mẹ mang thai đã lớn tuổi. Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Lê Chí Hiếu tìm hiểu kĩ hơn về nguyên nhân, các biến chứng có thể gặp phải ở những trẻ sơ sinh mắc hội chứng Edwards thông qua bài viết này nhé!

Hội chứng Edwards hay còn được gọi là hội chứng Edwards tam thể, hội chứng tam nhiễm sắc thể số 18 (Trisomy 18). Hội chứng được đặt tên theo người đầu tiên đã phát hiện ra ca bệnh đầu tiên vào năm 1960.

Edwards đã báo cáo về hiện tượng một trẻ sơ sinh bị dị tật bẩm sinh và giảm chức năng nhận thức. Sau đó, nhiễm sắc thể (NST) 18 được xác định là nguyên nhân gây bệnh bởi Smith và cộng sự.

Mức độ phổ biến của Trisomy 18 chỉ đứng sauhội chứng Down– do thể tam nhiễm sắc thể số 21. Tỷ lệ hiện mắc ở nữ cao hơn so với nam (khoảng 3:2). Song, thai nhi nam dễ xảy ra hơn nữ, nên tỷ lệ sống sót của nữ sẽ cao hơn nam.

Cũng giống hội chứng Down, hội chứngEdwardsthường xảy ra do người mẹ mang thai đã lớn tuổi. Nguy cơ hội chứng Edwards cũng tỷ lệ thuận với tỷ lệ tăng tuổi của mẹ. Vì xu hướng trung bình tuổi phụ nữ mang thai ngày càng tăng trên thế giới nên hội chứng này cũng tăng dần theo thời gian.1

Các thể Trisomy 18 hoàn toàn hay thể khảm chỉ là một hiện tượng ngẫu nhiên đột biến nên sẽ ít có khả năng di truyền. Đối với Trisomy 18 một phần thì lại có khả năng di truyền. Nếu ba hoặc mẹ có mang chuyển vị cân bằng ở nhiễm sắc thể số 18 nguy cơ hội chứng Edwards sẽ cao hơn.2

Cơ chế phát sinh hội chứng Edwards là do sự đột biến nhiễm sắc thể làm xuất hiện 3 NST số 18. Đột biến thường xảy ra ở cánh ngắn của NST số 18 (18q). Chậm phát triển trí tuệ nghiêm trọng trong hội chứng Edwards có thể liên quan đến chứng tam nhiễm từ 18q12.1, 18q21.2.

Thường phân chia ra làm 3 loại đột biến: thể tam nhiễm hoàn toàn, một phần và thể khảm.

Mức độ phổ biến của 3 thể được sắp xếp lần lượt là: thể tam nhiễm nhiễm sắc thể số 18 hoàn toàn (94%), thể khảm (< 5%) và cuối cùng là thể tam nhiễm nhiễm sắc thể số 18 không hoàn toàn (2%).

Theo với đó, nếu trong lần mang thai đầu trẻ sơ sinh mắc thể tam nhiễm hoàn toàn thì trong lần mang thai sau con sinh ra có khả năng mắc là 0,5% đến 1%. Vì thế, nguy cơ hội chứng Edwards trong lần mang thai tiếp theo cũng nên đặc biệt quan tâm.

Thể tam nhiễm hoàn toàn nhiễm sắc thể số 18: trong kì giảm phân II, do không có sự tiếp hợp của cặp nhiễm sắc thể tương đồng dẫn đến thừa ra một nhiễm sắc thể. Điều này dẫn đến sẽ có 3 bản sao nhiễm sắc thể giống nhau tại vị trí số 18 trong bộ nhiễm sắc thể người.

Đối với thể khảm, có thể tồn tại cả 2 loại tế bào có đột biến tam nhiễm lẫn cả tế bào bình thường trong một cơ thể. Thế nếu là thể đột biến thể tam nhiễm hoàn toàn thì tỷ lệ tử vong sẽ sớm hơn, số khác có thể có kiểu hình bình thường.

Thể tam nhiễm nhiễm sắc thể số 18 không hoàn toàn sẽ tồn tại một phần của cánh ngắn nhiễm sắc thể số 18 trong bộ. Đây là kết quả của chuyển vị cân bằng hoặc nghịch đảo diễn ra ở bố hoặc mẹ.

Sự biểu hiện kiểu hình sẽ tùy thuộc vào vị trí đột biến và mức độ biểu hiện của đoạn NST bị đột biến.1

Từ những phát hiện đầu tiên cho đến nay, đã phát hiện ra hơn 125 đặc điểm bất thường xảy ra trên cơ thể của người mắc hội chứng Edwards. Song, sẽ không có một bệnh lí cụ thể nào mang ý nghĩa chuẩn đoán hội chứng Edwards.1

Đặc điểm hình thái có thể giúp nhận diện những trẻ sơ sinh có hội chứng Edward bao gồm: cấu trúc đầu nhỏ, có hình dạng bất thường, hàm và miệng nhỏ, các ngón tay chồng chất nắm chặt vào nhau.

Khi thai nhi còn trong bụng mẹ, Trisomy 18 sẽ làm tốc độ phát triển của thai nhi bi chậm, nhẹ cân. Thậm chí, nhiều trường hợp thai chết lưu trong bụng mẹ. Điều này xảy ra là do sự chậm phát triển tử cung của người mẹ.2

Sau khi sinh ra, những cá thể này cũng gặp các bất thường xảy ra ở nhiều cơ quan như: các vấn đề thần kinh, sọ não, bộ xương, tim mạch, phổi, hệ tiêu hóa… Trong đó, suy tim – hô hấp là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong.1

Vì gặp các bất thường trên các cơ quan, dẫn đến hoạt động sinh lí bình thường không được bảo đảm. Phần lớn, người mắc Trisomy 18 có tiên lượng sống ngắn. Thấp nhất là sau tháng đầu tiên, chỉ có 5% – 10% có thể sống qua năm đầu tiên. Song, những đứa trẻ này bị khuyết tật trí tuệ nghiệm trọng.2

Biến chứng phổ biến khác thường gặp là gây ra các bệnh ung thư như:u nguyên bào thận, u nguyên bào gan vàbệnh Hodgkin. Về mặt nội tiết trong cơ thể, Trisomy 18 gây giảm sản xuất hormone tuyến ức vàtuyến thượng thận.1

Tùy vào kiểu hình thể hiện ra của Trisomy 18, sẽ có những cách xử lí giảm nhẹ triệu chứng khác nhau. Song, bạn sẽ không thể can thiệp bằng bất cứ phương pháp nào khi chưa tham khảo ý kiến của chuyên gia y tế, bác sĩ chuyên khoa.

Khi cần thiết, gia đình sẽ cần sự hỗ trợ đến từ các chuyên gia từ các chuyên khoa khác nhau:

Kiểm soát các vấn đề ăn uống. Bạn sẽ được khuyến nghị cung cấp dinh dưỡng cho trẻ sơ sinh qua ống thông mũi –dạ dàyhoặc ống thông dạ dày. Tình trạngtrào ngược dạ dày thực quảncó thể được kiểm soát y tế và tiến hành phẫu thuật nếu không dứt.

Kiểm soát tim mạch. Với các tình trạngsuy tim, bạn sẽ được khuyến nghị dùng các thuốc lợi tiểu,digoxin. Can thiệp phẫu thuật tim cũng được đề xuất nhằm giảm nhẹ tình trạng.

Nhiễm trùng. Các tình trạng nhiễm trùng hô hấp,viêm phổi,nhiễm trùng đường tiết niệuvàviêm tai giữasẽ được điều trị chuyên sâu.

Can thiệp chỉnh hình: đối với tình trạngvẹo cột sốngdo đốt sống lưng.

Các kiểm soát tâm lý: cần được nhận hỗ trợ về mặt tâm lý xã hội cho gia đình.

Nếu cần được chẩn đoán sâu hơn, bạn cần tìm đến: các nhà di truyền học lâm sàng, bác sĩ chuyên khoa nhi, bác sĩ tim mạch, bác sĩ phổi, bác sĩ nhãn khoa, bác sĩ thính học, bác sĩ ngôn ngữ trị liệu, bác sĩ chỉnh hình và bác sĩ tâm lý trong hỗ trợ kiểm soát hội chứng Edwards.1

Để phát hiện sớm khả năng thai nhi mắc Trisomy 18 gây ra hội chứng Edwards. Người mẹ nên làm các xét nghiệm chuẩn đoán trước khi sinh. Các xét nghiệm như siêu âm thai, xét nghiệm máu ở tuần 11 đến tuần 13 của thai kì.

Nếu sớm hơn, ở tuần thứ 10 của thai kì, xét nghiệm tiền sản không xâm lấn (xét nghiệm NIPT) có giá trị chuẩn đoán cao khi kết hợp với kết quả siêu âm. Ngoài ra, chuẩn đoán chính xác Trisomy 18 còn dựa vào xét nghiệm di truyền.

Người mẹ sẽ được tiến hành chọc dò dịch ối hoặc lấy mẫu nhung mao màng đệm để xét nghiệm. Thế nhưng, phương pháp này đều dễ gây dị tật thai nhi. Ở một số trường hợp, Trisomy 18 có thể không được phát hiện cho đến khi trẻ sơ sinh được sinh ra.3

Sau khi sinh ra, ở những cá thể có nguy cơ mắc hội chứng Edwards nên được khám sàng lọc. Việc tìm ra các bất thường tại các cơ quan nhờ vào hình ảnh siêu âm; các bất thường nội sọ, ổ bụng… có thể giúp hỗ trợ chuẩn đoán và đánh giá thể bệnh.1

Hội chứng Edwards tam thể cũng thường bị nhầm lẫn với các bệnh và hội chứng khác. Tình trạng đột biến Trisomy 13 của hội chứng Patau với biểu hiện kiểu hình rất giống.

Các đặc điểm nhận dạng khi có bất thường về khuôn mặt. Cơ thể chậm phát triểntử cung, đa ối và giảm sản phổi dễ nhầm lẫn với hội chứng Pena-Shokeir loại I.

Khi kiểu hình hướng tới u đại tràng,dị tật tim, u đại tràng, suy tuyến mật, chậm phát triển, bất thường về bộ phận sinh dục và tai… Cần được chẩn đoán phân biệt hội chứng Edwards với Hội chứng CHARGE.

Bên cạnh đó, dị tật đốt sống, dị tật hậu môn, dị tật tim mạch, lỗ rò khí quản, dị tật thực quản, dị tật thận và dị tật chi cần phân biệt với hội chứng VATER.1

Không có một liệu trình nào để điều trị cũng như phòng tránh hội chứng Edwards. Ba mẹ sẽ phải lựa chọn giữa việc giữ lại hoặc bỏ đi thai nhi. Khi giữ lại, những đứa trẻ sẽ cần có sự chăm sóc y tế tối ưu nhất.

Ngoài ra, những liệu trình điều trị nhằm giảm nhẹ các triệu chứng. Kiểm soát chuyển biến trên các cơ quan bất thường có thể được áp dụng đến khi trẻ mất.3

Khoảng 40% sẽ chết lưu trong tử cung của mẹ. Số ít sinh ra là sinh non. Theo nghiên cứu, tiên lượng sống trung bình của một đứa trẻ mắc hội chứng Edwards là từ 3 đến 14,5 ngày.

Thế nhưng, khi trẻ sinh ra chỉ có một tỷ lệ rất ít có thể sống được đến một tuổi. Trong khi, 60% đến 75% sống được đến tuần đầu tiên. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có thể sống đến một tháng tuổi rơi vào 20% đến 40%.1

Không có cách phòng tránh hội chứng Edwards. Gia đình nên nhận được các khuyến nghị phù hợp. Các chuyên gia y tế có thể giúp cải thiện các tình trạng gây ra do hội chứng Edwards.

Các tư vấn về nguy cơ Trisomy trong lần mang thai tiếp thai tiếp theo cũng nên được đề cập. Các khả năng sống còn và nguy cơ mắc các bệnh tương tự cũng nên cung cấp cho nhóm gia đình có nguy cơ.1

Trên đây là những thông tin vềhội chứng Edwards. Hi vọng đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin hữu ích về hội chứng này. Từ đó có cái nhìn tổng quan và cách xử trí phù hợp bảo vệ sức khỏe bản thân và những người xung quanh mình.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-gardner/

Nội dung bài viết

Hội chứng Gardner là gì?

Nguyên nhân của hội chứng Gardner

Hội chứng Gardner có phổ biến không?

Độ tuổi mắc hội chứng Gardner thường gặp nhất

Người bệnh Gardner thường có những biểu hiện nào?

Chẩn đoán hội chứng Gardner

Làm thế nào để điều trị hội chứng Gardner?

Hội chứng Gardner có thể phòng ngừa được không?

Tiên lượng bệnh

Hội chứng Gardner là một bệnh lý di truyền hiếm gặp dẫn đến biểu hiện đa polyp có tính gia đình. Đây là bệnh lý với biểu hiện lâm sàng kết hợp nhiều polyp đại tràng, u nang bã nhờn và u xơ cứng, đốm sắc tố bất thường ở võng mạc. Sau đây, mời bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Huỳnh Mạnh Tiến tìm hiểu chi tiết về hội chứng Gardner nhé.

Hội chứng Gardner là hội chứng đa polyp u tuyến có tính gia đình, được giáo sư di truyền học Eldon J.Gardner mô tả lần đầu năm 1951. Người bệnh thường có đapolyp đại tràng,polyp dạ dày,u nang bì, u xơ cứng và u xương hàm. Đây là một dạng biến thể của hội chứng FAP (hội chứng đa polyp có tính gia đình). Các polyp và u này có thể lành tính hoặc tiềm ẩn nguy cơ hoá ác.12

Các polyp thường xuất hiện sau 25 tuổi. Các bệnh nhân mắc hội chứng Gardner có nguy cơ cao phát sinh ung thư đại trực tràng, nên chiến lược phát hiện và điều trị sớm ung thư rất quan trọng.3

Mỗi tế bào hợp tử có hai bản sao của mỗi gene. Một gene được thừa hưởng của mẹ và một bản sao còn lại từ bố. Hội chứng Gardner liên quan đột biến gen APC nằm trên nhiễm sắc thể số 5 (5q21- dải q21 trên nhiễm sắc thể số 5). Đây là gene có liên quan mật thiết với sự phát triển quá mức của u (bao gồm u lành và ung thư). Đột biến ở gen APC gây ra mất chức năng của protein APC và tăng trưởng các tế bào dẫn đến hình nhiều khối u trong cơ thể (biểu hiện của hội chứng Gardner). Bệnh là rối loạn khá hiếm gặp, do thường hưởng đột biến gene trội từ bố mẹ. Chỉ cần sự xuất hiện 1 bản sao gene bệnh trong nười trẻ thì đứa bé đã có khả năng biểu hiện bệnh. Ngoài các đột biến liên quan đến gene APC, sự mất methyl hoá DNA, đột biến gene RAS trên nhiễm sắc thể số 12.1234

Hội chứng Gardner rất hiếm và chưa có số liệu cụ thể ở Việt Nam. Tại Hoa Kì, cứ 1 triệu người có 1 người mắc hội chứng Gardner.1

Hầu hết người mắc hội chứng Gardner xuất hiện polyp rất sớm từ năm 16 tuổi, trung bình là khoảng 22 tuổi, các khối u khác xuất hiện sau khi độ tuổi tăng dần.1

Người bệnh có thể phát hiện tình cờ thường gặp nhất khi nội soi kiểm tra sức khoẻ phát hiện đa polyp; hoặc tầm soát khi gia đình có người mắc hội chứng Gardner. Một số trường hợp, sự phát triển quá mức của khối u có thể gây ra triệu chứng.35

Rối loạn tiêu hoákéo dài:đau bụng,tắc ruột, xuất huyết tiêu hoá,đầy bụng, chướng hơi, thay đổi thói quen đi tiêu.

Đa polyp dạ dày, đa polyp tá tràng.

U nguyên bào gan, u ở tuỵ, u ruột non.

Bướu mỡ.

Nang giáp,ung thư nhú tuyến giáp.

Khối u hàm.

Đau đầu nếu có khối u nội sọ, u nguyên tế bào sao.

Các u nang bã nhờn.

U xơ cứng.

U tuyến thượng thận.

U bì thường gặp ở chân, tay, mặt.

Bất thường sắc tố da, bất thường về răng.

Sụt cân không chủ ý.

Suy nhược, mệt mỏi cơ thể.

Theo trung tâm thống kê về bệnh di truyền hiếm gặp (GARD), 80-99% người bệnh sẽ có polyp ở dạ dày và đại trực tràng khi còn trẻ. Khoảng 30-79% người xuất hiệnung thư đại trực tràng, phì đại bẩm sinh biểu mô sắc tố võng mạch, u lipoma, nang giáp,…35

Sau khi phát hiện các trường hợp đa polyp đại tràng, dạ dày, u xương hàm, u nang bã bì, bác sĩ sẽ khai thác tiền sử gia đình để xác lập tính chất di truyền cua bệnh. Nếu người bệnh bị nghi ngờ mắc hội chứng Gardner có thể thực hiện xét nghiệm để xác định đột biến gene APC (thường là xét nghiệm máu).

Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng Gardner:123

Ít nhất 100 polyp đại trực tràng hoặc nếu ít hơn 100 polyp cần một thành viên trong gia đình đã có mắc bệnh.

Có u xương.

Có các u mô mềm như u bì, u xơ, u nang bã.

Có đột biến gene APC. Đây là tiêu chuẩn quan trọng nhất.

Sau khi thăm khám, bác sĩ có thể chỉ định các xét nghiệm để đánh giá các biểu hiện ở các cơ quan khác nhau (nội soi ống tiêu hoá, siêu âm tuyến giáp, siêu âm bụng,CT-scanbụng, sọ não,…).136

Nội soi ống tiêu hoá giúp ghi nhận tổn thương polyp ở đại tràng, dạ dày,…

Siêu âm tuyến giáp: để theo dõi u tuyến giáp nếu có.

Siêu âm bụng, CT-bụng: để khảo sát u thượng thận, u trong ổ bụng.

CT sọ não: xác định u tế bào sao, u xương sọ.

ChụpX-quanghàm mặt: để phát hiện u xương, dị tật răng ở người bệnh.

Đây là một bệnh lý di truyền liên quan đến gene, nên khi được chẩn đoán mắc bệnh thì gần như không thể chữa khỏi được. Tuy nhiên, đối với người bệnh cần tầm soát ung thư trên những đối tượng này.

Nguy cơ ung thư đối với hội chứng Gardner tương tự với hội chứng đa polyp u tuyến có tính gia đình. Tuổi xuất hiện ung thư đại trực tràng trung bình là khoảng 39 tuổi. Nguy cơ phát sinh ung thư của người bệnh mắc hội chứng Gardner được tóm tắt trong bảng dưới đây.3

Vì vậy sau khi được chẩn đoán hội chứng Gardner, điều quan trọng là cần kiểm tra thường xuyên vấn đề ung thư. Các chương trình tầm soát ung thư ở người mắc hội chứng Gardner bao gồm:3

Nếu xuất hiện các tổn thương nguy cơ, cần xem xét phẫu thuật để loại bỏ sớm:126

Phẫu thuật cắt bỏ đại tràng: để loại trừ khối u đại trực tràng nếu phát hơn 20-30 polyp trên một đoạn ruột. Đôi khi cần phải cắt bỏ toàn bộ trực tràng và đại tràng. Tuy nhiên đây là một phẫu thuật xâm lấn.

Phẫu thuật cắt polyp dạ dày, tuỵ,…

Khối u nang bì: có thể phẫu thuật hoặc tiêm corticoid.

Khối u hàm: phẫu thuật, thuốc kháng viêmNSAIDs, kháng estrogen, hoá trị kết hợp xạ trị.

Một số thuốc có thể có hiệu quả như NSAIDs (celecoxib) được đề xuất giúp giảm sự phát triển của polyp.2

Vì đây là bệnh di truyền, nên việc tư vấn tiền hôn nhân và trước khi có con, trong lúc mang thai rất quan trọng. Người mang gene bệnh và bạn đời cần hiểu rõ về sức khoẻ của bản thân và người vợ/chồng, nguy cơ mắc bệnh của bé trong tương lại trước khi quyết định có con. Hơn nữa, việc chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giúp giảm nguy cơ mắc các ung thư liên quan sau này. Việc tham khảo ý kiến của bác sĩ, tuân thủ điều trị là chìa khoá giúp kiểm soát bệnh.36

Tiên lượng hội chứng Gardner phụ thuộc vào mức độ các triệu chứng hiện có, độ tuổi chẩn đoán. Việc phát hiện sớm các tổn thương tiền ung thư giúp người tránh được nguy cơ phải cắt bỏ toàn bộ đại tràng. Độ tuổi trung bình chẩn đoán ung thư đại trực tràng liên quan đến hội chứng Gardner là 39 tuổi (34-43 tuổi). Các u ở da và xương thường lành tính nhưng có thể chèn ép mô xung quanh gây khó chịu.124

Trên đây là thông tin vềhội chứng Gardner. Hi vọng bài viết đã cung cấp cho quý bạn đọc những thông tin hữu ích về hội chứng này. Từ đó có những biện pháp phòng ngừa và cách xử trí phù hợp bảo vệ bản thân và gia đình.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-giac-ngu-den-tre/

Nội dung bài viết

1. Hội chứng giấc ngủ đến trễ là gì?

2. Dấu hiệu của hội chứng giấc ngủ đến trễ

3. Nguyên nhân hội chứng giấc ngủ đến trễ

4. Rối loạn giấc ngủ đến trễ có khác gì so với “cú đêm”?

5. Chẩn đoán hội chứng giấc ngủ đến trễ

6. Điều trị hội chứng giấc ngủ đến trễ

Hội chứng giấc ngủ đến trễ (DPSP) hay chúng ta thường nghe đến cụm từ “cú đêm” để ám chỉ những người ngủ rất trễ nhưng lại có thể dậy rất muộn. Trong khoa học, người ta gọi những người “cú đêm” như vậy chính là những người mắc hội chứng giấc ngủ trễ. Vậy hội chứng giấc ngủ trễ là gì? Bài viết này sẽ cung cấp cho các bạn một số thông tin cơ bản về rối loạn này.

Hội chứng giấc ngủ đến trễ là một rối loạn nhịp sinh học của giấc ngủ. Rối loạn giấc ngủ này thường liên quan đến đồng hồ sinh học bên trong cơ thể bạn. Nếu bạn bị rối loạn, bạn không thể đi ngủ đúng giờ. Mà thay vào đó bạn thường ngủ trễ ít nhất một hai giờ.

Thậm chí dù bạn mệt thì hôm đó bạn vẫn không thể đi ngủ sớm hơn được. Việc ngủ trễ thường làm cho bạn gặp khó khăn trong việc thức dậy đúng giờ. Điều này có thẩy gây ảnh hưởng đến công việc cũng như học tập.

Hội chứng giấc ngủ đến trễ rất phổ biến. Có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu ảnh hưởng đến lứa tuổi thanh thiếu niên và người trẻ.

Điều này khiến bạn không giống như một con cú đêm. Bởi nếu bạn là cú đêm, ngủ trễ là do bạn CHỌN thức khuya. Còn mắc hội chứng giấc ngủ đến trễ, bạn ngủ trễ là do đồng hồ sinh học của bạn bị xáo trộn.

Hội chứng giấc ngủ đến trễ khiến bạn khó đi ngủ đúng giờ. Việc ngủ trễ này là do đồng hồ sinh học của cơ thể bạn nói với bạn rằng bạn phải thức.

Thông thường, bạn không thể ngủ trước 12 giờ đêm, thậm chí có thể 2-6 giờ sáng bạn mới ngủ được.

Việc khó ngủ sẽ càng tồi tệ hơn nếu bạn cố gắng thức để làm bài tập hoặc giải quyết công việc.

Bởi vì không thể đi ngủ sớm nên những người mắc hội chứng giấc ngủ đến trễ thường gặp nhiều khó khăn trong việc phải dậy sớm hoặc đúng giờ. Điều này do đồng hồ sinh học của bạn không còn bắt đầu kêu bạn dậy nữa. Và vào buổi sáng hoặc buổi trưa bạn vẫn cảm thấy ngủ rất ngon.

Buồn ngủ vào ban ngày xảy ra khi bạn cần phải tỉnh để làm việc và hoạt đồng trong này. Trong ngày, bạn có thể cảm thấy khó tập trung, chú ý để hoàn thành tốt công việc của mình.

Thậm chí nếu mà bạn có thể đi ngủ sớm, nhưng rối loạn giấc ngủ đến chậm vẫn khiến bạn ngủ không ngon bằng cách làm cho bạn ngủ không sâu giấc. Điều này dẫn đến cả ngày hôm sau, bạn vẫn cảm thấy mệt mỏi.

Rối loạn giấc ngủ đến muộn thường đi kèm theo các vấn đề về giấc ngủ khác như hội chứng ngưng thở khi ngủ.

Nếu thức dậy muộn vào buổi sáng không ảnh hưởng gì đến công việc cũng như hoạt động sống hằng ngày của bạn, thì mắc rối loạn giấc ngủ đến chậm bạn vẫn có thể có chất lượng giấc ngủ tốt. Chỉ là thời gian đi ngủ và thức dậy của bạn không được giống như thông thường.

Nếu như bạn không thể giữ được giờ giấc ngủ thông thường, bạn có thể bị trầm cảm do bị căng thẳng, lo lắng về việc thức dậy không đúng giờ.

Bởi trong cuộc sống hằng ngày, đa số các bạn cần phải thức dậy đúng giờ để đi làm hoặc học tập. Tuy nhiên, khi thức dậy đúng giờ lại khiến bạn ngủ không đủ giấc, làm cho bạn cảm thấy mệt mỏi, kém tập trung. Những trẻ mắc hội chứng giấc ngủ đến trễ thường có kết quả học tập kém.

Những người mắc hội chứng giấc ngủ đến trễ cần đi ngủ sớm hơn để thức dậy đúng giờ, nên đôi khi họ có thể lạm dụng rượu, thuốc ngủ, thuốc an thần. Để tỉnh táo làm việc, họ cũng có thể nghiện cà phê.

Hiện tại, nguyên nhân chính xác của hội chứng giấc ngủ đến trễ vẫn chưa được biết rõ ràng. Tuy nhiên, người ta thấy được rằng hội chứng này liên quan đến một số yếu tố. Bao gồm:

Nếu như bạn có người thân mắc hội chứng giấc ngủ đến trễ, thì bạn sẽ có nguy cơ mắc rối loạn này cao hơn người bình thường. Gần 40% những người mắc hội chứng giấc ngủ đến trễ có tiền sử gia đình mắc rối loạn này.

Dường như rối loạn giấc ngủ đến trễ có liên quan đến những vấn đề như:

Trầm cảm.

Lo âu.

Tăng động giảm chú ý.

Rối loạn ám ảnh – cưỡng chế.

Rối loạn giấc ngủ đến trễ ảnh hưởng 10% những người mắc mất ngủ mãn tính

Nếu như vào ban đêm, phòng ngủ của bạn quá sáng hoặc ban ngày phòng ngủ quá tối sẽ khiến cho hội chứng giấc ngủ đến chậm trở nên nặng hơn.

“Cú đêm” và rối loạn giấc ngủ đến trễ không giống nhau. Nếu bạn là một “con cú đêm” thật sự, bạn thức khuya là để làm việc, học tập. Vào sáng ngày hôm sau, bạn vẫn có thể thức dậy trễ hơn bình thường. Nhưng khi cần theo thói quen ngủ bình thường, bạn vẫn có thể tự điều chỉnh.

Nếu bạn mắc hội chứng giấc ngủ đến chậm. Không phải là bạn đang cố gắng thức khuya. Mà là đồng hồ sinh học của bạn làm trì hoãn giấc ngủ của bạn, ngay cả khi bạn đang rất mệt mỏi. Bạn thường gặp nhiều khó khăn để điều chỉnh giấc ngủ lại như người bình thường.

Hội chứng giấc ngủ đến trễ thường dễ bị chẩn đoán nhầm. Do những người mắc hội chứng này thường phải thức dậy theo thời gian biểu của những người bình thường. Điều này khiến họ liên tục cảm thấy mệt mỏi, chán nản nên bạn có thể bị chẩn đoán nhầm với trầm cảm hoặc hội chứng mất ngủ.

Nếu bạn hoặc người thân của bạn gặp vấn đề về giấc ngủ, bạn hoặc người thân của bạn nên đến khám những bác sĩ chuyên về giấc ngủ. Để chẩn đoán rối loạn giấc ngủ đến trễ có thể bác sĩ sẽ hỏi bệnh, thăm khám và thực hiện một số xét nghiệm sau:

Hỏi về bệnh sử:điều này giúp cho bác sĩ hiểu thêm về những khó chịu của bạn cũng như lịch sử bệnh của gia đình bạn.

Nhật ký giấc ngủ:

Mấy giờ bạn lên giường ngủ?

Bao lâu thì vô giấc được?

Ngủ có ngon giấc không?

Có hay bị thức giấc giữa đêm không?

Mấy giờ thì bạn thức dậy?

Thức dậy bạn có cảm thấy khỏe và thoải mái không?

Đa ký giấc ngủ: Nếu bác sĩ của bạn nghĩ rằng bạn bị rối loạn giấc ngủ khác, họ có thể yêu cầu kiểm tra giấc ngủ qua đêm được gọi là đa ký giấc ngủ. Khi bạn ngủ, xét nghiệm sẽ theo dõi sóng não và nhịp tim của bạn để bác sĩ có thể thấy cơ thể bạn làm gì trong khi ngủ.

Điều trị rối loạn giấc ngủ đến trễ thường cần nhiều phương pháp điều trị. Mục tiêu điều trị là điều chỉnh lại thời gian ngủ phù hợp. Bác sĩ sẽ lựa chọn những điều trị tốt nhất để phù hợp với triệu chứng và lối sống của bạn. Một số phương pháp gợi ý:

Mỗi đêm, bạn hãy đi ngủ sớm hơn khoảng 15 phút và sau đó cũng dậy sớm hơn một chút.

Sau khi thức dậy, bạn nên ngồi gần nơi có ánh sáng khoảng 30 phút. Ánh sáng buổi sáng có thể giúp cho đồng hồ sinh học của bạn “dậy sớm hơn”

Thói quen tốt có thể giúp bạn điều chỉnh đồng hồ sinh học tốt hơn. Ví dụ như bạn nên tránh sử dụng các thiết bị phát ra ánh sáng xanh như tivi, điện thoại, máy tính trước khi đi ngủ. Đồng thời cũng nên tránh dùng cà phê, rượu, thuốc lá, tập thể dục quá sức trước khi đi ngủ.

Hội chứng giấc ngủđến chậm là một rối loạn thường gặp và dễ bị bỏ sót, tuy nhiên lại ảnh hưởng lớn đến chất lượng đời sống. Vì vậy, nếu có rối loạn giấc ngủ, bạn hãy đến chuyên gia giấc ngủ để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-horner/

Nội dung bài viết

Tổng quan về hội chứng Horner

Triệu chứng của hội chứng Horner

Nguyên nhân gây ra hội chứng horner là gì?

Chẩn đoán hội chứng horner như thế nào?

Điều trị

Ngăn ngừa hội chứng Horner có được không?

Hội chứng Horner có tái phát không?

Hội chứng Horner là một tình trạng hiếm gặp, đặc trưng bởi các triệu chứng co đồng tử, sụp mí mắt trên. Nguyên nhân là do tổn thương các dây thần kinh giao cảm của mặt. Trong một số trường hợp hiếm hoi, hội chứng này là do bẩm sinh. Việc điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân cơ bản gây ra hội chứng. Sau đây là bài viết của ThS.BS Vũ Thành Đô về chủ đề này mời bạn đọc tìm hiểu.

Hội chứng Horner hay đầy đủ là hội chứng Horner-Bernard. Đặc trưng bởi các dấu hiệu và triệu chứng do sự tổn thương trên đường dẫn truyền thần kinh từ não đến mặt và mắt ở một bên của cơ thể.

Thông thường, hội chứng này gây co kích thước đồng tử, sụp mí mắt và giảm tiết mồ hôi ở phía bên mặt bị ảnh hưởng.

Hội chứng này cũng có thể xảy ra sau một vấn đề sức khỏe khác chẳng hạn nhưđột quỵ, khối u hoặc chấn thương tủy sống. Trong một số trường hợp, có thể không có nguyên nhân cơ bản nào. Không có phương pháp điều trị cụ thể cho bệnh lý này. Tuy nhiên, việc điều trị nguyên nhân cơ bản có thể khôi phục chức năng bình thường của các tế bào thần kinh.

Triệu chứng củahội chứng Hornercó thể là:

Co đồng tử.

Sụp mí mắt trên (ptosis).

Nhãn cầu bị chìm.

Giảm tiết mồ hôi ở một bên cơ thể bị ảnh hưởng.

Các triệu chứng này có thể khác nhau và các triệu chứng khác có thể xảy ra tùy thuộc vào nguyên nhân cơ bản của tình trạng. Một số triệu chứng khác nếu có là:

Không thể đóng, mở mí mắt hoàn toàn.

Đỏ bừng mặt.

Đau đầu.

Nguyên nhân gây ra bệnh Horner chủ yếu là do tổn thương một đường dẫn thần kinh trong hệ thần kinh giao cảm. Hệ giao cảm điều chỉnh nhịp tim, kích thước đồng tử, mồ hôi, huyết áp và các chức năng khác cho phép cơ thể phản ứng nhanh với những thay đổi trong môi trường sống.

Hội chứng Horner xảy ra thường do nguyên nhân tổn thương trên đường dẫn truyền thần kinh từ não, qua tủy sống, đến mặt và mắt. Con đường dẫn truyền này chia làm 3 đoạn, tổn thương bất kỳ đoạn nào trên đường dẫn truyền này đều có thể là nguyên nhân gây ra bệnh Horner-Bernard.

Con đường này dẫn truyền tín hiệu thần kinh từ vùng dưới đồi, đi qua thân não và kéo dài đến phần trên của tủy sống. Nếu có các vấn đề trên vùng này có thể làm gián đoạn chức năng thần kinh và gây rahội chứng Horner. Các vấn đề ở đây có thể là:

Đột quỵ.

Khối u ở vùng dưới đồi, thân não hoặc phần trên của tủy sống.

Bệnh lý gây mất lớp vỏ bảo vệ của tế bào thần kinh.

Chấn thương vùng tủy cổ.

Bệnh rỗng tủy sống(syringomyelia).

Con đường dẫn truyền này kéo dài từ cột sống, qua phần trên của ngực và đến một bên cổ. Các bệnh lý làm tổn thương dây thần kinh ở vùng này có thể bao gồm:

Ung thư phổi.

Khối u trong bó myelin (schwannoma – u của tế bào Schwann).

Tổn thương động mạch chủ.

Phẫu thuật trong khoang ngực.

Tổn thương do chấn thương.

Con đường này tiếp nối con đường cấp hai đi đến da mặt và các cơ của mống mắt và mí mắt. Các tổn thương thần kinh thường gặp ở đoạn này gây rahội chứng Hornerlà:

Tổn thương động mạch cảnh.

Tổn thương tĩnh mạch cảnh.

Khối u, nhiễm trùng vùng gần đáy sọ.

Chứng đau nửa đầu.

Các nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh lý này ở trẻ em là:

Tổn thương cổ hoặc vai trong quá trình sinh.

Các khuyết tật động mạch chủ bẩm sinh.

Khối u của hệ thống nội tiết và hệ thần kinh (u nguyên bào thần kinh).

Trong một số trường hợp không thể xác định được nguyên nhân của tình trạng này. Đây được gọi làhội chứng Hornervô căn.

Ngoài việc khám sức khỏe tổng quát, bác sĩ sẽ tiến hành một số xét nghiệm để đánh giá các triệu chứng và xác định nguyên nhân nếu có thể.

Xét nghiệm xác định chẩn đoán bằng cách nhỏ thuốc vào cả hai mắt. Bằng cách so sánh các phản ứng ở mắt lành với mắt nghi ngờ, bác sĩ có thể xác định xem tổn thương thần kinh có phải là nguyên nhân gây ra hay không.

Các triệu chứng điển hình có thể giúp bác sĩ khu trú lại phạm vi tìm kiếm nguyên nhân của bệnh. Bác sĩ cũng có thể tiến hành các xét nghiệm bổ sung hoặc xét nghiệm hình ảnh để xác định vị trí thần kinh tổn thương.

Bác sĩ có thể nhỏ một loại thuốc nhỏ mắt gây giãn đồng tử ở mắt bình thường. Và thuốc ít giãn đồng tử ở mắt bị ảnh hưởng trong trường hợp nguyên nhân là tổn thương nhóm tế bào thần kinh bất thường nhóm cấp ba.

Một số xét nghiệm hình ảnh để chẩn đoán là:

Chụp cộng hưởng từ (MRI).

Siêu âm động mạch cảnh.

X-quang ngực.

Chụp cắt lớp vi tính (CT).

Điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân cơ bản. Nghiên cứu chỉ ra rằngchưa có phương pháp điều trị cụ thể nào chohội chứng Horner. Việc điều trị chủ yếu là điều trị các nguyên nhân và điều trị triệu chứng.

Bạn có thể thực hiện một số cách để ngăn ngừa hội chứng này. Tuy nhiên, sẽ rất khó vì tình trạng này có thể xảy ra do nhiều nguyên nhân. Các chiến lược phòng ngừa phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra hội chứng Horner. Các biện pháp này có thể bao gồm

Ngăn ngừa sốc chấn thương (đặc biệt là chấn thương đầu).

Kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch và bỏ hút thuốc.

Tư vấn di truyền giúp ngăn ngừa các trường hợp mắc bệnh bẩm sinh.

Khả năng tái phát của hội chứng Horner phụ thuộc vào nguyên nhân cơ bản. Các triệu chứng có thể tự biến mất hoặc khi điều trị nguyên nhân cơ bản. Nếu nguyên nhân tương tự hoặc khác xuất hiện trở lại thì có thể sẽ tái phát bệnh.

Trên đây là bài viết của YouMed vềhội chứng Hornervà một số vấn đề liên quan. Đây là bệnh lý thần kinh khá hiếm gặp và thường do di truyền. Hy vọng qua bài viết trên, bạn đã có thêm một số kiến thức tổng quan về bệnh. Nếu cha mẹ lo lắng con mình khi sinh ra có thể mắc bệnh lý này thì có thể tham vấn di truyền để ngăn ngừa tình trạng này xảy ra.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-jacobs/

Nội dung bài viết

Hội chứng Jacobs là gì?

Nguyên nhân hội chứng Jacobs

Biểu hiện của hội chứng Jacobs

Biến chứng của hội chứng Jacobs

Xử trí bệnh tại nhà có được không? Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán hội chứng Jacobs

Điều trị hội chứng Jacobs

Cách phòng tránh hội chứng Jacobs

Khi mang thai, chắc hẳn mẹ bầu đã nghe đến các xét nghiệm tầm soát trước sinh – có thể giúp phát hiện sớm nguy cơ mắc các dị tật ở thai nhi. Trong số các dị tật đó có hội chứng Jacobs (47,XYY). Vậy hội chứng này là gì? Nguyên nhân và triệu chứng của bệnh là gì? Làm thế nào để điều trị bệnh? Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Lê Chí Hiếu tìm hiểu hội chứng Jacobs qua bài viết sau đây nhé.

Đa phần con người đều có 46 nhiễm sắc thể (NST) trong mỗi tế bào. Riêng đối với người nam, mỗi tế bào thường chứa một NST X và một NST Y kết hợp thành cặp nhiễm sắc thể XY. Tuy nhiên, ở những người nam mắc phải hội chứng Jacobs (hay còn gọi là hội chứng XYY), có thêm một NST Y trong mỗi tế bào của họ, khiến cặp nhiễm sắc thể số 23 bị dư thừa một nhiễm sắc thể Y. Do đó, nam giới mắc phải hội chứng này sẽ có 47 NST, thay vì 46 NST như bình thường. Trong một số trường hợp, đột biến nhiễm sắc thể chỉ xuất hiện ở một số tế bào chứ không phải toàn bộ các tế bào trong cơ thể.1

Hội chứng Jacobs là một rối loạn về mặt di truyền hiếm gặp ở nam giới, thường xuất hiện với tỉ lệ 1/1000 bé nam. Trong hầu hết các trường hợp, những người nam mắc phải hội chứng Jacobs không bị ảnh hưởng gì nhiều trong cuộc sống sinh hoạt thường ngày.

Một số người có thể sẽ có chiều cao cao hơn so với bình thường và gặp phải khó khăn trong việc học tập hoặc ngôn ngữ. Một số người khác có thể sẽ có một vài sai khác nhỏ trong phát triển về mặt sinh lý, ví dụ như giảm trương lực cơ. Tuy nhiên trong nhiều trường hợp, những người nam mắc phải hội chứng Jacobs hầu như không có bất thường gì về mặt sinh lý và phát triển bình thường về mặt sinh dục.1

Sự dư thừa nhiễm sắc thể Y ở cặp NST XY (NST giới tính) là do sự xáo trộn ngẫu nhiên, hoặc do đột biến trong quá trình hình thành mã di truyền ở nam giới. Sự xuất hiện các lỗi ngẫu nhiên có thể diễn ra trong quá trình hình thànhtinh trùng, hoặc ở nhiều thời điểm khác nhau trong lúc hình thành phôi thai.

Với trường hợp bất thường diễn ra trong quá trình tạo phôi thai, không phải lúc nào toàn bộ các tế bào đều bị ảnh hưởng, mà một số tế bào có thể vẫn giữ nguyên được tính toàn vẹn ban đầu. Điều này đồng nghĩa với việc một số tế bào sẽ có NST XYY; trong khi một số khác sẽ ở dạng XY. Trong đa số trường hợp, hội chứng Jacobs không có tính di truyền, nghĩa là không có khác biệt về nguy cơ sinh ra con trai mắc phải hội chứng Jacobs giữa nam giới có mang NST XYY và những người có NST XY bình thường.1

Các biểu hiện của hội chứng Jacobs thay đổi tùy theo từng người và từng độ tuổi khác nhau. Khi còn nhỏ, các biểu hiện có thể khá mơ hồ. Do đó, đa số bé trai mắc phải hội chứng Jacobs không được chẩn đoán bệnh khi nhỏ. Một sổ biểu hiện tiêu biểu của hội chứng Jacobs có thể kể đến như:12

Giảm trương lực cơ (hypotonia).

Chậm phát triển khả năng vận động như bò, đi bộ, viết chữ,…

Gặp khó khăn hoặc bị chậm nói.

Tự kỷ.

Khó khăn trong việc tập trung hoặc học tập.

Gặp phải các vấn đề liên quan đến hành vi và cảm xúc.

Run tay hoặc có các cử động cơ không tự nguyện.

Chiều cao vượt trội so với chiều cao trung bình.

Có khả năng bị vô sinh.

Đầu hoặctinh hoànlớn bất thường.

Sự gia tăng quá mức trong khoảng cách giữa hai bộ phận trên cơ thể, đặc biệt là ở mắt.

Nam giới khi mắc phải hội chứng Jacobs cũng sẽ làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh khác như: hen suyễn, chứng run, rối loạn co cơ,… Ngoài ra, những người này cũng có khả năng gặp phải các bất thường về cơ quan sinh dục, tiết niệu điển hình như:hẹp bao quy đầu,đái dắt, giảm sản bìu,…

Trong một vài trường hợp còn có thể dẫn đếnvô sinh, do chức năng tinh hoàn bị suy giảm và không tạo được tinh trùng. Bên cạnh đó, những người nam không may mắc phải những bệnh này cũng thường khó kiểm soát cảm xúc và điều hòa xung động, hành vi có xu hướng hung hăng hơn do có sự tăng nồng độtestosterone.

Một số nghiên cứu gần đây đã chỉ ra nam giới bị hội chứng Jacobs tiềm ẩn nguy cơ phạm tội cao hơn. Ngoài ra, những người này cũng có khả năng cao bị khuyết tật học tập,rối loạn tăng động giảm chú ý(ADHD),rối loạn phổ tự kỷ(ASD) và khó khăn về ngôn ngữ.2

Nhiều báo cáo trong thời gian qua đã cho thấy, những người không may mắc phải hội chứng Jacobs thường có tuổi thọ giảm khoảng 10 năm, so với những người cùng tuổi không bị bệnh. Điều này có thể giải thích do nam giới mắc hội chứng này có nguy cơ mắc phải nhiều bệnh liên quan như: thần kinh, phổi, hen suyễn, rối loạn co giật, các vấn đề về cảm xúc và hành vi,… Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, bệnh nhân mắc hội chứng Jacobs vẫn có một cuộc sống sinh hoạt bình thường như những người nam không mắc bệnh. Bên cạnh đó, nhiều bệnh nhân vẫn có thể sinh sản, mặc dù hội chứng Jacobs làm tăng tỉ lệ bị bất thường về tinh trùng và tinh hoàn.2

Hội chứng Jacobs là một bệnh lý rối loạn di truyền hiếm gặp và cần sử dụng đến các xét nghiệm để có thể chẩn đoán bệnh. Bên cạnh đó, việc điều trị bệnh cần phải có sự theo dõi sát sao của đội ngũ nhân viên y tế, do đó để đảm bảo hiệu quả điều trị và an toàn cho bệnh nhân, cần đưa bệnh nhân đến các cơ sở y tế để thăm khám nếu nghi ngờ có dấu hiệu mắc phải hội chứng Jacobs. Không được tự ý sử dụng thuốc tại nhà hoặc các thuốc không rõ nguồn gốc để điều trị bệnh do có thể dẫn đến nguy hiểm cho sức khỏe và sự an toàn của bệnh nhân.

Hội chứng Jacobs là một rối loạn hiếm gặp với các triệu chứng đa phần không quá nguy hiểm. Do đó, trên 85% người mắc phải hội chứng này chưa bao giờ được chẩn đoán bệnh. Việc chẩn đoán nếu có thường xuất hiện trễ, trung bình vào khoảng 17 tuổi. Việc chẩn đoán bệnh có thể diễn ra trước hoặc sau sinh.2

Trong giai đoạn thai kỳ, người mẹ có thể thực hiện các xét nghiệm tiền sản để xác định liệu thai nhi có bị hội chứng Jacobs hay không. Một trong những xét nghiệm được sử dụng nhiều nhất làxét nghiệm NIPT. Đây là một xét nghiệm không xâm lấn với độ chính xác cao trong việc phát hiện các bất thường trong nhiễm sắc thể giới tính.

Xét nghiệm được thực hiện dựa trên DNA tự do của thai nhi có trong máu của mẹ. Do đó đảm bảo được an toàn cho cả người mẹ và thai nhi. Bên cạnh đó, các xét nghiệm xâm lân như xét nghiệm sinh thiết gai nhau (CVS), hoặc chọc dò màng ối cũng có thực hiện để phân lập chính xác bộ NST của thai nhi; qua đó có thể xác định được liệu thai nhi có mắc phải hội chứng Jacobs hay không.2

Nam giới có thể làm xét nghiệm phân tích nhiễm sắc thể để chẩn đoán bệnh nếu nghi ngờ bản thân mắc phải hội chứng Jacobs. Bác sĩ có thể sẽ chỉ định xét nghiệm phân tích NST, nếu không thể đưa ra một giải thích nào khác cho các triệu chứng có thể gây ra bởi hội chứng Jacobs; nhất là khi bệnh nhân gặp phải các vấn đề về khả năng sinh sản như giảm số lượng tinh trùng.1

Khi tiến hành việc chẩn đoán hội chứng Jacobs, bác sĩ cũng sẽ phải thực hiện các chẩn đoán phân biệt với một số các bệnh ví dụ như:2

Bởi vì những người nam mắc phải hội chứng Jacobs thường có chiều cao vượt trội hơn so với bình thường. Do đó cần phải chẩn đoán phân biệt vớihội chứng Marfan– một bệnh cũng có biểu hiện tương tự là vóc dáng cao bất thường.

Hội chứng Marfan là mối rối loạn về mô liên kết, và thường biểu hiện các bất thường về tim mạch như giãn gốc động mạch chủ vàsa van hai lá; trái ngược so với các biểu hiện thường thấy ở hội chứng Jacobs. Do đó, việc thực hiện một xét nghiệm toàn diện để kiểm tra chức năng tim như EKG và điện tâm đồ có thể giúp phát hiện các biểu hiện bất thường trên tim. Qua đó giúp chẩn đoán loại trừ hội chứng Marfans.

Hội chứng Sotos hay còn được gọi là chứng não khổng lồ. Đây là một rối loạn di truyền hiếm gặp do đột biện gene NSD1 trên nhiễm sắc thể số 5. Ở hội chứng này cũng có một số các biểu hiện tương đồng với hội chứng Jacobs như: đầu to bất thường, tăng trưởng quá mức, khuyết tật học tập, rối loạn co cơ, giảm trương lực cơ,… Vì vậy, cần thực hiện chẩn đoán phân biệt hội chứng Sotos thông qua việc phân tích gene.

Đây là một rối loạn về nhiễm sắc thể, trong đó bộ nhiễm sắc thể giới tính ở dạnh XXY. Biểu hiện chính của hội chứng này là: nữ hóa tuyến vú, tầm vóc cao,tinh hoàn nhỏ, vô sinh,… Việc chẩn đoán phân biệt để loại trừhội chứng Klinefeltercũng được thực hiện thông qua việc phân tích gene.

Cho đến thời điểm hiện nay, các nhà khoa học vẫn chưa tìm ra cách điều trị hội chứng Jacobs. Tuy nhiên, việc điều trị hỗ trợ có thể giảm các triệu chứng và ảnh hưởng của bệnh; đặc biệt là khi được chẩn đoán sớm. Những người mắc phải hội chứng này có thể trao đổi với bác sĩ để đưa ra hướng xử trí phù hợp với các triệu chứng mà họ gặp phải; chẳng hạn như vấn đề về ngôn ngữ và học tập. Đối với những nam giới ở độ tuổi trưởng thành, họ sẽ cần phải trao đổi với các chuyên gia về sinh sản để tiếp cận các vấn đề liên quan đến vô sinh.

Sau đây là một số phương pháp điều trị có thể giúp giải quyết một số các ảnh hưởng thường gặp của hội chứng Jacobs:1

Trị liệu ngôn ngữ. Những người mắc phải hội chứng Jacobs có thể gặp khó khăn về ngôn ngữ. Khi đó, họ nên liên hệ với nhân viên y tế để được tư vấn điều trị.

Vật lý trị liệu hoặc trị liệu chức năng. Đây là cách giúp những người bị chậm phát triển khả năng vận động hoặc có vấn đề về sức mạnh cơ bắp. Các chuyên gia về vật lý trị liệu và trị liệu chức năng có thể giúp người bệnh cải thiện những vấn đề này.

Trị liệu học tập. Nếu con của bạn mắc phải hội chứng Jacobs, hãy trao đổi với giáo viên, hiệu trưởng hoặc những người có liên quan để có thể giúp hỗ trợ con bạn trong việc học tập hàng ngày.

Để phòng ngừa hội chứng Jacobs, phụ nữ nên sinh con trong độ tuổi từ 20 – 35 tuổi. Đối với những phụ nữ trên 35 tuổi muốn mang thai cần thực hiện tầm soát trước khi sinh để có thể đánh giá sớm các nguy cơ và có thể nhận được các hộp trợ kịp thời.

Những người có dự định mang thai trong tương lai nên được tư vấn di truyền trước sinh, đặc biệt là trước khi thụ thai. Việc này có thể đánh giá các yếu tố nguy cơ đối với các rối loạn bẩm sinh.

Một số biện pháp dự phòng để ngăn ngừa dị tật bẩm sinh như uống bổ sungacid folic, tránh xa các yếu tố gây quái thai,… được khuyến cáo đối với tất cả phụ nữ đang có kế hoạch mang thai. Ngoài ra, trong giai đoạn mang thai, người mẹ nên thực hiện các xét nghiệm di truyền như chọc ối, Double test – Triple test để có thể phát hiện sớm các bất thường có thể xảy ra đối với thai nhi.

Trong đó, Double test – Triple test là hai phương pháp sàng lọc trước sinh phổ biến ở giai đoạn đầu của thai kỳ. Hai phương pháp xét nghiệm này có thể giúp sàng lọc khả năng thai nhi mắc phải các hội chứng dị tật bẩm sinh liên quan đến rối loạn nhiễm sắc thể. Những xét nghiệm này phân tích hàm lượng protein AFP có trong máu của người mẹ trong giai đoạn những tuần đầu thai kỳ. Đây là những xét nghiệm xâm lấn, do đó cần được thực hiện ở các cơ sở y tế uy tín, có đầy đủ các thiết bị và sự hỗ trợ cần thiết.3

Qua bài viết này, hy vọng đã cung cấp thêm cho bạn những thông tin cần thiết vềhội chứng Jacobs. Việc phòng ngừa các dị tật bẩm sinh sẽ giúp đảm bảo an toàn cho sức khỏe của thai nhi. Vì thế, các cặp đôi nên thực hiện sàng lọc trước sinh để bác sĩ có thể tư vấn cụ thể hơn về các nguy cơ có thể gặp phải. Từ đó, ba mẹ có thể lên kế hoạch cho việc mang thai an toàn trong tương lai.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-khang-phospholipid-ke-gay-say-thai-va-huyet-khoi/

Nội dung bài viết

1. Hội chứng kháng phospholipid là bệnh lý gì?

2. Tại sao lại bị bệnh?

3. Ai là người dễ bị mắc bệnh?

4. Hội chứng kháng phospholipid có nguy hiểm không?

5. Người mắc bệnh có biểu hiện triệu chứng như thế nào?

6. Điều trị bệnh lý này như thế nào?

7. Làm cách nào để phòng và đạt hiệu quả điều trị cao nhất bệnh lý này?

Hội chứng kháng phospholipid, hay gọi một cách đầy đủ hơn là hội chứng kháng thể kháng phospholipid, là một bệnh lý tự miễn. Có thể chúng ta nghe thấy có vẻ lạ lẫm, nhưng “anh chàng” này là thủ phạm gây ra nhiều tình trạng tiêu cực cho người bệnh. Bạn đã biết gì về Hội chứng kháng phospholipid này, hãy theo dõi bài viết này của bác sĩ Đinh Gia Khánh để hiểu hơn về nó nhé.

Đây là một bệnh lý xảy ra khi cơ thể xuất hiện những kháng thể tự miễn, chống lại chính cơ thể.

Vốn dĩ các kháng thể thông thường được sinh ra để chống lại các tác nhân gây bệnh và tế bào lạ xâm nhập cơ thể. Nhưng trong trường hợp này, các kháng thể sinh ra lại tấn công chính người bệnh. Cụ thể hơn là chúng phản ứng lên màng phospholipid hoặc protein trên màng phospholipid của tiểu cầu. Dẫn đến kích hoạt tiểu cầu, hệ thống đông máu và cuối cùng là tạo cục máu đông trong cơ thể.

Hệ quả là các cục máu đông này sẽ tắc mạch và gây ra nhiều bệnh cảnh khác nhau.

Nguyên nhân mắc hội chứng kháng phospholipid chưa thật sự được biết rõ ràng. Một số các nghiên cứu đã được tiến hành nhưng tất cả kết quả thu được thì chỉ nằm ở mức độ là giả thuyết.

Cách giải thích chung là các kháng thể tự miễn này có thể xuất trên những người nhạy cảm. Đặc biệt như với tác nhân nhiễm trùng, bị bệnhlupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp tự miễn,… Các yếu tố khác được cho rằng có khả năng thúc đẩy bệnh nặng hơn bao gồm:

Hút thuốc lá

Bất động kéo dài

Mang thai và thời kỳ sau sinh (hậu sản)

Sử dụng biện pháp tránh thai đường uống

Liệu pháp thay thế hormone

Bệnh lý ác tính

Hội chứng thận hư

Tăng huyết áp

Rối loạn lipid máu.

Các yếu tố trên đóng vai trò như một “giọt nước tràn ly” và thúc đẩy tình trạng huyết khối nặng nề hơn. Một số loại thuốc cũng đang được nghi ngờ là nguyên nhân làm cho tình huống này làm tăng khả năng xuất hiện.

Bệnh có thể xuất hiện ở tất cả mọi người, nhưng nổi bật nhất ở các đối tượng sau:

Giới tính nữ.

Trong độ tuổi sinh sản (thường là từ 20 đến 50 tuổi).

Mắc các bệnh lý tự miễn khác.

Mức độ của bệnh sẽ thay đổi tuỳ thuộc vào cơ quan bị ảnh hưởng. Trong tình huống huyết khối (cục máu đông) không ảnh hưởng đáng kể đến sự tưới máu và chức năng của cơ quan, người bệnh có thể kiểm soát được bệnh bằng thuốc uống và ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra.

Tuy nhiên, sẽ đáng lo ngại hơn trong các tình huống các cục máu đông này ảnh hưởng các cơ quan trọng yếu. Nằm ở vị trí hiểm hóc như mạch máu não, tim, thận, phổi,… Bệnh có khả năng đe doạ trực tiếp đến sức khoẻ và tính mạng của người bệnh.

Trong một tình huống gọi là “Hội chứng kháng phospholid thảm kịch”. Các cục huyết khối này sẽ nằm lan toả khắp nơi, gây tổn thương hàng loạt các cơ quan. Chức năng của hệ thống này sẽ bị chặn đứng và gây nhiều hệ luỵ nặng nề. Trong bối cảnh này, khả năng tử vong có thể lên đến 50%.

Đặc điểm chung của hội chứng kháng Phospholipid là xuất hiện huyết khối. Tuy nhiên, biểu hiện của bệnh sẽ khác biệt tuỳ vào vị trí của cục máu đông đó và cơ quan bị ảnh hưởng. Có thể là huyết khối tĩnh mạch, huyết khối độc mạch hoặc trên mạch máu nhỏ. Trên thống kê của cơ quan y tế ở Hoa Kỳ, nhìn chung huyết khối trong bệnh cảnh này liên quan đáng lưu ý nhất bao gồm:

Đột quỵ,tai biến mạch máu não(nhồi máu não).

Nhồi máu cơ tim.

Sảy thai, sảy thai tái diễn không rõ nguyên nhân.

Hệ thần kinh cụ thể là não có thể bị tổn thương bởi nhiều nguyên nhân. Bao gồm cục huyết khối làm tắc mạch máu nuôi não, hoặc kháng thể trong bệnh cảnh Hội chứng kháng phospholipid gây trực tiếp tổn thương tế bào não. Người bệnh sẽ có thể xuất hiện các triệu chứng:

Đột quỵ: Triệu chứng yếu liệt một hoặc cả hai bên, nhìn mờ, nói khó,…

Cơn thiếu máu não thoáng qua.

Thay đổi trạng thái tâm thần kinh.

Sa sút trí tuệ.

Động kinh.

Viêm tuỷ.

Nổi bật là các triệu chứng của nhồi máu cơ tim cấp tính. Với biểu hiện cần lưu ý là đau ngực không giảm, kéo dài có thể lan lên cổ, vai trái. Tình huống này cần phải can thiệp càng sớm càng tốt để cứu sống người bệnh.

Vốn dĩ nhồi máu cơ tim hay xuất hiện ở đối tượng người lớn tuổi. Có kèm các yếu tố nguy cơ tim mạch như: Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, ít vận động,… Nếu được chẩn đoán nhồi máu cơ tim ở một bệnh nhân nữ, trẻ tuổi thì cần phải nghi ngờ có yếu tố làm tăng nguy cơ huyết khối. Một trong những tình huống không thể loại trừ đó chính là Hội chứng kháng Phospholipid.

Đây là một trong vấn đề quan trọng nhất trong hội chứng kháng phospholipid. . Biểu hiện biến cố thai kỳ của bệnh bao gồm:

Sảy thai tái diễn nhiều lần với thai kỳ dưới 10 tuần tuổi

Một phụ nữ sẩy thai không rõ nguyên nhân, lặp lại từ 3 lần trở đi là đối tượng cần kiểm tra khả năng có mắc Hội chứng kháng phospholipid hay không. Tuy nhiên cũng cần lưu ý, các thai sẩy này trước đó trên siêu âm hoặc thăm khám phải hoàn toàn bình thường. Nguyên nhân sẩy thai sớm cũng rất thường gặp khi mẹ có rối loạn nội tiết, bất thường nhiễm sắc thể,… Đặc biệt là phụ nữ có tuổi từ 35 trở lên.

Sảy thai không rõ nguyên nhân với thai kỳ từ 10 tuần tuổi

Chỉ cần một lần sẩy thai không rõ nguyên nhân ở thai kỳ từ 10 tuần tuổi trở lên thì cũng là một tình huống cần kiểm tra hội chứng kháng phospholipid. Tương tự thai cũng phải được xác định là bình thường bằng siêu âm hay thăm khám trước đó.

Sinh non với thai chưa đủ 34 tuần tuổi

Các thai kỳ này phải được xác nhận là bình thường về hình thái trước đó. Có thể nằm trong bệnh cảnh của Hội chứng kháng phospholipd khi sản phụ có ít nhất một lần sinh non khi thai chưa đủ 34 tuần, do bởi các nguyên nhân sau: tiền sản giật nặng hoặc sản giật, bất thường trên khảo sát thai: siêu âm doppler, thiếu ối, non stress test, thai nhẹ cân,…

Ở các bệnh nhân có hội chứng kháng phospholipid, có thể biểu hiện các hình ảnh bất thường trên da. Có thể các dấu hiệu của bệnh lý nền là Lupus như hồng ban cánh bướm, hồng ban đĩa,… Tuy nhiên cũng có những dấu hiệu chỉ điểm khác nằm riêng trong chính bản thân của hội chứng kháng phospholipid như các mảng xanh tím dạng dưới.

Ngoài các đặc điểm gây huyết khối và tắc mạch vành nuôi cấu trúc tim. Do là một bệnh lý tự miễn, hội chứng kháng Phospholipid cũng có thể gây các bệnh lý van tim tương tự như thấp khớp hay bệnh lý cùng bản chất khác. Viêm nội tâm mạc và các biến chứng nặng nề khác tại tim mạch cũng được ghi nhận.

Tổn thương tại phổi cũng có thể gặp, bao gồm nhồi máu phổi, xuất huyết phế nang và quan trọng làthuyên tắc phổi.

Ảnh hưởng đến chức năng thận cũng là đặc điểm cần lưu ý. Nhất là khi bệnh nhân có Lupus kèm theo, một bệnh rất thường gây tổn thương thận dẫn đến suy thận mạn tính, tổn thương thận cấp tính,…

Ngoài ra, Hội chứng kháng phospholipid còn có thể gây tổn thương chức năng nhiều cấu trúc, cơ quan khác như:

Tuyến thượng thận

Tiêu hoá

Mắt

Xương

Điều trị bệnh không hề dễ dàng và đòi hỏi cần sự phối hợp của chuyên khoa sâu. Thậm chí là nhiều chuyên khoa khác nhau: Sản phụ khoa, Thận, Huyết Học, Thần Kinh,… Tuỳ vào sự ảnh hưởng tại cơ quan đó.

Khi bệnh nhân có những tai biến do huyết khối ví dụ như nhồi máu não, nhồi máu cơ tim. Xử trí trong các tình huống này không khác biệt gì so với các đối tượng khác. Do đó, quan trọng nhất vẫn là cấp cứu kịp thời.

Một khi bệnh nhân đã có tiền sử mắc huyết khối và có những biến chứng đáng kể trên. Bác sĩ có thể chỉ định thuốc chống đông máu để dự phòng khả năng tái diễn biến cố tương tự. Tuy nhiên, lựa chọn thuốc kháng đông sẽ tuỳ thuộc vào đặc tính riêng biệt và mức độ bệnh của bệnh nhân.

Chiến lược để kiểm soát biến cố thai kỳ cũng đặc biệt quan trọng. Điều này sẽ phụ thuộc vào tai biến trước đó sản phụ mắc phải, tình trạng mắc huyết khối ở vị trí khác và kết quả xác định trên xét nghiệm. Thuốc kháng đông, kháng tiểu cầu có thể được bổ sung. Điều này rất quan trọng, có thể sản phụ phải uống thuốc dự phòng trong khoảng thời gian rất dài, thậm chí là suốt đời trừ khi có biến cố khác.

Thực tế thì việc điều trị và kiểm soát Hội chứng kháng phospholipd khá phức tạp. Việc này nên được tư vấn là hướng dẫn cụ thể cuả bác sĩ chuyên khoa. Người bệnh nên nghiêm túc thực hiện các vấn đề sau để đạt hiệu quả điều trị cao nhất:

Tuân thủ tuyệt đối điều trị là yếu tố quan trọng nhất. Việc dự phòng và kiểm soát huyết khối cần nghiêm ngặt và điều chỉnh liên tục. Do đó cần sự phối hợp của người bệnh và bác sĩ.

Không tự ý sử dụng các thuốc nếu không được bác sĩ cho phép.

Kiểm soát bệnh lý tự miễn, bệnh lý nền, bệnh lý tự miễn khác. Sẽ hạn chế nguy cơ xuất hiện bệnh.

Giảm thiểu các nguy cơ huyết khối khác như giảm cân, bỏ thuốc lá, chế độ tập luyện và ăn uống lành mạnh.

Hội chứng kháng phospholipidlà một bệnh lý phức tạp. Bệnh có thể biểu hiện triệu chứng với nhiều đặc điểm riêng biệt. Nổi bật và đáng quan tâm nhất là đột quỵ, nhồi máu cơ tim và sẩy thai, sinh non. Tình trạng gây nên huyết khối bởi bệnh lý này đòi hỏi phải can thiệp và dự phòng để giúp cải thiện sức khoẻ và đời sống của người bệnh. Điều quan trọng nhất trong công tác điều trị là tuân thủ tuyệt đối theo hướng dẫn của bác sĩ để đạt hiệu quả cao nhất bạn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ban-biet-gi-ve-hoi-chung-klinefelter/

Nội dung bài viết

1. Cấu trúc nhiễm sắc thể giới tính

2. Hội chứng Klinefelter là gì?

3. Triệu chứng

4. Nguyên nhân

5. Chẩn đoán

6. Điều trị

7. Hội chứng Klinefelter ảnh hưởng như thế nào đến sức khỏe về lâu dài?

Hội chứng Klinefelter là một bệnh lí di truyền. Những người đàn ông mắc Klinefelter thường không biết mình mắc bệnh này cho đến khi họ gặp vấn đề trong việc mong muốn sinh con. Ngoài ra hội chứng này còn có tên gọi khác như thể tam nhiễm XXY, 47 hay hội chứng XXY.

Hội chứng Klinefelter xảy ra ởnam giớivì sự xuất hiện thêm một nhiễm sắc thể X. Cơ thể mỗi người có 46 nhiễm sắc thể được ghép thành từng cặp, chứa cấu trúc di truyền là gen và DNA. Trong đó, cặp nhiễm sắc thể 23 được gọi là nhiễm sắc thể giới tính. Cả hai nhiễm sắc thể giới tính ở nữ đều là nhiễm sắc thể X. Kí hiệu là XX. Đối với nam, có nhiễm sắc thể X và Y. Kí hiệu là XY. Hai nhiễm sắc thể giới tính giúp một người phát triển khả năng sinh sản và các đặc điểm giới tính của họ.

Thông thường, hội chứng Klinefelter là kết quả của việc xuất hiện thêm một hoặc nhiều nhiễm sắc thể X (kí hiệu thường gặp là XXY). Có rất nhiều biến thể kiểu hình gen ở hội chứng này. Phổ biến nhất là thể khảm XY / XXY. Tỷ lệ tế bào chứa thêm nhiễm sắc thể thay đổi theo từng trường hợp. Trong một số tình huống, thể khảm XY / XXY có thể có đầy đủ tế bào hoạt động bình thường trong tinh hoàn.

Hội chứng Klinefelter được tìm thấy ở khoảng 1 trong số 500 đến 1.000 trẻ sơ sinh nam. Phụ nữ mang thai sau 35 tuổi có nhiều nguy cơ sinh con trai mắc hội chứng này hơn. Có tới 3% nam giới vô sinh, mắc hội chứng Klinefelter và nhiều trường hợp không được chẩn đoán.

Không phải tất cả những người bị bệnh lí này đều giống nhau về các triệu chứng hay mức độ nghiêm trọng. Bởi vì sự khác biệt này, nhiều trường hợp thường không được chẩn đoán. Các triệu chứng sẽ phụ thuộc vào:

Tỷ lệ tế bào trong cơ thể có chứa thêm nhiễm sắc thể X (XXY).

Số lượng hormone testosterone đang được sản xuất.

Độ tuổi được chẩn đoán bệnh.

Ngay từ tuổi đi học, các bé trai mắc hội chứng Klinefelter có xu hướng cao hơn. Vì testosterone thường ngăn các bé trai phát triển chiều cao sau độ tuổi dậy thì. Sự gia tăng chiều cao này được duy trì trong suốt cuộc đời. Bệnh nhân mắc hội chứng Klinefelter có thể bị giảm khả năng phối hợp so với các bé trai khác cùng lứa tuổi.

Đặc điểm giới tính

Đến giai đoạn dậy thì, hầu hết các bé trai bị bệnh không tạo ra nhiều testosterone như trẻ bình thường. Điều này có thể dẫn đến ngoại hình cao hơn, ít cơ bắp hơn và ít phát triển râu và lông trên cơ thể. Ngoài ra, suy giảm ham muốn tình dục và khó duy trì sự cương cứng.

Về đặc điểm sinh dục, những người này có tinh hoàn nhỏ với số lượng tinh trùng rất ít hoặc không có. Hầu như tất cả đàn ông có 47 nhiễm sắc thể do XXY sẽ bị vô sinh. Tuy nhiên, đa số nam giới mắc hội chứng Klinefelter có thể có đời sống tình dục bình thường. Đặc biệt nếu được điều trị thích hợp.

Bệnh lí khác

Nam giới mắc hội chứng Klinefelter có thể phát triển chứngphì đại tuyến vú(tên gọi khác là nữ hóa tuyến vú) và loãng xương.

Hội chứng Klinefelter có liên quan đến nguy cơ ung thư vú. Đó là một khối u hiếm gặp được gọi theo tên y học “u tế bào mầm ngoại biên”. Ngoài ra, họ cũng có thể mắc các bệnh phổi, giãn tĩnh mạch và các bệnh lí miễn dịch như lupus, viêm khớp dạng thấp và hội chứng Sjogren.

Đặc điểm xã hội

Một tỷ lệ đáng kể nam giới mắc hội chứng này gặp một số khó khăn với ngôn ngữ (giai đoạn tập đọc chữ hoặc tập nói). Ngoài ra, họ còn rối loạn các chức năng quản lí như giải quyết vấn đề, lập kế hoạch, v.v. không giống với những người mắc chứng khó đọc. Họ cũng có thể gặp rắc rối với các tương tác xã hội trong suốt cuộc đời. Nhất là trong thời thơ ấu. Đa số nam giới mắc hội chứng Klinefelter có cuộc sống độc lập, vẫn có thể hình thành các mối quan hệ trong xã hội và có công việc bình thường.

Nhiễm sắc thể giới tính X được thêm vào bộ gen là kết quả của một lỗi ngẫu nhiên trong giai đoạn trước hoặc sau thụ thai. Nó có thể xảy ra trong quá trình hình thành trứng hoặc tinh trùng.

Kiểu gen 47 – XXY của hội chứng Klinefelter chiếm khoảng 80% các trường hợp. Tuy nhiên, cũng có những biến thể khác. Đôi khi, có nhiều hơn một nhiễm sắc thể X bổ sung dẫn đến 48 hoặc 49 nhiễm sắc thể (48 – XXXY hoặc 49 – XXXXY). Một biến thể khác là không phải tất cả các tế bào trong cơ thể người bệnh đều có thêm một nhiễm sắc thể X. Đây được gọi là thể khảm. Số lượng tế bào chứa thêm nhiễm sắc thể X càng nhiều thì những triệu chứng của hội chứng Klinefelter biểu hiện càng rõ.

Hội chứng Klinefelter là một bệnh lí di truyền nhưng nó không di truyền từ cha mẹ. Trong đa số các bé trai, không có thành viên nào khác trong gia đình bị ảnh hưởng. Nhiễm sắc thể X xuất hiện thêm có thể đến từ mẹ hoặc bố. Nghiên cứu cho rằng cha mẹ lớn tuổi có thể sinh con mắc hội chứng Klinefelter. Điều này được giải thích vì nguy cơ bất thường nhiễm sắc thể thường tăng lên theo tuổi.

Có thể được chẩn đoán thông qua xét nghiệm di truyền như sinh thiết gai nhau (CVS). Ngoài ra phương pháp chọc dò màng ối cũng là cách để chẩn đoán. Nếu bạn muốn chắc chắn hơn có thể làm xét nghiệm sàng lọc trước sinh không xâm lấn (NIPT). Đây là một phương pháp mới giúp phát hiện sớm những bất thường về nhiễm sắc thể thai nhi để thai phụ có hướng xử trí phù hợp. Tuy nhiên, tất cả xét nghiệm không thể biết chắc chắn một đứa trẻ có biến thể về số lượng nhiễm sắc thể X và Y hay không. Hơn nữa, triệu chứng của hội chứng Klinefelter có thể khác nhau khá nhiều ở mỗi người. Để tìm hiểu thêm về cácxét nghiệm tiền sản.

Khi trẻ lớn, nhất là đến giai đoạn dậy thì, các triệu chứng có thể xuất hiện rõ ràng hơn. Bác sĩ sẽ kiểm tra ngực, dương vật và tinh hoàn. Khi nghi ngờ mắc hội chứng Klinefelter, các xét nghiệm máu sẽ được thực hiện để đánh giá lượng hormone testosterone.

Ngoài ra,phương pháp phân tích nhiễm sắc thể (karyotype) được sử dụng để xác định bộ gen. Trong quy trình này, một mẫu máu nhỏ được rút ra. Phân tích nhiễm sắc thể xem xét một số tế bào trong mẫu máu. Cho phép chẩn đoán các tình trạng di truyền ở nhiễm sắc thể thường và giới tính.

Trong một số trường hợp, vì rất ít thể khảm nên có thể bị bỏ sót. Tuy nhiên, nếu nghi ngờ thể khảm (dựa trên nồng độ hormone, số lượng tinh trùng hoặc đặc điểm thể chất), bác sĩ sẽ kiểm tra lại lần nữa.

Vấn đề nhiễm sắc thể trong cấu gen (XXY) không thể thay đổi. Vì vậy mục đích điều trị là giúp giảm các triệu chứng và ngăn ngừa các biến chứng về lâu dài. Do đó, việc xác định sớm những người bị ảnh hưởng là rất hữu ích. Việc điều trị sẽ khác nhau giữa các cá nhân tùy thuộc vào độ tuổi được chẩn đoán và mức độ của bệnh.

Trẻ sơ sinh mắc hội chứng Klinefelter thường không cần điều trị hoặc can thiệp đặc biệt lúc nhỏ. Nếu bất kỳ triệu chứng nào như khiếm khuyết về học tập phát sinh trong thời thơ ấu, chúng có thể được hỗ trợ sớm ở trường.

Liệu pháp thay thế testosterone rất quan trọng khi mức độ thấp và có thể được đề nghị từ khi trẻ nam bắt đầu dậy thì. Liều được điều chỉnh để duy trì nồng độ testosterone thích hợp. Mục đích là giúp phát triển cơ bắp và lông trên cơ thể. Cải thiện tâm trạng, tăng năng lượng và sự tập trung. Nó cũng có thể giúp tăng kích thước dương vật và xương khỏe hơn. Nhưng sẽ không làm thay đổi đến kích thước tinh hoàn hoặc khả năng sinh sản.

Hầu hết những người đàn ông mắc hội chứng Klinefelter đều không thể làm cha. Và phải nhờ đến sự trợ giúp của các bác sĩ chuyên khoa hiếm muộn. Với tiến bộ của y học, ngày nay một số người mắc hội chứng này có thể làm cha của nhiều đứa trẻ.

Các phương pháp điều trị khác bao gồm:

Tư vấn và hỗ trợ các vấn đềsức khỏe tâm thần. Trong đó, nhà trường có thể giúp đỡ về các kỹ năng xã hội và sự chậm trễ trong học tập.

Vật lý trị liệu, liệu pháp ngôn ngữ cho trẻ em.

Phẫu thuật thẩm mỹ.

Chơi thể thao và các hoạt động thể chất khác. Tham gia các hoạt động nhóm.

Hãy nhận biết các dấu hiệu bệnh để trẻ nam được chẩn đoán sớm và kết hợp với hỗ trợ giáo dục. Con bạn vẫn sẽ có cơ hội phát triển bình thường như những đứa trẻ khác. Không bao giờ là quá muộn để điều trị hội chứng Klinefelter.

Bổ sung hormone testosterone là cần thiết. Nhưng phải cẩn thận khi điều trị cho bất kỳ ai có vấn đề về tuyến tiền liệt. Trong quá trình điều trị thay thế testosterone, xét nghiệm máu được thực hiện ít nhất mỗi năm một lần để kiểm tra mức testosterone trong cơ thể. Nếu liệu pháp thay thế testosterone được sử dụng bằng gel bôi. Điều này đôi khi có thể dẫn đến kích ứng da tại vị trí bôi thuốc. Nếu thuốc được tiêm bắp, có thể gây đau và sưng tại chỗ tiêm. Các tác dụng phụ ít gặp hơn bao gồm nhức đầu, thay đổi tâm trạng, buồn nôn, vàng da, tăng hồng cầu, huyết áp cao và tiểu ít.

Hội chứng này gây ra mức testosterone thấp. Vậy nên khả năng bạn mắc phải các bệnh khác sẽ cao hơn, trong đó:

Các rối loạn miễn dịch nhưbệnh lupusvà viêm khớp dạng thấp. Trong đó hệ thống miễn dịch của bạn sẽ tấn công các tế bào khỏe mạnh của cơ thể.

Bệnh ung thư liên quan đến máu, tủy xương và các hạch bạch huyết.

Rối loạn hệ nội tiết bởi các tuyến hormone của bạn. Ví dụ như bệnh đái tháo đường, bệnh lí tuyến giáp, tuyến thượng thận, loãng xương…

Bệnh tim và các vấn đề với phổi, hệ tiêu hóa.

Béo phì, giãn tĩnh mạch, loét chân.

Các vấn đề sức khỏe tâm thần, như lo lắng vàtrầm cảm.

Một số nghiên cứu đã phát hiện ra rằng tuổi thọ của những người đàn ông mắc chứng này có thể thấp hơn 1 hoặc 2 năm so với những người không mắc chứng bệnh này.

Hội chứng Klinefelter ảnh hưởng rất nhiều đến đời sống của nam giới. Do đó, tất cả những người mắc hội chứng này nên đi khám sức khỏe định kỳ. Điều trị có thể giúp các bé trai và nam giới trưởng thành mắc Klinefelter sống hạnh phúc, khỏe mạnh. Những tiến bộ trong phương pháp hỗ trợ sinh sản đã giúp một số người có thể làm cha của những đứa trẻ. Vậy nên, hãy cho trẻ nam được điều trị càng sớm càng tốt nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nam-hoa/

Nội dung bài viết

Định nghĩa

Cơ chế bệnh sinh

Nguyên nhân nam hóa

Triệu chứng nam hóa

Xử trí tại nhà được không? Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán hội chứng nam hóa

Điều trị hội chứng nam hóa

Cách phòng ngừa hội chứng nam hóa

Nam hóa là một hội chứng gây ra do sự tăng tiết quá mức nội tiết tố nam (hormone androgens) trong cơ thể người phụ nữ. Vậy triệu chứng của nam hóa là gì, nguyên nhân và cách điều trị hội chứng này như thế nào? Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Võ Đình Bảo Văn tìm hiểu về tình trạng này thông qua bài viết dưới đây.

Nam hóa là một thuật ngữ y khoa để mô tả tình trạng một người phụ nữ phát triển các đặc điểm cơ thể do tăng sản xuất nội tiết tố nam (hormoneandrogen) như hói đầu kiểu nam, giọng trầm, lông mọc nhiều ở nơi không phù hợp như cằm, ria mép… Tình trạng này có thể xảy ra đối với bé gái ở độ tuổi dậy thì hoặc phụ nữ trưởng thành. Nó cũng có thể xuất hiện ở trẻ sơ sinh do tiếp xúc với nội tiết tố nam lúc mới sinh hoặc một thời gian ngắn sau khi sinh.

Tuy nhiên, tình trạng nam hóa cũng có thể xuất hiện ở một số đối tượng sử dụng nội tiết tố nam có chủ đích như những người chuyển giới nam, vận động viên cử tạ…12

Androgens là một nhóm các hormone sinh dục, được sản xuất trong cơ thể của cả nam giới và phụ nữ với số lượng khác nhau. Bình thường, cơ thể phụ nữ cũng sản xuất một lượng nhỏ hormone androgen, trung bình khoảng một phần mười (1/10) đến một phần hai (1/2) nồng độ do cơ thể nam giới sản xuất.3

Tinh hoàntrong hệ thống sinh sản nam vàbuồng trứngtrong hệ thống sinh sản nữ tạo ra các hormone androgens. Ngoài ra,tuyến thượng thậncũng sản xuất các hormone này.4

Testosteronelà dạng hormone androgen chiếm ưu thế ở mọi giới tính. Các dạng hormone androgen khác bao gồm:4

Androstenedione.

Dehydroepiandrosterone (DHEA).

DHEA sulfate (DHEA-S).

Dihydrotestosterone (DHT).

Hormone androgen được xem như một kích thích tố sinh dục ở nam giới, tạo nên sự nam tính (giọng trầm, phát triển cơ bắp, mọc râu…). Khi thiếu hormone này, cơ thể người nam sẽ bị nữ hóa, cơ bắp không phát triển.

Ở nữ giới, androgen đóng một vai trò quan trọng trong quá trình dậy thì, kích thích mọc lông ở vùng lông mu và nách. Đối với phụ nữ trưởng thành, androgen cần thiết cho sự tổng hợpestrogen, từ đó đóng vai trò quan trọng trong việc điều hòa kinh nguyệt, ngăn ngừa mất xương,loãng xươngcũng như hỗ trợ trong quá trình thụ thai và mang thai.4

Tuy nhiên, khi cơ thể có sự sản xuất quá mức các loại hormone androgen này, vì bất kỳ nguyên nhân gì, sẽ làm nồng độ các hormone androgens trong máu tăng cao. Từ đó gây nên tình trạng nam hóa.

Nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tình trạng nam hóa là do cơ thể sản xuất quá nhiều nội tiết tố nam (hormone androgen). Quá trình sản xuất nội tiết tố một cách quá mức này có thể do nhiều nguyên nhân gây ra. Một số nguyên nhân thường gặp theo các giai đoạn phát triển bao gồm:5

Đối với trẻ sơ sinh, tình trạng này có thể là do:

Một số loại thuốc mà mẹ sử dụng trong quá trình mang thai.

Tăng sản thượng thận bẩm sinhở trẻ sơ sinh hoặc mẹ.

Rối loạn về di truyền trong quá trình hình thành bào thai.

Một số tình trạng bệnh lý khác ở người mẹ (như khối u buồng trứng hoặcu tuyến thượng thậntiết androgen).

Đối với các bé gái đang trong độ tuổi dậy thì, tình trạng này có thể do:

Hội chứng buồng trứng đa nang.

Một số loại thuốc hoặc steroid đồng hóa (chất tổng hợp tương tự hormone sinh dục nam).

Tăng sản thượng thận bẩm sinh.

Khối u buồng trứng hoặc u tuyến thượng thận tăng tiết androgen.

Ở phụ nữ trưởng thành, tình trạng này có thể do:

Một số loại thuốc hoặc steroid đồng hóa (chất tổng hợp tương tự hormone sinh dục nam).

Khối u buồng trứng hoặc u tuyến thượng thận tiết ra androgen.

Những triệu chứng của hội chứng nam hóa xuất hiện ở phụ nữ thường phụ thuộc vào nồng độ hormone androgens trong cơ thể:5

Rậm lông: lông mặt dày và sẫm màu, sợi lông thô cứng, mọc nhiều râu, tăng số lượng lông trên cơ thể.

Da nhờn.

Nhiềumụn trứng cá.

Kinh nguyệt không đều, không có kinh hoặc vô sinh.

Hói đầu kiểu nam.

Thay đổi phân bố mỡ và cơ ở nữ.

Giảm kích thước vú.

Phì đại âm vật.

Giọng nói trầm.

Mức độ rõ rệt của các triệu chứng thường phụ thuộc vào nồng độ hormone androgen có trong cơ thể người phụ nữ. Ví dụ, nếu một người phụ nữ có nồng độ hormone androgen thấp, thì có thể xuất hiện triệu chứng mọc râu và nhiều lông trên cơ thể hơn.

Nếu một phụ nữ có nồng độ hormone androgen cao hơn, thì có thể có tất cả các triệu chứng được liệt kê ở trên. Những trường hợp có lượng nồng độ hormone cao thường hiếm gặp hơn những trường hợp có nồng độ hormone thấp.

Ngoài ra, nếu nguyên nhân gây nên tình trạng nam hóa này là tăng sản thượng thận bẩm sinh, bệnh nhân có thể xuất hiện thêm các triệu chứng của tình trạng thiếu hụt hormonecortisolcủa tuyến thượng thận:6

Mất nước.

Hạ natri máu.

Hạ huyết áp.

Rối loạn nhịp tim.

Hạ đường huyết.

Nhiễm toan chuyển hóa (dư thừa acid trong máu).

Nôn ói.

Tiêu chảy.

Sụt cân.

Sốc.

Nếu bạn nghi ngờ mình có các triệu chứng của tình trạng nam hóa như đã đề cập ở trên, bạn cần đến gặp bác sĩ để được thăm khám, chẩn đoán và đưa ra các phương pháp điều trị thích hợp.

Các triệu chứng của hội chứng nam hóa thường là dấu hiệu của một nguyên nhân tiềm ẩn. Do đó, hãy đến gặp bác sĩ để được đánh giá nếu trong vòng một vài tháng, bạn thấy lông mọc nhanh, mọc quá nhiều trên mặt, trên thân người hoặc xuất hiện rối loạn kinh nguyệt, giọng trầm, cơ bắp phát triển, hói đầu kiểu nam…

Bạn có thể liên hệ đặt lịch khám với một bác sĩ Nội tiết – chuyên về tình trạng rối loạn các hormone trong cơ thể.

Nếu đang mang thai và có các triệu chứng nam hóa, hoặc có các nguyên nhân có thể gây ra tình trạng này như: tăng sản thượng thận bẩm sinh, u buồng trứng, hoặc u tuyến thượng thận tiết androgen; do tiền sử bệnh của bạn hoặc của gia đình, hãy gặp bác sĩ để được tư vấn về vấn đề di truyền trước sinh.

Các bác sĩ sẽ tiến hành khai thác bệnh sử về thời điểm xuất hiện và diễn tiến của tất cả các triệu chứng, hoặc thay đổi về thể chất mà người bệnh đã trải qua. Người bệnh cần cho các bác sĩ biết về bất kỳ loại thuốc nào hiện đang sử dụng, bao gồm cả biện pháp tránh thai. Hãy cho bác sĩ biết nếu gia đình bạn có tiền sử mắc các bệnh gây nên tình trạng nam hóa hoặc các tình trạng liên quan (hội chứng buồng trứng đa nang, u buồng trứng, u thượng thận…).12

Sau khi khám bệnh, nếu các bác sĩ nghi ngờ người bệnh đang có dấu hiệu nam hóa, họ sẽ chỉ định người bệnh thực hiện một số cácxét nghiệm máuđể đánh giá nồng độ các hormone adrogen (testosterone, DHEA-sulfate) và các hormone khác trong cơ thể (estrogen,progesterone). Sự gia tăng quá mức nồng độ các hormone androgen, chẳng hạn như testosterone, thường đi kèm với tình trạng nam hóa.12

Bên cạnh đó, bác sĩ sẽ tiến hànhsiêu âmđể đánh giá tình trạng buồng trứng và tử cung của người bệnh.2

Tùy theo nguyên nhân, nếu bác sĩ nghi ngờ người bệnh có khối u trên tuyến thượng thận, bác sĩ có thể yêu cầu xét nghiệm hình ảnh học chẳng hạn như chụp CT scan hoặcMRIbụng. Điều này sẽ cho phép các bác sĩ có thể xem các cấu trúc bên trong cơ thể một cách chi tiết. Từ đó giúp họ tìm hiểu xem có bất kỳ sự phát triển bất thường nào hay không.12

Kết quả nồng độ testosterone toàn phần bình thường ở phụ nữ trưởng thành:7

Từ 19 đến 49 tuổi: 8 – 48 ng/dL.

Từ 50 tuổi trở lên: 2 – 41 ng/dL.

Nồng độ bình thường của DHEA-Sulfate phụ thuộc vào tuổi, giới tính, sức khỏe của bạn và cả cách phòng xét nghiệm đo lường kết quả. Do đó, khoảng tham chiếu sẽ phụ thuộc và cơ sở thực hiện xét nghiệm.89

Kế hoạch điều trị của hội chứng nam hóa sẽ phụ thuộc vào nguyên nhân gây nên tình trạng này.

Nếu bạn có một khối u buồng trứng hoặc u tuyến thượng thận tiết androgen, bác sĩ có thể khuyên người bệnh phẫu thuật cắt bỏ nó. Nếu khối u nằm ở vị trí nguy hiểm hoặc khó tiếp cận, bác sĩ có thể yêu cầu hóa trị hoặc xạ trị trước khi phẫu thuật. Những phương pháp điều trị này có thể giúp thu nhỏ khối u trước khi nó được cắt bỏ.

Trong nhiều trường hợp không thể cắt bỏ khối u, bác sĩ có thể phải cắt bỏ toàn bộ tuyến thượng thận có khối u phát triển trên đó. Trong trường hợp này, có thể người bệnh phải uống thuốc để bù lại sự thiếu hụt của các loại hormone do tuyến thượng thận tiết ra.

Việc điều trị hội chứng buồng trứng đa nang tập trung vào việc điều trị các triệu chứng liên quan đến người bệnh. Điều này có thể bao gồm vô sinh, rậm lông, mụn trứng cá hoặc béo phì. Có nhiều phương pháp điều trị hội chứng buồng trứng đa nang như:

Các bác sĩ có thể đề nghị người bệnh giảm cân thông qua chế độ ăn ít năng lượng, kết hợp với các hoạt động thể lực ở mức độ vừa phải. Ngay cả khi mức độ giảm cân không được nhiều – ví dụ giảm 5% trọng lượng cơ thể – cũng có thể cải thiện tình trạng của người bệnh.

Giảm cân có thể làm tăng hiệu quả việc sử dụng các loại thuốc mà bác sĩ kê đơn để điều trị hội chứng buồng trứng đa nang. Và nó cũng có thể giúp điều trị hiếm muộn, vô sinh. Bác sĩ có thể sẽ phối hợp với một chuyên gia dinh dưỡng để đưa ra kế hoạch giảm cân tốt nhất cho bạn.

Để giúp điều hòa kinh nguyệt, bác sĩ có thể khuyên bạn nên sử dụng các loại thuốc như:

Thuốc tránh thai viên phối hợp: Thuốc có chứa cả estrogen và progestin làm giảm sản xuất androgen và điều chỉnh estrogen. Điều chỉnh hormone có thể làm giảm nguy cơung thư nội mạc tử cungvà khắc phục tình trạng xuất huyết bất thường, mọc nhiều lông và mụn trứng cá.

Liệu pháp progestin đơn thuần: Uống progestin trong 10 đến 14 ngày mỗi 1 đến 2 tháng có thể điều hòa kinh nguyệt.

Để giảm sự phát triển quá mức của lông hoặc cải thiện mụn trứng cá, bác sĩ có thể khuyên bạn nên sử dụng các loại thuốc như:

Thuốc tránh thai viên phối hợp. Những viên thuốc này làm giảm sản xuất androgen có thể gây ra mọc lông quá mức và mụn trứng cá.

Thuốc kháng androgen như spironolactone (aldactone): Thuốc này ngăn chặn các tác động của hormone androgen trên da, bao gồm cả sự phát triển quá mức của lông và mụn trứng cá. Spironolactone có thể gây dị tật bẩm sinh, vì vậy cần tránh thai hiệu quả trong khi sử dụng thuốc này. Thuốc này không được khuyến khích sử dụng nếu bạn đang mang thai hoặc dự định có thai.

Thuốc eflornithine (vaniqa): Loại kem này có thể làm chậm sự phát triển của lông trên khuôn mặt.

Tẩy lông:

Điện phân và tẩy lông bằng laser là hai lựa chọn để tẩy lông. Điện phân sử dụng một mũi kim siêu nhỏ đưa vào từng nang lông. Kim phát ra một xung dòng điện. Dòng điện làm hỏng và sau đó phá hủy nang lông.

Tẩy lông bằng laser là một thủ thuật y khoa sử dụng tia laser để loại bỏ lông ở những vị trí không mong muốn.

Cạo, nhổ lông hoặc sử dụng các loại kem làm tan lông có thể là những lựa chọn khác. Nhưng đây là cách điều trị tạm thời và lông có thể dày lên khi mọc trở lại.

Các phương pháp điều trị mụn trứng cá là sử dụng các loại thuốc, bao gồm thuốc uống và kem hoặc gel bôi ngoài da. Điều này có thể giúp cải thiện tình trạng mụn trứng cá.

Việc điều trị có thể bao gồm thuốc, phẫu thuật tái tạo và hỗ trợ tâm lý.

Mục tiêu của điều trị tăng sản thượng thận bẩm sinh bằng thuốc là giảm sản xuất lượng androgen dư thừa, và thay thế các hormone khác bị thiếu hụt.

Thuốc có thể bao gồm:

Corticosteroid để thay thế cortisol. Lưu ý: cần tăng liều thuốc này lên gấp 2-3 lần khi cơ thể gặp các tình trạng bệnh lý hoặc cần phải phẫu thuật.

Mineralocorticoid để thay thế aldosterone để giúp giữ muối và loại bỏ kali dư thừa.

Bổ sung muối để bồi hoàn lượng muối bị thiếu hụt.

Ở một số trẻ sơ sinh nữ có cơ quan sinh dục không điển hình nghiêm trọng do tăng sản thượng thận bẩm sinh; các bác sĩ có thể đề nghị phẫu thuật tái tạo để cải thiện chức năng sinh dục và mang lại vẻ ngoài giống như bình thường. Phẫu thuật có thể giúp giảm kích thước củaâm vậtvà tái tạo lạiâm đạo. Thời điểm thực hiện phẫu thuật thường khoảng từ 2 đến 6 tháng tuổi.

Hỗ trợ tâm lý rất quan trọng đối với sức khỏe tinh thần và sự điều chỉnh về hành vi xã hội của trẻ em và người lớn mắc tăng sản thượng thận bẩm sinh. Điều này giúp giải quyết những vấn đề tâm lý gặp phải trong quá trình mắc bệnh như sự mặc cảm, sự đánh giá của xã hội.

Lưu ý: Khi bác sĩ điều trị giúp loại bỏ lượng hormone androgens dư thừa trong cơ thể, hầu hết các triệu chứng của hội chứng nam hóa được nêu trên sẽ biến mất. Tuy nhiên, nếu bạn xuất hiện triệu chứng giọng nói trầm, nó thường không thuyên giảm mặc dù đã điều trị.

Hội chứng nam hóa nếu do nguyên nhân là các tình trạng bệnh lý, thì nhìn chung không thể phòng ngừa được. Tuy nhiên, việc giảm cân nếu bạn thừa cân có thể giúp giảm các triệu chứng như rậm lông; đặc biệt nếu bạn bị hội chứng buồng trứng đa nang. Hoặc bạn có thể hạn chế sử dụng các loại thuốc có chứa hormone sinh dục nam để tránh tình trạng nam hóa do những thuốc này gây ra.

Tóm lại, hội chứngnam hóalà một tình trạng dư thừa nồng độ hormone sinh dục nam trong cơ thể. Từ đó có thể khiến người phụ nữ phát triển các đặc điểm của nam giới như mọc quá nhiều lông, tóc trên cơ thể, hói đầu kiểu nam… Nguyên nhân của tình trạng này đã được đề cập cụ thể ở trên như có thể do các rối loạn di truyền, các bệnh lý mắc phải, hoặc sử dụng thuốc có chứa các loại hormone này. Việc điều trị hội chứng nam hóa sẽ phụ thuộc vào nguyên nhân cụ thể gây nên tình trạng này. Bạn nên liên hệ với bác sĩ để được thăm khám, chẩn đoán và điều trị thích hợp khi nghi ngờ mình có những triệu chứng của hội chứng nam hóa.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-patau/

Nội dung bài viết

Hội chứng Patau là gì?

Nguyên nhân hội chứng Patau

Biểu hiện của hội chứng Patau

Biến chứng của hội chứng Patau

Xử trí bệnh tại nhà có được không? Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán hội chứng Patau

Điều trị hội chứng Patau

Cách phòng tránh hội chứng Patau

Hội chứng Patau (Trisomy 13) là bệnh gì? Nguyên nhân và triệu chứng của bệnh này là gì? Làm thế nào để điều trị bệnh? Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Lê Chí Hiếu tìm hiểu qua bài viết dưới đây nhé.

Hội chứng Patau, hay còn được gọi là Trisomy 13, là hội chứng lâm sàng xảy ra khi một số hoặc tất cả tế bào trong cơ thể có thêm một nhiễm sắc thể ở cặp nhiễm sắc thể thứ 13. Đây là một bệnh hiếm gặp với tỉ lệ xuất hiện 1/16 000 trẻ sơ sinh. Nguy cơ trẻ mắc phải hội chứng này tăng tỉ lệ với tuổi của mẹ. Phụ nữ có thai sẽ được làm các xét nghiệm tầm soát hội chứng Patau, cùng vớihội chứng Downvàhội chứng Edwardsvào tuần thứ 10 – 14 của thai kỳ.

Hội chứng Patau là một trong những nguyên nhân gây sảy thai, thai chết lưu trongtử cung. Những trẻ không may mắc phải hội chứng Patau thường có khiếm khuyết nghiêm trọng về tim,nãohoặc xương sống làm trẻ hiếm có khả năng sống sót sau sinh. Nhiều trẻ qua đời trong ngày đầu tiên hoặc những tuần đầu sau sinh. Chỉ khoảng 5-10% trẻ có thể vượt qua được năm đầu tiên.12

Hội chứng Patau xuất hiện một cách ngẫu nhiên và không liên quan đến bất kì hoạt động, thói quen nào của cha, mẹ. Đa phần các trường hợp bệnh không liên quan đến di truyền mà xảy ra một cách ngẫu nhiễn trong quá trình thụ thai, khi trứng vàtinh trùngkết hợp và phôi thai bắt đầu phát triển.

Khi có vấn đề xảy ra trong quá trình phân chia tế bào dẫn đến việc tạo thêm một hoặc một phần bản sao dư thừa của nhiễm sắc thể (NST) số 13. Điều này ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển của bào thai trong tử cung. Do đó, trong nhiều trường hợp, sẽ dẫn đến tình trạng sảy thai hoặc chết non. Trong đa số các trường hợp của hội chứng Patau, thai nhi sẽ có thêm một NST số 13 hoàn chỉnh trong các tế bào của cơ thể. Đây được gọi là Trisomy 13.2

Tuy nhiên, trong 1/10 trường hợp mắc phải hội chứng Patau, các vật liệu di truyền được sắp xếp lại giữa NST số 13 và một NST khác. Đây là tình trạng hoán vị nhiễm sắc thể. Đối với trường hợp này, hội chứng Patau có thể được di truyền.Một trường hợp hiếm gặp khác, chiếm 1/20 trường hợp là sự dư thừa NST số 13 chỉ xuất hiện trong một số tế bào của cơ thể. Tình trạng này được gọi là trisomy thể khảm. Cả hai trường hợp chuyển đoạn nhiễm sắc thể và trisomy thể khảm đều cho thấy ít trầm trọng hơn so với trisomy 13; do đó trẻ có thể sống lâu hơn.2

Khi không may mắc phải hội chứng Patau, trẻ có thể gặp phải rất nhiều vấn đề về mặt sức khỏe. Sự phát triển của thai nhi trong tử cung bị hạn chế, dẫn đến tình trạng nhẹ cân sau sinh, và 8/10 trẻ sinh ra có những khiếm khuyết nghiêm trọng về tim. Sự phát triển của não trẻ trong thai kỳ cũng gặp nhiều vấn đề, não không được chia thành 2 phần như bình thường. Tình trạng này được gọi là holoprosencephaly. Và khi tình trạng này xuất hiện có thể dẫn đến sự bất thường về đầu cổ cũng như nhiều khiếm khuyết trên cơ thể, điển hình như:2

Sứt môi,hở hàm ếch.

Một hoặc cả hai mắt nhỏ bất thường (microphthalmia).

Mất một hoặc cả hai mắt (anophthalmia).

Giảm khoảng cách giữa hai mắt (hypotelorism).

Vấn đề liên quan đến sự phát triển đường mũi.

Đầu nhỏ bất thường (microcephaly).

Mất da đầu (cutis aplasia).

Dị tật tai, điếc.

Những trẻ mắc phải hội chứng Patau có nguy cơ cao gặp phải nhiều vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Hơn 80% trẻ không sống được sau vài tuần đầu. Với những trẻ sống sót được thường gặp phải các biến chứng như:3

Khó khăn trong hô hấp.

Dị tật tim bẩm sinh.

Mất khả năng nghe.

Cao huyết áp.

Thiểu năng trí tuệ.

Vấn đề liên quan đến thần kinh.

Viêm phổi.

Động kinh.

Chậm phát triển.

Vấn đề trong ăn uống và tiêu hóa thức ăn,…

Hội chứng Patau là một bệnh bẩm sinh xuất hiện ngay từ trong quá trình mang thai. Dẫn đến nhiều vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe cho sức khỏe của thai nhi cũng như trẻ sơ sinh. Do đó, bệnh không thể được xử trí tại nhà, mà cần có sự theo dõi sát sao của các cán bộ nhân viên y tế tại bệnh viện để có thể xử trí kịp thời. Chính vì lý do này, cha mẹ không được tự ý xử trí bệnh tại nhà cho trẻ; trừ khi được sự cho phép và hướng dẫn kĩ lưỡng từ bác sĩ.

Trong thời gian từ tuần 10 đến tuần 14 của thai kỳ, người mẹ sẽ được làm các xét nghiệm tầm soát hội chứng Patau, cùng với hội chứng Down và Edwards. Xét nghiệm này sẽ giúp đánh giá nguy cơ trẻ mắc phải các triệu chứng này. Đây được gọi là xét nghiệm kết hợp do bao gồm xét nghiệm máu và siêu âm.

Nếu xét nghiệm đưa ra kết quả trẻ có nguy cơ cao mắc phải hội chứng Patau, người mẹ sẽ được cho làm xét nghiệm chẩn đoán để xác định chắc chắn trẻ có mắc phải hội chứng này hay không. Xét nghiệm này sẽ giúp kiểm tra nhiễm sắc thể của trẻ thông qua mẫu các tế bào được lấy từ trẻ. Hai phương pháp có thể dùng để lấy mẫu tế bào là: chọc dò màng ối qua bụng (amniocentesis) và xét nghiệm sinh thiết gai nhau (chorionic villus sampling – CVS). Đây là các xét nghiệm xâm lấn để lấy mẫu từ các mô hoặc dịch từ đó có thể xét nghiệm xem có sự dư thừa nhiễm sắc thể số 13 hay không.2

Đây là một xét nghiệm được thực hiện trong tuần 15 – 20 của thai kì hoặc trễ hơn nếu cần thiết. Xét nghiệm có thể được làm sớm hơn. Nhưng thường được hạn chế do có thể sẽ làm tăng nguy cơ xảy ra các biến chứng.

Trong khi làm xét nghiệm, một cây kim dài và mỏng sẽ được đưa vào trong màng bụng dựa vào hình ảnh nội soi. Cây kim này sẽ đi qua màng ối bao xung quanh bào thai và lấy một mẫu nhỏ của nước ối để phân tích. Xét nghiệm này thường tốn khoảng 10 phút và thường chỉ tạo cảm giác hơi khó chịu chứ không gây đau cho người mẹ. Kết quả xét nghiệm sẽ được trả về sau khoảng 3 ngày làm việc. Tuy nhiên, với các hội chứng hiếm gặp hơn có thể sẽ mất hơn 3 tuần để có thể nhận được kết quả.4

Xét nghiệm sinh thiết gai nhau (CVS) không phải là một xét nghiệm thường quy trong thời gian thai kỳ. Xét nghiệm này chỉ được chỉ định khi nhận thấy có nguy cơ cao trẻ mắc phải bệnh di truyền; hoặc bệnh liên quan đến bất thường NST. CVS thường được thực hiện trong tuần 11-14 của thai kỳ hoặc trễ hơn.

Khi thực hiện xét nghiệm, một mẫu nhỏ của tế bào được lấy từ nhau thai bằng cách đưa một cây kim đưa vào trong bụng; hoặc đưa một ống hoặc kẹp nhỏ xuyên quacổ tử cung. Xét nghiệm này thường được thực hiện trong khoảng 10 phút và kết quả sẽ có sau khoảng 3 ngày làm việc. Riêng đối với các tình trạng hiếm gặp hơn, sẽ cần khoảng 2 đến 3 tuần mới có thể nhận được kết quả.5

Bên cạnh hai xét nghiệm kể trên, một loại xét nghiệm mới ít xâm lấn hơn đã được phát triển. Với xét nghiệm này, sẽ tiến hành lấy mẫu máu của người mẹ. Và từ đó có thể kiểm tra DNA của thai nhi có trong mẫu máu đó. Sau khi thực hiện các xét nghiệm, nếu thai nhi được chẩn đoán mắc phải hội chứng Patau, bác sĩ sẽ tiến hành tư vấn về lợi ích và nguy cơ, cũng như đưa ra lời khuyên cho từng trường hợp.2

Hiện vẫn chưa có liệu pháp điều trị hội chứng Patau đặc hiệu mà thường tập trung vào việc điều trị triệu chứng. Tùy theo các biểu hiện hoặc biến chứng của trẻ sau sinh, mà bác sĩ sẽ có cách điều trị khác nhau nhằm giảm triệu chứng và đảm bảo trẻ có thể ăn được.

Việc điều trị tích cực vẫn còn đang được tranh luận do tiên lượng kém của bệnh dù có được điều trị. Ngay sau khi ra khỏi bụng mẹ, trẻ có thể sẽ cần được cung cấp oxy và thông khí, và có thể cần phải đặt ống hoặc phải mở khí quản do bất thường về cấu trúc đầu cổ.

Đối với trẻ bị khiếm khuyết tim có thể sẽ cần phải làm phẫu thuật tim để sửa chữa các bất thường về tim phổ biến. Một số trường hợp khác cũng cần phải làm phẫu thuật như:phẫu thuật hàm ếch, khâu vùng thoát vị, gắn ống nuôi ăn hoặc phẫu thuật chỉnh hỉnh.

Ngoài ra, một số xử trí khác cũng được thực hiện như: chế độ dinh dưỡng chuyên biệt, ngăn ngừa động kinh, kháng sinh dự phòngnhiễm trùng tiểu,… Tuy nhiên, dù nhiều biện pháp đã được tích cực áp dụng, thời gian sống sót trung bình cũng chỉ được kéo dài đến 733 ngày.3

Khi thai nhi được chẩn đoán mắc phải hội chứng Patau, bác sĩ sẽ tiến hành tư vấn và đưa ra lời khuyên cho ba mẹ về các lựa chọn: chấm dứt thai kỳ hoặc giữ thai và tiếp tục theo dõi sát sao.

Để phòng ngừa hội chứng Patau, cả ba và mẹ đều nên thực hiện tầm soát trước khi sinh. Đặc biệt là ở những phụ nữ ở tuổi trung niên muốn mang thai, do nguy cơ trẻ mắc phải hội chứng Patau tăng cao ở nhóm đối tượng này.

Những người có dự định mang thai trong tương lai nên được tư vấn di truyền trước sinh; đặc biệt là trước khi thụ thai để có thể đánh giá các yếu tố nguy cơ đối với các rối loạn bẩm sinh. Đối với những đối tượng có các yếu tố nguy cơ, nên được thông báo về những kết quả về lâu dài cũng như các lựa chọn hiện có để có thể đánh giá di truyền.

Một số biện pháp dự phòng để ngăn ngừa dị tật bẩm sinh như uống bổ sungacid folic, tránh xa các yếu tố gây quái thai,… được khuyến cáo đối với tất cả phụ nữ đang có kế hoạch mang thai.

Cả người cha và người mẹ đều cần thực hiện xét nghiệm phân tích nhiễm sắc thể, nếu con của họ mắc phải hội chứng Patau do sự hoán vị NST gây ra. Việc thực hiện xét nghiệm này có ý nghĩa trong việc giúp cha mẹ lên kế hoạch cho việc mang thai trong tương lai, hơn là việc đưa ra quyết định đối với việc đang mang thai ở hiện tại. Kết quả xét nghiệm sẽ giúp đưa ra đánh giá chính xác hơn về khả năng mắc phải hội chứng Patau trong những lần mang thai tiếp theo.2

Xét nghiệm NIPTlà một phương pháp sàng lọc thai nhi trước sinh đối với phụ nữ mang thai. Đây là một xét nghiệm không xâm lấn, giúp phát hiện dị tật bẩm sinh sớm ở thai nhi. Qua đó có thể quản lý thai kỳ hiệu quả.6

Với xét nghiệm này, chỉ cần dùng 7-10 ml máu của người mẹ để lấy được DNA tự do của thai nhi có trong mẫu máu đó. Từ đó có thể thực hiện giải trình tự DNA và khảo sát sự bất thường về mặt số lượng trên 23 cặp NST của thai nhi. Do xét nghiệm chỉ cần sử dụng một lượng nhỏ máu của người mẹ, nên đảm bảo được sự an toàn cho cả người mẹ và thai nhi.

Qua bài viết này, hy vọng đã cung cấp thêm cho bạn những thông tin cần thiết vềhội chứng Patau. Để phòng ngừa các dị tật bẩm sinh và đảm bảo an toàn cho sức khỏe của thai nhi, các cặp đôi nên thực hiện tầm soát trước sinh, để có thể được bác sĩ tư vấn kĩ hơn về các nguy cơ có thể gặp phải. Từ đó có thể lên kế hoạch cho việc mang thai an toàn trong tương lai.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-reye-va-nhung-dieu-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

1. Hội chứng Reye là gì?

2. Các triệu chứng của hội chứng Reye

3. Nguyên nhân của hội chứng Reye là gì?

4. Yếu tố nguy cơ của hội chứng Reye

5. Biến chứng của hội chứng Reye

6. Các biện pháp chẩn đoán hội chứng Reye

7. Điều trị hội chứng Reye

8. Cách phòng ngừa hội chứng Reye

Bạn đọc thân mến, có thể nói, hội chứng Reye là một hội chứng hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm. Hội chứng Reye có thể gây ra những ảnh hưởng nặng nề lên gan – não. Đây là hội chứng chủ yếu xuất hiện ở trẻ em sau khi hồi phục sau khi nhiễm virus cấp tính. Vì tính chất nguy hiểm của nó nên việc bạn đọc  được trang bị những thông tin cơ bản của hội chứng là vô cùng quan trọng. Hãy cùng tìm hiểu nguyên nhân, triệu chứng, cách điều trị và phòng ngừa hội chứng Reye trong bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Thanh Xuân nhé!

Hội chứng Reye là hội chứng gây tổn thương não – gan, gây phù não – gan. Mặc dù nó có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng nó thường được thấy ở trẻ em. Như đã nói, đây là hội chứng chủ yếu xuất hiện ở trẻ em sau khi hồi phục sau khi nhiễm virus cấp tính. Đặc biệt là sau các bệnh cúm và thủy đậu.

Các dấu hiệu và triệu chứng như lú lẫn, co giật và mất ý thức cần điều trị khẩn cấp. Chẩn đoán và điều trị sớm hội chứng Reye có thể cứu sống trẻ.

Aspirinđược cho là có liên quan đến hội chứng Reye. Vì vậy, hãy thận trọng khi kê đơn aspirin cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên khi bị sốt hoặc đau. Mặc dù aspirin được chấp thuận sử dụng cho trẻ lớn hơn 3 tuổi. Trẻ em và thanh thiếu niên đang hồi phục sau khi bị thủy đậu hoặc các triệu chứng giống như cúmkhông nên dùng aspirin.

Vì vậy, để điều trị sốt hoặc đau, hãy cân nhắc cho trẻ em những loại thuốc khác aspirin. Ví dụ như acetaminophen hoặcibuprofennhư một cách thay thế an toàn hơn cho aspirin.

Các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng Reye thường xuất hiện khoảng ba đến năm ngày sau khi nhiễm virus. Chẳng hạn như virus cúm hoặc thủy đậu, hoặc nhiễm trùng đường hô hấp trên.

Đối với trẻ nhỏ hơn 2 tuổi, các dấu hiệu đầu tiên của hội chứng Reye có thể bao gồm:

Tiêu chảy.

Thở nhanh.

Đối với trẻ lớn và thanh thiếu niên, các dấu hiệu và triệu chứng sớm có thể bao gồm:

Nôn ói dai dẳng.

Buồn ngủ bất thường hoặc sự thờ ơ.

Khi tình trạng tiến triển, các dấu hiệu và triệu chứng có thể trở nên nghiêm trọng hơn, bao gồm:

Dễ bị kích thích, những hành vi gây hấn.

Lú lẫn, mất phương hướng hoặc ảo giác.

Yếu hoặc liệt ở tay và chân.

Co giật.

Sự thờ ơ quá mức.

Giảm mức độ ý thức.

Những dấu hiệu và triệu chứng này cần điều trị khẩn cấp.

Trong hội chứng Reye, mức độ đường huyết trẻ thường giảm trong khi nồng độ amoniac và axit trong máu tăng. Đồng thời, gan có thể sưng lên và lắng đọng mỡ. Não của trẻ cũng có thể bị phù não, có thể gây co giật hoặc mất ý thức.

Chẩn đoán và điều trị sớm hội chứng Reye có thể cứu sống trẻ em. Nếu bạn nghi ngờ rằng con bạn mắc hội chứng Reye, điều quan trọng là phải hành động nhanh chóng.

Tìm kiếm sự trợ giúp y tế khẩn cấp nếu con bạn có những dấu hiệu triệu chứng sau:

Co giật.

Mất ý thức.

Cần đưa con đi khám bác sĩ nếu con bạn trải qua những điều sau đây khi bị cúm hoặcthủy đậu:

Nôn mửa liên tục.

Trở nên buồn ngủ bất thường hoặc thờ ơ.

Thay đổi hành vi đột ngột.

Cho đến nay, nguyên nhân chính xác của hội chứng Reye vẫn chưa được biết. Mặc dù một số yếu tố có thể đóng vai trò trong sự phát triển của hội chứng này.

Có bằng chứng mạnh mẽ cho thấy rằng hội chứng Reye có thể được kích hoạt khi điều trị nhiễm virus bằng aspirin. Bệnh dường như xảy ra ở trẻ em và thanh thiếu niên bị rối loạn oxy hóa axit béo. Đây là một loại rối loạn chuyển hóa khiến cơ thể không thể phân hủy axit béo. Các loại thuốc không kê đơn khác cũng có thể chứasalicylattương tự như các loại thuốc có trong aspirin. Những sản phẩm này không nên dùng cho trẻ em có thể đã hoặc đang bị nhiễm virus. Chúng cũng nên tránh trong vài tuần sau khi con bạn đã được tiêm vắc-xin thủy đậu.

Ngoài ra, việc tiếp xúc với một số hóa chất như chất làm loãng sơn, thuốc trừ sâu hoặc thuốc diệt cỏ có thể góp phần vào sự phát triển của hội chứng Reye.

Các yếu tố sau – thường là khi chúng xuất hiện cùng nhau – có thể làm tăng nguy cơ phát triển hội chứng Reye của con bạn:

Sử dụng aspirin để điều trị nhiễm virus. Ví dụ: cúm, thủy đậu hoặcnhiễm trùng đường hô hấp trên.

Có một rối loạn oxy hóa axit béo cơ bản.

Hầu hết trẻ em và thanh thiếu niên mắc hội chứng Reye đều sống sót. Mặc dù mức độ tổn thương não vĩnh viễn khác nhau là có thể xảy ra.

Nếu không được chẩn đoán và điều trị đúng cách, hội chứng Reye có thể gây tử vong trong vài ngày.

Để chẩn đoán hội chứng Reye, việc hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng là không thể thiếu. Bên cạnh đó, cần làm thêm những xét nghiệm cận lâm sàng để củng cố chẩn đoán.

Không có một xét nghiệm đặc hiệu nào cho hội chứng Reye. Tuy nhiên, những thông tin từ các xét nghiệm là rất hữu ích. Một số xét nghiệm thường được thực hiện:

Xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu.

Những xét nghiệm kiểm tra các rối loạn oxy hóa axit béo, các rối loạn chuyển hóa.

Chọc dò tủy sống: giúp chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý thần kinh trung ương có dấu hiệu và triệu chứng tương tự. Ví dụ như viêm màng não hoặc viêm não. Bác sĩ cần lấy một mẫu nhỏ dịch não tủy. Sau đó, nó được đến phòng thí nghiệm để phân tích.

Sinh thiết gan: Sinh thiết gan có thể giúp bác sĩ xác định hoặc loại trừ các tình trạng khác có thể ảnh hưởng đến gan. Trong sinh thiết gan, một cây kim được luồn qua da ở phía trên vùng bụng bên phải và vào gan. Một mẫu mô gan nhỏ được lấy ra và gửi đến phòng thí nghiệm để phân tích.

Sinh thiết da: phương pháp này để kiểm tra rối loạn quá trình oxy hóa axit béo hoặc rối loạn chuyển hóa.

Chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI). Chụp CT hoặc MRI đầu có thể giúp bác sĩ xác định hoặc loại trừ các nguyên nhân khác làm thay đổi hành vi hoặc sự tỉnh táo.

Bạn biết đó, hội chứng Reye là một tình trạng nghiêm trọng và có thể là một cấp cứu y tế. Vì vậy điều trị sớm là điều cần thiết. Cần phải nhập viện để điều trị hội chứng này. Trong trường hợp nghiêm trọng, người bệnh có thể cần được  điều trị tại phòng hồi sức tích cực.

Hiện nay, không có cách chữa trị cho hội chứng Reye. Vì vậy điều trị cho hội chứng này bao gồm những điều trị hỗ trợ, tập trung vào việc giảm các triệu chứng và biến chứng.

Các bác sĩ sẽ đảm bảo cơ thể trẻ đủ nước và duy trì cân bằng chất điện giải. Họ sẽ đánh giá tình trạng tim và phổi và chức năng gan sẽ được theo dõi cẩn thận. Trẻ bị co giật sẽ được cho dùng thuốc thích hợp để kiểm soát chúng và tác dụng phụ của chúng.

Các loại thuốc thường được sử dụng để điều trị hội chứng Reye, bao gồm:

Insulinđể tăng chuyển hóa glucose.

Corticosteroidđể giảm phù não.

Thuốc lợi tiểu để loại bỏ chất dịch dư thừa.

Thuốc để ngăn ngừa xuất huyết: xuất huyết do bất thường ở gan. Có thể cần điều trị bằngvitamin K, huyết tương và tiểu cầu.

Trong trường hợp nghiêm trọng, có thể cần sử dụng máy thở nếu các nhịp thở của trẻ không hiệu quả hoặc quá chậm.

Hội chứng Reye được chẩn đoán càng sớm thì tiên lượng càng tốt. Nếu tiến triển đến giai đoạn muộn của hội chứng, người bệnh có thể bị tổn thương não vĩnh viễn.

Hội chứng Reye đã trở nên ít phổ biến hơn. Điều này là do các bác sĩ và cha mẹ không còn thường xuyên cho trẻ dùng aspirin nữa.

Hãy thận trọng khi dùng aspirin cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên. Đặc biệt, nếu chúng đang hồi phục sau khi bị thủy đậu hoặc cúm, không dùng aspirin cho trẻ. Điều này bao gồm các loại thuốc aspirin và các loại thuốc có chứa aspirin.

Trẻ bị rối loạn oxy hóa axit béo đã biết không nên dùng aspirin hoặc các sản phẩm có chứa aspirin.

Luôn luôn kiểm tra nhãn trước khi bạn cho trẻ uống thuốc. Đôi khi aspirin cũng có tên khác, chẳng hạn như:

Axit acetylsalicylic.

Acetylsalicylate.

Axit salicylic.

Salicylate.

Để điều trị sốt hoặc đau liên quan đến cúm, thủy đậu hoặc bệnh do virus khác, hãy cân nhắc cho trẻ uống acetaminophen hoặc ibuprofen. Tuy nhiên, hãy chắc chắn chỉ sử dụng số lượng thuốc trong khoảng được đề nghị. Quá nhiều acetaminophen có thể làm hỏng gan. Nếu con bạn bị đau hoặc sốt không giảm khi dùng acetaminophen, hãy đi khám bác sĩ.

Tuy nhiên, có một cảnh báo cho việc sử dụng aspirin. Đó là một số trẻ mắc một số bệnh mãn tính, chẳng hạn nhưbệnh Kawasaki, có thể cần điều trị lâu dài bằng thuốc có chứa aspirin.

Nếu con bạn cần điều trị bằng aspirin, hãy đảm bảo trẻ được tiêm ngừa vắc-xin thủy đậu và vắc-xin cúm hàng năm. Tránh hai bệnh do virus này có thể giúp ngăn ngừa hội chứng Reye.

Những thông tin trong bài viết chỉ mang tính chất tham khảo không thể thay thế được sự thăm khám và chẩn đoán của bác sĩ.

Tóm lại,hội chứng Reyelà một hội chứng hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm. Bệnh cần được chẩn đoán và điều trị sớm. Hội chứng Reye có thể phòng ngừa được. Hãy thận trọng khi dùng aspirin cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên. Đặc biệt, nếu chúng đang hồi phục sau khi bị thủy đậu hoặc cúm, không dùng aspirin cho trẻ. Hy vọng bài viết đã cung cấp được những thông tin hữu ích về nguyên nhân, triệu chứng, điều trị và phòng ngừa hội chứng Reye. Hãy luôn đồng hành cùng YouMed trong những bài viết tiếp theo nhé!

Não bộ con người rất phức tạp và kì diệu. Hiện nay các nhà khoa học vẫn chưa hoàn toàn hiểu rõ về bộ não. Cách nó hoạt động, hình thành nhân cách, tâm lý con người, các hiện tượng tâm lý kì là. Trong bài viết này chúng ta cùng tìm hiểu vềHội chứng Stockholm.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-ruot-kich-thich-ibs-nguyen-nhan-va-trieu-chung/

Nội dung bài viết

1. Triệu chứng

2. Nguyên nhân

3. Những yếu tố kích hoạt tình trạng IBS

4. Ai là người dễ mắc căn bệnh này?

5. Căn bệnh gây ảnh hưởng như thế nào?

Hội chứng ruột kích thích (IBS) là một rối loạn phổ biến ảnh hưởng đến ruột già. Các dấu hiệu và triệu chứng bao gồm đau bụng, đầy hơi, tiêu chảy hoặc táo bón hoặc cả hai. IBS là một tình trạng mãn tính và cần phải quản lý và điiều trị lâu dài. Chỉ một số ít người bị IBS có các dấu hiệu và triệu chứng nghiêm trọng. Một số người có thể kiểm soát các triệu chứng của họ bằng cách quản lý chế độ ăn uống, lối sống và căng thẳng. Các triệu chứng nghiêm trọng hơn có thể được điều trị bằng thuốc. IBS không gây ra thay đổi cấu trúc trong mô ruột hoặc làm tăng nguy cơ ung thư đại trực tràng.

Các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng ruột kích thích rất đa dạng. Phổ biến nhất bao gồm:

Đau bụng, cồn cào bụng hoặc đầy hơi thường thuyên làm cho người bệnh phải đi tiêu nhiều lần để giảm sự khó chịu.

Xì hơi (trung tiện) nhiều.

Tiêu chảyhoặctáo bón, đôi khi xen kẽ các đợt tiêu chảy và táo bón.

Chất nhầy trong phân.

Hầu hết những người bịhội chứng ruột kích thích (IBS)có các dấu hiệu và triệu chứng theo từng đợt. Có lúc triệu chứng trở nên rất tồi tệ, có lúc lại trở về hoàn toàn bình thường.

Nguyên nhân chính xác của IBS hiện vẫn chưa được biết đến. Các yếu tố dường như đóng vai trò bao gồm:

Các thành của ruột được lót bằng các lớp cơ vòng. Khi thức ăn di chuyển qua, chúng co bóp giúp lưu thông thức ăn. ở người IBS, các cơn co thắt mạnh hơn và kéo dài hơn bình thường. Do đó, có thể gây ra xì hơi, đầy bụng và tiêu chảy. Các cơn co thắt ruột yếu hơn có thể làm chậm quá trình đi qua thức ăn và dẫn đến phân cứng, khô.

Bất thường ở dẫn truyền thần kinh trong hệ thống tiêu hóa có thể khiến bạn trải qua cảm giác khó chịu khi bụng bị căng ra do khí hoặc phân. Các tín hiệu phối hợp kém giữa não và ruột có thể khiến cơ thể phản ứng thái quá với những thay đổi thường xảy ra trong quá trình tiêu hóa. Từ đó dẫn đến đau, tiêu chảy hoặc táo bón.

Một số người mắc IBS có số lượng tế bào hệ thống miễn dịch trong ruột tăng cao hơn bình thường. Phản ứng quá mức của hệ thống miễn dịch này có liên quan đến đau và tiêu chảy.

IBS có thể phát triển sau khi bị tiêu chảy nặng (viêm dạ dày ruột) do vi khuẩn hoặc virus. IBS cũng có thể liên quan đến sự dư thừa vi khuẩn trong ruột (sự phát triển quá mức của vi khuẩn).

Microflora là vi khuẩn “tốt” cư trú trong ruột và đóng vai trò chính trong sức khỏe. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng hệ vi sinh vật ở những người mắc IBS có thể khác với hệ vi sinh vật ở những người khỏe mạnh.

Các triệu chứng của IBS có thể được kích hoạt bởi một số yếu tố như:

Vai trò của sự không dung nạp thực phẩm trong IBS hiện chưa được hiểu rõ. Một dị ứng một loại thức ăn thực sự hiếm khi gây ra IBS. Nhưng nhiều người có triệu chứng IBS tồi tệ hơn khi họ ăn hoặc uống một số loại thực phẩm bao gồm lúa mì, các sản phẩm từ sữa, trái cây họ cam quýt, đậu, bắp cải, sữa và đồ uống có ga.

Hầu hết những người bị IBS đều có triệu chứng tồi tệ hơn hoặc thường xuyên hơn trong thời điểmstress.

Phụ nữ có khả năng mắc IBS cao gấp đôi. Điều này có thể cho thấy sự thay đổi nội tiết tố đóng vai trò trong IBS. Nhiều phụ nữ thấy rằng các triệu chứng tồi tệ hơn trong hoặc quanh chu kỳ kinh.

Bạn có nhiều khả năng mắc hội chứng nếu bạn:

Trẻ tuổi. IBS xảy ra thường xuyên hơn ở những người dưới 50 tuổi.

Là nữ giới. Ở Hoa Kỳ, IBS phổ biến hơn ở phụ nữ. Liệu pháp estrogen trước hoặc sau mãn kinh cũng là một yếu tố nguy cơ đối với IBS.

Có tiền căn gia đình mắc IBS. Các gen có thể đóng một vai trò quan trọng trong căn bệnh này.

Có vấn đề sức khỏe tâm thần. Lo âu, trầm cảm và các vấn đề sức khỏe tâm thần khác có liên quan đến IBS. Có tiền sử bị lạm dụng tình dục, thể chất cũng có thể là một yếu tố nguy cơ.

Căn bệnh có thể gây táo bón mãn tính hoặc tiêu chảy mãn tính. Do đó có thể gây rabệnh trĩ. Ngoài ra, IBS đã được chứng minh là có liên quan với tới:

Chất lượng cuộc sống kém. Nhiều người bị IBS từ trung bình đến nặng báo cáo chất lượng cuộc sống kém. Nghiên cứu chỉ ra rằng những người bị IBS bỏ lỡ ba ngày làm việc nhiều hơn những người không có IBS.

Rối loạn cảm xúc. Trải qua các dấu hiệu và triệu chứng của IBS có thể dẫn đến trầm cảm hoặc lo lắng.Trầm cảmvà lo lắng cũng có thể làm cho IBS tồi tệ hơn.

Rõ ràng,hội chứng ruột kích thích (IBS)là một căn bệnh không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng thực sự rất ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Chính vì nguyên nhân cũng chưa rõ ràng nên phương pháp điều trị vẫn còn nhiều tranh cãi. Việc xác định các yếu tố nguy cơ giúp hạn chế được tình trạng bùng phát nặng của căn bệnh này.

Xem thêm bài viết liên quan:

Bệnh nhân Hội chứng ruột kích thích cần chuẩn bị gì trước khi khám bệnh?

Nhận biết sớm dấu hiệu viêm ruột thừa

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-ruou-bao-thai-va-nhung-dieu-ban-nen-biet/

Nội dung bài viết

Hội chứng rượu bào thai là gì?

Rượu tác động lên thai nhi như thế nào?

Có giới hạn an toàn nào cho phụ nữ mang thai được uống rượu?

Triệu chứng của hội chứng rượu bào thai

Chẩn đoán như thế nào?

Kết cục nào cho những đứa trẻ mắc hội chứng rượu bào thai

Điều trị cho trẻ có hội chứng rượu bào thai

Cha mẹ của trẻ có hội chứng rượu bào thai cũng cần được hỗ trợ

Là một hội chứng gây tổn thương não và sự tăng trưởng của thai nhi do mẹ tiếp xúc với rượu lúc mang thai. Các vấn đề gây ra bởi hội chứng rượu bào thai khác nhau ở mỗi đứa trẻ, nhưng các khiếm khuyết này có chung một đặc điểm là không thể phục hồi. Một giọt rượu người mẹ uống vào cũng có thể ảnh hưởng nhiều đến tương lai của con họ. Cùng đọc để tìm hiểu các hậu quả do rượu gây ra cho thai nhi nhé.

Hội chứng rượu bào thai (Fetal Alcohol Syndrome) là một trong năm rối loạn nằm trong rối loạn phổ rượu thai nhi (Fetal Alcohol Spectrum Disorder). Tất cả các rối loạn này dùng để phân loại tác động của rượu lên thai. Bao gồm nhiều vấn đề liên quan đến sự phát triển về thể chất và thần kinh trên phạm vi rộng.

Tại Mỹ, cứ 1000 trẻ được sinh ra thì có 6-9 trẻ mắc hội chứng này. Tỉ lệ này còn cao hơn ở những dân số thu nhập thấp hoặc dân tộc thiểu số.

Cơ chế chính xác mà rượu gây dị tật thai cho đến nay vẫn là một bí ẩn. Vì lí do đạo đức chúng ta đâu thể nghiên cứu về tác động của rượu lên não bộ của thai nhi.

Hầu hết, từ các nghiên cứu trên động vật, chúng ta biết rằng rượu là một tác nhân gây quái thai. Và tác động của nó lên hệ thống thần kinh cao cấp nhất là không thể phục hồi.

Mức độ ảnh hưởng là rất rộng, rượu không chỉ làm giảm thể tích não mà còn làm hỏng các cấu trúc não.

Tiếp xúc rượu trong ba tháng đầu làm tăng nguy cơ dị tật ở mặt và não. Uống nhiều rượu trong 3 tháng giữa liên quan đến tăng tỉ lệ sẩy thai tự nhiên. Cuối cùng, ở ba tháng cuối, mức độ tiêu thụ rượu cao làm giảm chiều cao, cân nặng và cả khối lượng não.

Xem thêm:Uống rượu khi mang thai ảnh hưởng như thế nào đến thai nhi và sự phát triển của trẻ nhỏ?

Rượu là tác nhân gây quái thai thường gặp. Rượu dễ dàng đi qua nhau thai, từ đó tác động lên não và các cơ quan khác của bé. Ảnh hưởng của nó là rất rộng và không thể đảo ngược.

Tiếp xúc càng nhiều rượu càng tăng tỉ lệ mắc và mức độ nghiêm trọng của các rối loạn phổ rượu thai nhi. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào chứng minh uống lượng rượu tối đa bao nhiêu thì an toàn cho thai.

Cũng không xác định được uống vào thời gian nào trong thai kì thì thai được an toàn. Mang thai 9 tháng 10 ngày, ngày nào mẹ uống rượu là nguy cơ cho con bắt đầu được tính từ ngày đó. Phơi nhiễm rượu trong ba tháng đầu – có lẽ trước khi mẹ biết có thai – có thể gây ra dị tật bẩm sinh nặng.

Càng về sau của thai kì, uống rượu làm tăng tỉ lệ sảy thai, thai chậm tăng trưởng, gây bất thường não. Khiến cho bé khi sinh ra dễ gặp các vấn đề nguy hiểm như suy hô hấp, suy tuần hoàn…Hoặc khi lớn lên, bé có thể gặp khó khăn trong điều khiển hành vi, giảm khả năng học hành.

Những vấn đề này có thể được ngăn ngừa bằng cách không uống bất kỳ rượu trong khi mang thai. Không uống nếu bạn đang cố gắng mang thai hoặc nghĩ rằng mình có thể đang mang thai.

Không có lượng rượu an toàn được biết đến để uống trong khi mang thai. Bất kỳ lượng rượu nào cũng có thể gây hại cho thai nhi đang phát triển và làm tăng nguy cơ sảy thai.

Xem thêm:Dinh dưỡng khi mang thai như thế nào cho hợp lý?

Mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng hội chứng rượu bào thai là khác nhau ở mỗi em bé. Các triệu chứng không chỉ xuất hiện khi bé đang ở trong bụng mẹ. Những tác động của rượu vẫn còn để lại hậu quả khi bé lớn lên, khiến cho bé khó khăn hơn trong học tập, vui chơi thường ngày.

Các triệu chứng chính của hội chứng rượu bào thai được phân làm ba nhóm dưới đây:

Khiếm khuyết về thể chất

Bất thường não

Các vấn đề xã hội và hành vi

Khuôn mặt đặc biệt: mắt nhỏ, môi trên mỏng, mũi ngắn, hếch, không có rãnh nhân trung giữa mũi và môi.

Biến dạng chân tay, các khớp.

Chậm tăng cân và chiều dài/cao trước và sau khi sinh.

Khó nhìn hoặc khó nghe.

Chu vi đầu và kích thước não nhỏ.

Dị tật tim, thận, xương…

Thăng bằng kém.

Trí thông minh giảm.

Trí nhớ kém.

Giảm sự chú ý và xử lý thông tin chậm.

Khó khăn với lý luận, giải quyết vấn đề,

Khả năng phán đoán kém.

Tăng động.

Cảm xúc thất thường.

Thích nghi với những thay đổi kém hoặc khó khán khi đổi bạn học nhóm.

Tương tác với bạn bè kém, dễ gặp phiền toái.

Hành vi và xung động khó được kiểm soát.

Khó lập kế hoạch hoặc làm việc hướng tới một mục tiêu.

Mỗi một rối loạn trong rối loạn phổ rượu thai nhi đều có những tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể. Để chẩn đoán hội chứng rượu bào thai, cần thỏa mãn các tiêu chí sau:

Có 2/3 triệu chứng đặc trưng bất thường ở mặt: chiều dài khe mắt ngắn, môi trên mỏng, mất/mờ đường nhân trung.

Chậm phát triển trước và/hoặc sau sinh.

Khiếm khuyết hệ thần kinh trung ương.

Ngoài ra lời khai về tiền sử uống rượu của mẹ càng củng cố thêm chẩn đoán. Tuy nhiên nếu không khai thác được, và bé có tất cả những đặc điểm trên đây, hội chứng rượu bào thai vẫn được xác định.

Xem thêm:Khi mang thai nên tránh những điều gì?

Các vấn đề hành vi không xuất hiện lúc sinh, nhưng khi bé lớn lên, chúng bắt đầu hiện rõ. Trẻ bị hội chứng rượu bào thai có nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần sau:

Rối loạn tăng động/giảm chú ý, không tập trung để học hành.

Gây hấn, xâm phạm, phá vỡ các quy tắc xã hội, hành xử không thích hợp.

Lạm dụng rượu hoặc ma túy.

Rối loạn trầm cảm, lo âu hoặc rối loạn ăn uống.

Hành vi tình dục không phù hợp.

Tai nạn giao thông, giết người hoặc tự sát.

Những khiếm khuyết về thể chất do phơi nhiễm rượu trước khi sinh làvĩnh viễn, không chữa khỏi được. Tuy nhiên, các dịch vụ chăm sóc y tế có thể giúp giảm một số ảnh hưởng của hội chứng này. Đồng thời ngăn ngừa các biến chứng xảy ra.

Bé có thể cần một đội ngũ chăm sóc phù hợp bao gồm: chuyên viên tâm lí, nhà trị liệu ngôn ngữ, trị liệu vật lý và nghề nghiệp. Việc can thiệp sớm có thể giúp bé:

Đi lại, nói chuyện và phát triển kỹ năng xã hội.

Giải quyết các vấn đề về học tập và hành vi.

Có thể bé cần phải sử dụng một số thuốc để giảm triệu chứng. Khi đó bạn sẽ cần tìm thêm cho bé một bác sĩ tâm thần nhi.

Giải quyết vấn đề sử dụng rượu và các chất khác, nếu có.

Dạy nghề và rèn luyện kỹ năng sống.

Với cha mẹ, những khó khăn trong việc nuôi dạy, chăm sóc con từ khi mới sinh ra đã là rất lớn. Chưa kể với một đứa bé có rối loạn do tiếp xúc rượu từ khi còn trong bụng mẹ. Chắc chắn những trở ngại đó sẽ lớn gấp nhiều lần. Vì thế họ cũng cần được hỗ trợ, tư vấn hướng dẫn cách chăm sóc trẻ.

Trước hết, cần giải quyết vấn đề sử dụng rượu của người mẹ. Điều này cho phép mẹ có thể nuôi dạy con tốt hơn và ngăn ngừa việc lần mang thai tiếp theo không bị ảnh hưởng bởi rượu. Các bác sĩ tâm thần và tâm lí gia có thể giúp được bạn, nếu cần.

Với việc xử lý các vấn đề hành vi liên quan đến hội chứng này, một số kĩ năng có thể hữu ích:

Nhận ra điểm mạnh và hạn chế của con bạn.

Thực hiện các thói quen hàng ngày.

Tạo ra các thói quen tốt cho bé.

Đặt ra và thực thi các quy tắc đơn giản.

Lặp lại nhiều lần để củng cố việc học.

Chỉ ra cho bé những hành vi nào là được chấp nhận. Sử dụng phần thưởng để củng cố hành vi này.

Dạy trẻ kỹ năng sinh hoạt hàng ngày và tương tác xã hội.

Bảo vệ con bạn khỏi lạm dụng thể chất, tinh thần. Vì rất nhiều trẻ mắc hội chứng rượu bào thai có nguy cơ bị lạm dụng.

Hội chứng rượu bào thaiđặc trưng bởi những khiếm khuyết không thể hồi phục ở não, hình dạng mặt do sự tiếp xúc với rượu của em bé khi còn nằm trong bụng mẹ. Phòng ngừa không sử dụng rượu trong độ tuổi sinh sản là cách tốt nhất ngừa hội chứng này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-ban-can-biet-ve-hoi-chung-sjogren/

Nội dung bài viết

1. Các biểu hiện của hội chứng Sjogren

2. Nguyên nhân của hội chứng Sjogren là gì?

3. Hội chứng Sjogren có thể gây ra những biến chứng gì?

4. Hội chứng Sjogren được chẩn đoán như thế nào?

5. Điều trị tình trạng này như thế nào?

Hội chứng Sjogren là một bệnh của hệ miễn dịch. Đặc điểm nổi bật của hội chứng này là hai triệu chứng khô mắt và khô miệng. Hội chứng Sjogren cũng hay đi kèm với các bệnh lý miễn dịch khác như viêm khớp dạng thấp hay bệnh lupus ban đỏ hệ thống. Vậy hội chứng này có nguy hiểm không? Hãy cùng tìm hiểu trong bài viết dưới đây của bác sĩ Phan Văn Giáo nhé.

Hội chứng Sjogren có thể khởi phát ở bất kỳ lứa tuổi nào. Tuy nhiên, bệnh nhân thường được chẩn đoán bệnh khi hơn 40 tuổi. Hội chứng này cũng thường gặp hơn ở nữ giới.

Ở hội chứng Sjogren, các niêm mạc tiết dịch và các tuyến tiết dịch nhờn ở mắt và miệng thường bị ảnh hưởng đầu tiên. Do đó, chúng làm giảm tiết nước bọt và nước mắt. Hai triệu chứng thường gặp nhất là:

Khô mắt.Bạn có thể cảm thấy bỏng rát ở mắt, ngứa hay thấy sạn ở mắt.

Khô miệng.Bạn có thể cảm thấy miệng mình khô như khi ngậm vải. Cảm giác khó nuốt, khó phát âm cũng xuất hiện.

Một số trường hợp bệnh nhân mắc hội chứng Sjogren có thể có các biểu hiện sau:

Đau khớp, sưng phù và cứng khớp.

Sưng tuyến nước bọt, như sưng tuyến sau hàm.

Phát ban da hay khô da.

Khô âm đạo.

Ho kéo dài.

Mệt mỏi kéo dài, dai dẳng

Hội chứng Sjogren là một bệnh lý tự miễn. Khi đó, hệ thống miễn dịch tấn công nhầm các mô của cơ thể thay vì chống lại các tác nhân gây bệnh.

Hiện nay, các nhà nghiên cứu vẫn chưa tìm ra nguyên nhân cụ thể gây ra hội chứng Sjogren. Có các nghiên cứu tìm thấy một số đoạn gen có liên quan đến khả năng mắc bệnh. Ngoài ra, cũng có những nghiên cứu gợi ý rằng một cơ chế kích gợi cần thiết để khởi phát phát bệnh. Cơ chế kích gợi này có thể là một đợt nhiễm trùng với một chủng virus hoặc vi khuẩn đặc hiệu.

Trong hội chứng Sjogren, hệ miễn dịch có xu hướng tấn công các tuyến sản xuất nước mắt và nước bọt. Tuy nhiên, các cơ quan khác của cơ thể cũng có thể bị ảnh hưởng, ví dụ như:

Các khớp.

Tuyến giáp.

Thận.

Gan.

Phổi.

Da.

Các dây thần kinh.

Hội chứng Sjogren thường xuất hiện ở những người có một hay nhiều hơn các yếu tố nguy cơ sau:

Tuổi:Hội chứng Sjogren thường được chẩn đoán ở tuổi trên 40.

Giới tính:Phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn hẳn nam giới.

Bệnh thấp:Thường những bệnh nhân có hội chứng Sjogren thường cũng mắc các bệnh thấp nhưviêm khớp dạng thấphaylupus.

Những biến chứng thường gặp nhất của hội chứng Sjogren thường liên quan đến mắt và miệng.

Sâu răng: Nước bọt có tác dụng giúp bảo vệ và làm sạch răng. Các vi khuẩn trong khoang miệng khi không được nước bọt làm sạch sẽ gây sâu răng.

Nhiễm nấm men: Những bệnh nhân mắc hội chứng Sjogren có khả năng nhiễm nấm men ở khoang miệng nhiều hơn.

Vấn đề về thị lực: Mắt khô có thể dẫn đến tình trạng nhạy cảm hơn với ánh sáng. Từ đó có thể dẫn đến nhìn mờ và tổn thương giác mạc.

Những biến chứng ít gặp hơn có thể là:

Tổn thương phổi, thận hay gan: Các biến chứng ở phổi như viêm phổi, viêm phế quản hay các tổn thương khác. Các tổn thương ở thận cũng có thể gây mất chức năng thận, gan có thể bị viêm hayxơ gan.

Hạch bạch huyết: Một số trường hợp bệnh nhân với hội chứng Sjogren có thể xuất hiệnung thư hạch bạch huyết(lymphoma).

Tổn thương dây thần kinh: Bạn có thể gặp các biến chứng như tê bì, cảm giác kiến bò hay bỏng rát ở tay hay chân do tổn thương dây thần kinh ngoại biên.

Hội chứng Sjogren khá khó khăn để chẩn đoán chính xác. Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh thay đổi ở các bệnh nhân khác nhau. Ngoài ra, những biểu hiện này cũng trùng lấp với các bệnh thông thường khác. Tác dụng phụ của một số loại thuốc cũng đôi khi mang biểu hiện tương tự như hội chứng Sjogren.

Do đó, việc chẩn đoán hội chứng Sjogren cần đến một số xét nghiệm. Các xét nghiệm này giúp chẩn đoán đặc hiệu bệnh hay giữ vai trò loại trừ các bệnh lý khác.

Bác sĩ có thể chỉ định xét nghiệm máu để:

Đo số lượng các tế bào máu.

Phát hiện các kháng thể xuất hiện đặc hiệu trong hội chứng Sjogren.

Xác nhận tình trạng của phản ứng viêm trong cơ thể.

Phát hiện các biến chứng ở gan và thận. Đo lường chức năng các cơ quan.

Xem thêm:10 chỉ số xét nghiệm máu quan trọng bạn cần biết

Bác sĩ sẽ kiểm tra độ khô của mắt. Một mẩu giấy thấm sẽ được đặt và mí mắt dưới của bạn để đo lượng nước mắt tiết ra. Bác sĩ chuyên khoa mắt cũng có thể đánh giá tình trạng giác mạc, kết mạc của bạn.

Một số xét nghiệm có thể giúp kiểm tra chức năng của tuyến nước bọt:

Chụp tuyến nước bọt. Phim chụp tuyến mang tai có bơm thuốc sẽ giúp đánh giá phần nào lượng nước bọt tiết ra.

Xạ hình tuyến nước bọt. Bạn sẽ được tiêm một dạng chất đánh dấu phóng xạ vào cơ thể và được đo lường để tính toán các yếu tố cần thiết để đánh giá khả năng tiết nước bọt.

Bạn có thể được chỉ định sinh thiết để chẩn đoán hội chứng Sjogren. Các tuyến nước bọt được lấy và quan sát dưới kính hiển vi. Các bằng chứng về cụm tế bào viêm có thể giúp khẳng định chẩn đoán.

Việc điều trị hội chứng Sjogren tùy thuộc vào cơ quan bị ảnh hưởng. Nhiều người chỉ với các biểu hiện khô miệng và khô mắt có thể tự điều trị tại nhà. Những cũng có những trường nặng cần phải điều trị thuốc hoặc phẫu thuật.

Tùy thuộc triệu chứng mà bạn có, bác sĩ sẽ kê cho bạn loại thuốc phù hợp:

Thuốc giúp giảm viêm ở mắt: Thuốc nhỏ mắt như cyclosporine hay lifitegrast có thể được chỉ định nếu như bạn bị khô mắt từ trung bình đến nặng.

Tăng lượng nước bọt: Các thuốc như pilocarpine và cevimeline có thể làm tăng sản xuất nước bọt, nước mắt. Tuy nhiên, chúng có một số tác dụng phụ đáng lưu ý như đổ mồ hôi, đau bụng, và đi tiểu nhiều hơn bình thường.

Thuốc giúp điều trị biến chứng: Nếu bạn có các biến chứng như viêm khớp, bạn có thể được sử dụngthuốc kháng viêm non-steroid (NSAIDs). Hay khi bạn bị nấm miệng, thuốc điều trị nấm có thể được sử dụng.

Thuốc điều trị các triệu chứng hệ thống: Thuốc kháng sốt rét như hydroxychloroquine có thể có ích trong điều trị hội chứng Sjogren. Các thuốc giúp ức chế hệ miễn dịch cũng có thể được sử dụng.

Một thủ thuật nhỏ có thể được sử dụng để làm giảm tình trạng khô mắt. Ống lệ mũi có chức năng dẫn một phần nước mắt xuống dưới mũi. Việc chặn ống này lại có thể giúp giảm tình trạng khô mắt.

Một số biện pháp có thể giúp cho bệnh nhân với hội chứng Sjogren.

Để giảm khô mắt, bạn có thể:

Sử dụng nước mắt nhân tạo hay nước nhỏ mắt: Chúng có thể giúp giảm đi các triệu chứng khó chịu do khô mắt mang lại. Bạn có thể cần đến sự tư vấn của bác sĩ để sử dụng các loại nhỏ mắt cho phù hợp. Một số loại thuốc nhỏ mắt không phù hợp có thể gây kích ứng mắt.

Tăng độ ẩm cho môi trường xung quanh: Hãy đảm bảo nơi ở của bạn đủ độ ẩm cần thiết và tránh gió thổi trực tiếp vào mắt. Hãy tránh ngồi trước quạt gió hay quạt điều hòa và nhớ đeo kính bảo vệ mắt phù hợp đi ra ngoài.

Để giảm khô miệng, bạn nên:

Không/ngừng hút thuốc lá.

Tăng uống nước: Bạn nên cố gắng uống nhiều nước hơn. Tránh cà phê và rượu bia vì chúng có thể gây hại cho niêm mạc miệng khô. Tránh dùng đồ chua và nước uống thể thao (có tính acid).

Kích thích tuyến nước bọt tiết: Nhai kẹo cao su không đường có thể giúp tăng tiết nước bọt.

Dùng nước bọt nhân tạo khi cần.

Sử dụng nước muối xịt mũi: Xịt mũi bằng nước muối giúp giữ ẩm và làm sạch mũi, giúp không khí đi qua mũi giàu độ ẩm hơn.

Chăm sóc sức khỏe răng miệng

Chải răng thường xuyên, dùng chỉ nha khoa sau mỗi bữa ăn.

Khám răng miệng thường xuyên, nên tái khám mỗi 6 tháng.

Sử dụng nước súc miệng chứa flour hay nước súc miệng kháng khuẩn.

Hội chứng Sjogrenlà một bệnh lý tự miễn. Bệnh có thể chỉ gây những ảnh hưởng rất nhỏ như khô miệng hay khô mắt. Tuy nhiên, những cơ quan khác cũng có khả năng bị tổn thương và gây biến chứng khá nặng nề. Bệnh cũng có thể được theo dõi và điều trị tại nhà nếu với thể nhẹ. Hãy ghi nhớ những mẹo để chăm sóc cơ thể mà bác sĩ Phan Văn Giáo vừa cung cấp cho bạn nhé. Cùng chia sẻ những thông tin này đến mọi người nào.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-stockholm-hien-tuong-tam-ly-phuc-tap/

Nội dung bài viết

Hội chứng Stockholm là gì?

Lịch sử của hội chứng Stockholm

Những triệu chứng và dấu hiệu nào để nhận biết hội chứng Stockholm?

Nguyên nhân gây ra hội chứng Stockholm là gì?

Một số trường hợp nổi tiếng về hội chứng Stockholm

Điều trị hội chứng Stockholm như thế nào?

Não bộ con người rất phức tạp và kì diệu. Hiện nay các nhà khoa học vẫn chưa hoàn toàn hiểu rõ về bộ não. Cách nó hoạt động, hình thành nhân cách, tâm lý con người, các hiện tượng tâm lý kì là. Trong bài viết này chúng ta cùng tìm hiểu về Hội chứng Stockholm. Hội chứng Stockholm được lấy tên từ vụ cướp ngân hàng khét tiếng ở thủ đô Stockholm, Thụy Điển. Bốn nhân viên ngân hàng bị giữ làm con tin từ ngày 23 đến 28 tháng 8 năm 1973. Trong khoảng thời gian này, nạn nhân trở nên gắn bó về mặt cảm xúc với kẻ bắt cóc. Khi được giải thoát khỏi giam cầm, họ đã từ chối sự trợ giúp từ chính quyền. Hơn thế nữa họ còn đứng ra bảo vệ kẻ bắt cóc trước truyền thông và giới cảnh sát.

Hội chứng Stockholm hay quan hệ bắt cóc, là thuật ngữ mô tả một loạt những trạng thái tâm lý. Trong đó con tin lâu ngày chuyển từ cảm giác sợ hãi, căm ghét sang quý mến, đồng cảm. Hiện tượng này có thể tới mức bảo vệ và phát triển phẩm chất xấu của kẻ bắt cóc.

Tuy nhiên, những cảm xúc nói trên của “nạn nhân” hoàn toàn vô lý.  Bởi vì họ đang nhầm lẫn hành vi hành hạ với lòng tốt của kẻ bắt cóc. Mặc cho những nguy hiểm mà họ đã phải trải qua. Hệ thống quản lý dữ liệu bắt cóc của FBI ước tính ít nhất tám phần trăm nạn nhân có biểu hiện của hội chứng Stockholm.

Hội chứng Stockholm không những chỉ phát triển ở những nạn nhân bắt cóc. Nó có thể xuất hiện ở bất cứ ai nằm trong dạng quan hệ “vô cùng thân thiết và gần gũi trong đó một người xúc phạm, đánh đập, đe dọa, hành hạ (tâm lý hoặc/và thể xác) người còn lại”.

Có nhiều giả thiết giải thích sự tồn tại của Hội chứng Stockholm. Một trong số đó được dựa trên lý thuyết của nhà phân tâm học Anna Freud. Sự đồng cảm của nạn nhân với kẻ hành hạ là cách mà nạn nhân phản ứng với nỗi đau mà họ đang phải trải qua. Bằng cách đồng hóa bản thân với kẻ hành hạ, bản ngã của nạn nhân được bảo vệ. Khi đó, nạn nhân chia sẻ chung những suy nghĩ, thái độ và giá trị với kẻ hành hạ. Họ “tạm quên mất” rằng mình đang bị đe dọa.

Bạn mang bé sơ sinh về nhà, và trong vài tuần đầu bé vẫn biểu hiện bình thường. Vào 1 ngày nọ, bé bắt đầu có cơn khóc kéo dài hàng giờ liền và dù bạn đã thử hết mọi cách vẫnkhông thể dỗ bé nín được.

Hội chứng Stockholm có thể đã xảy ra trong nhiều thập kỷ, thậm chí nhiều thế kỷ. Nhưng đến năm 1973, tình trạng bệnh lý này mới được đặt tên bởi tâm thần học Nils Bejerot.

Sự kiện này xảy ra tại một vụ cướp ngân hàng ở Stockholm, Thụy Điển. Khi hai người đàn ông bắt giữ bốn người làm con tin trong 6 ngày. Sau khi con tin được thả ra, họ từ chối làm chứng chống lại những kẻ bắt giữ họ.

Sau đó, các nhà tâm lý học và chuyên gia sức khỏe tâm thần đã gán cho thuật ngữ hội chứng Stockholm là tình trạng xảy ra khi con tin phát triển mối liên hệ về mặt cảm xúc hoặc tâm lý với những người giam giữ chúng.

Mặc dù được nhiều người biết đến, tuy nhiên, hội chứng Stockholm không được công nhận bởi ICD hay DSM. Các hướng dẫn này thường được sử dụng bởi các chuyên gia sức khỏe tâm thần.

Hội chứng Stockholm được công nhận bởi ba triệu chứng riêng biệt:

Nạn nhân phát triển cảm xúc tích cực với những người đã và đang giam cầm hoặc lạm dụng họ.

Nạn nhân nảy sinh cảm xúc tiêu cực đối với cảnh sát, những người có thẩm quyền. Hoặc bất kỳ ai có thể đang cố gắng giúp họ thoát khỏi kẻ bắt giữ. Họ thậm chí có thể từ chối hợp tác chống lại người bắt giữ họ.

Nạn nhân bắt đầu đồng cảm với người bắt giữ, tin rằng họ có cùng mục tiêu và giá trị.

Trạng thái này có thể xảy ra trong hoàn cảnh giam giữ hoặc bắt cóc. Bởi vì những nạn nhân thường cảm thấy bị đe dọa bởi kẻ bắt giữ họ. Nhưng họ cũng rất phụ thuộc vào thủ phạm để sinh tồn. Kẻ bắt cóc hoặc lạm dụng thể hiện lòng tốt, nạn nhân có thể nảy sinh cảm xúc tích cực. Theo thời gian, nhận thức đó bắt đầu thay đổi và bị sai lệch cách nhìn về người giam giữ hoặclạm dụnghọ.

Các triệu chứng của hội chứng Stockholm cũng đã được xác định trong mối quan hệ nô lệ và chủ, trong các trường hợp vợ hoặc chồng dùng vũ lực và các thành viên của các giáo phái.

Điều kiện để hội chứng Stockholm xảy ra trong bất kỳ tình huống nào rất phức tạp. Nó cần biểu hiện ít nhất ba đặc điểm:

Một mối quan hệ quyền lực không đồng đều nghiêm trọng. Trong đó kẻ giam giữ bắt các tù nhân làm những việc họ có thể và không thể thực hiện.

Kẻ giam giữ đe dọa cái chết hoặc thương tích cho tù nhân.

Một bản năng tự bảo vệ từ phía tù nhân.

Đặc điểm của hội chứng này là tù nhân tin rằng bản thân không thể thoát khỏi kẻ bắt có. Do đó để sống sót, họ cần tuân theo các yêu cầu của chúng. Bên cạnh đó, người bị bắt cóc không thể tiếp xúc với thế giới bên ngoài. Vì vậy không một quan điểm nào từ người bên ngoài có thể thâm nhập vào trong tâm trí họ.

Lý do chính xác đằng sau tình trạng tâm lý này rất phức tạp. Qua nhiều năm, các bác sĩ tâm thần và tội phạm học nổi tiếng đã ghi nhận một số yếu tố được cho là nguyên nhân gây ra hội chứng Stockholm. Tình trạng đặc biệt này xuất hiện khi:

Những con tin cảm thấy kẻ bắt cóc cho họ cơ hội sống bằng việc không giết họ. Điều này ngay lập tức làm cho họ nhìn kẻ bắt cóc theo chiều hướng tích cực hơn.

Những người bị bắt cóc được những kẻ bắt cóc đối xử một cách thông cảm. Khi thủ phạm những kẻ bắt cóc cung cấp cho các nạn nhân một môi trường sống tốt. Các con tin bắt đầu thấy họ được cư xử tốt vì thông thường các nạn nhân cho rằng kẻ bắt cóc sẽ đối xử với họ rất gay gắt.

Những người bị giam cầm hoàn toàn cô lập với thế giới bên ngoài. Điều này làm cho họ nhận ra quan điểm của kẻ bắt cóc. Nạn nhân bắt đầu hiểu được những tình huống có thể đã buộc kẻ bắt cóc phạm tội. Họ cố gắng giúp kẻ bắt cóc và trở nên thông cảm với các nguyên nhân phạm tội của chúng.

Những người bị bắt cóc bắt đầu phát triển kết nối tâm lý hoặc cảm xúc với kẻ bắt cóc.

Sống với nhau trong nhiều ngày có thể khiến hai người khác nhau gần gũi với nhau. Từ đó, nạn nhân và kẻ phạm tội có thể bắt đầu chia sẻ những lợi ích chung.

Những người bị bắt cóc phát triển một thói quen muốn làm hài lòng kẻ bắt cóc họ. Lúc đầu, đây là một điều bức thiết và những người bị bắt cóc buộc phải đứng về phía kẻ bắt cóc mình để thoát khỏi các cách cư xử khắc nghiệt hay thậm chí bị giết. Nhưng khi điều này trở thành một thói quen, nó tiếp tục tồn tại dù không còn đe dọa nào.

Những người bị bắt cóc bắt đầu phát triển một trạng thái phụ thuộc vào kẻ bắt cóc. Điều này xảy ra khi những người bị bắt cóc không có người thân để quay lại. Trong trường hợp kẻ bắt cóc đã giết người thân của mình, nạn nhân cảm thấy bất lực và cần được cung cấp thức ăn và nơi trú ẩn. Điều này trở thành một nhu cầu cần thiết ngay cả khi không còn mối đe dọa từ phía kẻ bắt cóc.

Patty Hearst, cháu gái của doanh nhân và nhà xuất bản báo William Randolph Hearst. Cô đã bị bắt cóc vào năm 1974 bởi Quân đội Giải phóng Symbionese (SLA). Trong thời gian bị giam cầm, cô từ bỏ gia đình, lấy tên mới.  Cô ấy thậm chí gia nhập SLA để cướp ngân hàng. Sau đó, Hearst bị bắt, cô đã sử dụng hội chứng Stockholm để bào chữa trong phiên tòa của mình. Sự bào chữa đó không có tác dụng, và cô đã bị kết án 35 năm tù.

Natascha Kampusch. Năm 1998, Natascha, 10 tuổi, bị bắt cóc và giữ dưới lòng đất trong một căn phòng tối, cách nhiệt. Kẻ bắt cóc cô, Wolfgang Přiklopil, đã giam cầm cô trong hơn 8 năm. Trong thời gian đó, anh thể hiện lòng tốt, nhưng anh cũng đánh cô và dọa giết cô. Natascha trốn thoát và Přiklopil thì tự sát. Các tin tức tại thời điểm đó, báo cáo Natascha đã khóc và không thể chấp nhận được điều này.

Mary McElroy. Năm 1933, bốn người đàn ông bắt cóc Mary 25 tuổi, xiềng cô vào tường trong một trang trại bỏ hoang. Những kẻ bắt cóc hăm dọa và đòi tiền chuộc từ gia đình cô. Khi cô được thả ra, cô không khai tên kẻ bắt giữ mình trong phiên tòa. Cô cũng công khai bày tỏ sự thông cảm với họ.

Tư vấn hoặc điều trị tâm lý trong khoảng thời gian ngắn cho các rối loạn căng thẳng sau chấn thương có thể giúp giảm bớt các vấn đề tức thời. Chẳng hạn như lo lắng và trầm cảm. Điều này hỗ trợ cho sự phục hồi sau này. Liệu pháp tâm lý dài hạn có thể giúp người bệnh hồi phục hơn nữa.

Các nhà tâm lý học và tâm lý trị liệu có thể hướng dẫn cho bệnh nhân các cơ chế đối phó lành mạnh. Ngoài ra còn hướng dẫn các công cụ phản hồi để giúp bạn hiểu những gì đã xảy ra. Tại sao nó xảy ra và làm thế nào bạn có thể đối mặt với nó. Tiến hành điều chỉnh cảm xúc tích cực. Điều này có thể giúp bạn hiểu những gì đã xảy ra không phải là lỗi của bạn.

Tuy nhiên để hiểu quá trình này rõ hơn, cũng như điều trị tối ưu hội chứng này cần quá trinh lâu dài. Ngoài ra còn cần sự gắn bó và thấu hiểu giữa nhà tâm lý và bệnh nhân.

Hội chứng Stockholmlà một hiện tượng tâm lý rất kì lạ và phức tạp của con người.  Hiện tượng này thường liên quan đến các vụ bắt cóc và giam giữ con tin. Ngoài ra, nó có thể xảy ra ở một số hoàn cảnh khác, đặc biệt là sau chấn thương tâm lý. Hiện nay, vẫn chưa hiểu hết cơ chế của hội chứng này. Tuy nhiên phát hiện và điều trị tâm lý sớm mang lại lợi ích đáng kể cho cả bệnh nhân và gia đình. Từ đó tạo điều kiện cho sự phát triển bình thường của mỗi cá nhân trong cộng đồng.

Hội chứng Turnerlà một trong những bất thường di truyền phổ biến nhất ở nữ giới. Bởi vì những đặc điểm bất thường về ngoại hình, một số bé gái mắc hội chứng Turner có thể gặp khó khăn ở trường. Khi lớn lên có thể là trong môi trường làm việc với đồng nghiệp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-soc-nhiem-doc/

Nội dung bài viết

Hội chứng sốc nhiễm độc là gì?

Nguyên nhân Hội chứng sốc nhiễm độc là gì?

Các triệu chứng của Hội chứng sốc nhiễm độc

Khi nào bạn cần đi gặp bác sĩ?

Đối tượng có nguy cơ mắc Hội chứng sốc nhiễm độc

Biến chứng của Hội chứng?

Các biện pháp chẩn đoán Hội chứng sốc nhiễm độc

Các biện pháp điều trị Hội chứng sốc nhiễm độc

Phòng ngừa Hội chứng như thế nào?

Hội chứng sốc nhiễm độc là một tình trạng bệnh hiếm gặp, nhưng có thể xảy ra ở bất kì ai. Chỉ một vết cắt trên người cũng có thể là yếu tố nguy cơ đưa người mắc vào tình trạng sốc do nhiễm độc tố từ vi khuẩn. Vậy các triệu chứng của sốc nhiễm độc gồm những gì? Điều trị sốc nhiễm độc như thế nào?

Hội chứng sốc nhiễm độc (Toxic Shock Syndrome- TSS) là một tình trạng nhiễm khuẩn hiếm gặp, các triệu chứng rất đột ngột, có thể đe dọa tính mạng người mắc phải. Bệnh gây ra bởi sự độc tố từ vi khuẩn Staphylococcus aureus (tụ cầu vàng) hoặc các vi khuẩn liên cầu Streptococcus nhóm A.

Hội chứng sốc nhiễm độc có thể xảy ra ở bất kì ai bao gồm cả nam, nữ, phụ nữ mãn kinh. Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc hội chứng sốc nhiễm độc bao gồm vết thương ở da, phẫu thuật hay sử dụng băng vệ sinh hoặc cúp kinh nguyệt khi tới kì, hoặc các dụng cụ tránh thai.

Hội chứng sốc nhiễm độc thường gây ra bởi vi khuẩn Staphylococcus Aureus, đây là một trong những vi khuẩn thường  gây nhiễm trùng da ở bệnh nhân bỏng và bệnh nhân sau phẫu thuật. Ngoài ra, vi khuẩn Streptococcus cũng có thể là nguyên nhân gây ra hội chứng sốc nhiễm độc.

Các triệu chứng có thể thấy khi người bệnh mắc hội chứng sốc nhiễm độc gồm:

Sốt cao đột ngột.

Tụt huyết áp.

Nôn ói hoặc tiêu chảy.

Nổi ban đỏ như bị bỏng nắng ở khắp cơ thể.

Lơ mơ.

Đau cơ.

Đỏ mắt, miệng và họng.

Co giật.

Đau đầu.

Bạn nên đi khám ngay khi có bất kì triệu chứng nào nghi sốc nhiễm trùng nhiễm độc. Đặc biệt các triệu chứng xảy ra khi bạn mới/ đang dùng băng vệ sinh hoặc có vết thương ở da.

Hội chứng sốc nhiễm độc có thể gặp ở bất kì ai. Khoảng một nửa trường hợp nhiễm hội chứng trên có liên quan với nhiễm tụ cầu trong giai đoạn chu kì kinh nguyên. Phần còn lại có thể gặp ở phụ nữ mãn kinh, đàn ông hoặc trẻ nhỏ. Hội chứng nhiễm độc do Streptococcus (liên cầu) có thể gặp ở mọi người ở mọi lứa tuổi

Cả nam giới và phụ nữ đều có thể mắc hội chứng sốc nhiễm độc. Nguy cơ cao xảy ra ở:

Phụ nữ sử dụng các miếng mút/xốp hoặc màng ngăn tránh thai. Hoặc sử dụng băng vệ sinh dạng tampon siêu thấm.

Người có các vết thương hở ở da hoặc bỏng da.

Vừa trải qua các đợt phẫu thuật

Người bị nhiễm siêu vi, như cúm, thủy đậu.

Hội chứng sốc nhiễm độc thường diễn tiến rất nhanh. Các biến chứng có thể gặp gồm:

Sốc.

Suy thận.

Tử vong.

Hiện nay vẫn không có xét nghiệm nào chẩn đoán hội chứng sốc nhiễm độc. Bác sĩ sẽ lấy mẫu máu và nước tiểu để xem có hay không tình trạng nhiễm tụ cầu và liên cầu. Bác sĩ sẽ phết họng, phết dịch tử vùng và âm đạo để gửi phòng xét nghiệm

Do hội chứng sốc nhiễm độc có thể ảnh hưởng đến nhiều cơ quan khác nhau, nên trong một số trường hợp, bác sĩ sẽ chỉ định chụp cắt lớp (CT), chụp X-quang ngực, chọc dò tủy sống để đánh giá mức độ bệnh.

Đây là một bệnh nguy hiểm, đe dọa đến tính mạng, bệnh nhân cần phải được nhập viện sớm, chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Bạn sẽ được cho dùng kháng sinh ngay tại thời điểm chẩn đoán mắc Hội chứng sốc nhiễm độc, ngay cả khi không tìm thấy ngõ vào của vi khuẩn.

Sử dụng thuốc duy trì huyết áp nếu huyết áp quá thấp và sẽ được bù dịch nếu cần

Dùng các công cụ hỗ trợ giúp nâng đỡ hệ cơ quan nếu có suy tạng

Độc tố do tụ cầu hoặc liên cầu sản sinh ra có thể gây hạ huyết áp và suy thận. Nếu thận suy quá nặng, bác sĩ có thể chạy thận nhân tạo.

Nên lựa chọn loại băng vệ sinh có độ thấm phù hợp. Thay đổi băng vệ sinh thường xuyên, mỗi 4 đến 8 giờ. Thay băng vệ sinh và quần lót, và có thể dùng tấm băng mỏng ở những ngày gần hết kinh.

Những người đã từng mắc hội chứng nhiễm độc hoặc nhiễm liên cầu/tụ cầu mức độ nặng, bạn nên tránh sử dụng băng vệ sinh.

Tóm lại, hội chứng sốc nhiễm độc là một tình trạng bệnh hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm. Nguyên do là độc từ từ vi khuẩn tụ cầu (Staph) hoặc liên cầu trùng (Strep) gây ra. Triệu chứng lâm sàng của người bệnh rất đa dạng, thường có sốt cao, tụt huyết áp, lơ mơ… và suy đa cơ quan, đặc biệt suy thận thậm chí đe dọa tính mạng người mắc.

Khi có các triệu chứng như trên, người mắc nên nhập viện ngay để được xử trí kịp thời. Nếu bạn thấy bài viết trên hữu ích, hãy chia sẻ cho mọi người nhé.

Xem thêm:Hội chứng đau bánh chè, đùi, nguyên nhân và cách điều trị

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-so-khong-gian-hep-nguyen-nhan-trieu-chung-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Hội chứng sợ không gian hẹp là gì?

Nguyên nhân gây ra hội chứng sợ không gian hẹp

Triệu chứng của hội chứng sợ không gian hẹp

Chẩn đoán chứng sợ không gian hẹp

Biến chứng của chứng sợ không gian hẹp

Điều trị hội chứng sợ không gian hẹp như thế nào?

Hội chứng sợ không gian hẹp là một trong những hội chứng tâm thần không hề hiếm gặp. Hội chứng này có thể gây nên những cản trở nhất định cho người bệnh. Có thể là sự cản trở trong công việc, sinh hoạt và học tập. Vậy thì người mắc hội chứng này có triệu chứng như thế nào? Làm sao để điều trị? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây.

Hội chứng sợ không gian hẹplà một dạng rối loạn lo âu. Trong đó, nỗi sợ hãi vô cớ về việc không có lối thoát hoặc bị khép kín có thể dẫn đến một cơn hoảng loạn. Nó được coi là một chứng ám ảnh cụ thể theo Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê 5 (DSM-5).

Các yếu tố kích hoạt có thể bao gồm việc ở bên trong thang máy, một căn phòng nhỏ không có cửa sổ hoặc thậm chí ở trên máy bay. Một số người đã báo cáo rằng mặc quần áo kín cổ có thể gây ra cảm giác sợ hãi.

Từ claustrophobia bắt nguồn từ từ claustrum trong tiếng Latinh có nghĩa là “một nơi kín mít” và từ tiếng Hy Lạp, “phobos” có nghĩa là “sợ hãi”. Những người mắc chứng sợ hãi trước không gian hẹp sẽ cố gắng hết sức tránh những khoảng không gian nhỏ. Đồng thời tránh những tình huống khiến họ hoảng sợ và lo lắng.

Họ có thể tránh những nơi như tàu điện ngầm và thích đi cầu thang bộ hơn là thang máy, ngay cả khi có nhiều tầng. Có đến 5 phần trăm người Mỹ, 10% người Anh có thể bị chứng sợ hãi không gian hẹp. Các triệu chứng có thể nghiêm trọng, nhưng nhiều người không tìm cách điều trị.

Nhiều tình huống hoặc cảm giác khác nhau có thể gây ra chứngsợ hãi không gian hẹp. Ngay cả khi nghĩ về một số tình huống nhất định mà không tiếp xúc với chúng cũng có thể là nguyên nhân gây ra.

Các nguyên nhân phổ biến của chứng sợ hãi bao gồm:

Thang máy.

Đường hầm.

Tàu điện ngầm.

Cửa xoay.

Nhà vệ sinh công cộng.

Ô tô có khóa trung tâm.

Nhà rửa xe.

Phòng thay đồ trong shop quần áo, siêu thị.

Phòng khách sạn có cửa sổ kín.

Máy bay,…

Nếu bạn cảm thấy lo lắng trong 6 tháng qua về việc ở trong một không gian hạn chế hoặc nơi đông người, hoặc bạn đã tránh những tình huống này vì lý do này, thì có khả năng bạn đang bị ảnh hưởng bởi chứng sợ hãi sự gò bó.

Người ta còn biết rất ít về nguyên nhân gây ra chứng sợ sợ hãi. Các yếu tố môi trường có thể đóng một vai trò quan trọng. Mọi người thường phát triển chứng sợ hãi không gian hẹp trong thời thơ ấu hoặc trong những năm thiếu niên của họ.

Chứng sợ không gian hẹp có thể liên quan đến rối loạn chức năng của hạch hạnh nhân. Đây là phần não kiểm soát cách chúng ta xử lý nỗi sợ hãi. Nỗi ám ảnh cũng có thể do một sự kiện đau buồn gây ra, chẳng hạn như:

Bị mắc kẹt trong một không gian chật hẹp hoặc đông đúc trong một thời gian dài.

Gặp sóng gió khi bay.

Bị trừng phạt bằng cách nhốt trong một không gian nhỏ, như phòng tắm.

Mắc kẹt trên phương tiện giao thông công cộng đông đúc.

Bị kẹt trong một không gian chật hẹp, chẳng hạn như tủ quần áo, do vô tình.

Bạn cũng có nhiều khả năng phát triển chứng sợ hãi không gian hẹp nếu bạn lớn lên với cha mẹ hoặc thành viên gia đình kỵ sự ngột ngạt. Một đứa trẻ nhìn thấy người thân của mình trở nên sợ hãi trước một không gian chật hẹp, nhỏ hẹp. Khi ấy, chúng có thể bắt đầu liên kết nỗi sợ hãi và lo lắng với những tình huống tương tự.

Tham khảo thêm:Vì sao một số người không thể vượt qua nỗi đau mất người thân?

Các triệu chứng củahội chứng sợ không gian hẹpxuất hiện sau một nguyên nhân kích thích chứng sợ hãi. Chẳng hạn như ở trong phòng kín hoặc không gian đông người. Những gì bạn coi là một không gian nhỏ có thể thay đổi tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của chứng sợ hãi của bạn. Khi gặp phải các triệu chứng của hội chứng này, người bệnh sẽ bùng lên cơn hoảng sợ.

Đổ mồ hôi.

Run sợ.

Nóng ran.

Cảm thấy sợ hãi hoặc hoảng sợ dữ dội.

Trở nên lo lắng.

Hụt hơi.

Tăng thông khí, thở gấp gáp, thở nhanh.

Tim đập loạn nhịp.

Tức ngực hoặc đau ngực.

Buồn nôn.

Cảm thấy yếu ớt hoặc lâng lâng.

Cảm thấy bối rối hoặc mất phương hướng.

Tránh các tình huống kích hoạt, chẳng hạn như đi trên máy bay, tàu điện ngầm, thang máy hoặc trong ô tô khi giao thông đông đúc.

Tự động và bắt buộc tìm kiếm các lối ra trong mọi không gian bạn bước vào.

Cảm thấy sợ rằng cửa sẽ đóng lại khi bạn đang ở trong phòng.

Đứng gần hoặc ngay cạnh lối ra khi ở một nơi đông người.

Tham khảo thêm:Rối loạn thách thức chống đối (ODD): nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Những nơi thường gặp:

Ở trong một căn phòng nhỏ không có cửa sổ.

Lái máy bay hoặc ô tô nhỏ.

Ở trong một thang máy chật cứng.

Trải qua không gian hẹp khi chụp MRI hoặc CT.

Đứng trong một căn phòng lớn nhưng đông đúc, giống như trong một bữa tiệc hoặc buổi hòa nhạc.

Đứng trong tủ.

Một số nơi khác có thể gây nên chứng sợ không gian hẹp bao gồm:

Nhà vệ sinh công cộng.

Nhà rửa xe.

Cửa xoay.

Phòng thay đồ.

Hang động.

Đường hầm.

Các triệu chứng sợ hãi của người bệnh có thể được kích hoạt bởi các tình huống khác không được đề cập ở trên. Bạn cũng có thể xác định một không gian nhỏ hoặc hạn chế khác với những người khác. Điều này là do mọi người có cảm giác độc đáo của riêng họ về không gian cá nhân hoặc “gần”.

Một nghiên cứu năm 2011 cho thấy người bệnh cảm nhận không gian “gần” lớn hơn xung quanh cơ thể của họ. Họ sẽ có nhiều khả năng cảm thấy ngột ngạt khi không gian ấy bị phá vỡ. Vì vậy, nếu không gian cá nhân của bạn là 10 mét và ai đó đang đứng cách bạn 6 mét, bạn có thể bắt đầu hoảng sợ.

Bạn nên đi khám nếu các triệu chứng của bạn trở nên dai dẳng. Đừng đợi cho đến khi chứng sợ hãi trước sự ồn ào của bạn trở nên quá áp đảo. Chẩn đoán sớm có thể giúp bạn kiểm soát các triệu chứng tốt hơn.

Bác sĩ sẽ xem xét các triệu chứng của bạn và cho bạn khám sức khỏe. Họ cũng sẽ tính đến tiền sử sợ hãi quá mức của bạn rằng:

Không liên quan đến rối loạn khác.

Có thể được gây ra bởi dự đoán một sự kiện.

Gây ra các cuộc tấn công lo lắng liên quan đến môi trường.

Sự sợ hãi làm gián đoạn các hoạt động bình thường hàng ngày.

Người bệnh cố gắng đặc biệt để tránh các tình huống liên quan đến không gian kín, như đi cầu thang bộ thay vì đi thang máy.

Không khí ngột ngạt có thể hạn chế nghiêm trọng cuộc sống của bạn. Nó khiến bạn bỏ lỡ những điều mà bạn sẽ thích và thậm chí gây căng thẳng quá mức cho sức khỏe của bạn.

Ví dụ, chứng sợ hãi sự ồn ào có thể là một thách thức khi đi du lịch. Chuyến bay kết thúc chuyến đi một cách nhanh chóng. Tuy nhiên, nó buộc bạn phải giam mình trong một chiếc ghế nhỏ xung quanh là những người lạ.

Đi tàu hỏa cung cấp chỗ ngồi rộng rãi thoải mái và cho phép bạn đi lại, nhưng mất nhiều thời gian, có thể khiến bạn cảm thấy bị mắc kẹt. Lái xe có thể cảm thấy gò bó nhưng cho phép bạn dừng lại để nghỉ ngơi bất cứ khi nào bạn muốn.

Một kỳ nghỉ được mong đợi có thể trở nên tiêu cực khi bạn thấy mình rơi vào một trong những tình huống này. Hoặc những lo lắng này có thể khiến bạn thậm chí không thể đặt chuyến đi ngay từ đầu.

Mặc dù những khoảnh khắc này có vẻ thoáng qua. Tuy nhiên, các cơn hoảng loạn lặp đi lặp lại. Đồng thời, cảm giác sợ hãi và lo lắng có thể gây ra căng thẳng liên tục tăng cao, có thể gây hại cho cơ thể. Về mặt y học, chứng sợ hãi sự gò bó có thể nguy hiểm vì nó có thể khiến bạn tránh thực hiện các xét nghiệm cần thiết như MRI hoặc CT Scan.

Xem thêm:Rối loạn lưỡng cực : Triệu chứng và cách điều trị

Hội chứng sợ không gian hẹpthường được điều trị bằng liệu pháp tâm lý. Các hình thức tư vấn khác nhau có thể giúp bạn vượt qua nỗi sợ hãi và quản lý các tác nhân gây ra. Bạn nên nói chuyện với bác sĩ về loại liệu pháp nào sẽ phù hợp nhất với bạn. Điều trị có thể bao gồm nhiều biện pháp sau đây:

Một nhà trị liệu hành vi nhận thức sẽ dạy bạn cách kiểm soát và thay đổi những suy nghĩ tiêu cực nảy sinh từ các tình huống kích hoạt chứng sợ hãi của bạn. Bằng cách học cách thay đổi suy nghĩ của mình, bạn có thể học cách thay đổi phản ứng của mình trước những tình huống này.

Xem thêm:Những hiểu biết cơ bản liệu pháp nhận thức hành vi

Liệu pháp hành vi cảm xúc hợp lý là một hình thức nhận thức hành vi, theo định hướng hành động tập trung vào hiện tại. Đây là liệu pháp giải quyết các thái độ, cảm xúc và hành vi không lành mạnh. Nó sử dụng một kỹ thuật gọi là “tranh chấp” để giúp mọi người phát triển niềm tin thực tế và lành mạnh.

Các nhà trị liệu sẽ đưa ra các kỹ thuật thư giãn và hình dung khác nhau để sử dụng khi bạn ở trong một tình huống ngột ngạt. Các kỹ thuật có thể bao gồm các bài tập như đếm ngược từ 10. Hoặc hình dung một không gian an toàn. Những kỹ thuật này có thể giúp bạn xoa dịu thần kinh và giảm bớt sự hoảng sợ.

Liệu pháp tiếp xúc thường được sử dụng để điều trị rối loạn lo âu và ám ảnh. Trong liệu pháp này, bạn sẽ được đặt trong một tình huống không nguy hiểm gây ra chứng sợ hãi. Trước sự sợ hãi ấy, bạn sẽ đối mặt trực tiếp và vượt qua nỗi sợ hãi. Ý tưởng là bạn càng tiếp xúc nhiều với những gì khiến bạn sợ hãi, thì bạn càng ít sợ nó hơn.

Bác sĩ cũng có thể kê đơn thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc chống lo âu để giúp điều trị chứng hoảng sợ. Đồng thời điều trị các triệu chứng thể chất của bạn. Khi được kê đơn, thuốc thường được sử dụng kết hợp với các liệu pháp tâm lý.

Hội chứng sợ không gian hẹpcó thể điều trị được và mọi người có thể khỏi bệnh. Đối với một số người, chứng sợ hãi không gian hẹp thường biến mất khi họ già đi. Nếu không, có nhiều cách khác nhau để bạn có thể điều trị nỗi sợ hãi và các triệu chứng thể chất. Cũng như quản lý các tác nhân gây ra, để có một cuộc sống năng động và trọn vẹn.

Xem thêm:Rối loạn lên đồng và những điều bạn chưa biết

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-thieu-san-tim-trai-nguyen-nhan-trieu-chung-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Tổng quan về hội chứng thiểu sản tim trái

2. Triệu chứng

3. Nguyên nhân gây nên hội chứng thiểu sản tim trái

4. Yếu tố nguy cơ nào khiến bé dễ bị mắc hội chứng thiểu sản tim trái?

5. Biến chứng

6. Làm thế nào để phòng ngừa?

7. Chẩn đoán

8. Điều trị bằng cách nào?

9. Theo dõi và chăm sóc cho bệnh nhân

Hội chứng thiểu sản tim trái là một dị tật tim bẩm sinh hiếm gặp và vô cùng phức tạp. Trong hội chứng thiểu sản tim trái, phần bên trái của tim kém phát triển trầm trọng. Cùng ThS.BS Vũ Thành Đô tìm hiểu những thông tin cơ bản về căn bệnh này qua bài viết dưới đây.

Đối với hội chứng thiểu sản tim trái, sử dụng thuốc có thể ngăn chặn quá trình đóng lại của ống động mạch nằm giữa tim trái và tim phải. Sau đó, phẫu thuật hoặc ghép tim sẽ được thực hiện để điều trị hội chứng thiểu sản tim trái. Với sự tiến bộ trong y học, triển vọng của trẻ mắc hội chứng thiểu sản tim trái trở nên tốt hơn so với quá khứ.

Trẻ sinh ra mắc hội chứng thường bị bệnh nặng ngay sau khi sinh ra. Các triệu chứng của hội chứng này bao gồm:

Tím tái;

Thở nhanh, thở khó;

Bú kém;

Tay chân lạnh;

Mạch yếu;

Buồn ngủ bất thường hoặc không vận động.

Nếu cầu nối tự nhiên giữa tim trái và tim phải (Lỗ bầu dục và ống động mạch) đóng lại trong những ngày đầu tiên sau sanh thì đứa bé mắc hội chứng thiểu sản tim trái sẽ bị sốc và có thể tử vong. Những dấu hiệu của sốc, bao gồm:

Da trở nên lạnh, có thể tái nhợt hoặc xám xanh;

Mạch yếu và nhanh;

Nhịp thở bất thường, có thể là thở chậm và nông hoặc là rất nhanh;

Đôi mắt bé trở nên lờ đờ.

Em bé bị sốc có thể tỉnh hoặc bất tỉnh. Nếu bạn nghi ngờ bé bị sốc, hãy gọi ngay cho 115 hoặc số điện thoại của trung tâm cấp cứu gần nhất.

Xem thêm bài viết về:Bệnh cơ tim

Thông thường em bé sẽ được chẩn đoán mắc hội chứng thiểu sản tim trái vào thời điểm trước khi sinh hoặc ngay sau khi sinh. Tuy nhiên, bạn nên tìm kiếm gọi cấp cứu hoặc đưa trẻ đi khám ngay nếu có những triệu chứng sau:

Màu da trở nên xám xanh (tím tái);

Thở nhanh và khó;

Bú kém;

Lạnh tay và chân;

Mạch yếu;

Lờ đờ, buồn ngủ bất thường hoặc không vận động.

Nếu bé có những dấu hiệu của sốc, hãy gọi ngay 115 hoặc số điện thoại cấp cứu tại địa phương:

Da trở nên lạnh, có thể tái nhợt hoặc xám xanh;

Mạch yếu và nhanh;

Nhịp thở bất thường, có thể là thở chậm và nông hoặc là rất nhanh;

Đôi mắt bé trở nên lờ đờ.

Hội chứng thiểu sản tim trái xuất hiện trong quá trình lớn lên của bào thai, vào thời điểm tim của bé hình thành và phát triển. Hiện nay vẫn chưa rõ nguyên nhân gây nên những bất thường này. Tuy nhiên, nếu trong gia đình có một trẻ mắc hội chứng thiểu sản tim trái thì nguy cơ mắc bệnh tương tự đối với bé còn lại sẽ tăng lên.

Một trái tim bình thường sẽ có bốn buồng tim, hai buồng bên phải và hai buồng bên trái. Khi thực hiện chức năng bơm máu đi khắp cơ thể, trái tim sẽ sử dụng hai bên của nó cho những chức năng khác nhau.

Phần tim bên phải sẽ đưa máu đến phổi. Tại phổi, oxy sẽ đi vào trong máu trở thành máu giàu oxy, sau đó sẽ lưu thông đến phần bên trái của tim. Phần tim bên trái sẽ bơm máu đi vào một mạch máu lớn, được gọi là động mạch chủ. Động mạch chủ sẽ đưa máu giàu oxy đi đến toàn bộ các cơ quan trong cơ thể.

Trong hội chứng thiểu sản tim trái, phần bên trái của tim không thể cung cấp máu cho cơ thể. Bởi vì buồng thấp của tim trái (thất trái) quá nhỏ hoặc không tồn tại trong một vài trường hợp. Ngoài ra, lá van của phần tim bên trái (van động mạch chủ và van hai lá) không hoạt động bình thường. Không những vậy, động mạch chính rời tim (động mạch chủ) sẽ nhỏ hơn bình thường.

Trong những ngày đầu sau sinh, phần tim bên phải sẽ bơm máu lên phổi và toàn bộ cơ thể. Điều này có thể diễn ra được nhờ vào sự tồn tại của một mạch máu (ống động mạch) kết nối trực tiếp giữa động mạch phổi và động mạch chủ. Máu giàu oxy sẽ trở về bên tim phải thông qua một lỗ mở tự nhiên (lỗ bầu dục) nằm giữa hai buồng tim (tâm nhĩ). Khi lỗ bầu dục và ống động mạch mở, nó sẽ giữ cho đứa bé sống sót.

Nếu ống động mạch và lỗ bầu dục đóng lại – điều mà bình thường sẽ diễn ra vài ngày sau sinh – thì phần tim bên phải không có đường để bơm máu đi nuôi cơ thể. Sử dụng thuốc để giữ cho các cầu nối mở là điều vô cùng cần thiết trong việc sống còn. Nhờ vào nó mà có thể giữ cho dòng máu chảy đi nuôi các cơ quan trong cơ thể cho đến khi phẫu thuật tim được thực hiện.

Nếu bạn đã từng sinh một bé bị mắc hội chứng thiểu sản tim trái thì bé tiếp theo bạn sinh ra có nguy cơ cao mắc phải tình trạng này hoặc tình trạng tương tự.

Ngoài tiền sử gia đình, không có yếu tố nguy cơ rõ ràng nào khác đối với hội chứng thiểu sản tim trái.

Nếu không được phẫu thuật, tình trạng này có thể gây tử vong, thường là trong vài tuần đầu sau sinh.

Thông qua việc điều trị, nhiều bé đã sống, mặc dù hầu hết sẽ có biến chứng sau này. Một số biến chứng có thể kể đến, bao gồm:

Dễ mệt mỏi khi chơi thể thao hoặc thực hiện các bài tập thể dục;

Nhịp tim bất thường (rối loạn nhịp);

Tích tụ dịch tại phổi, bụng, chân và bàn chân (phù);

Hạn chế phát triển về thể chất;

Hình thành cục máu đông có thể dẫn đếnthuyên tắc phổihoặcđột quỵ;

Các vấn đề về phát triển liên quan đến não và hệ thống thần kinh;

Cần phải phẫu thuật tim lại hoặc ghép tim.

Chính vì vẫn chưa biết nguyên nhân nào gây nên tình trạng này, nên cũng không có cách nào để phòng ngừa. Nếu bạn có tiền sử gia đình mắc bệnh tim bẩm sinh hoặc bạn đã có một bé mắc bệnh tim bẩm sinh thì trước khi mang thai, hãy cân nhắc trao đổi với nhà tư vấn di truyền và một chuyên gia tim mạch về bệnh tim bẩm sinh.

Xem thêm bài viết về:Hở van tim

Bé có thể được chẩn đoán mắc hội chứng thiểu sản tim trái từ khi còn trong bụng mẹ. Bác sĩ có thể xác định tình trạng này khi thực hiện siêu âm định kỳ tam cá nguyệt thứ hai của thai kỳ.

Sau khi bé sinh ra, nếu da bé xanh tím hoặc thở khó thì bác sĩ có thể nghi ngờ về bệnh tim bẩm sinh, chẳng hạn như hội chứng thiểu sản tim trái. Bác sĩ cũng sẽ nghi ngờ bệnh tim bẩm sinh nếu họ nghe thấy âm thổi bất thường khi khám tim – Một âm thanh bất thường gây nên bởi dòng chảy hỗn loạn của máu.

Các bác sĩ thường sử dụng siêu âm tim để chẩn đoán hội chứng thiểu sản tim trái. Xét nghiệm sẽ dùng sóng âm để tạo nên hình ảnh chuyển động của bé và có thể xem được trên màn hình.

Nếu bé bị mắc hội chứng thiểu sản tim trái, siêu âm tim sẽ cho thấy những bất thường. Chẳng hạn như tâm thất trái và động mạch chủ sẽ nhỏ hơn bình thường. Ngoài ra siêu âm tim cũng cho thấy được những bất thường của van tim.

Bởi vì xét nghiệm có thể theo dõi lưu lượng dòng máu, nó cũng cho thấy dòng chảy từ thất phải vào động mạch chủ. Ngoài ra, siêu âm tim có thể xác định được các dị tật tim liên quan. Dị tật được nhắc đến có thể là thông liên nhĩ.

Hội chứng được điều trị thông qua phẫu thuật hoặc ghép tim. Bác sĩ sẽ trao đổi với bạn về lựa chọn điều trị cho bé.

Nếu chẩn đoán được xác lập trước sinh, bác sĩ sẽ đưa ra một số khuyến cáo cho bạn. Trong đó, bác sĩ sẽ đề nghị bạn nên sinh tại bệnh viện có trung tâm phẫu thuật tim.

Bác sĩ sẽ chuẩn bị để giúp kiểm soát tình trạng của bé trước phẫu thuật hoặc ghép tim. Họ có thể làm thông qua các cách sau:

Sử dụng thuốc.Sử dụng alprostadil (Prostin VR Pediatric) giúp giãn mạch máu và giữ cho ống động mạch mở.

Hỗ trợ hô hấp.Nếu bé gặp khó khăn trong hô hấp, bé sẽ cần sự giúp đỡ từ máy trợ thở. Thiết bị sẽ giúp đảm bảo cung cấp đủ oxy.

Truyền dịch đường tĩnh mạch.Bé có thể được truyền dịch thông qua đường tĩnh mạch.

Được đặt một ống cho ăn.Nếu bé gặp khó khăn trong khi bú, bé có thể sẽ được cho ăn thông qua ống.

Thông vách liên nhĩ.Thủ thuật này sẽ tạo hoặc mở rộng lỗ mở giữa hai buồng nằm trên (tâm nhĩ). Điều này sẽ cho phép dòng máu đi từ nhĩ phải sang nhĩ trái nhiều hơn nếu lỗ bầu dục bị đóng lại hoặc quá nhỏ. Nếu bé có bị thông liên nhĩ thì thông vách liên nhĩ có thể không cần thiết.

Bé có thể cần vài cuộc phẫu thuật để điều trị bệnh. Bác sĩ phẫu thuật sẽ thực hiện quá trình gồm có ba giai đoạn. Những cuộc phẫu thuật này được thực hiện để giúp dòng máu chảy bình thường, đi ra khỏi tim và đưa máu giàu oxy đi đến các cơ quan trong cơ thể.

Một lựa chọn phẫu thuật khác, đó chính là ghép tim, đặc biệt khi có các khuyết tật tim khác rất phức tạp. Bé mắc hội chứng thiểu sản tim trái có thể được cân nhắc ghép tim. Sau khi ghép tim, bé cần sử dụng một thời gian dài để tránh tình trạng đào thải tạng hiến.

Sau khi phẫu thuật hoặc cấy ghép, bé cần theo dõi một thời gian dài bởi bác sĩ tim mạch chuyên về bệnh tim bẩm sinh. Một số loại thuốc có thể cần thiết để điều chỉnh chức năng tim. Những biến chứng khác nhau có thể xảy ra theo thời gian và có thể cần điều trị thêm.

Bác sĩ tim mạch của bé sẽ cho bạn biết khi nào bé cần dùng thuốc kháng sinh phòng ngừa trước khi thực hiện một số thủ thuật nha khoa hoặc các thủ thuật khác. Sử dụng kháng sinh phòng ngừa giúp ngăn ngừa tình trạng nhiễm trùng xảy ra. Trong một số trường hợp, họ cũng sẽ khuyến cáo trẻ nên hạn chế hoạt động thể lực.

Khi trưởng thành, bạn sẽ được khám bởi bác sĩ tim mạch chuyên về bệnh tim bẩm sinh ở người lớn. Gần đây, với những tiến bộ trong phẫu thuật, những đứa trẻ mắc hội chứng thiểu sản tim trái có thể sống đến khi trưởng thành. Chính vì vậy vẫn chưa rõ những khó khăn có thể gặp phải ở một người lớn mắc bệnh này. Đó là lý do bạn cần được chăm sóc và theo dõi thường xuyên để phát hiện những thay đổi nào liên quan đến tình trạng bệnh của bạn.

Nếu bạn là nữ và đang cân nhắc chuyện mang thai, hãy trao đổi về những rủi ro khi mang thai với bác sĩ của bạn. Mang thai thường không được khuyến khích cho bệnh nhân bị hội chứng thiểu sản thất trái.

Tuy nhiên, một số phụ nữ mắc hội chứng này đã có thai và sinh nở khỏe mạnh. Nhưng khi mang thai, những người phụ nữ này có nguy cơ bị các vấn đề về tim mạch cao hơn so với những người phụ nữ không mắc hội chứng thiểu sản thất trái. Nguy cơ bé bị mắc hội chứng này cũng tăng cao nếu mẹ bị mắc bệnh tim bẩm sinh.

Đối vớihội chứng thiểu sản thất trái, bác sĩ có thể phát hiện bệnh từ khi bé còn trong bụng mẹ hoặc ngay sau khi bé ra đời. Chính vì thế, việc khám thai định kỳ là vô cùng quan trọng. Tầm soát trước các vấn đề của bé sẽ đưa ra một kế hoạch điều trị ngay sau khi sinh. Ngoài ra, bác sĩ sẽ biết cần phải chuẩn bị những gì để giúp mẹ tròn, con vuông.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-than-kinh-can-ung/

Nội dung bài viết

Tổng quan về hội chứng thần kinh cận ung

Hội chứng thần kinh cận ung gồm những triệu chứng gì?

Có phải chính tế bào ung thư trực tiếp gây ra hội chứng thần kinh cận ung?

Chẩn đoán hội chứng thần kinh cận ung như thế nào?

Những phương pháp điều trị hội chứng thần kinh cận ung

Hội chứng thần kinh cận ung là rối loạn hiếm gặp, gồm các triệu chứng đa dạng do tổn thương hệ thần kinh trên những bệnh nhân bị ung thư. Nguyên nhân bệnh không phải do tế bào ung thư trực tiếp tổn thương hệ thần kinh mà do hệ miễn dịch của chính bệnh nhân tấn công nhầm những tế bào này. Để hiểu thêm về hội chứng này, mời bạn đọc cùng theo dõi bài viết sau của Bác sĩ Phan Văn Giáo.

Hội chứng này gồm nhiều rối loạn khác nhau xuất hiện trên bệnh nhân ung thư. Bên cạnh hệ thần kinh, hội chứng cận ung cũng có thể ảnh hưởng đến các cơ quan khác như: các hormone (hệ nội tiết), da liễu, hệ máu và khớp.

Nguyên nhân của hội chứng này là khi hệ thống miễn dịch tạo ra tác nhân chống lại tế bào ung thư, các tác nhân này cũng tấn công hệ thần kinh như não, tuỷ sống, dây thần kinh ngoại vi hoặc cơ bắp.

Tuỳ thuộc vào vị trí hệ thần kinh bị ảnh hưởng, hội chứng này có thể gây ra các vấn đề như bất thường khi vận động hoặc phối hợp cơ, rối loạn cảm giác, trí nhớ, rối loạn khả năng tư duy hay đôi khi ảnh hưởng giấc ngủ của người bệnh.

Tổn thương hệ thần kinh có thể hồi phục nhờ điều trị ung thư và tác động lên hệ miễn dịch. Tuy nhiên, căn bệnh này cũng có thể dẫn đến tổn thương hệ thần kinh nghiêm trọng trong thời gian ngắn và không thể hồi phục.

Nhưng dù sao thì việc điều trị bệnh ung thư nền và những can thiệp khác cũng mang lại nhiều lợi ích to lớn. Nếu được điều trị phù hợp, bác sĩ có thể ngăn ngừa những tổn thương mới và cải thiện triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Những triệu chứng trong hội chứng này đôi khi diễn tiến nhanh chóng. Thời gian có thể trong vòng vài ngày đến vài tuần. Các triệu chứng thường xuất hiện ngay cả trước khi bệnh ung thư căn nguyên được chẩn đoán.

Các triệu chứng rất đa dạng, tuỳ thuộc vào vị trí tổn thương thần kinh trên cơ thể:

Đi lại khó khăn.

Mất khả năng phối hợp cơ.

Khó duy trì cân bằng.

Giảm trương lực cơ hoặc yếu cơ.

Mất kỹ năng vận động tinh tế, chẳng hạn như nhặt lên một vật nào đó.

Khó nuốt.

Nói ngọng hoặc nói lắp.

Mất trí nhớ và suy giảm khả năng nhận thức.

Bất thường thị lực.

Rối loạn giấc ngủ.

Co giật.

Ảo giác.

Các cử động tự ý bất thường.

Thoái hoá tiểu não.Những tế bào tiểu não kiểm soát hoạt động cơ và cân bằng cơ thể. Việc mất đi những tế bào tiểu não trong thể bệnh này gây ra các triệu chứng như đi đứng không vững, mất khả năng phối hợp cơ bắp ở tay chân, không thể duy trì tư thế,…

Viêm não tuỷ.Thể bệnh này vừa gây viêm não vừa ảnh hưởng tuỷ sống.

Hội chứng rung giật nhãn cầu – giật cơ.Hội chứng này có nguyên nhân từ rối loạn tiểu não hoặc các đường thần kinh liên kết tiểu não. Triệu chứng gồm cử động mắt nhanh và không đều, giật cơ không tự chủ ở tay chân.

Hội chứng người cứng.Hội chứng người cứng đặc trưng bởi cứng cơ tiến triển ở các cơ cột sống và chân. Thể bệnh này cũng gây ra những cơn co thắt cơ đau đớn.

Bệnh lý tuỷ.Đây là một thể bệnh liên quan đến những tổn thương giới hạn ở tuỷ sống. Tuỳ thuộc vào mức độ tổn thương, người bệnh có thể bị rối loạn chức năng ruột và bàng quang, yếu cơ và rối loạn cảm giác nhiều mức độ. Nếu tủy cổ bị tổn thương, người bệnh có thể bị mất khả năng hoạt động tứ chi.

Hội chứng Lambert-Eaton.Hội chứng này do bất thường điểm nối thần kinh – cơ. Các triệu chứng gồm yếu cơ chi dưới, mệt mỏi, khó nuốt, khó nói và bất thường vận nhãn. Ngoài ra người bệnh có thể bị rối loạn hệ thần kinh thực vật như khô miệng. Nếu có liên quan đến ung thư, hội chứng Lambert-Eaton thường liên quan đến ung thư phổi.

Viêm não hệ viền.Thể bệnh này ảnh hưởng hệ viền, là nơi kiểm soát cảm xúc, hành vi và chức năng ghi nhớ. Khi bị rối loạn này, người bệnh sẽ thay đổi tính cách hoặc rối loạn khí sắc, mất trí nhớ, co giật, ảo giác hoặc buồn ngủ.

Bệnh nhược cơ.Bệnh này do hiện tượng gián đoạn giữa đầu tận dây thần kinh và cơ. Triệu chứng có thể gặp như yếu cơ và cơ nhanh mỏi sau một thời gian hoạt động. Thường gặp ở cơ mặt, mắt, tay và chân. Các cơ liên quan đến nhai, nuốt, nói và hô hấp cũng có thể bị ảnh hưởng. Nếu có nguyên nhân từ ung thư,bệnh nhược cơthường do ung thư tuyến ức.

Bệnh tăng trương lực cơ thần kinh.Bệnh này còn được gọi là hội chứng Isaacs, đặc trưng bởi các xung thần kinh ngoại vi bất thường kiểm soát hoạt động cơ. Những xung thần kinh này có thể gây ra co giật, cơ gợn sóng, cứng cơ dần dần, chuột rút…

Bệnh thần kinh ngoại biên.Bệnh này do các tổn thương dây thần kinh xuất phát từ não hoặc tuỷ sống, dẫn truyền đến các bộ phận ngoại vi. Khi tổn thương thần kinh cảm giác, người bệnh sẽ bị đau và rối loạn cảm giác.

Rối loạn hệ thống thần kinh thực vật.Thần kinh thực vật kiểm soát những chức năng như nhịp tim, huyết áp, đổ mồ hôi, chức năng ruột và bàng quang. Khi hệ thần kinh thực vật bị tổn thương, các triệu chứng có thể gặp gồm huyết áp thấp, nhịp tim không đều và khó thở.

Hội chứng này không phải do tế bào ung thư trực tiếp gây ra hay do biến chứng điều trị. Thực ra, hội chứng thần kinh cận ung xảy ra là hệ quả từ việc tế bào ung thư kích hoạt hệ miễn dịch cơ thể.

Sau khi được kích hoạt, hệ miễn dịch tạo ra các thành phần chống lại tế bào ung thư. Những thành phần này thường là kháng thể và bạch cầu như tế bào lympho T. Tuy nhiên chúng không chỉ tấn công tế bào ung thư như mục đích ban đầu mà những thành phần này còn tấn công cả những tế bào của hệ thần kinh và gây ra hội chứng thần kinh cận ung.

Bất kỳ bệnh ung thư nào cũng có thể gây ra hội chứng thần kinh cận ung. Tuy nhiên hội chứng này thường gặp hơn trong những loại ung thư nhưphổi,buồng trứng,ung thư vú,tinh hoànhoặc hệ bạch huyết.

Để chẩn đoán hội chứng này, bác sĩ sẽ khám sức khoẻ bệnh nhân và làm xét nghiệm máu. Ngoài ra, chọc dò tuỷ sống hoặc các xét nghiệm hình ảnh học cũng cần thiết để chẩn đoán hội chứng và tìm nguyên nhân.

Vì hội chứng này liên quan đến bệnh ung thư, bác sĩ có thể sẽ thực hiện một số xét nghiệm tầm soát ung thư dựa trên độ tuổi và yếu tố nguy cơ của người bệnh.

Bác sĩ sẽ khám tổng trạng cũng như khám hệ thần kinh, hỏi bệnh và tiến hành những bài kiểm tra nhỏ để đánh giá những chức năng như:

Phản xạ.

Sức cơ.

Trương lực cơ.

Xúc giác.

Thị giác và thính giác.

Khả năng phối hợp động tác.

Khả năng giữ thăng bằng.

Khí sắc.

Trí nhớ.

Bác sĩ sẽ làm những xét nghiệm sau:

Xét nghiệm máu.Mẫu máu được xét nghiệm cho nhiều mục đích khác nhau. Chẳng hạn xét nghiệm tìm kháng thể liên quan hội chứng cận ung. Ngoài ra xét nghiệm còn để xem bệnh nhân có bị nhiễm trùng, rối loạn hormone hoặc rối loạn chuyển hoá không.

Chọc dò tuỷ sống.Thủ thuật này để lấy mẫu dịch não tuỷ (một loại chất lỏng có chức năng đệm cho não và tuỷ sống). Nguyên nhân là vì đôi khi một số loại kháng thể cận ung có thể xuất hiện trong dịch não tuỷ. Việc phát hiện kháng thể trong cả máu và dịch não tuỷ là bằng chứng mạnh cho mối liên quan giữa triệu chứng thần kinh và hệ miễn dịch.

Bác sĩ sử dụng hình ảnh học để tìm kiếm khối u gây ra hội chứng này hoặc xác định những yếu tố liên quan. Có thể làm một hoặc nhiều xét nghiệm hình ảnh sau:

Chụp cắt lớp vi tính (CT):sử dụng tia X để tạo hình ảnh cắt ngang của cơ thể.

Chụp cộng hưởng từ (MRI):sử dụng từ trường và sóng vô tuyến. Những sóng này tạo hình ảnh cắt ngang hoặc hình ảnh 3D chi tiết.

Chụp cắt lớp positron (PET):sử dụng các chất phóng xạ tiêm vào máu để tạo hình ảnh chi tiết của cơ thể. PET giúp xác định khối u, đo sự trao đổi chất trong mô, hiển thị lưu lượng máu và xác định vị bất thường của não liên quan động kinh.

Chụp PET kết hợp với CT:giúp tăng tỷ lệ phát hiện những khối ung thư nhỏ vốn thường gặp ở bệnh nhân có hội chứng thần kinh cận ung.

Nếu không tìm ra khối u ác tính nào hoặc không xác định được căn nguyên, có thể nguyên nhân là một khối u nhỏ đến mức không thể phát hiện. Kích thước khối u nhỏ có thể do chính hệ thống miễn dịch hoạt động mạnh mẽ giữ nó không to lên. Do đó bác sĩ sẽ làm xét nghiệm hình ảnh học mỗi ba đến sáu tháng để theo dõi cho đến khi xác định được nguyên nhân.

Mục tiêu điều trị là giải quyết ung thư, có thể kèm với ức chế phản ứng miễn dịch và giảm triệu chứng trong một số trường hợp. Việc điều trị phụ thuộc vào dạng hội chứng bệnh nhân mắc phải.

Bên cạnh những thuốc dùng trong hoá trị ung thư, bác sĩ sẽ cho bệnh nhân dùng những thuốc sau để ngăn cản hệ miễn dịch tấn công hệ thần kinh:

Corticosteroid: có tác dụng kháng viêm. Tác dụng phụ nếu sử dụng thời gian dài gồm loãng xương, đái tháo đường type 2, tăng huyết áp và tăng cholesterol.

Thuốc ức chế miễn dịch: có tác dụng làm chậm quá trình tạo tế bào bạch cầu. Tác dụng phụ nhóm thuốc này là tăng nguy cơ bị nhiễm trùng.

Ngoài ra, tuỳ thuộc người bệnh có triệu chứng gì mà bác sĩ sẽ cho dùng những thuốc như:

Thuốc chống co giật: giúp kiểm soát cơn co giật.

Thuốc tăng dẫn truyền thần kinh qua khe synap: giúp cải thiện các triệu chứng liên quan cơ bắp. Loại thuốc này có hai cơ chế: tăng giải phóng chất dẫn truyền thần kinh hoặc giảm phá huỷ các chất đó.

Lọc huyết tương. Phương pháp này gồm quá trình tách phần lỏng (huyết tương) khỏi các tế bào máu. Sau đó, các tế bào máu được đưa lại vào cơ thể; phần huyết tương bị loại bỏ và thay thế bằng chất lỏng đặc biệt khác. Lý do là vì trong huyết tương chứa các kháng thể bất thường nên cần phải thay thế để loại bỏ những kháng thể này.

Tiêm globulin miễn dịch (IVIG). Globulin miễn dịch là các kháng thể bình thường, giúp phá huỷ các kháng thể gây hại trong máu bệnh nhân.

Vật lý trị liệu. Những bài tập được thiết kế để giúp bệnh nhân hồi phục lại những cơ bị giảm chức năng.

Liệu pháp ngôn ngữ. Nếu bệnh nhân bị khó nói hoặc khó nuốt, các chuyên gia có thể giúp người bệnh học cách kiểm soát lại những hành động này.

Biểu hiện củahội chứng thần kinh cận ungrất đa dạng, tuỳ thuộc vào vị trí nào của hệ thần kinh bị tổn thương. Thông thường, những triệu chứng của hội chứng này xuất hiện sớm hơn cả khi bệnh ung thư tiềm ẩn được chẩn đoán. Do đó, bạn nên đi gặp bác sĩ sớm nếu có những triệu chứng trên để được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Hy vọng bài viết đã cung cấp cho bạn những thông tin cần thiết bề hội chứng thần kinh cận ung.

Xem thêm:

Hội chứng khóa trong rối loạn thần kinh mà bạn cần nên lưu ý

Hội chứng chèn ép dây thần kinh mà bạn cần biết

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-can-biet-ve-hoi-chung-than-hu/

Nội dung bài viết

Hội chứng thận hư là gì?

Triệu chứng của hội chứng thận hư là gì?

Nguyên nhân gây ra hội chứng thận hư

Yếu tố nguy cơ bị hội chứng thận hư

Biến chứng của hội chứng thận hư là gì?

Bạn đọc thân mến, hội chứng thận hư là một rối loạn ở thận thường gặp. Hội chứng thận hư thường được gây ra bởi sự phá hủy các cụm mạch máu nhỏ trong thận của bạn. Vì vậy khiến cơ thể bài tiết quá nhiều protein qua nước tiểu. Tình trạng này gây ra phù, đặc biệt là ở bàn chân và mắt cá chân của bạn và làm tăng nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe khác. Hãy cùng tìm hiểu nguyên nhân, triệu chứng và các vấn đề sức khỏe liên quan đến hội chứng thận hư trong bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô nhé!

Bạn biết không, hội chứng thận hư thực sự không phải là một căn bệnh. Mà hội chứng thận hư là một nhóm các triệu chứng có thể xuất hiện nếu thận của bạn không làm việc đúng cách.

Các mạch máu nhỏ trong thận của bạn hoạt động như một bộ lọc. Những mạch máu này có vai trò loại bỏ chất thải và nước dư thừa từ máu của bạn. Chất thải và nước đó được vận chuyển đến bàng quang của bạn. Sau đó chúng được đưa ra khỏi cơ thể bạn dưới dạng nước tiểu. Những mạch máu nhỏ này là được gọi là cầu thận, là phần lọc của thận.

Khi cầu thận bị tổn hại, quá nhiều protein vượt qua các lỗ của bộ lọc vào nước tiểu của bạn. Kết quả là quá nhiều protein trong nước tiểu, gây nên hội chứng thận hư.

Hội chứng thận hư có thể ảnh hưởng đến cả người lớn và trẻ em. Hội chứng thận hư có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và cục máu đông. Nó có thể điều trị được. Bác sĩ có thể đề nghị dùng thuốc và thay đổi chế độ ăn uống để ngăn ngừa biến chứng.

Triệu chứng của hội chứng thận hư khá đa dạng và khác nhau giữa mỗi người. Nhìn chung, những triệu chứng thường gặp của hội chứng thận hư đó là:

Phù là triệu chứng thường gặp nhất và là biểu hiện đầu tiên khiến bạn để ý. Phù thường bắt đầu ở mặt, nhiều vào buổi sáng lúc ngủ dậy. Phù sau đó lan ra toàn thân, phù ở chân, mắt cá chân, có thể phù bìu, phù âm hộ. Bạn sẽ để ý thấy mặc quần áo chật hơn, mang dép chật hơn, hay ngón tay mang nhẫn chật hơn.

Khi ấn vào vùng da bị phù, bạn sẽ cảm thấy mềm, dễ ấn lõm, không gây đau. Triệu chứng phù thường đối xứng hai bên. Trong trường hợp nặng, bạn có thể bị phù ở màng phổi, màng bụng gây nên tình trạng khó thở. Bạn có thể đánh giá mức độ phù bằng cách theo dõi cân nặng hàng ngày.

Do lượng dịch dư thừa không được đào thải ra khỏi cơ thể.

Tiểu ít, nước tiểu có bọt. Nước tiểu nhiều bọt do nước tiểu chứa nhiều protein. Một số trường hợp có thể xuất hiện triệu chứng tiểu máu.

Bạn có thể trải qua cảm giác mệt mỏi uể oải toàn thân, mất cảm giác ngon miệng.

Thận có nhiều vai trò trong cơ thể. Một vai trò rất quan trọng của thận đó là lọc những chất dư thừa ra khỏi cơ thể. Như đã nói, cầu thận khỏe mạnh sẽ giữ protein trong máu (chủ yếu là albumin). Nồng độ protein rất cần thiết để duy trì lượng chất lỏng thích hợp trong cơ thể bạn. Khi bị tổn thương, cầu thận cho phép quá nhiều protein trong máu rời khỏi cơ thể bạn, dẫn đến hội chứng thận hư.

Albumin là một trong những protein bị mất trong nước tiểu của bạn. Albumin tạo ra áp suất thích hợp trong máu. Áp suất này giúp kéo thêm chất lỏng từ cơ thể vào vào lòng mạch máu, sau đó đến thận của bạn. Chất lỏng này sau đó được loại bỏ trong nước tiểu của bạn.

Không có albumin, chất lỏng không được đưa vào lòng mạch để thải ra ngoài. Mà chúng bị tích tụ ở trong cơ thể. Điều này gây ra sưng (phù) ở chân, bàn chân, mắt cá chân và mặt của bạn.

Một số tình trạng gây ra hội chứng thận hư chỉ ảnh hưởng đến thận. Chúng được gọi là nguyên nhân nguyên phát của hội chứng thận hư. Những tình trạng này bao gồm:

Xơ chai cầu thận khu trú từng vùng: Đây là một tình trạng trong đó các tiểu cầu bị xơ hóa do bệnh, khiếm khuyết di truyền hoặc không rõ nguyên nhân.

Bệnh thận màng. Trong bệnh này, màng trong cầu thận dày lên. Nguyên nhân của sự dày lên chưa được xác định. Nhưng nó có thể xảy ra cùng với bệnh lupus, viêm gan B, sốt rét hoặc ung thư.

Bệnh cầu thận sang thương tối thiểu. Đối với một người mắc bệnh này, mô thận trông bình thường dưới kính hiển vi. Nhưng vì một số lý do không rõ, nó không lọc đúng cách.

Huyết khối tĩnh mạch thận. Trong rối loạn này, một cục máu đông chặn một tĩnh mạch dẫn máu ra khỏi thận.

Các bệnh khác gây ra hội chứng thận hư ảnh hưởng đến toàn bộ cơ thể. Chúng được gọi là nguyên nhân thứ phát của hội chứng thận hư. Những bệnh như vậy có thể bao gồm:

Bệnh tiểu đường

Trongbệnh tiểu đường, lượng đường trong máu không được kiểm soát có thể làm hỏng các mạch máu trên khắp cơ thể của bạn. Bao gồm cả ở thận của bạn.

Lupus

Lupus là một bệnh tự miễn gây viêm ở khớp, thận và các cơ quan khác.

Bệnh thoái hóa dạng bột

Bệnh hiếm gặp này là do sự tích tụ protein amyloid trong các cơ quan của bạn. Amyloid có thể tích tụ trong thận của bạn, có thể dẫn đến tổn thương thận.

Một số loại thuốc

Bao gồm thuốc chống nhiễm trùng vàthuốc chống viêm không steroid (NSAID), cũng có liên quan đến hội chứng thận hư.

Dị ứng

Tình trạng dị ứng phấn hoa, côn trùng đốt, rắn cắn, sau chích ngừa cũng có thể gây nên hội chứng thận hư.

Nhiễm trùng

Vi trùng: viêm hầu họng do vi khuẩn liên cầu trùng, viêm thận sau nhiễm trùng lao, giang mai,…

Virus: viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C, nhiễm HIV,…

Kí sinh trùng: sốt rét.

Thai kì

Hội chứng thận hư có thể liên quan đến thai kì (tiền sản giật).

Một số yếu tố có thể làm tăng nguy cơ mắc hội chứng thận hư bao gồm:

Một số tình trạng bệnh có thể gây phá hủy thận của bạn

Có thể kể đến như tiểu đường, lupus, thoái hóa dạng bột, bệnh thận do trào ngược và các bệnh thận khác.

Một số loại thuốc

Các loại thuốc có thể gây ra hội chứng thận hư bao gồm thuốc chống viêm không steroid và thuốc dùng để chống nhiễm trùng.

Một số bệnh nhiễm trùng

Nhiễm trùng làm tăng nguy cơ hội chứng thận hư bao gồm HIV,viêm gan B,viêm gan Cvàsốt rét.

Tuy nhiên bạn đọc cũng đừng quá lo lắng.Hãy nhớ rằng nếu bạn có một trong những yếu tố nguy cơ này không có nghĩa là bạn sẽ phát triển hội chứng thận hư.Tuy nhiên, điều quan trọng là phải theo dõi sức khỏe của bạn. Và cần gặp bác sĩ nếu bạn gặp phải các triệu chứng phù hợp với hội chứng thận hư.

Hội chứng thận hư có thể dễ dàng chẩn đoán và có thể điều trị được. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể gây ra nhiều vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Một số biến chứng của hội chứng thận hư đó là:

Suy thận cấp

Thận của bạn mất khả năng lọc máu do tổn thương các cầu thận. Khi đó, các chất thải có thể tích tụ nhanh chóng trong máu của bạn. Nếu điều này xảy ra, bạn có thể cần lọc máu khẩn cấp. Đây là một phương tiện nhân tạo để loại bỏ thêm chất lỏng và chất thải ra khỏi máu của bạn. Điển hình là với máy chạy thận nhân tạo (máy lọc máu).

Các cục máu đông

Việc các cầu thận không thể lọc máu đúng cách có thể dẫn đến mất protein máu giúp ngăn ngừa đông máu. Điều này làm tăng nguy cơ phát triển cục máu đông trong tĩnh mạch của bạn. Cục máu đông sẽ gây nên tình trạng tắc mạch. Vì thế có thể gây nên tắc tĩnh mạch sâu chi dưới, nhồi máu cơ tim, thuyên tắc phổi.

Nhiễm trùng

Những người mắc hội chứng thận hư có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn. Bạn có thể bị viêm phổi, nhiễm trùng máu, nhiễm trùng da, viêm màng bụng.

Bệnh thận mãn tính

Hội chứng thận hư có thể khiến thận của bạn mất chức năng theo thời gian. Nếu chức năng thận giảm đủ thấp, bạn có thể cần lọc máu hoặc ghép thận.

Cholesterol máu cao và triglyceride máu tăng cao

Khi mức độ protein albumin trong máu giảm, gan của bạn tạo ra nhiều albumin hơn. Đồng thời, gan của bạn giải phóng nhiều cholesterol và triglyceride.

Dinh dưỡng kém

Mất quá nhiều protein trong máu có thể dẫn đến suy dinh dưỡng. Điều này có thể dẫn đến giảm cân. Tuy nhiên triệu chứng này có thể bị che lấp bởi phù nề. Bạn cũng có thể có quá ít tế bào hồng cầu (thiếu máu), mức protein trong máu thấp và lượng vitamin D thấp.

Huyết áp cao

Tổn thương cầu thận của bạn và kết quả là sự tích tụ của chất lỏng cơ thể dư thừa có thể làm tăng huyết áp của bạn.

Xem thêm bài viết:Chế độ ăn cho người bị cao huyết áp: Như thế nào cho hợp lý?

Xơ vữa động mạch, bệnh tim mạch

Là hậu quả của tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu.

Loãng xương, còi xương

Mất các protein cần thiết cho quá tình tổng hợp vitamin D. Vì vậy gây thiếu vitamin D, giảm canxi máu. Từ đây gây nên loãng xương, đặc biệt còi xương và chậm phát triển thể chất ở trẻ em.

Hội chứng thận hư cần được chẩn đoán và điều trị đúng cách để tránh các biến chứng sức khỏe khác. Vậy hội chứng thận hư được chẩn đoán như thế nào? Các phương pháp điều trị ra sao? Tìm hiểu trong bài viết:Phương pháp chẩn đoán và điều trị Hội chứng thận hư.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/10-su-that-ve-hoi-chung-tourette-ban-khong-the-bo-qua/

Nội dung bài viết

Hội chứng Tourette là gì?

Triệu chứng nào có thể gặp trong hội chứng Tourette?

Diễn tiến của hội chứng Tourette

Bạn có thể kiểm soát được các triệu chứng tic của mình

Điều gì gây ra hội chứng Tourette?

Chẩn đoán hội chứng Tourette như thế nào?

Làm thế nào để điều trị hội chứng Tourette?

Hội chứng Tourette có di truyền không?

Những rối loạn nào có thể đi kèm với Tourette?

Môi trường giáo dục nào tốt nhất cho trẻ mắc hội chứng Tourette?

Tourette là một hội chứng phức tạp, thường xuất hiện khi bệnh nhân còn bé. Bạn sẽ bất ngờ với 10 sự thật dưới đây về hội chứng Tourette.

Hội chứng Tourette là một rối loạn tâm – thần kinh đặc trưng bởi chuyển động Tic. Nói rõ hơn, tic là các chuyển động vận động hoặc tạo âm thanh lặp đi lặp lại, rập khuôn, không tự ý.

Các triệu chứng ban đầu của Tourette thường xuất hiện từ thời thơ ấu. Điển hình bắt đầu từ 5-6 tuổi và xu hướng nặng nhất trong 10-12 tuổi. Nam giới bị ảnh hưởng nhiều hơn khoảng ba đến bốn lần so với nữ giới.

Một vàiticthường có một dấu hiệu báo trước. Đó là cảm giác thôi thúc ở nhóm cơ bị ảnh hưởng. Một số người bị Tourette nói rằng họ cần phải thực hiện tic theo một cách nhất định hoặc một số lần nhất định để làm giảm cảm giác thôi thúc đó.

Tic nói chung và hội chứng Tourette nói riêng thường tệ đi khi gặp phấn khích hoặc lo lắng. Rối loạn này tốt hơn khi bạn bình tĩnh, tập trung. Tic không biến mất trong khi ngủ nhưng thường giảm đáng kể.

Hội chứng Tourette là một loại rối loạn tic. Cho nên muốn hiểu rõ Tourette, bạn cũng nên biết chút chút về tic.

Tic được chia thành hai loại là tic vận động và tic tạo âm. Một số kiểu tic vận động đơn giản thường gặp như: chớp mắt, nhăn mặt, nhún vai và giật đầu. Tic phát âm như hắng giọng, khịt mũi, lẩm bẩm… Một số tic phức tạp có liên quan đến dự phối hợp của nhiều nhóm cơ. Ví dụ vừa xoay đầu và nhún vai vừa nhăn mặt. Hoặc là tic tạo ra một từ ngữ hoặc cụm từ được coi là tic tạo âm phức tạp.

Đôi khi tic cũng tạo ra những vận động làm hại bản thân như tự đấm vào mặt. Hoặc tạo ra những từ ngữ không phù hợp như chửi bậy, nhại lời cũng khiến cho người mắc bệnh gặp không ít phiền toái. Các triệu chứng này thường chỉ xuất hiện ở một số lượng nhỏ 10-15% người bị Tourette.

Hội chứng Tourette khởi phát từ lúc nhỏ. Đa số các triệu chứng sẽ giảm và biến mất lúc ở tuổi thanh niên. Trong thời thơ ấu, các triệu chứng có thể giảm, kéo dài, hoặc tăng và tic mới thay thế tic cũ.

Mỗi người sẽ có những triệu chứng khác nhau, tần suất, vị trí và mức độ nghiêm trọng. Các triệu chứng đầu tiên thường xảy ra ở vùng đầu và cổ và có thể tiến triển đến các cơ của thân và tứ chi.

Tic vận động thường có trước tic tạo âm. Tic đơn giản có trước tic phức tạp.

Nói chung rối loạn này có thể kéo dài, nhưng người bệnh vẫn có một tuổi thọ bình thường. Trí thông minh không bị ảnh hưởng.

Dù vậy, người bệnh có thể đồng mắc các rối loạn tâm thần khác. Những rối loạn này có thể kéo dài và gây ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống hằng ngày.

Mặc dù các triệu chứng của Tourette là không tự ý, một số người đôi khi có thể kìm nén, kiểm soát để giảm thiểu tác động của tic. Tuy nhiên, họ thường nói rằng có nhiều tích tụ căng thẳng khi kiềm chế tic. Đến mức họ cảm thấy rằng cần phải giải phóng thực hiện tic đó (dù trái với ý muốn của họ). Tic phản ứng với một kích thích có thể là tự nguyện, có mục đích nhưng cũng có thể không.

Cho đến hiện tại, người ta vẫn chưa xác định được rõ nguyên nhân của Tourette. Nhưng những nghiên cứu hiện tại đã chỉ ra những bất thường ở một số vùng não. Những vùng này chịu trách nhiệm điều khiển vận động của con người. Và người ta thấy biểu hiện của Tourette phức tạp, vậy có thể là nguyên nhân gây ra nó cũng phức tạp như thế.

Hội chứng Tourette là một chẩn đoán lâm sàng, tức là dựa vào triệu chứng mà chẩn đoán. Người bệnh PHẢI có ĐỦ các tiêu chuẩn sau:

Nhiều tic vận động VÀ một/nhiều tic tạo âm, trong suốt thời gian bệnh. Các tic này có thể không xuất hiện đồng thời

Các triệu chứng trên kéo dài hơn một năm kể từ lúc khởi phát.

Khởi phát trước 18 tuổi

Phải loại trừ nguyên nhân do dùng chất như cocaine hoặc các bệnh lý y khoa như viêm não sau virus.

Không có xét nghiệm máu hoặc hình ảnh cần thiết để chẩn đoán. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, hoặc để loại trừ các bệnh lý khác hoặc trong các nghiên cứu. Hình ảnh học như MRI, CT, điện não đồ hoặc một số xét nghiệm máu có thể thực hiện.

Bởi vì các triệu chứng tic thường không gây suy giảm nhiều đến chức năng sống. Nên phần lớn họ không cần dùng thuốc để kiềm chế tic.

Dù vậy vẫn có một số loại thuốc được dùng để điều trị khi triệu chứng quá nặng như tự làm hại bản thân mình. Tuy nhiên, không có một loại thuốc nào có thể loại bỏ tất cả các triệu chứng của Tourette. Bên cạnh đó, thuốc nào cũng có tác dụng phụ.

Các liệu pháp hành vi có thể hữu ích cho người mắc hội chứng Tourette.

Liệu pháp đảo ngược hành vi. Trong liệu pháp này, trẻ được dạy khi có cảm giác thôi thúc báo hiệu tic sắp xảy ra, bé sẽ thực hiện một hành vi. Hành vi này là để thay thế hoặc làm giảm sự chú ý từ đó giảm sự thôi thúc thực hiện tic.

Tiếp xúc và dự phòng đáp ứng: dựa trên nguyên tắc: cảm giác thúc giục báo hiệu tic sắp xảy ra. Khi tic xảy ra, sự thôi thúc đó giảm. Như vậy, giữa cảm giác thôi thúc và tic có mối liên hệ với nhau. Và càng củng cố khi sự kiện này xảy ra càng nhiều.Do đó liệu pháp dùng để ức chế tic trong một khoảng thời gian để bẻ gãy mối liên hệ này. Như vậy, nếu người bệnh từ chối không để tic xảy ra đủ lâu, sự thôi thúc này có thể được dung nạp, làm giảm nhu cầu tic.

Từ các nghiên cứu sinh đôi và gia đình cho thấyhội chứng Tourette là một rối loạn di truyền. Có thể có nhiều gen (vật liệu di truyền) tác động đến hội chứng. Và yếu tố môi trường có thể cũng có vai trò gây ra bệnh này.

Điều quan trọng là các gia đình phải hiểu rằng khuynh hướng di truyền có thể không nhất thiết dẫn đến đứa con nào của họ cũng bị hội chứng Tourette. Bạn nên được tư vấn di truyền để biết nguy cơ cho các thế hệ sau.

Nhiều người có hội chứng Tourette, bị ảnh hưởng nhiều đến chức năng cuộc sống không phải do tic. Các rối loạn tâm thần đi kèm là nguyên nhân chính gây ra hậu quả đó. Bao gồm:

Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD). Với các vấn đề không tập trung, hiếu động thái quá và bốc đồng…, khiến việc học trở nên khó khăn.

Rối loạn ám ảnh cưỡng chế. Những suy nghĩ/lo lắng xâm nhập và hành vi lặp đi lặp lại. Ví dụ, lo lắng bụi bẩn, vi trùng có thể liên quan đến việc rửa tay lặp đi lặp lại. Hay lo ngại về những điều xấu xảy ra gây ra các hành vi nghi thức như đếm, lặp lại và sắp xếp.

Rối loạn trầm cảm chủ yếu.

Rối loạn lo âu.

Và nhiều khó khăn khác trong cuộc sống, có thể có hoặc không liên quan trực tiếp đến Tourette.

Xem thêm:Rối loạn lo âu xã hội: Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Mặc dù trẻ bị Tourette thường hoạt động tốt trong lớp học nhưng vì ADHD, các triệu chứng ám ảnh cưỡng chế và tic thường xuyên có thể can thiệp rất lớn việc học tập và hoạt động xã hội.

Vì thế trẻ thường cần một môi trường giáo dục có thể đáp ứng nhu cầu. Bé có thể cần dạy kèm, lớp học với số lượng người ít hơn. Tất cả các học sinh có hội chứng này cần được khuyến khích để làm việc hết khả năng.

Những đứa trẻ mắchội chứng Tourettecó thể là bất hạnh. Nhưng “trong cái rủi có cái may” là rối loạn này đa phần sẽ hết khi chúng lớn lên đến tuổi trường thành. Và tic thực sự không ảnh hưởng nhiều đến chức năng cuộc sống hằng ngày, nếu không có bệnh lý khác đi kèm. Nhiều trường hợp Tourette điều trị dùng thuốc là không cần thiết. Hướng dẫn trẻ cách đối phó với tic bằng những hành vi khác an toàn hơn là thích hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ban-biet-gi-ve-hoi-chung-turner/

Nội dung bài viết

Hội chứng Turner là gì?

Nguyên nhân

Triệu chứng

Chẩn đoán

Điều trị hội chứng Turner

Một bé gái bị hội chứng Turner, cha mẹ cần chú ý gì?

Hội chứng Turner là một trong những bất thường di truyền phổ biến nhất ở nữ giới. Bởi vì những đặc điểm bất thường về ngoại hình, một số bé gái mắc hội chứng Turner có thể gặp khó khăn ở trường. Khi lớn lên có thể là trong môi trường làm việc với đồng nghiệp. Tuy nhiên, với sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng, các bé gái có thể phát triển về sức khỏe và tâm lí như một trẻ bình thường.

Hội chứng Turner là một rối loạn di truyền gây ra các vấn đề về tăng trưởng và sức khỏe. Tình trạng này chỉ xảy ra ở nữ giới. Tên gọi khác của hội chứng Turner gồm Hội chứng Bonevie Ullrich hay Ullrich Turner.

Hội chứng Turner ảnh hưởng đến khoảng 1 trong 2.000 – 2.500 trẻ gái được sinh ra. Ước tính có hơn 70.000 phụ nữ và trẻ em gái ở Hoa Kỳ mắc hội chứng Turner. Không có yếu tố chủng tộc được biết đến có ảnh hưởng đến tần suất mắc hội chứng này.

Cơ thể của chúng ta được tạo thành từ các tế bào. Bên trong các tế bào có những cấu trúc nhỏ gọi là nhiễm sắc thể. Mỗi tế bào bình thường chứa một cặp nhiễm sắc thể giới tính. Thông thường, giói tính nam có một nhiễm sắc thể X và một nhiễm sắc thể Y. Giới tính nữ có hai nhiễm sắc thể X.

Ở những bé gái mắc hội chứng Turner, một trong những nhiễm sắc thể X bị hư hỏng hoặc biến mất. Hiện vẫn chưa rõ nguyên nhân gây nên tình trạng này. Không có nhiễm sắc thể X thứ hai khiến những bé gái này gặp phải một số vấn đề nhất định với sự phát triển và sức khỏe.

Hầu hết các bé gái mắc hội chứng Turner đều gặp vấn đề về tăng trưởng. Kết quả là đạt được chiều cao cuối cùng thấp hơn so với ngưỡng trung bình. Trẻ ban đầu có thể hiển thị tăng trưởng bình thường. Đa số là trong vài năm đầu đời.

Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp, tốc độ tăng trưởng sau đó dần trở nên chậm hơn bình thường. Trẻ cũng không trải qua giai đoạn tăng chiều cao theo sinh lí như thời kì dậy thì. Nếu không được điều trị, chiều cao khi trưởng thành của trẻ mắc hội chứng Turner thường dưới 1 mét. Chỉ có khoảng 5% bé gái mắc hội chứng Turner sẽ đạt được chiều cao bình thường.

Một đặc điểm chung khác của hội chứng Turner là buồng trứng không phát triển (rối loạn chức năng của bộ phận sinh dục). Thông thường, buồng trứng có vai trò sản xuất hormone giới tính (như estrogen và progesterone) ở tuổi dậy thì. Những hormone này là cần thiết cho sự bắt đầu của tuổi dậy thì. Hầu hết phụ nữ bị ảnh hưởng sẽ cần điều trị bổ sung hormone để phát triển ngực như phụ nữ bình thường, trải qua quá trình phát triển xương theo tuổi và bắt đầu kinh nguyệt.

Một số trẻ có thể bị ảnh hưởng đến khả năng học tập. Tuy nhiên, hội chứng Turner không phải là nguyên nhân gây ra chậm phát triển trí tuệ. Trẻ có thể gặp khó khăn với thị lực như mất phương hướng phải trái, cận hay loạn thị. Ngoài ra, trẻ cũng gặp vấn đề giao tiếp trong một số tình huống xã hội.

Nữ giới mắc hội chứng Turner có thể phát triển nhiều đặc điểm thể chất đặc biệt. Bao gồm vẻ ngoài với cổ ngắn, có nếp gấp, đường chân tóc thấp ở phía sau gáy, tai thấp. Ngực rộng so với chiều dài lồng ngực, khoẳng cách hai núm vú tương đối xa nhau. Bàn tay hoặc chân có thể sưng do tích tụ chất lỏng dưới lớp da. Móng tay ngắn và vểnh lên. Trên da xuất hiện nhiều đốm nhỏ màu thẫm.

Các khuyết tật tim liên quan đến một số trường hợp mắc hội chứng Turner có thể nhẹ và không được chẩn đoán cho đến khi trưởng thành hoặc nghiêm trọng hơn. Triệu chứng bao gồm da nhợt nhạt, khó chịu, đổ mồ hôi nhiều và khó thở. Nếu không được điều trị, các trường hợp nghiêm trọng có thể dẫn đến suy tim hoặc tăng nguy cơ biến chứng nặng, đe dọa tính mạng.

Bất thường thận có thể xảy ra như thận hình móng ngựa hoặc mất một bên thận. Tình trạng này làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu và tăng huyết áp.

Một số trẻ có thể bị bệnh lí tuyến giáp như suy giáp hay viêm tuyến giáp tự miễn. Các triệu chứng có thể khác nhau từ người này sang người khác. Trong đó, có thể bao gồm mệt mỏi, uể oải, đau cơ, táo bón, giọng khàn …

Tỉ lệ viêm tai giữa cũng thường gặp. Đặc biệt là trong giai đoạn sơ sinh và trẻ nhỏ. Viêm tai giữa mãn tính có thể dẫn đến mất thính lực. Rối loạn chức năng nghe bất thường ở trẻ nhỏ có thể ảnh hưởng đến quá trình phát triển lời nói.

Một số trường hợp mắc hội chứng Turner có nguy cơ cao hơn so với dân số chung về mắc bệnh đái tháo đường, bệnh Celiac và loãng xương. Loãng xương được đặc trưng bởi sự mất mật độ xương do thiếu các chất cần thiết. Dẫn đến tăng nguy cơ gãy xương. Các vấn đề về đường tiêu hóa bao gồm khó khăn khi cho trẻ ăn và trào ngược dạ dày thực quản cũng có thể xảy ra.

Tóm lại, trẻ mắc hội chứng Turner có thể gặp nhiều vấn đề về sức khỏe. Trong đó, chiều cao và bất thường sinh sản là thường gặp nhất. Các triệu chứng có thể khác nhau ở từng trẻ.

Hội chứng Turner có thể được chẩn đoán trước khi một đứa trẻ được sinh ra thông qua xét nghiệm tiền sản như sinh thiết gai nhau hoặc chọc ối. Những xét nghiệm này có thể phát hiện bất thường về nhiễm sắc thể của em bé.

Hơn nữa, hội chứng Turner có thể được chẩn đoán ngay sau khi sinh hay lúc vài tháng tuổi nếu trẻ có triệu chứng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, trẻ có thể không được chẩn đoán cho đến khi trưởng thành. Thường là một phát hiện ngẫu nhiên. Những bé gái không phát triển bình thường, nhất là trong giai đoạn dậy thì có thể cần phải thực hiện một xét nghiệm đặc biệt để kiểm tra nhiễm sắc thể của chúng.

Việc điều trị hội chứng Turner hướng đến các triệu chứng cụ thể rõ ràng ở mỗi cá nhân. Điều trị có thể đòi hỏi những nỗ lực phối hợp của một nhóm các chuyên gia. Bác sĩ nhi khoa, phẫu thuật, tim mạch, nội tiết, tai mũi họng, nhãn khoa, tâm lý học và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác. Cần lên kế hoạch toàn diện cho việc điều trị của trẻ. Tư vấn di truyền được khuyến nghị cho các trường hợp bị ảnh hưởng và gia đình của họ.

Các thủ tục điều trị và can thiệp cụ thể có thể khác nhau. Tùy thuộc vào nhiều yếu tố như mức độ nghiêm trọng của bệnh; tuổi và tình trạng sức khỏe chung của một cá nhân và các yếu tố khác.

Liệu pháp hormone

Không có phương pháp điều trị triệt để hội chứng Turner. Nhưng các liệu pháp hỗ trợ hiện nay có thể cải thiện sự phát triển thể chất. Nếu được chăm sóc y tế đúng cách, phụ nữ mắc hội chứng Turner sẽ có thể có cuộc sống như một người bình thường. Chủ yếu là bổ sung hormone tăng trưởng giúp tăng chiều cao; hormone sinh dục giúp có kinh nguyệt và thúc đẩy dậy thì.

Ngoài ra, cung cáp thêm hormone tuyến giáp nếu suy giáp. Hay sử dụng máy trợ thính nếu có mất thính lực là một can thiệp quan trọng khác, có thể giúp học tập và tương tác xã hội.

Hỗ trợ sinh sản

Đa số phụ nữ mắc hội chứng Turner vẫn không thể có thai. Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) với trứng được nhận từ người khác đôi khi có thể thành công. Trong hầu hết các trường hợp, những thai kỳ này mang nhiều rủi ro. Do đó, cần có sự tư vấn chặt chẽ với đội ngũ bác sĩ chuyên khoa.

Tâm lí

Can thiệp sớm rất quan trọng trong việc đảm bảo trẻ mắc hội chứng Turner phát triển. Các dịch vụ đặc biệt hỗ trợ cho trẻ em bị ảnh hưởng bao gồm tư vấn tâm lý xã hội hay trị liệu ngôn ngữ …

Xây dựng lòng tự trọng của con bạn

Một bé gái có thể gặp rắc rối ở trường vì nhận thấy bản thân mình không tốt đẹp. Đơn giản vì trẻ trông khác biệt. Trẻ có thể tránh xa các hoạt động xã hội cũng như hạn chế kết bạn. Bạn có thể xây dựng lòng tự trọng của con bạn nếu bạn thường xuyên nhắc nhở về những điểm mạnh của bé. Con bạn có thể cần được tư vấn tâm lí để giúp thay đổi quan điểm và kỳ vọng về bản thân.

Giúp con bạn hiểu những vấn đề của bản thân

Nói chuyện với trẻ về những vấn đề có thể xuất hiện trong mức độ hiểu biết có thể. Đôi khi nói chuyện với những đứa trẻ khác cũng bị hội chứng Turner có thể giúp bạn hiểu con mình hơn. Hoặc gợi ý trẻ kết bạn với những trẻ đó. Trẻ em có thể cảm thấy tốt hơn nếu chúng nhận ra chúng không cô đơn.

Chăm sóc sức khỏe thể chất của con bạn

Một chế độ ăn uống lành mạnh, nghỉ ngơi đầy đủ, các hoạt động vui chơi và đi chơi gia đình là tốt cho mọi trẻ em. Khuyến khích tham gia vào các hoạt động trong đó chiều cao không phải là vấn đề. Có thể như trượt băng, bơi lội …

Sắp xếp các đồ dùng trong nhà phù hợp. Việc này giúp cho trẻ thấy thoải mái khi sinh hoạt như tủ quần áo và vật dụng chăm sóc cá nhân được đặt ở nơi dễ tiếp cận.

Tham gia các nhóm hỗ trợ cộng đồng

Nói chuyện với những người khác phải đối mặt với những thách thức giống bạn có thể giúp bạn có thêm kinh nghiệm giải quyết.

Hãy nhớ rằng mặc dùhội chứng Turnercó thể ảnh hưởng đến các bé gái theo nhiều cách. Nhưng đó chỉ là một phần nhỏ trong những điểm quan trọng về thể chất, cảm xúc và trí tuệ. Đừng ngần ngại tìm đến sự giúp đỡ của bác sĩ hay lời khuyên từ chuyên gia sức khỏe tâm thần.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hoi-chung-wolff-parkinson-white/

Nội dung bài viết

Giới thiệu

Dấu hiệu hội chứng Wolff – Parkinson – White

Triệu chứng của hội chứng Wolff – Parkinson – White

Chẩn đoán hội chứng Wolff – Parkinson – White như thế nào?

Điều trị hội chứng Wolff – Parkinson – White

Hội chứng Wolff – Parkinson – White (WPW) là một vấn đề tim mạch, bắt nguồn từ cấu trúc và hoạt động điện bất thường của tim. Hội chứng Wolff – Parkinson – White (WPW) có thể gây ra đột tử. Vậy hội chứng WPW là gì? Tại sao bạn hay người thân của bạn mắc phải hội chứng này? Cách điều trị, phòng ngừa WPW là gì? Những vấn đề này sẽ được đề cập một cách căn bản trong bài viết sau của ThS.BS Vũ Thành Đô.

WPW là tên gọi của 3 nhà khoa học: Louis Wolff, Sir John Parkinson, và Paul Dudley White. Họ đã đưa ra miêu tả về các tính chất của một hội chứng gây ra nhịp tim nhanh (nhịp nhanh xoang) ở 11 bệnh nhân.

WPW là một hội chứng lâm sàng. Gọi là hội chứng vì nó bao gồm nhiều triệu chứng, tính chất. Hội chứng Wolff – Parkinson – White xảy ra khi có một đường dẫn truyền điện bất thường tồn tại trong tim.

Khác với cơ vùng khác, tim là một khối cơ bắp không chịu sự điều khiển của suy nghĩ con người. Tương tự như cơ bắp ở tay chân, tim cũng co bóp nhờ dòng điện dẫn truyền qua từng sợi cơ.

Tim con người gồm có 4 buồng: nhĩ phải, thất phải, nhĩ trái và thất trái. Tim co bóp nhờ sự phát xung qua hệ thống dẫn truyền điện.

Cụ thể:

Khởi đầu, nút xoang phát nhịp. Sau đó, dòng điện đi từ nút xoang đến các nhánh xoang nhĩ, đến cơ nhĩ làm nhĩ co. Dòng điện sau đó đến nút nhĩ thất, bó his và mạng Purkinjie rồi lan toả đến cơ thất, làm thất co.

Bó his trong trường hợp này có một vai trò quan trọng là giảm tốc độ dẫn truyền dòng điện từ nhĩ xuống thất, tạo thời gian cần thiết để nhĩ co bóp đẩy máu xuống thất. Cũng như giảm tối đa khả năng dòng điện đi ngược từ thất về nhĩ.

Hội chứng Wolff – Parkinson – White được đặc trưng bởi bất thường của con đường dẫn truyền từ nhĩ xuống thất. Dòng điện đi từ nút xoang nhĩ không đi qua nút nhĩ thất và bó his. Con đường này có một tên gọi khác là cầu Kent. Điều này sẽ gây ra hiện tượng thất co bóp sớm hơn bình thường, dù nhĩ chưa đưa máu về đầy thất

Đa phần, cầu kent là con đường 2 chiều: dòng điện có thể đi từ nhĩ xuống thất và đi theo chiều ngược lại.

17 – 35% trường hợp cầu Kent chỉ dẫn truyền 1 chiều từ thất lên nhĩ, là nguyên nhân chủ yếu gây ra nhịp tim nhanh.

Số ít còn lại là đường dẫn truyền 1 chiều từ nhĩ xuống thất. Trường hợp này biểu hiện của hội chứng WPW rất rõ ràng và điển hình. Tình trạng này ít khi gây ra rối loạn nhịp nhanh

Hầu hết, rối loạn nhịp tim nhanh trong hội chứng WPW xuất hiện khi dòng điện đi ngược chiều từ thất về nhĩ thông qua cầu Kent.

Đây là một bất thường bẩm sinh, tỷ lệ xuất hiện là 1 – 3 trẻ trong 1000 trẻ sinh ra đời.

Hầu hết bệnh nhân chỉ mắc phải dị tật WPW đơn độc. Có nghĩa là không mắc một rối loạn bẩm sinh nào khác. Tuy nhiên 10% bệnh nhân dị tật Ebstein (bệnh lý van tim giữa nhĩ phải và thất phải) có WPW đi kèm. Ngoài ra thông liên nhĩ, thông liên thất, chuyển vị đại động mạch cũng có thể đi kèm với WPW.

WPW cũng liên quan đến yếu tố gia đình. Nếu người thân thế hệ 1 (cha, mẹ, anh chị em, con cái) có WPW thì đối tượng tăng nguy cơ mắc phải WPW gấp 3 lần người khác. Tuy vậy, chỉ 3.4% bệnh nhân WPW có tính chất di truyền này.

Trong một số nghiên cứu:

Chỉ 1.8% có biểu hiện WPW trên điện tim đồ có dấu hiệu rối loạn nhịp tim.

Trong 22 năm theo dõi hơn 200 đối tượng có dấu hiện WPW, chỉ 1% bệnh nhân có dấu hiệu rối loạn nhịp tim.

Ở đối tượng 6 – 22 tuổi, khi theo dõi 432.166 người (bất kể có dấu hiện WPW trên điện tim đồ hay không) thì chỉ 0.07% bệnh nhân xuất hiện hội chứng WPW.

Như vậy, bệnh nhân không có dấu hiệu bất thường trên điện tim đồ. Để chẩn đoán hội chứng Wolff – Parkinson – White tương đối khó khăn.

Đánh trống ngực: Bạn cảm thấy tim đập nhanh, mạnh như muốn thoát khỏi lồng ngực.

Chóng mặt – say sẩm: Do tim đập quá nhanh dù máu trong tim không đủ nhiều, dẫn đến dù tim co bóp rất nhiều nhưng máu tới não không hiệu quả.

Ngất.

Đau ngực: Do tim co bóp, vận động quá nhiều, dẫn đến thiếu máu nuôi tim.

Ngưng tim đột ngột: Một tai biến hiếm gặp trong hội chứng Wolff – Parkinson – White.

Tốc độ dẫn truyền từ nhĩ xuống thất nhanh hơn thông thường (PR < 0.12s).

Con đường dẫn truyền điện trong thất bất thường (xuất hiện sóng delta). Tốc độ dẫn truyền từ cơ-cơ chậm hơn từ thần kinh-cơ. Do đó hình thành độ dốc lài như hình.

Ngoài ra do sự dẫn truyền điện trong thất bất thường nên sau đó cũng xuất hiện bất thường trên ST – T, và thường thì bất thường này ngược chiều với sóng delta và QRS.

Trong các trường hợp cầu kent dẫn truyền điện xuôi chiều (từ nhĩ sang thất): hướng của các sóng Delta sẽ đi xa khỏi vị trí thất được dẫn truyền đầu tiên từ nhĩ xuống qua cầu kent

Bằng thuốc giảm nhịp (Adenosin, Procainamide), nghiệm pháp Valsalva thậm chí là sốc điện đồng bộ nếu cần thiết.

Bác sĩ sẽ thực hiện đo điện sinh học (đo điện tim bên trong tim) bằng một ống dẫn từ tĩnh mạch đùi. Thao tác này để xác định chính xác vị trí của cầu Kent. Sau đó bệnh nhân sẽ được đốt cầu Kent bằng sóng cao tần.

Trước đây còn có phương pháp phẩu thuật cắt cầu Kent. Biện pháp này có tỷ lệ thành công gần như 100% và tỷ lệ tử vong là ít hơn 1%. Tuy nhiên, khi có sự xuất hiện của đốt bằng sóng cao tần (radiofrequency albation) thì phẫu thuật chỉ được ưu tiên lựa chọn. Chỉ dùng phẫu thuật khi bệnh nhân có triệu chứng trầm trọng, tụt huyết áp, kháng thuốc và điều trị thất bại với đốt điện.

Xem thêm:Nhịp nhanh thất: Rối loạn nhịp tim bạn không thể chủ quan!

Sẽ được điều trị bằng thuốc để giảm nguy cơ xuất hiện Hội chứng Wolff – Parkinson – White. Các thuốc thường được lựa chọn là thuốc giảm dẫn truyền nhĩ thất và thuốc chống rối loạn nhịp.

Các thuốc giảm tốc độ dẫn truyền bị chống chỉ định. Vì các thuốc này tăng nguy cơ rối loạn nhịp! Do đó, chỉ các thuốc chống rối loạn nhịp được lựa chọn.

Hội chứng Wolff – Parkinson – White là bệnh lý di truyền, ít gặp. Do sự xuất hiện của con đường dẫn truyền bất thường từ nhĩ – thất trong tim. WPW đa số trường hợp không có triệu chứng gì. Tuy nhiên khi có triệu chứng thì lại có biểu hiện rất nặng nề, thậm chí là đột tử.

Chẩn đoán hội chứng Wolff – Parkinson – White đa số trường hợp bằng điện tim đồ. Điều trị rối loạn nhịp do WPW thường bằng nghiệm pháp Vasalva, thuốc thậm chí sốc điện đồng bộ. Điều trị triệt để thường bằng đốt cầu Kent bằng sóng cao tần.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ho-van-tim-nhung-thong-tin-ban-nen-biet/

Nội dung bài viết

Bệnh hở van tim là gì?

Nguyên nhân của bệnh là gì?

Triệu chứng

Bệnh có nguy hiểm không?

Điều trị

Bệnh có di truyền không?

Chế độ ăn

Hở van tim là một trong những bệnh lý tim mạch phổ biến nhất. Bệnh thường gây cho chúng ta nhiều lo lắng. Tuy nhiên, nhiều người vẫn chưa hiểu đúng về căn bệnh này. Do đó, việc trang bị cho mình những thông tin cơ bản về hở van tim để nhận biết và điều trị đúng đắn là rất cần thiết.

Thông thường, tim của chúng ta có những van để đảm bảo cho dòng máu đi một chiều. Nhờ đó mà việc đưa máu đi khắp nơi để nuôi cơ thể vận hành trơn tru. Có 4 loại van tim ở người bình thường:

Hai lá

Ba lá

Động mạch chủ

Động mạch phổi

Trong bệnh hở van tim, các van này vì một lý do nào đó mà không đóng kín được, khiến dòng máu bị “phụt ngược trở về”. Điều này gây “quá tải” máu cho lần bóp kế tiếp, tạo gánh nặng và gây nhiều ảnh hưởng tiêu cực cho tim.

Cấu trúc của van tim có nhiều phần. Bất thường của một trong những những thành phần đó có thể làm bệnh xảy ra. Các nguyên nhân thường gặp nhất bao gồm:

Hở van có thể xuất hiện sau thấp khớp, thấp tim.

Các khiếm khuyết bẩm sinh của hệ tim mạch có thể là nguyên nhân của bệnh. Thông thường sẽ có nhiều bất thường khác đi kèm thêm. Bệnh thường biểu hiện ở van động mạch chủ và được phát hiện sớm khi còn nhỏ.

Xem thêm:Bệnh tim bẩm sinh ở người lớn: Bạn cần biết những gì?

Cấu trúc các thành phần của van có thể bị suy giảm khi bệnh nhân lớn tuổi.

Gây tổn thương các cấu trúc của van.

Hở van tim biểu hiện nhiều triệu chứng tuỳ thuộc vào mức độ hở và diễn tiến, ảnh hưởng lên chức năng của tim.

Mức độ nhẹ thường không triệu chứng. Mức độ hở nặng và kéo dài có thể biểu hiện:

Hay mệt mỏi, khó thở, đặc biệt là khi tăng cường vận động.

Hồi hộp, đánh trống ngực, tim đập nhanh.

Rối loạn nhịp.

Choáng váng khi thay đổi tư thế.

Đau ngực, từ âm ỉ nặng ngực cho tới đau nhói nhiều.

Phù, dễ thấy ở chân.

Huyết khối ở các cơ quan.

Ho ra máu.

Bệnh hở van tim mạn khi hở nhẹ hoặc trong thời gian đầu thì có ít triệu chứng. Nhưng theo thời gian, chức năng của tim sẽ giảm dần dẫn đến suy tim mạn, đặc biệt là trên những bệnh nhân có các bệnh tim khác kèm theo như:tăng huyết áp,bệnh mạch vành…

Đồng thời, những bệnh nhân hở van tim sẽ tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch khác như:thiếu máu cơ tim,nhồi máu cơ tim,viêm nội tâm mạc nhiễm trùng…

Trong các trường hợp hở van cấp tính, bệnh nhân có thể có những triệu chứng rất nghiêm trọng như truỵ tim mạch,tụt huyết áp, ngất, thậm chí là tử vong.

Trong quá trình điều trị bệnh, quan trọng là giảm thiểu sự ảnh hưởng đến chức năng tim. Khống chế các bệnh lý liên quan cũng là việc quan trọng đồng thời cần lưu ý.

Các thuốc sử dụng trong hở van tim có nhiều mục đích. Chúng gồm khống chế các bệnh tim mạch hoặc bệnh liên quan khác và ngăn ngừa biến chứng do bệnh gây ra.

Mục đích:

Ổn định mỡ máu.

Kiểm soát đường huyết.

Kháng đông, tránh huyết khối gây nghẽn mạch.

Nếu hở van nặng, ảnh hưởng cuộc sống, dự đoán có thể gây suy tim cao hoặc không xử lý được bằng các phương pháp cải thiện lối sống và nội khoa, chỉ định ngoại khoa có thể được bác sĩ cân nhắc. Tuy nhiên, điều này còn phụ thuộc vào đặc điểm của cá nhân có bệnh và nguyên nhân dự gây bệnh.

Phương pháp can thiệp bao gồm những cách như phẫu thuật sửa van, phẫu thuật thay van…

Nhìn chung, bệnh không di truyền. Các nguyên nhân thường gặp nhất của hở van tim là do thấp tim, thoái hoá… Những trường hợp này do yếu tố môi trường hoặc diễn tiến tự nhiên theo tuổi.

Tuy nhiên, cũng có một phần nhỏ các bệnh lý tim mạch bẩm sinh mà hở van tim là một trong những biểu hiện của bệnh đó.

Chế độ ăn của người bệnh này không có gì đặc biệt hơn những bệnh nhân tim mạch khác. Bệnh nhân cần:

Bổ sung thêm rau xanh, trái cây.

Các loại ngũ cốc, các loại hạt.

Ăn những loại cá như cá hồi, cá thu, cá trích chứa nhiều chất béo có lợi.

Giảm muối ăn.

Tránh thực phẩm đóng hộp, nhiều dầu mỡ.

Hạn chế các thực phẩm nhiều cholesterol như da và nội tạng động vật.

Không nên sử dụng các chất kích thích như cà phê, rượu…

Thức uống có gas, đồ ngọt cũng là những thứ nên hạn chế.

Hở van timlà một trong những bệnh lý tim mạch phổ biến nhất. Trường hợp cấp tính có thể rất nguy hiểm, gây truỵ tim mạch và đe doạ tính mạng của người bệnh. Điều trị hở van tim cần phối hợp nhiều yếu tố, trong đó phải cải thiện lối sống, điều trị bệnh nền và ngừa biến chứng suy tim. Phẫu thuật sửa van hay thay van có thể được cân nhắc trong những trường hợp nhất định dưới chỉ định của bác sĩ tim mạch.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ken-ba-dau-co-nguy-hiem-khong/

Nội dung bài viết

Kén bã đậu là bệnh gì?

Làm thế nào để chẩn đoán kén bã đậu?

Trẻ cần điều trị như thế nào?

Các biến chứng có thể của kén bã đậu ở trẻ là gì?

Chăm sóc sau phẫu thuật, bạn cần quan tâm đến điều gì?

Kén bã đậu là một trong những bệnh lí lành tính thường gặp. Nó thường trông giống như một khối sưng nhỏ giống hạch dưới da của trẻ. Nếu không điều trị, bệnh này có thể làm trẻ đau đớn và khó chịu. Thậm chí, bệnh còn ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày của trẻ.

Kén bã đậu hay còn gọi là u bã đậu, có thành phần gồm các chất do tuyến mồ hôi của mô dưới da sản xuất. Tình trạng này có thể xuất hiện từ lúc trẻ vừa mới sinh hoặc sau đó. Bạn có thể tìm thấy trẻ có khối sưng bất thường ở nhiều vị trí khác nhau. Đa số gặp ở trên đầu, cổ hoặc bàn tay và chân, nhưng nhiều nhất là quanh mắt.

Kén bã đậu trông giống như một cục hạch nhỏ dưới da. Khi sờ vào, bạn có thể thấy chúng dễ dàng di chuyển. Ngoài ra, khi không có kèm theo nhiễm trùng, bệnh này thường không viêm đỏ hay làm trẻ đau. Kích thước trung bình của kén thường từ 1 đến 2 cm.

Bác sĩ sẽ dựa trên hình dạng và vị trí của kén bã đậu để chẩn đoán bệnh cho trẻ. Một số trường hợp, trẻ có thể cần làm thêmsiêu âmtại vị trí xuất hiện phần mô bất thường của cơ thể. Điều này giúp đánh giá chính xác khi Bác sĩ nghi ngờ liệu khối sưng trên da là một kén bã đậu đơn giản hay một tổn thương sâu hơn hoặc phức tạp hơn.

Xét nghiệm máuthường không cần thiết. Nếu có là khi trẻ kèm theo tình trạng nhiễm trùng nghiêm trọng.

Các kén bã đậu trên da đầu có thể xâm lấn qua xương sọ. Do đó, Bác sĩ có thể đề nghị chụp CT hoặcMRIcho trẻ để kiểm tra điều này.

Điều trị bằng thuốc sẽ không làm cho bất kỳ tổn thương da nào biến mất. Nếu kén bã đậu bị nhiễm trùng, liệu pháp kháng sinh trong vài ngày có thể cần thiết cho trẻ. Sau đó, kén có thể được loại bỏ một cách an toàn bằng phẫu thuật.

Phương pháp điều trị phổ biến nhất là phẫu thuật cắt bỏ kén bã đậu. Thời điểm điều trị sẽ phụ thuộc vào các triệu chứng, tuổi và tình trạng sức khỏe của con bạn.

Đây là cách để loại bỏ kén bã đậu hiệu quả, ngay cả khi trẻ không có triệu chứng. Bởi vì chúng có xu hướng tăng kích thước sau này và có thể bị nhiễm trùng. Phẫu thuật để lấy kén bã đậu khá đơn giản nếu nó chưa bị nhiễm trùng. Để chuẩn bị cho con bạn trước phẫu thuật, điều quan trọng là phải chăm sóc trẻ khỏe mạnh nhất có thể. Nhờ vậy, sẽ tránh được những rủi ro không mong muốn có thể xảy ra.

Tùy thuộc vào vị trí nó có thể gây ra nhiều rắc rối cho con bạn. Nếu kén bã đậu ở gần mắt có thể ảnh hưởng đến thị lực của con bạn. Bởi vì, kích thước của kén có thể tăng thêm theo thời gian nếu không phẫu thuật.

Tuy nhiên, biến chứng này không xảy ra nhiều. Ngoài ra, tình trạng này cũng có thể tổn thương xương gần đó hoặc nhiễm trùng. Nhiễm trùng được nghi ngờ khi kén viêm đỏ, sưng to hơn kèm đau. Đôi khi trẻ có thể sốt nhẹ và kèm theo mủ chảy ra từ kén. Khi trẻ lớn, đó lại liên quan đến tính thẩm mỹ vì nó có thể khiến cho con bạn cảm thấy xấu hổ.

Nguy cơ chính của việc loại bỏ kén bã đậu là nhiễm trùng hoặc chảy máu tại vết thương trong vòng một vài ngày sau khi phẫu thuật. Tuy nhiên, tỉ lệ này rất thấp và có thể phòng ngừa nếu bạn chăm sóc sạch sẽ vết thương cho trẻ.

Kén bã đậu có thể tái phát nếu nó không được loại bỏ hoàn toàn. Đặc biệt nếu kén đã bị nhiễm trùng hoặc chảy mủ nhiều.

Con bạn vẫn có thể tiếp tục chế độ ăn uống bình thường sau phẫu thuật. Bạn nên khuyến khích trẻ uống nhiều nước, trái cây và rau quả để ngăn ngừatáo bón. Việc bổ sung đầy đủ chất dinh dưỡng sẽ giúp vết thương nhanh chóng lành tốt.

Con bạn có thể hạn chế một vài hoạt động hằng ngày sau phẫu thuật vì trẻ cảm thấy đau. Tuy nhiên, tình trạng này thường cải thiện trong 1 đến 2 ngày. Khi đó, trẻ có thể tiếp tục vận động và sinh hoạt bình thường.

Vết mổ phẫu thuật nên được giữ sạch và khô trong khoảng 2 đến 3 ngày sau phẫu thuật. Sau khi tắm rửa sạch sẽ, bạn nên rửa vết thương và thay băng mỗi ngày. Bác sĩ phẫu thuật sẽ cung cấp thông tin hướng dẫn cụ thể về chăm sóc vết thương cho con bạn. Bạn cần theo dõi tình trạng sưng, nóng, đỏ, đau hoặc tiết dịch ở vết mổ của trẻ. Khi có những dấu hiệu này, bạn nên đưa trẻ đến gặp Bác sĩ nhé. Hầu hết con bạn có thể được xuất viện về nhà trong ngày.

Trẻ có thể được kê toa thuốc giảm đau trong vài ngày. Đôi khi, trẻ cần dùng kháng sinh nếu Bác sĩ nghi ngờ nhiễm trùng tại thời điểm phẫu thuật.

Con bạn nên được tái khám theo lịch hẹn với Bác sĩ phẫu thuật để đảm bảo quá trình lành vết thương diễn ra tốt. Bởi vìkén bã đậulà tổn thương lành tính, không gây hại gì cho trẻ. Vậy nên, trẻ hoàn toàn có thể tăng trưởng và phát triển bình thường sau khi phẫu thuật.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/khi-phe-thung-dinh-nghia-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Các biểu hiện của khí phế thủng

2. Nguyên nhân của khí phế thủng?

3. Các yếu tố nguy cơ nào dễ bị khí phế thủng?

4. Khí phế thủng có thể gây ra biến chứng gì?

5. Những xét nghiệm nào dùng chẩn đoán khí phế thủng

6. Khí phế thủng được điều trị như thế nào?

7. Lối sống tại nhà khi bị khí phế thủng?

Khí phế thũng là một bệnh lý mạn tính ở phổi gây khó thở. Ở những người bị khí phế thũng, các túi khí trong phổi (phế nang) bị tổn thương. Theo thời gian, thành bên trong của các túi khí yếu đi và vỡ ra tạo ra các khoảng không khí lớn hơn thay vì nhiều túi khí nhỏ. Hậu quả làm giảm diện tích bề mặt của phổi, giảm trao đổi oxy khi máu qua phổi.

Khi bạn thở ra, các phế nang bị tổn thương không hoạt động bình thường và không khí cũ bị giữ lại. Lúc này không còn chỗ cho không khí giàu giàu oxy đi vào.

Hầu hết những người bị khí phế thũng cũng bị viêm phế quản mãn tính. Viêm phế quản mãn tính là tình trạng viêm các ống dẫn khí đến phổi (ống phế quản), dẫn đến ho dai dẳng.

Có thể bạn muốn tham khảo thêm:Ho mạn tính: Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Khí phế thũng và viêm phế quản mãn tính là hai bệnh lý tạo nên bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD). Đây là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba ở Hoa Kỳ và là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ tư trên toàn thế giới. Thậm chí nó có thể trở thành nguyên nhân tử vong thứ tư trên toàn cầu vào năm 2020. Gần 15,7 triệu người Mỹ (6,4 %) vào năm 2014 báo cáo rằng đã được chẩn đoán mắc COPD, tuy nhiên con số thực tế có thể cao hơn nhiều. Hơn 50% người lớn có suy giảm chức năng phổi không biết rằng họ bị COPD.

Có thể bạn muốn tham khảo thêm:Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD): Những điều cần biết

Hút thuốc lá là nguyên nhân hàng đầu của COPD. Việc điều trị có thể làm chậm sự tiến triển độ nặng của COPD nhưng bệnh không thể được điều trị hoàn toàn.

Khí phế thủng hay COPD nên được đánh giá ở bất kỳ bệnh nhân nào bị khó thở, ho mãn tính hoặc thường xuyên khạc đàm, đặc biệt có tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ.

Hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán trễ do chủ quan bỏ qua các triệu chứng âm ỉ bắt đầu dần dần và tiến triển trong nhiều năm nhờ sự thích nghi và thay đổi lối sống của bản thân.

Khó thở, triệu chứng quan trọng nhất của khí phế thủng, thường không xảy ra cho đến 60 tuổi. Vào thời điểm thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây (FEV1) trong phương pháp đo hô hấp kí giảm xuống 50% dự đoán, bệnh nhân sẽ có khó thở khi gắng sức nhẹ. Khí phế thủng cuối cùng gây ra khó thở ngay cả khi đang nghỉ ngơi.

Thở khò khè có thể xảy ra ở một số bệnh nhân, đặc biệt là khi gắng sức và khi đang bị đợt cấp COPD.

Nguyên nhân chính của khí phế thũng là do tiếp xúc lâu dài với các chất hóa học trong không khí, bao gồm:

Khói thuốc lá

Khói cần sa

Ô nhiễm không khí

Khói và bụi hóa học

Hiếm khi, khí phế thủng là do thiếu hụt di truyền một loại protein bảo vệ các cấu trúc đàn hồi trong phổi. Nó được gọi là khí phế thũng do thiếu alpha-1-antitrypsin.

Hút thuốc:Khí phế thủng có nhiều khả năng mắc ở những người hút thuốc lá, hút xì gà và tẩu thuốc. Nguy cơ khí phế thủng càng tăng lên theo số năm hút và số lượng thuốc lá hút trong ngày.

Tuổi tác:Hầu hết những người mắc bệnh khí thủng có hút thuốc lá bắt đầu có triệu chứng ở độ tuổi từ 40 đến 60 tuổi.

Tiếp xúc với khói thuốc:Tiếp xúc với khói thuốc lá (hút thuốc lá thụ động) làm tăng nguy cơ mắc bệnh khí thủng.

Bệnh nghề nghiệp:Khi hít phải khói từ một số hóa chất hoặc bụi từ bột, bông, gỗ hoặc khai thác đá, khoảng sản, có nhiều khả năng mắc khí phế thũng. Nguy cơ này thậm chí còn lớn hơn cả hút thuốc.

Tiếp xúc với ô nhiễm trong nhà và ngoài trời:Hít thở các chất ô nhiễm trong nhà, như khói từ than hoặc gỗ sưởi ấm, cũng như các chất ô nhiễm ngoài trời như khói xe làm tăng nguy cơ mắc bệnh khí thũng.

Trong các yếu tố nguy cơ trên, khói thuốc lá là yếu tố chính trong sự phát triển và tiến triển của khí phế thủng.

Mặc dù vậy, tiếp xúc với các chất ô nhiễm không khí trong nhà và nơi làm việc, các yếu tố di truyền và nhiễm trùng đường hô hấp cũng có vai trò nhất định.

Những người bị khí phế thủng cũng có nhiều khả năng phát triển:

Xẹp phổi (tràn khí màng phổi). Phổi xẹp có thể đe dọa tính mạng ở những người bị khí phế thũng nặng vì chức năng của phổi đã bị tổn thương.

Có thể bạn muốn tham khảo thêm:Tràn khí màng phổi là gì? Có nguy hiểm đến tính mạng không?

Vấn đề tim mạch: Căng phồng phổi quá mức lăm giảm kích thước các buồng tim, giảm dòng hồi lưu tĩnh mạch đổ về tim, làm giảm đổ đầy thất phải và giảm hậu tải thất trái. Ở giai đoạn muộn, bệnh xuất hiện các hậu quả liên quan đến tăng áp động mạch phổi.

Chụp X-quang phổi có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán bệnh khí phế thũng tiến triển và có thể giúp loại trừ các nguyên nhân khác gây khó thở.

Những hình ảnh điển hình của khí phế thủng trên Xquang phổi bao gồm: Hai phế trường tăng sáng, lồng ngực hình thùng, khoang liên sườn giãn rộng, cơ hoành dẹt và vòm hoành thấp hơn đầu trước xương sườn 7.

CT scan ngực được chụp từ nhiều hướng khác nhau để tạo ra hình ảnh mặt cắt của các cơ quan nội tạng.

Chụp CT scan cho hình ảnh khí phế thủng khu trú hoặc lan tỏa 2 phế trường, đặc trưng bởi những vùng phổi sáng hơn so với nhu mô phổi bình thường. Ngoài ra, nó còn có thể kết hợp với phần mềm giúp đo được chỉ số khí phế thủng (Emphysema Index) định lượng được mức độ khí phế thủng trên CT scan.

Các xét nghiệm không xâm lấn này đo lường lượng không khí mà phổi có thể chứa và mức độ không khí lưu thông vào và ra khỏi phổi. Họ cũng có thể đo lường mức độ phổi cung cấp oxy cho máu. Phổ biến nhất sử dụng một dụng cụ đơn giản gọi là phế dung kế và yêu cầu bệnh nhân thổi vào.

Khí phế thũng và COPD không thể chữa khỏi hoàn toàn. Tuy nhiên, các phương pháp điều trị có thể giúp làm giảm các triệu chứng và làm chậm sự tiến triển của bệnh.

Tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng, bác sĩ có thể cho:

Thuốc giãn phế quản: Những loại thuốc này giúp giảm ho, khó thở và các vấn đề về hô hấp bằng giãn các đường thở bị co thắt.

Steroid dạng hít: Thuốc corticosteroid hít dưới dạng bình xịt làm giảm viêm, giảm triệu chứng khó thở.

Thuốc kháng sinh: Nếu bị đợt cấp COPD do nhiễm trùng, điển hình viêm phế quản cấp tính hoặc viêm phổi trên nền bệnh CPOD, thuốc kê đơn sẽ gồm có kháng sinh.

Bổ sung Oxygen giúp giảm công hô hấp:Nếu bệnh nhân bị khí phế thũng nghiêm trọng với lượng oxy trong máu thấp. Dử dụng oxy thường xuyên tại nhà và khi tập thể dục hoặc gắng sức có thể giúp giảm nhẹ triệu chứng. Nhiều người sử dụng oxy 24 giờ một ngày. Dụng cụ cung cấp oxy thường được sử dụng là cannula (ống thở oxy 2 mũi)

Chương trình phục hồi chức năng hô hấp:Đây là điều trị nền tảng của bệnh nhân bị COPD. Khi kết hợp với thuốc giãn phế quản sẽ giúp đem lại nhiều lợi ích. Với kỹ thuật thở chúm môi kéo dài thời gian thở ra giúp giảm bẫy khí.

Tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của khí phế thũng, bác sĩ có thể đề xuất một hoặc nhiều loại phẫu thuật khác nhau, bao gồm:

Phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi (LVRS):Trong phẫu thuật này, bác sỹ sẽ cắt bỏ một phần phổi giúp giảm căng phồng phổi quá mức, giúp cải thiện hoạt động cơ hô hấp. Kỹ thuật này hữu ích ở những bệnh nhân khí phế thủng ưu thế thùy trên kèm giảm khả năng gắng sức.

Ghép phổi:Ghép phổi là lựa chọn cuối cùng nếu phổi bị tổn thương nghiêm trọng và các lựa chọn kể trên đã thất bại.

Nếu đã được chẩn đoán bị khí phế thủng hoặc COPD, cần lưu ý một số điều sau để ngăn chặn sự tiến triển của bệnh và bảo vệ bản thân khỏi các biến chứng:

Bỏ thuốc lá: Đây là biện pháp quan trọng nhất có thể thực hiện cho sức khỏe tổng thể và là biện pháp duy nhất có thể ngăn chặn sự tiến triển của bệnh khí thũng. Nếu có thể, người bên nên được tham gia chương trình cai thuốc lá. Ngoải ra, cần tránh khói thuốc thụ động càng nhiều càng tốt.

Tập luyện đêu đặn: Cố gắng không để các vấn đề về hô hấp là lý do để lười vận động. Tập thể dục với mức độ cho phép và đều đặn có thể làm tăng đáng kể dung tích phổi.

Hạn chế tiếp xúc với không khí lạnh: Không khí lạnh có thể gây co thắt các đoạn phế quản gây khó thở hơn. Khi thời tiết lạnh, hãy đeo khăn mềm, mặt nạ hoặc khẩu trang chống lạnh, che kín lên miệng và mũi trước khi ra ngoài, để làm ấm không khí đi vào phổi.

Tiêm chủng: Đảm bảo tiêm phòng cúm và phế cầu hàng năm theo lời khuyên của bác sĩ.

Ngăn ngừa nhiễm trùng đường hô hấp: Cố gắng hết sức để tránh tiếp xúc trực tiếp với những người bị cảm lạnh hoặc cúm. Nếu ở những nơi đông người trong mùa lạnh và cúm, cần đeo khẩu trang, rửa tay thường xuyên và mang theo một chai nhỏ nước rửa tay có cồn để sử dụng khi cần thiết.

Khí phế thủng là một nhóm bệnh nhân COPD liên quan đến khó thở và khả năng dung nạp gắng sức. Cho đến nay thuốc giãn phế quản là thuốc điều trị chủ lực cho bệnh nhân COPD. Tuy nhiên, để tăng hiệu quả điều trịc ần kết hợp thêm các phương pháp điều trị không dùng thuốc như phục hồi chức năng hô hấp, thở chúm môi. Ngoài ra, cần kiểm tra sức khỏe định kỳ, tiêm chủng cúm và phế cầu hằng năm để hạn chế xuất hiện đợt cấp COPD.

Bác sĩ Nguyễn Trung Nghĩa

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nguyen-nhan-khong-co-phoi-thai/

Nội dung bài viết

Hiện tượng không có phôi thai là gì?

Những nguyên nhân không có phôi thai là gì?

Những triệu chứng của mang thai không phôi thai là gì?

Sự phổ biến của tình trạng trứng rỗng

Chẩn đoán như thế nào?

Những phương pháp điều trị

Những gì sẽ xảy ra sau khi sảy thai do một trong những nguyên nhân không có phôi thai?

Làm sao để phòng ngừa trứng rỗng?

Có biến chứng nào cho những lần mang thai về sau hay không?

Không có phôi thai còn có tên gọi khác là trứng rống. Và dĩ nhiên, trứng rỗng sẽ không thể phát triển thành một cơ thể người bình thường. Mặc dù vậy, cơ thể người phụ nữ vẫn xuất hiện nhiều dấu hiệu tương tự như mang thai. Vậy thì nguyên nhân không có phôi thai là do đâu? Nó có ảnh hưởng gì đến chức năng sinh sản của người phụ nữ hay không? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Sản Phụ khoa Phan Lê Nam.

Trước khi đi tìmnguyên nhân không có phôi thaithì chúng ta nên tìm hiểu tình trạng không có phôi thai là gì. Không có phôi thai hay trứng rỗng là trứng đã thụ tinh và tự làm tổ trong tử cung nhưng không trở thành phôi thai. Nhau thai và túi phôi hình thành, nhưng vẫn trống rỗng. Không có em bé phát triển. Nó còn được gọi là mang thai không phôi thai.

Ngay cả khi không có phôi thai, nhau thai vẫn tạo ra Gonadotropin màng đệm ở người (hCG). Đây là một loại hormone được sản xuất để hỗ trợ quá trình mang thai. Xét nghiệm máu và nước tiểu để xác định sự tăng nồng độ hormon hCG.

Do đó, quá trình phóng noãn có thể dẫn đến kết quả là kết quả thử thai dương tính. Ngay cả khi quá trình mang thai không thực sự diễn ra. Các triệu chứng liên quan đến mang thai, chẳng hạn như đau ngực vàbuồn nôn, cũng có thể xảy ra. Một noãn bị hư nên không hình thành phôi và cuối cùng dẫn đến sảy thai.

Phần lớn các trường hợp sảy thai sớm là do bất thường nhiễm sắc thể. Nghiên cứu cho thấy rằng hơn 60% số ca sảy thai do trứng rụng có liên quan đến các bất thường về gen. Trứng đã thụ tinh có thêm một nhiễm sắc thể hoặc thiếu một nhiễm sắc thể. Điều đó có nghĩa là vật liệu di truyền kết hợp với nhau nhưng kết quả không phù hợp để thai tiếp tục phát triển.

Một noãn kém chất lượng có thể dẫn đến một thai không có phôi. Tình trạng này có thể xảy ra sớm đến mức không nhận biết được.

Tuy nhiên, nhiều phụ nữ nhận được chẩn đoán về tình trạng này vẫn tiếp tục mang thai khỏe mạnh ở những lần mang thai sau đó. Không rõ là trứng rỗng thường xảy ra ở những người mang thai lần đầu hay đôi khi chúng xảy ra nhiều hơn ở lần mang thai kế tiếp. Hầu hết những phụ nữ bị trứng rỗng đều có thể mang thai thành công và sinh con khỏe mạnh trong tương lai.

Quá trình rụng trứng đôi khi sẽ kết thúc trước khi người phụ nữ nhận ra mình đang mang thai. Khi điều này xảy ra, bạn có thể chỉ nghĩ rằng bạn đang có một chu kỳ kinh nguyệt nặng hơn bình thường.

Một trứng không phôi có thể dẫn đến các triệu chứng:

Que thử thai dương tính;

Đau tức ngực;

Bịtrễ kinh.

Khi thai kỳ kết thúc, triệu chứng có thể bao gồm cả sảy thai. Những triệu chứng có thể bao gồm:

Chảy máu âm đạo từ ít đến nhiều;

Đau quặn bụng, đau bụng vùng hạ vị (vùng bụng dưới rốn);

Không còn cảm giác đau vú;

Các xét nghiệm mang thai nhằm mục đíchđo nồng độ hCG. Do đó, một noãn bị rụng có thể vẫn cho kết quả xét nghiệm dương tính, mặc dù nó không hề chứa phôi thai.

Trứng rỗng là nguyên nhân phổ biến nhất củasảy thai. Các chuyên gia ước tính rằng trứng rỗng chiếm khoảng 50% tổng số ca sảy thai trong tam ca nguyệt đầu tiên. Khoảng 15% các trường hợp mang thai đều bị sảy thai trước 13 tuần của thai kỳ.

Hãy nhớ rằng giống như tất cả các loại sảy thai, sảy thai do trứng rỗng xảy ra rất sớm trong thai kỳ. Vì vậy không phải tất cả các trường hợp đều được chẩn đoán. Điều đó gây khó khăn cho việc đưa ra con số chính xác về tần suất xảy ra tình trạng này.

Tình trạng mang thai trứng rỗng (hay còn gọi là không có phôi thai) nên được chẩn đoán chính xác. Trứng rỗng thường được phát hiện trong lần siêu âm đầu tiên trong cuộc hẹn trước khi sinh. Siêu âm sẽ cho thấy nhau thai và túi phôi rỗng. Mang thai không phôi thai thường xảy ra giữa tuần thứ 8 và 13 của thai kỳ.

Nguyên nhân không có phôi thai lúc này không quan trọng bằng việc điều trị phù hợp. Nếu phát hiện ra hiện tượng mang thai không phôi, bác sĩ sẽ thảo luận về các lựa chọn điều trị với bạn. Chúng có thể bao gồm:

Đợi chờ các triệu chứng sẩy thai diễn ra tự nhiên.

Dùng thuốc, chẳng hạn nhưMisoprostol(Cytotec), để gây sẩy thai.

Có quy trình phẫu thuật nong và nạo để loại bỏ các mô nhau thai khỏi tử cung.

Thời gian mang thai, tiền sử bệnh và trạng thái cảm xúc của bạn đều sẽ được quan tâm. Một khi bạn và bác sĩ quyết định lựa chọn phương pháp điều trị. Bạn sẽ muốn thảo luận về các tác dụng phụ và rủi ro liên quan đến bất kỳ loại thuốc hoặc quy trình phẫu thuật nào.

Mặc dù không có em bé, nhưng bạn đã có một lần sảy thai. Sảy thai có thể ảnh hưởng về mặt cảm xúc và việc chờ đợi thai kỳ kết thúc có thể mất nhiều thời gian hơn dự kiến. Vì lý do này, một số phụ nữ quyết định chấm dứt bằng phẫu thuật hoặc bằng thuốc. Những phụ nữ khác không thoải mái với những lựa chọn này và thích để sảy thai tự nhiên hơn.

Nếu bạn nhận được chẩn đoán là trứng rỗng, hãy thảo luận với bác sĩ về những việc cần làm tiếp theo. Các phương pháp thủ thuật nong và nạo có thể được chỉ nó có thể giúp bạn ổn định tinh thần và thể chất. Nó cũng có thể hữu ích nếu bạn muốn bác sĩ bệnh học kiểm tra các mô để xác địnhnguyên nhân không có phôi thai.

Khi lựa chọn bất kỳ một phương pháp phá thai không phôi nào, bạn cũng cần phải thảo luận với bác sĩ chuyên khoa. Sau khi bỏ thai, bác sĩ có thể khuyên bạn nên đợi ít nhất một đến ba chu kỳ kinh nguyệt tiếp theo mới cố gắng thụ thai lại.

Một số việc bạn nên làm sau khi gây sảy thai không phôi như sau:

Ăn uống đầy đủ chất để phục hồi lại sức khỏe.

Tránh làm việc nặng, tránh vận động nhiều để hạn chế tình trạng xuất huyết.

Ngủ đủ giấc, không nên thức khuya.

Hạn chế rượu bia và các thức uống có cồn.

Giữ tinh thần vui vẻ, lạc quan.

Kiêng quan hệ tình dục trong 4 đến 8 tuần sau khi phá thai.

Không thể ngăn được tình trạng mang thai không phôi. Nếu bạn lo lắng về tình trạng này, hãy nói chuyện với bác sĩ về các nguyên nhân di truyền có thể xảy ra và quy trình xét nghiệm. Điều này có thể giúp bạn tránh được mang thai trứng rỗng. Đồng thời thảo luận với bác sĩ về việc tiếp xúc với chất độc trong môi trường. Nó có thể có liên quan đến tình trạng trứng rỗng và sảy thai.

Bất kỳ trường hợp sảy thai nào, tình trạng sức khỏe và cảm xúc của bạn đều cần thời gian để phục hồi. Điều quan trọng bạn cần nhớ là hầu hết phụ nữ trải qua tình trạng trứng rỗng đều có thai thành công.

Tốt hơn hết, bạn nên đợi đủ ba chu kỳ kinh nguyệt để cơ thể có thời gian hồi phục hoàn toàn và sẵn sàng mang thai. Trong thời gian này, hãy tập trung vào các thói quen sống lành mạnh.

Nguyên nhân không có phôi thaihiện chưa được xác định rõ ràng. Tuy nhiên, các bất thường về nhiễm sắc thể dường như là một yếu tố chính. Có một noãn bị rỗng không có nghĩa là bạn sẽ tiếp tục có một cái khác. Hầu hết phụ nữ trải qua tình trạng trứng rỗng đều có thai kỳ khỏe mạnh trong tương lai. Chính vì vậy, bạn nên ăn uống đầy đủ, nghỉ ngơi hợp lý và sống vui vẻ, lạc quan để sẵn sàng mang thai lần tiếp theo nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/khong-dung-nap-lactose-chuyen-khong-cua-rieng-ai/

Nội dung bài viết

Lactose là gì?

Như thế nào là chứng không dung nạp lactose?

Điều gì sẽ xảy ra nếu bạn bị chứng không dung nạp lactose?

Làm sao để phát hiện mình mắc chứng không dung nạp lactose?

Làm gì khi nghi ngờ mình mắc chứng không dung nạp lactose?

Có phải thực hiện xét nghiệm để chẩn đoán không?

Chứng không dung nạp lactose có chữa khỏi được không?

Một số vấn đề cần lưu ý!

Bạn đã bao giờ cảm thấy đầy bụng và khó tiêu sau khi uống sữa hoặc ăn kem? Nếu có, bạn có thể đã mắc chứng không dung nạp lactose. Nhưng đừng quá lo lắng, đây là một tình trạng rất phổ biến. Có tới khoảng 30-50 triệu người lớn trên thế giới có triệu chứng giống như bạn. Để tìm hiểu xem tình trạng này là gì? có nguy hiểm hay không? điều trị như thế nào?, chúng ta hãy cùng tham khảo bài viết: “Không dung nạp lactose: chuyện không của riêng ai?”.

Lactose là một loại đường có trong sữa và các sản phẩm từ sữa như phô mai, kem,…

Lactose không thể trực tiếp hấp thu vào cơ thể. Chúng cần phải trải qua quá trình “cắt nhỏ” ở ruột non mới có thể đi vào máu.

Không dung nạp lactose(hay còn gọi là chứng bất dung nạp đường trong sữa) là khi cơ thể không thể hấp thu hoàn toàn lượng đường lactose trong sữa. Điều này xảy ra khi ruột non của người không sản xuất đủ enzyme tiêu hóa – gọi là lactase.

Bình thường khi chúng ta uống sữa hay sử dụng các sản phẩm từ sữa, lactase sẽ được ruột non tiết ra để hỗ trợ tiêu hóa và hấp thu đường. Đối với người mắc chứng không dung nạp lactose thì quá trình này diễn ra không đầy đủ. Thay vào đó, lượng đường trong sữa sẽ được đưa tới ruột già. Tại đây, các vi khuẩn sẽ phân hủy lactose thành chất lỏng và khí gây nên các triệu chứng khó chịu như đầy bụng,tiêu chảy,…

Những biểu hiện của chứngkhông dung nạp lactosethường xuất hiện từ 30 phút đến 2 giờ sau khi ăn hoặc uống các sản phẩm có chứa lactose. Các dấu hiệu phổ biến bao gồm:

Đầy hơi.

Buồn nôn.

Đau bụng.

Tiêu chảy.

Sự trầm trọng của các triệu chứng có thể thay đổi ở từng người, từng thời điểm. Có hai nguyên nhân tạo nên sự khác biệt này:

Mức độ thiếu hụt enzym lactase trong ruột non

Lượng sản phẩm từ sữa đã sử dụng trong bữa ăn là ít hay nhiều

Ngay khi có các triệu chứng nghi ngờ, bạn nên đến khám bác sĩ để được tư vấn và xác định chẩn đoán. Bởi vì các biểu hiện của chứngkhông dung nạp lactosecó thể gây ra bởi các bệnh lý tiêu hóa khác nghiêm trọng hơn (ví dụ viêm loét đại tràng, hội chứng ruột kích thích hay chứng dị ứng sữa,…)

Bác sĩ sẽ đề nghị bạn thực hiện các bước như sau:

Ngừng sử dụng sữa và các sản phẩm từ sữa trong một vài tuần

Nếu các triệu chứng biến mất, thử sử dụng lại các sản phẩm từ sữa. Ghi chép cụ thể, rõ ràng những phản ứng của cơ thể đối với từng loại thức ăn.

Nếu triệu chứng vẫn tiếp tục, bạn hãy thảo luận lại với bác sĩ và đi tìm một nguyên nhân khác.

Trong phần lớn trường hợp, những xét nghiệm chẩn đoán là không cần thiết. Tuy nhiên, nếu biểu hiện bệnh không rõ ràng, bác sĩ có thể chỉ định các xét nghiệm sau đây để xác định chắc chắn chẩn đoán, bao gồm:

Đây là một xét nghiệm đơn giản để đánh giá xem bạn có mắc chứngkhông dung nạp lactosehay không. Quá trình này mất khoảng 2 giờ để thực hiện. Trước tiên, bạn được yêu cầu uống một chất lỏng đặc biệt có chứa lactose. Tiếp theo, bạn sẽ định kỳ thổi vào một dụng cụ có hình quả bóng mỗi 15 phút. Sau đó, mẫu hơi thở chứa trong những quả bóng này sẽ được đưa đi làm xét nghiệm và trả kết quả về cho bác sĩ.

Dùng để đo lường mức độ đáp ứng của cơ thể đối với đường lactose. Hai giờ sau khi uống chất lỏng đặc biệt có chứa loại đường này, bạn sẽ được đo nồng độ glucose trong máu. Nếu mức glucose tăng chậm hoặc không tăng, nghĩa là cơ thể người bệnh đã không thể tiêu hóa và hấp thụ lactose đúng cách.

Hiện tại không có cách nào để điều trị hoàn toàn chứng không dung nạp lactose. Tuy nhiên, phần lớn người bệnh có thể kiểm soát triệu chứng khó chiu bằng cách thay đổi chế độ ăn và hạn chế lượng lactose đưa vào cơ thể, bao gồm:

Tránh ăn các sản phẩm chứa nhiều lactose (sữa đặc, kem, phô mai,…). Điều này không có nghĩa là loại bỏ hoàn toàn. Có rất ít người mắc chứngkhông dung nạp lactosenghiêm trọng đến mức họ phải bỏ tất cả các sản phẩm sữa. Cơ thể vẫn có thể tiêu hóa được một lượng nhất định mà không gây ra bất kỳ triệu chứng nào.

Lựa chọn các sản phẩm sữa có chứa ít lactose hơn (sữa đậu nành, sữa hạnh nhân, các sản phẩm sữa không chứa lactose,…).

Luôn lưu ý đọc bảng thành phần dinh dưỡng in trên bao bì. Nhiều loại thức ăn có thể chứa lactose mà bạn không biết (một số loại bánh, kẹo,…).

Một điểm đáng chú ý là người bệnh có khả năng dự đoán phản ứng của cơ thể đối với các loại thức ăn khác nhau dựa trên kinh nghiệm. Bằng cách tỉ mỉ ghi lại nhật ký các bữa ăn hàng ngày, bạn sẽ biết được được bản thân có thể ăn hoặc uống bao nhiêu mà không cảm thấy khó chịu.

Chế độ ăn đầy đủ calci và vitamin D. Chế độ ăn hạn chế sữa và các sản phẩm từ sữa dễ dẫn đến thiếu hụt calci và vitamin D. Do đó, cần chú ý bổ sung các thực phẩm giàu calci như:

Các loại rau xanh nhưsúp lơ,bắp cải,rau chân vịt,…

Các loại cá có thể ăn được xương như cá hồi,…

Đậu nành và các sản phẩm từđậu nành

Các loại hạt

Bánh mì

Ngoài ra, calcium vàvitamin Dcòn có trong các loại thực phẩm bổ sung ngoài thị trường ở dạng kết hợp. Tuy nhiên, sử dụng dư thừa calci cũng có thể gây ra tác dụng phụ không mong muốn. Do đó, bạn cần hỏi ý kiến bác sĩ trước khi sử dụng!

Không dung nạp lactoselà một rối loạn rất phổ biến ở người lớn. Tình trạng này tuy không nguy hiểm nhưng gây ra rất nhiều phiền toái trong sinh hoạt hàng ngày. Những triệu chứng thường gặp là đầy bụng, khó tiêu,… và dễ bị nhầm lẫn với các bệnh lý đường tiêu hóa khác. Do đó, khi có các triệu chứng nghi ngờ, đến khám bác sĩ là việc làm cần thiết.

Ngay cả đi đến gặp bác sĩ để được kiểm tra thì bạn cũng cần tìm hiểu một số thông tin về sự chuẩn bị trước để phục vụ công tác khám bệnh, hay những câu hỏi, những điều bạn cần lưu ý.

Xem thêm:Bệnh nhân mắc chứng không dung nạp Lactose nên hỏi bác sĩ những gì?“

Các xét nghiệm thường không cần thiết nếu biểu hiện lâm sàng đã đủ để chẩn đoán. Hiện tại vẫn chưa có biện pháp chữa khỏi hoàn toàn. Nhưng, với một chế độ ăn kiêng hợp lý sẽ hạn chế tối đa sự xuất hiện các triệu chứng gây khó chịu. Tin mừng là, bạn vẫn có thể sử dụng sữa và các sản phẩm từ sữa mà không phải kiêng hoàn toàn như mọi người vẫn tưởng. Hãy chia sẻ để mọi người cùng biết bạn nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/khong-lo-van-ba-la-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh không lỗ van ba lá

Triệu chứng của bệnh không lỗ van ba lá

Nguyên nhân nào khiến tim không có lỗ van ba lá?

Yếu tố nguy cơ khiến tim không có lỗ van ba lá

Biến chứng gì sẽ xảy ra khi không có lỗ van ba lá?

Phòng ngừa tật không lỗ van ba lá

Làm thế nào để chẩn đoán tật không lỗ van ba lá?

Điều trị tật không lỗ van ba lá như thế nào?

Lối sống và cách chăm sóc tại nhà cho bệnh nhân

Đối với người lớn mắc bệnh không lỗ van ba lá

Không lỗ van ba lá là một dị tật ở tim khi sinh ra (bẩm sinh), trong đó van ba lá nằm giữa hai buồng tim không được hình thành. Thay vào đó, một lớp mô rắn xuất hiện giữa hai buồng tim. Chính lớp mô này làm ngăn cản dòng máu và khiến cho buồng thấp của tim bên phải (Tâm thất phải) kém phát triển. Cùng Ths.BS Vũ Thành Đô tìm hiểu những thông tin cơ bản cho bệnh lý này.

Không lỗ van ba lá có thể trị khỏi bằng nhiều cuộc phẫu thuật. Hầu hết trẻ mắc bệnh này sau khi được phẫu thuật sẽ sống tốt đến khi trưởng thành. Tuy nhiên cần phải có nhiều cuộc phẫu thuật liên tiếp để chữa khỏi bệnh của bé.

Xem thêm:Những điều bạn cần biết về tật thông liên nhĩ

Triệu chứng của bệnh có thể thấy rõ ràng ngay sau khi sinh ra, bao gồm:

Da và môi trở nên tím tái.

Khó thở, thở khó khăn.

Dễ mệt mỏi, đặc biệt là khi được cho ăn.

Tăng trưởng chậm và tăng cân kém.

Vài trẻ sơ sinh, người lớn tuổi mắc bệnh không lỗ van ba lá có những triệu chứng suy tim. Bao gồm:

Mệt mỏi và suy nhược.

Khó thở.

Sưng (phù) ở chân, mắt cá chân và bàn chân.

Chướng bụng (Báng bụng).

Tăng cân đột ngột do tích tụ dịch.

Chứng không lỗ van ba lá xảy ra trong quá trình phát triển của tim thai. Một số yếu tố di truyền, chẳng hạn như hội chứng Down, có thể làm tăng nguy cơ trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh như không lỗ van ba lá. Tuy nhiên, nguyên nhân chính xác của bệnh tim bẩm sinh thường không rõ.

Van kim kiểm soát dòng chảy của máu vào và ra khỏi tim. Khi lá van tim mở sẽ cho phép máu chảy đến buồng tim tiếp theo hoặc đi vào động mạch. Khi lá van đóng lại, nó sẽ giữ cho máu không bị chảy ngược lại vị trí cũ.

Khi không có lỗ van ba lá, phần tim bên phải không thể bơm đủ máu lên phổi bởi vì không có lá van ba lá. Một lớp mô ngăn cản dòng máu đi từ nhĩ phải đến thất phải. Kết quả là, tâm thất phải thường nhỏ và kém phát triển.

Thay vào đó, máu sẽ chảy từ tâm nhĩ phải sang tâm nhĩ trái thông qua một lỗ nằm trên thành ngăn cách giữa chúng. Lỗ này có thể là một khuyết tật ở tim (thông liên nhĩ) hoặc là một lỗ thông tự nhiên sẽ sớm đóng lại ngay sau khi sinh (Lỗ bầu dục hoặc ống động mạch). Một đứa trẻ không có lỗ van ba lá có thể cần phải dùng thuốc để giữ cho các lỗ trên không đóng lại sau khi sinh hoặc phẫu thuật để tạo những lỗ đó.

Một vài trường hợp, trẻ bị tật không lỗ van ba lá có kèm tật thông liên thất (một lỗ nằm giữa hai tâm thất). Trong những trường hợp đó, máu có thể chảy qua lỗ nằm giữa thất trái và thất phải. Sau đó, máu sẽ được bơm đến phổi thông qua động mạch phổi.

Tuy nhiên, van giữa tâm thất phải và động mạch phổi (van động mạch phổi) có thể bị thu hẹp. Điều đó sẽ làm giảm lượng máu đi đến phổi. Nếu van động mạch phổi không bị hẹp và nếu lỗ thông liên thất lớn thì lượng máu chảy đến phổi sẽ quá nhiều và có thể dẫn đến suy tim.

Một số trẻ sơ sinh cũng có thể mắc các dị tật tim khác kèm theo.

Trong hầu hết các trường hợp, nguyên nhân của dị tật tim bẩm sinh là không rõ. Tuy nhiên, vài yếu tố có thể làm tăng nguy cơ khiến trẻ mắc tật tim bẩm sinh, bao gồm:

Người mẹ mắc Rubella hoặc bệnh khác do virus trong thời kỳ đầu khi mang thai.

Cha mẹ từng bị tật tim bẩm sinh.

Sinh con khi lớn tuổi.

Mẹ bị béo phì.

Uống rượu trong lúc mang thai.

Hút thuốc lá trước hoặc khi đang mang thai.

Mẹ bị đái tháo đường và kiểm soát đường huyết kém.

Sử dụng một số loại thuốc khi đang mang thai. Chẳng hạn như thuốc trị mụn trứng cáisotretinoin(Claravis, Amnesteem), một số loại thuốc chống động kinh và một số loại thuốc điều trị rối loạn lưỡng cực.

Bé mắchội chứng Down, một bệnh di truyền do thừa một nhiễm sắc thể thứ 21.

Một biến chứng đe dọa tính mạng của chứng không lỗ van ba lá đó là thiếu oxy đến các mô trong cơ thể.

Mặc dù việc điều trị đối với trẻ bị tật này sẽ giúp cải thiện đáng kể, nhưng vẫn có những biến chứng xảy ra, bao gồm:

Hình thành cục máu đông. Cục máu đông này có thể làm tắc nghẽn động mạch trong phổi (thuyên tắc phổi) hoặc gây đột quỵ.

Dễ mệt mỏi khi vận động hoặc tập thể dục.

Nhịp tim bất thường (Rối loạn nhịp).

Bệnh thận hoặc bệnh gan.

Dị tật tim bẩm sinh, chẳng hạn như tật không lỗ van ba lá, thường không thể ngăn ngừa được. Nếu bạn có tiền sử gia đình mắc bệnh tim bẩm sinh hoặc có bé mắc bệnh tim bẩm sinh thì nhà tư vấn di truyền và chuyên gia tim mạch về bệnh tim bẩm sinh có thể giúp bạn xem xét các rủi ro liên quan đến việc mang thai trong tương lai.

Bạn có thể thực hiện một số bước sau để làm giảm nguy cơ bé mắc bệnh tim bẩm sinh. Bao gồm:

Bổ sung đầy đủ acid folic:Uống 400 microgramacid folicmỗi ngày. Liều lượng này đã được chứng minh làm giảm dị tật ở não và tủy sống, và acid folic cũng có thể giúp phòng ngừa dị tật tại tim.

Thông báo cho bác sĩ về việc sử dụng thuốc:Cho dù bạn đang dùng thuốc theo toa hay thuốc không kê đơn, một loại thảo dược hoặc thực phẩm chức năng, thì bạn cũng nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi dùng trong lúc mang thai.

Tránh hút thuốc lá hoặc uống rượu khi đang mang thai:Cả hai yếu tố trên đều làm tăng nguy cơ trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh

Tránh tiếp xúc với hóa chất, bất cứ khi nào có thể:Trong lúc mang thai, bạn nên tránh xa các loại hóa chất càng nhiều càng tốt. Các hóa chất đó có thể là các loại sản phẩm tẩy rửa, sơn.

Do sự tiến bộ trong công nghệ siêu âm, bác sĩ thường có thể xác định tình trạng không có lỗ van ba lá khi thực hiện siêu âm định kỳ trong thai kỳ.

Xem thêm:siêu âm thai: mẹ cần biết gì?

Bác sĩ có thể nghi ngờ một dị tật tim nếu da trẻ trở nên tím tái hoặc khó thở.

Một dấu hiệu khác là nghe thấy âm thổi ở tim bé khi thăm khám. Đây là một âm thanh bất thường gây ra bởi dòng máu không được lưu thông đúng quy tắc.

Nếu nghi ngờ bệnh không lỗ van ba lá, bác sĩ có thể yêu cầu thực hiện một số xét nghiệm. Bao gồm:

Siêu âm tim:Xét nghiệm sẽ dùng sóng âm để tạo ra hình ảnh động, giúp bác sĩ quan sát được tim bé trên màn hình. Ở bé mắc tật không lỗ van ba lá, siêu âm tim sẽ thấy tình trạng không có van ba lá, lưu lượng máu không đều và những dị tật tim khác.

Điện tâm đồ (ECG):Xét nghiệm này sẽ ghi lại hoạt động điện của tim. Ngoài ra, còn có thể xác định xem các buồng tim có bị phì đại hoặc nhịp tim bất thường.

Đo nồng độ oxy trong máu:Phương pháp này đo lượng oxy trong máu bằng cách sử dụng một loại cảm biến được đặt ở đầu ngón tay.

Chụp X-Quang ngực:Điều này có thể cho biết liệu tim và các buồng tim có phì đại hay không. Nó cũng có thể cho biết lượng máu đến phổi quá nhiều hay quá ít.

Thông tim:Một loại ống thông được đưa vào trong mạch máu từ vùng bẹn và đi đến tim. Thủ thuật này hiếm khi được dùng để chẩn đoán tật không lỗ van ba lá. Xét nghiệm này có thể dùng để kiểm tra tim trước khi phẫu thuật điều trị.

Trong trường hợp mắc chứng không lỗ van ba lá, không có cách nào để thay thế van ba lá. Điều trị bằng phẫu thuật để đảm bảo lưu lượng máu chảy đến tim và đi đến phổi.

Thông thường, điều này đòi hỏi nhiều đợt phẫu thuật. Sử dụng thuốc để tăng cường co bóp cơ tim, hạ huyết áp, loại bỏ lượng dịch dư thừa và cung cấp oxy để giúp bé thở là các phương pháp có thể được áp dụng trước khi phẫu thuật.

Một số thủ thuật được sử dụng như một biện pháp khắc phục tạm thời nhằm để tăng lưu lượng máu. Các thủ thuật có thể cần, đó là:

Thông vách liên nhĩ:Điều này tạo ra hoặc mở rộng lỗ mở giữa các buồng nằm trên, cho phép máu chảy từ nhĩ phải sang nhĩ trái.

Tạo cầu nối:Tạo cầu nối từ động mạch chủ (đưa máu đi nuôi cơ thể) đến động mạch phổi (đưa máu lên phổi) sẽ làm tăng nồng độ oxy trong máu.

Trước khi phẫu thuật, bác sĩ có thể cho trẻ dùng prostaglandin để giúp dãn và giữ cho ống động mạch mở.

Để kiểm soát sức khỏe, bạn hoặc bé cần theo dõi lâu dài bởi bác sĩ tim mạch chuyên về bệnh tim bẩm sinh.

Bác sĩ tim mạch sẽ cho bạn biết liệu khi nào bạn hoặc bé cần dùng thuốc kháng sinh phòng ngừa trước khi làm răng và các thủ thuật khác. Trong một số trường hợp, bác sĩ tim mạch có thể khuyến cáo nên hạn chế hoạt động thể lực quá mức.

Dưới đây là một số lời khuyên để chăm sóc trẻ mắc tật không lỗ van ba lá:

Có một chế độ dinh dưỡng tốt:Bé có thể không nhận được đủ calo bởi vì mệt mỏi khi được cho bú. Không chỉ vậy, bé còn tăng nhu cầu sử dụng calo. Chính vì thế, việc cho bé bú thường xuyên và chia thành từng đợt nhỏ sẽ rất hữu ích.

Sử dụng kháng sinh dự phòng:Bác sĩ tim mạch có thể sẽ khuyến cáo sử dụng kháng sinh phòng ngừa trước khi thực hiện một số thủ thuật nha khoa hoặc những thủ thuật khác. Điều này nhằm mục đích ngăn ngừa vi khuẩn xâm nhập gây nhiễm trùng bên trong tim (Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng).

Tiếp tục hoạt động ở mức vừa phải:Khuyến khích những hoạt động vui chơi bình thường mà bạn hoặc bé có thể đáp ứng được hay những hoạt động được bác sĩ khuyến cáo. Duy trì hoạt động ở mức vừa phải sẽ giúp cho trái tim được khỏe mạnh.

Thực hiện chủng ngừa định kỳ và chăm sóc tốt cho bé:Việc chủng ngừa theo lịch tiêm chủng được khuyến khích cho trẻ bị bệnh tim bẩm sinh. Trẻ nên được dùng các loại thuốc được kê theo đơn của bác sĩ.

Tái khám thường xuyên theo lịch hẹn:Bé sẽ cần tái khám ít nhất một lần mỗi năm với bác sĩ chuyên về bệnh tim bẩm sinh. Bác sĩ có thể đề nghị một số xét nghiệm để khảo sát tình trạng hiện tại của bệnh.

Nếu bạn bị tật không lỗ van ba lá, bạn cần được thăm khám thường xuyên suốt đời. Ở những lần tái khám, bác sĩ có thể sẽ đề nghị các xét nghiệm thường quy để đánh giá tình trạng bệnh của bạn.

Hãy hỏi bác sĩ về những hoạt động tốt nhất cho bạn và những hoạt động nặng cần hạn chế.

Tật không lỗ van ba lálà một bệnh tim bẩm sinh sẽ để lại nhiều biến chứng và có thể đe dọa tính mạng của bệnh nhân. Mặc dù, bệnh có thể đã được chẩn đoán trước sinh hoặc ngay sau sinh, nhưng khi thấy trẻ có những triệu chứng bất thường như trên, hãy đưa bé đến ngay với cơ sở y tế gần nhất để nhanh chóng được chẩn đoán nguyên nhân và điều trị kịp thời. Bác sĩ của con bạn sẽ đánh giá và cân nhắc phương pháp điều trị tốt nhất cho trẻ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/kho-mieng-cho-nen-xem-thuong/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân từ đâu?

Làm sao để biết mình đang gặp phải tình trạng khô miệng?

Tình trạng này có ảnh hưởng gì hay có nguy hiểm không?

Điều trị như thế nào?

Phải làm gì để phòng ngừa khô miệng và biến chứng của nó?

Khô miệng là cảm giác khô, rít ở niêm mạc trong miệng. Tình trạng này đa số gặp ở người lớn tuổi nhưng cũng có thể ở người trẻ. Nữ thường mắc nhiều hơn nam. Theo thống kê cho thấy khoảng 5,5% đến 46% dân số có thể mắc phải tình trạng này. Nhiều người khi gặp tình trạng này có khuynh hướng phớt lờ vì cho rằng không có gì đáng lo. Họ thường uống nước để làm dịu cảm giác khó chịu trong miệng.

Tuy nhiên, trên thực tế tình trạng khô miệng này nguy hiểm hơn những gì chúng ta thường nghĩ. Vì sao và nguy hiểm như thế nào, hãy cùng tìm hiểu trong bài này nhé.

Khô miệng được chia ra làm 2 loại chính: Khô miệng do giảm tiết nước bọt – còn gọi là khô miệng “thật”. Loại thứ hai là khô miệng dù tiết nước bọt bình thường, hay được gọi là khô miệng “giả”. Ở loại này, bệnh nhân có cảm giác khô, bỏng rát trong miệng chủ yếu do nguyên nhân về tâm lí.

Nguyên nhân gây ra tình trạng này cũng được phân thành 2 nhóm: Do bệnh toàn thân hoặc tổn thương tại chỗ.

Một số nguyên nhân chính được tóm tắt trong bảng sau:

Đái tháo đường.

Bệnh tuyến giáp…

2. Bệnh tự miễn:

Hội chứng Sjögren(liên quan tổn thương tuyến nước bọt).

Viêm khớp dạng thấp.

Lupus ban đỏ…

3. Nhiễm vi khuẩn hoặc vi-rút

4. Khác:

Lao.

Bệnh về máu.

Suy gan, thận.

Bệnh liên quan thần kinh.

Rối loạn tâm lý…

5. Do quá trình lão hoá gây suy giảm chức năng tuyến nước bọt.

Thuốc chống tiết cholin (điều trị bệnh lí thần kinh).

Điều trị động kinh.

Thuốc chống trầm cảm, loạn thần…

Thuốc chống dị ứng.

Điều trị tăng huyết áp.

Thuốc phiện…

2. Điều trị xạ trị vùng đầu mặt cổ gây xơ hoá tuyến nước bọt.

3. Do thói quen, như:

Uống rượu, hút thuốc.

Sử dụng quá nhiều thức uống có chứa caffein.

Không cung cấp đủ nước cho cơ thể (qua ăn, uống..).

Thở miệng, ngáy.

4. Nhiễm trùng tại chỗ.

Đa số các trường hợp bệnh nhân nhận thấy những cản trở trong hoạt động chức năng như: Khó nhai, khó nuốt, khó nói, vị giác thay đổi… Ở một số trường hợp nặng hơn, bệnh nhân sẽ có cảm giác bỏng rát, nứt nẻ lưỡi, và có thế gây đau khi ăn uống hoặc nói chuyện.

Một số triệu chứng chủ quan và khách quan được liệt kê như sau:

(Bệnh nhân cảm nhận)

(Bác sĩ khám thấy)

Khó nhai, khó nuốt.

Khó phát âm.

Vị lạ trong miệng.

Khô, rít niêm mạc má.

Môi, lưỡi thô ráp.

Niêm mạc miệng, môi, lưới nứt nẻ.

Niêm mạc dính nhau.

Lưỡi bóng láng, mất gai lưỡi.

Nước bọt đặc, dính.

Viêm miệng, lưỡi.

Sâu răng, hôi miệng, nấm miệng…

Bên cạnh việc gây cảm giác khó chịu, tình trạng này nếu kéo dài sẽ dẫn tới những hậu quả rất đáng lo ngại.

Trong trường hợp khô miệng “thật”, một số biến chứng có thể xảy ra như:

Sâu răng:

Việc thiếu nước bọt để rửa trôi các mảng vụn thức ăn dẫn tới tích tụ mảng bám vi khuẩn gây sâu răng.

Mòn răng:

Nước bọt cũng góp phần làm cân bằng môi trường điện giải trong miệng bằng cách trung hoà acid do vi khuẩn lên men, hoặc từ thức ăn. Do đó, thiếu nước bọt gây ảnh hưởng đến độ pH khoang miệng, không những giúp vi khuẩn dễ dàng tấn công gây sâu răng mà còn khiến răng dễ bị mất khoáng và bào mòn.

Hôi miệng:

Tương tự sâu răng. Thiếu nước bọt dẫn tới thiếu cơ chế rửa trôi và làm sạch “tự nhiên” của khoang miệng gây tích tụ các tác nhân tạo mùi hôi.

Nguy cơ nhiễm nấm trong khoang miệng:

Bên cạnh chức năng bôi trơn và làm sạch khoang miệng, nước bọt còn chứa nhiều khoáng chất và kháng thể tự nhiên của cơ thể giúp chống lại sự bám dính của các tác nhân gây bệnh, trong đó có nấm, đặc biệt là chủng nấm Candida. Khô miệng tạo điều kiện cho nấm dễ dàng bám dính và sinh sôi trên niêm mạc.

Viêm niêm mạc miệng, lưỡi:

Niêm mạc miệng bị mất đi lớp nhầy bảo vệ trên bề mặt dẫn tới nhạy cảm với các kích thích: Miếng trám răng cọ xát, răng giả, thức ăn… Niêm mạc dễ bị tổn thương và viêm nhiễm hơn.

Ngoài ra, trong trường hợp khô miệng “giả”, bệnh nhân luôn cảm thấy khó chịu, bứt rứt vì cảm giác bỏng rát, thô ráp trong miệng. Điều này chủ yếu do nguyên nhân về thần kinh, tâm lí. Nó có thể dẫn tới nhiều hệ luỵ không mong muốn như:Stress, mất ngủ hay thậm chítrầm cảm…

Chính vì những hậu quả có thể có, việc điều trị tình trạng này là vô cùng cần thiết. Tuỳ thuộc vào nguyên nhân gây khô miệng mà bác sĩ sẽ có phác đồ điêu trị thích hợp.

Nguyên nhân là do bệnh toàn thân: Điều trị bệnh toàn thân phối hợp sử dụng một số chế phẩm kích thích nước bọt tại chỗ.

Do sử dụng thuốc: Ngưng hoặc thay thế loại thuốc khác nếu được.

Nguyên nhân do thói quen: Thay đổi thói quen theo hướng thích hợp.

Lời khuyên dành cho bạn không phải là tự tìm hiểu nguyên nhân gây tình trạng khô miệng của mình để có cách xử lí. Việc cần làm là bạn nên gặp bác sĩ ngay nếu có bất cứ biểu hiện khó chịu nào ở vùng miệng. Chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp sẽ tránh được những biến chứng không mong muốn.

Rất đơn giản. Sau đây là những việc bạn có thể làm để phòng ngừa tình trạng này:

Cung cấp đủ nước cho cơ thể: Trung bình khoảng 1,5 – 2 lít/ngày.

Thay đổi các thói quen không tốt cho sức khoẻ: Hút thuốc, uống rượu, uống quá nhiều cà phê…

Vệ sinh răng miệng đầy đủ và thích hợp. Việc này luôn cần thiết dù cho bạn có bị khô miệng hay không.

Khám răng miệng định kì để phát hiện và điều trị kịp thời bất cứ biểu hiện bất thường nào.

Như vậy,khô miệngkhông chỉ là một tình trạng tại chỗ nhất thời mà đôi khi còn là biểu hiện của một bệnh toàn thân chưa được phát hiện. Do đó, không được phớt là và xem thường chúng. Khi có bất cứ biểu hiện liên quan nào, bạn cần đến nay cơ sở y tế tin cậy để được khám và điều trị kịp thời. Chúc bạn luôn khoẻ mạnh và không bị khô miệng “làm phiền” nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-bien-phap-khac-phuc-tai-nha-khi-bi-kho-mat/

Nội dung bài viết

Khô mắt có những biểu hiện gì?

Những nguyên nhân dẫn đến khô mắt

Có những yếu tố nào làm cho dễ khô mắt hơn?

Khô mắt được điều trị như thế nào?

Biện pháp khắc phục tại nhà cho khô mắt?

Khi nào bạn cần đi khám bác sỹ?

Khô mắt có thể dẫn đến biến chứng gì?

Làm gì để phòng ngừa khô mắt?

Khô mắt là một tình trạng phổ biến xảy ra khi nước mắt  không đủ chất bôi trơn cho mắt. Nếu  khô mắt kéo dài mà không có biện pháp khắc phục có thể dẫn đến viêm và tổn thương bề mặt của mắt.

Nếu bạn bị khô mắt, mắt sẽ có cảm giác khó chịu như cộm. đỏ mắt, cay và hay mỏi mắt. Một số trường hợp nhất định có thể gây khô mắt như trên máy bay, trong phòng máy lạnh, khi đang đạp xe hoặc sau khi nhìn vào màn hình trong nhiều giờ.

Biết các phương pháp điều trị khô mắt có thể giúp bạn thoải mái hơn. Những phương pháp điều trị này có thể bao gồm thay đổi lối sống và các loại thuốc nhỏ mắt. Những người hay bị khô mắt sẽ cần áp dụng các phương pháp bảo vệ mắt thường xuyên hơn. Bài viết này sẽ đề cập đến các biện pháp làm giảm khô mắt tại nhà và làm gì để phòng ngừa khô mắt. Mời bạn đọc tham khảo.

Các dấu hiệu và triệu chứng của khô mắt và thường ảnh hưởng đến cả hai mắt, có thể bao gồm:

Cảm giác châm chích, bỏng rát hoặc cộm ở mắt;

Cảm giác bị ướt ở trong hoặc xung quanh mắt;

Nhạy cảm với ánh sáng;

Đỏ mắt;

Cảm giác có thứ gì đó trong mắt;

Khó đeo kính áp tròng;

Khó khăn khi lái xe vào ban đêm;

Chảy nước mắt là phản ứng của cơ thể đối với sự kích ứng của chứng khô mắt;

Nhìn mờ hoặc mỏi mắt.

Có nhiều nguyên nhân làm phá vỡ màng nước mắt. Màng nước mắt có ba lớp: lớp mỡ, lớp nước và lớp nhầy. Sự kết hợp của ba lớp giúp cho bề mặt mắt được bôi trơn, và làm trong suốt tầm nhìn. Các vấn đề với bất kỳ lớp nào trong số này có thể gây khô mắt.

Có nhiều lý do làm rối loạn chức năng màng nước mắt như thay đổi hormone, bệnh tự miễn,viêm giác mạc mắt. Đối với một số người, nguyên nhân gây khô mắt là do giảm tiết nước mắt hoặc tăng bốc hơi nước mắt.

Khô mắt có thể xảy ra khi mắt bạn không thể sản xuất đủ nước. Tình trạng này được gọi là viêm giác kết mạc khô. Nguyên nhân phổ biến của việc giảm sản xuất nước mắt bao gồm:

Càng lớn tuổi sẽ càng giảm tiết nước mắt

Một số vấn đề sức khỏe nhưhội chứng Sjogren, viêm mắt,viêm khớp dạng thấp, lupus,xơ cứng bì,bệnh sarcoidosis, rối loạn tuyến giáp hoặcthiếu vitamin A.

Một số loại thuốc, bao gồm thuốc kháng histamine, thuốc thông mũi, liệu pháp thay thế hormone, thuốc chống trầm cảm và thuốc điều trị huyết áp cao, mụn trứng cá, ngừa thai vàbệnh Parkinson.

Dị cảm dây thần kinh giác mạc do sử dụng kính áp tròng, tổn thương dây thần kinh hoặc do phẫu thuật mắt bằng laser. Mặc dù các triệu chứng khô mắt liên quan đến thủ thuật này thường chỉ tạm thời.

Màng dầu được tạo ra bởi các tuyến nhỏ trên rìa mí mắt (tuyến meibomian) có thể bị tắc nghẽn. Các tuyến meibomian bị tắc thường phổ biến hơn ở những người bị bệnh rosacea (chứng đỏ mặt) hoặc các rối loạn về da khác.

Các nguyên nhân phổ biến làm tăng bốc hơi nước mắt bao gồm:

Viêm bờ mi(rối loạn chức năng tuyến meibomian);

Chớp mắt ít thường xuyên hơn, có xu hướng xảy ra với một số bệnh lý, chẳng hạn như bệnh Parkinson; hoặc khi bạn đang tập trung trong các hoạt động nhất định, chẳng hạn như khi đọc sách, lái xe hoặc làm việc trên máy tính;

Các vấn đề về mí mắt, chẳng hạn như mi quay ra ngoài (lộ mi mắt) và mi quay vào trong (quặm mi mắt);

Dị ứng mắt;

Chất bảo quản trong thuốc nhỏ mắt tại chỗ;

Mắt tiếp xúc gió hoặc khói;

Thiếu vitamin A.

Các yếu tố khiến bạn dễ bị khô mắt bao gồm:

Trên 50 tuổi:Sản lượng nước mắt có xu hướng giảm dần khi bạn già đi. Khô mắt phổ biến hơn ở những người trên 50 tuổi.

Là phụ nữ:Thiếu nước mắt phổ biến hơn ở phụ nữ. Đặc biệt là đang trong giai đoạn thay đổi nội tiết tố như mang thai, sử dụng thuốc tránh thai hoặc mãn kinh.

Chế độ ăn ít vitamin A:Vit A thường có nhiều trong gan, cà rốt và bông cải xanh, hoặc bổ sung ít axit béo omega-3 có trong cá, quả óc chó và dầu thực vật.

Đeo kính áp tròng thường xuyên hoặc đã từng phẫu thuật khúc xạ.

Đối với hầu hết những người có triệu chứng khô mắt không thường xuyên hoặc nhẹ, chỉ cần sử dụng thuốc nhỏ mắt không kê đơn (nước mắt nhân tạo) là đủ. Tuy nhiên nếu các triệu chứng khố mắt kéo dài dai dẳng và nghiêm trọng hơn. Bạn sẽ cần những phương pháp điều trị khác. Điều trị như thế nào tùy thuộc vào nguyên nhân gây khô mắt của bạn.

Trong một số trường hợp, điều trị một vấn đề sức khỏe tiềm ẩn có thể giúp làm giảm các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh khô mắt. Ví dụ, nếu một loại thuốc gây khô mắt, bác sĩ có thể đề nghị một loại thuốc khác không gây ra tác dụng phụ đó.

Nếu bạn có vấn đề về mí mắt, như mí mắt của bạn bị lệch ra ngoài (lồi mắt). Bác sĩ có thể giới thiệu bạn đến một bác sĩ phẫu thuật mắt chuyên về phẫu thuật tạo hình mí mắt.

Thuốc theo toa được sử dụng để điều trị khô mắt bao gồm:

Thuốc giảm viêm mí mắt:Tình trạng viêm dọc theo mép mí mắt có thể ngăn các tuyến nước mắt tiết ra. Bác sĩ có thể đề nghị dùng thuốc kháng sinh để giảm viêm. Thuốc kháng sinh trị khô mắt thường được dùng bằng đường uống. Một số loại được dùng dưới dạng thuốc nhỏ mắt hoặc thuốc mỡ.

Thuốc nhỏ mắt để kiểm soát tình trạng viêm giác mạc:Tình trạng viêm trên bề mặt mắt (giác mạc) có thể được kiểm soát bằng thuốc nhỏ mắt kê đơn có chứa cyclosporin (Restasis) hoặc corticosteroid. Corticosteroid không nên là thuốc được sử dụng lâu dài do có thể có các tác dụng phụ.

Chèn như nước mắt nhân tạo.Nếu bạn có các triệu chứng khô mắt từ trung bình đến nghiêm trọng và nước mắt nhân tạo không có tác dụng. Một lựa chọn khác có thể là miếng chèn mắt nhỏ trông giống như hạt gạo trong. Mỗi ngày một lần, bạn đặt miếng chèn hydroxypropyl cellulose (Lacrisert) vào giữa mí mắt dưới và nhãn cầu. Miếng dán tan chậm, giải phóng một chất được sử dụng trong thuốc nhỏ mắt để bôi trơn mắt.

Thuốc kích thích chảy nước mắt:Thuốc cholinergics (pilocarpine, cevimeline) giúp tăng sản xuất nước mắt. Những loại thuốc này có sẵn dưới dạng thuốc viên, gel hoặc thuốc nhỏ mắt. Các tác dụng phụ có thể xảy ra như đổ mồ hôi.

Bạn có thể kiểm soát tình trạng khô mắt của mình bằng cách rửa mí mắt thường xuyên và sử dụng thuốc nhỏ mắt nhân tạo hoặc các sản phẩm khác giúp bôi trơn mắt. Nếu tình trạng khô mắt kéo dài, hãy sử dụng thuốc nhỏ mắt ngay cả khi mắt bạn cảm thấy không khô mắt để giữ cho mắt luôn được bôi trơn tốt.

Có nhiều loại sản phẩm không kê đơn cho bệnh khô mắt, bao gồm thuốc nhỏ mắt (nước mắt nhân tạo), gel và thuốc mỡ.

Nước mắt nhân tạo là hiệu quả để kiểm soát các triệu chứng khô mắt nhẹ. Một số người cần phải nhỏ thuốc nhiều lần trong ngày, và một số người chỉ sử dụng chúng một lần một ngày. Đây là tùy thuộc vào tình trạng khô mắt của bạn.

Thuốc nhỏ có chất bảo quản và không chất bảo quản:Chất bảo quản được thêm vào một số loại thuốc nhỏ mắt để kéo dài thời hạn sử dụng. Bạn có thể sử dụng thuốc nhỏ mắt có chất bảo quản tối đa bốn lần một ngày. Tuy nhiên việc sử dụng thuốc nhỏ mắt có chất bảo quản thường xuyên hơn có thể gây kích ứng mắt.

Thuốc nhỏ so với thuốc mỡ:Thuốc mỡ bôi trơn giúp giảm khô mắt lâu hơn. Tuy nhiên những sản phẩm này cấu tạo dày hơn thuốc nhỏ mắt và có thể làm mờ tầm nhìn của bạn. Vì thế thuốc mỡ tốt nhất nên được sử dụng trước khi đi ngủ. Thuốc nhỏ mắt có thể được sử dụng bất cứ lúc nào và không ảnh hưởng đến tầm nhìn của bạn.

Thuốc nhỏ làm giảm mẩn đỏ ở mắt:Tốt nhất bạn nên tránh những loại này làm giải pháp trị khô mắt. Vì sử dụng kéo dài có thể gây kích ứng mắt.

Xem thêm:7 loại thuốc nhỏ mắt cho tình trạng khô mắt mà bạn cần biết

Đối với những người bị viêm bờ mi và các tình trạng khác gây viêm mí mắt làm tắc nghẽn dòng chảy nước mắt. Việc rửa mí mắt thường xuyên và nhẹ nhàng sẽ có hữu ích. Để rửa mí mắt bạn cần:

Đắp khăn ấm lên mắt:Làm ướt một miếng vải sạch bằng nước ấm. Giữ miếng vải trên mắt của bạn trong năm phút. Đắp lại miếng vải khác bằng nước ấm khi nó nguội. Nhẹ nhàng chà khăn lên mí mắt. Bao gồm cả phần gốc của lông mi để làm trôi bớt cặn bẩn.

Dùng xà phòng xoa nhẹ lên mí mắt:Sử dụng dầu gội đầu dành cho trẻ em hoặc xà phòng dị nhẹ khác. Cho sữa rửa mặt vào đầu ngón tay sạch, nhắm mắt lại và nhẹ nhàng xoa đôi mắt đặc biệt khu vực gần gốc lông mi. Sau đó rửa sạch hoàn toàn.

Hãy nên đi khám bác sĩ nếu bạn có các dấu hiệu và triệu chứng khô mắt kéo dài, như mắt đỏ, khó chịu ở mắt, mỏi mắt hoặc đau mắt. Bác sĩ sẽ kiểm tra và xác định nguyên do làm cho mắt bạn bị khó chịu và có thể giới thiệu bạn đến bác sỹ chuyên khoa nếu cần.

Những người bị khô mắt có thể gặp các biến chứng sau:

Nhiễm trùng mắt:Nước mắt của bạn bảo vệ bề mặt của mắt bạn khỏi bị nhiễm trùng. Nếu không có đủ nước mắt, bạn có thể tăng nguy cơ nhiễm trùng mắt.

Bề mặt mắt dễ bị tổn thương:Nếu khô mắt kéo dài mà không có biện pháp cải thiện, tình trạng khô mắt nặng có thể dẫn đến viêm mắt, mài mòn bề mặt giác mạc, loét giác mạc và giảm thị lực.

Chất lượng cuộc sống giảm sút:Khô mắt có thể gây khó khăn khi thực hiện các hoạt động hàng ngày như đọc sách, v.v.

Nếu bạn bị khô mắt, hãy chú ý đến những nguyên do nào bạn nghĩ làm cho bạn bị khô mắt. Sau đó, tìm cách tránh những trường hợp đó để ngăn ngừa nó.

Một số ví dụ các phòng ngừa các trường hợp thường gây khô mắt:

Không hướng máy sấy tóc, máy sưởi xe hơi, máy điều hòa không khí hoặc quạt về phía gần mắt.

Vào mùa se lạnh, bạn có thể sử dụng máy tạo độ ẩm ở trong phòng của bạn.

Bạn nên chọn những loại kính áp được rộng vùng mắt. Có tấm chắn phía trước sẽ giúp bảo vệ các vật lạ rơi vào mắt gây viêm mắt và giúp tránh gió để không làm khô mắt.

Nếu công việc của bạn đòi hỏi phải tập trung thị giác nhiều, hãy để cho mắt được nghỉ ngơi định kỳ. Tốt nhất khoảng từ một tiếng, nên nhắm mắt trong vài phút. Hoặc chớp mắt liên tục trong vài giây để giúp dàn đều nước mắt trên mắt.

Khi sống ở vùng trên cao hoặc khi trên máy báy, thường không khí sẽ rất khô. Vì thế, tạo thói quen hay chợp mắt trong vài phút sẽ giúp giảm thiểu sự bay hơi của nước mặt.

Nếu màn hình máy tính cao hơn tầm mắt, bạn sẽ phải mở to mắt hơn để xem màn hình. Đặt màn hình máy tính dưới tầm mắt giúp bạn không phải mở to mắt. Điều này giúp làm chậm quá trình bay hơi nước mắt giữa các lần chớp mắt.

Nếu bạn bị khô mắt lâu dài mạn tính, hãy sử dụng thuốc nhỏ mắt nhân tạo ngay cả khi mắt bạn không cảm thấy cay mỏi mắt.

Khô mắtlà một trong những vấn đề hay gặp ở mặt. Một trong những biện pháp khắc phục ở trường hợp nhẹ là nhỏ nước mắt nhân tạo. Nếu khô mắt nặng và kéo dài bạn cần phải gặp bác sỹ để tìm nguyên nhân và điều trị triệt để. Trường hợp bạn bị viêm mắt có thể áp dụng các biện pháp tại nhà để làm sạch mí mắt. Tuy nhiên bạn vẫn cần đế trung tâm khám mắt để kiểm tra.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/mat-ngu-tim-hieu-nguyen-nhan-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Hiểu đúng về Giấc ngủ

Nguyên nhân của chứng khó ngủ

Hướng điều trị khó ngủ như thế nào?

Giấc ngủ là hành vi bản năng quan trọng nhất của loài người và chiếm khoảng 1/3 thời gian sống của con người. Giấc ngủ có chức năng vô cùng quan trọng trong việc hồi phục năng lượng sau một ngày làm việc vất vả. Ngoài ra, nó còn giúp cân bằng nội môi trong cơ thể con người.

Tình trạng khó ngủ kéo dài có thể dẫn đến những rối loạn về chức năng sinh lý và nhận thức vô cùng nặng nề, thậm chí có thể đưa đến tử vong. Hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Đào Uyên Trang tìm hiểu về chứng khó ngủ ở bài viết sau nhé!

Một giấc ngủ khỏe mạnh phải đảm bảo cả về chất lượng lẫn số lượng. Một giấc ngủ sâu, thẳng giấc, không dễ bị thức giấc giữa đêm, sau khi ngủ dậy cảm thấy khỏe và có đủ năng lượng để bắt đầu một ngày mới để làm việc và học tập được xem như là một giấc ngủ đạt được chất lượng. Vậy còn thời gian ngủ trong một ngày bao nhiêu là đủ?

Theo số liệu của trung tâm giấc ngủ, ở trẻ mới sinh (0 – 3 tháng) thời gian ngủ khá nhiều khoảng từ 14 – 17 giờ mỗi ngày, trẻ nhũ nhi (4 – 11 tháng) khoảng 12 – 15 tiếng, trẻ nhỏ đang tập đi (1 – 2 tuổi) khoảng 11 – 14 tiếng, trẻ mẫu giáo (3 – 5 tuổi) khoảng 10 – 13 tiếng, trẻ cấp tiểu học (6 – 13 tuổi) khoảng 9 – 11 tiếng, trẻ vị thành niên (14 – 17 tuổi) cần khoảng 8 – 10 tiếng, người lớn (18 – 64 tuổi) cần khoảng 7 – 9 tiếng, người già (65+) cần khoảng 7 – 8 tiếng một ngày là đủ.

Khi giấc ngủ không thỏa mãn được nhu cầu cả về chất lượng cũng như số lượng thì được xem như làmất ngủ. Bình thường mất ngủ được định nghĩa là khó đi vào giấc ngủ hoặc duy trì giấc ngủ hay thức sớm hơn so với giấc ngủ bình thường trước đây. Nhiều người than rằng thời gian ngủ của họ ít đi, hoặc là đang ngủ bị thức giấc giữa đêm, ngủ chập chờn không sâu giấc, có vẻ như giấc ngủ không còn được tốt như trước đây. Mất ngủ được chia làm 3 loại:

Hay xảy ra ở những người lo âu hay hưng phấn. Những suy nghĩ của họ cứ lặp đi, lặp lại, nghiền ngẫm những chuyện trong quá khứ hoặc vừa mới xảy ra và tìm cách để giải quyết những vấn đề. Những người này thường sẽ cảm thấy mệt mỏi nhưng đầu óc lại luôn tỉnh, khó có thể ngủ được.

Xem thêm:Hội chứng giấc ngủ đến trễ: Những điều bạn chưa biết

Người bệnh thường ngủ chập chờn, không sâu giấc, hay bị thức giấc giữa đêm nhưng vẫn có thể đi ngủ lại đươc.

Người bệnh thường than rằng họ hay bị thức giấc vào sáng sớm và không đi ngủ lại được. Ở những người trầm cảm, thường sẽ bị mất ngủ giữa hôm hoặc cuối hôm và sau khi thức giấc vào buổi sáng thường cảm thấy mệt mỏi, uể oải, không có sức sống, cơ thể hoạt động chậm chạp. Những rối loạn giấc ngủ này phải xảy ra ít nhất 3 đêm/ tuần và kéo dài ít nhất 3 tháng, mặc dù rằng họ có đủ những cơ hội để ngủ. Mất ngủ này cũng không do tác dụng của các thuốc và chất nhưcaffeine, trà…

Khó ngủ thường hay gặp ở phụ nữ, người già. Nguyên nhân của khó ngủ thường là do những rối loạn về tâm thần như làrối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn trầm cảm chủ yếu,rối loạn hoảng loạnhơn là nhữngrối loạn giấc ngủnguyên phát. Do đó đôi khi điều trị những rối loạn tâm thần nguyên phát có thể cải thiện được giấc ngủ, giúp chúng ta có giấc ngủ tốt hơn.

Xem thêm:Liệu bạn đã biết cách thiền để ngủ ngon?

Giấc ngủ có nhiệm vụ vô cùng quan trọng trong giúp cơ thể hồi phục lại năng lượng sau một ngày làm việc vất vả, không những thế còn giúp điều hòa lại các chất trong cơ thể, điều chỉnh về mặt cảm xúc. Nếu bị mất ngủ có thể khiến thay đổi về mặt cảm xúc loạn như trở nên cáu gắt hơn, buồn bã, mệt mỏi, thiếu sức sống, không có đủ năng lượng làm việc cho ngày tiếp theo. Mất ngủ kéo dài có thể làm cơ thể suy kiệt, giảm trí nhớ,rối loạn cảm xúc, thậm chí có thể chết.

Để điều trị khó ngủ ta có thể sử dụng thuốc điều trị triệu chứng cũng như điều trị những bệnh gây ra mất ngủ. Bên cạnh sử dụng thuốc, chúng ta cũng cần có những bài tập về can thiệp hành vi để làm sạch giấc ngủ.

Khó ngủ rất hay gặp trong xã hội hiện đại, nếu kéo dài sẽ gây đến những rối loạn về sức khỏe tâm thần về thể chất. Bạn cần gặp bác sĩ để nhận biết chính xác gốc rễ của vấn đề, từ đó mới chuẩn đoán được bệnh sớm và tìm được phương pháp điều trị phù hợp nhất.

Hi vọng bài viết này cung cấp cho bạn một cái nhìn tổng quan về giấc ngủ sinh lý bình thường và như thế nào là khó ngủ. Những bài viết tiếp theo sẽ đề cập đến những rối loạn tâm thần thường gây ra mất ngủ nhưmộng du,ác mộng…

Video chia sẻ các loại thuốc có thể dùng khi bị mất ngủ kéo dài:

Biên tập bởi:Dược sĩ Nguyễn Đắc Nhân

Xem thêm:

Những loại thảo dược trị mất ngủ phổ biến và hiệu quả

Táo nhân: Thuốc hay cho người mất ngủ

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/kho-tho-thanh-quan-dau-hieu-nguyen-nhan-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Thanh quản nằm ở đâu trên cơ thể?

2. Dấu hiệu của khó thở thanh quản

3. Nguyên nhân gây khó thở thanh quản

5. Điều trị khó thở thanh quản như thế nào?

Một trong những dấu hiệu nguy hiểm nhất liên quan đến đường thở chính là khó thở thanh quản. Nếu việc khó thở trở nặng có thể gây tử vong cho người bệnh ngay lập tức. Hãy cùng YouMed tìm hiểu khó thở thanh quản là gì? Nguyên nhân gây ra khó thở thanh quản? Cách điều trị khó thở thanh quản như thế nào?

Thanh quản nằm ngay chính giữa cổ. Nam giới có thể dễ dàng sờ thấy thanh quản vì nó lồi ra ngoài nhiều hơn so với nữ giới. Đây là vị trí mà dân gian vẫn gọi là “trái táo” ở cổ.

Nếu gọi thanh quản là chiếc hộp âm thanh thì dây thanh âm chính là bộ phận rung tạo nên âm thanh trong chiếc hộp đó. Ngoài chức năng tạo ra âm thanh, nó còn là đường dẫn không khí vào phổi.

Thanh quản là vị trí hẹp nhất của toàn bộ đường thở. Vậy nên, nếu có bất kỳ bất thường nào làm hẹp thanh quản sẽ khiến cho người bệnh khó hít được không khí vào, dẫn đến tình trạng khó thở. Dấu hiệu khó thở trong trường hợp này gọi là khó thở thanh quản.

Khi bệnh lý xảy ra ở mức độ nhẹ thì người bệnh chỉ thấykhó thởkhi hoạt động thể lực như leo cầu thang, chạy bộ,…

Khi bệnh diễn tiến nặng thì người bệnh có thể thấy khó thở ngay cả khi đang nằm nghỉ ngơi, không hoạt động gì. Quan sát những bệnh nhân này có thể thấy cổ và ngực lõm vào theo từng nhịp thở.

Một dấu hiệu điển hình hơn nữa của khó thở thanh quản làthở rít. Đã bao giờ bạn nghe tiếng gió thổi rít qua khe cửa hẹp chưa? Thanh quản cũng như một cánh cửa dẫn lối cho khí đi vào lồng ngực.

Nếu cánh cửa bị hẹp lại thì không khí hít vào cũng giống như gió rít qua khe cửa. Tiếng thở rít có thể nghe bằng tai thường hoặc bằng ống nghe của bác sĩ. Bệnh lý cũng có thể tác động đến chức năng tạo âm thanh của thanh quản. Vì vậy, dấu hiệu thường thấy đó làkhàn tiếng.

Khi thanh quản bị hẹp đến mức gần như tắc nghẽn hoàn toàn thì bệnh nhân sẽ có những dấu hiệu vô cùng nghiêm trọng. Báo hiệu tử vong như tím tái, kích động, đổ mồ hôi,…

Bao gồm tất cả những yếu tố bên ngoài thanh quản gây đè ép lên thanh quản như:

Khối u vùng cổ.

Khối mô viêm ở cổ.

Bướu tuyến giáp.

Chấn thương thanh quản: Chấn thương do đụng dập hoặc gây phù nề thanh quản như: tai nạn giao thông, tai nạn lao động…

Sẹo gây hẹp lòng thanh quản: sẹo xảy ra sau chấn thương, sau phẫu thuật ở thanh quản.

U thanh quản.

Viêm nhiễm thanh quản.

Do bị bệnh bạch hầu họng. Nguyên nhân do vi khuẩn bạch hầu. Đặc điểm của khó thở do bạch hầu là khó thở từ từ và tăng dần.

Hen suyễn.

Liệt khép dây thanh (dây thanh bình thường khép mở nhịp nhàng khi ta nói chuyện. Khi bị liệt khép, dây thanh không thể mở ra. Không khí không thể đi qua dễ dàng được).

Bất thường bẩm sinh gây hẹp lòng thanh quản.

Dị vật trong lòng thanh quản. Do hít phải thức ăn khi ăn như cơm, bột… Hoặc do hít phải các côn trùng sống khi đi rừng như: tắc te, vắt rừng. Đặc biệt là ở trẻ nhỏ. Vì vậy, cần chú ý trông nom và để ý các dấu hiệu lạ của trẻ.

Khó thở thanh quản chỉ là dấu hiệu của một bệnh lý tiềm ẩn bên dưới. Dấu hiệu khó thở chỉ là “phần nổi của một tảng băng trôi”.

Để trị dứt điểm khó thở thanh quản, cần phải tìm ra nguyên nhân bệnh lý gây ra nó. Vì vậy, điều trị sẽ bao gồm điều trị triệu chứng khó thở và điều trị bệnh lý tiềm ẩn.

Điều trị triệu chứng:Giúp làm giảm khó chịu cho bệnh nhân. Đây cũng là biện pháp cấp cứu cho những trường hợp tắc nghẽn quá nặng. Các phương pháp làm giảm tình trạng khó thở cho bệnh nhân bao gồm:

Sử dụng thuốc giảm viêm, thuốc làm giãn đường thở tạm thời.

Cung cấp thêm oxy qua các dụng cụ như dây thở đặt vào mũi, mặt nạ thở…

Trong những trường hợp quá nguy kịch, bác sĩ sẽ tiến hành phẫu thuật, mở một lỗ ngay trên cổ, phía dưới thanh quản, nhằm tạo một đường thở mới cho bệnh nhân.

Điều trị bệnh lý:Chỉ tiến hành sau khi đảm bảo bệnh nhân không còn trong tình trạng nguy kịch. Bệnh nhân sẽ cần thực hiện một số xét nghiệm để tìm ra bệnh lý gây khó thở. Từ đó đưa ra hướng xử trí giúp trị dứt điểm bệnh.

Khó thở thanh quảnlà báo hiệu cho ta biết rằng đường thở đang bị đe dọa. Hy vọng qua bài viết này, bạn đã hiểu rõ hơn bản chất của khó thở thanh quản. Nhận biết sớm được tình trạng này sẽ cứu người bệnh khỏi những ảnh hưởng nguy cấp, tác động trực tiếp đến tính mạng.

>> Một số bà mẹ khi mang thai rất thích siêu âm. Có ý kiến cho rằng: Siêu âm là quấy rầy thai nhi phát triển. Điều đó có đúng không? Bài viết sau sẽ trả lời rõ hơn về nhận định này:Siêu âm thai nhiều lần là tốt hay xấu?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/kho-tieu-chuc-nang/

Nội dung bài viết

Dấu hiệu của khó tiêu chức năng là gì?

Nguyên nhân gây khó tiêu chức năng là gì?

Yếu tố nguy cơ của khó tiêu chức năng gồm những gì?

Chẩn đoán khó tiêu chức năng bằng cách nào?

Điều trị chứng khó tiêu chức năng như thế nào?

Khó tiêu chức năng là thuật ngữ chỉ triệu chứng khó tiêu tái đi tái lại mà không có nguyên nhân. Nó còn được gọi là đau dạ dày không do loét hoặc khó tiêu không do loét. Khó tiêu chức năng khá phổ biến và có thể kéo dài. Làm thế nào để chẩn đoán và phòng ngừa chứng khó tiêu này? Hãy theo dõi bài viết dưới đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên để cùng tìm ra lời giải đáp.

Cảm giác nóng rát hoặc khó chịu vùng bụng trên hoặc vùng ngực dưới, giảm khi ăn hoặc dùng thuốc kháng acid.

Đầy hơi.

Ợ hơi.

Ăn mau no.

Buồn nôn.

Khó tiêu chức năng vẫn chưa rõ nguyên nhân. Nó được xem như một rối loạn chức năng. Nghĩa là không do bệnh lý hoặc rối loạn cụ thể nào gây ra.

Giới nữ.

Lớn tuổi.

Dùng thuốc giảm đau nhưaspirinvàibuprofen(Advil, Motrin IB).

Hút thuốc lá.

Lo âu hoặctrầm cảm.

Tiền căn bị lạm dụng thể chất hoặc tình dục khi còn nhỏ.

Khám lâm sàng và làm các xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân và loại trừ những bệnh lý khác có triệu chứng tương tự. Bao gồm:

Xét nghiệm máu. Giúp loại trừ các bệnh lý khác có triệu chứng tương tự.

Xét nghiệm tìm vi khuẩn HP. Vi khuẩn Helicobacter Pylori (H. pylori) có thể gây viêm loét dạ dày. Xét nghiệm tìm H. pylori bao gồm máu, phân và hơi thở.

Nội soi dạ dày. Ống nội soi sẽ được đưa xuống họng để quan sát thực quản, dạ dày và đoạn đầu ruột non (tá tràng). Đồng thời giúp sinh thiết mô tá tràng để xác định tình trạng viêm.

Xem thêm:Chứng khó tiêu: Nguyên nhân, điều trị, phòng ngừa

Khi khó tiêu chức năng kéo dài và không thể kiểm soát được bằng thay đổi lối sống. Tùy thuộc vào triệu chứng khó tiêu mà chọn lựa điều trị phù hợp.

Các loại thuốc giúp giảm triệu chứng khó tiêu bao gồm:

Thuốc giảm đầy hơi. Thuốc chứa simethicone có thể làm giảm khó tiêu bằng cách giảm lượng khí trong ruột.

Giảm tiết acid. Bao gồmcimetidine, famotidine và nizatidine.

Ức chế bơm proton. Giúp làm ngưng các bơm acid trong tế bào dạ dày. Từ đó giảm lượng acid được tiết ra. Các thuốc này bao gồmlansoprazole,omeprazolevàesopremazole.

Thuốc tăng trương lực cơ vòng thực quản. Giúp làm trống dạ dày nhanh và làm co thắt cơ vòng giữa thực quản và dạ dày. Giảm triệu chứngđau bụng.

Thuốc tăng tốc độ làm trống dạ dày. Thuốc metoclopramine (Reglan) dùng khi dạ dày căng chướng, thức ăn không xuống ruột được. Tuy nhiên, thuốc không có tác dụng với tất cả mọi người và có thể gây tác dụng phụ.

Chống trầm cảm liều thấp. Thuốc chống trầm cảm ba vòng và thuốc ức chế chọn lọc serotonin (SSRIs) dùng với liều thấp có thể ức chế hoạt động của nơ-ron thần kinh chi phối cơn đau.

Kháng sinh. Nếu xét nghiệm thấy có vi khuẩn H. pylori.

Liệu pháp hành vịgiúp làm giảm các triệu chứng không điều trị được bằng thuốc. Nhà trị liệu có thể hỗ trợ các kỹ thuật thư giãn, giảm stress trong cuộc sống để ngăn ngừa chứng khó tiêu tái phát.

Thay đổi chế độ ăn:

Ăn bữa nhỏ thường xuyên hơn. Dạ dày trống đôi khi có thể gây khó tiêu. Nếu dạ dày chỉ chứa acid thì bạn sẽ cảm thấy khó chịu nhiều hơn.

Tập ăn bữa nhẹ như bánh quy hoặc một miếng trái cây.

Tránh bỏ bữa.

Tránh ăn nhiều, ăn quá no.

Thường xuyên ăn bữa nhẹ.

Tránh thức ăn gây khó chịu. Một số loại thức ăn có thể gây khó tiêu, chẳng hạn như đồ cay và béo, đồ uống có ga, caffeine và cồn.

Nhai chậm và kỹ.

Giảm căng thẳng trong cuộc sống:

Các kỹ năng giảm stress trong cuộc sống có thể giúp kiểm soát triệu chứng tốt hơn.

Dành thời gian làm công việc yêu thích, như chơi thể thao hoặc tiêu khiển.

Liệu pháp thư giãn hoặc yoga.

Khó tiêu chức năngcó triệu chứng tương tự như viêm loét dạ dày, chẳng hạn như đau, khó chịu vùng bụng trên, đầy hơi, ợ hơi, buồn nôn. Ngoài ra, nếu bạn có các dấu hiệu cảnh báo như nôn ra máu, tiêu phân đen, khó thở, sụt cân không rõ nguyên nhân – thường do nguyên nhân cấp tính – hãy đi khám ngay để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/kho-dam-va-nhung-thong-tin-thu-vi-danh-cho-ban-doc/

Nội dung bài viết

Khổ dâm là gì?

Phân loại khổ dâm

Những hình thức khổ dâm

Những hậu quả có thể xảy ra do chứng masochism

Nguyên nhân của xu hướng masochism

Khổ dâm có phải là bệnh?

Điều trị khổ dâm như thế nào?

Khổ dâm là một trong những thuật ngữ liên quan đến tình dục khá phổ biến. Thuật ngữ này đã xuất hiện từ lâu, và đã có rất nhiều người mang bản chất này. Tuy nhiên, đối với những bạn trẻ chưa có kinh nghiệm thì vẫn chưa biết nó là như thế nào. Bài viết sau đây của bác sĩ Nguyễn Lâm Giang sẽ giúp bạn đọc hiểu rõ hơn về xu hướng tình dục này.

Khổ dâm có tên tiếng Anh là Masochism. Đây là một hình thức quan hệ tình dục mang tính chất không bình thường, được quy vào nhóm lệch lạc tình dục. Theo đó, người mắc chứng này chỉ cảm thấy hứng thú với tình dục cao độ khi bị người khác hành hạ. Cũng như là làm họ đau đớn, đánh đấm hoặc chửi rủa.

Xu hướng tình dục này ngược lại với bạo dâm. Bạo dâm là xu hướng khoái cảm tình dục khi hành hạ bạn tình, làm cho bạn tình khổ sở, đau đớn. Nói chung, cả khổ dâm và bạo dâm đều là những xu hướng tình dục bất thường, lệch lạc.

Masochism có nguồn gốc từ tên của một văn sĩ người Áo, chính là Sacher Masoch. Trong những tác phẩm của mình, ông đã miêu tả các hoạt động tình dục bất thường mang đặc điểm của xu hướng tình dục masochism. Vì vậy, mãi về sau, mọi người đã lấy tên của ông để đặt tên cho xu hướng bất thường về tình dục này.

Masochism được chia thành 2 loại, thuộc 2 giới tính cơ bản:

Masochism ở nữ: Người chịu sự hành hạ chính là nữ giới. Trong hoạt động quan hệ tình dục, người nữ sẽ bị trói lại để hành hạ.

Masochism nam: Có tên tiếng Anh là Cock and ball torture, viết tắt là CBT. Người nam sẽ tìm thấy khoái cảm tình dục thông qua việc tra tấn bộ phận sinh dục nam. Bao gồm dương vật, tinh hoàn và có cả ống tiểu.

Tuy nhiên, do hiện nay, cộng đồng LGBT ngày càng trở nên phổ biến. Vì thế nên có thêm một loại hình masochism nữa. Đó chính làkhổ dâmdành cho giới tính thứ ba. Có thể là masochism giữa nam với nam, nữ với nữ, giữa những người chuyển giới,…

Xem thêm:Kích thích điểm G giúp nàng lên đỉnh

Dù được phân loại theo nhóm nào đi nữa thì masochism vẫn mang những đặc điểm rất giống nhau. Đó chính là hoạt động tình dục giữa hai người (hoặc có  thể nhiều hơn). Theo đó, những hành động như đấm đá, truyền điện vào người, chửi rủa,… sẽ được thực hiện. Mục đích là để tạo ra khoái cảm tình dục cho người bị hành hạ.

Những hành động có thể xuất hiện khi quan hệ tình dục theo xu hướng masochism bao gồm:

Là cách quan hệ tình dục mà cơ quan sinh dục của người chịu khổ dâm sẽ bị đánh, đá, bóp, kích điện…. Hình thức này phổ biến trong quan hệ tình dục ở phương Tây. Vật dụng được sử dụng có thể là: dùi cui, gậy, roi mây, bộ kích điện,…

Đây là một phần nhỏ trong masochism. Khi ấy, những dụng cụ sextoy cho nam và nữ được sử dụng để làm căng da ở cơ quan sinh dục. Nếu sử dụng trong một thời gian dài, da ở bộ phận này sẽ ngày càng giãn ra. Dụng cụ này không những gây cảm giác khoái cảm mà còn ngăn sự xuất tinh sớm.

Đây là những dụng cụ nhằm bắt người masochism phải quỳ trong một thời gian dài. Dụng cụ này thường được sử dụng cho nam. Nó được dùng để cố định tinh hoàn. Đồng thời hỗ trợ đối phương có thể dễ dàng thực hiện nhiều động tác làm cho tinh hoàn được kích thích hơn.

Các dụng cụ kẹp có thể được sử dụng trong quan hệ masochism. Khi ấy, những chiếc kẹp sẽ được gắn lên vú, mông hoặc cơ quan sinh dục. Mục đích là gây nên cảm giác đau đớn và tạo sự khoái cảm cho bạn tình.

Đây là một trong những hình thức được sử dụng khá phổ biến của masochism. Một dụng cụ dùng để bịt miệng, bịt mắt đối phương sẽ được sử dung, Khi đó, người còn lại sẽ đánh đập, hành hạ trong khi người chịukhổ dâmkhông nhìn thấy gì.

Hình thức quan hệ theo kiều masochism có thể gây ra những hậu quả sau:

Hình thành vết thương trên cơ thể và tại cơ quan sinh dục.

Viêm nhiễm ở cơ quan sinh dục.

Gây cảm giác đau đớn kéo dài sau khi đạt cực khoái.

Tắc nghẽn mạch máu tại cơ quan sinh dục. Hậu quả nguy hiểm hơn là hoại tử tại chỗ.

Ảnh hưởng đến thị lực.

Gây bỏng nặng.

Lây lan các bệnh truyền nhiễm qua quan hệ tình dục. Chẳng hạn nhưlậu,giang mai,HIV, mụn rộp sinh dục, sùi mào gà,…

Thậm chí có thể dẫn đến vô sinh.

Những lý do giải thích nguyên nhân của xu hướng lệch lạc này thường xoay quanh những trải nghiệm ám ảnh trong quá khứ. Hoặc đã từng bị lạm dụng tình dục nhiều lần khi người đó còn nhỏ.

Ngoài ra, nhiều nhà khoa học còn cho rằng nguyên nhân của xu hướng khổ dâm là do những bệnh lý về não. Chẳng hạn như chấn thương não, nhồi máu não. Hoặc một số bệnh tâm thần nhưtâm thần phân liệt, rối loạn nhân cách.

Một số giả thuyết lại cho rằng những người có xu hướng masochism là vì họ nhiều lần phải kìm chế nhu cầu tình dục bất thường của mình. Tuy nhiên, những lý giải trên chỉ là các giả thuyết chưa được công nhận. Hiện nay, chưa có một nguyên nhân rõ ràng để lý giải cho sở thích tình dục lạ lùng này.

Xem thêm:Rối loạn nhân cách: Bạn đã hiểu đúng về tình trạng này chưa?

Theo các chuyên gia tâm lý,khổ dâmlà một dạng bệnh tâm thần. Nó là một xu hướng tình dục lệch lạc. Nói chung là gây ra nhiều tiêu cực hơn là tích cực. Mặc dù nó có thể giúp chúng ta thỏa mãn nhu cầu, giải tỏa căng thẳng, stress. Nhưng hầu hết các trường hợp, quan hệ tình dục theo xu hướng này gây chấn thương, viêm nhiễm rất tệ hại.

Theo thống kê ở Việt Nam và trên thế giới, đã có nhiều trường hợp masochism gây nên những hậu quả đáng tiếc. Đó là người thíchkhổ dâmphải nhập viện điều trị, thậm chí là tử vong do những hành động thái quá.

Hiện nay, nguyên nhân chính xác của masochism cũng như sodism vẫn chưa được xác định rõ ràng. Những nghiên cứu chỉ dừng lại ở mức giả thuyết và các yếu tố nguy cơ. Chính vì vậy, việc điều trị chứng bạo dâm cũng như khổ dâm còn khá hạn chế.

Xem thêm:Làm cách nào để quan hệ tình dục nhưng không mang thai?

Theo BS Nguyễn Khắc Lợi – Trưởng khoa Nam học thuộc bệnh viện Nam học và Hiếm muộn Hà Nội, yếu tố tâm lý chính là nguyên nhân chủ đạo. Ngoài ra, khổ dâm còn xuất phát từ những rối loạn tâm thần đã từng xảy ra trong quá khứ.

Chính vì vậy, việc điều trị đầu tiên là giải quyết những bệnh lý thuộc chuyên khoa Tâm thần kinh. Một phác đồ điều trị cụ thể sẽ được xây dựng nhằm giải quyết các bệnh lý như:

Trầm cảm.

Lo âu, mất ngủ.

Stress, rối loạn stress sau sang chấn.

Rối loạn nhân cách.

Tâm thần phân liệt.

Những nhóm thuốc chống loạn thần, giải lo âu, điều trị trầm cảm,… sẽ được chọn lựa. Tuy nhiên, người bệnh nên nhập viện để các bác sĩ theo dõi sát sao. Đồng thời chọn loại thuốc hiệu quả nhất để điều trị.

Bên cạnh việc điều trị bằng thuốc thì tâm lý liệu pháp cũng cần phải kết hợp. Mục đích là để hoàn thiện hơn công tác điều trị bệnh. Người mắc chứng masochism nên đến gặp các chuyên gia tâm lý để được giải thích chi tiết về những rối loạn mà mình mắc phải.

Đồng thời, các chuyên gia tâm lý sẽ đưa ra cho người bệnh những hướng xử trí phù hợp. Chẳng hạn như nghe nhạc, xem những phim tình cảm nhẹ nhàng, cách kìm chế khi quan hệ,…

Người có xu hướng khổ dâm nên tham gia nhiều hoạt động văn hóa, nghệ thuật. Đồng thời nên giao lưu với bè bạn nhiều hơn. Mục đích là để được chia sẻ, tư vấn, tâm sự về xu hướng tình dục lệch lạc của mình. Từ đó, người bệnh sẽ thay đổi dần suy nghĩ và sửa đổi xu hướng tình dục.

Hy vọng qua những thông tin mà bài viết đã cung cấp, bạn đọc sẽ hiểu rõ hơn về chứngkhổ dâm. Từ đó, nếu phát hiện mình hoặc người quen mắc chứng này, các bạn sẽ có hướng xử trí phù hợp. Mục đích là bảo vệ họ cũng như góp phần gìn giữ hạnh phúc gia đình.

Quan hệ 3 phút có phải yếu sinh lý? Các tác nhân gây yếu sinh lý ở nam giới. Khám phá ngay video bên dưới.

Biên tập bởi:ThS.BS Trần Quốc Phong

Biên tập bởi:ThS.BS Trần Quốc Phong

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/khop-can-sau-nguyen-nhan-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Khớp cắn sâu là gì?

Phân biệt cắn sâu, cắn chìa, cắn ngược

Nguyên nhân dẫn đến cắn sâu

Các mức độ nghiêm trọng của tình trạng này

Biến chứng của tình trạng cắn sâu

Các cách điều trị

Cắn sâu quá mức (hay còn gọi là khớp cắn sâu) là một tình trạng răng miệng cực kỳ phổ biến. Tình trạng cắn sâu ở mức độ nhẹ đến trung bình ít gây nguy cơ biến chứng thường không cần điều chỉnh. Tuy nhiên, đối với trường hợp nặng hay vì lý do thẩm mỹ mong muốn khắc phục tình trạng này để mang lại nụ cười hoàn thiện hơn. Việc khắc phục tình trạng cắn sâu quá mức khi trưởng thành có thể cần thêm một chút thời gian và sự kiên nhẫn vì hàm đã phát triển đầy đủ. Tuy nhiên, có một số lựa chọn điều trị hiệu quả cho mọi người ở mọi lứa tuổi. Bài viết sau của Bác sĩ Trương Mỹ Linh sẽ giúp bạn hiểu thế nào là khớp cắn sâu, nguyên nhân gây ra nó và các cách điều trị hiệu quả nhất.

Độ cắn sâu được xác định bằng tỉ lệ phủ lên bề mặt của răng cửa hàm trên so với răng cửa dưới theo chiều đứng. Độ cắn sâu bình thường là 2 -3 mm. Cắn sâu tăng khi vượt quá mức này.

Khi độ cắn sâu gia tăng góp phần tạo nên sự bất thường của khớp cắn hoặc là kết quả của sai lệch khớp cắn. Trường hợp này thường gặp ở những người có răng chen chúc, khấp khểnh; hoặc có sự bất tương xứng giữa kích thước, vị trí xương hàm và răng.

Cắn sâu xuất hiện trong sai khớp cắn hạng II.  Dạng sai lệch này phổ biến nhưng ít hơn so với dạng sai lệch loại I (răng cửa mọc chen chúc).

Bác sĩ chỉnh nha đo lường mức độ cắn sâu trên tỷ lệ phần trăm che lấp giữa răng trên và dưới. Cắn sâu quá mức có thể là 30%, 50% hoặc 100%. Tỷ lệ phần trăm càng lớn thì tình trạng cắn sâu càng nghiêm trọng và cần phải điều trị phức tạp hơn.

Phần lớn các tình trạng hô móm có thể được điều trị thành công chỉ với sự can thiệp chỉnh nha thích hợp: đôi khi, một số tình trạng hô móm nặng có thể yêu cầu phẫu thuật răng miệng để đạt được kết quả tốt nhất, ngoài việc chăm sóc chỉnh nha.

Cắn chìa:

Khi có một khoảng trống nằm ngang giữa răng cửa trên và răng cửa dưới (đôi khi người ta gọi đây là “răng nhô”). Những người bị cắn chìa quá mức có thể cũng sẽ bị cắn sâu quá mức.

Cắn ngược:

Khi răng cửa trên nằm ở vị trí phía sau răng cửa phía dưới khi miệng khép lại, thay vì phía trước như trong khớp cắn bình thường. Một thuật ngữ khác của là cắn chéo, được sử dụng khi các răng phía sau của hàm trên nằm lệch về mặt lưỡi hơn so với răng hàm dưới.

Nguyên nhân dẫn đến tình trạng này có thể do di truyền; hoặc do bất thường trong quá trình phát triển (các thói quen xấu như: đẩy lưỡi; sử dụng núm vú giả quá mức hoặc mút ngón tay). Hoặc do sự kết hợp cả hai nguyên nhân. Xương bị chèn ép quá mức là kết quả của việc xương hàm phát triển không đều, khiến răng và hàm phát triển không đúng cách.

Do xương hàm

Nguyên nhân phổ biến nhất gây ra tình trạng quá mức là do kích thước và hình dạng của răng và hàm của trẻ (di truyền). Kích thước hàm có thể quá lớn hoặc quá ít khoảng trống để có thể răng sắp xếp đúng cách. Nếu không được điều trị, dạng sai lệch này cũng có thể dẫn đến tình trạng răng chen chúc, răng khấp khểnh hoặc răng thưa.

Do răng

Những thói quen thời thơ ấu liên quan đến việc đẩy lưỡi vào mặt sau của răng cửa có thể gây ra tình trạng cắn sâu. Các thói quen này bao gồm việc: sử dụng núm vú giả và bình sữa trong thời gian dài; mút ngón tay và tật đẩy lưỡi. Nếu trẻ đã có sẵn cắn sâu do di truyền, những thói quen này có thể làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh.

Mất răng sữa sớm mà không được phục hình, có thể bị dẫn đến lệch lạc.

Rối loạn nhịp thở, chẳng hạn như ngưng thở khi ngủ, cũng có liên quan đến dạng sai khớp cắn này.

Ở mọi lứa tuổi, thói quen cắn móng tay và nhai các vật cứng có thể dẫn đến tình trạng cắn sâu.

Nghiến răng quá mức là một trong những nguyên nhân dẫn đến cắn sâu. Tình trạng này làm cho răng dưới chạm vào vòm khẩu cái phía sau răng trên khi ngậm miệng; làm tổn thương xương xung quanh răng cửa trên. Điều này có thể dẫn đến mất răng cửa trên và / hoặc chấn thương răng quá mức.

Tình trạng cắn sâu nên được điều trị càng sớm càng tốt. Nếu trẻ em không được điều trị sớm, nhiều khả năng sẽ phải phẫu thuật hàm khi trưởng thành. Theo thời gian, bạn cũng có thể bị đau dữ dội, các vấn đề về hàm và tình trạng răng miệng.

Tăng nguy cơ sâu răng

Trẻ em, thanh thiếu niên và người lớn có tình trạng cắn sâu; có nhiều khả năng bị sâu răng hơn. Điều này là do men răng bị mòn nhanh hơn, tạo môi trường hoàn hảo cho sâu răng hình thành.

Tăng nguy cơ mắc bệnh nướu răng

Trong tình trạng răng trước cắn sâu nghiêm trọng, các răng cửa dưới thường tiếp xúc với đường viền nướu ở mặt sau của răng cửa trên. Điều này có thể dẫn đến tình trạng tụt nướu. Đó là khi mô nướu di chuyển về phía chóp răng và để lộ nhiều chân răng hơn. Bệnh nướu răng, chẳng hạn như viêm nướu hoặc bệnh nha chu, có nhiều khả năng phát triển hơn.

Đau hàm dữ dội & rối loạn thái dương hàm (TMJ)

TMJ gây ra đau dữ dội và rối loạn chức năng ở hàm và các cơ kiểm soát chuyển động của hàm. Nếu không điều trị cắn sâu quá mức, TMJ có thể hình thành theo thời gian. Các triệu chứng phổ biến bao gồm: đau hàm, cổ và mặt, cứng khớp, đau đầu và đau tai.

Khó khăn khi nhai, nói và nuốt.

Đau đầu dữ dội và khó chịu.

Răng khấp khểnh và thay đổi cấu trúc miệng.

Việc lựa chọn loại điều trị phụ thuộc vào: độ tuổi của bệnh nhân, mức độ nghiêm trọng của tình trạng lệch lạc và nguyên nhân do xương hay răng. Việc khắc phục tình trạng cắn sâu quá mức càng sớm thì càng ít có khả năng phát triển:sâu răng, bệnh nướu răng và TMJ. Các chuyên gia chỉnh nha khuyên rằng nên đợi cho đến khi trẻ được bảy tuổi mới tìm cách điều trị (khi răng sữa bắt đầu rụng và răng vĩnh viễn mọc lên). Người lớn vẫn có thể điều trị nhưng các lựa chọn bị hạn chế vì răng và hàm đã phát triển đầy đủ. Tùy thuộc vào từng bệnh nhân, phẫu thuật thường là cần thiết cho người lớn.

Nhổ răng

Nhổ răng sữa là một lựa chọn điều trị phổ biến cho trẻ nhỏ. Nếu trẻ có hàm nhỏ hơn, nhổ răng sẽ tạo chỗ cho răng vĩnh viễn mọc thẳng hàng. Các bác sĩ chỉnh nha không khuyến khích loại bỏ răng vĩnh viễn ở người lớn. Mặc dù, trong những trường hợp nghiêm trọng, có thể cần phải nhổ răng để cho phép răng di chuyển dễ dàng.

Niềng răng mắc cài

Niềng răng mắc cài giúp điều trị thành công hầu hết các tình trạng hô, móm. Các khí cụ chỉnh nha này tạo áp lực nhẹ nhàng để điều chỉnh các răng vào vị trí thẳng hàng chính xác. Điều trị niềng răng kéo dài từ 18 tháng đến ba năm. Việc sử dụng khí cụ bổ trợ trong miệng (thiết bị Herbst) kết hợp với niềng răng, cũng rất phổ biến.

Niềng răng khay trong suốt

Nếu bạn đang tìm kiếm một lựa chọn điều trị thẩm mỹ hơn thì niềng răng bằng khay trong suốt có thể là một lựa chọn tốt cho bạn.  Tham khảo nha sĩ của bạn để xem liệu bạn có phù hợp với điều trị này hay không.

Khí cụ ngoài mặt Headgear

Ngoàiniềng răng, mũ đội đầu headgear có thể cần thiết trong việc điều trị cắn sâu.  Loại mũ này bao gồm một dây đeo quanh cổ và gắn vào mắc cài của bệnh nhân. Thiết bị giúp giữ răng và hàm trên của bệnh nhân ở đúng vị trí trong khi hàm dưới dịch ra phía trước.

Phẫu thuật hàm (Phẫu thuật chỉnh hình)

Phẫu thuật hàm là lựa chọn điều trị phức tạp và tốn kém nhiều chi phí. Những người trưởng thành bị hô quá mức và hàm phát triển đầy đủ thường phải phẫu thuật.  Phẫu thuật chỉnh hình sẽ bao gồm các bước như: khám, chụp X-quang và gây mê toàn thân. Sau đó xương hàm sẽ được bác sĩ phẫu thuật răng miệng cắt, tạo hình và định vị lại. Đây là loại phẫu thuật nhằm mục đích chỉnh hình; cần điều trị phối hợp giữa bác sĩ chỉnh nha và bác sĩ phẫu thuật răng miệng.

Ngoài việc tốn kém, nó cũng có thể mất vài tháng để phục hồi. May mắn thay, hầu hết các trường hợp khớp cắn sâu không cần phẫu thuật và có thể được xử lý hiệu quả bằng cách sử dụng một trong các điều trị trên.

Khí cụ duy trì

Mặc dù những khí cụ duy trì không thể sửa chữa được tình trạng cắn sâu quá mức; nhưng chúng rất quan trọng để duy trì kết quả sau khi đã điều trị cắn sâu bằng chỉnh nha. Dù niềng răng mắc cài hay máng trong suốt, bạn sẽ được bác sĩ yêu cầu đeo các khí cụ để duy trì kết quả điều trị. Bác sĩ chỉnh nha sẽ hẹn bạn tái khám sau 6 tháng để theo dõi kết quả của bạn. Hãy chắc chắn rằng bạn luôn sử dụng khí cụ duy trì đúng cách để tình trạng cắn sâu quá mức không tái phát trở lại.

Khớp cắn sâucó nguy cơ gây ra nhiều vấn đề răng miệng và thẩm mỹ. Tuy nhiên, với sự trợ giúp của các phương pháp điều trị nha khoa như: chỉnh nha, phẫu thuật,… vấn đề này hầu như sẽ được khắc phục. Tốt nhất việc điều trị nên được tiến hành càng sớm càng tốt để tránh được hậu quả của tình trạng khớp cắn sâu kéo dài. Trong mọi trường hợp, bạn nên tham khảo ý kiến của nha sĩ để xác định kế hoạch điều trị tốt nhất cho bạn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/kinh-nguyet-keo-dai/

Nội dung bài viết

Hiện tượng kinh nguyệt kéo dài 10 – 15 ngày

Các nguyên nhân gây ra kinh nguyệt kéo dài

Kinh nguyệt kéo dài được chẩn đoán như thế nào?

Các phương pháp điều trị kinh nguyệt kéo dài

Chu kỳ kinh nguyệt thay đổi đôi khi là biểu hiện của sinh lý bình thường. Nhưng đôi khi đó cũng là gợi ý cho những bệnh lý nguy hiểm ở phụ nữ. Trong số đó phải kể đến kinh nguyệt kéo dài, chiếm khoảng 5% phụ nữ. Vậy kinh nguyệt kéo dài có nguy hiểm không? Cùng tìm hiểu bài viết này để biết thêm các nguyên nhân, cách chẩn đoán và điều trị nhé!

Bình thường, người phụ nữ sẽ hành kinh từ ba đến bảy ngày. Khi hành kinh trên 7 ngày được coi là kinh nguyệt kéo dài. Bác sĩ có thể gọi hành kinh trên 1 tuần làrong kinh. Bạn cũng có thể được chẩn đoán bị rong kinh nếu máu kinh chảy ra nhiều hơn bình thường mặc dù dưới 1 tuần.1

Kinh nguyệt kéo dài là gợi ý cho các bệnh lý nguy hiểm

Rong kinh có thể gây khó chịu cũng như làm thay đổi thói quen sinh hoạt thường ngày của bạn. Khi kinh nguyệt của bạn kéo dài thường xuyên, và lượng máu kinh nhiều thì có thể bạn sẽ bị thiếu máu, thiếu sắt. Lúc này, bạn cần đi khám bác sỹ để tìm ra nguyên nhân.

Những thay đổi nội tiết tố hoặc quá trình rụng trứng có thể gây ra kinh nguyệt kéo dài. Những biểu hiện này thường gặp ở những kỳ kinh đầu tiên khi bắt đầu dậy thì hoặc ở giai đoạn tiền mãn kinh. Bên cạnh đó, rối loạn tuyến giáp hoặchội chứng buồng trứng đa nangcũng có thể gây ra sự kéo dài của chu kỳ kinh.

Khi có bất thường nội tiết tố hay không rụng trứng trong chu kỳ kinh nguyệt, niêm mạc tử cung có thể trở nên rất dày. Và khi lớp niêm mạc đó rụng đi, bạn cũng hành kinh lâu hơn.

U xơhoặc polyp tử cung có thể dẫn đến kinh nguyệt kéo dài. Đôi khi triệu chứng diễn ra rất nặng nề.

U xơ xảy ra khi các mô cơ bắt đầu phát triển trong thành tử cung. Polyp cũng là kết quả của sự phát triển không đều của các mô trong tử cung và khiến các khối u nhỏ phát triển. Tuy nhiên, nên nhớ rằng không phải u xơ hay polyp nào cũng là ác tính.

Lạc nội mạc tử cunglà một dạng tích tụ mô khác trong tử cung. Tình trạng này xảy ra khi nội mạc tử cung, hoặc niêm mạc tử cung tự chui vào các cơ của tử cung. Điều này có thể dẫn đến kinh nguyệt kéo dài hoặc nặng nề. Bên cạnh đó, bạn còn có thể có các triệu chứng như đau bụng kinh nặng nề và cảm thấy tì đè vùng bụng dưới.

Mặc dù thực tế không phải là máu kinh nhưng chảy máu âm đạo kéo dài có thể là dấu hiệu của bất thường trong thai kỳ. Thường gặp nhất phải kể đến là mang thai ngoài tử cung hoặc sẩy thai.

Đối với một thai kỳ bình thường, chảy máu kéo dài là có thể là biểu hiện của nhau tiền đạo. Vì vậy, nếu bạn đã thử thai dương tính và đang bị chảy máu âm đạo, bạn cần đến ngay cơ sở y tế để được tư vấn.

Trong một số trường hợp, thuốc có thể làm cho kỳ kinh nguyệt của bạn kéo dài hơn.

Các loại thuốc thường gây ra triệu chứng này như:

Các biện pháp tránh thai, chẳng hạn như dụng cụ tử cung và thuốc tránh thai kéo dài.

Aspirin và các thuốc chống đông khác.

Các loại thuốc kháng viêm.

Cường giáplà bệnh lý khi tuyến giáp của bạn hoạt động quá mức. Điều đó gây ra những thay đổi nội tiết tố cơ thể. Từ đó dẫn đến kinh nguyệt của bạn kéo dài hơn bình thường. Việc quan trọng là bạn phải được chẩn đoán và điều trị sớm để cải thiện chu kỳ kinh nguyệt của mình.

Các bệnh lý rối loạn đông máu toàn thân có thể gây ra kinh nguyệt kéo dài. Hai trong số bệnh lý thường gặp này là bệnh Hemophillia và bệnh Von Willebrand. Kinh nguyệt kéo dài có thể là dấu hiệu duy nhất của một trong những bệnh lý này hoặc có thể có các triệu chứng khác.

Thừa cân có thể gây ra kéo dài thời gian hành kinh. Đó là bởi các mô mỡ có thể khiến cơ thể bạn sản xuất nhiều estrogen hơn. Lượng estrogen dư thừa này có thể dẫn đến sự thay đổi trong kỳ kinh của bạn.

Vì vậy, luyện tập thể dục thể thao thường xuyên và có chế độ ăn hợp lý không những giúp chị em có thân hình thon thả mà còn có một sức khỏe tốt.

Các bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu xảy ra khi vi khuẩn lây nhiễm sang cơ quan sinh sản của bạn. Ngoài những thay đổi đối với chu kỳ kinh nguyệt của bạn, các bệnh lý này cũng có thể dẫn đến tiết dịch âm đạo bất thường và các triệu chứng khác.

Nếu kinh nguyệt diễn ra dài hơn trong một thời gian dài thì có thể đó là dấu hiệu của ung thư trong tử cung hoặc cổ tử cung. Đây có thể là một trong những triệu chứng sớm nhất của các bệnh lý ung thư này. Vì vậy, phụ nữ trên 35 tuổi thường xuyên đi tầm soát cổ tử cung để được chẩn đoán và điều trị sớm nhất.

Nên đi khám ngay lập tức nếu bị sốt cao, mất một lượng máu lớn hoặc xuất hiện cục máu đông lớn. Dấu hiệu cho thấy bạn đang mất nhiều máu là bạn cần thay băng vệ sinh từ 1 – 2 lần/giờ hoặc trong vài giờ.5Bạn cũng có thể bắt đầu cảm thấy chóng mặt, khó chịu nếu mất nhiều máu.

Bác sĩ sẽ hỏi bạn về các triệu chứng liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt. Các thông tin bác sĩ thường hỏi bao gồm:

Kỳ kinh của bạn bắt đầu từ khi nào?

Bạn đã sử dụng bao nhiêu băng vệ sinh trong 1 ngày hành kinh?

Hoạt động tình dục của bạn như thế nào?

Bạn đang có triệu chứng nào khác không?

Tiền sử bệnh lý của bạn và gia đình.

Sau đó, bác sĩ sẽ thực hiện thăm khám và có thể đề xuất một số xét nghiệm để củng cố chẩn đoán, bao gồm:6

Xét nghiệm máu để kiểm tra nồng độ hormone và cũng để tìm các dấu hiệu thiếu sắt.

Xét nghiệm Pap.

Sinh thiết cổ tử cung.

Siêu âm bụng hoặc siêu âm đầu dò qua âm đạo.

Nội soi tử cung.

Siêu âm bơm nước buồng tử cung.

Từ quá trình thăm khám trên, bác sĩ sẽ có được nguyên nhân và lên kế hoạch điều trị cho bạn.

Tùy theo nguyên nhân, bác sĩ lựa chọn những phương pháp điều trị khác nhau. Mục tiêu của việc điều trị là: giảm lượng máu kinh hiện tại, điều hòa kinh nguyệt hoặc giảm bớt các triệu chứng khác đi kèm.6

Phương pháp này có thể điều chỉnh kỳ kinh nguyệt của bạn và rút ngắn nó trong tương lai. Có nhiều dạng ngừa thai bằng nội tiết tố: thuốc uống, que cấy tránh thai và đặt vòng âm đạo.

Bác sĩ sẽ cho bạn các loại thuốc giảm đau nếu bạn có triệu chứng này trong thời gian dài. Những loại thuốc chống viêm không steroid, chẳng hạn như cataflam,ibuprofenthường được chỉ định.

Trong một số trường hợp, phẫu thuật có thể hiệu quả để giảm bớt tình trạng kinh nguyệt kéo dài. Việc nong và nạo có thể làm mỏng lớp màng trong tử cung của bạn. Từ đó, lượng máu chảy ra trong kỳ kinh nguyệt cũng ít đi, kỳ kinh cũng ngắn lại.

Nếu không còn tính đến chuyện có con hoặc đã đủ con, bác sĩ có thể đề nghị bạn cắt bỏ nội mạc tử cung hoặc cắt bỏ tử cung. Những thủ thuật này có thể làm giảm thời gian hành kinh, nhưng cũng loại bỏ khả năng mang thai.

Các biến chứng của kinh nguyệt kéo dài.

Việc trì hoãn chẩn đoán có thể dẫn đến phải sử dụng các biện pháp chẩn đoán và điều trị xâm lấn hơn.

Ngoài ra, nếu chu kỳ kinh nguyệt kéo dài gây mất máu nhiều hơn, bạn có thể có nguy cơ bị thiếu máu. Điều này có thể gây ra cho bạn cảm giác mệt mỏi và suy nhược cơ thể.

Kinh nguyệt kéo dài gây ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của bạn. Dẫn đến hoạt động, sinh hoạt đời sống cũng bị thay đổi.

Kinh nguyệt kéo dàilà một dạng rối loạn kinh nguyệt. Hiện tượng này có thể là dấu hiệu gợi ý cho những bệnh lý sản phụ khoa hoặc của toàn cơ thể. Vì vậy, hãy theo dõi chu kỳ kinh nguyệt của mình và tìm gặp bác sĩ khi có những bất thường. Chúc chị em phụ nữ sẽ thật vui, khỏe và thành công trong công việc và cuộc sống!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/lang-ben-co-chua-duoc-khong/

Nội dung bài viết

1. Bệnh lang ben là gì?

2. Nguyên nhân gây bệnh lang ben?

3. Triệu chứng của bệnh lang ben?

4. Chẩn đoán bệnh lang ben?

5. Điều trị bệnh lang ben?

6. Phòng ngừa bệnh lang ben?

Lang ben là bệnh nấm da thường gặp. Tuy đây là căn bệnh không gây ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe tổng quát nhưng làm cho làn da trở nên không đều màu rất mất thẩm mỹ. Vậy lang ben có chữa được không? Cùng tìm hiểu qua bài viết sau của Bác sĩ da liễu Nguyễn Thị Ngọc Hiền nhé!

Lang ben là bệnh nấm ở da, gây ra bởi vi nấm Pityrosporum orbiculare. Bình thường vi nấm này có mặt và sống chung hòa bình với các loại vi khuẩn thường trú khác ở trên da. Khi có các yếu tố thuận lợi, các vi nấm này bùng phát và gây ra triệu chứng của bệnh lang ben.

Như chúng ta đã biết, vi nấm Pityrosporum orbiculare chính là thủ phạm gây ra bệnh lang ben. Nhưng không phải tự nhiên mà các vi nấm này bùng phát và làm da tổn thương. Khi cơ thể của chúng ta hiện diện những yếu tố thúc đẩy, sẽ tạo cơ hội khiến vi nấm phát triển và gây bệnh. Các yếu tố thúc đẩy đó vi nấm gây bệnh bao gồm:

Thời tiết nóng ẩm: bệnh lang ben rất hay gặp ở các nước khí hậu nhiệt đới và bệnh thường xuất hiện vào mùa hè nóng bức.

Tăng tiết mồ hôi: những đối tượng có cơ địa tiết nhiều mồ hôi cơ thể sẽ dễ mắc phải lang ben hơn.

Suy giảm miễn dịch: những bệnh lý như cúm, sởi, HIV… khiến cho hệ miễn dịch của cơ thể suy giảm, từ đó tạo điều kiện thuận lợi cho vi nấm bùng phát và gây bệnh.

Các trường hợp thay đổi nội tiết. Đặc biệt ở thanh thiếu niên trong độ tuổi dậy thì, phụ nữ mang thai hoặc bổ sung nội tiết tố ở phụ nữ mãn kinh khiến cho bệnh lang ben dễ bùng phát.

Vệ sinh cá nhân kém: những ai sống trong môi trường nóng ẩm, thường xuyên tiết mồ hôi mà không có thói quen vệ sinh cơ thể sạch sẽ rất dễ mắc lang ben.

Biểu hiện bệnh lang ben bao gồm:

Ban đầu xuất hiện các dát, chấm nhỏ có màu đỏ, màu hồng nâu hoặc màu trắng. Những dát này làm cho da của cơ thể không đều màu.

Lúc mới xuất hiện, các dát này thường nhỏ, ở vị trí rải rác trên cơ thể. Sau đó, các dát này lớn lên, lan rộng ra và liên kết với nhau thành các mảng lớn.

Trên các dát và mảng tổn thương này có vảy nhỏ, mịn và có thể bong ra dễ dàng khi cạo.

Vị trí thường gặp là cổ, ngực, lưng và hai cánh tay. Tuy nhiên có thể gặp ở bất cứ vị trí nào trên cơ thể.

Da bị lang ben có thể bị ngứa, nhất là khi ra nhiều mồ hôi.

Bệnh lang ben rất dễ lây qua đường tiếp xúc da trực tiếp hoặc gián tiếp. Qua đồ dùng cá nhân như dùng chung quần áo, khăn mặt, khăn tắm, dao cạo râu…

Để chẩn đoán chính xác bệnh lang ben, chúng ta phải dựa vàotriệu chứngvà cácxét nghiệm.

Xuất hiện những dát màu đỏ, hồng nâu hoặc màu trắng chủ yếu ở cổ, ngực, lưng, hai cánh tay và có thể ở mặt trong trường hợp là trẻ em hay người da đen.

Vảy trên các dát có thể không thấy rõ lúc thăm khám nhưng khi dùng lưỡi dao mổ cạo nhẹ sẽ phát hiện được.

Đem vảy được cạo ra từ tổn thương đi soi tìm nấm với dung dịch KOH 10% sẽ thấy hình ảnh những sợi nấm ngắn và nhiều bào tử nấm hình chùm nho, cho hình ảnh “Spaghetti và thịt viên”.

Dưới ánh sáng đèn Wood sẽ thấy những tổn thương da do nhiễm nấm phát huỳnh quang màu xanh lá cây nhạt.

Một số ít trường hợp bị lang ben có thể tự thuyên giảm, nhưng đa số bệnh có thể kéo dài nếu không điều trị.

Điều trị bệnh chủ yếu là điều trị tại chỗ. Về điều trị toàn thân trong trường hợp tổn thương lan rộng, tái phát hoặc thất bại với điều trị tại chỗ.

Bác sĩ sẽ kê toa các loại thuốc chống nấm gồm thuốc thoa, dầu gội, xà phòng.

Thuốc bôi hàng ngày được dùng liên tục trong 1-2 tuần.

Các loại dầu gội Ketoconazole 2% được dùng hàng ngày trong 1 tuần, ủ 5 phút mới gội sạch.

Xà phòng Zinc pyrithione (ZNP bar) dùng hàng ngày trong 1 tuần, ủ 5 phút mới rửa sạch.

Thường sẽ có hiệu quả sau dùng thuốc từ vài ngày đến 4 tuần.

Trong trường hợp thất bại với điều trị tại chỗ, tổn thương lan rộng khắp cơ thể, bệnh hay tái phát có thể phải sử dụng thuốc chống nấm dạng uống do bác sĩ kê toa.

Ketoconazole200 mg/ngày, uống 7-10 ngày.

Itraconazole200 mg/ngày, uống 7 ngày.

Cần chú ý chức năng gan khi sử dụng thuốc.

Bệnh lang ben có thể được điều trị khỏi hoàn toàn. Tuy nhiên sự nổi gờ và vảy của các đốm dát sẽ biến mất trước. Về sự thay đổi màu sắc da ở các thương tổn có thể tồn tại vài tháng. Khi điều trị bệnh và sẽ phục hồi từ từ khi da được tiếp xúc với ánh nắng.

Bệnh lang ben không khó điều trị và có thể trị khỏi hoàn toàn. Tuy nhiên bệnh sẽ dễ tái phát khi chúng ta không loại bỏ các yếu tố thuận lợi. Để hạn chế bệnh tái phát ít lần nhất có thể, mọi người nên:

Mặc áo quần rộng rãi, thoáng mát.

Vệ sinh cá nhân, tắm rửa, thay quần áo mỗi ngày nhất là đối với những ai thường xuyên đổ mồ hôi.

Đặc biệt không dùng chung các đồ dùng cá nhân như khăn lau, quần áo, dao cạo râu để hạn chế lây lan bệnh.

Đối với người bệnh đã loại bỏ các yếu tố thuận lợi trên mà bệnh vẫn thường xuyên tái phát. Sẽ được bác sĩ kê toa thuốc kháng nấm uống dự phòng mỗi tháng 1 lần vào mùa nóng ẩm trong năm.

Lang ben là bệnh nấm da phổ biến. Bệnh đáp ứng tốt với điều trị thông thường và hoàn toàn có thể điều trị khỏi. Tuy nhiên bệnh rất hay tái phát nên vấn đề điều trị dự phòng và tư vấn cho người mắc phải đóng vai trò rất quan trọng.

Bệnh nhân mắc bệnhLang bencần đến gặp các bác sĩ chuyên khoa Da liễu để được chấn đoán và điều trị. Cùng tìm hiểu một số thông tin để giúp bạn sẵn sàng cho buổi khám Lang ben nhé:Trước khi khám bệnh Lang ben cần biết những gì?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-phoi-do-legionella-phong-ngua-the-nao-la-hieu-qua-nhat/

Nội dung bài viết

Legionnaires là gì?

Triệu chứng của Legionnaires

Nguyên nhân gây ra Legionnaires là gì?

Vi khuẩn lây lan như thế nào?

Yếu tố nguy cơ của Legionnaires

Viêm phổi do Legionella gây ra biến chứng gì?

Chẩn đoán viêm phổi do Legionella như thế nào?

Điều trị Legionnaires như thế nào?

Phòng ngừa Legionnaires

Legionnaires là loại bệnh viêm phổi nặng do tác nhân là vi khuẩn Legionella gây nên. Hầu hết những người bị viêm phổi Legionella là do hít phải vi khuẩn từ trong nước hoặc đất. Người lớn tuổi, hút thuốc lá và người suy giảm miễn dịch đặc biệt nhạy cảm với Legionella. Viêm phổi do Legionella nếu không được điều trị có thể dẫn đến tử vong. Hãy cùng theo dõi bài viết sau của Bác sĩ Phan Văn Giáo để có được những thông tin hữu ích về chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa bệnh do vi khuẩn Legionella.

Legionnaires là tình trạngviêm phổi(nhiễm trùng phổi) nghiêm trọng do vi khuẩnLegionellagây ra. Legionnaires còn được gọi là bệnh lê dương.1

Vi khuẩnLegionellacũng gây ra bệnh sốt Pontiac – một bệnh nhẹ hơn, giống nhưbệnh cúm.Sốt Pontiac thường có thể tự khỏi, nhưng Legionnaires không được điều trị có thể gây tử vong.1

Legionnaires thường có triệu chứng sau 2 đến 10 ngày sau khi phơi nhiễm với vi khuẩn. Các triệu chứng ban đầu thường là:1

Đau đầu.

Đau cơ.

Sốttrên 40°C.

Vào ngày thứ 2 hoặc thứ 3 của bệnh, các triệu chứng khác có thể xuất hiện bao gồm:1

Ho, có thể có đàm hoặc máu.

Khó thở.

Đau ngực.

Triệu chứng tiêu hóa nhưbuồn nôn, nônvàtiêu chảy.

Lú lẫn hoặc các thay đổi tâm thần khác.

Ngoài ảnh hưởng đến chức năng phổi, viêm phổi do Legionella đôi khi cũng gây nhiễm trùng vết thương,viêm cơ tim. Thể nhẹ hơn của viêm phổi do Legionella là sốt Pontiac, gây sốt, ớn lạnh, đau đầu và đau cơ. Sốt Pontiac không ảnh hưởng đến phổi và thường tự hết trong 2 đến 5 ngày.1

Vi khuẩnLegionella pneumophilalà tác nhân gây ra bệnh Legionnaires. Ở ngoài trời, vi khuẩn tồn tại trong đất và nước, nhưng hiếm khi gây nhiễm trùng. Tuy nhiên,Legionellacó thể nhân lên trong hệ thống nước nhân tạo, chẳng hạn như máy điều hòa, vòi hoa sen, vòi nước ở bồn rửa, bồn tắm nước nóng, bình nước nóng,…2

Mặc dù vẫn tồn tại khả năng mắc bệnh từ đường ống nước trong nhà, nhưng hầu hết các đợt bùng phát của bệnh xảy ra trong các tòa nhà lớn. Có lẽ do hệ thống ống nước phức tạp giúp vi khuẩn dễ sinh sôi và phát tán hơn.

Hầu hết các trường hợp nhiễm khuẩn là do hít phải các giọt nước li ti chứa vi khuẩn. Có thể là từ vòi hoa sen, vòi nước, bồn nước nóng hoặc hệ thống thông gió trong các tòa nhà lớn. Các đợt bùng phát có liên quan đến:1

Bồn nước nóng.

Tháp làm mát trong hệ thống điều hòa.

Bể nước nóng và lò sưởi.

Đài phun nước.

Hồ bơi.

Nước uống.

Ngoài việc hít phải các giọt nước li ti, vi khuẩn có thể lây lan qua các con đường khác như:1

Hít sặc. Khi bạn bị sặc do uống nước, nước sẽ vô tình đi vào phổi. Nếu nước đó có chứa vi khuẩnLegionella, bạn sẽ có khả năng bị viêm phổi.

Đất. Một số người bị nhiễm Legionella sau khi làm vườn hoặc trồng cây với bầu đất bị nhiễm khuẩn.

Bệnh viêm phổi do Legionella thường không lây từ người sang người. Trường hợp lây giữa người – người vẫn tồn tại nhưng rất hiếm.2

Không phải người nào nhiễmLegionellacũng bị viêm phổi. Nguy cơ bị bệnh sẽ cao hơn nếu:12

Người đang hoặc đã từnghút thuốc lá. Hút thuốc lá gây tổn thương phổi, khiến cơ thể nhạy cảm hơn với viêm phổi.

Suy giảm miễn dịch. DoHIV/AIDShoặc các thuốc nhưcorticoidvà thuốc ức chế miễn dịch ngăn đào thải tạng ghép.

Có bệnh phổi mạn tính hoặc các bệnh lý nặng khác. Bao gồmkhí phế thủng,đái tháo đường, bệnh thận mạn hoặc ung thư.

Từ 50 tuổi trở lên.

Legionnaires cũng có thể gây nhiễm khuẩn bệnh viện. Vì vi khuẩn dễ lây lan và bệnh nhân trong bệnh viện dễ nhạy cảm với nhiễm trùng.1

Legionnaires có thể gây ra các biến chứng sau:1

Suy hô hấp. Khi phổi không thể cung cấp đủ oxy hoặc không thể tống xuất CO2 ra ngoài.

Sốc nhiễm trùng. Khi huyết áp hạ đột ngột làm giảm lưu lượng máu đến các cơ quan, đặc biệt là thận và não. Tim sẽ cố gắng bù trừ để tăng lượng máu, nhưng đến khi quá sức, tim sẽ yếu đi và lượng máu giảm nặng hơn.

Suy thận cấp. Giảm chức năng thận đột ngột gây tích tụ dịch và các chất độc trong cơ thể.

Nếu không được điều trị, viêm phổi doLegionellacó thể gây tử vong.

Legionnaires tương tự với các bệnh viêm phổi khác. Để xác định vi khuẩn Legionella nhanh chóng, cần làm xét nghiệm tìm kháng nguyên vi khuẩn trong nước tiểu. Các xét nghiệm khác bao gồm:1

Xét nghiệm máu.

Xét nghiệm nước tiểu.

X-quang ngực đánh giá mức độ tổn thương phổi.

Xét nghiệm đàm hoặc sinh thiết phổi.

Viêm phổi do Legionella được điều trị bằngkháng sinh. Điều trị càng sớm thì nguy cơ biến chứng càng giảm. Hầu hết các trường hợp cần phải nhập viện. Trong khi đó, sốt Pontiac thường tự hết mà không cần điều trị và không gây ra hậu quả lâu dài.1

Đợt bùng phát của Legionnaires có thể phòng ngừa được bằng cách kiểm tra và xử lý nước thường xuyên.1

Để giảm nguy cơ cá nhân nhiễm Legionella, cần tránh hút thuốc lá.1

Legionnaireslà bệnh viêm phổi do vi khuẩnLegionellagây ra. Điều trị với kháng sinh thích hợp sẽ chữa được bệnh, nhưng một số người vẫn còn triệu chứng sau khi điều trị. Chẩn đoán và điều trị bệnh càng sớm càng giúp rút ngắn thời gian hồi phục và ngăn ngừa biến chứng nặng. Đối với người có nguy cơ cao, như hút thuốc lá hoặc lớn tuổi, điều trị kịp thời là rất quan trọng. Nếu bạn nghi ngờ mình bị phơi nhiễm với vi khuẩnLegionella,hãy liên hệ bác sĩ ngay để được chẩn đoán và điều trị, phòng ngừa các biến chứng về sau.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/lichen-xo-hoa-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Lichen xơ hóa là bệnh gì?

Triệu chứng lichen xơ hóa gồm những gì?

Khi nào bạn cần đi khám bác sĩ?

Nguyên nhân gây ra lichen xơ hóa (bạch biến âm hộ, vết trắng âm đạo) là gì?

Biến chứng của mảng lichen xơ hóa là gì?

Chẩn đoán bệnh lichen xơ hóa

Điều trị lichen xơ hóa

Một số phương pháp hỗ trợ điều trị

Bệnh nhân có cần phẫu thuật không?

Lichen xơ hóa (hay còn gọi là bệnh bạch biến âm hộ hoặc vết trắng âm đạo), là một bệnh lý về da không thường gặp. Triệu chứng thường thấy là một mảng trắng xơ dày. Vậy lichen xơ hóa có nguy hiểm không? Bạn hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Trần Minh Quang tìm hiểu nhé.

Lichen xơ hoá (hay còn gọi là bệnh bạch biếnâm hộhoặc vết trắng âm đạo) là một bệnh da liễu viêm mãn tính không rõ nguyên nhân, thường ảnh hưởng đến cơ quan sinh dục. Bệnhlichen xơ hoácó thể xảy ra ở cả nam và nữ ở mọi lứa tuổi, nhưng nó thường ảnh hưởng đến nữ ở tuổi dậy thì vàtiền mãn kinhhơn 60 tuổi.

Căn bệnh này chủ yếu ảnh hưởng đến các bộ phận sinh dục –hậu môn, nhưng nó có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí da nào (lichen xơ hoá ngoại sinh dục)

Triệu chứng thường thấy là các mảng màu trắng, thường teo, kèm theo ngứa và đau. Những mảng này sẽ để lại sẹo và dính ở bộ phận sinh dục.

Bất kì ai cũng có nguy cơ mắc bệnh, những phụ nữ sau mãn kinh nguy cơ mắc cao hơn. Phương pháp điều trị phổ biến là dùng kem hay thuốc mỡ bôi lên vùng da bị lichen xơ hóa. Thuốc sẽ giúp phục hồi vùng da bị thương tổn đó.

Đôi khi mảng xơ hóa sẽ bị đi bị lại, nên bạn cần phải được thăm khám định kì. Một số trường hợp hiếm gặp, mảng lichen xơ hóa có thể cải thiện mà không cần điều trị.

Triệu chứng điển hình của lichen xơ hoá là xuất hiện những mảng trắng nhỏ, sáng bóng và mịn màng trên da. Những mảng này có thể trở nên lớn hơn và da có thể trở nên mỏng và nhăn nheo.

Lihen xơ hoá đặc trưng bởi những thay đổi trên da ở cơ quan sinh dục ngoài. Các triệu chứng phân bố phổ biến nhất là hình số 8 liên quan đến âm hộ và vùng quanh hậu môn. Đầudương vậtvà các bộ phận khác của cơ thể cũng có thể bị ảnh hưởng.

Các mảng tổn thương xuất hiện sớm nhất có trung tâm màu trắng sứ được bao quanh bởi màu đỏ. Những mảng này phát triển cùng nhau để tạo thành các mảng lớn hơn. Các khu vực dễ bị cọ xát hoặc ma sát có thể bị phồng rộp hoặc bầm tím.

Hậu quả lâu dài của bệnh lichen xơ hoá là những vùng da mỏng, sáng bóng có xu hướng khô, nứt hoặc chảy máu. Điều này sẽ ảnh hưởng đến bộ phận sinh dục ngoài như lỗ niệu đạo / âm đạo / hậu môn bị thu hẹp và hẹpbao quy đầu(không có khả năng kéo da quy đầu) ở nam giới.

Các triệu chứng khác ở bao quy đầu bao gồm ngứa và đau khi cương cứng. Ở nam giới, hiếm thấy có tổn thương vùng quanh đáy chậu, ở quy đầu là chủ yếu.

Sự hiện diện của các vết loét không lành hoặc các vùng loét nổi lên ở cơ quan sinh dục ngoài của phụ nữ có nguy cơ dẫn đến ung thư biểu mô tế bào vảy.

Các dấu hiệu xuất hiện trên da vùng hậu môn – âm đạo, nhưng đôi khi chúng cũng có thể xuất hiện ở da vùng thân trên, cánh tay hay vùng ngực. Các triệu chứng gồm:

Sưng đỏ.

Ngứa, thậm chí chảy máu hoặc đau quanh hậu môn.

Khó chịu hoặc đau âm ỉ vùng âm hộ.

Mảng trắng trên da.

Mảng lốm đốm trên da.

Da trầy xước hay rướm máu.

Một số trường hợp nặng, vùng da có thể bị loét, xuất huyết.

Đau khi đi tiểu hoặc quan hệ tình dục.

Ở một số người có thể không có bất kỳ triệu chứng nào.

Trong một số trường hợp hiếm hoi, tổn thương da cũng có thể phát triển trong miệng. Các tổn thương bao gồm các vùng loang lổ không đều, phẳng, màu trắng xanh ở mặt trong của má và / hoặc vòm miệng. Lưỡi, môi và lợi cũng có thể xuất hiện lichen xơ hoá.

Nếu bạn thấy bản thân có bất kì dấu hiệu nào kể trên, bạn nên đi khám ngay. Sau khi điều trị, bạn nên đi tái khám mỗi 6 đến 12 tháng để đánh giá mức độ đáp ứng điều trị.

Xem thêm:Khám Sản phụ khoa ở đâu tại TP. HCM?

Hiện tại sinh lý bệnh của bệnh lichen xơ hoá vẫn chưa được hiểu rõ. Người ta chỉ biết là tình trạng viêm và thay đổi chức năng nguyên bào sợi ở lớp hạ bì dẫn đến xơ hóa lớp hạ bì trên. Da và niêm mạc bộ phận sinh dục bị ảnh hưởng thường xuyên nhất. Chỉ có một số báo cáo hiếm hoi về biểu hiện ở miệng. Từ đó, nguyên nhân của nó không được xác định.

Tuy nhiên, các chuyên gia nghĩ rằng do tăng hoạt của hệ thống miễn dịch hoặc có các vấn đề về hormone, các thành phần di truyền, chất kích thích, chấn thương và nhiễm trùng hoặc sự kết hợp của những yếu tố này với nhau.

Đôi khi, xơ hóa lichen cũng xuất hiện trên vùng da đã bị tổn thương hoặc bị sẹo từ một số chấn thương khác trước đây và đây là những vấn đề không liên quan đến bệnh nhiễm. Mảng lichen không di truyền cũng như không lây qua đường tình dục. Những bất thường da này thường gặp nhất ở phụ nữ sau mãn kinh. Song vẫn có thể gặp ở đàn ông và trẻ nhỏ.

Còn ở nam giới bị bệnh ở bộ phận sinh dục là do chưa đượccắt bao quy đầu. Đôi khi, người bệnh cảm thấy đau lúc cương cứng và niệu đạo (ống dẫn nước tiểu) có thể bị thu hẹp hoặc tắc nghẽn.

Ở trẻ em, bệnh lý thường xảy ra xung quanh hậu môn, có thể bị khó chịu dẫn đếntáo bón.

Các biến chứng nghiêm trọng hiếm khi xảy ra.

Nếu bệnh xuất hiện ở bộ phận sinh dục, nhiều khả năng sẽ phát triển một loại ung thư da được gọi làung thư tế bào vảy.

Phụ nữ mắc bệnh này có nguy cơ mắc bệnh ung thư âm hộ cao hơn những người không bị lichen xơ hóa. Đây là bệnh ung thư ảnh hưởng đến phần bên ngoài của bộ phận sinh dục, được gọi là âm hộ. Nó cũng có thể gây ra những thay đổi về hình dạng bên ngoài của bộ phận sinh dục.

Một số phụ nữ có thể bị đau mãn tính hoặc liên tục ở âm hộ hoặc bị chít hẹp âm đạo. Những biến chứng này có thể gây khó khăn cho việc quan hệ tình dục.

Biến chứng hay gặp nhất ở cả nam và nữ làđau khi quan hệ tình dục, tiểu nhiều lần, táo bón và mất khả năng kéo tụt bao quy đầu.

Lichen xơ hoá có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, mặc dù thường được chẩn đoán ở phụ nữ trên 50 tuổi. Trẻ em trước tuổi dậy thì cũng có thể bị mắc phải. Lichen xơ hoá phổ biến ở phụ nữ gấp mười lần so với nam giới.

Bệnh này có thể xảy ra sau hoặc cùng tồn tại với một tình trạng bất thường trên da khác, thường gặp nhất là bệnh vẩy nến.

Những người mắc bệnh lichen xơ hoá thường có tiền sử cá nhân hoặc gia đình mắc một bệnh tự miễn khác như bệnh lí tuyến giáp (khoảng 20% bệnh nhân), bệnhthiếu máuác tính hoặcrụng tóctừng mảng.

Bác sĩ sẽ chẩn đoán thông qua thăm khám cũng như sinh thiết một mẫu mô từ tổn thương trên da của bạn sau đó gửi đến phòng thí nghiệm để xem dưới kính hiển vi. Kết quả giải phẫu bệnh sẽ xác định hoặc loại trừ chẩn đoán.

Mục tiêu của điều trị là giảm tỷ lệ mắc bệnh và ngăn ngừa các biến chứng. Bên cạnh đó, việc điều trị giúp giảm đau, cải thiện những thương tổn trên da và giảm kích thước vùng xơ hóa.

Mặc dù không có cách nào trị hoàn toàn dứt điểm được bệnh lichen xơ hoá. Nhưng có một số phương pháp điều trị hữu hiệu để kiểm soát triệu chứng của bạn.

Nếu bạn đang có mảng lichen xơ hóa ở vùng quanh hậu môn – sinh dục; bạn nên đến khám bác sĩ và được điều trị ngay cả khi bạn không có triệu chứng.

Nếu không điều trị các mảng lichen xơ hoá ở vùng này, có thể dẫn đến các vấn đề liên quan đến sinh hoạt tình dục; hoặc các vấn đề liên quan đến đường tiết niệu.

Các mảng lichen xơ hoá ở các bộ phận khác trên cơ thể có thể điều trị hoặc không tuỳ vào mức độ ảnh hưởng của chúng đến bạn: vấn đề thẩm mỹ, vấn đề đau mảng lichen, kích thước mảng lichen,…

Cơ chế của thuốc chứa thành phần corticosteroid là giúp giảm đáp ứng viêm. Từ đó thuốc làm giảm các triệu chứng, trong một số trường hợp, có thể làm phục hồi các tổn thương.

Kem bôi chứa corticosteroid thường được kê toa để điều trị mảng lichen xơ hóa. Thường bạn sẽ bôi kem 2 lần mỗi ngày. Kem bôi này có tác dụng giảm hoặc mất cảm giác ngứa. Tuy nhiên, phải mất rất nhiều thời gian – vài tuần hoặc vài tháng để da trở lại trạng thái ban đầu.

Sau nhiều tuần, bác sĩ sẽ khám lại và có thể giảm số lượt bôi xuống 2 lần mỗi tuần. Mục đích để ngăn bệnh tái phát. Ngoài ra, bạn cần phải tuân thủ điều trị, tái khám đúng hẹn với bác sĩ vì việc sử dụng kem hoặc thuốc mỡ chứa steroid trong thời gian dài có thể có một số tác dụng phụ, ví dụ như làm cho da trở nên đỏ hoặc mỏng và gây ra các vết rạn da.

Việc điều trị cũng có thể gây nhiễm nấm sinh dục. Phác đồ được khuyến cáo với bệnh nhân nữ, trưởng thành là phác đồ 3 tháng.

Sau 3 tháng, khoảng 70% các trường hợp thuyên giảm các triệu chứng. Số phần trăm còn lại thất bại có thể là do tuân thủ kém hoặc các bệnh lí khác cùng tồn tại ở âm hộ. Khi đó bác sĩ sẽ đề nghị sinh thiết. Mục đích để chẩn đoán chính xác nguyên nhân cơ thể không ứng điều trị.

Bệnh nhân nữ phải được theo dõi 6 – 12 tháng một lần cho đến khi kiểm soát được triệu chứng, chức năng tình dục tốt và không có thay đổi cấu trúc vùng sinh dục.

Nếu bôi kemcorticosteroidkhông giúp cải thiện bệnh sau nhiều tháng, bác sĩ có thể cân nhắc dùng các loại thuốc giốngvitamin Ađược gọi là cácretinoids.

Cơ chế hoạt động của các retinoids toàn thân không rõ ràng nhưng có thể liên quan đến việc kiểm soát sự phát triển bất thường của nguyên bào sợi, hoặc liệu pháp ánh sáng tia cực tím,thuốc mỡ chứa tacrolimus.

Ngoài ra, ở nam, có thể bác sĩ sẽ đề nghị bạn cắt bao quy đầu. Còn ở nữ thì việc phẫu thuật cắt bỏ vùng da bị lichen xơ hóa không được làm thường quy. Bác sĩ sẽ phải theo dõi thêm mỗi 6 đến 12 tháng.

Ngoài ra, ở nam, có thể bác sĩ sẽ đề nghị bạn cắt bao quy đầu. Còn ở nữ thì việc phẫu thuật cắt bỏ vùng da bị lichen xơ hóa không được làm thường quy. Bác sĩ sẽ phải theo dõi thêm mỗi 6 đến 12 tháng.

Dùng kem bôi trơn có chứa Aquaphor, vitamin A vàvitamin Dở vùng da bị thương tổn.

Rửa sạch và giữ khô, sạch sẽ vùng da bị lichen xơ hóa. Hạn chế dùng sữa tắm hay xà phòng chà rửa trực tiếp lên vùng da đó.

Giảm đau, khó chịu bằng cách đắp miếng dán lạnh giúp bạn dễ chịu hơn.

Giảm cảm giác ngứa bằng cách tắm bằng nước ấm hoặc dùng thêm các loại thuốc bôi ngoài da có chứa thành phần kháng histamine. Điều này cũng góp phần làm giảm bớt triệu chứng ngứa một cách hiệu quả.

Tránh mặc quần áo bó sát, thuốc xịt thơm vùng kín, chất tẩy rửa mạnh cho da hoặc dung nhiều bột giặt/ chất xả vải có mùi thơm cho quần áo, chăn ga có thể gây kích ứng da.

Dùng đồ lót bằng vải cotton vào ban ngày và không mặc đồ lót khi ngủ vào ban đêm.

Có thể uốngthuốc kháng histaminetrước khi đi ngủ để giảm đau và giúp bạn dễ ngủ hơn.

Phương pháp phẫu thuật để loại bỏ các mảng trên bộ phận sinh dục của phụ nữ không thường được chỉ định. Vì các mảng này có khả năng sẽ bị tái lại.

Tuy nhiên, nếu một phụ nữ bị sẹo trong âm đạo nghiêm trọng gây khó khăn trong quan hệ tình dục; phẫu thuật cũng có thể được cân nhắc. Nhưng nó chỉ là một lựa chọn khi đã kiểm soát được bệnh.

Phẫu thuật để điều trị bệnh lichen xơ hoá ở nam giới có thể là một lựa chọn tốt. Các bác sĩ thường tiến hành cắt bao quy đầu. Sau đó, tình trạng này có thể sẽ không tái phát.

Tiên lượng tốt đối với các trường hợp Lichen xơ hoá sinh dục cấp tính; đặc biệt là đối với những người ở nhóm tuổi trẻ em; những trường hợp này có thể tự khỏi. Tiên lượng cải thiện là xấu đối với các trường hợp ngoại sinh dục và bệnh teo sinh dục mãn tính.

Lichen xơ hoá không làm tăng tỷ lệ tử vong trừ khi bệnh nhân phát triển một khối u ác tính tại chỗ. Ung thư phát sinh trong các tổn thương ngoại sinh dục chỉ hiếm khi được mô tả và có thể trùng hợp với các yếu tố khác.

Nguy cơ gia tăng ung thư biểu mô tế bào vảy có thể tồn tại trong bệnh sinh dục. Nhưng sự gia tăng chính xác nguy cơ và những yếu tố liên quan; ví dụ như nhiễm trùng papillomavirus ở người hoặc có tiền căn xạ trị trước; vẫn chưa được xác định hoàn toàn. Ở những bệnh nhân đã được điều trị ung thư âm hộ, không thây mối tương quan giữa sự hiện diện hay vắng mặt của lichen xơ hoá với nguy cơ tái phát.

Lichen xơ hoá làm tăng nguy cơ bịung thư âm hộ,ung thư dương vậthoặcung thư hậu môn. Rủi ro là thấp, nhưng bạn nên tự kiểm tra thường xuyên và đến gặp bác sĩ nếu lo lắng. Các triệu chứng cần lưu ý khi có các mảng lichen xơ hoá bao gồm hiện diện một khối u, thay đổi kết cấu da, chẳng hạn như dày lên hoặc vết loét kéo dài không biến mất.

Nói tóm lại, mảng lichen xơ hóa hay còn gọi bệnh bạch biến âm hộ. Đây là một bệnh lí về da không thường gặp. Khi phát hiện da vùng sinh dục hậu môn có những mảng xơ hóa bất thường, bạn nên đi khám bác sĩ ngay nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-ban-can-biet-ve-lien-cau-nhom-b/

Nội dung bài viết

Tổng quan

Các triệu chứng

Nguyên nhân của tình trạng này là gì?

Các yếu tố nguy cơ của nhiễm liên cầu nhóm B?

Biến chứng

Làm sao để phòng ngừa bệnh?

Chẩn đoán bệnh như thế nào?

Điều trị nhiễm liên cầu nhóm B ra sao?

Liên cầu nhóm B (thuộc nhóm vi trùng Streptococcus) là một nhóm vi trùng thường trú thường gặp. Chúng hay xuất hiện ở trong ruột và đường sinh dục dưới. Vi khuẩn này thường là vô hại đối với người trưởng thành. Tuy nhiên, với trẻ sơ sinh, việc nhiễm loại vi khuẩn này có thể gây ra nhiều bệnh lý. Hãy cùng Bác sĩ Phan Văn Giáo tìm hiểu thêm về loại vi trùng này và những bệnh mà nó gây ra nhé.

Loại vi trùng này thường không gây hại cho người lớn khoẻ mạnh. Nhưng đối với trẻ em, vi trùng này có khả năng gây ra nhiều bệnh lý nguy hiểm. Những tình trạng này được tập hợp lại thành nhóm các bệnh lý do liên cầu này gây ra.

Không chỉ gây hại cho trẻ sơ sinh, người lớn bị suy giảm miễn dịch cũng có thể mắc bệnh. Những bệnh như đái tháo đường hay bệnh gan làm tăng nguy cơ nhiễm trùng do liên cầu nhóm B.

Đối tượng trẻ sơ sinh rất nhạy cảm với các bệnh lý này. Do đó, khi mang thai, người mẹ nên được theo dõi trong thai kỳ và lúc chuyển dạ. Việc sử dụng kháng sinh thích hợp sẽ góp phần bảo vệ đứa trẻ.

Hầu hết các đứa trẻ được sinh ra đều khoẻ mạnh dù mẹ chúng có mang liên cầu nhóm B. Tuy nhiên, một vài trường hợp trẻ nhiễm loại vi trùng này trong lúc sinh sẽ xuất hiện bệnh cảnh nghiêm trọng.

Ở trẻ sơ sinh, các bệnh lý do liên cầu nhóm B có thể xuất hiện sớm (trong vòng 6 giờ sau sinh) hay muộn (có thể đến vài tuần sau sinh). Các triệu chứng có thể gặp là:

Sốt.

Trẻ không chịu bú, khó khăn khi cho bú.

Đờ đẫn, lừ đừ.

Khó thở.

Trẻ bứt rứt, khó chịu.

Vàng da.

Nhiều người lớn đều có liên cầu nhóm B trong người, thường là ở ruột, âm đạo, hậu môn, bàng quang hay ở họng. Và các vi khuẩn này đều không gây ra triệu chứng gì.

Tuy nhiên, ở một số trường hợp, liên cầu này có thể gây ra nhiễm trùng tiểu hay những nhiễm trùng khác nặng nề hơn như nhiễm trùng huyết hay viêm phổi.

Nếu có các dấu hiệu gợi ý nhiễm, đặc biệt là khi đang mang thai, có bệnh lý mạn tính hay lớn hơn 65 tuổi, bạn nên khám bác sĩ ngay. Đối với trường hợp con bạn có triệu chứng, hãy đưa trẻ đi khám. Việc chẩn đoán và điều trị sớm là rất quan trọng.

Như đã nói ở trên, liên cầu nhóm B có thể xuất hiện ở người khoẻ mạnh. Bạn có thể nhiễm vi trùng này rồi tự khỏi. Chúng cứ xuất hiện rồi lại biến mất, hoặc cư trú thường xuyên trong cơ thể bạn.

Đặc biệt, vi khuẩn này không lây truyền qua đường tình dục, cũng không lây lan qua thức ăn, nước uống. Phương thức lây truyền của vi khuẩn này từ người sang người vẫn chưa được biết rõ. Đối với trẻ sơ sinh, trẻ nhiễm liên cầu từ mẹ. Trong quá trình sinh, khi đi qua âm đạo, trẻ tiếp xúc và nhiễm vi khuẩn này.

Trẻ sơ sinh sẽ có khả năng nhiễm nếu:

Người mẹ có nhiễm liên cầu nhóm B.

Trẻ sinh non(trước 37 tuần).

Mẹ vỡ ối hơn 18 giờ tính đến giờ sinh.

Người mẹ có nhiễm trùng nhau hay nhiễm trùng ối.

Người mẹ mắc nhiễm trùng tiểu trong thai kỳ.

Thai phụ sốt cao hơn 38°C khi lâm bồn.

Mẹ có tiền căn sinh con đã nhiễm liên cầu nhóm B trước đó.

Bạn có thể có nhiều khả năng nhiễm liên cầu nhóm B nếu:

Có tình trạng suy giảm miễn dịch, như nhiễm HIV,đái tháo đường, ung thư hay bệnh gan.

Lớn hơn 65 tuổi.

Ở trẻ sơ sinh, nhiễm liên cầu nhóm B có thể dẫn đến tình trạng nguy hiểm tính mạng:

Viêm phổi.

Viêm màng não.

Nhiễm trùng huyết.

Nếu bạn đang mang thai, nhiễm liên cầu nhóm B có thể gây:

Nhiễm trùng đường tiết niệu.

Nhiễm trùng nhau, nhiễm trùng ối.

Viêm màng tử cung.

Nhiễm trùng huyết.

Nếu bạn là người lớn tuổi với các bệnh mạn tính, các biến chứng có thể xảy ra như:

Viêm da, viêm mô tế bào.

Nhiễm trùng huyết.

Nhiễm trùng tiểu.

Viêm phổi.

Nhiễm trùng xương khớp.

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

Viêm màng não.

Để phòng ngừa nhiễm liên cầu nhóm B cho trẻ sơ sinh, thai phụ có thể được truyền kháng sinh. Kháng sinh truyền khi lâm bồn, loại thường dùng làpenicillin. Nếu bạn bị dị ứng vớipenicillin, bạn có thể được chuyển qua kháng sinh khác. Các kháng sinh thay thế nhưcefazolinhayclindamycin.

Việc sử dụng kháng sinh đường uống thường không hiệu quả. Đồng thời, bạn cũng có thể dùng kháng sinh để điều trị nếu bạn có:

Nhiễm trùng đường tiết niệu.

Đã từng sinh con nhiễm liên cầu nhóm B.

Sốt trong lúc lâm bồn.

Vỡ ối kéo dài hơn 18 giờ.

Sinh con trước tuần thứ 37 của thai kỳ, chưa được xét nghiệm liên cầu nhóm này trước đó.

Các nhà nghiên cứu đang tìm ra loại vaccine để tiêm ngừa cho liên cầu nhóm B. Điều này có thể giúp bảo vệ sức khoẻ mẹ và bé trong lúc sinh.

Nếu như bạn có thai, bác sĩ khuyến cáo bạn nên xét nghiệm tầm soát vào tuần thứ 35 đến 37 của thai kỳ. Các mẫu xét nghiệm sẽ được lấy ở âm đạo và trực tràng để tìm vi khuẩn.

Nếu có nhiễm liên cầu nhóm B, bạn có khả năng sẽ lây vi khuẩn cho con bạn trong lúc sinh. Điều này không có nghĩa là bạn đã mắc bệnh hay con bạn chắc chắn sẽ nhiễm vi khuẩn. Nó chỉ ám chỉ khả năng lây nhiễm có thể xảy ra. Do đó, bác sĩ sẽ hướng dẫn bạn cách để giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm này.

Sau khi sinh, nếu con bạn được nghi ngờ nhiễm liên cầu nhóm B, bác sĩ sẽ lấy một mẫu máu để xét nghiệm cho con bạn. Ngoài ra, mẫu dịch não tuỷ đôi khi cũng cần thiết trong một số trường hợp.

Một số xét nghiệm khác có thể được thực hiện để kiểm tra khi nghi ngờ đứa trẻ bị nhiễm:

Cấy nước tiểu.

Chọc dịch não tuỷ.

Chụp phim X quang ngực.

Việc điều trị tuỳ thuộc vào tình trạng bệnh.

Nếu các xét nghiệm cho thấy con bạn có nhiễm liên cầu nhóm B thì trẻ sẽ được điều trị. Liệu pháp thường được sử dụng là truyền hoặc tiêm kháng sinh đường tĩnh mạch. Tuỳ thuộc vào tình trạng bệnh lý, đứa trẻ sẽ được điều trị hỗ trợ thích hợp. Một số điều trị cần thiết như truyền dịch đường tĩnh mạch, đảm bảo oxy và các thuốc khác.

Điều trị kháng sinh là khá hiệu quả đối với người lớn nhiễm liên cầu nhóm B. Lựa chọn loại kháng sinh nào tuỳ thuộc vào vị trí và biểu hiện nhiễm khuẩn. Tùy vào tình trạng nhiễm trùng cụ thể, bác sĩ sẽ lựa chọn loại kháng sinh, đường dùng và thời gian điều trị thích hợp.

Nếu bạn đang mang thai và xuất hiện các biến chứng của nhiễm liên cầu nhóm B, bạn sẽ được bắt đầu điều trị kháng sinh. Kháng sinh được dùng thường là đường uống, hay sử dụngpenicillinhoặccephalexin(Keflex). Các loại kháng sinh này được đánh giá là tương đối an toàn cho thai phụ.

Liên cầu nhóm Blà một nhóm vi khuẩn thường trú. Chúng có thể xuất hiện trên người trưởng thành khoẻ mạnh. Tuy nhiên, với các đối tượng dễ nhạy cảm như trẻ sơ sinh hay người lớn tuổi, suy giảm miễn dịch, liên cầu nhóm B có thể gây ra những tình trạng nhiễm trùng nghiêm trọng. Điều quan trọng đáng lưu ý là việc nhiễm liên cầu trong thai kỳ. Nếu có thai, hãy đi khám thai đầy đủ bạn nhé. Điều này đóng vai trò rất quan trọng cho sức khoẻ của cả mẹ và bé. Hãy cùng chia sẻ bài viết này cho các mẹ bầu khác nào!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/listeria/

Nội dung bài viết

Listeria là gì?

Nguồn lây bệnh của Listeria

Những đối tượng nhiễm bệnh từ Listeria

Triệu chứng khi nhiễm

Chẩn đoán như thế nào?

Listeria được điều trị như thế nào?

Phòng ngừa nhiễm Listeria

Listeria là một loại vi khuẩn tồn tại trong tự nhiên và một số loại thực phẩm. Chúng gây nên ngộ độc thực phẩm hoặc gây bệnh ở nhiều mức độ từ triệu chứng tiêu hoá tới triệu chứng thần kinh.  Khả năng gây tử vong của vi khuẩn này là khoảng 20%. Tuy nhiên, sự hiểu biết của chúng ta về Listeria vẫn còn hạn chế. Bài viết sau của Bác sĩ Hứa Minh Luân sẽ cung cấp cho quý độc giả một phần kiến thức cần biết về vi khuẩn Listeria.

Listeria monocytogenes là một vi khuẩn gram dương, có khả năng di động. Chúng phát triển ở nhiệt độ 1 – 45°C, tốt nhất là khoảng 45° C và ở pH 6 – 8. Do đó, chúng có thể tồn tại một thời gian dài trong môi trường.

Vi khuẩn Listeria có trong nguồn thực phẩm không đảm bảo vệ sinh và là một nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm nguy hiểm.

Đất, nước, môi trường ẩm ướt, động vật hoang dã, vật nuôi (đặc biệt là gà).

Qua đường ăn uống: Khi ăn phải thức ăn nhiễm vi khuẩn đặc biệt là sữa, bơ, pho mát, thực phẩm chưa tiệt trùng, thực phẩm chế biến sẵn, bạn có thể bị ngộ độc thực phẩm.

Truyền từ mẹ sang con qua nhau thai hoặc trong quá trình sinh đẻ.

Nhờ hệ thống miễn dịch, bình thường chúng ta rất khó nhiễm Listeria hoặc có triệu chứng nhẹ. Tuy nhiên, một số đối tượng sau có khả năng mẫn cảm và biểu hiện triệu chứng nặng:

Phụ nữ mang thai.

Trẻ sơ sinh.

Người lớn hơn 70 tuổi.

Ngườisuy giảm miễn dịch,nghiện rượu,dùng corticoid kéo dài.

Thời gian ủ bệnh: 3 – 70 ngày.

Nhẹ: Giống như cúm, sốt, đau mỏi cơ, buồn nôn, nôn, tiêu chảy.

Nặng: Có biểu hiện thần kinh như đau đầu, cổ gượng, choáng váng, mất thăng bằng, co giật.

Ngoài ra, ở phụ nữ mang thai, dù nhiễm với triệu chứng nhẹ cũng có khả năng gây sảy thai tự nhiên, thai chết lưu hoặc sanh non.

Những trường hợp với triệu chứng nhẹ khó biết được là có nhiễm hay không. Tuy nhiên, ở phụ nữ đang mang thai, chúng ta cần phải xem xét cẩn thận vì gây bệnh cho thai nhi. Chúng ta có thể dựa vào nguồn lây từ thực phẩm để chẩn đoán.

Ở những trường hợp nặng: Cần cấy máu, cấy dịch não tuỷ để chẩn đoán xác định.

Điều trị triệu chứng: Bù nước điện giải, giảm đau, hạ sốt nhưparacetamol, ibuprofen.

Điều trị nguyên nhân: Kháng sinh được khuyến cáo dùng càng sớm càng tốt nhằm hạn chế gây ra các biến chứng nặng. Kháng sinh đặc hiệu dùng cho Listeria là nhóm penicillin. Tuy nhiên, những ngườidị ứng penicillinnên sử dụng Bactrim.

Người khoẻ mạnh có sức đề kháng cao và không mang thai thì đôi khi không cần điều trị. Các triệu chứng thường sẽ lui dần trong vòng 1 tuần.

Trẻ sơ sinh có dấu hiệu nhiễm trùng thần kinh và ở bánh nhau có vết thương phải nghi ngờ là nhiễm Listeria và điều trị ngay bằng kháng sinh đặc hiệu.

Mua sắm an toàn. Để thịt tươi sống riêng biệt với rau và các thực phẩm chế biến khác. Nên mang đồ tươi sống về nhà ngay sau khi mua để có thể bảo quản đúng cách sớm nhất.

Sơ chế thực phẩm an toàn. Rửa sạch tay trước và sau khi sơ chế thực phẩm. Bạn cũng cần rửa tay sau khi đi vệ sinh hay thay tã cho trẻ. Rau và trái cây nên được rửa sạch dưới vòi nước chảy. Nếu có thể, nên sử dụng 2 loại thớt riêng: một cái cho đồ ăn tươi; một để thái thịt, gia cầm và hải sản sống. Bạn cũng có thể rửa sạch dao và thớt trong máy rửa bát để khử khuẩn.

Trữ thực phẩm an toàn. Nấu, bảo quản tủ lạnh, cấp đông thịt, gia cầm, trứng, cá và các thực phẩm ăn tươi trong vòng 2 giờ. Hãy đảm bảo tủ lạnh được cài đặt ở 4°C hoặc thấp hơn. Tuy nhiên, khuẩn Listeria có thể sinh trưởng trong tủ lạnh. Vì vậy, bạn cần lau sạch ngay bất cứ vết bẩn nào trong tủ, đặc biệt là nước từ thịt sống hay gia cầm dây ra.

Không ăn thịt viên chưa chín kỹ và chú ý nguy cơ ngộ độc thực phẩm từ cá sống (gồm món sushi), hàu…

Đọc kỹ nhãn mác các thực phẩm đóng gói. Nhãn thực phẩm đóng gói cung cấp thông tin về thời gian sử dụng thực phẩm an toàn và cách bảo quản đúng. Đọc nhãn thực phẩm và tuân thủ hướng dẫn an toàn cũng sẽ giúp giảm nguy cơ mắc bệnh vì ngộ độc.

Không ăn xúc xích thịt hộp hay thịt nguội, trừ khi đã được đun lại cho tới khi bốc hơi nóng.

Tránh ăn pho mát mềm, trừ khi trên nhãn ghi rõ sản phẩm được làm từ sữa đã tiệt trùng. Các loại pho mát được làm bằng sữa chưa tiệt trùng có thể nhiễm Listeria monocytogenes.

Không ăn gan xay để lạnh nhưng có thể sử dụng thực phẩm này nếu chúng ở dạng đóng hộp.

Không ăn hải sản xông khói, trừ khi đó là một thành phần trong món đã được nấu chín như món hầm.

Tránh uống sữa chưa tiệt trùng hay ăn thực phẩm chứa sữa chưa tiệt trùng.

Tránh ăn các món salad làm sẵn trong cửa hàng như salad giăm bông, gà, trứng, cá ngừ hay hải sản.

Khi có bất cứ lo ngại nào thì bạn không nên sử dụng loại thực phẩm đó. Không ăn nếu không chắc thức ăn đó an toàn.

Đun lại đồ ăn đã ôi không khiến chúng an toàn hơn. Đừng chỉ ngửi đồ ăn để phán đoán. Đôi khi, thức ăn ngửi và trông có vẻ vẫn ổn nhưng thực chất lại có thể gây bệnh.

Mẹ bầu nên có chế độ ăn hợp lý trong thai kỳ nhằm tăng cường sức khỏe cho mẹ và bé:Dinh dưỡng khi mang thai như thế nào cho hợp lý?

Listerialà một loại vi khuẩn gây ngộ độc thực phẩm và có thể gây nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, ảnh hưởng đến thai nhi. Hiện nay chưa có vắc xin phòng bệnh nên việc phòng bệnh chủ yếu là phải đảm bảo nguyên tắc vệ sinh an toàn thực phẩm, đặc biệt là với đối tượng nguy cơ cao. Nếu có các dấu hiệu nghi ngờ, bạn hãy đến bác sĩ để được tư vấn và điều trị.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/loet-bao-quy-dau/

Nội dung bài viết

Loét bao quy đầu là gì?

Tác hại của loét bao quy đầu

Điều trị loét bao quy đầu

Một trong những khó chịu mà nam giới có thể gặp phải đó là loét bao quy đầu. Có rất nhiều nguyên nhân gây nên tình trạng này. Đa số trường hợp có thể điều trị khỏi hoàn toàn. Để biết nhiều thông tin hơn về chủ đề này, bạn hãy cùng Bác sĩ Phan Văn Giáo tìm hiểu qua bài viết sau.

Bao quy đầulà lớp da bao bọc phần quy đầu củadương vật. Nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh loét bao quy đầu là do các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục. Quan hệ tình dục không an toàn có thể dẫn đến nguy cơ mắc các bệnh herpes,giang mai, HIV…

Loét bộ phận sinh dục cũng có thể xuất hiện bởi tình trạng viêm nhiễm do nấm, ký sinh trùng… Hoặc bệnh lý ác tính ở đường sinh dục. Hoặc cũng có thể xảy ra sau chấn thương.

Nếu cơ thể bạn nhạy cảm với các sản phẩm chăm sóc vùng sinh dục, loét bao quy đầu cũng có thể xảy ra. Một số trường hợp khác ghi nhận nguyên nhân là do vệ sinh kém ở nam giới chưa cắt bao quy đầu.

Các vết loét ở bộ phận sinh dục có thể xuất hiện theo nhiều cách khác nhau. Thông thường, triệu chứng bắt đầu với những vết sưng tấy hoặc đỏ da quy đầu. Và có thể kèm theo đau hoặc không. Sau đó, đầu dương vật hoặc bao quy đầu xuất hiện vết loét và tiết dịch giống mủ, có mùi hôi.

Nếu kéo da quy đầu vào trong, có thể thấy những mảng hoặc trắng. Đây là những chất bẩn ứ đọng bởi không vệ sinh bộ phận sinh dục thường xuyên. Ngoài ra, bạn cũng có thể cảm thấy khó chịu vì ngứa hoặc đau khi đi tiểu, nổi các hạch ở vùng bẹn hoặc sốt.

Những vết loét này có thể tự giới hạn. Đôi khi, bạn có thể không phát hiện nếu vết loét nhỏ hoặc không đau. Tuy nhiên, nếu không được điều trị, tình trạng bệnh có thể phức tạp do nhiễm khuẩn.Vết loét có thể xuất hiện thêm ở những vị trí khác gần đường sinh dục nam như trong niệu đạo hoặc trực tràng.

Tình trạng viêm loét bao quy đầu nếu không được điều trị hoặc điều trị không đúng liệu trình có thể gây viêm mãn tính. Về lâu dài, sẽ có nguy cơ dẫn đến các vấn đề về sức khỏe, bao gồm:

Xơ hóa bao quy đầu (Balanitis xerotica obliterans-BXO): Tình trạng viêm kéo dài khiến hẹp bao quy đầu và các mô da bao quy đầu bị xơ hóa. Hình ảnh có thể thấy là da trên quy đầu cứng lại và chuyển sang màu trắng. Điều này có thể khiến bạn đi tiểu khó khăn hơn vì làm tắc nghẽn dòng nước tiểu trong niệu đạo. Hẹp bao quy đầu được xem là một yếu tố nguy cơ gây ung thư dương vật.

Biến chứng liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục: Ung thư vùng sinh dục, hậu môn, trực tràng, bệnh lý tim mạch, mắt…Bệnh lậunếu không được điều trị dứt điểm có thể khiến tinh hoàn bị nhiễm trùng, dẫn đến vô sinh.

Với sự khó chịu do tình trạng viêm loét bao quy đầu, có thể ảnh hưởng đến công việc cũng như hoạt động hằng ngày của bạn. Ngoài ra, tình trạng lo ngại khi đến gặp chuyên gia y tế cũng khiến việc điều trị chậm trễ. Hoặc không tái khám đầy đủ. Từ đó sẽ làm tăng nguy cơ tái phát bệnh cũng như xảy ra biến chứng.

Vậy nên, tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe là điều cần thiết để phát hiện sớm, điều trị và tư vấn thay đổi hành vi cho các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Phương pháp điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân gây ra vết loét bao quy đầu. Bạn có thể được chỉ định dùng thuốc, hướng dẫn chăm sóc vết thương hoặc phẫu thuật nếu cần thiết. Một số vết loét ở bộ phận sinh dục sẽ tự biến mất. Nhưng vẫn có thể dẫn đến nhiễm trùng nghiêm trọng hơn sau đó.

Bác sĩ có thể giúp bạn giảm đau. Hoặc hướng dẫn chăm sóc vết thương. Nhưng quan trọng vẫn phải xét nghiệm kiểm tra những tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục. Một số gợi ý về điều trị theo từng nguyên nhân gây loét bao quy đầu có thể gồm:

Thuốc kháng sinh, thường với một liều duy nhất, có thể chữa khỏi nhiều bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn và ký sinh trùng lây truyền qua đường tình dục. Bao gồm bệnh lậu, giang mai,nhiễm chlamydiavà trichomonas. Thông thường, bạn sẽ được điều trị bệnh lậu và chlamydia cùng một lúc. Vì hai tác nhân nhiễm trùng này thường xuất hiện cùng nhau.

Một khi bạn bắt đầu điều trị bằng thuốc kháng sinh, bạn cần phải tuân theo hướng dẫn của bác sĩ. Nếu bạn nghĩ rằng bạn sẽ không thể dùng thuốc theo liệu trình này, hãy nói với bác sĩ của bạn. Có nhiều phác đồ điều trị với thời gian ngắn và đơn giản hơn.

Nếu ngoài hình ảnh viêm loét bao quy đầu còn có mụn nước ở bộ phận sinh dục nghi ngờ do nhiễm virus herpes hoặc HIV, bạn sẽ được kê đơn thuốc kháng virus. Bắt đầu điều trị càng sớm thì hiệu quả càng cao. Nếu bạn dùng thuốc đúng theo chỉ dẫn, bạn có thể giảm số lượng virus xuống thấp đến mức khó có thể bị phát hiện.

Ngoài việc tránh các chất gây kích ứng như sữa tắm hoặc xà phòng có tính kích ứng mạnh, bạn nên rửa nhẹ nhàng phần dưới bao quy đầu với nước ấm. Có thể dùng thêm thuốc giảm viêm thoa vết loét.

Hẹp bao quy đầucó thể cải thiện bằng cách cố gắng kéo thụt ra vào thường xuyên khi tắm trong một vài tuần. Nếu tình trạng hẹp bao quy đầu vẫn còn hoặc nhiễm trùng tái phát nhiều lần, bác sĩ có thể đề nghịcắt bao quy đầunhư một giải pháp lâu dài.

Đối với khối u vùng cơ quan sinh dục, lựa chọn ban đầu có thể là phẫu thuật cắt bỏ. Những phương pháp khác điều trị ung thư có thể bao gồm hóa trị hoặc xạ trị.

Bạn nên đi khám bác sĩ nếu cho rằng mình bị viêm loét bao quy đầu. Không chỉ tìm được nguyên nhân và hướng điều trị, bác sĩ sẽ cho bạn một số lời khuyên hữu ích để đạt kết quả tốt. Tái khám định kỳ theo hẹn của bác sĩ để hoàn tất quá trình điều trị đầy đủ là việc rất cần thiết.

Ngoài ra, điều quan trọng là không quan hệ tình dục trong quá trình điều trị bệnh cho đến thời điểm an toàn. Đó là khi bạn đã hoàn thành điều trị bằng thuốc kháng sinh và những vết loét đã lành.

Bạn có thể ngạc nhiên vì ngay cả khi một người không có bất kỳ triệu chứng nào, người đó vẫn có thể lây nhiễm cho bạn tình. Việcsử dụng bao cao su đúng cáchcó thể làm giảm nguy cơ. Nhưng không loại bỏ được nguy cơ lây truyền hoặc mắc bệnh.

Thông báo với bạn tình nếu bạn được chẩn đoán loét bao quy đầu liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục. Lời khuyên này của bác sĩ có thể khiến bạn tức giận nếu bạn cảm thấy mình bị phản bội. Hoặc xấu hổ nếu chính bạn có thể đã lây bệnh cho người khác.

Tuy nhiên, việc chia sẻ thông tin với bạn tình sẽ giúp hạn chế sự lây lan của bệnh. Đặc biệt đối với bệnh giang mai và HIV. Vì bệnh có thể tái phát và gây tử vong. Ngay cả khi bạn được chăm sóc tốt nhất.

Nếu bị viêm loét bao quy đầu, bạn nên vệ sinh dương vật hàng ngày bằng nước ấm và lau khô nhẹ nhàng. Không nên sử dụng xà phòng hay sữa tắm. Hoặc bất kỳ chất kích ứng nào khác. Lau khô nhẹ nhàng dưới bao quy đầu sau khi đi tiểu.

Viêmloét bao quy đầucó thể xuất hiện ở mọi độ tuổi của nam giới. Bằng cách vệ sinh bộ phận sinh dục mỗi ngày và quan hệ tình dục an toàn, bạn có thể giảm nguy cơ mắc tình trạng này. Bạn nên đến gặp bác sĩ nếu nghi ngờ bất kỳ vấn đề nào về sức khỏe để nhận được sự tư vấn phù hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/loet-hong-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Loét họng là gì?

Nguyên nhân gây loét họng

Loét họng biểu hiện như thế nào?

Điều trị loét họng như thế nào?

Phòng ngừa loét họng

Loét họng gây ra khá nhiều đau đớn cho người mắc bệnh. Chắc hẳn bạn từng nếm mùi đau đớn từ các vết lở miệng phải không nào? Nếu trong họng xuất hiện những vết loét họng thì sẽ cực kì khó chịu. Hãy cùng tìm hiểu về vấn đề nhức nhối này qua bài viết của ThS.BS Trần Thanh Long nhé!

Loét họng là các vết lở ở trong cổ họng. Các vết lở này cũng có thể hình thành ở thực quản – là đường ống nối từ họng xuống dạ dày – và cả trên dây thanh. Bạn cũng có thể bị loét họng khi gặp chấn thương hoặc mắc bệnh lý. Các chấn thương, bệnh lý này gây phá hủy lớp niêm mạc lót trong họng, tạo ra các tổn thương hở miệng và khó lành.

Các vết loét họng có thể trở nên sưng đỏ. Những tổn thương này khiến bạn rất khó ăn uống và nói chuyện.

Hóa xạ trị trong điều trị ung thư.

Nhiễm trùng do nấm, vi khuẩn hay vi-rút.

Ung thư họng miệng, là loại ung thư ở phần họng ngay phía sau vùng miệng.

Bệnh tay chân miệng, thường gặp ở trẻ em.

Trào ngược dạ dày thực quản (GERD), do axit từ dạ dày chảy ngược lên thực quản thường xuyên.

Nhiễm trùng ở thực quản do các loại vi-rút.

Các chất kích thích như rượu bia và một số loại thuốc.

Hóa xạ trị để điều trị ung thư.

Nôn ói quá nhiều.

Kích thích do nói hay hát quá nhiều.

Trào ngược dạ dày.

Nhiễm trùng đường hô hấp tái đi tái lại.

Ống thở đặt trong họng trong quá trình thực hiện phẫu thuật.

Bạn có thể các triệu chứng sau đi kèm với vết loét họng. Nếu có các dấu hiệu này, hãy đi khám bác sĩ.

Đau miệng, lở miệng.

Khó nuốt.

Mảng màu trắng hoặc đỏ trong cổ họng.

Sốt.

Đau rát trong miệng hoặc họng.

Khối sưng ở cổ.

Hơi thở hôi.

Khó di chuyển hàm.

Nóng rát sau ức.

Đau ngực.

Liệu pháp điều trị được đưa ra sẽ dựa trên nguyên nhân gây ra loét họng. Điều trị có thể bao gồm:

Các thuốc kháng sinh hay kháng nấm được bác sĩ kê để tiêu diệt vi khuẩn hay nấm.

Thuốc giảm đau giúp giảm nhẹ sự khó chịu do các vết loét.

Thuốc súc họng giúp giảm đau và thúc đẩy lành vết thương.

Để điều trị vết loét ở thực quản, bạn có thể cần phải sử dụng các thuốc:

Thuốc giảm tiết axit, trung hòa axit dạ dày.

Thuốc kháng sinh, kháng vi-rút để điều trị nhiễm trùng.

Vết loét ở dây thanh âm được điều trị bằng cách:

Nghỉ ngơi, hạn chế dùng giọng nói.

Các biện pháp trị liệu giọng nói.

Điều trị trào ngược dạ dày thực quản.

Phẫu thuật nếu các phương pháp điều trị khác không hiệu quả.

Để giảm đau do các vết loét họng, bạn cũng có thể thử các cách sau tại nhà:

Tránh ăn thức ăn cay, nóng và chua. Các loại thức ăn này có thể gây kích thích vết loét gây đau nhiều hơn.

Tránh sử dụng các loại thuốc có gây kích thích vùng họng như aspirin, ibuprogen…

Uống nước lạnh hoặc sử dụng đồ ăn lạnh như kem để xoa dịu vết loét họng.

Uống nhiều nước mỗi ngày.

Hỏi ý kiến bác sĩ xem bạn có nên dùng các loại nước súc họng hoặc thuốc gây tê vùng loét họng.

Khò họng với nước muối ấm.

Không hút thuốc lá hay sử dụng đồ uống có cồn. Những chất này có thể gia tăng thêm sự kích thích.

Có một số nguyên nhân gây loét họng mà chúng ta có thể không phòng ngừa được như do điều trị ung thư. Với những nguyên nhân khác, có những cách phòng ngừa như sau:

Giảm nguy cơ nhiễm trùng:Giữ vệ sinh tốt bằng cách rửa tay thường xuyên hàng ngày – đặc biệt là trước bữa ăn và sau khi đi vệ sinh. Tránh tiếp xúc với những người đang bị bệnh. Cố gắng tiêm ngừa vắc-xin đầy đủ.

Tập thể dục và ăn uống lành mạnh:Để phòng ngừa trào ngược, bạn cần kiểm soát cân nặng. Thừa cân có thể tạo lực đè lên bụng và đẩy axit ngược lên thực quản. Ăn thành nhiều bữa nhỏ thay vì 3 bữa mỗi ngày. Tránh các thức ăn kích thích trào ngược axit, chẳng hạn như đồ cay, chua, dầu mỡ và đồ chiên. Nâng đầu giường cao khi ngủ để giữ axit không bị trào ngược lên từ dạ dày.

Điều chỉnh các thuốc đang sử dụng nếu cần thiết:Hỏi ý kiến bác sĩ xem liệu các thuốc bạn đang uống có gây loét họng hay không. Nếu có, có thể bác sĩ sẽ tư vấn cho bạn điều chỉnh liều lượng, cách dùng thuốc, hay đổi qua một loại thuốc khác.

Nói không với thuốc lá:Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ ung thư, một trong những thủ phạm gây loét họng. Hút thuốc lá cũng làm kích thích họng và làm yếu các van giúp ngăn không cho axit chảy ngược lên thực quản.

Trên đây là những điều bạn cần biết vềloét họng. Đây là một triệu chứng báo hiệu của khá nhiều bệnh lý tiềm ẩn. Vì vậy nếu phát hiện mình bị loét họng, bạn cần đi khám bác sĩ ngay để được thăm khám kĩ lưỡng nhất nhé. Cám ơn bạn đã đọc và theo dõi các bài viết của YouMed!

Có thể bạn quan tâm:

Nuốt đau một bên cổ họng

Viêm họng do trào ngược

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/loang-xuong-nguyen-nhan-va-trieu-chung/

Nội dung bài viết

1. Loãng xương là gì?

2. Ai là đối tượng dễ bị loãng xương?

3. Triệu chứng của bệnh loãng xương là gì?

4. Nguyên nhân gây loãng xương là gì?

Loãng xương là một tình trạng rất phổ biến. Tần suất của loãng xương trong cộng đồng tương đương với bệnh lý tim mạch và ung thư. Tuy nhiên, hiện nay rất ít người nhận thức được độ nghiêm trọng của tình trạng này. Nó diễn tiến thầm lặng nhưng hậu quả để lại rất nặng nề như tàn phế, mất chức năng. Trong bài viết này, chúng ta sẽ cùng tìm hiểu nguyên nhân và nhận diện các triệu chứng của tình trạng này.

Để có thể hiểu rõ về loãng xương, điều đầu tiên chúng ta cần biết đó chính là cấu trúc của xương. Xương được cấu tạo từ các khoáng chất, chủ yếu là muối canxi, liên kết với nhau bằng các sợi collagen. Xương có lớp vỏ ngoài dày và cứng, có thể dễ dàng nhìn thấy qua chụp phim X-quang. Bên trong có một mạng lưới xốp mềm hơn có cấu trúc giống như tổ ong.

Xương là một mô sống và liên tục tự làm mới mình. Mô xương cũ bị phá vỡ sẽ được thay thế bằng xương mới. Quá trình “tự làm mới” của xương sẽ khác nhau tùy theo độ tuổi:

Trong thời thơ ấu và thanh thiếu niên, xương mới được hình thành rất nhanh. Điều này cho phép xương của chúng ta phát triển lớn hơn và khỏe hơn (dày đặc hơn). Mật độ xương đạt đến đỉnh điểm vào giữa đến cuối những năm 20 tuổi.

Sau này, xương mới được sản xuất với tốc độ tương đương với xương cũ bị phá vỡ. Điều này có nghĩa là bộ xương trưởng thành được đổi mới hoàn toàn trong khoảng thời gian 7 – 10 năm.

Khoảng 40 tuổi, xương bắt đầu bị phá vỡ nhanh hơn so với tốc độ thay thế xương mới. Do đó, mật độ xương bắt đầu giảm dần.

Tất cả chúng ta đều bị mất xương ở mức độ nào đó khi chúng ta già đi. Tuy nhiên, thuật ngữloãng xươngchỉ được sử dụng khi xương trở nên khá mỏng manh. Khi xương bị ảnh hưởng bởi bệnh loãng xương, các lỗ hổng trong cấu trúc tổ ong trở nên lớn hơn và mật độ tổng thể thấp hơn. Do đó xương dễ bị gãy hơn.

Loãng xương là một căn bệnh diễn tiến thầm lặng. Nhiều người chỉ phát hiện được mình đã bị loãng xương khi bị gãy xương.

Vậy làm cách nào để phát hiện sớm và cần lưu ý những gì về việc ăn uống: Tất cả sẽ được giải đáp trong bài viết:Loãng xương: Những điều cần biết về chẩn đoán và chế độ dinh dưỡng

Bất cứ ai cũng có thể bị loãng xương nhưng một số có nguy cơ bị loãng xương cao hơn người khác:

Phụ nữ có nguy cơ cao gấp bốn lần so với nam giới. Quá trình mất xương tăng tốc trong vài năm sau khi mãn kinh, khi buồng trứng ngừng sản xuất hormone sinh dục nữ estrogen.

Người mắc một số bệnh lý cũng gây tăng nguy cơ loãng xương như:cường giáp,đái tháo đường,to đầu chi,..

Ăn uống thiếu chất, suy dinh dưỡng hay các bệnh gan mãn tĩnh.

Người thường xuyên sử dụng thuốccorticoid(prednisolon, methylprednisolon,…) trong thời gian dài cũng làm tăng nguy cơ loãng xương.

Loãng xương thường không có triệu chứng rõ rệt. Rất nhiều người chỉ phát hiện bị loãng xương sau khi gãy xương do ngã hoặc tai nạn nhỏ. Gãy xương thường xảy ra ở xương chậu, cột sống hoặc cổ tay.

Một số người bị đau lưng nếu xương cột sống (đốt sống) trở nên yếu và bị sụp đốt sống. Chúng được gọi là gãy xương đốt sống. Tình trạng này xảy ra ở vùng lưng giữa hoặc lưng dưới. Thậm chí nó có thể xảy ra mà không có bất kỳ chấn thương nào. Nếu đốt sống bị ảnh hưởng, cột sống của bạn sẽ bắt đầu cong và bạn có thể bị giảm chiều cao. Đôi khi gãy xương đốt sống có thể gây khó thở vì không gian dưới xương sườn bị hẹp đi. Nếu bạn bị gãy xương đốt sống, bạn cũng có nguy cơ bị gãy xương chậu hoặc cổ tay cao hơn.

Một số yếu tố nguy cơ làm tăng tình trạng loãng xương như:

Tập thể dục khuyến khích sự phát triển của xương. Khi ít vận động bạn sẽ có nguy cơ mất canxi từ xương. Từ đó phát triển bệnh loãng xương. Sức khỏe cơ bắp và xương có mối liên quan mật thiết với nhau. Do đó, điều quan trọng là phải giữ sức mạnh cơ bắp của bạn, điều này cũng sẽ làm giảm nguy cơ bị té ngã.

Tuy nhiên, những phụ nữ tập thể dục quá nhiều khiến chu kì kinh của họ dừng lại cũng có nguy cơ cao loãng xương. Bởi vì nồng độ estrogen của họ sẽ bị giảm khi tập luyện quá sức.

Nếu chế độ ăn của bạn thiếu canxi hoặc vitamin D sẽ có nguy cơ mắc bệnh loãng xương cao hơn.

>> Tìm hiểu ngay:Lợi ích của việc bổ sung vitamin D3

Thuốc lá gây độc trực tiếp cho xương. Ở phụ nữ, nó làm giảm mức estrogen và có thể gây ra mãn kinh sớm. Ở nam giới, hút thuốc làm giảm hoạt động testosterone và điều này cũng có thể làm suy yếu xương.

Uống nhiều rượu làm giảm khả năng tạo xương của cơ thể. Nó cũng làm tăng nguy cơ gãy xương do bị ngã.

Steroid (corticosteroid) được sử dụng để điều trị một số tình trạng viêm như viêm khớp dạng thấp. Chúng ảnh hưởng đến việc sản xuất xương bằng cách giảm lượng canxi hấp thụ từ ruột và tăng mất canxi qua thận. Nếu bạn cần phải sử dụng steroid trong hơn 3 tháng. Bác sĩ có thể sẽ cho thêm canxi và vitamin D để giúp ngăn ngừa loãng xương.

Xem chi tiết về những tác hại của việc lạm dụng thuốc Steroid với bài viết:Thuốc kháng viêm không Steroid (NSAIDs): Sử dụng bừa bãi gây tác hại gì?

Nếu bạn bị mãn kinh sớm (trước 45 tuổi) hoặc cắt buồng trứng, nó sẽ tăng nguy cơ mắc bệnh loãng xương. Sự thiếu hụt estrogen trong cơ thể làm tăng tốc quá trình mất xương.

Bệnh loãng xương có tính chất gia đình, có lẽ vì có những yếu tố di truyền ảnh hưởng đến sự phát triển của xương. Nếu một người thân trực hệ của bạn bị gãy xương do loãng xương thì nguy cơ gãy xương của bạn có thể cao hơn. Hiện vẫn chưa tìm ra khiếm khuyết di truyền cụ thể nào gây ra bệnh loãng xương.

Một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến nguy cơ loãng xương. Đó là: người dân tộc, nhẹ cân, đã từng gãy xương trước đó, bị bệnh ảnh hưởng đến sự hấp thụ thực phẩm…

Loãng xươnglà một căn bệnh diễn tiến “âm thầm”. Chính vì tính chất âm thầm của nó mà ít người để ý tới căn bệnh này. Tuy nhiên, đây rõ ràng là một căn bệnh mang lại nhiều ảnh hưởng đến cuộc sống. Hy vọng qua bài viết này giúp bạn nhận diện được các yếu tố nguy cơ để phòng ngừa nó hiệu quả nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/loan-san-khop-hang-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Loạn sản khớp háng là gì?

Triệu chứng

Nguyên nhân

Các yếu tố nguy cơ

Biến chứng

Chẩn đoán

Điều trị

Thông thường, các trường hợp nhẹ của chứng loạn sản khớp háng có thể không biểu hiện triệu chứng cho đến tuổi thiếu niên hoặc trưởng thành. Nếu chứng loạn sản khớp háng được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, đeo nẹp mềm để cố định thường có thể khắc phục vấn đề. Ở trẻ lớn và người trưởng thành, có thể cần phải phẫu thuật để di chuyển khớp háng vào vị trí thích hợp.

Loạn sản khớp háng là tình trạng ổ cối không bao phủ hoàn toàn phần đầu trên của xương đùi. Điều này làm chokhớp hángbị trật một phần hoặc hoàn toàn. Loạn sản có thể làm tổn thương sụn lót mặt khớp sụn mềm ở viền ổ cối. Hầu hết những người mắc chứng này là bẩm sinh.

Triệu chứng thay đổi theo nhóm tuổi. Ở trẻ sơ sinh, bạn có thể nhận thấy rằng một chân dài hơn chân còn lại. Khi trẻ bắt đầu biết đi, có thể sẽ biểu hiện đi khập khiễng. Trong quá trình thay tã, một bên khớp háng có thể kém linh hoạt hơn so với bên kia.

Ở trẻ lớn và người trưởng thành, loạn sản khớp háng có thể gây ra biến chứng đau như viêm xương khớp, rách cơ khớp háng. Điều này có thể gây đau khớp háng khi vận động. Trong một vài trường hợp, có thể có cảm giác mất ổn định ở khớp háng.

Khi sinh ra, khớp háng hình thành từ sụn mềm, dần dần cứng lại thành xương. Chỏm xương đùi và ổ cối cần khớp với nhau tốt. Nếu chỏm xương đùi không được khớp chắc chắn vào ổ cối, ổ cối sẽ không bao phủ hoàn toàn ổ cối được.

Ở tháng cuối trước sinh, không gian trong bụng mẹ trở nên chật chội làm cho chỏm của khớp háng di chuyển ra khỏi vị trí thích hợp của nó. Các yếu tố có thể làm giảm không gian trong bụng mẹ bao gồm:

Mang thai lần đầu.

Thai lớn.

Ngôi mông.

Loạn sản khớp háng có xu hướng di truyền và phổ biến hơn ở nữ.

Nguy cơ mắc chứng loạn sản cao hơn ở những trẻ sinh ra với tư thế ngôi mông.

Về sau, loạn sản có thể làm tổn thương sụn mềm viền ổ cối, cũng có thể làm cho khớp dễ bị viêm. Điều này xảy ra do áp lực tiếp xúc cao hơn trên một bề mặt nhỏ hơn của ổ cối. Theo thời gian, nó còn làm mòn sụn trơn trên xương.

Trong khi thăm khám cho trẻ, bác sĩ thường kiểm tra bằng cách di chuyển chân của trẻ với nhiều tư thế khác nhau. Điều này cho biết khớp háng có khớp với nhau tốt không.

Các trường hợp nhẹ có thể khó chẩn đoán. Triệu chứng đôi lúc chỉ biểu hiện khi trẻ lớn hoặc đến tuổi trưởng. Nếu bác sĩ nghi ngờ loạn sản khớp háng, có thể sẽ đề nghị kiểm tra hình ảnh như chụp X-quang hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

Điều trị loạn sản phụ thuộc vào tuổi phát hiện và mức độ tổn thương khớp háng. Trẻ sơ sinh thường được điều trị bằng nẹp mềm. Nẹp mềm sẽ giúp giữ phần chỏm nằm chắc chắn trong ổ cối trong vài tháng.

Nẹp mềm không có hiệu quả điều trị tốt đối với trẻ lớn hơn 6 tháng. Thay vào đó, bác sĩ có thể nắn  xương vào vị trí thích hợp và sau đó cố định chúng vài tháng bằng bột. Đôi khi phẫu thuật là cần thiết ở lứa tuổi này.

Nếu loạn sản nghiêm trọng hơn, vị trí của ổ cối cũng có thể cần điều chỉnh.

Phẫu thuật thay khớp háng có thể là một lựa chọn cho những người trưởng thành bị loạn sản khớp háng và đã bị tổn thương nghiêm trọng khớp háng theo thời gian.

Loạn sản khớp hángcó thể để lại nhiều di chứng nặng nề cho trẻ sau này. Nếu bạn nhận thấy bé có các dấu hiệu nghi ngờ của chứng loạn sản khớp háng, hãy đưa bé đến gặp bác sĩ để được khám và làm các xét nghiệm cần thiết cho việc chẩn đoán. Phát hiện và điều trị sớm chứng loạn sản khớp háng sẽ mang lại hiệu quả cao hơn cho việc phục hồi của bé về sau.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/loan-san-xo-xuong/

Nội dung bài viết

Tổng quát về loạn sản cơ xương

Triệu chứng loạn sản cơ xương

Nguyên nhân gây loạn sản cơ xương

Chẩn đoán gây loạn sản cơ xương

Biến chứng loạn sản cơ xương

Điều trị loạn sản cơ xương

Phòng bệnh loạn sản xơ xương

Loạn sản xơ xương (Fibrous dysplasia) là một bệnh lý lành tính hiếm gặp ở xương. Chiếm khoảng 5% u xương lành tính. Bệnh thường xảy ra trong độ tuổi từ 3 – 15. Thuật ngữ loạn sản xơ xương được Lichtenstein và Jaffe đặt tên vào năm 1942. Khả năng mắc bệnh không bị ảnh hưởng bởi độ tuổi, giới tính, dân tộc, vị trí địa lý hay bất kỳ phơi nhiễm môi trường nào. Đây là bệnh lý tiến triển ở xương, đa số xảy ra ở trẻ nhỏ. Cần nhận biết sớm những triệu chứng nhằm ngăn ngừa biến chứng và làm chậm tiến triển của bệnh.

Loạn sản xơ xương là tình trạng mô xơ phát triển thay thế cho xương bình thường. Những mô xơ bất thường này có thể làm xương suy yếu, biến dạng và gãy xương. Trong đa số các trường hợp, loạn sản xơ xương xảy ra ở một vị trí tại một xương. Tình trạng này thường xuất hiện ở những thanh thiếu niên lớn hơn 10 tuổi.

Tuy nhiên, tình trạng này cũng xảy ra tại nhiều xương, ở những bệnh nhi nhỏ hơn 10 tuổi. Nó thường được tìm thấy ở 1 bên của cơ thể, không lây lan từ xương này qua xương khác. Đây là bệnh lý không di truyền, gây ra bởi đột biến gen. Chưa có biện pháp chữa khỏi cho rối loạn xương này. Điều trị hiện tại tập trung vào việc giảm đau, chỉnh sửa các biến dạng của xương và biến chứng.

Loạn sản xơ xương có thể không xuất hiện các triệu chứng ở tình trạng nhẹ. Khi tình trạng trở nên nghiêm trọng có thể xuất hiện các triệu chứng.

Đau xương, thường là đau âm ỉ, mức độ nhẹ đến trung bình. Đau thường biểu hiện nặng hơn và thường xuất hiện ở người trưởng thành.

Tuy nhiên, đau thường không được nhận ra và không được điều trị ở trẻ nhỏ.

Biến dạng xương(cong vẹo xương chi dưới,vẹo cột sống).

Còi xương.

Gãy xương bệnh lý, đặc biệt là ở cánh tay và chân(Gãy xương thường phổ biến ở độ tuổi từ 6 đến 10 tuổi. Tuy nhiễn vẫn có thể xuất hiện ở độ tuổi trưởng thành).

Chứng loạn sản xơ xương có thể ảnh hưởng đến bất kỳ xương nào trong cơ thể. Tuy nhiên, xương bị ảnh hưởng phổ biến nhất bao gồm: xương đùi, xương chày, xương cánh tay, xương sọ, xương sườn, xương chậu.

Dậy thì rất sớm.

Những mảng sắc tố ở da.

Tăng huyết áp.

Sản xuất hormone quá mức gâycường giáp,cường cận giáp, tổn thương tuyến yên,hội chứng Cushing…

Sự kết hợp các triệu chứng tại da, xương, nội tiết được gọi là hội chứng McCune-Albright (MAS).

Bạn hãy gặp bác sĩ nếu thấy xuất hiện bất kỳ triệu chứng nào sau đây:

Đau xương tăng lên khi hoạt động hoặc không biến mất khi nghỉ ngơi.

Đau xương làm gián đoạn giấc ngủ.

Đi lại khó khăn hoặc đi khập khiễng.

Sưng nề không giải thích được nguyên nhân.

Thay đổi hình dạng của xương.

Khác biệt về chiều dài chi 2 bên.

Chứng loạn sản xơ xương liên quan đến đột biến của tế bào tạo xương. Đó là đột biến ngẫu nhiên gen GNAS ở vị trí nhiễm sắc thể 20 của tạo cốt bào. Đột biến này dẫn đến việc tạo xương bất toàn thay thế cho mô xương bình thường. Tình trạng này thường ngừng phát triển ở tuổi dậy thì. Tuy nhiên, chúng có thể phát triển trở lại khi mang thai.

Đột biến gen xảy ra sau khi thụ thai, trong giai đoạn đầu phát triển của thai nhi. Do đó, nó không di truyền từ bố mẹ sang con cái.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và hình ảnh trên phim X-quang. Tình trạng này có thể được phát hiện ngay cả khi không có triệu chứng. Bệnh nhân có thể được chụp X-quang vì một lý do khác và phát hiện ra bệnh. X-quang cũng giúp bác sĩ xác định được mức độ ảnh hưởng và những biến dạng liên quan đến xương.

Hình ảnh học:Chụp CT scan và MRI tạo ra hình ảnh cắt ngang hoặc 3 chiều của xương. Chúng có thể giúp bác sĩ mô tả rõ hơn những hình ảnh liên quan đến loạn sản xơ xương.

Xạ hình xương:Đây là một xét nghiệm hình ảnh thuộc y học hạt nhân. Một lượng nhỏ chất đánh dấu phóng xạ được tiêm vào máu của bệnh nhân. Phần xương bệnh lý sẽ hấp thu chất đánh dấu này. Máy chuyên dụng sẽ quét qua cơ thể và chụp lại những hình ảnh chứa chất đánh dấu. Nhờ vậy, bác sĩ sẽ xác định được nhiều tổn thương loạn sản xơ xương một cách rõ ràng hơn.

Sinh thiết:Thử nghiệm này sử dụng một cây kim rỗng để lấy một mảnh xương nhỏ bị bệnh. Mẫu xương sẽ được phân tích dưới kính hiển vi. Cấu trúc và sự sắp xếp các tế bào xương có thể xác định chẩn đoán loạn sản xơ xương.

Xét nghiệm:Xét nghiệm máu có tăng nồng độ men phosphatase kiềm, giảm phosphat máu. Giảm phosphat máu không kiểm soát làm tăng nguy cơ gãy xương, biến dạng và đau xương. Xét nghiệm nước tiểu cho thấy tăng nồng độ hydroxyprolin. Tuy nhiên các bất thường này không đặc hiệu cho Loạn sản xơ xương.

Thể một ổ: Hầu hết bệnh nhân chỉ có tổn thương một xương, chiếm tỷ lệ 70% các trường hợp, và không có triệu chứng.

Thế đa ổ: chiếm 30% trường hợp, gây tổn thương nhiều xương. Thể đa ổ có thể kết hợp với các triệu chứng ngoài xương gây hội chứng McCune-Albright (MAS).

Về mặt tiên lượng, thể một ổ có tiên lượng tốt. Tổn thương đa ổ có xu hướng tiến triển nặng lên, đôi khi có thể gây ung thư xương.

Bệnh nhân nổi đốm nâu trên da có thể bị chẩn đoán nhầm với u sợi thần kinh type 1. Bệnh lý này cũng gây biểu hiện đốm ở da và bất thường về xương. Tuy nhiên, các đốm da ở bệnh u sợi thần kinh thường có viền trơn mịn. Trong khi, loạn sản xơ xương thường có viền răng cưa và tập trung đường giữa cơ thể. Các bất thường xương ở u sợi thần kinh thường ít hơn. Nó bao gồm khớp giả xương chày và gù vẹo cột sống.

Có nhiều loại tổn thương xơ hóa ở xương với các đặc điểm X-quang và mô học tương tự. Đó là u xơ cốt hóa, loạn sản sợi xương và u tế bào khổng lồ của xương. Những tổn thương này thường đơn độc và không liên quan đến các tổn thương ngoài xương.

Loạn sản xơ xương nghiêm trọng có thể gây ra:

Biến dạng xương hoặc gãy xương:Vùng xương suy yếu có thể bị uốn cong và có nhiều khả năng bị gãy.

Tắc nghẽn xoang mạn tính:do biến dạng của các xương tạo xoang.

Mất thị lực và thính lực:Các dây thần kinh đến mắt và tai có thể được bao quanh bởi xương bị bệnh. Biến dạng nghiêm trọng của xương mặt có thể dẫn đến mất thị lực và thính giác. Tuy nhiên đây là một biến chứng hiếm gặp.

Viêm khớp:Viêm khớp có thể hình thành trong các khớp giữa những xương bị biến dạng. Khớp giữa các xương chi dưới và xương chậu thường bị ảnh hưởng.

Ung thư:Biến chứng hiếm gặp này thường chỉ ảnh hưởng đến những người đã từng xạ trị trước đó.

Nang xương phình mạch:Thường khởi phát cấp tính và đau cục bộ. Tình trạng này tiến triển nhanh chóng và thường phải phẫu thuật khẩn cấp.

Điều trị loạn sản xơ xương tập trung vào điều trị nội tiết, giảm đau, ổn định cấu trúc xương và ngăn ngừa biến chứng. Chưa có biện pháp điều trị nào chữa khỏi hoặc ngăn được tiến triển của bệnh loạn sản xơ xương. Không cần điều trị nếu không có triệu chứng vì nguy cơ biến dạng và gãy xương là thấp. Khi đó, chỉ cần theo dõi bệnh định kỳ bằng cách chụp X-quang.

Việc chẩn đoán và điều trị vẹo cột sống trong loạn sản xơ xương là vô cùng quan trọng. Bệnh có thể tiến triển nhanh chóng, gây suy hô hấp và dẫn đến tử vong. Phẫu thuật kết hợp xương cột sống được chứng minh là có hiệu quả trong trường hợp này.

Lưu ý không điều trị bằng tia xạ vì có khả năng chuyển dạng thành ung thư xương. Hóa trị không có hiệu quả trong bệnh này. Quá trình điều trị bao gồm bảo tồn và phẫu thuật, tuỳ theo vị trí và mức dộ tổn thương xương.

Thuốc

Giảm đau:Paracetamol, tramadol,Ultracet.

Kháng viêm không steroid:Diclofenac, Piroxicam, Meloxicam, Celecoxib, Etoricoxib.

Thuốc trị loãng xương:như bisphosphonates giúp ngăn ngừa mất xương. Nó giúp tăng mật độ của xương bằng cách ức chế hoạt động của các tế bào hủy xương.

Theo nghiên cứu, bisphosphonates hỗ trợ làm vững chắc xương và giúp giảm đau xương trong loạn sản xơ xương. Ví dụ như: Fosamax, Aredia, Aclasta…

Tất cả các thuốc đều phải có sự hướng dẫn của bác sĩ.

Dinh dưỡng

Các hoạt động thể chất, bổ sung đầy đủ canxi, vitamin D, phốt pho cũng rất quan trọng.

Chườm nóng hoặc chườm lạnh

Phương pháp này cũng có tác dụng giảm đau hiệu quả ở một số trường hợp.

Điều trị các rối loạn nội tiết

Cường giáp, hội chứng Cushing, dậy thì sớm điều trị bằng thuốc hay phẫu thuật nếu có chỉ định.

Bó bột hay nẹp bột

Đây cũng là biện pháp điều trị bảo tồn có hiệu quả nhằm cố định, dự phòng gãy xương.

Chỉ định phẫu thuật

Điều trị bảo tồn thất bại(gãy xương di lệch, không liền).

Đau thường xuyên.

Biến dạng xương tiến triển.

Ung thư hóa.

Dự phòng các tổn thương lan rộng có thể dẫn đến gãy xương.

Mục đích

Điều chỉnh biến dạng xương.

Điều chỉnh sự khác biệt chiều dài chi 2 bên.

Sửa chữa các gãy xương không lành sau bó bột.

Ngăn ngừa gãy xương, đặc biệt là các xương chịu tải trọng như xương đùi, xương chày, xương chậu.

Giảm áp lực lên dây thần kinh, đặc biệt nếu tổn thương ở xương sọ hoặc xương vùng mặt.

Phương pháp phẫu thuật

Lấy bỏ xơ xương bằng nạo vét và tiến hành ghép xương.

Xương ghép được lấy từ xương tự thân, đồng loai hoặc nhân tạo.

Phẫu thuật cố định bằng đóng đinh, nẹp vít để ngăn ngừa gãy xương.

Bệnh nhân cần được nẹp bột cố định để dự phòng gãy xương. Có chế độ sinh hoạt vận động hợp lý. Tránh mang vác, lao động nặng.

Tất cả bệnh nhân có loạn sản xơ xương vùng sọ mặt nên được theo dõi định kỳ hàng năm. Họ cần được theo dõi các vấn đề về nhãn khoa, tai mũi họng và đánh giá thính lực.

Các bệnh nhân có hội chứng MAS kèm theo cũng cần được theo dõi sát. Khám, kiểm tra đường cong tăng trưởng, xét nghiệm sinh hóa, siêu âm tuyến giáp và tinh hoàn.

Người bệnh cần tái khám định kỳ sau 1 đến 3 tháng, tùy theo tình trạng bệnh.

Người mắc chứngloạn sản xơ xươngnên đến khám bác sĩ càng sớm càng tốt. Bác sĩ sẽ đưa ra lời khuyên về bệnh cũng như đề nghị các biện pháp điều trị thích hợp. Qua bài viết, YouMed hy vọng đã cung cấp được những kiến thức đúng đủ về bệnh lý này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/loan-than/

Nội dung bài viết

Loạn thần là gì?

Khái niệm về hoang tưởng

Khái niệm về ảo giác

Nguyên nhân gây loạn thần

Loạn thần có thể xảy ra trong tình huống nào?

Hậu quả của loạn thần

Cách chẩn đoán loạn thần

Cách điều trị loạn thần

Loạn thần và những kì thị

Loạn thần là gì mà có thể khiến người bệnh suy giảm hoặc mất khả năng kết nối với thế giới thực tại? Trong giai đoạn này, những suy nghĩ và nhận thức của người bệnh bị xáo trộn. Họ gặp khó khăn trong việc nhận biết đâu là thế giới thực, đâu là không. Bạn hãy cùng Bác sĩ Đào Thị Thu Hương tìm hiểu về tình trạng này nhé!

Loạn thần là một hội chứng gồm nhiều triệu chứng, bao gồm hoang tưởng (niềm tin sai lệch) và ảo giác (nhìn hoặc nghe những thứ mà người khác không nhìn thấy hoặc nghe thấy). Dẫu vậy, đối với người bệnh, đây lại là những trải nghiệm có thật đối với họ.

Các triệu chứng khác có thể kể đến như lời nói không mạch lạc hoặc vô nghĩa và hành vi không phù hợp với tình huống. Trong giai đoạn loạn thần, người bệnh có thể gặp rắc rối về giấc ngủ, bất thường cảm xúc, thu rút bản thân…

Đây là một niềm tin sai lầm được giữ vững cho dù mâu thuẫn với thực tế hay những gì thường được coi là đúng. Hoang tưởng có thể có nhiều chủ đề, thường gặp nhất bao gồm:

Những người có hoang tưởng liên hệ thường cho rằng mọi thứ đều liên quan đến họ. Khi đi ngoài đường họ có thể nghĩ rằng ai đó đang đi theo họ, dù rằng chẳng có ai đi sau. Ở nơi đông người, có nhiều nhóm người, người bệnh cho rằng đám người đó đang nói về họ. Hay một tin nhắn được gửi đến cũng khiến họ nghĩ ai đó đang gửi một thông điệp bí mật cho họ.

Một người có hoang tưởng tự cao khiến họ có niềm tin mãnh liệt vào bản thân có năng lực đặc biệt. Tài năng của họ rất vượt trội, không ai có thể sánh bằng.

Người bệnh luôn luôn cho rằng mình mắc bệnh nan y. Cho dù mọi xét nghiệm, chẩn đoán của bác sĩ, không chỉ một mà nhiều bác sĩ đều cho rằng họ khỏe mạnh (trừ bác sĩ tâm thần ra).

Ảo giác là sự nhận biết một sự vật hiện tượng khi không có các kích thích bên ngoài, thông qua các giác quan. Tương ứng với năm giác quan là năm loại ảo giác. Ảo thanh, ảo thị, ảo khứu, áo xúc và ảo vị, thường gặp nhất là ảo thanh, ảo thị và ảo xúc.

Người bệnh có thể nghe thấy tiếng từ đơn giản đến phức tạp. Như tiếng còi tàu hỏa dù xung quanh chẳng có đường ray hay ga tàu nào. Hoặc tiếng nói của cô bé hàng xóm đã chuyển nhà đi từ đời nào. Hoặc thậm chí một tiếng nói lạ hoắc của một ai đó bạn không quen.

Người bệnh nói rằng họ đang nhìn thấy Phật Quan Âm, hay Đức Chúa trời. Hoặc gần gũi hơn là người ông đã mất của mình từ mấy năm trước.

Thường gặp ở những người nghiện rượu mà phải ngưng rượu. Họ luôn có cảm giác có con kiến bò trên da, hoặc bị kim châm chích nhiều lần.

Với ảo giác, điều quan trọng là người bệnh cảm nhận những điều này là rất thật nhưng thật ra là không có thực.

Các nhà nghiên cứu cho rằngdopamineđóng vai trò quan trọng gây ra loạn thần. Bằng chứng về vai trò của dopamine được chứng minh qua hình ảnh học não. Và sự sử dụng các thuốc liên quan đến sự giảm hoạt động của dopamin làm thuyên giảm các triệu chứng bệnh.

Dopamine là một chất dẫn truyền thần kinh. Là một trong nhiều chất được não sử dụng để truyền tin từ tế bào này sang tế bào khác. Ở người bình thường, khi dopamin được phóng thích, nó khiến bạn cảm thấy hưng phấn, vui vẻ.

Ngoài ra, di truyền cũng có một vai trò nhất định trong loạn thần. Khi có một thành viên trong gia đình như cha mẹ hoặc anh chị em. Bản thân họ sẽ tăng nguy cơ xuất hiện bệnh. Trẻ được sinh ra có đột biến gen mất đoạn nhiễm sắc thể 22 có nguy cơ mắc bệnh.

Mỗi trường hợp loạn thần là khác nhau, và nguyên nhân chính xác không phải lúc nào cũng rõ ràng. Có thể chia ra làm hai nhóm nguyên nhân chính gây bệnh:

Rối loạn tâm thần.

Tình trạng y khoa khác.

Tuy nhiên, trước khi chẩn đoán bệnh là do rối loạn tâm thần, cần loại trừ tất cả các nguyên nhân do rối loạn y khoa khác gây nên.

Loạn thần cấp: Xảy ra trong thời gian ngắn, không quá một tháng.

Tâm thần phân liệt: Bệnh lý mãn tính, nếu được điều trị sớm, bệnh có thể lui. Nhưng sau đó có thể tái phát.

Rối loạn hoang tưởng: Trong rối loạn này người bệnh chỉ có một triệu chứng là hoang tưởng. Không có các triệu chứng nào khác

Rối loạn lưỡng cực: Lưỡng là hai, hai đầu cực. Tức là tâm trạng của họ dao động. Có giai đoạn thì rất vui, hưng phấn nhưng cũng có giai đoạn rất trầm buồn. Bất kể trong giai đoạn nào họ cũng đều có thể có loạn thần. Nhưng nổi bật nhất vẫn là các triệu chứng thuộc khí sắc, cảm xúc.

Rối loạn trầm cảm chủ yếu: Khác với lưỡng cực, người bệnh chỉ có đơn cực là trầm buồn. Trong giai đoạn bệnh các triệu chứng có thể xuất hiện. Nhưng chủ yếu hiện diện nhiều là bất thường các triệu chứng liên quan đếntrầm cảm.

Rối loạn loạn liên quan đến chất: Bệnh có thể được kích hoạt bằng cách sử dụng rượu hoặc các chất cấm. Bao gồm:

Cocain.

Ma túy đá.

Thuốc lắc.

Cần sa.

Thuốc gây ảo giác LSD.

Nấm ma thuật.

Ketamine (gọi tắt là “ke”).

Rượu – khi uống say hay khi ngưng rượu đều có thể gây ra các triệu chứng loạn thần (với người nghiện rượu).

Ngoài ra, một số loại thuốc dùng để điều trị bệnh như corticoid cũng có thể gây bệnh. Hay các bệnh lý y khoa khác như:

Sảng.

Chấn thương đầu.

Một số loại động kinh.

Khối u não hoặc u nang.

Viêm não do vi trùng (giang mai…), virus (HIV, Herpes…).

Sa sút trí tuệ như:bệnh Alzheimer, sa sút do nguyên nhân mạch máu, bệnh Parkinson, bệnh Huntington,…

Nghiện ngập: Những người bị loạn thần có nhiều khả năng lạm dụng ma túy, rượu hơn những người khác. Họ dùng các chất này như một cách để kiểm soát các triệu chứng. Việc lạm dụng chất có thể khiến bệnh nặng hơn hoặc gây ra các vấn đề khác.

Tự làm đau bản thân và tự sát: Những người bị loạn thần có nguy cơ tự làm hại và tự tử cao hơn người bình thường. Họ thường có những vết cắt, bầm tím hoặc bỏng thuốc lá, trên cổ tay, cánh tay, đùi và ngực. Những người này luôn cố gắng che đậy các tổn thương đó.

Làm hại những người xung quanh: Khi những hoang tưởng hay ảo giác tác động tiêu cực đến người bệnh. Họ sẽ phản ứng lại. Đó có thể là chửi mắng, cáu giận, đánh người thậm chí là giết người.

Loạn thần thường được chẩn đoán đánh giá bởi bác sĩ thuộc chuyên khoa tâm thần. Bác sĩ cần quan sát các hành vi, đặt các câu hỏi liên quan đến trải nghiệm của bệnh nhân. Đôi khi người bệnh không hợp tác, đòi hỏi phải có sự hỗ trợ của người thân.

Sau khi xác định bệnh, bác sĩ cần có các xét nghiệm hỗ trợ và đôi khi cần có bác sĩ thuộc chuyên khoa khác để phối hợp loại trừ các bệnh lý y khoa khác. Các rối loạn tâm thần luôn đi sau các bệnh lý y khoa.

Việc điều trị loạn thần cần có sự kết hợp của thuốc và các liệu pháp khác. Hầu hết mọi người sẽ cải thiện triệu chứng sau một thời gian điều trị.

Đôi khi những người bị loạn thần có thể trở nên kích động và có nguy cơ làm tổn thương chính mình hoặc người khác. Trong những trường hợp này, cần phải khiến họ bình tĩnh nhanh chóng. Phương pháp này được gọi là an thần nhanh chóng. Thường đầu tiên sẽ là sử dụng lời nói để trấn an người bệnh. Nếu không hiệu quả, bác sĩ sẽ cần phải sử dụng thuốc tiêm để bệnh nhân dịu lại.

Để kiểm soát các triệu chứng, người ta dùng các thuốc chống loạn thần giúp làm giảm ảo giác và hoang tưởng, bớt những hành vi và lời nói kì lạ. Có nhiều loại thuốc khác nhau. Tùy cơ địa mỗi người mà bác sĩ sẽ có những lựa chọn khác nhau, phù hợp với người bệnh. Tác dụng của thuốc có thể mất vài tuần mới đạt được hiệu quả tối ưu.

Trong nhiều trường hợp, bệnh nhân chỉ cần dùng thuốc trong thời gian ngắn để kiểm soát các triệu chứng. Tuy nhiên những người bị tâm thần phân liệt có thể phải dùng thuốc suốt đời.

Thay đổi nhận thức để thay đôi hành vi. Để đương đầu với những căng thẳng hoặc để quản lý sự tuân thủ điều trị tốt hơn. Cách tiếp cận này đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc quản lý bệnh. Nó thường hữu ích nhất khi mà các triệu chứng loạn thần không thể giải quyết hoàn toàn bằng thuốc.

Có rất nhiều hiểu lầm loạn thần. Rất nhiều người nghĩ sai rằng từ ‘loạn thần’ có nghĩa là ‘nguy hiểm’. Trên báo đài, phim ảnh thường phô bày những hình ảnh của người bệnh có các hành vi đáng sợ. Họ là những người ăn mặc dơ dáy, tóc tai luộm thuộm, với những hành vi kì quặc. Họ làm hại người khác dù rằng tỉ lệ này rất thấp. Những người thân của người bệnh cũng cảm thấy xấu hổ, e dè khi mình có bạn/ anh/chị/em bị như vậy.

Loạn thầncũng là một triệu chứng của bệnh và có thể chữa được. Chỉ khi cộng đồng không kì thị loạn thần nói riêng và các rối loạn tâm thần nói chung. Người mắc bệnh tâm thần mới được chẩn đoán và điều trị sớm. Điều trị càng sớm khả năng hồi phục càng cao, gánh nặng xã hội sẽ được bớt lại.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-benh-lupus-ban-do/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh Lupus ban đỏ

Nguyên nhân Lupus ban đỏ

Triệu chứng của bệnh Lupus ban đỏ

Chẩn đoán bệnh Lupus ban đỏ

Điều trị Lupus ban đỏ

Tiên lượng bệnh Lupus ban đỏ

Lupus ban đỏ hệ thống là một trong những bệnh lý tự miễn thường gặp nhất. Biểu hiện của bệnh đa dạng và hiện diện ở hầu hết các cơ quan trong cơ thể. Vì vậy, bệnh nhân có thể đến khám vì nhiều triệu chứng khác nhau ở nhiều chuyên khoa. Diễn tiến của bệnh thay đổi từ âm thầm qua nhiều năm đến diễn tiến cấp tính, nặng thậm chí là tử vong. Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Nguyễn Thị Ngọc Sang tìm hiểu nguyên nhân, triệu chứng, cách điều trị lupus ban đỏ qua bài viết sau đây nhé!

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus – SLE) là một bệnh tự miễn mãn tính không rõ nguyên nhân. Nó có thể ảnh hưởng đến bất kỳ cơ quan nào của cơ thể. Các bất thường về miễn dịch, đặc biệt là sản xuất một số kháng thể kháng nhân (ANA), là một đặc điểm nổi bật của bệnh.1

Bệnh nhân có các đặc điểm lâm sàng khác nhau, từ tổn thương nhẹ như ở khớp, da đến các tổn thương đe dọa tính mạng nhưthận, huyết học hoặc hệ thần kinh trung ương. Sự không đồng nhất về mặt lâm sàng của SLE và thiếu các đặc điểm hoặc xét nghiệm tiên lượng bệnh đặt ra một thách thức chẩn đoán cho bác sĩ lâm sàng.1

Chẩn đoán SLE thường dựa trên các đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm sau khi loại trừ các chẩn đoán phân biệt. Trong trường hợp không có tiêu chuẩn chẩn đoán SLE, tiêu chuẩn phân loại SLE thường được các bác sĩ lâm sàng sử dụng làm hướng dẫn để giúp xác định một số đặc điểm lâm sàng nổi bật khi thực hiện chẩn đoán. Các xét nghiệm huyết thanh học rất quan trọng trong việc gợi ý khả năng mắc SLE, với một số kháng thể ví dụ axit deoxyribonucleic chống chuỗi kép [anti-dsDNA] và anti-Smith [anti-Sm], kháng thể kháng nhân [ANA].1

Điều trị tất cả các bệnh nhân bằng hydroxychloroquine hoặc thuốc sốt rét khác. Đối với bệnh nhẹ có thể dùngNSAIDsnếu cần. Sử dụngcorticosteroidscho SLE mức độ hoạt động vừa hoặc nặng và dùng thuốc ức chế miễn dịch khác phối hợp. Sử dụng corticosteroids ở liều thấp nhất có thể và các thuốc khác kiểm soát viêm để duy trì lui bệnh.2

Nguyên nhân của bệnh lupus ban đỏ hệ thống vẫn chưa được biết rõ và gồm nhiều yếu tố phối hợp. Điều này giúp giải thích rằng trên thực tế chúng ta sẽ gặp nhiều cơ chế sinh bệnh và theo sau đó là biểu hiện lâm sàng khác nhau của thể bệnh này. Do đó, trong tương lai, SLE có thể được phân loại thành các nhóm nhỏ theo các bất thường về đường di truyền và sinh học cùng cơ chế thay vì dựa trên các biểu hiện lâm sàng và các bất thường huyết thanh học như hiện nay.1

Một vài yếu tố đã được chứng minh rằng chúng góp phần vào cơ chế sinh bệnh của SLE. Chúng bao gồm: yếu tố di truyền, yếu tố nội tiết tố và yếu tố môi trường. Nguyên nhân được hiểu rõ nhất cho đến hiện tại là bất thường quá trình miễn dịch đã tạo ra các kháng thể gây bệnh.13

Khiếm khuyến trong quá trình điều hòa tạo yếu tố phiên mã đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh. Ngoài ra, còn có thể bất thường ở con đường điều hòa sau phiên mã, chỉnh sửa ARN thông tin, nối đoạn gen và chỉnh sửa protein. Nhìn chung, ngoại trừ đột biến TREX1 hiếm gặp hoặc thiếu hụt các thành phần ban đầu của bổ thể, không có sự bất thường gen đơn lẻ nào là nguy cơ cao dẫn đến SLE.1

Do vậy, cần có sự kết hợp nhiều gen nhạy cảm hoặc sự hiện diện gen nhạy cảm và không có gen bảo vệ thì mới có khả năng cho phép bệnh phát triển, phối hợp với yếu tố môi trường và thay đổi vi môi trường.45

Cho đến nay, ít nhất 100 locus đa gen và 30 dạng đơn gen làm tăng nguy cơ mắc bệnh SLE và kiểu hình giống SLE.6Tuy nhiên, hiện tại vẫn chưa rõ làm thế nào những khiếm khuyết đơn gen này dẫn đến SLE. Hơn nữa, một số khiếm khuyết di truyền này, chẳng hạn như thiếu hụt bổ thể, đã được tìm thấy ở những người không mắc bệnh.1Tỷ lệ đồng mắc lupus là 25% ở trẻ sinh đôi cùng trứng. Và 5% ở trẻ sinh đôi khác trứng.

Chức năng điều hòa miễn dịch của estradiol,testosterone, progesterone,dehydroepiandrosterone (DHEA), và các hormone tuyến yên, bao gồm prolactin, đã ủng hộ giả thuyết rằng chúng điều chỉnh tỷ lệ mắc và mức độ nghiêm trọng của SLE. Phụ nữ có xu hướng tạo ra nhiều tự kháng thể dẫn đến SLE. Do đó, tần suất gặp SLE ở phụ nữ nhiều hơn, đặc biệt phụ nữ trẻ.1

Bệnh nhân SLE có rất nhiều rối loạn miễn dịch. Tuy nhiên, lí do của những bất thường này chưa được rõ ràng. Trong đó, có những bất thường là nguyên phát mang tính chất di truyền và có những bất thường thứ phát. Tuy nhiên, đến hiện tại vẫn chưa thể chia rõ ràng theo mỗi bất thường. Một vài bất thường liên quan đến hoạt động của bệnh. Trong khi số còn lại mang tính chất giai đoạn không hằng định suốt thời gian bệnh.1

SLE là bệnh lý nguyên phát với các rối loạn trong điều hòa miễn dịch. Những rối loạn này do cơ thể đã mất khả năng dung nạp với tất cả tự kháng nguyên của chúng. Vì vậy, đã tạo ra một phản ứng tự miễn dịch quá mức. Các tự kháng thể này thường tồn tại nhiều năm trước khi triệu chứng đầu tiên của bệnh xuất hiện.7

Trong đó, quá trình thực bào và loại trừ các phức hợp miễn dịch, tế bào hoại tử, tế bào được chết theo chu trình bị lỗi. Vì vậy phức hợp miễn dịch, tự kháng nguyên tồn tại rất nhiều trong SLE.8Nhiều khiếm khuyết này gây ra một loạt các sự kiện. Bắt đầu là sự phân hủy tế bào bất thường và kết thúc bằng việc sản xuất các tự kháng thể.

Kháng thể axit deoxyribonucleic chống chuỗi kép (anti ds DNA) là một trong những bất thường miễn dịch của bệnh. Không những thế xét nghiệm này có thể dương tính ở cả người bình thường không bệnh. Nhưng thường các phòng xét nghiệm có ngưỡng xét nghiệm để có thể định hướng phân biệt người khỏe mạnh hay hướng đến bệnh nhân SLE. Vì nhóm bệnh nhân SLE có xu hướng tạo nhiều kháng thể hơn người khỏe mạnh.9

Môi trường có thể có một vai trò trong căn nguyên của SLE thông qua ảnh hưởng của nó đối với hệ thống miễn dịch.1

Vi rút có thể kích thích tế bào đặc hiệu kháng nguyên trong hệ miễn dịch. Đặc biệt là vi rút EBV (Epstein-Barr virus). Trên nghiên cứu cho thấy trẻ em bị SLE thì nhiễm EBV có thể là một sự kiện khởi phát dẫn đến SLE trên lâm sàng.10

Một số bằng chứng hạn chế cho thấy rằng nhiễm trùng do vi khuẩn có thể kích hoạt tăng hoạt động miễn dịch và viêm. Điều này dẫn đến các triệu chứng lupus trầm trọng hơn.11

Tia cực tím (UV): kích thích tế bào sừng tiết ra nhiều chất kích thích tế bào B tạo kháng thể. Tia UV còn kích thích quá trình tự miễn do ảnh hưởng đến quá trình xử lý kháng nguyên và kích hoạt đại thực bào.

Bụi silica có thể làm tăng nguy cơ phát triển SLE. Bụi này có trong bột tẩy rửa, đất vật liệu gốm, xi măng và khói thuốc lá.

Dị ứng với thuốc, đặc biệtkháng sinhđược ghi nhận nhiều hơn ở nhóm SLE so với nhóm khỏe mạnh.

Không ghi nhận mối liên quan rõ ràng giữa SLE và việc sử dụng thuốc nhuộm tóc, son môi, tiếp xúc với dung môi nghề nghiệp, thuốc trừ sâu hoặc uống rượu.

Hútthuốc lálà một yếu tố nguy cơ phát triển SLE.

Mặc dù căn nguyên chính xác của SLE chưa rõ ràng, nhưng biểu hiện lâm sàng của SLE là qua trung gian trực tiếp hoặc gián tiếp bởi sự hình thành kháng thể và tạo ra các phức hợp miễn dịch.

Bệnh diễn tiến phức tạp, có thể rầm rộ hoặc âm thầm qua nhiều tháng hoặc nhiều năm với những triệu chứng không điển hình. Các triệu chứng có thể liên quan đến bất kỳ cơ quan nào trong cơ thể, tiến triển thành từng đợt, đợt sau nặng hơn đợt trước và gây tổn thương gần như toàn bộ các cơ quan trong cơ thể. Trong trường hợp nặng, bệnh có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân.1

Các triệu chứng về cơ thể như mệt mỏi, sốt và sụt cân có ở hầu hết bệnh nhân SLE tại một số thời điểm trong suốt quá trình của bệnh.

Đây là than phiền phổ biến nhất. Triệu chứng này không phản ánh mức độ bệnh thường liên quan đếntrầm cảm,rối loạn giấc ngủvà đau cơ xương.12

Biểu hiện của đợt cấp ở hơn 50% bệnh nhân. Khó khăn trên lâm sàng là phân biệt sốt do bệnh hay do các nguyên nhân khác. Trong đó, đặc biệt là do nhiễm trùng. Không có đặc điểm cụ thể nào có thể hỗ trợ chỉ ra sốt do bệnh bùng phát. Nên đánh giá kĩ bệnh nhân và tiếp cận điều trị tích cực khi bệnh nhân có sốt.13

Triệu chứng này tương đối phổ biến, ngược lại yếu cơ nặng hoặc viêm cơ ít phổ biến hơn.

Thường xuyên gặp ở bệnh nhân SLE. Sụt cân hay gặp ở trước khi được chẩn đoán SLE. Sụt cân có thể do giảm thèm ăn, tác dụng phụ của thuốc, do bệnh đường tiêu hóa. Tăng cân có thể do giảmalbumin máu, hay là tác dụng phụ của điều trị với glucocorticoid.

Xảy ra hơn 90% và thường là một trong những biểu hiện sớm nhất.Viêm khớpcó xu hướng nhiều khớp, đối xứng và di chuyển sang các khớp khác. Mức độ đau thường vừa phải, ít gây mòn khớp và hiếm khi gây biến dạng khớp.

Hầu hết bệnh nhân sẽ có tổn thương da và niêm mạc tại một số thời điểm bệnh. Tổn thương phổ biến nhất là hồng ban cánh bướm. Đây là dạng hồng ban dạng đỏ phân bố trên má và mũi nhưng không có ở rãnh mũi má. Một vài tổn thương khác như tổn thương dạng đĩa, nốt phẳng hoặc sần ở vùng da hay tiếp xúc ánh sáng, nhạy cảm với ánh sáng, loét niêm mạc vùng họng miệng.

Rụng tóc lan tỏa hay từng mảng hay gặp ở giai đoạn bùng phát của SLE.

Tổn thương tim thường gặp, có thể liên quan đến màng ngoài tim, cơ tim,van tim, hệ thống dẫn truyền và động mạch vành. Bao gồm các biểu hiện:viêm màng ngoài tim, tràn dịch màng tim, viêm nội tâm mạc,viêm cơ tim,bệnh mạch vành.Hội chứng Raynauddo co thắt mạch ở các ngón tay và chân làm ngón có màu nhợt và tím. Tỉ lệ viêm mạch ở bệnh nhân SLE 11 – 36%, đặc điểm lâm sàng cũng thay đổi do có thể ảnh hướng đến các mạch máu mọi kích thước. Vi mạch máu hay bị tổn thương nhất thường biểu hiện dưới dạng tổn thương da. Bên cạnh đó, huyết khối kể cảđộng mạchvàtĩnh mạchcũng có thể gặp ở bệnh nhân SLE.14

Biện hiện thận có ở khoảng 50% bệnh nhân. Biểu hiện này có thể gặp ở bất kỳ thời điểm nào và có thể là triệu chứng duy nhất của SLE. Có thể lành tính và không triệu chứng hoặc tiến triển và gây tử vong. Các biểu hiện hay gặp bao gồm protein niệu (thường gặp nhất), trụ niệu do các trụ hồng cầu hoặc bạch cầu,tăng huyết ápvà phù. Vì vậy, việc tầm soát định kỳ sự hiện diện của bệnh viêm thận lupus bằng phân tích nước tiểu, định lượng protein niệu và ước tính mức lọc cầu thận là một phần quan trọng trong việc điều trị lâu dài bệnh nhân SLE.15

Biểu hiện này có ở khoảng 40% bệnh nhân. Các triệu chứng có thể hiện diện ở hầu hết cơ quan dọc ống tiêu hóa. Bao gồm:viêm thực quản, giả tắc ruột,viêm tụy cấp, viêm mạch mạc treo ruột, thiếu máu cục bộ,viêm phúc mạc,…

Bao gồmviêm màng phổi(có hay không có tràn dịch),viêm phổi, bệnh phổi kẽ,tăng áp phổivà xuất huyết phế nang,… Những triệu chứng này nên được đặc biệt chú ý và cần phân biệt với triệu chứng nhiễm trùng.

Bao gồmđột quỵ, co giật, rối loạn chức năng nhận thức (kích động, mê sảng, thay đổi ý thức) và bệnh thần kinh ngoại biên.

Cả 3 dòng tế bào máu (hồng cầu,bạch cầu,tiểu cầu) đều có thể bị ảnh hưởng. Bệnh nhân có thể chỉ có thiếu máu nhẹ trong tình trạng viêm mãn tính cho đếnthiếu máu tán huyếtmức độ nặng. Bạch cầu thường giảm, trong đó còn có thể do tình trạng nhiễm trùng chồng lấp và do dùng thuốc ức chế miễn dịch. Giảm tiểu cầu ít khi nghiêm trọng. Tuy nhiên, thỉnh thoảng vẫn gặp trường hợp giảm tiểu cầu mức độ nặng cần truyền tiểu cầu và điều trị ngay.

Bất kỳ cấu trúc nào củamắtđều có thể bị ảnh hưởng. Trong đó,viêm kết mạc,viêm giác mạclà phổ biến nhất. Tiếp theo là bệnh mạch máu võng mạc. Ít gặp hơn là bệnh thần kinh thị giác, bệnh ký màng bạch,viêm màng bồ đào,viêm mống mắt.

Các biểu hiện sản khoa bao gồm mất thai ở giai sớm và muộn. Ở bệnh nhân có kháng thểkháng phospholipid, nguy cơ sảy thai tái phát tăng lên. Mang thai có thể thành công đặc biệt là sau 6 đến 12 tháng lui bệnh. Mặc dù đang đạt được giai đoạn lui bệnh tốt, nhưng trong giai đoạn mang thai và sau sinh, bệnh nhân thường vào những đợt cấp. Nên bắt đầu mang thai khi đạt được lui bệnh và sau khi đã tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa và bác sĩ Sản khoa.

Trong thời kỳ mang thai, bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu về đợt cấp hoặc các triệu chứng huyết khối, nên được theo dõi bởi đội ngũ bác sĩ đa chuyên khoa và thảo luận với nhau để đạt được kết cục tốt nhất cho cả mẹ và thai.

Chẩn đoán SLE nên được nghĩ đến khi bệnh nhân có bất kì dấu hiệu và triệu chứng nào ở các cơ quan. Đặc biệt ở những bệnh nhân nữ, trong độ tuổi sinh sản. Tuy nhiên, SLE giai đoạn sớm có thể giống với các bệnh mô liên kết (hoặc không mô liên kết) khác. Bao gồmviêm khớp dạng thấpnếu có triệu chứng khớp nổi bật. Nên được thăm khám đầy đủ triệu chứng và thực hiện các xét nghiệm thường quy để chẩn đoán. Bao gồm:16

Các kháng thể kháng nhân (ANA) và kháng thể kháng chuỗi kép (anti dsDNA).

Công thức máu toàn phần.

Xét nghiệm nước tiểu.

Xét nghiệm hóa sinh bao gồm enzyme thận và gan.

Trong thực hành, bệnh thường được chẩn đoán dựa trên Tiêu chuẩn chẩn đoán theo SLICC 2012 bao gồm:17

Lupus da cấp tính.

Lupus da mạn tính.

Loét miệng (cần loại trừ nguyên nhân khác như nhiễm trùng, Herpes, do thức ăn, chấn thương,bệnh trào ngược dạ dày thực quản,…).

Rụng tóc không có sẹo: tóc yếu, gãy, rụng lan tỏa, loại trừ các nguyên nhân khác (dinh dưỡng, hormone, nhiễm nấm…).

Viêm khớp: sưng, viêm, tràn dịch ít nhất 2 khớp, cứng khớp ít nhất 30 phút vào buổi sáng.

Viêm đa màng:tràn dịch màng phổi, màng tim (loại trừ các nguyên nhân khác như nhiễm trùng,hội chứng Dressler).

Thận: tỉ lệ protein niệu/creatinin niệu hay xét nghiệm protein niệu 24 giờ chứng minh protein niệu 24 giờ ít nhất 500 mg hay trụ hồng cầu.

Biến chứng thần kinh: biểu hiện đa dạng nhưđộng kinh,loạn thần, viêm tủy, viêm đa dây TK ngoại biên,… Cần loại trừ các nguyên nhân khác.

Thiếu máu tán huyết.

Giảm bạch cầu < 4G/L hoặc giảm lympho  < 1 G/L, hoặc giảm TC < 100 G/L.

ANA dương.

Anti-dsDNA dương.

Kháng thể kháng phospholipid: bất kì kháng đông lupus, anti-Cardiolipin IgM/IgG, anti-Beta2-Glycoprotein 1 IgM/IgG dương.

Giảm bổ thể: C3, C4, CH50.

Coombs trực tiếp (không có tán huyết) dương.

Chẩn đoán Lupus khi có ít nhất 4 tiêu chuẩn. Trong đó có ít nhất 1 tiêu chuẩn lâm sàng và 1 tiêu chuẩn miễn dịch, hoặc có viêm thận lupus (bằng chứng giải phẫu bệnh + ANA/anti- dsDNA dương tính).

Đánh giá mức độ nặng của bệnh.

Điều trị bao gồm 3 gian đoạn: giai đoạn tấn công, củng cố và giai đoạn điều trị duy trì.

Cần cân nhắc cẩn thận giữa lợi ích và tác dụng phụ của mỗi loại thuốc trong quá trình điều trị.

Thuốc kháng viêm không steroid được sử dụng trong những trường hợp lupus kèm viêm đau khớp, sốt và những tình huống viêm nhẹ các màng tự nhiên nhưng không kèm tổn thương các cơ quan quan trọng. Những bệnh nhân đang có biến chứng viêm thận nên tránh dùng. Đánh giá kỹ tác dụng phụ (viêm loét dạ dày, nhiễm độc gan,suy thận,…) trước khi các bác sĩ lâm sàng kê đơn NSAID cho bệnh nhân bị lupus.

Hydroxychloroquine đáp ứng tốt với các trường hợp có ban, nhạy cảm với ánh sáng, đau hoặc viêm khớp, biến chứng ở mắt rất hiếm (theo dõi: khám mắt 1 lần/ năm).

Liều thuốc và đường dùng phụ thuộc tình trạng bệnh. Đường uống thường sử dụng trong tình trạng nhẹ, có thể dùng đường tĩnh mạch nếu tình trạng nặng. Chỉ định đường tĩnh mạch: lupus ban đỏ có đe dọa tính mạng như có tổn thương thần kinh, giảm tiểu cầu, thiếu máu tán huyết, tổn thương thận tiến triển nhanh, tổn thương thần kinh nặng. Trong quá trình sử dụng corticoid trong khoảng thời gian đầu cần giảm liều nhanh. Sau đó giảm liều tiếp theo chậm dần. Theo dõi sát và duy trì liều thấp nhất khi đạt được đáp ứng và tiến tới ngừng corticoid khi bệnh nhân ổn định.

Chỉ định: Lupus ban đỏ thể nặng có khả năng đe dọa tính mạng nhưviêm cầu thận cấpnặng, có tổn thương thần kinh, giảm tiểu cầu và thiếu máu huyết tán hoặc lupus không đáp ứng với corticoid hoặc xuất hiện tác dụng phụ nặng của corticoid.

Liều dùng: có nhiều loại thuốc có thể sử dụng đơn độc hoặc phối hợp với nhau, hoặc với corticoid. Các tác nhân được sử dụng phổ biến là cyclophosphamide, azathioprine,methotrexate, mycophenolate.

Rituximab (MabThera)là kháng thể đơn dòng được phê duyệt điều trị Lupus. Thuốc ức chế tế bào B với liều mỗi năm một lần gồm hai đợt mỗi đợt truyền hai lần cách nhau hai tuần. Trước khi điều trị bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống cần sàng lọc lao, viêm gan và các bệnh nhiễm khuẩn nặng.

Chủ yếu áp dụng đối với thể nhẹ. Những hoạt động bệnh nhân nên thực hiện bao gồm:

Nghỉ ngơi, tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng, dự phòng nhiễm khuẩn, tìm hiểu rõ về bệnh.

Bệnh nhân cũng cần có lối sống lành mạnh, tránh thức khuya, lo âu, stress.

Bên cạnh đó, không hút thuốc lá. Có chế độ ăn giàuvitamin Dvà calci cũng giúp hỗ trợ kiểm soát tình trạng bệnh.

Bệnh nhân nên duy trì thói quen tập thể dục hàng ngày phù hợp với tình trạng sức khỏe.

Ngoài ra, một số trường hợp tổn thương suy thận nặng có thể phải lọc máu hoặc ghép thận.

Tiên lượng bệnh thay đổi phụ thuộc vào tiến triển và thể bệnh:18

Thể cấp: bệnh thường tiến triển nhanh, gây nhiều nhiều tổn thương cơ quan và thậm chí là tử vong sau vài tháng.

Thể mạn: thể bệnh này thường tiến triển chậm, tiên lượng tốt hơn.

Thể bán cấp: tiến triển từng đợt trên nền bệnh ổn định. Đợt sau thường ngày càng nặng dần. Tình trạng bệnh có thể nặng thêm nếu bệnh nhân đang có thai, nhiễm khuẩn, chấn thương, phẫu thuật, stress, lạm dụng thuốc. Thời gian sống trung bình 5 – 10 năm.

Bệnhlupus ban đỏhệ thống thường gặp, biểu hiện đa dạng ở nhiều chuyên khoa. Hiện tại, một số cơ sở y tế tại Việt Nam cập nhật điều trị bệnh nhân Lupus theo những phác đồ cập nhật nhất trên thế giới với sự phối hợp giữa hai thuốc cơ bản là corticoid, thuốc kháng sốt rét và các nhóm thuốc ức chế miễn dịch mới. Vì vậy, hãy tuân thủ theo phác đồ điều trị và sự hướng dẫn của nhân viên y tế để giảm thiểu nguy cơ diễn tiến nặng, vô đợt bùng phát của bệnh và có thể sống an toàn với bệnh lupus.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-lyme-lyme-disease/

Nội dung bài viết

Các triệu chứng khi nhiễm bệnh Lyme

Các giai đoạn của bệnh Lyme

Nguyên nhân của bệnh Lyme

Yếu tố thuận lợi dẫn đến bệnh Lyme

Bệnh Lyme có lây truyền từ người sang người không?

Bệnh Lyme được chẩn đoán như thế nào?

Điều trị bệnh Lyme như thế nào?

Sống chung với bệnh Lyme

Các phương pháp phòng ngừa bệnh Lyme

Khi nào cần đến gặp bác sĩ?

Chuẩn bị cho cuộc gặp với bác sĩ của bạn

Bệnh Lyme là 1 bệnh truyền nhiễm gây ra bởi chủng vi khuẩn thuộc họ Borrelia. Vi kuẩn này lây truyền sang người qua vết cắn của bọ ve chân đen hay còn gọi bọ ve hươu. Loài ve này mang mầm bệnh sau khi hút máu chuột, chim hoặc hươu nhiễm bệnh. Ve hiện diện trên da ít nhất 36 tiếng để lây truyền bệnh. Nhiều người mắc bệnh Lyme không nhớ mình từng bị cắn.

Các dấu hiệu và triệu chứng nhiễm bệnh Lyme rất đa dạng. Chúng thường xuất hiện theo giai đoạn, nhưng các giai đoạn có thể chồng lắp lên nhau. Vài người đi khám bệnh khi có các triệu chứng của giai đoạn muộn mà không có các triệu chứng sớm của bệnh. Dưới đây là 1 số triệu chứng thường gặp:

Hồng ban hình tròn, đỏ, phẳng và nhạt màu ở giữa giống như mắt bò (Bull’s-eye  pattern). Chúng dần dần lan rộng ra trong nhiều ngày và có thể đạt 12 inches (30 cm). Hồng ban là 1 trong các dấu hiệu chính của bệnh Lyme. Tuy nhiên, không phải ai mắc bệnh cũng đều nổi hồng ban. Vài người có thể nổi hồng ban nhiều hơn 1 vị trí trên cơ thể.

Mệt mỏi.

Sưng và đau khớp.

Đau cơ.

Đau đầu.

Sưng hạch bạch huyết.

Rối loạn giấc ngủ.

Khó tập trung.

Có 3 giai đoạn:

Khu trú sớm.

Lan tỏa sớm.

Lan tỏa muộn.

Như đã đề cập phía trên, triệu chứng mà bạn có sẽ phụ thuộc vào giai đoạn bệnh. Diễn tiến của bệnh thay đổi tùy theo mỗi người. Một số người nhiễm bệnh nhưng không trải qua cả 3 giai đoạn.

Các triệu chứng thường bắt đầu xuất hiện từ 1 đến 2 tuần sau khi bị ve cắn. Một trong các dấu hiệu sớm nhất là hồng ban hình mắt bò ở vị trí ve cắn. Nó không ngứa, không đau nhưng khi sờ sẽ thấy hơi ấm. Hồng ban sau đó mờ dần đi ở hầu hết mọi người.

Hồng ban có thể kèm theo các triệu chứng giống cảm cúm hoặc nhiễm siêu vi ở giai đoạn này:

Lạnh run.

Sốt.

Nổi hạch to.

Đau họng.

Thay đổi thị lực.

Mệt mỏi.

Đau cơ và đau đầu.

Nổi hạch là một trong những triệu chứng điển hình của bệnh Lyme, nhưng nó còn là biểu hiện của các bệnh lý nguy hiểm khác. Tìm hiểu thêm:Nổi hạch là gì?

Giai đoạn này xảy ra vài tuần đến vài tháng sau khi nhiễm bệnh

Bạn sẽ có cảm giác không được khỏe. Hồng ban nổi nhiều hơn ở các vị trí khác ngoài vị trí vết cắn. Giai đoạn này đặc trưng bởi sự nhiễm trùng hệ thống. Điều này có nghĩa là nhiễm trùng đã lan ra toàn bộ cơ thể, bao gồm các cơ quan khác.

Các triệu chứng bao gồm:

Tổn thương dạng hồng ban nhiều chỗ.

Rối loạn nhịp tim.

Vấn đề thần kinh như tê, cảm giác châm chích, liệt dây thần kinh sọ và mặt, và viêm màng não.

Các triệu chứng của giai đoạn 1 và 2 có thể chồng lấp với nhau.

Diễn ra khi nhiễm trùng không được giải quyết ở giai đoạn 1 và 2. Giai đoạn 3 có thể xảy ra từ vài tháng đến vài năm sau khi nhiễm bệnh.

Giai đoạn này đặc trưng bởi:

Viêm khớp ở 1 hoặc nhiều khớp lớn.

Rối loạn chức năng não bộ có thể gây ra mất trí nhớ ngắn hạn, khó tập trung, rối loạn ý thức,rối loạn giấc ngủ…

Tê tứ chi.

Bệnh gây ra bởi vi khuẩn họ Borrelia. Chủng vi khuẩn này gồm 4 loại:

Borrelia burgdorferi và Borrelia mayonii gây bệnh Lyme ở Mỹ.

Borrelia afzelli và Borrelia garinii gây bệnh lyme ở Châu Âu và Châu Á.

Bệnh lây truyền qua người thông qua vết cắn của bọ ve chân đen hay bọ ve hươu. Kích thước của chúng rất nhỏ nên khó nhận thấy.

Những yếu tố thuận lợi thường gặp nhất bao gồm:

Dành thời gian trong các khu vực rừng rậm hoặc nhiều bụi rậm.

Không che kín các vùng da hở. Ve rất dễ bám lên da. Nếu bạn ở trong khu vực có nhiều ve, bảo vệ bản thân và con bạn bằng cách mặc quần dài và áo dài tay. Đừng cho thú cưng của bạn chơi đùa trong các vùng nhiều bụi rậm.

Không loại bỏ ve ra khỏi người nhanh chóng và đúng cách. Để gây bệnh, loại ve này phải cắn bạn. Vi khuẩn sau đó đi vào da qua vết cắn và cuối cùng đi vào dòng máu. Trong đa số trường hợp, để truyền vi khuẩn gây bệnh, ve hươu phải ở trên da bạn từ 36 đến 48 giờ. Loại bỏ ve ra khỏi người càng sớm càng tốt có thể sẽ phòng được bệnh.

Có thể bạn quan tâm:Làm sao để nuôi thú cưng an toàn với trẻ?

Hiện tại chưa có bằng chứng bệnh lây truyền giữ người với người. Theo Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật (CDC), phụ nữ đang cho con bú không thể lây truyền vi khuẩn qua sữa mẹ.

Vi khuẩn được tìm thấy trong các loại dịch cơ thể. Hiện chưa có bằng chứng cho thấy bệnh có thể lây sang người qua hắt hơi, hôn hoặc ho.

Hiện cũng chưa có bằng chứng bệnh lây qua đường quan hệ tình dục hoặc truyền máu.

Nhiều triệu chứng của bệnh có thể gặp trong các bệnh khác, nên việc chẩn đoán gặp khó khăn. Thêm vào đó, ve truyền bệnh Lyme cũng có thể lây truyền các bệnh khác.

Nếu bạn không có hồng ban đặc trưng của bệnh, bác sĩ sẽ hỏi kĩ bệnh sử và thăm khám.

Xét nghiệm xác định kháng thể chống vi khuẩn giúp xác định chẩn đoán. Các xét nghiệm này đáng tin cậy nhất khi thực hiện vài tuần sau khi nhiễm trùng, khi mà cơ thể bạn đã tao ra được kháng thể. Bao gồm:

Xét nghiệm ELISAxác định kháng thể chống lại vi khuẩn.

Xét nghiệm Western blotdùng để khảng định lại xét nghiệm ELISA khi nó dương tính. Kĩ thuật này kiểm tra lại sự hiện diện của kháng thể đối với prtein đặc hiệu của vi khuẩn.

Xét nghiệm PCRđánh giá người có các triệu chứng thần kinh và viêm khớp dai dẳng. Kĩ thuật được thực hiện trên mẫu dịch khớp hoặc dịch não tủy. PCR trên mẫu dịch não tủy thường không làm thường quy do độ nhạy thấp. Xét nghiệm âm tính cũng không loại trừ được bệnh. Ngược lại, PCR trên mẫu dịch khớp thường cho kết quả dương tính nếu làm trước khi dùng kháng sinh.

Kháng sinh được sử dụng để điều trị bệnh. Nói chung, khi điều trị bắt đầu càng sớm thì bạn sẽ càng mau hồi phục.

Đây là điều trị chính cho bệnh Lyme giai đoạn sớm.Doxycyclinecho người lớn và trẻ em trên 8 tuổi, hoặcamoxicillinhoặccefuroximecho người lớn, trẻ nhỏ, phụ nữ mang thai và cho con bú.

Liệu trình điều trị từ 14 đến 21 ngày, nhưng 1 số nghiên cứu cho thấy liệu trình 10 đến 14 ngày đã đủ hiệu quả.

Nếu bệnh ảnh hưởng hệ thần kinh, bạn sẽ cần phải truyền kháng sinh đường tĩnh mạch từ 14 đến 28 ngày.

Biện pháp này hiệu quả trong việc loại bỏ nhiễm trùng. Kháng sinh truyền tĩnh mạch có thể gây ra một số tác dụng phụ như giảm số lượng bạch cầu trong máu, tiêu chảy từ nhẹ đến nặng…

Sau điều trị, 1 số ít bệnh nhân vẫn còn các triệu chứng như đau cơ và mệt mỏi. Nguyên nhân của các triệu chứng này (hội chứng sau điều trị bệnh Lyme) đến nay vẫn chưa được biết rõ và điều trị với kháng sinh không hiệu quả.

Sau khi được điều trị, phải mất vài tuần hoặc vài tháng để các triệu chứng biến mất.

Bạn có thể thực hiện các bước sau để mau hồi phục:

Ăn uống lành mạnh và tránh các thức ăn nhiều đường.

Nghỉ ngơi nhiều.

Giảm căng thẳng.

Sử dụng thuốc kháng viêm khi cần thiết để giảm đau và khó chịu.

Cách tốt nhất để phòng bệnh là tránh vùng có ve sống, đặc biệt khu vực nhiều cây cối và bụi rậm. Bên cạnh đó một số biện pháp phòng ngừa bao gồm:

Khi ở khu vực nhiều bụi rậm,mang giày, quần dài nhét vào vớ, áo dài tay, mũ và găng tay.

Bôi thuốc với nồng độ DEET 20% hoặc cao hơn lên da. Phụ huynh nên bôi thuốc cho trẻ, tránh vùng mắt, miệng và tay.

Hãy nhớ hóa chất trong thuốc chống côn trùng có thể độc hại, nên hãy theo hướng dẫn sử dụng cẩn thận.

Dọn dẹp các bụi cây và lá trong vườn nơi ve có thể sống. Cắt tỉa cỏ thường xuyên. Xếp gỗ gọn gàng ở nơi khô, có nắng để ngừa chuột mang ve trên người.

Đặc biệt phải kiểm tra kĩ sau khi đi qua khu vực nhiều bụi rậm. Ve hươu rất nhỏ chưa bằng đầu kim, nên có thể sẽ bỏ sót nên không kiểm tra kĩ.

Cần phải tắm ngay sau khi đã vào nhà. Ve ở trên da bạn nhiều giờ trước khi bám dính vào. Tắm và thay quần áo đã giặt sạch có thể loại bỏ được ve chưa bám dính.

Đừng nghĩ rằng bạn đã có miễn dịch. Bạn có thể mắc bệnh Lyme nhiều hơn 1 lần.

Nhẹ nhàng gắp ở vị trí gần đầu và miệng ve. Đừng xoắn hoặc bóp nát ve mà hãy nhẹ nhàng kéo ra từ từ. Khi bạn đã gắp ve ra hoàn toàn, cho nó vào cồn hoặc xả trong bồn cầu, sau đó bôi thuốc khử khuẩn lên vùng da bị cắn.

Nếu bạn nghĩ bạn bị ve cắn và có triệu chứng bệnh – đặc biệt bạn sống ở vùng có nhiều ve hươu – hãy liên hệ bác sĩ của bạn ngay nhé. Điều trị sẽ hiệu quả hơn khi bắt đầu sớm.

Báo cho bác sĩ của bạn biết ngay cả khi triệu chứng biến mất. Sự vắng mặt các triệu chứng không có nghĩa bạn đã khỏi bệnh. Bệnh Lyme có thể lan đến các cơ quan khác từ vài tháng đến vài năm sau nhiễm, gây viêm khớp và triệu chứng thần kinh. Ve có thể lây truyền các bệnh khác như bệnh Babesia (do 1 loại kí sinh trùng lây truyền qua vết cắn) và sốt ve Colorado.

Nếu bạn biết bạn bị ve cắn hoặc đã ở trong khu vực nhiều cây cối, bụi rậm, hãy nói với bác sĩ. Lập danh sách: các triệu chứng của bạn, và chúng xuất hiện khi nào.

Tất cả thuốc, vitamin và thuốc bổ bạn dang dùng, và cả liều thuốc.

Các câu hỏi để hỏi bác sĩ.

Hãy đi cùng với người thân hoặc bạn bè nếu có thể để giúp bạn ghi nhớ các thông tin.

Triệu chứng của tôi có phải do bệnh Lyme gây ra không?

Các nguyên nhân khác có thể gây ra triệu chứng của tôi là gì?

Tôi cần làm xét nghiệm gì?

Tôi cần điều trị theo liệu trình gì?

Ngoài ra, tôi có các bệnh khác kèm theo. Làm thế nào để tôi sống chung với các bệnh này?

Tôi có cần hạn chế làm gì không?

Tôi có cần gặp bác sĩ chuyên khoa về bệnh này không?

Triệu chứng của bạn xảy ra liên tục hay thỉnh thoảng?

Triệu chứng của bạn nghiêm trọng đến mức nào?

Có gì làm cải thiện triệu chứng của bạn không?

Có gì làm nặng hơn triện chứng của bạn không?

Bệnh Lymelà 1 bệnh truyền nhiễm gây ra bởi chủng vi khuẩn thuộc họ Borrelia. Vi kuẩn này lây truyền sang người qua vết cắn của bọ ve chân đen hay còn gọi bọ ve hươu. Kháng sinh là thuốc điều trị duy nhất có hiệu quả đối với bệnh Lyme. Cách tốt nhất để phòng bệnh là tránh khu vực nhiều cây cối và bụi rậm nơi ve sống. Khi bạn bị cắn và xuất hiện các triệu chứng hãy liên hệ ngay với bác sĩ. Điều này rất quan trọng vì điều trị càng bắt đầu sớm càng có hiệu quả. Đừng quên làm theo các hướng dẫn của tụi mình để chuẩn bị tốt cho buổi hẹn với bác sĩ bạn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-ly-thuong-bi-bong-nuoc-la-gi/

Nội dung bài viết

Ly thượng bì bóng nước là bệnh gì?

Triệu chứng ly thượng bì bóng nước

Làm sao để chẩn đoán ly thượng bì bóng nước?

Ly thượng bì bóng nước có điều trị được không?

Khi nào cần đưa bé đến bác sĩ?

Sự tiếp xúc với trẻ mang lại thật nhiều cảm giác hạnh phúc. Những cái vuốt ve của mẹ sau khi được tắm từ làn nước ấm. Cái ôm thật chặt của ba trước khi đi ngủ. Nụ hôn của ông bà dành tặng lên má bé. Tuy nhiên, có một bệnh lý khiến ba mẹ không thể ôm ấp bé vì sẽ làm con đau đớn. Căn bệnh này có tên ly thượng bì bóng nước. Cùng Bác sĩ Nhi khoa Huỳnh Nguyễn Uyên Tâm tìm hiểu về bệnh này qua bài viết sau.

Ly thượng bì bóng nước tên tiếng Anh làEpidermolysis Bullosa(gọi tắt là EB). Đây là hội chứng rối loạn di truyền hiếm gặp làm cho da rất dễ bị bong tróc và niêm mạc dễ bị tổn thương. Tỉ lệ mắc bệnh mới ở Mỹ là 19 trong 1 triệu trẻ mới sinh. Tuy nhiên, con số có thể đến 50 trên 1 triệu trẻ mới sinh vì nhiều trường hợp nhẹ vẫn chưa được chẩn đoán.

Có nhiều thể bệnh dựa trên mức độ phồng rộp của da. Đột biến ở 20 gen đã được xem là có liên quan đến hơn 30 dạng EB biểu hiện khác nhau. EB là một trong những nguyên nhân gây chứng mất da khu trú bẩm sinh. Đây là kết quả của sự ma sát trong tử cung.

Triệu chứng gồm những bóng nước và vết trợt da. Thường gặp nhất ở bàn tay và bàn chân khi có sự ma sát nhẹ. Có thể xuất hiện ngay cả ở môi, bên trong miệng. Khi vết trợt da mở rộng, nguy cơ sẽ nhiễm trùng nước ối. Sau khi sinh, trẻ có thể diễn tiến nghiêm trọng hơn và thậm chí tử vong trong thời kỳ sơ sinh.

Triệu chứng của ly thượng bì bóng nước

Bên cạnh các triệu chứng ngoài da, phồng rộp trong thực quản có thể làm trẻ khó nuốt hay trong khí quản gâykhó thở. Móng tay có thể biến dạng bất thường hoặc mất đi. Trẻ có thể bị sâu răng hay loạn dưỡng răng nghiêm trọng. Việc mở miệng có thể bị hạn chế và lưỡi khó cử động vì sẹo. Do đó, ly thượng bì bóng nước tác động nhiều đến vấn đề dinh dưỡng. Bé sẽ dần giảm khả năng tiêu hóa thức ăn, chảy máu và chậm phát triển về thể chất lẫn tâm thần, vận động.

EB thể đơn giản thường gặp nhất và cũng là mức độ nhẹ nhất trong các thể bệnh. Triệu chứng thường là mụn nước trên bàn tay và bàn chân, không để lại sẹo. Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng nhiều nhất khi trẻ bắt đầu tập đi.

Chẩn đoán các thể bệnh cụ thể chỉ dựa trên những phát hiện sang thương da có thể khó khăn. Do đó, sinh thiết da ở những vùng có vết rộp mới và vị trí da bình thường sẽ giúp chẩn đoán chính xác hơn. Phương pháp này chỉ có thể được thực hiện bởi các trung tâm EB chuyên môn cao.

Xem thêm:Sinh thiết có an toàn với trẻ nhỏ?

Ngoài ra, xét nghiệm gen cho phép tiên lượng tình trạng bệnh của bé. Từ đó, bác sĩ sẽ tư vấn di truyền cho cha mẹ về những nguy cơ có thể trong lần mang thai sau này. Đây được xem là một trong những điều quan trọng nhất đối với gia đình có trẻ bị ly thượng bì bóng nước. Căn bệnh đã mang lại nhiều đau đớn và có thể gây biến dạng cơ thể, khó kiểm soát triệu chứng và biến chứng.

Ngày nay, với sự hiểu biết sâu sắc về cơ chế gây bệnh, bác sĩ có thể xác định gen đột biến cho các thành viên trong gia đình, đặc biệt là đối với người mẹ đang mang thai. Các xét nghiệm tiền sản có thể xác định liệu bào thai có nguy cơ mắc EB hay không. Việc tư vấn di truyền trước khi quyết định lập gia đình hay có thêm con sẽ giúp cha mẹ hiểu thêm về khả năng di truyền gen EB sang con. Lời khuyên sẽ giúp cha mẹ đưa ra quyết định, tránh có thêm những đứa trẻ bị ly thượng bì bóng nước.

Tư vấn di truyền giúp xác định nguy cơ mang gen bệnh EB của các thành viên trong gia đình

Cũng nhưhội chứng Down, EB hiện không có khả năng chữa trị. Chỉ có thể dùng những phương pháp chăm sóc đặc biệt để giảm thiểu đau đớn và biến chứng gây tàn phế cho bé. Các nhà khoa học trên thế giới đang nỗ lực nghiên cứu để tìm ra phương pháp điều trị triệt để cho căn bệnh này.

Chăm sóc trẻ sơ sinh nghi ngờ mắc ly thượng bì bóng nước sẽ vô cùng vất vả. Đây được xem như một thách thức. Nó không chỉ đòi hỏi sự kiên trì và nỗ lực rất nhiều từ gia đình mà còn khá tốn kém. Trong đó, có một số quy tắc cha mẹ cần lưu ý.

Sự cọ xát có thể gây ra những vết phồng rộp và thương tổn cho da. Không nhấc bé dưới cánh tay hay ẵm bé bằng cách xóc nách. Đối với trẻ nhỏ, cách dễ chịu và an toàn nhất là đặt bé lên tấm khăn lông dày và mịn. Kéo cả tấm khăn khi cần di chuyển bé từ chỗ này sang chỗ khác. Bề mặt giường phải bằng phẳng. Lớp đệm mềm như lớp lót dùng một lần có phủ một lớp vaselin mỏng.

Xem thêm:Ly thượng bì bóng nước: 10 câu hỏi thường gặp của cha mẹ.

Thời điểm tắm rửa và thay băng là khoảng thời gian vô cùng khó khăn đối với cha mẹ và trẻ. Trẻ sợ hãi với những vết thương mới sắp xuất hiện và sẽ kêu khóc, gào thét. Vậy nên cách tốt nhất là phân tán tư tưởng của trẻ để con bạn không chú ý vào vết thương trong lúc thay băng. Có thể cho trẻ xem ti vi, đọc truyện hay chơi trò chơi với trẻ…

Làm sạch vết thương nhẹ nhàng bằng dung dịch đặc biệt dành riêng cho loại da của bé. Tránh để bóng nước lan rộng. Cần chọc bóng nước sớm bằng kim vô trùng. Không được bóc miếng da chỗ bóng nước vừa xẹp. Cố gắng giữ lại màng da của bóng nước sau khi chọc. Đây là lớp hàng rào bảo vệ khỏi những tác nhân gây nhiễm trùng và giúp trẻ giảm đau.

Loại bỏ nhẹ nhàng vảy da đóng ở vết thương bằng dung dịch làm ẩm.

Sử dụng băng không dính trong trường hợp vết thương tiết dịch nhiều, trợt da hoặc bóng nước lớn.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xemXemThay băng vết thương mỗi ngày

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Việc chăm sóc vết thương rất quan trọng vì trẻ dễ có nguy nhiễm trùng. Kháng sinh không nhằm điều trị khỏi bệnh ly thượng bì bóng nước nhưng là phương pháp hỗ trợ ngăn nhiễm trùng. Tuy nhiên, nếu cơ thể dùng liên tục sẽ dẫn đến tình trạng kháng thuốc. Do đó, kháng sinh chỉ nên dùng một cách thận trọng khi thật sự cần thiết.

Đối với trẻ mắc EB, chế độ dinh dưỡng tốt sẽ giúp bé nhanh chóng lành vết thương và các vết phồng rộp không bị lở loét. Ngoài ra, nó giúp trẻ phát triển tốt hơn, ngăn ngừathiếu máu,táo bónhoặcsâu răng.

Ngay khi con bạn có những chỗ da phồng rộp, xuất hiện các bóng nước, nhất là khi không có một nguyên nhân rõ rệt nào, cần phải đưa bé đến bệnh viện ngay. Trong một số trường hợp, các triệu chứng của ly thượng bì bóng nước chưa xuất hiện cho đến khi trẻ bắt đầu tập đi. Hoặc khi lớn hơn, trẻ có những hoạt động khiến bàn chân chịu nhiều ma sát hơn. Nếu bé đã được chẩn đoán EB, cần đưa trẻ đến bác sĩ ngay khi thấy những dấu hiệu nhiễm trùng vùng da có vết thương hở, bao gồm:

Vùng da vết thương nóng, sưng đỏ và đau.

Vết thương rỉ dịch vàng hoặc có mủ.

Đóng vảy.

Có những lằn đỏ dưới da lan ra từ trung tâm vết thương.

Vết thương không lành.

Sốt hoặc lạnh run.

Phồng rộp bóng nước có thể dẫn đến nhiễm trùng và biến dạng chi. Bác sĩ sẽ hướng dẫn cho bạn cách chăm sóc đúng giúp ngăn ngừa những biến chứng này. Đối với mọi độ tuổi, cần đưa trẻ đến bệnh viện khi có vấn đề về nuốt khó hay khó thở.

Có hàng trăm, hàng ngàn trẻ em đang ngày đêm phải chịu đựng những nỗi đau từ căn bệnhly thượng bì bóng nước. Vậy nên, việc tìm hiểu những thông tin về cách chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ, cùng tình thương vô bờ của cha mẹ sẽ giúp bé có thể vượt qua những nỗi đau này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/luoi-bi-den/

Nội dung bài viết

Lưỡi bị đen là bệnh gì?

Nguyên nhân bệnh lưỡi đen

Các tác nhân làm cho lưỡi bị đen

Chữa bệnh lưỡi đen có khó không?

Các cách chăm sóc lưỡi tại nhà

Lưỡi của chúng ta bình thường có màu hồng đỏ tự nhiên. Nếu đột nhiên lưỡi bị đen thì thật lo lắng phải không nào? Nguyên nhân của sự thay đổi này là gì? Hãy cùng ThS.BS chuyên khoa Tai – Mũi – Họng Trần Thanh Long tìm hiểu trong bài viết sau đây nhé!

Bạn có lẽ sẽ rất lo lắng, sợ hãi nếu thấy lưỡi bị đen nhưng đây thườngkhông phải là vấn đề nghiêm trọng. Để ý kĩ có thể bạn sẽ thấy lưỡi trông như có nhiều lông hơn. Nhưng hãy yên tâm, chúng không phải là lông. Đây là những dấu hiệu của tình trạng đôi lúc còn gọi làlưỡi lông đen.

Lưỡi được bao phủ bởi hàng trăm các nhú nhỏ xíu gọi là nhú lưỡi. Thường thì chúng ta sẽ không để ý đến chúng nhưng khi các tế bào chết bắt đầu tập trung trên đỉnh các nhú lưỡi thì các nhú này trông có vẻ dài ra.

Các nhú dài này dễ bị nhuộm màu bởi vi khuẩn và các chất khác, làm cho lưỡi bị đen và trông có vẻ lông lá.

Vẫn chưa rõ tại sao các tế bào chết trên lưỡi không rụng đi nhưng nó có thể có liên quan đến:

Vệ sinh răng miệng kém. Các tế bào chết dễ tích tụ trên lưỡi nếu bạn không đánh răng và chà lưỡi hay súc miệng thường xuyên.

Giảm tiết nước bọt. Nước bọt giúp bạn nuốt trôi đi các tế bào chết. Khi bạn không sản xuất đủ nước bọt, các tế bào chết sẽ bám quanh lưỡi của bạn.

Chế độ ăn nhiều đồ lỏng. Ăn đồ ăn cứng giúp cạo bớt các tế bào chết ra khỏi lưỡi của bạn. Nếu chế độ ăn của bạn chủ yếu là đồ ăn lỏng thì điều này sẽ không xảy ra.

Tác dụng phụ của thuốc. Một số thuốc có tác dụng phụ là làm khô miệng, khiến tế bào chết dễ tích tụ lại trên các nhú lưỡi hơn.

Khi tế bào chết ứ đọng lại ở lưỡi, vi khuẩn và các chất khác có thể bị mắc vào đó. Điều này có thể làm cho lưỡi trông như có màu nâu sậm hoặc đen.

Các yếu tố khác góp phần làm cho lưỡi bị đen bao gồm:

Kháng sinh. Kháng sinh tiêu diệt cả vi khuẩn tốt lẫn xấu trong cơ thể. Điều này có thể gây mất cân bằng của vi khuẩn trong miệng, khiến cho một số loại nấm và vi khuẩn sinh sôi phát triển.

Hút thuốc lá. Dù bạn hút thuốc hay nhai thuốc, thuốc lá là một trong những yếu tố nguy cơ lớn nhất làm cho lưỡi bị đen. Thuốc lá rất dễ làm nhuộm màu các nhú mọc dài trên lưỡi.

Uống cà phê hoặc trà. Cà phê và trà cũng có thể dễ làm nhuộm màu các nhú lưỡi dài, đặc biệt nếu bạn uống các loại thức uống này nhiều.

Một số dung dịch súc miệng. Một số dung dịch súc họng sát khuẩn mạnh có chứa các chất oxi hóa có thể làm mất cân bằng vi khuẩn trong miệng.

Thuốc Bismuth.Bismuthlà thuốc thường dùng để điều trị bệnh đường tiêu hóa. Khi nó phản ứng với một số chất trong miệng, nó có gây nhuộm màu lưỡi, làm cho lưỡi bị đen.

Tình trạng lưỡi bị đen hoặc lưỡi có đốm đen thườngkhông cần can thiệp gì quá nhiều. Trong phần lớn trường hợp, chải lưỡi mỗi ngày bằng bàn chải đánh răng sẽ giúp loại bỏ tế bào chết và làm phai màu đen trong vòng vài ngày.

Nếu nghi ngờ lưỡi bị đen là do thuốc hay chế độ ăn lỏng thì nên gặp bác sĩ để tư vấn thêm. Bác sĩ có thể điều chỉnh liều lượng thuốc hay kê thêm thuốc kháng sinh hay kháng nấm để kiểm soát vi khuẩn và nấm trong miệng.

Vitamin Acũng có thể giúp tăng cường thay thế tế bào trên lưỡi của bạn. Với các loại nhú lưỡi tồn tại lâu, bác sĩ có thể giúp loại bỏ chúng bằng các công cụ đốt điện hay laser.

Chải lưỡi. Nhẹ nhàng chải lưỡi hai lần một ngày để loại bỏ tế bào chết và vi khuẩn.

Dùng dụng cụ cạo lưỡi. Cạo lưỡi mỗi lần bạn đánh răng giúp ngăn các tế bào chết tích tụ trên lưỡi.

Chải lưỡi sau khi ăn và uống các thức uống có màu. Đánh răng và chải lưỡi sau bữa ăn giúp loại bỏ thức ăn thừa và vi khuẩn trên nhú lưỡi.

Ngưng hút thuốc lá. Cai thuốc lá là cách tốt nhất để giúp cải thiện tình trạng lưỡi. Nếu bạn không thể cai được, hãy đánh răng và chải lưỡi sau mỗi lần sử dụng thuốc lá hay mỗi 2 giờ.

Khám răng định kì. Các cơ sở nha khoa sẽ giúp bạn duy trì tốt sức khỏe răng miệng.

Uống nhiều nước. Điều này cho phép bạn có thể nuốt trôi các tế bào chết.

Nhai kẹo cao su. Nhai kẹo cao su không đường giúp bạn tiết ra nhiều nước bọt hơn để rửa trôi các tế bào chết. Khi bạn nhai, kẹo cao su cũng giúp tháo gỡ các tế bào chết bị mắc kẹt trên lưỡi.

Chế độ ăn lành mạnh. Ăn nhiều trái cây, rau quả, chất đạm, và hạt ngũ cốc sẽ giúp bạn duy trì cân bằng lợi khuẩn trong miệng.

Lưỡi bị đenthường là vô hại và chỉ là tạm thời. Bằng cách thay đổi một số thói quen, bạn sẽ thấy sự cải thiện nhanh chóng. Nếu bạn thấy lưỡi bị đen kéo dài từ 1 đến 2 tuần; hãy đi gặp bác sĩ để tư vấn. Có thể bạn cần điều chỉnh liều lượng thuốc đang sử dụng hay cần can thiệp thủ thuật từ bác sĩ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/lac-noi-mac-tu-cung-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Lạc nội mạc tử cung là gì?

Nguyên nhân

Yếu tố nguy cơ của bệnh lí lạc nội mạc tử cung

Các triệu chứng

Khi nào đến gặp bác sĩ?

Lạc nội mạc tử cung và vô sinh

Chẩn đoán lạc nội mạc tử cung cần những xét nghiệm gì?

Điều trị

Có thể ngăn ngừa lạc nội mạc tử cung không?

Lạc nội mạc tử cung là một trong số các bệnh lí gây đau vùng chậu mạn tính thường gặp ở các chị em phụ nữ. Bệnh gây đau đớn, khó chịu và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, làm người bệnh phải tái khám nhiều lần. Một số trường hợp còn có thể dẫn đến tình trạng vô sinh – hiếm muộn. Như vậy, cần phải theo dõi và chăm sóc như thế nào cho những bệnh nhân bị lạc nội mạc tử cung. Hãy cùng Thạc sĩ Bác sĩ Võ Hoài Duy cùng tìm hiểu qua bài viết dưới đây.

Lạc nội mạc tử cung(Endometriosis) là một rối loạn mà trong đó mô ởnội mạc tử cungphát triển bên ngoàitử cungcủa các chị em phụ nữ. Bệnh hay gặp ở những vùng nhưbuồng trứng,ống dẫn trứngvà biểu mô lót vùng chậu. Hiếm khi gặp ở những vị trí khác ngoài vùng chậu.1

Nội mạc tử cung cũng có thể nằm lạc chỗ ở trong cơ tử cung, khi đó bệnh còn được biết đến với một tên gọi khác, đó là “bệnh tuyến cơ tử cung” hay Adenomyosis.2

Mô nội mạc tử cung nằm lạc chỗ này vẫn có khả năng dày lên và bong tróc ra tạo thành máu kinh giống như nội mạc trong buồng tử cung. Nhưng vì lượng máu kinh này không có cách nào thoát ra khỏi cơ thể, nên nó sẽ bị mắc kẹt bên trong. Nếu mô lạc nội mạc tử cung nằm ở buồng trứng, máu kinh tích tụ có thể hình thành nên u nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Lạc nội mạc tử cung còn là nguyên nhân gây ra viêm dính trong vùng chậu.

Bệnh gây đau bụng mạn tính – đôi khi có những lúc đau rất dữ dội – đặc biệt là trong thời kỳ kinh nguyệt. Các vấn đề về khả năng sinh sản ví dụ nhưvô sinh.

Cho đến nay, nguyên nhân vì sao bị lạc nội mạc tử cung vẫn còn đang tranh cãi. Sự hiểu biết về nguyên nhân của bệnh lí này đang ở mức chỉ là các giả thuyết.3Đó là:

Có nghĩa rằng, sau mỗi lần hành kinh, máu kinh ngoài việc chảy ra bên ngoàiâm đạo, thì nó vẫn có thể chảy ngược lên trên đến các vị trí như vòi trứng, buồng trứng. Sau đó, các tế bào nội mạc tử cung trong máu kinh trào ngược lại cấy ghép vào bề mặt các vị trí này, và ngày càng phát triển. Lâu dần hình thành một đám các tế bào nội mạc tử cung nằm lạc chỗ tại các vị trí mà nó đã cấy ghép.

Dưới sự kích thích của một số hóa chất trung gian trong cơ thể, tế bào phúc mạc bình thường lại trở bên biến đổi và phát triển thành một loại tế bào khác – đó là tế bào của nội mạc tử cung. Kết quả là có sự xuất hiện của nội mạc tử cung nằm ở một vị trí khác ở trong khoang bụng thay vì ở trong lòng tử cung.

Có giả thuyết còn cho rằng tế bào nội mạc tử cung có thể xâm nhập vào mạch bạch huyết vàmạch máu của cơ thể. Từ đó, nó có thể di chuyển đến những vị trí xa hơn và cấy ghép vào đó, ví dụ như lạc nội mạc tử cung ở não, màng phổi,…

Do bản chất cũng là mô giống như nội mạc trong buồng tử cung, cho nên những thương tổn này cũng chịu ảnh hưởng bởi các nội tiết tố.Estrogenlà hóc môn chính chịu trách nhiệm cho sự phát triển của thương tổn lạc nội mạc. Do một số cơ chế, nồng độ Estrogen ở những mô lạc nội mạc cao hơn bình thường. Điều này làm cho những sang thương lạc nội mạc ngày càng lan rộng, tiến triển.

Một số nghiên cứu tiến hành và cho thấy các đối tượng chị em phụ nữ sau đây có nguy cơ mắc bệnh cao hơn thông thường, đó là:1

Không sinh con.

Bắt đầu có kinh ở độ tuổi sớm.

Thời kỳ mãn kinh ở độ tuổi lớn hơn thông thường.

Chu kỳ kinh nguyệtngắn – ví dụ, dưới 27 ngày.

Kinh nguyệt nhiều kéo dài hơn bảy ngày.

Nồng độ hóc môn estrogen trong cơ thể cao.

Chỉ số khối cơ thể thấp.

Một hoặc nhiều người thân (mẹ, cô hoặc chị) bị lạc nội mạc tử cung.

Bất kỳ tình trạng bệnh lý nào ngăn cản máu kinh chảy ra ngoài trong thời kỳ kinh nguyệt.

Bất thường đường sinh dục.

Những dấu hiệu của bệnh lý như sau:1

Đau bụng dướivà thống kinh có thể bắt đầu xuất hiện trước đó và kéo dài vài ngày sau thời gian hành kinh. Ngoài ra các chị em còn có thể bị đau lưng dưới và đau bụng trên.

Đau khi quan hệhoặcđau bụng sau khi quan hệ tình dụcthường gặp khi bị lạc nội mạc tử cung.

Các chị em có nhiều khả năng gặp những triệu chứng này trong kỳ kinh nguyệt.

Các chị em có thể thỉnh thoảng thấy kinh nguyệt ra nhiều hoặc ra máu giữa các kỳ kinh (chảy máu giữa kỳ kinh nguyệt).

Đôi khi, bệnh được chẩn đoán đầu tiên ở những người đang tìm cách điều trị vô sinh.

Các chị em có thể cảm thấy mệt mỏi,tiêu chảy,táo bón, đầy bụng hoặcbuồn nôn, đặc biệt là trong thời kỳ kinh nguyệt.

Các chị em nên đi khám bác sĩ nếu chúng ta có các dấu hiệu và triệu chứng.

Lạc nội mạc tử cung không phải là một bệnh đơn giản. Việc điều trị đau có thể còn chưa hiệu quả, đặc biệt là khi tình trạng viêm đã tiến triển xa. Do đó, cần khám với bác sĩ để lựa chọn phác đồ thuốc điều trị phù hợp, giúp giảm được đau và hạn chế tối đa tác dụng phụ.

Lạc nội mạc tử cung là nguyên nhân hàng đầu gây vô sinh ở Mỹ. Ước tính cứ khoảng 2 trong tổng số 5 người mắc vô sinh thì có tổn thương lạc nội mạc tử cung.4

Hiện tượng viêm trong bệnh lí lạc nội mạc tử cung làm chết các nang noãn trong buồng trứng, cản trở sự phóng noãn. Ngoài ra, chất lượngtinh trùngkhi vào trong đường sinh dục nữ cũng sẽ bị giảm sút bởi chính hiện tượng viêm này. Một số nghiên cứu còn chỉ ra rằng, kể cả tinh trùng và trứng đã xảy ra hiện tượng thụ tinh thì hợp tử/ phôi thai vẫn khó lòng tồn tại được trong môi trường viêm của lạc nội mạc tử cung.5

Các thương tổn lạc nội mạc tử cung trên ống dẫn trứng còn ảnh hưởng đến chức năng của vòi trứng, cản trở sự dẫn trứng đã thụ tinh vào buồng tử cung.

Tình trạng rối loạn hóc môn với cường Estrogen và đề kháng vớiProgesteronlàm biến đổi nội mạc tử cung theo hướng không còn thích hợp là nơi để cho phôi làm tổ.5

Siêu âmlà một cận lâm sàng thường được dùng trước tiên để hỗ trợ chẩn đoán. Đây là một phương pháp không xâm lấn nhưng mang lại hiệu quả cao, giúp nhận biết ra các sang thương lạc nội mạc, ví dụ: nang lạc nội mạc ở buồng trứng.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Trong những trường hợp khó, khi siêu âm không thể chẩn đoán đầy đủ và chính xác tình trạng của người bệnh. Các bác sĩ sẽ chỉ định cho bệnh nhân chụp thêm các cận lâm sàng cao cấp nhưchụp MRIở vùng chậu.

CA 125 trong máu thường tăng cao trong bệnh lí này.3Xét nghiệm này góp phần giúp cho các bác sĩ theo dõi điều trị cho người bệnh.

Điều trị lạc nội mạc tử cung rất khác nhau giữa từng người bệnh. Do tính chất bệnh không giống nhau giữa các chị em phụ nữ, ví dụ một người có vấn đề chính là đau bụng, trong khi người còn lại có vấn đề chính là vô sinh,… Do đó, tùy theo vấn đề mà sẽ có cách điều trị khác nhau.

Các bác sĩ có thể dùng nhiều loại thuốc giảm đau khác nhau để giúp các chị em kiểm soát triệu chứng này. Thuốc giảm nhau nhómNSAIDSthường được ưu tiên sử dụng (Ibuprofen,…). Ngoài ra bác sĩ cũng có thể kê toa thuốc tránh thai dạng phối hợp để giúp hỗ trợ kiểm soát triệu chứng đau. Khi tình trạng đau không còn đáp ứng với các thuốc trên, các chị em có thể sẽ chuyển sang dạng thuốc nội tiết chích hoặc phẫu thuật.6

Hiện nay Dienogest là một loại thuốc mới có tác dụng giảm đau tốt. Đồng thời có ít tác dụng phụ nên khá tương thích với phần lớn bệnh nhân.6

Các chị em bị bênh lý này bên cạnh thống kinh còn có thể bị chảy máu kinh kéo dài hoặc chảy máu kinh nhiều. Có nhiều cách khác nhau để giúp cầm máu và bác sĩ sẽ cùng bạn thảo luận để tìm ra được phương pháp thích hợp nhất. Ví dụ:

Cầm máu bằng thuốc tránh thai phối hợp (COCs).2

Đặt dụng cụ tử cung chứa thuốc.2Mỗi ngày sẽ có 1 lượng thuốc nhất định được phóng thích trong buồng tử cung, giúp nội mạc tử cung mỏng hơn, tránh được hiện tượng chảy máu kinh nhiều.

Đây là một thách thức lớn đối với cả người bệnh và bác sĩ.

Có thể sử dụng thuốc để điều chỉnh cân bằng lại tình trạng rối loạn của những sang thương trước khi tiến hành các phương pháp hỗ trợ sinh sản.

Một số nơi tiến hành phẫu thuật bóc bỏ những khối u lạc nội mạc này để hỗ trợ cho điều trị vô sinh. Tuy nhiên, việc mổ bóc u lạc nội mạc ở buồng trứng đã được một số nghiên cứu chỉ ra rằng nó có nguy cơ làm suy giảm số lượng những nang trứng còn lại của buồng trứng. Ngoài ra tỉ lệ tái phát u lạc nội mạc sau mổ là rất cao. Do đó, điều trị bằng phẫu thuật bóc u cần thảo luận kĩ càng giữa bệnh nhân và bác sĩ.

Sau khi tạm ổn định các tổn thương lạc nội mạc bằng thuốc hay phẫu thuật, kĩ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung là một lựa chọn được ưu tiên để hỗ trợ thụ thai.

Ngày nay, ngoài kĩ thuật bơm tinh trùng thìthụ tinh trong ống nghiệmcũng ngày càng được áp dụng rộng hơn trong điều trị vô sinh cho các chị em bị bệnh lý này.

Mặc dù không có cách nào để ngăn ngừa hoàn toàn lạc nội mạc tử cung, nhưng bạn có thể giảm khả năng mắc bệnh và kiểm soát các triệu chứng nếu mắc phải bằng những cách sau:8

Tập thể dục mang lại nhiều lợi ích cho toàn bộ cơ thể của bạn. Và nếu bạn tạo thói quen tập thể dục ít nhất 30 phút 4-5 lần một tuần, nó có thể làm giảm nguy cơ mắc bệnh.

Tập thể dục sẽ giúp bạn giảm trọng lượng cơ thể và duy trì lượng mỡ trong cơ thể ở mức thấp.

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng uống quá nhiềurượu biacó thể làm tăng lượng estrogen mà cơ thể bạn tạo ra, có thể dẫn đến lạc nội mạc tử cung.

Một nghiên cứu cho thấy những phụ nữ uống một lượng vừa phảicaffeintừ soda vàtrà xanhcó mức estrogen cao hơn. Nhưng caffeine không liên quan đến nồng độ estrogen ở tất cả những phụ nữ trong nghiên cứu đó. Và khi các nhà nghiên cứu khác kiểm tra tám nghiên cứu về caffeine và bệnh lạc nội mạc, họ không tìm thấy mối liên hệ nào.

Trên đây là những thông tin về bệnh lílạc nội mạc tử cung. Đây là tình trạng thường gặp ở các chị em phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản. Mức độ nặng của bệnh lí cũng thay đổi theo từng người. Triệu chứng nổi trội trong bệnh lí này là đau vùng bụng dưới mạn tính và tăng dần, hoặc rối loạn chu kì kinh nguyệt. Các chị em nên đi khám với bác sĩ để được chẩn đoán chính xác vị trí, mức độ của bệnh. Từ đó, sẽ có một chế độ điều trị thích hợp nhất cho bản thân mình!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-lau-nguyen-nhan-trieu-chung-va-chan-doan/

Nội dung bài viết

Bệnh lậu là gì?

Nguyên nhân gây bệnh lậu?

Bệnh lậu lây truyền qua những con đường nào?

Triệu chứng của bệnh lậu?

Chẩn đoán bệnh lậu như thế nào?

Bệnh lậu là một trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục. Bệnh không hiếm gặp và có thể gây nên những biến chứng nguy hiểm cho người bệnh như thai ngoài tử cung, vô sinh… Hiện nay, vẫn còn nhiều người chưa nhận biết đầy đủ các thông tin về bệnh lậu dẫn đến điều trị cũng như phòng ngừa không hiệu quả.

Bài viết hôm nay, Bác sĩ Võ Thị Ngọc Hiền sẽ trình bày những thông tin hữa ích bao gồm nguyên nhân, biểu hiện bệnh, biến chứng xảy ra, phương pháp điều trị và cách phòng tránh bệnh lậu.

Bệnh lậu là mộtbệnh nhiễm trùng, lây truyền qua đường tình dục và do một loại vi khuẩn có tên làNeisseria gonorhoeaegây ra.

Khi bị mắc bệnh, người bệnh sẽ có những biểu hiện ở cơ quan tiết niệu, cơ quan sinh dục hay họng, miệng. Nếu điều trị không đúng cách thì có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng như vô sinh, thai ngoài tử cung… ảnh hưởng đến chức năng sinh sản của người phụ nữ.

Nguyên nhân chính gây nên bệnh lậu là do một loại vi khuẩn có tên làNeisseria gonorhoeae. Vi khuẩn này sắp xếp thành từng cặp một nên còn được gọi là song cầuNeisseria gonorhoeae.Loại vi khuẩn này không thể sống quá vài phút khi ra khỏi cơ thể người vì thế bệnh lậu thường không lây qua tiếp xúc thông thường.

Bệnh chủ yếu lây qua quan hệ tình dục không an toàn. Đối tác mắc bệnh lậu có thể dễ dàng lây nhiễm cho bạn tình khi không sử dụng biện pháp bảo vệ. Đối với các đối tượng có hành vi tình dục qua đường hậu môn hay đường miệng thì bạn tình cũng có nguy cơ bị lây nhiễm bệnh lậu nếu không được phòng tránh an toàn.

Bệnh lậu có thể lây truyền và gây ra những biến chứng nặng nề lên trẻ sơ sinh như ảnh hưởng đến mắt, phát triển thể chất và trí tuệ.

Các trường hợp truyền máu của người bị mắc bệnh lậu cũng có thể lây truyền bệnh cho người nhận máu.

Khi mới mắc bệnh, người bệnh rất ít biểu hiện hay không biểu hiện bất kỳ triệu chứng nào. Khi bệnh bắt đầu biểu hiện các triệu chứng bất thường thì ta sẽ thấy rằng các triệu chứng này khác nhau ở nam so với nữ. Cụ thể là:

Biểu hiện mắc bệnh lậu ở người phụ nữ rất mơ hồ, không rõ ràng. Nhiều chị em có thể lầm tưởng mình mắc các bệnh phụ khoa thông thường mà không nghĩ là mắc bệnh lậu. Các dấu hiệu gợi ý nhiễm vi khuẩn lậu ở người phụ nữ bao gồm: tiểu buốt, tiểu rát, có dịch mủ xanh, vàng, hôi từ vùng kín.

Khi không được điều trị kịp thời, bệnh có thể gây những biến chứng nguy hiểm ảnh hưởng đến chức năng sinh sản như thai ngoài tử cung, viêm ống dẫn trứng, vô sinh…

Các dấu hiệu biểu hiện của bệnh lậu ở nam giới tương đối rõ hơn so với nữ giới. Người bệnh thường có các biểu hiện như: tiểu buốt, tiểu gắt, tiểu nhiều lần, nước tiểu lẫn máu hay mủ.

Biểu hiện đặc trưng của người nam bị nhiễm vi khuẩn lậu là xuất hiện giọt mủ màu trắng đục ở lỗ tiểu vào lúc sáng sớm. Khi có triệu chứng này, có thể nghi ngờ ngay người nam đang mắc bệnh lậu.

Phụ nữ mang thai nếu không được phát hiện và điều trị bệnh lậu thì có thể lây nhiễm vi khuẩn lậu cho trẻ trong khi sinh.

Dấu hiệu gợi ý trẻ sinh ra bị lây nhiễm bệnh lậu từ mẹ là viêm kết mạc với các triệu chứng mắt đỏ và đóng mủ.

Ngoài ra, trường hợp nghiêm trọng hơn, trẻ sơ sinh có thể bị nhiễm trùng máu, viêm não, viêm màng não do vi khuẩn lậu.

Chẩn đoán bệnh lậu sẽ dựa vào yếu tố gợi ý, biểu hiện bệnh và các xét nghiệm.

Người bệnh đã từng mắc các bệnh lây truyền qua bệnh tình dục khác nhưgiang mai, HIV…

Bạn tình hay đối tác mắc bệnh lậu hay các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.

Các triệu chứng ở cơ quan tiết niệu hay sinh dục như tiểu buốt, tiểu rát, tiểu máu hay mủ.

Ảnh hưởng lên chức năng sinh sản của người phụ nữ như viêm tắc vòi trứng, thai ngoài tử cung, vô sinh.

Trẻ sơ sinh có các biểu hiện bất thường ở mắt như mắt đỏ, đóng mủ gợi ý mắc bệnh lậu lây truyền từ mẹ.

Các xét nghiệm tìm thấy vi khuẩn lậu trong các dịch mủ từ đường tiết niệu hay kết mạc mắt.

Bệnh lậulà một bệnh nhiễm khuẩn có thể gây nguy hiểm do các hậu quả và biến chứng mà nó gây ra. Tuy nhiên, bệnh có thể điều trị và dự phòng hiệu quả.Các bạn hãy cùng YouMed tìm hiểucác phương pháp điều trị cũng như phòng bệnh lậunhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/leo-mat-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Lẹo mắt là bệnh gì?

Nguyên nhân bị lẹo mắt

Có những phương pháp nào điều trị lẹo mắt?

Lẹo mắt có lây không?

Lẹo mắt có ảnh hưởng đến thị lực của bạn không?

Phòng ngừa lẹo mắt như thế nào?

Lẹo mắt là một trong những bệnh lí mắt thường gặp. Nó thường trông giống như một đốm nhỏ giống mủ màu vàng trên mép mí mắt. Tuy lẹo mắt có thể làm bạn đau đớn và khó chịu, nhưng hầu hết bệnh đều tự khỏi và không cần điều trị thêm thuốc.

Đây là một tình trạng nhiễm trùng nhỏ của khu vực màlông miđược gắn vào mắt. Lẹo mắt trông giống như một vết sưng đỏ ở gốc lông mi, ấn mềm.

Lẹo mắt thường tiến triển khá nhanh trong vài ngày. Thông thường chỉ có một mắt bị ảnh hưởng. Đôi khi bạn có thể mọc nhiều lẹo ở một bên mắt cùng một lúc. Có hai vị trí mọc lẹo mắt: lẹo mắt ở bên ngoài mi mắt (loại phổ biến) và lẹo mắt ở bên trong mi mắt.

Là tình trạng lẹo mắt xuất hiện dọc theo mép của mi mắt, do nhiễm trùng ở gốc của lông mi. Có thể ban đầu bạn chỉ thấy mi mắt có một mụn nhỏ sưng đỏ nhẹ. Sau vài ngày, khi hình thành mủ màu vàng, vùng mi mắt xung quanh sẽ đỏ, sưng và đau.

Khi tuyến meibomian là thành phần cấu tạo của mi mắt bị nhiễm trùng, bạn sẽ thấy lẹo mắt ở trong mi mắt. Từ bên ngoài, nó chỉ nhìn thấy như một khối sưng. Nhiễm trùng bên trong mi mắt có thể gây đau và khiến bạn cảm thấy như có dị vật trong mắt.

Hầu hết trường hợp lẹo mắt thường xảy ra mà không có lý do rõ ràng.

Ngoài ra, có thể do loại vi khuẩn thường gây nhiễm trùng là Staphylococcus aureus. Đó là vi khuẩn phổ biến thường được tìm thấy trên làn da khỏe mạnh. Ở điều kiện bình thường, nó không có hại cho sức khỏe của bạn. Tuy nhiên, đôi khi nó có thể xâm nhập vào da và gây ra các bệnh nhiễm trùng mụn mủ, ổ áp xe.

Nếu bạn có dấu hiệu viêm mí mắt như mi mắt bị sưng, khô và ngứa, tình trạng này có thể tiến triển thành lẹo mắt sau đó.

Lẹo mắt thường không cần điều trị mà có thể tự lành. Lẹo mắt với mụn mủ thường vỡ trong vòng 3-4 ngày.

Chườm nóng có thể giúp giảm đau nhức và đẩy nhanh tốc độ tống mủ ra ngoài. Bạn có thể lấy một khăn sạch nhúng vào nước nóng và vắt khô. Sau đó, nhẹ nhàng đặt lên mắt trong 5-10 phút, 3-4 lần một ngày. Trong lúc chườm nóng, lẹo mắt có thể đột ngột vỡ ra. Tuy nhiên bạn đừng cố gắng tự nặn vỡ nó. Hành động này khiến mắt tồi tệ hơn vì làm tổn thương mí mắt mỏng manh và lây nhiễm nhiều.

Nếu bạn bị lẹo mắt ở bên ngoài mi mắt, có thể bác sĩ cần phải nhổ lông mi. Mặc dù việc này gây khó chịu cho bạn trong một thời gian ngắn, nhưng có thể giúp cải thiện nhiễm trùng vì mủ được thoát ra ngoài.

Bác sĩ sẽ dùng kim tiêm vô trùng (hoặc dao mổ) để rạch thoát mủ ở lẹo mắt ở ngoài mi mắt. Bạn không nên tự mình điều này ở nhà, vì có thể lây nhiễm sang mắt còn lại hay làm nặng hơn ở mắt đang bệnh.

Nếu có lẹo mắt bên trong mi mắt, bạn sẽ cần thuốc gây tê mí mắt. Mắt phải được lật từ trong ra ngoài để bộc lộ vị trí lẹo mắt trước khi rạch thoát mủ. Sau thủ thuật này, bạn cần phải dùng thuốc kháng sinh nhỏ mắt để điều trị nhiễm trùng.

Lẹo mắt rất dễ lây lan nếu như bạn không có những biện pháp điều trị an toàn. Để giảm nguy cơ lây nhiễm, bạn nên:

Không dùng khăn với bất cứ ai.

Luôn rửa tay sau khi chạm vào mí mắt.

Tránh trang điểm mắt hoặc đeo kính áp tròng cho đến khi nhiễm trùng đã ổn định.

Lẹo mắt thường tự lành và không ảnh hưởng đến thị lực của bạn. Đôi khi, lẹo mắt không biến mất và có thể hình thành một nang nhỏ do tuyến meibomian bị tắc nghẽn. Tuy nhiên, bạn sẽ mắt không đỏ và không đau.

Rất hiếm khi nhiễm trùng có thể lan rộng hết bề mặt của mắt gây viêm kết mạc. Đó là tình trạng mắt đỏ, sưng đau, ngứa rát và tiết nhiều dịch vàng. Lúc này, thuốc nhỏ mắt kháng sinh là cần thiết để tránh lan rộng nhiễm trùng và hạn chế tái phát.

Để phòng ngừa lẹo mắt, cần giữ vệ sinh mắt và bờ mi, nhất là khi tiếp xúc vơi môi trường ô nhiễm. Bạn nên rửa mi mắt với nước muối sinh lý. Ngoài ra, cần kết hợp chườm ấm và massage mắt hằng ngày.

Không tự ý chữa lẹo mắt bằng cách nặn mủ, đắp lá, nhỏ thuốc mà chưa có chỉ định của Bác sĩ vì dễ làm tổn thương lan rộng, kéo dài và tái phát nhiều lần.

Bảo vệ mắt khỏi khói bụi bằng cách đeo kính mỗi khi ra ngoài hay trong môi trường ô nhiễm.

Hạn chế dùng mỹ phẩm và phấn trang điểm mắt.

Rửa tay thường xuyên và luôn để tay xa khỏi tầm mắt của bạn. Đặc biệt khi chăm sóc một người bị lẹo mắt hay đang có bệnh lí nhiễm trùng khác.

Lẹo mắtkhông phải là một bệnh khó điều trị. Tuy nhiên, lẹo mắt nếu không phát hiện sớm, có thể cần phải can thiệp bằng cách rạch thoát mủ. Vì vậy, bạn nên đến khám Bác sĩ chuyên khoa mắt ngay từ khi có dấu hiệu bất thường ở mắt để được chẩn đoán và tư vấn về cách chăm sóc mắt an toàn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/long-ruot-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Lồng ruột là gì?

Những yếu tố nào ảnh hưởng đến khả năng mắc bệnh?

Nguyên nhân lồng ruột

Lồng ruột có biểu hiện gì?

Biến chứng

Chẩn đoán

Điều trị

Tháo lồng không mổ

Phẫu thuật

Biến chứng của điều trị

Lồng ruột là nguyên nhân gây tắc nghẽn đường ruột phổ biến nhất ở trẻ nhỏ (dưới 3 tuổi). Không những thế, ta còn có thể bắt gặp tình trạng này ở người lớn. Và nếu không được điều trị, các biến chứng nghiêm trọng như nhiễm trùng, sốc,… sẽ xuất hiện và đe dọa tính mạng. Vậy để bảo vệ mình và những người thân trong gia đình, chúng ta cần biết gì? Hãy cùng tìm hiểu qua bài viết của Bác sĩ Nguyễn Hồ Thanh An để trả lời câu hỏi đó.

Lồng ruột xảy ra khi một đoạn ruột chui vào bên trong của một đoạn ruột khác gây ra tắc nghẽn. Nếu tình trạng này kéo dài có thể dẫn tới thiếu máu nuôi ruột và xuất hiện các biến chứng nghiêm trọng như thủng ruột, nhiễm trùng huyết,…

Khối lồng có thể bắt đầu ở bất cứ đâu trên suốt chiều dài của đường tiêu hóa (từ ruột non đến ruột già). Tuy nhiên vị trí thường thấy là ở chỗ giao nhau của của ruột non và ruột già.

Một số yếu tố sau đây có thể làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh, chúng bao gồm:

Độ tuổi: Lồng ruột thường biểu hiện ở trẻ em, đặc biệt là trong khoảng thời gian từ 6 đến 36 tháng tuổi. Chúng cũng là nguyên nhân phổ biến nhất gây tắc nghẽn đường ruột ở lứa tuổi này.

Giới tính: Nam giới dường như bị bệnh nhiều hơn nữ giới. Cứ 5 trường hợp mắc bệnh thì chúng ta có 3 trường hợp là nam, 2 trường hợp còn lại là nữ.

Tình trạng dinh dưỡng: Hầu hết lồng ruột xảy ra ở trẻ em khỏe mạnh và bụ bẫm.

Mùa: Bệnh có thể xảy ra bất cứ thời điểm nào trong năm. Tuy nhiên, thường xảy ra vào các tháng mùa thu và mùa đông (khoảng thời gian thường liên quan đến nhiễm virus).

Bất thường bẩm sinh: như ruột không phát triển hoặc xoay không hoàn toàn làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Đã từng bị lồng ruột.

Có anh/chị/em ruột mắc bệnh.

Tùy vào độ tuổi xảy ra lồng ruột mà các nguyên nhân thường gặp sẽ khác nhau.

Đa phần lồng ruột ở lứa tuổi này không có nguyên nhân gây bệnh rõ ràng.

Với các hiểu biết hiện tại, một số yếu tố có thể liên quan đến sự hình thành khối lồng:

Nhiễm virus: khoảng 30 phần trăm bệnh nhân trải qua một đợt bệnh do nhiễm virus (viêm đường hô hấp trên, viêm tai giữa,..) trước khi bị lồng ruột. Quá trình nhiễm virus này có thể đã kích thích làm phì đại mô bạch huyết trong đường ruột, đóng vai trò như một “điểm nút” để tạo ra khối lồng.

Nhiễm trùng đường ruột khác: nếu có liên quan, hầu hết các trường hợp sẽ xảy ra trong vòng một tháng đầu tiên sau khi bị viêm ruột do vi khuẩn (Salmonella, E.coli, Shigella…).

Xem thêm bài viết:Lồng ruột ở trẻ em: Những dấu hiệu cha mẹ cần nhận biết sớm

Ở người lớn, lồng ruột thường là hậu quả của một bệnh lý tiềm ẩn. Chúng có thể là:

Túi thừa.

Polyp.

Khối u.

Khối máu tụ.

Bệnh Crohn– tình trạng viêm và hình thành các mô xơ-sẹo ở những bệnh nhân này cũng đóng vai trò nhất định trong cơ chế sinh bệnh của khối lồng.

Khối lồng cũng có thể xuất hiện sau phẫu thuật cắt dạ dày hoặc các phẫu thuật khác trên đường tiêu hóa (đặc biệt với phương pháp mổ hở). Tuy nhiên, trường hợp này thường ít khi xảy ra. Thêm một điều đáng mừng là chúng thường có thể tự cải thiện mà không cần phải can thiệp điều trị.

Bệnh thường bắt đầu một cách đột ngột (thường là một tuần sau khi bị các bệnh do nhiễm virus) với các biểu hiện như:

Đau bụng: là triệu chứng chính của bệnh. Đau từng cơn, thường kéo dài 10 đến 15 phút (hoặc lâu hơn), sau đó là các khoảng thời gian từ 20 đến 30 phút không đau. Trong cơn đau, trẻ quấy khóc dữ dội và co đầu gối ép sát vào ngực (để giảm đau).Nếu tình trạng này kéo dài, trẻ có thể trở nên mệt mỏi và đờ đẫn.

Đi tiêu phân có nhầy máu: phân của người bệnh được miêu tả bao gồm 3 thành phần, bao gồm phân trộn lẫn với máu và chất nhầy – tương tự như máu cá.

Nôn.

Khối gồ ở bụng.

Tiêu chảy.

Sốt.

Sự tắc nghẽn gây ra bởi khối lồng có thể làm cắt đứt nguồn cung cấp máu nuôi ruột. Nếu không được điều trị, theo thời gian, thành ruột sẽ bị hoại tử (chết) và gây ra các biến chứng nghiêm trọng như:

Thủng ruột.

Viêm phúc mạc.

Nhiễm trùng huyết.

Sốc nhiễm trùng.

Do đó, cần hết sức cẩn trọng trước các triệu chứng gợi ý mức độ nghiêm trọng của bệnh như:

Da lạnh, ẩm ướt với màu sắc nhợt nhạt hoặc xanh xao.

Mạch đập yếu và nhanh.

Hơi thở bất thường (có thể chậm và nông hoặc rất nhanh)

Lo lắng hoặc kích động.

Đờ đẫn, lơ mơ.

Nếu có bất cứ dấu hiệu nghi ngờ nào, cần nhanh chóng đưa người bệnh đến các cơ sở y tế chuyên khoa để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Chiến lược tối ưu để chẩn đoán và điều trị phụ thuộc vào mức độ nghi ngờ xảy ra lồng ruột là nhiều hay ít thông qua quá trình thăm khám lâm sàng tỉ mỉ.

Bác sĩ có thể yêu cầu thực hiện thêm các xét nghiệm hình ảnh học để xác nhận chẩn đoán, với điều kiện là chúng không trì hoãn đáng kể việc điều trị dứt điểm. Các phương tiện này bao gồm:

Siêu âm: Là phương pháp được lựa chọn để chẩn đoán lồng ruột khá phổ biến hiện nay. Phương pháp này có thể giúp xác định sự hiện diện của khối lồng, đồng thời quan sát được nguyên nhân gây bệnh trong một số trường hợp. Ngoài ra, hình ảnh trên siêu âm còn giúp bác sĩ đánh giá được các biến chứng của bệnh cũng như khả năng tháo lồng thành công là nhiều hay ít, từ đó đưa ra chiến lược thích hợp.

X-quang đại tràng có thuốc cản quang: Thường được sử dụng khi không có siêu âm. Có giá trị trong chẩn đoán bệnh khi xuất hiện các hình ảnh đặc trưng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp đặc biệt như trẻ đi tiêu máu ồ ạt hay có dấu hiệu của viêm phúc mạc, phương pháp này không thể được thực hiện.

X-quang bụng không sửa soạn: Là xét nghiệm đầu tiên để đánh giá tình trạng chung của trẻ. Tuy nhiên, nó ít có giá trị trong chẩn đoán và một kết quả X-quang bụng không sửa soạn bình thường không thể loại trừ được khả năng trẻ bị lồng ruột. Mục đích chính là để loại trừ biến chứng thủng ruột (nếu có) vì sẽ cần phải phẫu thuật.

Xem thêm:X-quang: Lâu đời nhưng có lỗi thời?

Ngay khi có được chẩn đoán chính xác, trẻ sẽ nhanh chóng trải qua một số biện pháp chăm sóc ban đầu như:

Truyền dịch qua đường truyền tĩnh mạch.

Đặt ống thông từ mũi vào dạ dày để làm giảm áp lực và dẫn dịch ra ngoài.

Sử dụng kháng sinh đề phòng hoặc điều trị nhiễm trùng (nếu cần thiết).

Đồng thời, một số xét nghiệm chuẩn bị cho phẫu thuật như xét nghiệm nhóm máu, điện giải,… cũng sẽ được thực hiện phòng trường hợp phương pháp điều trị không mổ thất bại.

Điều trị triệt để sau đó sẽ được thực hiện sớm nhất có thể với hai phương pháp chính là:

Tháo lồng không mổ.

Phẫu thuật.

Đây là phương pháp điều trị được lựa chọn chủ yếu ở trẻ nhũ nhi (trẻ <1 tuổi) với tình trạng lâm sàng ổn định và không có biến chứng.

Tháo lồng không mổ có thể thực hiện bằng cách:

Bơm hơi.

Bơm nước muối sinh lý hoặc baryt qua ống thông hậu môn vào đại tràng.

Sau khi tháo lồng thành công, trẻ sẽ cần nằm viện từ 12 – 48h tùy tình trạng chung của bệnh nhi. Trong thời gian này, nếu trẻ không có nôn ói thì có thể bắt đầu cho uống nước đường trở lại và chuyển sang cho uống sữa khi trẻ vẫn tiếp tục ổn định. Tuy nhiên, trường hợp trẻ có nôn ói thì cần phải nhịn ăn uống hoàn toàn và truyền dịch.

Cần lưu ý rằng tỉ lệ lồng ruột tái phát sau điều trị không mổ là tương đối cao, có thể lên đến 20% (cứ 5 trẻ thì có 1 trẻ tái phát). Cha mẹ cần cẩn thận theo dõi tình trạng sức khỏe của trẻ. Nếu phát hiện bất kỳ dấu hiệu nào của lồng ruột trở lại, nhanh chóng đưa trẻ đến cơ sở y tế chuyên khoa để được chăm sóc và điều trị.

Phẫu thuật điều trị được sử dụng trong một số các trường hợp đặc biệt, chẳng hạn như:

Trẻ có tình trạng lâm sàng không ổn định hay có sốc.

Có các biến chứng viêm phúc mạc hoặc thủng ruột.

Điều trị không mổ thất bại.

Lồng ruột tái phát thường xuyên (trên 3 lần).

Trẻ < 2 tháng tuổi hoặc > 2 tuổi.

Phẫu thuật có thể là nội soi hay mổ mở tùy từng trường hợp cụ thể, để:

Tháo lồng (nếu đoạn ruột lồng vẫn còn đủ máu nuôi).

Khâu lỗthủng đại tràngkhi có biến chứng thủng ruột.

Cắt khối lồng hoại tử.

Xử trí “điểm nút” gây ra lồng.

Thủng ruột là biến chứng nặng có thể xảy ra trong lúc tháo lồng nhưng hiếm gặp. Tỉ lệ này là < 1%. nhưng sẽ tăng lên cao hơn trong các trường hợp:

Sử dụng áp lực cao để tháo lồng.

Trẻ < 6 tháng tuổi.

Thời gian khởi bệnh kéo dài (> 36 giờ).

Nhìn chung, người bệnh có thể gặp các biến chứng của phẫu thuật như nhiễm trùng vết mổ, bục vết mổ, tắc ruột do dính (nếu có và thường xảy ra trong vòng 2 năm đầu sau mổ)… Tỉ lệ xảy ra các biến chứng này sẽ tăng cao hơn ở những người bệnh trải qua phương pháp mổ mở hoặc có cắt ruột.

Lồng ruột là một trong những nguyên nhân gây tắc ruột phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là độ tuổi từ 6 – 36 tháng tuổi. Bệnh thường biểu hiện với những cơn đau bụng dữ dội, nôn ói và đi tiêu có nhầy, máu.Siêu âmbụng là công cụ đầu tiên và chủ yếu để chẩn đoán lồng ruột.

Tháo lồng là phương pháp điều trị chủ yếu ở trẻ nhũ nhi. Nếu thất bại, trẻ sẽ cần được phẫu thuật. Hãy chia sẻ để mọi người cùng biết bạn nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/lo-tieu-thap/

Nội dung bài viết

Tổng quan về dị tật lỗ tiểu đóng thấp

Vị trí thường gặp của dị tật lỗ tiểu đóng thấp

Tại sao trẻ bị mắc dị tật lỗ tiểu đóng thấp?

Chẩn đoán di tật lỗ tiểu đóng thấp

Khám cho trẻ bị dị tật lỗ tiểu thấp như thế nào?

Các dị tật phối hợp

Lứa tuổi thích hợp để sửa chữa lỗ tiểu đóng thấp

Cách thức phẫu thuật dị tật lỗ tiểu thấp

Theo dõi sau phẫu thuật như thế nào?

Lỗ tiểu lệch thấp là một khuyết tật bẩm sinh ở bé trai. Khi nơi mở của niệu đạo không nằm ở đầu dương vật mà di lệch xuống dưới. Việc điều trị trong phần lớn các trường hợp là phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp, tạo hình một thì. Giúp đường tiểu của trẻ tái tạo cấu trúc như bình thường. Các thông tin dưới đây sẽ giúp cha mẹ phát hiện bệnh sớm và nhanh chóng đưa trẻ khám để được can thiệp đúng chuyên khoa.

Niệu đạolà một ống nhỏ qua đó giúp nước tiểu thoát ra khỏi bàng quan và thoát ra khỏi cơ thể qua lỗ tiểu. Dị tật lỗ tiểu đóng thấp là tình trạng miệng niệu đạo thay vì nằm ở đỉnh của dương vật thì lại nằm ở mặt bụng của dương vật.

Ða số các trường hợp không có tính chất là bệnh gia đình. 7% những đứa trẻ lổ tiểu đóng thấp có cha bị bệnh; và 14% là có anh em trai mắc bệnh. Nếu trong gia đình không có ai bị lổ tiểu đóng thấp,  đứa con đầu không mắc bệnh thì nguy cơ bé trai kế tiếp bị lổ tiểu đóng thấp là 12%. Tỷ lệ này là 19% nếu đã có một thành viên khác trong gia đình bị lổ tiểu đóng thấp (anh em họ). Nguy cơ này lên đến 26% nếu trẻ có cha mắc bệnh.

Tần suất xảy ralổ tiểu thấp: 1/200 trẻ em trai sinh ra.

Vị trí thường gặp nhất là ở đoạn xa củadương vật(80 – 85%). Ðây là thể nhẹ nhất, miệng niệu đạo thường nằm ở rãnh vành. 10 – 15% trường hợp xảy ra ở thân dương vật. Chỉ có 5% xảy ra ở khúc nối bìu dương vật hoặc ở hội âm.

Cho đến nay, cơ chế hình thành dị tật lỗ tiểu đóng thấp vẫn chưa rõ. Các yếu tố môi trường, nội tiết và di truyền được cho là có liên quan cộng hưởng đến sự hình thành nên dị tật này.

Về phương diện bào thai học. Vào tuần thứ 8 trong thời kỳ bào thai, một loại tế bào của tinh hoàn gọi là tế bào Leydig sẽ sản xuất ra Testosteron để kích thích làm dài củ sinh dục (sau này là dương vật). Do củ sinh dục phát triển dài ra, nên miệng niệu đạo cũng phát triển dài ra theo và sự phát triển của niệu đạo sẽ gần như hoàn tất vào tuần thứ 13 của thời kì bào thai. Khi một nguyên nhân nào đó làm cho quá trình phát triển của miệng niệu đạo bị ngừng lại sẽ gây tật lỗ tiểu đóng thấp ở trẻ nam.

Việc chẩn đoán lỗ đái đổ thấp thường không khó. Nếu chú ý kiểm tra tật này ở trẻ nam. Nữ hộ sinh hay bác sĩ sản khoa sẽ là những người đầu tiên phát hiện tật lỗ tiểu đóng thấp ngay khi trẻ mới được sinh ra. Nếu trẻ không được phát hiện dị tật trong thời điểm này thì bố mẹ trẻ sẽ là những người phát hiện khi tắm hoặc thay áo quần cho trẻ.

Ở những trẻ bị nặng, lỗ tiểu nằm ở cuối dương vật, ở bìu hay thậm chí phía sau cùng của bìu. Trong những trường hợp này nhiều trẻ nam bị nhầm là trẻ nữ. Nếu không được điều trị kịp thời sẽ ảnh hưởng lớn đến tâm lý và sinh hoạt sau này khi trẻ lớn.

Triệu chứng điển hình đầu tiên ở trẻ bị lỗ tiểu đóng thấp là lỗ tiểu của trẻ không nằm ở đỉnh của dương vật mà nằm dọc theo mặt dưới của thân dương vật.

Các triệu chứng thường gặp khác là cong dương vật ở các trẻ bị lỗ tiểu đóng thấp. Cong dương vật xuất hiện rõ nhất khi trẻ cương tiểu hay cương lúc đang ngủ.

Ngoài ra, ở các trẻ trai đã đến tuổi đi nhà trẻ hay mẫu giáo. Một triệu chứng ít được để ý đến là các trẻ này thường bị ướt chân hay ống quần do cong dương vật và lỗ tiểu đóng thấp làm cho dòng nước tiểu không đi thẳng ra phía trước được. Ở những trẻ được phát hiện muộn, khi đã đi học ở cấp I, II hoặc các cấp cao hơn. Nếu là thể nặng với lỗ tiểu nằm ở gốc dương vật hay ở bìu. Thì các trẻ này thường phải ngồi để tiểu.

Dị tật lỗ tiểu đóng thấp thường được phân loại thành các thể như sau:

Trước (nhẹ): lỗ tiểu nằm đoạn ở quy đầu hay rãnh quy đầu, chiếm 50%.

Giữa (trung bình): lỗ tiểu nằm đoạn 1/3 trước và 1/3 giữa của dương vật, chiếm 30%.

Thể gần (nặng): lỗ tiểu nằm đoạn 1/3 sau của dương vật, bìu và tầng sinh môn, chiếm 20%.

Khám trẻ nghi ngờ bị lỗ đái đổ thấp ở hai tình huống: (1) lúc trẻ không cương dương vật và (2) khi trẻ cương dương vật. Đầu tiên, khám lúc trẻ lúc không cương để có thể kéo nhẹ bao quy đầu xuống để xem lỗ tiểu nằm vị trí nào. Sau đó, khám lúc trẻ cương để xem trẻ có kèm theo cong dương vật hay không.

Tinh hoàn ẩn (7 – 10%): tỉ lệ càng cao ở tật lỗ tiểu thấp thể sau. Bệnh nhân có lỗ tiểu thấp kèm tinh hoàn ẩn phải được khảo sát gen và nội tiết. Phẫu thuật điều trị tinh hoàn ẩn trước khi phẫu thuật tật lỗ tiểu thấp.

Chuyển vị dương vật bìu. Cần phẫu thuật tật lỗ tiểu thấp trước khi sửa tật chuyển vị.

Nang tiền liệt tuyến (khoảng 20%, di tích ống Muller). Tỉ lệ cao hơn ở tật lỗ tiểu thấp thể sau.

Thoát vị bẹn9%.

Lứa tuổi thích hợp nhất là 6 – 15 tháng. Ngoài ra, các biến chứng có thể xảy ra trong phẫu thuật lỗ tiểu đóng thấp bao gồm: Dò, hẹp niệu đạo, hẹp miệng lỗ tiểu, túi thừa niệu đạo, dư da, vẫn còn lỗ tiểu đóng thấp.

Cho đến hiện nay có > 150 loại phẫu thuật lổ tiểu đóng thấp được mô tả nhưng không có phẫu thuật nào là tốt nhất. Các phẫu thuật phổ biến nhất là dùng flap MAGBI ở miệng sáo và dùng flap ở mặt trong của da qui đầu.

Dùng các mô được cung cấp máu tốt.

Trong quá trình mổ cầm nắm các mô nhẹ nhàng cẩn thận.

Mối nối không căng.

Cầm máu thật kỹ.

May không chồng mép.

Chỉ khâu thật nhỏ.

Chuyển lưu nước tiểu thật tốt.

Việc chẩn đoán dị tậtlỗ tiểu thấpnhìn chung là khá đơn giản, vấn đề quan trọng là những can thiệp chỉnh sửa.

Một số dạng dị tật lỗ tiểu thấp rất nhỏ và đôi khi không cần thiết đến phẫu thuật mà chỉ cần thủ thuật đơn giản. Trong khi đó, với những dị tật lỗ tiểu đóng ở vị trí quá xa đầu dương vật kèm với dương vật biến dạng nặng, chỉ định phẫu thuật là cần thiết và thường được thực hiện khi trẻ trong độ tuổi từ 6 đến 15 tháng. Trẻ chỉ cần được thực hiện như một bệnh nhân ngoại trú mà hiếm khi phải qua đêm trong bệnh viện.

Ngày trước phẫu thuật, con bạn thường sẽ được yêu cầu không uống hoặc ăn bất cứ thứ gì sau nửa đêm vào đêm trước khi phẫu thuật hoặc ít nhất 6 đến 8 giờ trước khi phẫu thuật. Nếu trẻ phải uống thuốc, cần có ý kiến của bác sĩ và chỉ uống với một ngụm nước nhỏ.

Khi phẫu thuật bắt đầu, trẻ sẽ được gây mê toàn thân. Nếu khiếm khuyết mức độ nhẹ. Phẫu thuật lỗ tiểu lệch thấp, tạo hình một thì sẽ được tiến hành trong cùng một lần can thiệp. Bác sĩ phẫu thuật sẽ sử dụng một mảnh bao quy đầu nhỏ hoặc mô từ một vị trí khác để tạo ra một ống làm tăng chiều dài của niệu đạo.

Trong khi phẫu thuật, bác sĩ sẽ đặt ống thông vào niệu đạo. Ống thông có thể được khâu hoặc gắn chặt vào đầu dương vật. Sau phẫu thuật từ một đến hai tuần. Ống thông sẽ được rút bỏ khi vết thương trong tạo hình lỗ tiểu mới cũng đã lành tốt.

Ngoài ra, ngay sau khi phẫu thuật. Dương vật của trẻ sẽ được bác sĩ dán cố định vào thành bụng dưới để hạn chế di chuyển. Trẻ được khuyến khích mặc áo đầm thay cho quần. Đeo một cốc nhựa đặt trên dương vật để bảo vệ khu vực vừa mới phẫu thuật.

Toàn bộ các mũi khâu được sử dụng trong quá trình phẫu thuật dị tậtlỗ tiểu thấpsử dụng chỉ tự tiêu nên sẽ không phải tháo ra sau đó. Con bạn cũng sẽ được khuyến khích uống nước để bé đi tiểu thường xuyên. Việc đi tiểu sẽ giữ áp lực tích tụ trong niệu đạo, tránh gây chít hẹp về sau

Tương tự như các thủ thuật, phẫu thuật khác, phẫu thuật dị tật lỗ tiểu thấp cũng có một số rủi ro nhất định. Chính vì vậy, cha mẹ cần biết cách theo dõi và phát hiện sớm cho trẻ, nhất là sau khi đã được xuất viện về nhà.

Sau đó trẻ có thể cần nhập viện lại để chỉnh sửa thì hai đối với các bất thường phức tạp. Ngược lại, với các bất thường đơn giản, như sẹo chít hẹp. Trẻ cần được can thiệp nong niệu đạo trong thời gian dài. Tuy nhiên, tỷ lệ xảy ra biến chứng khá thấp và hầu hết các bé trai đều có một dương vật hoàn thiện sau phẫu thuật dị tật lỗ tiểu thấp một thì. Bộ phận này đảm bảo cho trẻ những sinh hoạt tiểu tiện như bình thường và khả năng hoạt động tình dục khi đến tuổi trưởng thành.

Để được như vậy, cha mẹ cần đưa trẻ đến các cuộc thăm khám tiếp theo với bác sĩ tiết niệu theo hẹn cho đến khi vết thương đã lành hẳn. Một số ít trường hợp sẽ cần tham vấn bác sĩ tiết niệu khi trẻ đến tuổi dậy thì.

Phẫu thuật dị tậtlỗ tiểu thấplà một loại phẫu thuật nhằm chỉnh sửa lại bất thường tại đường tiểu nam của trẻ trai. Dù nguyên nhân vẫn chưa được xác định, dù dị tật này có nhiều biểu hiện đa dạng khác nhau. Nhưng việc chỉ định can thiệp tạo hình cần lên kế hoạch sớm. Điều đó giúp hoàn thiện lại các chức năng sinh lý bình thường cho dương vật của trẻ. Phòng tránh các di chứng trên tâm lý cũng như khả năng sinh sản về sau.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-meniere-nguyen-nhan-trieu-chung-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Tổng quan về bệnh Meniere

2. Triệu chứng của bệnh Meniere là gì?

3. Nguyên nhân gây nên bệnh Meniere

4. Biến chứng của bệnh Meniere là gì?

5. Làm thế nào để chẩn đoán bệnh Meniere?

6. Điều trị bệnh Meniere như thế nào?

7. Thay đổi lối sống và chăm sóc tại nhà đối với người bệnh

Bệnh Meniere là một bệnh lý về sự rối loạn của tai trong. Nó có thể gây chóng mặt và mất thính giác. Trong hầu hết các trường hợp, bệnh chỉ ảnh hưởng đến một bên tai. Để biết thêm những thông tin cơ bản về bệnh Meniere, YouMed xin gửi đến bạn đọc bài dưới đây.

Bệnh Meniere có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng nó thường khởi phát ở độ tuổi vị thành niên và trung niên. Đây được coi là một bệnh lý mãn tính, nhưng các phương pháp điều trị có thể giúp làm giảm triệu chứng và giảm thiểu tác động lâu dài đến cuộc sống của bạn.

Dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Meniere bao gồm:

Các đợt chóng mặt tái đi tái lại.Bạn có cảm giác quay cuồng. Triệu chứng này bắt đầu và biến mất một cách tự nhiên. Những đợtchóng mặtxảy ra mà không có dấu hiệu báo trước và thường kéo dài từ 20 phút đến vài giờ, nhưng không quá 24 giờ. Chóng mặt nặng có thể gây buồn nôn.

Mất thính lực.Mất thính lực do bệnh Meniere có thể thoáng qua. Tuy nhiên, đến cuối cùng, nếu không điều trị thì hầu hết mọi người đều bị mất thính giác vĩnh viễn.

Ù tai.Ù tailà cảm nhận về âm thanh bất thường trong tai.

Cảm giác đầy tai.Người bệnh Meniere thường cảm thấy có áp lực tác động lên tai.

Sau một đợt xuất hiện, các dấu hiệu và triệu chứng được cải thiện và có thể biến mất hoàn toàn trong một khoảng thời gian. Theo thời gian, tần suất các đợt bệnh có thể giảm dần.

Nếu bạn có những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Meniere, hãy đến khám bác sĩ. Những rối loạn này có thể gây ra bởi bệnh khác và việc chẩn đoán sớm vô cùng quan trọng.

Hiện nay, nguyên nhân gây nên bệnh Meniere vẫn chưa rõ. Triệu chứng của bệnh xuất hiện do bất thường lượng dịch ở tai trong, nhưng vẫn chưa rõ nguyên nhân gây ra điều này.

Yếu tố ảnh hưởng đến lượng dịch này có thể góp phần gây nên bệnh Meniere. Chúng bao gồm:

Đường dẫn của dịch không hiệu quả, có thể do tắc nghẽn hoặc bất thường giải phẫu.

Đáp ứng miễn dịch bất thường.

Nhiễm trùng.

Có khuynh hướng di truyền.

Bởi vì không có một nguyên nhân nào được xác định, nên bệnh Meniere có khả năng là do sự kết hợp của nhiều yếu tố nguy cơ.

Các đợt chóng mặt không thể đoán trước và khả năngmất thính lựcvĩnh viễn có thể là những vấn đề khó khăn nhất của bệnh Meniere. Bệnh có thể đột ngột làm gián đoạn cuộc sống của bạn, khiến bạn mệt mỏi và căng thẳng.

Chóng mặt có thể làm bạn mất thăng bằng, tăng nguy cơ té ngã và tai nạn.

Bác sĩ sẽ tiến hành kiểm tra và khai thác bệnh sử của bệnh. Chẩn đoán bệnh Meniere cần:

Hai đợt chóng mặt, mỗi đợt kéo dài 20 phút hoặc lâu hơn nhưng không lâu quá 12 giờ.

Mất thính lực được xác nhận bằng thính lực đồ.

Ù tai hoặc cảm giác đầy tai.

Loại trừ các nguyên nhân khác gây nên triệu chứng tương tự.

Kiểm tra thính lực (thính lực kế) đánh giá mức độ phát hiện âm thanh ở các cao độ và âm lượng khác nhau và mức độ phân biệt giữa các từ có âm tương tự. Người mắc bệnh Meniere thường gặp vấn đề khi nghe âm thanh có tần số thấp hoặc âm thanh kết hợp tần số cao và thấp. Trong khi nghe các âm thanh có tần số trung bình, người đó nghe được bình thường.

Giữa các đợt chóng mặt, hầu hết bệnh nhân mắc bệnh Meniere có cảm giác thăng bằng trở lại bình thường. Nhưng bạn cũng có thể gặp một số vấn đề liên quan đến thăng bằng.

Xét nghiệm đánh giá chức năng tai trong, bao gồm:

Ảnh động nhãn đồ (Videonystagmography – VNG).Xét nghiệm đánh giá chức năng thăng bằng bằng cách đánh giá chuyển động của mắt. Các thụ cảm liên quan đến thăng bằng nằm ở tai trong được liên kết với các kiểm soát chuyển động của mắt. Sự kết nối này cho phép mắt tập trung nhìn vào một điểm trong khi bạn đang xoay đầu.

Bài kiểm tra trên ghế xoay.Giống như VNG, xét nghiệm đo chức năng tai trong dựa trên chuyển động của mắt. Bạn ngồi trên một chiếc ghế xoay được điều khiển bằng máy tính, nó sẽ kích thích tay trong của bạn.

Điện thế gợi tính cơ tiền đình (vestibular evoked myogenic potential – VEMP).Xét nghiệm này cho thấy sự hứa hẹn không chỉ trong chẩn đoán mà còn có hiệu quả theo dõi bệnh. Nó cho thấy những thay đổi đặc trưng ở tai bị ảnh hưởng của người bệnh.

Biểu đồ tư thế (Posturography).Xét nghiệm cho biết bộ phận nào của hệ thống cân bằng (bao gồm: thị lực chức năng tai trong hoặc cảm giác từ da, cơ, gân và khớp) mà bạn dựa vào nhiều nhất và bộ phận nào đang gặp trục trặc. Khi đeo dây an toàn, bạn đứng bằng chân trần trên bệ và giữ thăng bằng trong các tư thế khác nhau.

Xét nghiệm máu và xét nghiệm hình ảnh như MRI được sử dụng để loại trừ các bệnh lý có thể gây ra tình trạng tương tự bệnh Meniere, chẳng hạn như khối u trong não hoặcbệnh đa xơ cứng.

Đáng tiếc rằng hiện nay chưa có cách chữa trị nào đối với bệnh Meniere. Một số phương pháp điều trị có thể giúp làm giảm mức độ nặng và tần suất các cơn chóng mặt. Nhưng thật không may, vẫn chưa có phương pháp điều trị nào cho tình trạng mất thính lực.

Bác sĩ có thể kê đơn các loại thuốc nhằm giảm mức độ nặng của các cơn chóng mặt:

Thuốc chống say tàu xe.Chẳng hạn như meclizine hoặc diazepam (Valium), có thể làm giảm cảm giác chóng mặt và giúp kiểm soátbuồn nôn và nôn.

Thuốc chống buồn nôn.Chẳng hạn như promethazine, có thể kiểm soát buồn nôn và nôn khi bị chóng mặt.

Bác sĩ có thể kê đơn thuốc làm giảm giữ nước (lợi tiểu) và đề nghị bạn hạn chế ăn mặn. Đối với một số người, sự kết hợp này giúp kiểm soát mức độ nặng và tần suất xuất hiện các triệu chứng của bệnh Meniere.

Một số người mắc bệnh Meniere có thể sẽ tốt hơn khi thực hiện các phương pháp và quá trình điều trị không can thiệp, chẳng hạn như:

Phục hồi chức năng.Nếu bạn có những vấn đề về thăng bằng ngoài các cơn chóng mặt, phục hồi chức năng tiền đình có thể cải thiện khả năng thăng bằng của bạn.

Dùng máy trợ thính.Sử dụngmáy trợ thínhở bên tai bị ảnh hưởng bởi bệnh Meniere có thể cải thiện thính lực của bạn. Bác sĩ có thể giới thiệu bạn đến chuyên gia thính học để trao đổi, tìm ra máy trợ thính phù hợp với bạn.

Liệu pháp tạo áp lực dương.Đối với chóng mặt khó điều trị, phương pháp này tạo một áp lực dương lên vùng tai giữa để giảm bớt sự tích tụ của dịch. Bạn sẽ được sử dụng một thiết bị được gọi là máy phát xung Meniett. Máy sẽ tác động các xung áp lực vào ống tai thông qua một ống thông gió. Bằng cách này, bạn có thể điều trị tại nhà mỗi ngày 3 lần và mỗi lần 5 phút. Liệu pháp này cho thấy cải thiện triệu chứng chóng mặt, ù tai, căng tai trong một số nghiên cứu. Tuy nhiên, hiệu quả lâu dài của nó vẫn chưa được xác định.

Nếu các phương pháp điều trị được liệt kê ở trên không thành công thì bác sĩ có thể đề nghị một số phương pháp xâm lấn hơn.

Bằng phương pháp này, thuốc sẽ được tiêm vào tai giữa. Sau đó, chúng sẽ được hấp thu vào tai trong và có thể cải thiện triệu chứng chóng mặt. Phương pháp này sẽ được thực hiện tại phòng khám của bác sĩ. Các loại thuốc tiêm thường dùng là:

Gentamicin.Là một loại kháng sinh gây độc cho tai trong của bạn, làm giảm chức năng thăng bằng của tai. Khi đó, tai còn lại sẽ đảm nhận nhiệm vụ giữ thăng bằng. Tuy nhiên, vẫn có nguy cơ sẽ mất thính lực thêm nếu điều trị bằng cách này.

Steroids.Chẳng hạn như dexamethasone, cũng có thể giúp kiểm soát cơn chóng mặt ở một số bệnh nhân. Mặc dù dexamethasone có thể kém hiệu quả hơn gentamicin, nhưng thay vào đó, nó ít có khả năng gây mất thính lực hơn gentamicin.

Nếu các cơn chóng mặt ngày càng nghiêm trọng, gây suy nhược và các phương pháp điều trị khác không có tác dụng thì phẫu thuật có thể là một lựa chọn. Các loại phẫu thuật bao gồm:

Phẫu thuật giải áp túi nội bạch huyết.Túi nội bạch huyết đóng vai trò quan trọng trong điều chỉnh lượng dịch ở tai trong. Trong lúc phẫu thuật, túi nội bạch huyết sẽ được giải áp và làm giảm lượng chất lỏng dư thừa. Trong một số trường hợp, phẫu thuật sẽ được kết hợp với việc đặt một ống dẫn để dẫn lượng dịch dư từ tai trong ra ngoài.

Phẫu thuật cắt bỏ mê nhĩ.Trong phẫu thuật này, bác sĩ sẽ cắt bỏ phần cân bằng của tai trong, do đó chức năng cân bằng và thính lực của tai bị ảnh hưởng cũng bị loại bỏ. Quá trình này chỉ được thực hiện nếu bạn đã mất thính lực hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn.

Phẫu thuật loại bỏ dây thần kinh tiền đình.Phẫu thuật này sẽ cắt dây thần kinh liên kết thụ cảm thăng bằng và chuyển động trong tai trong với não (dây thần kinh tiền đình). Phương pháp này thường sẽ khắc phục các vấn đề về chóng mặt trong khi cố gắng duy trì thính giác ở tai bị ảnh hưởng. Phương pháp này yêu cầu phải gây mê toàn thân và phải ở lại bệnh viện để theo dõi.

Một số cách chăm sóc có thẻ giúp giảm tác động của bệnh Meniere. Hãy cùng đọc qua một số cách được áp dụng khi bị chóng mặt:

Ngồi hoặc nằm xuống khi bạn cảm thấy chóng mặt.Khi bị chóng mặt, hãy tránh những thứ có thể làm triệu chứng của bạn nặng hơn. Chẳng hạn như đột ngột di chuyển, đèn sáng, xem tivi hoặc đọc sách. Cố gắng tập trung vào một vật đang đứng yên.

Nghỉ ngơi trong và sau giai đoạn chóng mặt.Đừng vội quay lại làm việc hoặc vận động.

Hãy lưu ý rằng bạn có thể bị mất thăng bằng.Té ngã có thể dẫn đến chấn thương nghiêm trọng. Sử dụng đèn với ánh sáng đủ nếu bạn thức dậy vào ban đêm. Sử dụng gậy chống để đi có thể giúp bạn ổn định nếu bạn bị mất thăng bằng thường xuyên.

Để tránh bị những cơn chóng mặt, hãy thử các cách sau:

Hạn chế ăn muối.Sử dụng thức ăn và đồ uống có nhiều muối có thể làm tăng giữ nước. Hãy đặt mục tiêu dùng ít hơn 2.300mg muối natri mỗi ngày. Chuyên gia cũng khuyến cáo nên chia đều lượng muối tiêu thụ trong ngày ra từng bữa ăn.

>> Muối là thành phần không thể thiếu nhưng với bệnh Meniere, bạn cần lưu ý liều lượng muối mình hấp thu. Đọc thêm:Trẻ cần bổ sung bao nhiêu muối trong khẩu phần ăn của mình?

Hạn chế sử dụng caffeine, rượu và thuốc lá.Những chất này có thể ảnh hưởng tới cân bằng dịch trong tai của bạn.

Qua bài viết trên, YouMed mong gửi đến bạn đọc những thông tin bổ ích vềbệnh Meniere. Nếu có những triệu chứng bất thường trên, đừng ngần ngại đặt lịch khám bác sĩ thông qua YouMed. Hãy nhớ, chẩn đoán sớm và điều trị sẽ giúp ích rất nhiều đối với sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của bạn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/mong-quap-mong-moc-nguoc-do-nguyen-nhan-gi/

Nội dung bài viết

1. Móng quặp (móng mọc ngược) là gì?

2. Triệu chứng của móng quặp (móng mọc ngược) là gì?

3. Nguyên nhân khiến móng quặp (móng mọc ngược) là gì?

4. Khi nào nên đến khám bác sỹ?

5. Kết luận

Móng quặp (móng mọc ngược) là một tình trạng xảy ra khá rất phổ biến. Khi đó cạnh bên của móng mọc ngược vào trong chọc vào phần mềm của ngón tay hay ngón chân. Do móng quặp chọc vào trong da sẽ đóng vai trò là một vật kích thích khiến cho da của các ngón bị sưng viêm. Móng quặp có thể xảy ra ở mọi đối tượng và một người cũng có thể bị tình trạng này nhiều lần. Vậy nguyên nhân nào khiến cho móng không mọc theo đúng hướng của nó mà lại quay ngược vào trong. Chuyên gia từ YouMed sẽ giúp chúng ta giải đáp ngay sau đây.

Móng tay và móng chân là các phần phụ của cơ thể nhưng chúng giữ những vai trò nhất định. Nhờ có móng mà các ngón tay và ngón chân được bảo vệ khỏi các chấn thương khi làm việc. Móng còn giúp đảm bảo cho các ngón tay chạm vào đối tượng một cách chính xác. Ngoài ra móng còn giúp chúng ta thao tác dễ dàng hơn trong lao động như động tác cậy hay bật nắp. Cuối cùng móng còn là công cụ trang trí giúp cho đôi bàn tay hay bàn chân thêm xinh đẹp và thu hút.

Bệnh lý móng quặp (móng mọc ngược) là hiện tượng cạnh bên của móng không mọc thẳng ra phía ngoài. Thay vào đó chúng cuộn vào trong và chọc vào phần mô mềm xung quanh móng. Chỗ bị móng chọc vào sẽ bị sưng lên, đau nhức và sau đó là nhiễm khuẩn. Ban đầu triệu chứng viêm ở mức độ nhẹ, nếu không xử lý thì nhiễm khuẩn sẽ trở nên nặng hơn.

Móng quặp (móng mọc ngược) có thể xảy ra ở bất kỳ ngón nào của bàn tay hay bàn chân. Nhưng nó thường xảy ra ở các ngón chân, đặc biệt là ngón chân cái. Móng quặp không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng lại gây nhiều khó khăn trong sinh hoạt. Chẳng hạn nếu móng chân bị quặp sẽ khiến cho chúng ta bị đau khi đi lại do móng chọc vào phần thịt xung quanh.

Giai đoạn sớm khi móng chỉ vừa mới chọc vào phần mô mềm quanh móng thì chỉ biểu hiện các triệu chứng sau:

Phần da quanh móng trở nên sưng

Cảm giác đau ngón chân khi mang giày

Móng trở nên phù nề do bị tụ dịch

Nếu không được xử lý thì phần mô mềm quanh móng sẽ bị nhiễm trùng với các biểu hiện sau:

Da quanh móng trở nên đỏ, sưng phù nhiều

Cảm giác đau nhức tự nhiên, kể cả khi không mang giày

Chảy máu

Tụ mủ quanh móng

Mọc phần da mới bao phủ lên phía trên của móng khiến cho móng chìm sâu xuống da

Không quá khó khăn để chẩn đoán bệnh móng quặp (móng mọc ngược). Bác sỹ có thể chẩn đoán tình trạng này một cách dễ dàng thông qua thăm khám mà không cần thêm xét nghiệm nào. Trong trường hợp bị nhiễm trùng nặng, bác sỹ có thể đề nghị bạn chụp X quang xem phần xương bên dưới có bị ảnh hưởng hay không.

Cắt tỉa móng không đúng cách và đi giày chật là hai nguyên nhân chính gây ra móng quặp.

Cắt tỉa móng không đúng cách. Nếu cắt móng vào sâu bên trong sẽ làm cho phần mềm quanh móng ép móng lại. Điều này khiến cho móng bị vật cản, khó mọc thẳng ra bên ngoài mà quay ngược vào trong.

Mang giày chật. Những người có thói quen đi giày cao gót, mũi nhọn hay giày thể thao chật dễ bị móng mọc ngược. Khi đó bờ tự do của móng liên tục bị ép cuộn vào bên trong và khiến cho móng mọc vào trong.

Móng quặp có thể xảy ra ở cả nam hay nữ và bất kể độ tuổi nào. Tuy nhiên người lớn tuổi sẽ dễ bị móng quặp hơn do bản móng dày lên khi già đi. Ngoài ra, ở các thanh thiếu niên cũng có thể bị móng quặp. Người ta ghi nhận rằng những thanh thiếu niên có kèm tình trạng đổ mồ hôi chân sẽ dễ bị móng mọc ngược.

Các bệnh lý ở móng cũng khiến chomóng bất thường. Chẳng hạn như tình trạng nấm móng, loạn dưỡng móng làm cho móng dày lên bất thường. Lúc này móng sẽ dễ dàng mọc ngược vào trong.

Móng quặp cũng thường gặp ở phụ nữ mang thai. Vì khi tăng cân trong thai kỳ khiến cho phần da quanh móng phát triển và bao trùm lên trên bản móng. Bản móng bị che phủ khiến cho nó khó mọc thẳng ra ngoài dẫn đến mọc ngược vào trong.

Ở các vận động viên như cầu thủ đá banh, diễn viên múa ba lê, boxing cũng gặp phải tình trạng móng quặp do móng bị chấn thương thường xuyên.

Khi móng quặp chỉ ở giai đoạn sớm và triệu chứng còn nhẹ thì chúng ta có thể chăm sóc móng tại nhà. Một số cách chăm sóc cũng có hiệu quả giúp giảm nhanh triệu chứng.

Còn khi tình trạng nhiễm trùng trở nên nặng hơn thì các bạn nên nhanh chóng đến cơ sở y tế. Nhiễm trùng có thể lan rộng và ảnh hưởng đến phần xương bên dưới. Lúc này bác sỹ sẽ giúp chẩn đoán mức độ tổn thương và đưa ra phương pháp điều trị phù hợp.

Móng mọc ngược là tình trạng phổ biến xảy ra ở nhiều người. Các trường hợp nhẹ thường không gây nguy hiểm mặc dù gây khó chịu khi sinh hoạt. Trong trường hợp nặng hơn thì tình trạng nhiễm trùng có thể lây lan và ảnh hưởng đến xương bên dưới.

Nguyên nhân chính khiến cho móng mọc ngược là do thói quen sinh hoạt hằng ngày. Ngoài ra một số nghề nghiệp có thể là nguyên nhân khiến móng mọc ngược. Khi bị móng mọc ngược thì chúng ta cần có biện pháp xử lý phù hợp. Những biện pháp này giúp giảm đau và hạn chế nhiễm trùng nặng hơn.

Bác sĩ Võ Thị Ngọc Hiền

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/mat-ngu/

Nội dung bài viết

Những bệnh cảnh thường gặp

Tiêu chuẩn chẩn đoán – theo DSM-5

Phân loại mất ngủ

Nguyên nhân mất ngủ

Diễn tiến mất ngủ

Tỷ lệ hiện mắc mất ngủ

Yếu tố nguy cơ dẫn đến mất ngủ

Maker để chẩn đoán

Những bệnh lý đi kèm mất ngủ

Mất ngủ là một tình trạng khá phổ biến trong cuộc sống hiện đại. Tình trạng này đem lại khá nhiều những khó khăn, phiền toái cho cuộc sống của chúng ta. Sau đây là bài viết tổng quát về Mất ngủ: nguyên nhân, triệu chứng, điều trị của Bác sĩ Nguyễn Đào Uyên Trang.

Một bệnh cảnh thiết yếu của rối loạn mất ngủ là không hài lòng về số lượng cũng như chất lượng của giấc ngủ. Rối loạn mất ngủ gây ra những khó chịu hoặc suy giảm đáng kể về mặt chức năng xã hội, nghề nghiệp. Điều này có thể xảy ra trong diễn tiến của một tình trạng y khoa hoặc rối loạn tâm thần khác hoặc diễn ra độc lập.

Một giấc ngủ không hồi phục, chính là những than phiền về chất lượng của giấc ngủ, dù thời gian ngủ là đủ nhưng sau khi thức dậy vẫn cảm thấy không khỏe, những than phiền này thường đi kèm với khó đi vào giấc hoặc duy trì giấc ngủ, hiếm khi đi một mình riêng lẻ. Than phiền này có thể đi chung với những rối loạn giấc ngủ khác như rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp.

Bên cạnh tiêu chuẩn về chất lượng của giấc ngủ thì ta cần bàn đến tiêu chuẩn về số lượng của giấc ngủ. Trước hết ta cần hiểu rõ hơn về mất ngủ đầu hôm, giữa hôm và cuối hôm mà chúng ta đã tìm hiểu ở bài viết trước, chúng ta có những ví dụ sau: Mất ngủ đầu hôm hay còn được gọi là khó đi vào giấc ngủ được định nghĩa thời gian nằm trên giường để đi vào giấc ngủ lớn hơn 20 – 30 phút. Mất ngủ giữa hôm hay có thể hiểu là khó duy trì giấc ngủ được xác định bởi sau khi đi ngủ được hơn 20 – 30 phút thì bị tỉnh giấc và sau đó có thể ngủ lại được.

Mặc dù không có tiêu chuẩn rõ ràng dành cho mất ngủ cuối hôm, nhưng chúng ta có thể nhận biết tương đối triệu chứng này bao gồm thức dậy sớm hơn 30 phút so với lúc ngủ bình tường và thức giấc trước khi đạt được tổng thời gian ngủ là 6,5 giờ. Điều quan trọng là không phải chỉ tính đến thời gian thức mà còn phải thời điểm đi ngủ tối hôm trước.  Ví dụ thức giấc lúc 4h sáng của một người đi ngủ lúc 9h tối khác với một người đi ngủ lúc 11h tối.

Nó bao gồm khó ngủ vào ban đêm cũng như ít phổ biến hơn là buồn ngủ vào ban ngày. Thường xảy ra ở những người lớn tuổi vàrối loạn giấc ngủcó thể là triệu chứng kèm theo của một cơn đau mãn tính hoặc tình trạng ngưng thở khi ngủ. Ngoài ra, nó có thể gây suy giảm chức năng nhận thức gồm khó tập trung, suy giảm sự chú ý và trí nhớ. Thậm chí gây ra rối loạn cảm xúc liên quan như cáu gắt, khó biểu lộ cảm xúc và ít phổ biến hơn làlo âuhoặctrầm cảm.

Không phải tất cả những người có rối loạn giấc ngủ vào ban đêm thì đều cảm thấy khó chịu và bị mất chức năng. Do đó chẩn đoán rối loạn giấc ngủ thường ở những người bị suy giảm hoặc khó chịu đáng kể vào ban ngày liên quan đến khó ngủ ban đêm.

Tham khảo thêm bài viết:Táo nhân: Bài thuốc thiên nhiên chữa mất ngủ thần kì

Những than phiền giấc ngủ về chất lượng và số lượng, liên quan đến 1 hoặc hơn những triệu chứng sau:

Khó đi vào giấc ngủ (ở trẻ em, khó đi vào giấc ngủ nếu không có sự can thiệp của người chăm sóc).

Khó duy trì giấc ngủ đặc trưng bởi thường thức giấc giữa đêm hoặc khó ngủ lại sau khi thức dậy.

Thức dậy rất sớm mà không có thể ngủ lại được.

Rối loạn về giấc ngủ gây ra những suy giảm đáng kể mặt chức năng xã hội, nghề nghiệp, học tập, hành vi hoặc những lĩnh vực quan trọng khác.

Khó ngủ xảy ra ít nhất 3 ngày trong 1 tuần.

Khó ngủ hiện xảy ra ít nhất trong 3 tháng.

Khó ngủ vẫn diễn ra mặc dù có đủ cơ hội để ngủ.

Khó ngủ không được giải thích tốt hơn bởi hoặc không chỉ xảy ra trong diễn tiến của những rối loạn ngủ – thức khác (ngủ rũ, rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp, rối loạn nhịp điệu thức ngủ, rối loạn chu kỳ thức ngủ).

Khó ngủ không phải do tác dụng sinh lý của chất (ví dụ như lạm dụng chất, thuốc).

Những tình trạng y khoa hoặc rối loạn tâm thần đi kèm không đủ giải thích cho những than phiền về giấc ngủ.

Xem thêm:Những loại thảo dược trị mất ngủ phổ biến và hiệu quả

Mất ngủ cấp: triệu chứng kéo dài ít nhất 1 tháng và ít hơn 3 tháng.

Mất ngủ dai đẳng: kéo dài ít nhất 1 tháng.

Mất ngủ tái diễn: có ít nhất 2 giai đoạn trong 1 năm.

Mất ngủ thường liên quan đến những yếu tố sinh lý, nhận thức thức tỉnh và sự điều hòa giấc ngủ. Những sự lo lắng về giấc ngủ và những khó chịu do mất ngủ gây ra đưa đến một vòng tròn luẩn quẩn: con người càng cố gắng để ngủ thì càng khó ngủ và càng gây cho người đó thất vọng.

Do đó sự chú tâm và nổ lực quá mức để ngủ sẽ làm phá huỷ cơ chế đi vào giấc ngủ bình thường, có thể đưa đến mất ngủ. Những người mất ngủ dai dẳng có thể do những thói quen ngủ không phù hợp (ví dụ nằm trên giường quá nhiều, thời gian ngủ thất thường, nhiều giấc ngủ ngắn) và nhận thức không phù hợp (vd sợ mất ngủ, sợ những rối loạn vào ban ngày, họ thường sẽ theo dõi đồng hồ).

Môi trường sống hoặc môi trường làm việc yêu cầu người đó phải thường xuyên thức đêm có thể cho mức độ tỉnh thức của người đó tăng lên và bị mất ngủ dai dẳng. Ngược lại, người đó có thể ngủ dễ dàng hơn khi không cố làm việc. Một số cá nhân cũng cho thấy rằng họ dễ ngủ hơn khi ra khỏi giường của họ và tránh những thói quen thường ngày.

Mất ngủ có thể đi kèm nhiều triệu chứng và những than phiền vào ban ngày như mệt mỏi, giảm năng lượng, rối loạn khí sắc. Triệu chứng lo âu hoặctrầm cảmkhông đạt đủ tiêu chuẩn cho một rối loạn tâm thần chuyên biệt cũng như là chú ý quá mức vào những tác động của mất ngủ vào những hoạt động chức năng ban ngày.

Những người mất ngủ có thể đạt điểm cao trong những bài kiểm tra tâm lý hoặc nhân cách cho thấy trầm cảm và lo lắng nhẹ, một kiểu nhận thức đáng lo ngại, giải quyết xung đột nội tâm, cảm xúc, và triệu chứng cơ thể. Mô hình của rối loạn thần kinh nhận thức của những người mất ngủ không hằng định. Những cá nhân mất ngủ thường cần nhiều nổ lực hơn để duy trì tập trung chú ý và trí nhớ.

Khởi pháttriệu chứng mất ngủcó thể gặp ở bất kì giai đoạn nào trong cuộc đời, nhưng giai đoạn đầu tiên thường phổ biến ở những người trẻ. Ít khi, mất ngủ ngủ xảy ra ở trẻ em và trẻ vị thành niên. Ở phụ nữ, một khởi phát mất ngủ mới có thể xảy ra thời kì mãn kinh và có thể kéo dài dù những triệu chứng mãn kinh khác không còn nữa như cảm giác bốc hỏa. Mất ngủ có thể khởi phát ở giai đoạn trễ của cuộc đời liên quan đến khởi phát những tình trạng y khoa liên quan.

Mất ngủ có thể là một trạng thái cấp, dai dẳng hay tái phát. Một mất ngủ cấp thường kéo dài vài ngày hay vài tuần thường liên quan đến những sự kiện trong đời sống hoặc thay đổi đồng hồ sinh học hoặc môi trường sống. Đối với một vài cá nhân, mất ngủ có thể được giải quyết khi những sự kiện đó mất đi.

Đối với một vài trường hợp khác, mất ngủ có thể kéo dài dai dẳng dù sự kiện khởi phát đã không còn. Những yếu tố làm mất ngủ có thể khác với những yếu tố gây mất ngủ kéo dài. Ví dụ một người nằm liệt giường kèm đau do chấn thương và khó ngủ có thể phát triển những yếu tố bất lợi đối với giấc ngủ.

Tình trạng thức tỉnh có thể dai dẳng và dẫn đến mất ngủ dai dẳng. Một diễn tiến tương tự có thể tiến triển trong bối cảnh của một stress tâm lý hoặc rối loạn tâm thần. Ví dụ, mất ngủ có thể xảy ra trong một giai đoạn đầu tiên của rối loạn trầm cảm chủ yếu có thể trở thành tâm điểm của tập trung với những tình trạng kết quả âm tính, và dai dẳng sau khi giai đoạn trầm cảm được giải quyết. Trong một trường hợp cũng có thể khởi phát âm thầm mà không có yếu tố thúc đẩy.

Diễn tiến của mất ngủ có thể là những giai đoạn với những đợt tái phát liên quan đến những sự kiệnstress. Tỉ lệ mãn tính từ 45 – 75% cho những case theo dõi từ 1 – 7 năm. Đặc điểm của mất ngủ có thể thay đổi theo thời gian. Nhiều cá nhân rối loạn giấc ngủ nhẹ trước khi có những vấn đề dai dẳng về giấc ngủ.

Những than phiền về giấc ngủ thường gặp ở trung niên và người già. Những dạng của triệu chứng mất ngủ thay đổi theo tuổi, khó vào giấc ngủ thường gặp ở người trẻ trưởng thành, khó duy trì giấc ngủ thường gặp ở người trung niên và người già.

Khó đi vào giấc ngủhoặc duy trì giấc ngủ có thể xảy ra ở trẻ em và trẻ vị thành niên nhưng hạn chế các số liệu về tỉ lệ hiện mắc, yếu tố nguy cơ và bệnh đi kèm trong những pha phát triển của cuộc đời. Khó ngủ ở trẻ em có thể là kết quả từ những yếu tố (trẻ không được học cách đi vào giấc ngủ và duy trì giấc ngủ nếu không có sự hiện diện của bố mẹ) hoặc không có thời gian biểu ngủ cố định và thói quen đi ngủ.

Mất ngủ ở trẻvị thành niên có thể là do thời gian biểu ngủ không đều đặn. Cả trẻ em lẫn trẻ vị thành niên, những yếu tố tâm lý và khoa có thể dẫn đến mất ngủ.

Tỉ lệ mắc của mất ngủ ở những người già gia tăng được giải thích một phần là do tăng những tỉ lệ mắc những vấn đề sức khoẻ sinh lý liên quan đến tuổi. Sự thay đổi trong mô hình ngủ liên quan đến tiến trình phát triển bình thường phân biệt với những thay đổi quá mức liên quan đến tuổi. Mặc dù đa giấc ngủ kí có những hạn chế trong đánh giá mất ngủ thường quy,nhưng có có thể hữu ích trong chẩn đoán phân biệt ở người lớn bởi nguyên nhân mất ngủ (ví dụ ngưng thở khi ngủ) thường được thấy ở người già.

Có phải bạn đang tìm cách để có một giấc ngủ ngon? Xem ngay bài viết:Bác sĩ mách bạn 9 cách dễ ngủ cực hiệu quảnhé!

Dựa trên những điều tra dân số cho thấy 1/3 người lớn có triệu chứng của rối loạn mất ngủ,  10-15% gây suy giảm chức năng, 6-10% có triệu chứng đạt đủ tiêu chuẩn của rối loạn mất ngủ.  Rối loạn mất ngủ có tỉ lệ hiện mắc cao nhất trong rối loạn giấc ngủ.  Trong chăm sóc ban đầu, xấp xỉ 10-20% bệnh nhân than phiền triệu chứng mất ngủ.

Than phiền về mất ngủ gặp ở nữ nhiều hơn nam, với tỉ lệ 1,44:1. Mặc dù mất ngủ có thể là một triệu chứng hoặc là một rối loạn độc lập, mất ngủ thường được gặp nhất ở dạng một tình trạng đi kèm của một rối loạn y khoa hoặc một rối loạn tâm thần. Cho ví dụ, 40-50% những người mất ngủ có rối loạn tâm thần đi kèm.

Rối loạn giấc ngủ có thể xảy ra khi chúng ta gặp những sự kiện trong đời sống như bệnh tật, chia ly hoặc ít năng nề hơn nhưng lại dai dẳng mỗi ngày. Hầu hết mọi người khi những sự kiện khó khăn qua đi thì họ có thể trở về giấc ngủ bình thường, tuy nhiên, nhiều người bị tổn thương không thể trở về giấc ngủ bình thường mà sẽ bị mất ngủ dai dẳng dù những sự kiện đó đã được giải quyết. Những yếu tô nguy cơ gây mất ngủ dai dẳng như thói quen ngủ xấu, thời gian đi ngủ không điều độ và nỗi sợ không ngủ được có thể tạo nên một vòng tròn luẩn quẩn.

Tính khí của một người

Đối với một người lo âu, họ thường suy nghĩ rất nhiều, lo lắng cho những sự kiện sắp xảy ra nên họ thường bị mất ngủ.

Yếu tố môi trường

Ồn ào, ánh sáng, nhiệu độ quá cao hoặc quá thấp có thể dẫn đến mất ngủ.

Gen và yếu tố sinh lý

Nữ giới và người gia thường bị mất ngủ hơn, ngủ không sâu giấc và mất ngủ thường có khuynh hướng gia đình.

Nguyên nhân khác

Như vệ sinh giấc ngủ kém (ví dụ như sử dụng caffeine quá mức, thời gian biểu đi ngủ không điều độ).

Đa kí giấc ngủ cho thấy rối loạn sự liên tục của giấc ngủ (ví dụ tăng thời gian tiềm thời và thời gian thức giấc sau khi ngủ và giảm thời gian ngủ hiện quả- phần trăm thời gian ngủ) và có thể cho thấy tăng giai đoạn 1 và giảm giai đoạn 3, 4. Mức độ nghiêm trọng của loạn giấc ngủ không phải lúc nào cũng phù hợp với những biểu hiện lâm sàng hoặc lời than phiền chủ quan của bệnh nhân bởi những người mất ngủ thường tính thời gian ngủ ít hơn và thời gian thức tỉnh nhiều hơn so với đa kí giấc ngủ.

Phân tích biểu đồ chất lượng điện não có thể cho thấy những người mất ngủ có tần số cao hơn so với những người ngủ khoẻ mạnh cả về thời gian khởi đầu giấc ngủ và xung quanh NREM, một bệnh cảnh gợi ý tăng thức tỉnh vỏ não. Những người có rối mat giấc ngủ có thể có xu hướng ngủ ít hơn và điển hình không cho thấy thời gian ngủ ngày tăng ở những cá nhân được đo với những người không bị mất ngủ.

Những đánh giá thí nghiệm chỉ ra bằng chứng cho thấy tăng sự thức tỉnh và gia tăng những hoạt động tổng quát của trục hạ đồi -tuyến yên-tuyến thượng thận ( vd tăng cortiosol máu, tăng giao động nhịp tim, tăng hành vi phản ứng stress, tăng chuyển hoá). Nhìn chung, gia tăng thước tỉnh và sinh lý đóng vai trò quan trọng trong rối loạn giấc ngủ.

Những người rối loạn mất ngủ có thể biểu hiện mệt mỏi, phờ phạc hoặc trái ngược, tăng tỉnh thức. Tuy nhiên không có những bất thường nào cố định. Có thể gia tăng những triệu chứng cơ thể như (ví dụđau đầu căng thẳng, cưng cơ, triệu chứng dạ dày ruột).

Mất ngủ thường đi kèm với nhiều bệnh lý y khoa khác như làđái tháo đường,bệnh lý mạch vành, bệnhphổi tắc nghẽn mãn tính, viêm khớp, đa sơ cơ và những bệnh lý đau mãn tính khác. Mối quan hệ giữa mất ngủ và tình trạng y khoa khác có tính chất 2 chiều: mất ngủ có khả năng làm nặng thêm những bệnh lý khác và những bệnh lý này cũng có thể làm nặng thêm tình trạng mất ngủ.

Một người có rối loạn mất ngủ thường đi kèm với những rối loạn tâm thần khác, đặc biệt là rối loạn lưỡng cực, trầm cảm hoặc rối loạn lo âu. Mất ngủ dai dẳng có thể làm nhanh chóng khởi phát những triệu chứng khác của rối loạn lưỡng cực, trầm cảm, lo âu hay rối loạn sử dụng chất.

Những người mất ngủ thường có khuynh hướng lạm dụng thuốc hoặc rượu bia để giải lo âu, giúp dễ ngủ và caffeine hay những chất kích thích khác giúp giảm mệt mỏi. Ngoài việc làm trầm trọng thêm chứng mất ngủ, loại chất này sử dụng trong một số trường hợp có thể tiến triển thành rối loạn sử dụng chất.

Trên đây là những thông tin cơ bản về căn bệnh rối loạn mất ngủ, hy vọng có thể giúp ích được cho bạn. YouMed chúc bạn luôn may mắn và bình an.

Video chia sẻ các loại thuốc có thể dùng khi bị mất ngủ kéo dài:

Biên tập bởi:Dược sĩ Nguyễn Đắc Nhân

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-mat-ngu-o-nguoi-gia/

Nội dung bài viết

Bệnh mất ngủ ở người già là gì?

Nguyên nhân mất ngủ ở người già

Triệu chứng bệnh mất ngủ ở người già

Điều trị bệnh mất ngủ ở người già

Mất ngủ ở người già là tình trạng phổ biến, có thể do nhiều nguyên nhân gây ra. Nhưng phổ biến nhất là tình trạng thay đổi nội tiết tố, các bệnh lý mạn tính. Vậy nguyên nhân và cách khắc phục tình trạng này ở người già như thế nào? Mời bạn cùng tìm hiểu chủ đề bệnh mất ngủ ở người già trong bài viết của bác sĩ Nguyễn Lâm Giang nhé!

Bệnhmất ngủđược định nghĩa là khó bắt đầu hoặc duy trì giấc ngủ, hoặc cả hai, mặc dù có đủ cơ hội và thời gian để ngủ, dẫn đến suy giảm chức năng ban ngày. Bệnh có thể gặp ở mọi độ tuổi bao gồm cả trẻ em. Nhưng nhìn chung người già, lớn tuổi thường dễ mắc bệnh này hơn; phụ nữ cũng dễ bị mất ngủ hơn nam giới.12

Ở nước ta, chưa có thống kê cụ thể, nhưng thực tế thấy, mất ngủ có xu hướng gia tăng nhanh ở người lớn tuổi trong những năm gần đây. Và thường do nhiều nguyên nhân đan xen, gây ảnh hưởng sức khỏe và sinh hoạt hằng ngày.1

Mất ngủ có thể là tạm thời (xảy ra trong vài ngày hoặc vài tuần) hoặc mãn tính (kéo dài trong nhiều tháng hoặc nhiều năm).3

Những nguyên nhân phổ biến gây rabệnh mất ngủ ở người giàbao gồm:

Nếu người cao tuổi không giữ một lịch trình đi ngủ và thức dậy ổn định có thể khiến họ khó có được giấc ngủ ngon. Một số người buồn ngủ quá mức vào ban ngày, cảm giác mệt mỏi và khó chịu, tâm trạng bất ổn và cáu kỉnh, cũng như khó tập trung và chú ý. Tình trạng này được coi làmất ngủ ngắnhạn.5

Nếu những triệu chứng này xảy ra ít nhất ba lần mỗi tuần và kéo dài ít nhất ba tháng, thì có thể được chẩn đoán bệnh mất ngủ mãn tính.

Một số loại thuốc có thể khiến bạn khó đi vào giấc ngủ bao gồm:3

Thuốc lợi tiểu uống vào ban đêm.

Một số loại thuốc cảm lạnh và dị ứng.

Thuốc giảm cân hoặc thuốc “tăng lực”.

Một số loại thuốc chống trầm cảm (thuốc dùng để điều trị nỗi buồn sâu sắc).

Bệnh mất ngủ ở người giàcòn xảy ra do mắc các bệnh lý mạn tính, bao gồm:3

Hen suyễnhoặc các vấn đề về hô hấp khác nhưkhí phế thủng.

Các bệnh gây đau, chẳng hạn nhưviêm khớp.

Bệnh tim.

Bệnh thận.

Bệnhtiểu đường.

Bệnh tuyến giáp.

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản(GERD).

Các vấn đề về tuyến tiền liệt có thể khiến bạn thức dậy nhiều lần vào ban đêm để đi tiểu dẫn đến mất ngủ.

Ngưng thở khi ngủ.

Hội chứng chân không yên.

Bệnh Parkinson.

Bệnh sa sút trí tuệ (Dementia) hoặcAlzheimer.

Sử dụngcaffeine, thường có trong trà,sô-cô-la,cà phê,…

Sử dụng Nicotine hoặc hút nhiều thuốc lá.

Căng thẳng, lo âu,trầm cảmcũng ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi.

Môi trường xung quanh nhiều tiếng ồn, đông đúc.

Triệu chứng củabệnh mất ngủ ở người giàthường là khó đi vào giấc ngủ. Họ thường thức dậy nhiều lần mỗi đêm hoặc thức dậy quá sớm.

Giấc ngủ chất lượng đóng một vai trò quan trọng đối với sức khỏe tổng thể. Mất ngủ thường xuyên có thể gây ảnh hưởng khá lớn đến sức khỏe tinh thần và thể chất, chưa kể đến chất lượng cuộc sống.6

Các triệu chứng thường gặp bao gồm:7

Mất rất nhiều thời gian thì mới có thể ngủ được. Chất lượng giấc ngủ kém, thường hay thức giấc lúc đêm và không ngủ lại được.

Trằn trọc, lo lắng.

Giấc ngủ bị gián đoạn.

Khó tập trung hoặc ghi nhớ mọi thứ.

Cảm thấy bứt rứt, khó chịu trong người.

Nhức đầu.2

Xem thêm:Cách chữa mất ngủ cho người trung niên hiệu quả

Bác sĩ có thể kê đơn thuốc để điều trịbệnh mất ngủ ở người già, chẳng hạn như:

Eszopiclone (Lunesta).

Zolpidem (Ambien).

Triazolam (Halcion).

Thuốc hỗ trợ giấc ngủ không cần kê đơn và chất bổ sung nhưmelatonincũng có thể giúp giảm chứng mất ngủ. Cơ thể sản xuất hormone melatonin một cách tự nhiên trong chu kỳ ngủ. Việc bổ sung melatonin có thể làm giảm một chút thời gian để khởi phát giấc ngủ.

Vẫn chưa có nghiên cứu về việc melatonin lâu dài có an toàn hay không. Nhưng chúng vẫn được xem là an toàn khi sử dụng trong thời gian ngắn.

Xem thêm:Các loại thuốc thường được dùng trong điều trị mất ngủ

Liệu pháp tâm lý còn gọi là liệu pháp hành vi nhận thức (Cognitive behavioral therapy, CBT). Các bác sĩ khuyến cáo đây là phương pháp có hiệu quả điều trị mất ngủ ở người lớn tuổi. Liệu pháp nhận thức – hành vi bao gồm:

Chỉ nằm trên giường khi buồn ngủ.

Chỉ sử dụng phòng ngủ cho mục đích ngủ và sinh hoạt tình dục.

Di chuyển sang phòng khác khi không thể ngủ được sau 15 – 20 phút. Đọc sách hoặc làm các động tác yên tĩnh khác và trở lại giường ngủ chỉ sau khi cảm thấy buồn ngủ.

Xây dựng thời gian biểu cho giấc ngủ đều đặn.

Tránh ngủ quá nhiều vào ban ngày.

Giảm thời gian nằm trên giường nhưng vẫn đảm bảo tổng thời gian ngủ tối thiểu là 5 giờ.

Tăng thời gian nằm trên giường 15 phút mỗi tuần đến khi hiệu suất ngủ ước tính đạt ít nhất 90%. Hiệu suất ngủ là tỷ lệ giữa thời gian ngủ và thời gian nằm trên giường.

Chúng ta có thể tìm hiểu những tài liệu, tin tức để hiểu đúng và giấc ngủ. Từ đó, hỗ trợ gia đình, nhất là người cao tuổi có một giấc ngủ đủ giấc và chất lượng vào ban đêm.

Điều chỉnh những yếu tố bên ngoài có ảnh hưởng đến giấc ngủ. Chẳng hạn như nhiệt độ phòng ngủ, việc sử dụng rượu, nicotine hoặc caffeine, tiếng ồn,…

Thiền giúp thúc đẩy nhận thức và thư giãn. Nó không chỉ giúp cải thiện chất lượng giấc ngủ và giúp bạn dễ ngủ hơn. Nó cũng có thể giúp giảm căng thẳng, lo lắng và đau đớn. Hiện nay có rất nhiều ứng dụng có thể giúp bạn bắt đầu thiền định.

Hạn chế sử dụng caffein vào buổi chiều.7

Hạn chế sử dụng các thiết bị điện tử trước khi đi ngủ.7

Đi ngủ vào cùng một giờ mỗi đêm và thức dậy vào cùng một giờ vào mỗi buổi sáng.3

Tập thể dục thường xuyên có thể giúp bạn ngủ ngon hơn. Không tập thể dục vào buổi tối hoặc ban đêm vì nó có thể khiến bạn không ngủ được.3

Hạn chế ngủ vào ban ngày.3

Uống quá nhiều chất lỏng trước khi đi ngủ sẽ khiến bạn phải thức dậy để đi vệ sinh.3Vì vậy, nên hạn chế uống nước trong vòng 2 – 3 giờ trước khi ngủ. Điều này để đảm bảo giấc ngủ ban đêm không bị gián đoạn.

Hy vọng qua bài viết trên bạn đã có được thêm kiến thức về tình trạng bệnh lý này. Nếu bị rối loạn giấc ngủ liên tục, không điều chỉnh được bằng các biện pháp điều trị thay đổi lối sống nêu trên. Bạn hãy đưa người cao tuổi đến gặp bác sĩ để được tư vấn. Đặc biệt là người gặp tình trạng luôn buồn ngủ vào ban ngày nhưng cũng không ngủ được. Các bác sĩ sẽ đưa ra lời khuyên và phương pháp phù hợp để cải thiệnbệnh mất ngủ ở người già.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/mem-sun-thanh-quan-va-nhung-dieu-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

1. Giải phẫu thanh quản

2. Nguyên nhân

3. Biểu hiện bệnh

4. Diễn tiến của tình trạng này như thế nào?

5. Biến chứng

6. Khi nào bố mẹ nên đưa bé đến bệnh viện lập tức?

7. Có nên phẫu thuật hay không?

Mềm sụn thanh quản là bất thường bẩm sinh của sụn thanh quản khiến cho đường thở bị hẹp lại khi hít vào và gây tắc nghẽn. Đây là nguyên nhân gây thở rít bẩm sinh thường gặp nhất và cũng là bất thường bẩm sinh phổ biến nhất của thanh quản. Vài trường hợp hiếm có thể khiến cho trẻ thiếu oxy và ảnh hưởng đến sự phát triển. Thậm chí, những trường hợp nặng có thể đi kèm trào ngược dạ dày thực quản và các vấn đề về nuôi ăn. Chính vì thế, đây là vấn đề sức khỏe quan trọng ở những bệnh nhi sơ sinh mà bố mẹ nên có các thông tin cơ bản. Chúng ta hãy cùng tìm hiểu những đặc điểm cơ bản của mềm sụn thanh quản qua bài viết sau đây.

Thanh quản nằm phía trước cổ, nối họng với khí quản. Vai trò chủ chốt của thanh quản là bảo vệ đường thở dưới bằng cách đóng lại đột ngột trước các kích thích cơ học. Ngoài ra, thanh quản còn có vai trò tạo ra giọng nói, ho, kiểm soát thông khí…

Cấu tạo của thanh quản bao gồm :

3 sụn lớn, đơn độc: sụn nhẫn, sụn giáp, sụn nắp.

3 cặp sụn nhỏ hơn: sụn phễu, sụn sừng, sụn chêm.

Tình trạng này được cho là do sự chậm trưởng thành của các cấu trúc chống đỡ ở thanh quản. Các sụn thanh quản bị mềm và sa vào thanh quản trong lúc hít vào. Trong đó, thường gặp là sụn nắp hoặc sụn phễu hoặc cả hai. Điều này dẫn tới việc tắc nghẽn đường thở, gây ra một âm thanh ồn ào lúc hít vào.

Trẻ bị mềm sụn thanh quản dễ mắctrào ngược dạ dày thực quảnhơn. Nguyên nhân là do trẻ phải tạo ra áp lực âm hơn trong lồng ngực để vượt qua chỗ tắc nghẽn đường thở. Ngược lại, trẻ bị trào ngược có thể có các đặc điểm giống như mềm sụn thanh quản do tác động của dịch trào ngược.

Thông thường, trẻ mắc bất thường này bắt đầu tạo ra những âm thanh khi hít vào trong 2 tháng đầu đời, điển hình bắt đầu ở 4 – 6 tuần tuổi, những cũng có thể muộn lúc 2 – 3 tháng. Âm thanh này tăng khi bé nằm ngửa, trong lúc ngủ, trong lúc ăn…Tuy nhiên, tiếng khóc của bé vẫn bình thường. Đa số trường hợp không ghi nhận khó bú, mặc dù đôi khi có thể sặc hay ho khi bú.

Các triệu chứng đi kèm khác bao gồm:

Khó cho ăn.

Bị sặc khi cho ăn.

Tăng cân kém.

Ngưng thở.

Kéo vào cổ hay ngực với mỗi nhịp thở.

Tím tái.

Trào ngược dạ dày thực quản: nôn, trớ…

Trong hơn 90% trường hợp, việc điều trị cần thời gian và tổn thương này sẽ dần dần cải thiện. Do đó, hầu hết các âm thanh khi hít vào sẽ biến mất khi trẻ lên 2 tuổi. Trong 6 tháng đầu, âm thanh có vẻ sẽ lớn lên do luồng khí hít vào tăng dần theo tuổi. Sau khoảng thời gian này, tiếng ồn dần biến mất. Đôi khi âm thanh có thể sẽ tái phát khi chơi thể thao hoặc nhiễm trùng đường hô hấp.

Nếu đứa trẻ có tiếng khóc bình thường, tăng cân bình thường và tiếng thở rít tăng ít trong 2 tháng đầu thì không cần làm thêm gì để chẩn đoán. Một số trẻ có kèm biểu hiện giảm oxy máu có thể dẫn tới tăng áp phổi. Trẻ nên được cung cấp oxy ở những trường hợp này.

Giảm oxy máu, cần được cung cấp oxy.

Giảm thông khí phế nang cần phẫu thuật hoặc thông khí áp lực dương.

Ngưng thở.

Tăng nguy cơ trào ngược dạ dày thực quản.

Tăng áp phổi.

Ngưng thở hơn 10 giây.

Môi chuyển sang màu xanh khi trẻ thở ồn ào.

Trẻ kéo cổ vào sau khi bị đổi tư thế hoặc đánh thức.

Ở những trường hợp nặng, mềm sụn thanh quản có thể ảnh hưởng đến hô hấp, gây nên khó khăn trong việc ăn, lớn lên và phát triển của trẻ. Can thiệp phẫu thuật ở những bệnh nhi này là cần thiết.

Như đã nói ở trên, còn 10% bệnh nhi nặng cần phải can thiệp, các nguyên nhân có thể là:

Không bú được.

Tăng CO2 máu hoặc giảm oxy máu đáng kể.

Ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn nặng.

Tăng áp phổi.

Bệnh tim phổi.

Mềm sụn thanh quản là bệnh lý có tiên lượng rất tốt trong hầu hết các trường hợp. Tuy nhiên, bệnh cũng có thể dẫn tới những biến chứng ảnh hưởng nghiêm trọng đến bệnh nhi. Bố mẹ cần phải biết diễn tiến và dấu hiệu khi nào nên đưa trẻ đi khám nhằm có thể điều trị hỗ trợ cũng như phẫu thuật kịp thời ở những trường hợp nặng. Khi phát hiện những bất thường ở con thì bố mẹ hãy đưa bé đến các cơ sở y tế để được chẩn đoán và điều trị hiệu quả nhé.

Bác sĩNguyễn Lê Vũ Hoàng

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ban-co-dang-bi-moi-mat/

Nội dung bài viết

Triệu chứng mỏi mắt

Các nguyên nhân gây mỏi mắt phổ biến

Chẩn đoán phân biệt

Các lời khuyên để cải thiện tình trạng mỏi mắt

Biến chứng khi mỏi mắt

Khi nào bạn cần gặp bác sĩ?

Bạn có cảm thấy mệt mỏi hoặc khó chịu sau khi tập trung cao độ vào các hoạt động như xem màn hình máy tính, đọc sách hoặc lái xe trong một thời gian dài không? Các dấu hiệu trên nói rằng mắt bạn đang bị mỏi. Mỏi mắt là tình trạng mệt mỏi, đau nhức ở mắt. Triệu chứng này rất phổ biến và xảy ra thường xuyên hơn trong thời đại kỹ thuật số.

Thông thường, mỏi mắt có thể được điều trị bằng các phương pháp đơn giản, không xâm lấn. Nếu mỏi mắt kéo dài hoặc tình trạng kích ứng mắt xảy ra thường xuyên thì có thể là một dấu hiệu của tình trạng bệnh lý.

Bất cứ ai cũng có thể gặp tình trạng mỏi mắt. Đây là một vấn đề khá phổ biến với trẻ em và người lớn ở mọi lứa tuổi. Bạn có thể cảm thấy tình trạng này trong khi đang đọc hoặc nhìn vào màn hình kỹ thuật số. Đôi khi, bạn có thể không nhận thấy chúng đến khi cho mắt nghỉ ngơi từ những việc đang làm.

Mỏi mắt thường kéo dài trong vài phút, nhưng đôi khi chúng có thể tồn tại trong vài giờ. Nếu mắt bạn thường xuyên bị mỏi mà không được nghỉ ngơi, một thời gian sau, các triệu chứng mỏi mắt sẽ xuất hiện sớm hơn và thường xuyên hơn. Các triệu chứng cũng có thể bắt đầu ngay lập tức.

Tình trạng căng thẳng mắt biểu hiện ở một số triệu chứng, bao gồm:

Đau mắt.

Khô mắt.

Ngứa hoặc nóng ở mắt.

Nheo mắt.

Nhức đầu, đặc biệt là quanh mắt và trán của bạn.

Nhìn mờ.

Kém tập trung.

Sợ ánh sáng.

Đau cổ và đau vai.

Mỏi mắt nói chung là một tình trạng tạm thời, có thể tự cải thiện. Nó không gây hại vĩnh viễn cho mắt hoặc ảnh hưởng đến thị lực của bạn. Tuy nhiên, nó thật khó chịu, vì vậy tốt nhất là bạn nên có biện pháp phòng tránh.

Mỏi mắt có thể xảy ra sau khi tập trung vào một hoạt động trong khoảng thời gian dài. Một số nguyên nhân thường gặp bao gồm:

Sử dụng màn hình kỹ thuật số hằng ngày trong vài giờ mỗi lần. Đây thường là nguyên nhân phổ biến nhất. Lướt internet hoặc đọc tin nhắn văn bản và email có thể làm căng thẳng hệ thống thị giác rất nhiều. Mắt phải căng để đọc các phông chữ nhỏ trong ánh sáng xanh gây khó chịu.

Tập trung làm một việc gì đó trong khoảng thời gian dài, chẳng hạn như lái xe hoặc đọc sách.

Ở trong môi trường không đủ ánh sáng, quá mờ hoặc quá sáng.

Cảm thấy căng thẳng hoặc mệt mỏi.

Thị lực kém mà không được điều chỉnh bởi các loại kính điều trị. Bất cứ ai cũng có thể bị mỏi mắt, nhưng các tật về mắt nhưviễn thị,cận thị,loạn thị… có thể làm tăng nguy cơ.

Các vấn đề về mắt như khô mắt.

Nếu bạn dễ bị đau đầu, sợ ánh sáng hoặc mắc hội chứng khô mắt, mắt bạn có thể nhạy cảm hơn.

Một số nguyên nhân cụ thể đối với mỏi mắt kỹ thuật số là:

Duy trì tư thế xấu khi xem thiết bị kỹ thuật số.

Không chớp mắt thường xuyên.

Giữ một thiết bị kỹ thuật số quá xa hoặc quá gần mắt.

Tiếp xúc với lượng ánh sáng xanh kéo dài. Đó là ánh sáng thường được phát ra từ các thiết bị kỹ thuật số.

Xem một màn hình mà không có điều chỉnh ánh sáng.

Một số tình trạng có thể làm xuất hiện các triệu chứng tương tự như mỏi mắt, bao gồm:

Chứng đau nửa đầu: Nếu cảm thấy đau mắt, mệt mỏi, đau đầu, sợ ánh sáng (nhạy cảm với ánh sáng) và khó chịu, bạn có thể bị đau nửa đầu. Chứng đau nửa đầu có thể được gây ra bởi mỏi mắt. Tuy nhiên, chúng có xu hướng kéo dài hơn ảnh hưởng của mỏi mắt và không cải thiện khi mắt được nghỉ ngơi.

Nhức đầu do căng thẳng: Những cơn đau đầu này có cảm giác như áp lực đè lên trán và xung quanh phía sau đầu của bạn. Chúng có thể dẫn đến đau phía sau mắt. Đau đầu do căng thẳng có thể đi kèm với mỏi mắt. Những cơn đau đầu này thường được cải thiện với các thuốc giảm đau không kê đơn như ibuprofen và acetaminophen, nhưng mỏi mắt thường không giảm.

Mệt mỏi: Kiệt sức, buồn ngủ và cảm giác mệt mỏi có thể khiến bạn chỉ muốn nhắm mắt lại. Thông thường, những triệu chứng này thuyên giảm khi nghỉ ngơi và ngủ.

Viêm kết mạc do virus: Còn được gọi làđau mắt đỏ, tình trạng phổ biến này rất dễ lây lan. Với viêm kết mạc do virus, phần trắng của mắt có màu hồng. Mắt bạn cảm thấy rất ngứa và có thể đau.

Có một số điều đơn giản bạn có thể làm để giúp ngăn ngừa mỏi mắt.

Thông thường, mỏi mắt xảy ra khi bạn tập trung vào một hoạt động trong khoảng thời gian quá dài mà không nghỉ ngơi. Bạn nên chuyển sự tập trung của mình sang một thứ khác cứ sau 20 phút. Mỗi 20 phút, bạn nên nhìn vào vật cách xa 20 feet (khoảng 6 m) trong ít nhất 20 giây. Điều này được gọi là quy tắc 20-20-20.

Nếu bạn phải làm việc với màn hình kỹ thuật số hoặc lái xe đường dài trong nhiều giờ, hãy đảm bảo cân bằng hoạt động đó. Ví dụ như đi dạo ngoài trời dưới ánh sáng tự nhiên trong giờ nghỉ trưa nếu bạn đã dành cả buổi sáng để làm việc trên máy tính.

Khi bạn cảm thấy mỏi mắt, chỉ cần nhắm mắt trong vài giây. Ngoài ra, hãy cho mắt bạn nghỉ ngơi bằng cách nhìn vào thứ gì đó không quá nhỏ hoặc chi tiết.

Hãy chắc chắn rằng bạn đang nhìn vào thiết bị kỹ thuật số của mình ở khoảng cách và vị trí thích hợp. Màn hình nên cách mắt 50 – 60 cm hoặc bằng chiều dài một sải tay. Bạn nên xem màn hình ở ngang tầm mắt hoặc hơi thấp hơn 10 – 20 cm. Điều này cũng đúng với các thiết bị kỹ thuật số cầm tay.

Một mẹo hữu ích khác cho các thiết bị kỹ thuật số là phóng to văn bản trên màn hình để phù hợp nhất với mức độ thoải mái của mắt. Bạn có thể điều chỉnh kích thước văn bản trong cài đặt của thiết bị.

Ánh sáng có thể gây mỏi mắt. Nguyên nhân có thể là do quá mờ hoặc quá sáng, tùy thuộc vào hoạt động. Ánh sáng nên đến từ phía sau của bạn nếu bạn tập trung cao độ vào thứ gì đó như đọc sách. Làm mờ đèn có thể giúp giảm mỏi mắt khi xem TV.

Hãy đảm bảo rằng các màn hình mà bạn đang xem cũng được chiếu sáng đầy đủ. Bạn nên điều chỉnh độ sáng khi cần thiết, đặt màn hình đủ sáng để có độ tương phản thoải mái khi đọc. Ánh sáng quá chói có thể góp phần vào việc gây mỏi mắt. Vì vậy, hãy thử che cửa sổ hoặc sử dụng các bộ lọc để giảm độ chói trên thiết bị kỹ thuật số của bạn.

Một phông chữ quá nhỏ có thể khó nhìn, trong khi phông chữ lớn lấp đầy quá nhiều không gian trên màn hình. Điều này khiến cho việc đọc các tài liệu lớn trở nên khó khăn. Sử dụng một phông chữ phù hợp sẽ giảm triệu chứng mỏi cho mắt.

Việc tập trung cao độ, đặc biệt là khi xem màn hình, có thể giảm đáng kể số lần bạn chớp mắt mỗi phút. Khi bạn chớp mắt ít hơn, mắt có thể bị khô và khó chịu. Có thể giải quyết tình trạng này bằng cách sử dụng thuốc nhỏ mắt như nước mắt nhân tạo. Bạn cũng có thể cố gắng chớp mắt thường xuyên hơn khi sử dụng màn hình kỹ thuật số. Điều này có thể ngăn chặn triệu chứng mỏi mắt xảy ra.

Bạn có thể tham khảo thêm:7 loại thuốc nhỏ mắt khi mắt bị khô.

Môi trường khô hoặc ô nhiễm cùng với những nơi có quạt và bộ phận sưởi ấm, làm mát đều có thể gây mỏi mắt. Để khắc phục tình trạng này, bạn có thể:

Cải thiện không khí với máy tạo độ ẩm.

Tắt hệ thống sưởi và làm mát.

Di chuyển đến một địa điểm không có các vấn đề tương tự.

Hãy hỏi bác sĩ xem bạn có cần kính mắt để giảm mỏi mắt hay không. Bạn thậm chí có thể cần một loại kính chuyên dụng, thiết bị hoặc liệu pháp dành riêng cho mắt. Một số lớp phủ và sắc thái cho kính có thể giúp ích cho mắt. Bạn cần phải giảm thời gian đeo kính áp tròng để giúp mắt được nghỉ ngơi.

Một cách đơn giản để tránh mỏi mắt là hạn chế thời gian tiếp xúc với một hoạt động đòi hỏi sự tập trung cao độ. Bạn nên cố gắng dành ít thời gian hơn cho các thiết bị kỹ thuật số.

Khi sử dụng các thiết bị kỹ thuật số trong một khoảng thời gian dài, mắt sẽ tiếp xúc với ánh sáng xanh. Điều này có thể gây hại cho mắt trong thời gian dài. Ánh sáng xanh có thể gây ra:

Vấn đề với võng mạc.

Đục thủy tinh thể.

Thoái hóa điểm vàng.

Rối loạn giấc ngủ.

Các loại kính chuyên dụng có thể làm giảm sự tiếp xúc của mắt với ánh sáng xanh.

Nếu bạn có những triệu chứng khác, chẳng hạn như buồn nôn hoặc đau mắt nghiêm trọng, bác sĩ có thể cần phải làm một số xét nghiệm chẩn đoán để kiểm tra các vấn đề khác của mắt. Kiểm tra mắt bao gồm kiểm tra thị lực và chi tiết cấu trúc của mắt bằng các thiết bị không xâm lấn, chẳng hạn như kính soi đáy mắt.

Tóm lại, duy trì sức khỏe của mắt là chìa khóa để giảm các vấn đề về thị lực nghiêm trọng hơn trong tương lai. Bạn nên đi khám bác sĩ hằng năm để được kiểm tra, đặc biệt nếu bịmỏi mắtthường xuyên hoặc kéo dài. Nếu nhận thấy mình có triệu chứng mỏi mắt, hãy thực hiện một số phương pháp để giảm mỏi mắt hoặc ngăn chặn chúng. Nếu bạn thấy rằng những cách tiếp cận này không giúp cải thiện mỏi mắt, hãy tham khảo ý kiến ​​bác sĩ nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/mun-am-dao/

Nội dung bài viết

Mụn ở âm đạo là bệnh gì?

Nguyên nhân và biểu hiện mụn ở âm đạo

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán tình trạng mụn âm đạo

Điều trị tình trạng nổi mụn âm đạo

Cách phòng ngừa nổi mụn ở âm đạo

Hiện nay, nổi mụn âm đạo hay vùng sinh dục khá phổ biến ở nữ giới. Thông thường chúng chỉ là tình trạng nhẹ có thể tự thuyên giảm, tuy nhiên có trường hợp cũng tiềm ẩn nhiều nguy cơ. Do đó, việc hiểu rõ về nguyên nhân gây nên, triệu chứng biểu hiện và các phương pháp điều trị cho nổi mụn ở âm đạo ở người nữ rất quan trọng. Bạn hãy cùng Bác sĩ Hoàng Trung Hiếu tìm hiểu về vấn đề này nhé.

Nổi mụn xung quanh bộ phận sinh dục ở người nữ là một tình trạng phổ biến do nhiều nguyên nhân gây ra. Bạn có thể ngạc nhiên khi thấy nổi mụn ở vùng sinh dục, nhưng đa phần chúng không phải là vấn đề nguy hiểm. Bởi vìmụncó thể hình thành ở bất cứ nơi nào có các nang lông, cũng có nghĩa là chúng có thể phát triển ở bất cứ đâu trên da bạn, kể cả vùng sinh dục. Nổi mụn ở vùngâm đạo(còn gọi là nổi mụn ở vùng kín người nữ) có biểu hiện tương tự nhưmụn nhọtxuất hiện ở vùng da khác trên cơ thể.1

Chúng có thể gây đau đớn hoặc không, nóng rát, có màu đỏ hay màu da, bên trong mụn chứa dịch mủ, mọc thành từng đám hoặc đơn lẻ, nhiều kích thước đa dạng, đôi khi kèm ngứa ngáy khó chịu cho bạn. Tuy nhiên, không phải tất cả các nốt mụn, cục nổi ở vùng sinh dục đều là mụn nhọt bình thường, vì có thể là do các tình trạng khác như nhiễm trùng,… Do đó bạn cần phải nắm được một số kiến thức cơ bản về mụn âm đạo.1

Trước hết, mụn cơ bản được hình thành khi có lỗ chân lông bị tắc nghẽn do sự thay đổi của nội tiết tố trong người bạn hay do nhiều yếu tố khác như bất thường sừng hóa nang lông, da bạn tiết dầu và bã nhờn quá nhiều,…

Tương tự như vậy, mụn âm đạo được hình thành khi các chất bụi bẩn, mồ hôi hay vi khuẩn tích tụ bên trong lỗ chân lông, từ đó gây ra hiện tượng viêm. Một vài nguy cơ gây nên tình trạng này như là vệ sinh cá nhân kém, chẳng hạn như không vệ sinh đồ lót sạch sẽ, thường xuyên mặc lại đồ lót cũ, hay do viêm da kích ứng từ chất bôi trơn hay chất dịch cơ thể khác tiếp xúc với vùng sinh dục.2

Mụn nhọt ở âm đạo thực sự cũng giống như mụn ở bất kỳ nơi nào khác trên cơ thể. Chúng thường là những nốt mụn nhỏ kèm nền viêm đỏ, đôi khi trong lòng chứa dịch mủ, mềm khi sờ chạm, có thể sưng lên và gây cảm giác đau cho bạn.23

Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên các triệu chứng tương tự như nổi mụn ở âm đạo, trong đó một số nguyên nhân phổ biến nhất là:

Viêm da tiếp xúc là tình trạng mà khi da của bạn phản ứng với một chất gì đó lạ chạm vào, gây viêm da tại chỗ. Có thể chia thành 2 thể chính là viêm da tiếp xúc thể kích ứng xảy ra khi da của bạn tiếp xúc với một tác nhân hóa học như acid, kiềm, cồn mạnh, chất tẩy rửa mạnh gây tổn thương da bạn trực tiếp. Còn viêm da tiếp xúc thể dị ứng có thể khởi phát khi chất tiếp xúc đó là chất mà bạn bị dị ứng, chẳng hạn như kim loại, niken, nước hoa,… Biểu hiện tương tự như nổi mụn ở vùng kín, kèm ngứa rát tại thương tổn, đôi khi đi kèm khô da, chảy dịch mủ.

Thông thường các chất có thể gây kích ứng hay dị ứng phổ biến góp phần gây ra mụn nhọt ở âm đạo bao gồm:3

Các sản phẩm vệ sinh phụ nữ, chẳng hạn như kem dưỡng da, thuốc bột, chất khử mùi, xà phòng thơm và sữa tắm.

Chất tẩy giặt quần áo.

Chất bôi trơn,thuốc diệt tinh trùnghoặcbao cao su.

Thuốc bôi hay đặt âm đạo.

Mồ hôi.

Băng vệ sinh hoặctampon, đặc biệt là các hóa chất gây mùi trên sản phẩm.

Tinh dịch.

Nước tiểu.

Dụng cụ hay chất thụt rửa âm đạo.

Dịch âm đạo.

Một nguyên nhân rất phổ biến khác khiến nổi mụn ở vùng âm đạo làviêm nang lông, nghĩa là các nang lông bị nhiễm trùng và viêm nhiễm. Về cấu tạo thì nang lông là một khoảng da nhỏ từ đó lông sẽ mọc ra, khắp vùng da trên cơ thể bạn. Biểu hiện có thể là bỏng rát da, hình thành mụn rộp, mụn nhọt và gây khó chịu hoặc ngứa ngáy cho bạn.

Viêm nang lông có thể là do:13

Cạo lông mu không đúng cách.

Lông mu mọc ngược: là tình trạng lông cuộn dưới da, thay vì lông sẽ mọc ra ngoài thì trường hợp này chúng sẽ đâm vào trong da, từ đó có thể gây nên hiện tượng viêm, đau nhức và hình thành những vết sưng đỏ.

Mặc quần áo chật, bó sát da quá mức.

Các nang lông bị tắc nghẽn hay bị kích ứng bởi mồ hôi hoặc các sản phẩm bạn đang dùng.

Sử dụng bồn tắm nước nóng hoặc hồ bơi không đảm bảo vệ sinh.

Bạn bị rách da, hay có vết thương trên da có thể do cạo râu, cạo lông, từ đó dẫn đếnnhiễm trùng da, các vi khuẩn này lây lan sang các nang lông lân cận gây nên viêm nang lông.

Trong các nguyên nhân trên, thì lông mu mọc ngược khá phổ biến và gây nhiều phiền toái nhất định. Đa số là do bạn cạo hay tẩy lông, nhổ lông mu không đúng cách.2

Trên thực tế, một nghiên cứu đã báo cáo rằng có tới 32% phụ nữ từng cạo lông mu ghi nhận có hiện tượnglông mọc ngượcvào thời điểm nào đó.4

Lông mọc ngược phát triển khi nang lông cong xuống hướng vào bề mặt da, khiến cho đầu lông cuộn xoắn vào trong da. Điều này dẫn đến cơ thể bạn phải ứng lại với “chất lạ” là cọng lông mọc ngược, gây nên các nốtmụn viêm, nốt ngứa và mụn mủ, lâu ngày dẫn đến đến tăng sắc tố da (hay sạm da).

Khi gặp vấn đề lông mọc ngược, điều đầu tiên bạn nên làm là ngừng cạo chúng. Thông thường thì tình trạng kích ứng sẽ giảm trong vài ngày, tuy nhiên đôi khi các phản ứng kích ứng không thuyên giảm mà còn nặng nề lên, bạn có thể đến khám các bác sĩ phụ khoa hay bác sĩ da liễu. Họ có thể kê cho bạn thuốc thoa tại chỗ hay thuốc uống chứa các hoạt chất ức chế hay làm giảm hiện tượng viêm, giảm đau, và ngăn ngừa nhiễm trùng.2

Trong một vài trường hợp lông mọc ngược thường xuyên, nếu không được điều trị, chúng sẽ trở nên mạn tính và phát triển thành viêm nang lông dai dẳng, nói chung là khó điều trị hoàn toàn.5

U nang là cấu trúc dạng túi bên trong lòng chứa chất lỏng có thể là nước hay dịch, phát triển ở bất kỳ nơi nào trên cơ thể. Trong đa số các trường hợp, u nang là lành tính, không gây nguy hiểm gì về sức khỏe, nhưng đôi khi chúng cũng có thể là ung thư hoặc ở trạng thái tiền ung thư. Khi đó, bạn nên đến khám các bác sĩ.

Về cấu tạo thì tuyến Bartholin, một tuyến ở vùng sinh dục người nữ có trách nhiệm bôi trơn cho các hoạt động tình dục. Khi tuyến này bị tắc nghẽn, thường do chấn thương hay nhiễm vi khuẩnE.coli, chúng có thể hình thành những u nang. Tuy nhiên đây là những khối nang lành tính, không phải ung thư, ước tính có khoảng 2% phụ nữ phát triểnnang tuyến Bartholinít nhất một lần trong đời, và phổ biến nhất ở phụ nữ độ tuổi 20. Vì chúng phát triển rất chậm và thường không có triệu chứng gì, bạn có thể không nhận thấy mình có u nang tuyến Bartholin cho đến khi vài năm trôi qua. Một số nhỏ phụ nữ cho biết họ cảm thấy hơi khó chịu hay cảm giác bất tiện khi đi tiểu.

Mụn thịtlà những u nang nhỏ, vô hại, chứa chất sừng (keratin) có nguồn gốc từ cấu trúc biểu mô nang lông, ống dẫn mồ hôi hay ống tuyến bã. Nếu nhìn thoáng qua bạn sẽ thấy chúng khá giống với mụn trứng cá đầu trắng, chúng có xu hướng tự lành, không cần điều trị gì cụ thể.

Là những u nang cứng, thường không đau, tiến triển chậm, còn được gọi là u nang bã nhờn hoăc nang sừng, ít gặp hơn các loại u nang khác.

U mềm lây là một bệnh nhiễm trùng do một loại vi rút thuộc nhómPoxvirusgây nên, biểu hiện là các u mềm, thường nhỏ, nhô cao lên so với bề mặt da, thường có màu trắng hay màu da, nhìn chung thì có vẻ giống như ngọc trai nhưng có lõm ở trung tâm. U mềm lây có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể, kể cả vùng âm đạo.

Thông thường u mềm lây có thể tự khỏi trong vòng 6-12 tháng, nhưng có thể mất đến 4 năm để chủng vi rút này biến khỏi người bạn. Không phải lúc nào chúng cũng cần được điều trị nhưng hiện tại có 2 phương pháp chính để chữa tình trạng này là thuốc thoa hoặc thuốc uống, và nếu cần, các bác sĩ cũng có thể loại bỏ các u mềm bằng dụng cụ chuyên dụng.

Một loại vi rút gây bệnh u nhú ở người thường gặp làvirus HPV, chúng có trên 100 chủng khác nhau, hầu hết là vô hại với con người. Tuy nhiên có nhiều chủng gây ảnh hưởng đến sức khỏe của bạn, chẳng hạn như gâyung thư cổ tử cungở nữ hoặc mụn cóc sinh dục (hay còn gọi làsùi mào gà ở nữ giới),…27

Vi rút HPV chúng số 6 và 11 được xếp vào nhóm nguy cơ thấp gây ung thư cổ tử cung, tuy nhiên chúng lại là nguyên nhân của khoảng 85-95% mụn cóc sinh dục.8

Biểu hiện khá đa dạng, thay đổi nhiều về hình thức lâm sàng. Chúng có thể nổi gồ lên bề mặt da hay bằng phẳng, mịn hay u nhú sần sùi, màu sắc đa dạng từ màu da hay nhạt màu hơn, màu tím sẫm hay màu nâu. Có thể chỉ có một vàimụn cócnổi lên, nhưng nếu để lâu chúng có thể tự lây lan thành nhiều cụm mụn cóc. Đa phần chúng không gây triệu chứng gì đặc biệt, tuy nhiên nhiều người than phiền rằng có thể ngứa ngáy hoặc chảy máu, gây rất nhiều phiền toái.2

Bệnh mụn rộp sinh dục do một chủng vi rút gọi làHerpes simplex(HSV)–hay còn được gọi làHerpes sinh dục, đa phần là chủng HSV số 1 và số 2.2

Hiện nay nữ giới nhiễm HSV đang ngày càng gia tăng trên toàn thế giới. Khi nhiễm bệnh, chúng sẽ gây các mụn rộp có thể tái đi tái lại và đôi khi không có triệu chứng gì.9

Ở người phụ nữ, phát ban da mụn rộp có thể gặp ở âm hộ, bên ngoài cơ quan sinh dục ngoài, hay bên trong âm đạo hay cảcổ tử cung. Mụn rộp vỡ ra thành các vết trợt, loét nhỏ, bề mặt rỉ dịch và được bao quanh bởi vùng da viêm đỏ. Chúng có thể gây đau đớn, khó chịu hay ngứa ngáy, đặc biệt là gây nóng buốt khi bạn đi tiểu.2

Cả u mềm lây, mụn cóc sinh dục hay mụn rộp sinh dục đều thuộc bệnh lý lây truyền qua đường tình dục, do tiếp xúc tình dục giữa người với người (cũng tương tự như các bệnh lýviêm gan B,viêm gan C,HIV/AIDS,…).2

Nếu bạn không rõ nguyên nhân gây ra mụn vùng âm đạo, hay chúng tồn tại dai dẳng hoặc trở nên trầm trọng hơn. Các mụn nhọt gây đau đớn, mọc thành cụm lớn, chứa đầy mủ khiến bạn khó chịu, thì hãy đi khám bác sĩ để được tư vấn và điều trị đúng cách.

Hầu hết các trường hợp nổi mụn ở âm đạo, vùng sinh dục nữ sẽ tự hết hay tự lành khi bạn áp dụng các biện pháp căn bản tại nhà. Thay đổi lối sống và giữ thói quen vệ sinh cá nhân sạch sẽ có thể giúp ngăn ngừa các đợt bùng phát bệnh trong tương lai. Nếu không chắc chắn hay khi bạn còn bất cứ điều gì lo lắng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, đừng ngần ngại đến tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa để được họ tham vấn về tiên lượng và các phương pháp điều trị hiện có cho từng trường hợp cụ thể.1

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Để chẩn đoán mụn âm đạo, bác sĩ có thể sẽ yêu cầu kiểm tra các nốt mụn. Họ có thể chẩn đoán dựa trên ngoại hình của chúng. Bạn cũng nên cung cấp cho bác sĩ những thông tin sau để việc chẩn đoán được chính xác hơn:2

Thời điểm xuất hiện mụn?

Mụn có dịch hay không?

Mụn có đau hay ngứa không?

Thời điểm quan hệ (nếu có).

Hầu hết các chẩn đoán có thể được thực hiện dựa trên bệnh sử và khám sức khỏe. Tuy nhiên, tùy thuộc vào nguyên nhân có thể xảy ra, bác sĩ có thể thực hiện các xét nghiệm bổ sung.

Đa phần nổi mụn vùng âm đạo sẽ tự hết mà không cần điều trị gì. Tuy nhiên trong nhiều trường hợp, bạn cần thực hiện các biện pháp sau:1

Xác định đúng nguyên nhân gây bệnh là quan trọng nhất. Bạn nên lưu ý về sự xuất hiện của mụn ở âm đạo với bất kỳ sản phẩm nào đang sử dụng, các hoạt động gần đây cũng như các yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến vùng sinh dục, bao gồm cả việc cạo lông mu và sử dụng bồn tắm nước nóng, sử dụng xà phòng thơm hay sữa tắm,…

Khi bạn thấy vùng âm đạo của mình nổi mụn, bạn nên tránh tiếp xúc với tất cả các sản phẩm có khả năng là nguyên nhân hay có thể làm nặng thêm, như là dung dịch vệ sinh, chất tẩy rửa, trong một khoảng thời gian. Khi các triệu chứng bắt đầu thuyên giảm, hãy từ từ sử dụng lại các sản phẩm này, từng sản phẩm một và cẩn trọng khi chúng gây các phản ứng phụ nào.

Khi bạn đã xác định được nguyên nhân gây kích ứng da nổi mụn hay nhiễm trùng da, hãy ngừng sử dụng sản phẩm đó hay ngừng hoạt động đó. Ví dụ, nếu do cạo lông gây nên mụn âm đạo, bạn có thể giảm kích ứng bằng cách sử dụng một lưỡi dao cạo mới và cạo theo hướng lông mọc tự nhiên. Đừng cạo lông khi bề mặt da khô, không làm ướt vì làm tăng nguy cơ kích ứng và gây nhiều khó chịu cho bạn.

Nếu bạn tắm bằng bồn tắm nước nóng, hãy đảm bảo rằng chúng luôn trong tình trạng sạch sẽ, bạn chỉ nên tắm trong các bồn hay hồ nước đã được xử lý đúng cách. Ngoài ra, bạn cũng nên tránh các loại dầu trên da vùng sinh dục vì chúng có thể gây bít tắc và hình thành tình trạng viêm nang lông, kèm sinh sôi nảy nở các loại vi khuẩn có hại.

Bạn lưu ý rằng vùng kín là nơi da nhạy cảm nhất, luôn ấm và ẩm, là điều kiện lý tưởng cho vi khuẩn và các vi sinh vật khác sinh sôi, trú ngụ.

Vùng sinh dục nữ rất nhạy cảm, bạn chỉ nên rửa khu vực này hàng ngày bằng nước ấm, sạch với xà phòng nhẹ, không chứa mùi hương hay chất tẩy rửa mạnh. Vì khi sử dụng bên trong âm đạo, chúng có thể ảnh hưởng đến sự cân bằng da, có thể dẫn đến nhiễm trùng.

Trong thời kỳ kinh nguyệt, bạn nên thường xuyên thay băng vệ sinh hoặc khăn vệ sinh. Vì đây là những lúc dễ tạo điều kiện cho các vi khuẩn có hại phát triển.

Bạn nên chọn đồ lót bằng cotton và tránh các loại vải giữ nhiệt, đồ ẩm không thoáng khí, không thấm hút khí. Mặc quần áo rộng rãi, thoáng mát và thoải mái để da có thể “thở” tự nhiên và luôn thay quần áo sau khi tập luyện và chảy nhiều mồ hôi.

Nặn hay bóp mụn ở âm đạo có thể gây đau và kích ứng thêm. Nguy cơ lây lan vi khuẩn và gây nhiễm trùng tăng lên, các mụn này từ đó phát triển thêm về số lượng và mức độ nghiêm trọng. Do đó bạn nên chờ cho mụn vỡ tự nhiên hoặc nhờ giúp đỡ bởi các điều trị y tế.

Khi bạn gặp vấn đề về ngứa ngáy và đau rát, hãy thử giải quyết bằng việc ngâm một chiếc khăn nhỏ trong nước ấm, sau đó vắt ráo nước rồi đắp lên da vùng kín. Điều này có thể được lặp lại vài lần mỗi ngày để giảm triệu chứng. Một chú ý quan trọng là bạn luôn cần lau khô khu vực này trước khi mặc quần áo để hạn chế tối đa nguy cơ phát triển nảy nở của vi khuẩn.

Đây chỉ là cách tạm thời để giảm triệu chứng. Quan trọng nhất là bạn vẫn cần đi khám để được bác sĩ chỉ định hướng điều trị đúng cách.

Khi cần, các bác sĩ sẽ kê cho bạn các loại thuốc điều trị mụn nhọt ở âm đạo. Nếu nguyên nhân gây bệnh gốc của bạn là viêm da tiếp xúc, tùy mức độ nặng nhẹ khác nhau, bạn có thể cần thuốc bôi chứa kháng sinh (Axit fusidic) hay kháng viêm chứacorticoid(chẳng hạnbetamethasonethoa), đôi khi là thuốc uống kháng sinh (nhưAugmentin), haythuốc kháng Histamin(như Loratadin/cetirizine).

Nếu nguyên nhân là u mềm lây, thì bạn có thể chờ đợi để chúng tự biến mất, nhưng nhiều trường hợp bạn cần đến bác sĩ da liễu để kê đơn thuốc thoa, thuốc uống và loại bỏ các u mềm bằng dụng cụ thích hợp.

Việc nổi mụn ở âm đạo người nữ là phổ biến, tuy nhiên có khá nhiều cách đơn giản để giúp ngăn ngừa tình trạng này, một số phương pháp dễ áp dụng bao gồm:1

Tránh hoặc giảm tiếp xúc tối đa với các chất gây kích ứng và dị ứng da.

Nếu đang gặp bất kỳ vấn đề y tế nào gây nên nổi mụn nhọt âm đạo, hãy điều trị và kiểm soát chúng.

Lựa chọn đồ lót bằng chất liệu cotton thoáng mát, co giãn tốt, thấm hút mồ hôi, mặc quần áo rộng rãi, tránh bó sát.

Thực hành giữ vệ sinh cá nhân tốt

Không chạm hoặc nặn mụn hiện có ở vùng này.

Nổimụn âm đạolà thường gặp và đôi khi gây nhiều phiền toái cho các bạn nữ. Hầu hết chúng thường lành tính, tự hết mà không cần chữa trị gì. Nhưng cũng có nhiều trường hợp chúng cần được điều trị thích hợp bởi các bác sĩ da liễu có kinh nghiệm. Do đó việc bạn cần làm khi gặp vấn đề này là cố gắng tìm ra nguyên nhân gây nên, và đến khám các bác sĩ nếu thấy cần thiết.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/mun-tren-dau-nguyen-nhan-cach-dieu-tri-va-ngan-ngua/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân khiến mụn trên đầu xuất hiện

Các triệu chứng của mụn da đầu

Một số loại mụn trên đầu thường gặp

Biện pháp trị mụn trên đầu

Cách ngăn ngừa mụn trên đầu tại nhà

Khi nào cần gặp bác sĩ

Mụn có xu hướng ít xuất hiện trên da đầu so với các vùng khác trên cơ thể, tuy nhiên chúng cũng đem lại không ít phiền toái. Lỗ chân lông bị tắc nghẽn là nguyên nhân chính gây nên mụn trên da đầu. Cần có các biện pháp thích hợp để điều trị cũng như ngăn ngừa mụn quay trở lại. Hãy cùng Bác sĩ chuyên khoa Da liễu Nguyễn Thị Thảo tìm hiểu về mụn mọc trên đầu thông qua bài viết dưới đây nhé!

Mụn trên đầu bao gồm những nốt mụn nhỏ trên da đầu, bao gồm cả phía sau đầu. Những mụn này có thể ngứa và đau.

Cũng giống như mụn ở những nơi khác, mụn trên đầu xảy ra khi lỗ chân lông hoặc nang tóc bị tắc do tế bào da chết, bã nhờn. Vi khuẩn, nấm hoặc chấy, rận cũng có thể xâm nhập vào lỗ chân lông và gây ra kích ứng.

Các yếu tố có thể gây ra mụn trên đầu bao gồm:

Tế bào da chết hoặc bã nhờn làm tắc nghẽn các nang tóc.

Tích tụ các sản phẩm tóc: Chẳng hạn như gel dưỡng tóc, các liệu pháp dưỡng tóc hoặc keo xịt tóc.

Gội đầu không đủ kỹ.

Không gội đầu ngay sau khi tập luyện.

Đổ mồ hôi khi đội mũ che đầu: Đặc biệt nếu nó chà xát mạnh lên da.

Các vi trùng cụ thể có thể gây ra mụn trên đầu nghiêm trọng bao gồm:

Nấm từ họ Malassezia.

Cutibacterium.

Staphylococcus epidermidids.

Propionibacterium acnes.

Staphylococcus aureus.

Demodex folliculorum.

Chế độ ăn uống cũng có thể liên quan đến mụn trứng cá. Một nghiên cứu cho thấy rằng chế độ ăn uống nhiều carbohydrate có thể tăng khả năng xuất hiện mụn.

Mụn trên đầu có thể xuất hiện khắp da đầu hoặc dọc theo chân tóc. Các triệu chứng phổ biến bao gồm:

Những vết sưng nhỏ dọc theo trán hoặc sau gáy.

Những vết sưng nhỏ bạn có thể cảm thấy nhưng không thể nhìn thấy.

Những vết sưng nhỏ tập trung thành một vùng mà bạn có thể nhìn thấy.

Mụn đầu trắng trên da đầu hoặc chân tóc.

Mụn thịt trên da đầu hoặc chân tóc.

Da đầu bị sưng đau.

U nang sâu dưới da không có đầu mụn.

Mụn thường gây đau và có thể ngứa da đầu. Triệu chứng mụn trên đầu có thể là dấu hiệu của các vấn đề về da khác như bệnhvảy nến.‌

Mụn trên đầu có thể gây lở loét và đóng vảy.

Một số loại mụn trên da đầu phổ biến:

Nhẹ: Bao gồm mụn đầu đen và mụn đầu trắng.

Vừa: Bao gồm sẩn viêm và mụn mủ, xuất hiện trên bề mặt da.

Nghiêm trọng: Bao gồm các u nang, ở sâu dưới da.

Mụn trên đầu nghiêm trọng (mụn trứng cá hoại tử và viêm mô tế bào) có thể gây nhiễm trùng và để lại sẹo vĩnh viễn. Hãy liên hệ với bác sĩ nếu bạn đang gặp phải tình trạng mụn dai dẳng gây rụng tóc, hói đầu hoặc đau dữ dội.

Trong hầu hết các trường hợp, bác sĩ sẽ đề nghị một loại dầu gội đầu hoặc thuốc điều trị mụn trên đầu. Những loại dầu gội này có thể rửa sạch dầu thừa và cặn bẩn, đồng thời ngăn ngừa mụn da đầu quay trở lại.

Dầu gội có thành phần trị mụn da đầu có thể mua dưới dạng không cần kê đơn. Thành phần phổ biến trong các sản phẩm này bao gồm:

Dầu cây trà: Một loại tinh dầu có thể giúp loại bỏ vi khuẩn trên da đầu.

Axit salicylic: Giúp loại bỏ tế bào da chết.

Axit glycolic: Giúp tẩy tế bào chết trên da đầu, vi khuẩn và bã nhờn.

Ketoconazole: Một chất chống nấm có thể cải thiện da có vảy hoặc đỏ.

Ciclopirox: Một loại thuốc chống nấm được sử dụng để điều trị nhiễm trùng da, thường được thêm vào dầu gội trị gàu.

Benzoyl peroxide, giúp loại bỏ vi khuẩn Propionibacterium acnes có thể có trong mụn nặng ở da đầu.

Đối với mụn trên đầu dai dẳng và có các triệu chứng như rụng tóc và đau đớn. Bác sĩ có thể chỉ định các phương pháp điều trị sau:

Thuốc kháng sinh bôi tại chỗ hoặc kem steroid.

Tiêm steroid.

Thuốc kháng sinh uống.

Thuốc kháng histaminecho các phản ứng dị ứng.

Liệu pháp ánh sáng.

Thuốc cụ thể cho mụn trứng cá nặng: Chẳng hạn nhưisotretinoin.

Corticoid: dùng ngắn ngày trong trường hợp nặng. Nếu bạn sử dụng các loại thuốc khác không hiệu quả.

Bạn chỉ nên thực hiện một biện pháp điều trị mụn trên đầu tại một thời điểm, trừ khi có chỉ định khác của bác sĩ. Bằng cách này, việc theo dõi hiệu quả của từng loại thuốc sẽ dễ dàng hơn.

Vệ sinh da đầu đóng vai trò thiết yếu để tránh tình trạng lỗ chân lông bị tắc nghẽn.

Để điều trị mụn trên đầu và ngăn ngừa mụn bùng phát thêm, hãy thử:

Không đội mũ chật để da đầu thở.

Gội đầu khi tóc bắt đầu nhờn và sau mỗi lần tập luyện.

Chuyển sang các sản phẩm chăm sóc tóc tự nhiên, ít gây dị ứng.

Tránh sử dụng quá nhiều sản phẩm dành cho tóc, chẳng hạn như keo xịt tóc và gel định hình tóc.

Bổ sungvitamin A, D và E, để giữ cho làn da khỏe mạnh.

Ghi nhật ký thực phẩm để xem liệu một số loại thực phẩm có gây bùng phát mụn hay không (nếu bạn nghi ngờ mụn của bạn là do chế độ ăn).

Đối với một số người, gội đầu không thường xuyên có thể gây ra mụn. Đối với những người khác, gội đầu quá thường xuyên có thể làm mất đi lớp dầu bảo vệ da, làm tăng nguy cơ bị các chất ô nhiễm khác xâm nhập vào.

Bạn có thể điều trị bằng nhiều sản phẩm không kê đơn (OTC). Nhưng hãy đến gặp bác sĩ nếu nốt mụn trên đầu dai dẳng hoặc khi nghi ngờ nó là triệu chứng của một bệnh lý khác.

Mụn da đầu có thể là biểu hiện của một tình trạng khác, chẳng hạn như:

Ung thư da: như ung thư tế bào đáy hoặc ung thư biểu mô tế bào vảy.

Viêm nang lông da đầu: là tình trạng khi vi khuẩn làm cho các nang tóc bị nhiễm trùng và viêm. Điều này có thể dẫn đến các mụn đỏ nhỏ, rất ngứa.

Viêm da tiết bã nhờn: là một tình trạng phổ biến gây ra gàu, khiến da đầu đỏ và có vảy.

Nhiễm trùng sâu hoặc áp xe.

U nang lông: là những cục u cứng chứa đầy chất sừng hình thành gần chân tóc. Không giống như mụn trên đầu, nó thường nằm sâu dưới da và không có đầu trắng.

Mụn trên đầulà một tình trạng da có thể điều trị được ngay tại nhà. Nhưng nó đôi khi có thể là dấu hiệu của các tình trạng nghiêm trọng hơn. Khi mụn không thuyên giảm khi sử dụng với các phương pháp điều trị thông thường. Bạn nên tham khảo ý kiến của bác sĩ để tìm ra phương án điều trị tốt nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/mun-trung-ca-nen-su-dung-loai-thuoc-nao-de-loai-bo/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân mụn trứng cá xuất hiện

Trị mụn trứng cá bằng thuốc không kê đơn

Trị mụn trứng cá bằng thuốc kê đơn

Trị mụn trứng cá từ các nguyên liệu thiên nhiên

Cách ngăn ngừa mụn trứng cá quay trở lại

Hầu hết mọi người đều bị nổi mụn vào một thời điểm nào đó trong cuộc đời. Có nhiều loại mụn khác nhau. Chúng đều hình thành do lỗ chân lông bị tắc nghẽn bởi dầu thừa, da chết và cặn bẩn từ môi trường bên ngoài. Có rất nhiều phương pháp để đẩy lùi tình trạng mụn của bạn. Hãy cùng bác sĩ Nguyễn Thị Thảo tìm hiểu mụn trứng cá thông qua bài viết dưới đây nhé!

Có nhiều nguyên nhân gây ra tình trạng mụn trứng cá của bạn:

Mụn trứng cá thường liên quan đến sự thay đổi nồng độ hormone trong tuổi dậy thì và xuất hiện ở mọi lứa tuổi.

Một số loại hormone nhất định khiến các tuyến sản xuất dầu trên da tiết ra lượng dầu lớn hơn.

Sự thay đổi lượng dầu làm thay đổi hoạt động của một loại vi khuẩn thường vô hại trên da có tên làP.acnes. Vi khuẩn này sẽ hoạt động mạnh mẽ hơn, gây ra viêm và mủ.

Các hormone này cũng làm dày lớp thành của nang lông, gây tắc nghẽn lỗ chân lông. Làm sạch da không giúp loại bỏ sự tắc nghẽn này.

Mụn trứng cá có liên quan đến vấn đề di truyền. Nếu cả bố và mẹ của bạn đều bị mụn trứng cá, rất có thể bạn cũng sẽ bị mụn trứng cá.

Thay đổi nội tiết tố, chẳng hạn như những thay đổi hormone xảy ra trong chu kỳ kinh nguyệt hoặc mang thai, cũng có thể dẫn đến các đợt mụn trứng cá ở phụ nữ.

Mụn trứng cá ở dạng nhẹ có thể được điều trị bằng thuốc không kê đơn (OTC). Chẳng hạn như gel, kem và sữa mặt…

Thuốc trị mụn trứng cákhông kê đơn có thể chứa những hoạt chất sau:

Resorcinol: Giúp đẩy lùi mụn đầu đen và mụn đầu trắng.

Benzoyl peroxide: Tiêu diệt vi khuẩn, tăng tốc độ tái tạo tế bào và làm chậm quá trình sản xuất bã nhờn.

Axit salicylic: Hỗ trợ quá trình đào thải mụn đầu đen và mụn đầu trắng và giúp giảm viêm và sưng tấy.

Lưu huỳnh.

Retin-A: giúp thông thoáng lỗ chân lông.

Axit azelaic: Ngăn chặn sự tiết bã nhờn quá mức và giảm sự phát triển của vi khuẩn.

Nên bắt đầu sử dụng thuốc điều trị mụn trứng cá với nồng độ thấp trước. Vì một số loại có thể gây kích ứng da, mẩn đỏ hoặc bỏng rát trong lần sử dụng đầu tiên.

Những tác dụng phụ này thường giảm dần sau khi sử dụng một thời gian. Nếu không, hãy đến gặp bác sĩ.

Bạn có thể gặp bác sĩ nếu mụn trứng cá của bạn ở mức độ trung bình hoặc nặng. Sử dụng thuốc không kê đơn không có tác dụng. Vì bạn có thể cần thuốc được kê theo đơn.

Thuốc kháng sinh tại chỗ giúp tiêu diệt các vi khuẩn trên da có thể gây ra mụn. Chúng có sẵn dưới dạng kem dưỡng da hoặc gel bôi một hoặc hai lần một ngày.

Một liệu trình sử dụng có thể kéo dài tối đa 8 tuần. Sau đó tình trạng da vẫn còn nhiều mụn viêm sẽ được đổi kháng sinh khác hoặc kết hợp Isotretinoin uống. Isotretinoin này thường uống kéo dài vài tháng hoặc vài năm.

Các tác dụng phụ là không phổ biến, nhưng có thể bao gồm:

Kích ứng nhỏ trên da.

Đỏ và bỏng da.

Tróc da.

Axit azelaic thường được sử dụng như một loạithuốc trị mụn trứng cáthay thế chobenzoyl peroxidehoặcretinoidstại chỗ.

Axit azelaic hoạt động bằng cách loại bỏ tế bào da chết và tiêu diệt vi khuẩn. Nó có sẵn dưới dạng kem hoặc gel bôi. Thường được bôi hai lần một ngày (hoặc một lần một ngày nếu da của bạn nhạy cảm).

Thuốc không làm cho da của bạn nhạy cảm với ánh nắng, vì vậy bạn không cần phải tránh tiếp xúc với mặt trời. Thông thường, bạn sẽ cần sử dụng axit azelaic trong một tháng để trạng mụn của bạn được cải thiện.

Các tác dụng phụ của axit azelaic thường nhẹ và bao gồm:

Da ngứa hoặc châm chích.

Khô da.

Đỏ da.

Thuốc kháng sinh dạng viên (kháng sinh uống) thường được sử dụng kết hợp vớithuốc trị mụn trứng cábôi ngoài da để điều trị trường hợp mụn nặng.

Trong hầu hết các trường hợp, bác sĩ sẽ kê một loại thuốc kháng sinh gọi là tetracycline. Trừ trường hợp khi bạn trong giai đoạn mang thai hoặc cho con bú.

Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú được khuyên dùng một loại thuốc kháng sinh gọi làerythromycin. Được cho là an toàn hơn khi họ sử dụng.

Thường mất khoảng 6 tuần để bạn nhận thấy tình trạng mụn được cải thiện. Tùy thuộc vào mức độ phản ứng của da với phương pháp điều trị, một đợt kháng sinh uống có thể kéo dài từ 4 đến 6 tháng.

Tetracycline có thể làm cho da của bạn nhạy cảm với ánh nắng và tia UV, và cũng có thể làm cho thuốc tránh thai uống kém hiệu quả hơn trong vài tuần đầu điều trị.

Các liệu pháp nội tiết thường mang lại lợi ích cho phụ nữ bị mụn trứng cá. Đặc biệt nếu mụn bùng phát trong thời kỳ kinh nguyệt hoặc do liên quan đến các tình trạng nội tiết tố như hội chứng buồng trứng đa nang.

Bác sĩ da liễu có thể đề nghị dùng viên uống tránh thai kết hợp. Thuốc trị mụn này có thể giúp cải thiện tình trạng mụn trứng cá ở phụ nữ, nhưng có thể mất đến một năm trước khi thấy được đầy đủ lợi ích.

Isotretinoinlà một phương pháp điều trị mụn trứng cá nặng có dạng viên nang. Nó có tác dụng:

Giúp bình thường hóa lượng bã nhờn dư thừa.

Giúp ngăn ngừa lỗ chân lông bị tắc nghẽn.

Giảm số lượng vi khuẩn trên da.

Giảm mẩn đỏ và sưng tấy trong và xung quanh các nốt mụn.

Nhưngthuốc trị mụn trứng cánày cũng có thể gây ra một loạt các tác dụng phụ. Nó chỉ được khuyên dùng cho các trường hợp mụn trứng cá nặng mà không đáp ứng với các phương pháp điều trị khác.

Các nguyên liệu tự nhiên có thể sử dụng như:

Dầu bơ: giàu axit linoleic, axit linolenic, axit oleic, khoáng chất và vitamin A, C, D và E. Được sử dụng tại chỗ để chống lại các gốc tự do, giúp có được làn da rạng rỡ.

Bột yến mạch dạng keo: hạt yến mạch được nghiền thành bột mịn. Cung cấp chất chống oxy hóa và làm dịu da khô, kích ứng.

Nước đá: chườm đá là một trong những cách tốt nhất để điều trị mụn nhọt, sưng tấy.

Lô hội: có thể làm dịu tình trạng viêm ở mụn. Làm dịu da và phục hồi da mụn.

Mật ong: giàu hoạt tính kháng khuẩn cho vết thương.

Bạn có thể thực hiện các bước tại nhà để giúp ngăn ngừa mụn sau khi điều trị bằng thuốc. Các bước này bao gồm:

Rửa mặt hai lần một ngày với sữa rửa mặt dịu nhẹ, không chứa dầu.

Sử dụng kem trị mụn không kê đơn để làm giảm lượng dầu thừa.

Tránh sản phẩm trang điểm có chứa dầu.

Tẩy trang và làm sạch da kỹ lưỡng trước khi đi ngủ.

Tắm sau khi tập thể dục.

Tránh quần áo bó sát.

Ăn một chế độ ăn uống lành mạnh với lượng đường tối thiểu.

Giảm căng thẳng.

Xem thêm:Bạn đã rửa mặt đúng cách chưa?

Tùy thuộc vào vấn đề mụn của bạn, có rất nhiều loạithuốc trị mụn trứng cákhác nhau. Nói chuyện với bác sĩ để tìm hiểu thêm về các phương pháp kiểm soát mụn phù hợp với làn da của bạn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nang-khe-mang/

Nội dung bài viết

Phân loại nang khe mang

Biểu hiện lâm sàng

Cơ chế bệnh sinh nang khe mang

Chẩn đoán phân biệt

Mô bệnh học nang khe mang

Điều trị

Tiên lượng

Nang khe mang là dị tật bẩm sinh phát triển từ khe mang thứ nhất đến khe mang thứ tư của phôi thai. Nang khe mang phổ biến nhất phát sinh từ khe mang thứ hai. Trong khi đó, các dị tật xuất phát từ khe mang thứ nhất, thứ ba và thứ tư hiếm hơn. Vì đây là một dị tật bẩm sinh nên thường xuất hiện khi mới sinh; mặc dù có thể không rõ ràng hoặc không có triệu chứng cho đến khi lớn lên.

Phần lớn các tổn thương xuất hiện trong thời thơ ấu dưới dạng nốt sần có thể nhìn thấy trên da; có thể biểu hiện dưới dạng u nang hoặc khối u cổ, đôi khi bị nhầm với áp xe cổ. Sau đây các bạn hãy cùng YouMed tìm hiểu: Nang khe mang bản chất là gì? Nguyên nhân, cách điều trị và tiên lượng đối với loại dị tật này nhé!

Dị tậtnang khe manggồm một trong ba dạng: dạng nang, dạng xoang hoặc dạng lỗ dò.

Nang có lớp biểu mô, không có lỗ thông thương bên ngoài. Do đó có thể không có triệu chứng và chỉ được phát hiện một cách tình cờ. Những u nang như vậy có thể không biểu hiện cho đến khi trưởng thành.

Các xoang có thể thông thương bên ngoài với da qua một lỗ thông có thể nhìn thấy được; hoặc với bên trong hầu hoặc thanh quản, nơi lỗ thông chỉ có thể nhìn thấy trên nội soi.

Các lỗ dò khe mang là sự thông thương thực sự kết nối hầu hoặc thanh quản với da bên ngoài.

Nang khe mang thứ nhất

Nang khe mangthứ nhất chiếm khoảng 5-25% của tất cả các dị tật nang khe mang. Loại này chỉ chứa ngoại bì. Đây là những u nang xung quanh tai hoặc dưới hàm. Chúng thường xuất hiện bên cạnh dây thần kinh mặt và kết thúc bên trong ống tai ngoài, có lỗ mở bên dưới hàm và phía trên thanh quản. Loại này hiếm gặp.

Nang khe mang thứ hai

Đây là loại phổ biến nhất, chiếm khoảng 40-95% các dị tật nang khe mang.  Loại này chứa cả ngoại bì và trung bì. Đây là những xoang mở ở phần dưới của cổ. Các vị trí thường xuất hiện là ở góc hàm dưới hoặc trong vùng dưới hàm. Chúng cũng xuất hiện ở các nhánh dây thần kinh mặt như: nhánh bề mặt (57%), sâu (30%) hoặc giữa (13%) của dây thần kinh mặt.  Chúng có thể đi xa đến tận vùng amiđan. Bạn có thể nhìn thấy các dấu hiệu trên da hoặc cảm thấy các dải dọc cổ. Những u nang này thường xuất hiện sau 10 tuổi.

Nang khe mang thứ ba

Loại này chiếm từ 2-8%. Vị trí nằm gần tuyến giáp ở phần trước nơi cơ gắn vào xương đòn. Loại này rất hiếm. Đường đi của nang khe mang thứ ba như sau: từ lỗ mở da được mô tả ở trên các đường đi sâu đến mỏm tim và ra sau động mạch cảnh trong. Nó sẽ đi qua giữa dây thần kinh hầu họng và thần kinh hạ vị, và có thể liên kết mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên. Sau đó, nó kết nối với xoang pyriform trong thanh quản.

Nang khe mang thứ tư

Loại này cực kỳ hiếm gặp, chiếm khoảng 1% tổng số dị tật nang khe mang. Chúng thường gặp ở bên trái nhiều hơn. Cơ chế hình thành đến nay vẫn chưa rõ. Tuy nhiên nó thường đi sâu vào động mạch cảnh chung và có thể vòng quanh vòm động mạch chủ (bất thường bên trái) hoặc dưới cổ (bất thường bên phải). Chúng chạy đến dây thần kinh thanh quản và dây thần kinh hạ vị kết thúc ở đỉnh của xoang pyriform trong thanh quản.

Nang khe mang (nang mang) thường xuất hiện nhanh chóng ( từ 1-3 tuần) dưới dạng một khối ở cổ ngay trước và bên dưới cơ ức đòn chũm, ở 1/3 trên gần góc hàm dưới, ngang mức phân đôi của động mạch cảnh gốc.

Hiếm gặp hơn, một số nang phát triển cao hơn dọc bờ cơ ức đòn chũm, xuất hiện ở vùng mang tai- trước tai hoặc thấp hơn cũng dọc theo bờ cơ ức đòn- chũm, hoặc xuất hiện ở vùng thượng đòn.

Phần lớn xảy ra chủ yếu ở trẻ em và người trẻ (20-40 tuổi), và theo sau một nhiễm trùng đường hô hấp trên.Nang khe mangthường đạt kích thước lớn (quá 8 cm) và không di động theo cử động của đầu hay khi nuốt.Nang sờ cứng chắc/ mềm , mặc dù không dính nhưng di động không dễ. Nang chứa dịch nhầy màu vàng. Nhiều nang đau tự phát hay ít nhất khi sờ vì kích thích dẫn đến nang liên quan đến nhiễm trùng. Ít khi thấy nang nhiễm trùng thật sự và vỡ tạo một lỗ dò ở da vùng cổ.

Có rất nhiều cơ chế hình thành và phát triển nang như:

Sự tăng sinh biểu mô.

Áp lực thủy tĩnh của dịch trong nang.

Sự tiêu xương.

Đối với các nang tăng trưởng ở mô mềm vùng miệng mặt và cổ có thể xuất phát từ:

Biểu mô còn sót trong ống vết tích: nang mũi môi, nang ống giáp lưỡi.

Biểu mô vùi trong mô lympho: nang biểu mô – lym phô trong miệng, nang khe mang.

Mô bì phôi thai: Nang dạng bì.

Nang khe mang là một dị tật bẩm sinh bẩm sinh xuất hiện sớm trong quá trình phát triển phôi thai. Cấu trúc chính vùng cổ được hình thành trong tuần thứ năm của sự phát triển phôi thai. Trong thời gian này, năm dải mô được gọi là cung mang hình thành. Những cấu trúc quan trọng này chứa các mô mà sau này sẽ trở thành:

Sụn.

Xương.

Mạch máu.

Cơ.

Một số khuyết tật ở cổ có thể xảy ra khi các vòm này không phát triển đúng cách. Trong dị tật này, các mô hình thành cổ và hầu họng không phát triển bình thường, tạo ra các khoảng trống được gọi là xoang ở một hoặc cả hai bên cổ. Nang có thể phát triển từ dịch được dẫn lưu từ các xoang này. Trong một số trường hợp, các nang hoặc xoang có thể bị nhiễm trùng.

Giả thuyết 1

Nang khe mang là nang tăng trưởng, được cho là phát sinh từ biểu mô còn sót lại từ các khe mang, nên gọi là nang khe mang .Sự kiện xảy ra ở ba mức của khe mang ( khe 1,2,3) và ở bất kỳ mức nào cũng có một đường ống sót lại dẫn đến hầu họng đã chứng minh cho quan niệm này. Những nang xuất hiện ở mức phân đôi mạch cảnh gốc thường gặp hơn được cho là liên quan đến khe mang thứ 2 vốn là khe mang lớn nhất và sâu nhất.

Giả thuyết 2

Giả thuyết khác cho rằng nang khe mang là biểu mô có nguồn gốc tuyến nước bọt bị kẹt lại trong thời kì phát triển phôi thai trong các hạch cổ; và về sau bị thoái hóa nang.

Dấu hiệu mô bệnh học của sự ngưng kết mô lymphô trong những nang phần nào hỗ trợ giả thuyết này. Tuy nhiên khi mô lymphô vốn hiện diện khắp vùng cổ và kích thích viêm thường là nguyên nhân dẫn đến nang, thì sự kết hợp giữa nang với mô lymphô là điều hoàn toàn có thể xảy ra.

Chỉ một mình thuyết này không đủ để giải thích sự kết hợp giữa phát sinh nang với nhiễm trùng vùng hầu hoặc sự kết hợp giữa nang với một đường ống trong 80% trường hợp.

Carcinom tế bào gai: Khối cứng chắc, lớn ở cổ ở các vị trí này có thể gợi ýCarcinoma tế bào gai. Tuy nhiên, tuổi bệnh nhân, tốc độ phát triển nhanh và tính chất đau (tự phát hay khi sờ) không phù hợp với chẩn đoán này.

Ở nhóm tuổi này, các bệnh lý hạch cũng cần được xem xét, nhất là Bệnh mèo quào vốn tiến triển cũng rất nhanh; bệnh Hodgkin, Bệnh sarcoid; hạch lao và các bệnh hạch do HIV.

Nang ống giáp lưỡi: Không cần thiết chẩn đoán phân biệt với nang ống giáp lưỡi vì nang này không nằm ở phía bên của cổ.

Lớp biểu mô nang khe mang thường là biểu mô gai lát tầng. Đôi khi là biểu mô trụ giả tầng và thỉnh thoảng có lông chuyển. Lớp biểu mô thường bị loét. Bên dưới là mô liên kết sợi dày chứa nhiều mô lymphô có các trung tâm mầm phát triển. Phần lớn trường hợp các mô lymphô nằm rất sát lớp biểu mô. Các đặc điểm mô học trên đây có giá trị chẩn đoán.

Phương pháp điều trị cho nang là: Cắt bỏ nang và buộc đường ống tồn tại.

Đường rạch vào nang: qua đường rạch ngang cổ gần với nếp nhăn da nhất trên vùng gồ của nang; hoặc đường rạch dọc song song với bờ trước cơ ức đòn chũm ( đường rạch này không cho đường vào tốt hơn và gây sẹo rõ).

Nang nằm sâu dưới cơ bám da cổ và lá nông của cân cổ, nằm phía trước và tựa trên bao cảnh. Nang dễ dàng được tách khỏi mô xung quanh bằng cách phẫu tích quanh bao nang.

Nếu nang bị thủng xẹp khiến nang khó lâý, bơm chất lót mô mềm hoặc alginate để làm phồng nang trở lại, giúp phẫu tích tù quanh bao nang dễ hơn. Tuy nhiên thành của nang dày và khó rách nên ít khi phải bơm chất lót mô mềm.

Khi kéo bao cảnh và cơ ức đòn chũm ra sau có thể thấy một đường ống chạy từ nang xuyên qua chỗ phân đôi mạch cảnh gốc đến thành hầu bên. Buộc đường ống này ngang chỗ chia đôi cảnh gốc trước khi lấy nang và một phần đường ống ra.

Đặt dẫn lưu vết mổ vì có khoảng chết.

Điều trị 10 ngày kháng sinh để loại bỏ tình trạng viêm hầu( là nguyên nhân gây ra nang) và làm giảm quần thể vi khuẩn thường trú ở hầu.

Có thể loại bỏ vĩnh viễn bằng phẫu thuật cắt bỏ. Nang khe mang rất hiếm khi tái phát xảy ra ở vị trí khác. Trong trường hợp nang xuất hiện trở lại có thể đây là nang mới. Nang khe mang có thể hóa carcinom nhưng rất hiếm.

Nang khe manglà nang mô mềm hiếm gặp. Trong hầu hết các trường hợp, chúng không gây nguy hiểm. Tuy nhiên, nang có thể tiết dịch và gây kích ứng da. Các u nang cũng có thể bị nhiễm trùng, gây khó nuốt và khó thở. Các khối u ung thư có thể phát triển tại vị trí của nang khe mang ở người lớn, nhưng trường hợp này rất hiếm. Do đó việc loại bỏ nang sớm trước khi nhiễm trùng rất quan trọng. Ngay khi có các dấu hiệu nghi ngờ bạn nên kiểm tra và theo dõi sớm để có phương pháp điều trị thích hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nang-nuoc-canh-buong-trung/

Nội dung bài viết

Tổng quan về nang nước cạnh buồng trứng

Nguyên nhân nang nước buồng trứng

Triệu chứng nang nước cạnh buồng trứng

Các biến chứng của nang nước cạnh buồng trứng

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Các xét nghiệm chẩn đoán nang nước buồng trứng

Điều trị nang nước cạnh buồng trứng/ nang nước cạnh tai vòi

Cách phòng ngừa u nang nước buồng trứng

Nang nước cạnh buồng trứng (paraovarian cyst), nang nước cạnh tai vòi (paratubal cyst), u nang nước buồng trứng là một loại nang không thuộc về buồng trứng. Tuy nhiên hình ảnh có thể nhầm lẫn giữa 2 loại: nang nước và u nang buồng trứng. Đây cũng là một loại nang tương đối hay gặp ở phụ nữ độ tuổi sinh sản, gây lo lắng cho các chị em phụ nữ. Liệu rằng đây là một loại u lành tính hay ác tính, và điều trị như thế nào? Hãy cùng Thạc sĩ Bác sĩ Võ Hoài Duy cùng tiềm hiểu về loại nang này qua vài biết dưới đây.

Dân gian thường nhắc đến thuật ngữ “U nang nước buồng trứng” nhưng thực ra đây là một thuật ngữ không được dùng nhiều trong Y học. Loại nang này thực sự có tên gọi là “nang nước cạnh buồng trứng” hoặc “nang nước cạnh tai vòi” hoặc “nang nước Morgagni”.

Đây là một loại nang có chứa dịch ở bên trong, vị trí nằm cạnhbuồng trứnghoặc phía dưới tai vòi và thường ở 1 bên. Kích thước của nang nước cạnh tai vòi thường thay đổi, dao động từ 0,5 – 20 cm và có thể gây nhầm lẫn đây là một khối u buồng trứng nếu vị trí nằm ngay cạnh buồng trứng.1

Nang nước cạnh tai vòi chiếm tỉ lệ khoảng 5 -20% các khối u ở vùng chậu của người phụ nữ. Nang nước này thường không gây ra triệu chứng, các dấu hiệu nhận biết thường là những triệu chứng khi có xảy ra biến chứng: nang lớn, xoắn nang, vỡ nang, xuất huyết và tân sinh.2

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Nang nước cạnh buồng trứng thường xuất hiện ở lứa tuổi 30 – 40, những phụ nữ trẻ hơn thường ít gặp. Tuy nhiên những nang nước cạnh buồng trứng ở những bé gái vị thành niên thường có kích thước lớn hơn so với những lứa tuổi khác.1

Nguyên nhân của nang nước cạnh buồng trứng có nguồn gốc từ sự phát triển bất thường lúc phôi thai. Bào thai có 2 hệ thống ống, tên là ống Wolff và ống Muller. Ở bào thai nam: Ống Wolff sẽ phát triển trội hơn để hình thành nên hệ sinh sản nam và ống Muller sẽ tiêu đi.

Ngược lại ở bào thai nữ, ống Muller sẽ phát triển trội hơn để thình thành hệ sinh sản nữ và ống Wolff sẽ tiêu đi. Tuy nhiên một số trường hợp ống Wolff không tiêu biến hoàn toàn và còn lại những di tích, sau này hình thành nang nước cạnh tai vòi hay nang nước cạnh buồng trứng.3

Nang nước cạnh buồng trứng/ nang nước cạnh tai vòi cũng có thể bắt nguồn từ sự phát triển bất thường của lớp tế bào trung biểu mô lót bề mặt phúc mạc.4

Cho đến hiện nay, yếu tố nào làm tăng nguy cơ mắc nang nước cạnh tai vòi/ nang nước cạnh buồng trứng còn chưa được biết rõ.3

Đa số các nang nước cạnh buồng trứng có kích thước tương đối nhỏ, nếu chúng vẫn giữ nguyên kích thước đó thì hầu như không gây ra bất kì triệu chứng gì. Bệnh nhân tình cờ phát hiện qua siêu âm phụ khoa hoặc siêu âm bụng qua các lần khám sức khỏe hoặc khám vì bệnh lí khác.

Trường hợp u có kích thước lớn sẽ gây ra đau bụng vùng bụng dưới, hoặc cảm giác nặng tức vùng bụng dưới.1

Những nang có kích thước quá lớn sẽ gây chèn ép các cơ quan xung quanh gây ra những triệu chứng chèn ép:thận ứ nước, ra huyết âm đạo bất thường hoặc đau khi quan hệ tình dục. Một số trường hợp khác sẽ bị tiểu lắt nhắt nhiều lần hoặctáo bón.35

Nang nước buồng trứng có thể gây một số biến chứng sau nếu không được phát hiện và theo dõi thường xuyên:3

Khi nang nước bị vỡ, sẽ làm đứt các mạch máu nằm ở thành nang, dẫn đến máu chảy vào ổ bụng. Nếu các mạch máu bị đứt có kích thước lớn, khó tự cầm máu sẽ có nguy cơ máu chảy nhiều trong ổ bụng hay còn gọi là xuất huyết nội.

Cũng giống như các loại u buồng trứng khác, nang nước cạnh tai vòi/buồng trứng cũng có khả năng gây xoắn dẫn đến thiếu máu nuôi buồng trứng và tai vòi. Khi tình trạng này diễn ra, bệnh nhân sẽ có những cơn đau bụng dữ dội kèm theo một số triệu chứng như bồn nôn, nôn hoặc sốt nhẹ.

Xoắn là một biến chứng nguy hiểm có thể gây ra hoại tử buồng trứng và tai vòi, việc điều trị trễ sẽ rất có khả năng phải cắt bỏ buồng trứng và tai vòi, dẫn đến ảnh hưởng khả năng sinh sản sau này. Do đó, việc điều trị cho những tình huống này luôn được ưu tiên cấp cứu.

Tai vòi (ống dẫn trứng) là một cơ quan nối giữa buồng trứng vàtử cung, đảm nhiệm chức năng vận chuyển trứng vào buồng tử cung, từ đó giúp người phụ nữ đậu thai. Để đảm bảo chức năng này, cần có một vòi trứng mềm mại với hệ thống các lông chuyển hoạt động bình thường ở bên trong lòng ống.

Nếu nang nước có kích thước quá lớn nằm vị trí gần tai vòi. Khi xảy ra tình trạng vỡ nang nước cũng có thể sẽ kéo theo gây vỡ tai vòi (ống dẫn trứng). Nếu tình trạng này xảy ra có thể ảnh hưởng đến chức năng sinh sản sau này của người phụ nữ. Đo sẽ làm biến dạng hoặc để lại sẹo trên tai vòi, hoặc phải cắt bỏ tai vòi…

Đa số các nang nước cạnh buồng trứng/ nang nước cạnh tai vòi là một cấu trúc lành tính. Tỉ lệ ác tính đối với những loại nang này còn có sự khác biệt qua các nghiên cứu khảo sát. Tuy nhiên nhìn chung, tỉ lệ các nang giáp biên ác hoặc ác tính rất thấp, cho đến nay cũng chỉ có một vài ca bệnh được ghi nhận.6

Nếu chưa mắc bệnh nang nước cạnh tai vòi/ nang nước cạnh buồng trứng: các chị em nên khám phụ khoa định kì ít nhất 1 lần/năm. Không những để siêu âm tầm soát có mắc nang nước cạnh buồng trứng hay không mà còn tầm soát các loại u buồng trứng khác nguy hiểm hơn.

Nếu đã được chẩn đoán nang nước cạnh buồng trứng/ tai vòi: Người bệnh nên tuân theo lịch hẹn tái khám của bác sĩ đề ra hoặc tái khám sớm hơn nếu có những triệu chứng bất thường. Không nên tự ý điều trị tại nhà hoặc áp dụng các phương pháp dân gian khác khi đã có triệu chứng, đặc biệt là đau bụng nhiều vì rất có thể đó là biểu hiện của việc đã có biến chứng xảy ra.

Những xét nghiệm được bác sĩ chỉ định để chẩn đoán nang nước buồng trứng là:3

Siêu âm phụ khoa là một phương tiện đầu tay trong khảo sát sơ bộ các cấu trúc vùng chậu của người phụ nữ. Ngoài ra, chi phí siêu âm không cao nên được chỉ định đầu tiên để giúp cho chẩn đoán nhanh chóng. Hình ảnh nang nước cạnh buồng trứng trên siêu âm thường là nang có thành mỏng, bờ đều, thường 1 thùy (66%), hiếm khi nhiều thùy (4%), nang di chuyển độc lập với buồng trứng khi ấn đầu dò siêu âm.5

Đây là một cận lâm sàng giúp bác sĩ xác định liệu rằng nang nước cạnh buồng trứng này có tính chất ác tính hay không. Ngoài ra,chụp cộng hưởng từ (MRI)vùng chậu còn giúp cho việc theo dõi sự phát triển kích thước của khối u. Tuy nhiên, đây là một cận lâm sàng cao cấp nên các bác sĩ rất cân nhắc thực hiện cho người bệnh vì chi phí cao.35

Trong trường hợp bác sĩ có nghi ngờ nang nước cạnh tai vòi có dấu hiệu của ác tính, xét nghiệm máu các “chỉ báo khối u” sẽ được thực hiện nhằm đánh giá thêm.

Do nang nước cạnh tai vòi/ nang nước cạnh buồng trứng có thể có hình ảnh rất giống u nang buồng trứng trên siêu âm nên các bác sĩ có thể đề nghị thực hiện thủ thuật này để chẩn đoán. Dụng cụ sẽ được đưa vào ổ bụng qua vết rạch da nhỏ để quan sát trực tiếp các cấu trúc trong vùng chậu.3

Tuy nhiên, đây cũng được xem như là một cuộc phẫu thuật nên thường không được chỉ định rộng rãi. Trên thực tế lâm sàng, các bác sĩ thường kết hợp thủ thuật này như một bước đi sau: vừa để chẩn đoán vừa để điều trị cùng lúc bằng phẫu thuật cho bệnh nhân.

Nếu kích thước nang nhỏ và không có triệu chứng, bệnh nhân chỉ cần theo dõi mà không phải can thiệp phẫu thuật hay uống thuốc. Việc theo dõi thường là siêu âm khảo sát sự thay đổi kích thước của nang theo lịch hoặc khi bệnh nhân có dấu hiệu bất thường.

Không giống như các bệnh lý nội khoa khác, nang nước cạnh buồng trứng không được điều trị bằng cách uống thuốc. Các phương pháp điều trị dân gian như đắp lá thuốc cũng không có hiệu quả. Điều trị bệnh lý này cho đến nay là phương pháp ngoại khoa, tức phẫu thuật.

Nếu kích thước nang nước cạnh buồng trứng/tai vòi lớn hơn 10 cm, bác sĩ sẽ chỉ định phẫu thuật cắt bỏ nang nước này. Kĩ thuật sẽ bao gồm:

Phương pháp này rẽ rạch những dường da rất nhỏ khoảng 0,5 – 1 cm trên thành bụng, qua những vết rạch này bác sĩ sẽ đưa dụng cụ vào khoang ổ bụng để tiến hành cắt bỏ nang nước cạnh buồng trứng. Bệnh nhân sẽ được gây mê trong quá trình phẫu thuật.4

Phẫu thuật này có mức độ xâm lấn hơn, vết rạch da dài hơn. Nếu người bệnh không ở trong bệnh cảnh cấp cứu cần phải mổ ngay, kĩ thuật mổ nội soi sẽ được ưu tiên hơn. Ngoài ra, kĩ thuật mở bụng thường áp dụng cho những phụ nữ có thai. Lúc mổ sinh, các bác sĩ sẽ nhân cơ hội để kiểm tra và cắt bỏ luôn khối nang nước buồng trứng/ nang nước cạnh tai vòi.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Tương tự như các loại u buồng trứng thực thể khác, chúng ta không thể ngăn chặn phát triển của nang nước cạnh tai vòi hay u nang nước buồng trứng. Việc phòng ngừa sẽ nghiêng về phòng tránh các biến chứng có thể xảy ra của bệnh lí này.

Bằng cách khám sức khỏe định kì và tuân thủ theo lịch hẹn tái khám của bác sĩ hoặc khám ngay khi có những dấu hiệu bất thường như đau bụng,…

Chế độ ăn uống ở những người có nang nước cạnh buồng trứng cũng không có gì đặc biệt so với người bình thường. Chủ yếu đảm bảo đầy đủ các nhóm chất dinh dưỡng: đạm, đường, béo và các muối khoáng. Người bệnh không cần kiêng ăn gì đặc biệt. Bên cạnh đó, tránh ăn uống quá kiêng khem dẫn đếnthiếu máu. Tình trạng thiếu máu sẽ không tốt cho cơ thể nếu có chỉ định phải phẫu thuật để cắt bỏ nang.

Nang nước cạnh buồng trứng/ nang nước cạnh tai vòi là những thuật ngữ đúng và được dùng trong y học hiện nay.

Đây là một loại nang có chứa dịch bên trong, thường gặp ở phụ nữ 30 – 40 tuổi.

Do vị trí nằm gần với buồng trứng nên có thể nhầm lẫn với những loại u của buồng trứng.

Đa số nang nước cạnh buồng trứng/ nang nước cạnh tai vòi có kích thước nhỏ và không gây ra triệu chứng.

Một số ít có thể dẫn đến biến chứng: xuất huyết, xoắn, vỡ nang/vỡ tai vòi. Khi có bệnh nhân sẽ đau bụng và có những triệu chứng khác đi kèm.

Để chẩn đoán nang nước cạnh buồng trứng/ nang nước cạnh tai vòi, bệnh nhân thường được chỉ định thực hiện siêu âm phụ khoa để khảo sát.

Điều trị chủ yếu là theo dõi qua những lần tái khám phụ khoa đối với những nang có kích thước nhỏ. Những nang có kích thước lớn hoặc có biến chứng sẽ tiến hành phẫu thuật.

Trên đây là những thông tin về bệnh lýnang nước cạnh buồng trứng/ nang nước cạnh tai vòi. Đây là một bệnh lý lành tính có thể gặp ở một số chị em phụ nữ. Tuy có thể gây ra các biến chứng nhưng chiếm tỉ lệ thấp và có thể xử trí dứt điểm nếu chúng ta nhập viện sớm.

Nang nước cạnh buồng trứng/ nang nước cạnh tai vòi ở phụ nữ có thai nếu có kích thước nhỏ thì không gây ra nhiều vấn đề nguy hiểm. Đa số cũng giống những người phụ nữ bình thường khác, thường không có triệu chứng. Những trường hợp thai phụ phải sinh mổ, các bác sĩ sẽ nhân tiện kiểm tra vùng vòi trứng để tìm thử có bị u hoặc nang nước cạnh tai vòi hay không. Nếu có, sẽ giải quyết cắt bỏ nang nước này cùng lúc với lần mổ sinh đó.

Nếu nang nước có kích thước to, sẽ có nguy cơ dẫn đến biến chứng xoắn trong thời kì hậu sản. Sau khi sinh thường, tử cung co hồi làm lộ 1 khoảng trống đủ lớn trong khoang bụng. Điều này tạo điều kiện cho nang nước có thể di chuyển và gây ra tình trạng xoắn. Khi đó sẽ có những triệu chứng như đề cập ở trên. Do đó, các chị em nếu đã biết mình mắc bệnh nang nước cạnh tai vòi nên chú ý trong thời gian hậu sản. Khi có triệu chứng thì nên báo cho bác sĩ ngay.7

Trong đa phần các trường hợp, nang nước cạnh tai vòi/buồng trứng có kích thước nhỏ và không có triệu chứng. Do đó, không gây ra nhiều tình trạng nguy hiểm cho bệnh nhân. Và đây cũng phần lớn là một loại nang lành tính.

Nếu nang phát triển kích thước nhanh và đạt kích thước quá to. Khi đó, khả năng các biến chứng xuất hiện nhiều hơn: ví dụ xoắn, vỡ… Khi đó bệnh nhân có thể rơi vào tình trạng nguy hiểm. Một số trường hợp còn đòi hỏi phải cấp cứu bằng cách phẫu thuật. Vì thế, để tránh các biến chứng nguy hiểm các chị em nên tuân theo chỉ dẫn của bác sĩ.

Nang nước xuất hiện cạnh buồng trứng bên phải hoặc trái đều có dấu hiệu, nguyên nhân, và cách điều trị giống nhau.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nghe-kem-nguyen-nhan-do-dau-cach-dieu-tri-va-phong-tranh/

Nội dung bài viết

1. Đại cương

2. Nghe kém có thể biểu hiện như thế nào?

3. Khi nào bạn cần đến khám bác sĩ?

4. Nghe kém có thể do những nguyên nhân nào?

5. Yếu tố gây tăng nguy cơ nghe kém

6. Tác hại của việc nghe kém

7. Phòng ngừa nghe kém bằng cách nào?

8. Chẩn đoán nghe kém

9. Điều trị nghe kém như thế nào?

10. Các biện pháp hỗ trợ cho người nghe kém

Bạn bị nghe kém ở một hoặc hai tai và đang vô cùng lo lắng? Có nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến tình trạng này. Bài viết dưới đây sẽ cho bạn một cái nhìn rõ hơn về vấn đề nghe kém. Qua đó giúp bạn có quyết định điều trị đúng đắn và cách phòng ngừa bệnh hiệu quả.

Nghe kém, hay thường gọi là lãng tai, là một tình trạng thường gặp ở những người có tuổi. Nghe kém có xu hướng ngày càng phổ biến hơn. Đây là sự giảm khả năng nghe do nhiều nguyên nhân gây ra. Biết được các nguyên nhân này có thể giúp bạn phần nào phòng ngừa được nghe kém.

Nghe kém được chia làm 3 loại sau đây:

Dẫn truyền (liên quan đến tai ngoài và tai giữa) (hình bên dưới).

Tiếp nhận (liên quan đến tai trong).

Hỗn hợp (cả 2 loại trên).

Quá trình lão hóa hay tiếp xúc tiếng ồn trong thời gian dài đều có thể làm giảm thính lực. Các yếu tố khác như tích tụ nhiều ráy tai, cũng có thể tạm thời làm giảm khả năng truyền âm thanh của tai.

Đa số các trường hợp nghe kém thường không thể phục hồi hoàn toàn sức nghe. Tuy nhiên, có một số cách điều trị có thể cải thiện khả năng nghe của bạn.

Nghe kém có thể biểu hiện dưới các dạng sau:

Tiếng nói hay các âm thanh khác bị nghe nhỏ lại.

Khó hiểu lời nói của người khác, đặc biệt ở những chỗ đông đúc ồn ào.

Nghe lẫn lộn (khó phân biệt) các phụ âm.

Thường xuyên yêu cầu người khác nói chậm hơn, nói to rõ hơn.

Cần phải tăng âm lượng tivi hay đài, điện thoại.

Thường tự rút ra khỏi các cuộc trò chuyện vì nghe kém.

Né tránh các hoạt động xã hội.

Nếu bạn bị nghe kém đột ngột, đặc biệt chỉ xuất hiện ở một tai, bạn nên đến khám bác sĩ ngay để được điều trị kịp thời. Vì một số bệnh điếc đột ngột khi được điều trị càng sớm thì khả năng phục hồi càng cao.

Bạn cũng nên đến khám bác sĩ nếu tình trạng nghe kém làm ảnh hưởng đến cuộc sống hằng ngày. Nghe kém do tuổi tác (lão thính) xảy ra một cách từ từ nên thời gian đầu bạn có thể khó nhận ra.

Đầu tiên, để hiểu được các nguyên nhân gây nghe kém, chúng ta sẽ đề cập đến chức năng nghe của tai.

Tai người được chia làm ba phần: Tai ngoài, tai giữa và tai trong. Âm thanh truyền qua tai ngoài đếnmàng nhĩvà làm rung màng nhĩ. Sau đó, màng nhĩ và chuỗi xương con phóng đại âm thanh và truyền đến tai trong (chuỗi xương con là các xương nhỏ nằm trong tai giữa làm nhiệm vụ truyền âm thanh). Ở tai trong, sự rung động âm thanh truyền qua chất dịch trong một cấu trúc có hình dạng như con ốc (gọi làốc tai).

Các tế bào thần kinh ở trong ốc tai có gắn hàng ngàn sợi lông nhỏ giúp chuyển đổi rung động âm thanh thành tín hiệu điện. Sau đó các tín hiệu này sẽ được truyền đến não bộ. Tại đây, não sẽ chuyển các tín hiệu này thành âm thanh để chúng ta có thể hiểu được.

Các nguyên nhân gây nghe kém bao gồm:

Tổn thương tai trong.Sự lão hóa và tiếp xúc với tiếng ồn có thể làm tổn hại các tế bào lông trong ốc tai. Khi những sợi lông và tế bào bị tổn thương, tín hiệu truyền đi không hiệu quả, dẫn đến nghe kém. Lúc đó bạn sẽ khó nghe được các tiếng có âm sắc cao hơn. Đồng thời, bạn cũng sẽ khó nghe được lời nói khi xung quanh ồn ào.

Tích tụ ráy tai.Ráy tai nhiều có thể làm tắc ống tai ngoài và ngăn sự truyền âm thanh. Trong những trường hợp này, lấy ráy tai ra có thể phục hồi được sức nghe. Bạn nên đến các cơ sở y tế để lấy ráy tai, tránh làm tổn thương ống tai và màng nhĩ.

Viêm nhiễm, khối u ở tai ngoài haytai giữa.Những tình trạng này đều có thể gây nghe kém.

Thủng màng nhĩ.Màng nhĩ có thể bị thủng do: Tiếng nổ lớn, thay đổi áp suất đột ngột (ví dụ như bị đập mạnh vào tai) hay do chọc vào màng nhĩ. Viêm nhiễm ở tai cũng có thể khiến màng nhĩ bị thủng, gây ảnh hưởng đến sức nghe.

Những yếu tố có thể làm tăng khả năng tổn thương các tế bào lông ở tai trong và gây nghe kém bao gồm:

Lớn tuổi. Sự thoái hóa của các cấu trúc tai trong theo thời gian.

Âm thanh lớn. Tiếp xúc với âm thanh lớn có thể làm tổn thương tế bào lông. Tổn thương có thể xảy ra do tiếp xúc tiếng ồn kéo dài, hay sau tiếng nổ lớn, ví dụ như tiếng súng.

Di truyền. Có những người mang gen di truyền khiến họ dễ bị tổn thương tai sau tiếng động hay dễ thoái hóa cấu trúc tai trong do lớn tuổi.

Tiếng ồn nghề nghiệp.Những nghề nghiệp thường xuyên tiếp xúc với tiếng ồn lớn như công nhân xây dựng, nhà máy, nghề làm mộc… có thể dẫn đến tổn thương tế bào lông của tai trong.

Tiếng ồn giải trí. Tiếp xúc với tiếng ồn lớn, như từ súng và động cơ phản lực, có thể gây điếc vĩnh viễn ngay lập tức. Các hoạt động giải trí khác với cường độ âm thanh lớn bao gồm: trượt tuyết, đua xe, hoặc nghe nhạc với âm lượng lớn.

Một số loại thuốc.Một số thuốc như là kháng sinh gentamicin,thuốc Viagravà một số loại thuốc trong hóa trị có thể làm tổn thương tai trong. Bạn cũng có thể bị ù tai hay nghe kém tạm thời nếu bạn sử dụng liều cao aspirin. Một số loại thuốc giảm đau, thuốc kháng sốt rét hay thuốc lợi tiểu quai cũng có thể gây nghe kém.

Một số bệnh lý.Bệnh làm sốt cao có thể làm ảnh hưởng đến ốc tai, ví dụ viêm màng não.

Nghe kém có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bạn. Mất thính giác có thể làm cho cuộc trò chuyện trở nên khó khăn. Những người lớn tuổi bị nghe kém có thể dễ dẫn đến trầm cảm. Người nghe kém có thể cảm thấy bị cô lập. Nghe kém cũng liên quan đến suy giảm nhận thức.

Cơ chế tương tác giữa nghe kém, suy giảm nhận thức, trầm cảm và cô lập đang được nghiên cứu tích cực. Nghiên cứu ban đầu cho thấy điều trị nghe kém có thể có tác động tích cực đến khả năng nhận thức, đặc biệt là trí nhớ.

Những bước liệt kê dưới đây có thể giúp bạn ngăn ngừa nghe kém do tiếng ồn và làm giảm mức độ nghe kém do tuổi già:

Bảo vệ tai của bạn.Giới hạn thời gian và cường độ tiếp xúc với tiếng ồn là cách bảo vệ tốt nhất. Ở nơi làm việc ồn ào, nên sử dụng nút bịt tai nhựa chống tiếng ồn.

Kiểm tra sức nghe.Thường xuyên đến bệnh viện kiểm tra sức nghe nếu bạn làm trong một môi trường nhiều tiếng ồn. Nếu phát hiện được giảm sút khả năng nghe, bác sĩ có thể đưa ra các giải pháp giúp ngăn ngừa nghe kém diễn tiến nặng hơn.

Tránh các hoạt động giải trí nguy cơ. Những hoạt động như chạy xe trượt tuyết, săn bắn sử dụng súng, hay nghe các buổi nhạc rock có thể làm ảnh hưởng đến sức nghe theo thời gian. Sử dụng các dụng cụ bảo vệ tai hoặc có những khoảng nghỉ giữa các khoảng tiếp xúc tiếng ồn có thể giúp bảo vệ phần nào. Giảm âm lượng tai nghe cũng có thể giúp ích.

Bác sĩ sẽ chẩn đoán nghe kém bằng những cách sau:

Thăm khám.Bác sĩ sẽ quan sát tai để tìm nguyên nhân có thể gây nghe kém. Ví dụ như ráy tai hay viêm nhiễm ở tai. Hoặc có thể tìm kiếm bất thường cấu trúc ở tai gây nghe kém.

Khám tầm soát nghe kém.Bác sĩ sẽ thực hiện nghiệm pháp nói thì thầm. Bằng cách yêu cầu bạn che một tai lại. Bác sĩ sẽ kiểm tra khả năng nghe của bạn qua các âm thanh có độ lớn khác nhau. Tính chính xác của nghiệm pháp này còn giới hạn.

Kiểm tra sức nghe bằng ứng dụng.Hiện đã có các ứng dụng trên điện thoại dùng để tầm soát nghe kém mức độ vừa.

Sử dụng âm thoa.Âm thoa là dụng cụ kim loại có 2 nghạnh tạo ra âm thanh khi gõ vào. Kiểm tra đơn giản bằng âm thoa có thể giúp bác sĩ phát hiện bệnh nhân nghe kém. Trong quá trình đánh giá cũng có thể phát hiện vị trí của tổn thương làm ảnh hưởng sức nghe.

Đo thính lực.Là một xét nghiệm kiểm tra thính lực kỹ lưỡng hơn được thực hiện bởi các chuyên gia thính học. Bạn sẽ đeo tai nghe và nghe âm thanh, tiếng nói hướng đến từng tai. Mỗi âm thanh sẽ được lặp lại ở mức âm lượng thấp hơn. Mục đích để tìm ra được mức âm lượng thấp nhất mà bạn có thể nghe thấy.

Nếu bạn nghe kém, có những giải pháp có thể hỗ trợ việc nghe của bạn. Lựa chọn điều trị sẽ phụ thuộc vào nguyên nhân và mức độ nghe kém. Bao gồm các giải pháp sau:

Nút ráy tai là một nguyên nhân gây nghe kém mà có thể giải quyết triệt để. Nên đến các cở sở y tế để lấy ráy tai một cách an toàn, tránh làm tổn thương ống tai và màng nhĩ.

Một vài loại nghe kém có thể điều trị bằng phẫu thuật. Bao gồm các bất thường ở màng nhĩ hay chuỗi xương con. Ngoài ra, nếu bạn bị viêm tai giữ tái phát nhiều lần hay dịch trong tai giữa dai dẳng, bác sĩ có thể đặt một ống thông giúp dẫn lưu dịch từ trong tai giữa ra ngoài.

Nếu nghe kém do nguyên nhân tổn thương tai trong, máy trợ thính có thể có ích. Máy trợ thính phóng đại âm thanh và hướng âm thanh vào ống tai. Bác sĩ có thể thảo luận với bạn về các lợi ích có thể của máy trợ thính và lựa chọn máy trợ thính phù hợp nhất với bạn.

Nếu bạn bị nghe kém nặng và dùng máy trợ thính không cải thiện được khả năng nghe thì ốc tai điện tử có thể được chọn lựa. Khác với máy trợ thính, ốc tai điện tử được cấy vào thay thế tai trong bị tổn thương. Qua đó nó trực tiếp kích thích thần kinh thính giác. Bạn có thể thảo luận về nguy cơ và lợi ích của cấy điện ốc tai với bác sĩ.

Những mẹo dưới đây giúp bạn giao tiếp dễ dàng hơn khi bạn không may bị giảm sức nghe:

Nói với bạn bè và người thân.Nên nói cho họ biết rằng bạn đang có vấn đề về khả năng nghe.

Chỉnh tư thế khi nghe.Đối mặt trực tiếp với người bạn đang nói chuyện.

Tắt đi tiếng ồn xung quanh.Ví dụ như tiếng ồn từ tivi có thể gây ảnh hưởng đến cuộc đối thoại.

Yêu cầu người khác nói rõ ràng hơn, không phải là nói to hơn.Đa số mọi người đều sẽ giúp đỡ nếu họ biết bạn có vấn đề về nghe.

Cố gắng lấy được sự chú ý của người khác trước khi nói chuyện với họ. Tránh việc cố gắng nói chuyện với một người đang ở một căn phòng khác.

Chọn nơi yên tĩnh. Chọn nơi nói chuyện yên tĩnh, tránh xa những khu vực ồn ào.

Cân nhắc sử dụng các thiết bị hỗ trợ nghe.Thiết bị trợ giúp nghe ví dụ như thiết bị phóng đại âm thanh điện thoại. Các ứng dụng giúp làm giảm những tiếng ồn xung quanh giúp bạn nghe rõ hơn.

Nghe kémlà một tình trạng ngày càng phổ biến, nhất là ở những người lớn tuổi. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến nghe kém.  Quá trình lão hóa và tiếp xúc với tiếng ồn trong thời gian dài là những nguyên nhân phổ biến gây nghe kém không hồi phục. Bạn có thể phòng ngừa nghe kém bằng cách bảo vệ tai khi làm việc trong môi trường nhiều tiếng ồn. Đến khám bác sĩ khi bị nghe kém để chọn ra những cách điều trị phù hợp nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nghien-rang-nguyen-nhan-dau-hieu-anh-huong-va-huong-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Nghiến răng là gì?

Phân loại

Nguyên nhân gây ra nghiến răng

Dấu hiệu và triệu chứng

Hậu quả của nghiến răng

Chẩn đoán nghiến răng

Điều trị nghiến răng

Mỗi sáng thức dậy, có rất nhiều người than phiền về tình trạng nhức mỏi hàm. Đi kèm theo đó là hàm răng dần mòn và gãy vỡ. Đây đều là những dấu hiệu cho thấy có thể bạn đang gặp phải bệnh lý nghiến răng. Nghiến răng là một hoạt động có khả năng gây quá tải hệ thống nhai. Hiện nay, nguyên nhân chủ yếu gây bệnh vẫn chưa được biết rõ. Tuy nhiên, bệnh thường đi kèm với tình trạng stress, rối loạn khớp cắn, dị ứng và liên quan đến tư thế ngủ. Không may, hiện nay có rất ít dữ liệu về nguyên nhân và ảnh hưởng của bệnh. Do đó, việc đánh giá và điều trị thận trọng là cách tốt nhất để đưa ra các chỉ định đúng.

Các hoạt động của hệ thống nhai được chia làm 2 loại:

Chức năng (nhai, nói, nuốt).

Cận chức năng (mút môi, má; cắn móng tay; nghiến răng).

Các hoạt động chức năng là hoạt động cơ có kiểm soát. Nghĩa là chúng cho phép hệ thống nhai thực hiện chức năng cần thiết nhưng chỉ trong giới hạn gây hại ít nhất cho cấu trúc.

Hoạt động cận chức năng là những hoạt động có ý thức hoặc không có ý thức của hệ thống nhai. Chúng lặp đi lặp lại, có sự tiếp xúc trực tiếp, gián tiếp hoặc không tiếp xúc các răng mà không nhằm thực hiện chức năng.

Tật nghiến răng được định nghĩa là “hoạt động lặp đi lặp lại của cơ hàm, đặc trưng bởi sự siết chặt hoặc nghiến của răng và/hoặc bởi sự giằng và đẩy của hàm dưới”. Hoạt động này có thể tạo nên âm thanh ken két hoặc không.

Nghiến răng không thực hiện chức năng của hệ thống nhai và có thể gây chấn thương khớp cắn. Khớp cắn ảnh hưởng lên chức năng của cơ, qua đó tác động đến khớp thái dương hàm. Do đó, bất kỳ sự thay đổi nào trong khớp cắn đều ảnh hưởng đến cả cơ và khớp. Sai khớp cắn chính là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây tật nghiến răng. Hậu quả của nó có thể gây ra đau khớp thái dương hàm.

Tật nghiến răng có thể được phân loại theo một số tiêu chí sau.

Nghiến răng lúc ngủ: Xuất hiện ở cả người lớn và trẻ em. Thường là hoạt động nghiến qua lại.

Nghiến răng khi thức: Thường gặp ở người lớn, có liên quan vớistress. Hoạt động chủ yếu là cắn chặt răng.

Nguyên phát: Thường không có nguyên nhân rõ ràng.

Thứ phát: xuất hiện sau:

Các bệnh lý (hôn mê, vàng da,bại não).

Sử dụng một số thuốc (ví dụ: thuốc chống loạn thần, thuốc trợ tim mạch).

Sử dụng chất gây nghiện (ví dụ: amphetamines,cocaine, thuốc lắc).

Co cơ liên tục: Co thắt cơ kéo dài trên 2 giây.

Co cơ biến thiên: Các cơn co thắt ngắn, lặp đi lặp lại của hệ cơ nhai với ba hoặc nhiều đợt hoạt động điện cơ liên tiếp; kéo dài trong khoảng từ 0,25 đến 2 giây.

Kết hợp cả hai.

90% trường hợp nghiến răng khi ngủ thuộc dạng co cơ biến thiên hoặc kết hợp. Trong khi đó, nghiến răng lúc thức chủ yếu là co cơ liên tục.

Từng xảy ra trong quá khứ.

Mới xảy ra.

Thường khó phân biệt được 2 loại này.

Nhẹ: ít xảy ra, không gây hại răng và ảnh hưởng tâm lý.

Trung bình: xảy ra mỗi đêm, gây ảnh hưởng tâm lý nhẹ.

Nặng: xảy ra hằng đêm, gây tổn hại răng, rối loạn thái dương hàm, gây chấn thương các cấu trúc khác và ảnh hưởng tâm lý nặng.

Bệnh được cho là đa nguyên nhân, dù chưa biết rõ. Nghiến răng là một thói quen trong tiềm thức hay còn gọi là vô thức.

Các yếu tố có thể góp phần gây bệnh bao gồm:

Stress

Các nghiên cứu báo cáo cho thấy yếu tố tâm lý có nguy cơ ảnh hưởng đáng kể đến bệnh, chủ yếu là lối sống căng thẳng. Bằng chứng về vấn đề này đang gia tăng nhưng vẫn chưa có kết luận. Căng thẳng cảm xúc được coi là yếu tố kích hoạt chính.

Nghiến răng ban đêm có thể là sự đáp ứng đối với căng thẳng ban ngày đã hoặc đang diễn ra. Căng thẳng có thể xảy ra ở những người làm việc nhiều, bị áp bức; sinh viên đang trong mùa thi. Căng thẳng đi kèm với lo âu, sự kìm nén có thể kích hoạt các hoạt động của não bộ. Điều này làm tăng kích thích thần kinh, có thể gây nên tất cả các phản ứng của nghiến răng.

Tính cách: Những người mạnh mẽ, dễ kích động có khả năng mắc bệnh cao hơn.

Tuổi: Nghiến răng thường gặp ở tuổi trẻ và thường biến mất khi lớn hơn.

Những người có thành viên trong gia đình đang hoặc từng mắc bệnh nghiến răng khi ngủ có nguy cơ cũng bị bệnh này.

Nghiên cứu cho thấy rằng có thể có một mức độ liên quan đến di truyền trong việc phát triển tật nghiến răng. 21 – 50% những người bị nghiến răng ban đêm có thành viên trong gia đình từng mắc bệnh trước đây. Điều này cho thấy yếu tố di truyền có liên quan đến bệnh.

Một số tác dụng phụ của các loại thuốc và thuốc gây nghiện làm tăng nguy cơ nghiến răng như:

Thuốc chủ vận và đối kháng dopamine.

Thuốc chống trầm cảm ba vòng.

Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc.

Rượu, cocaine…

Cản trở cắn khớp có thể là vấn đề gây bệnh. Chúng cản trở đường đi của vận động nhai bình thường. Nguyên nhân có thể ở một răng hoặc một nhóm răng.

Ví dụ: Khi răng khôn hàm trên mất, răng khôn hàm dưới mọc trồi. Lúc cắn lại, hàm dưới phải đưa ra trước nhiều hơn để đóng hàm. Điều này làm sai lệch vận động hàm bình thường.

Dị ứng: Do nhiễm ký sinh trùng đường ruột,rối loạn tiêu hóahay dị ứng thức ăn. Đây là những nguyên nhân có thể của nghiến răng trầm trọng ở trẻ em (Marks, 1980).

Rối loạn dinh dưỡng, tiết niệu, nội tiết cũng là những yếu tố thuận lợi gây bệnh, phổ biến ở trẻ em hơn người lớn. Tình trạng thiếu vitamin, mất cân bằng enzym cũng có ảnh hưởng đến bệnh.

Các rối loạn thần kinh trung ương có thể liên quan đến bệnh:

Chứng bại não.

Bệnh Down.

Động kinh.

Bệnh Huntington.

Bệnh Leigh.

Nhiễm khuẩn màng não.

Bệnh Parkinson.

Stress sau chấn thương.

Hội chứng Rett.

Một số nghề nghiệp có đòi hỏi đặc biệt có thể gây nên nghiến răng hay cắn chặt răng. Ví dụ: Nghệ sĩ piano cắn chặt răng lúc giữ đàn khi chơi; công nhân khuân vác cắn chặt răng để gồng sức; nghệ sĩ biểu diễn xiếc dùng răng để giữ người trên không trung…

Một số nghiên cứu cho rằng các thói quen này thuộc về bản năng, là hoạt động tập tính của loài có vú. Mục đích của nó là để duy trì sự sắc bén của hàm răng.

Nghiến răng là một bệnh lý răng miệng thường gặp. Bạn có thể tìm hiểu các bệnh lý khác trong bài viết:21 vấn đề và bệnh răng miệng thường gặp.

Một số dấu hiệu và triệu chứng giúp bạn nhận biết bệnh nghiến răng:

Nghiến hoặc siết chặt răng, đi kèm đó với là âm thanh đặc biệt, thậm chí có thể lớn đến mức đánh thức người ngủ cùng.

Đau khớp thái dương hàm.

Đau, mỏi cơ nhai và cơ vùng cổ.

Nhức đầu (đặc biệt vùng thái dương sau khi thức dậy buổi sáng).

Răng nhạy cảm, di động quá mức, mòn bất thường.

Gãy vỡ miếng trám/men răng.

Tụt nướu.

Có vết hằn lõm trên lưỡi.

Đường nhai trắng hiện rõ trên mặt trong má.

Xuất hiện các gồ xương ở hàm trên và dưới.

Tăng hoạt động cơ (ghi nhận bởi đồ thị đa ký giấc ngủ).

Phì đại cơ.

Giảm chất lượng giấc ngủ, hay thấy mệt mỏi.

Giảm lưu lượng nước bọt.

Giới hạn há miệng.

Nghiến răng mức độ nặng có thể gây ra những tình trạng sau:

Phá hủy răng, xương hàm.

Đau nhức đầu.

Đau vùng đầu mặt.

Rối loạn khớp thái dương hàm (nghe tiếng click khi há đóng miệng ở vùng trước tai).

Việc chẩn đoán bệnh nghiến răng phải dựa vào cả khai thác các triệu chứng và thăm khám lâm sàng. Một số phương pháp hỗ trợ khác cũng cần thiết để đánh giá chính xác bệnh.

Bác sĩ sẽ đưa ra một số câu hỏi cũng như ghi nhận các thông tin liên quan đến vấn đề nghiến răng:

Các thông tin về tình trạng sức khỏe của bạn và vấn đề liên quan đến nghiến răng.

Bất kỳ triệu chứng nào bạn gặp phải, kể cả không liên quan đến bệnh: bắt đầu khi nào, tần suất, mức độ và yếu tố cải thiện triệu chứng.

Các thông tin cá nhân bao gồm những căng thẳng và thay đổi trong cuộc sống diễn ra gần đây.

Tất cả các loại thuốc bạn đã sử dụng kể cả thuốc không kê đơn, vitamin, thảo dược hoặc các loại thuốc bổ sung dưỡng chất khác. Cần nói rõ liều cũng như cách sử dụng.

Quan sát trong miệng: Đánh giá tình trạng răng, nướu và các mô mềm khác. Phát hiện và ghi nhận tình trạng bất thường có thể liên quan đến bệnh.

Quan sát trên mẫu hàm: Đánh giá vị trí mòn răng.

Định lượng mòn răng bằng hình chụp: Ghi nhận lại chính xác các vị trí mòn răng.

Sử dụng một số khí cụ trong miệng để định lượng mòn răng (máng nhai, BruxChecker (khí cụ màu ghi dấu vị trí nghiến)…).

Điện cơ đồ nhai: Ghi nhận mức độ hoạt động của cơ nhai.

Đo đa ký giấc ngủ: Xét nghiệm chuyên sâu về giấc ngủ có các kênh đo điện não đồ, điện cơ, điện tim… Từ đó, có thể đánh giá những rối loạn hoạt động, cũng như các bất thường về hành vi khi ngủ.

Bệnh nghiến răng có thể gặp ở rất nhiều người. Tuy nhiên, nếu bệnh ở mức độ nhẹ, không ảnh hưởng cuộc sống thì có thể không cần điều trị. Việc điều trị nghiến răng là cần thiết khi xuất hiện những biểu hiện sau:

Đau và co cứng ở cơ hàm.

Khi có sự mài mòn của răng dẫn đến mất hình thái khớp cắn và làm phẳng bề mặt răng.

Gãy răng và gãy vỡ các phục hồi: miếng trám xoang I, II, mão răng, cầu răng.

Tiếng ồn lớn khó chịu trong khi ngủ gây đánh thức người khác.

Há miệng hạn chế.

Đau ở vùng trước tai.

Khi nghe tiếng “click” và thấy đau ở khớp thái dương hàm.

Đau đầu do đau cơ vùng thái dương.

Do tính chất đa yếu tố của nghiến răng, việc điều trị bệnh cần tiếp cận từ nhiều hướng.

Bước 1: Loại bỏ các yếu tố nguy cơ gây bệnh

Các thuốc gây tác dụng phụ dẫn đến nghiến răng cần thay đổi.

Ngưng sử dụng thuốc lá, cà phê, các chất kích thích gây nghiện…

Điều trị các bệnh lý toàn thân có liên quan đến nghiến răng.

Bước 2: Thảo luận và trao đổi với bệnh nhân, giúp bệnh nhân hiểu rõ tình trạng cũng như tính chất bệnh.

Bước 3: Tiến hành các điều trị.

Nghiến răng liên quan đến giấc ngủ. Bạn cần thăm khám các chuyên gia giấc ngủ để được tư vấn và kiểm tra mức độ nghiến. Trong một số trường hợp, nghiến răng có thể đi kèm vớingưng thở khi ngủ. Nghiến răng ban đêm có thể được giảm bớt bằng cách ngủ nằm ngửa mà không có gối.

Nghiến răng liên quan đến tâm lý: Các chuyên gia tâm lý/bác sĩ sẽ giúp bạn giải tỏa căng thẳng, lo lắng bằng các liệu pháp tâm lý khác nhau.

Đưa ra các lời khuyên tâm lý, các bài tập thư giãn (thiền, yoga, thôi miên..).

Liệu pháp nhận thức hành vi: Giúp bệnh nhân nhận thức được hành vi gây hại và tự kiểm soát stress bằng nhận thức. Bác sĩ cũng sẽ hướng dẫn bạn tự luyện tập các vị trí của hàm dưới và tư thế nuốt. Đồng thời, bác sĩ sẽ kiểm tra và củng cố sự rèn luyện thường xuyên của bạn.

Phản hồi sinh học: Nếu bạn gặp khó khăn trong việc thay đổi thói quen, có thể dùng phương pháp phản hồi sinh học (biofeedback). Phương pháp này sử dụng những quy trình giám sát và các thiết bị để hướng dẫn bạn cách kiểm soát hoạt động của cơ hàm.

Hiện nay, việc điều trị bằng thuốc cho thấy không hoặc ít hiệu quả và vẫn đang được nghiên cứu thêm. Một số thuốc được sử dụng hỗ trợ cho điều trị nghiến răng gồm:

Thuốc giãn cơ: Bác sĩ có thể đề nghị dùng thuốc giãn cơ trước khi đi ngủ, trong một khoảng thời gian ngắn.

Tiêm Botox:Botoxlà một dạng độc tố của botulinum, được tiêm vào cơ giúp làm giảm triệu chứng đau cơ. Độc tố botulinum gây tê liệt cơ do ức chế giải phóng acetylcholine tại các điểm nối cơ thần kinh. Tiêm botox được sử dụng trên lý thuyết rằng: dung dịch độc tố loãng sẽ làm tê liệt một phần cơ bắp. Từ đó, nó làm giảm khả năng co của cơ trong khi vẫn duy trì đủ chức năng cho phép các hoạt động bình thường như nói và ăn.

Thuốc giúp kiểm soát lo lắng, stress hoặc chống trầm cảm: Bác sĩ có thể khuyên bạn sử dụng một số loại thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc chống lo lắng trong thời gian ngắn để giúp kiểm soát stress hoặc các vấn đề cảm xúc khác.

Điều trị nha khoa có thể không làm ngưng nghiến răng. Các điều trị này nhằm cải thiện tình trạng mòn răng và ngăn ngừa sự phá hủy trầm trọng.

Điều chỉnh khớp cắn: Nếu có bất kỳ cản trở khớp cắn nào, nó cần được loại bỏ bằng điều chỉnh (mài bớt/thêm vào). Tuy nhiên, trước khi thực hiện, bạn phải đảm bảo cơ được thư giãn. Mục đích để bạn có thể thực hiện được các chuyển động sinh lý bình thường.

Máng nhai: Là một máng bằng nhựa che phủ bề mặt răng hàm trên và hàm dưới. Máng được thiết kế riêng cho từng người, có thể tháo lắp dễ dàng. Chức năng của máng là hướng dẫn chuyển động của hàm dưới. Đồng thời, nó cũng giúp thư giãn cơ, giảm đau cơ. Sử dụng máng nhai sẽ giúp ngăn sự mòn răng do nghiến, ngăn tổn thương đến các cấu trúc nha chu. Việc sử dụng máng nhai giúp làm giảm nghiến răng vào ban đêm.

Chỉnh nha: Răng chen chúc, lệch lạc làm ảnh hưởng đến khớp cắn. Việc chỉnh nha làm thay đổi khớp cắn có thể giảm tình trạng nghiến răng.

Phục hồi khớp cắn: Nghiến răng làm phá vỡ bề mặt men răng hoặc phục hồi, khiến răng nhạy cảm. Có thể trám, bọc mão lại các vị trí bị ảnh hưởng bởi nghiến răng.

Nghiến rănglà thói quen cận chức năng, chiếm tỷ lệ lớn trong dân số. Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh có thể dễ thấy. Tuy nhiên, cơ chế và nguyên nhân thật sự vẫn chưa rõ ràng. Hiện tại, vẫn chưa có phương pháp nào điều trị triệt để bệnh. Các hướng điều trị chủ yếu nhằm giảm sự gây hại, giảm ảnh hưởng của nghiến răng lên hệ thống nhai. Việc duy trì lối sống tốt, kiểm tra sức khỏe thường xuyên giúp phát hiện và ngăn chặn sớm sự phá hủy của bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ngoai-tam-thu-nhung-dieu-can-biet-ve-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Ngoại tâm thu là gì?

2. Triệu chứng

Chẩn đoán bệnh ngoại tâm thu

Ngoại tâm thu có nguy hiểm không?

Phương pháp điều trị

Phòng ngừa ngoại tâm thu

Ngoại tâm thu là một tình trạng rối loạn nhịp tim làm cho tim đập không đều. Đây là rối loạn thường gặp, có thể xuất hiện ở người bình thường không gây nguy hiểm. Nhưng gặp ở người bệnh tim mạch làm tăng nguy cơ đột tử.

Trái tim có 4 buồng, hai buồng phía trên (tâm nhĩ) và hai buồng phía dưới (tâm thất). Những tế bào nằm ở tâm nhĩ có vai trò điều khiển nhịp tim. Bằng cách truyền tín hiệu điện đến tâm thất để báo hiệu cho tâm thất co lại và đẩy máu ra khỏi tim đến toàn cơ thể.

Trái tim của chúng ta đập bình thường đều đặn khoảng 60 – 80 lần trong một phút. Ngoại tâm thu là hiện tượng khởi phát của những nhịp đập bất thường, làm phá vỡnhịp đập bình thường của tim. Cụ thể nhịp tim đập “sớm” quá. Sau nhát đập sớm này, tim “nghỉ” một đoạn trước khi đập nhịp tiếp theo.

Tùy theo vị trí xuất hiện các xung động điện thất thường. Người ta chia ngoại tâm thu ra làm hai loại gồm ngoại tâm thu nhĩ và ngoại tâm thu thất.

Ngoại tâm thu nhĩ là hiện tượng các xung động bất thường từ tâm nhĩ (hai buồng tim trên) tạo ra nhịp đập sớm của tim. Nhịp tim sẽ sớm hơn bình thường. Nhịp tim này thường yếu nên sau đó tim sẽ tạm nghỉ một thời gian ngắn để đập một nhịp mạnh nhằm tống máu còn tích lũy ra khỏi buồng tim. Triệu chứng thường gặp là tim mất nhịp, tim đập mạnh hơn, tim tạm dừng trong thời gian ngắn,…

Ngoại tâm thu thất là khi các xung động bất thường của tim bắt nguồn từ tâm thất (hai buồng tim dưới). Các xung động bất thường này làm tim co bóp quá sớm. Máu từ tim sẽ không cung cấp đủ cho cơ thể. Ngoại tâm thu thất có thể xuất hiện ở người khỏe mạnh bình thường vài lần trong ngày. Nhưng nếu ngoại tâm thu thất xuất hiện trên một người đã mắc các bệnh tim mạch. Đây sẽ là một tình trạng nguy hiểm có thể đe dọa tính mạng người bệnh.

Một số bệnh nhân sẽ không thấy có triệu chứng gì nhưng đa số người bệnh sẽ cảm thấy:

Cảm giác hồi hộp;

Chóng mặt;

Đánh trống ngực;

Cảm giác hẫng hụt trong ngực;

Cuồng nhĩ;

Mạch đập loạn nhịp;

Cảm giác tim đập mạnh như muốn nhảy ra khỏi lồng ngực.

Đôi khi, người mới bị sẽ không có biểu hiện rõ ràng nào. Nhưng phổ biến nhất của là tim đập không đều, thêm nhịp, bỏ qua nhịp, tim đập mạnh hơn, cảm giác rung động vùng ngực, tạm dừng một thời gian ngắn.

Một số triệu chứng khác bao gồm:

Ngất xỉu;

Lâng lâng;

Cảm nhận rõ rệt quá nhịp đập trái tim;

Nhịp đập không đều;

Đau ngực, khó thở, chóng mặt;

Mệt mỏi sau khi tập thể dục.

Bác sĩ chẩn đoán bằng cách phát hiện ra nhịp tim bất thường khi thăm khám lâm sàng. Bác sĩ sẽ làm điện tim để xác định chẩn đoán. Điện tim là xét nghiệm ghi lại hoạt động điện của cơ tim. Xét nghiệm sẽ được làm khi triệu chứng đã xuất hiện. Có thể bác sĩ sẽ cho làm xét nghiệm điện tim Holter.

Điện tim Holter là xét nghiệm ghi lại hoạt động điện cơ tim trong vòng 24 giờ. Có thể phải làm điện tim gắng sức. Xét nghiệm này dùng để cho bác sĩ xem thử tim của bạn hoạt động ra sao khi bạn vận động mạnh. Ngoài ra có thể làm thêm siêu âm. Những xét nghiệm này sẽ được làm bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch.

Những trường hợp rất nhẹ, hầu như không ảnh hưởng gì đến sức khỏe, đó là khi ngoại tâm thu ít, thưa, xuất hiện ở người trẻ tuổi, khám không có bệnh tim gì khác. Khi đó người bệnh thường không cần phải điều trị, chỉ cần bỏ thuốc lá và rượu, sống điều độ, tránh những cảm xúc mạnh, nếu cần có thể phải giảm bớt lao động cả trí óc lẫn chân tay,…

Những trường hợp bệnh nặng hơn, ngoại tâm thu xuất hiện dày, kèm theo cảm giác khó thở, mệt mỏi, trống ngực… Khi đó, người bệnh cần phải được điều trị và sử dụng thuốc. Trường hợp này, bệnh có thể tiến triển nặng dần, làm giảm hiệu quả bơm máu của tim, khiến tim phải làm việc nhiều hơn bình thường và lâu ngày có thể dẫn đếnsuy tim.

Những trường hợp ngoại tâm thu xuất hiện trên “nền” của những bệnh tim khác. Khi đó, ngoại tâm thu có thể nguy hiểm hơn và thường liên quan chặt chẽ đến khả năng làm tăng nguy cơ đột tử. Lúc này, cần phải tập trung chữa các bệnh lý chính, chữa ngoại tâm thu chỉ là một phần trong điều trị.

Nếu ngoại tâm thu nhẹ không nguy hiểm thì có thể can thiệp bằng thuốc. Các thuốc được sử dụng là thuốc chống loạn nhịp và điện giải. Sau đó giải quyết nguyên nhân nếu được chẩn đoán. Nhiều trường hợp dùng thuốc thì tâm thu giảm hoặc hết, nhưng ngừng thuốc lại tái phát. Nếu phải dùng thuốc kéo dài hay liều cao thì có thể bị tác dụng phụ.

Trường hợp ngoại tâm thu nghiêm trọng như có các cơn nhịp nhanh nguy hiểm thì ngoài việc dùng thuốc còn cần phải can thiệp tích cực bằng phương pháp hiện đại là đốt điểm gây loạn nhịp qua dây thông điện cực (catheter ablation).

Chế độ ăn uống lành mạnh và luyện tập hợp lý luôn có thể giảm thiểu nguy cơ ngoại tâm thu.

Hạn chế sử dụng các chất kích thích như rượu, bia, cà phê, thuốc lá…Thường xuyên luyện tập thể dục mỗi ngày ít nhất 30 phút các môn thể thao vừa sức.

Giải tỏa căng thẳng,stress, luôn giữ tinh thần thoải mái bằng cách điều chỉnh thời gian giữa công việc và nghỉ ngơi. Tăng cường ra ngoài giao lưu với gia đình và bạn bè…

Ngoại tâm thucó ý nghĩa quan trọng như là một dấu hiệu cảnh báo quả tim của bạn đang có vấn đề. Khi thấy xuất hiện ngoại tâm thu, bạn đừng nên quá hoang mang, tốt nhất nên sớm đến gặp bác sĩ. Để được thăm khám và xác định tình trạng bệnh có thực sự nghiêm trọng hay không.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ngung-tim-dot-ngot-dau-hieu-nguyen-nhan-chan-doan-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Tổng quan: Ngưng tim đột ngột là gì?

2. Triệu chứng cần phát hiện ở bệnh nhân ngưng tim đột ngột

3. Nguyên nhân nào gây nên ngưng tim đột ngột?

4. Ai là người có nguy cơ bị ngưng tim đột ngột?

5. Ngưng tim đột ngột sẽ gây nên biến chứng gì về sau?

6. Làm gì để phòng ngừa không bị ngưng tim đột ngột?

7. Chẩn đoán lý do gây ngưng tim đột ngột như thế nào?

8. Điều trị ngưng tim đột ngột như thế nào?

9. Cần làm gì để có một trái tim khỏe mạnh?

Ngưng tim đột ngột là tình trạng mất đột ngột chức năng của tim, hô hấp và ý thức. Tình trạng này thường xảy ra do rối loạn điện học trong tim. Hiện tượng ngưng tim làm gián đoạn hoạt động bơm của tim, làm ngưng dòng chảy của máu trong cơ thể. Cùng ThS.BS Vũ Thành Đô tìm hiểu thêm thông tin cơ bản về căn bệnh nguy hiểm này tong bài viết dưới đây.

Nếu không điều trị ngay lập tức, ngưng tim đột ngột có thể dẫn tới tử vong. Điều trị nhanh chóng, tiếp cận chăm sóc sức khoẻ, vẫn có khả năng sống sót. Bằng cách hồi sức tim phổi, và dùng máy khử rung – hoặc thậm chí là chỉ cần ép tim ngoài lồng ngực – có thể cải thiện cơ hội sống còn đến khi có nhân viên cấp cứu đến.

Ngưng tim đột ngột có những dấu hiệu và triệu chứng cần phát hiện tức thời, bao gồm:

Ngất đột ngột

Không có nhịp mạch, nhịp tim

Ngưng thở

Mất ý thức

Đôi khi xảy ra những dấu hiệu và triệu chứng ngưng tim đột ngột khác trong bệnh này. Chúng có thể bao gồm:

Khó chịu ở ngực

Khó thở

Mệt mỏi

Đánh trống ngực

Nhưng ngưng tim đột ngột vẫn thường xảy ra mà không có triệu chứng báo trước.

Nếu bạn có những đợt bùng phát của những triệu chứng sau, hãy đến gặp bác sĩ càng sớm càng tốt:

Đau ngực hoặc khó chịu ở ngực

Tim đập mạnh liên hồi

Nhịp tim nhanh hoặc không đều

Khò khè

Khó thở

Ngất xỉu hoặc gần như ngất

Chóng mặt

Nếu hiện tại hoặc gần đây bạn có những triệu chứng trên, hãy gọi 114 hoặc cấp cứu của bệnh viện gần nhất.

Khi tim ngừng đập, lượng máu chứa oxy giảm có thể gây tử vong hoặc tổn thương não vĩnh viễn trong vài phút. Khi bạn đang giúp một người bị bất tỉnh và ngừng thở, hãy nhớ “Thời gian là vàng”

Nếu bạn thấy một người nào đó mất ý thức và không còn thở như bình thường, hãy bình tĩnh và làm theo những điều sau đây:

Gọi 114hoặc số điện thoại của trung tâm cấp cứu gần nhất. Nếu có điện thoại ngay tại đó, hãy gọi ngay lập tức trước khi tiến hành hồi sức tim phổi (CPR)

Thực hiện hồi sức tim phổi.Nhanh chóng kiểm tra chức năng hô hấp. Nếu bệnh nhân không còn thở bình thường, hãy tiến hành hồi sức tim phổi. Ép tim mạnh và nhanh lên ngực bệnh nhân – với tần số ép từ 100 đến 120 lần mỗi phút. Nếu bạn đã từng được huấn luyện về hồi sức tim phổi, hãy kiểm tra đường thở và hô hấp nhân tạo sau mỗi 30 lần ép tim.

Nếu bạn chưa từng được huấn luyện, cứ tiếp tục ép tim.Hãy để cho ngực được nâng lên hoàn toàn giữa mỗi lần ép. Tiếp tục thực hiện thao tác đến khi có máy khử rung cầm tay hoặc đội ngũ nhân viên cấp cứu đến.

Rối loạn về nhịp tim – kết quả của rối loạn về hệ thống điện bên trong tim – là nguyên nhân thường gặp trong ngưng tim đột ngột.

Hệ thống điện bên trong tim kiểm soát tần số và nhịp tim. Nếu có gì đó hoạt động không đúng, tim bạn có thể đập rất nhanh, rất chậm hoặc không đều. Thông thường những rối loạn nhịp tim như vậy diễn ra nhanh chóng và vô hại, nhưng một số loại có thể dẫn đến ngưng tim đột ngột.

Loại nhịp tim thường gặp nhất vào thời điểm ngưng tim là rối loạn nhịp ở buồng thấp của tim (Tâm thất). Các xung điện nhanh và thất thường khiến tâm thất co bóp một cách vô ích và thiếu hiệu quả (Rung thất).

Ngưng tim đột ngột có thể xảy ra ở người chưa từng được chẩn đoán bệnh tim trước đó. Tuy nhiên, rối loạn nhịp tim thường xuất hiện ở những người mắc bệnh tim trước đó và có thể chưa được chẩn đoán. Các bệnh tim bao gồm:

Bệnh mạch vành: Đa phần các trường hợp ngưng tim đột ngột xảy ra ở những bệnh nhân mắc bệnh mạch vành. Người mắc bệnh này có động mạch bị tắc nghẽn docholesterolvà các chất lắng đọng khác. Theo thời gian, diễn tiến của bệnh sẽ làm giảm lưu lượng máu đến tim của bạn.

Cơn đau tim: Nếu một cơn đau tim xảy ra, thường do hậu quả của bệnh mạch vành và có thể gây rung thất và ngưng tim đột ngột. Đồng thời, đau tim có thể để lại mô sẹo cho tim của bạn. Những dòng điện xoay vòng quanh mô sẹo có thể dẫn tới bất thường cho nhịp tim.

Bệnh van tim: Bị hở hoặc hẹp van tim có thể dẫn đến căng hoặc dày cơ tim. Khi các buồng tim phì đại hoặc yếu đi vì áp lực gây ra bởi bệnh van tim, nguy cơ mắc rối loạn nhịp sẽ tăng lên

Bệnh tim bẩm sinh: Khi ngưng tim đột ngột xảy ra ở trẻ em hoặc thanh thiếu niên, nó có thể do khiếm khuyết của tim từ lúc mới sinh ra.

Rối loạn điện bên trong tim: Ở một số người, vấn đề rối loạn nhịp phát sinh từ chính bản thân nó thay vì do vấn đề từ cơ tim hoặc van tim. Chúng được gọi là bất thường nhịp tim nguyên phát. Một số bệnh được nhắc đến như làhội chứng Brugadahoặc hội chứng QT dài.

Bởi vì ngưng tim đột ngột thường liên quan đến bệnh mạch vành, những yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh này. Những yếu tố nguy cơ được nhắc đến, bao gồm:

Tiền căn gia đình có người mắc bệnh mạch vành;

Hút thuốc lá;

Huyết áp cao;

Cholesterol trong máu cao;

Thừa cân,béo phì;

Đái tháo đường;

Lối sống ít vận động;

Một số yếu tố khác có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh là:

Những có ngưng tim trước đó hoặc tiền căn gia đình có người bị ngưng tim;

Từng có cơn đau tim trước đó;

Bản thân hoặc gia đình có người mắc bệnh tim, chẳng hạn như: Bệnh lý nhịp tim, khiếm khuyết tim bẩm sinh,suy timvà bệnh cơ tim;

Nguy cơ mắc bệnh tăng theo tuổi;

Nam;

Sử dụng chất, thuốc bất hợp pháp. Ví dụ như: Cocaine và amphetamines;

Mất cân bằng dinh dưỡng. Ví dụ: lượng Kali trong máu hoặc lượng Magie trong máu thấp;

Ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn;

Bệnh thận mãn tính.

Khi ngưng tim đột ngột xảy ra, lượng máu chảy lên não giảm gây bất tỉnh. Nếu nhịp tim của bạn không nhanh chóng trở lại bình thường, tổn thương não xảy ra và gây tử vong. Những người sống sót sau ngưng tim có thể có dấu hiệu tổn thương não.

Giảm nguy cơ bị ngưng tim đột ngột bằng cách đi khám định kỳ. Ngoài ra thực hiện kiểm tra bệnh tim và sống một lối sống lành mạnh.

Nếu bạn có thể sống sót sau cơn ngưng tim đột ngột, bác sĩ của bạn có thể sẽ tiến hành thăm khám để tìm nguyên nhân. Từ đó, có thể ngăn ngừa các cơn ngưng tim tiếp theo diễn ra trong tương lai. Bác sĩ có thể sẽ cho bạn làm một số xét nghiệm sau:

Trong quá trình thực hiện ECG, các điện cực được gắn tại ngực và tứ chi sẽ phát hiện các hoạt động điện tim. Xét nghiệm ECG có thể phát hiện những rối loạn về nhịp hoặc phát hiện bất thường về hình thái điện tim, ví dụ như khoảng QT dài, làm tăng nguy cơ đột tử.

Mẫu máu của bạn sẽ được dùng để kiểm tra nồng độ các chất bên trong. Chẳng hạn như: Nồng độ Kali, nồng độ magie, hóc môn và các chất hoá học khác có thể tác động lên chức năng của tim. Những xét nghiệm máu khác có thể phát hiện tổn thương tim và đau tim gần đây

Những xét nghiệm hình ảnh có thể được chỉ định, bao gồm:

X-Quang ngực thẳng:xét nghiệm này giúp cho bác sĩ kiểm tra kích thước, hình dạng của tim và mạch máu. Ngoài ra nó cũng có thể cho thấy bệnh nhân có bị suy tim hay không

Siêu âm tim:Bằng xét nghiệm này, việc sử dụng sóng siêu âm giúp tái tạo hình ảnh của tim. Xét nghiệm có thể hướng dẫn định khu vị trí của tim bị tổn thương do đau tim và không bơm đủ máu hoặc có những vấn đề rối loạn về van tim.

Xét nghiệm hạt nhân:Đây là xét nghiệm thường thực hiện với một bài kiểm tra gắng sức, giúp xác định được các vấn đề về lưu lượng máu chảy trong tim. Một lượng nhỏ chất phóng xạ được tiêm vào máu của bạn. Thiết bị có thể phát hiện chất phóng xạ khi nó chảy qua tim và phổi của bạn.

Thông tim (chụp động mạch vành):Khi thực hiện thủ thuật này, một loại thuốc cản quang sẽ được tiêm vào trong động mạch của tim thông qua một loại ống dài và mỏng (ống thông). Khi thuốc cản quang này lắp đầy bên trong động mạch thì và  những động mạch này sẽ nhìn thấy được trên X-quang và băng video, cho thấy các khu vực bị tắc nghẽn.

Đối với ngưng tim đột ngột, cần những hành động tức thời để cứu sống bệnh nhân.

Hồi sức tim phổi ngay lập tức là vô cùng quan trọng để điều trị ngưng tim đột ngột. Bằng cách duy trì dòng máu giàu oxy đi đến các cơ quan quan trọng trong cơ thể, hồi sức tim phổi có thể duy trì sự sống của các cơ quan đến khi đội ngũ cấp cứu chuyên nghiệp có mặt.

Nếu bạn không biết CPR và một ai đó gần bạn đột nhiên bất tỉnh ngã xuống, hãy gọi 114 hoặc trung tâm cấp cứu gần nhất để nhận được sự trợ giúp. Sau đó, nếu người đó thở không bình thường, hãy bắt đầu ép tim thật mạnh và nhanh lên ngực của người đó – với tần số từ 100 đến 120 lần mỗi phút. Đồng thời hãy để ngực nâng lên hoàn toàn giữa các lần ép. Thực hiện điều này cho đến khi có máy khử rung tim ngoài tự động hoặc nhân viên cấp cứu đến.

Điều trị rung thất (một dạng rối loạn nhịp có thể gây nên ngưng tim đột ngột) thường dùng một dòng điện để sốc tim qua thành ngực. Thủ thuật này, được gọi là khử rung, sẽ ngưng tim trong tích tắc và ngừng rối loạn nhịp. Điều này thường cho phép nhịp tim bình thường trở lại.

Thiết bị khử rung được lập trình để nhận ra rung thất và sốc điện chỉ khi nó được cho phép. Những thiết bị khử rung cầm tay dần xuất hiện tại nhiều nơi công cộng. Chẳng hạn như: sân bay, trung tâm mua sắm, casino, câu lạc bộ sức khoẻ, trung tâm người cao tuổi.

Một khi bạn đến phòng cấp cứu, nhân viên y tế sẽ bắt đầu ổn định tình trạng của bạn và điều trị cơn đau tim, suy tim hoặc rối loạn điện giải. Bạn có thể sẽ được cho dùng thuốc để ổn định nhịp tim.

Sau khi bạn hồi phục, bác sĩ sẽ thảo luận với bạn hoặc gia đình bạn về những xét nghiệm khác có thể xác định nguyên nhân gây ngưng tim đột ngột. Bác sĩ của bạn cũng sẽ thảo luận với bạn về lựa chọn điều trị dự phòng để làm giảm nguy cơ của một cơn ngưng tim khác.

Sống một lối sống lành mạnh cho trái tim của bạn bằng những hành động:

Không hút thuốc lá

Đạt được và duy trì trọng lượng ở mức được khuyến cáo

Nếu bạn uống rượu, hãy uống một cách điều độ – Không quá một ly mỗi ngày đối với phụ nữ và nam giới trên 65 tuổi, và không quá hai ly mỗi ngày đối với nam giới trẻ tuổi

Duy trì hoạt động thể chất

Kiểm soát những căng thẳng trong cuộc sống, giữ cho tinh thần được thoải mái

Nếu bạn đang có những triệu chứng vừa nêu trên hoặc đang mắc bệnh tim, hãy chăm sóc bản thân bằng cách theo dõi sức khỏe định kỳ. Hi vọng qua bài viết của ThS.BS Vũ Thành Đô đã giúp các bạn nắm được những thông tin về bệnhngưng tim đột ngột. Đồng thời, hiểu đúng về nhóm đối tượng nguy cơ để có thể lên chiến lược bảo vệ sức khỏe cho gia đình và chính bản thân.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ngo-doc-thuc-pham/

Nội dung bài viết

Nhận biết triệu chứng ngộ độc thực phẩm

Phải xử trí như thế nào khi bị ngộ độc thực phẩm?

Ngộ độc thực phẩm, hay còn gọi là trúng thực, có nghĩa là bạn đã ăn phải, uống phải thực phẩm nhiễm bẩn hay nhiễm độc… Ngộ độc thực phẩm nặng có thể dẫn tới tử vong. Ngộ độc nhẹ cũng gây mệt mỏi cả về thể chất và tinh thần cho người bệnh. Vì vậy, bài viết này của bác sĩ Nguyễn Trung Nghĩa sẽ cung cấp những hiểu biết cần thiết giúp bạn phòng tránh ngộ độc thực phẩm và đảm bảo an toàn cho bản thân và gia đình.

Bạn cần nghĩ đến nguy cơ bịngộ độc thực phẩmtrong các tình huống sau đây:

Mới ăn xong và khó chịu ngay sau đó.

Có từ hai người trở lên có biểu hiện triệu chứng bệnh tương tự nhau sau khi cùng sử dụng một loại thực phẩm nào đó. Trong khi đó những người không ăn thì vẫn bình thường.

Quan sát thực phẩm thừa thấy có biểu hiện nghi ngờ, như ôi thiu, có mùi lạ, xuất hiện giun sán.

Triệu chứng ngộ độc sẽ xuất hiện sau vài phút đến vài ngày sau khi ăn phải thức ăn bẩn. Tùy theo người bệnh ăn phải thức ăn hư hỏng ở mức độ nào mà các triệu chứng có thể từ nhẹ đến nặng. Biểu hiện phổ biến nhất có thể kể đến:

Sốt.

Đau đầu.

Tiêu chảy.

Đau bụng quằn quại.

Buồn nôn, nôn mửa.

Các biểu hiện nguy hiểm của ngộ độc thực phẩm:

Mất nước.

Nhiễm trùng.

Rối loạn thần kinh: nhìn mờ, nhìn một thành hai, nói khó, giọng nói ngọng, tê liệt cơ, co giật, đau đầu, chóng mặt.

Rối loạn tim mạch:tụt huyết áp, loạn nhịp tim, khó thở.

Có lẫn máu hoặc chất nhầy trong phân.

Tiểu ít (dấu hiệu suy thận).

Đau ở các vị trí khác ngoài bụng (như ngực, cổ, hàm, họng).

Người có sức đề kháng của cơ thể kém cần đặc biệt lưu ý thăm khám kỹ lưỡng để được điều trị kịp thời. Các đối tượng này bao gồm:

Trẻ em dưới 2 tuổi, người cao tuổi.

Dùng các thuốc gây ức chế miễn dịch (thường dùng trong bệnh về khớp, ung thư, dị ứng).

Người bịsuy dinh dưỡng, mắc bệnhdạ dàytá tràng, bệnhgan, rối loạn sắc tố.

Khi thấy chính mình hoặc người thân, người xung quanh đang có các triệu chứng củangộ độc thực phẩmnhư trên, cần bình tĩnh thực hiện tuần tự các bước sơ cứu sau đây:

Biện pháp sơ cứu ngộ độc đầu tiên là kích thích để người bị ngộ độc nôn những thức ăn đang ở trong dạ dày ra ngoài. Điều này giúp hạn chế độc tố từ thức ăn ngấm vào cơ thể.

Có thể rửa sạch tay rồi đặt vào lưỡi người bệnh để kích thích gây nôn. Bệnh nhân nôn càng nhiều thức ăn ra càng tốt. Trong lúc tiến hành gây nôn, cần đặt người bệnh nằm nghiêng, phần đầu kê hơi cao để chất thải khi nôn ra không bị trào ngược vào phổi.

Đặc biệt lưu ý: khi người bệnh đã hôn mê thì không được kích thích nôn vì dễ gây sặc, ngạt thở.

Sau khi bệnh nhân nôn và đi ngoài liên tục thì cơ thể sẽ bị mất nhiều nước. Vì vậy, cần tiến hành bù nước cho người bệnh. Có thể sử dụng nước lọc hoặc dung dịchOresolđể bù lượng nước mất đi. Đơn giản chỉ cần cho uống nhiều nhất có thể.

Mặc dù đã tiến hành sơ cứu ban đầu, nhưng chắc chắn đã có một lượng chất độc hay vi khuẩn thấm vào người. Thế nên, bệnh có thể diễn tiến nặng hơn bất kỳ lúc nào. Cần đưa bệnh nhân đến khám tại cơ sở y tế để được chẩn đoán và theo dõi phù hợp.

Các động tác khác nên làm khi phát hiện và sơ cứu khi bịngộ độc thực phẩm:

1. Giữ lại mẫu thực phẩm nghi ngờ:

Lưu lại thông tin nhãn mác, ngày giờ sản xuất, nấu ăn, phân phối thực phẩm. Nếu có thể, hãy lưu lại chất nôn từ người bệnh. Điều này hỗ trợ cho việc xác định nguyên nhân gây ra ngộ độc.

2. Trường hợp có nhiều người cùng bị ngộ độc thực phẩm:

Càng sớm càng tốt, hãy thông báo đến cơ sở y tế gần nhất, cơ quan y tế dự phòng hoặc chính quyền địa phương nơi xảy ra vụ việc. Các cơ sở y tế này cần biết để kịp thời chuẩn bị nhân lực đối phóngộ độc thực phẩmhàng loạt. Các cơ quan chức năng có thể thông báo và ngăn chặn ngộ độc tiếp tục lan rộng.

Cần lưu ý các trường hợp ngộ độc thực phẩm nặng sau, cần sự can thiệp ngay lập tức của nhân viên y tế:

Phân có máu.

Sốt cao (nhiệt độ trên 38℃, đo bằng nách).

Nôn quá nhiều (có thể dẫn đến mất nước).

Dấu hiệu mất nước, bao gồm ít hoặc không đi tiểu, miệng và cổ họng rất khô hoặc cảm thấy chóng mặt khi đứng lên.

Tiêu chảy kéo dài hơn 3 ngày.

Trong cuộc sống hiện đại, ngộ độc thực phẩm là bệnh phổ biến. Ai ở lứa tuổi nào cũng có thể bị. Đa số trường hợp bệnh tự khỏi, nhưng có khi nặng đến mức gây tử vong. Mỗi người cần có được hiểu biết về các dấu hiệungộ độc thực phẩmnặng cũng như cách sơ cứu đúng để có thể bảo vệ sức khỏe cho mình và người thân. Hãy để lại câu hỏi hoặc tìm hiểu thêm các thông tin về tình trạng này trên YouMed, bạn nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ngu-mo-khong-day-duoc/

Nội dung bài viết

Thế nào là ngủ mơ không dậy được?

Nguyên nhân gây ngủ mơ không dậy được

Phân biệt với hội chứng liệt khi ngủ

Cách cải thiện vấn đề ngủ mơ không dậy được

Bạn thấy mình thức dậy rời khỏi giường như thường lệ. Sau đó, vệ sinh cá nhân và bắt đầu một bữa sáng ngon lành. Nhưng rồi bạn lại phát hiện bản thân mình vẫn còn đang nằm trên giường. Liệu bạn có thắc mắc về vấn đề này không? Thực chất, đây rất có thể là hiện tượng ngủ mơ không dậy được. Vậy hiện tượng này cụ thể là gì? Có cách nào để cải thiện không? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Nguyễn Trung Nghĩa. Mời bạn cùng tìm hiểu nhé.

Khi hiện tượng ngủ mơ và không thức dậy được xảy ra. Nó sẽ khiến cho người ngủ tin rằng mình vừa thức dậy. Trong khi sự thật là họ vẫn còn đang ngủ. Hiện tượng này thường xảy ra trong giai đoạn chuyển động mắt nhanh (REM). Đây là giai đoạn ngủ gắn chặt nhất với những giấc mơ.1

Dưới đây là các hoạt động người mơ thường nhìn thấy khi gặp hiện tượng này:2

Thấy mình thức dậy và sẵn sàng cho ngày mới.

Thấy mình thức dậy vào nửa đêm và đi vào phòng tắm hoặc nhà bếp. Sau đó lại quay trở về giường.

Thấy mình đi khám phá hoặc lang thang trong một nơi mình luôn mơ ước.

Thấy mình suy nghĩ về một giấc mơ mình vừa trải qua trước khi hiện tượng ngủ mơ không tỉnh dậy được xảy ra; với một niềm tin rằng bây giờ mình đã tỉnh.

Ngược lại với những giấc mơ thông thường. Nội dung của giấc mơ trong hiện tượng ngủ mơ không thức dậy được thường rất sống động và chân thật. Tuy nhiên, bối cảnh có thể có những chi tiết nhỏ khác biệt. Chẳng hạn như có một bóng tối kỳ lạ, đèn không bật,… Và phải mất đến một lúc sau đó, bạn mới nhận ra rằng mình đang mơ.3

Các nhà nghiên cứu đã chỉ ra rằng trong hiện tượng ngủ mơ không dậy này. Người mơ vẫn giữ được ý thức ở một mức nhất định. Cụ thể, họ vẫn ý thức được rằng mình vừa đang ở trong thực tế và cả trong giấc mơ.Họ cũng có thể có cảm giác khó chịu vì biết có điều gì đó không đúng nhưng họ không hoàn toàn nhận thức được rằng họ đang mơ.4

Một số chuyên gia tin rằng hiện tượng này xảy ra khi giai đoạn REM bị gián đoạn.Đây là hiện tượng giấc ngủ bị cắt khúchay còn gọi là giấc ngủ bị chia cắt. Khi giai đoạn REM bị gián đoạn, người ta vẫn có thể giữ tỉnh táo một phần nào đó ngay cả khi họ ở trong trạng thái đang mơ.56

Nguyên nhân của hiện tượng giấc ngủ bị cắt khúc bao gồm:

Nhữngrối loạn giấc ngủthường gặp như mất ngủ, hội chứng ngưng thở khi ngủ và chứng ngủ rũ.

Mất ngủlà việc khó đi vào giấc ngủ hoặc ngủ không sâu. Trong khihội chứng ngưng thở khi ngủlà tình trạng ngưng thở khi ngủ kéo dài và liên tục lặp lại có tính chu kỳ. Cònchứng ngủ rũthể hiện một nhu cầu ngủ quá mức. Do khả năng điều hòa giấc ngủ tạibộ nãođang gặp trục trặc. Bạn có thể rơi vào giấc ngủ bất kể thời gian nào.

Tất cả những rối loạn trên đều ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ. Do đó, nó có thể gây ra những gián đoạn nhỏ đến giai đoạn REM và thúc đẩy trạng thái ngủ mơ không thức giấc được.6

Xem thêm:Bệnh nhân mắc bệnh ngủ rũ cần biết những gì trước khi đi khám?

Khi tiếng ồn, ánh đèn sáng hay những yếu tố khác tác động đến bạn lúc bạn đang ngủ có thể sẽ không làm bạn thức dậy hoàn toàn. Tuy nhiên, chúng có thể làm gián đoạn giấc ngủ của bạn.67

Đây là hội chứng làm cho chuyển động chân bị co giật, chuột rút một cách đột ngột, không chủ ý. Và lặp đi lặp lại ở một người khi họ đang ngủ. Hiện tượng này sẽ làm gián đoạn giấc ngủ một cách đáng kể.68

Chứng tê liệt khi ngủ thường xảy ra khi bạn chuyển từ trạng thái giấc ngủ cử động mắt nhanh (REM) sang trạng thái thức tỉnh. Lúc này, não của bạn đã thức dậy nhưng các cơ tạm thời không cử động được.

Sự khác biệt quan trọng giữa chứngngủ mơ không dậy đượcvà chứng tê liệt khi ngủ là tình trạng liệt khi ngủ xảy ra khi bạn đã tỉnh và không hề có bất kỳ giấc mơ nào. Đồng thời chứng liệt khi ngủ diễn ra lúc cơ thể bạn vẫn cảm nhận được môi trường xung quanh. Ngoài ra, chứng liệt khi ngủ có thể kèm với những ảo giác như là có ai đó trong phòng, hoặc giữ bạn ở chặt trên giường.7

Tuy vậy, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng những người gặp hiện tượng liệt khi ngủ cũng thường gặp phải tình trạng ngủ mơ không tỉnh giấc được và ngược lại.

Một tin vui là vấn đề này không gây ra bất kỳ một bệnh lý nào quá nghiêm trọng. Không có bằng chứng nào cho thấy chúng ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tinh thần. Do đó, bạn không nên quá lo ngại về nó.7

Tuy nhiên, khi thấy hiện tượng này đi kèm với các triệu chứng như: Khó đi vào giấc ngủ hoặc ngủ không sâu giấc, mệt mỏi hoặc kiệt sức sau vài giờ trên giường, ngủ ngày, gặpác mộngthường xuyên. Bạn nên đến gặp bác sĩ để được tư vấn và điều trị.7

Cải thiện giấc ngủ có thể giúp giảm tần suất hiện tượng ngủ mơ không thức dậy được. Dưới đây là một số gợi ý chung để có giấc ngủ ngon hơn:7

Tắt điện thoại và các thiết bị điện tử khác ít nhất 1 giờ trước khi đi ngủ.

Ngủ đủ theo nhu cầu của bản thân.

Dành một chút thời gian để thư giãn trước khi đi ngủ.

Xem thêm:Ngủ bao nhiêu là đủ trong từng giai đoạn cuộc đời?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ngu-ngay-gap-ngay-cang-nhieu-co-that-su-vo-hai/

Nội dung bài viết

Ngủ ngáy: Hiện tượng này do đâu?

Yếu tố nào gây ra ngủ ngáy?

Ngủ ngáy có nguy hiểm hay không?

Làm cách nào để chữa ngủ ngáy hiệu quả?

Ngủ ngáy là một hiện tượng phổ biến, có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Nhiều người cho rằng ngủ ngáy là hoàn toàn bình thường, không hề ảnh hưởng đến sức khỏe. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chứng minh triệu chứng này không vô hại  mà có liên quan đến những vấn đề sức khỏe. Do vậy, chúng ta nên nhận thức đúng đắn về những nguyên nhân, tác hại của hiện tượng này. Qua đó kịp thời phát hiện và chữa trị.

Tiếng ngáy thật ra không phải là âm thanh phát ra từ mũi. Mà đó là âm thanh từ sự chuyển động và rung lên của các phần mềm ở thành sau họng. Hay nói đúng hơn là từ thành sau đường thở trong lúc ngủ. Những thành phần tạo nên chúng bao gồm: lưỡi gà, lưỡi, thành bên hầu, và khẩu cái mềm. Trong khi ngủ, không khí đi qua vùng họng hẹp ở phía sau. Chúng làm các mô mềm xung quanh rung lên, tạo ra tiếng ngáy.

Xem thêm:Bác sĩ mách bạn 9 cách dễ ngủ cực hiệu quả

Ngủ ngáy là hiện tượng khá phổ biến. Có nhiều yếu tố dẫn đến hiện tượng này, bao gồm:

Đây được xem là một yếu tố làm xuất hiện tiếng ngáy. Càng lớn tuổi, trương lực cơ càng yếu đi. Điều này dẫn đến các mô mềm được thả lỏng, gây hẹp đường thở dẫn đến ngáy.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam giới ngáy ngủ nhiều hơn nữ giới. Lý do có thể là do nam giới lúc sinh ra có đường thở hẹp hơn so với nữ.

Có sự liên quan chặt chẽ giữa tăng cân và ngủ ngáy. Khi tăng cân, các mô mỡ vùng cổ và quanh đường thở tăng lên, chèn ép vào đường thở. Điều khiến cho không khí khó lưu thông, do vậy dễ gây ra tiếng ngáy.

Nghiên cứu nói rằng nhiều người chỉ ngáy khi họ nằm ngửa. Điều này là do khi nằm ngửa, lưỡi và hàm miệng bị tụt ra phía sau vào cổ họng, gây hẹp đường thở.

Rượu có tác dụng an thần và giảm đau. Ngoài ra, rượu còn có tác dụng dãn cơ. Trong đó có cơ xung quanh đường thở, làm chèn ép đường thở, gây ra ngáy.

2. Thuốc

Có một vài loại thuốc, trong đó có thuốc an thần vàthuốc ngủ, cũng có tác dụng tương tự rượu.

3. Hút thuốc

Khói thuốc lá là nguyên nhân gây nhiều bệnh lý khác nhau. Trong đó có ngáy ngủ. Khói thuốc gây kích thích đường thở, gây sưng viêm và tiết nhiều chất nhày. Kết quả là đường thở hẹp lại và gây ra tiếng ngáy.

Ngoài ra còn có các nguyên nhân gây hẹp đường thở khác cũng dẫn đến hiện tượng ngáy ngủ bao gồm:polyp mũi, phẫu thuật vùng mũi, biến dạng mũi như lệch vách ngăn, viêm mũi,viêm xoang,…

Ngáy ngủ có thể là dấu hiệu gợi ý chứng ngưng thở khi ngủ. Đó là tình trạng gián đoạn hô hấp thường xuyên khi ngủ do sự tắc nghẽn đường thở, kéo dài nhiều giây, thậm chí vài phút, gây thức giấc và thiếu oxy khi ngủ.

Hơn thế, nếu ngưng thở nghiêm trọng, sẽ liên quan đến các vấn đề tim mạch. Ví dụtăng huyết áp, nguy cơnhồi máu cơ tim…

Ngáy ngủ làm gián đoạn hô hấp gây thức giấc. Chúng dẫn đến tình trạng mất ngủ và mệt mỏi, ảnh hưởng lớn đến học tập và làm việc.

Chữa ngáy ngủ có nhiều cách, tùy thuộc vào nguyên nhân gây ra:

Nếu một người thừa cân, giảm cân có thể giúp họ giảm ngáy ngủ. Khi lượng mỡ cơ thể giảm đi thì lượng mỡ thừa ở cổ và quanh đường thở cũng giảm, do đó việc hít thở sẽ dễ dàng hơn khi ngủ. Việc giảm cân cũng cải thiện chứng ngưng thở khi ngủ.

Hạn chế rượu là biện pháp tốt để cải thiện ngáy ngủ. Tuy nhiên, nếu người bệnh vẫn còn sử dụng rượu thì nên uống cách thời gian đi ngủ ít nhất 3 giờ.

Có nhiều lý do để khẳng định rằng không hút thuốc là lựa chọn thông minh. Ngưng tiếp xúc khói thuốc giúp cải thiện tình trạng tắc nghẽn đường thở và giảm đàm nhớt, từ đó giúp khí lưu thông dễ dàng.

Nếu người bệnh đang mắc phải tình trạng viêm mũi, họ nên dùng thuốc xịt mũi để cải thiện tình trạng tiết đàm nhày. Từ đó cải thiện tình trạng ngáy ngủ.

Nằm ngửa có thể là nguyên nhân gây ra tình trạng ngáy, nếu có thể, người bệnh nên thử thay đổi tư thế sang nằm nghiêng.

Áp dụng cho các trường hợp ngáy ngủ do nguyên nhân về giải phẫu. Ví dụ: polyp mũi, lệch vách ngăn mũi,…

Hạn chế sử dụng thuốc an thần, thuốc ngủ khi không thật sự cần thiết.

Ngủ ngáycó nhiều nguyên nhân khác nhau, do đó cần được xem xét một cách thận trọng. Cách chữa trị hiệu quả nhất chính là phối hợp cùng các chuyên gia để tìm ra nguyên nhân chính xác và điều trị đúng đắn. Do vậy, khi gặp vấn đề sức khỏe liên quan để ngủ ngáy, người bệnh cần đến các cơ sở y tế để được tư vấn, và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ngua-duong-vat/

Nội dung bài viết

Bạn đang gặp tình trạng ngứa dương vật?

Nguyên nhân của tình trạng ngứa dương vật là gì?

Phải làm gì khi bị ngứa dương vật?

Một số tip giúp bạn giảm triệu chứng ngứa dương vật

Làm thế nào để ngăn ngừa những triệu chứng ngứa dương vật?

Có thể nói ngứa dương vật là một tình trạng khá phổ biến đối với cánh mày râu. Ngứa dương vật, nhất là phần đầu có thể mang lại nhiều phiền toái trong cuộc sống hàng ngày. Hãy cùng đồng hành trong bài viết sau của ThS.BS Trần Quốc Phong để tìm hiểu nguyên nhân và cách điều trị triệu chứng ngứa dương vật này nhé!

Ngứa dương vật là một vấn đề gây ra nhiều khó chịu. Thông thường, triệu chứng ngứa sẽ tập trung ở phần đầu dương vật. Nhưng đây không phải là tình trạng hiếm gặp. Những triệu chứng khác có thể đi kèm khi bịngứa dương vậtlà:

Sưng.

Đau.

Da khô, bong tróc.

Phát ban trên da.

Vết mụn nhọt, mụn nước trên da.

Tiết dịch bất thường.

Tiều đau, tiểu khó.

Đau khi quan hệ tình dục.

Rất nhiều nguyên nhân có thể gây nên tình trạngngứa dương vật. Việc xác định được nguồn gốc của sự khó chịu này sẽ rất cần thiết để giúp bác sĩ tìm ra một phương pháp điều trị hiệu quả.

Nguyên nhân gây nên ngứa, nhất là phần đầu dương vật có thể chia thành hai nhóm chính. Đó là nhóm nguyên nhân liên quan đến tình dục và không liên quan đến tình dục.

Nhiều loại tác nhân gây bệnh khác nhau gây nên bệnh lây truyền qua đường tình dục đã được xác nhận. Các bác sĩ đã xác nhân được hơn 20 loại tác nhân. Sau đây là một số tác nhân thường gặp:

Có hai chủng chính, HSV- 1 và HSV – 2 . HSV – 1 chủ yếu gây mụn rộp ở miệng. Trong khi đó, HSV – 2 chủ yếu gây gây mụn rộp sinh dục. Triệu chứng phổ biến nhất củaHerpes sinh dụclà vết loét phồng rộp. Trong trường hợp mụn rộp sinh dục, những vết loét này phát triển trên hoặc xung quanh bộ phận sinh dục khiến cho dương vật bị ngứa.

Bệnhgiang maithường không có biểu hiện rõ ràng trong giai đoạn đầu nên ít được phát hiện. Triệu chứng đầu tiên xuất hiện là một vết loét tròn nhỏ. Nó có thể phát triển trên bộ phận sinh dục, hậu môn hoặc miệng. Nó không đau nhưng rất dễ lây nhiễm. Các triệu chứng sau đó có thể bao gồm: phát ban, mệt mỏi, sốt, đau đầu, đau khớp, giảm cân, rụng tóc.

Nhiều người mắc bệnh lậu phát triển không có triệu chứng. Các triệu chứng có thể bao gồm: xuất hiện chất dịch màu trắng, vàng, màu be hoặc màu xanh lá cây từ đầu dương vật, đau hoặc khó chịu trong quan hệ tình dục hoặc đi tiểu, đi tiểu nhiều lần hơn bình thường, ngứa xung quanh bộ phận sinh dục, viêm họng.

HIVcó thể làm hư hại hệ thống miễn dịch và làm tăng nguy cơ nhiễm các loại virus hoặc vi khuẩn khác và một số bệnh ung thư

Những sinh vật này thích xâm nhập vùng tối và có độ ẩm cao (vùng sinh dục) cũng có thể gây ra các triệu chứng ngứa dữ dội.

Đây là một bệnh tự miễn gây nên sự bong tróc da, hình thành những mảng nhỏ, màu đỏ trên dương vật. Da của bạn có thể có vảy, hoặc bóng, và bạn có thể bị ngứa hoặc đau nhức. Nguyên nhân chính xác của bệnh vảy nên hiện nay chưa được xác định.

Bệnh chàmgây nên tình trạng phát ban, ngứa, bong tróc da. Tình trạng phát ban này có thể xuất hiện ở bất cứ nơi nào trên cơ thể của bạn, bao gồm cả dương vật. Theo một thống kê cho thấy, khoảng 31,6 triệu người ở Hoa Kỳ mắc bệnh chàm.

Bạn có thể bị kích thích, nổi mẩn đỏ trên dương vật do bịdị ứng. Một số hóa chất được tìm thấy trong xà bông, nước hoa, chất diệt tinh trùng có thể là nguyên nhân. Hoặc bạn có thể nhạy cảm với thành phần được tìm thấy trong bao cao su.

Đây là một tình trạng gây viêm da dẫn đến tình trạng dương vật bị ngứa. Các triệu chứng khác đi kèm bao gồm:

Đỏ.

Sưng tấy.

Phát ban.

Đau.

Chảy mủ có mùi hôi.

Viêm quy đầuthường gặp ở những người đàn ông hoặc bé trai đã được cắt bao quy đầu và thực hiện vệ sinh kém. Nguyên nhân của viêm quy đầu có thể là:

Nhiễm trùng.

Dị ứng.

Những vấn đề về da mãn tính.

Một tình trạng bệnh tiềm ẩn khác, ví dụ như đái tháo đường..

Nấm có thể gây nên tình trạng ngứa, phát ban dạng đốm ở dương vật của bạn. Bạn cũng có thể trải qua cảm giác bỏng rát hoặc nhận thấy một chất trắng dày ở vùng sinh dục.

Loại nấm gây ra hầu hết các tình trạng nhiễm nấm là loại Candida albicans. Khi bị nhiễm nấm, bạn sẽ được bác sĩ bằng các thuốc kháng nấm. Trong một số trường hợp, chúng có thể dẫn đến viêm quy đầu.

Bất kì hoạt động gây ra ma sát trên dương vật đều có thể gây đỏ và đau. Mặc quần áo bó sát có thể dẫn đến trầy da. Quan hệ tình dục và thủ dâm cũng có thể gây ra nhiều sự cọ xát, có thể gây nên tình trạng kích ứng.

Lichen xơ hóa là một tình trạng hiếm gặp, thường ảnh hưởng đến vùng sinh dục và hậu môn của cơ thể. Nó có thể khiến da vùng dương vật trở nên loang lổ, trắng. Bạn cũng có thể cảm thấy bị đỏ, ngứa, đau, phồng rộp, hoặc chảy máu ở khu vực bị bệnh.

Nhìn chung, lichen xơ hóa thường ảnh hưởng đến phụ nữ mãn kinh. Tuy nhiên nó cũng có thể ảnh hưởng đến nam giới, đặc biệt là những bé trai hoặc nam giới không bị cắt bao quy đầu. Nguyên nhân gây nên bệnh lechen xơ hóa hiện chưa được biết chính xác.

Mặc dùnhiễm trùng tiểuphổ biến hơn ở nữ giới, nhưng nam giới cũng có thể bị nhiễm trùng tiểu. Tình trạng nhiễm trùng tiểu xảy ra khi vi khuẩn tích tụ trong đường tiểu của bạn.

Nếu bị nhiễm trùng tiểu, bạn có thể trải qua các triệu chứng tiểu khó, cảm thấy buốt rát hoặc ngứa ran trong hoặc ngay sau khi đi tiểu. Điều trị bằng kháng sinh có thể giúp loại bỏ tình trạng nhiễm trùng này.

Nếu bạn cảm thấyngứa dương vậthoặc khó chịu ở vùng đầu, bạn nên tới gặp bác sĩ của bạn để được thăm khám và điều trị đúng cách. Bạn nên báo với bác sĩ để được khám ngay nếu có các dấu hiệu sau:

Sốt.

Đau lưng hoặc đau ở bên hông (đau sườn)

Có dịch hoặc chất tiết từ dương vật của bạn

Đây có thể là những dấu hiệu của nhiễm trùng nghiêm trọng cần được chăm sóc ngay lập tức. Dựa trên những than phiền và triệu chứng của bạn, bác sĩ có thể cho bạn làm một số xét nghiệm. Ví dụ như:

Kiểm tra nước tiểu xem có bị nhiễm trùng tiểu hay không.

Thu thập các tế bào da vùng dương vật để xác định vi khuẩn, nấm men hay các vi sinh vật khác.

Từ đó, bác sĩ mới có thể xác định được đúng nguyên nhân gây nên tình trạng ngứa và điều trị mới hiệu quả. Bác sĩ có thể kê toa một số loại thuốc như kháng sinh, kem steroid tại chốc, thuốc chống nấm.

Ngoài ra, bạn cũng có thể giảm bớt những triệu chứng ngứa hay kích ứng tại nhà bằng một số mẹo sau:

Kem dưỡng ấm, kem chống ngứa: Bạn nên tìm kiếm những loại kem chuyên dụng cho vùng dương vật.

Tắm muối: tắm muối có thể giúp giảm ngứa, khó chịu.

Chườm mát: Chườm mát bằng đá hoặc những dụng cụ làm mát khác có thể làm giảm triệu chứng ngứa, kích thích. Bạn nên bọc đá trong một chiếc khăn ẩm hoặc dụng cụ chuyên dụng trước khi chườm lên dương vật để tránh bỏng lạnh.

Kiêng quan hệ tình dục: tránh quan hệ tình dục và các hoạt động khác có thể làm nặng thêm vùng da xung quanh dương vật của bạn.

Mặc dù những biện pháp này có thể tạm thời làm giảm tình trạng ngứa hay kích ứng, nhưng điều quan trọng là bạn cần tới gặp bác sĩ của mình để được chẩn đoán và điều trị.

Thật vậy, phòng bệnh hơn chữa bênh. Để ngăn ngừa những triệu chứng ngứa hay kích ứng vùngdương vật, bạn có thể thực hiện những phương pháp đơn giản sau tại nhà:

Vệ sinh vùng cơ quan sinh dục sạch sẽ hàng ngày, không sử dụng những chất gây kích ứng da.

Lau khô vùng sinh dục trước khi mặc quần áo. Tránh để vùng sinh dục bị ẩm ướt. Mặc quần áo thoáng khí xung quanh khu vực sinh dục.

Rửa tay trước và sau khi sử dụng phòng tắm.

Rửa và lau khô dương vật của bạn sau khi quan hệ tình dục hoặcthủ dâm.

Nếu bạn khôngcắt bao quy đầu, hãy kéo bao quy đầu xuống. Và rửa vùng da xung quanh đầu dương vật và dưới bao quy đầu ít nhất hai lần mỗi ngày.

Sử dụng chất bôi trơn và bao cao su trong khi hoạt động tình dục để bảo vệ bản thân khỏi bị kích thích và nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục.

Tóm lại, triệu chứngngứa dương vậtcó thể xuất phát từ những nguyên nhân rất đơn giản. Bạn có thể xử lí tại nhà nhưng cũng có thể là dấu hiệu của những bệnh lí nghiêm trọng. Bạn hoàn toàn có thể phòng ngừa bằng những biện pháp đơn giản. Hy vọng bài viết cung cấp được những thông tin hữu ích về những triệu chứng ngứa dương vật ở nam giới.

Bạn đang lo lắng liệu kích thước chuối của mình có quá bé? Khám phá ngay video dưới đây để tìm hiểu bí quyết tăng kích thước chuối từ bác sĩ nhé!

Biên tập bởi:ThS.BS Trần Quốc Phong

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ngua-vung-kin/

Nội dung bài viết

Tổng quan về triệu chứng ngứa vùng kín

Nguyên nhân gây ngứa vùng kín

Triệu chứng ngứa vùng kín

Cách xử lý ngứa vùng kín tại nhà

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán và điều trị ngứa âm đạo

Cách phòng ngừa tình trạng ngứa vùng kín

Ngứa vùng kín là dấu hiệu thường gặp ở cả nam lẫn nữ. Tình trạng ngứa có thể đi kèm với các triệu chứng khác tùy theo nguyên nhân gây bệnh. Nguyên nhân phổ biến nhất thường là do mắc các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục. Hoặc mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Hoặc đơn giản chỉ là ngứa do kích ứng thông thường. Trong bài viết dưới đây, Thạc sĩ, Bác sĩ Sản phụ khoa Trần Minh Quang sẽ đề cập tổng quan về tình trạng này và một số nguyên nhân thường gặp.

Ngứa (pruritus hay itching) là một triệu chứng thường gặp trong các bệnh lý về da. Đó là cảm giác khiến bạn thấy khó chịu và muốn gãi. Hầu hết mọi người đều đã từng trải qua cảm giác này. Ngứa có thể ảnh hưởng đến bất kỳ khu vực nào trên cơ thể. Nó có thể là:1

Toàn thể – ngứa hầu như ở khắp toàn bộ cơ thể.

Khu trú – chỉ ngứa ở một nơi, một vùng nào đó trên cơ thể.

Ngứa là hiện tượng không chỉ gặp trong các bệnh lý về da mà còn gặp trong rất nhiều bệnh lý khác. Như bệnh lý hệ thống các cơ quan khác trong cơ thể (gan,thận, máu, nội tiết), bệnh lý thần kinh hoặc các rối loạn về tâm lý.

Đôi khi, ngứa có thể đi kèm với triệu chứng khác. Chẳng hạn như phát ban, nổi mụn nước ở vùng bị ngứa… Các tình trạng ngứa này thường nhẹ, diễn ra trong thời gian ngắn gọi là cấp tính. Nhưng đôi khi tình trạng ngứa có thể nghiêm trọng kéo dài (trên 6 tuần) gọi là mạn tính, khiến người bệnh khó chịu, gây ảnh hưởng đến đời sống sinh hoạt.1

Có 4 cơ chế gây ngứa:2

Da liễu – Cơ chế này thường được gây ra bởi các quá trình viêm hoặc bệnh lý (ví dụ:nổi mề đay,eczema).

Toàn thân: Cơ chế này liên quan đến các bệnh của các cơ quan khác ngoài da. Ví dụ tình trạng ứ mật trong gan có thể gây ngứa.

Bệnh thần kinh: Cơ chế thần kinh liên quan đến bệnh lý hệ thần kinh trung ương hoặc ngoại vi.

Tâm thần: Cơ chế này có liên quan đến các tình trạng tâm thần.

Ngứa vùng kínlà vấn đề hay gặp phải ở cả nam lẫn nữ. Như đã nói ở trên, ngứa có thể diễn ra trong thời gian ngắn nhưng ngứa ở vùng kín thường gây ra nhiều khó chịu. Nhất là khi bạn phải đi làm, đi ra ngoài, đến văn phòng hay tham dự sự kiện thì việc thường xuyên ngứa vùng kín một vấn đề lớn.3

Bộ phận sinh dục là nơi nhạy cảm nhất của cơ thể. Ngứa vùng này thường xảy ra do nhiễm trùng nấm men, chất gây kích ứng, viêm đường sinh dục, bệnh ngoài da hoặc do chọn dao cạo lông vùng kín kém chất lượng.3

Ở nữ giới, dấu hiệu này thường do mắc các bệnh lý phụ khoa. Nếu bạn gặp phải tình trạng ngứa kèm dấu hiệu vùng kín có mùi hôi và đau rát khi quan hệ, thì có thể bạn đang mắc một số bệnh phụ khoa.

Đối với nam giới, ngứa ở vùng cơ quan sinh dục thường liên quan đến cách vệ sinh hàng ngày và tình trạng mắc cácbệnh lây truyền qua đường tình dục.

Đây là nguyên nhân phổ biến gây ngứa ở vùng kín. Đa phần những người tự tẩy lông mu bị ngứa bộ phận sinh dục ít nhất một lần trong đời. Vì việc làm này có thể tạo ra những vết rách li ti trên da và gây viêm nang lông. Điều này dẫn đến tình trạnglông mọc ngược, tổn thương da hoặc nổi những mụn nhỏ ở vùng mu gây ngứa.

Đây là một phản ứng chậm xảy ra trên da. Và thường xảy ra sau khi bạn tiếp xúc với dị nguyên mà bạn bị dị ứng. Tình trạng này thường gây ra mẩn ngứa, phát ban đỏ, đôi khi kèm theo mụn nước. Nó cũng có thể dẫn đến bong tróc hoặc nứt da.

Nguyên nhân phổ biến gây viêm da tiếp xúc là nước hoa, hóa chất trong chất tẩy rửa, xà phòng và các sản phẩm vệ sinh vùng kín khác. Bao gồm dung dịch thụt rửa và xịt vệ sinh vùng kín, chất kết dính và các sản phẩm cao su.

Jock itch là một bệnh phát ban truyền nhiễm do một loại nấm phát triển. Chúng có thể dễ dàng lây lan ở vùng bẹn lên vùng mu. Tình trạng này có thể phát triển do ma sát từ quần áo, đổ mồ hôi liên tục ở vùng bẹn. Nó cũng có thể lây lan đến bẹn từ bàn chân, hoặc từ người này sang người khác nếu có tiếp xúc với quần áo chưa giặt hoặc tiếp xúc trực tiếp da với da.

Rận mulà vi sinh vật sống trên lông mu xung quanh bộ phận sinh dục. Chúng cũng có thể sống ở nách, râu, ria mép, lông mày, lông mi. Chúng thường lây lan qua quan hệ tình dục không an toàn. Nhưng có thể lây qua khi dùng chung quần áo hoặc khăn trải giường với người mắc bệnh.

Ghẻ do một loại bọ tám chân hay còn gọi là bọ xít ngứa. Loài côn trùng này đào sâu vào lớp trên cùng của da và đẻ trứng. Ghẻ gây cảm giác ngứa dữ dội, có thể kèm theo phát ban hoặc không. Bất cứ ai cũng có thể bịghẻ. Nó có thể lây truyền qua đường tiếp xúc da với da.

Viêm nang lônglà tình trạng các nang lông bị viêm hoặc tắc nghẽn. Tình trạng này có thể xảy ra do cạo râu, nhiễm nấm, lông mọc ngược hoặc ma sát từ quần áo. Viêm nang lông có thể phát triển các vết loét đóng vảy hoặcmụn đầu trắnghoặc mụn nước ngứa. Các nang lông bị tổn thương hoặc bị tắc nghẽn thường bội nhiễm vi khuẩn.

Viêm âm đạolà một tình trạng thường gặp, gây nhiều khó chịu cũng như ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ. Triệu chứng thường là ngứa vùng kín, tiết dịch âm đạo bất thường, đau rát khi đi tiểu hoặc đau rát khi quan hệ. Tùy vào tác nhân gây viêm âm đạo là do vi khuẩn, vi nấm hay Trichomonas mà tính chất khí hư sẽ có những đặc trưng riêng.5

Nhiềubệnh lây truyền qua đường tình dụccó thể gâyngứa vùng kínnữ khi quan hệ tình dục không an toàn. Chẳng hạn như:

Giang mai: Là STD đứng hàng thứ hai sau HIV/AIDS. Bệnh giang mai là bệnh hệ thống, gây ra nhiều biểu hiện ở khắp nơi trong cơ thể tùy diễn tiến. Nếu không điều trị, giang mai có thể truyền cho thế hệ sau và khiến đứa trẻ mắc giang mai bẩm sinh.

Mụn cóc sinh dục hay còn gọi là bệnhsùi mào gà ở nữ giới. Đây là bệnh lây truyền qua đường tình dục do virus gây ra.

Viêm âm đạo do Trichomonas. Nguy cơ nhiễm Trichomonas tăng ở phụ nữ có nhiều bạn tình hoặc mắc những bệnh STD khác.

Herpes sinh dục: là bệnh lây qua đường tình dục do virus. Đây là bệnh hay tái phát và chưa có thuốc đặc hiệu. Bệnh thường gặp ở nam nhiều hơn nữ.

Phụ nữ trong thời kỳ mãn kinh hoặc những người đã trải qua thời kỳ mãn kinh có nhiều nguy cơ bịngứa vùng kíncao hơn các đối tượng khác. Điều này xuất hiện là do nồng độ estrogen bị sụt giảm trong thời kỳ mãn kinh, dẫn đến teo âm đạo.

Lúc này, nêm mạc âm đạo dần mỏng hơn và có thể dẫn đến tình trạng âm đạo bị khô quá mức. Tình trạng khô da có thể gây ngứa và kích ứng nếu không điều trị.

Trong một số trường hợp hiếm hoi,ngứa vùng kínở nữ có thể là triệu chứng củaung thư âm hộ. Đây là bộ phận bên ngoài của cơ quan sinh dục nữ. Nó bao gồm môi trong và môi ngoài của âm đạo, âm vật và lỗ âm đạo.

Ung thư âm hộ có thể không gây ra triệu chứng gì. Tuy nhiên, khi các triệu chứng xảy ra, chúng có thể gồm ngứa, chảy máu bất thường hoặc đau ở vùng âm hộ. Đây là loại ung thư có thể được điều trị thành công nếu được chẩn đoán ở giai đoạn đầu.

Nguyên nhân gây ngứa ở vùng kín nam có liên quan đến các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STI). Nói chung STI gồm do 3 nhóm tác nhân lớn là:

Vi khuẩn: Nhiều loại vi khuẩn bên ngoài có thể xâm nhập vào cơ thể dễ dàng qua đường tiết niệu. Trong đó có các vi khuẩn có thể lây truyền qua đường tình dục. Chẳng hạn nhưLậuvàChlamydia. STI do vi khuẩn thường là nguyên nhân chính gâyngứa vùng kínở cả nam lẫn nữ.

Virus: là nguyên nhân thứ hai sau vi khuẩn. Virus gây bệnh ở bộ phận sinh dục thường gặp là virus u nhú ở người (HPV), herpes sinh dục…

Khác: Các vi sinh vật như chấy và ve thích xâm nhập vào các khu vực ẩm ướt tối (vùng sinh dục) cũng có thể gây ra các triệu chứng ngứa dữ dội. Những sinh vật này tiếp xúc trực tiếp qua da với người bị nhiễm bệnh. Vì vậy chúng dễ lây truyền khi quan hệ tình dục không an toàn.

Triệu chứng ngứa vùng kínsẽ xuất hiện tùy vào từng nguyên nhân gây bệnh. Dưới đây là những dấu hiệu ngứa vùng kín đi kèm với một số dấu hiệu của một vài bệnh lý phổ biến.7

Giang mai được phân loại theo các thời kỳ:

Giang mai thời kỳ I.

Giang mai thời kỳ II.

Giang mai thời kỳ tiềm ẩn.

Giang mai thời kỳ III.

Triệu chứng từng thời kỳ như sau:

Có thể có hạch.

Săng giang mai có thể thấy ở da, niêm mạc hoặc ở nội tạng.

Nhiễm Herpes sinh dục làm tăng nguy cơ lây truyềnHIV/AIDSlên 5 – 9 lần. Triệu chứng tổng quát thường là mệt mỏi, nóng sốt, nhức đầu.

Tổn thương ban đầu đặc trưng là hồng ban, mụn nước mọc thành chùm. Thường xuất hiện ở âm hộ, đầu dương vật, cảm giác rát da và ngứa. Có thể có triệu chứng đi kèm khác như tiểu khó, bí tiểu.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Bệnh sùi mào gàthường không gây triệu chứng cơ năng nhưng có sang thương da là các sẩn sùi vùng hậu môn sinh dục. Sang thương là các chồi thịt, có cuống, màu hồng hoặc đỏ sậm, sờ mềm, ngứa vùng kín. Đôi khi sang thương lan rộng cho hình ảnh giống bông cải.

Viêm âm đạo do Trichomonas còn được gọi là bệnh trùng mảng uốn roi đuôi. Các triệu chứng có thể gặp là:

Ngứa vùng kín.

Huyết trắng màu vàng xanh, loãng, có bọt, tanh.

Có thể kèm tiểu ngứa, tiểu rát.

Niêm mạc âm đạo và cổ tử cung có thể có những điểm xuất huyết lấm tấm dạng trái dâu tây.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Viêm âm đạo do vi khuẩn là một nguyên nhân phổ biến gây ngứa vùng kín ở nữ. Tình trạng này được phát triển do sự mất cân bằng giữa vi khuẩn có lợi và vi khuẩn có hại tự nhiên trong âm đạo. Các yếu tố thuận lợi gây tăng khả năng mắc bệnh bao gồm: có bạn tình mới, không dùng bao cao su, thói quen thụt rửa âm đạo…

Không phải lúc nàonhiễm khuẩn ẩm đạocũng gây ra các triệu chứng. Các dấu hiệu thường gặp bao gồm ngứa vùng kín và tiết dịch bất thường, có mùi hôi. Dịch tiết ra có thể loãng, có màu xám hoặc trắng đục hoặc thậm chí có bọt.5

Viêm âm đạo do nấmlà một tình trạng thường gặp ở phụ nữ, khoảng 10% phụ nữ trên 18 tuổi xác nhận rằng có ít nhất 2 đợt viêm âm đạo do nấm trong một năm gần nhất. Các yếu tố nguy cơ gây tăng khả năng mắc bệnh bao gồm: tình trạng mang thai, dùng thuốc ngừa thai nội tiết, dùng thuốc kháng sinh phổ rộng,béo phì,đái tháo đường, mặc quần lót chật…

Viêm âm đạo do nấm gây nhiều khó chịu cho người phụ nữ, trong đó than phiền chính là ngứa vùng kín. Các triệu chứng khác bao gồm nóng rát, tiểu khó, giao hợp đau. Khí hư của nhiễm vi nấm âm đạo rất đặc trưng, có dạng “phô mai sữa”, không mùi, vón cục và dính.

Nhìn chung, tình trạngngứa vùng kínthông thường sẽ tự biến mất bằng các biện pháp đơn giản, chẳng hạn như:

Vệ sinh bộ phận sinh dục đúng cách là một trong những cách giúp bạn ngăn ngừa tình trạngngứa vùng kíndo các nguyên nhân ít nghiêm trọng gây ra.

Nữ giới nên rửa bên ngoài âm đạo – âm hộ với nước ấm hàng ngày. Không sử dụng xà phòng thơm, gel hoặc chất tẩy rửa mạnh. Tránh thụt rửa âm đạo.

Nam giới nên vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày bằng nước sạch, nhất là sau khi đi vệ sinh.

Tắm bằngbaking sodacó khả năng điều trị nhiễm nấm men cũng như một số tình trạng ngứa da nhất định.

Theo một nghiên cứu năm 2012, baking soda có tác dụng kháng nấm. Một nghiên cứu khác năm 2014 cho thấy rằng baking soda có thể giết chết các tế bào nấm Candida là tác nhân phổ biến gâyngứa vùng kín.10

Một nghiên cứu khác vào năm 2014 đã chỉ ra baking soda có khả năng tiêu diệt g baking soda giết tế bào Candida – nguyên nhân gây nhiễm trùng nấm men.11

Xemthêm:Viêm âm đạo do nấm Candida, liệu bạn đã hiểu rõ

Tuy nhiên, những nghiên cứu trên đây chỉ mang tính chất tham khảo. Nếu muốn áp dụng, bạn chỉ nên pha một ít baking soda vào bồn tắm chứ không nên dùng baking soda để rửa trực tiếp vào vùng kín.9

Bên cạnh baking soda, nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng bộtyến mạchkhi được pha 1 lượng vừa đủ vào bồn tắm có thể hỗ trợ giảm triệu chứng ngứa vùng kín.13

Theo một nghiên cứu vào năm 2015,vitamin Ecó khả năng làm giảm triệu chứng ngứa âm đạo do viêm da dị ứng hoặc mãn kinh.14

Trong khi đó, nghiên cứu năm 2016 cũng chỉ ra thuốc đạn có chứa vitamin E đã có tác dụng tích cực trong việc điều trị thành âm đạo bị khô, mỏng và viêm ở phụ nữ bước vào thời kỳ mãn kinh.15

Đồ lót bằng vải cotton rất hữu ích nếu bạn bị ngứa ở vùng kín. Vải cotton thoáng khí giúp giảm tình trạng ngứa.9

Mặc đồ lót có thành phần 100% cotton giúp thông thoáng da có thể ngăn ngừa tình trạng nhiễm trùng nấm men. Bởi những loại nấm men phát triển mạnh ở những khu vực không được thông thoáng.9

Lợi khuẩn rất cần thiết để giữ gìn hệ tiết niệu sinh dục khỏe mạnh. Cung cấp lợi khuẩn làm tăng sinh lợi khuẩn trong âm đạo của nữ.9

Bạn có thể tìm thấy các chất bổ sung probiotic, chẳng hạn như viên uống bổ sung. Đây cũng có thể được coi là một biện pháp phòng ngừa. Bác sĩ có thể khuyên bạn nên dùng khi họ kê đơn thuốc kháng sinh.

Bạn có thể bổ sung probiotic thông qua các loại thực phẩm như:9

Sữa chua.

Trà kombucha.

Kim chi.

Dưa cải bắp.

Tuy nhiên, bạn cần bổ sung có liều lượng và chú ý những vấn đề sức khỏe khác.

Khi ngứa cũng xảy ra không chỉ ở vùng kín mà ở cả các bộ phận khác trên cơ thể, bạn có thể đến gặp bác sĩ da liễu trị liệu trước tiên.16

Bạn nên cân nhắc đến gặp bác sĩ nếu tình trạng ngứa trở nên nghiêm trọng, làm ảnh hưởng đến sinh hoạt thường ngày và công việc của bạn. Hoặc khi đã thực hiện các biện pháp giảm ngứa tại nhà nhưng tình trạng vẫn không thuyên giảm.5

Bạn cũng nên liên hệ với bác sĩ nếu tình trạng ngứa âm đạo của bạn kéo dài hơn một tuần hoặc nếu đi kèm với các triệu chứng sau:5

Loét hoặc nổi mụn nước trên âm hộ.

Đau, ửng đỏ hoặc đau ở vùng sinh dục.

Tiểu khó.

Tiết dịch âm đạo bất thường

Đau rát khi quan hệ tình dục.

Bác sĩ sẽ thăm khám bộ phận sinh dục để xác định nguyên nhân gây ngứa. Từ đó có thể chỉ định thêm một số xét nghiệm phù hợp để làm rõ nguyên nhân. Tùy theo nguyên nhân gây ngứa mà bác sĩ sẽ chỉ định phương pháp điều trị phù hợp.5

Trong quá trình thăm khám, bác sĩ sẽ hỏi bạn những vấn đề như:

Tình trạng ngứa vùng kín diễn ra như thế nào, có nghiêm trọng hay không?

Tình trạng này kéo dài trong bao lâu?

Hoạt động tình dục thời gian gần đây.

Đôi khi, bác sĩ sẽ chỉ định kiểm tra vùng chậu hoặc tiến hành xét nghiệm để có thể xác định chính xác hơn tình trạng mà bạn đang gặp phải.

Tùy thuộc vào nguyên nhân gâyngứa vùng kín, có một số phương pháp chẩn đoán và điều trị có thể áp dụng. Bao gồm:

Thuốc chống nấm: Nếu nguyên nhân là do nhiễm nấm, bác sĩ có thể sẽ chỉ định sử dụng thuốc chống nấm để giảm các triệu chứng.

Thuốc kháng histamine: Nếu ngứa do dị ứng, bạn có thể cần dùng thuốc kháng histamine.

Thuốc kháng sinh: Nếu nguyên nhân gâyngứa vùng kínlà do vi khuẩn, thuốc kháng sinh sẽ là cần thiết để tiêu diệt vi khuẩn.

Thuốc mỡ steroid: Loại này giúp giảm viêm và làm dịu cơn ngứa.

Lưu ý: Bạn không nên tự mua thuốc điều trị mà cần khám bác sĩ để tìm ra chính xác nguyên nhân gây bệnh. Các loại thuốc trên được chỉ định tùy vào tình trạng mà bạn đang gặp phải.

Phụ nữ nên thực hiện các bước sau để phòng ngừa ngứa bộ phận sinh dục:

Sau khi đi tiểu hoặc đi tiêu, vệ sinh bằng khăn sạch từ trước ra sau để ngăn vi khuẩn từ hậu môn (trực tràng) xâm nhập vào âm đạo.

Tránh các sản phẩm hóa học như thụt rửa âm đạo hoặc thuốc xịt vệ sinh phụ nữ. Vì chúng có thể làm đảo lộn sự cân bằng axit trong âm đạo.

Tránh sử dụng quá nhiều bột giặt khi giặt đồ lót bằng máy giặt.

Hạn chế các loại thuốc trị ngứa không kê đơn, vì những sản phẩm này có thể khiến tình trạng ngứa trở nên tồi tệ hơn về lâu dài.

Nếu bạn nghi ngờ chất bôi trơn có thể làm trầm trọng thêm tình trạngngứa vùng kín, hãy trao đổi với bác sĩ để được tư vấn.

Hạn chế gây tổn thương ở vùng kín, chẳng hạn như cạo và gãi quá nhiều.

Ăn uống cân bằng để duy trì vi khuẩn lành mạnh trong âm đạo.

Rửa sạch dương vật, bao gồm cả vùng dưới bao quy đầu ở nam giới chưa cắt bao quy đầu.

Nếu bạn đổ mồ hôi suốt cả ngày, hãy cân nhắc thay quần lót thường xuyên.

Giữ vùng kín sạch sẽ và khô ráo. Sử dụng xà phòng nhẹ, hoặc tốt hơn là tránh xà phòng hoàn toàn và rửa sạch bằng nước.

Mặc quần áo và quần áo lót bằng sợi tự nhiên, rộng rãi. Thay quần lót ít nhất 24 giờ một lần.

Lau khô vùng kín hoàn toàn sau khi tắm và bơi lội. Tránh để quần áo ẩm ướt trong thời gian dài.

Tránh quan hệ tình dục không an toàn, đặc biệt nếu bạn lo lắng rằng bạn hoặc đối tác của bạn có thể bị các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Để giảm nguy cơ ngứa khi tẩy lông mu, hãy sử dụng chất bôi trơn. Ví dụ như xà phòng hoặc kem cạo râu. Dưỡng ẩm sau khi tẩy lông cũng có thể giúp ngăn ngừa ngứa do dao cạo.

Để giảm ngứa do viêm da tiếp xúc, bạn cần xác định xem mình đang dị ứng với chất gì và tránh tiếp xúc với nó.

Bạn có thể bịngứa vùng kínvì một số lý do, bao gồm STI, nhiễm trùng do vi khuẩn, tình trạng da, nhiễm nấm hoặc do dao cạo. Các biện pháp khắc phục tại nhà có thể giúp giảm tình trạng ngứa. Nếu tình trạng ngứa kéo dài, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, bạn nên đến gặp bác sĩ sớm để thăm khám. Nhất là khi cả người bạn tình cũng có triệu chứng ngứa tương tự thì khả năng rất lớn là cả 2 mắc STI cần được điều trị sớm.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ngua-vung-kin-khi-mang-thai/

Nội dung bài viết

Bị ngứa vùng kín khi mang thai triệu chứng như thế nào?

Số liệu thống kê chung về tình trạng ngứa vùng kín trong thai kỳ

Nguyên nhân gây ra triệu chứng ngứa vùng kín khi mang thai

Triệu chứng các bệnh viêm phụ khoa gây ngứa vùng kín khi mang thai

Ngứa vùng kín khi mang thai có nguy hiểm hay không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Điều trị ngứa vùng kín khi mang thai

Phòng ngừa ngứa vùng kín khi mang thai

Bị ngứa vùng kín khi mang thai là một trong những triệu chứng không ít gặp ở các thai phụ. Nguyên nhân của triệu chứng này thì rất đa dạng. Tuy nhiên, nhiều mẹ bầu không biết cách xử trí phù hợp sẽ làm cho bệnh diễn biến ngày càng nặng hơn. Vậy khi mang thai, nếu bạn bị ngứa vùng kín thì phải làm sao? Việc điều trị có ảnh hưởng đến thai nhi trong bụng hay không? Tất cả sẽ được ThS.BS Phan Lê Nam giải đáp qua bài viết sau đây.

Bị ngứa vùng kín khi mang thai là tình trạng trong lúc mang thai, mẹ bầu có cảm giác ngứa ngáy. Có thể là ngứa âm ỉ hoặc rất ngứa ở vùng kín. Nói cụ thể hơn là vùng âm hộ, âm đạo. Triệu chứng này làm cho thai phụ cảm thấy rất khó chịu.

Bị ngứa vùng kín khi mang thai có thể kèm theo một số triệu chứng khác như:

Nóng rát ở cơ quan sinh dục.

Ra nhiều khí hư bất thường. Chẳng hạn như số lượng nhiều hơn, màu bị thay đổi như màu vàng, màu xanh. Hoặc có thể có mùi hôi tanh khó chịu.

Rối loạn tiểu tiện. Chẳng hạn như tiểu buốt, tiểu đau, tiểu rắt, tiểu lắt nhắt.

Vùng cơ quan sinh dục có mùi hôi, mùi chua.

Có cảm giác đau rát khi quan hệ tình dục.

Có thể kèm theo sốt, mệt mỏi, ớn lạnh, rét run.

Tham khảo thêm bài viết cùng chủ đề:Bị cảm khi mang thai và hướng xử trí phù hợp

Theo số liệu thống kê chúng, có đến 90% phụ nữ ở Việt Nam nằm trong độ tuổi sinh đẻ có triệu chứng ngứa vùng kín. Trong đó, trên 70% là những phụ nữ có kiến thức, có nguồn thu nhập ổn định.

Hiện tại vẫn chưa có số liệu thống kê chính thức về tỷ lệ phụ nữ đang mang thai bị ngứa vùng kín. Tuy nhiên, có thể nói đây là một triệu chứng rất phổ biến. Theo các bác sĩ chuyên khoa, nếu không được điều trị kịp thời, bệnh có thể gây những ảnh hưởng xấu đến thai nhi.

Xem thêm:Quan hệ tình dục khi mang thai – Những thắc mắc còn bỏ ngõ

Những nguyên nhân gây nên triệu chứng bị ngứa vùng kín khi mang thai bao gồm:

Khi mang thai, cơ thể của thai phụ sẽ có những thay đổi lớn. Về nội tiết tố,hormone Estrogentiết ra nhiều. Đồng thời, chất glycogen cũng hình thành nhiều hơn so với trước khi mang thai.

Chính những đặc điểm này đã làm cho vùng kín của thai phụ trở nên ẩm ướt hơn. Tình trạng này tạo điều kiện thuận lợi cho các loại vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng phát triển. Từ đó, chúng sẽ gây viêm nhiễm, gây nên cảm giác ngứa ngáy khó chịu.

Trong những tháng đầu tiên mang thai,hầu hết mẹ bầu sẽ bị viêm nhiễm vùng âm đạo. Tình trạng viêm nhiễm đó chính là nguyên nhân gây ngứa vùng kín từ nhẹ đến nặng.

Đây cũng là một trong những nguyên nhân thường gặp dẫn đến triệu chứng bị ngứa vùng kín trong lúc có thai. Theo các bác sĩ chuyên khoa, trong lúc mang thai, tính kiềm tại cơ quan sinh dục sẽ tăng lên rất nhiều. Vì vậy, nó dễ gây ra viêm nhiễm và triệu chứng ngứa ở vùng kín.

Ngoài ra, thai phụ còn bị ngứa vùng kín do mắc phải những bệnh lây truyền qua đường tình dục. Chẳng hạn như sùi mào gà, lậu, giang mai, herpes sinh dục,…

Một số bệnh viêm nhiễm phụ khoa phổ biến mà thai phụ có thể mắc và gây nên triệu chứng ngứa bao gồm:

Thứ nhất làviêm âm đạo. Khi bị bệnh lý này, cơ thể chị em sẽ xuất hiện nhiều khí hư có màu và mùi bất thường. Có triệu chứng ngứa hoặc nóng rát cơ quan sinh dục. Bị đau khi quan hệ tình dục.

Nguyên nhân thứ hai làviêm cổ tử cung. Bệnh lý này gây ra triệu chứng tăng nhiều khí hư bất thường. Có dạng nhầy nhớt, hoặc mủ, hoặc đôi khi kèm những sợi máu.

Thứ ba làviêm vùng chậu. Bệnh này gây nên triệu chứng sốt (có thể sốt cao), kèm theo rét run. Thai phụ cảm thấy mệt mỏi, đau đầu, đau cơ, đau vùng bụng dưới. Âm đạo có nhiều chất mủ tiết ra. Rối loạn đi tiểu: tiểu đau, tiểu khó.

Thứ tư là viêm phần phụ (vòi trứng, buồng trứng, ống dẫn trứng). Viêm phần phụ gây nên đau vùng bụng dưới dữ dội, đặc biệt là hai hố chậu. Sốt thường cao trên 38,5 độ C có thể kèm theo rét run. Khí hư ra nhiều, có mùi và màu bất thường.

Xem thêm:Dịch màu nâu nhạt khi mang thai có nguy hiểm hay không?

Theo các bác sĩ chuyên khoa,bị ngứa vùng kín khi mang thaicũng khá nguy hiểm. Bởi vì nó vừa ảnh hưởng đến sức khỏe của thai phụ, mà còn ảnh hưởng xấu đến thai nhi. Những ảnh hưởng tiêu cực của bệnh bao gồm:

Sinh hoạt gặp nhiều bất tiện: Cảm giác ngứa vùng kín làm cho thai phụ không thể tập trung làm việc hàng ngày. Thậm chí còn gây ra nhiều bất tiện khi quan hệ tình dục, nghỉ ngơi, vệ sinh,…

Vùng kín bị tổn thương: Thai phụ bị ngứa vùng kín thường xuyên có thói quen gãi. Hành động  này hoàn toàn sai. Bởi vì nó sẽ làm tổn thương, trầy xước cơ quan sinh dục. Từ đó tạo điều kiện cho vi khuẩn tấn công gây viêm nhiễm nặng hơn.

Nguy cơ mắc thêm các bệnh lý phụ khoa khác: Lúc mang thai bị ngứa vùng kín sẽ làm mẹ bầu tăng nguy cơ mắc các bệnh lý phụ khoa. Chẳng hạn như: viêm tử cung, viêm âm đạo, viêm phần phụ… Nếu mẹ bầu không sớm phát hiện bệnh kịp thời có thể dẫn đến hậu quả sảy thai, sinh non.

Ảnh hưởng xấu đến thai nhi: Các bệnh lý gây ngứa vùng kín khi mang thai thường do vi khuẩn, virus. Nếu em bé được sinh ra qua ngả âm đạo sẽ có thể mắc các bệnh lý về hô hấp, tiêu hóa, thị giác,…

Chị em bị ngứa vùng kín khi mang thai cần đến gặp bác sĩ ngay khi có kèm theo các triệu chứng như:

Sốt cao, ớn lạnh, rét run.

Mệt mỏi, buồn nôn, chán ăn.

Đau đầu, đau mình mẩy.

Khí hư ra nhiều, có tính chất bất thường như: Thay đổi về mùi, về màu sắc.

Rối loạn đi tiểu như tiểu đau, tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu lắt nhắt, tiểu mủ.

Có tình trạng xuất huyết ở cơ quan sinh dục.

Âm hộ, âm đạo có mùi hôi, mùi chua, những mùi khác lạ hàng ngày.

Có cảm giác đau khi quan hệ tình dục.

Cơ quan sinh dục viêm đỏ, xuất hiện những mảng trắng, sung huyết,…

Nếu chị em bị ngứa vùng kín khi mang thai, tốt nhất là nên đến khám tại bác sĩ chuyên khoa Sản phụ khoa. Các bác sĩ sẽ thăm khám, chỉ định những xét nghiệm phù hợp. Chẳng hạn như cấy nước tiểu, soi tươi dưới kính hiển vi, cấy dịch âm đạo,…

Từ đó, các bác sĩ sẽ đưa ra chẩn đoán xác định. Đồng thời chỉ định những loại thuốc phụ hợp, an toàn cho cả người mẹ và thai nhi. Có thể là những dạng dung dịch rửa âm đạo, thuốc uống, thuốc đặt âm đạo.

Ngoài ra, một số biện pháp hiện đại khác có thể được thực hiện để điều trị tình trạng ngứa vùng kín bao gồm:

Kỹ thuật Ozon: Giúp tiêu diệt đến 99,98% vi khuẩn gây bệnh như tụ cầu vàng, E.Coli, hoặc nấm Candida.

Kỹ thuật Oxy xanh công nghệ của nước Đức. Phương pháp này sẽ phá hủy kết cấu DNA của vi khuẩn gây bệnh. Hiệu quả tiêu diệt đến 99,855 vi khuẩn, vi nấm gây bệnh.

Phương pháp kết hợp Đông – Tây y: giúp tạo hiệu quả điều trị kép. Hạn chế những tác dụng phụ do thuốc kháng sinh gây ra.

Để hạn chế tình trạng bị ngứa vùng kín khi mang thai, chị em phụ nữ nên:

Vệ sinh cơ quan sinh dục hàng ngày bằng nước sạch. Hạn chế tự ý thục rửa âm đạo nếu chưa có hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa.

Hạn chế mặc quần lót quá chật. Nên chọn những loại quần lót thông thoáng, thấm hút tốt.

Sử dụng giấy vệ sinh sạch, mềm để lau chùi vùng kín sau khi đi vệ sinh.

Ăn nhiều trái cây, rau xanh và những thực phẩm giàu chất dinh dưỡng. Mục đích là để tăng cường sức đề kháng, chống lại các bệnh lý viêm nhiễm phụ khoa.

Với những thông tin trong bài viết, hy vọng chị em sẽ hiểu rõ hơn về triệu chứngbị ngứa vùng kín khi mang thai. Từ đó, các bạn nhất là những mẹ bầu sẽ có hướng xử trí phù hợp, kịp thời. Hơn nữa là biết cách phòng bệnh để hạn chế mắc các bệnh lý phụ khoa khi mang thai.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhie%cc%83m-parvovirus-b19-trong-thoi-ky-mang-thai-co-nguy-hiem/

Nội dung bài viết

Đặc điểm Parvovirus

Dịch tễ học bệnh Parvovirus

Triệu chứng lâm sàng của bệnh Parvovirus

Nhiễm Parvovirus B19 trong thời kỳ mang thai có nguy hiểm không?

Chẩn đoán

Đối tượng cần xét nghiệm virus B19

Theo dõi thiếu máu và phù ở thai nhi do Parvovirus

Parvovirus B19 là một loại virus gây bệnh thường gặp ở trẻ em. Trẻ mắc bệnh thường không có biểu hiện, có các triệu chứng nhẹ thường xảy ra nhất ở người bị suy giảm miễn dịch. Nhiễm virus cấp tính trong thai kỳ có thể dẫn đến sảy thai hoặc phù thai nhi nhưng tỉ lệ khá hiếm.

Parvoviridae là những virus DNA nhỏ, không vỏ bọc, lây nhiễm qua nhiều loại động vật. Parvovirus B19 là loại gây bệnh ở người phổ biến nhất, có bộ gen DNA sợi đơn chứa khoảng 5.000 nucleotide.

Parvovirus B19 tập trung lây nhiễm ở các tế bào phân chia nhanh, gây độc làm cho tế bào chết nhanh và gây viêm xung quanh.

Kháng thể kháng B19 được tìm thấy 30 – 60% ở người trưởng thành.

Tỷ lệ mắc bệnh thứ phát tại gia đình có thể lên tới 50 %; tiếp xúc ở lớp học cũng có nguy cơ lây nhiễm cao.

Tỷ lệ nhiễm B19 cấp tính trong thai kỳ là 3,3 – 3,8%, nguy cơ khác nhau giữa các nhóm nghề nghiệp.

Parvovirus B19 gây ra tình trạng:

Sốt.

Phát ban.

Ửng đỏ giống “má bị tát” trên mặt.

Nổi ban đỏ ở tay chân và trên khắp người.

Người lớn có thể bị phát ban, nhưng không phổ biến như ở trẻ em, triệu chứng giống như “má bị tát” là rất hiếm khi xuất hiện. Các triệu chứng toàn thân có thể xuất hiện và kéo dài 1 – 4 ngày trước khi phát ban.

Ở người lớn, bệnh có thể ảnh hưởng đến khớp bàn tay, cổ tay, đầu gối và mắt cá chân. Các triệu chứng này cũng có thể xảy ra trước khi phát ban và thường kéo dài 1 – 2 tuần.

Ở những người bị thiếu máu mạn tính (thiếu máu hồng cầu hình liềm hoặcbệnh thalassemia) B19 có thể gây ra thiếu máu bất sản thoáng qua.

Ngoài ra, những người bị suy giảm miễn dịch mắc phải hoặc mắc bệnh di truyền có nguy cơ bị nhiễm parvovirus B19 mạn tính, có thể cần phải điều trị. Biểu hiện mắc bệnh bắt đầu khoảng 6 ngày sau khi tiếp xúc với mầm bệnh và kéo dài khoảng 1 tuần ở những người hệ miễn dịch yếu.

Trước khi xuất hiện triệu chứng, kháng nguyên virus B19 có thể được phát hiện trong máu và dịch tiết 5 – 10 ngày sau khi tiếp xúc với mầm bệnh.Hầu hết bệnh nhân có thể chỉ phát ban, không bị nhiễm trùng hay viêm đau khớp.

Parvovirus có thể gây bệnh tái phát ở những người từng bị nhiễm trước đó.

Nhiễm B19 khi mang thai có thể dẫn đếnsảy thai hoặc phù thai. Tuy nhiên, hầu như không có di chứng lâu dài về hệ miễn dịch ở trẻ.

Tỷ lệ sảy thai ở phụ nữ mang thai nhiễm parvovirus B19 trong ba tháng cuối là rất thấp. Tuy nhiên, ở giai đoạn 3 tháng đầu, tỷ lệ sẩy thai cao hơn tầm 6,3%.

Nhiễm Parvovirus ở mẹ có thể dẫn đến tràn dịch màng phổi hoặc màng ngoài tim nhưng thoáng qua và tự khỏi.

Ngoài việc gây sảy thai, B19 gây độc đối với tế bào tiền hồng cầu của thai nhi, có thể gây thiếu máu hoặc gây phù. B19 gây tích tụ bất thường chất lỏng trong các mô mềm và các khoang thai nhi. Các nguy cơ này tỷ lệ cao hơn khi phụ nữ bị nhiễm bệnh trong 3 tháng đầu

Thai bị phù, nguy cơ sảy thai cao và phức tạp hơn, có thể dẫn đến sẩy thai trong vòng vài ngày đến vài tuần.

Thai bị phù và và chết lưu là kết quả của sự thiếu máu ở thai nhi. Mức độ nghiêm trọng của thiếu máu xuất phát từ ba yếu tố:

Tỷ lệ sống sót của các tế bào hồng cầu bị suy giảm.

Nhu cầu hồng cầu không đủ để đáp ứng.

Hệ thống miễn dịch chưa trưởng thành không đủ chức năng kiểm soát nhiễm trùng.

B19 cũng có thể lây nhiễm các tế bào cơ tim, gây tổn thương cơ tim. Bên cạnh đó, tiểu cầu thai nhi bị giảm nghiêm trọng và có thể dẫn đến xuất huyết.

Trẻ em sống sót sau khi bị phù do Parvovirus có thể tăng nguy cơ suy giảm chức năng phát triển hệ thần kinh.

Khi mang thai, chẩn đoán nhiễm Parvovirus B19 của mẹ chủ yếu dựa vào xét nghiệm kháng thể IgG và IgM. Các xét nghiệm này có thể phát hiện 80 đến 90% bệnh nhân bị nhiễm B19. Hoặc có thể tiến hành xét nghiệm PCR (tìm DNA B19) chọc do nước ối chính xác nhất.

Cụ thể như sau:

Kháng thể IgM lưu hành có thể được phát hiện khoảng 10 ngày sau khi tiếp xúc mầm bệnh và ngay trước khi xuất hiện triệu chứng; chúng có thể tồn tại trong ba tháng hoặc lâu hơn.

Kháng thể IgG B19 được phát hiện vài ngày sau IgM và thường tồn tại trong nhiều năm.

Phương pháp (PCR) là một phương pháp nhạy cảm để phát hiện DNA Parvovirus B19.

Phụ nữ mang thai tiếp xúc hoặc có triệu chứng nhiễm Parvovirus nên xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể IgG và IgM.

Mẹ đã miễn dịch với virus B19: IgG dương tính và IgM âm tính thì thai nhi được bảo vệ.

Nhiễm parvovirus cấp tính – IgM dương tính:

Chẩn đoán sớm ở nửa đầu của thai kỳ: trẻ sinh ra không có nguy cơ dị tật bẩm sinh, nhưng có nguy cơ sảy thai. Cách điều trị là truyền máu khi thai bị thiếu máu nặng.

Chẩn đoán sau 20 tuần tuổi nên siêu âm định kỳ để phát hiện các dấu hiệu phù (phù da đầu, cổ trướng, bệnh cơ tim). Nên siêu âm ít nhất tám tuần sau khi chẩn đoán nhiễm cấp tính.

Phụ nữ mang thai IgG và IgM parvovirus đều bị âm tính rất dễ nhiễm virus, nên:

Rửa tay cẩn thận, tránh dùng chung đồ ăn, đồ uống.

Nếu có nguy cơ nhiễm cao, nên bổ sung xét nghiệm DNA B19 ở mẹ.

Thiếu máu nhẹ đến trung bình: thai nhi có thể tự khỏi và không để lại di chứng.

Thiếu máu nghiêm trọng, có thể dẫn đến phù và chết lưu, truyền máu thai nhi trong tử cung thường được thực hiện

Parvovirus B19là virus lây bệnh khá phổ biến, triệu chứng thường nhẹ hoặc không xuất hiện, và hầu như không cần điều trị. Tuy nhiên một số trường hợp gây thiếu máu nặng cần truyền máu.

Hiện tại chưa có thuốc đặc trị nhiễm Parvovirus, phụ nữ mang thai nếu nhiễm bệnh cấp có nguy cơ sảy thai hoặc thai bị phù, cần được khám và theo dõi thường xuyên. Vì vậy nên áp dụng các biện pháp thông thường như rửa tay với xà phòng, tránh dùng chung các dụng cụ ăn, uống. Đồng thời hạn chế tiếp xúc với những nơi dễ lây lan virus như lớp học, nơi nhiều bụi bẩn, … Hãy tự bảo vệ bản thân để đảm bảo sức khỏe của mẹ và bé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhiem-khuan-duong-ho-hap-tren/

Nội dung bài viết

Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên là gì?

Nguyên nhân gây nhiễm khuẩn đường hô hấp trên

Triệu chứng nhiễm khuẩn đường hô hấp trên

Các loại nhiễm trùng hô hấp trên

Các triệu chứng cảnh báo tình trạng nặng

Có thể nhiễm khuẩn đường hô hấp trên tại nhà được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán nhiễm trùng đường hô hấp trên

Điều trị nhiễm khuẩn đường hô hấp trên

Cách phòng ngừa nhiễm khuẩn đường hô hấp trên

Đường hô hấp trên của chúng ta gồm cổ họng, mũi, vòm họng, thanh quản, xoang và khí quản. Đường hô hấp trên thường bị nhiễm khuẩn do nhiều yếu tố. Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên là gì? Đâu là nguyên nhân gây bệnh? Cách điều trị như thế nào? Hãy cùng Bác sĩ Tai Mũi Họng Phan Đức Huy tìm hiểu qua bài viết sau.

Nhiễm trùng hay nhiễm khuẩn đường hô hấp (Respiratory Tract Infection) là bệnh nhiễm trùng các cơ quan thuộc hệ hô hấp, chẳng hạn như xoang, cổ họng, đường thở hoặc phổi. Hầu hết các bệnh này đều thuyên giảm mà không cần điều trị, nhưng đôi khi vẫn có thể cần đến gặp bác sĩ.1

Bất cứ ai đã từng bịcảm lạnhđều biết về bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính. Toàn bộ đường hô hấp được chia theo vị trí, bao gồmđường hô hấp trênvà đường hô hấp dưới. Trong đó, đường hô hấp trên bao gồm mũi, họng, hầu, thanh quản và khí quản và ảnh hưởng đến xoang và cổ họng, bao gồm các bệnh sau:2

Cảm lạnh thông thường.

Viêm nắp thanh môn.

Viêm thanh quản.

Viêm họng(đau họng).

Viêm xoang(nhiễm trùng xoang).

Ngược lại, đường hô hấp dưới bao gồm các cơ quan còn lại như phế quản và phổi. Nói chung, nhiễm trùng đường hô hấp dưới kéo dài hơn và nghiêm trọng hơn. Những bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới bao gồm:2

Viêm phế quản, một bệnh nhiễm trùng gây ho và sốt.

Viêm tiểu phế quản, một bệnh nhiễm trùng chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ nhỏ.

Nhiễm trùng ngực.

Viêm phổi.

Trong bài viết này, chủ yếu tập trung vào đường hô hấp trên và các nhiễm trùng tại đây.

Cảm lạnh thông thường là nhiễm trùng hô hấp trên được biết đến nhiều nhất. Mặt khác, bệnh cúm không phải là một bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp trên vì đây là một bệnh toàn thân.3

Những bệnh nhiễm trùng này rất phổ biến và bất kỳ ai cũng có thể mắc phải. Tuy nhiên, một số nhóm người có nhiều nguy cơ bị nhiễm trùng hơn. Trẻ em có nguy cơ mắc bệnh cao vì chúng thường ở cùng với những đứa trẻ khác có thể đang mang virus. Trẻ em cũng có thể rửa tay ít thường xuyên hơn người lớn. Thêm vào đó, trẻ em thường hay đưa tay vào mắt, mũi và miệng, cho phép vi trùng dễ dàng lây lan.2

Cảm lạnh thông thường tiếp tục là gánh nặng lớn đối với xã hội, về kinh tế và xã hội. Virus (hay còn gọi là siêu vi) là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất, thường gặp nhất là rhinovirus. Các loại virus khác bao gồm virus cúm, adenovirus, enterovirus, virus hợp bào hô hấp và gần đây nhất là Coronavirus. Vi khuẩn có thể gây ra khoảng 15% các trường hợp viêm họng khởi phát đột ngột. Phổ biến nhất trong nhóm vi khuẩn là Streptococcus pyogenes, một liên cầu khuẩn nhóm A.4

Ngoài ra còn kể đến các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hô hấp trên bao gồm:

Tiếp xúc gần: cả nhà trẻ và trường học là môi trường làm tăng nguy cơ mắc nhiễm trùng hô hấp trên.

Bệnh lý nội khoa: những người bịhen suyễnvàviêm mũi dị ứng, người có vấn đề về tim hoặc phổi cũng có nguy cơ bị nhiễm trùng đường hô hấp trên cao hơn.

Hút thuốc là một yếu tố nguy cơ phổ biến.

Những người bị suy giảm miễn dịch, người có hệ miễn dịch kém (do một bệnh khác) có thể bị nhiễm trùng nặng hơn, bao gồm những người bị xơ nang,HIV, sử dụng thuốc có chứa corticoid, cấy ghép và sau cắt lách sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Các bất thường về cấu trúc giải phẫu bao gồm những thay đổi biến dạng trên khuôn mặt hoặc chứngđa polyp mũicũng làm tăng nguy cơ.

Mặc dù các loại bệnh khác nhau trong nhóm nhiễm trùng hô hấp trên có thể gây ra các triệu chứng khác nhau, nhưng một số triệu chứng chung bao gồm:5

Ho khan.

Khó chịu ở mũi.

Sốt nhẹ.

Dịch mũi nhiều.

Nghẹt mũi.

Đau hoặc nặng mặt.

Ngứa hoặc đau họng.

Hắt xì.

Các triệu chứng khác có thể gặp bao gồm:

Hơi thở hôi.

Nhức mỏi cơ thể.

Đau đầu.

Hạ huyết áp hoặc mất khứu giác.

Ngứa mắt.

Trung bình, các triệu chứng bắt đầu từ 1 – 3 ngày sau khi một người tiếp xúc với người bị nhiễm trùng và sau đó kéo dài 7 – 10 ngày.5

Những loại nhiễm khuẩn đường hô hấp trên được phân loại như sau:5

Nhiều loại virus có thể gây cảm lạnh. Các triệu chứng có thể bao gồm:

Nghẹt mũi hoặc chảy nước mũi.

Đau họng.

Đau đầu.

Đau cơ.

Hovà hắt hơi.

Thay đổi về hương vị và khứu giác.

Sốt.

Cảm giác nặng trong tai và mặt.

Các triệu chứng thường biến mất khi điều trị tại nhà sau 10 – 14 ngày.6

Viêm xoang là tình trạng viêm các xoang cạnh mũi và có thể xuất phát từ nhiễm trùng ở một bộ phận khác của hệ hô hấp. Tình trạng viêm có thể dẫn đến tăng sản xuất chất dịch và các xoang bị tắc do khó thoát dịch.

Một số triệu chứng của viêm xoang là:

Đau quanh mắt, má hoặc trán.

Đè nặng mặt vùng xoang.

Chảy nước mũi.

Mũi bị nghẹt.

Giảm khứu giác.

Sốt.

Hơi thở hôi.

Nên liên hệ với bác sĩ nếu các triệu chứng kéo dài hơn 10 ngày mà không cải thiện.7

Đây là tình trạng viêm dây thanh âm, còn được gọi là thanh quản. Một số triệu chứng phổ biến bao gồm:

Khàn giọng hoặc mất tiếng.

Ho dai dẳng và ngứa rát cổ họng.

Đau họng.

Các triệu chứng thường kéo dài khoảng 7 – 10 ngày.

Viêm họng là tình trạng viêm các màng nhầy nằm dưới họng hoặc phía sau cổ họng. Một số triệu chứng phổ biến của bệnh viêm họng là:

Đau hoặc ngứa cổ họng.

Sốt.

Đau đầu.

Khó nuốt.

Bác sĩ khi thăm khám có thể thấy những vết loét trên thành họng.

Bệnh nhân cần được chăm sóc y tế nếu những điều sau đây xảy ra:

Sốt cao.

Suy hô hấp nặng.

Khó nuốt.

Như đã trình bày thì đa số các trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp trên là do nhiễm virus và bệnh sẽ tự giới hạn. Đôi khi, nhiễm trùng do vi khuẩn cũng có thể gây ra nhiễm trùng đường hô hấp trên. Thông thường, nhiễm trùng đường hô hấp trên dễ lây lan và có thể lây lan từ người này sang người khác khi hít phải các giọt đường hô hấp do ho hoặc hắt hơi. Việc lây truyền bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cũng có thể xảy ra khi chạm vào mũi hoặc miệng bằng tay hoặc các vật khác tiếp xúc với vi rút.

Như vậy, không nhất thiết phải ra khỏi ngôi nhà của mình mới có thể mắc phải bệnh nhiễm trùng này, mà ngay chính trong ngôi nhà của bạn cũng có thể là môi trường để virus hay vi khuẩn phát triển và vô tình người lớn hoặc trẻ em hít phải hay lấy tay dụi vào mũi miệng và nhiễm bệnh. Ngoài ra, thời tiết thay đổi và khói bụi ô nhiễm trong nhà cũng góp phần tác động gián tiếp lên hệ miễn dịch làm giảm đáp ứng của cơ thể khi có tác nhân gây bệnh như virus hay vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể.

Trong khi hầu hết các nhiễm trùng hô hấp trên tự khỏi mà không cần chăm sóc y tế, một số còn lại có thể gây biến chứng, trong đó có thể nghiêm trọng ảnh hưởng đến tính mạng.5

Bệnh nhân nên đến cơ sở y tế nếu có các dấu hiệu sau:5

Các triệu chứng tiếp tục trở nên tồi tệ hơn.

Ho ra máu hoặc chất nhầy đẫm máu.

Sốt kéo dài hơn 4 ngày.

Trên 65 tuổi.

Đang mang thai.

Hệ miễn dịch suy yếu.

Có bất kỳ bệnh lý mạn tính nào.

Đôi khi, nhập viện có thể là cần thiết nếu nhiễm trùng đường hô hấp trên quá nặng và gây mất nước đáng kể, khó khăn khi hô hấp với oxy trong máu kém (thiếu oxy), nhầm lẫn nhiều, thờ ơ, suy tim sung huyết. Nhập viện phổ biến hơn nhiều ở trẻ em dưới 2 tuổi, người cao tuổi (đặc biệt là những người mắc chứng mất trí nhớ) và những người bị suy giảm miễn dịch (hệ thống miễn dịch yếu).8

Chẩn đoán nhiễm trùng đường hô hấp trên thường được thực hiện dựa trên đánh giá các triệu chứng, khám và đôi khi phải cần đến các xét nghiệm.8

Trong một cuộc thăm khám của bệnh nhân bị nhiễm trùng đường hô hấp trên, bác sĩ có thể nhìn thấy sưng và đỏ bên trong thành khoang mũi (một dấu hiệu của viêm), đỏ cổ họng,amidanto, dịch tiết trắng trên amidan, các hạch bạch huyết to quanh đầu và cổ, đỏ mắt và đau mặt (viêm xoang). Các dấu hiệu khác có thể bao gồm hôi miệng (chứng hôi miệng), ho, khàn giọng và sốt.8

Xét nghiệm thường không được khuyến nghị trong việc đánh giá nhiễm trùng đường hô hấp trên. Bởi vì hầu hết các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên là do virus gây ra, không cần xét nghiệm cụ thể vì thường không có một liệu trình điều trị cụ thể cho tất cả các loại nhiễm trùng đường hô hấp trên khác nhau.8

Một số tình huống quan trọng trong đó xét nghiệm cụ thể cho từng loại bệnh có thể quan trọng bao gồm:

Nghi ngờ liên cầu khuẩn họng Streptococcus (sốt, hạch bạch huyết ở cổ, amidan trắng, không có ho), đòi hỏi phải xét nghiệm kháng nguyên nhanh (xét nghiệm strep nhanh) để loại trừ bệnh do vi khuẩn này hoặc loại trừ tình trạng di chứng nghiêm trọng có thể được điều trị.

Có thể nuôi cấy vi khuẩn bằng quẹt dịch tiết ở mũi, cổ họng với tăm bông mũi hoặc lấy dịch tiết đờm.

Các triệu chứng kéo dài, việc tìm thấy một loại virus cụ thể có thể ngăn ngừa việc sử dụng kháng sinh không cần thiết (ví dụ, xét nghiệm nhanh chóng virus cúm từ tăm bông mũi hoặc hầu họng).

Dị ứng và hen suyễn có thể gây ra các triệu chứng lâu dài hoặc bất thường.

Hạch bạch huyết to và đau họng được xem như là các triệu chứng chính có thể dovirus Epstein – Barr(bệnh bạch cầu đơn nhân) bằng cách sử dụng xét nghiệm monospot.

Kiểm trabệnh cúm H1N1(lợn) khi nghi ngờ.

Các xét nghiệm máu và hình ảnh hiếm khi cần thiết cho việc định giá nhiễm trùng đường hô hấp trên. X – quang cổ có thể được thực hiện nếu một trường hợp nghi ngờ viêm nắp thanh môn. Mặc dù việc phát hiện nắp thanh môn bị sưng có thể không được chẩn đoán, nhưng một khi nắp thanh môn không bị sưng có thể loại trừ bệnh lý này.

CT Scan đôi khi có thể hữu ích nếu các triệu chứng gợi ý viêm xoang kéo dài hơn 4 tuần hoặc có liên quan đến thay đổi thị giác, chảy mũi đục hoặc lồi mắt. CT Scan có thể xác định mức độ viêm xoang, sự hình thành áp xe hoặc lây lan của nhiễm trùng thành các cấu trúc lân cận (khoang mắt hoặc não).

Hầu hết các trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp trên là do virus gây ra. Do đó, không cần điều trị cụ thể và bệnh sẽ tự giới hạn. Những người bị nhiễm trùng đường hô hấp trên thường tự chẩn đoán và điều trị các triệu chứng ở nhà mà không cần đến bác sĩ hoặc thuốc theo toa.8

Nghỉ ngơi là một bước quan trọng trong điều trị nhiễm trùng đường hô hấp trên. Các hoạt động thông thường, chẳng hạn như tập thể dục vẫn tiếp tục thực hiện được.

Tăng lượng nước uống cũng thường được khuyến khích để bù lượng dịch mất do bệnh.

Điều trị các triệu chứng nhiễm trùng đường hô hấp trên thường được tiếp tục cho đến khi nhiễm trùng đã được giải quyết.8

Một số nhiễm trùng đường hô hấp trên phổ biến nhất hoặc thuốc được sử dụng để điều trị các triệu chứng này như sau:8

Acetaminophen(hay còn gọi làparacetamol) có thể được sử dụng để hạ sốt và giảm đau.

Các loại thuốc chống viêm không steroid nhưibuprofencó thể được sử dụng để giảm đau và hạ sốt.

Thuốc kháng histaminenhư diphenhydramine rất hữu ích trong việc giảm dịch tiết mũi và nghẹt mũi.

Ipratropium có thể được sử dụng để làm giảm dịch tiết mũi.

Thuốc ho có thể được sử dụng để giảm ho. Nhiều loại thuốc ho có sẵn trên thị trường nhưdextromethorphanvà codein đều cho thấy lợi ích trong việc giảm ho trong nhiễm trùng đường hô hấp trên.

Mật ongcó thể được sử dụng để giảm ho.

Các steroid nhưdexamethasonevàprednisonđường uống (và mũi) đôi khi được sử dụng để giảm viêm đường thở và giảm sưng và tắc nghẽn.

Dung dịch mũi oxymetazoline là một thuốc thông mũi, nhưng chỉ nên được sử dụng trong thời gian ngắn.

Các loại thuốc kết hợp có chứa nhiều thành phần này cũng có sẵn rộng rãi trên quầy.

Một số loại thuốc ho và lạnh có thể gây ra sự buồn ngủ quá mức cần được sử dụng một cách thận trọng ở trẻ em dưới 4 tuổi và người già.

Kháng sinh phổ rộng đôi khi được sử dụng để điều trị nhiễm trùng đường hô hấp trên nếu nghi ngờ hoặc chẩn đoán nhiễm trùng do vi khuẩn. Những tình trạng này có thể bao gồm:

Viêm họng liên cầu khuẩn.

Viêm xoang vi khuẩn hoặc viêm nắp thanh môn.

Bác sĩ điều trị có thể xác định kháng sinh nào sẽ là lựa chọn tốt nhất cho một bệnh nhiễm trùng cụ thể. Bởi vì sử dụng kháng sinh có liên quan đến nhiều tác dụng phụ và có thể thúc đẩy tình trạng kháng vi khuẩn và nhiễm trùng thứ phát, chúng cần được sử dụng rất thận trọng và chỉ dưới sự chỉ đạo của bác sĩ điều trị.

Hiếm khi cần đến phẫu thuật. Nhưng phẫu thuật vẫn được chỉ định trong các trường hợp nhiễm trùng xoang phức tạp. Trong đó có biểu hiện làm tổn thương đường thở với khó thở. Đồng thời hình thành áp xe đằng sau cổ họng hoặc hình thành áp xe của amidan.

Có một số biện pháp có thể làm giảm nguy cơ nhiễm trùng nói chung. Ngừng hút thuốc, giảm căng thẳng và chế độ ăn uống cân bằng và đầy đủ, tập thể dục thường xuyên là tất cả các biện pháp có thể cải thiện hệ thống miễn dịch và giảm nguy cơ nhiễm trùng nói chung. Nuôi con bằng sữa mẹ cũng giúp tăng cường hệ thống miễn dịch của trẻ sơ sinh, chuyển các kháng thể bảo vệ từ sữa mẹ sang con.

Các biện pháp phòng ngừa khác để giảm nguy cơ lây lan các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên là:

Đặc biệt khuyến khích rửa tay trong mùa lạnh.

Giảm tiếp xúc với những người có thể bị nhiễm trùng (mọi người có thể mang và lây lan virus vài ngày trước khi họ có triệu chứng và vài ngày sau khi các triệu chứng của họ đã hết).

Vệ sinh đúng cách các đồ vật thông thường mà con người có thể lây nhiễm khi chạm vào như điện thoại, cửa tủ lạnh, máy vi tính, lan can cầu thang, tay nắm cửa,…

Che miệng và mũi khi ho hoặc hắt hơi.

Tiêm phòng vắc xin cúm theo khuyến cáo cho một số người (người cao tuổi, người mắc bệnh mãn tính, nhân viên y tế,…).

Nhiễm trùng đường hô hấp trênlà một bệnh nhiễm trùng phổ biến ở mũi, cổ họng và đường dẫn khí trên. Nguyên nhân thường gặp nhất là do vi rút gây ra. Thường tự khỏi trong vòng 7-10 ngày. Thuốc không thể chữa khỏi. Nhưng bác sĩ có thể đề nghị một số loại thuốc nhất định để giúp giảm các triệu chứng. Khi bệnh kéo dài, diễn tiến nặng hoặc có kèm bệnh lý mạn tính thì cần đến các cơ sở y tế để được bác sĩ thăm khám, chẩn đoán mức độ bệnh, cấp toa thuốc hoặc ở một số ít gặp có thể cần đến phẫu thuật.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhiem-ky-sinh-trung-dau-hieu-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Ký sinh trùng là gì?

Con người thường mắc những loại ký sinh trùng nào?

Nhiễm ký sinh trùng biểu hiện như thế nào?

Ký sinh trùng vào cơ thể qua những con đường nào?

Những ai là đối tượng dễ nhiễm ký sinh trùng?

Điều trị và phòng ngừa nhiễm ký sinh trùng như thế nào?

Nhiễm ký sinh trùng là vấn đề có thể gặp ở mọi đối tượng và mọi nơi trên thế giới. Việt Nam là một quốc gia có khí hậu nóng ẩm, dân số đông đúc và điều kiện môi trường vệ sinh có phần hạn chế, đây là điều kiện lý tưởng cho sự phát triển của nhiều loại ký sinh trùng khác nhau. Bài viết sau của Bác sĩ Đinh Gia Khánh sẽ giải thích rõ hơn về những “kẻ xâm lược” tí hon này và cách nhận biết chúng nhé.

Ký sinh trùng là một khái niệm rất rộng. Được dùng để chỉ các loài phải sống dựa trên cơ thể vật chủ. Có thể hiểu đơn giản là chúng vừa “sống bám”, vừa “giành ăn” hoặc trực tiếp “ăn” cơ thể chúng sống. Gồm có nhiều loài khác nhau như: Giun sán, nấm, côn trùng,…

Ví dụ:

Giun đũaký sinh trong cơ thể người, chúng tranh giành dinh dưỡng trong ruột non.

Ký sinh trùngsốt rétsống trong hồng cầu người, chúng thu thập dinh dưỡng và sinh sản vô tính ở đây.

Ve ký sinh trên chó, hút máu chó để sống.

Ký sinh trùng ở người rất thường gặp với nhiều loài khác nhau:

Giun sán: giun đũa, giun móc, giun tóc, giun kim, sản dải, sán lá,…

Nấm: Nấm móng, nấm tóc, nấm da, lang ben,…

Động vật đơn bào: Sốt rét, trùng roi, trùng lông, amip…

Loài chân khớp: Chấy, ghẻ,…

Do tính chất đa dạng loài đã nói ở trên, nhiễm ký sinh trùng có thể biểu hiện nhiều triệu chứng khác nhau. Chúng ta sẽ đề cập với một số dấu hiệu có phần mơ hồ nhưng có giá trị chỉ ra có thể mình đã bị nhiễm ký sinh trùng, một số loại ký sinh trùng thường gặp sẽ được đề cập trong bài khác:

Sốt kéo dài.

Rối loạn tiêu hoá:tiêu chảy,táo bón, chướng bụng đầy hơi,…

Đau cơ.

Còi cọc, xanh xao, suy dinh dưỡng, đặc biệt là trẻ em (nhất là tuổi đi nhà trẻ).

Hayngứa.

Nổi sẩn, mề đay.

Nghiến răng khi ngủ.

Xem thêm:Xét nghiệm ký sinh trùng ở đâu và những lưu ý cần biết

Bệnh nhiễm ký sinh trùng đôi khi rất nặng nề nhất là trên các đối tượng đặc biệt như suy giảm miễn dịch. Một số bệnh cảnh đặc biệt như: Giun lạc chỗ ở những cơ quan quan trọng, tắc ruột, tắc ống mật, viêm não, viêm phổi,… Những trường hợp này, cần có sự can thiệp của bác sĩ chuyên khoa Truyền Nhiễm.

Là một yếu tố rất quan trọng, vòng đời của nhiều loài kí sinh trùng có giai đoạn ấu trùng sống trong nước và ký sinh ở tôm, cua, cá. Ngoài ra nước bẩn còn chứa nhiều loài đơn bào như amip, trùng roi,…

Tiếp xúc trực, gián tiếp giữa người – người là con đường lây nhiễm ký sinh trùng phổ biến. nhiều loại ký sinh trùng lây lan quan tiếp xúc da, nhiều loài lây lan qua đường tiêu hoá, khi không vệ sinh sạch sẽ, các đồ vật chung sẽ là nguồn gốc cho việc lây truyền.

Một số kí sinh trùng lây qua đường tình dục.

Nhiều loài ký sinh sống trên động vật. Ôm hôn, vuốt ve, tiếp xúc với phân của chúng sẽ khiến người đó là vật chủ kế tiếp.

Nguồn thực phẩm không vệ sinh, hoặc khâu chế biến không đảm bảo sẽ là trung gian truyền ký sinh trùng. Đặc biệt là thịt, hải sản, rau… Nguy cơ này tăng vọt ở những đối tượng có thói quen ăn tái, sống,…

Một số loại kí sinh trùng chỉ ưu thế ở một vài quốc gia hay khu vực. Du khách từ một khu vực khác có thể mang ký sinh trùng ưu thế ở nơi mình tới hoặc là trung gian mang ký sinh trùng từ nơi du lịch về nhà.

Thực tế trong điều kiện ở Việt Nam, tất cả chúng ta đều là đối tượng rất dễ nhiễm, đặc biệt là giun sán. Do đó,Bộ Y Tế Việt Nam khuyến cáo xổ giun định kỳ. Tuy nhiên, nguy cơ nhiễm ký sinh trùng sẽ tăng cao ở các đối tượng sau:

Sống trong khu vực đông đúc, kém vệ sinh.

Trẻ em đi nhà trẻ.

Nuôi thú cưng, đặc biệt là có thói quen thả rông thú nuôi.

Có lối sống tình dục không lành mạnh.

Người suy giảm miễn dịch như nhiễmHIV,đái tháo đường, dùng thuốc ức chế miễn dịch,…

Hay đi du lịch, đặc biệt là du lịch Châu Phi.

Thói quen ăn thịt tái, sống như rau sống, gỏi, tiết canh, sushi,…

Chúng ta đã có nhiều thuốc điều trị ký sinh trùng, chúng tỏ ra rất hiệu quả trong nhiều trường hợp. Việc điều trị sẽ tuỳ thuộc vào loài ký sinh và mức độ bệnh.

Bệnh có thể đơn giản, nhưng cũng có thể dai dẳng khó giải quyết, và cũng có thể cấp tính nguy hiểm, nên việc phòng ngừa bao giờ cũng có lợi ích rõ rệt:

Xổ giun định kỳ theo hướng dẫn của bác sĩ, tốt nhất đừng tự ý tẩy giun. Hãy đến gặp bác sĩ để có tư vấn đúng, vì việc xổ giun đôi khi không đơn giản như bạn nghĩ. Bác sĩ sẽ cân nhắc dựa vào: tuổi (đặc biệt là trẻ em), tình hình nhiễm tại khu vực, có chống chỉ định không.

Chăm sóc sạch sẽ và quản lý thú nuôi hợp lý.

Liên hệ cơ quan y tế dự phòng để được hướng dẫn đúng khi chuẩn bị đi du lịch.

Rửa tay khi chế biến, khi ăn, sau khi vệ sinh là một phương pháp đơn giản nhưng tỏ ra rất có hiệu quả.

Đời sống tình dục lành mạnh.

Sử dụng nguồn thực phẩm và nguồn nước vệ sinh. Chế biến theo quy định vệ sinh an toàn thực phẩm.

Hạn chế những thực phẩm sống như gỏi, tiết canh,…

Xem thêm:Các loại thuốc tẩy giun tốt cho người lớn hiện nay

Nhiễm ký sinh trùnggần như là vấn đề “ai cũng gặp”. Hãy tuân thủ đúng vệ sinh an toàn thực phẩm và xổ tẩy giun theo hướng dẫn. Khi có các dấu hiệu nghi ngờ kể trên, đừng ngại tìm đến bác sĩ để có tư vấn đúng. Không phải tất cả các dấu hiệu trên đều là của nhiễm ký sinh trùng, nhưng là những biểu hiện mơ hồ có thể bị bỏ lơ. Đừng chủ quan nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhiem-trung-duong-ruot/

Nội dung bài viết

Tổng quan về nhiễm trùng đường ruột

Nhiễm trùng tiêu hoá do những tác nhân nào gây ra

Triệu chứng của nhiễm khuẩn đường ruột

Khi nhiễm khuẩn tiêu hoá, cần xét nghiệm những gì?

Điều trị nhiễm khuẩn đường ruột

Phòng ngừa nhiễm khuẩn tiêu hoá thế nào?

Nhiễm trùng đường ruột là một tình trạng phổ biến, mà hầu như ai cũng đã phải trải qua ít nhất một lần trong đời. Vậy những triệu chứng của bệnh là gì? Cách điều trị như thế nào? Khi nào cần đến gặp bác sĩ? Mời bạn đọc cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Huỳnh Mạnh Tiến tìm hiểu những thông tin về tình trạng nhiễm trùng đường ruột qua bài viết sau đây nhé!

Nhiễm trùng đường ruột hay nhiễm khuẩn tiêu hoá, đôi khi được gọi là tiêu chảy nhiễm trùng là một bệnh rất phổ biến. Người bệnh mắc phải khi tiếp xúc với tác nhân vi sinh và độc tố của chúng.

Nhiễm trùng đường ruột biểu bởi các triệu chứngđau bụng, nôn ói, tiêu phân lỏng nhầy nhớt, đôi khi đi mót rặn lẫn máu (triệu chứng lỵ). Bệnh thường điều trị tập trung vào việc duy trì bù đủ nước, thay đổi chế độ ăn, đến khám bác sĩ ngay khi có dấu hiệu nặng để kịp thời dùngkháng sinhđặc trị.

Có 3 loại tác nhân chính gây nhiễm trùng đường ruột, bao gồm: vi khuẩn, virus và ki sinh trùng.123

Các vi khuẩn này vốn tiềm ẩn trong thực phẩm bẩn, đồ hộp quá hạn, gây nhiễm cho chúng ta khi ăn phải. Các vi khuẩn phổ biến của nhiễm khuẩn bao gồm:

Salmonellalà vi khuẩn khá phổ biến, một số chủng đặc biệt gây bệnh thương hàn (do chủngSalmonella typhigây ra) có thể khiến người bệnhnhiễm khuẩn huyết, sốt kéo dài.

E. colilà tác nhân gây bệnh phổ biến nhất, có nhiều chủng gây bệnh nhưng đặc biệt là chủng E157:H7 có thể gây tiêu phân toàn máu, tiết ra độc tố làmsuy thận, tán huyết, thậm chí tử vong.

Đây là vi khuẩn gram dương tồn tại ở dạng yếm khí (mọi trường không có oxy hoặc rất ít oxy), thường trong đồ hộp, thịt, gia cầm sống bảo quản không đúng cách. Khi nhiễm khuẩn có gây hoại tử sinh hơi là tình trạng nguy hiểm đe dọa tính mạng.

Vi khuẩn này tương tựC. perfringens, chúng cũng sống trong môi trường yếm khí, thực phẩm đồ hộp. Vi khuẩn tiết ra độc tố botulinum gây yếu liệt khắp cơ thể (bệnh uốn ván). Bệnh cảnh có diễn tiến xấu nhanh, tử vong nếu bệnh nhân không được nhập viện.

Còn được gọi là phẩy khuẩn tả. Vi khuẩn có khả năng gây bệnhtả. Đây là một dạng nhiễm trùng đường ruột đặc biệt, có khả năng lây lan thành dịch. Lịch sử thế giới đã ghi nhận hơn 7 đại dịch do vi khuẩn tả gây ra. Bệnh tả biểu hiện bởi tình trạng đi tiêu phân toàn nước, trong như nước vo gạo, 10-15 lần/ngày. Người bệnh nhân chóng rơi vào trạng tháimất nướctrầm trọng, truỵ mạch, suy kiệt và thậm chí tử vong.

Vi khuẩn này tồn tại trong thực phẩm bẩn, tiết ra độc tố gây ra triệu chứng ngay sau khi tiếp xúc nguồn thực phẩm bẩn.

Đây là trực khuẩn Gram âm, gây bệnh cảnh nhiễm khuẩn đường ruột với biểu hiện đăng trực là đi cầu ra máu (bệnh lỵ trực trùng). Người ăn phải thức ăn bẩn chứa vi khuẩn có thể rối loạn nhẹ trong dạ dày trong 1-2 ngày với biểu hiện nhưtiêu chảy, nôn. Nếu tiêu chảy kèm thêm máu và chất nhầy thì được gọi là bệnh lý trực trùng. Bệnh nhân sẽ đi phân máu, nhiều lần, lượng phân càng về sau càng ít, ngày có thể đi đến 20-30 lần/ngày, đau thốn vùng hậu môn trực tràng kèm sốt cao 39-40 độ. Đối với một số trẻ em có thể bị co giật hoặc nhiễm độc thần kinh. Người mắc bệnh suy sụp nhanh sau vài ngày, mệt mỏi, mô khô, lưỡi dơ.

Có thể thấy, các vi khuẩn tồn tại trong thực phẩm cùng độc tố. Đặc biệt, một số thực phẩm tiềm ẩn nhiều rủi ro cao như thịt, trứng hoặc thịt gia cầm nấu chưa chín hoặc được ăn sống, sữa và nước trái cây chưa được tiệt trùng, nước uống nhiễm khuẩn, thịt nguội, trái cây và rau quả chưa rửa kĩ.

Ngoài ra, người bệnh có thể lây cho gia đình, người thân nếu đồ đạc có nhiễm khuẩn được sử dụng chung. Bên cạnh đó, một số hộ gia đình có thói quen dùng phân của người để bón cho rau. Nếu trong quá trình sơ chế không kĩ thì rất nhiễm phải vi khuẩn có hại, có thể gây nhiễm trùng đường ruột nặng.

Nhiễm trùng đường ruột do virus là bệnh rất phổ biến, hay gặp ở trẻ nhỏ, đặc biệt virus rota. Vaccine có thể giúp ngăn ngừa được bệnh cảnh do rota gây ra.

Giun sán đường ruột hoặc giun, sán đơn bào sau khi người bệnh nuốt phải, sẽ phát triển kí sinh trong ruột gây triệu chứng kéo dài, hấp thu chất dinh dưỡng của cơ thể.

Một số tác nhân thường gặp đối tượng suy giảm miễn dịch nhưGiardia,Cryptosporidium.

Người tiếp xúc với phân người trong đất có thể lây lan các kí sinh trùng này. Bất kỳ đối tượng nào cũng có thể mắc các bệnh nhiễm khuẩn này, do uống hoặc bơi trong nước nhiễm khuẩn. Một số chủng lây nhiễm từ vật nuôi sang như bệnh Toxoplasmosis.

Tuy nhiên, cũng cần phân biệt tiêu chảy, nôn ói do một số nguyên nhân khác. Việc sử dụng kháng sinh kéo dài cũng có thể gây tiêu chảy do mất cân bằng hệ vi sinh đường ruột, khiến mật độ các lợi khuẩn giảm mạnh, các vi khuẩn có hại sinh sôi.

Tiêu chảy cũng có thể là tác dụng phụ của một số thuốc bệnh nhân đang sử dụng. Ví dụ như lạm dụng thuốc nhuận trường, thuốc kích thích đi tiêu.

Hầu hết các bệnh nhiễm khuẩn đường ruột đều có triệu chứng không đặc hiệu và khá tương đồng nhau như:12345

Đau quặn bụng: Người bệnh thường đau bụng quanh rốn, một số cảm thấyđau bụng dưới. Đau diễn ra liên tục, cứ sau 3 – 5 phút, người bệnh lại cảm nhận được cơn đau bụng. Tình trạng này kéo dài gây mệt mỏi, khó chịu, không thể làm việc và sinh hoạt bình thường. Nguyên nhân là do vi sinh vật tấn công và gây tổn thương ruột và đại tràng. Một số trường hợp, đau rát vùnghậu mônnếu tiêu chảy liên tục.

Tiêu lỏng nhiều lần: Tiêu phân lỏng nhiều lần, có thể toàn nước, có thể trắng đục nước vo gạo (khi nhiễm vi khuẩn tả) hoặc đi phân nhầy nhớt, lẫn máu, đôi khi đi phân toàn máu.

Buồn nôn, nôn: Độc tố gây kích ứng đường tiêu hoá cũng gây nôn. Nôn ói giúp cơ thể tống xuất bỏ độc chất đã nuốt phải. Tuy nhiên, việc nôn ói quá nhiều có thể đến mất nước, rách thực quản (nôn ra máu).

Đầy bụng, chướng bụng, ăn không tiêu.

Đau mỏi cơ: thường gặp trong trường hợp nhiễm siêu vi.

Sốt: có thể sốt nhẹ. Một số trường hợp nhiễm tác nhân độc hại gây ra sốt cao, lạnh run hoặc sốt kéo dài liên tục nhiều ngày, khiến người bệnh đừ mệt, mất nước.

Chán ăn, ăn không ngon: Khi đường tiêu hóa có vấn đề, đau bụng và tiêu chảy, chúng ta sẽ cảm thấy ăn uống không được ngon miệng. Càng ăn vào lại càng cảm thấy khó chịu, mệt mỏi hơn. Cùng với đó là cảm giác buồn nôn hoặc nôn. Sau vài ngày mắc bệnh, cân nặng có thể giảm đi rõ rệt.

Trong một số trường hợp, khi nhiễm một số tác nhân rất độc có thể gây ra bệnh cảnh nặng nề:

Suy thận cấp: tiêu chảy, buôn nôn liên tục có thể dẫn đến mất nước dẫn đến giảm máu tới thận gây ra suy thận. Ngoài ra, các độc tố do vi khuẩn tiết ra cũng có thể tổn thương trực tiếp thận.

Rối loạn điện giải: Đây là hậu quả của tiêu chảy, nôn ói.

Sốc giảm thể tích, sốc nhiễm trùng: Khi mất rất nhiều nước do tiêu chảy và nôn ói, người bệnh không ăn uống được. Vi khuẩn lan tràn từ niêm mạc ruột vào máu gây nhiễm khuẩn huyết, sản xuất độc tố gâytụt huyết áp, dãn mạch và sốc nhiễm trùng.

Suy dinh dưỡng: Có thể gặp phải khi người bệnh tiêu chảy, nôn ói liên tục.

Yếu liệt: đặc biệt khi nhiễm độc tố của vi khuẩn gây bệnh uốn ván.

Co giật: Thường gặp trong nhiễm lỵ trực trùng, hoặc co giật do sốt cao ở trẻ em mắc bệnh.

Khi tiến hành thăm khám, bác sĩ sẽ hỏi người bệnh về những triệu chứng mà người bệnh đang gặp phải, kiểm tra dấu hiệu nhiễm khuẩn đang xảy ra và yêu cầu thực hiện một số xét nghiệm. Điển hình nhất là xét nghiệm phân để tìm sự có mặt của tác nhân gây bệnh.

Một số trường hợp đặc biệt, cần chẩn đoán các tác nhân có độc lực cao, người bệnh sẽ đượcxét nghiệm máu,nội soi đại trực tràngđể quan sát trực tiếp niêm mạc ruột. Tuy nhiên, việc dựa vào triệu chứng đã có thể giúp bác sĩ nhận diện phần lớn trường hợp.15

Đa phần các trường hợp nhiễm trùng do ăn phải thực phẩm bẩn, có thể tự giới hạn. Người bị nhiễm trùng đường ruột có thể giúp điều trị bệnh tại nhà bằng cách:

Nghỉ ngơi;

Thường xuyên uống nước và uống từng ngụm;

Sử dụng thuốc không kê đơn một cách thận trọng;

Ăn thức ăn nhạt, dễ tiêu khi cảm thấy khỏe hơn.

Điều quan trọng là uống đủ nước, tránh xa thực phẩm bẩn, bổ sung các khoáng chất vitamin (nước điện giải, trái cây).

Sau khi đào thảo toàn bộ độc tố (nôn ói, tiêu lỏng), cơ thể có thể tự tiêu diệt toàn bộ vi khuẩn, virus đưa người bệnh trở lại trạng thái bình thường.

Một số trường hợp có thể vẫn tiêu phân lỏng thỉnh thoảng, sau 1 đợt nhiễm khuẩn; hoặc có thể bị rối loạn khuẩn hệ đường ruột (hội chứng ruột kích thíchsau nhiễm trùng tiêu hoá).

Nếu người bệnh đang sử dụng nhiều loại thuốc, đặc biệt các thuốc làm mềm phân, thuốc gây tiểu nhiều (lợi tiểu) có thể khiến tình trạng bệnh nặng hơn. Vì vậy, khi mắc bệnh nhiễm trùng tiêu hoá, người bệnh nên hỏi ý kiến bác sĩ đang điều trị về việc tiếp tục sử dụng.

Một số thuốc giúp triệu chứng giảm nhẹ như: thuốc hấp phụ, bảo phủ niêm mạc ruột (smecta, pepto-bistmuth,..), dung dịchoresol,…

Nếu bệnh dongộ độc thực phẩmthì không nên dùng thuốc chống tiêu chảy (cầm tiêu chảy), mà cần cho đường ruột thải bớt chất độc, vi khuẩn… ra ngoài, nhằm giảm mức độ bệnh. Nếu uống ngay thuốc cầm tiêu chảy, có thể sẽ khiến cho bệnh càng trầm trọng hơn. Dung dịch oresol nên cần pha đúng tỷ lệ theo hướng dẫn trên bao bì để được dung dịch đạt tiêu chuẩn. Tránh pha loãng quá hoặc đặc quá sẽ gây hại cho cơ thể.

Việc sử dụng các thuốc cầm tiêu chảy, ví dụ như loperamid, làm giảm sự vận chuyển của cơ thành ruột, giảm nhu động ruột, giảm khả năng tống đẩy phân ra ngoài, nên làm giảm đi tiêu. Tuy nhiên, việc lạm dụng thuốc sẽ gây khó đi tiêu, ứ dộng chất độc, vi khuẩn trong ruột làm người bệnh đầy bụng, đau bụng, chướng hơi. Việc sử dụng thuốc kéo dài không có ý kiến của bác sĩ có thể dẫn đến ảnh hưởng đến thần kinh trung ương gâymất ngủ.

Người bệnh nên đến khám bác sĩ ngay lập tức nếu:

Người bệnh là người cao tuổi, trẻ em, người có nhiều bệnh nền:suy tim,suy thận,xơ gan,đái tháo đường… Đây là các đối tượng dễ mắc bệnh, khi mắc bệnh dễ chuyển biến nhanh.

Đau bụng dữ dội.

Sốt cao liên tục.

Tiêu chảy kéo dài hơn 2 ngày.

Phân đen, đi phân toàn máu.

Đi phân lỏng từ 6 lần trở lên/ngày.

Nôn ói liên tục.

Không tỉnh táo, lừ đừ.

Hoặc người bệnh cũng nên đến khám bác sĩ, nếu bị nhiễm trùng đường ruột mà cơ thể có dấu hiệu mất nước nặng nề như:

Cực kì khát nước.

Nước tiểu sẫm màu, đi tiểu rất ít.

Má, mắt trũng sâu.

Miệng khô.

Da không phẳng trở lại sau khi véo.

Người lâng lâng.

Đặc biệt ở trẻ em: nếu bé quấy khói liên tục, khóc không thấy nước mắt; tả thay khô liên tục sau 4-5 giờ; bé mệt đừ, sốt cao, nôn ói liên tục cũng nên đến khám ngay.

Trường hợp bị nhiễm khuẩn nặng, nếu cần thiết, bác sĩ sẽ chỉ định nhập viện để dùng kháng sinh, truyền dịch tĩnh mạch hoặc áp dụng phương pháp điều trị khác phù hợp. Đa phần những bệnh nhân này sẽ trở nên tốt hơn trong khoảng vài ngày đến một tuần, khidạ dàyvà hệ thống đường ruột được hồi phục hoàn toàn.

Những triệu chứng nhiễm trùng đường ruột có thể kéo dài, gây ảnh hưởng không nhỏ đến thể trạng và hệ tiêu hóa của người bệnh. Do đó, xác định được nguồn lây bệnh là cách tốt nhất để chủ động ngăn ngừa, không tạo cơ hội cho bệnh trở nên nghiêm trọng hơn.

Có nhiều biện pháp có thể thực hiện giúp ngăn chặn sự lây lan, cũng như phòng ngừa lây nhiễm virus gây nhiễm trùng đường ruột như:1236

Thường xuyên rửa tay kĩ càng bằng xà phòng và nước. Không nên lạm dụng nước rửa tay chứa cồn để rửa tay.

Thực hiện an toàn thực phẩm, bao gồm rửa trái cây, rau quả và nấu chín thịt.

Tránh nấu ăn hoặc chuẩn bị thức ăn cho người khác khi bản thân đang bị ốm.

Khử trùng bề mặt cứng bằng thuốc tẩy.

Giặt quần áo hoặc khăn trải giường cẩn thận.

Bên cạnh đó, để tránh bị nhiễm trùng đường tiêu hóa, mọi người nên:1236

Rửa tay và các bề mặt sạch sẽ trước, trong và sau khi chế biến thực phẩm.

Tách thịt sống, hải sản, thịt gia cầm và trứng xa thức ăn chế biến sẵn.

Nấu thức ăn đến nhiệt độ bên trong an toàn phù hợp, và tránh thức ăn chưa nấu chín.

Bảo quản thực phẩm ở nhiệt độ 4°C trong vòng 2 giờ sau khi nấu.

Những người có nguy cơ cao bị nhiễm trùng đường ruột và các biến chứng cũng nên tránh tiêu thụ thực phẩm nấu chưa chín, hoặc sống từ động vật, các sản phẩm sữa và nước trái cây chưa tiệt trùng và rau mầm sống.

Bổ sung men vi sinh đường ruột, hoặc lợi khuẩn để giúp tăng cường sức khoẻ của hệ tiêu hoá.

Thận trọng khi đi du lịch đến những nơi có nhiễm ký sinh trùng phổ biến hơn.

Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để ngăn ngừa bệnh toxoplasmosis. Tránh tiếp xúc hộp vệ sinh cho mèo nếu đang mang thai.

Thực hiện chủng ngừa virus rota và phẩy khuẩn tả cho trẻ nhỏ.

Khi đang bị nhiễm trùng tiêu hoá, nên chọn lựa thực phẩm sạch tránh xa nguồn lây nhiễm. Người bệnh không nên quá khắt khe, dễ dẫn đến suy dinh dưỡng.

Người bệnh nên lựa chọn thực phẩm dễ tiêu, tránh các món gây khó tiêu, đầy bụng. Đa dạng khẩu phần ăn để bổ sung dưỡng chất khi bị bệnh, tạo sự ngon miệng cho người bệnh. Tránh các loại nước uống dưới dạng cốm hoàn toàn, sủi bọt vì dễ gây tiêu lỏng.

Nên chọn loại dễ tiêu như bánh mì trắng, bánh quy không nhân, ngũ cốc, bộtyến mạch, mì gạo, mì ống.

Nên chú ý các loại hoa quả chứa nhiều vitamin, đặc biệtvitamin Cgiúp các vết loét trên niêm mạc mau lành. Nên hạn chế thực phẩm quá giàu chất xơ dễ dẫn đến tiêu chảy nhiều hơn.

Thịt động vật không chứa chất xơ, nên bệnh nhân có thể ăn các loại thịt nạc như: thịt bò, gà, lợn, thịt cừu, cá… hoặc có thể ăn thêm trứng để bổ sungprotein. Lưu ý, nên ưu tiên ăn thịt trắng và hạn chế ăn thịt đỏ.

Mặc dù các chuyên gia thường khuyên là nên ăn các loại thức ăn dễ tiêu. Nhưng người bệnh hoàn toàn có thể ăn các loại chất béo như: bơ thực vật, dầu thực vật, sốt mayonnaise, sốt cà chua, kem sữa, nước sốt sa – lát,mật ong, si rô…

Nên uống từ 2,5 – 3,5 lít nước lọc mỗi ngày, chia thành nhiều lần. Sau khi ngủ dậy vào buổi sáng nên uống 300 ml nước. Người bệnh nên hạn chế uống trà,cà phê, đồ uống có ga với lượng nhỏ vì dễ gây tiêu chảy. Nên uống nước hoa quả đã lọc bỏ bã.

Tóm lại, nhiễm trùng tiêu hoá haynhiễm trùng đường ruộtdo nhiều tác nhân gây ra (vi khuẩn, virus, kí sinh trùng). Các triệu chứng do các tác nhân gây bệnh thường không đặc hiệu, bao gồm tiêu chảy, đau quặn bụng và buồn nôn. Hầu hết các bệnh nhiễm trùng sẽ tự hết. Điều cần thiết là phải nghỉ ngơi nhiều và uống nhiều nước để quá trình hồi phục nhanh chóng. Một số tác nhân đặc biệt có thể gây biến chứng nặng nề nếu không phát hiện. Vì vậy, nếu triệu chứng nặng, người nhiều bệnh nền, trẻ em, người lớn tuổi, phụ nữ mang thai cần được theo dõi sát và đưa đi khám bác sĩ kịp thời.

Có thể dùng nhưsữa chuađể bổ sung lợi khuẩn.Không nên dùng nhiều sữavì có thể khiến những ngườikhông dung nạp lactosebị chứng tiêu chảy haychuột rút.47

Các triệu chứng của bệnh nhiễm khuẩn đường tiêu hóa thường không quá nghiêm trọng.2Tuy nhiên, nếu chúng ta lơ là, bỏ qua việc theo dõi và điều trị thì bệnh có thể dẫn tới nhiều biến chứng nghiêm trọng.

Tùy vào từng tác nhân gây bệnh, bệnh sẽ tiến triển theo nhiều mức độ khác nhau. Riêng các đối tượng như trẻ em, người lớn tuổi, mang thai, mắc nhiều bệnh nền như suy tim, suy thận, xơ gan, đái tháo đường cần được theo dõi sát để điều trị kịp thời, phát hiện và xử trí sớm biến chứng nếu có.14

Bệnh rất dễ lây, chủ yếu lây việc tiếp xúc thực phẩm, đồ dùng chung nhiễm khuẩn. Việc không rửa tay đúng cách sau khi đi vệ sinh, khi chế biến thực phẩm có thể làm lây lan sang nhiều người sau khi tiếp xúc với đồ ăn nhiễm khuẩn.3

Vì vậy, khi bị nhiễm bệnh, người bệnh nên được sử dụng đồ đạc riêng, luôn rửa tay kĩ càng khi người bệnh và người chăm sóc tiếp xúc nhau. Các đồ dùng vật dụng cần được khử khuẩn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhiem-trung-than/

Nội dung bài viết

Khái niệm về bệnh nhiễm trùng thận

Nguyên nhân

Triệu chứng của bệnh

Chẩn đoán bệnh

Điều trị

Các biện pháp phòng bệnh

Nhiễm trùng thận là một trong những bệnh viêm nhiễm ở thận rất thường gặp. Bệnh ảnh hưởng rất nhiều đến chức năng lọc máu, bài tiết nước tiểu của thận. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh có thể gây ra nhiều biến chứng rất nguy hiểm. Bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô sẽ giúp bạn đọc hiểu rõ hơn về căn bệnh này.

Nhiễm trùng thậncòn có tên gọi khác là viêm đài bể thận. Đây là tình trạng nhiễm trùng đường tiết niệu. Nguyên nhân của bệnh thường xuất phát từ tình trạng nhiễm trùng đường tiểu dưới (bao gồm niệu đạo và bàng quang).

Sau đó vi khuẩn sinh sôi, nảy nở và di chuyển ngược lên phía trên theo đường bài niệu, gây nên nhiễm trùng ở thận. Nhiễm trùng ở thận có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết nghiêm trọng, thậm chí gây tử vong.

Xem thêm:Suy thận cấp có thể dẫn đến tổn thương thận vĩnh viễn!

Những nguyên nhân có thể gây bệnh đó là do vi khuẩn xâm nhập vào đường tiết niệu thông qua niệu đạo (ống đưa nước tiểu ra khỏi cơ thể của bạn) sẽ gây ra nhiễm trùng, sau đó nó bắt đầu nhân lên bên trong bàng quang và niệu đạo.

Các vi khuẩn thường gây bệnh là E. Coli, Enterobacteria, Klebsiella. Những vi khuẩn này tồn tại nhiều trong phân, trong khi những vi khuẩn bám trên da hoặc vi khuẩn tồn tại trong không khí ít gây ra bệnh cảnh nhiễm trùng ở thận.

Máu cũng có thể gây nên bệnh này thông qua cơ chế truyền vi khuẩn từ những vị trí nhiễm trùng khác trong cơ thể đi đến thận. Nguyên nhân gây bệnh này thường ít xảy ra, nhưng khi xảy ra thì lại rất trầm trọng.

Ngoài ra, bệnh lý này còn có thể xuất phát thông qua cơ chế nhiễm trùng ngược dòng, từ bàng quang lên thận đo đặt ống thông tiểu, do nội soi bàng quang để gắp sỏi, nội soi niệu đạo,…

Một số vi sinh vật có thể gây bệnh bao gồm:

E. Coli.

Vi khuẩnlậu

Proteus.

Klebsiella.

Vi khuẩn đường ruột.

Liên cầu.

Tụ cầu vàng và họ tụ cầu vàng (Staphylococci).

Haemophilus Influenzae.

Samonella Typhy hoặc Paratyphy (vi khuẩn gây bệnh thương hàn).

Cryptosporidium.

Campylobater jejuni.

Xoắn khuẩngiang mai.

Nấm Candida Albican (những người suy giảm miễn dịch).

Một số loại virus nhưviêm gan siêu vi B, HIV, Adenovirus,…

Ký sinh trùng (hiếm gặp) như Giardia lamblia, trùng roi âm đạo, Toxoplasma,…

Bệnh có thể khởi phát thông qua những triệu chứng của nhiễm trùng đường tiểu dưới, bệnh sẽ trở nên ngày càng trầm trọng hơn nếu vi khuẩn ngược dòng đến đường tiểu trên. Các triệu chứng thường gặp của bệnh nhiễm trùng tại cơ quan thận bao gồm:

Sốt (đo nhiệt độ trên 38°C, có thể sốt cao 39 đến 40°C).

Rét run.

Buồn nôn và nônmửa.

Đau vùng hông và vùng bụng dưới rốn.

Đi tiểu thường xuyên, có cảm giác phải đi tiểu ngay lập tức và không thể nào nhịn tiểu được.

Cảm giác đau rát dọc theo đường tiểu khi đi tiểu.

Có mủ hoặc có máu hiện diện trong nước tiểu.

Nước tiểu có mùi hôi khác thường.

Ngoài những triệu chứng điển hình nói trên, người bệnh có thể bị những triệu chứng khác không phổ biến (tùy theo từng hoàn cảnh cụ thể).

Không có tiêu chuẩn vàng trong việc chẩn đoán bệnh. Tuy nhiên, nếu có những triệu chứng chính sau đây:

Sốt cao, rét run

Đau vùng hông lưng

Đau khi đi tiểu

Nước tiểu có máu hoặc có mủ

Kèm theo một số xét nghiệm có liên quan như tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu, xét nghiệm máu, siêu âm vùng thận, chụp cắt lớp vi tính hoặc một X quang vùng thận để quan sát chi tiết được hình ảnh của thận cùng các cơ quan liên quan….

Từ đó, các bác sĩ chuyên khoa Nội thận sẽ có cơ sở vững chắc để đưa ra chẩn đoán xác định bệnh.

Hướng điều trị ưu tiên của các bác sĩ đối với bệnh nhân mắc bệnh nhiễm trùng cơ quan thận là cần sử dụng kháng sinh. Tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng của thận, tình trạng sức khỏe cụ thể của từng bệnh nhân và loại vi khuẩn được tìm thấy trong nước tiểu mà các bác sĩ sẽ chỉ định loại kháng sinh cùng thời gian phù hợp.

Các triệu chứng và biểu hiện của bệnhnhiễm trùng thậnthường thuyên giảm từ từ trong vòng 3 đến 5 ngày đầu điều trị như: hết sốt, giảm đau vùng hông lưng, nước tiểu không còn mủ hoặc máu,…

Tuy nhiên, bệnh nhân cần phải tiếp tục uống thuốc kháng sinh trong vòng một tuần hoặc lâu hơn tùy vào loại vi khuẩn và mức độ nhiễm khuẩn.

Nếu nhiễm trùng nặng, bệnh nhân cần phải nhập viện để bác sĩ theo dõi sát và thường xuyên hơn. Bệnh nhân có thể được các bác sĩ chỉ định truyền dung dịch thuốc kháng sinh qua đường tĩnh mạch.

Nếu một người bị tái phát nhiều lần, bệnh nhân ấy cần phải đến các bác sĩ chuyên khoa sâu về thận, đường niệu để tìm nguyên nhân gây tái phát và điều trị kịp thời.

Trong những trường hợp viêm nhiễm ở thận do virus thì bệnh nhân sẽ tự khỏi, chỉ cần điều trị hỗ trợ như truyền dịch, hạ sốt, giảm đau. Đối với những trường hợp nhiễm trùng ở thận do nấm thì bác sĩ sẽ chỉ định thuốc kháng nấm.

Còn nếu bệnh nhân bị nhiễm trùng tại thận có nguyên nhân là ký sinh trùng thì thuốc diệt ký sinh trùng sẽ được chỉ định đầu tay như: Metronidazole, Mebendazol, Albendazol, Praziquantel,…

Để phòng bệnh nhiễm trùng ở thận một cách hiệu quả, chúng ta nên thực hiện các biện pháp sau:

Không nên sử dụng thuốc xịt khử mùi hoặc thuốc nhuộm tùy tiện ở cơ quan sinh dục.

Không nên sử dụng bao cao su hoặc màng chắn không đảm bảo vô khuẩn.

Uống nhiều nước mỗi ngày (từ 1,5 đến 2 lít nước).

Đi tiểu mỗi khi có cảm giác mắc tiểu.

Đi tiểu sau khi quan hệ tình dục.

Vệ sinh cơ quan sinh dục hàng ngày.

Khi có nóngsốtthì nên đi khám ngay để tránh biến chứng nhiễm trùng huyết dẫn đến thận bị nhiễm trùng.

Trên đây là những thông tin về bệnhnhiễm trùng thậnmà bài viết muốn giới thiệu đến bạn đọc. Hy vọng các bạn sẽ nắm vững cách phòng bệnh hiệu quả, cũng như biết được những triệu chứng sớm để đi khám bệnh kịp thời, hạn chế tối đa những biến chứng xấu ảnh hưởng đến sức khỏe nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhiem-trung-duong-tiet-nieu-nhiem-trung-tieu/

Nội dung bài viết

1. Nhiễm trùng đường tiết niệu là gì?

2. Tại sao lại bị nhiễm trùng tiểu?

3. Nhiễm trùng tiểu biểu hiện như thế nào?

4. Ai là đối tượng dễ bị nhiễm trùng tiểu

5. Nhiễm trùng tiểu có nguy hiểm không?

6. Điều trị nhiễm trùng tiểu như thế nào?

7. Cần lưu ý gì trong phòng ngừa và điều trị bệnh

Hệ tiết niệu cơ bản bao gồm thận, niệu quản, bàng quang và niệu đạo, có chức năng bài thải các chất độc ra khỏi cơ thể. Chúng vốn đóng vai trò cực kỳ quan trọng. Nhiễm trùng đường tiết niệu, thường được gọi ngắn gọn là nhiễm trùng tiểu hoặc nhiễm khuẩn niệu, là tình trạng viêm do nhiễm trùng ở các cấu trúc này, mức độ có thể thay đổi từ nhẹ nhàng không triệu chứng cho đến biến chứng nguy hiểm như nhiễm trùng huyết. Bài viết sau của bác sĩ Đinh Gia Khánh sẽ cho chúng ta thông tin cơ bản để hiểu rõ hơn về bệnh lý này.

Tuy là hệ thống bài tiết của cơ thể, nhưng nước tiểu bình thường được tạo ra và chứa trong bàng quang là vô trùng. Nhiễm trùng tiểu là tình trạng các vi khuẩn xâm nhập vào hệ thống tiết niệu, gây nên tình trạng viêm tại các vị trí này.

Bình thường, thận lọc máu tạo thành nước tiểu, chúng sẽ theo niệu quản xuống được chứa tại bàng quang. Khi bàng quang đầy, một phản xạ thần kinh sẽ khiến mắc tiểu, và bàng quang sẽ co bóp nhẹ và “mở khoá” để nước tiểu theo niệu đạo ra ngoài. Tất cả các cấu trúc trên đường đi này đều có thể nhiễm trùng tạo ra các bệnh được gọi chung là nhiễm trùng tiểu.

Thông thường ở người khoẻ mạnh,hệ tiết niệucó nhiều cơ chế để chống nhiễm trùng. Do đó, nhiễm trùng tiểu thường xảy ra trên những đối tượng có yếu tố nguy cơ. Các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm trùng tiểu bao gồm:

Sỏi, do u bướu hay hẹp tắc đường tiểu bẩm sinh,…

Bệnh lý đái tháo đường;

Bệnh lý thần kinh, tổn thương não, tủy sống…

Thuốc chống trầm cảm;

Thuốc giảm co thắt.

Bình thường thì nước tiểu chỉ đi một chiều từ thận xuống niệu đạo. Trào ngược thường sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn:

Trào ngược niệu đạo – bàng quang.

Tổn thương van bàng quang – niệu quản.

Chèn ép đường tiểu.

Thai tiết progesterone làm giảm hoạt động co bóp của niệu quản.

Đặt thông tiểu.

Nội soi bàng quang.

Nong niệu đạo.

Phẫu thuật hệ tiết niệu.

Đái tháo đường.

HIV.

Sử dụng thuốc ức chế miễn dịch.

Nữ giới nguy cơ cao hơn do đường tiểu ngắn, vi khuẩn dễ xâm nhập hơn.

Lớn tuổi.

Bệnh lý thận bẩm sinh, dị dạng đường tiểu bẩm sinh.

Thực tế thì triệu chứng của nhiễm trùng tiểu có thể khác nhau một chút tuỳ thuộc vào vị trí nhiễm trùng. Các triệu chứng có thể bao gồm triệu chứng tại đường tiết niệu và triệu chứng toàn thân:

Buốt, gắt: đau, buốt khi đi tiểu.

Lắt nhắt: Tiểu lắt nhắt nhiều lần trong ngày, nhưng mỗi lần đi tiểu thì lượng nước tiểu ít.

Tiểu gấp: có cảm giác mắc tiểu nhiều cần phải đi tiểu ngay.

Nước tiểu đục, đỏ: có thể có mủ hoặc máu trong nước tiểu.

Đau bụng vùng trên xương mu khi đi tiểu.

Thường gặp ở những trường hợp nhiễm trùng tiểu ở thận, niệu quản, đặc biệt là có sỏi kèm theo.

Sốt, lạnh run, uể oải,…

Như đã nói ở các yếu tố nguy cơ, những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ sẽ dễ mắc nhiễm trùng tiểu. Trong đó, tắc nghẽn đường tiểu, thủ thuật hệ tiết niệu là những điều kiện phổ biến nhất. Đặc biệt, nguy cơ nhiễm trùng tiểu cũng tăng cao ở các đối tượng có đời sống tình dục không lành mạnh, viêm niệu đạo do lậu là một ví dụ điển hình.

Nhiễm trùng tiểu là một bệnh lý nội khoa có thể kiểm soát được bằng kháng sinh. Tuy nhiên, đôi khi tình trạng bệnh rất khó kiểm soát trên những bệnh nhân nguy cơ bệnh khó thay đổi như bệnh nhân bị đái tháo đường, tổn thương não, phải sử dụng thuốc bắt buộc…

Nhiễm trùng tiểu có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm nếu không được điều trị kịp thời. Các biến chứng nguy hiểm như:

Nhiễm trùng huyết.

Sốc nhiễm trùng.

Suy thận.

Áp-xe thận, hoại thử thận.

Tổn thương cơ quan sinh dục gây vô sinh.

Ngoài ra, nguy cơ sẩy thai, sinh non, nhiễm trùng ối, nhiễm trùng bào thai tăng cao ở thai phụ mắc bệnh.

Bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm trùng tiểu cần gặp ngay bác sĩ điều trị để được tư vấn. Kháng sinh là điều trị căn bản để kiểm soát bệnh.

Khi bệnh nhân có biến chứng, bác sĩ có thể chỉ định kháng sinh cường độ mạnh hơn, các điều trị khác để kiểm soát biến chứng trong đó có thể phải phẫu thuật để giải quyết tình trạng nguy hiểm.

Đi song song với điều trị nhiễm trùng, điều trị các yếu tố nguy cơ là cần thiết: Phẫu thuật loại bỏ sỏi, loại trừ khối u, kiểm soát đường huyết, cắt giảm thuốc làm tăng nguy cơ,…

Có thể bạn quan tâm:Xét nghiệm đường huyết tại nhà quan trọng như thế nào?

Tuân theo chỉ định của bác sĩ.

Không tự ý uống kháng sinh vì làm tăng nguy cơ kháng thuốc.

Thông báo với bác sĩ tất cả loại thuốc bạn đang uống để có tư vấn hợp lí.

Không tự ý dùng các  dung dịch không rõ, vệ sinh vùng lỗ tiểu theo hướng dẫn của bác sĩ.

Tuân thủ điều trị các bệnh lý nội khoa đang mắc, đặc biệt là đái tháo đường.

Đời sống tình dục lành mạnh.

Nhiễm trùng tiết niệu là một bệnh lý thường gặp, nếu được phát hiện sớm và điều trị hợp lý sẽ mang lại nhiều hiệu quả. Loại bỏ có yếu tố thuận lợi của bệnh cũng quan trọng không kém.

Nhiễm trùng tiểucó nhiều biến chứng nguy hiểm nếu không được giải quyết tốt, đặc biệt trên những bệnh nhân có bệnh lý nội khoa phức tạp đi kèm. Vì vậy, không thể coi thường bất kỳ các dấu hiệu nào kể trên, hãy đi khám sớm nhất khi có thể nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhieu-loan-cam-xuc/

Nội dung bài viết

Triệu chứng Nhiễu loạn cảm xúc gồm những gì?

Nguyên nhân gây Nhiễu loạn cảm xúc là gì?

Nhiễu loạn cảm xúc gây ra biến chứng gì?

Chẩn đoán Nhiễu loạn cảm xúc bằng cách nào?

Điều trị Nhiễu loạn cảm xúc như thế nào?

Chuẩn bị gì trước khi đi khám?

Nhiễu loạn cảm xúc là tình trạng đặc trưng bởi các giai đoạn khóc cười không phù hợp và không kiểm soát được, xảy ra đột ngột. Rối loạn này thường xảy ra ở những người có bệnh lý thần kinh hoặc chấn thương. Gây ảnh hưởng đến chức năng điều khiển cảm xúc của não. Nhiễu loạn cảm xúc thường không được chẩn đoán hoặc chẩn đoán nhầm thành rối loạn khí sắc. Vậy làm thế nào để chẩn đoán và điều trị tình trạng này? Hãy cùng theo dõi bài viết dưới đây của ThS.BS chuyên khoa Tâm thần Nguyễn Trung Nghĩa để có được những thông tin hữu ích nhất.

Dấu hiệu ban đầu của nhiễu loạn cảm xúc là những cơn bộc phát khóc hoặc cười thường xuyên, có đặc điểm:

Không tự chủ và không kiểm soát.

Cảm xúc thái quá hoặc không liên quan đến tâm trạng.

Xảy ra bất cứ khi nào.

Cười xong chuyển sang khóc.

Giữa các cơn cảm xúc bình thường.

Người bị nhiễu loạn cảm xúc thường sẽ khóc nhiều hơn cười.

Mức độ đáp ứng của cảm xúc thường rất nổi bật, như:

Cười hoặc khóc trong vòng vài phút liền

Cười không kiểm soát khi có một kích thích nhẹ, chẳng hạn như một bình luận vui

Khóc trong tình huống không hề buồn đối với những người khác

Các đáp ứng cảm xúc này thường khác so với phản ứng trước kia về cùng một vấn đề.

Vì nhiễu loạn cảm xúc thường là khóc nhiều hơn cười, nên có thể bị nhầm với triệu chứng trầm cảm. Tuy nhiên, các cơn bộc phát thường diễn ra trong thời gian ngắn. Trong khi đó, trầm cảm diễn ra trong thời gian dài, người bệnh buồn từ ngày này qua ngày khác.

Người bị nhiễu loạn cảm xúc thường không có các đặc trưng của trầm cảm, như rối loạn giấc ngủ hoặc chán ăn. Tuy nhiên, trầm cảm thường hay gặp ở người nhiễu loạn cảm xúc.

Nhiễu loạn cảm xúc thường xảy ra ở người có bệnh lý thần kinh hoặc chấn thương, bao gồm:

Đột quỵ.

Xơ cứng teo cơ một bên.

Đa xơ cứng.

Chấn thương não.

Bệnh Alzheimer.

Bệnh Parkinson.

Nhiễu loạn cảm xúc được cho là do tổn thương con đường thần kinh điều hòa cảm xúc. Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu sâu hơn.

Triệu chứng nặng của nhiễu loạn cảm xúc có thể gây xấu hổ, cô lập với xã hội, lo âu và trầm cảm. Tình trạng này có thể ảnh hưởng đến công việc hàng ngày, đặc biệt khi đã được chẩn đoán bệnh lý thần kinh.

Nhiễu loạn cảm xúc thường được chẩn đoán khi khám thần kinh bởi bác sĩ nội khoa, nội thần kinh hoặc tâm thần.

Nhiễu loạn cảm xúc thường bị chẩn đoán nhầm làtrầm cảm,rối loạn lưỡng cực, rối loạn lo âu toàn thể,tâm thần phân liệt,rối loạn nhân cáchvàđộng kinh. Bệnh sử chi tiết về các cơn bộc phát sẽ giúp phân biệt được các bệnh lý này.

Mục tiêu điều trị nhiễu loạn cảm xúc là giảm tần suất và mức độ của cơn bộc phát. Các thuốc có thể dùng là:

Thuốc chống trầm cảm. Chống trầm cảm ba vòng (TCAs) và thuốc ức chế hấp thu chọn lọc serotonin (SSRIs) có thể làm giảm tần suất và mức độ các cơn bộc phát. Điều trị nhiễu loạn cảm xúc bằng thuốc chống trầm cảm thường dùng liều thấp hơn so với điều trị trầm cảm.

Dextromethorphan hydrobromide và quinidine sulfate (Nuedexta).Là thuốc duy nhất được chấp thuận bởi FDA cho điều trị nhiễu loạn cảm xúc. Nghiên cứu cho thấy người bệnh đa xơ cứng và xơ cứng teo cơ một bên giảm số cơn bộc phát xuống còn một nửa khi dùng thuốc.

Bác sĩ sẽ lựa chọn phương pháp điều trị tốt nhất, cân nhắc tác dụng phụ và các bệnh lý đang điều trị. Các nhà trị liệu cũng sẽ tư vấn cách sắp xếp lịch làm việc phù hợp với tình trạng bệnh.

Khi cơn bộc phát xuất hiện, hãy:

Tự làm mình phân tâm.

Thở chậm, sâu.

Thư giãn cơ thể.

Thay đổi tư thế.

Ghi chú các triệu chứng. Mô tả chi tiết các cơn bộc phát. Cơn bộc phát có xuất hiện tự ý không? Kéo dài bao lâu? Phù hợp với tâm trạng và hoàn cảnh không? Có yếu tố nào kích thích không? Có ảnh hưởng đến các mối quan hệ xã hội không?

Chuẩn bị những thông tin quan trọng. Các căng thẳng hoặc thay đổi trong cuộc sống gần đây. Thuốc, vitamin đang dùng. Các xét nghiệm từng làm trước đây.

Bạn có dễ khóc không?

Có dễ vui hoặc dễ cười với những việc không buồn cười?

Thường khóc sau khi cười?

Bạn có kiểm soát được cảm xúc vui buồn không? Có khó khăn trong việc kìm nén cảm xúc không?

Có bao giờ buồn quá mức hoặc không đúng hoàn cảnh?

Các cơn bộc phát có phù hợp với tâm trạng lúc đó không?

Tránh gặp người khác vì sợ sẽ bộc phát cảm xúc?

Có triệu chứng trầm cảm không?

Nhiễu loạn cảm xúckhiến bạn thể hiện cảm xúc bên ngoài một cách thái quá hoặc không phù hợp với suy nghĩ bên trong. Do đó gây khó khăn trong các mối quan hệ thường ngày. Bệnh thường bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm với các rối loạn tâm thần khác. Nếu bạn có các triệu chứng nhiễu loạn cảm xúc, hãy liên hệ bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị.

Hiểu cảm xúc có thể là chìa khóa cho các mối quan hệ tốt hơn. Giúp cải thiện hạnh phúc và kỹ năng giao tiếp mạnh mẽ hơn. Chủ đề về trí tuệ cảm xúc đã tiếp tục thu hút sự quan tâm của công chúng kể từ đó. Và trở nên quan trọng trong các lĩnh vực ngoài tâm lý học. Bao gồm giáo dục và kinh doanh. Vậy bạn hiểu gì vềtrí tuệ cảm xúc?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhiet-mieng/

Nội dung bài viết

Nhiệt miệng là gì?

Nguyên nhân dẫn đến tình trạng nhiệt miệng

Chẩn đoán và điều trị bệnh nhiệt miệng

Cách phòng ngừa bệnh nhiệt miệng

Nhiệt miệng là căn bệnh phổ biến, thường gặp do một số nguyên nhân như nhiễm khuẩn, viêm tủy răng,… Tuy đây không phải là bệnh lý gây nguy hiểm nhưng đem lại cho người bệnh nhiều cảm giác khó chịu, bất tiện khi giao tiếp và trong ăn uống hằng ngày. Hãy cùng Bác sĩ chuyên khoa Răng – Hàm – Mặt Kim Thạch Thanh Trúc tìm hiểu kỹ hơn về căn bệnh nhiệt miệng cũng như cách phòng tránh qua bài viết sau.

Nhiệt miệng là khi có sự xuất hiện của vết loét vùng miệng (loét áp tơhoặc viêm miệng áp tơ); tạo ra những vết loét nhỏ và đau bên trong miệng. Chúng có thể xuất hiện trên lưỡi và niêm mạc bên trong của má, môi và cổ họng. Từ đó tạo cảm giác đau nhức, khó chịu.

Những vết loét do nhiệt miệng gây ra thường có màu trắng, xám hoặc vàng, được bao quanh bởi các mô mềm bị viêm, đỏ. Đây là một trong những loại tổn thương miệng phổ biến nhất, chiếm 20% số lượng người mắc bệnh về miệng.

Người bị nhiệt miệng có thể nhận thấy ngứa ran; hoặc bỏng rát một hoặc hai ngày trước khi vết loét thực sự xuất hiện. Các dấu hiệu của bệnh nhiệt miệng bao gồm: một vết loét nhỏ hình bầu dục màu trắng hoặc vàng trong miệng, một vùng bị đỏ và đau trong miệng với cảm giác ngứa ran, khó chịu.

Xem thêm:Liệu bạn đã biết những triệu chứng nhiệt miệng sau đây?

Có một số loại vết loét nhiệt miệng từ nhỏ đến lớn. Vài ngày sau tiến triển trở thành đốm đỏ hoặc vết sưng có hình bầu dục với kích thước 1-2mm. Nốt nhiệt miệng có thể to dần có khi tới 10mm, hơi mọng nước, sau khi vỡ ra tạo thành vết loét gây đau miệng. Vết loét của bệnh nhiệt miệng là vết loét vùng kín không lây. Chúng thường lành trong vòng một đến ba tuần mà không cần điều trị, cơn đau thường biến mất sau 7 đến 10 ngày. Tuy nhiên, vết loét nghiêm trọng có thể mất đến sáu tuần để chữa lành.

Nhiệt miệngnếu không được chăm sóc và chữa trị đúng cách dễ dẫn đến viêm cấp nghiêm trọng gây tấy đỏ; sưnghạch bạch huyết; đau buốt; sốt cao, đau đầu,mất ngủ, nổi hạch góc hàm vàrối loạn tiêu hóa.

Xem thêm:Viêm hạch bạch huyết: Những điều cần hiểu đúng về bệnh

Những đối tượng có nguy cơ mắc bệnh nhiệt miệng là những người sống trong vùng nhiệt đới có khí hậu nóng bức, một phần do chế độ ăn uống, sinh hoạt không khoa học, thiếu các chất dinh dưỡng cần thiết cho cơ thể, thường xuyên sử dụng các món cay, nóng, uống ít nước,…

Mọi người ai cũng đều có khả năng bị nhiệt miệng. Nhưng chúng xảy ra thường xuyên hơn ở thanh thiếu niên và thanh niên. Phổ biến hơn ở nữ giới.

Thông thường những người bị loét miệng tái phát có tiền sử gia đình bị mắc chứng rối loạn cơ thể do di truyền hoặc do một yếu tố chung trong môi trường, một số loại thực phẩm hoặc chất gây dị ứng.

Nguyên nhân chính xác của vết loét vẫn chưa được xác định rõ ràng. Tuy nhiên, một số nguyên nhân dưới đây có thể là nguyên nhân gây ra tình trạng nhiệt miệng dẫn đến những vết loét bao gồm:

Chấn thương ở miệng do những tác động mạnh như đánh răng quá kỹ, chơi thể thao không cẩn thận, hoặc do tai nạn cắn vào lợi, má,..

Trong kem đánh răng hoặc nước súc miệng có chứa Sodium Lauryl Sulfate.

Do các loại thực phẩm như  sô cô la, cà phê, dâu tây, trứng, các loại hạt, pho mát và thực phẩm cay hoặc có tính axit.

Chế độ ăn uống thiếuvitamin B12, kẽm, folate (axit folic) hoặc sắt.

Sự thay đổi nội tiết tố trong thời kỳ kinh nguyệt.

Trạng thái căng thẳng, áp lực.

Các bệnh viêm ruột, chẳng hạn nhưbệnh Crohnvàviêm loét đại tràng.

Bệnh Behcet, một chứng rối loạn hiếm gặp gây viêm khắp cơ thể, bao gồm việc gây ra nhiệt miệng

Hệ thống miễn dịch bị lỗi tấn công các tế bào khỏe mạnh trong miệng thay vì các tác nhân gây bệnh; chẳng hạn như vi rút và vi khuẩnHIV/AIDS, ngăn chặn hệ thống miễn dịch.

Không giống như mụn rộp, những vết loétnhiệt miệngkhông liên quan đến nhiễm vi-rút herpes.

Xem thêm:Viêm da dạng Herpes: triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị

Có khá nhiều trường hợp người bệnh có triệu chứng tương tự với bệnh nhiệt miệng; chẳng hạn như: bệnh Crohn, bệnh viêm loét đại tràng, hội chứng ruột kích thích, bệnh Giardiasis. Tuy nhiên, bệnh nhiệt miệng có thể dễ dàng quan sát bằng mắt thường mà không cần đến xét nghiệm.

Trong một số trường hợp vết loét kéo dài, bệnh tình có dấu hiệu không thuyên giảm vẫn cần làm một số xét nghiệm như: xét nghiệm máu, sinh thiết để kiểm tra chính xác tình trạng bệnh đồng thời đưa ra phương pháp chữa trị kịp thời.

Xem thêm:10 chỉ số xét nghiệm máu quan trọng bạn cần biết

Trong hầu hết các trường hợp, căn bệnh nhiệt miệng không cần điều trị. Bạn không cần phải làm gì cụ thể để loại bỏ vết loét vì vết loét thường sẽ tự lành.

Dưới đây là một số phương pháp điều trị tại nhà có thể được sử dụng để giúp giảm đau và làm dịu vết loét, giúp chữa lành nhanh hơn.

Có thể sử dụng thuốc bôi trực tiếp lên chỗ đau,nước súc miệngvà thuốc uống có thể giảm đau hoặc viêm.

Tránh các loại thực phẩm có tính axit như trái cây họ cam quýt hoặc các loại thức ăn; chẳng hạn như: các loại hạt, khoai tây chiên; bánh quy giòn, một số loại gia vị; thực phẩm mặn, cay,… vì chúng có thể làm nghiêm trọng thêm tình trạng đau nhức.

Chải răng nhẹ nhàng và sử dụng bàn chải có lông mềm.

Bạn cũng có thể dùng tăm bông chấm sữa magie trực tiếp lên vết loét.

Súc miệng bằng nước muối hoặc nước súc miệng bằng baking soda.

Viên ngậm kẽm có thể giúp giảm đau và đẩy nhanh thời gian chữa bệnh. Lưu ý không cho trẻ nhỏ ngậm kẹo ngậm vì chúng có thể gây nguy cơ nghẹt thở.

Ngâm cây xô thơm và thảo mộc hoa cúc vào nước và sử dụng như một loại nước súc miệng bốn đến sáu lần mỗi ngày (Loại thảo mộc Echinacea có thể giúp tăng tốc độ chữa bệnh).

Lưu ý: Nên tham khảo ý kiến ​​chuyên gia chăm sóc sức khỏe trước khi sử dụng bất kỳ phương pháp điều trị tại nhà nào. Vì có nhiều phương pháp chưa được khoa học kiểm nghiệm hoặc chứng minh hiệu quả.

Xem thêm:Cúc hoa vàng: Thảo dược thanh nhiệt, mát gan

Bạn có thể ngăn ngừa sự tái phát của vết loét miệng bằng cách.

Tránh các loại thực phẩm cay, mặn hoặc axit. Ngoài ra, tránh các loại thực phẩm gây ra các triệu chứng dị ứng; chẳng hạn như ngứa miệng, sưng lưỡi hoặc phát ban.

Chọn lựa và bổ sung các loại thực phẩm lành mạnh để giúp ngăn ngừa sự thiếu hụt dinh dưỡng cho cơ thể. Hãy ăn nhiều trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt.

Nếu vết loét nổi lên do căng thẳng; hãy sử dụng các phương pháp giảm căng thẳng và các kỹ thuật làm dịu; chẳng hạn như hít thở sâu,thiềnđịnh.

Chăm sóc sức khỏe răng miệng bằng việc đánh răng thường xuyên sau bữa ăn và dùng chỉ nha khoa mỗi ngày một lần để giữ cho miệng của bạn luôn sạch sẽ.

Sử dụng bàn chải đánh răng mềm để tránh gây kích ứng nướu và mô mềm. Tránh dùng kem đánh răng và nước súc miệng có chứa sodium lauryl sulfate.

Nếu bạn đang niềng răng hoặc sử dụng các thiết bị nha khoa khác; hãy hỏi nha sĩ về các loại sáp chỉnh nha. Mục đích che các cạnh sắc nhọn tránh gây tổn thương bên trong khoang miệng.

Có thể nhờ bác sĩ xác định xem bạn có đang bị thiếu hụt vitamin hoặc khoáng chất cụ thể nào không. Các bác sĩ có thể lên một kế hoạch ăn uống phù hợp. Đồng thời kê đơn bổ sung các chất cần thiết cho cơ thể.

Trong trường hợp vết loét phát triển lớn; gây đau đớn, sốt cao, tiêu chảy, phát ban đau đầu;… hay vết loét không có dấu hiệu thuyên giảm trong vòng 3 tuần. Hãy liên hệ ngay cho bác sĩ đến ngay để được chữa trị kịp thời.

Xem thêm:Cách chữa nhiệt miệng hiệu quả tại nhà có thể bạn chưa biết

Nhiệt miệnglà căn bệnh không gây nguy hiểm. Nhưng có thể đem lại những cảm giác khó chịu, đau rát. Từ đó gây cản trở đến việc ăn uống, giao tiếp, sinh hoạt hằng ngày của bạn; và khiến chất lượng cuộc sống bị suy giảm. Hãy duy trì cho mình lối sống lành mạnh, bổ sung đầy đủ các dưỡng chất trong mỗi bữa ăn. Đồng thời chăm sóc và vệ sinh răng miệng đều đặn để phòng tránh các căn bệnh về nhiệt miệng này nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhip-tim-cham/

Nội dung bài viết

Hiểu về nhịp tim của bạn

Triệu chứng của nhịp tim chậm

Nguyên nhân gây chậm nhịp

Cơ chế làm chậm nhịp tim

Biến chứng của nhịp tim chậm

Phương pháp chẩn đoán bệnh

Phương pháp điều trị nhịp tim chậm

Nhịp tim chậm là tình trạng nhịp tim chậm hơn bình thường. Số lần tim bạn đập trong 1 phút gọi là nhịp tim. Nhịp tim bình thường của người lớn lúc nghỉ ngơi dao động từ 60 đến 100 lần trong 1 phút. Nếu bạn bị nhịp tim chậm, nhịp tim của bạn sẽ ít hơn 60 lần trong 1 phút.

Tình trạng này có thể nghiêm trọng nếu tim không bơm đủ máu giàu oxy nuôi cơ thể. Tuy nhiên, đối với 1 số người nhịp tim chậm không gây ra triệu chứng hay biến chứng gì. Đặt máy tạo nhịp có thể giúp điều chỉnh nhịp tim của bạn trở về bình thường.

Bạn có thể tự đo nhịp tim của mình bằng việc bắt mạch. Để đánh giá chính xác nhịp tim chậm, bạn phải bắt mạch lúc đang nghỉ ngơi. Nghĩa là bạn phải tránh không được bắt mạch sau khi vận động hoặc thức dậy.

Đầu tiên, bạn hãy tìm cho mình 1 vị trí ngồi sao cho thư giãn và thoải mái nhất. Tiếp theo, tìm vị trí mạch nảy lên ở cạnh ngoài cổ tay (động mạch quay). Sau đó, đếm số lần mạch nảy lên trong 1 phút khi bạn đang nghỉ ngơi.

Các vị trí khác bạn có thể đo nhịp tim gồm:

Vùng cổ (động mạch cảnh);

Vùng bẹn (động mạch đùi);

Bàn chân (động mạch chày sau hoặc động mạch mu bàn chân).

Sau đây là nhịp tim bình thường bạn cần nhớ:

Nhịp tim chậm ở trẻ em, đặc biệt ở trẻ sơ sinh là một tình trạng cấp cứu.

Nếu nhịp tim của bạn chậm hơn bình thường, não và các cơ quan khác không nhận đủ oxy có thể gây ra các triệu chứng sau:

Hoa mắt;

Mất ý thức;

Đau ngực;

Lú lẫn;

Ngất xỉu hoặc bất tỉnh;

Khó thở;

Cảm giác kiệt sức hoặc yếu đi;

Đau cánh tay;

Đau hàm;

Thay đổi thị giác;

Đau đầu nặng;

Đau bụng;

Mất định hướng;

Da niêm xanh xao nhợt nhạt.

Nhịp tim bình thưg khi nghỉ ngơi ít hơn 60 lần trong 1 phút là bình thường đối với một số người, đặc biệt là người lớn trẻ khỏe và các vận động viên. Đối với họ, nhịp tim chậm không được xem là một vấn đề sức khỏe.

Nhịp tim chậm có thể do:

Tổn thương tim liên quan đến lão hóa;

Tổn thương tim do bệnh tim hoặcnhồi máu cơ tim;

Các rối loạn của tim lúc sinh (bệnh tim bẩm sinh);

Nhiễm trùng của tim (viêm cơ tim);

Biến chứng của phẫu thuật tim;

Tuyến giáp suy giảm hoạt động (suy giáp);

Mất cân bằng các chất hóa học trong máu, như kali hoặc canxi;

Khó thở tắc nghẽn khi ngủ;

Các bệnh lí viêm, nhưsốt thấp khớphoặc lupus ban đỏ hệ thống;

Thuốc, gồm các thuốc điều trị rối loạn nhịp tim, tăng huyết áp và loạn thần.

Tim của bạn có 4 ngăn gồm 2 tâm nhĩ ở trên và 2 tâm thất ở dưới. Bộ tạo nhịp tự nhiên của tim gọi là nút xoang. Nút này nằm ở tâm nhĩ bên phải. Bình thường nó sẽ tạo ra xung động điện để giúp kiểm soát nhịp tim của bạn.

Các xung động điện này đi qua 2 tâm nhĩ, làm chúng co lại và bơm máu qua tâm thất. Sau đó các xung động này tiếp tục truyền đến 1 đám các tế bào gọi là nút nhĩ thất.

Nút nhĩ thất truyền tín hiệu đến tập hợp các tế bào gọi là bó His. Các tế bào này tiếp tục truyền tín hiệu xuống nhánh trái và phải tương ứng với 2 tâm thất trái và phải, làm cho 2 tâm thất co và bơm máu đi. Tâm thất phải bơm máu nghèo ôxy lên phổi. Tâm thất trái bơm máu giàu ôxy đi nuôi cơ thể.

Nhịp tim chậm xảy ra khi các tín hiệu điện của tim bị chậm lại hoặc bị tắc nghẽn (Block).

Nhịp tim chậm thường bắt đầu tại nút xoang. Tình trạng này xảy ra do nút xoang:

Phóng ra các xung động điện chậm hơn bình thường

Tạm ngưng hoặc thất bại trong việc phóng điện ở nhịp bình thường

Phóng ra các xung động điện nhưng bị tắc nghẽn (Block) lại trước khi làm tâm nhĩ co.

Ở một số người, các vấn đề ở nút xoang có thể gây nên nhịp tim chậm và nhanh luân phiên nhau. Tình trạng này gọi là hội chứng tim nhanh-chậm (bradycardia-tachycardia syndrome)

Nhịp tim chậm có thể xảy ra do tín hiệu điện từ tâm nhĩ không truyền xuống tâm thất được.

Block nhĩ thất được phân loại dựa vào mức độ tín hiệu điện từ tâm nhĩ đến được tâm thất. Block nhĩ thất được chia làm 3 độ:

Độ 1:Dạng nhẹ nhất. Tất cả tín hiệu điện từ tâm nhĩ vẫn đến được tâm thất nhưng với tốc độ chậm. Block nhĩ thất độ 1 hiếu khi gây nên triệu chứng gì. Việc điều trị không cần thiết nếu không có bất thường gì khác trong dẫn truyền tín hiệu của tim.

Độ 2:Chỉ 1 số tín hiệu điện từ tâm nhĩ truyền được đến tâm thất. Vài nhịp bị “rớt” mất, dẫn đến nhịp tim chậm hơn và đôi khi không đều.

Độ 3 (tắc nghẽn hoàn toàn):Không có bất kì tín hiệu điện nào từ tâm nhĩ truyền đến tâm thất. Khi điều này xảy ra, nút xoang sẽ đảm nhận việc tạo nhịp nhưng sẽ chậm hơn nhiều và đôi khi không kiểm soát được nhịp của tâm thất.

Một số rối loạn về chuyển hóa có thể làm nhịp tim chậm. Một trong những rối loạn thường gặp nhất là suy giáp (suy chức năng tuyến giáp). Với tình trạng này,tuyến giápcủa bạn không sản xuất ra đủ nội tiết tố (hormone). Nội tiết tố tuyến giáp giúp điều hòa hoạt động của tế bào cơ tim. Do đó nhịp tim sẽ chậm lại khi không đủ nội tiết tố tuyến giáp. Suy giáp xảy ra ở 4 đến 10% dân số.

Ảnh hưởng tim do suy tim sung huyết, bệnh động mạch vành, nhồi máu cơ tim, và các vấn đề tim khác có thể ảnh hưởng đến hệ thống dẫn điện của tim, làm tim bơm máu chậm hơn và kém hiệu quả hơn.

Thuốc ức chế Bêta (Beta-blocker) được dùng điều trị nhịp tim nhanh có thể làm nhịp tim chậm.

Nếu bạn dùng loại thuốc mới và có triệu chứng của nhịp tim chậm, bạn nên đến gặp bác sĩ ngay nhé.

Khi cơ thể bạn thiếu oxy, nó có thể làm chậm nhịp tim của bạn. Thiếu oxy là 1 tình trạng cấp cứu, có thể xảy ra khi bạn bị nghẹt thở hoặc lên cơn suyễn nặng. Các bệnh lí mạn tính như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có thể gây thiếu oxy.

Khi việc thiếu ôxy làm nhịp tim chậm, cần thiết phải điều trị nguyên nhân gây thiếu oxy.

Các cơn ngất xỉu thường xuyên;

Tim không còn khả năng bơm đủ máu nuôi cơ thể (Suy tim);

Ngưng tim đột ngột hoặc đột tử.

Bác sĩ sẽ hỏi về các triệu chứng, tiền sử bệnh của bạn và gia đình, sau đó thăm khám cẩn thận. Bác sĩ sẽ cho bạn làm 1 số test để kiểm tra nhịp tim và tìm nguyên nhân.

Điện tâm đồ là công cụ chính để đánh giá nhịp tim chậm. Sử dụng điện cực gắn lên ngực và tay giúp ghi nhận tín hiệu điện đi qua tim của bạn.

Nếu nhịp tim chậm không xảy ra lúc đo điện tim, bạn sẽ được sử dụng thiết bị đo điện tâm đồ di động ở nhà bao gồm:

Máy Holter:Thiết bị này bạn có thể bỏ vào túi, đeo trước bụng hoặc đeo trên vai. Nó giúp theo dõi hoạt động tim của bạn liên tục từ 24 đến 48 giờ. Bác sĩ sẽ yêu cầu bạn ghi chú lại thời điểm xảy ra triệu chứng trong suốt lúc đeo.

Máy ghi nhận triệu chứng (Event Recorder):Thiết bị này theo dõi hoạt động của tim bạn trong vài tuần. Bạn sẽ nhấn nút kích hoạt nó khi bạn cảm thấy có triệu chứng. Như vậy máy sẽ ghi nhận lại hoạt động tim lúc có triệu chứng.

Các test này bao gồm:

Nghiệm pháp bàn nghiêng:Bạn sẽ nằm ngửa và được cố định trên 1 chiếc bàn đặc biệt. Sau đó chiếc bàn sẽ được từ từ dựng lên ở các vị trí khác nhau cho đến khi thẳng đứng. Bác sĩ sẽ xem bạn có bị ngất khi thay đổi tư thế hay không.

Nghiệm pháp gắng sức:Bác sĩ sẽ ghi nhận nhịp tim của bạn khi bạn đang đi bộ hoặc đạp xe trên máy. Nghiệm pháp đánh giá nhịp tim bạn có tăng để đáp ứng phù hợp với hoạt động thể chất không.

Bác sĩ sẽ cho bạn thực hiện xét nghiệm máu. Xét nghiệm này giúp tầm soát các tình trạng gây nhịp tim chậm như nhiễm trùng, suy giáp và rối loạn điện giải.

Nếu bác sĩ nghi ngờ tình trạng khó thở khi ngủ gây nên nhịp tim chậm, bạn sẽ được thực hiện các xét nghiệm và nghiệm pháp để theo dõi giấc ngủ của bạn.

Việc điều trị tùy thuộc vào độ nặng của triệu chứng, nguyên nhân và loại rối loạn hệ thống dẫn điện của tim. Nếu bạn không có triệu chứng gì, điều trị có thể không cần thiết.

Nếu các rối loạn như suy giáp hoặc khó thở tắc nghẽn khi ngủ gây nên nhịp tim chậm, điều trị các bệnh lí này có thể cải thiện nhịp tim.

Một số loại thuốc, bao gồm cả thuốc tim mạch, có thể gây nhịp tim chậm.

Bác sĩ sẽ kiểm tra thuốc bạn đang dùng. Thay thế thuốc khác hoặc giảm liều thuốc có thể cải thiện nhịp tim của bạn.

Thiết bị chạy bằng pin này có kích thước vừa bằng chiếc điện thoại di động. Nó được cấy phía dưới xương đòn. Các dây nối của thiết bị được luồn qua tĩnh mạch đi vào trong tim. Điện cực ở cuối dây nối được gắn vào mô tim. Máy tạo nhịp theo dõi nhịp tim và tạo ra xung động điện khi cần thiết để duy trì nhịp tim thích hợp.

Nhịp tim chậmlà tình trạng nhịp tim chậm hơn bình thường. Nhịp tim bình thường dao động tùy theo độ tuổi. Tình trạng này có thể nghiêm trọng nếu tim không bơm đủ máu giàu ôxy nuôi cơ thể. Tuy nhiên, đối với 1 số người nhịp tim chậm không gây ra triệu chứng hay biến chứng gì. Đặt máy tạo nhịp có thể giúp điều chỉnh nhịp tim của bạn trở về bình thường. Nếu bạn bị nhịp tim chậm và có triệu chứng, hoặc còn thắc mắc lo lắng gì, đừng ngại liên hệ ngay với bác sĩ của bạn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhoi-mau-co-tim-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân dẫn đến nhồi máu cơ tim

Nhận biết nhanh một số dấu hiệu nhồi máu cơ tim cấp

Xử trí cấp cứu nhồi máu cơ tim tại nhà

Khi xe cấp cứu đến

Ắt hẳn nhiều người trong số chúng ta đã từng nghe đến nhồi máu cơ tim cùng những biến chứng đáng sợ mà nó đem lại. Tuy nhiên, không phải ai cũng trang bị cho mình đầy đủ những kiến thức để có thể kịp ứng phó với những tình huống bất ngờ này.Bài viết sau đây của bác sĩ Lương Sỹ Bắc sẽ trang bị cho bạn một số kiến thức cơ bản trong việc nhận biết, cũng như các quy tắc sống còn có thể áp dụng tại nhà. Qua đó, giúp giảm thiểu đến mức tối đa các biến chứng hậu nhồi máu cơ tim, cũng như gia tăng tỉ lệ sống ở những bệnh nhân có nguy cơ cao mắc căn bệnh này.

Có thể hiểu nôm na rằng: Để tim chúng ta hoạt động hiệu quả, cần có những mạch máu (cụ thể là mạch vành) dẫn máu đến để nuôi tim. Tuy nhiên, vì một số lý do được liệt kê dưới đây, những mạch máu này bị tắc. Điều đó làm tim không có đủ nguồn dinh dưỡng cần thiết. Từ đó dẫn đến một số cơ tim sẽ thoái hóa dần và không còn khỏe mạnh để co bóp tống máu ra khỏi tim đi nuôi cơ thể nữa. Khi cung không đáp ứng đủ cầu, nhồi máu cơ tim xuất hiện. Trường hợp nặng có thể dẫn đến tử vong.

Có 2 nguyên nhân chính gây tắc mạch vành:

Hình thành mảng xơ vữa mạch máu;

Xuấ hiện cục máu đông.

Trong đó, lối sống không lành mạnh là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây nên tình trạng trên, bao gồm:

Chế độ ăn nhiều dầu mỡ.

Hút thuốc lá.

Thói quen ăn quá mặn.

Lười vận động, tập thể dục thể thao.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Bệnh cơ tim: Nhóm bệnh gây hậu quả nặng nề tới sức khỏe tim mạch

Nhồi máu cơ tim có thể xảy ra rất đột ngột và dữ dội. Tuy nhiên, cũng có những dạng đau âm ỉ, kéo dài, dễ khiến bệnh nhân lầm tưởng với những chứng bệnh thông thường khác mà lơ là, mất cảnh giác. Sau đây là một số đặc điểm chung có thể gặp ở người bệnh nhồi máu cơ tim:

Đau ngực hoặc khó chịu ở chính giữa ngực. Cảm giác trái tim bị bóp chặt và đè nặng. Triệu chứng này có thể kéo dài đến vài phút.

Cảm giác đau lan ra một số khu vực khác bao gồm: cánh tay, lưng, cổ, hàm hoặc vùng thượng vị dạ dày.

Khó thở, có thể có hoặc không kèm theo khó chịu ở ngực.

Một số dấu hiệu dễ nhầm lẫn với các bệnh cảm lạnh thông thường khác như: vã mồ hôi lạnh, buồn nôn, nôn mửa, chóng mặt, hồi hộp, đánh trống ngực,…

Cũng cần lưu ý rằng, ở một số trường hợp nhồi máu cơ tim không triệu chứng. Điều này được lí giải là do ngưỡng chịu đau của họ cao hơn người bình thường. Hoặc do các rối loạn trong quá trình dẫn truyền thần kinh nhận biết cảm giác đau thường gặp ở những người lớn tuổi hoặc bệnh nhân có các biến chứng tiểu đường.

Xem thêm:Đau thắt ngực: Những điều cần chuẩn bị trước khi khám

Cần biết rằng với nhồi máu cơ tim, chúng ta có “khoảng thời gian vàng” là 2 tiếng. Trong khoảng thời gian này, nếu được xử trí phù hợp, cơ hội sống tăng lên và các biến chứng cũng giảm đi rất nhiều.

Với người bệnh đã có từng bị nhồi máu cơ tim, thuốcnitroglycerinphải luôn có sẵn trong tủ thuốc gia đình. Khi người bệnh bắt đầu có triệu chứng nhồi máu, điều đầu tiên cần làm là gọi ngay cấp cứu và khẩn trương đưa đến bệnh viện ngay. Trong lúc chờ đợi xe cấp cứu đến, việc cần làm là:

Dùng ngay Nitroglycerin đặt dưới lưỡi bệnh nhân;

Giữ tư thế bệnh nhân ở trạng thái nửa nằm, nửa ngồi;

Nếu bệnh nhân có ngưng tim, ngưng thở thì thực hiện các biện pháp sơ cấp cứu (ép tim, hô hấp nhân tạo).

Lưu ý: Phương pháp ép tim được mô tả trong đây chỉ áp dụng đối với người trưởng thành.

Đặt nạn nhân nằm trên mặt phẳng cứng.

Quỳ gối bên trái nạn nhân.

Chồng hai bàn tay lên nhau rồi đặt trước tim người bệnh ở vị trí giữa hai núm vú.

Từ từ ấn sâu xuống khoảng 1/3 -1/2 bề dày lồng ngực, sau đó nới lỏng tay ra.

Lặp lại động tác trên với tốc độ 60 lần/phút.

Việc làm này giúp tác động một lực cơ học lên tim nạn nhân giúp tim co bóp.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Bệnh tim thiếu máu cục bộ: Nguyên nhân, nhận biết, phòng ngừa

Đặt bệnh nhân ở nơi thoáng đãng, thông khí tốt.

Nới rộng quần áo, dây thắt lưng.

Đặt gối dưới cổ cho đầu hơi ngửa ra để đảm bảo thông thoáng đường hô hấp.

Dùng tay móc dị vật trong miệng bệnh nhân nếu có. Cần lưu ý đeo găng tay cẩn thận để bảo vệ sức khỏe người cấp cứu.

Đẩy đầu bệnh nhân về phía sau, nâng cằm lên sao cho hai hàm răng gần như chạm nhau. Lắng nghe hơi thở bệnh nhân.

Dùng một tay bịt mũi nạn nhân.

Dùng miệng ngậm kín miệng nạn nhân, thở hai hơi liên tiếp.

Cần nhớ bạn chỉ có 3 phút. Đây là khoảng thời gian từ lúc tim ngừng đập đến khi xuất hiện những thương tổn não không hồi phục. Vì vậy, cần lập tức hồi sinh tim cho bệnh nhân.

Đến đây, công việc tự sơ cứu của bạn đã xong. Nhưng bạn cũng cần nắm một số kiến thức cơ bản để có thể hỗ trợ các nhân viên y tế nếu cần.

Cũng cần lưu ý khi vận chuyển bệnh nhân, phải dùng xe cứu thương chuyên dụng, có các thiết bị thở oxy, truyền tĩnh mạch, làm điện tim hỗ trợ.

Đầu tiên, nhân viên y tế sẽ tiến hành đặt nội khí quản. Lưu ý, việc ép tim vẫn phải được diễn ra.

Trường hợp tim bệnh nhân ngừng đập, tiến hành sốc điện ngoài lồng ngực.

Phương pháp sốc điện được xem là thành công nếu sau khi thực hiện, tim bệnh nhân có dấu hiệu đập trở lại.

Trên đây là một số phương pháp sơ cứu cơ bản nhằm hỗ trợ bệnh nhân giảm thiểu biến chứng. Tuy nhiên, bản thân người bệnh phải luôn ý thức rằng khả năng tái phát bệnh là rất cao. Nên dù có cấp cứu thành công, cũng không được chủ quan. Vì vậy, phải phòng bệnh quay lại bằng cách thực hiện các chế độ ăn uống, sinh hoạt điều độ kết hợp sử dụng các thực phẩm bổ sung phù hợp.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Bệnh mạch vành: Bệnh lý tim mạch nguy hiểm hàng đầu

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhoi-mau-phoi/

Nội dung bài viết

Nhồi máu phổi là gì?

Dấu hiệu nhận biết huyết khối tĩnh mạch sâu?

Triệu chứng của nhồi máu phổi là gì?

Những ai có nguy cơ mắc bệnh nhồi máu phổi?

Phải làm gì khi nghi ngờ mình bị bệnh nhồi máu phổi?

Điều trị nhồi máu phổi như thế nào?

Nhồi máu phổi là một bệnh lý nguy hiểm, có nguy có tử vong cao. Chúng ta hãy cùng tìm hiểu về bệnh nhồi máu phổi để có thể cứu sống bản thân hoặc nguời thân mình trong trường hợp bị bệnh!

Nhồi máu phổi (hay còn gọi là thuyên tắc phổi) là tình trạng cục máu đông lọt vào mạch máu trong phổi và ngăn chặn dòng lưu thông bình thường của máu trong vùng đó. Sự tắc nghẽn này gây trở ngại cho việc trao đổi khí. Tùy thuộc vào cục máu đông nhỏ hay to và số lượng các mạch máu có liên quan, nó có thể đe dọa tính mạng của chúng ta.

Thông thường, một cục máu đông hình thành trong các tĩnh mạch sâu của cơ thể, được đặt tên là “huyết khối tĩnh mạch sâu”. Hầu hết các huyết khối gây tắc mạch phổi được hình thành, bắt nguồn từ các tĩnh mạch ở chân. Ngoài ra, huyết khối có thể xuất phát từ các tĩnh mạch chậu, thận, chi trên hoặc từ tim phải.

Một số ít trường hợp nhồi máu phổi không phải do huyết khối, mà do thuyên tắc mỡ (nguyên nhân gây tắc mạch máu là “cục” mỡ trôi trong lòng mạch); do dị vật (thường gặp trong thủ thuật can thiệp gây gãy dụng cụ, như: Gãy Catheters, gãy Guide wires – dây dẫn, tụt Coil…); ung thư; tắc mạch máu do khí trong lòng mạch, dịch ối..

Sưng, nóng, đỏ, đau tại vị trí có huyết khối (thường gặp ở tay hoặc chân).

Có thể được phát hiện bằng siêu âm Doppler tĩnh mạch.

Các triệu chứng của nhồi máu phổi thường xảy ra đột ngột với các biểu hiện:

Khó thở, thở nhanh.

Đau ngực.

Ho ra máu.

Tim đập nhanh.

Có thể bị ngất xỉu.

Bạn có thể có nguy cơ mắc bệnh nhồi máu phổi cao hơn mọi người khác nếu bạn nằm trong các nhóm người dưới đây:

Bạn là người cao tuổi (lớn hơn 60 tuổi).

Bạn đã từng được chẩn đoán mắc bệnhhuyết khối tĩnh mạch.

Bạn phải nằm bất động tại giường lâu do chấn thương, phẫu thuật lớn hoặc bị liệt.

Bạn có các bệnh về mạch máu như: Suy tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới.

Bạn là phụ nữ đang có thai, chu sinh hoặc dùng thuốc tránh thai kéo dài.

Bạn có cân nặng quá mức, béo phì.

Bạn không may mắc bệnh lý ác tính, ung thư.

Bạn bị suy tim ứ huyết.

Bạn bị mắc tình trạng tăng đông tiên phát (bệnh đa hồng cầu, thiếu hụt yếu tố Antithrombin III….).

Đối với những người có nguy cơ, khi có những triệu chứng nghi ngờ như trên, bạn nên đến các cơ sở y tế để được làm các xét nghiệm chẩn đoán, bao gồm:

Chụp CT-Scan đa lớp cắt là biện pháp được sử dụng thông thường nhất để chẩn đoán nhồi máu phổi.

Ngoài ra còn các xét nghiệm khác như:Siêu âm tim, điện tim,xét nghiệm máu…

Nhồi máu phổi có thể là một tình trạng đe dọa tính mạng và gây tử vong. Bệnh nhân cần được tiến hành đánh giá và điều trị khẩn cấp nhanh chóng. Điều trị sẽ phụ thuộc vào thời điểm các triệu chứng của bạn bắt đầu và thời gian bạn có thể tiếp cận điều trị:

Bệnh nhân cần được hỗ trợ tuần hoàn và hô hấp.

Sử dụng các loại thuốc: Thuốc tiêu sợi huyết (giúp làm tan cục máu đông), thuốc chống đông máu (là loại thuốc điều khiển quá trình đông máu, chúng ức chế sự hình thành huyết khối, nghĩa là chúng ngăn ngừa cục máu đông hình thành quá dễ dàng).

Ngoài ra, bác sĩ có thể tiến hành can thiệp thủ thuật, hoặc phẫu thuật để lấy cục huyết khối ra khi bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc tiêu sợi huyết, thuốc chống đông hoặc điều trị nội khoa không hiệu quả.

Sau thời gian điều trị tích cực, bệnh nhân sẽ được điều trị dự phòng tái phát bằng thuốc chống đông kéo dài.

Hiệu quả cấp cứu, điều trị và tiên lượng tỷ lệ sống còn của người bịnhồi máu phổiphụ thuộc nhiều yếu tố, trong đó có việc chẩn đoán sớm và áp dụng các biện pháp điều trị sớm. Bác sĩ chỉ có thể giúp cứu sống bạn nếu nhồi máu phổi của bạn chưa gây hậu quả nặng nề. “ Thời gian là mạng sống – Time is life ”.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nong-rat-bao-tu-nguyen-nhan-trieu-chung-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Khái quát về bao tử và chức năng của bao tử

Nguyên nhân của tình trạng nóng rát bao tử

Triệu chứng kèm theo với tình trạng nóng rát bao tử

Những bệnh lý có thể gây ra nóng rát dạ dày

Những biến chứng nếu không được điều trị phù hợp

Các phương pháp điều trị phổ biến

Nóng rát bao tử là một trong những dấu hiệu rất thường gặp ở bao tử (dạ dày). Tình trạng nóng rát hầu hết là biểu hiện của một bệnh lý nào đó ở dạ dày. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh có thể diễn tiến nặng và phức tạp hơn. Vì vậy, hãy cùng đọc qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên để hiểu rõ hơn về bệnh lý này nhé các bạn!

Bao tửlà tên gọi dân gian của dạ dày – một phần của hệ tiêu hóa. Dạ dày là một cơ quan được tìm thấy ở phần bụng trên của con người. Nó nằm ngay dưới xương sườn. Nói một cách dễ hiểu, dạ dày là một loại túi tiêu hóa.

Bao tử hay dạ dày là phần tiếp nối của thực quản và nhận thức ăn đã tiêu hóa một phần ở khoang miệng. Do đó, dạ dày đóng vai trò như một cầu nối giữa thực quản và ruột non. Đồng thời là một điểm dừng nhất định dọc theo kênh tiêu hóa của con người.

Dạ dày tiết ra axit và các men để tiêu hóa thức ăn. Các nếp gấp của mô cơ được gọi là niêm mạc dạ dày. Cơ dạ dày co bóp theo chu kỳ, khuấy trộn thức ăn để tăng cường tiêu hóa. Cơ thắt môn vị là một van cơ mở ra để thức ăn đi từ dạ dày xuống ruột non.

Bao tử trước hết là nơi tiêu hóa chính. Trên thực tế, nó là nơi đầu tiên tiêu hóa protein thực sự. Giống như một chiếc túi đàn hồi, dạ dày sẽ cung cấp một nơi cho nhiều lượng thức ăn được nuốt vào để nghỉ ngơi và tiêu hóa. Do đó, dạ dày là nơi lưu trữ. Dạ dày cũng sẽ cung cấp các axit thiết yếu cho thức ăn đã nuốt của con người.

Nhiệm vụ thứ ba của dạ dày là đưa hỗn hợp thức ăn đã khuấy đến ruột non để tiêu hóa và hấp thụ thêm. Thời gian để quá trình này diễn ra khi thức ăn là một hỗn hợp lỏng vào khoảng 3 giờ. Nói tóm lại, có thể nhận thấy dạ dày có 3 chức năng cơ bản đó là:

Nơi chứa thức ăn đã tiêu hóa từ khoang miệng.

Tiết dịch vị phân hủy thức ăn nuốt vào.

Đưa hỗn hợp thức ăn sang giai đoạn tiêu hóa tiếp theo tại ruột non.

Ngoài ra, một chức năng khác của bao tử đó chính là tiết ra yếu tố nội tại. Yếu tố này giúp cơ thể hấp thụ vitamin B12 từ thức ăn. Đây là loại vitamin cần thiết của quá trình tạo máu. Những người bị teo dạ dày, cắt dạ dày thường bị thiếu máu do thiếu vitamin B12.

Nóng rát bao tử là cụm từ diễn tả tình trạng nóng, đau và rát ở khu vực bao tử. Trong y khoa, vùng nóng rát liên quan đến dạ dày thường được gọi là vùng thượng vị. Trong đó, đau ở điểm thượng vị là biểu hiện đặc trưng của các bệnh lý về dạ dày.

Theo đó, cảm giác nóng rát xảy ra khi bao tử bị kích thích. Có thể là kích thích bởi sự tăng tiết axit quá mức. Và/ hoặc sự giảm tiết chất nhầy bảo vệ niêm mạc dạ dày. Nhiều trường hợp, sự kích thích tại chỗ của những thực phẩm ăn vào cũng có thể gây nóng rát dạ dày.

Những nguyên nhân gâynóng rát bao tửgồm có:

Ăn một số loại thực phẩm: Đồ ăn nhiều dầu mỡ, cay hoặc béo đôi khi có thể gây khó tiêu hoặc cảm giác đau bụng, nóng rát.

Uống rượu bia hoặc các thức uống có cồn gây kích thích niêm mạc dạ dày.

Uống các thức uống có chứa chất kích thích như trà, cà phê, ca cao,… Bởi vì những thức uống này có thể gây tăng tiết axit của dạ dày.

Ăn các loại thức ăn có vị chua khi bụng đói. Chẳng hạn như cam, chanh, bưởi, cà chua,…

Một số thuốc khi uống vào có thể gây nóng rát dạ dày. Sự nóng rát có thể là trực tiếp cho thuốc kích ứng niêm mạc dạ dày. Cũng có thể gián tiếp từ tác dụng của thuốc làm tăng axit dạ dày, làm giảm chất nhầy bảo vệ dạ dày.

Một số thuốc thường gặp có thể gây nóng rát bao tử bao gồm:

Nhóm thuốc kháng viêm Corticoide như: Prednisolon, Prednisone, Methylprednisolon,…

Các thuốc kháng viêm Non Steroid như: Diclofenac, Meloxicam, Naproxen, Aspirin,…

Thuốc kháng histamin H1 như: Chlopheniramin, Cetirizin, Fexofenadin,…

Thuốc kích thích thần kinh phó giao cảm như: Cisapride, Isopride,…

Các thuốc long đờm, làm loãng chất nhầy như: Bromhexin, Acetyl Cystein, Ambroxol,…

Những thói quen không tốt có thể gây nên tình trạng nóng rát dạ dày bao gồm:

Ăn không đúng giờ giấc.

Ăn nhanh, nhai không kỹ.

Thường xuyên nhịn đói hoặc bỏ cử ăn sáng.

Hút thuốc lá.

Lối sống tĩnh tại, ít vận động thể lực.

Mặc quần áo bó quá chặt.

Thói quen uống nước ngọt có gas, đặc biệt là lúc bụng đói.

Một số triệu chứng điển hình có thể kèm theo nóng rát dạ dày. Và nhờ những triệu chứng kèm theo này mà các bác sĩ có thể chẩn đoán chính xác bệnh. Một số triệu chứng kèm theo thường gặp bao gồm:

Buồn nôn, nôn.

Đau quặn bụng.

Cảm giác đầy bụng, chướng bụng, khó tiêu.

Ợ nóng, ở chua, trớ.

Giảm cảm giác ngon miệng.

Mệt mỏi, suy kiệt.

Hạ huyết áp, chóng mặt, kém tập trung.

Tiêu chảy hoặc táo bón.

Một số triệu chứng kèm theo ít gặp hơn bao gồm:

Nóng rát ở vùng ngực, tức ngực.

Khó thở, ho kéo dài.

Nôn ra máu, tiêu phân đen.

Đau họng, chảy nước mũi,…

Thông thường, những bệnh lý gây viêm loét dạ dày sẽ gây ra triệu chứng nóng rát bao tử. Những bệnh lý có thể gây nóng rát ở dạ dày bao gồm:

Bệnh lýviêm dạ dàythường gây nóng rát bao tử. Kèm theo đó là cảm giác buồn nôn và / hoặc đau. Viêm dạ dày có thể do rượu, một số loại thuốc, nhiễm H. pylori hoặc các yếu tố khác.

Là sự bào mòn ở niêm mạc dạ dày. Bệnh lý này thường gây đau và / hoặc chảy máu. Loét dạ dày thường do thuốc kháng viêm, stress hoặc nhiễm vi khuẩn H. pylori gây ra. Cảm giác nóng rát trong loét dạ dày thường xảy ra khi đói. Nóng và đau tăng lên khi ăn no.

Bệnh lýung thư dạ dàylà một dạng ung thư không phổ biến ở Hoa Kỳ. Ung thư biểu mô tuyến và ung thư hạch chiếm hầu hết các trường hợp ung thư dạ dày. Trong phần lớn các trường hợp ung thư dạ dày, người bệnh sẽ không có cảm giác nóng rát. Riêng ung thư dạ dày thể loét có thể gây đau và nóng rát ở dạ dày.

Hội chứng này xảy ra do một hoặc nhiều khối u tiết ra hormone Gastrin dẫn đến tăng sản xuất axit. Bệnh trào ngược dạ dày thực quản nghiêm trọng và loét dạ dày tá tràng thường là hậu quả của hội chứng này.

Tuy không phải là bệnh lý phổ biến nhưng bệnh này không hề hiếm gặp. Trong rất nhiều trường hợp, người bệnh vì một lý do nào đó mà thường xuyên lo âu. Có thể kèm theo căng thẳng tâm lý, stress, mất ngủ. Khi ấy, người bệnh sẽ có cảm giác nóng rát bao tử, khó chịu ở dạ dày.

Một vài bệnh lý khác ít phổ biến hơn có thể gây nóng rát bao tử bao gồm:

Rối loạn dạng cơ thể.

Tâm thần phân liệt.

Rối loạn hoang tưởng trường diễn (nghi mình bị bệnh lý về dạ dày).

Co thắt dạ dày – ruột vô căn.

Thủng dạ dày.

Chấn thương ở dạ dày.

Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, triệu chứng nóng rát bao tử có thể diễn biến ngày một trầm trọng hơn. Thậm chí có thể nguy hiểm đến tính mạng.

Rối loạn tiêu hóa.

Suy kiệt, suy dinh dưỡng do ăn uống kém.

Trào ngược dạ dày – thực quản.

Loét biến chứng thủng dạ dày.

Ung thư hóa trên nền loét.

Viêm dạ dày – ruột mạn tính.

Hội chứng ruột kích thích.

Xuất huyết dạ dày. Bao gồm các triệu chứng như nôn ra máu, tiêu phân đen.

Hẹp môn vị.

Các bệnh lý mạn tính do trào ngược như: Viêm họng, viêm phế quản, viêm phổi.

Trầm cảm, mất ngủ, lo âu.

Thiếu máu.

Suy giảm trí nhớ,…

Tùy theo bệnh lý gây ra nóng rát bao tử mà hướng điều trị sẽ khác nhau. Tuy nhiên, tốt hơn hết là bạn nên đến khám tại bác sĩ chuyên khoa Nội tiêu hóa. Tại đây, các bác sĩ sẽ thăm khám, thực hiện một số xét nghiệm cần thiết. Sau đó, họ sẽ đưa ra chẩn đoán xác định và có hướng điều trị phù hợp.

Xem thêm:Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu có nguy hiểm không?

Hầu hết các trường hợp nóng rát bao tử sẽ đáp ứng khá tốt với điều trị nội khoa. Người bệnh sẽ uống thuốc theo toa do bác sĩ chỉ định. Các nhóm thuốc có thể bao gồm:

Trung hòa axit dịch vị. Chẳng hạn như Maalox,Phosphalugel, Gastrogel,…

Ức chế tiết axit như:Omeprazole, Esomeprazole,Pantoprazole,…

Kháng histamin H2như: Ranitidin,Cimetidin, Famotidin,…

Thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày:Misoprostol,Sucralfat,Bismuth,…

Kháng sinh diệt Helicobacter pylori. Điển hình như:Amoxicillin, Clarithromycin, Lovofloxacin, Metronidazole,…

Nội soi dạ dày cầm máu trong xuất huyết dạ dày.

Điều trị ngoại khoa chỉ được áp dụng trong những trường hợp điều trị nội khoa thất bại. Hoặc trong một số bệnh lý cần phải phẫu thuật, chẳng hạn như:

Ung thư dạ dày.

Thủng dạ dày.

Xuất huyết dạ dày thất bại với điều trị nội khoa.

Phẫu thuật cắt bỏ khối u tiết Gastrin trong hội chứng Zollinger – Ellison.

Xem thêm:Trào ngược dịch mật có phải là trào ngược dạ dày thực quản?

Người bệnh có thể làm giảm tình trạngnóng rát bao tửbằng cách thay đổi lối sống hàng ngày. Cụ thể đó là:

Hạn chế thức ăn cay nóng, nhiều chất béo, nhiều dầu mỡ.

Từ bỏ hút thuốc lá.

Hạn chế rượu bia và các thức uống có chứa chất kích thích.

Luyện tập thể dục thể thao.

Ngủ đủ giấc, sống vui vẻ, lạc quan.

Tập thói quen ăn uống đúng giờ, ăn chậm, nhai kỹ.

Khám sức khỏe định kỳ để tầm soát và phát hiện sớm các bệnh lý ở dạ dày. Từ đó có hướng điều trị kịp thời.

Nói chung, triệu chứngnóng rát bao tửdo rất nhiều nguyên nhân gây nên. Thường gặp nhất là thói quen ăn uống thiếu khoa học và các bệnh lý ở dạ dày. Vì vậy, để bảo vệ sức khỏe cho dạ dày, chúng ta nên tập thói quen ăn uống điều độ. Đồng thời khám sức khỏe định kỳ để được bác sĩ điều trị sớm các bệnh lý ở dạ dày.

Xem thêm:Khó tiêu chức năng: Những điều bạn cần biết!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nuot-dau-mot-ben-co-hong/

Nội dung bài viết

Chảy mũi sau

Viêm Amiđan

Áp-xe quanh amiđan

Lở miệng

Nổi hạch

Áp-xe hay nhiễm trùng răng

Đau họng có nhiều mức độ, có thể chỉ đau rát, cũng có khi đau buốt trong họng. Ai hẳn cũng đã từng bị đau họng một lần nên ít nhiều cũng có kinh nghiệm về vấn đề này. Nhưng còn nuốt đau chỉ ở một bên cổ họng thì sao? Hãy đọc tiếp bài viết sau của ThS.BS chuyên khoa Tai – Mũi – Họng Trần Thanh Long để biết nguyên nhân nào gây ra đau ở một bên cổ họng nhé!

Thường khi nhắc đến chảy nước mũi, bạn sẽ hình dung nước mũi chảy ra từ lỗ mũi. Tuy nhiên, lỗ mũi còn cửa phía sau thông với họng. Vì vậy, chất nhày mũi có thể đi ngược về phía sau và chảy xuống họng. Khi điều này xảy ra, dịch mũi sẽ ứ đọng ở vùng họng.

Khi bạn bị nhiễm trùng hô hấp hay dị ứng, mũi họng có xu hướng tiết ra nhiều nhày nhớt hơn. Khi chất nhày tích tụ và không thể dẫn lưu, cảm giác chảy nước mũi xuống cổ họng có thể gây khó chịu.

Chảy mũi sau gây kích thích vùng họng, có thể tạo cảm giác đau. Đôi khi cảm giác đau chỉ ở một bên, đặc biệt vào buổi sáng sau khi bạn nằm ngủ nghiêng một bên. Điều trị cho trường hợp này cần tập trung vào nguyên nhân ở mũi. Bác sĩ có thể kê cho bạn một số thuốc giúp giảm chất tiết, giảm nghẹt mũi để làm dịu sự khó chịu.

Viêm amiđanlà tình trạng viêm, nhiễm trùng của amiđan. Amiđan là khối tròn ở phía sau họng, có thể nhìn thấy qua gương. Mỗi người có một cặp, hai khối amiđan, mỗi khối ở một bên họng, ngay phía sau lưỡi. Đôi khi chỉ một bên amiđan bị viêm, khiến cho họng chỉ đau ở một bên.

Triệu chứng chính của viêm amiđan là nuốt đau họng, đi kèm với các dấu hiệu khác như:

Sốt.

Hơi thở hôi.

Nghẹt mũi và chảy nước mũi.

Nổi hạch.

Bám mủ trên cục amiđan sưng, đỏ.

Khó nuốt.

Nhức đầu.

Phần lớn trường hợp viêm amiđan tự khỏi trong vòng 10 ngày. Bạn có thể dùng thuốc giảm đau để làm dịu cơn đau hoặc súc họng với nước muối.

Nếu viêm amiđan là do vi khuẩn tấn công, có thể bác sĩ sẽ kê thêm cho bạn thuốc kháng sinh.

Xung quanh khối amiđan có một khoang, mà khi có mủ nó có thể tích tụ trong khoang này. Tình trạng này gọi là áp-xe quanh amiđan. Nó là một biến chứng của viêm amiđan do vi khuẩn và thường gặp ở trẻ lớn và người lớn trẻ tuổi.

Áp-xe quanh amiđan có thể gây đau khắp vùng họng nhưng cơn đau này thường nặng hơn ở bên có tụ mủ.

Những triệu chứng khác của bệnh lý nào bao gồm:

Sốt.

Mệt mỏi.

Khó nói chuyện.

Đau tai.

Hơi thở hôi.

Chảy nước miếng nhiều.

Giọng nói thay đổi.

Đây là một tình trạng bệnh lý cần can thiệp y tế ngay lập tức. Bác sĩ có thể sẽ dùng một cây kim tiêm hoặc dùng dao rạch để thoát mủ ở trong họng ra. Sau khi lấy bớt mủ ra, bác sĩ sẽ điều trị tích cực bằng kháng sinh để ngăn chặn bệnh tiến triển.

Lở miệng là các vết loét nhỏ hình thành trong miệng. Vị trí của nó có thể ở niêm mạc má, dưới lưỡi, trong môi, hoặc trên nóc họng. Phần lớn vết lở có kích thước nhỏ, hình tròn với bờ ngoài đỏ, bên trong có màu trắng hay vàng.

Dù nhỏ nhưng các vết lở thường khiến người bệnh rất đau đớn. Nếu vết lở hình thành ở một góc phía sau họng, bạn có thể thấy nuốt đau một bên cổ họng.

Phần lớn các vết lở miệng tự hết trong vòng 2 tuần. Trong thời gian đó, bạn có thể sử dụng một số loại thuốc bôi lên vết lở để giúp giảm đau. Cần đọc kĩ hướng dẫn sử dụng khi sử dụng những loại thuốc này.

Các hạch trên cơ thể có vai trò giúp cơ thể chống lại nhiễm trùng. Khi chúng sưng lên, đó có thể là dấu hiệu của bệnh lý như nhiễm siêu vi hoặc nhiễm trùng. Vị trí nổi hạch có thể là ở cổ, dưới cằm, ở nách hay ở bẹn.

Có rất nhiều hạch ở vùng đầu và cổ. Khi hạch nổi, nó có thể gây đau khi bạn tác động lực lên hạch.

Hạch thường sưng lên ở các vùng gần vị trí nhiễm trùng. Ví dụ, nếu bạn có nhiễm trùng ở họng, hạch có thể sưng lên ở vùng cổ. Đôi lúc chỉ có một hạch nổi lên, gây ra nuốt đau họng ở một bên cổ.

Trong một số hiếm trường hợp, nổi hạch là dấu hiệu của một bệnh lý nguy hiểm, như ung thư hay HIV. Hãy đi khám bác sĩ nếu bạn có những dấu hiệu khác đi kèm nổi hạch như:

Hạch sưng hơn 2 tuần.

Sụt cân.

Đổ mồ hôi về đêm.

Sốt kéo dài.

Mệt mỏi.

Hạch cứng, dính với da và tăng kích thước nhanh.

Hạch ở gần xương quai xanh hay phần dưới cổ.

Da đỏ, viêm ở vị trí có hạch.

Khó thở.

Video tổng hợp về tình trang nuốt đau một bên họng:

Biên tập bởi:YouMed

Áp-xe quanh răng là tình trạng tụ mủ gây ra do nhiễm vi khuẩn. Túi mủ này hình thành ở gốc răng. Nó có thể gây đau dữ dội và lan đến xương hàm và đến tai ở một bên mặt. Hạch ở vùng cổ cũng có thể sưng đau.

Các dấu hiệu khác cho biết răng bị nhiễm trùng bao gồm:

Nhạy cảm với nhiệt độ nóng và lạnh.

Đau khi nhai.

Sốt.

Sưng ở mặt, má.

Hạch sưng đau ở dưới hàm hoặc ở cổ.

Nhiễm trùng là thường gặp đối với răng khôn mọc lệch. Răng khôn là bốn răng phía trong cùng, thường không có đủ không gian để mọc lên bình thường. Ngay cả khi những răng này nhú được lên khỏi nướu thì bạn cũng khó vệ sinh, khiến chúng dễ nhiễm trùng. Răng khôn nhiễm trùng gây ra đau và sưng hàm, đôi lúc khiến bạn khó mở miệng.

Nếu răng khôn của bạn có vấn đề, nha sĩ sẽ đề nghị bạn nhổ răng khôn. Nếu bạn có túi mủ quanh răng, nha sĩ có thể rạch ra để thoát lưu mủ. Bạn cũng có thể phải sử dụng kháng sinh nếu cần.

Các thông tin vừa kể trên là các bệnh thường gặp nhất khiến bạnnuốt đau một bên cổ. Nếu bạn thật sự khó chịu về vấn đề này, hãy đến khám bác sĩ để có được sự tư vấn tốt nhất. Cám ơn bạn đã đọc vào theo dõi bài viết của YouMed!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chan-thuong-nao-man-tinh/

Nội dung bài viết

Triệu chứng của bệnh não chấn thương mãn tính

Nguyên nhân gây bệnh

Yếu tố nguy cơ

Chẩn đoán bệnh não chấn thương mãn tính

Điều trị bệnh não chấn thương mãn tính

Phòng ngừa

Bệnh não chấn thương mãn tính (CTE) là thuật ngữ được sử dụng để mô tả sự thoái hóa não gây ra bởi chấn thương đầu lặp đi lặp lại. Bệnh chỉ được chẩn đoán khi khám nghiệm tử thi bằng cách nghiên cứu các phần của não. CTE là một rối loạn rất hiếm gặp và chưa được hiểu rõ. CTE có mối quan hệ phức tạp với chấn thương đầu như hội chứng sau chấn động não và hội chứng va chạm thứ phát xảy ra ở độ tuổi trẻ hơn. Vậy làm thế nào để nhận biết và điều trị bệnh lý này? Hãy cùng theo dõi bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn để có được những thông tin hữu ích nhất.

Không có triệu chứng cụ thể liên quan rõ ràng với CTE. Một số dấu hiệu và triệu chứng của CTE có thể xảy ra trong nhiều bệnh lý khác. Nhưng ở một số ít người được chẩn đoán CTE, các triệu chứng bao gồm:

Suy nghĩ khó khăn (suy giảm nhận thức).

Hành vi bốc đồng.

Trầm cảm hoặc thờ ơ.

Mất trí nhớ ngắn hạn.

Khó khăn trong việc lập kế hoạch và thực hiện công việc (chức năng điều hành).

Cảm xúc không ổn định.

Lạm dụng chất.

Có suy nghĩ hoặc hành vi tự sát.

Các triệu chứng của CTE không xuất hiện ngay sau khi bị chấn thương đầu. Nhưng các chuyên gia tin rằng triệu chứng có thể khởi phát sau nhiều năm hoặc nhiều thập kỷ sau khi bị chấn thương đầu lặp đi lặp lại.

Các dấu hiệu và triệu chứng của CTE khi khám nghiệm tử thi vẫn chưa được biết đầy đủ. Không rõ CTE có thể gây ra loại triệu chứng nào hay tiến triển như thế nào.

Chấn thương đầu tái diễn có khả năng là nguyên nhân gây ra CTE. Các cầu thủ khúc côn cầu và bóng đá, quân nhân ở vùng chiến là trọng tâm của hầu hết các nghiên cứu về CTE. Các môn thể thao khác và các yếu tố như hoạt động thể chất quá mức cũng có thể dẫn đến chấn thương đầu tái diễn.

Tuy nhiên, không phải tất cả các vận động viên và những người trải qua chấn thương tái diễn đều tiến triển thành CTE. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ số mới mắc CTE không tăng ở những người bị chấn thương đầu tái diễn.

Người ta cho rằng CTE khiến các vùng của não bị teo đi. Chấn thương ở phần dẫn truyền xung điện thần kinh ảnh hưởng đến sự liên lạc giữa các tế bào.

Những người bị CTE có thể có dấu hiệu của một bệnh thoái hóa thần kinh khác. Chẳng hạn nhưbệnh Alzheimer,Xơ cứng teo cơ một bên (ALS)– còn gọi là bệnh Lou Gehrig,bệnh Parkinsonhoặc bệnh thoái hóa thùy trán trước.

Yếu tố nguy cơ chính của bệnh não chấn thương mãn tính (CTE) được cho là do chấn thương đầu tái diễn. Tuy nhiên các yếu tố nguy cơ vẫn đang được tìm hiểu.

Hiện tại không có cách nào để chẩn đoán CTE. Những người có nguy cơ cao do chấn thương đầu lặp đi lặp lại trong nhiều năm chơi thể thao hoặc trong quân sự có khả năng mắc bệnh. Chẩn đoán cần phải có bằng chứng về sự thoái hóa của nhu mô não, sự lắng động của protein tau và các protein khác trong não. Những bằng chứng này phải được nhìn thấy khi khám nghiệm tử thi.

Một số nhà nghiên cứu đang tích cực tìm kiếm một loại xét nghiệm có thể chẩn đoán người bị CTE khi họ còn sống. Còn những người khác vẫn tiếp tục nghiên cứu não của những người đã chết. Những người có thể đã bị CTE, chẳng hạn như cầu thủ bóng đá.

Các xét nghiệm tâm thần kinh, hình ảnh học sọ não như xét nghiệm MRI chuyên biệt và dấu ấn sinh học để chẩn đoán CTE đang dần có hi vọng. Đặc biệt, hình ảnh học của amyloid và protein tau sẽ giúp hỗ trợ chẩn đoán.

Chụp cắt lớp phát xạ positron (PET) sử dụng chất đánh dấu phóng xạ nồng độ thấp tiêm vào tĩnh mạch. Sau đó, dùng máy quét theo dõi sự di chuyển của chất đánh dấu lên não. Các nhà nghiên cứu đang tích cực phát triển các chỉ dấu của PET để phát hiện các bất thường protein tau liên quan đến bệnh thoái hóa thần kinh ở những người đang sống.

Nghiên cứu đang được thực hiện để phát triển các chất đánh dấu nhắm trúng đích và liên kết với protein tau và các protein khác trên PET. Bằng cách sử dụng các loại máy quét và theo dõi này để tìm kiếm sự lắng đọng protein tau trong não của các vận động viên đã về hưu, những người bị chấn thương đầu. PET scans đang còn trong giai đoạn nghiên cứu và chưa được đưa ra thử nghiệm lâm sàng.

Có rất ít nghiên cứu về sử dụng huyết tương hoặc dịch não tủy trong việc chẩn đoán diễn tiến lâu dài của CTE. Một số dấu ấn sinh học sử dụng trong nghiên cứu bệnh Alzheimer có thể hữu ích cho CTE.

Vì tình trạng hai bệnh tương tự nhau. Những dấu ấn sinh học này cần phân biệt được thoái hóa não do CTE với chấn thương não ban đầu.

CTE là một bệnh thoái hóa não tiến triển,không có cách điều trị. Cần nhiều nghiên cứu hơn về phương pháp điều trị. Phương pháp điều trị hiện tại là ngăn ngừa chấn thương đầu. Điều quan trọng là phải cập nhật các khuyến cáo mới nhất trong việc phát hiện và quản lý chấn thương não.

Bệnh não chấn thương mãn tính là một bệnh hiếm gặp và vẫn chưa được hiểu rõ. Thường gặp ở những người có chấn thương đầu lặp đi lặp lại. Chẳng hạn như vận động viên, người làm trong quân đội. CTE diễn tiến nhiều năm sau những chấn thương đầu tái diễn.

Nếu bạn có các triệu chứng như chấn thương đầu, rối loạn trí nhớ, thay đổi tính tình (lo âu, trầm cảm, dễ kích động), hay có ý định tự tử, hãy đến gặp bác sĩ để được khám và tư vấn điều trị.

Không có phương pháp điều trị nào cho CTE. Nhưng có thể phòng ngừa CTE vì nó liên quan đến các chấn động tái diễn. Những người từng bị chấn thương có nhiều khả năng bị một chấn thương đầu khác sau này. Hiện tại, khuyến cáo phòng ngừa CTE bằng cách giảm chấn thương sọ não nhẹ. Đồng thời ngăn ngừa chấn thương thứ phát sau chấn động não.

Trên đây là toàn bộ thông tin về Bệnh chấn thương não mãn tính. Mong rằng với những nội dung Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn đã cung cấp, bạn sẽ có đầy đủ những kiến thức về căn bệnh này!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-nao-ung-thuy/

Nội dung bài viết

Thế nào là não úng thủy?

Triệu chứng của não úng thủy?

Các phương tiện cận lâm sàng

Não úng thủy được điều trị như thế nào?

Sau điều trị có ảnh hưởng đến cuộc sống?

Người trưởng thành có mắc bệnh không?

Điều trị ở đâu?

Não úng thủy (hydrocephalus) có nguồn gốc từ hai chữ: “hydro” có nghĩa là nước, và “cephalus” đề cập đến “não” (còn gọi là bệnh đầu nước). Não úng thủy là một tình trạng dư thừa quá mức dịch não tủy (CSF) được hình thành trong hệ thống não thất của não và có thể làm tăng áp lực nội sọ. Cùng Youmed  tìm hiểu bệnh lý đặc biệt này nhé!

Não úng thủy là thuật ngữ y khoa mô tả tình trạng quá nhiều dịch não tủy trong các não thất và khoang dưới nhện. Dịch não tủy là chất lỏng bao quanh và góp phần che chở, dinh dưỡng chonão bộvàtủy sống. Một số trường hợp dịch não tủy quá nhiều dẫn đến tăng áp lực lên não bộ. Não úng thủy đôi khi còn được gọi là bệnh đầu nước.

Ở trẻ em, những bé sinh non hoặc có những dị tật bẩm sinh về não bộ có thể có não úng thủy. Ngoài ra những trường hợp chấn thương đầu hoặc các bệnh lý khác ở não cũng có thể dẫn đến não úng thủy ở bất kỳ độ tuổi nào.

Theo chức năng, não úng thủy được phân làm 2 loại:

Não úng thủy tắc nghẽn:tắc nghẽn đường lưu thông bình thường của dịch não tủy gây dãn hệ thống não thất phía trên chỗ tắc.

Não úng thủy không tắc nghẽn (não úng thủy thông thường):xảy ra do sự tăng tiết quá mức hoặc sự kém hấp thu dịch não tủy, không có sự tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy.

Ở trẻ em sơ sinh, nhóm triệu chứng chính gồm có:

Đầu tăng kích thước quá mức bình thường.

Tốc độ tăng kích thước đầu rất nhanh.

Đầu có hình dáng lạ.

Đầu có vị trí phình ra ở vùng đỉnh đầu.

Tĩnh mạch đầu phình to ra.

Còn đối với nhóm trẻ lớn tuổi hơn mắc bệnh sẽ có các triệu chứng như:

Đầu to hơn bình thường.

Đau đầu ( thường than phiền đau vào buổi sáng).

Mắt nhìn thấp và không thể ngước nhìn lên cao.

Buồn nôn và nôn.

Không cảm giác đói.

Thường xuyên buồn ngủ.

Ở nhóm bệnh nhân trẻ sơ sinh bác sĩ có thể dùng phương tiện siêu âm, một phương tiện sử dụng sóng siêu âm để khảo sát hình ảnh của não bộ. Ngoài ra việc đo lường kích thước đầu lặp lại thường xuyên giúp bác sĩ biết được tốc độ tăng kích thước của đầu.

Ở nhóm trẻ lớn, bác sĩ có thể cần dùng đến các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác như cộng hưởng từMRIhay cắt lớp vi tính CT để khảo sát hình ảnh não bộ.

Bác sĩ cũng sẽ cần chọc dò tủy sống thắt lưng ở một số trường hợp. Đây là quá trình bác sĩ dùng kim nhỏ để tiếp cận vào khoang chứa dịch não tủy ở vùng cột sống thắt lưng để đánh giá hoặc chẩn đoán bệnh.

Điều trị não úng thủy có vai trò quan trọng của ngoại khoa – phẫu thuật. Việc điều trị nội khoa – dùng thuốc đóng vai trò hỗ trợ cho điều trị ngoại khoa. Các loại thuốc thường dùng như :

Acetazolamide.

Furosemide.

Bác sĩ điều trị não úng thủy bằng phương pháp phẫu thuật, qua đó tạo một đường thoát dịch não tủy ra bớt khỏi đầu. Mục tiêu là đạt được chức năng thần kinh tốt nhất, có kết quả thẩm mỹ tốt chứ không phải là làm não thất về lại kích thước bình thường.

Có hai phương pháp phẫu thuật chính thường được sử dụng nhất trong điều trị gồm có:

Shunt – tạo lối tắt – Shunt là thiết bị dẫn dịch não tủy từ bên trong não. Thiết bị này kết nối với những ống dẫn đặt dưới da để dẫn dịch não tủy xuống khoảng ổ bụng, khoang ngực hoặc thằng vào buồng tim. Những hệ thống lối tắt – shunt này giúp dẫn lưu dịch não tủy ra khỏi não.

Nội soi phá sàn não thất III : đây là phương pháp phẫu thuật mở một lỗ nhỏ ở não thất 3 (một cấu trúc chứa dịch não tủy ) để giúp giảm bớt dịch não tủy.

Sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật nào dựa vào độ tuổi của trẻ mắc bệnh và nguyên nhân của não úng thủy là gì.

Hầu hết các bệnh nhân trẻ em được phẫu thuật điều trị não úng thủy cần được phẫu thuật thêm tối thiểu 1 lần để điều chỉnh hoặc chỉnh sửa hệ thống shunt. Nhiều trường hợp bệnh nhân cần nhiều cuộc phẫu thuật trong suốt thời gian sống. Vì lý do trên nên ít nhiều sự phát triển của trẻ có ảnh hưởng.

Ngoài ra việc đặt hệ thống shunt cũng phát sinh nhiều vấn đề sức khỏe như:

Các vấn đề xuất phát từ hệ thống shunt như nhiễm trùng và tắc nghẽn shunt. Các triệu chứng gồm có sốt, đau đầu hoặc nôn ói.

Động kinh – động kinh là do những sóng điện bất thường phát ra ở não bộ. Những trẻ em động kinh thường có những cơn co giật tay chân tự ý trong vài giây và ngất đi.

Cản trở quá trình phát triển: Ở một số bệnh nhân não úng thủy có sự chậm phát triển tâm thần và thể chất. Bệnh nhân thường chậm ngồi, chậm đi hoặc chậm nói so với các trẻ bình thường.

Những bệnh nhân này cần được thăm khám các chuyên gia để có những chương trình can thiệp sớm để giúp trẻ trong quá trình phát triển.

Sau các biện pháp điều trị bệnh nhân cần được theo dõi tái khám thường xuyên ở các cơ sở y tế. Tái khám mỗi tháng trong 6 tháng đầu, sau đó mỗi 3 đến 6 tháng hoặc khi xuất hiện các triệu chứng mới.

Não úng thủy không phải bệnh chỉ gặp ở trẻ em mà người lớn vẫn có bệnh lý não úng thủy. Thường gặp ở những bệnh nhân chấn thương đầu hoặc có những bệnh lý não bộ. Ở một số trường hợp não úng thủy của người trưởng thành có những triệu chứng tương tự như ở trẻ em.

Một vài trường hợp người lớn tuổi có bệnh lý “ não úng thủy không tăng áp lực”

Triệu chứng có thể bao gồm có:

Suy giảm trí nhớ và tư duy.

Gặp khó khăn trong việc đi lại.

Mất kiểm soát việc đi tiểu.

Việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý não úng thủy ở người lớn có nhiều nét tương tự với não úng thủy ở nhóm bệnh nhân trẻ em.

Những cơ sở y tế có khoa ngoại thần kinh và ngoại thần kinh Nhi là nơi điều trị bệnh lý này.

Với một số thông tin cung cấp phía trên, YouMed hi vọng các bạn sẽ có cái nhìn rõ hơn về bệnh não úng thủy và cách chữa trị nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nam-am-dao-va-nhung-thong-tin-ban-can-biet-ve-benh/

Nội dung bài viết

Tổng quan

Nguyên nhân gây nấm âm đạo

Triệu chứng viêm âm đạo do nấm

Khi nào nên đến gặp bác sĩ?

Phòng ngừa

Chẩn đoán nấm âm đạo

Điều trị viêm âm đạo do nấm

Chuẩn bị khi đến khám bác sĩ

Nấm âm đạo là tình trạng viêm âm đạo gây ra bởi nấm thường gặp ở nữ giới. Khi thấy dịch tiết âm đạo bất thường, chị em sẽ lo lắng rằng liệu mình có bị nhiễm nấm hay không? Vậy triệu chứng của bệnh là gì? Bác sĩ sẽ điều trị ra sao? Những thói quen nào cần tránh để phòng ngừa bệnh? Cùng tìm hiểu về nấm âm đạo trong bài viết này của Bác sĩ Lê Mai Thùy Linh nhé.

Nhiễm nấm âm đạo hayviêm âm đạodo nấm là tình trạng nấm phát triển quá mức ở vùng âm đạo. Hậu quả của tình trạng viêm là gây đau rát, tiết dịch âm đạo và ngứa ngáy ở vùngâm đạovàâm hộ– cơ quan sinh dục ngoài ở nữ giới.

Đây là bệnh lý thường gặp. Khoảng 75% phụ nữ nhiễm nấm âm đạo ít nhất 1 lần trong đời. Có nhiều phụ nữ tái phát từ 1 đến 2 lần và những cơ địa đặc biệt còn tái phát nhiều hơn. Dù không được xem làbệnh lây qua đường tình dục, nhưng nhiễm nấm thường hay xảy ra sau lần quan hệ tình dục đầu tiên. Viêm nhiễm âm đạo do nấm cũng có thể liên quan đến quan hệ tình dục đường miệng – sinh dục.

Dùng thuốc đúng và đủ có thể hiệu quả để điều trị nhiễm nấm thông thường và không biến chứng. Tuy nhiên, nếu nấm tái phát nhiều lần (4 lần trở lên trong vòng 1 năm), bác sĩ sẽ đề nghị tìm nguyên nhân và điều trị dài hơn.

Hầu hết viêm âm đạo gây ra bởinấmCandida albicans. Thông thường, vùng âm đạo có hệ khuẩn cân bằng giữa nấm và các vi khuẩn thường trú. Vi khuẩn thường trú Lactobacillus có nhiệm vụ ngăn chặn sự phát triển quá mức của nấm. Khi sự cân bằng này bị phá vỡ, sự phát triển quá mức của nấm hoặc sự xâm nhập của chúng vào các lớp tế bào niêm mạc âm đạo có thể gây ra viêm âm đạo.

Có những yếu tố nguy cơ gây ra tình trạng mất cân bằng này. Chẳng hạn như:

Sử dụngthuốc kháng sinh. Vài loại thuốc kháng sinh có thể gây mất cân bằng hệ khuẩn âm đạo.

Mang thai.

Đái tháo đườngkhông kiểm soát.

Suy giảm miễn dịch.

Sử dụng các loại thuốc có chứa hormone làmtăng estrogenquá mức (nội tiết tố nữ).

Candida albicanslà loại nấm thường gặp nhất, nên được gọi là nấm điển hình. Những loại nấm khác gây viêm âm đạo được xếp loại viêm âm đạo có biến chứng. Những loại nấm này thường khó điều trị và cần sử dụng những loại thuốc mạnh hơn.

Ngứa ngáy, khó chịu vùng âm đạo và âm hộ.

Cảm giác nóng rát “cô bé”, đặc biệt lúc quan hệ hay đi tiểu.

Sưng và đỏ vùng âm đạo.

Đau, khô rát vùng âm đạo, nhất là khi quan hệ tình dục.

Dịch tiết âm đạo là những mảng trắng dày, bở; nhìn giống như những mảng phô mai.

Bệnh được chia thành hai dạng: biến chứng và không có biến chứng. Nếu có một trong các tình trạng sau, viêm âm đạo được xếp loại có biến chứng:

Các triệu chứng ở mức độ nặng. Viêm đỏ nặng nề âm đạo dẫn đến âm đạo có những vết loét hay vết nứt gây đau.

Nhiễm nấm tái phát 4 lần hoặc hơn trong một năm.

Viêm âm đạo do nấm không điển hình, tức không phải doCandida albicans.

Xảy ra trên phụ nữ mang thai.

Viêm âm đạo do nấm trên bệnh nhân đái tháo đường không kiểm soát tốt.

Có tình trạng suy giảm miễn dịch do dùng thuốc hoặc do bệnh lý nhưHIV.

Hãy đến gặp bác sĩ nếu:

Đây là lần đầu bạn có bất kỳ triệu chứng nào.

Triệu chứng không giảm sau khi điều trị bởi các thuốc không kê đơn.

Có một trong các tình trạng thuộc xếp loại viêm âm đạo do nấm có biến chứng.

Để giảm nguy cơ mắc bệnh, hãy sử dụng quần lót vừa vặn và thấm hút tốt.

Những yếu tố sau cũng có thể làm nặng hơn tình trạng viêm âm đạo, bạn cần tránh:

Mặc quần quá bó, quá chật.

Thụt rửa âm đạo. Thói quen này không giúp làm sạch âm đạo mà còn làm mất đi những vi khuẩn thường trú bảo vệ vùng kín.

Sử dụng các sản phẩm có chất tạo mùi, như các chất tẩy rửa, nước hoa vùng kín, băng vệ sinh hay tampon có hương thơm.

Tắm nước quá nóng hoặc vệ sinh vùng kín bằng nước quá nóng.

Sử dụng kháng sinh không đúng chỉ định.

Mặc quần áo ẩm ướt. Mặc quần bơi hoặc quần áo tập trong thời gian dài.

Để chẩn đoán viêm âm đạo do nấm, bác sĩ sẽ:

Bao gồm các thông tin chung về tình trạng sức khỏe, các bệnh lý nội khoa. Bác sĩ cũng sẽ hỏi về tình trạng quan hệ tình dục, tiền sử bệnh và các bệnh lây qua đường tình dục khác.

Bác sĩ sẽ khám vùng cơ quan sinh dục ngoài để kiểm tra tình trạng viêm. Sau đó, bác sĩ sẽ đặt dụng cụ gọi là mỏ vịt vào trong âm đạo để quan sát được rõ hơn phía bên trong.

Bác sĩ sẽ lấy mẫu dịch tiết để làm xét nghiệm xem loại nấm nào gây viêm âm đạo. Xác định chủng nấm sẽ giúp bác sĩ có phác đồ điều trị hiệu quả hơn, đặc biệt khi tái phát hay có biến chứng.

Việc chữa nấm âm đạo do nấm tùy thuộc vào độ nặng của triệu chứng và mức độ tái phát có thường xuyên hay không.

Đối với những trường hợp này, bác sĩ thường sẽ yêu cầu:

Điều trị ngắn ngày thuốc đặt âm đạo. Các thuốc kháng nấm sử dụng trong vòng 3 đến 7 ngày thông thường sẽ giúp cải thiện tình trạng viêm. Thuốc kháng nấm có thể ở dạng kem, dạng thuốc mỡ hoặc dạng viên đặt.

Điều trị liều thuốc uống duy nhất. Bác sĩ có thể kê đơn một liều thuốc kháng nấm đường uống. Với triệu chứng nặng, có thể cần điều trị nhiều ngày hơn với số liều và số ngày nhiều hơn.

Phụ nữ có thai không nên sử dụng thuốc kháng nấm đường uống liều cao. Hãy tham khảo ý kiến bác sĩ để có điều trị phù hợp.

Hãy đến gặp bác sĩ nếu triệu chứng không giảm sau điều trị hoặc bạn tái phát trong vòng 2 tháng.

Đối với những trường hợp này, bác sĩ sẽ cần phác đồ điều trị mạnh tay hơn.

Thuốc đặt âm đạo dài ngày. Bác sĩ sẽ kê đơn thuốc kháng nấm mỗi ngày trong vòng 2 tuần, sau đó mỗi liều một tuần trong vòng 6 tháng. Cần tuân thủ điều trị để đạt hiệu quả cũng như giảm tái phát.

Thuốc kháng nấm đường uống đa liều.

Tìm nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ gây viêm âm đạo do nấm có biến chứng.

Nếu bạn đã từng điều trị nấm âm đạo trong quá khứ, hãy thông báo cho bác sĩ về thời gian mắc bệnh và điều trị như thế nào, trong bao lâu. Ngoài ra, hãy nói cho bác sĩ về tiền căn các bệnh lý phụ khoa hay các bệnh mà bạn dùng thuốc điều trị.

Tìm hiểu thêm bài viết:Nhiễm khuẩn âm đạo: Những tác hại khôn lường.

Liệt kê những triệu chứng mà bạn có. Thời gian và độ nặng của triệu chứng. Các triệu chứng này ảnh hưởng đến sinh hoạt của bạn như thế nào?

Mang theo các đơn thuốc phụ khoa cũ. Hãy liệt kê ngắn gọn những bệnh phụ khoa bạn đã mắc (nếu có) và đã điều trị như thế nào.

Các bệnh lý đang mắc (nếu có) và những thuốc đang dùng.

Tránh sử dụng tampons hoặc thụt rửa âm đạo trước khi khám phụ khoa.

Ghi nhớ những điều cần hỏi bác sĩ.

Tôi có cần điều trị không?

Thuốc được dùng như thế nào? Bao nhiêu liều một ngày và trong bao lâu?

Cần theo dõi những triệu chứng nào?

Khi nào cần tái khám?

Có cách nào phòng ngừa bệnh không?

Đừng ngại ngần, hãy hỏi bác sĩ những vấn đề khiến bạn lo lắng. Cần đảm bảo rằng bạn hiểu rõ cách dùng thuốc và tuân thủ việc điều trị đúng cách.

Nhiễm nấm âm đạolà tình trạng viêm âm đạo do nấm gây các triệu chứng như ngứa ngáy, khô rát âm đạo hay dịch tiết âm đạo trắng, dày như phô mai. Khi có bất kỳ triệu chứng nào, hãy đi khám tại bác sĩ phụ khoa để được điều trị thích hợp. Để ngừa nấm, bạn cần chú ý chọn quần lót vừa vặn, thấm hút tốt để giữ “cô bé” luôn thông thoáng. Không mặc quần lót ẩm ướt, quá chật và hạn chế thói quen thụt rửa âm đạo để bảo vệ vùng kín. Chúc các chị em luôn khỏe mạnh!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nam-da-chan-nhung-dieu-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

Nấm da chân (tinea pedis) là gì?

Nguyên nhân gây nấm da chân

Ai sẽ dễ bị nấm da chân?

Các đặc điểm lâm sàng của bệnh

Chẩn đoán nấm da bàn chân được thực hiện như thế nào?

Chẩn đoán phân biệt với bệnh nấm da bàn chân là gì?

Cách điều trị nấm da bàn chân

Các biến chứng

Phòng ngừa

Nấm da chân là bệnh nhiễm trùng da khá phổ biến, đặc biệt ở vùng nhiệt đới nóng ẩm. Bệnh gây ra do các vi nấm kí sinh, có khả năng lây lan sang các vùng da khác của cơ thể. Các địa điểm công cộng như phòng tắm công cộng, phòng thay đồ là những nơi có khả năng lây truyền bệnh cao. Nhiễm nấm da chân không phải là bệnh lí nguy hiểm. Tuy nhiên có thể làm bạn khó chịu vì triệu chứng của chúng. Hãy cùng tìm hiểu về bệnh nấm da chân qua bài viết của Bác sĩ chuyên khoa Da liễu Huỳnh Thị Như Mỹ.

Nấm da chân hay là lác đồng tiền ở chân là một bệnh nhiễm trùng ở bàn chân do một loại nấm Dermatophyte. Đây là bệnh nhiễm trùng da liễu phổ biến nhất và đặc biệt phổ biến ở môi trường đô thị, nhiệt đới, nóng nực. Nó thường xảy ra ở những người có bàn chân ra nhiều mồ hôi khi bị bó buộc trong những đôi giày kín.

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh bao gồm phát ban có vảy. Các sang thường này thường gây ngứa, châm chích và bỏng rát. Bệnh này  rất dễ lây lan và có thể lây lan qua sàn nhà, khăn tắm hoặc quần áo bị dính bệnh.

Phân bố vùng giữa các ngón thường được thấy nhiều nhất (biểu hiện này còn được gọi là bàn chân vận động viên).

Nấm da chân có thể đi kèm với nấm da ở háng (tinea cruris), nấm da bàn tay (tinea manuum) hoặc nấm móng (tinea unguium).

Ba loại nấm dermatophyte phổ biến nhất gây ra:

Trichophyton (T.) rubrum.

T. interdigitale, trước đây được gọi là T. mentagrophytes var. interdigitale.

Epidermophyton floccosum.

Sử dụng các enzym gọi là keratinase, các tế bào nấm xâm nhập vào lớp sừng thượng bì của da. Và nhiễm trùng vẫn chỉ giới hạn ở lớp này. Tế bào nấm cũng chứa chất có thể ức chế phản ứng miễn dịch của cơ thể.

Bã nhờn được cho là có tính ức chế tế bào nấm. Do đó phần nào giải thích xu hướng nhiễm nấm da ở bàn chân, nơi không có tuyến bã nhờn. Các yếu tố khác như vết nứt trên da có thể hỗ trợ sự xâm nhập của nấm da. Mức độ của nấm da chân cũng phụ thuộc vào hệ thống miễn dịch của vật chủ và nhóm nấm lây nhiễm.

Tìm hiểu thêm về:Nấm móng: Nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán

Nấm da chân thường xảy ra ở nam giới và thanh thiếu niên / thanh niên, nhưng cũng có thể ảnh hưởng đến phụ nữ, trẻ em và người lớn tuổi. Nhiễm trùng thường mắc phải khi tiếp xúc trực tiếp với sinh vật gây bệnh. Ví dụ như dùng chung chiếu, thảm, khăn trải giường, quần áo hoặc giày dép với người bị nhiễm nấm. Đi chân trần ở những nơi công cộng cũng có thể lây lan, chẳng hạn như phòng thay đồ, phòng tắm hơi, hồ bơi, phòng tắm chung và vòi sen

Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm:

Giày dép bịt kín (ví dụ: ủng công nghiệp nặng).

Đổ mồ hôi quá nhiều (hyperhidrosis).

Suy giảm miễn dịch tiềm ẩn hoặc bệnhđái tháo đường.

Corticosteroid toàn thân hoặc thuốc ức chế miễn dịch.

Tuần hoàn ngoại vi kém hoặc phù bạch huyết.

Nấm da chân có xu hướng không đối xứng, và có thể là một bên. Nó thường biểu hiện theo một trong ba đặc điểm sau:

Vết mòn ngứa và / hoặc vảy giữa các ngón chân, đặc biệt là giữa ngón chân thứ 4 và thứ 5.

Lớp vảy bao phủ lòng bàn chân và hai bên bàn chân (loại hyperkeratotic / moccasin, thường do T. rubrum gây ra).

Các mụn nước có kích thước vừa và nhỏ, thường ảnh hưởng đến mặt trong của bàn chân (dạng mụn nước). Nó cũng có thể gây chảy nước và loét giữa các ngón chân (kiểu loét), hoặc mụn mủ (thường gặp do T. interdigitale hơn là do T. rubrum).

Việc chẩn đoán nấm da ở hầu hết các trường hợp có thể được thực hiện dựa trên các đặc điểm lâm sàng đặc trưng. Các vị trí điển hình khác như móng chân, bẹn, lòng bàn tay cần được kiểm tra xem có bị nhiễm nấm hay không, điều này có thể hỗ trợ chẩn đoán nấm da chân. Chẩn đoán được xác nhận bằng cách cạo da, được gửi đi soi kính hiển vi trong kali hydroxit (để có thể quan sát thấy các sợi nấm và bào tử) và nuôi cấy (mô học). Có thể không cần nuôi cấy nếu các phần tử nấm điển hình được quan sát trên kính hiển vi.

Chẩn đoán phân biệt với bệnh nấm da bàn chân bao gồm:

Chàm bàn chân – đặc biệt là bệnh phồng rộp (pedopompholyx), hoặc viêm da tiếp xúc dị ứng do độ ẩm dai dẳng giữa các ngón chân dính chặt vào nhau.

Viêm da dị ứng tiếp xúc với thành phần của giày dép (chẳng hạn như chất tăng tốc cao su, keo dán giày, kali dicromat được sử dụng làm chất thuộc da hoặc thuốc nhuộm vải).

Bệnh vảy nến(vảy nến bàn chân).

Mụn mủ lòng bàn chân.

Dày sừng da bàn chân.

Các bệnh lí viêm này phần lớn có sang thương đối xứng và hai bên. Xét nghiệm nấm âm tính.

Các biện pháp chăm sóc chung cần được ưu tiên hàng đầu. Chúng bao gồm lau khô chân tỉ mỉ, đặc biệt là giữa các ngón chân, tránh mang giày dép bít kín, và sử dụng phương tiện bảo vệ (dép) trong các cơ sở cộng đồng.

Điều trị chống nấm tại chỗ một hoặc hai lần mỗi ngày thường là đủ. Các loại thuốc bôi bao gồm azoles, allylamine, butenafine, ciclopirox và tolnaftate. Một liệu trình điển hình là từ 2 đến 4 tuần, nhưng chế độ đơn liều có thể thành công đối với nhiễm trùng nhẹ. Đối với những người không đáp ứng với điều trị tại chỗ, có thể cần dùng thuốc kháng nấm uống trong vài tuần. Bao gồm các: Terbinafine, Itraconazole, Fluconazole, Griseofulvin.

Bệnh nhân bị tăng sừng của nấm da bàn chân có thể được kê dùng kem tiêu sừng tại chỗ có chứa axit salicylic hoặc urê.

Bệnh có thể lây lan sang các bộ phận khác của cơ thể, bao gồm:

Tay: Những người cào gãi hoặc chọc ngoáy vào các vị trí bị nhiễm nấm của bàn chân có thể bị nhiễm trùng tương tự ở một trong hai bàn tay của họ.

Móng: Các loại nấm liên quan đến bệnh nấm da chân cũng có thể lây nhiễm sang móng chân của bạn. Đây là một vị trí có xu hướng khó điều trị hơn.

Vùng bẹn: Nấm bẹn thường do cùng một loại nấm gây ra bệnh nấm da chân. Tình trạng nhiễm trùng thường lây lan từ chân đến bẹn vì nấm có thể di chuyển từ tay hoặc trên khăn của bạn.

Những mẹo này có thể giúp bạn tránh bị nấm da chân hoặc giảm bớt các triệu chứng nếu nhiễm nấm xảy ra:

Giữ chân khô ráo, đặc biệt là giữa các ngón chân. Đi chân trần để chân thoát khí nhiều nhất có thể khi ở nhà. Lau khô các kẽ ngón chân sau khi tắm.

Thay tất thường xuyên. Nếu chân bạn ra nhiều mồ hôi, hãy thay tất hai lần một ngày.

Đi giày nhẹ, thông thoáng. Tránh giày làm bằng chất liệu tổng hợp, chẳng hạn như nhựa vinyl hoặc cao su.

Mang thay đổi các đôi giày. Đừng mang cùng một đôi mỗi ngày để giày có thời gian khô sau mỗi lần sử dụng.

Bảo vệ đôi chân của bạn ở những nơi công cộng. Mang dép hoặc giày không thấm nước xung quanh hồ bơi công cộng, phòng tắm vòi sen và phòng để tủ khóa.

Điều trị bàn chân của bạn. Dùng bột, tốt nhất là thuốc chống nấm, bôi lên chân hàng ngày.

Đừng dùng chung giày. Điều này sẽ làm nguy cơ lây nhiễm nấm.

Như vậy,nấm da chânlà bệnh lý khá dễ lây truyền khi sinh hoạt ở những nơi công cộng. Vì vậy qua bài viết này chúng tôi hi vọng các bạn đã có những kiến thức để phòng tránh chúng. Mặt khác, trong trường hợp xuất hiện những triệu chứng nghi ngờ của nhiễm nấm. Hãy liên hệ ngay với chuyên gia y khoa để được tham vấn điều trị sớm bạn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-nam-da-dui-do-nguyen-nhan-gi/

Nội dung bài viết

Bệnh nấm da đùi là bệnh gì?

Nguyên nhân nào gây bệnh nấm da đùi?

Những ai thường mắc bệnh nấm da đùi?

Biểu hiện và triệu chứng

Khi nào cần khám bác sĩ?

Nấm da đùi là bệnh lý nhiễm trùng ở da gây ra bởi một loại vi sinh vật đó là vi nấm. Khi đó ở trên da đùi, mông hay bộ phận sinh dục bị nổi những đốm tròn, đổi màu và rất ngứa. Bệnh lý này lành tính và không gây nguy hiểm đến sức khỏe tổng quát của người mắc bệnh. Tuy nhiên nó có thể lây nhiễm và thường xuyên tái phát. Trong bài viết này, Bác sĩ chuyên khoa Da liễu Võ Thị Ngọc Hiền sẽ trình bày đến các bạn nguyên nhân, triệu chứng và cách xác định bệnh nấm da đùi.

Nấm da đùi là một bệnh lý nhiễm trùng ở da cũng rất thường hay gặp phải. Bệnh lý này gây ra bởi một loại vi nấm và ảnh hưởng đến vùng da đùi và các vùng da gần đó. Các biểu hiện thường gặp của bệnh là nổi ban, hình vòng và rất ngứa.

Bệnh lý nấm da đùi xuất hiện ở vùng da đùi, bẹn hay mông là những vị trí thường xuyên ẩm ướt. Ở những nước có khí hậu nóng ẩm thì bệnh lý này xảy ra nhiều hơn so với các nước ôn đới. Bệnh có thể ảnh hưởng trên nhiều đối tượng bao gồm người lớn và trẻ em. Tuy nhiên bệnh thường xảy ra với trẻ nam và nam thanh niên hơn.

Nấm da đùi là bệnh lý lành tính và không gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe. Tuy nhiên bệnh thường hay tái phát và có thể lây nhiễm cho nhiều người xung quanh. Các phương pháp giúp điều trị triệt bệnh lý này là dùng thuốc và thay đổi những thói quen nhằm ngăn bệnh không quay trở lại.

Nguyên nhân chính gây ra bệnh nấm da đùi là do một loại vi nấm có tên dermatophytes. Bình thường loại vi nấm này có mặt ở trên da của chúng ta nhưng nó không gây bệnh. Khi có các yếu tố thuận lợi như môi trường trên da ẩm ướt thì loài nấm này sẽ sinh sôi một cách nhanh chóng. Và khi số lượng nấm dermatophytes ở đùi, bẹn hay mông rất nhiều thì chúng sẽ gây ra các biểu hiện nhiễm nấm da ở vị trí này.

Các yếu tố tạo điều kiện thuận lợi cho vi nấm phát triển và gây bệnh nấm da đùi bao gồm:

Bệnh lý nấm da rất hay gặp ở các nước khí hậu nhiệt đới nóng ẩm. Đồng thời, trong một năm thì bệnh thường xuất hiện nhiều vào các tháng mùa hè nóng bức. Những người thường xuyên làm việc ở những nơi nóng ẩm và dễ ra mồ hôi sẽ tăng nguy cơ bị mắc bệnh.

Môi trường ẩm ướt tạo điều kiện cho vi nấm phát triển. Vì vậy những đối tượng thường ra nhiều mồ hôi thì sẽ dễ bị nhiễm nấm da.

Những đối tượng không có thói quen vệ sinh cơ thể sạch sẽ rất dễ mắc các bệnh ngoài da trong đó có nấm da. Đặc biệt là sau khi đổ mồ hôi nếu chúng ta không tắm rửa sạch sẽ thì sẽ tạo điều kiện cho nấm phát triển.

Vi nấm có thể dính vào quần áo, vật dụng cá nhân như khăn lau và lây cho người khác. Vì vậy nếu sử dụng chung vật dụng có dính vi nấm thì có nguy cơ bị lây nhiễm theo.

Những đối tượng thừa cân haybéo phìsẽ có nhiều nguy cơ mắc bệnh nấm da hơn. Vì khi thừa cân, các nếp da có chứa nhiều mồ hôi sẽ là môi trường lý tưởng cho nấm phát triển.

Những đối tượng có hệ miễn dịch bị suy yếu sẽ không đủ khả năng chống lại các vi nấm. Từ đó tạo điều kiện thuận lợi cho vi nấm bùng phát và gây bệnh.

Những biểu hiện thường gặp của bệnhnấm da đùiđó là:

Ban đỏ. Da đùi, mông hay bẹn nổi những mảng hình vòng có màu hồng hay đỏ.

Trung tâm ban đỏ đổi màu đỏ nâu.

Tróc vảy. Trên vùng da nổi ban đỏ thường tróc vảy trắng, đặc biệt là ở rìa bên ngoài.

Mụn nước. Ở phần rìa của ban đỏ có thể nổi các mụn nước nhỏ li ti.

Ngứa nhiều vùng da nổi ban.

Xem thêm cách trị mụn nước ở bài viết:Nổi mụn nước, bóng nước: Báo hiệu bạn đã mắc bệnh gì?

Bệnh lý nấm da đùi không gây nguy hiểm đến sức khỏe tổng quát của người mắc bệnh. Tuy nhiên bệnh có thể lây nhiễm cho người tiếp xúc trực tiếp hay gián tiếp qua đồ vật cá nhân. Vì vậy khi có bất kì biểu hiện trên da nào nghi ngờ rằng mắc nấm da đùi thì các bạn nên đến khám bác sĩ chuyên khoa.

Khi đó bác sĩ sẽ thăm khám và kê toa các loại thuốc giúp trị dứt điểm bệnh. Đồng thời bác sĩ cũng sẽ hướng dẫn bạn cách thay đổi thói quen để bệnh không quay trở lại.

Nấm da đùitương đối lành tính không gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe. Tuy nhiên nếu không điều trị tốt sẽ dễ bị tái phát và lây lan cho người khác. Các bạn hãy tiếp tục cùng YouMed tìm hiểu cách thức điều trị và phòng ngừa nấm da đùi hiệu quả nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nam-da-dau/

Nội dung bài viết

Nấm da đầu là bệnh gì ?

Ai dễ bị nấm da đầu?

Nguyên nhân bị nấm da đầu

Biểu hiện của bệnh nấm da đầu

Biến chứng của bệnh

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán bệnh nấm da đầu

Những cách trị nấm da đầu

Một số loại tinh dầu có thể giúp điều trị nấm da đầu

Phòng ngừa bệnh nấm da đầu

Hiện nay nhiễm nấm da là một bệnh lý rất thường gặp, ảnh hưởng đến nhiều người ở mọi lứa tuổi. Trong đó nhiễm nấm trên da đầu là một tình trạng cần được chẩn đoán và điều trị đúng đắn và kịp thời, nếu không sẽ để lại những hậu quả khôn lường. Do đó việc hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh, biểu hiện triệu chứng và cách điều trị của nấm da đầu là rất cần thiết. Bạn hãy cùng Bác sĩ Hoàng Trung Hiếu tìm hiểu vấn đề này nhé.

Nấm da đầu là một bệnh nhiễm trùng do nấm ở da đầu, liên quan đến cả da và tóc. Nó còn được gọi với tên dân gian là bệnhhắc làoda đầu (scalp ringworm). Các triệu chứng điển hình của bệnh bao gồm các vùng da khô có vảy trắng, đôi khi giống nhưgầu, kèmrụng tóc, nổi mẩn đỏ và ngứa. Nấm râu về cơ bản là tình trạng tương tự nấm da đầu nhưng liên quan đến vùng râu.1

Thông thường nấm da đầu chủ yếu sẽ ảnh hưởng tới người trẻ, mà chủ yếu là trẻ em vị thành niên, trong đó tỷ lệ mắc bệnh cao nhất thuộc về lứa tuổi nhỏ từ 3 đến 7 tuổi. Tuy nhiên, bệnh cũng có thể ảnh hưởng đến người lớn, đặc biệt là ở những người có hệ miễn dịch bị suy giảm vì lý do nào đó. Về địa lý thì nấm da đầu được tìm thấy ở hầu hết các quốc gia trên thế giới, mặc dù tỷ lệ phổ biến của từng loại nấm cụ thể gây ra bệnh nấm da đầu thì khác nhau theo vùng lãnh thổ.1

Các yếu tố nguy cơ gây bệnh bao gồm:1

Thường xuyên tiếp xúc với động vật.

Ở trong gia đình đông đúc.

Tình trạng kinh tế xã hội thấp.

Môi trường khí hậu ẩm ướt.

Hay chơi thể thao và chảy mồ hôi.

Hiện nay với sự ra đời của các hoạt chất chống nấm, di chuyển địa lý dân cư và giữ vệ sinh cá nhân được cải thiện thì cũng có liên quan đến sự phát triển của các kiểu nhiễm trùng, trong đó có nấm da đầu.1

Trong tự nhiên có rất nhiều chủng loài vi nấm khác nhau, ở khắp mọi nơi, trong đó bệnh nấm da đầu do một chủng nấm riêng biệt gây ra, với cái tên thường gọi là vi nấm sợi tơ. Đây là loại vi nấm có khả năng xâm nhập vào mô sừng hóa (như ở da, lông tóc và móng tay, móng chân). Hiện có hơn 40 loài nấm sợi tơ được biết là tồn tại, chỉ có một số ít là ghi nhận có liên quan đến nguyên nhân gây nấm da đầu, đó là các loại nấm thuộc 2 chủng:TrichophytonvàMicrosporum.1

Nấm sợi tơ (kể cả chủng gây nấm da đầu) nói chung có thể lây truyền sang người xảy ra qua 3 nguồn chính:2

Loại này điển hình giới hạn ở người và lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp. Da hay lông tóc bị nhiễm còn lưu trong quần áo, lược chải tóc, mũ nón, vớ, ga giường, khăn tắm và đồ chơi có thể là những nguồn gây nhiễm. Những nấm sợi tơ này có thể thích nghi với cơ thể người và gây đáp ứng viêm nhẹ hay không viêm, do đó các triệu chứng có vẻ nhẹ nhàng hơn so 2 loại dưới đây.

Dạng này lây truyền từ động vật bị nhiễm bệnh sang người. Người ta đã ghi nhận mèo, chó, thỏ, heo, chim, ngựa, gia súc và những động vật khác là những nguồn nhiễm thường gặp. Lây truyền có thể qua tiếp xúc trực tiếp với động vật hay gián tiếp qua lông động vật bị nhiễm. Chú ý là những loại nấm sợi tơ này thường gây đáp ứng viêm cấp và mạnh ở người nhiễm, do đó biểu hiện triệu chứng có thể nặng nề nghiêm trọng nhất trong cả 3 loại nấm sợi tơ.

Ở người qua tiếp xúc trực tiếp với đất, trong đó chủng hay gặp nhất làMicrosporum gypseum. Những nấm sợi tơ này cũng gây đáp ứng viêm trung bình – mạnh, do đó triệu chứng thường ở mức độ trung bình – nặng.

Tùy vào loại nấm nào gây nhiễm, mức độ đáp ứng viêm của cơ thể người bệnh mà bệnh nấm da đầu có những biểu hiện lâm sàng đa dạng. Trong hầu hết các trường hợp đều ghi nhận có triệu chứng rụng tóc, với độ nặng nhẹ khác nhau.

Nấm da đầu có thể ảnh hưởng đến toàn bộ hoặc một phần da đầu của người nhiễm. các triệu chứng có thể bao gồm:3

Các mảng đỏ da kèm sưng tấy.

Nhiều vùng da khô, tróc vảy.

Ngứa, có khi ngứa mức độ nghiêm trọng.

Bệnh nhân có tóc giòn và dễ gãy, rụng tóc có thể lan tỏa cả da đầu hay có dạng hình tròn, bầu dục.

Da đầu bong tróc giống như gàu.

Những trường hợp nặng có thể kèm theosốt, sưnghạch bạch huyết, với những mảng da viêm đỏ trên da đầu gây đau đớn, chảy nước hay dịch mủ có mùi hôi (gọi là kerion), từ đó sẽ đóng vảy mài dày, nếu không điều trị kịp thời sẽ gây ra những hậu quả nghiêm trọng như sẹo trên da đầu và tóc sẽ rụng vĩnh viễn, không thể mọc lại.

Trên thực tế, có khá nhiều bệnh lý da có biểu hiện tương tự như nấm da đầu, đôi khi khó phân biệt được trong trường hợp không điển hình, một trong các bệnh lý cần phân biệt với nấm da đầu đó làbệnh vảy nến.

Không giống như nấm da đầu xảy ra do nhiễm chủng nấm sợi tơ, bệnh vảy nến là một bệnh lý da liễu mạn tính gây nên tình trạng tăng trưởng của tế bào trên da một cách nhanh chóng.

Ở những người mắc bệnh vảy nến, các tế bào da phát triển bất thường, nhanh hơn tốc độ bong da của cơ thể, do đó sẽ có nhiều tế bào da thừa còn lại tích tụ trên bề mặt da, gây nên các ban da màu hồng tươi, giới hạn khá rõ, kèm tróc vảy trắng, mịn. Một đặc điểm quan trọng giúp phân biệt bệnh vảy nến với nấm da đầu là vảy nến có thể ảnh hưởng đến bất kỳ vùng da nào trên cơ thể, nhưng nó thường ưu tiên xảy ra ở những vùng da như da đầu, cùi chỏ,đầu gối, vùng thân sau bên dưới (vùng lưng dưới).

Như đã nói ở trên, một số người có thể bị tổn thương viêm nặng gọi là kerion, từ đó sẽ đóng mài vảy vàng, chảy dịch mủ có mùi hôi, gây đau đớn, nếu diễn tiến lâu dài sẽ dẫn đến sẹo trên da đầu, sẹo này là vĩnh viễn, không lành lại được. Kéo theo đó là tình trạng rụng tóc, đôi khi rụng tóc không mọc lại ở những vùng dahói đầucó thể gây khổ sở về mặt tâm lý cho bệnh nhân.1

Phát ban da thứ phát có thể xảy ra ở da đầu người bệnh có tình trạng viêm nhiều, đặc biệt là khi vừa mới điều trị các thuốc kháng nấm (ví dụ như là hậu quả của viêm da tiếp xúc với thuốc thoa kháng nấm,…).1

Nhiễm trùng thứ phát có thể phát triển từ tổn thương nấm đã có, trong đó có thể là nhiễm vi khuẩn,nhiễm ký sinh trùng,…15

Chú ý là có khá nhiều tình trạng và bệnh lý khác nhau mà có biểu hiện triệu chứng lâm sàng khá giống với nấm da đầu, biến chứng và tiên lượng của mỗi bệnh là khác nhau, có thể từ nhẹ đến nặng.

Hãy đến khám các bác sĩ da liễu khi bạn hay con bạn có dấu hiệu rụng tóc kèm đóng vảy tróc hoặcngứa da đầunhiều, hay có những nốt, mảng viêm đỏ da hoặc các biểu hiện bất thường khác trên da đầu, mà điều trị tại nhà không đáp ứng.5

Điều quan trọng nhất trong điều trị nấm da đầu đó là phải được chẩn đoán chính xác và điều trị kịp thời bằng các phương pháp đúng đắn, trong nhiều trường hợp nấm da đầu diễn tiến dai dẳng, chẩn đoán bị sai, trị liệu với các phương pháp không phù hợp sẽ để lại các biến chứng và hậu quả nghiêm trọng.5

Bác sĩ có thể chẩn đoán bệnh bằng cách xem xét vùng da bị ảnh hưởng và hỏi một số câu hỏi như sau:5

Các triệu chứng xuất hiện lần đầu là khi nào?

Tình trạng da đầu như thế nào?

Phát ban có gây đau hoặc ngứa không?

Bạn có thử những cách tự điều trị chưa?

Bạn có nuôi thú cưng nào ở nhà không, hoặc con bạn đã từng tiếp xúc với động vật trong thời gian qua không?

Tiền sử gia đình có ai từng mắc bệnh này không?

Môi trường học đường của con bạn có ai mắc bệnh này không?

Để xác định chính xác, bác sĩ có thể lấy mẫu tóc hoặc da để xét nghiệm trong phòng thí nghiệm. Kết quả xét nghiệm sẽ cho biết bạn đang bị nấm da đầu hay một bệnh lý khác.

Quan trọng nhất trong điều trị là phải chẩn đoán đúng được bệnh, đó có phải là nấm da đầu thật không? Chính vì vậy, khi phát hiện bản thân có những dấu hiệu bất thường, bạn nên đi khám để được bác sĩ chẩn đoán chính xác.

Không nên tự mua thuốc điều trị để tránh trường hợp nhận biết sai bệnh. Từ đó, việc điều trị sẽ gặp nhiều khó khăn thậm chí bệnh có thể trở nặng.

Nếu đã đúng là nấm da đầu thì các thường có 2 phương pháp điều trị chính là thuốc thoa và thuốc uống.

Thông thường các trường hợp sẽ phải cần điều trị với thuốc uống kháng nấm, bởi vì nếu các thuốc thoa đơn thuần thì không thể xâm nhập vào gốc nang tóc, do đó sẽ không điều trị được nấm tận gốc. Các bác sĩ có thể kê cho bạn uống một trong số các loại thuốc hay dùng như là Griseofulvin,Lamisil(terbinafine),Sporal(itraconazol),Diflucan(fluconazol),… Thời gian uống tùy vào từng loại thuốc, điều này sẽ được các bác sĩ cân nhắn cho mỗi bệnh nhân khác nhau.

Chú ý là các thuốc uống kháng nấm có thể gây ra nhiều tác dụng phụ khó chịu cho bạn như làbuồn nôn, nôn, mệt mỏi,chóng mặt, phát ban da dị ứng,đau đầu, nhạy cảm với ánh nắng mặt trời, nổi mày đay (haymề đay), sốt, tăng men gan,… Khi có tác dụng phụ này, bạn nên đến kiểm tra và nhờ tư vấn bởi các bác sĩ, để cân nhắn tiếp tục dùng thuốc đang dùng hay đổi thuốc mới cho bạn.4

Các bác sĩ có thể kê cho bạn một số loại dầu gội chứa các thành phần loại bỏ nấm hay ngăn ngừa sự lây lan của nấm. Dầu gội này thường chứa các hoạt chất chống nấm như là ketoconazole hay selenium sulfide. Các bác sĩ sẽ hướng dẫn bạn sử dụng những loại dầu gội này một vài lần mỗi tuần trong một vài tháng. Để dầu gội lưu trên da đầu và tóc trong ít nhất 5 phút, sau đó gội rửa sạch.

Lưu ý là chỉ xài dầu gội thì không tiêu diệt được nấm hoàn toàn, do đó bạn phải kết hợp điều trị với các loại thuốc kháng nấm đường uống.

Nếu trong gia đình bạn có người bị bệnh thì tất các các thành viên khác cũng nên được tầm soát nấm da đầu và điều trị đồng thời nếu bị ảnh hưởng. Không nên dùng chung các khả năng bám dính như bàn chải tóc, mũ và gối,… Tất cả các đồ dùng có khả năng lây nhiễm đều phải được vệ sinh đúng cách.

Trong trường hợp bạn nghi ngờ nguồn nhiễm nấm là từ động vật, thì các thú nuôi trong nhà như chó, mèo,… nên được bác sĩ thú y kiểm tra cẩn thận và điều trị phù hợp.

Trong nhiều trường hợp nhiễm nấm da mức độ nhẹ, trong đó có nấm da đầu, bạn có thể điều trị tại nhà, ngoài sử dụng dầu gội chứa các hoạt chất kháng nấm đã nêu ở phần trên bạn có thể sử dụng nhiều loại tinh dầu có đặc tính kháng khuẩn, kháng nấm, kháng viêm được liệt kê dưới đây để giúp ngăn ngừa hay hỗ trợ trị bệnh:6

Xà phòng kháng khuẩn.

Giấm táo: đặc tính kháng nấm mạnh, áp dụng lên vùng da cần điều trị. Để sử dụng, hãy ngâm một miếng bông gòn trong giấm táo sau đó áp lên vùng da đầ, thực hiện 3 lần mỗi ngày.

Tinh dầu tràm(cây Tràm trà).

Dầu dừavà tinh dầu dừa.

Nghệ.

Lô hội(nha đam).

Tinh dầu xả chanh.

Bộtcam thảopha với nước,…

Một cách chung nhất thì nấm da đầu rất khó để phòng tránh. Loại nấm gây ra bệnh này khá phổ biến và tình trạng nấm có thể lây lan ngay cả trước khi các biểu hiện triệu chứng xuất hiện. Tuy vậy, bạn có thể thực hiện các bước sau để giảm nguy cơ mắc bệnh đầu cho chính bạn và con trẻ:5

Đề phòng nguy cơ nhiễm nấm từ người hoặc vật nuôi bị nhiễm bệnh, bạn và người thân nên chủ động cập nhật thông tin, hiểu biết về bệnh nấm da đầu. Những điều cần chú ý, nên và không nên làm, cách phòng tránh nhiễm bệnh.

Đảm bảo gội đầu cho trẻ thường xuyên, đặc biệt là sau khi cắt tóc. Một số sản phẩm dưỡng da đầu, chẳng hạn nhưdầu dừavà selenium, có thể giúp ngăn ngừa nấm trên da đầu.

Đảm bảo trẻ rửa tay, đặc biệt là sau khi chơi với thú nuôi. Giữ cho các khu vực chung luôn sạch sẽ, như là ở trường học, trung tâm chăm sóc trẻ em, phòng tập thể dục và phòng thay đồ.

Những thú nuôi này thường có những mảng da rụng lông, chúng sẽ ngứa và cào gãi. Nếu bạn nuôi thú cưng hoặc các động vật khác nghi ngờ có khả năng nhiễm nấm, hãy mang chúng đến các bác sĩ thú y để được kiểm tra xem chúng có bị nhiễm nấm không, từ đó có biện pháp xử lý phù hợp.

Dạy trẻ không để người khác sử dụng quần áo, khăn tắm, bàn chải tóc, dụng cụ thể thao hoặc các vật dụng cá nhân khác của mình.

Như vậy bạn đã tìm hiểu qua vềnấm da đầu, đây là một bệnh lý nhiễm nấm có thể lây lan, biểu hiện triệu chứng đa dạng, có thể nhầm với nhiều tình trạng khác nhau, do đó cần được chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ có chuyên môn. Hiện có khá nhiều cách phòng tránh và ngăn ngừa nhiễm nấm da đầu, bạn hãy đọc lại và áp dụng cho bản thân và cho gia đình mình nhé.

Bệnh nấm da đầu có lây, vì đây là một bệnh nhiễm vi nấm trên da và tóc nên rất dễ lây. Nấm da đầu thường lây lan qua tiếp xúc giữa người với người khi dùng chung các dụng cụ hay vật dụng có tồn tại chủng nấm gây bệnh như là lược chải đầu, khăn tắm, mũ nón, quần áo, vỏ gối,… Ngoài ra còn có 2 con đường lây cho con người là từ vật nuôi (động vật như nhận chó, mèo, thỏ, heo, chim, gia súc…) hay từ nguồn đất nhiễm bệnh. Bệnh thường gặp nhất ở trẻ em, nhưng thường ở mọi lứa tuổi.

Hiện nay có khá nhiều các phương pháp sử dụng các nguyên liệu đơn giản dễ tìm tại nhà để điều trị nấm da, tuy nhiên bạn phải chú ý rằng, việc sử dụng các thành phần này rất dễ gây viêm da tiếp xúc hay kích ứng da khi không được dùng đúng cách, do đó việc thử trước xem da bạn có nhạy cảm với các thành phần này không là rất quan trọng, đặc biệt là vùng da đầu khá dày, có tóc bao phủ dễ bết dính.6

Biện pháp như rửa nước muối, đắp muối lên da đầu cũng được nhiều người thử áp dụng, nhưng hiệu quả diệt nấm chưa thực sự được nghiên cứu. Do đó bạn hãy cân nhắc từng trường hợp cụ thể, tốt nhất là hãy đến khám các bác sĩ da liễu để nhận được lời khuyên và tư vấn chính xác nhất.

Trong thuốc nhuộm có nhiều thành phần khác nhau có khả năng gây kích ứng hay dị ứng và làm nặng thêm tình trạng nấm da đầu của bạn. Do đó khi bạn hay trẻ bị nấm da đầu, điều quan trọng là phải điều trị đúng và khỏi hẳn, sau đó hãy nghĩ tới nhuộm tóc nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nam-luoi-nguyen-nhan-nhan-biet-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Nấm Candida ở miệng là gì?

Nguyên nhân gây ra nấm Candida ở miệng

Triệu chứng của nhiễm nấm Candida miệng

Những ai dễ mắc nấm miệng Candida?

Nấm miệng Candida có thể dẫn đến biến chứng nào?

Chẩn đoán nhiễm nấm Candida ở miệng bằng cách nào?

Nhiễm nấm Candida miệng có lây không?

Cách điều trị nấm miệng, nấm lưỡi Candida

Phòng ngừa nhiễm Candida miệng như thế nào?

Nhiễm nấm Candida là một vấn đề không hiếm gặp và có thể gây bệnh ở nhiều vị trí. Trong đó, nấm miệng cũng là bệnh lý liên quan đến Candida được nhiều người quan tâm. Vậy, nấm Candida miệng biểu hiện qua dấu hiệu nào? Điều trị như thế nào và phòng ngừa ra sao? Cùng tìm hiểu qua bài viết của Bác sĩ Nguyễn Lê Vũ Hoàng nhé!

Nhiễm nấm Candida ở miệng là tình trạng nhiễm nấm thuốc chủng Candida ở niêm mạc miệng. Nấm Candida ở miệng còn có tên gọi khác là bệnh tưa miệng.1

Những loại nấm có thể gây ra tình trạng này bao gồm: Candida albicans, Candida glabrata, Candida tropicalis, Candida krusei. Trong đó, loại thường gặp hơn cả là Candida albicans.1

Bình thường, các chủng Candida vẫn có thể tồn tại ở những bộ phận khác nhau của cơ thể và không gây bệnh. Tuy nhiên, một số nguyên nhân làm nấm Candida phát triển một cách quá mức ở miệng:

Hệ miễn dịch suy yếu.

Bệnhđái tháo đường.

Nhiễmnấm âm đạo.

Thuốc kháng sinh.

Người lớn khi nhiễm nấm sẽ xuất hiện lớp giả mạc dày, màu trắng hoặc màu trắng ngà ở niêm mạc miệng, phần má trong,lưỡi, họng. Ngoài ra, một số đốm nhỏ nổi trên nền sưng, đỏ củakhoang miệng. Các đốm này khi ở cùng một khu vực có thể liên kết với nhau gọi là mảng.

Đôi khi, người lớn bị nấm Candida sẽ không có lớp giả mạc trắng mà chỉ bị sưng, đỏ ở phần má trong.

Dấu hiệu nhiễm nấm Candida ở trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh là xuất hiện lớp giả mạc màu trắng tựa như phô mai ở đầu lưỡi. Lớp giả mạc này thường khó cạo ra. Khi cạo ra có thể gây chảy máu.

Những triệu chứng chung khi nhiễm nấm Candida miệng bao gồm: có vết nứt ở khóe miệng, đau lưỡi, đau nướu,khó nuốt, giảm vị giác khi ăn uống.

Những đối tượng có nguy cơ cao mắc tưa miệng bao gồm:1

Vệ sinh răng miệng kém hay không tháo răng giả trước khi đi ngủ.

Người đang sử dụng thuốc kháng sinh và kháng viêm steroid.

Người có hệ thống miễn dịch suy yếu.

Người mắc bệnh tiểu đường.

Ngườihút thuốc.

Người bịkhô miệng.

Ở những người có hệ thống miễn dịch khỏe mạnh, nấm miệng hiếm khi gây biến chứng. Trong trường hợp nghiêm trọng, nấm Candida có thể lan đến thực quản của bạn.2

Với người bệnh ung thư, người nhiễmHIVcó hệ thống miễn dịch suy yếu, có nhiều khả năng bị biến chứng do bệnh tưa miệng. Nếu không được điều trị thích hợp, loại nấm gây bệnh tưa miệng có thể xâm nhập vào máu và lan đến tim,não,mắthoặc các bộ phận khác của cơ thể. Điều này được gọi lànhiễm nấm Candidaxâm lấn hoặc toàn thân.2

Bệnh nấm candida toàn thân có thể gây ra các vấn đề ở các cơ quan mà nó ảnh hưởng. Nó cũng có thể gây ra một tình trạng có khả năng đe dọa tính mạng được gọi là sốc nhiễm trùng.2

Chẩn đoán bệnh tưa miệng chủ yếu là nhờ vào thăm khám những sang thương ở miệng của bạn để tìm các tổn thương đặc trưng mà nấm Candida gây ra. Trong một số trường hợp, bác sĩ có thể lấy sinh thiết vùng bị ảnh hưởng để xác định chẩn đoán.2

Để tiến hànhsinh thiết, sẽ cần cạo một phần nhỏ tổn thương ở miệng của bệnh nhân. Sau đó, mẫu sẽ được gửi đến phòng thí nghiệm để xét nghiệmC. albicans. Nếu có biến chứng nấm Candida lan đến thực quản, có thể sử dụng phương pháp nuôi cấy phết họng hoặc nội soi để xác định chẩn đoán.2

Nấm Candida ở miệng không lây ở người lớn. Tuy nhiên, bệnh có thể lây truyền ở trẻ sơ sinh và ba mẹ trong thời gian cho con bú.1

Phương pháp điều trị bệnh lý này là phương pháp nội khoa. Thuốc điều trị nấm có thể ở dạng gel, dạng giọt hoặc dạng ngậm. Tuỳ theo độ năng của bệnh mà sẽ sử dụng thuốc khác nhau:3

Nhiễm nấm Candida nhẹ:Clotrimazolliều dùng 10mg/lần x 5 lần/ngày (viên ngậm tan dần trong miệng). Hoặc có thể dùng dạng hỗn dịch uống 5mlNystatinx 4 lần/ngày.

Nhiễm nấm Candida từ trung bình đến nặng: uống 200mg Fluconazole 1 liều duy nhất, sau đó 100mg/ngày trong vòng 7-14 ngày.

Nhiễm nấm Candida không đáp ứng với điều trị ban đầu: sử dụng Itraconzole.

Để giảm nguy cơ mắc bệnh tưa miệng, có thể phòng ngừa bằng những biện pháp sau:2

Tránh dùng chung cốc và đồ dùng với người khác.

Ăn một chế độ ăn uống bổ dưỡng và thực hành một lối sống lành mạnh tổng thể để hỗ trợ hoạt động của hệ thống miễn dịch của bạn.

Vệ sinh răng miệng tốt bằng cách đánh răng hai lần một ngày, dùng chỉ nha khoa mỗi ngày.

Nếu miệng bị khô, hãy hẹn gặp bác sĩ để được điều trị.

Nếu có răng giả, hãy tháo chúng ra trước khi đi ngủ, làm sạch chúng hàng ngày và đảm bảo rằng răng vừa vặn.

Trường hợp có sử dụng ống hítcorticosteroid, hãy súc miệng hoặc đánh răng sau khi sử dụng.

Với những bệnh nhân tiểu đường, hãy kiểm soát tốt lượng đường trong máu.

Những người bị nhiễm trùng nấm men ở một bộ phận khác trên cơ thể ngoài miệng thì nên điều trị càng sớm càng tốt. Trong một số trường hợp, nhiễm trùng có thể lây lan từ bộ phận này sang bộ phận khác của cơ thể.

Hy vọng bài viết trên đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin hữu ích vềnấm Candida miệng. Bạn đọc và gia đình nên vệ sinh răng miệng sạch sẽ, có lối sống lành mạnh,… để ngăn ngừa nấm miệng và các tình trạng về răng miệng khác.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nam-mong-nguyen-nhan-trieu-chung-chuan-doan/

Nội dung bài viết

1. Nấm móng là gì?

2. Nguyên nhân gây nấm móng?

3. Triệu chứng của nấm móng?

4. Chẩn đoán nấm móng

Nấm móng là một tình trạng nhiễm trùng ở móng do vi nấm gây nên. Khi bị nhiễm nấm, móng sẽ đổi màu và thay đổi hình dạng. Tùy mức độ nhiễm trùng nặng hay nhẹ mà người bệnh có thể bị ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày. Nếu không điều trị, bệnh sẽ không tự khỏi mà tiến triển hàng tháng hàng năm.

Trong bài viết này, YouMed sẽ chia sẻ đến bạn đọc các thông tin cơ bản về nguyên nhân, triệu chứng, phương pháp điều trị và phòng ngừa nấm móng hiệu quả.

Nấm móng là tình trạng nhiễm trùng ở móng tay hay móng chân do vi nấm tấn công.Khi bị nhiễm nấm, các móng sẽ thay đổi về màu sắc, độ bóng hay hình dáng. Nếu tình trạng nhẹ thì bệnh không ảnh hưởng đến sức khỏe mà chỉ làm mất thẩm mỹ. Khi nhiễm trùng nặng, vi nấm có thể làm biến dạng móng và làm tổn thương móng vĩnh viễn. Điều này ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt hằng ngày của người bệnh.

Tình trạng này xảy ra khá phổ biến trong dân số chung. Bệnh có thể ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi, mọi giới tính. Nếu không điều trị, bệnh không thể tự khỏi mà tiến triển nhiều tháng nhiều năm. Mặc khác, nấm có thể lan từ móng này sang móng kia và lây nhiễm cho người xung quanh. Vì vậy, nên điều trị dứt điểm để phòng ngừa lây nhiễm bệnh cho mọi người.

>>Các bạn hãy tiếp tục cùng YouMed tìm hiểu các phương pháp giúp điều trị vàlàm thế nào để không bị nấm móng.

Nguyên nhân chính gây ra bệnh nấm móng là do vi nấm. Có nhiều loại vi nấm khác nhau, nhưng Trichophyton là tác nhân thường gây nhiễm trùng móng nhất. Các yếu tố làm tăng khả năng bị nhiễm trùng móng đó là:

Môi trường ẩm ướt tạo điều kiện cho các vi nấm phát triển và gây bệnh.

Những người thường xuyên làm việc trong môi trường ẩm ướt như làm ruộng, dọn dẹp dễ bị nấm móng.

Người bị phong thấp, thường xuyên đổ mồ hôi tay chân dễ bị nhiễm trùng móng do nấm.

Đi chân trần ở những nơi ẩm ướt như hồ bơi, phòng tắm công cộng khiến cho vi nấm có thể xâm nhập.

Vi nấm có thể lây nhiễm cho người xung quanh qua các vật dụng cá nhân. Sử dụng chung găng tay, tất (vớ) với người bị nấm móng sẽ dễ bị mắc bệnh theo.

Vi nấm từ các nguồn lây nhiễm này sẽ tấn công vào vết thương dễ hơn da lành. Vì vậy, các móng bị tổn thương trước đó sẽ tạo điều kiện cho vi nấm xâm nhập dễ dàng hơn.

Ngườibệnh tiểu đườngrất thường bị nấm móng nếu không thường xuyên chăm sóc bàn tay, bàn chân.

Các bệnh lý làm suy giảm hệ miễn dịch của cơ thể sẽ tạo điều kiện cho vi nấm tấn công.

Một số bệnh lý khác gây rối loạn mạch máu cung cấp cho bàn tay bàn chân cũng dễ làm nhiễm trùng móng.

Khi bị bệnh, một hoặc vài móng bị ảnh hưởng và không ảnh hưởng đến sức khỏe tổng quát. Thay đổi về màu sắc, hình dáng của móng bắt đầu từ đầu móng và hai cạnh bên, tiến triển dần vào trong. Các triệu chứng của bệnh bao gồm:

Móng tay hoặc móng chân mất màu sắc tự nhiên và chuyển sang màu vàng hay nâu.

Các móng không còn độ bóng. Trên bề mặt móng bị lỗ chỗ hoặc có những đường rãnh ngang dọc.

Móng trở nên dày hơn bình thường.

Không còn độ cứng chắc mà móng trở nên giòn và dễ gãy.

Bên dưới móng có nhiều bột vụn gồm vi nấm và chất bẩn gây ra mùi khó chịu.

Bệnh càng tiến triển, các móng sẽ bị lẹm dần và thay đổi hình dạng.

Trường hợp nặng hơn, phần da quanh móng bị sưng đỏ và đau nhức.

Ngoài ra, người bệnh có thể cảm thấy ngứa hoặc đau nhẹ ở các móng.

Nếu không điều trị, vi nấm tiếp tục tấn công và có thể gây ra các biến chứng sau:Vi nấm lan truyền và gây bệnh sang các móng khác khiến cho cả bàn chân hoặc bàn tay đều bị bệnh.Các móng bị tổn thương vĩnh viễn và không thể phục hồi.Ngoài việc mất thẩm mỹ, biến dạng móng làm cho người bệnh đau nhức nhiều và ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày.

Vi nấm lan truyền và gây bệnh sang các móng khác khiến cho cả bàn chân hoặc bàn tay đều bị bệnh.

Các móng bị tổn thương vĩnh viễn và không thể phục hồi.

Ngoài việc mất thẩm mỹ, biến dạng móng làm cho người bệnh đau nhức nhiều và ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày.

Có thể chẩn đoán tình trạng này dựa vào yếu tố gợi ý, các thay đổi của móng và xét nghiệm.

Tiếp xúc với người bị nấm móng.

Thường xuyên làm việc, sinh hoạt trong môi trường ẩm ướt.

Mắc các bệnh lý kèm theo như tiểu đường, bệnh mạch máu, bệnhsuy giảm hệ miễn dịch.

Móng thay đổi về màu sắc, độ dày, độ bóng và hình dáng.

Móng có mùi hôi và dễ gãy.

Cảm thấy ngứa hoặc đau ở các móng.

Cạo bột vụn ở móng, sau đó nhỏ KOH và đem đốt tạo thành một hỗn hợp. Quan sát hỗn hợp này dưới kính hiển vi sẽ thấy các sợi tơ nấm có vách ngăn.

Người bệnh chưa thoa hay ngừng thoa thuốc điều trị nấm 1 tuần trước khi làm xét nghiệm sẽ cho kết quả chính xác hơn.

Nấm móng là bệnh nhiễm trùng ở móng không quá nguy hiểm. Tuy nhiên, nó có thể làm tổn thương móng vĩnh viễn và ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Bệnh này có thể được điều trị khỏi, mặc dù có thể tái phát trở lại.

Vì vậy, bên cạnh dùng thuốc điều trị nấm, người bệnh cần thay đổi các thói quen sinh hoạt và làm việc để vi nấm không thể quay lại gây bệnh.

Bác sĩVõ Thị Ngọc Hiền

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nam-thanh-quan/

Nội dung bài viết

Khái niệm về nấm thanh quản

Sinh lý bệnh của bệnh viêm thanh quản do vi nấm

Những đối tượng có nguy cơ cao bị bệnh

Triệu chứng của bệnh

Chẩn đoán bệnh như thế nào?

Chẩn đoán phân biệt

Điều trị bệnh như thế nào?

Cách phòng ngừa

Nấm thanh quản là một trong những bệnh lý khá hiếm gặp ở thanh quản. Đây còn gọi là bệnh viêm thanh quản do nấm. Nguyên nhân gây ra bệnh là gì? Và bệnh lý nấm xảy ra ở thanh quản có nguy hiểm hay không? Việc điều trị có khó khăn không? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Lâm Giang.

Nấm thanh quản còn được gọi là viêm thanh quản do nấm. Viêm thanh quản do nấm thường xuất hiện ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Có thể là suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải. Tuy nhiên, bệnh lý này ít phổ biến. Trừ khi chẩn đoán viêm thanh quản do nấm được chủ động xem xét. Nếu không, chúng ta có thể bỏ sót dẫn đến điều trị không thích hợp, làm tăng nguy cơ xuất hiện nhiều biến chứng.1

Cần xem xét và chú ý nhiều hơn ở bất kỳ bệnh nhân nào có hệ miễn dịch bình thường bị viêm thanh quản dai dẳng hoặc khó chữa. Đồng thời có các yếu tố nguy cơ dẫn đến suy giảm hàng rào niêm mạc tại chỗ. Ví dụ: Trào ngược dạ dày thực quản, hút thuốc hoặc sử dụng corticoide dạng hít.1Sự hiện diện của nhiễm nấm ở thanh quản có thể tương tự bệnh trào ngược dạ dày thực quản, bệnh u hạt và ung thư biểu mô. Các tình trạng như trào ngược dạ dày, sử dụng kháng sinh, corticoide dạng hít đều có thể dẫn đến nấm thanh quản.2

Viêm thanh quản gây ra bởi vi nấm nguyên phát là tình trạng nhiễm nấm thanh quản mà không ảnh hưởng đến các bộ phận cơ thể khác. Chẳng hạn như phổi, hầu, khoang miệng. Nó là một thực thể lâm sàng khá hiếm gặp, đặc biệt là ở những bệnh nhân có khả năng miễn dịch bình thường. Aspergillus fumigatus và Candida albicans là những loại nấm phổ biến có liên quan đến viêm thanh quản do nấm nguyên phát.2

Trong khi đó, viêm thanh quản do vi nấm thứ phát thường xảy ra ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch mức độ trung bình đến nặng. Khi hệ miễn dịch bị suy giảm, các tế bào nấm vốn bình thường không gây bệnh sẽ tấn công cơ thể. Hệ miễn dịch suy yếu của cơ thể không đủ sức đề kháng với vi nấm dẫn đến nhiễm nấm. Khi ấy, nấm thanh quản thứ phát là do sự lây lan nấm từ các vị trí khác như não, họng, mũi, hầu, thực quản,…

Những đối tượng sau đây là những người có nguy cơ cao bị viêm nhiễm nấm thanh quản do vi nấm đó là:2

Người nghiện rượu.

Mắcbệnh đái tháo đường.

Nhiễm HIV – AIDS.

Sử dụng corticoide kéo dài để điều trị một số bệnh. Chẳng hạn như viêm khớp dạng thấp, hội chứng thận hư, suy thượng thận,…

Mắc các bệnh lý ác tính như:Bạch cầu cấp, bạch cầu mạn.

Sử dụng thường xuyên các thuốc ức chế miễn dịch như: Azathioprin, Cyclosporin, Chlorambucil,…

Suy giảm miễn dịch bẩm sinh.

Bệnh nhân ghép tạng phải dùng thuốc ức chế miễn dịch.

Suy tuyến giáp.

Trong phần lớn các trường hợp, bệnh nấm thanh quản không có triệu chứng gì đặc trưng. Các triệu chứng thường gặp của bệnh là không đặc hiệu, dễ gây nhầm lẫn với những bệnh khác. Các triệu chứng điển hình của bệnh gồm có:

Bao gồm các triệu chứng như ho, khàn giọng, ngứa cổ họng, đau họng, khó thở, thở có tiếng rít thanh quản.2Các triệu chứng này thường kèm theo tình trạng viêm sung huyết, phù nề thanh quản gây cản trở hoạt động hô hấp của người bệnh. Tùy theo mức độ viêm mà thể chất và cuộc sống hàng ngày của người bệnh sẽ suy giảm từ ít đến nhiều.

Các triệu chứng toàn thân của bệnh viêm thanh quản do nấm thường khá nghèo nàn, ít có những dấu hiệu đặc trưng nổi bật. Một số người bệnh có thể xuất hiện các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, uể oải, chán ăn, buồn nôn,…

Những triệu chứng được phát hiện trên lâm sàng là những yếu tố rất quan trọng hỗ trợ chẩn đoán bệnh. Từ những dấu hiệu lâm sàng ấy, các bác sĩ chuyên khoa sẽ định hướng đến các xét nghiệm cần thiết để xác định chẩn đoán. Chẳng hạn như xét nghiệm mô bệnh học, vi sinh, miễn dịch học hay sinh học phân tử để có thể đưa ra những chẩn đoán chính xác nhất.

Các yếu tố dịch tễ gợi ý nguy cơ cao mắc viêm nhiễm thanh quản do vi nấm bao gồm:

Người bệnh trong độ tuổi lao động.

Nghề làm ruộng là nhóm nghề có tỷ lệ mắc bệnh khá cao.2

Cuối mùa hạ và đầu mùa thu là khoảng thời gian có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất.

Các yếu tố có liên quan mật thiết đến bệnh là sử dụng kháng sinh phổ rộng, corticoide kéo dài, hoặc sau khi bị cảm lạnh, cảm cúm.

Các triệu chứng hỗ trợ chẩn đoán bệnh bao gồm:

Khàn giọng: Khởi phát từ nhẹ đến nặng dần. Sau cùng là mất giọng, khi nói chỉ nghe tiếng thều thào, không rõ câu chữ.

Ho: Thường ho khan, ít khi ho có đàm.

Ngứa họng: Làm cho bệnh nhân ho và cảm thấy rất khó chịu.

Khó thở thanh quản: Chính tình trạng sung huyết và phù nề do viêm đã gây ra khó thở thanh quản. Tuy nhiên, triệu chứng này ít gặp.

Toàn thân: Sốt nhẹ, kéo dài, mệt mỏi, ít khi sụt cân.

Soi thanh quản gián tiếp: Phát hiện thấy giả mạc ở thanh quản. Đây là dấu hiệu rất quan trọng giúp định hướng đến bệnh.

Nội soi thanh quản hay soi thanh quản trực tiếp để xác định chính xác giả mạc và độ lây lan của nó.

Soi trực tiếp: Là phương pháp cho kết quả nhanh chóng nhưng độ chính xác không cao. Khi thấy các tế bào nấm men nảy chồi cùng với các sợi nấm và nhiều sợi nấm giả thì bác sĩ có thể xác định đó là vi nấm gây bệnh. Trong trường hợp chỉ thấy bào tử nấm thì không thể kết luận đó là nấm gây bệnh.

Nuôi cấy nấm: Được xem là xét nghiệm giúp xác định nấm gây bệnh nếu thấy có khóm nấm thuần nhất xuất hiện trên môi trường nuôi cấy. Nuôi cấy còn cho phép định danh loại vi nấm gây bệnh, làm cơ sở cho việc lựa chọn thuốc ưu tiên điều trị. Có hai giống nấm thường gây bệnh ở châu Á làAspergillusvàCandida.

Xét nghiệm mô bệnh học vừa hỗ trợ chẩn đoán xác định, vừa giúp chẩn đoán phân biệt với các bệnh khác tại thanh quản. Vì vậy, xét nghiệm này không nên tiến hành riêng lẻ mà phải kết hợp với các xét nghiệm tìm vi nấm. Khi thấy có tổn thương loạn sản tế bào, một kế hoạch theo dõi lâu dài cần được đề nghị để phát hiện sớm bệnh ung thư thanh quản.

Bệnh viêm thanh quản do vi nấm có thể chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau:

Viêm thanh quản do vi khuẩn, virus, ký sinh trùng.

Lao thanh quản.

Ung thư thanh quản.

Dị vật thanh quản.

Nguyên tắc trị bệnh là kết hợp giữa việc điều trị tại chỗ và điều trị toàn thân.

Bóc tách và gỡ bỏ giả mạc để loại trừ tác nhân gây bệnh. Mục đích của việc này là giảm liều thuốc uống, rút ngắn thời gian điều trị và phục hồi nhanh chóng khả năng phát âm cho người bệnh. Có thể chấm thuốc kháng nấm tại chỗ bị viêm. Tuy nhiên, với các bệnh nhân phản xạ thanh quản quá mạnh thì cách này khó thực hiện.

Sử dụng thuốc kháng nấm đường uống có hiệu quả đối với những trường hợp viêm thanh quản do nấm đơn thuần. Đồng thời, người bệnh không bị suy giảm miễn dịch đáng kể.

Viêm thanh quản do nấm Aspergillus: dùng với liều 200 mg/ngày, trong khoảng thời gian từ 2 đến 6 tuần.

Viêm thanh quản do nấm Candida: Có thể dùng Itraconazol đường uống tương tự điều trị nấm Aspergillus. Ngoài ra, còn có thể uống Fluconazol 150 mg 01 viên trong 2 ngày đầu. Kế đến là 01 viên Fluconazole 150 mg/tuần cho các tuần tiếp theo. Với thời gian điều trị trung bình từ 2 – 4 tuần.1

Lưu ý: Những thuốc kháng nấm hầu hết đều ảnh hưởng đếngan. Vì vậy, nếu men gan tăng quá cao phải tạm ngừng thuốc kháng nấm cho đến khi men gan trở lại bình thường. Hoặc đổi thuốc kháng nấm.

Trong trường hợp suy giảm miễn dịch, người bệnh cần nhập viện để các bác sĩ theo dõi tình trạng sức khỏe. Lúc này, bác sĩ sẽ ưu tiên sử dụng thuốc kháng nấm đường tĩnh mạch. Chẳng hạn như Amphotericin B. Thời gian điều trị tùy thuộc vào đáp ứng của người bệnh và mức độ kháng thể bị suy giảm.2

Để hạn chế và phòng ngừa nấm ở thanh quản, bạn đọc và gia đình có thể:

Thường xuyên vệ sinh môi trường sống và vệ sinh cá nhân, đặc biệt là vệ sinh mũi, họng đúng cách.

Nên hạn chế dùng thuốc kháng sinh, thuốc ức chế miễn dịch và thuốccorticoide.

Khi làm việc trong môi trường ô nhiễm, khói bụi hoặc khi đi ra ngoài, cần đeo khẩu trang để hạn chế bụi bẩn.

Xây dựng lối sống lành mạnh, có chế độ ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, tập luyện thể dục thể thao đều đặn, vừa sức.

Nói tóm lại,nấm thanh quảnlà một bệnh lý viêm ở thanh quản khá hiếm gặp. Đối tượng có nguy cơ cao là những người suy giảm miễn dịch. Việc điều trị chủ yếu bằng thuốc kháng nấm đường uống, và đôi khi là đường tĩnh mạch trong những trường hợp nặng. Mọi người nên ăn uống đầy đủ, bổ sung vitamin C để tăng sức đề kháng và hạn chế nguy cơ mắc bệnh viêm thanh quản do nấm.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nep-nhan-vung-mat-co-de-xoa-hay-khong/

Nội dung bài viết

Nếp nhăn vùng mắt là như thế nào?

Những nguyên nhân của nếp nhăn vùng mắt

Những loại nếp nhăn vùng mắt và các yếu tố góp phần

Điều trị nếp nhăn vùng mắt tại nhà

Phương pháp điều trị thẩm mỹ và y tế

Nếp nhăn vùng mắt là một trong những dấu hiệu chứng tỏ da bạn bắt đầu lão hóa. Tình trạng này càng tỏ ra quan trọng hơn đối với phụ nữ, bởi vì nó gây mất thẩm mỹ. Đồng thời làm cho người phụ nữ mất tự tin khi giao tiếp. Vậy thì những nếp nhăn ấy là do đâu? Có cách nào để điều trị hoặc làm giảm bớt hay không? Hãy cùng đọc qua bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Thị Thảo để rõ hơn nhé các bạn!

Khi bạn già đi, da của bạn mất đi một số tính đàn hồi nhất định. Các yếu tố môi trường có ảnh hưởng như tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Cũng như di truyền đóng một vai trò trong việc các nếp nhăn. Vì thế. đường nhăn sớm sẽ bắt đầu xuất hiện trên khuôn mặt của một người.

Da quanh mắt là vùng có khả năng xuất hiện các dấu hiệu lão hóa sớm hơn. Bởi vì vùng dưới đôi mắt của bạn (vùng trũng quanh mắt) là vùng da mỏng có nhiều mạch máu.

Xem thêm:Ung thư biểu mô tế bào gai ở da: nguy cơ và cách phòng ngừa

Có đường dưới mắt là một phần bình thường của việc già đi. Nếu những nếp nhăn này khiến bạn cảm thấy mất tự tin, bạn có thể giải quyết chúng. Thông qua một số phương pháp phòng ngừa và biện pháp khắc phục tại nhà.

Nguyên nhân phổ biến nhất của nếp nhăn quanh mắt của bạn chỉ đơn giản là lão hóa. Tuy nhiên, bạn có thể tránh được một số yếu tố góp phần phổ biến khác, bao gồm:

Các tia cực tím (tia UV) có hại sẽ phá vỡ collagen trong da của bạn. Collagen làproteinchính trong mô da của con người và nó là chìa khóa để cấu trúc da mặt của bạn được duy trì theo thời gian. Tia cực tím có thể đến từ việc tiếp xúc với ánh nắng mặt trời không được bảo vệ. Cũng như các giường tắm nắng không có nắng.

Nguồn tin cậy của Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA) đã cung cấp những thông tin chính thức. Theo đó, việc tiếp xúc với tia UV không được bảo vệ sẽ dẫn đến sự xuất hiện sớm hơn của làn da sần sùi. Đồng thời, da sẽ xuất hiện những nếp nhăn, trông rất mất thẩm mỹ.

Những trang tin y tế uy tín báo cáo rằng bên cạnh tuổi tác, hút thuốc là yếu tố góp phần gây nên nếp nhăn vùng mắt ở phụ nữ và nam giới. Hút thuốc lá khiến làn da của bạn bị nặng thêm oxy hóa, làm hỏng collagen và elastin.Hút thuốc lácũng làm co mạch máu trên mặt, cản trở lưu thông đến mạch máu và làm mấtvitamin A.

Các biểu hiện trên khuôn mặt, như mỉm cười, cau mày và nhíu mày, có thể gây ra các nếp nhăn trên khuôn mặt của bạn. Ngay cả thói quen ngủ của bạn cũng có thể gây ra nếp nhăn nếu các cơ mặt giống nhau bị đẩy lên gối khi ngủ mỗi đêm.

Da của bạn mất khả năng phục hồi trở lại vị trí ban đầu khi bạn lớn lên. Nghiên cứu chỉ ra rằng khi ngủ vùi mặt vào gối có thể góp phần tạo nên những nếp nhăn vùng mắt.

Mọi người có thể có một hoặc nhiều loại nếp nhăn dưới mắt, mỗi nếp nhăn xuất hiện do một nguyên nhân khác nhau.

Theo thời gian, sự co lại lặp đi lặp lại của các cơ bên dưới da có thể gây ra các nếp nhăn. Chúng có xu hướng hiển thị khi các cơ được sử dụng – ví dụ, khi ai đó mỉm cười. Các nếp nhăn động thường phát triển giữa lông mày và trên trán. Vết chân chim, là những nếp nhăn gần khóe mắt ngoài, cũng là một ví dụ của nếp nhăn động.

Da bị tổn thương gây ra các nếp nhăn tĩnh, vẫn có thể nhìn thấy ngay cả khi cơ mặt nghỉ ngơi. Theo thời gian, nếp nhăn động có thể trở thành nếp nhăn tĩnh. Tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, hút thuốc và chế độ dinh dưỡng kém đều có thể góp phần tạo nên các nếp nhăn tĩnh.

Sự chảy xệ do tuổi tác của các cấu trúc trên khuôn mặt gây ra các nếp nhăn. Những nốt này thường phát triển ở các rãnh giữa mũi và miệng, nhưng chúng cũng có thể xuất hiện bên dưới mắt.

Một số phương pháp điều trị tại nhà và các sản phẩm chăm sóc da có thể làm giảm sự xuất hiện của nếp nhăn dưới mắt của bạn.

Một số bài tập cho khuôn mặt đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc làm săn chắc vùng da dưới mắt của bạn. Không có lý do gì để tin rằng những bài tập này có hại. Tuy nhiên, những nghiên cứu về các bài tập cơ mặt, chẳng hạn như “Yoga mặt”, vẫn còn khá hạn chế.

Dị ứng thường gây viêm quanh mắt của bạn. Chúng cũng có thể khiến bạn chảy nước mắt. Dụi hoặc gãi mắt do các triệu chứng dị ứng có thể góp phần làm đỏ mắt và khiến da bạn cảm thấy khô. Điều trị các triệu chứng dị ứng có thể giúp khuôn mặt của bạn trông thư thái hơn. Và nó cũng có thể bảo vệ vùng da dưới mắt của bạn về lâu dài.

Bạn có thể tẩy tế bào chết nhẹ nhàng vùng da khô dưới mắt để thúc đẩy sự phát triển của tế bào mới. Chỉ sử dụng các sản phẩm được sản xuất đặc biệt đểtẩy tế bào chếtvà mát-xa cho vùng da dưới mắt.

Xem thêm:Hiện tượng rạn da ở nam giới: nguyên nhân do đâu?

Thiếu độ ẩm có thể làm tăng sự xuất hiện của các nếp nhăn quanh mắt của bạn. Tìm kiếm các loại kem dưỡng ẩm có nhiều thành phần giúp thúc đẩy tuần hoàn và tăng trưởng tế bào mới.

Retinol(một dẫn xuất của vitamin A), peptide và axit hyaluronic đều được hỗ trợ bởi các nhà nghiên cứu và thẩm mỹ. Các sản phẩm dưới mắt dưới dạng gel làm mát và huyết thanh có thể hoạt động tốt nhất để chống lại nếp nhăn.

Bạn có thể giúp ngăn ngừa hình thành nếp nhăn vùng mắt bằng cách bảo vệ da khỏi tia cực tím. Luôn trang bị những trang phục chống nắng. Ít nhất là 30 phút khi bạn ra ngoài, ngay cả khi trời không đặc biệt nắng.

Khi bạn tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời trong vài giờ đồng hồ, hãy cân nhắc việc che chắn mắt bằng mũ cũng như đeo kính râm. Mũ vành và kính che mặt mang lại lợi ích bổ sung cho đôi mắt của bạn. Chúng giúp bạn không phải nheo mắt, một biểu hiện có thể tạo ra nếp nhăn khi nó lặp lại đủ thường xuyên.

Một chế độ ăn uống lành mạnh sẽ giúp bạn hạn chế sự xuất hiện của những nếp nhăn dưới mắt.Vitamin C, vitamin A vàvitamin Eđều được sử dụng thường xuyên trong các sản phẩm chăm sóc da. Bạn hãy kết hợp thực phẩm giàu các loại vitamin này vào chế độ ăn uống của mình. Từ đó, bạn sẽ giúp da và phần còn lại của cơ thể hình thành các tế bào mới khỏe mạnh.

Một số chuyên gia nghiên cứu về y tế tin rằng có mối liên hệ chặt chẽ giữa chế độ ăn uống lành mạnh và làn da săn chắc, trẻ trung. Cân nhắc các loại trái cây họ cam quýt,cà rốtvàbí đỏnhiều màu sắc để tăng những vitamin này trong chế độ ăn của bạn.

Nhiều phương pháp điều trị thẩm mỹ và y tế khá hiệu quả cho những nếp nhăn dưới mắt. Những phương pháp này có xu hướng hiệu quả hơn các biện pháp làm đẹp tại nhà và các sản phẩm làm đẹp. Tuy nhiên, chúng cũng có nhiều tác dụng phụ hơn.

Xem thêm:6 bí quyết khắc phục làn da khô tróc mùa lạnh

Các phương pháp phổ biến bao gồm:

Trong quá trình trẻ hóa da mặt, một chuyên gia chăm sóc sức khỏe được đào tạo sẽ tiêm một chất. Nó gọi là độc tố botulinum, hoặc Botox. Mọi người có xu hướngtiêm Botoxđể điều trị các nếp nhăn động, chẳng hạn như vết chân chim.

Nó hoạt động bằng cách ngăn các cơ bên dưới nếp nhăn di chuyển. Sự cải thiện có xu hướng kéo dài trong 3 đến 4 tháng. Các tác dụng phụ có thể xảy ra bao gồm tê liệt cơ lâu dài. Đồng thời có thể liệt vận động và tổn thương mắt vĩnh viễn.

Các bác sĩ có thể gọi chất làm đầy là chất làm đầy mô mềm hoặc chất làm đầy da. Mọi người sử dụng chúng để phục hồi sự đầy đặn cho các vùng rỗng, chẳng hạn như những vùng đôi khi phát triển dưới mắt.

Trong quá trìnhtiêm filler, một chuyên gia chăm sóc sức khỏe được đào tạo sẽ tiêm collagen hoặc axit hyaluronic vào vùng da bên dưới mắt. Kết quả thường là xảy ra ngay lập tức.

Xem thêm:Hiện tượng ngứa da sau khi đi bơi

Các tác dụng phụ có thể xảy ra bao gồm bầm tím, chảy máu và nhiễm trùng. Và một số người có thể bị dị ứng với chất làm đầy. Trong một số trường hợp hiếm hoi, chất làm đầy có thể dẫn đến tắc mạch máu, có thể gây chết mô.

Lột da bằng mặt nạ hóa học có thể được áp dụng cho khuôn mặt để loại bỏ các tế bào da chết. Đồng thời thúc đẩy sự phát triển của tế bào mới. Lột da hóa học không thể điều trị nếp nhăn sâu hoặc làm căng da chảy xệ. Tuy nhiên, chúng có thể làm giảm sự xuất hiện của nếp nhăn vùng mắt của bạn.

Microdermabrasion là một thủ thuật phổ biến và ít xâm lấn được sử dụng để tẩy tế bào chết trên da của bạn. Dụng cụ cầm tay có đầu kim cương là dụng cụ thường được sử dụng trên các vùng da nhạy cảm. Chẳng hạn như vùng da dưới mắt, để điều trị nếp nhăn vùng mắt. Microdermabrasion lấy đi các tế bào da chết xỉn màu và thúc đẩy tuần hoàn đến vùng da bị áp lực.

Laserngày càng trở nên phổ biến như một phương pháp điều trị nếp nhăn da dưới mắt. Một số loại phương pháp điều trị bằng laser có sẵn cho mục đích này. Laser Fractional là một trong những lựa chọn hoạt động bằng cách chọc các lỗ cực nhỏ vào da. Mục đích là để kích thích sản xuất collagen và elastin.

Microneedling là một phương pháp điều trị ngày càng phổ biến để làm giảm sự xuất hiện của các nếp nhăn. Trong quy trình này, các kim nhỏ được sử dụng để chọc vào các lỗ trên da. Sau đó có thể được thoa kem dưỡng da hoặc huyết thanh. Khi da lành lại,collagenđược kích thích, cải thiện nếp nhăn và cấu trúc của da.

Không có gì sai khi bạn xuất hiện nhữngnếp nhăn vùng mắt. Mặc dù các sản phẩm chăm sóc da, bảo vệ khỏi tia UV và lối sống lành mạnh có thể giúp bạn tránh được nếp nhăn. Hoặc giảm sự xuất hiện của chúng, nhưng bạn có thể không tránh được chúng hoàn toàn. Hãy đến gặp bác sĩ da liễu nếu bạn cảm thấy nếp nhăn của mình có vấn đề.

Tham khảo thêm:Ứng dụng của dầu dừa trong điều trị rạn da

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-hieu-canh-bao-not-ruoi-ac-tinh/

Nội dung bài viết

Nốt ruồi bẩm sinh

Nốt ruồi mắc phải

Nguyên nhân khiến mọc nốt ruồi mới

Dấu hiệu cảnh báo nốt ruồi ác tính

Tự kiểm tra nốt ruồi ác tính tại nhà

Khi nào nên khám bác sĩ về nốt ruồi ác tính

Mặc dù nốt ruồi mọc trên da thường là lành tính trong hầu hết các trường hợp. Tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt, nốt ruồi là tín hiệu của bệnh lý ung thư. Trong bài viết này, Bác sĩ da liễu Võ Thị Ngọc Hiền sẽ giúp bạn đọc nhận diện được những đặc điểm giúp nhận diện một nốt ruồi có dấu hiệu ác tính.

Nốt ruồi xuất hiện trên cơ thể là một tình trạng bình thường mà hầu như ai cũng gặp phải. Mỗi người có thể có vài hoặc thậm chí khá nhiều nốt ruồi mọc trên cơ thể. Những nốt này là do sự tập trung của các tế bào sắc tố (melanocyte) ở trên da của chúng ta. Nguyên nhân khiến cho nốt ruồi hình thành vẫn chưa được hiểu rõ. Có nhiều ý kiến cho rằng nốt ruồi có liên quan đến yếu tố di truyền và tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.

Những nốt này xuất hiện trên cơ thể từ khi chúng ta được sinh ra. Chúng có sự đa dạng về hình dạng, kích thước và màu sắc. Một số nốt có màu nâu hay đen, trong khi một số khác lại có màu đỏ hay hồng. Đa số các nốt có kích thước nhỏ vài milimet, còn những nốt có kích thước to vài centimet thì được gọi là bớt.

Những nốt ruồi bẩm sinh có kích thước nhỏ thường lành tính mà không cần can thiệp. Nó chỉ thật sự cần xóa bỏ vì lý do thẩm mỹ khi đứa trẻ lớn lên. Các phương pháp giúp xóa bỏ hiệu quả bao gồm laser hay phẫu thuật cắt bỏ nốt ruồi.

Xem thêm:3 bước chăm sóc da sau laser

Còn đối với các bớt có kích thước lớn thì sẽ có nguy cơ phát triển thành u lành tính. Vì thế khi để ý sự thay đổi kích thước, hình dạng, màu sắc so với ban đầu. Hay khi trẻ có cảm giác đau tại vị trí bớt thì cần phải đến khám bác sĩ chuyên khoa.

Những nốt này xuất hiện sau khi chúng ta được sinh ra và còn được gọi là nốt ruồi mới. Chúng có thể xuất hiện ở bất kì vị trí nào trên cơ thể của mỗi người. Ngoài ra chúng cũng có sự đa dạng về hình dạng, kích thước hay màu sắc.

Nốt ruồi mới có thể có hình tròn hay hình oval. Một số nốt có màu nâu hay đen, trong khi một số khác lại có màu đỏ hay hồng. Nếu bạn thuộc týp da tối màu thì nốt ruồi mới sẽ có màu sậm hơn. Bề mặt của nốt mới mọc trên da có thể trơn láng hay gồ ghề hoặc mọc lông ở phía trên. Đa số thì các nốt có kích thước nhỏ vài milimet, ít khi to hơn vài centimet.

Những người có màu sắc da sáng như người da trắng thì dễ mọc nốt ruồi mới hơn. Các nốt mới mọc có thể là lành tính hoặc ác tính. Nhưng nếu trên cơ thể xuất hiện hơn 50 nốt mới thì có nguy cơ cao bị ung thư. Còn nếu chỉ xuất hiện 1 nốt mới thì hiếm khi là bệnh lý ác tính.

Xem thêm:Ung thư da: Những điều cần lưu ý

Cho đến nay thì nguyên nhân khiến cho nốt ruồi mắc phải mọc sau khi sinh vẫn chưa được hiểu rõ. Những nốt mới này có thể là lành tính hoặc có thể là ung thư. Đối với các nốt ruồi ác tính thì đã có nhiều nghiên cứu. Trong khi đó các nốt lành tính lại ít được nghiên cứu hơn.

Nguyên nhân có thể khiến cho cơ thể bạn xuất hiện nốt ruồi mới có thể là:

Độ tuổi. Người lớn tuổi sẽ dễ xuất hiện các nốt mới hơn là thanh thiếu niên.

Da trắng. Những người da sáng màu hay tóc sáng màu sẽ dễ xuất hiện nốt mới hơn người da tối màu và có tóc nâu đen.

Di truyền. Nếu chúng ta có bố hoặc mẹ bị mọc những nốt ruồi mới thì có thể chúng ta cũng sẽ gặp tình trạng như vậy.

Miễn dịch. Sử dụng các thuốc làm suy giảm hệ thống miễn dịch cũng có thể khiến cho nốt ruồi mới xuất hiện.

Đột biến gen. BRAF là gen được xác định có liên quan đến nốt ruồi ác tính. Đột biến gen này có thể khiến cho các nốt ruồi mới mọc là bệnh lý ung thư.

Tia cực tím. Tiếp xúc thường xuyên với ánh nắng mặt trời là nguyên nhân thường xuyên khiến cho nốt ruồi mới xuất hiện.

Một nghiên cứu thực hiện 2017 cho kết quả rằng 70.9% nốt ruồi ác tính là những nốt ruồi mới xuất hiện. Vì thế nếu người lớn tuổi phát hiện mình có những nốt mới mọc trên cơ thể thì nên đến bác sĩ chuyên khoa để được thăm khám.

Sau đây là cách giúp các bạn nhận diện nốt ruồi có nguy cơ ác tính hay không theo thứ tự ABCDE:

Asymmetrical (Không đối xứng). Thông thường nốt ruồi có hình tròn hay hình oval khá đối xứng. Nếu nốt ruồi của bạn méo mó, không đối xứng thì có thể là ác tính.

Boder (Viền hay bờ). Nếu nốt ruồi của bạn có bờ không rõ ràng hay không liên tục thì có thể là ác tính.

Color (Màu sắc). Nốt ruồi của bạn đổi thành màu sắc khác so với ban đầu. Hoặc có nhiều màu sắc khác nhau cùng hiện diện ở nốt ruồi thì có thể là ác tính.

Diameter (Đường kính). Nếu nốt ruồi có đường kích lớn hơn 0.5 centimet thì nó có thể là ác tính.

Evolving (Thay đổi). Nếu nốt ruồi to ra, thay đổi màu sắc hay hình dạng thì cẩn thận nó có thể là ác tính.

Kiểm tra cơ thể thường xuyên là cách thức giúp phát hiện sớm những nốt ruồi bất thường. Vì nguyên nhân khiến cho nốt ruồi trở nên ác tính là do ánh nắng mặt trời nên vị trí nó xuất hiện thường ở những nơi phơi bày. Đối với phụ nữ thì vị trí thường mắc phải đó là tay hay chân. Còn đối với nam giới thì thường bị ở lưng, ngực, da đầu hay cổ. Mặc dù một số vị trí ít bị nốt ruồi ác tính hơn nhưng chúng ta cũng không nên bỏ sót. Đó chính là bàn tay, bàn chân, kẽ ngón tay, kẽ ngón chân hoặc ở móng tay hay móng chân.

Khi kiểm tra các bạn cần chú ý các nốt ruồi mới mọc lẫn các nốt ruồi bẩm sinh. Đối với các nốt ruồi bẩm sinh, bất cứ sự thay đổi về hình dạng, màu sắc hay kích thước đều cần phải được lưu ý. Còn đối với các nốt ruồi mới mọc cần phải được chú ý kỹ hơn. Khi đó chúng ta kiểm tra theo thứ tự ABCDE để đánh giá khả năng có phải ác tính hay không.

Như đã trình bày ở phần trên, hơn một nữa trường hợp các nốt ruồi ác tính là các nốt mới mọc. Vì thế khi chúng ta phát hiện nốt ruồi mới xuất hiện, đặc biệt ở người lớn tuồi thì nên đến khám ngay với bác sĩ chuyên khoa. Nếu thật sự nốt ruồi của bạn có nguy cơ ác tính thì bác sĩ sẽ đưa ra những xét nghiệm và chế độ theo dõi phù hợp.

Đối với các nốt ruồi bẩm sinh thường là lành tính. Tuy nhiên, khi bạn để ý thấy sự thay đổi bất thường về hình dạng, kích thước hay màu sắc thì cũng nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa kịp thời. Khi đó, bác sĩ cũng sẽ đưa ra những xét nghiệm và phương pháp theo dõi phù hợp.

Một sự thật đó là nếu các bạn phát hiện sớm nốt ruồi ác tính thì khả năng điều trị thành công tương đối cao. Vì thế chúng ta nên có thói quen tự khám thường xuyên để giúp phát hiện sớm những dấu hiệu bất thường.

Nốt ruồixuất hiện trên cơ thể khá thường gặp và hầu hết là bình thường. Đa số các nốt ruồi không ảnh hưởng sức khỏe mà chỉ ảnh hưởng đến tính thẩm mỹ. Các nốt ruồi bẩm sinh thì ít có nguy cơ ác tính hơn là các nốt mới mọc. Tự kiểm tra cơ thể thường xuyên theo thứ tự ABCDE giúp sớm phát hiện bệnh lý ác tính. Kiểm tra tất cả các nốt trên cơ thể, kể cả nốt bẩm sinh hay nốt mới mọc. Một khi phát hiện sớm thì khả năng điều trị thành công là tương đối cao.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/noi-hach-duoi-ham/

Nội dung bài viết

Nổi hạch dưới hàm là gì?

Các vị trí nổi hạch dưới hàm

Triệu chứng nổi hạch ở dưới hàm? Cách kiểm tra

Nguyên nhân làm hạch ở dưới hàm sưng?

Nổi hạch dưới hàm có nguy hiểm không?

Khi nào cần đến gặp bác sĩ?

Nổi hạch hay còn gọi là sưng hạch bạch huyết thường là dấu hiệu của một bệnh nhiễm trùng thông thường. Tuy nhiên, nổi hạch cũng có thể là dấu hiệu của tình trạng bệnh lý khác, như bệnh lý miễn dịch hoặc đôi khi cũng có thể là dấu hiệu của ung thư. Vậy nổi hạch dưới hàm là bệnh gì? Nổi hạch dưới hàm có nguy hiểm không? Khi nào nên đi khám? Mời bạn đọc tham khảo bài được viết bởi Bác sĩ Nguyễn Hoàng Yến dưới đây.

Hạch hay còn gọi là hạch bạch huyết, đóng vai trò quan trọng trong khả năng chống lại nhiễm trùng của cơ thể chúng ta.

Chúng có chức năng như một một bộ lọc, bẫy vi rút, vi khuẩn và các nguyên nhân gây bệnh khác. Nhờ đó các thể gây bệnh không thể lây nhiễm đến các bộ phận khác trong cơ thể bạn.

Hạch dưới hàm phân bố song song cả 2 bên trái và phải, Bạn có thể kiểm tra hạch ở mỗi bên và so sánh xem một bên có lơn hơn bên kia hay không.

Tuy nhiên một số người chỉ nổi hạch ở quai hàm phải, một số người chỉ nổi hạch ở dưới hàm bên trái.

Một số người có thể bị đau ở vị trínổi hạchkhi thực hiện các cử động đột ngột ở cổ như: xoay mạnh cổ, lắc đầu hoặc ăn thức ăn cứng, khó nhai.

Chúng ta có thể kiểm tra xem có bịnổi hạch dưới hàmhay không bằng cách dùng ngón tay ấn nhẹ xung quanh khi vực dưới hàm.

Hạch nổi dưới hàm khi sờ sẽ có cảm giác giống như hột nhỏ tròn, kích thước khoảng bằng hạt đậu. Hạch có thể mềm khi chạm vào, điều này cho thấy có tình trạng viêm. Trong một số trường hợp, hạch dưới hàm có thể nổi lên to hơn bình thường.

Thông thường, tình trạng nổi hạch có thể xảy ra cùng với các triệu chứng khác. Các triệu chứng này khác nhau tùy thuộc vào nguyên nhân nhiễm trùng nhưđau họng nổi hạch dưới hàm, viêm họng, ho, sốt…

Thực tế hạch nổi dưới hàm là một trong những vùng nổi hạch phổ biến nhất (bên cạnhnổi hạch ở cổ, nách,…) Tình trạng này phần lớn báo hiệu rặng có tình trạng nhiễm trùng xung quanh đó. Ví dụ như: nhiễm trùng hoặc áp xe răng, viêm họng do vi khuẩn hoặc vi-rút, viêm họng hạt,….

Vị trí nổi hạch thường liên quan đến vùng bị nhiễm trùng gần đó. Ví dụ, nhiễm trùng ở tai có thể gây nổi hạch gần tai. Người bị nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm họng hạt có thể nổi hạch dưới hàm hoặc ở cổ.Thông thường hạch nổi lên có thể do một người bị đang bị nhiễm trùng tạm thời. Tình trạng hạch sưng lên do hoạt động của các tế bào miễn dịch trong các hạch bạch huyết.

Phần lớn cơ thể đều bị nổi hạch ở 1 vùng nào đó trên cơ thể. Tuy nhiên, khi có nhiều vùng nổi hạch, đây được gọi là nổi hạch toàn thân. Nó có thể là một dấu hiệu của một bệnh miễn dịch toàn thân nhưbệnh lupus ban đỏ hệ thống,viêm khớp dạng thấp,… Những trường hợp này sẽ cần được khám và chăm sóc y tế.

May thay hầu hết các nguyên nhân gây nổi hạch dưới hàm này là lành tính (không phải ung thư). Tuy nhiên, một số ít trường hợp nổi hạch ở hàm dưới có thể là dấu hiệu gợi ý ung thư vùng đầu cổ như ung thư vòm họng,..

Nhiều bệnh ung thư cũng có thể gây ra sưng hạch bạch huyết. Những bệnh ung thư này có thể bắt nguồn từ các hạch hoặc do các tế bào máu như u lympho hoặc một số bệnh bạch cầu khác.

Nổi hạch cũng có thể do các tế bào ung thư lây lan từ cơ quan khác trong cơ thể (di căn). Ví dụ:ung thư vúcó thể lan đến các hạch ở vùng nách.Ung thư phổicó thể lan đến hạch dưới đòn.Ung thư vòm họngcó thể bị nổi hạch dưới hàm,…

Tuy nhiên, thông thường để báo hiệu ưng thư, triệu chứng bị nổi hạch ở dưới hàm còn đi kèm các dấu hiệu khác như: chán ăn, sụt cân không lý do, buồn nôn, nôn, hoặc có những triệu chứng bất thường khác trong cơ thể.

Trong phần lớn trường hợp,nổi hạch dưới hàm không đauvà sẽ dần biến mất trong vòng 2 đến 3 tuần. Đó là thời gian sau khi cơ thể chống lại nhiễm trùng thành công. Nếu hạch vẫn sưng lâu hơn vài tuần, bạn cần đến cơ sở y tế để kiểm tra và tìm nguyên nhân.

Bạn nên đến bệnh viện để kiểm tra và tìm nguyên nhân hạch dưới hàm

Ngoài ra, cũng có những lý do khác báo hiệu bạn cần đến khám bác sĩ, bao gồm:

Hạch dưới hàm có cảm giác cứng như cao su khi chạm vào.

Hạch cố định, không di chuyển.

Sưng hạch có đường kính từ 2 cm trở lên.

Sưng hạch kèm theo đổ mồ hôi ban đêm, đau bụng, sụt cân không rõ nguyên nhân, hoặc sốt cao.

Các triệu chứng bất thường trong cơ thể khác làm bạn thấy lo lắng.

Nổi hạch dưới hàmthường là triệu chứng của một tình trạng nhiễm trùng. Chúng có xu hướng tự lặn trong vòng 2-3 tuần. Tốt nhất bạn cần đế cơ sở y tế kiểm tra khi thấy hạch xuất hiện dưới hàm; và tình trạng này kéo dài hơn 3 tuần; hoặc xảy ra cùng với các triệu chứng báo động khác như đổ mồ hôi đêm, sụt cân nhiều,… Tùy thuộc vào nguyên nhân gây nổi hạch sẽ có điều trị khác nhau. Khi thăm khám, bác sĩ sẽ xác định chính xác tình trạng mà bạn gặp phải. Từ đó có cách điều trị thích hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/noi-hach-o-co/

Nội dung bài viết

Nổi hạch ở cổ là gì?

Triệu chứng nổi hạch ở cổ

Nổi hạch ở cổ lâu ngày liệu có nguy hiểm không?

Nguyên nhân nổi hạch ở cổ

Khi nào cần đến gặp bác sĩ

Nổi hạch ở cổ là tình trạng thường gặp. Các hạch cổ là thành phần quan trọng tham gia vào hệ bạch huyết. Chúng có nhiệm vụ bắt giữ vật lạ và tạo ra các thành phần của hệ miễn dịch. Hạch vùng cổ sưng lên có thể báo hiệu tình trạng viêm nhiễm ở vùng đầu mặt; cũng có thể là một tình trạng nguy hiểm như ung thư. Bài viết sau đây của Bác sĩ Phan Văn Giáo sẽ giúp bạn hiểu về tình trạng nổi hạch ở cổ đang báo hiệu điều gì?

Các hạch mà chúng ta đang nhắc đến ở đây đó là hạch bạch huyết. Hạch bạch huyết ở cổ là một phần của hệ thống bạch huyết; tham gia vào hệ miễn dịch của cơ thể. Khi nói nổi hạch cổ là đang mô tả tình trạng hạch bạch huyết vùng cổ sưng lên, báo hiệu một tình trạng bất thường của cơ thể.

Cơ thể chúng ta có đến khoảng 450 hạch bạch huyết khác nhau phân bố ở các vị trí trên cơ thể: phía trước và hai bên cổ;sau gáy; sau tai; dưới cằm; nách và bẹn,… Hệ thống bạch huyết gồm các hạch và ống dẫn; tham gia dẫn lưu dịch khắp các cơ thể. Chúng mang dịch bạch huyết chứa: các tế bào bạch cầu, một ít hồng cầu và dịch trở lại hệ tuần hoàn qua tĩnh mạch.

Hạch bạch huyết là nơi tập trung các tế bào lympho, tạo ra kháng thể và đại thực bào tiêu hóa các mảnh vụn. Đây là vị trí đóng vai trò như bộ lọc – giữ lại các vi khuẩn, virus hoặc các tác nhân gây bệnh trước khi chúng lây nhiễm đến các bộ phận khác của cơ thể.

Khi cơ thể lành mạnh, các hạch có kích thước nhỏ, mềm, không sưng đau,… Bạn khó có thể sờ hay nhìn thấy các hạch ở dưới da. Khi cơ thể nhiễm trùng, các hạch bạch huyết sẽ phản ứng bằng cách sưng lên, tạo các khối tròn hay bầu dục, có thể sờ thấy được; mà thông thường chúng ta hay gọi là “nổi hạch”.

Những vị trínổi hạchphổ biến:nổi hạch sau gáy,nổi hạch ở háng,… Các hạch ở cổ được chia ra làm nhiều nhóm: hạch dưới hàm, dưới cằm, mang tai, sau tai, hạch má, vùng chẩm… Đây là những vùng dễ sờ và nhận thấy khi chúng sưng lên. Việc nổi hạch ở cổ hoặc nổi hạch ở cổ nhưng không đau, sưng tấy đột ngột thường là kết quả của nhiễm trùng, chấn thương. Nếu bạn bị nổi hạch ở cổ nhưng không đau thì đây có thể là dấu hiệu của khối u.

Các triệu chứng của hiện tượng nổi hạch ở cổ thay đổi tùy theo vị trí và nguyên nhân gây ra tình trạng này. Các dấu hiệu dễ nhận thấy đầu tiên đó là:

Xuất hiện các khối sưng kích thước bằng hạt đậu hoặc thậm chí lớn hơn tại vị trí các hạch bạch huyết. Có thể nhận thấy bằng sờ hoặc lớn đến mức có thể nhìn thấy rõ ràng.

Các khối sưng này sờ có thể mềm hoặc dai.

Khối sưng này có thể sờ đau hoặc không.

Khối sưng xuất hiện đột ngột hoặc tăng kích thước từ từ.

Tùy thuộc vào nguyên nhân gây nổi hạch ở cổ, các triệu chứng kèm theo có thể là:

Sốt,đổ mồ hôi đêm.

Chảy nước mũi, đau họng và các triệu chứng khác của nhiễm trùng hô hấp trên.

Đau răng.

Trường hợp kèm theo nổi các hạch toàn thân khác có thể do các bệnh lý toàn thân.

Giảm cân đột ngột, suy nhược cơ thể.

Thông thường hạch cổ không nhìn thấy rõ và cần có kỹ thuật thăm khám của bác sĩ mới sờ được. Nếu như hạch cổ nổi do bệnh lý nhiễm trùng thường chỉ kéo dài 1-2 tuần và triệu chứng sẽ giảm dần sau khi hết nhiễm trùng. Tuy nhiên, việc nổi hạch cổ kéo dài hơn và không có triệu chứng thuyên giảm; có thể làbáo hiệu cho bệnh lý trầm trọng hơn.

Trong trường hợp này bạn cần đến thăm khám bác sĩ ngay để tìm rõ nguyên nhân. Nổi hạch ở cổ lâu ngày thường gặp trong các bệnh lý như: ung thư, lao, giang mai… là những bênh lý cần phát hiện và điều trị sớm.

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng nổi hạch ở cổ. Các bệnh lý có thể từ cấp tính như nhiễm trùng, đến bệnh lý mạn tính như ung thư. Chúng ta cần hiểu rõ những đặc điểm nổi hạch cổ tương ứng với từng nguyên nhân để có hướng điều trị thích hợp.

Nhiễm trùng do virus, vi khuẩn có thể gây ra tình trạng nổi hạch ở cổ. Trong đó nhiễm tụ cầu vàng là nguyên nhân phổ biến. Nhiễm các virus đường hô hấp trên cũng là nguyên nhân gây nổi hạch cổ ở cả trẻ em và người lớn. Các virus như:Epstein-Barr virus, Varicella- zoster và HIV đều có liên quan đến triệu chứng nổi hạch ở cổ.

Các bệnh lý viêm nhiễm như:

Viêm phế quản.

Cảm cúm.

Nhiễm trùng tai.

Nhiễm trùng răng miệng.

Viêm họng hạt,viêm amidan.

Nhiễm trùng mũi.

Đây là những nguyên nhân thường gặp nhất đối với hạch cổ nổi. Tuy nhiên các hạch này thường nhỏ lại và biến mất khi tình trạng viêm giảm đi. Đối với trẻ nhỏ, hệ miễn dịch chưa hoàn thiện, dễ mắc các bệnh lý đường hô hấp, tình trạng hạch viêm phản ứng dễ xảy ra; khiến nhiều phụ huynh lo lắng.

Khi nhắc đến bệnh lao, lao phổi là bệnh lý phổ biến nhất. Tuy nhiên lao hạch cũng là bệnh lý gây ảnh hưởng nhiều đến người mắc. Trong lao hạch, các hạch thường dính thành chùm, sờ nhẵn và không đau. Lao hạch ít lây nhiễm hơn so với lao phổi.

Nếu tình trạng sưng hạch cổ đi kèm với nổi hạch ở các vị trí khác như: bẹn, nách,… thì đây có thể là bệnh lý nổi hạch toàn thân.

Trường hợp nổi hạch ở cổ do ung thư hiếm gặp. Tuy nhiên, chúng ta cũng không thể chủ quan loại trừ nguyên nhân này.

Trường hợp sưng, không đau xuất hiện ở một hoặc nhiều hạch bạch huyết , đặc biệt hạch cổ; là dấu hiệu cảnh báo bệnh ung thư hạch. Ung thư hạch bao gồm u lympho Hodgkin (HL) vàu lympho không Hodgkin(NHL). Nổi hạch ở cổ là một trong số ít những dấu hiệu biểu hiện ra bên ngoài của bệnh ung thư hạch ở giai đoạn đầu.

Bệnh HL đặc trưng bởi sự sưng tấy của hạch cổ. Quá trình bệnh di chuyển từ hạch bạch huyết này sang hạch bạch huyết khác. Trong khi đó, NHL có khả năng gây sưng cả hạch cổ và các hạch bạch huyết toàn thân.

Đây là loại ung thư xuất phát từ các tế bào biểu bì của da và niêm mạc. Ung thư biểu hiện dưới dạng các thương tổn dạng mảng đỏ, phẳng, có lớp vảy bề mặt. Vị trí xuất hiện vùng mặt, dưới môi, tai, cổ hoặc tay và cánh tay. Ngoài ra có thể xuất hiện các tổn thương dạng loét đau trong miệng.

Ung thư biểu mô tế bảo vảy thường phát triển chậm và triệu chứng khó phát hiện. Bệnh có thể di căn đến các hạch vùng đầu cổ, trong đó có hạch cổ, gây sưng đau các hạch.

Đây cũng là những bệnh lý ác tính gây ra tình trạng nổi hạch ở cổ.

Lưu ý: Một số trường hợp bệnh u nang lành tính vùng cổ như: u mỡ, u bã, u nang giáp móng, chồi xương,… dễ nhầm lẫn với tình trạng nổi hạch. Việc chẩn đoán phân biệt đòi hỏi cần có bác sĩ có chuyên môn.

Dù đa phần các tình trạng nổi hạch ở cổ không quá nghiêm trọng, nhưng bạn cũng nên chú ý khi gặp các triệu chứng sau:

Đau nhức ở vùng hạch kéo dài.

Khối sưng sờ dai, cứng, không di động.

Khối sưng liên tục kéo dài hơn hai tuần không rõ nguyên nhân.

Suy nhược cơ thể.

Sốt dai dẳng, đổ mồ hôi đêm.

Sụt cân không rõ nguyên nhân.

Những triệu chứng này cho thấy các bệnh lý toàn thân hoặc trầm trọng như:

Lao.

Giang mai.

HIV.

Ung thư hạch.

Bệnh bạch cầu.

Ung thư di căn.

Nổi hạch ở cổlà một dấu hiệu cho thấy cơ thể của bạn đang báo động sự bất thường. Dù nguyên nhân là lành tính hay ác tính, tốt nhất chúng ta cũng nên đi khám để tìm rõ nguyên nhân và điều trị triệt để; nhất là các trường hợp hạch cổ nổi kéo dài và đi kèm các triệu chứng bất thường.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/trieu-chung-noi-hach-o-co/

Nội dung bài viết

Hạch cổ có nhiệm vụ gì?

Tại sao bạn bị nổi hạch cổ?

Khi khám hạch, bác sĩ sẽ chú ý những đặc điểm gì?

Ung thư ở vùng đầu cổ đang gia tăng, dù là ở bất kể độ tuổi nào. Ung thư đầu cổ biểu hiện rất đa dạng, tùy vào vị trí u. Tuy nhiên, có một dấu hiệu đặc biệt quan trọng, có thể quyết định bệnh diễn tiến tốt hay xấu, đó là hạch cổ.

Ở người bình thường có khoảng 600 – 700 hạch, phân bố khắp cơ thể, nhưng chỉ một phần nhỏ có thể sờ thấy tại vùng dưới hàm, nách, bẹn. Nó được xem như một phần của hệ thống miễn dịch.

Hạch cổ giống như một nơi tập kết để loại bỏ chất độc hại lưu thông trong máu vùng đầu mặt. Khi có quá nhiều mầm bệnh, mầm bệnh sẽ bị “thu gom”, làm hạch sưng to lên.

Nếu có ung thư, hạch cũng bắt các tế bào ung thư, làm chậm sự lan truyền ung thư. Đến một lúc nào đó, các tế bào ung thư sẽ tràn ngập trong hạch. Do đó, hiện tượng nổi hạch vùng cổ cần quan tâm vì cảnh báo nhiều bệnh lý nguy hiểm.

Khi hạch có dấu hiệu sưng, nóng, đỏ, đau, chúng ta cần đi thăm khám để tìm ra các bệnh lý liên quan, từ nhẹ như viêm họng cấp, cho đến các bệnh lý ác tính, ung thư. Vấn đề quan trọng ở đây là xác định được hạch sưng to là do viêm đơn thuần, hay do ung thư.

Xem ngay cách xác đinh hach ở cổ có phải là ung thư trong video dưới dây nhé!

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng nổi hạch cổ, nhìn chung được xếp vào 3 nhóm nguyên nhân chính sau:

Nổi hạch cổ có thể cảnh báo sự nhiễm trùng từ vùng Tai – Mũi – Họng (viêm họng,viêm amiđan,viêm xoang,viêm tai giữa, viêm các tuyến nước bọt, và cả tình trạng viêm miệng – sâu răng…).

Viêm hạch còn gặp ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch, gầy yếu, người già…, một số trường hợp viêm hạch do sử dụng thuốc (Hydantoines, Carbamazepine, Rifampicine, Penicilline…) với cơ chế chưa rõ.

Viêm họng hạt(viêm họng mãn tính) có thể dẫn đến tình trạng hạch cổ.

Nổi hạch ở cổ có thể là triệu chứng của bệnh Hodgkin, bệnh bạch cầu cấp… Đặc điểm chung của hạch loại này: sờ hạch thấy chắc, di động, ấn không đau, có thể kèm dấu hiệu tại gan, lách và bệnh lý liên quan đến máu (thiếu máu, xuất huyết dưới da…).

Các hạch di căn thường kèm các triệu chứng tại Tai – Mũi – Họng như: nuốt khó, nhức tai (gợi ýung thư vòm họng, thanh quản), nói khó hay khó thở (gợi ý ung thư vùng thanh quản),nghẹt mũivà chảy máu mũi (gợi ý ung thư vòm hay mũi xoang), nghe kém và ù tai (gợi ý ung thư vòm)…

Ngoài ra, hạch cổ còn gặp trong di căn từ ung thư dạ dày,ung thư vú…

Trong các ung thư đường hô hấp trên, Ung thư vòm là loại đáng nghi ngại nhất. Lý do là vì, bệnh thường được chẩn đoán muộn vì các khối u nằm sâu, khó quan sát được trực tiếp. Khi phát hiện, u đã lớn, xâm lấn rộng, tiên lượng xấu.

Với ung thư vòm, triệu chứng nổi hạch ở cổ xuất hiện từ rất sớm, có khi chưa thấy cả khối u ở vòm. Nổi hạch đôi khi chính là triệu chứng làm bệnh nhân lo lắng và đi khám. Do đó, y khoa có cụm từ “con sinh trước cha”, để nhấn mạnh hơn dấu hiệu chỉ điểm của hạch cổ trong phát hiện sớm ung thư vòm.

Ung thư vòm họng là bệnh lý ác tính, tìm hiểu vềdấu hiệu cảnh báo và cách tầm soát ung thư vòm họngđể hạn chế nguy cơ tử vong do bệnh gây ra nhé!

Như vậy, thay vì chủ quan và bỏ qua, bạn cần đến gặp bác sĩ ngay để được thăm khám kỹ khi nổi hạch bất thường tại cổ.

Phân loại hạch thuộc vị trí nào, xác định số lượng hạch.

Nhận định hình dạng, kích thước hạch: hạch tròn thường nghi ngờ hạch ung thư, hạch bầu dục thường nghĩ hạch viêm.

So sánh vị trí hạch hai bên.

Sự di động của hạch: hạch cứng, dính vào mô xung quanh thường nghi ngờ hạch ung thư.

Với cácbác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng, ngoài việc khám thật kỹ các hạch dựa trên những tính chất trên, khi nghi ngờ có khối ung thư từ nơi khác di căn, bác sĩ sẽ chủ động nội soi nhằm phát hiện bất thường tại vòm, hay tại họng –  thanh quản…

Nếu nghi ngờ bản thân mắc phải ung thư vòm họng, tìm hiểu bài viếtNghi ngờ ung thư vòm họng, cần chuẩn bị những gì trước khi đi khám?để có thể chuẩn bị thật tốt cho buổi khám bác sĩ của mình!

Hạch cổrất quan trọng. Hạch cổ không những góp phần bảo vệ cơ thể mà còn phản ánh sớm nhất, đúng nhất tình trạng bệnh lý của mỗi người. Phải chăng, lâu nay chúng ta đã quá chủ quan với sức khỏe mình. Nếu vô tình sờ quanh cổ, thấy những khối hạch đáng nghi ngại, bạn nên sớm đến gặp bác sĩ.

Với các hạch nghi ngờ ác tính hay do di căn ung thư, những phương pháp như nội soi Tai Mũi Họng, siêu âm, sinh thiết… sẽ giúp bạn chẩn đoán và điều trị sớm bệnh của mình.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/noi-hach-o-tay-va-chan/

Nội dung bài viết

Nổi hạch ở tay và chân là gì?

Triệu chứng nổi hạch ở tay và chân

Nguyên nhân nổi hạch ở tay và chân

Tình trạng này có nguy hiểm không?

Cách phòng ngừa nổi hạch ở tay và chân

Khi nào cần đến gặp bác sĩ?

“Nổi hạch” được hiểu đúng là tình trạng hạch bạch huyết tăng kích thước, có liên quan đến các bất thường của cơ thể. Thông thường mọi người hay gọi nổi hạch ở tay và chân chỉ tình trạng khối u hoặc sưng bất thường. Trong bài viết sau đây, Bác sĩ Phan Văn Giáo sẽ đề cập đến cụm từ này trên phương diện tình trạng khối u bất thường ở tất cả các vị trí tay và chân, không chỉ riêng vị trí hạch.

Tình trạngnổi hạch ở tay và chândùng để mô tả một khối sưng, u, nốt hoặc vùng sưng tấy cục bộ trên cánh tay và chân. Các cục u này có thể do bất kỳ tình trạng nào gây ra như: nhiễm trùng, viêm, ung thư hoặc chấn thương. Bên cạnh lòng bàn tay, nhiều người cũng có thể gặp tình trạngnổi hạchở bắp tay, bắp chân.

Nổi hạch ở tay chân được dùng để mô tả khối sưng bất thường

Khối u/ sưng bất thường này có thể:

Đơn lẻ hoặc nhiều khối tập hợp.

Sờ mềm hoặc chắc.

Đau hoặc không đau.

Chúng cũng có thể phát triển nhanh chóng hoặc có thể không thay đổi về kích thước.

Tùy thuộc vào nguyên nhân, các triệu chứng đi kèm với khối sưng bất thường này có thể là:

Chảy máu hoặc bầm tím.

Biến dạng các vùng khớp.

Có mủ hoặc không.

Sốt.

Xuất hiện kèm các cục u khác trên cơ thể.

Yếu cơ.

Sưng đau ở khớp khác.

Giảm cân.

Hầu hết các nguyên nhân gâynổi hạch ở tay và chânnhư mọi người mô tả là không quá nghiêm trọng. Một số trường hợp hiếm hoi là do các khối u gây nên.

Các chấn thương nặng hoặc nhẹ tại chỗ hoặc chấn thương các cơ quan khác cũng có thể dẫn đến hình thành khối sưng trên tay chân như:

Gãy xương.

Tụ máu.

Chấn thương mô mềm.

Vết thương do vết đốt/ cắn.

Nhiễm trùng có thể gây ra các áp xe khu trú hay các nhọt. Những nguyên nhân viêm nhiễm dẫn đến tình trạngnổi hạch ở tay và chânlà:

Áp xe.

Nhọt.

Viêm mô tế bào(Nhiễm trùng da và các mô bên dưới).

Viêm tủy xương (Nhiễm trùng xương).

Nhiễm virusPapilloma(Mụn cóc).

Một số tình trạng viêm trong cơ thể có thể gây ra các cục u ở tay chân, đặc biệt xung quanh các khớp gồm:

Hồng ban nút: Đây là rối loạn gây ra các khối đỏ mềm bên dưới bề mặt da.

Bệnh gout: Đây là tình trạng viêm khớp do tích tụ các tinh thể axit uric trong khớp; dẫn đến đỏ, sưng và đau. Các vị trí thường bị ảnh hưởng là: cổ tay, ngón tay, khớp bàn chân. Đôi khi bệnh gout cũng khiến hình thành các vết sưng dưới da màu trắng, không đau.

Gout gây viêm sưng ở các khớp, tạo các cục u sưng đỏ đau

Viêm xương khớp: Tình trạng thoái hóa khớp khi sụn đệm bắt đầu mòn; gây sưng đau khớp.

Viêm khớp vẩy nến: Viêm khớp liên quan đếnbệnh vảy nến.

Viêm khớp dạng thấp: Bệnh lý tự miễn mạn tính đặc trưng bởi viêm khớp.

Bệnhlupus ban đỏhệ thống: Rối loạn hệ miễn dịch trong đó cơ thể tự tấn công các tế bào khỏe mạnh của chính mình.

Đây là khối u lành tính xảy ra xung quanh khớp. Thường ở vị trí mặt sau cổ tay hoặc trên bàn tay. U có hình tròn hoặc bầu dục. Các nang phát triển ra khỏi bao gân, bên trong chứa đầy dịch.

Nang xuất hiện và biến mất nhanh chóng; kích thước thay đổi; thường không đau và tự biến mất. Nếu u nang đè lên dây thần kinh, có thể gây tê, đau hoặc yếu cơ ở vùng đó. Hạn chế vận động cổ tay để tránh nang tăng kích thước.

Đây là u lành tính, không lây lan đến các vị trí khác. GCTTS chậm phát triển, thường tạo những cục u không đau. Chúng phát triển trong lớp bao gân (lớp màng bao quanh gân tay).

Chúng là những cục u lành tính dưới da. Nang chứa dịch vàng keratin. Nó được hình thành do sự kích ứng hoặc gây tổn thương da/ nang lông. Thường u nang biểu bì giữ nguyên kích thước; nhưng cũng có thể tăng kích thước theo thời gian. Trường hợp nang bị viêm hay nhiễm trùng có thể gây sưng đau.

Khối u ác tính thường phát triển nhanh chóng và có hình dạng bất thường. Chúng có thể gây đau đớn. Có nhiều loại ung thư khác nhau ảnh hưởng đến bề mặt hoặc dưới da như:Ung thư da, ung thư tế bào hắc tố, ung thư biểu mô tế bào vảy; các loại sarcom (liposarcoma, rhadomyosarcoma).

Thậm chí có thể gặp một số ung thư đe dọa tính mạng như: ung thư xương hoặc mô mềm; ung thư hệ bạch huyết.

Một số loại u nang hoặc bướu khác ít gặp hơn gồm:

U thần kinh (khối u thần kinh).

U xơ (khối u của mô liên kết).

U mỡ (Lipomas).

Khối u glomus.

Đây là tình trạng trong đó xương cổ tay phát triển quá mức. Bạn có thể sờ thấy vết sưng cứng ở mặt sau của cổ tay. Đôi khi có thể bị nhầm với u nang bao hoạt dịch.

Cổ tay Boss có thể gây đau đớn như viêm khớp; đặc biệt lúc tăng hoạt động. Bạn có thể giảm đau bằng cách nghỉ ngơi, hạn chế cử động cổ tay.

Cổ tay Boss là bất thường xương ở cổ tay, tạo khối u giống nổi hạch ở cổ tay

Hội chứng này ảnh hưởng đến các gân cơ gấp của bàn tay, gây sưng tấy. Trong hội chứng này, gân ở phía lòng bàn tay của ngón tay có thể bị mắc vào vỏ bao gân, cản trở cử động. Đôi khi có thể xuất hiện cục u nhỏ ở gốc của ngón tay bị ảnh hưởng. Sự hiện diện của cục u càng khiến ngón tay của bạn bị kẹt ở vị trí uốn cong và trầm trọng hơn.

Chứng co cứng này xảy ra khi mô lòng bàn tay dày lên; ảnh hưởng đến các ngón tay. Lúc này bạn có thể nhận thấy các vết rỗ và cục xơ cứng ở lòng bàn tay. Dù không gây đau đớn nhưng chúng thường khiến ta khó chịu. Khi các sợi mô càng dày hơn có thể khiến ngón tay bị cong vào trong.

Đa phần nguyên nhân gây ra các khối u này là lành tính và ít gây nguy hiểm cho sức khỏe. Tuy nhiên chúng ta không thể chủ quan. Nếu để lâu, một số bệnh lý nguyên nhân sẽ trở nên trầm trọng hơn. Trong một số trường hợp cục u nổi lên này là ác tính thì có thể đe dọa đến tính mạng.

Để phòng ngừa tình trạng này xảy ra, tốt nhất chúng ta nên:

Thường xuyên kiểm tra sức khỏe định kỳ để phát hiện các bất thường cơ thể.

Duy trì lối sống khỏe mạnh và chế độ sinh hoạt cân bằng.

Hạn chế các hoạt động gây va đập, chấn thương tay chân.

Thường xuyên theo dõi các dấu hiệu bất thường trên cơ thể.

Bất cứ khi nào bạn phát hiện thấy tình trạng khối u lạ, bất thường trên tay chân, hãy đến gặp bác sĩ ngay. Điều này sẽ giúp bạn được chẩn đoán và điều trị kịp thời, tránh các biến chứng nguy hiểm. Đặc biệt nếu bạn gặp các triệu chứng sau, phải nhanh chóng đến các cơ sở y tế để kiểm tra:

Khối sưng hay cục u lớn nhanh.

Đi kèm với sưng đau nhiều.

Tê, ngứa ran, yếu cơ.

Xuất hiện triệu chứng nhiễm trùng.

Khối sưng/u nằm ở vị trí dễ bị kích thích.

Tay chân lạnh.

Sốt cao.

Gãy hoặc biến dạng chi rõ ràng.

Đau không kiểm soát.

Chảy máukhông kiểm soát.

Đa số các trường hợpnổi hạch ở tay và chânmà chúng ta thường thấy đều là triệu chứng của các tình trạng đơn giản. Điều này có nghĩa là vẫn có thể có khả năng xảy ra các tình trạng trầm trọng hơn. Tốt nhất chúng ta nên đi khám và kiểm tra kỹ những cục u bất thường này. Việc thăm khám cũng sẽ giúp bạn giảm bớt lo lắng và được điều trị, chăm sóc thích hợp cho tình trạng của mình.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/noi-me-day/

Nội dung bài viết

Mề đay là gì?

Nguyên nhân của mề đay và phù mạch

Biến chứng của trình trạng này là gì?

Phòng ngừa mề đay và phù mạch như thế nào?

Chẩn đoán

Mề đay điều trị ra sao?

Các tình huống cấp cứu của mề đay?

Điều chỉnh lối sống phù hợp và điều trị tại nhà

Mề đay là một tình trạng phản ứng của da. Khi nổi mề đay, da sẽ trở nên đỏ, ngứa và sưng phù, có thể ở dạng nốt nhỏ đến mảng lớn. Nó có thể xuất hiện trong nhiều tình huống khác nhau. Thường gặp nhất là khi sử dụng một số loại thực phẩm hay thuốc men. Vậy mề đay biểu hiện ra sao và có nguy hiểm không? Hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Thị Thảo tìm hiểu thêm về tình trạng này nhé.

Như đã nói ở trên, mề đay là một phản ứng của da. Sự phản ứng này thường xuất hiện sau khi tiếp xúc với yếu tố kích ứng, đi kèm với nó có thể có tình trạng phù mạch. Tình trạng này là do sự tích tụ dịch ở trong lớp sâu trong da, thường là ở môi hay ở da mặt. Đôi khi, tình trạng phù mạch cũng có thể xuất hiện một mình mà không kèm mề đay.

Mề đay và phù mạch là những tình trạng khá thường gặp. Trong hầu hết các trường hợp, chúng là vô hại. Mề đay và phù mạch thường sẽ biến mất trong vòng một ngày và không để lại dấu vết gì và cũng không cần điều trị nếu chỉ có các biểu hiện nhẹ.

Một số trường hợp, mề đay và phù mạch có thể cần tới điều trị vớithuốc antihistamine. Đôi khi, sự phù mạch trở nên nghiêm trọng và có thể gây tử vong. Đó là những trường hợp mà sự tích tụ dịch phù gây tắc nghẽn đường thở khi xuất hiện ở những vị trí như họng, thanh quản và lưỡi.

Những biểu hiện của phù mạch và mề đay đôi khi dễ nhầm lẫn với các ban da khác.

Khi da của bạn bị sưng phù, có thể đó là mề đay nếu:

Màu đỏ, hay dạng hồng ban.

Ngứa, tuỳ mức độ, có thể từ nhẹ đến nặng.

Thường dạng hình tròn, oval hay dạng hình que.

Có thể nhỏ như hạt đậu hay lớn như cái đĩa.

Hầu hết mề đay xuất hiện nhanh chóng và biến mất trong vòng 24 giờ. Tuy nhiên, mề đay mạn tính thì các mảng cũng biến mất trong vòng 24h nhưng sẽ lặp lại sau đó. Mỗi tuần khoảng 2 – 3 lần, thậm chí mỗi ngày. Mốc để phân biệt mày đay cấp hay mạn là 6 tuần. Nguyên nhân gây mề đay cấp thường do thuốc, thức ăn; mạn đa số là vô căn.

Bạn có thể quan tâm:Nổi mề đay kéo dài: Có phương pháp điều trị dứt điểm không?

Phù mạch là phản ứng tương tự như mề đay. Các phản ứng này ảnh hưởng đến các lớp sâu của da. Phù mạch có thể xuất hiện cùng mề đay hay hiện diện đơn độc. Các dấu hiệu của phù mạch như:

Sự sưng phù hình thành trong vòng vài phút đến vài giờ.

Sưng phù và đỏ, hay xuất hiện ở quanh mắt, má hay môi.

Cảm thấy đau hay nóng ở vùng cơ thể bị ảnh hưởng.

Đối với tình trạng nhẹ, bạn có thể tự chữa chúngtại nhà. Tuy nhiên, bạn nên đi khám bác sĩ khi các triệu chứng của bạn kéo dài nhiều ngày.

Nếu nghĩ rằng tình trạng nổi mề đay và phù mạch của mình là dodị ứng với một loại thức ănhay thuốc men nhất định, các triệu chứng bạn có đôi khi là dấu hiệu cảnh báo sớm chophản ứng phản vệ. Hãy nhập cấp cứu ngay nếu bạn cảm thấy lưỡi, môi, miệng hay họng mình sưng phù hay cảm thấy khó thở. Chúng có thể là những dấu hiệu cảnh báo nguy hiểm. Khi đó, bạn cần được khám và hỗ trợ kịp thời.

Tình trạng này có thể là do các nguyên nhân sau:

Thức ăn.Nhiều loại thức ăn có thể gây nên phản ứng ở cơ địa người dễ nhạy cảm. Một số loại thường gặp như hải sản (tôm, cua), cá, đậu phộng, đậu nành, lúa mì, trứng, sữa… Hãy nhớ lại loại thức ăn vừa dùng khi bạn nổi mề đay.

Thuốc men.Nhiều loại thuốc gây ra phù mạch và mề đay. Thường thấy như:penicillin,aspirin,ibuprofen, naproxen sodium và các loại thuốc huyết áp.

Các dị ứng nguyên trong không khí.Phấn hoa và các dị ứng nguyên khác khi hít vào có thể làm khởi phát mề đay. Đôi khi, tình trạng này còn đi kèm với các triệu chứng hô hấp trên và dưới.

Các yếu tố môi trường.Ví dụ như ánh sáng mặt trời trực tiếp, cảm giác rung (như khi bạn dùng máy cắt cỏ), tắm nước nóng, áp lực trên bề mặt da như khi mặc quần áo quá chật, bó sát hay do động tác cào gãi. Những yếu tố khác như stress tâm lý,côn trùng cắnvà vận động mạnh cũng có thể gây ra mề đay.

Khi điều trị bệnh hay tình trạng bệnh nền.Mề đay có thể xuất hiện thường xuyên trong phản ứng do truyền máu và nhiễm trùng, nhiễm virus nhưviêm ganhay HIV.

Thường thì hiếm khi tìm được nguyên nhân gây nổi mề đay hay phù mạch. Đặc biệt là trong mề đay mạn tính, rất hiếm khi biết được nguyên nhân.

Mề đay và phù mạch là khá thường gặp. Chúng thường liên quan đến cơ địa dị ứng và đôi khi mang tính gia đình. Bạn có thể có nguy cơ cao nếu:

Đã từng nổi mề đay hay phù mạch trước đó.

Đã từng biểu hiện dị ứng với một chất, thức ăn hay thuốc men trước đó

Gia đình bạn có người từng mắc bệnh. Hoặc gia đình bạn có tình trạng phù mạch di truyền.

Những trường hợp có biến chứng thường nặng nề, đôi khi gây tử vong. Nếu sự sưng phù xuất hiện ở họng hay lưỡi, làm tắc nghẽn đường thở, chúng có thể gâysuy hô hấp. Đây là biến chứng đáng lưu ý nhất của phù mạch và mề đay.

Hai tình trạng này có thể phòng ngừa được. Để làm giảm khả năng nổi mề đay này, bạn có thể:

Tránh các yếu tố kích ứng đã biết. Nếu bạn biết một chất/yếu tố nào khiến mình nổi mề đay, hãy tránh không tiếp xúc với nó.

Tắm rửa và thay quần áo sớm sau khi có tiếp xúc với yếu tố kích ứng. Nếu như phấn hoa haylông động vậtkhiến bạn nổi mề đay, hãy tắm rửa và thay quần áo sau khi bạn tiếp xúc với chúng.

Để chẩn đoán, bác sĩ sẽ khám phần bị ảnh hưởng và hỏi bạn một số câu hỏi. Các câu hỏi giúp xác định tình huống dẫn đến mề đay và tìm ra nguyên nhân của tình trạng hiện tại. Đôi khi, bạn cần phải làm phép thử lẫy da để chẩn đoán. Đây là một xét nghiệm về dị ứng. Bác sĩ cũng có thể chỉ định một số xét nghiệm khác tuỳ vào tình trạng của bạn.

Nếu như bạn chỉ có các triệu chứng nhẹ thì không cần thiết phải điều trị. Mề đay và phù mạch thường sẽ tự hết. Tuy nhiên, điều trị có thể cần thiết khi bạn cảm thấy khó chịu và ngứa nhiều. Nếu các triệu chứng nặng hay kéo dài, điều trị thuốc có thể giúp bạn thoải mái hơn.

Thuốc làm giảm ngứa.Đây là điều trị tiêu chuẩn cho mề đay với thuốc antihistamine. Thuốc sẽ giúp bạn giảm ngứa, giảm sưng phù và các triệu chứng khác. Tuy nhiên, một số loại antihistamine có thể gây buồn ngủ. Bác sĩ sẽ chọn loại thuốc giúp hạn chế tác dụng phụ này này. Thuốc có thể được kê toa hoặc mua tại quầy mà không cần đơn thuốc.

Thuốc kháng viêm.Đối với các trường hợp nặng, bạn có thể cần dùng tới corticosteroids. Đây là một loại thuốc kháng viêm, tác động lên hệ miễn dịch. Thuốc thường được dùng trong nhóm này là Prednisone. Thuốc làm giảm sưng phù, đỏ da và giảm ngứa. Bác sĩ kê toa loại thuốc này dưới dạng viên uống.

Thuốc ức chế hệ miễn dịch.Nếu như những thuốc trên không hiệu quả, bạn có thể cần tới nhóm thuốc này. Bác sĩ sẽ đánh giá và cho thuốc để làm giảm bớt các đáp ứng của hệ miễn dịch. Từ đó giúp giảm các triệu chứng khó chịu do mề đay và phù mạch gây ra.

Nếu bạn có nổi mề đay hay phù mạch với mức độ nặng, hãy tới cấp cứu nơi gần nhất. Bạn có thể được tiêm một liều epinephrine – một loại adrenaline. Nếu như bạn đã có tình trạng nghiêm trọng tương tự trước đây, có thể bạn sẽ cần mang theo một cây bút tiêm epinephrine để sử dụng trong trường hợp khẩn cấp. Hãy liên hệ với bác sĩ để được trả lời bạn có cần bút tiêm epinephrine này hay không.

Đối với các trường hợp nhẹ, có nhiều mẹo giúp điều trị mề đay bạn có thể làm tại nhà. Khi xuất hiện các triệu chứng của mề đay và phù mạch, hãy nhớ đến những gợi ý sau:

Tránh xa các yếu tố gây khởi phát.Ví dụ như thức ăn, thuốc, phấn hoa, lông vật nuôi, latex hay côn trùng đốt. Nếu bạn nghĩ một loại thuốc đang dùng khiến bạn nổi mề đay, hãy hỏi lại ý kiến bác sĩ.

Dùng các loại thuốc giảm ngứa mua tại tiệm thuốc.Thuốc antihistamine uống có thể mua mà không cần toa thuốc của bác sĩ. Một số loại như loratadine, cetirizine hay diphenhydramine có thể giúp giảm ngứa. Hãy hỏi dược sĩ các loại thuốc bạn có thể mua. Bạn cũng nên chọn loại không có tác dụng phụ gây buồn ngủ.

Chườm mát.Chườm mát giúp làm dịu vùng da nổi mề đay và ngăn ngừa việc gãi ngứa. Điều này giúp bạn cảm thấy dễ chịu hơn và an toàn cho vùng da của bạn.

Tắm nước mát.Tắm nước mát nhẹ nhàng giúp bạn cảm thấy bớt ngứa hơn. Một số người tắm nước lạnh hòa với baking soda giúp cải thiện triệu chứng. Tuy nhiên, nếu mề đay nổi kéo dài, bạn nên đi khám sớm nhé.

Mặc quần áo thoải mái, êm dịu.Bạn nên mặc quần áo làm từ vải cotton. Nhớ tránh mặc quần áo chật, bó sát, bí hay làm từ len nhé. Điều này làm giảm sự kích ứng lên làn da của bạn.

Tránh ánh nắng mặt trời.Khi ra ngoài, hãy nhớ đứng trong bóng râm để tránh ánh nắng trực tiếp nhé.

Mề đayvà phù mạch là những tình trạng khá thường gặp. Chúng có thể do nhiều nguyên nhân và tình trạng kích ứng gây ra. Đa số mề đay là nhẹ và không cần điều trị. Tuy nhiên cũng có những trường hợp nguy hiểm cần cấp cứu ngay.

Hãy lưu ý những mẹo nhỏ mà YouMed vừa cũng cấp cho bạn để có thể tự xử lý khi bạn hay người thân nổi mề đay nhé. Và đừng quên rằng, nếu có tình trạng cấp cứu hay mề đay nặng nề hoặc kéo dài, hãy tìm kiếm sự chăm sóc y tế ngay khi có thể.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/noi-me-day-keo-dai-co-phuong-phap-dieu-tri-dut-diem-khong/

Nội dung bài viết

Mề đay (phát ban) mạn tính là gì?

Nguyên nhân dẫn đến nổi mề đay kéo dài

Triệu chứng

Chẩn đoán

Có phương pháp điều trị dứt điểm nổi mề đay kéo dài không?

Nếu bạn thường xuyên nổi mề đay kéo dài và cảm thấy ngứa cũng như khó chịu. Nếu bạn đã chịu đựng các triệu chứng này vài tháng thậm chí vài năm. Vậy thì có thể bạn đang mắc bệnh mề đay mạn tính. Hãy tham khảo bài viết dưới đây của Bác sĩ chuyên khoa Da liễu Nguyễn Thị Thảo để nắm rõ bệnh và hướng dẫn của bác sĩ về cách chăm sóc bản thân cũng như phòng ngừa các đợt nổi mề đay sau này.

Phát ban (nổi mề đay) là những sẩn hồng ban, ngứa do các phản ứng trên da. Những sẩn hồng ban này rất đa dạng về kích thước, cũng như biến đổi rất nhanh. Các sẩn này xuất hiện cũng như lặn đi rất nhanh.

Tình trạng này được gọi là mề đay mạn tính (nổi mề đay kéo dài) khi các sẩn này xuất hiệntrên 6 tuần. Kèm theo đó là tình trạng tái đi tái lại trong nhiều tháng, năm. Nguyên nhân gây ra tình trạng phát ban mạn tính vẫn chưa rõ ràng.

Phát ban mạn tính có thể rất khó chịu, gây mất ngủ và cản trở các hoạt động thường ngày. Đối với nhiều người,thuốc kháng histaminevà thuốc giảm ngứa có thể giúp giảm các triệu chứng.

Sẩn và mảng mề đay xuất hiện khi các tế bào trong máu giải phóng Histamine và một số chất trung gian hóa học khác, các chất này gây ra tình trạng ngứa trên da của bạn. Thường thì các bác sĩ không thể xác định được nguyên nhân gây đợt cấp hay bệnh mạn (nổi mề đay kéo dài). Các phản ứng trên da có thể xuất hiện do các nguyên nhân sau:

Thuốc giảm đau.

Côn trùng hoặc ký sinh trùng.

Nhiễm trùng

Gãi.

Căng thẳng.

Ánh sáng mặt trời.

Tập thể dục.

Rượu hoặc thức ăn.

Các áp lực lên da như quần áo bó, thắt lưng,…

Nhiệt độ (nóng hoặclạnh).

Trong một số trường hợp, nổi mề đay kéo dài có thể liên quan đến một bệnh lý tiềm ẩn. Ví dụ như bệnh lý tuyến giáp hay hiếm gặp là ung thư.

Các triệu chứng và dấu hiệu của phát ban mạn tính (nổi mề đay kéo dài) bao gồm:

Các sẩn, mảng hồng ban màu hồng, đỏ có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào của cơ thể.

Ngứa, có thể diễn tiến nặng.

Sưng đau (phù mạch) vùng môi, mí mắt và bên trong cổ họng.

Các triệu chứng có thể khởi phát sau khi tiếp xúc với một số yếu tố. Ví dụ như: môi trường/nước nóng/lạnh, tập thể dục, căng thẳng.

Các triệu chứng tồn tại hơn 6 tuần và thường xuyên tái phát. Và chúng cũng xuất hiện không thể dự đoán được, đôi khi trong nhiều tháng hoặc năm.

Các đợt nổi mề đay cấp tính thường xuất hiện đột ngột và cũng thường hết sau vài tuần.

Hãy gặp bác sĩ nếu bạn bị nổi mề đay nặng hoặc liên tục trong vài ngày. Bên cạnh đó, nếu như bạn đột ngột chóng mặt, khó thở nhiều, thở rít,… thì bạn cần nhờ người xung quanh gọi cấp cứu vì có thể bạn có thể rơi vào tình trạng sốc phản vệ do nổi mề đay kéo dài.

Mề đay mạn tính thường không gây ra tình trạng nặng nề, đột ngột như sốc phản vệ. Tuy nhiên, nếu bạn cảm thấy những triệu chứng trở nên nặng hơn, bạn nên liên lạc với bác sĩ để được hướng dẫn xử trí cụ thể.

Bác sĩ sẽ đánh giá lâm sàng và hỏi bạn một số câu hỏi để đánh giá cách chi tiết các triệu chứng của bạn. Bác sĩ cũng sẽ yêu cầu bạn theo dõi các triệu chứng và ghi chú vào một quyển sổ:

Các hoạt động thường ngày của bạn.

Bất kỳ loại thuốc, thảo dược hay thực phẩm chức năng nào mà bạn sử dụng.

Những gì bạn ăn và uống.

Nơi các mề đay nổi lên, và thời gian tồn tại.

Nếu bác sĩ nghi ngờ các triệu chứng của bạn do một bệnh lý tiềm ẩn nào đó, bác sĩ sẽ đề nghị một số xét nghiệm cần thiết, như xét nghiệm máu hay xét nghiệm da.

Phát ban mạn tính không kéo dài mãi mãi. Trong phần lớn các trường hợp bệnh sẽ kéo dài trong từ 1 đến 5 năm. Với số ít người, có thể kéo dài lâu hơn. Hiện tại,chưa có phương pháp chữa trị nào có thể dứt điểm được bệnh. Tuy nhiên, các biện pháp sử dụng thuốc và thay đổi lối sống có thể giúp bệnh nhân cảm thấy tốt hơn.

Thường bác sĩ sẽ khuyên bạnđiều trị tại nhàbằng thuốc kháng histamine. Nếu như không có hiệu quả, hãy nói chuyện với bác sĩ của bạn để được tư vấn về việc phối hợp thuốc cũng như tìm ra thuốc có tác dụng với bệnh của bạn.

Thuốc kháng Histamine thường không gây hại và có thể sử dụng hằng ngày giúp giảm triệu chứng. Tuy nhiên, thuốc vẫn có một số tác dụng phụ nhất định. Một số loại thuốc kháng Histamine như:

Loratadine (Claritin).

Fexofenadine(Allegra).

Cetirizine (Zyrtec).

Desloratadine(Clarinex).

Nếu thất bại trong điều trị với các thuốc kháng histamine, bác sĩ có thể tăng liều thuốc hoặc thử nhóm thuốc có tác dụng phụ gây buồn ngủ và sử dụng vào buổi tối trước khi đi ngủ. Ví dụ như hydroxyzine pamoate (Vistaril) và doxepin (Zonalon).

Cần đặc biệt lưu ý, nếu bạn đang mang thai hoặc cho con bú, mắc bệnh mạn tính hay đang sử dụng các thuốc khác, hãy nói với bác sĩ để bác sĩ đánh giá khả năng tương tác thuốc và tác dụng phụ trước khi kê toa cho bạn.

Nếu dùng đơn thuần các thuốc kháng histamine không có tác dụng, một số thuốc có thể giúp bạn, như:

Thuốc chẹn thụ thể Histamine (H2). Còn được gọi là thuốc đối kháng thụ thể H-2, được tiêm hoặc uống. Ví dụ bao gồm cimetidine (Tagamet HB) và famotidine (Pepcid).

Thuốc chống viêm. Corticosteroid đường uống, chẳng hạn như prednison, có thể giúp giảm sưng, đỏ và ngứa. Nhóm thuốc này được sử dụng để kiểm soát triệu chứng cấp tính và nặng nề. Không nên sử dụng kéo dài vì thuốc gây nhiều tác dụng phụ nghiêm trọng.

Thuốc chống trầm cảm. Nhóm chống trầm cảm ba vòng doxepin (Zonalon), được sử dụng ở dạng kem, có thể giúp giảm ngứa. Thuốc này có thể gây chóng mặt và buồn ngủ.

Thuốc trị hen suyễn có thuốc kháng histamine. Các loại thuốc can thiệp vào hoạt động của thuốc biến đổi leukotriene có thể hữu ích khi sử dụng với thuốc kháng histamine. Ví dụ nhưmontelukast (Singulair)và zafirlukast (Accolate).

Thuốc ức chế miễn dịch. Các lựa chọn bao gồm cyclosporine (Gengraf,Neoral, các thuốc khác) vàtacrolimus(Astagraft XL, Prograf, Protopic).

Nổi mề đay kéo dài có thể tiếp tục diễn tiến sau nhiều tháng và nhiều năm, ảnh hưởng lên giấc ngủ và công việc cũng như các hoạt động khác. Các biện pháp dưới đây giúp phòng ngừa và làm dịu đi triệu chứng của bệnh:

Mặc quần áp rộng và nhẹ.

Tránh gãi hay sử dụng xà phòng có tính sát khuẩn cao.

Làm dịu vùng mề đay bằng kem chống ngứa. Ngoài ra có thể sử dụng khăn mát lau, quạt, kem dưỡng da, …

Ghi lại những thời điểm phát ban và những yếu tố bạn nghĩ là liên quan tới lần phát ban này.

Tránh các tác nhân bạn nghĩ là nguyên nhân

Thoa kem chống nắng trước khi ra ngoài.

Cácmề đay nổi kéo dàikèm các triệu chứng ngứa cũng như những ảnh hưởng đến công việc là tác động tiêu cực của bệnh lên cuộc sống của bạn. Bài viết đã nêu ra những phương thức điều trị cũng như phòng ngừa để giúp bạn. Tuy nhiên, sau khi đọc bài viết này, mong bạn hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn và tìm được phương pháp điều trị phù hợp nhất với triệu chứng nổi mề đay kéo dài.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-noi-dau-mat-nguoi-than/

Nội dung bài viết

Tổng quan

Biểu hiện của rối loạn mất người thân phức tạp dai dẳng

Nguyên nhân nào dẫn đến rối loạn này?

Tình trạng này có thể dẫn đến các biến chứng gì?

Làm sao để phòng ngừa rối loạn này?

Phương pháp chẩn đoán

Điều trị rối loạn này như thế nào?

Mất người thân yêu là một trong những trải nghiệm gây đau buồn và khủng hoảng nhất. Không may thay, đa số chúng ta đều có thể trải qua cảm giác này vào một thời điểm nào đó trong cuộc đời. Đa số mọi người đều có thể vượt qua nỗi đau này. Tuy nhiên, một số người lại không thể. Họ cứ sống mãi trong nỗi đau, buồn rầu, tội lỗi và thậm chí là giận dữ. Vậy trong những tình huống này, chúng ta cần làm gì? Hy vọng bài viết dưới đây của ThS.BS chuyên khoa Tâm thần Nguyễn Trung Nghĩa có thể cho bạn một cái nhìn mới để giải quyết vấn đề.

Khi người thân hay người mà ta thương yêu mất đi, hầu như ai cũng trải qua một giai đoạn trầm buồn. Những cảm xúc thường gặp nhất là buồn bã, mất mát hay tiếc nuối. Nhưng rồi dần dần, khi thời gian qua đi, mọi người sẽ có thể học cách chấp nhận và tiếp tục sống.

Tuy nhiên, khi những cảm giác mất mát này không biến mất dù thời gian dài đã trôi qua, rất có thể đây là biểu hiện của bệnh lý. Rối loạn này được gọi làrối loạn mất người thân phức tạp dai dẳng, haynỗi đau phức tạp(complicated grief). Khi đó, người bệnh cảm nhận nỗi đau một cách kéo dài và không thể hồi phục được. Họ không thể trở lại với cuộc sống thường nhật, hay gặp khó khăn trong sinh hoạt, đời sống.

Mỗi người có cách vượt qua nỗi đau khác nhau. Thông thường, các giai đoạn mà một người trải qua khi có mất mát có thể là:

Chấp nhận mất mát.

Cho phép bản thân trải qua cảm giác đau buồn vì mất mát.

Thích nghi với cuộc sống mới khi người thân đã không còn bên cạnh.

Có những mối quan hệ mới.

Bạn nên lưu ý rằng những giai đoạn này có thể không xảy ra theo thứ tự. Chúng có thể rất thay đổi tùy theo trường hợp của từng người.

Nếu như bạn không thể vượt qua những giai đoạn trên sau một năm, rất có thể bạn đang có nỗi đau phức tạp. Khi đó, bạn nên tìm kiếm sự trợ giúp.

Xem thêm:Trầm cảm nam giới: Có thể bạn chưa biết

Một vài tháng đầu sau khi mất người thân, các biểu hiện của sự đau buồn bình thường hoàn toàn giống với nỗi đau phức tạp. Tuy nhiên, sau một thời gian, mọi người sẽ cảm thấy khá hơn và sự đau buồn dần biến mất. Trong khi đó, những người có nỗi đau phức tạp sẽ tiếp tục cảm giác buồn bã, đau khổ. Thậm chí, có người còn cảm thấy tệ hơn khi thời gian trôi đi.

Các biểu hiện có thể nhận thấy ở người có nỗi đau phức tạp là:

Cảm giác buồn bã rất nhiều, đau đớn vì cái chết của người thân yêu.

Không còn quan tâm vào thứ gì khác ngoài sự mất mát.

Tỏ ra cực kỳ quan tâm đến những thứ mà người thân đã mất để lại hoặc hành động tránh né chúng để tránh gợi nhớ.

Ngày càng trở nên tiều tụy, hao mòn vì sự mất mát.

Gặp vấn đề trong việc chấp nhận sự thật về cái chết.

Cảm giác tê cứng hay lãnh đạm.

Cảm giác cay đắng về cái chết.

Thấy cuộc sống trở nên vô nghĩa và không đáng sống.

Mất niềm tin vào người khác.

Mất khả năng tận hưởng những niềm vui hay cảm xúc tích cực.

Họ gặp khó khăn để trở về cuộc sống hàng ngày.

Tự tách biệt mình với người khác, thu rút khỏi các hoạt động xã hội.

Cảm thấy trầm cảm, đau buồn sau sắc, tội lỗi hay tự trách bản thân.

Tin rằng mình đã làm điều gì đó sai lầm và nghĩ mình có thể ngăn cho cái chết ấy không xảy ra.

Cảm giác cuộc sống không còn đáng sống khi không có người đã khuất bên cạnh.

Ước gì mình cũng chết cùng với người thân.

Nếu bạn cảm nhận thấy nỗi buồn là quá lớn hay gặp khó khăn để chấp nhận và trở lại cuộc sống hàng ngày, hãy tìm kiếm sự giúp đỡ. Việc được gặp, trò chuyện với bác sĩ và các chuyên gia giúp bạn có cái nhìn khác và tìm ra phương hướng giải quyết.

Nếu bạn có ý định tự tử, hãy cố gắng nói chuyện với một người nào đó mà bạn tin tưởng. Hoặc hãy gọi/đến trung tâm y tế nơi gần nhất để được hỗ trợ.

Hiện nay, nguyên nhân cụ thể của rối loạn này vẫn chưa được tìm ra. Tình trạng này được coi là một bệnh lý tâm thần. Cũng như bao bệnh lý tâm thần khác, rối loạn này liên quan đến rất nhiều yếu tố, như yếu tố môi trường, tính cách, hay tình trạng của các rối loạn do các chất trong cơ thể.

Rối loạn này thường gặp ở nữ giới và người lớn tuổi. Các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ rối loạn như:

Cái chết đến bất ngờ hoặc có liên quan tới bạo lực, như do tai nạn, bị sát hại hay trường hợp người thân tự tử.

Người mất đi là trẻ nhỏ.

Mối quan hệ với người đã khuất là rất gắn kết hay phụ thuộc.

Những người xa lánh xã hội hoặc không có các mối liên kết xã hội như bạn bè…

Đã từng mắc trầm cảm, rối loạn lo lắng vì xa cách hay rối loạn stress sau sang chấn.

Có các sự kiện sang chấn lúc nhỏ, như bị lạm dụng hoặc bỏ rơi.

Gặp một khó khăn khác trong cuộc sống, như khó khăn về tài chính.

Nỗi đau phức tạp có thể ảnh hưởng đến bạn về cả thể chất, tinh thần lẫn khả năng xã hội. Nếu không được điều trị, các biến chứng có thể xảy ra là:

Trầm cảm.

Ý nghĩ hay hành vi tự sát.

Lo âu, bao gồm cả rối loạn stress sau sang chấn.

Mất ngủ, khó khăn trong việc thư giãn.

Làm tăng nguy cơ xuất hiện các bệnh lý cơ thể khác, như bệnh tim mạch, ung thư hay tăng huyết áp.

Gặp khó khăn lâu dài trong các hoạt động sống, các mối quan hệ cũng như công việc.

Nghiện rượu, ma túy hay các chất gây nghiện khác.

Hiện tại chưa tìm được phương pháp hiệu quả để phòng chống rối loạn này. Các chuyên gia gợi ý rằng những người có yếu tố nguy cơ nên được tư vấn và hỗ trợ từ sớm khi biến cố xảy ra. Nếu cái chết có thể dự đoán trước (như khi bệnh tật) thì việc chuẩn bị sẵn tinh thần cho người thân cũng rất có ích.

Để nhanh chóng hồi phục lại và giảm bớt đau buồn, bạn có thể:

Trò chuyện.Hãy trò chuyện với mọi người xung quanh về nỗi buồn của mình. Nếu bạn muốn khóc, cứ khóc và để cảm xúc được tuôn ra. Điều này sẽ giúp bạn không bị mắc kẹt lại trong sự đau khổ mà tạo cơ hội để vượt qua nó. Bạn chỉ có thể hồi phục lại một khi chấp nhận đối mặt với sự mất mát.

Tìm kiếm sự hỗ trợ.Sự giúp đỡ, an ủi của người thân, bạn bè và cộng đồng xung quanh bạn có thể giúp ích rất nhiều.

Nhận sự tư vấn về nỗi đau từ các chuyên gia.Các chuyên gia về tâm lý, tâm thần có thể giúp bạn nhận ra và đối mặt với cảm xúc của mình. Họ cũng giúp bạn học tập cách để đối mặt với vấn đề một cách lành mạnh. Do đó, được tư vấn từ các chuyên gia có thể giúp phòng tránh những suy nghĩ và hành vi tiêu cực.

Nỗi đau là vấn đề hết sức riêng tư của mỗi người, do đó việc đánh giá sự đau buồn đó là bình thường hay phức tạp có thể rất khó khăn. Hiện tại, mốc thời gian để đánh giá là đủ lâu để một người có thể nguôi ngoai nỗi đau chưa thật sự được thống nhất.

Nỗi đau phức tạp có thể được nghĩ đến khi sự đau buồn không giảm bớt đi sau vài tháng. Đa số các chuyên gia về tâm thần chọn mốc thời gian là 12 tháng để đánh giá. Tuy nhiên, cần phải cân nhắc ở từng trường hợp cụ thể.

Có rất nhiều điểm tương đồng giữa nỗi đau phức tạp và rối loạn trầm cảm chủ yếu. Tuy nhiên, có những điểm cơ bản để bác sĩ có thể phân biệt hai rối loạn này. Bạn cũng nên biết rằng đôi khi các rối loạn này có thể đi cùng với nhau. Do đó, việc chẩn đoán chính xác là rất quan trọng để điều trị có hiệu quả.

Để chọn lựa phương pháp điều trị tối ưu cho bạn, các bác sĩ và chuyên gia tâm lý, tâm thần phải trao đổi và phối hợp với nhau. Bạn nên trao đổi thật kỹ lưỡng với bác sĩ của mình để thấu hiểu liệu trình điều trị.

Tâm lý liệu pháp thường được sử dụng để điều trị nỗi đau phức tạp. Liệu pháp này khá tương đồng với tâm lý liệu pháp được sử dụng cho bệnh nhân với rối loạn stress sau sang chấn.

Trong trị liệu với tâm lý liệu pháp, bạn có thể:

Được học về nỗi đau phức tạp và cách điều trị nó ra sao.

Khám phá các chủ đề như các phản ứng với nỗi đau, các triệu chứng của nỗi đau phức tạp, và đối chiếu lại với tình huống của bạn.

Tạo ra những cuộc trò chuyện tưởng tượng với người đã khuất để làm nguôi đi sự ám ảnh về mất mát, cũng như làm giảm bớt sự đau khổ.

Khám phá quá trình của tư duy và cảm xúc.

Cải thiện các kỹ năng để đối mặt với vấn đề.

Giảm bớt cảm giác tội lỗi.

Những liệu pháp tâm lý khác có thể được sử dụng kết hợp nếu bệnh nhân có các rối loạn khác như trầm cảm hay rối loạn stress sau sang chấn.

Hiện tại, các nghiên cứu về việc sử dụng thuốc để điều trị còn chưa nhiều. Đối với các bệnh nhân có nỗi đau phức tạp kết hợp với trầm cảm, thuốc chống trầm cảm có thể được sử dụng.

Tham khảo thêm ở bài viết:Thuốc điều trị trầm cảm: Những thông tin cơ bản dành cho bạn

Hãy kiên nhẫn tái khám và theo dõi bệnh với lịch hẹn của bác sĩ. Việc điều trị rối loạn này cần một thời gian rất dài, do đó việc kiên nhẫn là mấu chốt quyết định thành công trong điều trị.

Hãy tập luyện các kỹ năng để giảm stress hay tập thư giãn.

Hãy chăm sóc bản thân thật tốt. Cố gắng nghỉ ngơi đầy đủ, ăn uống lành mạnh và tập thể dục.

Tham gia vào các hoạt động cộng đồng, xã hội, gia đình. Hãy tận hưởng những niềm vui mà các hoạt động này mang lại.

Học một kỹ năng, hay có một sở thích mới.

Tránh sử dụng rượu bia và các chất kích thích.

Nỗi đau mất người thânlà một trong những biến cố về mặt cảm xúc mà rất nhiều người phải trải qua. Tuy nhiên, không phải ai cũng có thể vượt qua điều này. Nếu bạn thấy mình hay ai đó xung quanh bạn có những biểu hiện như bài viết ở trên, hãy tìm kiếm sự hỗ trợ. Việc được chẩn đoán và hỗ trợ từ sớm sẽ có tác động rất tích cực và phòng ngừa những biến cố nguy hiểm, không mong muốn. Hãy luôn lắng nghe bản thân và đối mặt với cảm xúc của mình. Bạn chỉ vượt qua khi bạn dám đối mặt với nó. Và hãy nhớ, bạn không hề đơn độc.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-osgood-schlatter/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh Osgood-Schlatter

Các triệu chứng báo hiệu của bệnh Osgood-Schlatter

Các nguyên nhân gây nên căn bệnh này

Yếu tố nguy cơ nào khiến trẻ dễ bị bệnh Osgood-Schlatter?

Bệnh Osgood-Schlatter sẽ gây những biến chứng gì?

Khi nào cần đưa trẻ đi khám bác sĩ?

Làm thế nào để chẩn đoán được bệnh Osgood-Schlatter?

Điều trị bệnh Osgood-Schlatter

Thay đổi lối sống và chăm sóc tại nhà cho bệnh nhân

Bệnh Osgood-Schlatter còn được gọi là bệnh viêm lồi củ trước xương chày. Bệnh có thể gây sưng đau tại vị trí ngay dưới đầu gối. Người mắc bệnh này thường là trẻ em và thanh thiếu niên đang trong thời kỳ phát triển mạnh. Để biết thêm những thông tin cơ bản về căn bệnh này hãy đi tìm hiểu cùng ThS.BS Vũ Thành Đô trong bài viết sau đây.

Bệnh Osgood-Schlatter thường xuất hiện ở trẻ em, đặc biệt là khi tham gia các môn thể thao có liên quan đến những hoạt động chạy, nhảy. Chẳng hạn như đá banh, bóng rổ,…

Trong quá khứ, bệnh Osgood-Schlatter thường gặp ở các bé trai. Tuy nhiên, do sự tham gia của các bé gái vào những môn thể thao vận động ngày càng nhiều hơn nên tỉ lệ nam và nữ mắc bệnh này dần trở nên bằng nhau.

Bệnh Osgood-Schlatter xảy ra ở bé trai từ 12 đến 14 tuổi và bé gái từ 10 đến 13 tuổi.1Sự khác biệt này đến từ việc dậy thì của bé gái sớm hơn so với bé trai. Bệnh thường tự khỏi sau khi xương của trẻ ngừng phát triển.2

Đau và sưng đầu gối tại vị trí ngay dưới xương bánh chè, là những dấu hiệu chính của bệnh Osgood-Schlatter. Đau thường tăng hơn khi vận động, chẳng hạn như khi chạy, quỳ xuống hay nhảy lên. Triệu chứng này sẽ giảm bớt nếu được nghỉ ngơi.

Bệnh thường chỉ xảy ra ở một đầu gối, nhưng nó vẫn có thể ảnh hưởng cả hai đầu gối. Cảm giác khó chịu này có thể kéo dài hàng tuần hoặc hàng tháng và có thể tái phát cho đến khi bé ngừng phát triển.

Trong quá trình tham gia các hoạt động liên quan đến chạy nhảy, cơ đùi của bé (cơ tứ đầu đùi) sẽ kéo căng sợi gân. Sợi gân này có chức năng liên kết xương bánh chè với sụn tiếp hợp ngay trên xương chày.

Những hoạt động mạnh lặp đi lặp lại có thể khiến sợi gân liên tục kéo sụn tiếp hợp và gây ra triệu chứng sưng, đau liên quan đến bệnh Osgood-Schlatter.

Các yếu tố nguy cơ chính của bệnh Osgood-Schlatter là:

Độ tuổi.Bệnh xảy ra trong giai đoạn tăng trưởng vượt bậc của độ tuổi dậy thì. Khoảng tuổi xuất hiện bệnh sẽ khác nhau tùy vào giới tính. Điều này được giải thích là bởi vì bé gái sẽ dậy thì sớm hơn bé trai. Bệnh thường khởi phát ở bé trai từ 12 đến 14 tuổi và bé gái từ 10 đến 13 tuổi.

Giới tính.Ngày xưa, bệnh thường gặp nhiều ở bé trai nhưng hiện nay bệnh cũng dần phổ biến ở các bé gái.

Tham gia các môn thể thao vận động.Bệnh thường xuất hiện ở những trẻ có chơi các môn thể thao vận động.

Các biến chứng của bệnh thường không xảy ra. Nếu có, chúng có thể gây đau mãn tính hoặc gây sưng tại chỗ.

Ngay cả sau khi các triệu chứng đã khỏi, một vết sưng trên xương có thể vẫn sẽ nằm tại vị trí đó. Vết sưng này có thể tồn tại suốt cuộc đời, nhưng may thay, nó thường không gây ảnh hưởng đến chức năng của đầu gối.

Trong một số trường hợp hiếm gặp, bệnh có thể gây kéo cả sụn tiếp hợp ra khỏi xương chày.

Xem thêm:Đau xương đốt bàn chân và những lưu ý khi điều trị!

Hãy đưa trẻ đến khám bác sĩ nếu triệu chứng đau tại đầu gối cản trở trẻ thực hiện các hoạt động hàng ngày. Trong trường hợp đầu gối trở nên sưng to và đỏ hoặc kèm với sốt, bạn cần cố định vùng khối của trẻ và đưa trẻ đi khám ngay lập tức.

Trong khi thăm khám, bác sĩ sẽ kiểm tra liệu đầu gối của bé có bị đau, sưng hay đỏ.Chụp X-Quangcó thể cần thiết để quan sát các xương ở vùng gối và chân. Ngoài ra, nó còn giúp bác sĩ kiểm tra kỹ hơn khu vực nơi gân bám vào xương chày.

Bệnh Osgood-Schlatter thường tự khỏi mà không cần điều trị. Một số triệu chứng thường tự biến mất sau khi trẻ ngừng phát triển.

Các loại thuốc giảm đau không kê đơn như acetaminophen (Tylenol), ibuprofen (Advil, Motrin IB) hoặc naproxen sodium (Aleve) có thể làm giảm nhẹ triệu chứng.1

Chuyên gia về vật lý trị liệu có thể dạy cho bé các bài tập để kéo dãn cơ tứ đầu đùi. Điều này có thể làm giảm sức căng tại vùng gân bám vào xương chày. Các bài tập tăng cường sức mạnh của cơ tứ đầu đùi và chân có thể giúp ổn định được khớp gối.

Trong một số trường hợp hiếm gặp, nếu cơn đau gây suy nhược và không giảm sau giai đoạn phát triển thì phẫu thuật để loại bỏ một phần xương phát triển quá mức có thể được cân nhắc.

Một số mẹo sau đây có thể giúp bé giảm đau chân:

Tránh vận động khớp gối.Hạn chế thực hiện các hoạt động làm nặng thêm tình trạng bệnh. Chẳng hạn như quỳ gối, chạy, nhảy. Thay vào đó, hãy chuyển sang các hoạt động khác không gây ảnh hưởng đến đầu gối cho đến khi các triệu chứng giảm dần.

Chườm đá vùng bị sưng đau.

Kéo dãn cơ vùng chântheo hướng dẫn của chuyên gia vật lý trị liệu.

Bảo vệ đầu gối.Khi trẻ tham gia vào các hoạt động thể thao, hãy cho bé đeo một miếng đệm ở đầu gối bị ảnh hưởng.

Qua bài viết trên, ThS.BS Vũ Thành Đô mong gửi đến bạn đọc những thông tin cần thiết và có thể giúp ích cho bạn. Hãy đưa trẻ đi khám bác sĩ khi có những triệu chứng bất thường để mau chóng tìm ra được nguyên nhân và tiến hành điều trị. Điều trị sớm sẽ giúp giảm nhẹ triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống của bé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/papilloma-thanh-quan-nguyen-nhan-trieu-chung-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Đôi nét tổng quan về bệnh papilloma thanh quản

2. Tình hình dịch tễ của bệnh papilloma thanh quản

3. Nguyên nhân gây ra bệnh u nhú thanh quản

4. Triệu chứng của bệnh u nhú thanh quản là gì?

5. Chẩn đoán u nhú thanh quản như thế nào?

6. Điều trị u nhú thanh quản như thế nào?

7. Phòng bệnh như thế nào?

8. Kết quả của sự hồi phục

9. Lời kết

Papilloma thanh quản là một bệnh lý không phổ biến ở thanh quản. Tuy nhiên, đối với bệnh lý này, người bệnh không nên chủ quan. Nó có thể lây lan sang nhiều vị trí lân cận, đặc biệt là phổi và ảnh hưởng đến hô hấp. Vậy thì bệnh lý này có nguyên nhân từ đâu? Triệu chứng ra sao và cách điều trị thế nào? Tất cả những thắc mắc này sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây.

Papilloma thanh quản, còn được gọi là u nhú đường hô hấp tái phát (RRP) hoặc u nhú thanh quản. Đây là một tình trạng y tế hiếm gặp, trong đó các khối u lành tính (u nhú) hình thành dọc theo đường hô hấp. Có hai biến thể dựa trên độ tuổi khởi phát: u nhú thanh quản ở trẻ vị thành niên và người lớn.

Các khối u xảy ra là do cơ thể nhiễm vi rút u nhú ở người (HPV), xảy ở thanh quản. Các khối u có thể dẫn đến thu hẹp đường thở, có thể gây ra thay đổi giọng nói hoặc tắc nghẽn đường thở. Bệnh được chẩn đoán sơ bộ thông qua nội soi thanh quản gián tiếp. Thực hiện bằng cách quan sát các khối u trên thanh quản và có thể được xác định thông qua sinh thiết.

U nhú thanh quản là loại u lành tính phổ biến nhất ảnh hưởng đến thanh quản và đường hô hấp trên. Thoái hóa ác tính thành ung thư biểu mô tế bào vảy có thể xảy ra, nhưng rất hiếm. Tỷ lệ hiện mắc chung dao động từ 2 trên 100.000 người lớn đến 4,5 trên 100.000 trẻ em. Như vậy, hơn 10.000 người Mỹ bị u nhú đường hô hấp.

>> Xem thêm:Đau thành ngực: Triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị

Papilloma thanh quản tương tự như mụn cóc trên da (mụn cơm thông thường) và u nhú condyloma acuminatum, hoặc mụn cóc sinh dục. Nhiễm vi rút là phổ biến. Sử dụng các phương pháp phát hiện có độ nhạy cao như phản ứng chuỗi polymerase, ước tính nhiễm HPV từ 60 đến 80% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

Một số người bị nhiễm bệnh phát triển biểu hiện lâm sàng của u nhú và một số người không bao giờ phát triển bệnh lâm sàng. Hiện nguyên nhân của vấn đề này vẫn chưa được xác định chắc chắn. Thực tế là một số cá nhân dường như nhạy cảm với vi rút và những người khác thì không. U nhú ở thanh quản (hoặc hô hấp) không được xem là bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC), ước tính về tỷ lệ mắc RRP khởi phát ở trẻ vị thành niên là không chính xác. Nhưng dao động từ hai trường hợp trở xuống trên 100.000 trẻ em dưới 18 tuổi. Thậm chí, người ta còn biết ít hơn về tỷ lệ mắc bệnh ở người trưởng thành.

Papilloma thanh quảndo hai loại vi rút u nhú ở người (HPV) gây ra. Đó chính là HPV 6 và HPV 11. Có hơn 150 loại HPV, và chúng không có các triệu chứng giống nhau. Hầu hết những người bị nhiễm HPV không bao giờ phát triển bệnh liên quan.

Tuy nhiên, ở một số ít người tiếp xúc với vi rút HPV 6 hoặc 11, u nhú đường hô hấp và mụn cóc sinh dục có thể hình thành. Vi rút này được cho là lây lan qua quan hệ tình dục. Hoặc khi người mẹ bị mụn cóc sinh dục truyền vi rút HPV 6 hoặc 11 cho con mình trong khi sinh.

Thông thường, giọng nói của con người được tạo ra khi không khí từ phổi được đẩy qua hai cơ chuyên biệt cạnh nhau. Chúng được gọi là nếp gấp thanh quản chịu áp lực đủ để khiến chúng rung lên. Khàn tiếng là triệu chứng của bệnhpapilloma thanh quảnphổ biến nhất. Nó xảy ra khi u nhú thanh quản cản trở các rung động bình thường của các nếp gấp thanh quản. Cuối cùng, các khối u nhú thanh quản có thể chặn đường thở và gây khó thở.

Các triệu chứng của papilloma thanh quản có xu hướng nghiêm trọng hơn ở trẻ em so với người lớn. Do các khối u phát triển nhanh nên trẻ nhỏ mắc bệnh có thể cảm thấy khó thở khi ngủ hoặc khó nuốt. Một số trẻ sẽ thuyên giảm hoặc bệnh trở nên nhẹ hơn khi bắt đầu dậy thì. Cả trẻ em và người lớn đều có thể bị khàn giọng, ho mãn tính hoặc khó thở. Do các triệu chứng giống nhau, u nhú thanh quản đôi khi bị chẩn đoán nhầm là hen suyễn hoặc viêm phế quản mãn tính.

Bệnh có thể được chẩn đoán thông qua việc xem hình ảnh các tổn thương bằng thủ thuật soi thanh quản gián tiếp. Trong nội soi thanh quản gián tiếp, lưỡi được kéo về phía trước. Một gương soi thanh quản hoặc một ống soi cứng được đưa qua miệng để kiểm tra thanh quản.

>> Xem thêm:Hội chứng phổi do virus Hanta: Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Một dạng khác của nội soi thanh quản gián tiếp là đưa một ống soi mềm, được gọi là ống soi hoặc ống nội soi. Ống được đưa qua mũi và vào cổ họng để khảo sát thanh quản từ trên cao. Thủ thuật này còn được gọi là nội soi thanh quản bằng ống soi mềm. Sự xuất hiện của u nhú được mô tả là nhiều và hiếm khi mọc đơn lẻ, màu trắng với kết cấu sần sùi tương tự như súp lơ. U nhú thường xuất hiện trong thanh quản. Đặc biệt là trên các nếp gấp thanh quản và trong không gian phía trên các nếp thanh âm.

Chỉ có thể chẩn đoán xác định u nhú thanh quản thông qua sinh thiết. Bao gồm xét nghiệm bằng kính hiển vi và xét nghiệm HPV trên một mẫu sinh thiết. Các mẫu sinh thiết được thu thập dưới gây mê toàn thân, qua nội soi thanh quản trực tiếp hoặc nội soi phế quản sợi quang.

Một khi u nhú thanh quản phát triển sẽ không có cách chữa trị triệt để. Phẫu thuật là phương pháp chính để loại bỏ các khối u khỏi thanh quản hoặc đường thở. Bởi vì phẫu thuật theo cách truyền thống có thể gây ra các vấn đề do mô thanh quản bị sẹo. Thế nên nhiều bác sĩ phẫu thuật hiện nay sử dụng phương pháp phẫu thuật laser.

Các laser carbon dioxide (CO2) hoặc kali titanyl phosphate (KTP) thường được sử dụng cho phương pháp này. Các bác sĩ phẫu thuật cũng thường sử dụng một thiết bị gọi là microdebrider. Sử dụng lực hút để giữ khối u tại chỗ trong khi một lưỡi quay nhỏ bên trong loại bỏ khối u.

>> Xem thêm:Các cách chữa bệnh ho hiệu quả mà bạn nên biết

Một khi các khối u đã được loại bỏ, chúng vẫn có thể tái phát trở lại. Thông thường bệnh nhân phải phẫu thuật nhiều lần. Với một số bệnh nhân, phẫu thuật có thể được yêu cầu vài tuần một lần để giữ cho đường thở mở. Trong khi những người khác có thể chỉ cần phẫu thuật mỗi năm một lần. Hoặc thậm chí cần phẫu thuật ít thường xuyên hơn.

Trong những trường hợp nặng nhất khi khối u phát triển mạnh, phẫu thuật cắt khí quản có thể được thực hiện. Mở khí quản là một thủ thuật phẫu thuật. Trong đó, các bác sĩ rạch một đường ở phía trước cổ của bệnh nhân. Một ống thở (ống khí quản) được đưa qua một lỗ mở vào khí quản. Thay vì thở bằng mũi và miệng, bệnh nhân sẽ thở bằng ống khí quản. Mặc dù ống khí quản giữ cho đường thở vẫn mở nhưng các bác sĩ cố gắng loại bỏ nó càng sớm càng tốt.

Một số bệnh nhân có thể được yêu cầu đặt ống khí quản vô thời hạn để giữ cho đường thở mở. Ống khí quản dẫn lại toàn bộ hoặc một phần không khí thở ra khỏi các nếp gấp thanh quản. Do đó, bệnh nhân có thể cảm thấy khó khăn khi sử dụng giọng nói của mình. Với sự giúp đỡ của bác sĩ chuyên khoa, bệnh nhân có thể học cách sử dụng giọng nói của mình thông qua van nói.

Trong những trường hợppapilloma thanh quảntái phát nhiều lần, các liệu pháp ngoài phẫu thuật có thể được sử dụng. Các phương pháp điều trị bằng thuốc có thể bao gồm thuốc kháng vi-rút như interferon và cidofovir. Chúng ngăn vi-rút tạo ra các bản sao của chính nó.

Thuốc Indole-3-carbinol, một hợp chất chống ung thư được tìm thấy trong các loại rau họ cải như bông cải xanh và cải bruxen. Hoặc Bevacizumab, nhắm mục tiêu vào sự phát triển mạch máu của u nhú. Cho đến nay, kết quả của các liệu pháp này và các liệu pháp không phẫu thuật khác vẫn chưa được chứng minh đầy đủ.

Phương pháp phòng ngừa hiệu quả chưa được biết đến nhiều nếu người mẹ bị nhiễm HPV. Khả năng lây truyền thấp ngay cả từ người mẹ bị nhiễm bệnh. Vì vậy, không nên chỉ định sinh mổ với mục đích ngăn ngừa việc lây truyền u nhú thanh quản khi sinh qua đường âm đạo. Ngoài ra, lựa chọn sinh mổ không đảm bảo chắc chắn rằng sự lây truyền không xảy ra.

Việc chủng ngừa bằng vắc-xin HPV có thể ngăn ngừa sự nhiễm vi rút HPV. Từ đó giúp giảm nguy cơ mắc bệnh papilloma thanh quản. CDC hiện khuyến cáo rằng tất cả trẻ em (cả trẻ em trai và trẻ em gái) nên chủng ngừa HPV ở tuổi 9 đến 26. Hiện nay, hai loại văc xin phòng HPV phổ biến ở Việt Nam là Gardasil (Mỹ) và Cervarix (Bỉ). Tuy nhiên, chỉ có Gardasil mới tiêm được cho cả trẻ trai và trẻ gái trong độ tuổi 9 – 26 tuổi.

Sự tiến triển của u nhú thanh quản rất khó dự đoán. Mức độ nghiêm trọng và tốc độ tiến triển của bệnh thay đổi giữa các cá nhân. Bệnh lý này thường kéo dài dai dẳng và các tổn thương có thể xuất hiện lại ngay cả sau khi điều trị. Các yếu tố có thể ảnh hưởng đến diễn biến của bệnh bao gồm: Kiểu gen HPV, tuổi khởi phát, các thủ thuật y tế điều trị trước đó.

>> Xem thêm:Những điều bạn cần biết về bệnh Sarcoidosis

Các yếu tố khác, mặc dù còn gây tranh cãi, chẳng hạn như hút thuốc hoặc sự hiện diện của bệnh trào ngược dạ dày thực quản. Chúng cũng có thể đóng một vai trò nhất định trong sự tiến triển của bệnh.

Các u nhú có thể di chuyển qua thanh quản và lây nhiễm sang các vị trí ngoài thanh quản. Trong những trường hợp nặng hơn, phổi có thể bị nhiễm trùng do tắc nghẽn đường thở tiến triển. Mặc dù hiếm gặp (ít hơn 1% số người mắc u nhú thanh quản), sự chuyển đổi từ dạng lành tính sang dạng ác tính cũng được ghi nhận. Tử vong có thể xảy ra do những biến chứng nghiêm trọng này.

Các nhà khoa học và bác sĩ lâm sàng trên thế giới vẫn đang làm việc để khám phá thêm về bệnh papilloma thanh quản. Bệnh nhân và thành viên gia đình nên được giáo dục về nguyên nhân tự nhiên của tình trạng này. Cũng như tính chất mãn tính của nó. Đối với bệnh này, tốt hơn hết là chúng ta nên phòng bệnh bằng văc xin HPV để giảm tối đa nguy cơ mắc bệnh.

>>Tham khảo thêm:Viêm phổi do Legionella: Phòng ngừa thế nào là hiệu quả nhất?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-parkinson-co-trieu-chung-nhu-the-nao/

Nội dung bài viết

1. Nguyên nhân của bệnh Parkinson là gì?

2. Bệnh Parkinson có di truyền không?

3. Bệnh Parkinson thường gặp ở độ tuổi và giới tính nào?

4. Triệu chứng của bệnh Parkinson là gì?

5. Bác sĩ chẩn đoán xác định bệnh Parkinson như thế nào?

6. Tiên lượng bệnh Parkinson như thế nào? Có nguy hiểm không?

7. Bệnh Parkinson có thể chữa khỏi hoàn toàn không?

8. Khi nào nên bắt đầu điều trị bệnh Parkinson?

9. Những loại thuốc hay dùng trong điều trị bệnh Parkinson là gì?

Bệnh Parkinson là một rối loạn phổ biến ảnh hưởng lên khả năng kiểm soát vận động của não bộ. Bệnh diễn tiến nặng dần theo thời gian. Nhưng nếu được điều trị tốt có thể giúp người bệnh tránh mất chức năng nghiêm trọng. Trong bài viết này sẽ nói về nguyên nhân gây bệnh và dấu hiệu phát hiện bệnh Parkinson.

Hiện tại, nguyên nhân của bệnh Parkinson vẫn chưa được biết. Bình thường, những tế bào thần kinh não bộ sẽ sản sinh ra một chất gọi làdopamine. Dopamine giúp kiểm soát vận động.

Ở những người bệnh Parkinson, những tế bào thần kinh thoái hóa dần và mất khả năng sản sinh ra dopamine. Điều này dẫn đến xuất hiện những triệu chứng của bệnh và diễn tiến nặng dần theo thời gian. Người ta vẫn chưa biết một cách rõ ràng rằng tại sao hoặc bằng cách nào những tế bào thần kinh này lại làm việc không đúng nữa.

Xấp xỉ 10 – 15% những người bệnh Parkinson có ít nhất một người thân có quan hệ gần (cha mẹ hoặc anh chị em ruột) có bệnh này. Dường như, bệnh có tính di truyền trong một số trường hợp. Ở những người được chẩn đoán bệnh Parkinson lúc trẻ ( được chẩn đoán trước 50 tuổi), đột biến gen có thể đóng một vai trò. Hầu hết các chuyên gia rối loạn vận động đều nghĩ rằng nguyên nhân của bệnh là do sự kết hợp giữa yếu tố gen và môi trường.

Bệnh Parkinson thường gặp ở những người trên 50 tuổi và xấp xỉ khoảng 1% những người trên 60 tuổi được chẩn đoán bệnh. Nam giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nữ giới.

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Parkinson có thể chia thành 2 loại: vận động và không vận động.

Là những triệu chứng ảnh hưởng đến chức năng vận động của cơ thể. Đây là những triệu chứng rõ ràng nhất của bệnh Parkinson. Các triệu chứng vận động chính của bệnh là run, chậm vận động, cứng khớp và cân bằng kém (mất ổn định tư thế). Ở giai đoạn đầu, những triệu chứng này thường nhẹ.

Các triệu chứng thường bắt đầu ở một bên của cơ thể và có thể tiến triển thành hai bên sau một vài năm. Khi diễn tiến nặng dần, một vài người có thể gặp khó khăn trong việc đi lại, nói chuyện và các công việc thường ngày khác. Các triệu chứng này thường tiến triển chậm. Tuy nhiên tốc độ diễn tiến sẽ khác nhau ở mỗi người. Các triệu chứng của bệnh Parkinson có thể được kiểm soát tốt trong một thời gian dài.

Run

Run điển hình trong bệnh Parkinson là run khi nghỉ. Trong giai đoạn sớm, thường là run không liên tục và khó phát hiện. Một số bệnh nhân cho thấy rằng cảm giác “run bên trong” ở tay, chân hoặc cơ thể mà không thể thấy được. Sau này khi cường độ run nhiều hơn, người ta sẽ dễ chú ý hơn.

Run thường xảy ra ở một tay và được mô tả như là đang “lăn viên thuốc”. Sau một vài năm có thể diễn tiến thành run hai bên. Các bộ phận khác cũng có thể bị run như chân, môi, hàm hoặc lưỡi. Tuy vậy, run trong bệnh Parkinson thường không ảnh hưởng đến đầu. Bên bị run đầu tiên cũng có xu hướng bị nặng hơn trong suốt diễn tiến của bệnh.

Chậm vận động

Đa số mọi bệnh nhân bệnh Parkinson đều có chậm vận động và có thể làm cho người bệnh cảm thấy yếu sức, mệt mỏi. Ở cánh tay, chậm vận động có thể gây khó khăn trong những hoạt động như cài nút áo, buộc dây giày, đánh máy tính… Chậm vận động có thể khiến cho người bệnh khó nhấc chân lên khi đi, bước đi chậm ngắn hơn và cảm giác không vững. Người bệnh cũng có thể gặp những khó khăn khi thay đổi tư thế từ đang ngồi sang đứng dậy.

Cứng cơ

Có thể gặp trong vận động của tay, chân hoặc thân mình. Thường khởi đầu ở một bên của cơ thể cùng những triệu chứng khác như run, chậm vận động. Khi bệnh tiến triển, có thể ảnh hưởng cả hai bên.

Mất thăng bằng (mất ổn định tư thế)

Thông thường những phản xạ tự động trong não giúp chúng ta giữ được thăng bằng khi đi hoặc đứng. Ở những người bệnh Parkinson những phản xạ tự động này thường giảm hoặc mất, khiến cho người bệnh bị mất thăng bằng.

Mất thăng bằng thường hiếm gặp ở giai đoạn đầu của bệnh, mà thường gặp ở giai đoạn trễ. Khi các phản xạ tự động bị mất, người bệnh có thể gặp khó khăn nhiều hơn trong việc đi lại, thậm chí có thể cần có người hỗ trợ hoặc ngồi xe lăn. Nếu như mất thăng bằng tiến triển sớm ở giai đoạn đầu của bệnh, thì sẽ ít khi nghĩ đến bệnh Parkinson hơn, mà có thể nghĩ đến hội chứng Parkinson khác như teo cơ hệ thống hoặc liệt trên nhân tiến triển.

Các triệu chứng không vận động có thể ảnh hưởng đến cảm xúc, xúc giác (ngửi, nếm, nhìn) và khả năng suy nghĩ

Những vấn đề về nhận thức và sa sút trí tuệ

Những vấn đề về suy nghĩ và trí nhớ thường gặp ở những người bệnh Parkinson và mức độ có thể từ nhẹ đến nặng. Những triệu chứng về nhận thức thường gặp là suy nghĩ chậm chạp, khó đưa ra quyết định, những công việc phức tạp, ghi nhớ những sự kiện gần đây và nhận định về khoảng cách.

Hoang tưởng và ảo giác

Hoang tưởng được định nghĩa là một rối loạn về tư duy khiến cho người đó không có khả năng liên hệ với thực tế. Các triệu chứng hoang tưởng xảy ra ở 20-40% những người sử dụng thuốc điều trị bệnh Parkinson.

Ảo giác thị giác (nhìn thấy những thứ không có thật) là triệu chứng tâm thần hay gặp nhất ở bệnh Parkinson và trở nên nghiêm trọng hơn khi bệnh tiến triển. Ảo giác có thể đi kèm với hoang tưởng, thường là hoang tưởng bị hại. Ví dụ như hoang tưởng rằng vợ/chồng đang lừa dối mình, ăn cắp tiền và có những người đang cố gắng chiếm lấy nhà của mình hoặc người đang chăm sóc mình đầu độc, âm mưu hại mình.

Hoang tưởng là một triệu chứng của bệnh Parkinson nhưng nó còn biểu hiện của những bất ổn thần kinh khác. Tìm hiểu ngay:Rối loạn nhân cách hoang tưởng là gì? Nguyên nhân và cách điều trị

Rối loạn cảm xúc

Trầm cảm,lo âuvà mất hứng thú là những rối loạn cảm xúc thường gặp ở những người bệnh Parkinson. Tất cả những tình trạng này đều có thể làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của người bệnh và làm nặng thêm các triệu chứng vận động.

Triệu chứng trầm cảm ở những người bệnh Parkinson: họ thường có cảm thấy buồn, mất hứng thú.

Triệu chứng lo âu: có thể bao gồm những cơn hoảng loạn, lo sợ quá mức.

Mất hứng thú: được định nghĩa là mất động tực, có thể dẫn đến ít nói, ít vận động và biểu lộ cảm xúc

Đọc thêm bài viết của bác sĩ về trầm cảm để có thể chăm sóc bản thân và người thân thật tốt:Trầm cảm: Đôi điều bạn nên biết

Rối loạn giấc ngủ

Khó đi vào giấc ngủvà ngủ chập chờn là những vấn đề thường gặp ở nhiều người bệnh Parkinson. Và cũng có thể là những vấn đề như khó ngủ trở lại sau khi thức giấc, chuột rút, ác mộng, đau hoặc đitiểu đêmnhiều lần. Có một số người khác lại có thể la hét, đấm đá trong lúc ngủ,thậm chí có thể làm gây chấn thương cho chính họ hoặc người ngủ chung trong vô thức.

Ngủ ngày

Ngủ quá nhiều vào ban ngày có thể ảnh hưởng đến 75% những người bị bệnh Parkinson. Triệu chứng ngủ ngày có thể nặng hơn khi sử dụng thuốc điều trị bệnh Parkinson

Cảm thấy mệt mỏi

Hơn ½ những người bệnh Parkinson cảm thấy mệt mỏi, mất năng lượng.

Rối loạn chức năng tự động

Hệ thống thần kinh tự động giúp kiểm soát những chức năng tự động như nhịp tim, tiêu hóa thức ăn, nhịp thở, vã mồ hôi, tiểu tiên và ham muốn tình dục. Ở những người bệnh Parkinson có thể có các triệu chứng như hạ huyết áp tư thế (huyết áp bị hạ sau khi từ ngồi/nằm sang tư thế đứng, dẫn đến cảm giác đầu lâng lâng, chóng mặt và té),táo bón,khó nuốt, vã mồ hôi bất thường, tiểu lắt nhắt, rối loạn chức năng tình dục (tăng hoặc giảm bất thường ham muốn tình dục)

Mất khứu giác

Khứu giác thường bị mất ở những người bệnh Parkinson, họ thường khó phát hiện và phân biệt mùi này với mùi khác. Triệu chứng này thường xảy ra ở giai đoạn đầu của bệnh, có thể xảy ra trước những triệu chứng khác mà người bệnh không nhân ra.

Đau

Các báo cáo cho thấy rằng gần 40% những người bệnh Parkinson cho thấy rằng họ có cảm giác đau. Đặc điểm của những cơn đau này là đau như bị đâm, đốt hoặc ngứa ở một số vùng của cơ thể như mặt, bụng, bộ phận sinh dục hoặc khớp.

Bình thường, khi nhắc đến bệnh Parkinson, bạn sẽ nghĩ ngay đến triệu chứng run. Hi vọng qua bài viết này cung cấp cho bạn thêm một vài triệu chứng khác của bệnh Parkinson.

Những triệu chứng và dấu hiệu của bệnh Parkinson cũng có gặp ở những bệnh lý thần kinh khác. Điều quan trọng là phân biệt bệnh Parkinson với những bệnh lý khác bởi điều trị là khác nhau. Tuy nhiên có thể khó chẩn đoán bệnh Parkinson  ở giai đoạn sớm của bệnh

Không có bất kì xét nghiệm máu hoặc hình ảnh nào giúp xác định chẩn đoán bệnh Parkinson. Do đó, chẩn đoán  dựa vào bệnh sử và thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng.

Hai trong ba triệu chứng chính (run, chậm vận động, cứng cơ) và các đặc điểm hỗ trợ chẩn đoán bao gồm:

Triệu chứng khởi phát ở một bên của cơ thể

Run khi nghỉ, giảm khi vận động

Các triệu chứng có thể được kiểm soát bởi các thuốc bệnh Parkinson

Trong khi hỏi bệnh sử, bác sĩ có thể sẽ hỏi bệnh nhân những triệu chứng bắt đầu như thế nào, một bên hay hai bên bị ảnh hưởng. Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân nên cung cấp cho bác sĩ các thông tin như thay đổi cảm xúc, thói quen đi ngủ, đại tiểu tiện hoặc khả năng nghi nhớ.

Bác sĩ cũng có thể sẽ hỏi về những bệnh lý đang mắc phải hoặc thuốc đang điều trị, những chấn thương gần đâu và những khó khăn trong đi lại hoặc thức giấc. Và bác sĩ sẽ thực hiện thăm khám chức năng thần kinh như phản xạ gân xương, sức cơ, thăng bằng hoặc yêu cầu thực hiện phối hợp động tác.

Các triệu chứng vận động thường cải thiện đáng kể sau khi dùng thuốc. Nếu không chắc chắn được chẩn đoán và triệu chứng không rõ ràng, có thể xem xét điều trị thử trong ít nhất hai tháng. Nếu các triệu chứng cải thiện đáng kể, thì có khả năng là bệnh Parkinson

Ngược lại, những người có triệu chứng giống bệnh Parkinson do các bệnh khác gây ra (teo cơ hệ thống, sa sút trí tuệ thể Lewy) thường không cải thiện khi dùng thuốc. Điều trị thử không được khuyến cáo cho những người có triệu chứng nhẹ, không ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày.

Các xét nghiệm hình ảnh như cộng hưởng từ (MRI), thường không có ích trong việc xác định xem người đó có mắc bệnh Parkinson . MRI thường được dùng để loại trừ những chẩn đoán khác.

Rất khó tiên lượng ở những người mắc bệnh Parkinson vì diễn tiến rất khác nhau giữa người này với người khác. Hầu hết, bệnh nhân đều đáp ứng tốt với điều trị trong nhiều năm. Nhiều người vẫn lo lắng sẽ bị tàn tật và cuối cùng chết vì bệnh Parkinson. Mặc dù,bản thân bệnh không gây tử vongnhưng nó làm tăng nguy cơ tử vong do các biến chứng như té ngã, suy hô hấp hoặcviêm phổi.Một điều quan trọng cần lưu ý là bệnh Parkinson diễn tiến chậm và các thuốc hiện tại có thể kiểm soát triệu chứng trong một thời gian dài.

Thuốc điều trị bệnh Parkinson có thể giúp kiểm soát hoặc cải thiện một số triệu chứng của bệnh như run, vận động chậm chạp và cứng khớp. Hiện tại, chưa có loại thuốc nào giúp chữa khỏi bệnh Parkinson hoặc giúp cho bệnh không diễn tiến nặng dần theo thời gian.

Quyết định khi nào bắt đầu điều trị bệnh Parkinson phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng. Điều quan trọng nhất cần cân nhắc chính là các triệu chứng ảnh hưởng đến các hoạt động hằng ngày của người đó không? Một yếu tố quan trọng khác chính là nhận thức của cá nhân đó về việc sử dụng thuốc.

Hiện có 6 loại thuốc chính để điều trị triệu chứng của bệnh Parkinson: levodopa, chất đồng vận dopamine, chất ức chết men bất hoạt dopamine, thuốc ức chế catechol-O-methyl transferase và amantadine.

Các loại thuốc chính được sử dụng để điều trị trong bệnh Parkinson là thuốc đồng vận Levodopa và dopamine.

Levodopa (hay L-dopa) trong biệt dược Madopar, Syndopa

Thuốc giúp giảm triệu chứng chậm vận động, cứng cơ và run, do đó có thể giúp cải thiện việc đi lại và vận động của cơ thể. Đây là loại thuốc phổ biến và phù hợp với nhiều người. Levodopa có nhiều dạng khác nhau như carbidopa – levodopa (ví dụ: sindopa) và levodopa – benserazide (Madopar).

Tác dụng phụ thường gặp:buồn nôn và nôn, đau đầu, chóng mặt, dễ buồn ngủ. Những vấn đề này thường không nghiêm trọng và có thể giảm dần theo thời gian. Những tác dụng phụ nghiêm trọng vẫn có thể xảy ra nhưng hiếm, bao gồm hoang tưởng. Để ngăn ngừa các tác dụng phụ, bác sĩ sẽ thảo luận với bạn để tìm ra liều thấp nhất mà vẫn có tác dụng và thời gian phù hợp nhất trong ngày để uống thuốc.

Những bệnh nhân Parkinson khởi đầu điều trị với levodopa thường đáp ứng tốt. Tuy nhiên hơn ½ những người dùng levodopa trong thời gian dài, có thể có những vấn đề như “dao động vận đông” và “rối loạn vận động”

Dao động vận động rảy ra khi tác dụng của levodopa giảm hoặc mất ngột ngột. Điều này xảy ra mà không có cảnh báo và làm triệu chứng của Parkinson nặng nề hơn. Ví dụ như: một người có thể đột nhiên hoặc ít nhất trong thời gian ngắn, thấy vận động và đi lại khó khăn.

Rối loạn vận động: là những chuyển động bất thường mà cơ thể không kiểm soát được. Những rối loạn này có thể ảnh hưởng các phần khác nhau của cơ thể ví dụ như giật, xoắn vặn tay chân, chuột rút …

Nếu bạn có bất kỳ vấn đề nào khi dùng levodopa, hãy gặp bác sĩ của bạn để trao đổi. Bác sĩ có thể sẽ thay đổi liều lượng thuốc hoặc đổi sang thuốc khác.

Để tìm hiểu sâu về thuốc Madopar, đọc ngay bài viết của dược sĩ:Thuốc điều trị bệnh Parkinson: Madopar (levodopa, benserazide) và những thông tin lưu ý

Thuốc đồng vận Dopamine như: pramipexole, ropinirole

Những loại thuốc này giúp kiểm soát triệu chứng gần giống như levodopa.

Tác dụng phụ thường gặp: buồn nôn, cảm thấy mệt mỏi, phù chân, hoang tưởng và có thể làm cho một số người khó kiểm soát hành vi như đánh bạc hoặc tiêu quá nhiều tiền.

Những thuốc đồng vận Dopamine bao gồm pramipexole (tên thương hiệu: Mirapex), ropinirole (tên thương hiệu: Requip), rotigotine (tên thương hiệu: Neupro), bromocriptine (tên thương hiệu: Parlodel, Cycloset), và apomorine (tên thương hiệu) Thuốc đồng vận dopamine thường được sử dụng cùng với levodopa cho những người mắc bệnh Parkinson nặng.

Tìm hiểu ngay:Bạn biết gì về thuốc điều trị bệnh Parkinson Sifrol (pramipexole)?

Những loại thuốc khác

Thuốc ức chế MAO-B, ức chế COMT và amantadine. Những loại thuốc này ít được dùng hơn levodopa và dopamine.

Như vậy, để trả lời cho câu hỏi:Liệu bệnh Parkinson có thể đươc điều trị khỏi hoàn toàn, thì bạn cần biết Parkinson là bệnh mãn tính, hiện tại không có phương pháp điều trị khỏi. Tuy nhiên, nếu kiểm soát tốt triệu chứng, người bệnh vẫn sẽ có được cuộc sống tốt và kéo dài.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/giai-dap-nhung-cau-hoi-thuong-gap-ve-benh-pellagra/

Nội dung bài viết

Căn bệnh Pellagra – thiếu hụt Vitamin B3

Bệnh Pellagra biểu hiện ra sao?

Nguyên nhân nào gây ra bệnh Pellagra?

Phương pháp chẩn đoán?

Điều trị căn bệnh này như thế nào?

Bệnh Pellagra là một căn bệnh liên quan tới tình trạng thiếu hụt vitamin B3, hay chất niacin. Bệnh lý này khá thường gặp ở các nước đang phát triển. Vậy bệnh Pellagra có những triệu chứng gì? Nguyên nhân nào gây ra bệnh? Căn bệnh này nguy hiểm đến mức nào? Hãy để bác sĩ Nguyễn Thị Thảo trả lời giúp bạn những câu hỏi thường gặp về bệnh Pellagra nhé.

Bệnh Pellagra là bệnh lý dothiếu hụt vitamin B3(vitamin PP), hay chất niacin. Tình trạng bệnh đặc trưng bao gồmsa sút trí tuệ,tiêu chảyvà viêm da. Căn bệnh này có thể điều trị được. Tuy nhiên, nó khá nguy hiểm, nếu không được điều trị, bệnh nhân có thể tử vong.

Trước đây, căn bệnh này thường gặp hơn. Do ngày nay vấn đề dinh dưỡng được cải thiện, vitamin được cung cấp đầy đủ hơn. Tuy nhiên, ở những quốc gia đang phát triển, bệnh vẫn tương đối thường gặp.

Các triệu chứng chính của bệnh Pellagra là viêm da, sa sút trí tuệ và tiêu chảy. Nguyên nhân của tình trạng này là do sự ảnh hưởng của việc thiếu hụt niacin. Các tế bào ở hệ tiêu hóa và da có tốc độ thay thế tế bào chết nhanh hơn, do đó nhu cầuvitamin B3cũng cao hơn. Vì vậy, khi cơ thể thiếu hụt niacin, các triệu chứng ở các cơ quan này xuất hiện trước.

Tình trạng viêm da do bệnh có các biểu hiện như phát ban trên mặt, môi, bàn chân và bàn tay. Cũng có những trường hợp viêm da xuất hiện quanh cổ, tạo nên triệu chứng “dây chuyền Casal” (Casal necklace).

Các biểu hiện khác của viêm da có thể là:

Da đỏ, tróc vảy.

Có những vùng biến đổi màu sắc, thường chuyển từ đỏ sang nâu.

Da dày, giòn, dễ tróc vảy, hay da nứt nẻ.

Vùng da ngứa, bỏng rát

Trong một số trường hợp, các triệu chứng thần kinh của bệnh Pellagra xuất hiện trước. Tuy nhiên, do các biểu hiện về thần kinh khá khó phát hiện, cần có một thời gian để bệnh nhân hay người thân nhận ra các triệu chứng của sa sút trí tuệ.

Khi bệnh diễn tiến nặng dần, các biểu hiện của sa sút trí tuệ có thể kể đến như:

Vô cảm.

Trầm cảm.

Cảm giác lú lẫn, bứt rứt khó chịu, thay đổi tính tình.

Đau đầu.

Cảm giác bồn chồn, lo lắng.

Mất định hướng, hoang tưởng.

Ngoài những triệu chứng trên, bệnh Pellagra có thể có:

Cảm giác đau ở môi, lưỡi hay nướu.

Chán ăn, cảm giác ăn không ngon.

Gặp khó khăn trong ăn uống.

Buồn nôn.

Do có 2 nhóm nguyên nhân chính, bệnh Pellagra được chia làm:

Bệnh Pellagra nguyên phát.

Bệnh Pellagra thứ phát.

Bệnh Pellagra nguyên phát gây là bởi chế độ ăn thiếu niacin hay tryptophan. Tryptophan có thể được tiêu thụ và chuyển hóa thành niacin khi hấp thụ vào cơ thể. Do đó, nếu chế độ ăn không đủ tryptophan thì sẽ dẫn đến bệnh.

Bệnh Pellagra nguyên phát thường xuất hiện ở các nước đang phát triển. Do sự thiếu thốn trong thực phẩm và chăm sóc dinh dưỡng, chế độ ăn của một bộ phận người dân bị thiếu hụt các vitamin cần thiết. Nếu tình trạng thiếu hụt kéo dài, bệnh Pellagra sẽ xuất hiện.

Bệnh Pellagra thứ phát được gây ra bởi một nguyên nhân khác. Khi chế độ ăn vẫn cung cấp đủ vitamin, nhưng cơ thể bệnh nhân lại không thể hấp thụ niacin từ thức ăn. Một số tình trạng có thể gây ra sự kém hấp thụ này:

Nghiện rượu.

Rối loạn ăn uống.

Một số loại thuốc, như thuốc chống động kinh và thuốc ức chế miễn dịch.

Bệnh lý dạ dày ruột, nhưbệnh Crohnhay viêm loét đại tràng.

Xơ gan.

Khối u ác tính.

Bệnh Hartnup (một rối loạn chuyển hóa di truyền).

Bệnh Pellagra có rất nhiều biểu hiện khác nhau, dó đó khá khó khăn trong chẩn đoán bệnh. Hơn nữa, không có một xét nghiệm nào đủ sức khẳng định về tình trạng thiếu hụt niacin. Do đó, bác sĩ sẽ dựa vào các biểu hiện tiêu hóa, ban da hay rối loạn về thần kinh để đưa ra chẩn đoán.

Một số loại xét nghiệm cũng có thể được thực hiện như xét nghiệm nước tiểu. Việc chẩn đoán giả định với điều trị thử viên bổ sung niacin thường được thực hiện trên thực tế.

Đối với bệnh Pellagra nguyên phát, hướng điều trị là thay đổi sang chế độ ăn giàu niacin hoặc sử dụng viên bổ sung niacin. Vitamin bổ sung cũng có thể được dùng dưới dạng tiêm truyền tĩnh mạch.

Nếu được điều trị sớm, bệnh nhân thường phục hồi rất nhanh chóng, chỉ trong vòng vài ngày. Tình trạng viêm da có thể cải thiện dần trong vài tháng. Tuy nhiên, nếu không điều trị, bệnh có thể gây tử vong sau khi diễn tiến khoảng 4 đến 5 năm.

Phương pháp điều trị của Pellagra thứ phát tập trung vào bệnh lý nền. Giải quyết được nguyên nhân gây giảm hấp thu niacin sẽ giúp khỏi bệnh. Việc kết hợp điều trị bổ sung niacin cũng có thể có ích trong một số trường hợp.

Lưu ý rằng, đối với tổn thương da, bệnh nhân cần giữ ẩm nơi phát ban thật tốt và sử dụng kem chống nắng.

Bệnh Pellagralà bệnh lý gây ra do thiếu hụt vitamin B3 hay chất niacin. Nguyên nhân có thể là do vấn đề dinh dưỡng hoặc bất thường gây giảm hấp thu niacin. Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh có thể gây tử vong. Do đó, bạn nên chú ý đến các triệu chứng của bệnh và đi khám khi cần thiết. Và hãy nhớ luôn ăn uống thật lành mạnh để có một sức khỏe dồi dào nhé. YouMed chúc bạn luôn khỏe.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-pemphigus-bong-nuoc-tu-mien-do-nguyen-nhan-gi/

Nội dung bài viết

Bệnh Pemphigus là bệnh gì?

Nguyên nhân gây bệnh

Biểu hiện

Khi nào khám bác sĩ?

Chẩn đoán bệnh Pemphigus như thế nào?

Pemphigus được phân loại thành các thể bệnh nào?

Điều trị

Chế độ theo dõi bệnh như thế nào?

Pemphigus là thuật ngữ Latin dùng để mô tả tình trạng nổi bóng nước ở da. Đây là một bệnh lý không thường gặp, có thể ảnh hưởng trên nhiều đối tượng nhưng thường xảy ra hơn ở người già. Khi mắc bệnh lý này, trên người sẽ nổi các bóng nước ở thân mình, tay hoặc chân. Bóng nước có thể xuất hiện ở cả trong mắt, mũi miệng hay bộ phận sinh dục. Trong bài viết này, Bác sĩ chuyên khoa Da liễu Võ Thị Ngọc Hiềnsẽ trình bày nguyên nhân và các biểu hiện của bệnh lý Pemphigus.

Pemphigus là bệnh lý tự miễn mắc phải, khi đó cơ thể tiết ra một kháng thể gọi là tự kháng thể. Chính tự kháng thể này tấn công lên các tế bào ở da và niêm mạc rồi hình thành nên bóng nước.

Bệnh lý Pemphigus được phân loại thành nhiều thể khác nhau. Các thể bệnh đều có biểu hiện chung là phát ban và nổi bóng nước. Tuy nhiên, chúng khác nhau ở vị trí nổi bóng nước trên cơ thể và cách xuất hiện bóng nước cũng khác nhau. Vì vậy mà cách chẩn đoán và điều trị cũng khác nhau tùy thuộc vào các thể bệnh. Trong các thể thì Pemphigus thông thường là thường gặp nhất.

Nhìn chung, bệnh lý Pemphigus không xảy ra phổ biến như các tình trạng da liễu khác. Tỉ lệ mắc bệnh ở khoảng 30/1.000.000 người, có nghĩa trong 1.000.000 người thì có 30 người mắc Pemphigus.

Bệnh có thể ảnh hưởng trên nhiều đối tượng và nhiều độ tuổi khác nhau. Tuy nhiên, nữ giới thường bị ảnh hưởng nhiều hơn so với nam giới. Nữ giới có khả năng mắc bệnh gần gấp đôi so với nam giới. Bất kỳ độ tuổi nào cũng có thể phát triển bệnh bóng nước tự miễn. Nhưng các khảo sát cho kết quả rằng độ tuổi trung bình mắc bệnh dao động từ 40 đến 60 tuổi. Điều này có nghĩa bệnh thường ảnh hưởng đến đối tượng người lớn tuổi hay người già.

Pemphigus là một bệnh lý tự miễn, có nghĩa do tự hệ miễn dịch của chúng ta gây ra. Bình thường, khi cơ thể tiếp xúc với các yếu tố ngoại lai từ môi trường thì hệ miễn dịch sẽ xác định chúng là vật thể lạ so với cơ thể. Từ đó, cơ thể sẽ tiết ra những kháng thể để tiêu diệt các vật thể lạ này nhằm bảo vệ chúng ta khỏi các tác hại.

Trong bệnh lý Pemphigus, vì một nguyên nhân nào đó chưa xác định được mà cơ thể tự sản xuất kháng thể. Chính kháng thể này đi tiêu diệt các tế bào của da. Kết quả là các tế bào không còn dính chặt vào nhau mà rời rạc tạo thành các bóng nước.

Nguyên nhân tại sao cơ thể chúng ta tự tiết kháng thể chưa được hiểu rõ. Có một số yếu tố đóng vai trò kích thích khiến cho bệnh bùng phát đó là:

Sử dụng một số loại thuốc.

Tia cực tím.

Chiếu xạ (xạ trị).

Các đối tượng mắc những bệnh lý tự miễn khác như lupus, vảy nến hay viêm khớp dạng thấp cũng có nguy cơ mắc Pemphigus. Đặc biệt, đối tượng lớn tuổi hay người già và phụ nữ sẽ dễ mắc bệnh hơn.

Bạn có thể xem thêm về ảnh hưởng của bệnh lên thai phụ:Bệnh Pemphigus (bóng nước tự miễn) ở phụ nữ mang thai.

Biểu hiện chung của các thể bóng nước tự miễn đó là:

Nổi ban đỏ ở trên da trước khi bị bóng nước.

Bóng nước lớn và chứa đầy dịch, dịch có thể trong, đục hay máu.

Bóng nước dày và không dễ vỡ.

Vùng da xung quanh bóng nước có thể bình thường, đỏ hay sậm màu.

Bóng nước vỡ sẽ tạo thành những vết trợt màu hồng và rất đau.

Có rất nhiều bệnh lý có thể gây bóng nước ở da. Vì vậy, khi trên da xuất hiện bóng nước, đặc biệt là các bóng nước lớn thì bạn nên nhanh chóng khám bác sĩ. Khi đó, bác sĩ sẽ thăm khám và chẩn đoán xem có phải bạn bị mắc bệnh Pemphigus hay không.

Bác sĩ da liễu sẽ thăm khám các bóng nước trên da xem chúng có những đặc điểm của Pemphigus hay không. Ngoài ra, bác sĩ có thể đề nghị bạn thực hiện một số xét nghiệm chuyên nghiệp hơn giúp chẩn đoán bệnh chính xác. Đó chính là xét nghiệm sinh thiết da. Bác sĩ sẽ lấy mẫu da ở bóng nước và đem xét nghiệm. Đồng thời, bác sĩ có thể đề nghị bạn thử máu để tìm một số kháng thể có liên quan đến bệnh Pemphigus.

Bệnh lý Pemphigus được phân loại thành nhiều thể khác nhau. Các thể bệnh của Pemphigus đó là:

Pemphigus thông thường. Đây là thể bệnh thường gặp nhất trong 3 thể của Pemphigus, chiếm tỷ lệ khoảng 60 – 70%. Thông thường thì các bóng nước bắt đầu xuất hiện ở miệng. Sau đó, ta sẽ thấy bóng nước nổi rải rác trên thân người, cánh tay, cẳng chân hay các khớp. Sau khi bóng nước vỡ sẽ để lại vết trợt da và lành sẹo chậm.

Pemphigus sùi.Đây là thể bệnh hiếm gặp hơn thể thông thường. Thông thường thì các bóng nước sẽ xuất hiện ở các nếp như nách, bẹn, mông hay nếp dưới vú. Sau khi bóng nước vỡ sẽ để lại vết trợt da sau đó sùi lên những mảng u nhú có mủ, đóng vảy và có mùi hôi.

Pemphigus lá. Thông thường thì các bóng nước sẽ xuất hiện ở mặt, lưng hay ngực – là những vùng có nhiều tuyến bã. Sau đó, bóng nước vỡ nhanh chóng và để lại những mảng đỏ da. Các mảng đỏ da có kèm tróc vảy ở bề mặt và rỉ dịch nhiều. Bệnh có thể diễn tiến thành đỏ da toàn thân với hình ảnh toàn bộ da của cơ thể trở nên đỏ.

Trên đây là những đặc điểm giúp phân biệt các thể một cách nhanh chóng. Để đảm bảo chính xác, bạn cần thăm khám bác sĩ.

Bởi vì nguyên nhân gây ra bệnh vẫn chưa được hiểu rõ nên chưa có phương pháp giúp chữa dứt điểm bệnh Pemphigus. Khi khởi phát bệnh, các biện pháp được áp dụng với mục đích:

Làm lành các tổn thương ở da.

Ngăn ngừa các đợt tái phát.

Hạn chế tối đa tác dụng phụ của các thuốc điều trị.

Khi nổi các bóng nước do Pemphigus, người bệnh sẽ được xử lý như sau:

Tắm thuốc tím pha loãng để ngăn ngừa nhiễm trùng da.

Chích xẹp các bóng nước to để tránh vỡ tự phát.

Đắp gạc thuốc tím lên vết trợt ở da để ngừa nhiễm trùng.

Đối với các vết trợt do bóng nước ở miệng thì có thể súc miệng với dung dịch sát trùng.

Sử dụng corticoid dạng bôi tại chỗ hay uống toàn thân là phương pháp điều trị chính. Corticoid giúp kháng viêm, nhanh lành các bóng nước cũ và ngăn ngừa nổi bóng nước mới. Tuy nhiên,tác dụng phụ của corticoidkhá nhiều nếu sử dụng liều cao và trong thời gian dài.

Có thể phối hợp các thuốc ức chế hệ miễn dịch khác giúp kiểm soát bệnh nhanh chóng.

Bác sĩ có thể chỉ định thêm kháng sinh trong trường hợp nhiễm trùng da do vi khuẩn.

Vì bệnh Pemphigus không được chữa khỏi dứt điểm nên chúng ta phải có chế độ theo dõi kiểm soát bệnh. Người bệnh cần lưu ý không tự ý ngưng thuốc hay giảm liều thuốc. Điều này sẽ khiến bệnh trở nặng hơn hay khó kiểm soát hơn.

Trong trường hợp đã được chẩn đoán mắc bệnh Pemphigus trước đây thì trong quá trình theo dõi, bạn nên đến khám bác sĩ khi:

Nổi bóng nước mới.

Bị vết trợt da mới.

Bóng nước tăng nhanh về số lượng hay lan khắp cơ thể.

Sốt.

Lạnh run.

Yếu cơ hay đau khớp.

Trước thời kỳ điều trị với thuốc corticoid thì hầu như người bệnh bị tử vong do bóng nước gây mất nước, suy dinh dưỡng hay nhiễm trùng. Tuy nhiên, khi được điều trị với corticoid thì tiên lượng của bệnh tốt hơn. Tình trạng bệnh nói chung thuyên giảm theo thời gian điều trị.

Thời gian điều trị càng dài thì khả năng lành bệnh hoàn toàn càng cao. Mặc dù vậy bệnh có thể tái phát trở lại bất cứ lúc nào. Nếu các bạn bị nổi bóng nước trở lại sau thời gian điều trị hoặc nổi bóng nước đầu tiên không giải thích được cũng nên đến khám bác sĩ để được xử trí kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/phinh-dai-trang-bam-sinh/

Nội dung bài viết

Phình đại tràng bẩm sinh là gì?

Phình đại tràng bẩm sinh biểu hiện như thế nào?

Biến chứng

Nguyên nhân

Chẩn đoán phình đại tràng bẩm sinh như thế nào?

Xét nghiệm chẩn đoán

Điều trị bệnh

Con tôi có thể sống một cuộc sống bình thường sau khi điều trị?

Phình đại tràng bẩm sinh là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp. Triệu chứng không điển hình, thời điểm xuất hiện và mức độ biểu hiện thay đổi từ nhẹ đến nặng là các đặc điểm nổi bật. Bệnh có thể dễ dàng bị bỏ qua cho đến khi xuất hiện các biến chứng nghiêm trọng gây ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe, thậm chí là tử vong nếu không được điều trị thích hợp. Do đó, bài viết hôm nay của Bác sĩ Nguyễn Hồ Thanh An sẽ cung cấp cho bạn từ A-Z thông tin về bệnh phình đại tràng bẩm sinh.

Phình đại tràng bẩm sinh (hay còn gọi làbệnh Hirschsprung) là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp, ảnh hưởng đến các tế bào thần kinh ở ruột già, có chức năng kiểm soát hoạt động co bóp đều đặn của cơ thành ruột .

Em bé mắc bệnh Hirschsprung bị thiếu đi các tế bào này ở toàn bộ chiều dài hoặc chỉ một phần của ruột già. Hậu quả là làm cho sự lưu thông của thức ăn và chất thải trong lòng ruột bị tắc nghẽn (một phần hoặc hoàn toàn), biểu hiện bằng các triệu chứng như táo bón kéo dài, chướng bụng và nhiễm trùng…

Dựa vào chiều dài đoạn ruột bị ảnh hưởng, người ta chia phình đại tràng bẩm sinh thành 4 loại:

Loại ngắn: chỉ ảnh hưởng đến trực tràng.

Loại trung bình(khoảng 80% các trường hợp): ảnh hưởng đến cả trực tràng và đại tràng xích-ma.

Loại dài: ảnh hưởng từ trực tràng đến đoạn ruột nằm phía trên đại tràng xích-ma.

Loại toàn bộ: ảnh hưởng toàn bộ đại tràng.

Tùy từng loại mà thời điểm phát hiện (sớm hay muộn) cũng như mức độ các triệu chứng (nhẹ đến nặng) cũng sẽ thay đổi. Tuy nhiên, nhìn chung thì các triệu chứng phổ biến của bệnh thường bao gồm:

Chậm đi tiêu phân su sau sinh:Đây là một triệu chứng cực kỳ quan trọng. Người ta thấy rằng, trong vòng hai ngày đầu tiên, hầu hết các bé đều đã có ít nhất 1 lần đi tiêu. Tuy nhiên, nếu sau khoảng thời gian này bé vẫn chưa đi tiêu lần nào, đây có thể là triệu chứng rất gợi ý.

Táo bón thường xuyên và kéo dài.

Chướngbụng.

Nôn.

Như đã đề cập ở trên, chúng ta có thể dễ dàng thấy rằng các triệu chứng hoàn toàn có thể bị bỏ qua nếu không chú ý kỹ. Đồng thời, chúng cũng là biểu hiện của nhiều tình trạng bệnh lý khác nhau. Do đó, khi có bất kỳ dấu hiệu nghi ngờ nào, chúng ta cần đưa trẻ đến các cơ sở y tế chuyên khoa để được chẩn đoán và điều trị thích hợp.

Tắc ruột cấp tính:Đây là tình trạng thường gặp nhất. Nguyên nhân là đoạn ruột bị bệnh không thể giãn ra như bình thường để thức ăn có thể đi qua, từ đó gây ra bít tắc. Khi đó, trẻ thường biểu hiện với các triệu chứng như không đi tiêu phân su, chướng bụng, quấy khóc, bú kém và nôn.

Viêm ruột non đại tràng:Là biến chứng nặng nề nhất, có thể đe dọa đến tính mạng. Chúng có thể xảy ra trước khi phẫu thuật, trong giai đoạn hậu phẫu, hoặc thậm chí nhiều năm sau khi phẫu thuật. Trẻ thường có các biểu hiện nhiễm trùng nhiễm độc nặng như phân lỏng, nâu nhạt, mùi hôi thối, sốt cao, nôn, chướng bụng,… Nặng hơn trẻ có thể có máu trong phân và thậm chí bị sốc.

Thủng ruột, nhiễm trùng huyết, sốc:Là các biến chứng có thể gặp ở giai đoạn muộn hơn khi bé bị viêm ruột non đại tràng.

Xem thêm:Viêm đại tràng có nguy hiểm không?

Nguyên nhân cụ thể dẫn tới tình trạng thiếu hụt các tế bào thần kinh ở ruột già đến nay vẫn chưa được hiểu rõ. Tuy nhiên, chúng ta đã biết được rằng một số yếu tố có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh, bao gồm:

Cóngười trong gia đìnhmắc bệnh.

Giới tính:Bé trai có tỉ lệ mắc bệnh nhiều gấp 3 – 4 lần bé gái.

Có các bất thường bẩm sinh đi kèm:Một số hội chứng di truyền có liên quan đến khả năng mắc bệnh chẳng hạn như hội chứng Down, tim bẩm sinh cùng các bất thường bẩm sinh hiếm gặp khác…

Tùy theo mức độ nghi ngờ là nhiều hay ít, kế hoạch và thái độ khẩn trương khi chẩn đoán cũng sẽ khác nhau.

Mức độ nghi ngờ cao là khi trẻ có các dấu hiệu sau:

Không đi tiêu phân su trong vòng 48 giờ sau khi sinh.

Các triệu chứng của tắc nghẽn đường ruột (chướng bụng, nôn, quấy khóc vô cớ,…).

Táo bón và kèm theo các yếu tố nguy cơ của bệnh (đã đề cập ở trên).

Trong trường hợp này, trẻ cần được thực hiện đánh giá một cách đầy đủ với thái độ tích cực. Bên cạnh việc thu thập thông tin tỉ mỉ về quá trình bệnh và tiền sử gia đình cũng như thăm khám một cách cẩn thận, quá trình chẩn đoán sẽ bao gồm cả các xét nghiệm có giá trị chẩn đoán như chụp X-quang đại tràng có thuốc tương phản và sinh thiết.

Một mức độ nghi ngờ vừa phải khi trẻ có đi tiêu phân su ở thời điểm sau 48 giờ và trước 72 giờ và không có thêm bất kỳ triệu chứng nào khác.

Đầu tiên, trẻ sẽ được thăm khám toàn diện và cẩn thận loại trừ các nguyên nhân khác gây ra sự chậm đi tiêu phân su này. Sau đó là quá trình theo dõi chặt chẽ và đánh giá kịp thời nếu xuất hiện thêm các triệu chứng như táo bón hoặc trướng bụng…

Tuy nhiên, chụp X-quang đại tràng có thuốc tương phản và sinh thiết trực tràng cũng có thể được thực hiện luôn trong một số trường hợp, đặc biệt là khi không có điều kiện theo dõi chặt chẽ hay theo nguyện vọng của phụ huynh.

\*Lưu ý: Kế hoạch chẩn đoán trên đây là điển hình, chỉ mang tính tham khảo và có thể khác đi trong một số trường hợp cụ thể. Nếu có bất kỳ thắc mắc nào, hãy thảo luận với bác sĩ điều trị của con bạn để được tư vấn và giải thích một cách cụ thể nhất.

Chẩn đoán xác định bệnh được thực hiện bằng sinh thiết trực tràng. Các xét nghiệm hỗ trợ khác có thể bao gồm X quang bụng không sửa soạn, X quang cản quang đường tiêu hóa hoặc đo áp lực hậu môn trực tràng.

X-quang cản quang đường tiêu hóa:Dùng để hỗ trợ bác sĩ trong việc chẩn đoán, xác định vị trí và xác định độ dài của đoạn ruột bị bệnh để từ đó đưa ra kế hoạch phẫu thuật. Tuy nhiên, một kết quả bình thường không đủ để loại trừ chẩn đoán, đặc biệt ở những trẻ có mức độ nghi ngờ cao đối với bệnh. Khi đó, trẻ cần xác nhận chẩn đoán bằng sinh thiết trực tràng.

Đo trương lực hậu môn:Đôi khi rất hữu ích trong chẩn đoán. Tăng trương lực cơ thắt hậu môn bên trong (nghĩa là chúng mất đi khả năng thư giãn và liên tục co) là một dấu hiệu gợi ý của bệnh.

Sinh thiết trực tràng:Là tiêu chuẩn vàng và giá trị nhất. Chẩn đoán phình đại tràng bẩm sinh được thiết lập nếu không phát hiện các tế bào hạch thần kinh ở đoạn ruột được sinh thiết. Tuy vậy, không có nghĩa là trường hợp nào cũng cần sinh thiết, bởi vì các biến chứng như chảy máu, nhiễm trùng,… cũng có thể xảy ra.

X-quang bụng không sửa soạn:Thường không hữu ích trong việc chẩn đoán và loại trừ bệnh phình đại tràng bẩm sinh. X-quang bụng không sửa soạn chỉ được dùng khi có các dấu hiệu nghi ngờ tắc ruột (như trướng bụng, nôn, quấy khóc và không đi tiêu)

Nền tảng chính của điều trị là phẫu thuật. Mục tiêu là:

Cắt bỏ đoạn ruột bị bệnh, đưa đoạn ruột bình thường xuống gần hậu môn.

Bảo tồn chức năng cơ thắt hậu môn bên trong.

Phẫu thuật truyền thống là thường kéo dài trong hai hoặc ba giai đoạn, trong đó:

Ban đầu, trẻ sẽ được làm hậu môn tạm để giải quyết tạm thời tình trạng tắc nghẽn.

Sau đó, phẫu thuật triệt để nhằm cắt bỏ toàn bộ phần ruột bị bệnh.

Hậu môn nhân tạo sẽ được đóng lại sau đó một khoảng thời gian.

Tuy nhiên, nhờ các tiến bộ về y tế, hầu hết các nước trên thế giới hiện nay đều thực hiện phẫu thuật triệt để sớm hơn và chỉ trong một lần, vì các ưu điểm đã được biết đến như:

Thuận lợi hơn trong quá trình phẫu thuật.

Giảm số lần mổ.

Giảm tỷ lệ biến chứng.

Phục hồi sớm.

Giảm chi phí.

Bao gồm tắc ruột cấp tính, viêm ruột non đại tràng và xoắn ruột sẽ được thảo luận riêng.

Tất cả trẻ mắc bệnh đều cần được đánh giá thêm về các bất thường bẩm sinh đi kèm. Dị thường bộ phận sinh dục, khiếm thính và suy giảm thị lực là các tình trạng phổ biến cần chú ý.

Hầu hết trẻ đã được phẫu thuật cócuộc sống bình thường. Tuy nhiên, chúng có thể gặp phải các vấn đề về đường ruột, phổ biến nhất là táo bón, đại tiện không tự chủ và viêm ruột.

Táo bón:Các triệu chứng tắc nghẽn kéo dài bao gồm nôn, đầy hơi, trướng bụng và táo bón nặng xảy ra ở 10 đến 30 phần trăm trẻ sau khi phẫu thuật.

Viêm ruột non đại tràng:Là nguyên nhân chính gây ra bệnh suất và tử vong sau phẫu thuật. Tỷ lệ mắc cao lên tới 45%, tăng lên nữa ở những bệnh nhân mắc bệnh ở đoạn ruột dài, đặc biệt là loại toàn bộ. Thời điểm là trong năm đầu tiên sau khi phẫu thuật.

Tiêu chảy và đi tiêu không tự chủ:Phổ biến trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật và thường được cải thiện theo thời gian. Các nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng này có thể kể đến như là do mất một phần ruột, rối loạn chức năng cơ thắt hậu môn hay là do tổn thương ống hậu môn và cơ vòng trong trong quá trình phẫu thuật.

Rối loạn chức năng tiết niệu và tình dục:Cụ thể là tiểu không tự chủ và rối loạn cương dương. Tuy không thường gặp nhưng cũng vẫn có tỉ lệ nhỏ có thể xảy ra. Tuy nhiên, cần thận trọng vì các rối loạn này có thể không được phát hiện nhiều năm sau phẫu thuật.

Em bé mắcbệnh Hirschsprungbị thiếu đi các tế bào thần kinh ở ruột già làm biểu hiện các triệu chứng của tắc nghẽn lòng ruột như chậm đi tiêu phân su, táo bón kéo dài, chướng bụng… Chúng thường ít khi trở nên quá nghiêm trọng, trừ khi đã có xuất hiện các biến chứng như viêm ruột non đại tràng, thủng ruột,… Điều trị chủ yếu là phẫu thuật sớm, triệt để và một thì tỏ ra ưu thế so với phẫu thuật truyền thống.

Hãy chia sẻ để mọi người cùng biết bạn nhé!

Xem thêm:Viêm đại tràng và những điều cần biết trước buổi hẹn với bác sĩ

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/phinh-dong-mach-chu-sat-thu-tham-lang/

Nội dung bài viết

1. Động mạch chủ là gì?

2. Bệnh phình động mạch chủ

3. Nguyên nhân

4. Triệu chứng và biến chứng

5. Chẩn đoán phình động mạch chủ

6. Điều trị phình động mạch chủ

7. Phòng ngừa

Bệnh phình động mạch chủ là một bệnh lý không thường gặp (khoảng 1% ở người Việt Nam > 65 tuổi). Tuy nhiên đây là bệnh rất nguy hiểm vì có tỉ lệ biến chứng tử vong cao. Bệnh thường diễn tiến âm thầm không có triệu chứng hoặc triệu chứng mơ hồ. Các triệu chứng của bệnh thường xuất hiện khi khối phình có kích thước to hoặc có biến chứng, nên phình động mạch chủ được gọi là “sát thủ thầm lặng”. Vì vậy, chúng ta cần phải hiểu hơn về bệnh để có thể chủ động phòng ngừa cũng như điều trị sớm và hiệu quả.

Động mạch chủ là động mạch lớn nhất trong cơ thể, có chức năng dẫn máu từ tim đến các cơ quan trong cơ thể. Về cơ bản, động mạch chủ có thể chia thành 5 đoạn: gốc động mạch chủ, động mạch chủ ngực lên, quai động mạch chủ, động mạch chủ ngực xuống và động mạch chủ bụng.

Ở người khỏe mạnh, đường kính động mạch chủ thường không vượt quá 40mm và nhỏ dần về hạ lưu. Đường kính này thay đổi theo vài yếu tố gồm tuổi, giới, kích thước cơ thể vàhuyết áp.

>> Xem thêm:Hẹp van động mạch phổi: Bệnh van tim nguy hiểm và những điều cần biết

Phình động mạch chủ là tình trạng một đoạn động mạch giãn rộng với đường kính đoạn giãn ≥ 1,5 lần bình thường. Vị trí phình có thể xảy ra ở mọi nơi suốt dọc chiều dài của động mạch chủ. Trong đó, 80-85% động mạch chủ bị phình xuất hiện ở đoạn dưới chỗ xuất phát các động mạch thận.

Bệnh gồm 2 nhóm bệnh khác nhau về nguyên nhân và thương tổn. Hai nhóm bệnh này gồm: giả phình động mạch chủ (<5%) và phình động mạch chủ do bệnh lý (>95%). Tỉ lệ bị bệnh ở người > 65 tuổi tại Việt Nam khoảng 1%.

Phình động mạch chủ xảy ra khi thành động mạch chủ suy yếu theo tuổi. Bệnh còn do các bệnh lý và tình trạng có xu hướng ảnh hưởng đến tất cả các mạch máu của cơ thể.

Các yếu tố nguy cơ hàng đầu:

Hút thuốc: yếu tố nguy cơ chính của bệnh. Những người hút thuốc có tỉ lệ phình động mạch chủ tăng gấp 5 lần so với những người không hút thuốc.

Lão hóa: bệnhủ rất hiếm gặp ở những người dưới 60 tuổi.

Giới tính nam: bệnh xảy ra phổ biến hơn ở nam giới so với nữ giới.

Tăng huyết áp: đặc biệt nếu không được điều trị, có thể làm tăng nguy cơ hình thành phình mạch. Trên 40% bệnh nhân phình động mạch chủ có tăng huyết áp kèm theo.

Xơ vữa động mạch: xảy ra do cholesterol cao,đái tháo đườngvà tăng huyết áp.

Tiền sử gia đình bị bệnh: một yếu tố nguy cơ quan trọng.

Một số bệnh di truyền.

Chấn thương ở bụng hoặc ngực có thể gây phình động mạch chủ tiến triển hoặc vỡ.

Đa số bệnh nhân phình động mạch chủ bụng không có triệu chứng hoặc triệu chứng mơ hồ. Các triệu chứng biểu hiện khi khối phình có kích thước khá lớn hoặc khi xảy ra biến chứng.

Đau ngực là triệu chứng thường gặp nhất. Khi có đau ngực, bệnh nhân thường đã có biến chứng như bóc tách động mạch chủ hoặc khối phình dọa vỡ. Các triệu chứng khác xuất hiện khi khối phình có kích thước đủ lớn và tùy thuộc vị trí khối phình. Khối phình chèn ép vào các cấu trúc trong lồng ngực gây ra các triệu chứng như:

Nếu phình ở đoạn động mạch chủ lên hoặc phần quai động mạch chủ: triệu chứng suy tim kèm theo hở van động mạch chủ. Khối phình lớn có thể gây khó nuốt nếu chèn vào thực quản. Khàn tiếng xuất hiện khi khối phình chèn vào dây thần kinh thanh quản quặt ngược trái. Khó thở, ho ra máu xảy ra nếu khối phình chèn vào cây khí phế quản. Hội chứng tĩnh mạch chủ trên (phù mặt, cổ, chi trên) gặp trong trường hợp chèn vào tĩnh mạch chủ. Tai biến mạch não có thể gặp nếu phình chèn ép vào mạch cảnh.

Nếu phình ở động mạch chủ xuống: thường ít triệu chứng hơn so với phình ở đoạn chủ lên và phần quai. Thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi khối phình rất lớn, có thể chèn ép gây đau lưng hoặc đau do biến chứng bóc tách động mạch chủ.

>> Xem thêm:Hẹp van động mạch chủ: Tất tần tật những điều cần biết

Như phình động mạch chủ ngực, phình động mạch chủ bụng thường không có triệu chứng trong thời gian dài.

Các dấu hiệu có thể gặp của bệnh: đau bụng, đau lưng không điển hình, khối ở bụng đập theo nhịp đập của tim, tắc mạch chi dưới do thuyên tắc huyết khối hoặc mảng xơ vữa từ khối phình bắn đi.

Biến chứng nguy hiểm nhất của phình động mạch chủ là vỡ túi phình. Bệnh nhân bị vỡ động mạch chủ nếu không phẫu thuật, can thiệp kịp thời chắc chắn tử vong. Chính vì bệnh đa số không có triệu chứng cho đến khi có biến chứng nên phình động mạch chủ được gọi là “Sát thủ thầm lặng”.

Triệu chứng:

Phình động mạch chủ ngực vỡ bao gồm: sốc, tụt huyết áp, đau ngực, khó thở.

Phình động mạch chủ bụng vỡ bao gồm: đau bụng, chướng bụng, hội chứng chảy máu trong ổ bụng.

Các triệu chứng ban đầu của bệnh thường là do biến chứng vỡ. Kết quả điều trị sẽ tốt hơn nhiều nếu chẩn đoán trước khi có bất kỳ triệu chứng nào. Dưới đây là các phương pháp chẩn đoán:

Sàng lọc:Hầu hết các phình động mạch chủ trước vỡ được chẩn đoán qua sàng lọc. Những người có yếu tố nguy cơ cao sẽ được sàng lọc đặc biệt. Sàng lọc được tiến hành ngay cả khi không có triệu chứng hoặc dấu hiệu khi khám thực thể.

Khám thực thể: Một khối lớn nằm sâu trong bụng được phát hiện bằng khám thực thể. Khối này gặp ở khoảng 33% những người có phình động mạch chủ bụng.

X-quang ngực: Nhiều phình động mạch chủ ngực được phát hiện đầu tiên bằng X-quang ngực.

Siêu âm: Siêu âm đặc biệt nhạy trong chẩn đoán bệnh. Đây là một xét nghiệm chẩn đoán an toàn, nhanh chóng và hữu ích trong các tình huống khẩn cấp.

CT scan: có thể phát hiện những thay đổi trong cấu trúc của động mạch chủ. CT scan có thể hữu ích trong việc lên kế hoạch phẫu thuật.

MRI: giống như CT, là một kỹ thuật hình ảnh có thể xác định các bất thường về giải phẫu.

Chủ yếu là điều trị các bệnh lý nguyên nhân gây ra bệnh:

Điều trị và kiểm soát tốt huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp (ức chế beta, ức chế thụ thể/ men chuyển).

Kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân có đái tháo đường.

Kiểm soát cholesteron máu (liệu pháp statin) ở bệnh nhânrối loạn lipid máu.

Phẫu thuật thay đoạn động mạch bị phình bằng mạch máu nhân tạo là phương pháp điều trị kinh điển. Đây là một phẫu thuật lớn với các nguy cơ biến chứng cao. Cần phải đánh giá các yếu tố liên quan trước khi phẫu thuật (tuổi, các bệnh lý kèm theo, chức năng các cơ quan…).

Đặt ống ghép nội mạch là một phương pháp điều trị ít xâm lấn được phát triển trong khoảng 20 năm gần đây. Đặt ống ghép nội mạch có thể thay thế phẫu thuật kinh điển ở nhiều đoạn phình. Phương pháp này đặt biệt ưu thế ở những bệnh nhân có các bệnh lý kèm theo, lớn tuổi, nguy cơ phẫu thuật cao, tổng trạng kém.

Can thiệp nội mạch giúp giảm số ngày nằm viện, giảm biến chứng và tử vong tuy nhiên giá thành vẫn còn cao.

Hybrid được hiểu là kỹ thuật ứng dụng đồng thời phẫu thuật và can thiệp nội mạch trên một bệnh nhân. Kỹ thuật Hybrid phát triển ở Việt Nam từ năm 2012 giúp làm giảm chi phí, giảm nguy cơ phẫu thuật. Hybrid còn cho phép điều trị các bệnh lý phức tạp ( không can thiệp đơn thuần được) một cách nhẹ nhàng và hiệu quả hơn phẫu thuật kinh điển.

Không hút thuốc: Hút thuốc là yếu tố nguy cơ chính với tất cả bệnh về mạch máu.

Kiểm soát huyết áp: Huyết áp cao là tác nhân quan trọng gây ra bệnh mạch máu. Duy trì huyết áp bình thường bằng cách sử dụng chế độ ăn uống, kiểm soát căng thẳng. Dùng thuốc kiểm soát huyết áp sẽ làm giảm khả năng phát triển phình động mạch chủ.

Kiểm soát mức cholesterol của bạn: cholesterol cao dẫn đến xơ vữa động mạch.

Khám sức khoẻ thường xuyên: khám sức khoẻ định kỳ rất quan trọng. Bác sĩ có thể phát hiện ra rằng bạn có nguy cơ bị bệnh và cần xét nghiệm sàng lọc. Khi bạn khám thường xuyên, các yếu tố nguy cơ của phình động mạch chủ có thể được phát hiện và điều trị sớm.

Với những hiểu biết cơ bản vềphình động mạch chủ, chúng ta hãy áp dụng những biện pháp phòng ngừa tích cực và hiệu quả góp phần nâng cao sức khỏe cũng như phòng bệnh. Nên khám bệnh định kỳ để phát hiện sớm trước khi diễn tiến thành biến chứng. Khi phát hiện bệnh, hãy đến ngay cơ sở y tế để được tư vấn và tuân thủ điều trị để có kết quả tốt nhất. Đừng để phình động mạch chủ trở thành một sát thủ vì bạn có kiến thức và có thể phòng ngừa.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/phi-dai-that-trai-nguyen-nhan-trieu-chung-chan-doan-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Khái niệm về bệnh lý phì đại thất trái

Tình hình bệnh LVH

Những nguyên nhân gây ra LVH

Những yếu tố nguy cơ dẫn đến LVH

Những triệu chứng biểu hiện LVH

Biến chứng của bệnh phì đại thất trái là gì?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán phì đại thất trái như thế nào?

Điều trị phì đại tâm thất trái

Vấn đề thay đổi lối sống

Phì đại thất trái là một trong những bệnh lý tim mạch khá phổ biến. Đây thường là biến chứng của một số bệnh nhất định của hệ tim mạch. Đôi khi tình trạng phì đại do nguyên nhân bẩm sinh. Vậy thì bệnh lý này có nguyên nhân là gì? Triệu chứng ra sao? Cách điều trị thế nào? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô.

Phì đại thất tráicòn có tên trong tiếng Anh làLeft ventricular hypertrophy, viết tắt làLVH. Đây là sự mở rộng và dày lên (phì đại) các thành của một trong hai buồng bơm chính của tim – tâm thất trái. Đây là một trong 4 buồng chính của tim thực hiện hoạt động bơm máu.

Phì đại tâm thất tráicó thể phát triển để phản ứng với một số yếu tố. Chẳng hạn như huyết áp cao hoặc tình trạng tim làm việc quá sức. Nó khiến tâm thất trái hoạt động nhiều hơn. Khi khối lượng công việc tăng lên, các mô cơ trong thành thất trái dày lên. Và đôi khi kích thước của chính buồng tim này cũng tăng lên.

Cơ tim phì đại mất tính đàn hồi và cuối cùng có thể không bơm đủ lực khi cần thiết. Phì đại tâm thất trái phổ biến hơn ở những người bị huyết áp cao không kiểm soát được. Nhưng bất kể huyết áp của bạn là bao nhiêu, phát triển phì đại tâm thất trái sẽ khiến bạn có nguy cơ cao bị suy tim và đột quỵ. Điều trị huyết áp cao có thể giúp giảm bớt các triệu chứng của người bệnh. Đồng thời có thể đảo ngược chứng phì đại này.

Xem thêm:Tim phì đại nguy hiểm như thế nào?

Phì đại thất tráihiện diện ở 15% đến 20% dân số nói chung. Nó thường phổ biến hơn ở người da đen, người già, người béo phì và bệnh nhân cao huyết áp. Một đánh giá về dữ liệu siêu âm tim của 37.700 người cho thấy tỷ lệ lưu hành LVH là 19% – 48% ở người cao huyết áp không được điều trị. Và 58% -77% ở bệnh nhân tăng huyết áp có nguy cơ cao.

Sự hiện diện củabéo phìcũng làm tăng gấp 2 lần nguy cơ phát triển LVH. Tỷ lệ lưu hành LVH dao động từ 36% đến 41% trong dân số, tùy thuộc vào tiêu chí được sử dụng để xác định nó. Tỷ lệ lưu hành LVH không được báo cáo là khác biệt giữa nam và nữ (khoảng 36,0% so với 37,9% . Tỷ lệ phì đại tâm thấn trái lệch tâm tương đối nhiều hơn so với phì đại đồng tâm.

Phì đại tâm thất tráicó thể xảy ra khi một số yếu tố khiến tim của bạn làm việc nhiều hơn bình thường để bơm máu cho cơ thể. Các yếu tố có thể khiến tim bạn làm việc nhiều hơn bao gồm:

Huyết áp cao(tăng huyết áp). Đây là nguyên nhân phổ biến nhất của LVH. Hơn 30% số người cho thấy bằng chứng phì đại tâm thất trái tại thời điểm họ được chẩn đoán mắc bệnh tăng huyết áp.

Hẹp van động mạch chủ. Căn bệnh này là sự thu hẹp của van động mạch chủ ngăn cách tâm thất trái với động mạch chủ. Hẹp van động mạch chủ đòi hỏi tâm thất trái phải làm việc nhiều hơn để bơm máu vào động mạch chủ.

Bệnh cơ tim phì đại. Căn bệnh di truyền này xảy ra khi cơ tim trở nên dày bất thường. Ngay cả với huyết áp hoàn toàn bình thường, khiến tim khó bơm máu hơn.

Sự rèn luyện thể chất. Việc tập luyện sức bền và sức bền với cường độ cao, kéo dài có thể khiến tim thích nghi. Mục đích là để xử lý khối lượng công việc tăng thêm. Không rõ liệu loại phì đại tâm thất trái thể thao này có thể dẫn đến xơ cứng cơ tim và bệnh tật hay không.

Ngoài tăng huyết áp và hẹp van động mạch chủ, các yếu tố làm tăng nguy cơLVHbao gồm:

Tuổi tác. Phì đại tâm thất trái thường gặp ở người lớn tuổi.

Cân nặng. Thừa cân làm tăng nguy cơ cao huyết áp và phì đại tâm thất trái.

Lịch sử gia đình. Một số điều kiện di truyền có liên quan đến việc phát triển phì đại tâm thất trái.

Bệnh đái tháo đường (tiểu đường). Phì đại tâm thất trái được phát hiện có liên quan đến nguy cơ mắc bệnh tiểu đường cao hơn.

Chủng tộc. Người Mỹ gốc Phi có nguy cơ phì đại tâm thất trái cao hơn những người da trắng có số đo huyết áp tương tự.

Giới tính. Phụ nữ bị tăng huyết áp có nguy cơ phì đại tâm thất trái cao hơn nam giới có số đo huyết áp tương tự.

Phì đại tâm thất tráithường phát triển dần dần. Bạn có thể không gặp phải dấu hiệu hoặc triệu chứng nào, đặc biệt là trong giai đoạn đầu của tình trạng này. Khi phì đại tâm thất trái tiến triển, bạn có thể gặp:

Hụt hơi, khó thở. Khó thở đôi khi phải ngồi hoặc khó thở kịch phát về đêm.

Mệt mỏi thường xuyên.

Đau ngực, thường sau khi tập thể dục hoặc vận động nhiều.

Cảm giác nhịp tim nhanh hoặc đập thình thịch (hồi hộp, đánh trống ngực)

Chóng mặt hoặc ngất xỉu.

Bệnh ở phổi tái diễn, chẳng hạn như viêm phổi, viêm phế quản.

Phì đại tâm thất tráilàm thay đổi cấu trúc và hoạt động của tim. Tâm thất trái phì đại có thể gây ra:

Làm suy yếu cơ thể.

Cơ tim xơ cứng và mất tính đàn hồi, ngăn không cho buồng tim chứa đầy đủ máu.

Tăng áp lực trong tim dẫn đến tăng nguy cơ dày giãn toàn bộ tim.

Nén các mạch máu của buồng (động mạch vành) và hạn chế nguồn cung cấp máu cho mạch vành.

Kết quả của những thay đổi này có thể dẫn đến những biến chứng sau đây:

Giảm cung cấp máu cho tim.

Tim không có khả năng bơm đủ máu cho cơ thể người bệnh (suy tim).

Nhịp tim bất thường (loạn nhịp tim)

Nhịp tim nhanh, bất thường (rung tâm nhĩ) làm giảm lưu lượng máu đến cơ thể.

Cung cấp không đủ oxy cho tim (bệnh tim thiếu máu cục bộ)

Đột quỵ.

Mất chức năng tim, ngưng thở và mất ý thức đột ngột, bất ngờ (ngừng tim đột ngột).

Bạn cần phải tìm kiếm sự chăm sóc y tế khẩn cấp nếu:

Cảm thấy đau ngực kéo dài liên tục trong vài phút.

Bị khó thở từ nặng nghiêm trọng.

Bạn bị choáng nặng hoặc mất ý thức.

Nếu bạn cảm thấy khó thở nhẹ hoặc các triệu chứng khác, chẳng hạn như đánh trống ngực, hãy đến gặp bác sĩ. Người bệnh bị huyết áp cao hoặc một tình trạng khác làm tăng nguy cơ phì đại tâm thất trái. Khi ấy, các bác sĩ có thể sẽ đề nghị các cuộc hẹn thường xuyên để theo dõi tim của người bệnh.

Ngay cả khi bạn cảm thấy khỏe, bạn cần phải kiểm tra huyết áp hàng năm hoặc thường xuyên hơn nếu bạn:

Hút thuốc lá.

Thừa cân, béo phì.

Có các tình trạng khác làm tăng nguy cơ huyết áp cao. Chẳng hạn như thói quen ăn mặn, rối loạn thần kinh thực vật,bệnh cường giáp,…

Bác sĩ sẽ bắt đầu với tiền sử sức khỏe, tiền sử gia đình và khám sức khỏe kỹ lưỡng, bao gồm kiểm tra huyết áp và chức năng tim của bạn. Sau đó, bác sĩ có thể đề nghị các xét nghiệm sàng lọc:

Điện tâm đồ (ECG). Các tín hiệu điện được ghi lại khi chúng đi qua tim của bạn. Bác sĩ có thể phát hiện chức năng tim bất thường và sự dày giãn thất trái trên điện tim.

Siêu âm tim. Sóng âm thanh tạo ra hình ảnh hoạt động trực tiếp của trái tim. Siêu âm tim có thể tiết lộ mô cơ dày lên trong tâm thất trái. Đồng thời cho biết dòng máu chảy qua tim theo từng nhịp đập. Cùng các bất thường về tim liên quan đến tâm thất trái phì đại, chẳng hạn như hẹp van động mạch chủ.

Chụp cộng hưởng từ. Hình ảnh của tim có thể được sử dụng để chẩn đoán phì đại tâm thất trái.

Điều trị LVH phụ thuộc vào nguyên nhân cơ bản và có thể liên quan đến thuốc hoặc phẫu thuật.

Phì đại tâm thất trái do hẹp van động mạch chủ có thể cần phẫu thuật để sửa van hẹp. Hoặc có thể thay thế van động mạch chủ bị hẹp bằng van nhân tạo hoặc van sinh học.

LVH do bệnh cơ tim phì đại có thể được điều trị bằng thuốc. Đồng thời có thể điều trị bằng các thủ thuật không phẫu thuật, phẫu thuật, thiết bị cấy ghép và thay đổi lối sống. Bác sĩ của bạn có thể sẽ khuyến nghị thay đổi lối sống có lợi cho tim, bao gồm:

Tập thể dục thường xuyên.

Chế độ ăn nhiều trái cây, rau, ngũ cốc và chất béo tốt. Đồng thời giảm lượng carbohydrate tinh chế, muối và chất béo bão hòa.

Cai thuốc lá.

Tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân phổ biến dẫn đến LVH. Vì vậy, để ổn định huyết áp ở người bị bệnh tăng huyết áp, chúng ta nên uống thuốc hạ huyết áp đều đặn hàng ngày. Lưu ý là uống đúng liều và đúng giờ theo hướng dẫn của bác sĩ. Một số nhóm thuốc phổ biến giúp hạ huyết áp bao gồm:

Nhóm thuốc chẹn Beta giao cảm.

Nhóm thuốc ức chế Alpha hoặc ức chế cả hai thụ thể Alpha và Beta giao cảm.

Ức chế kênh Canxi.

Thuốc giãn mạch: Giãn động mạch, tĩnh mạch hoặc cả hai.

Nhóm các thuốc lợi tiểu.

Thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể Angiotensin II.

Thuốc ức chế giao cảm nguồn gốc trung ương,…

Nếu bạn đã được chẩn đoán mắcchứng ngưng thở khi ngủ, việc điều trị chứng rối loạn giấc ngủ này có thể làm giảm huyết áp của bạn. Đồng thời giúp đẩy lùi chứng phì đại tâm thất trái nếu nguyên nhân là do huyết áp cao.

Bạn chưa được chẩn đoán mắc chứng ngưng thở khi ngủ, nhưng người nhà của bạn nói với bạn rằng bạn ngáy hoặc bạn ngừng thở trong giây lát khi ngủ. Khi ấy, bạn hãy nói chuyện với bác sĩ về việc kiểm tra chứng ngưng thở khi ngủ.

Điều trị chứng ngưng thở khi ngủ bao gồm sử dụng một máy cung cấp áp lực đường thở dương liên tục (CPAP) trong khi bạn ngủ. CPAP giữ cho đường thở của bạn mở. Nó cho phép bạn nhận được lượng oxy cần thiết để giữ huyết áp của bạn ở mức bình thường.

Thay đổi lối sống có thể giúp giảm huyết áp, cải thiện sức khỏe tim mạch và cải thiện các dấu hiệuphì đại thất tráinếu LVH do huyết áp cao. Một số biện pháp được khuyến nghị bao gồm:

Giảm cân.

Tăng cường chất xơ, rau củ quả trong khẩu phần ăn hàng ngày.

Hạn chế muối, tinh bột, chất béo bão hòa.

Hoạt động thể lực thường xuyên.

Hạn chế căng thẳng.

Nói tóm lại,phì đại thất tráicó thể là một bệnh lý nguyên phát. Cũng có thể thứ phát sau một bệnh lý tim mạch nào đó. Vì vậy, chúng ta nên quản lý tốt các bệnh lý về tim mạch. Đồng thời có lối sống khoa học như các chuyên gia đã khuyến nghị. Mục đích là để tăng cường sức khỏe và hạn chế nguy cơ mắc các bệnh lý về tim.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/phi-dai-tuyen-tien-liet/

Nội dung bài viết

Thế nào là phì đại tiền liệt tuyến?

Triệu chứng của phì đại tuyến tiền liệt

Chẩn đoán

Giảm triệu chứng bệnh tại nhà

Khi nào cần khám và điều trị?

Điều trị phì đại tiền liệt tuyến

Lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp

Lưu ý trước khi điều trị

Kết luận

Phì đại tuyến tiền liệt có các tên gọi khác như u xơ tiền liệt tuyến, tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, phì đại tuyến tiền liệt lành tính, phì đại nhiếp tuyến. Phì đại tiền liệt tuyến bắt đầu xuất hiện ở độ tuổi 30, tuy nhiên sau độ tuổi 50 mới xuất hiện các triệu chứng của bệnh. Bệnh lành tính và có thể chữa khỏi hoàn toàn, không dẫn đến ung thư tiền liệt tuyến. Tuy nhiên, nó gây ra nhiều khó chịu cho người bệnh.

Tuyến tiền liệtlà một tuyến nội tiết nằm bao quanh niệu đạo (là cấu trúc dạng ống dẫn nước tiểu từ bàng quang ra ngoài qua dương vật). Tuyến tiền liệt thường tăng kích thước ở người lớn tuổi.

Phì đại tuyến tiền liệtlà một trong nhữngbệnh tuyến tiền liệtthường gặp. Thông thường, nó lành tính không diễn tiến thành ung thư.

Nhiều bệnh nhân nam mắcphì đại tuyến tiền liệt lành tínhkhông biểu hiện triệu chứng. Khi xuất hiện thì những triệu chứng thường gặp là:

Tiểu nhiều lần, đặc biệt vào ban đêm.

Gặp khó khăn khi đi tiểu (thường đứng lâu hoặc gắng sức để đi tiểu).

Dòng nước tiểu yếu.

Rò rỉ nước tiểu.

Còn cảm giác mắc tiểu hoặc tiểu không hết.

Trong những trường hợp nặng, bệnh nhân không thể đi tiểu được hay còn gọi là bí tiểu. Bí tiểu là một triệu chứng nặng của bệnh và cần được điều trị.

Để chẩn đoán bệnh, bác sĩ cần hỏi triệu chứng bệnh và thăm khám hậu môn trực tràng. Thăm khám hậu môn trực tràng thông qua việc đưa ngón tay vào hậu môn bệnh nhân để thăm khám vùng tiền liệt tuyến nằm phía trước. Thăm khám hậu môn trực tràng giúp đánh giá được kích thước và mật độ của tuyến tiền liệt.

Bên cạnh việc hỏi bệnh và thăm khám, bác sĩ có thể cần đến các xét nghiệm máu và xét nghiệm nước tiểu để đánh giá tình trạng bệnh, đặc biệt là tình trạng nhiễm trùng tiểu kèm theo.

Bệnh nhân có thể cải thiện triệu chứng của bệnh thông qua các cách như:

Hạn chế uống quá nhiều nước, đặc biệt là trước khi đi ngủ

Không dùng rượu bia hay các thức uống có cồn khác. Hạn chế uống cà phê. Rượu và cà phê có thể làm bạn đi tiểu thường xuyên hơn.

Không dùng thuốc cảm cúm, thuốc chống dị ứng. Những nhóm thuốc trên chứa thành phần kháng histamin hoặc nhóm decongestants làm cho triệu chứng bệnh nặng thêm.

Thực hành việc đi tiểu theo phương pháp “double voiding”. Có nghĩa là sau đã tiểu xong, hay dừng lại thêm một ít thời gian để cố gắng đi tiểu thêm lần nữa ngay sau lần đầu.

Xem thêm:Biến chứng và cách phòng ngừa phì đại tuyến tiền liệt lành tính

Nếu bạn có bất cứ triệu chứng nào liệt kê ở trên, hay đến khám tại các cơ sở y tế để được chẩn đoánnguyên nhân phì đại tuyến tiền liệt. Những triệu chứng kể trên có thể gặp phải ở nhiều bệnh lý khác nhau. Do đó, quan trọng nhất là bạn cần phải được thăm khám và chẩn đoán bởi bác sĩ chuyên khoa.

Bệnh có thể điều trị ở nhiều thời điểm bằng nhiều phương pháp khác nhau. Nếu những triệu chứng không ảnh hưởng quá nhiều đến sinh hoạt thì đôi khi bạn chỉ cần theo dõi mà không cần phải điều trị. Tuy nhiên, đến khi bệnh ảnh hưởng nghiêm trọng tới việc đi tiểu là lúc cần điều trị. Nếu không điều trị sẽ dẫn đến nhiều bệnh lý nguy hiểm.

Những phương phápđiều trị phì đại tuyến tiền liệtcó thể gồm có:

Điều trị bảo tồn, theo dõi bệnh: Điều trị bảo tồn, theo dõi bệnh về những diễn tiến của triệu chứng là một sự lựa chọn nếu triệu chứng của bệnh nhẹ và không ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt của người bệnh.

Dùng thuốc: Có 2 nhómthuốc điều trị phì đại tuyến tiền liệt. Đầu tiên là nhóm thuốc giãn cơ xung quanh niệu quản. Thứ hai là nhóm thuốc ngăn ngừa diễn tiến lớn lên thêm hay giúp giảm kích thước tiền liệt tuyến. Một vài trường hợp cần phải phối hợp điều trị cả hai nhóm thuốc trên. Việc sử dụng thuốc phù hợp và hiệu quả cần sự chỉ định của bác sĩ điều trị chuyên khoa.

Phẫu thuật: Phẫu thuật có thể giúp điều trị tình trạng bệnh thông qua việc cắt bỏ bớt một phần tuyến tiền liệt gây ra triệu chứng. Việc phẫu thuật có nhiều phương pháp khác nhau và việc lựa chọn tùy thuộc vào bác sĩ điều trị và tình trạng bệnh nhân.

Lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp còn phụ thuộc vào 2 yếu tố:

Mức độ nặng của triệu chứng ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân.

Mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân với những phương pháp điều trị khác nhau.

Nếu phương pháp điều trị không ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt của người bệnh, đôi khi không cần điều trị mà chỉ cần theo dõi. Mặc khác, nếu triệu chứng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt và công việc thì đó là lúc cần phải điều trị.

Bác sĩ có thể sẽ bắt đầu điều trị bằng thuốc trước. Nếu việc dùng thuốc không giảm triệu chứng như mong muốn thìmổ phì đại tuyến tiền liệtđược cân nhắc lựa chọn.

Lưu ý rằng phương pháp điều trị nào cũng có mặt lợi và hại. Dùng thuốc có những tác dụng phụ mà người bệnh gặp phải. Luôn tồn tại nguy cơ của cuộc phẫu thuật. Những biến chứng về khả năng tình dục kèm theo sau phẫu thuật cũng có thể xảy ra.

Khi đã quyết định điều trị bệnh, hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ về những vấn đề sau:

Mức độ cải thiện triệu chứng mong đợi của phương pháp điều trị.

Những rủi ro, biến chứng và tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị là gì.

Nếu không điều trị thì những vấn đề phải đối mặt là gì?

Trên đây là những thông tin cơ bản về bệnh lýphì đại tuyến tiền liệt. Hy vọng bài viết đã cung cấp được những thông tin bước đầu giúp người đọc dễ dàng tiếp tục tìm hiểu thêm về bệnh lý thường gặp này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-phong-thap-la-gi-nguyen-nhan-trieu-chung-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Phong thấp là bệnh gì, có lây không?

Nguyên nhân của bệnh phong thấp là gì?

Triệu chứng thường gặp của bệnh phong thấp?

Cách trị phong thấp như thế nào?

Bệnh phong thấp là tên gọi dân gian của viêm khớp dạng thấp. Đây là một trong những bệnh lý khớp phổ biến nhất. Bệnh thường gặp ở người lớn. Bệnh gây sưng, nóng, đỏ, đau, mất chức năng nhiều khớp. Nếu không điều trị, bệnh gây ra tàn tật vĩnh viễn và mất sức lao động. Vậy triệu chứng, nguyên nhân của bệnh phong thấp là gì? Bệnh phong thấp có chữa được không? Hãy tìm hiểu cùng YouMed nhé!

Phong thấplà bệnh lý viêm khớp. Bệnh gây ra do tình trạng rối loạn hệ miễn dịch của cơ thể. Vì vậy bệnh không có yếu tố lây nhiễm.

Bệnh gây đỏ, sưng, đau, cứng khớp. Ngoài ra, bệnh cũng ảnh hưởng lên nhiều bộ phận khác của cơ thể. Đó là: phổi, tim, mạch máu, da, mắt, dây thần kinh.

Bệnh thường gặp ở người lớn. Tuổi khởi phát bệnh thường từ 30-50 tuổi. Phụ nữ bịphong thấpnhiều gấp đôi nam giới. Bệnh diễn tiến phức tạp và nặng nề. Do đó, cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Nguyên nhân bị bệnh phong thấp cho đến ngày nay chưa được biết rõ. Tuy nhiên, yếu tố di truyền và yếu tố môi trường có thể có liên quan.

Hệ miễn dịch có vai trò bảo vệ cơ thể. Nhưng vì một rối loạn nào đó, chúng lại tấn công lớp màng bao quanh khớp. Điều này dẫn đến viêm khớp, phá hủy khớp.

Một số yếu tố nguy cơ gây ra bệnhphong thấpđã được xác nhận, bao gồm:

Nữ giới.

Gia đình có người bị phong thấp.

Lớn tuổi.

Hút thuốc lá.

Tiếp xúc với silic.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Bệnh Phong thấp: hỏi bác sĩ như thế nào?

Bệnhphong thấpcó triệu chứng rất đa dạng. Nó bao gồm các triệu chứng viêm khớp, toàn thân và của các cơ quan khác.

Cứng khớp: điển hình nhất là cứng khớp vào buổi sáng sau khi ngủ dậy. Nó kéo dài ít nhất 45 phút sau khi bắt động cử động khớp.

Đau: đây là triệu chứng dễ nhận biết nhất. Nguyên nhân do viêm làm khớp trở nên nhạy cảm và căng hơn.

Sưng khớp: Viêm khớp làm tăng tích tụ dịch trong khớp.

Nóng: vùng da khớp có thể ấm hơn vùng da xung quanh. Lưu ý, vùng da khớp bị bệnh không bị đỏ.

Khớp thường bị nhất là khớp cổ tay, khớp giữa bàn và ngón tay, khớp liên đốt gần. Các khớp bị thường đối xứng nhau. Về lâu dài, các khớp sẽ bị biến dạng.

Sốt nhẹ,mệt mỏi.

Chán ăn, sụt cân.

Đau nhức mỏi cơ toàn thân.

Nốt thấp: những nốt (hạt, cục) nổi lên khỏi bề mặt da, chắc, không đau, dính vào nền xương ở dưới. Chúng thường có ở khớp khuỷu, gót chân, gối.

Triệu chứng giảm tiết dịch: khô mắt, khô miệng, dịch nước bọt giảm, sưng to tuyến mang tai… Vì vậy, khi ăn những thức ăn khô, bạn sẽ thấy khó nuốt.

Triệu chứng ở tim: tim đập nhanh, loạn nhịp. Nó có thể gây viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, thiếu máu cơ tim.

Tìm hiểu thêm:Đau khớp gối là biểu hiện của bệnh gì?

Tổn thương và phá hủy khớp xuất hiện sau khởi phát bệnh chỉ vài tuần. Do đó, bạn cần được phát hiện bệnh sớm. Từ đó, bác sĩ sẽ lên kế hoạch điều trị để kiểm soát bệnh và giảm tốc độ diễn tiến của bệnh.

Hiện nay chưa có biện pháp điều trị nào để khỏi bệnh hoàn toàn. Tuy nhiên, mục tiêu điều trị là cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống. Các phương pháp điều trị gồm thuốc, phẫu thuật, phục hồi chức năng.

Bác sĩ kê đơn thuốc tùy thuộc vào mức độ và thời gian bạn bịphong thấp. Thường cần có sự phối hợp thuốc.

NSAIDs(Thuốc giảm đau kháng viêm không steroid): mục tiêu giảm đau và kháng viêm. Các thuốc phổ biến làAspirin, Diclofenac,Meloxicam,Celecoxib. Tác dụng phụ thường gặp: buồn nôn, nôn, đau dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, suy thận cấp.

Corticoid: giảm đau và viêm, làm chậm tổn thương khớp. Thuốc thường dùng: prednisone, methylprednisone. Tác dụng phụ hay gặp: tăng cân, loãng xương, rối loạn đường huyết.

Các thuốc ức chế lên hệ miễn dịch: thuốc làm chậm tiến triển bệnh. Thuốc giúp bảo vệ khớp, phòng ngừa bệnh gây tàn phế. Một số thuốc hay gặp như:Methotrexate, Hydroxyhloroquine, Rituximab….

Tìm hiểu thêm:Giảm đau trong các bệnh cơ xương khớp

Có thể xem xét phẫu thuật để sửa chữa các khớp hư hỏng, biến dạng nặng nề. Các biện pháp phẫu thuật có thể là: thay khớp, cắt bao khớp, chỉnh trục khớp….

Vật lý trị liệu: bạn được hướng dẫn các bài tập để bảo vệ khớp. Các bài tập này chống co rút, dính khớp, teo cơ. Một số biện pháp chườm nóng, siêu âm, sóng ngắn, hồng ngoại… cũng có hiệu quả giảm viêm và bảo vệ khớp. Sử dụng các dụng cụ hỗ trợ như nẹp, phòng ngừa biến dạng khớp.

Phong thấplà một bênh lý mạn tính, kéo dài. Đây không phải là bệnh gây chết người nhưng làm giảm chất lượng cuộc sống nặng nề. Vì vậy, khi có bất kì dấu hiệu nào kể trên, hãy báo cho bác sĩ của bạn biết. Việc nhận biết dấu hiệu để chẩn đoán bệnh sớm là rất quan trọng. Từ đó, điều trị bệnh kịp thời, làm giảm diễn tiến bệnh,  ngăn ngừa biến dạng khớp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/phu-phoi-cap-tinh-trang-nguy-hiem-can-dac-biet-luu-y/

Nội dung bài viết

1. Phù phổi cấp là gì?

2. Nguyên nhân gây ra phù phổi cấp

3. Biểu hiện triệu chứng của phù phổi

4. Nên làm gì khi bệnh nhân bị phù phổi cấp?

5. Các phương pháp điều trị

6. Cần làm gì để phòng ngừa tình trạng ngày xảy ra.

Phù phổi cấp là một tình trạng rất nặng, đe doạ trực tiếp đến tính mạng của người bệnh nếu không được can thiệp và điều trị kịp thời. Khi xử trí đúng và tích cực, người mắc có thể được cứu sống một cách ngoạn mục. Làm thế nào để nhận diện được trạng thái này? Những ai cần đặc biệt lưu ý đề phòng và nên xử lý thế nào khi không may nó xảy ra? Hãy cùng nhau theo dõi bài viết này để hiểu hơn về nó nhé.

Thông thường, phổi sẽ nhận máu từ tim, sau đó sẽ trao đổi với oxy thu nhận được từ không khí. Việc trao đổi khí này là sống còn đối với cá thể và cơ thể sẽ có những đáp ứng nhiều cách để cho quá trình này được diễn ra một cách trơn tru nhất có thể.

Phù phổi cấp là một tình huống gây nên do phổi của người bệnh bị “ứ nước”. Cần phân biệt khái niệm “phổi ứ nước” thông dụng mà mọi người ngoài ngành y tế hay dùng trong bệnh lý khác làtràn dịch màng phổi.

Những bệnh nhân bị phù phổi cấp bị dịch ứ ở các khoảng kẽ và phế nang phổi. Có thể tạm hiểu rằng ở dịch này ứ trong lòng và các khoảng xen kẽ giữa các “túi” phổi. Dịch ứ ở trong lòng sẽ cản trở quá trình trao đổi khí bình thường giữa máu và không khí. Ứ ở các khoảng xen kẽ sẽ đè ép làm xẹp có túi trao đổi (các phế nang). Tất cả đều dẫn đến hậu quả cuối cùng là chức năng hô hấp bị suy giảm nghiêm trọng. Và tử vong là điều chắc chắn nếu không tình trạng này không nhanh chóng được cải thiện.

Dịch ở phổi sẽ bị ảnh hưởng bởi cả yếu tố:

Máu được tim co bóp bơm lên phổi (Cụ thể là tim Phải). Đồng thời tim cũng giãn nở để thu máu về.

Áp lực tạo nên của các phân tử có khả năng giữ nước (được gọi là áp lực keo). Được tạo thành chủ yếu là do nồng độ đạm albumin trong máu.

Sự toàn vẹn của màng phế nang – mao mạch (Là màng nhiều lớp được hình thành giữa cấu trúc phổi và mạch máu). Các yếu tố làm tăng tính thấm của màng, khiến dịch sẽ dễ “tràn vào phổi”.

Do đó tình trạng này được chia thành hai loại phù phổi khác nhau, với nguyên nhân, đặc tính và điều trị nhiều điểm khác biệt.

Được gọi là vậy do tình trạng ứ máu ứ dịch ở Phổi bởi nhiều nguyên nhân khác nhau hoặc cùng phối hợp. Lượng máu hay dịch đến và rời khỏi phổi đều do tim chịu trách nhiệm chủ yếu. Do đó các bệnh lý tại tim mạch là nguyên nhân quan trọng gây ra tình trạng này.  Ngoài ra, cũng quan trọng không kém là vai trò thanh lọc và điều chỉnh dịch trong cơ thể bởi thận. Bệnh nhân suy thận nặng cũng là điều kiện có thể trực tiếp dẫn đến tình trạng phù phổi.

Ngoài ra còn nhiều yếu tố khác ảnh hưởng làm tăng nguy cơ xảy ra bệnh:

2.1.1. Quá tải dịch

Lượng nước dịch quá nhiều đưa vào cơ thể. Đặc biệt là trên bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, chức năng thận không ổn định là điều kiện khiến tình huống phù phổi xảy ra dễ dàng, nếu không muốn nói là yếu tố phổ biến dẫn đến bệnh.

2.1.2. Hẹp các van tim

Hẹp một số van tim sẽ làm cho dịch bị ứ lại, khiến máu không thể bơm ra khỏi tim. Máu ứ đọng trong tim cũng sẽ bị “dội” ngược lên phổi. Do đó Phù phổi cấp có thể xảy ra. Nổi bật trong các hẹp van tim bệnh lýhẹp van hai lá, nguyên nhân phổ biến là do thoái hoá theo tuổi già hoặc thấp tim.

2.1.3. Bệnh cơ tim

Tình huống này gây giảm sức co bóp cơ tim và dẫn đến hệ quả là phổi bị ứ dịch nặng nề:

Thiếu máu cơ tim,nhồi máu cơ timlà nguyên nhân rõ rệt nhất. Hay còn gọi là bệnh mạch vành. Những bệnh nhân đặc biệt là lớn tuổi, tiền căn tăng huyết áp, hay đau ngực, rối loạn lipid máu và đái tháo đường là đối tượng nguy cơ rất cao của bệnh lý mạch vành nói trên.

2.1.4. Bệnh lý tim mạch khác

Một số bệnh lý tim mạch khác cũng gây ảnh hưởng làm rối loạn khả năng co bóp và hoạt động trơn tru bình thường của tim và đẩy đến phù phổi như:

Viêm nội tâm mạc.

Phình bóc tách động mạch chủ.

Biến chứng liên quan đến van tim nhân tạo.

Chấn thương.

Tăng huyết áp nặng.

Khối u như u nhầy ở tim.

Đây là các trường hợp do tổn thương phổi khiến có dịch vốn dĩ nằm bên ngoài bị “tràn” vô Phổi. Thường gặp nhất được mô tả là do hội chứng suy hô hấp cấp (Acute respiratory distress syndrome),gọi tắt là ARDS. Các nguyên nhân gây ra tình trạng này bao gồm:

Nhiễm trùng huyết.

Viêm phổi nặng do vi khuẩn, siêu vi,…

Chấn thương ngoài lồng ngực.

Ngộ độc hoặc hít phải độc chất.

Ngạt nước.

Đông máu nội mạch lan toả…

Nhìn chung có rất nhiều nguyên nhân gây ra phù phổi tổn thương. Có đặc điểm chung là gây tổn thương phổi và làm tăng tính thấm qua màng ngăn giữa phổi và mạch máu phổi (Gọi là màng phế nang mao mạch). Người bệnh cũng phát triển triệu chứng có nhiều đặc điểm giống với phù phổi do tim.

Khó thở: Thường biểu hiện nổi bật là bệnh nhân khó thở rất dữ dội. Phải ngồi dậy thở, thở nhanh, co kéo các cơ ở vùng cổ ngực.

Tái nhợt hoặc tím tái: do tình trạng thiếu oxy nặng nề.

Ho khạc ra các bọt hồng: Rất quan trọng và là dấu hiệu có thể giúp nhận diện bệnh. Tuy nhiên đây là đấu hiệu khá muốn và thậm chí là chỉ điểm nguy kịch của bệnh.

Kích động: Bệnh nhân có thể vật vã, kích thích thậm chí là la lối. Có thể được mô tả giống như lời “cầu cứu khi chết đuối ở trên cạn”

Triệu chứng của bệnh nền kèm theo: Đau ngực, sốt cao, phù, nổi sang thương da …

Biểu hiệntăng huyết ápgặp trong các trường hợp phù phổi huyết động. Huyết áp có thể rất cao, huyết áp tâm thu có thể lên đến trên 200mmHg.

Với một bệnh nhân có các yếu nguy cơ kể trên với biểu hiện khó thở là nổi bật. Người chăm sóc cần lưu ý và cần xử lý theo các bước sau:

Ngay lập tức liên hệ cấp cứu và khẩn trương đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất.

Đây là thao tác quan trọng nhất để cứu mạng người bệnh. Chỉ khi được cải thiện được tình trạng thiếu oxy nặng nề thì người bệnh mới có khả năng hồi phục.

Trấn an người bệnh.

Hướng dẫn người bệnh hít sâu, thở đều và giữ sự bình tĩnh tốt nhất có thể. Trạng thái hoảng loạn kích động khiến bệnh nhân tăng công thở. Dùng nhiều sức hơn để thở và có thể khiến tình trạng thiếu oxy nặng hơn do kiệt sức của cơ hô hấp. Do vậy, người nhà nên có gắng giữ sự bình tĩnh và giúp giảm thiểu sự hoảng loạn của người bệnh, điều này sẽ có nhiều lợi điểm tích cực.

Di chuyển và cấp cứu người bệnh theo đúng hướng dẫn.

Hãy để người bệnh ngồi thở và hạn chế các thao tác và xử lý dư thừa. Không nghe theo các hướng dẫn không phải của nhân viên y tế. Điều tối quan trọng là hạn chế thời gian tự xử lý và đưa bệnh nhân an toàn đến với bác sĩ nhanh nhất có thể.

Việc điều trị cấp cứu và cứu mạng bệnh nhân nhất thiết là cần có vai trò của bác sĩ. Các bác sĩ sẽ giải quyết tình huống này bằng cách các nguyên tắc chính:

Hỗ trợ cho bệnh nhân thở oxy.

Cải thiện mức độ quá tải dịch bằng thuốc lợi liểu hay thuốc giãn mạch

Ổn định huyết áp.

Khống chế bệnh nền gây ra cơn phù phổi. Ví dụ như trong trường hợp phù phổi do suy thận thì người bệnh có thể cần phải điều trị chạy thận nhân tạo cấp cứu.

Tuy vậy, Phù phổi cấp là một hệ quả của bệnh. Để điều trị ổn và ngăn ngừa cơn phù phổi cấp có thể tái diễn thì cần điều chỉnh tốt bệnh nền đang mắc. Phổ biến và quan trọng nhất như đã nói vẫn là bệnh lý tim mạch. Các bệnh lý suy tim, mạch vành, van tim, tăng huyết áp cần được đặc biệt chú ý và đề phòng sự tái diễn của cơn phù phổi cấp.

Như đã nói, điều quan trọng là nhận diện và phòng ngừa cơn phù phổi. Việc này hoàn toàn khả thi và có giá trị tiên quyết trong việc cứu mạng người bệnh. Bao gồm thông qua các hình thức sau:

Điều trị tích cực bệnh nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận.

Không tự ý bỏ thuốc đang điều trị mà không tham vấn ý kiến bác sĩ chuyên khoa.

Vận động thể dục thể thao hợp lí và đều đặn. Duy trì cân nặng hợp lí.

Ăn uống đầy đủ các nhóm chất và phù hợp với đặc điểm bệnh của cá nhân đó. Hạn chế tinh bột và đồ ngọt trên những bệnh nhân đái tháo đường, tiết chế muối ở bệnh nhân bệnh tim, thân. Cần tham khảo ý kiến của chuyên gia trong các trường hợp này.

Ngưng hút thuốc lá, giảm thiểu rượu bia và chất kích thích.

Kiểm soát căng thẳng, giảm stress để có

Thường xuyên theo dõi huyết áp.

Nhận diện các dấu hiệu sớm của phù phổi kể trên trong các tình huống để chuẩn bị đối phó hiệu quả với bệnh.

Phù phổi cấp là tình trạng bệnh nặng, là một biến chứng của nhiều loại bệnh lý khác nhau. Nổi bật trong các nguyên nhân là vấn đề của bệnh tim mạch và thận niệu. Do đó, cần kiểm soát tốt các tình trạng bệnh nền này để giảm thiểu nguy cơ xảy ra cơn phù phổi. Trong trường hợp cơn phù phổi đã xảy ra, điều quan trọng nhất là phải nhanh chóng chưa bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất để có thể được cấp cứu và điều trị kịp thời. Thời gian vận chuyển an toàn nên ngắn nhất có thể, điều này sẽ liên quan trực tiếp đến khả năng cứu chữa và tính mạng người bệnh.

Bác sĩ Đinh Gia Khánh

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-phoi-tac-nghen-man-tinh-copd-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là (COPD) là gì?

Phân loại bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Căn nguyên của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính?

Triệu chứng thường gặp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)

Các biến chứng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Chẩn đoán COPD bằng cách nào?

Bệnh COPD có thể chữa dứt điểm được không?

Các cách phòng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Viêm phổi tắc nghẽn mạn tính hay COPD là những thuật ngữ quen thuộc. Đây là một tình trạng bệnh hô hấp dai dẳng, khó chịu và nguy hiểm nếu không được chữa trị. Bài viết dưới đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Trần Thanh Long sẽ cung cấp cho bạn các thông tin về bệnh trên.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic obstructive pulmonary disease – COPD) là một bệnh viêm phổi dai dẳng. Nó gây ra sự tắc nghẽn luồng khí từ phổi đến những nơi khác.1

Trên thế giới, có khoảng 251 triệu người mắc COPD (số liệu năm 2016). Con số này chiếm khoảng 12% dân số trong độ tuổi từ 40 trở lên. Hơn nữa, bệnh COPD còn gây ra 3,2 triệu ca tử vong hàng năm).2

Tại Việt Nam, bệnh này chiếm tỷ lệ khoảng 7.1% ở nam và 1,9% ở nữ (cũng trong độ tuổi từ 40 trở lên).2

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính gồm 2 dạng chính là:3

Viêm phế quản mạn tính: là tình trạng viêm đường thở lâu dài.

Khí phế thũng: là tình trạng tổn thương các túi khí bên trong phổi.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính xuất hiện khi phổi bị viêm, tổn thương hay thu hẹp. Căn nguyên chính là do thói quenhút thuốc lá. COPD tiến triển bệnh càng nặng khi bạn hút thuốc càng nhiều và càng lâu.3

Tuy nhiên, ở một số người chưa bao giờ hút thuốc lá thì vẫn có nguy cơ mắc bệnh này. Với những người này, viêm phổi tắc nghẽn mạn tính có thể do sự tiếp xúc lâu dài với khói hoặc bụi độc hại. Ngoài ra, một số ít người mắc bệnh là do vấn đề di truyền hiếm gặp và khiến phổi dễ bị tổn thương.3

Các triệu chứng chính của COPD là:3

Khó thở, đặc biệt là khi người bệnh hoạt động nhiều.

Ho dai dẳng, kèm theo đờm – một số người xem đây chỉ là “cơn ho của người hút thuốc”.

Nhiễm trùng ngực thường xuyên.

Thở khò khè dai dẳng.

Nếu không điều trị, các triệu chứng bệnh COPD càng nặng hơn. Cũng có thể có những giai đoạn chúng đột ngột trở nên tồi tệ, được gọi là cơn COPD bùng phát hoặc trầm trọng hơn.

COPD khiến người bệnh hít thở khó khăn. Nghiêm trọng hơn nếu xung quanh bạn không đủ oxy, nó còn dẫn đến nhiều vấn đề nghiêm trọng khác:4

COPD làm cho cơ thể bạn giảm khả năng chống chọi lại tác nhân nhiễm trùng. Điều này có thể khiến bạn bị nhiễm trùng phổi. Bạn cần chủ động phòng ngừa viêm phổi (có thể bằng vaccine nhưng phải tham khảo ý kiến bác sĩ trước).

Tràn khí màng phổicũng là 1 biến chứng của COPD. Bệnh có thể làm hỏng mô phổi. Nếu không khí rò rỉ vào khoảng trống giữa phổi và thành ngực của người bệnh, phổi có thể xẹp xuống như một quả bóng bị xì hơi. Người bệnh sẽ bị khó thở đột ngột, cơn đau nhói xuất hiện và đau ngực, tức ngực hay ho khan.

Nồng độ oxy trong máu thấp có thể dẫn đến các động mạch bị thu hẹp và huyết áp cao hơn trong các mạch máu đi từ tim đến phổi cũng như các mạch máu tại phổi. Điều này ảnh hưởng đến tim vì nó phải làm việc nhiều hơn bình thường. Một số trường hợp tiến triển thànhbệnh suy tim bên phải– một vấn đề tim mạch “vĩnh viễn”.

Ngoài ra, COPD còn làm hỏng các sợi thần kinh kết nối với tim và gây ra nhịp tim bất thường, được gọi là rối loạn nhịp tim.Rung tâm nhĩlà rối loạn nhịp tim phổ biến nhất.

Bên cạnh biến chứng mất xương, COPD còn làm người bệnh mất cơ. Những cơ yếu sẽ khiến các hoạt động thường ngày của người bệnh ngày càng trở nên khó khăn hơn.

COPD để lại nhiều biến chứng dai dẳng và khó chịu. Nó vừa tác động đến thể chất và tinh thần người bệnh. Chúng bao gồm:loãng xương,mất ngủ,trầm cảmvàrối loạn lo âu,… Những vấn đề này góp phần làm cho người bệnh bị giảm tuổi thọ hoặc chất lượng cuộc sống sa sút.

Những cách giúp chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bao gồm:3

Hỏi về triệu chứng lâm sàng.

Kiểm tra tình trạng ngực và nhịp thở bằng ống nghe.

Hỏi về thói quen có hút thuốc hay không.

Tính chỉ số khối cơ thể (BMI) bằng cân nặng và chiều cao.

Hỏi về tiền sử gia đình có mắc các bệnh về phổi hay không.

Bệnh COPD không thể điều trị dứt điểm.Nhưng may mắn là nhiều người có thể được điều trị và kiểm soát được bệnh để nó không trở nên nghiêm trọng hơn. Tuy nhiên, ở một số người bệnh vẫn trở nên tồi tệ hơn dù được điều trị.5

Tổn thương phổi do COPD gây ra là vĩnh viễn, nhưng việc điều trị có thể giúp làm chậm quá trình tiến triển của bệnh. Phương pháp điều trị bao gồm:5

Ngừng hút thuốc lá: nếu người bệnh COPD đã và đang hút thuốc, đây là điều quan trọng nhất mà họ có thể làm để cải thiện bệnh. Ngoài ra, tránh khói thuốc thụ động cũng là điều cần thiết.

Sử dụng ống hít và thuốc (thuốc giãn phế quản, thuốc steroid,thuốc kháng sinh,…) – để giúp bạn thở dễ dàng hơn.

Phẫu thuật giảm thể tích phổi và ghép phổi.

Phục hồi chức năng phổi – một chương trình tập thể dục và giáo dục chuyên biệt

Một số cách phòng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bao gồm:

Không hút thuốc hoặc ngừng hút thuốc. Hoặc bạn có thể chủ động tránh xa khói thuốc lá từ những người xung quanh.

Ở những người có nguy cơ cao, bạn có thể thực hiện những bài tập sau: hít thở kiểu chúm môi, thở bụng, tập ho có điều kiện.

Các biện pháp khác như: hạn chế tiếp xúc với khói và bụi hóa chất, tiêm vaccine cúm hay ngừa viêm phổi do phế cầu khuẩn thường xuyên.

Hy vọng bài viết trên đã cung cấp cho bạn đọc nhiều thông tin hữu ích vềbệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Tránh xa khói thuốc và bỏ thuốc lá là biện pháp quan trọng nhất để phòng ngừa bệnh và ngăn bệnh diễn tiến trầm trọng hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/polyp-mui-la-gi-co-nguy-hiem-khong/

Nội dung bài viết

Polyp mũi là gì?

Triệu chứng Polyp mũi

Nguyên nhân

Polyp mũi có các mức độ nào?

Ai có thể bị?

Polyp mũi có thể gây ra những biến chứng gì nếu không điều trị?

Khi nào cần đến khám bác sĩ?

Bạn hay người thân được chẩn đoán bị polyp mũi? Bạn đang lo lắng không biết đây là bệnh gì? Nó ảnh hưởng như thế nào đến sức khoẻ?  Có phải là ung thư không? Bài viết dưới đây sẽ cho bạn một cái nhìn rõ hơn về bệnh polyp mũi. Qua đó, bạn tự có quyết định đúng đắn trong việc chữa trị căn bệnh này. Hãy cùng tìm hiểu nhé!

Polyp mũi là những khối mềm, không đau, không phải ung thư. Chúng phát triển trên niêm mạc mũi xoang (lớp lót bên trong hốc mũi hoặc lòng xoang). Chúng có hình dạng như giọt nước hay chùm nho. Polyp mũi hình thành do quá trình viêm lâu dài của niêm mạc mũi xoang.

Nó thường có liên quan tới các bệnh lý như:hen suyễn, nhiễm trùng, dị ứng hay một số rối loạn tự miễn (bất thường hệ thống miễn dịch của cơ thể).

Những polyp mũi nhỏ có thể không gây ra triệu chứng gì. Polyp lớn hay nhiều polyp có thể làm tắc nghẽn (nghẹt) hốc mũi và dẫn tới các vấn đề về hít thở, gây mất ngửi hay thường xuyên nhiễm trùng.

Polyp mũi liên quan đến tình trạng niêm mạc mũi xoang bị kích thích và viêm kéo dài hơn 12 tuần (tức là bệnh viêm mũi xoang mạn tính). Tuy nhiên, không phải lúc nào trong bệnhviêm mũi xoangmạn tính cũng xuất hiện polyp mũi.

Các polyp mũi mềm và ít gây cảm giác. Nên với những polyp nhỏ, bạn sẽ không có cảm giác gì. Polyp lớn hay nhiều polyp có thể làm tắc nghẽn đường thoát dịch của mũi xoang dẫn đến tích tụ chất nhầy và vi khuẩn. Điều này khiến mũi xoang dễ bị nhiễm trùng hơn.

Những biểu hiện thường gặp của viêm mũi xoang mạn tính có hiện diện polyp mũi bao gồm:

Chảy mũi.

Nghẹt mũi liên tục.

Chảy mũi sau.

Giảm hay mất cảm giác ngửi (mất mùi).

Mất vị giác.

Đau nhức đầu mặt.

Đau nhức răng hàm trên.

Ngáy.

Thường xuyên chảy máu mũi.

Polyp được hình thành tại niêm mạc tiết nhầy trong mũi xoang. Chúng có thể xuất hiện ở bất cứ nơi nào trong hốc mũi và các xoang.

Khoa học vẫn chưa hiểu đầy đủ về nguyên nhân gây ra polyp mũi. Người ta cũng chưa giải thích được tại sao quá trình viêm kéo dài khiến polyp hình thành ở người này nhưng không hình thành ở người khác.

Vài bằng chứng cho thấy, người có polyp phát triển thì hệ thống miễn dịch có những đáp ứng khác so với người bình thường. Trong lớp nhầy của họ có chứa các chất khác biệt so với lớp nhầy ở những người không xuất hiện polyp.

Các triệu chứng của dị ứng, bao gồm chảy mũi, hắc hơi và ngứa mũi… làm cho người bệnh có nhiều khả năng hình thành polyp hơn. Viêm xoang cũng  đóng vai trò quan trọng trong hình thành polyp.

Bệnh có 4 mức độ sau đây:

Mức độ 1: Khối polyp còn nhỏ, chỉ có thể phát hiện bằng nội soi mũi xoang.

Mức độ 2: Khối polyp phát triển vừa, có thể phát hiện nếu khám mũi bằng đèn Clar (đèn đội đầu trong khám tai mũi họng).

Mức độ 3: Khối polyp to lên và lấp hết hốc mũi. Nó làm nghẹt mũi và gây ảnh hưởng đến việc thở qua mũi, ngửi. Chỉ cần dùng ngón tay nâng đỉnh mũi lên rồi soi gương cũng có thể nhìn thấy dễ dàng.

Mức độ 4: Khối polyp phát triển quá lớn khiến hốc mũi bị lấp kín mít và ló ra ngoài mũi. Lúc này khối polyp hơi đục và chắc, có thể quan sát được rõ ràng.

Bất cứ ai cũng có thể bị, nhưng bệnh thường gặp nhất ở những người trên 40 tuổi. Nam giới mắc bệnh gấp đôi nữ. Trẻ dưới 10 tuổi hiếm khi bị polyp mũi. Nếu có, bác sĩ sẽ khám để tìm các dấu hiệu của bệnh xơ nang ở trẻ.

Bất cứ tình trạng nào làm cho mũi xoang bị kích thích và viêm kéo dài đều làm tăng nguy cơ mắc polyp mũi, ví dụ như nhiễm trùng hay dị ứng.

Polyp mũi thường liên quan tới các tình trạng sau:

Viêm mũi dị ứng.

Hen suyễn.

Nhạy cảmthuốc Aspirin.

Viêm xoang.

Các nhiễm trùng cấp hay mạn tính khác tại mũi xoang.

Dị vật trong mũi bị bỏ quên.

Bệnh xơ nang: Là bệnh di truyền dẫn đến làm dày và dính các dịch trong cơ thể, làm dày lớp nhầy niêm mạc mũi xoang.

Hội chứng Churg-Strauss: Một bệnh hiếm gây viêm các mạch máu.

Thiếu vitamin D: Xảy ra khi cơ thể bạn không có đủ vitamin D.

Gia đình có người mắc polyp mũi. Vài đột biến di truyền liên quan đến chức năng hệ thống miễn dịch làm cho bạn có nhiều khả năng mắc polyp mũi.

Polyp mũi lớn hay nhiều polyp mũi có thể ngăn cản dòng không khí và dẫn lưu dịch trong mũi xoang, dẫn đến các hậu quả sau:

Chứng ngưng thở khi ngủ.

Làm bùng phát cơn hen suyễn: Viêm xoang mạn tính kèm polyp mũi có thể khiến bệnh hen nặng hơn và làm cơn hen cấp xuất hiện nhiều hơn.

Nhiễm trùng xoang: Polyp mũi có thể khiến bạn dễ bị mắc viêm xoang tái phát nhiều lần.

Triệu chứng của viêm xoang mạn tính và polyp mũi cũng có thể giống với rất nhiều bệnh lý khác, ví dụ như bệnh cảm thông thường. Bạn nên đến khám bác sĩ nếu các biểu hiện trên kéo dài hơn 10 ngày.

Hãy đến bệnh viện ngay khi bạn có những triệu chứng sau:

Các biểu hiện trên đột ngột xấu đi.

Khó thởdữ dội.

Nhìn đôi (nhìn 1 hình thành 2 hình).

Nhìn mờ hay giảm cử động mắt (khó liếc mắt qua lại hay lên xuống).

Sưng nề nặng quanh mắt.

Đau đầu nhiều hơn kèm với sốt cao hay không thể gập cổ về phía trước.

Khi nào thì bạn cần phẫu thuật và bệnh có các phương pháp điều trị ra sao? Tìm hiểu trong bài viết:Polyp mũi: Có những cách điều trị nào? Khi nào cần phẫu thuật?

Polyp mũikhông phải là ung thư. Nó hình thành do niêm mạc mũi xoang bị viêm kéo dài. Triệu chứng của polyp mũi có thể dễ lầm với các bệnh lý thông thường khác. Nếu các biểu hiện nêu trên kéo dài hay các triệu chứng đột ngột nặng hơn, bạn nên đến gặp bác sĩ ngay để được chẩn đoán và điều trị phù hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-quai-bi-phong-ngua-truoc-khi-qua-muon/

Nội dung bài viết

Quai bị là gì?

Nguyên nhân gây ra quai bị?

Triệu chứng quai bị là gì?

Những ai có nguy cơ cao mắc bệnh quai bị?

Biến chứng bệnh quai bị

Quai bị được chẩn đoán bằng cách nào?

Điều trị quai bị bằng cách nào?

Phương pháp chăm sóc bệnh nhân quai bị

Cách phòng ngừa quai bị

Quai bị luôn là một trong những bệnh truyền nhiễm được nhiều người quan tâm. Vậy, thực chất, bệnh quai bị là gì? Dấu hiệu như thế nào? Nguyên nhân gì gây ra bệnh lý này? Cùng Bác sĩ Tô Hồng Phương Thanh tìm hiểu những vấn đề trên, cũng như các thông tin liên quan đế quai bị qua bài viết dưới đây.

Quai bị là bệnh truyền nhiễm do virus gây ra. Bệnh chủ yếu ảnh hưởng đếntuyến nước bọt. Những tuyến này chịu trách nhiệm sản xuất nước bọt. Triệu chứng đặc trưng của bệnh là sưng tuyến nước bọt.1

Hiện nay, bệnh quai bị là nguyên nhân duy nhất có thể gây dịch viêm tuyến nước bọt. Phần lớn các trường hợp nhiễm bệnh được phát hiện vào cuối mùa đông và đầu mùa xuân.2

Quai bị có các đợt bùng phát dịch xảy ra khoảng 5 năm một lần ở những vùng chưa được tiêm phòng. Virus gây bệnh có khả năng lây nhiễm cao và lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp với các giọt hô hấp, nước bọt và vật dụng gia đình.2

Bệnh quai bị doRubulavirusgây ra, đây là virus thuộc họparamyxoviridae. Virus này là một paramyxovirus RNA sợi đơn và con người chúng ta là vật chủ tự nhiên duy nhất của virus. Virus có thời gian ủ bệnh thay đổi từ 7 đến 21 ngày. Bệnh dễ lây nhất trong giai đoạn từ ​​1 đến 2 ngày trước khi xuất hiện các triệu chứng. Virus thường trú ở biểu mô niêm mạcđường hô hấp trên. Bất kỳ ai cũng có thể mắc quai bị, bất kỳ độ tuổi hay giới tính nào.2

Nhiều người thường thắc mắc bệnh quai bị có lây hay không? Bệnh sẽ lây truyền qua những đường nào?

Virus quai bị có đặc điểm lây truyền qua dịch tiết đường hô hấp từ người đang bị nhiễm bệnh. Khi mắc bệnh, virus di chuyển từ đường hô hấp đến tuyến nước bọt và tăng sinh khiến tuyến sưng lên. Để hiểu rõ hơn về cơ chế lây truyền và những con đường lây truyền quai bị, bạn đọc có thể tham khảo bài viếtBệnh quai bị có lây không và câu trả lời của bác sĩ. Việc hiểu rõ cơ chế lây truyền của bệnh sẽ giúp chúng ta dễ dàng hơn trong việc phòng ngừa.

Các triệu chứng của quai bị thường xuất hiện sau 2-3 tuần sau khi nhiễm bệnh.3Tiền triệu chứng của bệnh bao gồm các triệu chứng không đặc hiệu. Những triệu chứng giai đoạn ban đầu khá giống với triệu chứng của cúm. Ví dụ như: sốt nhẹ,đau đầu, đau cơ,chán ăn, mệt mỏi,buồn nôn, nôn,…2

Những ngày sau đó, những triệu chứng điển hình sẽ bắt đầu xuất hiện. Nhiều người thắc mắc quai bị sẽ bị sưng ở đâu?

Triệu chứng chính là sưng và đau tuyến mang tai, sưng tuyến nước bọt. Viêm tuyến mang tai do quai bị là biểu hiện thường gặp nhất của virus xảy ra trên 70% các trường hợp nhiễm bệnh. Vùng sưng mang tai là vùng giữa dái tai và góc hàm dưới. Niêm mạc của ống Stenson thường đỏ và sưng lên cùng với sự tham gia của các tuyến dưới hàm và dưới hàm. Viêm tuyến thường xuất hiện, nhưng sau đó giảm dần trong vòng một tuần. Ngoài ra, những triệu chứng kèm theo có thể là đau khi nuốt,khó nuốt,sốt,miệng khô, đau khớp,…2

Dấu hiệu điển hình kể trên của bệnh quai bị, đặc biệt là viêm tuyến nước bọt sẽ giúp nhận biết bệnh và điều trị kịp thời.

Những người có nguy cơ cao mắc bệnh quai bị bao gồm:12

Những người làm việc trong môi trường có nguy cơ cao, chẳng hạn như bệnh viện hoặc trường học.

Trẻ em từ 6 đến 12 tháng tuổi.

Trẻ từ 4 đến 6 tuổi.

Người bị suy giảm miễn dịch.

Người chuẩn bị đi du lịch nước ngoài là vùng dịch tễ của quai bị.

Người chưa tiêm phòng quai bị trước đây.

Biến chứng của bệnh này khá đa dạng ở cả nam và nữ. Đặc biệt, bệnh có biến chứng tại cơ quan sinh sản. Những biến chứng của quai bị thường gặp ở người lớn nhiều hơn trẻ em. Nhiễm trùng các tế bào đơn nhân trong các hạch bạch huyết khu vực thúc đẩy virus trong máu dẫn đến viêm toàn thân ở tuyến nước bọt,tinh hoàn,buồng trứng,tuyến tụy, tuyến vú và hệ thống thần kinh trung ương.

Viêm tinh hoànhay còn gọi làviêm tinh hoàn quai bịlà biến chứng xảy ra với 1/5 nam giới mắc bệnh. Tinh hoàn thường bị sưng nề và đau. Biểu hiện viêm sẽ giảm dần trong vòng 1 tuần. Bệnh nhân có thể dùng túi lạnh chườm lên phần sưng nề vài lần mỗi ngày để giảm đau.3

Teo tinh hoànphát triển ở một nửa số người bị bệnh.2

Vô sinhvà hiếm muộn sau khi nhiễm quai bị là rất hiếm và xảy ra dưới 15% trường hợp.2

Viêm buồng trứng thường gặp ở nữ giới bị quai bị. Trong đó, biển hiện điển hình là sưng, viêm và đau nhưng không ảnh hưởng đến chức năng sinh sản của buồng trứng. Viêm buồng trứng cũng hiếm gặp ở những phụ nữ bị nhiễm bệnh với dưới 5% bị vô sinh hoặc tiền mãn kinh.2

Biến chứng ở phụ nữ mang thai khi bị quai bị là có nguy cơsảy thaicao hơn so với phụ nữ mang thai không bị bệnh. Nguy cơ sảy thai xảy ra đặc biệt là khi phụ nữ nhiễm bệnh vào tuần 12-16 của thai kỳ.3

Một số biến chứng có thể xảy ra khác có thể gặp ở cả nam lẫn nữ bao gồm:23

Viêm tuyến nước bọt tái phát là một biến chứng thường gặp của bệnh viêm tuyến mang tai.

Viêm tụyxảy ra ở 1/20 người mắc bệnh. Triệu chứng của viêm tụy bao gồm đau phần bụng trên rốn, buồn nôn, nôn.

Quai bị có thể dẫn đến các tổn thương thần kinh nhưviêm não,viêm màng não,… Những biến chứng này có thể gây tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Viêm não là tình trạng nhiễm khuẩn tạinão. Trong khi đó, viêm màng não cho thấy nhiễm trùng tại khu vực quanhtuỷ sốngvà não. Biến chứng này có biểu hiện co giật, lơ mơ,hôn mê, đau đầu dữ dội.

Mất thính lực là biến chứng hiếm gặp nhưng cực kỳ nghiêm trọng của quai bị. Biến chứng này có thể gặp ở 1/15.000 ca bệnh. Virus có thể xâm nhập vào cấu trúc bên trong tai, đặc biệt là phầnốc tai. Điều này có thể dẫn đến mất thính giác.

Ngoài ra, còn có thể có những biến chứng khác nhưhội chứng Guillain Barre, viêm tuyến giáp, viêm vú, viêm đa dây thần kinh,viêm phổi,viêm khớp.

Thông thường, quai bị được chẩn đoán dựa trên lâm sàng điển hình. Các bác sĩ sẽ thăm khám tuyến nước bọt 2 bên mặt và vị trí củaamidan. Khi nhiễm bệnh, amidan của người bệnh sẽ đẩy lệch sang một bên.3Ngoài ra, bác sĩ sẽ hỏi thông tin về những triệu chứng khác như đau đầu, đau cơ, chán ăn, mệt mỏi,…

Xét nghiệm thường không cần thiết để chẩn đoán nhiễm virus quai bị. Tuy nhiên, trong các trường hợp nghi ngờ, xét nghiệm các bệnh nhiễm virus khác nhưHIV, cúm là cần thiết. Staphylococcus aureus cũng là nguyên nhân có thể gặp gây viêm tuyến mang tai.2

Những xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán bao gồm:23

Xét nghiệm máu, nước tiểu và nước bọt.

Kết hợp xét nghiệm RT-PCR và xét nghiệm kháng thể IgM huyết thanh. Mẫu lấy khi xét nghiệm RT-PCR có thể thực hiện ở cả huyết thanh và dịch tiết của miệng. Ở lần xét nghiệm đầu tiên khi nghi ngờ nhiễm quai bị, cần thu thập 2 mẫu bệnh phẩm: mẫu xét nghiệm lấy từ niêm mạc hoặc dịch tiết ở miệng và mẫu thứ 2 là bệnh phẩm huyết thanh giai đoạn cấp tính kháng thể IgM, kháng thể IgG và RT-PCR virus. Lấy bệnh phẩm ở miệng trong vòng ba ngày kể từ khi sưng tuyến mang tai và trong khoảng 8 ngày sau khi bắt đầu có triệu chứng. Phản ứng IgM có thể không phát hiện được trong vòng 5 ngày sau khi xuất hiện các triệu chứng. Việc lấy mẫu giai đoạn cấp tính không chính xác có thể dẫn đến xét nghiệm IgM và RT-PCR âm tính giả. Vì vậy, người bệnh cần thu thập các mẫu lặp lại từ 5 đến 10 ngày sau khi khởi phát triệu chứng để mang lại kết quả dương tính.

Đo thân nhiệt bệnh nhân.

Khi có dấu hiệu tổn thương thần kinh, cần lấy dịch não tuỷ từ tuỷ sống để xác định chẩn đoán.

Những bệnh lý cũng cần nghĩ đến để phân biệt một cách dễ dàng:2

Viêm hạch.

Phản ứng dị ứng.

Các phản ứng thuốc.

Viêm não.

Viêmxương chũm.

Bệnh sởi.

Viêm cơ tim.

Viêm tinh hoàn.

Nhiễm HIV ở trẻ em.

Viêm màng não.

Bệnh gây ra bởi virus nên không dùng kháng sinh. Cách chữa bệnh quai bị chủ yếu là điều trị giảm triệu chứng, nâng đỡ tổng trạng của bệnh nhân. Những điều trị chủ yếu bao gồm:1

Điều quan trọng nhất là bệnh nhân cần uống nhiều nước.

Bệnh nhân có thể giảm vùng sưng viêm bằng cách chườm lạnh.

Thời gian này, người bệnh ăn thức ăn mềm lỏng hoặc nhão như súp, cháo, sữa chua,… vì nhai có thể tăng đau.

Đặc biệt, bệnh nhân cần phải nghỉ ngơi và ngủ đủ giấc.

Người bệnh nên súc miệng bằng nước muối ấm.

Khi cơn đau có dấu hiệu tăng, có thể uống thuốc giảm đau nhưacetaminophenhoặcibuprofen. Trẻ dưới 16 tuổi không nên sử dụngaspirinnhằm mục đích hạ sốt.4

Nếu triệu chứng bệnh không cải thiện sau 7 ngày khởi phát, người bệnh cần tái khám ngay lập tức để tầm soát những biến chứng nghiêm trọng.4

Chữa bệnh quai bị bằngtỏivà bằngmật ongkhông có bằng chứng cho thấy có hiệu quả rõ ràng.

Bên cạnh đó, bạn đọc cần cẩn trọng với việc sử dụng các miếng dán trị quai bị trên thị trường. Những miếng dán có thành phần không rõ ràng và có thể làm nặng thêm tình trạng bệnh. Bệnh quai bị cần được thăm khám và theo dõi cẩn thận bởi những nhân viên y tế. Như đã nói, bệnh cũng cần được điều trị chủ yếu bằng cách tăng cường miễn dịch của bệnh nhân. Vì thế, sử dụng những miếng dán hay cao dán không có công hiệu rõ ràng với bệnh.

Người thân cần lưu ý cách chăm sóc bệnh nhân quai bị như sau:3

Người thân và người bệnh cần rửa tay bằng nước và xà phòng thường xuyên.

Cách ly người bệnh ít nhất 5 ngày sau khi có triệu chứng hoặc cho đến khi hết triệu chứng.

Người bệnh cần đeo khẩu trang và che mũi miệng bằng khăn giấy khi hắt hơi.

Bị quai bị nên ăn uống gì? là câu hỏi thường gặp khi chăm sóc bệnh nhân. Điều này đặc biệt cần lưu ý để tránh làm bệnh nhân đau thêm. Thời gian này người bệnh cần tránh dùng những thực phẩm hay nước uống có tính axit. Bởi lẽ những thực phẩm đó gây kích thích tuyến nước bọt và gây đau.

Tiêm phòng có thể ngăn ngừa bệnh quai bị. Có tới một phần ba số người bị nhiễm bệnh không biểu hiện triệu chứng, nhưng có thể lây truyền bệnh. Việc chế tạo vắc-xin quai bị thành công vào năm 1967 đã giúp giảm 99,8% các trường hợp được ghi nhận ở Hoa Kỳ vào năm 2001. Hầu hết trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ đều được chủng ngừasởi, quai bị và rubella (MMR)cùng một lúc. Mũi tiêm MMR đầu tiên thường được thực hiện trong độ tuổi từ 12 đến 15 tháng khi khám sức khỏe định kỳ cho trẻ. Tiêm phòng lần thứ hai rất cần thiết cho trẻ em trong độ tuổi đi học từ 4 đến 6 tuổi. Với hai liều, vắc-xin MMR có hiệu quả khoảng 88%. Tỷ lệ hiệu quả của một liều là khoảng 78%.5

Người lớn tuổi và chưa mắc bệnh quai bị cũng cần được tiêm phòng. Những người làm việc trong môi trường có nguy cơ cao cũng nên tiêm vắc-xin phòng bệnh.

Tuy nhiên, những người có hệ thống miễn dịch suy giảm, bị dị ứng với gelatin hoặc neomycin, phụ nữ đang mang thai thì không nên tiêm vắc-xin MMR. Cần tham khảo ý kiến bác sĩ về lịch tiêm chủng cho quai bị.1Nếu cần thêm thông tin về vắc-xin quai bị, bạn có thể tham khảo bài viếtNhững điều cần biết về vắc xin phòng quai bị.

Hy vọng bài viết trên đã cung cấp cho bạn đọc nhiều thông tin hữu ích vềquai bị. Đây là bệnh do virus gây ra, có khả năng lây lan nhanh chóng. Những triệu chứng ban đầu của bệnh có thể giống bệnh cúm. Tuy nhiên sau đó, tuyến nước bọt sưng to là một trong những dấu hiệu điển hình của bệnh. Ngày nay, bệnh được phòng ngừa hiệu quả bằng vắc-xin. Tuỳ theo lứa tuổi mà lịch tiêm chủng sẽ khác nhau.

Những triệu chứng khi mắc quai bị sẽ giảm sau khoảng 10 ngày. Hầu hết người bệnh quai bị sẽ khỏi trong vòng 2 tuần.13

Quai bị vẫn có thể lây khi quan hệ tình dục qua đường miệng. Do đó, khi nhiễm quai bị, bệnh nhân tốt nhất nên tránh việc quan hệ tình dục, nhất là qua đường miệng.

Những người mắc quai bị và đã khỏi thì gần như sẽ không mắc lại, nếu người bệnh có miễn dịch bình thường. Bởi lẽ khi nhiễm bệnh lần thứ nhất, người bệnh đã được hình thành miễn dịch.1

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/qua-kich-buong-trung-noi-lo-khi-dieu-tri-hiem-muon/

Nội dung bài viết

Hội chứng quá kích buồng trứng là gì?

Nguyên nhân

Yếu tố nguy cơ của quá kích buồng trứng

Triệu chứng của quá kích buồng trứng

Phân loại

Biến chứng đặc biệt của quá kích buồng trứng

Chẩn đoán

Các xét nghiệm cần làm

Điều trị tại nhà

Điều trị tại bệnh viện

Dự phòng

Hội chứng quá kích buồng trứng được biết đến như một trong các biến chứng nguy hiểm của điều trị hiếm muộn. Quá kích buồng trứng nặng gây nhiều khó chịu cho phụ nữ và thậm chí có thể dẫn đến tử vong. Nguyên nhân nào có thể gây nên tình trạng này, các dấu hiệu nhận biết, cách điều trị và dự phòng hội chứng quá kích buồng trứng sẽ được chia sẻ qua bài viết dưới đây của Bác sĩ Hoàng Lê Trung Hiếu.

Đây là tình trạng buồng trứng phản hồi quá mức với các thuốc điều trịhiếm muộn. Quá trình này thường xảy ra trong giai đoạn phụ nữ được thực hiện kích thích buồng trứng và tiến hành chọc hút trứng để điều trị thụ tinh trong ống nghiệm.

Quá kích buồng trứng được đặc trưng bởi sự to lên của buồng trứng, làm buồng trứng có dạng nang và có sự chuyển dịch nhanh chóng của dịch trong lòng mạch máu vào khoang thứ ba của cơ thể. Nói cách khác, máu trong lòng mạch bị rút bớt lượng dịch và đi vào những khoang trống của cơ thể như ổ bụng hay phổi và gây nên những biến chứng nguy hiểm.

Tình trạng này được gây nên bởi sự có mặt của hormone hCG. Đây là một loại nội tiết có nguồn gốc từ nhau thai và thường được tiêm vào cơ thể khi kích thích buồng trứng làmthụ tinh ống nghiệm. hCG tác động lên các tế bào tại buồng trứng khiến chúng tiết những hoá chất trung gian làm thấm dịch ra khỏi lòng mạch máu.

Thiếu máu trong lòng mạch có thể dẫn tới shock – tình trạng nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân. Hội chứng quá kích buồng trứng cũng có thể xuất hiện khi có thai sau thụ tinh ống nghiệm, do nhau thai tiết một lượng hCG làm buồng trứng bị kích thích.

Có rất nhiều yếu tố có thể làm tăng nguy cơ bị quá kích buồng trứng:

Từng có tiền sử bị quá kích buồng trứng trong các đợt điều trị trước.

Phụ nữ cóhội chứng buồng trứng đa nang.

Các dấu chỉ sinh học trên xét nghiệm như trước khi kích thích buồng trứng gồm:

Nồng độ anti-mullerian hormone (AMH) nền > 3.3 ng.dL.

Đếm số nang noãn thứ cấp nhiều hơn 8 vào ngày thứ 2 chu kỳ kinh.

Một số nguy cơ xuất hiện khi theo dõi sau tiêm thuốc kích thích buồng trứng như:

Số nang trứng nhiều (nguy cơ tăng khi có > 20 nang trứng với đường kính > 10 mm).

Nồng độ hormone estradiol cao (hoặc tăng nhanh).

Số lượng trứng thu được trong các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm. Nguy cơ quá kích buồng trứng tăng song song với số lượng trứng.

Dùng hCG thay vì progesterone khi hỗ trợ hoàng thể sau chuyển phôi.

Có thai cũng làm tăng nguy cơ quá kích buồng trứng muộn. Khi có thai, một số bộ phận của thai tiết ra hCG nội sinh, làm tăng thời gian và mức độ trầm trọng của hội chứng này.

Các phụ nữ nhẹ cân và trẻ tuổi được báo cáo là có thể liên quan với hội chứng. Tuy nhiên, cả hai yếu tố trên không phải là chỉ báo đáng tin cậy về nguy cơ mắc bệnh.

Các triệu chứng thường gặp trong hội chứng quá kích buồng trứng ở phụ nữ điều trị hiếm muộn gồm:

Đầy bụng (chướng hơi).

Đau bụng.

Buồn nôn, nôn ói.

Tiêu chảy.

Ăn uống kém.

Khó thở, bạn có thể khó thở nhiều đến mức không thể nằm hoặc nói hết câu.

Tiểu ít.

Phù chân.

Phù âm hộ.

Thấy bụng to dần.

Có 2 loại quá kích buồng trứng khi phân theo thời gian:

Quá kích buồng trứng sớm. Tình trạng này xuất hiện sớm, ngay từ những ngày đầu sau chọc hút trứng (thường trong vòng 7 – 10 ngày). Dạng quá kích buồng trứng này có nguyên nhân trực tiếp là hCG từ thuốc tiêm kích thích buồng trứng.

Quá kích buồng trứng muộn.Loại này xuất hiện muộn, quanh thời điểm làm tổ thành công của phôi. Nguyên nhân thường thấy là do hCG nguồn gốc nội sinh từ hội bào nuôi (các tế bào tiền thân của nhau thai).

Khi dựa vào mức độ của các triệu chứng và kết quả xét nghiệm, hội chứng quá kích buồng trứng được phân thành các mức độ như sau:

Nhẹ: chỉ có đầy bụng,đau bụngnhẹ, siêu âm thấy kích thước buồng trứng < 8 cm.

Trung bình: đau bụng vừa phải, có kèm buồn nôn, nôn. Siêu âm thấy có dịch tự do trong ổ bụng, kích thước buồng trứng 8 – 12 cm.

Nặng: đi tiểu ít (ít hơn 500 ml/ngày). Nôn ói, mệt mỏi do rối loạn điện giải như hạ natri máu, tăng kali máu. Giảm albumin huyết thanh, máu bị cô đặc nhiều. Khi siêu âm thấy dịch ổ bụng lượng trung bình, có thể kèm tràn dịch màng phổi lượng ít. Kích thước buồng trứng to >12 cm.

Nguy kịch: dịch ổ bụng, dịch màng phổi lượng nhiều. Máu rất cô đặc (Hct > 55%) và tăng bạch cầu máu. Không còn nước tiểu. Thuyên tắc mạch do huyết khối. Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp (ARDS) có thể khiến bạn không thở được, gây thiếu oxy, ảnh hưởng đến tính mạng.

Shock giảm thể tích. Tình trạng dịch trong lòng mạch máu thoát vào các khoang trống trong cơ thể gây thiếu máu nuôi trầm trọng.

Xoắn buồng trứng. Buồng trứng càng to thêm thì nguy cơ bị xoắn bên trong ổ bụng càng cao. Biến chứng này biểu hiện bằng hình ảnh buồng trứng lớn thêm trên siêu âm, đau bụng, buồn nôn, nôn, tụt huyết áp, tăng bạch cầu tiến triển và thiếu máu. Xoắn buồng trứng có thể cần phẫu thuật để chỉnh sửa.

Thuyên tắc mạch máu. Biến chứng này không thường xảy ra nhưng hay gặp trong những trường hợp nặng nhất. Các huyết khối làm nghẽn tắc các mạch máu (khoảng 25% gặp ở động mạch, còn lại 75% tắc ở tĩnh mạch) có thể dẫn đến tổn thương thần kinh vĩnh viễn và thậm chí tử vong.

Để chẩn đoán được hội chứng, bác sĩ sẽ khai thác các thông tin về quá trình điều trị hiếm muộn của bạn. Bạn nên lưu ý các thông tin sau:

Các triệu chứng và thời gian bắt đầu có triệu chứng.

Xem lại toa thuốc đã dùng trong quá trình kích thích buồng trứng.

Số trứng chọc hút được.

Số lượng phôi đã chuyển và số phôi còn trữ lại (nếu có).

Sau đó, bạn sẽ được khám tổng quát các cơ quan, đo nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, cân nặng, kiểm tra phù (chân, âm hộ…), khám dấu mất nước.

Bác sĩ sẽ kiểm tra tình trạng báng nước trong bụng của bạn, tìm điểm đau trên bụng, xác định mức độ căng, đo vòng bụng và kiểm tra hệ hô hấp để loại trừ tình trạng bịtràn dịch màng phổi, viêm phổi, phù phổi. Bác sĩ cũng có thể cho bạn thực hiện siêu âm phụ khoa để kiểm tra kích thước buồng trứng và sự phân bố dịch trong các cơ quan trên cơ thể.

Một số bất thường khác trong quá trình điều trị hiếm muộn có thể gây lầm lẫn với quá kích buồng trứng như đau bụng ra huyết do bị thai ngoài tử cung, hay chảy máu trong ổ bụng sau khi chọc hút trứng.

Để xác lập chẩn đoán và xác định mức độ nặng của tình trạng mà bạn đang gặp phải, bác sĩ có thể chỉ định làm thêm một số xét nghiệm như:

Siêu âm phụ khoa, siêu âm bụng tổng quát.

Tổng phân tích tế bào máu.

Đo nồng độ albumin máu.

Điện giải đồ.

Chức năng gan, thận.

Chức năng đông máu.

Beta hCG (trong trường hợp quá kích buồng trứng muộn).

Chụp phim X-quang phổi trong trường hợp khó thở nhiều, nghi ngờ tràn dịch màng phổi.

Bạn có thể được cho về theo dõi tại nhà khi tình trạng chỉ ở mức độ nhẹ. Bác sĩ sẽ hướng dẫn bạn thực hiện tại nhà một số hành động như:

Tự theo dõi mức độ cải thiện của các triệu chứng.

Ăn chế độ có nhiều đạm.

Uống nhiều nước, tối thiểu 2 lít mỗi ngày. Cần cung cấp thêm các điện giải cần thiết như uốngOresol.

Nghỉ ngơi. Vận động nhẹ nhàng, không nằm bất động.

Theo dõi cân nặng tại nhà nếu có thể.

Đến bệnh viện ngay khi có các triệu chứng như chóng mặt, đau bụng dữ dội, bồn chồn, khó thở.

Bạn có thể phải nhập viện để chăm sóc và theo dõi khi có ít nhất một trong các vấn đề sau:

Đau bụng nhiều hay khám bụng gồng cứng một vùng.

Nôn ói nhiều, không thể ăn uống bằng miệng như bình thường.

Đi tiểu rất ít hoặc không có nước tiểu.

Bụng to nhiều, cảm giác căng tức đầy nước.

Khó thở.

Huyết áp thấp, chóng mặt, ngất.

Mất cân bằng điện giải, cô đặc máu và một số bất thường trên xét nghiệm khác.

Bạn có thể xem thêm:Huyết áp thấp có nguy hiểm như cao huyết áp không?

Tại bệnh viện, bạn sẽ được:

Theo dõi dấu sinh tồn: nhịp thở, mạch, huyết áp, nhiệt độ, độ bão hoà oxy máu (nếu khó thở).

Kiểm tra cân nặng hằng ngày.

Đo vòng bụng.

Theo dõi nước nhập vào qua ăn uống và nước tiểu ra.

Siêu âm đánh giá dịch báng, kích thước buồng trứng.

X-quang phổi nếu nghi ngờ tràn dịch màng phổi.

Bác sĩ sẽ có thể điều trị cho bạn với các phương pháp như:

Truyền dịch để bồi hoàn lại lượng dịch đã mất trong lòng mạch.

Chọc hút dịch báng trong bụng khi có biểu hiện căng chướng, chèn ép nhiều.

Điều chỉnh các rối loạn điện giải, theo dõi sát chức năng gan thận.

Dự phòng thuyên tắc mạch bằng thuốc kháng đông.

Quá kích buồng trứng vẫn còn là một biến chứng phổ biến ở phụ nữ được hỗ trợ sinh sản. Việc dự phòng là điều vô cùng cần thiết khi điều trị hiếm muộn. Mục tiêu của dự phòng là ngăn cản sự xuất hiện của tăng tính thấm thành mạch bằng cách không để xảy ra các điều kiện có thể gây quá kích buồng trứng. Một số biện pháp dự phòng gồm (dành cho nhân viên y tế):

Nhận diện các yếu tố nguy cơ cao bị quá kích buồng trứng.

Dùng phác đồ kích thích buồng trứng phù hợp.

Thực hiện kỹ thuật nuôi trứng non (hay trưởng thành noãn trong ống nghiệm – IVM).

Điều trị ổn định hội chứng buồng trứng đa nang trước khi kích thích buồng trứng.

Theo dõi sát các chỉ báo trên xét nghiệm máu và siêu âm.

Hủy bỏ chọc hút khi xét nghiệm nghi ngờ nguy cơ cao bị quá kích buồng trứng.

Trữ phôi toàn bộ.

Hội chứng quá kích buồng trứnglà một tình trạng thường gặp trong quá trình kích thích buồng trứng điều trị hiếm muộn. Có những hiểu biết cơ bản để thảo luận cùng bác sĩ và lựa chọn phương pháp điều trị hiếm muộn cũng như tự nhận diện sớm triệu chứng của bệnh có thể giúp bạn phòng ngừa được các biến chứng có thể ảnh hưởng đến tính mạng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/rach-sun-chem-la-gi-nhung-dieu-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

Sụn chêm là gì?

Hình thái tổn thương ở sụn chêm

Biểu hiện khi sụn chêm bị tổn thương

Nguyên nhân và cơ chế rách sụn chêm

Chẩn đoán rách sụn chêm

Tiêu chí xác định rách sụn chêm trên MRI

Điều trị và phục hồi sau khi phẫu thuật của rách sụn chêm

Khớp gối là một khớp phức hợp, là khớp lớn và chịu toàn bộ tải trọng của cơ thể. Vì được cấu tạo phức tạp, bởi nhiều thành phần, có tầm hoạt động lớn, nên khớp gối rất dễ bị tổn thương. Mỗi khi bị chấn thương, thường gây tổn thương nhiều thành phần của khớp.

Sụn chêm là một trong những thành phần quan trọng của khớp và dễ bị tổn thương nhất. Rách sụn chêm thuờng gặp trong tai nạn giao thông, chấn thương thể thao… Vậy sụn chêm là gì và tổn thương sụn chêm như thế nào? Bài viết sau của Bác sĩ Nguyễn Quang Hiếu sẽ giải thích rõ hơn về vấn đề này.

Sụn chêm có nguồn gốc là từ nguyên bào sợi, giúp ngăn cách đầu dưới xương đùi và đầu trên của xương chày.

Khớp gốiđược tạo nên bởi 3 xương: đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chầy và xương bánh chè,

Mỗi đầu gối có hai sụn chêm giữa đầuxương đùivàxương chày. Chúng được gọi là sụn chêm trong và sụn chêm ngoài.

Nằm lót giữa đầu dưới xương đùi và đầu trên xương chầy là hai tấm sụn có đặc tính bền, dai, và đàn hồi gọi là sụn chêm. Có hai sụn chêm nằm ở phía trong và phía ngoài khớp gọi là sụn chêm trong và sụn chêm ngoài. Mỗi sụn chêm có ba phần: sừng trước, sừng sau và thân giữa; có hai bờ: bờ bao khớp bám vào bao khớp (bờ ngoại vi), bờ tự do (bờ trung tâm). Sụn chêm trong có hình chữ C, sụn chêm ngoài hình chữ O.

Ghi chú: A. sừng sau, B. thân, C. sừng trước; I. vùng giàu mạch, II. vùng nghèo mạch, III. vùng vô mạch

Dựa vào tính chất cấp máu, sụn chêm chia ra 3 vùng:

Vùng giàu mạch máu nuôi: Chiếm 1/3 ngoài (bờ bao khớp). Vùng này có đầy đủ mạch máu nuôi. Nếu rách vùng này dễ phục hồi nếu phát hiện sớm và điều trị đúng.

Vùng trung gian: Ở 1/3 giữa, mạch máu bắt đầu giảm dần. Tổn thương có thể lành khi điều trị đúng nhưng kết quả thấp hơn vùng 1/3 ngoài.

Vùng vô mạch: 1/3 trong (bờ tự do), không có mạch nuôi. Nếu rách ở đây không có khả năng phục hồi, thường phải cắt bỏ phần rách.

Khớp gối chịu 5-6 lần trọng lượng cơ thể trong khi bước. Lực tác động lên sụn chêm thay đổi theo tư thế. 50% trọng lực truyền qua sụn chêm ở tư thế gối duỗi thẳng, 85% ở tư thế gối gập. Khớp gối còn sụn chêm có khả năng hấp thụ lực và giảm xóc cao hơn 20% so với khớp gối đã bị cắt sụn chêm.

Sụn chêm là một sụn xơ dạng chữ C ở đầu gối, có chức năng như một “miếng đệm”. Nó có tác dụng tiếp nhận những áp lực cho va đập vào đầu gối. Nó đóng vai trò một lớp mềm ngăn cách giữa xương của khớp gối, hỗ trợ sự ổn định của khớp gối khi cử động.

Khi chúng ta đi bộ, chạy và nhảy, đầu gối sẽ phải hấp thụ những lực cực lớn. Lúc này, lớp sụn cũng đóng vai trò như một lớp đệm, hấp thụ lực sang chấn mạnh, giảm thiểu tối đa lực dư thừa làm tổn thương bề mặt xương không bị hư hại. Hơn nữa, nhờ có sụn chêm, các nguồn lực từ nhiều hướng sẽ được phân tán rộng trên toàn bộ đầu gối thay vì cô lập chúng.

Vậy tóm lại, vai trò của sụn chêm:

Phân phối lực đều lên khớp gối;

Tạo sự vững chắc cho khớp;

Phân bố đều hoạt dịch bôi trơn và dinh dưỡng sụn khớp;

Tránh cho bao khớp và màng hoạt dịch không bị kẹt vào khe khớp.

Sụn chêm rách theo nhiều kiểu khác nhau. Mô tả dựa vào hình thái rách, và vị trí rách.

Theo hình thái: rách dọc, rách ngang, rách hình nan hoa, hình vạt, hình mỏ, hình quai vali và rách phức tạp.

Theo vị trí: rách sừng trước, sừng sau, thân; rách vùng vô mạch, vùng có mạch nuôi.

Khi bị chấn thương bất ngờ, hoạt động mạnh vùng khớp gối, bạn có thể có những biểu hiện sau:

Có thể nghe tiếng “nổ” khi sụn chêm rách.

Hầu hết bệnh nhân vẫn bước đi bình thường, cầu thủ bóng đá vẫn chơi hết trận ngay sau rách sụn chêm.

Tuy nhiên, khoảng 2-3 ngày sau gối dần dần sưng lên và cảm giác mất linh hoạt gối.

Có thể gặp sau tai nạn, bệnh nhân với tụ dịch vùng khớp gối, không thể đứng thẳng hoặc hoạt động bình thường được.

Đau gối.

Sưng, tụ dịch và hạn chế vận động gối.

Khớp gối bị kẹt, hoặc có tiếng lục cục trong khớp khi vận động.

Gối không thể gấp duỗi hết tầm

Ở người trẻ:

Rách sụn chêm thường xẩy ra đột ngột sau một chấn thương trong trạng thái gối gấp (ngồi xổm) đồng thời chân bị vặn xoắn.

Thường gặp trong chấn thương thể thao, tai nạn giao thông. Các bệnh cảnh tổn thương sụn chêm thường liên quan đến thể thao, như bóng đá, quần vợt hoặc bóng rổ. Thậm chí, động tác quỳ xuống, ngồi xổm sâu hoặc nâng vật nặng lên đôi khi có thể dẫn đến rách sụn chêm.

Các sụn này có thể bị rách theo bất kỳ hướng nào, tùy vào hướng lực tác động.

Ở người có tuổi:

Rách sụn chêm thường do thoái hóa tự nhiên. Song song đó, sự thoái hóa trên bề mặt xương đùi, trở nên thô ráp hơn. Sự thô ráp đó sẽ xé rách lớp sụn chêm khi vốn dĩ chúng đã trở nên mềm hơn do thoái hóa.

Bệnh nhân ngồi ghế và đứng lên đột ngột trong tư thế bất lợi, chân hơi vặn, cũng có thể gây rách sụn chêm. Rách sụn chêm ở người già thường kèm theo bong và mòn sụn khớp.

Trong những trường hợp này, phẫu thuật thường có chỉ định.

Phẫu thuật nhầmh sửa chữa sụn chêm mà còn giúp sửa chữa bề mặt khớp đã bị hư hỏng.

Tập thể dục mang lại nhiều lợi ích cho mọi người, đặc biệt là đối với nhóm bệnh nhân có bệnh lý cơ xương khớp. Tuy nhiên, do đau, mệt mỏi hay sưng khớp mà nhiều người trong chúng ta lại không tập thể dục, dần dần sẽ làm yếu cơ, cứng khớp, hạn chế vận động và dính khớp. Tập thể dục đúng cách có thể giúp giảm đau và cải thiện chất lượng cuộc sống. Cùng với YouMed tìm hiểu thêm về vấn đề này qua bài viết:Tập thể dục với bệnh nhân cơ xương khớp

Rách sụn chêm thường là một chẩn đoán được nghĩ đến đầu tiên khi bệnh nhân nhập viện với chấn thương tự phát tại đầu gối.

Việc xác chẩn sẽ trở nên dễ dàng hơn khi bác sĩ yêu cầu bạn di chuyển đầu gối, cử động chân theo các vị trí khác nhau. Sau đó quan sát cách đi lại, nâng gối và cả ngồi xổm.

Khám: Ấn vào khe khớp bệnh nhân đau; nghiệm pháp Mac Murray và Appley dương tính.

Tổn thương sụn chêm thường đi kèm với tổn thương dây chằng khớp gối. Bác sĩ sẽ xem xét và cân nhắc khám các tổn thương liên quan.

Tuy nhiên, chỉ khám bằng tay và hỏi bệnh sử là chưa đủ. Để xác định chính xác thương tổn, việc tham gia của các công cụ chẩn đoán hình ảnh là cần thiết.

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh thường dùng để khảo sát tổn thương:

1. Chụp X-quang:

Nhằm đánh giá tình trạng xương vùng khớp gối.

Đây là phương tiện phổ biến, nhanh chóng và dễ dàng thực hiện. Tuy nhiên, giá trị của x-quang trong tổn thương sụn chêm lại khá hạn chế. Bởi vì cấu trục của sụn là không thể xuất hiện trên phim x-quang.

Dù vậy, chỉ định này có thể giúp loại trừ các vấn đề khác tại đầu gối cũng gây ra các triệu chứng tương tự. X-quang có thể giúp bác sĩ khảo sát tổn thương đầu xương kèm theo, nhất là ở người lớn tuổi.

2. Siêu âm khớp gối:

Đây là phương pháp sử dụng sóng siêu âm để chụp ảnh bên trong cơ thể. Điều này sẽ xác định xem bạn có bất kỳ sụn lỏng mà có thể bị mắc kẹt ở đầu gối.

Phương pháp này có thể giúp bác sĩ khảo sát tình trạng tụ dịch quanh gối.

Một phương pháp mới là siêu âm động khớp gối. Siêu âm này chi phí khá rẻ so với MRI. Nó cho thấy tổn thương dây chằng kèm theo.

Thường phương pháp này được dùng trong việc theo dõi việc phục hồi sụn chêm và dây chằng. Nhất là khoảng thời gian sau phẫu thuật.

3. Nội soi chẩn đoán:

Dùng khi tổn thương sụn chêm quá phức tạp.

Bác sĩ có thể sử dụng một dụng cụ gọi là máy nội soi khớp để kiểm tra các cấu trúc giải phẫu bên trong đầu gối của bạn.

Thiết bị này sẽ được đưa vào qua một vết mổ nhỏ gần đầu gối. Bộ thiết bị chứa nguồn sáng và một camera nhỏ, truyền hình ảnh phóng to từ bên trong đầu gối lên màn hình. Nếu cần thiết, dụng cụ phẫu thuật cũng có thể được đưa vào. Đồng thời qua máy soi khớp hoặc thông qua các vết mổ nhỏ khác ở đầu gối để sửa chữa vết rách.

Cho phép quan sát toàn bộ khớp gối. Đánh giá chính xác tình trạng, mức độ tổn thương của sụn, dây chằng, sụn chêm, màng hoạt dịch. Từ đó giúp quyết định phương pháp điều trị cụ thể với từng trường hợp cụ thể.

4. Hình ảnh các tổn thương sụn chêm trên MRI

Máy chụp MRI (cộng hưởng từ) có bản chất là sự kết hợp các khối nam châm lớn. Dùng tần số từ trường và máy tính để tạo ra hình ảnh chi tiết của các cơ quan và cấu trúc bên trong cơ thể.

Ưu điểm của phương tiện này được phát huy trong việc chẩn đoán các bệnh lý ở sụn khớp, dây chằng, gân, xương hoặc cơ xung quanh.

Có độ nhạy khoảng 95% và độ đặc hiệu 81% đối với sụn chêm trong, có độ nhạy khoảng 85% và độ đặc hiệu 93% đối với sụn chêm bên. MRI là phương thức được lựa chọn khi nghi ngờ rách sụn chêm và mô tả hầu hết các đặc điểm của tổn thương này.

Đây chính là cách thức nghiên cứu hình ảnh tốt nhất để phát hiện rách sụn chêm. Nên mục này tôi sẽ viết riêng, nhằm làm rõ hơn vai trò quan trọng của phương pháp này.

Hai tiêu chí xác định rách sụn chêm trên MRI quan trọng nhất là khi quan sát thấy:

Sụn chêm có hình dạng bất thường.

Sụn chêm có cường độ tín hiệu cao nhưng lại tiếp xúc một cách không rõ ràng trên bề mặt của đầu xương.

Về vị trí và kiểu rách, hình ảnh sụn chêm trên MRI giúp phân loại thành các kiểu sau đây:

Rách sụn chêm ngang

Đây là kiểu rách phổ biến, chiếm 32% tại sụn chêm trong. Bệnh nhân rách sụn chêm kiểu ngang thường lại không nhớ rõ tình trạng chấn thương cụ thể. Chỉ đi khám vì cảm giác đau đầu gối mới xuất hiện hoặc tăng nhiều hơn khi đi lại, vận động.

Chính vì thế, nguyên nhân của các trường hợp này thường được cho rằng do thoái hóa, nhất là ở những bệnh nhân hơn 40 tuổi mà không có chấn thương gối ban đầu.

Rách sụn chêm dọc

Kiểu rách này có hình ảnh trên MRI là một đường rách kéo dài song song với chu vi của sụn. Đây là hệ quả hầu như luôn luôn liên quan đến chấn thương đầu gối ở mức độ đáng kể.

Rách sụn chêm xuyên tâm

Đây là trường hợp có đường rách hình vòng, phát sinh từ rìa tự do của một sụn và kéo dài vào trong lòng sụn.

Vị trí phổ biến nhất cho kiểu rách này là ở sụn chêm trong.

Nguyên nhân là do xương đùi giữ trọng tâm của cơ thể trượt ra ngoài rìa của xương chày.

Rách sụn chêm phức tạp

Kiểu rách này là khi sụn chêm bị rách không theo một đường gọn gàng mà rách một vạt, lan rộng trong một mặt phẳng tạo ra những vạt sụn riêng biệt.

Đôi khi vạt sụn bị rách có thể tự xê dịch hoặc có thể bị dịch chuyển bởi đầu dò trong quá trình nội soi khớp.

Rách sụn chêm thành nắp

Vết rách sụn chêm đã đi quá giới hạn chu vi sụn, tạo thành một mảnh sụn rời và bị dịch chuyển ra khỏi vị trí vết rách.

Vai trò của MRI đầu gối trong kiểu rách này rất quan trọng nhằm xác định vị trí mảnh nắp trước khi nội soi. Đôi khi có thể khó tìm thấy mảnh rách do nó bị dịch chuyển khi nội soi khớp.

Nếu không được loại bỏ, phần nắp rách sẽ gây đau đầu gối mạn tính và làm kẹt khớp gối.

Điều trị phức tạp, dựa vào khảo sát kĩ phần khớp gối tổn thương.

Nói chung, tùy vào mức độ thương tổn, sẽ có hai cách điều trị là bảo tồn (không phẫu thuật) và phẫu thuật.

Phục hồi sau phẫu thuật và không phẫu thuật đều đòi hỏi một quá trình cố gắng của cả bác sĩ và bệnh nhân.

Xin mọi người có thể tham khảo phần điều trị và phục hồi trong phần bài viết sau của chúng tôi:

Việc phục hồi, điều trị và liệu pháp về bệnh Rách Sụn Chêm mất bao lâu? Khi nào người bệnh hoạt động lại bình thường? Cùng tham khảo thêm trong bài viết:Điều trị và hồi phục bệnh Rách Sụn Chêm

Đầu gối được cấu tạo từ nhiều bộ phận khác nhau. Các chấn thương đầu gối do tai nạn lao động, giao thông hay thể thao đều có thể gây tổn thương sụn chêm, dây chằng, đầu xương…

Tổn thươngrách sụn chêmđều có đặc điểm chung là gây đau, sưng, biến dạng khớp và hạn chế khả năng vận động. Do đó bạn nên đi khám bác sĩ chuyên khoa ngay khi bị chấn thương khớp gối để có thể chẩn đoán chính xác vị trí tổn thương. Từ đó đề ra phương án điều trị thích hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ro-dong-tinh-mach/

Nội dung bài viết

Rò động tĩnh mạch là gì?

Nguyên nhân của rò động tĩnh mạch là gì?

Yếu tố nguy cơ dễ bị rò động tĩnh mạch

Biến chứng của rò động tĩnh mạch là gì?

Triệu chứng của rò động tĩnh mạch là gì?

Chẩn đoán rò động tĩnh mạch như thế nào?

Điều trị rò động tĩnh mạch như thế nào?

Hệ tuần hoàn cấu tạo gồm tim, các mạch máu: động mạch, tĩnh mạch và mao mạch. Động mạch dẫn máu từ tim tới các cơ quan để trao đổi Oxy và chất dinh dưỡng. Quá trình này xảy ra ở mao mạch. Sau khi trao đổi chất, máu nghèo chất dinh dưỡng từ mao mạch được hấp thu về tĩnh mạch. Máu từ tĩnh sẽ được vận chuyển về tim để hoàn thành vòng tuần hoàn. Quá trình này diễn ra liên tục, hoàn chỉnh để đảm bảo hoạt động của cơ thể. Bài viết này đề cập tới bệnh lý Rò động tĩnh mạch. Đây là bệnh lý xảy ra do sự thông nối bất thương giữa động mạch và tĩnh mạch. Bệnh lý có thể gây ra nhiều hậu quả nặng nề, đặc biệt nếu là thông nối mạch máu lớn.

Rò động tĩnh mạch là sự thông nối bất thường giữađộng mạchvàtĩnh mạchmà không thông quamao mạch. Các đường dò có thể là bẩm sinh hoặc là kết quả của quá trình khác.

Luồng máu đi qua đường dò làm giảm lượng máu đi xuống mao mạch. Hệ quả đầu tiên là các cơ quan bên dưới thiếu chất dinh dưỡng. Luồng máu bất thường lâu ngày sẽ đặt áp lực lên mạch máu làm tổn thương chúng. Nguy hiểm hơn còn có thể gây ra các bất thường về bất động học, gây nhiều hậu quả nặng nề.

Một số người được sinh ra với một lỗ rò tĩnh mạch (bẩm sinh). Mặc dù lý do chưa rõ ràng, trong rò động tĩnh mạch bẩm sinh không phát triển trong bụng mẹ. Tức là chỉ khi sinh ra mới biểu hiện.

Rò động tĩnh mạch phổi có thể được gây ra bởi một bệnh di truyền (bệnh Osler-Weber-Rendu). Gây ra các thông nối động tĩnh mạch bất thường trong cơ thể của bạn, đặc biệt là trong phổi.

Một lỗ rò động tĩnh mạch cũng có thể phát triển sau một chấn thương xuyên. Chẳng hạn như một vết thương do đạn hoặc đâm. Điều này có thể xảy ra nếu vết thương xuyên qua nơi một tĩnh mạch và động mạch giao nhau.

Lỗ rò động tĩnh mạch có thể phát triển như là biến chứng của một thủ thuật thông tim. Trong quá trình thông tim, ống thông được đưa vào một động mạch hoặc tĩnh mạch ở háng, cổ hoặc cánh tay và luồn thông qua các mạch máu của bạn đến trái tim của bạn. Nếu kim đi xuyên qua một động mạch và tĩnh mạch, điều này có thể tạo ra một lỗ rò. Tuy là biến chứng hiếm những vẫn có khả năng xảy ra.

Đây là thủ thuật cần thiết ở những bệnh nhân cần chạy thận, lọc máu, dùng tuần hoàn nhân tạo… Ví dụ bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối cần lọc máu nhiều lần. Nếu kim chạy thận được đưa vào tĩnh mạch quá nhiều lần, tĩnh mạch có thể sẹo và bị phá hủy. Việc tạo một đường thông là cần thiết. Lỗ rò này thường được tạo ra ở cẳng tay hoặc đùi.

Các điều kiện di truyền hoặc bẩm sinh là yếu tố nguy cơ không thể tránh khỏi. Ngoài ra, một lỗ rò trong tĩnh mạch có thể tăng do một số yếu tố nhất định, bao gồm:

Thông tim, đặc biệt là nếu các thủ tục liên quan đến các mạch máu.

Huyết áp cao(tăng huyết áp). Một số thông nối động tĩnh mạch thời kì bào thai khi sinh ra bị thoái hóa thành dạng xơ. Tuy nhiên nếu huyết áp liên tục cao sẽ tạo áp lực làm đường thông này nới rộng ra.

Béo phì.

Một số loại thuốc, bao gồm cả một số chất làm loãng máu (thuốc kháng đông) và thuốc được sử dụng để kiểm soát chảy máu (chống fibrinolytics).

Người cao tuổi.

Giới nữ.

Không được điều trị, rò động tĩnh mạch có thể gây các biến chứng, một số có thể nghiêm trọng. Chúng bao gồm:

Suy tim. Đây là biến chứng nghiêm trọng nhất của các lỗ rò động tĩnh mạch lớn. Luồng thông nối động tĩnh mạch gây ra bất thường huyết động. Cụ thể máu về tim nhanh hơn, huyết áp ngoại biên thấp hơn. Lâu dần, tăng cường độ làm việc của tim có thể làm suy yếu cơ tim, dẫn đếnsuy tim.

Tạo cục máu đông. Một lỗ rò động tĩnh mạch ở chân có thể gây ra các cục máu đông. Các cục huyết khối tĩnh mạch sâu có thể nguy hiểm tính mạng nếu gây thuyên tắc phổi. Tùy thuộc vào nơi lỗ rò, nó còn có thể dẫn đếnđột quỵ.

Đau chân. Một lỗ rò trong chân cũng có thể làm cho bạn phát triển đau ở chân.

Chảy máu. Dị tật rò động tĩnh mạch có thể dẫn đến chảy máu, bao gồm vào hệ thống tiêu hóa.

Biểu hiện của rò động tĩnh mạch rất đa dạng tùy vào vị trí rò. Các lỗ rò nhỏ thường sẽ không có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào. Rò động tĩnh mạch lớn có thể gây ra dấu hiệu và triệu chứng, thậm chí nguy hiểm. Triệu chứng có thể bao gồm:

Ánh tía, phồng tĩnh mạch mà bạn có thể nhìn thấy qua da, tương tự như giãn tĩnh mạch.

Sưng ở cánh tay hoặc chân.

Giảm huyết áp.

Mệt mỏi.

Suy tim.

Một lỗ rò động tĩnh mạch trong phổi là một tình trạng nghiêm trọng và có thể gây ra:

Da xanh xao, nhợt nhạt.

Ngon tay dùi trống.

Ho ra máu.

Rò động tĩnh mạch trong đường tiêu hóa có thể gây chảy máu ở đường tiêu hóa.

Chẩn đoán rò động tĩnh mạch cần phối hợp hỏi bệnh sử, tiền căn, khám lâm sàng và xét nghiệm. Bác sĩ sử dụng ống nghe để nghe dòng máu thông qua khu vực nơi có thể có lỗ rò. Lưu lượng máu thông qua lỗ rò làm cho một âm thanh được gọi là âm thổi.

Nếu bác sĩ nghi ngờ một lỗ rò, sẽ có các xét nghiệm khác để xác nhận chẩn đoán. Chúng có thể bao gồm:

Siêu âm Doppler mạch máu. Siêu âm là cách hiệu quả nhất và phổ biến để kiểm tra một lỗ rò động tĩnh mạch. Đặc biệt dễ dàng và tiết kiệm nếu lỗ rò trong các mạch máu của chân hoặc cánh tay.

Chụp cắt lớp vi tính (CT) mạch máu. Chụp CT mạch máu cho phép bác sĩ để kiểm tra động mạch thông qua hình ảnh. Hệ thống mạch máu được hiện rõ thông qua thuốc cản quang được đưa vào máu.

Chụp mạch cộng hưởng từ mạch máu (MRA). Chụp cộng hưởng từ mạch máu được sử dụng để khảo sát khi lỗ dò nằm sâu trong cơ thể. Đặc biệt là lỗ rò nằm quanh mô mềm khó chẩn đoán. Nó sử dụng kỹ thuật tương tự như hình ảnh cộng hưởng từ (MRI), nhưng cũng bao gồm việc sử dụng một loại thuốc nhuộm đặc biệt giúp tạo ra hình ảnh của các mạch máu.

Tùy vào tình trạng lâm sàng và biểu hiện của bệnh nhân mà bác sĩ sẽ cho các xét nghiệm phù hợp.

Các lỗ rò nhỏ không có triệu chứng thường không cần điều trị. Nếu rò động tĩnh mạch lớn, thường có các phương pháp điều trị sau:

Nén dẹp lỗ dò bằng siêu âm. Lỗ rò trong tĩnh mạch ở chân và dễ dàng nhìn thấy trên siêu âm có thể được điều trị bằng siêu âm nén. Trong điều trị này, một đầu dò siêu âm được sử dụng để nén lỗ rò. Từ đó chặn lưu lượng máu đến các mạch máu bị tổn thương. Thủ tục này chỉ mất khoảng 10 phút. Nhưng nó có tỉ lệ thành công thấp, khoảng 1 trong 3 người.

Đặt stent chặn lỗ rò. Bác sĩ sẽ đưa stent vào động mạch tại vị trí lỗ rò để che nó lại. Điều này giúp cản trở dòng máu qua lỗ rò. Tuy nhiên phương pháp này có nguy cơ tạo cục máu đông tại chỗ đặt stent.

Phẫu thuật. Nếu các phương pháp trê thất bại hoặc chống chỉ định, phẫu thuật sẽ được cân nhắc. Các loại phẫu thuật bạn sẽ cần phụ thuộc vào kích thước và vị trí của lỗ rò.

Rò động tĩnh mạchlà bệnh lý mạch máu tương đối hiếm gặp. Bệnh có thể âm thầm không triệu chứng nhưng cũng có biến chứng nặng nề. Lỗ rò có thể điều trị dứt điểm mà không để lại hậu quả nếu được xử lý đúng. Theo dõi biểu hiện bệnh, phát hiện kịp thời và điều trị đúng đắn là cách để khắc phục hiệu quả.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/rubella-dieu-tri-va-phong-ngua/

Nội dung bài viết

1. Chẩn đoán bệnh Rubella bằng cách nào?

2. Điều trị bệnh Rubella như thế nào?

3. Phòng ngừa bệnh Rubella?

Rubella là bệnh lý truyền nhiễm cấp tính do vi rút gây ra. Bệnh ít ảnh hưởng đến trẻ lớn và người trưởng thành. Tuy nhiên bệnh gây những biến chứng nặng nề cho phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh. Các bạn hãy tiếp tục cùng YouMed tìm hiểu cách thức chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa bệnh hiệu quả nhé!

Việc chẩn đoán sẽ khác nhau giữa các đối tượng khác nhau. Vậy bệnh Rubella có thật sự đáng lo ngại hay không. Để hiểu thêm thông tin chi tiết, bạn có thể tham khảo bài viết:Bệnh Rubella có nguy hiểm hay không?

Vì bệnh ở đối tượng này thường nhẹ và không biểu hiện triệu chứng rõ ràng nên chẩn đoán sẽ khó khăn nếu chỉ dựa vào triệu chứng. Một số bệnh có biểu hiện giống Rubella gồm: nhiễm Toxoplasma, bệnh sởi nhẹ, sốt tinh hồng nhiệt…

Các xét nghiệm giúp chẩn đoán phân biệt Rubella với các bệnh khác có phát ban bao gồm:

Xét nghiệm máu: cho thấy sự thay đổi của tế bào máu trong tình trạng nhiễm trùng.

Tìm vi rút: bằng cách lấy dịch ở họng, nước tiểu, dịch khớp đem xét nghiệm tìm sự hiện diện của vi rút.

Các xét nghiệm tìm kháng thể: khi cơ thể tiếp xúc với vi rút sẽ kích thích hệ miễn dịch sản xuất ra kháng thể. Tìm sự tăng cao các kháng thể này trong cơ thể là bằng chứng cho việc nhiễm vi rút.

– Phụ nữ mang thai có thể truyền vi rút cho con thông qua nhau thai. Tùy thuộc nhiễm vi rút vào giai đoạn nào của thai kì sẽ có ảnh hưởng khác nhau lên thai nhi. Nếu người mẹ mắc bệnh vào 3 tháng đầu của thai kì thì khả năng thai bị dị tật là rất cao.

– Chẩn đoán thai nhi có bị Rubella bẩm sinh hay không bằng cách:

Trước khi sinh: lấy dịch ối đem xét nghiệm tìm sự hiện diện của vi rút. Ngoài ra bác sĩ còn siêu âm thai để phát hiện các dị tật bào thai như tật đầu nhỏ, gan lách to, bệnh tim bẩm sinh…

Sau khi sinh: tìm sự hiện diện của vi rút trong máu của trẻ sơ sinh. Hoặc tìm sự gia tăng kháng thể trong cơ thể là bằng chứng cho việc nhiễm vi rút.

Vì triệu chứng phát ban trùng lặp trong nhiều bệnh lý khác nhau. Nên khi bị phát ban, bạn nên đến cơ sở y tế để được chẩn đoán chính xác bệnh và có phương pháp điều trị phù hợp.

Trong trường hợp phụ nữ mang thai bị phát ban trong thai kì, người mẹ nên tham vấn bác sĩ sản khoa để được chẩn đoán và có kế hoạch quản lý thai kì thích hợp.

Hiện nay vẫn chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cho bệnh Rubella. Bệnh Rubella có thể khởi phát và tự khỏi khi không được điều trị. Nếu các triệu chứng làm cho bạn khó chịu nhiều, có thể dùng thuốc giúp giảm triệu chứng như:

Thuốc hạ sốt.

Thuốc giảm đau.

Thuốc kháng viêm nếu có viêm khớp.

Người bệnh cần nghỉ ngơi tại nhà để hạn chế lây nhiễm cho những người xung quanh.

Uống nhiều nước, bổ sung chất dinh dưỡng và vitamin để cơ thể nhanh chóng hồi phục.

Lưu ý, phải tuân theo sự hướng dẫn của bác sĩ khi dùng thuốc giảm bớt các triệu chứng.

Bệnh Rubella ở trẻ sau khi sinh và người trưởng thành thường nhẹ hoặc đôi khi không có triệu chứng. Tuy nhiên nhiễm vi rút Rubella trong giai đoạn mang thai có thể gây hậu quả nghiêm trọng. Nếu mẹ mắc bệnh Rubella thì có nguy cơ cao bị sẩy thai, sinh non và dị tật bẩm sinh. Mặc khác, bệnh có thể lây nhiễm cho người xung quanh và vẫn chưa có thuốc giúp điều trị bệnh. Vì vậy cách tốt nhất là phòng ngừa bệnh Rubella bằng cách tiêm phòng.

Tiêm phòng vắc xin rộng rãi cho trẻ từ 12-24 tháng tuổi. Tiêm phòng cho đối tượng vị thành niên, người trưởng thành. Đặc biệt là phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và nhân viên y tế (để tránh lây nhiễm cho bệnh nhân).

Vắc xin tạo ra kháng thể giúp bảo vệ bệnh ít nhất 15 năm hoặc có thể cả đời (95% trường hợp tiêm ngừa). Sau nhiều năm chủng ngừa, kháng thể bảo vệ trong cơ thể có thể không còn. Nhưng khả năng bảo vệ với Rubella của cơ thể vẫn còn.

Tác dụng phụ xảy ra khi tiêm vắc xin bao gồm:sốt phát ban, nổi hạch, đau khớp và viêm khớp (thường xảy ra ở người lớn). Tuy nhiên những các triệu chứng ở khớp thường thoáng qua và có thể tự khỏi.

Không tiêm vắc xin cho phụ nữ đang mang thai và không có thai ít nhất 3 tháng sau đó. Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản cần có biện pháp ngừa thai hiệu quả. Ngừa thai liên tục trong vòng 3 tháng, gồm 1 tháng trước tiêm phòng và 2 tháng sau tiêm phòng.

Ngoài ra, phụ nữ khi mang thai cần hạn chế tiếp xúc với những người bị sốt, phát ban để tránh bị lây nhiễm.

Rubellalà bệnh lý truyền nhiễm cấp tính do vi rút gây ra. Bệnh ít ảnh hưởng đến trẻ sau sinh và người trưởng thành. Tuy nhiên bệnh gây biến chứng nặng nề cho phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh. Mặc khác bệnh có thể lây nhiễm cho những người xung quanh và vẫn chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Vì vậy, cách tốt nhất là áp dụng tiêm phòng để giúp ngừa bệnh hiệu quả.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/rung-nhi/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh lý rung nhĩ

Rung nhĩ nguy hiểm như thế nào?

Cơ chế của rung nhĩ

Vì sao rung nhĩ làm tăng nguy cơ đột quỵ và tắc mạch ngoại biên?

Phân loại

Nguyên nhân của rung nhĩ

Những ai có thể mắc rung nhĩ?

Triệu chứng

Chẩn đoán như thế nào?

Điều trị rung nhĩ như thế nào?

Biến chứng của rung nhĩ là gì?

Rung nhĩ là một trong những bệnh lý tim mạch gây ra gánh nặng đáng kể cho cả bệnh nhân, bác sĩ và hệ thống y tế trên toàn cầu. Đây là một dạng rối loạn nhịp trên thất rất thường gặp trong thực hành lâm hàng, đặc trưng bởi tình trạng mất đồng bộ điện học và sự co bóp của tâm nhĩ. Khi mắc rung nhĩ, người bệnh phải luôn đối mặt với nguy cơ đột quỵ và thuyên tắc mạch hệ thống, cùng với gia tăng nguy cơ suy tim, tử vong, suy giảm chất lượng cuộc sống, suy giảm nhận thức. Bài này của Thạc sĩ, Bác sĩ Lý Quang Sang sẽ cung cấp cho bạn đọc một số những thông tin cơ bản về căn bệnh nguy hiểm này.

Rung nhĩ là một dạng rối loạn nhịp nhĩ nhanh và không đều. Rối loạn nhịp nhanh này có nguồn gốc từ tâm nhĩ, lúc này tâm nhĩ có nhiều ổ phát nhịp loạn xạ thay vì bình thường chỉ có một ổ phát nhịp chính (nút xoang), điều này làm cho nó không còn co bóp một cách nhịp nhàng như bình thường nữa mà chỉ “rung” không theo một quy luật nào cả.1

Thông thường, lúc mới khởi phát, bệnh lý này thường không có triệu chứng hoặc chỉ có triệu chứng nhẹ, khiến người bệnh dễ bỏ sót không đi khám. Các triệu chứng có thể gặp như: cảm giáchồi hộp đánh trống ngựcvì tim đập quá nhanh, mệt mỏi, yếu sức, giảm khả năng gắng sức,khó thởvà ngất. Không thể chẩn đoán xác định rung nhĩ thông qua hỏi bệnh và thăm khám khám lâm sàng được, mà cần phải đo điện tâm đồ cho người bệnh và xác định hình ảnh đặc trưng của rung nhĩ trên điện tim.12

Khi người bệnh mắc phải rung nhĩ cũng là lúc họ phải đối mặt với nguy cơđột quỵbất cứ lúc nào, do khả năng tạo lập cục máu đông trong tâm nhĩ và di chuyển trôi lênnão. Lúc này, bệnh nhân có thể cần phải dùng thuốc chống đông máu suốt đời để phòng ngừa. Bên cạnh đó, người bệnh có thể cần phải điều trị bằng thuốc hoặc thực hiện các thủ thuật/phẫu thuật nhằm làm giảm tình trạng tim đập quá nhanh do rung nhĩ gây ra hoặc nhằm cố gắng đưa rung nhĩ trở về nhịp cơ bản sinh lý bình thường (nhịp xoang) nếu có chỉ định.13

Hiện nay, có tới hơn 43 triệu người mắc bệnh này trên toàn cầu, tỷ lệ này đặc biệt cao ở Châu Mỹ, Châu Úc; trung bình ở Châu Âu và Châu Á; Việt Nam chúng ta thuộc khu vực có tỷ lệ mắc thấp hơn. Tuy nhiên, với những gánh nặng bệnh lý tim mạch nền cũng như các bệnh lý chuyển hoá ngày càng tăng, tỷ lệ rung nhĩ ở Châu Á dự kiến sẽ tăng mạnh trong tương lai. Bệnh lý này gặp nhiều ở nam giới và người da trắng hơn so với nữ giới và người da đen. Tỷ lệ mắc rung nhĩ tăng theo tuổi, với khoảng gần 10% người trên 80 tuổi mắc rung nhĩ. Rung nhĩ có khuynh hướng xảy ra ở người đang có sẵnbệnh lý tim mạchtrước đó.3

Thống kê cho thấy bệnh nhân mắc rung nhĩ có nguy cơ bị đột quỵ cao gấp 5 lần người bình thường. Đây là nguyên nhân trực tiếp gây ra khoảng 120,000 trường hợp nhồi máu não mỗi năm, và chiếm 25% tổng số trường hợp đột quỵ não. Hầu hết các ca đột quỵ liên quan đến rung nhĩ là đột quỵ thiếu máu não (do cục máu đông gây tắc nghẽn mạch máu não).3

Rung nhĩ có thể gây rối loạn chức năng thất trái/suy tim. Hai tình trạng này có thể tương hỗ, gây nên một vòng xoắn bệnh lý thúc đẩy và làm trầm trọng lẫn nhau. Suy tim có thể gặp ở 20 – 30% bệnh nhân rung nhĩ.3

Rung nhĩ làm tăng 2 – 3 lần nguy cơ nhập viện điều trị, là một trong các nguyên nhân nhập viện chính vì rối loạn nhịp.3

Hơn 60% bệnh nhân rung nhĩ suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống, điều này do các cơn hồi hộp trống ngực, mệt mỏi, khó thở, giảm khả năng gắng sức, phải đi khám bệnh nhiều lần, phụ thuộc vào điều trị thuốc suốt đời và những nguy cơ tác dụng phụ tiềm tàng do thuốc. Người bệnh thường córối loạn lo âu, hoặc có những triệu chứng liên quan đếntrầm cảm, 16-20% người bệnh rung nhĩ có trầm cảm.3

Rung nhĩ còn gâysa sút trí tuệvà suy giảm nhận thức, điều này liên quan đến những tổn thương tại não do cục máu đông gây ra, tình trạng giảm tưới máu não dotim đập nhanh.

Bệnh lý này gây tăng nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân gấp hai lần ở phụ nữ và tăng gấp 1,5 lần ở nam giới.3

Bình thường hệ thống dẫn truyền điện trong tim được diễn ra một cách đều đặn và nhịp nhàng; nhằm đảm bảo hoạt động co bóp của tim diễn ra một cách hiệu quả. Trong đó, nút xoang là một trong những cấu trúc đặc biệt của hệ thống dẫn truyền điện trong tim nằm tại nhĩ phải. Cấu trúc này phát ra xung động điện nhanh nhất, nên là nút dẫn nhịp cho toàn tim.

Có thể xem trong hệ thống dẫn truyền điện trong tim lúc bình thường thì nút xoang có vai trò như là một thuyền trưởng, phát ra những xung động điện có tính chu kỳ, nhịp nhàng với tần số khoảng 60 – 100 lần/phút,nhịp tim bình thườngđược gọi là nhịp xoang.

Sau đó, những xung động điện này sẽ lan truyền đến cơ nhĩ, rối đến nút nhĩ thất (chốt chặn quan trọng dẫn truyền điện từ nhĩ xuống thất), đến bó His, đến các nhánh dẫn truyền bên trái và bên phải và hệ thống Purkinje, từ đây lan toả xung động đến toàn bộ hai tâm thất giúp cho các buồng tim co bóp theo chu kỳ.

Nếu các xung động điện này phát ra một cách nhịp nhàng, đều đặn, tim của chúng ta cũng sẽ co bóp nhịp nhàng và hiệu quả. Bất kỳ tình trạng nào ảnh hưởng đến hệ thống dẫn truyền trong tim gây ra rối loạn tính nhịp nhàng này, cũng sẽ ảnh hưởng đến hoạt động co bóp của tim.4

Rung nhĩ xảy ra khi nút xoang không nắm quyền chỉ huy trong hệ thống dẫn truyền tại tim nữa. Mà thay vào đó là có nhiều ổ tạo nhịp ngoại lai khác tại các tâm nhĩ, phát ra những xung động điện hỗn loạn trong cơ nhĩ và chiếm lấy quyền dẫn nhịp.

Ngoài ra, trong nhiều trường hợp, các ổ phát nhịp ngoại lai có thể nằm trong các cấu trúctĩnh mạchvị trí liền kề với mô cơ nhĩ (thường là tĩnh mạch phổi đổ về nhĩ trái) là nguyên nhân khởi phát và duy trì rung nhĩ. Vì có nhiều ổ phát nhịp nên không tạo ra một xung động điện đồng nhất chung để dẫn truyền cho toàn tim; vì vậy, các xung động điện này dẫn truyền loạn xạ rồi tạo ra các vòng vào lại hỗn độn trong tâm nhĩ. Điều này làm cho tâm nhĩ không thể nào co bóp một cách nhịp nhàng, mà luôn trong tình trạng “rung” hay “đơ ra” không theo một quy luật nào cả, tâm nhĩ có thể rung lên với tần số trên 350 – 600 chu kì/ phút thay vì co bóp một cách nhịp nhàng. Có rất nhiều xung khử cực nhĩ được dẫn truyền ồ ạt xuống nút nhĩ thất rối lan truyền xuống thất, làm cho tần số thất thường nhanh, không cố định và không đều.234

Khi tâm nhĩ không còn co bóp đều đặn và nhịp nhanh, thay vào đó rung với tần số quá nhanh không theo một quy luật nào cả. Điều này làm hạn chế lưu chuyển của dòng máu và khiến cho máu bị luẩn quẩn trong nhĩ và dễ bị đông lại; từ đó tạo nguy cơ hình thành các cục máu đông, 90% trường hợp cục máu động hình thành trong tiểu nhĩ trái.

Tâm nhĩ càng giãn to thì nguy cơ hình thành huyết khối càng cao. Nguy cơ này cũng sẽ tăng khi người bệnh có các yếu tố nguy cơ làm cho máu dễ đông hơn bình thường như: lớn tuổi, suy tim,tăng huyết áp,đái tháo đường, có tiền sử đột quỵ hay thuyên tắc mạch trước đó, tiền sử bệnh động mạch ngoại biên haynhồi máu cơ tim,…124

Cục máu đông có thể rời khỏi nhĩ trái xuống thất trái, rồi trôi theo dòng máu ra ngoàiđộng mạchchủ. Từ đây, nếu nó trôi lên trên gây tắc động mạch não có thể gây ra đột quỵ; ngược lại, cục máu đông có thể trôi đến các động mạch ngoại biên khác và gây tắc mạch: tắc động mạch vành gây nhồi máu cơ tim, tắc động mạch thận, tắc động mạch mạc treo (hệ động mạch cấp máu cho ruột), tắc động mạch chi dưới,…124

Cơn rung nhĩ có thể đến và đi, hoặc có thể tồn tại trường diễn và dai dẳng. Dựa vào thời gian, rung nhĩ có thể chia thành 4 phân loại:3

Rung nhĩ chẩn đoán lần đầu: Rung nhĩ chưa được chẩn đoán trước đó.

Rung nhĩ cơn: xuất hiện nhưng sau đó tự ra cơn trở về nhịp xoang, hoặc ra cơn với sự can thiệp của bác sĩ trong vòng 7 ngày từ lúc khởi phát.

Rung nhĩ bền bỉ: kéo dài liên tục > 7 ngày, kể cả các cơn chấm dứt bởi chuyển nhịp sau 7 ngày.

Rung nhĩ dai dẳng: kéo dài > 12 tháng.

Rung nhĩ mạn tính: Rung nhĩ mạn tính là khi bác sĩ và bệnh nhân cùng chấp nhận việc không thể chuyển nhịp và/hoặc duy trì nhịp xoang. Lúc này, người bệnh phải sống chung với tình trạng này vĩnh viễn, cùng với các chiến lược điều trị dự phòng kèm theo suốt đời.

Ngoài ra, rung nhĩ có thể phân loại thành rung nhĩ lâm sàng và dưới lâm sàng:3

Rung nhĩ lâm sàng: Rung nhĩ được xác định trên điện tâm đồ bề mặt (máy điện tâm đồ thông thường). Người bệnh có thể hoặc không có triệu chứng lâm sàng.

Rung nhĩ dưới lâm sàng: Bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng và không phát hiện thấy rung nhĩ trên ECG bề mặt; nhưng lại có bằng chứng những cơn nhịp nhanh nhĩ được phát hiện thông qua các thiết bị điện đặt trong tim như: máy tạo nhịp tim, máy phá rung.

Các nguyên nhân phổ biến nhất là:12

Tăng huyết áp;

Bệnh động mạch vành;

Bệnh cơ tim;

Bệnhvan hai láhoặcvan ba lá;

Cường giáp;

Uống rượunhiều.

Các nguyên nhân ít phổ biến hơn bao gồm:12

Nhồi máu phổi;

Thông liên nhĩvà cácbệnh lý tim bẩm sinhkhác;

Bệnh phổi mạn tính;

Viêm cơ tim;

Viêm màng ngoài tim.

Tình trạng này phổ biến hơn ở những người từ 60 tuổi trở lên. Các vấn đề về tim mạch làm tăng nguy cơ mắc bệnh, như:5

Bệnh tim dohuyết áp cao.

Các bệnhvan tim.

Bệnh cơ tim.

Khiếm khuyết tim từ khi sinh ra (bệnh tim bẩm sinh).

Suy tim.

Đã từng phẫu thuật tim quá khứ.

Một số tình trạng y tế khác cũng làm tăng nguy cơ mắc rung nhĩ:5

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

Tuyến giáphoạt động quá mức.

Chứng ngưng thở khi ngủ.

Các loại thuốc bao gồm adenosine, digitalis và theophylline có thể làm tăng nguy cơ rung nhĩ.

Khi mới khởi phát rung nhĩ, người bệnh thường không có triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ, do đó người bệnh thường không đi khám, dẫn đến dễ bỏ sót. Khi bệnh tiến triển, triệu chứng sẽ rõ ràng hơn và xảy ra thường xuyên và kéo dài hơn. Các triệu chứng này có thể là:236

Cảm giác mệt mỏi, uể oải, thiếu năng lượng: đây là triệu chứng điển hình ở người bệnh rung nhĩ. Nguyên nhân do chức năng tim suy giảm,máuco bóp đi nuôi cơ thể kém, tế bào không có đủ năng lượng hoạt động dẫn tới mệt mỏi, mất sức. Cảm giác mệt mỏi này có thể xuất hiện cả khi người bệnh nghỉ ngơi.

Cảm giác tim đập không đều: Xung động điện đến tim bất thường khiến tim co bóp bất thường, vì thế mà nhịp tim thể hiện có thể nhanh hoặc chậm hơn bình thường. Khi bắt mạch thì thấy mạch đập không theo một quy luật nào cả.

Cảm giác hồi hộp, đánh trống ngực: Tim đập nhanh, rộn ràng có thể nhận thấy dễ dàng, tình trạng này thường đến bất chợt và không thường xuyên.

Giảm khả năng gắng sức: Hoạt động của tim suy giảm, dẫn đến khả năng gắng sức của người bệnh kém đi. Người bệnh thường xuyên cảm thấy mệt mỏi, mất sức khi hoạt động thể lực bình thường như: đi bộ,chạy bộ, bơi lội,đạp xe, thậm chí là làm việc bình thường.

Đau ngực: đau ngực có thể do rung nhĩ với tình trạng tim đập nhanh gâythiếu máu cơ tim, hoặc đau ngực là triệu chứng củabệnh mạch vànhđã có từ trước và là nguyên nhân gây ra rung nhĩ.

Ngất: khi tim đập với tần số quá nhanh, dẫn đến tưới máu não không đủ; người bệnh có thể có triệu chứng choáng váng,chóng mặt, hoặc thậm chí là ngất.

Mức độ nặng của triệu chứng do rung nhĩ gây ra có thể được đánh giá thông qua thang điểm EHRA. Theo đó:3

ERHA 1: Người bệnh không có triệu chứng.

EHRA 2a: Người bệnh có triệu chứng nhẹ, hoạt động hằng ngày không bị ảnh hưởng bởi các triệu chứng của người bệnh.

EHRA 2b: Người bệnh có triệu chứng trung bình, hoạt động hằng ngày không bị ảnh hưởng bởi các triệu chứng của người bệnh, nhưng làm người bệnh thấy khó khăn.

EHRA 3: Người bệnh có triệu chứng nặng, hoạt động hằng ngày bị ảnh hưởng bởi các triệu chứng của người bệnh.

EHRA 4: Người bệnh có triệu chứng rất nặng, dường như mất khả năng hoạt động và sinh hoạt, hoạt động hằng ngày bị gián đoạn do triệu chứng gây ra.

Chẩn đoán xác định rung nhĩ cần có điện tim 12 chuyển đạo ghi nhận rung nhĩ, hoặc một chuyển đạo điện tim xác nhận có rung nhĩ  ≥ 30 giây.3

Hình ảnh điện tim của rung nhĩ đặc trưng bởi nhịp tim không đều, không còn thấy sóng P (là sóng điện khử cực tâm nhĩ trong điều kiện nhịp xoang bình thường), thay vào đó là các sóng f lăn tăn với tần số 250-600 lần/phút (sóng điện tạo bởi các ổ phát nhịp ngoại lai ở tâm nhĩ).26

Bên cạnh đó, bác sĩ sẽ chỉ định thêm một số xét nghiệm nhằm đánh giá nguyên nhân của rung nhĩ, các biến chứng trên tim do rung nhĩ gây ra, các bệnh tim mạch đi kèm cũng như các bệnh lý nền khác. Từ đó đưa ra chiến lược điều trị, theo dõi phù hợp. Các xét nghiệm này bao gồm:3

Chức năng tuyến giáp.

Chức năng thận, điện giải đồ, công thức máu.

Siêu âm tim.

ChụpCT-scanmạch vành, chụp mạch vành xâm lấn.

CT hoặcMRInão ở người bệnh nghi ngờ đột quỵ.

Khi chẩn đoán rung nhĩ, người bệnh sẽ được đánh giá toàn diện để tối ưu hoá quản lý, các yếu tố cần đánh giá bao gồm: nguy cơ đột quỵ của người bệnh (bác sĩ sẽ chấm điểm nguy cơ đột quỵ bằng thang điểm CHA2DS2-VASc), mức độ nặng của triệu chứng do rung nhĩ gây ra, gánh nặng của rung nhĩ (thời gian kéo dài của rung nhĩ), và cơ chất của rung nhĩ (các bệnh mạn tính đi kèm, các yếu tố nguy cơ tim mạch, bệnh lý cơ tâm nhĩ,…).3

Mô hình ABC đã được đưa ra bởi European Society of Cardiology – (ESC Hội Tim mạch Châu Âu) vào năm 2020 trong điều trị bệnh nhân rung nhĩ, nhằm đảm bảo quản lý toàn diện và giảm thiểu tối đa gánh nặng và các biến chứng do rung nhĩ gây ra. Theo đó, chiến lược quản lý bệnh nhân rung nhĩ hiện nay được tiến hành với 3 mục tiêu chính:3

A (Anticoagulation/Avoid stroke): Dự phòng đột quỵ.

B (Better symptoms control): Kiểm soát triệu chứng.

C (Cardiovascular risk factors and concomitant diseases: detection and management): Phát hiện và quản lý các yếu tố nguy cơ tim mạch và các bệnh đồng mắc.

Đột quỵ não ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân. Chính vì vậy, việc phòng ngừa đột quỵ là mục tiêu nền tảng trong điều trị rung nhĩ.

Mặc dù có nhiều phương pháp để phòng ngừa đột quỵ, tuy nhiên việc sử dụng các thuốc chống đông luôn là phương pháp đầu tay trong điều trị rung nhĩ. Các thuốc chống đông có hiệu quả trong việc ngăn ngừa hình thành huyết khối, và làm giảm nguy cơ đột quỵ thiếu máu não.

Khi người bệnh rung nhĩ có nguy cơ cao đột quỵ (thang điểm CHA2DS2-VASc cao), bác sĩ sẽ chỉ định điều trị thuốc chống đông dài hạn. Có nhiều loại thuốc chống đông có thể chỉ định cho người bệnh rung nhĩ như:

Thuốc khángvitamin K:wafarin,acenocoumarol;

Thuốc kháng đông đường uống thế hệ mới:rivaroxaban, dabigatran, apixaban, edoxaban.

Khi điều trị thuốc chống đông, ngoài việc các bác sĩ quan tâm đến hiệu quả dự phòng đột quỵ, cũng như cải thiện tiên lượng cho người bệnh; tác dụng phụ chảy máu do thuốc chống đông gây ra cũng là một yếu tố quan trọng mà cả người bác sĩ và người bệnh đều cần phải đặc biệt quan tâm.

Ở người bệnh rung nhĩ mà không cóhẹp van hai látrung bình đến nặng, không có van tim nhân tạo; thuốc kháng đông đường uống thế hệ mới sẽ được ưa tiên dùng cho người bệnh hơn là thuốc kháng vitamin K, vì những bằng chứng cho thấy hiệu quả và an toàn tốt hơn.

Ngoài ra, trong trường hợp người bệnh không thích hợp hoặc có chống chỉ định dùng thuốc chống đông, vẫn còn một phương pháp khác để dự phòng đột quỵ, đó là phẫu thuật/thủ thuật bít tiểu nhĩ trái. Vì 90% cục máu đông hình thành từ tiểu nhĩ trái, do đó các phương pháp bít tiểu nhĩ trái bằng dụng cụ, hay phẫu thuật cắt bỏ tiểu nhĩ trái có thể loại bỏ phần lớn nguy cơ này.7

Để kiểm soát triệu chứng của người bệnh, có hai mục tiêu điều trị được đặt ra:

Kiểm soát tần số tim: Khi tần số tim của người bệnh quá nhanh, bác sĩ sẽ kê các thuốc làm chậm tần số tim lại như: thuốc chẹn beta, chẹn kênh canxi,digoxin,amiodarone. Mục tiêu điều trị giảm tần số tim là < 110 lần/phút.

Kiểm soát nhịp tim: là chiến lược nhằm cố gắng chuyển rung nhĩ trở về nhịp xoang bình thường cho người bệnh. Chiến lược này có thể thực hiện bằng các biện pháp: sốc điện chuyển nhịp, điều trị thuốc chống loạn nhịp, đốt điện. Chiến lược này được chỉ định ở người bệnh có triệu chứng nhằm cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống.

Khi rung nhĩ với tình trạng rối loạn huyết đông, một cú sốc điện sẽ được thực hiện nhằm khôi phục nhịp tim bình thường.

Khi người bệnh ổn định, chuyển nhịp rung nhĩ có thể được thực hiện bằng thuốc mà không cần phải trải qua sốc điện. Sau khi chuyển nhịp, các thuốc này có thể được duy trì dài hạn nhằm phòng tránh rung nhĩ tái phát.

Khi không thể kiểm soát nhịp bằng thuốc, cắt đốt bằng tần số vô tuyến là phương pháp được xem xét. Năng lượng tần số vô tuyến được tận dụng để tiêu diệt các mô tim bất thường, phát tín hiệu điện làm rối loạn nhịp tim. Phương pháp này giúp giảm trường hợp người bệnh phải phẫu thuật mở, không gây nhiều rủi ro và biến chứng.

Bác sĩ sẽ tạo một vết cắt nhỏ trong tâm nhĩ để ngăn ngừa tạo xung điện bất thường, khi đó chứng rung nhĩ và rối loạn nhịp tim sẽ được kiểm soát. Tuy nhiên, đây là một phẫu thuật tim mở nên vẫn có nguy cơ rủi ro.

Một phương pháp khác giúp kiểm soát nhịp trong rung nhĩ đó là đặt máy tạo nhịp tim, điều trị bằng kỹ thuật này đặc biệt hiệu quả cho người bệnh có nhịp tim chậm.

Bên cạnh dự phòng đột quỵ, kiểm soát triệu chứng. Việc tầm soát và điều trị các bệnh đồng mắc, các yếu tố nguy cơ tim mạch có vai trò quan trọng trong cải thiện tiên lượng cho người bệnh rung nhĩ, góp phần tăng cường hiệu quả của hai mục tiêu còn lại.

Người bệnh cần thay đổi lối sống:

Giảm cânở ngườibéo phì: béo phì làm tăng nguy cơ tiến triển của rung nhĩ.

Hạn chếbia rượu, hạn chếcà phê(nếu tần số tim quá nhanh): bia rượu có liên quan đến tăng nguy cơ khởi phát rung nhĩ và chảy máu do thuốc chống đông. Ngược lại, cà phê liên quan đến giảm nguy cơ xuất hiện rung nhĩ, nhưng do cà phê làm tăng tần số tim nên cần hạn chế khi người bệnh có tần số tim quá nhanh.

Hoạt động thể lực giúp cải thiện sức khoẻ tim mạch, giảm nguy cơ khởi phát rung nhĩ, cải thiện triệu chứng do rung nhĩ gây ra, giảm nguy cơ biến chứng của rung nhĩ, cũng như giảm nguy cơ rung nhĩ tái phát.

Ngoài ra, người bệnh cần được điều trị tích cực các bệnh đồng mắc như: tăng huyết áp, suy tim, bệnh mạch vành, đái tháo đường, ngưng thở khi ngủ nhằm giảm triệu chứng và giảm nguy cơ rung nhĩ tái phát.

Rung nhĩ có thể dẫn đến các biến chứng sau:8

Khi tâm nhĩ bị rung, máu không thoát xuống tâm thất được nên bị ứ đọng lại nhĩ. Tình trạng này sẽ dễ dàng hình thành các cục máu đông. Một cục máu đông hình thành trong tâm nhĩ có thể bị tim bơm đi đến não. Và khi cục máu bị kẹt trong động mạch, nó có thể chặn lưu lượng máu thậm chí là tắc mạch máu và gây ra đột quỵ.

Rung tâm nhĩ làm cho tâm thất đập nhanh hơn để đẩy máu ra khỏi tim. Đập quá nhanh trong một thời gian dài có thể khiến cơ tim bị dày lên, yếu và khó bơm đủ máu đến cơ thể. Nó được gọi là bệnh cơ tim.

Rung tâm nhĩ ngăn chặn tim đẩy máu ra. Sau một thời gian, nỗ lực bơm máu khiến tim bạn yếu đi, nó không thể truyền ra nhiều máu như cơ thể bạn cần. Đây được gọi là suy tim. Máu có thể bị ứ trong tĩnh mạch phổi của bạn và có thể khiến ứ máu và dịch. Điều đó gây ra các triệu chứng như mệt mỏi và khó thở.

Cơ thể bạn cần một nguồn cung cấp máu giàu oxy ổn định để hoạt động tốt. Khi trái tim không thể bơm đủ, bạn sẽ cảm thấy mệt mỏi. Nếu máu bị ứ lại trong phổi do suy tim, điều này có thể làm bạn kiệt sức thậm chí gây tử vong nếu máu bị ứ lại phổi quá nhiều.

Những người bị rung nhĩ có thể làm bài kiểm tra trí nhớ và học tập kém hơn những người không bị. Một lý do có thể cho sự liên kết này là rung tâm nhĩ làm tăng tăng một cơn đột quỵ, có thể ảnh hưởng não. Bệnh này cũng có thể ảnh hưởng đến trí nhớ bằng cách làm cho não không nhận đủ máu.

Tóm lại,rung nhĩlà một căn bệnh có thể thầm lặng không gây ra triệu chứng rầm rộ nhưng lại mang tiềm ẩn những nguy cơ biến chứng rất nguy hiểm, trong đó đột quỵ thiếu máu não là một trong những biến chứng rất thường gặp. Do đó, những người bệnh lớn tuổi, có mắc bệnh tim mạch sẵn có hoặc các bệnh mạn tính có liên quan đến rung nhĩ cần phải đi khám sức khoẻ định kỳ để tầm soát và phát hiện sớm. Nếu điều trị tích cực và sớm ngay từ ban đầu, nguy cơ biến chứng có thể giảm thiểu tối đa.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/run-vo-can-dau-hieu-nguyen-nhan-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Run vô căn có những dấu hiệu hay triệu chứng gì?

Nguyên nhân của run vô căn là gì?

Yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến run vô căn là gì?

Run vô căn có thể để lại những biến chứng gì?

Chẩn đoán run vô căn

Điều trị run vô căn như thế nào?

Run vô căn là một rối loạn thần kinh đặc trưng bởi run không kiểm soát ở các bộ phận khác nhau trên cơ thể. Các phần cơ thể thường bị ảnh hưởng là tay, cánh tay, đầu, thanh quản, lưỡi, cằm. Run vô căn không phải một rối loạn đe dọa tính mạng trừ khi run khiến cho người đó không thể tự chăm sóc cho bản thân mình.

Hầu hết những người mắc run vô căn đều có thể có một cuộc sống bình thường. Tuy vậy họ vẫn có thể cảm thấy các hoạt động hằng ngày như ăn uống, mặc quần áo, viết lách gặp đôi chút khó khăn. Trong một số trường hợp nặng có thể khiến cho người đó trở nên tàn tật. Bài viết này sẽ cung cấp cho bạn một số thông tin hữu ích về run vô căn.

Run trong run vô căn thường là những run nhỏ và nhanh. Bạn có thể bị run liên tục, hằng định hoặc run từng đợt. Một số người, run có thể ảnh hưởng 2 bên cơ thể như nhau. Tuy nhiên, một số người khác lại run ở hai bên cơ thể không đều nhau. Hầu hết mọi người đều run khi họ cố gắng thực hiện một việc làm gì đó, chẳng hạn như buộc dây giày, viết lách. Một số người khác có thể bị run khi họ chẳng làm gì cả. Trường hợp này được gọi là run khi nghỉ ngơi.

Run có thể từ mức độ nhẹ đến nặng. Một số người run có thể ở mức độ nhẹ đến nổi không ảnh hưởng gì đến cuộc sống hằng ngày, hoặc run có thể đủ nặng để gây ảnh hưởng đáng kể đến các hoạt động bình thường trong đời sống hằng ngày.

Run ở tay hoặc bàn tay khi đang cố gắng thực hiện một động tác gì đó. Ví dụ như viết lách, cầm nắm hoặc buộc giây dày.

Run có ở đầu và cổ khiến cho đầu bạn luôn lắc lư bên này sang bên kia hoặc chuyển động lên xuống.

Những bộ phận khác của khuôn mặt cũng có thể bị giật chẳng hạn như giật mí mắt.

Run có thể ảnh hưởng đến lưỡi hoặc thanh âm khiến cho việc phát âm trở nên khó khăn. Ví dụ khi nói chuyện, giọng của cảm cảm giác bị run

Run ở thân mình, chân hoặc bàn chân khiến cho bạn gặp khó khăn trong việc giữ thăng bằng. Điều này có thể dẫn đến dáng đi của bạn bị bất thường.

Căng thẳng, lo âu.

Mệt mỏi.

Đói.

Trời quá nóng hoặc quá lạnh.

Uống cà phê.

Hút thuốc lá.

Run có thể do nhiều nguyên nhân như lạm dụng rượu, các bệnh lý về tuyến giáp, đột quỵ và một số các tình trạng thần kinh. Tuy nhiên, những thể run này không mang đặc trưng của run vô căn.

Hiện nay, nguyên nhân chính xác của run vô căn là gì vẫn chưa được biết đến. Các nhà khoa học vẫn chưa tìm thấy được những yếu tố về gen hay môi trường gây ra run vô căn. Dù vậy, những nghiên cứu gần đây được thực hiện bởi viện rối loạn thần kinh và đột quỵ quốc gia Hoa Kỳ, gợi ý rằng run vô căn có thể được kích hoạt bởi những thay đổi ở một số vùng của não. Hiện tại, các nghiên cứu tìm nguyên nhân của run vô căn vẫn đang được diễn ra.

Những yếu tố nguy cơ được biết đến gồm:

Đột biến gen: nếu bạn có ba hoặc mẹ mắc run vô căn, bạn có khoảng 50% nguy cơ mắc rối loạn này.

Tuổi: run vô căn thường gặp nhất ở lứa tuổi khoảng 40 trở lên.

Run vô căn không đe dọa tính mạng nhưng các triệu chứng thường xấu dần theo thời gian. Nếu run trở nên nghiêm trọng hơn, bạn có thể gặp khó khăn trong các hoạt động đời sống như:

Giữ một ly nước mà không bị đổ.

Ăn uống như người bình thường.

Trang điểm hoặc cạo râu.

Nói chuyện nếu như lưỡi hoặc thanh quản của bạn bị ảnh hưởng.

Viết chữ.

Để chẩn đoán run vô căn, bác sĩ sẽ cần khai thác bệnh sử. tiền căn gia đình và các triệu chứng của bạn, đồng thời sẽ tiến hành thăm khám. Một số thăm khám thần kinh như:

Phản xạ gân cơ.

Đánh giá sức cơ.

Dáng đi.

Phối hợp động tác.

Khám cảm giác.

Để đánh giá run bác sĩ có thể yêu cầu bạn

Uống một ly nước.

Giữ thẳng bàn tay.

Viết.

Hoặc vẽ vòng xoắn ốc.

Không có bất kì xét nghiệm nào dùng để chẩn đoán run vô căn. Bác sĩ có thể yêu cầu bạn thực hiện một số xét nghiệm để loại trừ những nguyên nhân có thể gây ra những triệu chứng tương tự như run vô căn. Một số xét nghiệm có thể được yêu cầu như:

Xét nghiệm chức năng tuyến giáp:TSH, fT4.

Đánh giá chuyển hóa.

Tác ụng phụ của thuốc.

Một số người bị run vô căn không cần phải điều trị nếu triệu chứng nhẹ. Nhưng nếu triệu chứng run vô căn gây khó khăn khi làm việc hoặc thực hiện các hoạt động hằng ngày, hãy thảo luận với bác sĩ để lựa chọn điều trị tốt nhất cho bạn. Những phương pháp điều trị có thể giúp ích là:

Những thuốc này thường được sử dụng để điều trị tăng huyết áp, thuốc cũng có thể giúp giảm run ở một số người. Thuốc chẹn beta có thể không phải là một lựa chọn nếu như bạn bị hen suyễn hoặc một số vấn đề về tim. Tác dụng phụ có thể gặp bao gồm mệt mỏi, chóng mặt hoặc các vấn đề về tim mạch.

Thuốc chống động kinh có thể có hiệu quả ở những người không đáp ứng với thuốc chẹn beta. Tác dụng phụ bao gồm buồn ngủ, buôn. Tuy nhiên các tác dụng phụ này có thể biến mất sau một thời gian ngắn sử dụng thuốc.

Bác sĩ có thể sử dụng một số loại thuốc an thần để điều trị cho những người bị căng thẳng hoặc lo lắng có thể làm nặng thêm triệu chứng run. Tác dụng phụ có thể gồm mệt mỏi. Những loại thuốc này nên được sử dụng một cách thận trọng vì chúng có thể khiến bạn nghiện.

Tiêm botox có thể hữu ích trong việc điều trị một số loại run, đặc biệt là run đầu và giọng nói. Tiêm botox có thể cải thiện run tối đa ba tháng trong một lần tiêm.

Tuy nhiên, nếu Botox được sử dụng để điều trị chứng run tay, nó có thể gây yếu ngón tay. Nếu Botox được sử dụng để điều trị chứng run giọng nói, nó có thể gây ra giọng khàn và khó nuốt.

Bác sĩ có thể đề nghị bạn tập vật lý trị liệu. Nhà vật lý trị liệu có thể hướng dẫn bạn các bài tập để cải thiện sức cơ, kiểm soát và phối hợp vận động.

Phẫu thuật có thể là một lựa chọn nếu chứng run của bạn trở nên nghiêm trọng và không đáp ứng với thuốc.

Đây là loại phẫu thuật phổ biến nhất cho run vô căn. Các bác sĩ sẽ chèn một đầu điện dài và mỏng vào vùng não gây ra chứng run (đồi thị). Một dây từ đầu dò chạy dưới da đến một thiết bị giống như máy điều hòa nhịp tim (chất kích thích thần kinh) được cấy vào ngực của bạn.

Tác dụng phụ của kích thích não sâu có thể bao gồm trục trặc thiết bị, các vấn đề liên quan đến kiểm soát vận động, ngôn ngữ hoặc cân bằng; đau đầu; yếu cơ. Tác dụng phụ có thể biến mất sau một thời gian điều trị hoặc sau khi điều chỉnh thiết bị.

Run vô căncó thể gây ra những triệu chứng từ nhẹ đến nặng. Có thể không ảnh hưởng gì đến đời sống nhưng cũng có thể ảnh hưởng nghiêm trọng khiến cho một người trở nên tàn phế. Phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể giúp bạn hòa nhập với cuộc sống. Trên đây là những thông tin mang tính chất tham khảo. Vui long đi khám bác sĩ nếu bạn có các dấu hiệu trên.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/rang-lung-lay-o-nguoi-lon-nguyen-nhan-cach-dieu-tri-va-ngan-ngua/

Nội dung bài viết

Răng lung lay có phải là trường hợp cần lo lắng?

Nguyên nhân của răng lung lay ở người lớn

Điều trị răng lung lay ở người trưởng thành

Cách ngăn ngừa răng lung lay ở người lớn

Khi nói đến sự phát triển và tăng trưởng của trẻ em, răng sữa lung lay là trường hợp bình thường. Tuy nhiên, nếu bạn là một người trưởng thành và vì lý do nào đó răng lung lay là răng vĩnh viễn, thì bạn nên tham khảo ý kiến ​​nha sĩ. Nếu không thể giải quyết vấn đề càng sớm càng tốt, răng của bạn có thể bị rụng hoàn toàn.

Thật không may, không giống như răng sữa, cơ thể của bạn không tự động thay thế răng vĩnh viễn mới khác khi răng vĩnh viễn cũ mất đi.

Sự lung lay của răng vĩnh viễn ở người lớn không điển hình và là một nguyên nhân đáng lo ngại. Điều này là do  răng vĩnh viễn là những răng không thể thay thế một cách tự nhiên. Khi một chiếc răng vĩnh viễn bị mất dây chằng và xương nâng đỡ, nó sẽ lung lay từ từ nhưng chắc chắn sẽ tách ra khỏi xương và nướu trừ khi bạn làm điều gì đó giúp ngăn chặn điều này.

Răng lung lay có xu hướng rơi ra chỉ với một chút chạm nhẹ. Nó sẽ trở nên tồi tệ hơn khi bạn ăn nhai. Điều này có thể làm chúng lung lay nhiều hơn. Nếu bạn đang mắc các triệu chứng khác ngoài răng lung lay thì đó là dấu hiệu của một bệnh lý có từ trước. Hãy đến nha sĩ thăm khám ngay để xác định đúng nguyên nhân. Hiểu được nguyên nhân khiến răng lung lay có thể giúp bác sĩ xác định phương pháp điều trị thích hợp nhất cho bạn.

Hiện tượng người lớn bị lung lay răng do vô số nguyên nhân. Mặc dù một số lý do là vô hại và cuối cùng có thể được khắc phục bằng các cách chăm sóc răng miệng như :đánh răng, súc miệng và dùng chỉ nha khoa thường xuyên. Nhưng có một số bệnh hoặc tình trạng lung lay răng cần sự can thiệp của nha sĩ để phục hồi tình trạng răng.

Nếu không, bạn sẽ phải nhổ chiếc răng đó và thay thế bằng cầu hoặc cấy ghép nha khoa.

Viêm nha chulà nguyên nhân hàng đầu gây ra tình trạng răng lung lay ở người lớn. Nó thường trầm trọng hơn do mảng bám; hoặc màng bao gồm các mảnh thức ăn và vi khuẩn trên bề mặt men răng và nướu.

Bệnh viêm nướu ở giai đoạn đầu, cần được điều trị kịp thời để tránh tình trạng nghiêm trọng hơn gọi là viêm nha chu. Viêm nha chu có thể khiến nướu bị kéo ra khỏi răng, tạo ra các túi cho vi khuẩn phát triển và nhiễm trùng. Nếu không được điều trị, nhiễm trùng này dẫn đến mất mô liên kết và xương; đến mức khiến răng trở nên lung lay.

Các dấu hiệu của bệnh nha chu bao gồm các triệu chứng sau:

Nướu viêm đỏ;

Tụt nướu;

Tiêu xương ổ;

Chảy máu nướu;

Nướu sưng đau.

Lượng đường trong máu không được kiểm soát dẫn đến nhiều vấn đề khác nhau, do đó phải được giải quyết càng sớm càng tốt. Việc kiểm soát lượng đường trong máu có thể cần thời gian dài trong việc chăm sóc sức khỏe răng miệng cũng như các khía cạnh sức khỏe khác.

Đảm bảo rằng phải thường xuyên kiểm tra lượng đường trong máu; kiểm soát sao cho không được quá cao hoặc quá thấp. Vì bạn có thể gặp vấn đề với sức khỏe răng miệng và các bệnh lý khác. Tuân thủ các phương pháp kiểm soát bệnh tiểu đường thích hợp như: dùnginsulinvà theo dõi lượng đường trong máu của bạn.

Xem thêm:Bệnh tiểu đường và những biến chứng bạn cần chú ý!

Mứcprogesteronevàestrogencủa phụ nữ được tăng lên khi mang thai. Sự thay đổi này có thể ảnh hưởng xấu đến các mô chuyên biệt như nha chu cũng như các mô và xương bao quanh và nâng đỡ răng.

Các mô miệng nâng đỡ răng bao gồm: nướu, dây chằng nướu, xương ổ răng và xi măng. Khi mang thai, nướu răng sẽ nhạy cảm hơn, dễ bị tổn thương và nhiễm trùng; có thể gây ra tình trạng răng lung lay. Tuy nhiên, những vấn đề này có xu hướng giảm dần sau khi sinh.

Một trường hợp khác khiến răng lung lay là do chấn thương vùng mặt hoặc chấn thương răng. Nếu bạn bị tai nạn xe hơi hoặc bị chấn thương thể thao như trong bóng đá, những tác động đáng kể đến mặt hoặc miệng có thể làm nới lỏng các dây chằng nha chu và làm răng vĩnh viễn rơi khỏi ổ xương của bạn.

Áp lực và tác động có thể làm tổn thương các mô và dây chằng đến mức chúng hoại tử và làm mất đi sự nâng đỡ cho răng. Ngoài tai nạn ô tô, một cú va quệt đơn giản cũng có thể dẫn đến răng bị lung lay miễn là lực tác động lên miệng.

Nghiến rănglà khi hai hàm của bạn vô tình nghiến hoặc siết chặt răng vào nhau, dẫn đến men răng và thân răng bị hư hại. Áp lực thêm này lên răng cũng có thể dẫn đến việc răng bị lung lay và làm hỏng mô răng nâng đỡ lân cận. Đau hàm, đau mặt và đau đầu là những triệu chứng đáng chú ý của chứng nghiến răng khi ngủ.

Nghiến răng một cách vô thức cũng có thể xảy ra khi bạn đang thức. Tham khảo ý kiến ​​nha sĩ của bạn về cách khắc phục vấn đề này. Đôi khi, bạn có thể được hướng dẫn sử dụng một máng bảo vệ miệng đeo khi ngủ để kiểm soát các triệu chứng của bệnh nghiến răng.

Loãng xươnglà một căn bệnh làm cho xương của bạn trở nên xốp hoặc có nhiều lỗ, khiến chúng dễ gãy hơn. Đương nhiên, chứng rối loạn xương này thường dẫn đến gãy xương ngay cả khi bạn bị thương nhẹ. Căn bệnh này ảnh hưởng phần lớn đến cổ tay, hông và cột sống.

Tuy nhiên, nó cũng có thể gây hại cho xương hàm của bạn, nơi giữ răng vào vị trí thông qua ổ răng. Nếu mật độ xương của hai hàm đã giảm đáng kể, phần nâng đỡ răng của bạn có thể bị lỏng và răng có thể bị rơi ra ngoài.

Xem thêm:Chảy máu chân răng – Dấu hiệu sức khỏe không nên xem thường

Điều trị răng lung lay ở người lớn bắt đầu ngay sau khi nha sĩ xác định được nguyên nhân. Hãy đến khám tại phòng nha để biết chính xác lý do khiến răng bạn bị lung lay. Trao đổi với nha sĩ về phương pháp điều trị nha khoa phù hợp nhất cho vấn đề của bạn. Hầu hết đều là điều trị phòng ngừa nhằm ngăn chặn bất kỳ tình trạng tiềm ẩn nào đang khiến tình trạng răng lung lay của bạn tiến triển thêm.

Nếu bạn bị viêm nha chu, nha sĩ sẽ áp dụng phương pháp làm sạch sâu để giải quyết tất cả các vấn đề và triệu chứng của tình trạng này.Cạo vôi rănglà cách được sử dụng để loại bỏ vi khuẩn và cao răng. Xử lý mặt chân răng là làm nhẵn bề mặt chân răng để giúp nướu gắn lại với răng của bạn. Sử dụng những phương pháp này thực sự giúp đảo ngược sự tiến triển của bệnh nướu răng.

Một phương pháp kác để đối phó với tình trạng răng lung lay do bệnh nha chu gây ra là súc miệng bằng nước súc miệng kháng khuẩn và uống một số loại thuốc kháng sinh để làm giảm tình trạng nhiễm trùng. Điều này cũng hỗ trợ quá trình điều trị viêm nha chu như cạo vôi, xử lý mặt chân răng

Bạn có thể phẫu thuật loại bỏ các mô xương và nướu bị tổn thương hoặc bị viêm trongmiệng. Sau đó, cơ thể có thể tự chữa lành, sản xuất lại xương và nướu. Nếu không, bạn có thể phải ghép xương và ghép nướu.

Phẫu thuật vạt:

Nha sĩ cũng có thể rạch trên nướu của bạn để lật mô nướu ra. Điều này cho phép họ tiếp cận dễ dàng hơn với các vùng nhiễm bệnh của răng bị bệnh để phục vụ cho việc cạo vôi và xử lý mặt chân răng. Sau đó, nướu sẽ được khâu lại vào vị trí ban đầu sau khi làm sạch. Đây là một phương pháp điều trị bệnh nha chu, ngăn ngừa mất răng hiệu quả.

Ghép xương:

Khi thiếu xương, bạn có thể dùng phương pháp ghép xương để làm dày thể tích xương lên. Nó liên quan đến việc phẫu thuật ghép các mảnh/ bột xương vào các vùng răng bị tiêu xương. Cơ thể bạn sẽ lắng động canxi vào đó, củng cố thêm vào vị trí khi lành lại. Ghép xương cũng hữu ích cho các thủ tục cấy ghép răng.

Ghép mô mềm:

Ghép mô mềm cũng được thực hiện giống như ghép xương. Nướu được đưa vào những vùng thiếu nướu để hỗ trợ quá trình lành thương sau khi xử lý mặt chân răng. Bất kỳ trường hợp mất nướu hoặc răng nào bạn đã trải qua do viêm nướu và viêm nha chu vẫn có thể được giảm bớt hoặc cố định bằng ghép cũng như cạo vôi răng và phẫu thuật. Tuy nhiên, nó chỉ có thể hiệu quả ở một mức độ nhất định.

Nẹp:

Nếu chiếc răng lung lay của bạn chưa rơi ra, bạn có thể cứu nó bằng cách nhờ nha sĩ đặt một chiếc nẹp vào đó. Nó liên quan đến việc sử dụng một miếng kim loại hoặc sợi tổng hợp để liên kết răng lung lay với răng lân cận. Điều này giúp hỗ trợ gia cố cho răng lung lay; giữ cho nó không di chuyển và rơi ra.

Điều chỉnh khớp cắn

Bạn cũng có thể định hình lại khớp cắn bằng cách mài bớt một lượng nhỏ men răng. Khi đó, áp lực lên chiếc răng lung lay sẽ được giảm bớt, cho phép dây chằng hỗ trợ của nó lành lại khi bị xô đẩy. Đây cũng là một lựa chọn cho những ai bị nghiến răng hoặc siết chặt răng không tự chủ.

Máng bảo vệ (Máng nhai)

Một cách khác để kiểm soát thiệt hại do nghiến răng là sử dụng dụng cụ bảo vệ miệng. Thay vào đó, quá trình mài sẽ diễn ra trên các thiết bị có thể thay thế này, hấp thụ tất cả áp lực và tác động đó để răng của bạn và mô nha chu được bảo vệ.

Chúng cũng hỗ trợ chữa lành miệng sau phẫu thuật. Bộ phận bảo vệ đóng vai trò như một rào cản giữa răng hàm dưới và hàm trên. Máng bảo vệ miệng cũng có thể được sử dụng để bảo vệ răng khỏi những chấn thương trong thể thao.

Cách tốt nhất để ngăn ngừa tình trạng răng lung lay đó là phải phòng ngừa và điều trị nguyên nhân dẫn đến tình trạng này.

Đừng để bệnh nha chu hoặc chứng nghiến răng của bạn vẫn tồn tại khi muốn bảo tồn răng lung lay. Vì răng lung lay cuối cùng sẽ nhanh chóng rơi ra khi bạn không giải quyết vấn đề càng sớm càng tốt. Điều trị có thể cải thiện sức khỏe răng miệng của bạn. Việc duy trì đúng cách để tránh nguy cơ cũng có thể thúc đẩy quá trình chữa lành và củng cố răng khi bị xô đẩy.

Mặc dù việc ngăn ngừa răng lung lay nói dễ hơn làm, nhưng vẫn có những cách để bạn giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh. Dưới đây là những biện pháp bạn có thể làm để đảm bảo có sức khỏe nướu tốt hơn và răng được nâng đỡ vững chắc hơn khi hoạt động chức năng:

Bỏ thuốc lá.

Dùng chỉ nha khoa mỗi ngày một lần.

Theo dõi và kiểm soát bệnh tiểu đường của bạn.

Đánh răng cẩn thận hai lần một ngày.

Mang máng nhai để ngăn ngừa chứng nghiến răng khi ngủ.

Tìm hiểu về các loại thuốc có thể ảnh hưởng đến răng.

Đeo miếng bảo vệ miệng tùy chỉnh khi chơi thể thao.

Thường xuyên đến nha sĩ của bạn để kiểm tra và làm sạch răng.

Uống các chất bổ sung sức khỏe do bác sĩ kê đơn như khoáng chất và vitamin để giúp ngăn ngừa loãng xương.

Răng lung laylà điều đáng báo động. Tuy nhiên, nha sĩ có thể giúp bạn bảo tồn răng, khôi phục nụ cười và nâng đỡ răng vững chắc bằng cách tìm ra nguyên nhân gây ra tình trạng lung lay; sau đó khắc phục tình trạng hoặc sử dụng cấy ghép hoặc cầu răng để điều trị.

Tuy nhiên, ngay cả khi mất răng có thể điều chỉnh nhờ chỉnh nha nhưng điều quan trọng nhất là phải điều trị nguyên nhân chính gây mất răng. Bạn cũng nên thực hiện các bước cần thiết để ngăn việc răng tăng lung lay trong quá trình điều trị.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-ac-mong-lam-the-nao-de-co-duoc-mot-giac-ngu-ngon/

Nội dung bài viết

Ác mộng là gì?

Nguyên nhân gây ra rối loạn ác mộng

Yếu tố nguy cơ của Rối loạn ác mộng

Rối loạn ác mộng gây ra biến chứng gì?

Chẩn đoán Rối loạn ác mộng bằng cách nào?

Điều trị rối loạn ác mộng như thế nào?

Ác mộng là một giấc mơ kèm với cảm xúc tiêu cực, chẳng hạn như lo âu hoặc sợ hãi, khiến bạn thức giấc. Ác mộng thường gặp ở trẻ em, nhưng cũng có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào. Vậy nguyên nhân của những cơn ác mộng từ đâu mà ra và làm thế nào để ngăn ngừa ác mộng? Hãy theo dõi bài viết dưới đây của ThS.BS chuyên khoa Tâm thần Nguyễn Trung Nghĩa để tìm kiếm lời giải đáp.

Ác mộng thường xảy ra vào khoảng thời gian nửa sau của giấc ngủ. Ác mộng có thể hiếm hoặc thường xuyên, vài lần một đêm. Các cơn ác mộng thường ngắn, nhưng có thể khiến bạn thức dậy và khó đi ngủ trở lại.

Cơn ác mộng thường có đặc điểm sau:

Giấc mơ sống động, chân thật và rất buồn

Cốt truyện của giấc mơ thường liên quan đến việc bị đe dọa sự an toàn hay tính mạng, nhưng cũng có thể có những chủ đề khác

Giấc mơ khiến bạn tỉnh giấc

Cảm giác sợ hãi, lo âu, tức giận, buồn hoặc ghê tởm vì giấc mơ đó

Đổ mồ hôi hoặc tim đập thình thịch khi đang ngủ

Có thể suy nghĩ sáng suốt khi thức dậy và nhớ được chi tiết giấc mơ

Gây lo lắng khiến bạn không thể ngủ lại

Các cơn ác mộng chỉ được xem là rối loạn nếu có các đặc điểm sau:

Xảy ra thường xuyên

Gây đau buồn hoặc suy sụp cả ngày. Chẳng hạn như lo âu hoặc sợ hãi kéo dài, lo lắng sẽ gặp ác mộng lần nữa khi đi ngủ.

Có vấn đề về tập trung hay trí nhớ, hoặc không thể ngừng nghĩ về những hình ảnh trong giấc mơ

Ngủ ngày, mệt mỏi hoặc giảm sinh lực

Suy giảm chức năng nghề nghiệp, học tập hoặc xã hội

Rối loạn hành vi liên quan đến việc đi ngủ hoặc sợ bóng tối

Chứng rối loạn này khi gặp ở trẻ em có thể gây rối loạn giấc ngủ đáng kể và phiền muộn cho cha mẹ hoặc người chăm sóc.

Những lo âu, bận rộn gây ra chứng rối loạn giấc ngủ ngày càng trở nên phổ biến và ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của chúng ta. Cùng tìm hiểu thêm những thông tin bạn cần biết vềchứng rối loạn giấc ngủngay.

Rối loạn ác mộng là một loại rối loạn giấc ngủ liên quan đến các trải nghiệm không mong muốn xảy ra khi đang ngủ hoặc khi thức dậy. Ác mộng thường xảy ra trong giai đoạn cử động mắt nhanh (REM).

Các cơn ác mộng có thể do nhiều yếu tố gây ra, bao gồm:

Căng thẳng hoặc lo âu:Các căng thẳng trong cuộc sống như gia đình, trường học, có thể gây nên ác mộng. Biến cố lớn trong đời như mất người thân, cũng có thể ảnh hưởng tương tự. Người có lo âu thường có nguy cơ cao gặp ác mộng.

Sang chấn:Các cơn ác mộng thường xảy ra sau một tai nạn, chấn thương, lạm dụng thể chất hay tình dục. Ác mộng thường gặp ở những người bị rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD).

Thiếu ngủ:Thay đổi thời gian biểu làm thời gian ngủ thức không đều hoặc gián đoạn hay giảm thời gian ngủ có thể làm tăng nguy cơ gặp ác mộng.

Thuốc:Một số thuốc như thuốc chống trầm cảm, hạ áp, chẹn beta và thuốc điều trị Parkinson

Lạm dụng chất gây nghiện:Rối loạn sử dụng hoặc cai rượu và thuốc kích thích có thể gây ác mộng.

Các rối loạn khác:Chẳng hạn như trầm cảm và các rối loạn tâm thần khác. Các bệnh lý y khoa như bệnh tim hoặc ung thư. Rối loạn giấc ngủ cũng có thể đi kèm với ác mộng.

Truyện và phim kinh dị:Với một số người, đọc truyện hoặc xem phim kinh dị, đặc biệt trước khi đi ngủ, có thể liên quan đến ác mộng.

Xem thêm:5 thói quen có hại thường gặp trước khi đi ngủ

Ác mộng thường gặp hơn ở những người có tiền sử gia đình bị rối loạn ác mộng hoặc rối loạn giấc ngủ, chẳng hạn như nói khi đang ngủ.

Chứng rối loạn này có thể gặp ở trẻ từ 3 đến 6 tuổi và thường giảm sau 10 tuổi. Trong độ tuổi thiếu niên, nữ thường gặp nhiều hơn nam.

Rối loạn ác mộng có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng ảnh hưởng đến sức khoẻ và tâm lí, bao gồm:

Ngủ ngày quá mức:Ảnh hưởng đến công việc và học tập, sinh hoạt hằng ngày như lái xe và tập trung.

Rối loạn khí sắc:Chẳng hạn như trầm cảm hoặc lo âu.

Không muốn ngủ:vì sợ sẽ gặp ác mộng lần nữa.

Ý nghĩ hoặc cố gắng tự sát.

Không có xét nghiệm nào được làm thường quy để chẩn đoán rối loạn ác mộng. Ác mộng chỉ được xem là rối loạn nếu các giấc mơ gây đau khổ hoặc khiến người bệnh không thể ngủ đủ giấc. Để chẩn đoán, bác sĩ sẽ hỏi về tiền căn bệnh lý và triệu chứng. Bao gồm:

Khám lâm sàng:Xác định các bệnh lý có khả năng gây ra cơn ác mộng. Nếu các cơn ác mộng tái diễn biểu lộ một trạng thái lo âu, có thể cần phải khám tâm thần kinh.

Thảo luận về triệu chứng:Rối loạn thường được chẩn đoán dựa trên mô tả chi tiết về các triệu chứng. Có thể cần phải khai thác tiền căn gia đình về rối loạn giấc ngủ, hành vi ngủ của người bệnh.

Đo đa ký giấc ngủ:Nếu giấc ngủ bị rối loạn nghiêm trọng, đo đa ký giấc ngủ sẽ giúp xác định các cơn ác mộng có liên quan đến rối loạn giấc ngủ hay không. Các cảm biến được đặt trên cơ thể sẽ ghi lại và theo dõi sóng não, nồng độ oxy máu, nhịp tim, nhịp thở, cử động mắt và chân khi đang ngủ. Video quay lại hành vi khi đang ngủ cũng có thể được thực hiện.

Điều trị rối loạn ác mộng thường không cần thiết. Tuy nhiên, cần điều trị nếu các cơn ác mộng gây lo lắng, rối loạn giấc ngủ hoặc ảnh hưởng đến cuộc sống thường ngày.

Xác định nguyên nhân của chứng rối loạn sẽ giúp xác định hướng điều trị. Điều trị bao gồm:

Điều trị y khoa:Nếu ác mộng do bệnh lý y khoa gây ra, mục tiêu điều trị sẽ tập trung vào nguyên nhân đó.

Điều trị stress hoặc lo âu:Nếu tình trạng tâm thần kinh, như stress hoặc lo âu, góp phần gây ra ác mộng, các kỹ thuật giảm căng thẳng hoặc trị liệu tâm thần sẽ được đề nghị.

Liệu pháp diễn tập hình ảnh:Thường sử dụng với những người gặp ác mộng dorối loạn stress sau sang chấn (PTSD). Liệu pháp diễn tập hình ảnh giúp thay đổi kết cục của cơn ác mộng để khi tỉnh dậy, nó không còn đe dọa tâm lý nữa. Người bệnh sau đó sẽ diễn tập để ghi nhớ kết cục mới cho cơn ác mộng. Điều này giúp làm giảm tần suất gặp ác mộng.

Thuốc:Thuốc hiếm khi được sử dụng để điều trị cơn ác mộng. Tuy nhiên, có thể sử dụng thuốc cho các cơn ác mộng nặng do rối loạn stress sau sang chấn (PTSD).

Thiết lập một thói quen thư giãn đều đặn trước khi ngủ:Thói quen thích hợp trước khi đi ngủ rất quan trọng. Thực hiện các hoạt động yên tĩnh, nhẹ nhàng – như đọc sách, chơi giải đố – trước khi ngủ. Bạn cũng có thể hít thở sâu hoặc tập các bài tập thư giãn. Đồng thời, nên giữ cho phòng ngủ thoải mái và yên tĩnh.

Trấn an người bệnh:Nếu con bạn gặp ác mộng, hãy kiên nhẫn, bình tĩnh. Sau khi trẻ thức giấc sau cơn ác mộng, hãy nhanh chóng xoa dịu trẻ. Điều này giúp ngăn ngừa các cơn ác mộng sau này.

Nói về giấc mơ: Mô tả lại giấc mơ. Điều gì đã xảy ra? Trong giấc mơ có ai? Tại sao giấc mơ lại đáng sợ?

Viết lại kết cục:Vẽ hoặc viết lại cơn ác mộng và tưởng tượng ra một kết thúc tốt đẹp cho nó.

Kiềm chế căng thẳng:Nếu nguyên nhân do stress và lo âu, hãy thực hiện các hoạt động giảm stress đơn giản như hít thở sâu hay thư giãn.

Dùng đèn ngủ:Nếu bạn thức dậy giữa đêm, đèn ngủ có thể giúp trấn an tinh thần.

Xem thêm:Top 10 thực phẩm giảm stress hiệu quả mà bạn cần biết

Rối loạn ác mộngkhá hiếm gặp mặc dù cơn ác mộng thường rất phổ biến. Khi các cơn ác mộng ảnh hưởng đến chức năng sống thường ngày thì cần phải được điều trị. Nếu bạn có các cơn ác mộng lặp đi lặp lại và kéo dài, gây rối loạn giấc ngủ, sợ đi ngủ hoặc gây rối loạn hành vi, hãy liên hệ với bác sĩ để được khám và điều trị một cách hiệu quả nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-ai-vat-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Rối loạn ái vật là gì?

Đặc điểm chẩn đoán của rối loạn ái vật

Những đồ vật được sử dụng phổ biến

Nguyên nhân của rối loạn ái vật

Điều trị rối loạn ái vật

Phân biệt ái vật là hành vi tình dục khác thường

Một người có xu hướng tìm kiếm một số loại đồ vật như đồ lót, giày dép, găng tay, đồ cao su để đạt được hứng thú trong tình dục. Đôi khi hứng thú tình dục này còn gây hưng phấn cho họ hơn là một bạn tình. Trong một số trường hợp được xem như là một hành vi tình dục khác thường, nhưng một số trường hợp khác lại được xác định là một rối loạn sức khỏe tâm thần.

Đầu tiên để nói về rối loạn ái vật hay loạn dục đồ vật đều là những tên gọi để chỉ một sự hấp dẫn tình dục mãnh liệt đối với các vật thể vô tri hoặc các bộ phận cơ thể không được xem là bộ phận sinh dục. Những đồ vật này được coi như công cụ hỗ trợ để đạt cảm hứng tình dục. Nó có thể trở thành rối loạn tâm thần nếu nó gây ra những đau khổ đáng kể về mặt tâm lý cho người mắc và gây hại cho bản thân, người khác.

Theo sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn sức khỏe tâm thần Hoa Kỳ (DSM-5). Ái vật được đặc trưng bởi một tình trạng trong đó có:

Sử dụng hoặc lệ thuộc liên tục và lặp đi lặp lại vào các vật thể không sinh sống (như quần lót hoặc giày cao gót).

Tập trung đặc biệt vào một bộ phận cơ thể (không phải bộ phận sinh dục, chẳng hạn như bàn chân).

Để đạt được hưng phấn tình dục. Chỉ thông qua việc sử dụng vật thể này, hoặc tập trung vào bộ phận cơ thể này, cá nhân mới có thể có được sự thỏa mãn về tình dục.

Trong khoảng thời gian ít nhất là sáu tháng, tình trạng này lặp đi lặp lại, mãnh liệt, kích thích trí tưởng tượng, sự thúc giục các hành vi liên quan đến các vật thể đó.

Những tưởng tượng, thôi thúc tình dục hành vi tình dục này gây ra đau khổ đáng kể hoặc làm suy giảm chức năng xã hội.

Một số đặc điểm khác như:

Những người mắc chứng bệnh này có thể xuất hiện hành vi trộm cắp để đạt được đồ vật mà họ ưa thích.

Ngoài ra, họ khó có được những giây phút quan hệ tình dục thực sự cùng bạn tình.

Họ có xu hướng thích ở nhà một mình làm chuyện ấy cùng với đồ vật – ngay cả khi họ đang trong một mối quan hệ với người khác.

Các đồ vật phổ biến bao gồm đồ lót, giày dép, găng tay, đồ cao su và quần áo da. Một nghiên cứu tương tự cho thấy những loại quần áo giúp che đậy đi phần hông và chân của cơ thể (như tất và váy) được nhiều người mắc rối loạn ái vật hứng thú.

Các bộ phận cơ thể liên quan đến rối loạn ái vật bao gồm bàn chân, ngón chân và tóc. Người mắc chứng ái vật thường giữ, xoa, nếm hoặc ngửi vật đó để thỏa mãn tình dục hoặc yêu cầu bạn tình của họ mặc đồ vật đó trong lúc quan hệ tình dục. Những người ái vật thường có xu hương sưu tập những đồ vât mang lại cảm giác hưng phấn cho họ.

Rối loạn ái vật thường khởi phát ở tuổi dậy thì, thậm chí có thể phát triển trước tuổi thiếu niên. Không có nguyên nhân cụ thể cho rối loạn ái vật. Một số tác giả cho rằng rằng ái vật phát triển từ những trải nghiệm thời thơ ấu, trong đó một vật thể được liên kết với một hình thức kích thích hoặc thỏa mãn tình dục đặc biệt mạnh mẽ. Các lý thuyết khác tập trung vào thời thơ ấu và thanh thiếu niên liên quan đếnthủ dâmvà dậy thì.

Thủ dâm nhiều có phải nghiện tình dục? Nhận biết người nghiện tình dục như thế nào? Xem ngay video dưới đây để tìm câu trả lời.

Biên tập bởi:ThS.BS Trần Quốc Phong

Các mô hình học tập hành vi cho thấy rằng: một đứa trẻ sẽ là “nạn nhân” khi thấy các hành vi tình dục không phù hợp. Chúng có thể học cách bắt chước hoặc sau đó được củng cố hành vi đó.

Trong các trường hợp liên quan đến nam giới, một số chuyên gia cho rằng rối loạn ái vật có thể xuất phát từ sự nghi ngờ về bản thân mình của nam giới hoặc sợ bị từ chối và sỉ nhục khi quan hệ tình dục theo cách thông thường với đối tác. Bằng cách sử dụng các đồ vật vô tri để dễ dàng kiểm soát, cá nhân có thể tự bảo vệ mình khỏi cảm giác bị sỉ nhục hoặc bù đắp cho cảm giác không thỏa mãn.

Rối loạn ái vật có xu hướng dao động về cường độ và tần suất của sự thôi thúc hoặc hành vi trong suốt cuộc đời của một cá nhân. Do đó, điều trị hiệu quả thường là phải lâu dài.

Một số loại thuốc có thể giúp giảm suy nghĩ ám ảnh liên quan đến rối loạn ái vật. Bên cạnh là nhóm thuốc được gọi là antiandrogens có thể làm giảm đáng kể nồng độtestosteronetạm thời và đã được sử dụng cùng với các hình thức điều trị rối loạn ái vật khác. Thuốc này làm giảm ham muốn tình dục ở nam giới và do đó có thể làm giảm tần suất kích thích thôi thúc tình dục.

Những liệu pháp tâm lý đặc biệt là trị liệu nhận thức hành vi sẽ làm việc tập trung với hệ thống những suy nghĩ của người mắc. Dần dần giúp họ xây dựng hành vi mới thích nghi hơn.

Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy rằng việc kết hợp điều trị bằng thuốc với liệu pháp nhận thức hành vi có thể đem lại hiệu quả.

Ái vật như là một hành vi tình dục khác thường là phổ biến và trong nhiều trường hợp nó là vô hại. Theo định nghĩa DSM-5, chỉ nên coi ái vật là một rối loạn khi nó gây ra đau khổ hoặc làm suy giảm khả năng hoạt động bình thường của một người trong cuộc sống hàng ngày.

Xem thêm:Đàn ông và những vấn đề tình dục thường gặp

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-roi-loan-chuyen-hoa/

Nội dung bài viết

Bệnh rối loạn chuyển hóa là gì?

Triệu chứng của rối loạn chuyển hóa

Phân loại bệnh rối loạn chuyển hóa

Những nguyên nhân bệnh rối loạn chuyển hóa

Chẩn đoán rối loạn chuyển hóa

Nguyên tắc điều trị rối loạn chuyển hóa cơ bản

Chuyển hóa là quá trình tạo năng lượng cho cơ thể hoạt động bình thường. Nguyên liệu tạo ra năng lượng này được thu nhập từ nguồn thức ăn chúng ta ăn mỗi ngày. Sự bất thường trong quá trình này sẽ tạo ra những vấn đề sức khỏe người bệnh cần chú ý. Vậy chuyển hóa quan trọng như thế nào và bệnh rối loạn chuyển hóa là gì? ThS.BS Vũ Thành Đô sẽ trả lời cho bạn câu hỏi trên qua bài viết dưới đây.

Bệnh rối loạn chuyển hóalà các bất thường trong quá trình chuyển hóa của cơ thể. Điều này có thể làm cơ thể thiếu hay tích tụ quá nhiều những chất thiết yếu cho một sức khỏe bình thường.

Để có một cơ thể khỏe mạnh, cơ thể cần bổ sung các chất đạm, đường, béo, khoáng chất, nước mỗi ngày. Thiếu hoặc dư một trong những thành phần này đều gây ra những triệu chứng rối loạn cho người bệnh.

Dấu hiệu nhận biết rất đa dạng từ nhẹ đến nguy hiểm. Hơn nữa, triệu chứng của bệnh còn tùy thuộc vào loại rối loạn chuyển hóa đang mắc. Nhìn chung, các triệu chứng thường gặp là:

Khó khăn trong việc ghi nhớ, viết, đọc, nói chuyện,…

Thay đổi cảm xúc.

Thay đổi hành vi, nhận thức như lú lẫn, sa sút trí tuệ, li bì, ảo tưởng, ảo giác,…

Co thắt cơ bắp không tự chủ.

Co giật.

Buồn nôn nhưng không nôn.

Thở rất nhanh hoặc khó thở.

Tiêu chảy mãn tính hay dai dẳng.

Mệt mỏi thường xuyên.

Đau đầu.Bệnh có thể gây ra triệu chứng rất đa dạng

Bệnh có thể gây ra triệu chứng rất đa dạng

Những triệu chứng này có thể xuất hiện thoáng qua rồi tự hết. Tuy nhiên, một số trường hợp bệnh nặng và lâu ngày, có thể phải nhập viện điều trị, thậm chí là cấp cứu. Bệnh đặc biệt cần lưu ý ở trẻ em vì mức độ thường nặng nề hơn.

Có rất nhiều cách phân loạibệnh rối loạn chuyển hóakhác nhau. Mỗi cách đều có giá trị và ý nghĩa riêng. ThS.BS Vũ Thành Đô sẽ mách bạn cách phân loại bệnh đơn giản và hữu hiệu dưới đây:

Nhóm bệnh này có thể liên quan đến rối loạn chuyển hóa đạm, đường, chất béo. Bệnh thường nặng nề và tạo thành hội chứng bệnh lý. Người mắc bệnh thường được phát hiện từ sớm, do đó thường gặp ở người trẻ, trẻ em. Người bệnh thường phải kiêng một loại thực phẩm nào đó hoặc phải bắt buộc phải sử dụng một thuốc điều trị đặc biệt.

Bệnh thường xuất hiện khi ở người lớn, do tác động của môi trường và lối sống. Người mắc bệnh thường nhẹ hơn so với bệnh do di truyền và không phải lệ thuộc vào thuốc hay kiêng tuyệt đối một loại thực phẩm nào đó. Tuy nhiên, bệnh có thể trở nặng nếu không kiểm soát tốt bệnh tình của mình.

Nguyên nhân gây bệnh rất nhiều và khác nhau giữa các vùng địa lý, quốc gia. Chủ yếu liên quan đến thói quen ăn uống, vận động, lối sống, văn hóa, dân tộc, bệnh đồng mắc,…

Những bệnh lý và nguyên nhân có thể gâybệnh rối loạn chuyển hóalà:

Thiếu máu hồng cầu hình liềm.

Bệnh xơ nang.

Bệnh Gaucher.

Bệnh ứ sắt trong cơ thể.

Đái tháo đường.

Suy thận.

Viêm phổi, suy hô hấp, hay xẹp phổi.

Nhiễm trùng máu.

Gút (gout).

Nghiện rượu mãn tính.

Lạm dụng thuốc lợi tiểu.

Ngộ độc độc chất như thuốc,…

Có thể nóibệnh rối loạn chuyển hóathường xuất phát từ những bệnh lý nền của bệnh nhân và lối sống tiêu cực. Nếu bệnh nhân không kiểm soát tốt huyết áp, mỡ máu, cân nặng, đường huyết của mình, có thể gây ra một loạt các triệu chứng, gọi là hội chứng chuyển hóa.

Đối với người lớn, chẩn đoán cácbệnh rối loạn chuyển hóatương đối dễ dàng bằng các xét nghiệm thông thường. Hơn nữa, ở người lớn, bệnh thường gặp hơn là trẻ mắc bệnh do di truyền, vì vậy không cần những xét nghiệm chuyên sâu.

Ngược lại, đối với trẻ em, nhiều khi chẩn đoán rất khó khăn vì triệu chứng bệnh khó phân biệt với những bệnh lý thông thường khác. Việc chẩn đoán nhiều khi phải dùng các xét nghiệm chuyên biệt, tùy theo bệnh cảnh đang mắc. Các xét nghiệm có giá trị trong chẩn đoán hội chứng chuyển hóa được liệt kê ở đây là:

Xét nghiệm các đo nồng độ enzyme và men gan, tụy, thận,…

Xét nghiệm nồng độ các vitamin, vi chất dinh dưỡng,…

Xét nghiệm đường huyết.

Xét nghiệm mỡ máu.

Xét nghiệm đạm máu.

Định lượng các phản ứng hóa sinh trong cơ thể.

Định lượng các loại hormone như tuyến giáp, tuyến thượng thận, tuyến tụy, tuyến sinh dục,…Xét nghiệm máu là một phần quan trọng trong chẩn đoán

Xét nghiệm máu là một phần quan trọng trong chẩn đoán

Tùy vào triệu chứng người bệnh đang mắc, bác sĩ sẽ nghi ngờ và có chỉ định đặc biệt đối với từng người. Một số người có nhiều triệu chứng phối hợp sẽ được điều trị phối hợp nhiều chuyên khoa khác nhau. Như vậy,bệnh rối loạn chuyển hóacó thể dễ hoặc khó chẩn đoán.

Lựa chọn cách thức điều trị bệnh khác nhau tùy theo bệnh lý mà người bệnh đang mắc. Bệnh có thể nhẹ và không cần phải kiểm soát đặc hiệu hay nặng nề cần điều trị đặc biệt. Nhiều bệnh lý cần phải điều trị nhiều chuyên khoa khác nhau. Nguyên tắc điều trị chung các bệnh lý rối loạn chuyển hóa chủ yếu phải thay đổi lối sống của người bệnh:

Dinh dưỡng đầy đủ, bảo đảm không để bệnh nhân suy dinh dưỡng hay thừa cân, béo phì.

Tập thể dục đều đặn theo khuyến cáo bác sĩ.

Thuốc được chỉ định cho một số bệnh nhân.

Điều trị phẫu thuật cho những người bệnh nặng hoặc không đáp ứng với điều trị thông thường.

Hỗ trợ tâm lý và tạo điều kiện thuận lợi cho người sinh hoạt và làm việc.Tập thể dục đều đặn giúp bạn có một sức khỏe tốt

Tập thể dục đều đặn giúp bạn có một sức khỏe tốt

Bệnh rối loạn chuyển hóahiện nay tương đối phổ biến. Dù nhiều mức độ khác nhau, song bệnh vẫn có phương pháp điều trị. Chủ yếu người bệnh phải tuân thủ theo khuyến cáo của bác sĩ và kiên nhẫn trong quá trình điều trị lâu dài. Mong rằng ThS.BS Vũ Thành Đô đã cung cấp cho bạn một kiến thức bổ ích về bệnh lý này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-chuyen-hoa-glucid/

Nội dung bài viết

Cơ sở bệnh lý rối loạn chuyển hóa glucid

Nguyên nhân và bệnh lý liên quan

Phương pháp chẩn đoán rối loạn chuyển hóa glucid

Bệnh rối loạn chuyển hóa glucid có nguy hiểm không?

Thuốc điều trị và chăm sóc đặc biệt

Glucid là nguyên liệu chính tạo ra năng lượng cho cơ thể. Bất kỳ một rối loạn nào trong chu trình chuyển hóa glucid đều không có lợi. Các bệnh lý liên quan đến rối loạn chuyển hóa glucid có thể ảnh hưởng lên bệnh nhân tùy mức độ. Qua bài viết dưới đây, Bác sĩ Vũ Thành Đô sẽ giới thiệu về bệnh lý này và các vấn đề liên quan.

Rối loạn chuyển hóa glucidhay còn gọi là rối loạn chuyển hóa đường carbohydrate. Chúng có thể bao gồm các chuyển hóa glucose, fructose, galactose và các tương tác liên quan qua các enzyme đặc hiệu. Mỗi chất có một con đường chuyển hóa khác nhau trong cơ thể, do đó bệnh lý có thể xảy ra ở một hay nhiều loại glucid. Những glucid này có trong thực phẩm chúng ta ăn hàng ngày, tạo ra năng lượng cho cơ thể hoạt động. Mọi cơ quan đều sử dụng carbohydrate để đảm bảo nhu cầu của nó, đặc biệt não lấy glucid là nguyên liệu duy nhất để vận hành.

Đa phần,rối loạn chuyển hóa glucidxảy ra sau một bệnh lý khác mà người mắc phải. Một tỷ lệ nhỏ, người mắc rối loạn chuyển hóa glucid do các bất thường di truyền và bộ gene – đây là bệnh lý bẩm sinh.

Rối loạn chuyển hóa đường do rối loạn gene thường gặp ở trẻ em, có thể gặp ngay khi còn sơ sinh. Do đó, người mắc có thể phải kiêng hoàn toàn một loại thực phẩm nào đó. Bệnh thường xảy ra mức độ nặng và không ít khi điều trị đặc hiệu. Rất nhiều rối loạn đã được phát hiện như:

Thiếu men GLUT1.

Bệnh lý ứ glycogen.

Bất dung nạp fructose di truyền.

Thiếu men khử lactate.

Bất thường chuyển hóa mannose.

Bất thường chuyển hóa mucopolysaccharide.

Hầu hết là do thiếu một hay vài loại enzyme trong quá trình chuyển hóa đường.

Rối loạn chuyển hóa glucid có thể là triệu chứng của một bệnh lý khác gây ra. Trong đó,đái tháo đườnglà bệnh lý nghiêm trọng và phổ biến nhất gây rối loạn chuyển hóa đường. Người mắc đái tháo đường rất khó ổn định đường huyết của mình một cách tự nhiên. Biến chứng bệnh là một bất thường chuyển hóa đường làm đường tăng rất cao trong máu. Điều này gây ra những triệu chứng có thể nhẹ hay nặng nề đối với bệnh nhân. Bệnh có thể gây nhiễm toan ceton máu, tăng áp lực thẩm thấu máu, hạ đường.

Chẩn đoánrối loạn chuyển hóa gluciddựa vào triệu chứng người bệnh đang mắc và các xét nghiệm đường huyết. Bác sĩ sẽ nghi ngờ người bệnh đang mắc rối loạn chuyển hóa đường khi có những triệu chứng sau:

Đi tiểu rất nhiều, kể cả ban đêm.

Khát nước thường xuyên.

Mất cân dù không có chế độ kiêng cử.

Thường xuyên cảm thấy đói bụng.

Nhìn mờ.

Tê bàn tay, bàn chân.

Dễ mệt mỏi.

Da khô.

Vết thương lâu lành.

Dễ mắc các bệnh lý nhiễm trùng.

Buồn nôn, nôn ói, đau bụng.

Bất thường đường máu.Nhìn mờ là một trong những triệu chứng nặng nề của bệnh

Nhìn mờ là một trong những triệu chứng nặng nề của bệnh

Bệnh có thể phát hiện nhờ vào xét nghiệm đường huyết định kỳ. Nếu bệnh nhân có những triệu chứng nặng nề, có thể chẩn đoán ngay khi có kết quả một lần xét nghiệm. Đối với những đối tượng nguy cơ mắc các bệnh lý di truyền, bác sĩ có thể chỉ định kiểm tra một số enzyme chuyển hóa đường hay gene đặc hiệu.

Bệnh có thể không nguy hiểm nếu được kiểm soát tốt và điều trị sớm. Trẻ nhỏ mắc các bệnh lý di truyền nênn được nhận biết, chẩn đoán sớm. Việc này giúp bác sĩ định hướng được loại bệnh mà trẻ đang mắc và cho các khuyến cáo phù hợp. Ba mẹ nên chú ý tuân thủ các lưu ý của bác sĩ.

Đối với người mắc đái tháo đường cần thường xuyên theo dõi tại nhà và tái khám định kỳ để theo dõichỉ số đường huyết. Kiểm soát tốtrối loạn chuyển hóa đườnggiúp ngăn ngừa biến chứng bệnh. Ngoài các biến chứng cấp tính, những biến chứng lâu dài có thể gặp là:

Bệnh lý thận đái tháo đường.

Bệnh thần kinh ngoại biên đái tháo đường.

Bệnh lý võng mạc đái tháo đường.

Nguy cơ biến cố tim mạch.

Nguy cơ biến cố bệnh mạch máu não.

Người bệnh có thể chịu những di chứng về sau nếu mắc các biến chứng này. Dù sao, bất kỳ một biến cố nào xảy ra đều có thể gây nguy hiểm.

Điều trịrối loạn chuyển hóa glucidnhằm mục tiêu đạt được sựổn định đường huyết. Hơn nữa, điều trị giúp phòng ngừa biến cố và hạn chế triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Người mắc bệnh phải có phương pháp điều trị áp dụng riêng cho từng người.

Thuốc dành cho những người mắc đái tháo đường khó kiểm soát. Ổn định đường huyết bằng thuốc giúp tăng khả năng thành công của điều trị hơn. Bên cạnh đó, thuốc cũng đóng vai trò quan trọng đối với người mắc bệnh bẩm sinh. Các thuốc được chĩ định cho bệnh nhân là:

Thuốc kiểm soát đường huyết và huyết áp.

Thuốc phòng ngừa biến cố  tim mạch.

Thuốc kiểm soát lipid máu.

Bất kỳ bệnh nhân nào dù có sử dụng thuốc hay không đều phải xây dựng cho mình một thói quen tích cực. Đây cũng là một phần quan trọng trong quá trình điều trị bệnh. Thực tế, điều chỉnh những hành vi nguy cơ đóng vai trò chủ đạo trong việc đánh giá điều trị có thành công hay không.

Tập thể dục đều đặn.

Xây dựng chế độ ăn hợp lý.

Giảm stress.

Tránh các thực phẩm được bác sĩ khuyến cáo.

Đây là một trong các cách đơn giản giúp bạn nhanh chóng đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết của mình.

Rối loạn chuyển hóa glucidđa phần có thể điều trị thành công nếu phát hiện và xử trí kịp thời. Ngoài ra, người mắc bệnh cần lưu ý tái khám định kỳ và khám bệnh tổng quát hàng năm. Đó cũng là một phương pháp giúp kiểm soát và phòng ngừa bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-roi-loan-chuyen-hoa-tinh-bot/

Nội dung bài viết

Tinh bột là gì?

Phân loại nguyên nhân bệnh

Những vấn đề có thể gặp khi mắc bệnh rối loạn chuyển hóa tinh bột

Những biến chứng của bệnh rối loạn chuyển hóa tinh bột

Khi nào phải gặp bác sĩ?

Tinh bột là một trong những chất dinh dưỡng quan trọng cho cơ thể. Bệnh rối loạn chuyển hóa tinh bột xảy ra khi có bất kỳ sự bất thường nào trong quá trình này. Vậy khi nào bệnh xảy ra và có nguy hiểm không? YouMed sẽ cùng bạn tìm câu trả lời qua bài viết dưới đây.

Tinh bột là nguồn tạo năng lượng chính yếu cho các cơ quan trong cơ thể, đặc biệt là não. Chúng cung cấp đến 45% – 65% tổng lượng calories, một tỷ lệ tương đối lớn. Ngoài ra, tinh bột còn đóng vai trò trong việc giúp kiểm soát đường huyết ổn định.

Tinh bột chính là phức hợp được tạo thành từ nhiều đường carbohydrate. Do đó, rối loạn chuyển hóa tinh bột liên quan mật thiết với rối loạn chuyển hóa đường và đường huyết. Mỗi người cần 202g – 292g carbohydrate mỗi ngày để đảm bảo các hoạt động diễn ra bình thường. Những thực phẩm giàu tinh bột là trái cây, các loại hạt, rau củ quả và sữa.

Có hai dạng tinh bột là:

Khi ăn loại tinh bột này, cơ thể có thể chuyển hóa chúng thành chất dinh dưỡng có lợi cho sức khỏe. Hơn nữa, tinh bột này còn được chia thành hai dạng khác là:

Tinh bột được cơ thể tiêu hóa: hệ tiêu hóa có thể biến đổi và hấp thu.

Tinh bột được vi sinh vật tiêu hóa: hệ tiêu hóa không thể biến đổi, chất dinh dưỡng được hấp thu nhờ sự biến đổi của các vi sinh đường ruột.

Tinh bột này còn có thể gọi làchất xơ. Chất xơ giúp đường ruột hấp thu các chất dinh dưỡng khác dễ dàng hơn nhưng không được cơ thể hấp thu. Chất xơ thường có rất nhiều trong các loại rau xanh, củ,… Tuy nhiên, dù không cung cấp năng lượng, nhưng mỗi ngày chúng ta vẫn cần một lượng nhất định. Các thực phẩm này hỗ trợ cho quá trình tiêu hóa diễn ra thuận lợi và cung cấp vitamin cho cơ thể.

Bệnh rối loạn chuyển hóa tinh bộtxảy ra do chúng không thể chuyển hóa thành đường carbohydrate. Chúng tích tụ trong cơ thể gây ra bệnh lý và các triệu chứng khác nhau.

Bệnh có nhiều loại khác nhau tùy theo từng hệ thống phân loại. YouMed sẽ giúp bạn hiểu thêm về bệnh qua hai loại sau:

Một bệnh lý có thể mắc trong nhóm này là bệnh ứ glycogen bất thường gia đình. Bệnh gây ra do glycogen – một chuỗi đường polysaccharide tích tụ trong gan, lách, phổi, thận và hệ lưới nội mô. Đột biến gene là nguyên nhân gây ra bệnh cảnh này.

Các bệnh lý này thường gặp hơn, có thể do nguyên nhân di truyền hay mắc phải. Do các carbohydrate được phân giải từ tinh bột không được hấp thu bình thường bởi cơ thể. Những bệnh lý di truyền hay gặp là:

Rối loạn chuyển hóa fructose.

Bệnh ứ galactose trong máu.

Rối loạn chuyển hóa pyruvate.

Thiếu men phosphoenolpyruvate carboxykinase.

Bệnh lýrối loạn chuyển hóađường mắc phải thường gặp nhất là đái tháo đường. Bệnh có thể gây những biến chứng rất nặng nề do đường huyết khó kiểm soát.

Đối với những bệnh lý di truyền, bệnh thường khó chẩn đoán và điều trị. Bệnh thường xảy ra ở trẻ nhỏ với những triệu chứng rất đa dạng và không đặc hiệu. Những triệu chứng có thể gặp ở người bệnh rất dễ lầm lẫn với các bệnh lý khác như:

Đầy hơi, chướng bụng.

Buồn nôn, nôn ói.

Tiêu chảy.

Sụt cân.

Co thắt cơ bụng.

Li bì, lú lẫn.

Không có nhiều xét nghiệm giúp chẩn đoán những bệnh lý này, ngoại trừ xét nghiệm gene. Phần lớn bệnh được nghi ngờ khi bệnh nhân có triệu chứng nhưng không giảm với các điều trị thông thường ban đầu. Những xét nghiệm enzyme có thể giúp xác định số lượng bị thiếu hụt, giúp định hướng chẩn đoán.

Bệnh có thể gây ra nhiều biến chứng khác nhau tùy vào thời gian diễn tiến và loại bệnh đang mắc.

Ứ glycogen có thể gây ra những biến cố nặng nề như thiếu máu, gan lách to dẫn đến xơ gan. Ngoài ra, bất cứ cơ quan nào bị ảnh hưởng cũng có thể gây ra những bệnh cảnh nặng nề.

Một số bệnh nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời sẽ ngăn ngừa được diễn tiến của chúng. Ngược lại, nếu không xử trí kịp thời, bệnh có thể gây ra tình trạng nguy kịch như:

Toan hóa máu, toan hóa niệu.

Tăng azote máu.

Co giật, hôn mê.

Hạ đường máu.

Suy thận.

Điều trị thường khó, nhất là những bệnh lý di truyền. Mục tiêu điều trị nhằm giúp hỗ trợ triệu chứng cho bệnh nhân, phát hiện nguyên nhân và đưa ra các khuyến cáo hợp lý. Do đó, điều trị bệnh rối loạn chuyển hóa tinh bột có thể có các phương pháp sau:

Tất cả các bệnh nhân đều phải đến gặp bác sĩ để nhận được sự tư vấn phù hợp. Bệnh nhân chủ yếu sẽ được khuyên tránh các thực phẩm có khả năng gây ra triệu chứng, vì người bệnh không thể sử dụng loại thực phẩm đó. Tùy loại bệnh đang mắc mà bệnh nhân được hướng dẫn những thực phẩm tương ứng phải tránh.

Thuốc được chỉ định cho những bệnh nhân bệnh nặng, khó kiểm soát bằng các biện pháp điều trị chung. Ngoài thuốc điều trị bệnh đặc hiệu, các thuốc điều trị triệu chứng cũng được chỉ định cho những bệnh nhân có cơ địa nhạy cảm.

Bệnh rối loạn chuyển hóa tinh bộttuy khó chẩn đoán và điều trị, song bệnh cũng rất hiếm gặp. Quan trọng nhất, bạn nên đến gặp bác sĩ khi có những dấu hiệu nghi ngờ ban đầu để được tư vấn. Những bệnh lý cụ thể sẽ được trình bày trong những bài viết khác của chủ đề rối loạn chuyển hóa.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-chuc-nang-nao-sau-hoa-tri-dau-hieu-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Định nghĩa Rối loạn chức năng não sau hóa trị

Dấu hiệu nào để nhận biết rối loạn chức năng não sau hóa trị?

Nguyên nhân nào gây ra rối loạn chức năng não sau hóa trị?

Yếu tố nguy cơ của rối loạn chức năng não sau hóa trị gồm những gì?

Rối loạn chức năng não sau hóa trị có những biến chứng nào?

Chẩn đoán Rối loạn chức năng não sau hóa trị như thế nào?

Điều trị bệnh như thế nào?

Rối loạn chức năng não sau hóa trị là một thuật ngữ được sử dụng rộng rãi. Nguyên nhân của các vấn đề về tập trung và trí nhớ vẫn chưa được hiểu rõ. Nhưng bất kể là bắt nguồn từ nguyên nhân gì, rối loạn chức năng não sau hóa trị là một tác dụng phụ gây suy nhược và khó chịu của bệnh ung thư và điều trị ung thư. Hãy cùng Bác sĩ Hồ Ngọc Lợi tìm hiểu bài viết này để có thêm thông tin về rối loạn chức năng não sau hóa trị.

Rối loạn chức năng não sau hóa trị là một thuật ngữ phổ biến được sử dụng cho những người sống sót sau ung thư để mô tả các vấn đề về trí nhớ và tư duy có thể xảy ra trong và sau khi điều trị ung thư. Rối loạn này còn được gọi là sương mù sau hóa trị, suy giảm nhận thức liên quan đến ung thư hoặc rối loạn chức năng nhận thức.

Vô tổ chức một cách bất thường.

Lú lẫn.

Khó tập trung.

Khó khăn khi tìm được từ ngữ đúng.

Gặp khó khăn trong việc học kỹ năng mới.

Khó làm nhiều việc cùng một lúc.

Cảm giác tâm trí lờ mờ.

Khoảng chú ý ngắn.

Có vấn đề về trí nhớ ngắn hạn.

Mất nhiều thời gian hơn để hoàn thành các công việc thường ngày.

Có vấn đề với trí nhớ lời nói, chẳng hạn như ghi nhớ một cuộc trò chuyện.

Vấn đề với trí nhớ hình ảnh, chẳng hạn như nhớ lại một hình ảnh hoặc danh sách các từ.

Có nhiều yếu tố góp phần vào các dấu hiệu và triệu chứng của rối loạn trí nhớ ở những người sống sót sau ung thư. Các nguyên nhân liên quan đến ung thư bao gồm:

Chẩn đoán ung thư có thể khá căng thẳng và có thể dẫn đến lo âu vàtrầm cảm. Điều này có thể góp phần vào rối loạn trí nhớ và tư duy.

Một số bệnh ung thư nhất định có thể tạo ra các chất hóa học ảnh hưởng đến trí nhớ.

Ung thư bắt nguồn từ trong não hoặc di căn đến não có thể gây ra những thay đổi trong tư duy.

Xem thêm:Suy giảm nhận thức sau hóa trị: Nỗi lo của bệnh nhân ung thư

Cấy ghép tủy xương.

Hóa trị.

Liệu pháp hormon.

Liệu pháp miễn dịch.

Xạ trị.

Phẫu thuật.

Điều trị thuốc nhắm trúng đích.

Thiếu máu.

Mệt mỏi.

Nhiễm trùng.

Mãn kinh hoặc thay đổi nội tiết tố (do điều trị ung thư).

Rối loạn giấc ngủ.

Đau do điều trị ung thư.

Di truyền tính nhạy cảm với rối loạn chức năng não sau hóa trị.

Thuốc khác liên quan đến ung thư, chẳng hạn như thuốc giảm đau.

Các bệnh lý y khoa khác, chẳng hạn nhưđái tháo đường, bệnh tuyến giáp,trầm cảm, lo âu và suy dinh dưỡng.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ rối loạn trí nhớ ở những người sống sót sau ung thư bao gồm:

Ung thư não.

Ung thư di căn lên não.

Liều hóa trị hoặc xạ trị cao.

Xạ trị não.

Tuổi trẻ tại thời điểm chẩn đoán và điều trị ung thư.

Tuổi tăng.

Mức độ nghiêm trọng và thời gian kéo dài của các triệu chứng được xem là rối loạn chức năng não sau hóa trị khác nhau giữa người này với người khác. Hầu hết những người sống sót sau ung thư sẽ trở lại làm việc, nhưng một số người sẽ thấy cần thêm sự tập trung hoặc thời gian để làm việc. Những người khác có thể không thể trở lại làm việc.

Nếu bạn gặp vấn đề nghiêm trọng về trí nhớ hoặc tập trung chú ý gây khó khăn trong công việc, bạn nên đến gặp nhà trị liệu tâm lý nghề nghiệp hoặc bác sĩ tâm thần kinh. Họ có thể giúp bạn điều chỉnh công việc hiện tại hoặc xác định thế mạnh của bạn để bạn có thể tìm được công việc mới.

Trong trường hợp hiếm hoi, những người có vấn đề về trí nhớ và tập trung không thể làm việc và có thể xem xét việc xin trợ cấp tàn tật. Liên hệ với nhân viên xã hội về ung thư hoặc một chuyên gia để có thể giúp bạn hiểu được các lựa chọn.

Không có xét nghiệm nào có thể giúp chẩn đoán rối loạn chức năng não sau hóa trị. Những người sống sót sau ung thư gặp phải các triệu chứng này thường đạt mức điểm trong giới hạn bình thường trong các bài kiểm tra trí nhớ.

Bác sĩ có thể đề nghị xét nghiệm máu, chụp sọ não hoặc các xét nghiệm khác để loại trừ các nguyên nhân khác gây rối loạn trí nhớ.

Xem thêm:Chụp cộng hưởng từ (MRI) có hại cho cơ thể không?

Điều trịRối loạn chức năng nãosau hóa trị tập trung vào việc giải quyết triệu chứng. Trong hầu hết các trường hợp, các rối loạn trí nhớ liên quan đến ung thư chỉ là tạm thời.

Vì các triệu chứng và mức độ rối loạn chức năng não sau hóa trị khác nhau giữa mỗi người, bác sĩ sẽ điều trị theo cá nhân hóa.

Ung thư và điều trị ung thư có thể dẫn đến các bệnh lý khác, như thiếu máu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ và mãn kinh sớm, có thể làm trầm trọng thêm các rối loạn trí nhớ. Kiểm soát các yếu tố này giúp bạn dễ dàng đối phó với các triệu chứng này hơn.

Bác sĩ tâm thần kinh có thể giúp bạn lập kế hoạch đối phó với các triệu chứng của bệnh. Quá trình này được gọi là phục hồi nhận thức hoặc khắc phục nhận thức.

Học cách thích nghi và đối phó với những thay đổi về trí nhớ có thể bao gồm:

Các bài tập lặp đi lặp lại để luyện tập cho não. Các bài tập về trí nhớ và tư duy có thể giúp bộ não của bạn sửa chữa phần bị hỏng.

Theo dõi và hiểu điều gì ảnh hưởng đến trí nhớ. Theo dõi cẩn thận rối loạn trí nhớ của bạn có thể tiết lộ cách đối phó. Chẳng hạn, nếu bạn trở nên dễ bị phân tâm hơn khi đói hoặc mệt, bạn có thể làm các công việc đòi hỏi sự tập trung cao độ vào lúc bạn cảm thấy tốt nhất.

Sử dụng chiến lược đối phó. Bạn có thể học những cách mới để thực hiện các công việc hàng ngày để giúp bạn tập trung. Ví dụ, bạn có thể học cách ghi chú khi đọc một văn bản. Hoặc học cách nói giúp bạn ghi nhớ các cuộc hội thoại và sau đó nhớ lại những ký ức đó.

Kỹ thuật giảm căng thẳng. Tình huống căng thẳng có thể làm cho rối loạn trí nhớ bộc lộ rõ hơn. Và vấn đề về trí nhớ có thể gây căng thẳng. Để kết thúc một chu kỳ, bạn có thể học các kỹ thuật thư giãn. Những kỹ thuật này, chẳng hạn như thư giãn cơ tăng dần hoặc thực hành sự quan tâm, có thể giúp bạn xác định tình trạng căng thẳng và đối phó với nó.

Không có loại thuốc nào được phê duyệt để điều trị rối loạn chức năng não sau hóa trị. Thuốc được phê duyệt cho các bệnh lý khác có thể được xem xét nếu có lợi.

Các loại thuốc đôi khi được sử dụng bao gồm:

Methylphenidate (Concerta, Ritalin, …), một loại thuốc dùng để điều trị rối loạntăng động giảm chú ý(ADHD).

Donepezil (Aricept), một loại thuốc được sử dụng ở những người mắcbệnh Alzheimer.

Modafinil (Provigil), một loại thuốc được sử dụng ở những người bị rối loạn giấc ngủ.

Memantine (Namenda), một loại thuốc dùng để cải thiện trí nhớ ở những người mắc bệnh Alzheimer, có thể có ích trong quá trình xạ trị não.

Video chia sẻ thông tin chi tiết về thuốc Modafinil:

Biên tập bởi:Dược sĩ Nguyễn Đắc Nhân

Bạn có thể tự mình làm giảm các triệu chứng của rối loạn chức năng não sau hóa trị. Hãy thử:

Kiểm soát môi trường làm việc nếu có thể. Tìm một nơi yên tĩnh để bạn có thể tập trung. Đeo nút tai hoặc tai nghe khử tiếng ồn.

Chuẩn bị cho sự thành công. Trước khi giải quyết một công việc phức tạp đòi hỏi sự tập trung, hãy đảm bảo rằng cơ hội thành công là cao nhất. Chọn một thời điểm trong ngày khi bạn tỉnh táo nhất. Có một giấc ngủ ngon. Lên kế hoạch để biết chính xác những gì bạn cần làm để hoàn thành nhiệm vụ.

Giữ trạng thái có tổ chức. Sử dụng lịch hoặc lên kế hoạch thực hiện công việc. Đảm bảo rằng bạn sẽ không quên gì. Viết tất cả mọi thứ vào trong kế hoạch. Ưu tiên sự có tổ chức khi ở nhà và nơi làm việc.

Xóa đi sự phiền nhiễu. Khi những suy nghĩ mất tập trung xuất hiện, hãy viết chúng ra. Ghi lại suy nghĩ của bạn sẽ giúp nhanh chóng xóa chúng đi và đảm bảo rằng bạn sẽ nhớ chúng sau này.

Nghỉ giải lao thường xuyên. Chia nhiệm vụ của bạn thành các phần có thể quản lý được và nghỉ ngơi mỗi khi bạn hoàn thành xong một phần.

Rèn luyện trí não. Chơi trò chơi ô chữ hoặc số để rèn luyện trí não. Hình thành sở thích mới hoặc học kỹ năng mới, như học chơi một nhạc cụ hoặc học một ngôn ngữ.

Rèn luyện cơ thể. Tập thể dục vừa phải, chẳng hạn như đi bộ, có thể giúp bạn đối phó với căng thẳng, mệt mỏi.

Không có điều trị thay thế nào có thể giúp ngăn ngừa hoặc chữa trị rối loạn chức năng não sau hóa trị. Nếu bạn quan tâm đến việc thử các phương pháp điều trị thay thế, hãy thảo luận về các nguy cơ và lợi ích với bác sĩ.

Điều trị bổ sung và thay thế có thể giúp bạn đối phó với lo âu, một tình trạng góp phần gây ra rối loạn trí nhớ ở người bị ung thư.

Các phương pháp điều trị có thể có ích bao gồm:

Trị liệu nghệ thuật.

Tập thể dục.

Thiền.

Âm nhạc trị liệu.

Bài tập thư giãn.

Tâm linh.

Các triệu chứng rối loạn chức năng não có thể gây khó chịu và suy nhược. Theo thời gian, bạn sẽ tìm được cách để tập trung dễ dàng hơn và rối loạn trí nhớ có thể giảm dần. Cho đến lúc đó, nên nhớ rằng đây là rối loạn có khả năng cải thiện theo thời gian. Bạn có thể thấy hữu ích khi:

Hiểu rằng vấn đề về trí nhớ xảy ra với tất cả mọi người. Mặc dù bạn khó kiểm soát những thay đổi về trí nhớ liên quan đến điều trị ung thư, nhưng bạn có thể kiểm soát các nguyên nhân khác gây ra tình trạng mất trí nhớ phổ biến đối với mọi người. Chẳng hạn như mệt mỏi quá mức, mất tập trung hoặc vô tổ chức.

Dành thời gian thư giãn mỗi ngày. Chẳng hạn như tập thể dục, nghe nhạc,thiền.

Thành thật về các triệu chứng của bạn. Hãy cởi mở và trung thực về các triệu chứng mà bạn có. Giải thích và đồng thời đề xuất cách mà bạn bè và gia đình có thể giúp đỡ.

Rối loạn chức năng nãosau hóa trị đặc trưng bởi rối loạn trí nhớ và tư duy, ảnh hưởng đến công việc và đời sống hàng ngày của người bệnh ung thư. Ghi nhật ký các dấu hiệu và triệu chứng của bạn là cách hiệu quả để bác sĩ có thể hiểu rõ hơn về các vấn đề đang ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày của bạn như thế nào. Nếu bạn gặp vấn đề về trí nhớ hoặc tư duy, hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn và điều trị hiệu quả nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-chuc-nang-tinh-duc-o-phu-nu-co-phai-la-benh-ly/

Nội dung bài viết

Rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ là gì?

Nguyên nhân

Triệu chứng

Chẩn đoán

Điều trị

Nhiều phụ nữ gặp vấn đề với việc rối loạn chức năng tình dục tại một số thời điểm trong cuộc sống. Giảm hay mất hứng thú với những vấn đề liên quan đến tình dục. Bạn không cảm thấy ham muốn khi quan hệ tình dục hay thậm chí cảm thấy đau. Rất có thể bạn đang bị rối loạn chức năng tình dục. Vậy rối loạn này do đâu và cách để điều trị là gì. Hãy đọc bài viết dưới đây của Bác sĩ Đào Thị Thu Hương để có thể nắm rõ hơn nhé.

Các vấn đề dai dẳng, lặp đi lặp lại liên quan đến tình dục, ham muốn, cực khoái hoặc đau đớn – làm bạn khó chịu hoặc căng thẳng trong mối quan hệ với bạn tình – được gọi là rối loạn chức năng tình dục.

Nhiều phụ nữ gặp vấn đề với chức năng tình dục tại một số thời điểm trong cuộc sống. Và một số gặp khó khăn trong suốt cuộc đời của họ. Rối loạn chức năng tình dục nữ có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào trong đời. Nó có thể chỉ xảy ra trong một số tình huống nhất định hoặc trong mọi hoạt động tình dục.

Bạn có thể tham khảo thêm:Những vấn đề tình dục phụ nữ thường gặp

Đáp ứng với tình dục liên quan đến sự tương tác phức tạp của sinh lý, cảm xúc, kinh nghiệm, niềm tin, lối sống và các mối quan hệ. Sự gián đoạn của bất kỳ thành phần nào có thể ảnh hưởng đến ham muốn tình dục, kích thích hoặc sự hài lòng. Và điều trị thường sẽ tác động lên nhiều yếu tố để có hiệu quả cao nhất.

3 vùng nhạy cảm trên cơ thể kích thích bạn tình lên đỉnh. Khám phá video để biết phụ nữ có “xuất tinh” khi làm tình hay không?

Biên tập bởi:ThS.BS Trần Quốc Phong

Các vấn đề về rối loạn chức năng tình dục thường biểu hiện khi nội tiết tố của bạn thay đổi liên tục, chẳng hạn như sau khi có con hoặc trong thời kỳ mãn kinh. Các bệnh mạn tính, chẳng hạn như ung thư, tiểu đường, hoặc bệnh lý tim mạch, cũng có thể góp phần làm nặng thêm sự rối loạn chức năng tình dục của bạn.

Những yếu tố này – thường liên quan đến nhau – góp phần làm giảm sự không thỏa mãn hoặc rối loạn chức năng tình dục bao gồm:

Một số bệnh lý như ung thư, suy thận, đa xơ cứng, bệnh tim và các vấn đề về bàng quang, có thể dẫn đến rối loạn chức năng tình dục. Một số thuốc có thể làm giảm ham muốn tình dục và khả năng đạt cực khoái của cơ thể. Ví dụ như một số thuốc chống trầm cảm, thuốc huyết áp, thuốc kháng histamine và thuốc hóa trị.

Nồng độ estrogen giảm thấp sau khi mãn kinh có thể dẫn đến những thay đổi trong các mô sinh dục và khả năng đáp ứng tình dục của bạn. Giảm nồng độ Estrogen dẫn đến giảm lưu lượng máu đến vùng xương chậu. Điều này có thể dẫn đến giảm cảm giác vùng sinh dục, cũng như cần nhiều thời gian hơn để kích thích và đạt cực khoái.

Lớp niêm mạc âm đạo cũng trở nên mỏng hơn và kém đàn hồi hơn, đặc biệt nếu bạn không hoạt động tình dục. Những yếu tố này có thể làm cho bạn cảm thấy đau khi quan hệ tình dục. Ham muốn tình dục cũng giảm khi nồng độ hormone giảm.

Nồng độ hormone trong cơ thể cũng thay đổi sau khi sinh và trong thời gian cho con bú. Điều này có thể dẫn đến âm đạo giảm tiết dịch. Và có thể ảnh hưởng đến ham muốn quan hệ tình dục của bạn.

Lo lắng hoặctrầm cảmkhông được điều trị có thể gây ra hoặc góp phần vào rối loạn chức năng tình dục. Ví dụ như căng thẳng lâu dài và tiền căn bị lạm dụng tình dục. Những lo lắng của việc mang thai và trách nhiệm của một người vừa lên chức mẹ có thể có những tác động tương tự.

Những bất đồng kéo dài với chồng – về tình dục hoặc các khía cạnh khác trong cuộc sống – cũng có thể làm giảm khả năng đáp ứng tình dục của bạn. Các vấn đề văn hóa, tôn giáo và các vấn đề liên quan đến vóc dáng cơ thể sau sinh cũng có thể đóng góp làm nặng thêm bệnh của bạn.

Một số yếu tố có thể làm tăng nguy cơ rối loạn chức năng tình dục:

Trầm cảm hoặc lo lắng.

Bệnh lý tim mạch.

Bệnh lý về thần kinh, chẳng hạn như chấn thương tủy sống hoặc đa xơ cứng.

Các rối loạn về phụ khoa, chẳng hạn như teo âm hộ hoặc nhiễm trùng.

Một số loại thuốc, như thuốc chống trầm cảm hoặc điều trị tăng huyết áp.

Căng thẳng về cảm xúc hoặc tâm lý, đặc biệt là mối quan hệ của bạn với chồng.

Tiền căn bị lạm dụng tình dục.

Các triệu chứng thường rất đa dạng. Và tùy thuộc vào loại rối loạn chức năng tình dục bạn gặp phải:

Giảm ham muốn tình dục. Đây là triệu chứng phổ biến nhất trong các rối loạn chức năng tình dục nữ. Và liên quan đến việc thiếu hứng thú tình dục và sẵn sàng để quan hệ tình dục.

Rối loạn hưng phấn tình dục. Ham muốn tình dục của bạn có thể còn nguyên vẹn, nhưng bạn gặp khó khăn với việc kích thích hoặc không thể trở nên kích thích hoặc duy trì hưng phấn trong hoạt động tình dục.

Rối loạn cực khoái. Bạn gặp khó khăn dai dẳng hoặc thường tái diễn trong việc đạt được cực khoái sau khi kích thích đủ và liên tục.

Rối loạn đau tình dục. Bạn bị đau liên quan đến kích thích tình dục hoặc tiếp xúc âm đạo.

Khi nào bạn nên đi khám bác sĩ. Nếu vấn đề tình dục ảnh hưởng đến mối quan hệ của bạn hoặc làm bạn lo lắng, hãy hẹn gặp bác sĩ để đánh giá.

Để chẩn đoán rối loạn chức năng tình dục nữ, bác sĩ có thể:

Hỏi và đánh giá kỹ về tiền căn tình dục và tiền căn y khoa của bạn. Bạn có thể không thoải mái khi nói chuyện với bác sĩ về những vấn đề cá nhân như vậy, nhưng vấn đề về tình dục của bạn là một phần quan trọng để chẩn đóa và điều trị. Bạn càng thẳng thắn về tiền căn tình dục và các vấn đề hiện tại của mình, bạn càng có nhiều cơ hội tìm ra cách điều trị hiệu quả.

Khám, kiểm tra vùng chậu. Trong khi khám, bác sĩ kiểm tra các thay đổi về thể chất, tìm những yếu tố có thể ảnh hưởng đến sự ham muốn tình dục của bạn. Chẳng hạn như làm mỏng các mô sinh dục, giảm độ đàn hồi của da, sẹo hoặc đau.

Xét nghiệm máu. Bác sĩ có thể đề nghị xét nghiệm máu để kiểm tra các bệnh lý tiềm ẩn. Đặc biệt là các bệnh có thể gây ra rối loạn chức năng tình dục.

Hãy nhớ rằng rối loạn chức năng tình dục chỉ thực sự là vấn đề nếu nó làm phiền bạn. Nếu nó không làm phiền bạn, thì việc điều trị là không cần thiết.

Bởi vì rối loạn chức năng tình dục nữ rất đa dạng về triệu chứng cũng như nguyên nhân. Vì vậy, việc điều trị cũng rất khác nhau. Ngoài ra, mục tiêu của bạn cho đời sống tình dục rất quan trọng để lựa chọn phương pháp điều trị và đánh giá liệu nó có hiệu quả với bạn hay không.

Phụ nữ có mối quan tâm về tình dục thường đáp ứng rất tốt với phương pháp điều trị kết hợp giữa thuốc và liệu pháp tâm lý về các mối quan hệ cũng như cảm xúc của bản thân.

Để điều trị rối loạn chức năng tình dục, bác sĩ có thể khuyên bạn nên bắt đầu với những chiến lược sau:

Nói ra và lắng nghe. Giao tiếp cởi mở với đối tác của bạn tạo ra sự trong sự thỏa mãn tình dục của bạn. Ngay cả khi bạn không quen nói về sở thích và không thích của mình, học cách làm như vậy và phản hồi lại với đối phương, dần dần sẽ tạo nên sự thân mật hơn trước.

Thực hiện lối sống lành mạnh. Hạn chế rượu – uống quá nhiều rượu có thể làm giảm khả năng đáp ứng tình dục của bạn. Hoạt động thể chất – hoạt động thể chất thường xuyên có thể làm tăng sức chịu đựng và nâng cao tâm trạng của bạn, tăng cường cảm xúc lãng mạn. Tìm cách giảm căng thẳng để bạn có thể tập trung và tận hưởng những trải nghiệm tình dục.

Tìm kiếm sự tư vấn. Hãy nói chuyện với nhà trị liệu chuyên về các vấn đề tình dục và mối quan hệ. Trị liệu thường bao gồm giáo dục về cách tối ưu hóa phản ứng tình dục của cơ thể bạn, cách tăng cường sự thân mật với bạn tình. Và các gợi ý để đọc tài liệu hoặc các bài tập của các cặp vợ chồng.

Sử dụng chất bôi trơn. Một chất bôi trơn âm đạo có thể hữu ích trong khi giao hợp. Đặc biệt là nếu âm đạo giảm tiết dịch hoặc đau khi quan hệ.

Thử sử dụng đồ chơi tình dục. Kích thích có thể được tăng cường với sự kích thích của âm vật. Sử dụng máy rung để cung cấp kích thích âm vật.

Để điều trị hiệu quả cho rối loạn chức năng tình dục, cần giải quyết rất nhiều vấn đề. Ví dụ như một bệnh lý y khoa tiềm ẩn hay rối loạn nội tiết tố. Bác sĩ có thể thay đổi một loại thuốc bạn đang dùng hoặc kê toa một loại thuốc mới.

Điều trị rối loạn chức năng tình dục nữ liên quan đến nguyên nhân nội tiết tố có thể sử dụng các phương pháp sau, bao gồm:

Liệu pháp estrogen tại chỗ có dạng vòng âm đạo, kem hoặc viên nén. Phương pháp này có lợi cho chức năng tình dục bằng cách cải thiện niêm mạc âm đạo, độ đàn hồi, tăng lưu lượng máu âm đạo và tăng cường bôi trơn.

Nguy cơ của liệu pháp hormone có thể khác nhau tùy thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau. Có thể kể đến là: tuổi , nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe khác như bệnh tim mạch và ung thư, liều lượng và loại hormone và estrogen đơn trị hay kết hợp.

Hãy hỏi bác sĩ của bạn về lợi ích và rủi ro để được tư vấn cách kỹ càng nhất. Trong một số trường hợp, liệu pháp hormon có thể cần bác sĩ theo dõi chặt chẽ.

Ospemifene (Osphena). Thuốc này là một thuốc tác động lên thụ thể estrogen có chọn lọc. Nó giúp giảm đau khi quan hệ tình dục cho phụ nữ bị teo âm hộ.

Liệu pháp androgen. Androgen bao gồm testosterone. Testosterone đóng vai trò trong chức năng tình dục lành mạnh ở phụ nữ cũng như nam giới, mặc dù phụ nữ có mức testosterone thấp hơn nhiều. Liệu pháp androgen cho rối loạn chức năng tình dục đang gây tranh cãi. Một số nghiên cứu cho thấy có lợi ích cho những phụ nữ có rối loạn chức năng tình dục. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho thấy ít hoặc không có lợi ích.

Flibanserin (Addyi). Ban đầu được phát triển dưới dạng thuốc chống trầm cảm, flibanserin được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ chấp thuận là phương pháp điều trị cho phụ nữ tiền mãn kinh. Các tác dụng phụ nghiêm trọng tiềm ẩn bao gồm huyết áp thấp, buồn ngủ, buồn nôn, mệt mỏi, chóng mặt và ngất xỉu, đặc biệt nếu thuốc được trộn với rượu. Các chuyên gia khuyên bạn nên ngừng dùng thuốc nếu bạn không nhận thấy sự cải thiện sau tám tuần.

Không phải rối loạn nào cũng là bệnh lý. Chỉ cần bạn điều chỉnh lại một số yếu tố thì mọi thứ sẽ trở lại bình thường. Vì vậy, nếu gặp khó khăn trong quan hệ tình dục, hãy nói với bạn tình của mình và cùng nhau tìm cách giải quyết.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-cuong-cuong/

Nội dung bài viết

Rối loạn cương dương là gì?

Cấu trúc dương vật và cơ chế làm xuất hiện cương dương

Những đối tượng thường mắc chứng rối loạn cương dương

Những yếu tố nào có thể khiến nam giới bị rối loạn cương dương

Triệu chứng của rối loạn cương dương

Điều trị bất lực như thế nào?

Tình trạng “trên bảo dưới không nghe” hay trong dân gian còn gọi là yếu sinh lý ở nam giới là một chủ đề rất nhạy cảm. Vấn đề này ảnh hưởng rất lớn đến sự tự tin, lòng tự trọng của đàn ông. Ngoài ra, nó còn dễ dàng làm sứt mẻ tình cảm gia đình. Trong bài viết của Bác sĩ Nguyễn Đoàn Trọng Nhân, chúng ta sẽ cùng nhau tìm hiểu về rối loạn cương dương ở nam giới theo các quan niệm của y khoa hiện đại.

Rối loạn cương dương (bất lực) là tình trạng nam giới không có khả năng cương hay giữ dương vật cương cứng đủ lâu để quan hệ tình dục.

Thỉnh thoảng, “xìu” quá nhanh không phải là một vấn đề đáng ngại. Tuy nhiên, nếu tình trạng rối loạn cương dương kéo dài, nó có thể gây căng thẳng, ảnh hưởng đến sự tự tin của bạn và làm mối quan hệ thân mật đi xuống. Các vấn đề về bất lực cũng có thể là một dấu hiệu của tình trạng sức khỏe nào đó đang tiềm ẩn cần điều trị. Ngoài ra, đây cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch.

Thật ra, bất lực chỉ là 1 trong 3 nhóm rối loạn chức năng tình dục của nam giới. Ngoài bất lực, còn có giảm ham muốn tình dục và rối loạn phóng tinh.

Dương vật do 3 khối mô cương (2 khối thể hang nằm song song ở trên, 1 khối thể xốp nằm ở rãnh dưới 2 thể hang, thể xốp bao quanh niệu đạo) và các lớp bọc tạo nên.

Có 2 thể hang. Cấu trúc hình ống có mô cương gồm nhiều khoảng trống như hang động. Các khoảng trống này khi chứa đầy máu sẽ giúp dương vật cương lên. Thể hang chạy dọc theo chiều dài dương vật từ xương mu đến 3/4 chiều dài rồi nhập vào quy đầu. Do đó, phần quy đầu không có thể hang. Màng ngăn cách giữa 2 thể hang rất mỏng và thô sơ nên máu có thể dễ dàng chảy từ thể hang bên này sang thể hang bên kia.

Chứa niệu đạo bên trong. Do đó, cả nước tiểu và tinh dịch đều thoát ra theo đường này. Nhưng không bao giờ nước tiểu và tinh dịch thoát cùng 1 lúc (ra trước hoặc sau). Khi tinh dịch đang được phóng ra khỏi cơ thể thì lối thoát dành cho nước tiểu bị đóng kín và ngược lại. Tuy nhiên, trong một số trường hợp bệnh lý làm rối loạn cơ chế này dẫn đến tinh dịch xuất hiện trong nước tiểu gọi là xuất tinh ngược. Thể xốp cũng giống thể hang, sẽ cương lên khi chứa đầy máu bên trong.

Đây là một tình trạng rất thường gặp ở nam giới.

Ở Canada,rối loạn cương dươnggây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của hàng nghìn nam giới. Lên đến 49,4% nam giới ở Canada trên 40 tuổi có các triệu chứng của yếu sinh lý. Nói cách khác, trên 40 tuổi, cứ 2 nam giới thì có 1 người bị bất lực. Trong số này, 5 – 20% bị triệu chứng ở mức vừa và nặng.

Một nghiên cứu khác ở Mỹ và vài nước châu Âu cho thấy trong hơn 27.000 nam giới 20 – 75 tuổi thì tỉ lệ bất lực là 16% (khoảng 4.300 người). Trong số đó, chỉ 8% nam giới ở độ tuổi 20 – 30 bị. Lên đến 37% nam ở độ tuổi 70 – 75 bị bất lực.

Từ các số liệu trên, dễ thấy nam giới càng lớn tuổi càng giảm sinh lý.

Xem thêm:Rocket 1h tăng cải thiện sinh lý nam giới có tốt không?

Ở nhóm này, người ta thấy rằng, nếu tập thể dục thường xuyên và giảm cân, nguy cơ bị bất lực sẽ giảm 30%.

Hút thuốc lá không chỉ gây hại cho bộ phận sinh dục nam mà còn tác động xấu đến toàn bộ cơ thể. Một số nghiên cứu đã chứng minh người hút thuốc lá có nguy cơ bị xơ vữa động mạch. Điều đó làm chậm quá trình lưu thông của máu trong toàn cơ thể, kể cả dương vật và dẫn đến tình trạng bị liệt dương.

Thật vậy, nam giới có lối sống lành mạnh (thể dục thường xuyên, không béo phì) có nguy cơ bất lực thấp nhất. Bệnh lý thường được nhắc đến là các bệnh tim mạch.

Không như người ta hay nghĩ, quan hệ tình dục ít hơn 1 lần mỗi tuần có nguy cơ bất lực gấp 2 lần nam giới quan hệ tình dục thường xuyên hơn. Một nghiên cứu ở Phần Lan theo dõi gần 1.000 nam giới không bị bất lực trong suốt 5 năm đã chứng minh được điều này.

Như tên gọi của nó, đây là tình trạng bệnh nhân thở chậm, rồi ngưng thở một thời gian ngắn, sau đó thở lại. Những đối tượng bịngưng thở khi ngủthường ngáy to, béo phì; dẫn đến rối loạn cương dương.

Các thủ thuật cắt đốt, xạ trị có thể gây ra bất lực ở nam giới.

Bệnh nhân đái tháo đường dễ bị bất lực hơn người khác. Điều này đặc biệt chính xác ở các đối tượng có đường huyết không kiểm soát. Các đối tượng có những biến chứng củađái tháo đườngcũng vậy.

Ở nam giới mắcbệnh thận mạn tính, việc bất lực rất thường gặp, đặc biệt là trong giai đoạn cần chạy thận. Việc chạy thận có thể cải thiện phần nào bất lực, tuy nhiên vẫn sẽ không thể trở lại như bình thường. Ghép thận có thể phục hồi sinh lực nam giới, tuy nhiên điều này không đảm bảo 100%. Bất lực cũng không phải là một chỉ định khiến bác sĩ ưu tiên ghép thận cho bệnh nhân.

Hầu hết các loạithuốc chống trầm cảmđều có thể gây ra bất lực ở nam giới.

Một số loại thuốc lợi tiểu, như lợi tiểu giữ Kali hay Thiazide có thể gây ra bất lực.

Một số loại gây ra bất lực như methyldopa, chẹn canxi, ức chế men chuyển hóa…

Một loại thuốc giúp giảm triệu chứng ở bệnh nhân bị cảm cúm, sổ mũi… hoặc bệnh lý dạ dày, trào ngược…

Không chỉ thuốc chống trầm cảm, kể cả trầm cảm hay stress cũng gây ra bất lực ở nam giới.

Việc tổn thương sọ não như đột quỵ, cột sống,tủy sống, lú lẫn cũng gây ra bất lực.

Tổn thương các dây thần kinh từ tủy sống đến dương vật cũng gây ra bất lực. Do đó, bất lực cũng có thể xuất hiện sau chấn thương, phẫu thuật vùng khung chậu (bụng dưới, mông), tuyến tiền liệt.

Việc đạp, ngồi xe đạp, xe máy thường xuyên có thể gây ra bất lực ở nam giới. Dù rằng bằng chứng y học không quá rõ ràng, tuy nhiên việc ngồi quá lâu có thể làm các dây thần kinh, mạch máu vùng mông, tầng sinh môn (vùng nằm giữa hậu môn và dương vật) bị chèn ép. Do đó, không lạ rằng nhiều vận động viên xe đạp có triệu chứng của bất lực.

Hormone nam giới – testosterone suy giảm có thể làm giảm cương dương. Bằng chứng cho việc này là khi bổ sung testosterone ở các đối tượng thiếu hụt làm cải thiện tình trạng cương dương.

Rối loạn cương dươngcó 2 triệu chứng:

Không thể bắt đầu cương dương.

Cương dương không đủ lâu để quan hệ tình dục.

Và cụ thể hơn, triệu chứng này phải kéo dài ít nhất 6 tháng để xác định thật sự bệnh nhân có bị bất lực hay không. Nếu triệu chứng kéo dài nhưng chưa đến 6 tháng, đôi khi một chẩn đoán nghi ngờ có thể được đặt ra.

Như đã kể ở trên, có hàng loạt vấn đề liên quan đến cương dương. Do đó, khi chẩn đoán bạn bị cương dương, bác sĩ sẽ kiểm tra:

Thuốc lá, cân nặng, chế độ thể thao.

Các loại thuốc đang sử dụng.

Những bệnh lý mắc phải đã biết từ trước. Kể cả các rối loạn thần kinh nhưtrầm cảm.

Đường huyết.

Mỡ máu.

Chức năng tim mạch (điện tim đồ).

Chức năng thận, tuyến giáp.

Một số vấn đề khác nếu nghi ngờ được đặt ra.

Bác sĩ có thể đề nghị siêu âm mạch máu dương vật. Điều này giúp xác định các bệnh lý về mạch máu có hay không cũng như loại trừ những dị tật về dương vật khác.

Như đã thấy,rối loạn cương dươnglà một vấn đề phức tạp. Để xác định bệnh nhân có bị bất lực hay không thì khá đơn giản, chỉ cần hỏi bệnh. Tuy nhiên, để tìm nguyên nhân gây ra bất lực thì không phải dễ dàng. Điều này cần kết hợp nhiều bác sĩ thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau:

Tiết niệu/Nam khoa.

Nội tiết.

Tim mạch.

Tâm thần, tâm lý.

Hầu hết các trường hợp điều trị bất lực cần kết hợp:

Điều chỉnh lối sống tích cực hơn.

Trị liệu tốt các bệnh lý khác liên quan.

Cải thiện tâm lý tình dục.

Thông thường, thuốc sẽ được sử dụng trong hầu hết các trường hợp bất lực.

Các loại thuốc tăng lưu lượng máu đến dương vật thường được bệnh nhân tự sử dụng hơn là được bác sĩ kê toa. Cái tên chúng ta thường biết đến nhất chính làViagra (hoạt chất là Sildenafil).

Viagra là thuốc nhóm phosphodiesterase-5 thường dùng để chữa rối loạn cương dương. Thuốc này thường có tác dụng kéo dài 30 – 120 phút. Đối với loại thuốc này, tối đa bệnh nhân chỉ có thể uống 100mg mỗi ngày.

Nhưng cần chú ý, nam giới trên 65 tuổi phải tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi dùng do có thể gây tổn thương gan, thận cũng như tương tác với một số loại thuốc hay được kê toa khác.

Đau đầu.

Đỏ mặt.

Khó tiêu hóa.

Nghẹt mũi.

Mắt nhìn thấy các màu sắc bất thường.

Đáng chú ý, nếu chẳng may bạn bị đau tim sau khi dùng thuốc này, hãy khai báo ngay với bác sĩ. Điều này sẽ cứu mạng của bạn đấy.

Video chia sẻ nhưng lưu ý quan trọng về thuốc cường dương Viagra:

Biên tập bởi:Thạc sĩ, Dược sĩ Phan Tiểu Long

Khi xác định bệnh nhân có thiếu hụt nội tiết tố nam giới thì việc bổ sung mới mang lại hiệu quả. Nó có thể dùng chung với Sildenafil.

Việc được tư vấn cởi mở về tình dục có thể giúp bạn đỡ mặc cảm và stress. Và rõ ràng điều này mang lại hiệu quả tốt.

Chỉ thật sự mang lại hiệu quả khi có bất thường về cấu trúc hay có chấn thương dương vật.

Rối loạn cương dươnglà một bệnh lý thường gặp ở nam giới. Càng lớn tuổi càng dễ dàng bị bất lực. Có rất nhiều nguyên nhân gây ra bất lực. Do đó, dù rất dễ dàng chẩn đoán nhưng bạn cũng cần được xét nghiệm để tìm nguyên nhân gây ra vấn đề này. Điều trị rối loạn cương dương không khó, tuy nhiên bạn nên đến gặp bác sĩ để nhận được tư vấn. Việc lạm dụng thuốc sẽ mang đến những hậu quả khó lường.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-dang-co-the-nguyen-nhan-trieu-chung-va-phuong-phap-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Khái niệm về rối loạn dạng cơ thể

Nguyên nhân của rối loạn dạng cơ thể

Triệu chứng của rối loạn dạng cơ thể

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Các yếu tố nguy cơ của rối loạn

Những biến chứng của rối loạn

Cách phòng bệnh

Phương pháp điều trị rối loạn

Rối loạn dạng cơ thể là một trong những rối loạn tâm thần không hề hiếm gặp. Đôi khi, chúng ta mắc phải chứng bệnh này nhưng vẫn không phát hiện. Vì vậy nên việc điều trị trở nên chậm trễ làm cho chúng ta tốn kém khá nhiều. Vậy rối loạn tâm thần này có đặc điểm như thế nào? Nguyên nhân gì gây nên? Phương pháp điều trị ra sao? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của ThS.BS chuyên khoa Tâm thần Nguyễn Trung Nghĩa.

Rối loạn dạng cơ thể còn có tên tiếng Anh là Somatoform Disorder. Đây là một dạng bệnh tâm thần gây ra một hoặc nhiều triệu chứng cơ thể, bao gồm cả đau.

Các triệu chứng có thể có hoặc không thể xác định nguyên nhân thực thể bao gồm các tình trạng bệnh lý chung, các bệnh tâm thần khác hoặc lạm dụng chất kích thích. Nhưng bất kể, chúng gây ra mức độ đau khổ quá mức và không cân xứng.

Xem thêm:Hiện tượng Déjà vu và những thông tin thú vị xung quanh hiện tượng này

Rối loạn dạng cơ thểxảy ra khi một người nào đó cảm thấy lo lắng quá mức về các triệu chứng của cơ thể. Chẳng hạn như đau, mệt mỏi. Những người có cảm xúc hoặc hành động quá mức do bệnh lý này có thể ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày.

Một người bịrối loạn dạng cơ thểhoàn toàn không phải là giả bệnh. Sự đau đớn và các rối loạn khác về thể chất là thực sự. Chúng có thể xuất phát từ một một nguyên nhân y khoa nào đó. Thông thường, nguyên nhân thực thể sẽ không được xác định chính xác. Vấn đề chủ chốt trong rối loạn này là những hành vi mang tính chất cực đoan.

Rối loạn dạng cơ thểthường bắt đầu trước thời điểm 30 tuổi. Bệnh lý này thường xảy ra ở phụ nữ nhiều hơn so với đàn ông. Hiện nay, nguyên nhân của bệnh lý này vẫn chưa được xác định rõ ràng. Một số yếu tố sau đây có thể được nhiều sự tán thành:

Các yếu tố di truyền và sinh học, chẳng hạn như tăng nhạy cảm với cơn đau.

Ảnh hưởng của gia đình, có thể là di truyền hoặc môi trường, hoặc cả hai.

Đặc điểm tính cách của sự tiêu cực, có thể ảnh hưởng đến cách bạn xác định và nhận thức bệnh tật cũng như các triệu chứng cơ thể.

Giảm nhận thức về hoặc các vấn đề xử lý cảm xúc, khiến các triệu chứng thể chất trở thành trọng tâm hơn là các vấn đề cảm xúc.

Hành vi học được. Ví dụ, sự chú ý hoặc những lợi ích khác có được khi bị ốm. Hoặc “hành vi đau” để phản ứng với các triệu chứng. Chẳng hạn như tránh hoạt động quá mức, có thể làm tăng mức độ tàn tật của bạn.

Các triệu chứng củarối loạn dạng cơ thểcó thể là:

Cảm giác cụ thể, chẳng hạn như đau hoặc khó thở.

Các triệu chứng chung hơn, chẳng hạn như mệt mỏi hoặc suy nhược

Một số triệu chứng không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân y tế nào có thể được xác định. Hoặc liên quan đến một tình trạng y tế như ung thư hoặc bệnh tim, nhưng quan trọng hơn những gì thường được mong đợi

Một triệu chứng duy nhất, nhiều triệu chứng hoặc các triệu chứng khác nhau

Đau là triệu chứng phổ biến nhất, nhưng bất kể triệu chứng của bạn là gì. Người bệnh có những suy nghĩ, cảm xúc hoặc hành vi quá mức liên quan đến những triệu chứng đó. Nó gây ra các vấn đề nghiêm trọng, gây khó khăn cho hoạt động và đôi khi có thể gây tàn phế.

Xem thêm:Chứng sợ khoảng rộng: Tại sao bạn trở nên hoảng loạn?

Những suy nghĩ, cảm xúc và hành vi náy có thể bao gồm:

Lo lắng thường xuyên về bệnh tật tiềm ẩn.

Xem các cảm giác thể chất bình thường là dấu hiệu của bệnh thể chất nặng.

Lo sợ rằng các triệu chứng nghiêm trọng, ngay cả khi không có bằng chứng.

Nghĩ rằng các cảm giác thể chất đang đe dọa hoặc có hại.

Cảm thấy rằng việc đánh giá và điều trị y tế chưa được đầy đủ.

Lo sợ rằng hoạt động thể chất có thể gây hại cho cơ thể của bạn.

Liên tục kiểm tra cơ thể của bạn để tìm bất thường.

Các cuộc thăm khám sức khỏe thường xuyên không làm giảm bớt mối quan tâm của bạn hoặc khiến chúng trở nên tồi tệ hơn.

Không đáp ứng với điều trị y tế hoặc nhạy cảm bất thường với tác dụng phụ của thuốc.

Bị suy giảm nghiêm trọng hơn mức bình thường dự kiến do tình trạng bệnh lý.

Đối với rối loạn thuộc về dạng cơ thể, điều quan trọng hơn hết là cách bạn diễn giải và phản ứng với các triệu chứng. Cũng như cách chúng tác động đến cuộc sống hàng ngày của bạn.

Bởi vì các triệu chứng thực thể có thể liên quan đến các vấn đề y tế, điều quan trọng là phải được đánh giá bởi các bác sĩ chuyên khoa. Nếu các bác sĩ tin rằng bạn có thể bịrối loạn dạng cơ thể, họ có thể giới thiệu bạn đến chuyên gia sức khỏe tâm thần.

Những yếu tố nguy cơ của rối loạn tâm thần này bao gồm:

Lo lắng hoặc trầm cảm

Có một tình trạng sức khỏe hoặc đang hồi phục sau một

Có nguy cơ phát triển một tình trạng y tế, chẳng hạn như có tiền sử gia đình mắc bệnh

Trải qua các sự kiện căng thẳng trong cuộc sống, chấn thương hoặc bạo lực

Đã từng trải qua chấn thương trong quá khứ, chẳng hạn như lạm dụng tình dục thời thơ ấu.

Trình độ học vấn và tình trạng kinh tế xã hội thấp hơn.

Những biến chứng của rối loạn tâm thần này bao gồm:

Sức khỏe kém.

Một số vấn đề hoạt động trong cuộc sống hàng ngày, bao gồm cả khuyết tật về thể chất.

Các vấn đề với các mối quan hệ.

Các vấn đề trong công việc hoặc thất nghiệp.

Những rối loạn sức khỏe tâm thần khác, chẳng hạn như lo lắng, trầm cảm và rối loạn nhân cách.

Tăng nguy cơ tự tử liên quan đến trầm cảm.

Vấn đề tài chính do đi khám sức khỏe quá nhiều.

Để phòng bệnh, chúng ta có thể thực hiện theo những khuyến nghị sau:

Nếu bạn gặp vấn đề về lo âu hoặc trầm cảm, hãy tìm kiếm sự trợ giúp chuyên nghiệp càng sớm càng tốt.

Học cách nhận biết khi nào bạn căng thẳng và điều này ảnh hưởng đến cơ thể bạn như thế nào. Đồng thời nên thường xuyên thực hành các kỹ thuật thư giãn và quản lý căng thẳng.

Nếu bạn nghĩ rằng bạn bị rối loạn dạng cơ thể, hãy điều trị sớm để giúp ngăn chặn các triệu chứng trở nên tồi tệ hơn. Tránh để rối loạn làm giảm chất lượng cuộc sống của bạn.

Gắn bó với kế hoạch điều trị của bạn để giúp ngăn ngừa tái phát hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng.

Mối quan hệ bác sĩ – bệnh nhân bền chặt là chìa khóa để nhận được trợ giúp vềrối loạn dạng cơ thể. Gặp gỡ một bác sĩ chuyên khoa có kinh nghiệm điều trị rối loạn này. Việc này có thể giúp hạn chế các xét nghiệm và điều trị không cần thiết.

Trọng tâm của việc điều trị là cải thiện hoạt động hàng ngày, không phải quản lý các triệu chứng. Giảm căng thẳng thường là một phần quan trọng để bạn khỏe hơn. Tư vấn cho gia đình và bạn bè cũng có thể hữu ích. Một số phương pháp khác thường được áp dụng bao gồm:

Tìm những phương pháp nhằm giảm bớt căng thẳng và lo lắng về các triệu chứng.

Nhận ra những gì làm cho cảm giác đau hoặc các triệu chứng khó chịu khác trở nên tồi tệ hơn.

Sống năng động và lạc quan, ngay cả khi bạn vẫn bị đau hoặc các triệu chứng khó chịu khác.

Liệu pháp nhận thức hành vi có thể giúp làm giảm các triệu chứng liên quan đến rối loạn. Liệu pháp tập trung vào việc sửa chữa:

Suy nghĩ lệch lạc.

Niềm tin phi thực tế.

Các hành vi gây lo lắng về sức khỏe.

Hy vọng những thông tin trong bài viết sẽ giúp bạn đọc hiểu rõ hơn vềrối loạn dạng cơ thể. Từ đó, các bạn sẽ nhận biết sớm mình có bị rối loạn này hay không. Đồng thời có hướng điều trị hoặc những biện pháp phòng bệnh phù hợp.

Tham khảo thêm:Làm sao phát hiện sớm ý định tự tử?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-dien-giai/

Nội dung bài viết

Rối loạn điện giải là gì?

Phân loại và nguyên nhân rối loạn điện giải

Triệu chứng rối loạn điện giải

Điều trị tại nhà có được không? Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán rối loạn điện giải

Điều trị rối loạn điện giải

Rối loạn điện giải có thể hiểu là tình trạng mất cân bằng các khoáng chất cho cơ thể. Tình trạng này có thể gây ra các triệu chứng từ nhẹ đến nghiêm trọng. Tuy nhiên, các triệu chứng thường không đặc hiệu và thường khó nhận biết. Vậy có những vấn đề nào liên quan đến rối loạn điện giải? Nguyên nhân và cách điều trị như thế nào? Những dấu hiệu nào giúp nhận biết tình trạng rối loạn điện giải? Tất cả sẽ được Thạc sĩ, Bác sĩ Võ Đình Bảo Văn giải đáp qua bài viết ngay dưới đây. Mời bạn cùng theo dõi nhé!

Lượng nước trong toàn bộ cơ thể chiếm khoảng 60% trọng lượng cơ thể ở nam, và 50% trọng lượng cơ thể ở nữ. Trong đó, 2/3 lượng nước này là dịch chứa bên trong các tế bào, 1/3 còn lại là dịch ngoài tế bào. Một phần tư (1/4) thể tích dịch ngoài tế bào là huyết tương trong cácmạch máu, đây được gọi là thể tích tuần hoàn hiệu quả.1

Huyết tương là một hỗn dịch có màu vàng nhạt với 91% là nước, 7% làprotein, và các thành phần khác nhưchất điện giải, chất dinh dưỡng, các khí hòa tan, sản phẩm bài tiết, hormone và các chất men chiếm 2%. Thể tích và thành phần của các chất có trong huyết tương được duy trì tương đối hằng định.2

Tổng lượng các chất điện giải chiếm 0.75% huyết tương, tồn tại dưới dạng các ion, gồm:

Ion dương: Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺

Ion âm: Cl⁻, HCO3⁻, H2PO4⁻, HPO4²⁻

Các chất điện giải là những chất có thể hòa tan trong dịch cơ thể, tạo ra các ion mang điện tích âm và điện tích dương. Các khoáng chất này có vai trò rất quan trọng đối với cơ thể vì chúng giúp thực hiện các chức năng thần kinh, cơ bắp, giúp giữ cân bằng lượng dịch trong cơ thể, điều hòa huyết áp và pH máu.

Như đã đề cập ở trên, có nhiều loại chất điện giải khác nhau trong cơ thể. Trong đó, mỗi chất điện giải đều có những chức năng và vai trò riêng:

Natri (Na⁺): Natri giúp kiểm soát cân bằng dịch trong cơ thể, tác động lên việc điều hòa huyết áp và cần thiết cho chức năng thần kinh và co cơ.

Kali (K⁺): Kali đặc biệt quan trọng để điều chỉnh chức năng tim. Nó cũng giúp duy trì hoạt động dẫn truyền thần kinh và cơ bắp khỏe mạnh.

Clorua (Cl⁻): Đóng vai trò quan trọng việc điều chỉnh cân bằng dịch của cơ thể, cân bằng nồng độ acid và base trong máu, giúp duy trì độ pH máu ở mức bình thường và cần thiết cho tiêu hóa.

Canxi(Ca⁺⁺): Canxi là một khoáng chất quan trọng mà cơ thể bạn sử dụng để ổn định huyết áp và kiểm soát sự co cơ xương. Nó cũng được sử dụng để hình thành và giúp xương, răng chắc khỏe.

Magie (Mg⁺⁺): Magie là nguyên tố quan trọng đảm bảo cho quá trình co cơ, điều hòa nhịp tim và dẫn truyền thần kinh diễn ra hiệu quả.

Phosphate (H2PO4⁻, HPO4²⁻):Thận, xương và ruột có tác dụng cân bằng lượng phosphate trong cơ thể. Phosphate cần thiết cho nhiều chức năng khác nhau như tổng hợp các thành phần chủ yếu của tế bào như protein, carbohydrate, phospholipid, tạo năng lượng, co cơ, dẫn truyền thần kinh, tạo xương, đồng thời có môi tương quan chặt chẽ với canxi.

Bicarbonate (HCO3⁻): giúp cân bằng nồng độ pH trong máu và điều chỉnh chức năng cơ tim.

Rối loạn điện giải, hay còn gọi là tình trạng mất cân bằng các chất điện giải, là thuật ngữ đề cập đến sự dao động của nồng độ các chất điện giải trong dịch cơ thể.

Rối loạn điện giải xảy ra khi nồng độ chất điện giải trong cơ thể tăng quá cao hoặc giảm quá thấp. Các chất điện giải cần được duy trì ở trạng thái cân bằng để cơ thể hoạt động tốt. Nếu không, các hệ thống quan trọng của cơ thể có thể bị ảnh hưởng.

Sự tăng cao hay giảm thấp của nồng độ các các chất điện giải đều sẽ phá vỡ chức năng của tế bào, bằng cách thay đổi điện thế của tế bào. Từ đó có thể dẫn đến nhiều biến chứng khác nhau, thậm chí có thể đe dọa tính mạng như hôn mê, co giật và ngưng tim.

Các tình trạng gây ra bởi sự mất cân bằng nồng độ các chất điện giải bao gồm:

Natri:tăng natri máuvàhạ natri máu.

Kali: tăng kali và hạ kali máu.

Clorua: tăng clo và hạ clo máu.

Calci:tăng canxi máuvàhạ canxi máu.

Magne: tăng magie và hạ magie máu.

Phosphate: tăng phosphate và hạ phosphate máu.

Rối loạn điện giải thường do mất quá nhiều dịch trong cơ thể, do tình trạng nôn ói kéo dài,tiêu chảyhoặc đổ mồ hôi quá mức. Chúng cũng có thể xảy ra do mất dịch cơ thể do bịbỏng.

Một số loại thuốc cũng có thể gây rối loạn điện giải như thuốc lợi tiểu,corticosteroid, thuốc chống động kinh… Trong một số trường hợp, các tình trạng bệnh lý như tổn thương thận cấp hoặc mạn tính cũng có thể là nguyên nhân gây ra rối loạn điện giải.

Nguyên nhân chính xác có thể khác nhau tùy thuộc vào loại rối loạn điện giải cụ thể.

Tăng natri máu, hay nồng độ natri máu tăng cao bất thường, có thể do:

Uống không đủ nước, giảm cảm giác khát.

Mất nướcnghiêm trọng.

Một số bệnh lý:đái tháo nhạt, bệnh lý chủ mô thận.

Mất quá nhiều dịch trong cơ thể do nôn ói kéo dài, tiêu chảy, đổ mồ hôi quá mức, bỏng.

Một số loại thuốc như lợi tiểu quai, corticosteroid, dịch truyền chứa NaHCO3…

Nguyên nhân phổ biến của tình trạng hạ natri máu (nồng độ natri máu thấp) bao gồm:

Nôn mửa hoặc tiêu chảy.

Dinh dưỡng kém.

Nghiện rượu.

Quá tải dịch.

Suy giáp, suy thượng thận thứ phát, rối loạn chức năngvùng hạ đồi.

Xơ gan,suy timhoặchội chứng thận hư.

Một số loại thuốc, bao gồm thuốc lợi tiểu nhóm thiazide và thuốc chống động kinh.

Hội chứng tăng tiết hormone chống bài niệu không thích hợp (SiADH).

Nguyên nhântăng kali máubao gồm:

Mất nước nghiêm trọng.

Suy thận.

Nhiễm toan nặng:nhiễm toan cetondođái tháo đường.

Suy tuyến thượng thận nguyên phát.

Một số loại thuốc: thuốc huyết áp (ức chế men chuyển, chẹn thụ thể angiotensin II), thuốc lợi tiểu giữ kali (spironolactone, amiloride…).

Nguyên nhânhạ kali máu:

Chế độ ăn không đầy đủ.

Nôn óihoặc tiêu chảy nghiêm trọng.

Một số tình trạng bệnh lý:cường giáp,cường aldosterone nguyên phát, tăng sản thượng thận bẩm sinh, đột biến gen (hội chứng Bartter, Gitelman, Liddle, Fanconi).

Một số loại thuốc: thuốc nhuận tràng, thuốc lợi tiểu quai, lợi tiểu thiazide và corticosteroid.

Tình trạng tăng clo máu có thể do:

Mất nước nghiêm trọng.

Suy thận.

Lọc máu.

Nguyên nhân giảm hạ clo máu:

Xảy ra thứ phát do các rối loạn về natri, kali trong cơ thể.

Bệnh xơ nang.

Rối loạn ăn uốngnhư tình trạng chán ăn tâm thần.

Bọ cạp đốt.

Suy thận cấp.

Nguyên nhân tăng canxi máu bao gồm:

Cường cận giáp nguyên phát.

Suy thận.

Bệnh phổi:lao phổihoặcbệnh sarcoidosis.

Một số loại ung thư:ung thư phổivàung thư vú…

Sử dụng quá nhiều thuốc kháng acid dạ dày, thuốc bổ sung canxi hoặcvitamin D.

Sử dụng các loại thuốc như lithium, theophylline.

Nguyên nhân hạ canxi máu:

Suy thận.

Suy tuyến cận giáp.

Thiếu vitamin D.

Viêm tụy.

Ung thư tuyến tiền liệt.

Hội chứng kém hấp thu.

Một số loại thuốc: heparin, thuốc điều trị loãng xương và thuốc chống động kinh.

Nguyên nhân gây tăng magie máu có thể do:

Bệnh Addison.

Suy thận mạn giai đoạn cuối.

Nguyên nhân hạ magie máu:

Nghiện rượu.

Suy dinh dưỡng.

Hội chứng kém hấp thu.

Tiêu chảy mãn tính.

Tăng tiết mồ hôiquá mức.

Suy tim.

Một số loại thuốc: một số thuốc lợi tiểu vàkháng sinh.

Tăng phosphat máu có thể xảy ra do:

Nồng độ canxi máu thấp.

Bệnh thận mạn.

Suy tuyến cận giáp.

Chấn thương cơ nghiêm trọng.

Hội chứng ly giải khối u.

Sử dụng quá nhiều thuốc nhuận tràng có chứa phosphate.

Giảm phosphate máu có thể xảy ra do:

Lạm dụng rượu cấp tính.

Vết bỏng nặng.

Nhịn đói.

Thiếu vitamin D.

Cường tuyến cận giáp.

Một số loại thuốc: điều trị bù sắt bằng đường tĩnh mạch, niacin (niacor, niaspan) và một số thuốc kháng acid dạ dày.

Các triệu chứng của tình trạng rối loạn điện giải có thể tùy theo từng loại rối loạn.

Các triệu chứng lâm sàng của tăng natri máu chủ yếu là các triệu chứng thần kinh do mất nước trong tế bào não. Mức độ nặng của các triệu chứng phụ thuộc mức độ tăng và tốc độ tăng natri máu:3

Tăng natri máu cấp (< 48h): buồn nôn, nôn ói, mệt mỏi, nặng hơn có thể gây rối loạn tri giác, ngủ gà, bứt rứt, co giật, hôn mê. Một số trường hợp có thể xuất huyết não,xuất huyết dưới nhện(do tế bào não bị mất nước gây teo não, làm đứt mạch máu não).

Tăng natri máu mạn (> 48h): có sự thích nghi của não với tình trạngtăng áp lực thẩm thấu máunên các ít triệu chứng (mệt mỏi, rung giật nhãn cầu…) hoặc không có triệu chứng.

Các triệu chứng theo từng mức độ, bao gồm:4

Mức độ trung bình – nặng: buồn nôn nhưng không nôn, lú lẫn, nhức đầu.

Mức độ nặng: Nôn ói, ngủ gà, động kinh, hôn mê, suy hô hấp tuần hoàn.

Nồng độ Kali máu tăng càng nhanh, triệu chứng càng nặng.

Thần kinh cơ: mệt mỏi, dị cảm, mất phản xạ, liệt.

Rối loạn nhịp tim: nhịp chậm có thể dẫn đến vô tâm thu, kéo dài dẫn truyền nhĩ thất dẫn đến block nhĩ thất hoàn toàn, vàrung thất.

Hạ kali máu nhẹ: thường không có triệu chứng, trừ khi kali máu giảm nhanh hoặc bệnh nhân có một yếu tố làm nặng thêm, chẳng hạn như rối loạn nhịp tim do sử dụng thuốcdigoxin.

Hạ kali máu nặng:

Thường có các triệu chứng không đặc hiệu như yếu cơ toàn thân: Yếu cơ thường bắt đầu ở chi dưới, tiến triển đến thân và chi trên, và có thể nặng hơn đến mức liệt, gây suy hô hấp.

Mệt mỏi.

Triệu chứng đường tiêu hóa:táo bón, buồn nôn, nôn, chán ăn.

Các triệu chứng bao gồm:

Rối loạn tâm thần kinh: lo lắng,trầm cảm, rối loạn trị giác như ngủ gà, lú lẫn, lơ mơ,hôn mê.

Rối loạn tiêu hóa: táo bón, chán ăn, buồn nôn.

Sỏi thận.

Toan hoá ống thận.

Suy thận.

Rối loạn nhịp tim,tăng huyết ápvà bệnh cơ tim.

Yếu cơ, đau xương.

Triệu chứng thần kinh: tê, dị cảm, vọp bẻ, cơn động kinh, dấu Chvostek, dấu Trousseau, rối loạn tri giác.

Nuốt khó.

Thay đổi da, móng: da khô, móng dễ gãy,thiểu sản men răng.

Đục thủy tinh thể.

Suy tim.

Buồn nôn, nôn ói.

Suy giảm nhận thức.

Hạ huyết áp.

Đau đầu, đỏ bừng mặt.

Co cơ mặt.

Buồn nôn, nôn ói.

Tăng phản xạ gân xương.

Táo bón.

Rối loạn nhịp tim.

Tăng phosphate máu thường không có triệu chứng rõ ràng. Các dấu hiệu đáng chú ý thường là triệu chứng của tình trạng bệnh lý gây tăng nồng độ phosphate máu.

Phần lớn hạ phosphate máu nhẹ không có triệu chứng. Các triệu chứng có thể không xuất hiện cho đến khi nồng độ phosphate giảm xuống rất thấp.

Khi các triệu chứng xảy ra, chúng có thể bao gồm:

Yếu cơ.

Mệt mỏi, chán ăn.

Đau xương, gãy xương.

Cáu gắt.

Trẻ chậm phát triển về chiều cao.

Mất cân bằng clorua hầu hết không có triệu chứng. Trong trường hợp nồng độ clorua quá cao hay quá thấp, có thể nhận thấy các triệu chứng mơ hồ như lú lẫn, hoặc phù.

Rối loạn bicarbonate thường xuất hiện với đau đầu, mệt mỏi và bất kỳ triệu chứng nào khác liên quan đến tình trạng rối loạn acid-base tiềm ẩn.

Rối loạn điện giải có thể nguy hiểm đến tính mạng. Và vì các triệu chứng của các rối loạn điện giải hầu như không đặc hiệu. Do đó nếu nghi ngờ, bạn không nên tự ý điều trị tại nhà mà cần đến gặp bác sĩ để thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán và được điều trị thích hợp. Đặc biệt, cần liên hệ cấp cứu khi xuất hiện các triệu chứng sau:

Lú lẫn hoặc thay đổi hành vi một cách đột ngột.

Yếu cơ nghiêm trọng.

Nhịp tim nhanhhoặc không đều.

Co giật.

Đau ngực.

Để chẩn đoán bất kỳ sự mất cân bằng các chất điện giải nào, thì việc xem xét kỹ lưỡng tiền sử bệnh của bệnh nhân thường rất cần thiết. Đáng chú ý, việc xem xét các loại thuốc mà bệnh nhân sử dụng (ví dụ, thuốc lợi tiểu nhưfurosemide, thiazide hoặc kháng sinh như amphotericin B) là chìa khóa để chẩn đoán. Vì chúng thường là nguyên nhân gây mất cân bằng điện giải.

Bác sĩ sẽ khám lâm sàng để tìm một số triệu chứng đặc hiệu, hoặc yêu cầu các xét nghiệm bổ sung để xác nhận một rối loạn điện giải nghi ngờ. Các xét nghiệm bổ sung này sẽ khác nhau tùy thuộc vào từng tình trạng bệnh lý cụ thể.

Ví dụ, tăng natri máu có thể làm da mất tính đàn hồi do mất nước đáng kể. Bác sĩ có thể thực hiện khám dấu véo da để xác định xem có tình trạng mất nước hay không. Họ cũng có thể kiểm tra phản xạ gân xương của bạn. Vì cả tình trạng tăng và giảm nồng độ của một số chất điện giải (canxi, magie…) đều có thể ảnh hưởng đến phản xạ.

Điện tâm đồ (ECG) cũng có thể hữu ích để kiểm tra các tình trạng rối loạn nhịp tim, hoặc những thay đổi trên ECG do các rối loạn điện giải gây ra.

Mộtxét nghiệm máuđơn giản có thể được sử dụng để đo nồng độ các chất điện giải trong cơ thể. Bên cạnh đó, xét nghiệm máu để kiểm tra chức năng thận cũng rất quan trọng.

Điều trị rối loạn điện giải thường khác nhau, tùy thuộc vào loại rối loạn điện giải và nguyên nhân gây ra nó. Nhưng nhìn chung, có một số phương pháp điều trị được sử dụng để khôi phục lại sự cân bằng các chất điện giải trong cơ thể. Bao gồm:

Dịch truyền tĩnh mạch, cụ thể là dung dịch natri clorua, có thể giúp bù nước cho cơ thể. Phương pháp điều trị này thường được áp dụng trong trường hợp mất nước do nôn ói, hoặc tiêu chảy. Các chất giúp bổ sung chất điện giải có thể được thêm vào dịch truyền tĩnh mạch để điều chỉnh sự thiếu hụt (kali, magie, canxi…).

Thuốc tiêm tĩnh mạch có thể giúp cơ thể khôi phục lại sự cân bằng điện giải một cách nhanh chóng. Chúng cũng có thể bảo vệ cơ thể tránh những tác động tiêu cực khi đang điều trị bằng phương pháp khác.

Tùy thuộc vào tình trạng rối loạn điện giải mà người bệnh mắc phải mà sẽ có nhiều loại thuốc khác nhau được sử dụng. Các loại thuốc này bao gồm canxi gluconate, magne clorua, kali clorua hay natri bicarbonate.

Thuốc uống và thực phẩm bổ sung thường được sử dụng để điều chỉnh các tình trạng tối loạn điện giải mạn tính trong cơ thể. Điều này thường phổ biến ở những bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh thận.

Tùy thuộc vào tình trạng rối loạn điện giải mà người bệnh có thể sử dụng các loại thuốc hoặc chất bổ sung như:

Canxi (gluconate, carbonate, citrate, hoặc lactate).

Magne.

Kali Clorua.

Chất gắn kết phosphate, bao gồm sevelamer hydrochloride (renagel), lantan (fosrenol).

Chúng có thể giúp bổ sung các chất điện giải đã cạn kiệt trong thời gian ngắn hoặc dài hạn, tùy thuộc vào nguyên nhân bên dưới gây ra rối loạn này. Khi sự mất cân bằng về các chất điện giải đã được điều chỉnh, bác sĩ sẽ điều trị nguyên nhân bên dưới.

Chạy thận nhân tạo là một phương pháp được sử dụng để loại bỏ các chất độc ra khỏi cơ thể.

Chạy thận nhân tạo có thể được sử dụng khi rối loạn điện giải do tổn thương thận cấp tính và các phương pháp điều trị khác không hiệu quả. Bác sĩ cũng có thể quyết định điều trị chạy thận nhân tạo, nếu vấn đề rối loạn điện giải đã trở nên đe dọa tính mạng.

Trên đây là những thông tin về tình trạngrối loạn điện giải. Để phòng ngừa tình trạng này, người bệnh hãy luôn uống đủ nước nếu bị nôn ói, tiêu chảy hoặc đổ mồ hôi quá mức. Bên cạnh đó, bệnh nhân nên đến gặp bác sĩ nếu cảm thấy xuất hiện các triệu chứng của tình trạng rối loạn điện giải. Nếu rối loạn điện giải do thuốc hoặc các bệnh lý có từ trước, bác sĩ sẽ điều chỉnh thuốc và điều trị nguyên nhân. Điều này sẽ giúp ngăn ngừa sự mất cân bằng điện giải trong tương lai.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-giac-ngu-va-nhung-dieu-nen-biet/

Nội dung bài viết

Rối loạn giấc ngủ là gì?

Bạn có mắc rối loạn giấc ngủ không?

Các loại rối loạn giấc ngủ

Chẩn đoán rối loạn giấc ngủ như thế nào?

Điều trị rối loạn giấc ngủ như thế nào?

Sau một ngày học tập, làm việc vất vả, một giấc ngủ ngon sẽ giúp cho cơ thể chúng ta hồi phục lại năng lượng và sẵn sàng tiếp cho công việc của ngày hôm sau. Trong cuộc sống hiện đại, cùng với những lo âu, bận rộn, chứng rối loạn giấc ngủ ngày càng trở nên phổ biến và ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của chúng ta. Vậy bạn đã hiểu gì về rối loạn giấc ngủ? Hãy cùng tìm hiểu ở bài viết sau của Bác sĩ Nguyễn Đào Uyên Trang nhé!

Rối loạn giấc ngủ là một tình trạng xảy ra khi chất lượng cũng như số lượng thời gian ngủ của bạn không còn đạt được yêu cầu như mong muốn. Hầu hết chúng ta khi gặp những khó khăn trong cuộc sống, khi đó giấc ngủ của chúng ta thường không được ngon giấc. Tuy nhiên, những vấn đề này xảy ra thường xuyên có thể gây ra chứng rối loạn mất ngủ.

Trong một số trường hợp, rối loạn giấc ngủ có thể là triệu chứng của một tình trạng bệnh lý y khoa hoặc tình trạng của một bệnh lý tâm thần như trầm cảm, lo âu…

Để xem giấc ngủ của bạn có bị rối loạn không. Bạn hãy thử trả lời những câu hỏi sau:

Bạn có cảm thấy khó chịu, bực tức hoặc buồn ngủ vào ban ngày không?

Bạn có thể duy trì sự tỉnh táo để ngồi làm việc, xem tivi hoặc đọc sách không?

Bạn cảm thấy mệt mỏi và buồn ngủ khi làm việc hoặc lái xe?

Những người khác có thường nói rằng trông bạn có vẻ mệt mỏi và thiếu sức sống?

Bạn cảm thấy khó tập trung không?

Bạn làm việc gì cũng chậm chạp?

Bạn dễ cáu gắt và khó kiểm soát cảm xúc của mình?

Bạn cần những thức uống như cà phê, trà, nước tăng lực để giúp tỉnh táo làm việc?

Có rất nhiều kiểu rối loạn giấc ngủ khác nhau. Sau đây là một số kiểu rối loạn giấc ngủ thường gặp:

Đây là một thuật ngữ để chỉ trạng thái khó đi vào giấc ngủ hoặc khó duy trì giấc ngủ. Có 2 loạimất ngủ: mất ngủ thoáng qua và mất ngủ mãn tính:

Loại mất ngủ này thường xảy ra sau một sự kiện khó khăn hoặc căng thẳng trong cuộc sống như mất việc, mất người thân. Mất ngủ thoáng qua có thể xảy ra khi bạn thay đổi giờ giấc làm việc hoặc thay đổi múi giờ sinh học khi bạn chuyển từ vùng này sang vùng khác, đất nước này sang đất nước khác. Đôi khi, cũng rất khó khăn để xác định nguyên nhân mất ngủ này là gì.

Mất ngủ mãn tính thường đặc trưng bởi khó đi vào giấc ngủ hoặc duy trì giấc ngủ, cảm thấy ngủ không ngon ít nhất một tháng. Và bạn thường sẽ cảm thấy mệt mỏi cả ngày. Đôi khi một số người khác sẽ có những giấc ngủ ngon xen kẽ với nhiều đêm mất ngủ.

Vệ sinh giấc ngủ kém.

Bị các bệnh về đường hô hấp liên quan đến giấc ngủ.

Mắc một số bệnh gây ảnh hưởng đến giấc ngủ: như trầm cảm, lo âu, nhược giáp…

Thay đổi nội tiết tố.

Rối loạn nhịp sinh học.

Bình thường mất ngủ được định nghĩa là khó đi và giấc ngủ hoặc duy trì giấc ngủ hay thức sớm hơn so với giấc ngủ bình thường trước đây.

Nhiều người than rằng thời gian ngủ của họ ít đi, hoặc là đang ngủ bị thức giấc giữa đêm, ngủ chập chờn không sâu giấc, có vẻ như giấc ngủ không còn được tốt như trước đây.

Mất ngủ đầu hôm

Trạng thái này còn được gọi là khó đi vào giấc ngủ, hay xảy ra ở những người lo âu hay hưng phấn. Những suy nghĩ của họ cử lặp đi, lặp lại , nghiền ngẫm những chuyện trong quá khứ hoặc vừa mới xảy ra và tìm cách để giải quyết những vấn đề. Những người này thường sẽ cảm thấy mệt mỏi nhưng đầu óc lại luôn tỉnh, khó có thể ngủ được.

Mất ngủ giữa hôm

Biểu hiện là người bệnh thường ngủ chập chờn, không sâu giấc, hay bị thức giấc giữa đêm nhưng vẫn có thể đi ngủ lại đươc (khó duy trì giấc ngủ).

Mất ngủ cuối hôm

Còn được hiểu là thức giấc sớm: Người bệnh thường than rằng họ hay bị thứ giấc vào sáng sớm và không đi ngủ lại được.

Hội chứng ngưng thở khi ngủ là một rối loạn giấc ngủ khá phổ biến. Đường thở của bạn có thể bị tắt nghẽn và khi đó bạn sẽ ngừng thở. Khi điều này xảy ra, bạn có thể sẽ ngáy to và sau khi thức dậy có thể não và cơ thể bạn bị thiếu oxy. Thông thường ngưng thở khi ngủ có thể xảy ra khoảng một đến hai lần trong một đêm. Tuy nhiên, trong những trường hợp nghiêm trọng có thể xảy ra rất nhiều lần.

Bạn có thể thức giấc giữa đêm với cảm giác khô hoặc rát họng.

Ngáy to.

Thi thoảng khi thức dậy bạn phải thở hổn hển hoặc có cảm giác nghẹt thở.

Ngày hôm sau, bạn cảm thấy vô cùng mệt mỏi, buồn ngủ, mất năng lượng.

Đôi khi bạn sẽ phải chịu đựng những cơn đau đầu.

Hội chứng chân không yênlà một rối loạn giấc ngủ gây ra cảm giác thôi thúc dường như không cưỡng lại được khiến bạn phải cử động chân khi bạn đang nghỉ ngơi. Bạn cũng có thể cảm thấy đau nhức, ngứa, nóng rát hoặc cảm giác như kiến bò trong bắp chân của mình. Đôi khi, một số trường hợp có thể cảm thấy khó chịu ở những bộ phận khác của cơ thể.

Chứng ngủ rũcó thể khiến bạn đột nhiên ngủ ở bất kì đâu, bất kì lúc nào. Thông thường. bạn sẽ không kiểm soát được lúc nào mình sẽ ngủ, ví dụ như đang ăn bạn vẫn có thể ngủ. Những người mắc chứng ngủ rũ không thể tự điều chỉnh được chu kỳ thức – ngủ của mình.

Rối loạn hành vi giấc ngủ REM là một rối loạn giấc ngủ mà trong đó bạn thường sẽ có những giấc mơ rất sinh động kèm theo những lời nói, cử động tay chân dữ dội trong khi ngủ. Điều này đôi khi gọi là hành vi diễn ra trong mơ. Rối loạn này thường sẽ tiến triển từ từ và nặng dần theo thời gian. Đồng thời, rối loạn hành vi giấc ngủ REM có thể liên quan đến các bệnh lý thần kinh khác như sa sút trí tuệ thể Lewy body,bệnh Parkinson…

Hội chứng giấc ngủ đến trễlà một rối loạn nhịp sinh học của giấc ngủ. Hội chứng này thường liên quan đến đồng hồ sinh học bên trong cơ thể bạn. Nếu bạn bị rối loạn, bạn không thể đi ngủ đúng giờ. Mà thay vào đó bạn thường ngủ trễ ít nhất một hai giờ. Thậm chí dù bạn mệt thì hôm đó bạn vẫn không thể đi ngủ sớm hơn được. Việc ngủ trễ thường làm cho bạn gặp khó khăn trong việc thức dậy đúng giờ. Điều này có thẩy gây ảnh hưởng đến công việc cũng như học tập.

Sự xuất hiện của hội chứng này rất phổ biến. Có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu ảnh hưởng đến lứa tuổi thanh thiếu niên và người trẻ.

Jet laglà sự gián đoạn tạm thời trong nhịp sinh học khi bạn di chuyển từ múi giờ này sang múi giờ khác. Các triệu chứng bao gồm ban ngày cảm thấy mệt mỏi, buồn ngủ, đau đầu, ban đêm thì bị mất ngủ. Các triệu chứng có thể càng rõ rệt hơn khi bạn trải qua chuyến bay dài và bay về hướng đông. Nói chung, thường mất một ngày trên mỗi múi giờ để điều chỉnh lại giờ giấc sinh học theo giờ địa phương. Vì vậy, nếu bạn bay từ vùng này sang vùng khác, giữa 2 vùng chênh nhau ba múi giờ, thì bạn cần 3 ngày để điều chỉnh lại giờ giấc sinh học của mình.

Bác sĩ sẽ cần bạn trả lời một số câu hỏi để biết thêm về tình trạng bệnh của bạn, đồng thời sẽ thực hiện một số thăm khám và có thể yêu cầu bạn làm xét nghiệm nếu cần:

Phương pháp này giúp đánh giá lượng oxy, sóng não, vận động của cơ thể để xác định giấc ngủ của bạn rối loạn như thế nào.

Điện não đồ: một xét nghiệm đánh giá hoạt động điện trong não và phát hiện bất kỳ vấn đề tiềm ẩn nào liên quan đến những hoạt động điện này.

xét nghiệm máu thường được sử dụng để chẩn đoán chứng ngủ rũ và các tình trạng sức khỏe tiềm ẩn khác có thể gây ra vấn đề về giấc ngủ.

Những xét nghiệm này có thể rất quan trọng trong việc xác định đúng liệu trình điều trị rối loạn giấc ngủ.

Tuy theo nguyên nhân gây ra rối loạn mất ngủ là gì mà sẽ có những cách điều trị khác nhau. Điều trị thường bao gồm sẽ kết hợp sử dụng thuốc hoặc các phương pháp can thiệp y khoa và thay đổi lối sống.

Tùy vào từng trường hợp cụ thể mà bạn sẽ được bác sĩ chỉ định thuốc gì. Ví dụ, nếu như lo âu hoặc trầm cảm là nguyên nhân chủ yếu gây ra tình trạng mất ngủ của bạn thì bác sĩ có thể kê thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc chống lo âu cho bạn. Thuốc ngủ có thể cũng được sử dụng, tuy nhiên sẽ dựa trên từng trường hợp cụ thể mà bác sĩ sẽ quyết định.

Điều trị quan trọng nhất của hội chứng ngưng thở khi ngủ là sử dụng máy thở áp lực dương liên tục (CPAP) – một loại máy giúp đường thở của bạn luôn được thông thoáng. Liệu pháp này có thể đem lại hiệu quả rất lớn khi được sử dụng đúng cách.

Điều chỉnh lại lối sống có thể giúp cải thiện đáng kể chất lượng giấc ngủ của bạn. Bạn có thể xem xét:

Tập thói quen đi ngủ và thức dậy đúng giờ.

Nếu đói, nên ăn bữa ăn nhẹ trước khi đi ngủ.

Tập thói quen tập thể dục đều đặn mỗi ngày.

Giành khoảng 1 giờ để thư giãn trước khi đi ngủ.

Nếu đi ngủ mà bạn vẫn bận tâm hay lo lắng về điều gì đó, hãy viết nó ra giấy và giải quyết vấn đề đó vào buổi sáng.

Giữ cho phòng ngủ tối và luôn mát mẻ.

Giữ cho phòng ngủ yên lặng, tránh ồn ào.

Hạn chế thời gian nằm trên giường để đi vào giấc ngủ. Nếu nằm trên giường trong vòng 20 phút mà không ngủ được, hãy đứng dậy, ra khỏi giường và chỉ quay lại giường khi thật sự buồn ngủ.

Rối loạn giấc ngủlà một rối loạn thường gặp trong đời sống hằng ngày của chúng ta. Cần phát hiện và điều trị sớm để có được chất lượng cuộc sống tốt hơn. Hy vọng bài viết trên của YouMed sẽ giúp bạn có thật nhiều thông tin bổ ích giúp bạn cải thiện được chất lượng giấc ngủ của mình.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ban-biet-gi-ve-roi-loan-khiem-khuyet-co-the/

Nội dung bài viết

Dấu hiệu nhận biết Rối loạn khiếm khuyết cơ thể là gì?

Những nguyên nhân nào gây ra?

Hậu quả do bệnh mang lại

Các biện pháp phòng ngừa

Chẩn đoán bệnh rối loạn khiếm khuyết

Phương pháp điều trị

Rối loạn khiếm khuyết cơ thể là một rối loạn tâm thần. Trong đó bạn không thể ngừng suy nghĩ về một hoặc nhiều khuyết điểm về ngoại hình của mình. Đó có thể là một khuyết điểm nhỏ mà người khác không thể thấy được. Nhưng bạn cảm thấy rất xấu hổ, ngại ngùng và lo lắng đến mức có thể tránh né xã hội. Hãy cùng tìm hiểu về chứng rối loạn này thông qua bài viết sau của ThS.BS chuyên khoa Tâm thần Nguyễn Trung Nghĩa.

Khi bị rối loạn khiếm khuyết cơ thể, bạn thường chú ý đến ngoại hình của mình và liên tục nhìn vào gương, chải chuốt hoặc tìm cách trấn an bản thân, đôi khi trong nhiều giờ mỗi ngày. Khuyết điểm bạn nhận biết được và các hành vi lặp lại khiến bạn đau khổ. Ảnh hưởng đến các hoạt động thường ngày.

Bạn tìm kiếm nhiều mỹ phẩm để cố gắng “sửa chữa” khuyết điểm đó của mình. Sau đó, bạn có thể tạm thời hài lòng hoặc bớt đau khổ. Nhưng thường thì sự lo âu sẽ quay trở lại và bạn có thể tiếp tục tìm kiếm các cách khác để sửa chữa khuyết điểm của mình.

Bận tâm quá mức đến khuyết điểm về ngoại hình mà người khác không thể nhìn thấy hoặc chỉ biểu hiện rất nhỏ.

Có niềm tin mãnh liệt về khuyết điểm ngoại hình khiến bạn xấu xí hoặc dị dạng.

Tin rằng người khác chú ý đặc biệt đến ngoại hình của bạn theo cách tiêu cực hoặc chế giễu bạn.

Khó chống lại hoặc kiểm soát các hành vi nhằm khắc phục hoặc che giấu khuyết điểm. Chẳng hạn như thường xuyên kiểm tra gương, chải chuốt hoặc bóc da.

Cố gắng che giấu khuyết điểm bằng quần áo hoặc trang điểm.

Thường xuyên so sánh ngoại hình của mình với người khác.

Thường xuyên tìm kiếm sự trấn an về ngoại hình từ người khác.

Có khuynh hướng cầu toàn.

Ít thỏa mãn khi tìm kiếm các loại mỹ phẩm hoặc thẩm mỹ.

Tránh né xã hội.

Sự bận tâm về ngoại hình và những suy nghĩ quá mức và hành vi lặp lại có thể không mong muốn, khó kiểm soát và tốn thời gian. Gây ra sự đau khổ hoặc vấn đề lớn trong cuộc sống, công việc, học tập hoặc các lĩnh vực khác.

Xem thêm:Những điều cần biết về chứng Rối loạn phân ly

Mặt, chẳng hạn như mũi, da, nếp nhăn,mụn trứng cávà các nhược điểm khác.

Tóc, chẳng hạn như bề ngoài, mỏng và hói.

Da và tĩnh mạch.

Kích thước vú.

Kích thước và sự rắn chắc của cơ bắp.

Bộ phận sinh dục.

Sự bận tâm đến việc cơ thể của bạn quá nhỏ hoặc không đủ cơ bắp (rối loạn khiếm khuyết cơ bắp) xảy ra hầu như chỉ ở nam giới. Nhận thức về ngoại hình có thể thay đổi tùy lúc. Bạn có thể nhận ra rằng niềm tin của bạn là quá mức hoặc không đúng sự thật. Hoặc nghĩ rằng chúng có thể đúng hoặc hoàn toàn là sự thật. Bạn càng tin bao nhiêu, bạn càng gặp nhiều đau khổ và gián đoạn trong cuộc sống bấy nhiêu.

Chưa có nguyên nhân nào được xác định gây ra rối loạn khiếm khuyết cơ thể. Điều đó có thể xuất phát từ sự kết hợp của nhiều vấn đề. Như tiền sử gia đình có rối loạn, bất thường ở não và những đánh giá hoặc trải nghiệm tiêu cực về cơ thể hoặc bản thân.

Rối loạn khiếm khuyết cơ thể thường bắt đầu trong những năm đầu của thời niên thiếu. Ảnh hưởng đến cả nam và nữ.

Một số yếu tố dường như làm tăng nguy cơ tiến triển hoặc thúc đẩy đến rối loạn khiếm khuyết cơ thể, bao gồm:

Có người thân bị rối loạn khiếm khuyết cơ thể hoặc rối loạn ám ảnh cưỡng chế.

Trải nghiệm tiêu cực trong cuộc sống. Chẳng hạn như bị trêu chọc, bỏ rơi hoặc lạm dụng trong thời thơ ấu.

Một số đặc điểm tính cách, chẳng hạn như cầu toàn.

Có một tình trạng tâm thần khác, chẳng hạn như lo âu hoặc trầm cảm.

Rối loạn trầm cảmchủ yếu hoặc rối loạn khí sắc khác.

Suy nghĩ hoặc hành vi tự sát.

Rối loạn lo âu, bao gồm rối loạn lo âu xã hội (ám ảnh sợ xã hội).

Rối loạn ám ảnh cưỡng chế.

Chứng rối loạn ăn uống.

Lạm dụng chất.

Vấn đề sức khỏe từ các hành vi như bóc da.

Đau đớn về thể xác hoặc nguy cơ biến dạng do can thiệp phẫu thuật nhiều lần.

Chưa có cách nào được biết có thể ngăn ngừa rối loạn khiếm khuyết cơ thể. Tuy nhiên, vì nó thường bắt đầu trong những năm đầu của tuổi thiếu niên, việc xác định rối loạn sớm và bắt đầu điều trị có thể có ích.

Điều trị duy trì lâu dài cũng có thể giúp ngăn ngừa tái phát các triệu chứng rối loạn khiếm khuyết cơ thể.

Chẩn đoán rối loạn khiếm khuyết cơ thể sau khi đã loại trừ các bệnh lý y khoa khác, thường dựa trên:

Đánh giá tâm lý, đánh giá các yếu tố nguy cơ và suy nghĩ, cảm xúc và hành vi liên quan đến hình ảnh tiêu cực của bản thân.

Tiền sử cá nhân, xã hội, gia đình và y khoa.

Các triệu chứng được liệt kê trong Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần DSM-5, được xuất bản bởi Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ.

Điều trị rối loạn khiếm khuyết cơ thể bao gồm sự kết hợp giữa liệu pháp nhận thức hành vi và thuốc.

Liệu pháp nhận thức hành vi đối với rối loạn khiếm khuyết cơ thể tập trung vào:

Học cách hiểu được tại sao những suy nghĩ, cảm xúc và hành vi tiêu cực duy trì theo thời gian.

Thử thách những suy nghĩ tiêu cực tự động về hình ảnh cơ thể bạn và học cách suy nghĩ linh hoạt hơn.

Học các cách khác nhau để quản lý sự thôi thúc hoặc hành vi lặp lại, giảm thiểu việc soi gương hoặc tìm kiếm sự trấn an.

Dạy cho bạn những hành vi khác để cải thiện sức khỏe tinh thần, chẳng hạn như giải quyết vấn đề tránh né xã hội.

Bạn và nhà trị liệu có thể thảo luận về mục tiêu trị liệu và phát triển một kế hoạch điều trị được cá nhân hóa để học hỏi và củng cố các kỹ năng ứng phó. Thành viên trong gia đình tham gia vào quá trình điều trị là một điều rất quan trọng, đặc biệt là đối với thanh thiếu niên.

Không có loại thuốc nào được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt để điều trị rối loạn khiếm khuyết cơ thể. Tuy nhiên, các loại thuốc dùng để điều trị các rối loạn tâm thần khác – như trầm cảm và rối loạn ám ảnh cưỡng chế – có thể có hiệu quả.

Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI).Vì rối loạn khiếm khuyết cơ thể một phần là do serotonin trong não, nên SSRI được chỉ định. SSRI có hiệu quả đối với rối loạn khiếm khuyết cơ thể hơn các thuốc chống trầm cảm khác. Có thể giúp kiểm soát suy nghĩ tiêu cực và các hành vi lặp lại.

Các loại thuốc khác. Trong một số trường hợp, có thể sử dụng các loại thuốc khác ngoài SSRI, tùy thuộc vào triệu chứng của bạn.

Trong một số trường hợp, rối loạn khiếm khuyết cơ thể có thể nghiêm trọng đến mức phải nhập viện. Thường khi bạn không thể làm được các công việc sinh hoạt hàng ngày hoặc ngay khi bạn có nguy cơ làm hại chính mình.

Đừng bỏ qua các buổi trị liệu, ngay cả khi bạn không muốn đi. Ngay cả khi bạn cảm thấy khỏe, hãy tiếp tục dùng thuốc. Nếu ngưng thuốc, các triệu chứng có thể quay trở lại. Bạn cũng có thể gặp các triệu chứng giống như cai rượu do ngừng thuốc quá đột ngột.

Giúp tiếp thêm động lực và thúc đẩy bạn bám sát kế hoạch điều trị.

Hỏi bác sĩ hoặc nhà trị liệu về những thứ có thể kích hoạt các triệu chứng của bạn. Lập kế hoạch để biết phải làm gì nếu các triệu chứng quay trở lại. Liên hệ với bác sĩ hoặc nhà trị liệu nếu nhận thấy bất kỳ thay đổi nào về triệu chứng hoặc cảm giác.

Thường xuyên thực hành các kỹ năng bạn đã học được trong quá trình trị liệu để chúng trở thành thói quen.

Rượu và thuốc kích thích có thể làm nặng thêm các triệu chứng hoặc tương tác với thuốc.

Hoạt động thể chất có thể giúp kiểm soát nhiều triệu chứng như trầm cảm, căng thẳng và lo lắng. Đi bộ, chạy bộ, bơi lội, làm vườn hoặc tham gia các hình thức hoạt động thể chất khác mà bạn thích. Tuy nhiên, tránh tập thể dục quá mức như một cách để sửa chữa khuyết điểm.

Chứng rối loạn khiếm khuyết cơ thểnếu không được điều trị, có thể trở nên tồi tệ hơn theo thời gian. Từ đó dẫn đến lo lắng, trầm cảm nặng, thậm chí là suy nghĩ và hành vi tự tử. Ngại ngùng và xấu hổ về ngoại hình có thể khiến bạn không tìm kiếm việc điều trị. Bác sĩ Tâm thần sẽ giúp bạn có được phương pháp điều trị tốt nhất và không bao giờ phán xét bạn. Nếu bạn có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào, đừng ngại ngần, hãy liên hệ để được khám và điều trị sớm nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chung-kho-doc-nguyen-nhan-chan-doan-va-can-thiep/

Nội dung bài viết

Rối loạn khó đọc là gì?

Triệu chứng rối loạn khó đọc như thế nào?

Khi nào nên đi khám bác sĩ hoặc chuyên gia âm ngữ?

Nguyên nhân rối loạn khó đọc

Biến chứng

Can thiệp chứng khó đọc như thế nào?

Vì sao cần phải can thiệp sớm?

Cha mẹ có thể làm gì?

Một số trẻ ở tuổi đến trường gặp khó khăn trong học tập, đặc biệt là đọc chữ. Thông thường, các bậc phụ huynh cho rằng do trẻ chưa cố gắng. Tuy nhiên, có thể vấn đề đến từ những rối loạn trong quá trình phát triển ở khu vực xử lý ngôn ngữ của não bộ hay còn gọi là chứng khó đọc (dyslexia). Chúng ta hãy cùng tìm hiểu về chứng khó đọc hay rối loạn khó đọc ở bài viết bên dưới.

Chứng khó đọc là một rối loạn học tập liên quan đến khó khăn xoay quanh khả năng đọc, như là đọc chữ, đánh vần, viết và nói. Rối loạn này cũng được gọi là khuyết tật đọc. Chứng khó đọc ảnh hưởng đến các khu vực xử lý ngôn ngữ của não bộ. Các em thường bị hiểu lầm là do trí thông minh kém và không chăm chỉ, nhưng hoàn toàn không phải như vậy. Trẻ gặp khó khăn khi kết nối các chữ cái chúng nhìn thấy với âm thanh mà những chữ này tạo ra.

Trẻ mắc chứng khó đọc thông thường vẫn có thị lực bình thường và cũng thông minh như các bạn cùng lứa. Tuy nhiên, các em phải vật lộn nhiều hơn ở trường vì mất nhiều thời gian hơn để đọc. Khó xử lý các chữ cái và từ ngữ cũng có thể làm cho các em khó đánh vần, khó viết và phát âm rõ ràng.

Khoảng 5% đến 10% dân số có chứng khó đọc, chẳng hạn như đọc chậm, khó đánh vần hoặc trộn lẫn các từ. Người lớn cũng có thể bị rối loạn học tập này. Một số người được chẩn đoán sớm trong khi những người khác không nhận ra họ mắc chứng khó đọc.

Bên cạnh khó đọc, còn một bệnh khác liên quan đến ngôn ngữ là chứng mất ngôn ngữ. Bạn đọc có thể tìm hiểu thêm về:Chứng mất ngôn ngữ (APHASIA).

Triệu chứng của rối loạn khó đọc có thể khó nhận ra trước khi trẻ đi học. Tuy nhiên, bố mẹ vẫn có thể nhận thấy một số dấu hiệu. Khi bé đến tuổi đi học, giáo viên của trẻ có thể là người đầu tiên nhận thấy vấn đề. Mức độ nghiêm trọng có thể khác nhau ở từng em, nhưng tình trạng thường trở nên rõ ràng khi một trẻ bắt đầu học đọc.

Các dấu hiệu cho thấy trẻ nhỏ có thể có nguy cơ mắc chứng khó đọc bao gồm:

Nói muộn.

Học từ mới chậm.

Các vấn đề hình thành từ chính xác, chẳng hạn như đảo ngược âm thanh trong từ hoặc các từ khó hiểu nghe giống nhau.

Vấn đề ghi nhớ hoặc đọc tên chữ cái, số và màu sắc.

Khó học vần mẫu giáo hoặc chơi các trò chơi gieo vần.

Khi con bạn đi học, các dấu hiệu và triệu chứng khó đọc có thể trở nên rõ ràng hơn, bao gồm:

Khả năng đọc dưới mức dự kiến ​​của tuổi.

Vấn đề xử lý và hiểu những chữ cái mà trẻ nghe thấy.

Khó tìm từ đúng hoặc hình thành câu trả lời cho các câu hỏi.

Vấn đề ghi nhớ chuỗi sự kiện.

Khó phân biệt các chữ và từ tương đồng.

Không có khả năng phát âm từ mới.

Khó đánh vần.

Dành thời gian dài bất thường để hoàn thành các nhiệm vụ liên quan đến đọc hoặc viết.

Tránh các hoạt động liên quan đến việc đọc.

Dấu hiệu khó đọc ở thanh thiếu niên và người lớn tương tự như ở trẻ em. Một số dấu hiệu và triệu chứng khó đọc phổ biến ở thanh thiếu niên và người lớn bao gồm:

Khó đọc, kể cả đọc to.

Đọc viết chậm và tốn nhiều công sức.

Vấn đề chính tả.

Tránh các hoạt động liên quan đến việc đọc.

Phát âm sai tên hoặc từ hoặc có vấn đề lấy từ.

Khó hiểu những câu chuyện cười hoặc cách diễn đạt có ý nghĩa không dễ hiểu từ những từ cụ thể (thành ngữ), chẳng hạn như “dễ như ăn bánh” có nghĩa là “dễ dàng”.

Dành thời gian dài bất thường để hoàn thành các nhiệm vụ liên quan đến đọc hoặc viết.

Khó khăn khi tóm tắt một câu chuyện.

Rắc rối học ngoại ngữ.

Khó nhớ.

Khó làm toán.

Mặc dù hầu hết trẻ em đã sẵn sàng để học đọc ở trường mẫu giáo hoặc lớp một, nhưng trẻ mắc chứng khó đọc thường không thể nắm bắt vào thời điểm đó. Nói chuyện với bác sĩ nhi khoa, bác sĩ tâm thần nhi hoặc chuyên viên tâm lý nhi và chuyên viên về âm ngữ trị liệu nếu mức độ đọc của trẻ dưới mức dự kiến ​​so với bạn cùng lứa hoặc nếu bạn nhận thấy các dấu hiệu khó đọc khác ở trẻ.

Khi chứng khó đọc không được chẩn đoán và điều trị, khó khăn trong việc đọc và học tập ở trẻ sẽ tiếp tục kéo dài đến tuổi trưởng thành.

Chứng khó đọc có xu hướng di truyền qua gen trong gia đình. Nó dường như được liên kết với một số gen nhất định, ảnh hưởng đến cách não xử lý ngôn ngữ cộng với các yếu tố rủi ro trong môi trường. Đây được hiểu như là nguyên nhân của rối loạn khó đọc.

Các yếu tố nguy cơ của chứng khó đọc bao gồm:

Tiền sử gia đình mắc chứng khó đọc hoặc các khuyết tật học tập khác.

Sinh non hoặc nhẹ cân.

Phơi nhiễm khi mang thai với nicotine, thuốc, rượu hoặc nhiễm trùng có thể làm thay đổi sự phát triển não bộ của thai nhi.

Sự khác biệt cá nhân trong các phần của bộ não với việc xử lý ngôn ngữ.

Chứng khó đọc có thể dẫn đến một số vấn đề, bao gồm:

Khó khăn học tập.Đọc là một kỹ năng cơ bản cho hầu hết các môn học khác. Một đứa trẻ mắc chứng khó đọc gặp bất lợi khi học và có thể gặp khó khăn trong việc theo kịp các bạn cùng trang lứa.

Vấn đề xã hội.Nếu không được điều trị, chứng khó đọc có thể dẫn đến lòng tự trọng thấp, các vấn đề về hành vi, lo lắng, hung hăng và xa lánh bạn bè, cha mẹ,  giáo viên.

Vấn đề khi trưởng thành.Không có khả năng đọc và hiểu có thể ngăn trẻ phát huy tiềm năng của mình khi lớn lên. Điều này có thể ảnh hưởng đến giáo dục, xã hội và kinh tế lâu dài.

Trẻ mắc chứng khó đọc có nguy cơ mắc chứngrối loạn thiếu tập trung/hiếu động thái quá(ADHD) và ngược lại. ADHD có thể gây khó khăn trong việc duy trì sự chú ý cũng như sự hiếu động và hành vi bốc đồng. Chứng khó đọc có thể khó điều trị hơn.

Không có cách để điều trị hoàn toàn cho rối loạn này vì sự bất thường nằm trong bộ gen và rối loạn phát triển của não bộ. Đây là một vấn đề ảnh hưởng suốt đời. Tuy nhiên, phát hiện và đánh giá sớm để xác định mức độ cụ thể nhằm can thiệp thích hợp có thể giúp trẻ học tập, phát triển lành mạnh.

Chứng khó đọc được can thiệp bằng các phương pháp và kỹ thuật giáo dục chuyên biệt. Các can thiệp này bắt đầu càng sớm càng tốt. Đánh giá tâm lý sẽ giúp giáo viên phát triển một chương trình giảng dạy phù hợp với từng trẻ.

Giáo viên có thể sử dụng các kỹ thuật liên quan đến thính giác, thị giác và xúc giác để cải thiện kỹ năng đọc ở trẻ. Điều này giúp trẻ phát triển và sử dụng một số giác quan đồng thời để học. Ví dụ, nghe một bài học được ghi âm và truy tìm bằng ngón tay hình dạng của các chữ cái được sử dụng và các từ được nói có thể giúp xử lý thông tin.

Điều trị tập trung vào việc giúp đỡ trẻ:

Học cách nhận biết và sử dụng những âm thanh nhỏ nhất tạo nên từ (âm vị).

Hiểu rằng các chữ cái và chuỗi ký tự đại diện cho những âm thanh và từ này (ngữ âm).

Hiểu những gì trẻ đang đọc.

Đọc to để xây dựng tính chính xác, tốc độ và phương pháp đọc một cách lưu loát.

Xây dựng vốn từ vựng của các từ được nhận biết và hiểu.

Các buổi dạy kèm với chuyên viên về đọc có thể hữu ích cho nhiều trẻ mắc chứng khó đọc. Nếu con bạn bị khuyết tật đọc nghiêm trọng, việc can thiệp này có thể cần phải xảy ra thường xuyên hơn và tiến độ có thể chậm hơn.

Tại các nước phát triển, trường học có nghĩa vụ phải thực hiện những bước trước khi nhập học để giúp trẻ được chẩn đoán mắc chứng khó đọc với các vấn đề học tập. Gia đình và nhà trường sẽ tạo một kế hoạch bằng văn bản, có cấu trúc, phác thảo các nhu cầu của trẻ và chỉ ra trường học sẽ giúp phát triển kế hoạch như thế nào. Đây được gọi là Kế hoạch Giáo dục Cá nhân (IEP).

Trẻ mắc chứng khó đọc được giúp đỡ thêm ở trường mẫu giáo hoặc lớp một thường sẽ cải thiện kỹ năng của mình. Những can thiệp này giúp trẻ đảm bảo việc học ở các bậc sau.

Với trẻ không được can thiệp sớm, mãi cho đến các lớp sau này, chúng vẫn có thể gặp khó khăn trong việc học các kỹ năng cần thiết để đọc tốt. Trẻ có thể bị tụt hậu về mặt học tập, không bắt kịp bạn cùng lứa và các vấn đề tâm lý sẽ phát sinh.

Một đứa trẻ mắc chứng khó đọc nghiêm trọng có thể không bao giờ đọc như bình thường được. Tuy nhiên, trẻ có thể cải thiện việc đọc bằng các kỹ năng hay giác quan khác và phát triển những chiến lược để nâng cao thành tích học tập.

Giải quyết vấn đề sớm.Nếu bạn nghi ngờ con mình mắc chứng khó đọc, hãy nói chuyện với bác sĩ và các chuyên gia càng sớm càng tốt. Can thiệp sớm có thể cải thiện thành công tình trạng này.

Đọc to cho con của bạn.Tốt nhất là bắt đầu khi con bạn 6 tháng tuổi hoặc thậm chí nhỏ hơn. Khi con đủ lớn, hãy đọc những câu chuyện cùng nhau sau khi bé đã nghe chúng.

Làm việc với trường học của con.Hãy nói chuyện với giáo viên của con và theo dõi sát sao tình hình học của bé.

Khuyến khích con đọc, đừng gây áp lực với con.Để cải thiện kỹ năng đọc, một đứa trẻ phải thực hành. Hãy khuyến khích con đọc một cách chậm rãi, đừng gây áp lực với bé.

Đặt một ví dụ để đọc.Bạn nên dành thời gian mỗi ngày để đọc một cái gì đó cùng với con (có thể là mỗi người đọc một loại sách khác nhau). Điều này giúp con thấy việc đọc thú vị và được hỗ trợ.

Cần hiểu rằng chứng khó đọc là một rối loạn phát triển ở não bộ. Chúng không liên quan đến trí thông minh và năng lực của trẻ. Mặc dù không có cách chữa chứng khó đọc nhưng đánh giá và can thiệp sớm sẽ mang lại kết quả tốt.

Đôi khi, chứng khó đọc không được chẩn đoán trong nhiều năm và chỉ được nhận biết khi các em đến tuổi trưởng thành. Điều này có thể ảnh hưởng đến quá trình học tập và phát triển ở trẻ. Tuy nhiên, không bao giờ là quá muộn để tìm kiếm sự giúp đỡ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-khuu-giac/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân gây mất khứu giác

Rối loạn khứu giác là gì?

Cách chẩn đoán rối loạn khứu giác

Rối loạn khứu giác là gì? Nguyên nhân do đâu và liệu tình trạng này có nguy hiểm không? Hãy cùng tìm hiểu qua bài viết dưới đây của ThS.BS chuyên khoa Tai – Mũi – Họng Trần Thanh Long nhé!

Ở một người khỏe mạnh bình thường, khứu giác có thể phân biệt khoảng 10.000 mùi. Mùi sẽ kích thích tuyến nước bọt vì khứu giác – vị giác có liên quan đến nhau. Tuy nhiên, suy giảm các giác quan này rất phổ biến, có thể đe dọa tính mạng, đặc biệt khi chúng liên quan đến bệnh nhân cao tuổi. Không ngửi được mùi có thể gặp tai nạn do ngộ độc khí ga, các vụ cháy nổ… Ngoài giảm khứu sinh lý do tuổi, còn rất nhiều bệnh lý nguy hiểm khác có biểu hiện rối loạn khứu giác ở người lớn tuổi.

Nguyên nhân thường gặp của mất khứu vĩnh viễn là viêm nhiễm đường hô hấp trên nghiêm trọng. Siêu vi (virus) làm tổn thương lớp tế bào thần kinh trong hốc mũi. Nguyên nhân này hiếm thấy ở người dưới 45 tuổi. Tình trạng mất khứu thường xảy ra ở nam sớm hơn nữ. Biểu hiện của tình trạng này làm người cao tuổi thường than phiền thức ăn không có mùi vị gì. Đó cũng được xem như nguyên nhân lớn gây tử vong ở người cao tuổi do hít hơi độc.

Một số giải thích khác về nguyên nhân gây mất khứu liên quan đến tuổi cao như tình trạng nhiễm nhiều lần siêu vi, vi trùng, hơi độc trong không khí… Những điều này làm tổn thương lớp biểu mô thần kinh khứu kéo dài. Một khi thần kinh khứu bị tổn thương thì chỉ cần một tác nhân nhỏ, đột ngột như cảm lạnh cũng có thể gây ra mất khứu vĩnh viễn.

Một số trường hợp mất khứu ở tuổi cao do mảnh sàng trở nên cứng hơn, gây ra cản trở sợi thần kinh khứu giác đi xuyên qua để lên não.

Nguyên nhân thường thấy thứ hai: rối loạn khứu giác sau chấn thương đầu. Khoảng 7 – 5% bệnh nhân bị chấn thương đầu gây giảm khứu nặng hoặc mất hẳn khứu giác. Đa số những ca này do mảnh sàng bị vỡ, làm đứt đoạn sợi thần kinh khứu giác.

Đụng dập não cũng có thể gây ra rối loạn khứu. Một số người có thể hồi phục khứu sau khi điều trị máu tụ hay tình trạng phù não giảm đi.

Nguyên nhân thứ ba gây mất khứu kéo dài là bệnh lý ở mũi xoang như pô-líp hay phản ứng viêm do dị ứng. Điều này được giải thích đơn giản như sau: cùng với tình trạng nghẹt mũi của người bệnh thì các phân tử mùi bay trong không khí sẽ không vào được vùng khứu giác.

Với những trường hợp này, phẫu thuật cắt bỏ pô-líp mũi hoặc dùng thuốc kháng viêm dạng xịt tại mũi theo chỉ định của bác sĩ có thể cải thiện tình trạng ngửi mùi. Tuy nhiên, tình trạng viêm mũi xoang mạn tính có thể gây mất khứu vĩnh viễn ở một người hoàn toàn khỏe mạnh.

Ngoài ra, tình trạng rối loạn khứu giác ở người cao tuổi còn có nhiều nguyên nhân khác hiếm gặp hơn như:

Bẩm sinh.

U màng não vùng rãnh khứu, u não thùy trán.

Sau xạ trị ung bướu.

Suy dinh dưỡng hay rối loạn dinh dưỡng trong xơ gan,thiếu vitamin B1.

Bệnh nội tiết như:bệnh Addison,đái tháo đường, hội chứng Kallmann.

Động kinh.

Bệnh suy thận mạn.

Ngày nay, với khả năng đánh giá khả năng khứu giác với nhiều thử nghiệm đủ tiêu chuẩn. Chúng ta có thể biết triệu chứng khứu giác trong các bệnh thần kinh, tâm thần.

Bệnh tâm thần có thể làm giảm khả năng khứu giác của bệnh nhân như trong tâm thần phân liệt. Những bảng điểm đo lường khách quan khả năng phân biệt mùi theo diễn biến bệnh giúp bác sĩ điều trị đánh giá được bệnh nhân đang trong giai đoạn kịch phát hay lui bệnh.

Khoảng 90% bệnh nhânParkinsonvì những lý do chưa rõ, bị mất khứu còn nhiều hơn triệu chứng run điển hình của bệnh. Mất khứu trong bệnh này không đáp ứng điều trị cũng không thay đổi theo thời gian.

Ở người cao tuổi, hai bệnh khó phân biệt nhất là bệnh Alzheimer với trầm cảm. Nhưng gần đây, nhiều nghiên cứu cho thấy dùng thử nghiệm nhận dạng mùi 3 hạng mục rất hiệu quả. Thử nghiệm trên 1604 bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên, cho thấy có thể tiên đoán được mức suy thoái tri giác trước 2 năm.

Ở những người bị bệnh đa xơ cứng, mất khứu liên quan chặt chẽ đến số lượng mảng xơ trong não. Đặc biệt ở thùy dưới thái dương và thùy dưới trán. Những vùng này liên quan đến trung tâm xử lý khứu giác trung ương.

Khi đến khám, các bác sĩ sẽ khai thác kỹ lưỡng bằng các câu hỏi liên quan:

Tính chất: mất khứu, giảm khứu, ảo khứu, loạn khứu?

Tiền sử chấn thương đầu? Nhiễm trùng hô hấp trên? Bệnh lý liên quan mũi xoang?

Tiền sử mắc các bệnh lý nội khoa khác?

Đã dùng thuốc gì trước đó?

Bác sĩ sẽ khám, có thể kết hợp với nội soi Tai Mũi Họng, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ để tìm các bệnh lý xoang hay khối u trong não. Đồng thời thử nghiệm nhận dạng mùi trên bệnh nhân và thực hiện các xét nghiệm bổ sung khác tùy tình trạng bệnh nhân.

Ngoài ra, người bệnh còn có thể được khám tâm thần hoặc thử nghiệm bệnh lý tâm thần kinh khác…

Cơ quan khứu giác đem đến nhiều ý nghĩa trong cuộc sống của chúng ta. Từ việc cảm nhận mùi thức ăn hay hương thơm… Khứu giác còn có chức năng bảo vệ khi nó giúp chúng ta nhanh chóng phát hiện được những nguy hiểm gần kề như mùi khí ga rò rĩ, mùi xăng chảy, mùi khói độc… Vậy nên, sẽ rất nguy hiểm nếu cơ quan này bị tổn thương.

Rối loạn khứu giác ở người cao tuổi còn biểu hiện của rất nhiều bệnh lý nguy hiểm. Do đó, một khi chúng ta cảm thấy có vấn đề khi ngửi mùi, hay nghe than phiền từ ông bà, cha mẹ, hãy nhanh chóng đưa họ đến khám để được điều trị sớm nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-len-dong/

Nội dung bài viết

Khái niệm về rối loạn lên đồng

Một số nghiên cứu về rối loạn lên đồng

Quan điểm lên đồng từ trước đến nay

Những triệu chứng của hiện tượng lên đồng

Phân biệt các bệnh khác với rối loạn lên đồng

Nguyên nhân gây ra rối loạn lên đồng

Lên đồng có phải là bệnh?

Điều trị lên đồng như thế nào?

Rối loạn lên đồng là một trong những rối loạn tâm thần khá phổ biến trong cuộc sống hàng ngày. Tuy nhiên, nhiều người vẫn chưa biết chính xác về bản chất của rối loạn này. Vẫn còn rất nhiều người lầm tưởng đây là một hiện tượng tâm linh. Vậy thì chúng ta nên hiểu như thế nào cho đúng về lên đồng? Bài viết sau đây của ThS.BS chuyên khoa Tâm thần Nguyễn Trung Nghĩa sẽ giúp bạn đọc rõ hơn về vấn đề này.

Theo định nghĩa của ICD-10,rối loạn lên đồnglà rối loạn trong đó có sự mất tạm thời cả ý thức về đặc tính cá nhân. Đi kèm với mất ý thức đầy đủ về môi trường xung quanh. Chỉ đưa vào nhóm này các tình trạng lên đồng không tự ý hay không mong muốn. Đồng thời xảy ra bên ngoài các hoàn cảnh được chấp nhận về mặt văn hóa hay tôn giáo.

Hiểu đơn giản hơn, rối loạn lên đồng được đặc trưng bởi sự thay đổi tạm thời về danh tính. Theo đó danh tính bình thường của một người tạm thời bị thay thế (chiếm hữu). Có thể là một linh hồn, ma, vị thần hoặc người khác. Trải nghiệm bị nhập bởi một thực thể khác, chẳng hạn như người, thần, quỷ,… mang những ý nghĩa khác nhau trong các nền văn hóa khác nhau.

Và do đó, chẩn đoán cho chứng rối loạn này có thể bị ràng buộc về mặt văn hóa.  Trong khi sở hữu là một trải nghiệm phổ biến ở nhiều nền văn hóa. Thì ở các nền văn hóa công nghiệp hóa phương Tây, những trải nghiệm như vậy không phải là chuẩn mực.

Xem thêm:Rối loạn dạng cơ thể: Nguyên nhân, triệu chứng và phương pháp điều trị

Có tổng cộng 28 bài báo báo cáo 402 trường hợp bệnh nhân rối loạn lên đồng trên toàn thế giới. Dữ liệu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ bằng nhau. Và sự xâm nhập chiếm tỷ lệ 69%, cao hơn so với trạng thái mê man (31%).

Mất trí nhớ được báo cáo bởi 20% bệnh nhân. Ngược lại, các triệu chứng ảo giác trong các đợt xâm nhập được xác định ở 56% bệnh nhân và do đó được đánh giá là một tiêu chí quan trọng. 34% bệnh nhân phàn nàn về các triệu chứng cơ thể.

Tham khảo thêm bài viết cùng chủ đề:Rối loạn lưỡng cực : Triệu chứng và cách điều trị

Các trạng thái lên đồng khác nhau tùy theo nền văn hóa. Với linh hồn xâm nhập được xác định khác nhau là tổ tiên đã khuất, quỷ, thần, nhân vật thần thoại hoặc linh hồn động vật. Những linh hồn hoặc lực lượng đó có thể là ác tâm hoặc nhân từ. Và chúng có thể dẫn đến hành vi mong muốn hoặc không mong muốn về mặt xã hội.

Khi nó xảy ra và được văn hóa chấp nhận, những người bị ảnh hưởng có thể được xem là có phúc. Nếu một người có thể kiểm soát trạng thái lên đồng và hoạt động như một phương tiện. Thì tình trạng đặc biệt ấy có thể được chấp nhận trong một tổ chức nào đó.

Xem thêm:Bạn biết gì về Rối loạn khiếm khuyết cơ thể?

Sự lên đồng thường xảy ra trong bối cảnh các nghi lễ tôn giáo, mặc dù không có nghĩa là phổ biến rằng một sự kiện. Một buổi lễ như vậy chủ yếu có thể là một lễ kỷ niệm, một cuộc giao tiếp với các vị thần hoặc linh hồn. Hoặc nó có thể nhằm mục đích trừ tà. Ngoài ra, kinh nghiệm lên đồng có thể là một nỗi đau đơn độc hơn, không bị cấm đoán và thiếu văn hóa chứng thực.

Lên đồng lễ hội Nam Định là một trạng thái ý thức bị biến đổi do nhân tố ám thị và tự ám thị gây nên. Trong đó, lòng tin truyền thống của người hầu đồng cũng như gia đình và những người xung quanh là nhân tố mạnh nhất. Họ tin tưởng vào sự tồn tại của thần linh. Đồng thời tin vào khả năng tiếp xúc giữa con người với thần linh qua thân xác của những người hầu đồng.

Theo Tiến sĩ Nguyễn Kim Hiền, Viện Nghiên cứu Tôn giáo, nhìn từ phương diện y học, lên đồng không phải là một trạng thái tâm lý đặc biệt. Và rõ ràng trong xã hội có tồn tại một nhu cầu chữa bệnh bằng hình thức lên đồng. Trường hợp các nghệ nhân dân tộc Mường, Bana, Êđê, Mnông ngồi và nằm kể về những sử thi cũng được xem như một trạng thái lên đồng.

Cho đến nay, việc nghiên cứu cơ chế trị liệu củarối loạn lên đồngvẫn chưa được nghiên cứu nhiều. Cũng như nhiều hình thức trị liệu dân gian khác về phương diện tín ngưỡng – tâm linh ở Việt Nam vẫn còn nhiều khúc mắc.

Các đối tượng thường phàn nàn về một loạt các triệu chứng liên quan:

Mất kiểm soát hành động của một người.

Thay đổi hành vi hoặc hành động khác.

Mất nhận thức về môi trường xung quanh.

Đánh mất bản sắc cá nhân.

Khó phân biệt thực tế với tưởng tượng tại thời điểm sở hữu.

Thay đổi giọng nói.

Sự chú ý bị gián đoạn.

Khó tập trung.

Mất tri giác về thời gian.

Mất trí nhớ.

Niềm tin rằng cơ thể mình đã thay đổi về ngoại hình.

Một số rối loạn có các triệu chứng tương tự rối loạn lên đồng. Do đó, bác sĩ lâm sàng cần phân biệt với các rối loạn khác. Mục đích là để thiết lập một chẩn đoán chính xác. Hiện nay, “lên đồng” nằm trong tiêu chuẩn đánh giá chung về rối loạn phân ly (ICD-10). Nó ngụ ý một nguyên nhân tâm lý của các triệu chứng. Tuy nhiên, có bằng chứng cho thấy tổn thương não cũng là một yếu tố nguyên nhân.

Một số rối loạn, bệnh lý khác cần chẩn đoán phân biệt với hiện tượng lên đồng bao gồm:

Chứng mất trí nhớ.

Mê sảng liên quan đến suy giảm nhận thức.

Suy thoái lớn.

Rối loạn căng thẳng sau chấn thương

Chấn thương đầu.

Tổn thương thùy thái dương và thùy trán.

Tâm thần phân liệt.

Nghiện rượu liên quan đến mất trí nhớ.

Bệnh động kinh.

Chứng hay quên phân ly.

Hội chứng Tourette.

Hiện tượng giả bệnh.

Nguyên nhân của rối loạn này là đa yếu tố. Trong đó, các yếu tố tinh thần, xã hội, tâm lý và thể chất đều có thể đóng một vai trò lý tính. Người ta cũng thường chấp nhận rằng rối loạn nhận dạng phân ly có nguyên nhân của chúng. Xuất hiện trong quá khứ ban đầu của chấn thương và lạm dụng lặp đi lặp lại, thường ở mức độ khủng khiếp.

Tuy nhiên, vẫn chưa có lý thuyết sinh học nào liên quan đến nguồn gốc của những rối loạn này. Do đó, cần phải tầm soát các tình trạng bệnh lý và tâm thần thông thường. Ngoài ra, các bác sĩ lâm sàng cũng nên kiểm tra bối cảnh văn hóa cụ thể mà bệnh nhân thể hiện.

Theo ICD-10, lên đồng là một trạng thái trong đó, đối tượng mất tạm thời ý thức về đặc tính bản thân, cũng như mất ý thức đầy đủ về thế giới xung quanh. Trong nhiều trường hợp, hành động của người giống như bị một nhân cách khác chi phối.  Hoặc bị một linh hồn khác, một vị thần hoặc một thế lực siêu nhiên khác điều khiển.

Khi lên đồng, hoạt động ý thức bị suy giảm và thu hẹp lại. Đặc biệt ở giai đoạn bị nhập thì hoạt động vô thức sẽ chiếm ưu thế hoàn toàn. Nó thể hiện bằng các hiện tượng như:

Các tiếng kêu.

Một số điệu múa theo các phản xạ có điều kiện.

Một vài triệu chứng khác như: rùng mình, run rẩy, thở mạnh, đổ mồ hôi, các trạng thái say mê, thay đổi giọng nói,…

Caycedo đánh giá trạng thái lên đồng thông thường là một trong những trạng thái biến đổi ý thức rất đặc biệt. Nó xuất hiện chủ yếu từ nguyên nhân ám thị và tự ám thị gây nên.

Tham khảo thêm:Chứng sợ khoảng rộng: Tại sao bạn trở nên hoảng loạn?

Giữa trạng thái thức tỉnh và trạng thái ngủ mê (hoàn toàn ức chế), đó là hai trạng thái đối lập của ý thức. Ngoài ra còn tồn tại những trạng thái trung gian với nhiều mức độ biến đổi ý thức rất đa dạng.

Pavlov gọi đó là những trạng thái giai đoạn hay còn gọi là trạng thái thôi miên. Trạng thái thôi miên là một quan điểm và một thuật ngữ mở rộng trong sinh lý thần kinh cao cấp của Pavlov. Mà một số tác giả ở Việt Nam đã dùng để ám chỉ trạng thái lên đồng.

Quan niệm và thuật ngữ “thôi miên” không phù hợp với quan điểm trong lâm sàng học về Tâm thần. Ở đây, thôi miên có nghĩa là mối quan hệ giữa hai người: Người gây thôi miên và người chịu thôi miên. Người tạo thôi miên dùng lời nói hoặc những khả năng đặc biệt để ám thị. Từ đó, họ đưa người bị thôi miên vào một tình trạng biến đổi ý thức gọi là thôi miên.

Trong hiện tượng lên đồng, không có bất cứ người nào dùng lời nói để ám thị người hầu đồng. Mà chỉ có tình trạng tự ám thị của người hầu đồng. Như vậy, dùng thuật ngữ “thôi miên” là không phù hợp. Có một số tác giả gọi lên đồng là hiện tượng tự thôi miên. Trong khi một vài người quan niệm đó là hiện tượng tự ám thị.

Hiện nay, đa số các tác giả trên thế giới không xemrối loạn lên đồnglà một trạng thái phân ly. Theo đó, nếu trạng thái lên đồng xuất hiện ngoài các lễ hội thì đó là một trạng thái bệnh lý riêng, không giống với mã bệnh của rối loạn phân ly.

Nếu trạng thái lên đồng xuất hiện tại các lễ hội theo văn hóa truyền thống thì vẫn không được xem là một trạng thái bệnh lý. Mà nó được xem như một tập tục tín ngưỡng theo truyền thống văn hóa. Đó là sự tôn trọng tín ngưỡng và văn hóa truyền thống của người dân.

Việc cân nhắc trong việc điều trịrối loạn lên đồnglà xác định xem người đó đang bị rối loạn tâm thần hay có vấn đề về tâm linh. Do đó, việc điều trị hiện nay xoay quanh việc điều trị hỗ trợ. Mục đích là để đối phó với các khía cạnh vật chất của sự xâm nhập.

Liệu pháp hỗ trợ và liệu pháp tâm lý có thể hữu ích trong một số trường hợp nhất định. Liệu pháp gia đình thường hữu ích để hỗ trợ người thân đối phó với người bị ảnh hưởng. Các kỹ thuật hành vi được sử dụng trong môi trường trị liệu hoặc tại nhà có thể giúp một người học được các hành vi được xã hội chấp nhận.

Thông thường, việc điều trị rối loạn lên đồng tương tự như đối với rối loạn phân ly. Các thuốc thuộc nhóm chống động kinh và an thần thường được sử dụng. Trong một số trường hợp, thuốc chống loạn thần sẽ được kê đơn nếu người bệnh bị rối loạn nặng. Thậm chí là có xu hướng hoang tưởng, ảo giác.

Nói tóm lại,rối loạn lên đồngnên được xem xét ở từng hoàn cảnh cụ thể để xác định đó có phải là bệnh lý hay không. Từ đó, các chuyên gia y tế sẽ có hướng điều trị thích hợp cho những người bị bệnh. Phương pháp điều trị tối ưu nhất là kết hợp hóa dược trị liệu và tâm lý liệu pháp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-lipid-mau-nguy-hiem-khong-va-dieu-tri-nhu-the-nao/

Nội dung bài viết

Lipid máu (mỡ máu) là gì?

Rối loạn lipid máu là gì?

Nguyên nhân rối loạn lipid máu

Triệu chứng rối loạn lipid máu

Rối loạn lipid máu nguy hiểm như thế nào?

Các phương pháp điều trị rối loạn lipid máu

Điều trị rối loạn lipid máu trên một số trường hợp cụ thể

Tầm soát rối loạn lipid máu

Rối loạn lipid máu có thể dẫn tới các vấn đề tim mạch như bệnh mạch vành, tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim… và hàng loạt vấn đề ở các cơ quan khác có thể tử vong. Vấn đề được quan tâm hàng đầu là mỡ máu cao ảnh hưởng gì tới cơ thể, mỡ máu có nguy hiểm không và bệnh này điều trị như thế nào. Tất cả đều được chia sẻ trong bài viết dưới đây của Bác sĩ Trần Hoàng Nhật Linh.

Lipid hay còn gọi là chất béo có trong cơ thể chúng ta có từ 2 nguồn: nội sinh và ngoại sinh.

Ngoại sinh: thức ăn.

Nội sinh: đa số do gan tổng hợp.

Triglyceride là một loại chất béo được tìm thấy trong máu. Sau khi ăn, cơ thể chuyển đổi phần năng lượng dư thừa thành triglyceride và lưu trữ trong các tế bào mỡ. Mặc dù cơ thể cần triglyceride để cung cấp năng lượng. Nhưng, có quá nhiều triglyceride trong máu có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim.

LDL vận chuyển cholesterol đến các mô ngoài gan, gây tích tụ mảng xơ vữa ở các mạch máu – tác nhân gây bệnh mạch vành. Chính vì vậy, LDL được xem là cholesterol xấu.

HDL được hình thành tại gan và một ít ở uột non. Vai trò chính của HDL là vận chuyển ngược cholesterol thừa từ mô ngoại biên về gan. Chính vì vậy, HDL được xem là cholesterol tốt.

Rối loạn các thành phần này sẽ gây rối loạn lipid máu.

Xem thêm:Cholesterol có lợi cho cơ thể bạn không?

Rối loạn lipid máu là tình trạng bệnh lý khi có một hoặc nhiều thông số lipid bị rối loạn. Chẳng hạn: tăng cholesterol hoặc tăng triglicerid, hoặc tăng LDL-c, hoặc giảm HDL-c… Bệnh thường được phát hiện cùng lúc với mội số bệnh lý tim mạch – nôi tiết – chuyển hóa. Đồng thời, rối loạn lipid máu cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh lý này.

Bệnh còn được gọi một cách phổ thông là rối loạn mỡ máu. Chẩn đoán tình trạng này thường dựa vào xét nghiệm:

Tăng Cholesterol: ≥ 200 mg/dL (5,2 mmol/L).

Tăng LDL-C: ≥ 130 mg/dL (3,4 mmol/L).

Giảm HDL-C: < 40 mg/dL (1,0 mmol/L).

Tăng Triglyceride: ≥ 200 mg/dL (2,3 mmol/L).

Rối loạn kiểu hỗn hợp:Khi tăng cholesterol kết hợp với tăng triglyceride.

Chế độ ăn/sinh hoạt.

Di truyền (có tính chất gia đình).

Thứ phát: Hội chứng thận hư, suy giáp, hormon…

Thiếu hụt gen lipase tiêu huỷ lipoprotein hoặc apolipoprotein C-II.

Tăng Triglyceride có tính chất gia đình.

Béo phì.

Uống quá nhiều rượu.

Đái tháo đường.

Dùng thuốc chẹn beta giao cảm kéo dài.

Hút thuốc lá, béo phì, lười vận động thể lực.

Đái tháo đường không phụ thuộc insulin.

Tăng Triglyceride máu.

Dùng thuốc chẹn beta giao cảm kéo dài.

Rối loạn gen chuyển hóa HDL-C.

Hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng đặc hiệu.

Hiếm hơn, bệnh nhân bị rối loạn lipid máu có tính gia đình sẽ xuất hiện u vàng ở da và u vàng ở gân như gân bánh chè, gân gót và gân duỗi bàn tay.

Rối loạn mỡ máu thường được chẩn đoán bởi tầm soát xét nghiệm thường quy ở bệnh nhân không có triệu chứng hay bệnh nhân có các bệnh lý liên quan đến lipid máu.

Đây là căn bệnh khá nguy hiểm, không gây tử vong ngay trong thời gian ngắn, tuy nhiên những biến chứng của nó cũng nguy hiểm không kém bất cứ căn bệnh chết người nào.

Rối loạn lipid máu dẫn đến hậu quả của các bệnh lý khác là điều không thể tránh khỏi nếu không được phát hiện và chữa trị phù hợp. Xơ vữa động mạch là biến chứng thường gặp nhất. Khi có quá nhiều cholesterol “xấu” trong máu, nó sẽ từ từ lắng đọng vào thành các mạch máu.

Cùng với một số chất khác, nó hình thành mảng xơ vữa động mạch. Hậu quả là cơn đau thắt ngực, méo miệng, liệt nửa người… do nhồi máu cơ tim hay bị đột quỵ. Khi đó nguyên nhân gây xơ vữa mạch máu do rối loạn lipid mới được xác định thì đã quá muộn. Trong các trường hợp bệnh nhân tăng triglycerid máu, có thể dẫn đến viêm tụy cấp với triệu chứng đau bụng nhiều, nôn mửa, đôi khi vào sốc, tiên lượng tử vong cao.

Là biện pháp quan trọng, bắt buộc cho mọi bệnh nhân dù đã có chỉ định dùng thuốc hay chưa

Thay đổi chế độ ăn là một bước có tính chất quyết định trong điều trị rối loạn lipid máu. Mục tiêu chung là ăn giảm acid béo, đơn giản là ăn giảm chất béo bão hòa chủ yếu có nguồn gốc từ động vật, ăn nhiều các chất béo có nguồn gốc từ thực vật.

Ngoại trừ dầu dừa, dầu cọ và thịt các loại giáp xác như tôm, cua có chứa nhiều chất béo bão hòa.

Nên ăn nhiều chất xơ, nhiều rau tươi, “không ngày nào là không ăn hoa quả”.

Nhiều cá, ít thịt. Bệnh nhân có bệnh tăng huyết áp kèm theo, đặc biệt đối với người lớn tuổi cần một chế độ ăn giảm muối.

Không ăn bơ và cream, ăn dầu ôliu.

Dầu cá có chứa acid béoomega-3làm giảm tỷ lệ bị đột tử, làm tăng tuổi thọ và có tác dụng bảo vệ đặc biệt giai đoạn sau nhồi máu cơ tim.

Kiêng ăn mỡ lợn, mỡ gà.

Không nên ăn phủ tạng động vật như gan, lòng, óc, bầu dục… các thịt tạp vụn như cổ, cánh, da…

Hạn chế ăn trứng gà, vịt, đặc biệt là lòng đỏ.

Các thức ăn nên dùng là dầu đậu nành, các lọai rau quả tươi, cá, thịt nạc.

Kiêng thêm đường, mứt, mật, bánh kẹo, rượu và các đồ uống có chất cồn.

Hạn chế các chất bột như bánh mì, cơm gạo…

Uống rượu nhiều là yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch như bệnh động mạch vành, đột quỵ do làm tăng lượng triglyceride trong máu và làm tăng huyết áp.

Không nên uống quá 20 – 30 g cồn/ngày đối với nam giới và 10 – 20 g cồn/ngày với nữ giới.

Uống rượu (đặc biệt là vang đỏ) với lượng vừa phải (1 ly nhỏ mỗi ngày) có tác dụng bảo vệ tim do làm tăng lượng HDL-C và tác dụng chống oxy hóa.

Giảm cân sẽ giảm được sự rối loạn lipid máu trên bệnh nhân thừa cân. Đồng thời, có lợi đối với các bệnh đi kèm như tiểu đường, tăng huyết áp… Quá cân khi BMI ≥ 25 kg/m2 và < 30 kg/m2, béo phì khi BMI ≥ 30 kg/m2. Béo bụng với người châu Á khi vòng eo ở nam ≥ 90 cm, ở nữ ≥ 80 cm.

Giảm cân bằng cách ăn kiêng, tăng cường tập thể dục, giảm lượng rượu hàng ngày ở những người nghiện rượu thừa cân và giảm ăn muối.

Tập thể dục cũng cực kì quan trọng. Luyện tập có thể làm giảm được LDL-C và tăng HDL-C. Tập thể dục còn làm giảm cân nặng, giảm huyết áp, và giảm nguy cơ bệnh mạch vành. Bạn nên thường xuyên tập thể dục ở mức vừa phải như đi bộ, chạy bộ, hoặc bơi lội trong 30 phút, đều đặn 5 lần mỗi tuần. Cường độ tập luyện phải tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe của bạn.

Xem thêm:BMI và cách tính chính xác nhất

Các thuốc điều trị rối loạn lipid máu thường dùng với tác dụng giảm từng loại lipid máu và khả năng dung nạp điều trị như sau:

Chú thích: TC: Cholesterol toàn phần, LDL-C: cholesterol xấu, HDL-C: cholesterol tốt, TG: Triglycerid

Statin thường dùng gồm:Atorvastatin,Rosuvastatin,Simvastatin, Pravastatin.

Khi bệnh nhân có tăng triglyceride máu, cần xem các nguyên nhân, chế độ ăn (đặc biệt uống nhiều rượu).

Mặc dù không phải là đích điều trị, nhưng vẫn cần điều trị ngay khi triglyceride tăng cao > 10 mmol/L để giảm nguy cơ viêm tụy cấp.

Thuốc hàng đầu là statin, có thể phối hợp với acid béo n-3 hoặc fibrate.

Khi có giảm HDL-C, tăng Triglyceride ở bệnh nhân có tăng LDL-C nên dùng statin trước. Có thể phối hợp statin với fibrate (trừ gemfibrozil).

Đối với các bệnh nhân dưới 75 tuổi, nên sử dụng statin điều trị dự phòng tiên phát dựa trên yếu tố nguy cơ tim mạch tổng thể.

Đối với các bệnh nhân trên 75 tuổi, có thể cân nhắc sử dụng statin trong dự phòng tiên phát ở nhóm các bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao – rất cao.

Statin được khuyến cáo dùng trên tất cả các bệnh nhân bịđái tháo đường type 1nằm trong nhóm nguy cơ tim mạch cao hoặc rất cao.

Bệnh nhân bịđái tháo đường type 2thuộc nhóm có nguy cơ tim mạch rất cao, mục tiêu giảm LDL-C ≥ 50% so với mức nền. Đích LDL-C < 1,4 mmol/L (< 55 mg/dL)

Bệnh nhân bị đái tháo đường type 2 thuộc nhóm có nguy cơ tim mạch cao, mục tiêu giảm LDL-C ≥ 50% so với mức nền. Đích LDL-C < 1,8 mmol/L

Bệnh nhân bị đái tháo đường type 2 thuộc nhóm có nguy cơ tim mạch trung bình, mục tiêu LDL – C cần đạt < 2,6 mmol/L.

Statin được khuyến cáo như là lựa chọn đầu tay.

Mục tiêu ban đầu là giảm LDL-C.

Rối loạn lipid máu liên quan chặt chẽ với biến cố đột quỵ não (xơ vữa mạch) và thiếu máu não cục bộ thoáng qua.

Nên dùng statin dự phòng đột quỵ thứ phát ở bệnh nhân có tiền sử nhồi máu não do mảng xơ vữa

Khuyến cáo điều trị hạ lipid máu ở nhóm bệnh nhân này. Nên cân nhắc điều trị statin để làm giảm tiến triển ở bệnh nhân có phình động mạch chủ bụng.

Video chia sẻ thông tin chi tiết về nhóm thuốc Statin:

Biên tập bởi:Thạc sĩ, Dược sĩ Phan Tiểu Long

Các đối tượng cần tầm soát rối loạn lipid trong máu:

Thực hiện bộ xét nghiệm lipid ở các đối tượng bị đái tháo đường type 2.

Tăng huyết áp.

Bệnh mạch vành.

Hút thuốc lá.

BMI ≥ 25 kg/m²hoặc vòng eo > 90 cm đối với nam và > 80 cm đối với nữ.

Tiền sử gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm.

Bệnh viêm mạn tính.

Bệnh thận mạn tính.

Tiền sử rối loạn lipid máu có tính gia đình.

Có thể xem xét thực hiện bộ xét nghiệm lipid máu ở nam > 40 tuổi và nữ > 50 tuổi.

Xem thêm:Thuốc điều trị rối loạn lipid máu Lopid (gemfibrozil)

Rối loạn lipid máuhiện nay không hiếm gặp và là yếu tố nguy cơ gây xơ vữa mạch máu, làm tăng tỉ lệ tử vong do bệnh tim mạch và đột quỵ. Cần tầm soát mỡ máu và có biện pháp điều trị sớm, thích hợp. Bên  cạnh đó, để phòng tránh những biến chứng của bệnh, hãy bắt đầu từ một lối sống khoa học và lành mạnh ngay hôm nay.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-lo-au-chia-ly-o-tre-em/

Nội dung bài viết

Thế nào là rối loạn lo âu chia ly ở trẻ em?

Biểu hiện của bệnh

Vậy nguyên nhân của bệnh là do đâu?

Làm thế nào để để cùng con bạn vượt qua giai đoạn rối loạn chia ly?

Chắc hẳn trong chúng ta, ai làm cha mẹ cũng đều trải qua giai đoạn con mình bỗng nhiên bám dính lấy mình, bé khóc lóc mỗi khi phải tách rời cha mẹ, khóc lóc liên tục mỗi khi phải đến trường. Đây là một biểu hiện rất thông thường ở trẻ khi phải bắt đầu tách rời cha mẹ để tự mình khám phá thế giới.

Bài viết này sẽ giúp quý phụ huynh hiểu rõ hơn thế nào là một lo âu chia ly bình thường, thế nào là rối loạn lo âu chia ly ở trẻ em bệnh lý.

Đối với người lớn chúng ta, khi phải chia xa với những điều mình vốn quen thuộc cũng đã gây nên một sự lo lắng buồn bã, và rất là tự nhiên nếu những đứa trẻ cũng có phản ứng như vậy khi chúng bị tách rời bố mẹ, những người vốn dĩ luôn gắn liền bên cạnh chúng từ lúc sinh ra. Do vậy, lo âu chia ly là một phản ứng rất thông thường của trẻ và nó nằm trong một giai đoạn phát triển bình thường của trẻ.

Rối loạn lo âu chia ly ở trẻ em bắt đầu trước khi trẻ 1 tuổi và đánh dấu quan trọng về sự nhận thức của trẻ về sự tách biệt của cha mẹ hay người chăm sóc chính của trẻ. Đỉnh điểm của lo âu chia ly là trong khoảng từ 9 – 12 tháng và sẽ giảm dần khi trẻ hơn 2 tuổi, điều này giúp trẻ quen dần với sự vắng mặt của cha mẹ và tạo điều kiện giúp trẻ thoải mái khi xa cha mẹ ở trường mầm non.

Ở giai đoạn này, trẻ sẽ có những biểu hiện như khóc lóc đòi cha mẹ, giận dữ hay đeo bám theo cha mẹ liên tục, thậm chí có thể theo vào nhà vệ sinh.

Tuy nhiên, khoảng 15% trẻ không hề giảm lo âu khi bước vào tiểu học, thậm chí lỗi lo tăng cường độ hơn, trẻ rất khó khăn trong việc tách rời cha mẹ mặc dù đã được cha mẹ hỗ trợ hết sức, khó khăn trong việc đến trường hay kết giao bạn bè, lúc này có lẽ vấn đề không còn là lo âu chia ly mà đã phát triển thành rối loạn lo âu chia ly rồi.

Biểu hiện thường thấy như:

Đặc điểm cơ bản của rối loạn lo âu chia ly là nỗi sợ hãi hoặc lo lắng quá mức liên quan đến việc tách rời cha mẹ hay người chăm sóc. Nỗi sợ này tái đi tái lại khi vào tình huống phải chia ly.

Trẻ lo lắng về sự an toàn hay cái chết của người thân mà trẻ gắn bó, ví dụ như trẻ thường xuyên lo lắng bố mẹ bị bệnh hay sẽ chết và rời xa trẻ.

Trẻ cũng lo lắng về các sự kiện không mong muốn với bản thân, chẳng hạn như bị lạc, bị bắt cóc hoặc gặp tai nạn, sẽ khiến trẻ không bao giờ được đoàn tụ với người thân của trẻ .

Trẻ có thể có hành vi miễn cưỡng hoặc từ chối tự đi ra ngoài vì nỗi sợ chia ly, miễn cưỡng về việc ở một mình. Trẻ bị rối loạn lo âu chia ly có thể không thể ở trong phòng một mình và có thể có hành vi “đeo bám” người thân.

Trẻ mắc chứng rối loạn này thường gặp khó khăn khi đi ngủ và đòi ai đó ở bên trẻ cho đến khi trẻ ngủ thiếp đi.

Trẻ em có thể miễn cưỡng hoặc từ chối tham dự các hoạt động ngoại khóa, ngủ ở nhà của bạn bè hoặc rất khó khăn trong việc đến trường vì không thể tách rời người thân.

Có thể có những cơn ác mộng lặp đi lặp lại trong đó nội dung thể hiện sự lo lắng về sự chia ly với người thân, ví dụ như hỏa hoạn và người thân chết hết chỉ còn lại một mình trẻ.

Xuất hiện các triệu chứng thực thể như đau đầu, đau bụng, buồn nôn, nôn là khá phổ biến ở trẻ em khi sắp phải vào tình huống phải tách rời người thân. Các triệu chứng tim mạch như đánh trống ngực, chóng mặt và cảm thấy như muốn ngất xỉu thì rất hiếm ở trẻ nhỏ nhưng có thể xảy ra ở thanh thiếu niên và người lớn.

Những triệu chứng trên diễn ra ít nhất 4 tuần và gây ảnh hưởng nặng nề đến trẻ và gia đình trẻ.

Nguyên nhân chính xác hiện tại vẫn chưa rõ ràng, tuy nhiên người ta đã nhận định được các yếu tố nguy cơ làm tăng tình trạng này ở trẻ như:

Sự bao bọc quá mức từ cha mẹ: một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự bao bọc quá mức từ cha mẹ làm tăng nguy cơ rối loạn lo âu ở trẻ, trẻ giảm khả năng tự đương đầu với các sự kiện biến động trong cuộc sống.

Ở những trẻ có đặc điểm tính cách nhút nhát và thu mình trong những tình huống lạ lẫm đã được chứng minh là có nguy cơ mắc chứng rối loạn lo âu chia ly cao hơn.

Căng thẳng trong cuộc sống thường trùng với sự phát triển của rối loạn lo âu. Cái chết của người thân, bệnh tật của trẻ, thay đổi môi trường của trẻ em hoặc chuyển đến một khu phố hoặc trường học mới thường được ghi nhận trong tiền căn của trẻ em mắc chứng rối loạn lo âu chia ly.

Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng cha mẹ mắc chứng rối loạn lo âu thì khả năng trẻ cũng mắc rối loạn lo âu cao hơn so với trẻ không có cha mẹ bị mắc rối loạn lo âu. Điều này hoàn toàn hợp lý vì tình trạng rối loạn lo âu của cha mẹ có thể ảnh hưởng lên cách nuôi dạy con cái. Ví dụ một người mẹ bị mắc chứng rối loạn lo âu, luôn trong tình trạng lo lắng quá mức sợ rằng con mình sẽ không được chăm sóc tốt khi không có mình bên cạnh, điều này làm người mẹ giữ khư khư đứa bé bên cạnh và cũng từ đó đứa bé có sự gắn kết quá mức và không thể tách mẹ được. Sự lo âu của mẹ và trẻ tương tác lẫn nhau và làm nặng lên tình trạng của cả hai.

Không ai trong chúng ta muốn nhìn thấy con cái mình lo lắng buồn phiền, vì vậy việc giúp con bạn tránh những điều mà chúng sợ là điều có thể. Tuy nhiên, điều đó sẽ chỉ củng cố nỗi lo lắng của con bạn về lâu dài nếu bạn luôn để bé tránh xa mọi tình huống gâystress. Thay vì cố gắng tránh xa nhau bất cứ khi nào có thể, tốt hơn bạn có thể giúp con bạn chống lại chứng rối loạn lo âu chia ly bằng cách thực hiện một số bước để khiến chúng cảm thấy an toàn hơn. Hãy đưa bé tới gặp bác sĩ nhi khoa hoặc chuyên gia tâm thần nhi khoa để được chẩn đoán và điều trị tâm lý, nếu cần thiết có thể phải sử dụng thêm thuốc.

Một số điều bạn có thể tự hỗ trợ cho bé:

Trước tiên hãy cố gắng cũng cố kiến thức của bản thân về chứng rối loạn này, khi hiểu được bạn sẽ thông cảm cho bé hơn, sẽ giảm được những tình huống mà đôi khi bạn cảm thấy quá bực tức vì sao bé lại đeo bám, khóc lóc như vậy và dẫn đến hành vi như đánh đòn bé.

Lắng nghe và tôn trọng cảm xúc của trẻ. Đôi khi vì chúng ta bỏ qua cảm giác sợ hãi của trẻ, cho rằng đó chỉ là cảm giác của trẻ con và bỏ qua chúng sẽ tạo cho trẻ cảm giác bị cô lập. Việc được người lớn lắng nghe lại là một cách giúp trẻ mạnh dạn hơn khi nói ra cảm xúc của mình.

Không nên nói với trẻ những câu như “con hãy quên nó đi, đừng nghĩ gì về nó cả”, các nghiên cứu chứng minh việc bạn gạt đi nỗi sợ của bé không mang lại lợi ích cho việc cải thiện bệnh, hãy thẳng thắng bàn luận với con về những tình huống nào làm con sợ, lúc đó cảm giác của con ra sao.

Quan sát và dự đoán những tình huống nào sẽ gây nên sự lo âu chia ly cho bé, để từ đó tìm cách làm nhẹ bớt sự lo âu trước khi tình huống xảy ra.

Giữ bình tĩnh khi thấy trẻ bắt đầu xuất hiện triệu chứng khi vào tình huống lo âu, khi trẻ thấy bố mẹ bình tĩnh thì cũng giúp trẻ một phần nào lấy lại bình tĩnh.

Hỗ trợ khuyến khích con tham gia các hoạt động ngoại khóa.

Khen ngợi trẻ mỗi khi trẻ làm được một điều gì đó, ví dụ như đêm nay trẻ đi ngủ mà không cần mẹ bên cạnh, hãy khen ngợi để trẻ có thêm động lực cho những lần tới.

Nếu có vẻ như rối loạn lo âu chia ly ở trẻ em bạn bỗng nhiên xảy ra sau một đêm thức dậy, nguyên nhân có thể là do điều gì đó liên quan đến trải nghiệm đau thương hơn là lo âu chia ly bình thường. Mặc dù hai tình trạng này có thể có các triệu chứng giống nhau, nhưng chúng được điều trị khác nhau. Trong tình huống này, điều cần làm là bạn thử tìm ra nguyên nhân tác động đến trẻ khiến trẻ có trải nghiện đau thương đó.

Đối với phản ứng lo âu chia ly bình thường này, sẽ có những bước bạn có thể tự thực hiện để giúp trẻ để vượt qua giai đoạn này một cách dễ dàng hơn:

Thực hành tách rời: Ban đầu, bạn có thể để bé với một người chăm sóc khác trong thời gian ngắn và khoảng cách ngắn. Khi con bạn đã quen với việc chia ly tách rời mẹ, bạn có thể dần dần rời đi lâu hơn và đi xa hơn.

Bạn có thể tách rời bé vào khoảng thời gian sau khi bé ngủ trưa hoặc sau khi ăn: Một số nghiên cứu nói rằng các bé dễ bị lo âu chia ly hơn khi chúng mệt mỏi hoặc đói.

Hãy luôn nói với con bạn là bạn sẽ rời đi và bạn sẽ quay trở lại. Có thể bạn sẽ nghĩ rằng trẻ con nên không biết gì, nhưng thực sự điều này rất quan trọng, trẻ hoàn toàn nhận biết được là mẹ sắp đi vắng và chúng sẽ an tâm hơn nếu được biết trước chuyện gì sắp xảy ra.

Thực hiện theo các lời hứa với trẻ, quay trở lại đúng thời điểm mà bạn đã hứa sẽ tạo được niềm tin và tạo cảm giác an tâm cho những những lần rời xa tiếp theo.

Khi con bạn vắng nhà, hãy khuyến khích chúng mang theo một đồ vật quen thuộc của chúng. Ví dụ như chú gấu bông mà bé hay ôm ngủ, chiếc mũ mà bé yêu thích,…

Có một người chăm sóc chính phù hợp. Nếu bạn thuê một người chăm sóc, hãy cố gắng duy trì họ trong công việc lâu dài để tránh sự không nhất quán trong cuộc sống của con bạn.

Giảm thiểu xem những thứ đáng sợ trên tivi. Con bạn sẽ ít sợ hãi hơn nếu các chương trình bạn xem không đáng sợ.

Cố gắng không nhượng bộ. Đây là điều rất quan trọng, nhiều bậc phụ huynh khi tập tách rời mà thấy con khóc lóc vật vã đã không thể thực hiện tiếp được việc luyện tập và đưa trẻ theo cùng, tuy nhiên bạn hãy cố gắng không nhượng bộ, việc này thực sự rất quan trong, đây là một trong những yếu tố quyết định cho những lần tập tách rời cha mẹ có thành công hay không, hãy nói với trẻ rằng chúng sẽ ổn thôi và chính bản thân cha mẹ hãy tự trấn an mình rằng “con sẽ ổn thôi”.

Rối loạn lo âu chia lylà tình trạng nếu không điều trị sẽ gây suy giảm mạnh chức năng xã hội sau này của trẻ, làm ảnh hưởng đến tương lai của chúng, việc nhận biết đâu là bình thường, đâu là bất thường giúp cha mẹ tự tin hơn để cùng bé vượt qua giai đoạn khó khăn này.

Tìm hiểu về rối loạn lo âu chia ly của con. Bạn nên nói chuyện với chuyên gia sức khỏe tâm thần của con để tìm hiểu về rối loạn và giúp trẻ hiểu về tình trạng này.

Xem thêm:6 cách giúp vượt qua nỗi lo

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-luong-cuc-trieu-chung-va-cach-dieu-tri-can-benh-nay/

Nội dung bài viết

Rối loạn lưỡng cực là gì?

Triệu chứng thường gặp

Phân loại bệnh rối loạn lưỡng cực

Điều trị bệnh rối loạn lưỡng cực

Rối loạn lưỡng cực là bệnh tâm lý thường gặp trong xã hội hiện đại với biểu hiện dễ dàng thay đổi tâm trạng rõ rệt. Bài viết sau sẽ cung cấp một cái nhìn toàn vẹn về căn bệnh này cũng như triệu chứng và cách điều trị nó.

Rối loạn lưỡng cực (Bipolar disorders – RLLC), hay còn gọi là rối loạn hưng –trầm cảm, là tình trạng tâm thần thay đổi bất thường. Tâm trạng của người bệnh có thể đột ngột hưng cảm (tăng động, kích động) hoặc trầm cảm một cách không kiểm soát.

Khi người bệnh chán nản, họ có thể cảm thấy tuyệt vọng, trầm uất, chán nản và mất hứng thú trong các hoạt động thường ngày. Khi tâm trạng người bệnh ở trạng thái hưng cảm, họ sẽ cảm thấy đầy hưng phấn và tràn đầy năng lượng. Trạng thái thay đổi tâm lý đột ngột này thường xuất hiện vài lần trong năm hoặc thậm chí nếu nặng hơn là vài lần trong tuần, ảnh hưởng đến giấc ngủ, hành vi, khả năng tập trung của người bệnh.

Trong rối loạn lưỡng cực, các giai đoạn trạng thái tâm trạng không theo một khuôn mẫu nhất định. Mức độ nghiêm trọng của nó khác nhau từ người này sang người khác và cũng có thể thay đổi theo thời gian mà trở nên nghiêm trọng hơn hoặc ít nghiêm trọng hơn.

Thay đổi về cảm xúc:

Cảm thấy lạc quan, hoạt bát.

Dễ bị kích thích bởi các tác nhân bên ngoài, gia tăng ham muốn.

Thay đổi hành vi:

Nói nhiều và nhanh hơn bình thường, không kiểm soát được.

Nảy sinh ra nhiều ý tưởng, hành động điên rồ.

Khó tập trung.

Gia tăng hoạt động, muốn tham gia nhiều hoạt động cùng một lúc.

Giảm nhu cầu ngủ.

Ảo tưởng về khả năng của bản thân.

Hành động khác thường, thiếu cân nhắc, có thể dẫn đến nguy hiểm cho bản thân hoặc những người xung quanh.

Thay đổi về cảm xúc:

Cảm giác buồn chán, bi quan, thậm chí chán ghét, không thiết tha sống.

Cảm giác vô vị, không cảm xúc với mọi thứ xung quanh.

Thay đổi về hành vi:

Cảm thấy uể oải, mệt mỏi, làm việc chậm chạp, kém năng suất.

Tự cô lập bản thân, tách biệt với cộng đồng và xã hội, tránh giao tiếp với người khác.

Không giữ tập trung, khả năng ghi nhớ kém.

Khả năng quyết định, suy nghĩ giảm sút.

Ăn không ngon miệng, buồn ăn, chán ăn.

Nặng nề nhất là suy nghĩ về tự tử, có ý định tự sát.

Dựa vào các đặc điểm khác như thời gian, chu kỳ và mức độ cảm xúc, bệnh được chia làm 3 loại: loại I, II và Cyclothymia.

Bệnh nhân trải qua cả 2 mức độ trạng thái cảm xúc của bệnh là hưng phấn và trầm cảm một cách rõ rệt. Thời gian diễn tiến của cả 2 giai đoạn này tương đối bằng nhau.

Người bệnh có thời gian trầm cảm lâu hơn và thường xuyên hơn so với loại I, còn cảm xúc lúc hưng phấn chỉ ở mức nhẹ, không biểu hiện rõ rệt. Đây là loại RLLC nguy hiểm với tỉ lệ người tự tử hoặc có ý định tự sát cao nhất.

Đây là dạng hưng – trầm cảm nhẹ nhất. Các biểu hiện thay đổi về cảm xúc, hành vi của người bệnh không rõ ràng, khó phát hiện. Thậm chí, người mắc khó cảm nhận rõ cảm giác thực sự hưng phấn hay trầm cảm. Nhưng chứng Cyclothymia có thể tiến triển thành RLLC loại I hoặc II (tỉ lệ 15% – 50%).

Bệnh cần được chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ có chuyên môn (bác sĩ tâm thần). Việc điều trị bệnh cần một liệu pháp lâu dài, mục tiêu kiểm soát các triệu chứng của bệnh. Tuỳ vào mức độ và biểu hiện bệnh, có thể sử dụng một hoặc kết hợp nhiều phương pháp:

Thông thường, các bệnh nhân sẽ được điều trị bằng thuốc đầu tiên để kiểm soát các triệu chứng của bệnh.

Các thuốc sử dụng trong chứng rối loạn lưỡng cực:

Thuốc an thần: Một số thuốc an thần thường được sử dụng như : lithium (Lithobid), acid valproic (Depakene), carbamazepine (Tegretol) và lamotrigine (Lamictal).

Chống loạn thần: Nếu những triệu chứng của trầm cảm hoặc hưng phấn còn tiếp diễn, người bệnh có thể được kê thêm thuốc chống loạn thần như olanzapine (Zyprexa), Risperidone (Risperdal),…

Chống trầm cảm: Bác sĩ có thể kê thuốc này để giúp người bệnh trong giai đoạn trầm cảm.

Thuốc chống loạn thần – trầm cảm: Symbax là thuốc kết hợp giữa thuốc chống trầm cảmfluoxetinevà thuốc chống loạn thầnolanzapine.

Thuốc điều trị rối loạn lo âu: Benzodiazepine giúp điều trị các triệu chứng lo âu và cải thiện giấc ngủ, nhưng thuốc thường chỉ được sử dụng trong thời gian ngắn.

Người bệnh cần được điều trị lâu dài ngay cả khi các triệu chứng của bệnh đã đỡ. Những người bỏ qua đợt điều trị lâu dài này có tỉ lệ tái phát bệnh rất cao.

Liệu pháp điều trị tư vấn: Khi người bệnh đang trải qua những triệu chứng không kiểm soát được nên tìm đến bác sĩ để được tư vấn.

Cai rượu, bia: Nếu người bệnh đang nghiện cồn hoặc các chất kích thích cũng cần có các biện pháp như sử dụng thuốc điều trị lạm dụng rượu, bia.

Nhập viện cần thiết ở những bệnh nhân không kiểm soát được hành vi của mình, có ý nghĩa tự tử, làm hại bản thân hoặc những người xung quanh. Tiếp nhận điều trị tâm thần ở bệnh viện có thể làm ổn định lại trạng thái của người bệnh, ở trạng thái hưng cảm hoặc trầm cảm.

Rối loạn lưỡng cựclà căn bệnh phức tạp và gây ảnh hưởng nghiêm trọng lên đời sống của người bệnh. Biện pháp điều trị được ưu tiên hàng đầu là sử dụng thuốc và tư vấn. Ngoài ra, người bệnh còn cần thêm sự trợ giúp của những người thân xung quanh và giáo dục để kiểm soát hành vi.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-ngu-nhieu/

Nội dung bài viết

Bạn hiểu như thế nào là rối loạn ngủ nhiều?

Ngủ nhiều có ảnh hưởng gì?

Tiêu chuẩn nào giúp bác sĩ chẩn đoán rối loạn ngủ nhiều (DSM-5)?

Phân loại rối loạn ngủ nhiều

Trong cuộc sống hiện đại, chúng ta có lẽ đã bắt gặp đâu đó từ “mất ngủ” trên các phương tiện truyền thông như tivi, báo đài hay internet, nhưng có bao giờ bạn nghĩ mình mắc “rối loạn ngủ nhiều” hay không. Ở bài viết này, chúng ta sẽ tìm hiểu thêm một dạng rối loạn giấc ngủ khác – rối loạn ngủ nhiều.

Là một thuật ngữ chẩn đoán rộng và bao gồm nhiều triệu chứng như:

Thời gian ngủ nhiều quá mức (ngủ nhiều vào ban đêm hoặc tổng thời gian ngủ ban ngày).

Suy giảm chất lượng của sự tỉnh táo  – có nghĩa là khi thức dậy vẫn lại rất buồn ngủ, khó khăn trong việc cố gắng tỉnh táo.

Quán tính ngủ (tại thời điểm chuyển giao giữa ngủ – thức). Sự tỉnh táo và năng suất làm việc bị giảm đáng kể so với người thường. Hơn 90% những người này đi vào giấc một cách dễ dàng và nhanh chóng.

Thường họ sẽ ngủ ngon. Tuy nhiên, vào buổi sáng những người này thường khó có thể thức dậy ngay lập tức. Họ cần thêm ít thời gian để ngủ nướng, thỉnh thoảng sau khi tỉnh dậy, họ dễ cáu gắt, dáng đi loạng choạng.

Quán tính ngủ cũng có thể xảy ra ở những giấc ngủ ngắn vào ban ngày. Trong suốt thời gian đó, những người này dường như tỉnh nhưng giảm hoạt động.

Họ có hành vi không phù hợp, suy giảm trí nhớ, rối loạn nhận biết về không gian, thời gian, cảm giác loạng choạng. Giai đoạn này có thể kéo dài từ vài phút đến vài giờ.

Nhu cầu ngủ kéo dài có thể dẫn đến những hành vi tự động mà cá nhân có thể nhớ rất ít hoặc không nhớ. Ví dụ, những người thấy họ đang lái xe hàng dặm, nhưng họ lại không ý thức được rằng họ đang lái xe.

Xét về khía cạnh số lượng thời gian ngủ, với một số người rối loạn ngủ nhiều, thời gian ngủ chủ yếu là từ 9 tiếng trở lên.

Tuy nhiên, giấc ngủ này lạikhông giúp họ cảm thấy hồi phục lại năng lượngsau một ngày làm việc mệt mỏi và vào buổi sáng. Họ rất khó thức dậy ra khỏi giường.

Đối với một vài cá nhân khác, thời gian giấc ngủ ban đêm có thể bình thường từ 6-9 tiếng. Trong trường hợp này, ngủ quá mức được đặc trưng bởi có nhiều giấc ngủ ngắn không chủ ý vào ban ngày.

Những giấc ngủ ngắn này thường có xu hướng kéo dài (dài hơn 1 tiếng) tuy nhiên lại không giúp bản thân cảm thấy thoải mái, tỉnh táo hơn.

Người rối loạn ngủ nhiều, thường có nhiều giấc ngủ ngắn vào ban ngày dù ban đêm có ngủ bao nhiêu tiếng đi chăng nữa. Những người này có thể ngủ ngon giấc hoặc không ngon.

Vào ban ngày họ luôn cảm thấy buồn ngủ dai dẳng hơn là có những cơn buồn ngủ ập đến. Những giấc ngủ không chủ đích thường kéo đến trong những không gian yên tĩnh.

Những hoạt động nhẹ nhàng, chậm rãi như trong lớp học, đọc sách, xem ti vi hay lái xe đường dài cũng gây ra giấc ngủ ngắn.

Tuy nhiên trong một số trường hợp rối loạn ngủ nhiều nặng, họ có thể ngủ trong những trường hợp cần sự tập trung chú ý cao như đang làm việc, đang họp hoặc đang dự tiệc.

Tự bản thân bệnh nhân cảm thấy ngủ quá nhiều. Thời gian ngủ chính kéo dài ít nhất 7 tiếng kèm theo ít nhất 1 trong những tiêu chuẩn sau:

Nhiều giấc ngủ ngắn trong cùng một ngày.

Thời gian ngủ chính kéo dài hơn 9 tiếng mà vẫn cảm thấy không đủ. Ví dụ sau khi ngủ dậy vẫn cảm thấy không khỏe. Cơ thể không hồi phục được năng lượng.

Cảm thấy khó tỉnh táo hoàn toàn sau khi đột ngột bị đánh thức

Ngủ nhiều xảy ra ít nhất 3 ngày/ tuần, kéo dài ít nhất 3 tháng.

Ngủ nhiều gây ra những khó chịu đáng kể hoặc gây suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc những chức năng quan trọng khác.

Không được giải thích tốt hơn hoặc xảy ra đồng thời trong diễn tiến bệnh của những rối loạn giấc ngủ khác. Ví dụ như: ngủ rũ, rối loạn chu kì giấc ngủ.

Không phải do tác dụng sinh lý của chất. Ví dụ như lạm dụng chất, thuốc.

Những rối loạn y khoa và rối loạn tâm thần không đủ để giải thích những than phiền nổi bật của ngủ nhiều.

1. Rối loạn tâm thần, bao gồm cả rối loạn do sử dụng chất (ví dụ chất kích thích).

2. Tình trạng y khoa, bệnh lý.

3. Rối loạn giấc ngủ khác.

Rối loạn giấc ngủ có thể là cấp, bán cấp hoặc mạn tùy theo thời gian bệnh nhân bị rối loạn.

Cấp: < 1 tháng.

Bán cấp : từ 1 đến 3 tháng.

Mạn: kéo dài hơn 3 tháng.

Nhẹ: khó duy trì hoạt động tỉnh thức vào ban ngày 1-2 ngày/tuần.

Trung bình: 3 – 4 ngày/tuần.

Nặng: 5 – 7 ngày/tuần.

Nếu bạn cảm thấy mình có những triệu chứng củaRối loạn giấc ngủ. Hãy tìm đến các bác sĩ chuyên khoa Tâm lý – Tâm thần để được tư vấn kỹ hơn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/hieu-dung-ve-roi-loan-nhan-cach-la-gi/

Nội dung bài viết

Rối loạn nhân cách là gì?

Phân loại các rối loạn nhân cách

Mức độ phổ biến của rối loạn nhân cách

Mặc dù không có định nghĩa duy nhất cho nhân cách. Nhưng nhân cách được hiểu là thứ phát sinh từ bên trong bạn và những cách thức này sẽ nhất quán trong suốt cuộc đời. Nó bao gồm tất cả những suy nghĩ, cảm xúc, mô hình hành vi và thái độ xã hội tác động đến cách chúng ta nhìn nhận bản thân và niềm tin chúng ta về người khác lẩn thế giới xung quanh.

Trước khi tìm hiểu sâu hơn về rối loạn nhân cách, chúng ta cần biết nhân cách là gì? Nhân cách thường được định nghĩa qua 2 câu hỏi:

Điều gì làm nên bạn của ngày hôm nay? Chắc chắn, nhiều yếu tố đóng góp tạo nên con người bạn của ngày hôm nay. Bao gồm di truyền, giáo dục và kinh nghiệm sống của bạn.

Điều gì làm cho bạn trở nên độc đáo? Đó là những kiểu suy nghĩ, cảm xúc và hành vi đặc trưng tạo nên cách thức của bạn.

Rối loạn nhân cách là một nhóm các tình trạng sức khỏe tâm thần được đặc trưng bởi các kiểu suy nghĩ, cảm xúc và hành vi không linh hoạt và không lành mạnh. Những kinh nghiệm và hành vi bên trong này thường khác với văn hóa nơi cá nhân họ đang sống.

Có thể gây khó khăn trong việc giao lưu với gia đình và bạn bè. Những người bị bệnh này rất khó nhận biết hành vi nào là bình thường hay bất thường.

Có thể được phân thành các nhóm nhỏ có các hành vi tương tự:

Nhóm A:Phân liệt, hoang tưởng và  dạng phân liệt

Nhóm B:Chống xã hội,  ranh giới và ái kỷ.

Nhóm C: Tránh né,  phụ thuộc và ám ảnh cưỡng chế.

Có rất nhiều loại khác nhau. Chúng được chia thành ba nhóm dựa trên các đặc điểm và triệu chứng tương tự. Một số người có thể có dấu hiệu và triệu chứng của nhiều loại khác nhau.

Rối loạn nhân cách hoang tưởng: Những người mắc chứng hoang tưởng rất không tin tưởng vào người khác và nghi ngờ về động cơ của họ. Họ có xu hướng tin cực đoan rằng ai đó luôn tìm cách hãm hại mình.

Rối loạn nhân cách phân liệt: Những người mắc chứng rối loạn này thể hiện sự ít quan tâm đến việc hình thành các mối quan hệ với người khác. Hoặc họ ít tham gia vào các tương tác xã hội. Họ thường ít tương tác xã hội bình thường, vì vậy họ có vẻ lãnh cảm về mặt cảm xúc.

Rối loạn nhân cách dạng phân liệt: Người bệnh tin rằng họ có thể ảnh hưởng đến mọi người xung quanh hoặc các sự kiện bằng suy nghĩ của họ. Họ thường xuyên hiểu sai hành vi hoặc lời nói của người khác. Điều này khiến họ có những phản ứng cảm xúc không phù hợp. Họ có xu hướng tránh né các mối quan hệ thân mật, đặc trưng bởi sự kỳ quái, khác người.

Rối loạn nhân cách chống đối xã hội: Những người mắc chứng chống đối xã hội có xu hướng thao túng hoặc hành động gây hại đến người khác mà không cảm thấy hối hận về hành động của họ. Họ có thể nói dối, ăn cắp hoặc lạm dụng rượu hoặc chất kích thích.

Rối loạn nhân cách ranh giới: Những người mắc loại rối loạn này thường cảm thấy trống rỗng và bị bỏ rơi bất kể gia đình hay cộng đồng hỗ trợ. Họ có thể gặp khó khăn khi đối phó với các sự kiện căng thẳng. Người bệnh có thể có những cơn hoang tưởng. Họ cũng có xu hướng tham gia vào các hành vi nguy hiểm và bốc đồng, chẳng hạn như quan hệ tình dục không an toàn, uống rượu say và đánh bạc.

Rối loạn nhân cách kịch tính: Tình trạng kịch tính, mọi người thường cố gắng thu hút sự chú ý nhiều hơn bằng cách kịch tính hóa mọi thứ lên hoặc khiêu khích tình dục. Họ dễ bị ảnh hưởng bởi những người khác và cực kỳ nhạy cảm với những lời chỉ trích hoặc không tán thành.

Rối loạn nhân cách ái kỷ: Những người mắc chứng ái kỷ tin rằng họ quan trọng hơn những người khác. Họ có xu hướng phóng đại thành tích của họ. Người bệnh có thể khoe khoang về sự hấp dẫn hoặc thành công của mình. Họ có một nhu cầu sâu sắc về sự được ngưỡng mộ, nhưng thiếu sự đồng cảm với người khác.

Rối loạn nhân cách tránh né: Những người mắc loại rối loạn này thường trải qua cảm giác không thỏa đáng, kém cỏi hoặc không được thu hút. Họ thường chịu sự chỉ trích từ người khác và tránh tham gia vào các hoạt động mới hoặc kết bạn.

Rối loạn nhân cách phụ thuộc: Bệnh này phụ thuộc, mọi người phụ thuộc rất nhiều vào người khác để đáp ứng nhu cầu về cảm xúc và thể chất. Họ thường tránh ở một mình. Người bệnh thường xuyên cần sự yên tâm khi đưa ra quyết định. Họ cũng có thể thường xuyên chịu đựng sự lạm dụng thể chất và lời nói từ người khác.

Rối loạn nhân cách ám ảnh cưỡng chế:Những người mắc chứng chứng bệnh này ám ảnh cưỡng chế có nhu cầu quá cao về trật tự. Họ tuân thủ mạnh mẽ các quy tắc và quy định. Người bệnh cảm thấy vô cùng khó chịu khi sự hoàn hảo không đạt được. Họ thậm chí có thể bỏ bê các mối quan hệ cá nhân để tập trung vào việc làm cho một dự án trở nên hoàn hảo.

Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD) và rối loạn nhân cách ám ảnh cưỡng chế (OCPD) là 2 loại bệnh thường bị nhầm lẫn với nhau. Việc phân biệt được chính xác 2 loại bệnh trên là vô cùng cần thiết. Trên thực tế, OCD khác với OCPD như thế nào? Hãy cùngYouMedtìm hiểu trong bài viết:“Rối loạn ám ảnh cưỡng chế và Rối loạn nhân cách ám ảnh cưỡng chế: Cách phân biệt”nhé!

Những rối loạn chỉ được xác định khi những vấn đề nêu trên trở nên gây đâu khổ và mãn tính cho người bệnh. Nó còn ảnh hưởng đến cách suy nghĩ, cảm xúc, hành vi và hoạt động của cá nhân họ với người khác.

Nhóm rối loạn này được cho là khá phổ biến trong dân số. Các chuyên gia đưa ra các con số là từ 6 tới 11,1% dân số có vấn đề (riêng ở Hoa Kỳ, thống kê của Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia báo cáo rằng khoảng 9,1% dân số). Rối loạn có thể ảnh hưởng đến người bệnh ở mọi lứa tuổi. Nó thường xuất hiện ở tuổi dậy thì và tiếp tục vào tuổi trưởng thành.

Nếu chấp nhận, người mắc rối loạn có thể cảm thấy sợ hãi và lo lắng về tương lai của mình. Nhưng những biểu hiện đâu khổ và cản trở là những chuyện đã và đang tồn tại trong đời sống của họ. Điều quan trọng cần nhớ là người bệnh sẽ không phải đối mặt với nó một mình. Có những người được đào tạo, có kỹ năng và sẵn sàng giúp bạn thực hiện các bước tiếp theo trong điều trị.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-nhan-cach-hoang-tuong-nhan-cach-paranoid-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Rối loạn nhân cách hoang tưởng là gì?

Dấu hiệu và triệu chứng của rối loạn nhân cách hoang tưởng

Nguyên nhân rối loạn nhân cách hoang tưởng

Các yếu tố nguy cơ phát sinh rối loạn

Điều trị rối loạn nhân cách hoang tưởng

Những cá nhân có xu hướng rất không tin tưởng vào người khác và nghi ngờ về động cơ của mọi người. Họ có thường có niềm tin cực đoan rằng ai đó luôn tìm cách hãm hại mình. Đó là những nét đặc trưng của một rối loạn nhân cách, gọi là nhân cách hoang tưởng (Paranoid Personality Disorder). Nhưng không hẳn bất kỳ ai có những đặc trưng trên đều mắc rối loạn nhân cách hoang tưởng. Để hiểu hơn, chúng ta hãy cùng đến với bài viết.

Rối loạn nhân cách hoang tưởng (paranoid) là một rối loạn sức khỏe tâm thần, thuộc nhóm A (nghi ngờ) rối loạn nhân cách. Trong đó đặc trưng bởi:

Hành vi của một người có vẻ kỳ lạ hoặc bất thường khi cư xử với người khác.

Rất nghi ngờ người khác, không tin vào động cơ của người khác và tin rằng người khác muốn làm hại họ.

Đôi khi miễn cưỡng tâm sự với người khác những nội dung mang tính hận thù, hạ thấp hoặc đe dọa trong những bình luận hay sự kiện thường nhật.

Những người mắc rối loạn nhân cách hoang tưởng (paranoid) cũng có thể nhanh chóng cảm thấy tức giận và thù địch với người khác. Và chỉ khi những đặc trưng tính cách này trở nên kém linh hoạt hay có khả năng làm suy yếu đi đáng kể các chức năng sống của họ và làm cho người đó có cảm thấy đau khổ thì rối loạn mới được xác định.

Rối loạn nhân cách hoang tưởng (Paranoid Personality Disorder) đặc trưng bởi xu hướng rất không tin tưởng vào người khác và nghi ngờ về động cơ của mọi người

Theo như DSM-5, rối loạn nhân cách hoang tưởng cần phải bao gồm có đa phần (hơn 4 tiêu chuẩn). Nó thường bắt dầu sớm ở tuổi trưởng thành và thể hiện trong nhiều lĩnh vực khác nhau:

Nghi ngờ không có cơ sở rằng những người xung quanh đang làm hại và lừa họ.

Luôn nghi ngờ thiếu cơ sở về lòng chân thành của những người bạn hoặc đối tác của họ.

Luôn sợ người khác sử dụng các thông tin có ý hãm hại nhằm họ.

Tin rằng có nội dung bị che dấu hoặc đe dọa từ những dấu hiệu hoặc sự kiện xảy ra.

Thù dai dẳng, không bao giờ tha thứ cho sự lăng mạ, sự tổn thươngdù là nhẹ mà người khác gây ra cho họ.

Mọi sự tấn công vào cá tính hoặc uy tín của người mắc rối loạn đều nhanh chóng bị họ đáp lại một cách giận dữ.

Luôn nghi ngờ dù không có bằng chứng vào sự chung thủy của vợ (chồng) hoặc bạn tình.

Sẽ không phải là bất thường khi ai đó nghi ngờ để đề phòng và bảo về chính mình. Chỉ khi những đặc trưng này trở nên kém linh hoạt, làm suy yếu đi đáng kể các chức năng sống của họ, làm cho người đó có cảm thấy đâu khổ thì mới được xác định là hội chứng rối loạn.

Nhân cách là sự kết hợp giữa suy nghĩ, cảm xúc và hành vi khiến mọi người trở nên độc đáo. Nhân cách tác động đến cách chúng ta nhìn nhận bản thân và niềm tin chúng ta về người khác lẫn thế giới xung quanh.

Nguyên nhân chính xác của rối loạn nhân cách hoang tưởng (paranoid) chưa được xác định, nhưng:

Gen di truyền và cấu trúc sinh họccó thể khiến bạn dễ mắc rối loạn nhân cách hoang tưởng hơn.

Trải nghiệm thời thơ ấu: Trong một số nghiên cứu trường hợp , người lớn có thể nhớ lại trải nghiệm rối loạn này từ khi còn rất nhỏ. Họ có thể đã trải qua cảm giác không an toàn, nghi ngờ ở thời thơ ấu. Và nó theo họ đến tuổi trưởng thành.

Rối loạn có mặt thường xuyên hơn trong các gia đình có thành viên có tiền sử mắctâm thần phân liệtvà rối loạn ảo tưởng. Chấn thương thời thơ ấu có thể là một yếu tố góp phần.

Những nghiên cứu bây giờ thường tập trung vào việc tìm hiểu những nguyên nhân trong các mối liên quan giữa những yếu tố về thần kinh, quá trình nhận thức hay sự ảnh hưởng từ môi trường sống.

Điều trị cho rối loạn nhân cách hoang tưởng có thể rất thành công. Tuy nhiên, hầu hết các cá nhân với tình trạng này gặp khó khăn trong việc chấp nhận điều trị. Một số người bị rối loạn này không thấy các triệu chứng của họ là bất thường và ảnh hưởng đến bản thân và người khác. Nếu một cá nhân sẵn sàng chấp nhận điều trị, liệu pháp tâm lý trị liệu được cho là hữu ích. Những phương pháp này sẽ:

Giúp cá nhân học cách ứng phó với rối loạn.

Học cách giao tiếp với người khác trong các tình huống xã hội.

Giúp nhận thức, phân biệt và giảm hoang tưởng.

Thuốc cũng có thể hữu ích, đặc biệt nếu người bị rối loạn nhân cách hoang tưởng có các tình trạng liên quan khác như trầm cảm hoặc rối loạn lo âu.

Nghiên cứu cho thấy việc kết hợp giữa thuốc với liệu pháp tâm lý trị liệu cho thấy hiệu quả với vấn đề này.

Điều quan trọng ở vấn đề này phụ thuộc vào việc cá nhân có sẵn sàng chấp nhận điều trị hay không. Các cá nhân chấp nhận điều trị có thể có một công việc và duy trì các mối quan hệ lành mạnh. Tuy nhiên, họ phải tiếp tục chung sống và theo dõi lâu dài.

Các triệu chứng của nhân cách hoang tưởng có thể sẽ xuất hiện, nhưng có thể được quản lý với sự chăm sóc và hỗ trợ tốt. Những người mắc rối loạn này chống lại điều trị có thể có cuộc sống mất chức chức năng, ảnh hưởng vào khả năng của họ để giữ một công việc hoặc có các tương tác xã hội tích cực. Vì vậy, hãy tìm gặp các chuyên viên về sức khỏe tâm thần để được hỗ trợ phù hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-nhan-cach-phan-liet/

Nội dung bài viết

Rối loạn nhân cách phân liệt là gì?

Đặc điểm nhận biết rối loạn nhân cách phân liệt

Ai có nguy cơ bị bệnh rối loạn nhân cách phân liệt?

Bạn đã từng gặp một người và có cảm giác họ rất kì quặc, lập dị? Họ có vẻ tách biệt với tập thể, thờ ơ với xung quanh và khó giao tiếp. Hay chính bạn cũng đang trải qua những điều tương tự? Trong tâm thần học, tâm lý học, có một loại rối loạn giải thích cho những đặc điểm trên.  Đó chính là bệnh rối loạn nhân cách phân liệt. Chúng ta cùng tìm hiểu kĩ hơn về nó nhé!

Rối loạn nhân cáchlà một dạng rối loạn tâm thần ảnh hưởng đến hành vi và cuộc sống của con người. Người rối loạn nhân cách thường có những suy nghĩ và hành động khác bình thường, tính cách cố chấp. Những điều này ảnh hưởng đến nhiều mặt cuộc sống, đặc biệt là trong công việc và hoạt động xã hội. Theo biểu hiện, rối loạn nhân cách được chia thành 3 cụm: A (lập dị), B (kịch tính), C (lo âu).

Rối loạn nhân cách phân liệtlà một kiểu rối loạn thuộc cụm A. Người mắc rối loạn này thường xuất hiện một cách khác người, kỳ quặc. Họ có xu hướng xa cách, sống tách rời và thờ ơ trong các mối quan hệ xã hội. Thường những người này sống một mình, hoạt động đơn độc và hiếm khi thể hiện cảm xúc rõ rệt.

Rối loạn nhân cách không chỉ có ở dạng người bệnh phụ thuộc vào người khác. Thực tế ta vẫn có thể bắt gặp những người sống tách biệt, thờ ơ, hay có người sống thao túng, hành động gây hại người khác mà không cảm thấy tội lỗi,…Để biết đó là bệnh gì thì bạn có thể hiểu được qua những chia sẻ được thông tin trong các bài viết về một số rối loạn nhân cách khác:

Rối loạn nhân cách chống đối xã hội: Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Rối loạn nhân cách ranh giới: Nhiều người mắc phải nhưng ít ai nhận ra

Rối loạn nhân cách hoang tưởng (nhân cách Paranoid): Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Người rối loạn nhân cách phân liệt sống thờ ơ với các mối quan hệ xã hội và hạn chế trong việc thể hiện cảm xúc. Họ thường có các đặc điểm tính cách sau:

Không quan tâm và không cảm thấy cần các mối quan hệ thân thiết.

Xuất hiện xa cách, tách rời với mọi người xung quanh

Chọn những công việc có thể hoàn thành một mình.

Cảm thấy bản thân không thể có cảm xúc vui vẻ.

Họ không có bạn thân, ngoại trừ những người thân trực hệ (cha mẹ, anh chị em ruột, con cái,..)

Gặp khó khăn trong việc kết giao với người khác

Ít hoặc không hứng thú trong hoạt động tình dục với người khác.

Dửng dưng trước những lời khen ngợi hay phê bình của người khác dành cho mình.

Khó khăn trong việc thể hiện cảm xúc và phản ứng với các tình huống cuộc sống.

Cuộc sống nội tâm phức tạp và hay mơ mộng.

Rối loạn nhân cách phân liệt thường bắt đầu tronggiai đoạn sớm tuổi trưởng thành. Một vài các đặc tính có thể biểu hiện rõ trong thời thơ ấu. Chúng gây khó khăn đến việc hoạt động nhóm ở trường, công việc hay nhiều khía cạnh khác của cuộc sống. Tuy nhiên, những người này vẫn hoàn thành tốt công việc nếu làm một mình.

Nhân cách hình thành là sự kết hợp giữa suy nghĩ, cảm xúc và hành vi. Trong quá trình trưởng thành, con người học hỏi, tiếp nhận và phản ứng lại với những gì xảy ra xung quanh mình. Hiện nay, chưa có kết luận chắc chắn về nguyên nhân gây ra nhân cách phân liệt. Các chuyên gia nhận thấydi truyềnvàmôi trường sốnggóp phần quan trọng gây nên rối loạn này.

Một số người nằm trongnhóm nguy cơmắc rối loạn nhân cách phân liệt là:

Có cha mẹ hoặc người thân mắc rối loạn nhân cách phân liệt, rối loạn nhân cách kiểu phân liệt hoặc bệnh tâm thần phân liệt.

Tuổi thơ bị lạm dụng hoặc bị bỏ bê, không được quan tâm.

Cha mẹ thờ ơ, vô cảm, thiếu thốn tình cảm gia đình.

Rối loạn nhân cách phân liệt được ghi nhận xảy ra ở nam nhiều hơn nữ.

Người rối loạn nhân cách phân liệt hiếm khi đến gặp bác sĩ, chuyên gia vì rối loạn của mình. Họ cảm thấy bình thường và hài lòng với cuộc sống đơn độc của mình. Những người này thường đến vì một tình trạng kèm theo ví dụ nhưtrầm cảm, lo âu.

Bác sĩ sẽ kiểm tra xem có các bất thường thể chất gây nên triệu chứng bệnh không. Tiếp theo, bác sĩ tâm thần hoặc các nhà tâm lý học sẽ sử dụng các công cụ đánh giá. Đó là những bộ câu hỏi, bảng kiểm dành riêng cho người rối loạn nhân cách. Những câu hỏi được đặt ra thường về tuổi thơ, về công việc, các mối quan hệ cũng như suy nghĩ, cảm nhận của người cần kiểm tra. Sự phản ứng của người này được đối chiếu theo Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần (DSM-5). Từ đó, các chuyên gia đánh giá và đưa ra kết luận về tình trạng rối loạn gặp phải.

Rối loạn nhân cách phân liệtkhác với bệnh tâm thần phân liệtvà các loại rối loạn nhân cách khác. Họ hay mộng mơ nhưng sống gắn liền với thực tế, không có các biểu hiện hoang tưởng, loạn thần. Người rối loạn nhân cách phân liệt vẫn làm việc khá tốt với những công việc làm một mình.

Bệnh rối loạn nhân cách phân biệt là một loại tính cách của con người. Và người mang rối loạnphần lớn cảm thấy hài lòng với cuộc sống của mình. Hiện nay, không có phương pháp nào khẳng định chữa khỏi rối loạn này. Tuy nhiên, chúng ta có thể giúp những người nhân cách phân liệt hòa nhập hơn với xã hội. Một số phương pháp được đưa ra:

Tâm lý trị liệu: thường là lựa chọn ưu tiên. Trị liệu tâm lý giúp xây dựng mối quan hệ giữa người rối loạn nhân cách và chuyên gia tâm lý. Người này sẽ được nhà tâm lý lên kế hoạch điều trị cho riêng mình. Khi đó, họ có thể thoải mái chia sẻ những cảm xúc, suy nghĩ, hành vi của bản thân. Nhà tâm lý sẽ khéo léo phân tích và định hướng lại hành vi cho phù hợp với xã hội. Trị liệu này có thể được thực hiện ở mức độ cá nhân, nhóm nhỏ hoặc gia đình. Điều này giúp người rối loạn có cảm giác chia sẻ tốt hơn.

Liệu pháp hành vi: được thiết kế giúp thay đổi hành vi con người. Những người rối loạn nhân cách phân liệt được hướng thay đổi nhận thức, suy nghĩ về xung quanh. Đồng thời, họ được học cách phản ứng lại với những tình huống xã hội. Từ đó, liệu pháp hành vi giúp người này tạo dựng các mối quan hệ xã hội.

Liệu pháp nhóm:phương pháp này giúp tạo môi trường thực hành các kĩ năng xã hội. Người rối loạn nhân cách được tiếp xúc và làm quen với các tình huống đông người. Điều này giúp họ thoải mái hơn trong các trường hợp gặp phải ngoài thực tế.

Thuốc: thường không sử dụng để điều trị rối loạn nhân cách. Tuy nhiên, thuốc vẫn được dùng để chữa các tình trạng bệnh đi kèm như trầm cảm, lo âu.

Rối loạn nhân cách phân liệt chính nó gây nên sự khó khăn trong nhiều khía cạnh cuộc sống. Những người mắc chứng này kéo dài có các nguy cơ:

Phát triển rối loạn nhân cách dạng phân liệt, tâm thần phân liệt hoặc các rối loạn ảo tưởng khác.

Mắc thêm các kiểu rối loạn nhân cách khác.

Trầm cảm nặng.

Rối loạn lo âu.

Chúng ta chưa xác định chắc chắn nguyên nhân gây ra rối loạn nhân cách phân liệt. Tuy nhiên, dường như môi trường gia đình và tuổi thơ có ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển dạng rối loạn này. Vì vậy, sự quan tâm từ gia đình có vai trò lớn trong việc hình thành nhân cách con trẻ. Đồng thời, sự tự do bộc lộ và chia sẻ cảm xúc giúp trẻ phát triển một cách bình thường.

Nhìn chung, những ngườirối loạn nhân cách phân liệtvẫn sống và hài lòng với cuộc sống hằng ngày. Tuy nhiên, họ gặp khó khăn trong việc xây dựng các mối quan hệ có ý nghĩa hay xây dựng tổ ẩm cho riêng mình. Nếu bạn hay người thân có những biểu hiện trên, hãy đến gặp bác sĩ. Hãy để các chuyên gia giúp bạn có cuộc sống ý nghĩa hơn cùng với những người xung quanh mình.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-nhan-cach-phu-thuoc-nguyen-nhan-trieu-chung-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Rối loạn nhân cách phụ thuộc là gì?

Dấu hiệu và triệu chứng

Nguyên nhân rối loạn nhân cách phụ thuộc

Các yếu tố nguy cơ phát sinh rối loạn

Điều trị rối loạn nhân cách phụ thuộc

Những cá nhân có xu hướng phụ thuộc rất nhiều vào người khác để đáp ứng nhu cầu về cảm xúc và thể chất. Họ thường tránh ở một mình. Người bệnh thường xuyên cần sự yên tâm khi đưa ra quyết định. Họ cũng có thể thường xuyên chịu đựng sự lạm dụng thể chất và lời nói từ người khác. Đó là những nét đặc trưng của một rối loạn nhân cách, gọi là nhân cách phụ thuộc. Nhưng không hẳn bất kỳ ai có những đặc trưng trên đều mắc rối loạn phụ thuộc. Để hiểu hơn, chúng ta hãy cùng đến với bài viết.

Là một rối loạn sức khỏe tâm thần, thuộc nhóm C (Lo lắng)rối loạn nhân cách. Trong đó:

Thoái thác trách nhiệm cho người khác.

Mất khả năng đưa ra yêu cầu mà phụ thuộc vào quyết định của người khác.

Luôn cần sự giúp đỡ của người khác.

Phụ thuộc vào người khác.

Họ luôn đối mặt với cảm giác bất an. Sự khác biệt là những người bị rối loạn này cần quá mức sự trấn an từ những người khác để hành động. Những người mắc bệnh này thường có dấu hiệu đầu tiên ở tuổi trưởng thành đến giữa tuổi trưởng thành. Và dường như tỉ lệ xảy ra như nhau giữa nam và nữ

Chỉ khi những đặc trưng tính cách bị phụ thuộc này trở nên kém linh hoạt hay có khả năng làm suy yếu đi đáng kể các chức năng sống của họ và làm cho người đó có cảm thấy đâu khổ thì mới được xác định là mắc bệnh.

Rối loạn nhân cách không chỉ có ở dạng người bệnh phụ thuộc vào người khác. Thực tế ta vẫn có thể bắt gặp những người sống tách biệt, thờ ơ, hay có người sống thao túng, hành động gây hại người khác mà không cảm thấy tội lỗi,… Để biết đó là bệnh gì thì bạn có thể hiểu được qua những chia sẻ được thông tin trong các bài viết:

Rối loạn nhân cách phân liệt.

Rối loạn nhân cách ranh giới: Nhiều người mắc phải nhưng ít ai nhận ra.

Theo như DSM-5, rối loạn nhân cách phụ thuộc cần phải bao gồm có đa phần (5 tiêu chí trở lên) ở các triệu chứng sau:

Khó khăn khi phải ra quyết định hằng ngày nếu không có các lời khuyên và đảm bảo của người khác.

Cần người khác chỉ đạo trong hầu hết các lĩnh vực quan trọng trong cuộc sống của bệnh nhân.

Khó biểu hiện sự phản đối với người khác do sợ bị mất sự hỗ trợ. Lưu ý: không bao gồm sợ bị trả thù thực sự.

Khó bắt đầu tự làm một việc gì đó (do không tự tin về các phán đoán của mình hơn là không có khả năng hoặc không có năng lượng).

Luôn mất rất nhiều thời gian tìm kiếm sự giúp đỡ của người khác, sự chỉ bảo của người tình nguyện để làm một việc gì mà bệnh nhân không thích.

Cảm thấy khó chịu và không được giúp đỡ khi ở một mình vì họ sợ không ai có thể chăm sóc được họ.

Nhanh chóng tìm kiếm người khác để chăm sóc và hỗ trợ khi mối quan hệ với người thân cũ đã kết thúc.

Luôn bận tâm một cách vô lý về việc sợ phải tự chăm sóc bản thân mình.

Những người mắc rối loạn này có thể yêu cầu sự trấn an liên tục. Họ có thể trở nên gây hại bản thân và người khác khi mối quan hệ với người khác bị cắt đứt.

Khi ở một mình, một người bị rối loạn nhân cách phụ thuộc có thể gặp phải:

Hồi hộp.

Sự lo ngại.

Cơn hoảng loạn.

Nỗi sợ.

Vô vọng.

Một số triệu chứng này giống nhau đối với những người bị rối loạn lo âu,trầm cảmhoặc mãn kinh. Và chỉ khi những dấu hiệu này này trở nên kém linh hoạt hay làm suy yếu đi đáng kể các chức năng sống của họ và làm họ cảm thấy đâu khổ thì mới được xác định đây là rối loạn nhân cách phụ thuộc. Vì vậy các chuyên gia sức khỏe tâm thần sẽ giúp đưa ra một chẩn đoán cụ thể.

Có thể bạn quan tâm:Rối loạn nhân cách hoang tưởng (nhân cách Paranoid): Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Nhân cách là sự kết hợp giữa suy nghĩ, cảm xúc và hành vi khiến mọi người trở nên độc đáo. Nhân cách tác động đến cách chúng ta nhìn nhận bản thân và niềm tin chúng ta về người khác lẫn thế giới xung quanh.

Nguyên nhân chính xác không được biết, nhưng:

Gen di truyền có thể khiến họ dễ bị hơn. Và các tình huống trong cuộc sống có thể kích hoạt sự phát triển của rối loạn.

Những thay đổi trong cách thức hoạt động của não có thể dẫn đến sự phát triển của rối loạn.

Một số yếu tố phát sinh nên rối loạn đã được tìm thấy. Nó làm tăng nguy cơ rối loạn nhân cách chống đối xã hội bao gồm:

Có một lịch sử bỏ bê.

Có một sự giáo dục bị ngược đãi. Sự trừng phạt, buộc tội và sống theo những phép tắc hay khuôn khổ nào đó trong gia đình.

Trong một mối quan hệ lạm dụng lâu dài.

Có cha mẹ bảo vệ quá mức hoặc độc đoán.

Có tiền sử gia đình rối loạn lo âu.

Có thể bạn quan tâm:Rối loạn nhân cách kịch tính: Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Việc đầu tiên để có thể điều trị và phục hồi chứng rối loạn nhân cách phụ thuộc này đó chính là tâm lý trị liệu. Hãy đưa người bệnh đến gặp các chuyên gia sức khỏe tâm thần, tìm đến các chuyên viên tâm lý để có thể được hỗ trợ. Làm việc với nguyên nhân gây ra và những tác động đến cuộc sống của những người này sẽ giúp họ tìm được phương pháp giải thoát chúng một cách tốt hơn.

Các liệu trình tâm lý trị liệu sẽ giúp bệnh nhân từ từ có thể tháo gỡ được những nút thắt mà họ đang gặp phải và dần dần chấp nhận, tự điều chỉnh và hòa nhập với cuộc sống tốt hơn. Tuy nhiên với cách điều trị này thì cần phải có một phác đồ điều trị với thời gian dài và cần tạo cho họ một không gian sống an toàn việc này giúp tiến trình điều trị có hiệu quả hơn.

Nếu người bệnh muốn điều trị thuốc nên gặp bác sĩ tâm lý để kê đơn một cách chính xác và an toàn nhất cho họ. Vì việc lạm dụng thuốc an thần quá mức cũng khiến cho bệnh không giảm mà còn trầm trọng hơn. Do đó, hãy đến tìm bác sĩ thần kinh uy tín để được tư vấn dùng thuốc điều trị một cách phù hợp nhất giúp điều trị hiệu quả nhất.

Một hình thức rối loạn nhân cách khác:Rối loạn nhân cách ám ảnh cưỡng chế: Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Nếu bạn là người thân của những người bị mắc thì nên thường xuyên quan tâm, trò chuyện và trao đổi với họ để họ có được nhiều động lực vượt qua căn bệnh này một cách tốt hơn.

Rối loạn nhân cách phụ thuộckhông chỉ làm cho người bệnh sa sút về mặt tinh thần, mà còn gây ra sự mệt mỏi cho những người xung quanh. Việc dành cho họ sự quan tâm đúng mức là một hỗ trợ cực kỳ quan trọng. giúp người bị mắc rối loạn thoát khỏi tình trạng này nhanh hơn. Bên cạnh đó, khuyến khích họ tìm đến những chuyên gia tâm lý để được điều trị.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-nhan-cach-tranh-ne-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Rối loạn nhân cách tránh né là gì?

Dấu hiệu và triệu chứng của rối loạn nhân cách tránh né

Nguyên nhân rối loạn nhân cách tránh né

Điều trị rối loạn nhân cách tránh né

Những cá nhân có xu hướng tránh né rất nhiều vào người khác. Họ thường trải qua cảm giác không thỏa đáng, kém cỏi hoặc không được thu hút. Họ thường chịu sự chỉ trích từ người khác và tránh tham gia vào các hoạt động mới hoặc kết bạn. Đó là những nét đặc trưng của một rối loạn nhân cách, gọi là nhân cách tránh né. Nhưng không hẳn bất kỳ ai có những đặc trưng trên đều mắc rối loạn nhân cách tránh né. Để hiểu hơn, chúng ta hãy cùng đến với bài viết.

Rối loạn nhân cách tránh né là một rối loạn sức khỏe tâm thần, thuộc nhóm C (Lo lắng)rối loạn nhân cách. Trong đó:

Rối loạn này có đặc trưng là cảm giác hồi hộp, sợ hãi khi tiếp xúc mối quan hệ xã hội.

Thường có lòng tự trọng thấp (đánh giá thấp bản thân)

Phản ứng thái quá với các lời chỉ trích, đánh giá.

Họ luôn cảm thấy không thoải mái trong các tình huống xã hội. Dẫn đến việc tránh né tham gia các hoạt động nhóm và sợ đám đông.

Theo ước tính, thế giới có khoảng 2% dân số mắc chứng rối loạn nhân cách tránh né. Bệnh xuất hiện ở cả nam và nữ giới, tiềm ẩn từ khi người bệnh còn trong độ tuổi trẻ em. Cũng như hầu hết các loại rối loạn về nhân cách, rối loạn này thường không được chẩn đoán ở những người dưới 18 tuổi.

Chỉ khi những đặc trưng tính cách bị tránh né này trở nên kém linh hoạt hay có khả năng làm suy yếu đi đáng kể các chức năng sống của họ và làm cho người đó có cảm thấy đâu khổ thì mới được xác định là hội chứng rối loạn nhân cách tránh né.

Có thể bạn quan tâm:

Bạn đã từng gặp một người và có cảm giác họ rất kì quặc, lập dị? Họ có vẻ tách biệt với tập thể, thờ ơ với xung quanh và khó giao tiếp. Hay chính bạn cũng đang trải qua những điều tương tự? Trong tâm thần học, tâm lý học, có một loại rối loạn giải thích cho những đặc điểm trên.  Đó chính là bệnh rối loạn nhân cách phân liệt. Chúng ta cùng tìm hiểu kĩ hơn với bài viết:Rối loạn nhân cách phân liệtnhé!

Theo như DSM-5, rối loạn nhân cách tránh né cần phải bao gồm có đa phần (hơn 4 tiêu chuẩn). Nó thường bắt dầu sớm ở tuổi trưởng thành và thể hiện trong nhiều lĩnh vực khác nhau:

Tránh xa các hoạt động mà phải tiếp xúc với người khác do sợ bị phê bình, sợ không được chấp thuận hoặc sợ bị bỏ rơi.

Không muốn kết bạn với người khác trừ những người họ thích.

Luôn kiềm chế trong lúc khởi đầu các mối quan hệ do xấu hổ hoặc sợ bị chê cười.

Luôn sợ bị phê bình, chỉ trích hoặc bị bỏ rơi trong các tình huống xã hội.

Hạn chế các mối quan hệ với mọi người do luôn cho rằng mình kém cỏi.

Luôn cho rằng mình không có chỗ trong xã hội, không hấp dẫn hoặc kém cỏi.

Thỉnh thoảng giao động về các mối nguy cơ khi kết bạn với người khác hoặc lưỡng lự trong mọi hoạt động mới vì chúng có thể gây tăng sự lúng túng.

Sẽ không phải là bất thường khi ai đó quan tâm đến cách người khác nhìn nhận của người khác về mình. Tuy nhiên, cá nhân tồn tại lâu dài cảm xúc bị ức chế, không thỏa mãn hay quá nhậy cảm trong các mối quan hệ xã hội. Chỉ khi những đặc trưng này trở nên kém linh hoạt, làm suy yếu đi đáng kể các chức năng sống của họ, làm cho người đó có cảm thấy đâu khổ thì mới được xác định là hội chứng rối loạn.

Xem thêm:Rối loạn nhân cách hoang tưởng (Paranoid): Chuẩn đoán và điều trị

Nhân cách là sự kết hợp giữa suy nghĩ, cảm xúc và hành vi khiến mọi người trở nên độc đáo. Nhân cách tác động đến cách chúng ta nhìn nhận bản thân và niềm tin chúng ta về người khác lẩn thế giới xung quanh.

Nguyên nhân của rối loạn nhân cách tránh né được cho là sự kết hợp giữa nhiều yếu tố từ sinh học đến môi trường.

Hai yếu tố sinh học là biến đổi gen và di truyền tính cách từ bố và mẹ có thể coi là có liên quan mật thiết đến căn bệnh này. Theo đó, trong mô hình 5 yếu tố thể hiện về tính cách: hướng ngoại, tận tâm, dễ chịu, sẵn sàng muốn trải nghiệm, cảm xúc âm tính thì chứng rối loạn thần kinh có tỷ lệ di truyền cao lên đến 30%.

Bệnh nhân có những ký ức trong quá khứ thường lo âu sẽ tạo nên tính cách nhút nhát, thu mình lại trong xã hội, tìm cách tránh né và sợ đối mặt với nhiều mối quan hệ trong cuộc sống.

Không những thế, đối tượng thường xuyên gặp cảm xúc đau đớn gây ra từ người thân, người xung quanh khi họ bị phê phán, chỉ trích cũng là một nguyên nhân hàng đầu. Chính vì thế, đây là yếu tố làm cho người bệnh thường trong thế phòng thủ, từ đó họ cho rằng tránh những mối quan hệ là một cách để giảm thiểu cảm xúc tổn thương.

Xem thêm:Rối loạn nhân cách kịch tính: Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Sau chẩn đoán, bác sĩ sẽ chọn cho người bệnh phương pháp điều trị phù hợp. Các phương pháp hiệu quả nhất hiện nay gồm: tâm lý trị liệu tâm động năng, liệu pháp nhận thức hành vi và dùng thuốc.

Đây là phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với bệnh rối loạn nhân cách tránh né. Theo đó, chuyên gia trị liệu sẽ sử dụng liệu pháp tâm lý nhằm giúp bệnh nhân xác định niềm tin vào bản thân và người khác. Nó cũng nhằm mục đích giúp các hoạt động xã hội của họ được thuận lợi hơn.

Trị liệu tâm động năng được tiến hành qua các buổi nói chuyện. Từ đó, người bệnh sẽ dần nhận thức được những suy nghĩ vô thức, hiểu được những trải nghiệm trong quá khứ ảnh hưởng đến hành vi hiện tại như thế nào. Điều này cho phép họ kiểm tra và giải quyết những tổn thương trong quá khứ.

Sau trị liệu, phần lớn người bệnh đều sẽ có cái nhìn lành mạnh hơn về bản thân và cách người khác nhìn nhận mình. Tâm động năng với nhóm rối loạn này mang đến kết quả khả quan và hiệu quả kéo dài.

Trị liệu hành vi nhận thức(CBT – Cognitive Behavioral Therapy) cũng là một hình thức trị liệu nói chuyện. Theo đó, nhà trị liệu sẽ dùng lời nói để giúp người bệnh nhận ra và thay thế những niềm tin, những suy nghĩ không lành mạnh. Chuyên gia cũng sẽ khuyến khích họ kiểm tra suy nghĩ và niềm tin để xem liệu chúng có cơ sở thực tế hay không. Song song với đó, các ý nghĩ lạc quan sẽ được hình thành.

Có nhiều cách tiếp cận liên quan đến liệu pháp trị liệu hành vi nhận thức thường được các chuyên gia sức khỏe tâm thần áp dụng, bao gồm: liệu pháp hành vi biện chứng, liệu pháp schema,…

Các tổ chức về y tế lớn trên thế giới vẫn chưa phê duyệt bất kỳ loại thuốc đặc trị nào cho chứng rối loạn nhân cách tránh né. Tuy nhiên, các bác sĩ có thể kê toa thuốc chống trầm cảm cho bệnh nhân để giảm cảm giác lo lắng và cách bệnh đồng mắc cho họ.

Người mắc rối loạn nhân cách tránh né có thể dễ bị trầm cảm , lưỡng cực và rối loạn lo âu. Lo âu xã hội đặc biệt gắn liền với nhân cách tránh né.

Rối loạn này sẽ khiến cho cuộc sống người bệnh trở nên rất khó khăn. Bệnh nhân cần được áp dụng các phương pháp điều trị rối loạn nhân cách tránh né càng sớm càng tốt, tránh để phát triển các vấn đề sức khỏe tâm thần nguy hiểm khác.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-nhan-thuc-than-kinh-nhe-trieu-chung-nguyen-nhan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Nhận thức thần kinh là gì?

2. Rối loạn nhận thức thần kinh nhẹ có những triệu chứng gì?

3. Sự khác biệt giữa rối loạn nhận thức thần kinh chủ yếu (major) và nhẹ (mild)

4. Nguyên nhân của rối loạn nhận thức thần kinh nhẹ?

5. Chẩn đoán rối loạn nhận thức thần kinh như thế nào?

6. Những kết cục có thể xảy ra ở người rối loạn nhận thức thần kinh

7. Điều trị rối loạn nhận thức thần kinh như thế nào?

8. Chăm sóc sức khỏe ngay tại nhà cho người bị rối loạn nhận thức thần kinh nhẹ

Rối loạn nhận thức thần kinh thường xảy ra nhất ở người lớn tuổi. Tuy vậy chúng cũng có thể tác động đến người trẻ. Sự giảm tập trung, trí nhớ, giải quyết các vấn đề, ngôn ngữ, hành vi khiến người bệnh gặp nhiều khó khăn trong cuộc sống.

Rối loạn thần kinh nhận thức trước đây được gọi dưới cái tên quen thuộc là sa sút trí tuệ. Bệnh liên quan nhiều đến trí nhớ nên đôi khi còn được biết đến là bệnh mất trí. Tuy nhiên, trí nhớ chỉ là một phần trong nhận thức. Nhận thức còn bao gồm: sự tập trung, khả năng đánh giá, lý luận, học tập và ngôn ngữ nữa. Người mắc rối loạn này sẽ bị suy giảm về khả năng học tập, ghi nhớ, thay đổi hành vi và gặp khó khăn trong việc thực hiện các nhiệm vụ.

Có nhiều nguyên nhân gây ra rối loạn nhận thức thần kinh. Alzheimer là nguyên nhân thường gặp nhất. Kế đến là sa sút trí tuệ do nguyên nhân mạch máu. Tùy theo mức độ nghiêm trọng, người ta phân chia ra rối loạn nhận thức thần kinh chủ yếu nhẹ (mild) và (major).

Bệnh này thường gặp chủ yếu ở người già, nhưng cũng có thể ảnh hưởng lên người trẻ. Ước tính, rối loạn nhận thức thần kinh tác động 2-10% người trên 65 tuổi. Và từ 5-25% ở người già trên 85 tuổi.

Rối loạn nhận thứcthần kinhnhẹ có thể suy giảm chỉ một hoặc nhiều vùng của nhận thức. Đặc trưng bởi sự suy giảm nhận thức ở mức độ vừa phải so với lúc trước của người bệnh. Biểu hiện có thể có ở trong một hoặc nhiều trong 6 lĩnh vực nhận thức sau:

Mất nhiều thời gian để hoàn thành công việc hơn trước đây. Cần kiểm tra lỗi 2-3 lần, khó khăn trong suy nghĩ và xử lý thông tin khi làm nhiều việc cùng lúc. Ví dụ như vừa nói chuyện điện thoại vừa lái xe.

Cần nhiều nỗ lực hơn để hoàn thành các công việc nhiều công đoạn. Gặp khó khăn khi tiếp tục làm tiếp công việc bị gián đoạn. Sự tổ chức, lập kế hoạch hoặc đưa ra quyết định có nhiểu trở ngại. Gặp rắc rối để theo dõi sự thay đổi khi nói chuyện.

Rối loạn nhận thức thần kinh nhẹ: triệu chứng, nguyên nhân và điều trị

Khó nhớ lại các sự kiện xảy ra gần đây. Cần có gợi ý bằng cách nhắc nhở hoặc lập danh sách nhớ. Cần đọc lại để nhớ tên nhân vật, hay nội dung trước đó khi đọc sách. Đôi khi tự lặp lại vài từ với cùng một người. Không nhớ là đã trả tiền, thanh toán hóa đơn rồi.

Khó khăn tìm từ thấy rõ. Người bệnh có thể tránh sử dụng tên riêng để gọi tên người quen. Câu nói có vẻ lộn xộn không đúng với một cấu trúc câu thông thường. Người nước ngoài có thể thấy trạng từ, giới từ, tính từ sắp xếp không đúng.

Có thể phụ thuộc nhiều hơn vào bản đồ hoặc ghi chú để tìm đường. Các công việc cần nhiều khả năng định vị không gian (spartial) có thể tốn công sức hơn để hoàn thành. Ví dụ như: đan, may vá, lắp ráp, gõ chữ, đục đẽo…

Những thay đổi nhỏ trong hành vi hoặc tính cách. Giảm khả năng đọc các tín hiệu xã hội như nét mặt, giảm sự đồng cảm hoặc giảm sự ức chế. Người bệnh có thể vô cảm hoặc bứt rứt.

Ngoài ra, người bệnh rối loạn nhận thức thần kinh có thể có sự thay đổi về khí sắc cảm xúc. Họ trầm buồn, thờ ơ, lo lắng hoặc rất vui vẻ, phấn chấn. Rối loạn giấc ngủ cũng rất thường gặp, mất ngủ, ngủ nhiều hoặc rối loạn nhịp sinh học. Lú lẫn cấp thường xảy ra đồng thời với các rối loạn nhận thức thần kinh ở người già. Đối với những người trẻ tuổi, các rối loạn phát triển thần kinh như rối loạn tăng động giảm chú ý thường gặp.

Sự suy giảm nhận thức có thể được nhận ra từ chính bản thân người bệnh hoặc người thân. Quá trình kiểm tra nhận thức này cần được đánh giá và so sánh với tình trạng trước đây của người bệnh. Tùy thuộc vào độ tuổi, trình độ học vấn và nền tảng văn hóa mà mỗi người thể hiện sự suy giảm này khác nhau.

Sự khác biệt chủ yếu thể hiện ở mức độ suy giảm và khả năng hoạt động độc lập của mỗi rối loạn.

Đặc điểm

Rối loạn nhận thức thần kinhnhẹ

Rối loạn nhận thức thần kinhchủ yếu

Mức độ

Các biểu hiện khiêm tốn, nhẹ, ít rõ ràng

Các bài kiểm tra chức năng giảm nhẹ

Triệu chứng rõ ràng được nhận thấy bởi bệnh nhân, người thân, bác sĩ.

Các bài kiểm tra cho thấy giảm chức năng rõ rệt

Hoạt động độc lập

Các hoạt động cá nhân không bị ảnh hưởng nhiều (vẫn có thể thanh toán tiền, quản lý thuốc men,… nhưng cần nhiều nỗ lực hơn)

Không thể sinh hoạt một mình, cần có sự trợ giúp (ăn uống, vệ sinh, lạc đường…)

Không có một nguyên nhân đơn độc nào được xác định gây ra rối loạn nhận thức thần kinh nhẹ.

Bằng chứng hiện tại chỉ ra rằng rối loạn nhận thức thần kinh thường, nhưng không phải luôn luôn là giai đoạn nhẹ của của các bệnh Alzheimer hoặc các dạng sa sút trí tuệ khác. Ví dụ: như sa sút trí tuệ do mạch máu ; bệnh Parkinson; nhiễm HIV,…hoặc do nhiều nguyên nhân phối hợp.

>> Xem thêm:Sa sút trí tuệ do mạch máu: Những điều cần biết

Tuổi càng lớn nguy cơ càng tăng

Sự đột biến liên quan đến gen APOE-e4 – liên quan nhiều đến bệnh Alzheimer. Tuy nhiên không phải ai có các gen này cũng bị suy giảm nhận thức.

Các bệnh lý nội khoa và các thói quen xấu khác:

Bệnh đái tháo đường

Huyết áp cao

Tăng cholesterol

Trầm cảm

Ngưng thở khi ngủ

Béo phì

Hút thuốc

Thiếu tập thể dục

Chẩn đoán bệnh sẽ được thiết lập khi người bệnh có biểu hiện một hoặc nhiều vùng nhận thức như đã đề cập ở trên. Các triệu chứng này có thể được nhận ra bởi chính người bệnh, người thân hoặc các bác sĩ qua các bài test.

Sau đó bệnh sẽ cần được phân biệt với các bệnh cấp tính, nguy hiểm hơn, có khả năng chữa trị. Một số xét nghiệm được làm để hỗ trợ bác sĩ loại trừ những bệnh này:

Kiểm tra máu, nồng độ vitamin B12, chức năng tuyến giáp…

Hình ảnh học: MRI/CT não

Thật không may, do bản chất của rối loạn và mối liên quan với tuổi tác, rất ít khả năng các triệu chứng sẽ ổn định hoặc cải thiện. Điều quan trọng là bệnh nhân nên được theo dõi cẩn thận, phối hợp với đa ngành để có thể ổn định chức năng nhận thức và duy trì chất lượng cuộc sống.

Trong các bệnh thoái hóa thần kinh như bệnh Alzheimer hay thoái hóa thùy trán thái dương. Triệu chứng thường khởi phát chậm và tiến triển ổn định.

Rối loạn này nếu khởi phát ở tuổi nhỏ hoặc thanh thiếu niên có thể có tác động lớn đến sự phát triển xã hội và trí tuệ. Ở tuổi trung niên, bệnh cũng dễ phát hiện hơn, khiến người bệnh và gia đình thường tìm kiếm điều trị sớm.

Nhưng ở người cao tuổi, bệnh đôi khi khó phát hiện, vì dễ nhầm lẫn là bệnh do lớn tuổi. Theo sinh lý, khi càng lớn tuổi, các chức năng nhận thức sẽ có giảm. Hơn nữa ở độ tuổi này, cũng có nhiều bệnh lý đi kèm và phải phân biệt với nhiều bệnh.

Hiện tại, không có loại thuốc hoặc phương pháp điều trị nào được cấp phép để điều trị rối loạn này. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đang tích cực được tiến hành. Với mong muốn cải thiện các triệu chứng hoặc ngăn ngừa làm chậm diễn tiến bệnh.

Trong bệnh Alzheimer, một số thuốc được sử dụng để làm chậm tiến triển bệnh. Tuy nhiên, các thuốc đó không được FDA phê duyệt điều trị rối loạn này. (FDA: Cục quản lý Thuốc Hoa Kì).

>> Xem thêm:Cần chuẩn bị gì trước khi đi khám bệnh Alzheimer?

Ngoài ra như đã đề cập ở trên, một số yếu tố nguy cơ có thể làm tăng nặng tình trạng bệnh. Vì thế nếu kiểm soát được các yếu tố này các triệu chứng của suy giảm nhận thức có thể không nặng thêm. Bao gồm:

Huyết áp cao có thể làm tổn thương các mạch máu trong não. Khi sự nuôi dưỡng tế bào não không tốt, não suy giảm chức năng. Làm trầm trọng thêm triệu chứng hiện tại hoặc xuất hiện thêm triệu chứng mới. Bác sĩ sẽ theo dõi huyết áp và hạ áp nếu nó quá cao so với mức cho phép.

Nhiều người cho rằng trầm cảm là bệnh tâm lý, không cần điều trị. Quan niệm đó đã lỗi thời rồi nhé. Các bệnh lý tâm thần nói chung và trầm cảm nói riêng là do những tổn thương vi thể. Một trầm cảm kéo dài không điều trị sẽ sớm dẫn đến sa sút trí tuệ. Khi trong trạng thái trầm, bạn thường cảm thấy hay quên. Mọi thứ xung quanh thường “mù mờ như một đám sương. Điều trị trầm cảm bằng thuốc có thể giúp cải thiện trí nhớ. Đồng thời giúp bạn dễ dàng đối phó với những thay đổi trong cuộc sống.

Trong bệnh lý này, nhịp thở của bạn bị ngừng nhiều lần khi ngủ. Khiến cho bạn ngủ không ngon giấc. Hậu quả là mệt mỏi quá mức vào ngày hôm sau, mất tập trung, quên tới quên lui. Nếu được điều trị, các triệu chứng này có thể được cải thiện và khôi phục sự tỉnh táo.

Nhiều kết quả nghiên cứu đã cho thấy sự kết hợp chế độ ăn uống, tập thể dục và các hoạt động lành mạnh khác có thể ngăn ngừa hoặc đảo ngược sự suy giảm nhận thức. Không chỉ sức khỏe về trí óc mà sức khỏe của toàn bộ cơ thể cũng được chăm sóc tốt.

Tập thể dục thường xuyên đã được biết đến là có lợi cho sức khỏe tim mạch. Và nó cũng có thể giúp ngăn ngừa hoặc làm chậm sự suy giảm nhận thức.

Một chế độ ăn ít chất béo và giàu trái cây và rau quả là một lựa chọn tốt cho trí não.

Kích thích trí tuệ có thể ngăn ngừa sự suy giảm nhận thức. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng sử dụng máy tính, chơi trò chơi, đọc sách và các hoạt động trí tuệ khác có thể giúp duy trì chức năng và ngăn ngừa sự suy giảm nhận thức.

Tham gia các hoạt động xã hội có thể làm cho cuộc sống vui vẻ, hạnh phúc hơn. Giúp bảo tồn chức năng và làm chậm sự suy giảm tinh thần.

Rèn luyện trí nhớ và tư duy có thể giúp cải thiện chức năng của bạn.

Bác sĩĐào Thị Thu Hương

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chung-roi-loan-phan-ly/

Nội dung bài viết

Rối loạn phân ly là gì?

Biểu hiện và triệu chứng của bệnh

Các dạng của Rối loạn phân ly

Khi nào bạn cần đi khám bác sĩ?

Nguyên nhân của Rối loạn phân ly là gì?

Đối tượng có nguy cơ mắc bệnh

Những biến chứng của bệnh

Rối loạn phân ly thường phát triển như một phản ứng đối với sang chấn tâm lý đã gặp phải. Điều trị rối loạn phân ly bao gồm tâm lý trị liệu và thuốc. Mặc dù điều trị rối loạn phân ly có thể khó khăn. Tuy nhiên nhiều người vẫn có thể vượt qua và duy trì cuộc sống khỏe mạnh, hiệu quả.

Rối loạn phân ly là những rối loạn tâm thần liên quan đến việc mất kết nối và thiếu liên tục giữa những suy nghĩ, ký ức, môi trường xung quanh, hành động và nhận dạng. Những người bị rối loạn phân ly ngày càng xa rời với đời sống thực tại theo những cách không mong muốn. Các triệu chứng, từ mất trí nhớ đến nhận dạng thay thế, phụ thuộc một phần vào dạng rối loạn phân ly mà bạn đang gặp phải.

Các dấu hiệu và triệu chứng bao gồm:

Mất trí nhớ trong các khoảng thời gian nhất định, sự kiện, con người và thông tin cá nhân.

Một cảm giác tách rời khỏi bản thân và cảm xúc của bạn.

Nhận thức về người và những thứ xung quanh bạn bị méo mó và không thực tế.

Cảm giác mờ ảo về nhận dạng.

Stress hoặc những vấn đề đáng kể trong các mối quan hệ. Cũng có thể là công việc hoặc các lĩnh vực quan trọng khác trong cuộc sống của bạn.

Không có khả năng đối phó tốt với stress trong cảm xúc hay công việc.

Các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Chẳng hạn như trầm cảm, lo lắng hay suy nghĩ và hành vi tự tử.

Xem thêm:Rối loạn phản ứng gắn bó: Tại sao trẻ luôn thờ ơ với cha mẹ?

Triệu chứng chính là mất trí nhớ nghiêm trọng hơn chứng hay quên thông thường. Và điều đó không thể giải thích được bằng một tình trạng bệnh lý khác. Bạn không thể nhớ được thông tin về bản thân hoặc các sự kiện và những người trong cuộc sống của bạn. Đặc biệt là từ thời điểm xảy ra sang chấn. Một đợt mất trí nhớ thường xảy ra đột ngột và có thể kéo dài vài phút, vài giờ hoặc hiếm khi, vài tháng hoặc nhiều năm.

Trước đây được gọi là rối loạn đa nhân cách. Rối loạn này được đặc trưng bởi “chuyển đổi” sang danh tính thay thế. Bạn có thể cảm thấy sự hiện diện của hai hoặc nhiều người nói chuyện hoặc sống trong đầu bạn. Và bạn có thể cảm thấy như cơ thể bạn bị chiếm hữu bởi những nhận dạng khác. Mỗi nhận dạng có thể có một tên riêng, lịch sử và đặc điểm cá nhân, bao gồm sự khác biệt rõ ràng về giọng nói, giới tính, phong cách và thậm chí cả những phẩm chất thể chất. Cũng có sự khác biệt trong cách làm quen từng nhận dạng với những người khác. Những người bị rối loạn nhận dạng phân ly thường có kèm chứngquên phân ly.

Điều này liên quan đến một cảm giác tách rời liên tục hoặc cảm giác ở bên ngoài chính bạn. Bạn có thể quan sát hành động, cảm xúc, suy nghĩ và bản thân của bạn từ xa như thể đang xem một bộ phim. Bạn cảm thấy những người khác và những thứ xung quanh tách rời nhau và có sương mù. Thời gian có thể bị chậm lại hoặc tăng tốc, và thế giới có vẻ không thật.

Suy nghĩ hoặc hành vi tự sát. Nếu bạn có suy nghĩ làm tổn thương chính mình hoặc người khác, hãy gọi cấp cứu hoặc số khẩn cấp tại địa phương của bạn ngay lập tức.

Nếu bạn hoặc người thân có các triệu chứng ít khẩn cấp hơn có thể liên quan đến rối loạn phân ly, hãy đến khám bác sĩ ngay.

Rối loạn phân ly thường phát triển như một cách để đối phó với các sang chấn tâm lý. Các rối loạn thường hình thành ở trẻ em bị lạm dụng thể xác, tình dục hoặc cảm xúc lâu dài. Sự căng thẳng của chiến tranh hoặc thiên tai cũng có thể gây ra các rối loạn phân ly.

Nhận dạng cá nhân vẫn đang hình thành trong thời thơ ấu. Vì vậy, một đứa trẻ có khả năng cao hơn người lớn về cảm giác bên ngoài chính mình và quan sát sang chấn như thể nó đang xảy ra với một người khác. Một đứa trẻ học cách phân tách để chịu đựng một trải nghiệm đau thương. Và có thể sử dụng cơ chế đối phó này để đối phó với các tình huống stress trong suốt cuộc đời.

Bạn đã từng nghe qua chứng rối loạn đa nhân cách chưa? Triệu chứng của bệnh có gì khác so với rối loạn phân ly, cùng tìm hiểu tại bài viết sau:Rối loạn đa nhân cách – rối loạn nhận dạng phân ly: Tuy hai mà một

Những người bị lạm dụng thể xác, tình dục hoặc cảm xúc lâu dài trong thời thơ ấu có nguy cơ mắc chứng rối loạn phân ly cao nhất.

Trẻ em và người lớn trải qua các sự kiện sang chấn khác, như chiến tranh, thiên tai, bắt cóc, tra tấn hoặc các điều trị y tế kéo dài, chấn thương, cũng có thể phát triển các tình trạng này.

Những người bị rối loạn phân ly có nguy cơ dẫn đến nhiều biến chứng và rối loạn liên quan, chẳng hạn như:

Tự làm hại, làm bị thương bản thân.

Suy nghĩ và hành vi tự sát.

Rối loạn chức năng tình dục.

Rối loạn nghiện rượu và ma túy.

Trầm cảm và rối loạn lo âu.

Chấn thương tâm lý.

Rối loạn nhân cách.

Rối loạn giấc ngủ, bao gồm ác mộng, mất ngủ và mộng du.

Các triệu chứng thực thể như chóng mặt hoặc co giật không động kinh.

Rối loạn ăn uống.

Khó khăn trong các mối quan hệ cá nhân và tại nơi làm việc.

Rối loạn phân lylà một tình trạng rối loạn tâm thần xảy ra sau sang chấn tâm lý. Bệnh có thể để lại nhiều di chứng nặng nề cả về tinh thần và thể chất. Bạn cần đi khám bệnh để nhận được những hỗ trợ kịp thời và ngăn ngừa những diễn tiến xấu hơn xảy ra.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-phan-ung-gan-bo-tai-sao-tre-luon-tho-o-voi-cha-me/

Nội dung bài viết

Rối loạn phản ứng gắn bó là gì?

Các triệu chứng có thể gặp ở trẻ

Bạn nên đưa trẻ đi khám khi nào?

Các nguyên nhân dẫn đến rối loạn phản ứng gắn bó

Rối loạn phản ứng gắn bó có thể gây ra những hệ quả gì?

Chúng ta cần làm gì để phòng ngừa trẻ mắc hội chứng này?

Các phương pháp chẩn đoán rối loạn phản ứng gắn bó

Điều trị rối loạn phản ứng gắn bó

Rối loạn phản ứng gắn bó là hệ quả của những trải nghiệm tâm lý tiêu cực của trẻ với người chăm sóc. Cha mẹ cần nhận biết sớm các dấu hiệu và nguy cơ mắc rối loạn phản ứng gắn bó. Nếu được phát hiện và điều trị sớm thì tiên lượng của bệnh sẽ cải thiện đáng kể.

Rối loạn phản ứng gắn bó là một tình trạng bệnh hiếm gặp nhưngrất nặng. Trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ không thể hình thành mối quan hệ với người thân theo hướng tích cực. Rối loạn này có thể trở nên nghiêm trọng hơn khi nhu cầu thiết yếu của trẻ không được đáp ứng. Nhu cầu của trẻ gồm sự thoải mái, sự thấu hiểu cũng như sự nuôi dưỡng. Vì thế trẻ không thể thiết lập mối quan hệ ổn định với mọi người.

Trẻ em mắc hội chứng này nếu được điều trị vẫn có thể tái hình thành phản ứng gắn bó. Từ đó trẻ sẽ tạo được các mối quan hệ ổn định, lành mạnh với cha mẹ. Điều trị sẽ bao gồm liệu pháp tâm lý, giáo dục, cũng như tăng các tương tác tích cực giữa những người trong gia đình. Nhờ vậy sẽ tạo nên môi trường ổn định, đầy sự yêu thương cho trẻ.

Hội chứng này có thể xuất hiện ngay ở trẻ sơ sinh. Có rất ít nghiên cứu về các triệu chứng bệnh này trên trẻ nhỏ. Và vẫn chúng ta vẫn chưa rõ liệu rối loạn có xuất hiện ở trẻ lớn hơn 5 tuổi hay không.

Dấu hiệu và triệu chứng của bệnh bao gồm:

Lo sợ, buồn bã không rõ nguyên nhân hay trẻ dễ kích động.

Dáng vẻ buồn bã, bơ phờ.

Không tìm kiếm cảm giác thoải mái hoặc không cảm thấy thoải mái.

Không thể cười.

Quan sát người khác kỹ nhưng không tương tác.

Không thể kêu gọi giúp đỡ.

Mất khả năng đáp trả bằng hành động.

Không có hứng thú khi chơi các trò chơi tương tác.

Hãy cân nhắc đưa con bạn đi khám ngay nếu trẻ có các dấu hiệu như trên. Tuy nhiên, một số rối loạn khác như rối loạn phổ tự kỷ cũng có những dấu hiệu tương tự, có thể gây nhầm lẫn. Do đó, bạn nên đưa con đến gặp bác sĩ chuyên về tâm thần nhi hay bác sĩ tâm lý ngay khi nghi ngờ.

Để cảm thấy an toàn và tin tưởng, trẻ cần có môi trường sống ổn định và được quan tâm. Những nhu cầu cơ bản về cảm xúc và thể chất cần được đáp ứng liên tục. Hơn nữa cha mẹ cần thể hiện sự chia sẻ, đồng cảm với trẻ bằng cách tương tác bằng mắt, nụ cười.

Một đứa trẻ nếu không được đáp ứng nhu cầu trên hoặc không cảm thấy sự đồng cảm từ người chăm sóc có xu hướng không cần sự quan tâm. Do đó trẻ không thể hình thành mối quan hệ ổn định với người thân gia đình.

Thực sự không có nguyên nhân rõ ràng lí giải tại sao một số trẻ nhỏ mắc rối loạn phản ứng gắn bó trong khi một số người khác không mắc.

Nguy cơ tiến triển bệnh do sự thờ ơ của xã hội hoặc do trẻ không được tạo điều kiện để phát triển các mối quan hệ gắn bó. Do đó nghiên cứu cho thấy một số trẻ sau có nguy cơ mắc bệnh cao hơn:

Sống trong nhà nuôi dạy trẻ mồ côi.

Thường xuyên thay đổi môi trường sống hoặc người chăm sóc.

Cha mẹ mắc rối loạn tâm lý nghiêm trọng, có hành vi phạm tội hoặc nghiện chất. Do đó họ không đủ khả năng làm tròn nghĩa vụ cha mẹ.

Trẻ phải rời xa gia đình hay người giám hộ một thời gian dài (ví dụ như nằm viện dài ngày).

Tuy nhiên, đa số các trẻ em dù chịu sự thờ ơ nặng nề không tiến triển thành rối loạn trên.

Nếu không được điều trị, rối loạn phản ứng gắn bó có thể kéo dài nhiều năm. Thậm chí bệnh này có thể gây hậu quả suốt đời.

Một số nghiên cứu cho rằng trẻ mắc rối loạn trên có xu hướng trở nên tàn nhẫn, vô cảm. Thậm chí một số trẻ sẽ có những hành vi nguy hại với người hoặc động vật xung quanh.

Hiện này vẫn chưa có phương pháp nào chứng minh có thể ngăn ngừa rối loạn này. Tuy nhiên chúng ta cũng có rất nhiều cách để giảm nguy cơ trẻ mắc rối loạn phản ứng gắn bó. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần được nuôi dạy trong một môi trường ổn định và đầy tình thương yêu. Đông thời trẻ cũng cần được đáp ứng những nhu cầu về cảm xúc và thể chất. Do đó, cha mẹ nên cân nhắc những gợi ý sau:

Nếu bạn cảm thấy khó khăn khi giao tiếp với trẻ, hãy tham gia mộtsốhoạt động tình nguyệnvới trẻ em. Ngoài ra bạn cũng có thể tham gia một số khóa học giúp cải thiện khó khăn của bạn. Thông qua những hoạt động đó, bạn có thể học được cách tương tác cũng như cách chăm sóc trẻ tốt hơn.

Chủ động tiếp cận trẻbằng các trò chơi hay trò chuyện cùng trẻ. Ngoài ra bạn có thể giao tiếp bằng mắt với trẻ và mỉm cười.

Học cách hiểu tiếng khóc của trẻ. Bạn nên hiểu trẻ có các kiểu khóc khác nhau. Nhờ đó bạn sẽ đáp ứng những nhu cầu của trẻ một cách nhanh chóng và chính xác hơn.

Đem lại cho trẻ cảm giác ấm áp và được quan tâm.

Sử dụng cả ngôn ngữ giao tiếp có lời và không lời. Ví dụ bạn nên thể hiện tình yêu thương với trẻ bằng những cử chỉ nét mặt hay giọng nói.

Bác sĩ sẽ phải đánh giá một cách cẩn thận, khám một cách kĩ lưỡng để chẩn đoán trẻ mắc loại rối loạn này.

Một số bước khám trẻ bao gồm:

Quan sát trực tiếp cách tương tác giữa trẻ và người chăm sóc

Xem xét chi tiết về những xu hướng hành vi của trẻ qua thời gian

Đánh giá hành vi của trẻ qua các tình huống khác nhau

Thông tin về sự tương tác của trẻ với người chăm sóc và người khác

Đặt câu hỏi về các tình huống xảy ra trong cuộc sống từ lúc mới sinh ra

Đánh giá năng lực và tính cách của người chăm sóc

Tuy nhiên, để chẩn đoán rối loạn này, bác sĩ cần phải xem xét và loại trừ một số rối loạn khác hay đánh giá xem trẻ có mắc bệnh nào đi kèm không, ví dụ như:

Khiếm khuyết khả năng tư duy.

Các rối loạn điều chỉnh khác.

Rối loạn tự kỷ.

Rối loạntrầm cảm.

Trẻ em mắc rối loạn phản ứng gắn bó được vẫn có thể hình thành lại mối quan hệ gắn bó. Tuy nhiên điều này bị cản trở bởi các hành vi trong trong đời sống trẻ.

Đa số các trẻ em đều năng động, sôi nổi. Điều này vẫn đúng ngay cả khi trẻ ít được quan tâm hay sống trong trại mồ côi. Can thiệp điều trị sớm cho trẻ có thể giúp cải thiện tiên lượng về sau.

Không có điều trị tiêu chuẩn nào cho chứng rối loạn này. Nhưng để điều trị thành công cần sự hợp của trẻ và cả người chăm sóc. Mục tiêu điều trị hướng đến gồm:

Có cuộc sống an toàn và ổn định.

Phát triển tương tác tích cực cũng như thiết lập các mối quan hệ mật thiết với cha mẹ, người chăm sóc trẻ.

Các bước điều trị gồm:

Khuyến khích trẻ phát triển trong sự yêu thương, quan tâm, chăm sóc của cha mẹ.

Hạn chế thay đổi người chăm sóc nhằm tăng cường sự gắn kết giữa người chăm sóc và trẻ.

Tạo môi trường tích cực, kích thích tương tác với trẻ với môi trường xung quanh.

Đáp ứng nhu cầu được y tế cũng như nơi ở và sự an toàn cho trẻ một cách phù hợp.

Một số phương thức khác cũng có giúp ích trẻ và gia đình như:

Tư vấn tâm lý cá nhân và gia đình.

Giáo dục người chăm sóc trẻ về tình trạng bệnh này.

Các lớp học về kỹ năng làm cha mẹ.

Rối loạn phản ứng gắn bólà một bệnh lí hiếm gặp nhưng nặng nề. Bệnh lí này thường gặp ở những trẻ từng có những trải nghiệm tâm lý tiêu cực với người chăm sóc. Ngay khi phát hiện trẻ có những dấu hiệu như trên, bạn nên đưa trẻ đi khám ngay nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-pho-tu-ky-cac-trieu-chung-va-huong-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Điểm quan trọng

Rối loạn phổ tự kỷ là gì?

Nguyên nhân của rối loạn phổ tự kỷ?

Các triệu chứng của rối loạn phổ tự kỷ?

Chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ như thế nào?

Điều trị như thế nào?

Tôi có thể giúp gì cho bé?

“Bác sĩ ơi, con tôi có bị TỰ KỶ không?” Đây là câu hỏi bác sĩ thường được nghe ở các phòng khám nhi khoa ngày nay. Nhìn xung quanh mình thử xem, có lẽ không khó để bắt gặp một phụ huynh nào đó lo lắng vì con chậm nói hay suốt ngày cứ đi nhón chân? Bạn có bao giờ lo lắng vì con hay đánh bạn bè, đánh em hay không nghe tiếng bạn gọi? Qua bài viết này, chúng ta sẽ cùng tìm hiểu liệu rằng những biểu hiện thường khiến bố mẹ lo lắng như trên có phải là tự kỷ không – như thế nào là tự kỷ – làm sao để nhận biết – và bạn có thể làm gì để giúp đỡ con khi con có các dấu hiệu tự kỷ.

Trẻ bị rối loạn phổ tự kỷ gặp phải những vấn đề trong giao tiếp với những người khác.

Những sự hỗ trợ cần thiết cho trẻ bao gồm các buổi âm ngữ trị liệu, hoạt động trị liệu, tâm lý học đường, hoạt động xã hội, điều dưỡng học đường hay y tế học đường.

Quá trình điều trị bao gồm các hoạt động được thực hiện ở nhà.

Một em bé bị rối loạn phổ tự kỷ (Autistic spectrum disorder) không phát triển bình thường về một số mặt, ví dụ như gặp phải các vấn đề trong giao tiếp với người khác. Rối loạn phổ tự kỷ cũng được biết đến với những cái tên khác:

Tự kỷ:là tình trạng trẻ gặp khó khăn trong giao tiếp và ở cùng (get along) với người khác. Trẻ có những hành vi bất thường, lặp đi lặp lại và sự quan tâm chú ý thu hẹp.

Hội chứng Asperger:là một dạng tự kỷ nhẹ. Trẻ có thể có kỹ năng ngôn ngữ tốt, nhưng gặp khó khăn với những người ở xung quanh, có các mối quan tâm và hành vi bất thường.

Rối loạn bất hòa hợp thời thơ ấu(childhood disintergrative disorder): là một rối loạn hiếm gặp, trong đó trẻ phát triển bình thường cho tới khoảng 3 – 4 tuổi, rồi đột ngột xuất hiện các triệu chứng tự kỷ.

Nguyên nhân chính xác của rối loạn phổ tự kỷ vẫn chưa được biết đến.

Não bộ có những chất hóa học ảnh hưởng đến suy nghĩ, cảm xúc và hành vi. Trong trường hợp các chất hóa học này mất cân bằng, các vấn đề trong cách suy nghĩ, cảm xúc và hành vi của trẻ sẽ xuất hiện. Trẻ bị rối loạn phổ tự kỷ có thể có quá nhiều hoặc quá ít một hay vài chất hóa học nào đó trong hoạt động não bộ.

Nếu mẹ của bé bị nhiễm virus, bị đái tháo đường, hoặc không có chế độ dinh dưỡng lành mạnh khi mang thai thì nguy cơ bị rối loạn phổ tự kỷ của trẻ sẽ tăng lên. Tiếp xúc với một số chất hóa học hoặc thuốc trong thai kỳ, thiếu oxy do cuộc sinh kéo dài hay trẻ bị sinh non cũng có thể gây tăng nguy cơ này.

Rối loạn phổ tự kỷ đôi khi cũng có tính chất gia đình, có thể có một vài gen có liên quan đếntự kỷ. Nếu cha của bé lớn hơn 40 tuổi khi mẹ mang thai bé, nguy cơ cũng có thể tăng lên.

Các trẻ em mắc rối loạn phổ tự kỷ có thể có những thay đổi về mặt cấu trúc ở não bộ. Một số phần của não hoạt động mạnh hơn hoặc ít hơn các trẻ khác.

Các trẻ em có các vấn đề về não, các hội chứng di truyền như hội chứng đứt gãy nhiễm sắc thể X, đôi khi cũng bị tự kỷ.

Các triệu chứng rất đa dạng. Không có 2 trẻ rối loạn phổ tự kỷ nào có triệu chứng hoàn toàn giống nhau.

Hầu hết các em rối loạn phổ tự kỷ đều gặp vấn đề trong việc hiểu nguyên tắc cho – và – nhận khi trò chuyện, giao tiếp với người khác. Trẻ cũng gặp vấn đề trong kiểm soát cảm xúc của mình, có thể biểu hiện bằng cách khóc hay bằng lời nói.

Các vấn đề giao tiếp biểu hiện rất đa dạng. Một số trẻ rối loạn phổ tự kỷ không bao giờ nói. Một số đã từng nói hoặc ê a trước đó, nhưng rồi im bặt. Các trẻ khác thì chậm bắt đầu, thậm chí không bắt đầu cho tới 5-9 tuổi. Các trẻ có nói chuyện thì thường sử dụng ngôn ngữ theo những cách khác thường. Trẻ cũng thường không hiểu được các dấu hiệu ngôn ngữ không lời như sự lên xuống giọng, nụ cười, nháy mắt hay cau mày.

Trẻ bị rối loạn phổ tự kỷ đôi khi lặp đi lặp lại các động tác. Một số vỗ tay liên tục, một số thì đi nhón chân rất nhiều. Các em cũng thường có các thói quen cứng nhắc và sâu đậm. Trẻ có thể trở nên rất khó chịu với một sự thay đổi nhỏ trong những thứ quen thuộc thường ngày.

Trẻ rối loạn phổ tự kỷ cũng gặp những vấn đề về cảm giác. Nhiều trẻ rất nhạy cảm đối với các âm thanh, kiểu hình, mùi, vị nhất định.

Xem thêm:Những thông tin cần biết trước khi đưa bé Tự kỷ đi gặp bác sĩ

Bác sĩ nhi khoa của trẻ sẽ thăm khám sự phát triển vận động ở các mốc tuổi trong các lần thăm khám định kỳ. Hãy kể với bác sĩ về bất kỳ biểu hiện nào của trẻ mà bạn thắc mắc, hay cảm thấy không bình thường. Ở vai trò cha mẹ hay người chăm sóc, bạn là người đầu tiên có thể phát hiện ra các hành vi bất thường. Đừng phớt lờ các vấn đề, nghĩ rằng con mình chỉ “hơi chậm” và rồi sẽ “bắt kịp” các bạn khác. Triều trị sớm có thể giúp cải thiện triệu chứng, tăng khả năng trẻ phát triển và học tập các kỹ năng mới.

Bác sĩ sẽ cần những thông tin về triệu chứng của bé, tiền sử y khoa của bé, tiền sử gia đình, và các thuốc bé đang dùng. Bác sĩ sẽ kiểm tra xem có bệnh lý, thuốc hay chất nào có thể gây ra các triệu chứng này hay không. Bé có thể sẽ được làm xét nghiệm hoặc chụp hình để tìm các nguyên nhân của triệu chứng. Bởi vì rối loạn phổ tự kỷ có thể di truyền, có thể bác sĩ sẽ muốn tầm soát các bé khác trong gia đình.

Nếu bác sĩ gia đình của bạn nghĩ bé có thể đang mắc rối loạn phổ tự kỷ, bác sĩ sẽ giới thiệu bạn đến các chuyên gia về tâm lý, tâm thần, ngữ âm và thần kinh. Họ có thể kiểm tra sâu hơn và cho bạn lời khuyên điều trị.

Không có điều trị tốt nhất nào dành cho mọi trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Trước khi quyết định điều trị theo cách nào, hãy tìm kiếm tất cả các cách khả dĩ. Tìm hiểu thông tin càng nhiều càng tốt, và khi ra quyết định cũng cần dựa trên những nhu cầu của trẻ nữa. Trường học cũng có thể cung cấp những thông tin và dịch vụ có ích để hỗ trợ trẻ.

Một nhóm các chuyên gia sẽ cùng đánh giá và xây dựng một kế hoạch điều trị chung. Bác sĩ gia đình của bạn cũng cần được biết và cho ý kiến về kế hoạch này. Hãy tìm kiếm và hỏi thăm những dịch vụ có thể được sử dụng để giúp cho bạn và trẻ thuận lợi hơn.

Tại thành phố Hồ Chí Minh, hiện tại có 3 cơ sở y tế công lập bạn có thể cho bé đến thăm khám và điều trị, bao gồm:

Khoa Tâm lý Bệnh viện Nhi Đồng 1: 341 Sư Vạn Hạnh, phường 10, Quận 10, Tp. Hồ Chí Minh.

Khoa Tâm lý Bệnh viện Nhi Đồng 2: 14 Lý Tự Trọng, Bến Nghé, Quận 1, TP Hồ Chí Minh.

Khoa Tâm lý – Tâm thần trẻ em Bệnh viện Tâm thần TP.HCM: 165B Phan Đăng Lưu, phường 1, quận Phú Nhuận.

Trong tất cả trường hợp, điều trị thông qua các hoạt động tại nhà là cần thiết.

Nhà trị liệu của bé có thể giúp bạn học cách vui chơi, làm việc với bé khi ở nhà.

Luôn lạc quan, tìm kiếm những điểm mạnh của bé. Vì bạn không biết bé có khả năng phát triển đến mức nào, đừng đặt những kỳ vọng quá thấp, hãy cổ vũ bé thử những điều mới.

Tham gia một nhóm hay một cộng đồng hỗ trợ. Nhóm hay cộng đồng có thể chia sẻ những mối quan tâm thường gặp, những tình huống thực tế và cách giải quyết đã xảy ra trong gia đình họ.

Có thể cần một chuyên gia sức khỏe tâm thần để hỗ trợ bạn đối mặt với những vấn đề gây stress bạn gặp phải khi chăm sóc trẻ và những vấn đề khác trong cuộc sống.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-tam-ly-tuoi-day-thi/

Nội dung bài viết

Tại sao tuổi dậy thì dễ bị rối loạn tâm lý?

Rối loạn tâm lý tuổi dậy thì nhận biết như thế nào?

Những dạng rối loạn tâm lý tuổi dậy thì

Phụ huynh làm gì để giúp trẻ bị rối loạn tâm lý?

Rối loạn tâm lý tuổi dậy thì là một trong những tình trạng rối loạn rất phổ biến. Nếu không được xử trí phù hợp, những rối loạn ấy có thể diễn biến nghiêm trọng hơn. Thậm chí có thể gây nên các bệnh lý tâm thần. Vậy tuổi dậy thì có những rối loạn tâm lý gì? Nguyên nhân do đâu? Cách xử trí như thế nào cho phù hợp? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Nguyễn Trung Nghĩa. Mời bạn cùng tìm hiểu nhé!

Trong suốt giai đoạn của tuổi dậy thì cơ thể trẻ sẽ xảy ra rất nhiều thay đổi về hình thể, sinh lý và tâm lý. Đặc biệt, có không ít các trường hợp phát triển quá nhanh hoặc với cường độ quá mạnh. Điều này góp phần làm cho tâm lý của trẻ rất dễ bị xáo trộn.

Tình trạngrối loạn tâm lý tuổi dậy thìcàng trầm trọng hơn đối với những trẻ nhạy cảm hoặc những trẻ có tiền sử mắc các bệnh lý về tâm thần.

Khi bước vào độ tuổi dậy thì, hình thể của trẻ thay đổi rất nhiều. Chẳng hạn như trẻ em gái sẽ phát triển tuyến vú, bắt đầu cóchu kỳ kinh nguyệt. Trong khi trẻ em trai sẽ bịvỡ giọng, mọc ria mép, có khả năng xuất tinh,… Sự ham muốn tình dục cũng sẽ xuất hiện. Trẻ không còn hồn nhiên, ngây thơ như giai đoạn trước đó. Thay vào đó, trẻ sẽ bắt đầu có những suy nghĩ như người lớn.

Bên cạnh đó, yếu tố xã hội cũng làm cho trẻ dậy thì rất dễ bị rối loạn tâm lý. Chẳng hạn như sự trêu chọc của bạn bè, sự thiếu thấu hiểu của cha mẹ, thầy cô,… Những tác động ấy làm cho trẻ rất dễ cáu gắt, bực bội, tự ti,… Một số trường hợp có thể dẫn đến xung đột, bất đồng, bạo lực học đường,…

Trẻ ở độ tuổi dậy thì bị rối loạn tâm lý sẽ xuất hiện một hoặc nhiều hơn các biểu hiện sau:1

Trẻ bị suy giảm khả năng học tập. Thường có kết quả học hành sa sút hơn so với giai đoạn trước đó.

Trẻ rất dễ cáu gắt, bực bội. Đôi khi không lễ phép với cha mẹ, thầy cô.

Nhiều trường hợp trẻ bị rối loạn giấc ngủ như:mất ngủ,ngủ nhiều, ngủ nướng,…

Trẻ có thể chán ăn, bỏ ăn, hoặc ăn uống vô độ. Từ đó có thể dẫn đến sụt cân nghiêm trọng, hoặc tăng cân thất thường.

Hành vi bất thường như: bỏ nhà ra đi, vui buồn thất thường, gây hấn với người khác,…

Có những rối loạn trong suy nghĩ. Chẳng hạn như: nghĩ có một bạn nào đó yêu mình hoặc ghét mình.

Trong một số trường hợp, trẻ nghĩ hoặc tưởng tượng mình mắc một bệnh lý nào đó.

Trẻ rất dễ bịstresstrong học tập. Nguyên nhân có thể do: điểm kém, quá nhiều bài để học, áp lực từ kỳ vọng của cha mẹ, thầy cô.

Một vài trường hợp, rối loạn tâm lý có thể tiến triển thành các bệnh lý tâm thần. Khi ấy, trẻ sẽ xuất hiện những hoang tưởng, ảo giác trong bệnh lý loạn thần. Hoặc trầm buồn trong bệnh lý trầm cảm, gia tăng hoạt động trong bệnh hưng cảm,…

Xem thêm:Rối loạn lưỡng cực: Triệu chứng và cách điều trị

Một số dạng rối loạn tâm lý thường gặp ở tuổi dậy thì bao gồm:12

Trầm cảmlà rối loạn tâm lý khá thường gặp ở lứa tuổi dậy thì. Nguyên nhân do nồng độ hormone trong cơ thể thay đổi. Và các áp lực đến từ gia đình, thầy cô, bạn bè. Một số trường hợp do các sử dụng chất như:rượu bia, thuốc lá, ma túy,… Các triệu chứng điển hình bao gồm:

Buồn bã, chán nản, khí sắc u sầu.

Ít hoặc không quan tâm đến những gì xảy ra xung quanh.

Giảm sự quan tâm, thích thú với những sở thích trước đây.

Dễ mệt mỏi, giảm năng lượng.

Rối loạn giấc ngủ, tâm lý bi quan.

Một số trường hợp có ý nghĩ vàhành vi tự sát.

Ngược lại với trầm cảm, trẻ bịhưng cảmthường gia tăng suy nghĩ, cảm xúc và hành vi. Trẻ bị hưng cảm thường có những triệu chứng sau:

Gia tăng hành động suy nghĩ, có thể suy nghĩ liên tục, nhiều giờ liền.

Tư duy phi tán. Trẻ rất khó tập trung cho việc học tập.

Hầu hết trẻ mắc chứng hưng cảm thường nói nhiều. Giảm nhu cầu ăn uống và ngủ nghỉ.

Trẻ rất dễ bốc đồng, cáu gắt, bực bội.

Một vài trường hợp có hoang tưởng tự cao, hoang tưởng được yêu.

Loạn thầnlà một trong những rối loạn tâm lý nặng nề. Nó có thể tiến triển nặng thành rối loạn dạng phân liệt. Hoặc thậm chí làtâm thần phân liệt. Nếu không được điều trị kịp thời. Tình trạng loạn thần sẽ ảnh hưởng rất lớn đến tương lai của trẻ về sau. Một số triệu chứng phổ biến của tình trạng loạn thần cấp bao gồm:

Trẻ có những hoang tưởng như: hoang tưởng bị hại, hoang tưởng nghi bệnh,…

Ảo giác xuất hiện như: ảo thị, ảo thanh.

Ngôn ngữ rời rạc, không liên quan.

Hành vi bị rối loạn. Trẻ có thể xuất hiện những cơn xung động hành vi, quậy phá không kiểm soát được.

Khi thấy trẻ có những biểu hiện rối loạn tâm lý. Các bậc phụ huynh không nên giấu giếm. Đồng thời không nên mặc cảm về những rối loạn mà trẻ mắc phải. Cha mẹ nên đưa trẻ đến bác sĩ chuyên khoa tâm lý, tâm thần sớm nhất có thể. Đây là lúc trẻ rất cần sự chăm sóc, hướng dẫn của bác sĩ cũng như người thân trong gia đình.

Chính sự điều trị sớm và chăm sóc tận tình sẽ giúp trẻ nhanh chóng thuyên giảm những rối loạn tâm lý, hành vi. Phụ huynh cũng nên:

Thường xuyên trò chuyện, tâm sự với trẻ.

Khuyến khích con em mình tham gia các hoạt động tập thể lành mạnh.

Nhắc nhở trẻ tránh các trò chơi bạo lực. Cũng như không nên tiếp xúc với văn hóa phẩm đồi trụy, tệ nạn xã hội,…

Cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng, tạo thuận lợi cho sự phát triển của trẻ.

Hy vọng những thông tin trong bài viết sẽ giúp bạn đọc hiểu rõ hơn về nhữngrối loạn tâm lý tuổi dậy thì. Từ đó, các bậc phụ huynh sẽ biết cách phát hiện, cũng như có hướng xử trí đúng đắn khi phát hiện trẻ bị rối loạn tâm lý. Mục đích là tạo thuận lợi cho sự phát triển thể chất và tâm hồn của trẻ trong tương lai. Ngoài ra, nếu bạn còn bất kỳ thắc mắc hay câu hỏi cần tư vấn thì hãy liên hệ với chúng tôi nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-thach-thuc-chong-doi-odd-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Rối loạn thách thức chống đối (ODD) là gì?

Triệu chứng của Rối loạn thách thức chống đối ở trẻ nhỏ

Khi nào bạn cần đưa trẻ đi gặp bác sĩ?

Nguyên nhân gì gây ra Rối loạn thách thức chống đối của trẻ?

Các yếu tố nguy cơ mắc Rối loạn thách thức chống đối của trẻ?

Biến chứng gồm những gì?

Cách phòng ngừa bệnh Rối loạn thách thức chống đối

Chẩn đoán bệnh Rối loạn thách thức chống đối như thế nào?

Điều trị Rối loạn thách thức chống đối như thế nào?

Những hoạt động dành cho bé bị Rối loạn thách thức chống đối

trieMọi đứa trẻ đều có những giai đoạn tính cách khó chịu và dễ cáu gắt. Đây có phải là một tình trạng bình thường? Làm sao để phân biệt bệnh lí rối loạn thách thức chống đối (ODD) với một giai đoạn trưởng thành bình thường của trẻ? Hãy cùng ThS.BS chuyên khoa Tâm thần Nguyễn Trung Nghĩa tìm hiểu thông qua bài viết dưới đây nhé.

Ngay cả một đứa trẻ ngoan ngoãn cũng có những giai đoạn khó chịu và đầy gian nan. Tuy nhiên, nếu trẻ nhỏ hoặc trẻ tuổi dậy thì (tuổi teen) có khuynh hướng nóng nảy, dễ kích thích, gây hấn hay chống đối… thì có khả năng trẻ đã mắc chứng rối loạn thách thức chống đối.

Điều trị ODD bao gồm việc học cách xây dựng một gia đình hòa thuận và học cách kiểm soát hành vi không đúng. Ngoài ra, một số phương pháp điều trị khác có thể được cân nhắc để kết hợp điều trị rối loạn sức khỏe tâm thần này.

Nhẹ:Triệu chứng thường chỉ xuất hiện ở một nơi, một lúc nào cụ thể. Ví dụ chỉ xuất hiện ở trường, nhà hoặc làm việc với đồng nghiệp.

Vừa:Triệu chứng xuất hiện ở 2 nơi khác nhau.

Nặng:Triệu chứng xuất hiện 3 nơi trở lên.

Một số trẻ chỉ có triệu chứng ở nhà, nhưng sau đó nặng dần, xuất hiện ở trường và trong giao tiếp với bạn bè.

Đôi lúc, thực sự rất khó để phân biệt giữa tính cách bướng bỉnh và rối loạn thách thức chống đối. Thông thường, hành vi chống đối vẫn có thể xuất hiện trong một giai đoạn nào đó trong quá trình trưởng thành của trẻ.

Dấu hiệu của ODD thông thường sẽ xuất hiện từ khi trẻ ở mẫu giáo. Đôi khi, ODD có thể xuất hiện ở giai đoạn tuổi lớn hơn, nhưng thường trước tuổi dậy thì. Những hành vi chống đối có thể ảnh hưởng rất nhiều đến gia đình, đến hoạt động xã hội, trường học và công việc.

Theo DSM-5, các tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn thách thức chống đối gồm những triệu chứng về khí sắc và hành vi, kéo dài hơn 6 tháng, bao gồm:

Khí sắc tức giận, dễ kích thích:

Thường mất sự bình tĩnh.

Thường dễ bị kích động và dễ cảm thấy bị làm phiền bởi người khác.

Dễ tức giận, cảm thấy uất ức.

Có hành vi hay tranh cãi hay hành vi thách thức:

Thường hay tranh cãi với cha mẹ hay người lớn hơn.

Có hành vi  thách thức và khước từ thực hiên lời dặn dò của của người lớn.

Dễ cảm thấy bị làm phiền hoặc buồn bã.

Thường đổ thừa người khác những sai lầm bản thân mắc phải.

Tính dễ hận thù:

Thường tỏ ra hằn học và hận thù.

Có thái độ hằn học, thù ghét ít nhất 2 lần trong 6 tuần.

Trẻ thường không nhận ra hành vi bất thường của bản thân. Thay vào đó, trẻ thường đổ lỗi cho những nguyên do không hợp lí hoặc cho người nào đó. Nếu trẻ có những dấu hiệu của ODD hoặc hành vi bất thường hoặc bạn cảm thấy khó khăn trong việc nuôi dạy trẻ, bạn nên đi gặp bác sĩ tâm thần nhi khoa hay chuyên gia tâm lý trẻ nhỏ.

Tới nay vẫn chưa biết được nguyên nhân chính xác gây ra chứng rối loạn thách thức chống đối. Tuy vậy, có những nguyên nhân như di truyền và môi trường góp phần gây nên tình trạng bệnh lí này.

Gen di truyền:Chúng góp phần hình thành tính khí của trẻ và bất thường trong sinh hóa đường dẫn truyền não bộ, dây thần kinh.

Môi trường:Vấn đề trong cách cha mẹ nuôi dạy trẻ, bao gồm sự không thống nhất trong cách giáo dục, nghiện chất hay bỏ bê không nuôi dưỡng trẻ

Những đứa trẻ lớn lên trong bạo hành thường bị ảnh hưởng nhiều về tính cách. Xem thêm bài viết về:Bạo hành gia đình.

Rối loạn thách thức chống đối thường là một tình trạng bệnh phức tạp. Các yếu tố nguy cơ bao gồm:

Tính khí:Trẻ có tính khí thất thường, dễ bị xung động hoặc có khó khăn trong việc kiểm soát cảm xúc

Vấn đề từ việc nuôi dạy trẻ:Trẻ từng nghiện chất hoặc suy giảm chú ý, không có phương pháp kỉ luật thống nhất hoặc do giới hạn tầm nhìn của cha mẹ.

Vấn đề gia đình khác:Nếu đứa trẻ sinh ra trong gia đình có cha mẹ bất hòa hoặc cha mẹ nghiện chất, mắc bệnh lí tâm thần thì nguy cơ trẻ mắc ODD cao hơn.

Môi trường sống:Rối loạn thách thức chống đối có thể nặng hơn nếu giáo viên không có hành vi giáo dục đúng đắn thống nhất.

Trẻ nhỏ và trẻ dậy thì mắc rối loạn thách thức chống đối gặp khó khăn trong giao tiếp với cha mẹ và anh chị em trong gia đình, với giáo viên ở trường học và với đồng nghiệp. Trẻ mắc ODD gặp khó khăn trong việc kết giao bạn bè cũng như hình thành các mối quan hệ xung quanh.

Học tập hoặc làm việc kém.

Thái độ chống đối xã hội.

Mất khả năng kiểm soát vấn đề.

Rối loạn nghiện chất.

Tự sát.

Xem thêm:Hành vi tự sát: Nguyên nhân và những phương pháp hạn chế

Có nhiều trẻ mắc ODD có thể mắc nhiều chứng rối loạn tâm thần khác, bao gồm:

Rối loạn giảm tập trung chú ý/ tăng động;

Rối loạn dẫn truyền;

Trầm cảm;

Lo âu;

Rối loạn trong học tập và giao tiếp.

Điều trị những bệnh tâm thần kể trên giúp cải thiện triệu chứng của ODD. Có thể việc điều trị ODD không đạt được hiệu quả nếu các rối loạn khác không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Hiện nay không có phương pháp nào giúp bạn hay con bạn không mắc phải chứng rối loạn thách thức chống đối. Tuy nhiên, việc nuôi dạy tích cực cũng như điều trị sớm sẽ giúp cải thiện hành vi cũng như ngăn chặn các tình huống xấu không xảy ra. Điều trị có thể giúp trẻ lấy lại sự tự tin và tái tạo các mối quan hệ tích cực với mọi người xung quanh.

Để chẩn đoán rối loạn thách thức chống đối, bác sĩ thăm khám trẻ và yêu cầu bạn cung cấp những thông tin về các căn bệnh mà bé đã mắc trước đây và những hành vi gần đây của bé. Bạn cần cung cấp cho bác sĩ những thông tin cụ thể nhằm giúp chẩn đoán có nguyên nhân nào khác gây ra triệu chứng của trẻ không.

Các bước thăm khám gồm:

Sức khỏe tổng quát.

Hành vi cử chỉ gần đây.

Khí sắc và hành vi ở những môi trường khác nhau và mối quan hệ xung quanh.

Hoàn cảnh gia đình và mối quan hệ trong gia đình.

Các phương thức nào có thể giúp ích hoặc gây hại trong việc kiểm soát bất thường hành vi của trẻ.

Có các bệnh lí tâm thần khác, hoặc rối loạn học tập và giao tiếp.

Muốn điều trị ODD, trẻ cần đến những liệu pháp tâm lý và phải có sự hợp tác giữa bố mẹ và trẻ. Điều trị có thể kéo dài nhiều tháng hoặc thậm chí lâu hơn. Nên vậy, việc điều trị các bệnh lí khác đi kèm cũng rất cần thiết. Những căn bệnh đó có thể là nguyên nhân làm cho tình trạng bệnh không đáp ứng điều trị hoặc thậm chí bệnh nặng hơn.

Thuốc thường không cần dùng nếu trẻ chỉ mắc ODD. Nếu trẻ có nhiều bệnh đồng mắc, như ADHD, lo âu hoặc trầm cảm, thuốc có thể giúp cải thiện tình trạng bệnh ở trẻ.

Các chương trình đào tạo, huấn luyện: Bố mẹ phải tham gia các chương trình này để biết cách chăm sóc cho trẻ bị ODD. Ngoài ra, cha mẹ còn cần xây dựng các kĩ năng như tích cực hơn, hành vi lời nói thống nhất hơn. Một số trường hợp, trẻ sẽ tham gia huấn luyện cùng cha mẹ, giúp đạt được mục tiêu kiểm soát vấn đề đang gặp. Ngoài ra, những người quản lí trẻ, như giáo viên, có thể cũng cần tham gia huấn luyện.

Liệu pháp tương tác giữa trẻ và cha mẹ:Chuyên gia sẽ giúp cha mẹ hiểu cách để tương tác với trẻ. Ngoài ra, có thể cha mẹ sẽ đeo một thiết bị đeo tai, giúp chuyên gia có thể quan sát và đưa ra lời khuyên đúng lúc. Kết quả là, cha mẹ sẽ học được kĩ năng nuôi dạy trẻ tốt hơn, giảm các hành vi bất thường ở trẻ.

Dạy bé các kỹ năng để giải quyết vấn đề:Điều này sẽ giúp bé thay đổi hành vi và biết cách phản ứng tích cực với những tình huống căng thẳng. Ngoài ra, bạn cũng đồng hành cùng bé, giúp bé định hướng cách xử trí vấn đề.

Liệu pháp cá nhân hóa và gia đình:Bao gồm việc trẻ sẽ học cách kiểm soát cơn nóng giận và biết cách thể hiện cảm xúc tích cực hơn. Gia đình cũng sẽ góp phần giúp trẻ trong việc giao tiếp và hình thành mối quan hệ với các thành viên trong gia đình với nhau.

Học các kĩ năng xã hội:Trẻ có thể trở nên uyển chuyển và tích cực hơn trong giao tiếp với mọi người xung quanh.

Đặt ra các quy tắc rõ ràng và đưa ra hình phạt khi cần.

Khuyến khích những hành vi tốt của bé. Hãy khen ngợi, động viên nếu bé có thể kiểm soát và điều chỉnh những hành vi không tốt của mình.

Mặc dù kĩ năng nuôi dạy trẻ đôi khi được xem như là những hành động bản năng của cha mẹ. Việc học cách giữ thái độ thống nhất trong những tình huống nào đó không dễ dàng, nhất là khi có nhiều tác nhân gây căng thẳng khác. Do đó, cha mẹ cần luyện tập và nhẫn nại với trẻ hơn.

Điều quan trọng là phải thể hiện với trẻ thái độ thống nhất, tình yêu thương không điều kiện và thái độ bao dung với trẻ. Thậm chí cha mẹ cần giữ thái độ đó trong những tình huống cực kì căng thẳng và khó chịu. Bạn không nên quá khó khăn với chính bản thân bạn. Đây là một quá trình đầy khó khăn, ngay cả với những cặp cha mẹ bình thường rất nhẫn nại.

Luôn ghi nhận và khuyến khích những hành vi tích cực của trẻ. Ví dụ như “Cha mẹ rất thích cách con sắp xếp gọn đồ chơi tối qua”. Đưa ra lời khuyến khích những hành vi tích cực có thể giúp ích rất nhiều, nhất là với những trẻ còn nhỏ.

Định hình hành vi bạn muốn trẻ noi theo. Hướng dẫn trẻ cách tương tác và định hình hành vi xã hội đúng đắn giúp cải thiện kĩ năng xã hội của trẻ.

Tránh dùng sức mạnh đe dọa trẻ.

Đưa ra những lời khuyên rõ ràng và hiệu quả, đặc biệt cần thống nhất trong các tình huống.

Cần đưa ra một lịch trình cụ thể mỗi ngày cho các hoạt động của trẻ.

Cha mẹ cùng người thân trong gia đình cần thống nhất trong cách giáo dục trẻ.

Nói tóm lại,rối loạn thách thức chống đối (ODD)có thể gặp ở bất kì trẻ nào, kể cả những đứa trẻ bình thường rất ngoan ngoãn. Khi mắc bệnh này, trẻ dễ bị ảnh hưởng đến tính khí, học tập… Cha mẹ trẻ cũng cảm thấy rất khó khăn trong nuôi dạy trẻ. Vì vậy, khi nghi ngờ con bạn mắc ODD, bạn hãy đưa trẻ đi khám ngay nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-thang-bang-cua-co-the-nguyen-nhan-trieu-chung-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về rối loạn thăng bằng

Triệu chứng của rối loạn thăng bằng

Nguyên nhân gây nên rối loạn thăng bằng

Chẩn đoán trạng thái mất thăng bằng

Điều trị rối loạn thăng bằng như thế nào?

Rối loạn thăng bằng có thể khiến bạn cảm thấy chóng mặt, như thể căn phòng đang quay xung quanh bạn, cảm thấy không đứng vững hoặc lâng lâng. Bạn có thể cảm thấy căn phòng đang quay cuồng hoặc bạn sẽ ngã xuống. Những cảm giác này có thể xảy ra dù lúc đó bạn đang nằm, ngồi hoặc đứng.

Nhiều hệ thống trong cơ thể, bao gồm: cơ – xương – khớp, mắt, cơ quan giữ thăng bằng như tai trong, dây thần kinh, tim mạch – phải hoạt động bình thường để bạn có được trạng thái thăng bằng bình thương. Khi các hệ thống này hoạt động không tốt, bạn có thể gặp vấn đề về thăng bằng.

Nhiều bệnh lý có thể gây ra rối loạn thăng bằng. Tuy nhiên, hầu hết các vấn đề về thăng bằng là do các vấn đề trong cơ quan thăng bằng tại hệ thống tai trong (hệ thốngtiền đình).

Cảm giác xoay tròn, chóng mặt.

Cảm thấy quay cuồng hoặc muốn ngất xỉu.

Mất thăng bằng hoặc không đứng vững.

Té ngã hoặc cảm thấy bản thân có thể bị ngã.

Cảm thấy lâng lâng hoặc hoa mắt.

Thị lực thay đổi, ví dụ như nhìn mờ.

Lú lẫn.

Rối loạn thăng bằng có thể là nguyên nhân của nhiều tình trạng khác nhau. Nguyên nhân của rối loạn thăng bằng thường liên quan đến các dấu hiệu hoặc triệu chứng cụ thể.

Chóng mặt có thể liên quan đến nhiều tình trạng, bao gồm:

Bệnh xảy ra khi các tinh thể canxi bên trong tai trong của bạn di chuyển khỏi vị trí bình thường của chúng và di chuyển đến một nơi nào khác của tai trong. Bạn có thể trải qua cảm giác xoay tròn khi trở mình trên giường hoặc ngửa đầu về sau để nhìn lên cao.

Bệnh lý viêm này, có thể do virus gây ra, gây ảnh hưởng đến các dây thần kinh ở phần thăng bằng tại tai trong của bạn. Các triệu chứng thường nghiêm trọng và dai dẳng, và bao gồm buồn nôn và đi lại khó khăn. Các triệu chứng có thể kéo dài vài ngày và dần dần cải thiện mà không cần điều trị.

Bệnh này xảy ra thường xuyên với các loại chóng mặt khác. Triệu chứng bao gồm đứng không vững hoặc có cảm giác chuyển động bên trong đầu của bạn. Các triệu chứng thường trở nên nặng hơn khi bạn nhìn một vật thể nào đó di chuyển, khi bạn đọc hoặc khi bạn ở trong một môi trường trực quan phức tạp, chẳng hạn như khu mua sắm.

Chóng mặt và nhạy cảm với chuyển động (Migraine tiền đình) có thể xảy ra do chứng đau nửa đầu.

Xem thêm:Bật mí công dụng thuốc bổ não Ginkgo Biloba

Cảm giác này có thể có mối liên hệ với:

Đứng lên hoặc ngồi xuống quá nhanh có thể khiến một số người bị giảm huyết áp đáng kể. Do đó dẫn đến cảm giác lâng lâng hoặc ngất xỉu.

Bất thường nhịp tim (Rối loạn nhịp), hẹp hoặc tắc nghẽn mạch máu, cơ tim phì đại (bệnh cơ tim phì đại), hoặc giảm thể tích máu có thể làm giảm lưu lượng dòng máu và gây ra cảm giác quay cuồng hoặc ngất xỉu.

Triệu chứng này có thể là kết quả của:

Bất thường ở tai trong của bạn có thể gây ra cảm giác bồng bềnh hoặc nặng đầu, và đứng không vững trong bóng tối.

Tổn thương có thể dẫn tới việc khó khăn đi lại.

Yếu cơ hoặc khớp mất vững có thể góp phần làm bạn mất thăng bằng cơ thể. Các vấn đề về thị lực cũng có thể dẫn đến sự mất vững của cơ thể.

Mất thăng bằng hoặc mất vững có thể là tác dụng phụ của việc sử dụng thuốc.

Một số bệnh lý thần kinh. Bao gồm thoái hóa cột sống cổ và bệnh lý Parkinson.

Cảm giác choáng váng hoặc chóng mặt có thể xuất phát từ:

Bất thường hệ thống tiền đình có thể dẫn đến cảm giác lâng lâng hoặc cảm giác sai lầm về chuyển động.

Trầm cảm (Rối loạn trầm cảm chủ yếu), rối loạn lo âu hoặc các bệnh lý tâm thần khác có thể gây choáng váng.

Tình trạng này thường đi kèm với rối loạn lo âu và có thể gây ra choáng váng.

Choáng váng có thể là một tác dụng không mong muốn khi sử dụng thuốc điều trị.

Bác sĩ sẽ bắt đầu đánh giá bệnh sử và tiến hành thăm khám để kiểm tra về thể chất và thần kinh.

Để xác định xem các triệu chứng của bạn có phải do vấn đề về chức năng cân bằng tại tai trong hay không, thì bác sĩ có thể đề nghị các xét nghiệm để kiểm tra. Các xét nghiệm có thể bao gồm:

Khó khăn khi lắng nghe thường có liên quan đến các vấn đề về thăng bằng.

Bạn sẽ được mang một loại dây nịt an toàn và cố gắng đứng vững trên một loại bục di chuyển. Kiểm tra biểu đồ tư thế cho biết bạn dựa vào phần nào nhất trong hệ thống thăng bằng của bạn.

Bác sĩ của bạn sẽ cẩn thận quay đầu bạn đến các vị trí khác nhau. Đồng thời họ sẽ theo dõi chuyển động của mắt để xác định xem bạn có cảm giác sai về chóng mặt hay không.

MRI và CT có thể xác định xem có một bệnh lý nào gây ra sự mất thăng bằng.

Bạn sẽ được đo huyết áp khi ngồi và sau đó đứng lên. Sau khi đứng lên được từ hai đến ba phút, bạn sẽ được đo huyết áp lại một lần nữa. Từ đó sẽ xác định xem bạn có bị tụt huyết áp đáng kể hay không. Nhịp tim của bạn khi đứng có thể được ghi nhận lại. Thông qua đó, xác định xem có bệnh lý tim mạch nào gây nên triệu chứng của bạn hay không.

Việc điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân gây nên rối loạn thăng bằng. Các phương pháp điều trị bao gồm:

Nhà trị liệu về rối loạn thăng bằng sẽ thiết kế một chương trình phù hợp về các bài tập thăng bằng. Việc trị liệu có thể giúp bạn bù đắp lại sự mất cân bằng, thích nghi với sự kém cân bằng và duy trì các hoạt động thể chất. Để đề phòng té ngã, bác sĩ trị liệu của bạn có thể đề nghị một số thiết bị hỗ trợ cân bằng. Chẳng hạn như gậy, và các cách để làm giảm nguy cơ té ngã trong nhà.

Nếu bạn mắc bệnh Meniere hoặc đau nửa đầu Migraines, thay đổi chế độ ăn uống thường được đề xuất là có thể làm giảm nhẹ các triệu chứng. Nếu bạn bị hạ huyết áp tư thế, bạn có thể cần uống nhiều nước hơn hoặc mang vớ nén.

Nếu bạn bị chóng mặt nghiêm trọng kéo dài hàng giờ hoặc nhiều ngày, bạn có thể được kê đơn thuốc giúp kiểm soát chóng mặt và nôn ói.

Tình trạng rối loạn thăng bằngcó thể là một dấu điểm cho thấy sự tồn tại của một bệnh lý nguyên nhân. Chính vì thế, chẩn đoán và điều trị sớm có vai trò quan trọng trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống, cũng như điều trị dứt điểm bệnh. Bạn cần đi khám bệnh và làm các xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ để tìm ra được nguyên nhân chính xác nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-tic-tat-may-giat-va-nhung-dieu-it-ai-biet/

Nội dung bài viết

Rối loạn Tic là gì?

Biểu hiện của rối loạn Tic

Tic có những loại nào?

Nguyên nhân gây Tic

Khi nào cần đi khám?

Chẩn đoán tic như thế nào?

Điều trị tật máy giật ra sao?

Bình mắc chứng rối loạn tic – một rối loạn vận động. Cậu bé đang chuẩn bị cho kì thi cuối kì. Sự căng thẳng, lo lắng những ngày này khiến tic nặng nề hơn. Cậu càng cố gắng kiềm chế, tic càng nhiều hơn. Cuối cùng, không còn cách nào khác, cậu phải giải phóng nó.

Rối loạn tic có thể chỉ đơn giản là những cái nhún vai, giật mặt, nhưng cũng có thể phức tạp hơn. Nó ảnh hưởng đến nhiều người đặc biệt là với trẻ em. Vậy bản chất tic là gì? Có chữa khỏi được không? Bài viết sau của ThS.BS chuyên khoa Tâm thần Nguyễn Trung Nghĩa sẽ giúp bạn tìm được câu trả lời.

Tic là từ tiếng Pháp, dùng để chỉ sự co một hoặc nhiều nhóm cơ xảy ra đột ngột, lặp đi lặp lại, khó kiểm soát được. Trong tiếng việt, người ta còn dùng từ máy giật, máy cơ để chỉ rối loạn này.

Tật máy cơ thường khởi phát trong độ tuổi 4-6, và các triệu chứng xảy ra nghiêm trọng nhất tử 10-12 tuổi. Khi đến tuổi trưởng thành, đa phần các triệu chứng này giảm đi, một số ít có thể nặng lên.

Tùy theo mức độ, tic có thể ảnh hưởng đến cuộc sống của mỗi người khác nhau. Thâm chí có người còn không nhận ra mình có rối loạn này. Nếu có, đó có thể là sự cô lập xã hội, xung đột các nhân, không thể làm việc, chất lượng cuộc sống thấp.

Sự hiện diện những rối loạn khác đi kèm nhưrối loạn tăng động giảm chú ý, rối loạn ám ảnh cưỡng chế mới thực sự ảnh hưởng nhiều đến chức năng thường ngày.

Xem thêm:Tăng động giảm chú ý ở trẻ: cách bố mẹ đặt câu hỏi cho bác sĩ

Máy giật thường được chia làm hai nhóm chuyển động: vận động (motor tic) và tạo âm (vocal tic). Trong đó người ta chia nhỏ thêm là tic đơn giản (một nhóm cơ duy nhất) và tic phức tạp (nhiều nhóm cơ).

Máy cơ này có thể xảy ra ngẫu nhiên hoặc liên quan đến căng thẳng, lo lắng, mệt mỏi, phấn khích hoặc hạnh phúc. Và trở nên tồi tệ hơn nếu được nhắc đến hoặc tập trung vào nó.

Những người mắc rối loạn này thường bắt đầu với một cảm giác khó chịu tích tụ trong cơ thể. Chỉ khi thực hiện, họ mới thấy dễ chịu. Tuy nhiên cũng có trường hợp họ có thể bị ức chế một phần.

Cắn môi

Nhăn mặt

Nhăn mũi

Giật đầu, cổ

Nhún vai…

Hắng giọng

Lẩm bẩm

Khịt mũi

Tiếng rít

Gõ ngón tay

Nhảy

Nhại động tác của người khác…

Tạo âm thanh động vật

La hét

Có 3 nhóm rối loạn tic:

Trước 18 tuổi

Hoặc một/nhiều tic tạo âm.

Và một/nhiều tic tạo âm.

(không cần thiết phải xuất hiện cùng lúc)

Hiện tại chưa tìm được nguyên nhân gây ra rối loạn này. Người ta cho rằng đó có thể là do sự thay đổi các thành phần, cấu trúc trong não. Gây ra sự thay đổi trong quá trình điều khiển vận động. Rối loạn này cũng có thể là do di truyền. Rối loạn máy giật này thường đi kèm với các rối loạn khác. Ví dụ: Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD),rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD).

Tật máy giật này thường không nghiêm trọng và chúng không phá hủy não của bạn. Không phải lúc nào bạn cũng cần gặp bác sĩ nếu bệnh nhẹ và không ra ảnh hưởng gì khác. Đôi khi máy giật có thể biến mất nhanh như khi chúng xuất hiện.

Tuy nhiên, việc đi khám là cần nếu bạn lo lắng về tật máy giật này. Bạn sẽ được tư vấn, cho lời khuyên và quan trọng hơn là tìm xem có những bất thường khác nặng nề hơn có hay không. Cụ thể, những tic này:

Xảy ra rất thường xuyên, hoặc trở nên thường xuyên hoặc nghiêm trọng hơn.

Gây ra các vấn đề về cảm xúc hoặc các vấn đề xã hội. Như bối rối, xấu hổ, bị bắt nạt hoặc cô lập.

Gây đau đớn hoặc khó chịu (một số máy giật có thể khiến người đó vô tình làm tổn thương chính họ).

Ảnh hưởng các hoạt động hàng ngày, trường học hoặc công việc.

Đi kèm với sự tức giận,trầm cảmhoặc tự làm hại bản thân.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng. Bác sĩ sẽ có chẩn đoán sau khi hỏi đầy đủ về tiền sử gia đình và bản thân và xem xét các triệu chứng. Không có xét nghiệm cụ thể nào có thể chẩn đoán bệnh. Đôi khi có thể cần thực hiện xét nghiệm. Nhưng với mục đích là để loại trừ các bệnh lý nặng có triệu chứng giống như tic.

Điều trị không phải lúc nào cũng cần thiết nếu máy giật nhẹ và không gây ra bất kỳ vấn đề nào khác. Các típ đơn giản, như tránh căng thẳng hoặc mệt mỏi, thường rất hữu ích cho phần lớn mọi người.

Nếu một tic nghiêm trọng hơn và ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày. Một số liệu pháp trong can thiệp hành vi toàn diện cho Tic (Comprehensive behavioural intervention for tics) được đề xuất nhằm mục đích giảm tần suất xảy ra tic.

Đào tạo đảo ngược thói quen (Habit reversal therapy): Với liệu pháp này, bạn hoặc bé con sẽ được hướng dẫn tìm một chuyển động phù hợp. Nhằm mục đích cạnh tranh có chủ ý với những chuyển động tic. Nhờ vậy tật máy giật không thể xảy ra cùng lúc.

Tiếp xúc và đáp ứng dự phòng (Exposure and response prevention): mục đích là để giúp người bệnh làm quen với cảm giác khó chịu trước khi tic xảy ra và có thể ngưng tic.

Ngoài ra, khi các liệu pháp tâm lý này không hiệu quả, có thể phổi hợp thêm thuốc. Một số thuốc hướng thần, được biết đến như là thuốc chống loạn thần, có thể cải thiện được máy giật.

Trong một số trường hợp bịhội chứng Tourettnặng, phẫu thuật có thể cần thiết. Tuy nhiên, tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này vẫn còn cần thêm nhiều nghiên cứu hơn nữa.

Như vậy,ticlà một rối loạn chuyển động xảy ra nhanh, đột ngột, có tính lặp lại. Thường gặp nhất ở trẻ em. Đa phần rối loạn tic là thoáng qua, không quá một năm. Những lúc này các biện pháp tâm lý là hiệu quả để giảm tần suất cũng như mức độ tic.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-tien-dinh-va-cach-phong-tranh/

Nội dung bài viết

Rối loạn tiền đình là gì?

Nguyên nhân rối loạn tiền đình

Triệu chứng rối loạn tiền đình

Người bệnh có thể tự điều trị tại nhà được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán rối loạn tiền đình

Các phương pháp điều trị hiệu quả theo từng nguyên nhân

Chăm sóc và phòng ngừa rối loạn tiền đình

Tại Việt Nam, hội chứng rối loạn tiền đình ngày càng phổ biến, đặc biệt càng ngày càng có nhiều người trẻ mắc chứng rối loạn tiền đình. Trong bài viết sau đây, Bác sĩ Nguyễn Thành An sẽ cung cấp cho bạn các thông tin bổ ích về rối loạn tiền đình và một số biện pháp phòng tránh. Nào chúng ta cùng tìm hiểu nhé!

Tiền đìnhlà cơ quan nằm ở phía sau ốc tai ở hai bên, thuộc hệ thần kinh. Tiền đình tham gia vào việc duy trì trạng thái cân bằng của các hoạt động cơ thể như: thăng bằng tư thế, phối hợp các động tác như cử động mắt, tay, chân, thân mình,…1

Tiền đình được phân theo cấu trúc giải phẫu gồm:1

Tiền đình ngoại biên: bao gồm hệ thống tiền đình, dây thần kinh số VIII (dây thần kinh thính giác).

Tiền đình trung ương: bao gồm nhân tiền đình nằm ở trong thân não, tiểu não và vỏ não nhận thông tin tiền đình.

Rối loạn tiền đình (tiếng Anh là Vestibular disorders) là các rối loạn trong quá trình dẫn truyền, tiếp nhận và xử lý thông tin của tiền đình. Các rối loạn này có thể do tổn thương cấu trúc tiền đình hoặc dây thần kinh số VIII hoặc nhân tiền đình ở trong thân não. Điều này làm cho tiền đình mất chức năng dẫn đến cơ thể mất thăng bằng, loạng choạng,chóng mặt, hoa mắt,ù tai, buồn nôn,… Các triệu chứng này có thể xuất hiện đột ngột, tái đi tái lại làm ảnh hưởng rất nhiều lên chất lượng cuộc sống của người bệnh.2

Xem thêm:Rối loạn thăng bằng của cơ thể: Nguyên nhân, triệu chứng và điều trị

Do tổn thương các cấu trúc trong hệ thống tiền đình ngoại biên bao gồm: hệ thống tiền đình và dây thần kinh số VIII. Triệu chứng thường rầm rộ khiến bệnh nhân chóng mặt và mất thăng bằng nhiều; tuy nhiên thường không nguy hiểm đến tính mạng. Hiện nay, đa số 80% người bệnh chóng mặt thuộc vào nhóm này.

Do tổn thương nhân tiền đình, tiểu não và vỏ não tiền đình. Nhóm bệnh này thì ít gặp hơn nhóm ngoại biên, triệu chứng cũng ít rầm rộ hơn. Tuy nhiên lại thường nguy hiểm đến tính mạng và khó điều trị hơn nhóm rối loạn tiền đình ngoại biên.

Khi chúng ta xoay đầu, dịch trong ống bán khuyên sẽ bị đẩy và tác động lên các tế bào lông trong ống bán khuyên. Các tế bào lông này sẽ gửi tín hiệu theo dây thần kinh tiền đình về nhân tiền đình và lênnão bộđể cho chúng ta biết là mình đã xoay đầu. Và việc dẫn truyền tín hiệu này xảy ra rất trơn tru, chính xác để đảm bảo chúng ta thăng bằng tư thế và không bị chóng mặt.

Chính vì vậy, bất kì nguyên nhân nào làm gián đoạn việc tiếp nhận thông tin (ở ống bán khuyên), dẫn truyền thông tin (ở dây thần kinh tiền đình), giải mã thông tin (ở nhân tiền đình và vỏ não) đều có thể gây ra triệu chứng rối loạn tiền đình.

Khi bị sỏi rớt vào ống bán khuyên, viên sỏi sẽ liên tục tạo nên sự chuyển động của dịch trong ống bán khuyên làm kích tiền tế bào lông liên tục. Vì vậy, tạo nên tín hiệu gửi đến não liên tục làm cho chúng ta chóng mặt.

Khi dây thần kinh tiền đình bị viêm sẽ làm ảnh hưởng đến việc dẫn truyền tín hiệu từ hệ thống tiền đình đến não bộ, gây ra nhiễu hoặc mất tín hiệu làm cho chúng ta bị chóng mặt.

Tương tự, khi nhân tiền đình ở thân não bị tổn thương (ví dụ: do thiếu máu não) sẽ dẫn đến việc giải mã các thông tin nhận từ hệ thống tiền đình bị sai lệch. Vì vậy, sẽ gây ra chóng mặt.

Các nguyên nhân thường gặp:

Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (CMTTKPLT).

Viêm dây thần kinh tiền đình.

Bệnh Menière.

Các nguyên nhân khác:

Viêm tai giữacấp và mạn.

Dị dạng tai trong.

Chấn thương vùng tai trong.

U dây thần kinh số VIII.

Sỏi nhĩ.

Say tàu xe.

Tác dụng phụ không mong muốn của thuốc (streptomycin,gentamycin…);rượu, ma tuý,…

Migraine tiền đình (thường gặp).

Thiếu máu thân não do hẹp động mạch thân nền.

Nhồi máu và xuất huyết tiểu não.

Xơ cứng rải rác.

Bệnh Parkinson.

Giang mai thần kinh.

Tâm thần.

Biểu hiện chính của rối loạn tiền đình là chóng mặt, ù tai, hoa mắt, mất thăng bằng,… Với mỗi nguyên nhân cụ thể thì các biểu hiện sẽ khác nhau:

Khi có sự xuất hiện của sỏi ống bán khuyên (canaliths) do sỏi tai thoát ra và rơi vào ống bán khuyên, sẽ gây ra “chóng mặt tư thế kịch phát lành tính”: (CMTTKPLT). CMTTKPLT thường gặp ở độ tuổi 50 – 70. Tuy nhiên cũng có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Khi có sự xuất hiện của sỏi ống bán khuyên (canaliths) do sỏi tai thoát ra và rơi vào ống bán khuyên, sẽ gây ra CMTTKPLT. Không tìm thấy nguyên nhân rõ ràng nào trong 50% đến 70% bệnh nhân lớn tuổi, và nguyên nhân chấn thương đầu thường gặp ở người trẻ tuổi.

Biểu hiện của CMTTKPLT là cơn chóng mặt tái phát kéo dài một phút hoặc ít hơn, xảy ra khi di chuyển đầu về một hướng cụ thể. Ví dụ như nhìn lên trong khi đứng hoặc ngồi dậy khỏi giường, lăn trên giường.

Trong cơn chóng mặt, bệnh nhân có thể thấybuồn nôn và nôn, khoảng một nửa bệnh nhân mất thăng bằng giữa các đợt tấn công. Các đợt tái phát trong vài tuần đến vài tháng, trung bình hai tuần.

CMTTKPLT được chẩn đoán dựa vào hỏi bệnh và làm test Dix- Hallpike. Test Dix-Hallpike dương tính khi bệnh nhân có chóng mặt và giật nhãn cầu xoắn hướng lên trong vòng 30 giây khi làm test.4

Viêm dây thần kinh tiền đình là nguyên nhân thường gặp thứ 2 của rối loạn tiền đình. Bệnh thường gặp ở tuổi 30 đến 50, tỉ lệ bệnh ở nam và nữ như nhau. Nguyên nhân gây viêm dây thần kinh tiền đình là nhiễm siêu vi. Siêu vi sẽ tấn công vào dây thần kinh tiền đình, làm cản trở quá trình dẫn truyền thông tin thăng bằng của ống bán khuyên về nhân tiền đình. Vì vậy sẽ gây ra triệu chứng rối loạn tiền đình.

Chẩn đoán dựa vào hỏi bệnh và khám lâm sàng. Bệnh sử bệnh nhân có chóng mặt kiểu quay tròn, nôn ói và dao động thị giác (oscillopsia). Có giật nhãn cầu đánh ngang về phía đối bên tổn thương và bệnh nhân có dáng đi bất thương ở bên tổn thương. Thính giác bệnh nhân không bị ảnh hưởng. Chóng mặt giảm trong vài ngày khi có bù trừ tiền đình, 50% bệnh nhân khỏi sau hai tháng. Tuy nhiên, mất thăng bằng tồn tại trong nhiều tháng vì tổn thương chức năng tiền đình một bên.6Chóng mặt có thể tái phát, nếu không giảm cần xem xét chẩn đoán khác.

Bệnh Meniere gây chóng mặt và giảm thính giác một bên. Mặc dù có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng phổ biến từ 20 đến 60 tuổi. Các triệu chứng bao gồm: chóng mặt tự phát kéo dài vài phút đến vài giờ, thường nặng bệnh nhân phải nghỉ ngơi tại giường; buồn nôn, nôn, kết hợp ù tai một bên, giảm thính giác và đầy tai. Các triệu chứng khác bao gồm ngã đột ngột, đau đầu với giảm thính giác xấu hơn trong các đợt tấn công kế tiếp. Bệnh nhân giật nhãn cầu xoay ngang một bên trong cơn chóng mặt.

Cơ chế bệnh do tăng áp lực nội dịch ở tai trong quá mức làm rối loạn các chức năng. Tuy nhiên, nguyên nhân gây tăng áp lực nội dịch chính xác vẫn chưa được tìm ra. Chẩn đoán bệnh Meniere dựa trên hỏi bệnh, khám bệnh tìm điếc thần kinh tần số thấp, giảm đáp ứng tiền đình một bên. Các đợt cấp của bệnh Meniere kéo dài trong nhiều tháng hoặc nhiều năm. Bệnh có thể tự giới hạn một cách tự nhiên hoặc do điều trị và sẽ tái phát.

Mức độ nặng và thời gian của chóng mặt của Migraine tiền đình cũng rất đa dạng. Một số có triệu chứng thoáng qua, kéo dài vài giây, đặc trưng của chóng mặt tư thế kịch phát lành tính. Điển hình hơn của Migraine tiền đình là cơn kéo dài trong vài phút đến vài giờ. Thường gặp ở trẻ em, phụ nữ ở độ tuổi từ 20 đến 50 tuổi. Tiền sử gia đình là một yếu tố nguy cơ.

Chẩn đoán dựa vào hỏi bệnh, các cơn chóng mặt mang tính chất của đau nửa đầu hoặc có tiền triệu thị giác, sợ ánh sáng hoặc sợ âm thanh. Các cơn chóng mặt thường không có yếu tố thúc đẩy mà tự nhiên xảy ra, có thể được kích hoạt bởi một số loại thực phẩm và một số tình huống nhất định.9

Hệ tiền đình được cung cấp máu từ hệ động mạch thân nền. Vì vậy, khi có sự tắc nghẽn hệ động mạch này sẽ gây tổn thương tiền đình và dẫn đến rối loạn tiền đình. Chẩn đoán dựa vào bệnh sử và thăm khám các triệu chứng ở thân não, như nói đớ, yếu tay chân, nhìn đôi.

Khi động mạch thân nền bị xơ vữa sẽ giảm lưu lượng máu đến thân não để nuôi tiền đình. Làm rối loạn chức năng của nhan tiền đình và gây ra các triệu chứng rối loạn tiền đình. Nặng hơn nữa là tắc động mạch thân nên gây ra tình trạng nhồi máu não (đột quỵ) sẽ làm tổn thương nhân tiền đình .

Khi động mạch thân nền hẹp quá nặng có thể làm thiếu máu nhân tiền đình thoáng qua và có thể kéo dài vài phút đến vài giờ. Sau đó, động mạch được tái thông thì máu đến nuôi tiền đình sẽ bình thường và chức năng của tiền đình được hồi phục. Vì vậy, bệnh nhân chỉ bị triệu chứng trong một khoảng thời gian thoáng qua.

Xem thêm:Y học thường thức: Thiếu máu não thoáng qua

Nhồi máu và xuất huyết tiểu não thường xảy ra ở bệnh nhân lớn hơn 60 tuổi có yếu tố nguy cơ tim mạch, đặc biệt làtăng huyết ápvàđái tháo đường. Lâm sàng thường gặp là đột ngột chóng mặt dữ dội kèm buồn nôn và nôn. Thất điều chi gợi ý tổn thương tiểu não, bệnh nhân ngã về bên của tổn thương. Thất điều là tình trạng liên quan đến những cử động không có tổ chức, vụng về và khó giữ thăng bằng.

Xơ cứng rải rác (MS) là tình trạng viêm các đường dẫn truyền thần kinh (chất trắng) trong thần kinh trung ương. Khi bị viêm ở chỗ đường dẫn truyền của nhân tiền đình sẽ làm rối loạn việc dẫn truyền, và giải mã thông tin tiền đình; gây ra triệu chứng rối loạn tiền đình. Có khoảng 20% bệnh nhân MS bị chóng mặt. Chẩn đoán gợi ý đến MS khi trước đó bệnh nhân đã có các triệu chứng thần kinh khác, và có bất thường khi thăm khám thần kinh.

Rối loạn tâm thần nhưtrầm cảmnặng,lo âuhoặcrối loạn hoảng sợcó thể là nguyên nhân chính gây chóng mặt không điển hình trong một số bệnh nhân. Ngoài ra, chóng mặt có thể do hiện tượng tăng thông khí (hít thở nhiều hơn bình thường). Biểu hiện rối loạn tiền đình trong các bệnh lý tâm thần thường đa dạng, mức độ có lúc nặng lúc nhẹ, thời gian có lâu dài lúc ngắn.

Ngoài ra, các cơn hạ đường huyết sẽ làm cho nhân tiền đình bị rối loạn chức năng do thiếu năng lượng, cũng có thể gây ra rối loạn tiền đình

Các biểu hiện chóng mặt, mất thăng bằng, ù tai, hoa mắt,… của nguyên nhân tiền đình ngoại biên rất rầm rộ. Nên người bệnh nên đi khám và nhận sự tư vấn của bác sĩ để được điều trị kiểm soát triệu chứng, và điều trị nguyên nhân một cách chính xác.

Các biểu hiện của chóng mặt trung ương tuy ít rầm rộ, nhưng lại nguy hiểm đến tính mạng. Vì vậy, người bệnh nên đến cơ sở y tế ngay để được chẩn đoán và can thiệp kịp thời.

Khi người bệnh có biểu hiện của rối loạn tiền đình bao gồm: chóng mặt, mất thăng bằng tư thế, ù tai, hoa mắt,… thì nên đi gặp bác sĩ để chẩn đoán và có biện pháp điều trị chính xác. Điều này nhằm giúp người bệnh có thể giảm triệu chứng và hồi phục tốt nhất.

Tình trạng bệnh có thể được chẩn đoán ban đầu dựa vào các dấu hiệu sau:4

Chóng mặt: cảm giác đồ vật xung quanh quay tròn, và thường kèm theo các triệu chứng của thần kinh tự chủ như buồn nôn và nôn, vã mồ hôi, cảm giác sợ ngã.

Mất thăng bằng: mất thăng bằng nhẹ – trung bình có thể được phát hiện bằng các nghiệm pháp Romberg, đi nối gót, đi hình sao,… Mất thăng bằng nặng có thể khiến bệnh nhân không đứng được.

Rung giật nhãn cầu: là một vận động tự động của cả hai nhãn cầu, đặc trưng bởi sự xuất hiện liên tục có nhịp điệu đều đặn của các chuyển động mắt, khiến cho bệnh nhân không thể giữ mắt cố định ở một vị trí…

Để đánh giá các chuyển động của mắt và các dấu hiệu rối loạn chức năng tiền đình, hoặc các vấn đề về thần kinh, chúng ta sẽ cần đến xét nghiệm điện và sử dụng các điện cực nhỏ đặt quanh mắt.

Xét nghiệm xoay vòng để đánh giá sự chức năng của mắt và tai. Xét nghiệm sử dụng kính video hoặc các điện cực để theo dõi chuyển động của mắt.

Xét nghiệm âm ốc tai đo sự đáp ứng của các tế bào tóc với các cú nhấp được tạo ra bởi một loa nhỏ chèn vào trong ống tai, để đánh giá các tế bào lông trong ốc tai.

Chụp cộng hưởng từMRIsọ não: sử dụng từ trường và sóng radio để tạo ra hình ảnh cắt ngang các mô cơ thể được quét. MRI não có thể phát hiện các khối u, đột quỵ và sự bất thường về mô mềm khác mà có thể gây chóng mặt hoặc ngất.

Điều trị CMTTKPLT bao gồm tái định vị sỏi ống tai bằng thao tác Epley, tỷ lệ thành công khoảng 70% trong lần đầu tiên và gần 100% cho các lần điều trị kế tiếp.10Nếu không có sự cải thiện với nghiệm pháp Epley, hoặc nếu bệnh nhân có giật nhãn cầu không đặc trưng của CMTTKPLT, hoặc bệnh nhân buồn nôn liên tục, chúng ta cần phải tìm nguyên nhân khác.

Sử dụng thuốc uống ít có vai trò trong điều trị. Hạn chế dùng thuốc ức chế tiền đình vì nó làm giảm sự bù đắp trung ương và tăng nguy cơ té ngã.

Điều trị triệu chứng trong vài ngày đầu, tiên lượng rất tốt. Tuy nhiên, khoảng 15% bệnh nhân tiến triển CMTTKPLT. Viêm thần kinh tiền đình được điều trị bằng thuốc và phục hồi chức năng tiền đình. Để cải thiện triệu chứng chóng mặt và buồn nôn hoặc nôn, chúng ta có thể sử dụngthuốc kháng histamine, thuốc chống nôn, hoặc benzodiazepine.

Lưu ý sử dụng các thuốc này không quá ba ngày, vì nó làm giảm khả năng bù trừ tiền đình trung ương dẫn đến lâu hồi phục. Corticosteroid toàn thân tuy không đủ bằng chứng sử dụng thường quy, nhưng đã được khuyến cáo điều trị cho một số trường hợp. Thuốc kháng virus không hiệu quả.

Điều trị bệnh Meniere bao gồm thay đổi lối sống, giảm lượng muối ăn, giảmcaffeinevà hạn chế uống rượu mỗi ngày. Khi thay đổi lối sống đơn thuần không kiểm soát được chóng mặt, chúng ta có thể sử dụng thuốc lợi tiểu thiazide. Glucocorticoids và gentamicin tiêm qua màng nhĩ có thể cải thiện chóng mặt. Khi bệnh nhân có các cơn chóng mặt cấp tính, có thể sử dụng thuốc ức chế tiền đình để kiểm soát triệu chứng. Bệnh nhân có triệu chứng kháng trị, ù tai kéo dài, mất thính lực nên xem xét phẫu thuật

Điều trị ban đầu tập trung vào việc xác định và tránh các yếu tố nguy cơ gây đau nửa đầu. Trong đó, giảmstress, ngủ đầy đủ và tập thể dục đều đặn kết hợp với dùng thuốc ức chế tiền đình giảm chóng mặt khi có cơn chóng mặt cấp được khuyến khích.

Sử dụng các thuốc như thuốc chống động kinh, thuốc ức chế beta, thuốc ức chế kênh calcium, thuốc chống trầm cảm ba vòng, và magnesium để phóng ngừa đau nửa đầu, khuyến cáo dựa trên ý kiến ​​của các chuyên gia.

Điều trị bao gồm kháng tiểu cầu và kiểm các yếu tố nguy cơ mạch máu. Thuốc kháng đông đã được sử dụng trong các trường hợp hẹp động mạch thân nền hoặc động mạch chủ.

Trong hội chứng tăng thông khí các bài tập kiểm soát hơi thở (thở vào túi giấy, túi nilon) giúp cải thiện các triệu chứng liên quan đến giảm CO2 trong máu. Có thể dùng thuốc ức chế Beta cho bệnh nhânhồi hộp đánh trống ngựcvà đổ mồ hôi; chống chỉ định cho bệnh nhân hen.

Thuốc chống lo âu (ví dụ, ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc) hay benzodiazepines có thể dùng ngắn hạn cho những bệnh nhân lo âu.

Rối loạn tiền đình là một nhóm bệnh lý đa dạng và điều trị dựa trên chẩn đoán bệnh cụ thể, người bệnh nên đi khám để được bác sĩ chẩn đoán và chọn lựa phương pháp điều trị phù hợp nhất.

Người bệnh nên đi khám, sử dụng thuốc đúng theo toa hướng dẫn của bác sĩ để được cá nhân hoá điều trị. Tuỳ vào kết quả xét nghiệm, bệnh sử và thăm khám lâm sàng, mỗi bệnh nhân có thể được điều trị với các loại thuốc và liều lượng khác nhau.

Tập các bài tập phục hồi chức năng tiền đình. Các sự phối hợp vận động của cơ quan của cơ thể, khả năng nhận biết và xử lý tín hiệu từ hệ tiền đình của não bộ sẽ được tăng cường và thông suốt, nhịp nhàng hơn khi tập các bài tập này.

Tập thể dục đều đặn: tập thể dục để cải thiện sức khoẻ và ổn định tuần hoàn máu não. Bên cạnh đó, việc tập thể dục có thể giảm bớt stress cho người bệnh.

Cân bằng giữa làm việc và nghỉ ngơi.

Có chế độ ăn uống hợp lý: Ăn đầy đủ các nhóm chất, cung cấp đủ năng lượng cho cơ thể. Ăn nhiều rau, củ, quả; hạn chế các đồ ăn chiên xào, đồ ăn nhiều dầu mỡ…

Trên đây là những thông tin về tình trạngrối loạn tiền đình. Hi vọng bài viết đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin bổ ích về tình trạng này. Từ đó, có những kế hoạch bảo vệ và chăm sóc sức khỏe bản thân, cũng như gia đình tốt hơn.

Rối loạn tiền đình ngoại biên thông thường không nguy hiểm, nhưng lại có triệu chứng rầm rộ trong đợt bệnh, gây ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống người bệnh đáng kể trong công việc và sinh hoạt thường ngày.

Tuy nhiên, rối loạn tiền đình trung ương ít triệu chứng nhưng lại nguy hiểm đến tính mạng và thường bị người bệnh phớt lờ, chần chừ đến gặp bác sĩ để được thăm khám và loại trừ.

Rối loạn tiền đình nên được đi thăm khám trực tiếp bởi các bác sĩ thuộc chuyên khoa Nội Thần kinh, để được các chuyên gia chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị cụ thể phù hợp với người bệnh, cũng như phát hiện ngay nguyên nhân trung ương nếu có.

Phần lớn các rối loạn tiền đình là bệnh mạn tính. Tuy nhiên, với các hướng dẫn điều trị đúng thì người bệnh có thể được kiểm soát các triệu chứng, và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Rối loạn tiền đình thường gặp ở các đối tượng nguy cơ bao gồm:11

Người cao tuổi: Một nghiên cứu gần đây về dịch tễ học ở Mỹ ước tính 35% người từ 40 tuổi trở lên đã trải qua một số cơn rối loạn tiền đình. Tuổi thường bị chóng mặt là khoảng 65 tuổi trở lên, 50% nguyên nhân là do rối loạn tiền đình. Khoảng gần 8 triệu người Mỹ trưởng thành mắc bệnh mãn tính. Hơn một ½ số ca tử vong do tai nạn ở người già là do liên quan đến ngã do chóng mặt và mất cân bằng cân bằng.

Người làm việc trong môi trường căng thẳng: Stress khiến cơ thể sản sinh một lượng lớn hormonecortisolgây ra một loạt các bệnh như cao huyết áp, tiểu đường, tim mạch,… Dẫn đến tổn thương hệ thống thần kinh, bao gồm dây thần kinh số 8 khiến hệ thống dẫn truyền tiền đình bị nhiễu thông tin dẫn đến rối loạn tiền đình. Do đó, tỷ lệ mắc bệnh ở người dân có công việc căng thăng như dân văn phòng, người lao động trí óc… ngày càng gia tăng.

Phụ nữ mang thai: Phụ nữ mang thai thường bịốm nghéndẫn đến chán ăn. Đặc biệt trong 3 tháng đầu, cơ thể không được cung cấp đủ dinh dưỡng khiến thai phụ chóng mặt, choáng váng. Ngoài ra, trong quá trình mang thai, tâm lý của thai phụ có thể bị thay đổi dẫn đến rối loạn tiền đình. Việc điều trị rối loạn tiền đình trong quá trình mang thai phải được sự hướng dẫn của bác sĩ, để tránh các tác dụng phụ của thuốc lên thai nhi.

Hiện nay, các rối loạn tiền đình là bệnh đơn lẻ không ghi nhận liên quan đến di truyền.

Rối loạn tiền đình và thiếu máu não là hai bệnh khác nhau. Tuy nhiên lại mang nhiều đặc điểm lâm sàng giống nhau như chóng mặt, hoa mắt, ù tai,… Khi bị thiếu máu não ở vùng nhân tiền đình thì sẽ biểu hiện giống như rối loạn tiền đình, vì vậy rất khó để bệnh nhân có thể tự phân biệt.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/roi-loan-tram-cam-theo-mua-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về rối loạn trầm cảm theo mùa

Triệu chứng của bệnh biểu hiện như thế nào?

Nguyên nhân nào gây ra rối loạn trầm cảm theo mùa

Yếu tố nguy cơ gây ra rối loạn trầm cảm theo mùa

Rối loạn trầm cảm theo mùa có thể gây ra các hậu quả gì?

Chẩn đoán rối loạn trầm cảm theo mùa như thế nào?

Điều trị rối loạn trầm cảm theo mùa

Quản lý rối loạn cảm xúc theo mùa

Trầm cảm một căn bệnh không còn xa lạ trong đời sống chúng ta. Bệnh phổ biến ở người trẻ, gồm nhiều thể bệnh khác nhau, trong đó trầm cảm theo mùa là một loại gây ra do sự thay đổi của mùa. Biểu hiện trầm cảm theo mùa đặc trưng với cảm giác chán nản, ủ rũ, mất hứng thú, yêu thích,… Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm, bệnh có thể gây nhiều hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh.

Trầm cảm theo mùa (SAD) là một loại rối loạn cảm xúc liên quan đến sự thay đổi thời tiết theo mùa. Bệnh bắt đầu và kết thúc vào cùng một khoảng thời gian hàng năm. Thông thường, các triệu chứng bắt đầu vào mùa thu và tiếp tục vào những tháng mùa đông. Bệnh làm hao mòn năng lượng và khiến bạn cảm thấy ủ rũ. Tuy nhiên, trong số ít trường hợp, trầm cảm theo mùa cũng xuất hiện vào mùa xuân hoặc đầu mùa hè.

Đừng chủ quan khi cho rằng nó chỉ là một tình trạng cảm xúc tồi tệ do thời tiết. Bởi lẽ đây là một bệnh và nó có thể gây ra nhiều hệ lụy nghiêm trọng hơn. Do đó, các biện pháp để giữ tâm trạng và tinh thần ổn định trong suốt cả năm thật sự quan trọng. Điều trị bệnh trầm cảm theo mùa có thể bao gồm liệu pháp quang học, thuốc men và tâm lý trị liệu.

Xem thêm:Amilavil: Thuốc cho người trầm cảm cần biết

Trong hầu hết các trường hợp, các triệu chứng rối loạn trầm cảm theo mùa xuất hiện vào cuối mùa thu, đầu mùa đông và biến mất trong những ngày nắng mùa xuân hè. Tuy vậy, cũng có trường hợp biểu hiện bắt đầu vào mùa xuân hoặc mùa hè. Trong cả hai trường hợp, các triệu chứng có thể bắt đầu nhẹ và trở nên nghiêm trọng hơn khi thời tiết tiến triển.

Các dấu hiệu và triệu chứng của trầm cảm theo mùa có thể bao gồm:

Cảm thấy chán nản cả ngày, gần như mỗi ngày

Mất hứng thú với các hoạt động từng ưa thích

Chậm chạp, uể oải, ủ rũ

Có vấn đề với giấc ngủ

Thay đổi trong khẩu vị hoặc cân nặng

Cảm thấy chậm chạp hoặc kích động

Khó tập trung

Cảm thấy vô vọng, bản thân vô giá trị hoặc mặc cảm tội lỗi

Thường xuyên có suy nghĩ về cái chết hoặc tự tử

Các triệu chứng đặc trưng chotrầm cảmtheo mùa khởi phát mùa đông, đôi khi được gọi là trầm cảm mùa đông, bao gồm:

Ngủ nhiều

Thay đổi khẩu vị, đặc biệt là thèm các loại thực phẩm giàu đường, tinh bột

Tăng cân

Mệt mỏi hoặc cảm thấy lờ đờ

Các triệu chứng cụ thể của rối loạn cảm xúc theo mùa khởi phát vào mùa hè, đôi khi được gọi là trầm cảm mùa hè, bao gồm:

Khó ngủ hoặc mất ngủ

Ăn uống kém

Sụt cân

Kích động hoặc lo lắng

Ở một số người mắc chứng rối loạn lưỡng cực, mùa xuân và mùa hè có thể mang đến các triệu chứng hưng cảm hoặc một dạng hưng cảm nhẹ ít dữ dội hơn. Riêng mùa thu và mùa đông có thể là thời gian biểu hiện triệu chứng trầm cảm.

Trong cuộc sống, chúng ta vẫn thường có một vài ngày buồn bã và mệt mỏi. Tuy nhiên, nếu tình trạng này lặp lại nhiều ngày liên tiếp, bạn thấy chán nản và không có động lực để thực hiện các hoạt động mà bạn yêu thích. Đồng thời, giấc ngủ và khẩu vị thay đổi. Bạn chuyển sang uống rượu để thoải mái hoặc thư giãn, hoặc cảm thấy vô vọng hay nghĩ về việc tự tử. Hãy đến đặt cuộc hẹn với bác sĩ để được tư vấn và điều trị sớm.

Nguyên nhân cụ thể của rối loạn cảm xúc theo mùa vẫn chưa được biết. Một số yếu tố làm tăng khả năng mắc bệnh bao gồm:

Đồng hồ sinh học. Mức độ giảm của ánh sáng mặt trời vào mùa thu và mùa đông có thể gây ra bệnh. Do nó này làm gián đoạn đồng hồ bên trong cơ thể, dẫn đến cảm giác chán nản.

Nồng độ serotonin. Đây là một chất dẫn truyền thần kinh quan trọng chi phối tới cảm xúc con người. Ánh sáng mặt trời giảm có thể làm giảm serotonin có thể gây ra trầm cảm.

Nồng độ melatonin. Sự thay đổi trong mùa có thể phá vỡ sự cân bằng của mức độ melatonin của cơ thể, gây ra các rối loạn giấc ngủ và tâm trạng.

Bất cứ ai cũng có khả năng mắc bệnh. Theo nhiều nghiên cứu cho thấy trầm cảm theo mùa xuất hiện nhiều ở nữ giới hơn là nam giới. Bên cạnh đó, bệnh xảy ra thường xuyên hơn ở người trẻ trong độ 15-55 tuổi.

Các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ mắc chứng rối loạn cảm xúc theo mùa bao gồm:

Tiền sử gia đình. Nếu gia đình có ai mắc rối loạn trầm cảm theo mùa hoặc một dạng rối loạn trầm cảm nào khác thì bạn sẽ có nhiều nguy cơ mắc bệnh.

Tiền căn trầm cảm nặng hoặc rối loạn lưỡng cực. Các triệu chứng trầm cảm có thể xấu đi theo mùa nếu bạn có một trong những tình trạng này.

Sống xa xích đạo. Trầm cảm theo mùa dường như phổ biến hơn ở những người sống xa về phía bắc hoặc phía nam của đường xích đạo. Điều này có thể là do ánh sáng mặt trời giảm trong mùa đông và ngày dài hơn vào mùa hè.

Cũng như các loại trầm cảm khác, trầm cảm theo mùa có thể trở nên tồi tệ và dẫn đến các vấn đề nghiêm trọng nếu không được điều trị.

Thu rút, xa lánh xã hội

Gặp khó khăn trong học tập hoặc công việc

Gây tình trạng lạm dụng chất

Các rối loạn sức khỏe tâm thần khác như rối loạn lo âu hoặc rối loạn ăn uống

Có suy nghĩ hoặc hành vi tự sát

Điều trị sớm bệnh có thể giúp ngăn ngừa các biến chứng. Đặc biệt là nếu trầm cảm theo mùa được chẩn đoán và điều trị trước khi các triệu chứng trở nên nghiêm trọng hơn.

Đôi khi bác sĩ hoặc chuyên gia sức khỏe tâm thần khó chẩn đoán rối loạn cảm xúc theo mùa. Vì các loại trầm cảm hoặc các bệnh lý tâm thần khác có thể gây ra các triệu chứng tương tự.

Các phương tiện giúp chẩn đoán rối loạn trầm cảm theo mùa bao gồm:

Khám sức khỏe. Trong một số trường hợp, trầm cảm có thể liên quan đến một số vấn đề sức khỏe thể chất tiềm ẩn.

Xét nghiệm. Xét nghiệm máu hoặc kiểm tra tuyến giáp để đảm bảo rằng nó hoạt động bình thường hay không.

Bảng đánh giá tâm lý. Để kiểm tra các dấu hiệu trầm cảm, bác sĩ hoặc chuyên gia sức khỏe tâm thần sẽ hỏi về các triệu chứng, suy nghĩ, cảm xúc và hành vi của bạn. Bạn có thể điền vào một bảng câu hỏi để giúp trả lời những câu hỏi này. Chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể sử dụng các tiêu chí cho các rối loạn trầm cảm theo mùa được liệt kê trong Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần (DSM-5).

Điều trị rối loạn cảm xúc theo mùa có thể bao gồm liệu pháp ánh sáng, thuốc men và tâm lý trị liệu.

Liệu pháp ánh sáng là một trong những phương pháp điều trị đầu tiên cho bệnh trầm cảm theo mùa. Nguyên nhân gây bệnh là do sự thay đổi ánh sáng giữa các mùa nên việc sử dụng liệu pháp ánh sáng là phương pháp điều trị nguyên nhân hiệu quả. Liệu pháp bắt chước ánh sang tự nhiên ngoài trời và tạo ra sự thay đổi các hóa chất não liên quan đến tâm trạng. Phương pháp thường bắt đầu có hiệu quả trong một vài ngày đến một vài tuần.

Một số người bị trầm cảm theo mùa đáp ứng với thuốc điều trị chống trầm cảm, đặc biệt là với các triệu chứng nghiêm trọng. Quá trình điều trị bằng thuốc chống trầm cảm diễn ra trước khi các triệu chứng bắt đầu mỗi năm. Đồng thời, bác sĩ khuyến cáo nên tiếp tục dùng thuốc ngay cả sau khi triệu chứng biến mất. Cần một vài tuần để thuốc phát huy tác dụng. Ngoài ra, bạn có thể phải thử các loại thuốc khác nhau trước khi bạn tìm thấy một loại thuốc phù hợp với bạn và có ít tác dụng phụ nhất.

Tâm lý trị liệu là một lựa chọn khác để điều trị bệnh. Một loại trị liệu tâm lý được gọi là liệu pháp hành vi nhận thức có thể giúp bạn:

Xác định và thay đổi những suy nghĩ, hành vi tiêu cực đã khiến bạn cảm thấy tồi tệ hơn

Tìm hiểu cách lành mạnh để đối phó với bệnh

Học cách quản lý căng thẳng

Tạo môi trường học tập, làm việc và sinh hoạt sáng sủa, nắng ấm. Ngồi gần cửa sổ sáng hơn khi ở nhà hoặc trong văn phòng. Mở rèm, cắt cành cây chặn ánh sáng mặt trời

Ra ngoài. Ngay cả trong những ngày lạnh hoặc nhiều mây, ánh sáng ngoài trời có thể giúp ích. Đặc biệt nếu bạn dành thời gian bên ngoài trong vòng hai giờ sau khi thức dậy vào buổi sáng. Đi bộ hay ăn trưa tại một công viên gần nhà hoặc đơn giản là ngồi trên băng ghế và tắm nắng.

Tập thể dục thường xuyên. Tập thể dục và các loại hoạt động thể chất khác giúp giảm căng thẳng và lo lắng, cải thiện tâm trạng.

Bám sát kế hoạch điều trị của bạn. Tuân thủ điều trị và tái khám thường xuyên.

Chăm sóc bản thân. Ngủ đủ giấc để giúp bạn cảm thấy được nghỉ ngơi. Nhưng hãy cẩn thận, đừng nghỉ ngơi quá nhiều, vì các triệu chứng trầm cảm theo mùa thường khiến mọi người cảm thấy như ngủ đông. Tập thể dục hoặc tham gia vào một hình thức hoạt động thể chất thường xuyên nào đó. Lựa chọn thực phẩm lành mạnh cho bữa ăn. Đừng lạm dụng rượu hoặc chất kích thích để giảm đau.

Tập quản lý căng thẳng. Tìm hiểu các phương pháp để quản lý căng thẳng tốt hơn. Các lo lắng không được kiểm soát có thể dẫn đến trầm cảm, ăn quá nhiều hoặc những suy nghĩ và hành vi không lành mạnh khác.

Kết nối với mọi người xung quanh. Khi bạn cảm thấy thất vọng và chán nản, hãy nỗ lực để kết nối với những người bạn thích ở xung quanh. Họ có thể chia sẻ với bạn, cho bạn một bờ vai để tựa hoặc mang tới tiếng cười cho cuộc sống bạn thêm màu sắc hơn.

Rối loạn trầm cảm theo mùacó thể điều trị và kiểm soát tốt nếu được phát hiện sớm. Do đó, nếu bạn có các triệu chứng kể trên, hãy tới khám bác sĩ để được tư vấn và điều trị kịp thời. Trên đây Youmed đã cung cấp cho các bạn thông tin cần thiết về bệnh, hãy quan  tâm tới sức khỏe, hiểu về bản thân để có chất lượng cuộc sống tốt hơn.

Xem thêm:Trầm cảm khi mang thai ảnh hưởng thế nào?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-dong-giam-chu-y/

Nội dung bài viết

Khái quát về rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ

Nhận diện triệu chứng rối loạn tăng động, giảm chú ý ở trẻ em

Tại sao trẻ lại mắc bệnh ADHD?

Yếu tố nguy cơ nào gây bệnh ADHD?

ADHD ảnh hưởng tới cuộc sống của trẻ như thế nào?

Khi nào trẻ được chẩn đoán bệnh ADHD?

Điều trị bệnh ADHD

Phòng ngừa bệnh ADHD

Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) là một bệnh mạn tính, thường gặp ở trẻ em. Trẻ bị ADHD có triệu chứng thiếu tập trung, hiếu động quá mức và hành vi bốc đồng. Điều này ảnh hưởng nhiều đến các mối quan hệ xung quanh, khả năng học tập của trẻ. Hãy cùng ThS.BS. chuyên khoa Tâm thần Nguyễn Trung Nghĩa tìm hiểu thêm qua bài viết sau nhé!

Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) là bệnh mạn tính ảnh hưởng đến hàng triệu trẻ em và thường tiếp tục diễn tiến cho đến tuổi trưởng thành. ADHD bao gồm các vấn đề dai dẳng như khó duy trì khả năng tập trung, hiếu động thái quá và có các hành vi bốc đồng.

Trẻ em bị ADHD cũng có thể phải vật lộn với lòng tự trọng thấp. Chúng thường gặp rắc rối với các mối quan hệ xã hội và thành tích học tập kém ở trường. Các triệu chứng đôi khi giảm dần theo tuổi tác. Tuy nhiên, một số người không bao giờ hoàn toàn vượt qua được triệu chứng bệnh.

Mặc dù điều trị sẽ không chữa khỏi hoàn toàn, nhưng nó có thể giúp giảm các triệu chứng bệnh. Điều trị thường bao gồm thuốc và các can thiệp hành vi con người. Chẩn đoán và điều trị sớm có thể giúp ích trong việc cải thiện sức khỏe của người bệnh.

Các triệu chứng chính của tăng động, giảm chú ý bao gồm hành vi không tập trung và hiếu động quá mức. Các triệu chứng này thường bắt đầu trước 12 tuổi. Ngoài ra, một số trẻ em xuất hiện sớm từ 3 tuổi. Mức độ triệu chứng có thể nhẹ, trung bình hoặc nặng và có thể tiếp diễn đến tuổi trưởng thành.

Rối loạn tăng động, giảm chú ý xảy ra nhiều hơn ở nam so với nữ. Bên cạnh đó, các thay đổi hành vi có thể khác nhau ở nam và nữ. Ví dụ, con trai thường hiếu động hơn và con gái có thể có xu hướng lặng lẽ, vô tâm.

Có ba dạng của tăng động, giảm chú ý:

Chủ yếu là vô tâm. Phần lớn các triệu chứng rơi vào tình trạng không tập trung.

Chủ yếu là hiếu động, bốc đồng. Phần lớn các triệu chứng là hiếu động và bốc đồng.

Kết hợp. Đây là sự pha trộn của các triệu chứng không tập trung và các triệu chứng hiếu động, bốc đồng.

Một trẻ nhỏ mắctăng động, giảm chú ýcó khuynh hướng vô tâm có biểu hiện các hành vi:

Không chú ý đến chi tiết hoặc mắc lỗi bất cẩn trong học tập.

Gặp khó khăn trong việc tập trung vào các nhiệm vụ học tập hoặc vui chơi.

Không nghe đối phương nói, ngay cả khi nói chuyện trực tiếp.

Gặp khó khăn trong việc làm theo sự chỉ dẫn và không hoàn thành việc học hoặc việc vặt khác.

Gặp khó khăn khi tổ chức các nhiệm vụ và hoạt động.

Tránh né, không thích các nhiệm vụ đòi hỏi nỗ lực tập trung, chẳng hạn như bài tập về nhà.

Mất các vật dụng học tập, sách vở, bút chì, hay đồ chơi.

Dễ bị phân tâm.

Quên làm một số hoạt động hàng ngày, chẳng hạn như quên làm việc vặt.

Trẻ có các triệu chứng hiếu động và bốc đồng có thể thường xuyên:

Có biểu hiện lo lắng bằng việc chạm tay hoặc chân vào nhau, hoặc vặn vẹo trên ghế.

Gặp khó khăn khi ngồi trong lớp học hoặc trong các tình huống khác.

Thường xuyên di chuyển, chuyển động liên tục.

Chạy xung quanh hoặc leo trèo trong các tình huống không thích hợp.

Gặp khó khăn khi chơi hoặc thực hiện một hoạt động cần giữ yên tĩnh.

Nói quá nhiều.

Ngắt lời, làm gián đoạn người hỏi.

Gặp khó khăn khi chờ đến lượt của mình.

Làm gián đoạn hoặc xâm phạm vào các cuộc trò chuyện, trò chơi hoặc hoạt động của người khác.

Hầu hết trẻ em khỏe mạnh đều có biểu hiện vô tâm, hiếu động hoặc bốc đồng ở một số thời điểm. Điển hình trẻ mẫu giáo có thời gian tập trung ngắn. Chúng cũng khó gắn bó lâu dài với một hoạt động. Ngay cả với trẻ lớn và thanh thiếu niên, chúng cũng chỉ chú ý vào những thông tin mà chúng quan tâm đến.

Trẻ không được chẩn đoán mắc ADHD chỉ vì có những biểu hiện khác với trẻ xung quanh. Vì vậy, việc chẩn đoán bệnh cần được xem xét cẩn thận, kĩ lưỡng.

Nguyên nhân chính xác gây ratăng động, giảm chú ývẫn chưa được làm rõ. Các yếu tố có thể liên quan đến bệnh bao gồm di truyền, môi trường hoặc các vấn đề với hệ thống thần kinh trung ương.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc ADHD bao gồm:

Di truyền: Cha mẹ hoặc anh chị em ruột bị ADHD hoặc mắc một rối loạn tâm thần khác.

Tiếp xúc với môi trường độc hại. Tiếp xúc với chì, được tìm thấy chủ yếu trong sơn và đường ống trong các tòa nhà cũ.

Mẹ có tiền sử sử dụng ma túy, rượu hoặc hút thuốc trong thai kỳ.

Sinh non.

Rối loạn tăng động, giảm chú ý có thể làm cho cuộc sống của trẻ trở nên khó khăn hơn. Trẻ bị ADHD:

Thường phải vật lộn trong lớp học, điều này có thể dẫn đến kết quả học tập thấp. Đồng thời, trẻ phải đối mặt với sự phán xét, kì thị của những đứa trẻ và người lớn khác.

Có xu hướng gặp nhiều tai nạn và thương tích hơn tất cả các trẻ em không bị ADHD.

Có xu hướng lòng tự trọng thấp.

Gặp khó khăn khi giao tiếp và khó được sự chấp nhận từ bạn bè, người lớn.

Có nguy cơ lạm dụng rượu, ma túy và gây ra các hành vi phạm pháp khác.

ADHD không gây ra các vấn đề tâm lý hoặc phát triển khác. Tuy nhiên, trẻ em bị ADHD có nhiều nguy cơ mắc phải các bệnh lý:

Rối loạn thách thức chống đối (ODD). Chứng bệnh liên quan hành vi tiêu cực, thách thức và thù địch đối với những người có thẩm quyền.

Hành vi gây rối. Thể hiện thông qua các hành vi chống đối xã hội như ăn cắp, đánh nhau, hủy hoại tài sản, làm hại người, động vật.

Giảm khả năng học tập. Bao gồm các vấn đề về đọc, viết, hiểu và giao tiếp.

Rối loạn sử dụng chất gây nghiện. Bao gồm ma túy, rượu và hút thuốc lá.

Rối loạn lo âu. Có thể gây lo lắng và hồi hộp quá mức, và bao gồm rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD).

Rối loạn khí sắc. Bao gồm rối loạn trầm cảm và rối loạn lưỡng cực.

Rối loạn phổ tự kỉ. Liên quan đến sự phát triển não bộ ảnh hưởng đến cách một người nhận thức và giao tiếp với người khác.

Rối loạn Tichoặchội chứng Tourette. Các rối loạn liên quan đến vận động lặp đi lặp lại hoặc tạo âm thanh không thể kiểm soát dễ dàng (tics).

Nhìn chung, trẻ chỉ nên đượcchẩn đoán rối loạn tăng động, giảm chú ý  khi các triệu chứng đặc trưng của ADHD khởi phát sớm trước 12 tuổi. Đồng thời, các triệu chứng này gây ra các vấn đề nghiêm trọng ở nhà và ở trường.

Không có xét nghiệm cụ thể để chẩn đoán ADHD. Trẻ thường được xác định bệnh thông qua các kiểm tra sức khỏe sau:

Kiểm tra sức khỏe tổng quát. Giúp loại trừ các nguyên nhân khác có thể gây ra triệu chứng của bệnh.

Hỏi bệnh. Trẻ sẽ được hỏi các câu hỏi bất kỳ về vấn đề sức khỏe hiện tại, tiền sử bệnh của trẻ, của gia đình và học bạ của trẻ.

Hỏi trực tiếp hoặc sử dụng bảng câu hỏi. Điều này giúp đưa ra cái nhìn chính xác từ các thành viên trong gia đình, giáo viên, người chăm sóc, người giữ trẻ, và những đối tượng khác biết rõ về trẻ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD được xác định theo Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Các Loại Rối loạn Tâm thần DSM-5, được xuất bản bởi Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ.

Thang đánh giá ADHD giúp thu thập và đánh giá thông tin về trẻ.

Các dấu hiệu của tăng động giảm chú ý có thể xuất hiện rất sớm ngay ở tuổi mẫu giáo nhưng chẩn đoán bệnh rất khó khăn vì dễ nhầm lẫn với chậm ngôn ngữ ở trẻ nhỏ.

Việc chẩn đoán bệnh cần phải được đánh giá cẩn thận bởi các bác sĩ chuyên khoa như bác sĩ tâm lý, bác sĩ tâm thần học, bác sĩ nhi khoa và các nhà nghiên cứu bệnh học về ngôn ngữ.

Một số vấn đề sức khỏe khác có thể gây ra các dấu hiệu và triệu chứng tương tự như ADHD, bao gồm:

Vấn đề học tập hoặc ngôn ngữ.

Rối loạn tâm lý nhưtrầm cảmhoặclo âu.

Rối loạn co giật.

Vấn đề về thị lực hoặc thính giác.

Bệnh tự kỉ.

Các vấn đề sức khỏe hoặc thuốc ảnh hưởng đến suy nghĩ hoặc hành vi.

Rối loạn giấc ngủ.

Chấn thương sọ não.

Sự phân biệt đối xử.

Các phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho ADHD ở trẻ bao gồm thuốc, trị liệu hành vi, tư vấn sức khỏe và giáo dục. Các phương pháp điều trị này có thể làm giảm nhiều triệu chứng của ADHD, nhưng không chữa khỏi bệnh. Do đó, chúng ta cần kiên nhẫn để lựa chọn các phương pháp điều trị thích hợp nhất với trẻ.

Nếu con bạn đang được điều trị ADHD, trẻ nên đi khám bác sĩ thường xuyên. Thăm khám đều đặn 3-6 tháng cho đến khi bệnh ổn. Gọi cho bác sĩ, nếu trẻ có biểu hiện như chán ăn, khó ngủ hoặc khó chịu, không cải thiện nhiều so với điều trị ban đầu.

Để giúp giảm nguy cơ mắc ADHD cho trẻ:

Khi mang thai, tránh tất cả các yếu tố có thể gây hại cho sự phát triển của thai nhi. Ví dụ: không uống rượu, sử dụng chất gây nghiện hoặc hút thuốc lá.

Bảo vệ con bạn khỏi tiếp xúc với các chất ô nhiễm và độc tố: khói thuốc lá, sơn chì.

Giới hạn thời gian tiếp xúc với màn hình của trẻ. Mặc dù vẫn chưa được chứng minh cụ thể, nhưng trẻ em nên hạn chế để tránh tiếp xúc quá nhiều với TV và trò chơi video, trong 5 năm đầu đời.

ADHD – Rối loạn tăng động, giảm chú ý ở trẻ emlà một chứng bệnh mạn tính, gây ảnh hưởng nhiều tới cuộc sống của trẻ. Do đó tìm hiểu thông tin về bệnh là điều cần thiết đối với mỗi bậc phụ huynh. Qua những điều YouMed đã cung cấp, mong rằng bạn sẽ có các thông tin cần thiết và hữu ích.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/rong-tuy-song-nguyen-nhan-chan-doan-va-cac-phuong-phap-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh rỗng tủy sống

Biểu hiện và triệu chứng của bệnh rỗng tủy sống

Khi nào bạn cần gặp bác sĩ?

Tại sao chúng ta lại mắc bệnh rỗng tủy sống?

Bệnh có thể gây ra biến chứng nguy hiểm nào?

Chẩn đoán bệnh bằng phương pháp nào?

Theo dõi điều trị như thế nào?

Phương pháp và mục tiêu phẫu thuật trong bệnh rỗng tủy sống

Để giảm áp lực lên não và tủy sống, các lựa chọn phẫu thuật

Theo dõi, chăm sóc bệnh nhận mắc rỗng ống tủy

Rỗng tủy sống là một bệnh mạn tính không thường gặp ở tủy sống. Bệnh do trong đoạn tủy sống hình thành một hốc rỗng ở trung tâm chất xám chứa dịch não tủy. Dịch tích lại hình thành các khoang hoặc nang hốc phát triển lớn dần và gây huỷ hoại tuỷ. Những triệu chứng đầu tiên của bệnh thường ảnh hưởng đến gáy, vai, cánh tay và bàn tay. Triệu chứng bao gồm yếu cơ, teo cơ và mất phản xạ gân cơ. Đôi khi mất nhận cảm đau hoặc nóng lạnh, đặc biệt là ở bàn tay. Hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn tìm hiểu về bệnh lý này qua bài viết dưới đây!

Rỗng tủy sống là sự phát triển của một u nang chứa đầy chất lỏng trong tủy sống. Theo thời gian, nang dịch có thể phình to, làm hỏng tủy sống và gây đau, yếu, cứng khớp,…

Bệnh rỗng tủy sống do nhiều nguyên nhân gây ra. Tuy nhiên, phần lớn các trường hợp đều liên quan đến tình trạng mô não nhô vào trong ống sống của người bệnh. Bệnh lý này hay còn gọi làdị tật Chiari. Các nguyên nhân khác của rỗng tủy sống bao gồm: khối u tủy sống, chấn thương tủy sống, tổn thương do viêm quanh tủy sống.

Nếu bệnh rỗng tủy sống không gây ra triệu chứng, việc theo dõi tình trạng bệnh vẫn rất cần thiết. Tuy nhiên trong trường hợp có biểu hiện triệu chứng và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống, người bệnh sẽ cần đến phẫu thuật.

Các triệu chứng rỗng tủy sống thường phát triển chậm theo thời gian. Đối với nguyên nhân do dị tật Chiari, triệu chứng thường khởi phát ở độ tuổi từ 25 đến 40. Trong một số trường hợp, ho hoặc tình trạng căng thẳng có thể kích hoạt các triệu chứng của rỗng tủy sống, mặc dù không gây ra bệnh này.

Các dấu hiệu của rỗng tủy sống thường ảnh hưởng đến lưng, vai, cánh tay hoặc chân, bao gồm:

Teo cơ. Xuất hiện ở cả hai bên, thường không đối xứng và bắt đầu ở những cơ của bàn tay (bàn tay khỉ, bàn tay có vuốt, bàn tay nhà thuyết giáo).

Teo da, thân nhiễm tầng chân bì, loét (chín mé không đau Morvan).

Bệnh khớp do thần kinh xảy ra ở chi trên.

Mất phản xạ gân: xảy ra sớm và ở chi trên.

Mất nhạy cảm với đau và nhiệt độ.

Nhức đầu.

Cứng khớp ở lưng, vai, cánh tay và chân.

Đau ở cổ, cánh tay và lưng.

Cong vẹo cột sống.

Bệnh rỗng tủy sống nếu để lâu sẽ gây ảnh hưởng đến thần kinh, làm mất khả năng hoạt động. Bạn nên gọi bác sĩ nếu bạn:

Bị yếu cơ, tê hoặc mất cảm giác (cảm giác sờ chạm hoặc nhiệt độ).

Bị đau đầu hay xuất hiện triệu chứng mới sau phẫu thuật.

Chấn thương cột sống.

Nếu bạn bị chấn thương cột sống, hãy theo dõi các dấu hiệu và triệu chứng của rỗng tủy sống. Triệu chứng của bệnh thường xuất hiện muộn sau vài tháng tới nhiều năm từ khi xảy ra chấn thương.

Không rõ bằng cách nào và tại sao bệnh rỗng tủy sống lại xảy ra. Khi nó tiến triển, dịch não tủy – một chất lỏng bao quanh, chức năng đệm và bảo vệ não, tủy sống tích tụ trong chính tủy sống, tạo thành một u nang chứa đầy chất lỏng.

Một số điều kiện và bệnh lý có thể dẫn đến bệnh rỗng tủy sống, bao gồm:

Dị tật Chiari. Đây là tình trạng mô não nhô vào ống sống của bạn

Viêm màng não, viêm màng bao quanh não và tủy sống của bạn

Khối u tủy sống. Có thể can thiệp vào lưu thông bình thường của dịch não tủy, gây tắc nghẽn dịch não tủy.

Các tình trạng hiện tại lúc sinh. Dây sống bị cột lại, do mô sẹo gắn vào tủy sống làm hạn chế chuyển động của nó.

Chấn thương tủy sống. Tình trạng này có thể gây ra các triệu chứng sau vài tháng hoặc nhiều năm từ lúc chấn thương.

Ở một số người, Rỗng tủy sống có thể tiến triển và dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng. Trong một số trường hợp khác, người bệnh có thể không biểu hiện triệu chứng.

Các biến chứng có thể xảy ra khi u nang  mở rộng hoặc khi nó làm tổn thương dây thần kinh trong tủy sống. Thường gặp các biến chứng  bao gồm:

Cột sống xuất hiện đường cong bất thường (vẹo cột sống).

Đau mãn tính do tổn thương tủy sống.

Khó vận động, chẳng hạn như yếu và cứng cơ bắp chân có thể ảnh hưởng đến việc đi lại.

Tê liệt.

Trước tiên người bệnh sẽ được thăm khám toàn diện và hỏi về các tình trạng y khoa trước đây. Trong một số trường hợp, bệnh rỗng tủy sống có thể được phát hiện tình cờ trong khi chụp MRI cột sống, CT vì những lý do khác.

Nếu nghi ngờ mắc bệnh rỗng tủy sống, người bệnh được làm cho các xét nghiệm như:

MRI cột sống và tủy sống là công cụ đáng tin cậy nhất và là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh rỗng tủy sống. MRI sử dụng sóng radio và từ trường mạnh để tạo ra hình ảnh chi tiết về cột sống và tủy sống của bạn. Nếu một u nang đã phát triển trong tủy sống, bác sĩ sẽ có thể nhìn thấy nó trên MRI.

Trong một số trường hợp, chuyên gia sẽ tiêm thuốc nhuộm vào mạch máu ở háng của người bệnh. Thuốc đi qua các mạch máu đến cột sống và bộc lộ các khối u hay các bất thường khác.

Chụp CT. Phương tiện sử dụng một loạt các tia X để dựng hình chi tiết về cột sống và tủy sống. Nó có thể bộc lộ các khối u hoặc các bệnh lý cột sống khác.

Điều trị cho bệnh rỗng tủy sống phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng, sự tiến triển các triệu chứng.

Điều trị nội khoa chỉ có thể điều trị triệu chứng. Việc điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân bệnh và tình trang, tuổi cũng như các triệu chứng của người bệnh. Nếu không được phẫu thuật, bệnh rỗng tuỷ sống thường dẫn đến yếu tay và chân tiến triển, mất cảm giác bàn tay và đau, yếu mạn tính.

Bệnh nhân không có triệu chứng có thể không cần điều trị. Thay vào đó, họ nên được theo dõi bằng MRI định kỳ và kiểm tra thần kinh. Người già, bệnh nặng mạn tính không thể chịu được cuộc phẫu thuật có thể chỉ cần theo dõi chặt chẽ.

Nếu bệnh rỗng tủy sống gây ra các dấu hiệu và triệu chứng, ảnh hưởng tới cuộc sống của bạn. Hoặc các dấu hiệu và triệu chứng nhanh chóng xấu đi, người bệnh có thể cần đến phẫu thuật.

Mục tiêu của phẫu thuật là loại bỏ áp lực nang dịch lên tủy sống và khôi phục dòng chảy bình thường của dịch não tủy. Điều này có thể giúp cải thiện các triệu chứng và chức năng hệ thống thần kinh của người bệnh. Phương pháp phẫu thuật sẽ tùy thuộc vào nguyên nhân của bệnh rỗng tủy sống.

Điều trị dị tật Chiari. Nếu bệnh rỗng tủy sống gây ra bởi dị tật Chiari, phẫu thuật sẽ loại bỏ một phần xương nhỏ ở phía sau hộp sọ. Điều này làm giảm áp lực lên não và tủy sống, khôi phục dòng chảy bình thường của dịch não tủy và cải thiện bệnh rỗng tủy sống.

Thoát nước nang dịch. Bác sĩ sẽ phẫu thuật chèn một hệ thống thoát nước, được gọi là shunt giữ cho chất lỏng từ nang dịch chảy theo hướng mong muốn. Một đầu của ống được đặt trong nang dịch, và đầu kia được đặt ở một khu vực khác trên cơ thể như bụng của người bệnh.

Loại bỏ các tắc nghẽn. Nếu một cái gì đó như khối u hoặc xương phát triển trong tủy sống và cản trở dòng chảy của dịch não tủy thì phẫu thuật loại bỏ tắc nghẽn là cần thiết

Điều chỉnh các bất thường trong cột sống. Nếu một bất thường cột sống đang cản trở dòng chảy của dịch não tủy, phẫu thuật để sửa nó. Chẳng hạn như giải phóng một dây sống bị cột, có thể khôi phục dòng chảy  dịch não tủy và cho phép nang dịch chảy ra.

Tuy nhiên, điều đáng buồn là phẫu thuật không phải lúc nào cũng khôi phục dòng chảy của dịch não tủy và nang dịch có thể vẫn còn, mặc dù đã nỗ lực để rút dịch từ nó.

Bệnh rỗng tủy sống có thể tái phát sau phẫu thuật. Người bệnh sẽ cần kiểm tra tái khám thường xuyên, làm MRI định kỳ, để đánh giá kết quả phẫu thuật.

Nang dịch có thể phát triển theo thời gian, do đó cần điều trị bổ sung. Ngay cả sau khi điều trị, một số dấu hiệu và triệu chứng của bệnh rỗng tủy sống vẫn có thể tồn tại, vì nang dịch có thể gây tổn thương tủy sống và thần kinh vĩnh viễn.

Các bước sau đây có thể giúp giảm hậu quả của bệnh rỗng tủy sống:

Hạn chế các hoạt động có thể làm cho các triệu chứng tồi tệ hơn.

Tránh nâng vật nặng, hoặc các động tác đặt lực vào cột sống.

Nếu bệnh rỗng tủy sống gây ra các vấn đề về thần kinh làm giảm khả năng vận động và hoạt động, chẳng hạn như yếu cơ, đau, mệt mỏi hoặc cứng khớp. Người bệnh sẽ cần đến các bài tập vật lý trị liệu có thể giúp giảm các triệu chứng này.

Nếu bệnh rỗng tủy sống gây ra tình trạng đau mãn tính, hãy nói chuyện với bác sĩ  để lựa chọn điều trị. Nhiều trung tâm y tế có bác sĩ chuyên quản lý đau hiệu quả.

Sống chung với bệnhrỗng tủy sốngvà các biến chứng của nó là một thách thức to lớn. Sẽ thật đáng quý nếu có một người để nói chuyện, cho dù là một người bạn, cố vấn hoặc nhà trị liệu. Không những vậy, bạn có thể tìm thấy sự chia sẻ và khuyến khích trong một nhóm hỗ trợ bệnh rỗng tủy sống. Các nhóm hỗ trợ cung cấp một diễn đàn để chia sẻ kinh nghiệm và lời khuyên hữu ích cho những người mắc bệnh rỗng tủy sống.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/rung-toc-vanh-khan-khong-nen-chu-quan/

Nội dung bài viết

Rụng tóc vành khăn là như thế nào?

Nguyên nhân gây rụng tóc vành khăn

Cần làm gì khi trẻ bị rụng tóc vành khăn

Rụng tóc vành khăn ở trẻ là vấn đề phổ biến và có thể tự khỏi sau một khoảng thời gian nhất định. Tuy nhiên đôi khi nó có thể là dấu hiệu của thiếu chất nên bố mẹ không nên chủ quan. Bài viết sau đây sẽ giúp bạn hiểu rõ hơn về tình trạng này cũng như những điều cần làm để giúp trẻ cải thiện tình trạng rụng tóc.

Đây là tình trạng tóc bị rụng nhiều ở vùng sau gáy giống hình vành khăn quấn quanh đầu trẻ. Tóc trẻ thường rụng mất cả chân và rụng thành từng đám sau gáy. Tình trạng này thường gặp ở trẻ từ 3-6 tháng tuổi. Không chỉ rụng tóc, trẻ sẽ thường kèm theo một số biểu hiện bất thường như:

Quấy khóc, đổ mồ hôi và khó ngủ.

Hay bị giật mình khi ngủ đêm.

Phần thóp (đỉnh đầu) của bé rộng và lâu đóng thóp.

Xương sọ mềm và có thể bị bẹp bất thường.

Trẻ thường kèm táo bón.

Thông thường những trẻ bị vấn đề này sẽ có thể trạng kém hơn các trẻ cùng lứa tuổi. Một số hoạt động có thể chậm phát triển hơn bình thường như biết lẫy, bò, mọc răng hay đi.

Để xác định chính xác nguyên nhân trẻ rụng tóc vành khăn, bố mẹ cần đưa trẻ đi khám tại các cơ sở y tế. Bởi lẽ, tìm ra nguyên nhân là điểm mấu chốt giúp trẻ khỏi bệnh. Trẻ bị rụng tóc vành khăn có thể do nhiều nguyên nhân từ nặng đến nhẹ.

Trẻ sơ sinh tóc rụng thường xuất phát từ sự mất cân bằng hormone từ khi bé chào đời. Nguyên nhân có thể do cơ thể mẹ bị rối loạn hormone hoặc bản thân trẻ bị thiếu dinh dưỡng. Rụng tóc do nguyên nhân này thường được phát hiện cùng với biểu hiện rụng tóc sau sinh của mẹ.

Đây là một trong những nguyên nhân cần chú ý nhất. Trẻ bị rụng tóc vành khăn do không đượctắm nắng, lười ăn hoặc sữa mẹ không đủ dinh dưỡng. Điều này khiến trẻ bịthiếu vitamin Dhoặc canxi dẫn đến rụng tóc mảng lớn sau gáy. Tình trạng này cũng là dấu hiệu cảnh báo trẻ bị còi xương,suy dinh dưỡng. Ba mẹ không nên chủ quan, cần thay đổi chế độ ăn để tránh tác động tiêu cực lên sự phát triển của trẻ. Nếu đã đi khám và đo nồng độ canxi bình thường, bạn cần cân nhắc các nguyên nhân dưới đây.

Các bé thường được bố mẹ cố định tư thế ngủ bằng cách chèn gối, chăn để tránh trẻ lăn, lật nguy hiểm. Tuy nhiên điều này vô tình để trẻ chỉ nằm được một tư thế, chẳng hạn như nằm ngửa. Phần lớn thời gian da đầu tiếp xúc trực tiếp với mặt gối khiến cho tóc khó mọc hơn. Khi đó tóc ở khu vực đó không được thông thoáng, cộng thêm mồ hôi tiết ra rất có thể khiến tóc dễ bị rụng.

Trẻ bị ốm hoặc sốt cao ngoài khiến trẻ bị chán ăn thiếu hụt dinh dưỡng thì thuốc sử dụng có thể gây tác dụng phụ tới sự phát triển của nang tóc.

Trẻ bịrụng tóc vành khănhoặc tóc trở nên thưa hơn do các bệnh tự miễn như viêm mạn tính;bạch biến;lupus ban đỏ,viêm khớp dạng thấp;nhược cơ;… Bệnh tự miễn là cơ thể tự coi tế bào của mình là dị nguyên nên tiến hành đào thải. Cũng như vậy, tóc bị coi là chất lạ đối với trẻ và bị đào thải dẫn đến rụng tóc. Với nguyên nhân này chỉ có thể trị rụng tóc bằng cách điều trị các bệnh này trước.

Nấm da đầu có thể gặp ở trẻ từ 3-14 tuổi. Bệnh này có thể viêm hoặc không. Nấm viêm gây mảng rụng tóc có vảy có màu xám. Trường hợp không viêm gây rụng tóc kèm mảng mụn mủ, vảy tiết. Đôi khi có thể xuất hiện thể Favus đặc trưng bởi các mảng đỏ, ít vảy, tóc xỉn màu. Nấm da đầu có vảy tiết hình lòng chảo, mùi hôi khó chịu, tóc thường gãy sát chân.

Nếu không do các vấn đề nghiêm trọng, bạn có thể tự giảm rụng tóc cho trẻ với các cách sau:

Nếu do các nguyên nhân mang tính di truyền như rối loạn hormone, rất khó để điều trị. Tốt nhất nên ngăn ngừa ngay khi mẹ mang thai để tránh rụng tóc cho cả mẹ và bé. Dinh dưỡng cần bổ sung cho phụ nữ mang thai bao gồm protein, các vitamin và nước. Ngoài ra, khi mẹ mang thai cần có người bên cạnh chăm sóc, chia sẻ để tránh rối loạn nội tiết do trầm cảm, stress.

Đối với trẻ thì giai đoạn này vẫn còn uống sữa. Hãy đảm bảo sữa bạn lựa chọn có đầy đủ dưỡng chất cho trẻ. Thường xuyên cho trẻ tắm nắng buổi sớm để tổng hợp vitamin D cũng để tránh trẻ bị còi xương.

Vớirụng tóc vành khăndo tư thế nằm, nên đặt bé ngủ ở những tư thế khác nhau. Bố mẹ cần cố gắng lật người trẻ sau một khoảng thời gian nhất định. Kết hợp thường xuyên thay gối, lau mồ hôi và để trẻ ngủ nơi thông thoáng không quá kín. Nên tạo thói quen cho trẻ, sau 6 tháng, trẻ có thể tự điều chỉnh tư thế.

Việc cần làm nhất khi trẻ bị rụng tóc vành khăn lâu, không cải thiện sau 6 tháng là đưa trẻ đi khám tại các cơ sở y tế để chẩn đoán nguyên nhân. Đặc biệt với các dấu hiệu của bệnh tiềm ẩn như: da đỏ, bong vảy; da có đốm hói nhỏ đi kèm.

Lưu ý tuyệt đối không được tự ý mua thuốc hay thay đổi liều dùng đã được kê. Trẻ càng nhỏ thì việc sử dụng thuốc càng phải nghiêm ngặt tránh tác dụng phụ.

Rụng tóc vành khănkhông nguy hiểm nhưng các bố mẹ cũng không nên chủ quan. Cần cho trẻ đi khám và tìm đúng nguyên nhân để có biện pháp khắc phục tốt nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-ban-can-biet-ve-benh-sarcoidosis/

Nội dung bài viết

1. Triệu chứng của bệnh Sarcoidosis là gì?

2. Nguyên nhân gây bệnh Sarcoidosis là gì?

3. Yếu tố nguy cơ mắc bệnh Sarcoidosis là gì?

4. Bệnh sarcoidosis gây ra biến chứng gì?

5. Chẩn đoán bệnh Sarcoidosis bằng cách nào?

6. Điều trị bệnh Sarcoidosis như thế nào?

Sarcoidosis là một bệnh lý đặc trưng bởi tập hợp các tế bào viêm (u hạt) ở vị trí bất kỳ trên cơ thể. Thường gặp ở phổi và hạch, cũng có thể ở mắt, da, tim và các cơ quan khác. Nguyên nhân gây bệnh Sarcoidosis vẫn chưa rõ, có thể do đáp ứng của hệ miễn dịch với các chất không xác định. Một số nghiên cứu cho rằng tác nhân nhiễm trùng, hoá chất, bụi và phản ứng bất thường của cơ thể với protein tự thân có thể tạo ra u hạt ở những người có khuynh hướng di truyền. Hãy cùng theo dõi bài viết dưới đây của Bác sĩ Phan Văn Giáo để có được những thông tin hữu ích nhất về bệnh Sarcoidosis.

Triệu chứng của Sarcoidosis khác nhau tuỳ vào cơ quan bị ảnh hưởng. Sarcoidosis đôi khi xuất hiện từ từ và gây ra triệu chứng kéo dài nhiều năm. Triệu chứng cũng có thể xuất hiện đột ngột và biến mất nhanh. Nhiều trường hợp mắc bệnh không có triệu chứng, nên chỉ có thể được phát hiện tình cờ qua X-quang khi đang chẩn đoán một bệnh khác.

Mệt mỏi.

Hạch to.

Sụt cân.

Sưng đau khớp, chẳng hạn như cổ chân.

Sarcoidosis thường gặp ở phổi nhất và gây ra các triệu chứng như:

Ho khan dai dẳng.

Khó thở.

Khò khè.

Đau ngực.

Xem thêm bài viết:Các triệu chứng Viêm phổi thường gặp

Nổi ban đỏ hoặc nốt đỏ tím, thường ở cẳng chân hoặc mắt cá chân, có thể gây nóng và đau.

Các vết loét xấu trên mũi, má và tai.

Vùng da tăng hoặc giảm sắc tố.

Nốt dưới da, đặc biệt ở quanh sẹo hoặc vết xăm.

Sarcoidosis có thể gây bệnh ở mắt mà không có triệu chứng gì. Vì vậy cần phải khám mắt thường xuyên. Các triệu chứng ở mắt bao gồm:

Nhìn mờ.

Đau mắt.

Nóng, ngứa hoặc khô mắt.

Đỏ mắt nhiều.

Nhạy cảm ánh sáng.

Đau ngực.

Khó thở.

Ngất.

Mệt mỏi.

Loạn nhịp tim.

Tim đập nhanh.

Phù.

Sarcoidosis cũng có thể ảnh hưởng đến chuyển hoá canxi, hệ thần kinh, gan lách, cơ, xương khớp, thận, hạch và các cơ quan khác.

Nguyên nhân chính xác gây bệnh Sarcoidosis vẫn chưa được biết rõ. Một số người có yếu tố bẩm sinh dễ mắc bệnh do vi trùng, virut, bụi hoặc hoá chất.

Phản ứng quá mẫn của hệ miễn dịch làm cho tế bào miễn dịch tập hợp thành một tổ chức viêm gọi là u hạt. U hạt xuất hiện trong cơ quan sẽ làm ảnh hưởng đến chức năng cơ quan đó.

Tuổi và giới. Sarcoidosis có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhưng thường từ 20 đến 60 tuổi. Phụ nữ thường dễ bị bệnh hơn.

Chủng tộc. Người gốc Phi và Bắc Âu có tỉ lệ Sarcoidosis cao.

Tiền căn gia đình. Nếu gia đình bạn có người bị bệnh Sarcoidosis thì bạn có nguy cơ mắc bệnh cao hơn.

Phổi. Sarcoidosis phổi không điều trị có thể dẫn đếnxơ phổi. Gây khó thở và đôi khi gây tăng áp phổi.

Mắt. Tình trạng viêm có thể ảnh hưởng đến bất kỳ phần nào của mắt. Gây tổn thương võng mạc, dấn đến mù loà. Sarcoidosis hiếm khi gâyđục thuỷ tinh thểvàglaucoma.

Thận. Sarcoidosis có thể ảnh hưởng đến chuyển hoá canxi, gây sỏi thận và giảm chức năng thận. Hiếm khi gây suy thận.

Tim. U hạt ở tim gây loạn nhịp tim, giảm lưu lượng máu và chức năng tim. Một số trường hợp hiếm gặp có thể gây tử vong.

Hệ thần kinh. Một số bệnh nhân có triệu chứng thần kinh trung ương khi u hạt phát triển ở não và tuỷ sống. Chẳng hạn như viêm thần kinh mặt có thể gây liệt mặt.

Tìm hiểu thêm về Tăng Áp Động Mạch Phổi và những điều cần lưu ý:Tăng áp động mạch phổi: Sát thủ âm thầm

Chẩn đoán Sarcoidosis có thể rất khó vì bệnh thường rất ít triệu chứng ở giai đoạn sớm. Các triệu chứng cũng tương tự với các bệnh lý khác.

Trước hết cần khám lâm sàng và hỏi bệnh sử, khám tim, phổi, tìm hạch to và tổn thương da.

Xét nghiệm chẩn đoán giúp loại trừ các bệnh lý khác và xác định cơ quan bị tổn thương. Bao gồm:

Xét nghiệm máu và nước tiểu, đánh giá chức năng gan và thận.

X-quang ngực, khảo sát tim và phổi.

CT scan ngực, khảo sát tổn thương phổi.

Xét nghiệm chức năng hô hấp, đo thể tích phổi và mức độ trao đổi khí ở phế nang.

Điện tâm đồ (ECG), kiểm tra và theo dõi tình trạng tim mạch.

Khám mắt, phát hiện giảm thị lực do Sarcoidosis.

Chụp cắt lớp phát xạ positron (PET) hoặc cộng hưởng từ (MRI) nếu nghi ngờ tổn thương tim hoặc thần kinh trung ương.

Sinh thiết. Sinh thiết một mẫu mô bị tổn thương để tìm u hạt.

Không có điều trị nào đặc hiệu cho Sarcoidosis, nhưng đa số trường hợp bệnh tự hết. Có thể không cần điều trị nếu không có triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ. Mức độ và phạm vi tổn thương sẽ giúp xác định hướng điều trị.

Nếu triệu chứng nặng hoặc đe doạ chức năng cơ quan, điều trị thuốc là cần thiết. Bao gồm:

Corticoid. Là loại thuốc kháng viêm mạnh thường được dùng đầu tay trong điều trị Sarcoidosis.Corticoidcó thể được đưa trực tiếp vào nơi tổn thương như bôi lên vết loét da hay nhỏ lên mắt.

Thuốc ức chế miễn dịch. Chẳng hạn nhưmethotrexatevà azathioprine làm giảm viêm bằng cách ức chế hệ miễn dịch.

Hydroxychloroquine. Dùng cho tổn thương da và tăng canxi máu.

Ức chế TNF alpha. Thường dùng để điều trị viêm do viêm khớp dạng thấp. Có thể có ích trong điều trị Sarcoidosis khi không đáp ứng với các thuốc điều trị khác.

Tuỳ thuộc vào triệu chứng hoặc biến chứng mà có thể đề nghị cách điều trị khác.

Vật lý trị liệu, giảm mệt mỏi và tăng cường cơ bắp.

Phục hồi chức năng hô hấp, giảm triệu chứng hô hấp.

Đặt máy tạo nhịp hoặc máy khử rung, ngừa loạn nhịp.

Ghép tạng nếu Sarcoidosis gây tổn thương nặng ở phổi, tim và gan.

Sarcoidosisthường xuất hiện ở phổi. Bệnh không có điều trị đặc hiệu nhưng thường tiên lượng tốt. Một số trường hợp bệnh tự khỏi. Tuy nhiên Sarcoidosis có thể kéo dài nhiều năm và có thể gây tổn thương cơ quan. Nếu bạn có các triệu chứng của Sarcoidosis, hãy đến gặp bác sĩ để được khám và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sau-rang-la-gi-nguyen-nhan-dieu-tri-va-cach-phong-ngua/

Nội dung bài viết

1. Sâu răng là gì?

2. Nguyên nhân gây sâu răng

3. Triệu chứng bệnh như thế nào?

4. Chẩn đoán bệnh ra sao?

5. Điều trị sâu răng như thế nào?

6. Phòng ngừa sâu răng thế nào cho hiệu quả?

Sâu răng là một trong các bệnh thường gặp nhất, thông thường mỗi người đã từng bị ít nhất một lần trong đời. Bệnh gây ra nhiều triệu chứng trong đó dễ nhận thấy là đau nhức, tạo lỗ sâu trên răng. Ngoài ra, răng sâu có thể đổi màu, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, khiến bạn kém tự tin.

Đó cũng chính là những lý do thường gặp nhất khiến bạn phải đi gặp bác sĩ Răng Hàm Mặt. Khi đi khám răng, bạn có thể đã được tư vấn một loạt các điều trị tốn kém tiền bạc và thời gian. Điều này thật sự không thú vị chút nào! Bạn có mong muốn một hàm răng khỏe, đẹp hay không?

Đây là bệnh nhiễm trùng ở răng, phá hủy cấu trúc răng, mà dấu hiệu thường thấy nhất là tạo lỗ sâu trên răng. Nó tương tự như việc bạn bị một vết thương rách da và bị nhiễm trùng vậy, nhưng thay vì da thì tình trạng này xảy ra trên răng.

Sâu răng là bệnh với quá trình tiến triển theo thời gian. Nguyên nhân chủ đạo là do vi khuẩn. Chúng tiêu hóa chất dinh dưỡng, được lên men từ mảnh vụn thức ăn, đồ uống chứa đường. Chúng tạo ra chất a-xít, làm phá hủy răng, dần dần hình thành lỗ.

Có những yếu tố ảnh hưởng gây ra tình trạng sâu răng:

Thói quen vệ sinh răng miệng: Vệ sinh răng miệng kém làm đọng thức ăn. Đó chính là môi trường lý tưởng, cung cấp dinh dưỡng cho vi khuẩn gây bệnh.

Chế độ ăn uống: Nếu bạn ăn nhiều thức ăn giàu tinh bột, kẹo hay nước ngọt và đặc biệt ăn nhiều lần trong ngày thì cần thay đổi thói quen này. Thức ăn dẻo, gây dính, khó làm sạch cũng tăng nguy cơ làm răng bị sâu.

Răng chen chúc: Điều này khiến cho việc làm sạch răng, loại bỏ mảnh vụn thức ăn khó hiệu quả.

Một số bệnh lý khác:Trào ngược dạ dày – thực quản,đái tháo đường, khô miệng, xạ trị vùng đầu cổ… gây ra sự thay đổi hệ vi khuẩn trong miệng, làm suy yếu cấu trúc răng, làm suy giảm hệ miễn dịch, giảm sự tự làm sạch thức ăn của nước bọt.

Sâu răng là một quá trình theo thời gian, do vậy triệu chứng cũng thay đổi đa dạng. Giai đoạn sớm là sự thay đổi màu sắc răng. Dấu hiệu này dễ nhận thấy ở vùng răng phía trước vì dễ quan sát hơn răng phía sau.

Tiếp theo là hình thành lỗ trên bề mặt men răng, bạn có thể cảm nhận được rõ ràng bằng lưỡi hoặc nhìn thấy. Nếu không điều trị, lỗ sâu tiếp tục phá hủy sâu hơn, lan tới ngà răng. Lúc này xuất hiện những cơn đau rất ngắn khi hai hàm cắt chặt, lúc nhai, ăn hay uống thức ăn nóng, lạnh, chua.

Giai đoạn trễ, khi lỗ sâu lan đến tủy, đau sẽ tồi tệ hơn. Xuất hiện những cơn đau âm ỉ, dài hơn ngay cả khi không ăn nhai. Tình trạng đau có thể giảm hoặc mất hẳn sau giai đoạn này, khi đó tủy răng đã chết.

Tuy nhiên đó chỉ là những dấu hiệu đánh lừa bạn. Nhiễm trùng tủy răng có thể lan từ răng ra xương hàm và phần mềm, gây nhiều biến chứng nguy hiểm. Do vậy bạn cần được chẩn đoán sớm để tránh những biến chứng và tiết kiệm chi phí, thời gian điều trị.

Sâu răng thật dễ chẩn đoán, vì chỉ cần nhìn thấy lỗ là biết có bệnh đúng không nào các bạn? Nhưng thật sự thì không như vậy, vì tùy thuộc vào vị trí và mức độ sâu. Sâu các răng phía trong, ở những vùng kẻ giữa hai răng hay giai đoạn sớm, chưa có dấu hiệu rõ ràng thì rất khó để chẩn đoán và cần Bác sĩ có chuyên môn đấy.

Bệnh càng nặng thì chi phí và thời gian điều trị càng tăng. Do vậy cần có phương pháp chẩn đoán càng sớm càng tốt.

Hiện nay, đa số chúng ta đến phòng khám khi răng có dấu hiệu như lỗ sâu, đau. Bác sĩ sẽ khám trong miệng thì chẩn đoán được bệnh. Để chẩn đoán bệnh sớm, ở các vị trí khó quan sát, bạn cần được chụp phim X-quang.

Bạn hãy yên tâm vì liều tia phóng xạ trong chụp phim nha khoa rất nhỏ. Đây là những phương pháp truyền thống để chẩn đoán. Ngoài ra, có những phương pháp hiện đại hơn để phát hiện bệnh: Laser, ánh sáng sợi quang, đo độ dẫn điện răng…

Khi bạn được chẩn đoán răng bị sâu, bác sĩ răng hàm mặt sẽ tư vấn phương án điều trị. Điều này phụ thuộc vào mức độ phá hủy răng, tủy răng đã chết chưa. Và yếu tố thẫm mỹ quan trọng lúc này là răng phía trước hay phía sau.

Đối với lỗ sâu nhỏ, thông thường chỉ cần lấy phần bị sâu trám lại là đủ. Những răng ở phía trước, khi bạn cười răng sẽ lộ ra, do vậy cần quan tâm yếu tốt thẩm mỹ. Những răng này sẽ được trám bằng composite – vật liệu trám có màu tương đồng với màu răng. Các răng phía sau, do không nhìn thấy, có thể lựa chọn những vật liệu khác.

Khi sâu răng vào đến tủy, trám răng sẽ không giải quyết được vấn đề. Lúc này cần một điều trị tốn kém về chi phí và thời gian hơn, đó là nội nha hay còn gọi là lấy tủy. Sau khi nội nha, răng sẽ không giữ được độ cứng chắc như răng còn sống. Do vậy Bác sĩ thông thường sẽ tư vấn cho bạn bọc răng sứ trên răng đã được nội nha.

Nếu lỗ sâu quá lớn, không thể giữ được, lúc này răng cần được nhổ đi. Tuy vậy, đối với sâu răng giai đoạn sớm, khi chưa hình thành lỗ, chỉ cần bạn giữ vệ sinh răng miệng tốt mà không cần thêm bất cứ hình thức điều trị nào. Do đó, phòng ngừa và phát hiện sớm là rất quan trọng!

Bạn có thể tự làm những điều sau đây để phòng ngừa bệnh:

Giữ vệ sinh răng miệng tốt: Chải răng ít nhất hai lần mỗi ngày, đặt biệt là sau khi ăn và trước khi đi ngủ. Bạn bên sử dụng kem chải răng chứa Flo. Bạn có thể lựa chọn thêm một vài biện pháp hỗ trợ như: dùng bàn chải kẻ, chỉ nha khoa, tăm nước, nước súc miệng…

Chế độ ăn lành mạnh: Hạn chế những đồ ăn, thức uống chứa nhiều đường. Vì đây là những thực phẩm tạo môi trường tốt cho vi khuẩn phát triển. Những đồ uống có ga như Coca, Pepsi không những chứa nhiều đường mà còn có độ a-xít cao (độ pH nhỏ hơn 3), làm cho răng thêm suy yếu. Bạn nên ăn nhiều rau, củ, quả, sữa.

Tuy vậy để phòng ngừa sâu răng hiệu quả, chỉ mình bạn thôi là chưa đủ. Cần có sự hợp tác tốt giữa bạn và bác sĩ Răng hàm mặt của bạn. Do đó bạn nên đi khám răng định kỳ để nhận được những biện pháp dự phòng chuyên sâu như:

Áp gel Flo: Với cơ địa răng dễ bị sâu, cần áp gel Flo lên răng. Việc dự phòng này chỉ được thực hiện tại phòng khám.

Chỉnh hình răng (niềng răng): Nếu bạn có bộ răng với nhiều răng lệch lạc, việc vệ sinh răng rất khó và ít hiệu quả. Do vậy chỉnh hình răng để có một bộ răng đều đặn là một biện pháp dự phòng tốt.

Tóm lại,sâu rănglà bệnh rất phổ biến. Nguyên nhân gây bệnh là do vi khuẩn lên men đường, tạo a-xít phá hủy răng và tạo lỗ. Triệu chứng thường gặp là thay đổi màu sắc, tạo lỗ sâu và đau. Bệnh gây khó chịu, tốn kém chi phí và thời gian điều trị, ảnh hưởng thẩm mỹ.

Do vậy, bạn cần dự phòng tốt và điều trị sớm khi được chẩn đoán bệnh. Việc thay đổi thói quen ăn uống, giữ vệ sinh răng miệng sẽ giúp ích lớn để dự phòng bệnh sâu răng. Thêm vào đó việc đi khám răng miệng định kỳ, để được Bác sĩ tư vấn, áp dụng các biện pháp dự phòng chuyên sâu cũng rất quan trọng. Chúc các bạn luôn giữ được hàm răng đẹp và khỏe mạnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sa-sut-tri-tue-do-mach-mau/

Nội dung bài viết

Sa sút trí tuệ do mạch máu là gì?

Nguyên nhân của sa sút trí tuệ do mạch máu

Yếu tố nguy cơ

Triệu chứng của sa sút trí tuệ do mạch máu

Chẩn đoán sa sút trí tuệ do mạch máu

Điều trị bệnh sa sút trí tuệ do mạch máu

Ngày nay, chất lượng cuộc sống của con người đang ngày càng được cải thiện, tuổi thọ trung bình cao hơn, đi kèm với đó là các bệnh lý tuổi già cũng xuất hiện nhiều hơn. Trong số đó “bệnh lú lẫn”, “bệnh hay quên” theo cách dân gian thường gọi rất thường gặp. Còn trong y khoa bệnh được gọi là sa sút trí tuệ do mạch máu. Bài viết này của bác sĩ Đào Thị Thu Hương sẽ giúp các bạn hiểu hơn về nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển của bệnh.

Trước khi tìm hiểu về bệnh, các bạn nên biết một chút về cấu trúc và chức năng của não. Nhu mô não gồm hai phần là chất xám và chất trắng:

Chất xám (gray matter) chủ yếu bao phủ bên ngoài nên còn được gọi là vỏ não, là nơi chứa đựng các tế bào não, có chức năng xử lí các thông tin.

Chất trắng (white matter) nằm bên trong, gồm nhiều dây thần kinh làm nhiệm vụ dẫn truyền tín hiệu, là cầu nối của các tế bào não. Chất trắng cùng với nhiều cấu trúc khác như hạch nền, đồi thị, hạ đồi… tạo thành các cấu trúc dưới vỏ não.

Não bộ chịu trách nhiệm điều khiển, khởi phát vận động, cảm xúc, lời nói, là nơi lưu trữ thông tin, trí nhớ… Mọi hoạt động của cơ thể cần phải thông quabộ nãoxử lí. Chính vì vậy khi não bị tổn thương, tùy thuộc vào chức năng mất đi nhiều hay ít sẽ có mức độ ảnh hưởng khác nhau đến hoạt động sống của con người.

Sa sút trí tuệ là một thuật ngữ y khoa được dùng để mô tả một bệnh bao gồm các triệu chứng mất trí nhớ và gặp vấn đề trong ngôn ngữ, khả năng tập trung, giải quyết vấn đề. Bệnh do nhiều nguyên nhân, thường gặp nhất làbệnh Alzheimer, đứng thứ hai là do bệnh lý mạch máu.

Trong sa sút trí tuệ do mạch máu (hay sa sút trí tuệ não mạch), những triệu chứng này xảy ra là do não bị tổn thương do không được cung cấp máu nuôi.1

Bệnh sa sút trí tuệ do mạch máu chủ yếu do nhồi máu vỏ não và mạch máu dưới vỏ não. Chúng có những đặc điểm chung và cũng có vài triệu chứng khác nhau và diễn tiến theo những cách riêng biệt.

Đột quỵlà thuật ngữ nói chung để nói về dòng máu cung cấp cho não đột ngột bị mất, nó có thể do nhồi máu (dòng máu bị tắc nghẽn) hoặc xuất huyết (dòng máu bị vỡ gây chảy máu ra ngoài mạch). Trong phần lớn trường hợp bị đột quỵ, các mạch máu của não trở nên hẹp và bị tắc nghẽn do cục máu đông.

Cục máu đông này được hình thành có thể tại chỗ ngay trong mạch máu não hoặc di chuyển từ nơi khác đến (ví dụ từ tim). Đột quỵ có thể có nhiều mức độ khác nhau, phụ thuộc mạch máu vùng nào bị tắc nghẽn và sự ngừng cung cấp máu trở lại nhanh hay chậm.

Có khoảng 20% bệnh nhân bịtai biếnsẽ tiến triển sa sút trí tuệ trong 6 tháng sau đó. Một lần đột quỵ sẽ làm tăng nguy cơ tiếp tục bị đột quỵ. Nếu điều này xảy ra, nguy cơ phát triển sa sút trí tuệ sẽ càng cao hơn.1

Đây là một dạng bệnh của sa sút trí tuệ não mạch. Tình trạng này có liên quan đến bệnh trong các mạch máu nhỏ ẩn sâu trong não và gây tổn thương cho những vùng dưới vỏ não. Đó có thể là hậu quả từ việc không điều trị các tình trạng sức khỏe như cao huyết áp hay tiểu đường. Đây là những bệnh lý có thể dẫn đến các vấn đề về tim mạch. Đã có nhiều bằng chứng cho thấy có sự liên quan giữa bệnh lý tim mạch và các bệnh sa sút trí tuệ.23

Có nhiều yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát được nhưng có một số lại không.

Một số yếu tố nguy cơ không thể kiểm soát được có thể kể đến như:1

Tuổi: Tuổi tác là yếu tố nguy cơ mạnh nhất của sa sút trí tuệ do mạch máu, bệnh ít khi gặp ở người dưới 65 tuổi. Nguy cơ tăng gấp đôi mỗi năm năm sau 65 tuổi.

Gen: Các nhà nghiên cứu cho rằng gen có liên quan đến bệnh sa sút trí tuệ do mạch máu. Điều này là do gen có liên quan đến cácbệnh tim mạch. Nếu bạn có người thân bị đột quỵ, bệnh tim hoặcđái tháo đườngsẽ tăng nguy cơ mắc bệnh này. Tuy nhiên vai trò của gen là không nhiều.4

Giới tính: Nam giới có nguy cơ mắc bệnh cao hơn một chút so với nữ giới.5

Yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát được có thể kể đến như:

Đột quỵ, đái tháo đường, tăng huyết áp, cholesterol cao, hay hút thuốc lá có thể làm tăng khả năng mắc sa sút trí tuệ do mạch máu.6

Ngưng thở khi ngủlà tình trạng ngưng thở từ vài giây hoặc vài phút trong suốt lúc ngủ, cũng có thể là yếu tố nguy cơ.1

Có nhiều bằng chứng cho rằng trầm cảm cũng làm tăng nguy cơsa sút trí tuệ do mạch máu. Bất kì ai nghĩ rằng họ có thể bị trầm cảm tốt nhất nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa tâm thần sớm.1

Sa sút trí tuệ do mạch máu tác động lên mỗi người là khác nhau, tùy thuộc vào nguyên nhân, các triệu chứng có thể xảy ra đột ngột như sau khi bị đột quỵ hoặc xuất hiện dần dần như trong bệnh lý mạch máu nhỏ.

Trong giai đoạn sớm và giữa, nếu mất trí nhớ thường gặp ở bệnh Alzheimer thì đây thường không phải là triệu chứng nổi bật xuất hiện sớm trong bệnh sa sút trí tuệ do mạch máu.

Các triệu chứng nhận thức thường gặp nhất dosa sút trí tuệ do mạch máulà:

Có vấn đề về lên kế hoạch hoặc tổ chức. Ví dụ như không thể tìm lối ra khỏi mê cung hoặc sắp xếp các đồ vật theo một trật tự nào đó.

Khi đối mặt với một tình huống không biết phải giải quyết như thế nào.

Khó thực hiện một công việc có nhiều công đoạn như nấu cơm, giặt đồ.

Tốc độ suy nghĩ chậm chạp hơn.

Khó tập trung.

Ngoài ra, trong giai đoạn sớm người bệnh có thể mất trí nhớ, thường là trí nhớ gần (trí nhớ tồn tại trong vài giờ đến vài ngày, có thể đánh giá thông qua các câu hỏi sáng ăn gì, ngày hôm qua đi những đâu…) và ở mức độ nhẹ. Vấn đề về ngôn ngữ, họ có thể nói ít trôi chảy.

Bên cạnh các vấn đề nhận thức, người bệnh có thể vô cảm, hoặc trở nên lo lắng. Trong đótrầm cảmrất thường gặp, một phần là do người bệnh ý thức được những khó khăn mà bệnh gây ra. Cảm xúc thay đổi nhanh chóng, thất thường.

Trong sa sút trí tuệ sau đột quỵ, người bệnh thường kèm theo những triệu chứng cơ thể rõ ràng. Ví dụ: lé mắt, méo miệng, nói ngọng/đớ, yếu liệt một nửa người… tùy thuộc vào vị trí bị ảnh hưởng. Bằng phục hồi chức năng, các triệu chứng có thể tốt hơn một chút hoặc ổn định trong một thời gian, đặc biệt là trong sáu tháng đầu sau đột quỵ.

Còn với sa sút trí tuệ do bệnh lý mạch máu dưới vỏ, các triệu chứng ít thay đổi. Người bệnh có thể mất kiểm soát bàng quang. Bệnh nhân có thể yếu nhẹ một bên người hoặc đi đứng dễ bị té ngã hơn, hoạt động trở nên vụng về, phát âm không rõ, ít biểu lộ cảm xúc trên khuôn mặt.

Nhìn chung, bệnh sa sút trí tuệ do mạch máu sẽ trở nên tồi tệ cho dù tốc độ và loại bệnh có thể khác nhau.

Sa sút trí tuệ liên quan đến đột quỵ thường tiến triển theo từng bước. Tức là các triệu chứng có khoảng thời gian ổn định và một khoảng thời gian triệu chứng tiến triển xấu đi một cách đột ngột. Do đột quỵ xảy ra, não sẽ bị tổn thương thêm nữa, các triệu chứng trở nên nặng hơn.

Sa sút trí tuệ do bệnh lý mạch máu dưới vỏ đôi khi cũng tiến triển theo từng nấc. Nhưng do các tổn thương chất trắng từ từ lan rộng nên các triệu chứng thường xấu đi dần dần. Qua thời gian người bệnh trở nên lú lẫn nhiều hơn, họ không biết mình đang ở đâu, bây giờ là ngày tháng năm nào, thậm chí quên mất bản thân mình là ai.

Và thêm nhiều vấn đề khác như rối loạn hành vi. Bệnh nhân có những hành vi kì lạ hoặc không phải tính cách thường ngày của mình, thường gặp nhất là bứt rứt, kích động, gây hấn và xáo trộn giấc ngủ,hoang tưởng(tin vào những thứ không có thật), ảo giác (nhìn hoặc nghe thấy những thứ không thực sự có ở đó) mà dẫn đến họ không thể làm việc (như nấu ăn, dọn dẹp) mà không có sự hỗ trợ từ người khác.

Vào giai đoạn muộn, người bệnh ý thức rất kém về những gì đang xảy ra xung quanh họ. Bệnh nhân gặp khó khăn trong việc đi lại, ăn uống, dần trở nên yếu ớt. Cuối cùng tất cả mọi hoạt động, kể cả vệ sinh cá nhân hằng ngày đều cần nhờ người khác hỗ trợ.

Trung bình một người bệnh có thể sống khoảng năm năm kể từ khi bắt đầu xuất hiện các triệu chứng. Và đa phần họ chết vìnhồi máu cơ timhoặc tai biến mạch máu não.

Cho tới thời điểm hiện tại chưa có một xét nghiệm đơn độc nào có thể chẩn đoán sa sút trí tuệ, chẩn đoán bệnh chủ yếu vẫn dựa vào lâm sàng. Nếu bạn nghĩ người thân của mình có thể bị sa sút trí tuệ hãy đưa họ đến gặp bác sĩ. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ có lợi cho người bệnh, bao gồm giải thích các triệu chứng, tiếp cận điều trị, cho lời khuyên và hỗ trợ, cho phép người bệnh chuẩn bị tương lai và các kế hoạch.

Người bệnh có thể gặp bác sĩ Tâm thần hoặc bác sĩ Lão khoa. Ngoài việc hỏi bệnh sử, tiền sử gia đình, thăm khám như bác sĩ tổng quát, các bác sĩ chuyên khoa sẽ đánh giá các triệu chứng chi tiết hơn.

Ở bệnh nhân bịsa sút trí tuệ do mạch máu, qua các bài kiểm tra các lĩnh vực về tư duy, khả năng tập trung sẽ được đánh giá kĩ hơn, chính xác và khách quan hơn, người bệnh thường suy nghĩ chậm hơn là mất trí nhớ.

Bởi vì các triệu chứng của sa sút trí tuệ do mạch máu tương tự vớiu nãohoặc tụ dịch trong não. Nên trước khi nghi ngờ có sa sút trí tuệ do mạch máu cần kiểm tra não bằng cách chụp CT (chụp cắt lớp vi tính) hoặcMRI(chụp cộng hưởng từ) để loại trừ các bệnh lý trên.

Vai trò của CT hoặc MRI không chỉ dừng lại ở đó, chúng còn cho thấy ổ đột quỵ hoặc các tổn thương dưới vỏ, giúp chẩn đoán nguyên nhân sa sút trí tuệ.1

Xem thêm:Khám bệnh Sa sút trí tuệ do mạch máu – Những điều cần chuẩn bị trước

Cho đến hiện tại chưa có phương pháp nào chữa khỏi bệnh lý này. Tuy nhiên, có nhiều cách để người bệnh có thể sống chung với tình trạng này, bao gồm dùng thuốc và không dùng thuốc.

Việc kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp có thể làm chậm tiến triển của sa sút trí tuệ. Nếu tăng huyết áp kéo dài không được điều trị, bệnh có thể gây ra các biến chứng đột quỵ do thiếu máu não cục bộ. Hoặc gây ra tình trạng xuất huyết làm phá hủy các tế bào thần kinh.

Những tổn thương này tiến triển theo thời gian dẫn đến suy giảm nhận thức và tiến triển thành sa sút trí tuệ ở người bệnh tăng huyết áp. Vì vậy, việc kiểm soát tốt huyết áp sẽ giúp kiểm soát đượcsa sút trí tuệ do mạch máu.

Bên cạnh đó, sau khi bị đột quỵ hoặc cơnthiếu máu não thoáng qua, việc điều trị cao huyết áp có thể giảm nguy cơ bị tai biến lần nữa, giảm khả năng bị sa sút trí tuệ. Và nếu đã có triệu chứng của sa sút thì điều này cũng giúp kéo dài khoảng thời gian bệnh tiến triển nặng.

Trong phần lớn trường hợp đã mắc bệnh sa sút trí tuệ não mạch, thuốc điều trị sẽ bao gồm các loại thuốc chống tăng huyết áp, chống hình thành cục máu đông và làm thấp cholesterol. Điều quan trọng là người bệnh nên tiếp tục dùng thuốc và tái khám theo lời dặn của bác sĩ.

Bên cạnh huyết áp, tình trạng tiểu đường nếu không được kiểm soát tốt có thể làm tổn thương các mạch máu, dẫn đến đột quỵ – là một trong những nguyên nhân của sa sút trí tuệ mạch máu. Vì vậy, việc ổn định lượng đường trong máu đối với người mắc tiểu đường sẽ giúp bảo vệ mạch máu, làm giảm nguy cơ sa sút trí tuệ.

Ngoài ra, điều trị tình trạng cholesterol tăng cao cũng góp phần làm giảm nguy cơ sa sút trí tuệ do mạch máu.

Xây dựng một lối sống lành mạnh sẽ giúp người bệnh kiểm soát được bệnh sa sút trí tuệ não mạch. Một số biện pháp bao gồm:16

Vận động thể lực thường xuyên. Có thể bơi, đi bộ, tập dưỡng sinh hay bất kì vận động nào phù hợp với sức khỏe của mình, ít nhất 30 phút/ngày và trên 5 ngày/tuần.

Từ bỏ hút thuốc lá.

Xây dựng chế độ dinh dưỡng lành mạnh và phù hợp. Nên ăn nhiều rau, trái cây và cá, hạn chế chất béo và muối.

Duy trì cân nặng hợp lý.

Hạn chế sử dụng quá nhiềurượu bia.

Người bệnh sa sút trí tuệ có thể bị mất dần khả năng làm các công việc thường ngày. Nên sự hỗ trợ từ người thân và những người xung quanh là rất cần thiết. Bên cạnh đó cũng có nhiều cách để giúp người bệnh duy trì sự tự lập và đối mặt với các triệu chứng của bệnh.

Ví dụ, chia công việc ra thành nhiều bước nhỏ, sẽ dễ dàng làm hơn hoặc làm việc trong một môi trường không quá ồn ào sẽ dễ tập trung hơn. Với những người bị mất trí nhớ, có thể chia sẵn thuốc vào hộp và sử dụng các thiết bị hỗ trợ để nhắc nhở việc uống thuốc. Điều này có thể giúp ích cho người bệnh.

Một điều quan trọng cuối cùng đó là người bệnh phải luôn giữ được một tinh thần tích cực, vui vẻ, cứ tiếp tục làm những điều mà mình yêu thích. Điều này sẽ giúp cải thiện được trí nhớ và khả năng giao tiếp.

Như vậy, qua bài viết vềsa sút trí tuệ do mạch máu, hi vọng quý độc giả có thể hiểu thêm về cách phòng tránh, triệu chứng bệnh cũng như cách hỗ trợ người bệnh như thế nào để họ vẫn có thể sống chung với bệnh. Nếu thấy bổ ích hãy cùng chia sẻ cho những người xung quanh cùng biết nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-ban-can-biet-ve-sa-sut-tri-tue-thuy-tran-thai-duong/

Nội dung bài viết

Tổng quan bệnh sa sút trí tuệ thùy trán- thái dương:

Triệu chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương là gì?

Nguyên nhân sa sút trí tuệ trán – thái dương là gì?

Những yếu tố nào làm tăng nguy cơ mắc sa sút trí tuệ trán – thái dương?

Chẩn đoán sa sút trí tuệ trán – thái dương như thế nào?

Xét nghiệm máu giúp ích như thế nào?

Những phương pháp nào giúp điều trị?

Những biện pháp nào giúp bạn kiểm soát chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương?

Thông tin dành cho người nhà bệnh nhân:

Sa sút trí tuệ trán – thái dương (thoái hóa thùy trước trán) là một thuật ngữ mô tả một nhóm các bệnh lí thần kinh không thường gặp. Triệu chứng của bệnh rất đa dạng, có thể từ thay đổi tính cách, giảm khả năng sử dụng ngôn ngữ… và đôi khi dễ nhầm lẫn với các nguyên nhân khác. Vậy làm sao để chẩn đoán và điều trị bệnh? Bạn cùng Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn tìm hiểu nhé!

Chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương (thoái hóa thùy trước trán) là một thuật ngữ mô tả một nhóm các bệnh lí thần kinh không thường gặp. Thùy trán và thùy thái dương là những vùng não bị ảnh hưởng nhiều nhất. Ngoài ra, đây là những khu vực liên quan đến tính cách, hành vi và ngôn ngữ của một người.

Ở người bị sa sút trí tuệ trán – thái dương, các phần của thùy này co lại (teo). Các dấu hiệu và triệu chứng của chứng sa sút trí tuệ sẽ rất khác nhau. Điều này tùy thuộc vào phần não bị ảnh hưởng.

Một số người mắc chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương có những thay đổi mạnh mẽ trong tính cách. Chính điều này khiến họ khác biệt với xã hội, bốc đồng hoặc vô cảm. Một số khác lại mất khả năng sử dụng ngôn ngữ. Chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương thường bị chẩn đoán nhầm với một bệnh lí tâm thần hoặc bệnh Alzheimer’s. Tuy nhiên, chứng bệnh này có xu hướng xảy ra ở độ tuổi trẻ hơn so với bệnh Alzheimer. Bệnh thường gặp ở độ tuổi 40-65.

Cách phân biệt giữa người sa sút trí tuệ và mắc bệnhAlzheimer’s

Các dấu hiệu và triệu chứng có thể rất khác nhau tùy ở mỗi người. Tuy nhiên, các triệu chứng bệnh diễn tiến nặng dần qua thời gian, thường là nhiều năm. Thường các triệu chứng xuất hiện đồng thời, hiếm khi nào chỉ đơn độc một triệu chứng.

Các dấu hiệu và triệu chứng phổ biến nhất của chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương liên quan đến những thay đổi tiêu cực trong hành vi và tính cách, bao gồm:

Hành động ngày càng không phù hợp với chuẩn mực

Mất sự đồng cảm và các kỹ năng giao tiếp khác, như mất đi sự tinh tế/ nhạy cảm với cảm xúc một người khác

Mặc cảm và thiếu quyết đoán

Mất kiểm soát hành vi

Hành vi có tính chất cưỡng chế lặp đi lặp lại

Giảm khả năng chăm sóc bản thân

Thay đổi thói quen ăn uống, chủ yếu là ăn quá nhiều hoặc thích ăn nhiều đồ ngọt và bột đường

Ăn những đồ vật không thể ăn được

Mong muốn mãnh liệt muốn cho vật gì đó vào miệng.

Một số loại của sa sút trí tuệ trán – thái dương có dấu hiệu đặc trưng là suy yếu khả năng ngôn ngữ hay mất tiếng nói hoặc gặp khó khăn về ngôn ngữ.

Chứng mất ngôn ngữ (aphasia) tiến triển nguyên phát, hay chứng sa sút trí tuệ ngữ nghĩa và nói không trôi chảy diễn tiến nặng dần được xem như các dấu hiệu gợi ý tình trạng sa sút trí tuệ thùy thái dương.

Một số vấn đề thường gặp ở tình trạng bệnh này gồm:

Gặp khó khăn khi cần sử dụng hoặc hiểu ngôn ngữ nói viết. Chẳng hạn như người bệnh thấy khó tìm được từ ngữ phù hợp để nói hoặc gọi tên đồ vật.

Khó khăn khi gọi tên đồ vật. Có thể người bệnh sẽ cố mô tả tên đặc trưng của một vật gì đó bằng một từ ngữ thay thế.

Không còn khả năng hiểu nghĩa của từ

Khó khăn, chậm chạp khi nói. Có thể phát ra những âm thanh như tiếng điện thoại.

Có thể lẫn lộn trong lúc xây dựng một câu hoàn chỉnh.

Các dạng hiếm hơn của chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương được đặc trưng bởi các vấn đề về vận động, tương tự như các bệnh liên quan đến Parkinson hoặc xơ teo cứng một bên.

Dấu hiệu và triệu chứng liên quan đến rối loạn vận động có thể bao gồm:

Rung lắc

Cứng chi

Co thắt cơ bắp

Giảm khả năng phối hợp động tác

Khó nuốt

Yếu cơ

Không thể cười hay khóc đúng lúc

Ở người bị sa sút trí tuệ trán – thái dương, các thùy này co lại. Ngoài ra, còn có sự tích tụ một số chất nhất định trong não. Thông thường, nguyên nhân gây ra tình trạng này không rõ.

Một loạt các đột biến trên một số gen khác nhau có liên quan đến một số dạng sa sút trí tuệ trán – thái dương. Tuy nhiên, hơn một nửa số người mắc chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương không có tiền sử gia đình mắc chứng mất trí nhớ. Một số nghiên cứu gần đây xác nhận rằng có một mối tương quan giữa đột biến một số gen và phân tử với tình trạng sa sút trí tuệ thùy trán- thái dương và xơ teo cứng một bên (ALS). Tuy vậy, cần thêm nhiều nghiên cứu để làm rõ mối quan hệ này.

Bạn sẽ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nếu gia đình có tiền sử mắc chứng mất trí nhớ. Các nhà nghiên cứu vẫn chưa xác định thêm các yếu tố nguy cơ khác.

Không có xét nghiệm chuyên biệt nào có thể xác định chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương. Vì vậy các bác sĩ cố gắng xác định các đặc điểm của bệnh trong khi loại trừ các nguyên nhân có thể khác. Bệnh này có thể đặc biệt khó khăn để chẩn đoán trong giai đoạn đầu. Lúc này các triệu chứng của sa sút trí tuệ trán – thái dương thường chồng chéo với các tình trạng bệnh khác.

Bác sĩ có thể yêu cầu làm xét nghiệm máu để xác định các triệu chứng của bạn có phải do các tình trạng sức khỏe bất ổn định gây ra không, chẳng hạn như bệnh lí gan hoặc thận.

Một số triệu chứng của bệnhNgưng thở khi ngủ (OSA) cũng có thể làm suy giảm khả năng ghi nhớ cũng như suy nghĩ và thay đổi hành vi. Các triệu chứng rất dễ nhầm lẫn với bệnh sa sút trí tuệ thùy trán- thái dương. Nếu như bạn có bất kì triệu chứng gì của bệnh ngưng thở khi ngủ (như ngáy to hay ngưng thở lúc ngủ), bác sĩ sẽ đánh giá lại quá trình giấc ngủ của bạn để chẩn đoán xác định hay loại trừ.

Đôi khi, bác sĩ có thể thực hiện một đánh giá sâu hơn về khả năng lý luận và ghi nhớ của bạn. Loại xét nghiệm này đặc biệt hữu ích để giúp bác sĩ xác định nguyên nhân mất trí nhớ trong giai đoạn đầu bệnh.

Bằng cách quan sát hình ảnh của não, các bác sĩ có thể xác định được bất kỳ dấu hiệu bất thường. Chẳng hạn như có cục máu đông, xuất huyết hoặc có khối u. Những nguyên nhân này có thể gây ra các dấu hiệu và triệu chứng bệnh.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) giúp tạo ra hình ảnh chi tiết về bộ não.

Chụp cắt lớp phát xạ positron (PET). Trong chụp PET, bác sĩ sẽ tiêm một lượng nhỏ chất phóng xạ liều thấp vào tĩnh mạch để giúp nhìn thấy sự chuyển hóa đường huyết trong não. Nhờ vậy có thể phát hiện những vùng não giảm khả năng chuyển hóa và từ đó sẽ biết được vùng não nào đang bị suy thoái. Thông qua đó sẽ chẩn đoán được thể bệnh gây sa sút trí tuệ.

Chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương không có điều trị đặc hiệu. Những loại thuốc giúp điều trị Alzheimer’s cũng không giúp ích cho người mắc bệnh lý này, thậm chí còn làm bệnh nặng hơn. Các loại thuốc dưới và trị liệu ngôn ngữ có thể giúp kiểm soát triệu chứng của bệnh

Thuốc chống trầm cảm: Một số loại thuốc chống trầm cảm, chẳng hạn như trazodone. Thuốc có thể làm giảm các vấn đề hành vi liên quan đến chứng sa sút trí tuệ trán – thái dương. Các chất ức chế tái hấp thu có chọn lọc serotonin (SSRI) – nhưsertraline(Zoloft) hoặc fluvoxamine (Luvox) – cũng có hiệu quả ở một số người.

Thuốc chống loạn thần: Thuốc chống loạn thần, chẳng hạn như olanzapine (Zyprexa) hoặc quetiapine (Seroquel). Đôi khi chúng được sử dụng để điều trị các vấn đề rối loạn hành vi của bệnh này. Tuy nhiên, những thuốc này phải được sử dụng thận trọng vì có thể gia tăng nguy cơ tử vong.

Những người gặp khó khăn về ngôn ngữ có thể thực hiện trị liệu ngôn ngữ để học cách giao tiếp hiệu quả hơn.

Khi bệnh tiến triển, bạn có thể cần người chăm sóc. Họ sẽ hỗ trợ bạn trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Bác sĩ sẽ trao đổi thêm với bạn về việc thay đổi lối sống. Chẳng hạn như khi nào bạn nên dừng lái xe hoặc nhờ ai đó giúp bạn quản lí tài chính.

Thường xuyên tập các bài bổ trợ cho tim mạch cũng có thể giúp cải thiện tâm trạng và khả năng tư duy của bạn

Bạn cũng có thể sắp xếp đồ đạc trong nhà. Việc này giúp bạn sinh hoạt dễ dàng hơn và giảm nguy cơ chấn thương, chẳng hạn như loại bỏ thảm.

Người chăm sóc có thể giảm các vấn đề rối loạn hành vi bằng cách thay đổi cách họ tương tác với người bệnh, ví dụ như:

Tránh các sự kiện hoặc hoạt động kích hoạt hành vi không mong muốn

Dự đoán nhu cầu và đáp ứng kịp thời

Tạo một môi trường yên tĩnh

Đơn giản hóa công việc hằng ngày

Đánh lạc hướng sự chú ý các vấn đề rối loạn hành vi.

Chăm sóc người mắc sa sút trí tuệ thùy trán- thái dương thực sự rất khó khăn. Tuy vậy, việc nhận thức về các triệu chứng bệnh có thể giúp ích cho quá trình chăm sóc người bệnh.

Thực sự cần sự đồng lòng của các thành viên trong gia đình, bạn bè và các tổ công tác xã hội trong hành trình giúp đỡ người bệnh. Vì đây là cả một hành trình dài và đầy thử thách, người chăm bệnh cũng cần ăn uống đầy đủ, tập luyện thể dục và giảm căng thẳng.

Nói tóm lại, chứng sa sút trí tuệ thùy trán- thái dương là một bệnh lí thần kinh. Triệu chứng bệnh rất đa dạng. Hệ quả bệnh là sự suy giảm chất lượng sống người mắc. Người nhà và cộng đồng cần cùng nhau giúp người bệnh vượt qua giai đoạn khó khăn này. Nếu thấy bài viết trên hay và hữu ích, bạn hãy chia sẽ cho người xung quanh nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sinh-non/

Nội dung bài viết

Thế nào là sinh non?

Nguyên nhân dẫn đến tình trạng sinh non

Dấu hiệu chẩn đoán sinh non

Đặc điểm của trẻ sinh non

Các biến chứng có thể gặp phải của trẻ sinh non

Những phương pháp điều trị

Cách phòng ngừa tình trạng sinh non

Sinh non là một trong những nguy cơ mà các bà mẹ có thể gặp phải trong thai kỳ. Trẻ sinh non cũng thường gặp nhiều vấn đề về sức khỏe đáng lo ngại và có khả năng tử vong. Do đó các vấn đề về nguyên nhân, dấu hiệu và phòng ngừa sinh non luôn được các ông bố bà mẹ quan tâm chú ý. Bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Sản Phụ khoa Phan Lê Nam sẽ giúp các bạn có thêm nhiều thông tin về vấn đề này.

Sinh non là tình trạng trẻ được sinh ra từ hết tuần thứ 22 đến trước tuần thứ 37 của thai kỳ. Trẻ sinh sớm thường mắc các vấn đề bệnh lý phức tạp. Các biến chứng của sinh non cũng thay đổi theo từng thời điểm thai kỳ. Sinh non càng sớm thì nguy cơ gặp biến chứng càng cao.

Tùy thuộc vào thời gian trẻ được sinh ra sớm như thế nào, sinh non có thể phân chia thành:

Sinh non muộn: sinh từ tuần 34 đến 36 của thai kỳ.

Sinh non vừa: sinh từ tuần thứ 32 đến 34 của thai kỳ.

Sinh rất non: sinh khi thai dưới 32 tuần.

Sinh cực non: sinh vào hoặc trước tuần 25 của thai kỳ.

Hầu hết các ca sinh non xảy ra trong giai đoạn muộn.

Hơn một nửa các trường hợp sinh non không rõ nguyên nhân. Tuy nhiên, chúng ta có thể đề cập đến một số yếu tố nguy cơ góp phần dẫn đến tình trạng trẻ sinh non. Các yếu tố này bao gồm:

Đa thai.

Tiền sử sinh non trước đây.

Khoảng thời gian giữa các lần mang thai dưới 6 tháng.

Thụ thai bằng thụ tinh trong ống nghiệm.

Các vấn đề sức khỏe của mẹ như: vấn đề ở tử cung/ cổ tử cung; nhiễm trùng ối; bệnh mãn tính (cao huyết áp, tiểu đường); thiếu/ thừa cân, tiền sản giật; stress…

Mẹ sử dụng thuốc lá, ma túy.

Mẹ có tiền sử sẩy thai hoặc phá thai nhiều lần.

Chấn thương.

Nếu bạn mang thai dưới 37 tuần và gặp bất kỳ dấu hiệu nào của chuyển dạ; chẳng hạn như: các cơn co thắt, vỡ nước ối, chảy máu, tiết chất nhầy từ âm đạo hoặc giảm đột ngột cử động của em bé, hãy liên hệ với bác sĩ ngay lập tức. Đây là những dấu hiệu cho thấy bạn có nguy cơ sinh non.

Để chẩn đoán tình trạng sinh non, bác sĩ sẽ kết hợp các đánh giá về tuổi thai và lâm sàng, cận lâm sàng sau:

Nếu tuổi thai từ hết 22 đến trước 37 tuần, kèm theo một trong những dấu hiệu sau có thể được nghi ngờ sinh non:

Có 4cơn gò tử cungtrong 20 phút; hoặc 8 cơn gò trong 60 phút.

Cổ tử cung mở từ 2 cm trở lên hoặc xóa từ 80% trở lên.

Có sự tiến triển cổ tử cung được ghi nhận bởi cùng một người khám qua nhiều lần.

Vỡ ối.

Đi kèm đó, thai phụ sẽ được đánh giá theo dõi cơn gò, tim thai. Siêu âm thai nhau ối, đo chiều dài kênh cổ tử cung ngả âm đạo. Đánh giá Fetal fibronectin (fFN+) trong dịch tiết âm đạo.

Trẻ sinh sớm thường có những đặc điểm sau:

Kích thước cơ thể nhỏ. Tỉ lệ đầu thân không cân xứng.

Cơ thể ít tròn trịa hơn so với trẻ đủ tháng do thiếu lipid dự trữ.

Da: có thể chưa phát triển đầy đủ. Da sáng bóng, mờ, khô hoặc bong tróc. Thiếu lớp mỡ giữ ấm dưới da.

Ít tóc nhưng nhiều lông mịn bao phủ toàn bộ cơ thể.

Nhiệt độ cơ thể thấp, khó tự điều chỉnh nhiệt độ cơ thể, nhịp tim.

Thiếu phản xạ bú nuốt dẫn đến bú khó.

Dễ co giật, cứng đờ hoặc mềm nhũn.

Bộ phận sinh dục: bộ phận sinh dục của em bé có thể nhỏ và kém phát triển.

Không phải tất cả các trẻ sinh non đều gặp phải biến chứng. Tuy nhiên trẻ càng sinh sớm, nguy cơ gặp biến chứng càng cao. Lúc mới sinh, trẻ có thể gặp phải ngay một số biến chứng. Một số các biến chứng khác có thể phát triển trễ hơn.

Trong những tuần đầu tiên sau sinh, trẻ có thể gặp các biến chứng của sinh non gồm:

Các vấn đề về hô hấp: Khó thở; Phổi thiếu chất hoạt động bề mặt giúp nở phổi, dẫn đến suy hô hấp; loạn sản phế quản; ngưng thở kéo dài.

Vấn đề về tim: Vấn đề thường gặp nhất là tình trạng còn ống động mạch và hạ huyết áp. Mặc dù khuyết tật còn lỗ thông này thường tự đóng lại, nhưng nếu không điều trị trẻ có thể gặp biến chứng suy tim.

Vấn đề não: Nguy cơ xuất huyết não càng cao ở trẻ sinh non càng sớm. Một số tình trạng chảy máu lớn có thể gây chấn thương não vĩnh viễn.

Vấn đề kiểm soát thân nhiệt: Trẻ không có lớp mỡ dự trữ để bảo vệ cơ thể nên dễ bị hạ thân nhiệt. Điều này có thể gây ra các vấn đề về hô hấp và lượng đường trong máu thấp.

Các vấn đề về dạ dày – ruột. Trẻ sinh non thường có hệ tiêu hóa chưa trưởng thành, dẫn đến các biến chứng như viêm ruột hoại tử (NEC).

Các vấn đề về máu. Trẻ sinh non có nguy cơ mắc các vấn đề về máu như thiếu máu và vàng da ở trẻ sơ sinh.

Các vấn đề về trao đổi chất: Một số trẻ sinh non có thể có mức đường huyết thấp bất thường (hạ đường huyết). Trẻ cũng gặp khó khăn hơn trong việc chuyển đổi lượng glucose dự trữ thành hoạt động .

Các vấn đề về hệ thống miễn dịch. Hệ thống miễn dịch kém phát triển, thường gặp ở trẻ sinh sớm, có thể dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng cao hơn.

Về lâu dài, sinh sớm có thể dẫn đến các biến chứng sau:

Bại não.

Học hành sa sút.

Các vấn đề về thị lực.

Các vấn đề về thính giác. Trẻ sinh sớm có nhiều nguy cơ bị mất thính giác ở một mức độ nào đó. Tất cả các em bé sẽ được kiểm tra thính lực trước khi về nhà.

Vấn đề nha khoa. Trẻ sinh sớm bị bệnh nặng có nhiều nguy cơ phát triển các vấn đề về răng miệng, chẳng hạn như chậm mọc răng, đổi màu răng và răng xô lệch

Các vấn đề về hành vi và tâm lý.

Các vấn đề sức khỏe mãn tính: Nhiễm trùng, hen suyễn và các vấn đề về ăn uống. Trẻ sinh non cũng có nhiều nguy cơ mắc hội chứng đột tử ở trẻ sơ sinh (SIDS).

Những thai phụ códấu hiệu sinh nonsẽ được hướng dẫn chăm sóc và điều trị như sau:

Nằm nghỉ ngơi tuyệt đối.

Không kích thích đầu vú.

Ăn uống đủ chất, nhiều rau trái cây, ngũ cốc.

Dùng các thuốc cắt cơn co tử cung, cố gắng làm chậm cuộc sinh ít nhất trong 24h (Nifedipin, salbutamol hoặc atosiban).

Dùng bethamethasone để hỗ trợ phổi thai nhi.

Phối hợp cùng các bác sĩ sơ sinh chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc cho trẻ sơ sinh thiếu tháng.

Trẻ sinh sớm thường được chuyển đến các đơn vị chăm sóc đặc biệt dành cho trẻ sơ sinh để được theo dõi chăm sóc 24/24. Tại đây trẻ sẽ được:

Chăm sóc hỗ trợ: Chăm sóc trong lồng ấp, theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, có ống cho ăn, bổ sung chất lỏng mỗi ngày. Bên cạnh đó trẻ còn được chiếu đèn trị vàng da, truyền máu.

Thuốc men: Trẻ có thể được bổ sung thuốc để thúc đẩy quá trình trưởng thành và kích thích hoạt động bình thường của phổi, tim và tuần hoàn.

Phẫu thuật: Đôi khi phẫu thuật là cần thiết để điều trị một số tình trạng liên quan đến sinh non.

Em bé có thể sẵn sàng để cho về nhà khi:

Có thể thở mà không cần hỗ trợ.

Có thể duy trì nhiệt độ cơ thể ổn định.

Có thể bú mẹ hoặc bú bình.

Tăng cân đều đặn.

Không bị nhiễm trùng.

Mặc dùnguyên nhân sinh nonchính xác thường không được biết rõ, nhưng một số điều có thể giúp giảm nguy cơ sinh sớm, đặc biệt là những người có nguy cơ cao. Bao gồm:

Thuốc bổ sung progesterone âm đạo. Những phụ nữ có tiền sử sinh non, cổ tử cung ngắn hoặc cả hai yếu tố này có thể giảm nguy cơ sinh sớm bằng cách bổ sung progesterone.

Khâu eo cổ tử cung. Đây là một thủ thuật ngoại khoa được thực hiện trong thời kỳ mang thai ở những phụ nữ có cổ tử cung ngắn hoặc tiền sử cổ tử cung ngắn dẫn đến việc sinh con sớm. Trong thủ thuật này, cổ tử cung được khâu kín bằng chỉ khâu chắc chắn để có thể hỗ trợ thêm cho tử cung. Các vết khâu được tháo ra khi đến thời điểm sinh em bé.

Sinh nonvà những biến chứng của trẻ do sinh non là điều mà không một ông bố bà mẹ nào muốn xảy ra. Tuy nhiên, nguy cơ này hoàn toàn có thể bắt gặp trong thai kỳ. Việc nắm rõ các triệu chứng và cách xử trí phù hợp có thể giúp giảm thiểu các biến chứng nếu có khi sinh sớm. Thường xuyên thăm khám thai kỳ theo lịch và liên hệ bác sĩ ngay khi có vấn đề xảy ra để có thể kiểm soát thai kỳ một cách an toàn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-suy-dinh-duong/

Nội dung bài viết

Suy dinh dưỡng là gì?

Nguyên nhân gây suy dinh dưỡng

Hậu quả của suy dinh dưỡng

Điều trị suy dinh dưỡng như thế nào?

Làm thế nào để phòng ngừa suy dinh dưỡng ở trẻ?

Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em

Suy dinh dưỡng là tình trạng thiếu hụt các chất dinh dưỡng cần thiết để duy trì một cơ thể khoẻ mạnh. Thường gặp nhất là thiếu hụt protein, vitamin và các khoáng chất. Suy dinh dưỡng có thể gặp ở cả trẻ em và người lớn và thường gặp nhất ở lứa tuổi trẻ có nhu cầu dinh dưỡng cao từ 6 – 24 tháng tuổi.Bài viết này của Bác sĩ Nguyễn Lê Vũ Hoàng sẽ cung cấp những thông tin cơ bản về suy dinh dưỡng, cách đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng, cách điều trị cũng như phòng ngừa suy dinh dưỡng ở trẻ em.

Suy dinh dưỡng được định nghĩa là tình trạng thiếu hụt năng lượng và chất dinh dưỡng cần thiết cho cơ thể để duy trì một sức khoẻ tốt và một cơ thể khoẻ mạnh. Hậu quả của việc cơ thể không nhận đủ chất dinh dưỡng là sự suy giảm hoạt động của các cơ quan. Điều này đặc biệt cần lưu ý ở trẻ em, nhất là vào khoảng thời gian trẻ có nhu cầu dinh dưỡng cao từ 6 – 24 tháng tuổi. Suy dinh dưỡng có thể chia thành 3 loại chính:

Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân.

Suy dinh dưỡng thể thấp còi.

Suy dinh dưỡng thể gầy còm.

Nguyên nhân gây suy dinh dưỡng có thể bắt nguồn từ tình trạng bệnh tật, thói quen ăn uống và sinh hoạt, hoàn cảnh sống, điều kiện kinh tế. Có thể kể đến các nguyên nhân chủ yếu sau

Thứ nhất, các bệnh lí nhiễm trùng dai dẳng, tái đi tái lạido điều kiện kinh tế, hoàn cảnh sống thiếu thốn, kém vệ sinh dẫn đến trẻ mắc các bệnh nhiễm trùng tái đi tái lại như nhiễm trùng tiêu hoá, nhiễm trùng phổi, lao và thậm chí là HIV. Các bệnh lí nhiễm trùng làm tăng nhu cầu của cơ thể và gây cho trẻ tình trạng chán ăn, nhiễm trùng dai dẳng và tái diễn khiến suy dinh dưỡng trở nên nặng nề, trẻ lại càng dễ nhiễm trùng và mắc vào một vòng xoắn bệnh lí dai dẳng.

Thứ hai, các dị tật bẩm sinhnhư sứt môi chẻ vòm, hẹp môn vị, tim bẩm sinh, hội chứng Down, v.v.. góp phần khiến cơ thể kém hấp thu chất dinh dưỡng.

Thứ ba, sự thiếu kiến thức nuôi dưỡng của bà mẹkhiến cho bữa ăn nghèo nàn, không cân đối về mặt dưỡng chất cũng góp phần khiến cho trẻ bị suy dinh dưỡng

Suy dinh dưỡng có thể để lại các hậu quả nặng nề cho trẻ nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời. Các hậu quả này có thể được chia thành:

1. Hậu quả trước mắt

Tử vong < 5 tuổi do suy dinh dưỡng;

Nhiễm trùng dai dẳng;

Hạ đường huyết, hạ thân nhiệt;

Suy tim, mạch chậm;

Thiếu vi chất: thiếuvitamin A, sắt, kẽm.

2. Hậu quả lâu dài

Thấp còi, chậm tăng trưởng;

Chậm phát triển tâm vận, nhận thức;

Giảm khả năng học tập, lao động, thành đạt và thu nhập;

Tăng nguy cơ mắc các bệnh mạn tính:tiểu đường,bệnh tim mạch,…

Đối với suy dinh dưỡng nặng, cần đưa trẻ đến khám và điều trị nội trú ở các bệnh viện có chuyên khoa dinh dưỡng nhi để có phác đồ điều trị tối ưu nhất cho trẻ

Có thể điều trị ngoại trú bằng cách bổ sung dinh dưỡng, thay đổi chế độ ăn, môi trường sống.

Giáo dục bà mẹ về chế độ ăn phù hợp với độ tuổi cho trẻ:

Trong 6 tháng đầu: bú mẹ hoàn toàn

Ăn dặm từ 6 tháng tuổi: đủ 4 ô: đạm, béo, bột, rau quả cùng vớisữa mẹ tới 2 tuổi

Chủng ngừa.

Sổ giun.

Uống vitamin A, sắt, vi chất.

Bổ sung kẽm trong và sau khi trẻ tiêu chảy.

Nâng cao chất lượng nguồn thực phẩm, nguồn nước.

Thực hành giữ gìn vệ sinh cá nhân và nơi ở.

Tìm hiểu thêm:Nên cho trẻ suy dinh dưỡng ăn thế nào? 5 quy tắc bố mẹ cần biết

Những biện pháp cha mẹ có thể thực hiện để phòng ngừa suy dinh dưỡng cho bé:

Cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu;

Ăn dặm đầy đủ từ 6 tháng;

Đa dạng hóa thức ăn để tăng vi cường vi chất;

Bổ sung sắt và folat cho mẹ khi mang thai;

Bổ sung sắt và kẽm cho bé;

Bổ sung kẽm cho bé sau khi tiêu chảy;

Bổ sung, đa dạng hoá thực phẩm, sử dụng muối iốt;

Bà mẹ cần tránh vận động nặng khi đang mang thai;

Thực hành vệ sinh, rửa tay sạch sẽ cho cả bố mẹ và bé;

Giữ môi trường sống của bé sạch sẽ, lành mạnh.

Các số đo bao gồm cân nặng, chiều cao của trẻ được ghi nhận và so sánh với biểu đồ chuẩn. WHO cung cấp 3 loại biểu đồ nhân trắc, quý độc giả có thể tải về tại địa chỉhttps://www.who.int/childgrowth/standards/en/

Chỉ số này dùng để đánh giá tình trạngsuy dinh dưỡng thể nhẹ cân.

So sánh cân nặng theo độ tuổi của trẻ với các bách phân vị chuẩn, nếu cân nặng của trẻ nằm dưới bách phân vị thứ 3 (ứng với – 2 SD) nghĩa là trẻ đang có tình trạng suy dinh dưỡng thể nhẹ cân.

Khi trẻ ở tình trạng suy dưỡng nhẹ cân thì tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ có thể mới xuất hiện hoặc đã có từ lâu.

Chỉ số này dùng để đánh giá tình trạngsuy dinh dưỡng thể thấp còi;

So sánh chiều cao theo độ tuổi của trẻ với các bách phân vị chuẩn, nếu cân nặng của trẻ nằm dưới bách phân vị thứ 3 (ứng với -2 SD) nghĩa là trẻ đang có tình trạng suy dinh dưỡng thể thấp còi;

Khi trẻ ở tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi thì tình trạng suy dinh dưỡng này đã xuất hiện từ lâu.

Chỉ số này dùng để đánh giá tình trạngsuy dinh dưỡng thể gầy còm

Đo chiều cao của trẻ, so sánh cân nặng theo chiều cao của trẻ tương ứng với các bách phân vị chuẩn. Nếu cân nặng của trẻ nằm dưới bách phân vị thứ 3 (ứng với – 2 SD) nghĩa là trẻ đang có tình trạng suy dinh dưỡng thể gầy còm.

Thể suy dinh dưỡng này phản ánh tình trạng suy dinh dưỡng mới xuất hiện.

Ghi nhận đều đặn các chỉ số nhân trắc của trẻ bao gồm cân nặng, chiều cao lên một biểu đồ tăng trưởng chuẩn. Nếu biểu đồ nằm ở dưới mức bách phân vị thứ 5 hoặc đường tăng trưởng của trẻ cắt các đường tăng trưởng chuẩn có nghĩa trẻ đang có tình trạng suy dinh dưỡng

Suy dinh dưỡnglà một bệnh lí tuy không còn phổ biến nhưng khó nhận biết và để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời.

Hi vọng bài viết trên có thể trang bị cho cha mẹ những kiến thức cơ bản nhất để có thể nhận thức được tầm quan trọng của việc phòng ngừa suy dinh dưỡng cũng như hiểu được cách đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng ở con em mình để có thể phát hiện và can thiệp kịp thời, tránh những hậu quả nặng nề về sau.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-gan/

Nội dung bài viết

Suy gan là gì?

Biến chứng của suy gan

Các nguyên nhân chính gây suy gan

Triệu chứng nào giúp gợi ý bệnh gan và suy gan?

Điều trị và xử lý suy gan tại nhà có được không?

Cần làm những xét nghiệm nào để chẩn đoán suy gan?

Điều trị suy gan như thế nào?

Làm thế nào để giữ lá gan luôn khoẻ mạnh và tránh bị suy gan?

Giải đáp một số thắc mắc về bệnh suy gan

Suy gan là một căn bệnh nguy hiểm với những biến chứng khôn lường. Tình trạng này có thể đe dọa tính mạng người bệnh nếu không được điều trị kịp thời. Vậy suy gan nguy hiểm như thế nào? Triệu chứng và nguyên nhân gây ra nó là gì? Cách điều trị như thế nào? Người bệnh nên lưu ý gì trong chế độ dinh dưỡng để hạn chế tiến triển bệnh? Tất cả sẽ được Thạc sĩ, Bác sĩ Huỳnh Mạnh Tiến giải đáp trong bài viết sau đây. Nào chúng ta cùng tìm hiểu nhé!

Ganlà tạng lớn thứ hai trong cơ thể, đảm nhận nhiều chức năng quan trọng. Tại nơi đây, các thức ăn sau khi được hấp thu sẽ được đưa đến để xử lý và chuyển thành các dưỡng chất mà cơ thể chúng ta có thể sử dụng được. Gan đóng vai trò lọc và khử bỏ các chất có hại như rượu, thuốc, và sinh ra kháng thể giúp cơ thể chống chọi với bệnh tật.123

Chức năng gan bao gồm:

Đào thải độc tố.

Sản xuất mật.

Dự trữ các vitamin A,vitamin D,vitamin E,vitamin K,vitamin B12.

Chuyển hóa và dự trữ đường.

Tổng hợp yếu tố đông máu, kháng thể, các hormone.

Sau khi cơ thể tiếp xúc lâu dài với các tác nhân độc hại (siêu vi, rượu, chất độc hại,..) sẽ khiến gan bị tổn thương. Sự tổn thương này dần dần đưa đến suy gan biểu hiện bằng những triệu chứng nghiêm trọng.13Suy gan là bệnh nặng, có khả năng nguy hiểm tính mạng. Người bệnh suy gan cần đến các cơ sở y tế để thăm khám ngay khi có triệu chứng, để được điều trị kịp thời.23456

Suy gan là tình trạng gan suy yếu, không thể thực hiện các chức năng thông thường. Trong đó, gan giảm khả năng tổng hợp và thải các chất độc hại khỏi cơ thể, khiến bệnh nhân có các triệu chứng nặng và đe dọa tính mạng.1246

Suy gan bao gồm hai loại chính là: suy gan cấp và suy gan mạn.

Suy gan cấp(thường diễn tiến trong 1 tháng, hoặc tối đa là 26 tuần) là tình trạng suy gan diễn ra trong thời gian ngắn trên người trước đó hoàn toàn khoẻ mạnh, không mắc bệnh gan. Chức năng mất dần trong vòng vài tuần hay chỉ trong vài ngày, sau khi bệnh nhân tiếp xúc với tác nhân gây tổn thương gan.456

Khác với suy gan cấp, suy gan mạn diễn tiến âm ĩ hơn, từ từ. Thường kéo dài trong nhiều tháng, nhiều năm cho đến khi biểu hiện bộc phát các triệu chứng ra ngoài. Triệu chứng âm thầm, nên nếu bệnh nhân không kiểm tra sức khoẻ định kỳ và xét nghiệm có thể sẽ không phát hiện được suy gan mạn. Dần dần, các tác nhân độc hại sẽ phá huỷ các tế bào gan, làm mô gan hình thành sẹo, xơ hoá.13

Trong suy gan mạn, tuỳ theo sự xơ hoá của tổ chức mô gan dẫn đến chức năng gan sụt giảm dần, người bệnh sẽ trải qua các giai đoạn:23

Giai đoạn 1 (F1): là giai đoạn đầu của bệnh. Lúc này, gan chưa xơ hoá. Các triệu chúng còn mơ hồ, hoặc người ta chỉ có xét nghiệm máu bất thường, hoặc mới phơi nhiễm với tác nhân gây tổn thương gan. Nếu kịp thời loại bỏ tác nhân sẽ giúp ngăn ngừa tiến triển đến giai đoạn sau.

Giai đoạn 2 (F2): giai đoạn tiếp nối của F1. Triệu chứng dần dần biểu hiện trên lâm sàng. Có thể ban đầu bệnh nhân chỉ hơi mệt mỏi, ăn uống kém. Giai đoạn này thường khó phát hiện do các triệu chứng cũng không đặc hiệu. Việc tầm soát trên các đối tượng nguy cơ giúp phát hiện sớm suy gan còn bù ở bệnh nhân. Việc phát hiện sớm có thể thúc đẩy quá trình giảm xơ hoá, ngăn ngừa biến chứng nặng nề xuất hiện.

Giai đoạn 3 (F3): là giai đoạn tiến triển tiếp theo. Khi này mô gan đã xơ hoá nhiều, các tế bào gan lành lạnh không còn bù trừ nổi chức năng của tế bào gan đã mất đi. Người bệnh bước vào giai đoạn mất bù với các triệu chứng rõ ràng như cổ trướng (bụng to), vàng da, nôn ra máu. Đa phần người bệnh thường đến khám khi đã bước vào giai đoạn này.

Giai đoạn 4 (F4): đây là giai đoạnxơ gannặng. Nếu không được điều trị, bệnh nhân nhanh chóng tiến đến bệnh gan giai đoạn cuối với thời gian sống còn rất ngắn. Lúc này người bệnh phải đối mặt những biến chứng nặng nề: hôn mê gan,suy thận, thậm chíung thư gan.

Tuy nhiên, về mặt diễn tiến, nếu như các triệu chứng trong suy gan cấp, thường bộc phát và xuất hiện rầm rộ trong thời gian ngắn; với các dấu hiệu mất bù trầm trọng (nôn ra máu, vàng da, cổ trướng). Thì suy gan mạn diễn tiến âm ỉ từ từ, cần 10 – 15 năm để biểu hiện tình trạng mất bù.13

Các biến chứng của suy gan mà người bệnh phải đối mặt bao gồm:123

Phù não: Thường gặp trong suy gan cấp. Đây là tình trạng tích tụ dịch quá mức trong não, làm tăng áp lực nội sọ dẫn đến chén ép nhu mô não, giảm tưới máu não.

Rối loạn động máu: Khi suy gan, các yếu tố đông máu không được tổng hợp khiến máu người bệnh rất loãng, không thể tự cầm máu. Bệnh nhân dễ bị bầm máu, chảy máu tự phát..

Nhiễm trùng (viêm phổi,nhiễm trùng tiểu,…): Khi gan đã suy, các kháng thể không được tổng hợp đầy đủ. Thiếu vắng kháng thể chống chọi lại mầm bệnh khiến người bệnh dễ bị nhiễm khuẩn sau khi phơi nhiễm các vi khuẩn, virus trong môi trường.

Hôn mê gan: Đây là một biến chứng thường gặp khi suy gan. Tình trạng này là do não bị suy giảm chức năng khi ngộ độc với các độc chất mà gan không thải loại được. Tuỳ vào mức độ nặng nhẹ.

Ung thư tế bào gan: Thường gặp trong giai đoạn cuối của suy gan mạn.

Rối loạn nước điện giải, toan kiềm, suy thận: Thường gặp trong suy gan cấp nặng hoặc suy gan mạn giai đoạn cuối.

Rối loạn điều chỉnh đường huyết: Nguyên nhân là do gan không còn khả năng dự trữ đường khi bị suy. Nên người bệnh rất dễ bị tăng đường huyết hoặc hạ đường huyết đột ngột.

Một số bệnh lý, tình trạng  có thể gây suy gan cấp bao gồm:

Quá liều thuốc: Nguyên nhân thường gặp là dùng quá liều cho phép một số thuốc nhưthuốc giảm đau(nhưparacetamol), thuốc chống động kinh,thuốc giảm cân, trà thảo mộc không rõ nguồn gốc…

Uống quá nhiều rượu: Việc sử dụng một lượng rượu lớn có thể dẫn đến suy gan nặng cấp tính.

Viêm gan siêu vi: Một số trường hợp viêm gan siêu vi cấp (viêm gan siêu vi B,viêm gan siêu vi A,…) có thể diễn tiến nặng đến suy gan cấp.

Gan nhiễm mỡ cấp tính trong thai kì: Đây là một bệnh lý hiếm gặp do xảy ra ở thai phụ trong cá nguyệt thứ 3 của thai kì, khi các tế bào không thể phân được các acid béo. Rối loạn quá trình chuyển hoá dẫn đến tích tụ quá mức mỡ và các sản phẩm độc hại. Từ đó dẫn đến suy gan ở thai phụ.

Hội chứng Budd-Chiari: Đây là bệnh lý hiếm gặp do tình trạng tắc nghẽn mạch máu gan (có thể do huyết khối hoặc u chèn ép) dẫn đến máu nuôi gan bị ứ trệ và suy gan.

Sốc nhiễm khuẩn: Khi vi khuẩn tấn công vào cơ thể, có thể phá huỷ mô gan gây suy gan.

Bệnh Wilson: Đây là một rối loạn di truyền khiến cơ thể không thể thải đồng ra khỏi cơ thể. Lượng đồng cao trong mô gan sẽ dẫn đến gây ngộ độc cho tế bào gan và dẫn đến suy gan.

Một số nguyên nhân thường gặp nhất của suy gan mạn tại Việt Nam bao gồm:

Viêm gan siêu vi B: Tình trạng viêm gan B mạn tính không được phát hiện và điều trị, thường lây truyền từ mẹ sang con (lúc mang thai) hoặc quan hệ tình dục không an toàn, tiếp xúc chế phẩm liên quan đến máu.

Viêm gan C: Nếu nhiễm viêm gan C mạn tính cũng dẫn đến suy gan mạn.

Rượu: Việc sử dụng rượu quá mức trong thời gian dài có thể dẫn đến suy gan. Một số loại rượu ngâm thuốc, hoặc thảo dược không rõ công dụng có thể làm gan tổn thương nặng hơn.

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu: Đây là một bệnh gan liên quan đến chuyển hoá, và ngày một phổ biến. Thường gặp ở người thừa cân,béo phì,đái tháo đường, sử dụngcorticoid. Việc tích tụ quá mức lượng mỡ trong gan, cùng các hợp chất oxy hoá có thể dẫn đến xơ gan.

Tại Việt Nam, tần suất nhiễm viêm gan siêu vi B: 9,05% (2010), viêm gan siêu vi C: 1,49%. Bên cạnh đó, Việt Nam là nước đứng hàng thứ 3 trong việc tiêu thụ rượu nhiều nhất Đông Nam Á (WHO – 2016) với lượng tiêu thụ cồn: 8,3 L/người trong hơn 15 năm. Đa phần người bệnh là nam, với nguyên nhân nhân hàng đầu là rượu, viêm gan siêu vi B, C.7

Triệu chứng sớm của suy gan thường không đặc hiệu. Triệu chứng có thể tương tự với các bệnh gan khác, bao gồm:1234

Nôn, buồn nôn.

Chán ăn.

Mệt mỏi.

Tiêu chảyhoặctáo bónkhông rõ nguyên do.

Sụt cân không chủ ý.

Đau vùng hạ sườn phải.

Khi chức năng gan giảm dần, vượt quá sức chịu đựng cơ thể. Các triệu chứng có thể trở nên trầm trọng hơn, bao gồm:1234

Vàng da, vàng mắt.

Nước tiểu sậm màu như màu trà đậm.

Ngứa.

Dễ bầm máu, chảy máu: không lí do hoặc sau va chạm (té, ngã, đánh răng,…).

Phù ở chân.

Cổ trướng (bụng to dần, ứ nước).

Nôn ra máu, đi tiêu phân đen hoặc phân đỏ bầm.

Thay đổi tính tình.

Rối loạn tri giác (còn được gọi là hôn mê gan).

Mất ngủ.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Suy gan là tình trạng bệnh nặng, có thể đe dọa tính mạng. Khi người bệnh có dấu hiệu nghi ngờ mắc phải suy gan, cần liên hệ đến trung tâm y tế gần nhất để được thăm khám, và làm các xét nghiệm cần thiết. Từ đó sớm được chẩn đoán và đưa ra phương pháp điều trị thích hợp.14

Các trường hợp suy gan cấp, chức năng gan có thể đột ngột xấu, có thể đe dọa tính mạng người bệnh. Vì vậy cần cho người bệnh suy gan cấp nhập viện để tìm nguyên nhân, điều trị hỗ trợ phục hồi gan ngay.1234

Đối với các trường hợp suy gan mạn, sau khi được phát hiện, người bệnh cần được điều trị liên tục suốt đời. Việc điều trị suy gan mạn giúp ngăn ngừa tiến bệnh nặng hơn, bao gồm điều trị bệnh viện và tại nhà. Điều trị toàn diện cả về nâng đỡ chức năng gan và điều trị các biến chứng của người bệnh. Sự tuân thủ điều trị ngoại trú, tái khám thường xuyên, đến bệnh viện ngay khi có dấu hiệu nặng là một trong những điểm chính yếu để quản lý tốt suy gan của người bệnh.

Mọi trường hợp nghi ngờ suy gan cấp tính đều cần được nhập viện ngay. Ngoài ra, trong suy gan mạn, khi có các dấu hiệu suy gan nặng cần nhập cấp cứu ngay. Một số triệu chứng bao gồm:

Nôn ra máu.

Đi tiêu phân đen có mùi khắm, thậm chí đi tiêu có máu đỏ bầm. Hoa mắt,chóng mặtsau khi đi tiêu.

Nôn ói, buồn nôn quá mức.

Vàng da, vàng mắt.

Lú lẫn, lơ mơ, không tỉnh táo.

Bụng to (có nước trong ổ bụng).

Khi người bệnh đến thăm khám, bác sĩ có thể hỏi thăm bệnh sử và quan sát các triệu chứng như vàng da, mệt mỏi, buồn nôn,… Sau đó, để xác định người bệnh có suy gan hay không, bác sĩ có thể sẽ chỉ định các xét nghiệm để chẩn đoán, bao gồm:123

Xét nghiệm máugiúp bác sĩ xác định các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động của gan, nguyên nhân gây suy gan, mức độ suy gan.

Các xét nghiệm này bao gồm: nồng độ protein trong máu, công thức máu, xét nghiệm đông cầm máu, nồng độ chất độc tích luỹ (NH3) khi gan không chuyển hoá được.

Ngoài ra, cần xét nghiệm đánh giá nguyên nhân gây tổn thương gan để điều trị đặc hiệu bao gồm định lượng nồng độ độc chất gây tổn thương gan, xét nghiệm chẩn đoán viêm gan siêu vi, yếu tố tự miễn, đánh giá sự ứ đồng và sắt trong cơ thể.

Trong suy gan, nồng độ men gan AST, ALT có thể rất cao do tình trạng tế bào gan bị phá huỷ, phóng thích các men gan vào trong máu.

Một số xét nghiệm hình ảnh học bao gồm:

Siêu âm bụng: để đánh giá mức độ tổn thương gan.

CT-scan hoặcMRI: khi muốn kiểm tra sâu hơn về mạch máu, phát hiện và chẩn đoán ung thư.

Fibroscan: giúp đánh giá mức độ xơ hoá của gan, mức độ nhiễm mỡ trong gan.

Trong một số trường hợp khó, để xác định nguyên nhân và mức độ nặng của tổn thương, bác sĩ có thể thực hiện thủ thuật sinh thiết gan.

Đây là một thủ thuật lấy một mẫu mô gan nhỏ khỏi cơ thể để kiểm tra tại phòng thí nghiệm. Việc quan sát trực tiếp mô gan trên kính hiển vi giúp bác sĩ hiểu rõ tình trạng tổn thương, phát hiện các nguyên nhân hiếm gặp khó chẩn đoán.

Người bệnh suy gan thường rất dễ chảy máu trong quá trình sinh thiết. Vì vậy, bác sĩ cần thực hiện các xét nghiệm để lựa chọn người bệnh phù hợp.

Sau khi được chẩn đoán, tùy theo giai đoạn và nguyên ngân gây suy gan mà người bệnh sẽ nhận được chỉ điều trị thích hợp. Việc phát hiện và điều trị sớm giúp người bệnh mau hồi phục.

Ngược lại, nếu điều trị khi bệnh đã ở giai đoạn gan xơ hoá và suy nặng, thì chỉ có thể làm chậm hoặc ngưng bệnh diễn tiến xấu hơn. Việc điều trị lúc này với mục tiêu kéo dài sự sống cho người bệnh.123

Các biện pháp được lựa chọn bao gồm:

Sau khi phát hiện bệnh suy gan, người bệnh cần thực hiện lối sống lành mạnh để hỗ trợ gan phục hồi tối đa, tránh tổn thương tiếp xúc các tác nhân có hại làm bệnh gan nặng hơn… Việc này bao gồm:1238

Ngưng uốngrượu bia.

Duy trì cân nặng vớichỉ số BMIhợp lý.

Uống lượng nước vừa đủ.

Hạn chế ăn mặn.

Tránh thực phẩm có hàm lượng chất béo bão hoà, quá nhiều đường và gia vị.

Mục tiêu điều trị thuốc bao gồm điều trị nguyên nhân gây bệnh và điều trị các biến chứng của suy gan. Các loại thuốc có thể được chỉ định bao gồm:123

Nếu như nguyên nhân suy gan là viêm gan siêu vi (thường là viêm gan siêu vi B hoặc viêm gan siêu vi C). Các thuốc kháng siêu vi cần được điều trị ngay khi người bệnh được chẩn đoán, và người bệnh có thể phải sử dụng suốt đời. Việc lựa chọn thuốc, thời gian dùng tuỳ theo cơ địa của người bệnh (chức năng gan, thận), mức độ nặng của suy gan, nồng độ siêu vi trong máu.

Trong một số trường hợp suy gan cấp do thuốc, ví dụ như sử dụng acetaminophen quá liều. Người bệnh có thể được cho dùng N-acetylcystein (viên uống hoặc tiêm tĩnh mạch) giúp thúc đẩy quá trình giải độc gan.

Một số trường hợp nhiễm độc kim loại nặng ở gan, một số (dạng viên uống hoặc truyền tĩnh mạch) có thể sử dụng để kéo các chất kim loại này ra khỏi mô gan để thải quanước tiểu.

Thường được sử dụng cho người bệnh mắc suy gan do nguyên nhân tự miễn.

Các loại thuốc này bao gồm: S-Adenosylmethionine (SAMe), essential phospholipids, ursodeoxycholic acid,… Tuy nhiên, không phải các thuốc bảo vệ gan đều vô hại. Vì vậy, người bệnh cần biết rõ nguồn gốc, thành phần và các tính năng của chúng trước khi sử dụng.

Bên cạnh đó, cần lưu ý rằng thuốc bảo vệ gan không thể “trị bá bệnh” như một số người lầm tưởng. Vì thế, người bệnh cần tham khảo ý kiến bác sĩ về tác dụng và chỉ định của thuốc hợp lý.

Thuốc lợi tiểu giúp giảm bớt lượng dịch ứ đọng ở bụng (cổ trướng), giảm bớt các triệu chứng phù ở chân tay.

Người bệnh xơ gan nên được bổ sung thêm các vitamin và khoáng chất để giúp tăng cường hệ miễn dịch, cũng như hoạt động trao đổi chất.

Khi bị suy gan, người bệnh cần tránh bị táo bón. Ví dụ như một số tình trạng đi tiêu < 3 lần/ tuần, phân cứng, rắn, khó đi. Việc phân tồn tại lâu trong đường tiêu hoá, có thể làm sản phẩm độc hại được hấp thu ngược vào máu, làm bệnh gan nặng hơn. Từ đó có thể dẫn đến rối loạn tri giác (hôn mê gan).

Một số loại thuốc Đông y nhưcây kế sữa,ngũ vị tử, cây atiso, cây chó đẻ răng cưa (diệp hạ châu),… có thể được cân nhắc sử dụng để hỗ trợ điều trị suy gan. Tuy nhiên, cần tham khảo ý kiến của bác sĩ Y học cổ truyền và bác sĩ Tiêu hoá – Gan mật để thống nhất trong quá trình điều trị. Người bệnh cũng cần lưu ý nguồn gốc thuốc, liều lượng phải rõ ràng, minh bạch, được bán ở cơ sở uy tín.

Bên cạnh sử dụng thuốc, trong một số trường hợp, người bệnh cần nhập viện để thực hiện những kĩ thuật phức tạp như:1236

Lọc gan: Thường là những trường suy gan cấp nặng hoặc suy gan giai đoạn cuối. Quá trình có thể giúp gan loại bỏ bớt độc chất, cung cấp một số protein có lợi cho cơ thể.

Ghép gan: Ở những trường hợp suy gan cấp rất nặng, bệnh gan giai đoạn cuối, ghép gan là lựa chọn cuối cùng. Đây là một phẫu thuật phức tạp và phụ thuộc vào người bệnh, cũng như người cho gan. Quá trình ghép gan sẽ thay thế mô gan bị tổn thương bằng mô gan khoẻ mạnh của người bình thường.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Bệnh cạnh đó, người bệnh cần được điều trị các biến chứng nếu có:

Nội soi đường tiêu hoá: Thường được chỉ định khi người bệnh nôn ra máu, đi tiêu phân đen, phân đỏ bầm. Việc nội soi sẽ giúp kiểm soát búi dãn tĩnh mạch đang chảy. Người bị suy gan cũng cần nội soi định kì để phát hiện sớm những mạch máu dễ bị tổn thương, và được điều trị dự phòng.

Điều chỉnh điện giải: Được chỉ định khi người bệnh có rối loạn điện giải, đường huyết.

Bồi hoàn yếu tố đông cầm máu: Nếu người bệnh bị bầm máu, xuất huyết nhiều, thiếu hụt các yếu tố đông máu thì được nhập viện để truyền hỗ trợ.

Kháng sinh: Được chỉ định khi người bệnh nhiễm trùng.

Có thể thấy, suy gan là một bệnh lý nguy hiểm, có thể đe dọa tính mạng người bệnh. Vì vậy, việc bảo vệ lá gan phòng tránh suy gan là điều hết sức quan trọng và cần thiết. Một số biện pháp phòng ngừa mà bạn có thể thực hiện bao gồm:1234

Giữ cân nặng hợp lý, thường xuyên vận động thể lực. Thường xuyên luyện tập thể dục thể thao giúp kiểm soát cân nặng, tăng cường tuần hoàn máu, đốt cháy năng lượng dư thừa trong cơ thể, bảo vệ và duy trì ổn định chức năng giải độc của gan. Các loại hình thể dục thể thao không yêu cầu kỹ thuật cao, đơn giản và không mất quá nhiều sức lực và có lợi cho gan như: đi bộ,chạy bộ,đạp xe, bơi lội,aerobic…

Tránh dùng quá nhiều thức uống có cồn (rượu bia, đồ uống có cồn).

Tiêm ngừavaccine viêm gan siêu vi B.

Quan hệ tình dục an toàn.

Không sử dụng chung dao cạo, bàn chải đánh răng.

Không sử dụng chất kích thích, tiêm chích ma tuý. Không dùng chung bơm tiêm.

Chỉ sử dụng các thuốc đã được bác sĩ cho phép, có nguồn gốc rõ ràng và ở liều lượng thích hợp.

Kiểm tra sức khoẻ định kì để giá chức năng gan, xét nghiệm tầm soát viêm gan siêu vi B, C để sớm chữa trị khi bệnh còn nhẹ.

Không hút thuốc lá vì làm tăng nguy cơ ung thư gan và làm tăng thêm độc tính các thuốc.

Tập cho mình thói quen ngủ sớm và đúng giờ. Tốt nhất, hãy đi ngủ trước 23h. Việc ngủ sớm giúp máu trong cơ thể có đủ thời gian trở về gan và giải độc cho gan.

Suy gan là tình trạng rất nguy hiểm vì lá gan suy giảm chức năng, hoặc ngưng làm việc. Vì thế không thể loại bỏ độc chất trong cơ thể, cũng như không thể tổng hợp các dưỡng chất cần thiết cho sự sống. Vì vậy, khi nghi ngờ mắc suy gan, người bệnh nên đến các cơ sở y tế để thăm khám càng sớm càng tốt.

Đa phần người bệnh suy gan mạn thường bị suy dinh dưỡng. Theo European Association for the Study of the Liver (Hiệp hội Gan mật châu Âu), tần suất suy dinh dưỡng, thiếu đạm và vi chất rất cao. Cứ 10 người suy gan mạn thì có 2 người bị suy dinh dưỡng. Vì thế, người bệnh suy gan, cũng như người nhà bệnh nhân nên chú ý chia các bữa ăn thành nhiều bữa nhỏ trong ngày. Theo đó, bệnh nhân nên dùng 3 – 5 bữa/ngày và một bữa ăn nhẹ vào buổi tối muộn, để cải thiện tình trạng thiếu hụt đạm và năng lượng của toàn cơ thể.89

Sau khi chức năng gan suy giảm, khả năng tổng hợp chất dinh dưỡng và dự trữ năng lượng của người bệnh rất kém. Việc ăn bổ sung từng lượng nhỏ và nhiều cử trong ngày giúp người bệnh không bị thiếu hụt năng lượng, hạn chế suy dinh dưỡng.

Vì thế, thay vì ăn một bữa ăn chính lớn, người bệnh nên ăn nhiều bữa nhỏ, mỗi bữa cách nhau khoảng 2 – 3 tiếng. Và đặc biệt nên ăn 1 cử nhẹ trước khi ngủ. Bữa ăn nhẹ này nên có hàm lượng tinh bột cao như ngũ cốc, cháo hoặc phần bánh mì nhỏ, để bệnh nhân không bị hạ đường huyết trong đêm.

Bên cạnh đó, để bảo vệ tốt lá gan, một chế độ ăn cân bằng dưỡng chất cần được chú ý.

Một số thực phẩm người bệnh nên sử dụng là:3489

Nên ăn nhiều thực phẩm giàu carlorie và đạm. Chú ý lượng đạm và năng lượng cần cung cấp mỗi ngày cho người bệnh. Tăng cường ăn những thực phẩm giàu protein. Hàm lượng protein cần thiết ở người trưởng thành là 1 – 1.2 g/protein/ngày. Năng lượng tối ưu không dưới 35 kcal/kg/ngày. Lưu ý nên chọn lựa các sản phẩm protein từ thực vật như: ngũ cốc, các loại hạt,… Thay vì sử dụng các loại protein từ động vật (thịt heo, thịt bò,…). Các protein thực vật có nhiều chất xơ, hàm lượng acid chuỗi nhánh cao (vốn rất cần thiết cho bệnh nhân suy gan).

Chế độ ăn chay tăng khả năng cải thiện nồng độ độc chất ở bệnh nhân xơ gan.

Nên ăn rau quả tươi, bổ sung vitamin và các nguyên tố vi lượng có lợi cho khả năng miễn dịch và nâng cao sức đề kháng. Chú ý bổ sungvitamin Atừ các loại thực phẩm như gan động vật,cà rốt,hẹ, sữa bò,lòng đỏ trứng,rau muống,rau chân vịt,tỏi tây,bắp cải… Ăn nhiều thực phẩm giàuvitamin B1,vitamin B2,vitamin B6như mạch nha, giá, đậu, lạc, rau xanh, hoa quả,hạt kê,đậu nành, trứng, sữa… Bổ sung thêm những thực phẩm giàu vitamin như ớt ngọt,tỏi, rau cải,rau dền,sơn tra…

Chất xơ rất cần thiết, giúp nhuận trường, tránh táo bón ở người bệnh suy gan.

Ngoài ra, những thực phẩm thuộc họ nấm, nhưmộc nhĩ, rất tốt cho người bệnh bị tăng men gan. Bởi những thực phẩm này có dinh dưỡng phong phú và có lợi cho việc nâng cao chức năng miễn dịch cơ thể, thúc đẩy hình thành kháng thể, có hiệu quả nhất định trong việc làm giảm men gan.

Nên uống trà, đặc biệt làtrà xanhchứa chất chống oxy hóa. Không chỉ giảm nguy cơ mắc bệnh gan mà còn duy trì sức khỏe cho gan.

Bên cạnh đó, khi gan đã bị suy, người bệnh cần tránh sử dụng các thực phẩm làm gan tổn thương hơn, bao gồm:3489

Cần tuyệt đối tránh sử dụng thức uống có cồn như rượu, bia, nước uống lên men từ trái cây.

Trong một số trường hợp, người bệnh cần giảm thêm lượng muối nhập vào, đặc biệt khi có cổ trướng và phù chân. Việc tiết chế lượng muối nhập vào sẽ giúp giảm đi tình trạng bệnh. Tuỳ mức độ nặng nhẹ, người bệnh sẽ được hướng dẫn chế độ ăn tiết chế muối phù hợp.

Người bệnh cũng nên kiêng đồ ăn cay nóng và đồ ăn nhanh. Tránh các thực phẩm có hàm lượng chất béo không tốt như đồ ăn chiên rán, snack công nghiệp. Việc ăn quá nhiều có thể làm gan tích tụ mỡ nhiều hơn, và làm nặng thêm bệnh gan đang có. Hạn chế ăn các loại thức ăn đã được chế biến sẵn vì chúng có chứa nhiều chất bảo quản, gây ảnh hưởng không tốt cho hệ tiêu hóa, cũng như khả năng hoạt động của gan.

Suy gan cấp là tình trạng nguy hiểm, có thể đe dọa tính mạng người bệnh. Bệnh có diễn tiến nhanh, đột ngột. Nhưng nếu được chữa trị kịp thời có thể khỏi hoàn toàn. Một số trường hợp rất nặng, người bệnh cần được ghép gan, lọc gan để duy trì sự sống khẩn cấp.

Tiên lượng bệnh phụ thuộc vào nguyên nhân, mức độ nghiêm trọng và độ tuổi của người bệnh. Vì vậy, người bệnh cần đến bệnh viện ngay khi phát hiện triệu chứng bất thường, để được điều trị kịp thời.

Trong suy gan mạn, thời gian sống phụ thuộc vào giai đoạn phát hiện bệnh, sự tuân thủ điều trị của người bệnh. Nếu phát hiện sớm, người bệnh có thể sống thêm từ 15 – 20 năm. Nếu bệnh tiến triển nặng hơn, người bệnh có thể chỉ sống thêm được từ 5 – 10 năm.

Nếu kém may mắn, người bệnh được phát hiện ở giai đoạn cuối, và đã có nhiều biến chứng (ói ra máu, vàng da, lơ mơ, ..). Lúc này, thời gian sống có thể từ 6 tháng đến 1 năm. Bên cạnh đó, nếu phát hiện và tích cực điều trị thì có thể kéo dài thời gian sống của người bệnh.

Hi vọng bài viết trên đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin bổ ích về bệnhsuy gan. Đây là tình trạng nguy hiểm, gây ảnh hưởng đến sức khỏe, thậm chí đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân. Vì vậy, khi phát hiện những triệu chứng bất thường của cơ thể, hoặc nghi ngờ mắc suy gan, người bệnh nên đến gặp bác sĩ để được thăm khám, chẩn đoán, và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-gan-cap/

Nội dung bài viết

7 dấu hiệu và triệu chứng của bệnh suy gan cấp

Nguyên nhân bệnh suy gan cấp

Tiêu chuẩn chẩn đoán suy gan cấp

Điều trị suy gan cấp

Suy gan cấp được định nghĩa là sự phát triển nhanh chóng rối loạn chức năng tế bào gan, cụ thể là rối loạn đông máu và thay đổi trạng thái tâm thần ở một bệnh nhân không có bệnh gan từ trước. Tình trạng này cho thấy gan đã bị tổn thương nặng (mất chức năng của 80 – 90% tế bào gan). Các biến chứng là bệnh não gan và suy giảm tổng hợp protein (được đo bằng nồng độ albumin huyết thanh và thời gian prothrombin trong máu). Phân loại suy gan tối cấp trong vòng 1 tuần, cấp tính là 8 – 28 ngày và bán cấp tính là 4 – 12 tuần. Sau đây, Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên sẽ giúp bạn hiểu rõ hơn về bệnh lý nghiêm trọng này.

Các đặc điểm chính của suy gan cấp là vàng da khởi phát nhanh chóng, suy nhược và cuối cùng là những thay đổi về trạng thái tâm thần có thể bắt đầu như lú lẫn nhẹ và dần tiến triển đến hôn mê.

Trong suy gan cấp, bệnh não gan dẫn đến phù não, hôn mê, thoát vị não và cuối cùng là tử vong. Phát hiện bệnh não gan là trung tâm để chẩn đoán suy gan cấp. Nó có thể thay đổi từ sự thiếu hụt nhẹ trong chức năng não ví dụ như tâm trạng, sự tập trung đến hôn mê sâu. Những bệnh nhân có biểu hiện suy gan cấp và tối cấp có nguy cơ cao bị phù não và bệnh não cấp.

Cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ ràng, nhưng có thể là hậu quả do sự tích tụ các chất độc hại như amoniac, mercaptan, benzodiazepines, serotonin và tryptophan trong não. Điều này ảnh hưởng đến mức độ dẫn truyền thần kinh và kích hoạt thụ thể thần kinh. Quá trình tự điều chỉnh lưu lượng máu não bị suy giảm, và có liên quan đến quá trình đường phân kỵ khí và stress oxy hóa. Tế bào hình sao của tế bào thần kinh dễ bị ảnh hưởng bởi những thay đổi này và chúng sưng lên, dẫn đến tăng áp lực nội sọ. Các chất trung gian gây viêm cũng đóng vai trò quan trọng.

Các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ, chẳng hạn như phù gai thị và mất phản xạ đồng tử, không đáng tin cậy và xảy ra muộn trong quá trình bệnh. Chụp CT não cũng không hữu ích trong việc phát hiện sớm phù não, nhưng thường được thực hiện để loại trừ chảy máu trong não.

Rối loạn đông máu là một đặc điểm cơ bản khác của suy gan cấp. Gan có vai trò trung tâm trong việc tổng hợp hầu hết các yếu tố đông máu và một số chất ức chế đông máu và tiêu sợi huyết.

Hoại tử tế bào gan dẫn đến suy giảm tổng hợp nhiều yếu tố đông máu và các chất ức chế chúng. Có rối loạn chức năng tiểu cầu đáng kể, cả về số lượng và chất lượng. Giảm tiểu cầu tiến triển với sự mất đi các tiểu cầu lớn hơn và hoạt động nhiều hơn hầu như là phổ biến. Giảm tiểu cầu có hoặc không có đông máu nội mạch lan tỏa làm tăng nguy cơ chảy máu trong não.

Trên 50% bệnh nhân suy gan cấp cósuy thận. Do tiếp xúc với các gốc nhưparacetamoldẫn đến hoại tử ống thận cấp tính hoặc do tuần hoàn tăng động dẫn đến hội chứng gan thận hoặc suy thận chức năng.

Khoảng 60% tổng số bệnh nhân suy gan cấp có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống bất kể có hay không có nhiễm trùng.  Điều này thường góp phần dẫn đến suy đa cơ quan. Cơ chế bảo vệ vật chủ bị suy yếu, do suy giảm quá trình các phản ứng hóa học và tiêu diệt nội bào, làm tăng đáng kể nguy cơ nhiễm trùng huyết. Nhiễm trùng huyết do vi khuẩn chủ yếu do vi sinh vật gram dương và nhiễm trùng do nấm được quan sát thấy ở 80% và 30% tương ứng.

Miễn dịch tế bào và miễn dịch dịch thể bị khiếm khuyết cũng như sự hiện diện của ống thông xâm lấn vào cơ thể, hôn mê, kháng sinh phổ rộng và các loại thuốc ngăn chặn khả năng miễn dịch đều dẫn đến nhiễm trùng. Vi khuẩn xâm nhập qua da, chẳng hạn như liên cầu và tụ cầu, có xu hướng chiếm ưu thế. Giám sát tích cực là cần thiết vì thuốc kháng sinh dự phòng không có nhiều lợi ích. Nhiễm nấm, đặc biệt là khi sử dụng kháng sinh phổ rộng, cũng rất phổ biến, và nhiễm nấm lan tỏa là một dấu hiệu tiên lượng xấu.

Hạ natri máu là một phát hiện gần như phổ biến do giữ nước và thay đổi vận chuyển natri nội bào do ức chế kênh Na / K ATPase. Hạ đường huyết do dự trữ glycogen ở gan cạn kiệt và tăng insulin máu, hạ kali máu, giảm phospho máu và nhiễm kiềm chuyển hóa, không phụ thuộc vào chức năng thận. Nhiễm toan lactic xảy ra chủ yếu khi dùng quá liều paracetomol.

Tuần hoàn tăng động, giãn mạch ngoại vi do sức cản mạch hệ thống thấp, dẫn đến hạ huyết áp. Cung lượng tim tăng bù trừ. Suy tuyến thượng thận đã được ghi nhận trong 60% trường hợp suy gan cấp, và có khả năng góp phần làm tổn thương huyết động. Ngoài ra còn có sự vận chuyển và sử dụng oxy bất thường. Mặc dù việc cung cấp oxy đến các mô đầy đủ, nhưng sự hấp thu oxy ở mô lại giảm đi, dẫn đến tình trạng thiếu oxy mô và nhiễm toan lactic.

Biến chứng phổi xảy ra tới 50% bệnh nhân suy gan cấp. Tổn thương phổi nặng và giảm oxy máu dẫn đến tử vong cao. Hầu hết các trường hợp tổn thương phổi nặng là do ARDS, có hoặc không có nhiễm trùng huyết. Xuất huyết phổi, tràn dịch màng phổi, xẹp phổi  cũng góp phần gây khó thở.

Ở những bệnh nhân bị bệnh não cấp I hoặc II, nên bắt đầu ăn đường ruột sớm. Dinh dưỡng đường tinh mạch chỉ nên được dùng nếu chống chỉ định cho ăn qua đường ruột vì nó làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

Hạn chế nghiêm trọng chất đạm không có lợi. 60 g / ngày protein nói chung là hợp lý. Thay thế chất lỏng bằng dung dịch keo (ví dụ albumin) được ưu tiên hơn là dung dịch tinh thể (ví dụ nước muối). Tất cả các dung dịch nên chứa dextrose để duy trì đường huyết ổn định.

Nhiều bất thường về điện giải thường gặp trong suy gan cấp. Điều chỉnh tình trạng hạ kali máu là điều cần thiết vì hạ kali máu làm tăng sản xuất amoniac của thận, có khả năng làm trầm trọng thêm bệnh não. Giảm phosphat máu đặc biệt phổ biến ở bệnh nhân suy gan cấp do acetaminophen gây ra và ở những người có chức năng thận còn nguyên vẹn. Hạ đường huyết xảy ra ở nhiều bệnh nhân suy gan cấp và thường do cạn kiệt dự trữ glycogen ở gan và suy giảm tạo gluconeogenesis. Nồng độ glucose huyết tương nên được theo dõi và nên sử dụng glucose ưu trương khi cần thiết.

Các nguyên nhân phổ biến gây suy gan cấp tính là:

Dùng quá liều paracetamol (acetaminophen).

Phản ứng đặc trưng với thuốc (ví dụ như tetracycline, troglitazone).

Uống quá nhiều rượu.

Viêm gan vi rút (viêm gan A hoặc B, rất hiếm gặp ở viêm gan C).

Gan nhiễm mỡ cấp tính của thai kỳ.

Vô căn (không rõ nguyên nhân).

Hội chứng Reye là tình trạng suy gan cấp tính ở trẻ em bị nhiễm virus (ví dụ như bệnh thủy đậu). Dường như việc sử dụng aspirin có thể đóng một vai trò quan trọng.

Suy gan cấp tính cũng do ngộ độc nấm mũ tử thần (Amanita phalloides) cũng như các loài nấm sinh amatoxin khác.

Một số chủng Bacillus cereus – một loài vi khuẩn phổ biến được coi là nguyên nhân thường xuyên gây ngộ độc thực phẩm. Chúng có thể gây suy gan tối cấp thông qua việc sản xuất cereulide-một độc tố phá hủy ty thể trong các tế bào gan bị ảnh hưởng, dẫn đến chết tế bào. Trong khi hầu hết các trường hợp nhiễm B. cereus được giải quyết bởi hệ thống miễn dịch của cơ thể và không ảnh hưởng đến gan, những trường hợp nghiêm trọng dẫn đến tổn thương gan có thể gây tử nếu không được điều trị ngay lập tức hoặc ghép gan.

Tất cả bệnh nhân có bằng chứng lâm sàng hoặc xét nghiệm về viêm gan cấp tính từ trung bình đến nặng phải được đo thời gian prothrombin ngay lập tức và đánh giá cẩn thận tình trạng tâm thần kinh. Nếu thời gian prothrombin kéo dài ≈ 4–6 giây hoặc hơn (INR ≥ 1,5) và có bất kỳ bằng chứng nào về tâm thần kinh bị thay đổi, thì nên nghi ngờ chẩn đoán suy gan cấp và nhập viện là bắt buộc.

Các xét nghiệm ban đầu phải được thực hiện để đánh giá nguyên nhân và mức độ nghiêm trọng. Phân tích ban đầu trong phòng thí nghiệm gồm:

Thời gian prothrombin / INR.

Công thức máu.

Xét nghiệm chức năng gan: AST, ALT, phosphatase kiềm, GGT, bilirubin toàn phần, albumin.

Creatinin, urê máu, natri, kali, clorua, bicarbonat, canxi, magiê, phốt phát.

Đường glucose.

Amylase và lipase.

Khí máu động mạch, lactat.

Các huyết thanh viêm gan do virus: anti-HAV IgM, HBSAg, anti-HBc IgM, anti-HCV.

Các bệnh lý tự miễn dịch: ANA, ASMA, LKMA, nồng độ immunoglobulin.

Mức độ Ceruloplasmin (khi nghi ngờbệnh Wilson).

Thử thai ở nữ.

Amoniac máu.

Việc xem xét tiền sử nên bao gồm xem xét cẩn thận về khả năng tiếp xúc với nhiễm vi-rút và thuốc hoặc chất độc khác. Từ bệnh sử và khám lâm sàng, nên loại trừ khả năng mắc bệnh mãn tính tiềm ẩn vì nó có thể yêu cầu xử trí khác.

Vì suy gan cấp thường liên quan đến tình trạng tâm thần kinh suy giảm nhanh chóng và khả năng suy đa cơ quan. Do đó, bệnh nhân nên được quản lý trong phòng chăm sóc đặc biệt. Đối với những bệnh nhân không ở trung tâm cấy ghép, khả năng suy gan cấp tiến triển nhanh khiến việc hội chẩn sớm với cơ sở cấy ghép là rất quan trọng. Theo đó, kế hoạch chuyển đến một trung tâm cấy ghép nên bắt đầu ở những bệnh nhân có bất kỳ tâm lý bất thường nào. Sớm sử dụng thuốc giải độc hoặc liệu pháp cụ thể có thể ngăn chặn nhu cầu ghép gan và giảm khả năng kết cục xấu.

Tỷ lệ tử vong trong lịch sử là cao, vượt quá 80%.Trong những năm gần đây, sự ra đời của phương pháp ghép gan và hỗ trợ chăm sóc đặc biệt đa mô thức đã cải thiện đáng kể khả năng sống sót. Hiện tại, tỷ lệ sống ngắn hạn tổng thể khi cấy ghép là hơn 65%.

Bài viết trên hy vọng đã cung cấp cho bạn các kiến thức cần thiết về bệnh lýsuy gan cấp. Đây là bệnh lý nguy hiểm, cần phát hiện và điều trị sớm để có kết cục tiên lượng tốt.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-giap/

Nội dung bài viết

Suy giáp là gì?

Triệu chứng của suy giáp là gì?

Nguyên nhân của suy giáp là gì?

Chẩn đoán bệnh suy tuyến giáp

Điều trị bệnh suy giáp

Suy giáp (nhược giáp) là tình trạng tuyến giáp không sản sinh đủ hormone giáp cho cơ thể. Bệnh có thể không gây ra các triệu chứng rõ rệt trong giai đoạn đầu. Theo thời gian, suy giáp không được điều trị có thể gây ra một số vấn đề về sức khỏe như béo phì, đau nhức khớp, vô sinh và bệnh tim. Bài viết này cung cấp cho các bạn những thông tin cơ bản về “suy giáp”.

Tuyến giáplà một tuyến hình con bướm, nằm ở giữa cổ. Tuyến giáp sản xuất ra hai loại hormone triiodothyronine (T3) và thyroxine (T4), giúp cơ thể sử dụng và dự trữ năng lượng. Chức năng tuyến giáp được kiểm soát một phần ở hạ đồi (một vùng trên não) vàtuyến yên.

Tuyến giáp của bạn chịu trách nhiệm cung cấp năng lượng cho gần như mọi cơ quan trong cơ thể. Nó kiểm soát các chức năng như tim mạch và hệ tiêu hóa. Nếu không có đủ lượng hormone tuyến giáp, các chức năng tự nhiên của cơ thể bạn bắt đầu chậm lại.

Suy giápthường ảnh hưởng đến phụ nữ nhiều hơn nam giới. Bệnh thường gặp ở những người những người trên 60 tuổi, tuy nhiên cũng có thể gặp ở bất kì lứa tuổi nào. Có thể phát hiện được suy giáp thông qua xét nghiệm máu và những triệu chứng bệnh.

Nếu gần đây, bạn được chẩn đoán mắc căn bệnh này, thì điều quan trọng bạn cần phải biết rằng việc điều trị suy giáp khá đơn giản, an toàn và hiệu quả. Hầu hết các phương pháp điều trị đều dựa vào bổ sung lượng hormone giáp bị thiếu. Những hormone giáp nhân tạo sẽ giúp thay thế cho lượng hormone giáp mà cơ thể tự sản xuất không đủ và đồng thời đưa các chức năng của cơ thể bạn trở lại bình thường.

Các dấu hiệu và triệu chứng suy giáp rất khác nhau ở mỗi người, không phải ai cũng giống nhau. Tùy vào mức độ nghiêm trọng của bệnh mà những dấu hiệu và triệu chứng khi nào sẽ xuất hiện và xuất hiện như thế nào. Các triệu chứng đôi khi cũng khó xác định.

Các triệu chứng ban đầu có thể bao gồm tăng cân và cảm giác mệt mỏi. Hai triệu chứng này phổ biến ở rất nhiều người, kể cả không có những vấn đề về tuyến giáp. Do đó, có thể bạn không nhận thấy rằng những thay đổi này do suy giáp gây ra, cho đến khi các triệu chứng khác xuất hiện.

Đối với hầu mết mọi người, cá triệu chứng của tình trạng suy giáp sẽ tiến triển dần trong nhiều năm. Khi tuyến giáp càng suy thì các triệu chứng càng trở nên rõ ràng hơn và dễ xác định hơn. Nếu bạn nghi ngờ mình bị suy giáp, thì điều quan trọng chính là đến gặp bác sĩ để được khám và cho chỉ định làm các xét nghiệm phù hợp.

Các triệu chứng chung có thể bao gồm mệt mỏi, uể oải, tăng cân nhẹ và cảm giác sợ lạnh, mất tập trung, hay quên, trầm cảm, chậm chạp.

Suy giáp có thể làm giảm tiết mồ hôi. Da có thể trở nên khô và dày. Tóc có thể trở nên thô hoặc mỏng, lông mày có thể biến mất và móng tay có thể trở nên giòn.

Suy giáp có thể dẫn đến sưng nhẹ vùng quanh mắt. Những người bị suy giáp sau khi điều trị cường giáp có thể còn mốt số triệu chứng do bệnh cường giáp gây ra như lồi mắc, chuyển động mắt kém.

Suy giáp làm chậm nhịp tim và giảm chức năng co bóp của tim. Đặc biệt, triệu chứng này càng nghiêm trọng hơn ở những người sẵn có các bệnh lý vềtim mạch. Ngoài ra, suy giáp có thể gấy tăng huyết áp nhẹ và tăng cholesterol trong máu

Suy giáp làm suy yếu cơ hô hấp và giảm chức năng phổi. Các triệu chứng có thể bao gồm mệt mỏi, khó thở khi tập thể dục và giảm khả năng tập thể dục. Suy giáp cũng có thể dẫn đến lưỡi to, giọng khàn và ngưng thở khi ngủ. Ngưng thở khi ngủ là tình trạng tắc nghẽn đường thở trong khi ngủ, gây suy giảm chất lượng giấc ngủ và buồn ngủ ban ngày.

Suy giáp làm chậm các hoạt động của đường tiêu hóa, gâytáo bón.

Phụ nữ bị suy giáp thường có kinh nguyệt không đều. Rối loạn kinh nguyệt có thể gây khó khăn khi mang thai và những phụ nữ mang thai bị suy giáp có nguy cơ bị sẩy thai trong những tháng đầu thai kì. Điều trị suy giáp có thể giúp giảm nguy cơ.

Một số trường hợp suy giáp nặng có thể dẫn đến mất ý thức, hạ thân nhiệt (nhiệt độ cơ thể thấp).

Có rất nhiều nguyên do tại sao các tế bào tuyến giáp lại không thể tạo ra đủ hormone giáp. Dưới đây là những nguyên nhân chính, từ phổ biến nhất đến ít phổ biến nhất.

Hệ thống miễn dịch giúp chúng ta chống lại các tác nhân lạ ngoài cơ thể như vi trùng, virus … Tuy nhiên, ở một số người hệ thống miễn dịch lại nhầm lẫn các tế bào tuyến giáp là tác nhân lạ. Do đó chúng tấn công các tế bào tuyến giáp, làm cho các tế bào không sản sinh ra đủ lượng hormone cần thiết. Điều này phổ biến ở nữ giới hơn nam giới. Viêm giáp tự miễn có thể xảy ra đột ngột hoặc có thể diễn tiến chậm trong nhiều năm. Các dạng phổ biến nhất là viêm giáp Hashimoto và viêm giáp teo.

Một số người bị u tuyến giáp,ung thư tuyến giáphoặc bệnh Grave, cần phải cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ tuyến giáp. Nếu một người bị cắt bỏ hoàn toàn tuyến giáp, chắc chắn người đó sẽ bị suy giáp. Nếu một phần của tuyến giáp còn lại không thể tạo ra đủ hormone tuyến giáp, thì người đó có thể bị suy giáp.

Một số người mắc bệnh Grave, bướu cổ hoặc ung thư tuyến giáp được điều trị bằng Iod phóng xạ (I-131) với mục đích phá hủy những tế bào giáp. Bệnh nhân mắc bệnh Hodgkin, bệnh ung thư hạch hoặc ung thư vùng đầu cổ được điều trị bằng phóng xạ. Tất cả những bệnh nhân này có thể mất một phần hoặc toàn bộ chức năng tuyến giáp.

Một vài trẻ sinh đã không có tuyến giáp hoặc chỉ một phần tuyến giáp được hình thành. Một vài trẻ khác, tế bào tuyến giáp lại hoạt động không hiệu quả.

Viêm giáp thường do tự miễn (hệ thống miễn dịch trong cơ thể tấn công) hoặc do virus. Viêm giáp có thể làm cho nhiều hormone giáp được phóng thích ra cùng một lúc, gây ra cường giáp trong một thời gian ngắn. Tuy nhiên, sau đó tuyến giáp lại trở nên kém hoạt động, dẫn đến suy giáp.

Các loại thuốc nhưamiodarone, lithium, interferon alpha và interleukin-2 có thể ngăn cản tuyến giáp sản sinh ra hormone. Những loại thuốc này có khả năng kích hoạt bệnh suy giáp ở những bệnh nhân có xu hướng di truyền bệnh tuyến giáp tự miễn.

Tuyến giáp cần iod để tạo ra hormone giáp. Iod đi vào trong cơ thể qua thức ăn và đi theo dòng máu đến tuyến giáp. Cần một lượng iod thích hợp để giúp cân bằng sản xuất hormone giáp. Sử dụng quá nhiều hoặc quá ít có thể gây ra hoặc làm trầm trọng hơn tình trạng suy giáp.

Khi tuyến yên bị tổn thương do u, phóng xạ hoặc phẫu thuật, nó không còn có thể đưa ra những “chỉ dẫn” đến tuyến giáp. Do đó, tuyến giáp không còn sản xuất đủ hormone giáp.

Có hai công cụ cần thiết để bác sĩ chẩn đoán xem bạn có bị suy giám hay không.

Bác sĩ sẽ hỏi bệnh và thăm khám kĩ lưỡng các dấu hiệu của bệnh suy giáp, bao gồm:

Da khô.

Phản xạ chậm.

Phù.

Nhịp tim chậm.

Ngoài ra, bác sĩ sẽ cần bạn nói rất kì triệu chứng khác mà bạn gặp phải như mệt mỏi, buồn phiền, táo bón hoặc cảm giác sợ lạnh. Đồng thời bạn cũng cần cung cấp cho bác sĩ các thông tin sau:

Bạn có bao giờ phẫu thuật tuyến giáp.

Có bao giờ bạn xạ trị vùng đầu cổ để trị ung thư chưa.

Bạn có sử dụng những thuốc có khả năng gây ra suy giáp hay không.

Bất kì thành viên nào trong gia đình mắc các bệnh lý về tuyến giáp…

Xét nghiệm máulà các duy nhất giúp xác định chẩn đoán suy giáp.

Xét nghiệm hormone kích thích tuyến giáp (TSH) giúp đo lường mức độ TSH do tuyến yên sản xuất.

Nếu tuyến giáp của bạn sản xuất không đủ hormone thì tuyến yên sẽ tăng TSH để kích thích tuyến giáp sản xuất hormone giáp. Khi bị suy giáp, nồng độ TSH của bạn cao vì cơ thể bạn đang cố gắng kích thích hoạt động của tuyến giáp.

Nếu bạn bị cường giáp, nồng độ TSH của bạn thấp vì cơ thể đang cố gắng ngăn chặn việc sản xuất hormone giáp quá mức.

Xét nghiệm thyroxine (T4) cũng góp phần trong chẩn đoán suy giáp. T4 là một hormone do tuyến giáp trực tiếp sản xuất. Khi thực hiện cả 2 xét nghiệm TSH và T4 giúp đánh giá chức năng tuyến giáp.

Thông thường, nếu bạn có mức T4 thấp cùng với TSH cao, khả năng cao bạn bị suy giáp. Tuy nhiên, trong một số trường hợp vẫn cần có những xét nghiệm khác để chẩn đoán chính xác tình trạng bệnh.

Suy giáp được điều trị bằng cách sử dụng hormone thay thế mà tuyến giáp không còn có thể tạo ra. Bạn sẽ dùng một loại thuốc nội tiết tố tuyến giáp giống hệt với hormone mà tuyến giáp thường tạo ra. Thường thì bạn nên dùng vào buổi sáng trước khi ăn.

Khi bắt đầu điều trị, bạn thường sẽ được xét nghiệm máu khoảng 6-8 tuần sau lần đầu tiên và chỉnh liều nếu cần. mỗi lần chỉnh liều, bạn sẽ cần mốt số xét nghiệm máu khác. Sau khi đạt được liều điều trị mong muốn, có thể bạn sẽ lặp lại xét nghiệm máu mỗi 6 tháng và sau đó mỗi năm một lần.

Suy giáp có thể được kiểm soát hoàn toàn bằng thuốc, miễn là bạn tuân thủ điều trị. Không bao giờ tự ý ngừng sử dụng thuốc nếu không có sự yêu cầu của bác sĩ.

Suy giáplà một bệnh thường gặp. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh sẽ gây ra những ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của bạn. Hãy đi khám bác sĩ nếu bạn có một trong những dấu hiệu trên. Mọi thông tin đều mang tính chất tham khảo.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-giap-bam-sinh/

Nội dung bài viết

Tổng quan về suy tuyến giáp bẩm sinh

Dấu hiệu nhận biết ở trẻ

Xét nghiệm chẩn đoán suy tuyến giáp bẩm sinh

Điều trị suy tuyến giáp bẩm sinh

Suy tuyến giáp có ảnh hưởng đến thể chất của trẻ?

Tầm soát suy tuyến giáp bẩm sinh ở Việt Nam

Theo thống kê trên toàn thế giới, cứ 3000 trẻ ra đời, sẽ có 1 em mắc bệnh suy giáp bẩm sinh. Hậu quả của bệnh để lại trên trẻ là vô cùng nặng nề. Nó làm ảnh hưởng đến học tập, sinh hoạt của trẻ. Ba mẹ hãy cùng tìm hiểu căn bệnh suy tuyến giáp ở trẻ sơ sinh trong bài viết dưới đây của Bác sĩ Phan Văn Giáo.

Suy tuyến giáp bẩm sinh là căn bệnh xuất hiện ngay khi trẻ chào đời. Hiện tượng lượng hormon tuyến giáp thấp hơn giới hạn bình thường gọi làsuy giáp. Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh là kết quả của một rối loạn bẩm sinh hay thiếu iod. Chính sự rối loạn này đã làm bất thường chức năng tạituyến giáp. Ngày nay, người ta chưa chứng minh được đây là bệnh di truyền.

Trước tuần thứ 13 của thai kỳ, thai nhi hoàn toàn phụ thuộc vào lượng hormon giáp do mẹ cung cấp. Lượng hormon này đảm nhiệm việc chuyển hóa năng lượng trong cơ thể. Nguồn năng lượng này cung cấp cho não bộ hình thành trong hai năm đầu đời.

Vì thế nếu thiếu hụt năng lượng cho não bộ, trẻ sẽ kém phát triển. Nếu không điều trị, bệnh còn có cách gọi khác là bệnh thiểu năng trí tuệ hay bệnh đần độn.

Triệu chứng điển hình của bệnhsuy giáp bẩm sinhlà vàng da kéo dài hơn so với sinh lý bình thường. Vàng da sinh lý bình thường kéo dài hai tuần. Vàng da này sẽ biến mất khi được điều trị. Đồng thời, trẻ sẽ không hồng hào mà xỉn màu.

Song song đó, bé kém vận động, thường xuyên buồn ngủ. Bé không nhạy cảm với âm thanh của môi trường. Bé sẽ ít khóc, khóc khàn, khóc yếu. Nghiêm trọng hơn, tình trạng thường xuyên bỏ bú và bú ít dễ khiến trẻ suy nhược.

Sắc mặt bé kém tỉnh táo ngay cả khi bú. Tay chân lạnh dù đã mang vớ. Lưỡi trẻ to, hay thè ra trước. Khoảng cách giữa hai mắt xa nhau.

Trong giai đoạn sau sơ sinh, thể tạng của bé có chiều hướng kém phát triển. Trẻ sẽ thấp bé, nhẹ cân hơn so với tuổi. Về tâm vận, em bé thụ động, không có khả năng tập trung. Trong học hành, bé khó tiếp thu, khó đọc hiểu. Trong sinh hoạt, em bé kém ghi nhớ, thụ động.

Tỷ lệ trẻ mắc suy giáp ở Việt Nam là 1:2500. Chương trình sàng lọc sơ sinh năm 1990 đã làm giảm đáng kể con số này. Số liệu tại bệnh viện Từ Dũ  năm 2013 cho thấy xét nghiệm ở 24.613 em, có 8 em mắcsuy giáp bẩm sinh.

Ba mẹ hoàn toàn có thể giúp trẻ phát hiện sớm bệnh. Việc tầm soát này khá đơn giản. Sau khi ra đời 48 tiếng, trẻ sẽ được lấy máu ở gót chân hay mu bàn tay. Máu trích này thấm vào giấy để làm xét nghiệm TSH. Kết quả máu cho thấy TSH cao, trẻ sẽ được tư vấn chuyên khoa nội tiết.

Những xét nghiệm khác mà có thể trẻ sẽ được thực hiện như chụp tuổi xương (đánh giá điểm cốt hóa cổ tay trái).

Suy giáp bẩm sinh ở trẻ sẽ chữa trị bằng liệu pháp thuốc Thyroxin. Trẻ sẽ bổ sung thuốc này hàng ngày. Trẻ sẽ được bác sĩ theo dõi máu trong hai năm đầu. Cùng lúc đó, bác sĩ sẽ theo dõi cân nặng và phát triển tâm vận của trẻ. Từ đó, nó giúp điều chỉnh liều dùng Thyroxin phù hợp.

Sau hai tuổi, việc theo dõi này sẽ giảm tần số xuống. Tuy nhiên, bác sĩ vẫn sẽ theo dõi đều đặn. Ba mẹ có thể mua thuốc theo kê đơn của bác sĩ. Tin vui là trẻ dưới 6 tuổi sẽ được điều trị miễn phí.

Việc điều trị đúng liều sẽ không gây hại gì đến trẻ. Thyroxin chỉ như một chất nội tiết thay thế tại giáp. Thế nhưng, uống không đủ liều, bệnhsuy giáp bẩm sinhsẽ trầm trọng hơn. Và về lâu dài, bệnh sẽ khó hồi phục. Nếu uống quá nhiều, trẻ sẽ gặp nhiều tác dụng phụ không mong muốn. Ví dụ như tiêu chảy, không tăng cân. Thậm chí trẻ sẽ “già trước tuổi” do rối loạn này.

Bệnh phát triển từ giai đoạn bào thai. Nhưng các dấu hiệu lâm sàng không xuất hiện ngay sau khi đẻ. Biểu hiện bệnh thường biểu hiện muộn hơn ở thời kỳ bú mẹ hay giai đoạn thanh thiếu niên. Điều trị bệnh tốt nhất là từ hai đến ba tuần đầu sau sinh. Chính vì thế nếu không chữa trị kịp thời, nó sẽ gây ra nhiều biểu hiện hệ lụy:

Chậm phát triển chiều cao.

Chậm phát triển cân nặng.

Răng, tóc mọc chậm.

Chậm dậy thì.

Kém tiếp thu trong học tập và đời sống.

Ba mẹ hãy lưu ý rằng mình chính là người giúp trẻ khỏe mạnh trở lại. Hãy giúp trẻ tầm soát bệnh. Đồng thời theo dõi  trẻ uống thuốc thỏa 2 tiêu chí: đúng – đều đặn. Ba mẹ cũng nên cho trẻ khám bác sĩ đúng hẹn.

Hiện nay ở Việt Nam, việc tầm soát sẽ thực hiện ngay khi sinh. Nếu bé không được sàng lọc ngay tại viện, ba mẹ cần dẫn trẻ đi sàng lọc sau đó. Những bệnh viện Nhi đồng uy tín trên toàn quốc có khoa nội tiết sẽ thực hiện xét nghiệm suy giáp chính xác.

Ở Hà Nội: Bệnh viện Nhi đồng Trung ương

Ở Thành Phố Hồ Chí Minh:  Bệnh viện Nhi đồng 1, Nhi đồng 2 và Nhi đồng Thành Phố.

Ngày nay, tại Việt Nam, bệnh suy giáp bẩm sinh ở sơ sinh và trẻ nhỏ đã không còn là mối lo ngại nữa. Ba mẹ hoàn toàn tầm soát căn bệnh tiềm ẩn này cho trẻ bằng chương trình sàng lọc sơ sinh. Triệu chứng củasuy giáp bẩm sinhkhá âm thầm vì vậy tầm soát sớm sẽ loại bỏ nguy cơ gây bệnh. Vì một sự phát triển tốt ở trẻ, ba mẹ hãy quan tâm đúng mức ngay khi sinh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-ho-hap/

Nội dung bài viết

Suy hô hấp là gì và cách phân loại suy hô hấp

Nguyên nhân gây suy hô hấp

Dấu hiệu suy hô hấp

Phân độ suy hô hấp

Điều trị tại nhà có được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán suy hô hấp như thế nào?

Điều trị suy hô hấp

Chăm sóc người bệnh như thế nào?

Biến chứng của suy hô hấp

Cách phòng ngừa hội chứng suy hô hấp

Suy hô hấp là một hội chứng rối loạn chức năng hô hấp. Đây là một trong những tình trạng nguy hiểm xảy ra ở phổi, có thể do nhiều nguyên nhân. Bệnh nhân khi gặp tình trạng này nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể tiến triển nặng. Thậm chí là tử vong. Chính vì vậy, bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Lâm Giang sẽ trình bày chi tiết về hội chứng này để bạn đọc tham khảo và hiểu biết sâu rộng hơn.

Suy hô hấp là trạng thái chức năng thông khí của hệ hô hấp và/hoặc chức năng trao đổi khí củaphổibị suy giảm cấp tính. Chúng ta hít khí ôxy từ không khí vào phổi và thở ra khí cacbonic. Hơi thở là yếu tố rất cần thiết để duy trì sự sống. Oxy phải đi từ phổi vào máu để đến các mô và cơ quan của con người hoạt động bình thường. Sự tích tụ cacbonic có thể làm suy yếu các mô và cơ quan, đồng thời ngăn cản hoặc làm gián đoạn quá trình cung cấp oxy cho cơ thể.1

Suy giảm hô hấp có nhiều cách phân loại khác nhau:2

Dựa vào vị trí, người ta chia suy hô hấp thành hai loại là suy hô hấp trên và suy hô hấp dưới.

Các tế bào hồng cầu trong máu có vai trò vận chuyển các khí máu như O2 và CO2 đi khắp cơ thể. Bình thường, nồng độ các chất khí sẽ ở mức cân bằng. Tuy nhiên, nồng độ các chất khí này có thể thay đổi khi cơ thể xuất hiện các bệnh lý, hoặc các bất thường ở tim, thận hay phổi.

PaCO2 và PaO2 là các chỉ số khí máu động mạch giúp cung cấp thông tin cụ thể về nồng độ O2 và CO2 trong động mạch. Từ đó giúp chẩn đoán các vấn đề liên quan suy hô hấp.

Dựa vào PaCO2 và PaO2, suy hô hấp được chia thành các loại suy hô hấp:

Thiếu oxy (khi PaO2 < 60 mmHg).

Thừa carbon dioxide (khi PaCO2 > 50 mmHg).

Hỗn hợp (Bao gồm cả thiếu oxy và thừa carbon dioxide).

Hệ tuần hoàn: dosuy tim trái, thuyên tắc phổi,…

Hệ hô hấp: do viêm phổi,phù phổi cấp,tràn khí màng phổi,…

Xét về yếu tố thời gian, suy hô hấp được chia thành:

Suy hô hấp cấp tính. Tương ứng với tình trạng khởi phát đột ngột ở đối tượng có chức năng hô hấp bình thường.

Suy hô hấp mạn tính. Tương ứng với tình trạng đã tồn tại dai dẳng trong một thời gian ở những bệnh nhân mắc các bệnh hô hấp mãn tính.

Suy hô hấp cấp tính trên nền mạn. Điều này tương ứng với sự trầm trọng thêm của suy hô hấp mãn tính mà không thể bù đắp bằng liệu pháp oxy và điều trị bằng thuốc đang diễn ra. Nguyên nhân do tình trạng nặng thêm của bệnh hô hấp mãn tính đã có do nhiễm trùng hoặc viêm cấp tính.

Cả hai bệnh lý cấp và mạn tính đều được chia thành 3 mức độ suy hô hấp:

Suy hô hấp độ 1: Đây là giai đoạn đầu của bệnh, là mức độ nhẹ nhất. Biểu hiện độ 1 là người bệnh cảm thấy khó thở khi làm việc nặng hoặc quá sức.

Suy hô hấp độ 2: Biểu hiện của độ 2 là triệu chứng khó thở diễn ra thường xuyên hơn. Lúc này, môi, đầu ngón tay, ngón chân của người bệnh thường bị tím tái.

Suy hô hấp độ 3: Đây là mức độ trầm trọng nhất của bệnh, tương tự như dấu hiệu ở giai đoạn 2. Tuy nhiên, các triệu chứng suy hô hấp đã ở mức độ nặng hơn, tình trạng khó thở xảy ra liên tục. Người bệnh bị rối loạn nhịp thở nặng, tím tái toàn thân.

Suy hô hấp cấp xảy ra nhanh chóng và tiến triển nặng dần. Tình trạng này thường được gây ra bởi một căn bệnh hoặc chấn thương ảnh hưởng đến hệ hô hấp. Chẳng hạn như:viêm phổi, chấn thương phổi hoặc tủy sống,đột quỵ,… Điều này giúp giải đáp thắc mắc suy hô hấp cấp là gì của nhiều bạn đọc.1

Vậy suy hô hấp mãn tính là gì? Suy hô hấp cũng có thể tiến triển một cách từ từ. Khi nó xảy ra, nó được gọi là suy hô hấp mạn tính. Các triệu chứng bao gồm khó thở hoặc cảm giác như bạn không có đủ không khí, mệt mỏi, không thể vận động bình thường như trước đây, buồn ngủ,…1

Cho dù bệnh là cấp tính hay mạn tính thì đều ảnh hưởng không hề nhỏ đến sức khỏe của chúng ta. Suy hô hấp cấp có thể tiến triển nặng và đe dọa tính mạng. Trong khi bệnh mạn tính có thể làm suy yếu dần chức năng của các cơ quan trong cơ thể. Từ đó làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống và làm giảm tuổi thọ.3

Có nhiều nhóm nguyên nhân gây suy giảm hô hấp. Tuy nhiên, cách phân loại sau đây là đơn giản, dễ hiểu và khá phổ biến:134

Những nguyên nhân tại phổi gây suy hô hấp ở trẻ em, ở người cao tuổi hoặc hội chứng suy giảm hô hấp cấp ở người lớn bao gồm:

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính(COPD).

Viêm phổi.

Phù phổi.

Xơ phổi.

Hen suyễn.

Tràn khí màng phổi.

Thuyên tắc phổi.

Hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS), hay hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển. Đây là một tình trạng đe dọa tính mạng, trong đó phổi không thể cung cấp đủ oxy. Nó thường xảy ra như một biến chứng của tình trạng sức khỏe nghiêm trọng hiện có.

COVID-19 có thể gây ra các biến chứng liên quan phổi như viêm phổi. Và một trong những trường hợp nghiêm trọng nhất là hội chứng suy hô hấp cấp tính. Bên cạnh đó, COVID-19 cũng có thể gây nhiễm trùng huyết, một biến chứng có thể gây tổn hại lâu dài cho phổi và các cơ quan khác.25

Bệnh suy hô hấp cấp liên quan đến nhiễmHIV.

Những nguyên nhân ngoài phổi có thể dẫn đến suy hô hấp sơ sinh, trẻ em, người lớn và người già bao gồm:

Hen tim.

Dùng thuốc quá liều thuốc.

Ngộ độc thuốc, hóa chất.

Bệnh nhược cơ.

Viêm đa dây thần kinh.

Bệnh bại liệt.

Chấn thương đầu.

Chấn thương cột sống cổ.

Béo phì.

Hội chứng suy hô hấp mạn tính.

Suy giáp(trẻ em và người lớn).

Những đối tượng nguy cơ cao bị suy hô hấp bao gồm:

Trẻsinh non: Trẻ em, đặc biệt là trẻ sinh non do cấu tạo cơ thể chưa hoàn thiện nên có nguy cơ mắc bệnh suy phổi cao hơn những trẻ khác.

Hút thuốc lá thường xuyên.

Uống rượu quá mức.

Có tiền sử gia đình mắc bệnh hoặc tình trạng hô hấp.

Bịchấn thương cột sống, não hoặc ngực.

Có một hệ thống miễn dịch bị tổn hại (suy giảm miễn dịch bẩm sinhhoặc mắc phải).

Mắc các bệnh hô hấp mãn tính, chẳng hạn nhưung thư phổi, COPD hoặc hen suyễn.

Các triệu chứng suy hô hấp cấp tính hay mạn tính xuất hiện tùy thuộc vào nguyên nhân cũng như mức độ suy hô hấp:4

Suy hô hấp do thiếu oxy: Người bệnh thường cảm thấy mệt mỏi, khó thực hiện các hoạt động bình thường như hàng ngày. Do thiếu oxy nên bệnh nhân khó thở, thường xuyên có cảm giác như không có không khí để thở. Bên cạnh đó, người bệnh sẽ cảm thấy buồn ngủ diễn ra vào ban ngày rất thường xuyên. Ngón tay, ngón chân và môi xanh xao, nhợt nhạt.

Suy hô hấp do nồng độ CO2 trong máu tăng cao: Giảm thị lực, nhìn mờ, đau đầu, lú lẫn, mạch nhanh, thở gấp. Những biểu hiện suy hô hấp cấp thường diễn ra rầm rộ hơn biểu hiện suy hô hấp mạn. Ở trẻ em, đặc biệt là trẻ sơ sinh, chức năng phổi bị suy giảm có thể có các triệu chứng như thở nhanh, da và môi nhợt nhạt.

Khó thở. Chức năng hô hấp của phổi bị ảnh hưởng nặng dẫn đến tình trạng khó thở, thiếu oxy máu kèm theo tăng hoặc không tăng cacbonic trong máu.

Thở nhanh. Tình trạng thở nhanh nhằm bù vào lượng oxy cung cấp thiếu.

Rối loạn nhịp thở. Bệnh nhân có thể tăng nhịp thở hoặc giảm nhịp thở cần phải được hỗ trợ hô hấp.

Da xanh tím, tím tái. Tình trạng thiếu oxy trong máu sẽ gây xanh tím cơ thể, nếu tăng nhiều PaCO2 trong máu thì người bệnh sẽ trở nên đỏ tía, vã mồ hôi.

Rối loạn ý thức. Bệnh nhân có dấu hiệu lơ mơ, phản ứng chậm với các kích thích, li bì hoặc nặng hơn làhôn mê.

Rối loạn chức năng hệ tim mạch. Bệnh nhân mắc viêm phổi suy hô hấp cấp tính có thể bị rối loạn nhịp tim, huyết áp không ổn định, thậm chí ngừng tim.

Rối loạn chức năng hệ thần kinh. Tình trạng thiếu oxy trong máu sẽ ảnh hưởng đến não ở nhiều mức độ.

Các triệu chứng của tình trạng mạn tính thường không được chú ý. Vì chúng có diễn tiến chậm trong một khoảng thời gian dài. Khi bệnh tiến triển, các triệu chứng có thể bao gồm:

Khó thở hoặc thở gấp, đặc biệt là khi bạn vận động.

Ho khạc đàm.

Thở nhanh.

Khò khè.

Da, môi, móng tay có màu hơi xanh, tím tái.

Mệt mỏi.

Lo âu.

Lẫn lộn, bứt rứt.

Người bệnh chỉ bị giảm nhẹ SpO2 trong máu, khó thở nhẹ và có thể tự phục hồi hoặc được kiểm soát bằng một số loại thuốc. Vậy SpO2 bao nhiêu là suy hô hấp? Theo bệnh học suy hô hấp, chỉ số SpO2 dưới 95% là dấu hiệu của tình trạng suy hô hấp có thể đang tiến triển với người bệnh. Cụ thể như sau:

Chỉ số SpO2 dao động từ 90 – 93%: Chỉ số oxy trong máu là thấp.

SpO2 dưới 92% với người bệnh không thở oxy và dưới 95% với người bệnh đang thở oxy: Đây chính là dấu hiệu của suy hô hấp.

Chỉ số SpO2 dưới 90%: người bệnh bị suy hô hấp và cần được cấp cứu trên lâm sàng.

Trong suy hô hấp bệnh học mức độ nặng¸ bác sĩ có thể kiểm soát bệnh được bằng thuốc và một số thủ thuật không đáng kể. Tuy nhiên cần điều trị sớm kết hợp theo dõi phòng ngừa những biến chứng.

Yêu cầu phải can thiệp bằng thủ thuật càng sớm càng tốt nhằm cứu sống bệnh nhân. Sau đó mới dùng thuốc hoặc dùng thuốc từ đầu nhằm làm giảm các triệu chứng nặng.

Vậy liệu rằng suy hô hấp có nguy hiểm không? Có thể xử trí suy hô hấp tại nhà được hay không? Suy hô hấp nói chung là một tình trạng khẩn cấp, có thể tiến triển nặng bất cứ lúc nào và đe dọa tính mạng của người bệnh. Chính vì vậy, các chuyên gia y tế khuyên chúng ta nên xử trí suy hô hấp tại các cơ sở y tế. Đồng thời không nên tự ý điều trị tại nhà bằng các phương pháp hoặc kinh nghiệm dân gian.

Người bệnh cần gặp bác sĩ, đặc biệt là các bác sĩ cấp cứu hô hấp khi có các triệu chứng nặng, cần được can thiệp y tế kịp thời. Các triệu chứng nghiêm trọng cần lưu ý để kịp thời đến cơ sở y tế bao gồm:

Khó thở hoặc thở nhanh.

Mệt mỏi, cản trở các hoạt động thường ngày của người bệnh.

Luôn trong trạng thái buồn ngủ.

Người bệnh xanh xao, nhợt nhạt.

Nhịp tim nhanh, thở nhanh.

Đau đầu, lú lẫn.

Giảm sút thị lực.

Bất tỉnh.

Khi xuất hiện dấu hiệu suy hô hấp hoặc những tổn thương nguy cơ gây suy hô hấp, người bệnh cần nhanh chóng đến các cơ sở y tế gần nhất. Nếu không thể tự đến thì nhờ người thân đưa đi. Nguyên tắc cấp cứu và điều trị bệnh là đánh giá tình trạng, xác định nguyên nhân. Sau đó là xử trí suy giảm hô hấp cấp bao gồm: thông khí cơ học cùng với chế độ bảo vệ phổi, cân bằng dịch, ngăn ngừa biến chứng.

Để chẩn đoán bệnh, các bác sĩ sẽ tiến hành khám bệnh và khai thác bệnh sử của bệnh nhân. Đặc biệt là các bệnh lý về hô hấp. Dựa vào những triệu chứng bất thường ban đầu, các bác sĩ sẽ lập ra bệnh án suy hô hấp. Đồng thời, lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân suy hô hấp.

Các bước thăm khám, chẩn đoán bệnh bao gồm:14

Thăm khám màu sắc da, môi, đầu chi của người bệnh;

Đo nhịp tim;

Nghe phổi và kiểm tra động tác bất thường khi thở;

Đo huyết áp, đo thân nhiệt.

Sau các bước thăm khám sơ bộ, bác sĩ sẽ chỉ định bệnh nhân thực hiện thêm các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán suy hô hấp:14

Xét nghiệm máu. Nhằm phát hiện nguyên nhân gây suy giảm chức năng phổi cũng như rối loạn hoạt động của các cơ quan khác trong cơ thể.

Xét nghiệm đàm xem có viêm nhiễm hay không.

Nội soi khí phế quản để phát hiện khối u và những nguyên nhân khác gây hẹp hoặc tắc nghẽn đường thở.

Chụp x-quangphổi hoặc cắt lớp vi tính lồng ngực.

Đo điện tim.

Sinh thiếtphổi để chẩn đoán ung thư phổi.

Xét nghiệm khí máu động mạch để xác định các rối loạn hô hấp, tình trạng toan kiềm trong máu.

Từ những kết quả thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng kết hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán suy hô hấp, các bác sĩ sẽ đưa ra chẩn đoán xác định. Đồng thời lập kế hoạch chăm sóc người bệnh suy hô hấp.

Mục đích chính của việc điều trị suy giảm hệ hô hấp chính là đưa oxy đến phổi và các cơ quan khác, đồng thời loại bỏ carbon dioxide ra khỏi cơ thể người bệnh. Bên cạnh đó, các phương pháp điều trị còn giúp loại bỏ các tác nhân gây bệnh, hạn chế những biến chứng nguy hiểm, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Phác đồ điều trị suy hô hấp cấp là tăng cường lượng O2 vào phổi, hỗ trợ phổi hoạt động tốt hơn. Các phương pháp hỗ trợ điều trị suy hô hấp bao gồm thở oxy mũi, thở oxy qua mask, qua nội khí quản. Kết hợp với các biện pháp khác như:34

Thuốc điều trị suy hô hấp. Điển hình như: Điều trị nhiễm khuẩn bằngthuốc kháng sinh, giảm sự tích tụ dịch trong phổi bằng thuốc lợi tiểu.

Hỗ trợ hô hấp đối với những trường hợp bị giảm thông khí.

Vỗ, rung vùng ngực, kích thích ho để giải thoát đàm ứ đọng trong phổi. Đây là một trong những biện pháp tiếp cận bệnh nhân suy giảm hô hấp khá đơn giản và dễ thực hiện.

Áp dụng phương pháp ECMO hay còn gọi là oxy hóa màng ngoài cơ thể. Mục đích nhằm hỗ trợ chức năng sống của bệnh nhân suy hô hấp ở mức nặng.

Xử trí ban đầu: Việc xử trí ban đầu suy hô hấp cấp là phải hướng tới đảm bảo thông khí giúp thông thoáng đường thở, cung cấp oxy, thải CO2. Và điều quan trọng nhất là cần tìm nguyên nhân và xử trí nguyên nhân. Nếu có các dấu hiệu đầu tiên của suy hô hấp thì mọi người cần liên hệ ngay các cơ sở y tế gần nhất để có hướng xử trí kịp thời, giúp ngăn ngừa bệnh nặng hơn.

Trong tiếp cận suy hô hấp cấp, vấn đề điều trị được đặt lên hàng đầu nhằm cứu sống bệnh nhân, hạn chế tối những biến chứng nếu có thể. Các bước điều trị bao gồm:4

Hỗ trợ hô hấp bằng liệu pháp oxy.

Điều trị bằng các loại thuốc hô hấp. Điển hình là thuốc kháng sinh, thuốc giãn phế quản và các thuốc kháng viêmCorticoide. Tùy theo trạng thái tỉnh táo của người bệnh mà các loại thuốc này có thể sử dụng đường uống, đường phun khí dung hoặc đường tĩnh mạch.

Điều trị suy hô hấp mạn bằng các biện pháp hỗ trợ lâu dài, đồng thời phòng ngừa những đợt cấp. Tình trạng này có thể được kiểm soát tại nhà. Một số biện pháp giúp điều trị suy hô hấp mạn bao gồm:4

Hỗ trợ dinh dưỡng: Đảm bảo cơ thể nhận đủ các chất dinh dưỡng cần thiết, tăng cường sức đề kháng.

Vật lý trị liệu: Phương pháp này giúp duy trì sức mạnh cơ thể, thúc đẩy nhanh quá trình hồi phục hô hấp của người bệnh.

Phục hồi chức năng phổi: Người bệnh sẽ được bác sĩ hướng dẫn các bài tập cải thiện mức oxy, phục hồi chức năng phổi.

Thực hiện tiêm ngừa đầy đủ các vắc xin phòng ngừa cúm,vắc xin phế cầuhàng năm.

Trong trường hợp, suy hô hấp mạn trở nên nghiêm trọng, các phương pháp điều trị có thể bao gồm:7

Điều trị nguyên nhân gây suy hô hấp (có thể được chỉ định dùng thuốc).

Loại bỏ CO2 dư thừa trong máu.

Tăng nồng độ oxy trong máu.

Trong chăm sóc bệnh nhân suy hô hấp, việc tìm và điều trị nguyên nhân là rất cần thiết đối với cả suy hô hấp cấp và mạn tính. Việc điều trị nhằm vào giải quyết triệt để nguyên nhân, hoặc làm giảm tối đa sự ảnh hưởng của bệnh nguyên gây suy hô hấp. Điển hình như:

Điều trị các bệnh lý hô hấp: viêm phổi,lao phổi, tràn khí màng phổi, u phổi,…

Các bệnh lý ngoài hệ hô hấp: nhược cơ,suy tim, bệnhvan tim, nhiễm trùng huyết,…

Bệnh lý hệ thần kinh: đột quỵ,chấn thương sọ não, tủy sống,…

Bác sĩ cần tư vấn người bệnh tuân thủ những biện pháp điều trị, cũng như kế hoạch tự chăm sóc, theo dõi tại nhà. Người bệnh cần ghi nhớ một số lưu ý sau để việc phục hồi chức năng phổi được hiệu quả hơn:4

Mức oxy và cacbonic cần một thời gian dài mới khôi phục về trạng thái bình thường. Do đó, người bệnh cần thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày một cách từ từ, chậm rãi hơn; tránh làm các triệu chứng khó thở tái diễn.

Tập bỏ thói quen hút thuốc lá là cách giúp phòng tránh các bệnh lý đường hô hấp cho bản thân, gia đình và những người xung quanh.

Hạn chế hoặc tránh sử dụng các chất kích thích,rượu bia,…

Thực hiện tiêm ngừa đầy đủ các vắc xin phòng ngừa cúm, phế cầu hàng năm theo khuyến cáo của Bộ Y tế.

Khi có các triệu chứng bất thường, cần đến ngay cơ sở y tế để được thăm khám, chẩn đoán chính xác và can thiệp kịp thời.

Suy giảm hệ hô hấp là một bệnh lý có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm. Thậm chí là đe dọa tính mạng người bệnh nếu không được cấp cứu và điều trị kịp thời, đúng cách. Do đó, các chuyên gia khuyến cáo người bệnh cần đến ngay các cơ sở y tế gần nhất để được thăm khám, chẩn đoán chính xác tình trạng và điều trị kịp thời.

Các biến chứng nguy hiểm của tình trạng suy giảm chức năng hô hấp gồm:34

Các biến chứng ở phổi như: thuyên tắc phổi, xơ phổi, viêm phổi, tràn khí màng phổi…

Xuất huyết tiêu hóa.

Rối loạn nhịp tim.

Chấn thương, tổn thương não.

Suy gan.

Suy thận.

Đe dọa tính mạng gây tử vong.

Tất cả nguyên nhân dẫn đến tình trạng không thể được phòng ngừa 100%. Tuy nhiên, để phòng ngừa viêm phổi và một số căn bệnh liên quan hô hấp khác, bạn có thể thực hiện một số phương pháp sau:

Bỏ hút thuốc lá không chỉ bảo vệ bản thân mà còn cho gia đình và những người xung quanh.

Luyện tập thể dục thể thao thường xuyên để tăng cường chức năng hệ hô hấp.

Thiết lập thực đơn ăn uống khoa học, bổ sung đầy đủ chất dinh dưỡng cần thiết, kiểm soát cân nặng, cân bằng cảm xúc.

Tuân thủ đúng phác đồ điều trị của bác sĩ khi mắc bệnh phổi mạn tính hoặc các bệnh lý khác có thể ảnh hưởng đến hệ hô hấp.

Tiêm vắc xin phòng viêm phổi do phế cầu khuẩn, não mô cầu khuẩn, vi khuẩn Hib và biến chứng viêm phổi do cúm. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây biến chứng suy hô hấp.

Nói tóm lại,suy hô hấplà một tình trạng cấp tính và tiến triển nhanh chóng. Biến chứng nặng nhất là đe dọa tính mạng và dẫn đến tử vong. Vì vậy, mỗi người chúng ta nên trang bị tốt kiến thức về hội chứng này. Mục đích là để bảo vệ bản thân, bảo vệ gia đình. Cũng như để điều trị kịp thời khi có suy giảm hô hấp xảy ra, hạn chế tối đa những biến chứng và di chứng về sau.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-nhuoc-co-the-nhung-luu-y-tu-the-chat-den-tam-ly/

Nội dung bài viết

Dấu hiệu của suy nhược cơ thể?

Nguyên nhân suy nhược cơ thể

Cải thiện suy nhược cơ thể

Bạn có thường xuyên mệt mỏi, dễ bệnh hay uể oải cả ngày? Có thể bạn đang trải qua suy nhược cơ thể. Suy nhược cơ thể là cảm giác cơ thể mệt mỏi và suy yếu. Nó được mô tả là thiếu năng lượng để sinh hoạt và làm việc. Người suy nhược cơ thể nghiêm trọng có thể không cử động được cơ thể của mình như mong muốn.

Suy nhược có thể ở một số khu vực nhất định trên cơ thể. Một số khác có thể bị suy nhược toàn thân.

Bạn cảm thấy yếu ở một vùng trên cơ thể. Bạn cũng không thể di chuyển phần cơ thể đó một cách hiệu quả. Một số biểu hiện cụ thể:

Cử động chậm chạp.

Run không kiểm soát được.

Co giật cơ.

Chuột rút cơ.

Suy yếu vùng cơ nhất định.

Nó khiến cơ thể bạn cảm thấy suy sụp, tương tự như khi bị cảm cúm. Đôi lúc mệt mỏi, nhưng cũng có bạn suy nhược toàn thân mà không cảm thấy mệt.

Cần liên hệ với bác sĩ nếu có các triệu chứng:

Hoa mắt.

Chóng mặt.

Ảo giác.

Khó phát âm lời nói.

Thay đổi tầm nhìn.

Đau ngực.

Khó thở.

Bạn cần sớm nhận biết nguyên nhân gây suy nhược cơ thể để tìm cách chữa trị căn bệnh từ gốc. Tránh để tình trạng này kéo dài gây mệt mỏi.

Thiếu máu

Thiếu máu

Thể hiện qua các triệu chứng như mệt mỏi, nhức đầu, khó chịu, ớn lạnh… Đặc biệt với phụ nữ, đây là nguyên nhân phổ biến gây ra tình trạng mệt mỏi, suy nhược cơ thể sau sinh. Phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt kéo dài, mắcu xơ tử cunghay polyp tử cung sẽ khiến tình trạng thiếu máu trở nên trầm trọng hơn.

Đau cơ xơ hóa

Đau cơ xơ hóa

Những người bị đau cơ xơ hóa thường gặp phải các vấn đề suy nhược như mệt mỏi, ảnh hưởng giấc ngủ, trí nhớ và tâm trạng.

Viêm khớp dạng thấp

Viêm khớp dạng thấp

Điều này có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt thường ngày.Viêm khớpmắt cá, khớp gối hoặc khớp bàn chân có thể gây khó khăn cho bạn khi đi đứng và cúi người. Viêm khớp trong thời gian dài sẽ khiến cơ thể như không còn sức lực.

Bệnh tiểu đường

Bệnh tiểu đường

Tiểu đường không phụ thuộc insulin là dạng phổ biến nhất của bệnh tiểu đường. Khi ấy, cơ thể bạn không sản xuất đủ lượng insulin hoặc sử dụng insulin không đúng cách. 90% đến 95% bệnh nhân tiểu đường mắc tiểu đường tuýp 2. Người mắc tiểu đường tuýp 2 sẽ thấy mệt mỏi, uể oải, hay khát, đói, đi tiểu nhiều, sụt cân…

Một số nguyên nhân khác bao gồm: cảm cúm,bệnh tuyến giáp, suy tim sung huyết, thiếu vitamin B12, tác dụng phụ của thuốc, khi dùng thuốc an thần nhẹ để điều trị lo âu, sử dụng quá liều vitamin, ngộ độc…

Vấn đề sức khỏe tâm thần: trầm cảm hay lo âu

Vấn đề sức khỏe tâm thần: trầm cảm hay lo âu

Tình trạng căng thẳng kéo dài hoặc liên tục sẽ dẫn đến các rối loạn sức khỏe tâm thần. Đó là nguy cơ khiến cơ thể trở nên mệt mỏi trầm trọng hơn. Trầm cảm sẽ khiến bạn chán nản, uể oải cả ngày, ăn nhiều hoặc ít hơn bình thường, rối loạn giấc ngủ cùng những triệu chứng suy nhược như hồi hộp, lo lắng, tim đập nhanh, đổ mồ hôi nhiều…

>> Stress khiến bạn mệt mỏi nhưng cũng là một phần của cuộc sống. Tại sao không thử học cách “kết bạn” với nó? Tìm hiểu thêm tại bài viết:Sống hòa hợp với stress: Nhận diện người bạn đường.

Rối loạn về giấc ngủ

Rối loạn về giấc ngủ

Bạn sẽ gặp một số dấu hiệu phổ biến như khó đi vào giấc ngủ, ngủ ít hơn, ngủ không ngon giấc, hay thức giấc giữa đêm… Những triệu chứng này sẽ khiến cơ thể mệt mỏi vào ban ngày và dẫn đến các rối loạn vận động như làm rơi đồ hay té ngã.

Cácrối loạn giấc ngủtrong đó có chứng ngưng thở khi ngủ sẽ dẫn đến sự suy giảm lượng oxy có trong máu. Điều này gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng tim mạch và não bộ, lâu dần khiến cơ thể suy nhược nặng.

Tình trạng suy nhược sẽ khiến bạn gặp nhiều khó khăn trong sinh hoạt, ảnh hưởng đến công việc và đời sống. Thế nên, hãy điều chỉnh lại lối sống hay nhờ đến sự can thiệp từ bác sĩ chuyên khoa để chọn cách điều trị phù hợp.

Ngay khi cảm nhận được những dấu hiệu suy nhược, bạn cần sớm đến gặp bác sĩ chuyên khoa để chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh. Bác sĩ chính là người sẽ giúp bạn xác định chính xác nguyên nhân khiến cơ thể mệt mỏi, suy nhược và đưa ra kế hoạch điều trị phù hợp nhất.

Nên giảm stress trong cuộc sống, công việc và học tập. Cân bằng sức khỏe thể chất lẫn tâm lý.

Dù có thể bạn chẳng hề muốn bước chân ra khỏi phòng nhưng hãy cố gắng ngồi dậy, vận động tay chân nhẹ nhàng để máu huyết được lưu thông. Hãy chú ý hít thở để giải tỏa căng thẳng và giải phóng suy nghĩ khỏi những áp lực thường ngày.

Bổ sung thực phẩm dinh dưỡng cho người bị suy nhược là rất cần thiết để cơ thể nhanh chóng lấy lại năng lượng. Bạn hãy thử tham khảo một số thực phẩm gợi ý để cơ thể nhanh lấy lại năng lượng:

Chuối.

Chất béo từ cá.

Gạo lứt.

Khoai lang.

Cà phê.

Trứng.

Táo.

Sôcôla đen.

Bột yến mạch.

Sữa chua.

Bơ.

Cam.

Dâu tây.

Thực phẩm hạt/Hạt ngũ cốc.

Các loại đậu.

Trà xanh.

Rau xanh.

Củ cải đường.

Suy nhược cơ thểsẽ không còn đáng lo nếu bạn có những thay đổi trong lối sống cũng như điều trị kịp thời bệnh lý căn nguyên. Bạn hãy sớm lưu ý đến những bất thường là dấu hiệu cảnh báo cơ thể đang suy nhược để điều trị sớm và tận hưởng cuộc sống.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-nhuoc-than-kinh-nguy-co-dan-den-tram-cam/

Nội dung bài viết

Suy nhược thần kinh là gì?

Nguyên nhân gây ra suy nhược thần kinh

Những nhân tố thúc đẩy hình thành bệnh

Triệu chứng điển hình

Người mắc chứng suy nhược thần kinh nên làm gì?

Phòng ngừa bệnh suy nhược thần kinh như thế nào?

Suy nhược thần kinh là một định nghĩa khá quen thuộc và thường gặp trong y học. Chứng suy nhược thần kinh có liên quan chặt chẽ đến trạng thái trầm cảm và có xu hướng ngày càng gia tăng. Độ tuổi mắc bệnh ngày càng trẻ hoá.

Suy nhược thần kinh còn được gọi là rối loạn thần kinh tim, suy nhược mạn tính, hội chứng Da Costa, hội chứng căng thẳng, “trái tim người lính”, suy nhược bán cấp.

Đây là hội chứng biểu hiện các cảm giác đau hoặc tê ở các bộ phận khác nhau của cơ thể, mệt mỏi, yếu người, lo lắng và ngất xỉu. Ngoài ra có thể bao gồm các triệu chứng: nhịp tim nhanh, không đều (đánh trống ngực), tay và chân đổ mồ hôi; thở nhanh bất thường; chóng mặt hoặc ngất xỉu; đổ mồ hôi nhiều.

Nói nôm na suy nhược thần kinh có thể hiểu là suy sụp tinh thần. Đây là tình trạng hoạt động của hệ thần kinh bị rối loạn khiến cảm xúc và thể chất của một người bị kích thích, ức chế tạm thời. Người mắc hội chứng suy nhược thần kinh không còn hứng thú với bất kỳ điều gì, luôn cảm thấy cơ thể uể oải mệt mỏi kéo dài, đau đầu triền miên, dễ bị kích động…

Suy nhược thần kinh là vấn đề không thể xem nhẹ vì đây là dấu hiệu của các vấn đề sức khỏe tâm thần như trầm cảm, chứng rối loạn lo âu, tâm thần phân liệt… Nếu không được can thiệp sớm sẽ ảnh hưởng rất lớn đến tình trạng người bệnh.

Nguyên nhân của suy nhược thần kinh vẫn chưa được biết. Tuy nhiên, cũng như hầu hết các rối loạn khác, có thể do di truyền, nghề nghiệp (tính chất căng thẳng), tuổi tác (xảy ra trong khoảng từ 20 đến 55 tuổi) và giới tính (chủ yếu ở nam giới). Bệnh gặp ở người lao động trí óc nhiều hơn ở chân tay, ở thành thị lớn hơn ở nông thôn.

Do những nhân tố gây chấn thương tinh thần tác động trên người bệnh, kéo dài dẫn đến suy nhược thần kinh (thất bại trong công việc và đời sống, mâu thuẫn và bất hòa với tập thể, gia đình bất hòa, mất người thân,…). Thường là nhiều sang chấn tích lại, cường độ cao, làm cho người bệnh luôn ở trạng thái lo âu, căng thẳng nội tâm. Nếu không tìm ra được phương hướng giải quyết, tình trạng ức chế tinh thần tiếp diễn khiến người bệnh luôn ở trạng thái tự kiềm chế làm bệnh phát sinh.

Ngoài ra, nguyên nhân còn do một người có quá nhiều sang chấn tâm lý (stress), rất ít thời gian để nghỉ ngơi giải trí, là yếu tố thuận lợi để cho bệnh phát sinh hay phát triển.

Bệnh suy nhược thần kinh thường phát triển thầm lặng sau một thời gian căng thẳng tinh thần trường diễn và bộc lộ rõ khi gặp thêm một nhân tố thúc đẩy. Các nhân tố thúc đẩy như: người có thần kinh yếu, lao động trí óc quá mức, cuộc sống quá căng thẳng, nơi sống và nơi làm việc có nhiều nhân tố kích thích, tiếng ồn, điều kiện làm việc phức tạp, mắc bệnh viêm nhiễm mạn tính: viêm loét dạ dày, viêm đại tràng; những bệnh nhiễm độc mạn tính: nhiễm độc rượu, thiếu dinh dưỡng kéo dài, kiệt sức…

Suy nhược thần kinh là một rối loạn tâm thần do căng thẳng hoặc lo lắng. Các triệu chứng có thể bao gồm:

Yếu hoặc mệt mỏi, có thể đi kèm với đau ngực.

Nhịp tim dữ dội có thể không đều (đánh trống ngực, nhịp tim nhanh).

Lạnh tay và chân.

Thở nhanh bất thường.

Chóng mặt hoặc ngất xỉu.

Đổ mồ hôi nhiều

Bồn chồn.

Cảm thấy bất lực, vô vọng.

Né tránh, không muốn đến chỗ đông người hay tham gia các hoạt động/sự kiện xã hội thông thường.

Khó tập trung và hay quên mất những việc/sự kiện đơn giản trong ngày.

Cảm xúc thay đổi thất thường: Cảm thấy lo lắng, chán nản, dễ khóc và liên tục cáu gắt không rõ lý do, dễ cáu giận, nổi nóng hơn bình thường hoặc có cảm giác dễ tủi thân, ức chế cảm xúc, hồi hộp lo lắng thái quá…

Thiếu động lực và hứng thú với mọi thứ xung quanh.

Bỗng dưng thiếu quan tâm đến mọi người, khó hòa đồng và không còn khoan dung với người khác.

Mất ngủ, ngủ quá nhiều và đau đầu âm ỉ.

Bên cạnh liên tục bị đau đầu, choáng váng không rõ nguyên nhân, có thể bạn sẽ bị mất ngủ, ngủ không sâu giấc, thường xuyên gặp ác mộng. Điều này khiến cơ thể không được nghỉ ngơi đầy đủ. Nhưng cũng có đôi khi bạn lại ngủ quá nhiều, buồn ngủ không thể kiểm soát. Tuy nhiên lại cảm thấy cơ thể mệt mỏi, uể oải. Đây là triệu chứng điển hình nhất khi thần kinh bị suy nhược.

Suy nhược thần kinh kéo dài thường là nguyên nhân của cáctriệu chứng stress, căng thẳng quá độ, mất ngủ, đau đầu kéo dài,trầm cảm, rối loạn ảo giác,… Do đó, nếu thấy các biểu hiện của chứng suy nhược thần kinh, bạn nên đi khám tại các cơ sở y tế để được tầm soát sớm.

Bạn không nên tự ý dùng thuốc điều trị về thần kinh, an thần. Bởi vì các bác sĩ sẽ chẩn đoán chính xác tình trạng và mức độ bệnh để đưa những biện pháp điều trị thích hợp. Đôi khi biện pháp điều trị là chỉ cần thay đổi lối sống sinh hoạt không cần phải dùng thuốc. Do vậy, bạn đừng quá lạm dụng thuốc khi thần kinh đang bị suy nhược.

Thực hiện một lối sống lành mạnh, thường xuyên thư giãn tinh thần và thể chất là lời khuyên tốt nhất dành cho bạn:

Lối sống sinh hoạt lành mạnh: ăn uống dinh dưỡng, nghỉ ngơi đầy đủ. Không lạm dụng chất kích thích như thuốc lá, rượu bia,..

Tránh các nguyên nhân gây căng thẳng như mâu thuẫn, xung đột, ức chế trong cuộc sống… Bạn nên tìm cách giải toả áp lực, tâm sự, chia sẻ với người thân, bạn bè những vấn đề trong công việc, cuộc sống.

Nếu sức khỏe có vấn đề thì nên thăm khám đầy đủ, tuân thủ liệu trình điều trị. Tránh làm bệnh nặng thêm, khiến ảnh hưởng đến tinh thần.

Tập luyện thể dục, thư giãn tinh thần, thể chất bằng các bài tập nhẹ nhàng, nhưthiềnhayyoga,…

Bệnh thần kinh suy nhược có thể chữa khỏi và phòng ngừa được. Người bệnh suy nhược thần kinh cần lưu ý:

Xây dựng mối quan hệ tốt giữa các thành viên trong gia đình, cơ quan, tập thể, tránh các chấn thương tâm thần mạn tính.

Khắc phục các tình trạng căng thẳng, mệt mỏi. Cân đối giữa thời gian làm việc và thời gian thư giãn, nghỉ ngơi .

Tránh nguồn ô nhiễm tiếng ồn ở môi trường làm việc cũng như nơi ở.

Luôn lạc quan, yêu đời và tạo cho mình niềm vui trong công việc và cuộc sống;

Ăn uống đủ chất, đảm bảo giấc ngủ, rèn luyện thân thể thường xuyên, phát hiện điều trị kịp thời bệnh hiện có.

Suy nhược thần kinhlà hội chứng phổ biến và ngày càng gia tăng ở những người trẻ trong thời đại công nghệ. Để phòng tránh và ngăn ngừa bệnh tiến triển thành trầm cảm, bạn nên thực hiện một lối sống lành mạnh, tránh các nguyên nhân gây căng thẳng thần kinh kéo dài.

Ảnh hưởng của stress lên da là một vấn đề được nhiều người quan tâm. Căng thẳng hay stress phát sinh khi con người chịu áp lực về tinh thần, thể chất hoặc cảm xúc. Cùng Youmed tìm hiểu thêm nhé!

Xem thêm:Ảnh hưởng của stress đối với làn da

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-thuong-than-thu-phat/

Nội dung bài viết

Suy thượng thận thứ phát là gì?

Nguyên nhân gây ra suy thượng thận thứ phát là gì?

Các triệu chứng của suy tuyến thượng thận thứ phát là gì?

Làm thế nào để chẩn đoán suy tuyến thượng thận thứ phát?

Điều trị suy tuyến thượng thận thứ phát như thế nào?

Khi nào cần gặp bác sĩ? Khám bác sĩ chuyên khoa nào?

Liệu người bệnh suy tuyến thượng thận thứ phát có thể sống bình thường?

Làm thế nào để ngăn ngừa suy thượng thận thứ phát?

Cơ thể người có 2 tuyến thượng thận nằm phía trên 2 thận. Tuyến thượng thận tạo ra các hormone quan trọng để duy trì các chức năng quan trọng của cơ thể. Khi tuyến thượng thận không tạo ra đủ các hormone đó. Người bệnh sẽ mắc phải tình trạng gọi là suy tuyến thượng thận (hay suy vỏ thượng thận). Suy thượng thận thứ phát là dạng thường gặp nhất của suy thượng thận. Trong bài viết này, mời bạn cùng Bác sĩ Đỗ Trúc Anh tìm hiểu nguyên nhân, biểu hiện lâm sàng cũng như điều trị của suy tuyến thượng thận thứ phát nhé!

Trước khi tìm hiểu suy thượng thận thứ phát là gì, chúng ta hãy cùng tìm hiểu về vai trò của các hormone tuyến thượng thận đối với cơ thể người.

Tuyến thượng thậnbình thường có 2 phần: phần bên trong gọi là tủy thượng thận, phần bên ngoài hay còn được gọi là phần vỏ thượng thận.

Phần bên trong sản xuất epinephrine (còn gọi làadrenaline). Phần vỏ bên ngoài của tuyến thượng thận tạo ra hai hormone steroid quan trọng cần thiết cho sự sống làcortisolvà aldosterone. Hai loại hormone này có vai trò như sau:1

Cortisol huy động các chất dinh dưỡng, ức chế các phản ứng viêm, kích thích gan tăng tạo đường, làm tăng lượng đường trong máu và đồng thời cũng giúp điều hòa lượng nước trong cơ thể.

Aldosterone điều hòa lượng muối, kali và nước trong cơ thể qua đó điều chỉnh thể tích máu và huyết áp.

Vỏ thượng thận cũng sản xuất các hormone giới tính được gọi làandrogenthượng thận. Trong số này quan trọng nhất là DHEA (dehydroepiandrosterone).

Suy thượng thậnthứ phát là tình trạng thiếu hormoneACTHkhiến cơ thể không sản xuất đủ cortisol.

Việc sản xuất cortisol được kiểm soát bởi hoạt động của ACTH. ACTH được sản xuất từtuyến yên(pituitary). Sau đó, hormon này chịu kiểm soát từ hormon CRH tạo ra bởi vùng dưới đồi (hypothalamus) ở trong não. Cả 3 hormon tạo thành trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận.

Nếuvùng dưới đồihoặc tuyến yên bị tổn thương, ACTH được sản xuất ít hơn. Điều này có thể dẫn đến sự thiếu hụt một phần hoặc toàn bộ cortisol, sản xuất DHEA thường cũng giảm; nhưng việc sản xuất aldosterone thường bình thường hoặc gần như bình thường, vì sự tiết aldosteron ít chịu ảnh hưởng của ACTH.

Ngược lại với suy tuyến thượng thận nguyên phát – bệnhAddison. Bệnh gây ra bởi sự phá hủy toàn bộ hoặc gần như toàn bộ tuyến thượng thận. Dẫn đến sự thiếu hụt nghiêm trọng cả cortisol và aldosterone.

Cortisol rất quan trọng đối với sự sống. Và việc sản xuất nó bởi tuyến thượng thận đặc biệt quan trọng vào những thời điểm cơ thể trải qua “căng thẳng” dữ dội. Chẳng hạn như phẫu thuật, chấn thương hoặc nhiễm trùng nặng.

Nếu tuyến thượng thận không thể sản xuất đủ cortisol. Cơ thể không thể đối phó với các stress lớn này, có thể đe dọa tính mạng. Tình huống này được gọi là khủng hoảng thượng thận hay còn gọi là suy thượng thận cấp và là một cấp cứu y tế.

Hai nguyên nhân chính suy thượng thận thứ phát là:

Khối u ở vùng tuyến yên, hạ đồi.

Sau phẫu thuật cắt bỏ khối u ở vùng tuyến yên.

Sau xạ trị tuyến yên.

U nang trong tuyến yên.

Một số bệnh viêm nhiễm.

Không có tuyến yên (hội chứng hố yên trống).

Các tình trạng hiếm gặp như bệnh ứ sắt, bệnhsarcoidosis, hoặc hội chứng Sheehan (suy tuyến yên). Hội chứng Sheehan đôi khi do mất máu nghiêm trọng sau khi sinh.

Nguyên nhân phổ biến nhất là do sử dụng thuốc glucocorticoid tổng hợp như cortisone,hydrocortisone,prednisone, prednisolone,dexamethasoneđể điều trị nhiều loại bệnh. Glucocorticoid là hormone steroid hoạt động giống như cortisol hay còn gọi là corticoid ngoại sinh, bao gồm:

Dạng uống.

Tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp.

Dùng tại chỗ như dạng hít, xịt mũi, thoa da, nhỏ mắt, tiêm khớp.

Tất cả đều có ảnh hưởng đến sự sản xuất ACTH. Vì khi dùng các loại thuốc này thì các tế bào của tuyến yên sẽ cảm nhận được rằng đã có đủ cortisol. Do đó, tuyến yên giảm sản xuất ACTH và sau đó tuyến thượng thận cũng ngừng sản xuất cortisol và đi vào trạng thái ngủ sâu, giống như ngủ đông.

Sự ức chế ACTH có thể tạm thời, kéo dài hoặc vĩnh viễn tùy thuộc vào liều lượng, hiệu lực, đường dùng và thời gian sử dụng thuốc. Ví dụ, một vài ngày sử dụng prednisone sẽ không gây ra vấn đề gì đáng kể, nhưng trên 2 tuần với liều prednisone trên 5 mg sẽ làm giảm tiết cortisol và khả năng chống lại các tình huống stress.

Việc phục hồi trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận thường lên đến khoảng 1 đến 2 năm, hoặc lâu hơn, hoặc có thể hoàn toàn không xảy ra.

Tuy nhiên, nếu đang sử dụng thuốc mà đột ngột dừng lại thì suy thượng thận cấp có thể xảy ra. Do đó, khi không còn cần thiết sử dụng thuốc chứa glucocorticoid tổng hợp nữa (ví dụ để điều trị bệnh hen suyễn hoặcviêm khớp dạng thấp), liều thuốc cần được giảm dần trong một vài tuần hoặc vài tháng để đảm bảo rằng các tuyến thượng thận tăng hoạt động trở lại và bắt đầu sản xuất cortisol. Những thay đổi liều thuốc này chỉ nên được thực hiện dưới sự giám sát của bác sĩ.

Các triệu chứng liên quan đến mức độ thiếu hụt cortisol thường tiến triển dần dần, nhưng không đặc hiệu, các triệu chứng phổ biến nhất là:3

Mệt mỏi, mất năng lượng.

Chán ăn, sụt cân.

Buồn nôn, nôn.

Yếu cơ.

Cáu kỉnh vàtrầm cảm.

Vì trong suy tuyến thượng thận thứ phát, việc sản xuất aldosterone vẫn diễn ra gần như bình thường. Nênhuyết áp thấpvàhạ kaliít có khả năng xảy ra như trong suy tuyến thượng thận nguyên phát; nhưng hạ natri có thể có vì giảm khả năng ức chế hormon chống bài niệu.

Nếu nghi ngờ có suy thượng thận thứ phát (như sau phẫu thuật tuyến yên, hoặc sau khi ngừng sử dụng glucocorticoid sau một đợt kéo dài), điều trị thích hợp có thể ngăn ngừa triệu chứng.

Tuy nhiên, nếu suy thượng thận không được nghĩ đến, có thể bị bỏ qua do các triệu chứng thường không đặc hiệu cho đến khi vào những thời điểm cơ thể trải qua “căng thẳng” dữ dội, chẳng hạn như phẫu thuật, chấn thương hoặc nhiễm trùng nặng, nếu tuyến thượng thận không thể sản xuất đủ cortisol, sẽ rơi vào tình trạng suy thượng thận cấp.3

Các dấu hiệu và triệu chứng có thể có của suy tuyến thượng thận cấp:4

Huyết áp thấp, nặng hơn là dẫn đến sốc.

Đau bụng, buồn nôn, nôn ói, lú lẫn.

Giảm ý thức như lú lẫn, lơ mơ hoặc hôn mê.

Hạ natri máunghiêm trọng.

Suy thượng thận thứ phát là một thách thức cho việc chẩn đoán. Trước khi thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán, cần hỏi bệnh sử và tiền căn kèm thăm khám các triệu chứng lâm sàng thật kỹ. Không nên thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán ở những bệnh nhân đang sử dụng thuốc glucocorticoid. Nếu đang dùng hydrocortisone cần ngưng thuốc trước xét nghiệm 24 giờ.

Cácxét nghiệm máuthường quy bao gồm:

Nồng độ kali, thường cao trong suy tuyến thượng thận nguyên phát, bình thường trong suy thượng thận thứ phát vì aldosterone vẫn được bảo toàn.

Nồng độ natri và đường huyết có thể thấp.

Số lượng tế bào máu thường bình thường hoặc thiếu máu đẳng sắc đẳng bào.

Xét nghiệm nồng độ cortisol máu được thực hiện vào 8 giờ sáng. Nếu cortisol máu 8 giờ sáng dưới 3 mcg/dl khả năng rất cao đã bị suy thượng thận.

Nếu bệnh nhân có xét nghiệm cortisol máu không rõ ràng nhưng triệu chứng lâm sàng rất gợi ý, thì sẽ được thực hiện các nghiệm pháp động.

Vì một nồng độ cortisol máu nền bình thường không đủ phản ánh khả năng của tuyến thượng thận khi đáp ứng với stress như phẫu thuật hoặc chấn thương. Các xét nghiệm động chỉ được thực hiện ở cơ sở y tế có bác sĩ chuyên khoa Nội tiết có kinh nghiệm, bao gồm:5

Nghiệm pháp kích thích ACTH (Cortrosyn) liều thấp giúp đo khả năng của tuyến thượng thận sản xuất cortisol để đáp ứng với ACTH.

Khi thực hiện xét nghiệm này, mẫu máu nền được lấy trước khi tiêm một liều ACTH, tiếp theo là lấy mẫu máu thứ hai 30 – 60 phút sau tiêm ACTH. Nếu tuyến thượng thận khỏe mạnh, sản xuất cortisol sẽ vượt quá một mức nhất định, thường là 18 mcg/dl. Ngược lại, nếu suy thượng thận thì sẽ không thể sản xuất đủ lượng cortisol này.

Bên cạnh nghiệm pháp kích thích ACTH liều thấp, bác sĩ có thể chỉ định thực hiện xét nghiệm hạ đường huyết bằng insulin (tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán suy thượng thận thứ phát). hưng thường chống chỉ định ở những người có bệnh lý tim mạch hoặc bệnh mạch máu não hoặc bệnh nhân già yếu.

Vì thế, xét nghiệm này thường sử dụng ở những bệnh nhân khỏe mạnh mà có nghi ngờ thiếu hormon tăng trưởng (GH kèm theo). Cortisol cũng được lấy trước và sau khi thực hiện nghiệm pháp. Ngưỡng cortisol sau nghiệm pháp tương tự như kích thích bằng ACTH liều thấp.

Các xét nghiệm này phản ánh tình trạng đáp ứng hiện tại của tuyến thượng thận, nhưng không phải là một yếu tố dự đoán về khả năng phục hồi trong tương lai. Ví dụ, nếu nó được thực hiện sau khi đã ngừng sử dụng prednisone sau vài tháng sử dụng, nó có thể là bất thường, nhưng có thể được lặp lại vài tuần sau đó và cho thấy sự hồi phục đáng kể.

Ngoài ra,chụp CThoặcMRIcó thể được sử dụng để xem liệu có dấu hiệu tổn thương não hoặc tuyến yên (chẳng hạn như một khối u) gây suy thượng thận hay không.235

Thiếu hụt cortisol được điều trị thay thế bằng dùng glucocorticoid. Hydrocortisone là chế phẩm thường được sử dụng vì gần giống với cortisol sinh lý nhất; nhưng cũng có thể sử dụng prednisone thay thế. Bên cạnh đó, nếu có sự thiếu hụt aldosterone, bác sĩ có thể đề nghị sử dụng fludrocortisone để cân bằng khoáng chất trong cơ thể.36

Prednisone thường được dùng duy nhất vào buổi sáng vì nó có tác dụng kéo dài. Nếu sử dụng hydrocortisone, cần được chia làm nhiều lần với liều cao nhất hàng ngày vào buổi sáng, và một hoặc nhiều liều thấp hơn vào giữa trưa và/hoặc vào buổi chiều. Nhằm “bắt chước” nồng độ sinh lý bình thường trong máu ở những người có chức năng tuyến thượng thận bình thường. Nên uống thuốc sau bữa ăn để giảm ảnh hưởng lên dạ dày.367

Cần tăng liều của glucocorticoid khi gặp các tình huống stress cấp như nhiễm trùng, sốt, chấn thương hoặc phẫu thuật. Nếu một người bị bệnh nặng, không thể dùng thuốc uống, hoặc đang làm thủ thuật hoặc phẫu thuật, glucocorticoid cần được dùng đường tĩnh mạch.3

Liều điều trị duy trì được điều chỉnh cho từng cá nhân. Có thể cần liều cao hơn hoặc thấp hơn tùy thuộc vào nhiều yếu tố. Liều tốt nhất là liều thấp nhất mà có thể ngăn ngừa được các triệu chứng suy tuyến thượng thận. Quá liều glucocorticoid kéo dài sẽ gây ra các triệu chứng của dư thừa glucocorticoid (hội chứngCushing) cũng nguy hiểm không kém.3

Những người bị suy thượng thận thứ phát vĩnh viễn cần được điều trị thay thế glucocorticoid trong suốt phần đời còn lại. Việc quản lý người đã bị suy thượng thận thứ phát do sử dụng liệu pháp steroid kéo dài là một thách thức, theo những cách sau:3

Khi glucocorticoid đã được giảm liều xuống dưới 5 mg prednisone, vẫn cần dùng liều dự phòng cho những tình huống stress như nhiễm trùng; hoặc phẫu thuật cho đến khi phục hồi hoàn toàn dự trữ tuyến thượng thận.

Vấn đề khó khăn nhất là các triệu chứng của suy tuyến thượng thận sẽ xuất hiện trong giai đoạn giảm liều dần. Điều này là do nồng độ cortisol thấp là yếu tố duy nhất kích hoạt tuyến yên để kích thích sản xuất ACTH trở lại; và phục hồi phản ứng bình thường của tuyến yên – thượng thận.

Steroid liều cao được sử dụng trong thời gian dài đối với các bệnh nhưhen suyễn, viêm khớp dạng thấp,hội chứng thận hư; thì người đó càng có nhiều khả năng bị các triệu chứng suy tuyến thượng thận khi ngừng sử dụng steroid.

Ngoài ra, giảm liều glucocorticoid có thể gây tái phát bệnh đã được điều trị, gây ra sự kết hợp của các triệu chứng bệnh chồng chéo với các triệu chứng suy tuyến thượng thận. Đó là lý do tại sao việc giảm liều steroid hay bị thất bại giữa chừng, phải tạm thời quay trở lại với liều điều trị của glucocorticoid; sau đó là nỗ lực giảm liều dần nếu bệnh chính thuyên giảm.3

Bác sĩ Nội tiết là chuyên gia về các bệnh nội tiết tố. Bao gồm các tình trạng tuyến thượng thận và tuyến yên gây ra suy tuyến thượng thận thứ phát. Một bác sĩ Nội tiết sẽ được đào tạo và có nhiều kinh nghiệm hơn trong việc chẩn đoán, và điều trị đúng cách bệnh suy tuyến thượng thận thứ phát, so với hầu hết các bác sĩ.3

Ngoài ra, hầu hết các trường hợp suy thượng thận thứ phát vĩnh viễn nên được quản lý bởi bác sĩ Nội tiết. Trong trường hợp ngừng sử dụng steroid để điều trị các bệnh lý khác, bác sĩ Nội tiết thường làm việc với bác sĩ chính về bệnh đó để đánh giá sự phục hồi của dự trữ tuyến yên – thượng thận. Cũng như cung cấp hướng dẫn về việc liệu pháp glucocorticoid dài hạn có cần thiết hay không.3

Vì vậy người bệnh suy tuyến thượng thận thứ phát nên đến thăm khám bác sĩ chuyên khoa Nội tiết; để được tư vấn và đưa ra phương pháp điều trị phù hợp.

Vậy khi nào người bệnh nên đến khám bác sĩ?Nhiều người sẽ không nhận thấy các triệu chứng ban đầu của suy tuyến thượng thận. Tuy nhiên, các triệu chứng có thể xấu đi theo thời gian và trở nên dễ nhận thấy hơn. Cảm giác mệt mỏi, suy nhược hoặc sụt cân dai dẳng là những dấu hiệu phổ biến của tình trạng này. Nếu các triệu chứng xảy ra nhanh chóng. Đó có thể là dấu hiệu của suy thượng thận cấp. Trong những trường hợp này, hãy tìm kiếm sự chăm sóc y tế ngay lập tức.

Miễn là điều trị thay thế glucocorticoid thích hợp mỗi ngày, bệnh nhân có thể có một cuộc sống bình thường. Nếu suy thượng thận thứ phát do bệnh lý tuyến yên, có thể cần đến các liệu pháp hormone khác.3

Mỗi bệnh nhân suy tuyến thượng thận nên đeo vòng tay hoặc vòng cổ nhận dạng cho biết rằng họ mắc bệnh này để được điều trị cấp cứu thích hợp, trong đó nên ghi cả thuốc và liều đang dùng.3

Không phải lúc nào cũng có thể phòng tránh được trường hợp suy tuyến thượng thận thứ phát. Có thể ngăn ngừa suy thượng thận thứ phát do sử dụng thuốc chứa glucocorticoid bằng cách tránh không nên sử dụng nếu không có ý kiến của bác sĩ. Bên cạnh đó, không nên ngừng điều trị đột ngột để tránh suy thượng thận cấp.6

Trên đây là những thông tin vềsuy tuyến thượng thận thứ phát. Hi vọng bài viết đã cung cấp cho bạn đọc cái nhìn tổng quan về bệnh lý này. Từ đó có những phương pháp phòng ngừa, và cách xử trí phù hợp, nhằm bảo vệ chính bản thân và những người xung quanh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-suy-than/

Nội dung bài viết

Bệnh suy thận là gì?

Nguyên nhân bệnh suy thận

Triệu chứng bệnh suy thận

Biến chứng bệnh suy thận

Cách điều trị bệnh suy thận

Phòng ngừa bệnh suy thận

Thận là cơ quan nắm giữ nhiều vai trò thiết yếu trong cơ thể. Điều đó đồng nghĩa với các hậu quả nghiêm trọng xảy ra khi thận bị suy giảm chức năng. Vậy, bệnh suy thận là gì? Bệnh có nguyên nhân, triệu chứng và cách điều trị như thế nào? Mời bạn đọc theo dõi bài viết sau đây của ThS.BS Trần Quốc Phong để tìm hiểu những thông tin chính xác nhất.

Mỗi người chúng ta đa phần được sinh ra với hai quảthận. Các cơ quan này nằm hai bên cột sống, ngay trên thắt lưng của bạn.

Có phải thận chỉ có chức năng lọc máu và tạo nước tiểu? Không chỉ có vậy. Thận nằm giữ nhiều chức năng cốt lõi vô cùng quan trọng, như:

Giữ cân bằng nước, điện giải cho cơ thể (natri, kali, phốt pho).

Loại bỏ chất thải khỏi máu sau quá trình tiêu hóa, hoạt động thể lực, sử dụng thuốc hoặc tiếp xúc với hóa chất.

Tiết ra renin – chất có vai trò quan trọng trong điều hòa huyết áp.

Tiết ra erythropoietin thúc đẩy quá trình tạo hồng cầu.

Tham gia vào khâu cuối cùng của quá trình chuyển hóavitamin Dthành dạng hoạt động.

Suy thận (thuật ngữ hiện nay thường dùng là tổn thương thận) cấp hoặc mạn là tình trạng thận bị suy giảm chức năng. Thận không còn hoạt động tốt sẽ ảnh hưởng đến quá trình lọc máu của cơ thể. Ngoài ra còn làm suy giảm khả năng kiểm soát huyết áp, sản xuất hồng cầu và chuyển hóa vitamin D. Nếu không điều trị, bệnh có thể nguy hiểm đến tính mạng.

Bệnh suy thận được hình thành do nhiều nguyên nhân. Có hai loại suy thận làsuy thận cấpvà mạn. Vì vậy, nguyên nhân suy thận cũng được chia làm 02 nhóm chính:

Nếu thận của một người đột ngột ngừng hoạt động, các bác sĩ gọi đó là tình trạng tổn thương thận cấp (AKI) hay suy thận cấp. Các nguyên nhân chính bao gồm:

Không đủ lưu lượng máu đến thận.

Những chấn thương trực tiếp đến thận.

Ứ đọng nước tiểu tại thận.

Những nguyên nhân kể trên thường xảy ra khi người bệnh:

Bị chấn thương gây mất máu, chẳng hạn do tai nạn giao thông.

Bị mất nước lượng nhiều hoặc mô bị phá vỡ. Các protein sẽ giải phóng vào máu.

Sốc nhiễm trùng.

Phì đại tuyến tiền liệt làm tắc nghẽn đường tiểu.

Sử dụng thuốc hoặc tiếp xúc với một số chất gây hại trực tiếp cho thận.

Có các biến chứng khi mang thai, chẳng hạn sản giật và tiền sản giật.

Các bệnh tự miễn – kháng thể tấn công chính cơ thể bạn.

Suy tim hoặc suy gan nặng.

Khi thận hoạt động không tốt từ 03 tháng trở lên, các bác sĩ gọi đó làbệnh suy thận mạn tính. Người bệnh thường không có triệu chứng trong giai đoạn đầu, tuy nhiên đây là thời gian điều trị tốt nhất.

Bệnh đái tháo đường(típ 1 và 2) và tăng huyết áp là những nguyên nhân phổ biến nhất. Lượng đường trong máu cao trong một thời gian dài có thể gây hại cho thận. Và tăng huyết áp không kiểm soát sẽ làm “hao mòn” các mạch máu, bao gồm cả các mạch máu đến thận.

Các nguyên nhân khác bao gồm:

Các bệnh về hệ thống miễn dịch. Ví dụ, bệnh suy thận thận do lupus sẽ được các bác sĩ gọi là viêm thận lupus.

Các bệnh do virus kéo dài, như AIDS, viêm gan B, viêm gan C.

Viêm bể thận tái đi tái lại.

Viêm cầu thận. Thường do liên cầu khuẩn.

Bệnh thận đa nang: một tình trạng di truyền trong đó các túi chứa đầy chất lỏng được hình thành trong thận.

Khiếm khuyết bẩm sinh làm tắc nghẽn đường tiết niệu hoặc tổn hại đến thận.

Thuốc và chất độc: ngộ độc chì, lạm dụng NSAID trong thời gian dài. Các loại NSAID thường được bán là ibuprofen và naproxen. Ngoài ra còn có các thuốc tiêm tĩnh mạch có thể làm tổn thương thận vĩnh viễn.

Thận là cơ quan thích nghi rất tốt với các thay đổi trong và ngoài thận. Khi một người bắt đầu bị bệnh suy thận, thận sẽ hoạt động tăng cường để bù đắp chức năng. Vì vậy, nếu thận có xu hướng tổn thương nặng dần theo thời gian, các triệu chứng cũng bộc lộ dần. Trên thực tế, một người suy thận có thể không có bất kỳ triệu chứng nào cho đến khi bệnh trở nặng.

Nếu có, các triệu chứng bệnh suy thận thường gặp là:

Huyết áp cao.

Buồn nôn, nôn mửa.

Ăn mất ngon.

Cảm giác có vị kim loại trong miệng.

Mệt mỏi, suy nhược.

Sa sút tinh thần.

Rối loạn giấc ngủ.

Co giật, chuột rút.

Sưng bàn chân và mắt cá chân.

Ngứa kéo dài không dứt.

Đau ngực khi chất lỏng tích tụ quanh tim.

Khó thở nếu chất lỏng ứ đọng trong phổi.

Biến chứng bệnh suy thận xảy ra ở những bệnh nhân giai đoạn nặng. Một số biến chứng phổ biến bao gồm:

Nhiễm trùng ngoài da do khô da và ngứa ngáy khó chịu thường xuyên.

Dễ viêm nhiễm.

Xương yếu, dễ gãy.

Tổn thương thần kinh nhiều mức độ.

Thay đổi nồng độ đường trong máu.

Rối loạn điện giải.

Đau mỏi cơ, xương, khớp.

Một số biến chứng nghiêm trọng khác:

Suy gan.

Cường cận giáp.

Thiếu máu.

Suy dinh dưỡng.

Xuất huyết dạ dày – ruột.

Gãy xương.

Chèn ép tim.

Tràn dịch màng phổi.

Một số dạng bệnh suy thận có thể điều trị được. Mục tiêu chính của các phương pháp điều trị này là giảm nhẹ triệu chứng, làm chậm quá trình bệnh trở nặng và ngăn ngừa biến chứng. Trong một số trường hợp, điều trị bệnh có thể giúp phục hồi chức năng thận. Tuy nhiên không có cách chữa khỏi hoàn toàn bệnh thận mạn tính.

Kế hoạch điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Đôi khi, nguyên nhân gây ra bệnh được kiểm soát nhưng bệnh vẫn diễn tiến tồi tệ hơn.

Các phương pháp điều trị bệnh suy thận gồm:

Đủ dinh dưỡng nhưng giảm lượng natri, kali, phốt pho và đạm.

Chế độ ăn kiêng của mỗi người bệnh sẽ khác nhau tùy thuộc mức độ nặng của bệnh. Những người trong giai đoạn đầu của bệnh khác với bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối (ESKD). Hãy tham khảo ý kiến bác sĩ để được tư vấn chế độ ăn phù hợp nhất.

Đối với người bệnh thận giai đoạn cuối, cần áp dụng chế độ ăn thân thiện với thận để giảm lượng chất thải trong máu. Chế độ này được gọi là chế độ ăn kiêng thận. Việc tuân thủ trong ăn uống sẽ giúp tăng cường chức năng thận, ngăn ngừa tổn thương thêm.

Natri được tìm thấy trong nhiều loại thực phẩm và là thành phần chính của muối ăn. Thận bị tổn thương sẽ không thể lọc ra Natri dư thừa. Từ đó, nồng độ natri trong máu tăng lên, gây khát nước, lú lẫn, kích thích thần kinh cơ, tăng phản xạ, co giật, hoặc hôn mê. Khuyến cáo nên sử dụng lượng Natri dưới 2000 mg mỗi ngày.

Kali đóng nhiều vai trò quan trọng trong cơ thể. Tuy nhiên, nồng độ Kali máu cao có thể làm chậm nhịp tim hoặc thậm chí ngưng tim. Các biểu hiện nhẹ hơn bao gồm mệt mỏi, suy nhược, tê, ngứa, buồn nôn, nôn. Người bệnh nên hạn chế Kali và lượng Kali khuyến cáo dưới 2000 mg/ngày.

Thận hư không thể loại bỏ lượng phốt pho dư thừa. Đây là thành phần được tìm thấy trong rất nhiều thực phẩm: thịt, cá, trứng, sữa, các loại đậu. Nồng độ phốt pho cao sẽ gây hại cho cơ thể. Vì thế, lượng phốt pho trong chế độ ăn cần thấp hơn 800-1000 mg/ngày ở hầu hết bệnh nhân.

Protein là một chất dinh dưỡng mà có thể người bệnh cần hạn chế. Vì thận bị tổn thương không thể loại bỏ các chất thải từ quá trình chuyển hóa protein. Tuy nhiên, đối với những bệnh nhân đang chạy thận – một phương pháp lọc và làm sạch máu sẽ cần lượng protein lớn hơn.

Mỗi người bệnh sẽ có tình trạng khác nhau. Không khó hiểu để nói tại sao việc trò chuyện với chuyên gia chăm sóc sức khỏe lại quan trọng đến vậy ở người bệnh thận..

Khi chức năng thận giảm nặng, người bệnh bước vào bệnh thận giai đoạn cuối (ESKD), các phương pháp điều trị thường được sử dụng là:

Được chia thành 2 phương pháp nhỏ: chạy thận nhân tạo và thẩm phân phúc mạc.

Chạy thận nhân tạo: sử dụng máy loại bỏ chất thải ra khỏi cơ thể người bệnh.

Thẩm phân phúc mạc: đưa một ống thông mỏng vào bụng người bệnh. Sau đó, một dung dịch được đưa vào bụng để hấp thu chất thải và chất lỏng trong một thời gian nhất định. Sau thời gian này chất lỏng sẽ chảy ra khỏi cơ thể.

Bác sĩ phẫu thuật thay thế thận người bệnh bằng thận khỏe mạnh từ người hiến tặng. Người hiến tặng này có thể còn sống hoặc đã qua đời. Sau quá trình này, người bệnh sẽ dùng thuốc suốt đời để đảm bảo cơ thể không “tấn công” quả thận lạ này.

Các phương pháp phòng ngừa bệnh suy thận hữu ích là thay đổi lối sống và thay đổi chế độ ăn uống.

Kiểm soát huyết áp đúng mục tiêu bác sĩ đặt ra. Trong hầu hết trường hợp, mục tiêu huyết áp chung thường là 140/90.

Kiểm soát nồng độ đường huyết và cholesterol máu

Tập thể dục hằng ngày, duy trì cân nặng phù hợp

Không hút thuốc lá

Uống đủ nước: trung bình 1.5-2 lít nước mỗi ngày. Tăng cường nước trong những ngày nóng hoặc phải vận động ra nhiều mồ hôi.

Thực hiện chế độ ăn giảm muối, giảm đạm, giảm dầu mỡ.

Bệnh suy thậnnếu không điều trị kịp thời sẽ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm lên sức khỏe, thậm chí là tính mạng người bệnh. Tuân thủ chế độ ăn uống khoa học và thực hiện lối sống lành mạnh là những cách bảo vệ thận đơn giản mà hiệu quả nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-than-cap-nguy-co-dan-den-ton-thuong-than-vinh-vien/

Nội dung bài viết

1. Suy thận cấp là gì?

2. Nguyên nhân nào dẫn đến bệnh suy thận cấp?

3. Những yếu tố nào làm tăng nguy cơ mắc bệnh suy thận?

4. Triệu chứng của bệnh

5. Dấu hiệu sớm của bệnh suy thận

6. Bệnh có thể dẫn đến những biến chứng nào?

7. Phòng chống bệnh suy thận cấp

Suy thận cấp là tình trạng suy giảm chức năng thận đột ngột, dẫn đến một số biến chứng nguy hiểm. Nó có thể làm tổn thương thận vĩnh viễn hoặc nghiêm trọng hơn là tử vong. Tuy nhiên, nếu được phát hiện và điều trị kịp thời, người bệnh có thể phục hồi sức khỏe, cải thiện chức năng thận.

Sau đây là một số thông tin về nguyên nhân, triệu chứng, dấu hiệu và cách phòng tránh bệnh suy thận cấp. Từ đó, bạn có thể phòng ngừa, điều trị và làm giảm nguy cơ mắc bệnh.

Thận là cơ quan nằm phần dưới thắt lưng. Chúng có chức năng lọc máu và loại bỏ độc tố khỏi cơ thể thông qua bài tiết (tiểu tiện).

Suy thận cấp xảy ra khi thận đột nhiên không thể lọc các chất thải từ máu. Khi đó, chất thải bị tích tụ và các chất trong máu bị mất cân bằng.

Suy thận cấp tính – còn được gọi là chấn thương thận cấp tính – phát triển nhanh chóng, thường là trong vòng một vài ngày. Suy thận cấp tính phổ biến nhất ở những người đã nhập viện, đặc biệt ở những người bệnh nặng (chăm sóc đặc biệt).

Đây là căn bệnh rất nguy hiểm, có thể gây tử vong. Để bệnh chuyển biến tốt, cần điều trị tích cực. Tuy nhiên, người bệnh có thể hồi phục hồi chức năng thận bình thường hoặc gần như bình thường nếu sức khỏe tốt.

Suy thận cấp có thể xảy ra khi:

Giảm lưu lượng máu đến thận: đau tim, suy gan, mất nước, bỏng nặng, nhiễm trùng nặng, dị ứng…

Tắc nghẽn niệu quản (ống dẫn nước tiểu): Một số bệnh ung thư có thể gây tắc nghẽn niệu quản (tuyến tiền liệt, đại tràng, cổ tử cung, bàng quang…). Các nguyên nhân khác như sỏi thận,phì đại tuyến tiền liệt, cục máu đông trong đường tiết niệu…

Tổn thương thận trực tiếp:viêm cầu thận, hội chứng urê huyết tán huyết, nhiễm trùng, bệnh Lupus, viêm mạch máu, thuốc hóa trị liệu điều trị ung thư và một số bệnh tự miễn…

Suy thận cấp hầu như luôn phát triển liên quan đến một tình trạng bệnh khác. Các điều kiện có thể tăng nguy cơ suy thận cấp bao gồm:

Đang nằm viện, đặc biệt đối với một tình trạng bệnh nghiêm trọng cần được chăm sóc đặc biệt.

Tuổi cao.

Tắc nghẽn trong các mạch máu ở cánh tay hoặc chân (bệnh động mạch ngoại biên).

Bệnh tiểu đường

Huyết áp cao.

Suy tim.

Bệnh thận.

Bệnh gan.

Một số bệnh ung thư và phương pháp điều trị.

Thông thường, một người bị suy thận sẽ có một vài triệu chứng của bệnh. Đôi khi không có triệu chứng. Các dấu hiệu và triệu chứng của suy thận cấp có thể bao gồm:

Lượng nước tiểu giảm.

Ứ nước, gây sưng ở chân, mắt cá chân hoặc bàn chân.

Khó thở.

Lú lẫn.

Buồn ngủ quá mức hoặc mệt mỏi.

Buồn nôn kéo dài.

Nhịp tim không đều.

Đau ngực hoặc ép tim.

Co giật hoặc hôn mê trong trường hợp nặng.

Các triệu chứng của bệnh thận giai đoạn đầu khó có thể xác định chính xác. Nếu bạn gặp các dấu hiệu sớm của bệnh thận, có thể bao gồm:

Lượng nước tiểu giảm.

Ứ nước dẫn đến sưng chân tay.

Khó thở.

Các biến chứng tiềm ẩn của suy thận cấp bao gồm:

Ứ đọng dịch.Suy thận cấp có thể dẫn đến sự tích tụ dịch trong phổi, có thể gây khó thở.

Đau ngực.Nếu màng ngoài tim bị viêm, bạn có thể bị đau ngực.

Yếu cơ.Khi dịch và chất điện giải trong cơ thể bạn mất cân bằng, tình trạng yếu cơ có thể xảy ra.

Tổn thương thận vĩnh viễn.Đôi khi, suy thận cấp gây mất chức năng thận vĩnh viễn, hoặc dẫn đến bệnh thận giai đoạn cuối. Những người mắc bệnh thận giai đoạn cuối cần phải được lọc máu suốt cuộc đời – một quá trình lọc cơ học được sử dụng để loại bỏ độc tố và chất thải ra khỏi cơ thể – hoặc ghép thận để tồn tại.

Tử vong.Suy thận cấp có thể dẫn đến mất chức năng thận và cuối cùng là tử vong.

Suy thận cấp thường khó chẩn đoán hoặc phòng ngừa. Nhưng bạn có thể giảm nguy cơ bằng cách bảo vệ thận, đặc biệt:

Chú ý khi dùng thuốc giảm đau không kê đơn (OTC) như aspirin, acetaminophen (Tylenol…), ibuprofen (Advil, Motrin IB…) và naproxen natri (Aleve…). Uống quá nhiều các loại thuốc này có thể làm tăng nguy cơ tổn thương thận. Đặc biệt lưu ý nếu bạn bị bệnh thận từ trước, bệnh tiểu đường hoặc huyết áp cao.

Nếu bạn bị bệnh thận hoặc một tình trạng khác làm tăng nguy cơ suy thận cấp, chẳng hạn như tiểu đường hoặc huyết áp cao, hãy theo dõi các mục tiêu điều trị và làm theo các khuyến nghị của bác sĩ để kiểm soát tình trạng.

Duy trì một lối sống lành mạnh là điều ưu tiên hàng đầu. Hãy chủ động: ăn uống hợp lý, cân bằng; và uống rượu chỉ trong chừng mực (nếu có).

Bệnh suy thận cấplà bệnh cấp tính, nguy hiểm và cần được điều trị kịp thời. Người bệnh cần lưu ý các dấu hiệu và biểu hiện bệnh để đến thăm khám sớm nhất tại các trung tâm y tế. Ngoài ra, việc phòng chống bệnh là hết sức quan trọng. Trong đó, duy trì lối sống lành mạnh là mục tiêu ưu tiên hàng đầu.

>> Xem thêm:Thuốc Tràng Vị Khang trong điều trị viêm đại tràng mạn tính

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-than-man-tinh-dau-hieu-nguyen-nhan-va-kha-nang-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Vị trí thận nằm ở đâu? Suy thận mãn tính là như thế nào?

2. Nguyên nhân nào dẫn đến suy thận mạn?

3. Dấu hiệu bị suy thận mạn

4. Người bị suy thận mạn phải đối mặt với nguy cơ gì?

5. Suy thận mạn có thể chữa khỏi hoàn toàn?

6. Điều trị suy thận mạn tính

Suy thận có thể gặp ở mọi độ tuổi. Điều quan trọng nhất là cần phát hiện và điều trị sớm, tránh dẫn đến suy thận mãn tính và phải chạy thận nhân tạo về sau. Hãy cùng YouMed tìm hiểu các nguyên nhân dẫn đến suy thận, dấu hiệu cảnh báo, khả năng chữa khỏi của căn bệnh suy thận mãn tính nhé.

Mỗi người có 2 quả thận. Vị trí của thận nằm ngay dưới các xương sườn, khoảng giữa lưng, hai bên cột sống. Thận có chức năng lọc chất độc và dịch dư thừa ra khỏi máu và thải chúng qua nước tiểu.

Suy thận là tình trạng thận giảm hoặc mất khả năng lọc máu tự nhiên này. Suy thận mãn tính là khi thận bị suy giảm chức năng một cách từ từ trong một thời gian dài (quá trình này có thể kéo dài 5 – 10 năm hoặc lâu hơn). Thông thường, suy thận mạn thường xuất hiện ở những người bị tăng huyết áp hoặc đái tháo đường lâu năm.

Nguyên nhân của suy thận mạn rất đa dạng, nhưng thông thường hay gặp là ở bệnh nhân bị bệnh thận đa nang, người mắc bệnh tự miễn (bệnh lupus ban đỏ), mắc bệnh xơ vữa động mạch, các nguyên nhân khác bao gồm:

Bị tắc nghẽn đường tiểu như: sỏi tiết niệu, viêm bàng quang…

Biến chứng bệnh đái tháo đường hoặc tăng huyết áp;

Bệnh thận do nguyên nhân di truyền, viêm cầu thận;

Nhiễm độc lâu dài như nhiễm độc chì, hoặc các chất độc quân sự.

Nhiều bệnh nhân suy thận mạn tính không có triệu chứng rõ ràng. Nhiều triệu chứng sẽ không biểu hiện cho tới khi xuất hiện các tổn thương thận nặng. Các triệu chứng cảnh báo suy thận bao gồm:

Phù ở chân, ở mắt cá chân hoặc bàn chân;

Mệt mỏi, cảm thấy không khỏe hoặc khó thở;

Da có màu xám nhợt;

Chán ăn, buồn nôn, nôn;

Sút cân;

Nước tiểu sậm màu, hoặc sủi bọt;

Ngứa ngáy

Khi nghi ngờ có tổn thương thận, bệnh nhân sẽ được làm xét nghiệm máu và nước tiểu để đánh giá khả năng lọc của thận. Có thể bạn cũng sẽ được chỉ định làm siêu âm, hoặc sinh thiết để tìm nguyên nhân và đánh giá mức độ tổn thương thận.

Suy thận mãn tính gây nên các vấn đề khác nhau trên toàn cơ thể bạn. Sau đây là một số vấn đề xảy ra trên cơ thể có thể gặp phải nếu bạn bị suy thận mãn tính:

Phù, ứ dịch: Nếu thận không làm việc tốt, dịch sẽ tích tụ trong cơ thể. Từ đó làm chân bạn sưng lên (phù chân). Ngoài ra còn làm cho huyết áp tăng cao không kiểm soát. Vì vậy, người bị suy thận mãn tính cần hạn chế ăn mặn.

Thiếu máu: Suy thận mãn tính có thể dẫn tới tình trạng thiếu máu. Từ đó, người bệnh thường xuyên nhợt nhạt, mệt mỏi, khó thở. Người bệnh suy thận mãn tính kèm thiếu máu cần được uống thuốc sắt hoặc tiêm sắt bổ sung.

Sút cân: Khi bị suy thận, người bệnh có thể không còn đủ protein nuôi dưỡng cơ thể, từ đó dẫn đến sút cân.

Yếu xương: Nếu thận của bạn bị tổn thương, việc hấp thu can-xi, vitamin D sẽ bị ảnh hưởng. Để hạn chế vấn đề này, nhiều bệnh nhân suy thận mạn được bác sĩ chỉ định bổ sung canxi và vitamin D. Một số bệnh nhân cũng được khuyên hạn chế phốt-pho trong khẩu phần ăn, và điều này làm tăng lượng canxi cần thiết cho xương.

Dư thừa a-xít: Khi thận bị suy yếu, chúng không thể loại bỏ hoàn toàn a-xít khỏi cơ thể. Nếu trong máu dư thừa a-xít sẽ dẫn tới các vấn đề như loạn nhịp tim, co giật, hôn mê.

Rối loạn kali: Khi bị suy thận, kali có thể tăng lên trong máu, dẫn tới rối loạn nhịp tim, ngừng tim và các vấn đề khác liên quan tới thần kinh cơ. Bác sĩ có thể khuyến cáo bạn hạn chế kali trong bữa ăn. Bạn cũng có thể được cho sử dụng một số thuốc giúp giảm nồng độ kali.

Ngoài ra, người bị suy thận mãn tính có thể gặp các biến chứng như tăng huyết áp, suy tim ứ huyết, xơ vữa động mạch, bệnh cơ tim và van tim, viêm màng trong tim, các rối loạn nhịp tim. Có thể bị viêm thần kinh ngoại vi, cảm giác kiến bò, bỏng rát ở chân. Người bệnh thờ ơ, ngủ gà, có thể co giật, rối loạn tâm thần rồi đi vào hôn mê. Triệu chứng này hiện nay ít gặp vì có chạy thận nhân tạo.

Suy thận mãn tính là tình trạng thận suy yếu từ từ qua 5 giai đoạn. Khi đã bị suy thận mãn tính thì chức năng thận không thể phục hồi như bình thường được nữa. Khi đến suy thận mạn giai đoạn 5 (giai đoạn cuối) thì chức năng thận đã suy giảm rất trầm trọng.

Suy thận mãn tính thường dẫn tới nhiều biến chứng làm giảm tuổi thọ. Tuy nhiên, việc điều trị sẽ giúp chậm sự phát triển của bệnh, nhiều bệnh nhân có thể sống trong rất nhiều năm. Điều quan trọng là cần phát hiện bệnh và điều trị sớm.

Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối sẽ được tư vấn điều trị với các phương pháp như: ghép thận, thận nhân tạo hoặc lọc màng bụng.

Ghép thận là lấy thận của người khỏe mạnh ghép cho người suy thận mãn giai đoạn cuối. Tuy nhiên, chi phí của phương pháp này khá cao. Ngoài ra, rất khó để tìm được người cho thận và có thận phù hợp với người nhận. Bệnh nhân còn phải đối diện với nguy cơ thải ghép và chịu tác dụng phụ của thuốc thải ghép.

Đối với phương pháp này bệnh nhân cần đến bệnh viện 2 – 4 lần mỗi tuần. Thời gian chạy thận kéo dài khoảng 4 – 6 tiếng/lần tùy tình trạng bệnh nhân. Vào ngày không chạy thận, bệnh nhân có thể sinh hoạt bình thường. Tuy nhiên, trong thời gian chạy thận, bệnh nhân cần hạn chế nước, không ăn các loại trái cây nhiều kali.

Với phương pháp này, bệnh nhân sẽ được huấn luyện các kỹ thuật để trang bị hằng ngày tại nhà. Mỗi tháng một lần bệnh nhân đến bệnh viện tái khám và nhận dịch. Tuy nhiên, phương pháp này luôn cần mang một ống thông trên người, tỷ lệ nhiễm trùng cao. Bệnh nhân lớn tuổi thì cần có người hỗ trợ.

Việc lựa chọn phương pháp nào phụ thuộc vào điều kiện sức khỏe của bệnh nhân. Bệnh nhân cần được bác sĩ chuyên khoa tư vấn để lựa chọn phương pháp phù hợp.

Dược sĩ Phạm Thị Thúy Diễm

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-than-man-tinh-giai-doan-cuoi/

Nội dung bài viết

Thế nào là suy thận mạn tính giai đoạn cuối?

Biến chứng của suy thận mạn tính giai đoạn cuối

Suy thận mạn tính ở giai đoạn cuối sống được bao lâu?

Điều trị và chăm sóc bệnh nhân suy thận mạn tính giai đoạn cuối

Suy thận mạn tính giai đoạn cuối là một tình trạng bệnh nặng nề mà bệnh nhân phải đối mặt. Bởi khi này thận đã không còn đủ khả năng đáp ứng hoạt động thường ngày. Vậy, cụ thể các biến chứng người bệnh phải gặp là gì? Còn bao nhiêu thời gian cho người gặp phải bệnh lý này? Có những cách chữa trị nào? Tất cả sẽ được ThS.BS Trần Quốc Phong giải đáp qua bài viết sau. Mời bạn tìm hiểu nhé!

Thậnlà cơ quan giữ vai trò lọc chất thải cùng nước dư thừa từmáu, tạonước tiểu.Bệnh thận mạnsẽ làm thận mất dần các chức năng này theo thời gian.

Suy thận mạn tính ở giai đoạn cuối hay còn gọi là suy thận ở giai đoạn thứ năm củabệnh thậnmạn tính. Khi này thận không còn hoạt động đủ tốt để đáp ứng nhu cầu hàng ngày. Cụ thể, thận sẽ hoạt động dưới 15% khả năng bình thường. Nói cách khác là thận hầu như không hoạt động hoặc hoàn toàn không hoạt động.

Xem thêm:Các cấp độ suy thận và những thông tin bạn cần biết

Ngoài ra, bệnh thận mạn tính thường diễn tiến đến giai đoạn cuối sau 10 đến 20 năm kể từ khi được chẩn đoán bệnh thận mạn.

Nguyên nhân phổ biến nhất làtiểu đườngvà tăng huyết áp (huyết áp cao).

Một số nguyên nhân khác:

Tắc nghẽn đường tiết niệu lâu dài dosỏi thận,phì đại tuyến tiền liệt.

Một số bệnh ung thư.

Viêm cầu thận(tình trạng viêm các bộ lọc trong thận).

Bẩm sinh trào ngược nước tiểu từ niệu quản vào thận.

Các triệu chứng phổ biến của suy thận mạn tính bao gồm:

Giảm số lần đi tiểu, giảm lượng nước tiểu (thiểu niệu).

Không có nước tiểu (vô niệu).

Tình trạng mệt mỏi.

Đau đầu.

Sụt cân không chủ ý và không rõ nguyên nhân.

Ăn mất ngon.

Buồn nôn và nôn.

Da khô, ngứa.

Thay đổi màu da.

Đau xương.

Hay nhầm lẫn, khó tập trung.

Xem thêm:Bệnh viêm cầu thận cấp là gì? Mức độ nguy hiểm thế nào?

Các triệu chứng khác có thể bao gồm:

Dễ bịbầm tímtrên cơ thể.

Thường xuyên bịchảy máu cam.

Tê tay chân.

Hơi thở hôi.

Có cảm giác khát khô.

Nấc cụtthường xuyên.

Rối loạnchu kì kinh nguyệt.

Vấn đề về giấc ngủ:Ngưng thở khi ngủvàhội chứng chân không yên.

Giảm ham muốntình dục.

Phù nề, đặc biệt ở tay và chân.

Nhiễm trùng dado khô da,ngứa davà gãi nhiều.

Tăng nguy cơ nhiễm trùng.

Rối loạn điện giải (muối – nước) trong cơ thể.

Đau khớp, xương và cơ.

Xương bị yếu đi.

Tổn thương hệ thần kinh.

Thay đổi mứcđường huyết.

Suy gan.

Các vấn đề về tim và mạch máu.

Tràn dịch màng phổi(tích tụ chất lỏng xung quanhcơ quan phổi).

Cường cận giáp.

Suy dinh dưỡng.

Thiếu máu.

Xuất huyết tiêu hóa (thường gặp ởcơ quan dạ dày, ruột).

Rối loạn chức năng não bộ vàsa sút trí tuệ.

Co giật.

Bất thường tại khớp.

Gãy xương.

Ở giai đoạn cuối,suy thận mãn tínhcó thể đe dọa đến tính mạng người bệnh. May mắn thay, những tiến bộ của y học hiện đại cho phép người bệnh sống lâu hơn nhiều so với trước đây.

Nếu được điều trị đúng cách, người bệnh có thể sống thêm vài năm. Nếu không được điều trị thì tiên lượng sống chỉ khoảng vài tháng. Trong trường hợp người bệnh có các bệnh lý đi kèm khác thì tuổi thọ có thể bị đe dọa nghiêm trọng hơn.

Bằng phương pháp điều trị lọc máu kèm chế độ ăn uống, sinh hoạt phù hợp. Bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối có thể nâng cao chất lượng cuộc sống. Đồng thời, sự kề vai sát cánh, hỗ trợ tích cực của bác sĩ, người thân và bạn bè cũng sẽ là nguồn động lực cho bệnh nhân.

Có hai phương pháp điều trị suy thận ở giai đoạn cuối là: Lọc máu và ghép thận. Trong một số trường hợp, bác sĩ có thể cân nhắc chỉ định thay đổi lối sống và dùng một số loại thuốc.

Người bệnh có hai sự lựa chọn:

Chạy thận nhân tạo: Sử dụng một loại máy để xử lý máu của người bệnh. Thiết bị này sẽ thay thận loại bỏ chất dư thừa ra khỏi máu. Sau đó đưa máu đã được lọc sạch trở lại cơ thể. Bệnh nhân cần đến cơ sở y tế để tiến hành chạy thận 3 lần mỗi tuần. Mỗi lần chạy thận kéo dài 3 đến 4 giờ.

Thẩm phân phúc mạc: Quá trình bao gồm đưa dung dịch vào bụng và rút ra lại bằng ống thông. Hình thức lọc máu này có thể được thực hiện tại nhà, với sự hướng dẫn đúng quy trình. Thẩm phân phúc mạc thường kéo dài qua đêm, khi bệnh nhân ngủ.

Phẫu thuật cấy ghép thận bao gồm loại bỏ thận bị hỏng. Đồng thời thay bằng thận đang hoạt động từ người hiến tặng. Người hiến thận vẫn có thể hoạt động bình thường với quả thận còn lại.

Đối với những bệnh nhân có tình trạng tiểu đường hoặc tăng huyết áp. Bệnh nền cần được kiểm soát tốt để ngăn ngừa biến chứng nguy hiểm. Thuốc thường được chỉ định là nhóm ức chế men chuyển hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin.

Thận không hoạt động gây giữ nước trong cơ thể. Vì vậy, việc theo dõi cân nặng của ngườibệnh suy thậnlà vô cùng quan trọng. Ngoài ra, người bệnh cần được tăng lượng calo và giảm tiêu thụprotein. Chế độ ăn hạn chế natri, kali, phốt pho và hạn chế chất lỏng luôn được chỉ định.

Người bệnh cần hạn chế các loại thực phẩm sau để tránh tiêu thụ quá nhiều natri hoặc kali:

Chuối.

Cà chua.

Quả cam.

Sô cô la.

Các loại hạt.

Bơ đậu phộng.

Rau bina.

Quả bơ.

Các chuyên gia cũng khuyến cáo người bệnh uống bổ sungvitamin C,vitamin Dvà sắt trong hàm lượng cho phép. Các chất dinh dưỡng này giúp thận hoạt động, hấp thụ các chất dinh dưỡng cần thiết.

Xem thêm:Chuyên gia giải đáp thắc mắc: Suy thận mãn tính nên ăn gì?

Hy vọng bài viết trên đã giải đáp cho bạn các thắc mắc vềsuy thận mạn tính giai đoạn cuối. Nhìn chung, việc tuân thủ điều trị và thực hiện lối sống lành mạnh. Cũng như sự hỗ trợ tích cực từ những người xung quanh sẽ giúp kéo dài thời gian sống, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-tim-va-nhung-dieu-can-luu-y/

Nội dung bài viết

Bệnh suy tim được hiểu như thế nào?

Phân loại suy tim

Nguyên nhân dẫn đến bệnh suy tim

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh suy tim

Các chẩn đoán xác định bệnh suy tim

Điều trị bệnh suy tim

Suy tim là căn bệnh mãn tính, có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, đặc biệt là tuổi già. Bệnh không có biện pháp điều trị triệt để, chỉ có thể làm giảm triệu chứng và ngăn ngừa tiến triển. Bài viết sau đây sẽ cung cấp cho bạn một cái nhìn tổng quát về bệnh suy tim, để có chế độ điều trị phù hợp giảm thiểu tác hại bệnh mang lại.

Suy tim là một thuật ngữ mô tả tình trạng làm việc suy yếu của tim. Tim mất khả năng bơm hiệu quả để duy trì dòng máu cung cấp cho các cơ quan. Khi lượng máu cung cấp không đủ, các buồng tim sẽ giãn ra, tăng sinh cơ tim hoặc bơm nhanh hơn. Mạch máu hẹp và cơ thể sẽ ngưng cung cấp máu tới các cơ quan và mô ít quan trọng hơn. Điều này có thể tạm thời giải quyết vấn đề vận chuyển máu trong tuần hoàn một cách hiệu quả. Tuy nhiên về lâu dài, tim sẽ ngày càng suy yếu và làm bệnh trở nặng.

Suy tim chính là điểm dừng cuối cùng của hầu hết các bệnh tim mạch. Bệnh suy tim khó chữa khỏi nhưng người bệnh vẫn có cơ hội làm giảm các triệu chứng và ngăn ngừa bệnh tiến triển. Bệnh có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đặc biệt ở người già.

Bạn đã từng nghe khái niệm “Suy tim”, nhưng bạn vẫn chưa hiểu hoàn toàn về ý nghĩa của căn bệnh này? Tìm hiểucác câu hỏi thường gặp về bệnh Suy timngay tại đây nhé!

Suy tim có thể chỉ liên quan đến một bên tim hoặc cả hai bên. Trong hầu hết các trường hợp, bệnh ảnh hưởng đến phía tim trái đầu tiên. Suy tim thường được chia thành nhiều loại:

Suy tim bên trái: Tâm thất trái lớn hơn và chịu trách nhiệm bơm máu nhiều hơn. Loại suy tim này lại được chia thành hai loại:

Suy tâm thu.

Suy tâm trương.

Suy tim bên phải: Điều này thường xảy ra sau khi tim bên trái suy yếu. Áp lực chất lỏng qua phổi nhiều hơn làm tổn thương bên phần tim phải của bạn.

Suy tim xung huyết:Máu bị ứ đọng trong tim và trong các mô của cơ thể. Khi đó chất dịch tích tụ trong cơ thể gây ra sung huyết. Hậu quả làm sưng bàn chân, mắt cá chân và ống chân. Dịch cũng tích tụ trong phổi gây ho phù khó thở. Tình trạng này còn gọi là “phù phổi”.

Có nhiều nguyên nhân làm tim suy yếu, bao gồm:

Bệnh mạch vànhhoặc cơnđau tim;

Cao huyết áp;

Bệnh về van tim;

Bệnh về cơ tim;

Vấn đề nhịp tim (rối loạn nhịp tim) như rung nhĩ;

Bệnh tim bẩm sinh ảnh hưởng đến hoạt động bình thường của tim;

Nguyên nhân khác như: Bệnhtiểu đường,HIV, bệnh tuyến giáp, nghiện rượu,…

Người bệnh khi có dấu hiệu suy tim sẽ có những biểu hiện sau:

Thở ngắn, khó thở khi đang hoạt động hay nghỉ ngơi;

Mệt mỏi;

Phù chân, bàn chân, mắc cá chân hay bụng;

Ho, thở khò khè;

Tim đập nhanh haynhịp tim bất thường;

Chóng mặt, lú lẫn;

Tiểu đêm thường xuyên;

Buồn nôn, chán ăn.

Các triệu chứng suy tim có thể tiến triển rất nhanh (suy tim cấp tính) hoặc tiến triển chậm hơn (vài tuần đến vài tháng) (suy tim mãn tính).

Để xác định bạn có đang trong tình trạng bị suy tim hay không, bác sĩ sẽ:

Thăm khám tổng quát.

Hỏi về các bệnh đã mắc trước đây của bạn (tiền sử bệnh).

Làm các xét nghiệm cận lâm sàng.

Các xét nghiệm bao gồm:

Xét nghiệm máu: Mức độ bất thường trong công thức máu có thể cho thấy sự hoạt động quá tải của các cơ quan do suy tim.

Điện tâm đồ (EKG): Ghi lại điện tim.

X-quang ngực: Xét nghiệm này giúp bác sĩ nắm được tình trạng bệnh nếu tim bị bất thường như phình bự. Điều này cũng đồng nghĩa bạn đang bị suy tim sung huyết.

Siêu âm tim: Sử dụng sóng âm thanh để soi hoạt động của tim.

Bài tập tim: Còn được gọi là thử nghiệm tim gắng sức.

Đặt ống thông tim: Trong xét nghiệm này, thuốc nhuộm sẽ được tiêm vào cơ thể bạn thông qua một ống nhỏ vào mạch máu. Nó sẽ cho thấy hình ảnh những động mạch bị tắc nghẽn hay bị suy yếu.

Chụp phóng xạ : Còn được gọi là quét MUGA. Vật liệu phóng xạ được tiêm vào máu. Sau đó, một thiết bị sẽ chụp ảnh tim để cho thấy hoạt động của nó. Các chất phóng xạ an toàn cho hầu hết mọi người. Tuy nhiên, nếu đang mang thai hoặc cho con bú, bạn không nên làm xét nghiệm này.

Hiện nay vẫn chưa có phương pháp điều trị khỏi hoàn toàn bệnh suy tim. Các biện pháp điều trị tích cực chỉ làm giảm triệu chứng và làm chậm quá trình tiến triển của bệnh.

Các biện pháp thông thường bao gồm:

Thay đổi lối sống.

Điều trị bằng thuốc.

Cấy thiết bị vào ngực giúp kiểm soát nhịp tim.

Phẫu thuật.

Bạn đang dự định đi khám bác sĩ về bệnh Suy tim? Bỏ túi ngaybí kíp đi khám suy tim hiệu quảtại đây nhé!

Thay đổi lối sống là giải pháp đầu tiên trong điều trị tích cực bệnh suy tim. Lời khuyên dành cho bạn bao gồm:

Chế độ ăn uống lành mạnh, hạn chế cholesterol;

Tập thể dục đều đặn;

Kiểm soát cân nặng ở mức cho phép;

Cố gắng giảm hoặc bỏ hút thuốc;

Kiểm soát bệnh tiểu đường;

Sống tích cực, loại bỏ căng thẳng.

Để kiểm soát huyết áp và khả năng bơm máu của tim, bác sĩ có thể kê đơn:

Thuốc ức chế men chuyển.

Thuốc lợi tiểu.

Thuốc chẹn thụ thể beta.

Digoxin.

Khi tình trạng suy tim nặng hơn, bạn có thể sẽ được phẫu thuật cấy thiết bị khử rung tim hoặc thiết bị hỗ trợ tâm thất trái. Trong một số trường hợp, phẫu thuật bắc cầu hoặc ghép tim sẽ là giải pháp tốt hơn để cải thiện triệu chứng suy tim nghiêm trọng.

Bệnh suy timxảy ra do nhiều nguyên nhân. Đây chính là trạm dừng chân cuối của hầu hết các bệnh về tim. Nắm được các nguyên nhân, triệu chứng, cũng như có biện pháp điều trị kịp thời, sẽ giúp bạn phòng tránh và ngăn ngừa bệnh tiến triển. Đồng thời cải thiện chất lượng sống của người bệnh suy tim.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-tim-cap/

Nội dung bài viết

Suy tim cấp là gì?

Suy tim cấp làm cơ thể bị rối loạn như thế nào?

Suy tim cấp nguy hiểm như thế nào?

Phân loại suy tim cấp

Triệu chứng suy tim cấp

Các dạng lâm sàng của suy tim cấp

Nguyên nhân suy tim cấp

Chẩn đoán suy tim cấp như thế nào?

Điều trị suy tim cấp như thế nào?

Làm gì để phòng ngừa suy tim cấp?

Suy tim cấp là một tình trạng cấp cứu tim mạch cần chẩn đoán và điều trị sớm, đòi hỏi phải nhập viện khẩn cấp. Nếu không được cấp cứu kịp thời, một số trường hợp có thể dẫn đến tử vong hoặc các biến chứng nguy hiểm khác. Bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Lý Quang Sang sẽ cung cấp cho bạn đọc những điều cơ bản cần biết về tình trạng bệnh lý này. Nào chúng ta cùng tìm hiểu nhé.

Suy timlà tình trạng tim không đủ khả năng bơm để cung cấp máu, đảm bảo cho các nhu cầu hoạt động của cơ thể. Bệnh lý là con đường chung cuối cùng của hầu hết cácbệnh lý tim mạch. Suy tim có thể chia thành hai dạng: suy tim cấp và suy tim mạn.1

Suy tim mạn là tình trạng suy giảm mạn tính chức năng tim. Đó là khi bệnh nhân sống chung với một trái tim không còn khoẻ mạnh nữa. Dần dần, bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng nặng dần theo thời gian, do chức năng của trái tim ngày càng suy giảm.1

Trong khi đó, suy tim cấp là một thuật ngữ dùng để chỉ tình trạng khởi phát nhanh chóng các triệu chứng do suy giảm cấp tính chức năng của tim. Với tình trạng này, người bệnh cần phải nhập viện khẩn cấp để điều trị. Các triệu chứng của suy tim cấp liên quan đến tình trạng sung huyết, hoặc giảm cung lượng tim.2

Để hiểu sung huyết và giảm cung lượng tim là gì, chúng ta hãy cùng tìm hiểu phần nội dung tiếp theo sau đây.

Hệ tuần hoàn ở người gồm có vòng tuần hoàn lớn và vòng tuần hoàn nhỏ (phổi). Trong đó, tim và cácmạch máunhư một hệ thống kín gồm máy bơm nước (tim) và các ống dẫn nước (động mạchvàtĩnh mạch).

Trong vòng tuần hoàn lớn, máu đỏ (giàu oxy) được tim trái bơm vào hệ thống động mạch, để mang các chất dinh dưỡng đi nuôi các mô và cơ quan của cơ thể. Sau đó, máu sẽ thu nhận CO2 và các “chất thải” khác của tế bào để trở thành máu đen (nghèo oxy, nhiều CO2), và theo hệ thống tĩnh mạch về lại tim phải.

Đến lượt vòng tuần hoàn nhỏ, tim phải tiếp tục bơm lượng máu đen này lên động mạch phổi, để máu này được trao đổi khí với các phế nang (các túi nhỏ trong phổi chứa không khí mà chúng ta hít vào), để rồi lượng máu này được “nạp” nhiều oxy từ các phế nang và thải bớt CO2 ra ngoài để trở thành máu đỏ, rồi theo tĩnh mạch phổi quay về tim trái và được tiếp tục bơm ra ngoài theo vòng tuần hoàn lớn. Cứ như vậy tạo thành một vòng lặp đi lặp lại trong cơ thể.

Khi tim của người bệnh bị suy, tức là “máy bơm” không thể làm tốt nhiệm vụ bơm máu ra các “ống dẫn nước” được nữa. Dẫn đến hệ quả là máu bị ứ đọng ở cả tim và ở hệ thống mạch máu – nhất là ở hệ thống tĩnh mạch.

Khi tim trái bị suy, tim trái không thể bơm nổi hết lượng máu đã nhận được từ các tĩnh mạch phổi ra ngoài tuần hoàn lớn được. Dẫn đến máu ứ lại ở vòng tuần hoàn nhỏ. Lúc này, bệnh nhân có tình trạng ứ máu ở phổi hay còn gọi là “sung huyết phổi”, dịch sẽ thoát từ lòng mao mạch vào trong phế nang của phổi. Tình trạng này gây khó khăn cho việc trao đổi khí ở phổi. Từ đó làm cho bệnh nhân bị khó thở.

Tương tự như vậy, khi tim phải bị suy, người bệnh sẽ có tình trạng ứ đọng máu trong vòng tuần hoàn lớn. Dẫn đến sung huyết ngoại biên với các biểu hiện như phù chân, gan to, tĩnh mạch cổ nổi,…

Ngoài ra, khi tim bị suy, tim sẽ không bơm đủ lượng máu đi nuôi cơ thể như bình thường được. Giai đoạn đầu, cơ thể của chúng ta sẽ có nhiều cơ chế để bù trừ lại tình trạng này, nhằm đảm bảo các mô và cơ quan không bị thiếu máu nuôi. Nhưng khi bệnh tiến triển, các cơ chế bù trừ này thất bại; các mô và cơ quan trong cơ thể bắt đầu bị thiếu máu nuôi, thiếu oxy và các chất dinh dưỡng, dẫn đến suy đa cơ quan. Tình trạng này được gọi là “hội chứng giảm cung lượng tim”.

Đây là những rối loạn diễn ra trong cơ thể của người bệnh bị suy giảm chức năng tim. Ở người bệnh suy tim cấp tính, các rối loạn này sẽ trở nên rầm rộ hơn, đột ngột hơn, và nặng hơn.

Đây là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở những bệnh nhân lớn hơn 65 tuổi. Có khoảng hơn 26 triệu lượt nhập viện mỗi năm vì suy tim cấp trên toàn thế giới. Bên cạnh đó, cứ 10 người suy tim cấp sau khi ra viện, thì có đến 2 – 3 người tử vong chỉ sau 1 năm.34

Bệnh nhân suy tim cấp nếu không được quản lý tốt sẽ có nguy cơ tái nhập viện. Ước tính cứ 4 bệnh nhân suy tim cấp sau khi ra viện, thì đã có 1 bệnh nhân phải tái nhập viện trở lại chỉ sau một tháng. Với mỗi lần tái nhập viện như vậy thì chức năng tim của người bệnh ngày càng suy giảm, đồng thời tỷ lệ tử vong sẽ ngày càng tăng lên.34

Suy tim cấp có thể là suy tim mới khởi phát; hoặc là đợt tiến triển nặng lên của tình trạng suy tim mạn tính trước đó (hay còn gọi là đợt mất bù cấp của suy tim mạn).2

Trong đó, suy tim cấp mới khởi phát ít gặp hơn. Đây là trường hợp người bệnh có tình trạng suy tim đột ngột trên nền chức năng tim bình thường, người bệnh thường không có tiền căn bệnh lý tim mạch trước đó.

Dạng suy tim cấp thường gặp hơn là đợt mất bù cấp của suy tim mạn (chiếm khoảng 80% trường hợp).5Đây là trường hợp người bệnh đã có suy tim mạn tính trước đó. Và tình trạng suy tim trở nên nặng hơn do có những yếu tố thúc đẩy, khiến người bệnh phải nhập viện để điều trị.

Người bệnh cần nhanh chóng nhập viện, khi thấy có những triệu chứng suy tim cấp như sau:267

Khó thở: Đây là lý do nhập viện thường gặp nhất. Thường gặp ở hơn 90% người bệnh suy tim cấp liên quan đến tình trạng sung huyết ở phổi. Khó thở điển hình xuất hiện khi nghỉ ngơi hoặc khi gắng sức nhẹ. Khi khó thở, người bệnh phải ngồi dậy để thở. Khó thở nặng hơn nhiều nếu người bệnh nằm đầu thấp. Trường hợp người bệnh đã được chẩn đoán suy tim mạn trước đó, gặp phải triệu chứng điển hình như thế này thì là lúc cần phải nhanh chóng được đưa đến cơ sở y tế gần nhất để cấp cứu ngay.

Đau ngực: Người bệnh có thể có triệu chứng đau thắt ngực gợi ýbệnh mạch vành. Đau ngực thường ở bên trái hoặc giữa xương ức, đau theo kiểu như có vật gì đè nặng lên ngực. Nếu người bệnh có tình trạng đau ngực dữ dội vào kéo dài, không đỡ hơn khi nghỉ ngơi, kèm theo vã mồ hôi và khó thở dữ dội; thì rất có thể đây là những gợi ý cho tình trạng nhồi máu cơ tim – đây là một trong những nguyên nhân nguy hiểm dẫn đến suy tim cấp.

Ho đàm bọt hồng: Trong trường hợpphù phổi cấp.

Hồi hộp đánh trống ngực, cảm giác tim đập nhanh, không đều: Các triệu chứng này gợi ý người bệnh có rối loạn nhịp tim. Đây vừa có thể là nguyên nhân hoặc là biến chứng của suy tim cấp.

Phù: Người bệnh có thể có tình trạng phù hai chân, hoặc phù lan ra toàn thân.

Xem thêm:Dấu hiệu nhồi máu cơ tim cấp và cách xử trí bạn cần biết

Ngoài ra, khi thăm khám người bệnh suy tim cấp, các bác sĩ có thể phát hiện ra các triệu chứng khác gợi ý chẩn đoán như:267

Tim to, nghe tim phát hiện những tiếng tim và âm thổi bất thường.

Tĩnh mạch cổ nổi: khi quan sát cổ người bệnh suy tim cấp có thể phát hiện tĩnh mạch cảnh nổi rõ.

Gan to.

Khám phổi nghe thấy tiếng ran ẩm hai bên phổi. Dấu hiệu này chứng tỏ có dịch trong các phế nang, nguyên nhân do sung huyết phổi làm dịch từ trong mạch máu thoát vào trong phế nang.

Các dấu hiệu của hội chứng giảm cung lượng tim, chứng tỏ người bệnh có tình trạng giảm tưới máu cơ quan như: rối loạn tri giác với biểu hiện lừ đừ, mất tập trung, lơ mơ hay thậm chí là hôn mê, tay chân lạnh, da nổi lên các vân tím, tiểu ít hoặc không có nước tiểu,…

Huyết áp bất thường:Huyết áp tâm thucó thể tăng cao hơn 180 mmHg, đây có thể là nguyên nhân gây suy tim cấp, hoặc có thể do suy tim cấp gây ra. Ngoài ra, người bệnh có thể có huyết áp tâm thu tụt thấp hơn 90 mmHg. Trường hợp này mặc dù ít gặp hơn, nhưng lại là dấu hiệu cho thấy bệnh có thể đang diễn tiến nặng và có tiên lượng xấu. Khi này, bệnh nhân có thể bịsốc tim– dạng nặng nhất của suy tim cấp.

Dựa vào các biểu hiện lâm sàng, cũng như đánh giá tình trạng cấu trúc và chức năng tim của người bệnh, các bác sĩ có thể phân loại suy tim cấp thành một trong những dạng sau đây:8

Dạng này do rối loạn chức năng của tim trái, thường diễn tiến từ từ (trong vài ngày) với các biểu hiện của sung huyết, tích tụ dịch trong cơ thể như khó thở, phù, tăng cân,…

Tình trạng này cũng do bất thường chức năng tim trái, nhưng diễn tiến nhanh và đột ngột hơn (trong vòng vài giờ). Bệnh nhân thấy khó thở dữ dội, vã mồ hôi, cảm giác như “sắp chết”, có thể ho ra đàm có bọt hồng.

Các triệu chứng này liên quan đến tình trạng sung huyết ở phổi, suy hô hấp, hậu quả của tình trạng xuất tiết dịch từ trong lòng mạch máu phổi vào trong phế nang; dịch này ban đầu xuất hiện ở đáy phổi sau đó ngày càng dâng lên cao. Người ta ví phù phổi cấp như là tình trạng “chết đuối trên cạn”, có tỷ lệ tử vong cao nếu không được cấp cứu kịp thời.

Trường hợp này bệnh nhân có chức năng tim trái bình thường và chỉ có rối loạn chức năng tim bên phải, gây sung huyết tuần hoàn lớn. Nếu tình trạng này nghiêm trọng, tim phải không đủ sức để bơm đủ máu lên phổi. Do đó tim trái nhận được lượng máu ít hơn bình thường, dẫn đến giảm cung lượng tim.

Đây là dạng nặng nhất của suy tim cấp, có tiên lượng rất xấu. Hậu quả của rối loạn chức năng tim nặng, gây giảm tưới máu hệ thống, có thể khởi phát từ từ hoặc nhanh tuỳ vào nguyên nhân.

Có một số nguyên nhân chính dẫn đến suy tim cấp, các nguyên nhân này có thể hồi phục nếu được phát hiện và điều trị sớm:78

Hội chứng mạch vành cấplà tình trạng mạch máu nuôi tim bị tắc nghẽn, làm cho tim bị thiếu máu nuôi.

Tăng huyết áp cấp cứulà tình trạng mà khi đo huyết áp của người bệnh, thấy huyết áp tăng cao trên 180/110 – 120 mmHg. Và có những dấu hiệu của tổn thương cơ quan đích của cơ thể. Một trong những cơ quan đích đó là tim.

Rối loạn nhịp nhanh hay nhịp chậm đều có thể gây ra suy tim cấp.

Một số biến chứng này bao gồm: thủng vách liên thất,hở van hai lácấp, vỡ thất trái.

Đây là tình trạng màng bao tim chứa đầy dịch hoặc máu, gây chèn ép và làm cho tim co bóp không còn hiệu quả.

Thuyên tắc động mạch phổi cấplà tình trạng có một cục máu đông trên động mạch phổi. Cục máu đông này gây tắc nghẽn và chặn đứng dòng máu được bơm từ tim phải lên mạch phổi. Từ đó làm ứ máu và gây quá tải cho tim phải, gây ra suy tim phải cấp.

Ngoài ra, có một số những yếu tố thúc đẩy, đóng vai trò như là một “mồi lửa” dẫn đến suy tim cấp ở những bệnh nhân đã có sẵn một trái tim bị suy trước đó. Khi phát hiện và kiểm soát được những yếu tố này, có thể giúp cải thiện tình trạng của bệnh nhân:78

Nhiễm trùng.

Thiếu máu.

Suy thận.

Đợt cấp bệnh phổi mạn tính, hen phế quản.

Không tuân thủ chế độ ăn kiêng hoặc thuốc điều trị.

Do sử dụng một số thuốc làm nặng hơn tình trạng suy tim như:thuốc kháng viêm không steroid,corticoid,…

Tăng huyết áp không được kiểm soát hiệu quả.

Sử dụngrượu bia, các chất gây nghiện.

Quá trình chẩn đoán suy tim cấp được bác sĩ bắt đầu thực hiện ngay từ lúc nhập viện ở khoa cấp cứu, nhằm đánh giá kịp thời và khởi động điều trị thích hợp. Song song đó, bác sĩ sẽ nhận diện và điều trị ngay lập tức các nguyên nhân, các yếu tố thúc đẩy có thể hồi phục hoặc đe dọa đến tính mạng của người bệnh.

Bác sĩ sẽ hỏi nhanh bệnh sử, tiền căn bệnh lý, tiền căn sử dụng thuốc trước đó, thăm khám để tìm các dấu hiệu lâm sàng gợi ý suy tim. Việc hỏi bệnh và thăm khám người bệnh được thực hiện song song với điều trị. Vì đây là một cấp cứu đe doạ đến tính mạng của người bệnh, do đó việc chẩn đoán và điều trị có thể được thực hiện nhanh chỉ trong vòng vài phút.

Bác sĩ sẽ chỉ định thêm một số xét nghiệm để chẩn đoán xác định suy tim cấp, tìm nguyên nhân, cũng như các biến chứng nếu có như:78

Điện tâm đồ.

X-quangtim phổi.

Siêu âm tim.

Siêu âm phổi.

Peptide lợi niệu (BNP, NT-proBNP, MR-proANP).

Troponin.

BUN, Creatinine máu.

Ion đồ (Na, K, Cl).

Tình trạng sắt (sắt huyết thanh, ferritin hay độ bão hòa transferrin).

TSH.

D-dimer.

Procalcitonin.

Lactate máu.

Độ bão hòa oxy và khí máu động mạch.

Người bệnh suy tim cấp sẽ được khởi động điều trị song song hoặc ngay khi có chẩn đoán. Người bệnh sẽ được theo dõi chức năng tim phổi, bao gồm độ bão hòa oxy, huyết áp, nhịp thở và điện tâm đồ, thể tích nước tiểu.8

Bác sĩ sẽ nhận diện các yếu tố thúc đẩy và nguyên nhân cần điều trị khẩn cấp và điều trị nếu có.

Có những biện pháp điều trị cơ bản và nâng cao, mà bác sĩ sẽ chỉ định khi tiếp nhận một người bệnh suy tim cấp:2678

Được chỉ định khi người bệnh có dấu hiệu suy hô hấp.

Thuốc lợi tiểu: Đây là thuốc chủ lực trong điều trị phần lớn bệnh nhân suy tim cấp. Thuốc này giúp thải trừ lượng muối nước dư thừa và ứ đọng trong cơ thể. Từ đó cải thiện các triệu chứng sung huyết. Sau khi được tiêm thuốc này, nếu đáp ứng tốt, người bệnh sẽ đi tiểu nhiều, tình trạng khó thở sẽ giảm dần.

Thuốc giãn mạch: Giúp cải thiện huyết động của người bệnh. Giãn tĩnh mạch giúp làm giảm lượng máu đi về tim, giãn động mạch giúp tim bơm máu được dễ dàng hơn.

Thuốc tăng co bóp cơ tim: Làm tăng cường khả năng bơm máu của tim. Từ đó tăng lượng máu đi nuôi cơ thể và cải thiện triệu chứng.

Thuốc vận mạch: Đây là các thuốc thường được chỉ định ở bệnh nhân bị sốc tim, huyết áp tụt, giảm tưới máu cơ quan.

Digoxin: Để kiểm soát tần số tim khi nhịp tim người bệnh quá nhanh như trong trường hợp rung nhĩ.

Morphine: Khi người bệnh quá hốt hoảng, lo lắng, khó thở dữ dội. Thuốc này có thể được chỉ định giúp bệnh nhân giảm khó thở và lo lắng.

Điều trị thay thế thận: Trong một số trường hợp nặng, người bệnh không đáp ứng với thuốc lợi tiểu, nước tiểu ra rất ít, hoặc thậm chí là không có nước tiểu; mặc dù đã sử dụng liều cao của thuốc. Hoặc bệnh nhân có tình trạngsuy thậnnặng kèm theo. Việc điều trị thay thế thận với một máy lọc thận nhân tạo được gắn vào bệnh nhân, sẽ giúp hỗ trợ lấy lượng nước dư thừa cũng như các chất thải, chất độc trong cơ thể.

Bóng đối xung động mạch chủ: Được chỉ định trong hỗ trợ tuần hoàn, trước khi điều trị ngoại khoa các vấn đề cơ học cấp tính như: thủng vách liên thất, hở van hai lá cấp, trongviêm cơ timcấp nặng; và chọn lọc ở bệnh nhânthiếu máu cục bộvà nhồi máu cơ tim trước đó, trong và sau khi tái thông động mạch vành.

ECMO (hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể): Được chỉ định trong trường hợp bệnh nhân sốc tim mà không đáp ứng với các điều trị khác.

Bên cạnh những thuốc điều trị suy tim do bác sĩ chỉ định – giúp cải thiện tiên lượng sống còn, cũng như ngăn ngừa tái nhập viện. Người bệnh suy tim mạn, hoặc có mắc những bệnh lý tim mạch mạn tính có thể thực hiện một số biện pháp tại nhà để phòng ngừa diễn tiến đến suy tim cấp, và bảo tồn chức năng tim của mình như:6

Bỏ thuốc lá.

Hạn chế rượu bia.

Chế độ ăn lành mạnh: giảm muối, nhiều chất xơ, ít mỡ động vật thay bằng dầu thực vật.

Giảm cân nếu thừa cân.

Tập luyện thể dục nhẹ nhàng tùy theo mức độ bệnh.

Dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân phải bất động, nằm lâu.

Kiểm soát đường huyết, huyết áp: cần có máy đo huyết áp,máy đo đường huyếttại nhà để theo dõi đều đặn.

Uống thuốc đều đặn, không tự ý bỏ hoặc dừng thuốc.

Không tự ý dùng thuốc hay chất nào khác mà không được bác sĩ chỉ định.

Tiêm ngừa cúm, phế cầu.

Lắng nghe cơ thể, theo dõi những dấu hiệu sớm của suy tim cấp như: phù, tăng cân, khó thở khi gắng sức nhẹ, mệt, ho khan nhiều về đêm. Nếu có những dấu hiệu này, người bệnh cần phải đi khám ngay.

Xem thêm:Những lưu ý khi chăm sóc người suy tim để phòng tránh rủi ro

Qua bài viết trên, Thạc sĩ, Bác sĩ Lý Quang Sang hi vọng có thể cung cấp cho quý độc giả những thông tin cần biết vềsuy tim cấp– một bệnh lý nguy hiểm và đe doạ đến tính mạng của người bệnh. Khi phát hiện những dấu hiệu gợi ý bị suy tim cấp, việc bạn cần làm là nhanh chóng đưa người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất để được cấp cứu kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-tim-phai/

Nội dung bài viết

Suy tim phải là gì?

Cơ chế của suy tim phải

Nguyên nhân suy tim phải

Tiên lượng của suy tim phải

Triệu chứng của suy tim phải

Chẩn đoán suy tim phải

Điều trị suy tim phải

Khi nhắc đến suy tim, người ta thường nghĩ ngay đến suy tim trái. Tuy nhiên, thực tế suy tim nói chung có thể là suy tim trái, suy tim phải, hoặc là suy tim toàn bộ. Trong đó, suy tim phải thường xảy ra thứ phát do suy tim trái gây ra. Nhưng cũng có trường hợp người bệnh mắc suy tim phải đơn thuần mà không có suy tim trái. Khác với những triệu chứng rõ ràng của suy tim trái, thì suy tim phải có triệu chứng thầm lặng hơn trong giai đoạn đầu. Bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Lý Quang Sang sẽ cung cấp cho bạn đọc những thông tin cơ bản về căn bệnh này. Mời bạn cùng tìm hiểu nhé!

Tim người bình thường có thể chia thành tim trái và tim phải, và tổng cộng gồm có 4 buồng tim. Trong đó, tim trái gồm nhĩ trái và thất trái, còn tim phải gồm nhĩ phải và thất phải. Với một trái tim khoẻ mạnh, hoạt động co bóp của tim diễn ra nhịp nhàng và hiệu quả, đảm bảo bơm đủ lượng máu để lưu thông hiệu quả trong các vòng tuần hoàn và nuôi cơ thể.

Suy timlà tình trạng tim không còn khả năng co bóp tốt để bơm đủ lượng máu đảm bảo cho các nhu cầu hoạt động của cơ thể. Đây là con đường chung cuối cùng của hầu hết cácbệnh lý tim mạch. Nếu phân chia theo giải phẫu của tim, suy tim có thể phân thành suy tim trái, suy tim phải, hoặc suy tim toàn bộ (suy cả tim trái và tim phải).12

Suy tim phải là tình trạng bất thường cấu trúc hay chức năng của tim phải làm giảm khả năng co bóp. Dẫn đến chức năng bơm máu của tim phải lên tuần hoàn phổi không còn hiệu quả nữa. Trong hầu hết trường hợp, suy tim phải xuất hiện như là một biến chứng của suy tim trái đã sẵn có trước đó. Đây cũng là lúc người bệnh đã chuyển sang tình trạng suy tim toàn bộ. Tuy nhiên, suy tim phải có thể xảy ra đơn độc mà không kèm theo suy tim trái, trường hợp này ít gặp hơn.1

Tỷ lệ sống còn ở người bệnh suy tim phải sau suy tim trái (suy tim toàn bộ) ở thời điểm 2 năm chỉ có 23%. Trong khi đó, tỷ lệ này ở người bệnh suy tim phải đơn độc không kèm theo suy tim trái là 71%.3

Tim cùng với hệ thống mạch máu trong cơ thể tạo lập nên một hệ tuần hoàn kín, hoạt động đều đặn và nhịp nhàng.

Như đã trình bày ở trên, tim của chúng ta gồm có tim trái và tim phải. Bình thường, tim trái sẽ bơm máu đỏ (giàu oxy) vào hệ thống động mạch để mang các chất dinh dưỡng đi nuôi các mô và cơ quan của cơ thể. Sau đó, máu sẽ thu nhận CO2và các “chất thải” khác của tế bào để trở thành máu đen (nghèo oxy, nhiều CO2) và theo hệ thống tĩnh mạch chủ về lại tim phải, chu kỳ này tạo lập nên vòng tuần hoàn lớn.

Đến lượt vòng tuần hoàn nhỏ, nhiệm vụ của tim phải là bơm lượng máu vừa nhận được lên động mạch phổi để máu này được trao đổi khí với các phế nang (các túi nhỏ trong phổi chứa không khí mà chúng ta hít vào), để rồi lượng máu này được “nạp” nhiều oxy từ các phế nang và thải bớt CO2ra ngoài để trở thành máu đỏ, rồi theo tĩnh mạch phổi quay về tim trái và được tiếp tục bơm ra ngoài theo vòng tuần hoàn lớn. Cứ như vậy tạo thành một vòng lặp đi lặp lại trong cơ thể.

Để có thể thích nghi với “môi trường áp lực cao” vì gánh vác trọng trách bơm một lượng máu đủ lớn vào vòng tuần hoàn lớn để nuôi toàn cơ thể, thất trái có hình elip với lớp cơ dày.

Tuy nhiên, khác với tim trái, tim phải của chúng ta “mong manh dễ vỡ” hơn nhiều. Vì có hình dạng tam giác cùng lớp cơ mỏng hơn, thất phải của chúng ta rất nhạy cảm với “môi trường áp lực cao”. Tức là khi có tình trạng ứ đọng máu do tắc nghẽn từ thượng nguồn của vòng tuần hoàn nhỏ (động mạch phổi, tĩnh mạch phổi), khả năng “gồng gánh” của thất phải để gắng sức bơm máu lên hệ thống mạch máu phổi không đủ lớn, dẫn đến nó dễ bị “đuối sức”.

Ngoài ra, cấu trúc giải phẫu đặc biệt của tim phải làm cho nó dễ bị suy, khi cấu trúc này bị thay đổi bởi tình trạng thiếu máu nuôi, hoặc bởi các tác nhân gây tổn thương trực tiếp cơ tim (thuốc, độc chất, virut, …) hơn so với tim trái. Mặc dù vậy, tim phải có một lợi thế hơn tim trái là ít nhạy cảm với tình trạng thiếu máu nuôi hơn, do có lớp cơ mỏng và chịu áp lực thấp hơn nên nhu cầu dinh dưỡng và oxy cũng ít hơn.3

Khi tim phải bị suy, thất phải không đủ sức bơm đủ lượng máu lên động mạch phổi, dẫn đến máu sẽ ứ đọng lại ở tim phải ngày càng nhiều. Và chính vì vậy mà “gánh nặng” quá tải thể tích máu “đè lên vai” thất phải ngày một cao. Từ đó làm cho mức độ suy tim phải càng nặng lên. Lượng máu ứ đọng này sẽ ứ ngược trở lại hệ thống tĩnh mạch trong vòng tuần hoàn lớn. Đây là lý do vì sao mà người bệnh suy tim phải sẽ có tình trạng phù chân,gan to, tĩnh mạch cổ nổi,…

Ngoài ra, vì lượng máu được thất phải bơm lên tuần hoàn phổi ít hơn bình thường, nên máu hồi lưu về tim trái cũng ít hơn. Nếu tình trạng này nặng sẽ dẫn đến giảm cung lượng tim (giảm lượng máu bơm ra tuần hoàn lớn để nuôi cơ thể bởi thất trái, ngay cả khi sức co bóp của thất trái hoàn toàn bình thường), làm giảm tưới máu để nuôi sống các mô và cơ quan trong cơ thể. Từ đó gây suy đa cơ quan.23

Suy tim phải có thể là biến chứng của suy tim trái. Khi thất trái giảm khả năng co bóp để tống máu ra tuần hoàn lớn, máu sẽ ứ lại tại tim trái và ứ ngược lên hệ thống tĩnh mạch phổi. Từ đó làm tăng áp lực tĩnh mạch phổi, rồi tăng áp lực ngược dòng tới động mạch phổi. Lâu ngày, áp lực này “đè nặng trên vai” của thất phải, dần dần dẫn đến suy tim phải.

Vì vậy, bất kỳ những nguyên nhân nào có thể gây suy tim trái thì đều có thể gây ra suy tim phải sau đó (suy tim toàn bộ). Các nguyên nhân này có thể là:134

Bệnh mạch vành.

Tăng huyết áp.

Bệnh van tim:hở van hai lá,hẹp van hai lá;hở van động mạch chủ,hẹp van động mạch chủ.

Rối loạn nhịp tim.

Bệnh cơ tim,…

Bên cạnh đó, suy tim phải có thể xuất hiện một cách đơn độc không kèm theo suy tim trái, bởi những nguyên nhân làm quá tải áp lực và/hoặc thể tích tại tim phải, lâu ngày làm cho tim phải bị “kiệt sức”. Các nguyên nhân này có thể là:134

Nhồi máu cơ tim thất phải.

Thuyên tắc phổi.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản.

Thông liên nhĩ.

Tăng áp động mạch phổivô căn.

Bệnh cơ tim loạn sản thất phải.

Viêm cơ tim.

Tổn thương phổi cấp tính.

Hở van 3 ládo tổn thương thực thể tại van tim.

Rối loạn nhịp tim: đặc biệt là rối loạn nhịp xuất phát từ thất phải,…

Tuỳ theo nguyên nhân gây ra suy tim phải mà mức độ nguy hiểm của bệnh khác nhau. Nhưng nhìn chung, đây là một căn bệnh có thể đe doạ tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Nếu như suy tim phải thứ phát sau suy tim trái, tức là người bệnh đã có suy tim toàn bộ. Tiên lượng lúc này kém, tỷ lệ sống còn và chất lượng cuộc sống của người bệnh suy giảm đáng kể nếu không được điều trị tốt.5

Suy tim phải đơn độc do các bệnh lý phổi mạn tính,tim bẩm sinh, rối loạn nhịp tim,… có tiên lượng phụ thuộc và mức độ nặng của bệnh căn nguyên. Tuy nhiên, nếu điều trị kiểm soát tốt và ổn định bệnh căn nguyên, chức năng tim phải có thể được cải thiện tốt.5

Suy tim phải cấp do các nguyên nhân cấp tính như thuyên tắc phổi, nhồi máu thất phải, tổn thương phổi cấp, nhiễm trùng huyết, viêm cơ tim,… thường có tiên lượng xấu nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm. Tuy nhiên, trong những trường hợp này, chức năng của tim phải có thể hồi phục hoàn toàn nếu giải quyết nhanh và dứt điểm nguyên nhân.5

Suy tim phải thứ phát do suy tim trái, do bệnh phổi mạn, tim bẩm sinh, bệnh van 3 lá thường diễn tiến chậm; do khả năng thích nghi của thất phải với tình trạng tăng áp lực không quá đột ngột. Bệnh nhân có thể không có triệu chứng hoặc triệu chứng rất nhẹ ở giai đoạn đầu.45

Ngược lại, nếu suy tim phải đơn độc do những nguyên nhân như thuyên tắc phổi, nhồi máu thất phải, nhiễm trùng huyết, tổn thương phổi cấp tính, viêm cơ tim,… thì bệnh thường diễn tiến nhanh và nặng do thất phải không chịu nổi một sự gia tăng áp lực cao đột ngột.456

Như đã trình bày, suy tim phải làm ứ đọng máu trong hệ thống tĩnh mạch của vòng tuần hoàn lớn, gây sung huyết hệ thống. Tình trạng gây ra một triệu chứng nổi bật ở người bệnh suy tim phải là phù:13

Người bệnh sẽ thấy chân mình sưng lên, căng bóng, ấn ngón tay vào mắt cá trong hay vùng xương cứng của cẳng chân sẽ thấy để lại vết lõm và vết này dãn mất đi khi thả tay ra. Phù này xuất hiện đầu tiên thường ở mu bàn chân, vùng mắt cá trong, hoặc ở vùng cùng cụt khi người bệnh nằm lâu; sau đó phù dần lan ra toàn thân nếu bệnh tiến triển, phù thường tăng dần về chiều.

Ngoài ra, người bệnh có thể thấy bụng mình to lên, do có dịch tích tụ trong màng bụng (cổ trướng).

Người bệnh có cảm giác đầy hơi,khó tiêudo tình trạng phù niêm mạc đường tiêu hoá.

Vì phù, tích tụ dịch trong cơ thể nhiều lên, người bệnh sẽ thấy mình tăng cân, tiểu ít hơn bình thường.

Khi suy thất phải tiến triển nặng gây giảm cung lượng tim, người bệnh có thể rơi vào tình trạng nặng hơn với những triệu chứng như:135

Da lạnh, tím tái.

Mệt mỏi.

Choáng váng,chóng mặt.

Mất tập trung, lú lẩn, lừ đừ, lơ mơ.

Đo thấy huyết áp thấp.

Ngoài ra, người bệnh còn có thể có những triệu chứng của suy tim trái, nếu đây là nguyên nhân gây ra suy tim phải, hoặc triệu chứng của các bệnh căn nguyên khác như:

Khó thở, đặc biệt là khó thở khi gắng sức, khi nằm đầu thấp, khó thở về đêm.

Đau ngực, đặc biệt đau giữa ngực, đau bên trái, đau nhói kiểu đè nặng, có thể lan lên cổ hay lan sang vai và tay trái.

Hồi hộp đánh trống ngực, cảm giáctim đập nhanhgợi ý có rối loạn nhịp tim.

Khi thăm khám người bệnh suy tim phải, các bác sĩ có thể phát hiện thêm những triệu chứng giá trị khác để gợi ý chẩn đoán như:135

Có dấu nảy trước ngực gợi ý lớn thất phải, nghe tim phát hiện những tiếng tim và âm thổi bất thường vùng tim phải.

Tĩnh mạch cổ nổi: khi quan sát cổ người bệnhsuy tim cấpcó thể phát hiện tĩnh mạch cảnh nổi rõ.

Gan to.

Các dấu hiệu của hội chứng giảm cung lượng tim khi suy tim phải nặng, chứng tỏ người bệnh có tình trạng giảm tưới máu cơ quan như: rối loạn tri giác với biểu hiện lừ đừ, mất tập trung, lơ mơ hay thậm chí làhôn mê, tay chân lạnh, da nổi lên các vân tím, tiểu ít hoặc không có nước tiểu,…

Để chẩn đoán suy tim phải, bác sĩ sẽ hỏi kỹ bệnh sử, tiền căn các bệnh lý căn nguyên gây suy tim phải như bệnh tim trái, bệnh phổi mạn, tim bẩm sinh,…

Bác sĩ sẽ thăm khám tim và toàn thân để tìm các dấu hiệu lâm sàng gợi ý suy tim phải như: dấu hiệu lớn thất phải và các dấu hiệu sung huyết hệ thống như phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi,…

Khi bệnh nhân nhập viện với biểu hiện cấp tính, việc chẩn đoán sẽ được thực hiện nhanh chóng và có thể song song với điều trị, nhằm phát hiện sớm và xử trí ngay có nguyên nhân gây suy thất phải cấp có thể hồi phục được.45

Sau khi đã có chẩn đoán sơ bộ nghi ngờ bệnh nhân có suy giảm chức năng tim phải. Bác sĩ sẽ chỉ định thêm một số xét nghiệm để chẩn đoán xác định suy tim phải như:45

Điện tâm đồ: nhằm phát hiện các dấu hiệu như lớn các buồng tim phải,thiếu máu cơ tim, dấu hiệu thuyên tắc phổi,…

X-quangtim phổi: có thể phát hiện dấu hiệu tổn thươngphổitrong trường hợp suy tim phải do bệnh phổi mạn, dấu hiệu lớn tim phải.

Siêu âm tim: đây là xét nghiệm chính xác nhất để đánh giá cấu trúc và chức năng tim phải. Từ đó có thể chẩn đoán xác định suy tim phải. Ngoài ra, siêu âm tim còn hỗ trợ chẩn đoán một số nguyên nhân gây suy tim phải như: suy tim trái, thuyên tắc phổi, hở van 3 lá, tăng áp động mạch phổi, thông liên nhĩ,…

Peptide lợi niệu (BNP, NT-proBNP, MR-proANP): khi người bệnh bị suy tim phải, các chất này trong máu sẽ tăng cao.

Bên cạnh đó, người bệnh sẽ được thực hiện thêm một số những xét nghiệm bổ sung khác để chẩn đoán nguyên nhân tuỳ theo lâm sàng gợi ý:45

Thuyên tắc phổi: D-dimer, CT-scan động mạch phổi.

Nhồi máu cơ tim thất phải: troponin tim, chụp mạch vành.

Bệnh phổi mạn: CT-scan ngực có cản quang.

Tăng áp động mạch phổi nguyên phát: xạ hình thông khí tưới máu, thông tim.

Bệnh cơ tim loạn sản thất phải: Holter ECG, MRI tim, xét nghiệm gen.

Ngoài ra, một số xét nghiệm có thể được chỉ định để đánh giá hậu quả của suy tim phải, cũng như hỗ trợ cho việc điều trị và theo dõi như:45

Chức năng thận: BUN, Creatinine máu.

Ion đồ máu (Na, K, Cl).

Chức năng gan: AST, ALT,bilirubin.

Lactate máu.

Khí máu động mạch,…

Việc điều trị nguyên nhân đóng vai trò ưu tiên hàng đầu trong quản lý căn bệnh này. Các phương pháp bao gồm:456

Nếu suy tim phải xảy ra thứ phát sau suy tim trái, người bệnh lúc này đã có suy tim toàn bộ. Bệnh nhân sẽ được điều trị như một bệnh nhân có suy tim trái với những thuốc có thể làm giảm tử vong cho người bệnh như: chẹn thụ thể beta, thuốc ức chế men chuyển, thuốc ức chế thụ thể, lợi tiểu kháng aldosterol, thuốc ARNI (sacubitril/valsartan), thuốc ức chế SGLT-2.

Nếu suy tim phải đơn độc do những nguyên nhân khác không phải do suy tim trái. Việc chẩn đoán và điều trị nguyên nhân triệt để đóng vai trò rất quan trọng. Ví dụ:

Suy tim phải do thuyên tắc phổi: cần phải tái thông động mạch phổi bằng tiêu sợi huyết, phẫu thuật lấy huyết khối.

Suy tim phải do nhồi máu cơ tim thất phải: cần can thiệp tái thông động mạch vành.

Suy tim phải do bệnh phổi mạn: cần điều trị tích cực để làm giảm tiến triển của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản,xơ phổi,…

Suy tim phải do hở van 3 lá: can thiệp sửa hay thay van.

Bệnh cơ tim loạn sản thất phải gây rối loạn nhịp: đặt máy phá rung trong buồng tim,…

Tăng áp động mạch phổi nguyên phát: điều trị thuốc làm giãn động mạch phổi.

Ngoài ra, việc tối ưu hoá lượng dịch trong cơ thể đóng vai trò quan trọng trong suy tim phải:456

Lợi tiểu để thải trừ lượng nước dư thừa khi người bệnh có dấu hiệu sung huyết hệ thống: phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, cổ trướng,…

Bù dịch trong trường hợp người bệnh có dấu hiệu thiếu dịch.

Khi suy tim phải nặng, chức năng co bóp thất phải kém, gây giảm cung lượng tim, tụt huyết áp. Người bệnh có thể được chỉ định:456

Thuốc vận mạch: để nâng huyết áp lên, đảm bảo tưới máu cơ quan.

Thuốc tăng co bóp cơ tim: để làm tăng khả năng co bóp của thất phải.

Mặc dù không giúp bệnh suy tim phải được chữa khỏi hoàn toàn. Nhưng chế độ ăn cho bệnh nhân suy tim và rèn luyện thể lực thường xuyên sẽ không làm bệnh xấu đi, thậm chí trì hoãn một phần tiến triển:1

Hạn chế thực phẩm giàu cholesterol như thịt động vật có màu đỏ, mỡ, da, nội tạng. Thay vào đó là sử dụng nguồn chất béo từ thực vật gồmdầu oliu, dầu hướng dương, óc chó, hạt lanh… nhưng với số lượng ít.

Bổ sung thêm rau xanh, trái cây sạch trong thực đơn hằng ngày nhằm cung cấp nguồn chất chống oxy hóa tự nhiên cho cơ thể.

Hạn chếrượu bia, không hút thuốc lá.

Chỉ uống nước khi thực sự khát, có thể nhai kẹo cao su, ngậm đá viên hoặc trái cây đông lạnh để giảm bớt cơn khát.

Ăn nhạt, giảm tối đa lượng muối trong khi nấu ăn và tránh thực phẩm đóng hộp.

Tránh căng thẳng quá mức, ngủ đủ 7 – 8 giờ mỗi đêm, và dành 20 – 40 phút buổi trưa để nghỉ ngơi.

Tập thể dục 30 – 60 phút hằng ngày với bài tập yêu thích hoặc tùy theo khả năng vận động của mỗi người. Hoạt động này giúp duy trì cân nặng khỏe mạnh và giảm thiểu gánh nặng cho tim.

Hi vọng bài viết trên đây đã cung cấp cho bạn đọc một số những thông tin cần biết vềsuy tim phải– một bệnh lý nguy hiểm và đe doạ đến tính mạng của người bệnh. Khi phát hiện những dấu hiệu gợi ý người bệnh bị suy tim phải, việc bạn cần làm là đi khám ngay để phát hiện sớm và điều trị bệnh kịp thời. Từ đó có thể giúp làm chậm tiến triển hoặc thậm chí là hồi phục bệnh hoàn toàn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-tim-trai/

Nội dung bài viết

Suy tim trái là gì?

Cơ chế của suy tim trái

Nguyên nhân của suy tim trái

Tiên lượng của suy tim trái như thế nào?

Phân loại suy tim trái

Phân độ suy tim trái mạn tính

Triệu chứng của suy tim trái là gì?

Chẩn đoán suy tim trái như thế nào?

Điều trị suy tim trái ra sao?

Khi nhắc đến suy tim, nhiều người thường nghĩ ngay đến suy tim trái. Lý do là vì đây là thể suy tim thường gặp nhất, là hậu quả và đích đến cuối cùng của nhiều bệnh lý tim mạch. Khác với suy tim phải, suy tim trái có triệu chứng rõ ràng hơn, tiên lượng cũng xấu hơn. Ngày nay, với sự tiến bộ của nền y học, đã có nhiều phương pháp điều trị góp phần làm giảm đáng kể tử vong và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim trái. Mời bạn đọc cùng tìm hiểu những vấn đề cơ bản cần biết về căn bệnh này qua bài viết của Thạc sĩ, Bác sĩ Lý Quang Sang.

Tim người bình thường có thể chia thành tim trái và tim phải, tổng cộng gồm có 4 buồng tim. Trong đó, tim trái gồm nhĩ trái và thất trái, còn tim phải gồm nhĩ phải và thất phải. Với một trái tim khỏe mạnh, hoạt đông co bóp của tim diễn ra nhịp nhàng và hiệu quả. Nó đảm bảo cung cấp hay bơm đủ lượng máu để lưu thông một cách hiệu quả trong các vòng tuần hoàn và nuôi cơ thể.

Suy timlà tình trạng tim không còn khả năng co bóp như bình thường để bơm đủ lượng máu đảm bảo cho các nhu cầu hoạt động của cơ thể. Đây là con đường chung cuối cùng của hầu hết cácbệnh lý tim mạch. Nếu phân chia theo giải phẫu của tim, suy tim có thể được chia thành suy tim trái,suy tim phải, hoặc suy tim toàn bộ (suy cả tim trái và tim phải).

Suy tim trái đề cập đến tình trạng bất thường cấu trúc và/hoặc chức năng của thất trái. Điều này làm cho thất trái không đủ khả năng co bóp và/hoặc thư giãn đủ tốt để đảm bảo bơmmáuvà nhận máu một cách có hiệu quả. Từ đó dẫn đến suy giảm lượng máu bơm đi nuôi cơ thể và ứ máu tại tim trái. Hậu quả là người bệnh bị suy giảm cung lượng tim (lượng máu bơm đi nuôi cơ thể trong một phút) và/hoặc sung huyết phổi (ứ máu ở hệ tuần hoàn phổi).

Suy tim trái được khởi đầu bằng một quá trình bệnh lý làm tổn thương cơ tim. Kết quả là mất các tế bào cơ tim đang hoạt động hoặc làm gián đoạn khả năng tạo ra lực của cơ tim. Do đó làm ngăn cản hoạt động co bóp bình thường của tim trái. Quá trình bệnh lý này có thể khởi phát đột ngột, như trong trường hợpnhồi máu cơ tim. Bệnh cũng có thể khởi phát từ từ. Ví dụ như trong trường hợp quá tải về áp lực hoặc thể tích máu. Hoặc có thể do di truyền, như trong nhiều bệnh cơ tim do di truyền.

Bất kể về bản chất của bệnh nguyên, đặc điểm chung nhất là làm suy giảm khả năng bơm máu của tim trái. Trong hầu hết các trường hợp, bệnh nhân sẽ vẫn không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ sau khi khả năng co bóp của tim giảm. Hoặc, các triệu chứng chỉ phát triển sau khi rối loạn chức năng đã xuất hiện một thời gian dài.

Sở dĩ như vậy là do cơ thể của chúng ta có nhiều cơ chế đáp ứng bù trừ khi chức năng co bóp của tim bị suy giảm. Các cơ chế này bao gồm: hoạt hóa hệ thần kinh thể dịch vàhệ thần kinh giao cảm. Mục đích là nhằm duy trì cung lượng tim bằng cách tăng giữ muối, nước và tăng khả năng co bóp của cơ tim. Do đó, bệnh nhân vẫn không biểu hiện triệu chứng cơ năng hoặc triệu chứng rất nhẹ trong nhiều năm.

Tuy nhiên, tại một thời điểm nào đó, những cơ chế bù trừ trên sẽ trở nên gây hại. Chức năng tim trở nên mất bù trừ, bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng rõ ràng. Kết quả là làm tăng tử suất và bệnh suất. Việc chuyển sang suy tim có triệu chứng đi kèm với tăng hoạt hệ thần kinh thể dịch, hệ thần kinh giao cảm và các cytokine dẫn đến chuỗi những thay đổi thích ứng bên trong tế bào cơ tim. Tập hợp lại được gọi là tái cấu trúc thất trái.

Khi tim trái bị suy và chuyển sang giai đoạn mất bù, tim trái không thể bơm nổi hết lượng máu đã nhận được từ các tĩnh mạch phổi ra ngoài tuần hoàn lớn được, dẫn đến máu ứ lại ở vòng tuần hoàn nhỏ. Khi này, bệnh nhân có tình trạng ứ máu ở phổi hay còn gọi là “sung huyết phổi”. Dịch sẽ thoát từ lòng mao mạch vào trong phế nang của phổi. Tình trạng này gây khó khăn cho việc trao đổi khí ở phổi và làm cho bệnh nhân bị khó thở.

Ngoài ra, suy tim trái còn dẫn đến tim sẽ không bơm đủ lượng máu đi nuôi cơ thể như bình thường được. Điều này làm cho các mô và cơ quan trong cơ thể bị thiếu máu nuôi, thiếu oxy và các chất dinh dưỡng, dẫn đến suy đa cơ quan. Tình trạng này được gọi là “hội chứng giảm cung lượng tim”.

Có nhiều nguyên nhân có thể gây ra suy tim trái:

Bệnh mạch vành. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây suy tim, với tỷ lệ 60 – 75%.1Với tình trạng hẹp lòng động mạch vành làm suy giảm lượng máu nuôi cơ tim dẫn đến suy giảm chức năng cơ tim.

Tăng huyết áp. Tăng huyết áp lâu ngày gây raphì đại thất trái. Tăng huyết áp cũng làm tăng khả năng mắc bệnh mạch vành. Tăng huyết áp đóng góp 75% trường hợp suy tim, bao gồm hầu hết bệnh nhân có bệnh mạch vành.1

Các bệnh van tim. Các tổn thươnghở van hai lá,hẹp van hai lá, van động mạch chủ đều có thể gây suy tim trái thông qua cơ chế quá tải thể tích máu hoặc áp lực. Tại Việt Nam, bệnh van tim hậu thấp vẫn còn là một trong những nguyên nhân thường gặp gây suy tim ở người trẻ < 40 tuổi.

Bệnh tim bẩm sinh. Ví dụ như: thông liên thất, còn ống động mạch,…

Bệnh cơ tim giãn nởkhông do thiếu máu cục bộ. Bệnh cơ tim giãn nở thường gặp ở người trẻ, ít có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng. Bệnh có thể do rối loạn di truyền, do thâm nhiễm, do thuốc/độc tố, do siêu vi, hoặc dorối loạn chuyển hoá.

Bệnh cơ tim.Bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim hạn chế, bệnh cơ tim thâm nhiễm,viêm cơ tim,…

Rối loạn nhịp tim. Các dạng rối loạn nhịp nhanh hay nhịp chậm mạn tính đều có thể gây ra suy tim. Trong trường hợp này, nếu tình trạng rối loạn nhịp được phát hiện và điều trị sớm, chức năng tim có thể hồi phục hoàn toàn.

Suy tim với cung lượng tim cao. Điều này là docường giáp,thiếu vitamin B1(bệnh Beriberi), thông động tĩnh mạch hệ thống, thiếu máu mạn.

Tiên lượng của bệnh suy tim trái tùy thuộc vào nguyên nhân dẫn đến suy tim. Nếu được can thiệp kịp thời, một số trường hợp suy tim trái mạn tính có thể phục hồi được. Các nguyên nhân suy tim có thể hồi phục như do bệnh van tim, tăng huyết áp, bệnh cơ tim do rượu, bệnh cơ tim chu sinh,… nếu được điều trị đúng cách.23

Tiên lượng của suy tim trái phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm:

Tuổi của bệnh nhân;

Giai đoạn của suy tim, bệnh lý tim nền có sẵn;

Các bệnh lý nội khoa đi kèm;

Đáp ứng với điều trị của người bệnh.

Các yếu tố khiến tiên lượng xấu hơn bao gồm:

Mức NT-proBNP cao;

Người cao tuổi;

Có nhiều tình trạng, hay bệnh nội khoa đi kèm nhưđái tháo đường,bệnh thận mạn,rung nhĩ,…;

Tiền sử nhồi máu cơ tim hoặcbệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD);

Suy giảm chức năng thận.

Có thể phân loại dựa vào phân suất tống máu của thất trái EF (%). Chỉ số này thể hiện phần trăm lượng máu được thất trái bơm ra trong thời kỳ tâm thu so với tổng lượng máu mà thất trái nhận được trong thời kỳ tâm trương. Suy tim trái có thể chia làm 3 loại:23

Suy tim phân suất tống máu giảm: EF > 40%.

Suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ: EF 41 – 49%.

Suy tim phân suất tống máu bảo tồn: EF ≥ 50%.

Ngoài ra, dựa vào diễn tiến bệnh. Suy tim trái có thể chia làm suy tim trái cấp và suy tim trái mạn. Trong đó, suy tim trái cấp đề cập đến tình trạng mà bệnh nhân có các triệu chứng liên quan đến suy tim trái nặng lên trong một thời gian ngắn, khiến người bệnh phải nhập viện ngay để điều trị. Còn suy tim trái mạn tính là tình trạng ngoài đợt cấp, tình trạng lâm sàng của người bệnh ổn định với có hoặc không có triệu chứng.23

Độ I: không bị hạn chế các vận động thể lực. Thực hiện các vận động thể lực thông thường không gây mệt, khó thở.

Độ II: bị hạn chế nhẹ các vận động thể lực. Bệnh nhân khỏe khi nghỉ ngơi. Vận động thể lực thông thường dẫn đến mệt, khó thở.

Độ III: bị hạn chế nhiều các vận động thể lực. Mặc dù khi nghỉ ngơi bệnh nhân vẫn khỏe, nhưng chỉ vận động nhẹ đã có triệu chứng.

Độ IV: cảm thấy mệt, khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi.

Suy tim Giai đoạn A: “Bệnh nhân có nguy cơ cao của suy tim; không bệnh tim thực thể và không có triệu chứng cơ năng của suy tim”.

Suy tim Giai đoạn B: “Bệnh nhân có bệnh tim thực thể, nhưng không có triệu chứng của suy tim”.

Suy tim Giai đoạn C: “Bệnh nhân có bệnh tim thực thể kèm theo triệu chứng cơ năng của suy tim trước đây hoặc hiện tại”.

Suy tim Giai đoạn D: “Bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối, suy tim kháng trị, cần can thiệp đặc biệt”.

Bệnh nhân bị suy tim trái có thể than phiền về một loạt các triệu chứng. Khó thở là một triệu chứng cơ bản của suy tim trái và thường liên quan đến tình trạng sung huyết phổi. Do tích tụ dịch ở mô kẽ và trong phế nang, người bệnh thường có kiểu thở nhanh nông. Tuy nhiên, không có khó thở cũng không thể loại trừ chẩn đoán suy tim. Vì bệnh nhân có thể điều chỉnh các triệu chứng bằng cách thay đổi đáng kể lối sống của họ. Trong giai đoạn sớm của suy tim trái, khó thở chỉ xuất hiện khi gắng sức. Khi bệnh tiến triển, khó thở xảy ra với hoạt động thể lực nhẹ hơn, và cuối cùng khó thở xuất hiện khi nghỉ.

Khó thở khi nằm. Bệnh nhân có thể ngủ với nâng cao đầu để làm giảm triệu chứng khó thở khi nằm đầu bằng. Ngoài ra, khó thở có thể tăng khi bệnh nhân nằm nghiêng trái. Điều này do tình trạng tái phân bố dịch từ tuần hoàn tạng và chi dưới vào tuần hoàn trung tâm khi nằm. Từ đó làm tăng áp lực mao quản phổi và gây ra triệu chứng khó thở.

Khó thở kịch phát về đêm. Khó thở kịch phát về đêm là tình trạng khó thở nặng làm cho bệnh nhân phải thức giấc sau ngủ 2 đến 3 giờ. Đây là một dấu hiệu rất mạnh cho thấy các triệu chứng là do suy tim trái, đặc biệt là khi các triệu chứng khác dẫn đến thức giấc về đêm như chảy nước mũi sau,trào ngược dạ dày thực quảnđược loại trừ. Ho về đêm là một triệu chứng khác của tình trạng sung huyết phổi. Nó xảy ra cùng với một cơ chế như khó thở khi nằm. Ho ra máu có thể xảy ra do vỡ các tĩnh mạch phế quản bị ứ máu. Khó thở kịch phát về đêm xu hướng lặp lại hàng đêm vào một thời điểm tương đối liên tục sau khi bệnh nhân nằm xuống. Không giống như các kiểu khó thở khác, triệu chứng này thường duy trì ngay cả trong tư thế ngồi dậy với chân thõng xuống.

Người bệnh có thể biểu hiện dưới dạng “cơn hen tim”. Đặc điểm là thở rít thứ phát sau co thắtphế quản, rõ nhất là vào ban đêm.Phù phổi cấplà một thể nặng của hen tim do tăng nhiều áp lực ở mao mạch phổi dẫn đến phù phế nang, kết hợp khó thở, kết hợp khó thở nặng, khạc bọt hồng, nguy cơ tử vong cao nếu không điều trị kịp thời.

Mệt và yếu là những triệu chứng không chuyên biệt nhưng thường gặp ở bệnh nhân suy tim trái. Những triệu chứng này liên quan đến sự suy giảm tưới máu cho các cơ xương. Khả năng vận động giảm do khả năng tăng bơm máu và cung cấp oxy của tim bị giới hạn khi vận động.

Triệu chứng tiêu hóa. Chán ăn vàbuồn nônkết hợp với đau và đầy bụng là những than phiền thường gặp và liên quan đến tình trạng sung huyết gan, ruột.

Triệu chứng thần kinh. Trong suy tim, đặc biệt là ở bệnh nhân lớn tuổi với xơ cứng động mạch não, giảm tưới máu não, và giảm oxy động mạch đi kèm, những triệu chứng thay đổi về tình trạng tâm thần như lú lẫn, khó tập trung, lo lắng,trầm cảm, giảm sút trí nhớ,khó ngủ, nhức đầu có thể hiện diện. Tình trạng tiểu về đêm có thể góp phần gây khó ngủ.

Khi thăm khám người bệnh suy tim trái, bác sĩ cũng có thể phát hiện thấy các dấu hiệu gợi ý sau:23

Khám thấy tim to với mỏm tim lệch ra khỏi vị trí bình thường;

Nghe thấy tiếng tim bất thường: có tiếng tim thứ 3, thứ 4;

Nghe phổi thấy ran ẩm gợi ý có dịch tràn vào phế nang của phổi;

Khi suy tim trái lâu ngày diễn tiến sang suy tim phải, lúc này người bệnh đã bị suy tim toàn bộ. Thăm khám có thể phát hiện thấy: tĩnh mạch cổ nổi, gan to, báng bụng, phù chân, tăng cân.

Để chẩn đoán suy tim trái, trước tiên, bác sĩ sẽ hỏi kỹ bạn về tiền sử các bệnh lý hoặc các yếu tố nguy cơ tim tim mạch có thể dẫn đến suy tim trái. Ví dụ: huyết áp cao, đái tháo đường,rối loạn lipid máu, thói quen uống rượu bia, hút thuốc lá, triệu chứngđau thắt ngựchoặc tiền sử nhồi máu cơ tim, triệu chứng khó thở hoặc tiền sử bị suy tim, bệnh van tim hay rối loạn nhịp tim trước đây.

Khi thăm khám, bác sĩ sẽ lưu ý đến các triệu chứng suy tim như khó thở, thở khò khè, thở co kéo, nói hụt hơi, tĩnh mạch cổ nổi to ở cổ, phù chân,gan tohaybáng bụng (còn gọi là cổ trướng). Nghe tim có thể có tiếng thổi bất thường, tim đập nhanh, không đều. Nghe phổi có thể có nhiều tiếng rít ở hai bên phổi hoặc dấu hiệu nghi ngờ có dịch trong phổi.

Để chẩn đoán bệnh, các bác sĩ sẽ dựa và các triệu chứng lâm sàng, kết hợp với:

Các xét nghiệm máu cơ bản giúp đánh giá tổng quan tình hình của bệnh nhân. Các rối loạn, bệnh lý liên quan như thiếu máu, rối loạn lipid máu (mỡ máu), đái tháo đường.

Xét nghiệm BNP và các dẫn xuất. Khi suy tim, các thành tim bị căng dẫn đến sản xuất nhiều pro-BNP sau đó chuyển hóa thành NT-proBNP và BNP. Trong suy tim, các dẫn xuất này xuất hiện từ khá sớm, ngay trước cả các triệu chứng lâm sàng, khá nhạy. Xét nghiệm BNP giúp sàng lọc bệnh nhân sớm, giúp chuẩn đoán loại trừ nguyên nhân khó thở cấp. Nó còn giúp theo dõi điều trị và tiên lượng bệnh.

Các xét nghiệm máu khác giúp phát hiện nguyên nhân suy tim cũng như bệnh đồng mắc. Ví dụ như: xét nghiệm hormone tuyến giáp, thiếu máu,…

Các xét nghiệm để theo dõi quá trình điều trị: điện giải đồ, chức năng thận, chức năng gan,…

Các xét nghiệm đánh giá các yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch. Ví dụ như: xét nghiệm lipid máu, cholesterol, đường huyết,…

Điện tâm đồ: thấy dấu hiệu tăng gánh các buồng tim bên trái. Điện tâm đồ cũng giúp chẩn đoán nguyên nhân gây suy tim nếu có (ví dụ: bệnh mạch vành).

Chụp X-quang lồng ngực, chụp động mạch vành, siêu âm tim, đo điện tâm đồ và dùng nghiệm pháp gắng sức. Bên cạnh đó, có một số phương pháp khác như: thông tim, nghiên cứu điện sinh lý, xét nghiệm tim bằng y học hạt nhân. Hình ảnh X-quang cho thấy tim to ra, nhất là các buồng tim bên trái, tâm thất trái giãn biểu hiện bằng cung dưới bên trái phồng và kéo dài ra. Cả hai phổi mờ nhất là vùng rốn phổi.

Siêu âm tim là một xét nghiệm thăm dò quan trọng. Siêu âm tim cho thấy kích thước các buồng tim nhĩ trái, thất trái, biết được sự co bóp của thành tim. Nó còn giúp đánh giá được chức năng tâm thu của thất trái dựa trên các thông số về sức co bóp cơ tim, phân số tống máu, thông số về chức năng tâm trương thất trái, áp lực các buồng tim, áp lực động mạch phổi,…

Ngoài ra, có thể sử dụng các phương pháp như: thăm dò huyết động xâm lấn (thông tim), chụp cộng hưởng từ chức năng tim (MRI), chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT), phóng xạ đồ tưới máu cơ tim (SPECT).

Điều trị suy tim trái bao gồm các phương pháp sau:23

Điều trị nguyên nhân được xem là nền tảng giúp người bệnh trở về cuộc sống bình thường. Hoặc, phương pháp này có thể làm giảm được tiến triển bệnh một cách tốt nhất.

Bên cạnh điều trị nguyên nhân suy tim, việc loại trừ các yếu tố thúc đẩy suy tim sẽ giúp ổn định tình trạng suy tim. Đồng thời, giúp làm giảm các triệu chứng lâm sàng cho bệnh nhân. Các yếu tố thường gặp như: nhiễm trùng, thiếu máu, rối loạn nhịp, tăng huyết áp, thai kỳ,…

Chế độ nghỉ ngơi: việc nghỉ ngơi khá quan trọng vì nó góp phần làm giảm công tim. Tùy theo mức độ suy tim mà người bệnh sẽ có chế độ nghỉ ngơi khác nhau. Nói chung, bệnh nhân suy tim nhẹ và có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch vẫn được khuyên luyện tập thể dục. Tuy nhiên, họ không gắng sức nặng, hay thi đấu thể thao.

Khi suy tim nặng ở mức độ nặng hơn cần hoạt động nhẹ nhàng hơn. Trường hợp suy tim rất nặng thì cần nghỉ ngơi tại giường theo tư thế nửa nằm nửa ngồi. Trong trường hợp suy tim mà bệnh nhân cần nằm điều trị lâu ngày thì bác sĩ sẽ khuyến khích bệnh nhân thường xuyên xoa bóp. Lúc đầu là thụ động sau đó là chủ động ở các chi. Đặc biệt là chi dưới để làm cho máu tĩnh mạch trở về tim được dễ dàng hơn. Điều này giảm bớt nguy cơ huyết khối tĩnh mạch.

Chế độ ăn giảm muối:

Thực hiện chế độ ăn giảm muối là điều cần thiết. Vì muối ăn sẽ làm tăng áp lực thẩm thấu trong máu. Do đó làm tăng khối lượng tuần hoàn. Từ đó gây tăng gánh nặng cho tim.

Một người bình thường hấp thu khoảng 6 – 8 g muối NaCl/ngày, tức là khoảng 2,4 – 7,2g (100 – 300 mmol) Na+/ngày. Đối với người bệnh suy tim, tùy từng trường hợp cụ thể mà sẽ áp dụng chế độ ăn giảm muối hoặc chế độ ăn gần như nhạt hoàn toàn.

Chế độ ăn giảm muối: người bệnh chỉ được ăn < 3 g muối NaCl/ngày, tức là < 1,2 g (50 mmol) Na+/ngày.

Chế độ ăn gần như nhạt hoàn toàn: bệnh nhân chỉ được dùng < 1,2 g muối NaCl /ngày, tức là < 0,48 g (20 mmol) Na+/ngày.

Hạn chế nước và dịch truyền cho người bệnh. Cần hạn chế nước và dịch cho bệnh nhân hàng ngày nhằm giảm bớt khối lượng tuần hoàn và giảm gánh với tim. Chỉ nên đưa khoảng 500-1500ml lượng dịch đưa vào cơ thể mỗi ngày tùy theo mức độ nặng nhẹ của suy tim.

Loại bỏ các yếu tố nguy cơ khác:

Bỏ rượu,thuốc lá, cà phê,…

Thực hiện giảm cân ở những người bệnh cóbéo phì.

Tránh các cảm xúc mạnh (stress, quá vui, hay quá buồn).

Ngừng sử dụng các thuốc làm giảm sức co bóp của cơ tim nếu đang dùng.

Tránh dùng các thuốc giữ nước nhưcorticoid,NSAID,…

Điều trị các yếu tố làm có thể làm tình trạng bệnh nặng thêm. Ví dụ: thiếu máu, nhiễm trùng, rối loạn nhịp tim,…

Có 5 nhóm thuốc cơ bản trong điều trị suy tim đã có nhiều bằng chứng làm giảm tỷ lệ tử vong cũng như giảm tái nhập viện cho bệnh nhân suy tim trái:

Lợi tiểu: khi bạn có triệu chứng sung huyết phổi hoặc ngoại biên như khò khè, khó thở, phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi,…

ARNI (valsartan + sacubitril)/ Ức chế men chuyển/ Ức chế thụ thể.

Ức chế beta.

Lợi tiểu kháng aldosterone.

Nhóm thuốc ức chế SGLT2: Dapagliflozine hoặc Empagliflozine.

Đặt máy tạo nhịp, máy tái đồng bộ cơ tim (CRT) hoặc máy phá rung cấy trong người (ICD).

Dụng cụ hỗ trợ thất hoặc tim nhân tạo trongsốc timhay suy tim giai đoạn cuối.

Ghép tim.

Suy tim tráilà một bệnh lý có tỷ lệ tử vong cao đáng kể. Đây là đích đến của nhiều bệnh lý tim mạch. Do đó, điều trị căn bệnh này phải bắt đầu từ giai đoạn thật sớm. Tốt nhất là từ ngày khi người bệnh chỉ mới có các yếu tố nguy cơ tim mạch. Với bài viết trên, Thạc sĩ, Bác sĩ Lý Quang Sang hy vọng bạn đọc đã có thể nắm được những vấn đề cơ bản cần biết để có thể nhận diện và đi khám sớm nhằm phát hiện căn bệnh này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-tuyen-thuong-than/

Nội dung bài viết

Các loại hormone của tuyến thượng thận

Suy thượng thận nguyên phát

Suy thượng thận thứ phát

Xét nghiệm suy tuyến thượng thận

Điều trị suy tuyến thượng thận

Suy thượng thận cấp

Tuyến thượng thận nằm trên đỉnh của mỗi quả thận và thường sản xuất ba loại hormone: glucocorticoids, mineralocorticoids và androgen. Suy thượng thận xảy ra khi tuyến thượng thận sản xuất không đủ các hormone trên. Thường khá khó khăn để phát hiện sớm bệnh lý này. Tuy nhiên việc điều trị thường thành công. Với phương pháp điều trị thích hợp và các biện pháp phòng ngừa, những người bị suy tuyến thượng thận có thể có một cuộc sống ổn định và khỏe mạnh. Bài viết này của ThS.BS Vũ Thành Đô sẽ cung cấp cho các bạn những thông tin cơ bản về bệnh lý này.

Cortiosol là glucocorticoid chính được sản xuất bởituyến thượng thận. Cortisol có nhiều chức năng quan trọng bao gồm:

Điều chỉnh lượng đường trong máu.

Tăng mỡ trong cơ thể.

Giúp cơ thể chống lại nhiễm trùng.

Giúp cơ thể đáp ứng lại vớistress.

Aldosterone giúp điều chỉnh nồng độ natri và kali của cơ thể, lượng máu và huyết áp.

Ở phụ nữ, androgen thúc đẩy sự phát triển của các đặc điểm giới tính. Ví dụ như lông nách và lông mu. Ở nam giới, hầu hết androgen (ví dụ testosterone) được sản xuất trong tinh hoàn. Còn androgen sản xuất do tuyến thượng thận không có chức năng quan trọng trong điều hòa sinh sản.

Xem thêm:Suy tuyến thượng thận có nguy hiểm không?

Suy thượng thận nguyên phát hay còn được gọi làbệnh Addison. Bệnh xảy ra khi tuyến thượng thận không thể sản xuất đủ lượng hormone mà ACTH vẫn đủ (một loại hormone do tuyến yên tiết ra để điều hòa tuyến thượng thận). Đây là một căn bệnh hiếm gặp, trong khoảng 1 triệu người thì có khoảng 35 – 120 người mắc bệnh.

Hầu hết, bệnh nhân đều cảm thấy mệt mỏi, suy nhược toàn thân, chán ăn, sụt cân. Những triệu chứngsuy thượng thậnphổ biến khác bao gồm:

Sậm da, đặc biệt ở mặt, cổ và mu bàn tay.

Triệu chứng dạ dày ruột như buồn nôn và nôn.

Huyết áp thấp, chóng mặt khi thay đổi tư thế.

Đau nhức cơ, khớp.

Thèm muối.

Ở phụ nữ, giảm lông nách, lông mu và giảm ham muốn tình dục.

Suy thượng thận thứ phát do giảm sản xuất ACTH, dẫn đến tuyến thượng thận giảm sản xuất các hormone.

Dùng corticoid ngoại sinh kéo dài (ví dụ như sử dụng thuốc corticoid).

U tuyến yênhoặc vùng dưới đồi (một vùng ở não bộ).

Nhiễm trùng.

Ung thư.

Nhồi máu não.

Chấn thương sọ não.

Bất thường tuyến yên do đột biến gen.

Bệnh suy tuyến thượng thận thứ phát cũng có triệu chứng tương tự như suy thượng thận nguyên phát. Tuy nhiên cũng có một vài điểm khác biệt như:

Sậm da ít khi xảy ra.

Triệu chứng dạ dày ruột ít gặp.

Những triệu chứng hạ đường huyết như vã mồ hôi, hồi hộp, run, nôn nói, tim đập nhanh thường gặp hơn.

U tuyến yên hoặc ở hạ đồi có thể gây ra những triệu chứng khác như đau đầu và rối loạn về nhìn. Khi hormone ở tuyến yên thấp có thể gây vô sinh, rối loạn cương, mệt mỏi, khàn tiếng, táo bón, chậm dậy thì hoặc lùn ở trẻ em.

Chẩn đoán bệnhsuy tuyến thượng thậnlà một quá trình gồm 4 bước:

Đo mức cortisol trong máu.

Các xét nghiệm khác cần để xác định lại chẩn đoán suy thượng thận.

Xét nghiệm để phân biệt xem đây là suy thượng thận nguyên phát hay thứ phát.

Khi đã biết được là suy thượng thận nguyên phát hay thứ phát sẽ có những xét nghiệm khác để đánh giá thêm.

Mẫu máu thường được lấy vào buổi sáng, khoảng 8 giờ sáng

Nếu mức độ cortisol rất thấp, người đó gần như bị suy thượng thận.

Nếu mức độ cortisol máu trên mức bình thường thì người đó gần như không bị suy thượng thận.

Đôi khi nhiều người có kết quả nằm trong vùng trung gian, chưa rõ ràng thì bác sĩ có thể yêu cầu làm thêm các xét nghiệm khác.

Đo nồng độ ACTH trong máu có thể giúp phân biệt được suy thượng thận nguyên phát hoặc thứ phát:

Nếu mức ACTH cao, người đó có thể bị suy tuyến thượng thận nguyên phát.

Nếu mức ACTH thấp, người đó có thể bị suy tuyến thượng thận thứ phát.

Bác sĩ sẽ dựa vào tuổi, giới tính, bệnh sử và các vấn đề khác để xác định. Các bác sĩ có thể đề nghị chụp cắt lớp vi tính bụng (CT-scan bụng) để đánh giá tuyến thượng thận. Trong một số trường hợp có thể yêu cầu chụp X-quang ngực, cộng hưỡng từ não (MRI não)…

Rất nhiều người thắc mắc rằngsuy tuyến thượng thận có chữa được không?Suy thượng thận có thể điều trị được bằng cách thay thế hormone bị thiếu. Mục tiêu điều trị là làm giảm các triệu chứng do thiếu hụt hormone, đồng thời không làm phát sinh ra các triệu chứng do dư thừa hormone. Nhược điểm là việc điều trị thường đòi hỏi dùng hormone thay thế cả đời.

Suy thượng thận cấpthường nặng về và có thể đe dọa tính mạng. Các dấu hiệu thường gặp của suy thượng thận cấp là sốc, mất nước, hôn mê. Trong một số trường hợp các triệu chứng như sốt, buồn nôn, nôn, đau bụng, mệt mỏi, lú lẫn có thể xảy ra trước sốc. Suy thượng thận cấp thường xảy ra sau khi bị nhiễm trùng, chấn thương hoặc stress. Và đây là một tình trạng đe dọa tính mạng cần được điều trị khẩn cấp.

Suy thượng thận là một bệnh lý khó phát hiện sớm, tuy nhiên nếu được phát hiện kịp thời và nhận được điều trị thích hợp có thể giúp ổn định lại sức khỏe của bạn. Mọi thông tin trên chỉ mang tính chất tham khảo. Vì vậy khi nhận thấy cơ thể có dấu hiệu bất thường, bạn nên đi khám để được chẩn đoán đúng tình trạng bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/suy-tuyen-yen/

Nội dung bài viết

Suy tuyến yên là bệnh gì?

Nguyên nhân gây suy tuyến yên

Triệu chứng suy tuyến yên

Chẩn đoán bệnh suy tuyến yên

Điều trị suy tuyến yên

Người bệnh cần lưu ý gì khi gặp bác sĩ?

Suy tuyến yên là bệnh lý tương đối hiếm gặp. Tuy nhiên, đây là một bệnh lý phức tạp và gia tăng nguy cơ tử vong nếu mắc phải. Người bệnh có thể không có triệu chứng, hoặc chỉ có một vài biểu hiện bất thường nhưng lại không đặc hiệu. Đây chính là nguyên nhân khiến việc điều trị gặp nhiều khó khăn. Nhận biết những triệu chứng của bệnh, và nguyên tắc điều trị cơ bản có vai trò quan trọng, giúp người bệnh đạt hiệu quả điều trị tối ưu. Bài viết dưới đây sẽ giúp bạn đọc hiểu thêm về suy tuyến yên, nguyên nhân gây bệnh và những lựa chọn điều trị hiện có. Hãy cùng Bác sĩ Trần Kiều Hoanh tìm hiểu ngay!

Tuyến yênlà một tuyến nội tiết có kích thước bằng hạt đậu, với khối lượng khoảng 0.5 g nằm ở nền sọ. Mặc dù kích thước nhỏ, tuyến yên sản xuất các hormone điều hòa hầu hết hoạt động trong cơ thể.

Tuyến yên tiết nhiều hormone quan trọng, giữ vai trò chỉ đạo hoạt động của hầu hết các tuyến nội tiết khác trong cơ thể nhưtuyến giáp,tuyến thượng thận, tuyến sinh dục… Các hormone này chịu trách nhiệm cho:

Kiểm soát huyết áp và điều hòa thể tích dịch.

Thúc đẩy sự phát triểntinh trùngở nam giới và nang trứng ở nữ giới.

Hỗ trợ quá trình tăng trưởng, dậy thì và sinh sản ở phụ nữ.

Giúp mẹ bầu tiết sữa khi mang thai và co thắttử cungkhi sinh nở.

Điều hòa sự tiết hormone ở tuyến giáp.

Bệnh lý suy tuyến yên là hậu quả của tình trạng giảm sản xuất của một hoặc nhiều hormone của tuyến yên. Khi nồng độ các hormone nằm dưới mức cho phép, chức năng của các cơ quan cũng bị ảnh hưởng. Tùy theo thể trạng bệnh nhân mà các ảnh hưởng này có thể nghiêm trọng, diễn tiến đột ngột hoặc từ từ.

Suy về số lượng:

Suy tuyến yên toàn bộ khi thiếu hụt ≥ 2 loại hormone.

Thiếu đơn độc 1 loại hormone.

Suy về chức năng:

Suy yên 1 phần.

Suy yên toàn bộ.

Thông thường, hormone hướng sinh dục và hormone tăng trưởng thường bị ảnh hưởng nhiều hơn so với hormon hướng thượng thận và hướng tuyến giáp.

Nguyên nhân suy tuyến yên khá đa dạng. Nhưng chủ yếu là do các yếu tố tác động lên tuyến yên. Các nguyên nhân gây bệnh bao gồm:1

Khối u lớn ở tuyến yên. Đây là nguyên nhân gây suy yên thường gặp nhất ở người lớn.

U sọ hầu. Khối u vùng hạ đồi – tuyến yên thường gặp nhất ở trẻ em.

Các khối u nguyên phát của hệ thần kinh trung ương như:u màng não,u nguyên sống, u thần kinh thị,u dạng biểu bì…

U di căn. Đặc biệt là từ carcinoma vú, phổi, đại tràng và tiền liệt tuyến.

Bất thường cấu trúc: thoát vị vùng nền đại não và trên yên, hội chứng hố yên rỗng, phình mạch cạnh hố yên.

Xem thêm:Bệnh u tuyến yên có phải là ung thư?

Hội chứng Sheehan: thiếu máu tuyến yên do băng huyết sau sanh. Triệu chứng khởi đầu của hội chứng Sheehan có thể là không tiết sữa sau sanh, không có kinh nguyệt lại sau sinh, cuối cùng là vô kinh thứ phát.

Đột quỵ tuyến yên: là một cấp cứu nội tiết. Có thể nghi ngờ đột quỵ tuyến yên khi đột ngột đau đầu dữ dội, nhìn mờ, thậm chí có thể trụy mạch gây tử vong.

Suy tuyến yên có thể là giai đoạn mở đầu cho các bệnh sau :

Bệnh Sarcoidosis: là một bệnh lý viêm. Biểu hiện bằng tổn thương u hạt không hoại tử ở một hoặc nhiều cơ quan. Trong đó, nếu ảnh hưởng đến tuyến yên có thể biểu hiện suy thùy trước tuyến yên,đái tháo nhạt, rối loạn về mắt.

Bệnh Hemochromatosis: do ứ sắt (có thể do bẩm sinh di truyền hoặc quá tải sắt do truyền máu ở bệnh nhânThalassaemia). Suy tuyến yên thường là biểu hiện đầu tiên của tình trạng quá tải sắt, thường gặp nhất làsuy sinh dục. Do đó, cần khảo sát chuyển hóa của sắt ở bất kỳ bệnh nhân nam bị sinh dục không rõ nguyên nhân.

Bệnh tổ chức bào X (mô bào): sự xâm nhiễm ở nhiều cơ quan do một loại tổ chức bào biệt hóa, trong đó có vùng hạ đồi – tuyến yên.

Chấn thương nặng ở đầu có thể gây tổn thương thùy trước, cuống tuyến yên và vùng hạ đồi.

Tuyến yên bị thâm nhiễm bởi các tế bào lympho, tương bào do cơ chế tự miễn, dẫn đến sự phá hủy của tế bào thùy trước.

Thường xảy ra ở phụ nữ mang thai hay sau sanh.

Trên hình ảnh học có thể thấy hình ảnh như một khối u vùng hố yên làm rối loạn thị trường.

Cần nghĩ đến nguyên tự miễn làm suy tuyến yên ở phụ nữ có tuyến yên lớn; suy thùy trước tuyến yên lúc có thai, hoặc ngay sau sinh. Khoảng 50% trường hợp có bệnh tự miễn tuyến khác kèm theo (có thể có tự kháng thể kháng tuyến yên dương tính).

Các tình huống gây suy tuyến yên liên quan đến thầy thuốc như phẫu thuật vùng tuyến yên, xạ trị vùng đầu cổ. Cần chú ý theo dõi, tầm soát suy tuyến yên nếu bạn đã từng trải qua cuộc phẫu thuật hay xạ trị như vậy. Vì triệu chứng thường diễn tiến âm thầm.

Các bệnh lý nhiễm trùng nhưlao,giang mai, nấm,HIVcũng có thể gây suy tuyến yên. Tuy nhiên, ngày nay nhờ những điều trị đặc hiệu như kháng sinh, kháng nấm; mà những bệnh lý này ít gặp và cũng ít gây những biến chứng nặng nề hơn.

Ở một số bệnh nhân suy tuyến yên, không tìm thấy một nguyên nhân rõ ràng. Bệnh cảnh này thường có tính gia đình (liên quan nhiễm sắc thể giới tính X hoặc nhiễm sắc thể thường), hố yên có thể nhỏ, rộng hoặc bình thường.

Tuyến yên tiết ra nhiều loại hormon quan trọng cho hoạt động hàng ngày của cơ thể. Nhiều trường hợp chỉ gặp thiếu đơn độc một loại hormon tuyến yên. Hormon thiếu có thể là:

Thiếu hormon tăng trưởng – GH.

Thiếu hormon hướng thượng thận –ACTH.

Thiếu hormon hướng sinh dục – FSH và LH.

Thiếu hormon kích thích tuyến giáp – TSH.

Thiếu prolactin: thường là chỉ điểm của tình trạng tổn thương tuyến yên nghiêm trọng.

Diễn tiến các triệu chứng suy tuyến yên thường từ từ, tiến triển dần theo thời gian nên dễ bị bỏ qua. Có thể có các dấu hiệu đáng chú ý như xanh tái, nhưng không thiếu máu, rụng lông, mệt mỏi, sợ lạnh, thờ ơ và giảm ham muốn tình dục. Thường gặp ở nữ giới nhiều hơn so với nam giới.

Triệu chứng sẽ tùy theo nguyên nhân gây suy tuyến yên, bao gồm:

Ở trẻ em, có thể có hạ đường huyết lúc đói và giảm dần tốc độ tăng trưởng sau 6 – 12 tháng tuổi.

Cần lưu ý rằng thiếu hormone tăng trưởng cũng có thể gặp ở những trẻ em thiếu thốn tình cảm, và có thể phục hồi khi được chăm sóc tốt.

Ở người lớn, biểu hiện rất khó phát hiện.

Các triệu chứng thường mơ hồ: cảm giác mệt mỏi,huyết áp thấp,rối loạn tiêu hóa.

Thể trạng thường gầy.

Dấu hiệu quan trọng cần để ý là mất sắc tố da ở những vùng có sắc tố tự nhiên như quần vú, vùng bộ phận sinh dục.

Tùy theo là nam giới hay nữ giới mà biểu hiện có thể khác nhau:

Nữ giới: vô kinh sau khi từng cóchu kỳ kinh nguyệtbình thường, thiểu kinh, bầu vú teo nhỏ, teo bộ phận sinh dục ngoài,lãnh cảm. Lưu ý rằng, chán ăn tâm lý, mập phì quá mức, thiếu máu hồng cầu hình liềm,đái tháo đườngkhông kiểm soát,suy dinh dưỡngcũng có thể là nguyên nhân gâyrối loạn kinh nguyệtở nữ giới.

Nam giới: tinh hoàn nhỏ đi, râu thưa, bất lực.

Một hội chứng đặc biệt là hội chứng Kallmann. Biểu hiện bằng không nhận biết được mùi, giọng nói không trầm, tay chân dài ra ở nam và rối loạn kinh nguyệt ở nữ.

Các triệu chứng bao gồm:

Sợ lạnh, thờ ơ, chậm chạp, hay quên, khàn giọng,táo bón.

Da khô, hố nách khô nhẵn không ra mồ hôi, da thô nhám, bong vảy.

Nhịp tim chậm, mặt tròn, nhiều nếp nhăn, môi dày, lưỡi to.

Triệu chứng duy nhất có thể gặp là không có sữa sau khi sinh.

Cơ thể không gầy, có thể hơi mập.

Da mịn, nhợt nhạt, nhẵn, với nhiều nếp nhăn nhỏ quanh mắt, miệng.

Lông sinh dục thưa/mất.

Bộ phận sinh dục teo.

Huyết áp thấp, nhịp tim chậm.

Giảm sức cơ, phản xạ gân xương giảm trong các trường hợp nặng.

Các bất thường về thần kinh mắt như nhìn mờ, nhìn đôi, giới hạn tầm nhìn trong một vài trường hợp.

Các triệu chứng lâm sàng của suy tuyến yên thường không đặc hiệu. Ở đa số các trường hợp, những biểu hiện của suy tuyến yên chỉ xuất hiện khi bệnh diễn tiến nặng. Do đó, người bệnh thường không nhận ra bản thân đã mắc bệnh.

Các bác sĩ khuyên bạn nên chú ý đến sức khỏe của bản thân. Nếu nhận thấy những dấu hiệu bất thường, bạn nên nhanh chóng đến cơ sở y tế để được xét nghiệm suy tuyến yên.

Chẩn đoán xác định suy tuyến yên đòi hỏi những xét nghiệm đặc hiệu. Bên cạnh những xét nghiệm máu cơ bản ban đầu, có thể bạn cần thực hiện những nghiệm pháp chuyên biệt để chẩn đoán chính xác suy tuyến yên. Từ đó giúp có định hướng điều trị hiệu quả.2

Một dấu hiệu gợi ý là đường huyết thấp lúc đói.

IGF-1 thấp so với ngưỡng giá trị bình thường theo tuổi và giới tính là xét nghiệm đầu tay, nhưng chưa đủ để chẩn đoán xác định.

Chẩn đoán xác định bằng nghiệm pháp động (nghiệm pháp gắng sức, nghiệm pháp hạ đường huyết vớiinsulin, nghiệm pháp kích thích bằng glucagon), ghi nhận GH đáp ứng dưới mức bình thường.

Xét nghiệmcortisolmáu buổi sáng thấp hơn bình thường là xét nghiệm đầu tay.

Chẩn đoán xác định bằng nghiệm pháp động (nghiệm pháp bằng metyrapone, nghiệm pháp hạ đường huyết bằng insulin, nghiệm pháp kích thích bằng Glucagon, nghiệm pháp kích thích bằng gynacthen), ghi nhận cortisol đáp ứng dưới mức bình thường.

Nam:testosterone thấp, FSH và LH thấp hoặc bình thường. Có thể đếm số lượng tinh trùng nếu muốn có con.

Nữ: estradiol thấp, FSH và LH thấp hoặc bình thường.

Nghiệm pháp động để chẩn đoán xác định thường không cần thiết.

Kết quả xét nghiệm hormon giáp (fT4) thấp, TSH bình thường hoặc thấp thường đủ để chẩn đoán suy giáp do nguyên nhân trung ương.

Nghiệm pháp kích thích bằng TRH được dùng để xác định nguyên nhânsuy giáp, là do bệnh lý tại tuyến yên hay vùng hạ đồi.

Kết quả xét nghiệm prolactin thấp hơn giá trị bình thường theo giới thường, đủ để chẩn đoán thiếu prolactin.

Việc điều trị phải căn cứ vào sự thiếu hụt loại hormon nào cũng như mức độ thiếu hụt ra sao. Đối với việc bổ sung hormon giáp và hormon thượng thận, việc điều trị thay thế là vĩnh viễn. Vì nhiều biến chứng nguy hiểm tính mạng có thể xảy ra nếu bạn ngừng điều trị.23

Các khối u phải phẫu thuật nếu có chỉ định, có thể cân nhắc bổ sung xạ trị nếu cần thiết. Tiên lượng tốt nếu điều trị kịp thời. Tuy nhiên, tiên lượng rất dè dặt nếu là các khối u của vùng hạ đồi.

Các bệnh lý nhiễm trùng cần được điều trị đặc hiệu bằngkháng sinh.

Mục tiêu điều trị là đạt được giá trị bình thường của các hormone, khôi phục tình trạng sinh lý bình thường càng gần càng tốt và khôi phục các triệu chứng.

Bạn cần có hiểu biết đầy đủ về căn bệnh này. Bao gồm ảnh hưởng của suy tuyến yên đến cuộc sống hàng ngày, và cách thay đổi điều trị trong thời gian mắc bệnh, phẫu thuật…

Bổ sung hormone tăng trưởng theo chỉ định của bác sĩ, nhằm mục đích cải thiện phân bố cấu trúc cơ thể (tăng tỉ lệ cơ, giảm tỉ lệ mỡ), tăng cường sức cơ, cải thiện lipid máu và cải thiện chất lượng cuộc sống. Tác dụng phụ có thể gặp khi dùng thuốc bao gồmđau đầu, đau cơ, rối loạn nhịp tim, phù.

Đối với người nữ thìestrogencần thiết để duy trì các đặc tính sinh dục, đề phòngloãng xương, tăng cảm giác thoải mái. Bổ sung estrogen đơn thuần hoặc phối hợp vớiprogesteronecó thể được chỉ định ở phụ nữ chưa mãn kinh.

Đối với nam giới thìtestosteronegiúp phục hồi ham muốn tình dục, cải thiệnrối loạn cương dương, tăng cường sức mạnh cơ bắp, đề phòng loãng xương và đem lại cảm giác hưng phấn. Bổ sung testosterone (dưới dạng tiêm bắp, miếng dán hoặc dạng gel) có thể được cân nhắc khi có chỉ định.

Levothyroxinlà điều trị đầu tay và cần điều trị suốt đời. Thuốc cần được uống trước ăn sáng 60 phút hoặc 3 giờ sau bữa ăn cuối cùng, không dùng cùng lúc với các thuốc khác như cholestyramin, PPI, sắt, calci, sucralfate, nhôm hydroxit… hoặc các thực phẩm nhưđậu nành, chất xơ…

Lưu ý, nếu có kèmsuy thượng thậnthì bù hormone thượng thận trước khi bù hormone giáp.

Hydrocortisonelà thuốc đầu tay được lựa chọn với liều trung bình 15 – 25 mg/ngày chia làm 2 – 3 lần uống trong ngày.

Nếu không có hydrocortisone hoặc cảm thấy khó khăn với việc uống thuốc nhiều lần trong ngày, có thể thay thế bằng prednisolone 5 – 7,5 mg/ngày uống 1 – 2 lần một ngày.

Tương tự như hormon giáp, đặc biệt lưu ý hormon thượng thận cần được bổ sung suốt đời. Vì nếu ngưng thuốc đột ngột sẽ có nguy cơ rơi vào biến chứng nguy hiểm tính mạng làsuy thượng thận cấp.

Phòng ngừa suy thượng thận cấp là điều đặc biệt quan trọng cần được quan tâm, khi bạn dùng hormon thượng thận kéo dài:

Nếu bệnh nhẹ thì tăng gấp 2 – 3 lần liều hàng ngày, giảm trở lại liều thường ngày sau 2 – 3 ngày nếu ổn định. Đảm bảo có đủ thuốc khi cần tăng gấp đôi liều trong ít nhất 7 ngày.

Nếu nôn ói,tiêu chảykéo dài, trong quá trình chuẩn bị cho nội soi đại tràng, hoặc trong trường hợp chấn thương, phẫu thuật cấp; cần đến ngay cơ sở y tế vì cần dùng hydrocortisone đường tĩnh mạch.

Nên có thẻ nhận diện bệnh hoặc vòng đeo tay có ghi thông tin bệnh đem theo bên mình. Thông tin ghi rõ loại thuốc và liều thuốc đang sử dụng, thông tin liên hệ khi cần thiết.

Người bệnh thường phải dùng thuốc trong thời gian dài, có khi suốt đời. Do đó, bạn nên thảo luận với bác sĩ để được hướng dẫn cách dùng thuốc phù hợp. Bệnh nhân nên ghi nhớ những nguyên tắc sau đây khi dùng thuốc:

Dùng thuốc đúng giờ và đúng liều, không tự ý bỏ thuốc hoặc sử dụng thêm thuốc khác.

Thông báo với bác sĩ nếu bạn có sự thay đổi về cân nặng hoặc gặp phải các vấn đề về sức khỏe. Đôi khi, bạn sẽ gặp phải các tác dụng phụ của thuốc. Nếu bạn cảm thấy mệt mỏi, khó chịu thì nên liên hệ bác sĩ để được tư vấn hỗ trợ.

Thường xuyên tái khám định kỳ.

Trong vài trường hợp, bạn có thể phải học cách tăng liều thuốc khi bị chấn thương.

Gần như không có biện pháp phòng ngừa suy tuyến yên. Điều quan trọng là người bệnh cần lưu ý những triệu chứng của suy tuyến yên, và đi khám bác sĩ khi nghi ngờ. Bệnh nhân nên liên lạc với bác sĩ chuyên khoa Nội tiết khi cần điều trị và theo dõi suy tuyến yên.

Liên hệ với bác sĩ ngay lập tức nếu các triệu chứng khởi phát đột ngột, hoặc kết hợp với đau đầu dữ dội, rối loạn thị giác, lú lẫn hoặc tụt huyết áp.

Khi đặt lịch khám, người bệnh có thể liên lạc trước để được tư vấn cần chuẩn bị những gì trước khi thực hiện xét nghiệm chẩn đoán.

Viết ra tất cả triệu chứng và những thay đổi bạn đang gặp phải. Ngay cả khi các triệu chứng có vẻ không liên quan với nhau.

Viết ra thông tin cá nhân chính. Bao gồm những biến động trong cuộc sống gần đây, hoặc sự thay đổi trong khả năng gắng sức. Ví dụ: leo cầu thang, tập thể dục hay sinh hoạt cá nhân…

Lập danh sách các thông tin về tình trạng sức khỏe. Bao gồm các phẫu thuật gần đây, các loại thuốc đang sử dụng và bất kỳ tình trạng nào khác mà bạn đang điều trị. Bên cạnh đó, ghi nhận các chấn thương ở vùng đầu trước đây, nếu có u của bạn hoặc các biến cố xảy ra thời thơ ấu.

Người bệnh nên đi cùng với một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè. Người thân có thể giúp bạn ghi nhớ những thông tin bác sĩ cung cấp cho bạn.

Viết ra những câu hỏi bạn muốn hỏi bác sĩ. Từ đó có thể tận dụng tối đa khoảng thời gian đi khám bác sĩ. Đối với suy tuyến yên, một số câu hỏi cơ bản có thể hỏi bác sĩ bao gồm:

Nguyên nhân gây ra các triệu chứng hoặc tình trạng của tôi?

Ngoài nguyên nhân có thể xảy ra nhất, còn có nguyên nhân nào khác có thể gây ra các triệu chứng hoặc tình trạng của tôi không? Và nguyên nhân đó có thể là gì?

Tôi cần thực hiện những xét nghiệm gì?

Tình trạng này là tạm thời hay lâu dài?

Phương pháp điều trị nào tôi nên sử dụng?

Tôi sẽ cần dùng thuốc trong bao lâu?

Bác sĩ sẽ theo dõi hiệu quả điều trị của tôi như thế nào?

Tôi có một vài bệnh lý khác. Tôi nên điều trị nhiều bệnh lý cùng lúc này như thế nào?

Có những hạn chế nào tôi cần tuân theo không?

Có loại thuốc nào có thể thay thế cho thuốc mà bác sĩ kê đơn không?

Bác sĩ có tờ hướng dẫn nào về tình trang bệnh và sử dụng thuốc mà tôi có thể mang về không? Bác sĩ có thể giới thiệu cho tối trang web cung cấp thông tin về bệnh không?

Điều quan trọng là đừng ngần ngại hỏi bác sĩ bất cứ thắc mắc nào của bạn.

Tóm lại,suy tuyến yênlà một bệnh lý không gặp thường xuyên, nhưng rất phức tạp và nguy hiểm nếu không được chẩn đoán và điều trị.Chẩn đoán suy tuyến yên cần những thăm khám của bác sĩ chuyên khoa Nội Tiết, và cần một vài xét nghiệm cũng như nghiệm pháp động để xác lập chẩn đoán xác định. Do đó, bạn cần liên hệ bác sĩ chuyên khoa khi có yếu tố hoặc triệu chứng nghi ngờ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sung-luoi-ga/

Nội dung bài viết

Lưỡi gà và viêm lưỡi gà là gì?

Triệu chứng của viêm lưỡi gà

Nguyên nhân gây sưng lưỡi gà

Các yếu tố nguy cơ

Bạn có thể làm gì?

Lưỡi gà là một cấu trúc trông như một miếng thịt dư treo lủng lẳng phía trên lưỡi ở đằng sau ngay giữa họng. Trong một số trường hợp, lưỡi gà có thể bị sưng lên. Nguyên nhân sưng lưỡi gà là gì? Cách điều trị ra sao? Hãy đọc bài viết sau của ThS.BS chuyên khoa Tai – Mũi- Họng Trần Thanh Long để biết thêm về vấn đề này nhé!

Nếu bạn đặt ngón tay ở phía sau răng cửa hàm trên, bạn sẽ cảm nhận được độ cứng của xương hàm trên. Sau đó sờ từ từ dọc về sau, bạn sẽ cảm nhận được sự chuyển tiếp từ vùng xương sang một vùng mô mềm hơn. Vùng mô mềm đó gọi là khẩu cái mềm. Lưỡi gà là một phần của khẩu cái mềm. Khẩu cái mềm giúp thức ăn không trào lên mũi khi bị nuốt.

Sưng lưỡi gà là một dấu hiệu của viêm lưỡi gà. Tình trạng này gây ra khó chịu cho người bệnh nhưng thường chỉ là tạm thời. Tuy nhiên, nếu lưỡi gà bị trầm trọng thì nó có thể ảnh hưởng đến khả năng nuốt của bạn. Ít gặp hơn, điều này đôi khi gây khó thở.

Có nhiều nguyên nhân gây ra sưng lưỡi gà, đôi khi bệnh có thể tự hết hoặc phải can thiệp điều trị.

Nếu bạn bị viêm lưỡi gà, lưỡi gà của bạn sẽ trở nên đỏ, phồng lên và to hơn bình thường. Viêm lưỡi gà cũng có thể liên quan đến:

Ngứa, rát hay đau họng.

Các chấm xuất hiện trên họng.

Ngủ ngáy.

Khó nuốt.

Khó thở.

Nếu bạn bị sưng lưỡi gà cùng với sốt hay đau bụng, hãy đi khám bác sĩ ngay lập tức. Đó có thể là dấu hiệu của một bệnh lý tiềm ẩn cần được điều trị ngay.

Xem thêm:Sưng nhú lưỡi và những điều bạn cần biết để phòng tránh.

Có nhiều loại nguyên nhân gây sưng viêm lưỡi gà. Viêm là một phản ứng của cơ thể chống lại sự tấn công. Các tác nhân gây viêm bao gồm:

Yếu tố môi trường và lối sống.

Nhiễm trùng.

Chấn thương.

Di truyền.

Một số yếu tố môi trường và lối sống có thể gây ra các phản ứng bao gồm sưng lưỡi gà. Các yếu tố này bao gồm:

Dị ứng:Ăn phải hay hít phải tác nhân gây dị ứng, như bụi, lông thú, phấn hoa, hay đồ ăn, có thể gây ra phản ứng dị ứng ở một số người. Một trong các phản ứng này đó là sưng nề ở một số bộ phận cơ thể, bao gồm lưỡi gà.

Thuốc:Một số loại thuốc có thể có tác dụng phụ khiến cho lưỡi gà bị sưng.

Mất nước:Không cung cấp đủ nước cho cơ thể có thể dẫn đến sưng lưỡi gà. Mặc dù không thường gặp nhưng đã có một số người bị sưng lưỡi gà sau khi uống quá nhiều rượu và bị mất nước.

Chất hóa học và một số chất khác:Hít phải một số chất độc có thể dẫn đến nhiều phản ứng, trong đó có sưng lưỡi gà. Thuốc lá là một trong số những tác nhân này.

Ngủ ngáy:Ngủ ngáy có thể là hậu quả do sưng lưỡi gà. Trong số hiếm trường hợp, ngủ ngáy cũng có thể là nguyên nhân, đặc biệt nếu ngủ ngáy gây ra rung động lớn tác động lên lưỡi gà.

Một số loại nhiễm trùng có thể gây kích thích lưỡi gà dẫn tới sưng lưỡi gà. Các loại nhiễm trùng này bao gồm:

Cảm lạnh.

Cúm.

Viêm thanh khí quản.

Nếu bạn bịviêm amiđan, tình trạng viêm quá nặng có thể làm đẩy lệch lưỡi gà. Ngoài ra, các bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch có nguy cơ cao bị nấm miệng. Cả hai tình trạng này cũng có thể làm lưỡi gà bị sưng phồng lên.

Chấn thương lưỡi gà có thể gây ra do bệnh lý hay phẫu thuật. Nôn ói nhiều hay trào ngược dạ dày cũng có thể làm cho họng và lưỡi gà bị kích thích.

Một bệnh hiếm gặp gọi là phù mạch máu di truyền có thể gây sưng phù lưỡi gà và họng, cũng như sưng mặt, tay và chân.

Dài lưỡi gà cũng là một tình trạng di truyền, trong đó lưỡi gà to hơn bình thường. Đôi khi nó cũng gây ra khó thở. Tuy nhiên, không giống như viêm, nếu cần điều trị thì dài lưỡi gà chỉ có thể giải quyết bằng phẫu thuật.

Ai cũng có thể bị sưng lưỡi gà, nhưng người lớn thường ít bị hơn trẻ em. Bạn cũng bị tăng nguy cơ nếu bạn có:

Dị ứng.

Hút thuốc lá.

Phơi nhiễm với chất hóa học và các chất kích thích khác trong môi trường.

Bị suy giảm miễn dịch, khiến bạn dễ bị nhiễm trùng hơn.

Nếu bạn bị sưng lưỡi gà hay đau họng, đó là cách mà cơ thể báo hiệu cho bạn có gì đó không ổn. Có một số cách bạn có thể thử tại nhà để làm dịu đi các vấn đề ở cổ họng:

Làm mát họng bằng cách ngậm nước đá.

Súc họng với nước muối để giảm khô họng và ngứa họng.

Ngủ nghỉ đủ giấc.

Đảm bảo bạn uống đủ nước. Nếu cổ họng bị đau khi bạn uống nước thì hãy uống mỗi lần một lượng ít.

Sưng lưỡi gà là một tình trạng ít gặp. Phần lớn trường hợp sẽtự hết mà không cần điều trị. Nếu sưng lưỡi gà không tự hết và gây khó thở thì bạn cần đi khám bác sĩ. Bác sĩ sẽ giúp bạn tìm nguyên nhân và đưa ra hướng điều trị phù hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sung-nhu-luoi-va-nhung-dieu-ban-can-biet-de-phong-tranh/

Nội dung bài viết

Nhú lưỡi là gì?

Nguyên nhân gây sưng nhú lưỡi?

Đây có phải là một tình trạng nguy hiểm không?

Có biến chứng gì không?

Sưng nhú lưỡi được chẩn đoán như thế nào?

Đã bao giờ bạn tự soi lưỡi trong gương và hốt hoảng khi thấy lưỡi mình nổi lên các nhú nhỏ nhỏ khắp lưỡi không? Tình trạng này là gì? Liệu chúng có nguy hiểm không? Nếu bạn đang thắc mắc vì những điều này thì đây chính là bài viết dành cho bạn!

Nhú lưỡi là một thành phần cấu tạo bình thường của lưỡi. Sở dĩ các bạn nếm được mùi vị, như vị chua của chanh, vị ngọt của kem, đó là nhờ các nhú trên lưỡi. Cụ thể hơn là quanh các nhú lưỡi có các cấu trúc còn nhỏ hơn nữa đó gọi là chồi vị giác. Các cơ quan cảm giác nhỏ xíu này phủ khắp mặt lưỡi. Chúng giúp bạn nhận biết tất cả các vị khác nhau – ngọt, mặn, chua, đắng…

Bạn có tổng cộng khoảng 10,000 chồi vị giác. Mỗi chồi vị giác này có khoảng 10 – 50 tế bào cảm giác kết nối với các sợi thần kinh. Các sợi thần kinh này có vai trò truyền thông tin đến não cho biết là bạn vừa cắn một quả táo hay là liếm một cây kem.

Bình thường bạn sẽ không thể cảm nhận được các nhú hay chồi vị giác này. Nhưng đôi lúc chúng có thể bị sưng phù lên. Sưng hay viêm nhú lưỡi có thể gây khó chịu và đau đớn. Tình trạng này cũng có thể làm cho việc ăn uống trở nên không thoải mái.

Có nhiều bệnh lý – từ dị ứng đến nhiễm trùng – có thể khiến cho nhú lưỡi của bạn sưng lên.

Sưng nhú lưỡi thường không nghiêm trọng.Ung thư miệngcó thể là một nguyên nhân, nhưng nó không thường gặp. Nếu bạn cảm thấy không chắc chắn về nguyên nhân hoặc tình trạng sưng không giảm đi thì hãy đi gặp bác sĩ để được tư vấn.

Các dấu hiệu khác của ung thư miệng bao gồm:

Vết loét trong miệng.

Đau miệng.

Mảng trắng hay đỏ ở lưỡi, nướu, amidan hay phía bên trong miệng.

Tê lưỡi.

Khối u ở má.

Khó nhai, khó nuốt, hoặc khó di động hàm hay lưỡi.

Đau họng không giảm.

Khối u ở cổ.

Sụt cân.

Các triệu chứng khác có thể báo hiệu một vấn đề nghiêm trọng hơn bao gồm:

Sốt cao.

Ho không giảm.

Đau không giảm.

Biến chứng sẽ phụ thuộc vào tình trạng bệnh lý gây ra sưng nhú lưỡi. Nhiều tình trạng gây ra sưng nhú lưỡi sẽ tự cải thiện mà không phát sinh ra vấn đề gì thêm. Khi nhú lưỡi của bạn bị sưng thì chúng có thể làm cho việc ăn uống đau đớn và khó chịu.

Bác sĩ có thể chẩn đoán nguyên nhân sưng nhú lưỡi bằng cách thăm khám lưỡi. Bác sĩ hoặc nha sĩ sẽ quan sát màu sắc, cấu trúc, và kích thước của lưỡi. Đồng thời khi đeo găng tay, bác sĩ có thể sờ lưỡi để kiểm tra xem có khối u hay có điểm đau nào trên lưỡi của bạn không.

Nếu bác sĩ nghi ngờ có ung thư miệng thì bạn cần phải thực hiện thủ thuật sinh thiết. Trong thủ thuật này, bác sĩ sẽ lấy một mẫu mô nhỏ từ lưỡi của bạn. Mẫu mô này sau đó được gửi đến phòng thí nghiệm và kiểm tra dưới hiển vi để biết được là lành tính hay ác tính.

Sưng nhú lưỡithường không phải là một tình trạng nguy hiểm. Nếu bạn cảm thấy tình trạng này kéo dài quá lâu hoặc gây ra nhiều khó chịu thì bạn cần đi khám bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị tốt nhất. Cám ơn bạn đã đọc và theo dõi bài viết của YouMed!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sang-lu/

Nội dung bài viết

1. Sảng lú lẫn là gì?

2. Nguyên nhân gây ra Sảng lú lẫn

3. Triệu chứng của Sảng lú lẫn

4. Diễn tiến của Sảng lú lẫn

5. Điều trị Sảng lú lẫn như thế nào?

Sảng lú lẫn cấp thường xảy ra trong một thời gian ngắn, ảnh hưởng lên nhận thức của người bệnh. Trong y khoa, nó được gọi dưới một cái tên khác là sảng. Sự xuất hiện của sảng là dấu hiệu để thấy rằng, bệnh đang nặng lên, cần phải thay đổi điều trị. Ở góc độ người chăm sóc, sảng khiến cho người nhà cảm thấy lo sợ, và cũng rất mệt mỏi, căng thằng khi phải chăm sóc người có sảng.

Sảng lú lẫn được biết đến với nhiều tên gọi khác nhau. Ví dụ như: trạng thái lú lẫn cấp tính, suy não cấp, bệnh não, nhiễm độc hệ thần kinh trung ương… Đó là tình trạng giảm cấp tính ý mức độ tỉnh táo và khả năng nhận thức của người bệnh. Bệnh đặc trưng bởi sự thay đổi về chú ý, chu kì giấc ngủ hay vận động tâm thần.

Sảng là tình trạng thường gặp, đặc biệt là ở người cao tuổi. Tuy nhiên trong thực tế, đôi khi rối loạn này không được các nhân viên y tế nhận ra, khiến cho dự hậu của bệnh xấu hơn.

Sảng lú lẫn được cho rằng là hậu quả của các bệnh lý nội khoa đang nặng lên, do tác dụng liên quan đến sử dụng chất. Các yếu tố thúc đẩy thường gặp bao gồm:

Thuốc: các loại thuốc an thần, gây ngủ, rượu, dùng nhiều loại thuốc…

Bệnh lý thần kinh trung ương:đột quỵ,viêm não– màng não…

Các bệnh lý nhiễm trùng, dinh dưỡng kém, thiếu oxi,thiếu máu…

Sau phẫu thuật lớn: phẫu thuật tim, chỉnh hình…

Một số yếu tố khác như: đau,mất ngủkéo dài, chịu nhiềustressvề cảm xúc….

Các đặc điểm chính của sảng bao gồm:

Ý thức thay đổi: có thể tăng hoặc giảm. Trong trường hợp tăng, người bệnh thường quơ tay quơ chân, nói năng lộn xộn không phù hợp. Thậm chí còn đánh, làm tổn thương bản thân hoặc người chăm sóc. Ngược lại, họ có thể nằm lơ mơ, không biết xung quanh, không đáp ứng với kích thích bên ngoài.

Thay đổi sự chú ý, không thể hướng sự chú ý đến nơi có kích thích. Hoặc có thể không duy trì được sự chú ý. Ví dụ như người bệnh không thể duy trì tiếp xúc mắt với người khác. Biểu hiện tinh tế hơn là cần phải hỏi nhiều lần cùng một câu hỏi vì họ không chú ý.

Điều quan trọng là những tình huống này mới xảy ra gần đây, từ vài giờ đến vài ngày. Nó thay đổi so với mức bình thường trước đây của bệnh nhân. Và có sự dao động, tăng giảm về mức độ ý thức và sự chú ý. Đặc biệt các triệu chứng nặng hơn về chiều tối, khi mọi kích thích bên ngoài giảm xuống.

Ngoài hai triệu chứng bắt buộc phải có nêu ở trên, người bệnh cần có suy giảm ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

Định hướng lực: đây là một thuật ngữ khá lạ với các bạn ngoài chuyên ngành y khoa. Nhưng có lẽ nếu một lần đi chăm người bệnh bạn sẽ thấy quen thuộc bởi các câu hỏi. Ví dụ như: “biết đang ở đâu đây không ông/bà ơi?”, “năm nay năm mấy vậy?”, “tên tuổi của bà là gì?”… Và nhiều câu hỏi khác nữa.

Trí nhớ: người bệnh thường không nhớ những sự kiện vừa mới xảy ra tức thời, hay vài ngày trước. Nhưng những kí ức thời xa xưa có thể vẫn nhớ rất tốt.

Ngôn ngữ: không tìm được từ để nói, nói sai từ.

Tri giác: là tổng thể các giác quan. Trong sảng, người bệnh có thể nhìn nhầm vật này thành vật kia. Ví dụ: cái quạt là con mèo đang chạy trên trần nhà. Hoặc một sự vật không có thực tại thời điểm đó. Ví dụ: nhìn thấy ông hàng xóm đã chết đứng ngoài cửa phòng, rủ mình đi chơi.

Bên cạnh đó, dù không nằm trong tiêu chuẩn chẩn đoán nhưng, rối loạn về hành vi, và giấc ngủ cũng là một đặc điểm hỗ trợ chẩn đoán.

Tuy nhiên cần lưu ý, trong sảng có thể có giảm hoạt động. Nhưng nếu bệnh nhân ở trạng thái hôn mê – không đáp ứng với các kích thích mở mắt – sẽ không được phép chẩn đoán sảng.

Một điều quan trọng nữa là cần phải chứng minh được đây là hậu quả của một rối loạn y khoa.

Khởi đầu của sảng thường đột ngột, nhưng bồn chồn, lo sợ có thể là tiền triệu trước khi bệnh xảy ra. Các triệu chứng sẽ tiếp tục còn mãi cho đến khi nguyên nhân gây sảng được giải quyết. Khi tìm được nguyên nhân, thường mất 3-7 ngày để các triệu chứng giảm dần. Bệnh nhân càng lớn tuổi và bị sảng càng lâu, thì càng mất nhiều thời gian để giải quyết.

Với những người đã hết sảng, khi được hỏi lại về khoảng thời gian này, họ nhớ được rất ít. Họ mô tả đó là một giấc mơ tồi tệ, là ác mộng và chỉ nhớ một cách mơ hồ.

Và khi đã có một đợt sảng, tỉ lệ tử vong sẽ cao hơn, chủ yếu là do rối loạn y khoa gây ra sảng nặng lên. Theo các quan sát trên lâm sàng, người bệnh bị sảng đôi khi có trầm cảm hoặc rối loạn stress sau sang chấn đó.

Trong điều trị sảng, mục tiêu chính yếu là điều trị nguyên nhân gây ra rối loạn này sẽ liên quan đến nhiều chuyên khoa khác nhau.

Bên cạnh việc dùng thuốc, sự hỗ trợ về thể chất, cảm giác và môi trường xung quanh cũng rất quan trọng.

Hỗ trợ về thể chất. Là để phòng ngừa những tình huống người bệnh có thể gặp tai nạn như té ngã, làm tổn thương mình…

Hỗ trợ cảm giác và môi trường. Người bệnh không nên để bị mất cảm giác và cũng không bị kích thích quá mức với môi trường. Với sự hiện diện của người thân hoặc người chăm sóc thường xuyên trong phòng. Hoặc có hình ảnh trang trí quen thuộc; đồng hồ hoặc lịch; Đồng thời cung cấp thường xuyên về thời gian, nơi ở cho người bệnh sẽ làm họ thấy thoải mái.

Như vậy,sảnglà một tình trạng nặng, cần được chú ý nhiều. Bất kỳ bệnh lý nào cũng đều có thể gây ra sảng. Nhận biết sảng và điều trị nguyên nhân gây ra sảng là cần thiết. Bên cạnh đó các biện pháp không dùng thuốc cũng rất quan trọng, giúp ích nhiều cho người bệnh.

Xem thêm bài viết liên quan:

Bóng cười: Bạn đã hiểu đúng về chất kích thích dạng hít này?

Bóng cười nguy hiểm như thế nào?

Cần sa, Ma túy đá, Heroin: Bạn đã thực sự hiểu hết

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sac-nuoc-bot/

Nội dung bài viết

Sặc nước bọt biểu hiện như thế nào?

Các nguyên nhân thường gặp và cách điều trị

Nước bọt là chất dịch trong tiết ra bởi tuyến nước bọt. Nước bọt hỗ trợ cho tiêu hóa thức ăn và vệ sinh răng miệng bằng cách rửa trôi vi khuẩn và đồ ăn. Đôi khi nước bọt không trôi đi dễ dàng và khiến cho bạn bị sặc. Nguyên nhân của vấn đề này là gì? Hãy cùng YouMed tìm hiểu nhé!

Sặc nước bọt có thể xảy ra nếu các cơ điều khiển vận động nuốt bị yếu hay ngừng hoạt động do bệnh lý. Nôn ói và ho khi mà bạn không ăn hay uống gì là một biểu hiện của sặc nước bọt. Bạn cũng có thể có các dấu hiệu sau:

Thở hổn hển.

Không thở hay nói chuyện được.

Giật mình thức giấc vì ho hay nôn ói.

Đôi khi đây không phải là vấn đề đáng lo ngại. Nhưng nếu nó xảy ra thường xuyên thì cần tìm ra nguyên nhân để phòng ngừa tái phát trong tương lai. Các vấn đề có thể gây sặc nước bọt bao gồm:

Trào ngược axitlà khi axit dạ dày chảy ngược lên thực quản và miệng. Khi thành phần trong dạ dày đi ngược lên miệng, sự sản xuất nước bọt tăng lên để rửa trôi axit.

Trào ngược axit cũng có thể kích thích lớp niêm mạc lót trong thực quản. Điều này có thể gây nuốt khó và làm cho nước bọt bị ứ đọng ở sau họng, gây ra sặc.

Các triệu chứng của trào ngược bao gồm:

Cảm giác nóng rát.

Đau ngực.

Ợ hơi, ợ chua.

Buồn nôn.

Bác sĩ có chẩn đoán trào ngược dạ dày bằng nội soi. Điều trị có thể bao gồm các thuốc chống axit để giúp trung hòa axit dạ dày.

Đây là một bệnh lý trong đó nước bọt ứ đọng ở miệng trong lúc ngủ và rơi vào đường thở, gây hít sặc. Bạn có thể giật mình tỉnh giấc, thở gấp và sặc nước bọt.

Có nghiên cứu cho thấy có liên quan giữa bất thường về nuốt và ngưng thở khi ngủ. Bác sĩ có thể dùng một số xét nghiệm để xác định chẩn đoánngưng thở khi ngủvà bất thường về nuốt. Từ đó bác sĩ sẽ cân nhắc sử dụng các phương pháp điều trị khác nhau.

Tổn thương lành tính hay ác tính trong họng có thể làm hẹp thực quản và gâykhó nuốtnước bọt, dẫn đến sặc.

Bác sĩ có thể sử dụng các công cụ chụp chiếu để kiểm tra tổn thương trong họng. Nếu có u thì điều trị có thể là phẫu thuật, hay xạ trị hay hóa trị để làm thu nhỏ khối u. Các triệu chứng khác của khối u bao gồm:

Một khối nhìn thấy được trong họng.

Khàn tiếng.

Đau họng.

Tuyến nước bọt sản xuất ra nhiều nước bọt hơn khi các thần kinh ở miệng nhận biết có vật lạ như thức ăn. Nếu bạn đeo răng giả, não bộ có thể lầm lẫn răng giả là thức ăn và gây tiết nước bọt. Quá nhiều nước bọt trong miệng thỉnh thoảng có thể gây sặc.

Sự tiết nước bọt có thể giảm bớt một khi cơ thể đã quen với bộ răng giả. Nếu điều này không xảy ra, hãy đến gặp bác sĩ. Răng giả của bạn có thể quá cao so với miệng hay không khớp đúng khớp cắn.

Bệnh lý thần kinh có thể làm tổn thương thần kinh ở phía sau họng. Tổn thương này dẫn đến khó nuốt và sặc nước bọt. Các dấu hiệu của bệnh lý thần kinh bao gồm:

Yếu cơ.

Co thắt cơ ở các bộ phận khác trên cơ thể.

Nói khó.

Thay đổi giọng nói.

Bác sĩ sẽ dùng nhiều test khác nhau để kiểm tra rối loạn thần kinh. Điều trị sẽ phụ thuộc vào rối loạn thần kinh đó là gì. Bác sĩ có thể cho bạn sử dụng thuốc giảm tiết nước bọt và hướng dẫn các kĩ thuật giúp cải thiện hoạt động nuốt.

Sặc nước bọt cũng có thể xảy ra sau khi uống quá nhiều bia rượu. Tiêu thụ quá nhiều chất cồn có thể làm giảm phản xạ cơ. Không kiểm soát được mức độ bia rượu có thể gây nên ứ đọng nước bọt ở phía sau họng thay vì trôi xuống dưới. Ngủ đầu cao có thể giúp cải thiện dòng chảy của nước bọt và phòng ngừa hít sặc.

Sự sản xuất nước bọt vẫn tiếp tục kể cả khi bạn nói chuyện. Nếu bạn nói nhiều và không dừng lại để nuốt, nước bọt có thể chảy xuống đường thở và gây kích thích sặc. Để phòng ngừa hít sặc, cố gắng nói chậm rãi và nuốt nước bọt giữa các đoạn hay các câu.

Dịch nhày hay nước bọt tiết ra dodị ứnghay bệnh lý hô hấp có thể không dễ dàng mà trôi xuống họng được. Trong khi ngủ, dịch nhày và nước bọt có thể tích tụ trong miệng và dẫn đến hít sặc.

Các dấu hiệu khác của dị ứng hay bệnh lý hô hấp bao gồm:

Đau họng.

Hắt hơi.

Ho.

Chảy nước mũi.

Sử dụng các thuốc chống dị ứng hay thuốc cảm để giảm tiết nhày và làm loãng nước bọt. Hãy đi khám bác sĩ nếu bạn có sốt hay nếu các triệu chứng trở nặng hơn. Nhiễm trùng hô hấp có thể phải cần uống kháng sinh.

Thay đổi hoóc-môn trong thai kỳ gây ra buồn nôn và ốm nghén ở người phụ nữ. Tăng tiết nước bọt đôi lúc đi kèm vớibuồn nôn,và một số phụ nữ mang thai nuốt ít hơn khi buồn nôn. Hai yếu tố trên góp phần tạo ra nước bọt dư thừa trong miệng và gây sặc.

Vấn đề này có thể được cải thiện dần dần. Không có điều trị gì đặc biệt nhưng uống nước có thể giúp rửa trôi nước bọt dư thừa trong miệng.

Sặc nước bọtkhông phải là một vấn đề nghiêm trọng. Tuy vậy, không nên chủ quan nếu vấn đề này tiếp diễn nhiều lần. Hãy đến khám bác sĩ để có được chẩn đoán và điều trị sớm nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/seo-loi-vanh-tai-la-gi-co-chua-duoc-khong/

Nội dung bài viết

Sẹo lồi là gì?

Sẹo lồi do bấm lỗ tai

Các nguyên nhân khác gây sẹo lồi vành tai

Ai dễ bị sẹo lồi vành tai?

Loại bỏ sẹo lồi vành tai bằng cách nào?

Làm cách nào để phòng ngừa sẹo lồi vành tai?

Nhiều bạn gái chắc hẳn rất thích xỏ lỗ tai phải không nào? Tuy nhiên các bạn cần cẩn thận vì ở một số người do cơ địa có thể dễ hình thành sẹo lồi vành tai. Vậy sẹo lồi vành tai là gì? Làm cách nào để phòng ngừa và điều trị? Hãy cùng ThS.BS Trần Thanh Long tìm hiểu vấn đề này trong bài viết sau đây nhé.

Sẹo lồi  là sự tăng trưởng quá mức của mô sẹo gây ra do tổn thương trên bề mặt da. Tình trạng này thường gặp sau khi bấm lỗ tai. Sẹo lồi có thể hình thành ở cả phần dái tai lẫn phần sụn tai. Sẹo lồi có thể có nhiều màu sắc khác nhau từ hồng nhạt cho đến nâu đậm.

Bạn hãy đọc tiếp phần sau để biết thêm nguyên nhân gây ra sẹo lồi và cách loại bỏ nó.

Bấm lỗ tai nghe có vẻ không có gì là nghiêm trọng, nhưng đôi lúc cơ thể của bạn lại không nghĩ vậy.

Khi vết thương bắt đầu lành, mô sẹo xơ sẽ thay thế phần da cũ. Đôi khi cơ thể tạo ra quá nhiều mô sẹo, dẫn đến sẹo lồi. Phần mô dư thừa này bắt đầu lan rộng ra khỏi phạm vi vết thương ban đầu, gây ra một khối sưng có kích thước lớn hơn so với vết bấm lỗ tai ban đầu.

Ở tai, sẹo lồi thường là một khối tròn nhỏ mọc quanh vị trí bấm lỗ tai. Có khi chúng xuất hiện rất nhanh, nhưng thường là chúng sẽ hình thành khoảng vài tháng sau khi bạn bấm lỗ tai. Sẹo lồi có thể tiếp tục tăng trưởng từ từ trong vài tháng tiếp theo.

Sẹo lồi có thể hình thành do bất kỳ tổn thương nào trên da. Tai của bạn có thể gặp những tổn thương do:

Sẹo phẫu thuật.

Mụn trứng cá.

Thủy đậu.

Côn trùng cắn.

Xăm mình.

Mặc dù ai cũng có thể bị sẹo lồi nhưng có một số đối tượng dường như có nguy cơ cao hơn do một số yếu tố như:

Màu da.Người có màu da sậm có nguy cơ cao bị sẹo lồi gấp 15 đến 20 lần.

Di truyền.Bạn sẽ dễ bị sẹo lồi nếu trong gia đình cũng có người bị như vậy.

Tuổi.Sẹo lồi thường gặp hơn ở người dưới 30 tuổi.

Sẹo lồi đặc biệt rất khó loại bỏ. Ngay cả khi sẹo lồi đã được mổ cắt đi thì chúng vẫn có khuynh hướng mọc lại sau đó. Nhiều bác sĩ da liễu khuyên rằng nên kết hợp nhiều biện pháp điều trị khác nhau để có được kết quả lâu dài.

Bác sĩ có thể phẫu thuật để lấy bỏ sẹo lồi vành tai bằng dao mổ. Tuy nhiên, điều này cũng sẽ tạo nên một vết thương mới có nguy cơ hình thành sẹo lồi. Nếu chỉ điều trị phẫu thuật thì sẹo lồi thường sẽ tái phát. Đó là lí do tại sao bác sĩ sẽ sử dụng thêm các phương pháp khác để ngăn ngừa sẹo lồi tái phát.

Nếu bạn đã phẫu thuật lấy bỏ sẹo lồi vành tai, bác sĩ có thể đề nghị bạn đeo một loại bông tai áp lực. Loại bông tai này tạo một áp lực lên tai của bạn, giúp ngăn ngừa sẹo lồi hình thành trở lại sau mổ.

Tuy nhiên, bông tai áp lực có thể rất khó chịu cho phần lớn người dùng. Bệnh nhân cần phải đeo bông tai 16 giờ một ngày trong 6 đến 12 tháng.

Xạ trị có thể làm giảm kích thước sẹo lồi. Phương pháp này thường được sử dụng kết hợp với phẫu thuật.

Có một số biện pháp điều trị không phẫu thuật bạn có thể thử. Mặc dù có thể không loại bỏ hoàn toàn sẹo lồi nhưng các phương án này có thể giúp thu nhỏ đáng kể sẹo lồi.

Bác sĩ có thể tiêm thuốc trực tiếp vào sẹo lồi để giúp thu nhỏ nó, giảm triệu chứng và làm nó mềm đi. Bạn sẽ được tiêm mỗi 3 đến 4 tuần cho đến khi có cải thiện.

Khoảng 50 đến 80 phần trăm sẹo lồi co nhỏ lại sau khi điều trị tiêm thuốc. Tuy nhiên vẫn có nhiều người bị tái phát trong vòng 5 năm sau đó.

Liệu pháp đông lạnh sẽ làm đông lạnh sẹo lồi. Phương pháp này hiệu quả nhất nếu kết hợp với các điều trị khác, đặc biệt là tiêm thuốc. Bác sĩ có thể sử dụng từ 3 đợt liệu pháp đông lạnh trở lên, trước hay sau liệu trình tiêm thuốc.

Điều trị laser có thể làm giảm kích thước và phai màu sẹo lồi. Cũng như phần lớn điều trị khác, điều trị laser thường được dùng kết hợp với các phương pháp khác.

Đây là một thủ thuật dùng chỉ phẫu thuật buộc quanh gốc của sẹo lồi. Qua thời gian, chỉ sẽ cắt vào sẹo lồi và làm chúng rời ra. Bạn sẽ cần phải buộc chỉ mới mỗi 3 đến 4 tuần cho tới khi sẹo lồi rời ra ngoài.

Sẹo lồi rất khó để điều trị hoàn toàn. Nếu bạn có cơ địa sẹo lồi thì cần làm theo các hướng dẫn sau để giảm nguy cơ hình thành sẹo lồi:

Nếu bạn cảm thấy da xung quanh chỗ bấm lỗ tai dày lên thì cần có can thiệp ngay để ngăn ngừa sẹo lồi. Tháo khuyên tai và hỏi ý kiến bác sĩ về việc dùng bông tai áp lực.

Nếu bạn từng có sẹo lồi vành tai thì đừng bấm lỗ tai nữa.

Nếu có ai trong gia đình bị sẹo lồi thì hãy gặp bác sĩ da liễu để tư vấn trước khi bấm lỗ tai, xăm mình hay phẫu thuật thẩm mỹ.

Nếu bạn biết bạn bị sẹo lồi và cần phải phẫu thuật thì hãy thông báo cho bác sĩ. Bác sĩ có thể sử dụng các kĩ thuật đặc biệt để làm giảm nguy cơ.

Chăm sóc kĩ lưỡng vết bấm lỗ tai hay vết thương. Giữ vết thương sạch có thể giúp giảm nguy cơ tạo sẹo.

Sẹo lồirất khó điều trị hoàn toàn. Bạn cần đi khám bác sĩ để có được tư vấn tốt nhất. Những người có cơ địa sẹo lồi thường có đáp ứng tốt nhất khi kết hợp nhiều cách điều trị khác nhau.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-soi-bang-quang/

Nội dung bài viết

Sỏi bàng quang là gì?

Nguyên nhân gây sỏi bàng quang

Triệu chứng thường gặp trong sỏi bàng quang

Khi nào nên đi khám bệnh?

Bạn sẽ cần làm gì để xác định sỏi bàng quang?

Điều trị sỏi bàng quang như thế nào?

Cách phòng ngừa sỏi bàng quang

Nước tiểu do thận tiết ra, theo niệu quản đổ vào bàng quang và ra ngoài cơ thể qua niệu đạo. Sỏi bàng quang chiếm tỉ lệ khoảng 1/3 số ca sỏi đường tiết niệu, là loại bệnh gặp ở nam giới nhiều hơn nữ, với nhiều nguyên nhân khác nhau. Hãy cùng Bác sĩ Ngô Minh Quân tìm hiểu về bệnh lý này ở bài viết dưới đây.

Sỏi bàng quang là những khối cứng được hình thành khi lòng bàng quang ứ đọng nước tiểu. Tình trạng này có thể không gây ra triệu chứng nếu sỏi có kích thước đủ nhỏ và thoát ra ngoài theo nước tiểu.

Sỏi bàng quang thường được hình thành do việc ứ đọng nước tiểu trongbàng quang. Thông thường, nguyên nhân là do tình trạngphì đại tiền liệt tuyếndẫn đến ứ đọng nước tiểu.

Nếu nước tiểu ứ đọng ở bàng quang trong một thời gian lâu, các thành phần hóa học trong nước tiểu sẽ lắng đọng hình thành sỏi.

Các triệu chứng có thể gặp trong bệnh lý sỏi bàng quang bao gồm:

Đau bụng hạ vị, cường độ đau có thể dữ dội (đối với nam giới còn có thể đau ở vùng xung quanh bộ phận sinh dục);

Tiểu rát hoặc tiểu khó;

Tiểu nhiều lần, tiểu đêm;

Nước tiểu đục hoặc sậm màu;

Có máu trong nước tiểu.

Hầu hết các trường hợp sỏi bàng quang gặp ở bệnh nhân nam, lớn tuổi (từ 50 tuổi trở lên) bởi vì có liên hệ với tình trạng phì đại tiền liệt tuyến. Tuy nhiên, cả nam và nữ đều có thể mắc phải tình trạng này.

Bệnh lý này hiếm khi gặp ở trẻ em. Ở lứa tuổi trẻ em có thể gặp phải tình trạng “đái dầm”, hoặc đau dương vật ở bé trai.

Xem thêm:Những điều cần biết về phì đại tiền liệt tuyến ở nam giới

Nên đi khám khi bạn có bất cứ triệu chứng nào ở trên, cụ thể là khi tiểu nhiều lần, tiểu đêm, đau hạ vị hoặc quanh bộ phận sinh dục và có máu trong nước tiểu.

Những triệu chứng trên cũng có thể gặp ở nhiều nhóm bệnh lý khác tuy nhiên cần được thăm khám tại bệnh viện. Nếu nghi ngờ sỏi bàng quang, bạn cần thực hiện thêm các xét nghiệm để chẩn đoán.

Xét nghiệm máu và nước tiểu có thể là những xét nghiệm đầu tiên cần được khảo sát. Xét nghiệm máu giúp phát hiện các tình trạng viêm nhiễm có thể tồn tại ở bàng quang.

Tiếp theo những xét nghiệm hình ảnh học như chụp X-quang vùng hạ vị. Không phải tất cả các sỏi bàng quang đều có thể phát hiện qua X-quang, vì vậy mà một kết quả X-quang bình thường cũng không đồng nghĩa với việc bạn không có sỏi bàng quang.

Siêu âm có thể được sử dụng thay thế cho X-quang. Ngoài ra, ở một số trường hợp thì thực hiện nội soi bàng quang là cần thiết.

Nội soi bàng quang là phương pháp khảo sát lòng bàng quang thông qua các dụng cụ nội soi hình ống nhỏ, có camera và nguồn sáng, được đưa vào lòng bàng quang thông qua niệu đạo.

Camera được kết nối với màn hình ở ngoài, qua đó giúp quan sát được các bất thường có thể có trong lòng bàng quang.

Phẫu thuật/thủ thuật là phương pháp điều trị sỏi bàng quang. Thông dụng nhất là phương pháp lấy sỏi thông qua nội soi bàng quang.

Kết hợp với nội soi, các thiết bị tán sỏi, laser hoặc siêu âm phá sỏi được sử dụng để giải quyết tình trạng sỏi bàng quang.

Tuy nhiên, quan trọng hơn là việc phát hiện và điều trị tình trạng ứ đọng nước tiểu để tránh tái lập các sỏi bàng quang mới trong tương lai.

Nếu bạn có sỏi bàng quang, tình trạng này hoàn toàn có thể tái phát. Do đó, những việc sau đây có thể giúp hạn chế việc tái phát sỏi như :

Uống nhiều nước, mỗi ngày uống 2 – 3 lít sẽ giúp nước tiểu của bạn bớt đậm đặc

Đi tiểu khi có cảm giác mắc tiểu, tránh việc nhịn tiểu lâu

Cố gắng đứng tiểu thêm 10 – 20 giây ở mỗi lần tiểu, việc này giúp làm trống bàng quang tốt hơn nếu bạn có các vấn đề về tắc nghẽn đường tiểu

Tránh tình trạng táo bón

Trên đây là những thông tin cơ bản vềsỏi bàng quang. Hy vọng bài viết cung cấp được những thông tin bước đầu giúp người đọc dễ dàng tiếp tục tìm hiểu thêm về bệnh lý thường gặp này. Đừng ngại để lại những thắc mắc ở phần bình luận, cũng như chia sẻ bài viết nếu thấy hữu ích. Mong nhận được những phản hồi cũng như đồng hành cùng bạn ở những bài viết kế tiếp.

Nếu không được điều trị  kịp thời và đúng cách, nhiễm trùng bàng quang hiếm khi gây ra các biến chứng nghiêm trọng. Hãy tìm hiểu thêm về:Bệnh ung thư bàng quang

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/soi-bun-tui-mat/

Nội dung bài viết

Sỏi bùn túi mật là gì?

Nguyên nhân hình thành sỏi bùn túi mật

Dấu hiệu của bệnh sỏi bùn túi mật

Mức độ nguy hiểm của sỏi bùn túi mật

Điều trị sỏi bùn túi mật

Phòng ngừa sỏi bùn túi mật

Sỏi bùn túi mật là một bệnh lý ít người biết đến. Nó là một bước đệm cho sự hình thành sỏi mật sau này. Nhiều người nghĩ rằng đây là một bệnh lý không đáng lo ngại. Tuy nhiên, nếu để tình trạng kéo dài, nó có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm như: nhiễm khuẩn đường mật, ứ dịch mật, viêm túi mật… Nhưng nếu được phát hiện sớm và ngăn ngừa kịp thời thì có thể giảm được các biến chứng nguy hiểm. Bài viết dưới đây của Bác sĩ Hứa Minh Luân sẽ cung cấp cho bạn những thông tin cần thiết về căn bệnh sỏi bùn túi mật này. Nào chúng ta cùng tìm hiểu nhé!

Túi mậtlà một bộ phận của hệ thống đường dẫn mật, là một túi nhỏ nằm dưới gan, có màu xanh, hình quả lê, có tác dụng lưu trữ và cô đặc mật. Mật là chất do gan bài tiết ra và lưu trữ trong túi mật. Mật sẽ được túi mật tống xuất xuống ruột để tiêu hoá chất béo. Túi mật được cấu tạo gồm 3 phần gồm đáy, thân và cổ túi mật.

Sỏi bùn túi mật hay còn gọi là bùn túi mật được hình thành do sự lắng đọng, kết tinh của các thành phần trong túi mật như: chất nhầy, các tinh thể cholesterol, muối canxi… tạo thành bùn mật. Đa số nhiều người không biết mình có sỏi bùn trong túi mật. Do căn bệnh này thường xuất hiện và biến mất một cách âm thầm không để lại vấn đề gì nghiêm trọng cho người bệnh.

Tuy nhiên theo thời gian, một số trường hợp sỏi bùn túi mật có thể chuyển thànhsỏi túi mật và gây ra các biến chứng nguy hiểm. Vì lẽ đó người ta còn gọi sỏi bùn túi mật là tiền thân của sỏi túi mật.

Theo một số nghiên cứu, nguyên nhân chính gây nên bệnh lý này là do tình trạng ứ đọng dịch mật lâu ngày trong túi mật. Điều này khiến các tinh thể cholesterol, muối canxi, sắc tố mật kết hợp với dịch nhầy dẫn đến hình thành sỏi bùn túi mật. Dịch mật ứ trệ càng lâu thì khả năng hình thành sỏi bùn càng cao.

Ngoài nguyên nhân chính trên, bệnh lý này còn do các nguyên nhân khác ít gặp hơn như:

Những người đang trong thai kì.

Những người nuôi ăn qua đường tĩnh mạch.

Giảm cân đột ngột.

Sử dụng các loại thuốc (thuốc tránh thai, thuốc mỡ máu…).

Đa số các trường hợp sỏi bùn túi mật thường diễn tiến âm thầm không có triệu chứng điển hình. Tuy nhiên, một số trường hợp có thể có các triệu chứng thoáng qua như:

Đau bụngvùng bụng trên bên phải.

Buồn nôn và nôn.

Sốt, ớn lạnh.

Vàng da.

Ăn khó tiêu, đầy hơi.

Khi các triệu chứng xuất hiện điển hình, rõ ràng hơn thì cũng là lúc nó có thể đã gây ra các biến chứng nguy hiểm như: Nhiễm trùng đường mật, ứ tắc dịch mật, viêm tụy cấp…

So với sỏi viên thì sỏi bùn túi mật diễn tiến âm thầm và không có triệu chứng điển hình. Tuy nhiên, chúng lại nguy hiểm hơn vì dễ gây ra các biến chứng hơn. Dưới đây là các biến chứng nguy hiểm của bệnh:

Sỏi bùn khiến dịch mật ứ đọng lâu ngày. Điều này dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng và gây viêm túi mật. Khi túi mật bị viêm bệnh nhân sẽ có triệu chứng rõ ràng hơn như: đau bụng nhiều vùng hạ sườn phải, nôn ói, sốt…

Dù chưa có nghiên cứu nào khẳng định rằng bệnh lý này gây biến chứngviêm tụy cấp. Tuy nhiên, người ta thấy rằng đa số các trường hợp viêm tụy cấp có sỏi bùn kèm theo.

Sự tích tụ lâu ngày của bùn mật sẽ gây nên tắc ống dẫn mật. Dẫn đến nhiễm trùng đường mật. Đây là một biến chứng khá nguy hiểm.

Sự tích tụ lâu ngày của bùn mật sẽ hình thành nên sỏi túi mật nếu không được điều trị kịp thời. Khi đó bệnh nhân sẽ có các triệu chứng điển hình của sỏi túi mật như: đau bụng hạ sườn phải, vàng da, sốt…

Trong nhiều trường hợp bệnh nhân bịsỏi bùn túi mậttái đi tái lại nhiều lần khiến bệnh nhân phải phẫu thuật cắt bỏ túi mật. Tuy nhiên, sau khi cắt bỏ túi mật. Người bệnh vẫn gặp tình trạng bùn mật hình thành trong đường mật gây nhiều phiền toái cho người bệnh.

Đặc biệt nếu người bệnh xuất hiện các dấu hiệu như: đột ngột đau bụng hạ sườn phải dữ dội, sốt, nôn, ớn lạnh… Thì hãy đến các cơ sở khám chữa bệnh ngay để được các bác sĩ thăm khám và điều trị kịp thời. Vì có thể sỏi bùn đã gây ra các biến chứng.

Đa số các trường hợp của bệnh nếu không có triệu chứng hay không gây khó chịu cho người bệnh thì không cần điều trị. Tuy nhiên, bác sĩ sẽ tư vấn nguy cơ các biến chứng mà sỏi bùn túi mật có thể gây ra. Các phương pháp điều trị phổ biến bao gồm:

Phẫu thuật cắt bỏ túi mật: Các bác sĩ sẽ cân nhắc việc chỉ định phương pháp này nếu sỏi bùn gây viêm túi mật. Hoặc làm cho bệnh nhân không được thoải mái. Phẫu thuật cắt túi mật nội soi được các bác sĩ chỉ định khi sỏi bùn gây viêm túi mật. Đây là một phương pháp khá an toàn, hiệu quả cao.

Thuốc tan sỏi như: Acid ursodeoxycholic, acid chonodeoxycholic… Các thuốc này giúp làm cân bằng các chất trong dịch mật và làm tan sỏi từ từ nhưng hiệu quả không cao và ít được dùng.

Xem thêm:Những cách điều trị sỏi túi mật phổ biến hiện nay

Sau khi đã biết mức độ nguy hiểm của bệnh lý này, việc nâng cao ý thức phòng ngừa sẽ giúp bạn tránh được các biến chứng mà sỏi bùn túi mật gây ra. Dưới đây là một số biện pháp phòng ngừa:

Chúng ta nên hạn chế ăn các món chứa nhiều dầu mỡ hay các thực phẩm giàu cholesterol. Giảm ăn các món ăn chiên, xào, thịt đỏ… Thay vào đó nên ăn các món ăn luộc, hấp, các loại cá…

Các loại thực phẩm này dễ làm tăng cholesterol gây ra tình trạnggan nhiễm mỡ, máu nhiễm mỡ. Điều này khiến sỏi bùn tăng nhanh kích thước. Vì thế ta nên cần hạn chế.

Các loại thực phẩm này giúp hạn chế việc hấp thu chất béo tại ruột và rất tốt cho quá trình tiêu hoá. Chúng cung cấp một lượng lớn vitamin và nguồn dinh dưỡng tự nhiên dồi dào cho cơ thể.

Chúng ta nên tăng cường vận động để hạn chế tình trạngbéo phì. Và các vấn đề sức khoẻ khác có thể dẫn đếnsỏi bùn túi mật. Người bệnh nên giữ tinh thần thoải mái, duy trì một sức khoẻ tốt để phòng ngừa bệnh.

Thường xuyên tập thể dục thể thao. Ít nhất 30 phút mỗi ngày và ít nhất 5 ngày mỗi tuần để tăng sức đề kháng cho cơ thể. Đây là cách phòng bệnh hiệu quả.

Nhiễm khuẩn đường tiêu hoá và các loại giun là một trong những nguyên nhân hình thành sỏi và gây ra các biến chứng xấu. Chính vì thế, chúng ta nên tẩy giun định kì 6 tháng một lần. Kết hợp với việc ăn chín, uống sôi và hạn chế các món ăn như gỏi sống, tiết canh…

Xem thêm:Các loại thuốc tẩy giun tốt cho người lớn hiện nay

Tóm lại,sỏi bùn túi mậtlà một bệnh lý khá phổ biến. Tuy nhiên, chúng ít khi biểu hiện triệu chứng rõ ràng. Song, nếu để tình trạng kéo dài có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm cho người bệnh. Chính vì thế, chúng ta không nên chủ quan đối với căn bệnh này mà cần nắm rõ về nó. Hi vọng bài viết trên của Bác sĩ Hứa Minh Luân đã cung cấp cho bạn những thông tin cần thiết về bệnh sỏi bùn túi mật. Nếu các bạn có bất kỳ thắc mắc hay vấn đề gì cần được tư vấn thì hãy liên hệ với chúng tôi nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/soi-tui-mat-nguyen-nhan-va-trieu-chung/

Nội dung bài viết

Sỏi mật là gì?

Túi mật và cơ chế hình thành các loại sỏi mật

Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của bệnh sỏi mật

Triệu chứng của bệnh sỏi mật

Dấu hiệu của bệnh sỏi mật

Các biến chứng của bệnh sỏi mật

Chẩn đoán sỏi mật như thế nào?

Phương pháp điều trị sỏi túi mật

Khi nào nên phẫu thuật?

Các biện pháp phòng ngừa sỏi mật

Sỏi mật là một bệnh lý thường gặp và có thể gây đau bụng khiến người bệnh dễ bị nhầm lẫn với một số bệnh lý khác như viêm loét dạ dày tá tràng dẫn đến thói quen tự mua thuốc và điều trị tại nhà khi chưa được bác sĩ thăm khám và chẩn đoán chính xác. Các vị trí khác nhau của sỏi mật (sỏi túi mật, sỏi ống mật chủ, sỏi đường mật trong gan) có liên quan đến cơ chế hình thành khác nhau và các bệnh lý khác nhau. Chính vì vậy phương pháp điều trị cho từng tình huống cũng có sự khác biệt. Qua bài viết này, Bác sĩ Huỳnh Quang Nghệ muốn chia sẻ những kiến thức tổng quan cho bạn đọc về sỏi mật, trong đó chủ yếu tập trung vào chẩn đoán và điều trị sỏi túi mật.

Sỏi mật (hay sạn mật) là sự hiện diện của sỏi (một cấu trúc được cô đặc từ dịch mật, có hoặc không có sự tham gia của vi khuẩn) trong đường mật, thường xuất hiện ở túi mật, ống mật chủ hoặc ít gặp hơn là đường mật trong gan.12

Túi mậtlà một cấu trúc túi có hình dạng giống quả lê nằm bên dưới gan.Ganlà cơ quan sản xuất dịch mật để tiêu hóa thức ăn và túi mật có chức năng dự trữ lại dịch mật. Các ống mật trong gan tập hợp lại tạo thành ống gan chung, và túi mật sẽ hợp với ống gan chung tạo thành ống mật chủ giúp đổ dịch mật từ gan xuốngruột non. Vậy bên cạnh dịch mật đổ trực tiếp từ gan, ruột non sẽ nhận thêm một lượng mật từ túi mật đẩy ra khi túi mật co bóp, đặc biệt khi ăn chất béo hay thức ăn nhiều dầu mỡ.23

Về cấu tạo, có 2 loại sỏi mật thường gặp là sỏi cholesterol và sỏi sắc tố. Về vị trí, có thể chia thành 3 vị trí hình thành sỏi:14

Khi dịch mật cô đặc bên trong túi mật, một số thành phần trong dịch mật (cholesterol,bilirubin, lecithin và muối mật) bị mất cân bằng hay hiện diện ở nồng độ cao vượt quá khả năng có thể hòa tan được, các thành phần này sẽ ở kết tinh lại ở dạng hạt tinh thể, dần dần tạo thành những cặn lắng dạng bùn (sỏi bùnhay bùn mật). Theo thời gian, những tinh thể và cặn lắng kết dính lại ngày càng nhiều tạo thành sỏi. Nhìn chung, sỏi mật có thể hình thành nếu dịch mật có nhiều cholesterol, nhiều bilirubin hoặc quá ít lecithin hay muối mật. Sỏi ở túi mật đa số là sỏi cholesterol, ít gặp hơn là sỏi sắc tố đen.

Sỏi cholesterol: Thường có màu vàng xanh, thành phần chủ yếu là các tinh thể cholesterol. Loại sỏi này thường hình thành ở túi mật và liên quan đến các bệnh lý rối loạn chuyển hóa nhưbéo phì,đái tháo đường, rối loạn mỡ máu,….Ở Hoa Kỳ, hơn 80% trường hợp là sỏi cholesterol.

Sỏi sắc tố đen: Trường hợp người bệnh có bệnh lý huyết học hoặc xơ gan kèm theo. Bilirubin trong dịch mật sẽ tăng lên và kết hợp với canxi để tạo thành tinh thể và cuối cùng là hình thành sỏi. Lúc này sỏi thường có màu đen và hình thành chủ yếu ở túi mật.

Sỏi ống mật chủ có thể là nguyên phát (hình thành tại ống mật chủ) hoặc thứ phát (sỏi từ rơi ra khỏi túi mật và kẹt lại ở ống mật chủ).

Sỏi sắc tố nâu: Thường có màu nâu, hình thành trực tiếp tại ống mật. Người bệnh có các bệnh lý gây tắc nghẽn và viêm hẹp đường mật (thường do sán lá haygiun đũa) với sự hiện diện của vi khuẩn trong dịch mật, các vi khuẩn này cũng tham gia vào quá trình tạo sỏi, lúc này sỏi thường có màu nâu và hình thành chủ yếu ở các ống mật (gồm cả ống mật chủ và ống mật trong gan) nơi bị tắc nghẽn và viêm nhiễm do vi khuẩn. Sỏi sắc tố nâu thì ít gặp ở Hoa Kỳ nhưng lại rất hay gặp ở khu vực Đông Nam Á (gồm cả Việt Nam).

Sỏi cholesterol và sỏi sắc tố đen: Thường là thứ phát do sỏi từ túi mật rơi xuống.

Sỏi nguyên phát từ đường mật trong gan cũng có cơ chế hình thành tương tự  như sỏi ống mật chủ nguyên phát, chủ yếu liên quan đến tắc nghẽn và viêm hẹp đường mật.

Các loại sỏi khác nhau với các thành phần và cơ chế hình thành khác nhau thì sẽ có các yếu tố nguy cơ khác nhau chẳng hạn như:124

Nữ giới.

≥40 tuổi.

Mang thai nhiều lần.

Bệnh lý rối loạn chuyển hóa: Béo phì, đái tháo đường,rối loạn mỡ máu,…

Chủng tộc Âu Mỹ.

Các yếu tố gia đình và di truyền.

Một số loại thuốc:Estrogen, thuốc tránh thai, clofibrate, somatostatin,…

Bệnh lý huyết học gây tan máu (tán huyết) mạn tính: Bệnh lý hồng cầu (hình liềm, hình bầu dục hay hình bia),beta – thalassemia,…

Các nguyên nhân gây viêm hẹp đường mật: nang ống mật chủ,sán lá gan, giun chui ống mật, sau phẫu thuật ổ bụng có liên quan đến đường mật,…

Các nguyên nhân từ đường tiêu hóa:Bệnh Crohn(bệnh viêm ruột từng vùng), bệnh lý hồi tràng (đoạn cuối ruột non) hay phẫu thuật cắt đoạn hồi tràng, sụt cân đột ngột do chế độ ăn kiêng giảm cân không đúng cách hay trải qua phẫu thuật nối vị tràng (nối tắt dạ dày-ruột).

Bỏngnặng, chấn thương nặng, chấn thương tủy sống đoạn cao, yếu liệt, người bệnh nằm ở phòng ICU (hồi sức tích cực), nhịn ăn đường miệng với nuôi ăn đường tĩnh mạch hoàn toàn,…

Sỏi mật có thể hình thành một cách chậm rãi và âm thầm, người bệnh có thể không có triệu chứng gì trong nhiều năm. Các triệu chứng và biến chứng của bệnh sỏi mật là hậu quả do sỏi gây tắc nghẽn tại túi mật hoặc ở vị trí khác (ống mật trong gan hay ống mật chủ).13Các triệu chứng thường gặp của bệnh sỏi mật:124

Cơn đau quặn mật ở thượng vị và vùng hạ sườn phải.

Vàng da, ngứa, tiểu vàng sậm, tiêu phân bạc màu.

Sốt.

Đầy bụng, khó tiêu, ợ hơi.

Buồn nôn, nôn.

Cơn đau quặn mật xuất hiện khi sỏi gây tắc nghẽn tại ống túi mật hay cổ túi mật khi túi mật co bóp (hoặc gây tắc nghẽn tại ống mật chủ nếu sỏi kẹt tại đây). Các cơn đau có thể xuất hiện rời rạc và không thể dự báo trước.

Người bệnh thường có cảm giác đau bụng quặn cơn ở thượng vị, quanh rốn hay vùng hạ sườn phải và có thể lan đến vai phải. Cơn đau thường xuất hiện sau bữa ăn, nhất là bữa ăn nhiều dầu mỡ. Cảm giác đau tăng dần trong khoảng 10 – 20 phút và có thể kéo dài từ 1 – 5 tiếng cho đến khi túi mật giảm co bóp, khi đó sỏi rời khỏi vị trí tắc nghẽn và rơi lại vào trong lòng túi mật. Trong đa số trường hợp, cơn đau kéo dài trong khoảng 30 – 90 phút sau đó tự giới hạn.

Cơn đau thường không giảm kể cả khi người bệnh nôn, dùng thuốc kháng axit, trung tiện, đại tiện hay thay đổi tư thế. Các triệu chứng khác như vã mồ hôi, buồn nôn hay nôn có thể xuất hiện trong cơn đau.

Việc phân biệt giữa cơn đau quặn mật thông thường với sỏi mật có kèm theo những biến chứng khác hoặc phân biệt với những bệnh lý khác có thể gặp khó khăn nếu chỉ dựa vào các triệu chứng than phiền từ phía người bệnh. Lúc này bác sĩ có thể thực hiện một số kỹ thuật thăm khám để hỗ trợ trong công tác chẩn đoán. Chẳng hạn như:1

Ấn đau khu trú vùng bụng ¼ trên phải. Thường kèm theo phản ứng dội và dấu hiệu đề kháng thành bụng gợi ý đến viêm túi mật cấp.

Dấu hiệu Murphy: Ấn vào điểm Murphy (điểm túi mật) ở vùng bụng ¼ trên phải khi người bệnh hít sâu. Người bệnh sẽ có cảm giác đau đột ngột đến mức nín thở. Dấu hiệu Murphy (+) gợi ý mạnh đếnviêm túi mật cấp.

Vàng da niêm và ngứa: Bác sĩ thăm khám ghi nhận tình trạng da và niêm mạc (thường quan sát ở mắt) nhuộm một màu vàng gợi ý đến có tình trạng tắc nghẽn tại ống mật chủ.

Tam chứng Charcot: Người bệnh hội tụ đủ các triệu chứng đau bụng vùng ¼ trên phải – sốt – vàng da gợi ý mạnh đến tình trạng viêm đường mật cấp.

Nếu sỏi gây tắc nghẽn tại túi mật kéo dài, người bệnh sẽ thấy đau tăng nhiều hơn về cường độ và thời gian. Lúc này, tình trạng tắc nghẽn gây viêm nhiễm, phù nề có thể dẫn đến các biến chứng của bệnh. Hoặc trong trường hợp khác, khi sỏi gây tắc nghẽn tại những vị trí khác sẽ gây thêm những biến chứng khác:14

Viêm túi mật cấp.

Viêm phúc mạc mật, áp xe ổ bụng (do túi mật viêm hoại tử và thủng).

Viêm túi mật mạn.

Ung thư túi mật.

Viêm đường mật cấp.

Viêm tụy cấp.

Nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng.

Rò túi mật – đường mật (hội chứng Mirizzi).

Rò túi mật – tá tràng.

Tắc ruộtdo sỏi mật.

Nếu không can thiệp điều trị kịp thời, các biến chứng này có thể gây tử vong.

Siêu âm ổ bụngthường là phương tiện đầu tiên được lựa chọn trong khảo sảo bệnh lý túi mật và đường mật do đơn giản, dễ thực hiện, chi phí rẻ và đặc biệt là khả năng phát hiện sỏi tốt (nhất là với sỏi kích thước ≥ 2 mm). Tuy nhiên siêu âm cũng thường dễ bỏ sót sỏi ở ống mật chủ (nhất là đoạn cuối).1

Siêu âm cũng giúp phát hiện và chẩn đoán biến chứng viêm túi mật cấp với một số dấu hiệu như:15

Dày thành túi mật ≥ 4 mm.

Túi mật căng to ≥ 8 cm theo chiều dài, ≥ 4 cm theo chiều ngang.

Tụ dịch hay thâm nhiễm mỡ quanh túi mật.

Sỏi kẹt cổ túi mật, sỏi bùn tròng lòng túi mật.

Dấu hiệu Murphy trên siêu âm.

CTcũng có thể khảo sát được sỏi túi mật với các đặc điểm tương tự trên siêu âm nhưng rõ nét và chính xác hơn. Ngoài ra ưu điểm của CT so với siêu âm là có thể khảo sát thêm được sỏi ở ống mật chủ (nhất là đoạn cuối) đồng thời có thể khảo sát cùng lúc tất cả cơ quan trong ổ bụng giúp cho chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác.15

Khả năng dựng hình, khảo sát bệnh lý đường mật trong và ngoài gan của MRCP thì tốt và chính xác hơn so với CT. Tuy nhiên, đây là một phương tiện đắt tiền, thời gian thực hiện lâu hơn và khó tiếp cận.15

Xạ hình gan mật là phương tiện được dùng trong chẩn đoán tình trạng tắc nghẽn tại ống túi mật hay co thắt túi mật bất thường với các đồng vị phóng xạ không gây hại được tiêm vào máu người bệnh qua đường tĩnh mạch.14

Người bệnh trước hết được thực hiện nội soi dạ dày tá tràng từ đường miệng. Sau đó, chất cản quang sẽ được bơm vào đường mật từ tá tràng và hình ảnh đường mật sẽ được chụp lại trên nền X quang. ERCP đồng thời là phương tiện chẩn đoán và điều trị nếu có tình trạng tắc nghẽn tại ống mật chủ khi phối hợp với cắt cơ vòng Oddi và các dụng cụ lấy sỏi nội soi.14

Đây là một thủ thuật bơm thuốc cản quang qua một kim luồn đặc biệt được đặt từ ngoài da xuyên qua gan để vào đường mật trong gan. Hình ảnh đường mật cũng sẽ được chụp lại trên nền X – quang.14

Sỏi chứa canxi hay hình ảnh túi mật bị canxi hóa có thể phát hiện quaX – quang. Một số dấu hiệu khác như hơi trong đường mật có thể gợi ý đến biến chứng viêm đường mật hay rò mật – ruột. Tuy nhiên, X – quang bụng đứng không phải là phương tiện được lựa chọn trong chẩn đoán sỏi túi mật, vai trò chính của X – quang là để chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác gây đau bụng cấp như thủng loét dạ dày tá tràng, tắc ruột,…1

Một số xét nghiệm có thể được thực hiện như:14Tổng phân tích tế bào máu.Chức năng gan: AST (SGOT), ALT (SGPT), TQ (INR), TCK, Albumin, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, ALP.Men tụy: Amylase, Lipase.

Tổng phân tích tế bào máu.

Chức năng gan: AST (SGOT), ALT (SGPT), TQ (INR), TCK, Albumin, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, ALP.

Men tụy: Amylase, Lipase.

Với bệnh lý sỏi mật chưa biến chứng hay cơn đau quặn mật đơn thuần, đa số các xét nghiệm sẽ cho kết quả trong giới hạn bình thường. Khi các kết quả xét nghiệm có bất thường là dấu hiệu gợi ý đến sỏi túi mật có biến chứng. Các xét nghiệm trên có thể được thực hiện lặp đi lặp lại sau vài ngày giúp bác sĩ theo dõi và đánh giá đáp ứng của quá trình điều trị. Khi bệnh nhân có chỉ định can thiệp ngoại khoa, một số xét nghiệm tiền phẫu nhằm đánh giá tổng quan về thể trạng người bệnh trước mổ cũng sẽ được các bác sĩ chỉ định bổ sung.

Sỏi túi mật có thể phát hiện tình cờ cùng những bệnh lý khác. Chẳng hạn như trào ngược dạ dày thực quản, hội chứng ruột kích thích,… Nên các triệu chứng tương tự và trùng lấp giữa các bệnh lý này như đau bụng, đầy hơi, khó tiêu,…có thể gây khó khăn cho quá trình chẩn đoán và điều trị:14

Trào ngược dạ dày thực quản.

Viêm loét dạ dày tá tràng.

Viêm túi mật không do sỏi.

Viêm đường mật.

Viêm tụy.

Viêm gan.

Hội chứng ruột kích thích.

Viêm ruột thừa.

Thủng loét dạ dày tá tràng.

Tắc ruột.

Sỏi thận.

Các bệnh lý ác tính: ung thư túi mật, ung thư đường mật,ung thư tụy,…

Thiếu máu cơ tim.

Viêm phổi.

Nhiễm toan ceton đái tháo đường.

Chiến lược điều trị sỏi mật tùy thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như bản chất sỏi và vị trí sỏi gây tắc nghẽn, người bệnh có hay không có triệu chứng và biến chứng, mức độ nặng của bệnh, thể trạng người bệnh,…13Như đã đề cập ở phần mở đầu, bài viết này chủ yếu nhấn chia sẻ về các phương pháp điều trị sỏi túi mật.

Các lựa chọn điều trị cho sỏi túi mật không triệu chứng bao gồm:1234

Phương pháp này gồm: Thuốc tan sỏi và tán sỏi ngoài cơ thể bằng sóng siêu âm.

Các phương pháp này chỉ hiệu quả khi thỏa các điều kiện sỏi túi mật với thành phần chính là cholesterol, kích thước nhỏ < 1 cm và chức năng túi mật còn tốt. Với thuốc tan sỏi, liệu trình điều trị có thể kéo dài hơn 6 – 18 tháng và tỷ lệ thành công tương đối thấp (bé hơn 50%). Các triệu chứng và biến chứng của sỏi vẫn có thể xuất hiện cho đến khi hết sỏi hoàn toàn. Theo các nghiên cứu khả năng tái phát trong vòng 5 năm sau khi hết sỏi vẫn ở mức cao lên đến 50%.1

Với sỏi túi mật không triệu chứng, các chỉ định phẫu thuật rất hạn chế. Ngoài ra còn không được ủng hộ do nguy cơ tai biến từ phẫu thuật là cao hơn so với khả năng sỏi gây nên những cơn đau quặn mật trong tương lai. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt túi mật dự phòng cho người mang sỏi không triệu chứng có thể được chỉ định trong những tình huống đặc biệt:1

Nguy cơ ung thư hóa cao:Sỏi kích thước lớn ≥ 2 cm.Túi mật không còn chức năng (xơ teo) hoặc canxi hóa nặng (túi mật sứ).

Sỏi kích thước lớn ≥ 2 cm.

Túi mật không còn chức năng (xơ teo) hoặc canxi hóa nặng (túi mật sứ).

Khó phát hiện tình trạng đau bụng hoặc khó chẩn đoán phân biệt với các bệnh ký khác:Chấn thương tủy sống hoặc bệnh lý thần kinh cảm giác ảnh hưởng đến vùng bụng.Cơn đau cấp tính của bệnh lý hồng cầu.

Chấn thương tủy sống hoặc bệnh lý thần kinh cảm giác ảnh hưởng đến vùng bụng.

Cơn đau cấp tính của bệnh lý hồng cầu.

Bệnh lý nền kèm theo có khả năng làm nặng thêm các biến chứng của sỏi chẳng hạn như:Xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa.Bệnh lý tim mạch, đái tháo đường.Người chuẩn bị ghép tạng.

Xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Bệnh lý tim mạch, đái tháo đường.

Người chuẩn bị ghép tạng.

Can thiệp ngoại khoa thường là phương pháp điều trị được chỉ định cho sỏi túi mật có triệu chứng. Gồm các phương pháp sau:13

Tùy tình huống và thể trạng người bệnh mà các bác sĩ có thể tư vấn về phẫu thuật cắt túi mật mổ mở hay mổ nội soi.3Một số trường hợp mổ mở được ưu tiên hơn do người bệnh không thích hợp để mổ nội soi như có nhiều bệnh nền kèm theo, có các biến chứng nặng, sỏi ở nhiều vị trí trên đường mật cần phối hợp nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau,…

Những ưu điểm của phẫu thuật nội soi so với mổ mở bao gồm:3

Ít đau hơn và khả năng hồi phục tốt hơn.

Rút ngắn thời gian nằm viện.

Có thể trở lại sinh hoạt và làm việc sớm.

Sẹo mổ nhỏ.

Dẫn lưu túi mật

Tình huống túi mật viêm hoại tử nặng kèm nhiễm trùng huyết, thể trạng người bệnh không phù hợp, việc thực hiện phẫu thuật cắt túi mật có thể làm nặng nề thêm tình trạng bệnh. Lúc này, bác sĩ có thể dùng một kim luồn đặc biệt đâm xuyên từ ngoài da vào bụng đến túi mật dưới hướng dẫn của các phương tiện hình ảnh học để định hướng dẫn lưu túi mật. Thủ thuật này thường giúp cải thiện đáng kể tình trạng bệnh. Phẫu thuật cắt túi mật có thể tiến hành một thời gian sau đó khi thể trạng người bệnh đã ổn định.1

Sau phẫu thuật cắt túi mật nội soi, nếu khả năng hồi phục tốt, người bệnh có thể xuất viện trong cùng ngày mổ hoặc sang ngày hôm sau. Với phẫu thuật cắt túi mật mổ mở, thời gian theo dõi sau mổ thường từ 3 – 4 ngày. Người bệnh có thể quay trở lại làm việc, vận động thể lực sau 1 – 2 tuần nếu mổ nội soi hoặc 1 tháng với mổ mở.34Trong trường hợp người bệnh có biến chứng hoặc thể trạng bệnh nặng, thời gian theo dõi và hồi phục sau mổ sẽ kéo dài hơn.

Sau khi cắt túi mật, cơ thể chỉ mất đi một “kho dự trữ”. Dịch mật vẫn có thể đổ trực tiếp từ gan xuống ruột non và vì thế hoạt động tiêu hóa vẫn diễn ra một cách bình thường. Túi mật sau khi được cắt ra sẽ gửi đến phòng xét nghiệm giải phẫu bệnh lý để đánh giá về mô học (lành tính hay ác tính).34

Người bệnh không nên tự ý điều trị sỏi túi mật tại nhà khi chưa được bác sĩ thăm khám và chẩn đoán do các triệu chứng của bệnh dễ gây nhầm lẫn với một số bệnh lý khác dẫn đến chậm trễ trong chiến lược điều trị. Khi người bệnh đã được chẩn đoán đầy đủ và đủ điều kiện để điều trị tại nhà, bác sĩ có thể tư vấn các phương pháp sau:1234

Tăng cường vận động thể lực ít nhất 2 – 3 tiếng/tuần.

Ăn nhiều rau xanh và trái cây, hạn chế các loại thức ăn nhiềutinh bột, nhiều dầu mỡ.

Kiểm soát cân nặng, giảm cân đúng cách.

Thuốc tan sỏi (Actigall hay Chenix): Bản chất là axit mật được trích xuất từ mật gấu (Ursodeoxycholic acid) và mật ngỗng (Chenodeoxycholic acid). Tuy nhiên, các loại thuốc này thường chỉ dùng cho sỏi cholesterol kích thước nhỏ. Liệu trình điều trị kéo dài nhiều tháng và nguy cơ tái phát cao và vẫn có khả năng có biến chứng nếu sỏi chưa tan hết.

Người bệnh sẽ được bác sĩ tư vấn về phương pháp điều trị sau khi được thăm khám và chẩn đoán đầy đủ. Trong đa số tình huống sỏi túi mật gây đau hoặc có biến chứng khác, các bác sĩ sẽ đề nghị can thiệp phẫu thuật nếu không có chống chỉ định.3

Các nguyên tắc về phòng ngừa sỏi mật dựa trên cơ chế hình thành sỏi và yếu tố nguy cơ của bệnh, bao gồm:

Điều chỉnh lối sống lành mạnh, tăng cường vận động thể lực.

Ăn nhiều rau xanh và trái cây, hạn chế các loại thức ăn nhiều tinh bột, nhiều dầu mỡ.

Kiểm soát cân nặng, giảm cân đúng cách.

Xổ giun định kỳ.

Thăm khám và tuân thủ điều trị các bệnh lý nền là yếu tố nguy cơ tạo sỏi.

Không tự ý dùng các loại thuốc điều trị không rõ nguồn gốc khi không có chỉ định của bác sĩ.

Bệnh lý sỏi mật rất đa dạng, không chỉ có sỏi túi mật, sỏi mật có thể ở các vị trí khác như ống mật chủ hay đường mật trong gan vì vậy các chiến lược điều trị cũng khác nhau phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố. Qua bài viết trên, hy vọng bạn đọc sẽ có cái nhìn bao quát hơn về bệnh lý sỏi mật, các phương pháp chẩn đoán và điều trịsỏi túi mật, cách dự phòng bệnh lý này và một số dấu hiệu gợi ý người bệnh nên đến gặp bác sĩ để được thăm khám và điều trị sớm khi có chỉ định.

Một số loại thuốc tan sỏi được nghiên cứu có thể có hiệu quả làm tan sỏi mật khi dùng liên tục trong thời gian dài bản chất là các axit mật trích xuất từ mật gấu (Ursodeoxycholic acid) hay mật ngỗng (Chenodeoxycholic acid).

Tuy nhiên, bệnh lý sỏi mật rất đa dạng, tùy thuộc vào nhiều yếu tố mà phương pháp điều trị có thể khác nhau. Các loại thuốc tan sỏi hiện chỉ áp dụng cho trường hợp sỏi túi mật nhỏ, bản chất là cholesterol, liệu trình điều trị kéo dài, người bệnh vẫn có nguy cơ tái phát và biến chứng. Với sỏi sắc tố hay sỏi mật ở các vị trí khác (như ống mật chủ hay đường mật trong gan) đòi hỏi một chiến lược điều trị khác.

Chi phí phẫu thuật nội soi cắt túi mật đơn thuần tại các bệnh viện công lập theo ban hành của Bộ Y Tế khoảng từ 3 – 4 triệu.7Tuy nhiên, đây chỉ là chi phí phẫu thuật, chưa bao gồm các chi phí khác như công thăm khám, các xét nghiệm chẩn đoán, chi phí về giường phòng, có hay không thực hiện các thủ thuật/phẫu thuật khác kèm theo,… Nhìn chung, tổng chi phí phải trả thường dao động từ 5 – 8 triệu hoặc 10 – 15 triệu nếu người bệnh lựa chọn mổ dịch vụ hoặc mổ tại các bệnh viên tư nhân. Nếu người bệnh có bảo hiểm y tế (thông thường hoặc tư nhân) có thể sử dụng để miễn giảm một số chi phí tùy vào loại đối tượng đăng ký bảo hiểm hay hợp đồng bảo hiểm. Để biết được con số gần chính xác nhất người bệnh có thể liên hệ đến bác sĩ hay bệnh viện đăng ký để được hướng dẫn cụ thể.

Chức năng và hoạt động của túi mật có thể bị ảnh hưởng bởi thai kỳ và ngược lại, các triệu chứng và biến chứng của bệnh sỏi mật trong thai kỳ có thể ảnh hưởng đến sản phụ và thai nhi:6

Phụ nữ thường bị sỏi mật hơn nam giới (nhất là sỏi cholesterol túi mật), thai phụ càng dễ bị hơn do estrogen được sản xuất ra nhiều hơn trong thai kỳ

Các biến chứng của sỏi mật trong thai kỳ (chủ yếu là do tình trạng nhiễm trùng) có thể gây sinh non, suy thai, sẩy thai, thai lưu,…

Sỏi mật không phải là một chống chỉ định của việc mang thai. Nếu người bệnh đã biết sỏi mật và có kế hoạch sinh con hoặc tình cờ phát hiện sỏi mật trong thai kỳ, nếu có bất kỳ lo lắng về việc mang thai nên đến gặp bác sĩ ngay để được tư vấn về các phương pháp theo dõi, lựa chọn can thiệp điều trị khi có chỉ định.

Nếu sỏi mật không triệu chứng phát hiện trong thai kỳ, đa số trường hợp có thể theo dõi. Tuy nhiên khi có chỉ định can thiệp phẫu thuật từ phía bác sĩ, thai phụ thường vẫn có thể được tiến hành phẫu thuật an toàn với sự hợp tác điều trị giữa bác sĩ ngoại, bác sĩ sản và các chuyên khoa khác có liên quan.

Người bệnh khi có các triệu chứng nghi ngờ bệnh lý sỏi mật như cơn đau quặn mật nên đến gặp bác sĩ để được thăm khám, chẩn đoán và điều trị sớm. Tình huống sỏi mật không triệu chứng phát hiện tình cờ khi thăm khám vì một bệnh lý khác hay qua khám sức khỏe định kỳ, người bệnh cũng có thể đến gặp bác sĩ để được tư vấn về vấn đề theo dõi hoặc điều trị dự phòng khi có chỉ định.

Một số dấu hiệu nghi ngờ sỏi mật có biến chứng mà người bệnh nên đến cơ sở y tế ngay:14

Đau bụng kéo dài hơn 5 tiếng.

Buồn nôn và nôn.

Sốt có hay không kèm lạnh run.

Vàng da, tiểu vàng sậm, tiêu phân bạc màu.

Biểu hiện thường gặp nhất của bệnh lý sỏi mật là cơn đau quặn mật. Trong một số trường hợp, cơn đau có thể tự giới hạn, tuy nhiên nếu tình trạng tắc nghẽn đường mật kéo dài, người bệnh không được thăm khám và can thiệp điều trị kịp thời sẽ dẫn đến các biến chứng có thể tử vong.14

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/soi-tuyen-nuoc-bot-co-nguy-hiem/

Nội dung bài viết

Sỏi tuyến nước bọt là gì?

Nguyên nhân hình thành sỏi?

Sỏi tuyến nước bọt hay xuất hiện ở đâu?

Triệu chứng của sỏi tuyến nước bọt?

Các phương pháp chẩn đoán?

Sỏi tuyến nước bọt có nguy hiểm không?

Điều trị sỏi tuyến nước bọt như thế nào?

Tuyến nước bọt tạo nước bọt, giúp hỗ trợ tiêu hóa và giữ ẩm miệng. Rối loạn chức năng của nước bọt có thể gây ra sỏi tuyến nước bọt. Đây là những viên đá nhỏ. Chúng chặn dòng nước bọt tiết ra miệng, gây đau hoặc khó chịu. Bệnh lý này không nguy hiểm. Tuy nhiên, nếu viên sỏi ngày càng lớn dần, bít tắc ống tuyến và gây viêm, thậm chí áp xe thì tình trạng bệnh sẽ trở nên nặng nề vì chúng ảnh hưởng đến các dây thần kinh vùng mặt. Dưới đây là những đặc điểm chính về dấu hiệu nhận biết sớm sỏi tuyến nước bọt. Giúp bạn nhanh chóng đến khám và điều trị, ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra.

Cơ thể mỗi người có 3 cặptuyến nước bọtchính là: tuyến dưới hàm, tuyến mang tai, tuyến dưới lưỡi. Cùng với nhiều tuyến nước bọt nhỏ ở trong môi, má và cả ở miệng, cổ họng. Sỏi tuyến nước bọt là những viên đá nhỏ, nằm trong lòng ống tuyến hoặc trong tuyến. Chúng sẽ chặn lại dòng nước bọt được tiết ra. Do đó, khi nhai, tuyến bị kích thích và sưng phồng. Sau bữa ăn, do nước bọt tiết ra miệng ít đi, nên tuyến sẽ xẹp xuống. Chính vì vậy, nhiều người chủ quan cho rằng bệnh đã tự hết hoặc không nguy hiểm.

Thuật ngữ y học cho sỏi nước bọt là sialoliths. Khi chúng chặn các tuyến nước bọt, điều này được gọi là sialolithiasis.

Bệnh nhân mang giới tính nam.

Người trong độ tuổi trưởng thành.

Từng xạ trị vùng đầu hoặc cổ.

Có tiền sử chấn thương miệng.

Sử dụng thuốc ảnh hưởng đến sản xuất nước bọt, chẳng hạn như thuốc kháng cholinergic,kháng histamine(chống dị ứng), thuốc điều trị huyết áp, thuốc tâm thần và thuốc kiểm soát bàng quang…

Từng mắcbệnh gúthoặchội chứng Sjogren.

Có các vấn đề về thận.

Không uống đủ nước…

Như đã nói ở trên, bạn có ba cặp tuyến nước bọt chính trong miệng. Sỏi ống nước bọt xảy ra thường xuyên nhất trong các ống dẫn kết nối với các tuyến dưới hàm. Đây là những tuyến nằm ở hai bên hàm, phần dưới xương hàm dưới của bạn. Sỏi cũng có thể hình thành trong các ống tuyến mang tai, nằm ở hai bên mặt của bạn, ngay phía trước tai.

Bạn có thể có một hoặc nhiều viên sỏi trong ống dẫn của bạn. Khoảng 25% người bệnh thường có nhiều hơn một viên sỏi.

Sỏi nước bọt, là bệnh phổ biến nhất của tuyến nước bọt ở bệnh nhân trung niên. Hơn 80% xảy ra trong ống hoặc tuyến dưới hàm, 6 – 15% xảy ra ở tuyến mang tai và khoảng 2% là ở tuyến dưới lưỡi và tuyến nước bọt nhỏ.

Sỏi nước bọt thường không gây ra các triệu chứng khi chúng đang hình thành và đôi khi chúng có thể tự biến mất. Những viên sỏi có thể khác nhau về kích thước, nhưng chúng thường cứng và màu trắng.

Những viên sỏi khi đạt đến kích thước làm tắc ống dẫn, nước bọt chảy ngược vào tuyến, sẽ gây đau và sưng. Bạn có thể cảm thấy đau và sưng tăng. Tình trạng dần dần trở nên tồi tệ hơn. Viêm tuyến, nhiễm trùng trong tuyến có thể có về sau.

Các triệu chứng phổ biến của tuyến nước bọt bị chặn bao gồm:

Thấy có một khối đau dưới lưỡi, hay nói cách khác, cảm giác lưỡi bị đẩy phồng lên.

Đau hoặc sưng vùng dưới hàm hoặc 2 bên trước tai.

Đau tăng khi ăn.

Sỏi nước bọt đôi khi cũng có thể dẫn đến nhiễm trùng trong hoặc xung quanh tuyến bị ảnh hưởng. Các triệu chứng nhiễm trùng có thể bao gồm sốt, thậm chí hình thành mủ xung quanh sỏi.

Nếu bạn có triệu chứng sỏi tuyến nước bọt, trước tiên, bác sĩ sẽ kiểm tra sỏi bằng thăm khám: quan sát các tuyến, sờ bên ngoài tuyến và cả trong miệng bạn. Sờ dọc ống Wharton đôi khi thấy sỏi thường lẫn trong niêm mạc miệng bị sưng, cương nề, cứng, đau.

Các xét nghiệm cũng có thể được hỗ trợ thêm. Chẳng hạn như X – quang, CT scan rất hữu ích trong chẩn đoán xác định và phân biệt với các bênh khác, siêu âm vùng tuyến tìm sỏi, khối u, và hạch…

Viêm tấy vùng sàn miệng khiến bạn đau dữ dội cả vùng sàn miệng. Đau lan lên tai, không ăn, nuốt, nói được. Đau suốt ngày đêm, ảnh hưởng giấc ngủ. Há miệng hạn chế, chỉ giảm đau khi mủ thoát ra qua được lỗ ống. Khi khạc nước bọt, đôi khi lẫn cả mủ. Sốt nhẹ hoặc cao, sức khỏe bị ảnh hưởng vì đau và hạn chế ăn uống. Diễn biến có thể tốt khi được điều trị bằng kháng sinh, giảm viêm, và mủ thoát ra được cùng với sỏi. Về sau có thể trở thành viêm mạn tính. Đôi khi, nhiễm trùng lan tỏa cả vùng sàn miệng, tiên lượng rất nặng nề.

Có trường hợp, tổ chức viêm tạo thành ổ áp xe, gây tổn thương dây thần kinh chi phối hoạt động của các cơ mặt, gây liệt mặt.

Bởi vì bạn có nhiều tuyến nước bọt khác, bạn vẫn sẽ có đủ nước bọt nếu bị loại bỏ. Tuy nhiên, những ca phẫu thuật này không phải không có rủi ro. Các dây thần kinh kiểm soát các chuyển động khác nhau trên khuôn mặt và sản xuất mồ hôi chạy qua hoặc gần các tuyến nước bọt chính. Nói chuyện với bác sĩ của bạn về những rủi ro của các cuộc phẫu thuật như vậy.

Nếu sỏi được phát hiện, mục tiêu điều trị là loại bỏ nó. Đối với những viên sỏi nhỏ, kích thích dòng nước bọt bằng cách mút một quả chanh hoặc kẹo chua có thể khiến đá tự nhiên trôi qua. Trong những trường hợp khác khi sỏi nhỏ, bác sĩ hoặc có thể xoa bóp (massage) nhẹ nhàng để đẩy sỏi ra khỏi ống dẫn.

Đối với những viên sỏi lớn hơn, thường khó lấy. Các bác sĩ có thể rạch một đường nhỏ trong miệng để lấy sỏi.

Ngày nay, ở Việt Nam, các bác sĩ đang sử dụng một kỹ thuật mới hơn và ít xâm lấn hơn gọi là nội soi lấy sỏi tuyến nước bọt. Phương pháp này đã được phát triển và sử dụng thành công ở châu Âu trong một thập kỷ qua. Nội soi sử dụng camera chuyên dụng, đưa vào lỗ mở của ống tuyến trong miệng, quan sát hệ thống ống dẫn nước bọt và xác định vị trí sỏi. Sau đó, sử dụng các dụng cụ vi mô, bác sĩ phẫu thuật có thể gắp viên sỏi ra ngoài.

Không vết mổ và không sẹo.

Ít nguy cơ tổn thương thần kinh.

Hạn chế chảy máu.

Bảo tồn tuyến nước bọt và ống dẫn tuyến nước bọt.

Phục hồi nhanh chóng, thời gian nằm viện ngắn, hoặc bạn có thể về trong ngày.

Đối với những người bị sỏi tái phát hoặc tổn thương không hồi phục đối với tuyến nước bọt, phẫu thuật cắt bỏ tuyến có thể là cần thiết. Tuy nhiên, đây là phương pháp cuối cùng và đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm. Vì đi cùng với các tuyến nước bọt là dây thần kinh mặt.

Ngoài ra, điều trị nối khoa phối hợp bao gồm kháng sinh, kháng viêm, giảm đau… nếu sỏi nước bọt đã gây ra nhiễm trùng.

Điều quan trọng là bạn phải uống đủ nước. Bổ sung nước khi cơ thể bị thiếu hụt. Vì khi thiếu nước, nước bot sẽ trở nên cô đặc và dễ lắng đọng các chất tạo sỏi hơn. Bên cạnh đó, hãy nhớ không được tự ý sử dụng các thuốc không theo hướng dẫn của bác sĩ. Không hút thuốc lá. Vệ sinh răng miệng tốt. Thường xuyên khám để phát hiện sớm các bệnh lý về rặng, nướu, và viêm niêm mạc miệng…

Như vậy, sỏi tuyến nước bọt là bệnh lý thường gặp. Mặc dù không khó để chẩn đoán nhưng người bệnh thường chủ quan bỏ qua. Đây không phải là bệnh lý nguy hiểm. Khi đến khám sớm, các viên sỏi có thể được lấy ra bằng phương pháp đơn giản, ít tai biến. Tuy nhiên, nếu để quá lâu, gây ra viêm nhiễm, áp – xe, thì những viên sỏi nhở bé ấy có thể dẫn đến nhiều tình trạng nặng nề, thậm chí nguy cơ phải cắt bỏ tuyến và cả liệt mặt. Hãy đi khám sớm ngay khi thấy bất thường vùng sàn miệng, dưới hàm và vùng trước tai 2 bên.

Xem thêm bài viết liên quan:

Mọi điều bạn cần biết về viêm tuyến nước bọt

Hơi thở hôi và những nguyên nhân thường gặp

Sặc nước bọt: Biểu hiện, nguyên nhân là gì?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/soc-nhiet-cac-ton-thuong-do-nhiet-do-cao/

Nội dung bài viết

1. Thông tin chung về tổn thương do nhiệt độ cao gây ra

2. Nhiệt độ cao và sự thay đổi sinh lý của cơ thể

3. Các yếu tố nguy cơ dẫn đến các tổn thương do nhiệt

4. Các dạng tổn thương do nhiệt độ cao gây ra

5. Sốc nhiệt

6. Kết luận

Nhiệt độ cao có thể gây ra: phù nhiệt, ban nhiệt, chuột rút do nhiệt, quá tải nhiệt và cuối cùng là sốc nhiệt. Vấn đề này trên thực tế không thường gặp ở các quốc gia châu Á. Tuy nhiên, khi nhiệt độ toàn cầu đang tăng dần, băng dần tan chảy dẫn đến mối lo ngại về nhiệt độ cao sẽ gây hại đến con người. Trong bài viết này, chúng ta sẽ cùng nói về các tổn thương do nhiệt độ cao gây ra và cách nhận biết, phòng tránh sốc nhiệt.

Các trường hợp cấp cứu về nhiệt được biểu hiện dưới các rối loạn liên tục từ nhẹ đến nặng như chuột rút do nhiệt đến stress nhiệt (quá tải nhiệt). Khi nghiêm trọng sẽ dẫn đến đột quỵ do nhiệt (hay còn gọi là sốc nhiệt).

Tỷ lệ các trường hợp cấp cứu thường liên quan đến nắng nóng thay đổi theo thời tiết. Mặc dù các yếu tố khác có thể cũng có ảnh hưởng lớn.

Trong các đợt nắng nóng và hạn hán nghiêm trọng, tỷ lệ tử vong do sốc nhiệt tăng đột biến.

Thích nghi sinh lý và thích nghi văn hóa giúp bảo vệ cho những người sống ở vùng có khí hậu ấm áp khỏi bị sốc nhiệt. Điều này cũng giải thích phần nào cho việc ít gặp sốc nhiệt ở các nước nhiệt đới, mà Việt Nam là một ví dụ điển hình.

Từ năm 1999 đến năm 2010, có 8081 trường hợp tử vong do nắng nóng ở Hoa Kỳ.

Đợt nắng nóng trong mùa hè năm 2003 được ước tính đã khiến 14.800 người chết ở Pháp.

Trong đợt nắng nóng ở Nga vào tháng 7 / tháng 8 năm 2010, có ước tính có khoảng 15.000 người chết, với số bệnh tăng thêm do cháy rừng và thương tật do khói.

Từ đó, có thể thấy, sốc nhiệt chủ yếu gặp ở những quốc gia có khí hậu lạnh. Chủ yếu vì họ không thích nghi tốt với nhiệt độ cao như chúng ta.

Được điều khiển bởi một cấu trúc ở não – vùng dưới đồi, nhiệt độ cơ thể được điều chỉnh thông qua sự cân bằng tinh tế của quá trình sản sinh, tích tụ và tản nhiệt.

Nhiệt được tạo ra bên trong cơ thể bởi sự trao đổi chất của tế bào và hoạt động cơ học của cơ xương.

Nhiệt tích tụ bên ngoài cơ thể từ bức xạ từ mặt trời và khi tiếp xúc với các vật nóng. Cũng như nhiệt sẽ được cơ thể hấp thụ khi nhiệt độ môi trường tăng cao hơn nhiệt độ cơ thể, bạn sẽ cảm thấy ấm, nóng. Ngược lại, khi nhiệt độ bên ngoài thấp hơn nhiệt độ cơ thể, thì cơ thể sẽ bị mất nhiệt, người ta sẽ cảm thấy mát, lạnh.

Khi nhiệt độ cơ thể tăng cao hơn mức mà vùng dưới đồi quy định, hệ thống thần kinh tự chủ sẽ được kích thích làm cơ thể ta tiết mồ hôi và giãn mạch da (đỏ da).

Bức xạ (truyền nhiệt bằng sóng điện từ từ vật ấm hơn sang vật lạnh hơn).

Dẫn (trao đổi nhiệt giữa hai bề mặt tiếp xúc trực tiếp).

Đối lưu (truyền nhiệt bằng không khí hoặc chất lỏng di chuyển trên bề mặt của một vật thể).

Bay hơi (mất nhiệt do nước hoặc mồ hôi bốc hơi).

Sự bay hơi là cơ chế chính của sự giải  nhiệt cơ thể trong môi trường nóng, nhưng điều này trở nên vô hiệu ở độ ẩm tương đối 75%. Bức xạ và bay hơi làm tiêu tán hầu hết nhiệt cơ thể ở nhiệt độ môi trường thấp hơn (<35 ° C [<95 ° F]).

Ảnh hưởng của gió đến sự mất nhiệt phụ thuộc vào vận tốc gió. Gió di chuyển nhiệt ra khỏi da bằng cách đối lưu, nhưng trên 32,2 ° C (90 ° F) và độ ẩm 35%, đối lưu không loại bỏ nhiệt tốt. Đây là lý do tại sao chỉ sử dụng quạt không hiệu quả trong việc ngăn ngừa đột quỵ nhiệt trong thời gian nhiệt độ và độ ẩm môi trường cao. Điều này lý giải tại sao sử dụng quạt ở các nước nhiệt đới như nước ta thường không tạo được sự thoải mái.

Khi nhiệt độ môi trường tăng lên> 35 ° C (> 95 ° F), cơ thể có thể không còn tỏa nhiệt ra môi trường và cơ thể lúc này trở nên phụ thuộc vào bay hơi để truyền nhiệt.

Là khu vực nóng ẩm, khi độ ẩm tăng lên, khả năng tổn thất nhiệt do bay hơi giảm. Sự kết hợp giữa nhiệt độ cao và độ ẩm cao về cơ bản ngăn chặn hai cơ chế sinh lý chính mà cơ thể sử dụng để tản nhiệt. Nhiệt độ tăng cao sẽ dẫn đến sự gia tăng tiêu thụ oxy và tốc độ trao đổi chất, dẫn đến tăng nhịp thở và tim sẽ đập nhanh hơn.

Như đã nói, nó được kiểm soát bởi vùng dưới đồi. Cơ thể con người sẽ tự thích nghi để duy trì nhiệt độ lõi từ 36 ° C đến 38 ° C (96,8 ° F và 100,4 ° F). Cơ chế điều chỉnh nhiệt tự nhiên được coi là thất bại khi cơ thể có nhiệt độ lõi <35 ° C (<95 ° F) và> 40 ° C (> 104 ° F) . Tuy nhiên, cơ thể có thể duy trì nhiệt độ lõi từ 40 ° C đến 42 ° C ( 104,0 ° F đến 107,6 ° F) trong thời gian ngắn mà không gây hại gì.

Phản ứng sinh lý đối với stress nhiệt của chúng ta bao gồm bốn cơ chế chính:

Giãn nở các mạch máu, đặc biệt là ở da.

Tăng tiết mồ hôi.

Giảm sinh nhiệt.

Hành vi kiểm soát nhiệt.

Xem thêm:Kiệt sức do nhiệt: Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Các yếu tố làm tăng nguy cơ:

Độ ẩm cao.

Thiếu gió hoặc gió để làm mát cơ thể (Khi điều kiện môi trường xung quanh cao hơn nhiệt độ cơ thể, luồng không khí nóng có thể làm tăng nhiệt).

Mất nước.

Thiếu sự thích nghi (trẻ em, người xứ lạnh).

Tuổi trên 60 tuổi.

Thiết bị bảo hộ, bao gồm cả mặt nạ thở hoặc quần áo thoáng khí, mặt nạ phòng độc, và quần áo chống hóa chất.

Tiền sử bị các tổn thương do nhiệt gây ra.

Tiền sử bệnh gần đây không liên quan đến nhiệt (đặc biệt là nôn mửa hoặc tiêu chảy).

Một số điều kiện sức khoẻ hoặc sử dụng một số loại thuốc.

Công việc đòi hỏi về thể chất cao.

Việc sử dụng rượu gần đây (trong vòng 24 giờ trước đó).

Phạm vi bài viết chỉ bao gồm các tổn thương donhiệt độ môi trường tăng caogây ra. Do đó, sẽ không bao gồm các tổn thương cục bộ, khu trú như bỏng.

Thông thường, các bác sĩ ở trung tâm cấp cứu sẽ chia các tổn thương do nhiệt thành 2 nhóm:

Tổn thương nhỏ: Phù nhiệt, nổi ban nhiệt, quá tải nhiệt, chuột rút do nhiệt.

Tổn thương lớn: Đột quỵ do nhiệt (sốc nhiệt).

Phù do nhiệt là một quá trình tự giới hạn biểu hiện bằng sưng nhẹ bàn chân, mắt cá chân và bàn tay xuất hiện trong vài ngày đầu tiên tiếp xúc với môi trường nóng.

Phù do nhiệt là do sự giãn mạch ở da và sự tích tụ dịch ở tư thế đứng do phụ thuộc vào trọng lực. Sự gia tăng bài tiết các hormon giữ nước của cơ thể để phản ứng với cái nóng góp phần gây ra phù nề nhẹ.

Nói chung, phù nhiệt được tìm thấy ở những người cao tuổi không vận động thể chất sau một thời gian ngồi trên xe hoặc máy bay. Đôi khi, phù nhiệt xuất hiện sau khi đứng lâu.

Phù nhẹ và không làm suy giảm hoặc cản trở các hoạt động bình thường. Rất hiếm khi phù nhiều ở mắt cá chân có thể được bắt gặp. Nhưng chưa ghi nhận phù lan tiến triển đến vùng xương trước trong lịch sử.

Rôm sảy là phát ban sẩn ngứa, dát sần và ban đỏ.

các khu vực thường bị nổi ban là các vùng được bao trùm bởi quần áo của cơ thể. Còn được gọi là phát ban nhiệt. Đây là tình trạng viêm cấp tính của các ống dẫn mồ hôi do tắc nghẽn các lỗ chân lông.

Các ống dẫn mồ hôi trở nên giãn ra và cuối cùng bị vỡ, tạo ra các mụn nước bề ngoài của da trên nền ban đỏ.

Ngứa là đặc điểm lâm sàng chủ yếu trong giai đoạn này và có thể được điều trị thành công bằng thuốc kháng histamine.

Mặc quần áo sạch, nhẹ, rộng rãi và tránh các tình trạng tiết mồ hôi có thể ngăn ngừa chứng ngứa do nhiệt.

Kem dưỡng da calamine, steroid tại chỗ và vitamin C dạng uống có thể có lợi. Clorhexidine ở dạng kem bôi hoặc dung dịch làm sạch axit salicylic có thể giúp giảm nhẹ.

Khi tiếp xúc với nhiệt lâu dài hoặc lặp đi lặp lại, một nút keratin sẽ lấp đầy ống dẫn mồ hôi, gây tắc nghẽn. Khi ống dẫn bị vỡ lần thứ hai, mụn nước kết quả sẽ được đẩy sâu hơn vào lớp hạ bì. Mụn nước này có hình dạng là các sẩn trắng và không ngứa.

Đây được gọi là giai đoạn sâu của bệnh gai nhiệt (mụn thịt) và có thể dễ dàng tiến triển thành viêm da mãn tính. Bội nhiễm vi trùng Staphylococcus aureus hoặc S. aureus kháng methicillin là một biến chứng thường gặp. Tẩy các tổn thương này bằng cách thoa axit salicylic 1% lên vùng bị ảnh hưởng ba lần một ngày.

Chuột rút do nhiệt là những cơn co thắt gây đau đớn, không tự chủ, co thắt của các cơ, thường là ở bắp chân. Đôi khi chuột rút ở đùi và vai. Những cơn chuột rút này thường xảy ra ở những người đổ mồ hôi nhiều và uống nước tinh khiết (không có hoặc có ít vi khoáng chất).

Chuột rút nhiệt đôi khi có thể xảy ra khi tập thể dục hoặc phổ biến hơn là trong thời gian nghỉ ngơi sau vài giờ hoạt động thể chất mạnh. Những ngư

ời mới bắt đầu lao động chân tay trong môi trường nóng có nguy cơ bị chuột rút do nóng.

Mặc dù chuột rút do nhiệt thường nhẹ, tự hết, nhưng cơn đau liên quan đến chúng có thể dữ dội và cần nhập cấp cứu.

Bù nước, điện giải.

Kéo căng cơ vùng bị chuột rút.

Làm mát cơ thể.

Quá tải nhiệt – căng thẳng nhiệt là một phần của quá trình bệnh lý của nhiệt độ cao gây ra. Tuy nhiên, nó nhẹ hơn đột quỵ nhiệt – sốc nhiệt. Căng thẳng nhiệt có thể là kết quả của việc cạn kiệt nước hoặc natri, nhưng thường là sự kết hợp của cả hai.

Tình trạng cạn kiệt nước có xu hướng xảy ra ở người cao tuổi và những người làm việc trong môi trường nóng mà không được thay nước đầy đủ.

Tình trạng cạn kiệt natri có xu hướng xảy ra ở những người không thích nghi với việc thay thế lượng chất lỏng bị mất bằng một lượng lớn dung dịch ít hoặc không có muối.

Đau đầu.

Buồn nôn, nôn mửa.

Khó chịu.

Chóng mặt.

Chuột rút cơ.

Các dấu hiệu của mất nước, chẳng hạn như nhịp tim nhanh và hạ huyết áp thế hoặc gần ngất.

Bù dịch, điện giải theo kết quả xét nghiệm.

Làm mát nhanh chóng trong 30 phút.

Đặc điểm cơ bản của đột quỵ nhiệt là tăng thân nhiệt (> 40 ° C [> 104 ° F]) và tình trạng tâm thần kinh bị thay đổi.

Mặc dù những bệnh nhân có biểu hiện đột quỵ do nhiệt có thể không có mồ hôi. Tuy nhiên có mồ hôi vẫn được coi là một tiêu chuẩn chẩn đoán vì mồ hôi có ở hơn một nửa số bệnh nhân bị say nóng.

Thần kinh trung ương đặc biệt dễ bị tổn thương khi bị sốc nhiệt. Tiểu não rất nhạy cảm với nhiệt và mất cân bằng tiểu não có thể là một biểu hiện sớm.

Hầu như bất kỳ bất thường thần kinh nào cũng có thể xuất hiện trong đột quỵ do nhiệt, bao gồm:

Cáu kỉnh.

Lú lẫn.

Hành vi kỳ lạ.

Thích chiến đấu.

Ảo giác.

Suy nhược.

Liệt nửa người.

Trạng thái động kinh.

Hôn mê.

Hiện tượng co giật xảy ra khá phổ biến, đặc biệt là trong quá trình làm mát.

Làm mát ngay lập tức và hỗ trợ chức năng các cơ quan là mục tiêu điều trị cho cả hai. Làm lạnh chậm làm tăng tỷ lệ tử vong.

Bù nước, điện giải tích cực.

Đôi khi cần sử dụng các thuốc tăng sức co bóp tim (dopamin, dobutamin).

Có nhiều loại tổn thương do nhiệt có thể bắt gặp. Ở các nước vùng nhiệt đới như nước ta, hầu hết các trường hợp tổn thương nhiệt thường nhẹ như phù hoặc nổi ban, đặc biệt là ở trẻ em, người già.

Những tổn thương nặng hơn có thể bắt gặp như quá tải nhiệt hoặc đột quỵ nhiệt có thể cần được cấp cứu nhưng hiếm khi nguy hiểm tính mạng. Cũng như các tổn thương này thường gặp ở những người lao động thể chất và uống lượng lớn nước ít muối, điện giải.

Phòng ngừa và sơ cứu các tổn thương do nhiệt thường chỉ cần đồ bảo hộ. Thức uống giải khát là có thể là các loại thức uống đóng chai bù điện giải có trên thị trường hiện tại. Sốc nhiệt – đột quỵ nhiệt là tổn thương nhiệt nặng nề, có thể dẫn đến tử vong nếu không làm mát kịp thời cho bệnh nhân.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sot-cabin-nhung-dieu-can-biet-va-cach-doi-pho/

Nội dung bài viết

Sốt cabin là gì?

Những dấu hiệu của sốt cabin

Nguyên nhân

Làm sao để đối phó với sốt cabin?

Khi nào bạn cần sự giúp đỡ?

Thuật ngữ “sốt cabin” mô tả một hội chứng tâm lý mà một người có thể trải qua khi họ phải ở trong nhà một thời gian dài. Các triệu chứng thường gặp bao gồm cảm giác bồn chồn, khó chịu và cô đơn. Khi mọi người ở nhà trong thời gian giãn cách xã hội hoặc làm việc tại nhà do đại dịch Covid – 19, “sốt cabin” trở nên phổ biến hơn bao giờ hết. Bài viết này sẽ giúp bạn nhận diện được các triệu chứng của “sốt cabin”. Đồng thời, cùng tìm hiểu cách để hạn chế những cảm giác tiêu cực này qua bài viết của Thạc sĩ, Bác sĩ Nguyễn Trung Nghĩa nhé.

Thuật ngữ “sốt cabin” mô tả một hội chứng tâm lý mà một người hoặc một nhóm người có thể trải qua khi họ phải ở trong nhà một thời gian dài. Trước đây, hội chứng này thường diễn ra khi mọi người phải ở trong nhà do điều kiện thời tiết xấu như bão tuyết hoặc băng giá. Một vài tình huống khác như bị cô lập trong một ngôi nhà ở vùng xa xôi hẻo lánh, ở trong tàu ngầm hoặc bị cách ly khỏi xã hội.

Trong đa số trường hợp, sốt cabin không gây hại và không phải bệnh . Tuy nhiên, tình trạng có thể khiến người mắc phải đưa ra những quyết định thiếu lý trí. Quyết định đó có thể đe dọa tính mạng của họ hoặc tính mạng của cả nhóm “bị giam lỏng”. Một số câu chuyện như hoang tưởng; rời khỏi nơi ở bất chấp sự nguy hiểm của thời tiết hay thậm chí là tự tử được cho là do sốt cabin gây ra.

Ngày nay, trong đại dịch Covid, rất nhiều người đang phải ở nhà hay work from home trong thời gian cách ly xã hội. Vì lí do đó, sốt cabin dường như đang quay trở lại và ảnh hưởng đến nhiều người hơn.

Xem thêm:Bệnh sốt Q (Q Fever) là gì? Có chữa được không?

Sốt cabin thường được hiểu là một trạng thái của tâm lý. Hội chứng này có thể bao gồm những cảm giác như:

Buồn chán.

Cáu gắt.

Bồn chồn.

Thiếu kiên nhẫn.

Lo lắng.

Lười biếng, thiếu động lực.

Cảm thấy cô đơn.

Chán nản, vô vọng.

Không được xem là một bệnh lý tâm thần, nhưng những ảnh hưởng của những cảm giác này đến tâm trạng, sức khoẻ và hành vi là thật. Và nếu nặng nề hơn, chúng có thể làm giảm chất lượng cuộc sống.

Những ảnh hưởng đáng chú ý có thể là:

Cảm thấy không thể duy trì thói quen hàng ngày hoặc hàng tuần.

Rối loạn giấc ngủ: khó ngủ hoặc ngủ rất nhiều.

Ăn uống không đúng giờ giấc dẫn đến thiếu chất hay bệnh đường tiêu hoá.

Khó tập trung làm việc/học tập.

Thay đổi trong cách ăn mặc, hành vi.

Lạm dụng rượu, đồ uống có cồn hay thuốc lá.

Loài người là một sinh vật có tính xã hội cao. Con người nói chung có xu hướng thoải mái và hoạt động tốt hơn khi được kết nối. Trong đại dịch COVID – 19, nhiều người đang phải tự cách ly, hoặc sống ở những quốc gia/ thành phố có quy định giãn cách xã hội. Việc chuyển từ lối sống giao tiếp tích cực sang hạn chế tiếp xúc và cô lập hơn có thể là nguyên nhân gây ra “sốt cabin”.

Một số yếu tố có thể gây ra hoặc góp phần gây ra hội chứng này bao gồm:

Cảm thấy không thể kết nối trực tiếp với gia đình, bạn bè và đồng nghiệp.

Không thể tham gia các hoạt động mình yêu thích.

Trở nên kiệt sức vì công việc.

Không thể hoàn thành công việc do thiếu tập trung

Cảm thấy thiếu động lực và trì trệ do có quá ít hoặc không có việc làm

Lo lắng ngày càng tăng về vấn đề tài chính do thiếu thu nhập hoặc thất nghiệp

Luôn đồng hành cùng với bạn trong khoảng thời gian ở nhà là bảo vệ Tổ quốc. Youmed xin gợi ý cách giúp bạn đối phó với tình trạng chán nản khi phải ở nhà trong mùa dịch. Dưới đây là 10 cách có thể giúp bạn kiểm soát các triệu chứng của “sốt cabin” và giảm các tác hại của chúng đến tâm lý, sức khoẻ và hành vi.

Hãy nghe theo các khuyến cáo từ chính phủ và cơ quan y tế thành phố bạn sinh sống. Theo dõi những kênh tin tức chính thống và đáng tin cậy. Cập nhật các tin tức y tế từ những trang tin tức đáng tin cậy như Tổ chức Y tế thế giới, CDC Việt Nam hay YouMed.Tham khảo bài viết:Cập nhật COVID-19: 24 giờ qua có gì?

Hãy cố gắng giảm đọc, xem hay nghe  những tin tức tiêu cực khiến bạn cảm thấy lo lắng. Mạng xã hội tràn ngập những tin gây hoang mang và không đúng sự thật, hãy tỉnh táo và chọn lọc thông tin nhé. Nếu bạn đang sa đà quá nhiều vào việc xem tin tức trên các trang mạng, hãy thử cố định thời gian dành cho tìm kiếm thông tin. Ví dụ như chỉ xem tin, đọc báo vào những thời gian cố định, một hoặc hai lần một ngày.

Duy trì thói quen sinh hoạt như cũ, hoặc tạo một thời gian biểu mới phù hợp hơn. Xây dựng thói quen sinh hoạt theo giờ giấc sẽ giúp bạn kiểm soát thời gian của mình. Điều này tạo ra cảm giác an toàn về tình hình hiện tại. Cảm giác mọi thứ trong kế hoạch sẽ giúp bạn ngăn chặn cảm giác vô vọng và trầm cảm. Gợi ý cho bạn:

Thức dậy và đi ngủ đúng giờ mỗi ngày.

Ăn uống đúng giờ với những bữa ăn “healthy”.

Tập luyện đều đặn.

Phân bố thời gian làm việc và nghỉ ngơi.

Dành thời gian làm những điều bạn thích.

Nếu bạn đang phải giãn cách xã hội hay tự cách ly, hãy giữ liên lạc với người thân bằng điện thoại hoặc qua mạng xã hội online. Việc duy trì liên lạc với người thân sẽ giúp bạn đỡ cảm thấy cô đơn hơn. Điều này cũng giúp giảm bớt cảm giác lo lắng khi cập nhật tin tức từ mọi người. Các bạn có thể trò chuyện, tổ chức tiệc qua các cuộc gọi video để cùng nhau giảm cảm giác “sốt cabin”.

Nếu có, hãy sử dụng những thức uống này một cách hợp lý. Tránh sử dụng cồn để giải toả căng thẳng hoặc lo lắng.

Hiện tại, không có bằng chứng khoa học rằng sử dụng rượu bia có thể làm giảm nhiễm virus hay nhiễm trùng khác. Thực tế, cồn có thể gây hại đến sức khoẻ và làm nặng hơn các bệnh nền nếu có. Những ảnh hưởng này có thể làm tăng nguy cơ mắc virus và làm xấu kết quả điều trị.

Hơn nữa, tình trạng say xỉn khi sử dụng rượu bia có thể làm cho bạn giảm tỉnh táo và hưng phấn hơn. Trong tình cảnh đó, bạn thiếu cảnh giác và quên các biện pháp bảo vệ bản thân như hạn chế tiếp xúc, đeo khẩu trang và rửa tay.

Xem thêm:Bạn đã biết: Uống bia rượu ở mức độ nào là vừa phải?

Hãy cẩn thận nếu bạn dành quá nhiều thời gian ngồi trước ti vi/ màn hình máy tính hay điện thoại. Và cũng có rất nhiều người giải toả căng thẳng bằng các trò chơi điện tử hay ứng dụng điện thoại. Đôi mắt cần được nghỉ ngơi và bạn cũng vậy. Hãy chú ý cân bằng bằng các hoạt động khác như tập thể thao, dọn dẹp nhà cửa, tưới cây, …

Làm việc tại nhà đôi khi là thử thách, nhất là đối với những người ưa thích giao tiếp xã hội. Mặc dù làm việc có thể giúp bạn giảm sự nhàm chán, nhưng làm việc quá nhiều sẽ khiến bạn kiệt sức. Sắp xếp thời gian nghỉ ngơi hợp lý cũng là cách không để “sốt cabin” lại gần bạn.

Cho dù bạn có thời gian để ăn bất cứ lúc nào hay thức khuya thoả thích thì cũng đừng làm vậy. Thói quen sinh hoạt không lành mạnh này có thể dẫn đến rối loạn ăn uống và giấc ngủ. Khi trở nên trầm trọng, bạn sẽ thấy mệt mỏi, khó chịu và kéo tâm trạng đi xuống. Và bùm, “sốt cabin” xuất hiện!

Một cách để tập trung vào những mặt tích cực là bày tỏ lòng biết ơn mỗi ngày. Bạn có thể muốn ghi chép lại những điều mà mình cảm thấy biết ơn hoặc những điều dễ thương trong ngày. Một số ví dụ về những điều này như:

Dành nhiều thời gian hơn cho bản thân và gia đình.

Có thêm thời gian để sáng tạo hoặc nghiên cứu.

Tận dụng thời gian rảnh học một điều mới, một ngôn ngữ mới.

Có thời gian cho những sở thích mới hoặc hoàn thành một dự án bạn mong muốn.

Chụp những bức ảnh cùng gia đình.

Dành thời gian trong thiên nhiên giúp giảm căng thẳng và lo lắng, đồng thời có thể nâng cao tâm trạng của bạn. Cách này giúp bạn tránh xa “sốt cabin”. Một số cách mà các bạn có thể tham khảo:

Dọn dẹp nhà cửa.

Chăm sóc cây trồng trong nhà, trồng cây xanh.

Ngắm bình minh hoặc hoàng hôn từ cửa sổ hoặc ban công.

Lắng nghe các loài chim và động vật hoang dã khác, nghe tiếng mưa rơi.

Chơi và thư giãn với thú cưng.

Những dấu hiệu sau cảnh báo rằng “sốt cabin” đang ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bạn. Hãy tìm kiếm sự giúp đỡ ngay khi bạn (hoặc người thân) cảm thấy tâm trạng bất ổn, cảm giác bế tắc hay bất lực. Trao đổi với các bác sĩ tâm lý nếu trong thời gian cách ly, bạn gặp bất kì tình trạng nào sau đây:

Cảm giác lo âu quá mức hoặc buồn phiền kéo dài.

Những hành vi ám ảnh cưỡng chế mới xuất hiện hoặc nặng lên.

Thiếu sức sống, thiếu năng lượng và động lực trầm trọng.

Rối loạn giấc ngủ, không thể ngủ được.

Không thể ăn uống.

Xem thêm:Trầm cảm: Đôi điều bạn nên biết

Chuyên gia tâm lý hoặc bác sĩ tâm thần có thể giúp bạn cảm thấy tốt hơn. Đừng ngần ngại trao đổi với bác sĩ để có hướng giải quyết phù hợp. Bạn có thể tìm kiếm các chuyên gia tư vấn qua điện thoại hoặc phương tiện online khác nếu không thể đến bệnh viện hay phòng khám.

Hi vọng bài viết vừa rồi đã giúp bạn hiểu thêm về bệnhsốt cabinvà cách để đối mặt với nó trong mùa dịch Covid này. Thương chúc bạn luôn mạnh khoẻ và tràn đầy năng lượng!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sot-do-mo-hoi/

Nội dung bài viết

Sốt đổ mồ hôi là gì?

Nguyên nhân gây sốt đổ mồ hôi

Triệu chứng khi sốt và đổ mồ hôi

Có phải đổ mồ hôi nghĩa là đang bị sốt?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Có khi nào trong lúc sốt, bạn bị đổ mồ hôi? Chỉ sốt thì không phải là bệnh mà đó là một dấu hiệu của một tình trạng bệnh lý. Đó có thể là nhiễm trùng, viêm hoặc một bệnh nào khác. Vậy khi sốt đổ mồ hôi thì có nguy hiểm? Mời bạn cùng tìm hiểu chủ đề này trong bài viết dưới đây của Bác sĩ Phan Văn Giáo.

Sốt là một phản ứng của hệ miễn dịch chống lại các tác nhân gây sốt. Cơ sở lý luận của hiện tượng này là khi cơ thể tăng nhiệt độ, mối đe dọa được nhận thức sẽ bị ảnh hưởng. Ví dụ, nếu bị nhiễm virus, sự gia tăng nhiệt độ sẽ ảnh hưởng đến sự nhân lên của vi rút, do đó số lượng vi rút sẽ sớm giảm đi. Đây là lý do tại sao mặc dù chưa có phương pháp điều trị nhiễm virus nhưng chúng vẫn có thể biến mất kịp thời.

Sốt là một trong những dấu hiệu đầu tiên cho thấy cơ thể có gì đó không ổn. Mặc dù nó là một phản ứng bình thường, nhưng không được coi là đương nhiên. Nếu sốt cao có ảnh hưởng xấu đến cơ thể. Vì enzyme và các chất cần thiết khác trong cơ thể sẽ bị biến đổi nếu gặp nhiệt độ cao.

Do đó, điều quan trọng là phải hạ sốt. Cơ thể chúng ta cũng có cơ chế riêng để kiểm soát tình trạng tăng thân nhiệt. Điều này thông qua việc bài tiết mồ hôi. Đây chính là lý do tại sao sốt và đổ mồ hôi thường đi đôi với nhau.

Một người được coi là sốt khi thân nhiệt lớn hơn hoặc bằng 38°C. Ở nhiệt độ 39°C trở lên thì gọi là sốt cao. Đối với trẻ em thì ngưỡng sốt sẽ thay đổi một chút. Trẻ em được coi là sốt khi thân nhiệt trên 38°C khi đo ở trực tràng và trên 37°C khi đo ở miệng và nách.

Không có bằng chứng nào cho thấy việc đổ mồ hôi sẽ giúp bạn cảm thấy dễ chịu hơn khi bị sốt. Nhưng nhiều người cho thấy ra mồ hôi khiến họ thấy đỡ mệt mỏi hơn khi bị sốt.

Sau đây là một số lý do có thể khiến bệnh nhân bị sốt và đổ mồ hôi:

Nhiễm trùng. Nhiễm trùng này có thể do virus, vi khuẩn, nấm hoặc các mầm bệnh khác. Hệ miễn dịch sẽ cố gắng loại bỏ những mầm bệnh này với phản ứng là tăng nhiệt độ cơ thể.

Dị ứng với thức ăn, thuốc, chất gây dị ứng…

Ăn phải chất độc hoặc hóa chất.

Cơ thể có khối u.

Tác dụng phụ của một số loại thuốc.

Bệnh lý viêm. Ví dụ như bệnh viêm khớp dạng thấp.

Kiệt sức do nhiệt độ quá cao hoặc say nắng.

Một số lý do khác khó xác định.

Các triệu chứng phổ biến nhất của sốt đổ mồ hôi bao gồm:

Thân nhiệt tăng cao (trên 38°C).

Cảm giác rùng mình và ớn lạnh.

Đổ mồ hôi.

Cảm giác mệt mỏi, lừ đừ.

Đau cơ.

Tình trạng sốt cao có thể gây ra các triệu chứng sau:

Nhiệt độ cơ thể rất cao, có thể đạt tới 41,1°C nhưng phổ biến nhất là khoảng 39°C.

Mất nước.

Lẫn lộn hoặc rối loạn tri giác.

Có tình trạng ao giác.

Co giật.

Cơ thể của bạn có cơ chế điều nhiệt tích hợp riêng. Mặc dù thân nhiệt sẽ dao động trong ngày nhưng nó vẫn nằm trong một phạm vi cho phép và gần một điểm gọi là điểm điều nhiệt.

Điểm điều nhiệt sẽ tăng lên khi cơ thể đang cố gắng chống lại tác nhân gây nhiễm trùng. Khi cơ thể phải vật lộn để đạt được điểm điều nhiệt cao hơn đó, bạn có thể thấy tình trạng ớn lạnh.

Khi tới giai đoạn đã chống lại tác nhân nhiễm trùng, điểm điều nhiệt sẽ giảm trở lại bình thường. Nhưng nhiệt độ cơ thể lúc này vẫn cao hơn bình thường. Do đó lúc này bạn sẽ cảm thấy nóng.

Đó là khi các tuyến mồ hôi hoạt động và bắt đầu tiết nhiều mồ hôi hơn để giải nhiệt. Đây là dấu hiệu cơn sốt đang thuyên giảm và bạn đang dần hồi phục. Tuy nhiên việc làm cho bản thân đổ mồ hôi nhiều hơn sẽ không điều trị được sốt hoặc nguyên nhân gây sốt.

Sốt có thể tái diễn sau khi bị đổ mồ hôi. Ví dụ, trong trường hợp nhiễm COVID-19, bạn có thể cảm thấy tốt hơn trong vài ngày sau khi hết sốt, nhưng các triệu chứng có thể tái diễn.

Không phải lúc nào sốt đổ mồ hôi cũng cần đến gặp bác sĩ. Tuy nhiên không được chủ quan với tình trạng này. Sốt cao có thể là dấu hiệu nghiêm trọng và cần được chăm sóc y tế.

Sốt đổ mồ hôikhông rõ nguyên nhân là một vấn đề đáng lo ngại ở trẻ sơ sinh và trẻ mới biết đi. Đưa trẻ đến gặp bác sĩ nếu:

Trẻ từ 3 tháng tuổi trở xuống có thân nhiệt từ 38°C trở lên đo ở trực tràng.

Trẻ từ 3 – 6 tháng tuổi sốt trên 39°C kèm theo khó chịu hoặc thờ ơ.

Trẻ từ 3 – 6 tháng tuổi sốt trên 39°C đo ở trực tràng.

Trẻ mới biết đi từ 6 – 24 tháng có thân nhiệt trên 39°C kèm các triệu chứng khác như ho, tiêu chảy.

Trẻ mới biết đi từ 6 -24 tháng có thân nhiệt từ 39°C kéo dài hơn 1 ngày, ngay cả khi không có các triệu chứng khác.

Cha mẹ không cần quá lo lắng nếu con mình bị sốt nhẹ nhưng trẻ vẫn uống nước, chơi đùa và phản ứng bình thường. Tuy nhiên, phụ huynh nên đưa trẻ đi bác sĩ khi cơn sốt của con đã kéo dài hơn 3 ngày hoặc kèm theo:

Bệnh tiêu chảy.

Đau đầu.

Cáu gắt.

Bơ phờ hoặc giao tiếp bằng mắt kém.

Đau bụng.

Nôn mửa.

Nói chung, bạn nên gọi bác sĩ nếu sốt từ 39°C trở lên và có dấu hiệu:

Đau bụng.

Tức ngực.

Co giật hoặc động kinh.

Ho ra máu.

Rối loạn tâm thần.

Đau khi đi tiểu.

Nhức đầu dữ dội.

Khó thở.

Cứng cổ hoặc đau khi bạn nghiêng đầu về phía trước.

Phát ban da bất thường.

Nôn mửa.

Tóm lại, sốt và đổ mồ hôi có xu hướng đi đôi với nhau. Tuy nhiên, việc cố ý làm ra mồ hôi nhiều hơn khi bị sốt sẽ không giúp hết sốt nhanh hơn. Vì rất nhiều gây rasốt đổ mồ hôi. Do đó, điều quan trọng là phải nhận biết được các triệu chứng và đến gặp bác sĩ nếu cảm thấy bệnh tình không thuyên giảm.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sot-ret-trieu-chung-dieu-tri-va-phong-ngua/

Nội dung bài viết

1. Bệnh sốt rét là gì?

2. Các triệu chứng của bệnh sốt rét là gì?

3. Tôi nên đi khám bác sĩ?

4. Tôi sẽ cần làm xét nghiệm?

5. Bệnh sốt rét được điều trị như thế nào?

6. Bệnh sốt rét có thể phòng ngừa được không?

Sốt rét đã từng là vấn đề sức khỏe gây sợ hãi cho nhiều thế hệ người Việt Nam. Muỗi là loài động vật gây lây truyền bệnh sốt rét. Đất nước ta vốn nằm trong vùng khí hậu nóng ẩm, nhiều cây xanh nên rất phù hợp cho sự phát triển của muỗi.

Ngày nay, với những tiến bộ trong lĩnh vực y học dự phòng và điều trị, số người mắc bệnh và tử vong do sốt rét có giảm đi nhiều phần. Tuy nhiên, đây vẫn là một bệnh nguy hiểm và dễ mắc nếu di chuyển qua vùng dịch. Vì vậy, mỗi người đều cần nắm biết thông tin về bệnh để có thể nhận ra, thăm khám và điều trị kịp lúc.

Sốt rét là bệnh do nhiễm ký sinh trùng. (Ký sinh trùng là sinh vật rất nhỏ chuyên sống trên cơ thể người hoặc động vật lớn để lấy chất dinh dưỡng, dưỡng khí, nơi trú ẩn…). Muỗi bị nhiễm ký sinh trùng sốt rét khi hút máu các con vật bị bệnh sốt rét. Ký sinh trùng phát triển trong muỗi và truyền sang con người qua vết chích độc hại.

Để hiểu rõ hơn về ký sinh trùng với những triệu chứng nhận biết kịp thời hãy tìm hiểu với bài viết: “Nhiễm ký sinh trùng: Dấu hiệu và những điều cần biết” của bác sĩĐinh Gia Khánh

Sốt rét khá phổ biến ở nhiều nước nhiệt đới. Bệnh có thể nhẹ và thể nặng.Sốt rét thể nặng có thể gây ra các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng và thậm chí là tử vong.

Các triệu chứng thường gặp bao gồm:

Sốt.

Ớn lạnh (Rét).

Vì có triệu chứng sốt và rét nên bệnh được đặt tên là sốt rét.

Đổ mồ hôi.

Nhức đầu.

Đau nhức cơ thể.

Mệt mỏi.

Các vấn đề về dạ dày – ruột: mất cảm giác ngon miệng,buồn nôn và nôn, đau bụng, tiêu chảy.

Da trông có màu vàng – Bác sĩ gọi triệu chứng này là “vàng da.”

Ho.

Nhịp tim nhanhhoặc thở gấp.

Sốt rét nặng có thể gây ra các triệu chứng khác, chẳng hạn như:

Lú lẫn.

Nhìn thấy hoặc nghe thấy những điều không thực sự ở đó (ảo giác).

Co giật.

Nước tiểu sẫm màu hoặc có máu.

Gặp bác sĩ ngaynếu bạn bị sốt trong khi đi du lịch hoặc sau khi bạn quay trở lại từ một “vùng dịch tễ sốt rét”.Vùng dịch tễnghĩa là nơi có nhiều người bị bệnh này. Các vùng dịch tễ sốt rét có thể tham khảo trong thông báo của bộ y tế Việt Nam hay trên trang web của Tổ chức Y tế Thế giới. Hãy chắc chắn nói với bác sĩ nơi bạn đã đi, bao gồm cả sân bay quá cảnh.

>> Trước khi đi gặp bác sĩ thì bạn đã biết mình nên chuẩn bị gì chưa? Cùng tham khảo bài viết “Sốt rét: Những điều cần chuẩn bị trước khi đi khám” để có sự chuẩn bị thật tốt và đem lại hiệu quả cho buổi thăm khám.

Đúng.Nếu bác sĩ nghĩ rằng bạn bị sốt rét thì họ sẽ yêu cầuxét nghiệm máu để tìm ký sinh trùng sốt rét. Có vài loại ký sinh trùng khác nhau, cách điều trị cũng khác nhau tùy loại. Nếu bạn bị sốt rét, bác sĩ cần biết bạn bị nhiễm loại nào để có thể đưa ra phương pháp điều trị phù hợp. Xét nghiệm máu cũng có thể cho thấy nếu sốt rét đang gây ra các vấn đề sức khỏe khác.

Các bác sĩ cho thuốc để loại bỏ ký sinh trùng gây bệnh sốt rét. Đôi khi phải uống nhiều hơn một loại thuốc hoặc thậm chí phải nhập viện để truyền thuốc nếu bạn bị thể sốt rét nặng (còn gọi là sốt rét ác tính).

Sau khi bạn bắt đầu điều trị, bạn sẽ được xét nghiệm máu mỗi ngày trong vài ngày. Các xét nghiệm là để đảm bảo thuốc đang hoạt động tốt. Nếu không, bác sĩ có thể cho một loại thuốc khác.

Việc uống thuốc có thể giúp ngừa bệnh khi bạn sắp và đang đi đến khu vực dịch tễ của bệnh. Bác sĩ có thể kê đơn thuốc nếu bạn cần. Hãy uống chính xác như những gì được hướng dẫn, nếu không có thể sẽ chẳng có tác dụng gì cả. Uống thuốc sốt rét rất quan trọng ngay cả khi bạn đi du lịch đến một nơi bạn từng sống.

Việt Nam là quốc gia có khí hậu nóng ẩm quanh năm, nhiều cây xanh. Bệnh sốt rét thường rộ lên cùng thời điểm với mùa sinh sản mạnh của muỗi là đầu và cuối mùa mưa. Vùng có nhiều người bị mắc sốt rét thường là vùng rừng núi ở các tỉnh từ20 độ Bắc trở xuống, gồm Bắc Trung Bộ, Miền Trung – Tây Nguyên và Đông Nam Bộ.

Bạn đã nghe đến cây Ngải cứu chưa? Loài cây này sở hữu một nhóm khá rộng với những đặc tính trị liệu. Bao gồm: chống sốt rét, chống viêm, chống oxy hóa, điều hòa miễn dịch, ngừa tổn thương gan, chống co thắt và chống nhiễm trùng.Ngải cứu: Giá trị dược liệu quý chống sốt rét

Ở trong nhà vào ban đêm – sau khi mặt trời lặn và trước khi mặt trời mọc vì đây là thời điểm hoạt động mạnh của muỗi.

Mang giày, áo sơ mi dài tay và quần dài khi ra ngoài.

Mang thuốc xịt hoặc kem có chứa DEET hoặc hóa chất picaridin, muỗi rất sợ các hóa chất này.

Ngủ trong có cửa sổ và cửa ra vào thông thoáng hoặc kín và có điều hòa không khí.

Ngủ trong mùng có tẩm thuốc chống muỗi.

Mọi người có thể bị sốt rét ngay cả khi đã dùng thuốc để phòng ngừa.

Phụ nữ mang thai có nguy cơ mắc bệnh sốt rét cao hơn những người khác và họ có thể bị bệnh nặng hơn. Sốt rét có thể gây ra các vấn đề sau:

Sảy thai – Đây là khi thai kỳ tự kết thúc trước khi người phụ nữ mang thai được 20 tuần.

Trẻ sinh ra quá nhỏ, quá sớm hoặc bị nhiễm sốt rét.

Tử vong của mẹ hoặc em bé – Đứa bé có thể chết trước hoặc sau khi sinh.

Nếu có thể, các bà bầu nên tránh những khu vực thường gặp sốt rét cho đến khoảng 2 tháng sau khi sinh.

Như vậy, chúng ta đã biếtsốt rétlà bệnh được muỗi truyền qua con người qua vết chích. Cách tốt nhất để phòng ngừa sốt rét là tránh đi đến các vùng dịch tễ, hạn chế sự sinh sản của muỗi và tự bảo vệ mình khỏi bị muỗi chích.

Hãy cùng gia đình hưởng ứng các hoạt động diệt muỗi và lăng quăng do trạm y tế địa phương tổ chức, và hãy chuẩn bị kỹ cho mình và người thân nếu có việc phải di chuyển vào vùng dịch tễ, bạn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sot-thung-lung-va-nguy-co-bung-phat-thanh-dich/

Nội dung bài viết

Lịch sử phát hiện bệnh sốt thung lũng

Cơ chế lây truyền sốt thung lũng

Triệu chứng sốt thung lũng

Yếu tố lây nhiễm

Điều kiện nhiễm sốt thung lũng tại Việt Nam

Chẩn đoán

Điều trị, vaccine và cách phòng tránh

Nhân loại ngày nay phát triển giao thương mọi nơi trên Trái Đất. Chúng ta có thể nghe đến tên của những căn bệnh ở xa xít bên kia bờ đại dương. Với tốc độ giao thương, những căn bệnh này dễ lan truyền rất nhanh để thành các dịch và đại dịch. Vậy sốt thung lũng là gì? Bệnh có triệu chứng như thế nào? Điều trị và phòng ngừa ra sao? Mời bạn cùng Bác sĩ Nguyễn Quang Hiếu tìm hiểu về bệnh sốt thung lũng qua bài viết ngay sau đây!

Thế kỉ 20, với nền y học tương đối phát triển, loài người đã phát hiện nhiều chủng virus gây bệnh mới. Được phân lập đầu tiên vào năm 1910 tại đất nước Kenya, trong những thung lũng được cải tạo thành nơi chăn gia súc, chúng ta biết đến loài virus gây bệnh sốt thung lũng này. Nó thường được tìm thấy trong các khu vực phía đông và miền nam châu Phi, nơi cừu và gia súc được nâng lên, nhưng tồn tại ở hầu hết các tiểu vùng Sahara Châu Phi, bao gồm cả Tây Phi và Madagascar.

Sốt thung lũng là bệnh lây truyền phổ biến nhất ở các loài thú chăn nuôi, thuộc bộ móng guốc. Từ thế kỉ 19 đến thế kỉ 20, người Âu-Mỹ đã phát triển các trang trại chăn nuôi khổng lồ tại châu Phi. Bệnh gây thiệt hại lớn cho ngành chăn nuôi. Mặc dù bệnh chủ yếu được phát hiện ở động vật. Tuy nhiên, con người vẫn có nguy cơ mắc bệnh và diễn tiến từ nhẹ đến nặng, có thể gâyviêm nãovà tử vong.

Do bệnh được phát hiện tại vùng thung lũng Kenya nên được gọi với tên: sốt thung lũng – cơn sốt do virus đến từ vùng thung lũng (RVF- RIFT VALLEY FEVER). Bệnh gây ra do một thành viên của chi Phlebovirus trong bộ Bunyavirales. Một số thành viên trong chi này cũng gây nên các bệnh sốt xuất huyết ở người (như bệnh sốt xuất huyết CONGO).

Mặc dù thường gây bệnh ở động vật, nhưng khi một lượng lớn gia súc bệnh, có khả năng lan truyền virus sốt thung lũng sang người.

Năm 1977, một đợt bùng phát lớn tại Ai Cập ghi nhận với hơn 600 ca tử vong ở người.

Năm 1987, sau một dự án thủy lợi tại Tây Phi, một đợt dịch khác ở cả người và động vật đã bùng phát tại đây. Vào tháng 9/2000, một đợt dịch được ghi nhận tại Saudi Arabia và Yemen.

Có hai cơ chế được phát hiện:2

Người thường bị bệnh thông qua tiếp xúc với máu và dịch tiết của động vật bị bệnh. Việc xảy ra trong thời gian chăm sóc vật bị bệnh hoặc quá trình giết mổ. Việc chạm tay vào phần thịt bị nhiễm bệnh, ăn không chín nấu không đủ cũng gây bệnh. Hoặc hiếm hơn: vô tình chạm lên mắt-mũi-miệng sau khi chạm vào dịch tiết gia súc bệnh.

Con người sẽ mắc bệnh nếu bị muỗi mang virus đốt phải. Virus lan truyền trong nhiều loại côn trùng hút máu như ruồi trâu (rất hiếm gặp), ve, bọ chét,… Thường gặp nhất là muỗi ở hai giống Aedes và Culex.

Trường hợp đặc biệt được ghi nhận: Con người mắc sốt thung lũng khi hít phát không khí có chứa virus trong môi trường phòng thí nghiệm. Tại phòng phân lập virus, khi nồng độ virus cao trong không khí, khi hít phải, virus có thể xâm nhập niêm mạc. Sau đó gây bệnh trên người.

Chưa ghi nhận trường hợp gây bệnh sốt thung lũng truyền từ người sang người.

Virus có thể lây lan từ muỗi (mosquitos) cái đến con cái của chúng thông qua những quả trứng (truyền tải dọc).

Trong trứng, virus vẫn còn khả thi (lây nhiễm) trong nhiều năm trong điều kiện khô.

Lượng mưa quá nhiều cho phép nhiều trứng muỗi nở.

Khi các quần thể muỗi tăng lên, tiềm năng cho virus lây lan sang động vật và con người tăng lên.

RVFV bùng phát ở động vật, phổ biến nhất là chăn nuôi, dẫn đến xử lý tăng của động vật bị nhiễm bệnh, mà sau đó làm tăng nguy cơ tiếp xúc với virus cho người dân.

Một số loài muỗi có thể lây lan RVFV, phổ biến nhất là các Aedes và muỗi culex, và những khác nhau theo khu vực. Điều kiện môi trường, đặc biệt là lượng mưa, là một yếu tố nguy cơ quan trọng cho sự bùng phát ở cả động vật và con người. Các đợt bùng phát của RVF thường được liên kết với nhiều năm có lượng mưa lớn và lũ lụt. Mối liên hệ: muỗi lây lan bệnh và lượng mưa nặng cho phép nhiều trứng muỗi nở ra.

Thời gian ủ bệnh từ 2-6 ngày sau khi nhiễm virus. Bệnh có thể chỉ có triệu chứng nhẹ như đau mỏi cơ, sốt, nhức đầu. Người bệnh có thể tự khỏi bệnh sau 2 ngày – 1 tuần sau đó.

Tuy nhiên, từ 8-10% người bệnh sẽ diễn biến nặng. Các triệu chứng bao gồm:45

Về mắt: tổn thương xảy ra sau 1-3 tuần sau khi nhiễm. Bệnh nhân giảm dần thị lực. Tổn thương có thể tự khỏi và biến mất sau 10-12 tuần. Tuy nhiên ở bệnh nhân bị tổn thương điểm vàng (trung tâmvõng mạc), sẽ mất thị lực vĩnh viễn.

Viêm não:đau đầu,hôn mêvà co giật. Chiếm tỉ lệ thấp, dưới 1%. Bệnh nhân khởi phát sau 1-4 tuần sau khi nhiễm virus. Bệnh tử vong do viêm não rất hiếm nhưng di chứng tổn thương não là vĩnh viễn.

Sốt xuất huyết: ít hơn 1% các trường hợp. Từ nhẹ, các chấm xuất huyết ở da, đến nặng hơn với việc xuất huyết ở tạng. Tiêu phân máu,suy gan, rất hiếm gặp. Tuy nhiên tỉ suất tử vong rất cao: trên 50% chỉ với tình trạng khởi phát sau 3-6 ngày.

Cơ địa đặc biệt: mang thai. Gần như 100% thai sẽ chết và dị tật.

Ngủ ngoài trời, không mắc màng, ở vùng có dịch đang hoành hành.

Dùng sản phẩm từ động vật ở vùng dịch tễ. Nấu không đủ chín.

Nhân viên trong phòng thí nghiệm.

Việc thông thương trao đổi, mua bán của Việt Nam và Châu Phi đang phát triển. Các tàu chở hàng và gia súc, thịt gia súc được đưa đến trong các container vượt đại dương. Các container có thể tiềm ẩn các virus hoặc muỗi có chưa virus sốt thung lũng.

Điều kiện ăn uống tại Việt Nam thích các món tươi, chế biến tái ở thịt bò. Thói quen ăn tiết canh cũng tiềm ẩn nguy cơ cao gây bệnh ở người.

Các sản phẩm sữa không trải qua quá trình chế biến và tinh chế cũng chứa các mầm bệnh khả năng gây bệnh ở người và gia súc. Các sản phẩm có thể từ sữa, bơ, phomat,…

Ở Việt Nam, các vùng nông trại chăn nuôi có quần thể muỗi Culex lớn. Trong khi vùng thành thị muỗi Aedes chủ yếu. Tiềm ẩn nguy cơ phát triển thành dịch.

Du khách quốc tế đi qua vùng dịch, hoặc người từ vùng dịch trở về. Họ có nguy cơ mang virus.

Bệnh khó chẩn đoán, nhất là trong thời gian đầu ủ bệnh. Người nhiễm bệnh không có triệu chứng gì đáng kể. Ngoại trừ yếu tố: người đó có đi đến vùng dịch hay sử dụng thực phẩm động vật từ vùng dịch.

Xét nghiệm máulà chủ yếu gồm hai xét nghiệm thường dùng là xét nghiệm miễn dịch ELISA và xét nghiệm Real time PCR.

Khi được chẩn đoán xác định, bệnh phải được báo cáo ngay cho cơ quan y tế địa phương và quốc gia.

Hiện nay, việc điều trị chủ yếu là điều trị triệu chứng sốt thung lũng. Bên cạnh đó, chưa có vaccine ngừa bệnh. Do vậy, phòng bệnh là phương pháp triệt để nhất.

Sau đây là một số biện pháp phòng ngừa bệnh:6

Tránh tiếp xúc với máu, dịch tiết, hoặc mô của động vật bị nhiễm sốt thung lũng.

Những người làm việc với động vật trong các khu vực đặc hữu nên mặc thiết bị bảo vệ thích hợp. Dùng găng tay, giày, tay áo dài, và một lá chắn mặt,… để tránh bất kỳ tiếp xúc với máu hoặc dịch mô của động vật có khả năng bị nhiễm bệnh.

Không dùng các sản phẩm động vật không an toàn. Tất cả các sản phẩm động vật (bao gồm cả thịt, sữa và máu) nên được nấu chín kỹ trước khi ăn hoặc uống.

Tự bảo vệ mình chống lại muỗi và côn trùng hút máu khác. Sử dụng chất đuổi côn trùng và lưới giường, và mặc áo sơ mi tay dài và quần dài để che da tiếp xúc.

Giám sát chặt chẽ các ca nhiễm nhiễm RVF ở động vật và con người. Thiết lập giám sát môi trường và hệ thống giám sát trường hợp có thể giúp đỡ để dự đoán và kiểm soát các dịch RVF trong tương lai.

Tiêm chủng động vật: Có vaccine cho động vật. Tuy nhiên chỉ được dùng để dập dịch. Vì khi tiêm, tuy cứu được các con thú lớn và ngăn ngừa lây nhiễm, những con mang thai vẫn bị thiệt hại.

Trên đây là thông tin về bệnhsốt thung lũng. Vì bệnh rất hiếm gặp và có yếu tố dịch tễ rõ ràng, nên bạn nên cẩn trọng khi tiếp xúc với động vật hay sản phẩm của chúng. Nhất là các sản phẩm có nguồn gốc từ nguồn dịch hay nguồn gốc không rõ ràng khác.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sot-thap-khop-dau-hieu-chan-doan-nguyen-tac-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. So sánh tỉ lệ mắc bệnh ở các nước

2. Nguyên nhân

3. Sốt thấp khớp có phải là bệnh lây truyền?

4. Sốt thấp khớp biểu hiện như thế nào?

5. Trẻ em thường là đối tượng dễ mắc sốt thấp khớp?

6. Khi nào đi khám bác sĩ?

7. Sốt thấp khớp có thể gây hậu quả gì?

8. Chẩn đoán sốt thấp khớp như thế nào?

9. Việc điều trị bao gồm những gì?

10. Phòng ngừa như thế nào cho chính bạn và những người xung quanh?

Sốt thấp khớp là một loại bệnh nhiễm trùng được hình thành khi viêm họng do liên cầu khuẩn hoặc bệnh tinh hồng nhiệt không được điều trị triệt để hoặc đúng cách. Trong đó, viêm họng do liên cầu và bệnh tinh hồng nhiệtđược gây ra bởi một loại vi khuẩn được gọi với tên khoa học là liên cầu khuẩn nhóm A.Mặc dù viêm họng do liên cầu khuẩn khá phổ biến nhưng sốt thấp khớp lại thường hiếm gặp ở Mỹ và các nước phát triển khác. Loại bệnh này thường được báo cáo là phổ biến ở các nước đang phát triển.

Sốt thấp khớp có thể gây tổn thương đến nhiều cơ quan quan trọng, trong đó có tim. Việc điều trị bao gồm điều trị triệu chứng, dùng kháng sinh diệt liên cầu khuẩn và phòng ngừa bệnh tái phát.

Sốt thấp khớp thường hay gặp ở những nước nghèo và kinh tế còn khó khăn. Ở các nước phát triển trên thế giới, những bệnh nguy hiểm gây ra bởi streptococcus nhóm A được ước tính có ảnh hướng đến hơn 33 triệu người. Đây cũng là nguyên nhân tử vong dobệnh tim mạchtrong 5 thập kỷ đầu tiên của cuộc đời.

Sốt thấp khớp có thể xảy ra ở mọi độ tuổi. Mặc dù vậy, đa số các trường hợp thường xảy ra ở trẻ em từ 5 đến 15 tuổi.

Trên toàn thế giới, ước tính có khoảng 470.000 ca mắc sốt thấp khớp mới và 275.000 ca tử vong do biến chứng lên tim mỗi năm. Hầu hết các trường hợp xảy ra ở những nước nghèo và đang phát triển. Trong đó, tỉ lệ mắc trung bình của trẻ em đang trong độ tuổi đi học là khoảng 19 trên 100.000 ca.

Tỉ lệ mắc bệnh cao hơn ở các nước đang phát triển được giải thích là bởi tác nhân môi trường, đặc biệt là nơi có cư dân sống đông đúc. Tình trạng này làm tăng khả năng truyền nhiễm của liên cầu khuẩn nhóm A. Ngoài ra, một phần nhỏ gây ra tỉ lệ mắc cao hơn là do sự lạm dụng kháng sinh điều trịviêm họngcấp.

Sốt thấp khớp có thể được hình thành sau một đợt viêm họng do liên cầu khuẩn và bệnh tinh hồng nhiệt. Hai bệnh này được gây ra bởi một loại vi khuẩn, tên là liên cầu khuẩn nhóm A.

Cho đến nay các chuyên gia vẫn chưa giải thích được rõ ràng về sự liên quan giữ nhiễm liên cầu khuẩn và sốt thấp khớp. Tuy nhiên, người ta nhận thấy rằng, sự xuất hiện của sốt thấp khớp là do loại vi khuẩn này kích thích hệ thống miễn dịch và gây ra tổn thương toàn cơ thể.

Cụ thể, liên cầu khuẩn có chứa một loại protein tương tự với loại protein ở các mô của cơ thể con người. Thông thường, hệ thống miễn dịch của cơ thể tạo ra kháng thể để kích hoạt hệ thống tiêu diệt vi khuẩn. Tuy nhiên, do sự trùng khớp về protein nên các kháng thể “đánh” luôn cả các tế bào trong cơ thể. Cụ thể là các mô ở tim, khớp, da và hệ thống thần kinh trung ương. Điều này gây ra tình trạng viêm ở nhiều cơ quan trong cơ thể.

Nếu đứa trẻ được điều trị tích cực với kháng sinh khi còn bị viêm họng do liên cầu khuẩn sẽ ít có khả năng hình thành bệnh sốt thấp khớp sau này. Tuy nhiên, nếu không được điều trị triệt để vi khuẩn ngay từ đầu sẽ có thể phát triển bệnh.

Loại bệnh này không thể lây truyền từ người này sang người khác. Bởi vì đây là phản ứng miễn dịch của cơ thể và nó không phải bệnh truyền nhiễm. Tuy nhiên, những người bị viêm họng do liên cầu khuẩn hoặc bệnh tinh hồng nhiệt vẫn có thể lan truyền vi khuẩn đến người khác. Đường lây truyền thường là qua giọt bắn khi nói chuyện, ho, hoặc hắt hơi.

Sốt thấp khớp biểu hiện nhiều triệu chứng khác nhau. Một người có thể chỉ có một vài hoặc nhiều biểu hiện nghiêm trọng. Ngoài ra, những dấu hiện này thường hay thay đổi theo diễn tiến bệnh.

Thông thường, sốt thấp khớp thường xảy ra khoảng 2 – 4 tuần sau khi bị một đợt viêm họng do liên cầu hoặc bệnh tinh hồng nhiệt.

Biểu hiện bệnh là do tình trạng viêm của tim, khớp, da và hệ thống thần kinh trung ương.

Có 5 biểu hiện chính của sốt thấp khớp, bao gồm:

Tình trạng này chiếm khoảng 50 – 70%. Bệnh viêm toàn tim liên quan đến sốt thấp khớp thông thường gây ra các vấn đề như: viêm màng ngoài tim,viêm cơ timvà viêm nội tâm mạc. Tuy nhiên, tổn thương hay gặp và nặng nhất, các biến đổi rõ nhất là viêm nội tâm mạc phủ lên các van tim. Các van thường hay bị tổn thương nhất là van hai lá và van động mạch chủ. Bệnh viêm toàn tim thường xuất hiện khoảng trong 3 tuần sau một đợt viêm họng do liên cầu.

Biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau ở các khớp như: khớp gối, cổ chân, khuỷu tay và cổ tay.Viêm khớpxuất hiện 35 – 66% trong bệnh sốt thấp khớp. Giống như viêm toàn tim, viêm khớp thường biểu hiện rất sớm, thường trong khoảng 21 ngày kể từ sau khi nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A.

Là những hành động tự phát của cơ thể, không thể tự chủ được hành động của mình. Thường ở tay, chân và mặt. Tình trạng này chiếm khoảng 10 – 30% trong sốt thấp khớp. Múa giật xuất hiện lâu hơn so với các triệu chứng khác, thường từ 1 đến 8 tháng sau khi nhiễm liên cầu khuẩn.

Đây là các tổn thương chắc, không đau, từ vài mm đến 2 cm. Các nốt dưới da liên quan đến sốt thấp khớp thường xuất hiện sau những tuần đầu tiên của bệnh. Thường xuất hiện ở những bệnh nhân bị viêm toàn tim tương đối nặng. Chúng hiếm khi xuất hiện như là biểu hiện duy nhất trong sốt thấp khớp. Thông thường, các nốt này xuất hiện trong một hoặc nhiều tuần. Chúng hiếm khi tồn tại hơn một tháng.

Biểu hiện là một vòng ban màu hồng, xếp thành quầng có đường kính của viền 1 – 2 mm. Ban hay gặp ở thân, mạn sườn, gốc chi và thường không xuất hiện ở mặt. Tình trạng này chiếm < 6% trong bệnh sốt thấp khớp và hiếm khi xảy ra như là biểu hiện duy nhất của bệnh.

Ngoài ra, người bệnh còn có biểu hiện sốt cao, thường trên 38,5°C khi đo ở miệng.

Mặc dù sốt thấp khớp có thể mắc ở bất kỳ độ tuổi nào, tuy nhiên bệnh phổ biến ở trẻ từ độ tuổi đi học (5 – 15 tuổi). Ngoài ra, sốt thấp khớp rất hiếm ở những trẻ nhỏ tuổi hơn (< 3 tuổi) và người lớn.

Các bệnh viêm nhiễm, bao gồm liên cầu khuẩn nhóm A, sẽ dễ dàng lây lan ở những nơi có xu hướng tạo thành một nhóm tập thể. Bệnh thường hay gặp ở các nơi như:

Trường học.

Trung tâm chăm sóc.

Khu vực huấn luyện.

Trên thực tế, sốt thấp khớp vẫn có thể tái phát ở một số người nếu như bị viêm họng do liên cầu hoặc bệnh tinh hồng nhiệt lần nữa.

Không chỉ bạn, mà nếu như con bạn có những dấu hiệu nghi ngờ viêm họng do liên cầu khuẩn thì sẽ cần đến khám bác sĩ. Các biểu hiện bao gồm:

Sốt.

Đau họng đột ngột.

Đau khi nuốt.

Buồn nôn và nôn.

Đau đầu.

Đau dạ dày (thường ở vị trị thượng vị – bụng trên).

Điều trị đúng cách và triệt để viêm họng do liên cầu khuẩn có thể phòng ngừa sốt thấp khớp. Ngoài ra, đứa trẻ cũng cần đi khám bác sĩ khi có các dấu hiệu nghi ngờ sốt thấp khớp.

Loại bệnh này có thể gây ra những tổn thương nghiêm trọng ở tim, đặc biệt là van tim. Van hay bị tổn thương nhất là loại van nằm ở giữa buồng tim trái, còn gọi là van hai lá. Tuy nhiên, các van khác vẫn có thể bị ảnh hưởng.

Tổn thương có thể gây ra:

Hẹp van: Làm cản trở dòng máu chảy trong các buồng của tim.

Hở van: Làm dòng máu qua các buồng tim không được chảy đúng cách.

Tổn thương cơ tim: Tinh trạng viêm gây ra bởi sốt thấp khớp có thể làm yếu cơ tim. Điều này ảnh hưởng đến khả năng bơm máu của tim.

Tổn thương van hai lá và các van khác hoặc tổn thương cơ tim có thể ảnh hưởng đến chức năng tim sau này với các hậu quả như:

Nhịp tim không đều do rung nhĩ.

Suy tim.

Không có xét nghiệm đơn phương nào có thể chẩn đoán sốt thấp khớp. Tuy nhiên, bác sĩ có thể nhận biết được các dấu hiệu, tiền sử bệnh. Bên cạnh đó, bác sĩ có thể đề nghị một số xét nghiệm để kiểm tra, bao gồm:

Cấy họng để xác định vi khuẩn gây bệnh là liên cầu khuẩn nhóm A.

Xét nghiệm máu để tìm kháng thể được tạo ra do nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A.

Kiểm tra chức năng hoạt động của tim qua thiết bị điện tông đồ.

Kiểm tra khả năng bơm máu của tim, bất thường của van tim qua siêu âm tim.

Việc điều trị sốt thấp khớp bao gồm: sử dụng kháng sinh, điều trị triệu chứng và theo dõi lâu dài.

Bác sĩ có thể kê đơn kháng sinh penicillin hoặc một loại kháng sinh khác để tiêu diệt liên cầu khuẩn.

>> Tình trạng dị ứng penicillin không hiếm gặp và gây ra không ít cản trở cho việc điều trị y khoa. Việc tìm hiểu sẽ giúp ích cho quá trình điều trị các bệnh hiện có của bạn. Xem thêm:Dị ứng penicillin: Bạn đã biết gì?

Thuốc kháng viêm:Nếu bạn có triệu chứng đau, sưng khớp, bác sĩ có thể kê đơn kháng viêm như aspirin hoặc naproxen để làm giảm tình trạng viêm, sốt và đau. Nếu triệu chứng nghiêm trọng hoặc không đáp ứng với thuốc kháng viêm, bác sĩ sẽ cân nhắc sử dụng một loại kháng viêm khác, được gọi là corticosteroid.

Thuốc chống có giật:Thuốc được sử dụng ở những bệnh nhân có tình trạng múa giật. Các thuốc chống co giật thường hay sử dụng là carbamaxepune hoặc valproic acid.

Sau khi điều trị dứt điểm đợt bệnh sốt thấp khớp, đứa trẻ vẫn cần được kiểm tra và theo dõi lâu dài về sau. Tổn thương ở tim gây ra bởi sốt thấp khớp có thể chưa biểu hiện qua nhiều năm. Vì thế, khi đứa trẻ lớn lên sẽ cần làm kiểm tra để khảo sát chức năng tim theo lịch tái khám định kỳ.

Khi nhiễm liên cầu khuẩn, nếu bạn không biết cách tự bảo vệ bản thân thì vẫn sẽ có khả năng mắc bệnh trong tương lai. Tuy nhiên, có những cách để bảo vệ bản thân và những người xung quanh giảm tỉ lệ mắc bệnh này.

Cách tốt nhất để loại vi khuẩn này không bị lây lan là luôn rửa tay. Đặc biệt là sau khi ho hoặc hắt hơi và rửa tay trước khi ăn.

Ở những bệnh nhân sau khi điều trị xong một đợt kháng sinh để diệt vi khuẩn, bác sĩ thường sẽ bắt đầu một liệu trình kháng sinh khác để phòng ngừa bệnh tái phát. Việc điều trị phòng ngừa có thể tiếp tục kéo dài đến 21 tuổi hoặc điều trị tối thiểu 5 năm. Những người có biểu hiện viêm toàn tim do bệnh sốt thấp khớp nên được điều trị phòng ngừa bằng kháng sinh tối thiểu 10 năm hoặc hơn.

Sốt thấp khớp có thể hình thành sau vài tuần kể từ khi bị viêm họng do liên cầu khuẩn hoặc bệnh tinh hồng nhiệt. Điều trị bệnh chủ yếu là dùng kháng sinh. Nếu bạn có bất kỳ dấu hiệu nghi ngờ viêm họng do liên cầu khuẩn hoặc sốt thấp khớp, hãy đến cơ sở y tế để điều trị kịp thời. Điều này giúp làm giảm các biến chứng nặng nề có thể xảy ra.

Nguyễn Hoàng Yến

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sot-xuat-huyet-trieu-chung-cach-dieu-tri-va-nhung-luu-y/

Nội dung bài viết

Bệnh sốt xuất huyết là gì?

Triệu chứng sốt xuất huyết

Các biểu hiện theo giai đoạn sốt xuất huyết

Bệnh sốt xuất huyết có lây không?

Chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết

Lưu ý khi điều trị sốt xuất huyết tại nhà

Cách phòng chống sốt xuất huyết

Khuyến cáo khi nghi ngờ mắc sốt xuất huyết

Bùng phát dịch sốt xuất huyết vào mùa mưa là vấn đề nóng gây hoang mang cho cộng đồng. Trước tình hình sốt xuất huyết diễn biến nguy hiểm với biến chứng nặng liên tục gia tăng. Vậy triệu chứng của bệnh là gì? Cách điều trị ra sao? Có những điều gì cần lưu ý? Hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Đào Uyên Trang tìm hiểu nhé!

Sốt xuất huyếtlà bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây ra. Bệnh lây lan qua vết chích muỗi vằn. Chúng hút máu người bệnh có chứa virus rồi truyền sang cho người khỏe mạnh. Bệnh đôi khi có thể gây đau nhức rất trầm trọng ở cơ và khớp.

Bệnh xảy ra quanh năm nhưng nhiều nhất là vào mùa mưa.Sốt xuất huyết có thể xảy ra ở cả trẻ emvà người lớn nhưng thường gặp nhất là trẻ em. Nếu bệnh xảy ra mà không được chuẩn đoán và điều trị kịp thời thì có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm, thậm chí là tử vong.

Mỗi năm trên thế giới có khoảng 100 triệu người mắc bệnh và khoảng 22.000 người chết vì dịch sốt xuất huyết. Sốt xuất huyết là do nhiễm một trong bốn chủng của virus Dengue là virus Dengue 1,2 3 và 4. Do đó, một người có thể mắc bệnh đến 4 lần trong đời.

>> Xem thêm:Bí kíp bỏ túi khi khám bệnh Sốt xuất huyết

Đây là dạng có biểu hiện các triệu chứng điển hình và không có biến chứng. Biểu hiện đầu tiên của bệnh là sốt và thường kéo dài trong vòng 4 – 7 ngày từ ngày bị truyền virus gây bệnh. Các triệu chứng khác như:1

Sốt cao, lên đến 40,5°C.

Nhức đầu nghiêm trọng.

Đau phía sau mắt.

Đau khớp và cơ.

Buồn nôn và ói mửa.

Phát ban.

Ban thường xuất hiện sau 3 – 4 ngày từ khi bắt đầu sốt. Sau đó, các ban này sẽ thuyên giảm sau 1 – 2 ngày. Bạn có thể bị nổi ban lại một lần nữa vào ngày sau đó.

Các triệu chứng sốt xuất huyết nặng:1

Giai đoạn đầu của sốt xuất huyết nặng tương tự như sốt xuất huyết và các bệnh sốt siêu vi khác. Nhưng kèm theo đó là các tổn thương nghiêm trọng như mạch máu và mạch bạch huyết, như chảy máu cam, chảy máu ở nướu hoặc dưới da, gây ra vết bầm tím. Tổn thương nặng hơn nữa sẽ gây ra các biến chứng huyết tương thoát khỏi mạch máu, gây chảy chảy máu ồ ạt, sốc (huyết áp thấp).

Ngay sau khi hết sốt (khoảng vào ngày thứ 3-7 sau khi triệu chứng đầu tiên khởi phát hoặc trong vài trường hợp có thể là vào ngày thứ 2), các dấu hiệu xuất huyết xuất hiện nhưxuất huyếttiêu hóa (đi cầu ra máu) hoặc tiểu máu. Người bệnh cũng có thể đau đầu dữ dội, nôn ói kéo dài, nôn ra máu, mệt mỏi và sốt co giật (thường gặp ở trẻ em).

Nếu không được điều trị, sốt xuất huyết cũng có thể tiến triển thành shock. Các dấu hiệu thường gặp như đau bụng, nôn và cảm giác bồn chồn, không yên. Ngoài còn có thể có các triệu chứng liên quan đến suy tuần hoàn như tím tái, mạch nhanh, chóng mặt, cảm giác đầu lâng lâng, suy giảm ý thức.

Bệnh trải qua ba giai đoạn: Giai đoạn sốt, giai đoạn nguy hiểm và giai đoạn hồi phục.

Người bệnh có biểu hiện:

Sốt cao đột ngột 39 – 40°C, sốt liên tục, uống thuốc hạ sốt nhưng không giảm nhiệt độ.

Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.

Da xung huyết.

Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.

Thường có chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam.

Thường rơi vào ngày thứ 3 – 7 của bệnh, bệnh nhân có thể còn sốt hoặc đã giảm sốt. Các biểu hiện có thể có:

Xuất huyết trong (thường kéo dài 24 – 48 giờ).

Tràn dịch màng phổicó biểu hiện: Đau ngực, cảm giác nặng ngực, đau ngực tăng khi thay đổi tư thế, khó thở.

Tràn dịch màng bụng: Bụng to nhanh, chướng bụng, khó thở.

Gan to: Đau tức vùng hạ sườn phải hoặc vùng thượng vị.

Bệnh nhân có biểu hiện như vật vã, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, mạch nhanh nhỏ, huyết áp thấp, tiểu ít.

Khi ở giai đoạn nguy hiểm, hiện tượng xuất huyết bắt đầu xuất hiện:

Dưới da: Nốt xuất huyết hoặc mảng xuất huyết thường ở mặt trước hai cẳng chân và mặt trong hai cánh tay, bụng, đùi, mạng sườn.

Niêm mạc: Chảy máu mũi, lợi, tiểu ra máu. Kinh nguyệt kéo dài hoặc xuất hiện kinh sớm hơn.

Nội tạng như tiêu hóa, phổi, não có biểu hiện nôn ra máu, đi tiểu ra máu, ho ra máu, ra máu âm đạo bất thường, rong kinh….

Một số trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy tạng như viêm gan nặng, viêm não, viêm cơ tim. Lưu ý là những người không có biểu hiện thoát huyết tương hoặc sốc vẫn có thể bị biến chứng suy tạng.

Sau 24 – 48 giờ của giai đoạn nguy hiểm. Giai đoạn này kéo dài 48 – 72 giờ. Người bệnh hết sốt, tình trạng tốt lên, thèm ăn, huyết động ổn định và tiểu nhiều. Xét nghiệm các chỉ số dần trở về bình thường.

Bệnh chỉ lây qua muỗi Aedes (muỗi vằn) đốt hút máu người mắc bệnh hoặc người nhiễm virus. Sau đó, nó lại đốt người khỏe mạnh thì sẽ truyền virus cho người lành qua vết đốt. Vì thế,sốt xuất huyết có thể lây lan sang người khác qua muỗi đốt và phát triển thành dịch.1

Trong ổ dịch sốt xuất huyết, cứ một trường hợp mắc bệnh điển hình thì có hàng chục trường hợp mang virus tiềm ẩn, không có triệu chứng nhưng vẫn có khả năng là nguồn bệnh để lây cho người khác. Do đó, bạn cần luôn chủ động phòng bệnh cho bản thân và gia đình.

Bác sĩ có thể sẽ hỏi về lịch sử y tế và du lịch của bạn. Bác sĩ cũng có thể chỉ định bạn làm các xác nghiệm như:3

Xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (NAAT).

Xét nghiệm huyết thanh học.

Flavivirus phản ứng chéo.

Xét nghiệm kháng thể IgG.

Hiện tại không có bất kì điều trị đặc hiệu nào cho sốt xuất huyết. Bác sĩ có thể khuyên bạn nên uống nhiều nước để tránh mất nước do nôn ói và sốt cao. Đến khám ngay khi bạn có bất kì triệu chứng sau:4

Lượng nước tiểu giảm.

Ít hoặc không có nước mắt.

Khô miệng.

Lú lẫn.

Cảm giác ớn lạnh.

Nếu bệnh tiến triển nặng, có thể bạn cần phải:4

Nhập viện để điều trị.

Truyền dịch và truyền các chất cần thiết.

Theo dõi mạch, huyết áp.

Đôi khi cần phải truyền máu.

Sốt xuất huyết chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị triệu chứng. Người bệnh do đó cần tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ.

Nếu sốt cao ≥ 39°C, hãy uống thuốc hạ sốt, nới lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.

Tuyệt đối không dùng aspiri, analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.1

Bù dịch bằng cách uống oresol (pha đúng theo hướng dẫn), nước cam, nước chanh,…

Nhiều người mắc bệnh nhẹ hoặc trung bình có thể được chăm sóc tại nhà thông qua nghỉ ngơi và bù dịch đầy đủ. Tuy nhiên, đôi khi bệnh có thể tiến triển thành thể “sốt xuất huyết nặng” có nguy cơ gây tử vong.

Cần đến bệnh viện ngay lập tức nếu vài ngày sau khi khởi bệnh có sốt rất cao trên 39°C, hoặc bỗng nhiên hạ thân nhiệt (dưới 38°C) và đi kèm với bất kỳ triệu chứng nào dưới đây:1

Đau bụng quằn quại.

Nôn liên tục.

Thở nhanh.

Chảy máu lợi.

Mệt mỏi.

Bồn chồn.

Nôn ra máu.

Hoa mắt, chóng mặt.

Trung tâm y tế dự phòng TP. Hồ Chí Minh khuyến cáo. Cần tránh bị muỗi đốt và không để muỗi có môi trường sinh sản bằng các biện pháp như:5

Mặc quần áo tay dài.

Ngủ mùng kể cả ban ngày.

Dọn dẹp nơi ở sạch sẽ thoáng đãng, phát quang bụi rậm xung quanh.

Thoa kem chống muỗi.

Đổ dầu hôi hoặc pha nhiều muối vào chén nước chống kiến đặt dưới chân tủ thức ăn để triệt nơi sinh sản của muỗi.

Diệt lăng quăng và không để muỗi sinh sản: súc rửa hồ, thùng phuy, lu, xô chứa nước trước khi thay nước mới. Đậy kín nắp lu, hồ, phuy khi không sử dụng; thay nước bình bông mỗi ngày; thu gom và xử lý các vật phế thải. Xử trí các đồ vật đọng nước xung quanh nhà. Không tạo điều kiện cho muỗi phát triển. Không treo quần áo làm chỗ cho muối trú đậu.

Người có triệu chứng sốt nên đi khám tại các cơ sở y tế gần nhất để được chẩn đoán, điều trị và hướng dẫn theo dõi tại nhà.

Uống thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

Uống nhiều nước.

Nếu thấy một trong các dấu hiệu sau: lừ đừ, mệt mỏi, chi lạnh, nôn ói nhiều, đau bụng, chảy máu thì đến ngay bệnh viện để được thăm khám và điều trị kịp thời.

Sốt xuất huyếtlà căn bệnh nguy hiểm với nguy cơ biến chứng rất cao, do vậy, để bảo vệ sức khỏe của bản thân và những người thân yêu thì mỗi người hãy chủ động tìm hiểu về căn bệnh này và có biện pháp phòng ngừa hiệu quả.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/sot-xuat-huyet-lassa-co-giong-sot-xuat-huyet-thong-thuong/

Nội dung bài viết

1. Tổng quan về sốt xuất huyết Lassa

2. Quá trình lây truyền

3. Các triệu chứng của sốt Lassa

4. Chẩn đoán

5. Điều trị và dự phòng sốt xuất huyết Lassa

6. Ngăn ngừa và kiểm soát sốt xuất huyết Lassa

Mặc dù sốt xuất huyết Lassa thường gặp ở châu Phi, đặc biệt là Tây Phi. Nhưng trong thời kỳ xuất khẩu lao động và du lịch như hiện nay, những bệnh lý này vẫn có thể xuất hiện ở mọi nơi trên thế giới, không riêng gì Việt Nam. Vì vậy, YouMed xin gửi đến bạn bài viết giúp cung cấp những thông tin cơ bản về bệnh này. Hãy cùng tham khảo nhé.

Mặc dù được mô tả lần đầu tiên vào những năm 1950, vi rút gâysốt xuất huyếtLassa vẫn chưa được xác định cho đến năm 1969. Loại vi rút này là một loại vi rút RNA sợi đơn thuộc họ vi rút Arenaviridae.

Khoảng 80% những người bị nhiễm vi rút Lassa không có triệu chứng. 1/5 trường hợp nhiễm trùng dẫn đến bệnh nặng. Trong đó virus ảnh hưởng đến một số cơ quan như gan, lá lách và thận.

Sốt xuất huyết Lassa là một bệnh lây truyền từ động vật sang người. Có nghĩa là con người bị nhiễm bệnh khi tiếp xúc với động vật bị nhiễm bệnh.  Vật chủ, của vi rút Lassa là một loài gặm nhấm thuộc giống Mastomys, thường được gọi là “chuột đa nang”. Chuột Mastomys bị nhiễm vi rút Lassa không bị bệnh. Nhưng chúng có thể thải vi rút trong nước tiểu và phân của chúng.

Do diễn biến lâm sàng của bệnh rất thay đổi nên việc phát hiện bệnh ở những bệnh nhân bị ảnh hưởng rất khó khăn. Tuy nhiên, khi sự hiện diện của bệnh được xác nhận trong cộng đồng, việc cách ly nhanh chóng và truy tìm vết tiếp xúc những bệnh nhân bị ảnh hưởng, kèm theo thực hành tốt việc phòng ngừa và kiểm soát nhiễm trùng có thể ngăn chặn bùng phát.

>> Bạn có biết vềsốt xuất huyết Dengueở trẻ em. Cùng tìm hiểu ngay để tránh gây nguy hiểm đến tính mạn

Sốt xuất huyết Lassa được biết đến là bệnh đặc hữu ở Benin, nơi nó được chẩn đoán lần đầu tiên vào tháng 11 năm 2014. Ở Ghana được chẩn đoán lần đầu tiên vào tháng 10 năm 2011. Tại Guinea, Liberia, Mali được chẩn đoán lần đầu tiên vào tháng 2 năm 2009. Nhưng cũng có thể tồn tại ở các nước Tây Phi khác.

Con người thường bị nhiễm vi rút Lassa do tiếp xúc với nước tiểu hoặc phân của chuột Mastomys bị nhiễm bệnh. Virus Lassa cũng có thể lây lan giữa người với người khi tiếp xúc trực tiếp với máu, nước tiểu, phân hoặc các chất tiết khác của cơ thể của người bị nhiễm bệnh sốt Lassa. Không có bằng chứng dịch tễ học chứng minh sự lây lan qua không khí giữa người với người. Lây truyền từ người sang người xảy ra ở cả cộng đồng và cơ sở chăm sóc sức khỏe, nơi vi rút có thể lây lan qua các thiết bị y tế bị ô nhiễm, chẳng hạn như kim tiêm tái sử dụng. Ngoài ra, vi rút Lassa cũng có thể lây qua đường tình dục

sốt xuất huyết Lassa xảy ra ở mọi lứa tuổi và cả hai giới tính. Những người có nguy cơ cao nhất là những người sống ở các vùng nông thôn nơi Mastomys thường được tìm thấy. Đặc biệt là trong các cộng đồng có điều kiện vệ sinh kém hoặc đông đúc. Nhân viên y tế sẽ gặp rủi ro nếu chăm sóc bệnh nhân sốt Lassa trong trường hợp không có các biện pháp điều dưỡng và phòng ngừa nhiễm trùng đúng cách.

Thời gian ủ bệnh của sốt xuất huyết Lassa từ 6 – 21 ngày.

Bệnh thường khởi phát bằng triệu chứng sốt, kèm mệt mỏi và khó chịu. Các triệu chứng diễn tiến từ từ, không quá rầm rộ.

Sau một vài ngày, nhức đầu, đau họng, đau cơ, đau ngực. Có thể kèm buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, ho và đau bụng có thể xảy ra.

Trong trường hợp nghiêm trọng có thể bị sưng mặt, có tràn dịch màng phổi. Chảy máu từ miệng, mũi, âm đạo hoặc đường tiêu hóa vàhuyết áp thấp.

Protein có thể được ghi nhận trong nước tiểu.

Sốc, co giật, run, mất phương hướng và hôn mê trong giai đoạn sau.

Điếc xảy ra ở 25% bệnh nhân sống sót sau bệnh. Trong một nửa số trường hợp này, thính lực trở lại một phần sau 1-3 tháng.

Rụng tóc thoáng qua và rối loạn dáng đi có thể xảy ra trong quá trình phục hồi.

Tử vong thường xảy ra trong vòng 14 ngày kể từ ngày khởi phát trong những trường hợp tử vong.

Bệnh đặc biệt nghiêm trọng vào cuối thai kỳ, có thể gây sảy thai hoặc tử vong ở mẹ.

Do các triệu chứng của sốt Lassa rất đa dạng và không đặc hiệu. Nên việc chẩn đoán lâm sàng thường khó khăn, đặc biệt là giai đoạn đầu của bệnh.

Sốt xuất huyết Lassa rất khó phân biệt với:

Các bệnh sốt xuất huyết do vi rút khác

Các bệnh gây sốtBệnh do vi rút EbolaSốt rétShigellosisSốt thương hànSốt vàng da do virus viêm gan

Bệnh do vi rút Ebola

Sốt rét

Shigellosis

Sốt thương hàn

Sốt vàng da do virus viêm gan

>> Bạn biết gì vềvi rút Ebola? Để bảo vệ con mình, bạn nên tìm hiểu về cách lây truyền và phòng tránh nhiễm vi rút Ebola.

Nhiễm vi rút Lassa chỉ có thể được chẩn đoán xác định trong phòng thí nghiệm bằng các xét nghiệm sau:

Xét nghiệm phản ứng chuỗi polymerase phiên mã ngược (RT-PCR)

Xét nghiệm hấp thụ miễn dịch liên kết với enzym kháng thể (ELISA)

Tìm phát hiện kháng nguyên

Phân lập vi rút bằng nuôi cấy tế bào

Thuốc kháng vi rút ribavirin dường như là một phương pháp điều trị hiệu quả cho bệnh sốt Lassa nếu được sử dụng sớm trong quá trình bệnh lâm sàng. Không có bằng chứng chứng minh vai trò của ribavirin trong điều trị dự phòng sau phơi nhiễm đối với bệnh sốt Lassa.

Hiện không có vắc-xin nào bảo vệ chống lại bệnh sốt Lassa.

Phòng ngừa bệnh sốt xuất huyết Lassa dựa vào việc thúc đẩy “vệ sinh cộng đồng” tốt để ngăn chặn các loài gặm nhấm vào nhà. Các biện pháp hiệu quả bao gồm:

Lưu trữ ngũ cốc và thực phẩm khác trong các thùng chứa chống chuột bọ,

Vứt rác xa nhà, duy trì hộ gia đình sạch sẽ

Nuôi mèo

Bởi vì không thể loại bỏ chuột Mastomys hoàn toàn khỏi môi trường. Các thành viên trong gia đình phải luôn cẩn thận, tránh tiếp xúc với máu và dịch cơ thể khi chăm sóc người bệnh.

Trong các cơ sở y tế, nhân viên phải luôn áp dụng các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát nhiễm trùng tiêu chuẩn. Đặc biệt khi chăm sóc bệnh nhân, bất kể chẩn đoán giả định của họ là gì. Chúng bao gồm

Vệ sinh tay cơ bản

Vệ sinh đường hô hấp

Sử dụng thiết bị bảo vệ cá nhân (để chặn bắn hoặc tiếp xúc với vật liệu bị nhiễm bệnh)

Thực hành tiêm an toàn và thực hành chôn cất an toàn

Nhân viên y tế chăm sóc bệnh nhân bị nghi ngờ hoặc xác nhận bị sốt xuất huyết Lassa nên áp dụng các biện pháp kiểm soát nhiễm trùng bổ sung. Với mục đích ngăn tiếp xúc với máu và dịch cơ thể của bệnh nhân cũng như các bề mặt hoặc vật liệu bị ô nhiễm như quần áo và giường. Khi tiếp xúc gần (trong vòng 1 mét) với bệnh nhân bị sốt Lassa, nhân viên y tế nên đeo thiết bị bảo vệ mặt (che mặt hoặc khẩu trang y tế và kính bảo hộ), mặc áo choàng dài tay sạch.

Nhân viên phòng thí nghiệm cũng có nguy cơ. Các mẫu lấy từ người và động vật để điều tra nhiễm vi rút Lassa phải được xử lý bởi nhân viên được đào tạo. Và xử lý trong các phòng thí nghiệm được trang bị phù hợp trong điều kiện ngăn chặn sinh học tối đa.

Trong những dịp hiếm hoi, du khách từ các khu vực bùng phát bệnh sốt xuất huyết Lassa mang mầm bệnh sang các nước khác. Đặc biệt nếu họ đã từng tiếp xúc ở các vùng nông thôn hoặc bệnh viện ở các quốc gia có bệnh sốt Lassa. Nhân viên y tế khi thấy bệnh nhân nghi bị sốt Lassa cần liên hệ ngay với các chuyên gia trong nước và địa phương để được tư vấn và thu xếp làm xét nghiệm.

Vì là bệnh truyền nhiễm. Nên việc phòng bệnh, đặc biệt là môi trường sống xung quanh cực kỳ quan trọng. Vì vậy, hãy dọn dẹp môi trường xung quanh khu vực mình sống để có thể phòng bệnh tốt nhất bạn nhé.

Bác sĩ Đào Thị Thu Hương

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tai-bien-mach-mau-nao/

Nội dung bài viết

Tai biến mạch máu não là gì?

Dấu hiệu nhận biết tai biến mạch máu não?

Điều trị tai biến mạch máu não thế nào?

Mạng lưới điều trị tai biến mạch máu não tại thành phố Hồ Chí Minh

Ngăn ngừa, phòng tránh tai biến mạch máu não

Tai biến mạch máu não và Cơn thiếu máu não thoáng qua khác nhau điểm gì?

Tai biến mạch máu não hay còn gọi là đột quỵ ngày càng được xã hội quan tâm vì tính phổ biến, bệnh diễn biến phức tạp cũng như cần có biện pháp chữa trị kịp thời để tránh khỏi tử vong cũng như những di chứng thần kinh nặng nề. Theo số liệu thống kê thì 3 năm trở lại đây, số người phải nhập viện điều trị vì tai biến mạch máu não tăng lên từ 1,7%-2,5%, một điều đáng lo ngại là số bệnh nhân đột quỵ trong độ tuổi trẻ cũng đang gia tăng mạnh mẽ.

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một thuật ngữ y khoa, được các bác sĩ sử dụng để miêu tả tình trạng mà một phần của não bộ bị tổn thương do các vấn đề liên quan đến mạch máu. Các vấn đề liên quan đến mạch máu có thể bao gồm:

Động mạch phụ trách việc cung cấp máu đến một phần não bộ nhất định bị tắc nghẽn dẫn đến thiếu máu nuôi kéo dài vùng não đó, hay còn gọi là nhồi máu não.

Động mạch não vỡ và chảy máu ra xung quanh bên trong não, hay còn gọi là xuất huyết não

Mặc dù ít phổ biến hơn trong hai loại, nhưng xuất huyết não thường dẫn đến tử vong.

Tai biến mạch máu não nguy hiểm như thế nào?

Mức độ ảnh hưởng của tai biến mạch máu não có thể từ nặng đến nhẹ phụ thuộc vào

Vị trí và kích thước của vùng não bị tổn thương

Tính kịp thời của các biện pháp can thiệp điều trị

Trong khi có những bệnh nhân TBMMN hồi phục gần như hoàn toàn mà không để lại di chứng gì thì cũng có những bệnh nhân TBMMN để lại những di chứng nặng nề, thiếu hụt những chức năng quan trọng của não bộ như liệt hoặc mất khả năng nói chuyện. Nặng hơn TBMMN cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu hiện nay.

Có một cách giúp dễ ghi nhớ các dấu hiệu nhận biết TBMMN. Hãy nghĩ tới từFASTvới mỗi chữ cái nhắc chúng ta một dấu hiệu nhận biết

–Face – khuôn mặt : Khuôn mặt người thân nhìn có vẻ bất thường hoặc lệch một bên hay không ? Thông thường bệnh nhân biểu hiện méo miệng, rõ hơn khi bệnh nhân cười, nhe răng.

–Arm – Cánh tay : Người thân có dấu hiệu yếu hoặc tê ở một hoặc cả hai cánh tay hay không ? Đánh giá bệnh nhân có bị yếu hay không bằng cách yêu cầu bệnh nhân đưa hai tay lên cao.

–Speech – lời nói : Người thân có gặp vấn đề bất thường trong phát âm không ? Liệu tiếng nói phát ra có bất thường. Có thể đề nghị bệnh nhân lặp lại một cụm từ đơn giản. Xem bệnh nhân có hiểu không? Có thể lặp lại được không và nhận xét giọng nói có bị đớ không ?

–Time – Thời gian : Nếu nhận raBẤTkì những dấu hiệu của TBMMN kể trên,HÃY GỌI CẤP CỨU( Tùy địa phương có thể gọi 115). Lúc này bạn cần hành động thật nhanh đúng như tinh thần từFASTbởi vì sau khiđột quỵxảy ra: mỗi phút trôi qua sẻ có gần 2 triệu tế bào não bị chết và làm người bệnh già hơn khoảng 3 tuần tuổi. Chính vì vậy,“Thời gian chính là Não”.Can thiệp điều trị càng sớm thì kết quả điều trị càng thành công. Do đó, khi gặp người TBMMN, lưu ý :

Đừng chờ đợi để xem các triệu chứng có dừng lại hay không

Người thân không tự ý mua thuốc uống hoặc xoa bóp, cạo gió, chích đầu ngón tay… làm mất “thời gian vàng” điều trị.

Phương pháp điều trị TBMMN không cố định mà có những phương pháp điều trị khác nhau tùy thuộc vào loại TBMMN mà bệnh nhân mắc phải. Điều quan trọng nhất cần ghi nhớ như đề cập ở phía trên là bạn phải tìm cách để đến bệnh việnNHANH NHẤT CÓ THỂ

Điều trị đối với những bệnh nhân TBMMN do động mạch não bị tắt nghẽn (nhồi máu não) bao gồm:

Can thiệptái thông lại động mạch não bị tắc nghẽn. Việc tái thông có thể giúp bệnh nhân phục hồi khỏi TBMMN. Với liệu pháp tan cục máu đông (rTPA) cho những bệnh nhân đến bệnh viện sớm trong giờ vàng (dưới 4.5 giờ sau khi bị tai biến mạch máu não) và lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học (dưới 6 giờ sau khi bị tai biến mạch máu não)

Dùng thuốc ngăn ngừa việc tái hình thành tắc nghẽn mới, đây là những thuốc giúp bệnh nhân ngăn ngừa những TBMMN trong tương lai

Điều trị đối với nhóm bệnh nhân TBMMN do vỡ động mạch não (Xuất huyết não) bao gồm :

Can thiệp mạch máu não giảm thiểu tổn thương gây ra bởi việc máu chảy ra xung quanh bên trong não

Ngưng hoặc giảm liều các thuốc làm nặng thêm tình trạng chạy chảy máu

Phẫu thuật não nhằm sửa chữa động mạch hoặc kiểm soát nguồn chảy máu ( Việc này không phải luôn luôn khả thi)

Tính đến thời điểm hiện nay (7/2019), đã có 17 bệnh viện trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh có thể tiếp nhận và điều trị bệnh đột quỵ. Trung tâm đột quỵ của BV Nhân Dân 115 có quy mô lớn nhất và có đầy đủ tất cả kỹ thuật điều trị đột quỵ, và cũng là bệnh viện đầu tiên của Châu Á nhận “Chứng nhận đạt chuẩn chất lượng điều trị vàng” của Hội Đột quỵ Châu Âu. Mới đây, BV Đại học Y Dược TP.HCM cũng đã được công nhận và là bệnh viện thứ 2 của Châu Á đạt chuẩn chất lượng vàng này.

Dưới đây là danh sách các bệnh viện trên địa bàn thành phố trong mạng lưới điều trị đột quỵ với năng lực thực hiện các kỹ thuật điều trị đột quỵ tương ứng:

Có rất nhiều TBMMN hoàn toàn có thể ngăn ngừa từ trước, tất nhiên không phải là tất cả. Bạn có thể giảm thiểu tỉ lệ mắc phải TBMMN thông qua :

Dùng các nhóm thuốc điều trị bệnh đúng chỉ định và liều lượng. Đôi khi việc dùngĐÚNG CHỈ ĐỊNH VÀ LIỀU LƯỢNGmột vài nhóm thuốc đóng vai trò rất quan trọng giúp ngăn ngừa TBMMN như :Các thuốc hạ huyết ápNhóm thuốc “Statins”, đây là nhóm thuốc giảm lượng CholesterolNhóm thuốc ngăn ngừa cục máu đông, nhưthuốc Aspirinhoặc nhóm thuốc làm loãng máuNhóm thuốc kiểm soát lượng đường huyết (đối với những bệnh nhân đái tháo đường)

Các thuốc hạ huyết áp

Nhóm thuốc “Statins”, đây là nhóm thuốc giảm lượng Cholesterol

Nhóm thuốc ngăn ngừa cục máu đông, nhưthuốc Aspirinhoặc nhóm thuốc làm loãng máu

Nhóm thuốc kiểm soát lượng đường huyết (đối với những bệnh nhân đái tháo đường)

Cải thiện lối sống lành mạnhNgừng việc hút thuốc láTập thể dục đều đặn (trừ khi bạn mắc những bệnh lý cần hạn hết vận động) tối thiểu 30 phút một ngày và hầu hết các ngày trong tuầnGiảm cân nếu bạn trong tình trạng thừa cânĂn chế độ nhiều trái cây, rau xanh và giảm lượng chất béo, hạn chế ăn nhiều thịt, đồ ăn ngọt, …Ăn ít muốiGiới hạn lượng thức uống có cồnĐối với nữ, giới hạn ở mức 1 đơn vị cồn / ngàyĐối với nam, giới hạn ở mức 2 đơn vị cồn / ngày

Ngừng việc hút thuốc lá

Tập thể dục đều đặn (trừ khi bạn mắc những bệnh lý cần hạn hết vận động) tối thiểu 30 phút một ngày và hầu hết các ngày trong tuần

Giảm cân nếu bạn trong tình trạng thừa cân

Ăn chế độ nhiều trái cây, rau xanh và giảm lượng chất béo, hạn chế ăn nhiều thịt, đồ ăn ngọt, …

Ăn ít muối

Giới hạn lượng thức uống có cồnĐối với nữ, giới hạn ở mức 1 đơn vị cồn / ngàyĐối với nam, giới hạn ở mức 2 đơn vị cồn / ngày

Đối với nữ, giới hạn ở mức 1 đơn vị cồn / ngày

Đối với nam, giới hạn ở mức 2 đơn vị cồn / ngày

“ Một đơn vị cồn tương đương 10 gram cồn nguyên chất chứa trong dung dịch uống. Như vậy 1 đơn vị cồn tương đương với 3/4 chai/lon bia 330 ml (5%); 1 cốc bia hơi 330 ml; 1 ly rượu vang 100 ml (13,5%); hoặc 1 chén rượu mạnh 30 ml (40%)”

>> Xem thêm:Bật mí công dụng thuốc bổ não Ginkgo Biloba

Cơn thiếu máu não thoáng qua (CTMNTQ) là thuật ngữ miêu tả tình trạng tương tự như TBMMN, điểm khác nhau là không tổn thương não. CTMNTQ xảy ra do động mạch não trở nên tắc nghẽn nhưng sau đó tự tái thông. Đó là do nút chặn mạch máu hình thành gây tắc nghén sau đó tự bản thân di chuyển khỏi vùng tắc.

Mặc dù CTMNTQ không để lại các triệu chứng lâu dài tuy nhiên vẫn rất nguy hiểm. Nếu bệnh nhân có CTMNTQ đồng nghĩa cũng là nguy cơ cao của bệnh lý TBMMN. Do đó rất quan trọng phải thăm khám bác sĩ và tiến hành những biện pháp ngăn ngừa TBMMN. Đừng chủ quan trước các triệu chứng của TBMMN kể cả khi nó chỉ thoáng qua.

Phần kết

Hiểu biết và chia sẻ những kiến thức y học thường thức nói chung, về bệnh TBMMN hay đột quỵ nói riêng một ngày nào đó sẽ là những hành trang giúp chúng ta có những hành động và quyết định đúng đắn góp phần cứu sống những thành viên trong gia đình và người thân. Bên cạnh đó những kiến thức về cách phòng tránh bệnh sẽ cung cấp những thông tin để xay dựng thói quen sinh hoạt tốt, cuộc sống thêm khỏe mạnh.

Đừng ngại để lại những thắc mắc ở phần bình luận, cũng như chia sẻ bài viết nếu thấy hữu ích. Chúng tôi mong nhận được những phản hồi cũng như đồng hành cùng bạn ở những bài viết kế tiếp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tai-sup-lo-va-nhung-dieu-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

Tai súp lơ là gì?

Tai súp lơ có những biểu hiện triệu chứng gì?

Nguyên nhân của tai súp lơ là gì?

Ai là người có nguy cơ bị tai súp lơ?

Điều trị bệnh lý này như thế nào?

Làm cách nào để phòng ngừa tình trạng này?

Tai và súp lơ nghe có vẻ không liên quan gì phải không nào? Tuy nhiên lại có một tình trạng biến dạng ở tai gọi là tai súp lơ. Các bạn có muốn biết tình trạng này là gì không? Hãy cùng theo dõi bài viết sau của ThS.BS Trần Thanh Long nhé!

Nếu bạn từng theo dõi một trận đấu vật thì bạn có thể để ý thấy tai của một số đô vật có gì đó khác khác. Tai súp lơ, hay còn được biết đến với thuật ngữ tụ máu quanh sụn vành tai, là một biến dạng của tai gây ra do chấn thương.

Tai súp lơ xảy ra khi máu bị tích tụ ở vành tai sau khi bị đánh hay va đập. Vành tai là phần phía ngoài cùng của tai. Sự tích tụ máu này cần phải được điều trị ngay lập tức.

Chúng ta có thể phòng ngừa tình trạng tình trạng tai súp lơ xảy ra ngay cả sau khi bị chấn thương. Điều quan trọng là cần nhận biết được các dấu hiệu cảnh báo và hành động ngay lập tức.

Nếu bạn bị chấn thương ở tai hay bị đánh vào phía bên đầu thì cần kiểm tra vành tai qua gương xem có bị sưng phù hay bầm dập không. Bạn cũng có thể nhận biết được các thay đổi hình dạng của tai. Khi máu bắt đầu ứ lại xung quanh vùng chấn thương thì nguồn cung cấp máu mới cho sụn tai sẽ bị cắt giảm đi.

Nếu không được điều trị, tai súp lơ có thể gây ra:

Ù tai.

Nghe kém.

Đau đầu.

Các đô vật có tai súp lơ sẽ dễ bị ảnh hưởng đến khả năng nghe hơn những đô vật không bị tình trạng này. Tai súp lơ cũng có liên quan đến tăng nguy cơnhiễm trùng tai. Nhận biết được các dấu hiệu khởi phát của tai súp lơ sẽ giúp bảo vệ bạn khỏi các biến chứng khác, cũng như ngăn ngừa biến dạng tai.

Tai súp lơ hình thành sau khi tai chịu chấn thương trực tiếp. Phần tai ngoài của bạn có thành phần là sụn, chứ không phải xương. Nếu tai bị chấn thương thì mạch máu cung cấp cho sụn tai có thể bị xé rách, làm cho máu bị ứ lại giữa sụn và màng sụn. Màng sụn là lớp mô liên kết bao quanh sụn, và có vai trò quan trọng trong vận chuyển máu và chất dinh dưỡng đến nuôi sụn.

Khi nguồn cung cấp máu mới bị cắt giảm thì sụn tai sẽ không thể có đủ lượng dinh dưỡng cần thiết mà nó cần. Điều này sẽ dẫn đến nhiễm trùng và làm chết mô. Khi điều này xảy ra, mô sợi mới có thể hình thành xung quanh, tạo nên hình dạng tai súp lơ.

Bất cứ ai có nguy cơ bị chấn thương ở đầu và tai cũng sẽ dễ bị hình thành tai súp lơ. Yếu tố nguy cơ bao gồm các chấn thương kín, đặc biệt khi chơi một số loại thể thao như đấm bốc, bóng nước, và đấu vật, cũng như những người có sử dụng thuốc chống đông máu.

Chườm lạnhngay sau khi bị chấn thương. Bạn có thể thực hiện bằng cách lấy đá chườm trong khoảng thời gian 15 phút. Điều này sẽ giúp giảm phù nề và có thể phòng ngừa tình trạng tai súp lơ. Bạn cũng nên đi khám bác sĩ ngay sau đó.

Bác sĩ có thể điều trị tình trạng này bằng cách làm thoát lưu máu thừa ở trong tai. Việc dẫn lưu sẽ được thực hiện bằng cách rạch da vùng bị tổn thương để máu có thể thoát ra khỏi khu vực tích tụ.

Sau khi đã dẫn lưu xong, bác sĩ sẽ kê một số thuốc kháng sinh để giúp ngăn ngừa nhiễm trùng. Bác sĩ cũng sẽ dùng gạc đè ép lên tai để đảm bảo tai hồi phục theo đúng hình dạng mong muốn.

Bạn cần tránh các hoạt động có thể gây thêm tổn thương cho tai cho đến khi tai hồi phục hoàn toàn. Hãy hỏi ý kiến bác sĩ khi nào bạn có thể hoạt động lại bình thường. Làm theo đúng ý kiến của bác sĩ có ý nghĩa quan trọng để cải thiện kết quả hồi phục.

Tai súp lơ cũng có thể tái phát, nên điều quan trọng là cần theo dõi xem tai có bị phù nề trở lại không ngay cả khi đã được dẫn lưu rồi.

Nếu tình trạng phù nề không được điều trị nhanh chóng, hoặc điều trị ban đầu không thành công thì sau đó sụn sẽ trở nên dày và xơ sẹo và bắt đầu có hình dạng bông cải.

Trong một số trường hợp, bạn có thể cần đến phẫu thuật chỉnh hình tai để phục hồi hình dạng ban đầu.

Trong cuộc mổ, bác sĩ sẽ rạch da ở tai để bộc lộ sụn. Bác sĩ sau đó có thể lấy bỏ một số phần sụn và dùng chỉ khâu để tái tạo lại hình dạng tai.

Cách phòng ngừa tốt nhất chính là phòng ngừa sang chấn ngay từ ban đầu. Nếu bạn chơi các môn thể thao có nguy cơ cao, chẳng hạn như đấu vật thì bạn cần đội mũ bảo vệ để che chắn đầu.

Bạn cũng như người thân nên tìm hiểu để nhận biết được các dấu hiệu sớm của tai súp lơ và hiểu được tầm quan trọng của việc can thiệp sớm.

Nếu bạn có sử dụng thuốc kháng đông thì cần có sự tư vấn của bác sĩ trong việc chơi thể thao.

Không bao giờ tự ý ngưng thuốc bác sĩ kê mà không hỏi ý trước.

Các biện pháp phòng ngừa và can thiệp sớm có thể giúp bạn tránh khỏi tình trạngtai súp lơ. Điều quan trọng là cần bảo vệ tai trong các môn thể thao có sự va chạm nhiều. Nếu để cho tai súp lơ có cơ hội hình thành thì rất khó để có thể hồi phục.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/khi-nao-mac-tam-benh/

Nội dung bài viết

1. Lịch sử hiểu biết về tâm bệnh

2. Tâm bệnh học là gì?

3. Hệ thống chẩn đoán tâm bệnh

4. Phân biệt hành vi bình thường và tâm bệnh

Đa phần chúng ta đều từng nghe về từ “tâm bệnh” khi nói về một người gặp khó khăn trong những vấn đề liên quan đến cách vận hành của tâm trí. Hiện nay, tâm bệnh học được ứng dụng và phát triển bởi các chuyên gia thực hành trên nhiều lĩnh vực. Từ đó, đem lại hiệu quả đáng kể cho quá trình điều trị các vấn đề sức khỏe tâm thần. Vậy khi nào bạn cần được các nhà thực hành lâm sàng tâm bệnh hỗ trợ? Cùng Chuyên viên tâm lý Nhiêu Quang Thiện Nhân tìm kiếm câu trả lời cho câu hỏi “Khi nào mắc tâm bệnh?” trong bài viết dưới đây.

Tại Hy Lạp, thế kỷ thứ 4 trước Công nguyên, triết gia Hippocrates, được xem là cha đẻ của Y học Hy Lạp và là người thầy thuốc vĩ. Ông đã bác bỏ quan niệm sơ khai về tâm bệnh là do linh hồn ma quỷ gây ra.

Thay vào đó tâm bệnh là một căn bệnh liên quan đến sự mất cân bằng của các chất lỏng trong cơ thể. Triết gia Plato đã lập luận rằng sự đau khổ của tinh thần xuất phát từ sự mất cân bằng trong mối liên hệ giữa tinh thần và thể xác.

Tại phương Tây, vào thế kỷ 16, vấn đề về sức khỏe tâm thần lúc bấy giờ được nhìn nhận từ quan điểm của tôn giáo hoặc mê tín. Theo đó, người ta cho rằng những người có các hành vi kỳ lạ do bị linh hồn hoặc ác quỷ xâm nhập. Cách điều trị lúc bấy giờ sẽ là bị cưỡng chế và tra tấn để đánh đuổi ác quỷ và đưa họ trở về trạng thái tỉnh táo.

Cách này hoàn toàn không đem lại hiệu quả. Một số trường hợp lúc bấy giờ được sử dụng cho các mục đích hãm hại chính trị hay các vấn đề khác. Vì thế, trước thời kỳ “đen tối” đó. Vào thế kỷ 18,  mối quan tâm khác được mở ra về vai trò của thời thơ ấu và chấn thương trong sự phát sinh của tâm bệnh học.

Tiếp theo đó là xu hướng của lý thuyết Phân tâm học vào thế kỷ 19. Sigmund Freud đã giới thiệu một cách thức mới là liệu pháp trò chuyện. Liệu pháp này giải quyết các vấn đề trong vô thức từ thời thơ ấu được cho là nguyên do phát sinh tâm bệnh.

Cho đến nay, sự hiểu biết của chúng ta về tâm bệnh học đã được mở rộng rất nhiều và ngày càng tiến bộ. Vì vậy, có các phương pháp điều trị chuyên biệt, đem hiệu quả được hình thành và phát triển.

Bộ môn nghiên cứu về tâm bệnh học được thành lập bởi Karl Jaspers vào năm 1913. Được hình thành với mục đích là xây dựng 1 mô tả toàn diện về các “rối loạn sức khỏe tâm thần”. Trong đó, gồm nghiên cứu chủ yếu về:

Các yếu tố phát sinh như di truyền, yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội.

Hiểu về quá trình phát triển của tâm bệnh qua từng giai đoạn.

Phân loại tâm bệnh.

Xây dựng chiến lượt và kế hoạch điều trị tâm bệnh.

Thống kê về hiệu quả các điều trị.

Tâm bệnh học nghiên cứu liên ngành, với sự đóng góp từ các chuyên gia tâm lý học lâm sàng, xã hội học phát triển cũng như tâm thần học, khoa học thần kinh. Bên cạnh đó còn có tâm thần kinh và các phân ngành khác như tội phạm học, công tác xã hội, xã hội học, dịch tễ học,…

Ranh giới của tâm bệnh học với các chuyên ngành gần khác vẫn còn nhiều tranh cãi. Nhưng bản chất của tâm bệnh học là chuyên ngành nghiên cứu trả lời cho câu hỏi: Làm thế nào để hiểu được tâm bệnh? Cách phân loại và điều trị tâm bệnh?

Các chuyên gia nghiên cứu và điều trị tâm bệnh học phải dựa trên các hệ thống phân loại để đi đến kết luận về tình trạng sức khỏe tâm thần hiện tại. Từ đó có hướng can thiệp phù hợp.

Hiện tại, các hệ thống được sử dụng phổ biến để phân loại tâm bệnh bao gồm:

Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật (ICD-11)

ICD là hệ thống phân loại được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xây dựng khi thành lập vào năm 1948. Cho đến hiện tại là phiên bản thứ 11. ICD 11 chứa 55.000 mã chẩn đoán với 26 chương tất cả chuyên khoa.

ICD 11 là hệ thống gồm các tiêu chí dùng để xác định một chẩn đoán bệnh lý được các chuyên gia sử dụng, đi đến một chẩn đoán cụ thể cho một cá nhân và xây dựng kế hoạch điều trị.

Các tiêu chí và danh sách rối loạn luôn cập nhật khi có nghiên cứu mới xuất hiện. Ví dụ như một sửa đổi lớn trong bản ICD-11 là đưa vấn đề về chuyển giới ra khỏi chương về sức khỏe tâm thần. Sau đó, chuyển nó sang một chương tình dục mới được tạo ra.

Thuật ngữ rối loạn chơi game đã được thêm vào chương về rối loạn gây nghiện trong ICD-11. Rối loạn chơi game được đặc trưng bởi sự kiểm soát kém do chơi game và dành thời gian ưu tiên cho chơi game hơn các hoạt động khác. Chẳng hạn như ngủ, ăn, làm bài tập ở nhà hoặc các công việc khác.

Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần (DSM-5)

DSM-5 là hệ thống phân loại tương tự như ICD-11 nhưng chuyên về các rối loạn sức khỏe tâm thần. DSM được tạo ra bởi Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ. Phiên bản đầu tiên được xuất bản đầu tiên vào năm 1952.

Đầu tiên, ICD-11 được sản xuất bởi một cơ quan toàn cầu. Trong khi DSM-5 được sản xuất bởi một hiệp hội chuyên nghiệp quốc gia (Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ). ICD được chấp thuận bởi Hội đồng Y tế Thế giới bao gồm các bộ trưởng y tế từ 193 quốc gia thành viên của WHO.

Thứ hai, mục tiêu của ICD-11 là giảm gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu. Nên các tiêu chí mang tính phổ quát hơn.

Thứ ba, ICD-11 có sẵn miễn phí trên Internet. Ngược lại, DSM tốn tiền và Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ có được doanh thu từ việc bán sách và các sản phẩm liên quan.

Làm thế nào để các nhà tâm lý lâm sàng và bác sĩ tâm thần xác định bệnh nhân mắc tâm bệnh? Có 4 tiêu chí được đa số các chuyên viên tâm lý và bác sĩ tâm thần làm việc với sức khỏe tâm thần công nhận. Đó chính là: lệch lạc, đau khổ, rối loạn chức năng và nguy hiểm.

Ví dụ: Nếu bạn gặp phải các triệu chứng của rối loạn trầm cảm và đến gặp bác sĩ tâm thần. Bạn sẽ được đánh giá theo tiêu chuẩn chẩn đoán.

Sự lệch lạc:

Đề cập đến những suy nghĩ, cảm xúc hoặc hành vi không phù hợp dựa trên niềm tin, văn hóa hiện tại của nơi bạn đang sinh sống. Trong trường hợp trầm cảm. Bạn có thể xuất hiện những suy nghĩ về cảm giác tội lỗi hoặc vô giá trị quá nặng nề của mình sau khi tiếp xúc với người khác.

Đau khổ:

Đề cập đến cảm giác tiêu cực xuất hiện trong chính bạn hoặc một cảm xúc được chia sẻ với những người xung quanh. Trong trường hợp trầm cảm. Bạn có thể cảm thấy những cảm giác đau khổ tột cùng do nỗi buồn hoặc cảm giác tội lỗi gây ra.

Rối loạn chức năng:

Đề cập đến việc không thể đảm bảo các chức năng sống hàng ngày, đi học hoặc làm việc. Trong trường hợp trầm cảm, bạn có thể thức dạy nổi vào buổi sáng hoặc trì trệ. Bạn không thể hoàn thành các công việc hằng ngày và mất nhiều thời gian hơn bình thường.

Nguy hiểm:

Liên quan đến hành vi nguy hại đối với bản thân hoặc người khác. Trong trường hợp trầm cảm, điều này có thể bao gồm việc bạn đang có ý nghĩ tự tử hoặc làm hại chính mình.

Tâm bệnh ảnh hưởng trực tiếp đến bạn và những người xung quanh. Thông thường, khi những khía cạnh này được thể hiện trên một cá nhân. Nghĩa là cơ chế tự cân bằng sức khỏe tâm thần của bạn đang báo động và cần được chú ý.

Khi mọi thứ trở nên ngoài tầm kiểm soát, bạn nên nhận hỗ trợ từ các chuyên gia thực hành sức khỏe tâm thần. Bạn có thể lựa chọn liên lạc với các chuyên viên tâm lý hoặc bác sĩ tâm thần để được tư vấn và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tam-than-phan-liet-dang-thuong-hay-dang-sophan-1/

Nội dung bài viết

1. Thuật ngữ

2. Triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt

Từ trước tới nay nhắc đến người bệnh tâm thần, mọi người sẽ nghĩ ngay đến “người bị điên”. Họ thường lang thang ngoài đường, quần áo rách rưới, nhếch nhác; dễ bị kích động, chửi mắng hoặc có những hành vi rất kì lạ. Còn trong y khoa, bệnh thuộc phổ tâm thần phân liệt và các rối loạn loạn thần khác. Các bạn có tò mò tại sao tên bệnh lại là tâm thần phân liệt, biểu hiện bệnh như thế nào? Tại sao mắc bệnh và liệu có điều trị hết được không? Hãy cùng YouMed tìm hiểu về bệnh qua chuỗi bài “Tâm thần phân liệt đáng thương hay đáng sợ?” nhé.

Tâm thần là một hoạt động cấp cao của não bộ, gồm ba mảng gắn bó mật thiết với nhau là tư duy, cảm xúc và hành vi. Ở người bệnh tâm thần phân liệt, ba hoạt động này bị phân rã, không còn phù hợp với nhau nói dễ hiểu thì là nghĩ một đường làm một nẻo nên được gọi là “phân liệt”.

Cònloạn thầnlà một thuật ngữ chung chung. Các triệu chứng loạn thần có thể xảy ra trong nhiều bệnh chứ không riêng gì tâm thần phân liệt. Người bị loạn thần thường không thể phân biệt đâu là thực tại đâu là suy nghĩ, là “thế giới riêng”của mình. Hoang tưởng và ảo giác là hai triệu chứng nổi bật của loạn thần. Bên cạnh đó còn có lời nói và hành vi vô tổ chức.

Tâm thần phân liệt thường xuất hiện từ khi còn là thiếu niên. Bệnh tiến triển từ từ, làm thay đổi cách con người suy nghĩ và hành xử. Ban đầu, các dấu hiệu rất khó để nhận ra. Các triệu chứng như thu rút xã hội, thay đổi trong sinh hoạt, ngủ nghỉ có thể nhầm lẫn như là một giai đoạn của tuổi dậy thì. Bệnh thường diễn tiến theo từng đợt. Trong suốt giai đoạn bệnh các triệu chứng của họ thường nặng (gọi là giai đoạn cấp), sau đó là giai đoạn có ít hoặc không có triệu chứng.

Là rối loạn về tri giác mà người bệnh có thể nhìn, nghe, ngửi, nếm hoặc cảm nhận về một thứ có thể là con người, đồ vật hay bất cứ thứ gì mà không tồn tại trong thực tế. Ảo giác thường gặp nhất là ảo thanh. Khi đó, bệnh nhân có thể nghe được tiếng của người anh đã mất, hoặc một giọng nói lạ đang thì thầm vào tai dẫu rằng họ đang ngồi một mình và xung quanh không có ai. Những tiếng nói đó có thể bình luận, nhận xét các hoạt động đang diễn ra, tâm sự, tỉ tê hoặc yêu cầu trực tiếp bệnh nhân làm bất cứ điều gì.

Cũng có khi bệnh nhân chỉ là người thứ ba đang nghe về cuộc đối thoại giữa hai hoặc nhiều ảo thanh đang nói chuyện. Và thái độ của bệnh nhân đối với những ảo thanh đó rất quan trọng, liên quan đến thái độ xử trí, có tức giận, phản kháng với giọng nói đó, thực hiện mệnh lệnh của ảo thanh, hay sợ hãi, yêu thích, phớt lờ ảo giác… rất cần để biết.

Là một triệu chứng khác nằm trong tiêu chuẩn chẩn đoán của tâm thần phân liệt. Đây cũng là từ chúng ta thường dùng để nói ai đó tin vào việc mà không có thực, cho dù điều đó rất kì lạ, không thực tế, thậm chí có những bằng chứng chứng minh hoàn toàn sai nhưng người bệnh vẫn tin tưởng. Ví dụ, bản thân là “dân đen” nhưng luôn nói với người khác rằng mình là điệp viên, đang hoạt động bí mật cho tổ chức phòng chống tội phạm quốc tế.

Nội dung hoang tưởng thường gặp là hoang tưởng bị hại. Người bệnh tin rằng mình đang bị theo dõi, đầu độc, ám hại; thường là bởi người trong gia đình hoặc bạn bè. Họ có thể tin rằng những bài viết trên báo hoặc nội dung phát thanh viên đang nói trên ti vi là đang nói tới họ, hoặc có những diễn giải rất kì lạ về suy nghĩ của mình như bị ai đó đánh cắp, hoặc bị người khác lấy suy nghĩ của họ áp đặt vào người bệnh, và đó không phải là suy nghĩ của người…

Bệnh nhân thường chuyển chủ đề rất nhanh từ chủ đề này qua chủ đề khác, hoặc trả lời có nội dung không liên quan với câu hỏi của bác sĩ. Tuy nhiên, người nghe vẫn có thể hiểu được. Còn nặng hơn, người bệnh có thể nói từng từ, cụm từ lộn xộn, không liên quan về mặt ngữ nghĩa, lô-gic gì cả, người nghe không thể hiểu họ đang muốn diễn đạt cái gì.

Họ đôi khi mô tả trong đầu mình rất mơ hồ như được bao phủ một lớp sương, nhiều dòng suy nghĩ cứ nối tiếp nhau. Họ khó tập trung nên không thể tập trung nghe giảng, đọc sách báo hay coi một chương trình ti vi hoàn chỉnh.

Ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, những hành vi vô tổ chức (disorganized behavior) cũng thường xảy ra và không thể dự đoán trước được. Họ có thể đột nhiên kích động, la hét, chửi mắng đánh đuổi bất kì ai mà không có lí do nào cả. Hoặc trời đang nắng như đổ lửa vẫn đi khoác tấm áo bông dày cộp. Hoặc đứng trước một tình huống đau buồn thì lại cười nói rất to. Một số người bệnh dù đã là người trưởng thành nhưng đột nhiên có cách hành xử, nói năng như đứa con nít…

Và nhóm triệu chứng cuối dù không nổi bật, rầm rộ như các triệu chứng trên nhưng lại ảnh hưởng rất nhiều đến chức năng của bệnh nhân, đó là các triệu chứng âm tính. Âm tính là vì đáng lẽ người bình thường phải có thì bệnh nhân tâm thần phân liệt lại không có. Còn các triệu chứng khác vừa kể ở trên trong tâm thần được xếp vào nhóm triệu chứng dương tính vì đáng lẽ không có ở người bình thường thì lại có.

Triệu chứng âm tính có thể xuất hiện vài năm trước khi triệu chứng dương tính xuất hiện. Nó thường được coi là tiền triệu của bệnh, dần dần sẽ trở nên tồi tệ, nặng nề hơn, bao gồm sống thu rút khỏi xã hội và ngày càng không quan tâm tới xung quanh kể cả bản thân bệnh nhân. Họ không còn thiết tha vệ sinh cá nhân, chẳng thèm để ý tới vẻ bề ngoài của mình.

Người bệnh dần mất đi sự yêu thích và động lực trong các mối quan hệ, kể cả tình dục. Họ mất tập trung, không muốn ra khỏi nhà và thay đổi giấc ngủ. Ít bắt chuyện với người khác, cảm thấy không có gì để nói và không thoải mái khi có nhiều người. Chính vì sự thô lỗ và lười biếng như vậy nên bệnh nhân tâm thần phân liệt thường hay có vấn đề về bạn bè và gia đình.

>> Xem tiếp:Tâm thần phân liệt đáng thương hay đáng sợ? (Phần 2)

Bài viết đã cung cấp thông tin về nguyên nhân, chẩn đoán dấu hiệu tâm thần phân liệt. Cùng tiếp tục tìm hiểuthuốc chữa trị bệnh tâm thần phân liệt. Mời các bạn đón đọc.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-tan-mau-bam-sinh-thalassemia/

Nội dung bài viết

Bệnh tan máu bẩm sinh (Thalassemia) là gì?

Tại sao lại bị bệnh Thalassemia?

Bệnh có phổ biến không?

Bệnh tan máu bẩm sinh được phân loại như thế nào?

Bệnh biểu hiện và mức độ như thế nào?

Bệnh nguy hiểm như thế nào?

Điều trị bệnh Thalassemia

Cần lưu ý gì khi chăm sóc bệnh nhân tan máu bẩm sinh?

Tan máu bẩm sinh, hay còn gọi với cái tên quen thuộc là bệnh Thalassemia, là một tình trạng không hề hiếm tại Việt Nam. Tuy bệnh lý lành tính, nhưng có nhiều vấn đề nguy hiểm không thể chủ quan, thậm chí về lâu dài sẽ có những nguy cơ tiềm ẩn khi chăm sóc và điều trị không đúng. Bài viết này của Bác sĩ chuyên khoa Huyết học Đinh Gia Khánh sẽ cung cấp cho chúng ta một cái nhìn tổng thể hơn về bệnh Thalassemia, cũng như cách chăm sóc, hỗ trợ điều trị cho bệnh nhân và thân nhân người bệnh.

Như tên gọi, người mắc bệnh Thalassemia sẽ dễ bị tán huyết (được gọi thông thường là tan máu) gây nên thiếu máu và các biến chứng khác do tán huyết gây ra . Trong đó, nghiêm trọng nhất là thừa sắt gây tổn thương nhiều cơ quan.

Thalassemia là một bệnh lý di truyền. Bất thường về di truyền trên gen sẽ làm cơ thể không tổng hợp được chuỗi globin. Những chuỗi globin này cấu tạo nên hồng cầu. Sự thiếu hụt này dễ làm cho hồng cầu kém bền, dễ vỡ hơn và dẫn đến tán huyết.

Bệnh có khắp nơi trên thế giới, số lượng người mang gen tan máu bẩm sinh khoảng 7% dân số thế giới.

Ở Việt Nam, người dân tộc Kinh mang gen khoảng 2 – 4%. Trong khi đó, ở các dân tộc thiểu số miền núi có thể từ 22% lên đến 40%, đặc biệt là các dân tộc Êđê, Stiêng… Đây là một con số rất lớn.

Hồng cầu giai đoạn trưởng thành được cấu tạo quan trọng nhất bởi hai loại chuỗi trong hemoglobin: chuỗi alpha và chuỗi beta. Tuỳ thuộc vào bất thường loại chuỗi nào mà ta có 2 loại bệnh Thalassemia:

alpha Thalassemia.

beta Thalassmeia.

Dựa trên biểu hiện bệnh và đặc điểm bất thường di truyền, Thalassemia được chia làm 3 mức độ.

Hay còn được gọi là người mang bệnh, thường không có biểu hiện gì đáng kể. Hay có thể thiếu máu nhẹ không ảnh hưởng đến hoạt động cơ bản thường ngày.

Tuy nhiên, trong một số tình huống có thể biểu hiện tình trạng thiếu máu nặng nề hơn như da xanh, niêm nhạt, mệt mỏi… khi cơ thể tăng nhu cầu hoặc tăng mất máu như mang thai,rong kinh rong huyết…

Bệnh biểu hiện rõ và trẻ cần phải truyền máu ở độ tuổi khoảng 4 – 6 tuổi. Thiếu máu mức độ từ nhẹ đến trung bình, trẻ xanh xao hơn, hay mệt mỏi, giảm sức tập trung, hoạt động thể lực kém hơn trẻ đồng trang lứa.

Trẻ cũng có thể có một số biểu hiện do biến chứng tán huyết như gan lách to (sờ có khối rắn ở dưới bờ sườn bên phải hoặc trái),vàng da,…

Trẻ biểu hiện sớm, có thể ngay lúc mới sinh. Nổi bật là thiếu máu, biển hiện rõ ràng và nặng nề hơn khi trẻ được 3 – 6 tháng tuổi. Các biểu hiện bao gồm:

Thiếu máu nặng:

Xanh xao, nhợt nhạt nhiều.

Chậm phát triển thể chất, giới hạn hoạt động hàng ngày.

Trí tuệ kém phát triển.

Dậy thì muộn.

Tán huyết nặng:

Da, niêm, mắt vàng.

Gan lách to nhiều, có thể to qua rốn và chiếm khắp ổ bụng.

Dễ bịsỏi túi mật, đường mật, sỏi trong gan…

Biến chứng khác:

Sốt, tiêu chảy, rối loạn tiêu hoá.

Biến dạng xương: to xương sọ, xương trán nhô ra, hai gò má nhô cao, mũi tẹt, vẩu hàm trên, loãng xương, gãy xương…

Biến chứng do ứ sắt, gặp ở trẻ ở tuổi > 10 tuổi bị tan máu bẩm sinh nặng: suy tim,xơ gan, đái tháo đường…

Mức độ nhẹ, người mang gen có thể sinh sống hoà thuận mà không có vấn đề gì trong suốt cuộc đời. Đối với thể nặng, bệnh nhân có thể tử vong ngay từ rất sớm do thiếu máu và biến chứng của tán huyết. Nếu được điều trị phù hợp, trẻ có thể phát triển ổn định đến tuổi trưởng thành, nhưng luôn tiềm ẩn nguy cơ của các biến chứng của bệnh dù được điều trị tích cực.

Một trong những vấn đề cốt lõi đó là ứ sắt, dẫn đến suy yếu chức năng nhiều cơ quan. Do đó, những trẻ bị Thalassemia nặng luôn cần được giám sát tích cực từ bác sĩ chuyên khoa Nhi/Huyết Học.

Bạn có thể tham khảo thêm về:Các biện pháp phòng ngừa di truyền bệnh tan máu bẩm sinh.

Vấn đề trọng tâm của Thalassemia làthiếu máuvà ứ sắt. Do đó, việc điều trị sẽ dựa vào 2 nguyên tắc cơ bản trên.

Bác sĩ sẽ đánh giá mức độ thiếu máu để cho trẻ được truyền chế phẩm máu nhằm ổn định sự phát triển bình thường. Việc thải sắt song song đó là cần thiết để ngừa ứ sắt.

Một số phương pháp khác như cắt lách, ghép tế bào gốc tạo máu có thể được cân nhắc.

Bệnh phải điều trị cả đời. Một điều cần lưu ý là chi phí điều trị cho trẻ tan máu bẩm sinh là một con số khổng lồ về lâu về dài. Ước tính chi phí truyền máu và thải sắt cho trẻ tới độ tuổi trưởng thành có thể lên đến con số vài tỷ đồng.

Chế độ ăn cho bệnh nhân Thalassemia luôn cần phải đầy đủ dinh dưỡng bởi các nhóm chất: đường, đạm, béo, vitamin và muối khoáng… Cần hạn chế các thực phẩm giàu sắt như thịt bò, thịt heo, rau xanh đậm… Nên tham vấn hướng dẫn của bác sĩ trong việc chọn lựa thực phẩm.

Tiêm phòng đầy đủ.

Uống bổ sung canxi vàvitamin Dtheo hướng dẫn của bác sĩ để bảo vệ xương.

Là một bệnh lý di truyền,Thalassemiacó thể được phòng ngừa bởi khảo sát di truyền. Khảo sát trước sinh ở vợ và chồng, xét nghiệm trong thai kỳ để phát hiện sớm bất thường ở con.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tao-bon-va-nhung-hieu-biet-co-ban-doi-voi-nguoi-benh/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân gây táo bón là gì?

Ai có nguy cơ bị táo bón?

Các dấu hiệu của táo bón?

Khi nào cần đi khám?

Các xét nghiệm cần thực hiện

Làm thế nào để điều trị và dự phòng táo bón?

Táo bón là một trong những vấn đề tiêu hóa thường gặp nhất. Nó có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Phân cứng và khô, đi phải rặn, hoặc đi cầu ít hơn ba lần mỗi tuần được xem như là bị táo bón.Đường tiêu hóa của chúng ta trải dài từ miệng đến hậu môn. Các chất dinh dưỡng từ thức ăn được hấp thu ở ruột non là chính. Cuối cùng các chất bã còn lại được vận chuyển đến trực tràng, chờ ngày “xuất cung”.

Các chất được vận chuyển trong đường ruột nhờ nhu động ruột, theo một chiều về phía hậu môn. Phân càng mềm và lớn, càng kích thích nhu động ruột. Chất thải cuối cùng được tập kết tại trực tràng. Khi đó bạn sẽ cảm thấy mắc ị. Lúc này nếu bạn cho phép mình đi cầu, các cơ vùng đáy chậu kết hợp nhịp nhàng với nhau giúp đẩy phân ra khỏi trực tràng.

Như đã nói ở trên, độ ẩm và kích thước khối phân càng lớn sẽ khiến cho phân được đẩy đi nhanh hơn. Vì thế chế độ ăn nhiều chất xơ và uống đủ nước là điều cần thiết để phân không bị bón.

Thực phẩm giàu chất xơ thường được làm từ thực vật. Chất xơ có ở dạng hòa tan và không hòa tan. Chất xơ hòa tan có thể hòa tan trong nước và tạo ra chất giống như gel khi đi qua hệ thống tiêu hóa.

Chất xơ không hòa tan giữ lại phần lớn cấu trúc của nó. Cả hai dạng sợi đều kết hợp với phân, làm tăng kích thước đồng thời làm mềm nó. Điều này giúp phân dễ dàng đi qua trực tràng.

Một số tình trạng stress, thay đổi thói quen và các bệnh lý đại tràng hay nín nhịn cảm giác muốn đi tiêu lâu ngày cũng có thể gây táo bón. Cụ thể, các nguyên nhân thường gặp nhất bao gồm:

Ăn ít chất xơ, đặc biệt là chế độ ăn nhiều thịt, sữa hoặc phô mai.

Mất nước.

Thiếu tập thể dục.

Nhịn đi cầu mặc dù có cảm giác muốn đi ị.

Du lịch hoặc những thay đổi khác trong thói quen.

Một số loại thuốc: như thuốc bao tử, thuốc giảm đau, thuốc chống tăng huyết áp, thuốc hướng thần…

Lạm dụng thuốc nhuận tràng (thuốc để làm lỏng phân).

Các bệnh lý đại trực tràng, như: tắc ruột,hội chứng ruột kích thích (IBS)hoặc viêm túi thừa, ung thư đại trực tràng…

Bệnh lý thần kinh:đột quỵ,bệnh Parkinson,bệnh tiểu đường.

Bệnh nội tiết như:suy tuyến giáp…

Táo bón có thể gặp ở bất cứ ai, bất kì độ tuổi nào. Tuy nhiên một số đối tượng có nguy cơ cao dễ bị táo bón hơn người khác. Họ là:

Người cao tuổi (≥ 65 tuổi). họ có xu hướng ít hoạt động thể chất, mắc các bệnh mạn tính và ăn uống kém hơn.

Nằm lâu trên giường. một số người bị chấn thương cột sông thường gặp khó khăn khi đi cầu.

Phụ nữ hoặc trẻ em.

Mang thai. Do có sự thay đổi về nội tiết tố. đồng thời sự chèn ép của thai nhi lên đường ruột, làm hạn chế sự di chuyển của phân.

Táo bón là một triệu chứng không phải là một bệnh lý. Khi bị táo bón, bạn sẽ cảm thấy phân khô cứng, nhỏ, rời rạc. Bạn mất rất nhiều sức lực để rặn chúng ra. Dù có đi được hay không, bạn vẫn có cảm giác đau rát tại vùng hậu môn. Đôi khi có chảy máu theo phân, do niêm mạc trực tràng hậu môn bị trầy xước do phân khô lại lớn.

Nhưng vẫn may mắn nếu bạn đi được, còn nếu không bụng bạn sẽ tiếp tục chịu đựng những cơn co thắt. Cảm giác phân vẫn còn trong trực tràng nhưng không thể đi. Bụng nặng mà thắt lưng cũng khó chịu.

Dù rằng táo bón là tình trạng mạn tính, thường gặp. Và có vẻ như không có gì nguy hiểm ngoài việc gây khó chịu cho bản thân người bệnh. Nhưng đôi khi táo bón có thể là một dấu hiệu cần phải cấp cứu. Một số dấu hiệu sau đây đi kèm với táo bón bạn cần quan tâm, cần phải đi khám ngay:

Máu trong phân nhiều, đỏ tươi hoặc đỏ bầm. (cho dù có bị trĩ thì cũng không nên chủ quan bạn nhé)

Phân màu đen, dính, có mùi tanh của máu.

Đau bụng ngày càng nặng dần

Táo bón mới xảy ra, không trung tiện được.

Kèm buồn nôn, nôn (thường là dấu hiệu muộn của tắc ruột đại trực tràng)

Ngoài ra, một tình trạng sụt cân không do ăn kiêng hoặc thay đổi thói quen đi tiêu gần đây. Ví dụ hay bịtiêu chảy, xen kẽ táo bón, hoặc táo bón mới xảy ra… Bạn cũng nên đi khám. Chúng không phải là dấu hiệu cần cấp cứu, nhưng là dấu hiệu của các bệnh lý nguy hiểm như ung thư đại trực tràng, cần được phát hiện và điều trị sớm.

Táo bón không được cải thiện hoặc trở nên tồi tệ hơn. Ngay cả sau khi thử các biện pháp tự chăm sóc và cả dùng thuốc nhuận tràng hơn hai tuần. Cũng nên đi khám, vì đó có thể là dấu hiệu của các bệnh lý khác cần được điều trị.

Khi táo bón xảy ra, bạn có thể đến khám với bác sĩ nội tiêu hóa. Họ sẽ kiểm tra xem có vấn đề gì tại đường ruột của bạn hay không. U, bướu, polyp, viêm, sự chèn ép từ bên ngoài…sẽ được rà soát. Một bệnh sử cụ thể, thăm khám kĩ lưỡng sẽ giúp thu hẹp đáng kể chẩn đoán. Ngoài ra sự hỗ trợ của các xét nghiệm hình ảnh cũng cần thiết được thực hiện.

Kĩ thuật chụp giống như chụp X quang phổi. Mục đích là để xem có các dấu hiệu của tắc ruột hay không. Tùy trường hợp mà bạn có thể được thụt tháo trực tràng và một phần nhỏ của đại tràng.

Mục đích để kiểm tra sự lưu thông, cho hình ảnh gián tiếp của đường ruột. Để thực hiện xét nghiệm này, bạn cần uống một chất lỏng để làm sạch ruột vào đêm hôm trước. Ăn uống cũng được hạn chế. Hình ảnh các tổn thương (nếu có) sẽ được làm nổi bật trên phim để bác sĩ có thể nhìn thấy.

Cho thấy hình ảnh trực tiếp bên trong lòng ruột. Một cái ống nội soi mềm, có gắn camera nhỏ xíu xiu và đèn được đưa vào ruột qua đường hậu môn. Thường động tác này hơi khó chịu nên bạn có thể được được sử dụng thuốc an thần, giảm đau. Và giống như chụp ba-rit bạn cũng cần phải nhịn ăn và được làm sạch ruột. Ưu thế của phương pháp này là nếu thấy tổn thương nghi ngờ ác tính bác sĩ có thể lấy mẫu để đi làm xét nghiệm luôn.

Cũng thường được chỉ định để tìm các tổn thương u ở thành ruột, hoặc bị vật thể bên trong ổ bụng chèn ép. Nó cũng giúp bác sĩ đánh giá được các biến chứng nếu u ác tính xâm lấn cơ quan khác.

Như đã nói ở trên, nguyên nhân táo bón phần nhiều đến từ chế độ ăn uống và tập luyện. vì thế nếu không có dấu hiệu cần cấp cứu, các bạn có thể tạm thời “tự chữa”. Sau khi kết hợp tất cả những biện pháp dưới đây mà không cải thiện hoặc nặng hơn nên đi gặp bác sĩ bạn nhé.

Xem thêm:Cách bấm huyệt chữa táo bón như thế nào?

Những thay đổi nhỏ trong thói quen hàng ngày của bạn có thể cải thiện táo bón. Thiếu vận động và chế độ ăn uống kém là hai nguyên nhân chính gây táo bón. vì vậy hãy bắt đầu siêng vận động hơn chút, kết hợp thêm một vài loại thực phẩm giàu chất xơ.

Bạn không nên cố gắng thực hiện thay đổi lớn cùng một lúc. Điều này sẽ khó duy trì trong thời gian dài. Thay vào đó, thêm một vài điều nho nhỏ, từng bước biến chúng thành thói quen:

Ăn đúng giờ vào mỗi ngày

Thử ăn ngũ cốc nguyên cám cho bữa sáng (gạo lức, bắp, yến mạch…). Các loại bánh mì nâu, mì nguyên hạt sẽ tốt hơn bánh mì trắng

Ăn thêm trái cây vào bữa phụ thay vì thức ăn nhanh như snack, khoai tây chiên, bim bim…

Tự nấu ăn với thực phẩm giàu chất xơ như đậu các loại.

Luôn giữ bên mình một chai nước, để uống bất cứ lúc nào.

Tận dụng tối đa thời gian để vận động. ví dụ: đậu xe thật xa để đi bộ, leo cầu thang bộ đến khi nào mệt có thể dùng thang máy. Hay lựa chọn đi bộ khi phải di chuyển giữa các địa điểm gần nhau…

Tập thể dục ít nhất 30 phút mỗi ngày.

Ngủ đủ giấc.

Khi bạn muốn đi tiêu, hãy đi ngay, hạn chế việc nín nhịn.

Tạo thói quen đi vệ sinh vào một giờ cố định trong ngày.

Việc bổ sung chất xơ khá đơn giản. Có hai cách:

Hoặc là bạn sử dụng nhiều thực phẩm giàu chất xơ.

Thân cây, lá, củ, các loại hạt, trái cây là nguồn cung cấp chất xơ chính. Thịt và các sản phẩm từ sữa không chứa bất kỳ một gam chất xơ nào. Nếu chưa quen với chế độ ăn nhiều rau, củ bạn có thể bắt đầu thêm từ từ vào bữa ăn hằng ngày.

Bánh mì hoặc khoai lăng, bắp cho bữa sáng là nguồn cung cấp xơ tốt. Sử dụng các loại hạt, hay quả hạch vào các bữa phụ. Trong bữa ăn chính, sự kết hợp của cà rốt, bí rợ, cải xanh, đậu ve, mướp, bí đao… giúp tăng cường chất xơ. Nếu có thói quen uống nước ép trái cây, hãy thay nó bằng cách ăn chúng. Cam, lê táo, mận, chuối,… Là những loại trái cây phổ biến chứa nhiều chất xơ. Ngoài ra uống thêm nhiều nước là một ý kiến không tồi chút nào.

Hoặc là bạn có thể dùng thực phẩm chức năng để hỗ trợ. Chúng có thể có dạng viên nang hoặc dạng bột. Tuy nhiên hãy chắc chắn rằng bạn uống thật nhiều nước khi dùng các sản phẩm này. Nếu không bạn sẽ làm tồi tệ hơn tình trạng táo bón hiện tại.

Mặc dù phần lớn có hiệu quả nhưng thuốc nhuận tràng thường không phải là một giải pháp lâu dài cho táo bón. Thực tế, dùng một số loại thuốc nhuận tràng quá thường xuyên có thể gây ra tác dụng phụ nguy hiểm. Ví dụ như: mất cân bằng điện giải, mất nước. Vì thế, nếu dùng thuốc quá hai tuần mà các triệu chứng không cải thiện, bạn nên gặp bác sĩ.

Có nhiều loại thuốc nhuận tràng và không phải tất cả chúng đều có cơ chế giống nhau.

Một số giúp làm mềm phân bằng cách thêm nước vào phân để làm mềm phân. Nhờ đó bạn dễ đi cầu hơn.làm cho nó dễ đi qua hơn. Loại này phù hợp để ngừa táo bón hơn là điều trị chúng.

Một số khác giúp phân có độ thẩm thấu cao, để giữ nước ở lại trong phân. Bạn nên đọc kĩ hướng dẫn trước sử dụng. Tác dụng phụ của nhóm này rất nặng: chuột rút, tiêu chảy, mất nước và rối loạn điện giải.

Số còn lại là thuốc nhuận tràng kích thích. Khi uống thuốc vào, ruột của bạn sẽ co thắt liên tục để đưa phân về phía trực tràng.

Nếu mắctáo bónkinh niên, điều đầu tiên nên thực hiện là có một chế độ ăn nhiều xơ, đủ nước và tập thể dục thường xuyên. Chúng có thể giúp phục hồi chức năng ruột của bạn. bạn có thể dùng thuốc nhuận tràng để hỗ trợ.

Tuy nhiên, luôn nhớ rằng, không phải bao giờ thuốc cũng hiệu quả. Và không phải thuốc nào cũng tốt thực sự. Hãy đến gặp bác sĩ khi có các dấu hiệu nguy hiểm nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-ban-can-nen-biet-ve-benh-tay-chan-mieng-o-tre/

Nội dung bài viết

Tổng quan bệnh tay chân miệng

Vì sao trẻ lại mắc bệnh tay chân miệng?

Triệu chứng bệnh tay chân miệng

Một số biến chứng có thể xảy ra

Phân loại các mức độ của bệnh tay chân miệng ở trẻ em

Làm sao có thể sớm nhận biết bệnh tay chân miệng?

Một số biện pháp điều trị và chăm sóc trẻ tại nhà khi trẻ chưa có dấu hiệu nặng

Khi nào thì cần đến gặp bác sĩ hoặc các cơ sở y tế?

Chẩn đoán xác định tại cơ sở y tế

Cách phòng ngừa bệnh tay chân miệng

Bệnh tay chân miệng là bệnh phổ biến ở trẻ em mà các bậc phụ huynh và thường quan tâm, lo ngại. Tuy bệnh hầu như không quá nghiêm trọng, nhưng có thể dễ dàng lây nhanh ở trẻ em tiến triển thành dịch bệnh. Vậy thật sự bệnh tay chân miệng ở trẻ em là bệnh gì? Làm sao có thể hiểu đúng, phát hiện sớm bệnh cũng như nhận thức được  mức độ nghiêm trọng của bệnh nhằm trang bị những kiến thức về các biện pháp phòng ngừa, xử trí ban đầu tại nhà và khi nào thì cần sự giúp của nhân viên y tế. Hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Tấn Phước Thịnh đi tìm câu trả lời qua bài viết sau đây nhé.

Tay chân miệng là bệnh lý nhiễm khuẩn cấp tính các virus đường ruột gây nên. Tác nhân thường gặp nhất là Coxsackie virus nhóm A16 (CA16) và Enterovirus 71 (EV71). Bệnh có thể không quá nghiêm trọng tuy nhiên một vài trường hợp có thể gây ra biến chứng nguy hiểm ởnão, tim… Thậm chí, bệnh có thể dẫn đến tử vong nên cần nhận biết sớm để có các biện pháp điều trị phù hợp.12

Đặc điểm nhận biết của bệnh là sốt, đau họng và những vết loét hoặc bóng nước trên nền hồng ban ở những vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, bàn tay, bàn chân và đầu gối, cùi chỏ, mông. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt ở trẻ 3 tuổi, dễ lây lan thành dịch. Bệnh xảy ra quanh năm nhưng nổi trội vào tháng 2 – tháng 4 và tháng 9 – tháng 12 hàng năm.12

Tay chân miệng là bệnh gây ra bởi virus. Vì vậy bất cứ trẻ nào nhiễm virus đều có thể lây bệnh cho trẻ khác. Đường lây truyền chủ yếu của bệnh là qua đường phân – miệng, một số trường hợp lây qua dịch tiết từ mũi và họng như nước bọt, nước mũi, giọt bắn từ đường hô hấp sau khi ho và dịch vỡ ra từ bóng nước của trẻ bệnh.2

Do vậy trẻ ở độ tuổi dưới 5, đặc biệt trẻ 3 tuổi hiếu động, thích khám phá mọi thứ, chưa ý thức được vệ sinh sạch sẽ, sinh hoạt tập thể ở nhà trẻ, mẫu giáo thường là yếu tố khiến trẻ dễ mắc bệnh và hình thành dịch.2

Tại sao trẻ từ 6 tháng tuổi đến 5 tuổi dễ mắc bệnh?  Vì trẻ nhỏ hơn 6 tháng tuổi thường có kháng thể từ mẹ truyền sang nên ít khi mắc bệnh. Còn trẻ trên 5 tuổi đa số đã hình thành kháng thể do đã nhiễm Enterovirus từ trước nhưng không có triệu chứng. Tuy nhiên trẻ lớn và người lớn vẫn có thể mắc bệnh tay chân miệng và cũng có thể bị nhiều lần trong đời.34

Một số ví dụ cách thức lây bệnh ở trẻ:5

Tiếp xúc giọt bắn sau hắt xì / ho của trẻ bệnh.

Tiếp xúc gần với trẻ bệnh: ôm, hôn, chạm, ăn uống chung.

Chạm vào phân, bề mặt, môi trường có virus sau đó đưa tay vào mắt mũi miệng.

Thông thưởng bệnh tay chân miệng có thời gian ủ bệnh, tức là thời gian kể từ khi nhiễm virus đến khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên khi virus đạt số lượng nhất định thể hiện bệnh, khoảng từ 3 – 6 ngày. Sau đó bệnh sẽ tiến triển theo 3 giai đoạn: khởi phát, toàn phát và lui bệnh.

Các triệu chứng của bệnh theo từng giai đoạn như sau:126

Các biểu hiện chưa đặc hiệu của bệnh, kéo dài 1- 2 ngày:

Trẻ bắt đầusốttùy mức độ, có thể sốt cao , vừa hoặc nhẹ.

Biếng ăn.

Đau họng, nôn ói hoặc tiêu lỏng.

Cảm thấy không khỏe, trẻ ít chơi đùa và năng động hơn bình thường.

Các triệu chứng đặc hiệu của bệnh bắt đầu xuất hiện, đây là thời kỳ cần theo dõi sát vì có thể xuất hiện các biến chứng hoặc dấu hiệu nặng, kéo dài từ ngày 3 – 10 của bệnh.

Phát ban dạng nốt đỏ phẳng (sẩn hồng ban) hoặc nổi gồ trên bề mặt da, thường không ngứa hoặc mụn nước (kích thước 2 – 10 mm) dịch trong, đôi khi hơi đục trên nền hồng ban.

Vị trí thường thấy là ở lòng bàn tay, bàn chân. Đôi khi tổn thương xuất hiện ở gối, khuỷu, mông và cơ quan sinh dục.

Mụn nước thường ít khi vỡ, lành tính, không để lại sẹo, nhiễm trùng da sau vỡ cũng hiếm gặp, thường sẽ lành sau 3-4 ngày. Tuy nhiên dịch trong mụn nước có thể chứa virus có thể lây bệnh khi vỡ, vì thế hãy giữ mụn nước sạch và hạn chế chạm vào mụn nước.

Bóng nước ở niêm mạc miệng diễn tiến nhanh chóng thành vết loét, đường kính 2 – 3 mm. Vị trí điển hình: 2 bên má, nước, vòm họng và trên lưỡi. Vết loét giới hạn rõ, bờ trơn láng, đáy vết loét nông và có màu trắng.

Vết loét khiển trẻ đau khi nuốt, một số dấu hiệu gợi ý trẻ đau: trẻ giảm ăn, giảm bú, chảy nước bọt nhiều vì không nuốt được và chỉ muốn uống nước lạnh.

Giai đoạn này các triệu chứng dần biến mất và cải thiện

Thông thường nếu không xảy ra biến chứng, hầu hết trẻ sẽ khỏi bệnh không biến sau 7 – 10 ngày từ lúc khởi bệnh trẻ giảm sốt, ăn uống được, hết quấy khóc. Vết loét ở miệng lành dần, mụn nước ngoài da tự xẹp và mất, nếu vỡ sẽ đóng mày, để lại vết thâm da mờ dần theo thời gian, không để lại sẹo.

Bệnh tay chân miệng thường ít xảy ra biến chứng nặng và sẽ tự khỏi. Tuy nhiên, vẫn có sự khác nhau ở biểu hiện lâm sàng khi tác nhân gây bệnh là khác nhau. Theo Tổ chức Y tế thế giới, một số vụ dịch tay chân miệng xảy ra gần đây, khi nhiễm EV71 có thể gây ra một số biến chứng ở hệ thần kinh trung ương và toàn thân nghiêm trọng, thậm chí gây tử vong. Ngược lại với trường hợp nhiễm CA16 thường có diễn tiến tốt hơn.1

Viêm màng não vô trùng.

Viêm thân não.

Viêm não.

Rối loạn thần kinh thực vật.

Liệt mềm cấp.

Xảy ra khi có tổn thương thân não, nơi có trung tâm điều hòa hô hấp tuần hoàn, trẻ sẽ rơi vào suy hô hấp,phù phổi cấp,suy tim.

Dấu hiệu để nhận biết trẻ có biến chứng sẽ xảy ra ở giai đoạn toàn phát, đặc biệt vào ngày thứ 3 – 5 của bệnh.24

Bứt rứt, lừ đừ, chới với, run chi, trợn mắt, đi loạng choạng, giật mình.

Yếu chi.

Co giật, hôn mê.

Thở không đều. thở nhanh, co lõm ngực, sùi bọt hồng.

Mạch nhanh, nhịp tim nhanh, da nổi bông, da lạnh.

Nhìn chung bệnh tay chân miệng có nhiều triệu chứng có thể xuất hiện ở trẻ bị nhiễm bệnh. Tuy nhiên, để dễ ghi nhớ và thuận tiện trong việc thực hiện điều trị bệnh tay chân miệng, người ta chia bệnh làm 4 mức độ theo độ nặng tăng dần của bệnh

Chỉ có phát ban tay chân miệng ở da kèm có hoặc không loét miệng.

Độ 2a: Có một trong các dấu hiệu sau

Trẻ có giật mình  dưới 2 lần trong 30 phút.

Sốt trên 2 ngày hoặc sốt trên 39ºC, nôn nhiều, lừ đừ,khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

Độ 2b:

Giật mình nhiều từ 2 cơn trong 30 phút trở lên.

Sốt cao trên 39,5℃ hoặc không hạ sốt khi uống thuốc.

Run chi, đi loạng choạng.

Yếu chi, liệt chi.

Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc từng vùng.

Thở nhanh, thở bất thường: cơn ngừng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè.

Rối loạn tri giác.

Sốc.

Phù phổi cấp.

Tím tái.

Ngừng thở.

Trên thực tế, khi trẻ có các dấu hiệu từ độ 2a trở lên đã có chỉ định nhập viện và được theo dõi bởi nhân viên y tế. Cụ thể, độ 2a là nằm ở phòng bệnh cùng người nhà theo dõi dấu hiệu chuyển độ với chế độ chăm sóc như độ 1. Độ 2b sẽ được nhân viên y tế đánh giá và có thể cho nhập phòng cấp cứu của khoa để theo dõi và có những biện pháp chăm sóc điều trị nâng cao.

Độ 3, độ 4 với mức độ nguy hiểm cao hơn có thể phải nhập viện ở khoa hồi sức tích cực. Tuy nhiên, phần lớn các trường hợp trẻ chỉ có thể biểu hiện ở độ 1 và độ 2a, vì thế người nhà cần biến cách phát hiện sớm và theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm khi nào cần nhập viện cũng như chăm sóc trẻ hiệu quả khi trẻ mới chỉ ở độ 1 của  bệnh.

Bệnh tay chân miệng được chẩn đoán dựa trên sự kết hợp các yếu tố đặc trưng của bệnh:

Yếu tố môi trường xung quanh trẻ: nhà trẻ, khu sinh hoạt tập thể.

Tuổi mắc bệnh: thường ở trẻ từ 6 tháng tuổi đến 5 tuổi.

Triệu chứng thường gặp là khởi phát bởi sốt, đau họng, biếng ăn. Sang thương da đặc trưng của bệnh gồm:loét miệng, bóng nước trên nền hồng ban và các sẩn hồng ban ở những vị trí đặc biệt như lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối…

Người nhà cần phải hiểu bệnh tay chân miệng gây ra bởi virus, vì vậy kháng sinh là không cần thiết và không hiệu quả. Phần lớn bệnh sẽ tự khỏi trong 7 – 10 ngày, ngoại trừ một số trường hợp nặng cần có chỉ định của bác sĩ.5

Hiện tại không có thuốc điều trị đặc hiệu bệnh tay chân miệng. Vì vậy, việc chúng ta có thể làm là giúp trẻ là điều trị triệu chứng, chăm sóc, đảm bảo dinh dưỡng. Việc quan trọng nhất phải theo dõi sát sao những dấu hiệu gợi ý bệnh tiến triển nặng để kịp thời đưa trẻ đến cơ sở y tế.

Một số biện pháp chăm sóc trẻ:5

Có thể cho trẻ hạ sốt, giảm đau bằngparacetamol10 – 15 mg/kg khi trẻ sốt từ 38,5℃. Nếu trẻ tăng thân nhiệt < 38,5℃, có thể thực hiện lau mát cho trẻ bằng nước ấm ở hai nách và hai bên bẹn.

Trẻ bị loét miệng, đau họng nên rất khó ăn uống, kiên nhẫn cho trẻ ăn đồ lỏng, dễ tiêu, đút muỗng chậm để tránh nôn ói.

Cho trẻ ăn đủ bữa ăn, tránh các loại thức uống như nước ép, nước ngọt vì có acid khiến trẻ đau họng nhiều hơn.

Vệ sinh răng miệng sạch sẽ.

Cho trẻ nghỉ ngơi yên tĩnh, tránh kích thích.

Cho trẻ nghỉ học, tránh lây cho trẻ khác cùng môi trường.

Nếu có điều kiện, tốt nhất nên cho trẻ tái khám cơ sở y tế mỗi 1- 2 ngày trong 7 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt 48 giờ.

Những dấu hiệu cần cho trẻ đến khám ngay tại cơ sở y tế:245

Khi trẻ không uống được như bình thường và người nhà cảm thấy lo lắng trẻ bị mất nước.

Trẻ lừ đừ, ít chơi, không tươi tỉnh.

Trẻ sốt từ 3 ngày trở lên hoặc sốt cao liên tục khó hạ sốt (trên 39℃).

Trẻ thở nhanh, khó thở.

Giật mình, run chi, bứt rứt, khó ngủ, nôn nhiều.

Đi loạng choạng.

Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.

Co giật, hôn mê.

Bệnh tay chân miệng thường được chẩn đoán dựa trên lâm sàng hay nói cách khác dựa trên việc hỏi bệnh sử, các yếu tố liên quan, triệu chứng của bệnh và thăm khám trực tiếp. Điều này nhằm mục đích tìm hiểu người bệnh có hay không sự xuất hiện những sang thương da niêm đặc trưng và vị trí điển hình của chúng trong quá trình bệnh.

Vì vậy đối với trẻ mắc bệnh tay chân miệng điển hình và không có biến chứng, thường không cần làm thêm xét nghiệm để xác định chẩn đoán. Tuy nhiên, khi bệnh cảnh không điển hình, gây khó khăn để xác định bệnh hoặc khi bệnh diễn tiến xuất hiện những biến chứng nặng và một số tình huống đặc biệt khác, bác sĩ sẽ chỉ định thực hiện một số xét nghiệm để tìm ra tác nhân và theo dõi các biến chứng.36

Bệnh nhân được chỉ định thực hiệnxét nghiệm PCR(Polymerase Chain Reaction) hoặc nuôi cấy virus từ mẫu bệnh phẩm lấy từ họng, phân, dịch mụn nước. Kỹ thuật PCR được ưa chuộng hơn cấy virus vì độ nhạy cao hơn và khi có kết quả cũng sớm hơn.3

Công thức máu: trong trường hợp nặng có nhiễm trùng, bạch cầu tăng cao và Neutrophil ưu thế.

Đường huyết: trong trường hợp có biến chứng rối loạn thần kinh thực vật, đường huyết tăng cao trên 160 mg/dL.

Dịch não tủy: cần thiết trong trường hợp có biến chứng thần kinh.

X quang ngực thẳng: có thể thấy hình ảnh phù phổi cấp khi rối loạn chức năng cơ tim.

Trẻ có thể lây lẫn nhau trong vòng 7 ngày đầu của bệnh. Tuy nhiên virus có thể tồn tại trong cơ thể nhiều ngày đến vài tuần vì thế bệnh vẫn có thể lây qua giọt bắn hô hấp hoặc phân. Hãy thực hiện những biện pháp sau để giảm nguy cơ bị lây bệnh:67

Rửa tay thường xuyên và đúng cách đặc biệt sau khi trẻ đi vệ sinh hoặc sau khi hắt hơi, ho. Không chỉ trẻ mà kể cả gia đình cũng phải vệ sinh tay sạch sẽ. Nếu không có sẵn xà phòng có thể sử dụng nước sát khuẩn tay nhanh.

Dạy trẻ cách vệ sinh sạch sẽ: che miệng khi hắt hơi hoặc khi ho. Thông thường sử dụng khăn giấy là biện pháp tốt, nhưng nếu không có sẵn thì che miệng bằng khuỷu tay cũng hiệu quả không kém. Cho trẻ biết không nên đưa ngón tay, bàn tay hoặc bất cứ thứ gì vào miệng.

Vệ sinh môi trường sống: lau phòng trẻ, khử khuẩn bề mặt bằng Cloramin B 2%.

Không ôm hôn những trẻ bị mắc bệnh tay chân miệng, không uống hoặc ăn chung đồ dùng, không đến nhà trẻ, trường học, nơi trẻ chơi tập trung trong 10 – 14 ngày đầu của bệnh. Khi nghi ngờ trẻ mắc bệnh cần đưa trẻ đi khám ngay và báo với cơ quan y tế gần nhất.

Tóm lại,bệnh tay chân miệng ở trẻ emhầu như không quá nghiêm trọng, song có thể lây lan nhanh phát triển thành dịch, thậm chí vẫn có thể có biến chứng và tử vong. Hiện tại bệnh chưa có vaccine và thuốc điều trị đặc hiệu, vì vậy các bậc phụ huynh và gia đình hãy giữ vệ sinh sạch sẽ cho trẻ và nhận biết sớm được bệnh cũng là cách góp phần hạn chế và giảm những nguy cơ để khiến trẻ bị bệnh, đồng thời hiểu được cách nhận biết bệnh ở giai đoạn sớm, thời điểm cần đến cơ sở y tế nhằm giảm thiểu biến chứng và giúp trẻ mau khỏi bệnh.

Tay chân miệng là bệnh thường gặp ở trẻ em, nhưng đối tượng người lớn vẫn có thể nhiễm bệnh. Nhất là đối tượng có sức đề kháng yếu.

Tay chân miệng là bệnh do virus. Người lớn có thể mắc bệnh nếu tiếp xúc với virus qua đường hô hấp, tiếp xúc miệng – miệng,…

Sang thương phát ban da dạng nốt đỏ phẳng của bệnh tay chân miệng thường không gây ngứa.

Có. Tay chân miệng hoàn toàn có thể quay trở lại cơ thể nhiều lần và vẫn có thể gây nguy hiểm cho người bệnh.

Nhiều phụ huynh quan niệm khi mắc tay chân miệng thì trẻ cần kiêng tắm, kiêng ra gió. Tuy nhiên, điều này không chính xác. Việc không tắm, không vệ sinh, ủ quá kín sẽ làm các sang thương trên da bé dễ nhiễm trùng và để lại sẹo.

Do đó, phụ huynh vẫn nên tắm cho bé bằng nước ấm và nhẹ nhàng lau khô người cho bé sau khi tắm xong. Tránh làm vỡ các sang thương bóng nước trên da hoặc làm trầy da bé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-tay-sachs-la-gi-co-chua-duoc-khong/

Nội dung bài viết

Định nghĩa bệnh Tay-Sachs

Dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Tay-Sachs

Nguyên nhân bệnh Tay-Sachs

Chẩn đoán bệnh Tay-Sachs

Điều trị bệnh Tay-Sachs

Liệu pháp mới đang nghiên cứu

Bệnh Tay-Sachs là một bệnh hiếm gặp trên thế giới, phổ biến nhất ở người Ashkenazi (phía đông và trung tâm Châu Âu). Tuy hiếm gặp nhưng biểu hiện của bệnh khá đặc trưng, những thông tin cụ thể dưới đây nhằm chia sẻ để mọi người có thể quan sát, theo dõi và nhận biết trẻ mắc bệnh và cần điều trị sớm, đồng thời nên khám và tầm soát ở những lần mang thai tiếp theo.

Là một bệnh thoái hóa thần kinh hiếm gặp, liên quan đến gen di truyền gây thiếu hụt một loại enzyme cần thiết cho cơ thể là enzyme hexosaminidase A (một enzyme phân hủy chất béo), dẫn đến sự tích tụ quá mức một số chất béo trong não và tế bào thần kinh (được gọi là ganglioside).

Sự tích tụ bất thường này dẫn đến rối loạn chức năng hoạt động của hệ thống thần kinh trung ương, trở thành chất độc phá hủy tế bào và làm hỏng mô xung quanh. Các triệu chứng thường xuất hiện và thường gây tử vong ở giai đoạn sớm sau sinh (< 1 tuổi).

Ngoài ra còn có các dạng bệnh Tay-Sachs ở tuổi vị thành niên và người trưởng thành, nhưng những trường hợp này rất hiếm:

Ở tuổi vị thành niên gọi là dạng bán cấp, phát triển các triệu chứng muộn hơn so với trẻ sơ sinh.

Khi ở giai đoạn trưởng thành, còn được gọi là bệnh Tay-Sachs khởi phát muộn, có thể xảy ra bất cứ lúc nào từ tuổi thiếu niên đến giữa những năm 30 tuổi.

Các triệu chứng và mức độ nghiêm trọng có thể khác nhau tùy từng người.

Bệnh Tay-Sachs là kết quả một gen lặn gây bệnh được gọi là gen HEXA (nằm trên nhiễm sắc thể 15), chức năng sản xuất enzyme hexosaminidase A. Không có cách nào điều trị bệnh Tay-Sachs, chỉ có thể hỗ trợ giảm các triệu chứng trên bệnh nhân.

Bệnh Tay-Sachs được chia thành:

Dạng cổ điển ở trẻ sơ sinh.

Bán cấp ở thiếu niên.

Khởi phát muộn ở người trưởng thành.

Thiếu gần như hoàn toàn hoạt động của enzyme hexosaminidase A.

Rối loạn thường tiến triển nhanh chóng, suy giảm đáng kể về tinh thần và thể chất.

Trẻ có thể không hoàn toàn xuất hiện triệu chứng ngay sau sinh.

Yếu cơ nhẹ.

Co giật và phản ứng giật mình quá mức.

Phản ứng giật mình có thể một phần do tăng độ nhạy cảm với âm thanh.

Trẻ có thể không còn giao tiếp bằng mắt, có những cử động mắt bất thường.

Bơ phờ và cáu kỉnh.

Chậm tăng cân.

Hạ huyết áp.

Sau đó biểu hiện mất dần thị lực, các cử động chậm, co cứng và không thể lật, bò.

90 % trẻ có biểu hiện đám đỏ hoa anh đào ở mắt, dần dần dẫn đến mù lòa.

Một sô biến chứng nghiêm trọng hơn: co giật, khó nuốt, mất thính lực, mất phương hướng, mất trí nhớ, tê liệt, mù lòa, không phản ứng với môi trường xung quanh.

Trẻ bị suy hô hấp và rất dễ tử vong.

Biểu hiện ban đầu lúc 2 -10 tuổi.

Thông thường, một trong những dấu hiệu đầu tiên là vụng về, khó phối hợp hoạt động.

Sau đó mất dần khả năng nói, các kỹ năng khác và giảm trí nhớ.

Trẻ có hoặc không xuất hiện đốm đỏ giống anh đào trong mắt, giảm phản ứng với môi trường ngoài, mù lòa.

Các biến chứng nặng thường xảy ra vào khoảng 15 tuổi, rất dễ tử vong.

Biểu hiện khác nhau ở mỗi người.

Triệu chứng có thể xuất hiện ở độ tuổi 20, 60 – 70.

Vụng về.

Thay đổi tâm trạng.

Suy nhược cơ, có thể biểu hiện run rẩy, co giật.

Nói chậm.

Không thể phối hợp các cử động linh hoạt, khó nuốt, cứng cơ.

Việc đi bộ, chạy và các hoạt động tương tự khác gặp nhiều khó khăn.

Suy giảm tinh thần, các vấn đề về trí nhớ, hành vi, tính cách thay đổi.

40% bệnh nhân có biểu hiện: hoang tưởng, ảo giác, trầm cảm.

Lưu ý:Nếu trẻ có bất cứ dấu hiệu bất thường nào hoặc có triệu chứng khó thở, đến ngay cơ sở y tế gần nhất hoặc gọi ngay 115.

Bệnh Tay-Sachs gây ra bởi một gen lặn gây bệnh hexosaminidase subunit alpha (HEXA), gen này liên quan đến chức năng sản xuất enzyme hexosaminidase A, cần thiết để phân hủy chất béo được gọi là GM2-ganglioside trong các tế bào cơ thể.

Sự tích tụ bất thường của GM2-ganglioside trong các tế bào não và thần kinh, dẫn đến sự suy giảm dần hệ thống thần kinh trung ương.

Bệnh Tay-Sachs xảy ra ở trẻ nam và nữ với số lượng bằng nhau, tỷ lệ cao ở những người Do Thái (Ashkenazi)

Xét nghiệm máu đo nồng độ hexosaminidase A trong cơ thể: nồng độ này giảm hoặc gần như không có.

Xét nghiệm di truyền phân tử có thể xác định bệnh Tay-Sachs, phát hiện đột biến gen HEXA gây ra rối loạn.

Nếu trong gia đình có người mắc bệnh này, nên tầm soát khi mang thai lần tiếp theo nghi ngờ mắc bệnh Tay-Sachs trước khi sinh dựa trên các xét nghiệm chuyên khoa, chẳng hạn như chọc ối, lấy mẫu xét nghiệm.

Không thể điều trị triệt để bệnh Tay-Sachs.

Điều trị cụ thể triệu chứng ở từng cá thể.

Cần sự phối hợp và chăm sóc sức khỏe toàn diện cho trẻ mắc bệnh.

Tư vấn di truyền có ích cho các bố mẹ trong những lần mang thai tiếp theo.

Theo dõi và bổ sung dinh dưỡng là cần thiết: có thể cần đặt ống, quan sát, theo dõi phòng thức ăn vào phổi.

Thuốc chống động kinh để điều trị chứng co giật, thay đổi về loại thuốc và liều lượng.

Thay thế enzyme (ERT) bị thiếu ở bệnh nhân Tay-Sachs.

Tuy nhiên, liệu pháp này chưa được chứng minh thành công ở những người mắc bệnh Tay-Sachs.

Do không thể tìm ra cách để enzyme thay thế vượt qua hàng rào máu não để có tác dụng ở tế bào não.

Liệu pháp gen cũng đang được nghiên cứu: gen khiếm khuyết có ở bệnh nhân được thay thế bằng gen bình thường Tuy nhiên, vẫn còn nhiều khó khăn để liệu pháp gen có thể thành công.

Tay-sachslà một bệnh hiếm gặp, nguyên nhân do di truyền từ bố mẹ, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển của trẻ, thậm chí đe dọa tính mạng. Hiện chưa có phương pháp điều trị hiệu quả căn bệnh này, chỉ có thể điều trị hỗ trợ giảm một số triệu chứng cho trẻ. Nếu trong gia đình có người bị bệnh Tay-Sachs thì bố mẹ nên đến các trung tâm y tế, bệnh viện phụ sản để được tư vấn tầm soát trước khi sinh, đảm bảo trẻ sinh ra khỏe mạnh và phát triển bình thường (nguy cơ mắc bệnh ở trẻ tiếp theo khoảng 25%).

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/teo-nao/

Nội dung bài viết

Teo não là gì?

Nguyên nhân teo não

Triệu chứng teo não

Giai đoạn bệnh

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Bệnh teo não được chẩn đoán như thế nào?

Điều trị teo não

Phòng ngừa bệnh teo não như thế nào?

Teo não là một tình trạng phổ biến trong các bệnh lý ảnh hưởng đến não bộ. Đây có thể chỉ là hậu quả của quá trình lão hóa tự nhiên, chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Nhưng bệnh cũng có thể vô cùng nguy hiểm. Nó dọa trực tiếp đến sức khỏe người bệnh, ảnh hưởng đến tuổi thọ của một người. Thậm chí có thể dẫn đến tử vong. Để hiểu rõ hơn về bệnh teo não, mời bạn cùng Bác sĩ Cao Hoàng Nhã tìm hiểu qua bài viết sau nhé!

Teo não là bệnh lý gây nên bởi sự suy giảm số lượng tế bào não do thoái hóa hay chết và mất khả năng kết nối giữa cáctế bào thần kinh. Từ đó, khiến thông tin dẫn truyền từ trung khu thần kinh tới các bộ phận chức năng bị gián đoạn. Nó khiếnnão bộkhông hoàn thành được chức năng nhiệm vụ của mình.

Tình trạng này có thể ảnh hưởng đến toàn bộ não bộ hoặc khu trú – chỉ ảnh hưởng đến một vùng giới hạn của não và dẫn đến suy giảm các chức năng mà vùng não đó kiểm soát. Nếu hai bán cầu đại não bị ảnh hưởng bởi quá trình này, những suy nghĩ có ý thức và các quá trình tự động trong cơ thể có thể bị suy giảm.

Nguyên nhân teo não có thể do quá trình lão hóa của con người. Giống như các cơ quan khác, não bộ cũng bị thoái hóa dần theo thời gian. Biểu hiện là sự mất dần thể tích, khối lượng. Đi kèm là sự suy giảm chức năng, biểu hiện ở các mặt hành vi, ngôn ngữ, ghi nhớ. Đối tượng có nguy cơ cao teo não thông thường là những người cao tuổi.1

Bệnh teo não cũng có nhiều nguyên nhân khác. Chúng làm cho tiến trình teo não diễn ra và biểu hiện lâm sàng sớm, trước 65 tuổi. Đó có thể do di truyền, do các bệnh của hệ thống mạch máu nuôi dưỡng não, chẳng hạn hẹp động mạch cảnh, dị dạng mạch máu hayxơ vữa động mạch.

Diễn tiến và tốc độ tiến triển của bệnh phụ thuộc vào các bệnh nền liên quan. Đó cũng có thể được xem là nguyên nhân gây bệnh như sau:123

Đột quỵ: bệnh xảy ra do sự gián đoạn đột ngột của nguồn cung cấp máu cho não.

Chấn thương sọ não.

Bệnh Alzheimer.

Người già mất trí nhớ, sa sút trí tuệ do xơ vữa mạch máu.

Bệnh đái tháo đường tuýp II.4

Sử dụng steroid thường xuyên.5

Bại não.

Bệnh Pick, gây ra sự phá hủy dần các tế bào thần kinh trong não.

Bệnh Huntington.

Leukodystrophy,bệnh Krabbe, căn bệnh gây hủy bao myelin bọc ngoài các sợi trục dẫn truyền thần kinh.

Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương.

Viêm não.

Bệnh đa xơ cứng,bệnh động kinh.

Bệnh thần kinh cơ do ty lạp thể, chẳng hạn như hội chứng Kearns-Sayre.

Suy dinh dưỡng, do thiếu hoặc dư thừa dinh dưỡng từ thực phẩm.6

Các rối loạn ăn uống như chán ăn tâm thần, ăn vô độ tâm thần.7

AIDSvà bệnh của hệ thống miễn dịch.

Ngoài ra, thiếuvitamin B12cũng có thể là nguyên nhân gây ra bệnh teo não. Lượng vitamin B12 càng thấp thì có nghĩa là thể tích não càng giảm. Theo nghiên cứu tại Anh, những người có mức vitamin B12 thấp nhất bị giảm tới 1/6 thể tích não so với những người có nồng độ vitamin B12 trong cơ thể cao nhất.8

Các triệu chứng teo não bao gồm:1239

Đây là triệu chứng đầu tiên và xuất hiện rất sớm. Chứng sa sút trí tuệ được đặc trưng bởi sự suy giảm dần của trí nhớ và chức năng trí tuệ, cản trở các kỹ năng xã hội và công việc.

Diễn tiến ngày càng nặng và không hồi phục. Thường biểu hiện mất trí nhớ gần (quên những sự vật mới xảy ra). Thường quên những việc hàng ngày như “đã dùng bữa hay chưa” hoặc không nhớ được ăn những gì. Thậm chí dần dần họ quên ngày, tháng, quên tên các người thân trong gia đình. Khi ra khỏi nhà quên đường đi, lối về.

Trí nhớ, định hướng, khả năng trừu tượng, khả năng học hỏi, nhận thức không gian – thị giác và các chức năng điều hành cao hơn như lập kế hoạch, tổ chức và trình tự cũng có thể bị suy giảm, có khi không tính được những phép toán đơn giản,…

Người bệnh không chú ý đến trang phục, mặc quần áo khó khăn, khó thực hiện những công việc thường ngày. Người bệnh yếu cơ, run, hay bịchuột rút. Vì thế, ảnh hưởng đến các công việc vệ sinh cá nhân như tắm, rửa, thay quần áo.

Mất ngôn ngữ (Aphasia)là một nhóm rối loạn đặc trưng bởi rối loạn khả năng nói và hiểu ngôn ngữ.

Chứng mất ngôn ngữ tiếp thu gây ra suy giảm khả năng hiểu.

Chứng mất ngôn ngữ diễn đạt được biểu hiện trong việc lựa chọn từ ngữ kỳ quặc. Người bệnh khó tìm từ ngữ để diễn tả ý tưởng, các câu nói không hoàn chỉnh. Họ khó phát âm, nói không trôi chảy sau đó mất dần khả năng ngôn ngữ.

Thường ở giai đoạn sớm, khi người bệnh còn nhận thức được sự suy giảm nhiều chức năng não bộ.

Có thể là ảo thị với các hình ảnh kỳ quái, nhưng đa số là chứng hoang tưởng bị hại.

Diễn tiến tự nhiên của bệnh teo não từ lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến lúc bệnh nhân qua đời có thể kéo dài từ 8 – 10 năm.10

Nguyên nhân tử vong có thể là do suy kiệt hoặc do các bệnh lý khác. Những bệnh này có thể là biến chứng bệnh teo não gây ra. Ví dụ:viêm phổi(nằm lâu gây ứ đọng), nhiễm trùng doloét tỳ đè(với người nằm nhiều) hoặc dobệnh tim mạch,…10

Một trong số những nguyên nhân của teo não là bệnh Alzheimer’s. Và trong số các bệnh nhân Alzheimer’s, có đến 90% là khởi phát và được chẩn đoán sau 65 tuổi. Chỉ 10% có biểu hiện và được chẩn đoán trước 65 tuổi, được gọi là bệnh Alzheimer’s khởi phát sớm.9

Bệnh Alzheimer’s trở nên trầm trọng hơn theo thời gian. Cơ cấu 7 giai đoạn của bệnh Alzheimer’s dựa trên một hệ thống được phát triển bởi Tiến sĩ Y khoa Barry Reisberg, giám đốc lâm sàng của New York University School of Medicine’s Silberstein Aging and Dementia Research Center.10

Ở những giai đoạn 1, 2 và 3, những biểu hiện lâm sàng thường không có đến nhẹ. Vì thế, nó không được lưu tâm và thường chưa đưa người bệnh đến khám hoặc chẩn đoán.

Ở những giai đoạn tiếp theo, biểu hiện ngày càng rõ ràng và nặng dần. Ở giai đoạn 4, người bệnh sẽ gặp khó khăn trong việc lên kế hoạch công việc hoặc suy giảm trí nhớ ngắn hạn.

Giai đoạn 5 đặc trưng bởi không thể nhớ được số điện thoại, địa chỉ nhà hay cơ quan. Nhưng các hoạt động tối thiểu như ăn uống và vệ sinh vẫn thực hiện được. Khi các hoạt động cơ bản này gặp khó, người bệnh có đặc trưng của giai đoạn 6.

Và đến giai đoạn 7 – giai đoạn cuối, họ thờ ơ, lãnh cảm và mất phản ứng với môi trường xung quanh. Họ cũng có thể mất khả năng mỉm cười, tự ngồi xuống và ngẩng cao đầu. Các phản xạ trở nên bất thường. Cơ bắp dần dần cứng lại. Việc nuốt thức ăn ngày càng khó khăn.

Từ lúc xuất hiện triệu chứng teo não đầu tiên cho đến lúc qua đời có thể kéo dài từ 8 – 10 năm.

Nếu bạn hoặc người thân đang gặp vấn đề về suy nghĩ, trí nhớ và cảm xúc, hãy đến gặp bác sĩ để kiểm tra. Vì đây là những triệu chứng chung. Điều quan trọng là phải đánh giá toàn diện để xác định tình trạng cụ thể.

Đối với hầu hết các tình trạng gây teo não, điều trị sớm có thể giúp giảm tốc độ tiến triển các triệu chứng. Nó cũng giúp giảm thiểu tác động của bệnh đến cuộc sống của bạn.

Để chẩn đoán teo não và bất kỳ tình trạng nội khoa đi kèm nào, bác sĩ thường sẽ hỏi về:1

Triệu chứng. Chúng bắt đầu có từ khi nào? Tần suất xảy ra? Có tiến triển xấu hơn theo thời gian không?

Tiền sử bệnh của bản thân và gia đình.

Quá trình chẩn đoán phụ thuộc vào nguyên nhân bác sĩ nghi ngờ bạn mắc phải. Thường sẽ bao gồm một cuộc đánh giá lâm sàng toàn diện bằng nhiều phương tiện. Theo sau đó là các cận lâm sàng nhất định.

Thăm khám lâm sàng đánh giá sự phối hợp các động tác, chuyển động mắt. Nó cũng đánh giá khả năng ngôn ngữ, tư duy, trí nhớ và giải quyết vấn đề.1

Teo não có thể phát hiện trênMRIkhông? Có, teo não có thể hiển thị trên hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) sọ não.Chụp cắt lớp vi tính (CT)cũng có thể phát hiện chứng teo não. Nhưng MRI nhạy hơn trong việc tiết lộ tổn thương xảy ra ở một số vùng cụ thể trong não của bạn (tổn thương khu trú).1

Một khi mất đi các tế bào nơ-ron thần kinh, các khiếm khuyết thần kinh để lại là không thể hồi phục. Vì vậy không có cách chữa khỏi bệnh teo não. Hiện nay, điều trị triệu chứng và biến chứng của bệnh là nguyên tắc điều trị chủ yếu. Cụ thể:

Thuốc tăng cường các hóa chất trung gian kiểm soát sự dẫn truyền tín hiệu não hoặc điều trị các triệu chứng suy giảm nhận thức, đôi khi được sử dụng trong bệnh Alzheimer.

Trong các giai đoạn đầu của bệnh Alzheimer’s, donepezil (aricept) hoặc rivastigmine (exelon) có thể được bác sĩ kê đơn để giúp duy trì nồng độ acetylcholine ở mức độ cao trong não của bạn. Điều này có thể giúp các tế bào thần kinh trong não của bạn gửi và nhận tín hiệu tốt hơn. Từ đó có thể làm giảm một số triệu chứng của bệnh Alzheimer.

Một loại thuốc mới hơn được gọi là aducanumab (aduhelm). Nó chỉ được khuyên dùng cho những người mắc bệnh Alzheimer sớm. Nó được cho là có thể làm giảm các mảng protein tích tụ trong não khi mắc bệnh Alzheimer. Tuy nhiên, có một số lo ngại về việc liệu lợi ích tiềm năng của thuốc có lớn hơn rủi ro của nó hay không và vẫn đang được nghiên cứu.

Để điều trị bệnh Alzheimer’s giai đoạn trung bình đến giai đoạn cuối, bác sĩ có thể kê toa donepezil (aricept) hoặc memantine (namenda). Ngăn chặn tác động của glutamate dư thừa là vai trò của thuốc memantine. Glutamate được giải phóng với lượng cao hơn trong bệnh Alzheimer và chất trung gian này làm tổn thương các tế bào não.

Bác sĩ cũng có thể đề nghị dùngthuốc chống trầm cảm, thuốc chống lo âu hoặc thuốc chống loạn thần. Mục đích là giúp điều trị các triệu chứng liên quan đến bệnh Alzheimer’s. Các triệu chứng này thay đổi tùy theo sự tiến triển của bệnh. Có thể bao gồm: phiền muộn,khó ngủvào ban đêm, kích động, ảo giác.

Mặc dù nhu cầu chăm sóc của một người mắc bệnh Alzheimer’s sẽ tăng lên theo thời gian, nhưng các triệu chứng chính xác sẽ khác nhau ở mỗi người.

Một số nghiên cứu đã gợi ý rằngvitamin Ecó thể giúp làm chậm diễn tiến của bệnh Alzheimer. Đặc biệt là khi dùng chung với các loại thuốc như donepezil, làm tăng acetylcholine trong não. Nhưng nghiên cứu khác không tìm thấy lợi ích khi dùng vitamin E đối với bệnh Alzheimer.12Cần có thêm nhiều bằng chứng thuyết phục hơn.

Trước khi dùng bất cứ thuốc hay thực phẩm chức năng gì, bạn nên tham khảo ý kiến bác sĩ. Bởi vì hiệu ứng tương tác thuốc có thể làm ảnh hưởng đến hiệu quả của một số loại thuốc được sử dụng để điều trị bệnh Alzheimer.

Vật lý trị liệu để cải thiện chức năng và đảm bảo tối ưu việc thực hiện các hoạt động hàng ngày. Nó giúp phòng ngừa các biến chứng do suy giảm chức năng gây ra.

Ngoài ra, việc tư vấn và hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân được bắt đầu từ giai đoạn sớm.

Co giật: dùng thuốc dự phòng co giật để phòng ngừa. Thuốc làm giảm tần suất lên cơn hay mức độ co giật.

Hỗ trợ tâm lý: cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thông qualiệu pháp nhận thức hành vi. Khuyến khích họ tham gia các hoạt động văn hóa và thể dục thể thao. Kích thích nhận thức và giúp người bệnh dần dần nhớ lại những sự việc, sự kiện đã quên.

Liệu pháp nói để giảm tác động của chứng mất ngôn ngữ.

Vật lý trị liệu để làm giảm tốc độ diễn tiến mất kiểm soát cơ. Điều này giúp duy trì các sinh hoạt cơ bản.

Điều trị nguyên nhân hoặc các yếu tố thúc đẩy diễn tiến bệnh. Ví dụ: nhiễm trùng hoặc chấn thương cơ bản dẫn đến teo não.

Thực hiện một lối sống năng động, lành mạnh là cách tốt nhất để làm chậm sự tiến triển của bệnh teo não. Nó cũng giúp cải thiện các triệu chứng của bệnh teo não.

Chế độ ăn uống giàu rau quả và trái cây có tác dụng chống oxy hóa: có thể bao gồm thực phẩm chức năng bổ sung vitamin, nhất là vitamin B12, các loại đa sinh tố nhằm làm giảm tốc độ tiến triển của bệnh, đặc biệt là các trường hợp teo não do thiếu hụt vitamin B12.

Thường xuyên tăng cường hoạt động trí óc và tích cực rèn luyện thể lực.

Những giai đoạn cuối: đề phòng viêm phổi,nhiễm trùng đường tiết niệu, loét tì đè do nằm lâu không vận động.

Các phương pháp điều trị bổ sung dù vẫn chưa có nghiên cứu về tính hiệu quả  nhưng có thể giúp một số bệnh nhân trong nỗ lực đối phó với chứng teo não. Các phương pháp điều trị này bao gồm thực phẩm dinh dưỡng và thảo dược tự nhiên,châm cứu, liệu pháp xoa bóp,yoga.

Sự sụt giảm thể tích của não ở một mức độ nào đó được đánh giá là nằm trong quá trình lão hóa bình thường. Nhưng áp dụng những thói quen lành mạnh có thể làm giảm một số yếu tố nguy cơ dẫn đến teo não. Nó cũng giúp bạn cải thiện cuộc sống hàng ngày của mình:

Tuân thủ điều trị thuốc và không thuốc để kiểm soát các bệnh nội khoa như tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu,bệnh đái tháo đường,béo phì, xơ vữa động mạch,rối loạn chuyển hóakhác.Vì đây là các bệnh lý góp phần thúc đẩy tình trạng thiếu máu não cục bộ dẫn đến teo não.

Sử dụng đồ uống có cồn ở mức cho phép, không lạm dụngrượu bia.

Bỏthuốc lá.

Nên có chế độ dinh dưỡng hợp lý để tăng cường thể lực, sức đề kháng của cơ thể. Nên tăng cường ăn rau, trái cây và các loại thực phẩm giàu sinh tố, giàu vi khoáng. Hạn chế thực phẩm quá nhiều dầu mỡ, chất béo no. Bổ sung các chất béo không no, rất dồi dào trong các thực phẩm từ cá.

Chế độ rèn luyện cơ thể hợp lý cả về trí óc và thể lực.

Ngủ đủ giấc.

Kiểm soát căng thẳng, điều này có liên quan đến huyết áp cao, bệnh tim và đột quỵ.Luôn tạo cho mình không khí vui vẻ, giảm các loại gây căng thẳng thần kinh không cần thiết (tránh xa các việc gây suy nghĩ tiêu cực, căng thẳng thần kinh…).

Thường xuyên trao đổi với bác sĩ về việc quản lý các yếu tố nguy cơ nếu bạn có nguy cơ cao.

Teo nãolà tình trạng mất các tế bào thần kinh trong não hoặc mất số lượng kết nối giữa các tế bào thần kinh. Đa số trường hợp có diễn tiến tự nhiên nặng dần theo thời gian. Ở những giai đoạn sớm có thể không ảnh hưởng rõ rệt đến hoạt động hàng ngày. Tuy nhiên, teo não đôi khi có thể dẫn đến các triệu chứng. Ví dụ: suy giảm trí nhớ, mất ngôn ngữ, co giật và đôi khi nặng có thể đe dọa tính mạng. Vì vậy, người bệnh nên đi khám sớm để chẩn đoán nguyên nhân gây teo não và đưa ra phương pháp điều trị tích cực từ đầu nếu có bất kỳ triệu chứng nào của bệnh teo não. Hy vọng bài viết đã cung cấp những thông tin cần thiết cho bạn đọc.

Như đã đề cập, một khi mất đi các tế bào nơ-ron thần kinh, các khiếm khuyết thần kinh để lại là không thể hồi phục. Vì vậy không có cách chữa khỏi bệnh teo não. Hiện nay, điều trị triệu chứng và biến chứng của bệnh là nguyên tắc điều trị chủ yếu.

Như đã đề cập ở trên, diễn tiến tự nhiên của bệnh teo não từ lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho đến lúc bệnh nhân qua đời có thể kéo dài từ 8 – 10 năm. Nguyên nhân tử vong có thể là do suy kiệt; hoặc do các bệnh lý khác là biến chứng bệnh teo não gây ra như viêm phổi (nằm lâu gây ứ đọng), nhiễm trùng do loét tỳ đè (với người nằm nhiều) hoặc do bệnh tim mạch,…

Không phải tất cả những người có người thân bị teo não thì chắc chắn sẽ bị teo não.

Một trong số những nguyên nhân của teo não là bệnh Alzheimer’s. Nguyên nhân này chiếm khoảng 60-80% các bệnh nhân sa sút trí tuệ.

Và trong số các bệnh nhân Alzheimer’s, có đến 90% là khởi phát và được chẩn đoán sau 65 tuổi. Chỉ 10% có biểu hiện và được chẩn đoán trước 65 tuổi, được gọi là bệnh Alzheimer’s khởi phát sớm.

Khi lớn tuổi, yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của bệnh Alzheimer khởi phát muộn (AD) là tiền sử gia đình có AD. Những người bình thường có người thân trực hệ bị AD, đặc biệt là cha hoặc mẹ, có nguy cơ mắc AD cao hơn từ 4 đến 10 lần so với những người không có tiền sử gia đình.

Thực chất, hạt hướng dương vốn không có chất gây teo não. Theo phân tích của các chuyên gia y tế, sở dĩ có người thắc mắc rằng “Ăn hạt hướng dương có bị teo não không?” là vì trước đây, hạt hướng dương của một số cơ sở được đưa tin nghi ngờ có chứa chất độc hại, làm ảnh hưởng đến hệ thần kinh, dư lượng trong quá trình chế biến.

Hạt hướng dương đặc biệt chứa nhiều vitamin E, axit phenolic, flavonoid và selen. Đây là những hoạt chất có tác dụng chống oxy hóa. Công dụng là bảo vệ cơ thể khỏi các tổn thương do gốc tự do gây ra. Từ đó, có thể thấy hàm lượng chất dinh dưỡng trong mỗi hạt hướng dương rất dồi dào. Bên cạnh đó còn giúp làm giảm nguy cơ mắc phải nhiều căn bệnh mạn tính. Ví dụ: bệnh tim mạch và đái tháo đường.

Có thể thấy, nếu được chế biến an toàn, đây là loại thực phẩm bổ dưỡng cho mọi lứa tuổi.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/teo-tinh-hoan-co-quan-he-duoc-khong/

Nội dung bài viết

Teo tinh hoàn là bệnh gì?

Nguyên nhân của teo tinh hoàn

Teo tinh hoàn có quan hệ được không?

Biến chứng của teo tinh hoàn

Phương pháp chăm sóc tinh hoàn đúng cách

Theo thống kê của Bộ Y tế mới nhất tỷ lệ teo tinh hoàn ở nam giới ngày càng gia tăng. Chính vì vậy việc tìm hiểu các thông tin xung quanh vấn đề này là rất cần thiết. Trong đó, “Teo tinh hoàn có quan hệ được không?” luôn là vấn đề băn khoăn của các cặp vợ chồng. Hãy cùng Bác sĩ Phan Văn Giáo lắng nghe lời khuyên của bác sĩ qua bài viết dưới đây.

Tinh hoànlà bộ phận thuộc cơ quan sinh dục nam giới. Tinh hoàn bao gồm tinh hoàn trái và phải. Ban đầu tinh hoàn nằm ở bụng sau. Bình thường tinh hoàn trái thường nằm thấp hơn tinh hoàn phải. Chức năng của nó là nơi sản xuất tinh trùng và tổng hợp hormone. Ngoài ra, tinh hoàn có vai trò quan trọng trong quá trình dự trữ tinh trùng.

Trước khi biết được teo tinh hoàn có quan hệ được không, chúng ta hãy tìm hiểu sơ lược về bệnh này.

Teo tinh hoànlà hiện tượng một trong hai bên tinh hoàn có kích thước nhỏ bất thường. Ngoài những nguyên nhân bẩm sinh hoặc tác nhân bất lợi bên ngoài, teo tinh hoàn thường do tác động của các bệnh lý nam khoa.

Dấu hiệu của teo tinh hoàn thường có thể thông qua việc sờ nắn trực tiếp hoặc nhìn thấy bằng mắt thường. Ngoài ra tùy từng độ tuổi bệnh sẽ biểu hiện dấu hiệu khác nhau. Đa phần các biểu hiện thường là không biểu hiện các đặc trưng thông thường của nam giới như là:

Không mọc râu.

Ít hoặc không có lông trên cơ thể.

Không mọc lông mu.

Kích thước dương vật lớn bất thường.

Giảm ham muốn tình dục.

Tinh hoàn mềm.

Triệu chứng viêm tinh hoàn là đau và sưng ở tinh hoàn. Nguyên nhân của bệnh này đa phần là do nhiễm khuẩn. Bệnh nhân thường nhiễm phải vi khuẩn đường tình dục mà điển hình làlậu cầuhaychlamydia. Ngoài ra, virus quai bị cũng lànguyên nhân của viêm tinh hoàn.

Thực chất bệnh này là do xoắn thừng tinh. Biểu hiện là đau dữ dội và đột ngột một bên tinh hoàn.Xoắn tinh hoànlàm máu không thể lưu thông xuống tinh hoàn khiến tinh hoàn bị thiếu máu,tổn thương và có thể hoại tử. Nếu tình trạng này kéo dài, tinh hoàn có thể bị tổn thương vĩnh viễn và có thể phải cắt bỏ.

Các liệu pháp thay thế Testosterone có thể khiến tinh hoàn ngừng tiết Testosterone. Điều này ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng của tinh hoàn. Về lâu dài khi không được thực hiện nhiệm vụ, kích thước tinh hoàn sẽ nhỏ lại.

Rượu có thể là nguyên nhân khiến tinh hoàn giảm tiết Testosterone, đồng thời làm tổn thương mô tinh hoàn. Tình trạng này dẫn đến teo tinh hoàn.

Các bác sĩ nam khoa đã đưa ra nhận định là mặc dù tinh hoàn có ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe sinh sản của nam giới nhưng tinh hoàn khi bị teo hoặc bị cắt bỏ một bên thì nam giớivẫn có thể quan hệ tình dục bình thường. Tuy nhiên, lúc này nhu cầu quan hệ tình dục cũng như khả năng sinh sản của bệnh nhân sẽ giảm hơn rất nhiều so với khi không bị bệnh.

Mặc dù lời khuyên là có thể nhưng nam giới vẫn không nên chủ quan. Như đã đề cập ở trên tinh hoàn có nhiệm vụ rất quan trọng trong cơ quan sinh sản của nam giới. Vì vậy, bệnhteo tinh hoàn có chữa được khôngđể tinh hoàn không gặp các biến chứng nguy hiểm, người bệnh cần phát hiện và điều trị kịp thời. Một số phương pháp điều trị hiện nay có thể là:

Điều trị bằng thuốc kháng sinh trong trường hợp nguyên nhân gây bệnh là do nhiễm khuẩn.

Sử dụng liệu pháp thay thế hormone để điều trị trong trường hợp nồng độ Testosterone của bệnh nhân quá thấp.

Phẫu thuật ở những bệnh nhân gặp phải các bệnh lý phức tạp như xoắn tinh hoàn.

Teo tinh hoàn thường là biến chứng của viêm tinh hoàn. Trường hợp teo tinh hoàn không được chữa trị sẽ dẫn đến một số biến chứng nặng hơn như:

Giảm quá mức nồng độTestosterone.

Teo tinh hoàn vĩnh viễn.

Giảm ham muốn tình dục.

Suy giảm chức năng sinh lý.

Vô sinh, hiếm muộn.

Dưới đây là một số lời khuyên của các chuyên gia trong việc chăm sóc tinh hoàn ở nam giới

Vệ sinh vùng sinh dục thường xuyên.

Kiểm tra tinh hoàn cho trẻ hoặc hướng dẫn cách kiểm tra.

Không sử dụng đồ lót quá chật, thay đồ thường xuyên.

Sử dụng đồ bảo vệ vùng sinh dục khi các bé tham gia cưỡi ngựa hoặc các môn thể thao khác.

Khuyến khích trẻ vận động thường xuyên.

Xây dựng bữa ăn lành mạnh cho trẻ, hạn chế đồ ăn nhanh và đồ uống có ga.

Sinh hoạt tình dục an toàn.

Vệ sinh vùng sinh dục, kiểm tra tinh hoàn thường xuyện.

Không ngồi hoặc đứng quá lâu.

Không nên kê laptop lên đùi thường xuyên.

Tránh làm tổn thương vùng sinh dục.

Trên đây là đáp án của câu hỏi “Teo tinh hoàn có quan hệ được không?”. Teo tinh hoàn không ảnh hưởng đến sinh hoạt tình dục của nam giới nhưng lại gây nhiều phiền toái về sau. Vì vậy, Việc kiểm tra thường xuyên để phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời là phương pháp hữu hiệu nhất để điều trị bệnh này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/te-bi-tay-chan-co-the-da-mac-benh-gi/

Nội dung bài viết

Biểu hiện của tê bì tay chân cụ thể là như thế nào?

Triệu chứng tê bì tay chân có thể do bệnh gì, có thật sự nguy hiểm?

Tê bì tay chân là một triệu chứng tương đối phổ biến. Nếu bỗng dưng xuất hiện cảm giác này thường xuyên, chắc hẳn chúng sẽ ảnh hưởng ít nhiều đến cuộc sống hằng ngày. Mặt khác, triệu chứng này cũng có thể báo hiệu một số tình trạng cần lưu ý. Bài viết sau của Bác sĩ Đinh Gia Khánh sẽ nói rõ hơn về vấn đề này, cũng như cách xử lý phù hợp nhé.

Thông thường là cảm giác tê rần ở các đầu chi, dễ thấy nhất là ngón tay. Cảm giác châm chích hoặc thậm chí có thể kèm theo giảm cảm giác nhận biết thông thường.

Bên cạnh đó, điều cần chú ý là các triệu chứng khác quan trọng kèm theo. Những dấu hiệu cần đặc biệt quan tâm bao gồm:

Yếu cơ, mất thăng bằng.

Đau nhức cơ thể như cổ, gáy, vai, hông, đùi, mông,…

Thay đổi màu sắc da vùng tê bì: tái nhạt hoặc tím đỏ,…

Tri giác lẫn lộn, mất đi sự minh mẫn bình thường.

Xem thêm:Đau nền ngón tay do thoái hóa

Như đã nói, đây là một biểu hiện có thể do nguyên nhân đơn giản cho đến báo hiệu một tình trạng cần điều trị sớm. Quan trọng là nhận diện mức độ và dấu hiệu đi kèm, nhất là người lớn tuổi. Các nguyên nhân “thủ phạm” nổi bật có thể:

Đây là nhóm nguyên nhân tương đối phổ biến, đặc biệt là đối tượng người lớn, lao động nhiều. Gồm nhiều có các bệnh lý kinh điển mà nhắc đến thì chúng ta đều cảm thấy rất đỗi quen thuộc nhưthoát vị đĩa đệm,thoái hoá cột sống(thường gọi là gai cột sống)…

Chúng xuất hiện theo thời gian và sự tổn hại của cấu trúc xương. Dẫn đến cấu trúc bình thường bị thay đổi, chèn ép các rễ, các dây thần kinh và gây ra triệu chứng trên. Khi người bệnh đau nhức cổ vai, đau nhức tay chân và tê rần dọc lên trên thì cần đi khám ngay nhé.

Các bác sĩ nội thần kinh, cơ xương khớp hay chỉnh hình là những người chúng ta có thể tham vấn. Các phương tiện hình ảnh, trong đó chụp cộng hưởng từ là một trong những chìa khoá “vàng” trong nhóm này.

Có nhiều nguyên nhân có thể gây nên tình trạng viêm tại rễ hoặc dây thần kinh. Bao gồm:

Một số vi khuẩn có thể gây viêm rễ, viêm dây thần kinh.

Các bệnh lý có thể tạo ra kháng thể, thay vì chúng tấn công các vật ngoại lai, chúng lại tấn công các cấu trúc của hệ thống thần kinh ngoại biên trong cơ thể và gây ra tê bì tay chân. Biểu hiện của tình trạng này rất thay đổi và không nên chủ quan. Trường hợp tổn thương gây liệt cơ hô hấp là một trong những vấn đề nghiêm trọng nhất.

Khi tê bì kèm với sốt, yếu cơ hay đau khớp,… Hãy tìm đến bác sĩ nội thần kinh để được chẩn đoán và điều trị phù hợp.

Nhiều loại bệnh khác nhau có thể gây triệu chứng tê bì tay chân do thay đổi hoạt động của hệ nội tiết và sự vận hành bình thường của hệ thống điện giải trong cơ thể:

Đái tháo đường:nguyên nhân rất thường gặp.

Bệnh lý tuyến giáp.

Suy thận.

Gout,…

Khi đang mắc, đang điều trị bệnh lý trên mà xuất hiện tê bì, hãy tìm đến bác sĩ điều trị của mình để có tư vấn hợp lí nhất nhé.

Khi có những bất thường làm giảm lượng máu nuôi đến cấu trúc ở xa cơ thể và dây thần kinh thì triệu chứng tê bì có thể gặp:

Xơ vữa mạch máu.

Hẹp động mạch, dị dạng động mạch.

Huyết khối mạch máu.

Nổi bật bao gồm cóhạ canxi máu,thiếu vitamin B12… thường đi kèm trong bệnh lý mạn tính khác. Những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật cắt dạ dày, ruột có nguy cao hơn trong bệnh lý này. Bệnh nhân có thể bị thiếu máu kèm theo.

Việc thiếu hụt vi chất có thể gặp nhiều ở những người lạm dụng thuốc lá và đặc biệt là nghiện rượu.

Một điều quan trọng không được bỏ quên đó là các thuốc và chất bệnh nhân đang sử dụng. Rất nhiều loại thuốc có thể gây triệu chứng tê bì tay chân mà rất khó phân biệt. Do đó, khi đi khám bệnh, bệnh nhân và người nhà cần nêu rõ với bác sĩ thăm khám cho mình tất cả các loại thuốc mình đang sử dụng, bao gồm cả thuốc bắc, thuốc nam, thuốc gia truyền.

Thậm chí là các thuốc mình đã sử dụng trong thời gian trước đó. Điều này giúp ích rất nhiều trong việc nhận diện nguyên nhân của triệu chứng tê bì nói trên.

Chúng ta đã lược qua các nguyên nhân có phần “đáng sợ” phải không nào! Nhưng thực tế, bên cạnh đó các nguyên nhân sinh lý thông thường cũng là những “tội đồ” gây nên triệu chứng tê bì tay chân khó chịu này. Các điều kiện của môi trường có thể gồm:

Thay đổi thời tiết.

Căng thẳng, lo âu, cãi vã.

Tư thế ngủ, học tập, làm việc không phù hợp.

Mang quần áo, dày dép quá chật,…

Triệu chứng tê bì tay chânlà một trong những biểu hiện phổ biến thường gặp. Nguyên nhân của bệnh có thể từ đơn giản do ngoại cảnh cho đến phức tạp bởi các bệnh tự miễn hay thần kinh. Việc chú ý đặc điểm của triệu chứng, các biểu hiện kèm theo là vô cùng quan trọng trong việc nhận diện sớm bệnh để có những xử lý kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/te-luoi-va-nhung-benh-ly-lien-quan/

Nội dung bài viết

Tình trạng tê lưỡi có đáng lo ngại không?

Nguyên nhân bị tê lưỡi

Hãy gặp bác sĩ nếu tê lưỡi đi kèm với các triệu chứng

Lưỡi bạn bỗng dưng có cảm giác kì kì. Nó râm ran như là có kim chích vào trong miệng. Bạn cảm giác như bị tê lưỡi. Điều này có đáng lo ngại không? Hãy cùng đọc bài viết sau của YouMed để tìm hiểu về vấn đề này nhé!

Tê lưỡi thường không phải là vấn đề cần lo lắng. Triệu chứng này có thể tự hết trong thời gian ngắn.

Có nhiều nguyên nhân gây ra tê lưỡi. Một khả năng đó là do một hiện tượng gọi làRaynaud. Đây là một rối loạn thường gây giảm dòng máu chảy đến ngón tay, ngón chân hay ít gặp hơn là môi và lưỡi. Khi lưỡi bị lạnh hay bạn bị căng thẳng, các mạch máu đến nuôi thường bị hẹp lại.

Ở những người có hiện tượng Raynaud, phản ứng co mạch máu này còn mạnh mẽ hơn khiến dòng máu chảy bị cản trở tạm thời. Điều này khiến cho lưỡi bị đổi màu và trông xanh xao, nhợt nhạt hơn. Trong và sau hiện tượng này, lưỡi của bạn có thể bị tê trong thời gian ngắn.

Hiện tượng Raynaud có thể gây khó chịu nhưng không nguy hiểm. Không có nguyên nhân nào rõ ràng cho hiện tượng này. Điều này cũng không có nghĩa là bạn có vấn đề gì nghiêm trọng về sức khỏe. Nếu bạn thấy xuất hiện dấu hiệu ở lưỡi thì chúng hầu như luôn biến mất khi bạn uống nước ấm hay nghỉ ngơi thư giãn.

Hiện tượng Raynaud thường lặp đi lặp lại. Nếu bạn thấy lưỡi có đổi màu tạm thời, hãy chụp hình lại và cho bác sĩ xem để bác sĩ có thể xác định chẩn đoán. Điều quan trọng là phải tìm xem có bệnh lý nào khác gây ra hiện tượng tương tự không.

Tình trạng tê lưỡi có thể là do các nguyên nhân sau đây:

Phản ứngdị ứngvới thức ăn hay chất hóa học hay thuốc bạn sử dụng có thể khiến lưỡi bị sưng nề, ngứa và tê.

Dị ứng thức ănxảy ra khi hệ miễn dịch bị nhầm lẫn và nghĩ rằng các thức ăn thông thường là có hại.

Các loại thức ăn thường gây kích thích dị ứng là:

Trứng.

Đậu phộng và hạt cây.

Cá.

Sò ốc.

Sữa.

Hạt lúa mì.

Đậu nành.

Một số người trưởng thành dị ứng với phấn hóa có thể bị sưng phù hay tê lưỡi khi ăn một số loại rau quả và trái cây, chẳng hạn như quả dưa, cần tây, hay đào. Phản ứng này khiến cho miệng bị kích ứng và làm cho miệng, môi và lưỡi bị tê, sưng nề. Nếu bạn để ý thấy miệng hay lưỡi bị tê sau khi ăn một loại thức ăn nào đó thì cần tránh không sử dụng chúng trong tương lai.

Nếu bạn có những dấu hiệu sau, hãy gọi cấp cứu ngay lập tức. Đó có thể là dấu hiệu của phản ứng dị ứng nghiêm trọng và đe dọa tính mạng:

Khò khè hay khó thở.

Khàn tiếng hay căng cứng ở cổ họng.

Phù nề môi hoặc miệng.

Ngứa.

Nổi mề đay.

Khó nuốt.

Dị ứng thuốc cũng có thể làm cho lưỡi bị sưng, ngứa và tê. Kháng sinh thường là loại thuốc hay gây dị ứng, tuy nhiên bất kể loại thuốc nào cũng có khả năng kích thích dị ứng. Nếu bạn thấy có triệu chứng bất thường sau khi uống một loại thuốc mới, hãy liên hệ với bác sĩ ngay lập tức.

Lở miệnglà các vết loét nhỏ, nông, hình bầu dục có thể hình thành trên lưỡi, bên trong má, hay trên nướu. Mặc dù chưa rõ là nguyên nhân nào gây lở miệng nhưng các yếu tố như chấn thương, thay đổi hoóc-môn, vi-rút, dinh dưỡng kém, dị ứng cũng có vai trò nào đó. Lở miệng thường gây đau đớn nhưng chúng cũng thường tự hết trong vòng một tuần.

Khi bạn bị lở miệng, đừng ăn những đồ cay, nóng vì chúng có thể kích thích thêm các vết lở. Để giảm nhẹ cơn đau, bạn có thể súc miệng với nước muối.

Tronghạ canxi máu, mức canxi trong máu của bạn giảm xuống thấp hơn ngưỡng bình thường. Điều này có thể gây triệu chứng tê ở lưỡi và môi. Tuy nhiên thường thì bạn sẽ có biểu hiện những dấu hiệu khác trước như:

Co giật và cứng cơ.

Tê quanh miệng và các ngón tay, ngón chân.

Chóng mặt.

Nếu bạn có các dấu hiệu trên và nghĩ rằng hạ canxi máu là nguyên nhân gây tê lưỡi thì hãy đi khám bác sĩ. Một xét nghiệm máu đơn giản có thể xác định chẩn đoán này. Các triệu chứng hạ canxi máu thường biến mất khi điều trị được nguyên nhân tiềm ẩn và bổ sung các chế phẩm có chứa canxi.

Thiếu vitamin B12hayvitamin B9có thể khiến lưỡi bị lở và sưng nề, ảnh hưởng đến vị giác. Bạn cũng có thể bị tê lưỡi và tê tay chân. Đồng thời, bạn dễ cảm thấy mệt mỏi vì các loại vitamin B này là cần thiết để tạo hồng cầu cho máu và nuôi dưỡng thần kinh. Thiếu các vitamin này có thể dẫn đến thiếu máu.

Thiếu vitamin B thường là do không có đủ vitamin này trong chế độ ăn hay bị giảm khả năng hấp thu các vitamin này từ thức ăn.

Các nguồn cung cấp B12 bao gồm cá, thịt, trứng và sữa. Những người ăn chay có thể bị thiếu hụt vitamin nếu không ăn các thức ăn bổ sung như sữa, ngũ cốc, bánh mì…Nguồn cung cấp vitamin B9có thể tìm thấy trong rau xanh, đậu, cà chua và nước cam.

Đôi khi tê lưỡi có thể là dấu hiệu của đột quỵ hay thiếu máu não.

Bạn cần phải đi cấp cứu ngay nếu có những triệu chứng sau đi kèm với tê lưỡi:

Yếu liệt hay tê cẳng tay, chân, hay mặt hay một bên cơ thể.

Méo mặt.

Nói khó.

Lú lẫn hay sa sút trí tuệ.

Nhìn mờ.

Chóng mặt hay mất thăng bằng.

Đau đầu dữ dội.

Dấu hiệu thiếu máu não có thể chỉ kéo dài vài phút nhưng vẫn là rất nghiêm trọng. Đột quỵ và thiếu máu não là các tình trạng cấp cứu. Gọi cho cấp cứu ngay nếu bạn nghi ngờ đột quỵ hay thiếu máu não.

Tê lưỡinếu xảy ra đột ngột và đi kèm các dấu hiệu đột quỵ thì cần phải được cấp cứu ngay lập tức. Những trường hợp tê lưỡi khác xuất hiện thi thoảng và có thể xác định được nguyên nhân thì thường sẽ tự hết. Nếu tê lưỡi gây ra nhiều khó chịu và kéo dài thì bạn cần đi khám bác sĩ để được tư vấn tốt nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thai-cham-tang-truong-trong-tu-cung/

Nội dung bài viết

Thế nào là thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR)?

Nguyên nhân nào gây ra thai chậm tăng trưởng trong tử cung?

Biểu hiện của thai chậm tăng trưởng trong tử cung

Làm sao để chẩn đoán IUGR?

Việc điều trị thai chậm tăng trưởng trong tử cung như thế nào?

Tình trạng thai chậm tăng trưởng trong tử cung có ảnh hưởng gì đến việc sinh con?

Tình trạng IUGR có ảnh hưởng đến lần mang thai tiếp theo không?

Thai chậm tăng trưởng trong tử cung khi được chẩn đoán sẽ làm mẹ lo lắng ít nhiều về sự phát triển của con mình. Để nắm rõ hơn về tình trạng này mời mẹ đọc tham khảo bài viết của ThS.BS chuyên khoa Sản Phụ khoa Phan Lê Nam.

Thai chậm tăng trưởng trong tử cung là khi em bé trong bụng mẹ không phát triển về kích thước như mong đợi. Đồng nghĩa với việc em bé không lớn lên hoặc lớn chậm theo tuần tuổi thai.

Có hai loại chậm tăng trưởng trong tử cung là:

IUGR đối xứng: Tất cả các bộ phận trên cơ thể em bé đều chậm phát triển như nhau.

IUGR không đối xứng: Đầu và não của bé phát triển kích thước bình thường. Tuy nhiên phần còn lại của cơ thể thì lại chậm phát triển. Đây được gọi là thể suy dinh dưỡng.

Chậm phát triển làm cho em bé có nguy cơ mắc một số vấn đề sức khỏe trong quá trình mang thai, sinh nở và sau khi sinh.

Cân nặng lúc sinh thấp.

Không thể tạo áp lực vùng chậu khi sinh qua đường âm đạo.

Trẻ thiếu oxy có thể dẫn đến suy hô hấp.

Hạ đường huyết (lượng đường trong máu thấp).

Dễ bị nhiễm trùng do khả năng chống nhiễm trùng thấp.

Điểm Apgar thấp: Đây là thanh điểm được thực hiện ngay sau khi sinh để đánh giá tình trạng thể chất của trẻ sơ sinh thích ứng với môi trường bên ngoài và xác định xem cần nhu cầu chăm sóc y tế đặc biệt hay không).

Hội chứng hít phân su:Trẻ ra phân su sớm hơn khi còn trong bụng mẹ, gây nguy cơ hít phân su vào phổi. Tình trạng này có thể dẫn đến các vấn đề về hô hấp như suy hô hấp, viêm phổi, v.v.

Khó điều chỉnh nhiệt độ cơ thể.

Số lượng tế bào hồng cầu cao bất thường – đa hồng cầu.

Trong những trường hợp nghiêm trọng nhất, tình trạng thai chậm trong tử cung có thể dẫn đến thai chết lưu. Tình trạng này cũng có thể gây ra các vấn đề ảnh hưởng sự tăng trưởng và phát triển của trẻ về lâu dài.

Thai chậm tăng trưởng trong tử cung có thể có nhiều nguyên nhân. Nguyên nhân phổ biến là do nhau thai có vấn đề. Nhau thai là mô liên kết với mẹ và thai nhi , mang oxy và chất dinh dưỡng đến em bé và cho phép thải các chất cặn bã ra khỏi cơ thể em bé.

Trọng lượng nhau thai thấp (trọng lượng dưới 350 gam).

Mạch máu tử cung bất thường.

Rối loạn chức năng nhau thai (PIH,tiền sản giật).

Dây rốn một động mạch.

Nhau bong non.

U máu nhau thai.

Đa thai.

Tuổi của bà mẹ: dưới 16 tuổi và trên 35 tuổi.

Tình trạng kinh tế xã hội thấp và quốc gia đang phát triển.

Lạm dụng chất kích thích ở bà mẹ: hút thuốc cả chủ động và thụ động, rượu, ma túy bất hợp pháp như cần sa hoặc cocaine,…

Thuốc sử dụng có thể bao gồm: warfarin, steroid, thuốc chống co giật, thuốc chống ung thư, chất chống chuyển hóa và thuốc đối kháng axit folic.

Công việc thể lực vừa phải đến nặng.

Chiều cao và cân nặng trước khi mang thai của bà mẹ: BMI dưới 20, cân nặng dưới 45 kg và hơn 75 kg.

Sinh đẻ nhiều hơn 5 lần sinh.

Khoảng cách giữa các lần mang thai dưới 6 tháng hoặc 120 tháng trở lên.

Trước đó sinh một trẻ sơ sinh có chậm tăng trưởng tử cung.

Mẹ bị suy dinh dưỡng nghiêm trọng.

Khi mang thai tăng cân kém.

Bệnh hen phế quản ở mẹ, bệnh tim bẩm sinh tím tái.

Rối loạn miễn dịch và huyết học.

Bệnh nền của mẹ như: rối loạn tăng huyết áp (thai kỳ và không mang thai), tiểu đường liên quan mắc bệnh mạch máu, bệnh thận mãn tính, lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng kháng phospholipid, bệnh hồng cầu hình liềm,…

Tình trạng bệnh lý trong thai kỳ như tiền sản giật và đái tháo đường liên quan đến bệnh mạch máu.

Nhiễm trùng hoặc ký sinh trùng ở mẹ như: TORCH, sốt rét, lao, nhiễm trùng đường tiết niệu và viêm âm đạo do vi khuẩn.

Các nguyên nhân khác của thai nhi bao gồm dị tật nhiễm sắc thể ở trẻ hoặc do đa thai (sinh đôi, sinh ba hoặc nhiều hơn).

Triệu chứng chính của IUGR là trẻ nhỏ hơn so với tuổi thai. Cụ thể, cân nặng ước tính của em bé dưới phân vị thứ 10 – hoặc thấp hơn 90% số trẻ so với trẻ cùng tuổi thai.

Tùy thuộc vào nguyên nhân của IUGR, em bé có thể nhỏ toàn thân hoặc suy dinh dưỡng. Bé có thể gầy, nhợt nhạt, có làn da khô và cơ thể không cứng cáp. Rốn thường mỏng và xỉn màu thay vì dày và bóng.

Mẹ cần lưu ý rằng không phải tất cả trẻ sơ sinh nhỏ con đều là do châm phát triển trong tử cung.

Các bác sĩ có nhiều cách để ước tính kích thước của trẻ sơ sinh khi mang thai. Một trong những cách đơn giản và phổ biến nhất là đo khoảng cách từ đỉnh tử cung của mẹ đến xương mu. Sau tuần thứ 20 của thai kỳ, số đo tính bằng cm thường tương ứng với số tuần của thai kỳ. Số đo thấp hơn mong đợi có thể cho thấy em bé không phát triển như bình thường.

Các xét nghiệm khác để chẩn đoán IUGR và đánh giá sức khỏe của em bé bao gồm:

Đây là xét nghiệm chính để kiểm tra sự phát triển của em bé trong tử cung. Siêu âm sử dụng tần số sóng thích hợp để tạo ra hình ảnh của em bé trên màn hình. Khám siêu âm cho phép bác sĩ nhìn thấy em bé trong tử cung bằng một thanh di chuyển trên bụng của mẹ.

Siêu âm có thể được sử dụng để đo đầu và bụng của em bé. Bác sĩ có thể so sánh các số đo đó với biểu đồ tăng trưởng để ước tính cân nặng của em bé. Siêu âm cũng có thể được sử dụng để xác định lượng nước ối trong tử cung. Lượng nước ối thấp có thể gợi ý tình trạng chậm tằn trưởng trong tử cung.

Siêu âm Doppler là một kỹ thuật sử dụng tần số sóng thích hợp để đo lượng và tốc độ của dòng máu chảy qua các mạch máu. Các bác sĩ có thể sử dụng xét nghiệm này để kiểm tra lưu lượng máu trong dây rốn.

Các bác sĩ thường xuyên kiểm tra và ghi lại cân nặng của mẹ vào mỗi lần khám thai. Nếu một người mẹ không tăng cân, điều đó có thể cho thấy trẻ có vấn đề về tăng trưởng.

Xét nghiệm này bao gồm đặt các điện cực trên bụng của mẹ. Các điện cực được giữ cố định bằng một dây đeo có thể co giãn và được gắn vào màn hình. Các cảm biến sẽ đo tốc độ và kiểu nhịp tim của em bé và hiển thị chúng trên màn hình hoặc in ra trên giấy.

Trong thủ thuật này, một cây kim được đâm qua da bụng của mẹ và vào tử cung để rút một lượng nhỏ nước ối để làm xét nghiệm. Các xét nghiệm từ nước ối có thể phát hiện nhiễm trùng hoặc một số bất thường về nhiễm sắc thể có thể dẫn đến hạn chế tăng trưởng trong tử cung.

Mặc dù tình trạng này có thể xảy ra ngay cả khi người mẹ hoàn toàn khỏe mạnh. Tuy nhiên có một số lưu ý mà người mẹ có thể làm để giảm nguy cơ mắc IUGR và tăng khả năng mang thai và em bé khỏe mạnh.

Bao gồm:

Khám thai định kỳ theo lịch của bác sĩ: Điều này giúp bác sỹ theo dõi và phát hiện sớm các vấn đề tiềm ẩn và đưa ra kế hoạch quản lý thai nghén thích hợp.

Hãy để ý đến những chuyển động của bé (thai máy):Việc theo dõi chuyển động của em bé trong thai kỳ là rất quan trọng. Hầu hết phụ nữ thường bắt đầu cảm thấy em bé chuyển động từ tuần thứ 16 đến 24 của thai kỳ. Nếu bạn nghĩ rằng chuyển động của em bé có bất thường so với thường ngày như ít hơn hoặc không có. Điều quan trọng là cần phải liên hệ với đơn vị Sản phụ khoa ngay lập tức. Luôn có một nữ hộ sinh túc trực 24/24 trong các bệnh viện có khoa sản. Đừng đợi đến ngày hôm sau mới kiểm tra.

Kiểm tra thuốc trước khi sử dụng khi mang thai:Đôi khi, một loại thuốc mà người mẹ đang dùng gây một vấn đề sức khỏe khác có thể ảnh hưởng thai nhi. Hãy tham khảo ý kiến bác sỹ trước khi sử dụng.

Ăn uống lành mạnh:Thực phẩm lành mạnh và lượng calo dồi dào giúp con bạn được nuôi dưỡng tốt.

Nghỉ ngơi nhiều:Nghỉ ngơi sẽ giúp bạn cảm thấy tốt hơn và thậm chí nó có thể giúp thai nhi phát triển. Cố gắng ngủ đủ 8 tiếng (hoặc hơn) mỗi đêm. Một hoặc hai giờ nghỉ ngơi vào buổi chiều cũng rất tốt cho bạn.

Tập thói quen sống lành mạnh:Nếu bạn uống rượu, dùng ma túy, hoặc hút thuốc, hãy dừng lại vì sức khỏe của thai nhi.

Đa số những phụ nữ có thể thử sinh ngả âm đạo, nếu không có biến chứng nào khác. Tuy nhiên nhiều khả năng mẹ sẽ được khuyên sinh sớm hơn so với ngày dự sanh. Thời điểm này có thể sớm hơn một tuần so với ngày dự sanh hoặc có thể là vài tuần trước đó, tùy thuộc vào tình trạng của em bé.

Một số em bé có thể quá nhỏ để vượt cạn và sinh thường qua ngã âm đạo. Trường hợp này mẹ có thể được khuyên sinh mổ. Bác sĩ sẽ tư vấn cho mẹ phương pháp sinh tốt nhất với tùy trường hợp của mẹ và con.

Tùy thuộc vào thời điểm và cách thức sinh con, mẹ có thể được cung cấp thuốc Steroid tiêm bắp để giúp phát triển phổi của thai nhi trong khoảng từ 24-34 tuần thai giúp giảm nguy cơ mắc các vấn đề về hô hấp với những trẻ có nguy cơ sinh non. Mẹ cũng có thể được cung cấp magie sulphat, một loại thuốc được dùng trước khi sinh để giảm nguy cơ bại não khi trẻ sinh non dưới 32 tuần.

Xem thêm:Cân nặng trẻ em sơ sinh như thế nào là hợp lý?

Nếu bạn mang thai lần nữa, nguy cơ sinh con có IUGR lần nữa sẽ cao hơn một chút. Tuy nhiên mẹ có thể giảm nguy cơ mắc bằng cách sống một lối sống lành mạnh. Bao gồm:

Không hút thuốc, không uống rượu.

Ăn một chế độ ăn uống lành mạnh, cân bằng.

Không sử dụng thuốc hoặc kích thích , đặc biệt là cocaine.

Khám thai sớm khi biết đã có thai để lên kế hoạch quản lý thai nghén.

Trong lần mang thai tiếp theo, bác sĩ có thể kê aspirin liều thấp cho mẹ kể từ tuần thứ 12 của thai kỳ.

Cố gắng đừng lo lắng quá nếu mẹ muốn mang thai lần nữa. Việc chăm sóc của mẹ có thể phụ thuộc vào những yếu tố nguy cơ nào mà mẹ có. Tuy nhiên nếu bạn đã từng sinh con chậm tăng trưởng trong tử cung, bác sỹ sẽ theo dõi mẹ chặt chẽ trong lần mang thai tiếp theo.

Quản lý thai nghén là một trong những việc quan trọng để theo dõi sự phát triển của thai nhi trong bụng mẹ ở từng giai đoạn. Nếu mẹ được chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung, điều đầu tiên mẹ đừng quá lo lắng.

Việc lo lắng quá mức sẽ không tốt đến thai nhi. Lúc này, hãy cùng bác sỹ tìm nguyên làm trẻ chậm tăng trưởng có thể khắc phục được. Đồng thời cùng bác sỹ theo dõi chặt chẽ tình trạng của thai nhi để đạt được kết quả tốt nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thai-to-lieu-co-phai-la-tot/

Nội dung bài viết

Thế nào là thai to?

Các yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến thai to?

Làm sao để biết được thai có to hay không?

Tiên lượng khi sinh con to qua ngã âm đạo?

Nguyên tắc phòng ngừa

Thai to hơn nhiều so với bình thường là một trong những mối lo ngại của cả mẹ và bé. Hiểu biết về tình trạng này sẽ giúp mẹ biết cách quản lý tốt sức khỏe hơn trong thai kỳ. Điều đó, giúp việc mang thai và sinh đẻ của mẹ trở nên thuận lợi hơn. Hãy cùng Ths. BS Phan Lê Nam tìm hiểu về tình trạng này thông qua bài viết dưới đây!

Bình thường, trẻ sinh ra tại Việt Nam có cân nặng trung bình từ 3000 – 3200 gram. Thai được gọi là to khi cân nặng của bé vượt nhiều so với mức trung bình. Hiện nay đa phần các trung tâm y tế đã chấp nhận rằng thai trên 4000 gram là to. Đây là con số được đưa ra bởi Hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG). Theo thống kê, có khoảng 9% bé được sinh ra trên toàn thế gới có cân nặng hơn 4000 gram.

Tuy nhiên, thân hình phụ nữ ở nước Việt Nam nhỏ hơn so với các nước Phương Tây. Do vậy, vài quan điểm cho rằng ở Việt Nam, trọng lượng thai trên 3500 gram đã được gọi là to.

Thai to làm cho việc sinh ngã âm đạo trở nên khó khăn hơn ảnh hưởng đến sức khỏe của người mẹ. Ngoài ra bé có nguy cơ chấn thương khi sinh.

Có nhiều yếu tố liên quan đến sự tăng cân của bé trong lúc mang thai. Những yếu tố này có thể được chia làm 2 nhóm:

Tiền sử sinh con to:Thai to sẽ có có nguy cơ hơn khi trước đây bạn đã từng có đứa con trước đó với cân nặng lúc sanh trên 4000 gram.

Di truyền:Nếu bản thân cha mẹ trước đây cũng từng được chẩn đoán là con to lúc sanh, cũng gây nguy cơ sinh con to sau này.

Giới tính:Bé trai thường nặng hơn so với bé gái. Hầu hết các em bé sinh ra với cân nặng lớn đều là bé trai.

Tuổi mẹ:Khi mang thai trên 35 tuổi, có thể tăng khả năng sinh con to.

Mang thai quá ngày (Thai già tháng): Thai trong bụng mẹ vượt quá ngày dự sanh nhiều ngày có thể dẫn đến thai to hơn. Tuy nhiên, điều này lại ít gặp trên thực tế.

Mẹ có bệnh tiểu đường:Trường hợp người mẹ từng được chẩn đoán tiểu đường trước khi mang thai, hoặc cóđái tháo đường thai kỳ(tình trạng đường huyết cao trong lúc mang thai). Nguy cơ cao sinh con to nếu đường trong máu của người mẹ không kiểm soát tốt.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) cao trước khi mang thai:Nếu mẹ có cân nặng vượt ngưỡng cho phép với chuẩn trước khi mang thai sẽ tăng nguy cơ con to lúc sinh.

Tăng cân quá nhiều khi mang thai:Cũng là yếu tố làm cân nặng thai nhi vượt ngưỡng cho phép.

Biết cách quản lý tốt các nguy cơ kiểm soát được, giúp người mẹ giảm tỉ lệ sinh con to. Trong phần “Nguyên tắc phòng ngừa” sẽ đề cập cụ thể hơn.

Tuy nhiên, vẫn có vài trường hợp ít gặp khác có khả năng dẫn đến sinh con to như: Mẹ cóbệnh giang mai(nhau và thai thường to), dị tật thai nhi (não úng thủy, bụng to, bụng cóc, mông có bướu), v.v…

Thực tế việc biết chính xác thai to hay không dựa vào cân nặng lúc sinh của bé (vượt 4000 gr). Tuy nhiên, các biện pháp tầm soát trước sinh vẫn được khuyến khích vì mang lại nhiều lợi ích.

Trong đó, việc đánh giá các yếu tố nguy cơ của mẹ, thăm khám trước sanh, và siêu âm trong thai kì sẽ phối hợp với nhau nhằm ước lượng cân thai. Điều này cho phép đánh giá cân nặng tương đối chính xác trước sinh.

Hội Sản phụ khoa Hoa kỳ (ACOG) đề ra 2 phương pháp chính ước lượng cân nặng thai nhi. Đó là đánh giá dựa vào “vòng bụng và chiều cao tử cung”. Ngoài ra còn có kỹ năng khám bụng của bác sỹ còn được gọi là thủ thuật Leopond.

Siêu âm giúp tiên đoán trọng lượng thai nhi chỉ đạt khoảng 50%. Tuy nhiên, nó lại là phương tiện tốt để loại trừ các yếu tố khác làm bụng to hơn bình thường như: đa thai, đa ối, dị dạng,não úng thủy, ngôi mông, v.v.

Lưu ý, hậu quả được nêu ra trong bài viết nhằm chỉ để cung cấp thông tin.

Nếu quá trình sinh đẻ của bạn được thực hiện tại các cơ sở sản phụ khoa uy tín, bác sỹ sẽ đưa ra giải pháp phù hợp nhất nhằm giảm tối thiểu các hậu quả được nêu.

Rách đường sinh dục:Thai lọt xuống từ ổ bụng ra bên ngoài qua ngã âm đạo. Con to sẽ làm rách các thành ngã âm đạo như:âm hộ,cổ tử cung,…

Chảy máu nhiều sau sinh (băng huyết sau sinh):Để đẩy con to ra được, cơ tử cung phải làm việc quá mức, làm đờ tử cung sau sanh. Tình trạng này gây chảy máu quá mức cho phép. Đòi hỏi phải được xử trí tích cực và kịp thời để cầm được máu.

Vỡ tử cung:Phụ nữ đã từng đẻ mổ hoặc có phẫu thuật liên quan đến tử cung, tạo sẹo tử cung. Khi mang thai mà em bé quá to sẽ dẫn đến nguy cơ vỡ tử cung do nứt đường sẹo mổ. Lúc này việc mổ bắt con khẩn cấp được cân nhắc để đảm bảo tinh mạng cho mẹ và con.

Nhiễm trùng sau sinh: Vì có nhiều tổn thương trên người mẹ hơn khi sinh con to, nên thời gian hồi phục dài hơn. Điều này làm tăng cơ hội vi khuẩn xâm nhập, do vậy làm nhiễm trùng vết thương.

Chấn thương ở đầu: Trong quá trình chuyển dạ, tử cung tạo cơn gò đẩy thai xuống. Với con to, quá trình bị trì trệ, tạo áp lực trên đầu bé. Áp lực càng cao nhưng không lọt được tăng nguy cơ chấn thương sọ não cho trẻ.

Trẻ bị ngạt: Thường vị trí kẹt lại là ở vai, làm ngừng quá trình sổ ra của trẻ. Nếu không được hỗ trợ kịp thời, trẻ sẽ bị ngạt do thiếu oxy.

Các chấn thương khác: tổn thương thần kinh ở cánh tay, gãy xương đòn, gãy xương cánh tay,…

Trên thực tế, thai to là không thể ngăn ngừa hoàn toàn vì còn phụ thuộc vào những yếu tố không kiểm soát được như đã đề cập. Ngoài ra, mẹ mang thai lớn vẫn có thể gặp mặc dù không có yếu tố nguy cơ nào.

Tuy nhiên, người mẹ vẫn có thể giảm tỉ lệ sinh con to bằng cách kiểm soát “các yếu tố nguy cơ sinh con to nhưng thay đổi được”.

Theo một nghiên cứu cho thấy, nếu bệnh tiểu đường thai kỳ không được chẩn đoán và kiểm soát, nguy cơ thai to có thể lên tới 20%. Ngoài ra, đường huyết cao trong thai kỳ còn gây ra các tác động xấu khác. Ví dụ tăng khả năng sẩy thai,sanh non, dị tật bẩm sinh, thai chết lưu, đa ối (ối nhiều).

Để kiểm soát đường huyết tốt bạn hãy thăm khám tiền sản ngay khi biết mình có thai. Bác sỹ sẽ đánh giá sức khỏe, tiền sử bản thân. Test thử đường cho mẹ thường sẽ được thực hiện ở tuần thứ 24. Việc này là cực kỳ cần thiết để chẩn đoán bạn có mắc tiểu đường thai kỳ hay không? Đặc biệc là nếu bạn đã từng có tiền sử tiểu đường thai kỳ.

Việc thử test đường sớm hơn bình thường (trước 24 tuần) sẽ được thực hiện nếu bạn có nhiều nguy cơ mắc tiểu đường thai kỳ hơn những người khác. Ngoài ra, bác sỹ cũng sẽ tư vấn liệu pháp điều trị và chế độ ăn phù hợp để giữ mức đường huyết ổn định cho cơ thể.

Chỉ số khối cơ thểngười mẹ cao hơn mức bình thường cũng có khả năng sinh con to.

Để tránh tình trạng này, nếu bạn có ý định mang thai, nên đến các trung tâm dinh dưỡng để được tư vấn chế độ ăn khiêng và hoạt động thể lực phù hợp. Việc thay đổi lối sống, thay đổi chế độ ăn kiêng tốt không chỉ giúp bạn giảm cân nặng, tốt cho sức khỏe mà còn tốt cho cả thai kì.

Tăng cân nhiều trong lúc mang thai cũng là yếu tố thúc đẩy gây sinh con to.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bạn sẽ tăng khoảng 10 – 12,5 kg trong thai kỳ. Việc quản lý cân nặng sẽ bắt đầu vào tháng thứ tư thai kỳ. Kể từ tháng thứ tư, trung bình mỗi tháng bạn sẽ tăng khoảng 1,5 – 2 kg.

WHO cũng khuyến cáo rằng bạn nên kiểm tra cân nặng định kỳ và tham khảo ý kiến bác sỹ nếu cân nặng tăng ít hơn 1kg hoặc tăng hơn 3 kg mỗi tháng. Tăng cân quá ít hoặc quá nhiều đều ảnh hưởng đến sức khỏe của bạn và em bé. Vì vậy, hãy đảm bảo bạn và con bạn nhận đủ năng lượng là tốt nhất. Hãy nhớ rằng, ăn đủ cho cả hai chứ không phải là ăn nhiều gấp hai lần bình thường. Vậy nên, đừng ăn quá nhiều, nhất là đồ ăn ngọt và có nhiều chất béo.

Tuy nhiên, ăn kiêng để giảm cân cũng là một khuyến cáo không nên làm. Vì đây không phải là thời điểm tốt để thực hiện điều đó. Nếu tăng cân không đủ, thai sẽ chậm phát triển, trẻ nhẹ cân lúc sinh. Khi sinh ra trẻ không được khỏe mạnh như những bé bình thường khác.

Ngoài ra, khám thai định kỳ và đến các cơ sở sản phụ khoa uy tín để sinh đẻ là điều vô cùng cần thiết. Vì bác sĩ sẽ biết cách đánh giá cân nặng thai nhi. Từ đó lựa chọn phương pháp sinh cũng như có những xử trí phù hợp, đặc biệt là trong trường hợp cần can thiệp cấp cứu. Hy vọng bài viết của Ths.BS Phan Lê Nam sẽ có ích cho bạn!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thieu-hut-men-pseudocholinesterase/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh thiếu hụt men Pseudocholinesterase

Nguyên nhân gây thiếu hụt men Pseudocholinesterase

Triệu chứng của bệnh thiếu hụt men Pseudocholinesterase

Ai là người có yếu tố nguy cơ bị thiếu men Pseudocholinesterase?

Khi nào cần đến khám bác sĩ?

Chẩn đoán thiếu hụt men Pseudocholinesterase

Điều trị tình trạng thiếu hụt men Pseudocholinesterase

Làm thế nào để phòng ngừa tình trạng thiếu hụt men Pseudocholinesterase?

Thiếu hụt men Pseudocholinesterase là một tình trạng hiếm gặp khiến bạn nhạy cảm với một số loại thuốc giãn cơ được sử dụng trong gây mê. Men Pseudocholinesterase còn được gọi là men cholinesterase huyết thanh. Để biết thêm những thông tin cơ bản về tình trạng này, xin gửi đến bạn đọc bài viết dưới đây.

Bệnh thiếu hụt men Pseudocholinesterase có thể là do di truyền hoặc do mắc phải. Điều đáng tiếc là không có cách nào để điều trị tình trạng này. Nhưng nếu bạn đã được chẩn đoán thiếu hụt men pseudocholinesterase thì bác sĩ có thể sử dụng các loại thuốc giãn cơ khác mà không gây giãn cơ kéo dài.

Một số thuốc giãn cơ thường được dùng trong phẫu thuật, bao gồm: Succinylcholine hoặc mivacurium. Các loại thuốc này được dùng để làm thư giãn cơ bắp trong quá trình phẫu thuật. Khi bị thiếu hụt men Pseudocholinesterase, các cơ trong cơ thể sẽ thư giãn lâu hơn bình thường. Tình trạng tê liệt các cơ hô hấp sẽ khiến bạn không thể tự thở được.

Nếu bạn bị thiếu hụt men pseudocholinesterase, cơ thể sẽ thiếu hụt một lượng men dùng để phá vỡ (chuyển hóa) các loại thuốc choline ester. Những loại thuốc này được sử dụng trong quá trình gây mê để làm giãn cơ khi phẫu thuật.

Thiếu hụt men này sẽ gây giãn cơ rất lâu và khiến bạn không thể tự di chuyển, thậm chí không thể tự thở trong vòng vài giờ sau khi dùng thuốc. Cơ thể bạn phải mất bao lâu để chuyển hóa thuốc còn tùy thuộc vào lượng men còn lại.

Như đã đề cập, bệnh có thể xảy ra do di truyền hoặc mắc phải.

Thiếu hụt men pseudocholinesterase do di truyền là do khiếm khuyết trong gen butyrylcholinesterase (BCHE). Gen này có vai trò trong quá trình tạo ra men pseudocholinesterase để chuyển hóa choline ester. Thiếu đi gen BCHE sẽ làm giảm sản xuất men hoặc khiến men không thể hoạt động tốt.

Xét nghiệm gen có thể cho biết bạn có gen bất thường này hay không. Tình trạng thiếu hụt men xuất hiện khi người bệnh nhận hai gen bất thường từ cả cha và mẹ. Nếu bạn chỉ nhận một gen bất thường (Chỉ có cha hoặc mẹ truyền sang con) thì bạn sẽ không mắc bệnh. Tuy nhiên, tốc độ chuyển hóa choline ester của bạn sẽ chậm hơn so với người không có gen bất thường.

Khi mang gen bất thường, bạn có thể sẽ truyền gen đó cho con của bạn. Nhưng chúng sẽ không gây nên bệnh trừ khi bé cũng nhận cả gen bất thường đến từ người còn lại.

Bệnh thiếu hụt men pseudocholinesterase có thể mắc phải do các tình trạng làm giảm sản xuất men pseudocholinesterase. Một số lý do có thể kể đến như nhiễm trùng mãn tính, bệnh gan hoặc thận, suy dinh dưỡng, bỏng nặng, ung thư hoặc thai kỳ. Một số thuốc cũng có thể làm giảm sản xuất men gây thiếu hụt.

Hầu hết người mắc bệnh này sẽ không có dấu hiệu hoặc triệu chứng nào xảy ra. Khi bệnh nhân được dùng các loại thuốc giãn cơ như succinylcholine hoặc mivacurium (những loại thuốc được dùng trong quá trình gây mê) thì triệu chứng sẽ xuất hiện.

Lúc này, các cơ sẽ giãn ra, trong một vài trường hợp nặng thì cơ có thể bị liệt. Chính vì vậy, các cơ hô hấp không thể hoạt động để giúp bệnh nhân tự thở. Đối với những bệnh nhân thiếu hụt men này, thời gian giãn cơ có thể rất khác nhau.

Bạn sẽ có nguy cơ cao bị thiếu men nếu cha mẹ, con cái hoặc anh chị em ruột, có:

Gen bất thường liên quan đến bệnh.

Từng gặp vấn đề khi gây mê và được nghi ngờ là thiếu men pseudocholinesterase.

Nếu trong gia đình bạn có người bị thiếu hụt men này hoặc có vấn đề khi gây mê, hãy trao đổi với bác sĩ trước khi tiến hành những thủ thuật cần phải gây mê.

Bác sĩ có thể nghi ngờ bạn mắc tình trạng này nếu bạn gặp vấn đề trong việc hồi phục khả năng kiểm soát cơ và hô hấp, xảy ra sau khi dùng các loại thuốc giãn cơ kể trên để gây mê. Bạn có thể được xét nghiệm máu để đo hoạt tính của men pseudocholinesterase.

Xét nghiệm gen giúp xác định gen bệnh và chẩn đoán bệnh thiếu hụt men này là do di truyền. Một mẫu máu của bạn sẽ được gửi đến phòng xét nghiệm để phân tích.

Nếu bị thiếu men pseudocholinesterase, bác sĩ gây mê có thể tránh cho bạn dùng các loại thuốc có thể gây giãn cơ kéo dài. Thay vào đó, họ sẽ chọn các loại thuốc giãn cơ khác phù hợp với bạn.

Hiện tại không có cách nào chữa trị cho tình trạng thiếu men pseudocholinesterase. Nếu bạn chưa từng biết mình bị thiếu hụt men này, bạn có thể bị ngưng thở trong lúc phẫu thuật. Tuy nhiên đội ngũ y tế sẽ nhanh chóng hỗ trợ để trợ thở cho bạn. Nếu cần, bạn có thể được thở máy và an thần đến khi hồi phục và bắt đầu tự thở.

Người bị thiếu hụt men pseudocholinesterase cũng có thể nhạy cảm với một số thuốc và hóa chất khác. Chúng có thể là procaine gây tê tại chỗ và một số loại thuốc trừ sâu.

Nếu bạn đã được chẩn đoán thiếu hụt men pseudocholinesterase, hãy đeo vòng tay hoặc vòng cổ có ghi thông tin sức khỏe cũng như tình trạng bệnh. Chúng sẽ giúp bác sĩ biết những nguy cơ sức khỏe của bạn, đặc biệt là trong trường hợp khẩn cấp.

Nếu bạn có tiền sử gia đình bị bệnh này hoặc có thành viên trong gia đình gặp vấn đề khi gây mê, hãy trao đổi với bác sĩ trước khi thực hiện những thủ thuật cần gây mê. Nếu trong gia đình có người bị thiếu hụt men pseudocholinesterase, bạn có thể phòng ngừa những vấn đề có thể gặp trong quá trình gây mê bằng cách làm xét nghiệm trước khi làm thủ thuật.

Đánh giá nguy cơ bệnh cho phép bác sĩ gây mê tránh một số loại thuốc. Điều này sẽ giúp ích cho bạn rất nhiều.

Qua bài viết trên, YouMed mong sẽ giúp bạn có được những thông tin hữu ích. Nếu không may mắc phải tình trạng này, hãy lưu ý cho người thân biết. Điều đó sẽ giúp ích cho họ rất nhiều trong một số tình huống cấp bách.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tong-quan-ve-benh-thieu-mau/

Nội dung bài viết

Thiếu máu là gì?

Các nguyên nhân nào gây nên thiếu máu?

Triệu chứng thiếu máu theo từng nguyên nhân

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Bệnh được chẩn đoán như thế nào?

Điều trị thiếu máu như thế nào?

Biến chứng của bệnh thiếu máu

Phòng ngừa thiếu máu như thế nào?

Thiếu máu là một trong những tình trạng rất thường gặp, do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, có thể gây ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống, đặc biệt là có thể là yếu tố làm nặng thêm một số bệnh lý người bệnh đang mắc, thiếu máu nặng có thể gây suy tuần hoàn và tử vong. Việc xác định nguyên nhân và điều trị sớm là rất quan trọng để kiểm soát ảnh hưởng của tình trạng phổ biến này.

Thiếumáu(anemia) được định nghĩa là có sự suy giảm số lượng tế bào hồng cầu hay giảm nồng độ huyết sắc tố (Hemoglobin) trong cơ thể, do đó làm hạn chế khả năng vận oxy đi nuôi các cơ quan.12

Theo thống kê, khoảng 1/3 dân số trên thế giới bị thiếu máu.3

Có nhiều dạngthiếu máu, mỗi dạng đều có nguyên nhân và biểu hiện riêng. Tình trạng thiếu máu có thể tạm thời xuất hiện hoặc diễn ra lâu dài và chuyển biến từ nhẹ đến nặng. Trong hầu hết các trường hợp, người bị thiếu máu do nhiều nguyên nhân gây nên. Tình trạng này có thể là một dấu hiệu cảnh báo bệnh lý nghiêm trọng.1

Các phương pháp điều trị tình trạng này sẽ tùy thuộc vào nguyên nhân. Theo đó, bác sĩ có thể chỉ đụng bổ sung sắt hoặc sử dụng các thủ thuật y tế. Bạn hoàn toàn có thể phòng ngừa tình trạng này thông qua thói quen sống và chế độ ăn uống.1

Có nhiều nguyên nhân gây ra tình trạng thiếu máu. Đó có thể do các yếu tố làm ảnh hưởng (giảm, phá hủy) đến số lượng hồng cầu. Một số trường hợp thiếu máu không thể xác định rõ nguyên nhân hoặc do nhiều nguyên nhân gây ra cùng lúc.45

Những nguyên nhân chính gây tình trạngthiếu máulà:

Đây được xem là nguyên nhân phổ biến nhất. Khi cơ thể bị mất máu, lượngsắtcũng từ đó mà sụt giảm. Lúc này, cơ thể sẽ lấy nước từ các mô bên ngoàimạch máuđể duy trì hoạt động của cách mạch máu. Lượng nước bổ sung này sẽ gây loãng máu, từ đó giảm số lượng hồng cầu.6

Có 2 dạng mất máu và cấp tính và mãn tính. Một số nguyên nhân gây mất máu phổ biến như phẫu thuật, sinh con và chấn thương. Mất máu mãn tính thường gây ra bệnh thiếu máu. Nó có thể do loét dạ dày, ung thư hoặc một loại khối u khác.35

Các nguyên nhân khác củathiếu máudo mất máu bao gồm:35

Rối loạn đường tiêu hóa: loét dạ dày,trĩ,ung thư dạ dàyhoặc viêm dạ dày.

Sử dụngthuốc chống viêm không Steroid, chẳng hạn nhưAspirinvàIbuprofen.

Kinh nguyệt ra nhiều.

Lạc nội mạc tử cung.

Chảy máu camnhiều.

Hiến máuthường xuyên.

Tủy xương là mô mềm, xốp ở trung tâm của xương, và nó đóng một vai trò thiết yếu trong việc tạo ra hồng cầu. Tủy sản xuất tế bào gốc, chúng phát triển thành hồng cầu,bạch cầuvàtiểu cầu. Các bệnh lý gây ảnh hưởng đến tủy xương đều tác động đến các tế bào bạch cầu, làm gián đoạn quá trình sản xuất bạch cầu, hồng cầu của cơ thể và gây thiếu máu.5Các yếu tố làm giảm khả sản xuất hồng cầu có thể được chia thành hai loại – bệnh lý và di truyền.3

Trong một số trường hợp,thiếu máuxảy ra khi các tế bào hồng cầu không phát triển và trưởng thành như bình thường, nhưbệnh Thalassemia– một dạng thiếu máu di truyền; bệnh hồng cầu hình liềm; thiếu hụt Pyruvate Kinase; tăng bạch cầu di truyền.35

Bên cạnh đó, các yếu tố, bệnh lý có thể làm giảm khả năng sản xuất hồng cầu như:3

Bệnh thận.

Một số loại ung thư, chẳng hạn như bệnh bạch cầu,ung thư hạchvà đa u tủy.

Các bệnh tự miễn dịch nhưlupushoặcviêm khớp dạng thấp.

Một số loại nhiễm trùng , chẳng hạn nhưHIVvàbệnh lao.

Suy giáp.

Bệnh viêm ruột (IBD) nhưviêm loét đại tràngvàbệnh Crohn.

Thiếu máu không tái tạo.

Phương pháp hóa trị và xạ trị cho bệnh ung thư.

Tiếp xúc với chất độc, chẳng hạn như chì trong thời gian dài.

Một tế bào hồng cầu thường có tuổi thọ là 120 ngày. Tuy nhiên, nó có thể bị phá hủy do nhiều nguyên nhân tác động.7

Bên cạnh trường hợp hệ thống miễn dịch nhầm các tế bào hồng cầu với một chất lạ nên tấn công và tiêu diệt chúng; nhiều yếu tố sau đây có thể khiến hồng cầu bị phá hủy:35

Nhiễm trùng, mắc bệnhsốt rét.

Tác dụng phụ của một sốthuốc kháng sinh.

Huyết áp tăng đột ngột.

Phẫu thuật ghép mạch máu,van tim.

Di chứng của bệnh thận, viêm gan hoặcxơ gan.

Bệnh tan máu.

Trúng độc: nọc rắn, nhện,…

Có một số yếu tố có thể làm tăng nguy cơ phát triển bệnh thiếu máu:3

Chế độ ăn uống không bao gồm đủ sắt,folatehoặcvitamin B12.

Có kinh nguyệt.

Thai kỳ.

Trên 65 tuổi.

Tiền sử gia đình về các tình trạng di truyền có thể gâythiếu máu.

Các yếu tố khác như uốngnghiện rượuvà thường xuyên tiếp xúc với hóa chất độc hại.

Các dấu hiệu của bệnh thiếu máu có thể không rõ ràng mà bạn thậm chí có thể không nhận thấy. Tại một thời điểm nhất định, khi số lượng các tế bào máu của giảm nhiều, các dấu hiệu mới rõ nét. Những triệu chứng chung của bệnh thiếu máu như sau:28

Chóng mặt, choáng váng hoặc cảm giác như bạn sắp bất tỉnh.

Nhịp tim nhanh hoặc bất thường.

Đau đầu, nhức đầu.

Đau ở xương, ngực, bụng và khớp.

Chậm phát triển (đối với trẻ em và thanh thiếu niên).

Hụt hơi.

Da nhợt nhạt hoặc vàng.

Tay chân lạnh.

Mệt mỏi.

Khó tập trung, suy nghĩ.

Tâm trạng cáu gắt.

Chán ăn.

Một vài triệu chứng khi tình trạngthiếu máutrở nên nghiêm trọng:8

Tròng mắt đổi màu.

Móng tay dễ gãy.

Choáng váng khi đứng lên.

Da nhợt nhạt.

Khó thở.

Đau hoặc viêm lưỡi.

Loét miệng.

Chảy máu kinh nguyệt bất thường.

Giảm ham muốn tình dục ở nam giới.

Thiếu máu do thiếu sắtlà loại thiếu máu phổ biến nhất và xảy ra khi bạn bổ sung đủ chất sắt cho cơ thể. 50% các trường hợp thiếu máu là do thiếu sắt. Những yếu tố dẫn đến tình trạng này:49

Mất máu.

Chế độ ăn uống ít chất sắt.

Cơ địa khó hấp thụ sắt (mắc bệnh viêm ruột hoặc đã từng phẫu thuật cắt bỏ dạ dày).

Người thường xuyên bị thiếu máu do thiếu sắt (ở mức nhẹ, trung bình).

Thiếu máu do thiếu sắt nghiêm trọng có thể gây ra các triệu chứng:4

Mệt mỏi.

Hụt hơi.

Đau ngực.

Khi không được điều trị, loại thiếu máu này có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng.4

Xem thêm:Bệnh nhân Thiếu máu thiếu sắt cần chuẩn bị gì trước khi gặp bác sĩ?

Thiếu máu do thiếu vitaminlà do lượng folate hoặc vitamin B12 trong cơ thể thấp hơn người bình thường. Loạithiếu máunày thường là do chế độ ăn uống thiếu các chất dinh dưỡng này. Ngoài một số triệu chứng chung của bệnh thiếu máu, bạn có thể nhận thấy một số dấu hiệu đặc trưng của loại thiếu máu này:4

Đau miệng và đau lưỡi.

Thay đổi màu sắc trên da, tóc hoặc móng tay của bạn.

Bên cạnh đó, loại thiếu máu này có thể tiến triển thành thiếu máu ác tính. Nguyên nhân là do lượng vitamin B12 trong cơ thể ở mức thấp. Khi đó, cơ thể của những người mắc bệnh không thể tạo ra một loại protein ở dạ dày giúp hấp thụ vitamin B12 từ thực phẩm. Một số triệu chứng thiếu hụt vitamin B12:45

Tê và ngứa ran ở bàn tay hoặc bàn chân.

Yếu cơ.

Lưỡi dày, mịn, màu đỏ.

Phản xạ chậm.

Thường u buồn, lo âu.

Lú lẫn, trí nhớ kém.

Các vấn đề về tiêu hóa: ợ nóng,buồn nôn, nôn,đầy bụng khó tiêu,táo bón.

Khi mắc bệnhthiếu máu tán huyết, các tế bào hồng cầu bị phá hủy nhanh hơn mức mà cơ thể bạn có thể thay thế chúng. Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra bệnh thiếu máu này. Bên cạnh những triệu chứng chung, có một số dấu hiệu đặc trưng củathiếu máután huyết:410

Nước tiểu đậm.

Vàng da và lòng trắng của mắt.

Tăng nhịp tim.

Lá láchvàganto.

Ớn lạnh.

Đau lưng hoặc bụng trên.

Thiếu máu bất sản xảy ra khi tủy xương của bạn không sản xuất đủ lượng hồng cầu cho cơ thể. Nguyên nhân là do tổn thương tế bào gốc trong tủy xương. Thiếu máu bất sản cũng có tác động đến việc sản xuất các tế bào bạch cầu và tiểu cầu. Vì vậy, ngoài số lượng hồng cầu thấp, những người bị loại thiếu máu này cũng có số lượng bạch cầu và tiểu cầu thấp.411

Số lượng bạch cầu thấp có thể dẫn đến nhiễm trùng thường xuyên, trong khi lượng tiểu cầu thấp có thể dễ gây bầm tím hoặc chảy máu. Các triệu chứng tiềm ẩn khác của bệnh thiếu máu bất sản bao gồm phát ban trên da và buồn nôn.4

Hãy đi khám ngay nếu bạn cảm thấy cơ thể thường xuyên mệt mỏi hoặc không rõ nguyên nhân của tình trạng này. Tuy nhiên, mệt mỏi cũng có thể là dấu hiệu của nhiều bệnh lý khác. Vì vậy, việc đi khám để xác định chính xác vấn đề bạn đang gặp phải là điều cần thiết.1

Bác sĩ cũng sẽ chỉ định cho bạn thực hiện các xét nghiệm khi nhận thấy bạn có các biểu hiện:8

Tim đập nhanh, rối loạn nhịp tim.

Huyết áp thấp, đặc biệt là khi bạn đứng lên.

Sốtnhẹ.

Da nhợt nhạt.

Một số loạithiếu máucó thể gây ra các phát hiện khác khi khám sức khỏe.

Một số trường hợp có thể biểu hiện các triệu chứng rõ ràng như đã nêu, nhưng đối với mức độ nhẹ thì có thể phát hiện được bằng xét nghiệm phân tích máu. Đây là công cụ cơ bản để khẳng định và phân mức độ của người bệnh. Các thông số quan trọng để chẩn đoán đối với một kết quả tổng phân tích tế bào máu:

RBC: Số lượng tế bào hồng cầu trong máu.

HGB: Huyết sắc tố trong máu.

HCT: Dung tích hồng cầu.

MCV: Thể tích trung bình của hồng cầu.

MCH: Lượng huyết sắc tố trung bình của hồng cầu.

MCHC: Nồng độ huyết sắc tố trung bình của hồng cầu.

RDW: Sự phân bố kích thước của hồng cầu.

Phân loại mức độ:

Hb (g/dL)

Hb (g/dL)

Hb (g/dL)

Bên cạnh việc khám sức khỏe tổng quan và hỏi về tiền sử mắc bệnh thiếu máu của gia đình, bác sĩ sẽ chỉ định thêm một số xét nghiệm nếu cần thiết:4

1. Công thức máu toàn bộ (CBC)

Xét nghiệm máu CBC đo nồng độ hemoglobin của bạn và có thể cho biết số lượng và kích thước của các tế bào hồng cầu. Nó cũng có thể cho biết mức độ của các tế bào máu khác như bạch cầu và tiểu cầu có bình thường hay không.12

2. Xét nghiệm hồng cầu lưới

Đây là một xét nghiệm máu để đo mức độ của các tế bào hồng cầu chưa trưởng thành được gọi là hồng cầu lưới. Nó có thể giúp bác sĩ xác định xem tủy xương của bạn có sản xuất đủ tế bào hồng cầu mới hay không.13

3. Nồng độ sắt trong huyết thanh

Xét nghiệm sắt huyết thanh là xét nghiệm máu để đo tổng lượng sắt trong máu của bạn. Nó có thể cho biết liệu thiếu sắt có phải là nguyên nhân gây ra bệnh thiếu máu của bạn hay không.14

4. Thử nghiệm Ferritin

Xét nghiệm ferritin là xét nghiệm máu để phân tích lượng sắt dự trữ trong cơ thể bạn.15

5. Thử nghiệm vitamin B12

Xét nghiệm vitamin B12 là một xét nghiệm máu để đo nồng độ vitamin B12 của bạn và giúp bác sĩ xác định xem mức độ này có quá thấp hay không.16

6. Thử nghiệm axit folic

Xét nghiệm axit folic là xét nghiệm máu để đo nồng độ folate của bạn và có thể cho biết mức độ này có quá thấp hay không.17

7. Thử nghiệm Coombs

Xét nghiệm Coombs là một xét nghiệm máu tìm kiếm sự hiện diện của các tự kháng thể đang nhắm mục tiêu và phá hủy các tế bào hồng cầu của chính bạn.18

8. Xét nghiệm máu trong phân

Xét nghiệm này xác định phân có máu hay không. Nếu kết quả xét nghiệm dương tính, có nghĩa là máu đang bị mất thông qua đường tiêu hóa. Đây là dấu hiệu của các tình trạng sức khỏe như loét dạ dày, viêm loét đại tràng và ung thư ruột kết.19

9. Xét nghiệm tủy xương

Xét nghiệm chọc hút hoặc sinh thiết tủy xương có thể giúp bác sĩ xem liệu tủy xương của bạn có hoạt động bình thường hay không. Những loại xét nghiệm này có thể rất hữu ích nếu nghi ngờ các tình trạng như bệnh bạch cầu, đa u tủy hoặcthiếu máubất sản.4

Đối với tình trạng cần cấp cứu, bệnh nhân thiếu máu nặng biểu hiện chiếu chứng của rối loạn huyết động (Rối loạn tri giác, mạch nhanh, huyết áp giảm, tay chân lạnh, không đi tiểu được,…) cần được bồi hoàn dịch và chế phẩm máu ngay tức thì tại cơ sở y tế gần nhất.

Phương pháp điều trị sẽ phụ thuộc vào nguyên nhân thiếu máu. Mục đích chung nhất của các phương pháp điều trị chính là tăng số lượng hồng cầu, từ đó giúp tăng lượng oxy trong máu.520

Các phương pháp điều trị cho một số loại bệnh thiếu máu:5

Phương pháp điều trị của tình trạng này là bổ sung sắt và thay đổi chế độ ăn uống. Bác sĩ có thể khuyên dùng viên sắt không kê đơn để bổ sung lượng sắt dự trữ trong cơ thể bạn. Tuy nhiên, việc uống viên sắt có thể gây một số tác dụng phụ. Chính vì vậy, bạn cần uống sắt theo đúng liều lượng và thời gian mà bác sĩ hướng dẫn.521

Nếu chất bổ sung sắt không làm tăng nồng độ sắt trong máu của bạn, bác sĩ sẽ chỉ định các phương pháp điều trị thiếu máu do thiếu sắt như:

Thuốc để kiểm soát lượng kinh nguyệt ra nhiều.

Thuốc kháng sinh và các loại thuốc điều trị loét dạ dày tá tràng.

Phẫu thuật để loại bỏ một polyp chảy máu, một khối u hoặc một khối u xơ.

Nếu thiếu máu do thiếu sắt nghiêm trọng, bạn có thể cần truyền sắt qua đường tĩnh mạch hoặc có thể cần truyền máu.

Các phương pháp điều trị có thể bao gồm bổ sung chế độ ăn uống. Đối với bệnhthiếu máuác tính, vitamin B12 thường được cung cấp qua đường tiêm và người bệnh có thể phải uống thường xuyên trong suốt phần đời còn lại. Vitamin B12 có thể được bổ sung vào cơ thể dưới dạng:522

Tiêm vào cơ hoặc dưới da.

Thuốc.

Chất lỏng hoặc viên nén có thể hòa tan dưới lưỡi.

Gel hoặc thuốc xịt mũi.

Bệnh này thường không cần điều trị, nhưng nếu trường hợp của bạn nghiêm trọng, bạn có thể phải truyền máu, cấy ghép tủy xương hoặc phẫu thuật.2523

Điều trị bằng phương pháp truyền máu (trong đó bạn lấy máu từ người khác) hoặc cấy ghép tủy xương (trong đó bạn lấy tế bào gốc của người hiến tặng).25

Kế hoạch điều trị có thể bao gồm các loại thuốc ức chế miễn dịch, điều trị nhiễm trùng và phương pháp điện di lọc máu.25

Điều trị bệnh này thường bao gồm liệu pháp oxy, thuốc giảm đau và dịch truyền tĩnh mạch, nhưng nó cũng có thể bao gồm thuốc kháng sinh, bổ sung axit folic, truyền máu và thuốc điều trị ung thư được gọi làhydroxyurea.2524

Bác sĩ sẽ tập trung giải quyết tình trạng cơ bản.

Nếu không được điều trị, thiếu máu có thể tiếp tục gây ra các biến chứng nghiêm trọng:425

Các vấn đề về tim, chẳng hạn như:Đau thắt ngực.Loạn nhịp tim.Suy tim.Đau tim.To tim.

Đau thắt ngực.

Loạn nhịp tim.

Suy tim.

Đau tim.

To tim.

Tổn thương thần kinh ngoại vi.

Hội chứng chân không yên.

Thường xuyên lo lắng, phiền muộn.

Trí nhớ kém.

Lú lẫn.

Hệ thống miễn dịch suy yếu (thường xuyên nhiễm trùng).

Các biến chứng thai kỳ nhưsinh nonhoặc sinh con nhẹ cân.

Chậm phát triển ở trẻ em.

Suy đa cơ quan, có thể dẫn đến tử vong.

Nhiều loại thiếu máu không thể ngăn ngừa được. Nhưng bạn có thể phòng tránh thiếu máu do thiếu sắt vàthiếu máudo thiếu vitamin bằng cách ăn một chế độ ăn uống bao gồm nhiều loại vitamin và khoáng chất.

Nhu cầu hàng ngày về vitamin và sắt thay đổi tùy theo giới tính và độ tuổi. Phụ nữ cần nhiều sắt và folate hơn nam giới do mất sắt trong thời kỳ kinh nguyệt và sự phát triển của thai nhi trong thời kỳ mang thai.4

Theo Viện Y tế Quốc gia (NIH), lượng sắt khuyến nghị hàng ngày cho người lớn từ 19 đến 50 tuổi như sau:25

Các nguồn cung cấp chất sắt:4525

Gan gà và bò.

Thịt đỏ, chẳng hạn như thịt bò.

Ngũ cốc.

Cháoyến mạch.

Các loại đậu.

Gạo lứt.

Các loại rau xanh lá, chẳng hạn nhưcải xoăn,rau binavà cải xoong.

Folate là dạng axit folic có tự nhiên trong cơ thể. Những thực phẩm giàu folate là:4

Gan bò.

Đậu lăng.

Rau bina.

Đậu bắc.

Măng tây.

Trứng.

Theo NIH, mỗi ngày, lượng vitamin B12 mà một người trưởng thành là 2,4 mcg, phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú: 2,6 mcg và 2,8 mcg.27

Gan bò và trai là hai trong số những nguồn cung cấp vitamin B12 tốt nhất. Các nguồn tốt khác bao gồm:

Cá.

Thịt gia cầm.

Trứng

Các sản phẩm sữa.

Có một số cách để giúp kiểm soát bệnh thiếu máu, bao gồm:28

Tuân theo một chế độ ăn uống lành mạnh.

Uống đủ nước.

Tập thể dục thường xuyên, đúng cách.

Tránh tiếp xúc với các hóa chất gâythiếu máu.

Rửa tay thường xuyên để tránh nhiễm trùng.

Chăm sóc răng miệng tốt và đi khám răng định kỳ.

Theo dõi những thay đổi của cơ thể và khám sức khỏe định kỳ.

Thiếu máukhông phải là một bệnh, có thể là một hệ quả của một hoặc đồng thời nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, việc điều trị cần dựa trên nguyên nhân và nhìn chung phương thức điều trị rất khác nhau giữa các nhau giữa các bệnh lý nền khác nhau. Phụ nữ mang thai là đối tượng nhạy cảm, cần được bổ sung nguyên liệu tạo máu và tầm soát các bệnh lý di truyền trong đó có bệnh lý di truyền huyết học, để thai phụ và cả thai nhi ra đời có tình trạng sức khỏe tốt nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thieu-mau-co-tim/

Nội dung bài viết

Thiếu máu cơ tim là gì?

Nguyên nhân gây bệnh

Các loại thuốc điều trị thiếu máu cơ tim thường dùng

Khi cơ thể không cung cấp đủ dinh dưỡng và oxy cho cơ tim hoạt động sẽ dẫn đến tình trạng thiếu máu cơ tim. Hầu hết các trường hợp sẽ được chỉ định dùng thuốc để điều trị và ngăn bệnh tiến triển. Bài viết từ Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô sẽ giúp bạn đọc nắm được lưu ý khi sử dụng các loại thuốc này.

Thiếu máu cơ tim (bệnh mạch vành tim) là tình trạng mạch vành bị tắc nghẽn, dẫn đến giảm lượng máu đến tim. Từ đó, không cung cấp đủ oxy và chất dinh dưỡng cho tim. Bệnh lý này thường bắt nguồn từ việc hình thành các cục máu đông, mảng xơ vữa hay sự co thắt bất thường của mạch vành.

Bệnh được phân thành 2 thể như sau:

Thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi có tiền sử bệnh tim mạch hoặc bị đái tháo đường. Ở thể này, người bệnh không cảm thấy đau ngực. Do đó,thiếu máu cơ timchỉ được phát hiện khi chẩn đoán bằng điện tâm đồ. Việc khó phát hiện dễ dẫn đến biến chứng nhồi máu cơ tim hoặc tử vong đột ngột với tỷ lệ cao.

Ban đầu triệu chứng chỉ xuất hiện khi người bệnh bị xúc động mạnh hay lao động nặng, về sau ngay cả khi nghỉ ngơi cũng sẽ thấy đau ngực. Người bệnh bị đau vùng ngực trái trước tim, có cảm giác bị đè nén, chèn ép vùng xương ức, cổ, vai kèm cảm giác khó thở, buồn nôn, choáng váng…

Đối với trường hợp này tần suất cơn đau sẽ tăng dần theo thời gian, từ vài tháng một lần đến vài lần trong ngày. Thêm vào đó, thời gian đau sẽ kéo dài từ vài giây đến vài phút. Người bệnh cảm thấy mệt mỏi, đau nhức. Do đó, bệnh nhân cần được theo dõi và có phác đồ điều trị hợp lí.

Những nguyên nhân chính gồm:

1. Xơ vữa động mạch

Hơn 90% nguyên nhân gây nên thiếu máu cơ tim là do sự tích tụ cholesterol và canxi trong lòng mạch vành. Các mảng bám này dày lên theo thời gian khiến lòng mạch ngày càng xơ cứng, khó dẫn máu đến nuôi tim. Do đó, tim bị thiếu oxy và chất dinh dưỡng, gây nên sự khó chịu ở ngực.

2. Huyết khối trong lòng mạch vành

Khi các mảng xơ vữa nứt vỡ sẽ tạo thành những cục máu đông gây cản trở dòng máu đến nuôi dưỡng tim. Cục máu đông là nguyên nhân gây ra các cơn đau thắt ngực bất thường và nhồi máu cơ tim.

3. Co thắt vành

Đây cũng là nguyên nhân gây thiếu máu cơ tim cục bộ, quặn thắt ngực kể cả khi động mạch vành không bị tắc hẹp.

Tùy vào tình trạng bệnh của từng người bác sĩ sẽ đưa ra đơn thuốc thích hợp, nhưng căn bản vẫn “có mặt” các loại thuốc sau:

Các nitrat giải phóng nhanh có thể ngay lập tức làm giảm cơn đau ngực ở người bị bệnh này nhờ khả năng giãn mạch nhanh chóng để tăng cường máu cho tim. Không những thế, các loại thuốc thuộc nhóm nitrat còn giúp giảm gánh nặng cho tim, giảm nhu cầu của cơ tim về lượng oxy cần cung cấp.

Trong số các loại thuốc trị, nhóm nitrat,Nitroglycerinđược dùng nhiều nhất, có thể được bào chế dưới dạng giải phóng nhanh hoặc giải phóng kéo dài. Ngược lại, Isosorbide dinitrate và Isosorbide mononitrate ít được sử dụng hơn bởi chúng ít chuyển hóa tại gan.

Nitroglycerin được sử dụng nhiều nhất để điều trị thiếu máu cơ tim

Bên cạnh việc giúp trị bệnh, nhóm nitrat có thể dẫn đến một số tác dụng phụ như đỏ bừng mặt, hạ huyết áp tư thế đứng, nhức đầu thoáng qua…

Các loại thuốc trị thiếu máu cơ tim thuộc nhóm chẹn beta giúp tim thư giãn, chậm nhịp tim để giảm nhu cầu oxy của cơ tim, từ đó giúp giảm áp lực cho tim.

Các loại thuốc nhưmetoprolol,propranolol,atenolol,… sẽ được dùng với liều lượng tăng dần cho người bệnh. Tuy nhiên, thuốc có thể gây ra một số tác dụng phụ đáng lưu ý như chóng mặt, mệt mỏi, nhịp tim chậm quá mức,… Do đó nên sử dụng với liều lượng hợp lý.

Với khả năng làm giãn mạch máu, thuốc chẹn canxi mang lại hiệu quả tích cực trong việc điều trị bệnh. Các loại thuốc chẹn kênh canxi như amlodipin, nifedipine dành cho người có nhịp tim bình thường. Đối với người có nhịp tim nhanh có thể sử dụng verapamil hay diltiazem.

Tác dụng phụ thường thấy khi sử dụng thuốc chẹn kênh canxi là phù chi. Ngoài ra, có thể bị chóng mặt, táo bón, buồn nôn,…

Không có tác dụng làm giãn mạch và giảm huyết áp như các nhóm thuốc khác, thuốc ức chế men chuyển Angiotensin có khả năng làm giảm biến cố tim mạch ở người bệnh bị đái tháo đường, huyết áp cao….

Một số loại thuốc phổ biến ở nhóm này có thể kể đến nhưEnalapril,Lisinopril, Perindopril. Các loại thuốc này tương đối an toàn, tuy nhiên cũng có một số ít trường hợp có thể bị ho khan, có vị kim loại trong miệng,…

Trong trường hợp các loại thuốc nhóm nitrat, chẹn beta, chẹn kênh canxi không đáp ứng tốt cho người bệnh thì có thể dùng thuốc chống đau thắt thế hệ mới. Điển hình của nhóm thuốc này gồm 2 loại:

Ivabradinelà loại thuốc mới, có thể xoa trên nút xương để làm chậm nhịp tim, giảm đau ngực nhưng không tác động đến huyết áp hay sức cơ tim co bóp. Đặc biệt, loại thuốc này được sử dụng cho bệnh nhân bị co thắt phế quản, hen suyễn – người chống chỉ định của nhóm thuốc chẹn beta.

Khi dùng loại thuốc này có thể gây nên những rối loạn về thị giác. Ngoài ra, thuốc có thể khiến người bệnh bị táo bón, tiêu chảy,… Tuy nhiên, tỉ lệ này rất thấp, không đáng lo ngại.

Trimetazidinlà loại thuốc trị thiếu máu cơ tim duy nhất không gây ra bất cứ thay đổi về nhịp tim hay đông máu. Thuốc thường ít gây tác dụng phụ, nếu có thì người bệnh sẽ đau đầu, buồn nôn hay chóng mặt.

Các loại thuốc chống đông máu bao gồmaspirin, ticlopidine,warfarin,clopidogrel,… Đây là các loại thuốc chống đông máu được chỉ định dùng trong trường hợp người bệnh có cục máu đông. Các trường hợp bệnh do hậu phẫu thuật, xơ vữa động mạch,… có thể gây nên tình trạng này.

Thuốc chống đông máu nếu sử dụng quá liều trong thời gian dài sẽ gây tác dụng phụ chảy máu quá mức. Các triệu chứng thường gặp là chảy máu chân răng, chảy máu cam, bầm tím dưới da… Khi gặp trường hợp này người bệnh cần báo cho bác sĩ biết để có biện pháp xử lý kịp thời.

Rất nhiều người quan tâm đến các loại thảo dược điều trị bệnh này.

Để giải đáp thắc mắc này, các bác sĩ chuyên môn lâu năm trong nghề đã trả lời rằng: Ngoài thuốc Tây y, người bệnh có thể dựng dụng thảo dược Đông y để trị bệnh. Có nhiều cây thuốc trị bệnh tim được sử dụng nhưđan sâm,khổ sâm,…

Đan sâm,hoàng đằng, khổ sâm,… các loại thảo dược này cho hiệu quả làm giảm đau thắt ngực, khó thở, hồi hộp, giảm cholesterol máu,… Nhờ đó có thể hạn chế tối đa việc hình thành các mảng xơ vữa, giúp người bệnh ngăn ngừa nguy cơ đột quỵ, nhồi máu cơ tim.

Có thể dùng thảo dược Đông y trị thiếu máu cơ tim

Thiếu máu cơ timkhông khó chữa như các bệnh lý về tim mạch khác. Do đó, người bệnh nên tuân thủ theo chỉ dẫn của bác sĩ để bệnh được điều trị tốt nhất. Hy vọng những chia sẻ trên đây đã giúp bạn phần nào hiểu hơn về các loại thuốc trị bệnh. Ngoài việc hiểu tình trạng bệnh của bản thân, hãy lựa chọn cho mình loại thuốc thích hợp nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thieu-mau-do-thieu-vitamin-nhung-dieu-ban-can-luu-y-de-luon-khoe-manh/

Nội dung bài viết

Tổng quan

1. Các triệu chứng của thiếu máu do thiếu vitamin là gì?

2. Nguyên nhân của thiếu hụt vitamin

3. Những nguy cơ của thiếu máu do thiếu vitamin

4. Biến chứng của tình trạng này là gì?

5. Phòng ngừa thiếu vitamin như thế nào?

6. Chẩn đoán thiếu máu do thiếu vitamin

7. Điều trị bổ sung vitamin

Bạn có thể bị thiếu máu nếu cơ thể không được cung cấp đủ vitamin. Tình trạng thiếu một số loại vitamin có thể dẫn đến sự suy giảm lượng hồng cầu khoẻ mạnh. Liệu bạn và người thân có được cung cấp đủ lượng vitamin cần thiết để tạo máu hay không? Hãy cùng ThS.BS Vũ Thành Đô tìm hiểu về tình trạng thiếu máu do thiếu vitamin nhé.

Đầu tiên, bạn cần biết các vitamin nào có liên quan chặt chẽ đến sự tạo máu. Đó là các vitamin B12, vitamin C và folate. Tình trạng thiếu máu có thể xảy ra nếu bạn không được cung cấp đủ các vitamin trên. Đôi khi, dù được cung cấp đầy đủ vitamin, cơ thể bạn lại có vấn đề trong việc hấp thu và chuyển hoá các vitamin này. Điều này cũng dẫn đến tình trạng thiếu máu.

Việc chẩn đoán và điều trị thiếu máu là cần thiết. Điều trị thiếu máu do thiếu vitamin có thể thực hiện dễ dàng qua thực phẩm hoặc dưỡng chất bổ sung.

Các triệu chứng này bao gồm:

Mệt mỏi.

Khó thở.

Chóng mặt.

Da xanh xao hay xỉn màu.

Nhịp tim không đều.

Sụt cân.

Tê hay dị cảm ở bàn tay, bàn chân.

Yếu cơ.

Thay đổi tính tình.

Cử động không dứt khoát, chậm chạp.

Lú lẫnhoặc hay quên.

Tình trạng thiếu vitamin thường tiến triển dần dần qua nhiều tháng đến nhiều năm. Các triệu chứng của thiếu vitamin có thể xuất hiện rất mờ nhạt. Tuy nhiên, các triệu chứng này thường nặng dần lên song hành với sự thiếu hụt vitamin.

Tình trạng thiếu máu sẽ xuất hiện khi cơ thể bạn thiếu hụt các vitamin cần để tạo máu. Tế bào máu, cụ thể là hồng cầu, sẽ bị ảnh hưởng. Khi hồng cầu bị giảm sút về số lượng hay chất lượng sẽ gây nên các triệu chứng của thiếu máu.

Cơ thể có thể thiếu máu do đơn thuần bạn không cung cấp đủ vitamin. Có khi tình trạng này lại do cơ thể bạn không hấp thu được dinh dưỡng trong thức ăn.

Dưới đây chúng ta sẽ cùng tìm hiểu nguyên nhân của sự thiếu hụt từng loại vitamin nhé.

Folate, hay còn gọi làvitamin B9, có nhiều trong trái cây và rau xanh. Nếu chế độ ăn bị thiếu rau xanh và trái cây lâu dài, bạn có thể bị thiếu folate.

Tình trạng thiếu folate cũng có thể do cơ thể bạn không hấp thu được folate. Các chất dinh dưỡng hầu hết được hấp thu tại ruột non. Nếu có một trong những tình trạng sau, có thể ruột bạn không hấp thu được folate:

Bạn có bệnh tại ruột non, ví dụ như bệnh celiac (không dung nạp gluten).

Phẫu thuật cắt phần lớn ruột non hoặc có trình trạng thông nối.

Uống một lượng lớn rượu bia, đồ uống có cồn.

Dùng một số loại thuốc, ví dụ như thuốc chống động kinh.

Phụ nữ có thai và cho con bú có nhu cầu folate lớn hơn bình thường. Tương tự với những người có bệnh thận. Nếu những đối tượng trên không được cung cấp đủ folate, thiếu máu có thể sẽ xuất hiện.

Vitamin B12có nhiều trong thịt, trứng và sữa. Hãy đảm bảo chế độ ăn của bạn có đủ những thành phần trên.

Tuy nhiên, nguyên nhân thường gặp của thiếu vitamin B12 là do thiếu yếu tố nội tại. Yếu tố này được tạo ra bởi một loại tế bào trong dạ dày. Yếu tố nội tại này sẽ giúp vitamin B12 được hấp thu tại ruột non. Nếu thiếu yếu tố nội tại, các vitamin B12 bạn ăn vào sẽ không được hấp thu.

Những người có bệnh lý nội tiết liên quan đến tự miễn, như đái tháo đường hay bệnh lý tuyến giáp, có thể có nguy cơ mắc bệnh thiếu máu do thiếu vitamin B12.

Đôi khi, nguyên nhân của việc hấp thụ vitamin B12 là ở ruột non. Một số tình trạng dưới đây có thể dẫn tới điều này:

Phẫu thuật liên quan đến dạ dày và đường ruột, như thông nối dạ dày.

Có sự rối loạn của hệvi khuẩn đường ruột.

Có bệnh lý của ruột non, ví dụ như bệnh Crohn haybệnh celiac. Những bệnh này làm ngăn cản sự hấp thụ vitamin.

Bạn mắc sán dây, một loại ký sinh trùng. Sán dây hút đi chất dinh dưỡng trong cơ thể bạn.

Thiếu vitamin có thể xảy ra khi bạn không sử dụng đủ các thực phẩm giàu vitamin C. Ngoài ra, vitamin C cũng có khả năng bị thiếu hụt nếu cơ thể bạn mất khả năng hấp thụ. Nguyên nhân gây giảm hấp thụ vitamin C thường gặp là hút thuốc lá. Ngoài ra, các tình trạng bệnh mạn tính như ung thư hay bệnh thận mạn cũng có thể làm tăng nguy cơ thiếu vitamin C do ảnh hưởng đến quá trình hấp thụ dưỡng chất.

Có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến sự dự trữ vitamin trong cơ thể. Dưới đây là một số các yếu tố làm tăng nguy cơ bị thiếu hụt vitamin:

Chế độ ăn thiếu hụt các nguồn vitamin tự nhiên. Ví dụ như thiếu hụt trái cây, rau xanh, thịt hay sản phẩm từ sữa. Những người ăn chay trường không dùng các sản phẩm từ sữa có thể gặp tình trạng này.

Phụ nữ có thai. Nếu bạn không uống đủ các vitamin khi mang thai, rất có khả năng bạn sẽ bị thiếu hụt các dưỡng chất này. Uống bổ sung acid folic là đặc biệt quan trọng trong thai kỳ.

Các bệnh lý ở ruột hay bệnh khác ảnh hướng tới khả năng hấp thụ vitamin. Thường thấy như loạn khuẩn ruột hay phẫu thuật ruột non có thể gây thiếu vitamin B12.

Nghiện rượu. Rượu làm giảm khả năng hấp thu vitamin C. Ngoài ra, nó còn ảnh hưởng đến nhiều loại vitamin và dưỡng chất khác.

Thuốc bạn đang dùng làm giảm sự hấp thu vitamin. Ví dụ như thuốc chống động kinh làm giảm hấp thu folate. Các thuốc antacid và thuốc trị tiểu đường có ảnh hưởng đến sự hấp thu vitamin B12.

>> Ngoài vitamin thì thiếu sắt cũng có thể dẫn đến thiếu máu. Đọc thêm:Thiếu máu thiếu sắt: Những thông tin bạn cần biết.

Tình trạng thiếu vitamin gây ra nhiều vấn đề về sức khoẻ. Dưới đây là một số biến chứng cần lưu ý.

Phụ nữ có thai không được cung cấp đủ folate có thể có nhiều biến chứng, bao gồm sinh non. Thai nhi nếu thiếu folate cũng tăng nguy cơ bị dị tật. Các dị tật đáng lưu ý như bất thường ở não bộ vàtuỷ sống.

Khi mang thai, phụ nữ nên hỏi bác sĩ để được tư vấn và dùng đủ folate.

Vitamin B12 không chỉ cần thiết cho việc tạo máu, nó còn có vai trò trong việc giữ một hệ thần kinh khoẻ mạnh. Việc thiếu vitamin B12 lâu dài có thể gây tê bì tay chân hay loạng choạng, mất thăng bằng. Ngoài ra, bạn còn có thể bị lú lẫn hoặc hay quên.

Nếu không được điều trị, các vấn đề thần kinh có thể kéo dài và không hồi phục. Các vấn đề này có thể xuất hiện trước khi có biểu hiện thiếu máu.

Tình trạng này có thể xảy ra do thiếuvitamin C. Bạn nên lưu ý và đi khám nếu như có các dấu hiệu trên.

Hãy ăn theo một chế độ ăn lành mạnh, đầy đủ dưỡng chất để ngừa thiếu vitamin.

Các thực phẩm giàu folate:

Rau xanh. Các loại rau màu xanh sậm sẽ giàu folate hơn.

Các loại hạt.

Bánh mì, ngũ cốc, mỳ pasta, cơm.

Trái cây và nước ép.

Các thực phẩm giàu vitamin B12:

Trứng.

Các thực phẩm được bổ sung vitamin, như ngũ cốc ăn sáng.

Sữa, phô mai vàsữa chua.

Thịt và hải sản.

Các thực phẩm giàu vitamin C:

Súp lơ xanh.

Các trái cây họ cam và nước ép.

Dâu tây.

Ớt chuông.

Cà chua.

Nhu cầu vitamin trung bình mỗi ngày của người lớn là:

Vitamin B12: 2,4 micrograms.

Folate và acid folic: 400 micrograms.

Vitamin C: 75 – 90 mg.

Phụ nữ có thai và cho con bú có nhu cầu vitamin cao hơn.

Hầu hết mọi người sẽ có đủ lượng vitamin cần thiết qua chế độ ăn. Tuy nhiên, bạn cũng có thể sử dụng thêm viêm uống bổ sung nhiều loại vitamin. Bác sĩ có thể cho ý kiến và khuyên bạn nên dùng loại vitamin nào.

Nếu bạn đang hút thuốc lá, hãy bỏ thuốc lá. Hút thuốc lá tăng nguy cơ nhiều vấn đề sức khoẻ khác cũng như làm giảm sự hấp thụ vitamin.

Đối với người lớn, lượng rượu có thể được xem là vừa phải là:

2 đơn vị rượu 1 ngày ở đàn ông dưới 65 tuổi.

1 đơn vị rượu 1 ngày ở đàn ông trên 65 tuổi và phụ nữ.

Bác sĩ có thể sẽ chỉ định một số xét nghiệm để kiểm tra tình trạng thiếu máu của bạn:

Số lượng và hình dạng hồng cầu.Thiếu máu có số lượng hồng cầu giảm. Đối với thiếu vitamin B12 và folate, hồng cầu sẽ kém trưởng thành và to hơn bình thường.

Xác định lượng vitamin B12, folate và vitamin Ctrong cơ thể.

Đối với thiếu máu do thiếu vitamin B12, bạn có thể làm thêm một số xét nghiệm:

Xét nghiệm kháng thể.Giúp xác định bạn có giảm yếu tố nội tại giúp hấp thu vitamin B12 không.

Xét nghiệm methylmalonic acid.Nồng độ của chất này sẽ cao hơn trong máu ở những người thiếu vitamin B12.

Chủ yếu là chế độ ăn lành mạnh và sử dụng bổ sung acid folic. Trong hầu hết trường hợp, bệnh nhân được dùng acid folic ở dạng uống. Nếu sau này tình trạng thiếu folate được cải thiện, bạn có thể ngưng bổ sung acid folic. Tuy nhiên, một vài trường hợp phải dùng bổ sung kéo dài do không cải thiện sự thiếu hụt folate.

Điều trị thiếu máu do thiếu vitamin B12 là bổ sung bằng đường chích. Nếu sử dụng đường uống, bạn cần phải tái khám thường xuyên để được đánh giá kỹ càng.

Tuỳ vào tình trạng thiếu vitamin B12 của bạn, tần suất chích vitamin sẽ thay đổi. Ban đầu có thể là mỗi ngày, sau đó giảm dần tuỳ vào sự đánh giá của bác sĩ.

Điều trị với viên uống vitamin C. Ngoài ra, bạn sẽ phải dùng thêm các thực phẩm giàu vitamin C để bổ sung lượng thiếu hụt.

Trên đây, ThS.BS Vũ Thành Đô đã cung cấp cho bạn những kiến thức cơ bản nhưng đầy đủ về thiếu máu do thiếu vitamin. Các vitamin B12, C và folate rất cần cho sự tạo máu và những hoạt động khác của cơ thể. Bạn nên chú ý đến chế độ ăn của mình để có sức khoẻ tốt nhất nhé. Hãy cùng chia sẻ với mọi người chế độ ăn phù hợp để phòng ngừa thiếu máu do thiếu vitamin nào!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thieu-mau-nao/

Nội dung bài viết

Tổng quan về tình trạng thiếu máu não

Nguyên nhân thiếu máu não

Triệu chứng

Thiếu máu não có nguy hiểm không?

Chẩn đoán

Điều trị

Cách phòng ngừa

Ngày nay, đột quỵ là nguyên nhân phổ biến gây thương tật cao, thậm chí là tử vong cho bệnh nhân. Đột quỵ ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống người bệnh. Trong đó, đột quỵ do thiếu máu não rất thường gặp. Bài viết sau đây của Bác sĩ Lê Anh Thư cung cấp những thông tin cơ bản giúp cho người nhà và bệnh nhân hiểu rõ vấn đề thiếu máu não.

Thiếu máu não là tình trạng tắc nghẽn động mạch làm hạn chế việc cung cấp máu giàu oxy đếnnão, dẫn đến tổn thương mô não.

Thiếu máu não không chỉ dẫn đến tổn thương tế bào não mà còn dẫn đến chết tế bào não. Thiếu máu não có hai dạng chính gồm:1

Cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua (TIA): là khi thiếu máu não gây mất chức năng não tạm thời.

Đột quỵdo thiếu máu não: còn được gọi là nhồi máu não. Xảy ra khi một mạch máu bị tắc và mất chức năng não vĩnh viễn do mô não bị chết (hoại tử). Đột quỵ do thiếu máu não là dạng đột quỵ phổ biến nhất.

Thiếu máu não có thể được phân loại thành một số loại khác nhau theo nguyên nhân. Chúng bao gồm:1

Huyết khối: Loại thiếu máu cục bộ này thường là do cục máu đông hình thành tại chỗ gây ra.

Tắc mạch: Thường do cục máu đông có thể hình thành trong tim hoặc động mạch. Sau đó di chuyển đến động mạch khác (thường nhỏ hơn), gây ra tắc nghẽn ở động mạch đích.

Giảm tưới máu: Loại này là do thiếu nguồn cung cấp máu tổng thể. Nhồi máu cơ tim, mất máu nghiêm trọng do chấn thương hoặc phẫu thuật có thể làm giảm lưu lượng máu tổng thể lên não.

Thiếu máu cục bộ có thể ảnh hưởng đến một vùng nhỏ của não. Hoặc nó có thể ảnh hưởng đến một vùng lớn, thậm chí toàn bộ não:1

Thiếu máu cục bộ khu trú được giới hạn trong một khu vực cụ thể của não. Nó thường xảy ra khi một cục máu đông đã làm tắc nghẽn động mạch trong não..

Thiếu máu toàn bộ ảnh hưởng đến một vùng não rộng hơn. Thường xảy ra khi lượng máu cung cấp cho não bị giảm mạnh hoặc ngừng lại. Điều này thường do tim ngừng đập.

Thiếu máu não theo nghĩa rộng của nó có thể là khu trú hoặc đa ổ. Gây ra bởi sự đóng đột ngột hoặc giảm đường kính rõ rệt của động mạch cung cấp một vùng não, có thể là của các động mạch đã ăn mòn hoặc bình thường trước đây (tức là động mạch chủ, thân trên động mạch chủ hoặc động mạch nội sọ). Thiếu máu não có thể thường xuyên được kích hoạt do thiếu nguồn cung cấp máu não toàn bộ, trong nhiều nguyên nhân cụ thể hơn là do rối loạn chức năng huyết động gây ra giảm huyết áp đột ngột.

Mô não thiếu máu ngừng hoạt động trong vài giây và bị hoại tử ngay sau 5 phút sau khi thiếu hoàn toàn cung cấp oxy và glucose, so với 20 – 40 phút ở các bộ phận khác của cơ thể. Một số khu vực đặc biệt dễ bị thiếu máu cục bộ, một hiện tượng được gọi là tổn thương có chọn lọc. Những khu vực này bao gồm các vùng biên giới động mạch, các tế bào hình chóp trong vùng CA1 đồi hải mã và các tế bào Purkinje tiểu não. Khu vực biên giới động mạch còn được gọi là khu vực đầu nguồn; một vị trí phổ biến là lồi cầu não trên, là khu vực giữa các động mạch não trước và giữa, rất dễ bị giảm áp lực tưới máu não.

Lý do cho sự dễ bị tổn thương chọn lọc của các loại tế  bào thần kinh cụ thể chưa được hiểu hoàn toàn; nhưng được cho là do sự biến đổi trong biểu hiện của các thụ thể dẫn truyền thần kinh glutamate kích thích trên tế bào thần kinh.

Các biến chứng lâu dài của thiếu máu não là do tổn thương não vĩnh viễn không thể hồi phục được, cuối cùng dẫn đến hoại tử. Sự nhạy cảm của tế bào thần kinh đối với thiếu máu cục bộ bao gồm nhiều yếu tố: não có tỷ lệ trao đổi chất cơ bản cao và tín hiệu tế bào cao kích hoạt các con đường như chết tế bào thần kinh do glutamate, gây ra tổn thương do thiếu máu cục bộdopamine, giải phóng gốc tự do, độc tính kẽm và giải phóng các enzym dẫn đến apoptosis kết hợp và hoại tử dị hóa.

Huyết khối thường là nguồn gốc của sự tắc nghẽn dẫn đến thiếu máu não. Bình thường, chức năng của não cần được cung cấp đầy đủ máu giàu oxy. Máu này được cung cấp thông qua hai bộ mạch máu chính được gọi là động mạch cảnh trong và hệ thống cơ đốt sống (bao gồm hai động mạch đốt sống và động mạch nền). Có nhiều yếu tố liên quan đến huyết khối:12

Xơ vữa động mạch: sự tích tụ của mảng bám hoặc chất béo tích tụ trong động mạch, có thể khiến các lối đi bị thu hẹp và dễ bị các vật cản làm hạn chế lưu lượng máu. Các yếu tố nguy cơ liên quan:34

Tiền sử gia đình mắcbệnh tim.

Tăng lipid máu (tăng chất béo trong máu).

Tăng huyết áp.

Lối sống thụ động.

Béo phì.

Tuổi lớn hơn.

Hút thuốc.

Bệnh đái tháo đường.

Thiếu máu não cũng donhồi máu cơ tim: Cơn đau tim không được điều trị có thể làm chậm lưu lượng máu cho đến khi hình thành cục máu đông, ngăn máu đến não.

Những người bị dị tật tim bẩm sinh ảnh hưởng đến sự hình thành và kết nối của các động mạch. Có thể dễ bị các cục máu đông dẫn đến thiếu máu não.

Bất cứ điều gì gây chèn ép các mạch máu đều có thể dẫn đến thiếu oxy đến não. Bao gồm cả khối u.

Thiếu máu hồng cầu hình liềm. Liên quan đến thiếu hồng cầu và những tế bào tồn tại không phẳng, có dạng như hình liềm. Do đó có xu hướng dễ đông máu hơn.

Một số bệnh nhiễm trùng nặng, vỡ mạch máu hoặc chấn thương làm mất nhiều máu có thể dẫn đến tụt huyết áp và giảm lưu lượng máu lên não.

Các triệu chứng của thiếu máu não tương tự như đột quỵ và khác nhau tùy thuộc vào phần não bị ảnh hưởng bởi tình trạng thiếu oxy, cũng như thời gian thiếu oxy kéo dài. Các triệu chứng sau đây có thể chỉ kéo dài trong thời gian ngắn hoặc có thể kéo dài. Một số triệu chứng và dấu hiệu phổ biến là:15

Lú lẫn.

Khó khăn trong việc phối hợp động tác.

Cảm thấy khó hiểu những gì người khác đang nói.

Chóng mặt.

Không có khả năng hoặc khó cử động cơ mặt.

Nói lắp.

Đột ngột đau đầu dữ dội.

Mất ý thức.

Các vấn đề về thị lực.

Nôn.

Yếu một bên hoặc cả hai bên của cơ thể.

Thiếu máu cục bộ não đại diện cho một cấp cứu y tế. Nếu không được điều trị, nó có thể dẫn đến nhồi máu não hoặc bệnh não thiếu oxy-thiếu máu cục bộ toàn thể, có thể dẫn đếntử vong hoặc tàn tật vĩnh viễn.

Tùy thuộc vào thời gian thiếu máu cục bộ não, có thể có rối loạn chức năng não nhẹ, rối loạn chức năng kéo dài với tổn thương não vĩnh viễn, có hoặc không có các triệu chứng và tàn tật vĩnh viễn.1

Kết cục của bệnh nhân sau khi thiếu máu não có thể từ không có ảnh hưởng vĩnh viễn (cơn thiếu máu não thoáng qua-TIA) đến tàn tật vĩnh viễn đến tử vong. Mức độ suy giảm nghiêm trọng có liên quan đến tình trạng chức năng của bệnh nhân trước biến cố thiếu máu cục bộ. Ví dụ, bệnh nhân bị suy giảm nhận thức nhẹ hoặc sa sút trí tuệ có mức suy giảm nhận thức tương đối lớn hơn sau đột quỵ do thiếu máu cục bộ, cho thấy khả năng chịu đựng của tế bào thần kinh thấp hơn đối với bệnh thiếu máu cục bộ.  Nó cũng liên quan đến tuổi của bệnh nhân.1

Vì vậy cần đi khám ngay khi có các triệu chứng nghi ngờ thiếu máu não.

Đánh giá và chẩn đoán nhanh chóng là nền tảng để điều trị thành công bệnh thiếu máu não. Một người có các triệu chứng của thiếu máu não cần được bác sĩ thăm khám ngay lập tức. Nhằm loại trừ các bệnh lý khác có dấu hiệu tương tự và xác định bệnh thiếu máu não. Để bắt đầu điều trị thích hợp, giảm khả năng đột quỵ và tổn thương thêm các mô não.

Chẩn đoán thiếu máu não sẽ bắt đầu bằng việc bác sĩ tìm ra các triệu chứng của một người và thực hiện khám sức khỏe, bao gồm kiểm tra nhịp thở và tuần hoàn, cũng như tìm hiểu tiền sử gia đình. Dựa trên các triệu chứng và phát hiện thể chất của một người, nhóm y tế sau đó có thể sẽ yêu cầu các xét nghiệm hình ảnh cụ thể, cho phép họ nhìn vào bên trong cơ thể và hình dung các động mạch và não để xác nhận chứng thiếu máu cục bộ não, để tìm hiểu xem liệu đột quỵ đã xảy ra hay chưa, và tìm ra vị trí tắc nghẽn.6

Một sốxét nghiệm máusau đây thường được chỉ định:6

Xét nghiệm glucose huyết thanh. Thực hiện nếu một người có vẻ bối rối và nói ngọng để loại trừ các vấn đề về đường huyết có triệu chứng tương tự.

Các chất điện giải trong huyết thanh có thể được kiểm tra. Vì những bất thường có thể dẫn đến các triệu chứng thần kinh dễ nhầm lẫn với thiếu máu não.

Nồng độ BUN và creatinin huyết thanh. Có thể loại trừ suy thận, điều này sẽ làm thay đổi việc điều trị thiếu máu não.

Men tim được đánh giá để xem liệu một người có bị đau tim hay không.

Điện tâm đồ (ECG) có thể được yêu cầu để kiểm tra nhịp tim bất thường.

Công thức máu.

Xét nghiệm thời gian prothrombin (với INR) đo tốc độ đông máu.

Các xét nghiệm hình ảnh có khả năng được thực hiện để hình dung sự tắc nghẽn trong động mạch. Các xét nghiệm hình ảnh phổ biến có thể được yêu cầu:6

Siêu âm, sử dụng sóng âm thanh để tạo ra hình ảnh. Đây là một cách không xâm lấn để xem các động mạch. Hình ảnh này có thể tiết lộ liệu có tắc nghẽn hoặc cục máu đông hay không.

Siêu âm tim sử dụng sóng âm thanh để tạo ra hình ảnh của tim.

Chụp CTscanner sọ não có thể hình dung ra xuất huyết hoặc khối u não, hoặc vùng thiếu máu hoặc mô não hoại tử.

MRA (chụp mạch cộng hưởng từ) và CTA. Cho phép bác sĩ kiểm tra các mạch máu với góc nhìn chính xác.

Chụp mạch máu não (DSA) tạo ra những hình ảnh chi tiết nhất về các mạch máu của não.

Chụp cắt lớp vi tính phát xạ photon đơn lẻ (SPECT). Có thể hiển thị các vùng não đang bị thiếu oxy.

Chụp CT hoặcMRInão có thể được sử dụng để xác định liệu đột quỵ đã xảy ra hay chưa.

Có một số lựa chọn điều trị cho một người bị thiếu máu não. Mục tiêu của điều trị là giải quyết sự hạn chế trong động mạch và khôi phục lưu lượng máu thích hợp. Do đó làm giảm nguy cơ đột quỵ.

Bất cứ khi nào có thể, bác sĩ phẫu thuật thần kinh sẽ đề nghị điều trị bảo tồn. Điều này sẽ giải quyết các động mạch bị thu hẹp bằng thuốc và thay đổi lối sống. Thuốc để kiểm soát huyết áp cao, giảmcholesterolvà/hoặc làm loãng máu có thể được kê đơn để điều trị chứng thiếu máu não. Yêu cầu bỏ thuốc lá, tham gia vào một thói quen tập thể dục, thay đổi thói quen ăn uống kém và kiểm soát căng thẳng.1

Các bác sĩ sử dụng một số loại thuốc để kiểm soát các yếu tố dẫn đến thiếu máu não và giảm nguy cơ một người bị đột quỵ sau TIA. Các loại thuốc để giải quyết tình trạng đông máu thường được kê đơn:1

Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu. Những loại thuốc này làm cho các tiểu cầu ít có khả năng kết dính với nhau và hình thành cục máu đông.Aspirinlà loại thuốc ít tốn kém nhất và phổ biến nhất trong số các loại thuốc chống tiểu cầu này. Các loại thuốc chống tiểu cầu khác có thể được kê đơn hoặc kết hợp.

Thuốc kháng đông. Các loại thuốc này nhắm vào một số protein nhất định ảnh hưởng đến quá trình đông máu.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc điều trị tốt nhất cho người bị thiếu máu não hoặc người đang bị đột quỵ do thiếu máu cục bộ. Phẫu thuật đôi khi được thực hiện trên cơ sở khẩn cấp. Nếu một người bị thiếu máu não bị tắc nghẽn hoàn toàn hoặc các động mạch bị thu hẹp nghiêm trọng, có thể cần phải phẫu thuật để tránh đột quỵ.

Phẫu thuật bắc cầu mạch máu, hoặc tái thông mạch máu não, cung cấp nguồn cung cấp máu mới có thể giúp ngăn ngừa đột quỵ và TIA (cơn thiếu máu não thoáng qua).

Can thiệp nội mạch:

Thuyên tắc mạch.

Đặt stent chuyển dòng.

Cắt đốt cơ học.

Các yếu tố nguy cơ của thiếu máu não bao gồm bệnh tim, bao gồm các tình trạng tim nhưrung nhĩ, tiểu đường, béo phì, tăng huyết áp, xơ vữa động mạch/tăng lipid máu và tiền sử đột quỵ. Các yếu tố nguy cơ về hành vi bao gồm ít hoạt động thể chất, ngủ kém, béo phì, uống rượu, hút thuốc lá. Bệnh hồng cầu hình liềm và các rối loạn huyết học khác, đặc biệt là tình trạng tăng đông máu, cũng có thể làm tăng nguy cơ đột quỵ do thiếu máu cục bộ. Giảm thiểu nguy cơ đột quỵ bằng chế độ ăn uống lành mạnh, tập thể dục và tuân thủ thuốc.1

Statin và chất làm loãng máu đã được chứng minh là làm giảm nguy cơ đột quỵ do thiếu máu cục bộ.78

Trên đây là những thông tin về tình trạngthiếu máu não. Hi vọng bài viết đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin hữu ích. Từ đó có những cách xử trí phù hợp khi nghi ngờ mắc bệnh.

Không tự ý điều trị/xử lý tại nhà mà không có sự hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa.

Khi có các triệu chứng nghi ngờ thiếu máu não, người thân nên đưa bệnh nhân tới cơ sở y tế gần nhất để được thăm khám, chẩn đoán và có hướng xử trí phù hợp.

Bệnh thiếu máu não là tình trạng tắc nghẽn động mạch làm hạn chế việc cung cấp máu giàu oxy đến não, dẫn đến tổn thương mô não. Loại bỏ các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ có thể làm giảm mức độ nghiêm trọng và tiến triển của bệnh chứ không hoàn toàn chữa khỏi bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-thieu-mau-nao-thoang-qua/

Nội dung bài viết

Thiếu máu não thoáng qua là gì?

Sự khác nhau giữa tai biến mạch máu não và thiếu máu não thoáng qua

Nguyên nhân của thiếu máu não thoáng qua

Làm sao phát hiện thiếu máu não thoáng qua?

Yếu tố nguy cơ diễn tiến thành tai biến mạch máu não

Điều trị bệnh như thế nào?

Thiếu máu não thoáng qua là bệnh lý thường gặp trong đời sống thường ngày. Người bệnh còn nhiều điểm chưa hiểu rõ về bệnh dẫn tới điều trị không hiệu quả. Nhiều trường hợp còn  diễn tiến thành tai biến mạch máu não gây nhiều thương tổn nghiêm trọng. Hãy cùng tìm hiểu về bệnh lý này ở bài viết dưới đây của Bác sĩ Ngô Minh Quân.

Thiếu máu não thoáng qua (TMNTQ)tương tự như tai biến mạch máu não, do đó mà chúng có nhiều triệu chứng tương tự như tai biến, tuy nhiên sự khác biệt nằm ở việc không làm tổn thương não bộ.

TMNTQ xảy ra khi mà động mạch não bị tắc nghẽn hoặc co thắt nhưng trở lại bình thường sau đó. Có thể là do huyết khối di chuyển trong lòng mạch và bị tắc tại các mạch máu nhỏ ở não.

Các triệu chứng của TMNTQ gần như tương tự với tai biến mạch máu não, gồm có:

Yếu hoặc tê bàn tay, lưỡi, mặt, cánh tay hoặc chân;

Gặp khó khăn trong việc phát âm;

Nhìn mờ ở một hoặc cả hai mắt.

Ở trường hợp tai biến mạch máu não thì các triệu chứng thường kéo dài, tuy nhiên đối với TMNTQ thì các triệu chứng thường biến mất nhanh.

Thiếu máu não thoáng qua không dẫn đến những tổn thương não kéo dài nhưtai biến mạch máu não. Tuy nhiên những triệu chứng lại tương đối giống nhau.

Do đó mà vào thời điểm ban đầu rất khó khăn để nhận định được rằng liệu bệnh nhân mắc phải tai biến mạch máu não hay chỉ là một tình trạng TMNTQ.

Tương tự như tai biến mạch máu não, TMNTQ xảy ra khi sự cung cấp máu đến một phần của não bộ bị thiếu hụt trong thời gian ngắn. Sự thiếu hụt này có thể là hậu quả của sự tắc nghẽn do huyết khối ở các động mạch cung cấp máu cho não.

Tuy nhiên huyết khối sau đó trôi đi và các triệu chứng không còn nữa. Ngoài ra sự thiếu hụt máu cung cấp có thể xảy ra ở những động mạch nhỏ khi huyết áp tăng cao làm co thắt các động mạch này.

Triệu chứng của TMNTQ tương tự như tai biến mạch máu não. Để ghi nhớ những triệu chứng này có một cách đó là nhớ đến từ F.A.S.T. Mỗi chữ cái trong từ FAST đại điện cho một triệu chứng cần nhớ.

Khuôn mặt người thân nhìn có vẻ bất thường hoặc lệch một bên hay không? Thông thường bệnh nhân biểu hiện méo miệng, rõ hơn khi bệnh nhân cười, nhe răng.

Người thân có dấu hiệu yếu hoặc tê ở một hoặc cả hai cánh tay hay không? Đánh giá bệnh nhân có bị yếu hay không bằng cách yêu cầu bệnh nhân đưa hai tay lên cao.

Người thân có gặp vấn đề bất thường trong phát âm không? Liệu tiếng nói phát ra có bất thường. Có thể đề nghị bệnh nhân lặp lại một cụm từ đơn giản. Xem bệnh nhân có hiểu không? Có thể lặp lại được không và nhận xét giọng nói có bị đớ không?

Nếu nhận ra BẤT kỳ những dấu hiệu của tai biến mạch máu não kể trên, HÃY GỌI CẤP CỨU (tùy địa phương có thể gọi 115). Lúc này bạn cần hành động thật nhanh đúng như tinh thần từ FAST bởi vì sau khi đột quỵ xảy ra: mỗi phút trôi qua sẽ có gần 2 triệu tế bào não bị chết và làm người bệnh già hơn khoảng 3 tuần tuổi. Chính vì vậy, “Thời gian chính là Não”.

Can thiệp điều trị càng sớm thì kết quả điều trị càng thành công. Do đó, khi gặp người tai biến mạch máu não, lưu ý:

Đừng chờ đợi để xem các triệu chứng có dừng lại hay không

Người thân không tự ý mua thuốc uống hoặc xoa bóp, cạo gió, chích đầu ngón tay,… làm mất “thời gian vàng” điều trị.

Một bệnh nhân có tình trạng thiếu máu não thoáng qua có nguy cơ cao diễn tiến thành tai biến mạch máu não. Nguy cơ này cao nhất vào những ngày, hoặc những tuần đầu ngay sau khi xuất hiện các triệu chứng của thiếu máu não thoáng qua.

Đó là lý do tại sao việc điều trị thuốc rất quan trọng ngay khi phát hiện thiếu máu não thoáng qua và phải cảnh giác đến các cơ sở y tế ngay khi phát hiện các triệu chứng.

Thông thường TMNTQ thường không có điều trị đặc hiệu mà những điều trị trong bệnh lý này nhằm mục đích giảm thấp nhất nguy cơ diễn tiến thành tai biến mạch máu não trong tương lai.

Để giảm tối thiểu nguy cơ này bạn cần phải uống thuốc đúng chỉ dẫn của bác sĩ.

Thuốc huyết áp.

Thuốc Statin, nhằm giảm lượng cholesterol.

Thuốc ngăn ngừa hình thành cục máu đông.

Thuốc đường huyết.

Ngưng hút thuốc lá.

Tập luyện thể dục thể thao thường xuyên ( tùy vào tình hình sức khỏe).

Giảm cân.

Ăn uống theo chế độ tăng cường rau xanh và trái cây, giảm lượng chất béo, thức ăn ngọt và tinh bột.

Giảm ăn muối.

Hạn chế dùng thức uống chứa cồn.

Trên đây là những thông tin cơ bản vềbệnh lý thiếu máu não thoáng qua. Hy vọng cung cấp được những thông tin bước đầu giúp người đọc dễ dàng tiếp tục tìm hiểu thêm về bệnh lý đặc biệt này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thieu-mau-tan-huyet-dac-diem-nhan-dien-va-dieu-tri-benh/

Nội dung bài viết

1. Thiếu máu tán huyết là gì?

2. Nguyên nhân của bệnh là gì?

3. Thiếu máu tán huyết nguy hiểm như thế nào?

4. Bệnh thiếu máu tán huyết biểu hiện như thế nào?

5. Thiếu máu tán huyết được điều trị như thế nào?

6. Phòng ngừa thiếu máu tán huyết bằng cách nào?

Thiếu máu tán huyết là một trong những dạng bệnh lý thiếu máu thường gặp. Bệnh có nhiều điểm khó khăn khi nhận diện và tìm phương cách để điều trị. Hãy theo dõi bài viết này để hiểu thêm về đặc điểm bệnh, cũng như là cách chăm sóc điều trị cho bệnh nhân mắc thiếu máu tán huyết.

Thiếu máu tán huyết là tình trạng thiếu máu mà nguyên nhân là do sự vỡ của hồng cầu. Sự vỡ này có thể là do nhiều căn nguyên khác nhau. Khi bị phá huỷ một mặt gây các biểu hiện của thiếu máu, một mặt các sản phẩm bên trong sẽ gây ảnh hưởng tiêu cực đến các cơ quan khác của cơ thể. Do vậy trong một số trường hợp tán huyết nặng có thể là một vấn đề rất lớn cho bệnh nhân.

Bệnh có rất nhiều nguyên nhân, được chia thành các nhóm:

Các kháng thể trong hoặc ngoài cơ thể sẽ gắn kết lên bề mặt hồng cầu. Sẽ kích hoạt các phản ứng làm vỡ màng hồng cầu.

Thiếu máu tán huyết do kháng thể tự miễn.

Do nhiễm trùng.

Phản ứng truyền máu.

Thuốc: gây phản ứng tương tự miễn dịch.

Bệnh lý tự miễn khác: Lupus, bệnh viêm đại tràng, viêm đa khớp dạng thấp.

Các bệnh lý ác tính đặc biệt là dòng lympho: bạch cầu cấp lympho, lymphoma,…

Sự vỡ hồng cầu không liên quan đến phản ứng và vai trò của kháng thể.

Lắng đọng các vật chất dư thừa:thalassemia.

Thuốc: làm giảm sức bền của màng.

Độc chất: ong đốt, nọc rắn.

Sốt rét.

Bất thường cấu trúc màng: bệnhHemoglobin.

Do thiếu hụt enzym để giữ gìn tính ổn định của màng hồng cầu: thiếu G6DP

Sau phẫu thuật tim.

Nếu tình trạng tán huyết cấp tính, ví dụ như trong truyền nhầm nhóm máu hay thiếu men G6DP mà sử dụng một lượng lớn thực phẩm hay thuốc có tính oxy hoá cao,…. Phản ứng tán huyết mãnh liệt có thể xảy ra và đe doạ tính mạng của người bệnh.

Da phần trong các bệnh lý thì tình trạng tán huyết diễn ra âm ỉ, từ từ (mạn tính) gây ra triệu chứng kém nổi bật hơn. Ít nguy hiểm hơn trong tình huống cấp tính, nhưng việc thiếu máu nặng luôn luôn có nguy cơ trong tất cả các tình huống.

Các triệu chứng rầm rộ và bệnh nhân có thể nguy kịch nếu không được can thiệp kịp thời:

Thiếu máu tiến triển nhanh

Da xanh, niêm nhợt nhạt rõ.

Bệnh nhân mệt, bứt rứt. Đau ngực, khó thở, đánh trống ngực,…

Đau đầu, chóng mặt, kích động hoặc lơ mơ, thập chí hôn mê.

Có thể diễn tiến đến truỵ mạch, sốc.

Tổn thương thận cấp tính

Đau tức hông lưng.

Nước tiểu màu nâu sậm (màu như xá xị).

Biến chứng của tổn thương thận cấp: phù phổi, rối loạn nhịp tim,…

Tình trạng thiếu máu âm ỉ kéo dài:

Xanh xao mệt mỏi.

Gầy sút, giảm khả năng lao động.

Hay quên, kém tập trung.

Trẻ em còi cọc, chậm lớn. Học tập kém hiệu quả.

Gan lách to.

Da niêm vàng.

Các trường hợp cấp tính, các bác sĩ sẽ cần can thiệp khẩn cấp. Điều trị dựa trên bệnh nền. Nhưng bên cạnh đó cần đảm bảo kiểm soát tình trạng thiếu máu bằng cách truyền hồng cầu lắng. Ngăn ngừa tác hại của tán huyết bằng nhiều cách khác nhau.

Và tuỳ thuộc vào nguyên nhân, mà cách điều trị sẽ có thể khác nhau hoàn toàn, Ví dụ như:

Thiếu máu tán huyết miễn dịch: thuốc đặc trị làcorticoid.

Do hội chứng tan máu ure huyết: truyền huyết tương, lọc huyết tương, lọc máu,…

Do sốt rét, nhiễm trùng: điều trị dựa tên tác nhân nhiễm.

Tán huyết sơ sinh: chiếu đèn, thay máu,…

Phụ nữ mang thai cần khám thai đầy đủ và thực hiện đúng chế độ thai kỳ.

Ăn uống đầy đủ dinh dưỡng và bổ sung acid folic + sắt trong thời kì mang thai.

Lắng nghe tư vấn tiền sinh khi là đối tượng có nguy cơ để giảm tối đa nguy cơ cho trẻ.

Đi khám bệnh và thực hiện thủ thuật y khoa khi cần ở cơ sở y tế phù hợp đủ phương tiện.

Lưu ý báo cho bác sĩ điều trị khi đi đến những nơi có vùng bệnh dịch đang lưu hành. Những nơi có nguy cơ cao của sốt rét (Bù Đăng, Bù Đốp – Bình Phước).

Những trẻ đã được chẩn đoán là thiếu men G6DP, hãy thông báo điều này cho bác sĩ điều trị để lưu ý trong việc sử dụng thuốc. Hạn chế các thực phẩm có tính oxy hoá cao như đậu fava.

Không tự ý uống thuốc, hay sử dụng thuốc bắc, thuốc nam. Vì nguy cơ không kiểm soát được các đặc tính oxy hoá trong thuốc.

Thiếu máu tan huyếtlà nhóm bệnh lý phức tạp gồm nhiều loại nguyên nhân khác nhau. Do đó, việc điều trị cũng không phải là dễ dàng, phải tuỳ thuộc vào yếu tố trực tiếp gây nên bệnh. Nhìn chung, những bệnh nhân thiếu máu tán huyết cấp tính thì là tình trạng cấp cứu cần can thiệp khẩn. Hãy đưa bệnh nhân đến bệnh viện nếu có dấu hiểu kể trên. Cần lưu ý trong việc sử dụng thuốc và thực phẩm, đặc biệt là ở những bệnh nhân có thiếu men G6DP bẩm sinh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thieu-mau-thieu-sat-nhung-thong-tin-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

1. Tổng quan về bệnh thiếu máu thiếu sắt

2. Vai trò của sắt trong cơ thể

3. Nguyên nhân

4. Yếu tố nguy cơ

5. Triệu chứng lâm sàng

6. Xét nghiệm

7. Điều trị

8. Phòng ngừa

Thiếu máu thiếu sắt là bệnh lý khá phổ biến, thường gặp ở phụ nữ có thai và trẻ em. Thiếu máu thiếu sắt khiến cơ thể mệt mỏi, xanh xao. Nếu không được điều trị sớm sẽ ảnh hưởng lớn tới đời sống sinh hoạt và hiệu quả làm việc.Bài viết dưới đây Youmed cung cấp cho bạn những thông tin cơ bản về bệnh thiếu máu thiếu sắt. Hãy cùng Youmed tìm hiểu nhé!

Thiếu máu do thiếu sắt hay còn gọi là thiếu máu thiếu sắt,là tình trạng xảy ra khi hồng cầu bị giảm cả về số lượng và chất lượng do thiếu sắt hay nói cách khác là cơ thể bị thiếu máu vì không tổng hợp đủ hemoglobin do thiếu sắt.

Thiếu máu thiếu sắt là một bệnh rất phổ biến tác động đến hàng tỷ người trên thế giới. Đặc biệt là phụ nữ tuổi sinh đẻ, phụ nữ mang thai và trẻ nhỏ. Ngày càng có nhiều người bị ảnh hưởng bởi bệnh thiếu máu do thiếu sắt hơn so với bất kỳ sự thiếu hụt vi chất dinh dưỡng nào. Trước khi tình trạng thiếu máu xảy ra, thiếu sắt đã làm ảnh hưởng đến các chức năng khác, như hệ thống miễn dịch, hệ thống thần kinh, làm giảm khả năng miễn dịch, giảm hoạt động thể chất và suy giảm nhận thức.

Thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em là một trong những bệnh lý khá phổ biến nhất là trẻ < 2 tuổi.

Sắt là yếu tố cần thiết cho sự sống. Tuy lượng sắt rất ít trong cơ thể nhưng nó lại có mặt trong tất cả các tế bào và có nhiều chức năng. Đặc biệt là chức năng vận chuyển oxy tới các tế bào dưới dạng Hemoglobin.

Phân bố sắt trong cơ thể như sau

75% Heme Protein ( Hp, myoglobin)

22% Hemosiderine, Ferritin

3% Enzyme

Nhu cầu sắt ở trẻ em từ 1,5 – 2mg/ngày. Thức ăn là nguồn cung cấp sắt chủ yếu cho cơ thể. Sự hấp thu sắt bắt đầu từ dạ dày, ruột non nhưng nhiều nhất là đoạn tá tràng, hỗng tràng. Ngoài ra sắt còn được cung cấp từ quá trình tiêu hủy hồng cầu.

Có nhiều yếu tố làm tăng việc hấp thu sắt như thịt, gan, cá làm tăng khả năng hấp thu sắt có nguồn gốc từ thực vật

Thiếu máu thiếu sắt liên quan trực tiếp đến việc thiếu chất sắt trong cơ thể. Có nhiều nguyên nhân của sự thiếu hụt sắt. Tuy nhiên một số nguyên nhân phổ biến bao gồm:

Chế độ ăn uống kém hoặc không đủ chất sắt.

Mất máu;

Cơ thể giảm khả năng hấp thụ sắt;

Chế độ ăn thiếu chất sắt là nguyên nhân hàng đầu gây thiếu sắt. Thực phẩm giàu chất sắt như trứng và thịt cung cấp cho cơ thể nhiều chất sắt cần thiết để sản xuất huyết sắc tố.

Nếu một người không ăn đủ để duy trì nguồn cung cấp sắt sẽ dẫn đến tình trạng thiếu sắt.

Sắt được được lưu trữ chủ yếu trong các tế bào hồng cầu. Thiếu sắt xảy ra khi một người mất nhiều máu do chấn thương, sinh con hoặc mất máu trong chu kì kinh nguyệt.

Trong một số trường hợp, mất máu do các bệnh mãn tính hoặc một số bệnh ung thư có thể dẫn đến thiếu sắt.

Không thể hấp thụ đủ chất sắt từ thực phẩm hàng ngày. Điều này có thể là do vấn đề với ruột non chẳng hạn như bệnh Celiac, bệnh Crohn hoặc nếu một phần của ruột non đã bị cắt bỏ.

Trẻ sơ sinh và trẻ em:Trẻ sinh non và trẻ sinh nhẹ cân có nguy cơ thiếu sắt cao hơn các trẻ khác. Ngoài ra, trẻ sơ sinh không nhận đủ chất sắt qua sữa mẹ có nguy cơ cao hơn. Có thể bổ sung chất sắt cho trẻ bằng cách thêm sữa bột giàu chất sắt vào chế độ ăn của bé.

Các triệu chứng xuất hiện từ từ như: da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt, trẻ mệt mỏi ít hoạt động, hay quấy khóc, biếng ăn, ít ngủ, cơ nhão, chậm biết lật, biết ngồi, biết đi. Trẻ lớn có cảm giác chóng mặt, ù tai, khó thở khi gắng sức.

Nếu không điều trị, bệnh kéo dài hơn sẽ có biểu hiện tiếp theo như: móng tay, móng chân dẹt, lõm, mất độ trơn bóng, đau nhức xương, tóc khô dễ gãy, mất gai lưỡi, dễ rối loạn tiêu hóa

Công thức máu: Hemoglobin giảm

Phết máu sẽ thấy có hồng cầu nhỏ nhược sắc, có thể biến dạng

Sắt huyết thanh giảm, Ferritin giảm

Thiếu máu thiếu sắt mức độ nhẹ và trung bình.

Bổ sung chế độ ăn có nhiều chất sắt nguồn gốc động thực vật và các thức ăn dễ hấp thu sắt như trứng, cá, thịt đậu nành các thức ăn giàuVitamin Cnhư: chanh, cà chua, khoai tây, cam, quýt

Giảm thức ăn làm giảm hấp thu chất sắt như: trà, Phosphat.

Thuốc: sắt uống, sắt nguyên tố 4-6mg/kg/ngày chia 2-3 lần uống cách xa các bữa ăn kết hợp với vitamin C 3mg/kg/ngày để tăng hấp thu sắt ở ruột.

Đáp ứng điều trị: sau 7-10 ngày điều trị, Hemoglobin sẽ tăng dần trẻ hồng hơn giảm các triệu chứng, trẻ ăn khá hơn, ít quấy, ngủ tốt hơn.

Thiếu máu thiếu sắt mức độ nặng hoặc bệnh nhân không dung nạp đường uống phải dùng thuốc sắt tiêm bắp hoặc đườngtim mạch. Nếu thiếu máu nặng (Hb < 5g/dl) cần phục hồi nhanh thì phải truyền khối hồng cầu.

Duy trì bú mẹ ít nhất đến 6 tháng tuổi.

Dùngsữacó tăng cường chất sắt ( 6-12mg/l) ít nhất đến 1 tuổi, nếu phải uống sữa công thức.

Chế độ ăn cho trẻ có nhiều sắt.

Cần bổ sung sắt cho trẻ nhẹ cân, non tháng, sinh đôi sinh ba.

Điều trị bệnh mãn tính: tiêu chảy kéo dài, giun móc.

Bài viết trên đây YouMed cung cấp cho bạn những thông tin cơ bản về bệnh thiếu máu thiếu sắt. nếu bạn có thắc mắc hay cần tìm hiểu thêm thông tin về bệnh thì bạn hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn nhé!

>>Sắtlà một khoáng chất. Sắt giúp tạo nên một thai kỳ khỏe mạnh và an toàn. Ngoài ra, sắt còn có vai trò quan trọng trong sự phát triển não ở trẻ em.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thieu-yeu-to-v-va-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

1. Thông tin chung

2. Yếu tố v có vai trò gì trong quá trình đông máu?

3. Nguyên nhân gây thiếu hụt yếu tố V

4. Triệu chứng của thiếu hụt yếu tố V

5. Thiếu hụt yếu tố V được chẩn đoán như thế nào?

6. Điều trị bệnh thiếu hụt yếu tố v

7. Triển vọng điều trị bệnh thiếu hụt yếu tố v trong tương lai

Nếu bạn có vấn đề chảy máu khó đông thì có thể bạn đã mắc một bệnh tương đối hiếm gặp về máu, đó là thiếu yếu tố đông máu. Có rất nhiều căn bệnh liên quan đến thiếu hụt các yếu tố đông máu này. Thiếu hụt yếu tố V là một trong các vấn đề đó. Vậy yếu tố V là gì, có vai trò gì trong quá trình đông máu? Cũng như thiếu hụt yếu tố 5 gây tác hại như thế nào? Xin các bạn theo dõi bài viết bên dưới của Bác sĩ Nguyễn Quang Hiếu.

Thiếu hụt yếu tố V còn được gọi là bệnh Owren hay bệnh ưa chảy máu. Đó là một rối loạn chảy máu hiếm gặp dẫn đến khả năng đông máu kém sau một chấn thương hoặc phẫu thuật. Đây là một rối loạn đông máu khá hiếm gặp và có khả năng gây tử vong cho người bệnh qua việc chảy máu không ngừng.

Yếu tố V hoặc proaccelerin, là một protein được sản xuất ở gan giúp chuyển đổi prothrombin thành thrombin. Đây là một bước quan trọng trong quá trình đông máu. Vì thế nếu người bệnh không có đủ yếu tố V hoặc nếu nó không hoạt động đúng cách (gen yếu tố V bị đột biến bất hoạt) thì dẫn đến tình trạng bệnh lý.

Khi đó, máu của họ không đông lại một cách hiệu quả gây ra tình trạng chảy máu kéo dài. Tùy thuộc vào mức độ thiếu hụt yếu tố V nhiều hay ít trong cơ thể mà bệnh sẽ xảy ra nhiều triệu chứng nghiêm trọng khác nhau.

Yếu tố V là một protein của hệ thống đông máu, đôi khi được gọi là proaccelerin hoặc yếu tố không bền. Trái ngược với hầu hết các yếu tố đông máu khác, nó không hoạt động bằng enzyme mà hoạt động như một đồng yếu tố. Sự thiếu hụt dẫn đến khuynh hướng xuất huyết, trong khi một số đột biến có xu hướng gây huyết khối. Thiếu hụt yếu tố V không nên nhầm lẫn với đột biến yếu tố V Leiden, một tình trạng gây đông máu quá mức phổ biến hơn nhiều.

Thiếu yếu tố V cũng có thể xảy ra cùng lúc với thiếu yếu tố VIII, làm cho tình trạng chảy máu càng trầm trọng hơn. Sự kết hợp thiếu hụt yếu tố V và yếu tố VIII được coi là một rối loạn riêng biệt.

Hiện nay, chúng ta tìm ra được 13 yếu tố chịu trách nhiệm cho quá trình đông máu bình thường. Yếu tố V là một trong só đó.

Quá trình đông máu xảy ra theo các giai đoạn:

Khi một trong các mạch máu của bạn bị cắt, nó sẽ ngay lập tức co lại hoặc thu hẹp lại để làm chậm quá trình mất máu. Điều này được gọi là co mạch.

Thông điệp hóa học được gửi vào máu để báo hiệu cơ thể giải phóng các yếu tố đông máu và bắt đầu quá trình đông máu. Các tiểu cầu trong máu tập hợp tại vị trí vết thương và bắt đầu dính vào vết thương và vào nhau. Chúng tạo thành một nút thắt tiểu cầu mềm trong vết thương của bạn.

Một khi các tiểu cầu hình thành một nút tạm thời, một chuỗi phản ứng phức tạp sẽ xảy ra giữa nhiều yếu tố đông máu. Yếu tố V xuất hiện khoảng nửa chừng trong chuỗi phản ứng này và chuyển prothrombin thành thrombin.

Thrombin kích hoạt fibrinogen tạo ra fibrin. Fibrin là nguyên liệu tạo nên cục máu đông cuối cùng.

Đó là một protein dạng chuỗi bao bọc chính nó trong và xung quanh cục máu đông mềm tạm thời, làm cho cục máu đông cứng hơn. Cục máu đông mới này sẽ bịt kín mạch máu bị vỡ và tạo ra một lớp bảo vệ để tái tạo mô.

Sau một vài ngày, cục thefibrin bắt đầu co lại, kéo các mép của vết thương lại với nhau để cho phép các mô bị tổn thương xây dựng lại. Khi mô bên dưới được xây dựng lại, cục fibrin sẽ tan ra.

Quá trình cầm máu thứ phát không diễn ra đúng cách nếu bạn bị thiếu hụt yếu tố V. Điều này dẫn đến tình trạng chảy máu kéo dài.

Hiện nay, vẫn còn nhiều giả thiết được đưa ra. Tuy nhiên, hai giả thiết được ủng hộ nhất đó là: căn bệnh này xảy ra có thể là do di truyền hoặc mắc phải sau khi sinh.

Đây là một căn bệnh di truyền hiếm gặp. Nó gây ra bởi gen lặn, có nghĩa là người bệnh phải thừa hưởng gen từ cả bố lẫn mẹ để hiển thị các triệu chứng. Điều này khá hiếm khi xảy ra ở người. Dạng này xảy ra ở khoảng 1 trên 1 triệu người.

Hiện nay đã có luật chống kết hôn gần nhưng ngày trước, cụ thể là thời trung cổ thì không có. Nhất là các đế chế và các nhà cầm quyền ở châu Âu. Họ kết hôn gần giữa những người trong họ với nhau và đề cao tính thuần khiết của dòng máu hoàng tộc. Một bệnh tương tự thiếu hụt yếu tố V là bệnh thiếu hụt yếu tố IX. Đây là căn bệnh gây nỗi kinh hoàng cho giới Hoàng gia Anh Quốc từ thời Nữ hoàng Victoria và giới quý tộc châu Âu suốt một thời gian dài.

Ngoài ra, thiếu hụt yếu tố V có thể gây ra bởi các loại thuốc nhất định, tình trạng bệnh lý hoặc phản ứng tự miễn dịch. Một số loại thuốc như kháng sinh Chloraphenicol có thể gây ung thư máu vàsuy tủy, cũng như thiếu hụt yếu tố V. Một số tác dụng phụ của quá trình điều trị ung thư và một số bệnh lý miễn dịch khác như Lupus cũng gây các tình trạng thiếu hụt yếu tố V.

Sau đây là các tình trạng có thể ảnh hưởng đến yếu tố V bao gồm:

Đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC). Đây là một tình trạng gây ra các cục máu đông nhỏ và chảy máu quá nhiều do protein đông máu hoạt động quá mức. Các bác sĩ rất “sợ” tình trạng này. Một khi đã được chẩn đoán DIC, bệnh nhân gần như sẽ cận kề tử vong mà khó có cách thoát được.

Các bệnh về gan như xơ gan, suy gan. Khi bịxơ gan, chức năng gan suy giảm. Yếu tố V là một protein được tạo ra tại gan, nên khi chức năng gan suy giảm, nó cũng rơi vào tình trạng giảm sản xuất.

Phá hủy fibrin thứ phát xảy ra khi các cục máu đông có xu hướng bị phá vỡ do thuốc hoặc các tình trạng bệnh lý khác. Một vài loại thuốc như thuốc tiêu sợi huyết dùng trong các trường hợp bệnh lý huyết khối là nguyên nhân chính. Nhưng thường thì trường hợp sử dụng thủ thuật với thuốc tiêu sợi huyết, bệnh nhân sẽ được theo dõi chặt chẽ tình trạng bệnh.

Bệnh tự miễn như lupus, các bệnh về chất keo khác.

Phản ứng tự miễn dịch tự phát sau khi phẫu thuật hoặc sinh con.

Một số loại ung thư. Ung thư máu hoặc suy tủy cũng có thể gây ra các tình trạng tương tự.

Bệnh cũng có thể xuất hiện như một tác dụng phụ không mong muốn sau vài liệu trình điều trị ung thư.

Cho đến nay, các triệu chứng của thiếu hụt yếu tố V thường thay đổi tùy theo số lượng yếu tố V có trong cơ thể của mỗi bệnh nhân. Có trường hợp sẽ xảy ra tình trạng chảy máu nhưng cũng có trường hợp không xuất hiện tình trạng trên.

Tuy nhiên, đối với những trường hợp thiếu hụt yếu tố V nghiêm trọng, các triệu chứng thường bao gồm:

Chảy máu bất thường sau khi sinh, giải phẫu hoặc bị chấn thương.

Chảy máu bất thường dưới da.

Chảy máu dây rốn khi sinh.

Chảy máu cam và dễ chảy máu cam.

Chảy máu nướu và chân răng.

Dễ bầm tím ở các phần cơ thể có xảy ra đụng chạm, xây xát.

Chu kỳ kinh nguyệt nhiều hoặc kéo dài nhiều ngày. Số lượng thay băng vệ sinh thấm đẫm máu kinh nhiều.

Chảy máu trong các cơ quan như phổi hoặc đường ruột. Đi tiêu phân đen hoặc ho ra máu.

Thường thì các bệnh thiếu hụt yếu tố đông máu khác cũng có thể gây nên tình trạng tương tự. Nên nếu bạn có bất thường về yếu tố đông máu, bạn cần phải xét nghiệm để biết chính xác. Cũng như biết được mức độ thiếu hụt các yếu tố đông máu khác.

Sẽ xảy ra 2 trường hợp:

Bạn rơi vào tình trạng đông máu bất thường và được ba mẹ dẫn đi khám bác sĩ khi còn nhỏ. Hoặc bất chợt một ngày nào đó, bạn bị đứt tay và thấy khó cầm máu, bạn sẽ đi khám bác sĩ và vô tình phát hiện bệnh.

Một trường hợp khác gặp phổ biến hơn. Bạn bị mắc bệnh thể nhẹ. Nó có thể không biểu hiện bất thường về chảy máu. Cho đến một ngày bạn có bệnh và được chỉ định phải thực hiện một thủ thuật hay phẫu thuật gì đó. Bác sĩ yêu cầu bạn kiểm tra xét nghiệm đông máu trước phẫu thuật như là một chỉ định bắt buộc. Lúc này bạn này đã nhận được chẩn đoán thiếu hụt yếu tố V.

Các xét nghiệm phổ biến được chỉ định đối với yếu tố V bao gồm:

Xét nghiệm yếu tố đo lường hiệu suất của các yếu tố đông máu cụ thể để xác định các yếu tố bị thiếu hoặc hoạt động kém.

Xét nghiệm Yếu tố V. Xét nghiệm định lượng và định tính yếu tố V. Qua đó cho bạn biết bạn có bao nhiêu yếu tố V và nó hoạt động tốt như thế nào.

Thời gian prothrombin (PT) đo thời gian đông máu bị ảnh hưởng bởi các yếu tố I, II, V, VII và X.

Thời gian prothrombin một phần được kích hoạt (aPTT) đo thời gian đông máu. Xét nghiệm này cho biết quá trình đông máu bị ảnh hưởng bởi các yếu tố I, II, V, VIII, IX, X, XI, XII và yếu tố von Willebrand.

Các xét nghiệm chất ức chế xác định xem hệ thống miễn dịch của bạn có đang ngăn chặn các yếu tố đông máu hay không. Các xét nghiệm miễn dịch khác để tìm các nguyên nhân là các bệnh lý tự miễn.

Bác sĩ có thể sẽ chỉ định các xét nghiệm khác để xác định nguyên nhân nào dẫn đến thiếu hụt yếu tố V.

Hiện tại, không có phương pháp điều trị bệnh triệt để. Phương pháp điều trị phổ biến nhất của căn bệnh này theo phương châm: “thiếu gì – bù nấy”.

Khi tình trạng hiện tại được kiểm soát và biết được số lượng yếu tố V trong cơ thể, bác sĩ chuyên khoa Huyết Học sẽ chỉ định truyền bổ sung yếu tố V. Dịch truyền là huyết tương tương đông lạnh và tiểu cầu, được chiết suất trực tiếp từ máu người hiến máu. Tuy nhiên, thời gian bán hủy của yếu tố V không lâu. Dịch truyền chỉ dự trữ được trong vòng 3 tháng. Sau thời gian đó, dịch huyết tương tươi gần như mất tác dụng do yếu tố V bị phân hủy tự nhiên. Do đó vấn đề cấp thiết chính là tuyên truyền và kêu gọi người bình thường hiến máu để cứu giúp người bệnh.

Phương pháp này thường chỉ được khi phẫu thuật hoặc bị chảy máu do vết thương, chấn thương.

Cho đến nay, không có phương pháp nào khác thay thế.

Thiếu hụt yếu tố V tương đối có thể kiểm soát được so với các rối loạn chảy máu khác. Nhiều người có thể chịu đựng được mức yếu tố V thấp mà không có triệu chứng. Những người có tình trạng này thường chỉ cần điều trị sau khi phẫu thuật hoặc chấn thương rất nghiêm trọng.

Những người này thường có cuộc sống bình thường và chỉ bị chảy máu lâu hơn một chút so với những người có máu đông bình thường.

Nhưng tình trạng này có thể được cải thiện trong tương lai với các tiến bộ về khoa học. Đặc biệt các liệu pháp gen có thể cho phép sửa chữa các khiếm khuyết về mặt di truyền.

Bệnh thiếu yếu tố Vlà một rối loạn đông máu hiếm. Mức độ nguy hiểm có thể không bằng việc thiếu hụt yếu tố VII hay IX. Nhưng đây là bệnh lý di truyền và hậu quả do sự sai lệch nằm trong gen có khả năng truyền qua nhiều thế hệ. Hiện tại chưa có thuốc điều trị triệt để bệnh nhưng chúng ta hoàn toàn có quyền tin tưởng vào tương lai. Các tiến bộ về khoa học kĩ thuật sẽ cải thiện và chữa trị các chứng bệnh rối loạn di truyền cho loài người.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thoai-hoa-cot-song-co/

Nội dung bài viết

Thoái hóa cột sống cổ là gì?

Yếu tố nguy cơ gây thoái hóa đốt sống cổ

Nguyên nhân gây thoái hóa đốt sống cổ

Triệu chứng thoái hóa cột sống cổ

Chẩn đoán thoái hóa cột sống cổ

Điều trị thoái hóa cột sống cổ

Thoái hóa cột sống cổ là tình trạng bệnh lý thoái hóa hệ thống xương cột sống. Ban đầu là sự hao mòn khớp ở các diện đốt sống, đĩa đệm, bao hoạt dịch, dây chằng… Dần dần về sau, xuất hiện hiện tượng thoái hóa các đốt sống, gây đau vùng cổ, tăng vận động. Đây là bệnh lý mạn tính khá phổ biến, tiến triển chậm có thể gặp ở bất kỳ đoạn nào. Hầu hết mọi người không có triệu chứng khi thoái hóa cột sống. Khi các triệu chứng xảy ra, phương pháp điều trị không phẫu thuật thường có hiệu quả.

Thoái hóa cột sống cổ là một tình trạng liên quan đến những thay đổi về xương,đĩa đệmvà khớp ở vùng cổ. Những thay đổi này được gây ra bởi tiến trình thoái hóa. Có nhiều nguyên nhân ảnh hưởng đến sự thoái hóa này như: công việc, lao động, hoạt động, tuổi tác… Các đĩa đệm của cột sống cổ dần dần bị phá vỡ, mất dịch và trở nên cứng hơn.

Đoạn C5 – C6 – C7 của đốt sống cổ là thường gặp nhất. Hơn 85% những người trên 60 tuổi bị ảnh hưởng bởi bệnh thoái hóa đốt sống cổ.

Sự thoái hóa của đĩa đệm và các sụn khác, sự tăng trưởng bất thường hình thành gai xương. Gai xương có thể gây ra hẹp ống sống hoặc nơi dây thần kinh cột sống đi ra. Thoái hóa cột sống cổ thường gây đau cổ và cứng khớp.

Hút thuốc lá.

Di truyền: Một số nghiên cứu cho rằng thoái hóa cột sống cổ cũng có thể do ảnh hưởng của di truyền. Thực tế, một số người có xu hướng di truyền có sụn khớp bị hao mòn hơn, sụp vỡ hơn.

Chấn thương ở cổ: Nếu khớp bị tổn thương, chẳng hạn như rách sụn và / hoặc nang khớp bảo vệ. Khi đó, khớp có thể bị viêm nhiều hơn và sụn có thể bị mòn sớm hơn. Chấn thương khớp có thể xảy ra theo nhiều cách khác nhau: bị ngã, chơi thể thao…

Nghề nghiệp: Chẳng hạn như khi thể dục dụng cụ hoặc các vận động viên tập luyện nhiều vùng cổ. Hoặc phải chuyển động nhiều động tác lặp đi lặp lại vùng cổ, nâng vật nặng… Khi đó có thể gây stress nhiều hơn lên vùng cột sống cổ.

Thừa cân: Những người thừa cân có xu hướng thoái hóa xương khớp sớm hơn, bao gồm cả cột sống cổ. Trọng lượng nhiều hơn có nghĩa là đặt áp lực nhiều hơn trên các khớp. Có ý kiến cho rằng những người thừa cân có thể thoái hóa cột sống nghiêm trọng hơn.

Sai tư thế: Đứng, ngồi, nằm không đúng tư thế cũng có thể dẫn đến thoái hóa cột sống cổ.

Nguyên nhân chính là sự hao mòn các cấu trúc của cột sống cổ xảy ra theo thời gian. Theo tuổi tác, các đĩa đệm bắt đầu khô do mất nước tự nhiên, khiến chúng bị xẹp.

Những thay đổi này có thể bao gồm:

Đĩa đệm mất nước:Các đĩa đệm hoạt động như lớp đệm giữa các đốt sống của cột sống. Ở tuổi 40, hầu hết các đĩa đệm cột sống của mọi người bắt đầu khô và co lại. Điều này làm tăng diện tích tiếp xúc nhiều hơn giữa xương với các đốt sống.

Thoát vị đĩa đệm:Tuổi tác cũng ảnh hưởng đến bên ngoài của đĩa đệm. Khi đĩa đệm suy yếu, xuất hiện vết nứt, dẫn đến thoát vị.Thoát vị đĩa đệmđôi khi có thể chèn ép vào tủy sống và rễ thần kinh.

Xương:Cột sống khi thoát vị đĩa đệm sẽ hình thành thêm xương để củng cố gọi là gai xương. Những gai xương này đôi khi cũng có thể chèn ép tủy sống và rễ thần kinh.

Xơ cứng dây chằng:Dây chằng cột sống có thể cứng theo tuổi tác, làm cho cổ kém linh hoạt.

Các triệu chứng thoái hóa cột sống cổ thường thay đổi. Có thể là một sự khó chịu nhẹ, không thường xuyên đến một cơn đau dữ dội làm ảnh hưởng chất lượng cuộc sống.

Khi thoái hóa cột sống cổ có triệu chứng, nó thường đặc trưng bởi cơn đau:

Cổ cứng.

Cơn đau tăng dần và có thể trở nên nặng hơn theo thời gian.

Đau lan dọc theo bả vai, cánh tay.

Làm gián đoạn giấc ngủ vào giữa đêm.

Gây đau đầu, đặc biệt là ở phía sau đầu.

Không có khả năng quay đầu hoặc xoay cổ hoàn toàn, đôi khi cản trở việc lái xe.

Các triệu chứng của bệnh thoái hóa đốt sống cổ có xu hướng cải thiện khi nghỉ ngơi. Thông thường triệu chứng sẽ nghiêm trọng nhất vào buổi sáng và trở lại tồi tệ vào cuối ngày. Khi thoái hóa cột sống cổ, có thể gặp tất cả các triệu chứng hoặc chỉ một trong số đó.

Gai xươngđoạn cổ là một dấu hiệu phổ biến của thoái hóa cột sống cổ. Sự phát triển quá mức của gai xương có thể ảnh hưởng đến thần kinh cột sống, gây tê bì. Khi gai xương đoạn cổ chèn ép vào đoạn thần kinh đi ra từ cột sống có thể gây đau. tê bì dọc cánh tay.

Nếu sự thoái hóa gây chèn ép tủy sống có thể dẫn đến rối loạn chức năng tủy sống. Triệu chứng bao gồm:

Đau nhói, tê và / hoặc yếu ở cánh tay, bàn tay, chân hoặc bàn chân.

Thiếu sự phối hợp trong cử động và đi lại khó khăn.

Phản xạ bất thường.

Các vấn đề với các kỹ năng vận động tinh.

Tăng trương lực cơ.

Mất kiểm soát bàng quang và ruột (tiêu tiểu không tự chủ).

Người thoái hóa cột sống cổ có thể gặp rắc rối với việc đi lại, cài nút áo hoặc kiểm soát chức năng bàng quang và ruột. Thoái hóa cột sống cổ có thể ảnh hưởng đến khả năng làm việc và thực hiện các hoạt động thường ngày.

Bác sĩ sẽ hỏi kĩ về các triệu chứng và tiền căn.

Quan sát dáng đi.

Phạm vi chuyển động cổ của bạn.

Phản xạ và sức cơ để kiểm tra chèn ép lên dây thần kinh cột sống hoặc tủy sống.

Không có một xét nghiệm nào có thể được sử dụng để chẩn đoán thoái hóa cột sống cổ. Thay vào đó, bác sĩ sẽ thu thập nhiều thông tin liên quan để đưa ra chẩn đoán.

Chẩn đoán hình ảnh:

X-quang cổ:X-quang cổ cho thấy những bất thường, chẳng hạn như gai xương, sự thoái hóa đốt sống cổ. Nó cũng hỗ trợ loại trừ các nguyên nhân hiếm gặp và nghiêm trọng hơn gây đau cổ và cứng khớp, chẳng hạn như khối u, nhiễm trùng hoặc gãy xương.

Chụp CT:Chụp CT có thể cung cấp hình ảnh chi tiết hơn, đặc biệt là xương.

MRI:MRI tốt hơn trong việc hiển thị mô mềm và hữu ích nếu nghi ngờ chèn ép dây thần kinh.

Xét nghiệm chức năng thần kinh:

Điện cơ:Đo hoạt động điện khi dây thần kinh truyền điện đến cơ khi cơ đang co thắt và nghỉ ngơi.

Điện cơ:Đo hoạt động điện khi dây thần kinh truyền điện đến cơ khi cơ đang co thắt và nghỉ ngơi.

Các lựa chọn điều trị thoái hóa cột sống cổ thường phụ thuộc vào:

Độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

Mức độ thường xuyên của các triệu chứng làm ảnh hưởng các hoạt động sống hàng ngày.

Thông thường, các lựa chọn điều trị không phẫu thuật sẽ đủ để kiểm soát thoái hóa cột sống cổ. Mục tiêu của điều trị là giảm đau, giúp bạn duy trì các hoạt động hàng ngày. Bên cạnh đó, quan trọng là ngăn ngừa tổn thương vĩnh viễn cho tủy sống và dây thần kinh.

Thuốc

Kháng viêm, giảm đau:sử dụngthuốc chống viêm NSAIDhoặc các sản phẩm không gây nghiện khác để giảm đau do viêm

Giãn cơ:có thể giúp giảm co thắt cơ ở cổ.

Chống động kinh:có thể làm giảm cơn đau của các dây thần kinh bị tổn thương.

Chống trầm cảm:một số loại thuốc đã được chứng minh giảm đau cổ do thoái hóa đốt sống cổ. Tuy nhiên, không nên sử dụng thuốc khi chưa có ý kiến của bác sĩ.

Ngoài ra, bạn có thể được tiêm thuốc (corticosteroid và gây tê cục bộ) vào các khớp của cột sống hoặc khu vực xung quanh cột sống.

Nghỉ ngơi

Nên nghỉ ngơi khi hiện diện các triệu chứng trở nặng. Hạn chế cử động cổ trong một thời gian ngắn cũng giúp các triệu chứng thuyên giảm. Giảm hoặc loại bỏ một số hoạt động có thể ngăn chặn tình trạng bùng phát triệu chứng nặng. Ví dụ, một tư thế bơi lội có thể gây vặn xoắn cổ nhiều hơn các tư thế khác. Mỗi người sẽ có các hoạt động gây gia tăng các triệu chứng khác nhau, cần biết để hạn chế.

Lối sống năng động

Tập thể dục vừa phải là tốt cho các khớp, bao gồm cả khớp vùng cổ. Kết hợp tập thể dục vào thói quen hàng ngày giúp giảm đau lâu dài, tăng tốc độ phục hồi. Đi bộ là một cách tốt để tăng hoạt động hàng ngày và tăng cường endorphin một cách tự nhiên.

Vật lý trị liệu

Nhà vật lý trị liệu có thể tạo ra một chương trình tập luyện theo nhu cầu cụ thể của bệnh nhân. Các bài tập sẽ giúp kéo giãn và tăng cường cơ bắp vùng cổ, vai. Một số người bệnh cải thiện từ việc sử dụng lực kéo. Phương pháp này giúp giảm sự chèn ép của rễ thần kinh.

Biện pháp khác

Massage các vùng bị ảnh hưởng.

Đeo đai cố định vùng thoái hóa để hạn chế cử động và hỗ trợ cột sống. Tuy nhiên, chỉ nên đeo trong thời gian ngắn vì có thể làm suy yếu các cơ cổ.

Chườm ấm, chườm lạnh.

Đây không phải là một danh sách đầy đủ các lựa chọn điều trị. Thông thường người bệnh sẽ kiểm soát các triệu chứng bằng cách kết hợp nhiều loại điều trị.

Thoái hóa cột sống cổ thường mãn tính, triệu chứng hiếm khi tiến triển đủ để yêu cầu phẫu thuật. Phẫu thuật được lựa chọn điều trị trong trường hợp:

Cơn đau trở nên tồi tệ hơn, cản trở hoạt động hằng ngày. Mất chức năng nghiêm trọng như mất dần cảm giác, chèn ép dẫn đến tàn tật…

Các phương pháp điều trị khác nhau không hiệu quả trong khoảng thời gian từ 6 đến 12 tuần

Mục tiêu của phẫu thuật nhằm:

Loại bỏ sự chèn ép lên tủy sống và dây thần kinh.

Tăng sự ổn định của cột sống

Phẫu thuật có thể bao gồm:

Loại bỏ một đĩa đệm thoát vị hoặc xương

Lấy bỏ một phần của đốt sống

Hợp nhất một đoạn cổ bằng cách ghép xương và phần cứng

Thoái hóa cột sống cổlà một bệnh lý thường gặp. Triệu chứng bệnh có thể diễn tiến khác nhau tùy thuộc vào từng người và các hoạt động của họ. Hãy trang bị cho mình những kiến thức cần thiết về bệnh. Hiểu biết về bệnh chính là giúp ích cho bản thân và những người xung quanh. Youmed hy vọng đã mang đến cho bạn những kiến thức bổ ích.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thoai-hoa-diem-vang-nguyen-nhan-trieu-chung-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Điểm vàng là gì?

Thoái hóa điểm vàng là gì?

Nguyên nhân của thoái hóa điểm vàng là gì?

Những ai có nhiều khả năng bị thoái hóa điểm vàng?

Những triệu chứng của thoái hóa điểm vàng là gì?

Quy trình chẩn đoán bệnh như thế nào?

Bệnh thoái hóa điểm vàng có chữa khỏi được không?

Thoái hóa điểm vàng (hay còn gọi là thoái hóa điểm vàng do tuổi) là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến suy giảm thị lực không hồi phục ở người lớn tuổi. Bệnh hoàn toàn không có biểu hiện trên lâm sàng trong giai đoạn sớm.Khi thị lực bệnh nhân bị ảnh hưởng đáng kể, các triệu chứng mới bắt đầu trở nên rõ ràng. Sự chậm trễ trong chẩn đoán ảnh hưởng rất lớn đến hiệu quả điều trị.Do đó, biết được những tình huống có nhiều khả năng mắc bệnh và định kỳ thăm khám tại các cơ sở y tế là hết sức quan trọng.

Điểm vàng là một phần của võng mạc, nằm ở phía sau của mắt. Đây là nơi tập trung rất nhiều tế bào nhạy cảm ánh sáng. Chúng có nhiệm vụ tiếp nhận và dẫn truyền các tín hiệu thu được về hệ thần kinh để tái tạo thành các hình ảnh mà ta thấy được.

Điểm vàng chủ yếu chịu trách nhiệm cho thị lực ở trung tâm. Do đó, khi bị bệnh sẽ làm giảm khả năng nhìn ở vùng này.

Thoái hóa điểm vàng là tên được đặt cho một nhóm các bệnh lý của võng mạc.Chúng xảy ra khi các tế bào nhạy cảm ánh sáng bị tổn thương và chết đi, làm cho thị lực bị ảnh hưởng.

Bệnh không bao giờ dẫn tới mù hoàn toàn nhưng làm suy yếu khả năng thực hiện các công việc đòi hỏi sự chi tiết cao như đọc sách, xem tivi, lái xe,…

Có hai loại thoái hóa điểm vàng: thể khô và thể ướt.

Thể khô:chiếmkhoảng 80%các trường hợp, xảy ra khi điểm vàng bị mỏng dần đi theo tuổi. Bệnh nhân sẽ bị mất thị lực từ từ.

Thể ướt:hiếm gặp hơn nhưng nặng nề hơn. Dạng này xảy ra khi các mạch máu phát triển một cách bất thường ở phía bên dưới võng mạc. Những mạch máu này rò rỉ máu và dịch tạo ra những điểm mù ở vùng trung tâm, làm biến dạng hình ảnh nhìn thấy được. Cuối cùng,hình thành nên các vết sẹo ở điểm vàng. Kết quả là bệnh nhân sẽ mất thị lực vĩnh viễn.

Các tình huống sau đây có thể làm gia tăng nguy cơ dẫn đến tình trạng thoái hóa điểm vàng:

Trên 50 tuổi.

Béo phì, ít vận động

Tăng cholesterol máu.

Chế độ ăn có nhiều chất béo bão hòa (như thịt, bơ, phô mai,…).

Hút thuốc lá.

Tăng huyết áp.

Có người thân bị thoái hóa điểm vàng.

Ở giai đoạn sớm, thoái hóa điểm vàng có thể không biểu hiện triệu chứng.Đôi khi có thể phát hiện tình cờ khi khám mắt định kỳ.

Ở giai đoạn bệnh tiến triển hoặc ảnh hưởng cả hai mắt, bệnh nhân có thể than phiền về các tình trạng sau:

Vùng bị mờ ở trung tâm, lớn hơn và tối hơn theo thời gian (thường xuất hiện đầu tiên).

Các hình ảnh trở nên không còn sắc nét, khó phân biệt các chi tiết.

Suy giảm/thay đổi nhận thức về màu sắc.

Bạn cần tìm đến các phòng khám hoặc bệnh viện chuyên khoa mắt càng sớm càng tốtđể được chẩn đoán kịp thời nếu ở trong bất kỳ tình huống nào nêu trên.

Sau khi được nhỏ mắt bằng dung dịch đặc biệt, bác sĩ sẽ sử dụng ống kính y khoa để quan sát võng mạc, đánh giá các thay đổi về mạch máu và thần kinh.

Nếu nghi ngờ, bác sĩ có thể yêu cầu bạn thực hiện một bài kiểm tra bằng cách nhìn vào lưới Amsler với từng mắt. Nếu nhìn thấy một số đường thẳng bị méo mó, biến dạng hay mờ đi, và kèm theo vùng tối ở trung tâm thì rất có thể bạn đã mắc bệnh.

Trong trường hợp phát hiện bất thường, một số biện pháp chụp hình võng mạc có thể được chỉ định thêm để khảo sát một cách chi tiết hơn.

Hiện tạivẫn chưa có cách để chữa khỏi hoàn toàn. Tuy nhiên việc điều trị có thể ngăn ngừa sự suy giảm thị lực và làm chậm diễn tiến của bệnh một cách đáng kể. Có rất nhiều biện pháp đã được khắp nơi trên thế giới áp dụng vào thực tế:

Dùng thuốc:nhằm mục đích ngăn chặn sự phát triển của các mạch máu mới và làm giảm sự rò rỉ dịch bên trong mắt gây nên bệnh thoái hóa điểm vàng thể ướt. Đây thực sự là một cuộc cách mạng trong điều trị, nhiều bệnh nhân đã thực sự cảm thấy thị lực của mình được cải thiện. Để đạt được hiệu quả, cần định kỳ lặp lại theo lời dặn của bác sĩ.

Liệu pháp laser:Tia laser có thể được sử dụng để phá hủy các mạch máu đang phát triển bất thường.

Liệu pháp quang động học:Phương pháp này phối hợp cả thuốc và laser. Đầu tiên, bác sĩ sẽ tiêm một loại thuốc đặc biệt vào trong cơ thể. Chúng sau đó sẽ được các mạch máu bất thường ở mắt hấp thu. Cuối cùng, tia laser sẽ được sử dụng để kích hoạt lượng thuốc này, làm phá hủy các mạch máu bất thường

Thoái hóa điểm vàng là một bệnh lý thường gặp ở người lớn tuổi. Chúng là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tình trạng suy giảm thị lực ở đối tượng này. Nguy cơ mắc bệnh đặc biệt cao ở một số trường hợp đặc biệt như béo phì, ít vận động, hút thuốc lá,…

Giai đoạn sớm thường biểu hiện rất ít triệu chứng. Đôi khi có thể phát hiện qua thăm khám định kỳ mà không hề có bất kỳ triệu chứng nào. Do đó, thường xuyên quan tâm đến sức khỏe của mắt là một việc cực kỳ quan trọng.

Hiện vẫn chưa có biện pháp điều trị triệt để tình trạng suy giảm thị lực. Tuy nhiên có thể ngăn ngừa và làm chậm đáng kể diễn tiến của bệnh bằng các biện pháp như: dùng thuốc, dùng tia laser và phối hợp cả hai,…

Hãy chia sẻ với người thân để cùng nhau bảo vệ sức khỏe cho đôi mắt của mình bạn nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thoai-hoa-khop-goi/

Nội dung bài viết

Thoái hóa khớp gối là gì?

Dấu hiệu nhận biết thoái hóa khớp gối

Nguyên nhân thoái hóa khớp gối

Biến chứng thoái hóa khớp gối

Chẩn đoán thoái hóa khớp gối

Điều trị thoái hóa khớp gối

Dự phòng thoái hóa khớp gối

Thoái hóa khớp gối là bệnh lý mạn tính thường gặp ở người cao tuổi. Đây là bệnh lý gây biến đổi bề mặt khớp – sụn khớp, hình thành các gai xương, và cuối cùng gây biến dạng khớp. Nguyên nhân, biến chứng là gì, và điều trị, dự phòng thoái hóa khớp ra sao? Hãy cùng Bác sĩ Hà Phạm Trọng Khang tìm hiểu thông tin về thoái hóa khớp gối qua bài viết sau đây.

Thoái hóa khớplà tình trạng sụn khớp và các tổ chức dưới sụn bị tổn thương. Dẫn đến các phản ứng viêm, và giảm dịch bôi trơn trong các khe khớp.12

Đây là dạngviêm khớpphổ biến nhất ở gối, thường gặp ở người từ 50 tuổi trở lên. Ước tính có 9,6% nam giới và 18,0% phụ nữ > 60 tuổi bị thoái hóa khớp có triệu chứng (đau) trên toàn cầu. 80% bệnh nhân thoái hóa khớp bị hạn chế vận động, và 25% bệnh nhân không thể thực hiện các hoạt động chính hàng ngày của họ.3

Dữ liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cũng báo cáo rằng thoái hóa khớp đã chuyển từ vị trí thứ 12 lên thứ 6 trong những nguyên nhân gây tàn tật và tử vong từ năm 2002 đến năm 2007. Gia tăng tuổi thọ và dân số già khiến thoái hóa khớp trở thành nguyên nhân gây tàn tật đứng hàng thứ tư vào năm 2020.3

Khớp gốilà khớp lớn nhất và khỏe nhất trên cơ thể. Khớp được tạo thành từ đầu dưới của xương đùi, đầu trên củaxương chày(xương ống chân) vàxương bánh chè. Các đầu của ba xương tạo thành khớp gối được bao phủ bởi sụn khớp, chất nhầy bôi trơn để bảo vệ và làm đệm cho xương khi gập và duỗi thẳng đầu gối.1

Trong khớp gối, hai mảnh sụn hình nêm đóng vai trò như “bộ giảm xóc” giữa xương đùi và xương ống chân. Mảnh sụn này cứng và có thể đàn hồi để giúp đệm và giữ cho khớp ổn định. Bao quanh khớp gối là một lớp màng mỏng gọi là màng hoạt dịch. Lớp màng này tiết ra chất lỏng bôi trơn sụn và giảm ma sát.1

Khi bước vào giai đoạn lão hóa, khối lượng cơ giảm và khối lượng chất béo tăng lên làm thay đổi tải trọng khớp và có liên quan đến sự gia tăng sản xuất các chất kích thích viêm toàn thân mức độ thấp. Những thay đổi trong chất nền ngoài tế bào, tích tụ các chất glycate hóa, gây mất nước và tăng phân cắt collagen làm thay đổi tính chất cơ học của sụn và khiến sụn dễ bị thoái hóa hơn. Bên cạnh đó, lão hóa còn gây giảm mật độ tế bào ở sụn chêm,dây chằng, xương dưới sụn thúc đẩy quá trình thoái hóa và có thể có khả năng thay đổi mức độ cơ học khớp.2

Triệu chứng điển hình của thoái hóa khớp là đau nhức khớp. Đau có tính chất cơ học, nghĩa là đau tăng khi vận động, nhất là khi làm tăng tải trọng lên khớp nhưđau khớp gối.

Khởi đầu người bệnh lên cầu thang cảm giác gối yếu và đau nhẹ ở phía trước và bên cạnh đầu gối. Tình trạng đau gối tăng dần sau nhiều năm. Có tiếng lạo xạo khi vận động khớp. Khớp yếu đi khiến đầu gối khuỵu xuống khi phải chịu sức nặng.

Đau đôi khi kèm theo cảm giáccứng khớp, khớp có cảm giác bị cứng lại sau khi nghỉ ngơi, nhưng thường là sẽ giảm sau một vài phút vận động. Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng thường nhẹ và ngắn dưới 30 phút, trong khi dấu hiệu cứng khớp trongviêm khớp dạng thấpthường kéo dài trên 30 phút.6

Thoái hóa khớp càng nặng, cảm giác đau hoặc cứng khớp càng dai dẳng. Khớp gối bị sưng nề, và đôi khi tràn dịch khớp. Các cơ quanh khớp trở nên yếu đi gây hạn chế trong sinh hoạt. Tuy nhiên, thoái hóa khớp không có dấu hiệu viêm tại khớp rõ ràng, không thấy sưng (trừ khi có tràn dịch khớp), nóng, đỏ tại khớp. Số lượng bạch cầu trong máu không tăng, tốc độ máu lắng không tăng.

Các động tác của khớp bị hạn chế ở các mức độ khác nhau do đau, khiến hoạt động của cơ thể gặp nhiều khó khăn.

Khớp xương biến dạng do các gai xương hình thành và phát triển ở đầu xương.

Teo cơ: các cơ lân cận khớp bị thoái hóa, teo nhỏ do giảm vận động.6

Có tiếng lạo xạo khi cử động khớp.4

Tràn dịch khớp: làm vùng khớp bị tổn thương sưng to, thường hay gặp ở khớp gối.2

Thoái hóa khớp xảy ra là do mất cân bằng giữa hai quá trình tái tạo và phá hủy của sụn khớp và xương dưới sụn. Quá trình phá hủy chiếm ưu thế khiến sụn khớp và xương dưới sụn bị tổn thương. Nguyên nhân của thoái hóa khớp được chia thành hai loại: thoái hóa khớp nguyên phát và thứ phát.

Thoái hóa khớp khởi phát tương đối muộn, ở người từ 50 tuổi trở lên. Tần suất mắc bệnh càng tăng theo tuổi. Nguyên nhân của quá trình này có thể là do giảm lưu lượng máu đến các khớp bị giảm sút, ảnh hưởng tới việc nuôi dưỡng sụn.

Bên cạnh đó, sự phân bố lực lên sụn khớp cũng thay đổi trong quá trình thoái hóa. Ngoài ra, cơ chế bệnh sinh còn liên quan đến di truyền gia đình, bệnh lý nội tiết và chuyển hoá (mãn kinh, đái tháo đường).

Thoái hóa khớp được đặc trưng bởi sự biến đổi của các cấu trúc liên quan đến khớp, ảnh hưởng đến tất cả các mô trong và xung quanh khớp. Đây là quá trình gây thoái hóa sụn khớp, dày lên của xương dưới sụn, tạogai xương, thoái hóa dây chằng, phì đại bao khớp, và những thay đổi ở cơ quanh khớp, dây thần kinh, bao hoạt dịch và mỡ xung quanh. Trong số này, thoái hóa sụn được coi là đặc trưng chính.

Tuổi tác là yếu tố nguy cơ cao nhất của thoái hóa khớp và được cho là có liên quan đến việc giảm khả năng thích ứng của khớp để chống lại chấn thương cơ sinh học, giảm co giật và tăng chu chuyển xương.

Giới tính nữ có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh thoái hóa khớp gối cao hơn do sự khác biệt về giới tính trong các liên kết khớp, độ bền của dây chằng, do quá trình mang thai và mật độ xương. Đặc biệt, mãn kinh có liên quan đến tăng nguy cơ thoái hóa khớp, cho thấy vai trò củaestrogentrong sự phát triển của bệnh.

Các yếu tố giải phẫu, bao gồm lệch khớp hoặc dị tật bẩm sinh, có thể dẫn đến tổn thương cơ sinh học, làm tăng tính nhạy cảm của bệnh viêm khớp. Các yếu tố môi trường có thể thay đổi được đóng một vai trò quan trọng trong sự phát triển của thoái hóa khớp.

Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nguyên nhân có thể do sau các chấn thương khiến trục khớp thay đổi (gãy xương khớp, lệch trục), các bất thường trục khớp gối bẩm sinh như khớp gối quay ra ngoài, khớp gối quay vào trong, khớp gối quá duỗi hoặc sau các tổn thương viêm khác tại khớp gối (viêm khớp dạng thấp,viêm cột sống dính khớp, lao khớp, viêm khớp nhiễm trùng,bệnh gút, chảy máu trong khớp trong bệnhHemophilia). Một số yếu tố nguy cơ của thoái hóa khớp gối:710

Béo phì: người béo phì làm tăng áp lực lên khớp gối, khớp háng và cột sống thắt lưng, các mô mỡ lại giải phóng ra các cytokin viêm tác động lên mô sụn gây tổn thương sụn.

Tăng tải trọng lên khớp: yếu tố nghề nghiệp như những người thường xuyên phải mang vác nặng như công nhân khuân vác, thợ xây dựng… khiến các khớp trọng điểm như cột sống, khớp gối, khớp háng bị thoái hóa sớm.

Dị dạng bẩm sinh xương khớp: các dị dạng bẩm sinh hệ xương khớp làm thay đổi diện tỳ nén bình thường của khớp và cột sống, vùng khớp bị tì nén nhiều hơn thì sụn khớp bị tổn thương sớm, làm khớp bị thoái hóa sớm hơn.

Tổn thương cơ học: khớp có tiền sử bị tổn thương do các chấn thương cơ học hoặc hoạt động quá mức như chơi thể thao, lao động hoặc mang vác nặng. Các biến dạng thứ phát sau chấn thương, u, loạn sản, làm thay đổi mối tương quan của lực cơ học tác động lên diện khớp, hình thái của khớp dẫn đến thoái hóa khớp sớm hơn các khớp khác.

Các vấn đề liên quan nội tiết: tuổi mãn kinh,đái tháo đường, loãng xương do nội tiết.

Bệnh chuyển hóa: bệnh gút, bệnh nhiễm sắc tố.8

Thoái hóa khớp mức độ trung bình và nặng thường gây ra biến dạng khớp. Do sự xuất hiện của các gai xương ở rìa khớp, hay do lệch trục khớp, thoát vị màng hoạt dịch.

Biến dạng khớp thấy rõ nhất ở thoái hóa khớp gối, khớp gối thoái hóa bị vẹo ra ngoài hoặc vào trong. Điều này khiến cho người bệnh có cảm giác mình bước thấp bước cao, gây khó khăn trong di chuyển.

Thoái hóa xương khớp thường xảy ra đồng thời ở nhiều khớp. Các khớp thoái hóa ở các giai đoạn khác nhau, người bệnh luôn cảm thấy đau mỏi bất cứ khi nào vận động, dẫn đến tâm lý lười vận động, và chỉ muốn nằm nghỉ. Tình trạng như vậy lâu ngày, các khớp cứng dần, cơ co lại, giảm khả năng linh hoạt, giảm vận động.

Cùng với hạn chế vận động là teo cơ, các cơ tham gia vận động khớp thoái hóa teo dần và sức cơ giảm dần. Vì vậy tỷ lệ người thoái hóa khớp bị khuyết tật vận động rất cao.

Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) năm 1991:11

Có  gai xương ở rìa khớp (trên  phim Xquang).

Dịch khớp là dịch thoái hoá.

Tuổi trên 38.

Cứng khớp dưới 30 phút.

Có dấu hiệu lục khục khi cử động khớp.

Chẩn đoán xác địnhkhi có yếu tố 1, 2, 3, 4 hoặc 1, 2, 5 hoặc 1, 4, 5.

Một số cận lâm sàng hỗ trợ trong thoái hóa khớp gối bao gồm:711

X-quanglà phương pháp chủ yếu trong chẩn đoán và theo dõi tiến triển thoái hóa khớp. Đây là phương pháp đơn giản, chi phí thấp, không xâm nhập, thời gian thực hiện nhanh, có thể thực hiện ở mọi cơ sở y tế.

Có 3 dấu hiệu cơ bản:

+ Hẹp khe khớp: khe khớp hẹp không đồng đều, không hoàn toàn.

+ Đặc xương dưới sụn: xương dưới sụn viền đậm không đều.

+ Gai xương: gai xương ở phần rìa đầu xương, nơi tiếp giáp giữa xương và sụn.

Siêu âmlà phương tiện chẩn đoán không xâm lấn, nhanh chóng, giúp khảo sát khớp trên nhiều mặt phẳng.

Trong thoái hóa khớp gối, siêu âm có thể phát hiện sớm các tổn thương sụn khớp, gai xương, viêm màng hoạt dịch tốt hơn khám lâm sàng và X-quang. Các tổn thương phát hiện trên siêu âm có liên quan đến triệu chứng lâm sàng. Ngoài ra siêu âm còn có giá trị trong hướng dẫn chọc hút dịch, kén khoeo và theo dõi kết quả điều trị.

Vai trò củaCTcũng tương tự như X-quang trong đánh giá bệnh nhân thoái hóa khớp gối. Tuy nhiên CT là phương pháp hình ảnh 3 chiều và có thể sử dụng chất cản quang để đánh giá sụn khớp cũng như xương dưới sụn một cách chính xác hơn. Hiện nay, CT ít được chỉ định để chẩn đoán thoái hóa khớp nguyên phát, tuy nhiên có thể sử dụng CT để đánh giá những thay đổi của xương hoặc để lên kế hoạch phẫu thuật.

Cộng hưởng từcó thể đánh giá những thay đổi cấu trúc của toàn bộ khớp gối bệnh nhân ở ngay từ giai đoạn sớm khi chưa có tổn thương X-quang. Do đó, cộng hưởng từ được ứng dụng trong chẩn đoán sớm thoái hóa khớp gối, và để đánh giá tiến triển của bệnh và theo dõi kết quả điều trị.

Nội soi vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng để đánh giá bệnh lý của sụn khớp và màng hoạt dịch. Nội soi có thể đánh giá trực tiếp những thay đổi cấu trúc của sụn khớp từ giai đoạn rất sớm đến giai đoạn muộn. Có thể kết hợp nội soi để sinh thiết màng hoạt dịch làm xét nghiệm tế bào học để chẩn đoán phân biệt với các bệnh khớp khác. Ngoài ra nội soi rửa khớp đơn thuần hoặc kết hợp với nạo bỏ mô tổn thương trên bề mặt khớp có thể làm giảm triệu chứng đau một cách rõ rệt. Tuy nhiên, đây là phương pháp thăm dò xâm nhập và đòi hỏi trang bị kỹ thuật, do đó không phải dễ dàng thực hiện ở tất cả các cơ sở y tế.

Xét nghiệm máu và sinh hoá: hầu như không có gì thay đổi. Số lượng bạch cầu và máu lắng có thể tăng nhẹ khi thoái hóa khớp có phản ứng viêm.

Dịch khớp: bình thường có màu vàng, độ nhớt bình thường hoặc giảm nhẹ, có 100 – 200 tế bào/1 mm3 (< 1000 tế bào/1 mm3), 50% là bạch cầu đa nhân trung tính, không có tế bào hình nho, lượng protein, mucin và bổ thể bình thường. Phản ứng tìm yếu tố dạng thấp, tinh thể u rát âm tính.

Tóm lại các xét nghiệm cơ bản phải bình thường. Nếu có kết quả bất thường phải tìm nguyên nhân khác. Chẩn đoán thoái hoá khớp dựa vào dịch khớp là chẩn đoán loại trừ.

Giảm đau trong các đợt tiến triển.

Phục hồi chức năng vận động của khớp, hạn chế và ngăn ngừa biến dạng khớp.

Tránh các tác dụng không mong muốn của thuốc. Lưu ý tương tác thuốc và các bệnh kết hợp ở người cao tuổi.

Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Sự kết hợp của các phương thức điều trị bao gồm can thiệp không dùng thuốc và dùng thuốc vẫn là chìa khóa quan trọng trong điều trị thoái hóa khớp gối, bao gồm:812

Giảm cân nếu thừa cân.

Có một chương trình tập thể dục phù hợp (aerobic, các bài tập tăng cường sức đề kháng).

Tránh cho khớp và cột sống bị quá tải bởi vận động và trọng lượng. Có thể dùng nạng một hoặc hai bên khi cần.

Các biện pháp y học cổ truyền như châm, cứu, xoa bóp, bấm huyệt cũng giúp giảm đau, phục hồi chức năng khớp.

Có thể sử dụng các biện pháp không dùng thuốc đơn độc với các trường hợp thoái hóa khớp nhẹ. Nhưng phối hợp cả dùng thuốc và không dùng thuốc thường mang lại kết quả tốt hơn.

Paracetamolđược chỉ định là thuốc giảm đau đầu tay để điều trị thoái hóa khớp mức độ nhẹ – trung bình.

Nhóm SYSADOA bao gồm các thuốcglucosamine, chondroitin, diacerein và các chất không xà phòng hóa từ đậu nành/bơ (ASU).

Đây là thuốc đặc trưng bằng hiệu quả giảm đau tương đối trễ (1 – 2 tháng sau khi sử dụng) nhưng duy trì kéo dài ngay cả khi ngưng điều trị (sau vài tuần đến vài tháng).

Hiệp hội châu Âu về phương diện lâm sàng và kinh tế của loãng xương, thoái hóa khớp và bệnh cơ xương khớp (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis – ESCEO) đã khuyến cáo bước đầu tiên trong điều trị thoái hóa khớp là nhóm SYSADOA, kèm hoặc không kèm với paracetamol.13

Glucosamine

Glucosamine là chất nền chủ yếu trong cấu trúc sụn. Glucosamine ngoại sinh được sử dụng dưới dạng muối. Mặc dù tất cả các chế phẩm glucosamine có thể tuyên bố cung cấp glucosamine ở mức điều trị, nhưng không phải tất cả đều được chứng minh bởi các bằng chứng lâm sàng.

Chỉ có muối crystalline glucosamine sulfate kê toa (pCGS) được chứng minh là có hiệu quả trong các nghiên cứu. pCGS cũng có ảnh hưởng đáng kể đến cải thiện chức năng, và có bằng chứng về tác dụng giảm nhu cầu sử dụng thuốc khác và trì hoãn quá trình thay toàn bộ khớp bằng phẫu thuật.

Chondroitin

Chondroitin sulfat dạng dược phẩm là dạng chế phẩm được chứng minh bằng các nghiên cứu có tính hiệu quả tương đương thuốc giảm đau NSAIDs, lại có tác động có lợi trên cấu trúc khớp, được đánh giá bằng những thay đổi qua hình ảnh cộng hưởng từ. Chondroitin sulfate có tác dụng gia tăng sản xuất chất nền sụn và giảm nồng độ các enzyme tiêu hủy sụn khớp.

Piascledine

Piascledine là một hỗn hợp phức hợp của nhiều chất chiết xuất thực vật tự nhiên được lấy từ bơ và dầu đậu nành không xà phòng hóa. Cơ chế tác dụng thông qua ức chế các chất tiền viêm, và kích thích sản xuất yếu tố tăng trưởng giúp bảo vệ sụn khớp. Trong các nghiên cứu lâm sàng kéo dài từ 3 đến 6 tháng, một số cải thiện về đau, cứng khớp và chức năng hoạt động đã được chứng minh với piascledine, giúp giảm nhu cầu dùng thêm thuốc giảm đau.

Diacerein

Diacerein là một dẫn xuất anthraquinon có hoạt tính chống viêm. Thuốc có tác dụng bảo vệ sụn do làm giảm sản sinh các cytokin, NO, MMP là các chất gây hủy hoại tế bào sụn, đồng thời kích thích tế bào sụn tăng sinh, tăng tổng hợp proteoglycan, acid hyaluronic. Tuy nhiên, tính an toàn của diacerein đã được đặt ra sau các báo cáo về tiêu chảy nặng và các trường hợp hiếm gặp có khả năng gây độc gan nghiêm trọng. Do đó, bệnh nhân nên bắt đầu điều trị bằng một nửa liều bình thường và nên ngừng dùng diacerein nếu bị tiêu chảy.

NSAIDđược chỉ định ở những bệnh nhân có biểu hiện đau vừa – nặng, khi không đáp ứng với paracetamol và SYSADOA. Tuy nhiên, một số tác dụng phụ như loét dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa, tổn thương thận cấp, tăng huyết áp, suy tim,… có thể gặp phải ở những bệnh nhân cao tuổi, đặc biệt khi đã có những bệnh lý nền về tim mạch, thận hoặc tiêu hóa.

Do nguy cơ xảy ra các tác dụng phụ có thể xảy ra với tất cả các NSAID, ESCEO đã khuyến cáo vào năm 2014 rằng tất cả NSAID được sử dụng ở liều hiệu quả thấp nhất trong khoảng thời gian ngắn nhất cần thiết để kiểm soát cơn đau.13

Để cân nhắc về tính an toàn, NSAID tại chỗ có thể được sử dụng thay vì NSAID đường uống, đặc biệt ở bệnh nhân viêm khớp từ 75 tuổi và những người có bệnh đồng mắc hoặc có nguy cơ tăng tác dụng phụ lên tim mạch, tiêu hóa hoặc thận.

Trong trường hợp chống chỉ định với NSAID, hoặc nếu bệnh nhân vẫn còn triệu chứng mặc dù đã sử dụng NSAID, điều trị nội khớp có thể được xem xét.

Axit hyaluronic (HA) là chất bôi trơn bề mặt sụn khớp, có thể là một thay thế tốt cho NSAID đối với thoái hóa khớp gối, với tính an toàn cao hơn, đặc biệt là đối với bệnh nhân lớn tuổi hoặc những người có nguy cơ cao bị tác dụng phụ do NSAID gây ra.

Bổ sung chất bôi trơn bằng axit hyaluronic là một phương pháp điều trị hiệu quả cho bệnh thoái hóa khớp gối với các tác dụng hữu ích giảm cơn đau, cải thiện chức năng vận động, có thể kéo dài đến 26 tuần. HA khởi phát tác dụng chậm, với hiệu quả giảm đau được chứng minh vào tuần thứ 4, đạt đỉnh điểm ở tuần thứ 8 và duy trì đến 6 tháng.

Corticosteroidtiêm khớp có hiệu quả hơn giả dược và axit hyaluronic trong thời gian ngắn hạn (2 – 4 tuần) và hiệu quả có thể cao hơn ở những bệnh nhân bị đau nặng, có dấu hiệu viêm tại chỗ. Tuy nhiên, một số tác dụng phụ có thể gặp như tăng đau sau tiêm, nhiễm khuẩn khớp gối, viêm màng hoạt dịch.

Các lựa chọn thuốc bước cuối cho bệnh nhân có triệu chứng nặng bằng opioid yếu tác dụng ngắn, chẳng hạn như tramadol, có bằng chứng tốt về lợi ích giảm đau trong viêm khớp gối.

Opioidlàm giảm đáng kể cường độ đau và có lợi ích nhỏ về chức năng. Tuy nhiên, opioid tăng nguy cơ tác dụng phụ đường tiêu hóa (khô miệng, loét miệng, buồn nôn, nôn mửa, khó tiêu, táo bón), hệ thần kinh trung ương (nhức đầu, chóng mặt, mệt mỏi, buồn ngủ) và các bệnh da liễu (phát ban hoặc ngứa).

Các biện pháp điều trị ngoại khoa được chỉ định khi điều trị nội khoa không còn tác dụng, người bệnh bị hạn chế vận động nặng, khe khớp hẹp nặng, khớp bị biến dạng gây ra khuyết tật trung bình và nặng thì điều trị ngoại khoa sẽ được cân nhắc. Tùy vào tình trạng của người bệnh để chọn các biện pháp ngoại khoa khác nhau như: nội soi khớp, đục xương chỉnh trục hoặc thay một phần hoặc toàn bộ khớp gối.

Điều trị dưới nội soi khớp: rửa khớp, lấy bỏ các dị vật như mẩu sụn khớp bị bong, cắt bỏ sụn chêm bị tổn thương, gọt giũa bề mặt không đều của sụn.

Phẫu thuật đục xương, chỉnh trục, chêm lại khớp, gọt giũa xương, làm cứng khớp.

Phẫu thuật thay một phần hoặc toàn bộ khớp bằng khớp nhân tạo, thường chỉ định cho khớp háng, khớp gối và khớp vai.

Duy trì BMI ở mức bình thường (18,5 – 23 kg/m2), tránh béo phì là điều quan trọng để phòng ngừa thoái hóa khớp. Thừa cân làm căng các khớp, đặc biệt là những khớp chịu trọng lượng của cơ thể như đầu gối, hông và khớp bàn chân, khiến sụn bị mài mòn.51214

Tránh mang vác vật nặng quá sức hoặc vận động mạnh đột ngột tạo áp lực cơ học quá mức lên khớp. Biết liệu sức khỏe và bệnh của mình để tránh làm bệnh nặng thêm.5

Bị chấn thương khớp khi còn trẻ có thể dẫn đến tình trạng thoái hóa khớp khi tuổi càng cao. Những người bị thương ở đầu gối khi trưởng thành có nguy cơ bị thoái hóa khớp cao gấp 5 lần. Để tránh chấn thương khớp khi tập thể dục hoặc chơi thể thao, Viện Quốc gia về Bệnh khớp và Cơ xương và Da Hoa Kỳ khuyến cáo (the National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases – NIAMS):14

Tránh uốn cong đầu gối quá 90 độ khi thực hiện động tác gập nửa đầu gối.

Giữ bàn chân bằng phẳng nhất có thể trong khi kéo căng để tránh trẹo đầu gối.

Khi nhảy, tiếp đất với đầu gối cong.

Khởi động trước khi chơi thể thao, ngay cả những bài tập ít vận động hơn như chơi gôn.

Mang giày vừa vặn, giảm xóc tốt.

Tập thể dục trên bề mặt mềm nhất hiện có, tránh chạy trên đường nhựa và bê tông.

Nếu bị chấn thương khớp, phải được điều trị y tế kịp thời và thực hiện các bước để tránh tổn thương thêm. Chẳng hạn như điều chỉnh các chuyển động có tác động mạnh hoặc sử dụng nẹp để ổn định khớp.

Chuyên gia khuyến nghị rằng người lớn nên tham gia các hoạt động thể chất vừa phải ít nhất 150 phút/tuần. Mỗi phút hoạt động đều có giá trị và tham gia bất kỳ hoạt động nào vẫn tốt hơn là không có hoạt động nào.

Các hoạt động vừa phải, ít tác động mạnh được khuyến nghị bao gồm đi bộ, bơi lội hoặc đi xe đạp. Hoạt động thể chất thường xuyên cũng có thể làm giảm nguy cơ phát triển các bệnh mãn tính khác như bệnh tim, đột quỵ và đái tháo đường.51214

Thoái hóa khớp gốilà một trong những bệnh lý gây tàn tật hàng đầu ở người cao tuổi. Một lối sống sinh hoạt và chế độ ăn uống lành mạnh giúp phòng ngừa thoái hóa khớp lâu dài. Khi phát hiện có dấu hiệu bất thường ở đầu gối, người bệnh cần đi khám ngay trước khi xảy ra biến chứng nghiêm trọng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thoai-hoa-khop-hang-nguy-co-bieu-hien-va-cach-phong-ngua/

Nội dung bài viết

1. Khớp háng nằm ở đâu?

2. Nguyên nhân thoái hóa khớp háng

3. Thoái hóa khớp háng có biểu hiện như thế nào?

4. Chẩn đoán thoái hóa khớp háng

5. Phương pháp điều trị thoái hóa khớp háng

Các bộ phận trên cơ thể con người theo thời gian đều dần dần bị thoái hóa. Các khớp xương chính là những vị trí chịu ảnh hưởng của sự thoái hóa nhiều nhất. Trong đó, thoái hóa khớp háng là một phiền toái rất thường gặp ở người lớn tuổi. Hãy cùng YouMed tìm hiểu về bệnh lý này nhé.

Bạn hãy sờ vào vùng bẹn của mình và thử xoay đùi. Vị trí bạn cảm thấy sự chuyển động bên dưới tay của mình đó chính là khớp háng. Các khớp luôn có cấu tạo bao gồm 2 đầu xương áp vào nhau và một miếng sụn ở giữa.

Chúng ta sử dụng khớp háng hàng ngày trong việc di chuyển. Đồng thời, khớp háng cũng phải chịu sức ép rất lớn mỗi ngày do trọng lượng cơ thể của chúng ta. Chính vì thế, thoái hóa khớp háng là một vấn đề rất thường gặp.

Thoái hóa khớp háng có nguyên nhân chủ yếu là sự thoái hóa do tuổi già. Người càng lớn tuổi thì các khớp đã phải chịu quá nhiều tác động suốt bao năm tháng. Khi thoái hóa khớp, miếng sụn của khớp sẽ teo đi dần. Điều này dẫn đến việc 2 đầu xương sẽ cọ xát vào nhau, gây khó chịu cho người bệnh và làm nặng thêm tình trạng thoái hóa khớp.

Người trẻ cũng có thể bị thoái hóa khớp do một số nguyên nhân sau:

Viêm, nhiễm trùng ở khớp.

Trước đây đã từng bị bệnh về khớp như: thấp khớp, lao khớp…

Trước đây đã từng bị chấn thương khớp do tập luyện thể thao, tai nạn…

Bất thường bẩm sinh về cấu trúc giải phẫu ở chân hoặc ngay tại khớp háng

Do một bệnh khác gây ra, ví dụ như:bệnh gút,bệnh tiểu đường…

Nếu trong gia đình có người bị viêm xương khớp thì cũng làm tăng nguy cơ bị thoái hóa khớp háng.

Đau khớp chắc chắn là một dấu hiệu không thể thiếu trong thoái hóa khớp háng. Triệu chứng đau thường tăng khi đi lại, khi cử động khớp háng. Cảm giác đau thường tăng dần từ từ. Đau thường nặng hơn vào buổi sáng, hoặc khi phải ngồi lâu. Một số dấu hiệu khác bao gồm:

Đau háng hoặc đau vùng đùi, cảm giác đau có thể lan lên mông hoặc xuống đầu gối.

Đau tăng lên nhiều với những hoạt động thể lực mạnh.

Khớp bị đơ cứng khiến cho người bệnh khó đi lại hoặc xoay người.

Cảm giác được tiếng kêu lắc rắc của các khớp xương.

Cử động của khớp bị hạn chế, khiến cho bạn  không thể co duỗi đùi tối đa được.

Đôi khi các cơn đau tăng nhiều vào mùa mưa.

>>> Xem thêm:Những điều cần biết về bệnh viêm khớp phản ứng

Nếu bạn nghi ngờ mình bị thoái hóa khớp, nên đến các cơ sở phòng khám, bệnh viện để được thăm khám và tư vấn cụ thể. Khi đến khám, bác sĩ sẽ hỏi bạn các câu hỏi xoay quanh vấn đề làm bạn khó chịu. Sau đó bác sĩ sẽ tiến hành khám khớp và đưa ra các xét nghiệm phù hợp.

Xét nghiệm phổ biến nhất của các bệnh lý về khớp đó chính là chụp Xquang xương khớp. Qua hình ảnh chụp phim, bác sĩ sẽ nhìn thấy các dấu hiệu của thoái hóa khớp, ví dụ như khớp bị hẹp lại, các đầu xương bị dày lên… Đôi khi bác sĩ có thể chỉ định chụp thêm phim MRI hoặc CT-scan để đánh giá tình trạng xương và mô mềm xung quanh vùng khớp của bạn. Các xét nghiệm này thì chi phí sẽ đắt hơn nhưng bù lại có độ chính xác rất cao, giúp bác sĩ quan sát rõ hơn các bất thường vùng khớp.

Đối với thoái hóa khớp xương nói chung và thoái hóa khớp háng nói riêng thì hiện tại chưa có phương pháp điều trị nào có thể chữa khỏi hoàn toàn. Việc điều trị sẽ chủ yếu xoay quanh 2 vấn đề. Đó là giảm đau và tăng cường khả năng vận động. Các phương pháp điều trị được chia thành 2 nhóm: điều trị không phẫu thuật và điều trị phẫu thuật.

>>> Xem thêm cáchGiảm đau trong các bệnh cơ xương khớp

Thay đổi lối sống.Cũng như các loại khớp khác thì ban đầu sẽ không có can thiệp phẫu thuật. Bằng cách thay đổi lối sống, khớp háng sẽ được bảo vệ hơn và làm chậm đi quá trình thoái hóa khớp.

Giảm thiểu các hoạt động làm nặng thêm tình trạng bệnh, ví dụ như leo cầu thang

Chuyển từ các hoạt động va chạm nhiều (như đi bộ, đánh tennis) sang các hoạt động nhẹ nhàng hơn (như bơi lội, đạp xe). Điều này làm giảm đi sức ép lên khớp háng.

Giảm cân cũng góp phần giảm sức ép lên khớp háng. Giảm cân giúp giảm đau và cải thiện chức năng của khớp.

Vật lý trị liệu:Những bài tập đặc biệt có thể tăng khả năng vận động và độ dẻo dai, cũng như tăng cường sức mạnh của cơ ở chân và háng.

Thuốc:Nếu các cơn đau ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, hoặc đau không giảm sau khi sử dụng các biện pháp trên thì thầy thuốc có thể kê cho bạn một số thuốc giúp giảm đau và hạn chế quá trình viêm.

Nếu các phương pháp trên không hiệu quả, bạn có thể phải tiến hành phẫu thuật. Phẫu thuật hiện nay phổ biến nhất đó là mổ thay thế khớp háng bằng vật liệu nhân tạo.

>>> Xem danh sách:Top 7 bệnh viện và phòng khám cơ xương khớp chất lượng tốt và uy tín tại TP.HCM.

Cần phát hiện sớm và có phương pháp điều trị tốt để ngăn chặn diễn biến xấu của bệnh thoái hóa khớp háng. Hi vọng qua bài viết trên, các bạn có thể nhận biết được các dấu hiệu của thoái hóa khớp háng, nhằm bảo vệ sức khỏe cho bản thân cũng như những người thân trong gia đình.

Bác sĩ Trần Thanh Long

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-thoai-hoa-tinh-bot-la-gi-va-dieu-tri-nhu-the-nao/

Nội dung bài viết

Bệnh thoái hóa tinh bột là gì?

Triệu chứng của bệnh thoái hóa tinh bột

Nguyên nhân của bệnh thoái hóa tinh bột (amyloidosis) là gì?

4. Ai là người có nguy cơ mắc bệnh thoái hoá tinh bột (amyloidosis)?

5. Làm sao để chẩn đoán bệnh amyloidosis?

6. Điều trị bệnh thoái hoá tinh bột như thế nào?

7. Những biến chứng của bệnh gây nên

8. Bệnh nhân có thể mong chờ điều gì?

Bệnh thoái hóa tinh bột là một bệnh hiếm gặp nhưng có thể vô cùng nghiêm trọng. Tình trạng này có thể phá hỏng các cơ quan và khiến chúng bị suy giảm chức năng. Để biết thêm những thông tin cơ bản về căn bệnh này, hãy cùng bác sĩ Phan Văn Giáo tìm hiểu vấn đề này nhé!

Bệnh thoái hóa tinh bột là tình trạng tích tụ một loại protein bất thường, được gọi là amyloid, trong cơ thể. Các cơ quan có thể bị ảnh hưởng bởi căn này bệnh, bao gồm:

Tim;

Thận;

Ruột;

Khớp;

Gan;

Thần kinh;

Da;

Mô mềm.

Đôi khi, amyloid tích tụ khắp cơ thể hay toàn bộ hệ thống các cơ quan. Hầu hết các dạng của bệnh thoái hoá tinh bột (amyloidosis) không thể phòng ngừa được. Tuy nhiên, bạn có thể điều trị làm thuyên giảm các triệu chứng của bệnh.

Vào giai đoạn sớm của bệnh, bệnh thoái hoá tinh bột có thể không gây ra triệu chứng. Khi bệnh trở nên nặng hơn, các triệu chứng xuất hiện tùy thuộc vào các cơ quan bị ảnh hưởng. Tùy thuộc vào cơ quan bị ảnh hưởng, sẽ có những triệu chứng khác nhau.

Tim

Đường tiêu hóa

Khó thở

Nhịp tim nhanh, chậm không đều

Đau ngực

Huyết áp thấp, điều này có thể gây khiến bạn chóng mặt

Nôn ói

Tiêu chảy

Táo bón

Mất cảm giác ngon miệng

Sụt cân

Cảm giác đầy bụng ngay sau khi ăn

Gan

Thận

Cảm thấy đau và sưng ở phần trên của bụng (từ rốn trở lên).

Hai chân sẽ bị sưng phù do tích tụ dịch hoặc nước tiểu có nhiều bọt vì chứa nhiều protein trong đó.

Ngoài ra còn có những triệu chứng tổng quát có thể xảy ra. Chẳng hạn như ngất, mệt mỏi, đau khớp, sưng bầm quanh mắt, lưỡi phì đại,…

Nếu bạn có những triệu chứng trên nhiều hơn một hoặc hai ngày, hãy đến gặp bác sĩ để thăm khám và điều trị.

Tuỷ xương của bạn thường tạo ra các tế bào máu và được cơ thể sử dụng để vận chuyển oxy đến các mô (hồng cầu), chống lại nhiễm trùng (bạch cầu) và giúp máu đông (tiểu cầu).

Trong một loại amyloidosis, các tế bào bạch cầu chống nhiễm trùng (tương bào) trong tủy xương tạo ra một protein bất thường, gọi là amyloid. Protein này gấp và vón cục lại trở nên khó bị phá vỡ hơn.

Nói chung, bệnh thoái hoá tinh bột được gây ra bởi sự tích tụ amyloid trong các cơ quan của bạn và cách amyloid đến được các cơ quan tuỳ thuộc vào loại amyloidosis bạn mắc.

Đây là loại thường gặp nhất và còn được gọi là amyloidosis nguyên phát. Bệnh xảy ra khi các protein amyloid bất thường lắng đọng tại các cơ quan như tim, thận, gan và da.

Hay còn gọi là amyloidosis thứ phát. Bệnh nhân có thể mắc loại này sau khi mắc bệnh nhiễm trùng như lao, hoặc bệnh gây viêm nhưviêm khớp dạng thấphoặcviêm loét đại tràng. Khoảng một nửa số trường hợp mắc AA amyloidosis có mắc bệnh viêm khớp dạng thấp. AA amyloidosis chủ yếu gây ảnh hưởng đến thận. Đôi khi bệnh có thể làm tổn thương ruột, gan hoặc tim.

Loại này thường xảy ra ở những người lọc máu một thời gian dài do hậu quả từ bệnh thận. Lắng đọng amyloid tại khớp và gân gây đau và cứng khớp.

Loại này hiếm gặp, gây ra bởi sự di truyền gen bất thường trong gia đình. Bệnh thường ảnh hưởng đến thần kinh, tim, gan và thận.

Loại này thường xảy ra ở bệnh nhân nam lớn tuổi và gây ảnh hưởng đến tim.

Mặc dù mọi người đều có khả năng amyloidosis nhưng có một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Bao gồm:

Tuổi: Đa phần bị amyloidosis hệ thống và từ 50 tuổi trở lên.

Giới tính: Nam giới chiếm 70 phần trăm trong các trường hợp mắc bệnh.

Tiền sử gia đình: Bệnh amyloidosis di truyền trong gia đình.

Tiền sử bệnh lý: Bị mắc bệnh viêm nhiễm có thể khiến bạn mắc AA amyloidosis (1 loại amyloidosis).

Bệnh thận: Bệnh nhân bị tổn thương thận và cần lọc máu có nguy cơ mắc bệnh cao hơn. Bởi vì việc lọc máu không thể tách các protein lớn khỏi máu một cách hiệu quả như thận của bệnh nhân.

Bác sĩ sẽ hỏi về các triệu chứng và tiền căn bệnh lý. Việc trả lời đầy đủ hết mức có thể vô cùng quan trọng và giúp ích trong chẩn đoán, bởi vì các triệu chứng của bệnh có thể giống với các bệnh khác. Điều đó khiến cho việc chẩn đoán sai là phổ biến.

Bác sĩ sẽ cho làm một số xét nghiệm để hỗ trợ thiết lập chẩn đoán:

Xét nghiệm máu và nước tiểu: Những xét nghiệm này có thể được làm để đánh giá lượng protein amyloid. Xét nghiệm máu cũng có thể kiểm tra chức năng tuyến giáp và chức năng gan.

Siêu âm tim: Xét nghiệm hình ảnh này sẽ dùng sóng siêu âm để khảo sát hình thái của tim.

Sinh thiết: Đối với xét nghiệm này, bác sĩ sẽ lấy một mẫu mô từ gan, thần kinh, thận, tim, mỡ bụng, hoặc các cơ quan khác. Phân tích mẫu mô có thể giúp bác sĩ tìm ra loại amyloid mắc phải.

Chọc hút và sinh thiết tuỷ xương: Chọc hút tuỷ là một thủ thuật dùng kim tiêm để rút một ít lượng dịch bên trong xương. Sinh thiết tuỷ xương sẽ lấy mô từ bên trong xương. Những xét nghiệm này có thể làm cùng một lúc hoặc từng lúc. Những mẫu thu được sẽ được gửi tới phòng xét nghiệm để kiểm tra những tế bào bất thường.

Khi chẩn đoán được thiết lập, bác sĩ sẽ tìm xem loại amyloidosis mà bệnh nhân mắc. Điều này có thể được thực hiện thông qua các xét nghiệm như hoá mô miễn dịch và điện di protein.

Đáng tiếc là bệnh thoái hoá tinh bột không thể chữa khỏi. Điều trị hướng tới việc làm giảm sản xuất protein amyloid và giảm triệu chứng.

Một số thuốc có thể được sử dụng để kiểm soát triệu chứng của bệnh, bao gồm:

Giảm đau (Tham khảo thêm về:Thuốc giảm đau morphine);

Thuốc kiểm soát tiêu chảy, nôn ói;

Sử dụng thuốc lợi tiểu để làm giảm lượng dịch tích tụ trong cơ thể;

Thuốc chống đông máu để phòng ngừa hình thành các cục máu đông;

Thuốc kiểm soát nhịp tim.

Một số loại điều trị khác tuỳ thuộc vào loại amyloidosis mắc phải.

Loại này được điều trị bằng liệu pháp hoá trị. Những loại thuốc được sử dụng trong điều trị ung thư nhưng đối với bệnh thoái hoá tinh bột, chúng có thể phá huỷ các tế bào máu bất thường sản xuất protein amyloid. Sau khi điều trị hoá trị, bệnh nhân có thể thực hiện ghép tuỷ để thay thế cho phần tế bào tuỷ xương bị tổn thương.

Những thuốc khác có thể được dùng để điều trị AL amyloidosis bao gồm:

Thuốc ức chế Proteasome: Thuốc này dùng để ngăn một chất, được gọi là proteasomes, có chức năng phá huỷ protein.

Thuốc cân bằng miễn dịch: Những loại thuốc này làm giảm phản ứng của hệ miễn dịch hoạt động quá mức.

Loại này được điều trị dựa trên nguyên nhân gây nên. Vi khuẩn gây nhiễm được điều trị với kháng sinh, tình trạng viêm được điều trị với thuốc làm giảm viêm.

Loại amyloidosis này có thể được điều trị bằng cách thay đổi kiểu lọc máu hiện tại. Ghép thận cũng là một cách điều trị được lựa chọn.

Bởi vì protein bất thường gây nên loại amyloidosis này được tạo ra từ gan nên bệnh nhân cần được ghép gan.

Bệnh thoái hoá tinh bột có thể làm tổn thương nghiêm trọng các cơ quan trong cơ thể:

Tổn thương tim:Amyloidosis làm gián đoạn hệ thống điện tim, và điều đó gây khó khăn để co bóp tim một cách hiệu quả. Amyloid tại tim gây động tác co bóp trở nên cứng và yếu, dẫn đến khó thở và hạ huyết áp, thậm chí có thể bị suy tim.

Tổn thương thận:Tổn thương hệ thống lọc bên trong thận khiến cho cơ quan này khó khăn trong việc lọc các chất thải ra khỏi máu. Thậm chí, thận của bệnh nhân có thể trở nên quá tải và tiến triển thành suy thận.

Tổn thương thần kinh:Lắng đọng amyloid ở thần kinh và tổn thương chúng, bệnh nhân sẽ cảm giác tê hoặc ngứa ran ở ngón tay và ngón chân. Tình trạng này cũng có thể ảnh hưởng đến các dây thần kinh khác – như thần kinh kiểm soát chức năng ruột hoặc huyết áp.

Bệnh thoái hoá tinh bộtkhông thể chữa được, nhưng có thể kiểm soát lượng amyloid bên trong cơ thể. Hãy nói chuyện với bác sĩ về lựa chọn điều trị, và hợp tác với họ nếu việc điều trị hiện tại không hiệu quả như mong đợi. Họ có thể điều chỉnh để làm giảm triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Nếu bạn đang nghi ngờ mình mắc bệnh thoái hóa tinh bột, hãy đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và tư vấn điều trị kịp thời nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thoat-vi-dia-dem/

Nội dung bài viết

Tổng quan về tình trạng thoát vị đĩa đệm

Nguyên nhân thoát vị đĩa đệm

Triệu chứng thoát vị đĩa đệm

Điều trị/Xử lý thoát vị đĩa đệm tại nhà có được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán và điều trị thoát vị đĩa đệm

Các phương pháp điều trị và lưu ý lựa chọn

Cách nào giúp bệnh nhân cảm thấy tốt hơn trong suốt quá trình điều trị?

Phòng ngừa thoát vị đĩa đệm

Thoát vị đĩa đệm là căn bệnh rất phổ biến. Tại Việt Nam, bệnh hay gặp ở lứa tuổi lao động từ 20 đến 55 tuổi. Trong đó, thoát vị đĩa đệm cột sống lưng là một nguyên nhân hàng đầu gây đau thắt lưng cũng như các cơn đau lưng lan xuống chân. Vậy thoát vị đĩa đệm là gì? Bệnh nhân thường gặp những triệu chứng gì? Cách điều trị và phòng ngừa bệnh ra sao? Bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Thành An sẽ giúp chúng ta có cái nhìn chi tiết về căn bệnh này.

Ở một cơ thể khoẻ mạnh, giữa các đốt sống làđĩa đệm. Các đĩa đệm có vai trò nâng đỡ, chịu áp lực do các đốt sống đè lên. Đồng thời, nó còn tạo sự mềm dẻo cho cột sống. Trong đĩa đệm có một cấu trúc gọi là nhân nhầy được bao quanh bởi bao xơ. Khi bao xơ trở nên suy yếu thì nhân nhầy sẽ trồi ra ngoài. Từ đó, gây ra tình trạng thoát vị đĩa đệm.

Thoát vị đĩa đệm (tên tiếng Anh – Herniated Disc) xảy ra khi một hoặc nhiều đĩa đệm trong cột sống bị trượt ra khỏi vị trí tự nhiên. Việc này có thể gây chèn ép các dây thần kinh trong ống sống hoặctuỷ sống. Kết quả là dẫn đến triệu chứng đau và dị cảm tại chỗ.1

Dựa vào giải phẫu cột sống, các vị trí có thể xảy ra tình trạng thoát vị đĩa đệm là:1

Thoát vị đĩa đệm cổ.

Thoát vị đĩa đệm cổ ngực.

Thoát vị đĩa đệm ngực.

Thoát vị đĩa đệm lưng ngực.

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

Dựa vào sự chèn ép ở thần kinh và tủy sống, bệnh được chia thành:2

Thoát vị thể trung tâm: Nhân nhầy thoát ra và chèn ép trực tiếp lên tủy sống. Thể này không gây tình trạngtê bì chân tay, nhưng là tình trạng nguy hiểm nhất. Vì khi nhân nhầy chèn ép càng nhiều, người bệnh sẽ mất hoàn toàn chức năng vận động và kiểm soáthệ tiết niệu.

Thoát vị cạnh trung tâm: nhân nhầy gây chèn ép lên cả tủy sống và rễ thần kinh.

Thoát vị lỗ ghép: nhân nhầy chèn ép rễ thần kinh phải hoặc trái.

Ngoài ra, thoát vị đĩa đệm có thể được phân loại dựa trên giai đoạn bệnh, theo Arseni và cộng sự (1974).

Giai đoạn I: Giai đoạn đầu của thoái hóa đĩa đệm. Lúc này, vòng sợi và nhân nhầy bắt đầu có một vài chỗ rách nhỏ và trở nên yếu hơn bình thường. Nhân nhầy bên trong sẽ ấn lõm vào chỗ khuyết này. Ở giai đoạn này, chỉ có thể phát hiện bất thường qua các phương tiện hình ảnh học đĩa đệm. Trên phim thường và lâm sàng thường chưa thấy bất thường.

Giai đoạn II (Lồi đĩa đệm): Nhân nhầy tiếp tục ấn vào chỗ khuyết của vòng sợi và lồi về một phía. Việc nào tạo ra một cái khối phình và bắt đầu chèn ép vào các cấu trúc thần kinh. Lúc này trên phương tiện hình ảnh học đã phát hiện được nhiều loại tổn thương. Về lâm sàng, đây có thể là thời kỳ đau thắt lưng cục bộ.

Giai đoạn III (Thoát vị đĩa đệm): vòng sợi bị đứt rách hoàn toàn. Đồng thời, nhân nhầy thoát ra ngoài hình thành một khối thoát vị đĩa đệm. Ở giai đoạn này, hình ảnh học chụp đĩa đệm cho thấy thoát vị nhân nhầy đã hoặc chưa gây đứt dây chằng dọc sau. Lúc này triệu chứng sẽ trở nên rõ và rầm rộ, có thể chia ra 3 mức độ:

Kích thích rễ.

Chèn ép rễ, còn một phần dẫn truyền thần kinh.

Mất dẫn truyền thần kinh.

Giai đoạn IV (Hư đĩa đệm – Khớp đốt sống – Discarthrose): Nhân nhầy bị biến dạng, xơ hóa, vòng sợi bị phá vỡ, rạn rách nặng ở nhiều phía. Xuất hiệnhẹp ống sốngvà hư khớp đốt sống do giảm chiều cao khoang đốt sống nặng. Do không có đĩa đệm nên ma sát giữa các xương tạo ra cácgai xương. Lâm sàng thường là đau thắt lưng mạn tính tái phát. Đồng thời, kèm theo các triệu chứng xảy ra do việc chèn ép rễ nặng.

Trong lâm sàng, bệnh lý đĩa đệm có thể bị nhảy giai đoạn do nhiều yếu tố nội tại và ngoại tại (đặc biệt là chấn thương và tải trọng nặng) gây ra chứ không nhất thiết phải trải qua từng giai đoạn nêu trên. Có thể gặp thoái hóa đĩa đệm nặng gây khóa cứng đốt sống nên không có thoát vị đĩa đệm.

Thoát vị đĩa đệm nếu không được điều trị sớm và kịp thời sẽ để lại các biến chứng nặng nề:3

Khi nhân nhầy chui vào trong ống sống, chèn ép rễ thần kinh, làm hẹp khoang sống sẽ gây ra yếu chi. Có thể yếu một chi, hoặc 2 chi dưới hoặc tứ chi.

Hội chứng đuôi ngựa: khi đám rối chùm đuôi ngựa bị chèn ép sẽ ảnh hưởng lên việc đi tiêu và tiểu.

Không vận động lâu ngày sẽ khiến khối cơ teo lại nhanh hơn bình thường. Điều này dẫn đến việc teo nhỏ các chi và khó hồi phục.

Có rất nhiều nguyên nhân khiến cho đĩa đệm bị trượt khỏi vị trí ban đầu, bao gồm:3

Việc mang vác vật nặng trên cổ, lưng; lao động sai tư thế dẫn tới tổn thương đĩa đệm. Vì nhiều người có thói quen đứng cúi lưng để nâng đồ thay vì ngồi chòm hỏm rồi nâng lên. Điều đó dễ gâychấn thương cột sống lưngvà ảnh hưởng đến đĩa đệm.

Tai nạn giao thông gây chấn thương cột sống.

Thoái hoá cột sống: khi lớn tuổi, các lớp nhân nhầy và vòng xơ (tương tự như sụn khớp) bị bào mòn, xương dưới sụn (các đốt sống) bị biến đổi cấu trúc, xuất hiện các hốc xương và thậm chí là mọc gai xương. Với tác động và sức ép của cơ thể, vòng xơ của đĩa đệm sẽ rách. Khí đó, lớp nhân bên trong thoát ra ngoài, gây chèn ép lên các dây thần kinh và tủy sống.

Một số nguyên nhân ít gặp khác: dị tật bẩm sinh, yếu tố di truyền,…

Bệnh thoát vị đĩa đệm thường khởi phát chậm và tiến triển âm thầm, trừ một số trường hợp chấn thương cột sống nặng. Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào vị trí, mức độ thoát vị. Một số triệu chứng thường gặp của bệnh thoát vị đĩa đệm, bao gồm:3

Các cơn đau âm ỉ kèm với mỏi và giảm trương lực ở vùng cổ hoặc thắt lưng.

Đau tăng khi lao động nặng, ngồi và đi lại nhiều.

Cổ và lưng xảy ra cứng khớp và đau sau khi ngủ dậy.

Các biểu hiện lâm sàng thường khởi phát thành từng đợt. Mỗi đợt có thể kéo dài vài ngày hoặc vài tuần.

Xuất hiện cảm giác tê và giảm khả năng hoạt động.

Thoát vị đĩa đệm kéo dài có thể gây tổn thương do dây thần kinh cổ và thắt lưng. Điều này dẫn đến hội chứng thiểu năng tuần hoàn hệ thống mạch sống – nền hoặc hội chứng chùm đuôi ngựa.

Khi người bệnh có các triệu chứng của thoát vị đĩa đệm có thể nằm xuống, tránh các tư thế gập sẽ giảm triệu chứng được một vài phần. Đa số các trường hợp thoát vị đĩa đệm sẽ được điều trị tại nhà theo hướng dẫn và kế hoạch của bác sĩ. Vì vậy, người bệnh nên gặp bác sĩ sớm nhất có thể để có thể nhận được sự hỗ trợ của các bác sĩ.

Nếu người bệnh có các triệu chứng của thoát vị đĩa đệm như tê, đau, yếu tay chân, tiêu,tiểu không tự chủthì nên gặp bác sĩ càng sớm càng tốt. Việc được tư vấn và lên kế hoạch điều trị cụ thể sớm sẽ cải thiện chất lượng cuộc sống và tránh dẫn đến biến chứng.

Thoát vị đĩa đệm thường được phát hiện qua hỏi bệnh sử và thăm khám thần kinh. Sau đó, bệnh nhân sẽ được đi làm các cận lâm sàng hình ảnh học. Khi trên hình ảnh học có biểu hiện thoát vị đĩa đệm, bệnh nhân sẽ được chẩn đoán bệnh này.

X-Quang: có rất ít giá trị trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm. Tuy nhiên, X-quang có phát hiện một số bệnh như thoái hóa cột sống, lao cột sống,viêm cột sống dính khớp,…

MRI (Chụp cộng hưởng từ): là kỹ thuật có giá trị nhất trong chẩn đoán bệnh thoát vị đĩa đệm. Qua hình ảnh MRI, bác sĩ có thể xác định vị trí và mức độ thoát vị của đĩa đệm.3

CT (Chụp cắt lớp vi tính): thường thoát vị đĩa đệm sẽ ưu tiên chụp MRI. Khi không có MRI thì người bệnh sẽ được chụp CT.

Điện cơ: giúp nhà lâm sàng đánh giá mức độ chèn ép và phát hiện tổn thương dây thần kinh – rễ thần kinh.

Xét nghiệm công thức máu: được làm để đánh giá tình trạng viêm nhiễm. Xét nghiệm được thực hiện khi bác sĩ nghi ngờ việc tổn thương đĩa đệm là do các bệnh lý viêm nhiễm.

Khi bệnh nhân có các triệu chứng nghi ngờ thoát vị đĩa đệm, hãy đến khám tại khoa/phòng khám chuyên khoa Nội Thần Kinh hoặc Ngoại Thần Kinh.

Hiện nay, các phương pháp điều trị thoát vị đĩa đệm bao gồm

Điều trị nội khoa bao gồm: nghỉ ngơi, sử dụng thuốc để kiểm soát triệu chứng và tập vật lý trị liệu.

Được chỉ định trong giai đoạn sớm: khi đĩa đệm chỉ bị lồi, bao xơ chưa rách và chưa xuất hiện các triệu chứng nặng nề do chèn ép dây thần kinh. Mục tiêu của phương pháp này là điều trị hỗ trợ, cải thiện triệu chứng: giảm đau, giảm tê,… và phục hồi chức năng vận động.

Chế độ nghỉ ngơi cho người bị thoát vị đĩa đệm, bao gồm:

Nằm giường phẳng để ổn định cấu trúc cột sống. Tránh làm tăng áp lực lên đĩa đệm để không dẫn đến tình trạng rách bao xơ. Hạn chế nằm trên ghế hoặc võng.

Trong thời gian này, nên đi lại nhẹ nhàng. Tránh các hoạt động làm tăng áp lực lên cột sống nhiều. Ví dụ: gánh vác nặng,chạy bộ, xoắn-vặn, xoay người đột ngột, ngồi lâu hoặc đứng lâu.

Song song với chế độ nghỉ ngơi, có thể sử dụng thuốc chữa thoát vị đĩa đệm theo hướng dẫn của bác sĩ. Thuốc có thể giảm cơn đau và một số triệu chứng do chèn ép dây thần kinh gây ra.6

Thuốc giảm đau: Thuốc giảm đauParacetamolvàNSAID(celecoxib, etoricoxib,…) được khuyên sử dụng hàng đầu trong giảm đau do thoát vị đĩa đệm. Khi đáp ứng kém, có thể kết hợp với một số loạithuốc giảm đau dạng opioids.

Thuốc giãn cơ:Thuốc giãn cơ (Eperisone)giúp cơ bắp được thư giãn để hạn chế cơn đau. Loại thuốc này được chỉ định rộng rãi và có thể sử dụng cho người cao tuổi.

Thuốc giảm đau thần kinh: Thuốc giảm đau thần kinh (Gabapentin, Pregabalin) được sử dụng phối hợp thêm khi thuốc giãn cơ và giảm đau thông thường không mang lại hiệu quả. Thuốc này sẽ đem lại hiệu quả rõ rệt cho các cơn đau dochèn ép dây thần kinh.

Thuốc tiêm corticoid: để giảm đau hiệu quả người ta có thể sử dụng Corticoid tiêm quanh rễ thần kinh hoặc tiêm ngoài màng cứng nhằm giảm viêm. Tuy nhiên loại thuốc này dễ phát sinh tác dụng phụ và biến chứng.

Các biện pháp dùng thuốc chỉ giúp mang lại hiệu quả kiểm soát triệu chứng tạm thời. Thuốc sẽ không tác động lên việc hồi phục của đĩa đệm. Vì vậy, ngoài sử dụng thuốc, bệnh nhân sẽ được cho kết hợp với một số kỹ thuật vật lý trị liệu. Ví dụ: massage trị liệu, đeo đai lưng/nẹp cổ, thể dục trị liệu và sử dụng tia hồng ngoại.

Massage trị liệu: sử dụng các động tác xoa bóp vàbấm huyệtnhằm lưu thông tuần hoàn máu, kéo giãn cơ, cột sống để làm giảm tình trạng chèn ép và giảm cơn đau. Kỹ thuật đem lại hiệu quả rất cao cho các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm ở vùng cổ.

Đeo đai lưng/nẹp cổ hỗ trợ:

Nếu bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm thắt lưng thì việc sử dụng đai lưng giúp làm giảm áp lực lên cột sống. Đồng thời, giúp bảo tồn đĩa đệm và giảm mức độ chèn ép dây thần kinh. Ngoài ra, đeo đai lưng còn hỗ trợ cải thiện một số tư thế sai lệch.

Nếu bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thì việc sử dụng nẹp cổ có tác dụng làm giảm áp lực lên cột sống cổ, kéo giãn cột sống cổ, cải thiện triệu chứng lâm sàng.

Thể dục trị liệu: Ngoài các biện pháp thụ động, bệnh nhân có thể được bác sĩ đề nghị tập thể dục trị liệu để giảm đau và góp phần cho vòng sợi của đĩa đệm hồi phục. Ngoài ra việc tập thể dục trị liệu sẽ cải thiện các chức năng hoạt động của người bệnh. Biện pháp này cũng được chỉ định sau phẫu thuật nhằm phục hồi chức năng.

Sử dụng tia hồng ngoại: Tia hồng ngoại được chiếu trực tiếp qua da nhằm giãn cơ và giảm chèn ép lên dây thần kinh và tăng tuần hoàn máu.

Can thiệp ngoại khoa được chỉ định khi điều trị nội khoa thất bại sau 5 – 8 tuần.8Bao xơ đĩa đệm bị rách hoàn toàn và dây thần kinh bị chèn ép nghiêm trọng (liệt tứ chi, hội chứng chùm đuôi ngựa,…). Ngoài ra, phẫu thuật cũng được cân nhắc khi thoát vị đĩa đệm gây ra triệu chứng trầm trọng và không đáp ứng với thuốc.

Một số phương pháp phẫu thuật được áp dụng trong điều trị thoát vị đĩa đệm, bao gồm:

Phẫu thuật lấy nhân đĩa đệm. Nhân đĩa đệm thoát vị sẽ được loại bỏ và cắt bỏ các phần nhô ra ngoài để giảm chèn ép các mô lân cận.

Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo. Khi đĩa đệm bị rách hoàn toàn, bác sĩ sẽ loại bỏ toàn bộ đĩa đệm đó và thay thế bằng đĩa đệm nhân tạo. Ngoài ra, phẫu thuật cũng được chỉ định đối với những trường hợp bị thoát vị đĩa đệm do cấu trúc cột sống bất thường.

Can thiệp ngoại khoa có thể ổn định lại cấu trúc cột sống, phục hồi khả năng vận động và giảm đau nhức. Với các kỹ thuật ngoại khoa cao, việc hồi phục sau phẫu thuật tương đối cao (khoảng 80% đến 85%). Tuy nhiên, bệnh có khả năng tái phát tại vị trí mổ với tỷ lệ 1% trong năm đầu và 4% trong 10 năm tiếp theo.9

Điều quan trọng nhất và giúp ích nhiều nhất trong quá trình điều trị bệnh là hãy giữ một suy nghĩ tích cực. Thậm chí, khi cơn đau gây rất khó chịu, bạn không nên nằm nghỉ tại giường quá lâu.

Bệnh nhân thường nghĩ rằng việc nghỉ ngơi tại giường là cách tốt nhất để cảm thấy đỡ đau. Sự thật thì việc nằm nghĩ tại giường quá lâu chỉ làm vấn đề thêm trầm trọng. Bởi vì nằm nghỉ tại giường thời gian dài có thể gây yếu cột sống lưng.

Đừng quá lo lắng, giữ tinh thần lạc quan sẽ giúp bạn cảm thấy dễ chịu hơn. Mặc dù cơn đau có thể tăng một ít khi bạn cử động, vận động sẽ giúp cải thiện tốt hơn là nghỉ ngơi tại giường thời gian dài.

Có thể phòng ngừa thoát vị địa đệm bằng những cách sau:6

Hạn chế các động tác gây áp lực cao đột ngột lên cột sống.

Nên giữ tư thế cột sống thẳng trong mọi tình huống. Tránh các việc làm cột sống cong về phía trước. Ví dụ: cúi người để nâng đồ, xách đồ nặng một bên,…

Không ngồi, nằm dưới sàn nhà. Vì khi đó sẽ khó đứng dậy và phải dùng sức của cột sống nhiều.

Tập luyện các môn thể thao giúp tăng độ dẻo dai và sức mạnh của các cơ cạnh cột sống. Việc này làm cho cột sống ổn định, giảm được nguy cơ thoát vị đĩa đệm.

Hy vọng thông qua bài viết sẽ giúp bạn đọc hiểu thêm vềthoát vị đĩa đệm. Đừng ngại để lại những thắc mắc ở phần bình luận, cũng như chia sẻ bài viết nếu thấy hữu ích. Chúng tôi mong nhận được những phản hồi cũng như đồng hành cùng bạn ở những bài viết kế tiếp.

Khi đĩa đệm chèn ép các rễ thần kinh sẽ dẫn đến đau nhức, yếu tay chân. Lâu ngày khối cơ sẽ teo và khó cử động làm ảnh hưởng lên các sinh hoạt hằng ngày. Nặng hơn nữa là dẫn đến tình trạng yếu liệt toàn thân, rối loạn tiêu tiểu,…

Thoát vị đĩa đệm có thể không được chữa khỏi hoàn toàn nhưng với các phương pháp điều trị nội khoa hoặc can thiệp ngoại khoa có thể kiểm soát triệu chứng thoát vị đĩa đệm ở đa số trường hợp.

Khoảng 2 – 3 tuần sau khi phẫu thuật thoát vị đĩa đệm, các mô sẽ trở nên lành lại, người bệnh có thể được khuyên bắt đầu các bài tập để giúp phục hồi tại thời điểm này. Tuy nhiên, để đạt được hiệu quả cao nhất cho việc phục hồi này, cần lưu ý:

Tuân thủ nghiêm ngặt hướng dẫn của bác sĩ, kỹ thuật viên điều trị.

Đeo nẹp ở vị trí mổ theo đúng chỉ định của bác sĩ.

Tập luyện với các dụng cụ chuyên dụng tại nhà hoặc ở phòng tập.

Trao đổi với bác sĩ về thời gian, cường độ tập theo từng giai đoạn.

Người bị thoát vị đĩa đệm vẫn có thể quan hệ một cách bình thường. Việc quan hệ là một hoạt động gắng sức gây ra nhiều áp lực lên cột sống nên khi ở giai đoạn nặng,  người bệnh nên hạn chế việc quan hệ để không gây ra các cơn đau nặng và làm bệnh tình nặng lên.

Đi bộ là rất phù hợp cho bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Tập đều đặn hàng ngày, có thể đi bộ 30 – 45 phút vào buổi sáng, chiều hoặc nếu có thời gian thì nên tập cả hai buổi. Sau đây là một số lưu ý khi đi bộ:

Người bệnh thoát vị đĩa đệm nên bắt đầu đi bộ nhẹ nhàng với quãng đường ngắn, sau đó có thể tăng dần đoạn đường. Sau khi đi bộ, cần thực hiện động tác giãn cơ. Đây là những bước quan trọng giúp điều hòa hoạt động bên trong cơ thể trước và trong khi tập luyện, tránh gây hại cho sức khỏe.

Người bị thoát vị đĩa đệm nên đi bộ nhưng cố gắng giữ tư thế đi bộ đúng bằng việc giữ cột sống thẳng: đầu hướng lên, hai vai lỏng, vung tay tự nhiên, mắt nhìn thẳng và bước đi tự nhiên (không bước quá dài hoặc quá ngắn). Đừng cố gắng đi tốc độ cao, gồng cứng người mà phải thật thư giãn. Khoảng cách giữa hai chân tuỳ thuộc vào độ thoải mái của người đi. Lưu ý, thứ tự tiếp đất là gót chân, bàn chân và mũi chân.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thoat-vi-dia-dem-cot-song-that-lung/

Nội dung bài viết

Giải phẫu các đĩa đệm

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là gì?

Nguyên nhân của thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Ai có nguy cơ mắc thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng?

Triệu chứng của thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Khi nào đến gặp bác sĩ?

Chẩn đoán được thực hiện như thế nào?

Điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Phục hồi và phòng ngừa thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là tình trạng có thể gây ra nhiều khó khăn trong đời sống sinh hoạt của người bệnh. Nhiều người lầm tưởng bệnh chỉ có thể xảy ra ở người lớn tuổi. Thực tế, bệnh cũng có thể xảy ra ở mọi đối tượng, đặc biệt là lứa tuổi lao động. Bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Đào Duy Phương sẽ giúp bạn hiểu rõ hơn về thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Từ đó cùng với bác sĩ điều trị lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

Để hiểu thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là gì và gây ra các triệu chứng gì, trước tiên, chúng ta hãy cùng tìm hiểu về giải phẫu vùng lưng và cột sống thắt lưng.

Lưng được tạo thành từ:

Đốt sống: đây là “xương lưng” của bạn. Các đốt sống xếp chồng lên nhau như một xấp tiền xu. Mỗi xương có một lỗ ở trung tâm. Khi xếp chồng lên nhau tạo thành một “ống” rỗng bảo vệ tủy sống.

Tủy sống và rễ thần kinh: tủy sống tập hợp đường đi của các dây thần kinh kết nối não với phần còn lại của cơ thể. Tủy sống chạy trong ống sống. Các rễ thần kinh phân nhánh từ tủy sống và đi ra lỗ liên hợp giữa hai đốt sống. Từ đó, chúng kết nối với tay, chân và các cơ quan. Đây cũng là lý do tại sao các vấn đề ở lưng có thể gây đau chân, hoặc các vấn đề vềbàng quang.

Cơ, gân và dây chằng – cơ, gân và dây chằng được gọi là “mô mềm” của lưng. Các mô mềm này hỗ trợ lưng.

Đĩa đệm – nằm ở giữa hai đốt sống để làm đệm và cho phép chuyển động.

Đĩa đệm có lớp bao xơ bên ngoài dai và phần nhân nhầy trung tâm giống như thạch. Lớp bao xơ bên ngoài của đĩa đệm đôi khi có thể bị vỡ ra, làm thoát phần nhân nhầy bên trong. bác sĩ gọi đó là thoát vị đĩa đệm.

Các đĩa đệm bị thoát vị có thể gây ra các triệu chứng do phần nhân nhầy tràn ra ngoài có thể gây kích ứng các dây thần kinh lân cận. Thêm vào đó, bản thân đĩa đệm có thể phình ra và chèn ép lên các rễ thần kinh.

Cột sống được tạo thành từ 24 xương đốt sống.

Phần thắt lưng (lưng thấp) của cột sống chịu hầu hết trọng lượng của cơ thể. Có 5 đốt sống thắt lưng được đánh số từ L1 đến L5. Các đốt sống được ngăn cách bởi các đĩa đệm, hoạt động như bộ phận chống sốc, ngăn các đốt sống cọ xát với nhau.

Vòng ngoài của đĩa đệm được gọi là vòng xơ cấu tạo bởi các dải sợi liên kết giữa các thân sống. Mỗi đĩa có nhân nhầy trung tâm. Ở mỗi mức đĩa đệm, một cặp dây thần kinh gai thoát ra khỏi tủy sống.

Tủy sống và các dây thần kinh gai sống hoạt động cho phép các tín hiệu, hoặc xung động được truyền qua lại giữa não và cơ thể để truyền lại cảm giác và kiểm soát chuyển động.

Thoát vị đĩa đệmxảy ra khi nhân nhầy của đĩa đệm vỡ ra qua một vết rách của vòng xơ. Nhân nhầy gây kích ứng rễ thần kinh, gây ra một sự kích thích đó giống như một kích ứng hóa học.

Cơn đau là do viêm và sưng rễ thần kinh do áp lực của đĩa đệm thoát vị gây ra. Theo thời gian, mảnh thoát vị có xu hướng co lại và bạn có thể giảm đau một phần hoặc hoàn toàn. Trong hầu hết các trường hợp, đau lưng vùng thắt lưng thấp hoặc chân sẽ giảm trong khoảng 6 tuần.

Lồi đĩa đệm xảy ra khi vòng xơ vẫn còn nguyên vẹn nhưng tạo thành một chỗ lồi ra có thể chèn ép lên các rễ thần kinh. Đĩa thoát vị thực sự xảy ra khi vòng xơ bị nứt hoặc vỡ, cho phép nhân nhầy trung tâm bị ép ra. Đôi khi thoát vị nghiêm trọng đến mức xuất hiện một mảnh rời; có nghĩa là một mảnh đã vỡ hoàn toàn khỏi đĩa đệm và nằm trong ống sống.

Hầu hết các đĩa đệm thoát vị xảy ra ở cột sống thắt lưng, nơi các dây thần kinh cột sống thoát ra giữa các đốt sống thắt lưng; và sau đó liên kết lại với nhau để tạo thành dây thần kinh ngồi (thần kinh tọa), chạy xuống chân người bệnh.

Đĩa đệm có thể phình to, lồi ra hoặc thoát vị do chấn thương và nâng vật nặng không đúng cách, hoặc có thể xảy ra tự phát.

Bên cạnh đó, lão hóa đóng một vai trò quan trọng. Khi tuổi già, đĩa đệm mất nước trở nên khô và cứng hơn. Vòng xơ phía ngoài của đĩa có thể yếu đi. Nhân nhầy có thể phồng lên hoặc vỡ ra qua một vết rách của vòng xơ, gây đau khi chạm vào dây thần kinh.

Di truyền, hút thuốc lá và một số hoạt động nghề nghiệp và giải trí dẫn đến thoái hóa đĩa đệm sớm hơn.

Chấn thương, lao động nặng là những yếu tố chính làm ảnh hưởng đến cấutrúc bản tận của đĩa đệm.

Giảm lưu thông máu do hút thuốc lá (làm hư hại những mạch máu nhỏ), dotiểu đường, giảm dinh dưỡng, vôi hóa bản tận, là những yếu tố thúc đẩy tiến trình thoái hóa.Khi bản tận bị thay đổi cấu trúc, sự khuếch tán nuôi dưỡng đĩa đệm giảm, giảm nước trong nhân nhầy, giảm áp lực thủy tĩnh: lực nén chuyển ra ngoài làm xé rách vòng sợi dẫn tới nhân đệm lồi, có ba dạng: lồi lan toả, rách vòng xơ, mãnh rời.

Thoát vị đĩa đệm xảy ra phổ biến nhất ở độ tuổi 30 – 40. Mặc dù những người trung niên và lớn tuổi có nguy cơ cao hơn một chút, nếu họ tham gia vào các hoạt động thể chất mạnh.

Thoát vị đĩa đệm thắt lưng là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của đau lưng dưới liên quan đến đau chân, và xảy ra phổ biến gấp 15 lần so với thoát vị đĩa đệm cổ. Thoát vị đĩa đệm xảy ra 8% ở vùng cổ và chỉ 1- 2% thời gian ở vùng trên lưng (ngực).

Thoát vị đĩa đệm không phải lúc nào cũng có triệu chứng. Mặc khác, các triệu chứng phổ biến nhất là tê, đau hoặc giảm cảm giác lan dọc xuống chân một bên hoặc hai bên. Những triệu chứng này ảnh hưởng đến các phần khác nhau của chân, tùy thuộc tầng đĩa đệm bị thoát vị.

Khởi phát đau lưng. Người bệnh có thể cảm thấy đau tỏa ra từ vùng lưng dưới.

Khi đau lan dọc xuống chân thì đau lưng giảm.

Đau lan xuống mông, đùi, cẳng chân; giảm đau với tư thế gập háng & gậpgối. Người bệnh phải thay đổi tư thế mỗi 10-20 phút.

Hiệu ứng ho (Cough effect): 87% tăng đau khi ho, hắt hơi, nhảy mũi, rặn đi đại tiện.

Triệu chứng bàng quang (1-18%): Lúc đầu Bàng quang giảm cảm giác là dấu hiệu có sớm như khó đi tiểu, tiểu rặn, tiểu còn tồn đọng nước tiểu. Về sau, thường thấy có triệu chứng “kích thích” như mắc tiểu không nhịn lâu được (urinary urgency), tiểu nhiều lần (không bao gồm tiểu đêm). Bí tiểu liên quan đến chèn ép chùm rễ thần kinh đuôi ngựa.

Người bệnh nên đến khám bác sĩ khi có các triệu chứng sau đây:

Đau lưng mới xuất hiện, lan xuống mông đùi hoặc xuống chân.

Đau lưng hoặc chân kèm theo yếu chân hoặc các vấn đề rối loạn tiêu tiểu.

Khi gặp tình trạng “bàn chân rơi”. Đó là khi bạn dường như không thể giữ bàn chân của mình lên. Bạn có thể nhận thấy điều này đặc biệt là khi đi bộ, rớt dép.

Đau lưng hoặc chân kèm theo sốt hoặc các triệu chứng khác khiến bạn lo lắng.

Việc chụp phim có thể kiểm tra xem có bị thoát vị đĩa đệm hay không, nhưng hầu hết người bệnh không cần. Đó là bởi vì hầu hết những người có các triệu chứng của thoát vị đĩa đệm sẽ tự thuyên giảm, bất kể hình ảnh đó cho thấy gì.

Chẩn đoán hình ảnh, chẳng hạn như chụpMRIhoặc chụp CT, có thể cho biết các mô bên trong lưng trông như thế nào. Các xét nghiệm này có thể tìm thấy đĩa đệm thoát vị nếu có. Nhưng các bác sĩ thường không chỉ định cho đến khi một người đã có các triệu chứng trong ít nhất 4 đến 6 tuần. Trong hầu hết các trường hợp, việc yêu cầu xét nghiệm sớm hơn là không có ý nghĩa; bởi vì việc điều trị thoát vị đĩa đệm trong những tuần đầu tiên là như nhau, cho dù xét nghiệm hình ảnh có thể cho thấy gì.

MRI là phương pháp chẩn đoán không xâm lấn, sử dụng từ trường để khảo sát chi tiết về mô mềm cột sống. Từ đó, thần kinh và đĩa đệm có thể nhìn thấy rõ ràng. Có thể bơm thuốc tương phản từ hoặc không.

MRI có thể phát hiện chính xác đĩa đệm nào bị tổn thương và bất kỳ rễ thần kinh nào bị chèn ép. MRI cũng có thể phát hiện tăng sinh xương, u tủy hoặc áp-xe.

ChụpX-quangống sống là phương pháp chuyên biệt; trong đó, thuốc cản quang được tiêm vào ống sống thông qua chọc dò tủy sống. Thuốc cản quang hiển thị màu trắng trên tia X, cho phép bác sĩ xem chi tiết tủy sống và ống sống. Bên cạnh đó, có thể cho thấy một dây thần kinh bị chèn ép bởi đĩa đệm thoát vị, gai xương, khối u tủy và áp-xe.

Chụp X quang xem các xương đốt sống và có thể cho bác sĩ biết nếu có bất kỳ đốt sống nào quá gần nhau hoặc liệu bạn có bị thay đổi khớp, gai xương hoặc gãy xương hay không. Không thể chẩn đoán thoát vị đĩa đệm chỉ với X-Quang.

CT-scan là hình ảnh không xâm lấn, sử dụng chùm tia X và máy tính để tạo hình ảnh 2 chiều của cột sống. Có thể tiêm thuốc cản quang hoặc không. Chụp CT này đặc biệt hữu ích để xác nhận đĩa nào bị hỏng.

Các phương pháp này đo hoạt động điện của các dây thần kinh và cơ bắp. Kim nhỏ hoặc điện cực được đặt trong cơ và tín hiệu được ghi nhận trên máy tính.

NCS cũng tương tự, nhưng nó đo xem các dây thần kinh của bạn truyền tín hiệu điện từ một đầu dây thần kinh này sang đầu khác tốt như thế nào. Vì thoát vị đĩa đệm gây chèn ép lên rễ thần kinh, thần kinh không thể thu nhận cảm giác và điều khiển chuyển động cho cơ theo cách bình thường. Giúp phát hiện tổn thương thần kinh.

Đây là bước đầu tiên để phục hồi và có thể bao gồm thuốc, nghỉ ngơi, xoa bóp, vật lý trị liệu, tập thể dục tại nhà, thủy liệu pháp, tiêm steroid ngoài màng cứng (ESI), thao tác nắn khớp và kiểm soát đau.

Với phương pháp điều trị theo nhóm, 80% người bị đau lưng cải thiện trong khoảng 6 tuần và trở lại hoạt động bình thường. Nếu không đáp ứng với điều trị bảo tồn hoặc triệu chứng tăng nặng hơn có thể xem xét phẫu thuật.

Cụ thể, các phương pháp điều trị không phẫu thuật bao gồm:

Trong hầu hết các trường hợp, cơn đau do thoát vị đĩa đệm sẽ trở nên tốt hơn trong vòng vài ngày và giải quyết hoàn toàn trong 4 đến 6 tuần. Hạn chế hoạt động, điều trị bằng kem/nóng và sử dụng thuốc kháng viêm, giảm đau sẽ giúp người bệnh phục hồi.

Bác sĩ có thể kê toa các thuốc giảm đau, thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) và steroid. Đôi khi thuốc giãn cơ được kê đơn để giảm co thắt cơ.

Các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) nhưaspirin, naproxen (alleve, naprosyn),ibuprofen(motrin, nuprin,advil), vàcelecoxib(celebrex); là các ví dụ về các thuốc NSAIDs được sử dụng để làm giảm viêm và giảm đau.

Thuốc giảm đau, chẳng hạn như acetaminophen (tylenol), có thể làm giảm đau nhưng không có tác dụng kháng viêm như NSAID. Sử dụng lâu dài các thuốc giảm đau và NSAID có thể gây loét dạ dày và các vấn đề về gan thận.

Thuốc giãn cơ, chẳng hạn như methocarbamol (robaxin), carisoprodol (soma) và cyclobenzaprine (flexeril), có thể được kê toa để kiểm soát co thắt cơ.

Steroid có thể được kê toa để giảm sưng viêm dây thần kinh. Chúng được dùng đường uống (dưới dạng gói liều medrol) với liều giảm dần trong khoảng 5 ngày. Ưu điểm là giảm đau gần như ngay lập tức trong vòng 24 giờ.

Tiêm steroid: Thủ thuật này được thực hiện dưới phép soi huỳnh quang tia X và liên quan đến việc tiêm corticosteroid và chất gây tê vào khoang ngoài màng cứng của cột sống. Thuốc được truyền bên cạnh vùng đau để giảm sưng và viêm dây thần kinh.

Khoảng 50% bệnh nhân sẽ nhận thấy giảm đau sau khi tiêm, mặc dù hiệu quả có xu hướng tạm thời. Có thể tiêm lại lần thứ 2 để đạt hiệu quả đầy đủ. Thời gian giảm đau khác nhau, kéo dài trong nhiều tuần hoặc nhiều năm. Tiêm thấm được thực hiện kết hợp với một chương trình vật lý trị liệu và hoặc tập thể dục tại nhà.

Mục tiêu vật lý trị liệu là giúp người bệnh trở lại hoạt động động đầy đủ trong thời gian sớm nhất có thể, và phòng ngừa tổn thương tái diễn.

Các bác sĩ vật lý trị liệu có thể hướng dẫn bạn về tư thế, kỹ thuật nâng và đi bộ phù hợp, và họ sẽ làm việc với bạn để tăng cường cơ lưng dưới, chân và dạ dày của bạn. Họ cũng sẽ khuyến khích bạn kéo giãn và tăng sự linh hoạt của cột sống và chân. Các bài tập thể dục và tăng cường sức mạnh là những yếu tố quan trọng trong quá trình điều trị và sẽ trở thành một phần của sự dẻo dai kéo dài suốt cuộc đời của bạn.

Một số bệnh nhân thấychâm cứu,yoga, thay đổi dinh dưỡng/chế độ ăn uống,thiềnvà phản hồi sinh học hữu ích trong việc kiểm soát cơn đau cũng như cải thiện sức khỏe tổng thể.

Phẫu thuật thoát vị đĩa đệm thắt lưng có thể là một lựa chọn nếu các triệu chứng của bạn không cải thiện đáng kể với các phương pháp điều trị bảo tồn. Phẫu thuật cũng có thể được khuyến cáo nếu có dấu hiệu tổn thương thần kinh như yếu hoặc mất cảm giác của chân.

Bác sĩ phẫu thuật rạch một đường 1–2 inch ở giữa lưng. Để tiếp cận đĩa đệm bị tổn thương, các cơ cột sống được bóc tách và di chuyển sang một bên để lộ đốt sống. Một phần của xương bản sống được lấy ra để lộ rễ thần kinh và đĩa đệm. Phần đĩa đệm bị vỡ chạm vào dây thần kinh cột sống sẽ được lấy ra một cách cẩn thận bằng các dụng cụ đặc biệt. Khoảng 80–85% bệnh nhân phục hồi thành công nhờ phẫu thuật và có thể trở lại làm việc bình thường trong khoảng 6 tuần.

Bác sĩ phẫu thuật thực hiện một vết rạch nhỏ ở phía sau. Các ống nhỏ gọi là ống nông được sử dụng với đường kính tăng dần để mở rộng đường hầm đến đốt sống. Một phần của xương được lấy ra để lộ rễ thần kinh và đĩa đệm. Bác sĩ phẫu thuật sử dụng nội soi hoặc kính hiển vi để loại bỏ đĩa đệm bị vỡ. Kỹ thuật này ít gây tổn thương cơ hơn so với phẫu thuật truyền thống.

Bác sĩ sẽ cho người bệnh biết nếu phẫu thuật có thể giúp cho tình trạng của họ. Sau đó, cả bác sĩ và người bệnh có thể cùng nhau quyết định xem phẫu thuật có phù hợp với mình không.

Phẫu thuật điều trị thoát vị đĩa đệm thường bao gồm việc loại bỏ phần đĩa đệm bị tổn thương. Đôi khi, toàn bộ đĩa được lấy ra. Nó có thể giúp bệnh nhân cảm thấy tốt hơn nhanh hơn so với khi không phẫu thuật. Nhưng, giống như bất kỳ phẫu thuật nào, nó cũng đi kèm với rủi ro.

Mặc dù phẫu thuật có thể tăng tốc độ phục hồi, nhưng nó thường không cần thiết đối với người bị thoát vị đĩa đệm. Đó là bởi vì theo thời gian, cơ thể sẽ hấp thụ thạch từ một đĩa đệm bị tổn thương và tự lành lại. Nhưng điều này có thể mất hàng tháng.

Những người khó chịu nhiều hoặc muốn bệnh nhanh khỏi, đôi khi chọn phẫu thuật. Những người sợ phẫu thuật hoặc những người cảm thấy muốn đối phó với các triệu chứng của họ đôi khi quyết định không phẫu thuật.

Đôi khi, nhiều người nghĩ nguyên nhân gây thoát vị đĩa đệm là do nhấc vật nặng sai cách, hoặc làm căng lưng bằng cách nào đó. Sự thật không có nhiều bằng chứng về việc di chuyển hoặc nâng sai cách có thể gây thoát vị đĩa đệm.

Đau lưng ảnh hưởng đến 8/10 người tại một số thời điểm trong cuộc sống của họ, và thường hết trong vòng 6 tuần.Người bệnh nên có thái độ lạc quan, tinh thần tích cực, hoạt động thường xuyên và trở lại làm việc nhanh chóng; đây là những yếu tố rất quan trọng để phục hồi.

Chìa khóa để tránh tái phát là phòng ngừa:

Nâng/khiêng vật nặng đúng cách.

Thực hiện tư thế đúng trong khi ngồi, đứng, đi và ngủ.

Chế độ tập thể dục phù hợp để tăng cường cơ bụng yếu và ngăn ngừa tái chấn thương.

Giữ cân nặng phù hợp.

Thái độ tích cực và kiểm soátstress.

Không hút thuốc lá.

Trên đây là thông tin về bệnh lýthoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Hi vọng đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin hữu ích. Từ đó, có những biện pháp phòng ngừa bệnh, cũng như cách xử trí phù hợp khi nghi ngờ mắc bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-kien-thuc-can-biet-ve-benh-thoat-vi-hoanh/

Nội dung bài viết

Thoát vị hoành là gì?

Cấu trúc giải phẫu của cơ hoành như thế nào?

Nguyên nhân gây thoát vị hoành là gì?

Yếu tố nguy cơ thoát vị hoành là gì?

Triệu chứng thoát vị hoành như thế nào?

Chẩn đoán thoát vị hoành như thế nào?

Điều trị thoát vị hoành như thế nào?

Thoát vị hoành là bệnh lý thường gặp của cơ hoành. Bệnh liên quan tới cấu trúc, bất thường vị trí cơ quan khác. Bài viết này chúng ta cùng tìm hiểu về cơ hoành và bệnh lý thoát vị hoành. Từ đó có thể có thái độ xử trí phù hợp khi nghi ngờ mắc bệnh.

Thoát vị hoành là tình trạng nhô lên của các cơ quan trong ổ bụng vào trong lồng ngực. Sự di chuyển bất thường này do cấu trúc không liên tục của cơ hoành tạo khoảng trống. Khoảng trống cơ hoành này được gọi là lỗ thoát vị. Tùy vị trí lỗ thoát vị mà tạng chui qua sẽ khác nhau. Cơ quan bị thoát vị thường gặp nhất làdạ dày, nhưng cũng có thể gặp ở ruột.

Bệnh thường chiếm tỉ lệ 1/12500 trẻ mới sinh ra, tỉ lệ tử vong là khoảng 30 – 50%.

Cơ hoành (Diaphragm) là một cơ vân dẹt, rộng, hình vòm, che kín chu vi dưới lồng ngực. Vị trí này làm thành một vách gân – cơ ngăn giữa lồng ngực và ổ bụng. Cơ hoành có vai trò quan trọng trong sinh lý hô hấp. Khi cơ hoành co thì vòm hoành hạ xuống, lồng ngực giãn, áp lực trong lồng ngực giảm. Áp suất trong lồng ngực nhỏ hơn áp suất khí quyển giúp không khí được hít vào.

Cơ gồm hai phần: xung quanh là cơ, ở giữa là gân. Phần cơ được xem là nguyên ủy (nơi bắt đầu) và gân được xem là nơi bám cơ hoành. Nguyên ủy ở phía ngoài bám vào xương ức, xương sườn và cột sống. Từ nguyên ủy, các thớ cơ chạy hướng lên trên rồi vòng ngang thành vòm. Sau đó chúng hội tụ về một tấm gân ở giữa gọi là gân trung tâm. Gân trung tâm được xem như là nơi bám tận của cơ hoành.

Cơ hoành có nhiều lỗ để cho thực quản và các mạch máu thần kinh đi qua.

Lỗ tĩnh mạch chủ: nằm ở trung tâm gân, không co giãn được. Tĩnh mạch chủ dính chặt vào chu vi của lỗ. Đôi khi, thần kinh hoành  phải cũng qua lỗ này.

Lỗ động mạch chủ: nằm ngay trước cột sống, không co dãn. Tương tự như lỗ tĩnh mạch chủ, khi cơ hoành co lỗ không bị hẹp và không đè vào mạch máu. Đi qua lỗ có động mạch chủ xuống và ống ngực nằm ở sau động mạch.

Lỗ thực quản: ở phần cơ, nằm phía trước lỗ ĐM chủ, hơi lệch sang bên trái cột sống và ngang mức đốt sống ngực X.

Các khe thực quản: cơ hoành có 3 khe do các trụ cơ tách ra tạo thành cho các cấu trúc thần kinh và mạch máu đi qua.

Sự hoàn chỉnh vách ngăn cơ hoành xảy ra vào tuần thứ 8 – 10 của thời kì bào thai. Nếu quá trình hình thành cơ hoành không được hoàn thiện sẽ tạo thành hoặc nới rộng khe hở. Các khe cho lồng ngực và ổ bụng không được ngăn cách hoàn toàn và các tạng trong ổ bụng. Từ đó các tạng này có thể đi lên lồng ngực qua khe hở của cơ hoành gây ra bệnh thoát vị hoành. Ngoài ra, ở người lớn tuổi, các lỗ thoát vị còn do suy yếu gân cơ hoành do tuổi tác.

Thoát vị hoành thường không có nguyên nhân rõ ràng. Chủ yếu là các nguyên nhân làm tồn tại hay suy yếu các cấu trúc lỗ của cơ hoành. Các nguyên nhân có thể là:

Dị tật cơ hoành bẩm sinh. Cơ hoành sinh ra không liên tục hoặc gân cơ bị yếu, thường xảy ra ở trẻ nhỏ.

Thoái hóa cơ hoành do tuổi già.

Áp lực mạnh và lâu dài vào do hoạt động cơ thể. Chẳng hạn như khi ho, nôn mửa, táo bón, hoặc trong khi nâng vật nặng. Những hoạt động này tăng cao áp lực trong ổ bụng làm cơ hoành phải co với cường độ mạnh hơn khi hoạt động,

Tổn thương trực tiếp cơ hoành. Chấn thương để lại tổn thương trên cơ hoành, nếu không lành hoàn toàn sẽ tạo nên lỗ thoát vị.

Ngoại trừ những trẻ thoát vị hoành bấm sinh, ai cũng có nguy cơ thoát vị hoành. Nguy cơ tăng dần theo tuổi, hoạt động gắng sức, cân nặng, hoạt động hô hấp. Một số đối tượng có nguy cơ như:

Người cao tuổi (> 50 tuổi).

Người thừa cân. Cân nặng làm hoạt động hô hấp cũng như chuyển hóa cần nhiều năng lượng hơn.

Mắc các bệnh lý hô hấp mãn tính. Ví dụ nhưbệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Các bệnh này làm tốn công hô hấp hơn, về lâu dài dễ làm yếu cơ hoành.

Người làm công việc nặng nhọc, mang vác nặng.

Người bị táo bón lâu ngày, rặn nhiều.

Ngoài ra, phụ nữ cũng có nguy cơ thoát vị hoành cao hơn nam giới.

Dấu hiệu suy hô hấp: thở nhanh, tím tái.

Phổi: phế âm giảm một bên, tiếng ruột trong lồng ngực.

Tim: mỏm tim lệch phải.

Bụng: lõm.

Nếu không được điều trị kịp thời, tỉ lệ tử vong ở trẻ là rất cao. Điều này cần sự nhạy bén và chính xác trong chẩn đoán để can thiệp kịp thời.

Những dấu hiệu ban đầu có thể liên quan đến trào ngược dạ dày. Triệu chứng bao gồm: ợ nóng, ợ chua, khó nuốt, đầy hơi, ợ hơi, hoặc đau, khó chịu ở dạ dày hay thực quản.

Đau ngực. Thoát vị hoành có thể bị đau ngực và dễ dàng bị nhầm lẫn với một cơn đau tim.

Đôi lúc bệnh nhân có kèm theo cảm giác buồn nôn hoặc nôn, bí đại tiện hoặc trung tiện. Dấu hiệu này cho thấy đường tiêu hóa bị tắc nghẽn, thì có thể đó là một thoát vị nghẹt.

Chẩn đoán thoát vị hoành cần phối hợp hỏi bệnh, khám lâm sàng và cận lâm sàng. Tuỳ theo tuổi, dấu hiệu bệnh mà bác sĩ sẽ có các xét nghiệm phù hợp. Các cận lâm sàng thường dùng để chẩn đoán là:

Siêu âm bụng. Đây là phương pháp đơn giản và hữu ích trong thực hành lâm sàng. Siêu âm ngực bụng thấy hình ảnh của các tạng ổ bụng nằm trong lồng ngực. Siêu âm thường được áp dụng hiệu quả ở giai đoạn bào thai và trẻ nhỏ để đánh giá thoát vị hoành bẩm sinh.

X – quang. Giúp quan sát toàn bộ các cơ quan trong ổ bụng.

Chụp X – quang dạ dày cản quang.

X – quang phổi: có bóng hơi dạ dày hay ruột trong lồng ngực, trung thất bị đẩy về bên đối diện.

Chụp cắt lớp vi tính và chụp cắt lớp có tiêm kết hợp uống thuốc cản quang hiện nay được áp dụng khá phổ biến trong chẩn đoán thoát vị hoành. Đặc biệt thoát vị hoành ở người lớn. Qua hình ảnh thu được từ các lát cắt sẽ cho đánh giá chi tiết về thoát vị. Điều này không những giúp chẩn đoán còn góp phần định hướng phương pháp xử trí và điều trị.

Các phương pháp điều trị chủ yếu với mục tiêu cải thiện triệu chứng và ngăn ngừa biến chứng.

Nằm gối đầu cao 10 – 15 cm tránh trào ngược dạ dày thực quản.

Giảm cân.

Ăn chậm, chia bữa ăn thành nhiều bữa nhỏ.

Tránh ăn các thực phẩm chua, cay, nóng…

Điều trị thuốc dạ dày như: antacid, ức chế bơm proton, ức chế histamin… để giảm sản xuất a xít dạ dày.

Tránh mang vác các vật nặng, uống đủ nước và ăn nhiều rau xanh đề phòng táo bón.

Các triệu chứng không giảm bớt hoặc xảy ra biến chứng thì mới có chỉ định phẫu thuật thoát vị hoành. Các biến chứng có thể bao gồm: loét dạ dày – thực quản, sẹo thực quản, xuất huyết tiêu hóa, tắc ruột hoại tử… Đặc biệt thoát vị lỗ nhỏ gây nghẹt hoặc có khả năng gây nghẹt cũng nên được phẫu thuật sớm.

Phẫu thuật có thể qua đường nội soi hay mổ hở. Nội soi mổ thoát vị hoành thường được chỉ định nếu không có yếu tố nguy cơ. Các bước chính trong mổ thoát vị hoành như sau:

Tái cấu trúc vị trí các tạng. Đưa các phần của tạng thoát vị vào lồng ngực trở về lại ổ bụng. Các cơ quan thoát vị như dạ dày, ruột… là tạng rỗng nên có khả năng di chuyển cao. Tuy nhiên, nếu lỗ thoát vị hẹp hay có sự dây dính của các tạng vào cơ quan lân cận, cần bóc tách. Quá trình này cần cẩn thận, tránh làm sang chấn, thủng vỡ thêm cơ hoành và các cơ quan xung quanh.

Sửa chữa cơ hoành. Nếu lỗ thoát vị nhỏ thì tiến hành khép miệng và khâu đóng lỗ thoát vị vĩnh viễn. Nếu lỗ thoát vị lớn, xem xét việc cần sử dụng mảnh ghép, che chắn lại lỗ thoát vị.

Thám sát ổ bụng và kết thúc. Kiểm tra lại các cơ quan trong ổ bụng và cơ hoành tránh thoát vị tái phát.

Thoát vị hoànhlà một bệnh lý nguy hiểm nhưng không phải hiếm gặp. Triệu chứng bệnh có thể nhầm lẫn với bệnh lý dạ dày. Nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây biến chứng nghiêm trọng. Đặc biệt bệnh có tỉ lệ tử vong cao ở trẻ sơ sinh.

Tuy nhiên, hiện nay phác đồ điều trị thoát vị hoành thường có kết quả tốt nếu như chưa xảy ra biến chứng nghiêm trọng. Đặc biệt phẫu thuật thoát vị hoành có khả năng thành công tốt và ít khi tái phát. Điều tiên quyết là phải nhận diện sớm thoát vị hoành để được điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thuyen-tac-dong-mach-phoi-cai-chet-bat-ngo/

Nội dung bài viết

Thuyên tắc phổi là gì?

Tại sao bị thuyên tắc phổi?

Những người nào có nguy cơ bị thuyên tắc động mạch phổi?

Biến chứng của thuyên tắc động mạch phổi

Biểu hiện của thuyên tắc động mạch phổi như thế nào?

Chẩn đoán thuyên tắc động mạch phổi như thế nào?

Điều trị thuyên tắc động mạch phổi như thế nào?

Theo dõi bệnh nhân sau điều trị thuyên tắc động mạch phổi như thế nào?

Máu chảy trong cơ thể con người thành hai vòng tuần hoàn. Trong vòng tuần hoàn lớn, máu từ tim theo động mạch chủ đi nuôi các cơ quan. Trong vòng tuần hoàn nhỏ, máu theo động mạch phổi lên phổi trao đổi oxy. Các vòng tuần hoàn diễn ra liên tục, đều đặn giúp cơ thể hoạt động bình thường. Khi các mạch máu bị tắc nghẽn, dòng tuần hoàn bị cản trở, gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm. Tùy theo mạch máu nuôi cơ quan nào bị tổn thương, trước tiên sẽ ảnh hưởng tới cơ quan đó. Sau đó kéo theo sự rối loạn tuần hoàn toàn cơ thể. Trong bìa viết này chúng ta cùng tìm hiểu về Thuyên tắc động mạch phổi. Đây là bệnh lý nguy hiểm, diễn tiến nhanh và để lại hậu quả nặng nề.

Máu lưu thông qua phổi từ tim phải để lấy oxy và loại bỏ khí CO2(gọi là trao đổi khí). Máu sau đó lưu thông từ phổi trở về tim trái để được bơm ra phần còn lại của cơ thể. Tắc mạch phổi là tình trạng một cục máu đông lọt vào mạch máu trong phổi. Cục máu đông này ngăn chặn dòng lưu thông bình thường của máu trong vùng đó. Sự tắc nghẽn này gây trở ngại cho việc trao đổi khí. Tùy thuộc vào cục máu đông nhỏ hay to và số lượng các mạch máu có liên quan, nó có thể đe dọa tính mạng.

Do sự phân thùy của phổi, động mạch phổi cũng phân nhánh. Tùy vị trí tắc nghẽn mà mức độ tổn thương cũng như nguy hiểm cũng thay đổi theo. Tắc vị trí động mạch càng lớn thì tổn thương càng nhiều dễ dẫn tới tử vong và ngược lại.

Thuyên tắc động mạch phổi gây ra bởi sự di chuyển của cục máu đông. Sự tạo thành cục máu đông trong hệ tĩnh mạch phụ thuộc nhiều yếu tố.

Tốc độ di chuyển của dòng máu:

Liên quan đến vận động cơ thể, lười vận động máu chảy càng chậm càng dễ bị huyết khối.

Hệ thông van tĩnh mạch. Suy van tĩnh mạch làm dòng máu lưu thông không thuận lợi làm dễ tạo huyết khối.

Sự xơ vữa của hệ thống mạch máu. Mạch máu xơ vữa dễ bị các yếu tố đông máu bám vào để tạo cục máu đông. Ngoài ra mạch máu hẹp do xơ vữa cũng cản trở làm máu chảy chậm.

Mức độ hoạt hóa của các hệ thống đông máu. Liên quan đến các bệnh mà bệnh nhân có sẵn, thuốc chống đông…

Khi một trong những yếu tố trên bất thường sẽ dễ tạo thành cục máu đông. Cục máu đông này sẽ di chuyển từ các tĩnh mạch sang tim phải. Từ tim phải đi vào động mạch phổi chính và có thể bị mắc kẹt ở đó. Thuyên tắc phổi chủ yếu xuất phát từ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. Ngoài ra, có thể xuất phát từ các tĩnh mạch chậu, thận, chi trên hoặc từ tim phải.

Một số ít trường hợp thuyên tắc phổi không phải do huyết khối mà do những nguyên nhân khác như:

Thuyên tắc mỡ.

Do dị vật.

Ung thư.

Thuyên tắc khí.

Thuyên tắc ối (thường gặp trong thuyên tắc phổi sau sinh).

Nhiễm trùng huyết.

Sự hình thành cục máu đông bị tác động bởi nhiều yếu tố. Các yếu tố nguy cơ được phân thành hai nhóm: di truyền và mắc phải

Các bệnh lý di truyền làm gia tăng quá trình đông máu tạo điều kiện tạo thành huyết khối:

Thiếu antithrombin III.

Yếu tố V Leiden (kháng protein C hoạt hóa).

Khiếm khuyết gen prothrombin.

Thiếu protein C.

Thiếu protein S.

Rối loạn fibrinogen máu.

Rối loạn plasminoge.

Tăng homocystein máu.

Các bệnh lý thường dễ tạo thành cục máu đông:

Trên 70 tuổi.

Tiền căn phẫu thuật lớn, đặc biệt là phẫu thuật phụ khoa hoặc phẫu thuật xương chậu và chân.

Tiền căn thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

Chấn thương, chấn thương sọ não.

Gãy khớp háng.

Bất động, liệt.

Suy tĩnh van tĩnh mạch.

Giãn tĩnh mạch chi dưới.

Bệnh nhân có suy tim.

Nhồi máu cơ tim.

Béo phì.

Mang thai hoặc trong vòng 6 tuần sau sinh.

Sử dụng thuốc ngừa thai: Viên uống tránh thai hoặc thuốc hormon.

Thói quen hút thuốc lá.

Mắc bệnh ung thư.

Đi xe hơi hoặc máy bay đường dài mà không dừng lại vận động cơ thể.

Người không sử dụng thuốc làm loãng máu đã được bác sĩ chỉ định.

Một số bệnh lý miễn dịch hệ thống như:hội chứng kháng phospholipid,lupus ban đỏ hệ thống.

Khi huyết khối nằm trong động mạch phổi sẽ chặn lưu lượng máu đến phổi để nhận lấy oxy. Không có đủ máu để nhận được oxy nồng độ oxy trong cơ thể giảm xuống một cách nguy hiểm. Điều này có thể gây ra tổn thương cho tất cả các cơ quan trong cơ thể. Đầu tiên kể tới não, thận và tim.

Ngoài ra, do tắc nghẽn tại phổi làm tăng áp suất lên tim. Tim phải dùng lực mạnh hơn để bóp máu lên phổi. Nếu tim không thể bơm đủ máu, huyết áp cũng giảm xuống. Tất cả những tác động này có thể dẫn đến tử vong đột ngột hoặc tử vong sớm nếu không được điều trị.

Thuyên tắc phổi là bệnh thường gây tử vong với tỉ lệ khoảng 30% nếu không được điều trị. Tuy nhiên tử suất có thể giảm đáng kể nhờ chẩn đoán và điều trị sớm.

Những trường hợp thuyên tắc động mạch phổi nhỏ, tiên lượng thường tốt hơn. Tuy nhiên nếu không được điều trị lâu dần cũng sẽ dẫn tới biến chứng nguy hiểm:

Suy timdo tim phải hoạt động nhiều để bóp máu lên phổi.

Gây nên tình trạng tăng áp động mạch phổi.

Tăng nguy cơ thuyên tắc động mạch phổi lần sau và các biến chứng do cục máu đông khác.

Triệu chứng của thuyên tắc mạch phổi phụ thuộc vào:

Số lượng, kích thước cục máu đông.

Số lượng, kích thước mạch máu phổi bị tắc.

Tình trạng sức khỏe của bệnh nhân tại thời điểm đó.

Có nhiều trường hợp thuyên tắc mạch phổi không có triệu chứng gì. Bệnh nhân chỉ phát hiện khi có những biến chứng của thuyên tắc mạch phổi. Hoặc vô tình phát hiện khi đi khám sức khỏe định kỳ.

Bệnh nhân có thể có các dấu hiệu sau:

Khó thở: có thể khó thở nhẹ hoặc nặng, thậm chí là rất nặng dẫn đến suy hô hấp.

Đau ngực: cảm giác đau nhói khi hít vào. Bệnh nhân không thể hít thở sâu, hít càng sâu càng đau.

Ho ra máu.

Sốt nhẹ.

Tim đập nhanh.

Bệnh nhân có thể gặp các triệu chứng như:

Suy hô hấp.

Đau nhói giữa ngực xuyên qua xương ức.

Cơ thể mệt mỏi, không có sức lực, thường xuyên bị choáng. Nguyên nhân là do huyết khối lớn cản trở hoạt động bơm máu và tuần hoàn của tim. Dẫn đến giảm huyết áp cung cấp các cơ quan như não.

Ở những trường hợp rất nặng, bệnh nhân có thể bị ngừng tim dẫn đến tử vong rất nhanh.

Huyết khối tĩnh mạch sâulà bắt nguồn của thuyên tắc động mạch phổi. Chúng ta cũng cần theo dõi các triệu chứng của huyết khối tĩnh mạch sâu để điều trị trước. Trường hợp có huyết khối tĩnh mạch sâu, bệnh nhân có thể gặp các triệu chứng như:

Đột ngột đau bắp chân.

Đau cơ bắp chân tăng dần.

Sưng bàn chân hoặc sưng một chân.

Phần da bắp chân đỏ, nóng ran, có vết bầm trên da.

Bệnh thuyên tắc mạch phổi nếu được chẩn đoán và điều trị sớm có thể khỏi dứt điểm. Nhưng nếu phát hiện muộn, bệnh nhân có thể gặp biến chứng nguy hiểm, thậm chí đe dọa tính mạng.

Chẩn đoán thuyên tắc phổi dựa vào yếu tố nguy cơ, các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm. Tùy đánh giá bác sĩ và tình trạng bệnh nhân mà sẽ thực hiện các xét nghiêm phù hợp:

Các xét nghiệm thường quy:

1. Giúp đánh giá toàn diện bệnh nhân:

Khí máu động mạch.

X-quang phổi.

Điện tâm đồ.

2. Xét nghiệm chuyên sâu:

Siêu âm tim: thường được thực hiện để đánh giá mức độ nghiêm trọng của thuyên tắc phổi.

Định lượng men tim: để tiên lượng bệnh nhân.

Định lượng nồng độ D-dimer trong máu. D-dimer là một sản phẩm giáng hóa của fibrin. Nồng độ D-dimer càng cao càng đặc hiệu cho chẩn đoán thuyên tắc phổi.

Siêu âm tĩnh mạch chi dưới: 50% thuyên tắc phổi có huyết khối tĩnh mạch chi dưới.

Chụp CT động mạch phổi là xét nghiệm được sử dụng để tìm kiếm nguyên nhân của thuyên tắc phổi.

Xạ hình thông khí tưới máu: phát hiện bất tương hợp thông khí tưới máu. Xạ hình bình thường giúp loại trừ chẩn đoán.

Chụp cản quang hệ mạch máu phổi. Là xét nghiệm xâm lấn nhưng là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán thuyên tắc phổi.

Thường một người bị tắc mạch phổi cấp tính sẽ được nhập viện và có thể phải đến phòng săn sóc đặc biệt. Điều trị ban đầu rất quan trọng khi gặp thuyên tắc động mạch phổi. Nếu bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nặng phải điều trị hồi sức. Sau đó mới điều trị làm tan cục máu đông. Điều trị thuyên tắc động mạch phổi kết hợp giữa thuốc và các thủ thuật

Thuốc làm tan cục máu đông: được gọi là thuốc tiêu sợi huyết. Tiêu sợi huyết có hiệu quả cao nhất trong vòng 48 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng.

Thuốc chống đông máu: các loại thuốc giúp ngăn ngừa cục máu đông phát triển hoặc mới hình thành.

Phẫu thuật lấy huyết khối, hoặc can thiệp lấy huyết khối bằng ống thông. Đây là kĩ thuật cao cần được thực hiện bởi bác sĩ có kinh nghiệm. Chỉ định của thủ thuật cũng nghiêm ngặt cần được xem xét kĩ.

Dùng lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới. Để ngăn chặn cục máu đông di chuyển và được chỉ định khi không dùng được thuốc chống đông máu.

Bệnh nhân ngoài điều trị y khoa thì nên kết hợp với việc thay đổi lối sống lành mạnh. Nên áp dụng các thói quen này để ngăn ngừa bệnh tái phát. Bao gồm:

Khám đúng lịch để các bác sĩ kiểm soát tình trạng bệnh, phát hiện các diễn biến bất thường.

Uống thuốc đúng liều, đúng hướng dẫn của bác sĩ. Không tự ý dừng thuốc, không tự ý mua thuốc khi không có sự cho phép của bác sĩ.

Hạn chế nằm quá lâu.

Tập thể dục đều đặn, thường xuyên vận động.

Không hút thuốc lá, không sử dụng các chất kích thích.

Kiểm soát cân nặng, cần giảm cân nếu béo phì

Cố giữ ngón chân cao hơn hông khi nằm hoặc ngồi.

Không mặc quần áo quá khó khiến quá trình lưu thông máu bị cản trở.

Thuyên tắc động mạch phổilà tình trạng cấp cứu nguy hiểm tính mạng. Bệnh có nguy cơ tử vong và nhiều biến chứng nguy hiểm. Tuy nhiên có thể chữa khỏi nếu được điều trị đúng đắn, kịp thời. Theo dõi bệnh nhân sau thuyên tắc động mạch phổi cũng rất quan trọng, đặc biệt nếu có dùng thuốc chống đông máu. Tuân thủ điều trị, phát hiện kịp thời và phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu là chìa khóa để cải thiện tiên lượng thuyên tắc động mạch phổi.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thuyen-tac-huyet-khoi-tinh-mach-nguyen-nhan-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là gì?

Điều gì làm cục máu đông hình thành trong tĩnh mạch?

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch diễn ra như thế nào?

Ai có nguy cơ bị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Triệu chứng của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Chẩn đoán thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Điều trị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Làm gì để phòng ngừa thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là một trong những bệnh lý tim mạch thường gặp, là hậu quả của việc hình thành cục máu đông tại tĩnh mạch, có thể biểu hiện dưới hai bệnh cảnh lâm sàng chính gồm: huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc thuyên tắc phổi. Sau đây, mời bạn đọc cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Lý Quang Sang tìm hiểu về căn bệnh nguy hiểm này nhé.

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là tình trạng bệnh lý có thành lập cục máu và gây tắc nghẽn lòng tĩnh mạch. Bệnh có biểu hiện lâm sàng dưới hai bệnh cảnh: huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi.12

Huyết khối tĩnh mạch sâulà tình trạng hình thành cục máu đông ở những tĩnh mạch sâu của chân (thường là những tĩnh mạch ở bắp chân, tĩnh mạch đùi).

Cònthuyên tắc phổilà tình trạng có cục máu đông gây tắc nghẽn trong lòng một hay nhiều nhánh động mạch phổi, cục máu đông này phần lớn là cục máu đông di chuyển từ hệ tĩnh mạch sâu ở chân.12

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ban đầu thường xảy ra nhất ở chi dưới, và cũng có thể ảnh hưởng đến các chi trên. Khoảng một phần ba tổng số bệnh nhân được mới chẩn đoán thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch có thuyên tắc phổi, với có hoặc không kèm theo huyết khối tĩnh mạch sâu. Và ước tính rằng có tới một phần tư tổng số bệnh nhân thuyên tắc phổi biểu hiện với tình trạng đột tử.3

Có 3 bất thường chính diễn ra trong cơ thể góp phần hình thành nên cục máu đông ở hệ tĩnh mạch do Virchow đưa ra vào năm 1856 (tam chứng Virchow): tổn thương thành của mạch máu, ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch, và tình trạng tăng đông.4

Tổn thương thành mạch máu có thể là tổn thương cấu trúc của thành mạch hoặc rối loạn các chức năng của mạch máu.

Bình thường, thành mạch “lành lặn” đảm bảo cho dòng máu lưu thông hiệu quả, ngăn cản quá trình đông máu diễn ra. Tuy nhiên khi lớp lót của thành mạch (lớp tế bào nội mô) bị tổn thương tạo ra những “khe nứt”. Tình trạng này sẽ “hấp dẫn”tiểu cầuvà dòng thác đông máu diễn ra trong cơ thể để tạo thành cục máu đông và lấp kín “khe nứt” đó. Nếu tình trạng này diễn ra quá mức kèm các yếu tố thuận lợi khác trong tam chứng Virchow, cục máu đông ban đầu tưởng chừng như là có lợi cho việc “tu sửa” thành mạch lại trở thành cục máu đông bệnh lý, ngày càng to lên và gây bít tắc lòng mạch.

Tổn thương nội mạc mạch máu thường xảy ra ở những bệnh nhân: hút thuốc lá,tăng huyết áp, cóxơ vữa động mạch, sau phẫu thuật, chấn thương,…4

Ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch là hiện tượng máu không được hồi lưu một cách có hiệu quả dẫn đến ứ đọng, tồn dư máu. Đặc biệt là ở những vùng tĩnh mạch chịu tác động của trọng lực như các tĩnh mạch chi dưới, khi người bệnh ở tư thế đứng.

Tình trạng xảy ra ở những bệnh nhân nằm bất động tại giường lâu ngày, ít vận động, suy van tĩnh mạch chân, tăng độ nhớt trong máu (bệnh đa hồng cầu), u chèn ép,béo phì, mang thai,… Khi máu ứ đọng, kém lưu thông sẽ thuận lợi hình thành nên cục máu đông.4

Tăng đông là tình trạng bất thường hệ thống đông, cầm máu trong cơ thể theo hướng máu dễ bị đông lại hơn.

Bình thường, trong cơ thể, các yếu tố có tính kích hoạt đông máu và các yếu tố chống lại đông máu luôn cân bằng với nhau để đảm bảo sinh lý tuần hoàn diễn ra bình thường. Khi bệnh lý xảy ra làm cho các yếu tố kích hoạt đông máu tăng cao. Lúc này cơ thể sẽ bị rối loạn theo kiểu tăng đông, cục máu đông dễ hình thành nếu có các yếu tố thuận lợi khác.

Tăng đông có thể do những bệnh lý di truyền hoặc mắc phải gây thiếu hụt các chất chống đông tự nhiên trong cơ thể như: protein C, protein S, anthrombin, các yếu tố đông máu,…4

Khi cục máu đông hình thành trong lòng mạch máu, cơ thể chúng ta sẽ kích hoạt hệ thống tiêu sợi huyết tự nhiên cố gắng phá huỷ cục máu đông này. Chính vì vậy, có trường hợp sau khi hình thành, cục máu đông sẽ bị cơ thể “dọn dẹp” ngay và không gây ra triệu chứng hay biến chứng gì.

Tuy nhiên khi cục máu đông này quá lớn hoặc quá nhiều cục máu đông, hệ thống tiêu sợi huyết trong cơ thể không thể nào “dọn dẹp” được hết. Lúc này, bệnh nhân đối mặt với nguy cơ thuyên tắc do cục máu đông gây ra.

Hai bệnh cảnh lâm sàng của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch có mối liên hệ chặt chẽ với nhau, chứ không phải hai bệnh lý riêng biệt. Huyết khối tĩnh mạch sâu là nguyên nhân chính gây ra thuyên tắc phổi.

Cục máu đông ban đầu thường xuất hiện ở tĩnh mạch của một trong hai chi dưới. Tuy nhiên, những cục máu đông này có khả năng di chuyển và trôi theo dòng máu chảy ngang qua.

Huyết khối từ đoạn tĩnh mạch xa có thể trôi đến đến đoạn tĩnh mạch gần hơn. Trên đường đi trong lòng tĩnh mạch, chúng có thể nứt vỡ ra toàn ra nhiều cục máu đông nhỏ hơn. Nếu không có gì ngăn cản lại, những cục máu đông này có thể trôi tự do đến tĩnh mạch chủ dưới, đến nhĩ phải, và xuống thất phải. Một khi cục máu đông đã xuất hiện trong buồng tim phải là lúc bệnh nhân đối mặt với tình thế “ngàn cân treo sợi tóc” mắc phải thuyên tắc phổi. Bởi vì chỉ cần thất phải co bóp và bơm cục máu đông này lên động mạch phổi, nó có thể gây bít tắc một phần hoặc toàn bộ lòng động mạch phổi ngay lập tức.1256

Sở dĩ như vậy vì động mạch phổi chia thành nhiều nhánh, mỗi lần chia nhánh như vậy thì khẩu kính lòng mạch càng nhỏ dần. Vì thế, một khi cục máu đông đã “chui vào” hệ động mạch phổi, thì giống như đã đến “ngõ cụt” trong suốt quãng đường di chuyển tự do của nó trong hệ tuần hoàn.

“Trạm dừng cuối cùng” này của cục máu đông có thể là các nhánh lớn động mạch phổi hay các nhánh nhỏ hơn, tuỳ vào kích cỡ của cục máu đông. Cục máu đông càng lớn thì khả năng nó mắc kẹt ngay tại các nhánh lớn cao. Trong khi đó, cục máu đông có kích thước nhỏ thì nó có thể chui vào đến các đoạn động mạch phổi xa hơn và nhỏ hơn. Tuy nhiên, cục máu đông ban đầu mắc kẹt tại các nhánh lớn có thể vỡ thành các cục máu đông nhỏ hơn. Từ đó tiếp tục trôi và gây bít tắc nhiều nhánh khác.

Nếu như người bệnh có huyết khối tĩnh mạch sâu, các triệu chứng và biến chứng thường diễn tiến từ từ và khu trú tại nơi bị cục máu đông gây bít tắc, cục máu động gây tắc nghẽn dòng máu hồi lưu dẫn đến ứ trệ dòng máu ở đoạn tĩnh mạch phía dưới chỗ tắc, và gây ra các triệu chứng lâm sàng.

Ngược lại, khi bệnh nhân diễn tiến đến thuyên tắc phổi, hậu quả nặng nề và diễn tiến nhanh hơn. Cục máu đông gây tắc nghẽn động mạch phổi làm gia tăng gánh nặng áp lực cho thất phải. Nếu động mạch phổi chính bị tắc hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn, thất phải có thể suy sụp nhanh chóng, người bệnh rơi vào bệnh cảnh sốc tắc nghẽn với biểu hiện suy tim phải cấp tính.126

Bệnh nhân có chấn thương lớn, phẫu thuật, gãy xương chi dưới và thay khớp, và chấn thương tủy sống là những yếu tố nguy cơ rất cao mắc thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

Ngoài ra, ung thư là yếu tố thúc đẩy phổ biến của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Đặc biệt là:ung thư tụy, bệnh máu ác tính,ung thư phổi,ung thư dạ dàyvàung thư nãolà các loại ung thư có nguy cơ cao nhất.78

Thuốc tránh thai đường uống có chứaestrogencó liên quan đến tăng nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Sử dụng thuốc tránh thai là yếu tố nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch thường gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Cụ thể hơn, phụ nữ dùng thuốc tránh thai phối hợp (chứa cả estrogen vàprogestogen) có liên quan đến việc tăng khoảng 2 đến 6 lần nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.7

Các bệnh lý cấp tính nhập viện nhưnhồi máu cơ tim cấp, suy tim cấp, suy hô hấp cấp và nhiễm trùng cũng làm tăng nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch; nguy cơ này gia tăng hơn nữa, nếu bệnh nhân có tiền sử thuyên tắc huyết khối trước đó, lớn tuổi và bất động tại giường lâu ngày. Bệnh nhân nhiễm Covid-19 nhập viện cũng có nguy cơ cao tăng đông và thành lập huyết khối ở cả động mạch lẫn tĩnh mạch.78

Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch như hút thuốc lá, béo phì,rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp vàđái tháo đườngcũng là yếu tố nguy cơ của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.7

Một số trường hợp tắc nghẽn mức độ nhẹ hoặc cục máu đông “tự tan” do tiêu sợi huyết tự nhiên, bệnh nhân có thể không có triệu chứng. Tuy nhiên, nếu tình trạng tắc nghẽn là đáng kể và không được tái thông, triệu chứng sẽ ngày càng nặng dần lên theo thời gian.

Triệu chứng của huyết khối tĩnh mạch sâu do hậu quả của việc “đình trệ” và ứ đọng máu trong các đoạn tĩnh mạch bên dưới chỗ tắc nghẽn.1267

Phù chân: người bệnh sẽ thấy chân mình sưng lên, căng bóng, ấn ngón tay vào mắt cá trong hay vùng xương cứng của cẳng chân sẽ thấy để lại vết lõm và vết này dãn mất đi khi thả tay ra. Khác với phù toàn thân (phù đối xứng hai bên) trong các bệnh lý nhưsuy tim,bệnh thận,xơ ganhaysuy dinh dưỡng, thì phù trong huyết khối tĩnh mạch sâu có tính chất không đối xứng, thường phù một bên chân có huyết khối tĩnh mạch gây tắc nghẽn.

Khi huyết khối tĩnh mạch gây tắc nghẽn lâu ngày sẽ dẫn đến rối loạn tưới máu nuôi khu trú tại vùng chi bị ảnh hưởng. Bệnh nhân bắt đầu có các triệu chứng viêm như: đỏ, đau dọc theo đường đi của tĩnh mạch, thay đổi màu sắc da của vùng chi bị ảnh hưởng.

Khi thăm khám bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu, các bác sĩ có thể thấy thêm dấu hiệu tĩnh mạch chân giãn, sờ và ấn lên vùng chân sưng phù khiến bệnh nhân đau, vùng da có thể tấy đỏ.

Các dấu hiệu lâm sàng và triệu chứng của thuyên tắc phổi cấp tính thường không đặc hiệu. Ở hầu hết các trường hợp, người bệnh thuyên tắc phổi có thể có các triệu chứng:1267

Khó thở: xuất hiện đột ngột, nếu nặng có thể làm cho người bệnh tím tái vì suy hô hấp.

Đau ngực: đau ngực bên thuyên tắc, thường đau tăng khi ho hay hít sâu. Tuy nhiên có trường hợp đau tương tự nhưđau thắt ngựctrongbệnh mạch vành(đau kiểu đè nặng và thắt nghẹn, tăng khi gắng sức, giảm khi nghỉ).

Ngất: trường hợp cục máu đông quá lớn gây tắc nghẽn đột ngột, người bệnh có thể ngất đi.

Ho ra máu: người bệnh có thể ho ra máu đỏ tươi kèm theo các triệu chứng khác như khó thở và đau ngực. Dấu hiệu này gợi ý có tình trạng hoại tử nhu mô phổi.

Hồi hộp, cảm giáctim đập nhanh.

Ngoài ra, nếu thuyên tắc phổi diện rộng do cục máu đông lớn hoặc nhiều cục máu đông gây tắc nghẽn nặng động mạch phổi, bệnh nhân có thể rơi vào suy thất phải cấp tính, diễn tiến nhanh đến sốc với các triệu chứng của giảm cung lượng tim như:7

Da lạnh, tím tái.

Mệt mỏi.

Choáng váng, chóng mặt.

Mất tập trung, lú lẩn, lừ đừ, lơ mơ.

Đo thấy huyết áp thấp.

Khi người bệnh có những dấu hiệu sốc như trên cần phải được chuyển nhanh đến bệnh viện càng sớm càng tốt, để tái thông nhanh chóng động mạch phổi bằng thuốc tiêu sợi huyết. Nếu không thì tỷ lệ tử vong của người bệnh rất cao.7

Trong một số trường hợp, người bệnh thuyên tắc phổi có thể không có triệu chứng, hoặc được phát hiện tình cờ trong quá trình chẩn đoán một bệnh khác kèm theo.

Để chẩn đoán thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sâu, các bác sĩ sẽ căn cứ vào bệnh sử, các triệu chứng mà người bệnh than phiền, tiền sử các bệnh lý liên quan thuyên tắc huyết khối như ung thư, sau phẫu thuật, sau chấn thương, các bệnh tăng đông di truyền,…; tiền sử dụng thuốc, mang thai,…

Sau đó, người bệnh sẽ được thăm khám kỹ càng để tìm các dấu hiệu khu trú ở chi dưới như sưng, nóng, đỏ, đau, phù ấn lõm ở một chân đối với huyết khối tĩnh mạch sâu; thăm khám tìm các dấu hiệu của suy hô hấp, tổn thương phổi, suy tim phải trong trường hợp thuyên tắc phổi,…67

Ngoài ra, để hỗ trợ chẩn đoán, có nhiều thang điểm lâm sàng đã được xây dựng để hỗ trợ bác sĩ đánh giá nhanh nguy cơ mắc thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch của người bệnh. Để từ đó quyết định thực hiện các thăm dò tiếp theo, điều này đảm bảo quy trình chẩn đoán có hiệu quả, tránh bỏ sót bệnh mà không phải làm quá tay các xét nghiệm khi không cần thiết. Trong đó, thang điểm Wells được sử dụng phổ biến nhất.7

Sau đó tuỳ theo nguy cơ mắc bệnh mà người bệnh sẽ được chỉ định thêm các xét nghiệm hình ảnh học, nhằm khảo sát có sự hiện diện của cục máu đông trong tĩnh mạch hay không:67

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới: siêu âm Doppler màu tĩnh mạch chân để khảo sát sự hiện diện của cục máu đông và đánh giá mức độ tắc nghẽn.

CT-scan động mạch phổi: người bệnh sẽ được bơm thuốc cản quang vào mạch máu ngoại biên. Sau đó được chụp CT-scan, hình ảnh động mạch phổi ngấm thuốc cản quang sẽ hiện rõ trên phim chụp. Các bác sĩ sẽ tìm sự hiện diện của cục máu đông, đánh giá mức độ tắc nghẽn và nguy cơ ở người bệnh thuyên tắc phổi.

Siêu âm tim: nhằm đánh giá chức năng tim phải khi nghi ngờ hay đã chẩn đoán thuyên tắc phổi, góp phần quyết định điều trị, theo dõi và tiên lượng bệnh.

Ngoài ra, người bệnh cần làm thêm một số xét nghiệm máu nhằm hỗ trợ chẩn đoán, đánh giá nguy cơ và theo dõi diễn tiến bệnh:

D-dimer: đây là một xét nghiệm nhạy và tăng cao khi có sự hiện diện của cục máu đông. Nếu người có nguy cơ lâm sàng thấp của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch kèm theo D-dimer bình thường, bác sĩ có thể loại trừ ngay chẩn đoán thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cho người bệnh.

Troponin tim, NT-proBNP: để đánh giá tổn thương tim và rối loạn chức năng thất phải trong thuyên tắc phổi.

Lactate máu: khi nghi ngờ sốc tắc nghẽn do thuyên tắc phổi.

Chức năng thận: BUN, creatinine, ion đồ.

Chức năng gan: AST, ALT,…

Nếu người bệnh có đủ 3 tiêu chí: thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch nguy cơ thấp, không có những bệnh lý đi kèm nghiêm trọng, và có khả năng tự chăm sóc và theo dõi tự nhà, thì người bệnh có thể được điều trị ngoại trú mà không cần phải nhập viện.

Ngược lại, nếu không thoả một trong 3 tiêu chí này, người bệnh có chỉ định nhập viện để điều trị. Các biện pháp điều trị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trong giai đoạn cấp:78

Tiêu sợi huyết: được chỉ định khi người bệnh có thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch nguy cơ rất cao, nhằm làm tan ngay lập tức cục máu đông, giải phóng tắc nghẽn. Thuốc này thường chỉ định ở người bệnh thuyên tắc phổi có sốc tắc nghẽn, tụt huyết áp, tình trạng lâm sàng diễn tiến xấu dần trong quá trình theo dõi. Vì thuốc có nguy cơ gây chảy máu nặng, nên các bác sĩ sẽ đánh giá các chống chỉ định trước khi sử dụng cho người bệnh.

Tiêu sợi huyết qua đường ống thông luồn từ da đến động mạch phổi, phẫu thuật lấy huyết khối: chỉ định trong trường hợp tiêu sợi huyết thất bại hoặc chống chỉ định với tiêu sợi huyết.

Thuốc chống đông: đây là các thuốc có tác dụng làm “loãng máu” vì hiệu quả ngăn chặn quá trình đông máu và hình thành cục máu đông. Thuốc có vai trò ngăn cho cục máu đông không tiến triển hơn nữa, cũng như ngăn hình thành nên các cục máu đông mới; từ đó tạo điều kiện có thời gian để hệ thống tiêu sợi huyết trong cơ thể hoặc thuốc tiêu sợi huyết “dọn dẹp” các cục máu đông này.

Đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới: đây là biện pháp dùng một tấm lưới “giăng” ở tĩnh mạch chủ dưới, ngăn cho cục máu đông từ các tĩnh mạch sâu bên dưới không trôi lên trên để về tim phải. Từ đó ngăn ngừa thuyên tắc phổi xảy ra. Biện pháp này chỉ định ở bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu có chống chỉ định với thuốc tiêu sợi huyết.

Tất cả bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch đều được khuyến cáo duy trì điều trị chống đông ít nhất trong 3 tháng.78

Các trường hợp thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch có yếu tố thúc đẩy tạm thời (như phẫu thuật), hoặc nguy cơ chảy máu cao thì không nên điều trị thuốc chống đông quá 3 tháng.

Thời gian điều trị có thể kéo dài từ 6 – 12 tháng hoặc hơn đối với những bệnh nhân chọn lọc, như thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch vẫn còn tồn tại yếu tố thúc đẩy (như ung thư), hoặc không rõ căn nguyên vì nguy cơ tái phát ở những người bệnh này cao.78

Có một số những biện pháp không dùng thuốc mà người bệnh có nguy cơ cao, hoặc đã từng mắc thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch có thể áp dụng để phòng ngừa:678

Tập vận động hai chân để cải thiện dòng máu lưu thông trong hệ tĩnh mạch: cử động các ngon chân để kéo dãn các cơ ở phần thấp của cẳng chân và thư giãn. Sau đó đưa cao bàn chân về phía đầu ở tư thế nằm.

Hạn chế ngồi hay nằm bất động lâu.

Rời giường, tập vận động càng sớm càng tốt sau chấn thương, phẫu thuật hay mắc bệnh cấp tính cần nhập viện.

Sử dụng vớ ép (vớ áp lực, vớ thun dãn, vớ y khoa) phòng huyết khối cho những người có nguy cơ cao. Phương pháp này đơn giản, an toàn và hiệu quả. Làm tăng vận tốc dòng máu chảy trong tĩnh mạch và giảm ứ trệ máu.

Thường xuyên tập luyện thể dục, giảm cân nếu thừa cân, bỏ thuốc lá. Kê chân cao khi nằm trong trường hợp suy van tĩnh mạch chân.

Trên đây là những thông tin về bệnh lýthuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Hi vọng đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin bổ ích về bệnh lý này. Từ đó có những phương pháp phòng tránh bệnh, nhằm tránh các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thuyen-tac-tinh-mach-sau-ban-da-biet-gi/

Nội dung bài viết

1. Huyết khối tĩnh mạch sâu là gì?

2. Cơ chế hình thành và yếu tố nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch sâu

3. Thuyên tắc tĩnh mạch sâu thường gây triệu chứng gì?

4. Chẩn đoán thuyên tắc tĩnh mạch sâu

5. Điều trị thuyên tắc tĩnh mạch sâu

6. Dự phòng huyết khối tĩnh mạch như thế nào?

7. Biến chứng của thuyên tắc tĩnh mạch sâu là gì?

Ngày nay, thuyên tắc tĩnh mạch sâu được ghi nhận ngày càng nhiều. Việc điều trị đúng cách có thể ngăn cục máu đông tăng kích thước và vỡ ra gây biến chứng nguy hiểm như thuyên tắc phổi. Bài viết dưới đây sẽ cung cấp đầy đủ thông tin cần thiết về bệnh lý này.

Huyết khối tĩnh mạch sâu là tình trạng xuất hiện cục máu đông bên trong tĩnh mạch nằm sâu bên trong, không gần sát với da. Từ đó, huyết khối gây tắc nghẽn hoàn toàn hoặc một phần dòng máu trong lòng tĩnh mạch.

Thuyên tắc tĩnh mạch sâu gặp nhiều nhất ở tĩnh mạch chi dưới. Dù vậy, trường hợp thuyên tắc ở tay, cửa, lách, mạc treo đôi khi được ghi nhận.

Huyết khối tĩnh mạch tạo nên là do sự phối hợp của 3 yếu tố:

Ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch.

Rối loạn quá trình đông máu gây tăng đông.

Tổn thương thành mạch.

Ba yếu tố này hợp thành tam giác Virchow, là cơ sở cho xác định yếu tố nguy cơ.

Mới phẫu thuật lớn, đặc biệt là phẫu thuật chỉnh hình. Ví dụ như thay khớp háng, gãy xương đùi…

Chấn thương: cột sốt sống, tủy sống…

Bất động: do chính bệnh lý hoặc do chỉ định của bác sĩ. Ví dụ suy tim, đột quỵ…

Ung thư, đặc biệt là ung thư đang tiến triển.

Mang thai.

Điều trị hormone thay thế, hoặc thuốc tránh thai chứa estrogen.

Hội chứng thận hư.

Hội chứng kháng phospholipid.

Tiền sử thuyên tắc tĩnh mạch.

Thiếu hụt C

Thiếu hụt protein S

Đột biến yếu tố V Leyden

Đột biến gen Prothrombin

Thiếu hụt Antithrombin III

Thường bị ở 1 bên chân.

Đau khi sờ, tăng lên khi gấp mặt mu của bàn chân và cẳng chân.

Tăng nhiệt độ tại chỗ, nổi ban đỏ.

Tăng co cứng, giảm độ linh hoạt.

Giãn các tĩnh mạch nông: nổi chỉ xanh ngoằn ngoèo.

Tăng chu vi của bắp chân, đùi (trên 3 cm), phù mắt cá chân.

Lâm sàng thuyên tắc tĩnh mạch sâu đôi khi cũng biểu hiện tương tự như một số bệnh lý khác:

Viêm mô tế bào

Hay gặp ở người suy tĩnh mạch chi dưới, tắc mạch bạch huyết, loét chân do đái tháo đường.

Huyết khối tĩnh mạch nông chi dưới

Thường gặp sau tiêm truyền, hoặc ở người bị suy tĩnh mạch chi dưới.

Vỡ kén Baker

Sưng, đau đột ngột 1 bên bắp chân.

Tụ máu trong cơ

Thường gặp sau chấn thương, hoặc rối loạn đông máu do xơ gan, thuốc chống đông.

Phù do thuốc

Tác dụng phụ thuốc điều trị tăng huyết áp nhóm chẹn kênh canxi: amlodipin…

Chính vì thế, các triệu chứng lâm sàng có độ đặc hiệu không cao, không đủ tin cậy để ra quyết định chẩn đoán. Do vậy, các bác sĩ sẽ sử dụng các thang điểm để đánh giá nguy cơ bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu. Trên cơ sở đánh giá nguy cơ thuyên tắc, bác sĩ sẽ lựa chọn thăm dò cận lâm sàng để tiếp cận chẩn đoán.

Xét nghiệm D-dimer

Bệnh nhân nguy cơ thấp, D-dimer để loại trừ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. D- dimer có thể tăng trong một số bệnh lý như ung thư, nhiễm trùng, có thai, tuổi cao…

Siêu âm Doppler tĩnh mạch

Bệnh nhân có nguy cơ trung bình cao, siêu âm để chẩn đoán xác định. Siêu âm Doppler cũng là “tiêu chuẩn vàng” vì độ nhạy và đặc hiệu cao. Thăm dò này đơn giản, an toàn, có thể thực hiện nhiều lần. Tuy nhiên phụ thuộc vào người làm. Những kết luận bạn có thể thấy trên tờ giấy kết quả siêu âm bao gồm huyết khối lấp đầy lòng tĩnh mạch, làm tĩnh mạch ấn không xẹp hoặc chỉ xẹp 1 phần và/hoặc có hiện tượng khuyết màu trên siêu âm Doppler màu, phổ Doppler không thay đổi theo nhịp hô hấp.

Tiếp đó, bệnh nhân sẽ được chỉ định làm thêm các cận lâm sàng tầm soát nguyên nhân gây rối loạn đông máu di truyền trong các trường hợp sau:

Bệnh nhân dưới 50 tuổi, bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu tự phát không rõ căn nguyên

Huyết khối tĩnh mạch ở những vị trí không thường gặp: tĩnh mạch tạng, cửa, trong não

Huyết khối tĩnh mạch tái phát không rõ căn nguyên

Tiển sử gia đình bị thuyên tắc tĩnh mạch

Hoại tử da do thuốc chống đông loại kháng vitamin K

Xét nghiệm chuyên sâu cần làm gồm

Định lượng protein C, protein S, antithrombin III.

Tìm đột biến yếu tố V Leyden, đột biến gen prothrombin G2010A

Xét nghiệm tìm bệnh hệ thống, xét nghiệm tìm hội chứng kháng phospholipid.

Thời gian làm xét nghiệm Protein C, Protein S, Antithrombine III:

Trước khi điều trị kháng Vitamin K hoặc

Sau khi đã ngừng sử dụng kháng Vitamin K: ngừng tối thiểu 2 tuần

Tốt nhất là ngoài giai đoạn bị huyết khối cấp: sau 6 tuần.

Ở bệnh nhân thuyên tắc tĩnh mạch không rõ yếu tố thúc đẩy và chưa từng phát hiện ung thư, tùy vào triệu chứng lâm sàng gợi ý mà chỉ định các thăm dò chẩn đoán ung thư phù hợp.

Lâm sàng: sút cân, nổi hạch, ho máu, đại tiện phân máu, tiêu máu…

Thăm dò cận lâm sàng thường quy: X-quang tim phổi, siêu âm ổ bụng, phần phụ, xét nghiệm nước tiểu, chức năng gan thận, công thức máu, máu lắng…

Thăm dò cận lâm sàng mở rộng: Chụp cắt lớp vi tính ngực, bụng, soi dạ dày, đại tràng, xét nghiệm dấu ấn ung thư. Lưu ý: các dấu ấn ung thư không được chỉ định với mục đích sàng lọc ung thư.

Bao gồm:

Điều trị trong giai đoạn cấp: 0 – 10 ngày.

Giai đoạn duy trì: từ 10 ngày đến 3 tháng.

Giai đoạn duy trì kéo dài: điều trị mở rộng, sau 3 tháng.Thuốc chống đông là nền tảng trong điều trị thuyên tắc tĩnh mạch. Mục đích là dự phòng huyết khối lan rộng, tiến triển trong giai đoạn cấp và dự phòng tái phát.

Chỉ định điều trị:

Thuyên tắc tĩnh mạch sâu đoạn gần: tĩnh mạch khoeo, tĩnh mạch đùi, các tĩnh mạch chậu.

Huyết khối đoạn xa có triệu chứng: tĩnh mạch vùng cẳng chân.

Thuyên tắc đoạn xa không triệu chứng nhưng có nguy cơ lan rộng:

– Huyết khối không rõ yếu tố thúc đẩy.– D-dimer > 500 mg/mL.– Huyết khối xuất hiện ở nhiều tĩnh mạch với chiều dài > 5 cm, đường kính > 7 mm.– Ung thư đang hoạt động.– Tiền sử huyết khối tĩnh mạch.– Bất động kéo dài.

Có thể dùng thuốc chống đông ngay với những trường hợp xác suất lâm sàng cao  bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu trong lúc chờ chẩn đoán xác định.

Nên dùng sớm băng chun áp lực, tất áp lực y khoa độ II và duy trì ít nhất 2 năm.

Vận động sớm.

Đặt lưới lọc (Filter) tĩnh mạch chủ dưới với huyết khối tĩnh mạch đoạn gần có chống chỉ định dùng thuốc chống đông (mới phẫu thuật, chảy máu nội sọ, chảy máu tiến triển) hoặc huyết khối tĩnh mạch tái phát dù đã điều trị chống đông tối ưu.

Với huyết khối lớn cấp tính vùng chậu – đùi, có nguy cơ đe doạ hoại tử chi do chèn ép động mạch ở bệnh nhân tiên lượng sống > 1 năm: cân nhắc dùng thuốc tiêu sợi huyết đường toàn thân hoặc đường ống thông (nếu không có chống chỉ định) hoặc phẫu thuật lấy huyết khối.

Bệnh nhân có thể đi bộ, làm các công việc thường ngày.

Trường hợp bị sưng nhiều, đau: nghỉ ngơi, kê chân cao.

Các hoạt động thể thao nên hạn chế trong 10-14 ngày đầu sau thuyên tắc.

Bệnh nhân có thể tập thể dục tay, thân nếu thuyên tắc ở chân, và chân, thân nếu thuyên tắc ở tay.

Tránh đi máy bay trong những tuần lễ đầu sau thuyên tắc tĩnh mạch.

Thời gian điều trị chống đông:Ít nhất 3 tháng, phụ thuộc chủ yếu vào bệnh lý nền và yếu tố thúc đẩy, cân nhắc giữa nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch tái phát và nguy cơ chảy máu khi dùng thuốc chống đông:

Không nên dùng kéo dài quá 3 tháng trong trường hợp:

Yếu tố thúc đẩy tạm thời: sau phẫu thuật

Nguy cơ chảy máu cao

Nên điều trị kéo dài nếu:

Không rõ yếu tố thúc đẩy

Còn tồn tại yếu tố thúc đẩy: ung thư

Bệnh lý tăng đông bẩm sinh, di truyền: thiếu hụt protein C, protein S, antithrombin III, hội chứng kháng phospholipid

Sử dụng một số thang điểm đánh giá nguy cơ: PADUA, CAPRINI…

Đánh giá nguy cơ chảy máu: thang điểm IMPROVE và chống chỉ định của điều trị chống đông.

Cân nhắc lợi ích và nguy cơ của việc dự phòng bằng thuốc chống đông

Lựa chọn biện pháp dự phòng và thời gian dự phòng thích hợp.

Cho bệnh nhân vận động sớm.

Biện pháp cơ học như máy bơm hơi áp lực ngắt quãng, tất/băng chun áp lực y khoa:

Dùng cho những bệnh nhân nguy cơ chảy máu cao hoặc chống chỉ định dùng thuốc chống đông

Thuốc chống đông.

Huyết khối tĩnh mạch sâu có biến chứng cấp tính là thuyên tắc động mạch phổi với tỷ lệ tử vong cao, có biến chứng mạn tính là hội chứng hậu huyết khối.

Có tới 79% bệnh nhân thuyên tắc động mạch phổi cấp có biểu hiện của thuyên tắc tĩnh mạch sâu. Ngược lại, trên 50% bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu có biến chứng thuyên tắc động mạch phổi.

Thuyên tắc phổi cực kì nguy hiểm vì có thể đột ngột gây đau ngực, khó thở, tụt huyết áp, sốc rồi tử vong.

Đây là biến chứng hàng đầu với biểu hiện bệnh lý tĩnh mạch mạn tính (đau, phù, loạn dưỡng, loét), xuất hiện thứ phát sau khi bị thuyên tắc tĩnh mạch.

Điều trị hội chứng này gồm:

Nội khoa: Băng chun/tất áp lực y khoa phối hợp vận động phục hồi chức năng và thuốc trợ tĩnh mạch.

Can thiệp: Đặt stent tĩnh mạch vùng đùi, chậu trong trường hợp hẹp tĩnh mạch đùi – chậu hậu huyết khối.

Phẫu thuật: Ghép đoạn hoặc chuyển đoạn tĩnh mạch sâu, tạo hình van tĩnh mạch sâu mới.

Dù phải mất từ 3-6 tháng để giải quyết hoàn toàn cục máu đông nhưng thuyên tắc tĩnh mạch sâu luôn cần phải được điều trị triệt để nhằm tránh biến chứng nghiêm trọng như thuyên tắc phổi. Nếu bạn có yếu tố nguy cơ mắc bệnh lý này, nên đi khám sớm để được tư vấn và điều trị phù hợp.

Bác sĩ Trần Hoàng Nhật Linh

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thap-tim-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Thấp tim là gì?

Thấp tim phổ biến như thế nào?

Nguyên nhân nào gây ra bệnh thấp tim?

Ai có nguy cơ mắc bệnh thấp tim?

Các triệu chứng của bệnh thấp tim là gì?

Các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh thấp tim?

Điều trị bệnh thấp tim như thế nào?

Các biến chứng của bệnh thấp tim?

Bệnh thấp tim có thể ngăn ngừa được không?

Những điểm chính của bệnh

Bệnh thấp tim là tình trạng van tim bị tổn thương vĩnh viễn do bệnh sốt thấp khớp. Tổn thương van tim có thể bắt đầu ngay sau khi nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A không được điều trị hoặc điều trị không đúng cách. Bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô sẽ giúp bạn đọc hiểu rõ hơn về nguyên nhân, triệu chứng và cách điều trị của chứng bệnh này.

Thấp tim là thể bệnh chính của bệnhsốt thấp khớp. Đây là bệnh hệ thống gây ra bởi phản ứng tự miễn với tình trạng nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A.

Bệnh gây tổn thương nhiều cơ quan, đặc biệt là ở khớp xương, tim, thần kinh, mạch máu, da, tổ chức dưới da,… Trong đó, thấp tim có thể gây di chứng về sau, còn các tổn thương ở các hệ cơ quan khác đều hồi phục.

Bệnh có những đợt cấp tính, tái phát rồi ổn định sau khi để lại di chứng ở van tim. Vì thế, tùy theo diễn tiến của bệnh có những tổn thương nằm ở cơ quan nào và hiện đang diễn tiến đến giai đoạn nào mà gọi tên các thể bệnh cho phù hợp như: thấp khớp cấp, thấp khớp cấp tái phát, thấp tim cấp, thấp tim cấp tái phát, bệnh van tim hậu thấp,…

Tính chung trên toàn thế giới và đặc biệt tại các nước đang phát triển thì thấp tim vẫn còn là một vấn đề sức khỏe quan trọng. Mỗi năm khoảng 470.000 ca mới mắc và khoảng 233.000 ca tử vong do bệnh sốt thấp van tim hậu thấp.

Tần suất mắc trung bình là khoảng 19/100.000. Có khoảng 5-30 triệu trẻ em và người trẻ bị thấp tim mạn.

Tại Hoa Kỳ cũng như các nước phát triển khác, nhờ vào việc cải thiện điều kiện vệ sinh và việc sử dụng penicilline rộng rãi nên tần suất lưu hành rất thấp, từ 2-14/100.000.

Tại Việt Nam, tần suất bệnh thấp ở Hà Nội và một số tỉnh miền bắc từ 1961-1963 là 0,13-0,394%. Con số ghi nhận ở quận 1, TP. Hồ Chí Minh năm 1993 là 0,223%. Trong 10 năm (1992-2002) có 13.287 bệnh tim nhập viện. Trong đó, thấp tim cấp và các bệnh van tim hậu thấp chiếm 25,03% ở bệnh viện Nhi Đồng I và II.

Bệnh thấp tim gây ra bởi sốt thấp khớp. Sốt thấp khớp có thể ảnh hưởng đến nhiều mô liên kết, đặc biệt là ở tim, khớp, da hoặc thần kinh. Ở tim, các van tim có thể bị viêm và trở thành sẹo theo thời gian. Điều này có thể dẫn đến hẹp hoặc hở van tim, làm cho tim không hoạt động bình thường. Tình trạng này có thể mất nhiều năm để phát triển và có thể dẫn đến suy tim.

Nguyên nhân gây sốt thấp khớp chưa được làm rõ hoàn toàn. Tuy nhiên, người ta biết rằng muốn bệnh xảy ra thì cần có tình trạng nhiễm liên cầu khuẩn ở vùng hầu họng trên cơ địa dễ bị sốt thấp khớp. Ngoài ra, yếu tố môi trường như tập trung đông đúc, vệ sinh kém cũng góp phần dễ lây nhiễm sốt thấp khớp.

Bệnh thấp khớp cấp thường xảy ra ở trẻ nhỏ, trong khoảng từ 5 – 15 tuổi. Người trưởng thành cũng có thể bị nhưng hiếm. Các đợt phát thường ở tuổi thanh thiếu niên và người trẻ. Còn biểu hiện của bệnh van tim hậu thấp thường xảy ra muộn, từ khoảng 25 – 40 tuổi.

Nhiễm trùng liên cầu khuẩn không được điều trị hoặc điều trị không đúng cách có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh thấp tim. Các yếu tố ảnh hưởng đến độ nặng của bệnh là số lần tái phát. Ngoài ra còn có thời gian từ lúc bệnh khởi phát cho đến khi bắt đầu điều trị và giới tính (bệnh thường tiến triển nặng hơn trên bệnh nhân nữ).

Tiền sử nhiễm liên cầu khuẩn hoặc sốt thấp khớp gần đây là chìa khóa để chẩn đoán bệnh. Các triệu chứng của sốt thấp khớp khác nhau và thường bắt đầu từ 1 đến 6 tuần sau một đợt viêm họng do nhiễm liên cầu.

Triệu chứng này thường biểu hiện sớm nhất và thường gặp nhất của bệnh thấp tim.

Bệnh nhân thường viêm nhiều khớp, và có tính “di chuyển” viêm từ khớp này sang khớp khác. Các khớp viêm thường là khớp lớn như khớp gối, mắt cá, khủy tay, cổ tay.Viêm khớpthường bị nặng trên trẻ thiếu niên và người trẻ hơn là ở trẻ nhỏ.

Khớp viêm thường có sưng, nóng, đỏ và rất đau. Tuy nhiên, viêm khớp chỉ thoáng qua, thời gian viêm của mỗi khớp thường không kéo dài quá 2-3 tuần và không để lại di chứng.

Bệnh biểu hiện bởi các cử động không mục đích, yếu cơ, viết khó, nói khó không thành câu. Múa vờn thường xuất hiện trễ, thường sau khoảng 3-6 tháng kể từ lúc nhiễm liên cầu. Nó thường kéo dài cả vài tuần, vài tháng, có khi cả năm nhưng không để lại di chứng.

Là một biểu hiện hiếm gặp của bệnh sốt thấp khớp. Đây là những ban màu hồng mau bay, không ngứa, ở giữa nhạt màu hơn, có viền tròn xung quanh, thường thấy ở thân và tứ chi. Hồng ban không để lại di chứng.

Đó là những hạt tròn, chắc, di động dưới ra, không đau. Rất hiếm xảy ra. Thường tìm thấy ở chỗ xương nhô ra và có da mỏng như khủy tay, cổ tay, cổ chân, bàn chân, v.v.

Xảy ra trên 50-60% bệnh nhân bị sốt thấp khớp. Thường viêm toàn bộ tim, ảnh hưởng đến nội tâm mạc, cơ tim và màng ngoài tim với nhiều mức độ nặng nhẹ khác nhau.

Thường thì viêm tim không rầm rộ nhưng lại để lại di chứng sau này và triệu chứng liên quan đến tổn thương van tim có thể nhẹ và khó phát hiện.

Biểu hiện có thể bao gồm ho, khó thở, đau ngực, nặng ngực, đau ngực khi hít vào.

Sốt thường gặp nhất.

Đau khớp: Đau một hay nhiều khớp lớn mà không có dấu hiệu viêm như sưng, nóng, đỏ

Ho ra máu, đau bụng đôi khi có thể xảy ra.

Để chẩn đoán sốt thấp khớp và thấp tim, cần nhiều xét nghiệm kết hợp:

Để tìm những dấu hiệu nhiễm liên cầu khuẩn, cầnphết họng và cấy tìm liên cầu khuẩn tan huyết nhóm Ahoặc test nhanh tìm kháng nguyên Streptococci hoặc định lượng kháng thể kháng liên cầu khuẩn.

Đánh giá cơ thể có tình trạng viêm qua các thông số trênxét nghiệm máunhư: tốc độ lắng máu (VS) tăng, CRP tăng, bạch cầu tăng trong các giai đoạn cấp của bệnh có kèm viêm tim hay viêm nhiều khớp.

Điện tâm đồ (ECG):Thử nghiệm này ghi lại thời gian hoạt động điện của tim. Nó cho thấy nhịp điệu bất thường như loạn nhịp tim. Đôi khi, điện tâm đồ có thể phát hiện tổn thương cơ tim.

Siêu âm tim:Giúp phát hiện các tổn thương van tim, kích thước, chức năng thất trái và tràn dịch màng ngoài tim.

Chụp X-quang phổigiúp đánh giá bóng tim và tình trạng tuần hoàn phổi.

Xquang khớpbị viêm có thể cho thấy tràn dịch ít trong khớp. Phân tích dịch khớp thường cho thấy là dịch viêm vô trùng.

Việc điều trị phụ thuộc phần lớn vào mức độ tổn thương của van tim. Trong trường hợp nghiêm trọng, điều trị có thể bao gồm phẫu thuật để thay thế hoặc sửa chữa van bị hư hỏng nặng.

Cách điều trị tốt nhất là ngăn ngừa sốt thấp khớp. Thuốc kháng sinh thường có thể điều trị nhiễm trùng liên cầu và ngăn ngừa sốt thấp khớp phát triển. Thuốc chống viêm có thể được sử dụng để giảm viêm và giảm nguy cơ tổn thương tim. Các loại thuốc khác có thể cần thiết để kiểm soát suy tim.

Những người đã bị sốt thấp khớp thường được điều trị kháng sinh hàng ngày hoặc hàng tháng, có thể suốt đời. Điều này ngăn ngừa nhiễm trùng tái phát và giảm nguy cơ tổn thương tim thêm. Để giảm viêm, có thể dùng aspirin, steroid hoặc thuốc không steroid.

Một số biến chứng của bệnh bao gồm:

Suy tim:Điều này có thể xảy ra do van tim bị hẹp hoặc hở nghiêm trọng.

Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: Đây là tình trạng nhiễm trùng màng trong tim, và có thể xảy ra khi sốt thấp khớp đã làm hỏng van tim.

Các biến chứng của thai nghén và sinh nở do tổn thương tim: Phụ nữ bị bệnh này nên cần tư vấn trước khi mang thai.

Hở van tim: Cần được điều trị bằng phẫu thuật để thay hoặc sửa van tim.

Bệnh thấp tim có thể được ngăn ngừa bằng cách ngăn ngừa nhiễm trùng liên cầu khuẩn hoặc điều trị chúng bằng thuốc kháng sinh khi bệnh xảy ra. Điều quan trọng là phải uống thuốc kháng sinh theo chỉ định và hoàn thành chúng theo hướng dẫn, ngay cả khi người bệnh cảm thấy tốt hơn chỉ sau vài ngày điều trị.

Khi mắc bệnh, người bệnh cần tái khám định kì để kiểm tra tình trạng tim. Tùy thuộc vào mức độ tổn thương tim sẽ có thể có một số hạn chế hoạt động. Ngoài ra, bác sĩ có thể cho dùng thuốc kháng sinh trong thời gian dài để ngăn ngừa sốt thấp khớp tái phát.

Bệnh thấp tim là tình trạng van tim bị tổn thương vĩnh viễn do sốt thấp khớp.

Sốt thấp khớp là một bệnh viêm nhiễm có thể ảnh hưởng đến nhiều mô liên kết, đặc biệt là ở tim.

Nhiễm trùng liên cầu khuẩn không được điều trị hoặc điều trị không đúng cách làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Trẻ em bị nhiễm trùng liên cầu khuẩn nhiều lần có nguy cơ bị sốt thấp và thấp tim nhất.

Tiền sử nhiễm liên cầu khuẩn hoặc sốt thấp khớp gần đây là chìa khóa để chẩn đoán bệnh. Các triệu chứng của sốt thấp khớp khác nhau và thường bắt đầu từ 1 đến 6 tuần sau một đợt viêm họng.

Việc điều trị phụ thuộc vào mức độ tổn thương của van tim. Nó thậm chí có thể bao gồm phẫu thuật để thay thế hoặc sửa chữa van bị hư hỏng nặng.

Sốt thấp khớp là nguyên nhân gây rabệnh thấp tim.Vi vậy, cách điều trị tốt nhất là ngăn ngừa sốt thấp khớp bằng cách sử dụng thuốc kháng sinh đúng cách để điều trị nhiễm trùng liên cầu khuẩn.

Trên đây là những thông tin về bệnhthấp tim. Hy vọng bài viết này đã cung cấp những thông tin bổ ích về bệnh thấp tim. Từ đó, bạn đọc có những kế hoạch bảo vệ và chăm sóc sức khỏe bản thân, cũng như gia đình tốt hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-than-da-nang/

Nội dung bài viết

Bệnh thận đa nang là gì?

Nguyên nhân của bệnh thận đa nang là gì?

Biểu hiện của bệnh thận đa nang như thế nào?

Tại sao cần phát hiện sớm bệnh thận đa nang? Bệnh có nguy hiểm không?

Cần làm gì khi bạn phát hiện mình mắc bệnh thận đa nang?

Bệnh thận đa nang là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất dẫn đến suy thận giai đoạn cuối ở người lớn, tỷ lệ gặp trong cộng đồng khoảng 1/200 – 1/1.000 người. Vậy bệnh thận đa nang có biểu hiện như thế nào? Nguyên nhân của bệnh thận đa nang là gì? Phải làm gì khi phát hiện bệnh đa nang?

Bệnh thận đa nang là một bệnh lý di truyền, đặc trưng bởi sự xuất hiện của nhiều nang ở cả hai thận, có thể kết hợp với nang gan và các bất thường tim mạch, thường dẫn đếnsuy thậngiai đoạn cuối.

Bệnh có từ khi còn trong bào thai, có thể biểu hiện khi còn là trẻ em, nhưng đa số khởi phát bệnh thường là người lớn.

Nguyên nhân của bệnh là do biến đổi gen bất thường ở nhiễm sắc thể số 16, di truyền theo gen trội (di truyền theo gen lặn rất ít gặp).

Trong quá trình tiến triển của bệnh, các nang thận to lên, làm thận bị biến dạng, chèn ép nhu mô thận lành gây teo nhu mô thận.

Bệnh thườngkhông có triệu chứng, bạn sẽ “vô tình” phát hiện bệnh khi đi khám sức khỏe định kỳ, hoặc siêu âm ổ bụng vì lý do nào đó khác.

Siêu âm là phương tiện chẩn đoán phổ biến nhất. Bác sĩ có thể phát hiện các hình ảnh sau khi siêu âm cho người bệnh thận đa nang:

Hai thận to, có nhiều nang kích thước khác nhau ở các vùng của thận.

Có thể kèm theo nang ở gan (gặp ở 50% người bệnh).

Thường có yếu tố di truyền trong gia đình: bố mẹ, anh chị em ruột hoặc ông bà của người bệnh cũng phát hiện có nang thận, nang gan hoặc phình mạch máu não.

Bệnh thận đa nang thường diễn biến âm thầm, nhưng có khả năng dẫn đến các kết quả xấu, làm suy giảm sức khỏe của người bệnh và đẩy nhanh tốc độ tiến triển đến hậu quả cuối cùng là suy thận.

Đau ở vùng thận: Có thể đau mức độ vừa phải do các nang tăng kích thước; cũng có thể đau dữ dội cấp tính nếu có tình trạng chảy máu trong nang, tắc nghẽn đường tiết niệu do cục máu đông hoặc sỏi, hoặc nhiễm trùng nang.

Nhiễm trùng trong nang: Thường rất khó điều trị vì không may là hầu hết các kháng sinh hiện nay rất ít thấm vào nang, do đó, không tiêu diệt được vi khuẩn cư trú trong nang. Người bệnh thường sốt kéo dài, tăng cao nguy cơ bị nhiễm trùng vào trong máu.

Tăng huyết áp: Thường xảy ra sớm, gặp với tỷ lệ 13-20% người bệnh khi chưa có suy thận. Ở phụ nữ mang thai, bệnh cũng làm tăng nguy cơ tiền sản giật nguy hiểm.

Ung thư thận: Gần 50% số ca ung thư thận xảy ra ở người bệnh thận đa nang di truyền theo gen trội.

Suy thận: Tiến triển đến suy thận là hậu quả thường gặp nhất của bệnh. Tỷ lệ người bệnh duy trì được chức năng thận đến tuổi 50 là 78%, đến tuổi 70 là 50%. Suy thận giai đoạn cuối thường xảy ra ở tuổi trung bình là 50.

Việc phát hiện sớm, thay đổi lối sống và phương pháp điều trị có thể giúp giảm các tổn thương cho thận, giảm thiểu các biến chứng, kéo dài thời gian dẫn đến suy thận giai đoạn cuối, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Nếu không may mắn phát hiện mình bị bệnh thận đa nang, bạn không phải quá lo lắng, và cần làm tốt những điều sau:

Siêu âm kiểm tra định kỳ 3 – 6 tháng/lần cho bản thân và những người trong gia đình để đánh giá các thay đổi của nang thận. Ngoài ra, bạn cũng cần làm các xét nghiệm đánh giá chức năng thận, xét nghiệm nước tiểu định kỳ.

Đi khám ngay khi có các biểu hiện bất thường: Đái ra máu; đau tức vùng hố thắt lưng hai bên có/không có kèm theo sốt; tăng huyết áp; đái ít hoặc phù…

Thường xuyên đo huyết áp, nếu có tăng huyết áp, bạn phải kiểm soát thật tốt huyết áp theo hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa.

Điều trị tích cực khi bị nhiễm trùng đường tiết niệu.

Điều chỉnh lối sống hàng ngày:

Tăng uống nước 3 – 3,5 lít/ngày.

Hạn chế lượng muối ăn vào ở 5 – 7 gam/ngày. Ăn thêm nhiều rau quả.

Bạn nên bỏ thuốc lá. Bạn vẫn có thể uống café, nhưng không nên quá nhiều (không quá 3 – 4 cốc/ngày).

Tăng cường tập vận động và thể lực. Giữ cân nặng ở mức vừa phải.

Ngoài ra, bạn cũng cần khảo sát định kỳ các tổn thương thường đi kèm thận đa nang: Phình mạch máu não (dễ có nguy cơ vỡ gây chảy máu não); nang gan, bất thường van tim…

Trường hợp muốn có con, bạn nên hỏi tư vấn của bác sĩ để đánh giá tỷ lệ truyền bệnh cho con bạn và có biện pháp hợp lý.

Theo nhiều nghiên cứu gần đây, làm tốt các điều trên sẽ giúp giảm có ý nghĩa tiến triển đến suy thận của bệnh, người bệnh vẫn có thể có cuộc sống thoải mái và có chất lượng tốt.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/than-u-nuoc/

Nội dung bài viết

Thận ứ nước là gì?

Những ai thường mắc bệnh?

Nguyên nhân

Dấu hiệu

Phân độ

Bệnh có nguy hiểm không?

Khi nào bạn cần gặp bác sĩ?

Điều trị thận ứ nước như thế nào?

Ưu điểm của phương pháp phẫu thuật nội soi điều trị bệnh thận ứ nước

Cách phòng ngừa

Bệnh lý thận ứ nước là hậu quả của việc tắc đường dẫn nước tiểu trong hoặc ngoài thận. Nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh có thể gây ra những biến chứng rất nguy hiểm. Bệnh có thể gây suy giảm chức năng của thận và làm tổn thương cấu trúc tế bào thận. Để hiểu rõ hơn về bệnh và cách điều trị, mời các bạn hãy cùng ThS.BS Vũ Thành Đô tìm hiểu những thông tin hữu ích trong bài viết dưới đây nhé!

Thận ứ nước (tiếng Anh:Hydronephrosis) là 1 dạng tổn thương của thận biểu hiện ở việc thận bị giãn nở hoặc sưng to lên do nước tiểu bị ứ đọng, tắc nghẽn lại bên trong. Tình trạng này có thể xảy ra chỉ ở một bên thận hoặc ở cả hai bên.

Nó gây tổn thương cấu trúc tế bào và suy giảm chức năng thận. Các tổn thương này có thể giảm thiểu nếu giải quyết sớm. Tuy nhiên, nếu tình trạng ứ nước kéo dài đến vài tuần hoặc vài tháng thì có khả năng gây ra các triệu chứng trầm trọng hơn, trở thành thận ứ nước mãn tính (hai quả thận đều bị ảnh hưởng dẫn đến suy thận).

Thận ứ nước có thể xảy ra ở bất cứ ai, ở bất cứ độ tuổi nào, bao gồm cả trẻ em và người lớn. Có thể hạn chế khả năng mắc bệnh bằng cách giảm thiểu các yếu tố nguy cơ.

Những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh thận ứ nước bao gồm:

Giới tính: Nam giới có nguy cơ mắc bệnh cao hơn so với nữ giới.

Những người đang mắc bệnhsỏi thận, ung thư tử cung,phì đại tuyến tiền liệt…

Phụ nữ bị ung thư cổ tử cung hoặc những người đang mang thai có nguy cơ cao mắc bệnh thận ứ nước.

Nguyên nhân thận ứ nước là do tắc nghẽn ở bất cứ phần nào của đường tiết niệu.

Đối với trẻ em, sự tắc nghẽn thường là do bị hẹp niệu đạo (niệu đạo là ống lấy nước tiểu từ bàng quang ra ngoài cơ thể) hoặc do thu hẹp lỗ niệu đạo (là các ống mang nước tiểu từ thận đến bàng quang).

Đối với người lớn, nguyên nhân thường liên quan đến các các bệnh lý sẵn có như: sỏi thận (gây tắc nghẽn niệu đạo), trào ngược bàng quang, phì đại tuyến tiền liệt, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư bàng quang, tử cung, buồng trứng và đại tràng.

Sỏi thận được xem là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây thận ứ nước. Sỏi thận gây tắc nghẽn niệu quản. Nếu là sỏi nhỏ thì nó di chuyển từ thận xuống bàng quang dễ dàng. Nhưng nếu sỏi quá to sẽ gây tắc nghẽn niệu quản khiến nước tiểu ứ lại ở chỗ tắc. Trong khi đó, thận vẫn tiếp tục lọc ra nước tiểu mà niệu quản bị tắc, không thông xuống được bàng quang nên thận bị ứ nước, phình to.

Mặt khác, nếu niệu đạo hẹp do viêm nhiễm hay do vết mổ lấy sỏi thận trước đó thì cũng có thể gây tắc nghẽn làm thận bị ứ nước.Ung thư bàng quang, sỏi bàng quang, co cổ bàng quang bất thường cũng gây tắc nghẽn lối nước tiểu từ quàng quang đến niệu đạo. Kết quả là nước tiểu ứ đọng lại từ bàng quang, khiến thận bị ứ nước.

Nếu ở bên ngoài đường tiết niệu người bệnh có các khối u chèn ép niệu quản thì cũng có khả năng ngăn chặn dòng chảy của nước tiểu. Do đó, các bệnh như ung thư cổ tử cung, ung thư tuyến tiền liệt, sa tử cung, đa xơ cứng, phụ nữ mang thai, rối loạn chức năng bàng quang do u não… đều có thể là nguyên nhân gây ứ nước ở thận.

Ngoài ra, nó cũng có thể do tác động ngoại thể từ thói quen ăn uống, sinh hoạt không tốt, không lành mạnh như uống nhiều rượu bia, ngủ nghỉ không đủ giấc hoặc lạm dụng thuốc bổ thận quá đà.

Đau vùng thắt lưng hoặc đau bụng.

Đau khởi phát từ phần hông lưng hoặc sườn lưng và lan tới háng.

Kèm theo nôn, buồn nôn và bị vã mồ hôi.

Đau từng cơn, đau nhiều khiến người bệnh quằn quại hoặc gập người lại vì đau.

Có thể đi tiểu ra máu, tiểu buốt gắt.

Thận giãn to dần dần trong thời gian dài và có thể không có bất kỳ triệu chứng nào.

Khi có các khối u ở xương chậu hoặc bàng quang gây chèn ép thì khối u có thể phát triển âm thầm và gây ra những triệu chứng suy thận như: mệt mỏi, buồn nôn và nôn, rối loạn các chất điện giải natri, kali, canxi, bị rối loạn nhịp tim.

Xét nghiệm nước tiểu có thể phát hiện máu, vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hay các tế bào ung thư.

Chụp cắt lớp thấy thận bị ứ nước và thấy sỏi.

Siêu âm thấy thận bị ứ nước. Các đài bể thận giãn to, biến dạng thận to.

Thận ứ nước giai đoạn 1: Cấp độ 1 là cấp độ nhẹ nhất. Độ 1 mới ở giai đoạn nhẹ nên chưa cần điều trị mà chỉ cần theo dõi, kiểm tra 3 tháng/lần. Dựa vào kết quả kiểm tra theo dõi, bác sĩ sẽ đánh giá chức năng của thận và phân tích nước tiểu hoặc dấu hiệu của bệnh để đưa ra những cách điều trị phù hợp.

Thận ứ nước giai đoạn 2: Khi chuyển sang cấp độ 2, những dấu hiệu như cầu thận giãn 10 – 15 mm có thể xuất hiện. Người bệnh thường có những triệu chứng đau mạn sườn và hông cả ngày. Có thể kèm theo tình trạng đi tiểu liên tục gấp 1,5 – 2 lần so với bình thường.

Giai đoạn 3: Thận ứ nước ở cấp độ 3 là giai đoạn nặng. Độ giãn của cầu thận đã vượt quá kích thước 15 mm. Đài thận và bể thận bị giãn nở thành nang lớn. Điều này khiến bác sĩ rất khó nhận biết được bể thận với đài thận trên ảnh chụp CT. Người bệnh thường có những biểu hiện mệt mỏi do cơ thể bị tích nước quá nhiều. Cần điều trị ngay để tránh xảy ra những biến chứng nguy hiểm tới tính mạng.

Thận ứ nước giai đoạn 4: Đây là tình trạng thận ứ nước giai đoạn cuối (nặng nhất). Thận đã bị tổn thương tới 75 – 90%. Người bệnh thường có những triệu chứng như mặt mũi và tay chân sưng phù, tiểu tiện ra máu, cần phải mổ gấp.

Như đã biết, thận có vai trò quan trọng đối với cơ thể người. Mỗi khi thận bị tổn thương sẽ kèm theo những triệu chứng khác ảnh hưởng đến sức khoẻ. Thận ứ nước là tình trạng bị tổn thương gây sưng, phù nề và dãn ra. Nó có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm nếu không được điều trị kịp thời.

Mức độ nguy hiểm của bệnh thận ứ nước còn tuỳ thuộc vào tình trạng tắc nghẽn. Nếu như bệnh ở cấp độ 1, mức độ nguy hiểm và tổn thương ở thận hoàn toàn cải thiện được, chưa nguy hiểm đến sức khoẻ. Tuy nhiên nếu không trị từ giai đoạn đầu, bệnh sẽ nhanh chóng tiến triển sang độ 3 rồi 4. Khi đó, mức độ tổn thương sẽ lên đến 75 – 90%, kèm theo những biến chứng nguy hiểm như:

Người bệnh sẽ bịtăng huyết ápđột ngột do tình trạng điều hoà khí huyết không ổn định.

Khi chức năng thận bị suy giảm do ứ nước, các chất thải cặn bã không được vận chuyển ra khỏi cơ thể. Lâu ngày, chúng đọng lại trong thận gâysỏi thận,suy thận.

Nhiễm trùng thận gây ra bởi những tổn thương ở thành và vỏ thận. Vi khuẩn dễ dàng xâm nhập vào thận dẫn đến nhiễm trùng.

Khi thận bị ứ nước quá to, vách thận không chịu nổi áp lực sẽ dẫn đến tình trạng vỡ thận. Biến chứng này rất nguy hiểm cho tính mạng của người bệnh.

Đến gặp bác sĩ nếu bạn bị đau bụng vùng hông hoặc có máu trong nước tiểu. Bạn cũng nên liên hệ ngay với bác sĩ nếu nhìn thấy nước tiểu rơi thành từng giọt (không thành dòng) trong lúc đi tiểu hoặc bạn không thể tiểu tiện. Cơ địa và tình trạng bệnh lý có thể khác nhau ở nhiều người. Hãy luôn thảo luận với bác sĩ để được chẩn đoán, điều trị và xử lý tốt nhất.

Ung thư thận cũng là một bệnh lý nguy hiểm cần được quan tâm.Tìm hiểu thêm trong bài viết:Ung thư thận: Những thông tin bạn cần biết.

Điều trị chủ yếu theo nguyên nhân. Trước tiên, cần phải xác định nguyên nhân gây bệnh và giải quyết tắc nghẽn càng sớm càng tốt. Điều này giúp thận mau chóng hồi phục. Những trường hợp thận ứ nước nặng hoặc có nhiễm khuẩn phải được chuyển lưu nước tiểu trước. Sau đó mới đánh giá lại chức năng thận trước khi quyết định phẫu thuật cắt bỏ thận.

Đối với các bệnh nhân bị hẹp khúc nối bể thận niệu quản, tùy theo mức độ tắc nghẽn mà có phương pháp điều trị thích hợp. Nếu thận ứ nước nhẹ, chức năng của thận chưa thay đổi nhiều thì hướng điều trị thường là điều trị bảo tồn không phẫu thuật. Tuy nhiên, cần phải thường xuyên theo dõi tình trạng bệnh.

Khi thận ứ nước nhiều, chức năng suy giảm đáng kể thì cần chỉ định thực hiện phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi là một trong những phương pháp điều trị hẹp khúc nối bể thận – niệu quản tốt nhất hiện nay.

Sỏi tiết niệu gồm sỏi niệu quản và sỏi bể thận – đài thận là nguyên nhân thường gặp nhất gây thận ứ nước. Đối với sỏi nhỏ, thận không ứ nước hoặc ứ nước nhẹ có thể điều trị nội khoa bằng thuốc. Nếu sỏi lớn hoặc có triệu chứng gây đau nhiều vùng hông lưng, đáp ứng kém với thuốc giảm đau hoặc chức năng của thận bị suy giảm thì cần phải phẫu thuật.

Các phương pháp phẫu thuật sỏi niệu có thể áp dụng tùy vào đặc điểm sỏi bao gồm: tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi niệu quản tán sỏi laser, nội soi tán sỏi thận qua da hoặc phẫu thuật nội soi lấy sỏi.

Ngày nay, hầu hết các bệnh nhân sẽ được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn (gồm nội soi trong đường tiết niệu và phẫu thuật nội soi ổ bụng hoặc ngoài phúc mạc). Sau đây là một số ưu điểm của phương pháp phẫu thuật so với phương pháp mổ hở truyền thống:

Không có vết mổ hoặc vết mổ nhỏ.

Mất máu ít.

Đau ít.

Ít tổn thương các tạng trong ổ bụng.

Thời gian hồi phục nhanh.

Thời gian nằm viện được giảm xuống.

Chi phí điều trị hợp lý.

Khi tìm ra nguyên nhân gây bệnh, ban có thể phòng tránh bằng cách:

Đối với người bị sỏi thận thì nên uống nhiều nước mỗi ngày để có thể loại bỏ sỏi.

Đối với trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu: chung thủy một vợ một chồng, không quan hệ tình dục bừa bãi, thường xuyên vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục trước và sau khi quan hệ tình dục, không tắm rửa hoặc ngâm mình trong vùng bị ô nhiễm như ao, hồ. Phụ nữ nên giữ gìn vệ sinh vùng kín đúng cách. Chỉ nên lau rửa vùng kín từ trước ra sau chứ không nên lau rửa từ sau về trước… để phòng tránh nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng, làm hẹp đường tiết niệu và là nguyên nhân gây thận bị ứ nước.

Nếu bạn có các dấu hiệu, triệu chứng hay thắc mắc về bệnh thì hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn cũng như điều trị đúng lúc và kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/thuy-dau-boi-nhiem/

Nội dung bài viết

Tổng quan về thủy đậu bội nhiễm

Nguyên nhân thủy đậu bội nhiễm

Triệu chứng thủy đậu bội nhiễm

Điều trị, xử lý tại nhà nốt đậu bị bội nhiễm

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán thủy đậu bội nhiễm

Điều trị thủy đậu bội nhiễm

Cách phòng ngừa thủy đậu bội nhiễm

Thủy đậu đơn thuần là một bệnh tương đối lành tính, nhưng thủy đậu bội nhiễm được xem là một vấn đề đáng lo ngại bởi có thể gây ra rất nhiều biến chứng sức khoẻ nguy hiểm. Hiện nay, vắc-xin thủy đậu đang là phương pháp phòng ngừa hiệu quả nhất. Vậy để hiểu rõ hơn về thủy đậu bội nhiễm cũng như cách phòng ngừa, điều trị cơ bản của căn bệnh này hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Đặng Văn Trị tìm hiểu qua bài viết sau.

Thủy đậunhư chúng ta biết là một bệnh lành tính, gây ra bởivaricella zoster virus(VZV). Bệnh có thể tự khỏi sau một thời gian khoảng 5 – 10 ngày và thường không nguy hiểm đến tính mạng. Tuy nhiên nếu không theo dõi và điều trị kịp thời, một số trường hợp có thể để lại những biến chứng phức tạp và có thể dẫn đến tử vong. Nhờ chương trình chủng ngừa, số ca tử vong do thủy đậu đã giảm rất nhiều trong những năm gần đây.

Bội nhiễm là một biến chứng của thủy đậu. Chính vì vậy, nhiều người thường gọi là thủy đậu bội nhiễm.

Đối với người lớn khỏe mạnh, biến chứng thủy đậu ít khi xảy ra, trừ bội nhiễm da. Những đối tượng có nguy cơ cao xuất hiện biến chứng bao gồm: trẻ em, người già, phụ nữ mang thai, những người bị suy giảm miễn dịch do bệnh nền có sẵn hoặc do sử dụng thuốc như người mắcHIV/AIDS, ung thư, bệnh nhân ghéptế bào gốc, sử dụng thuốc ức chế miễn dịch kéo dài,…1

Đối với nhóm đối tượng này, khả năng xuất hiện biến chứng của bệnh nhiều hơn (30 – 50%), thời gian hồi phục kéo dài hơn (gấp 3 lần so với cơ địa bình thường) và có một tỷ lệ tử vong do biến chứng đáng kể (khoảng 15%) nếu không điều trị tích cực.2

Cụ thể tình trạng mắc biến chứng thủy đậu ở từng đối tượng:3

Những người bị suy giảm miễn dịch mắc thủy đậu có nguy cơ tổn thương nội tạng lan tỏa (nhiễm VZV các cơ quan nội tạng) dẫn đếnviêm phổi, viêm gan,viêm nãovà rối loạn đông máu nội mạch lan tỏa.

Bệnh nhân có thể bị phát ban thủy đậu không điển hình với nhiều tổn thương và bệnh kéo dài hơn. Cácmụn nướcmới có thể tiếp tục phát triển trong hơn 7 ngày, có thể xuất hiện ở lòng bàn tay và lòng bàn chân, đôi khi kèm theo xuất huyết.

Trẻ em nhiễm HIV có xu hướng phát ban không điển hình với các vết thương mới xuất hiện trong vài tuần hoặc vài tháng. Các tổn thương ban đầu có thể là mụn nước, dát sẩn điển hình nhưng sau đó có thể phát triển thành các vết loét không lành, hoại tử, đóng vảy và dày sừng. Thường gặp ở trẻ em nhiễm HIV có số lượng tế bào CD4 thấp.

Tỷ lệ biến chứng thấp hơn ở trẻ em nhiễm HIV đang điều trị bằng thuốc kháng virus hoặc những người nhiễm HIV có số lượng CD4 cao tại thời điểm nhiễm VZV. Viêm võng mạc có thể xảy ra ở trẻ em và thanh thiếu niên nhiễm HIV.

Hầu hết người lớn đã từng bị thủy đậu lúc nhỏ và có kháng thể với VZV, kể cả những người nhiễm HIV. Do đó, khả năng mắc bệnh thủy đậu tương đối thấp ở người lớn nhiễm HIV.

Phụ nữ mang thai mắc bệnh thủy đậu có nguy cơ xuất hiện các biến chứng nghiêm trọng, chủ yếu là viêm phổi. Một số trường hợp có thể dẫn đến tử vong.

Nếu phụ nữ mang thai bị thủy đậu trong tam cá nguyệt đầu tiên hoặc đầu tam cá nguyệt thứ hai, con của họ có nguy cơ sinh ra mắc hội chứng thủy đậu bẩm sinh (0,4% – 2%). Em bé sinh ra có thể bất thường ở đa cơ quan như hệ thần kinh (trẻ chậm phát triển trí tuệ,tật đầu nhỏ), ảnh hưởng mắt (teo dây thần kinh thị giác,đục thủy tinh thể, viêm màng võng mạc, tật nhãn cầu nhỏ, rung giật nhãn cầu),  gây dị tật, yếu liệt tứ chi…

Nếu một phụ nữ bị phát ban thủy đậu trong vòng 5 ngày trước khi chuyển dạ cho đến 2 ngày sau khi sinh, trẻ sơ sinh có nguy cơ mắc thủy đậu hơn 50%. Trước đây, tỷ lệ tử vong do thủy đậu ở trẻ sơ sinh được báo cáo là khoảng 30%, nhưng sau khi globulin miễn dịch được ra đời và sự chăm sóc hỗ trợ tích cực từ các nhân viên y tế đã giảm tỷ lệ tử vong xuống khoảng 7%.3

Tùy theo độ tuổi mà biến chứng thủy đậu có thể khác nhau:1

Đối với trẻ em là biến chứngnhiễm trùng davà mô mềm.

Đối với người lớn là biến chứng viêm phổi.

Biến chứng của bệnh thủy đậu cũng có thể được chia thành 2 nhóm theo ngày bệnh, biến chứng sớm và biến chứng muộn.2

Biến chứng sớm bao gồm nhiễm trùng da và mô mềm, viêm phổi, nhiễm trùng huyết, múa vờn, viêm não – màng não, viêm gan,hội chứng Reye. Cụ thể:4

Viêm phổi diễn ra khoảng 1/400 người lớn mắc thủy đậu. Nó hiếm diễn ra trên trẻ em có hệ thống miễn dịch bình thường. Các triệu chứng bao gồmhora máu,sốtcao và khó thở.

Viêm màng não – viêm não chỉ chiếm 1-2 trường hợp trên 1000 bệnh nhân mắc thủy đậu, có thể gặp ở cả trẻ em và người lớn. Đây là nguyên nhân gây tình trạng đi không vững,đau đầu,hôn mê, co giật, mất tỉnh táo, và biến chứng này có thể đe dọa đến tính mạng.

Hội chứng Reye rất hiếm nhưng đây là biến chứng rất nặng, thường xuất hiện ở những người nhỏ hơn 18 tuổi mà trước đó có sử dụngthuốc aspirin. Hội chứng Reye diễn ra thường 3 – 8 ngày sau khi ban da xuất hiện, ảnh hưởng đếngan,nãovà có thể dẫn đến tử vong. Bởi vì nguyên nhân này mà aspirin không được sử dụng trong thủy đậu.

Biến chứng muộn gồmhội chứng Guillain – Barré,bệnh Zonavới biến chứng đau, viêm não – màng não, viêm da, viêm võng mạc, viêm phổi.

Bội nhiễm hay nhiễm trùng da và mô mềm là biến chứng hay gặp nhất, thường xảy ra sau khi bệnh nhân gãi làm bóng nước bị vỡ. Tỷ lệ nhiễm trùng thứ phát ở trẻ em suy giảm miễn dịch nhập viện vì bệnh thủy đậu là 20%.5

Sau khi bệnh nhân gãi làm bóng nước bị vỡ, lúc này những vi khuẩn như: liên cầu khuẩn nhóm A (GAS), tụ cầu sẽ xâm nhập vào cơ thể thông qua những sang thương này.1

Liên cầu khuẩn nhóm A có thể gây ra nhiều nhiễm trùng khác nhau. Một số biến chứng thường gặp, triệu chứng thường nhẹ nhưđau họng. Một số biến chứng khác ít gặp hơn, nhưng thường nghiêm trọng và có thể dẫn đến tử vong nhưviêm mô tế bào,hội chứng sốc nhiễm độc(TSS) do liên cầu.6

Cách để bảo vệ cơ thể khỏi liên cầu khuẩn nhóm A là giữ sạch cơ thể bằng cách rửa tay thường xuyên.

Nhiều tác giả đã đưa ra lời giải thích về xu hướng gia tăng nhiễm liên cầu và tụ cầu sau khi nhiễm VZV, có lẽ do môi trường mụn nước đã tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển. Đồng thời, các tổn thương này gặp nhiều hơn ở trẻ em vì kháng thể bảo vệ cơ thể ở trẻ chưa phát triển đủ.7

Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác ghi nhận là không có sự khác biệt nào giữa những người mắc thủy đậu có bội nhiễm so với nhóm người mắc thủy đậu không bội nhiễm về tuổi, thời gian khởi bệnh cũng như số ngày nằm viện.5

Thủy đậu nếu đến giai đoạn bội nhiễm thì sẽ có các triệu chứng sau:

Sốt cao đột ngột có thể kèm lạnh run.

Vùng tổn thương ửng đỏ, tăng kích thước từ từ, đau, sờ nóng.

Vùng da bội nhiễm có thể tiết dịch màu vàng, có mủ,…

Vết thương vỡ có thể lở loét, dẫn đến hoại tử nếu không vệ sinh sạch.

Nếu để lâu, vi khuẩn vào trong máu, có thể để lại các biến chứng nặng nề như viêm não, viêm màng não…, biến chứng nguy hiểm này có thể gây tử vong nếu không được thăm khám và chữa trị kịp thời.

Ngoài ra, có thể gặp viêm mô tế bào, viêm hạch ngoại biên,mụn nhọt.

Thủy đậu bội nhiễm có thời gian hồi phục lâu hơn, do hệ miễn dịch của cơ thể kém và do không chăm sóc da cẩn thận. Chính vì vậy, các vùng tổn thương của thủy đậu bội nhiễm có thể sẽ để lại sẹo, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Theo Bộ Y tế (2019), thủy đậu không có biến chứng nặng thì người bệnh có thể điều trị ngoại trú nếu người bệnh là cơ địa bình thường và họ có thể đảm bảo cách ly tại nhà.

Tuy nhiên, khi các biến chứng phát triển, bác sĩ sẽ cần xác định phương pháp điều trị thích hợp và bạn có thể phải nhập viện. Bác sĩ có thể kê toa thuốc kháng sinh cho các bệnh nhiễm trùng da và viêm phổi, thuốc kháng virus với viêm não.

Đối với các nốt thủy đậu, bạn cần đảm bảo làm sạch da bằng xà phòng hoặc bôithuốc xanh methylenevới những nốt chưa vỡ, cắt ngắn, vệ sinh móng tay và tránh gãi vào những bóng nước chưa vỡ.

Nếu bạn vô tình làm xước vết phồng rộp, hãy rửa tay bằng xà phòng và nước trong ít nhất 20 giây.8Còn đối với những nốt thủy đậu bội nhiễm, bạn cần được thăm khám bởi bác sĩ để được tư vấn phương pháp điều trị, sử dụngkháng sinhkhi cần.2

Gọi cho bác sĩ của bạn ngay nếu:8

Nhỏ hơn 1 tuổi.

Lớn hơn 12 tuổi.

Suy giảm miễn dịch.

Có thai.

Sốt kéo dài > 4 ngày.

Sốt > 38,9 °C.

Bất kì khu vực ban hay phần nào của cơ thể trở nên đỏ, nóng hoặc sờ mềm, dịch tiết đổi màu hay chảy mủ. Những triệu chứng này có thể cho thấy nhiễm trùng do vi khuẩn.

Khó đánh thức hoặc thay đổi hành vi.

Khó đi lại.

Cứng cổ.

Nôn thường xuyên.

Nặng ngực, khó thở.

Ho nhiều.

Đau bụng nhiều.

Ban chảy máu hoặc bầm tím.

Hiện nay, bệnh thủy đậu vẫn chưa có thuốc đặc trị, các phương pháp điều trị hiện tại chủ yếu có tác dụng hỗ trợ và phòng ngừa các biến chứng do bệnh thủy đậu gây ra.

Việc chẩn đoán thủy đậu bội nhiễm sẽ dựa trên các triệu chứng và tình trạng sức khỏe, nguy cơ mắc biến chứng của bệnh nhân.

Điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân gây nhiễm trùng và mức độ nghiêm trọng.

Khi bị nhiễm trùng do vi khuẩn, người bệnh thường được điều trị bằng thuốc kháng sinh bôi trực tiếp lên da hoặc bằng thuốc kháng sinh uống. Nếu chủng vi khuẩn có khả năng kháng thuốc, việc điều trị nhiễm trùng có thể cần dùng kháng sinh tiêm tĩnh mạch tại bệnh viện. Thuốc kháng sinh cần có chỉ định của bác sĩ.

Ngoài ra, vì nguyên nhân chính dẫn đến thủy đậu bội nhiễm là do vi khuẩn xâm nhập vào các mụn nước. Vì vậy, người bị thủy đậu chăm sóc mụn nước là rất quan trọng. Đồng thời, vẫn tiếp tục các phương pháp hỗ trợ trị bệnh như những bệnh nhân thủy đậu thông thường.

Sát khuẩn da để tiêu diệt vi khuẩn, giảm tình trạng bội nhiễm ở những vùng da chưa bị vỡ, loét.

Kem dưỡng da calamine và tắm nước mát có pha thêmbaking soda, bột làm từyến mạchchưa nấu chín hoặc bột yến mạch dạng keo có thể giúp giảm ngứa.

Sử dụngkem dưỡng ẩmđể giảmngứa davà đẩy nhanh quá trình tái tạo da, thường được dùng khi mụn nước đã khô lại.

Giữ vệ sinh da những vùng chưa bị bội nhiễm bằng cách dùng thuốc tím, dung dịch xanh methylen để chấm lên vết loét.

Mặc quần áo sạch, thoáng mát.

Cắt ngắn móng tay để tránh gãi, gây vỡ các nốt “đậu”, ngăn virus lây lan sang người khác và giúp ngăn ngừa nhiễm trùng da.

Nếu bạn vô tình làm xước vết phồng rộp, hãy rửa tay bằng xà phòng và nước trong ít nhất 20 giây.

Paracetamolđể giảm đau, hạ sốt, giảm khó chịu.

Thuốc kháng histaminđể giảm ngứa.

Không dùng aspirin hoặc các sản phẩm chứa aspirin để giảm sốt do thủy đậu. Vì dùng aspirin có liên quan đến hội chứng Reye.

Hội Nhi khoa Mỹ khuyến cáo tránh điều trịibuprofennếu có thể bởi vì nó liên quan đến nhiễm trùng da đe dọa tính mạng.

Đối với những người có nguy cơ cao bị biến chứng do thủy đậu, bác sĩ đôi khi kê đơn thuốc để rút ngắn thời gian nhiễm trùng và giúp giảm nguy cơ biến chứng.9

Hội Nhi khoa Hoa Kỳ khuyến cáo rằng đối với nhóm có nguy cơ mắc thủy đậu từ trung bình đến nặng nên được xem xét điều trịthuốc acyclovirhoặc valacyclovir đường uống. Nhóm nguy cơ cao này gồm:9

Người khỏe mạnh trên 12 tuổi.

Những người bị rối loạn da hoặc phổi mãn tính.

Những người được điều trị bằng salicylate dài hạn.

Những người điều trị các liệu trìnhcorticoidsngắn, ngắt quãng hoặc khí dung.

Để có lợi ích tối đa, liệu pháp acyclovir đường uống hoặc valacyclovir nên được dùng trong vòng 24 giờ đầu tiên sau khi bắt đầu phát ban thủy đậu. Tuy nhiên, với những trường hợp trẻ em khỏe mạnh mắc thủy đậu điển hình mà không biến chứng thì không khuyến cáo sử dụng acyclovir hoặc valacyclovir.

Acyclovir là một loại thuốc được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ phân nhóm B, có thể sử dụng trong thai kỳ. Một số chuyên gia khuyên dùng acyclovir đường uống hoặc valacyclovir cho phụ nữ mang thai bị thủy đậu, đặc biệt là trong tam cá nguyệt thứ hai và thứ ba.

Thuốc acyclovir truyền tĩnh mạch được khuyến cáo cho phụ nữ mang thai với các biến chứng nghiêm trọng liên quan đến bệnh thủy đậu, chẳng hạn như viêm phổi. Liệu pháp acyclovir tiêm tĩnh mạch được khuyến cáo cho người mắc thủy đậu có biến chứng nặng (viêm phổi, viêm não, giảm tiểu cầu, viêm gan nặng), kể cả phụ nữ đang mang thai.9

Thuốc cũng được sử dụng ở bệnh nhân mắc thủy đậu có tình trạng suy giảm miễn dịch trước đó. Phụ nữ tiếp xúc với virus thủy đậu trong thời kỳ mang thai có khả năng sinh ra những đứa trẻ dị tật như sinh trưởng chậm, đầu nhỏ, có vấn đề về mắt,…9

Tiêm vắc-xin là cách phòng thủy đậu hiệu quả nhất cũng như giảm thiểu biến chứng nặng của bệnh.

Theo Bộ Y tế (2016), vắc-xin được chỉ định cho tất cả trẻ em trên 1 tuổi cho tới 12 tuổi chưa mắc thủy đậu và người lớn chưa có kháng thể vớiHerpes zoster.

Vắc-xin thủy đậurất an toàn và ngăn ngừa hầu hết trường hợp thủy đậu mức độ nặng. Kể từ khi vắc-xin ra đời tại Mỹ, đã giảm đến 90% trường hợp nhiễm thủy đậu, nhập viện và tử vong.8Điều này cho thấy hầu hết những người đã chủng ngừa vắc-xin thường không mắc thủy đậu và nếu mắc thủy đậu, triệu chứng cũng thường nhẹ hơn.

Biến chứng của bội nhiễm thủy đậu rất khó để tiên lượng trước. Do đó, cách tốt nhất để phòng các biến chứng thủy đậu là tránh để nhiễm bệnh, tiêm chủng đầy đủ. Nếu nhiễm bệnh, người bệnh không nên chủ quan, cần tuân thủ các biện pháp điều trị được Bộ Y Tế khuyến cáo, giữ vệ sinh để tránh gặp phải các biến chứng do bội nhiễm thủy đậu.

Thủy đậu đơn thuần mang bản chất là bệnh lành tính, nhưng những biến chứng của mà căn bệnh này gây ra rất nguy hiểm, có thể dẫn đến tử vong. Cần biết những dấu hiệu sớm củathủy đậu bội nhiễm, tuân thủ biện pháp điều trị, gặp ngay bác sĩ điều trị nếu nghi ngờ có thuỷ đậu bội nhiễm đặc biệt với những bệnh nhân suy giảm miễn dịch hay đang mang thai.

Như đã nói ở trên, với một trường hợp nhiễm thủy đậu đơn thuần thì bệnh có thể tự khỏi sau thời gian khoảng 5 – 10 ngày. Đối với những đối tượng nguy cơ cao xuất hiện biến chứng thì khả năng biến chứng của bệnh nhiều hơn (30 – 50%), thời gian hồi phục kéo dài hơn ( gấp 3 lần những cơ địa bình thường) do hệ miễn dịch của cơ thể kém và do không chăm sóc da cẩn thận, tỷ lệ tử vong đáng kể (khoảng 15%) nếu không được điều trị tích cực.2

Phát ban do thủy đậu đơn thuần nói chung hay thủy đậu bội nhiễm nói riêng thì có thể dẫn đến sẹo lõm vĩnh viễn, được ghi nhận tới 18% bệnh nhân sau mắc thủy đậu, đặc biệt là các trường hợp thủy đậu có bội nhiễm da. Điều này để lại vấn đề tâm lý liên quan đến thẩm mỹ cho bệnh nhân. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có đánh giá toàn diện và đặc biệt nào về điều trị sẹo sau mắc thủy đậu.10

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tieu-chay-o-tre-nho-va-tre-so-sinh/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân gây tiêu chảy

Các dấu hiệu mất nước sớm ở trẻ bị tiêu chảy

Biểu hiện phân ở trẻ bị tiêu chảy

Cách bù nước tại nhà cho trẻ bị tiêu chảy

Cách chăm sóc trẻ tại nhà

Những điều cần biết về thuốc không kê đơn

Khi nào cần đi khám bác sĩ

Tiêu chảy là một bệnh thường gặp ở trẻ, đặc biệt ở trẻ sơ sinh. Triệu chứng, thời gian đau, biểu hiện màu sắc phân khác nhau giữa các nguyên nhân. Tuy nhiên khó xác định chính xác cụ thể nguyên nhân là gì? Bài viết dưới đây sẽ cung cấp cho bố mẹ những thông tin bổ ích về đặc điểm bệnh tiêu chảy, cách phòng ngừa, điều trị cho trẻ tại nhà trong trường hợp nhẹ và nhận biết được dấu hiệu nặng cần đưa trẻ đến bác sĩ ngay lập tức.

Ở trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ sơ sinh, khi nhận thấy trẻ bị sụt cân, chậm lớn kèm theotiêu chảycó thể cho thấy rằng dạ dày và ruột của trẻ gặp vấn đề, khó khăn trong việc hấp thụ chất dinh dưỡng, hay có tổn thương đường tiêu hóa. Cần biết những nguyên nhân có thể dẫn đến tình trạng hiện tại của trẻ để có biện pháp xử trí phù hợp.

Tiêu chảy ở trẻ thường không kéo dài.

Thông thường, nó gây ra bởi một loại virus và có thể nhanh chóng tự khỏi.

Rotavirus, một loại virus gây viêm dạ dày và ruột, là nguyên nhân hàng đầu gây tiêu chảy cấp ở trẻ em trước khi vắc-xin được giới thiệu vào năm 2006. FDA đã cấp phép sử dụng loại vắc-xin rotavirus để ngăn ngừa nhiễm virus này. Bạn có thể hỏi bác sĩ lúc tiêm phòng để có thể phòng ngừa loại virus này.

Chế độ ăn của bé thay đổi hoặc chế độ ăn của mẹ thay đổi khi đang cho con bú.

Sử dụng kháng sinh cho bé, hoặc mẹ dùng kháng sinh khi đang cho con bú.

Nhiễm trùng do vi khuẩn, và trẻ cần phải được bác sĩ chỉ định dùng thuốc kháng sinh để điều trị nguyên nhân.

Nhiễm ký sinh trùng.

Thường ở trẻ sơ sinh chủ yếu do các nguyên nhân cấp tính. Trẻ lớn hơn có thể gặp các nguyên nhân gây tiêu chảy mạn tính.

Không dung nạp protein hoặc đường.

Hội chứng ruột kích thích.

Dị ứng thực phẩm – một biểu hiện tình trạng phản ứng miễn dịch khi ăn các loại protein có trong lúa mì, lúa mạch, trứng, cá, sữa,…Tham khảo ở bài viết: “Dị ứng thực phẩm: Cách chăm con đúng cách”.

Viêm mãn tính đường tiêu hóa (bệnh viêm ruột), chẳng hạn nhưviêm loét đại trànghoặcbệnh Crohn.

Tiêu chảy mãn tính, không đặc hiệu. Một tình trạng thường xảy ra ở trẻ em từ 1 đến 3 tuổi mà không rõ nguyên nhân và thường tự khỏi. Không gây giảm cân hoặc tăng trưởng kém.

Khối u thần kinh – khối u thường bắt đầu trong đường tiêu hóa.

Bệnh Hirschsprung– một tình trạng bẩm sinh là kết quả của việc thiếu các tế bào thần kinh trong cơ một phần hoặc toàn bộ ở đại tràng của trẻ.

Một bệnh hiếm gặp xơ nang – một bệnh di truyền có thể dẫn đến sự tích tụ chất nhầy dày ngăn cơ thể hấp thụ chất dinh dưỡng từ thức ăn.

Rối loạn bạch cầu ái toan – một nhóm bệnh phức tạp đặc trưng bởi lượng tế bào bạch cầu cao hơn bình thường. Thường là bạch cầu ái toan, trong các cơ quan trong hệ thống tiêu hóa

Thiếu kẽm.

Khi trẻ bị tiêu chảy kéo dài, sự mất nước sẽ diễn ra nhanh chóng, ảnh hưởng đến sự nghiêm trọng của bệnh. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 3 tuổi có thể bị mất nước nhanh chóng.

Nhịp tim nhanh hơn bình thường.

Môi, miệng và lưỡi khô.

Khóc quấy nhưng không có nước mắt.

Không có nước tiểu trong suốt 3 giờ trở lên.

Sau đó, mắt, má hoặc điểm mềm trên đỉnh đầu trũng xuống

Buồn ngủvà khó chịu.

Dấu vết da mất chậm.

Mất nước nghiêm trọng có thể gây co giật, hôn mê, suy nội tạng và trong trường hợp hiếm gặp là tử vong.

Phân trẻ bình thường mềm và lỏng.

Trẻ sơ sinh thường xuyên có phân, đôi khi thường sau các bữa ăn. Vì những lý do này, bạn có thể gặp khó khăn để biết khi nào bé bị tiêu chảy.

Con của bạn có thể bị tiêu chảy nếu bạn thấy những thay đổi trong phân, chẳng hạn như đột ngột nhiều phân hơn hoặc phân chảy nước nhiều, phân liên tục kể cả lúc cách xa các bữa ăn.

Máu hiếm khi xuất hiện trong phân của trẻ.

Nếu có máu trong phân có thể do kích thích vùng hậu môn trực tràng, gây chảy máu da. Xuất hiện dưới dạng máu đỏ tươi trong phân.

Nhưng nếu phân có màu đen là tình trạng khá nặng, cần đến gặp bác sĩ ngay lập tức.

Tiêu chảy nhẹ ở trẻ em có thể chỉ gây khó chịu, không nguy hiểm nếu trẻ có thể tiếp tục uống nước và ăn uống một chế độ bình thường.

Nuôi con bằng sữa mẹ giúp ngăn ngừa tiêu chảy, và con của bạn sẽ hồi phục nhanh hơn. Trẻ sơ sinh nên tiếp tục bú sữa mẹ hoặc uống sữa ngoài theo công thức thông thường.

Nếu tiêu chảy kéo dài hoặc thường xuyên, cần có sự thay đổi trong chế độ ăn uống và điều trị bằng các giải pháp bù nước đường uống.

Bổ sung dung dịch nước điện giải, giúp thay thế nước và muối bị mất trong khi bị tiêu chảy. Loại nước điện giải này có thể dễ tiêu hóa hơn so với chế độ ăn uống thông thường của trẻ.

Chúng thường ở dạng lỏng hoặc popsicle, chứa lượng vừa đủ trong gói bán ở nhà thuốc và có các hương vị khác nhau, bạn có thể dễ dàng mua được.

Một số sản phẩm bù nước phổ biến là Pedialyte, Naturalyte, Enfalyte, CeraLyte vàOresol.

Bạn có thể tìm thấy các sản phẩm này trong các nhà thuốc và một số cửa hàng bán lẻ.

Đọc kĩ hướng dẫn sử dụng trên gói Oresol điện giải.

Pha đúng tỷ lệ 1 gói Oresol vào 2 lít nước.

Pha hết hoàn toàn 1 gói, dùng hết trong 1 ngày, không tự định lượng hay chừa lại ngày khác. Như thế mới có thể pha dung dịch có nồng độ điện giải chính xác bổ sung cho trẻ.

Khi định lượng 1 phần sẽ dẫn đến nồng đồ sai thì gây ra nhiều tác hại chứ không phải là lợi ích.

Ngay từ khi bắt đầu, hãy cố gắng khuyến khích trẻ uống càng nhiều dung dịch bù nước và duy trì chế độ ăn uống bình thường càng tốt. Thậm chí mỗi 15 đến 30 phút uống 1 lần là tốt.

Nhưng nếu con bạn bị nôn mửa liên tục, phân có nhầy máu màu đỏ hoặc đen. Hãy đến ngay phòng cấp cứu để được bác sĩ khám và điều trị sớm nhất có thể. Vấn đề nôn mửa sẽ tăng tốc độ mất nước ở trẻ tiêu chảy trước đó.

Công dụng của của các sản phẩm bù nước đường uống phù hợp với trẻ có lượng đường vừa đủ để cho phép hấp thụ natri, kali và nước mà không gây tiêu chảy nhiều hơn.

Nếu em bé của bạn đã ăn thức ăn đặc trước khi bị tiêu chảy. Hãy thay đổi cho trẻ những thực phẩm dễ tiêu hóa cho dạ dày, chẳng hạn như:

Chuối.

Ngũ cốc.

Mỳ sợi.

Bánh mỳ nướng.

Nước ép trái cây nhiều đường.

Sữa.

Thực phẩm chiên.

Nước táo.

Cần ngăn ngừa hăm tã do trẻ bị tiêu chảy nên vùng mặc tả sẽ luôn ẩm ướt.

Thay tã cho bé thường xuyên.

Làm sạch bằng nước.

Cắt giảm sử dụng khăn ướt lau cho trẻ.

Hãy để thoáng để da khô.

Sử dụng phấn rôm.

Rửa tay kỹ để giữ cho bạn và những người khác trong gia đình không bị bệnh. Tiêu chảy do vi trùng có thể dễ lây lan.

Tránh sử dụng các biện pháp khắc phục tiêu chảy tại nhà như uống sữa đun sôi hoặc nước gạo.

Đồ uống bù nước và điện giải cho vận động viên thể thao cũng không được khuyến khích cho trẻ nhỏ. Các sản phẩn đồ uống đó có xu hướng thêm đường để giúp các vận động viên trong quá trình hoạt động thể chất mạnh mẽ. Nhưng đó không phải là một chất lỏng thay thế thích hợp.

Thực phẩm và chất lỏng có hàm lượng đường cao. Chẳng hạn như nước trái cây, bánh quy, bánh ngọt và soda, có thể góp phần gây ra nặng thêm tình trạng tiêu chảy. Nguyên nhân do kéo thêm chất lỏng vào ruột, khiến chất lỏng và đường dư thừa nhanh chóng thoát ra ngoài.

Phụ huynh nên quan sát kĩ các dấu hiệu bất thường ở trẻ. Thời gian bắt đầu, các triệu chứng đã xuất hiện, kéo dài bao lâu. Nhận biết các dấu hiệu nặng để báo với bác sĩ càng đầy đủ càng tốt, để bác sĩ nhanh chóng xác định nguyên nhân và điều trị sớm.

Bạn có thể dễ dàng mua các thuốc chống tiêu chảy nhưng đừng tự ý cho trẻ dùng thuốc này trừ khi được bác sĩ kê đơn dùng.

Các sản phẩm làm giảm tiêu chảy, chẳng hạn như Pepto-Bismol và Kaopectate, có chứa bismuth, magiê hoặc nhôm. Có thể gây hại cho trẻ sơ sinh và trẻ mới biết đi vì chúng có thể tích tụ nhanh chóng ở trẻ nhỏ.

Những sản phẩm này có thể được sử dụng ở trẻ lớn, nhưng hãy hỏi bác sĩ hoặc đọc kĩ hướng dẫn sử dụng trên bao bì.

Pepto-Bismol với trẻ dưới 12 tuổi cần có chỉ định cụ thể từ bác sĩ.

Imodium cần hỏi ý kiến bác sĩ nếu muốn cho trẻ dưới 6 tuổi sử dụng.

Nếu tiêu chảy có kết hợp với sốt và nôn mửa, hoặc cả hai thì tình trạng mất nước khá nghiêm trọng.  Trẻ bị tiêu chảy hơn 24h (5-6 lần/ ngày), không cải thiện hoặc trẻ có các biểu hiện dưới đây nên đưa trẻ đến gặp bác sĩ để khám và điều trị kịp thời:

Trẻ tiêu chảy không ngừng liên tục 3 giờ.

Bị sốt khoảng 39 độ C trở lên.

Phân có máu màu đỏ hoặc chuyển sang đen.

Miệng, mũi, môi khô nức nẻ.

Buồn ngủ bất thường, không phản ứng hoặc cáu kỉnh.

Mắt trũng xuống, lờ đờ.

Khi đưa nước uống thì muốn uống nhanh, uống nhiều.

Dấu vết da mất chậm: khi véo da trẻ, da bị kéo lên nhưng thời gian trở lại trạng thái ban đầu chậm hơn bình thường.

Nếu tình trạng tiêu chảy kéo dài hơn 24h, trẻ có nguy cơ bị mất nước. Bên cạnh mất nước, trẻ còn bị mất điện giải, các ion muối và khoáng chất khác cần thiết cho cơ thể hoạt động bình thường. Nếu mất nước quá nhiều, là tình trạng rất đáng lo ngại.

Tiêu chảylà một bệnh thông thường ở trẻ, đặc biệt ở trẻ nhũ nhi các triệu chứng biểu hiện có thể trầm trọng hơn trẻ lớn, thậm chí đe dọa đến tính mạng. Quan trọng và cấp thiết nhất của việc điều trị tiêu chảy là nhận biết được dấu hiệu mất nước và thực hiện các bước để bù nước trước cho trẻ. Một số trường hợp sẽ khỏi nhanh, tuy nhiên các ba mẹ cần chú ý những biểu hiện nặng để đưa trẻ đi khám kịp thời!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tieu-chay/

Nội dung bài viết

Định nghĩa và phân loại bệnh tiêu chảy

Nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy

Triệu chứng của tiêu chảy và mất nước

Cách tự điều trị tại nhà khi bị tiêu chảy

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Bác sĩ chẩn đoán bệnh tiêu chảy như thế nào?

Các phương pháp điều trị tiêu chảy

Phòng ngừa bệnh tiêu chảy

Tiêu chảy là một trong những bệnh lý thuộc hệ tiêu hóa rất thường gặp. Bệnh có thể xuất hiện ở mọi độ tuổi với mọi mức độ khác nhau. Nếu không được điều trị phù hợp, bệnh lý này có thể gây ra nhiều biến chứng phức tạp, thậm chí nguy hiểm đến tính mạng. Bạn đọc hãy tham khảo qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ chuyên khoa Nội Tiêu hóa Thái Việt Nguyên để hiểu rõ hơn về bệnh lý tiêu hóa rất phổ biến này.

Bệnhtiêu chảy(hay ỉa chảy) là tình trạng đi phân lỏng, phân nhiều nước từ 3 ​​lần trở lên trong một ngày. Bệnh lý này có thể được phân thành cấp tính, dai dẳng hoặc mạn tính:12

Tiêu chảy cấplà một bệnh lý rất phổ biến, thường kéo dài 1 hoặc 2 ngày và thường tự khỏi.

Bệnh tiêu chảy được gọi là dai dẳng khi nó kéo dài hơn 2 tuần và dưới 4 tuần.

Tiêu chảy được gọi là mạn tính khi bệnh lý kéo dài ít nhất 4 tuần. Các triệu chứng của tình trạng tiêu chảy mạn tính có thể xảy ra liên tục; hoặc cũng có thể xuất hiện và biến mất.

Tiêu chảy cấp tính, dai dẳng và mạn tính phụ thuộc vào những nguyên nhân gây bệnh khác nhau, cụ thể:

Các nguyên nhân phổ biến nhất của tiêu chảy cấp tính và dai dẳng là nhiễm trùng, thay đổi môi trường (khi đi công tác, du lịch ở vùng đất mới) và tác dụng phụ của thuốc.

Ba loại nhiễm trùng chính gây nên bệnh tiêu chảy bao gồm:

Nhiễm virus. Nhiều loại virus gây tiêu phân lỏng, thường gặp làNorovirusvàRotavirus.34Viêm dạ dày ruột do viruslà nguyên nhân phổ biến của tiêu chảy cấp tính.

Nhiễm khuẩn. Một số loại vi khuẩn có thể xâm nhập vào cơ thể người qua thức ăn hoặc nước bị ô nhiễm và gây bệnh. Các vi khuẩn phổ biến gây tiêu chảy bao gồm Campylobacter,Escherichia coli(E. coli),Salmonella, Shigella (Lỵ trực khuẩn).567

Nhiễm ký sinh trùng. Ký sinh trùng có thể xâm nhập vào cơ thể người bệnh qua thức ăn hoặc nước uống và sống ký sinh trong đường tiêu hóa của người. Các loại ký sinh trùng gây tiêu chảy: Cryptosporidium enteritis, Entamoeba histolytica vàGiardia lamblia.8910

Nhiễm trùng trong đường tiêu hóa lây lan qua thức ăn hoặc đồ uống được gọi làngộ độc thực phẩm. Nhiễm trùng kéo dài hơn 2 tuần và dưới 4 tuần có thể gây tiêu chảy dai dẳng.2

Nguyên nhân gây tiêu chảy này có nguồn gốc từ thức ăn bị nhiễm vi khuẩn, vi rút hoặc ký sinh trùng. Bệnh cảnh xảy ra thường cấp tính. Tuy nhiên, một số ký sinh trùng có thể làm cho tình trạng tiêu phân lỏng kéo dài hơn. Bệnh lý này thường là một thực trạng thường gặp của những du khách khi đến những đất nước vùng nhiệt đới hoặc những nước đang phát triển.211

Một số loại thuốc có thể gây nên tình trạng tiêu phân lỏng, nhiều nước. Các loại thuốc đó bao gồmthuốc kháng sinh, thuốc có thành phần Magie và các loại thuốc điều trị ung thư.21213

Một số bệnh lý có thể gây nên tình trạng tiêu lỏng kéo dài hàng tuần, thậm chí hàng tháng. Chẳng hạn như:

Nhiễm trùng.

Dị ứng và không dung nạp thức ăn.

Các bệnh lý thuộc về đường tiêu hóa.

Tiền sử phẫu thuật vùng bụng.

Sử dụng lâu dài một số thuốc gây tác dụng phụ tiêu lỏng.

Một số bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn và ký sinh trùng có thể gây tiêu chảy. Bên cạnh đó, bệnh sẽ không khỏi nhanh chóng nếu không được điều trị phù hợp.

Ngoài ra, sau khi bị nhiễm trùng, người bệnh có thể gặp rối loạn chức năng tiêu hóa carbohydrate như lactose hay rối loạn chức năng tiêu hóa protein trong thực phẩm như sữa bò, các sản phẩm từ sữa, hoặc các loại đậu. Các rối loạn tiêu hóa này có thể làm cho tình trạng tiêu lỏng kéo dài.2

1. Dị ứng thực phẩm

Dị ứng thức ănlà loại dị ứng với thức ăn như sữa bò, đậu nành, ngũ cốc, trứng, hải sản,… Loại dị ứng này có thể gây tiêu chảy mạn tính kéo dài.14

2. Không dung nạp lactose

Không dung nạp lactoselà một tình trạng phổ biến có thể gâytiêu chảysau khi dùng sữa hoặc các sản phẩm từ sữa (phô mai, bánh sữa,…).2

3. Không dung nạp fructose

Không dung nạp fructose là tình trạng có thể gây tiêu chảy sau khi ăn thực phẩm hoặc uống chất lỏng có chứa fructose, một loại đường có trong trái cây, nước ép trái cây vàmật ong. Fructose được thêm vào nhiều loại thực phẩm và nước giải khát như một chất tạo ngọt được gọi là xi-rôngôcó hàm lượng fructose cao.2

4. Dị ứng với một số chất trong thực phẩm

Rượu đường (Rượu đường là các hợp chất hữu cơ, thường có nguồn gốc từ đường, bao gồm một lớp polyol. Chúng là chất rắn màu trắng, tan trong nước có thể xuất hiện tự nhiên hoặc được sản xuất công nghiệp từ đường). Các loại rượu đường như sorbitol, mannitol và xylitol có thể gây tiêu chảy ở một số người. Kẹo không đường và kẹo cao su thường bao gồm các loại chất này này.2

Các bệnh lý đường tiêu hóa có thể gây tiêu chảy mạn tính bao gồm:

Bệnh Celiac.

Bệnh Crohn.

Hội chứng ruột kích thích.

Sự phát triển quá mức của vi khuẩn ruột non.

Viêm loét đại tràng.

Người bệnh có thể bị tiêu chảy mạn tính sau khi phẫu thuật vùng bụng. Có thể bao gồm: Mổruột thừa, túi mật,ruột non,ruột già, gan mật,tuyến tụy,dạ dày,lá lách.

Một số loại thuốc khi sử dụng lâu dài có thể gây nên tác dụng phụ tiêu chảy lỏng mạn tính. Chẳng hạn như thuốc kháng sinh, có thể thay đổi hệ vi khuẩn có lợi của ruột, đồng thời làm tăng nguy cơ nhiễm Clostridioides difficile – một loại vi khuẩn có thể gây bệnhtiêu chảymạn tính.215

Triệu chứng chính củatiêu chảylà đi tiêu phân lỏng, nhiều nước từ 3 ​​lần trở lên trong một ngày.2Có nhiều triệu chứng liên quan khác nhau và tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Người bệnh có thể chỉ gặp một hoặc nhiều dấu hiệu sau đây:216

Đau quặn bụng.

Mót rặn, đi tiêu khó kiểm soát.

Buồn nôn, nôn.

Phân lỏng nhiều nước, có thể có nhầy máu, bọt, hoặc trắng đục như nước vo gạo trong trường hợp nhiễm khuẩn tả.

Bụng chướng hơi.

Chuột rút.

Mất nước.

Những người bị tiêu chảy do một số bệnh nhiễm trùng cũng có thể có một hoặc nhiều triệu chứng sau:

Phân có máu.

Sốt, có thể sốt cao có hoặc không kèm theo ớn lạnh.

Chóng mặtvà xây xẩm.

Môi khô, lưỡi dơ,hơi thở có mùi hôi.

Tiêu chảy có thể khiến bạn mất nước nhanh chóng. Nếu bạn không được điều trị kịp thời, tình trạng này có thể gây nhiều nguy hiểm. Do đó, bạn cũng cần chú ý đến những dấu hiệu mất nước sau đây:21617

Mệt mỏi, kiệt sức, đờ đẫn.

Khô niêm mạc.

Nhịp tim tăng đột ngột.

Đau đầu, có cam giác lâng lâng.

Khát nước liên tục.

Đi tiểu ít.

Nước tiểu sẫm màu.

Khô miệng.

Mặt hốc hác, mắt trũng, da khô.

Da niêm nhợt nhạt, lưỡi mất gai.

Khi phát hiện những triệu chứng mất nước, người bệnh cần đi khám ngay để được cứu chữa kịp thời.

Trẻ em là những đối tượng cần lưu ý đặc biệt khi bị tiêu chảy và mất nước.18

CDC báo cáo rằng tiêu chảy và các biến chứng của nó là 1 trong 9 nguyên nhân gây tử vong hàng năm ở trẻ em trên toàn thế giới, khiến đây là nguyên nhân thứ hai gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi.19

Triệu chứng tiêu chảy và mất nước ở trẻ:216

Đi tiểu ít dần.

Khô miệng.

Đau đầu.

Mệt mỏi.

Quấy khóc mà không có nước mắt.

Da khô.

Mắt trũng sâu.

Buồn ngủ.

Hay cáu gắt.

Nghiên cứu cho thấy rằng nguyên tắc khi điều trị tiêu chảy là bù vào chất lỏng bị mất. Điều này có nghĩa là bạn cần bù dịch bằng cách uống thêm nước hoặc đồ uống thay thế chất điện giải. Bên cạnh đó, bạn cũng có thể điều trị tiêu chảy cấp bằng một số loại thuốc không kê đơn.220

Bù dịch đường uống có thể giúp giảm những biến cố do tình trạng mất nước. Các loại dịch uống mà chúng ta có thể tự làm ở nhà như: Nước cơm phamuối, sữa chua pha muối,nước dừapha muối. Nếu có mua sẵn gói bộtOresolthì càng tốt.

Nên cho người bệnh uống từ từ để tránh tình trạng nôn ói, đặc biệt là trẻ em. Khi uống nên chú ý uống một cách từ từ, không uống vội, đặc biệt là trẻ em. Vì dung dịch bù điện giải có vị hơi khó uống, có thể gây buồn nôn, nôn.

Cách pha: Dùng 1 chén nước cơm hoặc một hộp sữa chua lỏng hoặc 1 chén nước dừa (khoảng 50 – 100ml). Sau đó cho một nhúm muối ăn vào và khuấy cho đến khi tan hoàn toàn.

Đối với gói bột Oresol, bạn hãy pha với 50 – 100ml nước ấm. Trẻ nhỏ cho uống từng thìa, trẻ lớn hơn có thể cho uống từng ngụm, từng ly. Uống sau mỗi lần đi tiêu chảy. Đối với đợt tiêu chảy cấp, thời gian uống trung bình từ 3 đến 5 ngày, số lần uống bằng với số lần đi tiêu chảy hoặc uống theo nhu cầu (khi khát).

Trong hầu hết các trường hợp, bạn có thể điều trị tiêu chảy cấp bằng thuốc không kê đơn nhưLoperamide (Imodium)vàBismuthsubsalicylate (Pepto-Bismol, Kaopectate),Smecta,Carbomango,… Các bác sĩ thường không khuyến khích sử dụng thuốc mua tự do cho những người bị phân có máu hoặc sốt – có dấu hiệu nhiễm vi khuẩn hoặc ký sinh trùng. Nếu tình trạng tiêu chảy kéo dài hơn 2 ngày, bạn cần đi khám ngay.22122

Lưu ý khi sử dụng thuốc không kê đơn:

Những thuốc này có thể cầm tiêu chảy cấp tạm thời để chúng ta có thời gian đưa người bệnh đến cơ sở y tế. Bạn cần đọc hướng dẫn trên bao bì; xem liều lượng các loại thuốc này để dùng và khi nào dùng chúng; không dùng nhiều hơn mức khuyến cáo của nhãn; và  cũng không dùng nhiều loại thuốc này cùng một lúc. Thuốc tiêu chảy không kê đơn cũng không được khuyến cáo cho những bệnh nhân đi ngoài ra máu hoặc sốt.23

Thuốc không kê đơn để điều trị tiêu chảy cấp ở người lớn có thể nguy hiểm cho trẻ sơ sinh, trẻ mới biết đi và trẻ nhỏ. Bạn nên tham khảo với bác sĩ chuyên khoa trước khi cho trẻ dùng thuốc không kê đơn. Nếu tình trạng tiêu chảy của con bạn kéo dài hơn 24 giờ, hãy đưa trẻ đi khám ngay.2

Khi bị tiêu chảy, bạn có thể chán ăn trong một thời gian ngắn. Trong hầu hết các trường hợp, khi cảm giác thèm ăn trở lại, bạn có thể quay trở lại chế độ ăn uống bình thường. Cha mẹ và người chăm sóc trẻ nên cho trẻ bị tiêu chảy ăn  theo chế độ ăn uống bình thường phù hợp với lứa tuổi. Đối với trẻ nhỏ hơn, bạn có thể cho trẻ tiếp tục bú sữa mẹ hoặc sữa công thức.

Việc tiếp tục tiến độ ăn uống bình thường sẽ giúp cho tốc độ hồi phục hoạt động sinh lý của đường ruột diễn ra nhanh hơn. Thời điểm phát bệnh, người bệnh nên ăn đầy đủ các nhóm chất đạm, đường, chất béo, vitamin, chất xơ. Ưu tiên những loại thực phẩm mềm, dễ tiêu như cháo, nui, súp,…

Tiêu chảycó thể trở nên nguy hiểm nếu nó gây ra tình trạng mất nước trầm trọng. Chính vì vậy khi phát hiện người bệnh có những triệu chứng sau, cần đưa họ đến bệnh viện ngay lập tức:2

Người lớn có bất kỳ triệu chứng nào sau đây nên đi gặp bác sĩ ngay lập tức:

Tiêu chảyrầm rộ kéo dài hơn 2 ngày.

Sốt từ 39°C trở lên.

Nôn mửa thường xuyên, liên tục.

Đau quặn, dữ dội ở vùng bụng hoặc trực tràng.

Phân có màu đen, mùi khắm, có máu hoặc nhầy mủ.

Người lớn tuổi và người lớn có hệ thống miễn dịch suy yếu bị suy kiệt nhanh sau những lần đi tiêu phân lỏng.

Cha mẹ hoặc người chăm sóc của trẻ sơ sinh, hoặc trẻ nhỏ bịtiêu chảynên đưa trẻ đến bác sĩ ngay lập tức trong những trường hợp sau:

Tình trạng tiêu chảy kéo dài trên 01 ngày.

Sốt cao từ 39°C trở lên.

Trẻ quấy khóc, bỏ bú, bú kém.

Phân có nhiều máu hoặc mủ.

Tiêu phân đen.

Mất nước nặng: Mắt trũng, da khô, trẻ lừ đừ, có thể bị co giật.

Không có phản ứng.

Đối với tình trạng tiêu chảy cấp, việc tìm ra nguyên nhân chính xác là không cần thiết. Tuy nhiên, với trường hợp tiêu chảy kéo dài hơn 4 ngày hoặc đi kèm với nhiều triệu chứng nguy hiểm (sốt, phân có máu); bác sĩ sẽ thông qua những cách sau đây để tìm ra nguyên nhân gây bệnh:

Bác sĩ sẽ hỏi thông tin về các triệu chứng của bạn, chẳng hạn như:

Bạn đã bị tiêu chảy bao lâu rồi?

Lượng phân thải ra có nhiều hay không?

Bạn có thường xuyên bị tiêu chảy không?

Tình trạng phân. Chẳng hạn như màu sắc hoặc độ đặc/lỏng.

Những triệu chứng đi kèm khác.

Bên cạnh đó, bác sĩ sẽ hỏi về các loại thực phẩm bạn tiêu thụ trong thời gian gần đây. Nếu bác sĩ nghi ngờ bạn bị dị ứng hoặc không dung nạp thực phẩm, họ sẽ đưa ra lời khuyên để bạn thay đổi chế độ dinh dưỡng hằng ngày. Song song đó, bác sĩ và bạn sẽ cùng theo dõi các triệu chứng tiêu chảy có cải thiện hay không?

Bác sĩ của bạn cũng sẽ hỏi về:

Thể trạng hiện tại của bản thân.

Thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn đang sử dụng.

Lịch sử tiếp xúc gần đây với những người đang bị bệnh.

Lịch sử đi du lịch gần đây tại các nước đang phát triển.

Đồng thời, bác sĩ có thể hỏi liệu có ai trong gia đình bạn có tiền sử mắc các bệnh lý gây tiêu chảy mạn tính; chẳng hạn như bệnh Celiac, bệnh Crohn, hội chứng ruột kích thích, không dung nạp lactose và viêm loét đại tràng hay không.

Trong quá trình thăm khám, bác sĩ cũng sẽ thực hiện các kiểm tra sức khỏe tổng quan như:

Kiểm trahuyết ápvà mạch của bạn để tìm các dấu hiệu mất nước.

Kiểm tra cơ thể của bạn để tìm dấu hiệu sốt hoặc mất nước.

Sử dụng ống nghe để nghe âm thanh trong bụng của bạn.

Gõ nhẹ vào bụng của bạn để kiểm tra xem có đau hay không.

Đôi khi, các bác sĩ thực hiện một cuộc kiểm tra trực tràng. Bác sĩ sẽ yêu cầu bạn cúi xuống bàn hoặc nằm nghiêng trong khi ôm đầu gối gần ngực. Sau khi đeo găng tay, bác sĩ sẽ trượt một ngón tay đã được bôi trơn vào hậu môn của bạn để kiểm tra xem có máu trong phân của bạn hay không.

Các xét nghiệm sau để giúp bác sĩ tìm ra nguyên nhân gây tiêu chảy của bệnh nhân.

Xét nghiệm phân có thể cho thấy sự hiện diện của máu, vi khuẩn hoặc ký sinh trùng; hoặc các dấu hiệu của bệnh và rối loạn khác.

Chuyên viên xét nghiệm hoặc bác sĩ có thể lấy mẫu máu để xét nghiệm một số bệnh hoặc rối loạn có thể gây tiêu chảy.

Xét nghiệm này được sử dụng để chẩn đoán tình trạng không dung nạp lactose bằng cách đo lượng hydro trong hơi thở của bạn.

Để tìm hiểu xem liệu tình trạng không dung nạp hoặc dị ứng thực phẩm có gây ra tiêu chảy cho bạn hay không, bác sĩ có thể yêu cầu bạn tránh thực phẩm có đường lactose, carbohydrate, lúa mì hoặc các thành phần khác để xem liệu bệnh tiêu chảy của bạn có phản ứng với việc thay đổi chế độ ăn hay không.

Bác sĩ có thể sử dụng nội soi để xem xét bên trong cơ thể bạn để giúp tìm ra nguyên nhân gây tiêu chảy của bạn. Quy trình nội soi bao gồm:

Nội soi ruột kết.

Nội soiđại tràngsigma linh hoạt.

Nội soi đường tiêu hóa trên (GI).

Nhằm giải quyết tình trạng khó chịu của người bệnh hoặc sự lo lắng của cha mẹ trẻ bị tiêu chảy. Một số thuốc có thể được sử dụng để hạn chế tình trạngtiêu chảy(cầm tiêu chảy) bao gồm:

Làm chậm nhu động ruột: Loperamide (viên uống 2mg, liều dùng: 2 – 4 mg/ngày).

Thuốc điều hòa nhu động ruột:Trimebutin(viên uống: 100mg, liều dùng: 100 – 200 mg/ngày).

Thuốc làm giảm co thắt cơ trơn đường ruột (giảm tình trạng đau quặn bụng): Drotaverin,Spasmaverin,Buscopan,…

Lưu ý: Tùy theo tình trạng tiêu phân lỏng mà người bệnh sẽ phù hợp để sử dụng một loại thuốc, hoặc kết hợp hai hay nhiều loại thuốc khác nhóm. Tuy nhiên, cha mẹ, người bệnh nên hỏi ý kiến của các bác sĩ, dược sĩ trước khi uống các loại thuốc này. Bởi vì trong một số trường hợp, việc cầm tiêu chảy sẽ gây ra một số biến chứng. Chẳng hạn như: Viêm ruột hoại tử,nhiễm trùng huyết,…

Ngoài ra, tùy theo tình trạng người bệnh, các bác sĩ có thể kết hợp thêm thuốc:

Hạ sốt, giảm đau:Paracetamol.

Chống nôn:Domperidon, Metocloramid.

Siro kẽm, viên uống bổ sung kali, multi vitamin,…

Ưu điểm:Làm cho bệnh nhân cảm thấy khỏe hơn, đỡ khó chịu, cha mẹ của trẻ bịtiêu chảysẽ an tâm và bớt lo lắng hơn. Đồng thời hạn chế nguy cơ trẻ bị sốt cao co giật.

Nhược điểm:Chỉ điều trị được triệu chứng bệnh, tức phần ngọn. Không điều trị căn nguyên (phần gốc) gây nên bệnh lý tiêu chảy. Điều trị triệu chứng bên ngoài quá nhiều có thể che lấp sự nặng lên âm thầm của bệnh.

Việc điều trị nguyên nhân gây nêntiêu chảycấp hoặc mạn tính cần phải được các bác sĩ chuyên khoa thực hiện tại các cơ sở y tế. Tại đây, các bác sĩ sẽ thăm khám, khai thác bệnh sử, tiền sử của người bệnh. Đồng thời thực hiện một số xét nghiệm cần thiết như:

Xét nghiệm công thức máu.

Định lượng các marker nhiễm trùng.

Sinh hóa máu: Chức năng gan, thận, điện giải đồ.

Soi phân, cấy phân…

Siêu âm bụng tổng quát.

CT Scan bụng.

Nội soi dạ dày, nội soi đại trực tràng,…

Từ đó, các bác sĩ sẽ xác định nguyên nhân cụ thể gây nên bệnhtiêu chảyvà có hướng điều trị phù hợp cho từng nguyên nhân cụ thể.

Tùy thuộc vào nguyên nhân mà các bác sĩ có thể kê đơn thuốc kháng sinh và thuốc đặc hiệu để điều trị nhiễm trùng do vi khuẩn hoặc ký sinh trùng. Các bác sĩ cũng có thể kê đơn thuốc để điều trị một số tình trạng gây tiêu chảy mạn tính như bệnh Crohn, hội chứng ruột kích thích hoặc viêm loét đại tràng. Việc điều trị tiêu chảy ở trẻ em cũng phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh.

Tóm lại, những cách điều trị phổ biến:

Kháng sinh trong trường hợptiêu chảydo vi khuẩn.

Thuốc diệt ký sinh trùng trong trường hợp nhiễm ký sinh trùng.

Kháng virus khi người bệnh bị nhiễm virus.

Phẫu thuật trong các bệnh lý:Ung thư ruột non,viêm ruột thừa, áp xe đường ruột,…

Ưu điểm:Giải quyết được căn nguyên gây ra bệnh nên có thể điều trị triệt để tình trạng tiêu chảy ở người bệnh.

Nhược điểm:Phức tạp, đòi hỏi chuyên môn cao. Cần được thực hiện tại các cơ sở y tế bởi các bác sĩ chuyên khoa, giàu kinh nghiệm. Một số trường hợp khá tốn kém cho việc điều trị nguyên nhân.

Chúng ta có thể ngăn ngừa các loại tiêu chảy: tiêu chảy do nhiễm trùng, do thay đổi môi trường hoặc do thực phẩm.2

Bạn có thể giảm nguy cơ mắc hoặc lây lan các bệnh nhiễm trùng bằng cách rửa tay thường xuyên thật sạch bằng xà phòng và nước ấm trong vòng 15 đến 30 giây trong các trường hợp sau:

Sau khi đi vệ sinh, tắm rửa.

Sau khi thay tã cho trẻ hoặc người lớn tuổi.

Trước và sau khi xử lý, chế biến thực phẩm.

Phụ huynh cũng có thể đưa trẻ đến các cơ sở khám chữa bệnh để tham khảo về việc cho trẻ tiêm một số loại vaccine ngừa virus, vi khuẩn. Trong đó, phổ biến làvaccine Rotangừa tiêu chảy do Rotavirus.

Để giảm nguy cơ mắc bệnh tiêu chảy khi đi đến những vùng đất mới, bạn nên:

Ăn chín, uống sôi.

Sử dụng thực phẩm sạch, an toàn, có nguồn gốc rõ ràng.

Ăn thực phẩm đã được chế biến sẵn.

Tránh nguồn nước bẩn, các sản phẩm sữa chưa được tiệt trùng.

Hạn chế di chuyển hoặc du lịch đến vùng đang có dịchtiêu chảy.

Bạn có thể chuẩn bị một số loại thuốc không kê đơn và tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi đi du lịch.

Đối với trường hợp này, bạn nên:

Bảo quản, nấu nướng, làm sạch và xử lý thực phẩm đúng cách.

Vệ sinh khu vực nấu nướng và chế biến thực phẩm thường xuyên hơn.

Thưởng thức món ăn ngay sau khi chế biến xong.

Làm lạnh thức ăn thừa đúng cách.

Rã đông thực phẩm đông lạnh trước khi chế biến.

Tình trạng mất nước do tiêu chảy có thể được phòng ngừa bằng cách bổ sung cho người bệnh các loại nước có chứa chất điện giải hoặc nước uống đã nấu chín.

Nói tóm lại, đây là một bệnh lý rất phổ biến trong cuộc sống hàng ngày của chúng ta. Bệnh có thể bùng phát thành dịch và kéo dài, ảnh hưởng không hề nhỏ đến sức khỏe cũng như kinh tế, xã hội. Chính vì vậy, mỗi người chúng ta cần có ý thức giữ gìn vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường, hạn chế để dịchtiêu chảybùng phát. Từ đó góp phần bảo vệ sức khỏe cho bản thân, gia đình và xã hội.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tieu-chay-lien-quan-den-khang-sinh-va-o-tre-bu-sua-me/

Nội dung bài viết

Vì sao trẻ uống kháng sinh bị tiêu chảy?

Nhận biết tiêu chảy do uống kháng sinh ở trẻ như thế nào?

Tiêu chảy ở trẻ bú mẹ là như thế nào?

Bé bị tiêu chảy do uống kháng sinh có nguy hiểm không?

Trẻ uống kháng sinh bị tiêu chảy phải làm sao?

Khi nào nên đưa trẻ đi khám?

Lưu ý khi chăm trẻ uống kháng sinh bị tiêu chảy

Kháng sinh thường được bác sĩ kê đơn cho trẻ sử dụng trong các trường hợp sốt, nhiễm trùng do vi khuẩn gây ra. Tuy nhiên, trẻ khi sử dụng kháng sinh lại có thể gặp phải tác dụng phụ không mong muốn của thuốc như tiêu chảy. Vì sao tình trạng này lại xảy ra? Nhận biết như thế nào? Và khi trẻ uống kháng sinh bị tiêu chảy thì phải xử lý như thế nào? Hãy cùng tìm hiểu với Thạc sĩ, Bác sĩ Nguyễn Hồng Vân Khánh trong bài viết dưới đây nhé.

Một số loạikháng sinhcó thể gâytiêu chảy, đây không được xem là một phản ứngdị ứng. Tiêu chảy do kháng sinh thường xảy ra trong hoặc sau khi sử dụng kháng sinh.

Sinh lý bệnh học của tình trạng này hiện vẫn chưa được hiểu rõ và có thể gây ra bởi nhiều cơ chế khác nhau. Thuốc kháng sinh có tác dụng điều trị nhiễm trùng. Tuy nhiên, thuốc cũng có thể làm thay đổi sự cân bằng tự nhiên của hệ vi khuẩn trong đường tiêu hóa.

Sự rối loạn hệ vi sinh vật đường ruột gây giảm chuyển hóa các acid béo, làm thay đổi pH và áp suất thẩm thấu tại ruột. Ngoài ra, việc sử dụng kháng sinh dẫn đến thay đổi quá trình chuyển hóa carbohydrate của các vi khuẩn, do đó cũng có thể gây ra tình trạng tiêu chảy ở trẻ.1

Một số kháng sinh có nguy cơ gây tiêu chảy cao hơn so với các kháng sinh khác. Một số yếu tố làm tăng nguy cơ gây tiêu chảy của kháng sinh gồm có: các kháng sinh tác động mạnh trên vi khuẩn hiếu khí, dùng đường uống, phổ kháng khuẩn rộng.1Những kháng sinh thường gây tiêu chảy có thể kể đến như:2

Nhóm macrolide như clarithromycin.

Nhóm cephalosporin như cefdinir vàcefpodoxime.

Nhómfluoroquinolonenhưciprofloxacinvà levofloxacin.

Nhómpenicillinsnhư amoxicillin và ampicillin.

Clostridioides difficile(C.difficile) là một loại vi khuẩn tồn tại trong đất, nước, không khí, ruột, phân người và động vật. Loại vi khuẩn này có thể lây từ người sang người, qua đường phân miệng, hoặc tiếp xúc trực tiếp với môi trường bị nhiễmC.difficile.

NhiễmClostridioides difficilecó thể gây các vấn đề nghiêm trọng ở đường tiêu hóa như tiêu chảy,viêm ruột, thậm chí là tử vong.

Hầu hết các trường hợp tiêu chảy khi sử dụng kháng sinh là doC.difficilegây ra.

Đường tiêu hóa của người bình thường chứa hàng triệu vi khuẩn, đây là hệ vi khuẩn thường trú có vai trò bảo vệ cơ thể khỏi nhiễm trùng. Như đã đề cập ở trên, thuốc kháng sinh có thể làm mất cân bằng hệ vi khuẩn ở đường tiêu hóa.

Vì thế, việc sử dụng kháng sinh có thể tiêu diệt các vi khuẩn có lợi, cho phép vi khuẩnC.difficilephát triển và phóng thích độc tố tấn công niêm mạc ruột. Từ đó gây tiêu chảy,đau bụng,sốt,nôn óivà một số triệu chứng khác.

Trong đa số các số các trường hợp, các triệu chứng của tiêu chảy do dùng kháng sinh ở trẻ thường là:

Phân lỏng.

Nhu động ruột tăng. Đây là tình trạng ruột tăng hoạt động và kèm theo những âm thanh lớn như sôi bụng.

Tình trạng này có thể xảy ra trong vòng vài ngày sau khi sử dụng kháng sinh hoặc thậm chí có thể xuất hiện nhiều tuần sau đó. Đa phần tình trạng tiêu chảy do uống kháng sinh ở trẻ xảy ra ở mức độ nhẹ; không gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của trẻ.2

Đối với tiêu chảy do kháng sinh liên quanC.difficile, bên cạnh việc gây ra tình trạng đi tiêu phân lỏng thường xuyên thì người bệnh còn có thể gặp các triệu chứng sau:2

Tiêu chảy trầm trọng vàmất nước.

Đau bụng dướivà các cơn đau quặn thắt.

Sốt.

Nôn ói.

Ăn không ngon.

Một số trẻ có thể tiêu phân màu vàng hoặc xanh. Phân của trẻ sơ sinh được búsữa mẹđược xem là bất thường khi có chất nhầy hoặc máu, mùi hôi tanh. Số lần đi tiêu không giúp ích nhiều trong việc chẩn đoán liệu một trẻ bú mẹ có bị tiêu chảy hay không.

Trẻ sơ sinh bú mẹ trong những tháng đầu tiên, thường đi tiêu phân sệt nhiều lần trong ngày. Tuy nhiên, nếu số lần đi tiêu hoặc lượng phân của trẻ tăng đột ngột, có thể con bạn bị tiêu chảy. Những dấu hiệu khác có thể gợi ý là trẻ bú giảm, lừ đừ và sốt.

Tiêu chảy ở trẻ bú mẹ thường do nhiễm siêu vi, vi khuẩn hoặc ký sinh trùng. Thỉnh thoảng, trẻ sơ sinh có thể bị dị ứng với thực phẩm hoặc đồ uống được tiết qua sữa mẹ. Khi đó, bạn nên thay đổi chế độ ăn để giảm nguy cơ cho trẻ. Lợi ích từ sữa mẹ là giúp bảo vệ lớp niêm mạc ruột tránh tác động của vi khuẩn.

Tiêu chảy do vi khuẩn hoặc virus thường kéo dài từ vài ngày đến 2 tuần. Mục tiêu chính của điều trị là ngăn ngừa tình trạng mất nước. Con bạn cần bú tăng cường sữa mẹ để bù lại lượng chất lỏng bị mất khi tiêu chảy.

Một chất nào đó trong chế độ ăn uống của mẹ có thể khiến trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn đi phân lỏng. Ví dụ nhưcà phêhoặc trà thảo dược. Nếu bạn nghi ngờ điều này, hãy thay đổi chế độ ăn và theo dõi quá trình tiêu chảy của trẻ.

Tiêu chảy ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau. Vậy đó là những nguyên nhân gì? Nhận biết trẻ bị tiêu chảy qua phân như thế nào? Các phương pháp chăm sóc trẻ tại nhà ra sao? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viếtTiêu chảy ở trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh: Cách chăm sóc con đúng cáchcủa YouMed. Quý phụ huynh có thể tham khảo bài viết để có thêm thông tin về tình trạng tiêu chảy ở trẻ nhé!

Đa số trường hợp trẻ bị tiêu chảy do kháng sinh thường nhẹ, trẻ sẽ ít khi bị mất nước hoặc hạ cân. Do đó, phụ huynh không cần quá lo lắng về vấn đề này.

Tùy vào tình trạng của trẻ mà bác sĩ có thể xem xét nên điều trị tiếp hay đổi một loại kháng sinh khác. Phân có thể trở lại bình thường sau 1 đến 2 ngày khi trẻ ngưng điều trị với kháng sinh. Một số trường hợp tình trạng tiêu chảy ở trẻ thường kéo dài vài ngày đến vài tuần sau khi sử dụng kháng sinh.

Tuy nhiên, nếu trẻ gặp phải tình trạng: sốt cao, phân có máu hoặc chất nhầy, đau bụng dữ dội, suy nhược nặng,… phụ huynh cần đưa trẻ đến gặp bác sĩ để được hỗ trợ kịp thời.3

Trong đa số các trường hợp, tình trạng tiêu chảy sẽ tự hết trong vòng vài ngày. Một số trường hợp con bạn không cần ngừng dùng kháng sinh.

Bổ sung thêm dịch và thay đổi chế độ ăn uống là điều trị chính trong bệnh tiêu chảy. Trẻ có thể tiêu lỏng thêm vài ngày để tống xuất hết vi khuẩn ra khỏi cơ thể. Vậy nên, thuốc cầm tiêu chảy không phải là lựa chọn điều trị khi trẻ tiêu chảy. Bạn có thể tham khảo một vài lời khuyên dưới đây để giúp bé cải thiện tình trạng này:

Uống nhiều nước hoặc bú sữa nhiều hơn để tránh tình trạng mất nước có thể xảy ra. Tránh cho trẻ uống các loại nước ép trái cây và đồ uống có ga.

Ăn nhiều thực phẩm có chứa tinh bột. Thực phẩm giàu tinh bột giúp trẻ dễ tiêu hóa khi bị tiêu chảy. Ví dụ như ngũ cốc, bánh mì, bánh quy, cơm, cháo…

Một số trường hợp, trẻ cần bổ sung thêm nước điện giải (dung dịchOresol). Trong trường hợp trẻ mất nước nặng và không thể bú, khi đó nhập viện là cần thiết. Bạn có thể phải ngừng cho con bú tạm thời. Trẻ cần được truyền dịch tĩnh mạch để điều trị mất nước. Lúc này, bạn có thể cần hút sữa để duy trì lượng sữa được tiết ra. Việc này có thể kéo dài cho đến khi trẻ bú lại được (thường trong vòng 12 giờ).

Duy trì chế độ dinh dưỡng. Thực phẩm chứa nhiều tinh bột sẽ giúp trẻ dễ tiêu hóa hơn các loại khác. Nếu con bạn trên 6 tháng tuổi, hãy tiếp tục cho trẻ ăn dặm với thức ăn đặc.

Phụ huynh có thể tham khảo ý kiến bác sĩ về việc sử dụng probiotic (men vi sinh) cho trẻ. Một nghiên cứu đã cho thấy probiotic có hiệu quả trong việc làm giảm tiêu chảy do kháng sinh.4

Nên chia nhỏ thành nhiều bữa ăn trong ngày để tránh trẻ bị nôn.

Đưa trẻ đến gặp Bác sĩ NGAY LẬP TỨC nếu trẻ có các dấu hiệu sau:

Có dấu hiệu mất nước (không đi tiểu trong hơn 8 giờ, môi khô, mắt trũng sâu, trẻ khóc không có nước mắt).

Trẻ tiêu phân kèm máu.

Tiêu chảy hơn 8 lần trong 8 giờ qua (ở trẻ lớn).

Tiêu chảy với phân toàn là nước VÀ nôn liên tục.

Con bạn bắt đầu biểu hiện rất ốm yếu như lừ đừ, quấy khóc liên tục, bỏ bú.

Đưa trẻ đến gặp Bác sĩ ngay khi có thể nếu như:

Trẻ đi tiêu phân nhầy.

Kèm theo sốt kéo dài hơn 3 ngày.

Tiêu chảy vẫn còn sau hơn 2 tuần.

Bạn có những lo lắng hoặc câu hỏi khác về tình trạng của trẻ.

Khi chăm sóc trẻ uống kháng sinh bị tiêu chảy, phụ huynh cần lưu ý một số điều sau:

Đảm bảo cấp nước đầy đủ cho trẻ.

Tham khảo ý kiến bác sĩ về việc nên tiếp tục sử dụng, hoặc dừng, hoặc thay thế kháng sinh cho trẻ.

Cho trẻ ăn chế độ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng và lành mạnh.

Không cần thiết sử dụng các thuốc điều trị tiêu chảy cho trẻ. Tốt nhất nên tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi sử dụngthuốc tiêu chảyđể được tư vấn phù hợp nhất cho tình trạng của mỗi bé.

Tiêu chảy rất dễ lây lan. Do đó, luôn rửa tay trước và sau khi chăm sóc trẻ, nhất là sau khi thay tã. Điều này rất quan trọng để giảm nguy cơ tiêu chảy cho trẻ và các thành viên khác trong gia đình.

Đôi khi tiêu chảy gây ra hăm đỏ vùng da xung quanhhậu môncủa trẻ. Vì thế, bạn nên vệ sinh vùng da bị kích thích bằng nước. Sau đó, thay tã hoặc quần thoáng mát cho trẻ.

Qua bài viết này, hy vọng đã cung cấp cho bạn những kiến thức cần thiết về vấn đềtiêu chảy do kháng sinhở trẻ. Bên cạnh bổ sung thêm nước và chất dinh dưỡng, bạn cũng nên đảm bảo vệ sinh khi chăm sóc trẻ. Đó là những phương pháp quan trọng giúp trẻ tránh được nguy cơ dẫn đến tiêu chảy nặng.

Có thể bạn quan tâm:

Tiêu chảy là một trong những bệnh thường gặp vào mùa hè, đặc biệt là ở trẻ nhỏ. Tiêu chảy ở trẻ có thể do nhiễm khuẩn, dị ứng thức ăn, hoặc do dùng kháng sinh kéo dài. Trong trường hợp trẻ bị tiêu chảy, bố mẹ cần biết chăm sóc đúng cách giúp bé mau khỏi bệnh. Và bạn có thể tìm hiểu về vấn đề này với bài viết: “Tiêu chảy ở trẻ: Nên cho trẻ ăn gì và khi nào cần đi khám bác sĩ“

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tieu-chay-do-su-dung-khang-sinh/

Nội dung bài viết

Hội chứng tiêu chảy do sử dụng kháng sinh

Nguyên nhân gây ra

Những dấu hiệu và triệu chứng

Yếu tố nguy cơ và những biến chứng liên quan

Chẩn đoán

Phương pháp điều trị

Biện pháp phòng ngừa

Kháng sinh là loại thuốc đang được sử dụng phổ biến để điều trị các bệnh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, việc dùng kháng sinh có thể gây ra những tác dụng phụ không mong muốn. Một trong những tác dụng phụ hay gặp nhất khi dùng kháng sinh là tiêu chảy. Nếu bạn gặp vấn đề về hệ tiêu hóa của mình khi sử dụng kháng sinh, bài viết dưới đây của Bác sĩ Đào Thị Thu Hương để hiểu rõ hơn về hội chứng tiêu chảy do kháng sinh.

Khi bạn đi tiêu lỏng trên 3 lần/ngày sau khi sử dụng kháng sinh để điều trị nhiễm trùng. Khi đó, có thể bạn đang mắc hội chứng tiêu chảy do thuốc kháng sinh. Thông thường, tiêu chảy do kháng sinh không gây nhiều tác hại.

Các biểu hiện thường nhẹ và cũng không cần điều trị. Tiêu chảy thường tự giới hạn sau vài ngày khi bạn ngưng dùng kháng sinh. Tuy nhiên, vẫn có những trường hợp có biểu hiện nặng. Những trường hợp này cần được ngưng hoặc chuyển đổi kháng sinh.

Lý do kháng sinh gây ra tiêu chảy và các triệu chứng liên quan vẫn chưa được hiểu rõ. Lý giải nhận được nhiều sự ủng hộ nhất là thuốc kháng sinh làm rối loạn cân bằng giữa vi khuẩn tốt và vi khuẩn có hại trong đường tiêu hóa của bạn.

Hầu hết tất cả các loại kháng sinh đều có thể gây ra triệu chứng tiêu chảy. Tuy nhiên, một số kháng sinh thường gây ra nhất, bao gồm:

Cephalosporin, nhưcefdinirvàcefpodoxime.

Penicillin, nhưamoxicillinvàampicillin.

Nhiễm C. difficile. Khi kháng sinh làm mất cân bằng hệ vi khuẩn trong hệ tiêu hóa của bạn, vi khuẩn C. difficile có thể nhanh chóng phát triển vượt ngoài khả năng kiểm soát. C. difficile tạo ra độc tố tấn công vào niêm mạc ruột và gây ra các triệu chứng. Các kháng sinh có liên quan đến nhiễm C. difficile bao gồm fluoroquinolones, cephalosporin, penicillin và clindamycin.

Trong đa số trường hợp, tiêu chảy do kháng sinh thường có biểu hiện nhẹ, như:

Tiêu phân lỏng.

Tăng nhu động ruột.

Tiêu chảy do kháng sinh đa số sẽ biểu hiện khoảng 1 tuần sau khi bắt đầu dùng kháng sinh. Tuy nhiên, đôi khi tiêu chảy và các triệu chứng khác không xuất hiện sau nhiều ngày hoặc có thể nhiều tuần sau khi bạn kết thúc liệu trình điều trị kháng sinh.Xem thêm:Tiêu chảy cấp: Nguy cơ đến từ thói quen ăn uống.

Mặc dù vậy, vẫn có những trường hợp tiêu chảy do kháng sinh có biểu hiện nặng. Nhiễm Clostridium difficile là nguyên nhân gây ra hầu hết các trường hợp tiêu chảy nặng. Ngoài biểu hiện tiêu lỏng và đi tiêu thường xuyên, nhiễm C. difficile có thể gây ra:

Đau bụng dưới.

Sốt nhẹ.

Buồn nôn.

Ăn mất ngon.

Thời điểm nào bạn cần đi khám?

Hãy đi khám ngay khi bạn có những biểu hiện nặng của tiêu chảy do kháng sinh. Những dấu hiệu này thường không đặc hiệu và bạn cần được thăm khám và làm một số xét nghiệm để xác định được nguyên nhân.

Tiêu chảy do kháng sinh có thể xảy ra với bất kỳ ai sử dụng kháng sinh. Nhưng bạn sẽ có nguy cơ cao hơn nếu bạn có những yếu tố dưới dây:

Đã từng bị tiêu chảy liên quan đến kháng sinh trong quá khứ.

Đã sử dụng kháng sinh trong khoảng thời gian dài.

Đang sử dụng nhiều hơn một kháng sinh.

Biến chứng thường gặp nhất của bất kỳ thể tiêu chảy nào là mất nước và điện giải. Mất nước đủ nghiêm trọng có thể đe dọa tính mạng của bạn. Các triệu chứng và dấu hiệu do mất nước bao gồm khát nước nhiều, tiểu ít và khô miệng.

Xem thêm:Không nên ăn gì khi đang bị tiêu chảy?

Để chẩn đoán tiêu chảy do kháng sinh, bác sĩ sẽ hỏi bạn một số thông tin về sức khỏe của bạn, tiền sử y khoa, bao gồm cả việc từng điều trị kháng sinh trong khoảng thời gian gần đây.

Nếu bác sĩ nghi ngờ bạn nhiễm C. difficile, mẫu phân của bạn có thể được xét nghiệm.

Việc điều trị tiêu chảy do kháng sinh phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

Phương pháp điều trị với tiêu chảy do kháng sinh mức độ nhẹ. Nếu bạn bị tiêu chảy nhẹ, các triệu chứng sẽ giảm sau vài ngày ngưng điều trị kháng sinh. Trong một số trường hợp, bác sĩ sẽ khuyên bạn nên ngưng kháng sinh cho đến khi giảm tiêu chảy.

Điều trị đối với trường hợp tiêu chảy do nhiễm C. difficile. Nếu bạn bị nhiễm C. difficile, bác sĩ sẽ đổi sang loại kháng sinh nhằm diệt loại vi khuẩn này. Và có thể bạn sẽ được yêu cầu ngưng sử dụng thuốc ức chế axit dạ dày. Đối với những trường hợp này, triệu chứng tiêu chảy có thể tái diễn và cần điều trị lại.

Uống đủ nước:Để ngăn mất nước do tiêu chảy, bạn cần phải uống nhiều nước để bù lại lượng nước đã mất. Đối với nhữngtrường hợp nặng, bạn cần uống nước pha với muối và đường.  Hãy thử sử dụng nước trái cây ít đường nếu bạn không muốn uống quá nhiều nước lọc.  Tránh sử dụng đồ uống chứa nhiều đường hay đồ uống có cồn, caffeine như cà phê hay trà. Những đồ uống này có thể làm trầm trọng hơn các triệu chứng của bạn.

Đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị tiêu chảy:Hãy hỏi bác sĩ về việc sử dụng dung dịch bù nước bằng đường như Oresol, để bù nước và điện giải cho trẻ.

Cầntránh sử dụngmột số loại thực phẩm chứa nhiềuchất béo và đồ ăn cay.

Ngoài ra, hãy thử hỏi về các thuốc có tác dụng giảm tiêu chảy. Trong một số trường hợp tiêu chảy do kháng sinh mức độ nhẹ, bác sĩ có thể chỉ định một số thuốc chống tiêu chảy, chẳng hạn nhưLoperamid(Imodium A-D). Tuy nhiên, hãy hỏi ý kiến bác sĩ về việc sử dụng các thuốc này. Vì chúng có thể ngăn cản việc đào thải chất độc của cơ thể bạn. Và có thể gây ra những biến chứng nặng.

Một số chuyên gia có thể khuyên bạn sử dụng một số chế phẩm gọi là Probiotics. Sử dụng các chế phẩm này có thể giúp bạn cân bằng lại hệ vi sinh trong đường ruột. Tuy nhiên, vẫn chưa có sự đồng thuận về lợi ích của Probiotic với các triệu chứng tiêu chảy. Việc sử dụng men vi sinh thường không gây hại, trừ khi bạn có vấn đề về hệ miễn dịch.

Để ngăn ngừa tiêu chảy do kháng sinh, bạn có thể thử một số cách sau:

Sử dụng kháng sinh chỉ khi nào thực sự cần thiết. Đừng sử dụng kháng sinh trừ khi bác sĩ nói với bạn rằng điều đó cần thiết. Kháng sinh chỉ có tác dụng trên những bệnh do vi khuẩn gây ra. Chúng không có hiệu quả đối với vi rút, như cảm lạnh và cúm.

Nhắc nhở những người chăm sóc và đến thăm bạn rửa tay thường xuyên. Nếu bạn đang nằm viện, hãy yêu cầu mọi người rửa tay bằng dung dịch cồn trước và sau khi thăm bạn, để giảm nguy cơ lây lan.

Hãy nói với bác sĩ nếu bạn từng bị tiêu chảy khi sử dụng kháng sinh trước đó. Từng bị tiêu chảy do kháng sinh có thể tăng nguy cơ bị hội chứng này lần nữa. Bác sĩ có thể chỉ định loại kháng sinh khác cho bạn.

Kháng sinh ngày càng trở nên phổ biến và bạn có thể dễ dàng mua ở các quầy thuốc. Vì lý do đó mà những vấn đề liên quan đến việc sử dụng kháng sinh trở nên phổ biến. Và để hạn chế hội chứng tiêu chảy do kháng sinh và những vấn đề khác liên quan đến kháng sinh, hãy đi khám bệnh nếu bạn có vấn đề về sức khỏe và hạn chế việc mua thuốc không được kê đơn bởi bác sĩ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-tim-thieu-mau-cuc-bo/

Nội dung bài viết

Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính là gì?

Nguyên nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ

Dấu hiệu nhận biết bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính

Đối tượng nào có nguy cơ cao với bệnh động mạch vành

Cần làm gì để giảm nguy cơ bệnh động mạch vành

Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (Đau thắt ngực ổn định – Bệnh động mạch vành ổn định) là loại bệnh lý thường gặp nhất ở các nước phát triển, và có xu hướng gia tăng rất mạnh ở các nước đang phát triển (trong đó có Việt Nam); gặp ở hơn một nửa số bệnh nhân bị bệnh động mạch vành (ĐMV) nói chung và gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến tuổi thọ, chất lượng cuộc sống cũng như chi phí điều trị, chăm sóc. Vậy, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính là gì? Nguyên nhân, các dấu hiệu và cách phòng ngừa của bệnh? Hãy cùng tìm hiểu trong bài viết sau đây của ThS.BS Vũ Thành Đô.

Cơ tim là một cơ quan năng động nhất, có trọng trách sống còn là bơm máu nuôi cơ thể; và chính cơ tim cũng cần máu để nuôi dưỡng. Nhu cầu Oxy của cơ tim cũng là lớn nhất trong số các cơ quan của cơ thể.

Bản chất hoạt động của cơ tim là đảm bảo sự cân bằng giữa cung (nguồn cung cấp Oxy cho cơ tim để hoạt động) và cầu (nhu cầu Oxy của cơ tim). Nguồn cung cấp Oxy duy nhất cho cơ tim là động mạch vành. Khi động mạch vành bị hẹp đáng kể (thường là trên 70%), dòng chảy tưới máu cơ tim dưới đoạn hẹp bị giảm đáng kể, nhất là lúc gắng sức. Khi đó, nguồn cung Oxy cho cơ tim bị suy giảm đáng kể, trong khi nhu cầu Oxy của cơ tim vẫn cần, đặc biệt khi gắng sức.

Tình trạng thiếu nguồn cung này dẫn đến các rối loạn trong hoạt động của tế bào cơ tim. Hậu quả lâu dài là các cơn đau ngực khi gắng sức; ảnh hưởng trầm trọng đến chất lượng cuộc sống và tâm lý của bạn; kéo dài tình trạng này hơn nữa sẽ dẫn đến suy giảm chức năng của tim, rối loạn nhịp tim…

Các nguyên nhân dẫn đến tình trạng thiếu máu cơ tim đều gây ra bệnh, bao gồm:

Do phát triển của mảng xơ vữa:Xơ vữa là hiện tượng thành động mạch dày lên do tích tụ canxi và các chất béo (Cholesterol và Triglycerid). Nó làm giảm tính đàn hồi và làm hẹp thành động mạch, và do đó, cho phép ít máu đi qua. Đây là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra bệnh tim thiếu máu cục bộ.

Các yếu tố khác:Hẹp động mạch vành bẩm sinh; Co thắt động mạch vành; Chấn thương gây hẹp động mạch vành; Nguồn máu thiếu Oxy (thiếu máu; máu không giàu Oxy…).

Tăng nhịp tim, tăng sức bóp cơ tim trong một số bệnh lý (Basedow, nhiễm độc giáp…), khi gắng sức hoặc sau sử dụng một số thuốc cường tim…

Cơn đau thắt ngực là dấu hiệu quan trọng nhất trong lâm sàng để giúp nhận biết và chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Tuy nhiên, đau ngực có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, nên cần phải phân biệt rõ. Cũng có một số trường hợp bị bệnh động mạch vành nhưng lại không có hoặc ít đau thắt ngực (người già; bệnh nhân đái tháo đường…). Để tránh bỏ sót và nhầm lẫn, chúng tôi luôn khuyến khích bạn đi khám ngay khi có triệu chứng đau ngực để có tư vấn chính xác nhất từ bác sĩ.

Vị trí:Thường ởsau xương ức; đau thành một vùng (Chứ không phải một điểm); đau có thể lan lên cổ, vai, tay, hàm, thượng vị, sau lưng. Thường gặp nhất là hướnglan lên vai trái và mặt trong tay trái, có khi xuống tận các ngón tay 4, 5.

Hoàn cảnh xuất hiện:Thường xuất hiện khi gắng sức, xúc cảm mạnh, gặp lạnh, sau bữa ăn nhiều hoặc hút thuốc lá. Một số trường hợp, cơn đau thắt ngực có thể xuất hiện về đêm, khi thay đổi tư thế, hoặc khi kèm cơn nhịp nhanh.

Tính chất:Bạn có thể có cảm giác như thắt lại, bóp nghẹt hoặc bị đè nặng trước ngực, đôi khi cảm giác buốt giá. Trong một số y văn, cơn đau thắt ngực được mô tả như“có con voi giẫm lên ngực”. Bạn cũng có thể có cảm giác khó thở, mệt lả, đau đầu, buồn nôn, vã mồ hôi…

Thời gian:Cơn đau thường kéo dài khoảng vài phút (3-5 phút), hoặc có thể dài hơn, nhưng thường không vượt quá 20 phút. Nếu đau dài hơn và xuất hiện ngay cả khi nghỉ, thì cần nghĩ đếnHội chứng vành cấp(gồm:cơn đau thắt ngực không ổn địnhvànhồi máu cơ tim cấp). Những cơn đau xảy ra do xúc cảm thường kéo dài hơn là đau do gắng sức. Những cơn đau chỉ thoáng qua, hoặc chỉ dưới 1 phút thì thường do các nguyên nhân khác ngoài tim.

Cách giảm cơn đau:Cơn đau thường đỡ hơn khi nghỉ ngơi, hoặc dùng các thuốc nhóm Nitrate.

Một số biến thể:Ở một số trường hợp, có thể bạn không biểu hiện rõ cơn đau, mà chỉ cảm giác nặng tức ngực, khó chịu ở ngực, hoặc cảm giác như cứng hàm khi gắng sức… Ngược lại, một số trường hợp lại có cơn đau giả thắt ngực (nhất là ở nữ giới). Bạn cũng có thể cảm giác đau ngực khi mới gắng sức, nhưng sau đó sẽ đỡ đau dần mặc dù vẫn tiếp tục hay lặp lại hoạt động gắng sức như vậy…

Các yếu tố nguy cơ của bệnh động mạch vành đã được biết đến từ lâu, và danh sách ngày càng dài. Các yếu tố này thường tác động phức tạp lẫn nhau, và một người lại thường dễ mang nhiều yếu tố nguy cơ. Khi nhiều yếu tố nguy cơ tác động lẫn nhau, làm nguy cơ của bệnh động mạch vành tăng lên theo cấp số nhân, chứ không phải chỉ là cộng nhau.

Hút thuốc lá.

Rối loạn lipid máu (Tăng LDL-c).

Tăng huyết áp.

Đái tháo đường.

Thừa cân / béo phì.

Lười vận động.

Tuổi cao.

Giới nam hoặc nữ sau mãn kinh.

Tiền sử gia đình có người thân trực hệ bị bệnh động mạch vành trước 55 tuổi (với nam) và 65 tuổi (với nữ).

Các yếu tố nguy cơ nêu trên có liên quan đến khả năng mắc bệnh động mạch vành; và việc điều chỉnh tốt các yếu tố nguy cơ giúp làm giảm tỷ lệ mắc và tiến triển của bệnh. Rất cần sự hiểu biết và thái độ tốt với các yếu tố nguy cơ (kể cả các yếu tố không thay đổi được) để chúng ta có thể chủ động ngăn ngừa tốt các biến cố tim mạch.

Thay đổi lối sống, bỏ thói quen có hại: Bỏ thuốc lá, hạn chế uống rượu.

Tập thể dục đều hàng ngày (it nhất 4 ngày/tuần), mỗi ngày 30-60 phút, tập mức độ vừa phải theo khả năng gắng sức của mỗi người.

Chế độ ăn uống lành mạnh: Tránh các chất béo no, nhiều Cholesterol (mỡ động vật, nội tạng động vật, lòng đỏ trứng, bơ, sữa béo); hạn chế ăn mặn… Khuyến khích chế độ ăn nhiều cá, nhiều rau quả…

Phát hiện và điều chỉnh tốt các bệnh tật, rối loạn kèm theo: Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu,béo phì…

Tránh các căng thẳng, stress; giữ thăng bằng và điều độ trong cuộc sống.

Dùng các thuốc đầy đủ và đều đặn theo hướng dẫn của bác sĩ.

Liên hệ chặt chẽ với bác sĩ chuyên ngành, định kỳ liên lạc và thông báo kịp thời các triệu chứng, bất thường, cũng như thăm khám định kỳ.

Điều trị, khống chế tốt huyết áp:Mục tiêu kiểm soát huyết áp cần đạt được là< 140/90 mmHg. Bác sĩ có thể chỉ định các loại thuốc điều trị tăng huyết áp khác nhau tùy vào từng bệnh nhân; nhưng sẽ ưu tiên dùng một số nhóm thuốc hạ áp như:Chẹn Beta giao cảm;Thuốc ức chế men chuyểnhoặcức chế thụ thể.

Điều trị tốt rối loạn lipid máu:Mục tiêu kiểm soát làLDL-c < 1,8 mmol/l. Ưu tiên lựa chọn kê đơn là các thuốc hạ mỡ máu thuộc nhómStatin.

Khống chế tốt đường máu:Mục tiêu cần đạt được chỉ sốHbA1c < 7%.

Bỏhút thuốc lá.

Giảm cân:Duy trì BMI ở mức18,5 – 23.

Uống rượucó kiểm soát: Không quá 1 đơn vị rượu trong một ngày (Tương đương 50 ml rượu mạnh; 100 ml rượu vang đỏ; 300 ml bia).

Hiện nay, tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong do bệnh động mạch vành vẫn chiếm hàng đầu trong mô hình bệnh tật. Tuy nhiên, chất lượng và hiệu quả các thuốc, phác đồ điều trị bệnh động mạch vành cũng đã có các thành tựu và bước tiến; giúp tăng đáng kể hiệu quả điều trị và thời gian sống còn của bệnh nhân, giảm các nguy cơ và biến cố tim mạch, cũng như tử vong ở bệnh nhân bệnh động mạch vành.

Việc chẩn đoán và phát hiện bệnhtim thiếu máu cục bộsớm là rất quan trọng. Muốn vậy, bạn cần thực hiện tốt các giải pháp nêu trên, tích cực điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, khám bệnh định kỳ, cũng như liên hệ ngay với bác sĩ chuyên khoa Tim mạch khi có các triệu chứng, dấu hiệu của bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tinh-dich-loang/

Nội dung bài viết

Tinh dịch loãng là gì?

Nguyên nhân gây tinh dịch loãng

Tinh dịch loãng có nguy hiểm không?

Chẩn đoán và điều trị tinh dịch loãng

Các quý ông có thể đang hoang mang về tình trạng tinh dịch loãng. Vậy nó có nguy hiểm không, nguyên nhân gây ra tình trạng này là gì và cách điều trị như thế nào? Hãy cùng tìm câu trả lời trong bài viết của ThS.BS Trần Quốc Phong nhé.

Tinh dịch là dịch được tiết ra từ niệu đạo khi xuất tinh. Nó mang tinh trùng va dịch từ tuyến tiền liệt và cơ quan sản xuất khác. Đối với nam giới bình thường, tinh dịch là chất lỏng đặc, có màu trắng. Tuy nhiên, có vài yếu tố đã tác động làm thay đổi độ dính của nó. Đó là hiện tượng tinh dịch loãng.

Tinh dịch loãnglà hiện tượng bất thường tinh dịch ở nam giới. Đó có thể là dấu hiệu số lượng tinh trùng giảm, tinh dịch không đủ chất dinh dưỡng… Điều này có thể ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản của nam giới. Chính vì vậy, tình trạng này cần phải phòng ngừa và điều trị.

Dấu hiệu để nhận biết tinh dịch loãng:

Tinh dịch trong: bình thường tinh dịch khá đặc sệt.

Hóa lỏng nhanh: tinh dịch xuất ra thường hóa lỏng sau 30 – 45 phút.

Một trong những nguyên nhân gâytinh dịch loãnglà do số lượng tinh trùng thấp. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cho rằng tinh trùng thấp (oligospermia) là tình trạng tiết ra ít hơn 15 triệu tinh trùng trên 1 ml tinh dịch. Chính điều này có thể khiến người đó khó thụ tinh hơn, dẫn đến vô sinh.

Nguyên nhân gây tinh trùng thấp không phải lúc nào cũng được xác định rõ ràng. Tuy nhiên, tình trạng do di truyền có thể gây ra như Hội chứng Klinefelter ảnh hưởng đến lượng tinh trùng. Một số nguyên nhân khác cũng có thể gây ra như:

Đây là tình trạng sưng các tĩnh mạch chạy từ tinh hoàn đến bìu. Nó có thể không gây ra triệu chứng gì nhưng lại làm giảm số lượng tinh trùng và chất lượng tinh dịch. Bệnh có thể xuất hiện một bên hay hai bên của bìu. Đây là một bệnh phổ biến, chiếm khoảng 15% nam giới. Tới khoảng 40% nam giới đến khám vì tình trạng này. Tuy nhiên, khoảng 80% nam giới gặp chứnggiãn tĩnh mạch thừng tinhkhông có mắc vấn đề hiếm muộn nào.

Viêm nhiễm tại cơ quan sinh dục nam giới sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến số lượng và chất lượng của tinh dịch. Một số bệnh có thể kể đến như viêm tinh hoàn, viêm tuyến tiền liệt,… Ngoài ra, còn các bệnh lây qua đường tình dục như bệnh giang mai, lậu,…

Khối u ác tinh hay lành tính trong tinh hoàn đều ảnh hưởng đến sản lượng tinh trùng.

Hormon sản xuất từ tinh hoàn, tuyến yên hay từ vùng hạ đồi đều cần thiết tạo ra tinh trùng khỏe mạnh. Do đó, thay đổi bất thường hormon nào cũng ảnh hưởng việc sản xuất tinh trùng.

Xuất tinh ngược dòng là tình trạng tinh dịch đi vào bàng quang thay vì phóng ra khỏi dương vật. Điều này ảnh hưởng đến lượng tinh dịch được tiết ra khi quan hệ. Tình trạng này xuất hiện có thể do nam giới bị đái tháo đường, tổn thương tủy sống, viêm tiền liệt tuyến, phẫu thuật bàng quang,… Khi đó, nam giới không thể xuất tinh ra ngoài hoặc lượng tinh dịch rất ít.

Kháng thể có thể chống lại tinh trùng.

Các bệnh lý viêm có thể hình thành sẹo gây tắc ống dẫn tinh, cản trở quá trình vận chuyển và xuất tinh.

Xuất tịnh thường xuyên bằng cách thủ dâm và quan hệ có thể khiến tinh dịch bị loãng. Nếu thủ dâm hay quan hệ tình dục mỗi ngày, cơ thể không đủ thời gian để tạo tinh dịch đủ nhiều và chất lượng.

Một nghiên cứu 2016, 20 nam giới đã xuất tinh hàng ngày trong 14 ngày sau 3-5 ngày không xuất tinh. Các nhà nghiên cứu đã thu thập và phân tích các mẫu tinh dịch của người tham gia vào các ngày 1, 3 và 14 trong quá trình nghiên cứu. Họ phát hiện ra rằng cả lượng tinh dịch và lượng tinh trùng đều giảm ở khoảng giữa ngày 1 và 3 cũng như ở khoảng giữa ngày 7 và 14.

Thủ dâm mỗi ngày một lần có nhiều không? Khám phá ngay video bật mí bí mật về thủ dâm khi nào vượt quá giới hạn nhé!

Biên tập bởi:ThS.BS Trần Quốc Phong

Biên tập bởi:ThS.BS Trần Quốc Phong

Kẽmlà một chất dinh dưỡng quan trọng. Bởi hỗ trợ rất nhiều chức năng cần thiết của cơ thể có thể kể đến tổng hơp DNA, chống nhiễm trùng, chữa lành vết thương và sinh sản.

Kẽm cũng có vai trò đối với sản lượng tinh trùng. Theo một đánh giá năm 2018 đăng trên Tạp chí Sinh sản và Vô sinh, kẽm góp phần làm chất lượng tinh dịch giảm và gây vô sinh. Nhưng, cơ thể dư kẽm cũng làm giảm chất lượng tinh trùng.

Cơ thể không thể tự sản xuất hay dự trữ kẽm. Do đó, bạn cần cung cấp kẽm cho cơ thể từ nguồn thực phẩm. Một số thực phẩm chứa kẽm như:

Hàu, thịt đỏ, thịt gia cầm, động vật có vỏ.

Quả hạch, hạt, ngũ cốc nguyên hạt.

Đậu.

Sữa chua hoặc các sản phẩm từ sữa…

Nếu tinh dịch bạn loãng, hãy lưu ý đến màu có trong suốt không. Tinh dịch trong suốt có thể là hiện tượngxuất tinh sớm. Chúng thường chứa một lượng tinh trùng ít.

Tinh dịch loãngthường biểu hiện tạm thời và tự hết, không gây nguy hiểm. Tuy nhiên, nếu tình trạng này kéo dài, có thể đó là dấu hiệu bất thường của cơ thể. Tinh dịch loãng có thể do lượng tinh trùng thấp hay các tình trạng khác. Số lượng tinh trùng thấp không có nghĩa là người đó bị vô sinh. Nhưng nó làm ảnh hưởng đến khả năng thụ thai trở nên khó hơn.

Bên cạnh đó, tinh dịch loãng cũng có thể do thói quen sống, chế độ dinh dưỡng… gây nên.

Theo Viện Sức khỏe Trẻ em và Phát triển Con người Quốc gia Mỹ, vấn đề về khả năng sinh sản của nam gới hầu hết do ảnh hưởng bởi hoạt động của tinh trùng.

Ở người, nếu tình trạngtinh dịch loãngxảy ra dai dẳng. Hãy thăm khám bác sĩ nếu có các triệu chứng sau:

Xuất tinh bất thường.

Tiểu khó, tiểu buốt hoặc đau.

Đau hay khó chịu ở tinh hoàn và bìu.

Đau ở bụng dưới hoặc lưng dưới.

Sốt, buồn nôn, ớn lạnh.

Để chẩn đoán nguyên nhân gây tinh dịch loãng, bác sĩ cần hỏi người bệnh về triệu chứng, bệnh sử và thói quen sinh hoạt. Nếu cần thiết, bạn có thể thực hiện một cuộc kiểm tra thể chất. Bác sĩ cũng có thể yêu cầu lấy mẫu tinh dịch của bệnh nhân rồi phân tích các kết quả:

Thể tích và độ kết dính của tinh dịch.

Độ pH.

Số lượng tinh trùng.

Khả năng và tốc độ di chuyển của tinh trùng.

Hình dạng và kích thước của tinh trùng.

Phương pháp điều trị tinh dịch loãng là dựa vào nguyên nhân gây ra. Tinh dịch có thể hóa loãng do thủ dâm hay quan hệ tình dục nhiều lần mỗi ngày. Trong trường hợp này, bạn có thể kiêng cử trong vài ngày, giúp điều trị vấn đề này.

Trong trường hợp bác sĩ xác định do nhiễm trùng vi khuẩn gây ra, điều trị bằng thuốc kháng sinh. Nếu mất cân bằng nội tiết tố, bác sĩ sẽ đề nghị liệu pháp hormon cho bạn.

Trường hợp bị giãn tĩnh mạch thừng tinh, bác sĩ sẽ áp dụng một trong những phương pháp điều trị:

Phẫu thuật nội soi: bác sĩ phẫu thuật sẽ rạch một vết nhỏ vào bụng. Tiếp theo, đưa một ống nội soi qua vết rạch. Sau đó, xác định vị trí tĩnh mạch bị giãn và sửa chữa.

Thuyên tắc qua da: đây là thủ thuật xâm lấn tối thiểu. Bác sĩ phẫu thuật sẽ chèn một cuộn dây hoặc bóng vào tĩnh mạch bị giãn. Sau đó, sẽ phóng to cuộn dây hay quả bóng lên để khôi phục lượng máu bình thường.

Ngoài ra, thay đổi thói quen sinh hoạt sẽ giúp cải thiện tình trạngtinh dịch loãng:

Duy trì trọng lượng của cơ thể khỏe mạnh.

Giảm áp lực, căng thẳng.

Ngủ đủ giấc mỗi ngày.

Ngừng sử dụng thuốc lá.

Han chế rượu bia.

Tập thể dục.

Tinh dịch loãngthường là tình trạng tạm thời và có thể tự khỏi. Tuy nhiên, đó cũng có thể do số lượng tinh trùng thấp hoặc chất lượng tinh dịch giảm. Điều này không có nghĩa là vô sinh, nhưng hạn chế cơ hội thụ thai. Để tránh hậu quả lớn, hãy đến cơ sở y tế uy tín để được tư vấn và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tinh-trung-loang/

Nội dung bài viết

Tinh trùng loãng là gì?

Tại sao tinh trùng loãng?

Dấu hiệu nhận biết tinh trùng loãng

Đối tượng nào dễ mắc bệnh tinh trùng loãng?

Nam giới nên làm gì để phòng tránh tinh trùng loãng?

Tinh dịch thường là chất lỏng đặc và có màu trắng đục, nhưng nó có thể khác nhau về màu sắc và độ đặc ở mỗi người. Tình trạng tinh dịch loãng hay tinh trùng loãng có thể xảy ra do số lượng tinh trùng thấp. Có nhiều yếu tố làm cho tinh trùng loãng như yếu tố lối sống, thiếu dinh dưỡng… Trong bài viết này, Youmed sẽ cùng nam giới tìm hiểu một số nguyên nhân gây ra tinh trùng loãng và cách phòng ngừa tình trạng này.

Tinh dịch là chất dịch được tiết ra qua niệu đạo của nam giới trong quá trình xuất tinh. Nó mang tinh trùng và chất lỏng từ tuyến tiền liệt và các cơ quan sinh sản khác. Bình thường, tinh dịch là một chất lỏng đặc sệt, màu trắng đục. Tuy nhiên vẫn có một số yếu tố có thể làm chotình trùng loãnghơn bình thường.

Tinh trùng loãngcó thể là dấu hiệu của số lượng tinh trùng thấp. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) số lượng tinh trùng thấp là khi sản xuất ít hơn 15 triệu tinh trùng trên mỗi ml tinh dịch. Tinh trùng loãng có thể làm cho đối tượng khó có con cùng người khác giới nhưng không có nghĩa là người đó bị vô sinh.

Một số nguyên nhân có thể dẫn đếntinh trùng loãng, bao gồm:

Giãn tĩnh mạch thừng tinhlà tình trạng các tĩnh mạch trong bìu bị sưng to. Đây là nguyên nhân phổ biến nhất gây vô sinh ở nam có thể điều trị được. Mặc dù chưa rõ nguyên nhân chính xác dẫn đến giãn tĩnh mạch thừng tinh. Có ghi nhận rằng khi giãn tĩnh mạch thừng tinh, lưu lượng máu đến bìu nhiều hơn. Hậu quả làm cho nhiệt độ vùng bìu tăng và ảnh hưởng đến quá trình sản xuất tinh trùng.

Một số bệnh nhiễm trùng có thể cản trở sản xuất tinh trùng hoặc giảm chất lượng tinh trùng. Những bệnh nhiễm trùng có thể là viêm mào tinh hoàn hoặc viêm tinh hoàn và một số bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục nhưbệnh lậu, HIV…

Xảy ra khi tinh dịch đi vào bàng quang khi đạt cực khoái thay vì xuất ra ngoài. Một số vấn đề sức khỏe có thể gây xuất tinh ngược dòng hoặc không xuất tinh, bao gồm:Bệnh tiểu đường, người đã từng bị chấn thương cột sống, trước đó có phẫu thuật bàng quang, niệu đạo hoặc tuyến tiền liệt.

Ung thư và các khối u không ác tính có thể là nguyên nhân gây ảnh hưởng trực tiếp đến cơ quan sinh sản của nam giới. Nó có thể thông qua các tuyến tiết ra hormone sinh sản chẳng hạn như tuyến yên. Ngoài ra, phẫu thuật, xạ trị hoặc hóa trị để điều trị khối u cũng có thể làm cho tinh trùng loãng và ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của nam giới.

Trong quá trình phát triển của bào thai, một hoặc cả hai tinh hoàn đôi khi không thể đi qua ổ bụng vào túi chứa tinh hoàn (bìu). Nếu có tinh hoàn ẩn có thể làm giảm khả năng sinh sản ở nam giới.

Vùng dưới đồi, tuyến yên và tinh hoàn là nơi đảm nhiệm vai trò sản xuất các hormone cần thiết để tạo ra tinh trùng. Nếu có những thay đổi trong các hormone này hoặc từ các hệ thống khác như tuyến giáp và tuyến thượng thận có thể làm giảm sản xuất tinh trùng.

Các ống vận chuyển tinh trùng bao gồm: Trong tinh hoàn, các ống dẫn tinh, trong mào tinh hoặc niệu đạo, có thể bị tắc do chấn thương, nhiễm trùng trước đó hoặc phát triển bất thường.

Các rối loạn di truyền điển hình làhội chứng Klinefelter. Trong đó nam giới được sinh ra có nhiễm sắc thể giới tính là XXY thay vì XY. Đây chính là nguyên nhân gây ra sự phát triển bất thường của cơ quan sinh sản nam. Các hội chứng di truyền khác có thể là hội chứng Kallmann và hội chứng Kartagener.

Những liệu pháp thay thế testosterone, sử dụng các chất thuộc nhóm steroid trong thời gian dài, thuốc điều trị ung thư (hóa trị liệu), một số loại thuốc kháng sinh và kháng nấm, hoặc cũng có thể là một số loại thuốc điều trị loét và các loại thuốc khác có thể làm giảm khả năng sản xuất tinh trùng và giảm khả năng sinh sản của nam giới.

Xuất tinh thường xuyên cũng có thể dẫn đến tinh trùng loãng. Nếu thủ dâm nhiều lần trong ngày thì chất lượng tinh dịch ở những lần sau sẽ loãng hơn. Cơ thể bạn lúc này cần nghỉ ngơi nhiều giờ hoặc vài ngày để sản xuất tinh dịch bình thường.

Một nguyên nhân khác có thể làm cho tinh trùng loãng là do thiếu kẽm. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng những người đàn ông có đủ lượng kẽm trong cơ thể có thể chống lại tác động của kháng thể chống tinh trùng tốt hơn. Những kháng thể này được tạo ra bởi hệ thống miễn dịch xem tinh trùng như một vật thể lạ và tấn công chúng.

Một số thủ thuật hoặc biến chứng phẫu thuật có thể gây hạn chế phóng tinh, bao gồm: Thắt ống dẫn tinh, phẫu thuật thoát vị bẹn, phẫu thuật bìu hoặc tinh hoàn, phẫu thuật tuyến tiền liệtvà phẫu thuật bụng lớn được thực hiện do ung thư tinh hoàn và trực tràng.

Dấu hiệu chính củatinh trùng loãnglà làm giảm khả năng giúp cho bạn tình có thai. Ngoài ra, nó có thể không có dấu hiệu hoặc triệu chứng rõ ràng nào khác.

Ở một số nam giới, các vấn đề tiềm ẩn như bất thường nhiễm sắc thể, rối loạn nội tiết tố, giãn tĩnh mạch thừng tinh hoặc tồn tại những cản trở sự di chuyển của tinh trùng có thể gây ra các triệu chứng như:

Vấn đề về chức năng tình dục. Điển hình như ham muốn tình dục thấp hoặc khó duy trì sự cương cứng (rối loạn cương dương).

Đau, sưng hoặc nổi u cục ở vùng tinh hoàn.

Rụng tóc trên khuôn mặt hoặc cơ thể hoặc các dấu hiệu khác liên quan đến bất thường nhiễm sắc thể hoặc rối loạn nội tiết tố.

Những đối tượng có một số yếu tố nguy cơ dẫn đếntinh trùng loãng, bao gồm:

Hút thuốc lá: Theo báo cáo, đối tượng hút thuốc lá có số lượng tinh trùng thấp hơn những người không hút thuốc.

Uống rượu: Có thể làm giảm nồng độtestosteronegây giảm sản xuất tinh trùng.

Thừa cân- Béo phì: Có thể làm giảm khả năng sinh sản theo một số cách, như tác động trực tiếp đến tinh. trùng hoặc gây ra những thay đổi hormone làm giảm khả năng sinh sản của nam giới.

Bị trầm cảm hoặc căng thẳng nghiêm trọng: Căng thẳng cảm xúc nặng hoặc kéo dài, bao gồm căng thẳng về khả năng sinh sản, có thể gây cản trở các hormone cần thiết để sản xuất tinh trùng.

Sử dụng corticoid: Steroid kích thích tế bào cơ phát triển có thể làm cho tinh hoàn co lại và sản xuất tinh trùng giảm. Sử dụng cocaine hoặc cần sa cũng có thể làm giảm số lượng và chất lượng tinh trùng.

Đã từng bị chấn thương tinh hoàn.

Có người thân cùng huyết thống có chứng rối loạn khả năng sinh sản.

Đang điều trị ung thư, chẳng hạn như xạ trị.

Dùng một số loại thuốc có ảnh hưởng đến khả năng sinh tinh.

Đã từng thắt ống dẫn tinh trước đó hoặc phẫu thuật vùng bụng hoặc vùng chậu lớn.

Một số thay đổi quan trọng về lối sống sau đây có thể giúp phòng tránhtinh trùng loãng:

Hạn chế và tốt hơn là ngừng hút thuốc lá.

Giảm uống rượu bia.

Duy trì thói quen tập thể dục và ăn những thực phẩm lành mạnh.

Nên giữ cho tinh thần thoải mái.

Giữ cho không gian phòng ngủ luôn sạch sẽ, thoáng mát.

Cân nhắc tăng lượng kẽm nếu cần từ các nguồn thực phẩm. Chẳng hạn như hàu, thịt đỏ, các loại hạt, đậu và các sản phẩm từ sữa.

Cân nhắc giảm hoạt động tình dục thường xuyên. Trong trường hợp tinh dịch loãng do xuất tinh thường xuyên, kiêng hoạt động tình dục trong vài ngày có thể giúp giải quyết tình trạng này.

Tinh trùng loãngđôi khi có thể là hậu quả của một số vấn đề sức khỏe hoặc do yếu tố lối sống, dinh dưỡng. Tinh trùng loãng không nhất thiết có nghĩa là người đó bị vô sinh. Tuy nhiên, với những người đang khó khả năng làm bạn tình có thai cần nên tham khảo ý kiến ​​bác sĩ. Ngoài ra, nam giới cần đến thăm khám bác sĩ ngay cả khi tinh dịch đổi màu hoặc có lẫn máu.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tinh-trung-yeu/

Nội dung bài viết

Tinh trùng yếu là gì?

Nguyên nhân tinh trùng yếu

Triệu chứng tinh trùng yếu

Điều trị tinh trùng yếu

Phòng ngừa và cải thiện lối sống

Kết luận

Chất lượng tinh trùng thường là vấn đề mà nam giới ít quan tâm. Tuy nhiên, nếu bạn và đối tác hôn nhân của mình có kế hoạch thêm thành viên cho gia đình thì đây là chủ đề các cặp vợ chồng phải lưu ý. Ở bài viết này, hãy Bác sĩ Lê Hoàng Ngọc Trâm cùng tìm hiểu về số lượng và chất lượng của tinh trùng ở nam giới, nguyên nhân dẫn đến tinh trùng yếu và phương pháp điều trị để tăng cơ hội mang thai.

Tinh trùng là tế bào sinh sản của nam, mỗi tinh trùng có kích thước khá nhỏ, tinh trùng được sản xuất tại tinh hoàn, mang 23 nhiễm sắc thể.

Tế bào này được sản sinh từ các ống sinh tinh, nằm trong tinh hoàn. Quá trình sản xuất tinh trùng kéo dài gần như trong suốt cuộc đời của một người đàn ông. Sau khi tinh trùng được phóng thích vào âm đạo của người phụ nữ; vì môi trường axit ở đây nên chỉ số ít tinh trùng khỏe mạnh mới sống sót được; từ đó chúng di chuyển vào buồng tử cung và tiến hành thụ tinh với noãn.

Trong điều kiện sức khỏe bình thường, trung bình cứ một phút cơ thể nam giới sẽ tạo ra 72.000 tinh trùng và hơn 100 triệu con một ngày. Sau đó, trong mỗi lần xuất tinh, lượng tinh dịch được phóng ra vào khoảng 2 – 5 ml, trong đó chứa khoảng 60 – 80 triệu tinh trùng/ml.

Tinh trùng được đánh giá là khỏe mạnh khi:

Tỉ lệ tinh trùng di chuyển trên 75%.

Trên 25% di chuyển nhanh.

Trên 30% có hình dạng bình thường.

Hồng cầu và bạch cầu chiếm ít hơn 1 triệu/ml.

Tinh trùng yếuđược hiểu là tình trạng suy giảm số lượng lẩn chất lượng của tinh trùng.

Cụ thể:

Số lượng: ít hơn 40 triệu con/ml.

Tỷ lệ tinh trùng chết và không di động cao hơn 25%.

Dưới 25% tinh trùng di chuyển nhanh.

Dưới 30% có hình dạng bình thường.

Hồng cầu và bạch cầu chiếm nhiều hơn 1 triệu/ml.

Có rất nhiềunguyên nhân tinh trùng yếuở nam giới. Nó liên quan mật thiết với môi trường, thói quen sinh hoạt, chế độ dinh dưỡng và nhiều tình trạng bệnh lý khác nhau.

Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nên tình trạng vô sinh, hiếm muộn ở nam giới hiện nay. Giãn tĩnh mạch tinh có thể ảnh hưởng trực tiếp đến quá tình sản xuất tinh trùng, gây suy giảm chất lượng tinh trùng, làm tăng nguy cơ tình trạng yếu ở nam giới.

Một số bệnh viêm nhiễm tại cơ quản sinh sản của nam giới như viêm mào tinh hoàn, viêm tinh hoàn hay một số bệnh lấy qua đường tình dục như HIV, bệnh lậu, giang mai… có thể ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình sản xuất tinh trùng, gây hại cho sức khỏe tinh trùng hoặc tạo ra các sẹo gây cản trở cho quá trình vận chuyển tinh trùng.

Các khối u hoặc quá trình điều trị khối u có thể gây mất cân bằng nội tiết tố bên trong cơ thể nam giới, ảnh hưởng đến sức khỏe tinh trùng.

Testosterone là hormone không thể thiếu trong quá trình sản xuất tinh trùng. Và khi lượng hormone này bị suy giảm thì quá trình sản xuất tinh trùng, sức khỏe tinh trùng chắc chắn cũng bị ảnh hưởng theo.

Một số liên quan đến di truyền (rối loạn di truyền, dị tật bẩm sinh…), bệnh tự nhiễm cũng có khả năng cao gây nên tình trạng yếu tinh trùng. Hoặc do tác dụng khi sử dụng các lại thuốc điều trị đặc hiệu một số bệnh khác.

Hóa chất công nghiệp: môi trường sống, làm việc nếu phải tiếp xúc lâu dài với các hóa chất độc hại như benzene, xylene, toluene…; thuốc trừ sâu, thuốc diệt cỏ, dung môi hữu cơ, vật liệu sơn… đều ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe tinh trùng, làm tăng nguy cơtinh trùng yếuở nam giới.

Kim loại nặng: nam giới phơi nhiễm với chì và các kim loại nặng sẽ có nguy cơ bị tinh trùng yếu cao hơn so với bình thường.

Tia xạ: nam giới phơi nhiễm với tia xạ trong thời gian dài có thể làm giảm hoặc mất khả năng sinh tinh.

Thói quen sinh hoạt không lành mạnh ảnh hưởng đến chất lượng và số lượng tinh trùng như: thói quen tắm nước quá nóng; mặc quần quá chật; đặt laptop lên đùi liên tục khi làm việc làm tinh hoàn nóng lên… Nghiên cứu cho thấy nếu bìu nóng ở 43 độ trong 30 phút sẽ làm giảm tới 80% số lượng tinh trùng trong tinh dịch.

Lạm dụng rượu bia, thuốc lá: các chất có tính kích thích không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe tổng thể của nam giới mà còn làm giảm nồng độ testosterone, gây hại cho sức khỏe tinh trùng.

Stress, căng thẳng, mệt mỏi: yếu tố tâm lý cũng được đánh giá có khả năng ảnh hưởng đến quá trình sản xuất tinh trùng của nam giới.

Cân nặng: thống kê cho thấy nam giới bị béo phì có nguy cơ bịtinh trùng yếucao hơn bình thường.

Đa số chúng ta đều tưởng rằng nếu cơ thể khỏe mạnh, các hoạt động quan hệ tình dục vẫn diễn ra bình thường có nghĩa là tinh trùng vẫn đang tốt. Tuy nhiêntinh trùng yếulại có những biểu hiện riêng biệt mà đôi khi cánh mày râu không chú ý như:

Tinh dịch loãng, không dính, nhìn như nước vo gạo hoặc vón cục tạo những hạt trắng nhỏ . Đây à biểu hiện của số lượng tinh trùng ít và chất lượng tinh trùng suy giảm. Tinh dịch là chất lỏng được phóng ra mỗi khi người đàn ông xuất tinh. Đây là hỗn hợp bao gồm tinh trùng, dịch từ tuyến tiền liệt, ống dẫn tinh và túi tinh.

Tinh dịch không hóa lỏng cũng là một đặc điểm bất thường. Bình thường, sau khi xuất tinh từ 15-30 phút, tinh dịch sẽ chuyển từ trạng thái sệt, dính sang lỏng. Tình trạng tinh dịch bị đông đặc cũng sẽ cản trở tinh trùng đến gặp trứng.

Màu sắc bất thường của tinh dịch cũng làdấu hiệu tinh trùng yếu. Trong đó, nó sẽ cảnh bảo chất lượng của tinh trùng.

Tinh dịch màu vàng xanh hoặc màu xanh: Đây là dấu hiệu cảnh báo người bệnh đang mắc các bệnh viêm nhiễm như; viêm niệu đạo, viêm mào tinh, viêm tuyến tiền liệt…

Tinh dịch có màu nâu: thường là do tinh dịch có lẫn máu. Hiện tượng này thường đi kèm với các triệu chứng khác như đau bụng, đau tức dương vật… có thể là dấu hiệu ban đầu của các bệnh liên quan đến đường tiết niệu hoặc cơ quan sinh dục.

Xem thêm:6 hành động đơn giản để cải thiện chất lượng tinh trùng

Nhữngcách chữa tinh trùng yếusẽ phụ thuộc vào chẩn đoán xác định nguyên nhân.

Đối với các trường hợp liên quan đến tắc nghẽn hoặc các vấn đề với tinh hoàn, phẫu thuật là một lựa chọn ưu thế.

Trong các trường hợp khác, tinh trùng có thể được lấy trực tiếp bằng phẫu thuật lấy tinh từ tinh hoàn hoặc mào tinh hoàn. Sau đó, tinh trùng được hỗ trợ thụ tinh trong ống nghiệm (IVF).

Nhiều người thường thắc mắc rằng nam giới bịtinh trùng yếu uống thuốc gì? Tuy nhiên, việc uống thuốc phải được bác sĩ chỉ định, người bệnh không nên tự mua thuốc uống.

Nguyên nhân khiến tinh trùng yếu do viêm nhiễm có thể được điều trị bằng thuốc. Điều quan trọng là phải điều trị nhiễm trùng kịp thời. Ngay cả khi nhiễm trùng được điều trị đúng cách, số lượng tinh trùng có thể không phục hồi như trước.

Các vấn đề liên quan đến đời sống tình dục; bao gồm rối loạn chức năng cương dương hoặc xuất tinh sớm; đều có thể kết hợp điều trị bằng thuốc và tư vấn tâm lý.

Vì nồng độ testosterone và các hormone khác quá cao hoặc quá thấp có thể gây ra số lượng tinh trùng thấp, giải quyết mức độ bằng thuốc và các phương pháp điều trị khác có thể giúp khôi phục khả năng sinh sản.

Thay vì phải điều trị, chúng ta hoàn có thể chủ động ngăn ngừa tình trạngtinh trùng yếu. Ngay từ bây giờ, nam giới mắc bệnh có thể quan tâm đến những câu hỏi như “tinh trùng yếu ăn gì?” hoặc “tinh trùng yếu nên hạn chế những thói quen nào?”

Bên cạnh đó, những người chưa mắc bệnh vẫn có thể phòng ngừa ngay từ lối sống hằng ngày của mình với những biện pháp đơn giản như sau:

Tạo cho mình một tâm lý thoải mái, hạn chế căng thẳng, mệt mỏi trong cuộc sống.

Tập luyện thể dục thể thao điều độ, khoa học.

Tránh lạm dụng, vận động cường độ vào trong thời gian dài.

Hạn chế các động tác có thể ảnh hưởng trực tiếp đến cơ quan sinh dục.

Duy trì cân nặng ở mức khỏe mạnh.

Áp dụng chế độ ăn uống lành mạnh: tăng cường ăn nhiều rau xanh, trái cây giàu chất chống oxy hóa.

Từ bỏ hoặc hạn chế sử dụng rượu bia, thuốc lá hay các chất kích thích khác.

Tình dục an toàn, tránh các bệnh viêm nhiễm.

Cẩn thận với các độc tố bên ngoài môi trường.

Trường hợp bắt buộc phải làm việc, tiếp xúc với độc tố thì nên cẩn thận. Đầy đủ đồ bảo hộ, tránh tiếp xúc trực tiếp trực tiếp với cường độ cao.

Ăn mặc thoải mái, không mặc đồ lót quá chật, giảm thời gian ngồi, hạn chế sử dụng nước nóng.

Hạn chế để vùng bùi phải tiếp xúc với các vật ấm óng trong thời gian dài.

Tinh trùng yếuđược hiểu là tình trạng suy giảm số lượng lẩn chất lượng của tinh trùng. Dù cho cơ thể khỏe mạnh, nam giới vẫn vẫn có thể bị tinh trùng yếu. Việc điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân được xác định. Tuy nhiên chúng ta hoàn có thể chủ động ngăn ngừa tình trạngtinh trùng yếungay từ bây giờ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tiet-nhieu-nuoc-bot-khi-mang-thai-noi-phien-toai-cua-me-bau/

Nội dung bài viết

Tiết nhiều nước bọt khi mang thai có bình thường không?

Khi nào thì tình trạng tăng tiết nước bọt xuất hiện và biến mất?

Nguyên nhân gây tăng tiết nước bọt trong thai kỳ

Việc tăng tiết nước bọt có lợi gì?

Cách giúp giảm bớt sự tăng tiết nước bọt khi mang thai

Có thể phòng ngừa việc tăng tiết nước bọt khi mang thai không?

Có cần thiết phải đi khám bác sĩ khi gặp tình trạng này?

Chúng ta đều biết khi mang thai sẽ gặp một số triệu chứng như: ngực trở nên nhạy cảm, trễ kinh, nghén, mệt mỏi… Đây đều là những biểu hiện thường gặp trong thời gian đầu thai kỳ. Ở một số phụ nữ lại gặp các tình trạng không phổ biến, ví dụ như: tiết nhiều nước bọt khi mang thai. Tăng tiết nước bọt trong thai kỳ hiếm gặp hơn và xuất hiện vào những tháng đầu. Tình trạng này thường đi kèm với sự ốm nghén, nôn ói nhiều của thai phụ. Chúng ta cùng tìm hiểu lý do và cách khắc phục tình trạng này qua bài viết của ThS.BS chuyên khoa Sản Phụ khoa Phan Lê Nam nhé!

Việc tăng tiết nước bọt khi mang thai là hoàn toàn bình thường. Thông thường xảy ra trong giai đoạn đầu của thai kỳ, sau đó giảm dần. Tuy nhiên nếu mẹ nôn ói nhiều, tình trạng này có thể kéo dài hơn. Có trường hợp đến 3 tháng giữa thai kỳ, thậm chí là cho đến lúc sinh.

Trung bình mỗi ngày người bình thường tiết lượng nước bọt khoảng 400 – 1 lít. Lượng nước bọt trông có vẻ nhiều. Tuy nhiên nhờ hoạt động nuốt liên tục nên chúng ta không có cảm giác đó. Khi mang thai, bạn có cảm giác lượng nước bọt tăng lên. Điều này có thể do tăng tiết nước bọt, do giảm hoạt động nuốt hoặc kết hợp cả hai. Khi cảm giác buồn nôn nhiều ở phụ nữ mang thai cũng làm tăng tiết nước bọt. Do đó, tăng tiết nước bọt thường gặp nhiều ở phụ nữốm nghén, nôn ói.

Tăng tiết nước bọt bắt đầu trong 3 tháng đầu thai kỳ, thường ở tuần thứ 2 và thứ 3. Ở một số phụ nữ, tình trạng này giảm khi bước vào 3 tháng giữa. Tuy nhiên ở một số người, lại tiếp tục kéo dài suốt thai kỳ và chỉ hết sau khi sinh.

Hiện nay nguyên nhân gây ra tăng tiết nước bọt vẫn chưa biết rõ. Nhiều nghiên cứu cho thấy, thay đổi nội tiết tố đóng vai trò quan trọng.

Có nhiều nguyên nhân góp phần dẫn đến tình trạng tiết nhiều nước bọt trong thai kỳ như:

Đây là tình trạng phổ biến trong những tuần đầu thai kỳ, đặc biệt ở các mẹ nhạy cảm. Nôn ói làm bạn thấy khó chịu.

Bạn không muốn nuốt nước bọt và thường xuyên nhổ nước bọt để giảm cảm giác khó chịu. Do đó, dẫn đến tăng tiết nước bọt. Ốm nghén trầm trọng và kéo dài khiến tăng tiết nước bọt cũng kéo dài theo.

Tăng tiết nước bọt có thể là tác dụng phụ khi sử dụng một số loại thuốc: thuốc an thần, chống động kinh, kháng cholinergic,… Các loại thuốc tác động đến thần kinh đối giao cảm, khiến tăng sản xuất nước bọt.

Ợ nóng hay trào ngược xảy ra khi van giữa dạ dày và thực quản mở. Van mở cho phép hơi axit từ dạ dày lên thực quản. Khi mang thai, tử cung mở rộng để chứa em bé làm đẩy dạ dày lên cao, làm van mở. Khi chứng ợ nóng xảy ra trong thai kỳ, mẹ phải đối mặt với việc cảm thấy nóng rát ở ngực và cổ họng luôn bị kích thích.

Hơi axit sẽ kích thích tuyến nước bọt tăng hoạt động để tiết nước bọt giúp bảo vệ vùng hầu họng. Tăng tiết nước bọt cũng có thể xảy ra khi mẹ bị dị ứng.

Xem thêm:Trào ngược dạ dày thực quản: Nên và không nên ăn gì?

Nghiên cứu cho thấy tăng tiết nước bọt xảy ra vào 3 tháng đầu và có thể ở 3 tháng cuối. Điều này có thể liên quan đến sự thay đổi các nội tiết tố. Tuy nhiên vẫn chưa có bằng chứng nghiên cứu rõ ràng về việc này.

Duy trì sức khỏe răng miệng tốt là điều bắt buộc đối với phụ nữ mang thai. Tuy nhiên có những trường hợp chăm sóc tốt nhưng vẫn còn một vài răng sâu cũng làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Điều này cũng dẫn đến tăng tiết nước bọt để bảo vệ răng nướu.

Việc tiếp xúc với các chất độc hoặc chất hóa học có thể gây tình trạng tăng tiết nước bọt trong thai kỳ. Cũng như việc sử dụng các thuốc điều trị nhiễm khuẩn vùng miệng hoặc bất kỳ sự tiếp xúc với các thuốc trừ sâu đều gây tăng tiết. Điều này thường gặp khi thành phần các chất có chứa thủy ngân. Hút thuốc lá cũng làm tăng sản xuất nước bọt trong miệng.

Khi mang thai những thay đổi không chỉ làm mẹ thấy khó chịu về mặt thể chất mà tâm lý cũng trở nên lo lắng và nhạy cảm hơn. Lo lắng có thể khiến mẹ có xu hướng ít nuốt nước bọt nên cảm giác có nhiều nước bọt trong miệng hơn.

Có rất nhiều lý do nào tác động đến quá trình mang thai có thể gây ra tăng tiết nước bọt. Tuy nhiên mẹ đừng quá lo lắng vì đây là triệu chứng hoàn toàn bình thường và sẽ mất dần. Việc tăng tiết nước bọt này đôi khi lại có lợi đối với sức khỏe của mẹ.

Sản xuất nước bọt là một quá trình hoàn toàn tự nhiên, không có ý thức. Việc tăng tiết nước bọt giúp điều hòa một số vấn đề sức khỏe trong thai kỳ như:

Khi mang thai, có thể bạn sẽ gặp vấn đề khó tiêu. Chức năng chính của nước bọt là bắt đầu quá trình tiêu hóa ngay trong miệng, giúp dạ dày và ruột phá vỡ thức ăn dễ dàng. Do đó tăng tiết nước bọt sẽ giúp hỗ trợ tiêu hóa tốt hơn.

Nước bọt có chứa nhiều hệ đệm trong đó có hệ đệm bicarbonat. Hệ bicarbonat có tính kiềm giúp trung hòa axit, nhất là khi mẹ có chứngtrào ngược dạ dày – thực quản. Việc nuốt nước bọt cũng giúp làm dịu cảm giác nóng rát khi ợ nóng.

Khô miệng cũng là một trong những triệu chứng xuất hiện ở giai đoạn sớm thai kỳ. Việc tăng tiết nước bọt để bôi trơn niêm mạc sẽ giúp ngăn bám dính của thức ăn lên bề mặt nướu và răng. Do đó giúp ngăn ngừa sâu răng và các bệnh về nướu khác.

Việc nôn ói khi nghén sẽ làm tăng nguy cơ mắc các bệnh nhiễm khuẩn răng miệng. Tuy nhiên tăng tiết nước bọt giúp làm ẩm môi trường miệng, rửa trôi vi khuẩn và ngăn ngừa hôi miệng, sâu răng, bệnh nha chu.

Các vi khuẩn tham gia vào việc hình thành mảng bám gây bệnh ở miệng. Các tuyến nước bọt làm nhiệm vụ thu gom Nitrat từ máu giúp ngăn ngừa vi khuẩn. Vì vậy nước bọt đóng vai trò như một hàng rào chống lại sự gây hại của vi khuẩn.

Mặc dù việc tăng tiết nước bọt khi mang thai là một cơ chế tốt giúp bảo vệ cơ thể. Tuy nhiên tăng tiết nước bọt đi kèm với nôn ói sẽ khiến mẹ vô cùng khó chịu. Do đó chúng ta sẽ có một số cách giúp làm giảm bớt sự khó chịu do tình trạng này gây ra.

Chải răng đều đặn ít nhất 2 lần mỗi ngày, mỗi lần ít nhất 2 phút và vệ sinh sạch vùng kẽ răng. Sử dụng các loại nước súc miệng không chứa cồn, chất kích thích hoặc theo bác sĩ kê đơn giúp làm giảm sự tiết nước bọt.

Thăm khám nha sĩ ngay để điều trị các tình trạng viêm nhiễm trong miệng.

Luôn mang theo chai nước bên mình và uống nước đầy đủ thường xuyên. Nên chia thành nhiều ngụm nhỏ.

Giảm sử dụng các thực phẩm có tính chất dính bề mặt nhiều, nên có chế độ ăn cân bằng hợp lý. Cố gắng chia nhỏ thành nhiều bữa trong ngày. Đồng thời tăng cường các thực phẩm chứa nhiều chất xơ và trái cây trong chế độ ăn.

Nhai kẹo cạo su không đường hoặc ngậm viên kẹo. Điều này sẽ giúp bạn dễ dàng nuốt nước bọt hơn mà không bị cảm giác buồn nôn. Có thể ngậm một viên đá nhỏ trong miệng giúp làm giảm tiết nước bọt tạm thời.

Mẹ có thể nhai những mẩu bánh quy khô nhỏ. Điều này giúp ngấm bớt một lượng nước bọt tạm thời.

Nên cố gắng nuốt nước bọt nếu có thể. Nếu lượng nước bọt quá nhiều gây khó khăn khi nuốt hoặc khiến bạn buồn nôn nhiều hơn, nên nhổ bớt ra giấy.

Nếu bạn đang hút thuốc lá, cách tốt nhất là bỏ thuốc. Điều này còn đem lại an toàn cho sức khỏe của bé. Các thành phần gây nghiện trong thuốc lá còn tăng khả năng gây dị tật thai nhi,sinh non, nhẹ cân…

Nếu thường xuyên buồn nôn có thể ngậm một mẩu chanh mỏng hoặc nhỏ một vài giọt tinh dầu ra khăn giấy. Việc ngửi tinh dầu giúp tránh được cảm giác buồn nôn.

Việc điều trị tăng tiết nước bọt bằng thuốc rất khó vì không xác định được chính xác nguyên nhân. Một số thuốc như belladonna và phenothiazine thường được sử dụng nhưng có thể gây tác dụng phụ như: khô miệng, táo bón.

Xem thêm:Bạn đã vệ sinh răng miệng đúng cách chưa?

Có lẽ rất nhiều người thắc mắc về vấn đề này. Tuy nhiên hiện nay không có một phương pháp nào có thể ngừa được. Tương tự như ốm nghén khi mang thai, việc tăng tiết nước bọt hoàn toàn là một cơ chế tự nhiên. Đây là tình trạng tạm thời khi mang thai, sẽ giảm dần và hết sau khi sinh.

Bạn không cần quá lo lắng vì nó không hề ảnh hưởng đến sức khỏe của em bé. Điều quan trọng là bạn hãy luôn giữ bình tĩnh, áp dụng các phương pháp giúp giảm khó chịu và tránh suy nghĩ về nó.

Nếu tình trạng tăng tiết nước bọt không gây bất kỳ khó chịu nào thì bạn có thể không cần phải khám bác sĩ.

Tuy nhiên nếu tình trạng trở nên trầm trọng và tiết nhiều đi kèm nôn ói nhiều, bạn nên tham khảo ý kiến bác sĩ. Bác sĩ sẽ giúp bạn giảm lo lắng và giúp bạn điều trị một số nguyên nhân có thể góp phần gây nên tình trạng này.

Việctiết nhiều nước bọt khi mang thaicó thể sẽ khiến bạn khó chịu và đôi lúc xấu hổ. Nhưng bạn đừng quá lo lắng, đây chỉ là một dấu hiệu của mang thai. Nó là phản ứng tự nhiên với sự thay đổi trong cơ thể bạn. Đừng quá tập trung vào nó bạn sẽ thấy bớt khó chịu. Hãy dành nhiều thời gian để quan tâm đến sức khỏe mẹ và bé, sẵn sàng chào đón con yêu!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tien-dai-thao-duong/

Nội dung bài viết

Tiền đái tháo đường là gì?

Nguyên nhân tiền đái tháo đường

Triệu chứng tiền đái tháo đường

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán tiền đái tháo đường

Biến chứng của tiền đái tháo đường

Điều trị tiền đái tháo đường

Đái tháo đường là bệnh nội khoa mãn tính rất phổ biến hiện nay. Giai đoạn đầu bệnh biểu hiện dưới dạng tiền đái tháo đường. Nhận biết được giai đoạn này có thể điều trị sớm, giảm tỷ lệ xuất hiện các biến chứng nguy hiểm. Sau đây, mời bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Võ Đình Bảo Văn tìm hiểu tiền đái tháo đường, cũng như cách kiểm soát nguy cơ này chuyển sang đái tháo đường nhé.

Tiền đái tháo đường (ĐTĐ), hay còn gọi là tiền tiểu đường, là tình trạng bệnh lý khi nồng độ glucose máu cao hơn mức bình thường, nhưng không thỏa tiêu chí chẩn đoánđái tháo đường. Bao gồm những người córối loạn đường huyết lúc đói, hoặcrối loạn dung nạp glucose(RLDNG), hoặcHbA1ccó giá trị từ 5,7 – 6,4%.

Tiền ĐTĐ là giai đoạn trung gian giữa người bình thường vàđái tháo đường típ 2. Tiền ĐTĐ sẽ tăng nguy cơbệnh lý tim mạchvà nguy cơ chuyển sang ĐTĐ trong tương lai. Khoảng 5 – 10% bệnh nhân tiền ĐTĐ sẽ trở thành ĐTĐ hàng năm, và tổng cộng 70% bệnh nhân tiền ĐTĐ sẽ thành ĐTĐ thực sự.

Nếu bạn được chẩn đoán tiền ĐTĐ, các biến chứng mạn tính của bệnh ĐTĐ – đặc biệt là đối với tim, mạch máu vàthận– có thể đã bắt đầu. Tuy nhiên, có một tin tốt rằng, quá trình tiến triển từ tiền tiểu đường thành ĐTĐ típ 2 không phải là không thể tránh khỏi.3

Theo International Diabetes Federation – IDF (Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế) năm 2019, toàn thế giới có 373,9 triệu người trong độ tuổi từ 20 – 79 có RLDNG (tương ứng khoảng 7,5%). Dự báo đến năm 2045, con số này sẽ tăng lên 548,4 triệu (8,6%), trong đó gần một nửa bệnh nhân (khoảng 48,1%) dưới 50 tuổi.4

Tại Việt Nam, cũng theo báo cáo của IDF 2019, tỉ lệ người bị RLDNG chiếm 8,6%, tương đương 5,3 triệu người, gấp 1,4 lần so với bệnh nhân ĐTĐ.1

Tầm soát tiền tiểu đường được khuyến khích vì giúp dự đoán trước khả năng có thể chuyển sang ĐTĐ típ 2 thật sự. Có từ 5 – 10% đối tượng tiền ĐTĐ chuyển sang ĐTĐ mỗi năm, so với 2% trong dân số chung có nồng độ đường huyết bình thường.

Những đối tượng kết hợp cả rối loạn đường huyết đói và rối loạn dung nạp glucose sẽ chuyển sang ĐTĐ với tỷ lệ cao hơn đối tượng chỉ có rối loạn đường huyết đói đơn thuần.

Mỗi năm có khoảng 5% đối tượng tiền tiểu đường với HbA1c từ 5,7 – 6% chuyển sang ĐTĐ. Nếu HbA1c từ 6,1-6,4% thì tỷ lệ này sẽ là 10%. Nếu có thêm các yếu tố nguy cơ khác thì tỷ lệ chuyển từ tiền ĐTĐ sang ĐTĐ có thể lên đến 30% mỗi năm. Những yếu tố nguy cơ cần tầm soát tiền ĐTĐ sẽ được đề cập chi tiết bên dưới.

Tiền ĐTĐ được xem là hậu quả của tình trạngđề kháng insulinvà suy giảm chức năng của tế bào beta tụy (có nhiệm vụ sản xuấtinsulin). Ở chủng tộc da trắng và châu Phi, tình trạng đề kháng insulin có thể xuất hiện trước; tuy nhiên trên chủng tộc da vàng châu Á sự suy giảm chức năng tế bào beta tụy có thể xuất hiện trước, hay đồng thời với tình trạng đề kháng insulin. Vì vậy, rối loạn glucose máu lúc đói có thể xuất hiện trước và diễn tiến dần sang rối loạn dung nạp glucose hay ngược lại; hoặc cả hai đều có thể xuất hiện đồng thời khi chẩn đoán tiền tiểu đường.2

Sự khác biệt tương đối giữa rối loạn glucose máu lúc đói và rối loạn dung nạp glucose được tóm tắt trong bảng sau:

Insulin là một loại hormone được tiết ra bởituyến tụy, hoạt động giống như một chiếc chìa khóa giúp đưa đường từ trong máu vào các tế bào để sử dụng làm năng lượng. Nếu bị tiền ĐTĐ, các tế bào trong cơ thể người bệnh sẽ xuất hiện tình trạng đề kháng với insulin. Lúc này, tuyến tụy tạo ra nhiều insulin hơn để cố gắng khiến các tế bào đáp ứng với tình trạng này. Cuối cùng, tình trạng đề kháng insulin tăng lên, tuyến tụy không thể sản xuất đủ lượng insulin. Do đó lượng đường trong máu người bệnh tăng lên, tạo tiền đề cho bệnh tiền tiểu đường, cũng như nguy cơ tiến triển thành ĐTĐ típ 2.5

Nguyên nhân chính xác của tiền ĐTĐ hiện tại vẫn chưa được biết rõ. Nhưng tiền căn gia đình và yếu tố di truyền có thể đóng một vai trò quan trọng. Có một điều rõ ràng là những bệnh nhân bị tiền ĐTĐ thì quá trình chuyển hóa đường trong cơ thể không còn diễn ra như bình thường nữa.5

Các yếu tố làm tăng tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ típ 2 cũng làm tăng nguy cơ tiền ĐTĐ. Những yếu tố này bao gồm:13

Cân nặng:Béo phìhay thừa cân (BMI≥ 23 kg/m2 đối với người Việt Nam) là một yếu tố nguy cơ chính của tiền ĐTĐ. Người bệnh càng có nhiều mô mỡ (đặc biệt là mỡ bụng), các tế bào của người bệnh càng trở nên đề kháng với insulin.

Chu vi vòng bụng: Vòng bụng lớn có thể cho thấy tình trạng kháng insulin. Nguy cơ kháng insulin tăng lên đối với nam giới có vòng bụng lớn hơn 90 cm, và đối với phụ nữ có vòng bụng lớn hơn 80 cm.

Chế độ ăn. Ăn nhiều thịt đỏ và thịt đã qua chế biến, và uống các loại đồ uống ngọt có đường, có liên quan đến nguy cơ tiền ĐTĐ cao hơn.

Lối sống tĩnh tại: Người càng ít vận động, nguy cơ mắc tiền ĐTĐ càng cao.

Tuổi tác: Mặc dù bệnh ĐTĐ có thể phát triển ở mọi lứa tuổi, nhưng nguy cơ tiền tiểu đường sẽ tăng lên sau 35 tuổi.

Tiền căn gia đình: Nguy cơ tiền ĐTĐ của bạn tăng lên nếu bạn có cha mẹ hoặc anh chị em ruột mắc bệnh ĐTĐ típ 2.

Chủng tộc hoặc sắc tộc: Mặc dù không rõ lý do, nhưng một số người – bao gồm người da đen, gốc Tây Ban Nha, người Mỹ da đỏ và người Mỹ gốc Á – có nhiều khả năng bị tiền ĐTĐ hơn.

Đái tháo đường thai kỳ: Nếu mẹ bầu bị ĐTĐ khi đang mang thai (ĐTĐ thai kỳ), thì cả mẹ và bé có nguy cơ mắc bệnh tiền tiểu đường cao hơn.

Hội chứng buồng trứng đa nang: Những phụ nữ có tình trạng này – đặc trưng bởikinh nguyệt không đều, tóc mọc nhiều và béo phì – có nguy cơ mắc tiền ĐTĐ cao hơn.

Ngưng thở khi ngủ: Những người mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn – một tình trạng làm gián đoạn giấc ngủ lặp đi lặp lại – có nguy cơ đề kháng insulin cao hơn. Đặc biệt những người thừa cân hoặc béo phì có nguy cơ cao mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn.

Thuốc lá: Hút thuốc có thể làm tăng tình trạng đề kháng insulin và có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ típ 2 ở những người bị tiền tiểu đường. Hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ bị các biến chứng mạn tính của bệnh ĐTĐ.

Có tiền sử bệnh lý tim mạch: Các bệnh nhân có các bệnh lý nhưbệnh mạch vành,nhồi máu cơ tim,suy tim… cũng tăng nguy cơ mắc tiền ĐTĐ.

Tăng huyết áp: Các bệnh nhân có huyết áp cao ≥ 140/90 mmHg, hoặc đang điều trị thuốc hạ áp có nguy cơ cao mắc tiền ĐTĐ.

Rối loạn mỡ máu: giảm HDL-cholesterol < 35 mg/dL hoặc tăng triglyceride > 250 mg/dL.

Do đó, cần tầm soát tiền ĐTĐ cho những đối tượng có các yếu tố nguy cơ kể trên. Nếu kết quả bình thường, nên tầm soát lại trong vòng 1 – 3 năm sau; hoặc sớm hơn phụ thuộc vào kết quả trước đó và các yếu tố nguy cơ.1

Tiền ĐTĐ thường không gây ra bất kỳ triệu chứng nào. Tuy nhiên, một dấu hiệu có thể có của tiền ĐTĐ là dấu gai đen –  là tình trạng da ở một số bộ phận trên cơ thể bị sẫm màu, gây ra bởi tình trạng đề kháng insulin. Các vị trí thường quan sát thấy dấu gai đen trên cơ thể bao gồm cổ, nách và bẹn.3

Các triệu chứng kinh điển cho thấy bạn đã chuyển từ giai đoạn tiền tiểu đường sang bệnh ĐTĐ típ 2 bao gồm:3

Khát nước nhiều.

Đi tiểu nhiều.

Tăng cảm giác đói.

Mệt mỏi.

Nhìn mờ.

Cảm giác tê hoặc châm chích ở bàn chân hoặc bàn tay.

Dễ bị nhiễm trùng.

Vết loét chậm lành.

Sụt cân ngoài ý muốn.

Nếu chưa được chẩn đoán tiền ĐTĐ, người bệnh nên đến gặp bác sĩ nếu có các yếu tố nguy cơ đã được đề cập ở trên của tiền tiểu đường, để được tiến hành tầm soát bệnh.

Nếu đã được chẩn đoán tiền ĐTĐ, người bệnh cần phải liên hệ bác sĩ khi có các triệu chứng kinh điển cho thấy bạn đã chuyển từ giai đoạn tiền ĐTĐ sang bệnh ĐTĐ típ 2. Khi đó, bác sĩ sẽ phải thực hiện các xét nghiệm máu để chẩn đoán xác định.

Hiện nay, các bệnh viện công lẫn bệnh viện tư đều có tiến hành xét nghiệm để chẩn đoán tiền tiểu đường. Người bệnh có thể chọn những bệnh viện gần ở địa phương để thuận tiện cho việc di chuyển.

Người bệnh nên khám ở chuyên khoa Nội tiết hoặc Nội tổng quát. Tuy nhiên, cần lưu ý khi đến cơ sở y tế để tầm soát tiền ĐTĐ, bệnh nhân cần nhịn ăn trong ít nhất 8 giờ trước khi tiến hành xét nghiệm đường huyết đói. Nhịn ăn có nghĩa bạn không nhập calo vào cơ thể, hay nói cách khác là không ăn hoặc uống gì ngoại trừ nước lọc/nước tinh khiết trong ít nhất 8 giờ.

Các xét nghiệm có thể được chỉ định bao gồm:

Xét nghiệm này cho biết mức đường huyết trung bình của bạn trong vòng 2 – 3 tháng qua. Khi thực hiện xét nghiệm này, bạn không cần nhịn đói và có thể thực hiện bất cứ thời điểm nào trong ngày.

Kết quả:

HbA1c < 5,7% là bình thường

HbA1c từ 5,7% đến 6,4% được chẩn đoán là tiền tiểu đường.

HbA1c ≥ 6,5% trong 2 mẫu xét nghiệm riêng biệt giúp chẩn đoán đái tháo đường.

Lưu ý: HbA1c không có giá trị để chẩn đoán và theo dõi, nếu có một trong các tình huống sau:1

Bệnh hồng cầu hình liềm.

Thai kỳ (3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ và giai đoạn hậu sản).

Thiếu men glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD).

NhiễmHIV.

Lọc máu.

Mới bị mất máu hoặc truyền máu.

Đang điều trị với erythropoietin ở bệnh nhânsuy thận mạn.

Đường huyết đóilà lượng đường trong máu được đo sau khi bạn nhịn ăn (không nhập calo vào cơ thể, hay nói cách khác là không ăn hoặc uống gì ngoại trừ nước lọc/nước tinh khiết) trong ít nhất 8 giờ. Do đó, bạn cần phải nhịn đói qua một đêm, trước khi lấy máu tĩnh mạch để thực hiện xét nghiệm này.

Kết quả đường huyết được biểu thị bằng đơn vị mg/dL hoặc mmol/L tùy cơ sở xét nghiệm.

Đường huyết đói < 100 mg/dL (5,6 mmol/L) là bình thường.

Đường huyết đói từ 100 mg/dL đến 125 mg/dL (5,6 mmol/L đến 6,9 mmol/L) được chẩn đoán là tiền đái tháo đường.

Đường huyết đói ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L) trong hai mẫu xét nghiệm riêng biệt giúp chẩn đoán đái tháo đường.

Xét nghiệm này ít được sử dụng hơn các xét nghiệm khác, ngoại trừ khi đang mang thai. Khoảng 2 – 3 ngày trước khi thực hiện nghiệm pháp, bạn cần ăn chế độ ăn có 200 – 300 g carbohydrate mỗi ngày. Trước ngày làm xét nghiệm, bạn cần nhịn ăn qua đêm và sau đó uống 75 g glucose hòa tan trong 250 – 300 ml nước, uống trong 5 phút tại cơ sở xét nghiệm. Đường huyết sẽ được đo sau đó 2 giờ.

Kết quả:

Đường huyết 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp 75g glucose < 140 mg/dL (7,8 mmol/L) là bình thường.

Đường huyết 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp 75g glucose từ 140 đến 199 mg/dL (7,8 đến 11,0 mmol/L) phù hợp với chẩn đoán tiền đái tháo đường.

Đường huyết 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp 75g glucose ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) giúp chẩn đoán đái tháo đường.

Chỉ định làm nghiệm pháp dung nạp glucose khi: Đường huyết đói < 100 mg/dL (5,6 mmol/L), hoặc HbA1c < 5,7% ở người có kèm theo các nguy cơ tiền tiểu đường, hay ĐTĐ được đề cập ở trên (do nghiệm pháp dung nạp glucose giúp chẩn đoán tiền ĐTĐ và ĐTĐ nhạy hơn).1

Chẩn đoán tiền đái tháo đường dựa vào một trong các tiêu chí sau:6

Rối loạn đường huyết đói: Đường huyết đói từ 100 – 125 mg/dL (5,6 – 6,9 mmol/L).

Rối loạn dung nạp glucose: Đường huyết 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp 75 g glucose từ 140 đến 199 mg/dL (7,8 đến 11,0 mmol/L).

HbA1c từ 5,7 đến 6,4%.

Nếu bạn không được điều trị, tiền tiểu đường có thể tiến triển thành ĐTĐ típ 2 và gây ra một số biến chứng mạn tính như:7

Bệnh tim.

Đột quỵ.

Tổn thương thần kinh.

Tổn thương thận.

Tổn thương mắt.

Loét chân, thiếu máu nuôi chân và có nguy cơ dẫn đến cắt cụt.

Nhiễm trùng da.

Vấn đề về thính giác.

Bệnh Alzheimer.

Đưa đường huyết trở về bình thường, ngăn chặn hoặc làm chậm sự tiến tiến thành ĐTĐ típ 2, ngăn chặn và làm giảm các biến chứng do tăng đường huyết.

Giảm nguy cơ bệnh tim mạch thông qua phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm.

Mục tiêu HbA1c: < 5,7%.

Giảm cân được ít nhất 3 –  7% cân nặng ở người thừa cân/béo phì và duy trì ở mức đó.

Vòng bụng < 80 cm với nữ giới, < 90 bụng với nam giới.

Đạt được hoạt động thể lực cường độ trung bình tối thiểu 30 phút/ngày, ít nhất 5 ngày mỗi tuần.

Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ tim mạch (nếu có) bao gồm tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu và bỏ hút thuốc lá.

Can thiệp dinh dưỡng

Người bệnh nên được tư vấn bởi chuyên gia dinh dưỡng. Can thiệp giảm cân bằng dinh dưỡng và hoạt động thể lực xuyên suốt quá trình điều trị cho bệnh nhân tiền ĐTĐ là cốt lõi; nhằm ngăn ngừa diễn tiến đến ĐTĐ đối với người thừa cân, béo phì. Chế độ giảm cân thường khó duy trì lâu dài. Do đó, sau những can thiệp tích cực ban đầu, người bệnh cần được tư vấn dùng thêm thuốc, hỗ trợ tâm lý.

Khuyến cáo áp dụng chế độ ăn giảm năng lượng, giảm chất béo, với mức giảm cân dần dần cho người thừa cân, béo phì. Khuyến cáo lựa chọn thực phẩm cóchỉ số đường huyếtthấp, nguyên hạt, giàu chất xơ, rau, hoa quả, không gia công chế biến công nghiệp, chất béo không no (dầu thực vật, cá).

Bên cạnh chế độ ăn giảm tổng năng lượng, một số thực phẩm được chứng minh có thể giảm nguy cơ tiền tiểu đường, ĐTĐ như các loại hạt, đậu,sữa chua,cà phê, trà được khuyến khích sử dụng.

Bên cạnh đó, các thực phẩm cần hạn chế bao gồm thịt đỏ, đồ ngọt, nhiều đường, các thức ăn chứa mỡ bão hòa (mỡ động vật).

Với người không thừa cân, béo phì: không cần giảm cân, chỉ thay đổi sự lựa chọn thực phẩm như trên.

Tăng hoạt động thể lực

Bệnh nhân tiền ĐTĐ cần duy trì tập luyện và hoạt động thể lực nhằm đích tiêu hao khoảng 700 kcalo/tuần. Tương đương với mức độ tập luyện cường độ trung bình khoảng 150 phút/tuần như đi bộ nhanh, tối thiểu 30 phút mỗi ngày, ít nhất 5 ngày trong tuần, mỗi lần tập không dưới 10 phút.

Người bệnh nên giảm thời gian ngồi tĩnh tại, tăng cường hoạt động trong ngày, kết hợp các loại hình tập luyện:aerobic, đi bộ, thể dục dụng cụ… Lựa chọn bài tập và mức độ tuỳ từng cá thể.

Tập luyện giúp cải thiện tình trạng đề kháng insulin, cải thiện mỡ máu, giảm huyết áp, cải thiện kiểm soát đường huyết, giảm nguy cơ tim mạch, giảm cân, tăng lượng cơ, tăng sức bền thể lực, ngăn ngừa/làm chậm diễn tiến đến ĐTĐ típ 2.

Tập luyện có tác dụng tốt cho mọi đối tượng, mọi lứa tuổi. Lưu ý với người có bệnh tim mạch, cần được bác sĩ đánh giá bệnh lý tim mạch trước khi bắt đầu luyện tập.

Người bệnh nên cố gắng tập luyện thường xuyên. Mục đích là để bệnh nhân cam kết theo đuổi chương trình tập luyện lâu dài, không nản và bỏ cuộc.

Bỏ hút thuốc lá

Bỏ hút thuốc có thể cải thiện tình trạng đề kháng insulin, giúp cải thiện nồng độ đường huyết của bạn.

Sau can thiệp lối sống tích cực, Metformin được xem là thuốc có hiệu quả an toàn và tiết kiệm nhất.

Thuốc có thể chỉ định ở bệnh nhân tiền ĐTĐ sau 3 – 6 tháng thay đổi lối sống tích cực. Cùng với kết quả không cho thấy sự cải thiện về đường huyết.

Metformin khởi đầu khi phát hiện tiền ĐTĐ nếu kèm theo 1 trong các tiêu chí sau:

BMI ≥ 25 kg/m².

Bệnh nhân < 60 tuổi.

Phụ nữ có tiền sử ĐTĐ thai kỳ.

Có cả rối loạn đường huyết đói và rối loạn dung nạp glucose.

Có các yếu tố nguy cơ khác: có 1 trong các yếu tố bao gồm HbA1c > 6%, tăng huyết áp, HDL cholesterol thấp (<0,9 mmol/L), triglyceride cao (> 2,52 mmol/L); tiền sử gia đình có cha mẹ hoặc anh chị em ruột mắc bệnh ĐTĐ típ 2.

Một số thuốc khác cân nhắc sử dụng thuốc thay thế nếu người bệnh không dung nạp với Metformin. Ví dụ nhóm ức chế alpha-glucosidase, thuốc đồng vận thụ thể GLP-1, Thiazolidine (TZD).

Có thể thấy,tiền đái tháo đườnglà một bệnh cần thời gian điều trị lâu dài, cần tái khám định kỳ theo sự hướng dẫn của bác sĩ điều trị. Nếu không điều trị, tiền ĐTĐ có thể tiến triển thành ĐTĐ típ 2 và gây ra một số biến chứng nguy hiểm như: biến chứng tim mạch, đột quỵ, tổn thương thần kinh, mắt, thận… Một điều may mắn là chúng ta có thể ngăn chặn và điều trị bằng cách thay đổi lối sống, thay đổi chế độ ăn. Ngoài việc tuân theo một chế độ ăn uống đầy đủ để tăng cường sức khỏe, hoạt động thể chất thường xuyên và dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ cũng có thể giúp ngăn ngừa bệnh tiền ĐTĐ tiến triển.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tien-man-kinh-hieu-dung-ve-noi-lo-cua-nguoi-phu-nu/

Nội dung bài viết

Tiền mãn kinh là gì?

Tiền mãn kinh xảy ra ở độ tuổi nào?

Triệu chứng tiền mãn kinh

Tiền mãn kinh kéo dài bao lâu

Tiền mãn kinh có thể có thai không?

Tiền mãn kinh uống thuốc gì?

Tiền mãn kinh nên ăn gì?

Những điều cần tránh ở độ tuổi tiền mãn kinh

Tiền mãn kinh là thời kỳ đánh dấu nhiều biến đổi cả về sinh lý lẫn tâm lý của phụ nữ. Do đó việc chuẩn bị đầy đủ kiến thức về tiền mãn kinh là điều rất cần thiết giúp chị em chuẩn bị tâm lý sẵn sàng cũng như biết cách tự chăm sóc bản thân mình.

Tiền mãn kinhlà thời gian chuyển tiếp, là bậc thềm để bạn đi vào thời kỳ mãn kinh. Thời kỳ mãn kinh là khi kinh nguyệt của bạn ngừng lại. Tiền mãn kinh được đánh dấu bằng những thay đổi trong chu kỳ kinh nguyệt, cùng với các triệu chứng thể chất và cảm xúc khác. Thời gian này có thể kéo dài từ 2 đến 10 năm. Trong thời gian này, cơ thể của bạn:

Rụng trứng ít hơn.

Sản xuất ít estrogen và các hormone khác.

Rối loạn chu kỳ kinh nguyệt.

Mỗi phụ nữ sẽ có độ tuổi tiền mãn kinh khác nhau, vì thế không có con số chính xác thời điểm bắt đầu tiền mãn kinh. Tiền mãn kinh có thể bắt đầu từ 8 đến 10 năm trước khi mãn kinh. Đối với hầu hết phụ nữ, sẽ vào khoảng giữa đến cuối tuổi 40.

Mỗi người sẽ có những triệu chứng tiền mãn kinh khác nhau. Cáctriệu chứng tiền mãn kinhxảy ra nguyên nhân thường do sự suy giảm estrogen và rối loạn các hormone khác trong cơ thể. Dưới đây là một số các triệu chứng bạn có thể gặp:

Thay đổi tâm trạng.

Thay đổi ham muốn tình dục.

Khó tập trung.

Nhức đầu.

Đổ mồ hôi đêm.

Nóng bừng.

Khô âm đạo.

Khó ngủ.

Đau khớp và cơ.

Đổ mồ hôi nhiều.

Thường xuyên phải đi tiểu.

Các triệu chứng giống như PMS.

Tiền mãn kinh thường kéo dài khoảng 4 năm, nhưng nó cũng có thể kéo dài từ 2 – 8 năm. Trong thời gian này, buồng trứng bắt đầu sản xuất ítestrogenhơn.

Chu kỳ kinh nguyệt sẽ trở nên thay đổi và cuối cùng ngừng hoàn toàn. Khi không có kinh trong 12 tháng, bạn sẽ bước vào giai đoạn mãn kinh.

Một số người cho rằng mình không thể thụ thai một khi các triệu chứng của tiền mãn kinh xuất hiện, chẳng hạn như bốc hỏa và kinh nguyệt không đều.Tuy nhiên điều này không chính xác. Cho đến khi bạn bước vào giai đoạn mãn kinh ( 12 tháng kể từ lần kinh cuối cùng), bạn vẫn có thể mang thai do trứng vẫn rụng, mặc dù tần suất ít hơn trước.

Nếu bạn vẫn đang có kinh nguyệt và vẫn còn quan hệ tình dục thì việc sử dụng các biện pháp an toàn là cần thiết.

Ngược lại, nếu bạn muốn có con thì vẫn còn khả năng. Vì buồng trứng đã bắt đầu giảm hoạt động nên xác suất mang thai giảm đi đáng kể, bạn có thể phải nhờ đến các biện pháp can thiệp đặc biệt để tăng cơ hội mang thai.

Tiền mãn kinh không phải là một bệnh lý, do đó không cần phải điều trị trừ khi các triệu chứng gây khó chịu cho bạn. Điều trị có thể bao gồm:

Liệu pháp hormone: Sử dụng estrogen hoặc phối hợp estrogen và progestin để cân bằng lượng hormone.

Thuốc chống trầm cảm: Để ổn định tâm trạng và cũng có tác dụng làm giảm các cơn bốc hỏa.

Các biện pháp ngoài thuốc cũng có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ sức khỏe của chị em phụ nữ khỏi các yếu tố nguy cơ gây bệnh do việc rối loạn hormone trong cơ thể:

Giữ một chế độ ăn uống lành mạnh với trái cây và rau quả và ngũ cốc nguyên hạt.

Nạp ít nhất 1.000 – 1.200 mg canxi mỗi ngày thông qua chế độ ăn uống hoặc thực phẩm chức năng.

Luyện tập thể dục đều đặn.

Tìm nguyên nhân gây ra cơn bốc hỏa của bạn và hạn chế chúng (ví dụ: rượu, cà phê hoặc trà).

Xem thêm:Viên uống nhau thai cừu Lalisse có tốt không?

Một chế độ ăn khoa học có thể làm các triệu chứng tiền mãn kinh của bạn trở nên ít tồi tệ hơn, hơn nữa là chúng cũng có thể giúp giảm nguy cơ mắc phải các bệnh lý nghiêm trọng khác. Một số các thực phẩm bạn nên bổ sung vào chế độ ăn hằng ngày để tăng cường sức khỏe và duy trì tuổi xuân:

Phytoestrogen được tìm thấy nhiều trong các loại hạt, đặc biệt là đậu nành và hạt nho. Đây là một dạng estrogen tự nhiên từ thực vật, chúng được chứng minh có thể có tác dụng tương tự như estrogen của người. Do đó có thể làm giảm các triệu chứng do thiếu hụt estrogen ở độ tuổi tiền mãn kinh gây ra.

Sự suy giảm estrogen do buồng trứng giảm hoạt động làm cho phụ nữ tiền mãn kinh tăng nguy cơ loãng xương, gãy xương. Bạn có thể bổ sung Canxi từ chế độ ăn như sữa, phô mát, trứng,…

Rau quả tươi có hàm lượng lớn chất xơ và các vitamin, nó cũng chứa các chất chống oxy hóa. Ăn nhiều rau quả tươi giúp bạn ngăn ngừa lão hóa, làm đẹp da, giúp duy trì tuổi xuân.

Các chất béo nhưomega-3, omega-6 có lợi cho phụ nữ tiền mãn kinh. Chúng có nhiều trong cá thu, cá hồi. Bổ sung các chất béo lành mạnh giúp giảm bốc hỏa và ngăn ngừa các biến cố tim mạch nghiêm trọng.

Ăn thực phẩm cay nóng, rượu, trà, cà phê: Đồ ăn cay nóng và rượu, trà, cà phê có thể khởi phát các cơn bốc hỏa và làm trầm trọng thêm chúng.

Ăn thực phẩm nhiều đường: Hạn chế ăn nhiều đườngvà thực phẩm chế biến sẵn, chẳng hạn như bánh mì trắng, bánh quy và bánh ngọt có thể giúp giảm các cơn bốc hỏa trong thời kỳ mãn kinh.

Các món ăn chiên, xào: Ở phụ nữ tiền mãn kinh có sự gia tăng các cholesterol xấu trong cơ thể, hạn chế các thức ăn chứa nhiều dầu mỡ giúp giảm các biến cố tim mạch.

Hút thuốc lá: Hút thuốc lá có thể làm mãn kinh đến sớm hơn đồng thời cũng gây nhiều ảnh hưởng xấu đến sức khỏe.

Ít vận động: Do cơ thể dự trữ mỡ nhiều hơn trước, việc ít vận động có thể dẫn đến nguy cơ béo phì và các bệnh mãn tính khác.

Trên đây là các thông tin cần thiết cho phụ nữtiền mãn kinh. Tiền mãn kinh sẽ đến và đi nhẹ nhàng nếu bạn có chế độ ăn uống khoa học và vận động hợp lý.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tien-san-giat-bien-chung-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tiền sản giật là gì?

Dấu hiệu tiền sản giật

Tiền sản giật có nguy hiểm không?

Chẩn đoán tiền sản giật?

Điều trị tiền sản giật như thế nào?

Có thể phòng ngừa tiền sản giật không?

Tiền sản giật là hội chứng bao gồm tăng huyết áp và tiểu đạm hoặc tổn thương các cơ quan khác. Đây được coi là tai biến sản khoa vì mức độ nguy hiểm và những biến chứng nặng nề trên mẹ và bé. Hiểu biết về nó thực sự cần thiết cho bố mẹ và những gia đình sắp sửa đón em bé mới. Bài viết của bác sĩ Lê Mai Thùy Linh sẽ giúp tìm hiểu từ A đến Z của bệnh lý này nhé!

Tiền sản giật là bệnh lý liên quan tăng huyết áp xảy ra trong thai kì. Đây là hội chứng gồm tăng huyết áp và dấu hiệu tổn thương cơ quan khác, thường gặp nhất là gan và thận. Thường bắt đầu sau tuần thứ 20 ở những thai phụ huyết áp trước đó bình thường.1

Hiện tượng này có thể xuất hiện mà không có bất cứ triệu chứng cụ thể nào. Một số mẹ bầu bị tiền sản giật có huyết áp tăng đột ngột nhưng cũng có trường hợp huyết áp ổn định.

Một số dấu hiệu tiền sản giật khác:

Protein dư thừa trong nước tiểu của bạn (protein niệu) hoặc các vấn đề về thận.

Đau đầu dữ dội.

Những thay đổi về thị lực, bao gồm mất thị lực tạm thời, mờ mắt hoặc nhạy cảm với ánh sáng.

Đau bụng trên, thường là dưới xương sườn của bạn ở bên phải.

Buồn nôn hoặc nôn mửa.

Giảm lượng nước tiểu.

Giảm mức độ tiểu cầu trong máu của bạn (giảm tiểu cầu).

Suy giảm chức năng gan.

Khó thở do chất lỏng trong phổi của bạn.1

Đây được xem là tai biến sản khoa vì mức độ nguy hiểm của bệnh ảnh hưởng đến mẹ và bé. Những biến chứng của tiền sản giật bao gồm:

Tiền sản giật ảnh hưởng lên các mạch máu nuôi thai. Nếu nhau không nhận đủ máu, thai nhi sẽ thiếu máu, oxy và nhận được ít dinh dưỡng hơn. Điều này dẫn đến thai nhi chậm phát triển hơn bình thường, nhẹ cân và sinh non.1

Nếu sản phụ với tiền sản giật có dấu hiệu nặng và cần phải sinh em bé sớm, để cứu mẹ và bé. Khi em bé chưa đủ tuần, phổi và các cơ quan khác chưa kịp trưởng thành. Việcsinh nonsẽ ảnh hưởng đến thể chất và trí tuệ sau này của em bé.1

Tiền sản giật làm tăng nguy cơnhau bong non. Đây là tình trạng bánh nhau bong khỏi thành tử cung trước khi em bé được sinh. Nhau bong non rất nguy hiểm, nếu nặng có thể đe dọa tính mạng mẹ và bé.1

Hội chứng này là viết tắt củaHemolysis – tán huyết;ElevatedLiver enzyms – tăng men gan vàLowPlatelet count – tăng bạch cầu. Đây là biến chứng rất nặng của diễn tiến rất nhanh và có thể đe dọa tính mạng mẹ và bé. Triệu chứng của hội chứng HELLP bao gồm nôn ói, đau đầu và đau vùng hạ sườn phải. Hội chứng HELLP đặc biệt nguy hiểm vì sự xuất hiện của hội chứng này tức là đã có tổn thương nặng các hệ thống cơ quan.1

Khi không được kiểm soát tốt – sản phụ có thể xuất hiện những cơn co giật – gọi là sản giật. Những cơn co giật này gây những hậu quả nghiêm trọng cho cả mẹ và bé. Nên khi nó xảy ra, cần phải sinh em bé bất kể tuổi thai là bao nhiêu. Rất khó để dự đoán sản phụ nào sẽ có biến chứng sản giật. Do đó, cần thiết phải kiểm soát tốt huyết áp và phòng ngừa sản giật.1

Tiền sản giật có thể dẫn đến tổn thương thận, gan, phổi, tim và mắt. Nặng nề hơn, bệnh có thể dẫn đến đột quỵ hay tổn thương não. Tiền sản giật càng nặng, càng nhiều cơ quan bị tổn thương.1

Nếu sản phụ bị tiền sản giật, nguy cơ mắc cácbệnh tim mạchtrong tương lai cũng tăng lên. Nguy cơ càng tăng nếu người đó bị hai lần trở lên hoặc phải sanh non vì biến chứng nặng. Để giảm thiểu các nguy cơ tim mạch, sau sanh, người mẹ nên duy trì cân nặng phù hợp, ăn nhiều loại trái cây và rau củ, tập thể dục đều đặn và không hút thuốc lá.1

Nếu nghi ngờ mẹ bầu bị tiền sản giật, bác sĩ sẽ chỉ định những xét nghiệm sau đây:

Bác sĩ sẽ yêu cầu lấy máu để xét nghiệm men gan, chức năng thận và đếm số lượng tiểu cầu và chức năng đông máu.2

Sản phụ sẽ cần phải giữ tất cả nước tiểu trong 24 giờ để đo lượng đạm. Một mẩu nước tiểu nhỏ để thử nhanh bằng que nhúng, hay đo nhanh các chỉ số đạm và creatinin. Xét nghiệm này có thể giúp chẩn đoán nhanh trước khi có nước tiểu sau 24 giờ.2

Để kiểm tra sự phát triển, cân nặng và chiều dài của em bé cũng như tình trạng ối, bác sĩ sẽ dùng siêu âm. Siêu âm cũng giúp xác định tuổi thai ở những mẹ bầu chưa đi khám thai lần nào. Tuổi thai và sự phát triển của thai nhi góp phần vào chọn lựa phương pháp điều trị phù hợp.2

Nonstress test là một xét nghiệm giúp đánh giá biến động của nhịp tim thai và cử động của thai. Các chỉ số này được ghi lại thành dạng biểu đồ. Bác sĩ sẽ đánh giá khả năng chịu đựng của thai nhi và tìm các dấu hiệu thai nhi đang bị ảnh hưởng xấu.2

Đánh giá tưới máu, kháng trở động mạch rốn cũng góp phần giúp đánh giá tình trạng thai nhi.

Vì nguyên nhân của tiền sản giật là bất thường bánh nhau, nên cách duy nhất để điều trị bệnh là sinh em bé và lấy bánh nhau ra ngoài. Điều trị phụ thuộc rất nhiều yếu tố. Khi đó cả bác sĩ, sản phụ và gia đình phải cân nhắc thật kĩ càng. Các yếu tố đó là: tình trạng nguy hiểm hay không, sức khỏe người mẹ và sức khỏe em bé.

Tiền sản giật thường được chia ra là tiền sản giật có dấu hiệu nặng và không có dấu hiệu nặng.

Nếu em bé đã đủ tháng, nên sinh em bé ngay khi có thể để tránh tình trạng nặng hơn. Có thể chọn phương pháp sinh thường hay sinh mổ tùy tình trạng bệnh.

Trong trường hợp em bé dưới 37 tuần, mẹ không có dấu hiệu nặng và tình trạng em bé ổn định, sản phụ có thể được theo dõi tăng cường:

Nghỉ ngơi tại giường, có thể ở nhà hay ở bệnh viện.

Theo dõi cẩn thận cử động thai nhi.

Bác sĩ có thể sẽ chỉ định thuốc hạ áp nếu cần. Lặp lại các xét nghiêm máu và nước tiểu.

Tái khám ít nhất 2 lần 1 tuần để theo dõi sức khỏe thai theo hướng dẫn của bác sĩ.

Bác sĩ cũng có thể yêu cầu nhập viện để theo dõi sát hơn. Sản phụ cũng có thể được tiêm hay truyền các loại thuốc như:

Thuốc chống co giật, thuốc hạ áp và ngăn các biến chứng khác.

Liệu pháp steroid giúp trưởng thành phổi em bé nhanh hơn.

Thuốc giúp giảm phù và các triệu chứng khó thở do phù phổi.

Nếu hiện tượng này có dấu hiệu nặng hay có bất kì biến chứng nào, bác sĩ sẽ yêu cầu sinh em bé ngay, ngay cả khi em bé chưa đủ tháng. Nếu không thể chờ quá trình chuyển dạ xảy ra bình thường, bác sĩ cần phải mổ lấy thai. Trong và sau khi sanh, sản phụ cũng sẽ được điều trị thuốc hạ áp và thuốc ngừa co giật.3

Vì những biến chứng nguy hiểm của nó, các nhà khoa học liên tục nghiên cứu làm sao để phòng ngừa tiền sản giật. Trong vài trường hợp nhất định, có thể giảm nguy cơ tiền sản giật bằng những cách sau:

Xét nghiệm máu giúp dự đoán tiền sản giật. Nếu sản phụ có những yêu tố nguy cơ, bác sĩ sẽ đề nghị xét nghiệm các chỉ số dự đoán khả năng mắc tiền sản giật trong 3 tháng đầu thai kì. Các chỉ số này sau đó được tính toán liệu sản phụ có nguy cơ cao hay không.

Liều thấpaspirin. Nếu nguy cơ tiền sản giật là cao, bác sĩ sẽ yêu cầu dùng aspirin liều thấp bắt đầu từ tuần thai thứ 12. Cần nhớ chỉ được dùng aspirin theo hướng dẫn của bác sĩ và đều đặn khám thai thường xuyên để được kiểm tra toàn diện.

Bổ sung calci. Ở nhiều nơi đặc biệt là các đất nước đang phát triển, phụ nữ thường thiếu can-xi trước mang thai hoặc không cung cấp đủ can-xi trong thai kì do ăn uống thiếu chất. Có thể phòng ngừa tiền sản giật ở những bệnh nhân này bằng cách bổ sung đầy đủ can-xi.1

Điều quan trọng mà mẹ bầu cần nhớ là không sử dụng bất kì loại thuốc hay viatmin nào mà không có sự hướng dẫn của bác sĩ. Trước khi mang thai, đặc biệt đối với những bà mẹ đã từng bị tiền sản giật, hãy chuẩn bị một sức khỏe tốt nhất có thể. Chú ý về cân nặng, ăn uống điều độ và đủ chất là một ý hay. Đặc biệt là cùng bác sĩ kiểm soát các bệnh mạn tính như tăng huyết áp hay đái tháo đường.

Tiền sản giậtlà hội chứng bao gồm tăng huyết áp và tiểu đạm hoặc tổn thương các cơ quan khác. Nếu không được điều trị, tiền sản giật có thể dẫn đến biến chứng nghiêm trọng – thậm chí là nguy kịch – cho cả mẹ và bé. Thường xuyên theo dõi huyết áp và khám thai định kì chính là cách tốt nhất để phát hiện và phòng ngừa các biến chứng của tiền sản giật. Chúc mẹ bầu một thai kì khỏe mạnh và an vui!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tieu-buot-do-nguyen-nhan-gi/

Nội dung bài viết

1. Tiểu buốt có nguy hiểm không?

2. Tiểu buốt do nguyên nhân gì?

3. Vì sao tiểu buốt thường gặp ở nữ hơn ở nam?

4. Khi nào gặp bác sĩ?

Tiểu buốt là triệu chứng đau đớn hay bỏng rát xảy ra khi đi tiểu. Triệu chứng này gây cảm giác rất khó chịu cho người mắc phải. Ngoài ra, nó còn là dấu hiệu cảnh báo rằng có thể bạn đang mắc một bệnh lý nghiêm trọng. Để tìm hiểu nguyên nhân gây ra tiểu buốt, các bạn hãy cùng lắng nghe tư vấn từ Bác sĩ Võ Thị Ngọc Hiền nhé!

Tiểu buốt là cảm giác đau đớn, bỏng rát và rất khó chịu khi đi tiểu. Triệu chứng đau này xảy ra khi có bất thường ở cơ quan tiết niệu hay sinh dục. Cảm giác khó chịu khi đi tiểu có thể xảy ra ở mọi đối tượng. Triệu chứng dễ dàng được mô tả  bởi trẻ lớn và người trưởng thành khi bác sỹ hỏi bệnh. Còn đối với trẻ nhỏ, cảm giác đau này được thể hiện bằng dấu hiệu quấy khóc nhiều khi đi tiểu.

Tiểu buốt có thể xảy ra ở cả nam giới lẫn nữ giới. Ở mỗi giới có những nguyên nhân thường gặp khác nhau. Nhưng nhìn chung, triệu chứng này có thể là cảnh báo rằng bạn đang mắc một bệnh lý nghiêm trọng. Vì vậy, người bệnh nên đến cơ sở y tế để được thăm khám, chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Nhiều nguyên nhân có thể gây ra triệu chứng tiểu buốt, bao gồm:

Sỏi bàng quang.

Nhiễm Chlamydia.

Viêm bàng quang.

Sử dụng thuốc gây kích thích bàng quang.

Herpes sinh dục.

Viêm thận.

Sỏi thận.

Viêm tuyến tiền liệt(ở nam).

Viêm âm đạo(ở nữ).

Viêm niệu đạo.

Hẹp niệu đạo.

Bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Phẫu thuật đường tiểu.

Nguyên nhân khác có thể gây ra tiểu buốt đó là viêm bàng quang. Bệnh lý này có thể xảy ra ở cả hai giới nam và nữ. Ngoài cảm giác khó chịu ở đường tiểu còn có các triệu chứng khác như nước tiểu đổi màu đục hay có máu.

Các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục như lậu, giang mai… ngoài gây triệu chứng ở cơ quan sinh dục thì còn có thể biểu hiện triệu chứng ở đường tiểu. Những đối tượng có nhiều bạn tình, quan hệ tình dục không an toàn… có nhiều nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục. Vì vậy, không quên tầm soát các bệnh lý này cho người mắc triệu chứng tiểu buốt để tránh bỏ sót.

Đôi khi, triệu chứng tiểu buốt không do các nguyên nhân viêm nhiễm ở cơ quan tiết niệu. Nó xảy ra do sử dụng thuốc hoặc các sản phẩm tại đường tiểu. Chẳng hạn, một số thuốc dùng trong điều trị ung thư có tác dụng phụ là gây kích thích bàng quang. Khi đó, người bệnh có cảm giác muốn đi tiểu liên tục. Ngoài ra, sử dụng băng vệ sinh hay giấy vệ sinh có thể gây kích ứng và gây triệu chứng khó chịu ở đường tiểu.

Nguyên nhân ít xảy ra hơn là thực hiện các thủ thuật hay phẫu thuật trên đường tiểu. Các dụng cụ sử dụng khi phẫu thuật có thể là trung gian đưa vi khuẩn vào đường tiểu và gây viêm nhiễm.

Nguyên nhân gây tiểu buốt ở nam giới có điểm khác so với nữ giới. Ở phụ nữ, nguyên nhân thường gặp là do nhiễm trùng đường tiểu. Vì đường tiểu của nữ giới ngắn hơn nên có nguy cơ dễ bị nhiễm vi khuẩn hơn so với nam giới. Đặc biệt, phụ nữ trong giai đoạn mang thai rất dễ bị nhiễm trùng đường tiểu. Còn ở đàn ông, nguyên nhân gây tiểu buốt thường gặp là do viêm tuyến tiền liệt và viêm niệu đạo. Trong đó, viêm tuyến tiền liệt thường xảy ra ở người đàn ông lớn tuổi hơn.

Tiểu buốt không chỉ là cảm giác khó chịu đơn thuần khi đi tiểu. Nó có thể là dấu hiệu cảnh báo một bệnh lý nguy hiểm nào đó. Vì vậy, mọi người có triệu chứng này nên đến khám tại cơ sở cơ y tế để được chẩn đoán và điều trị thích hợp. Đặc biệt là các đối tượng sau đây:

Nước tiểu đổi màu đục hay lẫn máu.

Có dịch tiết bất thường từ dương vật (ở nam) hay âm đạo (ở nữ).

Bị sốt.

Đau vùng hông, lưng.

Đã biết bị sỏi thận hay sỏi bàng quang.

Khi đó bác sĩ sẽ thực hiện các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán chính xác nguyên nhân là do đâu. Nếu triệu chứng tiểu buốt không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra như:

Nhiễm trùng máu.

Suy thận.

Giảm khả năng sinh sản,vô sinh.

Tiểu buốtlà triệu chứng đau đớn hay bỏng rát xảy ra khi đi tiểu. Có nhiều nguyên nhân gây ra triệu chứng này. Chẩn đoán chính xác nguyên nhân và điều trị là cần thiết để giảm các biến chứng có thể xảy ra. Các bạn hãy tiếp tục tìm hiểu cách thức điều trị tiểu buốt hiệu quả qua bài viết:Phương pháp điều trị tiểu buốt hiệu quả

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tieu-buot-co-mu/

Nội dung bài viết

Tiểu buốt có mủ là bệnh gì? Triệu chứng bệnh

Nguyên nhân đi tiểu buốt có mủ

Cách điều trị

Cách phòng ngừa đi tiểu buốt có mủ

Tiểu buốt có mủ là một triệu chứng đường tiết niệu thường gặp ở cả hai giới, đặc biệt là phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Tình trạng này do những nguyên nhân nào gây nên? Điều trị khó hay dễ? Làm thế nào để phòng ngừa? Tất cả sẽ được ThS.BS Trần Quốc Phong “bật mí” trong bài viết dưới đây!

Tiểu buốt có mủlà thuật ngữ mô tả cảm giác đau buốt khó chịu khi đi tiểu, kèm chảy mủ. Cơn đau này có thể bắt nguồn từ bàng quang, niệu đạo hoặc đôi khi từ vùng đáy chậu.Niệu đạolà ống dẫn nước tiểu từ bàng quang (bể chứa) ra ngoài cơ thể.1Đối với nam giới, đáy chậu là khu vực giữa bìu vàhậu môn. Còn với nữ giới, đáy chậu là vùng nằm giữa hậu môn và cửaâm đạo.

Tiểu buốt có mủ có nguy hiểm không?

Làm tăng nguy cơ hiếm muộn, vô sinh.

Làm suy giảm chất lượng đời sống tình dục.

Ảnh hưởng đến tâm lý: lo lắng, căng thẳng, mất tập trung.

Tăng nguy cơ mắc các bệnh nguy hiểm khác, các biến chứng khó lường.

Đi tiểu đau, buốt, khó chịu.

Có mủ chảy ra từ lỗ tiểu, mủ có mùi tanh hoặc hôi.

Đi tiểu đau kèm chảy mủ là một trong những dấu hiệu củanhiễm trùng đường tiết niệu. Nguyên nhân do nhiều loại vi khuẩn gây nên.

Phụ nữ thường dễ bị nhiễm trùng tiểu hơn nam giới. Vì niệu đạo nữ ngắn hơn nhiều so với niệu đạo nam. Phụ nữ đang mang thai hoặc trong giai đoạn mãn kinh cũng tăng nguy cơ mắc bệnh nhiễm trùng đường tiết niệu. Vi khuẩnE.colidễ dàng xâm nhập đến bàng quang qua đường niệu đạo ở phụ nữ. Ngoài ra, những tác động kích thích, ma sát trong quá trình giao hợp, sự biến chất của các loại thuốc ngừa thai, chất thải từ tử cung cũng tạo điều kiện thuận lợi cho âm hộ bị viêm nhiễm.

Tiết dịch niệu đạo. Triệu chứng này thường được ghi nhận vào sáng sớm, sau khi nhịn tiểu qua đêm.

Tiểu buốt.

Cảm giác ngứa ngáy.

Tiểu gấp, muốn đi tiểu nhiều lần, khó nhịn tiểu.

Nước tiểu đục, có thể có mùi nồng, đôi khi là mùi hôi khó chịu.

Tiểu ra máu hoặc không.

Đau vùng chậu và bụng dưới ở phụ nữ.

Đau vùng hậu môn ở nam giới.

Nguyên nhân gâytiểu buốt có mủdo mắc các bệnh lây qua đường tình dục thường gặp là nhiễm trùng lậu cầu và chlamydia.

Xem thêm:Các bệnh lây qua đường tình dục phổ biến và cách điều trị

Dịch tiết nhiều, có màu vàng hoặc xanh, khởi phát cấp tính: gợi ý do lậu cầu.

Mủ chỉ xuất hiện khi rạch niệu đạo hoặc vào buổi sáng khi mới ngủ dậy: thường không do lậu cầu.

Triệu chứng thường gặp là tiểu rát, buốt, khó chịu kèm chảy mủ và máu ở nam giới.

Các triệu chứng khác:

Đau khi xuất tinh.

Tiểu không tự chủ.

Dòng nước tiểu yếu.

Sốt cao, ớn lạnh.

Mào tinh hoàn là đoạn ống nằm phía sau tinh hoàn. Có vai trò lưu trữ và là đường di chuyển sau khi tinh trùng được tạo thành.

Viêm mào tinh hoàncó các triệu chứng:

Sưng, đỏ, cảm giác nóng ấm bìu.

Đau tinh hoàn một bên, nặng hơn khi đi tiểu.

Đi tiểu đau, tiểu nhiều lần.

Cảm giác đau khi giao hợp hoặc xuất tinh.

Sốt cao, ớn lạnh.

Sưng hạch bẹn.

Đau, khó chịu vùng bụng dưới hoặc xương chậu.

Chảy dịch, mủ từ dương vật.

Máu trong tinh dịch.

Khối u gồ lên trên tinh hoàn.

Sỏi thậnứ nước nhiễm trùng là nguyên nhân thường gặp gây nên tình trạng tiểu buốt có mủ. Ngoài cảm giác đau buốt, khó chịu và có mủ trong nước tiểu, bệnh có các dấu hiệu đặc trưng khác như:

Cơn đau quặn thận điển hình: đau dữ dội vùng thắt lưng, 1 hoặc 2 bên. Sau đó đau lan lên bụng, xuống bẹn, đùi.

Buồn nôn hoặc nôn.

Bí tiểu khi đau.

Đi tiểu nhiều lần.

Nước tiểu có máu.

Sốt, ớn lạnh.1

Bước đầu tiên của quá trình điều trị là xác định nguyên nhân gây nên tình trạng tiểu buốt có mủ.

Bác sĩ sẽ kê đơn thuốc kháng sinh để điều trị tình trạng nhiễm trùng tiểu hiện tại. Đi tiểu buốt kèm mủ do vi khuẩn thường cải thiện khá nhanh ngay sau khi dùng thuốc. Cần lưu ý tuân thủ điều trị và thực hiện lối sống lành mạnh.

Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục. Khuyến cáo kiêng quan hệ tình dục trong thời gian điều trị.

Uống nhiều nước (2-2.5l) để vi khuẩn theo nước tiểu ra ngoài.

Bổ sung rau củ quả tươi, chứa nhiều vitamin, đặc biệt làvitamin C.

Tăng cường vận động, tập thể dục điều độ ở mức độ vừa phải.

Hạn chế thực phẩm cay, nóng, thức uống có cồn, đồ uống chứacaffeine.

Giữ vệ sinh cơ thể sạch sẽ.

Sử dụng nước ấm để vệ sinh cơ quan sinh dục. Hạn chế xà phòng có mùi hương mạnh.

Mặc quần áo rộng rãi, thoáng mát, tránh bó sát làm tăng ma sát giữa quần áo và cơ thể. Thay quần áo thường xuyên.

Ăn nhiều rau cải.

Bổ sung trái cây tươi, giàu vitamin, đặc biệt là vitamin C.

Chế độ dinh dưỡng cân bằng, hợp lý, đầy đủ thành phần dinh dưỡng.

Tập luyện thể dục thể thao thường xuyên với cường độ phù hợp.

Uống đủ nước (trung bình 2 lít mỗi ngày, thay đổi tùy vào nhu cầu cơ thể và mức độ hoạt động trong ngày).

Tránh sử dụng trà,cà phê, đồ uống có cồn vì chứa chất kích thích không tốt cho bàng quang.

Có thể nấu nước râu bắp uống hàng ngày.

Đi tiểu thường xuyên, không nín nhịn, đảm bảo đi tiểu hết trong mỗi lần tiểu tiện.

Cố gắng đi tiểu sau mỗi khi quan hệ tình dục.

Sinh hoạt điều độ, ngủ đủ giấc, tránh thức khuya.

Tránh áp lực vì tình trạng này kéo dài sẽ làm tăng tích tụ axit trong cơ thể, ảnh hưởng quá trình trao đổi chất.2

Qua bài viết trên, bác sĩ Trần Quốc Phong đã chỉ ra những nguyên nhân gâytiểu buốt có mủthường gặp nhất. Ngoài việc tuân thủ điều trị, sử dụng thuốc đúng liều, đủ thời gian, các bạn cần thực hiện lối sống lành mạnh. Điều này không những rút ngắn thời gian, nâng cao hiệu quả điều trị mà còn tạo nền tảng phòng ngừa bệnh tái phát trong tương lai.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dai-thao-duong-thai-ki/

Nội dung bài viết

Đái tháo đường thai kì là gì?

Nguyên nhân của đái tháo đường thai kì

Đối tượng nguy cơ cao bị tiểu đường thai kì

Triệu chứng của đái tháo đường thai kì

Tầm soát đái tháo đường thai kì như thế nào?

Biến chứng đái tháo đường thai kỳ

Đái tháo đường là một căn bệnh mà cơ thể bạn không thể kiểm soát lượng đường trong máu một cách hợp lý vì cơ thể không đủ insulin. Insulin là một loại hormone do tụy tiết ra, giúp cho cơ thể sử dụng đường (glucose) để tạo năng lượng hoặc dự trữ để dùng sau này. Đái tháo đường thai kì là bệnh tiểu đường khởi phát trong thai kì và thường biến mất sau kinh. Bệnh này có thể gây ra những vấn đề cho bạn và em bé trong khi mang thai và sau sinh.

Khi mang thai, một số phụ nữ gặp vấn đề về lượng đường trong máu tăng cao, tình trạng này gọi là tiểu đường thai kỳ. Bệnh thường khởi phát trong khoảng từ tuần thứ 24 đến 28 của thai kì. Tiểu đường thai kỳ có thể khiến thai phụ tăng nguy cơ đái tháo đường tuýp 2 sau này.

Nếu không điều trị hoặc kiểm soát đường huyết mẹ bầu, thai nhi cũng có thể mắc bệnh tiểu đường, cũng như tăng nguy cơ biến chứng cho mẹ lẫn con trong thai kì và sinh nở.

Nguyên nhân tiểu đường thai kỳvẫn chưa được biết rõ. Nhưng hormone có thể đóng một vai trò trong nguyên nhân gây bệnh. Khi bạn mang thai, cơ thể bạn sản xuất một lượng lớn hormone bao gồm:

Lactogen nhau thai người (hPL).

Hormone gây tăng đề kháng insulin.

Xem thêm:Xét nghiệm tiểu đường thai kỳ và những điều cần biết

Những hormone này ảnh hưởng đến nhau thai và giúp duy trì thai kì. Theo thời gian, lượng hormone này trong cơ thể tăng lên. Chúng làm cho cơ thể bạn kháng với insulin. Khi mang thai, cơ thể bạn tự nhiên trở nên kháng insulin nhẹ, do đó nhiều glucose có sẵn trong máu của bạn sẽ truyền sang em bé. Nếu tình trạng đề kháng insulin trở nên quá manh, lượng đường trong máu của bạn tăng cao bất thường. Điều này có thể dẫn đếnđái tháo đường thai kỳ.

Bất kì phụ nữ nào cũng có thể mắc bệnh, nhưng bạn có nguy cơ mắc cao hơn người khác nếu:

Béo phì.

Trước đây bạn đã từng sinh một em bé năng trên 4 kg.

Bạn bị đái tháo đường thai kỳ trong lần mang thai trước.

Tuổi mẹ khi mang thai > 40 tuổi.

Có người thân (cha, mẹ, anh chị em ruột …) bị đái tháo đường tuýp 2.

Bị rối loạn dung nạp glucose, rối loạn đường huyết lúc đói.

Tiền căn bị thai lưu 3 tháng cuối thai kì không rõ nguyên nhân.

Tiên căn sinh con bị dị tật trước đây.

Tăng cân quá nhiều trong thai kì.

Rối loạn phóng noãn kiểu buồng trứng đa nang.

Sử dụng thuốc: corticosteroids, thuốc kháng virus, hoặc nhiễm HIV.

Yếu tố chủng tộc: người Phi, người Ấn, người châu Á, người gốc Tây Ban Nha, người ở các đảo thuộc Thái Bình Dương.

Tiểu đường thai kỳ thường không có bất kì triệu chứng nào. Hầu hết các trường hợp được phát hiện sau khi kiểm tra đường huyết trong thai kì. Một số phụ nữ có thể xuất hiện một sốdấu hiệu tiểu đường thai kỳnếu như lượng đường trong máu tăng quá cao (tăng đường huyết) ví dụ như:

Tiểu nhiều và thường xuyên hơn.

Khát nước nhiều.

Mệt mỏi.

Khô miệng.

Nước tiểu có mùi khác thường, có kiến bu.

Sụt cân không rõ nguyên nhân.

Khó lành các vết trầy xước, vết thương.

Các triệu chứng này khá phổ biến trong thai kì và không nhất thiết là dấu hiệu của bệnh. Nếu bạn cảm thấy lo lắng hoặc không biếtlàm gì khi bị tiểu đường thai kỳ, bạn nên đi khám và thực hiện các xét nghiệm.

Tại Việt Nam, tần suất mắc đái tháo đường thai kì ngày càng tăng. Song song với tăng tuần suất đái tháo đường thai kì là các vấn đề liên quan đến kết cục xấu của thai kì. Việc tầm soát tiểu đường thai kỳ trở thành một vấn đề thiết yếu của chăm sóc tiền sản tại Việt Nam.

Yếu tố thai phụ: lớn tuổi, nhiều con, béo phì trước khi có thai, tăng cân quá mức trong thai kỳ, hội chứng buồng trứng đa nang.

Tiền sử trong gia đình thế hệ thứ nhất.

Tiền sử sản khoa: thai lưu, sinh con to, tiểu đường thai kỳ trong lần sinh trước.

Các yếu tố trong thai kỳ: tăng huyết áp, đa thai.

Mặc dù còn một vài vấn đề chưa được thống nhất, nhưng hầu như các tổ chức chuyên môn trên thế giới khuyến cáo tất cả các phụ nữ đều nên tầm soát đái tháo đường thai kì.

Nên tầm soát đái tháo đường cho mọi thai phụ từ tuần 24-28 của tuổi thai. Thời điểm này được xem là thời điểm chuẩn, tốt nhất cho phát hiện bất thường chuyển hóa carbonhydrate trong thai kì.

Khuyến cáo nhấn mạnh việc đánh giá nguy cơ của đái tháo đường thai kì trong ngay lần khám đầu tiên đối với những phụ nữ có nguy cơ. Nếu là nhóm nguy cơ cao nên thực hiện nghiệm pháp tầm soát sớm và nếu kết quả âm tính sẽ lặp lại khi tuổi thai 24-28 tuần.

Thực hiện Nghiệm pháp dung nạp 75 gram Glucose – 2 giờ.

Lần khám 1: Khi bạn đến khám lần đầu tiên vào 3 tháng đầu thai kì, xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói hoặc glucose huyết tương bất kì. Nếu glucose huyết tương lúc đói bất thường ≥ 126 mg% hoặc glucose huyết tương bất kỳ ≥ 200mg%, chẩn đoán đái tháo đường và sẽ được giới thiệu chuyên khoa Nội tiết.

Lần khám sau đó: khi thai kì bước vào tuàn 24-28 bạn sẽ được tư vấn tầm soát đái tháo đường thai kì và hướng dẫn ăn uống hợp lý để thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose 75 gam – 2 giờ vào lần khám thai định kỳ tiếp theo.

Ba ngày trước khi tiến hành nghiệm pháp chẩn đoán, không ăn chế độ ăn có quá nhiều glucid cũng như không ăn kiêng nhằm tránh ảnh hưởng nghiệm pháp.

Nhịn đói 8 – 12 giờ trước khi làm nghiệm pháp.

Lấy 2ml máu tĩnh mạch, định lượng glucose trong huyết tương lúc đói trước khi làm nghiệm pháp.

Uống ly nước đường đã được chuẩn bị sẵn, uống trong vòng 5 phút.

Lấy 2ml máu tĩnh mạch, định lượng glucose trong huyết tương ở 2 thời điểm 1 giờ và 2 giờ sau uống nước glucose.

Trong thời gian làm nghiệm pháp thai phụ không ăn uống gì thêm, được ngồi nghỉ ngơi trong phòng làm nghiệm pháp hoặc đi lại nhẹ nhàng trong khuôn viên bệnh viện trong thời gian làm nghiệm pháp.

Nếu có từ 1 giá trị lớn hơn hay bằng là chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ.

Xem thêm:Cách đọc kết quả xét nghiệm tiểu đường thai kỳ chính xác

Nếu đường huyết không được kiểm soát tốt ở phụ nữ mắc đái tháo đường thai kì, nó có thể dẫn đến cácbiến chứng tiểu đường thai kỳcho cả mẹ lẫn bé như:

Khi đường huyết không được kiểm soát tốt sẽ khiến cho lượng đường trong máu của bé tăng cao. Kích thước của em bé sẽ tăng quá mức. Bên cạnh việc gây khó chịu cho mẹ trong những tháng cuối của thai kì, một em bé quá lớn có thể dẫn đến những biến chứng trong khi sinh cho cả mẹ và con.

Người mẹ có thể cần phải mổ để lấy em bé ra. Và em bé có thể sinh ra bị tổn thương đám rối thần kinh cánh tay.

Thai có thể đột tử trong tử cung hoặc hạ đường huyết và các bệnh lý chuyển hóa sơ sinh khác.

Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp

Ở thời điểm thụ thai của người mẹ bị mắc bệnh đái tháo đường, nếu lượng glucose huyết tương không được kiểm soát tốt thì tỷ lệ dị tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh sẽ rất cao từ 8 – 13%, gấp 2 – 4 lần nhóm không bị đái tháo đường.

Câu trả lời làhoàn toàn có. Những trường hợp này chiếm tỷ lệ khoảng 20% – 30%.

Có nhiều bằng chứng cho thấy tăng glucose huyết tương mạn tính ở cơ thể mẹ giai đoạn từ 3 – 6 tuần cuối của thai kỳ dẫn đến tăng sử dụng glucose ở thai nhi, xuất hiện tình trạng thiếu oxy ở thai nhi, tăng tình trạng toan máu của thai là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp gây chết thai.

Gia tăng tần suất trẻ béo phì, khi lớn trẻ sớm bị mắc bệnh đái tháo đường týp 2, rối loạn tâm thần – vận động. Trẻ sinh ra từ các bà mẹ bị đái tháo đường thai kì có nguy cơ đái tháo đường và tiền đái tháo đường tăng gấp 8 lần khi đến 19 đến 27 tuổi.

Thai phụ mắc đái tháo đường có nguy cơ xảy ra các tai biến trong suốt quá trình mang thai cao hơn các thai phụ bình thường. Các tai biến thường gặp là:

Thai phụ đái tháo đường thai kì dễ bị tăng huyết áp hơn các thai phụ bình thường. Tăng huyết áp trong thai kỳ có thể gây ra nhiều biến chứng cho mẹ và thai nhi như: tiền sản giật, sản giật, tai biến mạch máu não, suy gan, suy thận, thai chậm phát triển trong tử cung, sinh non và tăng tỷ lệ chết chu sinh.

Bà mẹ bị đái tháo đường thai kì có nguy cơ sinh non cao hơn các bà mẹ không bị đái tháo đường thai kì.

Thai phụ mắc đái tháo đường thai kì tăng nguy cơ sẩy thai tự nhiên, các thai phụ hay bị sẩy thai liên tiếp cần phải được kiểm tra glucose huyết một cách thường quy.

Thai phụ mắc đái tháo đường thai kì nếu kiểm soát glucose huyết tương không tốt càng tăng nguy cơ nhiễm khuẩn niệu.

Nhiều nghiên cứu nhận thấy rằng, các phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kì có nguy cơ cao diễn tiến thành đái tháo đường týp 2 trong tương lai. Có khoảng 17% đến 63% các phụ nữ đái tháo đường thai kì sẽ bị đái tháo đường týp 2 trong thời gian 5 năm đến 16 năm sau sinh

Đái tháo đường thai kỳlà bệnh lý rất thường gặp và mang lại nhiều hậu quả cho cả mẹ lẫn bé. Do đó mọi phụ nữ nên tầm soát đái tháo đường thai kì để đảm bảo sức khỏe cho mẹ và con. Bên cạnh đó, mẹ bầu nên tham khảo nhiềucách phòng tránh tiểu đường thai kỳđể bảo vệ sức khỏe cho mình và em bé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nguyen-nhan-tieu-duong-thai-ky/

Nội dung bài viết

Tiểu đường thai kỳ là bệnh gì?

Dấu hiệu nhận biết

Nguyên nhân gây tiểu đường thai kỳ

Chẩn đoán và điều trị tiểu đường thai kỳ

Kết luận

Tiểu đường thai kỳ là bệnh lý nguy hiểm do ảnh hưởng lên cả mẹ và bé. Để khắc phục tình trạng này, việc hiệu rõ nguyên nhân tiểu đường thai kỳ cũng như các cách phòng tránh là vô cùng cần thiết. Hãy cùng ThS.BS Phan Lê Nam tìm hiểu thêm về vấn đề này qua bài viết dưới đây nhé.

Tiểu đường thai kỳ là hiện tượng lượng đường trong máu mẹ bầu tăng cao. Bệnh xảy ra chủ yếu trong 3 tháng cuối hoặc 3 tháng giữa thai kỳ. Thai phụ thường không có bằng chứng đái tháo đường trước đó.

Nồng độ đường huyết của đa số phụ nữ sẽ trở về bình thường sau khi sinh. Tuy nhiên, ở một số trường hợp, bệnh có thể diễn tiến thànhđái tháo đường type 2và gây ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé.

Theo các bác sĩ,tiểu đường thai kỳcó thể được khắc phục bằng phương pháp thay đổi lối sống. 80 – 85% thai phụ đã điều chỉnh đường huyết trở về mức ban đầu khi duy trì chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt phù hợp. Tuy nhiên, nếu phụ nữ vẫn không kiểm soát được nồng độ đường huyết, bác sĩ sẽ chỉ định dùng thuốc.

Đái tháo đường thai kỳ thường không có các triệu chứng điển hình. Do đó, mẹ bầu và người thân cần theo dõi các dấu hiệu bất thường để kịp thời thông báo cho cơ sở y tế. Một số biểu hiện phổ biến ở người bệnh như sau:

Thường khát nước.

Thường đói và ăn nhiều hơn.

Đi tiểu nhiều lần trong ngày, nước tiểu có mùi lạ và thường bị kiến bu.

Cảm thấy mệt mỏi.

Sụt cân không rõ nguyên nhân.

Các vết thương khó lành.

Vùng âm đạo thường cảm thấy khó chịu và ngứa ngáy.

Một sốdấu hiệu tiểu đường thai kỳkhá giống với biểu hiện của phụ nữ khi mang thai. Do đó, để có kết quả chính xác, mẹ nên liên hệ bác sĩ để được xét nghiệm và chẩn đoán cụ thể.

Nguyên nhân tiểu đường thai kỳ chủ yếu là do sự thiếu hụt insulin để điều hòa glucose huyết.

Sau khi ăn, nồng độ đường huyết thường tăng cao. Ở người bình thường, tuyến tụy sẽ tiết ra insulin để vận chuyển lượng đường này đến các tế bào khác. Cơ chế này giúp giảm nồng độ đường trong máu, đồng thời giúp tạo ra năng lượng cho cơ thể.

Khi mang thai, nhau thai sẽ tạo ra các hormone để giúp thai nhi phát triển. Song, đây cũng là tác nhân làm tích tụ glucose trong máu. Ở đa số các mẹ bầu, tuyến tụy thường ngưng sản xuất hoặc không cung cấp đủ insulin để xử lý tình trạng này. Sự thiếu hụt insulin làm nồng độ glucose huyết tăng cao và gây hiện tượng tiểu đường thai kỳ.

Bên cạnh đó, khi có em bé, cơ thể mẹ bầu thường có nhu cầu năng lượng cao hơn bình thường. Do đó, nhu cầu về lượng đường cũng sẽ tăng cao. Tuy nhiên, insulin sản sinh lại không đủ để điều hòa lượng đường này.

Một số nội tiết tố được thai nhi tạo ra cũng tác động tiêu cực đến insulin, gây tình trạng đề kháng insulin ở nhiều thai phụ.

Đây cũng là nhữngnguyên nhân tiểu đường thai kỳthường gặp.

Ngoài ra, một số tác nhân khác cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh ở phụ nữ.

Thừa cân hoặc béo phì khi đang mang thai (BMItừ 30 trở lên).

Đã từng bị đái tháo đường thai kỳ trong lần mang thai trước.

Mắc hội chứng đa nang buồng trứng.

Có ba hoặc mẹ bị tiểu đường.

Từng sinh con có trọng lượng lớn hơn 4 kg.

Đã từng sinh bé bị dị tật bẩm sinh hoặc thai lưu không rõ nguyên nhân.

Thai phụ trên 25 tuổi.

Là người châu Á.

Nếu có những yếu tố trên, mẹ nên tầm soát tiểu đường thai kỳ ngay từ lần khám thai đầu tiên.

Theo các chuyên gia y tế, mẹ bầu có thể kiểm soát tiểu đường thai kỳ nếu bệnh được phát hiện và chẩn đoán sớm.

Thông thường, bác sĩ sẽ kiểm tra khi thai từ 24 – 28 tuần tuổi. Đây là thời điểm tốt nhất để phát hiện các bất thường trong quá trình chuyển hóa carbonhydrate của thai phụ.

Với nhóm đối tượng có yếu tố nguy cơ mắc bệnh, bác sĩ khuyên mẹ nên tầm soát tiểu đường từ lần khám thai đầu tiên. Mẹ nên xét nghiệm trong 3 tháng đầu thai kỳ và lặp lại khi tuổi thai từ 24 – 28 tuần.

Phương pháp xét nghiệm được Tổ chức Y tế Thế giới tin dùng là nghiệm pháp dung nạp glucose. Phụ nữ sẽ uống 50 gram glucose pha với nước và đo nồng độ đường huyết 1 giờ sau khi uống. Thang kết quả được phân loại như sau:

Mức đường huyết dưới 140mg/dL (7,8mmol/L)được coi là tiêu chuẩn.

Mức đường huyết từ 140mg/dLđến dưới 190mg/dL(10,6mmol/L) cho thấy cần phải làm xét nghiệm dung nạp glucose trong ba giờ để chẩn đoán bệnh tiểu đường thai kỳ.

Mức đường huyết từ 190 (10,6mmol/L) trở lên cho thấy bệnh tiểu đường thai kỳ.

Đểđiều trị tiểu đường thai kỳhiệu quả, thai phụ nên tự nâng cao kiến thức bản thân về nguyên nhân tiểu đường thai kỳ và xây dựng chế độ sinh hoạt phù hợp.

Mẹ bầu có thể tham vấn các chuyên gia y tế để có kế hoạch ăn uống hợp lý. Một số nguyên tắc cụ thể như sau:

Chia nhỏ bữa ăn.

Bổ sung cácchất xơđến từ rau xanh, trái cây, gạo nâu, bánh mì nguyên hạt,…

Hạn chế đồ ngọt, chất béo bão hòa, rượu bia hoặc chất kích thích.

Đảm bảo cơ thể được cung cấp đủ các vitamin và khoáng chất. Mẹ có thể dùng thêm các loại thực phẩm chức năng khi được sự cho phép của bác sĩ.

Các chuyên gia y tế khuyến nghị thai phụ nên cố gắng tập luyện 30 phút mỗi ngày. Một số bài tập nhẹ nhàng như bơi lội hoặc đi bộ sẽ giúp tăng cường sức khỏe cho cả mẹ và bé. Nếu không thể dành đủ thời gian để luyện tập, bạn có thể thay bằng các hoạt động thường ngày như leo cầu thang hoặc chơi với con trẻ.

Nếu tình trạng bệnh tiến triển nặng hơn, bác sĩ sẽ chỉ định dùng thuốc. Hiện nay, thuốc duy nhất được bộ Y tế chấp thuận cho bệnh nhân tiểu đường thai kỳ làinsulin.

Mẹ bầu có thể tự tiêm insulin tại nhà sau khi được các nhân viên y tế hướng dẫn. Tùy theo tình trạng người bệnh mà số mũi tiêm insulin sẽ khác nhau, dao động từ 4 – 5 mũi.

Tuy nhiên, để đạt hiệu quả điều trị tốt nhất, mẹ bầu vẫn nên duy trì lối sống khoa học trong quá trình dùng thuốc.

Tiểu đường thai kỳ là mối quan ngại của rất nhiều chị em phụ nữ. Do vậy, việc hiểu rõnguyên nhân tiểu đường thai kỳcũng như cách phòng tránh tiểu đường thai kỳ là vô cùng cần thiết. Hy vọng bài viết dưới đây đã phần nào giúp các mẹ bầu hiểu rõ hơn về vấn đề này và biết cách xây dựng chế độ sinh hoạt phù hợp để kiểm soát tình trạng bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tieu-khong-kiem-soat/

Nội dung bài viết

1. Tiểu không kiểm soát là gì?

2. Triệu chứng của tiểu không kiểm soát là gì?

3. Chẩn đoán bệnh tiểu không kiểm soát thế nào?

4. Làm gì để cải thiện triệu chứng tiểu không kiểm soát?

5. Khi nào cần đi khám?

6. Điều trị tiểu không tự chủ

7. Thay đổi lối sống như thế nào để khắc phục tiểu không tự chủ?

Tiểu không kiểm soát thường gặp ở cả hai giới, gây ra nhiều phiền toái trong cuộc sống của người bệnh. Tình trạng này có thể mắc phải ở nhiều bệnh lý khác nhau và có khả năng cải thiện phụ thuộc vào việc hiểu và điều trị đúng cách. Hãy cùng tìm hiểu về tình trạng này qua bài viết của bác sĩ Ngô Minh Quân.

Tiểu không kiểm soát là tình trạng khi bệnh nhân không tự chủ được việc đi tiểu, có tình trạng rò rỉ nước tiểu hay tiểu són.

Tiểu không kiểm soát khá thường gặp. Hiện nay có nhiều phương pháp hỗ trợ, nhiều biện pháp mà bệnh nhân có thể tự tập luyện để giúp giảm hoặc ngừng tình trạng này.

Có nhiều cách phân loại tiểu không kiểm soát khác nhau. Mỗi nhóm có những triệu chứng đặc trưng. 3 nhóm thường gặp là :

Không kiểm soát do căng thẳng:những bệnh nhân này thường không kiểm soát, rò rỉ nước tiểu khi cười, khi ho, hắc xì hoặc bất cứ sự căng thẳng nào ở vùng bụng. Không kiểm soát do căng thẳng thường gặp nhất ở giới nữ, đặc biệt là sau sinh.

Tiểu không kiểm soát đột xuất:bệnh nhân nhóm này thường đột nhiên mắc tiểu dữ dội. Sự đột ngột này làm cho bệnh nhân không thể đến phòng vệ sinh kịp thời.Bàng quanghoạt động quá mức cũng là thuật ngữ thường được dùng để mô tả tình trạng này.

Nhóm hỗn hợp:bệnh nhân thường có hỗn hợp triệu chứng của hai nhóm kể trên.

Để đánh giá tình trạng tiểu không tự chủ thường là hỏi tiền sử bệnh và thăm khám lâm sàng:

Tiền sử bệnh:Người bệnh có thể phải ghi chú lại các triệu chứng và vấn đề gặp phải vào một cuốn nhật ký trong vài ngày để thông báo cho bác sĩ dễ dàng và chính xác hơn

Khám lâm sàng:Bác sĩ sẽ thực hiện thăm khám vùng chậu để xem người bệnh có bị sa các cơ quan ở vùng chậu hay không và để tìm kiếm các vấn đề khác thuộc về giải phẫu. Nghiệm pháp ho có thể được thực hiện để chẩn đoán tình trạng tiểu không tự chủ do gắng sức.

Đôi khi bác sĩ phải chỉ định cho bệnh nhân thực hiện xét nghiệm hình ảnh và xét nghiệm chức năng bàng quang nếu cần thêm thông tin.

Giảm lượng nước uống, đặc biệt là trước khi đi ngủ.

Ngừng hoặc giảm các loại thức ăn hoặc nước uống làm cho các triệu chứng khởi phát hoặc trầm trọng hơn. Thông thường các loại thực phẩm này là rượu, cafe hay các loại thức ăn cay hoặc nóng.

Giảm cân nếu bạn đang thừa cân.

Nếu bạn mắcbệnh tiểu đườnghãy cố gắng hạn chế lượng đường để kiểm soát đường huyết nhiều nhất có thể.

Nếu bạn có sử dụng các loại thuốc nhóm lợi tiểu hãy lưu ý. Nhóm thuốc lợi tiểu tăng nhu cầu đi tiểu do đó hãy uống khi cần thiết và gần nhà vệ sinh.

Phương pháp tập luyện bàng quang:Bạn nên tập thói quen cho bàng quang bằng việc đi tiểu vào một số khung giờ cố định. Việc này đôi khi khó khăn và nên được thực hiện ngay cả khi bạn chưa cần đi tiểu ngay. Việc đi tiểu vào khung giờ cố định giúp cho bàng quang có thói quen tối từ đó làm quen với nhịp độ cố định.

Phương pháp tập luyện cơ vùng chậu: việc tập luyện giúp cơ vùng chậu thêm vững chắc giúp kiểm soát tốt hơn nước tiểu. Việc luyện tập cần được sự hướng dẫn của các kỹ thuật viên vật lý trị liệu để đảm bảo đúng kỹ thuật và mang lại hiệu quả tốt nhất

Khi xuất hiện các triệu chứng tiểu không kiểm soát kể trên bạn nên đến các cơ sở y tế để thăm khám chẩn đoán và điều trị đúng cách.

Có nhiều loại thuốc làm cho tình trạng tiểu không kiểm soát trầm trọng hơn, do đó hãy thông báo cho bác sĩ biết những loại thuốc bạn đang sử dụng để được tư vấn.

Việc điều trị phụ thuộc vào loại tiểu không tự chủ của bệnh nhân mắc phải, ngoài ra còn phụ thuộc vào giới tính. Đối với việc chữa trị tiểu không tự chủ, trước tiên bác sĩ sẽ đề nghị các phương pháp điều trị không can thiệp phẫu thuật, bao gồm thay đổi lối sống, luyện tập cơ bàng quang, vật lý trị liệu và sử dụng một số thiết bị hỗ trợ bàng quang. Khi điều trị són tiểu cấp kỳ, bệnh nhân có thể phải dùng đến thuốc.

Các phương pháp điều trị có thể gồm có:

Thuốc giúp giảm co thắt cơ bàng quang.

Phẫu thuật sửa chữa hỗ trợ chức năng bàng quang và đường tiểu.

Điện kích thích dây thần kinh chi phối bàng quang nhằm giảm co thắt.

Thông thường, bệnh nhân được chỉ định phối hợp nhiều phương pháp khác nhau để đạt được hiệu quả điều trị cao nhất.

Nhiều bệnh nhân tiểu không tự chủ có thể làm quen, thay đổi lối sống phù hợp để cải thiện cũng như lấy lại khả năng tiểu kiểm soát. Quá trình thay đổi lối sống cần được sự hỗ trợ của nhân viên y tế để tìm được cách hiệu quả nhất cho từng bệnh nhân khác nhau

Việc thay đổi lối sống có thể bao gồm như:

Giảm cân:Ở phụ nữ thừa cân, nếu giảm đi một lượng cân nặng ngay cả rất nhỏ (dưới 10% tổng trọng lượng cơ thể) cũng có khả năng làm giảm rò rỉ nước tiểu.

Hạn chế nạp thêm nước:Nếu bị són tiểu vào sáng sớm hoặc ban đêm, người bệnh nên hạn chế uống nước vài giờ trước khi đi ngủ. Không nên nạp vào cơ thể quá 2 lít nước mỗi ngày. Hạn chế rượu, caffeine và các chất kích thích khác.

Tập luyện cơ bàng quang:Mục tiêu của việc tập luyện cơ bàng quang là giúp kiểm soát việc đi tiểu và tăng khoảng thời gian giữa hai lần đi tiểu liên tiếp lên mức thời gian bình thường (mỗi 3 – 4 giờ trong ngày và mỗi 4 – 8 giờ vào ban đêm).

Trên đây là những thông tin cơ bản tình trạngtiểu không kiểm soát. Hi vọng cung cấp được những thông tin bước đầu giúp người đọc dễ dàng tiếp tục tìm hiểu thêm về bệnh lý đặc biệt này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dieu-tri-tieu-khong-kiem-soat-dot-xuat-o-gioi-nu/

Nội dung bài viết

1. Tiểu không kiểm soát đột xuất là gì?

2. Làm gì để cải thiện triệu chứng tiểu không kiểm soát?

3. Điều trị tiểu không kiểm soát đột xuất như thế nào?

4. Các phương pháp điều trị tiểu không kiểm soát đột xuất có hiệu quả không?

5. Thay đổi lối sống như thế nào để giảm tình trạng tiểu không kiểm soát?

Tiểu không kiểm soát có nhiều dạng và gặp ở hai giới. Tuy nhiên thường gặp là dạng tiểu không kiểm soát đột xuất ở giới nữ. Tình trạng này thường gây nhiều phiền toái và điều trị khó khăn, kéo dài. Hãy cùng Bác sĩ Ngô Minh Quân tìm hiểu vấn đề điều trị tiểu không kiểm soát đột xuất ở giới nữ ở bài viết dưới đây.

Tiểu không kiểm soátlà bệnh nhân không tự chủ được việc đi tiểu, có rò rỉ nước tiểu hoặc tiểu són. Tiểu không kiểm soát có nhiều dạng khác nhau, một trong những dạng đó là tiểu không kiểm soát đột xuất hoặc khẩn cấp. Đó là tình trạng mà bệnh nhân đột nhiên cảm giác muốn đi tiểu, cảm giác này đến đột ngột, khẩn cấp làm cho bệnh nhân thường không kịp đến nhà vệ sinh.

Tiểu không kiểm soát đột xuất thường gặp, đặc biệt ở giới nữ. Có những biện pháp điều trị cho tình trạng này. Có nhiều phương pháp bệnh nhân có thể tự áp dụng tại nhà giúp ích trong việc giảm hoặc ngăn ngừa các triệu chứng khó chịu này.

Có nhiều biện pháp có thể giúp cải thiện được triệu chứng của bệnh như:

Giảm lượng nước uống, đặc biệt là trước khi đi ngủ.

Ngừng hoặc giảm các loại thức ăn hoặc nước uống làm cho các triệu chứng khởi phát hoặc trầm trọng hơn. Thông thường các loại thực phẩm này là rượu, cafe hay các loại thức ăn cay hoặc nóng.

Ngừa tình trạng táo bón – táo bón chính là nguyên nhân thường gặp gây ra bởi tình trạng hoạt động ruột không tốt. Táo bón làm cho tiểu không kiểm soát trầm trọng hơn.

Các phương pháp làm cải thiện triệu chứng như:

Phương pháp tập luyện bàng quang:Bạn nên tập thói quen cho bàng quang bằng việc đi tiểu vào một số khung giờ cố định. Việc này đôi khi khó khăn và nên được thực hiện ngay cả khi bạn chưa cần đi tiểu ngay. Việc đi tiểu vào khung giờ cố định giúp cho bàng quang có thói quen tối từ đó làm quen với nhịp độ cố định.

Phương pháp tập luyện cơ vùng chậu:Việc tập luyện giúp cơ vùng chậu thê vững chắc giúp kiểm soát tốt hơn nước tiểu. Việc luyện tập cần được sự hướng dẫn của các kỹ thuật viên vật lý trị liệu để đảm bảo đúng kỹ thuật và mang lại hiệu quả tốt nhất.

Phương pháp thư giãn:Việc tập luyện cách thư giãn hiệu quả giúp ích kiểm soát được triệu chứng của bệnh. Hãy hít thở thật chậm và sâu, thắt chặt cơ vùng chậu và cảm nhận cảm giác mắc tiểu dần dần trôi qua sau đó đến nhà vệ sinh khi tiện lợi.

Bên cạnh các phương pháp bệnh nhân có thể tự thực hành như tập luyệnbàng quang, tập cơ vùng chậu hay tập cách thư giãn hiệu quả thì để đạt được hiệu quả điều trị hiệu quả thì việc dùng thuốc và các thủ thuật cũng được chỉ định. Những nhóm thuốc và thủ thuật điều trị có hiệu quả như:

Những loại thuốc này có thể uống hoặc dưới dạng những miếng dán hoặc gels bôi dùng ngoài da.

Nhóm thuốc này có những tác dụng không mong muốn như:

Khô miệng;

Táo bón;

Ợ chua;

Giảm tập trung;

Tăng nhịp tim;

Buồn ngủ.

Ở những bệnh nhân lớn tuổi, cần hỏi ý kiến bác sĩ trước khi sử dụng thuốc thuộc nhóm này. Nếu có bất kỳ khó chịu nào trong lúc sử dụng thuốc bạn cần đến gặp bác sĩ để tìm nguyên nhân và hướng xử trí.

Nếu việc dùng nhóm thuốc giảm co thắt bàng quang không cải thiện được triệu chứng của bệnh thì việc đổi hoặc dùng thêm những loại thuốc khác nhau có thể được xem xét đến để đạt được mục tiêu điều trị hiệu quả.

Nếu thuốc giảm co thắt bàng quang không hiệu quả hoặc có nhiều tác dụng phụ trầm trọng thì việc sử dụng các loại thuốc khác được xem xét đến. Đối với những bệnh nhân bị khô âm đạo sau mãn kinh, viên đặt estrogen có thể giúp cải thiện cả các vấn đề sau mãn kinh và vấn đề bàng quang kèm theo.

Nếu việc dùng thuốc không có kết quả thì các thủ thuật can thiệp được chỉ định:

Tiêm botox vào bàng quang: việc làm này giúp giảm co thắt bàng quang. Tiêm thuốc lặp lại 1 hoặc 2 lần mỗi năm giúp duy trì hiệu quả điều trị. Việc tiêm thuốc này có thể gây ra một số sự khó khăn khi đi tiểu.

Kích thích điện vàodây thần kinh:thủ thuật này được thực hiện thông qua thiết bị được đặt vào dưới da. Kích thích điện kích thích đến dây thần kinh chi phối bàng quang. Sự kích thích này không gây ra tổn thương, mặc khác có tác dụng giảm bớt sự co thắt quá mức, co thắt đột ngột của bàng quang. Thủ thuật cần thực hiện lại để duy trì hiệu quả điều trị.

Hiệu quả điều trị phụ thuộc vào triệu chứng và nguyên nhân gây ra tình trạng tiểu không kiểm soát đột xuất.

Hầu hết các bệnh nhân thường thực hiện nhiều phương pháp điều trị khác nhau và mỗi phương pháp thường thực hiện lặp lại. Ví dụ như một số bệnh nhân được hướng dẫn tập bàng quang, sau đó dùng thuốc giảm co thắt, chuyển dùng viên đặt estrogen. Do đó, bạn cố gắng đừng bỏ cuộc cho đến khi tìm được biện pháp điều trị hiệu quả.

Hầu hết bệnh nhân tiểu không kiểm soát đột xuất thường điều trị trong thời gian dài với nhiều biện pháp khác nhau. Việc điều trị có thể giúp giảm bớt triệu chứng, mặc dù có thể đôi khi các biện pháp điều trị không giúp ngăn ngừa hoàn toàn nhưng cũng giúp cho chất lượng sống của bệnh nhân cải thiện hơn.

Trên đây là những thông tin cơ bản về điều trị tình trạngtiểu không kiểm soát đột xuất ở giới nữ. Hy vọng cung cấp được những thông tin bước đầu giúp người đọc dễ dàng tiếp tục tìm hiểu thêm về bệnh lý đặc biệt này. Mong nhận được sự đồng hành cùng bạn ở những bài viết kế tiếp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tran-dich-mang-phoi-trieu-chung-nguyen-nhan-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tràn dịch màng phổi là gì?

Nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi

Các triệu chứng tràn dịch màng phổi

Tràn dịch màng phổi được chẩn đoán như thế nào?

Cách điều trị tràn dịch màng phổi

Tràn dịch màng phổi là bệnh lí có thể do nguyên nhân ở nhiều cơ quan khác nhau trong cơ thể. Trong đó, suy tim là tình trạng phổ biến nhất. Ngoài ra, tràn dịch màng phổi cũng có thể liên quan đến nhiễm trùng hay bệnh lí ác tính.

Khoang màng phổi là khoảng không gian giữa phổi và thành ngực. Khoang này được tạo bởi hai lớp màng mỏng gọi là màng phổi. Bình thường, quá trình hít thở sẽ làm phổi di động và mở rộng đến sát thành ngực. Khoang màng phổi chỉ chứa một lượng nhỏ rất ít chất lỏng (khoảng 1 muỗng cà phê). Lượng chất lỏng này sẽ giúp quá trình hô hấp diễn ra dễ dàng.

Tràn dịch màng phổi là sự tích tụ bất thường của chất lỏng hơn mức sinh lý trong khoang màng phổi.

Tràn dịch màng phổi có thể do nhiều nguyên nhân gây ra. Nguyên nhân chủ yếu dosuy tim, lao màng phổi. Ngoài ra, có thể do các bệnh lý ác tính,viêm phổihoặc tắc nghẽn mạch máu ở phổi.

Tràn dịch màng phổi có nguyên nhân chiếm tới hơn 90% các trường hợp. Trong khi đó, 10 – 20% trường hợp không rõ nguyên nhân của tràn dịch màng phổi.

Nói chung, chất lỏng tích tụ nhiều trong khoang màng phổi nếu có sự sản xuất quá mức của chất lỏng, giảm hấp thụ chất lỏng, hoặc cả hai. Trường hợp xét nghiệm phát hiện tế bào ung thư trong chất lỏng, đây gọi là tràn dịch màng phổi ác tính.

Các triệu chứng của tràn dịch màng phổi có thể rất khác nhau. Một số hoàn toàn không có triệu chứng, chỉ tình cờ phát hiện khi khám sức khỏe tổng quát. Ngược lại, nhiều người lại xuất hiện những triệu chứng có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày. Dưới đây là các triệu chứng phổ biến:

Khó thở khi nghỉ ngơi hoặc khi hoạt động. Bạn có thể thấy thở nhanh hơn bình thường.

Đau ngực. Cơn đau có thể tồi tệ và kéo dài hơn khi bạn ho hay hít thở sâu. Đôi khi bạn lại đau âm ỉ liên tục.

Ho có đàm.

Sốt nhẹ hoặc sốt cao.

Mệt mỏi, chán ăn hay sụt cân là triệu chứng có thể liên quan đến lao phổi.

Sau khi hỏi những thông tin về diễn tiến bệnh, Bác sĩ sẽ khám phổi của bạn. Nếu nghi ngờ tràn dịch màng phổi, bạn có thể cần phải làm thêm một số xét nghiệm sau:

X-quang ngực: chụp phim X-quang cho thấy hình ảnh bất thường của ngực, bao gồm cả tim và phổi. Có thể thấy được mức độ tràn dịch màng phổi nhiều hay ít. Hơn nữa, đôi khi xác định được nguyên nhân tràn dịch màng phổi.

CT Scan ngực: cung cấp nhiều thông tin và chi tiết hơn chụp X-quang ngực. Rất có ích để phát hiện di căn hoặc hình ảnh nghi ngờ ác tính ở phổi.

Siêu âm ngực: Một trong những phương pháp tốt nhất để đánh giá khoang màng phổi. Siêu âm còn giúp hướng dẫn vị trí lấy mẫu hoặc dẫn lưu dịch trong khoang màng phổi. Chất lỏng sau khi lấy sẽ được xét nghiệm để định hướng nguyên nhân tràn dịch màng phổi.

Việc điều trị phụ thuộc vào triệu chứng của bạn và nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi. Nếu bạn khó thở, bác sĩ sẽ lấy bớt chất lỏng trong khoang màng phổi bằng kim hoặc ống nhựa.

Trường hợp nguyên nhân do suy tim, bác sĩ sẽ kê toa thuốc gọi là “thuốc lợi tiểu”. Thuốc giúp lấy bớt chất lỏng ra khỏi khoang màng phổi.

Nếu do nhiễm trùng, cần điều trị kháng sinh thích hợp.

Trong trường hợp do bệnh lí ác tính, bác sĩ ung bướu có thể cần lên kế hoạch điều trị với những liệu pháp như hóa trị, có thể kết hợp xạ trị để ngăn chặn chất lỏng tích tụ trong khoang màng phổi. Đôi khi, một số trường hợp cần phải có sự can thiệp của bác sĩ phẫu thuật. Người bệnh sẽ được phẫu thuật để lấy một mẫu mô nhỏ ra khỏi phổi, còn được gọi là “sinh thiết”. Các xét nghiệm trên mô này có thể giúp giải thích lý do tại sao bạn bị tràn dịch màng phổi. Ngoài ra, có thể xác định mức độ lành tính hay ác tính của bệnh.

Tràn dịch màng phổilà một biến chứng thường gặp ở nhiều bệnh lí nội khoa, đôi khi hoàn toàn không có bất kì triệu chứng nào. Với tràn dịch màng phổi mức độ nặng, người bệnh có thể bị khó thở và cảm giác đau tức ngực, đôi khi kèm theo ho hay sốt, sụt cân, mệt mỏi, chán ăn.

Nếu xuất hiện bất kỳ triệu chứng nào được mô tả như trên, hãy đến khám bác sĩ để được điều trị thích hợp. Nếu nghi ngờ bệnh lí ác tính, bạn có thể được tư vấn và giới thiệu đến chuyên gia để giúp bạn kiểm soát các triệu chứng. Khi đó, một số liệu pháp an toàn, ít xâm lấn và hiệu quả sẽ giảm nguy cơ tái phát bệnh sau này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/trao-nguoc-da-day-thuc-quan-dau-hieu-va-bien-phap-ho-tro/

Nội dung bài viết

Trào ngược dạ dày thực quản là gì?

Dấu hiệu nhận biết của bệnh

Nguyên nhân trào ngược dạ dày thực quản

Những người nào dễ mắc bệnh?

Phương pháp điều trị bệnh

Các biện pháp hỗ trợ điều trị trào ngược

Người bị trào ngược dạ dày thực quản nên ăn gì?

Trào ngược dạ dày thực quản là một bệnh phổ biến. Gây rất nhiều khó chịu cho người bệnh. Vậy bệnh có những triệu chứng ra sao và điều trị như thế nào? Mời bạn cùng tìm hiểu qua bài viết sau của Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên nhé!

Trào ngược dạ dày – thực quản còn được gọi là trào ngược acid dạ dày. Là tình trạng trào ngược từng lúc hay thường xuyên của dịch dạ dày lênthực quản. Trào ngược dạ dày thực quản có thể là do sinh lý (không ảnh hưởng sinh hoạt và phát triển thể chất của cơ thể).

Trong đa số trường hợp đây là bệnh lý có thể gây ra suy dinh dưỡng, viêm thực quản, và một số biến chứng hô hấp khác.

Những cơn trào ngược thường xảy ra sau bữa ăn, thời gian ngắn và hiếm khi xảy ra khi ngủ. Tuy nhiên, những cơn trào ngược này sẽ trở thành bệnh trào ngược dạ dày thực quản khi các triệu chứng xảy ra thường xuyên (từ 2-3 lần/tuần). Kết quả, làm thực quản bị tổn thương.

Những tác hại của bệnh bao gồm:

Viêm loét thực quản. Lâu ngày có thể dẫn đến hẹp thực quản.

Tiền ung thư thực quản (Barret thực quản).

Ung thư thực quản.

Viêm họng,viêm xoang, phế quản hay viêm phổi. Do dịch dạ dày trào ngược lên.

Ợ hơi, ợ chua, ợ nóng: ợ hơi lúc đói thường xuyên là triệu chứng điển hình đầu tiên. Về ợ nóng là cảm giác nóng rát từ dạ dày hay vùng ngực dưới, lan hướng lên cổ. Còn ợ chua xảy ra nhiều nhất vào buổi sáng khi đánh răng. Bệnh nhân có cảm giác ợ lên, kèm theo vị chua trong miệng. Khi bụng no, cúi gập người, tư thế nằm không đúng có thể làm tăng tình trạng ợ.

Buồn nôn, nôn: tình trạng này dễ gặp khi no, đi tàu xe.

Đau tức ngực: người bệnh có cảm giác bị đè ép, thắt ở ngực, xuyên ra lưng và cánh tay.

Khó nuốt: trào ngược dịch dạ dày lên thực quản làm thực quản bị tổn thương. Lâu ngày, phần thực quản này sẽ dày lên, hẹp lại. Kết quả làm bệnh nhân khó nuốt khi ăn uống.

Khản giọng và ho: đây là tình trạng phổ biến khi bị bệnh trào ngược lâu ngày.

Miệng tiết ra nhiều nước bọt: điều này làm phản xạ bình thường làm diệu cơn đau khi bị trào ngược.

Đắng miệng.

Ngoài ra người bệnh có thể chán ăn, sụt cân, bị thiếu máu, hoặc chảy máu ở đường tiêu hóa.

Nên đi đến bác sĩ hoặc đến bệnh viện nếu bạn có một trong các triệu chứng trên. Ngoài ra, bạn cũng nên báo cho bác sĩ nếu những triệu chứng xuất hiện thường xuyên hoặc có dấu hiệu ngày càng nặng. Tình trạng bệnh lý có thể khác nhau ở nhiều người. Hãy luôn thảo luận với bác sĩ để được chỉ định phương pháp chẩn đoán, điều trị và xử lý tốt nhất dành cho bạn.

Có thể kể đến hai nguyên nhân điển hình gây ra bệnh là do sinh lý cơ thể và do lối sống không lành mạnh.

Do sinh lý cơ thể: thoát vị dạ dày hoặc khi mang thai,béo phì.

Do lối sống không lành mạnh: thường xuyên sử dụng các loại đồ uống có gas, rượu bia. Ăn uống quá no, nằm ngay sau khi ăn. Thường xuyên bịstress…

Mọi người đều có thể mắc bệnh. Tuy nhiên, viêm thực quản trào ngược thường gặp ở những người béo phì hoặc đang mang thai, hút thuốc lá…

Bên cạnh đó, có rất nhiều yếu tố có thể khiến bạn tăng nguy cơ mắc viêm thực quản trào ngược bao gồm:

Béo phì.

Uống rượu hoặc các chất có cồn.

Thoát vị cơ hoành.

Mang thai.

Hút thuốc.

Khô miệng.

Hen suyễn.

Tiểu đường.

Bệnh mô liên kết.

Việc điều trị sẽ tùy theo mức độ của bệnh. Trong trường hợp nhẹ, chỉ cần thay đổi lối sống và chế độ ăn uống. Khi đó bệnh cũng có thể được cải thiện.

Tuy nhiên, tốt hơn hết là bạn nên đến gặp bác sĩ để được tư vấn, chẩn đoán và  điều trị phù hợp nếu bệnh kéo dài. Các phương pháp khác có thể áp dụng với trào ngược dạ dày nặng và kéo dài như phẫu thuật. Bác sĩ chuyên khoa sẽ tư vấn cho bạn phương pháp phẫu thuật phù hợp.

Thay đổi lối sống có thể làm giảm tần suất trào ngược axit dạ dày. Việc điều trị bệnh lý này bao giờ cũng phải đi kèm với chế độ ăn uống và sinh hoạt phù hợp. Một số biện pháp hay áp dụng như:

Duy trì cân nặng phù hợp.

Bỏ thuốc lá.

Đừng vội nằm ngay sau khi ăn. Sau khi ăn 2- 3 giờ hãy nằm xuống hoặc đi ngủ.

Ăn chậm, nhai kỹ.

Chia nhỏ bữa ăn để không ăn quá no, thức ăn trong dạ dày quá đầy sẽ dễ trào lên thực quản.

Tránh các loại đồ ăn thức uống kích thích trào ngược axit: thực phẩm béo, chiên, sốt cà chua, rượu, sô cô la, bạc hà, tỏi, hành tây và cafein. Bổ sung trái cây, rau xanh.

Tránh mặc quần áo bó sát.

Sử dụng thảo dược:Cam thảovà hoa cúc đôi khi được sử dụng để giảm trào ngược dạ dày thực quản. Hãy trao đổi với bác sĩ trước khi bắt đầu bất kỳ một loại thảo dược nào.

Thư giãn,giảm stress: giảm căng thẳng và bớt lo âu có thể làm giảm triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản một cách rõ ràng.

Bánh mì, bột yến mạch.

Đỗ, đậu.

Đạm dễ tiêu: bao gồm thịt thăn lợn, thịt ngan, thịt lưỡi lợn.

Sữa chua: sữa chua giúp tiêu hóa thức ăn nhanh hơn. Không những thế trong sữa chua có chứa men lợi khuẩn cải thiện tiêu hóa.

Nghệ&mật ong.

Bạn nên chia nhỏ bữa ăn, không nằm nghỉ ngay sau ăn là các mẹo nhỏ hữu hiệu phòng ngừa trào ngược dạ dày lên thực quản.

Bệnhtrào ngược dạ dàythực quản không nguy hiểm đến tính mạng. Nhưng nếu điều trị không tốt có thể để lại nhiều di chứng nặng nề. Đặc biệt có thể dẫn đến ung thư thực quản. Nên thăm khám bác sĩ nếu đã thực hiện các biện pháp trên mà không đỡ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/trao-nguoc-dich-mat-co-phai-la-trao-nguoc-da-day-thuc-quan/

Nội dung bài viết

Trào ngược dịch mật là bệnh gì?

Trào ngược dịch mật có phải là trào ngược dạ dày thực quản?

Nguyên nhân trào ngược dịch mật

Các triệu chứng trào ngược dịch mật

Khi nào nên đến gặp bác sĩ?

Các biến chứng của trào ngược dịch mật

Chẩn đoán trào ngược dịch mật

Điều trị trào ngược dịch mật

Bạn đang có các triệu chứng về tiêu hóa như đầy bụng, ợ nóng, ợ chua. Hay đau bụng trên một cách dữ dội. Bạn đang thử điều trị trào ngược dạ dày – thực quản nhưng không đạt được hiệu quả cao. Vậy thì có thể là bạn đang mắc bệnh trào ngược dịch mật. Trào ngược dịch mật là gì? Có khác gì so với trào ngược dạ dày – thực quản? Trong bài viết này, Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên sẽ cung cấp cho bạn những thông tin cơ bản về dịch mật và trào ngược dịch mật.

Mật là một chất lỏng màu vàng xanh, rất cần thiết để tiêu hóa chất béo và loại bỏ các tế bào hồng cầu bị mòn và một số độc tố khỏi cơ thể của bạn. Mật được sản xuất trong gan và được lưu trữ trongtúi mật.

Trào ngược mật xảy ra khi mật trào ngược vào dạ dày. Và trong một số trường hợp, mật có thể trào ngược vào thực quản.

Trào ngược mật có thể đi kèm với trào ngược axit dạ dày vào thực quản. Trào ngược dạ dày có thể dẫn đến bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD). GERD có thể dẫn đến kích ứng mô thực quản và viêm thực quản.

Trào ngược mật và trào ngược dạ dày thực quản là tình trạng y khoariêng biệt. Trào ngược mật có đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành GERD hay không vẫn còn nhiều tranh cãi. Mật thường bị nghi ngờ góp phần gây ra GERD khi bệnh nhân đáp ứng không như mong đợi với các loại thuốc ức chế axit mạnh. Nhưng có rất ít bằng chứng xác định tác động của trào ngược dịch mật lên con người nói chung và những bệnh nhân GERD nói riêng.

Không giống như trào ngược dạ dày thực quản, trào ngược dịch mật không thể được kiểm soát hoàn toàn bằng những thay đổi trong chế độ ăn uống hoặc lối sống. Điều trị bằng thuốc là cần thiết. Những trường hợp bệnh nghiêm trọng, phẫu thuật là phương pháp điều trị bắt buộc.

Ăn một bữa ăn có chứa dù chỉ một lượng nhỏ chất béo cũng báo hiệu cho túi mật. Túi mật có nhiệm vụ giải phóng mật. Mật sẽ chảy qua hai ống nhỏ (ống nang và ống mật chủ) vào phần trên của ruột non (tá tràng).

Thức ăn từ dạ dày thông qua van ở môn vị trước khi vào tá tràng và được trộn chung với dịch mật ở đây. Van môn vị thường chỉ mở nhẹ đủ để cho khoảng 3,5 ml thức ăn hóa lỏng đi qua mỗi lần nhưng không đủ để dịch tiêu hóa trào ngược vào dạ dày.

Trong nhiều trường hợp trào ngược mật, van không đóng đúng cách và dịch mật bị trào ngược trở lại dạ dày. Điều này có thể dẫn đến viêm niêm mạc dạ dày (viêm dạ dày trào ngược dịch mật).

Mật và axit dạ dày có thể trào ngược vào thực quản khi một van khác. Cơ vòng thực quản dưới ngăn cách thực quản và dạ dày. Van thường mở vừa đủ lâu để cho phép thức ăn đi vào dạ dày. Nhưng nếu van yếu đi hoặc giãn ra bất thường, mật và axit dạ dày có thể trào ngược trở lại thực quản.

Trào ngược mật có thể do:

Biến chứng phẫu thuật. Phẫu thuật dạ dày, bao gồm cắt bỏ toàn bộ dạ dày hay một phần dạ dày do loét hoặc ung thư, là nguyên nhân gây ra hầu hết trào ngược dịch mật.

Loét dạ dày. Loét dạ dày tá tràng có thể làm hẹp van môn vị khiến nó không mở đủ để dạ dày trống rỗng nhanh nhất cần. Thức ăn ứ đọng trong dạ dày có thể dẫn đến tăng áp lực dạ dày và tạo điều kiện cho mật và axit trong dạ dày trào ngược lên thực quản.

Phẫu thuật túi mật (cắt túi mật). Những người đã cắt bỏ túi mật bị trào ngược mật nhiều hơn đáng kể so với những người không phẫu thuật này.

Trào ngược dịch mật có thể khó phân biệt với trào ngược dạ dày thực quản. Các dấu hiệu và triệu chứng tương tự nhau và hai bệnh lý này có thể xảy ra cùng một lúc.

Các dấu hiệu và triệu chứng trào ngược mật bao gồm:

Đau bụng trên(thượng vị). Cơn đau có thể dữ dội.

Thường xuyên ợ chua, ợ chua. Cảm giác nóng trong ngực đôi khi lan đến cổ họng kèm theo vị chua trong miệng.

Buồn nôn.

Nôn ra chất lỏng màu vàng xanh (mật).

Thỉnh thoảng, ho hoặc khàn giọng.

Sụt cân không chủ ý.

Hẹn gặp bác sĩ nếu bạn thường xuyên gặp các triệu chứng trào ngược. hoặc nếu bạn đang sụt cân không chủ ý.

Nếu bạn đã được chẩn đoán mắc GERD nhưng không thấy thuyên giảm khi dùng thuốc, hãy gọi cho bác sĩ. Bạn có thể cần điều trị bổ sung cho chứng trào ngược dịch mật.

Viêm dạ dày trào ngược dịch mật có mối liên quan đến ung thư dạ dày. Sự kết hợp của trào ngược dịch mật và axit cũng làm tăng nguy cơ mắc các biến chứng sau:

GERD. Tình trạng này thường là do dư thừa axit. Mặc dù mật có liên quan, nhưng tầm quan trọng của nó trong trào ngược axit dạ dày vẫn còn nhiều tranh cãi.

Thực quản Barrett. Tình trạng nghiêm trọng này có thể xảy ra khi tiếp xúc lâu dài với axit dạ dày, hoặc axit và dịch mật, làm tổn thương mô ở thực quản dưới. Các tế bào thực quản bị tổn thương và có nguy cơ ung thư hóa cao hơn. Các nghiên cứu trên động vật cũng cho thấy sự trào ngược mật có liên quan với sự xuất hiện của Barrett thực quản.

Ung thư thực quản. Dạng ung thư này có thể không được chẩn đoán cho đến khi nó khá nặng. Mối liên hệ có thể có giữa trào ngược dịch mật và axit với ung thư thực quản vẫn còn gây tranh cãi, nhưng nhiều chuyên gia cho rằng có mối liên hệ trực tiếp. Trong các nghiên cứu trên động vật, chỉ riêng trào ngược dịch mật đã được chứng minh là có thể gây ung thư thực quản.

Dựa vào bệnh sử và các triệu chứng của bạn, bác sĩ có thể chẩn đoán được vấn đề trào ngược. Nhưng phân biệt giữa trào ngược axit và trào ngược dịch mật rất khó và cần phải kiểm tra thêm. Bạn cũng có thể phải làm các xét nghiệm để kiểm tra tổn thương thực quản và dạ dày. Cũng như các thay đổi tiền ung thư tại thực quản, dạ dày.

Nội soi. Một ống mềm, mỏng có camera (ống nội soi) được đưa vào cổ họng và đi xuống sâu hơn nữa. Nội soi có thể cho thấy các vết loét hoặc tình trạng viêm trong dạ dày và thực quản. Bác sĩ cũng có thể lấy mẫu mô để xét nghiệm nhằm loại trừ biến chứng thực quản Barrett hoặc ung thư thực quản.

Xét nghiệm axit. Các xét nghiệm này sử dụng một đầu dò đo axit để xác định khi nào và trong bao lâu, axit trào ngược vào thực quản của bạn. Trong khi làm xét nghiệm, một ống mỏng có một đầu dò ở cuối được luồn qua mũi vào thực quản. Trong một thử nghiệm khác (xét nghiệm Bravo), đầu dò được gắn vào phần dưới ống nội soi, đặt tại phần dưới của thực quản trong quá trình nội soi. Các xét nghiệm axit này có thể giúp bác sĩ phân biệt trào ngược axit với trào ngược dịch mật.

Trở kháng thực quản. Thử nghiệm này giúp xác định liệu khí hoặc chất lỏng có trào ngược vào thực quản hay không. Nó hữu ích cho những người nôn ra các chất không có tính axit (chẳng hạn như dịch mật). Và dịch mật không thể phát hiện bằng đầu dò axit. Như trong một xét nghiệm thăm dò tiêu chuẩn, trở kháng thực quản sử dụng một đầu dò được đặt vào thực quản với một ống thông.

Điều chỉnh lối sống và dùng thuốc có thể rất hiệu quả đối với chứng trào ngược dạ dày thực quản, nhưng trào ngược dịch mật khó điều trị hơn. Có rất ít bằng chứng đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị trào ngược mật. Một phần là do khó xác định trào ngược dịch mật là nguyên nhân của các triệu chứng.

Axit ursodeoxycholic. Thuốc này giúp dòng chảy của mật trong lòng ống mật và tá tràng dễ dàng hơn. Nó có thể làm giảm tần suất và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng của bạn.

Thuốc ức chế bơm proton (PPIs). Những loại thuốc này thường được kê đơn để giảm sản xuất axit trong điều trị viêm loét dạ dày. Nhưng vai trò trong điều trị trào ngược dịch mật vẫn chưa được xác định rõ ràng.

Thuốc cô lập axit mật. Các bác sĩ thường kê đơn thuốc cô lập axit mật, làm gián đoạn sự lưu thông của mật. Nhưng các nghiên cứu cho thấy rằng những loại thuốc này kém hiệu quả hơn so với các phương pháp điều trị khác. Các tác dụng phụ, chẳng hạn như đầy hơi, có thể nghiêm trọng.

Các bác sĩ có thể đề nghị phẫu thuật nếu thuốc không làm giảm các triệu chứng nghiêm trọng. Hay nặng hơn là phát hiện những thay đổi tiền ung thư trong dạ dày hoặc thực quản. Mỗi phương pháp phẫu thuật đều có ưu và nhược điểm riêng, cũng như tỷ lệ thành công khác nhau. Và cũng phù hợp với các đối tượng bệnh nhân khác nhau. Vì vậy hãy nhớ thảo luận kỹ với bác sĩ trước khi tiến hành phẫu thuật.

Dưới đây là những phương pháp phẫu thuật phổ biến nhất, bao gồm:

Phẫu thuật chuyển hướng (Roux-en-Y). Thủ thuật này, cũng là một loại phẫu thuật giảm cân, có thể được khuyến khích cho những người đã từng phẫu thuật dạ dày với cắt bỏ môn vị. Trong Roux-en-Y, các bác sĩ phẫu thuật tạo một kết nối mới để dẫn mật xuống ruột non. Nhằm chuyển lỗ đổ của mật xa ra dạ dày.

Phẫu thuật chống trào ngược (fundoplication). Phần dạ dày gần thực quản nhất được quấn và sau đó khâu quanh cơ thắt thực quản dưới. Quy trình này củng cố van và có thể giảm trào ngược axit. Có rất ít bằng chứng về hiệu quả của phẫu thuật đối với chứng trào ngược dịch mật.

Trào ngược dịch mậtthường khó phân biệt hoàn toàn với trào ngược dạ dày thực quản. Vì các triệu chứng và dấu hiệu khá tương đồng. Vì vậy, nếu bạn đang điều trị trào ngược dạ dày thực quản nhưng hiệu quả không cao. Bạn nên thảo luận với bác sĩ về khả năng trào ngược dịch mật.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh trĩ

Nguyên nhân mắc bệnh trĩ

Yếu tố nguy cơ gây bệnh trĩ

Dấu hiệu nhận biết bệnh trĩ

Biến chứng của bệnh trĩ

Điều trị bệnh trĩ

Phòng ngừa bệnh trĩ

Bệnh trĩ là một căn bệnh rất phổ biến, nhất là đối với cuộc sống hiện đại ngày nay. Dù vậy, nhiều người vẫn rất e ngại nên không đi thăm khám. Do đó, nhiều trường hợp bệnh đã tiến triển xấu, để lại nhiều biến chứng nguy hiểm. Đây là căn bệnh không nguy hiểm tính mạng. Nhưng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể để lại nhiều biến chứng. Trong bài viết này, ThS.BS Trần Quốc Phong sẽ đề cập một cách tổng quan nhất cũng như một số cách phòng ngừa và điều trị.

Bệnh trĩ làbệnh của hệ thống mạch máu từ tiểu động mạch, tĩnh mạch, thông nối động tĩnh mạch đến cơ trơn, mô liên kết được lót bởi lớp biểu mô bình thường của ống hậu môn.Tình trạng tăng áp lực trong các tĩnh mạch hậu môn hoặc trực tràng là điều kiện thuận lợi hình thành các búi trĩ.

Bệnh phổ biến ở mọi xứ sở và tỷ lệ mắc bệnh khá cao. Nhiều thống kê cho thấy, tỷ lệ người mắc bệnh ở người trên 50 tuổi là 50%. Và có khoảng 5% dân số có triệu chứng của bệnh. Nhưng cho đến nay, người ta vẫn chưa có được hiểu biết đầy đủ về bệnh lý này. Sự khởi phát bệnh được giải thích bằng nhiều cơ chế khác nhau. Cơ chế được chấp thuận nhiều nhất là do sự phình giãn đám rối tĩnh mạch trĩ ở trực tràng, hậu môn.1

Bệnh trĩ chủ yếu gồm hai loại chính làtrĩ nội(internal hemorrhoids) vàtrĩ ngoại(external hemorrhoids). Ngoài ra còn có loại trĩ hỗn hợp vừa trĩ nội vừa trĩ ngoại.

Trĩ nội được hình thành do dãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ trong phía trên đường lược. Đường lược là ranh giới giữa trực tràng và ống hậu môn. Tùy theo kích thước và độ sa, trĩ nội có 4 mức độ:1

Trĩ độ 1: Búi trĩ nằm hoàn toàn ở trong ống hậu môn.

Trĩ độ 2: Bình thường thì búi trĩ nằm gọn ở trong ống hậu môn. Khi rặn đi cầu thì búi trĩ thập thò hay lòi ít ra ngoài ở lỗ hậu môn. Khi đi cầu xong, đứng dậy thì búi trĩ có thể tự thụt vào.

Trĩ độ 3: Mỗi lần đại tiện hoặc đi lại nhiều, ngồi xổm, làm việc nặng thì búi trĩ lại sa ra ngoài. Khi đã sa ra ngoài phải nằm nghỉ một lúc búi trĩ mới tụt vào. Hoặc phải dùng tay ấn đẩy nhẹ vào.

Trĩ độ 4: Búi trĩ thường xuyên nằm ngoài ống hậu môn. Búi trĩ độ 4 khá to, thường liên kết với nhau tạo thành trĩ vòng.

Được hình thành do giãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ ngoại. Trĩ ngoại lúc nào cũng nằm ngoài ống hậu môn, phủ trên là da quanh hậu môn.

Ban đầu trĩ nội nằm trong ống hậu môn, trên đường lược. Còn trĩ ngoại nằm ở ngoài ống hậu môn, dưới đường lược. Nếu có cả 2 búi trĩ nội và ngoài đồng thời lâu dần có thể khiến trĩ nội và trĩ ngoại liên kết với nhau tạo thành trĩ hỗn hợp.1

Xem thêm:Các dạng bệnh trĩ phổ biến bạn nên biết

Cơ chế chính củabệnh trĩlà do sự dãn quá mức của các tĩnh mạch xung quanh hậu môn gây ra bệnh trĩ. Nguyên nhân dãn này có thể do:

Mang thai: Tình trạng giãn tĩnh mạch xảy ra phổ biến hơn ở phụ nữ mang thai. Vì khi cổ tử cung mở rộng, nó sẽ chèn ép vào tĩnh mạch trong ruột, khiến chúng bị dãn quá mức.

Tuổi tác. Bệnh trĩ phổ biến nhất ở người lớn tuổi, 45 – 65 tuổi. Nhưng điều này không có nghĩa là thanh niên và trẻ em không mắc bệnh.

Tiêu chảy. Bệnh trĩ có thể xuất hiện ở các trường hợp sau tiêu chảy mãn tính.

Táo bónmãn tính. Việc táo bón lâu dài, khó di chuyển phân gây thêm áp lực lên thành mạch máu gây dãn mạch.

Ngồi quá lâu. Giữ một tư thế ngồi trong thời gian dài có thể gây ra bệnh trĩ. Đặc biệt là ngồi quá lâu khi đi vệ sinh.

Nâng vật nặng. Nâng vật nặng liên tục, thường xuyên có thể dẫn đến bệnh trĩ. Tình trạng này thường liên quan đến nghề nghiệp phải khuân vác nặng.

Quan hệ tình dục bằng đường hậu môn. Điều này có thể gây ra bệnh trĩ mắc mới hoặc làm trầm trọng thêm những bệnh hiện có.

Béo phì. Béo phì liên quan đến chế độ ăn uống có thể nguyên nhân gây bệnh.

Di truyền.2Ngồi nhiều cũng là nguyên nhân gây nên bệnh trĩ

Ngồi nhiều cũng là nguyên nhân gây nên bệnh trĩ

Xem thêm:Nguyên nhân bệnh trĩ: Hiểu đúng để phòng tránh đúng cách

Như đã nói ở trên, nguyên nhân bệnh trĩ đến nay vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ nhưng có một số yếu tố được xem như điều kiện thuận lợi để phát triển bệnh.

Bệnh nhân táo bón, mắc hội chứng lỵ khi đi cầu phải cố gắng rặn để tống phân ra. Điều này làm tăng áp lực trong ống hậu môn rất nhiều lần. Sự lặp đi lại của rặn gắng sức làm tăng sự ứ đọng máu ở đám rối tĩnh mạch trĩ và làm búi trĩ sa ra ngoài.1

Áp lực ổ bụng tăng làm cản trở sự hồi lưu tĩnh mạch của vùng hậu môn, dễ dàng cho bệnh trĩ xuất hiện. Những trường hợp sau đây có thể gây tăng áp lực ổ bụng:

Bệnh nhân ho nhiều do viêm phế quản, giãn phế quản.

Người thường xuyên lao động nặng nhọc: Khuân vác, vận động viên cử tạ…

Người làm công việc đứng lâu, ngồi nhiều.1

Ung thư trực tràng, u vùng tiểu khung (u xơ tử cung, ung thư tử cung), thai nhiều tháng cản trở máu tĩnh mạch hồi lưu là những yếu tố thuận lợi phát triển trĩ. Trong những trường hợp này, trĩ được hình thành do nguyên nhân cụ thể nên được gọi là trĩ triệu chứng.1

Xem thêm:Ung thư trực tràng: Triệu chứng, chẩn đoán và cách điều trị

Phần lớn bệnh nhân không có biểu hiện gì đặc hiệu nên khó nhận biết. Nhưng có 2 dấu hiệu khiến bệnh nhân lo lắng và đến khám là chảy máu và sa búi trĩ.

Chảy máu là dấu hiệu sớm và thường gặp nhất. Lúc đầu có thể kín đáo, thấy trên giấy chùi vệ sinh sau mỗi lần đại tiện. Hoặc có thể là có vài tia máu nhỏ dính ở thỏi phân rắn. Về sau, máu có thể chảy thành giọt hoặc thành tia. Muộn hơn, có thể chảy máu khi ngồi xổm, đi lại nhiều.1

Sa trĩ cũng là dấu hiệu nhận biết trĩ. Tùy theo mức độ mà biểu hiện bệnh khác nhau. Trĩ sa độ 2 thì bệnh nhân thường không có phiền hà nhiều. Trĩ sa độ 3 thì người bệnh có thể cảm thấy rất khó chịu mỗi khi đại tiện. Trĩ sa độ 4 khiến người bệnh thường xuyên cảm thấy khó chịu.

Đau rát hậu môn. Người bệnh có thể phát hiện bệnh nhờ cảm thấy đau mỗi khi đại tiện. Nhưng có những trường hợp có bệnh mà cũng không cảm thấy đau rát, chỉ thấy hơi cộm, vướng ở hậu môn.

Chảy dịch nhầy ở hậu môn. Thường xảy ra khi sa trĩ nặng. Dấu hiệu này cũng có thể là dấu hiệu của những bệnh lý khác. Chẳng hạn u trực tràng, viêm trực tràng…

Ngứa hậu môn. Đây cũng có thể là dấu hiệu của các bệnh lý ngoài da khác. Ngứa thường do viêm da quanh hậu môn vì các chất dịch nhầy.

Tắc mạch do hình thành cục máu đông trong các búi trĩ. Tắc mạch trĩ ngoại thì người bệnh thấy vùng rìa hậu môn có khối phồng nhỏ màu xanh. Và thường đi kèm cảm giác đau rát, sờ vào thấy căng. Tắc mạch trĩ nội ít gặp hơn, bệnh nhân thường có cảm giác đau và cộm sâu trong ống hậu môn.1

Trĩ nội trong ống hậu môn có thể sa ra ngoài và bị nghẹt lại tại đó. Khối này có thể bị nghẹt một phần hoặc toàn bộ. Dấu hiệu nhận biết là khối phồng sưng, đỏ, đụng vào rất đau. Đôi khi có thể xuất hiện chấm đen là dấu hiệu của hiện tượng hoại tử.1

Viêm nhú, viêm khe thường gây ra cảm giác nóng rát ở hậu môn. Có khi chỉ bị ngứa ngáy và đau. Biến chứng này thường chỉ được phát hiện khi soi ống hậu môn bằng dụng cụ chuyên dụng.1

Trong phần lớn các trường hợp, các biện pháp đơn giản có thể làm giảm bớt các triệu chứng mà không cần điều trị. Tuy nhiên, đôi khi có thể cần đến thuốc và thậm chí là phẫu thuật.

Tránh hoạt động quá mạnh, tránh ngồi nhiều, đứng lâu.

Ăn nhiều chất xơ.

Hạn chế các chất kích thích như rượu bia, thuốc lá.

Thay đổi thói quen trong việc đại tiện, tránh táo bón.

Chất làm tê có thể được thoa lên da.

Chườm đá và chườm lạnh để giảm sưng.

Tắm, vệ sinh vùng hậu môn bằng nước ấm để cải thiện triệu chứng.

Các loại kem bôi có chứa hydrocortisone có tác dụng chống phù nề, chống co thắt, giảm đau có thể được sử dụng. Tham khảo ý kiến ​​của bác sĩ nếu sử dụng không có kết quả sau một tuần điều trị.2

Chích xơ. Làm xơ hóa búi trĩ bằng dung dịch được tiêm vào bên trong búi. Điều này tạo ra cắt đứt nguồn cung cấp máu đến búi trĩ. Chỉ định cho trĩ độ 1 và độ 2.

Thắt bằng dây thun. Đây là một thủ thuật ngoại trú cho bệnh trĩ nội. Bác sĩ sẽ đặt một dây thun vào gốc của búi trĩ để cắt nguồn cung cấp máu. Búi trĩ sẽ tự teo đi hoặc rụng đi.

Phẫu thuật cắt trĩ là phẫu thuật gây mê toàn thân. Hầu hết bệnh nhân có thể về nhà ngay trong ngày phẫu thuật. Ngoài ra cũng có thể thực hiện phương pháp thắt mạch máu đến nuôi búi trĩ dưới hướng dẫn siêu âm.2

Nguy cơ phát triểnbệnh trĩgiảm đáng kể khi làm cho khối phân mềm đi. Điều này có thể được thực hiện bằng cách:

Dinh dưỡng. Ăn nhiều thực phẩm giàu chất xơ, chẳng hạn như trái cây, rau, ngũ cốc nguyên hạt. Uống nhiều nước giúp làm mềm phân.

Tránh rặn quá sức khi đi vệ sinh.

Hoạt động thể chất giúp phân di chuyển qua ruột. Do đó việc đi tiêu thường xuyên và dễ dàng hơn

Duy trì trọng lượng cơ thể khỏe mạnh vì thừa cân làm tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh trĩ.

Trên đây là bài viết tổng quan vềbệnh trĩvà những điều bạn nên biết. Hy vọng qua bài viết này bạn đã có thêm kiến thức về căn bệnh rất phổ biến này. Nếu phát hiện các triệu chứng của bệnh, bạn đừng e ngại mà hãy đến gặp bác sĩ ngay. Vì bệnh tuy không nguy hiểm tính mạng nhưng nếu không được điều trị kịp thời sẽ để lại nhiều biến chứng và bất tiện trong sinh hoạt hàng ngày.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-tri-ngoai/

Nội dung bài viết

Tổng quan bệnh trĩ là gì?

Bệnh trĩ ngoại

Chữa bệnh trĩ ngoại

Các thói quen tốt phòng bệnh trĩ ngoại

Nếu bạn đang tự hỏi về nguyên nhân gây ra bệnh trĩ ngoại và cách điều trị chúng, bài viết này là dành cho bạn. Chúng tôi hy vọng sẽ cung cấp cho bạn tất cả những gì bạn cần biết. Bệnh trĩ ngoại là gì? Nguyên nhân và triệu chứng của chúng? Cách điều trị hiệu quả nhất cho trĩ ngoại? Hãy tiếp tục đọc để trả lời các câu hỏi của bạn về căn bệnh này.

Trĩlà hiện tượng các tĩnh mạch nằm xung quanh hậu môn hoặc ở phần dưới trực tràng sưng lên. Khoảng 50 % người lớn gặp phải các triệu chứng của bệnh trĩ khi 50 tuổi.

Trĩ có thể ở trong hoặc ngoài. Trĩ nội phát triển bên trong hậu môn hoặc trực tràng. Trĩ ngoại phát triển bên ngoài hậu môn. Do bệnh trĩ ngoại nằm ở ngoài hậu môn nên thường dễ nhận biết hơn bệnh trĩ nội. Mặc dù trĩ nội có thể sa và thò ra bên ngoài hậu môn, nhưng chúng có thể tự tụt trở lại vào bên trong. Chính vì vậy mà nhiều người khi mắc bệnh trĩ nội đều nghĩ rằng mình mắcbệnh trĩ ngoại. Tốt nhất nên nói chuyện với bác sĩ. Bác sĩ sẽ giúp bạn tìm hiểu xem bạn đang gặp phải tình trạng nào. Từ đó bạn có lựa chọn điều trị nào phù hợp với loại bệnh của bạn.

Trĩ ngoại là bệnh phổ biến nhất và gây nhiều phiền toái nhất. Bệnh trĩ khiến người bệnh đau đớn, ngứa ngáy dữ dội, khó ngồi. May mắn thay, chúng ta có nhiều cách để giảm thiểu triệu chứng và điều trị khỏi. Ngoài ra, thực hiện một số thay đổi trong lối sống cũng giảm nguy cơ mắc bệnh trĩ.

Nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh trĩ ngoại là do tăng áp lực và lặp lại nhiều lần khi đi cầu. Việc đó dẫn đến các tĩnh mạch ở hậu môn hoặc trực tràng bị giãn hoặc to ra.

Một số nguyên nhân gây bệnh trĩ bên ngoài phổ biến khác bao gồm:

Thai kỳ.

Táo bónhoặc tiêu chảy.

Nâng tạ nặng.

Béo phì.

Mỗi tình huống trên đều tạo thêm áp lực lên các tĩnh mạch trực tràng. Cuối cùng có thể làm tăng sưng búi trĩ ngoại. Ví dụ: ở phụ nữ mang thai, tử cung tạo thêm áp lực lên các tĩnh mạch này và có thể khiến chúng to ra.

Khác với trĩ nội, trĩ ngoại nằm ở khu vực có đầu dây thần kinh thụ cảm nên dễ nhận biết nhưng cũng khó chịu hơn đáng kể. Bệnh nhân bị trĩ ngoại thường cho biết họ bị đau cấp tính hoặc khó chịu. Đặc biệt là khi đi tiêu. Tuy nhiên, những triệu chứng này có thể trùng lắp với dấu hiệu của một số bệnh tiêu hóa khác, nên đôi khi gây nhầm lẫn cho bác sĩ và bệnh nhân.

Mặc dù bác sĩ đã có chứng chỉ là người duy nhất có thể đưa ra chẩn đoán đáng tin cậy cho bạn; nhưng đây là một số triệu chứng thường chỉ ra vấn đề trĩ ngoại mà bạn có thể tham khảo:

Ngứa nhẹ đều khắp xung quanh khu vực trực tràng

Đau xung quanh vùng hậu môn, từ nhẹ đến nặng

Sưng xung quanh hậu môn

Bạn cũng có thể nhận thấy trĩ ngoại của mình sưng lên và bị trĩu xuống trong quá trình đi cầu.

Nhiều người mắc bệnh trĩ ngoại cũng có các triệu chứng của bệnh trĩ nội.Trĩ nộinằm bên trong trực tràng. Mặc dù chúng thường không gây đau, nhưng chúng có thể gây khó chịu. Chảy máu không đau khi đi tiêu là một dấu hiệu lớn của bệnh trĩ nội. Nếu bạn đang bị chảy máu; nó có thể đến từ trĩ nội, vết nứt hoặc các tình trạng khác.

Một triệu chứng trĩ nội khác cần lưu ý là sa. Tình trạng này xảy ra khi mô bên trong ống hậu môn bị phình ra bên ngoài trực tràng. Mô bị sa thường được gây ra bởi áp lực để di chuyển phân và có thể được điều trị bằng nhiều phương pháp.

Những người bị trĩ ngoại cũng có thể cùng lúc bị trĩ nội, hay còn gọi là trĩ hỗn hợp. Bạn nên nói chuyện với bác sĩ của bạn nếu bạn nghi ngờ mình có thể bị trĩ. Mặc dù rất hiếm khibệnh trĩ ngoạiđe dọa sức khỏe nghiêm trọng, nhưng việc điều trị trĩ ngoại đúng cách có thể giúp bạn không phải chịu đựng một số đợt bùng phát đau đớn trong tương lai.

Nếu bố mẹ bạn đã từng mắc bệnh trĩ, thì bạn cũng có nhiều khả năng mắc bệnh này hơn.

Khi chúng ta già đi, các mô liên kết dần trở nên lỏng lẻo khiến chúng ta dễ bị trĩ hơn.

Thường xuyên sinh hoạt ở tư thế ngồi; hoặc mang thai khiến áp lực lên trực tràng gia tăng thì bạn sẽ có nguy cơ bị trĩ.

Bất cứ điều gì khiến bạn phải rặn khi đi tiêu, đi tiêu quá lâu và thường xuyên lặp lại, đều có thể dẫn đến bệnh trĩ ngoại.

Nếu bạn không chắc nguyên nhân gây ra bệnh trĩ của mình, bác sĩ có thể giúp xác định lý do tại sao.

Điều trị bao gồm các biện pháp khắc phục tại nhà và phẫu thuật.

Một vài biện pháp khắc phục tại nhà mọi người có thể sử dụng để điều trị bệnh trĩ bao gồm:

Tắm nước ấm

Nhẹ nhàng làm sạch hậu môn sau khi đi tiêu bằng khăn ướt hoặc miếng bông.

Chườm túi đá bằng vải để giảm sưng

Dùng thuốc giảm đau không kê đơn (OTC), chẳng hạn như ibuprofen hoặc acetaminophen, để giảm đau và khó chịu

Bôi thuốc mỡ, chẳng hạn như kem có cây phỉ hoặc hydrocortisone- để giảm ngứa.

Hãy nhớ giới hạn thời gian đi vệ sinh trong vòng hai phút. Vì gia tăng thêm áp lực lâu dài có thể làm trầm trọng hơnbệnh trĩ ngoạicủa bạn. Nếu bạn thường xuyên phải rặn để đi tiêu, hãy cố gắng tăng lượng chất xơ và nước. Ăn thực phẩm có chất xơ là cách có lợi nhất để có được lượng fiber này. Lượng khuyến nghị là 20 đến 30 gam mỗi ngày.

Theo một nghiên cứu trên tạp chí American Family Physician, loại bỏ búi trĩ ngoại gây đau đớn trong vòng 72 giờ sau khi nó phát triển, có thể giúp giảm đau nhanh chóng hơn so với các phương pháp điều trị khác.

Bác sĩ có thể tiến hành phẫu thuật bằng cách gây tê cục bộ.

Phẫu thuật chỉ có hiệu quả nếu quy trình diễn ra trong vòng 72 giờ kể từ khi các triệu chứng phát triển. Sau thời gian này, phẫu thuật thường không hữu ích và các triệu chứng cuối cùng sẽ tự cải thiện.

Phụ nữ mang thai có thể thử nhiều phương pháp điều trị tại nhà được liệt kê ở trên để điều trịbệnh trĩ ngoạicủa mình và giảm bớt cơn đau. Tuy nhiên, họ phải luôn kiểm tra với bác sĩ trước khi sử dụng bất kỳ loại thuốc bôi nào lên búi trĩ ngoại để đảm bảo nó sẽ không ảnh hưởng đến thai kỳ.

Cách chính để ngăn ngừa bệnh trĩ ngoại phát triển bao gồm: tránh táo bón; và sự hình thành của phân cứng, khô gây khó đi ngoài.

Các mẹo để ngăn ngừa bệnh trĩ ngoại bao gồm:

Tăng lượngchất xơtrong chế độ ăn. Bao gồm ăn trái cây tươi, rau, bánh mì nguyên hạt và ngũ cốc.

Uống nhiều nước mỗi ngày, để mỗi khi đi tiểu nước tiểu có màu vàng nhạt.

Tham gia vào hoạt động thể chất thường xuyên, giúp thúc đẩy sự chuyển động tự nhiên của ruột.

Sử dụng phòng tắm khi cần thiết và không trì hoãn trong một khoảng thời gian không cần thiết.

Giảm thời gian ngồi toilet.

Những người bị táo bón và trĩ tái đi tái lại nhiều lần nên nói chuyện với bác sĩ để được tư vấn một cách tốt nhất.

ThS.BS.CKI Trần Quốc Phong

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-tri-noi/

Nội dung bài viết

Tổng quan bệnh trĩ

Bệnh trĩ nội

Cách điều trị bệnh trĩ nội

Các biến chứng của bệnh trĩ nội

Hội Hậu môn trực tràng Việt Nam đã tổ chức nghiên cứu và cho thấy, tỉ lệ mắc bệnh trĩ ở nước ta khá cao; chiếm từ 50-55% dân số, trong đó tập trung chủ yếu ở lứa tuổi lao động. Đây là một con số khiến chúng ta cần dành sự quan tâm, tìm hiểu về căn bệnh này. Trĩ được chia làm hai loại: trĩ nội và trĩ ngoại. Trong bài viết này, chúng ta hãy cùng bàn luận về bệnh trĩ nội.

Trĩ là tình trạng các tĩnh mạch sưng to. Chúng được hình thành bên trong và bên ngoài hậu môn, trực tràng. Chúng có thể gây đau đớn, khó chịu và chảy máu trực tràng. Tất cả chúng ta đều sinh ra với bệnh trĩ, nhưng về cơ bản, chúng không làm phiền chúng ta. Chỉ khi chúng bị sưng và to ra thì chúng mới tạo ra các triệu chứng khó chịu.

Trong một số trường hợp, bệnh trĩ có thể là một vấn đề không thể tránh khỏi liên quan đến quá trình lão hóa.

Bệnh trĩ có thể phát triển bất cứ lúc nào khi có thêm áp lực lên trực tràng. Một số nguồn của áp lực này bao gồm:

Những tình trạng này đều căng tức cho khu vực trực tràng; hoặc do rặn quá nhiều trong trường hợptáo bón; hoặc do đi tiêu thường xuyên trong trường hợptiêu chảy. Những vấn đề này thường có thể được giải quyết bằng cách thay đổi chế độ ăn uống và lối sống. Nhưng cũng có thể liên quan đến các tình trạng khác như Hội chứng ruột kích thích và bệnh Viêm loét đại tràng.

Chế độ ăn uống nhiều chất béo và ít chất xơ có thể ảnh hưởng đến nhu động ruột của chúng ta, gây ra táo bón hoặc tiêu chảy. Như đã mô tả ở trên, điều này có thể gây áp lực lên trực tràng và làm tăng thời gian chúng ta ở trong nhà vệ sinh.

Nhiều phụ nữ bị trĩ khi mang thai do áp lực lên khung xương chậu tăng lên. Điều này do thai nhi đang lớn gây ra. Rặn mạnh trong quá trình sinh nở cũng có thể dẫn đến bệnh trĩ.

Những người béo phì có nguy cơ cao mắc cảbệnh trĩ nộivà ngoại. Vì áp lực xung quanh trực tràng tăng. Mặt khác, do béo phì có thể liên quan đến chế độ ăn uống kém và lối sống ít vận động.

Hoạt động thường xuyên là một yếu tố quan trọng để ngăn ngừa bệnh trĩ; cũng như các vấn đề sức khỏe hậu môn trực tràng khác. Ngồi lâu có thể gây căng tức quá mức cho vùng trực tràng của bạn.

Nếu bạn muốn ngăn ngừa trĩ nội hình thành, hãy thực hiện một số thay đổi lối sống đơn giản. Chẳng hạn như tăng lượng chất xơ trong chế độ ăn uống và tập thể dục thường xuyên. Nhưng cũng thật không may, không phải lúc nào cũng ta cũng có thể làm gì đó để ngăn ngừa bệnh trĩ nội.

Khi một khối trĩ nội chảy máu nhưng vẫn còn nằm bên trong trực tràng. Nó được phân loại là bệnh trĩ cấp I.

Một số bệnh trĩ nội sẽ sa ra ngoài, có nghĩa là chúng sẽ kéo dài ra ngoài hậu môn. Nếu bệnh trĩ sa ra ngoài tự thuyên giảm một cách tự nhiên thì đó là bệnh trĩ độ II.

Trĩ độ III là trĩ nội bị sa và không tự thuyên giảm. Tuy nhiên, các búi trĩ này có thể được đẩy trở lại trực tràng.

Trĩ độ IV là một dạng bệnh trĩ nội cấp độ nặng và là nặng nhất. Đây là những bệnh trĩ sa không thể chữa khỏi một cách thủ công; có nghĩa là chúng vẫn bị sa ngay cả khi đã nỗ lực giảm thiểu bằng tay.

Điều trị nội khoa mang lại hiệu quả cho trĩ độ I và đa số là trĩ độ II.

Ăn theo một chế độ có nhiều chất xơ (rau xanh, bột mì, hoa quả, ngũ cốc) và các chất làm mềm phân. Uống nhiều nước.

Khi tống phân hạn chế rặn mạnh giúp búi trĩ không sa thêm.

Ngâm hậu môn trong nước ấm mỗi lần 10 phút, ngày 2-3 lần. Dùng các thuốc đặt hậu môn, các thuốc tăng cường sức bền thành mạch.

Đừng vội đánh đồng chảy máu hậu môn – trực tràng bao giờ cũng do trĩ. Cần phải loại trừ ung thư bằng việc đến gặp bác sĩ để thăm khám, chụp và soi đại tràng.

Nhiều loại thuốc uống, thuốc mỡ và thuốc đặt được quảng cáo trên thị trường để ngừa đau, chống chảy máu, chữa trĩ và các bệnh hậu môn trực tràng khác. Hiện nay một số thuốc đang được lưu hành trên thị trường như Grinkor Fort, Proctolog, Daflon

Y học cổ truyền hiện có nhiều công trình đáng chú ý. Nghiên cứu hoặc nghiên cứu lại một số bài thuốc cổ phương, áp dụng chữa trĩ. Đông y có ưu điểm sử dụng dược liệu lành tính, dễ tìm trong tự nhiên.

Thắt dây chun là phương pháp nhiều ưu điểm nhất cho trĩ nội độ I và II (không thực hiện cho trĩ ngoại). Bác sĩ sẽ thông tin trước cho bạn là khi trĩ rụng, từ ngày 6 đến ngày 10, bạn có thể bị chảy máu nhẹ. Nếu bạn bị đau, bí tiểu và sốt thì cần tái khám để loại trừ hội chứng nhiễm trùng đáy chậu.

Tiêm xơ được chỉ định cho trĩ độ I và độ II. Đặc biệt ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch hoặc mắc bệnh rối loạn đông máu. Thủ thuật tiêm xơ sẽ thực hiện bằng cách bơm 1-2 ml chất làm xơ.  Tiêm dưới lớp niêm mạc của búi trĩ bằng kim.

Quang đông hồng ngoại chỉ định cho trĩ nội độ I, II.

Đốt laser búi trĩ chỉ định cho trĩ độ II

Các thủ thuật can thiệp này cần được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa và tại cơ sở y tế uy tín.

Phẫu thuật kinh điển

Cắt búi trĩ trực tiếp bằng các phương pháp Milligan – Morgan, Feguson hay White heat để điều trị các trĩ nội độ III và độ IV; trĩ hỗn hợp hay trĩ có biến chứng. Việc cắt trực tiếp các búi trĩ sẽ làm mất lớp đệm ống hậu môn nên khiến cho người bệnh gặp biến chứng són phân. Thêm vào đó là việc can thiệp trực tiếp vào búi trĩ có thể gây tổn thương các đầu mút thần kinh vùng ống hậu môn. Từ đó có thể khiến bệnh nhân đau đớn kéo dài.

Phẫu thuật khâu treo triệt mạch trĩ theo phương pháp Longo

Từ năm 1993, tác giả Antonio Longo, phẫu thuật viên người Ý đã đề xướng phương pháp Longo. Phương pháp này sử dụng máy cắt đồng thời khâu nối. Bộ dụng cụ này do hãng Johnson&Johnson sản xuất.

Đây là dụng cụ dùng một lần nên giá thành khá đắt. Phẫu thuật dựa trên nguyên lý kéo búi trĩ trở lại vị trí bình thường, cắt và khâu phần mạch máu cung cấp khiến búi trĩ co nhỏ lại. Vết cắt và khâu nằm trên vùng ít cảm giác của ống hậu môn giúp cho bệnh nhân giảm đau đáng kể sau phẫu thuật.

Phẫu thuật khâu triệt mạch trĩ dưới hướng dẫn của siêu âm doppler (THD)

Được thực hiện cho bệnh nhân trĩ nội từ độ I đến độ III. Mục đích là cắt nguồn động mạch chạy dưới niêm mạc đến các đám rối trĩ. Các búi trí mất nguồn màu nuôi sẽ teo nhỏ lại. Siêu âm Doppler để xác định các động mạch này,rồi thắt bằng các mũi khâu 2 – 3cm trên đường lược.

Các búi trĩ sa sau đó sẽ được cố định lại vào trong ống hậu môn bằng các đường khâu vắt theo chiều dọc của ống hậu môn. Kỹ thuật này đơn giản, an toàn, hiệu quả và ít đau đớn sau mổ. Tuy nhiên vẫn có trường hợp các mạch trĩ bị bỏ sót

Biến chứng chính của bệnh trĩ nội là xuất huyết. Tuy nhiên, có thể xuất hiện một số biến chứng sau các thủ thuật được sử dụng để điều trị bệnh trĩ. Xuất huyết chậm, đau dữ dội, loét, nhiễm trùng huyết tối cấp đều có thể có khả năng phát triển sau thủ thuật cắt trĩ.

Đối với thắt dây chun, xuất huyết muộn có thể xảy ra khoảng 1% thời gian. Nhiễm trùng huyết do thắt dây chun thường phát triển ở những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch. Những bệnh nhân này có biểu hiện sốt, phù nề tầng sinh môn và đau. Điều trị nên nhanh chóng và bao gồm kháng sinh phổ rộng và khử trùng. Phẫu thuật cắt bỏ ruột kết có thể được yêu cầu.

Bí tiểu là một biến chứng khác có thể phát triển sau phẫu thuật điều trị trĩ nội và xảy ra ở 15% bệnh nhân. Hẹp hậu môn là một biến chứng hiếm gặp của phẫu thuật cắt trĩ. Hẹp hậu môn được quản lý bằng cách nong hậu môn và điều chỉnh chế độ ăn uống.

Vậy là chúng ta đã tìm hiểu tất tần tật vềbệnh trĩ nội. Hãy chia sẻ bài viết đến bạn bè, người thân, cộng đồng nếu bạn cảm thấy hữu ích. Chúng tôi rất vui khi được bạn đánh giá cao.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tram-cam-doi-dieu-ban-nen-biet/

Nội dung bài viết

Khái niệm tâm thần học

Triệu chứng của bệnh trầm cảm

Bệnh lý tâm thần

Rối loạn trầm cảm chủ yếu là rối loạn tâm thần thường gặp nhất, nếu đọc hết cả bài này, độc giả đôi khi cũng cảm thấy bản thân mình có những triệu chứng giống như vậy. Thế nhưng không phải ai cũng thực sự bị rối loạn trầm cảm đâu các bạn.

Trước hết, mình sẽ làm quen với hai khái niệm trong tâm thần học là khí sắc (mood) và cảm xúc (affect). Khí sắc là trạng thái xúc cảm (emotional) kéo dài, bản thân mỗi người cảm nhận được, và nó xảy ra trong nhiều môi trường khác nhau, ví dụ như với người bệnh trầm cảm, họ sẽ luôn cảm thấy buồn dù là đi làm, đi chơi hay ở nhà. Trong khi đó, cảm xúc được biểu lộ ra bên ngoài, trong thời gian ngắn hay thay đổi tùy tình huống vậy nên không phải lúc nào cảm xúc cũng phù hợp, cũng đúng với khí sắc.

Theo phân loại hiện tại của DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần), rối loạn khí sắc bao gồm hai nhóm chính là rối loạn trầm cảm chủ yếu vàrối loạn lưỡng cực. Để chẩn đoán bất kì một rối loạn tâm thần nào nói chung và rối loạn trầm cảm chủ yếu nói riêng, đòi hỏi cần phải có một nhóm triệu chứng kéo dài trong một thời gian đủ dài để chẩn đoán (trừ vài chẩn đoán không có mốc thời gian) và thường làm ảnh hưởng đến cuộc sống thường ngày của chính bản thân người bệnh.

Như đã nói ở trên, rối loạn trầm cảm chủ yếu rất thường gặp, ở Mỹ cứ 100 người dân sẽ có 17 người bị trầm cảm. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhất từ 20 đến 50 tuổi, và tỉ lệ gặp ở nữ nhiều gấp đôi so với nam, có thể do yếu tố nội tiết, các tác động của sinh con và các yếu tố căng thẳng trong tâm lý xã hội khác mà có sự khác biệt này.

Trầm cảm sau sinh đã gây nên biết bao bi kịch cho các gia đình, tìm hiểu ngay bài viết vềtrầm cảm sau sinhđể đồng hành cũng những người phụ nữ của chúng ta vượt qua giai đoạn khó khăn này.

Trong rối loạn trầm cảm chủ yếu, các triệu chứng cần phải có mặt thường xuyên, liên tục ít nhất khoảng thời gian 2 tuần, trong thời gian này bắt buộc phải có hoặc khí sắc trầm buồn hoặc cảm giác mất hứng thú, không còn quan tâm, vui vẻ khi làm những hoạt động trước đây mình rất thích.

Một số người bệnh sẽ cảm thấy trống rỗng, vô vọng, lo lắng hoặc rất dễ cáu gắt đặc biệt là trẻ em hoặc các thanh thiếu niên. Một số trường hợp khác khó khăn hơn là người bệnh không thể nhận biết được cảm xúc của mình họ thường phủ nhận việc buồn, nhưng lại rất dễ xúc động, khi đó kết hợp với biểu hiện của nét mặt, vẻ bề ngoài mà các bác sĩ có thể chẩn đoán có khí sắc trầm hay không.

Cùng với một trong hai (hoặc cả hai) tiêu chuẩn trên cần có thêm các triệu chứng dưới đây, sao cho đủ ít nhất năm trong số chín triệu chứng.

Rối loạn ăn uống là một biểu hiện của bệnh, nhưng có thể khác nhau ở mỗi người, có bệnh nhân tăng cảm giác ngon miệng, nhưng phần đa là giảm cảm giác ngon miệng, không muốn ăn, về lâu sẽ dẫn đến tăng hoặc giảm cân nặng. Rối loạn giấc ngủ cũng như vậy, một số bệnh nhân nói họ ngủ rất nhiều, không chỉ ban đêm mà còn cả ban ngày nữa, hơn 10 giờ mỗi ngày đêm. Ngược lại, có không ít bệnh nhân than phiền rằng họ rất khó để có được giấc ngủ ngon, họ hay ngủ lơ mơ, thức giấc nhiều lần, sau đó khó ngủ lại được và dậy rất sớm.

Cùng với ngủ ít, cảm giác mệt mỏi là hai nguyên nhân khiến người bệnh đi gặp bác sĩ nhiều nhất. Trong rối loạn trầm cảm chủ yếu, mệt mỏi nhiều vào buổi sáng, bệnh nhân không muốn rời khỏi giường để dậy làm việc, triệu chứng sẽ đỡ hơn khi họ hoạt động nhiều, thế nên bác sĩ Tâm Thần chúng tôi thường khuyến khích bệnh nhân trầm cảm vận động, tập thể dục hơn là nghỉ ngơi, nằm im trên giường.

Một trong những triệu chứng ảnh hưởng nhiều đến công việc, học tập của người bệnh là khó tập trung chú ý, thành ra người bệnh hay lơ đãng, quên trước quên sau, học hành khó vào, khó nhớ, khó ra quyết định trong các hoạt động thường ngày. Ngoài ra, người bệnh hoạt động cũng chậm chạp hẳn đi, người khác nhìn vào có thể thấy họ đi đứng chậm chạp, hỏi phải mất một lúc bệnh nhân mới trả lời, họ chậm trong cả suy nghĩ. Trong khi đó, có những bệnh nhân lại không thể ngồi yên, đi đi lại lại, nhịp chân, tay xoắn vặn, chà da, kéo xoắn áo quần,… trông họ rất bứt rứt.

Nói một cách ví von, văn vẻ thì họ nhìn đời qua một lăng kính màu xám, mọi thứ đều chán ngắt, buồn tẻ, vô vị, với bản thân mình, họ luôn có cảm giác tội lỗi, là gánh nặng cho những người thân, họ luôn bận tâm, suy nghĩ về những lỗi lầm nhỏ nhặt trong quá khứ, nặng đến mức đôi khi trở thànhhoang tưởng.

Triệu chứng cuối cùng, vô cùng quan trọng mà không một bác sĩ Tâm Thần nào được phép bỏ sót khi hỏi về trầm cảm đó là sự lặp lại thường xuyên các ý nghĩ tự sát, lên kế hoạch tự sát, và thử tự sát. Nếu có triệu chứng này, rối loạn trầm cảm của bạn đã được xếp ở mức độ nặng, và đây cũng là chỉ định nhập viện đối với bệnh này.

Các bệnh lý tâm thần là những bệnh thực thể có tổn thương vi thể ở não bộ, bất kì một sự thay đổi nào ở não bộ do thuốc, chất, hay bệnh lý y khoa như suy nhược thần kinh,nhược giáp,suy tuyến thượng thận… đều có thể gây ra hội chứng trầm cảm. Vì thế để chẩn đoán các rối loạn tâm thần, bác sĩ luôn phải loại trừ các nguyên nhân này. Một trong những nguyên nhân dẫn đến căn bệnh trầm cảm đáng sợ là dosuy nhược thần kinh. Tìm hiểu ngay để có cách xử trí kịp thời.

Bệnh thường hay tái phát, sau giai đoạn bệnh đầu tiên, nếu đạt được lui bệnh xác suất để một người bị tái phát là 50%, sau giai đoạn thứ hai là khoảng 80%. Chỉ trường hợp rối loạn trầm cảm chủ yếu nhẹ, mới mắc có thể chỉ can thiệp bằng liệu pháp tâm lý mà không cần dùng thuốc, nhưng nếu ở mức độ trung bình trở đi, bạn cần phải uống thuốc đều đặn mỗi ngày, trong ít nhất là một năm nếu là giai đoạn đầu tiên, và có thể điều trị suốt đời nếu có nhiều giai đoạn tái phát.

Xem thêm:Bật mí công dụng thuốc bổ não Ginkgo Biloba

Trên đây là những thông tin cơ bản về rối loạntrầm cảm, đọc xong bài hi vọng các bạn có thể hiểu thêm về bệnh, nếu thấy mình có những dấu hiệu như trên hãy mạnh dạn đến khám tại các cơ sở y tế uy tín. Sức khỏe của bạn hãy tự chăm sóc bản thân cho thật tốt. Và nếu bạn thấy bài viết này bổ ích, hãy chia sẻ cho bạn bè cùng biết nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/stress-khi-mang-thai/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh trầm cảm khi mang thai

Nguyên nhân bị bệnh trầm cảm khi mang thai

Các biểu hiện và triệu chứng

Những hậu quả của bệnh

Phương pháp điều trị trầm cảm khi mang thai

Làm sao để phòng bệnh trầm cảm khi mang thai?

Trầm cảm khi mang thai là một bệnh lý có thể gặp ở không ít thai phụ. Bệnh lý này không những ảnh hưởng đến người mẹ mà còn ảnh hưởng cả em bé trong bụng. Vậy bệnh lý này nguy hiểm như thế nào khi mang thai? Làm cách nào để phòng bệnh? Và hướng điều trị như thế nào hợp lý nhất? Tất cả sẽ được Bác sĩ Đào Thị Thu Hương giải đáp qua bài viết sau đây.

Trầm cảm khi mang thai không những ảnh hưởng đến sức khỏe của người mẹ mà còn ảnh hưởng rất nhiều đến sự phát triển của thai nhi. Việc hạn chế những hậu quả của bệnh sẽ giúp cho mẹ bầu có những cách phòng và điều trị hợp lý nhất. Việc xác định bị trầm cảm khi mang thai là một vấn đề không hề dễ dàng. Không ít mẹ bầu chưa nhận ra hoặc muốn che giấu việc mình bị bệnh. Vì thế nên khi phát hiện bệnh thì đã khá muộn. Thường là bệnh đã rơi vào giai đoạn nặng và để lại những hậu quả đáng tiếc.

Theo số liệu thống thống kê tổng quát, có từ 14% đến 23% phụ nữ bị mắc bệnh trầm cảm khi mang thai. Ít nhất 10% mẹ bầu có thể mắc bệnh lý này. Đây thậm chí là một bệnh ảnh hưởng nghiêm trọng, nguy hiểm hơn cả những bệnh truyền nhiễm.

Tham khảo thêm bài viết:Đau đầu khi mang thai: Lời khuyên hữu ích dành cho mẹ bầu

Có nhiều nguyên nhân gây ra bệnhtrầm cảm khi mang thai. Trong đó, các nguyên nhân thường gặp bao gồm:

Hormone ảnh hưởng rất nhiều đến các hóa chất trung gian kiểm soát cảm xúc và tâm lý. Những thay đổi lớn của hormone trong thai kỳ dẫn đến việc mẹ bầu bị trầm cảm.

Bệnh trầm cảm của mẹ bầu trong quá trình mang thai cũng liên quan mật thiết với yếu tố di truyền. Nếu trong gia đình bạn có người bị bệnh trầm cảm thì nguy cơ bạn bị trầm cảm lúc mang thai là rất cao.

Nhiều nghiên cứu về bệnh trầm cảm ở phụ nữ nhận thấy rằng: Phụ nữ trẻ tuổi mang thai sẽ có nguy cơ mắc trầm cảm cao hơn phụ nữ mang thai ở độ tuổi lớn hơn.

Bị lạm dụng tình dục, bị đối xử tệ hại, thiếu tôn trọng có thể làm phụ nữ mang thai có những suy nghĩ tiêu cực. Đó cũng chính là nguyên nhân trực tiếp làm cho họ bị trầm cảm.

Quá trình thay đổi hormon thai kỳ có thể làm cho tuyến giáp bị ảnh hưởng. Từ đó, các hormon của tuyến giáp cũng bị rối loạn. Hậu quả là thai phụ dễ mắc bệnh trầm cảm.

Một số hoàn cảnh nhất định có thể dẫn đến bệnh trầm cảm ở thai phụ. Chẳng hạn như bị chồng hành hạ, gia đình ruồng bỏ, hoàn cảnh kinh tế khó khăn, mất mát người thân,… >>> Tham khảo thêm:Thai to liệu có phải là tốt?

Khi mang thai, nếu người mẹ bị bệnh trầm cảm sẽ có những triệu chứng điển hình sau đây:

Cảm xúc buồn bã, chán nản, khí sắc trầm.

Giảm sự quan tâm, thích thú, không còn cảm thấy hăng hái với những việc trước đây mình thích.

Dễ mệt mỏi, dễ mất năng lượng hoặc cảm thấy suy giảm nghị lực.

Chán ăn, khó ngủ, mất ngủ.

Khó tập trung, khó đưa ra các quyết định.

Mặc cảm, tự ti, thường suy nghĩ mình có lỗi.

Thừa cân hoặc sụt cân.

Đôi khi có ý nghĩ về cái chết, có thể xuất hiện hành vi tự sát.

Có ý nghĩ muốn phá thai, li dị chồng, rời bỏ gia đình.

Khóc nhiều, dễ xúc động.

Dễ rơi vào nghiện ngập, sử dụng rượu bia, ma túy.

Suy giảm trí nhớ, hay quên.

Nếu bệnh trầm cảm khi mang thai không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến những hậu quả như:

Sinh non.

Sảy thai.

Thai nhi nhẹ cân, yếu cân.

Thai chết lưu.

Trẻ sinh ra bị mắc bệnh trầm cảm, tự kỷ, chậm phát triển trí tuệ.

Người mẹ bị suy nhược cơ thể. Từ đó dẫn đến ăn uống không đủ chất làm thai phát triển kém.

Bị trầm cảm sau sinh.

Có hành vi phá thai, tự hủy hoại bản thân, tự sát.

Một số trường hợp nặng có thể xuất hiện hoang tưởng, ảo giác, kích động.

Điều trị bệnhtrầm cảm khi mang thaicần có sự phối hợp chặt chẽ của các bác sĩ chuyên về sản khoa, tâm thần và nội khoa. Trong một số trường hợp, cần có cả sự kết hợp của bác sĩ tâm lý. Thai phụ sẽ được các bác sĩ tư vấn về thuốc uống, cách sinh hoạt, làm việc, nghỉ ngơi khi bị bệnh.

Xem thêm:Rối loạn giấc ngủ và những điều nên biết

Khi sử dụng thuốc chống trầm cảm, một số tác dụng không mong muốn có thể xuất hiện. Chẳng hạn như tiền sản giật, vỡ ối sớm, đẻ non, tăng nguy cơ mổ đẻ, táo bón, khô miệng,… Các nhóm thuốc chống trầm cảm được chứng minh là an toàn cho thai phụ bao gồm:

Nhóm thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc Serotonin. Điển hình như Sertralin,Fluoxetin, Fluvoxamin, Citalopram,…

Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin và norepinephrine (SNRI). Bao gồm: Duloxetin, Venlafaxin,…

Nhóm thuốc chống trầm cảm 3 vòng. Điển hình là:Amitriptylin, Tianeptin.

Thuốc Bupropion: Thuốc này được sử dụng để điều trại trầm cảm và cai thuốc lá. Tuy nhiên, thuốc này có nguy cơ gây dị tật tim ở thai nhi.

Bên cạnh việc sử dụng thuốc thì cần kết hợp với biện pháp hỗ trợ về mặt tâm lý. Thai phụ sẽ được gặp các chuyên gia tâm lý hoặc các bác sĩ chuyên khoa tâm lý học. Mục đích là để:

Thai phụ giải bày những bức xúc, sự ức chế, uất ức nội tâm.

Chia sẻ, đồng cảm với những nỗi buồn đau, mất mát, khổ tâm.

Đưa ra hướng giải quyết phù hợp, lạc quan hơn, vui vẻ hơn.

Hướng cho thai phụ có những suy nghĩ tích cực.

Động viên, an ủi, tránh tình trạng tự sát.

Giúp mẹ bầu điều chỉnh hành vi, lối sống cho phù hợp.

Nói chung, nếu người mẹ được xác định bị trầm cảm khi mang thai thì việc dùng thuốc là tất yếu. Tuy nhiên, bên cạnh dùng thuốc thì thai phụ cũng nên áp dụng thêm một số biện pháp khác. Mục đích là hỗ trợ tâm lý, tăng sự vui vẻ, lạc quan. Một số biện pháp không dùng thuốc bao gồm:

Nghỉ ngơi, ngủ đủ giấc ít nhất 8 giờ mỗi ngày. Có thể dùng thêm thuốc hỗ trợ giấc ngủ có nguồn gốc thảo dược như Mimosa, Night Queen.

Nghe nhạc, thưởng thức những bài hát thuộc thể loại nhạc mà mình yêu thích.

Tập thể dục nhẹ, ngồi thiền, tập Yoga dành cho bà bầu.

Tham gia các câu lạc bộ, các lớp học hướng dẫn cách chăm sóc thai, chăm sóc trẻ sơ sinh.

Đi du lịch, giải trí, thư giãn đầu óc.

Để hạn chế tối đa những hậu quả không đáng có của bệnh trầm cảm, thai phụ cần nhận ra sớm những triệu chứng của bệnh. Mục đích là để có hướng điều trị phù hợp và kịp thời. Đối với những thai phụ chưa mắc bệnh trầm cảm nhưng có yếu tố nguy cơ, cần thực hiện những biện pháp sau:

Không nên ở một mình, suy tư, trầm ngâm.

Tâm sự, trò chuyện với chồng, gia đình, bạn bè để san sẻ niềm vui, nỗi buồn.

Có chế độ làm việc, nghỉ ngơi hợp lý khi mang thai. Tránh làm việc quá sức, hạn chế thức khuya.

Giữ tinh thần lạc quan, thoải mái, không nên suy nghĩ hoặc lo lắng nhiều.

Khi có bất kỳ biến cố nào trong cuộc sống, cần đến bác sĩ tâm lý để được tư vấn. Mục tiêu là để vượt qua được những stress, sốc tâm lý, vượt qua nỗi buồn.

Ăn uống đầy đủ. Bổ sung những thực phẩm giàu vitamin giúp tăng cường sức đề kháng. Từ đó giúp hạn chế nguy cơ mắc bệnh trầm cảm khi mang thai.

Xem thêm:Dinh dưỡng khi mang thai như thế nào cho hợp lý?

Hy vọng qua những thông tin mà bài viết đã cung cấp, bạn đọc sẽ hiểu nhiều hơn về bệnhtrầm cảm khi mang thai. Từ đó, những chị em phụ nữ, những mẹ bầu sẽ có kế hoạch chu đáo hơn cho thai kỳ của mình. Với mục đích là phòng bệnh cũng như chữa bệnh kịp thời và hiệu quả nhất. Hạn chế những hậu quả đáng tiếc mà bệnh có thể gây ra.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tram-cam-nam-gioi-co-the-ban-chua-biet/

Nội dung bài viết

Trầm cảm là gì?

Những dấu hiệu và triệu chứng trầm cảm của nam giới là gì?

Những loại bệnh lý trầm cảm

Nguyên nhân gây ra trầm cảm ở nam giới là gì?

Điều trị trầm cảm như thế nào?

Kết luận

Cả nam giới và nữ giới đều có thể bị trầm cảm. Trầm cảm có những tiêu chí chung để chẩn đoán nhưng các triệu chứng của nam và nữ có thể rất khác nhau. Những người đàn ông bị trầm cảm có thể tức giận hoặc hung dữ thay vì buồn bã. Ngoài ra, đàn ông ít có khả năng nhận ra vấn đề ở bản thân mình. Họ cũng ít tâm sự về câu chuyện của bản thân, do đó họ hiếm khi tìm cách điều trị trầm cảm. Tuy nhiên, trầm cảm ảnh hưởng đến một số lượng lớn nam giới hiện nay. Hãy cùng YouMed tìm hiểu về trầm cảm, đặc biệt là trầm cảm ở nam giới nhé.

Mỗi người trong chúng ta đều có thể cảm thấy buồn hoặc tức giận, cau có, thỉnh thoảng khó ngủ. Nhưng những cảm giác và rắc rối này thường qua đi sau một vài ngày.

Trầm cảmlà một rối loạn tâm thần phổ biến nhưng nghiêm trọng. Trầm cảm có thể gây ra các triệu chứng nghiêm trọng. Bệnh lý này ảnh hưởng đến khả năng cảm nhận, suy nghĩ và xử lý các hoạt động hằng ngày.

Tên gọi khác của nó là “rối loạn trầm cảm chủ yếu” hoặc “trầm cảm lâm sàng”.

Một người đàn ông phải có triệu chứng trong ít nhất 2 tuần để được chẩn đoán mắc bệnh trầm cảm. Cả đàn ông và phụ nữ đều có thể bị trầm cảm nhưng cách biểu đạt cảm xúc của họ rất khác nhau. Đây là một trong những lý do chính yếu khiến các triệu chứng trầm cảm ở nam giới và phụ nữ có thể rất khác nhau.

Một số đàn ông bị trầm cảm sẽ che giấu cảm xúc và họ có thể dễ dàng tức giận, cáu kỉnh hoặc hung dữ trong khi nhiều phụ nữ có vẻ buồn bã hoặc thể hiện nỗi buồn rất rõ ra bên ngoài.

Đàn ông bị trầm cảm có thể cảm thấy rất mệt mỏi và mất hứng thú với công việc, gia đình hoặc sở thích. Họ có thể khó ngủ hơn những phụ nữ bị trầm cảm. Đôi khi, các triệu chứng sức khỏe tâm thần xuất hiện được biểu đạt ra triệu chứng cơ thể.

Tim đập nhanh.

Đau nặng ngực.

Đau đầu liên tục.

Các triệu chứng tiêu hóa nhưbuồn nôn, nôncũng có thể là dấu hiệu của một vấn đề sức khỏe tâm thần.

Nhiều người đàn ông bị trầm cảm đa phần sẽ gặp bác sĩ vì các triệu chứng của cơ thể hơn là các triệu chứng cảm xúc.

Một số bệnh nhân nam bị trầm cảm khác còn có thể chuyển sang sử dụngma túyhoặc rượu để cố gắng đối phó với các triệu chứng cảm xúc của họ.

Trong khi phụ nữ bị trầm cảm có nhiều khả năng sẽ tự tử hơn, nhưng tỉ lệ tử vong thấp hơn. Điều này hoàn toàn ngược lại ở đàn ông bị trầm cảm. Họ có nhiều khả năng tử vong vì tự tử hơn dù ít thực hiện hành vi này. Nguyên nhân chủ yếu là vì họ có xu hướng sử dụng các phương pháp rất quyết liệt, có khả năng gây chết người nhiều hơn.

Trầm cảm có thể ảnh hưởng đến bất kỳ nam giới nào ở mọi lứa tuổi. Với sự điều trị đúng đắn, hầu hết đàn ông bị trầm cảm có thể trở nên tốt hơn và lấy lại hứng thú với công việc, gia đình và tìm thấy lại sở thích của bản thân.

Mỗi bệnh nhân nam bị trầm cảm có thể có các triệu chứng khác nhau. Một số triệu chứng trầm cảm phổ biến bao gồm:

Tức giận, cáu kỉnh hoặc hung hăng.

Cảm thấy lo lắng, bồn chồn.

Mất hứng thú với công việc, gia đình hoặc các hoạt động tiêu khiển bình thường.

Gặp vấn đề về ham muốn và khả năng tình dục.

Cảm thấy buồn, trống rỗng, mất cảm xúc vui buồn, hoặc vô vọng.

Không thể tập trung hoặc nhớ.

Cảm thấy rất mệt mỏi, không thể ngủ hoặc ngủ quá nhiều.

Ăn quá nhiều hoặc không muốn ăn gì cả.

Suy nghĩ tự tử hoặc cố gắng tự tử.

Đau nhức cơ thể, đau đầu, chuột rút hoặc gặp các vấn đề về tiêu hóa.

Không có khả năng thực hiện trách nhiệm công việc, chăm sóc gia đình hoặc các hoạt động quan trọng khác.

Tham gia vào các hoạt động rủi ro cao.

Cần uống rượu hoặc sử dụng ma túy.

Co rút lại khỏi gia đình, tránh bạn bè, trở nên cô lập.

Các loại trầm cảm phổ biến nhất là:

Các triệu chứng trầm cảm ảnh hưởng đến khả năng làm việc, ngủ, học tập, ăn uống và tận hưởng. Tóm lại, nó sẽ ảnh hưởng tới hầu hết các khía cạnh của cuộc sống. Một giai đoạn trầm cảm chủ yếu chỉ có thể xảy ra 1 lần trong đời. Nhưng thường gặp trường hợp một người có những đợt bệnh cấp tính nặng lên.

Các hình thức đặc biệt của trầm cảm chủ yếu bao gồm:

Suy nhược trầm trọng liên quan đến hoang tưởng (bệnh nhân tin chắc chắn vào một điều vốn dĩ sai lầm) hoặc ảo giác (nghe hoặc nhìn thấy những thứ không thật sự ở đó). Những triệu chứngloạn thầnliên quan đến trầm cảm. Ví dụ, một người đàn ông có thể tin rằng anh ta bị bệnh trong khi anh ta không bị. Hoặc anh ta có thể nghe thấy những giọng nói không có thật và nói rằng anh ta vô dụng.

Đặc trưng bởi các triệu chứng trầm cảm xuất hiện hằng năm trong những tháng mùa đông khi có ít ánh sáng mặt trời tự nhiên.

Các triệu chứng trầm cảm kéo dài trong một thời gian dài (2 năm hoặc lâu hơn). Khác biệt là nhóm này có triệu chứng ít nghiêm trọng hơn.

Tương tự như trầm cảm chủ yếu và rối loạn trầm cảm kéo dài, nhưng các triệu chứng ít nghiêm trọng hơn và có thể không kéo dài.

Là một bệnh tâm thần khác với trầm cảm. Tuy nhiên,rối loạn lưỡng cựccũng được bao gồm trong danh sách này bởi vì một người mắc chứng rối loạn lưỡng cực cũng có thể  trải qua các giai đoạn của tâm trạng cực kỳ thấp (trầm cảm). Nhưng sự khác biệt là ở chỗ có một giai đoạn nào đó họ sẽ rất “tăng động”.

Trầm cảm là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến nhất ở Mỹ.

Các nghiên cứu hiện tại cho thấy trầm cảm là do sự kết hợp của các yếu tố nguy cơ bao gồm:

Những người đàn ông có tiền sử gia đình bị trầm cảm có thể dễ mắc bệnh hơn.

Các vấn đề tài chính, mất người thân, mối quan hệ khó khăn, thay đổi lớn trong cuộc sống, vấn đề công việc hoặc bất kỳ tình huống căng thẳng nào có thể gây ra trầm cảm ở một số người đàn ông.

Chẳng hạn như tiểu đường, ung thư, bệnh tim hoặcbệnh Parkinson. Trầm cảm có thể làm cho những bệnh lý này trở nên tồi tệ hơn. Điều ngược lại cũng đúng do khi các bệnh này nặng lên, trầm cảm cũng sẽ nặng hơn. Đôi khi, thuốc dùng cho những bệnh này có thể gây ra tác dụng phụ làm trầm trọng thêm tình trạng trầm cảm ở bệnh nhân.

Đàn ông thường tránh đối diện các vấn đề tình cảm của họ. Trong nhiều trường hợp, bạn bè và thành viên gia đình là người đầu tiên nhận ra rằng người thân của họ bị trầm cảm. Điều quan trọng là bạn bè và gia đình ủng hộ bệnh nhân và khuyến khích anh ta đến gặp bác sĩ hoặc chuyên gia sức khỏe tâm thần để đánh giá.

Một chuyên gia y tế có thể làm một bài kiểm tra hoặc xét nghiệm trong phòng thí nghiệm để loại trừ những nguyên nhân khác có thể gây ra các triệu chứng giống như trầm cảm. Bác sĩ sức khoẻ tâm thần cũng có thể biết các loại thuốc gây ra trầm cảm. Do đó, họ cần có một quá trình bệnh sử đầy đủ.

Chúng bắt đầu khi nào.

Kéo dài bao lâu, có lúc nào các triệu chứng biến mất không.

Mức độ nặng của triệu chứng.

Đã có triệu chứng tương tự trước đây hay chưa. Và nếu vậy, bệnh nhân đã được điều trị như thế nào.

Điều quan trọng là bệnh nhân phải cởi mở và trung thực về bất kỳ nỗ lực tự thân nào để chống trầm cảm, ví dụ:

Rượu.

Thuốc cấm.

Cờ bạc.

Hoặc các hoạt động nguy hiểm (Đua xe).

Ngoài ra, các thông tin về tiền sử gia đình có người bị trầm cảm hoặc các rối loạn tâm thần khác là rất quan trọng.

Sau khi chẩn đoán, trầm cảm thường được điều trị bằng thuốc hoặc liệu pháp tâm lý, hoặc kết hợp cả hai. Để điều trị trầm cảm cần sự hợp tác giữa một nhóm các chuyên gia thuộc nhiều chuyên ngành, tuỳ thuộc từng bệnh nhân.

Các loại thuốc chống trầm cảm thường mang lại hiệu quả, tuy nhiên phải tốn vài tuần triệu chứng mới cải thiện rõ rệt. Thường khi sử dụng thuốc, bệnh nhân có thể:

Buồn ngủ.

Thèm ăn.

Tăng cường khả năng tập trung.

Các triệu chứng phụ này thường xuất hiện trước khi cảm xúc bệnh nhân cải thiện.

Tác dụng phụ của thuốc:

Đau đầu.

Buồn nôn, cảm thấy khó chịu ở dạ dày.

Đôi khi cảm thấy khó ngủ, lo lắng.

Suy nghĩ lung tung, không yên.

Những vấn đề về tình dục.

Xem thêm:Những điều cần biết về thuốc chống trầm cảm Amitriptylin.

Những buổi đối thoại trực tiếp với các chuyên gia có thể cải thiện triệu chứng của trầm cảm.

Một số loại liệu pháp:

Liệu pháp hành vi – nhận thức. Đây là phương thức làm bệnh nhân thay thế các suy nghĩ tiêu cực thành tích cực.

Liệu pháp tương tác cá nhân.

Liệu pháp giải quyết vấn đề.

Các loại liệu pháp này đôi khi được xem là mang lại hiệu quả tương đương với thuốc.

Trầm cảm là một vấn đề tâm thần thường gặp. Tuy nhiên, các triệu chứng trầm cảm ở nam giới có thể khác rất nhiều so với nữ. Nguyên nhân chủ yếu là do họ ít tâm sự, kể chuyện. Các triệu chứng có thể biểu hiện dưới dạng triệu chứng tim mạch, tiêu hoá.

Việc nhận định sớm, ủng hộ và đưa bệnh nhân đến khám chuyên gia là chìa khoá để giải quyết vấn đề.

Bản thân bệnh nhân có thể:

Nói chuyện với mọi người, bạn bè, người thân nhiều hơn.

Tập luyện thể dục thể thao.

Biến các vấn đề lớn thành nhiều vấn đề nhỏ và giải quyết từ từ.

Đừng đưa ra các quyết định quan trọng đến khi bạn cảm thấy khá hơn. Giải thích quyết định với người bạn tin tưởng.

Lập nên đồng hồ sinh học cho bản thân. Cố gắng duy trì sinh hoạt cố định ở cùng thời điểm trong ngày.

Không uống rượu.

Trầm cảm ở nam giớithường gặp ở nhiều đối tượng. Bệnh có thể được điều trị nếu phát hiện sớm và có sự chung tay của gia đình, bạn bè.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/trat-khuyu-tay-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Tổng quan về trật khuỷu tay

2. Những triệu chứng của trật khớp khuỷu

3. Nguyên nhân nào gây ra trật khuỷu tay?

4. Những yếu tố nguy cơ gây trật khuỷu tay

5. Trật khuỷu tay gây ra những biến chứng gì?

6. Phòng ngừa trật khớp khuỷu

7. Chẩn đoán trật khớp khuỷu

8. Điều trị trật khớp khuỷu bằng cách nào?

Trật khuỷu tay thường xảy ra khi xương tại vị trí khớp bị trật khỏi vị trí đó. Tình trạng này thường xảy ra do bạn đưa tay duỗi ra khi té ngã xuống mặt đất. Để biết thêm những thông tin cơ bản về loại chấn thương này, hãy cùng ThS.BS Vũ Thành Đôtìm hiểu ngay nhé!

Ở người lớn, khuỷu tay là vị trí trật khớp phổ biến thứ hai, đứng sau trật khớp vai. Đối với trẻ em, trật khuỷu tay là loại trật khớp phổ biến nhất.

Trẻ mới biết đi có thể bị trật khuỷu tay, đôi khi còn được gọi là khuỷu tay của cô giữ trẻ, nếu khuỷu tay được nâng lên hoặc vung bằng cẳng tay (tương tự như động tác đánh golf).

Nếu bạn hoặc con bạn bị trật khớp khuỷu tay, hãy đến cơ sở chăm sóc y tế ngay lập tức để chữa trị. Trật khớp khuỷu tay có thể gây ra một số biến chứng nếu không chữa trị kịp thời. Chẳng hạn như chèn ép mạch máu nuôi hoặc dây thần kinh chi phối cho vùng cẳng tay và bàn tay.

Thông thường, một trường hợp trật khớp khuỷu tay có thể được nắn lại vị trí ban đầu mà không cần phẫu thuật. Tuy nhiên, nếu khuỷu tay của bạn bị gãy, bạn có thể cần phải phẫu thuật.

Những dấu hiệu và triệu chứng của trật khớp khuỷu bao gồm:

Cực kỳ đau đớn

Biến dạng khớp có thể nhìn thấy được

Trẻ mới biết đi bị trật khớp khuỷu kiểu cô giữ trẻ chỉ bị đau khi di chuyển khuỷu tay trật. Một đứa trẻ thường tránh sử dụng cánh tay và giữ cho nó hơi uốn cong, sát vào cơ thể.

Đôi khi, khuỷu tay chỉ bị trật khớp bán phần. Trật khớp bán phần có thể gây bầm tím và đau. Triệu chứng xuất hiện tại vị trí dây chằng bị kéo căng hoặc bị rách.

Hãy đi đến cơ sở chăm sóc y tế ngay lập tức nếu bạn hoặc bé bị trật khớp khuỷu như đau đớn tột cùng, biến dạng khớp khuỷu.

Đối với người lớn, các nguyên nhân phổ biến nhất khiến khớp bị trật bao gồm:

Té ngã.Dang bàn tay ra khi té ngã có thể sẽ khiến bạn đè lên tay đó và làm bật xương cánh tay ra khỏi vị trí bình thường ứng với khớp.

Tai nạn xe cộ.Tác động của tai nạn có thể xảy ra khi xe cơ giới va chạm và khiến bạn bị trật khớp khuỷu.

Đối với trẻ em hoặc thanh thiếu niên, té ngã đè lên cánh tay đang ở tư thế dang ra cũng là một nguyên nhân phổ biến gây trật khớp khuỷu.

Ở trẻ mới biết đi, chấn thương thường xảy ra khi có một lực kéo tác động vào khi tay đang dang ra. Các nguyên nhân gây ra những chấn thương như vậy thường là:

Nâng tay không đúng cách.Cố gắng nâng hoặc vung cánh tay ở trẻ nhỏ có thể khiến khớp khuỷu bị tổn thương

Đột ngột kéo tay.Đứa trẻ đột nhiên bước xuống lề đường hoặc cầu thang khi bạn đang nắm tay của bé có thể tạo ra lực kéo, dẫn đến trật khớp.

Độ tuổi.Khuỷu tay của trẻ nhỏ linh hoạt hơn nhiều so với người trưởng thành. Chính vì thể khuỷu tay ở trẻ nhỏ sẽ dễ bị trật khớp hơn.

Di truyền.Một số người được sinh ra có dây chằng khuỷu tay lỏng lẻo hơn so với mọi người. Vì vậy, họ sẽ có nguy cơ bị trật khớp khuỷu cao hơn.

Tham gia các hoạt động thể dục thể thao.Có nhiều trường hợp bị trật khớp khuỷu tay liên quan đến vận động trong thể thao. Những môn thể thao đòi hỏi phải chịu đựng trọng lượng bằng cánh tay, chẳng hạn như bài tập thể dục trên sân, đặc biệt có nguy cơ bị trật khớp khuỷu tay.

Một số biến chứng có thể gặp là:

Gãy xương.Tác động lực làm trật khớp khuỷu tay cũng có thể gây ra gãy xương ở khu vực đó.

Chèn ép thần kinh.Hiếm khi các dây thần kinh di chuyển qua khuỷu tay có thể bị chèn ép hoặc gián đoạn giữa các xương bị trật. Dây thần kinh bị chèn ép có thể gây ra triệu chứng tê ở cánh tay và bàn tay.

Chèn ép động mạch.Hiếm khi các mạch máu nuôi cho cánh tay và bàn tay có thể bị chèn ép. Thiếu máu nuôi có thể gây ra triệu chứng đau dữ dội. Thậm chí có thể gây tổn thương mô tại cánh tay và bàn tay vĩnh viễn.

Gãy xương do giật.Khi trật khớp khuỷu, một dây chằng bị căng sẽ kéo theo một phần xương từ điểm bám của nó. Loại tổn thương này thường phổ biến ở trẻ em.

Viêm xương khớp.Khớp bị trật có thể có nguy cơ mắc bệnh viêm xương khớp cao hơn trong tương lai.

Để tránh bị trật khớp khuỷu ở trẻ nhỏ, cần tránh nâng hoặc lắc trẻ bằng chính tay của trẻ.

Bác sĩ của bạn sẽ kiểm tra cẩn thận khớp bị tổn thương. Đồng thời, họ cũng sẽ kiểm tra cánh tay và bàn tay nếu chúng bị lạnh hoặc tê – Đó là những dấu hiệu cho thấy động mạch hoặc dây thần kinh bị chèn ép. Bạn có thể cần chụp X-Quang để kiểm tra tổn thương gãy xương kín kèm theo.

Một số trường hợp trật khớp khuỷu có thể tự quay trở lại vị trí bình thường ban đầu. Tuy nhiên, hầu hết các trường hợp cần một bác sĩ để đưa xương trở lại vị trí phù hợp.

Trước khi đưa về vị trí phù hợp, bạn hoặc con bạn sẽ được cho thuốc để làm giảm đau và dãn cơ.

Sau khi xương khớp trở về vị trí bình thường, bạn hoặc con bạn có thể cần phải đeo nẹp trong vài tuần. Bạn cũng có thể cần phải thực hiện các bài tập vật lý trị liệu. Các bài tập này sẽ giúp bạn cải thiện phạm vi chuyển động và sức mạnh của khớp.

Bạn có thể cần phải phẫu thuật nếu:

Bất kỳ xương trật nào bị gãy

Dây chằng bị rách cần được nối lại

Tổn thương dây thần kinh hoặc mạch máu cần phải điều trị

Trật khớp khuỷu tay là một tình trạng chấn thương nghiêm trọng. Hy vọng bài viết cung cấp được những thông tin hữu ích về nguyên nhân, triệu chứng, cách điều trịtrật khuỷu tay. Đừng ngại để lại những thắc mắc ở phần bình luận, cũng như chia sẻ bài viết nếu thấy hữu ích. Mong nhận được những phản hồi cũng như đồng hành cùng bạn ở những bài viết kế tiếp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/trat-khop/

Nội dung bài viết

Trật khớp là gì?

Trật khớp phổ biến như thế nào?

Nguyên nhân gây trật khớp

Chẩn đoán trật khớp như thế nào?

Điều trị trật khớp

Phòng ngừa trật khớp

Trật khớp là một chấn thương có thể xảy ra với những khớp lớn và chấn thương năng lượng cao như khớp gối, khớp háng, hoặc khớp vai, cho đến những khớp trung bình và nhỏ như khớp khuỷu, khớp bàn ngón tay. Những chấn thương này rất nghiêm trọng, gây ra nhiều biến cố cấp tính cho bệnh nhân cũng như có thể dẫn đến những biến chứng mạn tính nếu không xử trí ban đầu và điều trị hợp lý. Hãy cùng Bác sĩ Lê Đức Đôn tìm hiểu về những điểm cần thiết xung quanh vấn đề này!

Trật khớp là sự tách rời hoàn toàn hai mặt sụn xương của khớp. Thường gây ra bởi một lực đột ngột tác động lên khớp. Trật một phần hoặc không hoàn toàn được gọi là trật khớp bán phần.

Mặc dù tất cả các khớp đều có thể bị trật. Nhưng vị trí thường gặp nhất là khớp vai, khớp ngón tay, bánh chè, khớp khuỷu vàkhớp háng.

Bản chất của trật khớp là đứt gần hoàn toàn, hoặc toàn bộ các thành phần giữ vững khớp như dây chằng, gân cơ, bao khớp,… Vì vậy, cần quan tâm đến các tổn thương này trước và sau khi khớp được nắn chỉnh.

Trật khớp vai ra trước chiếm khoảng 97% có trường hợptrật khớp vai. Là tổn thương trật khớp thường gặp nhất.1Trật khớp vai ra sau xảy ra trong khoảng 2 – 4% số ca. Trật khớp xuống dưới xấp xỉ 5%.

Tỉ lệ trật khớp vai có hai đỉnh độ tuổi: nam giới từ thanh niên cho đến 30 tuổi và nữ giới từ 61 đến 80 tuổi.2

Nghiên cứu tại Mỹ và Đan Mạch tỉ lệ trật khớp vai ở nam giới cao hơn nữ giới. Trung bình khoảng 11 đến 17/100.000 người.23

Từ năm 2004 đến năm 2008, có khoảng 166000 trường hợp trật khớp ngón tay đã được tiếp nhận điều trị tại các Khoa Cấp Cứu ở Mỹ. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân này từ 15 đến 19 tuổi và chủ yếu là người Mỹ gốc Phi. Đối tượng thường bị các chấn thương này là vận động viên bóng rổ và bóng đá.4

Trật khớp khuỷu đứng thứ hai trong các trật khớp lớn thường gặp, và đối với trẻ em, đây là loại trật khớp lớp hay gặp nhất. Tỉ lệ trật khớp khuỷu là 5,21 trên 100000 người – năm. Trật khớp khuỷu thường gặp ở nam hơn nữ, với tỉ lệ tương ứng là 53% và 47%. Điều đáng chú ý là tỉ lệ này tăng lên gấp đôi trong độ tuổi từ 10 đến 19. Tuy nhiên, độ tuổi tỉ lệ nghịch với tỉ lệ trật khớp khuỷu, tuổi càng cao, khả năng trật khớp càng giảm, thay vào đó là tỉ lệ gãy xương vùng khuỷu tăng lên.5

Trật khớp vai ở những bệnh nhân trên 40 tuổi thường do té hoặc lực đánh trực tiếp vào vai. Trong khi đó đối với bệnh nhân trẻ tuổi thường là do chấn thương năng lượng cao (va chạm khi chơi thể thao, tai nạn giao thông).1Chấn thương này gây ra dạng xoay ngoài, và duỗi, dẫn đến một lực đẩy trực tiếp khớp vai ra sau.

Trật khớp liên đốt gần và khớp liên đốt xa ngón tay thường theo hướng mặt lưng và liên quan đến lực dọc trục, quá duỗi như động tác bắt bóng. Trật khớp bàn ngón khá hiếm và thường có gãy xương đi kèm. Trật khớp ngón thường xảy ra sau động tác quá duỗi các ngón tay do bắt bóng (đặc biệt là thủ môn khi không bắt bóng đúng cách) hoặc tai nạn lao động (bệnh nhân đỡ lấy vật nặng từ trên cao rơi xuống).

Trật khớp khuỷuthường xảy ra ở bệnh nhân trẻ tuổi, và khoảng 50% liên quan đến thể thao. Hầu hết các trường hợp đều do té từ trên cao với cánh tay duỗi khi chống đất.

Lực dọc trục xương đùi hướng về ổ cối là cơ chế điển hình chotrật khớp háng. Điều này thường gặp phải trong cơ chế bị đập gối khi đang ngồi trong xe ô tô bị tai nạn (cơ chế dashboard).6Hướng trật khớp dựa vào vị trí xương đùi và ổ cối bị ảnh hưởng và hướng lực tác động. Tư thế khép và gấp đùi có thể gây trật khớp háng ra sau. Tư thế dạng và xoay có thể gây trật ra trước.

Những người bị lỏng dây chằng có thể bịbong gânhoặc trật khớp thường xuyên hơn. Lỏng dây chằng có thể xảy ra ở toàn bộ hoặc chỉ một số khớp. Đặc điểm này thường do di truyền. Những bệnh này này có tầm vận động khớp lớn hơn so với bình thường.7

Bất kì người bệnh nào đến khám sau chấn thương nói rằng họ đau vùng vai, khuỷu, ngón tay, háng hoặc gối. Cùng với việc không thể vận động hết tầm, không thể giữ được tư thế bình thường đều có thể bị trật khớp.

Bệnh nhân thường đến với cánh tay xoay ngoài và dạng nhẹ. Họ thường đau dữ dội khi cố gắng cử động và lo sợ về hành động này.

Có thể sờ được đầy đủ phần trước dưới của mỏm quạ.

Khám thần kinh chi trên cẩn thận để đánh giá chức năng thần kinh quay, trụ, giữa và nách trước khi nắn. Đồng thời đánh giá sự tưới máu bằng việc bắt động mạch quay.

Khám thần kinh quay bằng cách yêu cầu bệnh nhân duỗi ngón cái, các ngón khác và duỗi cổ tay, cùng với đánh giá cảm giác mặt lưng bàn tay.

Khám thần kinh trụ: đánh giá khả năng dạng chủ động các ngón tay và cảm giác mặt lòng các ngón áp út và ngón út.

Khám thần kinh giữa: thực hiện hành động gấp các ngón, làm dấu OK, và cảm giác mặt lòng bàn tay ở mô cái.

Khám thần kinh nách: thường khó đánh giá do sưng và đau vùng vai, nhưng nếu cảm giác ở vùng cơ delta còn nguyên vẹn chứng tỏ thần kinh nách có thể chưa bị tổn thương.

Đối với trật ra sau, thường do điện giật hoặc động kinh, biểu hiện bằng việc bệnh nhân giữ cánh tay khép và xoay trong. Họ không thể xoay ngoài dù thực hiện chủ động hay bị động.

Trật xuống dưới khá hiếm gặp, thường sẽ sờ thấy một khối ở vùng nách, và toàn bộ cánh tay dạng qua đầu, không thể khép tay được. Những nguyên nhân thường do tai nạn giao thông, và có nguy cơ cao tổn thương thần kinh, mạch máu, dây chằng vùng vai.

Kiểu thường gặp nhất là trật ra sau với tư thế gấp, khép, xoay trong khớp háng.

Tổn thương thần kinh tọa có thể xảy ra do căng dãn vì chỏm xương đùi bị lệch ra sau. Mảnh xương gãy ở bờ sau ổ cối cũng có thể gây ra chèn ép thần kinh.

Trật khớp ra trước biểu hiện bằng khớp háng xoay ngoài, gấp nhẹ và dạng. Có thể gây tổn thương bó mạch thần kinh đùi.

Thường có tổn thương đi kèm với trật khớp háng do cơ chế chấn thương năng lượng cao. Có thể là gãy vùng gối hoặc xương đùi cùng bên; đôi khi có thể gãy khung chậu hoặc đốt sống. Do đó, cần khám kỹ và toàn diện đối với bệnh nhân trật khớp háng.9

Khuỷu bệnh nhân giữ ở tư thế gấp và rất đau khi cố gắng thực hiện động tác gấp duỗi khuỷu.

Mỏm khuỷu lộ dưới da, và mô mềm xung quanh vùng khuỷu sưng đáng kể.

Khám thần kinh một cách toàn diện là bắt buộc để xác định chức năng của thần kinh quay, trụ và giữa trước bất kỳ động tác nắn chỉnh nào. Đồng thời, cần xác định khả năng tưới máu của động mạch cánh tay thông qua bắt mạch quay.

Hầu hết các trật khớp khuỷu về phía sau hoặc sau ngoài (80 – 90%), nhưng một số trường hợp ra trước. Trong những tình huống này, cánh tay được giữ ở tư thế duỗi và ngắn hơn tương đối so với tay đối bên. Trật khớp khuỷu ra sau thường đi kèm với gãy mỏm vẹt và gãy chỏm quay được gọi là “tam chứng bi thảm”.

Có thể chẩn đoán đơn thuần bằngX-quang.

Phim X-quang khớp vai thẳng nên được chụp cả tư thế xoay ngoài và xoay trong xương cánh tay. Người bệnh có thể được chụp thêm tư thế nách và/hoặc tư thế chữ Y của xương bả vai để khẳng định chẩn đoán.

Mỗi tư thế phim X-quang này có độ nhạy 92% đối với trật khớp vai cấp tính.8

Ở tư thế chữ Y, đầu xương cánh tay nằm phía trước chữ Y (của xương bả vai) biểu thị trật ra trước, và tương tự với kiểu trật ra sau. Đối với phim thẳng tiêu chuẩn, chỏm xương cánh tay nằm phía trước dưới mỏm quạ khi trật ra trước. Tuy nhiên, đối với trật ra sau, xương cánh tay có thể tự nắn. Có tới 79% trật khớp vai ra sau bị bỏ sót chẩn đoán từ đầu.11Do đó, cần phải có thêm phim tư thế nách và tư thế chữ Y để có chẩn đoán chính xác. Tư thế nách có thể xác định chính xác trật khớp vai ra sau 100% khi so với tư thế thẳng.12

Cần xác định có gãy đầu trên xương cánh tay đi kèm hay không. Nếu cố gắng nắn chỉnh có thể gây di lệch mảnh gãy ra xa hơn.

Nếu nghi ngờ có tổn thương mạch máu, có thể chụp động mạch chi trên để xác định.

MRIcó thể cung cấp hình ảnh chi tiết về tổn thương mô mềm xung quanh (rách chóp xoay, sụn viền). Tuy nhiên, hầu hết các trường hợp cấp tính, khớp vai bị sưng nề và có thể tràn dịch, đồng thời khớp vai đang bị trật có cấu trúc giải phẫu thay đổi nên khó chính xác trong việc phân tích hình ảnh MRI. Có thể chỉ định chụp MRI khi đã nắn chỉnh và tình trạng sưng nề giảm bớt.

Chỉ định chụp X-quang tư thế thẳng và nghiêng trước tiên khi nghi ngờ trật khớp khuỷu. Trong trường hợp trật ra sau, sẽ thấy hình ảnh đầu trên xương quay và xương trụ nằm sau đầu dưới xương cánh tay.

Chỏm quay luôn nằm cùng đường thẳng với chỏm con và mỏm khuỷu nằm bên ròng rọc trên phim nghiêng chuẩn.

Ngoài ra, X-quang còn giúp khảo sát những gãy xương đi kèm (gãy Monteggia).

Chỉ định chụp X-quang khung chậu (tư thế thẳng, inlet và outlet).

Chỉ định chụp CT có thể giúp xác định những gãy xương đặc biệt, như mảnh gãy nhỏ có thể gây cản trở việc nắn kín và yêu cầu phải mổ mở nắn trong phòng mổ.

Đối với trật khớp, nên nắn kín sớm nhất có thể. Điều này giảm nguy cơ biến chứng tổn thương mô mềm, mặt sụn khớp, và thần kinh mạch máu. Nắn kín thường đòi hỏi gây tê hoặc gây mê.

Sau một khoảng thời gian bất động, bệnh nhân nên được khuyến khích tập những động tác vận động chủ động và co cơ đẳng trường (co cơ có kháng lực giúp sợi cơ giữ nguyên độ dài nhưng vẫn tăng sức cơ).

Những bệnh nhân dưới 25 tuổi nên được thăm khám và tư vấn bởi bác sĩ chấn thương chỉnh hình vì ở độ tuổi này có nguy cơ tái lại. Những nghiên cứu trong thời gian đủ lâu ủng hộ việc cố định thì đầu thông qua sửa chữa tổn thương sụn viền khớp vai (thông qua nội soi cắt lọc) cho những bệnh nhân nguy cơ cao, trẻ tuổi lần đầu bị trật khớp vai.

Khi đã xác định chẩn đoán, nên cố gắng nắn chỉnh khớp vai sớm. Để thuận lợi khi thực hiện, cần gây tê hoặc gây mê bệnh nhân đầy đủ trước khi thực hiện thủ thuật.

Có nhiều động tác nắn chỉnh khớp vai bằng tay, thường thực hiện dưới gây tê và phối hợp với thuốc an thần. Các thuốc an thần giúp làm giảm trương lực gân cơ chóp xoay. Việc lựa chọn thuốc an thần phụ thuộc vào bác sĩ điều trị và cần theo dõi liên tục với điện tim và máy đo SpO2. Mỗi phương pháp nắn chỉnh đều thực hiện bằng cách dạng và xoay ngoài nhằm tách rời chỏm xương cánh tay khỏi ổ chảo, cùng với lực kéo dọc trục. Sau đây là một số cách nắn thường dùng trên lâm sàng:

Bệnh nhân được nằm ngửa trên giường. Một dây vải được cuộn qua nách, một đầu dây hướng đến vùng vai đối bên, đầu còn lại luồn qua lưng và 2 đầu dây nên được chỉnh bằng nhau.

Người phụ sử dụng những đầu dây tự do này để tạo lực kéo đối trọng. Sau đó bác sĩ dạng cánh tay bệnh nhân tới 90°, cùng với đó xoay ngoài và kéo dọc trục liên tục đối với bên tay bị thương.

Phương pháp này được báo cáo với tỉ lệ thành công 100% mà không cần sử dụng thuốc an thần.16

Bệnh nhân được cho nằm ngửa trên giường với tư thế đầu cao 30°. Cánh tay được dạng và xoay ngoài một cách chậm rãi và không kéo dọc trục. Bác sĩ sẽ dừng lại ở tư thế mà bệnh nhân cảm thấy quá đau hoặc kháng lại. Khi cánh tay đạt đến tư thế dạng 90° và xoay ngoài 90°, khớp vai sẽ tự động được nắn chỉnh. Nếu không, chỏm xương cánh tay có thể được sờ thấy ở vùng nách, và dùng một áp lực từ phía trên ngoài bằng ngón cái và ngón trỏ để giúp đẩy chỏm xương cánh tay về phía ổ chảo xương bả vai.

Bác sĩ giữ cánh tay của bệnh nhân ở vị trí khuỷu duỗi và xoay trung tính. Sử dụng lực kéo dọc trục và cánh tay dần được dạng ra (không cần đối lực). Khi cánh tay được dạng ra, rung lắc cánh tay của bệnh nhân nhằm làm giãn cơ. Khi cánh tay dạng hơn 900 độ, sau đó sẽ được xoay ngoài. Và khi đạt tới 120° dạng, chỏm cánh tay sẽ tự động được nắn chỉnh.

Bất kể dùng biện pháp nào, bác sĩ cũng có thể nghe được một tiếng “clunk” rõ ràng khi khớp vai được nắn chỉnh. Cánh tay nên được cố định và đặt trong nẹp vải hoặc băng cuộn. Cần chụp lại phim X-quang khớp vai tư thế thẳng/nghiêng để xác định nắn chỉnh hoàn hảo và không có bất kì gãy xương nào do nắn khớp.

Khi bệnh nhân đã tỉnh táo, điều quan trọng là phải khám chức năng thần kinh toàn diện và phải đảm bảo rằng không có tổn thương mạch máu sau khi nắn khớp.

Bệnh nhân nên được mang nẹp vải trong khoảng 3 tuần. Trong những tuần sau đó, bệnh nhân nên được tập vận động chủ động có hỗ trợ và co cơ đẳng trường. Thông thường, sau 12 tuần, những hoạt động thể thao vừa và nhẹ đã được cho phép. Và đến 16 tuần, bệnh nhân đã có thể hoàn toàn quay trở lại các hoạt động hằng ngày.

Tương tự trật khớp vai, nắn trật khớp khuỷu cũng cần hỗ trợ của gây tê và an thần. Bệnh nhân nằm ngửa trên giường với bác sĩ đứng ở bên bị thương, người hỗ trợ đứng về phía đầu.

Cánh tay ban đầu nên được duỗi rồi gấp đến 30°. Những cấu trúc thẳng trục đại thể có thể sờ thấy dưới da, mỏm khuỷu nằm giữa mỏm trên lồi cầu ngoài và trong của xương cánh tay. Cẳng tay sau đó được gấp từ từ đến 90° bằng lực kéo dọc trục của bác sĩ trong khi người phụ tá đối trọng bằng cánh giữ chắc xương cánh tay. Cánh tay sau đó được gấp hết mức có thể với một lực trực tiếp ấn mỏm khuỷu xuống.

Nếu nắn chỉnh thành công, bác sĩ có thể nghe được một tiếng “clunk” tại khớp khuỷu. Điều quan trọng là không nên gấp cánh tay hết mức bằng lực mạnh. Vì khi mỏm vẹt chèn vào đầu xa xương cánh tay sẽ tạo ra áp lực đáng kể.

Sau khi nắn chỉnh, cánh tay được đặt vào một nẹp vải phía sau giữ ở tư thế gấp 90° với cẳng tay trung tính. Cần chụp lại film X-quang khớp khuỷu thẳng/nghiêng để xác định nắn chỉnh đã thành công.

Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng vận động sớm có hiệu quả tốt hơn so với bất động trong thời gian trung bình và dài.17Bệnh nhân nên được nẹp một cách thoải mái và được hướng dẫn có thể cử động khi đau đã được kiểm soát. Bất động khớp khuỷu không nên kéo dài quá 2 tuần.

Mục tiêu của xử trí trật khớp háng cấp tính là nắn trật sớm nhất có thể để tránh biến chứng. Mọi nỗ lực nắn trật khớp háng nên được thực hiện trong vòng 6 giờ đầu tiên thông qua nắn kín hoặc mổ mở để phục hồi tối đa chức năng.

Đây là một xử trí khẩn cấp, vì mạch máu nuôi chỏm xương đùi rất dễ bị tổn thương khi trật khớp háng, và có thể dẫn đến hoại tử chỏm nếu sự nắn chỉnh bị trì hoãn. Trừ khi có gãy ổ cối hoặc cổ xương đùi đã được xác định, trật khớp háng đơn thuần có thể được nắn kín với gây tê và dãn cơ tại phòng cấp cứu nếu có đủ điều kiện.

Có nhiều phương pháp nắn trật khớp háng, đa phần dựa trên nguyên lí kéo dọc trục liên tục và thực hiện động tác ngược lại cơ chế chấn thương. Hiện nay, có 2 phương pháp thường được sử dụng:

Bệnh nhân được đặt nằm ngửa, bác sĩ đứng kế bên bệnh nhân về phía bị thương. Bác sĩ dùng lực kéo dọc trục, trong khi đó, người phụ đối trọng lại bằng việc giữ chắc khung chậu. Khi tăng dần lực kéo, bác sĩ nhẹ từ từ gấp háng đến khoảng 70°. Cử động xoay và khép khớp háng nhẹ nhàng sẽ giúp chỏm xương đùi tiếp xúc với bờ ổ cối. Có thể dùng lực bên ngoài đẩy vào ở đầu trên vùng đùi để hỗ trợ. Có thể nghe được tiếng “cụp” khi nắn kín thành công.

Bệnh nhân được đặt nằm sấp trên giường với chân bị thương nằm ra phía ngoài. Bác sĩ giữ khớp háng và gối gấp 90°. Trong tư thế này, người phụ giúp cố định khung chậu và bác sĩ sẽ đẩy một lực trực tiếp hướng xuống tại phần trên bắp chân. Có thể xoay nhẹ nhàng nếu cần thiết.18

Cố định khớp háng khá khó khăn. Bệnh nhân thường được hỗ trợ đi lại bằng nạng, và chống chân một phần đến mức đau có thể chịu được. Nên dùng nạng đến khi bệnh nhân có thể đi lại mà không đau. Tuy nhiên, dụng cụ cố định khớp gối nên được giữ nguyên đến khi sức cơ phục hồi. Nên tập bài tập tăng sức cơ tứ đầu đùi khi bệnh nhân cảm thấy thoải mái.

Để phòng ngừa trật khớp, chúng ta nên dùng những kĩ thuật phù hợp khi chơi thể thao hoặc tập thể dục, duy trì sức cơ và sự linh hoạt của khớp.

Trật khớp ngón tay có thể phòng ngừa bằng cách mang găng tay bảo vệ khi làm việc, tháo bỏ trang sức khi tham gia hoạt động thể thao. Nếu có tình trạng lỏng dây chằng dai dẳng hoặc bẩm sinh, khớp có thể được bảo vệ bởi băng cuộn co dãn, miếng dán bảo vệ, túi đeo bảo vệ vai hoặc gối, hoặc tất chuyên dụng khi thao gia thể thao.

Những bệnh nhân lớn tuổi nên được khuyên tránh những tình huống dễ ngã, như đi lại trong đêm tối, trong thời tiết lạnh hoặc trên sàn trơn trượt.

Trật khớplà một chấn thương nặng và có thể để lại nhiều di chứng về sau nếu không xử trí sớm đúng cách. Người bệnh cần được đưa đến ngay cơ sở y tế gần nhất khi nghi ngờ trật khớp, không tự ý nắn trật hoặc chỉnh lại biến dạng tại hiện trường nếu chưa có chẩn đoán cụ thể. Sau khi được nắn chỉnh, bệnh nhân cần được cố định trong một thời gian cụ thể tùy vào vị trí trật khớp, sau đó cần tuân thủ nghiêm ngặt các phương pháp tập vật lý trị liệu hoặc điều trị các tổn thương đi kèm như gãy xương, đứt dây chằng, gân cơ,… để có thể trở về trạng thái hoạt động bình thường.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/trat-khop-hang-nguyen-nhan-trieu-chung-cac-phuong-phap-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Trật khớp háng là gì?

Nguyên nhân của trật khớp háng

Triệu chứng của trật khớp háng

Chẩn đoán trật khớp háng bằng cách nào

Biến chứng do trật khớp háng

Điều trị trật khớp háng như thế nào?

Trật khớp háng là loại trật khớp ít gặp chỉ chiếm 5% tổn số về trật khớp. Tuy nhiên, hậu quả mà nó để lại khá nặng nề. Tỉ lệ nam nữ bị trật khớp ghi nhận là 5/1. Nếu không điều trị đúng sẽ gây biến chứng nghiêm trọng về sau. Vì vậy, trang bị những kiến thức cơ bản  rất quan trọng. Hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Thanh Xuân tìm hiểu nguyên nhân, triệu chứng và các phương pháp điều trị qua bài viết sau.

Khớp hángbao gồm chỏm xương đùi và ổ cối của xương cánh chậu. Đây là khớp dạng  chỏm cầu..là khi chỏm xương đùi bị trật ra khỏi vị trí bình thường của khớp háng.

Các loại trật khớp háng:

Trật ra sau.

Trật ra trước.

Trật trung tâm: chỏm xương đùi lún sâu vào đáy hõm.

Có thể bạn quan tâm:

Trật khớp háng bẩm sinh xảy ra khi trẻ nhỏ chào đời với tình trạng khớp háng không ổn định. Tỉ lệ mắc dị tật này vào khoảng 1/800 – 1/1000 trẻ sơ sinh. Dị tật này xảy ra ở nữ nhiều hơn ở nam. Trật khớp háng bẩm sinh rất dễ bị bỏ sót. Nếu được phát hiện sớm, việc điều trị sẽ đơn giản hơn rất nhiều. Vì vậy, trang bị những kiến thức cơ bản về trật khớp háng bẩm sinh là vô cùng quan trọng. Hãy cùng tìm hiểu trật khớp háng bẩm sinh ở trẻ em qua bài viết: “Trật khớp háng bẩm sinh ở trẻ em có điều trị được không?“

Khớp háng là khớp lớn nhất, nằm sâu trong cơ thể, rất vững chắc. Lực chấn thương phải rất mạnh mới gây trật khớp. Các nguyên nhân hay gặp đó là:

Do tai nạn giao thông: đây là nguyên nhân thường gặp nhất.

Chấn thương thể thao: bóng đá, bóng rổ, trượt tuyết…

Tai nạn sinh hoạt hàng ngày.

Bẩm sinh.

Trong một số trường hợp, một chuyển động bất thường hay chỉ té ngã đơn giản cũng có thể gây nên. Ví dụ: người già,loãng xương, người đã thay khớp háng…

Các triệu chứng thường gặp:

Đau: Đau dữ dội vùng khớp háng.

Sưng, phù nề.

Co thắt cơ.

Biến dạng.

Chân bên sẽ ngắn hơn bên đối diện.

Nếp lằn mông, đùi ở chân trật khớp sẽ ít hơn và cao hơn chân lành.

Tiếng “lục cục” khi cử động.

Hạn chế vận động khớp háng.

Dáng đi khập khiễng, khó khăn trong đi lại.

Hạn chế gấp, duỗi, dạng, khép khớp háng.

Bác sĩ sẽ thăm khám và một số nghiệm pháp lâm sàng. Mục đích:

Xác định có hay không?

Mức độ.

Có biến chứng gì không?

X-quang:  Đây là phương tiện rẻ tiền, đơn giản nhất.

Chụp CT scan: xác định có trật khớp không, mức độ chấn thương.

Nếu  không được điều trị sẽ để lại nhiều hậu quả nặng nề.

Những biến chứng thường gặp:

Tổn thương dây thần kinh: Dây thần kinh chạy phía sau khớp háng. Có thể gây căng hoặc phá hủy dây thần kinh.

Hoại tử chỏm xương đùi: Khiến mạch máu bị chèn ép hoặc bị đứt. Do đó, máu không lưu thông đến chỏm xương đùi được. Chỏm xương đùi sẽ bị hoại tử nếu không được cấp máu đầy đủ.

Thoái hóa khớp háng.

Trật khớp háng tái hồi: Các cấu trúc cố định khớp háng cũng bị tổn thương. Chúng có thể không lành tốt. Điều này dẫn đến khớp háng dễ bị trật hơn.

Cần nắn càng sớm càng tốt, trước 12 giờ. Cần đưa chỏm xương đùi về đúng vị trí trong khớp háng.

Một số trường hợp cần phẫu thuật để đặt lại khớp. Đó là:

Nắn không thành công.

Tới khám muộn, quá 21 ngày, hình thành sẹo xơ, chắc.

Có mảnh xương gãy kẹt vào khe khớp.

Trật khớp háng kèm gãy cỏm xương đùi.

Bạn thường rất đau, sưng và bị co thắt cơ. Do vậy, thuốc giảm đau, kháng viêm hay giãn cơ là rất cần thiết. Hãy uống theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Mục đích:

Bảo vệ mô mềm, phòng tránh tái phát.

Giảm đau, giảm viêm.

Phòng chống hình thành cục máu đông.

Khôi phục tầm vận động khớp háng.

Khôi phục dáng đi.

Tùy vào mức độ tổn thương, giai đoạn điều trị mà có kế hoạch điều trị khác nhau. Các phương pháp thường gặp như:

Các bài tập vận động các khớp, tập thở: ngừa cứng khớp, ngừa cục máu đông.

Các bài tập đạp xe đạp tại chỗ: lực cản tăng dần.

Các bài tập mạnh cơ vùng háng.

Bài tập ngồi xổm, đi bộ.

Điều quan trọng là bạn cần được hướng dẫn bởi các chuyên gia. Không tự ý luyện tập ở nhà.

Trật khớp hángtuy không thường gặp nhưng gây nhiều hậu quả nặng nề. Cần được điều trị càng sớm càng tốt. Khi có dấu hiệu bị trật khớp háng, bạn cần được các chuyên gia thăm khám và điều trị. Hy vọng bài viết cung cấp được những thông tin cơ bản . Đừng ngại để lại những thắc mắc ở phần bình luận, cũng như chia sẻ bài viết nếu thấy hữu ích. Mong nhận được những phản hồi cũng như đồng hành cùng bạn ở những bài viết kế tiếp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-trat-khop-vai/

Nội dung bài viết

Định nghĩa trật khớp vai

Phân loại chứng trật khớp vai

Triệu chứng trật khớp vai

Nguyên nhân trật khớp vai

Biến chứng trật khớp vai nếu trì hoãn hoặc không điều trị

Điều trị và phục hồi chức năng cho trật khớp vai

Phòng ngừa chứng trật khớp vai

Khớp vai có biên độ hoạt động rộng và di động được ở nhiều mặt phẳng. Do đó, khớp vai đóng vai trò rất quan trọng trong sinh hoạt hàng ngày. Trật khớp vai không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ để lại nhiều di chứng nghiêm trọng. Điều này làm ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Để hiểu rõ hơn về trật khớp vai, mời bạn cùng Bác sĩ Lâm Thị Xuân Nguyệt tìm hiểu qua bài viết sau nhé!

Đai vai được cấu tạo bởi 3 xương: xương cánh tay, xương bả vai và xương đòn. Hoạt động vùng vai là sự tham gia của 4 khớp. Bao gồm: khớp ổ chảo cánh tay, khớp ức đòn, khớp cùng đòn và khớp bả vai lồng ngực.

Khi nói đến khớp vai chung thì đó có nghĩa là khớp ổ chảo cánh tay. Khớp ổ chảo cánh tay là sự kết nối giữa ổ chảo của xương bả vai và chỏm của xương cánh tay. Xung quanh khớp ổ chảo cánh tay là hệ thống các dây chằng, bao khớp và gân cơ. Chúng có chức năng bảo vệ và giữ ổn định khớp khi vận động.

Vậy, trật khớp vai diễn ra khi chỏm xương cánh tay không còn nằm ở vị trí bình thường trong ổ chảo xương bả vai, có thể đi kèm tổn thương mô mềm bao quanh khớp.1

Trật khớp vai rất thường gặp, chiếm đến 50% trong tất cả các loạitrật khớplớn.2Nếu trật khớp vai không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ để lại nhiều di chứng. Ví dụ như: đau mạn tính, teo cơ, cứng khớp, giới hạn vận động, trật khớp tái diễn,… Từ đó gây ảnh hưởng đến cuộc sống người bệnh.

Có 3 dạng trật khớp vai trên lâm sàng:2

Trật khớp vai ra trước là phổ biến nhất, chiếm tới 97% các trường hợp trật khớp vai:

Cơ chế của chấn thương thường là một lực tác động mạnh làm cánh tay duỗi, dạng và xoay ngoài.

Nó cũng có thể xảy ra với lực từ phía sau xương cánh tay hoặc ngã ở tư thế cánh tay bị kéo quá căng.

Khi khám, cánh tay thường bị dạng và xoay ra ngoài, mỏm cùng vai lộ rõ.

Có tới 40% trường hợp trật khớp vai ra trước có tổn thương đi kèm. Bao gồm tổn thương dây thần kinh, rách sụn viền, gãy xương vùng ổ chảo xương vai hoặc chỏm xương cánh tay.

Trật khớp vai ra sau chiếm 2% đến 4% các trường hợp trật khớp vai:

Thông thường là do một lực mạnh tác động vào mặt trước vai trong khi cánh tay đang chống đỡ chịu lực ở tư thế khép và xoay trong.

Nó cũng có thể là kết quả của các cơnco thắt cơdữ dội (co giật, điện giật).

Khi khám bệnh, cánh tay thường được giữ tư thế khép và xoay bên trong, Bệnh nhân không thể xoay ra bên ngoài.

Nguy cơ cao có các chấn thương đi kèm. Chẳng hạn như: gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay hoặc lồi củ xương cánh tay, tổn thương Hill-Sachs đảo ngược và chấn thương của sụn viền hoặc gân cơ chóp xoay.

Trật khớp thành dưới là loại không phổ biến nhất (dưới 1%):

Thường xảy ra khi cánh tay dạng quá mức hoặc cánh tay chống đỡ chịu lực dọc trục ở tư thế dạng.

Khi kiểm tra, cánh tay được giữ tư thế ở trên và sau đầu, bệnh nhân không thể khép cánh tay.

Thường liên quan đến tổn thương dây thần kinh, gân cơ chóp xoay, vết rách bao khớp bên trong. Đây là trường hợp có tỷ lệ tổn thương dây thần kinh nách và động mạch nách cao nhất trong tất cả các chấn thương ở vai.

Khi trật khớp vai sẽ có những triệu chứng trên lâm sàng để bác sĩ có thể thăm khám, nhận diện và chẩn đoán tình trạng tổn thương. Dưới đây là 2 nhóm triệu chứng của trật khớp vai.

Các dấu hiệu chắc chắn trật khớp vai:3

Biến dạng khớp: thay đổi hình dạng vùng vai, điển hình là dấu vai vuông.

Dấu hiệu lò xo hoặc cử động đàn hồi: khi kéo cánh tay ra khỏi vị trí trật khớp, rồi thả cánh tay ra nó sẽ về tư thế ban đầu.

Ổ khớp rỗng: sờ được hõm khớp của ổ chảo, bình thường mặt khớp này gắn với chỏm xương cánh tay. Dấu hiệu này rất đặc hiệu để chẩn đoán nhưng khó khám được do tình trạng sưng nề sau chấn thương.

Các dấu hiệu gợi ý trật khớp vai:1

Sưng nề.

Bầm tím.

Đau vùng vai.

Hạn chế vận động khớp vai.

Tê, yếu hoặc dị cảm vùng lân cận như cổ, cánh tay.

Co thắt cơ vùng vai.

Trong quá trình chẩn đoán và điều trị, ngoài việc dựa vào các triệu chứng trên, bác sĩ có thể chụp một số hình ảnh nhưX-quang,CT scanhoặcMRIvùng vai. Mục đích là để kiểm tra và đánh giá lại tình trạng trật khớp cũng như là các thương tổn mô mềm xung quanh.

Trật khớp vai có thể do các nguyên nhân sau:4

Các chấn thương trong thể thao. Trật khớp vai là một chấn thương phổ biến trong các môn thể thao tiếp xúc. Chẳng hạn như bóng đá và khúc côn cầu và trong các môn thể thao có thể bị ngã như trượt tuyết xuống dốc, thể dục dụng cụ và bóng chuyền.

Chấn thương không liên quan đến thể thao (tai nạn giao thông hoặc lao động). Một lực tác động mạnh, trực tiếp vào vai trong tai nạn giao thông là nguyên nhân phổ biến gây ra trật khớp. Ngoài ra, khuân vác hay mang đồ vật nặng không đúng tư thế cũng có thể gây ra trật khớp vai.

Tai nạn sinh hoạt. Bạn có thể bị trật khớp vai khi té ngã. Ví dụ như ngã từ trên cầu thang xuống hoặc ngã trên sàn nhà trơn trượt.

Bạn có thể gặp khó khăn trong việc sử dụng tay phía bên khớp vai bị trật một cách hiệu quả như trước đây nếu không được điều trị kịp thời. Tình trạng này có thể trở thành một khiếm khuyết chức năng vĩnh viễn. Một số biến chứng có thể gặp nếu không điều trị sau trật khớp vai:5

Cản trở một số hoạt động sinh hoạt hàng ngày có thể dođau khớp vai, cứng khớp vai,…

Tổn thương mạch máu thần kinh.

Viêm gân cơ, viêm bao khớp.

Rách gân, dây chằng.

Thoái hóa khớp vai.

Đau cổ, đau lưng.

Mất vững khớp vai đa hướng, trật khớp vai tái diễn.

Hiện nay vẫn chưa có bằng chứng xác định phương thức điều trị nào là tối ưu. Tuy nhiên, ban đầu có thể ưu tiên điều trị không phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật được áp dụng cho những trường hợp thất bại sau điều trị bảo tồn, có tổn thương đi kèm (đứt gân cơ, gãy xương, tổn thương thần kinh và mạch máu) hoặc có nhu cầu sử dụng chi trên nhiều (như là vận động viên chuyên nghiệp).

Biện pháp can thiệp không phẫu thuật cho trật khớp vai là nắn kín khớp vai. Một số kỹ thuật nắn kín khớp vai có thể được sử dụng là kỹ thuật xoay ngoài, nắn chỉnh qua xương bả vai, kỹ thuật Cunningham, Hippocrates, Milch, Kocher,… Trong quá trình nắn khớp vai, bệnh nhân có thể được tiêm thuốc tê hoặc sử dụng thuốc an thần để giảm đau, giãn cơ. Sau khi nắn thành công, một số thuốc nhưthuốc giảm đau, kháng viêm được sử dụng. Nếu có chỉ định phẫu thuật thì sẽ tiến hành sửa chữa các phần gân cơ,dây chằng, bao khớp bị tổn thương giúp làm vững, ổn định khớp vai.

Sau khi điều trị phẫu thuật hay không phẫu thuật, thì đều cần lập chương trình phục hồi chức năng. Chương trình này là tương tự nhau ở hai phương pháp. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân được phẫu thuật thì bác sĩ cần biết loại phẫu thuật đã được thực hiện, cũng như những lưu ý sau phẫu thuật. Chẳng hạn như, nếu gân cơ dưới vai bị cắt thì không được xoay trong có đề kháng trong 4 – 6 tuần, xoay ngoài ban đầu thường giới hạn ở 30°, sau đó 45° lúc 6 tuần.

Một nghiên cứu đã đề xuất một chương trình phục hồi chức năng gồm ba giai đoạn như sau:6

Giai đoạn 1 (0 – 6 tuần)

Mục tiêu là duy trì sự ổn định phía trước – dưới khớp vai.

Bất động:

Trước đây, người ta sẽ cho bất động tư thế xoay trong. Tuy nhiên, theo Miller sự bất động có lợi trong tư thế xoay ngoài.7

Nghiên cứu của Itoi cho thấy bất động ở 10° xoay ngoài có tỷ lệ trật khớp tái phát thấp hơn bất động ở tư thế xoay trong 10°.8

Hiện chưa có sự thống nhất về thời gian bất động trong lúc mang đai treo tay. Tuy nhiên, khoảng thời gian thường áp dụng cho người dưới 40 tuổi là 3 – 6 tuần và 1 – 2 tuần nếu trên 40 tuổi.

Trong thời gian bất động, tập trung vào tập vận động chủ động các khớp khuỷu, cổ tay, bàn tay và điều trị giảm đau. Bài tập gồng cơ (co cơ đẳng trường) cho các cơ chóp xoay và cơ nhị đầu cánh tay.

Bài tập quả lắc (Codman): vận động thụ động cánh tay nhiều hướng và xoay tròn.

Vận động chủ động có trợ giúp tư thế xoay ngoài vai (0° – 30°) và gấp cánh tay tới trước (0° – 90°).

Giai đoạn 2 (6 – 12 tuần)

Mục tiêu là khôi phục hết tầm vận động, đặc biệt là động tác xoay ngoài.

Tập vận động chủ động có trợ giúp để đạt được hết tầm vận động ở các cử động khớp vai. Khi đủ điều kiện cho phép, tiến hành kéo giãn bao khớp sau bằng kỹ thuật di động khớp hoặc tự kéo giãn.

Không nên bắt đầu các bài tập mạnh cơ cho đến khi đạt hết tầm vận động bình thường.

Giai đoạn 3 (12 – 24 tuần)

Giai đoạn trở lại với các hoạt động thể thao hoặc thể chất trong cuộc sống hàng ngày.

Bắt đầu tập mạnh cơ. Các bài tập này nên dựa trên mức độ suy giảm và nhóm cơ bị ảnh hưởng. Thông thường, bắt đầu tập mạnh cơ trong tầm vận động không gây đau để ổn định. Đầu tiên tập trung vào tập nhóm cơ chóp xoay và nhóm cơ ổn định xương bả vai, bao gồm cơ thang, cơ răng cưa, cơ nâng vai và cơ hình thoi. Sau đó, tiến triển đến các cơ lớn hơn như cơ delta, lưng rộng, cơ ngực.

Cuối cùng sẽ tập trung vào các bài tập chức năng bao gồm tập luyện cảm giác bản thể (cảm giác này giúp chúng ta biết vị trí và cử động các khớp trong không gian cho dù ta đang nhắm mắt), điều chỉnh một số yếu tố để thúc đẩy bệnh nhân thực hiện các hoạt động hàng ngày và tham gia vào xã hội.

Lưu ý

Chương trình tập luyện trên đây có thể sẽ điều chỉnh và thay đổi cho phù hợp với từng cá nhân. Để an toàn và đạt hiệu quả trong phục hồi chức năng sau trật khớp vai, các bạn nên đến khám bác sĩ để có kế hoạch tập luyện cho riêng mình và được hướng dẫn cụ thể cho từng bài tập.

Chương trình phục hồi chức năng trật khớp vai ra sau tương tự như phác đồ trật khớp vai ra trước. Tuy nhiên có một số lưu ý sau:

Chống chỉ định trượt chỏm xương cánh tay ra sau.

Tránh các động tác mà cử động gập vai, khép và xoay trong khớp vai đồng thời.

Bất động 3-6 tuần nếu dưới 40 tuổi và 2-3 tuần nếu trên 40 tuổi.

Tập mạnh cơ sẽ tập trung chủ yếu vào các cơ phía sau vai như: cơ dưới gai, cơ tròn bé và cơ delta sau.

Đây là loại hiếm gặp trong 3 loại trật khớp vai. Hiện nay, chưa có chương trình phục hồi chức năng cụ thể cho nhóm này. Tuy nhiên, quá trình phục hồi chức năng cũng sẽ tương tự như 2 nhóm trên và dựa theo quá trình lành thương. Nếu trật khớp vai xuống dưới có đi kèm tổn thương mạch máu và thần kinh thì quá trình tập luyện sẽ điều chỉnh cho phù hợp với tình trạng của người bệnh.

Để phòng ngừa bị trật khớp vai, cần lưu ý những điều sau:4

Cẩn thận trong các tình huống sinh hoạt hàng ngày, tránh té ngã và các lực tác động làm tổn thương vùng vai. Chẳng hạn như dùng thảm chống trượt hoặc thanh vịn trong nhà vệ sinh.

Mặc hoặc đeo dụng cụ bảo hộ khi chơi các môn thể thao và đảm bảo an toàn trong lao động

Chấp hành các quy định về an toàn giao thông

Tập thể dục đều đặn để cơ, xương, khớp dẻo dai, khỏe mạnh và linh hoạt giúp giảm nguy cơ chấn thương

Hy vọng qua bài viết trên đây, bạn đọc đã có thêm thông tin vềchứng trật khớp vai. Nguyên nhân và triệu chứng bệnh khá đa dạng. Người bị trật khớp vai cần được thăm khám và kiểm tra kỹ lưỡng để tránh bỏ sót tổn thương. Sau khi điều trị, bệnh nhân trật khớp vai cần phục hồi chức năng sớm và đúng cách để nhanh chóng lấy lại chức năng vùng vai cũng như là hạn chế các thương tật thứ cấp sau chấn thương.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/trat-mat-ca-chan-toi-nen-lam-nhu-the-nao/

Nội dung bài viết

Trật mắt cá chân là gì?

Nguyên nhân gây trật mắt cá chân

Tôi nên làm gì khi bị trật mắt cá chân?

Khi nào thì tôi nên đến gặp bác sĩ?

Trật mắt cá chân (Ankle sprain) hay còn gọi là bong gân mắt cá chân (lật sơ mi). Đây là một tổn thương thường gặp nhất ở vùng chi dưới. Đặc biệt là đối với các môn thể thao “vua” như đá bóng, điền kinh. YouMed đã từng đăng một bài chi tiết về bong gân mắt cá chân dưới góc nhìn của một bác sĩ y khoa. Ở bài viết này, Bác sĩ Hồ Đức Việt sẽ hướng dẫn bạn các bước sơ cấp cứu khi bị trật mắt cá chân. Cùng tham khảo để trang bị kiến thức cho mình, bạn nhé!

Thoạt đầu tiên đọc, nhiều người có thể nhầm lẫn với tình trạng trật khớp cổ chân nhưng không phải như vậy. Trật mắt cá chân (ankle sprain) là một tình trạng tổn thương, dãn hoặc đứt (hoàn toàn hoặc không hoàn toàn) các sợi của dây chằng nối các xương (xương chày,xương mácvà xương sên) ở khớp cổ chân lại với nhau.

Có nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến tình trạng này. Đây là một tổn thương thường gây ra ra do tai nạn, đặc biệt phổ biến ở các hoạt động thể thao, đi, chạy, nhảy của con người.

Sự vận động – đặc biệt là xoay, và gập – chân là nguyên nhân chính gây tình trạng này.Nguy cơ bịbong gânlớn nhất trong các hoạt động liên quan đến chuyển động sang bên. Chẳng hạn như bóng đá, cầu lông, quần vợt hoặc bóng rổ. Tình trạng này cũng có thể xảy ra trong các hoạt động thường nhật như trượt chân, vấp ngã hoặc bước hụt chân.

Nếu trở lại hoạt động trước khi các dây chằng lành hoàn toàn có thể làm cho chúng tổn thương ở một vị trí kéo dài hơn. Điều này có thể dẫn đến tình trạng mất ổn định mắt cá chân mãn tính (CAI), và tăng nguy cơ trật.

Các yếu tố sau có thể làm tăng nguy cơ trật mắt cá chân:

Dây chằng yếu hoặc lỏng lẻo – điều này có thể là di truyền hoặc do tác động quá mức lên dây chằng dẫn đến bong gân mắt cá chân lặp đi lặp lại;

Chạy trên bề mặt không bằng phẳng;

Giày có hỗ trợ gót chân không đầy đủ;

Đi giày cao gót.

Nhiều người không chú trọng đến vấn đề này. Nhưng nếu chúng ta có thể sơ cứu đúng cách, kịp thời, sẽ đem lại hiệu quả khác biệt đấy. Việc này có thể thúc đẩy nhanh quá trình hồi phục cũng như giảm các triệu chứng.

Câu thần chú cho sơ cứu trật mắt cá chân là:R.I.C.E = Rest – Ice – Compression – Elevation.

Khi bị trật mắt cá chân, nên cho khớp cổ chân được nghỉ ngơi, trong 48 – 72 giờ đầu ở tư thế thoải mái nhất.

Không nên đè lực lên chân này, bạn có thể sử dụng nạng để đi lại xung quanh.

Dùng túi chườm lạnh chuyên dụng hoặc dùng đá cục – bọc một lớp khăn, chườm trực tiếp lên vùng sưng nề.

Bạn cần chườm 15 – 20 phút/lần, 4 – 8 lần/ngày, đặc biệt trong 48 giờ đầu hoặc cho tới khi tình trạng sưng được cải thiện. Nên tránh không chườm đá quá lâu vì khi quá lạnh, lại có thể gây thêm tổn thương mô mềm.

Quấn băng thun vùng khớp bị đau.

Đảm bảo rằng áp lực vừa phải, không làm chậm lưu thông máu đến ngón chân.

Nếu bạn thấy đau, hãy gỡ ra và băng lại với một lực nhẹ hơn.

Khi trật mắt cá chân, bất kỳ khi nào có thể, đưa chân bị đau lên cao hơn tim trong 24-48 giờ đầu. Nếu ngồi thì gác chân lên, nằm ngủ thì đặt chân lên vài cái gối đặt ở cuối giường. Điều này sẽ giúp giảm sưng.

Trong thời gian chờ tự phục hồi, bạn có thể uống thuốc giảm đau khi cần (paracetamol hoặc ibuprofen).

Sau 2 – 3 ngày bạn bị trật mắt cá chân và làm theo chỉ dẫn trên nhưng không thấy cải thiện. Hãy đến gặp bác sĩ.

Nếu bạn tham gia các môn thể thao thường xuyên, bạn nên đi khám vật lý trị liệu hoặc các nhân viên y tế chuyên về lĩnh vực thể thao. Họ sẽ hỗ trợ các bài tập phục hồi sức cơ, và độ vững chắc của khớp. Việc này giúp bạn nhanh hồi phục, và giảm nguy cơ cho tổn thương lặp lại trong tương lai.

Nên đi khám bác sĩNGAYnếu:

Chân bị đaukhông thể chịu lực.Bạn không đứng được hoặc có cảm giác khớp không vững hoặc không sử dụng khớp được nữa. Đây có thể có gãy xương kèm theo hoặc dây chằng bị đứt hoàn toàn.

Nếu da vùng khớp bịnề đỏ, đauhoặc cóvạch đỏ chạy dọc các mạch máu– dấu hiệu nhiễm trùng.

Nếu bong gântái đi tái lại.

Trật mắt cá chânlà một chấn thương rất thường gặp trong cuộc sống hằng ngày. Các bước sơ cấp cứu ban đầu rất đơn giản nhưng không phải ai cũng biết và thực hiện đúng.

Việc xử trí không đúng cách có thể để lại nhiều biến chứng về sau. Đặc biệt là tình trạng mất ổn định mắt cá chân. Nó ảnh hưởng đến cuộc sống sinh hoạt, vận động của người mắc phải, nhất là các vận động viên thể thao. Vì vậy, việc trang bị kiến thức tưởng chừng rất đơn giản này là điều cần thiết đối với mỗi cá nhân.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-ap-dong-mach-phoi-sat-thu-am-tham/

Nội dung bài viết

1. Tăng áp phổi là gì?

2. Tại sao bị tăng áp phổi?

3. Những người nào có nguy cơ bị tăng áp phổi?

4. Biến chứng của tăng áp động mạch phổi

5. Biểu hiện của tăng áp động mạch phổi như thế nào?

6. Chẩn đoán tăng áp phổi như thế nào?

7. Điều trị tăng áp phổi như thế nào?

8. Theo dõi bệnh nhân tăng áp phổi như thế nào?

Tim bóp máu đi nuôi cơ quan trong cơ thể thông qua các mạch máu. Dòng máu chảy trong cơ thể được chia thành hai vòng tuần hoàn lớn và nhỏ. Dòng máu chảy qua các động mạch đặt lên thành động mạch một áp lực gọi là huyết áp (áp lực của máu). Huyết áp chúng ta đo bằng máy ở tay (hoặc chân) là huyết áp của hệ động mạch chủ. Động mạch phổi cũng có huyết áp. Huyết áp cao ở động mạch phổi (tăng áp phổi) là bệnh nguy hiểm với nhiều biến chứng nặng nề. Cùng tìm hiểu về bệnh tăng áp phổi qua bài viết sau của bác sĩ Lương Sỹ Bắc.

Tăng áp phổi được tạo ra bởi sự gia tăng áp lực trong động mạch phổi. Bệnh bắt nguồn từ các động mạch và mao mạch phổi bị tổn thương. Các tổn thương có thể làm thu hẹp, tắc hoặc tiêu hủy động mạch phổi. Điều này làm tăng áp lực cho các động mạch trong phổi khi máu lưu thông qua phổi.

Khi áp suất được xây dựng, buồng tim làm việc nhiều hơn để bơm máu qua phổi. Cuối cùng, cơ tim sẽ suy yếu và dẫn tớisuy tim.

Đây là một bệnh nghiêm trọng, có thể trở nên nghiêm trọng hơn và gây tử vong. Tăng áp động mạch phổi không thể chữa khỏi hoàn toàn. Những phương pháp điều trị có sẵn chỉ giúp làm giảm triệu chứng và cải thiện chất lượng sống.

Bình thường, máu lưu thông dễ dàng qua các mạch máu trong phổi do áp lực động mạch phổi thấp. Tình trạng gia tăng áp lực xảy ra do sự thay đổi trong các tế bào lót động mạch phổi. Sự thay đổi trên khiến cho các mạch máu thu hẹp và động mạch trở nên cứng hoặc hẹp đi. Chính điều này làm cho tăng áp trong động mạch phổi ngày càng diễn tiến nghiêm trọng.

Tăng áp phổi chia làm hai nhóm nguyên nhân chính.

Không thể xác định được nguyên nhân gây nên bệnh tăng áp động mạch phổi. Một số yếu tố nguy cơ có liên quan đến tình trạng này gồm:

Đột biến gen, yếu tố di truyền.

Tác động của thuốc, tia xạ.

Do người bệnh bị dị tật tim bẩm sinh.

Tuy nhiên, những nguyên nhân gây nên bệnh tăng áp động mạch phổi nguyên phát vẫn chưa được công nhận.

Bạn có thể xem thêm:Bệnh tim bẩm sinh: Những điều cần biết!

Tăng áp phổi thứ phát xảy ra phổ biến hơn so với tăng áp phổi nguyên phát. Trong trường hợp này, tăng áp phổi là hậu quả của bệnh khác. Một số nguyên nhân gây nên tăng áp động mạch phổi thứ phát bao gồm:

Do một số bất thường liên quan đến tim như bệnh van tim, bệnhcơ tim phì đại.

Tình trạng bất thường xảy ra ở phổi nhưphổi tắc nghẽn mãn tính,xơ phổi.

Hội chứng ngưng thở khi ngủ.

Động mạch phổi bị tắc nghẽn do cục máu đông.

Các mô liên kết bị rối loạn (trong các bệnh tự miễn nhưxơ cứng bìhay lupus).

Người bệnh bị tim bẩm sinh hoặc suy tim.

Bệnh tuyến giáp trạng,đa hồng cầu nguyên phát.

Người bệnh sử dụng thuốc kích thích lâu dài.

Do bệnh gan mãn tính.

Do bệnh phổi (nhưlao phổi) gây ra sẹo giữa các phế nang trong phổi.

Người bệnh bị thiếu máu tế bào hình liềm.

Bệnh HIV/AIDS.

Đặc biệt, người sống lâu ngày trên độ cao lớn hơn 2.500 mét cũng có nguy cơ tăng áp phổi.

Tỉ lệ bệnh nhân tăng áp phổi thứ phát bắt nguồn từ nguyên nhân hô hấp chiếm tỉ lệ cao. Nguyên nhân là sự gia tăng bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính do thuốc lá.

Tăng áp phổi có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi và giới tính. Bệnh thường diễn tiến âm thầm, khó phát hiện. Tuy nhiên, vẫn có một số yếu tố nguy cơ sau có thể gây tăng áp phổi:

Tiền căn gia đình có người bị tăng áp phổi.

Tiếp xúc lâu ngày với các chất độc hại, tia xạ.

Người có bệnh tim bẩm sinh hoặc các hội chứng di truyền, bẩm sinh nói chung.

Bệnh nhân có bệnh tim mạch: van tim, cơ tim và động mạch vành.

Người đang hoặc từng mắc các bệnh về hô hấp:

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

Lao phổi.

Hen suyễn.

Hội chứng ngưng thở khi ngủ.

Thuyên tắc mạch máu phổi.

Có bệnh gan mãn tính: viêm gan,xơ gan.

Bệnh nhân HIV/AIDS.

Mắc các bệnh miễn dịch như lupus, xơ cứng bì.

Sử dụng thuốc kích thích, ma túy lâu dài.

Sống trên núi cao.

Hút thuốc lá nhiều.

Tăng áp động mạch phổi thường diễn tiến âm thầm, triệu chứng ban đầu không rõ ràng. Khi đã có triệu chứng rõ ràng, nhất là triệu chứng hô hấp và tim mạch, thường bệnh đã nặng. Bệnh diễn tiến nặng dần và có thể gây một số biến chứng sau:

Bệnh lý tim do phổi (tâm phế mãn). Trong tâm phế mãn, tim phải tạo một lực mạnh hơn bình thường để bóp máu lên phổi. Để làm được điều đó, tim đáp ứng bằng cách dãn và dày cơ tim. Lâu dần, cơ tim hoạt động quá sức sẽ dẫn tới suy tim. Tâm phế mãn tạo nhiều khó khăn hơn cho bác sĩ điều trị so với bệnh lý tim đơn thuần.

Tắc động mạch phổi. Áp lực động mạch phổi cao lâu ngày bào mòn lớp nội mạc mạch máu. Điều này tạo điều kiện cho cục máu đông dễ hình thành và bám vào gây tắc mạch máu phổi. Tình trạng này gọi làthuyên tắc phổi. Đây là biến chứng cấp cứu nguy hiểm tới tính mạng. Ngoài ra, cục máu đông còn có thể di chuyển tới các cơ quan khác gây tổn thương.

Ho ra máu. Thành mạch máu mỏng dần và dễ chảy máu. Máu chảy vào phế nang của phổi có thể gây suy hô hấp đe dọa tính mạng.

Rối loạn nhịp tim. Tăng áp phổi lâu ngày đặt áp lực lên các buồng tim làm tổn thương hệ thống tạo nhịp. Các rối loạn nhịp có thể gây ngưng tim dẫn tới tử vong.

Giai đoạn đầu của bệnh tăng áp động mạch phổi thường không có triệu chứng rõ rệt. Bệnh diễn tiến âm thầm và có chuyển biến nghiêm trọng nếu không được phát hiện, điều trị kịp thời.

Một số dấu hiệu để nhận biết bệnh tăng áp động mạch phổi gồm:

Khi vận động, tập luyện thể dục, người bệnh sẽ nhanh cảm thấy khó thở, mau kiệt sức. Tình trạng này là do thiếu oxy máu hoặc biến chứng suy tim.

Thường cảm thấy mệt mỏi.

Vùng ngực bị đau thắt: cần phân biệt với bệnh động mạch vành.

Tay, chân, mắt cá chân bị sưng phù.

Nhịp tim, mạch đập nhanh bất thường.

Xuất hiện các vết xanh tím ở da và môi.

Người bệnh thường xuyên cảm thấy chóng mặt, có thể bị ngất xỉu.

Đối tượng bị bệnh tim, phổi nhưng tình trạng khó thở ngày càng tăng lên.

Người bệnh cảm thấy chướng bụng, khó tiêu.

Ho ra máu.

Khó thở, tăng khi nằm và về đêm.

Xem thêm:Khó thở thanh quản: Dấu hiệu, nguyên nhân và cách điều trị

Điều quan trọng là phải phát hiện sớm khi bệnh chưa có biến chứng hoặc biến chứng nhẹ. Tầm soát biến chứng cũng là yếu tố quan trọng giúp ích trong điều trị.

Tuy nhiên, tăng áp động mạch phổi rất khó chẩn đoán sớm. Ngay cả khi bệnh nặng hơn, dấu hiệu và triệu chứng của nó cũng tương tự như của vấn đề tim và phổi khác. Bác sĩ có thể làm một hoặc nhiều xét nghiệm để loại trừ các nguyên nhân khác. Các xét nghiệm để chẩn đoán tăng áp động mạch phổi bao gồm:

Tìm hình ảnh tim giãn rộng do tăng áp động mạch phổi. Tuy nhiên, X quang vẫn bình thường trong khoảng một phần ba những người mắc bệnh.

Có thể đánh giá sơ bộ áp lực động mạch phổi. Siêu âm tim là xét nghiệm quan trọng và cần thiết trong chẩn đoán sớm tăng áp phổi. Ngoài ra, việc này còn đánh giá tình trạng co bóp, độ dày thành tim để khảo sát biến chứng suy tim.

Khảo sát lượng không khí phổi có thể nắm giữ cũng như luồng khí vào và ra khỏi phổi, từ đó đánh giá chức năng phổi.

Khảo sát dòng máu chảy trong mạch máu phổi. Có thể phát hiện cục máu đông làm tắc và gây hẹp động mạch phổi.

Thử nghiệm này không sử dụng X quang, đôi khi dùng để tạo hình ảnh của các mạch máu phổi. Tuy nhiên, MRI có thể không đo áp lực động mạch phổi.

Áp dụng đối với bệnh nhân với tiền căn gia đình có người bị tăng áp phổi.

Khi siêu âm tim cho kết quả có tăng áp phổi, phải thông tim đo áp lực động mạch phổi .Thủ thuật này thường là cách đáng tin cậy nhất của chẩn đoán tăng áp động mạch phổi. Trong đó, bác sĩ tim mạch đặt ống thông vào tĩnh mạch ở cổ hoặc háng bệnh nhân. Ống thông này sau đó được luồng vào động mạch phổi. Đặt ống thông tim cho phép bác sĩ trực tiếp đo áp suất trong động mạch phổi.

Tùy tình trạng bệnh nhân mà bác sĩ sẽ cho tiến hành các xét nghiệm phù hợp.

Thường mất một thời gian để tìm phương pháp điều trị tốt nhất cho tăng áp động mạch phổi. Các phương pháp điều trị thường phức tạp và yêu cầu mở rộng theo dõi, chăm sóc. Điều trị nguyên nhân là cốt lõi trong điều trị tăng áp phổi thứ phát. Dưới đây là các phương thức có thể sử dụng.

Thuốc điều trị tăng áp phổi có rất nhiều loại. Đặc biệt, thuốc có tương tác rất chặt chẽ với bệnh tim mạch. Việc phối hợp thuốc sao cho an toàn nhất tùy vào tình trạng bệnh nhân và kinh nghiêm bác sĩ. Thuốc có thể phải thay đổi tùy từng giai đoạn bệnh và biểu hiện của bệnh nhân.

Điều quan trọng là bệnh nhân phải tuân thủ điều trị và tái khám thường xuyên. Ngoài ra, bệnh nhân cần báo cho bác sĩ biết ngay khi có triệu chứng bất thường để điều chỉnh.

Khi thuốc không thể kiểm soát tình trạng bệnh hoặc biến chứng nguy hiểm, phẫu thuật sẽ được xét tới. Tuy nhiên, việc chỉ định phẫu thuật hết sức nghiêm ngặt, cần sự đánh giá kỹ càng của bác sĩ. Có nhiều phương pháp phẫu thuật tùy tình trạng bệnh nhân. Nguy cơ tai biến phẫu thuật cao đòi hỏi phải có phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm thực hiện.

Mặc dù điều trị y khoa không thể chữa bệnh tăng áp động mạch phổi nhưng có thể làm giảm triệu chứng. Thay đổi lối sống cũng có thể giúp cải thiện tình trạng, do đó bạn nên:

Nghỉ ngơi nhiều, không vận động gắng sức. Tập thể dục vừa sức.

Không hút thuốc.

Tránh sử dụng thuốc tránh thai hoặc mang thai.

Không du lịch hoặc sinh sống ở nơi có độ cao lớn.

Tránh những tình huống có thể làmgiảm huyết áp, bao gồm ngồi trong bồn tắm nóng, tắm hơi, tắm nước nóng hoặc tắm lâu. Những hoạt động này làm giảm huyết áp và gây choáng ngất, thậm chí tử vong.

Tìm cách để giảm bớt căng thẳng.

Thực hiện một chế độ ăn uống dinh dưỡng và duy trì trọng lượng hợp lý. Cần hạn chế lượng muối trong chế độ ăn.

Tăng áp phổilà bệnh lý nguy hiểm nhưng diễn tiến âm thầm, khi đã có triệu chứng thường nặng và xuất hiện biến chứng. Bệnh có biến chứng nguy hiểm, ảnh hưởng tới tính mạng và chất lượng sống. Tuy không thể chữa khỏi hoàn toàn nhưng bạn có thể cải thiện triệu chứng. Tuân thủ điều trị và xây dựng chế độ sống lành mạnh là chìa khóa để cải thiện tiên lượng và chất lượng cuộc sống bệnh nhân tăng áp phổi.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-bach-cau-don-nhan-nhiem-khuan-can-benh-lay-qua-nu-hon/

Nội dung bài viết

Tổng quan

Các biểu hiện của tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn

Nguyên nhân của tình trạng này là gì?

Biến chứng của bệnh là gì?

Làm sao để phòng ngừa bệnh lý này?

Chẩn đoán bệnh như thế nào?

Phương pháp điều trị tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn

Những lời khuyên dành cho bệnh nhân tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn

Tạm kết

Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn hay còn có tên gọi là bệnh Kissing, là một bệnh lý do nhiễm virus. Loại virus này truyền qua nước bọt, do đó bạn có thể lây bệnh qua đường hôn (tên gọi kissing bắt nguồn từ đây) hay qua giọt bắn khi ho, hắt hơi. Vậy liệu bệnh lý này có nguy hiểm không? Virus này có lây lan thành dịch? Hãy cùng ThS.BS Vũ Thành Đô trả lời giúp bạn những câu hỏi này nhé.

Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn không quá dễ lây lan, loại virus này có khả năng lây từ người này qua người khác kém hơn bệnh cúm thông thường. Bệnh thường ảnh hưởng nhiều nhất tới thanh niên trẻ và vị thành niên. Tuy nhiên, trẻ em cũng có thể nhiễm bệnh, tuy không biểu hiện nhiều triệu chứng.

Nếu bạn có không may mắc bệnh, điều cần quan tâm là phòng ngừa biến chứng xảy ra. Biến chứng quan trọng cần đề phòng là lách to. Ngoài ra, việc điều trị cũng tương đối đơn giản, với nghỉ ngơi và bù đủ dịch cho cơ thể.

Có thể xuất hiện các triệu chứng như:

Mệt mỏi.

Đau họng. Bệnh cũng dễ chẩn đoán nhầm với viêm họngstreptococcus.

Sốt.

Nổi hạch ở cổ và nách.

Sưng amiđan.

Đau đầu.

Phát ban da.

Lách to, mềm.

Virus có thời gian ủ bệnh khoảng từ 4 – 6 tuần. Tuy nhiên, ở trẻ em thời gian ủ bệnh có thể ngắn hơn. Các triệu chứng như đau họng hay sốt thường giảm đi sau vài tuần. Tuy nhiên, mệt mỏi, lách to có thể xuất hiện và kéo dài lâu hơn.

Nếu bạn có bất kỳ biểu hiện nào như trên, bạn có thể bị tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn. Khi các triệu chứng không biến mất sau 1 đến 2 tuần, hãy đi khám bác sĩ.

Nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh làEpstein-Barr virus. Tuy nhiên, một số loại virus khác cũng có thể gây ra biểu hiện tương tự.

Mặc dù các triệu chứng của bệnh có thể gây khó chịu, bệnh thường tự giới hạn. Điều này có nghĩa là bệnh thường tự khỏi và không để lại biến chứng. Hầu hết người lớn đều đã từng tiếp xúc với Epstein-Barr virus và cơ thể có đề kháng. Do đó, khi có kháng thể, bạn sẽ không mắc bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn nữa.

Tuy bệnh này khá nhẹ nhàng, nhưng lại có thể gây ra một số biến chứng khá nguy hiểm. Có thể kể đến các biến chứng dưới đây.

Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn làm lách to ra. Ở những trường hợp nặng, lách có thể vỡ, gây ra một cơn đau nhói dữ dội ở vùng bụng trái. Nếu bạn có cảm nhận cơn đau như vậy, hãy gọi cấp cứu ngay. Tình trạng này có thể rất nguy hiểm và cần được mổ cấp cứu.

Có thể xuất hiện một số vấn đề tại gan như:

Viêm gan có thể xuất hiện trong bệnh cảnh này.

Vàng da, vàng mắt.

Một số biến chứng hiếm gặp có thể xảy ra như:

Thiếu máu.

Giảm số lượng tiểu cầu.

Biến chứng tim. Cơ tim có thể bị viêm, tình trạng này được gọi là viêm nội tâm mạc.

Biến chứng thần kinh. Viêm màng não, viêm não vàhội chứng Guillain-Barrecó thể xuất hiện.

Sưng amiđan. Nếu amiđan sưng quá lớn có thể gây khó thở.

Đối với những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch, Epstein-Barr virus có thể gây ra bệnh lý rất nghiêm trọng. Những đối tượng suy giảm miễn dịch có thể kể đến như nhiễm HIV/AIDS, hay người được ghép tạng và dùng thuốc ức chế miễn dịch.

Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn lây lan qua nước bọt. Nếu bạn bị mắc bệnh, hãy tránh lây truyền virus này qua đường nước bọt. Có thể kể đến các biện pháp như không hôn, không mớm thức ăn hay sử dụng chung bát đũa. Tránh cho đến khi bạn khỏi bệnh và các triệu chứng biến mất.

Virus có thể tồn đọng lại trong nước bọt nhiều tháng sau lây nhiễm. Hiện tại chưa có vaccine để phòng ngừa bệnh.

Dựa vào các biểu hiện lâm sàng, bác sĩ có thể nghĩ tới bệnh Kissing. Các dấu hiệu có thể được chú ý như nổi hạch, sưng amiđan, gan, lách to.

Xét nghiệm tìm kháng thể.Nếu cần khẳng định chẩn đoán, xét nghiệm kháng thể sẽ được thực hiện để xem bạn có miễn dịch với Epstein-Barr virus hay không. Tuy nhiên, ở giai đoạn đầu của bệnh (tuần đầu tiên), xét nghiệm có thể không có giá trị.

Đếm số lượng tế bào bạch cầu.Xét nghiệm này giúp gợi ý chẩn đoán.

Hiện tại không có điều trị đặc hiệu cho bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn. Thuốc kháng sinh không được sử dụng đối với các bệnh do virus. Do đó, điều trị chủ yếu là hỗ trợ để cơ thể tự hồi phục. Các điểm cần lưu ý gồm nghỉ ngơi đủ, ăn uống lành mạnh và uống nhiều nước. Nếu bạn sốt và đau nhiều, thuốc giảm đau hạ sốt tự mua tại hiệu thuốc cũng có thể giúp ích.

Điều trị nhiễm trùng thứ phát.Đôi khi viêm họng do vi trùng có thể xuất hiện đồng thời cùng tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn. Hoặc những trường hợp bạn có viêm xoang, viêm amiđan đi kèm, việc điều trị kháng sinh là cần thiết.

Nguy cơ phát ban do một số thuốc.Các thuốc nhưamoxicillinhay thuộc nhómpenicillinkhông được khuyên dùngtrong bệnh lý này. Các thuốc này có nguy cơ làm xuất hiện phát ban. Do đó, khi bệnh nhân bị tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, tránh sử dụng các loại kháng sinh nhất định gây phát ban.

Hãy uống nhiều nước và nước trái cây.Bổ sung đủ dịch giúp nhanh hạ sốt và tránh gây mất nước.

Sử dụng thuốc giảm đau không kê toa hợp lý.Các thuốc thường được sử dụng nhưacetaminophenhayibuprofen. Các thuốc này giúp giảm đau, hạ sốt hiệu quả. Tuy nhiên, hãy lưu ý khi sử dụngaspirinở trẻ nhỏ.

Súc miệng với nước muối.Hãy làm điều này nhiều lần trong ngày để giảm đau họng. Pha khoảng ½ muỗng cà phê muối với 200 ml nước để súc miệng.

Hầu hết các triệu chứng của bệnh sẽ tự hết sau vài tuần. Tuy nhiên, các dấu hiệu sót lại có thể kéo dài đến vài tháng trước khi bạn thấy hoàn toàn khỏe mạnh trở lại. Bạn nghỉ ngơi càng nhiều thì thời gian bình phục càng ngắn. Nếu bạn vận động trở lại quá sớm, bạn sẽ làm tăng nguy cơ tái phát bệnh.

Để tránh tình trạng vỡ lách, bác sĩ có thể khuyên bạn đợi khoảng 1 tháng trước khi vận động mạnh. Các động tác như nâng vật nặng hay thể thao có thể gây vỡ lách nếu bạn chưa hoàn toàn bình phục. Vỡ lách rất nguy hiểm, do đó bạn nên lưu ý đến vấn đề này.

Đối với bệnh nhân mắc bệnh, đặc biệt là ở lứa tuổi nhỏ, cần báo với nhà trường để có được sự chăm sóc cần thiết. Bệnh này không cần phải cách ly. Do số lượng lớn mọi người có miễn dịch với virus Epstein-Barr, do đó, bệnh ít lây lan. Tuy nhiên, các trẻ nhỏ có thể được nghỉ học cho đến khi khỏe hơn.

Tăng bạch cầuđơn nhân nhiễm khuẩnhay còn được gọi là bệnh kissing. Bệnh lý này được gây ra chủ yếu bởi Epstein-Barr virus. Chúng lây qua nước bọt, và chủ yếu gây bệnh ở người trẻ tuổi và vị thành niên. Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn có biểu hiện khá nhẹ nhàng và từ khỏi. Tuy nhiên, bệnh cũng có thể dẫn đến một số biến chứng nguy hiểm, như vỡ lách.

Hãy lưu ý đến các mẹo nhỏ mà bài viết vừa cung cấp cho bạn nhé. Những thông tin này có thể rất hữu ích khi bạn hay người thân mắc bệnh và điều trị tại nhà đấy.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tim-hieu-ve-tinh-trang-tang-canxi-mau/

Nội dung bài viết

1. Tăng canxi máu là gì?

2. Các triệu chứng của tăng canxi máu

3. Nguyên nhân nào gây tăng canxi máu?

4. Tăng canxi máu được chẩn đoán như thế nào?

5. Các phương pháp điều trị tăng canxi máu là gì?

6. Các biến chứng liên quan đến tăng canxi máu

7.  Biện pháp khắc phục

Canxi đóng vai trò quan trọng trong cơ thể. Tuy nhiên quá nhiều canxi ngược lại sẽ ảnh hưởng tới hoạt động của các cơ quan. Tình trạng tăng canxi máu có thể gây nhiều hậu quả nghiêm trọng, ảnh hưởng tới sức khỏe người bệnh. Do đó, tìm hiểu về nguyên nhân, triệu chứng và cách điều trị là một điều cần thiết. Sau đây hãy cùng ThS.BS Vũ Thành Đô tìm hiểu nhé!

Tăng canxi máu là tình trạng nồng độ canxi trong máu quá cao. Canxi cần thiết cho chức năng bình thường của các cơ quan, tế bào, cơ và dây thần kinh. Nó cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình đông máu và sức bền của xương. Tuy nhiên, nồng độ canxi quá cao lại gây hại. Tăng canxi máu khiến cơ thể khó thực hiện các chức năng bình thường, thậm chí gây nguy hiểm đến tính mạng.

Tăng canxi máu nhẹ có thể không gây các triệu chứng đáng chú ý. Tuy nhiên, nếu bạn gặp trường hợp nghiêm trọng hơn, bạn sẽ có các dấu hiệu và triệu chứng ảnh hưởng đến các cơ quan khác.

Đau đầu.

Mệt mỏi.

Khát nước.

Đi tiểu nhiều.

Đau giữa lưng và một phần bên trên bụng do sỏi thận.

Buồn nôn.

Đau bụng.

Giảm cảm giác thèm ăn.

Táo bón.

Nôn mửa.

Nồng độ canxi cao có thể ảnh hưởng đến tim, gây ra tình trạng nhịp tim bất thường.

Gây co giật, chuột rút và suy nhược.

Đau xương.

Loãng xương.

Gãy xương do bệnh lý.

Xem thêm thông tin liên quan:Loãng xương: Những điều cần biết về chẩn đoán và chế độ dinh dưỡng

Tăng canxi máu cũng có thể gây ra các triệu chứng thần kinh, chẳng hạn nhưtrầm cảm, mất trí nhớ và cáu kỉnh. Trường hợp nặng có thể gây lú lẫn và hôn mê.

Nếu bạn bị ung thư hay gặp bất kỳ triệu chứng nào của tăng canxi máu, hãy gọi cho bác sĩ ngay lập tức. Không hiếm trường hợp ung thư gây ra mức canxi cao. Khi điều này xảy ra, đó là trường hợp khẩn cấp y tế.

Cơ thể sử dụng sự tương tác giữacanxi,vitamin Dvà hormone tuyến cận giáp (PTH) để điều chỉnh mức canxi. PTH giúp cơ thể kiểm soát lượng canxi đi vào máu từ ruột, thận và xương. Thông thường, PTH tăng khi mức canxi trong máu giảm và giảm khi mức canxi của bạn tăng lên.

Cơ thể bạn cũng có thể tạo ra calcitonin từ tuyến giáp khi mức canxi quá cao. Hoặc khi bạn bị tăng canxi máu, cơ thể bạn không thể điều chỉnh mức canxi của bạn một cách bình thường. Có một số nguyên nhân có thể gây ra tình trạng này:

Tuyến cận giáp gồm bốn tuyến nhỏ nằm sau tuyến giáp ở cổ. Chúng kiểm soát việc sản xuất hormone tuyến cận giáp, từ đó điều chỉnh lượng canxi trong máu.Cường cận giápxảy ra khi một hoặc nhiều tuyến cận giáp của bạn hoạt động quá mức và tiết ra quá nhiều PTH. Điều này tạo ra sự mất cân bằng canxi mà cơ thể không thể tự điều chỉnh. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tăng canxi máu , đặc biệt ở phụ nữ trên 50 tuổi.

Cácbệnh lao,sarcoidosislà những bệnh phổi có thể khiến lượng vitamin D của bạn tăng lên. Điều này gây ra sự hấp thụ canxi nhiều, làm tăng nồng độ canxi trong máu của bạn. Một số bệnh ung thư, đặc biệt là ung thư phổi, ung thư vú và ung thư máu, có thể làm tăng nguy cơ tăng canxi máu.

Một số loại thuốc, đặc biệt là thuốc lợi tiểu, có thể làm tăng canxi máu. Chúng làm điều này bằng cách gây ra bài niệu nghiêm trọng, làm mất nước trong cơ thể và thiếu hụt canxi. Dẫn đến tình trạng dư thừa nồng độ canxi trong máu. Các loại thuốc khác như lithium tạo ra nhiều PTH.

Uống quá nhiều vitamin D hoặc canxi dưới dạng thực phẩm chức năng có thể làm tăng mức canxi của bạn. Ngoài ra, dùng quá nhiều canxi cacbonat, được tìm thấy trong các loại thuốc kháng axit thông thường như Tums và Rolaids, cũng có thể dẫn đến mức canxi cao.

Điều này thường dẫn đến các trường hợp Tăng canxi máu nhẹ. Mất nước làm cho mức canxi của bạn tăng lên do lượng dịch thấp. Tuy nhiên, mức độ nghiêm trọng phụ thuộc rất nhiều vào chức năng thận. Ở những người bị bệnh thận mãn tính, ảnh hưởng của mất nước lớn hơn.

Liều cao của các sản phẩm không kê đơn này là nguyên nhân phổ biến thứ ba.

Xét nghiệm máu để kiểm tra nồng độ canxi trong máu. Ngoài ra, cũng cần thêm xét nghiệm nước tiểu để đo canxi, protein và các chất khác.

Nếu bác sĩ phát hiện thấy mức canxi cao, họ sẽ yêu cầu thêm các xét nghiệm để tìm nguyên nhân gây ra tình trạng này. Các xét nghiệm máu và nước tiểu có thể giúp bác sĩ chẩn đoán cường cận giáp và các bệnh lý khác. Các xét nghiệm có thể cho phép bác sĩ kiểm tra bằng chứng của bệnh ung thư hoặc các bệnh khác gây tăng canxi máu, bao gồm:

X-quang ngực có thể phát hiệnung thư phổi.

Chụp nhũ ảnh, giúp chẩn đoánung thư vú.

Chụp CT, hình ảnh chi tiết hơn về cơ thể bạn.

Quét MRI, tạo ra hình ảnh chi tiết về các cơ quan và cấu trúc khác của cơ thể bạn.

Kiểm tra mật độ khoáng xương DEXA, đánh giá sức mạnh của xương.

Các lựa chọn điều trị tăng canxi máu  phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh và nguyên nhân gây bệnh.

Bạn có thể không cần điều trị ngay nếu gặp trường hợp tăng canxi máu nhẹ. Tuy nhiên, bạn sẽ cần phải theo dõi diễn tiến của nó. Tìm ra nguyên nhân của tình trạng tăng canxi máu là điều hết sức quan trọng. Ảnh hưởng của nồng độ canxi tăng cao đối với cơ thể bạn không chỉ liên quan đến mức độ canxi hiện có mà còn là mức độ tăng nhanh như thế nào. Do đó, điều quan trọng là phải tuân theo các khuyến nghị của bác sĩ để theo dõi. Ngay cả khi nồng độ canxi tăng nhẹ cũng có thể dẫn đến sỏi thận và tổn thương thận theo thời gian.

Bạn sẽ cần điều trị tại bệnh viện nếu các triệu chứng nặng nề hơn. Mục tiêu của điều trị là đưa mức canxi của bạn trở lại bình thường. Điều trị cũng nhằm mục đích ngăn ngừa tổn thương cho xương và thận. Các lựa chọn điều trị phổ biến bao gồm:

Calcitonin là một loại hormone được sản xuất trong tuyến giáp. Nó làm chậm quá trình mất xương.

Dịch truyền tĩnh mạch giúp cung cấp nước cho bạn và giảm nồng độ canxi trong máu.

Corticosteroid là thuốc chống viêm. Chúng rất hữu ích trong việc điều trị tăng vitamin D quá mức.

Thuốc lợi tiểu quai có thể giúp thận của bạn di chuyển chất lỏng và loại bỏ thêm canxi, đặc biệt nếu bạn bị suy tim. Bisphosphonat tiêm tĩnh mạch làm giảm nồng độ canxi trong máu bằng cách điều chỉnh canxi của xương.

Lọc máu có thể được thực hiện để loại bỏ canxi và chất thải thừa trong máu khi bạn bị tổn thương thận. Điều này thường được thực hiện nếu các phương pháp điều trị khác không hiệu quả.

Điều trị các nguyên nhân bệnh lý nguyên phát như ung thư, cường cận giáp nguyên phát,… cũng cải thiện tình trạng tăng canxi.

Tăng canxi máu có thể gây ra các vấn đề nhưsỏi thận,suy thận, nhịp tim không đều vàloãng xương. Tăng canxi máu cũng có thể gây ra lú lẫn hoặc mất trí nhớ vì canxi giúp cho hệ thống thần kinh hoạt động bình thường. Trường hợp nghiêm trọng có thể dẫn đến hôn mê đe dọa tính mạng.

Tiên lượng cuộc sống lâu dài của bạn sẽ phụ thuộc vào nguyên nhân và mức độ nghiêm trọng của tình trạng bệnh. Bên cạnh phương pháp điều trị tối ưu từ bác sĩ. Bạn có thể giúp bảo vệ thận và xương khỏi bị tổn thương do tăng canxi máu bằng cách thực hiện các lựa chọn lối sống lành mạnh.

Đảm bảo uống nhiều nước:Điều này sẽ giữ cho bạn đủ nước, giảm nồng độ canxi trong máu và giảm nguy cơ phát triển sỏi thận.

Ngưng hút thuốc:Vì hút thuốc có thể làm tăng tốc độ mất xương, điều quan trọng là bạn phải bỏ thuốc càng sớm càng tốt. Hút thuốc cũng gây ra nhiều vấn đề sức khỏe khác. Bỏ thuốc lá luôn giúp ích cho sức khỏe của bạn.

Kết hợp các bài tập thể dục và rèn luyện sức mạnh có thể giữ cho xương của bạn chắc và khỏe. Nói chuyện với bác sĩ của bạn trước để tìm ra loại bài tập nào là an toàn cho bạn. Điều này đặc biệt quan trọng nếu bạn bị ung thư ảnh hưởng đến xương của bạn.

Đảm bảo tuân thủ các hướng dẫn về liều lượng thuốc và thực phẩm chức năng để giảm nguy cơ hấp thụ quá nhiều vitamin D và canxi.

Nhìn chung tình trạngtăng canxi máucó thể dẫn tới nhiều hậu quả nghiêm trọng đối với sức khỏe người bệnh. Do đó, nếu nhận thấy bản thân có triệu chứng nghi ngờ tăng canxi máu, hãy tới gặp bác sĩ để được tư vấn thêm. Hiểu về bản thân là cách để nâng cao chất lượng cuộc sống.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-tang-huyet-ap-va-nhung-cau-hoi-thuong-gap/

Nội dung bài viết

1. Nguyên nhân nào gây tăng huyết áp?

2. Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương là gì?

3. Thế nào là huyết áp bình thường?

4. Những bệnh nào liên quan đến việc tăng huyết áp?

5. Làm thế nào để tôi biết mình bị tăng huyết áp?

6. Các cách điều trị tăng huyết áp

7. Tác dụng phụ của các loại thuốc tăng huyết áp

8. Chế độ ăn kiêng cho người bị bệnh tăng huyết áp

9. Khi nào thì tôi cần gọi cho bác sĩ về vấn đề tăng huyết áp?

10. Các loại thuốc nào có thể gây tăng huyết áp?

Bạn thường xuyên nghe đến cụm từ “tăng huyết áp”, vậy bạn có thật sự hiểu rõ về nó chưa? YouMed xin thông tin đến bạn một số câu trả lời cho những câu hỏi thường gặp về bệnh tăng huyết áp (hay còn được gọi là cao huyết áp)

Trong khi nguyên nhân gây ra tăng huyết áp ở hầu hết mọi người vẫn chưa rõ ràng thì việc sống lối sống ít hoạt động, chế độ ăn uống kém, béo phì, tuổi già và do di truyền đều có thể góp phần gây tăng huyết áp.

Chỉ số huyết áp được đo bằng milimet thủy ngân (mmHg), được viết làhuyết áp tâm thu(áp lực của máu tác động lên động mạch khi timco bóp), cùng vớihuyết áp tâm trương(áp lực của máu tác động lên động mạch khi timgiãn ra). Ví dụ: Chỉ số huyết áp được viết là 120/80 mmHg hoặc “120 trên 80”, có nghĩa là huyết áp tâm thu là 120 mmHg và huyết áp tâm trương là 80 mmHg.

Theo Ủy Ban Liên Quốc Gia về Phòng ngừa, Phát hiện, Đánh giá và Điều trị Tăng huyết áp đã phân loại các mức độ huyết áp thành nhiều mức:

Huyết áp bình thường: là khi huyết áp tâm thu dưới 120 VÀ huyết áp tâm trương dưới 80 mmHg.

Tăng huyết áp: là khi huyết áp tâm thu từ 120 – 129 VÀ huyết áp tâm thu dưới 80 mmHg.

Tăng huyết áp (độ 1): là huyết áp tâm thu từ 130 – 139 HOẶC huyết áp tâm thu từ 80 – 89 mmHg.

Tăng huyết áp (độ 2): là huyết áp tâm thu từ 140 trở lên HOẶC huyết áp tâm trương từ 90 mmHg trở lên.

Một số bệnh có liên quan mật thiết đến tăng huyết áp, bao gồm:

Xơ vữa động mạch: Một bệnh lý về động mạch gây ra bởi sự tích tụ các mảng bám hoặc chất béo trên thành mạch máu. Việc tăng huyết áp góp phần vào sự tích tụ này, bằng cách gia tăng áp lực tác động lên thành động mạch.

Bệnh tim:Suy tim(tim không đủ sức để bơm máu đi đầy đủ), bệnh tim thiếu máu cục bộ (cơ tim không được nhận đủ máu và oxy), bệnh cơ tim phì đại do tăng huyết áp (Cơ tim trở nên dày lên và hoạt động bất thường), tất cả các bệnh trên đều liên quan đến tăng huyết áp.

Bệnh thận: Tăng huyết áp có thể làm tổn thương các mạch máu và chức năng lọc của thận, do đó thận không thể bài tiết chất thải như bình thường. Bệnh thận cũng có thể gây ra tăng huyết áp, khi các chất điện giải (bao gồm natri) không được tiết đầy đủ ra khỏi cơ thể.

Đột quỵ: Tăng huyết áp có thể dẫn đến đột quỵ, bằng cách góp phần vào quá trình xơ vữa động mạch (có thể dẫn đến tắc nghẽn và/ hoặc hình thành cục máu đông), hoặc làm suy yếu thành mạch máu và làm vỡ nó.

Bệnh về mắt: Tăng huyết áp có thể làm hỏng các mạch máu rất nhỏ trong võng mạc.

Tăng huyết áp thường không gây bất kỳ triệu chứng nào, vì vậy bạn thường không cảm nhận bất thường nào về nó. Vì lý do đó, tăng huyết áp thường được chẩn đoán bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe trong khi khám định kỳ.

Nếu bạn có người thân bị tăng huyết áp hoặc có các yếu tố nguy cơ khác thì bạn cần hết sức lưu ý đến chỉ số huyết áp của bạn.

Khi huyết áp tăng cao thì bạn có thể cảm thấy bị đau đầu, đau ngực, khó thở hoặc mau mệt khi vận động. Vì vậy, bạn nên đi khám để đánh giá kịp thời tình trạng sức khỏe của mình.

Điều trị tăng huyết áp thường liên quan đến việc thay đổi lối sống và nếu cần thiết thì sẽ điều trị bằng thuốc.

Đối với bệnh tăng huyết áp, việc thay đổi lối sống bao gồm:

Giảm cân.

Bỏ hút thuốc lá.

Thực hiện chế độ ăn uống lành mạnh, chẳng hạn như chế độ ăn DASH, có nhiều trái cây, rau, giàu protein và ngũ cốc nguyên hạt và ít muối và chất béo.

Giảm lượng muối trong chế độ ăn uống của bạn.

Tập thể dục nhịp điệu thường xuyên (Hoặc các hoạt động khác như đi bộ).

Hạn chế uống rượu.

Điều trị chứng ngưng thở khi ngủ nếu có mắc phải.

Xem thêm:Những cách bấm huyệt hạ huyết áp bạn có thể thực hiện

Cũng như các loại thuốc khác, thuốc tăng huyết áp cũng có tác dụng phụ. Dưới đây là một số loại thuốc tăng huyết áp thường được kê đơn, kèm các tác dụng phụ phổ biến nhất:

Thuốc lợi tiểu: Nhức đầu, yếu, hạ kali máu

Thuốc ức chế men chuyển (ACEIs): ho khan dai dẳng, nhức đầu, tiêu chảy, tăng kali máu

Thuốc ức chế thụ thể angiotensin (ARBs): Mệt mỏi, chóng mặt hoặc ngất, tiêu chảy, tăng kali máu

Thuốc chẹn kênh Canxi: chóng mặt, rối loạn nhịp tim, phù mắt cá chân, táo bón

Thuốc chẹn beta: Chóng mặt, giảm khả năng tình dục, buồn ngủ, mệt mỏi, chậm nhịp tim

Thuốc đối kháng alpha – adrenergic (Thuốc chẹn alpha): Chóng mặt, nhức đầu, đánh trống ngực, buồn nôn, mệt mỏi, tăng cân

Ngoài ra, đối với bệnh nhân trên 60 tuổi, thì mục tiêu điều trị tăng huyết áp là huyết áp tâm thu đạt 150 và huyết áp tâm trương đạt 90. Mục tiêu điều trị là 140/90 đối với người dưới 60 tuổi. Đối với những người trên 65 tuổi, mục tiêu huyết áp nhỏ hơn 130/85.

Để giảm thiểu các bệnh lý về tim mạch, đặc biệt là tăng huyết áp, bạn cần xây dựng cho mình một chế độ ăn uống lành mạnh. Chẳng hạn như chế độ ăn DASH (Phương pháp ăn kiêng để ngăn ngừa tăng huyết áp), có hiệu quả trong việc làm giảm chỉ số huyết áp.

Chế độ này yêu cầu tuân thủ lượng thức ăn trong khẩu phần ăn hằng ngày với các nhóm thực phẩm khác nhau, bao gồm trái cây, rau và ngũ cốc.Các bước sau đây cũng có thể giúp ích cho bạn:

Ăn nhiều trái cây, rau và thực phẩm từ sữa ít béo

Ít dùng thực phẩm chứa nhiều chất béo bão hòa và cholesterol, chẳng hạn như thực phẩm chiên dầu

Các loại ngũ cốc nguyên hạt, cá, thịt gia cầm và các loại hạt

Hạn chế ăn thịt đỏ và đồ ngọt

Thực phẩm chứa nhiều magie, kali và canxi (các loại hạt, khoai lang, chuối, sữa chua,…)

Sử dụng ít muối cho mỗi khẩu phần ăn

Nếu bạn được chẩn đoán tăng huyết áp thì việc bạn đi khám bác sĩ thường xuyên là rất quan trọng. Bác sĩ có thể trả lời những câu hỏi của bạn trong những buổi thăm khám.

Ngoài ra, bạn cần đi khám và trao đổi với bác sĩ nếu bạn gặp 2 tình huống sau:

Bạn không đáp ứng với điều trị theo đơn thuốc hiện tại và huyết áp của bạn vẫn còn cao.

Khi bạn có bất kỳ tác dụng phụ nào của thuốc tăng huyết áp, bác sĩ của bạn có thể sẽ điều chỉnh liều lượng của thuốc, hoặc thay một loại thuốc khác cho bạn.

Có một số loại thuốc dùng để điều trị các bệnh khác có thể làm tăng huyết áp. Chúng bao gồm amphetamines, methylphenidate (Concerta, Metadate, Methylin, Ritalin), corticosteroids, hormon (bao gồm thuốc tránh thai), một số loại thuốc trị đau nửa đầu, cyclosporine và erythropoietin.

Bên cạnh đó, nhiều loại thuốc không kê đơn có chứa pseudoephedrine và ephedrine (ví dụ: thuốc điều trị dị ứng, thuốc điều trị cảm lạnh và thuốc ức chế sự thèm ăn) có thể làm tăng huyết áp. Tuy nhiên đừng ngừng dùng những loại thuốc đã được kê đơn, mà không trao đổi với bác sĩ của bạn.

Xem thêm:

Bỏ túi một số bí kíp khi đi khám bệnh Tăng huyết áp

Tăng huyết áp vô căn và những điều chưa biết

Tăng huyết áp cấp cứu và những điều cần biết

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-huyet-ap-ac-tinh/

Nội dung bài viết

Tăng huyết áp ác tính là gì?

Những nguyên nhân có thể gây tăng huyết áp ác tính

Dịch tễ học

Sinh lý bệnh của tình trạng huyết áp tăng ác tính

Ai có nguy cơ bị tăng huyết áp cấp cứu?

Những triệu chứng chính

Chẩn đoán tăng huyết áp ác tính như thế nào?

Điều trị huyết áp tăng ác tính như thế nào?

Tiên lượng

Biến chứng

Phòng ngừa tăng huyết áp ác tính

Tăng huyết áp ác tính là một trong những tình huống cấp cứu rất khẩn trương. Nó đòi hỏi các y bác sĩ phải điều trị nhanh chóng và tích cực. Mục đích là hạn chế tối đa những biến chứng đáng tiếc có thể xảy ra. Vậy thì bệnh cảnh cấp cứu này có nguyên nhân do đâu? Phương pháp điều trị như thế nào? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô.

Tăng huyết áp ác tính hay tăng huyết áp cấp cứu là huyết áp cực kỳ cao. Nó phát triển nhanh chóng và gây ra một số loại tổn thương cơ quan. Huyết áp trung bình của một người thông thường là 120/80 mmHg. Một người bị tăng huyết áp mang tính chất ác tính khi có huyết áp cao hơn 180/120 mmHg. Huyết áp tăng ác tính nên được xử lý như một cấp cứu y tế.

Nói một cách dễ hiểu hơn, tăng huyết áp mang tính chất ác tính là một thuật ngữ được dùng để chỉ những bệnh nhân bị tăng huyết áp và có nhiều biến chứng với tiên lượng xấu. Ngày nay, thuật ngữ khủng hoảng tăng huyết áp được sử dụng để mô tả những bệnh nhân có biểu hiện tăng huyết áp nghiêm trọng như sau:

Huyết áp tâm thu lớn hơn 180 mm Hg và hoặc

Huyết áp tâm trương lớn hơn 120 mm Hg.

Để chẩn đoán tăng huyết áp là ác tính, tình trạng phù gai thị phải xuất hiện. Trong tăng huyết áp có tính chất ác tính, chìa khóa là phải hạ huyết áp trong vòng vài giờ.

Ở hầu hết các trường hợp, huyết áp cao là nguyên nhân chính dẫn đến bệnhtăng huyết áp cấp cứu. Thiếu liều thuốc huyết áp cũng có thể gây ra bệnh này. Ngoài ra, có một số điều kiện y tế có thể gây ra nó. Chúng bao gồm:

Bệnh mạch máu collagen, chẳng hạn như xơ cứng bì.

Các bệnh về mạch máu, chẳng hạn như hẹp động mạch thận, viêm đa mạch và viêm động mạch Takayasu.

Tổn thương tủy sống.

Khối u của tuyến thượng thận

Sử dụng một số loại thuốc, bao gồm cả thuốc tránh thai và MAOIs.

Sử dụng ma túy bất hợp pháp, chẳng hạn như cocaine, Amphetamin.

Bệnh nhu mô thận bao gồm viêm cầu thận, viêm thận mô kẽ.

Hội chứng tán huyết – urê huyết.

Lupus ban đỏ hệ thống.

Rối loạn hệ thần kinh trung ương, chẳng hạn như chấn thương đầu, nhồi máu não và xuất huyết não.

Các trường hợp cấp cứu tăng huyết áp là bất thường, với tỷ lệ dự kiến là 1 đến 2 trường hợp trên 1 triệu người mỗi năm. Một cuộc điều tra gần đây cho thấy số lần khám và tỷ lệ trên một triệu người lớn đến khám tại khoa cấp cứu (ED) đã tăng hơn gấp đôi. Số liệu này được thống kê từ năm 2006 đến năm 2013. Một số ví dụ bao gồm sản giật (2%), nhồi máu não (39 %), và phù phổi cấp (25%).

>> Xem thêm:Tìm hiểu về bệnh giãn tĩnh mạch, nguyên nhân và cách điều trị

Cấp cứu tăng huyết áp xảy ra khi tăng huyết áp tương đối nhanh trong một thời gian ngắn. Tăng sức cản hệ thống mạch máu bằng cách tăng cơ chế co mạch thông qua hoạt hóa renin-angiotensin. Tình trạng bài niệu tạo áp lực, giảm tưới máu, và thiếu máu cục bộ,… Đó là những thủ phạm phổ biến nhất gây tổn thương cơ quan nội tạng.

Đặc điểm mạch máu cổ điển là hoại tử fibrinoid của các mạch nhỏ. Ngoài ra, sự phá hủy hồng cầu thường xảy ra khi chúng đi qua những mạch bị tắc nghẽn. Từ đó dẫn đến thiếu máu tan máu vi thể. Một đặc điểm khác của tăng huyết áp mang tính chất ác tính là mất khả năng tự điều hòa trong não. Nó có thể biểu hiện như bệnh não do tăng huyết áp.

Tăng huyết áp có tính chất ác tính hiếm gặp. Khoảng 1% những người có tiền sử cao huyết áp phát triển tình trạng đe dọa tính mạng này. Bạn có nhiều nguy cơ mắc bệnh này hơn nếu bạn là nam giới. Đồng thời là người Mỹ gốc Phi. Hoặc người có địa vị kinh tế thấp hơn. Khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe kém sẽ làm tăng nguy cơ.

Các triệu chứng chính của huyết áp tăng ác tính là huyết áp tăng nhanh từ 180/120 mmHg trở lên. Đồng thời có dấu hiệu tổn thương các cơ quan. Thông thường, tổn thương xảy ra đối với thận hoặc mắt.

Các triệu chứng khác phụ thuộc vào mức độ ảnh hưởng của huyết áp đến các cơ quan của người bệnh. Một triệu chứng phổ biến là chảy máu và sưng tấy các mạch máu nhỏ trong võng mạc.

Võng mạc là lớp dây thần kinh nằm phía sau của mắt. Nó cảm nhận ánh sáng và gửi tín hiệu đến não thông qua dây thần kinh thị giác. Võng mạc cũng có thể bị ảnh hưởng bởi chứng huyết áp tăng ác tính. Khi ấy, mắt bị suy giảm thị lực khá nhiều.

Nhìn mờ.

Đau ngực (đau thắt ngực).

Khó thở.

Chóng mặt.

Tê yếu tay, chân và mặt.

Đau đầu dữ dội.

Hụt hơi.

Thay đổi trạng thái tinh thần. Chẳng hạn như lo lắng, lú lẫn, giảm tỉnh táo, giảm khả năng tập trung, mệt mỏi, bồn chồn, buồn ngủ hoặc sững sờ.

Buồn nôn hoặc nôn mửa.

Giảm lượng nước tiểu.

Ho, co giật,…

Chẩn đoán tăng huyết áp ác tính dựa trên kết quả đo huyết áp và các dấu hiệu tổn thương cơ quan cấp tính.

Nếu bạn có các triệu chứng của huyết áp tăng ác tính, bác sĩ sẽ:

Kiểm tra lại huyết áp của bạn và lắng nghe tim và phổi của bạn để tìm âm thanh bất thường.

Khám mắt để kiểm tra xem có tổn thương mạch máu võng mạc và sưng dây thần kinh thị giác không.

Thăm khám các triệu chứng có liên quan như: Đau đầu, buồn nôn, tiểu ít, rối loạn tri giác,…

Một số xét nghiệm có thể được chỉ định bao gồm:

Nồng độ nitơ urê trong máu (BUN) và creatinin, sẽ tăng lên nếu bạn bị tổn thương thận.

Xét nghiệm đông máu.

Mức đường huyết (glucose).

Công thức máu toàn phần.

Mức natri và kali trong máu.

Phân tích nước tiểu để kiểm tra nồng độ hormone trong máu, protein hoặc bất thường liên quan đến các vấn đề về thận.

Siêu âm tim để kiểm tra chức năng tim và lưu lượng máu qua tim.

Điện tâm đồ (ECG) để kiểm tra chức năng điện của tim.

Chụp X-quang ngực để xem hình dạng và kích thước của cấu trúc tim và phát hiện chất lỏng trong phổi.

Các xét nghiệm hình ảnh khác để đánh giá thận và động mạch của chúng.

Phương pháp điều trị thích hợp bao gồm cả việc lựa chọn thuốc và mục tiêu huyết áp. Những phương pháp điều trị sẽ thay đổi tùy thuộc vào tình trạng cấp cứu tăng huyết áp cụ thể và cơ quan bị ảnh hưởng.

>> Tham khảo thêm:Tim phì đại nguy hiểm như thế nào?

Không nên giảm huyết áp quá nhanh hoặc quá nhiều Bởi vì tổn thương do thiếu máu cục bộ có thể xảy ra ở các vùng mạch máu đã quen với mức huyết áp tăng cao. Đối với phần lớn các trường hợp, huyết áp trung bình nên giảm khoảng 10 đến 20% trong vòng một giờ đầu. Và giảm thêm 5% đến 15% trong 24 giờ tiếp theo.

Điều này thường dẫn đến huyết áp mục tiêu giảm dưới 180/120 mm Hg trong giờ đầu tiên. Và giảm dưới 160/110 mm Hg trong 24 giờ tiếp theo, Tuy nhiên, hiếm khi thấp hơn 130/80 mm Hg trong khung thời gian đó.

Các loại thuốc và liều lượng tiêm tĩnh mạch (IV) phổ biến được sử dụng để điều trị các trường hợp tăng huyết áp ác tính bao gồm:

Nicardipine, tốc độ truyền ban đầu 5 mg mỗi giờ, tăng 2,5 mg mỗi giờ sau mỗi 5 phút đến tối đa 15 mg mỗi giờ.

Natri nitroprusside, 0,3 đến 0,5 mcg / kg / phút, tăng 0,5 mcg / kg mỗi phút sau mỗi vài phút. Khi cần thiết đến liều tối đa 10 mcg / kg mỗi phút.

Labetalol 10 đến 20 mg tiêm tĩnh mạch. Sau đó là liều bolus từ 20 đến 80 mg cách nhau 10 phút. Tiếp tục cho đến khi đạt được huyết áp mục tiêu đến liều tích lũy tối đa 300 mg.

Esmolol, liều tải ban đầu 500 mcg / kg / phút trong 1 phút. Sau đó 50 đến 100 mcg / kg / phút đến liều tối đa 300 mcg / kg mỗi phút.

Các trường hợp ngoại lệ chính để hạ huyết áp dần dần trong ngày đầu tiên là:

Giai đoạn cấp tính của thiếu máu cục bộ trong đột quỵ. Huyết áp thường không được điều trị trừ khi cao hơn 185/110 mmHg ở những bệnh nhân mà liệu pháp tái tưới máu có thể là một lựa chọn. Hoặc cao hơn 220/120 mmHg ở những bệnh nhân có thể không đủ tiêu chuẩn. Cân nhắc truyền Labetalol hoặc Nicardipine.

Bóc tách động mạch chủ cấp tính: Huyết áp tâm thu phải được hạ xuống 120 mm Hg trong vòng 20 phút. Và nhịp tim mục tiêu khoảng 60 nhịp mỗi phút, để giảm áp lực động mạch chủ. Điều trị thường cần dùng thuốc chẹn beta và thuốc giãn mạch. Các lựa chọn bao gồm Esmolol, Nicardipine hoặc Nitroprusside.

>> Xem thêm:Viêm động mạch Takayasu: Những điều cần biết

Xuất huyết nội sọ: Các mục tiêu của liệu pháp là khác nhau và phụ thuộc vào vị trí và phương pháp phẫu thuật.

Thiếu máu cục bộ cơ tim cấp: Nitroglycerin là thuốc được lựa chọn. Không sử dụng nếu bệnh nhân đã dùng thuốc ức chế men phosphodiesterase. Bao gồm Sildenafil hoặc Tadalafil, trong vòng 48 giờ qua.

Tiên lượng của bệnh nhântăng huyết áp ác tínhđược bảo vệ. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 75 đến 84% đã được báo cáo khi điều trị. Nếu không điều trị, thời gian sống thường dưới 24 tháng. Hầu hết các trường hợp tử vong là do suy tim, đột quỵ hoặc suy thận.

>> Tham khảo thêm:Bệnh tim thiếu máu cục bộ: Nguyên nhân, nhận biết, phòng ngừa

Tăng huyết áp ác tính không được điều trị gây tử vong. Các biến chứng của tăng huyết áp mang tính chất ác tính cũng có thể bao gồm:

Bóc tách động mạch chủ, là sự vỡ đột ngột của mạch máu chính rời khỏi tim

Hôn mê.

Phù phổi cấp.

Đau tim.

Suy tim.

Đột quỵ.

Suy thận đột ngột.

Để đề phòng tình trạng huyết áp tăng ác tính, người bệnh được khuyến khích:

Theo dõi huyết áp hàng ngày ở những người bị tăng huyết áp.

Uống thuốc huyết áp đều đặn theo chỉ định của bác sĩ chuyên khoa.

Chế độ ăn ít muối.

Hạn chế uống rượu bia và các chất kích thích như cà phê, trà.

Từ bỏ thói quen hút thuốc lá.

Luyện tập thể dục hàng ngày để tăng cường sức khỏe, ổn định huyết áp.

Với những thông tin mà bài viết đã cung cấp, hy vọng bạn đọ sẽ hiểu rõ hơn về bệnhtăng huyết áp ác tính. Nói chung, đây là một tình trạng cấp cứu y tế, đòi hỏi phải được điều trị nhanh chóng và phù hợp. Mọi người nhất là những người bị tăng huyết áp nên có lối sống lành mạnh. Đồng thời tuân thủ chế độ uống thuốc hàng ngày huyết áp được ổn định.

>> Xem thêm:Đau ngực: Triệu chứng tiềm ẩn nhiều bệnh lý nguy hiểm

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-huyet-ap-cap-cuu-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Khi nào được gọi là tăng huyết áp cấp cứu?

Phân biệt tăng huyết áp khẩn cấp và tăng huyết áp cấp cứu

Tăng huyết áp cấp cứu nguy hiểm thế nào?

Nguyên nhân gây tăng huyết áp cấp cứu

Xử trí thế nào khi có cơn tăng huyết áp cấp cứu?

Chế độ ăn uống dành cho người bị tăng huyết áp cấp cứu

Tăng huyết áp đang ngày càng phổ biến hiện nay. Tuy nhiên có rất nhiều người bỏ bê việc dùng thuốc hàng ngày và lối sống không lành mạnh. Điều này sẽ âm thầm dẫn đến tổn thương nội tạng và cơn tăng huyết áp cấp cứu. Tình trạng tăng huyết áp cấp cứu có thể đe dọa trực tiếp đến tính mạng người bệnh nếu không được can thiệp y tế kịp thời.

Tăng huyết áp được gọi là tăng huyết áp cấp cứu khi chỉ số huyết áp tâm thu (chỉ số trên) lớn hơn 180 mmHg hoặc huyết áp tâm trương (chỉ số dưới) lớn hơn 110 mmHg. Kèm theo đó là có tổn thương ở cơ quan trong cơ thể.

Trong trường hợp tăng huyết áp, người bệnh có thể có các dấu hiệu sau:

Đau đầu, nhìn mờ.

Chảu máu mũi không cầm được.

Đau thắt ngực.

Động kinh.

Lú lẫn.

Khó thở.

Cảm giác bồn chồn, lo âu.

Buồn nôn, nôn.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Những điều bạn cần phải biết về tăng huyết áp khẩn cấp

Khi bệnh nhân tăng huyết áp có các biểu hiện trên, hãy đến bệnh viện để được các bác sĩ điều trị kịp thời. Để chẩn đoán tình trạng bệnh, bạn cần cung cấp cho bác sĩ biết tiền sử bệnh, các thuốc hoặc thực phẩm chức năng đang dùng. Một số phương pháp sẽ được thực hiện để theo dõi huyết áp và đánh giá tổn thương nội tạng, bao gồm:

Đo huyết áp.

Khám mắt để kiểm tra thương tổn.

Xét nghiệm máu và nước tiểu.

Các phương pháp khác để xác định tổn thương cơ quan như: chụp X-quang, đo điện tim,…

Tăng huyết áp khẩn cấplà khi chỉ số huyết áp đo được >180/110 mmHg. Tuy nhiên, với tăng huyết áp khẩn cấp, huyết áp tăng rất cao nhưng chưa có tổn thương bên trong cơ thể.

Mục tiêu trong điều trị tăng huyết áp khẩn cấp là hạ huyết áp xuống dưới ≤160/100 mmHg trong vòng vài giờ đến vài ngày. Trong trường hợp huyết áp tăng rất cao nhưng chưa có tổn thương, bệnh nhân có thể được yêu cầu nghỉ ngơi yên tĩnh trong vòng 15-30 phút và tiếp tục theo dõi huyết áp. Sau đó mới cho dùng thuốc hạ huyết áp. Thuốc có thể sử dụng làCaptoprilđặt dưới lưỡi. Tuyệt đối không sử dụng nifedipin đặt dưới lưỡi vì có thể làm huyết áp hạ nhanh đột ngột.

Trong khi đó, khi nóităng huyết áp, có nghĩa là đã có tổn thương xảy ra bên trong cơ thể. Và trong trường hợp này, cần được xử trí nhanh chóng kịp thời vì có nhiều biến chứng nguy hiểm và có thể đe dọa tính mạng.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Theo dõi huyết áp: Như thế nào cho đúng?

Tăng huyết áp cấp cứu là một tình trạng nghiêm trọng và có thể đe dọa tính mạng. Tổn thương các cơ quan bên trong cơ thể gặp trong tăng huyết áp bao gồm:

Thương tổn hệ tim mạch: nhồi máu cơ tim cấp, phù phổi cấp, suy tim…

Thương tổn hệ thần kinh: bệnh não tăng huyết áp, tai biến mạch máu não, chảy máu nội sọ,…

Tổn thương tại thận: tiểu ra máu, suy thận…

Thương tổn ở đáy mắt: phù, xuất huyết, xuất tiết, mạch co nhỏ…

Tiền sản giật, sản giật ở phụ nữ có thai: gây biến chứng nghiêm trọng cho người mẹ và thai nhi. Bị tiền sản giật, người mẹ có nguy cơ bị tổn thương gan, thận, chảy máu. Còn với thai nhi, sẽ làm thai nhi chậm phát triển, suy thai.

Tỷ lệ thương tật và tử vong của các trường hợp tăng cấp cứu phụ thuộc vào mức độ thương tổn của nội tạng và việc tuân thủ thuốc để kiểm soát huyết áp sau đó.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Có nên tiếp tục sử dụng thuốc ACEI/ARB với bệnh nhân tăng huyết áp nhiễm Covid-19?

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng tăng huyết áp cấp cứu. Trong đó, tăng huyết áp thường xảy ra ở những người bị cao huyết áp nhưng bỏ bê không điều trị trong thời gian dài. Những bệnh nhân này thường không uống thuốc hàng ngày theo chỉ định của bác sĩ.

Ngoài ra còn có những nguyên nhân khác dẫn đến tăng huyết áp cấp cứu như sử dụng chất kích thích…

Xử trí khẩn trương, theo dõi sát. Bệnh nhân phải được nhập viện và theo dõi tại chuyên khoa tim mạch và cấp cứu.

Dùng các thuốc hạ huyết áp đường truyền tĩnh mạch. Việc lựa chọn thuốc cụ thể tùy từng trường hợp có liên quan đến các bệnh kèm theo và các tổn thương cơ quan đích của bệnh nhân, theo ý kiến của bác sĩ chuyên khoa.

Trong trường hợp tăng huyết áp cấp cứu, trước tiên cần điều trị để ổn định đường thở, nhịp thở và tuần hoàn. Bệnh nhân nên hạ huyết áp từ từ trong khoảng thời gian từ vài phút đến vài giờ với một thuốc huyết áp. Vì tính cấp cứu của tình trạng này nên các thuốc huyết áp thường sử dụng qua đường tiêm tĩnh mạch. Phác đồ điều trị tăng huyết áp cấp cứu sẽ tùy thuộc vào tình trạng của bệnh nhân.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Tiểu đường và những biến chứng nguy hiểm

Thời gian đầu, người bệnh tăng huyết áp cấp cứu có thể phải có chế độ ăn uống khắt khe đến khi huyết áp ổn định trở lại. Người bệnh cần được hướng dẫn tuân theo thực đơn cho người cao huyết áp, bao gồm chế độ ăn ít muối. Ngoài ra, bác sĩ cũng có thể yêu cầu thực hiện chế độ ăn kiêng để giảm cân nếu bệnh nhân thuộc dạng thừa cân,béo phì.

Người mắc bệnh tăng huyết áp có thể phải nằm trên giường và hạn chế vận động cho đến khi tình trạng ổn định. Bạn sẽ hoạt động bình thường sau khi huyết áp đã được kiểm soát tốt.

Tuân thủ chế độ điều trị tăng huyết áp là rất quan trọng để phòng ngừa cơntăng huyết áp cấp cứu. Khi bệnh nhân tăng huyết áp có các biểu hiện cấp cứu, hãy đến bệnh viện để được các bác sĩ thăm khám. Tại bệnh viện các bác sĩ đo huyết áp, kiểm tra mắt để xem các tổn thương, xét nghiệm máu và nước tiểu cùng các phương pháp khác để đánh giá tình trạng bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-huyet-ap-thai-ky/

Nội dung bài viết

Định nghĩa tăng huyết áp thai kỳ

Triệu chứng của tăng huyết áp thai kỳ

Theo dõi huyết áp trong khi mang thai

Nguy cơ và biến chứng tăng huyết áp thai kỳ

Điều trị tăng huyết áp thai kỳ

Phòng ngừa tăng huyết áp và tiền sản giật

Tăng huyết áp thai kỳ là một bệnh lý thường xảy ra nhất trong thai kỳ. Bệnh nếu không được phát hiện sớm, kiểm soát và điều trị kịp thời sẽ nguy hiểm cho cả thai nhi và mẹ. Đây là nguyên nhân quan trọng gây tử vong cho mẹ trên toàn thế giới. Cần tìm hiểu rõ về tăng huyết áp thai kỳ để có các biện pháp theo dõi phù hợp.

Tăng huyết áp khi mang thai ảnh hưởng đến khoảng 5 – 10% phụ nữ mang thai. Chiếm khoảng 25% số ca nhập viện trước khi sinh, gây bệnh tật và có thể tử vong cho sản phụ, thai và trẻ sơ sinh.

Tăng huyết áp thai kỳ dựa vào trị sốhuyết áp tâm thu(HATT) ≥ 140 mmHg và / hoặchuyết áp tâm trương(HATTr) ≥ 90 mmHg. Phân thành mức độ nhẹ (140 – 159/90 – 109 mmHg) hoặc nặng (≥ 160/110 mmHg).

Khởi phát sau tuần lễ thứ 20 của thai kì huyết áp ≥ 140/90 mmHg.

Không có đạm niệu.

Huyết áp thường trở về bình thường sau 12 tuần hậu sản.

Tăng huyết áp mạn là các trường hợp tăng huyết áp xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kì hoặc tăng huyết áp đã có trước mang thai.

Thể nguy hiểm nhất có tiên lượng xấu nhất là: Tiền sản giật – sản giật, gây tổn thương đa cơ quan, chỉ có thể điều trị bằng cách giải quyết thai.

Tăng huyết áp trước khi có thai có tỷ lệ tiền sản giật và sinh non cao hơn.

Tăng huyết áp mạn có đạm niệu mới xuất hiện sau tuần thứ 20 thai kỳ.

Hoặc tăng huyết áp mạn có đạm niệu xuất hiện trước 20 tuần nhưng huyết áp tăng cao đột ngột hoặc cần phải tăng liều thuốc hạ áp, đặc biệt trên các bệnh nhân đang kiểm soát tốt huyết áp.

Hoặc mới xuất hiện dấu hiệu hay triệu chứng khác: đạm niệu tăng đột ngột, tăng men gan, giảm tiểu cầu < 100.000/µL , đau hạ sườn phải, phù phổi,…

Sản phụ:Nhau bong non, tai biến mạch máu não, suy tạng.

Thai: Chậm phát triển trong tử cung, sinh non, chết lưu.

Tăng huyết áp thai kỳ.

Tiền sản giật.

Sản giật.

Tiền sản giật ghé trên tăng huyết áp mạn tính.

Tăng huyết áp mạn tính.

Mỗi phụ nữ mang thai có thể gặp các triệu chứng khác nhau và cũng có thể không có triệu chứng.

Cao huyết áp.

Không hoặc có protein trong nước tiểu (để chẩn đoán tăng huyết áp thai kỳ hoặc tiền sản giật).

Phù (sưng).

Tăng cân đột ngột.

Thay đổi thị giác như mờ hoặc nhìn đôi.

Buồn nôn ói mửa.

Đau bụng bên phải hoặc đau quanh dạ dày.

Đi tiểu một lượng nhỏ.

Thay đổi xét nghiệm chức năng gan hoặc thận.

Huyết áp cao là bệnh lý phổ biến trong nhiều năm qua ở nước ta. Xem thêm:Chế độ ăn cho người bị cao huyết áp đóng vai trò quan trọng

Trước tiên xác nhận rằng không có biểu hiện lâm sàng chỉ điểm một tình trạng nặng huyết áp dưới 160/100 mmHg.

Người mẹ

Nghỉ ngơi ít nhất 10 phút trước khi đo.

Khi đo ở tư thế ngồi: ngồi thoải mái trên ghế có tựa lưng, không bắt chéo chân.

Cẳng tay đặt lên bàn, nganh với vị trí tim, lòng bàn tay ngửa.

Cánh tay không bị cản trở bởi tay áo.

Không nói chuyện trong khi đo huyết áp.

Máy đo

Chọn máy đo huyết áp có kích thước băng quấn phù hợp: chiều rộng túi khí 12 – 15 cm; chiều dài túi khí 20 – 30 cm (tùy chu vi tay người mẹ).

Kiểm tra máy đo huyết áp và ống nghe xem có chỗ nào xì hơi không.

Cách đo

Quấn túi khí lên động mạch cánh tay, quấn đều và vừa sát chung quanh cánh tay, cách nếp khuỷu 2-3 cm. Định vị túi khí sao cho đường đi của động mạch cánh tay ở ngay giữa túi khí.

Đặt áp kế ngang tầm mắt.

Khóa van theo chiều kim đồng hồ cho đến khi đã đóng chặt.

Xác định huyết áp tâm thu ước lượng bằng phương pháp bắt mạch:

Bắt mạch quay.

Bơm hơi vào túi khí cho đến khi không còn bắt được mạch quay (tương ứng với huyết áp tâm thu ước lượng) và tiếp tục bơm lên 30 mmHg trên mức áp suất tương ứng lúc mạch mất.

Xả hơi ra nhanh và hoàn toàn, sau đó khóa van lại.

Chờ 15 – 30 giây rồi bắt đầu bước kế tiếp.

Xác định huyết áp tâm thu và tâm trương

Đặt ống nghe lên trên động mạch cánh tay. Ống nghe không được nhét dưới băng quấn.

Bơm hơi nhanh vào túi khí trên mức huyết áp tâm thu ước lượng 30 mmHg.

Mở van ra chậm, xả hơi trong túi khí với tốc độ 2-3 mmHg/giây.

Khi áp suất hạ xuống sẽ nghe được các tiếng động (Korotkoff) có tần số thấp.

Huyết áp tâm thu là trị số tương ứng với lúc nghe được tiếng động (Korotkoff) đầu tiên.

Khi tiếp tục hạ áp suất, tiếng động tăng lên, sau đó yếu đi (thay đổi âm sắc) rồi mất hẳn. Trị số lúc tiếng động mất đi phản ánh huyết áp tâm trương.

Sau khi tiếng động mất hẳn, tiếp tục xả hơi chậm khoảng 10 – 20 mmHg, rồi xả hơi ra nhanh và bóp túi cao su cho hơi ra hết. Tháo băng ra khỏi cánh tay trừ phi lặp lại lần đo. Nếu cần phải đo lại thì nên chờ ít nhất 2 phút.

Ghi lại chỉ số huyết áp sau khi đo.

Có thể đo huyết áp đơn giản hơn bằng máy đo tự động (mức độ chính xác thấp hơn). Mục đích theo dõi sự thay đổi huyết áp một cách tiện lợi và nhanh hơn.

Các nguy cơ

Tăng huyết áp mạn so với huyết áp bình thường

Tăng huyết áp mức độ nhẹ (%)

Tăng huyết áp mức độ nặng (%)

Tiền sản giật

Gấp 2 – 4 lần

10 – 25

50

Bong nhau

Gấp 2 lần

0,7 – 1,5

5 – 10

Sanh non < 37 tuần

12 – 34

62 – 70

Thai chậm tăng trưởng

Gấp 5 lần

8 – 16

31 – 40

Ngoài ra có thể dẫn đến suy tim, bệnh cảnh não của tăng huyết áp, bệnh võng mạc, xuất huyết não, suy thận cấp,…

Cần theo dõi và được hướng dẫn kiểm tra huyết áp thường xuyên và các dấu hiệu bất thường khác.

Nghỉ ngơi nhiều, chế độ ăn giàu đạm, nhiều rau cải.

Theo dõi huyết áp tại nhà với nhật kí ghi lại diễn biến huyết áp 2 lần/ ngày hoặc nhiều hơn.

Không được dùng thuốc lơi tiểu, an thần.

Không có chỉ định dùng thuốc chống tăng huyết áp cho tiền sản giật không có dấu hiệu nặng.

Theo dõi tăng cường, đếm cử động thai hằng ngày. Siêu âm sinh trắc và đo chỉ số ối (AFI) 3 tuần /1 lần, ngoại trừ khi cần theo dõi gần hơn.

Tiền sản giật là tình trạng rối loạn nguy hiểm thường gặp với phụ nữ mang thai, trong đó tăng huyết áp thai kỳ là một trong những biểu hiện của bệnh này.

Tăng huyết áp trong lần mang thai trước đây.

Bệnh thận mạn.

Bệnh tự miễn như lupus ban đỏ hệ thống hoặc hội chứng kháng phospholipid.

Đái tháo đường type 1 hoặc type 2.

Tăng huyết áp mạn tính.

Mang thai lần đầu.

Tuổi ≥ 40.

Khoảng cách giữa hai lần mang thai hơn 10 năm.

BMI≥ 35 kg/m² tại lần khám đầu tiên.

Tiền sử gia đình tiền sản giật.

Đa thai.

Bổ sung canxi (1,5 – 2 g/ngày đường uống) được khuyến cáo phòng ngừa tiền sản giật ở phụ nữ với chế độ ăn nhập ít canxi (< 600 mg/ngày) tại lần khám tiền sản đầu tiên.

Việc sử dụng thuốc để điều trị tăng huyết áp trong lúc mang thai cần được sự tư vấn rõ ràng và cụ thể từ bác sĩ. Vì rất có thể dùng thuốc có tác dụng phụ lên mẹ và thai nhi, gây ra nhiều biến chứng không thể lường trước được.

Tóm lại,tăng huyết áp thai kỳnếu không được phát hiện sớm sẽ rất nguy hiểm đến cả mẹ và bé, vì thế ngay khi biết mang thai, các bà mẹ nên đến các cơ sở y tế uy tín để được tầm soát và tư vấn điều trị hợp lý nếu có phát hiện tăng huyết áp thai kỳ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-huyet-ap-vo-can-va-nhung-dieu-chua-biet/

Nội dung bài viết

Tăng huyết áp vô căn là gì?

Những yếu tố nguy cơ của căn bệnh tăng huyết áp vô căn

Những triệu chứng nhận biết bệnh tăng huyết áp vô căn

Làm sao để nhận biết đang mắc bệnh hay không?

Điều trị tăng huyết áp vô căn như thế nào?

Những biến chứng liên quan đến bệnh tăng huyết áp vô căn

Hầu hết các trường hợp huyết áp cao đều không thể xác định nguyên nhân, được gọi là “tăng huyết áp vô căn”. Mặc dù vẫn còn nhiều điều chưa giải thích được về tình trạng này. Tuy nhiên, bệnh cũng được xác định có liên quan đến một số yếu tố nguy cơ, ví dụ xu hướng di truyền trong gia đình và nguy cơ mắc bệnh ở nam giới cao hơn phụ nữ. Tuổi tác và chủng tộc cũng góp phần ảnh hưởng. Tình trạng tăng huyết áp vô căn cũng chịu ảnh hưởng rất nhiều bởi chế độ ăn uống và lối sống.

Tăng huyết áp vô căn là một dạng cao huyết áp mà bác sĩ không thể xác định được nguyên nhân cụ thể. Căn bệnh này cũng được biết đến với tên gọi tăng huyết áp nguyên phát.

Huyết áplà áp lực máu tác động lên thành động mạch khi tim co bóp bơm máu. Tăng huyết áp xảy ra khi áp lực máu mạnh hơn bình thường.

Hầu hết các trường hợp huyết áp cao đều được phân loại là tăng huyết áp vô căn. Một loại tăng huyết áp khác là tăng huyết áp thứ phát. Tăng huyết áp thứ phát là dạng huyết áp cao do nguyên nhân xác định, chẳng hạn như bệnh thận.

Yếu tố di truyền được cho là có ảnh hưởng lớn đến tình trạng tăng huyết áp vô căn. Các yếu tố sau đây có thể làm tăng nguy cơ tiến triển căn bệnh này:

Chế độ ăn uống không lành mạnh.

Stress.

Ít hoạt động thể chất.

Thừa cân.

Hầu hết mọi người đều không nhận thấy bất kỳ triệu chứng nào của tình trạng tăng huyết áp vô căn. Một vài bệnh nhân thường chỉ phát hiện ra huyết áp của mình cao bất thường thông qua quá trình kiểm tra sức khỏe định kỳ.

Tăng huyết áp vô căn có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi.  Và thường ở độ tuổi trung niên hay gặp nhất.

Kiểm tra huyết áp là cách tốt nhất để phát hiện tình trạng bệnh. Quan trọng là bạn phải biết cách đo huyết áp và đọc kết quả.

Kết quả đo huyết áp thường biểu thị bằng hai số, ví dụ: 120/80 mmHg. Số đầu tiên là huyết áp tâm thu.Huyết áp tâm thuđo áp lực của máu tác động lên thành động mạch khi tim bạn bơm máu đến các cơ quan trong cơ thể.

Số thứ hai chỉ thịhuyết áp tâm trương, đo áp lực của máu lên thành động mạch giữa các nhịp tim, khi cơ tim thư giãn.

Chỉ số huyết áp của bạn có thể dao động lên hoặc xuống trong một ngày. Chúng có thể thay đổi sau khi tập thể dục, trong khi nghỉ ngơi, khi bạn bị đau và thậm chí khi bạn bị căng thẳng hoặc tức giận.

Đôi khi chỉ số huyết áp đo được cao hơn mức bình thường không có nghĩa là bị tăng huyết áp. Chẩn đoán mắc bệnh tăng huyết áp khi các chỉ số huyết áp cao hơn khoảng giới hạn bình thường trong ít nhất hai đến ba lần đo khác nhau.

Huyết áp bình thường là dưới 120/80 milimét thủy ngân (mmHg).

Tình trạng huyết áp tăng đo được chỉ số cao hơn huyết áp bình thường, nhưng không đủ để chẩn đoán bị tăng huyết áp:

Huyết áp tâm thu từ 120 đến 129 mmHg.

Huyết áp tâm trương dưới 80 mmHg.

Tăng huyết áp giai đoạn 1 là:

Huyết áp tâm thu từ 130 đến 139 mmHg hoặc huyết áp tâm trương từ 80 đến 89 mmHg.

Tăng huyết áp giai đoạn 2 là:

Huyết áp tâm thu cao hơn 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương cao hơn 90 mmHg.

Chưa có cách chữa trị triệt để bệnh tăng huyết áp vô căn. Tuy nhiên một số biện pháp điều trị bằng thay đổi lối sống hoặc nội khoa (dùng thuốc) có thể giúp ngăn chặn bệnh tiến triển.

Nếu bạn bị mắc phải tình trạng huyết áp tăng (chưa chẩn đoán bị cao huyết áp), bác sĩ sẽ khuyến nghị thay đổi lối sống để giảm chỉ số huyết áp, bao gồm:

Tập thể dục ít nhất 30 phút mỗi ngày.

Giảm cân nếu bạn thừa cân.

Ngưng hút thuốc.

Hạn chế uống rượu (không quá một ly mỗi ngày đối với nữ giới và hai ly một ngày đối với nam giới).

Tránh tình trạng căng thẳng, tức giận.

Chế độ ăn ít natri, tốt cho tim; giàu kali và chất xơ.

Nếu có vấn đề về thận, thì bạn cần phải hỏi ý kiến bác sĩ về việc bổ sung kali vào chế độ dinh dưỡng.

Nếu việc thay đổi lối sống không giúp hạ huyết áp cần thiết, bác sĩ có thể kê một hoặc nhiều loại thuốc hạ huyết áp. Các loại thuốc huyết áp phổ biến:

Thuốc chẹn beta, như metoprolol (Lopressor).

Thuốc chẹn kênh canxi, như amlodipine (Norvasc).

Thuốc lợi tiểu, như hydrochlorothiazide / HCTZ (Microzide).

Thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACE), như captopril (Capoten).

Thuốc ức chế thụ thể angiotensin II (ARB), như losartan (Cozaar).

Chất ức chế renin, chẳng hạn như aliskiren (Tekturna).

Huyết áp càng cao, tim càng phải làm việc nhiều hơn. Áp lực máu càng mạnh thì có thể làm tổn thương các cơ quan, mạch máu và cơ tim. Dần dà có thể làm giảm lưu lượng máu qua các cơ quan trong cơ thể, dẫn đến:

Suy tim.

Đau tim.

Xơ vữa động mạch, hoặc xơ cứng động mạch do sự tích tụ cholesterol (có thể dẫn đến đau tim).

Đột quỵ.

Tổn thương mắt.

Tổn thương thận.

Tổn thương thần kinh.

Nếu mắc bệnh tăng huyết áp vô căn, bạn cần phải thay đổi lối sống hoặc dùng thuốc tăng huyết áp đến hết đời. Biện pháp lựa chọn lối sống lành mạnh và thuốc men sẽ giúp bạn có thể kiểm soát tốt huyết áp của mình. Điều này giúp giảm thiểu các biến chứng, nguy cơ đau tim, đột quỵ và suy tim. Đồng thời cũng làm giảm nguy cơ tổn thương mắt hoặc thận.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-huyet-ap-vo-can-nguyen-phat/

Nội dung bài viết

Tăng huyết áp vô căn nguyên phát là gì?

Tăng huyết áp vô căn nguyên phát có nguy hiểm hay không?

Yếu tố làm tăng nguy cơ tăng huyết áp vô căn nguyên phát

Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp vô căn nguyên phát

Phòng ngừa tăng huyết áp vô căn nguyên phát như thế nào?

Tăng huyết áp vô căn nguyên phát là một trong những bệnh lý tim mạch rất phổ biến trong cuộc sống. Vậy thì bệnh lý này có nguy hiểm không? Có thể nào phòng ngừa được không? Những thắc mắc này của quý bạn đọc sẽ được Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô giải đáp chi tiết qua bài viết sau đây.

Huyết áp được định nghĩa là áp lực gây ra thông qua sự lưu thông máu nhằm  chống lại các sức cản của động mạch. Cũng như sức cản của các các mạch máu chính trong cơ thể.Tăng huyết áplà khi huyết áp cao hơn mức bình thường.

Huyết áp luôn được viết thành hai số. Số đầu tiên là huyết áp tâm thu. Con số này thể hiện áp lực trong các mạch máu khi tim đập và co bóp. Số thứ hai được gọi là huyết áp tâm trương. Con số này thể hiện áp lực trong các mạch máu giữa hai nhịp đập của tim.

Tăng huyết áp được chẩn đoán nếu nó được đo ít nhất hai lần khác nhau, cách nhau trên 15 phút. Khi đó, huyết áp tâm ở cả hai lần đo là ≥140 mmHg và / hoặc huyết áp tâm trương trong cả hai lần đo là ≥90 mmHg.

Tăng huyết áp được chia thành hai loại chính. Đó làtăng huyết áp vô căn nguyên phátvà tăng huyết áp thứ phát. Theo thống kê chung, đối với hầu hết người lớn, tăng huyết áp thuộc loại vô căn nguyên phát. Tức là không thể xác định được nguyên nhân gây tăng huyết áp.

Theo đó, tăng huyết áp nguyên phát là một loại tăng huyết áp không có nguyên nhân rõ ràng được xác định. Tuy nhiên, bệnh lý này được cho là có liên quan đến yếu tố di truyền, lười vận động và thừa cân, béo phì. Cho đến nay, đây là loại tăng huyết áp cao phổ biến nhất, ảnh hưởng đến hầu hết những người bị tăng huyết áp.

Tương tự như những bệnh lý tim mạch khác, tăng huyết áp vô căn cũng tiềm ẩn những mức độ nguy hiểm nhất định. Những biến chứng mà bệnh lý này gây ra có thể từ nhẹ đến nặng, từ đơn giản đến phức tạp. Biến chứng nghiêm trọng nhất có thể nguy hiểm đến tính mạng.

Nếu bệnh lý tăng huyết áp nguyên phát không được chẩn đoán và điều trị thích hợp, bệnh có thể gây ra nhiều biến chứng. Những biến chứng phổ biến nhất bao gồm:

Tổn thương thận, gâysuy thận cấp. Lâu dài dẫn đến suy thận mạn.

Ảnh hưởng đến chức năng của tim. Huyết áp tăng cao lâu dài làm tim co bóp mạnh hơn và thường xuyên hơn. Vì vậy, tim rất dễ bị suy. Hoặc xuất hiện một số biến chứng khác như: Nhồi máu cơ tim, dày buồng tim, rối loạn nhịp tim,…

Đột quỵ: Biến chứng này bao gồm nhồi máu não và xuất huyết não. Riêng biến chứng xuất huyết não do tăng huyết áp rất nguy hiểm. Nó có đe dọa tính mạng của người bệnh.

Biến chứng lên mắt: Tăng huyết áp về lâu dài có thể dẫn đến suy giảm thị lực.

Một số biến chứng ít gặp hơn bao gồm: Tăng nguy cơ mắc bệnhđái tháo đường, rối loạn chuyển hóa, suy giảm trí nhớ,…

Những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp nguyên phát bao gồm:

Tuổi tác: Nguy cơ tăng huyết áp nguyên phát sẽ tăng dần theo độ tuổi.

Chủng tộc: Tăng huyết áp vô căn đặc biệt thường gặp ở những người gốc Phi, người da đen.

Tiền sử gia đình: Tăng huyết áp vô căn có xu hướng di truyền.

Thừa cân, béo phì.

Ít hoạt động thể lực.

Thói quen hút thuốc lá.

Chế độ ăn có nhiều muối (Natri): Điều này làm cho cơ thể tăng giữ nước và dẫn đến huyết áp tăng cao

Uống nhiều rượu bia hoặc các loại đồ uống có cồn.

Stress, căng thẳng tâm lý thường xuyên.

Tăng huyết áp vô căn nguyên phátđược chẩn đoán xác định bằng cách đo huyết áp. Việc đo được tiến hành bằng máy đo huyết áp, còn được gọi là huyết áp kế hoặc thiết bị đo huyết áp. Việc đo huyết áp nên được thực hiện ở cả hai cánh tay, và đo hai lần khác nhau, cách nhau trên 15 phút.

Điều trị tăng huyết áp nguyên phát chủ yếu thông qua việc uống thuốc hạ áp. Việc uống thuốc phải được duy trì suốt đời vì đây là một căn bệnh mạn tính. Các nhóm thuốc có thể được các bác sĩ chỉ định cho người bị tăng huyết áp bao gồm:

Nếu thay đổi lối sống không mang lại kết quả khả quan, bác sĩ có thể kê đơn thuốc nhằm giảm huyết áp. Chúng có thể bao gồm:

Ức chế beta

Ức chế kênh canxi

Thuốc lợi tiểu

Ức chế men chuyển (ACE)

Thuốc chẹn thụ thể Angiotensin II

Ức chế renin

Nhóm thuốc giãn mạch (giãn động mạch, tĩnh mạch hoặc cả hai).

Để phòng ngừa bệnh, chúng ta nên thực hiện một số biện pháp sau đây:

Hạn chế tình trạng thừa cân, béo phì. Duy trì cân nặng nằm trong mức cho phép theo khuyến cáo của các nhà tư vấn dinh dưỡng.

Từ bỏ thói quen hút thuốc lá.

Chế độ ăn lành mạnh. Đó là ăn nhiều trái cây, rau củ, hạn chế mỡ động vật.

Ăn ít muối, ăn nhạt vừa phải, không nên ăn quá mặn.

Hạn chế uống rượu bia và các thức uống có cồn.

Tập thể dục, thể thao thường xuyên hơn.

Có chế độ sinh hoạt và nghỉ ngơi khoa học. Quản lý tốt tình trạng căng thẳng tâm lý của cơ thể.

Hy vọng những thông tin trong bài viết phần nào giúp bạn đọc hiểu rõ hơn về bệnh lýtăng huyết áp vô căn nguyên phát. Từ đó, các bạn sẽ có kế hoạch sinh hoạt, ăn uống và làm việc hợp lý. Mục tiêu chính là giảm nguy cơ mắc bệnh, cũng như phát hiện sớm bệnh để được điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-nhan-ap/

Nội dung bài viết

Tăng nhãn áp là gì?

Nguyên nhân của tăng nhãn áp là gì?

Ai có nguy cơ cao mắc tăng nhãn áp?

Tăng nhãn áp có triệu chứng như thế nào?

Tăng nhãn áp được phát hiện như thế nào?

Điều trị bệnh tăng nhãn áp như thế nào?

Tăng nhãn áp là một kẻ thù thầm lặng đối với sức khỏe. Bạn có thể bị tăng nhãn áp mà không có bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nào. Tuy nhiên, hậu quả mà nó để lại là rất to lớn: suy giảm thị lực không hồi phục. Dù vậy, phát hiện sớm và điều trị đúng hoàn toàn có thể ngăn chặn diễn tiến xấu. Trong bài viết này của Bác sĩ Nguyễn Hồ Thanh An, chúng ta sẽ cùng tìm hiểu các thông tin cơ bản về tăng nhãn áp bao gồm: nguyên nhân, biểu hiện, thăm khám và điều trị.

Tăng nhãn áp là tình trạng áp lực ở bên trong của mắt tăng cao hơn sinh lý bình thường. Nếu tình trạng này kéo dài có thể dẫn đến tổn thương thần kinh thị giác và suy giảm thị lực không hồi phục (còn gọi là bệnh glaucoma – hay bệnhcườm nước).

Tăng nhãn áp gây ra bởi sự mất cân bằng giữa quá trình sản xuất và thoát dịch ở phía bên trong mắt. Bạn có thể hình dung một cách đơn giản rằng mắt chúng ta như một quả bóng chứa đầy nước. Lượng nước trong quả bóng càng nhiều, áp lực trong quả bóng càng tăng. Nhãn áp tăng cao lâu ngày sẽ làm chết các tế bào thần kinh ở phía sau của mắt.

Tình trạng này có thể xảy ra sau chấn thương hay một bệnh lý ở mắt, hoặc sử dụng thuốc kéo dài (thường là thuốc nhóm steroid).

Bất kỳ ai cũng có thể mắc phải tình trạng này. Tuy nhiên, nếu bạn ở một trong các tình huống dưới đây thì sẽ có nguy cơ tăng nhãn áp cao hơn hẳn:

Có người thân bị tăng nhãn áp hoặc bệnh glaucoma (cườm nước).

Đang mắcđái tháo đườnghoặc tăng huyết áp.

Trên 40 tuổi.

Sử dụng steroid kéo dài (bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp đang điều trị, bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu…).

Đã từng chấn thương hoặc phẫu thuật mắt.

Tăng nhãn áp thường tồn tại màkhông có bất kỳ dấu hiệu hay triệu chứng nào. Do đó, khám mắt định kỳ với các bác sĩ nhãn khoa là thói quen rất quan trọng, đặc biệt là khi bạn có các yếu tố nguy cơ đã đề cập ở trên.

Tại các cơ sở y tế, bác sĩ có thể phát hiện tình trạng này thông qua việc thăm khám và chỉ định các xét nghiệm cần thiết.

Là một phương pháp đánh giá áp lực ở bên trong của mắt. Mỗi mắt sẽ được thực hiện ít nhất 2 – 3 lần để xác định chắc chắn. Bởi vì nhãn áp có thể thay đổi khác nhau ở từng người và từng thời điểm trong ngày.

Bác sĩ đo khả năng nhìn bằng cách dùng bảng chữ cái chuyên dụng được đặt ở khoảng cách quy định. Bằng cách này, ta sẽ đánh giá được ảnh hưởng của tăng nhãn áp lên thị lực của người bệnh.

Dùng để loại trừ triệu chứng mất tầm nhìn ngoại vi gây ra bởi bệnh cườm nước. Đây là hậu quả của tăng nhãn áp kéo dài không được điều trị. Bạn cần định kỳ tái khám để thường xuyên đánh giá nguy cơ dẫn đến mù lòa theo lời hẹn của bác sĩ.

Bác sĩ sử dụng một ống kính lúp đặc biệt để phát hiện các tổn thương ở võng mạc và dây thần kinh thị giác. Ở một vài trường hợp đặc biệt, có thể cần đến hình ảnh chụp võng mạc để theo dõi và đánh giá sự thay đổi trong tương lai.

Độ dày/mỏng của giác mạc có thể làm ảnh hưởng kết quả đo nhãn áp. Do đó, đo độ dày giác mạc dùng để đánh giá lại mức độ chính xác của kết quả đo lường trước đó.

Mục tiêu điều trị là cải thiện tình trạng tăng nhãn áp nhằm tránh dẫn đến tổn thương thần kinh và giảm/mất thị lực trong tương lai. Tùy vào những tình huống cụ thể, điều trị có thể là theo dõi, dùng thuốc hoặc phẫu thuật.

Là phương pháp phổ biến nhất trong điều trị tăng nhãn áp. Trong đó, thuốc nhỏ mắt là dạng được ưu tiên sử dụng để làm giảm áp lực ở bên trong của mắt. Đôi khi, cần phải phối hợp từ hai loại thuốc trở lên mới đạt được mục tiêu điều trị.

Trong quá trình điều trị,cần tái khám định kỳđể đánh giá về hiệu quả điều trị cũng như các tác dụng phụ không mong muốn của thuốc. Lần tái khám đầu tiên thường rơi vào khoảng 3 – 4 tuần sau khi sử dụng thuốc. Các lần tái khám tiếp theo tùy thuộc vào đánh giá đáp ứng lâm sàng của bác sĩ.

Phẫu thuật và laser thườngkhông được sử dụng rộng rãitrong điều trị tăng nhãn áp. Tuy nhiên, trong trường hợp vẫn không thể kiểm soát nhãn áp bằng thuốc thì hai phương pháp này có thể được lựa chọn. Hãy thảo luận với bác sĩ điều trị để hiểu rõ hơn về ưu và nhược điểm của từng phương pháp trước khi quyết định.

Tăng nhãn áp là yếu tố nguy cơ cao dẫn đến bệnh cườm nước, do đó cần được theo dõi chặt chẽ. Tùy thuộc vào mức độ kiểm soát nhãn áp và tổn thương thần kinh thị giác, lịch tái khám định kỳcó thể thay đổi từ 2 tháng/lần đến 1 năm/lần.Trong trường hợp không thể kiểm soát được nhãn áp, thời gian này có thể ngắn hơn.

Tình trạng này có thể xảy ra ở bất kỳ ai. Nguyên nhân có thể là do một chấn thương hay bệnh lý ở mắt. Các triệu chứng của bệnh biểu hiện một cách vô cùng kín đáo và gây hậu quả to lớn lên chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, nếu phát hiện sớm, tuân thủ tốt điều trị và tái khám định kỳ thường xuyên, phần lớn bệnh nhân tăng nhãn áp sẽ không phát triển thành bệnh cườm nước và suy giảm thị lực.

Điều trị tăng nhãn ápcó thể bao gồm theo dõi, dùng thuốc hoặc phẫu thuật. Một chế độ theo dõi định kỳ và giám sát chặt chẽ sau điều trị là cần thiết để hạn chế nguy cơ phát triển bệnh. Hãy chia sẻ để mọi người cùng biết và phòng tránh bạn nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-can-biet-ve-benh-tang-san-hach-bach-huyet/

Nội dung bài viết

Tổng quan

Các biểu hiện của bệnh lý tăng sản hạch bạch huyết là gì?

Nguyên nhân gây ra bệnh tăng sản hạch bạch huyết là gì?

Các biến chứng của bệnh là gì?

Chẩn đoán bệnh ra sao?

Điều trị bệnh tăng sản hạch bạch huyết như thế nào?

Tăng sản hạch bạch huyết, hay còn gọi là bệnh Castleman, là một bệnh lý hiếm gặp đặc trưng bởi sự tăng sản quá mức của hạch bạch huyết. Hạch bạch huyết mà một thành phần của hệ miễn dịch. Thường thì tình trạng phát triển quá mức này biểu hiện ở một hạch đơn độc. Hạch phì đại thường xuất hiện ở vùng ngực hay bụng. Hãy cùng Bác sĩ Phan Văn Giáo tìm hiểu thêm về căn bệnh này nhé.

Tình trạng tăng sảnhạch bạch huyếtcó thể biểu hiện ở một hạch đơn độc hay nhiều hạch. Có một số loại virus có liên quan đến bệnh lý này. Chúng bao gồm HHV-8, một loại virus herpes và virus HIV.

Biểu hiện của bệnh rất đa dạng, có thể từ nhẹ đến nặng. Phương pháp điều trị và khả năng hồi phục cũng thay đổi tuỳ theo những biểu hiện này.

Nếu bệnh Castleman chỉ ảnh hưởng đến một hạch bạch huyết, có thể bạn sẽ không có triệu chứng gì. Bạn có thể phát hiện ngẫu nhiên hạch phì đại khi đi khám hay làm xét nghiệm do một bệnh lý khác.

Một số triệu chứng khác có thể đi kèm là:

Sốt.

Sụt cân không chủ ý.

Mệt mỏi.

Đổ mồ hôi trộm.

Buồn nôn.

Gan to, lách to.

Đối với trường hợp bệnh Castleman biểu hiện ở nhiều hạch, các hạch bị ảnh hưởng thường nằm ở cổ,xương đòn, vùng nách hay bẹn.

Nếu bạn để ý thấy một khối nổi ở các vùng như cổ, nách, xương đòn hay vùng bẹn, rất có thể đây là một hạch bị phì đại. Khi gặp tình trạng này, bạn nên đi khám bác sĩ. Ngoài ra, bạn cũng nên đi khám khi cảm thấy đầy bụng, nặng ngực, sốt, mệt mỏi hay sụt cân không rõ nguyên nhân.

Hiện tại, chúng ta vẫn chưa biết rõ nguyên nhân gây bệnh này là gì. Tuy nhiên, việc nhiễm virus HHV-8 có liên quan đến bệnh tăng sản hạch bạch huyết ở nhiều hạch.

Việc nhiễm HHV-8 cũng có liên quan đếnung thư Kaposi. Ung thư này là một biến chứng xuất hiện ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS. Các nghiên cứu tìm thấy rằng hầu như tất cả bệnh nhân HIV có bệnh Castleman đều nhiễm virus HHV-8. Ngoài ra, một nửa số người nhiễm HIV cũng có biểu hiện của bệnh lý này.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Bệnh có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi. Trung bình, người bệnh thường được chẩn đoán bệnh Castleman tại một hạch ở tuổi 35. Đối với tăng sản hạch bạch huyết tại nhiều hạch, thường bệnh xuất hiện ở tuổi 50 đến 60. Thể bệnh nhiều hạch cũng gặp ở nam nhiều hơn nữ.

Bạn cũng có nguy cơ mắc bệnh Castleman tại nhiều hạch cao hơn khi nhiễm virus HHV-8.

Đối với bệnh tại một hạch đơn độc, thường nó sẽ khỏi khi lấy bỏ hạch đi. Còn với thể bệnh tại nhiều hạch, những biến chứng nguy hiểm có thể xuất hiện. Chúng bao gồm nhiễm trùng nặng và suy cơ quan, có thể dẫn đến tử vong. Đối với những bệnh nhân HIV mắc Castleman, tiên lượng bệnh cũng thường xấu.

Hơn nữa, việc nhiễm bệnh cũng có thể tăng nguy cơ bị ung thư hạch bạch huyết.

Đọc thêm bài viết:Viêm hạch bạch huyết: Những điều cần hiểu đúng về bệnh.

Đầu tiên, bác sĩ sẽ thăm khám kỹ càng các hạch bị tăng sản. Sau đó, một số xét nghiệm có thể được sử dụng để chẩn đoán bệnh. Sau đây là một số xét nghiệm thường gặp:

Xét nghiệm máu và nước tiểu.Bạn cần các xét nghiệm này để loại trừ nhiễm trùng và những bệnh lý khác. Các xét nghiệm này còn giúp phát hiện được thiếu máu và các protein bất thường hay xuất hiện trong bệnh tăng sản hạch bạch huyết.

Các xét nghiệm hình ảnh học.Giúp phát hiện các hạch bạch huyết phì đại, khảo sát gan và lách. Thông thường, bạn có thể được chụp CT scan hoặc MRI vùng cổ, ngực hay bụng, chậu. Chụp xạ hình (PET scan) cũng có thể được sử dụng trong chẩn đoán bệnh. Xét nghiệm này còn giúp đánh giá sự đáp ứng với điều trị.

Sinh thiết hạch. Sinh thiết giúp phân biệt bệnh Castleman với các bệnh lý hạch khác, nhưung thư hạch. Bạn có thể được lấy một mẫu mô hạch để xét nghiệm.

Tuỳ thuộc vào thể bệnh mà bạn có, cách điều trị bệnh sẽ khác nhau.

Việc điều trị thể bệnh này có thể chỉ đơn giản là phẫu thuật lấy đi hạch tăng sản. Tuy nhiên, nếu hạch này nằm ở trong ngực hay bụng, có thể phải cần một cuộc mổ lớn.

Nếu không thể thực hiện phẫu thuật, có thể điều trị thuốc để làm teo nhỏ hạch lại. Xạ trị có thể được sử dụng để loại bỏ hạch bị ảnh hưởng một cách hiệu quả.

Sau khi được điều trị, bạn cần phải tái khám thường xuyên. Bác sĩ sẽ đánh giá lại và có thể làm một số xét nghiệm hình ảnh. Điều này giúp đảm bảo phát hiện sớm khi bệnh tái phát.

Phương pháp điều trị thể bệnh tại nhiều hạch là sử dụng thuốc và các liệu pháp khác để kiểm soát bệnh. Các điều trị này giúp kiểm soát sự tăng trưởng của các hạch bạch huyết. Điều trị đặc hiệu sẽ tuỳ thuộc vào mức độ của bệnh và tình trạng nhiễm HIV và HHV-8.

Các phương pháp điều trị có thể được sử dụng là:

Liệu pháp miễn dịch.Sử dụng thuốc giúp ngăn chặn sự phát triển của các hạch bạch huyết. Một số loại thuốc thường được dùng như siltuximab và rituximab.

Hoá trị.Liệu pháp này giúp làm chậm sự tăng sản của các tế bào bạch huyết. Bạn có thể cần sử dụng hoá trị liệu khi không đáp ứng với liệu pháp miễn dịch. Ngoài ra, bạn cũng có thể được sử dụng hoá trị khi có suy cơ quan.

Corticosteroids.Đây là một loại thuốc giúp ức chế miễn dịch. Chúng giúp kiểm soát phản ứng viêm.

Thuốc kháng virus.Các thuốc này giúp ức chế hoạt động của các virus HHV-8 và HIV.

Tăng sản hạch bạch huyết, hay còn gọi là bệnh Castleman là một bệnh hiếm gặp. Đặc trưng của nó là sự phát triển và phì đại quá mức của một hay nhiều hạch bạch huyết. Bệnh có thể được phát hiện tình cờ hay khi khám tổng quát. Phương pháp điều trị cũng phụ thuộc vào thể bệnh. Khi bạn có nghi ngờ rằng một hay nhiều hạch của mình bị phì đại, hãy đi khám để được chẩn đoán và điều trị sớm nhất nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-san-lanh-tinh-tuyen-tien-liet/

Nội dung bài viết

Tổng quan về tăng sản lành tính tuyến tiền liệt

Nguyên nhân gây bệnh

Triệu chứng

Điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TTL) rất phổ biến ở người lớn tuổi. Nhưng bệnh chỉ gây ra triệu chứng ở một số trường hợp. Những trường hợp còn lại thường không có triệu chứng và được phát hiện khi thăm khám lâm sàng. Vậy tình trạng này có nguy hiểm không và cách điều trị như thế nào? Bài viết dưới đây của YouMed sẽ có lời giải đáp cho bạn.

TTL là một tuyến có hình nón ngược, nằm sau phúc mạc. Tiền liệt tuyến bao quanh cổ bàng quang và niệu đạo. Ở người trưởng thành, TTL có trọng lượng khoảng 20g.

Về mặt giải phẫu học, tiền liệt tuyến nằm ngay trước trực tràng. Niệu đạo chạy qua trung tâm của tiền liệt tuyến từ bàng quang đến dương vật.  Do đó nó cũng là đường dẫn nước tiểu ra ngoài cơ thể.

Tiền liệt tuyến có vai trò tiết chất dinh dưỡng và bảo vệ tinh trùng. Khi xuất tinh,tuyến tiền liệtsẽ đưa các chất dinh dưỡng này vào niệu đạo và cùng với tinh trùng được phóng ra ngoài dưới dạng tinh dịch.

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt có tên tiếng anh là Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Đây là tình trạng TTL phát triển quá mức nhưng không mang đặc điểm ác tính.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), có trên 50% nam giới từ 60 – 70 tuổi mắc bệnh này. Tỷ lệ này là khoảng 88% ở những người trên 80 tuổi.

BPH có thể gây ra các triệu chứng tiết niệu khó chịu, chẳng hạn như bí tiểu. Và cũng có thể gây ra các triệu chứng liên quan đến bàng quang, đường tiết niệu hoặc thận.

BPH có thể phát triển từ từ trong một thời gian dài mà không gây triệu chứng. Tuy nhiên, các triệu chứng nếu xuất hiện thì rất khó chịu và gây ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống người bệnh.

Những đối tượng dễ mắc bệnh BPH bao gồm:

BPH hiếm khi gây ra các dấu hiệu và triệu chứng ở nam giới dưới 40 tuổi. Khoảng 1/3 người bệnh có các triệu chứng từ trung bình đến nặng ở độ tuổi 60. Và khoảng 1/2 có triệu chứng tương tự ở độ tuổi 80.

Gia đình có người bịtăng sản lành tính tuyến tiền liệtthì khả năng bạn mắc căn bệnh này là cao hơn so với người bình thường.

Nghiên cứu cho thấybệnh tiểu đường, cũng như bệnh tim và việc sử dụng thuốc chẹn beta làm tăng nguy cơ mắc BPH.

Nghiên cứu cho rằng,béo phìlàm tăng nguy cơ mắc BPH. Thường xuyên tập thể dục có thể làm giảm nguy cơ mắc bệnh.

Hiện tại vẫn chưa có nguyên nhân cụ thể của bệnh. Tuy nhiên theo nhiều nghiên cứu cho thấy những thay đổi trong sự cân bằng hormone khi nam giới trưởng thành và sự tăng trưởng của tế bào có thể là yếu tố gây bệnh.

Ngoài ra yếu tố di truyền cũng là một trong những nguyên nhân gây bệnh được đề cập đến.Tăng sản lành tính tuyến tiền liệtnên tiến hành điều trị sớm để tránh những ảnh hưởng xấu do bệnh gây nên.

Mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng ở những người bị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là khác nhau. Các triệu chứng có xu hướng nặng dần theo thời gian. Các dấu hiệu và triệu chứng phổ biến của BPH bao gồm:

Tiểu nhiều lần.

Tiểu gấp.

Tiểu đêm.

Tiểu ngập ngừng.

Tiểu ngắt quãng.

Tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu gấp là do sự rỗng không hoàn toàn và nhanh chóng đầy trở lại của bàng quang. Giảm độ lớn và áp lực của dòng nước tiểu gây triệu chứng tiểu ngập ngừng và tiểu ngắt quãng.

Tiểu đau và tiểu buốt thường hiếm xảy ra.

Cảm giác còn nước tiểu trong bàng quang nên có thể xảy ra:

Tiểu nhỏ giọt.

Tiểu không tự chủ.

Bí tiểu hoàn toàn.

Một số bệnh nhân có tình trạng bí tiểu hoàn toàn, đột ngột. Dấu hiệu là khó chịu vùng hạ vị và bàng quang căng to. Bí tiểu có thể là kết quả của:

Nhịn tiểu thường xuyên, kéo dài.

Không vận động/ bất động khi chấn thương.

Tiếp xúc với nhiệt độ lạnh.

Sử dụng thuốc kháng cholinergic, thuốc ức chế giao cảm, thuốc gây mê, opioid, rượu.

Việc cố đi tiểu khi bị bí tiểu có thể gây sung huyết tĩnh mạch của niệu đạo TTL và vùng tam giác cổ bàng quang. Từ đó chúng có thể bị vỡ ra và gây ra tiểu máu. Về lâu dài còn có thể gây ra ngất phế vị (do phản xạ thần kinh) làm giãn búi mạch máu gây trĩ hoặc thoát vị bẹn.

Các triệu chứng bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt có thể được lượng giá bằng điểm số. Chẳng hạn như 7 câu hỏi trong thang điểm triệu chứng của Hiệp hội tiết niệu Hoa kỳ.

Mức độ nhẹ: Tổng điểm từ 1 – 7.

Mức độ vừa: Tổng điểm từ 8 – 19.

Mức độ nặng: Tổng điểm từ 20 – 35.

Có rất nhiều phương pháp điều trịtăng sản lành tính tuyến tiền liệtnhư: dùng thuốc, liệu pháp xâm lấn tối thiểu và phẫu thuật. Việc lựa chọn điều trị nào tốt nhất cho người bệnh phụ thuộc vào một số yếu tố, bao gồm:

Kích thước TTL.

Tuổi bệnh nhân.

Sức khỏe tổng thể của người bệnh.

Mức độ khó chịu bệnh nhân có.

Nếu các triệu chứng có thể chấp nhận được, người bệnh có thể quyết định hoãn điều trị và chỉ cần theo dõi các triệu chứng của mình. Ở một số trường hợp, các triệu chứng có thể thuyên giảm mà không cần điều trị.

Nhìn chung nếu lựa chọn điều trị thì các bác sĩ sẽ có nguyên tắc chung như:

Tránh sử dụng thuốc tác dụng trên hệ giao cảm, thuốc kháng cholinergic, và opioids.

Dùng thuốc chẹn alpha-adrenergic hoặc thuốc ức chế phosphodiesterase type 5 nếu córối loạn cương dương.

Cắt TTL qua niệu đạo hoặc thủ thuật ít xâm lấn hơn.

Bí tiểu cần được điều trị ngay lập tức. Đặt ống thông tiểu là biện pháp đầu tiên được chỉ định để điều trị bí tiểu.

Nếu không thể đặt ống thông tiểu qua được, có thể sử dụng một ống thông có đầu coudé (có đoạn đầu sonde cong nhẹ). Nếu ống thông này vẫn không thể qua được, phải nội soi bàng quang bằng ống mềm hoặc dùng dụng cụ nong dẫn nước tiểu.

Dẫn lưu nước tiểu trên xương mu có thể được chỉ định nếu cách tiếp cận từ niệu đạo không thành công.

Đối với trường hợp tắc nghẽn một phần và các triệu chứng khó chịu thì cần ngưng tất cả các thuốc kháng cholinergic, thuốc kích thích giao cảm, opioids.

Đối với bệnh nhân có triệu chứng tắc nghẽn nhẹ đến trung bình, thuốc chẹn alpha-adrenergic có thể làm giảm các vấn đề rối loạn đi tiểu.

Thuốc ức chế 5 alpha-reductase có thể làm giảm kích thước của TTL, giảm các vấn đề về đi tiểu qua nhiều tháng. Đặc biệt ở những bệnh nhân có TTL lớn hơn > 30 mL.

Sự kết hợp của cả hai loại thuốc trên là tốt hơn so với thuốc đơn trị.

Có nhiều loại thuốc không cần kê đơn nhằm điều trị hỗ trợ và thay thế được đề xuất để điều trị BPH. Nhưng đa số các loại này cần kiêng trì sử dụng thời gian dài và tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi dùng.

Phẫu thuật được thực hiện khi bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bằng thuốc. Hoặc khi bệnh nhân có tiến triển các biến chứng như:

Nhiễm trùng đường niệu tái phát.

Sỏi tiết niệu.

Rối loạn chức năng bàng quang trầm trọng.

Giãn đường tiết niệu cao.

Phẫu thuật cắt TTL qua đường niệu đạo (TURP) là cơ bản nhất. Chức năng cương dương và kiểm soát tiểu tiện thường được bảo tồn. Chỉ khoảng 5 – 10% bệnh nhân gặp phải vấn đề trên sau phẫu thuật.  Đa số là xuất tinh ngược dòng.

Các phương pháp điều trị ít xâm lấn hơn bao gồm:

Điều trị bằng vi sóng nhiệt trị liệu.

Bốc hơi TTL bằng điện cao tần.

Siêu âm hội tụ cường độ cao.

Dùng kim cắt qua niệu đạo,

Bốc hơi TTL bằng sóng vô tuyến.

Liệu pháp phun nước nóng áp lực.

Đặt stent trong niệu đạo.

Các trường hợp nào cần sử dụng các phương pháp này vẫn chưa được xác định rõ ràng. Hiện nay các thủ thuật này được thực hiện ở các phòng mạch ngày càng nhiều hơn. Vì chúng không đòi hỏi gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng.

Kết quả về lâu về dài của các phương pháp kể trên đối với sự thay đổi tự nhiên của tăng sản lành tính tuyến tiền liệt vẫn đang được nghiên cứu.

Qua bài viết trên, hy vọng bạn đã hiểu về bệnh lýtăng sản lành tính tuyến tiền liệt. Bệnh có nguy cơ gia tăng theo độ tuổi và thường không có triệu chứng. Do đó bạn cần tránh một số yếu tố nguy cơ và đi khám ngay nếu có bất cứ triệu chứng nào bất thường ở đường tiết niệu sinh dục.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-san-thuong-than-bam-sinh/

Nội dung bài viết

Tổng quan về tăng sản thượng thận bẩm sinh

Biến chứng tăng sản thượng thận bẩm sinh

Nguyên nhân tăng sản tuyến thượng thận

Triệu chứng tăng sản thượng thận bẩm sinh

Người bệnh có thể tự điều trị tại nhà được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán tăng sản thượng thận bẩm sinh

Điều trị tăng sản thượng thận bẩm sinh

Cách phòng ngừa tăng sản thượng thận bẩm sinh

Tiên lượng bệnh

Tăng sản thượng thận bẩm sinh là một rối loạn di truyền của tuyến thượng thận có thể ảnh hưởng lên cả bé trai và bé gái từ lúc mới sinh cho đến khi trưởng thành. Vậy tăng sản thượng thận bẩm sinh là gì, nguyên nhân và cách điều trị bệnh lý này như thế nào? Mời bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Nguyễn Đinh Tuấn tìm hiểu về bệnh lý này thông qua bài viết dưới đây nhé!

Tuyến thượng thậnlà các tuyếnnội tiếtnằm ở cực trên củathận. Mỗi tuyến bao gồm hai phần: phần vỏ và phần tủy. Trong đó, vỏ thượng thận tiết ra các nội tiết tố như:1

Cortisollà một hormone glucocorticoid giúp kiểm soát việc sử dụng chất béo,proteinvà carbohydrate của cơ thể, ngăn chặn tình trạng viêm, điều hòa huyết áp, làm tăng lượng đường trong máu.1Từ đó, giúp cơ thể đối phó với những tình trạng căng thẳng một cách tốt hơn. Bên cạnh đó, hormone này cũng kiểm soát chu kỳ thức – ngủ của cơ thể.

Aldosterone là hormone mineralocorticoid, đóng vai trò trung tâm trong việc điều hòa huyết áp và một số chất điện giải (như natri và kali). Aldosterone sẽ gửi tín hiệu đến thận và kết quả là thận sẽ hấp thụ nhiều natri hơn vào máu, đồng thời giải phóng kali vàonước tiểu.

DHEA và Androgen

DHEAvàandrogenlà những tiền chất sẽ được chuyển hóa thành hormone nữ (estrogen) trongbuồng trứng, và hormone nam (testosterone) trongtinh hoàn. Các hormone này sau đó góp phần quan trọng vào sự phát triển giới tính ở cả bé gái và bé trai.

Các nội tiết tố kể trên đều được tổng hợp tại tuyến thượng thận từ nguồn nguyên liệu là cholesterone, dưới sự xúc tác của các enzyme theo 3 con đường được thể hiện trong sơ đồ dưới đây.

Việc sản xuất cortisol ở vỏ thượng thận xảy ra theo 5 bước chính qua trung gian enzyme (sơ đồ ở trên). Tăng sản thượng thận bẩm sinh là kết quả của sự thiếu hụt bất kỳ một trong các enzyme này. Suy giảm tổng hợp cortisol dẫn đến sự tăng tiếtACTH(nội tiết tố điều hòa quá trình tổng hợp cortisol) từtuyến yênthông qua cơ chế điều hòa ngược; từ đó gây kích thích vỏ thượng thận và dẫn đến tăng sản thượng thận cũng như bài tiết quá mức các tiền chất khác như 17-OH progesterone (17-OHP: xét nghiệm dùng để tầm soát) DHEA và androgen.2

Tăng sản thượng thận bẩm sinh là một nhóm các rối loạn di truyền lặn, gây khiếm khuyết một trong năm loại enzyme chịu trách nhiệm sinh tổng hợp cortisol ở vỏ thượng thận.2Bên cạnh đó, bệnh nhân còn có thể biểu hiện sự thiếu hụt aldosterone hoặc dư thừa androgen.

Tăng sản thượng thận bẩm sinh được phân thành 2 thể chính, dựa vào tình trạng thiếu hụt của các hormone và mức độ nặng trên lâm sàng:3

Đây là dạng bệnh nặng và ít phổ biến hơn. Ở những bệnh nhân này, cơ thể hoàn toàn không thể sản xuất cortisol. Do đó không có đủ cortisol cần thiết để điều chỉnh huyết áp, lượng đường trong máu và giúp cơ thể đáp ứng với bệnh tật hoặc chấn thương. Từ đó, bệnh nhân có thể biểu hiện các biến chứng nặng nề như sốc, hôn mê, thậm chí tử vong nếu không được phát hiện và điều trị sớm. Thể bệnh này thường được chẩn đoán ở thời kỳ sơ sinh và được phân thành 2 loại nhỏ hơn:4

Thể mất muối: Đây là dạng tăng sản thượng thận bẩm sinh nghiêm trọng nhất do tuyến thượng thận sản xuất quá ít aldosterone. Nếu không có đủ aldosterone, cơ thể sẽ mất nhiều muối natri qua nước tiểu.

Thể nam hóa: Tình trạng thiếu hụt aldosterone ở thể bệnh này ít nghiêm trọng hơn. Tuy không có bất kỳ triệu chứng đe dọa tính mạng nào, nhưng cơ thể vẫn không sản xuất đủ cortisol và tạo ra quá nhiều androgen. Sự gia tăng nội tiết tố androgen có thể gây ra các triệu chứng liên quan đến phát triển sinh dục và gây nam hóa ở nữ.

Đây là dạng bệnh phổ biến và có biểu hiện nhẹ hơn. Nó có thể không được chẩn đoán cho đến khi trẻ trưởng thành. Ở những bệnh nhân này, cơ thể tạo ra tương đối đủ cortisol, nhưng lại có sự tăng tiết quá mức nội tiết tố androgen.

Suy thượng thận cấp: Đây là một trường hợp đe dọa tính mạng có thể xảy ra trong vài ngày đầu sau khi sinh và cần được cấp cứu y tế ngay lập tức. Nó cũng có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi do các bệnh lý nhiễm trùng hoặc do phẫu thuật.5

Rối loạn điện giải: Thiếu aldosterone khiến cơ thể mất quá nhiều nước và muối qua nước tiểu. Do đó, bệnh nhân có nguy cơ mắc các biến chứng nghiêm trọng do mất cân bằng các chất điện giải như kali. Nếu không được điều trị, những rối loạn này có thể dẫn đến rối loạn nhịp tim, hoặc thậm chí tử vong.4

Các biến chứng có thể xảy ra đối với nam giới là:

Dậy thì sớm.

Chiều cao thấp dưới mức bình thường.

Các biến chứng ở nữ bao gồm:

Nam hóa.

Kinh nguyệt không đều.

Khô âm đạo.

Tăng sản thượng thận bẩm sinh là một rối loạn di truyền do đột biến gen lặn. Nếu một trẻ em sinh ra mắc bệnh lý này, cả cha và mẹ đều phải là người mang gen đột biến và truyền nó cho con của họ.3Bệnh nhân thường mắc đột biến gen CYP21A2 và từ đó gây ra nhiều thể lâm sàng khác nhau.2

Sự thiếu hụt enzyme 21-hydroxylase là nguyên nhân phổ biến nhất của tăng sản thượng thận bẩm sinh, chiếm hơn 90% trường hợp.6Dạng nhẹ của thiếu hụt 21-hydroxylase (thể không cổ điển) không nguy hiểm đến tính mạng, và thường không được phát hiện trong các chương trình sàng lọc sơ sinh, cũng như hiếm khi cần điều trị sớm. Các triệu chứng ở bé có thể bao gồm mọc lông sớm trên cơ thể,mụn trứng cá, hoặc kinh nguyệt không đều. Đồng thời, cả hai giới đều có bộ phận sinh dục bình thường. Những bệnh nhân này có thể cần hoặc không cần điều trị để cải thiện chất lượng cuộc sống.7

Các dạng tăng sản thượng thận hiếm gặp:7

Thiếu 11-beta hydroxylase: các bệnh nhân này thường chỉ biểu hiệntăng huyết ápdo giữ muối nước, cơ quan sinh dục không rõ ràng ở phụ nữ và đặc biệt ít khi có biến chứng suy thượng thận cấp.

Thiếu 17a-hydroxylase: cơ quan sinh dục ngoài thường không rõ ràng ở nam giới, kèm với sự phát triển không đầy đủ các đặc điểm giới tính ở tuổi dậy thì; hoặc rối loạn kinh nguyệt ở nữ.

Thiếu 3-beta-hydroxysteroid dehydrogenase: dẫn đến cơ quan sinh dục ngoài không rõ ràng ở nam và nữ. Cả hai giới đều có thể biểu hiện những triệu chứng của việc mất muối.

Tăng sản tuyến thượng thận dạng lipoid bẩm sinh: có thể gây tử vong sớm do biến chứng suy thượng thận cấp. Cả hai giới đều có khả năng bịvô sinhnếu sống sót qua giai đoạn sơ sinh.

Thiếu P450 oxidoreductase: biểu hiện các triệu chứng có thể giống như thiếu hụt 21-hydroxylase, hoặc 17-hydroxylase, hoặc cả hai. Một số trường hợp có liên quan đến chứng rối loạn xương được gọi là hội chứng Antley-Bixler.

Các biểu hiện của bệnh lý này khác nhau tùy thuộc vào gen nào bị ảnh hưởng và mức độ thiếu hụt của các enzyme. Sự mất cân bằng của các hormone do sản xuất quá ít cortisol, quá ít aldosterone, dư thừa nội tiết tố androgen hoặc sự kết hợp của những rối loạn này.5

Các triệu chứng do sự thiếu hụt cortisol tuyến thượng thận:4

Nôn ói.

Tiêu chảy.

Mất nước.

Hạ natri máu.

Hạ huyết áp.

Hạ đường huyết.

Rối loạn nhịp tim.

Nhiễm toan (acid).

Sụt cân.

Sốc.

Suy thượng thận cấp: đây là một biến chứng đe dọa đến tính mạng và cần được điều trị kịp thời.5

Các triệu chứng do tăng nồng độ androgen bao gồm:5

Cơ quan sinh dục không điển hình: trẻ sơ sinh nữ có thể có những bất thường về hình dạng cơ quan sinh dục ngoài, chẳng hạn nhưâm vậtlớn và giốngdương vật; hoặc môiâm hộđóng một phần giống như bìu.Niệu đạovàâm đạocó thể chỉ là một lỗ thay vì hai lỗ riêng biệt.Tử cung,ống dẫn trứngvà buồng trứng thường phát triển bình thường. Trong khi đó, trẻ sơ sinh nam lại thường không có thay đổi về bộ phận sinh dục ngoài.

Dậy thì sớm xảy ra ở cả nam và nữ. Lông mu và các dấu hiệu dậy thì khác có thể xuất hiện từ rất sớm.

Chiều cao thấp.

Rậm lông.

Mụn trứng cá nặng.

Các vấn đề về khả năng sinh sản: bao gồm kinh nguyệt không đều, hoặc không có kinh nguyệt và vô sinh ở nữ giới. Các vấn đề về khả năng sinh sản đôi khi cũng có thể xảy ra ở nam giới.

Đây là một thể bệnh nhẹ hơn. Do đó, bệnh nhân có thể có hoặc không có biểu hiện các triệu chứng.5

Phụ nữ mắc thể không cổ điển thường không có biến đổi bộ phận sinh dục khi sinh. Khi đến tuổi dậy thì, các triệu chứng sau đây có thể xuất hiện:

Kinh nguyệt không đều, hoặc hoàn toàn không có kinh nguyệt và gặp khó khăn trong việc mang thai.

Các đặc điểm nam hóa như: nhiều râu trên mặt, rậm lông, và giọng nói trầm.

Ở cả nam và nữ, có thể biểu hiện:

Dậy thì sớm.

Chiều cao thấp hơn bình thường.

Dương vật to nhưng tinh hoàn nhỏ.

Mụn trứng cá nặng.

Ở các thể bệnh nhẹ và không triệu chứng, bệnh nhân có thể không cần thực hiện các biện pháp điều trị đặc hiệu. Tuy nhiên, ở các thể bệnh nặng hơn, người bệnh cần đến gặp các bác sĩ để được tư vấn các biện pháp điều trị thay thế hormone, hoặc phẫu thuật để đảm bảo tuổi thọ và chất lượng cuộc sống.

Tăng sản thượng thận bẩm sinh thể cổ điển thường được phát hiện khi sinh, thông qua sàng lọc sơ sinh, hoặc khi trẻ có cơ quan sinh dục không điển hình. Bệnh lý này cũng có thể được xác định khi trẻ sơ sinh nam hoặc nữ có các dấu hiệu nặng do nồng độ thấp của cortisol, hoặc aldosterone hoặc cả hai.

Ở những trẻ mắc thể không cổ điển, các dấu hiệu và triệu chứng của dậy thì sớm có thể xuất hiện. Nếu ba mẹ lo lắng về sự tăng trưởng hoặc phát triển của con mình, hãy đặt lịch hẹn với các bác sĩ để được thăm khám và phát hiện kịp thời.

Ngoài ra, nếu đang mang thai và có nguy cơ mắc tăng sản thượng thận bẩm sinh do tiền sử bệnh của bạn hoặc của gia đình, hãy gặp bác sĩ để được tư vấn về di truyền trước sinh.

Tăng sản thượng thận bẩm sinh có thể được chẩn đoán trước khi trẻ được sinh ra, ngay sau khi sinh, trong thời thơ ấu hoặc ở độ tuổi trưởng thành.

Các xét nghiệm được sử dụng để xác định ở thai nhi có nguy cơ mắc những rối loạn này bao gồm:8

Chọc ối: các bác sĩ sẽ rút một mẫunước ốitừ bụng mẹ và sau đó đem đi xét nghiệm.

Sinh thiết gai nhau: thử nghiệm này bao gồm việc rút các tế bào từnhau thai, để tiến hành kiểm tra từ tuần thứ 10-12 của thai kỳ.

Tuy nhiên, các biện pháp này hiện nay không được khuyến cáo sử dụng để tầm soát bệnh lý này, do gây nhiều biến chứng lên thai nhi như nhiễm trùng,sẩy thai, chuyển dạsinh non…9

Hiện nay, Hội Nội tiết Hoa Kỳ khuyến cáo tầm soát tăng sản thượng thận bẩm sinh do thiếu hụt 21-hydroxylase cho mọi trẻ sơ sinh. Bé sẽ được rút máu ở gót chân và đo nồng độ 17-OHP để tầm soát bệnh lý này.10

Nồng độ bình thường của 17-OHP thay đổi theo lứa tuổi:11

Trẻ sơ sinh: < 400 – 600 ng/dL hoặc 12,12 – 18,18 nmol/L.

Trẻ em trước tuổi dậy thì: < 100 ng/dL hoặc 3,03 nmol/L.

Người lớn: < 200 ng/dL hoặc 6,06 nmol/L.

Ở trẻ sơ sinh nữ có cơ quan sinh dục không điển hình, các xét nghiệm nhiễm sắc thể có thể được thực hiện để xác định giới tính thật. Ngoài ra, siêu âm vùng chậu dùng để xác định sự hiện diện của các cấu trúc sinh sản nữ như tử cung và buồng trứng.8

Khi có các dấu hiệu gợi ý tăng sản thượng thận bẩm sinh ở trẻ lớn, các bác sĩ sẽ tiến hànhxét nghiệm máuđể đo nồng độ 17-OHP, cũng như xét nghiệm kiểm tra các bất thường về nồng độ điện giải trong cơ thể.

Các xét nghiệm về gen có thể được thực hiện với mục đích xác định chẩn đoán ở những trường hợp khó hoặc dùng để tư vấn di truyền.10

Việc điều trị bệnh có thể bao gồm thuốc, phẫu thuật tạo hình và hỗ trợ tâm lý.

Mục tiêu của điều trị tăng sản thượng thận bẩm sinh là giảm sản xuất androgen dư thừa và thay thế các hormone bị thiếu hụt.8

Các bệnh nhân thể cổ điển có thể kiểm soát thành công tình trạng bệnh, bằng cách dùng thuốc thay thế nội tiết tố trong suốt cuộc đời của họ.

Những người mắc thể không cổ điển có thể không cần điều trị hoặc có thể chỉ cần dùng liều nhỏ corticosteroid.

Các loại thuốc bao gồm:

Corticosteroid để thay thế cortisol. Lưu ý: bệnh nhân có thể cần tăng liều thuốc này khi cơ thể gặp các tình trạng bệnh lý hoặc cần phẫu thuật.

Mineralocorticoid để thay thế aldosterone giúp giữ muối và loại bỏ kali dư thừa.

Bổ sung muối để làm cân bằng lượng muối mất.

Để đánh giá hiệu quả điều trị của thuốc, các bệnh nhân cần:8

Tái khám thường xuyên: các bác sĩ sẽ kiểm tra sự tăng trưởng và phát triển của trẻ qua những lần khám. Bao gồm theo dõi những thay đổi về chiều cao, cân nặng, huyết áp và sự phát triển của xương.

Theo dõi các tác dụng phụ: nếu sử dụng liều cao và lâu dài corticosteroid sẽ gây nhiều tác hại như giữ nước, mất khối lượng xương, suy giảm sự phát triển chiều cao…

Xét nghiệm máu để kiểm tra nồng độ hormone: điều này đặc biệt quan trọng để đảm bảo rằng mức độ hormone được cân bằng. Trẻ em chưa đến tuổi dậy thì cần đủ cortisol để ức chế nội tiết tố androgen và giúp bé phát triển đến một chiều cao lý tưởng. Đối với phụ nữ mắc tăng sản thượng thận bẩm sinh, điều quan trọng là phải ngăn chặn nội tiết tố androgen để giảm thiểu các đặc điểm nam tính không mong muốn. Mặt khác, quá nhiều cortisol có thể gây rahội chứng Cushing.8

Ở một số trẻ sơ sinh nữ có cơ quan sinh dục không điển do tăng sản thượng thận bẩm sinh thể cổ điển, các bác sĩ có thể đề nghị phẫu thuật tái tạo để cải thiện chức năng sinh dục và mang lại vẻ ngoài giống như bình thường.

Phẫu thuật có thể liên quan đến việc giảm kích thước của âm vật và tái tạo lại cửa âm đạo. Thời điểm thực hiện phẫu thuật thường từ 2 đến 6 tháng tuổi. Những phụ nữ được phẫu thuật tạo hình bộ phận sinh dục có thể cần phẫu thuật nhiều hơn sau này.

Phẫu thuật bộ phận sinh dục dễ thực hiện hơn khi trẻ còn rất nhỏ. Tuy nhiên, một số cha mẹ chọn cách chờ đợi cho đến khi con họ đủ lớn để hiểu những rủi ro và đưa ra lựa chọn giới tính của mình.

Trước khi đưa ra quyết định về phương pháp điều trị tốt nhất cho con bạn, hãy nói chuyện và thảo luận với các chuyên gia y tế để đưa ra những lựa chọn sáng suốt giúp con bạn phát triển toàn diện.

Hỗ trợ tâm lý giúp giải quyết những vấn đề về tâm lý và cảm xúc của trẻ em, cũng như người lớn gặp phải trong quá trình mắc bệnh như sự mặc cảm, hay sự đánh giá của xã hội.

Điều trị trước khi sinh bằng corticosteroid tổng hợp truyền qua nhau thai còn gây nhiều tranh cãi và vẫn trong giai đoạn thử nghiệm. Cần có thêm nhiều nghiên cứu để xác định mức độ an toàn lâu dài, và ảnh hưởng của phương pháp điều trị này đối với sự phát triểnnão bộcủa thai nhi.8

Do đó, Hiệp hội Nội Tiết Hoa Kỳ vẫn tiếp tục khuyến cáo không nên sử dụng liệu pháp điều trị này đối với thai nhi ở thời điểm hiện tại.10

Bạn không thể phòng ngừa bệnh tăng sản thượng thận bẩm sinh cho bản thân vì đây là một tình trạng di truyền. Tuy nhiên, nếu bạn có tiền sử gia đình hoặc bản thân mắc bệnh lý này, và muốn ngăn ngừa tình trạng này cho con của mình. Bạn có thể liên hệ với các chuyên gia để được tư vấn di truyền trước khi có con.

Với điều trị thích hợp, trẻ bị tăng sản thượng thận bẩm sinh có thể sống cuộc sống bình thường và tham gia đầy đủ vào việc học tập và các hoạt động khác. Các bé gái mắc bệnh lý này vẫn có thể phát triển bình thường, cóchu kỳ kinh nguyệtđều đặn và có thể có con.3

Tóm lại,tăng sản thượng thận bẩm sinhlà một rối loạn di truyền làm ảnh hưởng đến quá trình tổng hợp các hormone ở vỏ thượng thận. Bệnh đặc trưng bởi sự thiếu hụt của cortisol, thiếu hụt aldosterone, dư thừa androgen hoặc sự kết hợp của các bất thường này. Có 2 phân loại chính gồm thể cổ điển (thường biểu hiện rõ và nặng nề hơn) và thể không cổ điển (thường có triệu chứng nhẹ). Phương pháp điều trị bao gồm việc sử dụng thuốc, phẫu thuật tạo hình cơ quan sinh dục và các liệu pháp tâm lý. Bạn nên liên hệ với bác sĩ để được điều trị phù hợp cũng như tư vấn di truyền trước khi có con.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tang-tieu-cau-lieu-co-gi-dang-lo-ngai-khong/

Nội dung bài viết

Thế nào là tăng số lượng tiểu cầu?

Các nguyên nhân gây tăng số lượng tiểu cầu?

Trạng thái này biểu hiện ra sao?

Liệu tăng số lượng tiểu cầu có nguy hiểm không?

Điều trị tình huống này như thế nào?

Tăng tiểu cầu là một trạng thái có thể gặp trên xét nghiệm phân tích máu. Tình huống này có đôi khi gặp trên xét nghiệm thường quy kiểm tra, trước phẫu thuật hoặc thậm chí là vì một bệnh lý khác. Khi đột nhiên thấy số lượng tiểu cầu trong máu tăng cao, nguyên nhân của tình trạng này có thể là gì, có nguy hiểm nhất định nào và cần xử trí ra sao. Hãy cùng theo dõi bài viết này nhé.

Tiểu cầu là một sản phẩm được tạo ra từ tuỷ xương. Bên cạnh hồng cầu (có chức năng vận chuyển oxi là chính) và bạch cầu (có chức năng bảo vệ cơ thể khỏi vi sinh vật). Các tiểu cầu có nhiều chức năng, nhưng quan trọng và được nhắc đến là chức năng đông cầm máu. Chúng đóng vai trò trong việc hình thành các nút chặn để ngăn ngừa tình trạng chảy máu tiến triển.

Bình thường số lượng tiểu cầu sẽ thay đổi khoảng từ 150.000 – 450.000 trên mỗi microlit. Tăng tiểu cầu khi con số này vượt giới hạn trên tức là trên 450.000 trên microlit. Đây là định nghĩa, còn thật sự tăng tiểu cầu có tác động như thế nào sẽ tuỳ thuộc vào nguyên nhân và mức độ tăng.

Nhìn chung chúng ta sẽ có hai nguyên nhân chính: Tăng tiểu cầu do phản ứng hoặc tăng tiểu cầu tự phát. Có nhiều khác biệt giữa hai nhóm nguyên nhân lớn này. Nhận diện và điều trị cũng có nhiều điểm không đồng nhất với nhau.

Các nguyên nhân khiến số lượng các tế bào này tăng nhìn chung là có yếu tố nào đó kích thích tuỷ xương. Tình trạng này sẽ xuất hiện và sau đó sẽ xu hướng cải thiện sau khi yếu tố kích thích được giải quyết. Bao gồm các nguyên nhân nổi bật sau:

Chảy máu, mất máu cấp tính.

Nhiễm trùng.

Stress do chấn thương, phẫu thuật,…

Thiếu sắt.

Phản ứng sau cắt lách.

Thiếu máu tán huyếtmiễn dịch.

Viêm không do nhiễm trùng: Thấp khớp, ung thư, phản ứng với thuốc,…

Đáp ứng với thuốc điều trị các bệnh: Giảm tiểu cầu miễn dịch, thiếu vitamin B12,…

Xem thêm bài viết:Vitamin B12: Những công dụng tuyệt vời cho sức khỏe

Nói chung, đây là hiện tượng rối loạn trong quá trình sản xuất tiểu cầu. Một đột biến làm quá trình sản xuất và tiêu thụ tiểu cầu vượt ra khỏi phạm vi thông thường. Các trường hợp này là bệnh lý Huyết Học. Nổi bật là nằm trong bệnh cảnh của Hội chứng tân tăng sinh tuỷ, tạm hiểu làung thư máu mạn tính. Bao gồm các bệnh lý sau, chẩn đoán phải dựa vào xét nghiệm gen (Sinh học phân tử):

Bạch cầu mạn dòng tuỷ.

Đa hồng cầu nguyên phát.

Tăng tiểu cầu tiên phát.

Xơ tuỷ nguyên phát.

Ngoài ra còn có các bệnh lý khác như:

Loạn sản tuỷ xương.

Bạch cầu cấp dòng tuỷ (Một số báo cáo tình huống này xảy ra, nhưng giảm tiểu cầu phổ biến hơn).

Tăng tiểu cầu có tính chất gia đình.

Đặc điểm của tăng tiểu cầu sẽ phụ thuộc vào số lượng và bản chất gây ra nó. Nếu là phản ứng, số lượng thường không quá cao và sẽ về bình thường sau đó. Khi nguyên nhân đáp ứng được kiểm soát. Trong khi đó khi số lượng tăng cao đáng kể, hay gặp trong các hội chứng tân tăng sinh tuỷ. Sẽ có nhiều triệu chứng gợi ý:

Đau đầu.

Hoa mắt, chóng mặt.

Đau ngực.

Tê yếu cơ.

Dị cảm đầu chi.

Trên nền một bệnh lý ví dụ như tân tăng sinh tuỷ khác thì kèm với triệu chứng của bệnh đó:

Lách to: Biểu hiện có khối ở dưới sườn – hông bên trái, ăn mau no. Gặp trong bạch cầu mạn dòng tuỷ, xơ tuỷ nguyên phát.

Da niêm đỏ rực, ngứa: Gặp trong Đa hồng cầu nguyên phát.

Như đã nói, điều này sẽ tuỳ vào nguyên nhân. Nếu là phản ứng, trọng tâm sẽ là do bệnh nền gây nên. Quan trọng là kiểm soát bệnh nền và tình trạng này nhìn chung là không đáng ngại.

Khi số lượng quá cao trong các bệnh cảnh tăng sinh tuỷ kể trên. Nguy cơ tắc mạch tăng lên. Vị trí tắc mạch những cơ quan trọng điểm như não, tim, sẽ có ảnh hưởng tiêu cực đến sức khoẻ người bệnh.

Can thiệp cũng dựa vào nguyên nhân:

Phản ứng: Điều trị tích cực nguyên nhân ví dụ như chấn thương, nhiễm trùng,… Các tình huống như dị ứng nhẹ, sau cắt lách, có thể không cần can thiệp gì và con số tiểu cầu sẽ về ổn định.

Bạch cầu mạn dòng tuỷ: Điều trị tuỳ thuộc vào giai đoạn bệnh. Ở giai đoạn sớm thì thuốc uống đặc trị có thể giúp kiểm soát bệnh lên đến hàng chục năm.

Đa hồng cầu nguyên phát: Trích máu, ngừa tắc mạch, một số tình huống có thể bổ sung thuốc chuyên biệt hơn để kiểm soát bệnh.

Tăng tiểu cầu tiên phát: Ngoài không co trích máu, thì có nhiều điểm tương tự đa hồng cầu. Quan trọng nhất vẫn ngừa cục máu đông có nguy cơ tắc mạch.

Xơ tuỷ nguyên phát: Thuốc giảm triệu chứng, ngừa tắc mạch,…

Khi tiểu cầu quá cao, có thể cần phải can thiệp bằng cách chiết tách liệu cầu. Sử dụng máu để lọc bỏ số lượng tiểu cầu dư thừa nhằm giảm thiểu nguy cơ.

Tăng tiểu cầulà một trong những bất thường hay gặp trên kết quả xét nghiệm. Khi số lượng tiểu cầu tăng nhẹ và có nguyên nhân gây tăng đáp ứng thì tình trạng này nhìn chung không đáng lo ngại nhiều, quan trọng là kiểm soát nguyên nhân nền. Số lượng tiểu cầu tăng cao trong các bệnh ung thư máu mạn tính (Hội chứng tân tăng sinh tuỷ), điều trị sẽ chuyên biệt dựa trên bệnh nền, cần tham vấn bác sĩ chuyên khoa Huyết Học để điều trị phù hợp và hiệu quả nhất nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ta-dich-benh-nguy-hiem-den-tu-thoi-quen-hang-ngay/

Nội dung bài viết

Bệnh tả là gì? Nguyên nhân gây bệnh tả

Phẩy khuẩn tả có mặt ở đâu?

Cách thức lây truyền bệnh tả

Những vùng nào thường xảy ra dịch tả?

Các yếu tố nguy cơ

Những triệu chứng thường gặp

Chẩn đoán bệnh tả như thế nào?

Những điểm chính trong điều trị tả

Những phương pháp phòng ngừa

Bệnh tả hay còn gọi là thổ tả rất thường gặp ở nước ta. Đây là một bệnh truyền nhiễm lây lan rất nhanh. Từ lúc xuất hiện cho đến nay, tả đã gây ra 7 đại dịch lớn trên thế giới. Ở nước ta, mỗi năm vẫn có hàng ngàn ca mắc với triệu chứng đa dạng. Vì sao tả lại lây lan nhanh chóng như vậy? Triệu chứng của bệnh là gì và làm sao để phòng tránh? Nguồn bệnh của tả đến từ đâu? Những câu hỏi trên sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên.

Bệnh tả được xếp vào bệnh truyền nhiễm nhóm A. Đây là phân nhóm các bệnh truyền nhiễm đặc biệt nguy hiểm. Chúng có khả năng lây truyền rất nhanh, phát tán rộng. Ngoài ra, nhóm bênh này có tỷ lệ tử vong cao hoặc chưa rõ tác nhân gây bệnh.

Đặc trưng của bệnh tả ở người là tình trạng nhiễm trùng cấp tính đường tiêu hóa. Cụ thể là ở ruột non. Tác nhân gây bệnh là phẩy khuẩn tả, do hình dáng chúng dưới kính hiển vi gần giống dấu phẩy. Tên khoa học của nó làVibrio cholera. Khi nhiễm vào bên trong cơ thể, phẩy khuẩn tả sẽ bám dính lên niêm mạc ruột non. Tại đây, chúng sinh sôi nảy nở và tiết ra độc tố. Từ đó gây ra nhiều triệu chứng đường tiêu hóa cho con người.

Mầm bệnh tả hiện diên trong phân của người nhiễm. Nếu không được vệ sinh tốt, mầm bệnh có thể lây ra nguồn nước và thực phẩm. Từ đó tạo thành nguồn lây từ người sang người. Dịch tả rất có thể xảy ra ở những nơi xử lý nước không đạt chuẩn, môi trường kém vệ sinh.

Phẩy khuẩn tả cũng có thể sống trong môi trường ở các vùng ven biển, vùng nước lợ. Các loài thủy hải sản như tôm cua, các loại sò,… là nguồn chứa mầm bệnh tả trong tự nhiên. Nếu không được chế biến kỹ, con người có thể mắc bệnh sau khi ăn các loài động vật này.

Đường lây quan trọng nhất là từ người sang người qua trung gian nước uống, thực phẩm nhiễm vi khuẩn. Lây trực tiếp từ người sang người qua tiếp xúc rất hiếm gặp. Vì vậy, không cần quá lo lắng khi tiếp xúc thông thường với người bệnh hay nhân viên y tế,…

Người bệnh đào thải vi khuẩn theo phân và chất nôn. Phân người bệnh chứa phẩy khuẩn tả trong khoảng thời gian 17 ngày nếu không được điều trị kháng sinh. Nếu được điều trị kháng sinh đặc hiệu, phẩy khuẩn tả sẽ hết dần. Nhanh nhất là 2 ngày, dài nhất 6 ngày. Một số bệnh nhân sau khỏi vẫn tiếp tục thải vi khuẩn ra bên ngoài, có thể từ  3 – 6 tháng. Lượng chất thải này nếu thải thẳng ra cống, mương, sông,… sẽ thành nguồn chứa mầm bệnh.

Cần lưu ý rằng có những người nhiễm vi khuẩn tả mà không có triệu chứng, hoặc đã điều trị khỏi. Phẩy khuẩn tả vẫn hiện diện trong phân của họ. Nếu những đối tượng này lơ là vệ sinh, họ có thể trở thành nguồn lây quan trọng.

Tả thường xảy ra ở các nước chậm và đang phát triển. Đặc biệt là những vùng dân cư đông đúc, điều kiện vệ sinh kém, thiếu nước ngọt. Châu Phi, Đông Nam Á và Haiti vẫn luôn có nhiều ca bệnh hằng năm. Nguồn nước ô nhiễm là yếu tố giúp tả lây lan rộng rãi và nhanh chóng trở thành dịch.

Tình hình dịch tả tại Việt Nam:

Ngoài ra, bệnh tả có tính thay đổi theo mùa rõ rệt. Ở vùng dịch lưu hành bệnh thường tăng cao vào mùa hè, mùa thu. Ở nước ta thường vào mùa nắng, khoảng tháng 2,3,4. Khí hậu thay đổi theo mùa ảnh hưởng đến các loài động vật thủy hải sản chứa mầm bệnh. Mặt khác, nó còn liên quan đến các hành vi tăng nguy cơ (đi hành hương, du lịch). Và tạo ra các tình huống dễ tiếp xúc mầm bệnh như thực phẩm kém vệ sinh, thiếu nước sạch.

Những đối tượng với các hành vi sau đây có nhiều nguy cơ nhiễm phẩy khuẩn tả:

Người cùng ăn uống với bệnh nhân tả.

Sống tại vùng sử dụng hố xí không đạt tiêu chuẩn. Chất thải không qua xử lí mà đổ thẳng ra sông, kênh rạch,…

Dùng phân tươi trong trồng trọt.

Người ở vùng ngập lụt, vùng cửa sông, ven biển.

Có tập quán ăn uống không hợp vệ sinh. Người hay ăn rau sống, thủy hải sản chưa chín, mắm tôm, tiết canh, thịt chó,…

Người có tình trạng giảm acid dạ dày hay đang dùng thuốc giảm acid dạ dày.

Những chưa có miễn dịch với tả dễ mắc bệnh hơn.

Người có nhóm máu O khi nhiễm bệnh có thể diễn tiến nặng hơn.

Ở người đã có miễn dịch với tả, biểu hiện bệnh thường là tiêu chảy rất nhẹ, thoáng qua. Miễn dịch có thể được tạo chủ động bằng tiêm vắc – cin, hoặc thụ động trên những người đã nhiễm và khỏi bệnh. Còn những người chưa có miễn dịch với tả, bệnh diễn ra điển hình qua các thời kỳ sau:

Là thời gian từ lúc phẩy khuẩn tả xâm nhập cơ thể đến khi có các triệu chứng đầu tiên. Đây là lúc vi khuẩn sinh sôi phát triển, tích lũy độc tố trong cơ thể. Thời kỳ ủ bệnh của tả không có triệu chứng. Thường kéo dài từ 6 – 48 giờ, tối đa 5 ngày. Dù chưa có biểu hiện, thời kỳ này mầm bệnh vẫn có thể phát tán và lây lan.

Là khoảng thời gian các triệu chứng đầu tiên bắt đầu xuất hiện. Ở bệnh tả, thời kỳ này thường đột ngột với cảm giác đầy bụng thoáng qua. Sau đó nhanh chóng chuyển thành tiêu chảy phân nước. Thường không sốt, không đau bụng, không nôn ói.

Đây là lúc xuất hiện đầy đủ các triệu chứng đặc trưng của bệnh. Các biến chứng nếu có sẽ biểu hiện trong khoảng thời gian này. Thời kỳ toàn phát của bệnh tả gồm các triệu chứng sau:

Tiêu chảyphân nước xối xả, màu trong hoặc đục như nước vo gạo.

Phân có mùi tanh đặc trưng.

Nôn ói.

Khát nước.

Khô niêm mạc.

Da lạnh tái, mất độ đàn hồi.

Mắt trũng.

Bồn chồn hoặc cáu kỉnh.

Chuột rút(còn gọi là vọp bẻ).

Mệt lả.

Nếu không được chữa trị kịp thời, người bệnh sẽ mất nước nhiều do nôn ói và tiêu chảy. Mất nước nặng sẽ dẫn đến tụt huyết áp, sốc,suy thận,… Hậu quả xấu nhất là tử vong.

Xử trí và chăm sóc các bệnh nhân tiêu chảy cấp tương tự nhau ở hầu hết các nguyên nhân. Tuy nhiên, xác định chính xác tình trạng nhiễm khuẩn tả là rất quan trọng. Người mắc tả cần được cách ly và báo cáo đầy đủ để tránh dịch bệnh lan rộng.

Đặc điểm nơi ở.

Có lui tới, du lịch ở vùng xảy ra dịch tả hay không.

Đã từng tiếp xúc với người bệnh hay chưa.

Quá trình diễn ra và đặc điểm của các triệu chứng

Những thuốc đã dùng.

Soi và cấy phân tìm phẩy khuẩn tả. Cấy phân có giá trị chẩn đoán xác định. Từ đó các ca bệnh tả được báo cáo đầy đủ và chính xác, ngăn ngừa dịch lan rộng.

Xét nghiệm nhanh, dùng cảnh báo sớm các ca có nguy cơ mắc bệnh tả. Các xét nghiệm nhanh hữu ích trong việc báo cáo dịch trong cộng đồng. Tuy nhiên, vẫn cần cấy phân để chẩn đoán chính xác bệnh tả.

Các xét nghiệm máu, chức năng thận,.. để tìm và điều trị kịp thời biến chứng.

Bù nước và điện giải. Điện giải là những chất rất quan trọng cho hoạt động của các tế bào trong cơ thể. Trong bệnh tả, điện giải thường mất theo nước do tiêu chảy, nôn ói.

Diệt vi trùng để tránh lây lan bằng kháng sinh đặc hiệu.

Ngoài ra, bổ sung kẽm cũng được chứng minh là giúp cải thiện triệu chứng của bênh tả ở trẻ em.

Oresol: là dung dịch của muối và đường được pha sẵn theo một tỷ lệ nhất định. Dung dịch oresol dùng cho trẻ em và người lớn có thể khác nhau.

Nước cháo muối. Dung dịch muối đường (8 muỗng cà phê đường + 1 muỗng muối).

Các loại dịch truyền dùng trong những cơ sở y tế.

Tùy theo mức độ mất nước mà loại dịch và lượng dùng sẽ thay đổi. Khi mất nước nhẹ, dùng oresol theo nhu cầu (uống khi khát) và sau khi đi tiêu. Nếu nôn ói nhiều thì có thể uống từng ngụm nhỏ.

Những trường hợp nặng hơn cần nhập viên để bù nước và theo dõi đúng cách.

Đảm bảo vệ sinh và an toàn thực phẩm.

Sử dụng nguồn nước sạch.

Đối với trẻ em, cải thiện dinh dưỡng sẽ giúp phòng bệnh. Cho trẻ bú mẹ, thăm khám theo lịch để ngừa và điều trị kịp thời suy dinh dưỡng.

Tiêm vắc – cin tạo miễn dịch chủ động với tả cho cơ thể.

Tất cả mọi người sống hoặc lui tới vùng đang có dịch hoặc đã xảy ra dịch cần tuân thủ:

Chỉ uống nước đã đun sôi để nguội. Hoặc nước đóng chai, đồ uống đóng hộp. Cần kiểm tra kỹ chai, lon nước còn mới, nguyên vẹn.

Tránh nước máy và đá viên không rõ nguồn gốc.

Rửa tay thường xuyên với xà phòng và nước sạch. Đặc biệt là trước khi nấu ăn, trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh.

Nếu không có nước và xà phòng, có thể dùng nước rửa tay có chứa cồn. Nồng độ cồn phải từ 60 độ trở lên mới có hiệu quả.

Tránh ăn thực phẩm, đồ để nguội quá lâu. Tránh ăn rau sống hoặc rửa thật kỹ trước khi ăn.

Sử dụng hố xí và nhà vệ sinh đạt chuẩn.

Tả ở người là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây lan nhanh chóng. Nguồn nước bẩn và thủy hải sản sống là những nguồn chính chứa mầm bệnh. Thói quen ăn đồ sống và môi trường kém vệ sinh sẽ tăng nguy cơ lây nhiễm tả. Triệu chứng chính của tả là tiêu chảy khiến cơ thể mất nước. Bổ sung nước, điện giải và kháng sinh sẽ cải thiện tình trạng bệnh. Rửa tay thường xuyên, ăn chín uống sôi và dùng nước sạch là vũ khí hiệu quả ngăn ngừa tả.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tat-dau-nho-noi-lo-lang-khi-mang-thai/

Nội dung bài viết

Tật đầu nhỏ là gì?

Nguyên nhân tật đầu nhỏ

Triệu chứng và các tác động về sau

Chẩn đoán tật đầu nhỏ

Điều trị tật đầu nhỏ

Dự phòng tật đầu nhỏ

Lời kết

Tật đầu nhỏ là một tình trạng thần kinh hiếm gặp. Khi so với các em bé cùng tuổi, mẹ sẽ thấy đầu bé nhỏ hơn. Vấn đề này có thể được phát hiện ngày từ khi mẹ đi siêu âm trong những tháng cuối thai kỳ. Tình trạng này có nguy hiểm không? Em bé về sau liệu có thể phát triển bình thường hay không sẽ được trình bày qua bài viết sau đây của Bác sĩ Hoàng Lê Trung Hiếu.

Tật đầu nhỏ là một tình trạng khi kích thước đầu của em bé nhỏ hơn rất nhiều so với kích thước bình thường.  Trong thai kì, đầu em bé lớn dần do não bé phát triển. Tật đầu nhỏ có thể xảy ra khi não em bé không có sự phát triển phù hợp trong thai kì. Tình trạng này cũng có thể do não dừng phát triển sau khi sinh.  Những bất thường kể trên có thể dẫn đến kích thước đầu nhỏ hơn so với bình thường. Tật đầu nhỏ có thể xảy ra đơn độc hoặc phối hợp với nhiều khuyết tật bẩm sinh khác.

Đây là một tình trạng hiếm gặp. Tỷ lệ mắc thay đổi theo từng vùng miền, dân tộc, với chỉ có một bé sinh ra mắc phải trong hàng ngàn em bé. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc là 2-12 trẻ/ 10.000 trẻ sinh ra. Số liệu về trẻ bị tật đầu nhỏ ở Việt Nam còn chưa được thống kê đầy đủ.

Có rất nhiều nguyên nhân tiềm tàng có thể gây tật đầu nhỏ, nhưng thường còn chưa được biết đến. Các nguyên nhân phổ biến nhất gồm:

Viêm nhiễm trong thời kỳ mang thai. Nhiễm toxoplamosis (gây ra bởi kí sinh trùng tìm thấy trong thịt chưa nấu chín), Campylobacter pylori,Rubella, Herpes,giang mai, cytomegalovirus, HIV và Zika.

Phơi nhiễm với hoá chất độc hại. Mẹ phơi nhiễm với các kim loại nặng như arsen, thuỷ ngân, rượu, phóng xạ, khói thuốc lá.

Bất thường về di truyền. Chẳng hạn mắchội chứng Down(hay Trisomy 21- có 3 nhiễm sắc thể số 21). Tật đầu nhỏ cũng có thể xuất hiện trong nhiều thế hệ gia đình.

Chấn thương đến não đang phát triển trong lúc mang thai/lúc sinh. (thiếu máu-thiếu oxy, chấn thương).

Dính khớp sọ. Các khớp xương trên hộp sọ của bé dính lại quá sớm làm thiếu không gian cho não phát triển.

Thai suy dinh dưỡng nặng.

Vào năm 2016, Tổ chức y tế thế giới (WHO) đã kết luận nhiễm virus Zika có thể gây bất thường não bẩm sinh. Zika là một loại virus lây truyền qua muỗi Aedes – loại muỗi truyền sốt xuất huyết và sốt vàng da. Có đến 80% các đối tượng nhiễm Zika không có biểu hiện triệu chứng. Tuy nhiên vì triệu chứng bệnh của Zika có thể tự khỏi do đó người dân không nên quá lo lắng khi nhiễm bệnh. Vấn đề đáng lo lắng là nguy cơ mắc hội chứng đầu nhỏ với thai nhi.

Nhiều em bé sinh ra bị tật đầu nhỏ hầu như không biểu hiện triệu chứng gì rõ ràng lúc sinh. Mức độ biểu hiện triệu chứng phụ thuộc vào mức độ nặng của tật đầu nhỏ. Trong một vài trường hợp, các bé phát triển hoàn toàn bình thường. Tuy nhiên, một số bé khác lại có thể gặp những vấn đề sau:

Động kinh.

Chậm phát triển. Chẳng hạn chậm nói hoặc chậm đạt được các mốc phát triển khác (như biết ngồi, biết đứng, biết đi).

Thiểu năng trí tuệ (giảm khả năng học và thích ứng với cuộc sống hàng ngày).

Gặp vấn đề về di chuyển và giữ thăng bằng.

Chậm lớn, tầm vóc thấp bé.

Vấn đề về ăn uống, như gặp khó khăn khi nuốt thức ăn.

Giảm thính lực (khả năng nghe kém hoặc mất).

Các vấn đề thị lực (chẳng hạn nhìn mờ, cận thị,…).

Tật đầu nhỏ có thể được chẩn đoán trong lúc mang thai hoặc khi em bé ra đời.

Tật đầu nhỏ đôi khi có thể được phát hiện khi mẹ đi siêu âm. Siêu âm là một kỹ thuật tái dựng lại hình ảnh em bé trong bụng mẹ lên màn hình máy siêu âm. Để thấy được đầu nhỏ trong lúc mang thai, siêu âm nên được thực hiện cuối 3 tháng giữa hoặc đầu 3 tháng cuối (tức nên siêu âm khoảng tháng 6 – 7 thai kỳ).

Cách tin cậy nhất để đánh giá em bé bị tật đầu nhỏ là đo chu vi vòng đầu trong vòng 24 giờ sau sinh. Vòng đầu sẽ được so sánh với chuẩn phát triển của Tổ chức Y tế thế giới theo từng mốc tuổi và giới tính. Vòng đầu sẽ được tiếp tục đo lường sự phát triển đầu trong những năm đầu sau sinh.

Tật đầu nhỏ được định nghĩa là chu vi vòng đầu em bé nhỏ hơn một giá trị nhất định theo tuổi và giới. Giá trị này thường là nhỏ hơn 2 độ lệch chuẩn (-2 SD) hoặc nhỏ hơn bách phân vị thứ 3 (< 3 percentiles). Bạn có thể tưởng tượng rằng, có 100 mốc bách phân vị khi đo lường đầu em bé. Em bé có đầu nhỏ nhất được xếp hạng 1. Em bé có đầu to nhất được xếp hạng 100. Các em bé bình thường sẽ dao động trong hạng 10 đến 90. Nếu con bạn có vòng đầu nhỏ xếp hạng khoảng 1-3 sẽ được chẩn đoán là đầu nhỏ.

Tật đầu nhỏ là một tình trạng suốt đời. Chưa có phương pháp điều trị nào để khôi phục kích thước đầu về bình thường. Nếu tật đầu nhỏ liên quan đến thiếu dinh dưỡng, việc bổ sung dưỡng chất là vô cùng cần thiết để trẻ hồi phục.

Vì mức độ đầu nhỏ thay đổi từ nhẹ đến nặng, chọn lựa điều trị vì vậy cũng thay đổi theo. Các em bé với tật đầu nhỏ mức độ nhẹ thường không gặp bất kỳ vấn đề gì khác ngoài kích thước đầu nhỏ. Những bé này cần được đánh giá kiểm tra thường xuyên để theo dõi sự tăng trưởng và phát triển.

Các trường hợp nặng, các bé sẽ cần chăm sóc và điều trị tập trung sớm. Cần thực hiện chương trình chuyên sâu để cải thiện và tối ưu sự phát triển thể chất và trí tuệ. Một số can thiệp sớm với các trò chơi kích thích gồm nói chuyện, tập thể lực, hay liệu pháp chuyên sâu có thể tác động tích cực lên sự phát triển của các em bé đầu nhỏ.

Trong một số trường hợp, bé vẫn phát triển tốt và có trí thông minh bình thường, dù kích thước đầu vẫn nhỏ. Vì vậy, việc tuân thủ điều trị là vô cùng quan trọng.

Ngoài ra, một tình trạng gọi là dính khớp sọ cũng có thể gây ra tật đầu nhỏ. Trong trường hợp này, các khớp giữa xương sọ bị dính vào nhau trước khi trưởng thành, khiến não không thể phát triển đầy đủ. Tình trạng này có thể được giải quyết thông qua phẫu thuật để tái định hình lại xương sọ.

Trong lúc mang thai, việc giảm nguy cơ các biến chứng như giảm uống rượu, dùng nhiều loại thuốc hay các chất độc khác là vô cùng quan trọng.

Bạn có thể cần trao đổi với nhân viên y tế về nguy cơ sinh con bị tật đầu nhỏ cũng như các bước để giảm thiểu nguy cơ này.

Vì nhiễm Rubella, Cytomegalovirus, Zika hay Toxoplasmosis có liên quan đến tình trạng này, vì vậy cần thực hiện các biện pháp phòng ngừa các bệnh này. Tiêm ngừa Rubella trước khi chuẩn bị mang thai, ăn chín uống sôi trong thai kỳ, phòng ngừa muỗi đốt, … là những việc đơn giản bạn có thể làm để giảm nguy cơ con bị tật đầu nhỏ.

Tật đầu nhỏlà một dị tật không phổ biến ở trẻ em. Tình trạng này do nhiều nguyên nhân gây ra. Mức độ ảnh hưởng của bệnh tuỳ thuộc vào mức độ đầu nhỏ là nhẹ hay nặng. Chẩn đoán thường được thực hiện khi siêu âm thai quanh tháng 6-7 của thai kỳ hoặc sau khi sinh. Bác sĩ kết luận bé bị tật đầu nhỏ dựa vào số liệu chu vi vòng đầu chuẩn so với các bé bình thường. Việc điều trị chủ yếu là theo dõi, hỗ trợ sự phát triển thể chất, tinh thần cũng như lên chiến lược điều trị các tác động lâu dài của bệnh như động kinh, giảm thính lực,… Hãy cùng YouMed tìm hiểu thêm bạn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tac-ruot-nguyen-nhan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tắc ruột là gì?

Nguyên nhân gây tắc ruột là gì?

Triệu chứng tắc ruột

Tắc ruột có nguy hiểm không?

Chẩn đoán tắc ruột như thế nào?

Phương pháp điều trị tắc ruột

Cần lưu ý gì sau khi điều trị tắc ruột?

Tắc ruột là một nguyên nhân khá phổ biến đưa người bệnh đến với phòng cấp cứu. Mức độ nghiêm trọng của chúng rất thay đổi, phần lớn phụ thuộc vào nguyên nhân và thời gian tắc nghẽn. Việc nhận biết được các dấu hiệu sớm và có thái độ cẩn trọng sẽ giúp làm giảm các biến chứng và tăng khả năng điều trị thành công. Chính vì thế, mời bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Huỳnh Mạnh Tiến tìm hiểu về tình trạng tắc ruột qua bài viết sau đây nhé!

Tắc ruột là một hội chứng trong đó ruột của người bệnh, bao gồm ruột non và ruột già bị tắc nghẽn cơ năng hoặc cơ học.

Sự tắc nghẽn dẫn đến sản phẩm tiêu hoá không di chuyển qua được, tích tụ lại, không đào thải khỏi cơ thể. Điều này dẫn đến một loạt các biến chứng nặng nề. Vì vậy, sau khi được chẩn đoán, người bệnh cần phải được can thiệp khoa ngoại khẩn cấp. Nếu không sẽ dẫn đến viêm phúc mạc, thậm chí tử vong, đặc biệt trong tắc ruột cơ học. Việc nhận diện càng sớm càng tốt các triệu chứng của bệnh đóng vai trò quan trọng giúp cấp cứu bệnh nhân kịp thời.

Có nhiều nguyên nhân có thể gây ra tình trạng này. Chúng được phân chia thành hai nhóm chính: cơ học (có nguyên nhân gây tắc nhìn thấy được), hoặc cơ năng (do rối loạn chức năng).

Nếu thực sự lòng ruột bị bít tắt do dị vật bên trong, hoặc ở ngoài chèn vào thì được gọi là tắc ruột cơ học.

Trong khi đó, liệt ruột hay tắc ruột cơ năng xảy ra khi có một rối loạn toàn thân, dẫn đến ruột không co thắt nữa, mặc dù không hề có sử tắc nghẽn bên trong.

Tình trạng này có thể gặp ở bất kì độ tuổi nào. Bác sĩ sẽ phân biệt rõ hai loại tắc ruột trên. Trên thực tế, đa phần bệnh nhân nhập viện vì tắc ruột cơ học.

Mỗi loại tắc ruột có thể do nhiều nguyên nhân gây ra:

Tắc ruột cơ học: lòng ruột bị tắc nghẹt, bị vặn xoắn hoặc cấu trúc ở ngoài chèn ép vào. Nói cách khác là loại tắc nghẽn gây ra bởi một rào cản vật lý (vật cản). Sự xuất hiện của chúng làm ngăn chặn, hoặc hạn chế dòng chảy của thức ăn trong lòng ruột. Các vật cản này có thể là:123

Tác nhân gây tắc nghẽn trong lòng ruột: búi giun đũa, khối bã thức ăn (người già nhai không kĩ), dị vật do bệnh nhân nuốt phải, ung thư bên lòng ruột phát triển gây chít hẹp đường ống tiêu hoá.

Dính ruột: thường gặp nhất, trước đó người bệnh đã từng phẫu thuật.

Viêm túi thừa: viêm nhiễm gây dính tắc quai ruột.

Thoát vị: thoát vị thành bụng,thoát vị bẹn– khối thoát vị khi thoát qua vị trí hở trên thành bụng bị kẹt lại và gây tắc ruột.

Lạc nội mạc tử cung: cấu trúc xâm lấn gây dính.

Viêm ruột mạn tính(IBD), bao gồm bệnh Crohn vàviêm loét đại tràng.

Lồng ruột: thường gặp ở trẻ em hơn.

Sỏi túi mậthay sỏi đường mật (hiếm gặp).

Sự nhiễm trùng.

Xoắn ruột.

Ung thư đại tràng.

Khối u từ bên ngoài chèn vào như: u nang buồng trứng, u sau phúc mạc, u xơ tử cung,…

Tắc ruột cơ năng (liệt ruột), thường người bệnh cũng có triệu chứng tương tự tắc ruột; nhưng bên trong không có sự tắc nghẽn. Bình thường, các ruột lớn và nhỏ di chuyển trong các cơn co thắt phối hợp. Trong liệt ruột, hệ thần kinh ruột và cơ bị gián đoạn hoạt động, dẫn đến không co thắt và làm đình trệ sự di chuyển của thức ăn trong lòng ống tiêu hoá. Liệt ruột thường liên quan đến:12

Sau phẫu thuật ổ bụng, vùng chậu.

Nhiễm khuẩn nặng.

Viêm tuỵ cấp.

Rối loạn điện giải.

Thuốc ức chế co bóp của cơ thần kinh ruột, bao gồmthuốc chống trầm cảm, dẫn xuất giảm đauopioid.

Bệnh lý thực thể thần kinh: di chứng sau nhồi máu não,bệnh Hirschsprung(rối loạn bẩm sinh vắng mặt 1 đoạn thần kinh chi phối 1 đoạn ruột non),bệnh Parkinson.

Rối loạn chuyển hoá:đái tháo đườngbiến chứng thần kinh thực vật,nhược giáp.

Nguy cơ của người bệnh dễ bị tắc ruột gia tăng khi:2

Từng có tiền sử phẫu thuật vùng bụng, vùng chậu (thường liên quan đến tắc ruột do dính).

Mắcbệnh Crohnlàm thành ruột mỏng, thủng, rò, hẹp lòng ruột dẫn đến gây tắc ruột.

Ung thư bên trong ống tiêu hoá hoặc trong ổ bụng gây tắc nghẽn, chèn ép.

Viêm túi thừa: khi viêm nhiễm gây kích thích lớp dẫn đến gây dính, nhiễm trùng, sẹo và gây tắc nghẽn.3

Người bệnh tắc ruột có thể nhập viện vì nhiều triệu chứng bao gồm:

Người bệnh thường có những cơnđau bụng. Cơn đau đột ngột dữ dội, mỗi cơn từ 2-3 phút sau đó xuất hiện cơn đau kế tiếp. Vị trí đau có thể gợi ý vị trí ruột bị tắc: đau thượng vị, quanh rốn (tắc ruột non), đau dưới rốn hoặc đau dọc bụng (tắc ruột già). Khi bệnh đến giai đoạn trễ, các cơn đau sẽ dồn dập hơn; đến lúc bệnh nhân đau liên tục, vị trí đau cũng không còn khu trú nữa mà lan toả khắp bụng.45

Buồn nôn và nônlà triệu chứng thường gặp. Nếu vị trí tắc nghẽn càng cao thì bệnh nhân nôn càng sớm, nôn kèm theo các cơn đau. Người bệnh sẽ nôn ra thức ăn vừa ăn, thức ăn cũ hôm qua, dịch mật, dịch tiêu hoá hoặc thậm chí phân.

Ban đầu nôn sẽ giúp giảm đau bụng, nếu để muộn dẫn đếnviêm phúc mạcthì sẽ không còn giúp giảm đau nữa. Việc nôn ói liên tục khiến bệnh nhân không ăn uống được và gâymất nước, điện giải dễ đưa đến sốc giảm thể tích.

Trung tiện hay được còn được gọi là xì hơi, đánh rắm là phản xạ thải khí ra khỏi đường ruột quahậu môn. Đây là vấn đề sinh lý bình thường của cơ thể.

Bí trung tiện là tình trạng bệnh nhân không thể xì hơi hoặc đánh rắm. Đây là dấu chứng sớm quan trọng để chứng tỏ có sự tắc nghẽn trong ruột, hoặc bất thường nhu động của ruột.

Đại tiện là phản xạ tống xuất phân ra khỏi đường tiêu hoá. Bí đại tiện thường xảy ra muộn hơn đối với trung tiện. Nếu vị trí tắc càng thấp thì bí trung đại tiện xuất hiện càng muộn. Vì thời gian đầu thức ăn vẫn còn di chuyển được qua đoạnruột nonở phía trên chỗ tắt, phân ở phía dưới chỗ tắt vẫn đi qua được dễ dàng khi bệnh nhân đi tiêu. Càng về sớm thì khi đến chỗ tắc nghẽn không qua được, người bệnh mới có triệu chứng bí trung đại tiện.14

Người bệnh khi bị tắc ruột, các quai ruột ứ đọng thức ăn, dẫn đến vi khuẩn lên men bên trong sinh hơi gây căng chướng bụng. Bình thường phản xạ trung tiện giúp tống thoát hơi trong đường tiêu hoá, nên bụng không căng chướng khó chịu. Khi ruột bị tắt nghẽn, hơi không qua được khiến bụng căng chướng. Khi thăm khám, bác sĩ có thể phát hiện sóng nhu động ruột, các quai ruột nổi lên quai ruột chướng hơi.456

Ban đầu, người bệnh có thể chỉ sốt nhẹ khi mất nước. Nếu người bệnh đến khám muộn, bệnh đã có biến chứng viêm phúc mạc; bệnh nhân có thể sốt do độc tố vi khuẩn lan vào máu, hoặc ruột bị hoại tử phóng thích độc chất, sốc nhiễm khuẩn.15

Bên cạnh đó, người bệnh có thể có những triệu chứng của nguyên nhân gây tắc ruột như:

Sờ thấy u ở bụng;

Sụt cân nhanh không chủ ý;

Sốt về chiều;

Sờ thấy khối hạch ở thượng đòn hoặc thấy khối phồng bất thường ở rốn, vết mổ cũ hay vùng bìu (khối thoát vị);

Một số bệnh nhân có thể đi tiêu ra máu.

Thường gặp hơn (80%).7

Từ tá tràng đến gốc tá hỗng tràng.

Thường nôn sớm.

Bụng ít chướng hơn.

Ít gặp hơn (20%).7

Đại tràng – trực tràng.

Thường nôn muộn.

Bụng căng chướng nhiều hơn.

Hội chứng tắc ruột là bệnh cấp cứu cần được can thiệp và xử trí sớm. Trong tắc ruột cơ học, nếu vị trí tắc nghẽn không được giải quyết, đoạn ruột trên sẽ thiếu máu dẫn đến hoại tử. Bệnh có thể diễn tiến đặc biệt nhanh nên quai ruột bị xoắn lại, nghẽn tắc mạch máu nuôi. Nếu đến muộn, người có thể đối mặt với các nguy cơ:145

Viêm phúc mạc: do ruột bị hoại tử, thủng, chảy dịch vào phúc mạc gây viêm, thường gặp khi bệnh nhân đến muộn; nhưng có thể diễn biến rất sớm nếu tắc ruột do xoắn. Nếu không được xử trí kịp thời có thể phải cắt một đoạn ruột lớn, mở hậu môn nhân tạo. Điều này sẽ gây ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của người bệnh sau này. Sau khi viêm phúc mạc, người bệnh sẽ gia tăng nguy cơ tắc ruột ở những lần sau, do lớp phúc mạc sau viêm không còn trơn láng như trước.

Sốc giảm thể tích, rối loạn điện giải: thường gặp khi bệnh nhân nôn ói nhiều lần, không ăn uống được.

Sốc nhiễm trùng: thường gặp khi bệnh nhân đến muộn.

Suy thận cấp: tình trạng mất nước, sốc nhiễm trùng dẫn đến gây tổn thương thận.

Tuy nhiên, nếu phát hiện sớm, người bệnh có thể can thiệp tối ưu và tránh được những biến chứng đe dọa tính mạng. Nhưng nhìn chung, hầu hết các trường hợp tắc ruột đều có thể điều trị. Tuy nhiên, đối với các nguyên nhân khác, chẳng hạn như ung thư, lại đòi hỏi phải tốn nhiều thời gian hơn.

Quá trình chẩn đoán bắt đầu bằng việc tìm hiểu các triệu chứng và khám thực thể. Sau đó, tùy vào từng trường hợp, bác sĩ có thể đề nghị xét nghiệm thêm:124

Xét nghiệm máugiúp kiểm tra rối loạn điện giải, đánh giá gián tiếp dấu hiệu mất nước, và kiểm tra chức năng các cơ quan.

Công thức máu: đánh giá nhiễm trùng, mất nước.

Chức năng thận: phát hiện sớm tình trạng suy thận.

Ion đồ: khảo sát điện giải.

Giúp phát hiện dấu hiệu tắc ruột, cũng như các nguyên nhân, biến chứng.

Đây là phương pháp ghi nhận hình ảnh bít tắc ống tiêu hoá bằng cách bơm chất cản quang vào trong cơ thể người. Vị trị mất chất cản quang không qua được ghi nhận tắc ruột. Tuy nhiên phương pháp này ít được sử dụng ngày nay.

Giúp phát hiện u trong lòng ống tiêu hoá để sinh thiết, gắp dị vật nếu tắc nghẽn bên trong,…

Việc điều trị bệnh cần kết hợp biện pháp dùng thuốc và phẫu thuật. Việc điều trị phụ thuộc vào vị trí tắc nghẽn, nguyên nhân, thời gian khởi phát.

Điều quan trọng trong điều trị nội khoa là điều trị biến chứng xảy ra khi tắc ruột, theo dõi tình trạng bệnh nhân và phối hợp ngoại khoa kịp thời.

Khi bệnh nhân tắc ruột, sự di chuyển thức ăn trong ống tiêu hoá sẽ bị ngưng trệ. Người bệnh thường sẽ nôn ói nhiều, không ăn uống được dẫn đến biến chứng mất nước rất phổ biến, kèm theo các rối loạn điện giải. Người bệnh sẽ được bồi hoàn thể tích dịch, điện giải, cung cấp dinh dưỡng đường tĩnh mạch; tránh ăn qua đường miệng.125

Nếu bệnh nhân nôn quá nhiều, bác sĩ sẽ đặt ống thông mũi dạ dày. Đây là một ống nhỏ được đặt từ mũi đến dạ dày của người bệnh; giúp dẫn lưu lượng dịch và thức ăn ứ đọng ra ngoài. Mục đích là:4

Giảm áp lực trong lòng ruột, từ đó khiến cho ruột bớt căng chướng và bớt phù nề. Kết quả là người bệnh giảm chướng bụng, cảm thấy đỡ đau và khó thở.

Hạn chế nôn (làm giảm nguy cơ hít sặc vào đường thở gâyviêm phổi).

Bên cạnh đó, người bệnh cũng có thể được chỉ định dùng thuốc:1456

Thuốc chống nôn: giúp giảm nôn để người bệnh cảm thấy dễ chịu hơn.

Thuốc chống co thắt: có thể được sử dụng để giúp giảm triệu chứng, giúp người bệnh dễ chịu.

Kháng sinhcũng được cân nhắc, tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng là cần thiết. Trong từng tình huống cụ thể, bác sĩ sẽ đánh giá các dấu hiệu trên lâm sàng và quyết định xem có nên sử dụng chúng hay không.

Cuối cùng, nếu điều trị nội khoa thất bại hoặc các triệu chứng trở nên nghiêm trọng hơn, phẫu thuật sẽ được tiến hành.

Điều trị ngoại khoa thường được sử dụng cho các trường hợp tắc ruột cơ học với mục đích là:

Giúp cho dòng thức ăn và dịch tiêu hóa lưu thông lại bình thường.

Giải quyết nguyên nhân: phương pháp phẫu thuật sẽ thay đổi tùy thuộc vào từng nguyên nhân cụ thể (chẳng hạn như mở lòng ruột lấy sỏi trong trường hợp tắc ruột do sỏi, gỡ dính hay cắt dây dính trong trường hợp tắc ruột do dính,…) và tình trạng của đoạn ruột bị ảnh hưởng. Nhưng nhìn chung, đây thường là các cuộc phẫu thuật lớn và người bệnh cần được gây mê.

Trong tất cả các trường hợp, tái lập lưu thông ruột được ưu tiên hơn, do không phải lúc nào cũng loại bỏ được nguyên nhân gây tắc (ví dụ ung thư giai đoạn trễ, dính ruột nhiều và chặt,…).

Người bệnh sau điều trị nên tạm thời nhịn ăn uống, nuôi dưỡng tĩnh mạch đến khi sự lưu thông của ống tiêu hoá được bác sĩ thăm khám ghi nhận.

Khi được cho ăn lại, người bệnh cần:

Chia nhỏ bữa ăn nhiều lần trong ngày.

Ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu như súp, cháo, cơm nhão. Cần tăng từ từ lượng và độ rắn của thức ăn.

Tránh ăn quá no, ăn nhiều chất béo khó tiêu.

Ngủ đủ giấc, nghỉ ngơi điều độ.

Tránh quá lo lắng, căng thẳng.

Cần dùng thuốc đúng quy định dưới sự hướng dẫn của bác sĩ, điều dưỡng. Không tự ý ngưng thuốc hay bỏ thuốc.

Tự theo dõi các tác dụng phụ nếu có của thuốc: ngứa,nổi mày đay, khó thể để báo bác sĩ kịp thời.

Theo dõi các triệu chứng của bệnh như: tình trạng nôn, buồn nôn,đầy bụng, đi tiêu phân đen hay có máu, trung tiện, sốt, vết mổ (màu sắc, dịch bất thường của vết mổ).

Lưu ý, bệnh nhân cần tái khám ngay khi có các triệu chứng tái phát: đau bụng, nôn ói, bí trung đại tiện, chướng bụng; hoặc đau, sưng, chảy dịch bất thường vết mổ nếu có.

Tắc ruộtquả thực không quá khó để nhận biết. Chỉ cần thận trọng với các triệu chứng như đau, nôn, bí trung và đại tiện, chúng ta đã có thể phát hiện được phần lớn các trường hợp. Chẩn đoán sớm và điều trị sẽ mang lại kết quả rất khả quan. Vì vậy, hãy đến các cơ sở y tế càng sớm càng tốt nếu có bất cứ dấu hiệu nghi ngờ nào và đừng nên cố gắng điều trị tắc nghẽn đường ruột tại nhà, bạn nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-te-bao-mast-he-thong-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Bệnh tế bào mast hệ thống là gì?

Triệu chứng gồm những gì?

Các yếu tố nguy cơ làm bùng phát đợt bênh tế bào mast hệ thống

Chẩn đoán bệnh tế bào mast hệ thống như thế nào?

Những phương pháp nào dùng để điều trị?

Tế bào mast bình thường đóng vai trò bảo vệ bạn khỏi bệnh tật. Tuy nhiên, đôi khi số lượng tế bào mast xuất hiện quá nhiều lại gây hại. Một trong những bệnh gây tăng sản quá mức tế bào mast là bệnh tế bào mast hệ thống. Vậy, bệnh này có nguy hiểm không? Hãy cùng tìm hiểu qua bài viết sau của ThS.BS Vũ Thành Đô.

Bệnh tế bào mast hệ thống là một rối loạn mà số lượng tế bào mast trong cơ thể quá nhiều. Thông thường, tế bào mast sẽ giúp bảo vệ cơ thể khỏi bệnh tật. Ngoài ra, chúng còn hỗ trợ chữa lành vết thương bằng cách giải phóng các chất như histamine và leukotrienes.

Tuy nhiên, nếu bạn mắc bệnh, các tế bào mast dư thừa tích tụ trong da, tủy xương, đường tiêu hóa và xương. Khi chúng được kích hoạt, những tế bào mast này giải phóng các chất khắp cơ thể. Hậu quả là các triệu chứng như đỏ bừng mặt, ngứa, nhịp tim nhanh, đau bụng, chóng mặt hoặc thậm chí mất ý thức.

Các tác nhân gây kích hoạt các tế bào mast này gồm rượu, thay đổi nhiệt độ, thức ăn cay và một số loại thuốc nhất định.

Bệnh tế bào mast hệ thống có một số thể. Thể bệnh thường gặp nhất là bệnh tế bào mast hệ thống không ổn định – tiến triển chậm.

Thể bệnh thường gặp tiếp theo là bệnh tế bào mast hệ thống kết hợp với một bệnh lí về máu thứ phát. Một thể bệnh khác, bệnh tế bào mast hệ thống rất nặng, phát triển nhanh chóng và thường có tổn thương các cơ quan. Ung thư tế bào bạch cầu mast và sarcoma là những thể bệnh cực kỳ hiếm của bệnh tế bào mast hệ thống.

Một số triệu chứng có thể gặp gồm:

Da: đau, đỏ, phát ban, đổ mồ hôi.

Mắt: đỏ, chảy nước mắt.

Mũi: ngứa mũi, chảy nước mũi, khò khè.

Miệng và họng: đỏ, sưng lưỡi và sưng môi, sưng nề vùng họng nên khó thở.

Phổi: khó thở, khò khè.

Tim mạch: huyết áp thấp, nhịp tim nhanh.

Dạ dày và ruột: quặn đau, tiêu chảy, buồn nôn.

Hệ thần kinh trung ương: đau đầu, choáng váng, lú lẫn và cực kì mệt mỏi.

Trong một số ca bệnh nặng, người mắc có thể bị đe dọa tính mạng do shock phản vệ. Khi đó, huyết áp tụt nhanh, mạch yếu và tắc nghẽn đường thở. Đây là một tình trạng cần phải nhập cấp cứu khẩn.

Mỗi đợt bệnh thường do một yếu tố kích hoạt lên. Tuy vậy, để tìm ra nguyên nhân gây bùng phát đợt bệnh đôi khi rất khó để xác định.

Một số yếu tố kích hoạt gồm:

Yếu tố dị ứng nguyên như là bị côn trùng đốt hay một số loại thức ăn.

Một số thuốc như thuốc kháng sinh,ibuprofen, thuốc tê.

Những yếu tố gây căng thẳng tâm lí. Ví dụ lo lắng, bị chấn thương, thay đổi nhiệt độ đột ngột, tập thể dục, mệt mỏi quá mức hay nhiễm trùng.

Mùi hương, ví dụ như mùi nước hoa.

Thay đổi hormone. Ví dụ khi phụ nữ tới kì kinh.

Tăng sản tế bào mast, đây là tình trạng bệnh hiếm gặp, xuất hiện khi mắc ung thư và bệnh nhiễm trùng mạn tính.

Một số trường hợp vô căn.

Bệnh đôi khi rất khó để chẩn đoán vì nhiều triệu chứng chồng lắp lẫn nhau. Các tiêu chuẩn chẩn đoán gồm:

Triệu chứng bệnh ở ít nhất 2 hệ cơ quan, xuất hiện tái đi tái lại và không do nguyên nhân khác gây ra.

Xét nghiệm máu và nước tiểu mỗi đợt bệnh ghi nhận một số marker cao hơn bình thường.

Thuốc ức chế sản sinh tế bào mast sẽ giúp điều trị triệu chứng.

Và để đưa ra chẩn đoán, bác sĩ sẽ ghi nhận lại loạt các bệnh lí bạn từng được chẩn đoán trước đây, khám lâm sàng cẩn thận và làm xét nghiệm khác.

Điều trị cho bệnh tế bào mast hệ thống (SM) dựa trên các dấu hiệu và triệu chứng hiện diện ở mỗi người. Ví dụ như các loại thuốc sau đây có thể dùng để điều trị các triệu chứng khác nhau liên quan đến bệnh:

Thuốc kháng histamin H1hoặcH2. Vai trò của chúng giúp ức chế vai trò của histamin, một chất do tế bào mast sản sinh.

Ổn định tế bào mast. Chúng giúp ức chế tế bào mast giảm tiết các chất

Thuốc Antileukotrienes. Thuốc giúp ức chế leukotrienes, cũng là một chất do tế bào mast tiết ra

Corticosteroids. Thường dùng để điều trị những đợt phù phổi cấp hoặc khò khè

Một số trường hợp nặng, như shock phản vệ, bạn cần dùng epinephrine đường tiêm. Epinephrine có thể được tiêm ngay khi bệnh nhân nhập cấp cứu. Ở một số nước, người bệnh có thể tự tiêm tại nhà nhờ một bút tiêm EpiPen được bán phổ biến trên thị trường. Ngoài ra, người bệnh cũng nên có một tấm thẻ ghi lại thông tin cá nhân và tình trạng bệnh bản thân, yếu tố kích hoạt lên.

Nói tóm lại,bệnh tế bào mast hệ thốnglà một bệnh lí mà cơ thể sản sinh quá nhiều tế bào mast. Hệ quả là các triệu chứng xuất hiện ở hàng loạt hệ cơ quan trong cơ thể người mắc. Chúng có thể triệu chứng ở da như phát ban, vã mồ hôi, đỏ mắt, chảy nước mũi…

Đôi khi thậm chí có thể xuất hiện shock phản vệ nếu cơ thể phản ứng với dị ứng nguyên quá mạnh. Do đó, khi bạn nghi ngờ bản thân mắc bệnh tế bào mast, bạn hãy đến gặp bác sĩ ngay. Bác sĩ sẽ đề nghị bạn làm thêm những xét nghiệm cần thiết.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tut-huyet-ap-nguyen-nhan-trieu-chung-va-cach-xu-tri/

Nội dung bài viết

Thế nào là tụt huyết áp?

Nguyên nhân tụt huyết áp

Dấu hiệu tụt huyết áp

Chẩn đoán và điều trị hạ huyết áp như thế nào?

Đột ngột tụt huyết áp nên làm gì?

Biện pháp phòng ngừa hạ huyết áp

Huyết áp thể hiện áp lực của máu trong thành mạch. Huyết áp quá cao làm tổn thương mạch máu và các hệ cơ quan. Huyết áp thấp gây giảm cung cấp máu cho các cơ quan trong cơ thể. Đột ngột hạ huyết áp (hay còn gọi là tụt huyết áp) có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm. Chúng ta cùng tìm hiểu về tụt huyết áp để có cách xử lý phù hợp qua bài viết của Bác sĩ Lương Sỹ Bắc nhé!

Tụt huyết áp là tình trạng giảm huyết áp đột ngột dưới 90/60 mmHg. Tức làhuyết áp tâm thunhỏ hơn 90 mmHg và/hoặchuyết áp tâm trươngnhỏ hơn 60 mmHg.Hạ huyết ápcó nhiều nguyên nhân với mức độ nguy hiểm khác nhau. Tuy nhiên đa số nguyên nhân gây tụt huyết áp đều ảnh hưởng tới sức khỏe. Đặc biệt ở một số nhóm bệnh nhân, tụt huyết áp có thể gây các tổn thương nặng không hồi phục như: bệnh nhân có bệnh tim mạch, bệnh thận, người nhà, nhiễm trùng nặng…1

Có nhiều nguyên nhân có thể làm hạ huyết áp đột ngột. Có thể tạm phân loại thành các nhóm sau:12

Các tình trạng bệnh lý có thể làm tụt huyết áp là:

Đây là nhóm nguyên nhân nguy hiểm. Suy tim,nhồi máu cơ tim, loạn nhịp tim, bệnh van tim… đều có thể làm hạ huyết áp đột ngột. Khi đã có sẵn bệnh tim mạch nền tảng, tụt huyết áp luôn có ý nghĩa nặng. Cần có thái độ tiếp cận tích cực để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Các bệnh lý nội tiết ảnh hưởng trực tiếp tới huyết áp do điều hòa hoạt động của cơ thể qua hoocmon. Thường gặp nhất làsuy tuyến giáp– cận giáp,suy tuyến thượng thận. Một số trường hợp đái tháo đường cũng gây tụt huyết áp. Tụt huyết áp ở nhóm bệnh nhân này cũng thường là tình trạng cấp cứu và cần phải nhập viện theo dõi.

Nước là thành phần cấu tạo chính của máu nói riêng và cả cơ thể nói chung. Về sinh lý, cơ thể có các cơ chế phản ứng để đảm bảo ổn định huyết áp khi mất nước. Tuy nhiên nếu mất nước nhiều, cấp tính có thể làm tụt huyết áp. Các nguyên nhân gây mất nước thường gặp là: sốt, nôn ói, tiêu chảy cấp, lạm dụng thuốc lợi tiểu… Mất nước có tụt huyết áp cần nhập viện để bổ sung nước ngay. Nếu nhanh và kịp thời có thể hồi phục hoàn toàn.

Chảy máu làm giảm lưu lượng tuần hoàn gây tụt huyết áp. Thường gặp nhất là chấn thương lớn làm mất máu. Ngoài ra tình trạng mất máu nặng còn có thể gặp trongbăng huyếtsản khoa, vỡ mạch máu lớn, thủng hay vỡ các tạng lớn trong cơ thể… Nhóm bệnh này cần được truyền máu gấp để tránh tổn thương các cơ quan không hồi phục. Mỗi người nên biết nhóm máu của mình, để có thể cấp cứu kịp thời.

Sốc nhiễm trùng là nguyên nhân gây tử vong phổ biến ở nhóm bệnh nhân nhiễm trùng nặng. Tụt huyết áp trong sốc nhiễm trùng là do tái phân phối lượng dịch trong cơ thể. Tức là nước vẫn còn trong cơ thể nhưng bị rút ra khỏi mạch máu. Từ đó làm giảm cung cấp tới các cơ quan, gây tổn thương đa cơ quan. Sốc nhiễm trùng cần điều trị kháng sinh và bù dịch đầy đủ.

Sốc phản vệ là tình trạng cấp cứu thường gặp. Bệnh nguyên phản vệ do dị ứng với một tác nhân cụ thể. Các tác nhân phổ biến của phản ứng dị ứng nghiêm trọng thường gặp là thực phẩm, một số loại thuốc, nọc côn trùng… Người bịsốc phản vệthường khó thở, nổi ban dị ứng, ngứa tụt huyết áp… Cần đưa ngay bệnh nhân tới các cơ sở y tế gần nhất để được cấp cứu kịp thời.

Một số loại thuốc có thể gây ra huyết áp thấp, bao gồm:

Thuốc lợi tiểu.

Thuốc điều trị tăng huyết áp. Quá liều thuốc điều trị tăng huyết áp có thể làm tụt huyết áp.

Thuốc điều trị bệnh tim mạch.

Thuốc điều trị bệnhParkinson. Thường gặp là hạ áp do Levodopa và Pramipexole.

Một số loại thuốc chống trầm cảm.

Thuốc điều trịrối loạn cương dương. Thường gặp ở nhóm sildenafil (Revatio, Viagra) hoặc Tadalafil. Thuốc có thể gây tụt huyết áp mạnh nếu kết hợp với thuốc dãn mạch (điều trị bệnh tim mạch, huyết áp).

Đây là hiện tượng huyết áp giảm đột ngột khi thay đổi tư thế. Có thể là đứng lên đột ngột từ tư thế ngồi hoặc ngồi dậy từ tư thế nằm… Khi đứng dậy đột ngột, máu theo trọng lực dồn ở chân làm giảm máu tạm thời về tim. Thông thường, cơ thể bù đắp bằng cách tăng nhịp tim và co mạch máu, do đó đảm bảo tiền tải của tim. Nhưng ở những người bịhạ huyết áp tư thế, cơ chế bù trừ này không đủ bù trừ và huyết áp giảm.

Hậu quả có thể dẫn đến chóng mặt, choáng váng, mờ mắt và thậm chí ngất xỉu.

Hạ huyết áp thế đứng có nhiều nguyên nhân khác nhau. Thường gặp bao gồm mất nước, nằm lâu trên giường, mang thai,tiểu đường, có bệnh tim, bỏng, nhiệt độ quá cao, giãn tĩnh mạch lớn và một số rối loạn thần kinh nhất định.

Một số loại thuốc cũng có thể gây hạ huyết áp tư thế. Đặc biệt là các loại thuốc được sử dụng để điều trị tăng huyết áp, thuốc chống trầm cảm, thuốc điều trị Parkinson và rối loạn cương dương. Hạ huyết áp tư thế đặc biệt phổ biến ở nhóm người lớn tuổi.

Sự hạ huyết áp này xảy ra từ một đến hai giờ sau khi ăn và xuất hiện chủ yếu đến người lớn tuổi. Nguyên nhân do máu dồn về hệ tiêu hóa làm thiếu hụt tạm thời. Triệu chứng thường rõ ràng ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, có huyết áp nền thấp… Chia nhỏ các bữa ăn, giảm carbohydrate, uống nhiều nước và tránh uống rượu có thể giúp giảm triệu chứng.

Hay hạ huyết áp qua trung gian thần kinh. Rối loạn này làm tụt huyết áp sau khi đứng trong thời gian dài. Hầu hết ảnh hưởng đến người lớn và trẻ em. Cơ chế dường như xảy ra do sự thông tin sai lệch giữa tim và não.

Tổn thương hệ thần kinh tự động làm rối loạn điều hòa huyết áp.

Triệu chứng của tụt huyết áp tùy thuộc vào mức độ nặng, nguyên nhân gây hạ áp… Cần lưu ý những dấu hiệu sau:

Chóng mặt, nhức đầu, đầu óc quay cuồng, choáng váng.

Ngất xỉu.

Thiếu tập trung.

Mờ mắt.

Buồn nôn, nôn.

Mệt mỏi.

Hồi hộp, tim đập nhanh.

Đau ngực, khó thở.

Hạ huyết áp mạn tính thường không có triệu chứng trầm trọng.Tụt huyết ápcấp tính kèm theo các dấu hiệu kể trên cần phải được cấp cứu kịp thời.1

Trong các trường hợp cấp cứu, khi có các dấu hiệu nghi ngờ cần ngay lập tức đo huyết áp để xác định. Khi đã xác định có tụt huyết áp, sẽ phải tìm nguyên nhân gây hạ áp. Chẩn đoán bệnh nguyên phải dựa vào tiền căn, triệu chứng của bệnh nhân, khám lâm sàng và các xét nghiệm. Kết hợp tổng thể các yếu tố mới có thể đưa ra chẩn đoán chính xác. Vấn đề rất đa dạng, phức tạp và cần thực hiện trong bệnh viện. Vai trò của bệnh nhân và người nhà là lưu ý và phát hiện kịp thời.

Đối với các trường hợp hạ huyết áp tư thế kín đáo, có thể đo huyết áp khi thay đổi tư thế. Hoặc có thể làm nghiệm pháp bàn nghiêng.1

Ưu tiên là ổn định huyết áp cho bệnh nhân. Tùy tình trạng mà bệnh nhân có thể được bù dịch, truyền máu. Những trường hợp nặng có thể phải sử dụng thuốc vận mạch, trợ tim đường tĩnh mạch.

Khi đã ổn định được huyết áp thì điều trị dựa vào nguyên nhân gây bệnh. Điều trị từng bệnh nguyên cụ thể tham khảo các bài viết về từng bệnh nguyên.1

Xem thêm:Tụt huyết áp nên uống gì để tăng huyết áp?

Khi có các dấu hiệu tụt huyết áp trước tiên cần giữ thái độ bình tĩnh. Sơ cứu ban đầu cũng góp phần quan trọng để hạn chế biến chứng. Một số điều sau nên lưu ý:1

Đặt bệnh nhân nằm xuống từ từ trong mặt bằng phẳng, tư thế đầu thấp.

Nếu bệnh nhân còn tỉnh có thể cho bệnh nhân uống ít nước. Nếu có dấu hiệu giảm tri giác thì tuyệt đốikhông được ăn uống gì.

Ngay lập tức liên lạc với cơ sở y tế gần nhất để có thể cấp cứu kịp thời.

Kiểm tra thuốc, thức ăn, tình trạng của bệnh nhân để báo lại với bác sĩ.

Đối với những trường hợp hạ huyết áp tư thế hay hạ áp mãn tính thì khi nghỉ ngơi thường thì huyết áp sẽ ổn định lại. Tuy nhiên vẫn phải theo dõi và hỏi ý kiến bác sĩ để có thể khắc phục tình trạng trên.

Xem thêm:Mẹo chữa tụt huyết áp không dùng thuốc tại nhà

Một số biện pháp để dự phòng tụt huyết áp có thể áp dụng:2

Sử dụng nhiều muối hơn. Tăng muối ăn trong chế độ ăn có thể tăng huyết áp. Tuy nhiên quá nhiều muối có hại cho sức khỏe. Nên ăn lượng vừa phải.

Uống nhiều nước hơn. Uống đủ nước trung bình từ 2 – 2,5 lít mỗi ngày. Uống cà phê cũng góp phần tăng huyết áp.

Mang vớ áp lực. Vớ y khoa giúp cải thiện lưu lượng máu từ chân đến tim.

Tụt huyết áplà tình trạng nguy hiểm có thể ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe. Cần theo dõi để phát hiện và can thiệp kịp thời, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ. Cấp cứu kịp thời có thể hạn chế biến chứng và bảo vệ sức khỏe bệnh nhân. Mong rằng bài viếc của Bác sĩ Lương Sỹ Bắc có thể cung cấp những thông tin bổ ích đến với bạn!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tu-chung-fallot-benh-tim-bam-sinh-tim-thuong-gap-nhat/

Nội dung bài viết

Tứ chứng Fallot là gì?

Triệu chứng

Các phương pháp điều trị

Một số chú ý

Ở hầu hết trẻ em, nguyên nhân dẫn đến tứ chứng Fallot không được biết đến. Đó là một trong những bệnh tim bẩm sinh thường gặp. Một số trường hợp có thể liên quan đến hội chứng Down hoặc hội chứng DiGeorge.

Trái tim có 4 buồng. Trong đó, 2 buồng trên được gọi là tâm nhĩ và 2 buồng dưới được gọi là tâm thất. Cơ tim co bóp để đẩy máu qua 4 buồng này đến phổi và phần còn lại của cơ thể. Máu chảy từ tâm nhĩ phải vào tâm thất phải. Sau đó, tâm thất phải bơm máu vào phổi nhờ động mạch phổi.

Tại phổi, máu sẽ hấp thụ oxy và để lại khí carbon dioxide. Sau đó, máu chảy ngược về tim và vào tâm nhĩ trái. Từ đó, máu xuống tâm thất trái. Tâm thất trái bơm máu vào động mạch chủ để đến các phần còn lại của cơ thể. Máu quay trở lại tim nhờ các tĩnh mạch.

Thông thường, buồng tim trái chỉ bơm máu đi nuôi cơ thể. Buồng tim phải chỉ bơm máu đến phổi. Ở một đứa trẻ mắc tứ chứng Fallot, máu có thể đi qua lỗ thông từ tâm thất phải đến tâm thất trái. Tắc nghẽn ở động mạch phổi khiến lượng máu từ tâm thất phải đến phổi giảm. Trường hợp trở nên nghiêm trọng khi động mạch phổi bị tắc nghẽn hoàn toàn. Tứ chứng Fallot chiếm phần trăm phổ biến nhất của bệnh tim bẩm sinh tím.

Tóm lại, tứ chứng Fallot là bệnh tim bẩm sinh gồm có 4 khiếm khuyết:

Thông liên thất (1):Trái tim có vách bên trong ngăn cách giữa hai buồng dưới. Khi có thông liên thất nghĩa là có một lỗ trên vách ngăn hay vách liên thất. Do đó, máu giàu oxy (thất trái) và máu nghèo oxy (thất phải) trộn lẫn với nhau.

Hẹp động mạch phổi (2):Tắc nghẽn đường đi của máu từ tim đến phổi. Khi van phổi không thể mở hoàn toàn, tim hoạt động mạnh hơn và dẫn tới thiếu máu đến phổi.

Động mạch chủ nằm đè trên vách liên thất (3):Ở trái tim bình thường, động mạch chủ được gắn vào tâm thất trái. Với tứ chứng Fallot, động mạch chủ nằm giữa cả tâm thất trái và tâm thất phải. Điều này khiến máu nghèo oxy từ tâm thất phải chảy vào động mạch chủ thay vì động mạch phổi.

Lớn thất phải (4):Cơ của tâm thất phải dày hơn do buồng tim phải nhận lưu lượng máu quá mức từ buồng tim trái qua lỗ ở vách liên thất. Hậu quả là thất phải làm việc nhiều hơn.

Các triệu chứng của tứ chứng Fallot rất khác nhau ở mỗi trẻ. Mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng có thể từ nhẹ đến nặng, có liên quan đến mức độ tắc nghẽn lưu lượng máu chảy ra từ tâm thất phải. Các triệu chứng của tứ chứng Fallot có thể xảy ra ngay sau sinh hay khi trẻ lớn hơn, thường là trong năm đầu tiên.

Trẻ sơ sinh bị tứ chứng Fallot thường dễ xuất hiện những cơn tím. Tím có thể xuất hiện ở môi, móng tay hay ngoài da. Đôi khi tím nhiều hơn khi trẻ gắng sức như ho, khóc… Lý do là một ít máu nghèo oxy được bơm vào cơ thể thông qua lỗ thông giữa tâm thất phải và tâm thất trái thay vì được bơm vào phổi. Ngoài ra, trẻ cũng hay thở nhanh. Kết quả là, trẻ có xu hướng chỉ chơi đùa trong thời gian ngắn và sau đó nghỉ ngơi.

Những triệu chứng khác có thể gặp nhưăn uống kém, chậm tăng cân, mệt mỏi. Một số trẻ sẽ có những lúc xuất hiện cơn tím nghiêm trọng, thở hổn hển và gần như bất tỉnh. Tư thế ngồi xổm có thể giúp trẻ cải thiện tình trạng này. Tuy nhiên, bé cần đến bệnh viện ngay lập tức vì có thể nguy hiểm đến tính mạng.

Tứ chứng Fallot được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật. Sự điều trị tạm thời có thể được thực hiện ban đầu nếu trẻ quá nhỏ hoặc có vấn đề bệnh lý khác. Sau đó, phẫu thuật sửa các tật tim hoàn chỉnh sẽ được thực hiện.

Ở một số trẻ sơ sinh, một ca phẫu thuật giúp tạo ống nối giữa động mạch chủ và phổi (gọi tắt làshunt)có thể được thực hiện trước tiên. Mục đích là nhằm giúp cung cấp lưu lượng máu đầy đủ đến phổi. Đây không phải là phẫu thuật tim hở, không khắc phục được các khiếm khuyết bên trong tim của trẻ. Ống nối này được đóng lại khi phẫu thuật sửa chữa hoàn toàn được thực hiện sau đó.

Phẫu thuật hoàn chỉnh thường được thực hiện sớm nhất có thể. Bác sĩ phẫu thuật sẽ đóng lỗ thông liên thất bằng một miếng vá. Ngoài ra, mở đường cho máu chảy từ thất phải lên phổi bằng cách loại bỏ một số cơ dày bên dưới van động mạch phổi. Nếu cần thiết, có thể mở rộng các nhánh con của động mạch phổi.

Trước khi phẫu thuật, những phương pháp điều trị hỗ trợ sẽ giúp kiểm soát phần nào các triệu chứng. Các phương pháp hỗ trợ bao gồm cung cấp nước đầy đủ cho cơ thể, tránh hoạt động thể lực gắng sức. Thuốc tim mạch có thể được kê toa để giúp kiểm soát nhịp tim không đều hoặc suy tim.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Những điều cần biết về thuốc điều trị tim mạch Verospiron (spironolacton)

Các đợt xuất hiện triệu chứng nghiêm trọng như cơn tím có thể hỗ trợ thêm oxy hoặc các loại thuốc khác giúp cải thiện nồng độ oxy và giảm mức độ tím. Các loại thuốc giúp loại bỏ chất lỏng dư thừa ra khỏi cơ thể (thuốc lợi tiểu), hạn chế muối trong chế độ ăn uống và nghỉ ngơi tại giường có thể có hiệu quả trong điều trịsuy tim.

Trẻ em mắc tứ chứng Fallot có nguy cơ bị viêm nội tâm mạc. Ngay cả những trẻ đã được phẫu thuật vẫn cần phải dùng thuốc kháng sinh trước một số thủ thuật nha khoa để giúp ngăn ngừa.

Con bạn có thể cần phải hạn chế hoạt động thể chất, đặc biệt là các môn thể thao gắng sức. Một số trường hợp có thể vẫn còn tắc nghẽn ít ở động mạch phổi, thường gặp sau khi phẫu thuật. Trẻ bị suy giảm chức năng tim hoặc rối loạn nhịp có thể cần hạn chế hoạt động nhiều hơn.

Nếu các tật trong tim đã được sửa chữa hoàn chỉnh và không có bất kỳ rối loạn nào sau nhiều lần kiểm tra, trẻ có thể tham gia các hoạt động bình thường. Bác sĩ tim mạch sẽ quyết định xem con bạn có cần giới hạn hoạt động thể chất hay không.

Nếu đã được điều trị phẫu thuật tứ chứng Fallot, trẻ sẽ cần được theo dõi thường xuyên với bác sĩ tim mạch, ngay cả khi trưởng thành. Trẻ có thể cần dùng thuốc trước hoặc sau khi phẫu thuật để giúp cơ tim co bóp hoặc kiểm soát các bất thường về nhịp tim. Bác sĩ tim mạch của trẻ sẽ theo dõi diễn tiến bệnh với các xét nghiệm khác nhau, gồm điện tâm đồ, X quang ngực thẳng, siêu âm tim…

Nói chung, tiên lượng về lâu dài có xu hướng tốt. Tuy nhiên, một số trẻ em có thể cần dùng thuốc hoặc phẫu thuật lại nhiều lần.

Khi trẻ trưởng thành, vấn đề thai kỳ là một mối quan tâm của nhiều cha mẹ. Trong nhiều trường hợp, phụ nữ bị tứ chứng Fallot được phẫu thuật hoàn chỉnh đã mang thai thành công. Một số trường hợp nếu còn vấn đề về tim có thể mang thai khó khăn hơn. Bất kỳ phụ nữ nào mong muốn có thai nên được bác sĩ tim mạch kiểm tra toàn diện. Mang thai được coi là có nguy cơ cao và không được khuyến khích cho những phụ nữ bị tứ chứng Fallot chưa phẫu thuật, nhất là khi vẫn còn “tím tái”.

Nguy cơ mắc bệnh ở anh chị em của trẻ được báo cáo là rất thấp. Tuy nhiên, tư vấn di truyền vẫn có thể hữu ích cho cha mẹ và các thành viên khác trong gia đình.

Tứ chứng Fallotlà một bệnh lý phổ biến nhất trong nhóm tim bẩm sinh tím. Đây là bệnh với những bất thường về cấu trúc và chức năng của tim trước khi sinh. Hiện nay, với phương pháp phẫu thuật hiện đại, những ảnh hưởng về lâu dài đến cuộc sống người bệnh đã được khắc phục. Trẻ có thể sinh hoạt và vui chơi như những bạn bè đồng trang lứa.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/tu-ky-la-gi-lieu-ban-da-hieu-dung/

Nội dung bài viết

1. Rối loạn phổ tự kỷ là gì?

2. Người mắc rối loạn phổ tự kỷ nhìn nhận thế giới như thế nào?

3. Cách phân loại rối loạn phổ tự kỷ khác nhau như thế nào?

4. Triệu chứng

5. Chẩn đoán

6. Nguyên nhân

7. Điều trị

8. Rối loạn phổ tự kỷ ở người trưởng thành

9. Vì sao cần nhận thức đúng về tự kỷ?

Tự kỷ, bệnh tự kỷ, chứng tự kỷ là những tên thông dụng chúng ta gọi cho rối loạn tự kỷ. Tên gọi mới của rối loạn này là rối loạn phổ tự kỷ (Autistic Spectrum Disorder – ASD).

Đây là một rối loạn phổ biến, ước tính có khoảng khoảng 1% dân số thế giới mắc (62,2 triệu người trên toàn cầu) vào năm 2015. Cũng như các rối loạn sức khỏe tâm thần khác, tự kỷ rất phức tạp. Vì vậy, chúng ta không thể chỉ nhìn đơn thuần vào biểu hiện bên ngoài và nói rằng rằng ai đó bị tự kỷ.

Tự kỷ là một rối loạn phát triển kéo dài. Nó ảnh hưởng đến cách một người nhận thức về thế giới và tương tác với người khác. Người mắc rối loạn nhìn, nghe và cảm nhận thế giới khác với người bình thường. Biểu hiện của người mắc rối loạn phổ tự kỷ có thể kéo dài suốt đời.

Đây không phải là một căn bệnh như cảm cúm, có thể điều trị khỏi hoàn toàn. Một số người vẫn có thể đảm bảo các chức năng cuộc sống như đi làm, chung sống với người khác hay tự chăm sóc. Nhưng họ vẫn sẽ có những bản sắc nền tảng của rối loạn phổ tự kỷ.

Một số người mắcrối loạn phổ tự kỷcó thể có các khuyết tật về mặt học tập, một số khác thì không. Một số người có các vấn đề về sức khỏe tâm thần như trầm cảm, lo âu nhưng một số khác thì không. Điều này có nghĩa là với mỗi người sẽ cần các mức hỗ trợ khác nhau.

Nhưng có một điều chắc chắn là tất cả người bị rối loạn tự kỷ đều có thể học tập và phát triển. Vì vậy, với sự hỗ trợ đúng đắn, họ đều có thể sống một cuộc sống trọn vẹn.

Một số nói rằng, sống trong xã hội của người bình thường là không dễ dàng với họ.

Cụ thể, hiểu và kết nối với người khác, tham gia vào đời sống gia đình, trường học, công việc và xã hội hằng ngày là những việc khó khăn với họ. Với người bình thường, chúng ta hiểu, nhận biết nối kết với người khác bằng trực giác, giao tiếp và tương tác với nhau một cách tự nhiên.

Người bị tự kỷ luôn phải nỗ lực để xây dựng mối quan hệ với những người khác. Họ có thể luôn tự hỏi: “Tại sao tôi lại “khác biệt” như vậy?”. Điều này sẽ trở nên khó khăn hơn nếu mọi người xung quanh vẫn có định kiến và không hiểu cho họ.

DSM (Cẩm nang chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần) do Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ (APA) xuất bản và được các chuyên gia lâm sàng sử dụng để chẩn đoán nhunwgx rối loạn tâm thần. Phiên bản thứ năm (phiên bản gần đây nhất của DSM đã được phát hành vào năm 2013) có tên DSM-5. DSM-5 hiện công nhận năm loại yếu tố phụ khác nhau với rối loạn phổ tự kỷ, gồm:

Có hoặc không kèm theo suy giảm trí tuệ.

Có hoặc không kèm theo suy giảm ngôn ngữ.

Liên quan đến một tình trạng y tế hoặc di truyền hoặc yếu tố môi trường đã biết.

Liên quan đến một rối loạn phát triển thần kinh, tâm thần hoặc hành vi.

Kèm theo căng trương lực.

Một người có thể được chẩn đoán với một hoặc nhiều yếu tố phụ.

Phiên bản DSM-5 là phiên bản đầu tiên đề cập đến rối loạn phổ tự kỷ. Ở các phiên bản trước, rối loạn phổ tự kỷ bao gồm các chẩn đoán sau:

Rối loạn tự kỷ (Autistic Disorder).

Hội chứng Asperger.

Rối loạn phát triển lan tỏa (PDD-NOS).

Hội chứng Heller (childhood disintegrative disorder – CDD).

Các triệu chứng tự kỷ thường trở nên rõ ràng trong thời thơ ấu, từ 12 đến 24 tháng tuổi. Tuy nhiên, các triệu chứng cũng có thể xuất hiện sớm hơn hoặc muộn hơn.

Các triệu chứng sớm có thể bao gồmchậm nóihoặc phát triển xã hội.

DSM-5 chia các triệu chứng tự kỷ thành hai loại: các vấn đề về giao tiếp – tương tác xã hội và các mô hình hành vi, hoạt động bị hạn chế hoặc lặp đi lặp lại.

Vấn đề về giao tiếp, bao gồm những khó khăn trong việc chia sẻ cảm xúc, chia sẻ sở thích hoặc duy trì cuộc trò chuyện qua lại.

Các vấn đề với giao tiếp phi ngôn ngữ, chẳng hạn như sự cố duy trì giao tiếp bằng mắt hoặc hiểu ngôn ngữ cơ thể.

Khó khăn trong việc phát triển và duy trì mối quan hệ.

Chuyển động lặp đi lặp lại hoặclặp đi lặp lại lời nói.

Tuân thủ cứng nhắc các thói quen hoặc hành vi cụ thể.

Tăng hoặc giảm độ nhạy cảm với thông tin cảm giác cụ thể từ môi trường xung quanh, chẳng hạn như phản ứng với những âm thanh cụ thể.

Sở thích cố định, rập khuôn.

Chẩn đoán rối lạn phổ tự kỷ do một nhóm chẩn đoán đa ngành, thường bao gồm một nhà trị liệu âm ngữ, bác sĩ tâm thần nhi và chuyên viên tâm lý lâm sàng nhi đưa ra.

Các chuyên gia có thể đánh giá dựa trên những công cụ đo lường hoặc tiêu chuẩn chẩn đoán (như DSM-5) và đánh giá cụ thể mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.

Ví dụ, một chuyên gia khi chẩn đoán ASD theo DSM-5 phải đánh giá được một người phải thỏa ít nhất 3 triệu chứng trong nhóm thứ nhất (các vấn đề về giao tiếp và tương tác xã hội) và ít nhất 2 triệu chứng trong nhóm thứ hai (các mẫu hành vi hoặc hoạt động bị hạn chế hoặc lặp đi lặp lại). Nó cũng phải kết hợp với những vấn đề bắt đầu rõ ràng từ thời thơ ấu và các chẩn đoán phân biệt với các rối loạn tâm thần khác.

>> Khi đưa trẻ đi chẩn đoán, cha mẹ cần chuẩn bị những gì? Tìm hiểu thêm trong bài viết:Những thông tin cần biết trước khi đưa bé tự kỷ đi gặp bác sĩ

Nhận được đánh giá và chẩn đoán kịp thời và kỹ lưỡng có thể hữu ích vì:

Nó giúp người mắc rối loạn (và gia đình, người chăm sóc, đối tác hôn nhân, đồng nghiệp, giáo viên, bạn bè của họ) hiểu lý do tại sao họ có những khó khăn nhất định và những gì họ có thể làm để giúp.

Giúp các bên liên quan tìm kiếm những dịch vụ hỗ trợ phù hợp và sớm.

Nguyên nhân chính xác gây nên tình trạng này vẫn chưa được xác định. Các nghiên cứu mới nhất chứng minh rằng tự kỷ không có nguyên nhân duy nhất.

Một số yếu tố nguy cơ nghi ngờ mắc bệnh tự kỷ bao gồm:

Có một thành viên gia đình bị bệnh.

Đột biến gen.

Hội chứng X mong manh và các rối loạn di truyền khác.

Được sinh ra từ cha mẹ lớn tuổi.

Cân nặng khi sinh thấp.

Mất cân bằng trao đổi chất.

Tiếp xúc với kim loại nặng và độc tố môi trường.

Tiền sử nhiễm virus.

Thai nhi tiếp xúc với thuốc valproic acid (Depakene) hoặc thalidomide (Thalomid).

Theo Viện Rối loạn Thần kinh và Đột quỵ Quốc gia Hoa Kỳ (NINDS), cả di truyền và môi trường đều là yếu tố quyết định liệu một người có bị tự kỷ hay không.

Không có phương pháp “chữa khỏi bệnh” nào đối với rối loạn phổ tự kỷ. Tuy nhiên, các liệu pháp có thể giúp người mắc rối loạn phát triển những kỹ năng toàn diện để thích nghi với cuộc sống. Những can thiệp này nên được cân nhắc càng sớm càng tốt.

Nhiều can thiệp có thể kể đến như:

Trị liệu hành vi.

Trị liệu trò chơi.

Vận động trị liệu.

Trị liệu ngôn ngữ.

Can thiệp hỗ trợ chăm sóc – giáo dục.

Tuy nhiên, kết quả điều trị sẽ khác nhau. Một số người có thể đáp ứng tốt với các phương pháp này. Trong khi những người ở mức độ khác thì cần những can thiệp khác phù hợp hơn.

Các gia đình có người thân mắc rối loạn phổ tự kỷ luôn lo lắng cho cuộc sống của họ khi trưởng thành. Điều này là hoàn toàn dễ hiểu.

Một số ít người trưởng thành có thể tiếp tục sống hoặc làm việc độc lập. Tuy nhiên, nhiều người khác vẫn phải cần phải có người bên cạnh chăm sóc trong suốt cuộc đời của họ.

Tìm kiếm các liệu pháp và can thiệp từ sớm với người mắc rối loạn phổ tự kỷ có thể giúp họ sự độc lập hơn trong cuộc sống. Họ có khả năng tự chăm sóc, làm việc, hòa nhập với người xung quanh và chất lượng cuộc sống của họ cũng tốt hơn.

Đôi khi, những người tự kỷ không được chẩn đoán từ nhỏ. Họ chỉ được chẩn đoán khi đến tuổi trường thành hoặc đến lúc cuối đời. Điều này có thể gây tổn thất to lớn đến cá nhân họ, gia đình và xã hội. Sự thiếu nhận thức trước đây của xã hội và hệ thống y tế là nguyên nhân.

Tháng 4 là tháng tự kỷ thế giới. Có thể hiểu đây là tháng nhận thức về rối loạn phổ tự kỷ trên toàn thế giới. Tuy nhiên, nhiều người ủng hộ đã kêu gọi việc nhận thức đúng đắn về căn bệnh này quanh năm (365 ngày).

Nếu toàn xã hội nhận thức về tự kỷ cũng giúp cho người mắc bệnh có thể được phát hiện sớm và có những hỗ trợ phù hợp, giảm bớt gánh nặng cá nhân, gia đình và xã hội. Họ sẽ có cơ hội nhận được hỗ trợ để phát triển và xây dựng một cuộc sống phù hợp với riêng mình.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-amidan/

Nội dung bài viết

Ung thư amiđan là gì?

Loại ung thư amiđan nào thường gặp ở Việt Nam?

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh

Triệu chứng của ung thư amiđan

Cách chẩn đoán ung thư amidan

Ung thư amiđan có thể nhầm với bệnh lý nào?

Quá trình tiến triển của bệnh

Các phương pháp điều trị bệnh

Ung thư amiđan là dạng ung thư ác tính phổ biến của ung thư vùng Tai Mũi Họng. Bệnh khá thường gặp ở Việt Nam. Tỷ lệ mắc đang tăng mạnh do tỷ lệ nhiễm virus gây u nhú ở người – HPV ngày càng tăng. Ung thư amidan ban đầu có triệu chứng mơ hồ. Bệnh nhân có thể chỉ thấy khó nuốt và cảm giác vướng thứ gì đó trong cổ họng, hay lâu lâu đau nhói trong tai. Do đó, ung thư amiđan thường được chẩn đoán muộn khi đã di căn sang các khu vực lân cận, như lưỡi và các hạch bạch huyết.

Ung thư­ amidan khẩu cái là một trong những loại ung th­ư vùng tai mũi họng thường gặp. Bao gồm các khối u ở thành hố amidan, cũng nh­ư ở trụ trư­ớc, trụ sau. Trong nhiều tr­ường hợp rất khó xác định điểm xuất phát. Không rõ khối u là từamidanhay là từ các thành hố xung quanh amiđan, vì chúng liên quan mật thiết với nhau.

Amiđan có tổ chức biểu mô và mô liên kết vì vậy cấu trúc khối u ác tính của nó cũng chia thành hai nhóm như trên. Loại ung thư­ biểu mô th­ường hay gặp nhất ở Việt Nam (90%).

Ung th­ư biểu mô amidan:thư­ờng gặp là thể hỗn hợp loét thâm nhiễm. Sau nữa là thể tăng sinh, loét, thâm nhiễm.

Ung th­ư lympho biểu mô:đ­ược miêu tả nh­ư là sự ung th­ư hoá cùng một lúc các tổ chức biểu mô và lympho của amidan. Loại ung th­ư này thường ở amidan vòm và rất ít phát triển ở amiđan khẩu cái.

Di căn hạch: Trong thực tế, ta th­ường phát hiện hạch di căn ở cổ, còn bệnh tích nguyên phát ở amidan thì không biểu hiện rõ. Có tr­ường hợp sau 1-2 năm mới phát hiện th­ương tổn ở amidan.

Tỷ lệ mắc bệnh: trong phạm vi vùng đầu cổ thì ung thư­ amiđan đứng vào hàng thứ 7, 8. Bệnh chủ yếu ở nam giới. Về độ tuổi hay gặp là 50 – 70.

Các yếu tố liên quan đến bệnh sinh:

Rư­ợu và thuốc lá vẫn là những yếu tố có liên quan mật thiết, như­ phần lớn ung th­ư của đ­ường ăn và đường thở.

Cũng cần nói đến các yếu tố kích thích mạn tính khác nh­ư khói, bụi… đối với niêm mạc… Hay nghề nghiệp tiếp xúc kéo dài với các chất như amiăng và perchloroethylene…

Ngoài ra, bệnh cũng đã được chứng minh có sự hiện diện của virus gây u nhú ở người (HPV type 16 và HPV18). Sự hiện diện củaHPVcó thể làm thay đổi đáng kể tiên lượng của ung thư amiđan.

Ở giai đoạn đầu, các triệu chứng rất kín đáo. Thực tế thì ngư­ời bệnh rất hiếm đến khám ở giai đoạn này. Giai đoạn này tiến triển lặng lẽ và kéo dài khá lâu đối với một số trư­ờng hợp.

Triệu chứng bắt đầu thư­ờng là nuốt khó hoặc cảm giác v­ướng ở một bên họng. Cảm giác này nh­ư có dị vật, nhất là lúc nuốt nư­ớc bọt. Đặc điểm là cảm giác vướng thường cố định ở một vị trí và một bên họng. Sau đó vài tuần hoặc một vài tháng thì nuốt khó lúc ăn và dần dần nuốt đau. Đặc biệt là đau nhói lên tai. Một số bệnh nhân khi khạc có đờm lẫn ít máu.

Ngoài ra, có một số ng­ười bệnh đến khám như­ một viêm họng. Hoặc như­ một viêm tấy quanh amidan mà sau dùng kháng sinh thì có giảm nhẹ. Phần lớn bệnh nhân đến khám chỉ vì nổi hạch cổ. Đôi khi do ngẫu nhiên khám sức khoẻ định kỳ mà phát hiện thấy hạch.

Giai đoạn đầu:thư­ờng có thể thấy đ­ược một vết loét mang tính chất của một loét ung thư. Loét sùi th­ường là nông, bờ hơi cứng, chạm vào dễ chảy máu. Bác sĩ có thể dùng gư­ơng soi gián tiếp hoặc nội soi để quan sát kỹ hơn. Ngoài ra, sờ amiđan để đánh giá u đã lan ra vùng lân cận chưa.

Giai đoạn rõ rệt:triệu chứng đã khá rõ. Đau liên tục, nhất là lúc nuốt thì đau nhói bên tai. Giai đoạn này thường kèm theo bội nhiễm. Rất đau và thở th­ường có mùi thối. Phát âm giọng mũi kín hay giọng ngậm hạt thị (giống như người bệnh vừa ngậm một hạt gì ở miệng vừa nói).

Tổn th­ương amidan có nhiều hình thái khác nhau:

Hình thái loét: loét có thể nông hay sâu, đáy như­ núi lửa, rắn, thư­ờng thâm nhiễm vào các thành hố amiđan.

Hình thái sùi: tăng sinh làm cho thể tích amidan to lên rất giống một ung thư­ liên kết hay sacoma, hình thái này th­ường nhạy cảm với tia xạ.

Hình thái thâm nhiễm: thể này thư­ờng lan vào phía sâu nên sờ chắc rắn.

Thể hỗn hợp: loét sùi, loét thâm nhiễm. Th­ường do bội nhiễm nên u màu xám bẩn hoặc hoại tử. Có trư­ờng hợp người bệnh bị khít hàm nên khó há miệng.

Thông thường, những tổn thương ở amiđan thì nhỏ nh­ưng hạch lại khá lớn. Hiện nay có thể dựa vào hạch đồ (tế bào học) cũng giúp cho việc chẩn đoán, định h­ướng trư­ờng hợp cá biệt thì mới cần thiết làm sinh thiết hạch. Với các hạch to, nghi ngờ, có thể chọc hút tế bào làm FNA.

Chủ yếu dựa vào kết quả giải phẫu bệnh. Trong tr­ường hợp sinh thiết gặp khó khăn do loét hoại tử, chảy máu của tổ chức amidan. Ta cũng có thể dựa vào kết quả của sinh thiết hạch.

Khi chẩn đoán cũng cần đánh giá độ lan rộng của khối u. Vì vậy ngoài khám trực tiếp, bác sĩ sẽ sờ vào tổ chức amiđan và vùng lân cận. Cũng như­ sờ đánh giá các hạch bị di căn.

Có khoảng 20% ngư­ời bệnh khi đến khám lần đầu chỉ vì nổi hạch cổ. Và khoảng 75% bệnh nhân khi đến khám do ung thư­ amidan thì đã có hạch cổ sờ thấy dễ dàng.

Nhìn chung, vì ngư­ời bệnh thư­ờng đến giai đoạn muộn nên chẩn đoán không dễ nhầm lẫn. Trong tr­ường hợp ở giai đoạn sớm và nhất là với các thể thâm nhiễm, không loét, th­ường phải phân biệt với các bệnh sau đây:

Khối u loét thâm nhiễm: tuy nhiên ít gặp nh­ưng có thể nhầm lẫn với một thể lao loét sùi. Nói chung, th­ương tổn lao ít khi­ trú u ở amidan và ít thâm nhiễm xuống phía sâu. Hay gặp ở bệnh nhân bị lao phổi đang tiến triển. Cần chú ý đến một giang mai (hoặc là hạ cam amidan thể ăn mòn hoặc gôm loét giang mai thời kỳ III).

Th­ương tổn loét ở amiđan: hay gặp là viêm họng Vincent. Như­ng bệnh này diễn biến cấp tính. Có một số đặc điểm như loét không đều, đáy loét bẩn có mủ máu hoặc lớp giả mạc bao phủ, bờ loét không rắn. Bệnh thường kèm theo có hạch viêm ở cổ diễn biến nhanh. Chế độ nghỉ ngơi và vệ sinh vùng răng miệng tốt sẽ giảm.

Amiđan thể thâm nhiễm làm cho amidan to ra: cần chú ý với sự phát triển của bản thân tổ chức amidan. Cũng có trư­ờng hợp amidan to do bị khối u vùng lân cận đẩy lồi ra. Thường gặp nh­ư khối u thành bên họng, u tuyến mang tai, hạch cổ to đẩy lồi amidan…

Riêng những trư­ờng hợp bắt đầu biểu hiện bằng nổi hạch cổ thì cần chẩn đoán phân biệt với các viêm hạch cổ mạn tính như­: lao, ung thư­ máu, lympho ác tính, Hodgkin và Non Hodgkin.

Nếu không đ­ược điều trị thì ng­ười bệnh chỉ kéo dài sự sống trong vòng 12-16 tháng. Lý do khối u và hạch phát triển kèm theo bị viêm bội nhiễm gây chảy máu và suy kiệt dần.

Khối u amidan to dần làm cho ng­ười bệnh đau đớn và khít hàm. Vấn đề không ăn uống đ­ược càng làm cho bệnh trầm trọng thêm. Hạch to dần sẽ chèn ép các thần kinh và thâm nhiễm và các mạch máu lớn vùng cổ. Từ đó dẫn đến liệt thần kinh hoặc chảy máu ồ ạt.

Bội nhiễm, ăn sâu vào đ­ường thở và di căn vào các cơ quan, tạng phủ là giai đoạn cuối cùng dẫn đến tử vong. Vì bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn nên nếu có được điều trị thì tỉ lệ tái phát cũng khá cao. Ảnh h­ưởng xấu đến kết quả điều trị.

Nói chung loại ung th­ư này nhạy cảm với tia xạ. Phẫu thuật có thể giải quyết những tr­ường hợp u quá to, hạch cổ nhiều hoặc u và hạch còn sót sau tia xạ. Ngoài ra, nhiều tr­ường hợp bị nghi ngờ ung thư­ amidan như­ng đã sinh thiết nhiều lần vẫn âm tính. Phẫu thuật nhằm hai mục đích: cắt rộng tổ chức amidan và gửi toàn bộ bệnh phẩm làm sinh thiết để tìm tổ chức ung th­ư.

Tia xạ:thư­ờng dùng tia qua da, vào khối u nguyên phát và cả vùng hạch cổ. Tuỳ theo các nguồn năng lư­ợng khác nhau và mục đích của việc điều trị.

Phẫu thuật:Có nhiều ph­ương pháp phẫu thuật. Bằng cách qua đư­ờng miệng tự nhiên hoặc đi đường ngoài qua xư­ơng hàm. Di chứng phẫu thuật ít. Tỷ lệ tử vong sau mổ cũng ít gặp.

Điều trị đối với hạch cổ di căn:Chủ yếu là tia qua da đồng thời với u amidan. Điều trị bằng phẫu thuật trong tr­ường hợp khối hạch còn bé, di động. Phẫu thuật viên th­ường nạo vét hạch cổ toàn bộ.

Như vậy,ung thư amidanlà bệnh lý thường gặp, nhưng dễ bỏ sót nên khi phát hiện bệnh thường đã di căn xa. Để chủ động phát hiện sớm bệnh, hãy chú ý đi khám ngay khi bạn cảm thấy khó chịu tại họng, hay sờ có hạch cổ bất thường… Và hãy nhớ đến khám tại các cơ sở và chuyên gia uy tín để được chẩn đoán và điều trị tốt nhất nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-am-ho-chan-doan-va-dieu-tri-ra-sao/

Nội dung bài viết

Tổng quan

Triệu chứng của ung thư âm hộ

Chẩn đoán

Phân độ giai đoạn ung thư âm hộ

Điều trị phẫu thuật ung thư âm hộ

Các phương pháp điều trị khác

Theo dõi sau điều trị

Khi phát hiện vùng âm hộ có một vết loét hay nốt sùi, chắc hẳn chị em rất lo lắng không biết mình có bị ung thư hay không. Vậy ung thư âm hộ là bệnh gì và có triệu chứng ra sao? Bác sĩ sẽ làm gì để chẩn đoán và điều trị bệnh? Hãy cùng Bác sĩ Lê Mai Thùy Linh giải đáp thắc mắc trong bài viết này nhé!

Ung thư âm hộ là một trong những ung thư phụ khoa thường gặp ở nữ giới, xếp thứ 4 sauung thư vú, buồng trứng và cổ tử cung. Bệnh thường được chẩn đoán ở những phụ nữ lớn tuổi, trung bình từ 50 đến 70. Tuy nhiên, bệnh cũng có thể gặp ở phụ nữ trẻ hơn, nhất là những người có nguy cơ đặc biệt.

Các triệu chứng ung thư âm hộ thường không đặc trưng. Thường gặp nhất là ngứa rát âm hộ, chảy máu bất thường hay sùi, loét vùng âm hộ. Do dễ nhầm lẫn với các bệnh lý lành tính khác nên ung thư âm hộ hay bị bỏ sót. Chẩn đoán ung thư ở giai đoạn sớm giúp bệnh nhân có kết quả điều trị và tiên lượng tốt hơn.

Điều trị ung thư âm hộ thường là phẫu thuật cắt bỏ khối u. Đôi khi, ung thư ở giai đoạn tiến xa cần phẫu thuật cắt toàn bộ âm hộ. Chẩn đoán càng trễ, phẫu thuật càng phải mở rộng. Tùy giai đoạn bệnh, các phương pháp khác có thể được chỉ định là hóa và xạ trị.

Đây là triệu chứng thường gặp ở các bệnh lý phụ khoa khác như nấm, viêm nhiễm. Nhưng nếu sau điều trị nhiều lần không khỏi hay ngứa vùng hộ tái phát mà không có yếu tố nguy cơ, hãy đến gặp bác sĩ chuyên khoa.

Nếu quan sát thấy một vùng da có màu khác thường (trắng bạch hay nhợt nhạt, vùng da màu đậm hơn…) hay sờ thấy một vùng da cộm hơn, hãy thông báo với bác sĩ để được thăm khám.

Các tổn thương này được phát hiện khi bạn vệ sinh vùng kín và vô tình sờ thấy. Chúng có thể có các triệu chứng như đau, ngứa hay rỉ máu. Bạn có thể dùng gương soi quan sát các tổn thương này và sự thay đổi của chúng qua từng ngày để cung cấp nhiều thông tin hơn cho bác sĩ.

Chảy máu vùng kín xảy ra ở tuổi mãn kinh là dấu hiệu báo động cần được thăm khám để loại trừ ung thư phụ khoa. Với phụ nữ còn kinh nguyệt, bất kỳ chảy máu nào không liên quan đến chu kỳ hay chảy máu kinh kéo dài đều được xem là bất thường.Theo dõi chu kỳ kinh nguyệtsẽ giúp bạn sớm phát hiện các triệu chứng chảy máu bất thường này.

Các triệu chứng của ung thư âm hộ thường không đặc hiệu và dễ dàng nhầm lẫn với những bệnh khác. Do đó, hãy đặt lịch với bác sĩ phụ khoa để được kiểm tra ngay khi có bất kỳ triệu chứng hay khó chịu nào ở vùng nhạy cảm. Ngay cả khi không có triệu chứng, vùng kín vẫn có những nguy cơ tiềm ẩn, ví dụ như nhiễm HPV dai dẳng. Vì vậy, chị em phụ nữ nên khám phụ khoa định kỳ ít nhất mỗi năm 1 lần để đánh giá các nguy cơ này.

Những xét nghiệm và quy trình để chẩn đoán ung thư âm hộ bao gồm:

Khám vùng kín.Bác sĩ sẽ khám vùng âm hộ và các vùng lân cận để tìm những dấu hiệu bất thường.

Sử dụng dụng cụ chuyên dụng để soi âm hộ. Khi soi, bác sĩ dùng một kính soi phóng đại để có thể quan sát kỹ hơn các vùng da bất thường.

Sinh thiết.Để xác định bản chất của vùng bất thường, bác sĩ sẽ lấy mô để phân tích tế bào. Quá trình này gọi là sinh thiết. Trong khi sinh thiết, bệnh nhân sẽ được gây tê tại chỗ. Bác sĩ sẽ dùng dụng cụ để cắt lấy mô ở vùng nghi ngờ này. Nếu vùng cắt rộng, bệnh nhân sẽ được khâu một hay vài mũi.

Khi đã có chẩn đoán ung thư âm hộ, bác sĩ sẽ xác định kích thước và mức độ lan rộng của ung thư. Các bước tiếp theo bao gồm:

Khám toàn bộ vùng chậu để tìm các dấu hiệu di căn.

Các chẩn đoán bằng hình ảnh: chụp X quang, chụp cắt lớp (CT Scan) hay cộng hưởng từ (MRI) ở vùng ngực và vùng bụng – chậu có thể được thực hiện để tìm kiếm các vị trí có thể di căn của ung thư.

Phân độ giai đoạn ung thư âm hộ sẽ giúp ích cho phần điều trị và theo dõi bệnh. Theo FIGO 2009, ung thư tế bào vảy được chia làm những giai đoạn sau:

Khối u nhỏ còn giới hạn ở âm hộ và vùng da giữa âm hộ và hậu môn. Ung thư giai đoạn này chưa lan đến hạch lympho và các cơ quan khác. Khối u có kích thước nhỏ hơn 2 cm và chiều sâu nhỏ hơn 1 mm được phân loại 1a. Nếu kích thước khối u lớn hơn và/hoặc sâu hơn 1mm thì được phân giai đoạn 1b.

Đặc điểm là khối u lan đến các cấu trúc lân cận: phần thấp của lỗ tiểu, âm đạo hay hậu môn. Khối u ăn lan không quá một phần ba dưới các cấu trúc này và không có di căn hạch vùng.

Khối u có hoặc không xâm lấn như giai đoạn II, nhưng đã có di căn đến nhóm hạch gần. Nhóm hạch gần là nhóm hạch vùng đùi – vùng bẹn. Theo kích thước và số lượng hạch di căn, giai đoạn III còn được chia thành: a, b và c.

Giai đoạn này được định nghĩa khi:

Những khối u di căn đến hạch lympho xa.

Lan đến phần cao (hai phần ba trên) của đường niệu hoặc âm đạo.

Lan đến túi cùng hay xương chậu.

Ung thư âm hộ cũng có thể lan đến các cơ quan khác của cơ thể.

Ung thư tế bào sắc tố sử dụng bảng phân loại khác.

Phương pháp điều trị ung thư âm hộ phụ thuộc vào dạng ung thư và giai đoạn bệnh, tình trạng sức khoẻ chung cũng như chọn lựa của bệnh nhân.

Cắt khối u và bờ mô lành xung quanh. Còn gọi là phẫu thuật cắt rộng hay phẫu thuật triệt để: cắt bỏ khối u và một phần mô lành xung quanh. Cắt rộng nhằm mục đích tránh để sót tế bào ung thư, giảm tái phát.

Phẫu thuật mở rộng. Cắt bỏ 1 phần âm hộ hoặc toàn bộ âm hộ, bao gồm cả mô phía dưới, được lựa chọn khi khối u có kích thước lớn. Bác sĩ cũng có thể đề nghị xạ trị và/hoặc hoá trị trước mổ để giảm kích thước khối u. Các điều trị kèm theo này nhằm mục đích hạn chế cắt quá nhiều phần của âm hộ cũng như sót tế bào ung thư sau mổ.

Sau phẫu thuật cắt khối u và các vùng da lân cận, tùy kích thước và vị trí khối u, phẫu thuật viên sẽ tạo hình âm hộ bằng các vạt cơ xung quanh.

Phẫu thuật cắt toàn bộ âm hộ có thể có nguy cơ biến chứng, thường gặp như nhiễm trùng hoặc sưng tấy quanh vết cắt. Phẫu thuật vùng âm hộ cũng có thể thay đổi sự nhạy cảm ở vùng sinh dục. Tuỳ vào vị trí phẫu thuật, vùng sinh dục có thể bị mất cảm giác và khó đạt đỉnh khi quan hệ tình dục.

Tìm hiểu thêm:Giáo dục giới tính tuổi teen (Phần 3): Quan hệ tình dục có như lời đồn?

Ung thư âm hộ có thể lan đến các hạch lympho vùng bẹn, do đó bác sĩ có thể sẽ nạo các hạch vùng này trong lúc phẫu thuật cắt bỏ khối u. Phụ thuộc vào giai đoạn mà bác sĩ sẽ quyết định nạo hạch nhiều hay ít.

Trong vài trường hợp nhất định, phẫu thuật viên sẽ sử dụng phương pháp để nạo hạch tối thiểu nhất ở những giai đoạn sớm. Bác sĩ sẽ chỉ lấy trọn những hạch có khả năng di căn nhiều nhất, sau đó xét nghiệm để chẩn đoán chính xác giai đoạn bệnh.

Phẫu thuật nạo hạch có thể gây ứ dịch và phù chân, gọi là phù do hạch lympho.

Xạ trị là phương pháp sử dụng chùm tia năng lượng cao để tiêu diệt các tế bào ung thư. Phương pháp có thể được chỉ định cho khối u lớn nhằm mục đích thu nhỏ chúng trước phẫu thuật.

Nếu ung thư lan rộng đến hạch lympho, bác sĩ cũng có thể chỉ định xạ trị sau phẫu thuật. Tia xạ nhắm đến vùng hạch lympho để tiêu diệt hết những tế bào ung thư còn sót lại.

Bác sĩ cũng có thể kết hợp hóa, xạ trị trước hay sau phẫu thuật. Việc kết hợp các phương pháp nhằm giảm kích thước khối u, tránh để lại tế bào ung thư, từ đó tăng tỷ lệ thành công và giảm tái phát.

Hóa trị là sử dụng những loại thuốc để tiêu diệt tế bào ung thư. Thuốc hóa trị có thể được dùng bằng đường tiêm mạch cánh tay hay đường uống. Với những ung thư lan rộng đến các cơ quan khác, hóa trị là một lựa chọn.

Như đã đề cập, các phương pháp này có thể kết hợp với nhau để đạt hiệu quả tốt nhất.

Sau khi kết thúc điều trị ung thư âm hộ, người bệnh cần trao đổi với bác sĩ về thời gian tái khám và theo dõi định kỳ. Việc này sẽ giúp kiểm tra kết quả điều trị và sớm phát hiện biến chứng. Quan trọng hơn, ngay cả khi điều trị thành công, ung thư âm hộ cũng có khả năng tái phát. Tái khám định kỳ sẽ giúp phát hiện sớm ung thư tái phát.

Bác sĩ sẽ xây dựng lịch tái khám phù hợp với bệnh nhân. Thông thường, bạn cần tái khám mỗi 3 tháng hay mỗi 6 tháng trong 2 năm đầu sau kết thúc điều trị. Hãy trao đổi với bác sĩ về các biến chứng có thể gặp và thời gian tái khám cụ thể.

Ung thư âm hộlà bệnh lý thường gặp và triệu chứng đôi khi gây nhầm lẫn với bệnh lý phụ khoa khác. Do đó, khi có những triệu chứng bất thường, hãy đến gặp bác sĩ để được khám. Chúc chị em luôn xinh đẹp và khỏe mạnh!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-bieu-mo/

Nội dung bài viết

Ung thư biểu mô là gì?

Các loại ung thư biểu mô

Nguyên nhân của ung thư biểu mô

Chẩn đoán ung thư biểu mô

Điều trị ung thư biểu mô

Ung thư biểu mô có thể xảy ra ở mọi cơ quan. Đây là loại ung thư phổ biến nhất. Căn bệnh có thể đe dọa đến tính mạng nếu không điều trị kịp thời. Nhưng nếu được phát hiện và điều trị sớm thì sẽ có khả năng chữa khỏi. Vậy căn bệnh này là gì? Có những loại ung thư phổ biến nào và điều trị ra sao?

Có rất nhiều loại bệnh ung thư bắt nguồn ở các loại mô khác nhau như: xương, mạch máu, não, tủy sống… Nhưng ung thư biểu mô là tên gọi chung của khối u có nguồn gốc từ tế bào biểu mô. Theo thuật ngữ giải phẫu bệnh gọi tình trạng là carcinoma.

Biểu mô là phần bao phủ ở mặt ngoài của cơ thể như da, hoặc lót ở mặt trong của các cơ quan nội tạng như ống tiêu hoá, hô hấp và bài tiết. Vì một lý do nào đó, các DNA trong cơ thể bất thường và gây ra những biến đổi trên tế bào biểu mô. Từ đó hình thành khối u tại lớp biểu mô. Các tế bào u này có thể lan sang các cơ quan khác của cơ thể. Nghĩa là carcinoma là một loại u ác tính.

Nhìn chung cách phân loại ung thư có nguồn gốc từ biểu mô dựa vào vị trí mà chúng tác động và các mức độ tiến triển. Có ba loại ung thư biểu mô chính. Bao gồm:

Ung thư biểu mô tuyến.

Ung thư biểu mô tế bào đáy.

Ung thư biểu mô tế bào vảy.

Ngoài ra có một số loại ít phổ biến hơn như:

Ung thư biểu mô ống dẫn sữa tại chỗ (DCIS).

Ung thư biểu mô ống xâm lấn.

Đôi khi có thể có các biến thể trong các loại tế bào ung thư. Ví dụ như:

Ung thư biểu mô tuyến – vảy (adenosquamous carcinoma).

Ung thư biểu mô không sản sinh.

Ung thư biểu mô tế bào nhỏ.

Ung thư biểu mô tế bào lớn.

Gốc từ adeno nghĩa là tuyến. Adenocarcinoma nghĩa là các khối u biểu mô từ trong tế bào tuyến. Tế bào tuyến bình thường sẽ tiết nhầy và các dịch tiết khác của cơ thể. Chúng được tìm thấy ở nhiều cơ quan trong cơ thể như:

Tuyến vú.

Đại tràng.

Dạ dày.

Tuyến tiền liệt.

Tuyến tụy.

Thực quản.

Đây cũng là những cơ quan thường có adenomacarcima nhất. Ngoài ra còn có, carcinnoma tế bào gan, thận…

Tế bào đáy nằm ở lớp sau cùng của biểu bì da. Chúng có nhiệm vụ sản sinh ra các tế bào da mới. BCC là loại ung thư da phổ biến nhất. Tuy nhiên với hầu hết mọi người, BCC không nguy hiểm đến tính mạng. Nó có xu hướng phát triển chậm và hiếm khi lây lan sang các bộ phận khác của cơ thể. Nếu được phát hiện sớm và điều trị, bệnh hoàn toàn có khả năng chữa khỏi.

Người mắc bệnh BCC rất có thể là do tiếp xúc quá nhiều với ánh sáng mặt trời. Hoặc đã có tiền sử bị cháy nắng.

SCC là loại ung thư da phổ biến thứ hai sau BCC. Tế bào vảy là lớp tế bào che phủ biểu bì. Chúng cũng có mặt ở rất nhiều cơ quan trong cơ thể: da, phổi, miệng, cổ, thực quản, tử cung…

Nguyên nhân gây ra SCC cũng là tiếp xúc quá nhiều với tia cực tím. Mức độ di căn của SCC nhanh và nhiều hơn BCC. Chúng thậm chí có thể lan đến các hạch bạch huyết trong cơ thể.

Đa số nguyên nhân của ung thư là do đột biến trong tế bào tiền ung thư. Tế bào tiền ung thư trở thành tế bào ung thư và mang một số đặc tính sau:

“Bất tử” vì không bị chết theo chương trình.

Chúng có khả năng sinh sản theo cấp số nhân. Do đó chúng nhân lên không kiểm soát.

Có khả năng xâm nhập vào các cấu trúc lân cận.

Có khả năng di căn đến vị trí xa chỗ khối u ban đầu.

Vậy tại sao các đột biến có thể xảy ra. Điều này chưa được biết rõ. Nhưng nghiên cứu cho thấy chúng có liên quan đến các yếu tố, gồm:

Các yếu tố di truyền.

Các hóa chất có thể gây ung thư như: amiăng, khói thuốc, bức xạ…

Virus:HPV,HBV…

Một số bệnh lý:Crohn, viêm loét đại tràng.

Tiếp xúc quá nhiều với tia cực tím trong ánh nắng mặt trời.

Tuổi tác. Trong một số bệnh ung thư, tuổi tác đóng một vai trò quan trọng. Điều này đặc biệt đúng với ung thư có nguồn gốc từ biểu mô. Nguy cơ mắc ung thư sẽ tăng lên theo tuổi tác.

Ngoài ra cũng tồn tại một số yếu tố nguy cơ như:

Chế độ ăn uống không hợp lý: Đây là yếu tố ảnh hưởng rất nhiều đến việc sản sinh ra các tế bào ung thư có nguồn gốc từ biểu mô. Các loại thức ăn nhanh, dầu mỡ cũng tiềm ẩn những nguy cơ gây ra căn bệnh này.

Chế độ sinh hoạt không khoa học: Thường xuyên làm việc và tiếp xúc với các máy móc, thiết bị điện tử cùng với với thời gian sinh hoạt không hợp lý cũng gây ra nguy cơ bị ung thư nguồn gốc từ biểu mô.

Để đánh giá bất kỳ khối u bác sĩ sẽ tiến hành thăm khám và thực hiện chẩn đoán.

Bác sĩ sẽ kiểm tra tổng quát và hỏi bệnh nhân một số câu hỏi về tiền sử bệnh. Các câu hỏi về thông tin bệnh sử thường là:

Lần đầu tiên bạn nhận thấy sự xuất hiện của khối u hoặc tổn thương da là khi nào?

Khối u, các tổn thương trên da có gây đau không?

Bạn đã từng nhận thấy bất kỳ khối u hoặc tổn thương khác trên cơ thể?

Bạn có bị ung thư da từ trước?

Trong gia đình bạn có ai mắc ung thư da không và ung thư loại nào?

Bạn có thực hiện các biện pháp giữ an toàn cho da dưới tác động của ánh nắng mặt trời không? Ví dụ như dùng kem chống nắng và tránh đi nắng giữa trưa?

Bạn có kiểm tra da định kỳ không?

Bác sĩ sẽ tiến hành thăm khám không chỉ tại khu vực nghi ngờ có ung thư mà còn tại một số nơi khác trên cơ thể bệnh nhân để tìm những tổn thương khác.

Mặc dù nhiều loại xét nghiệm có thể được sử dụng để sàng lọc ung thư ở các bộ phận khác nhau của cơ thể. Nhưng ung thư có nguồn gốc từ biểu mô được chẩn đoán xác định dựa trên việc kiểm tra các tế bào ung thư dưới kính hiển vi.

Phương pháp là sinh thiết da và sau đó quan sát dưới kính hiển vi. Sinh thiết là thủ thuật lấy ra một mẫu nhỏ của tổn thương và đem đi xét nghiệm.

Các loại sinh thiết bao gồm:

Sinh thiết tủy xương.

Sinh thiết qua nội soi.

Sinh thiết bằng kim.

Sinh thiết da.

Sinh thiết phẫu thuật.

Việc sinh thiết này cho phép phát hiện bệnh nhân có phải carcinoma không và ung thư loại nào. Lưu ý là việc làm sinh thiết không có nghĩa là bạn bị ung thư.

Việc điều trị carcinoma phụ thuộc vào vị trí và kích thước của khối u. Ngoài ra còn phụ thuộc vào giai đoạn, mức độ của bệnh cũng như tình trạng của từng cá nhân.

Các phương pháp điều trị bao gồm:

Đây là phương pháp điều trị bằng thuốc để loại bỏ các tế bào ung thư. Thuốc bổ trợ bổ sung đề cập đến hóa trị liệu được đưa ra trước khi phẫu thuật. Thuốc bổ trợ đề cập đến hóa trị liệu được thực hiện sau phẫu thuật.

Sử dụng các chùm tia mang năng lượng cao, chẳng hạn như tia X và dòng proton, để tiêu diệt các tế bào ung thư. Xạ trị đôi khi được sử dụng sau phẫu thuật nếu bệnh nhân có nguy cơ cao sẽ tái phát ung thư.

Mục đích phẫu thuật là loại bỏ hoàn toàn tế bào ung thư và các mô xung quanh. Các lựa chọn phẫu thuật có thể là:

Phẫu thuật cắt bỏ

Bác sĩ sẽ cắt bỏ mô ung thư và phần rìa xung quanh. Phần rìa được kiểm tra dưới kính hiển vi để chắc chắn không mang tế bào ung thư. Biện pháp này được khuyến nghị cho trường hợp carcinoma ít có khả năng tái phát. Phương pháp này hường mang lại cơ hội sống sót lâu dài tốt nhất trong giai đoạn đầu.

Phẫu thuật Mohn

Bác sĩ sẽ loại bỏ lớp tế bào ung thư theo từng lớp dưới sự hỗ trợ của kính hiển vi cho đến khi không còn phát hiện tế bào bất thường nào. Việc này cho phép loại bỏ toàn bộ tế bào ác tính, tránh lấy đi quá nhiều tế bào da khỏe mạnh xung quanh.

Phẫu thuật Mohs được khuyến nghị nếu bệnh nhân mắc carcinoma có nguy cơ tái phát cao.

Có hai loại liệu pháp miễn dịch chính: chủ động và thụ động. Liệu pháp miễn dịch chủ động kích hoạt hệ thống miễn dịch của cơ thể bạn để chống lại các tế bào ung thư. Liệu pháp miễn dịch thụ động sử dụng các thành phần được sản xuất trong phòng thí nghiệm để giúp cơ thể bạn phản ứng với bệnh ung thư theo cách mà nó cần.

Hy vọng qua bài viết trên, bạn đã có một cái nhìn tổng quan vềung thư biểu mô. Bệnh có thể được phát hiện sớm và chữa khỏi hoàn toàn. Chúng ta có thể phòng ngừa được các loại bệnh ung thư bằng chế độ ăn uống khoa học, lối sống lành mạnh. Đồng thời bổ sung thực phẩm bảo vệ sức khỏe.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-bieu-mo-tuyen-ba-khoi-u-mi-mat-chet-nguoi/

Nội dung bài viết

Ung thư biểu mô tuyến bã

Sự hiện diện của ung thư biểu mô tuyến bã

Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

Triệu chứng của ung thư biểu mô tuyến bã

Chẩn đoán ung thư tuyến bã

Dự hậu của bệnh nhân bị ung thư biểu mô tuyến bã

Điều trị

Ung thư biểu mô tuyến bã là một loại ung thư hiếm gặp trên thế giới, diễn tiến bệnh tương đối nhanh chóng. Vị trí bị ảnh hưởng chủ yếu bởi bệnh này là mi mắt. Loại ung thư này rất khó khăn để chẩn đoán vì nhiều lý do. Hãy cùng tìm hiểu về bệnh lý ung thư này qua bài viết sau.

Ung thư biểu mô tuyến bã như tên gọi của nó, là một loại u ác tính.

Ung thư là thuật ngữ mô tả một số tế bào có khả năng phát triển và phân chia liên tục, không chịu sự khống chế của cơ thể. Khác với các tế bào thông thường là sẽ tự chết đi sau 1 thời gian nhất định, tế bào ung thư về một khía cạnh nào đó có thể coi là tế bào bất lão.

Do đó từ 1 tế bào ung thư, nó có thể tự phát triển thành thành khối u, cũng như khối u sẽ tự to dần lên.

Khả năng tiếp theo là ung thư có thể đi vào các mạch máu để đến các cơ quan khác. Hiện tượng này gọi là di căn.

Việc xâm lấn, phát triển một cách không kiểm soát của ung thư sẽ làm chèn ép, gây rối loạn chức năng cơ quan mà nó đi đến.

Ung thư còn bắt buộc cơ thể phải cung cấp máu, dinh dưỡng để nuôi chúng. Từ đó, ung thư giành nguồn sống của các cơ quan lân cận.

Biểu mô gồm các tế bào da, tế bào lót bên trong hay tế bào bao phủ bên ngoài các cơ quan của cơ thể.

Ung thư da, ung thư cổ tử cung, ung thư hậu môn, ung thư thực quản, ung thư gan, ung thư thanh quản, ung thư thận, ung thư dạ dày, nhiều loại ung thư tinh hoàn, ung thư tuyến giáp, vàung thư tuyến bã… các loại ung thư này đều là ung thư biểu mô.

Tuyến bã có mặt ở khắp nơi trên cơ thể, trừ lòng bàn tay, lòng bàn chân. Chúng tồn tại cùng với các nang lông do đó có tên gọi khác là nang lông-tuyến bã. Các cấu trúc này có ống dẫn ra bề mặt da.

Ở môi là tuyến Fordyce.

Ở dương vật là tuyến Tyson.

Vú có tuyến Montgomery.

Mí mắt là tuyến Meibomian, tuyến Zeis (như trong hình).

Các tuyến bã ở vùng mặt, ngực, lưng, mặt ngoài cánh tay có kích thước lớn nhất, số lượng nhiều nhất so với các vị trí khác.

Tuyến bã tiết ra da các chất được gọi là bã nhờn. Các chất này đi ra ngoài thông qua các ống dẫn trực tiếp từ tuyến bã.

Giúp da mềm mịn.

Không bị thấm nước

Hạn chế sự xâm nhập của vi khuẩn từ môi trường bên ngoài.

Như vậy, ung thư biểu mô tuyến bã là loại ung thư ảnh hưởng toàn bộ tuyến bã trên toàn cơ thể. Vị trí thường gặp là từ thân mình trở lên và chủ yếu là ở mi mắt.

Do đó ta có thể gọi bệnh lý này với một tên khác là ung thư mi mắt.

Ung thư biểu mô tuyến bã có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào tồn tại tuyến bã của cơ thể. Tất nhiên là ngoại trừ lòng bàn tay và bàn chân.

75% trường hợp ung thư biểu mô tuyến bã nằm ở mí mắt.

Ở Mỹ, trong số các loại u ở mi mắt, bao gồm cả lành tính và ác tính thì tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến bã ở mi mắt chiếm khoảng 1% và chỉ có 1 trong 1 triệu người mắc phải mỗi năm.

Điều đáng buồn là con số này tăng cao ở dân số châu Á nói chung.Lên đến 1/3 trường hợp người da vàng có u ở mi mắt là ung thư tuyến bã!!!

Vẫn chưa biết nguyên nhân thực sự gây ra ung thư biểu mô tuyến bã là gì.

Người ta nghi ngờ rằng có thể đột biến gen là một trong những yếu tố quan trọng thúc đẩy. Vấn đề này được đặt ra là vì xạ trị ung thư vùng mặt ở trẻ em làm tăng nguy cơ xuất hiện ung thư mi mắt.

Suy giảm miễn dịch do mắc phải HIV/AIDS cũng làm tăng nguy cơ bị bệnh lý ác tính này.

Đối tượng bị ung thư mi mắt chủ yếu là người già 60 – 80 tuổi. Dù vậy, bệnh lý này có thể xuất hiện ở bất kỳ thời điểm nào trong đời. Độ tuổi nhỏ nhất mắc phải từng được ghi nhận là 3 tuổi.

Phụ nữ thường bị hơn nam giới với tỷ lệ khoảng 3/2. Cũng như người châu Á dễ mắc gấp 6,2 lần so với người châu Âu, châu Mỹ.

Ở bài viết này chủ yếu viết về ung thư biểu mô tuyến bã ở mi mắt – vị trí thường gặp nhất.

Triệu chứng chủ yếu là sự hiện diện của một nốt nhỏ, to dần (với tốc độ rất chậm). Nốt này cứng và nằm sâu bên trong mi mắt (bác sĩ thăm khám sẽ xác định được điều này).

Ung thư tại tuyến Zeis là dạng nốt.

Ung thư tại tuyến Meibomian là dạng mảng.

Khi có tổn thương dạng nốt, sẽ khó để phân biệt ung thư với một bệnh lý tuyến bã lành tính khác ở mi mắt là chắp.

Chắp xuất hiện chủ yếu do ống dẫn bã nhờn của tuyến bã bị tắc nghẽn. Bệnh này làm tuyến bã chứa đầy chất nhờn và sưng to lên. Thông thường, chắp sưng lên trong khoảng 2 – 8 tuần, hiếm khi lâu hơn, sờ nắnkhông đau.

Chắp là bệnh lýdễ lầm lẫn nhấtvới ung thư biểu mô tuyến bã ở mi mắt.

Viêm bờ milà bệnh lý cần phân biệt chủ yếu nếu là ung thư ở tuyến Meibomian. Biểu hiện chung của 2 bệnh lý này là xuất hiệnmảng cứng ở mi mắt trên. Viêm bờ mi là bệnh lý nhiễm trùng ở bờ lông mi. Nó có tên gọi khác là viêm tuyến Meibomian, và bệnh lý nàygây đau.

2/3 trường hợp ung thư mi mắt xuất hiện ở mi trên bởi vì mi trên có nhiều tuyến bã hơn mi dưới.

Ung thư nói chung thường được chẩn đoán xác định chủ yếu bằng việc sinh thiết tổn thương.

Sinh thiếtlà dùng dao mổ cắt trọn nốt hoặc dùng kim nhỏ hút 1 ít tế bào, sau đó là quan sát dưới kính hiển vi.

Khi sinh thiết, bác sĩ cần lấy nhiều mẫu (chọc kim nhiều lần vùng mi mắt) bởi vì ung thư này có thể xuất phát từ nhiều tuyến bã cùng lúc vùng mi mắt.

Điều đáng buồn là chẩn đoán bệnh lý này thường bị chậm trễ!!!

Loại ung thư này hiếm gặp.

Có quá nhiều bệnh lý có hình dạng tương tự và thường gặp hơn so với ung thư biểu mô tuyến bã. Điều này làm bác sĩ thăm khám bị chủ quan.

Triệu chứng chủ yếu chỉ đơn thuần là một nốt nhỏ ở mi mắt, hiếm khi gây đau, diễn tiến ngoài da chậm chạp. Do đó bệnh nhân thường chủ quan, không đi khám.

Cũng chính vì các vấn đề này, bác sĩ cần phải hỏi bệnh và thăm khám thật sự cẩn thận với các khối u nhỏ vùng mi mắt.

Nhấn mạnh rằng,tỷ lệ ung thư mi mắt ở người châu Á cao đáng kể so với mặt bằng chung thế giới.

Đây là một loại ung thư ác tính. Nó có khả năng tái phát tại chỗ trong năm 5 sau khi phẩu thuật với tỷ lệ là 9 – 36%. “Tái phát tại chỗ” có nghĩa là sau khi cắt bỏ u hoàn toàn thì sau 5 năm u có thể xuất hiện lại ngay tại chỗ cũ.

Ung thư mi mắt có thể di căn đến các mạch máu, từ đó đi đến gan, phổi, não, xương, cũng như các hạch bạch huyết lân cận.

Gan, phổi, não, xương là các cơ quan di căn thường gặp của ung thư mi mắt. Ngoài ra ung thư mi mắt còn di căn đến các hạch bạch huyết lân cận.

Nguy cơ tử vong bệnh nhân tăng đáng kể khi ung thư đã di căn đến các cơ quan trong hình. Khi được chẩn đoán, 14 – 25% trường hợp đã có di căn. Tỷ lệ tử vong lúc này khoảng 50 – 67% sau 5 năm tính từ lúc xuất hiện khối u.

Khối u < 6 mm: Tỷ lệ tử vong là 0%.

6 – 10 mm là 18%.

11 – 20 mm là 50%.

> 20 mm là 60%.

Tỷ lệ tử vong tăng lên vì khi kích thước càng to, khả năng di căn của u càng lớn.

Điều trị ung thư biểu mô tuyến bã thường bao gồm phẫu thuật để loại bỏ ung thư. Đôi khi phải điều trị thêm bằng hóa trị hoặc xạ trị.

Điều trị bệnh lý này thường cần sự hợp tác bởi các bác sĩ bác sĩ da liễu, bác sĩ mắt và bác sĩ ung thư. Các chuyên gia ở các lĩnh vực khác cũng có thể tham gia, tùy thuộc vào tình huống của bạn.

Bác sĩ của bạn có thể đề nghị cắt bỏ ung thư và một số tế bào bình thường chung quanh!!! Nghe có vẻ kỳ quái nhưng sự thật là biện pháp này làm giảm khả năng cắt sót tế bào ung thư.

Thông thường loại phẫu thuật được lựa chọn là Mohs.

Phẫu thuật Mohs là một loại phẫu thuật đặc biệt. Bác sĩ sẽ loại bỏ dần các lớp da mỏng chứa tế bào ung thư cho đến khi chỉ còn lại mô không có ung thư.

Để đảm bảo cho việc này, người ta sẽ kiểm tra các dấu hiệu ung thư trên từng lớp da trong khi đang mổ. Hay nói cách khác vừa mổ xong 1 lớp tế bào là dừng mổ một chút để đem tế bào đi xét nghiệm, sau đó lại mổ lớp tiếp theo.

Quá trình này sẽ lặp đi lặp lại cho đến khi không có dấu hiệu ung thư thì cuộc mổ kết thúc.

Xạ trị là phương pháp điều trị sử dụng các chùm tia, chẳng hạn như tia X và proton. Bằng cách bắn thẳng các tia này vào u, các tế bào ung thư sẽ bị tiêu diệt.

Đối với ung thư biểu mô tuyến bã nhờn, xạ trị có thể được sử dụng một mình hoặc có thể được sử dụng sau khi bệnh nhân đã phẫu thuật.

Mục tiêu xạ trị hậu phẫu là để tiêu diệt tế bào ung thư còn sót. Việc sót tế bào ung thư sau mổ đôi khi khó tránh khỏi, đặc biệt khi ung thư đã ăn quá sâu vào mô bên dưới, chẳng dao mổ nào vào tới. Lúc này xạ trị là một phương pháp cứu cánh thích hợp.

Với 2 phương pháp này, tỷ lệ sống còn trung bình 5 năm của bệnh nhân là 96%. Tất nhiên con số này tùy thuộc cụ thể vào kích thước khối u, sự xâm lấn, di căn của mỗi bệnh nhân.

Thông thường khi khối u đã di căn đến các cơ quan khác thì mới thực hiện hóa trị.

Ung thư biểu mô tuyến bãhay còn có tên gọi khác là ung thư mi mắt. Là một bệnh lý hiếm gặp ở trên thế giới nhưng không hiếm gặp ở người châu Á. Nguyên nhân gây ra bệnh vẫn chưa rõ ràng, triệu chứng dễ thấy nhưng khó khăn để chẩn đoán. Rất nhiều nguyên nhân lành tính có biểu hiện tương tự. Do đó, người ta ghi nhận việc chẩn đoán chậm trễ lên tới 2/3 trường hợp.

Khả năng sống còn của bệnh nhân tùy thuộc vào kích thước và sự xâm lấn của khối u. Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật. Xạ trị hoặc hóa trị phụ thuộc từng trường hợp cụ thể.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-tuyen-giap-the-nang/

Nội dung bài viết

Tổng quan về ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang

Nguyên nhân ung thư tuyến giáp thể nang

Triệu chứng ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang

Tiên lượng

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Xét nghiệm cần thực hiện

Điều trị ung thư tuyến giáp thể nang

Biến chứng ung thư tuyến giáp thể nang

Ung thư tuyến giáp dạng nang là loại ung thư tuyến giáp thường gặp thứ hai sau ung thư tuyến giáp dạng nhú. Vậy bệnh này có nguy hiểm không, triệu chứng, chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh như thế nào? Hãy cùng tham khảo bài viết của Bác sĩ Đặng Thị Huyền Trang để hiểu rõ hơn về căn bệnh này nếu bạn mắc phải.

Tuyến giáp là tuyến nội tiết quan trọng nằm giữa cổ dưới sụn nhẫn, gồm thuỳ trái và thuỳ phải phân cách nhau bởi eo giáp. Chức năng tuyến giáp là sản xuất ra hormon giáp giúp cơ thể thực hiện những chuyển hóa khác nhau. Tuyến giáp được cấu tạo từ nhiều nang giáp – là đơn vị cấu trúc và chức năng của tuyến.

Các tế bào biểu mô lót ở mặt trong các nang có hình khối hoặc trụ tuỳ vào tình trạng hoạt động của nang, các tế bào này có thể phát triển bất thường và tạo nên bệnh ác tính tại tuyến giáp.

Ung thư tuyến giáplà một trong những khối u nội tiết thường gặp nhất và được phân chia thành loại ung thư biệt hoá tốt và loại kém biệt hoá. Ung thư loại biệt hoá tốt gồmung thư tuyến giáp thể nhúvà thể nang, ung thư loại kém biệt hoá gồm ung thư tuyến giáp dạng tủy và dạng không biệt hoá. Ung thư tuyến giáp dạng nhú là loại thường gặp nhất. Ung thư tuyến giáp thường gặp thứ hai, với ước tính chiếm khoảng 10-15% tất cả các ca ung thư tuyến giáp.1

Tuyến giáp là tuyến đặc biệt nhạy với bức xạ ion hoá. Việc bộc lộ với bức xạ ion hoá có thể làm tăng 30% nguy cơ ung thư tuyến giáp. Một tiền sử từng phơi nhiễm vùng đầu cổ với tia X, đặc biệt trong thời niên thiếu, đã được công nhận là một yếu tố quan trọng góp phần dẫn đến ung thư tuyến giáp. 7% những cá nhân trong vụ đánh bom nguyên tử tại Nhật Bản mắc ung thư tuyến giáp. Tuy nhiên, việc tiếp xúc với phóng xạ từ tai nạn hạt nhân Chernobyl có liên quan đến gia tăng ung thư tuyến giáp dạng nhú hơn là dạng nang.2

Từ những năm 1920 đến những năm 1960, tia xạ tăng được sử dụng để điều trị các khối u và một số bệnh lành tính như mụn, lao ở cổ, ho mạn, tuyến ức phì đại… Khoảng 10% những người này ghi nhận mắc ung thư tuyến giáp sau đó 30 năm. Những bệnh nhân nhận được xạ trị vì ung thư vùng đầu cổ cũng tăng nguy cơ ung thư giáp. Phơi nhiễm với tia X khi chụp hình ảnh học chẩn đoán không làm tăng nguy cơ mắc ung thư tuyến giáp.2

Mặc dù ung thư dạng nang thường gặp tại những vùng hay gặp phình giáp, nhưng mối quan hệ giữa tăng hormon kích thích tuyến giáp (TSH) kéo dài và ung thư tuyến giáp dạng nang chưa được biết rõ. Một loạt báo cáo đã chỉ ra mối quan hệ giữa tình trạng thiếu hụt muối iot và tần suất ung thư giáp, và tỉ lệ ung thư tuyến giáp dạng nang giảm ở những vùng địa phương mắc phình giáp sau khi được bổ sung iot.2

Đỉnh tuổi khởi phát ung thư tuyến giáp dạng nang thường từ 40 đến 60 tuổi, bệnh thường gặp ở giới nữ hơn giới nam.3

Nhiều ung thư tuyến giáp thể nang là dưới lâm sàng. Bệnh cảnh thường gặp nhất một nhân tuyến giáp không triệu chứng hoặc một khối sờ thấy ở cổ. Đau hiếm khi là triệu chứng cảnh báo sớm ở ung thư tuyến giáp.2Bệnh nhân có thể có triệu chứng suy giáp hoặc cường giáp kèm theo, nhưng thường nhất là không triệu chứng.1

Một vài bệnh nhân có thể ho dai dẳng, khó thở hoặc nuốt khó. Một số triệu chứng nghiêm trọng khác như đau, liệt dây thanh, ho ra máu hay khối u to lên nhanh chóng rất hiếm khi xảy ra.2

Ở thời điểm chẩn đoán, có 10-15% bệnh nhân phát hiện bệnh nhờ triệu chứng ở phổi hay xương (gãy xương tự phát) do bệnh đã di căn xa đến phổi, xương.2

Tỉ lệ tử vong do ung thư tuyến giáp vẫn giữ ổn định dù tần suất măc mới đang tăng. Đây là một trong những ung thư gây tử vong thấp nhất. Theo số liệu tại Hoa Kỳ năm 2017, ước tính có khoảng 2010 số ca tử vong do ung thư tuyến giáp so với hơn 150.000 ca tử vong do ung thư phổi. Ung thư tuyến giáp dạng nang có tiên lượng xấu hơn so với ung thư tuyến giáp dạng nhú vì bệnh dễ di căn xa và thường được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa hơn.1

Thậm chí, khi ung thư tuyến giáp dạng nang đã di căn xa, tần suất di căn hạch vẫn không thường gặp, ước tính ít hơn 10%. Trái lại, một số nghiên cứu báo cáo không có khác biệt về tiên lượng giữa ung thư tuyến giáp dạng nang và dạng nhú khi kiểm soát các yếu tố tuổi và giới tính.

Tỉ lệ sống còn tại thời điểm 10 năm của ung thư tuyến giáp dạng nang phụ thuộc vào mức độ xâm lấn. Cho những ung thư vi xâm lấn, tỉ lệ sống còn 10 năm được báo cáo 98% và những trường hợp ung thư dạng nang xâm lấn, tỉ lệ này là 80%. Tỉ lệ tử vong ở ung thư tuyến giáp dạng nang dao động từ 5 đến 15% và những ca bệnh đã xâm lấn vỏ bao có tiên lượng xấu hơn so với những ca chưa xâm lấn.1

Tần suất ung thư tuyến giáp đang tăng trong vai thập kỷ qua do việc chẩn đoán quá mức. Năm 2017, cơ quan Y tế dự phòng Mỹ khuyến cáo không nên tầm soát ung thư tuyến giáp bằng khám vùng cổ hay siêu âm ở người không có triệu chứng. Năm 2015, hiệp hội tuyến giáp Mỹ khuyến cáo nên theo dõi tích cực những ung thư tuyến giáp nguy cơ thấp với một loạt siêu âm và chưa cần phẫu thuật ở những bệnh nhân này. Tổ chức này cũng đưa ra hướng dẫn vào năm 2015, không sinh thiết những nhân giáp có kích thước nhỏ hơn 1 cm.1

Theo hướng dẫn gần đây của Mạng lưới Ung thư Quốc gia Mỹ (National Comprehensive Cancer Network, còn gọi tắt là NCCN), các bệnh nhân có nhân giáp nên được đo TSH và siêu âm tuyến giáp và cổ. Nếu bạn có nhân giáp và mức TSH thấp, bác sĩ sẽ chỉ định thêm xạ hình tuyến giáp.

Nếu phát hiện nhân tăng hoạt động (nhân nóng) trên xạ hình tuyến giáp, bạn sẽ được đánh giá thêm về tình trạng nhiễm độc giáp. Nếu bạn có nhân giáp giảm chức năng (nhân lạnh), và mức TSH bình thường hoặc tăng. Bác sĩ sẽ chỉ định thêm chọc hút kim nhỏ để có bằng chứng tế bào học. Trên tờ phiếu kết quả giải phẫu bệnh, khoảng 15-40% các mẫu chọc hút bằng kim nhỏ cho chẩn đoán tế bào học là tân sinh dạng nang nghi ngờ ác tính.2

Siêu âm vùng cổ và chọc hút kim nhỏ hoặc sinh thiết lõi kim dưới hướng dẫn siêu âm thường được sử dụng để chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp. Trên siêu âm, hình ảnh ung thư tuyến giáp thường là các nhân đặc phản âm kém với thành phần vi vôi hoá, bờ kém đều, tăng sinh mạch máu. Hình ảnh CT hay MRI hữu ích trong đánh giá chi tiết xâm lấn ngoài tuyến giáp. Các mẫu lấy từ chọc hút kim nhỏ hay sinh thiết lõi kim được quan sát dưới kính hiển vi để xác nhận chẩn đoán mô bệnh học.1

Siêu âm là phương tiện hình ảnh học đầu tiên được thực hiện ở những bệnh nhân nghi ngờ ung thư tuyến giáp. Siêu âm là phương tiện không xâm lấn và rẻ tiền, là phương tiện nhạy nhất để xác định sang thương tuyến giáp và kích thước của nó. Siêu âm đặc biệt khi các tổn thương tại chỗ khó sờ chạm và ở vị trí sâu. Trên siêu âm có thể xác định được tổn thương dạng nang hay dạng đặc và có thể xác định sự hiện diện các vi vôi hoá.

Tính chính xác của siêu âm trong phân loại một nhân giáp dạng nang, đặc hay hỗn hợp là gần 90%. Siêu âm còn giúp hướng dẫn chọc hút tế bào bằng kim nhỏ. Nhược điểm của siêu âm tuyến giáp là không thể phân biệt thực sự một nhân giáp lành và nhân giáp ác.

Siêu âm Doppler màu có thể cung cấp thêm thông tin về phân bố mạch máu hữu ích cho việc phân biệt tổn thương tuyến giáp lành hay ác trước mổ. Trước khi có sự xuất hiện của sinh thiết bằng chọc hút bằng kim nhỏ, xạ hình tuyến giáp với technetium Tc99 hoặc Iot phòng xạ (I-131 hoặc I-23) được lựa chọn đầu tiên để đánh giá nhân giáp. Xạ hình tuyến giáp không nhạy và chuyên như chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong phân biệt nhân lành tính và nhân ác tính.2

Xạ hình tuyến giáp với Tc99 có tỉ lệ sai sót cao. Tc99 có thời gian bán huỷ ngắn và không thể xác định được chức năng của nhân giáp.2

Iot phóng xạ được bắt giữ và tổ chức lại trong tuyến giáp nên có thể được sử dụng để đánh giá chức năng nhân giáp. Những chế phẩm chưa iot và hải sản nên được kiêng trước khi thực hiện xét nghiệm này. Thời gian chụp xạ hình Iot tuyến giáp cần khoảng 20-40 phút sau tiêm tĩnh mạch Iot phóng xạ. Trong 90% các trường hợp, các nhân lành là nhân nóng vì chúng tăng chức năng và tăng bắt Iot phóng xạ. Hầu hết các nhân giáp ác tính là nhân lạnh vì chúng không có chức năng sinh lý.2

Xạ hình tuyến giáp hữu ích và chuyên biệt trong đánh giá vị trí u tuyến giáp trước mổ và giúp xác định mô tuyến giáp còn lại ngay sau phẫu thuật. Phương tiện này cũng thường được sử dụng để theo dõi bệnh tái phát hoặc di căn.2

X quangngực,CT scanvàMRIthường không được sử dụng trong đánh giá ban đầu một nhân giáp, ngoại trừ bệnh của bạn đã thực sự di căn tại thời điểm chẩn đoán. Những phương tiện hình ảnh này thường được làm sau những xét nghiệm bước đầu, để đánh giá trước phẫu thuật.2

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ được xem là thủ thuật chấn đoán hàng đầu một nhân giáp. Đây là phương tiện khá an toàn và xâm lấn tối thiểu. Chỉ định thực hiện sinh thiết bằng kim nhỏ (FNAB) tuỳ thuộc vào kích thước và những đặc điểm ghi nhận trên siêu âm của nhân giáp: Theo NCCN, FNAB khi nhân >1 cm rất nghi ngờ trên siêu âm, ≥ 1,5 cm nhân nghi ngờ trung bình trên siêu âm và ≥2,5 cm nghi ngờ ít trên siêu âm. Theo ATA, FNAB cho những nhân >0,5 cm đường kính. Còn theo ESMO, FNAB cho những nhân >1 cm.2

Điều trị và quản lý ung thư tuyến giáp dạng nang phụ thuộc vào giai đoạn tại thời điểm chẩn đoán. Hệ thống TNM thường được sử dụng để phân loại ung thư tuyến giáp biệt hoá tốt (gồm cả ung thư tuyến giáp dạng nang):2

Yếu tố T dùng để mô tả kích thước khối u: Tx chỉ khối u nguyên phát không thể đánh giá.T0 nghĩa là u không sờ được.T1 khi u nhỏ hơn 1 cm.T2 khi u từ 1 đến 4 cm.T3 chỉ các u lớn hơn 4 cm.T4 khi u với kích thước bất kỳ đã xâm lấn ngoài tuyến giáp.

T0 nghĩa là u không sờ được.

T1 khi u nhỏ hơn 1 cm.

T2 khi u từ 1 đến 4 cm.

T3 chỉ các u lớn hơn 4 cm.

T4 khi u với kích thước bất kỳ đã xâm lấn ngoài tuyến giáp.

Yếu tố N dùng để mô tả tình trạng hạch bạch huyếtNx có nghĩa hạch bạch huyết vùng không đánh giá được.N1 khi có hạch cổ cùng bên u.N2 khi có hạch cổ đối bên hoặc cả 2 bên và cuối cùng N3 khi hạch cổ dính.

Nx có nghĩa hạch bạch huyết vùng không đánh giá được.

N1 khi có hạch cổ cùng bên u.

N2 khi có hạch cổ đối bên hoặc cả 2 bên và cuối cùng N3 khi hạch cổ dính.

M chỉ tình trạng di căn với M0 nghĩa là không có di căn xa và M1 khi có di căn xa. Ung thư tuyến giáp dạng nang được xếp giai đoạn từ I đến IV.

Giai đoạn I ở những người dưới 45 tuổi khi T, N bất kỳ và M0 và ở những người trên 45 tuổi khi T1, N0, M0. Giai đoạn II ở những người dưới 45 tuổi với bất kỳ T, N, M1, còn những người trên 45 xếp giai đoạn II khi T2, N0, M0. Giai đoạn III được mô tả ở những người trên 45 tuổi khi T4, N0, M0. Giai đoạn IV được mô tả khi bất kỳ T, N và M1. Ngoài hệ thống TNM, ung thư tuyến giáp dạng nang còn được phân nguy cơ tái phát sau mổ cắt toàn bộ tuyến giáp và uống Iot phóng xạ theo ATA (hiệp hội tuyến giáp Mỹ).2

Ung thư tuyến giáp dạng nang với đặc tính vi xâm lấn được điều trị với cắt thuỳ và eo tuyến giáp, nhưng ung thư tuyến giáp dạng nang xâm lấn, cắt giáp toàn phần, diệt giáp bằng uống iot phóng xạ, và dùng thuốc ức chế tuyến giáp là được khuyến cáo. Một nghiên cứu đã báo cáo những ung thư tuyến giáp dạng nang tăng gấp 2,1 lần nguy cơ tái phát nếu không sử dụng iot phòng xạ sau cắt giáp toàn phần. Do đó, điều trị tiêu chuẩn là cắt giáp toàn phần, theo sau bởi diệt giáp bằng iot phóng xạ.1

Sau mổ 4-6 tuần, bạn sẽ được chỉ định Iot phóng xạ để phát hiện và diệt mô giáp còn lại, liệu pháp được chỉ định cho đến khi không còn bắt Iot phòng xạ. Iot phóng xạ sau phẫu thuật thường được chỉ định cho những bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn sau: bệnh đa ổ, kích thước u ≥ 4 cm, xâm lấn ngoài tuyến giáp, di căn hạch, di căn xa.2

Những bệnh nhân đã di căn đến xương, mô mềm, xạ trị, hoá trị hoặc cả 2 được chỉ định sau mổ cắt toàn bộ tuyến giáp. Hoá trị giúp kiểm soát sự tiến triển u và kéo dài thời gian sống không bệnh tiến triển với các thuốc ức chế tyrosine kinase như sorafenib, lenvatinib, vandetanib và carbazaninib.1

Phẫu thuật là phương thức điều trị triệt để cho ung thư tuyến giáp. Những bệnh nhân ung thư tuyến giáp dạng nang trẻ hơn 40 tuổi, kích thước nhân <1 cm, bờ rõ, xâm lấn tối thiểu, ở một bên tuyến giáp có thể điều trị với cắt bán phần tuyến giáp và cắt eo giáp. Cắt tuyến giáp gần trọn gần đây được ưa chuộng vì có tỉ lệ biến chứng về suy tuyến cận giáp hay tổn thương thần kinh quặt ngược thấp hơn và cắt toàn bộ tuyến giáp cũng không chỉ ra cải thiện hơn cắt gần trọn tuyến giáp về kết cục lâu dài. Nên cắt toàn bộ tuyến giáp ở những bệnh nhân ung thư tuyến giáp dạng nang lớn hơn 40 tuổi và ở bất kỳ bệnh nhân nào có u ở 2 thuỳ, hơn thế, cũng nên cắt toàn bộ tuyến giáp ở bệnh nhân có nhân giáp và có tiền căn xạ trị trước đó. Một số nghiên cứu chỉ ra tỉ lệ tái phát thấp hơn và cải thiện thời gian sống còn ở những bệnh nhân trải qua cắt toàn bộ tuyến giáp. Phương thức phẫu thuật này còn áp dụng được cho những trường hợp bệnh tái phát, di căn, hoặc những ca phát hiện ung thư tuyến giáp dạng nang trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ mà trước đó đã cắt một thuỳ tuyến giáp với hoặc không cắt eo giáp. Ngoài mổ mở, hiện tại một số kỹ thuật mổ xâm lấn tối thiểu đã phát triển và ngày càng được áp dụng rộng rãi như mổ nội soi tuyến giáp, cắt tuyến giáp nội soi qua ngã nách, phẫu thuật robot cắt tuyến giáp.2

Những ca bệnh đại thể không cắt được (xâm lấn rộng đến những cấu trúc xung quanh như khí quản, thực quản, mạch máu lớn, trung thất và /hoặc mô liên kết xung quanh) hoặc bệnh còn lại sau mổ không bắt Iot phóng xạ mà bệnh tiến triển tại chỗ, xạ trị ngoài được chỉ định để quản lý những bệnh nhân này. Lên kế hoạch xạ trị cẩn thận (thường sử dụng nhiều trường chiếu) để giảm tối đa biến chứng do xạ. Cuối cùng, liệu pháp xạ trị còn có thể được chỉ định để giảm đau trong những tình huống di căn xương.2

Hoá trị với phác đồ 2 thuốc Cisplatin và Doxorubicin cho một hiệu quả hạn chế với thời gian duy trì đáp ứng ngắn. Bởi vì khả năng độc tính cao của 2 thuốc trên, nên hoá trị chỉ nên cân nhắc ở những bệnh nhân bệnh toàn thân với tái phát hoặc tiến triển bệnh. Liệu pháp này còn có thể giúp cải thiện chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân di căn xương. Hiện vẫn chưa có phác đồ hoá trị chuẩn cho ung thư tuyến giáp dạng nang di căn xa.2

Ung thư tuyến giáp dạng nang là tổn thương có nhiều mạch máu. Ở những bệnh nhân di căn xương mà kiểm soát đau không được bằng xạ trị. Giảm nhẹ, thuyên tắc mạch của u có thể nên được cân nhắc.2

Biến chứng gây lo lắng nhất của các trường hợp ung thư tuyến giáp dạng nang là di căn. Các nghiên cứu báo cáo di căn hầu hết xảy ra ở xương, phổi, và hạch. Trong một nghiên cứu được thực hiện bởi tác giả Parasmeswaran, 42% các ca di căn đến xương, 33% di căn đến phổi và 8%  căn hạch. Tần suất di căn xa trong ung thư tuyến giáp dạng nang ước tính khoảng 6 đến 20%.

Những biến chứng khác liên quan đến phẫu thuật. Tổn thương dây thần kinh quặt ngược gây khàn tiếng có thể do sai sót trong quá trình phẫu thuật hoặc do bướu xâm lấn đến. Một số biến chứng khác như bầm máu tụ hay sẹo lồi.

Bởi vì các bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp nên tình trạng suy giáp sẽ diễn ra sau điều trị, do đó bạn sẽ được bác sĩ chỉ định bổ sung hormon tuyến giáp tổng hợp bằng đường uống.1

Hãy nói chuyện với bác sĩ của bạn về bất kỳ mối quan tâm nào của bạn về ung thư tuyến giáp dạng nang, bao gồm cả những triệu chứng bất thường bạn gặp phải và phương pháp điều trị nào phù hợp với bạn. Hy vọng bài viết đã mang đến cho bạn những kiến thức bổ ích vềung thư tuyến giáp thể nang.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-bieu-mo-ong-tuyen-vu-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan

Triệu chứng của Ung thư biểu mô ống tuyến vú

Bạn nên đi khám bác sĩ khi nào?

Nguyên nhân dẫn đến ung thư biểu mô ống tuyến vú

Các yếu tố nguy cơ

Chẩn đoán ung thư biểu mô ống tuyến vú (DCIS) như thế nào?

Điều trị DCIS như thế nào?

Ung thư biểu mô ống tuyến vú (DCIS) là một dạng sớm nhất của ung thư vú. Chúng thường không có triệu chứng nhưng phát hiện tình cờ qua thăm khám hay xét nghiệm. Vậy ung thư biểu mô ống tuyến vú có gây nguy hiểm cho người mắc không? Điều trị ung thư biểu mô ống tuyến vú như thế nào? Hãy cùng tìm hiểu qua bài viết của Bác sĩ Phan Văn Giáo nhé!

Ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ thường do sự bất thường của các tế bào ở ống tuyến dẫn sữa tại vú. DCIS được xem như dạng sớm nhất củaung thư vú. Thường DCIS không xâm lấn. Nhưng nó không có nghĩa là nó không lan rộng tại ống tuyến vú và vẫn có nguy cơ xâm lấn xung quanh. DCIS thường được phát hiện khi tầm soát ung thư vú hay sờ thấy một khối bất thường ở vú.

Thường DCIS không phải bệnh cấp cứu. Do đó chúng ta cần phải đánh giá và cân nhắc phương án điều trị tốt nhất. Điều trị phải gồm bảo tồn vú và xạ trị kết hợp phẫu thuật. Một nghiên cứu cho thấy theo dõi chủ động có thể thay thế phẫu thuật.

DCIS thường không có triệu chứng hay dấu hiệu gì. Tuy vậy, đôi khi có một số dấu hiệu sau:

Khối u bướu vùng vú.

Núm vú chảy máu.

DCIS thấy trên nhũ ảnh dưới dạng một điểm calci hóa có hình dạng và kích thước bất thường.

Tham khảo thêm về:Dấu hiệu cảnh báo sớm ung thư vú mọi chị em phụ nữ cần biết

Bạn nên đi khám khi thấy có những thay đổi bất thường ở vú để phát hiện kịp thời ung thư biểu mô ống tuyến vú, như là:

Khối u hay một vùng da đổi màu bất thường.

Da dày hơn và núm vụ tiết dịch.

Bạn có thể hỏi thêm bác sĩ thời điểm tầm soát ung thư vú và nên lặp lại khi nào. Hầu hết khuyến cáo bạn nên đi tầm soát ung thư vú khi 40 tuổi trở lên. Thậm chí, ung thư vú vẫn có thể tái phát sau khi đã điều trị ban đầu.

Hiện nay nguyên nhân DCIS vẫn chưa rõ ràng. Một số cho rằng DCIS là do những đột biến trong DNA tế bào ống dẫn sữa ở vú. Hiện nay vẫn chưa nghiên cứu rõ yếu tố nào làm kích hoạt sự tăng sinh bất thường tế bào đó. Tuy nhiên có thể lối sống không lành mạnh, môi trường và di truyền tăng nguy cơ mắc bệnh.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc ung thư biểu mô tuyến vú gồm:

Lớn tuổi.

Tiền sử bản thân bệnh lí ở vú lành tính, như loạn sản ống dẫn sữa không điển hình.

Gia đình có người bị ung thư vú.

Chưa từng mang thai.

Có con đầu sau 30 tuổi.

Bắt đầu có kinh trước 12 tuổi.

Mãn kinh sau 55 tuổi.

Một số đột biến gen tăng nguy cơ ung thư vú, như BRCA1 và BRCA2.

Một số công cụ giúp hỗ trợ chẩn đoán gồm:

Chụp nhũ ảnh. DCIS thường được phát hiện tình cơ trên phim chụp nhũ ảnh. Nếu kết quả cho thấy có một đốm trắng bất thường (vi calci hóa) với hình dạng và kích thước bất thường, có thể bác sĩ sẽ đề nghị bạn làm thêm một số xét nghiệm khác.

Sinh thiết. Trong quá trình sinh thiết, nhà chẩn đoán hình ảnh hay phẫu thuật viên sẽ dùng một đầu kim lấy một mẫu mô nhỏ ở vùng nghi ngờ có bất thường, dưới hướng dẫn siêu âm hay X-quang. Mẫu mô sẽ được gửi phòng xét nghiệm. Bác sĩ giải phẫu bệnh sẽ đánh giá xem liệu các mẫu mô này có phải bất thường không.

DCIS thường điều trị rất thành công. Thông thường sẽ phẫu thuật lấy khối u và ngăn chặn sự tái phát.

Ở hầu hết mọi người, phương án điều trị gồm:

Phẫu thuật bảo tồn (lumpectomy) u vú kết hợp liệu pháp xạ trị.

Phẫu thuật lấy trọn một bên vú (mastectomy).

Một số trường hợp, phương án điều trị là:

Chỉ phẫu thuật lấy khối u.

Phẫu thuật lấy khối u và liệu pháp hormon.

Một số chỉ theo dõi chủ động kết hợp phẫu thuật.

Sau khi chẩn đoán DCIS, một trong những quyết định hàng đầu là chọn giữa phẫu thuật lấy khối bướu hay phẫu thuật cắt trọn một bên vú.

Phẫu thuật cắt bỏ khối u. Đây là phương pháp loại bỏ vùng có DCIS và các mô xung quanh hoàn toàn bình thường. Nên vậy nó còn được gọi là phẫu thuật sinh thiết hay cắt bỏ vùng cục bộ. Thủ thuật này cho phép bảo tồn mô vú người bệnh nhất có thể, tùy thuộc số lượng mô bị cắt bỏ. Thường sẽ cần thêm bước tạo hình vú. Nghiên cứu cho thấy phụ nữ phải phẫu thuật cắt bỏ khối u thường có nguy cơ cao hơn khả năng tái phát bệnh. Tuy vậy, so với phẫu thuật trọn vú, tỉ lệ sống còn tương đương nhau. Nếu người bệnh có một số bệnh lí khác, nên cân nhắc các lựa chọn khác. Có thể phẫu thuật cắt bỏ khối u kèm liệu pháp hormone, chỉ cắt bỏ khối u hoặc không điều trị.

Cắt bỏ trọn một bên vú. Đây là phương pháp loại bỏ hoàn toàn mô một bên vú. Tạo hình vú trong quá trình làm thủ thuật cắt bỏ hoặc sau đó nhắm phục hồi tạo hình thẩm mĩ.

Hầu hết phụ nữ mắc DCIS (ung thư biểu mô ống tuyến vú) chỉ cần phẫu thuật cắt bỏ khối u. Tuy nhiên vẫn có thể cân nhắc chọn cắt bỏ trọn một bên vú nếu:

Khối DCIS kích thước lớn. Nếu dùng cách phẫu thuật lấy khối u sẽ làm mất đi tính thẩm mĩ

Có nhiều hơn một khối u DCIS. Phẫu thuật cắt bỏ khối u nhiều vùng khác nhau sẽ rất khó khăn.

Sau sinh thiết thấy các mô xung quanh khối u DCIS bất thường. Lúc này nên ưu tiên lựa chọn phẫu thuật cắt trọn một bên vú.

Không thể điều trị xạ trị. Thường sau phẫu thuật cắt bướu sẽ xạ trị. Tuy nhiên do nguyên nhân gì đó làm bạn không thể xạ trị được. Ví dụ như bạn đang mang thai 3 tháng đầu, mới xạ trị gần đây hay bản thân quá dễ bị tác dụng phụ của tia xạ, như hội chứng lupus ban đỏ hệ thống.

Người bệnh mong muốn cắt trọn một bên vú hơn chỉ cắt khối u.

Bởi vì khối u DCIS thường không xâm lấn, nên không cần phải phẫu thuật lấy hạch vùng gần đó. Nguy cơ bị ung thư hạch di căn là cực kì thấp. Tuy vậy nếu sinh thiết thấy các mô quanh khối u bướu bất thường hoặc bạn cần phẫu thuật cắt trọn bên vú, việc sinh thiết hạch gần đó hay phẫu thuật nạo hạch được xem như là một phần cuộc phẫu thuật.

Dùng tia X hay proton sóng cao tần nhằm cắt đốt các tế bào bất thường. Thường xạ trị sau khi đã cắt bỏ khối u. Nhằm mục đích chính là giảm khả năng tái phát ung thư hay diễn tiến sang dạng xâm lấn.

Thông thường sẽ có một máy di chuyển quanh cơ thể người bệnh (external beam radiation), ngoài ra còn có loại chỉ xạ trị vùng mô vú bên bệnh (brachytherapy). Tuy nhiên nếu khối DCIS quá nhỏ và mức độ ác tính thấp thì có thể chỉ cần phẫu thuật đơn thuần.

Đây là cách ngăn chặn các hormon gắn vào các thụ thể của tế bào ung thư nhằm mục đích ngăn chặn sự tăng trưởng của khối u (thụ thể dương hormon bệnh ung thư vú).

Thường điều trị DCIS không cần dùng liệu pháp hormone. Tuy nhiên có thể cân nhắc kết hợp với phẫu thuật hoặc xạ trị nhằm giảm khả năng tái phát khối DCIS hay ung thư vú xâm lấn.

Vẫn chưa ghi nhận hiện nay có phương pháp thay thế nào điều trị DCIS có thể làm giảm khả năng thành ung thư xâm lấn. Tuy vậy, thuốc thay thế hay thuốc hỗ trợ được dùng để giúp bạn giảm thiểu tác dụng phụ các phương pháp điều trị khác, như căng thẳng. Nếu bạn thấy khó ngủ hay bản thân suy nghĩ quá nhiều, bạn dễ cáu kỉnh hay buồn bã. Hãy trao đổi thêm với bác sĩ. Bác sĩ sẽ cân nhắc kết hợp một số loại thuốc giúp giảm triệu chứng.

Theo khuyến cáo bác sĩ, một số liệu pháp sau nên được cân nhắc:

Liệu pháp hội họa.

Tập thể dục.

Thiền định.

Liệu pháp âm nhạc.

Tập luyện thả lỏng cơ thể.

Liệu pháp tinh thần.

Khi được chẩn đoán khối u ống tuyến dẫn sữa ở vú (DCIS), bạn sẽ rất sợ hãi. Để cảm thấy dễ chịu hơn, bạn nên:

Nghiên cứu các thông tin về bệnh DCIS và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Bạn có thể trao đổi thêm với bác sĩ để có được đầy đủ thông tin

Nhờ sự giúp đỡ mọi người. Bạn có thể trao đổi với bạn bè về cảm giác hay những lo âu bản thân. Ngoài ra còn có các đội nhóm sẽ lắng nghe và hỗ trợ bạn

Thay đổi một lối sống lành mạnh. Điều này sẽ giúp bạn cảm thấy tốt hơn. Ăn uống thực phẩm tốt sức khỏe như trái cây, rau củ và ngũ cốc nguyên cám. Tập thể dục ít nhất 30 phút mỗi ngày trong hầu hết ngày trong tuần. Ngủ đủ mỗi đêm sẽ giúp bạn được dễ chịu.

Ung thư biểu mô ống tuyến vúlà bệnh hay gặp ở phụ nữ có tuổi. Triệu chứng thường không rõ ràng. Tuy nhiên, việc phát hiện bệnh sớm và điều trị thích hợp là cực kì cần thiết. Nếu bạn phát hiện các dấu hiệu bất thường ở vú, bạn hãy đi khám ngay nhé. Bác sĩ sẽ giúp bạn tìm kiếm nguyên nhân bệnh và lựa chọn phương án điều trị tốt nhất cho bạn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-buong-trung-nguyen-nhan-va-trieu-chung/

Nội dung bài viết

Ung thư buồng trứng là gì?

Ai là người dễ mắc ung thư buồng trứng.

Làm thế nào để giảm nguy cơ mắc ung thư buồng trứng?

Dấu hiệu của ung thư buồng trứng.

Khi nào nên đi khám bệnh?

Bệnh ung thư buồng trứng là một trong những căn bệnh phổ biến ở phụ nữ hiện nay. Diễn biến bệnh sẽ rất nghiêm trọng nếu như không được phát hiện và chữa trị kịp thời. Bài viết được viết bởi Bác sĩ Đào Thị Thu Hương sẽ cho bạn hiểu rõ hơn về nguyên nhân và triệu chứng cũng như sự nghiêm trọng của căn bệnh này.

Ung thư buồng trứng  là một trong những loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ. Bệnh rất nguy hiểm, có thể gây tử vong nếu không được điều trị kịp thời. Biết các yếu tố nguy cơ và nhận diện triệu chứng sớm là cách để phòng ngừa và điều trị hiệu quả tôt nhất.

Mỗi người phụ nữ bình thường có haibuồng trứngnằm ở phần thấp của bụng còn gọi là khung chậu, ở hai bêntử cung. Buồng trứng tạo ra nội tiết tố nữ và tạo trứng. Trứng sau khi rụng được vận chuyển đến buồng tử cung nhờ hai vòi dẫn trứng nằm ở hai bên tử cung. Trong quá trình vận chuyển, nếu gặp tinh trùng, trứng sẽ được thụ tinh, tạo thành hợp tử và tiếp tục di chuyển về buồng tử cung để làm tổ.

Ung thư buồng trứng là một nhóm bệnh gồm các tế bào tăng sinh bất thường có nguồn gốc từ buồng trứng. Bệnh chủ yếu ảnh hưởng đến những phụ nữ đã trải qua thời kỳ mãn kinh (thường là trên 50 tuổi), nhưng đôi khi nó có thể ảnh hưởng đến phụ nữ trẻ hơn.

Cho đến nay nguyên nhân gây ra bệnh vẫn chưa được xác định rõ, nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy các yếu tố sau đây có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh:

Tuổi. Nguy cơ tăng lên khi tuổi bạn càng cao, hầu hết các trường hợp xảy ra sau khi mãn kinh. Cứ 10 người được chẩn đoán ung thư buồng trứng thì có 8 người là trên 50 tuổi, dù vậy bệnh vẫn có thể xảy ra ở nữ trẻ.

Bạn thuộc đối tượng nguy cơ cao nếu người thân trong gia đình, đặc biệt là mẹ hoặc chị, em gái mắc ung thư buồng trứng. Có thể đó là do bạn thừa hưởng gen đột biến có tên BRCA1 hoặc BRCA2 – làm tăng nguy cơ phát triển cả ung thư vú và buồng trứng.

Tuy nhiên cần chú ý rằng, có người thân bị ung thư buồng trứng không có nghĩa là bạn chắc chắn cũng mắc bệnh, câu nói đó chỉ mang ý nghĩa là bạn có khả năng mắc bệnh cao hơn so với người không có người thân bị ung thư buồng trứng.

Tronglạc nội mạc tử cung, các tế bào đáng lẽ nên nằm đúng vị trí của nó ở tử cung thì lại phát triển ở nơi khác trong cơ thể, chẳng hạn như trong buồng trứng hoặc trong ổ bụng.

Những tế bào này vẫn hoạt động theo chu kì, chúng vẫn tạo ra “máu kinh” giống như kinh nguyệt nhưng vì không có cách nào để máu chảy ra khỏi cơ thể, nó bị mắc kẹt và gây đau tại chỗ.

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng những phụ nữ mắc lạc nội mạc tử cung có thể dễ bị ung thư buồng trứng hơn.

Tiền căn sản phụ khoa: Phụ nữ bắt đầu có kinh nguyệt sớm, chưa bao giờ sinh con, vô sinh không rõ nguyên nhân, không uống thuốc tránh thai hoặc những ai mãn kinh có thể tăng nguy cơ ung thư vòi trứng và buồng trứng  về sau.

Liệu pháp thay thế hormone. Phụ nữ mãn kinh có dùng hooc-môn thay thế estrogen làm tăng nguy cơ mắc ung thư buồng trứng / vòi trứng. Nguy cơ càng cao khi sử dụng  càng lâu. Nguy cơ giảm dần theo thời gian sau khi trị liệu kết thúc.

Ngoài ra hút thuốc lá, dư cân, béo phì cũng có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Không có cách nào để ngăn ngừa ung thư buồng trứng, nhưng những việc dưới đây có thể làm giảm nguy cơ:

Sử dụng thuốc tránh thai trong năm năm trở lên.

Thắt ống dẫn trứng, cắt cả hai buồng trứng, hoặc cắt tử cung (các phương pháp này chỉ thực hiện khi vợ chồng đã sinh đủ con và không muốn sinh thêm).

Sinh con.

Cho con bú. Một số nghiên cứu cho thấy những phụ nữ cho con bú trong một năm trở lên có thể giảm nhẹ nguy cơ ung thư buồng trứng

Mặc dù những điều này có thể giúp giảm nguy cơ mắc ung thư buồng trứng, nhưng lợi ích luôn đi kèm rủi ro. Bạn nên tham vấn ý kiến bác sĩ chuyên khoa để có thông tin chính xác, chọn lựa phù hợp cho bản thân.

Xem thêm:

Các lưu ý khi khám bệnh Ung thư buồng trứng

Quá kích buồng trứng: Nỗi lo khi điều trị hiếm muộn

Các triệu chứng của ung thư buồng trứng có thể khó nhận ra, đặc biệt là  trong giai đoạn sớm. Các triệu chứng phổ biến nhất của bệnh là:

Luôn cảm thấy đầy bụng.

Bụng to.

Khó chịu ở vùng bụng hoặc bụng dưới.

Ăn mau no hoặc chán ăn.

Tiểu nhiều lần, tiểu gấp, không nhịn tiểu được.

Bên cạnh đó có thể có các triệu chứng khác như:

Khó tiêu kéo dài hoặc buồn nôn.

Đau khi quan hệ tình dục.

Thay đổi thói quen đại tiện của bạn.

Đau lưng.

Chảy máu âm đạo (đặc biệt chảy máu sau khi mãn kinh).

Mệt mỏi thường xuyên.

Sụt cân không rõ nguyên nhân.

Đối với nhiều phụ nữ, họ có thể có những triệu chứng nhưng không thường xuyên. V thế, nếu xuất hiện bất cứ triệu chứng nào vừa nêu ở trên khác so với thường ngày về số lần trong tuần, hoặc mức độ nặng hơn, hoặc có nhiều triệu chứng đi kèm gợi ý ung thư buồng trứng thì tốt nhất bạn nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa, có thể là sản phụ khoa hoặc ung bướu.

Đặc biệt bạn trên 50 tuổi, tiền sử gia đình có mắc ung thư buồng trứng, ung thư vú hoặc chính bản thân bạn đã từng bị ung thư vú, nguy cơ mắc ung thư buồng trứng sẽ cao hơn rất nhiều. Điều bạn cần ngay lúc này là gặp bác sĩ để được phát hiện sớm điều trị kịp thời.

Mọi thông tin trong bài viết mang tính chất tham khảo, các bạn nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa để được chẩn đoán chính xác và điều trị sớm.

Nếu bạn phát hiện những triệu chứng của bệnh ung thư buồng trứng thì nên đến gặp bác sĩ để tiến hành những xét nghiệm. Bạn có thể tham khảo bài viết được viết bởi bác sĩ Đào Thị Thu Hương về: “Bệnh ung thư buồng trứng: Chuẩn đoán và điều trị” để có thêm kiến thức và chuẩn bị tâm lý trước khi đến gặp bác sĩ nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-co-tu-cung-co-nguy-hiem-khong/

Nội dung bài viết

Tổng quan về ung thư cổ tử cung

Nguyên nhân ung thư cổ tử cung

Dấu hiệu nhận biết ung thư cổ tử cung

Các giai đoạn ung thư cổ tử cung

Ung thư cổ tử cung có nguy hiểm không?

Cách điều trị ung thư cổ tử cung

Ung thư cổ tử cung là loại ung thư phụ khoa phổ biến nhất ở phụ nữ trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Theo thống kê của tổ chức ung thư Việt Nam (GLOBOCAN) năm 2020, mỗi năm có hơn 4 ngàn phụ nữ mắc ung thư cổ tử cung mới, căn bệnh này cũng dẫn tới hơn 2 ngàn người tử vong mỗi năm. Vậy thực sự ung thư cổ tử cung có nguy hiểm không, cách chẩn đoán và điều trị ra sao, hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Thị Thủy tìm hiểu qua bài viết sau đây.

Để hiểu về ung thư cổ tử cung, đầu tiên chúng ta cần biết cổ tử cung nằm ở đâu trong cơ quan sinh dục nữ:1

Tử cungcó hai phần là thân tử cung, nơi phát triển của bào thai khi mang thai và phần đầu tử cung gọi là cổ tử cung.Cổ tử cunglà vị trí nối tử cung và âm đạo, đóng vai trò như hàng rào bảo vệ ngăn các tác nhân xâm nhập từ âm đạo và tử cung.

Cổ tử cung gồm cổ trong (nối với thân tử cung) cấu tạo từ biểu mô tế bào tuyến và cổ ngoài (nối với âm đạo) cấu tạo từ biểu mô tế bào gai. Vùng mô tế bào nằm giữa cổ trong và cổ ngoài hay giữa biểu mô tế bào gai và biểu mô tế bào tuyến gọi là vùng chuyển tiếp, đây là vùng dễ hình thành ung thư nhất. Khi các tế bào vùng này phân chia mất kiểm soát, xâm lấn các cấu trúc mô xung quanh sẽ hình thành ung thư, gọi là ung thư cổ tử cung.

Từ các nghiên cứu về ung thư cổ tử cung trên thế giới, hiện nay các nhà khoa học thống nhất nguyên nhân gây ung thư cổ tử cung là dovirus HPV(Human papillomavirus) – Virus sinh u nhú ở người. Virus có rất nhiều type khác nhau chia thành hai nhóm lớn là virus HPV nguy cơ cao và virus HPV nguy cơ thấp. Có 15 type virus HPV nguy cơ cao là những type có khả năng gây ra ung thư với tần suất cao như 16, 18, 31, 33, 45,…2

Trong đó, virus HPV type 16 và 18 là nguyên nhân gây khoảng 70% số trường hợp ung thư cổ tử cung. Ngoài ra, những virus này cũng là nguyên nhân liên quan hoặc làm tăng nguy cơ phát triển nhiều loại ung thư khác nhưung thư thanh quản, dương vật, âm hộ,… Virus HPV nguy cơ thấp gồm type 6, 11, 42, 43, 44; nhóm nguy cơ thấp chủ yếu gây ra mụn cóc sinh dục hay mụn cóc ở bàn tay, bàn chân.2

Bạn có thể bị lây nhiễm HPV từ người đã nhiễm HPV do tiếp xúc trực tiếp da – da trong vùng sinh dục, quan hệ ngả âm đạo, hậu môn hay đường miệng, dùng chung sextoy (đồ chơi tình dục).3

Virus HPV chứa những đoạn gen đặc biệt (E6 và E7), các protein sinh ra từ chúng có khả năng gắn vào bộ gen của tế bào bình thường tại cổ tử cung. Từ đó dẫn tới rối loạn trong cơ chế phân tế bào, khiến các tế bào này phân chia “vô tô chức”, trở thành tế bào “bất tử” và hình thành ung thư cổ tử cung. Khi ung thư phát triển lớn hơn, chúng sẽ xâm lấn sang các cấu trúc lân cận, chèn ép, ảnh hưởng chức năng và gây nhiều biến chứng. Thậm chí tế bào ung thư có thể di chuyển tới những cơ quan khác trong cơ thể như phổi, gan, xương từ đó hình thành ung thư mới, đây là giai đoạn cuối của ung thư (giai đoạn IV) khi ung thư đã di căn.45

Không phải tất cả phụ nữ nhiễm virus HPV đều sẽ bị ung thư cổ tử cung. Khoảng 90% phụ nữ nhiễm HPV sẽ tự thoái triển trong vòng 2 năm (chuyển từ dạng nhiễm sang không nhiễm, trở về trạng thái bình thường) và chỉ 10% số trường hợp virus HPV vẫn tồn tại (có nguy cơ diễn tiến thành ung thư). Virus HPV gây ra những sự biến đổi tại vùng cổ tử cung trong thời gian dài trước khi dẫn tới ung thư thực sự (khoảng 10 năm). Các biến đổi bất thường này gọi là “dị sản”, tùy mức độ mà nguy cơ hình thành ung thư khác nhau, dị sản càng nặng nguy cơ ung thư càng cao. Tuy nhiên trong trường hợp dị sản mức độ nặng cũng chỉ có 30% diễn tiến thành ung thư (Carcinom xâm lấn) và có tới 25% trường hợp sẽ thoái triển (trở nên bình thường, không bị ung thư). Dù vậy, có nhiều yếu tố làm tăng nguy cơ phát triển ung thư cổ tử cung ở người phụ nữ như:23

Phụ nữ lập gia đình sớm, sinh con nhiều lần hay có con sớm (trước 17 tuổi).

Quan hệ tình dục sớm, quan hệ tình dục với nhiều người.

Có bạn tình quan hệ tình dục với nhiều người.

Thói quen vệ sinh cá nhân, vệ sinh sinh dục kém nhất là sau khi quan hệ.

Các yếu tố khác như hút thuốc lá, thiếuvitamin C, nhiễmHerpes – Simplex virusnhóm 2,HIVcũng làm tăng nguy cơ bị ung thư cổ tử cung.6

Ung thư cổ tử cung có thể dẫn tới nhiều triệu chứng khác nhau tùy thuộc vào giai đoạn bệnh. Giai đoạn tiền ung thư (tổn thương tiền ung thư là những thương tổn tại chỗ mà có khả năng tiến triển thành ung thư thực sự hay gọi là carcinom tại chỗ) thường người bệnh sẽ không có triệu chứng hay dấu hiệu nào đặc biệt. Tuy nhiên những tổn thương này có thể phát hiện hiệu quả qua việc tầm soát ung thư bằng các phương tiện như xét nghiệm pap – smear và HPV – DNA test.

Trong giai đoạn sớm của ung thư, các triệu chứng và dấu hiệu sẽ bắt đầu biểu hiện nhưng thường không quá nặng nề và có thể bị nhầm lẫn với các tình trạng bệnh lý phụ khoa khác. Chính vì vậy đa phần người bệnh thường không chú ý tới, họ chỉ đi khám khi các triệu chứng kéo dài và nặng nề hơn. Các triệu chứng thường gặp của ung thư cổ tử cung bao gồm:

Xuất huyết âm đạo bất thường: Xuất huyết âm đạo bất thường giữa chu kỳ kinh, xuất huyết sau khi đã mãn kinh hoặc do tác động như xuất huyết sau khi giao hợp, sau khi thăm khám âm đạo. Xuất huyết có thể rỉ rả lượng ít hoặc liên tục lượng trung bình tới nhiều, máu đỏ tươi có thể lẫn máu cục.

Ra dịch âm đạo hay huyết trắng bất thường: lượng nhiều hơn bình thường, xuất hiện thường xuyên, kéo dài hoặc giai đoạn trễ có thể có nhiều hôi do bội nhiễm.

Đau vùng bụng dưới âm ỉ, liên tục kèm hoặc không kèm đau lưng không giải thích được lí do, đau khi quan hệ.

Mệt mỏi, chán ăn, sụt cân.

Rò phân hay nước tiểu qua ngã âm đạo trong giai đoạn trễ khi có tình trạng rò bàng quang – âm đạo, hay trực tràng – âm đạo (Rò là tình trạng khi ung thư tiến triển xâm lấn vào các cấu trúc xung quanh, tạo ra một đường thông từ trực tràng hay bàng quang vào âm đạo dẫn tới các dịch tiết từ các cơ quan này (phân và nước tiểu) chảy vào âm đạo và liên tục chảy ra ngoài qua đường này).

Bất kỳ triệu chứng nào được đề cập ở trên đều có thể gợi ý ung thư cổ tử cung, đặc biệt là xuất huyết âm đạo hay ra dịch âm đạo bất thường. Chính vì vậy hãy đi khám bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Những tích chất quan trọng mà bác sĩ quan tâm là các triệu chứng này đã xuất hiện bao lâu, mức độ nặng nề, diễn tiến tăng giảm ra sao, nó ảnh hưởng đến cuộc sống như thế nào (Ví dụ xuất huyết âm đạo có làm người bệnh chóng mặt, choáng váng, mệt mỏi hay đau bụng khiến người bệnh phải uống thuốc giảm đau,…).7

Người bệnh sẽ được hỏi bệnh sử, sau đó đa số sẽ được khám phụ khoa bằng mỏ vịt, nếu có tổn thương nghi ngờ tại cổ tử cung bác sĩ sẽ bấm sinh thiết để kiểm tra và làm thêm một số xét nghiệm cần thiết khác.

Giai đoạn ung thư cổ tử cung theo liên đoàn sản phụ khoa thế giới FIGO (international federation of gynecology and obstetrics) năm 2018.2

IA1 : xâm lấn mô đệm ≤ 3 mm chiều sâu.

IA2 : xâm lấn mô đệm > 3 mm nhưng ≤ 5 mm chiều sâu.

IB1 : Bướu xâm lấn > 5mm độ sâu mô đệm và có đường kính lớn nhất ≤ 2 cm.

IB2 : Bướu có đường kính lớn nhất > 2 cm ≤ 4cm

IB3: Bướu có đường kính lớn nhất > 4cm

IIA1 : Bướu có đường kính lớn nhất ≤ 4 cm.

IIA2 : Bướu có đường kính lớn nhất > 4 cm.

IIIC1: Chỉ di căn hạch chậu.

IIIC2: Di căn hạch cạnh động mạch chủ bụng.

\*\* Tình trạng di căn hạch sẽ được thêm “r” hoặc “p” dựa vào phương tiện xác định di căn: “r” (ví dụ IIIC1r) nếu xác định di căn hạch nhờ hình ảnh học (Ví dụ CT scan hay PET/CT); “p” (Ví dụ IIIC1p) nếu di căn được xác định bằng giải phẫu bệnh.

Các giai đoạn ung thư cổ tử cung

Ung thư cổ tử cung cũng có thể được phân giai đoạn bằng hệ thống TNM. Việc phân giai đoạn ung thư cổ tử cung giúp các bác sĩ có đánh giá toàn diện về khối u, từ đó đưa ra các chiến lược điều trị phù hợp cho người bệnh.

Ung thư cổ tử cung là ung thư phụ khoa thường gặp nhất, các chương trình tầm soát và điều trị đều mang tớikết quả khả quan. Tuy nhiên nếu không được phát hiện và điều trị, ung thư cổ tử cung sẽ xâm lấn ra các cấu trúc xung quanh và gây ra nhiều triệu chứng hay biến chứng khác nhau. Hơn nữa khi diễn tiến nặng, các triệu chứng này có thể gây nguy hiểm tới tính mạng.6

Trong giai đoạn sớm, ung thư thường lan theo hướng xuống dưới (túi cùng, âm đạo), khi ung thư diễn tiến nó có thể lan theo nhiều hướng khác (lên trên và hai bên), xâm lấn nhiều cơ quan hơn và gây ra biến chứng nặng nề hơn.6

Đây là hướng lan thường gặp nhất trong ung thư cổ tử cung gây xuất huyết âm đạo hay ra dịch âm đạo bất thường. Xuất huyết âm đạo trong thời gian dài có thể gây thiếu máu mạn tính hoặc nguy hiểm hơn là xuất huyết một lượng lớn trong thời gian ngắn có thể dẫn tới shock mất máu và đe doạ tính mạng.

Khi bướu xâm lấn lên thân tử cung sẽ làm biến dạng lòng tử cung, ung thư thân tử cung, lúc này thường điều trị sẽ bao gồm cắt tử cung, tức sẽảnh hưởng trực tiếp khả năng mang thai. Đây là vấn đề đối với những phụ nữ chưa có con hoặc còn mong muốn có con trong tương lai.

Khu vực có rất nhiều cấu trúc quan trọng, đặc biệt làniệu quản. Khi bướu lớn dần, gây siết chặt niệu quản sẽ làmthận ứ nước, vô niệu, suy thận. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời người bệnh sẽ chết vì suy thận, đây là biến chứng thường gặp và nguy hiểm nhất của ung thư cổ tử cung, nguyên nhân chính dẫn tới tử cung trong bệnh lý ung thư này.

Gặp ở giai đoạn muộn nhiều hơn khi bệnh đã tiến triển, xâm lấn có thể tạo ra lỗ thông giữabàng quangvà âm đạo, tạo lỗ rò,nước tiểu sẽ chảy vào âm đạo, khiến người bệnh luôn có cảm giác ẩm ướt vùng âm đạo do nước tiểu, nguy cơ nhiễm trùng tiểu cũng tăng cao.

Tương tự trường hợp bướu xâm lấn ra trước vào bàng quang thì bướu xâm lấn ra sau vào trực tràng cũng ít gặp ở giai đoạn sớm. Trường hợp này dẫn tới rò trực tràng – âm đạo, phân và dịch phân từ trực tràng sẽ chảy vào âm đạo liên tục và nhiều hơn khi bệnh nhân đi cầu, biến chứng này ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Như vậy, ung thư cổ tử cung có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm đến tính mạng quan trọng nhất là tình trạngsuy thận.

Ung thư cổ tử cung diễn tiến lâu tại chỗ tại vùng, ít cho di căn xa nên mô thức điều trị chính là phẫu và xạ trị. Hoá trị dùng cho các trường hợp bệnh tiến xa, di căn xa hay tái phát. Trước khi thiết lập phác đồ điều trị cụ thể cho bệnh nhân, các bác sĩ sẽ cân nhắc nhiều yếu tố khác nhau để đưa ra quyết định cuối cùng, bao gồm:

Giai đoạn ung thư:được đánh giá dựa vào kích thước bướu, độ sâu xâm lấn của bướu vào mô đệm hay xâm lấn ra các cấu trúc xung quanh, tình trạng di căn hạch và di căn xa. Phân chia giai đoạn bằng hệ thống FIGO thường được các bác sĩ sử dụng.

Bệnh lý nền:các bệnh lý mãn tính ảnh hưởng tới điều trị như bệnh lý tim mạch (Suy tim, tăng huyết áp,thiếu máu cơ tim,…), bệnh phổi (COPD,hen,…), thể trạng người bệnh, tuổi, nguyện vọng điều trị của người bệnh, tiên lượng sống còn.

Yếu tố khác:Điều kiện kinh tế gia đình người bệnh, cơ sở vật chất nơi khám chữa bệnh (hệ thống máy xạ, các loại thuốc hóa trị,…).

Đối với người bệnh có mong muốn có con thì việc giữ lại tử cung và hai phần phụ sẽ được cân nhắc tuỳ vào giai đoạn và tình trạng quan sát được trong lúc mổ. Nếu có thể các bác sĩ sẽ cố gắng để bảo tồn chức năng sinh sản cho người bệnh nhưng quan trọng là đảm bảo an toàn về mặt ung thư học.

Xạ trị đóng vai trò quan trọng trong ung thư cổ tử cung, tham gia điều trị trong hầu hết các giai đoạn. Về kĩ thuật, xạ trị bao gồm xạ trị ngoài (chiếu tia xạ vào toàn bộ vùng chậu từ bên ngoài) và xạ trị trong (nguồn phóng xạ được áp sát vào mô bướu trước khi phát tia nhằm tăng hiệu quả lên bướu và giảm liều lên vùng mô lành xung quanh).

Về phương diện điều trị, xạ trị gồm xạ trị triệt để (chỉ dùng xạ trị đơn thuần để điều trị), xạ trị bổ túc sau mổ khi có nguy cơ tái phát, xạ trị tiền phẫu (xạ trị trước phẫu thuật).

Hoá trị giúp điều trị giảm triệu chứng trong các trường hợp ung thư tái phát, di căn xạ hay phối hợp với phẫu thuật và xạ trị khi bệnh tiến xa tại chỗ. Phác đồ hoá trị ung thư cổ tử cung chủ yếu dựa trên Cisplatin với phác đồ chuẩn hiện nay là Cisplatin và Paclitaxel hay Cisplatin và Topotecan.

Ngoài ra, Bevacizumab cũng đang được bổ sung vào các phác đồ hoá trị nhằm làm tăng tỉ lệ đáp ứng và tăng trung vị thời gian sống còn.

Giai đoạn tiền ung thư, IA1: phẫu trị: khét chóp hay cắt tử cung đơn giản

Giai đoạn IA2, IB1, IB2, IIA1: Phẫu trị hay xạ trị. Người bệnh sẽ được đánh giá nhiều yếu tố như trên để quyết định chọn phẫu thuật hay xạ trị trong những những trường hợp này.

Phẫu thuật cắt tử cung tận gốc và nạo hạch chậu hai bên, sau đó bác sĩ sẽ đánh giá nguy cơ tái phát dựa trên bệnh phẩm phẫu thuật để xét chỉ định điều trị bổ túc sau mổ. Người bệnh có thể cần xạ trị hoặc hoá xạ đồng thời tuỳ theo nguy cơ tái phát.

Xạ trị đơn thuần (chỉ xạ trị không phẫu thuật), trường hợp này xạ trị sẽ kết hợp giữa xạ trị ngoài và xạ trị trong (xạ trị áp sát).

Giai đoạn tiến xa tại chỗ (IB3, IIA2, IIB, IIIA, IIIB, IIIC,IVA): hóa xạ trị đồng thời là phác đồ tiêu chuẩn, nếu bệnh nhân không hóa trị được có thể xạ trị đơn thuần.

Giai đoạn di căn xa: hóa trị giảm nhẹ (không thể điều trị khỏi hoàn toàn bệnh, điều trị lúc này giúp giảm các triệu chứng và kéo dài thời gian sống của người bệnh)

Ung thư cổ tử cung diễn tiến lâu trong hàng chục năm tính từ khi có các tổn thương tiền ung thư tới khi bệnh tiến triển. Thời gian diễn tiến bệnh kéo dài cho phép các chương trình tầm soát phát hiện bệnh ung thư ngày càng hiệu quả giúp giảm tần suất và tử vong do ung thư cổ tử cung.

Thực tế qua các thống kê ung thư của GLOBAN thế giới năm 2002, 2008, 2018, 2020, tỉ lệ ung thư cổ tử cung đang giảm dần qua các năm. Điều này không có nghĩa chúng ta được phép lơ là đối với căn bệnh nguy hiểm này. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, ung thư cổ tử cung sẽ gây ra nhiều biến chứng, làm giảm chất lượng cuộc sống nghiêm trọng và nặng nề hơn là đe doạ tính mạng. Mong rằng qua bài viết của Bác sĩ Nguyễn Thị Thủy, bạn đã có cho mình câu trả lời của câu hỏiung thư cổ tử cung có nguy hiểm khôngvà có thể chữa được không!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-co-tu-cung-giai-doan-cuoi/

Nội dung bài viết

Ung thư cổ tử cung giai đoạn cuối là gì?

Dấu hiệu ung thư cổ tử cung giai đoạn cuối

Ung thư giai đoạn cuối có nguy hiểm không?

Ung thư cổ tử cung giai đoạn cuối có chữa được không?

Chẩn đoán ung thư cổ tử cung giai đoạn cuối

Điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn cuối

Ung thư cổ tử cung là một trong những khối u ác tính thường gặp nhất tại đường sinh dục nữ. Bất chấp một số chiến lược phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị được tiến hành, tiên lượng của ung thư cổ tử cung vẫn còn dè dặt, đặc biệt là ở bệnh nhân di căn. Do tiên lượng xấu, ung thư cổ tử cung di căn đã trở thành một trong những thách thức chính trên toàn thế giới. Bài viết dưới đây của Bác sĩ Nguyễn Phú Lộc sẽ cho các bạn cái nhìn toàn diện hơn về triệu chứng, chẩn đoán của bệnh ung thư cổ tử cung giai đoạn cuối cũng như phương pháp điều trị ung thư cổ tử cung.

Ung thư cổ tử cunglà nguyên nhân đứng hàng thứ hai của ung thư gây tử vong ở phụ nữ từ 20 đến 39 tuổi.1

Hệ thống phân loại FIGO (Liên đoàn phụ khoa và sản khoa quốc tế) được sử dụng thường xuyên nhất cho bệnh ung thư cơ quan sinh sản nữ, bao gồm ung thư cổ tử cung. Đối với ung thư cổ tử cung, giai đoạn lâm sàng được sử dụng dựa trên kết quả thăm khám của bác sĩ, sinh thiết, xét nghiệm hình ảnh và một vài xét nghiệm khác được thực hiện trong một số trường hợp, như nội soi bàng quang.

Nó không dựa trên những gì được tìm thấy trong phẫu thuật. Nếu phẫu thuật được thực hiện, giai đoạn bệnh học có thể được xác định từ những phát hiện khi phẫu thuật, nhưng không thay đổi giai đoạn lâm sàng của bạn. Kế hoạch điều trị của bạn dựa trên giai đoạn lâm sàng.2

Các giai đoạn ung thư cổ tử cungbao gồm:

Ung thư cổ tử cung giai đoạn I.

Ung thư cổ tử cung giai đoạn II.

Ung thư cổ tử cung giai đoạn III.

Ung thư cổ tử cung giai đoạn IV.

Ung thư cổ tử cung bước vào giai đoạn cuối (giai đoạn IV) khi ung thư đã xâm lấn đến bàng quang hoặc trực tràng hoặc đến các cơ quan xa như phổi hoặc xương.2

Phụ nữ mắc bệnh ung thư cổ tử cung sớm và tiền ung thư thường không có triệu chứng. Các triệu chứng thường không bắt đầu cho đến khi ung thư trở nên lớn hơn và phát triển đến các cơ quan gần đó. Các triệu chứng phổ biến nhất là:3

Chảy máu âm đạo bất thường: chẳng hạn như chảy máu sau khi quan hệ tình dục âm đạo, chảy máu sau khi mãn kinh, hoặc có thời gian kinh nguyệt dài hơn hoặc nặng hơn bình thường. Chảy máu sau khi thụt rửa cũng có thể xảy ra.

Chảy dịch bất thường âm đạo.

Đau khi quan hệ tình dục.

Đau ở vùng chậu.

Dấu hiệu và triệu chứng xuất hiện với bệnh tiến triển hơn có thể bao gồm:3

Phù chân.

Vấn đề liên quan đến đi tiểu hoặc đường ruột.

Tiểu máu.

Những dấu hiệu và triệu chứng này cũng có thể được gây ra bởi các tình trạng khác ngoài ung thư cổ tử cung. Tuy nhiên, nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào trong số này, hãy đến chuyên gia chăm sóc sức khỏe ngay lập tức. Bỏ qua các triệu chứng có thể cho phép ung thư phát triển đến giai đoạn tiên tiến hơn và giảm cơ hội điều trị thành công.

Mười ba phần trăm bệnh nhân ung thư cổ tử cung được chẩn đoán tại giai đoạn tiến triển. Tỷ lệ sống còn 5 năm của ung thư cổ tử cung di căn là 16,5% so với 91,5% cho ung thư cổ tử cung tại chỗ.4

Trái ngược với bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm và ung thư cổ tử cung tiên tiến tại chỗ có thể điều trị bằng phẫu thuật, hóa trị hoặc xạ trị, không có điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân ung thư cổ tử cung di căn vì các biểu hiện không đồng nhất của nó. Hiện nay, thời gian sống trung bình của ung thư cổ tử cung giai đoạn cuối chỉ khoảng 8 đến 13 tháng.4

Ở giai đoạn này, căn bệnh ung thư đã lan ra khỏi xương chậu đến các vùng khác của cơ thể. Ung thư cổ tử cung giai đoạn này thường không được coi là có thể chữa khỏi.5

Các lựa chọn điều trị có thể bao gồm xạ trị có hoặc không có hóa trị để cố gắng làm chậm sự phát triển của ung thư hoặc giúp giảm các triệu chứng. Hầu hết các chế độ hóa trị tiêu chuẩn bao gồm một loại thuốc platin (cisplatin hoặc carboplatin) cùng với một loại thuốc khác như paclitaxel (taxol), gemcitabine (gemzar) hoặc topotecan.5

Thuốc nhắm trúng đích bevacizumab (avastin) với hóa trị, hóa trị liệu miễn dịch đơn độc với pembrolizumab (keytruda), thuốc nhắm trúng đích tisotumab vedotin-tftv (tivdak) hoặc pembrolizumab (keytruda) với các lựa chọn hóa học (có hoặc không có bevacizumab) thường được chỉ định.5

Nếu sinh thiết xác nhận ung thư, bác sĩ có thể đề nghị một số xét nghiệm nhất định để xem liệu ung thư đã lan rộng bao xa. Nhiều xét nghiệm được mô tả dưới đây là không cần thiết cho mọi bệnh nhân. Các quyết định về sử dụng các xét nghiệm này dựa trên kết quả thăm khám lâm sàng và sinh thiết.6

Sau đây là những thông tin về cách chẩn đoán ung thư cổ tử cung giai đoạn cuối:6

Những xét nghiệm này thường được thực hiện ở những phụ nữ có khối u lớn. Chúng không cần thiết nếu ung thư giai đoạn sớm.

Trong nội soi bàng quang, một ống thon có ống kính và đèn được đặt vào bàng quang qua niệu đạo. Điều này cho phép bác sĩ kiểm trabàng quangvàniệu đạocủa bạn để xem ung thư có xâm lấn vào các cơ quan này không. Nội soi bàng quang có thể được thực hiện dưới thuốc gây tê cục bộ, nhưng một số bệnh nhân có thể cần gây mê toàn thân.

Nội soi trực tràng là một kiểm tra trực quan của trực tràng thông qua một ống soi để tìm kiếm sự lan tràn của ung thư cổ tử cung vào trực tràng.

Nếu bác sĩ của bạn thấy rằng bạn bị ung thư cổ tử cung, một số xét nghiệm hình ảnh nhất định có thể được thực hiện. Những xét nghiệm này có thể cho thấy nơi ung thư đã lan rộng, điều này sẽ giúp bạn và bác sĩ quyết định kế hoạch điều trị.

X – quangngực để xem ung thư có lan sang phổi của bạn không.

Chụp cắt lớp vi tính(CT) thường được thực hiện nếu khối u lớn hơn hoặc nếu có lo ngại về sự lan tràn của ung thư.

Cộng hưởng từ(MRI) quét nhìn vào các bộ phận mô mềm của cơ thể đôi khi tốt hơn các xét nghiệm hình ảnh khác, như chụp CT. Bác sĩ của bạn sẽ quyết định hình ảnh nào là tốt nhất để sử dụng trong tình huống của bạn

Chụp cắt lớp phát xạ Positron (quét PET): một dạng đường phóng xạ nhẹ (được gọi là FDG) được tiêm vào máu và tập trung chủ yếu trong các tế bào ung thư. PET/CT can: thường quét PET kết hợp với chụp CT bằng máy đặc biệt có thể thực hiện cả hai cùng một lúc. Điều này cho phép bác sĩ so sánh các khu vực phóng xạ cao hơn khi quét PET với hình ảnh chi tiết hơn trên CT scan. Đây là loại quét PET thường được sử dụng ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung. Xét nghiệm này có thể giúp xem liệu ung thư có di căn các hạch bạch huyết hay không.

Những bệnh nhân phát triển di căn xa, từ khi chẩn đoán ban đầu hoặc khi tái phát hiếm khi có thể chữa khỏi. Đối với những bệnh nhân được lựa chọn kĩ lưỡng với di căn xa đơn độc có thể được điều trị tại chỗ, thời gian sống đôi khi có thể kéo dài với điều trị:7

Phẫu thuật cắt bỏ, có thể kết hợp hoặc không với EBRT.

Các liệu pháp cắt bỏ cục bộ kết hợp hoặc không với EBRT.

EBRT kết hợp hoặc không với hóa trị.

Hóa trị hỗ trợ toàn thân có thể được xem xét. Ví dụ, những bệnh nhân có thể được hưởng lợi từ phẫu thuật cắt bỏ một vài khối di căn đơn độc có thể phẫu thuật bao gồm những người có di căn hạch, phổi, gan hoặc xương. Sau liệu pháp tại chỗ, hóa trị hỗ trợ có thể được cân nhắc. Đối với hầu hết các bệnh nhân khác bị di căn xa, một cách tiếp cận thích hợp là một thử nghiệm lâm sàng, hóa trị hoặc chăm sóc giảm nhẹ.

Việc giảm bớt các đợt tái phát vùng chậu ở các vị trí chiếu xạ nhiều mà không thể kiểm soát đau tại chỗ hoặc để phẫu thuật rất khó khăn. Những vị trí này thường không đáp ứng với hóa trị. Tuy nhiên, xạ trị ngắn hạn có thể giúp giảm triệu chứng ở những bệnh nhân di căn xương, đau hạch cạnh động mạch chủ.

Hóa trị thường được khuyến nghị cho bệnh nhân di căn ngoài vùng chậu hoặc bệnh tái phát không phù hợp với xạ trị hoặc đoạn chậu. Bệnh nhân mắc bệnh đáp ứng với hóa trị có thể giảm đau và các triệu chứng khác. Nếu cisplatin trước đây được sử dụng làm tăng độ nhạy phóng xạ, các phác đồ phối hợp dựa trên platinum ưu tiên hơn các tác nhân đơn lẻ trong trường hợp bệnh di căn dựa trên một số thử nghiệm ngẫu nhiên giai đoạn III. Tuy nhiên, đáp ứng với hóa trị thường ngắn hạn và lợi ích sống còn hiếm khi tăng.

Như vậy, qua bài viết trên giúp chúng ta có cái nhìn toàn diện hơn về triệu chứng thường gặp, cách chẩn đoán cũng như phương thức điều trị, mức độ nguy hiểm củaung thư cổ tử cung giai đoạn cuối. Hy vọng, bài viết đã giúp cho các bạn hiểu rõ hơn về ung thư cổ tử cung giai đoạn cuối.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dieu-tri-ung-thu-da-khong-te-bao-hac-to-nhung-dieu-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

Ung thư da không tế bào hắc tố là gì?

Có cách nào để phòng bệnh không?

Điều trị ung thư da không tế bào hắc tố

Theo dõi và lưu ý sau khi điều trị ung thư da không tế bào hắc tố

Những thay đổi trong cấu trúc và hoạt động da có thể dẫn đến các khối u lành tính như u da, nốt ruồi, mụn thịt hay khối u ác tính như ung thư da. Trong đó, ung thư da chia làm 2 loại là: ung thư tế bào hắc tố và ung thư không tế bào hắc tố. Vậy, ung thư da không thế bào hắc tố là gì, có thể điều trị khỏi không? Sau đây, hãy cùng Bác sĩ Võ Thị Ngọc Hiền tìm hiểu về bệnh lý này và các phương pháp điều trị nhé.

Ung thư da không tế bào hắc tố là một loại ung thư da thường gặp. Tương tự như các nhóm ung thư khác, ung thư không tế bào hắc tố biểu hiện bởi sự tăng sinh không kiểm soát của các tế bào da.

Thông thường, ung thư da không tế bào hắc tố khởi phát từ các tế bào đáy ở lớp biểu bì trên cùng của da. Loại ung thư này được gọi là ung thư biểu mô tế bào đáy. Nó chiếm khoảng 75% –80% các loại ung thư da. Ung thư không tế bào hắc tố cũng có thể bắt nguồn từ tế bào vảy, nằm ở phần ngoài biểu bì.

Loại ung thư này được gọi là ung thư biểu mô tế bào vảy. Nó chiếm khoảng 20% ​​các loại ung thư da. Cả 2 loại đều có xu hướng tiến triển chậm và thường được phát hiện sớm. Ngoài ra còn các loại ung thư da không tế bào hắc tố hiếm gặp. Chúng bao gồm ung thư biểu mô tế bào Merkel và u tế bào lympho T ở da.

Ung thư da không tế bào hắc tố thường ít dữ dội so với ung thư tế bào hắc tố. Trong một số hiếm trường hợp, nó cũng di căn sang các cơ quan khác.

Tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời.

Không nên tắm nắng vào khoảng thời gian từ 10 giờ đến 16 giờ. Chỉ nên tắm nắng vào buổi sáng sớm, không để cháy nắng da.

Những người phải làm việc ngoài trời cần có bảo hộ lao động như dùng mũ, quần áo dài tay hoặc che ô tránh nắng.

Các phương pháp làm đẹp như tắm trắng làm mất lớp sừng trên da dễ gây ung thư da.

Khi làm việc có tiếp xúc với hóa chất, phóng xạ cần thực hiện tốt công tác vệ sinh an toàn trong lao động, như đi găng, đi ủng, quần áo bảo vệ, kính, mặt nạ.

Thường xuyên vệ sinh da sạch sẽ, tránh và điều trị kịp thời các triệu chứng viêm nhiễm trên da.

Tìm hiểu thêm:Cháy nắng: Những tác hại nghiêm trọng và cách khắc phục

Hầu hết trường hợp, ung thư da không tế bào hắc tố có thể chữa được, đặc biệt là khi được phát hiện và điều trị sớm. Hiện nay, có nhiều phương pháp để lựa chọn khi điều trị. Nhưng bạn cần tham khảo ý kiến bác sĩ về những ưu và nhược điểm của từng loại trước khi quyết định loại nào phù hợp với mình.

Với tiền ung thư, ung thư da nhỏ hoặc ung thư lớp biểu bì, việc điều trị thường khá đơn giản. Có một số phương pháp không xâm lấn hoặc gây ảnh hưởng không cần thiết cho các bộ phận khác của cơ thể.

Gel và kem. Thuốc hóa trị liệu nhắm mục tiêu và tiêu diệt tế bào ung thư, trong khi thuốc đáp ứng miễn dịch kích thích cơ thể tự phòng vệ để tấn công một khu vực nhất định. Có một số dạng bôi tại chỗ có sẵn để bôi lên vùng da bị ảnh hưởng. Tùy thuộc vào loại thuốc, có thể thoa kéo dài từ 2 ngày đến 3 tháng. Các loại thuốc thoa gây kích ứng từ nhẹ đến nặng cho da.

Nitơ lỏng. Bác sĩ có thể đề nghị cắt lạnh khối u da ung thư. Việc này sẽ lặp lại vài lần để giết chết các tế bào ung thư. Da của bạn sẽ phồng rộp và đóng vảy. Nhưng sau khi lành chỉ còn lại sẹo tại vị trí khối u.

Ung thư da tế bào đáy và tế bào vảy là hai loại ung thư da không phải tế bào hắc tố phổ biến nhất. Phương pháp phẫu thuật thường được sử dụng để điều trị chúng. Các thủ tục này thường mất vài phút đến một giờ và chỉ cần gây tê tại chỗ.

Cắt bỏ:Bác sĩ của bạn sẽ sử dụng một lưỡi dao để loại bỏ ung thư, cũng như một số vùng da không bị ung thư. Đây là một quá trình nhanh chóng, thường phải khâu và sẽ để lại sẹo.

Hút điện và nạo:Sau khi bác sĩ của bạn loại bỏ các tế bào ung thư, bác sĩ sẽ sử dụng kim điện để thăm dò vùng da xung quanh khu vực đó nhằm tiêu diệt bất kỳ tế bào ung thư nào còn sót lại. Quá trình này sẽ lặp lại một vài lần trong khi thăm khám và có thể để lại sẹo.

Phẫu thuật Mohs: Trong phẫu thuật này, bác sĩ sẽ loại bỏ các lớp da mỏng từ khu vực bị ảnh hưởng và xem xét chúng dưới kính hiển vi để tìm tế bào ung thư. Mohs thường sử dụng đối với các bệnh ung thư trên mặt.

Nếu bạn không muốn phẫu thuật hoặc khối u của bạn quá lớn, thì xạ trị có thể là một lựa chọn phù hợp. Nó sử dụng các tia năng lượng cao (như tia X) hoặc các hạt (như photon, electron hoặc proton) để tiêu diệt tế bào ung thư của bạn.

Để điều trị ung thư da, bức xạ bên ngoài tập trung vào khối u nhằm tiêu diệt hoặc ngăn chặn sự phát triển của nó. Để giúp hạn chế nhiều tác dụng phụ, bác sĩ có thể sẽ sử dụng bức xạ chùm điện tử vì nó không đi sâu vào trong da của bạn.

Tuy nhiên, nếu ung thư da đã di căn sang các bộ phận khác, bác sĩ có thể sử dụng xạ trị bên trong – đưa các chất phóng xạ vào bên trong khu vực bị ảnh hưởng .

Các tác dụng phụ của xạ trị bao gồm:

Kích ứng da.

Thay đổi màu da và kết cấu.

Rụng lông, tóc.

Tổn thương các tuyến tạo nước bọt và răng (khi điều trị gần các khu vực đó).

Điều tị thích hợp nếu da bạn có tình trạng:

Dày sừng hoạt tính, một loại tiền ung thư.

Ung thư tế bào đáy gần bề mặt da.

Bệnh Bowen, còn được gọi là ung thư biểu mô tế bào vảy khu trú.

Với quang trị liệu, bác sĩ sử dụng một loại ánh sáng đặc biệt cùng với một loại thuốc để tiêu diệt tế bào ung thư. Thuốc hoạt động như một loại kem thoa lên vùng da bị ung thư. Trước tiên, bạn cần đợi ít nhất 3 – 6 tiếng để da hấp thụ thuốc. Trong một số trường hợp, bạn có thể phải đợi đến 14 – 16 giờ. Khi bác sĩ của bạn bật đèn, nó sẽ kích hoạt thuốc để tiêu diệt ung thư.

Phương pháp quang trị liệu mang lại hiệu quả tương tự như các phương pháp điều trị khác. Mặt khác, ưu điểm của nó là không có tác dụng phụ lâu dài và không để lại sẹo.

Sau khi điều trị xong và vùng bị ảnh hưởng đã lành, bạn cần bảo vệ da. Nhiều phương pháp điều trị có thể khiến da bạn nhạy cảm hơn với ánh nắng mặt trời. Bạn phải thoa kem chống nắng phổ rộng hàng ngày cho tất cả các vùng da tiếp xúc. Bên cạnh đó thoa lại sau mỗi hai giờ khi ra ngoài. Tránh vị trí gần cửa sổ, che chắn bằng mũ và áo dài tay. Tránh ánh nắng mặt trời, đặc biệt là từ 10 giờ sáng đến 4 giờ chiều.

Tìm hiểu thêm:Công dụng và thành phần các loại kem chống nắng

Ung thư da vẫn có khả năng tái phát. Vì vậy, điều quan trọng hơn hết là kiểm tra da thường xuyên. Đồng thời bạn cần tìm hiểu nguyên nhân làm tăng tỷ lệ mắc ung thư da và ngăn ngừa bệnh tái phát. Đồng thời, đừng quên kiểm tra sức khỏe tổng quát 1-2 lần trong năm. Nếu nghi ngờ mình mắc ung thư da, hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-gan-nguyen-nhan-chuan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Ung thư gan là gì?

Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây ung thư gan?

Triệu chứng của bệnh ung thư gan?

Dấu hiệu nhận biết ung thư gan?

Các phương pháp chẩn đoán bệnh?

Về chiến lược chẩn đoán

Phân giai đoạn ung thư

Chẩn đoán phân biệt

Về biến chứng và diễn tiến của bệnh?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Các phương pháp điều trị ung thư biểu mô tế bào gan

Phòng bệnh ung thư gan như thế nào?

Chiến lược tầm soát ung thư gan

Khi nhắc đến bệnh ung thư, hầu hết mọi người đều lo sợ về những gánh nặng mà nó mang lại, kể cả các y bác sĩ. Ung thư biểu mô tế bào gan là một trong số đó. Việt Nam là vùng dịch tễ viêm gan siêu vi B và C, vốn là những yếu tố nguy cơ trực tiếp của căn bệnh này. Qua bài viết dưới đây, Bác sĩ Huỳnh Quang Nghệ muốn chia sẻ với bạn đọc những kiến thức chung về ung thư gan cũng như các phương pháp điều trị, phòng ngừa và chiến lược tầm soát cho người bệnh có yếu tố nguy cơ.

Ung thư gan là một bệnh lý ác tính chủ yếu xảy ra trên người bệnh có bệnh gan nền mạn tính vàxơ gan.1

Ganthì được cấu tạo nên từ nhiều loại tế bào khác nhau, cũng chính vì thế có nhiều loại ung thư khác nhau có thể hình thành tại gan. Trong đó thường gặp nhất là ung thư biểu mô tế bào gan (hepatocellular carcinoma HCC ), xuất phát từ các tế bào gan, chiếm đến 90% ung thư nguyên phát tại gan.2345

Chính vì vậy khi nhắc đến ung thư gan, chúng ta ngầm hiểu rằng đang nói đến ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Tuy nhiên ngoài ra có một số loại ung thư nguyên phát tại gan khác sẽ được đề cập sau (phần Chẩn đoán phân biệt).

Ung thư “nguyên phát” của gan được hiểu là ung thư xuất phát đầu tiên tại gan. Nếu ung thư xuất hiện từ một vị trí khác và lan tới gan, thì được gọi là ung thư gan “thứ phát” và khi đó sẽ có những phương pháp điều trị chuyên biệt cho ung thư thứ phát (sẽ không đề cập trong bài viết này).2345

Nguyên nhân và cơ chế chính xác gây nên ung thư biểu mô tế bào gan hiện vẫn chưa được hiểu biết một cách đầy đủ. Tuy nhiên, có nhiều yếu tố nguy cơ đã được nghiên cứu cho thấy có liên quan đến sự hình thành ung thư gồm:12

Xơ gan.

Viêm gan siêu vi B,viêm gan siêu vi C.

Bệnh rối loạn chuyển hóa:béo phì,đái tháo đường,bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu(nonalcoholic fatty liver disease NAFLD), viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (nonalcoholic steatohepatitis NASH),bệnh ứ sắt(hemochromatosis).

Đồ uống có cồn (rượu bia), hút thuốc lá.

Aflatoxin (độc tố từ nấm mốc trong thức ăn).

Yếu tố gen hay hệ gen của người bệnh.

Một số yếu tố nguy cơ và các bệnh lý hiếm gặp khác: xơ gan ứ mật nguyên phát, viêm đường mật xơ hóa nguyên phát, sử dụng hormone sinh dục hay steroid, thuốc tránh thai đường uống, thiếu hụt men Alpha1-antitrypsin, chụp cản quang với chất phóng xạ Thorotrast, bệnh porphyrin da, hội chứng Budd-Chiari.

Các tình trạng bệnh lý kể trên, qua nhiều con đường và nhiều cơ chế khác nhau, gồm cả sự tương tác với các yếu tố ngoại cảnh hay từ môi trường bên ngoài, đã gây ra hiện tượng rối loạn chuyển hóa của tế bào theo hướng làm chậm quá trình chết có lập trình và song song đó thúc đẩy tăng sinh tế bào dẫn đến sự hình thành ung thư. Nói các khác, các quá trình viêm nhiễm, hoại tử, xơ hóa, xơ gan tiến triển và tái tạo liên tục đều góp phần hình thành nên ung thư biểu mô tế bào gan.1

Ở giai đoạn sớm, người bệnh có thể hoàn toàn không cótriệu chứng ung thư gan. Và phát hiện bệnh nhờ được tầm soát hoặc phát hiện một cách tình cờ. Khi ung thư diễn tiến, người bệnh có thể có các triệu chứng được đề cập dưới đây. Trong đó thường là các triệu chứng của xơ gan tiến triển:3

Vàng da vàng mắt.

Ngứa.

Sờ thấy khối ở vùng bụng.

Ói ra máu, tiêu phân đen hay tiêu ra máu.

Tiêu phân bạc màu, tiểu sậm màu.

Chán ăn, sụt cân, yếu cơ, mệt mỏi.

Bụng to, nổi gân xanh.

Rối loạn tri giác, suy giảm nhận thức, ngủ gà, lú lẫn, lơ mơ, hôn mê.

Đau bụng vùng hạ sườn phải hay vùng ¼ trên phải.

Đầy bụng, khó tiêu.

Buồn nôn, nôn ói.

Sốt.

Bên cạnh các triệu chứng hay than phiền từ phía người bệnh, một số dấu hiệu bác sĩ thăm khám thực hiện cũng gợi ý đến ung thư gan:3

Vàng da tắc mật.

Gan to,lách to, khối u vùng bụng.

Dấu sao mạch, co thắt hay co rút Dupuytren.

Dấu run vẩy, bệnh não gan.

Phù chân.

Báng bụng, tuần hoàn bàng hệ quanh rốn.

Xuất huyết tiêu hóa do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản hay tĩnh mạch phình vị.

Dãn tĩnh mạch trĩ (sa búi trĩ).

Suy kiệt, suy dinh dưỡng.

Ấn đau bụng vùng hạ sườn phải hay ¼ trên phải.

Siêu âm ổ bụng đơn thuần là một phương tiện tầm soát tốt nhưng không phải là một phương tiện để chẩn đoán xác định.

Siêu âm ổ bụng có dùng chất cản quang tăng cường có thể đánh giá được các đặc điểm của các nốt gan phát hiện qua siêu âm đơn thuần và có thể dùng chẩn đoán ung thư gan với độ nhạy tương tựchụp cắt lớp vi tính(CT) haychụp cộng hưởng(MRI) động học (tuy nhiên phương tiện này không thực sự phổ biến tại Việt Nam).

Chụp CT,MRIđộng học hay MRI với chất cản từ đặc hiệu cho gan là những phương tiện tiêu chuẩn hàng đầu để chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan sau khi các phương tiện tầm soát (như siêu âm) cho thấy kết quả bất thường. Hình ảnh điển hình của ung thư biểu mô tế bào gan trên CT hay MRI động học là một khối u tăng bắt thuốc cản quang thì động mạch và thải thuốc ở các thì sau .5

Chụp CT có thể cho thấy được khối u và hệ thống mạch máu quanh u. CT cũng cho phép khảo sát các cơ quan lân cận để tìm sự lan tràn của ung thư đến các vị trí khác (hay gọi là di căn) như đến hạch bạch huyết hay các cơ quan khác. Người bệnh có thể được tiêm một loại thuốc gọi là thuốc cản quang để hình ảnh khảo sát được trên CT trở nên rõ nét hơn. Chụp MRI cũng có thể cung cấp các thông tin tương tự như CT. Thuốc cản quang dùng trong MRI thì an toàn hơn cho người có bệnh thận hay dị ứng với iốt.6

Xét nghiệm CA 19-9,CEA,AFPlà một số ví dụ thường gặp về dấu ấn ung thư thường được tạo ra bởi các khối u và có thể phát hiện trong máu. Xét nghiệm những dấu ấn này có thể góp phần hỗ trợ chẩn đoán, theo dõi đáp ứng điều trị và giám sát theo dõi về lâu dài.7

Trong ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) thường nhắc đến AFP do chỉ số này có thể tăng trong máu người bệnh. Tuy nhiên một số trường hợp AFP cũng có thể không tăng. Ngoài ra, AFP cũng có thể tăng trong những tình trạng khác chẳng hạn như xơ gan, viêm gan. Chính vì thế, chỉ số AFP đơn thuần không dùng để chẩn đoán xác định mà cần phối hợp nhiều yếu tố khác.8

Một số dấu ấn ung thư khác: DCP, AFP-L3, GPC3, GP73, osteoponitin, ccfDNA, microRNAs.5

Sinh thiếtlà một thủ thuật lấy một mẫu dịch hay mô từ cơ thể đem đi xử lý và xét nghiệm để chẩn đoán ung thư. Nếu người bệnh thuộc nhóm nguy cơ cao mắc ung thư gan thì những đặc điểm hình ảnh khảo sát được trên CT hay MRI đôi khi là đủ để chẩn đoán xác định và việc sinh thiết gan lúc này không còn cần thiết nữa.

Sinh thiết gan có thể được cân nhắc trong những tình huống như khối u trên một người bệnh không thuộc nhóm nguy cơ cao (không có xơ gan hay viêm gan siêu vi) hoặc khi kết quả hình ảnh học không điển hình hay chưa rõ ràng. Sinh thiết cũng có thể được tiến hành trong tình huống ung thư đã lan tới những vị trí khác của cơ thể, hay còn gọi là ung thư di căn. Lúc này kết quả sinh thiết sẽ cho biết chính xác loại tế bào ung thư hỗ trợ bác sĩ về định hướng điều trị.7

Phương pháp sinh thiết có thể tiến hành qua các đường khác nhau: sinh thiết gan qua da, qua đường tĩnh mạch cảnh trong hay qua nội soi ổ bụng.6

Sinh thiết gan có thể cần thiết trong một vài trường hợp nhưng không phải là bắt buộc trên tất cả người bệnh. Sinh thiết là một thủ thuật xâm lấn nên có những nguy cơ về chảy máu, gieo rắc khối u theo đường sinh thiết và vẫn có khả năng cho kết quả không như mong muốn (chẳng hạn như tình huống khó tiếp cận khối u, lấy mẫu không đúng vị trí,…).9

Các xét nghiệm cho người bệnh mới được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan gồm các xét nghiệm cơ bản, trong đó cần bổ sung thêm các xét nghiệm đánh giá chức năng gan cũng như bệnh gan nền mạn tính của người bệnh. Bao gồm:17

Tổng phân tích tế bào máu.

Điện giải đồ.

Khảo sát chức năng thận: BUN (Ure máu),Creatinin.

Khảo sát chức năng gan:AST(SGOT),ALT(SGPT), TQ (INR), TCK,Albumin, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, ALP.

Khảo sát bệnh gan nền mạn tính: HbsAg, anti-HBc, anti-HCV, ferritin, transferrin, sắt huyết thanh, α1-antitrypsin,…

Ung thư gan điển hình có thể được chẩn đoán qua hình ảnh học, bất kể kích thước, nếu hình ảnh tưới máu khối u có các đặc điểm điển hình ghi nhận được qua chụp CT hay MRI động học hoặc với siêu âm có dùng chất cản quang tăng cường.5

Các nốt tổn thương gan với hình ảnh học không điển hình cần được đánh giá phối hợp với các yếu tố khác và cần các phương tiện khảo sát chuyên sâu hơn (như sinh thiết gan) để chẩn đoán.5

Trước khi tiến hành điều trị, bác sĩ sẽ phân loại và xếp giai đoạn bệnh lý ung thư. Có rất nhiều hệ thống phân loại khác nhau nhưng nhìn chung sẽ dựa trên các tính chất sau của bệnh:6

Vị trí khối u và loại tế bào ung thư.

Kích thước khối u.

Mức độ di căn hạch, và di căn xa của khối u (sự hiện diện của các khối u thứ phát ở vị trí khác).

Mức độ biệt hóa tế bào u (mức độ dị dạng của tế bào).

Hiện tại có rất nhiều hệ thống phân giai đoạn cho ung thư gan được sử dụng. Chẳng hạn như Tiêu chuẩn Milan là một hệ thống phân loại về ghép gan. Hệ thống phân loại TNM dựa vào 3 yếu tố:6

T: Mô tả số lượng và kích thước u nguyên phát (có thể có nhiều hơn một khối u), mức độ xâm lấn đến mạch máu và cơ quan lân cận.

N: Mức độ di căn đến các hạch bạch huyết.

M: Mức độ di căn xa đến các cơ quan khác của cơ thể (ví dụ như phổi và xương).

Một số thang điểm hỗ trợ cho các hệ thống phân loại này là thang điểm MELD và thang điểm Child-Pugh. Thang điểm MELD được tính toán dựa trên kết quả xét nghiệm sinh hóa máu hỗ trợ tiên lượng bệnh và đánh giá khả năng ghép gan. Người bệnh ung thư gan thường kèm theo xơ gan và trước khi điều trị khối u ở gan, các bác sĩ sẽ dùng thang điểm Child-Pugh để đánh giá chức năng gan và phân độ xơ gan trên người bệnh. Mức độ xơ gan từ nhẹ, trung bình, nặng tương ứng với 3 mức độ A, B, C.6

Bên cạnh đó, chức năng sống và sinh hoạt của người bệnh cũng là một yếu tố cần cân nhắc trong vấn đề điều trị. Điều này sẽ được đánh giá dựa trên chỉ số tổng trạng (PST) của người bệnh với số điểm từ 0-4 tương ứng từ khỏe mạnh đến yếu liệt cần chăm sóc tại giường.6

Kết hợp các yếu tố trên, Hệ thống phân loại ung thư gan Barcelona là một hệ thống được nghiên cứu tổng hợp dùng trong phân loại ung thư gan và hướng dẫn định hướng điều trị dựa trên tính chất khối u, chức năng gan và tổng trạng người bệnh được thể hiện qua sơ đồ dưới (dành cho bác sĩ).6

Một số tình huống cần chẩn đoán phân biệt với ung thư biểu mô tế bào gan:135

Nang gan.

Tăng sản khu trú dạng nốt.

Các nốt loạn sản trong bệnh xơ gan.

U tuyến tế bào gan.

Ung thư đường mật trong gan (cholangiocarcinoma, từ tế bào ống dẫn mật trong gan).

Ung thư biểu mô tế bào gan dạng xơ sợi (fibrolamellar hepatocellular carcinoma, một dạng ung thư biểu mô tế bào gan hiếm gặp).

Ung thư nội mạc mạch máu trong gan (hemangiosarcoma và angiosarcoma, từ mạch máu trong gan).

Ung thư nguyên bào gan (hepatoblastoma, từ nguyên bào gan ở trẻ nhỏ, thường dưới 3 tuổi).

Ung thư hạch bạch huyết ở gan (lymphoma, từ hệ bạch huyết của gan).

Ung thư thứ phát di căn đến gan (ung thư từ nơi khác di căn đến gan).

Các biến chứng từ ung thư biểu mô tế bào gan đa số là hậu quả của suy giảm chức năng gan bao gồm:1

Suy kiệt.

Xuất huyết tiêu hóa do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản hay tĩnh mạch phình vị.

Viêm phúc mạcnhiễm khuẩn nguyên phát, nhiễm trùng máu.

Bệnh não gan và hôn mê gan.

Xuất huyết nội trong ổ bụng do khối u gan vỡ.

Tử vong (hậu quả cuối cùng từ các biến chứng kể trên).

Về diễn tiến, ung thư gan có thể lan tràn trong cơ thể theo nhiều cách. Khối u có thể xâm lấn trực tiếp từ gan đến cơ quan lân cận như các mạch máu, đường mật. Cấu trúc gan còn có hệ thống mạch máu và mạch bạch huyết, ưng thư có thể di căn qua các hệ thống này. Ung thư cũng có thể đi đến một vị trí khác xa hơn (di căn xa), thường gặp là di căn đến phổi và xương.7

Người bệnh nên đến gặp bác sĩ khi có các triệu chứng gợi ý hay nghi ngờ về ung thư biểu mô tế bào gan (như trên). Các triệu chứng có thể bắt nguồn từ một nguyên nhân khác hay một bệnh lý khác không phải ung thư. Tuy nhiên, nếu là ung thư được phát hiện và chẩn đoán xác định sớm, cơ hội điều trị thành công sẽ cao hơn so với giai đoạn muộn.10

Một số tình huống người bệnh được tầm soát hoặc phát hiện tình cờ qua những xét nghiệm (chẳng hạn như siêu âm phát hiện một khối bất thường ở gan), người bệnh cũng có thể đến gặp bác sĩ để khám, chẩn đoán và tư vấn về vấn đề theo dõi hay điều trị.

Phương pháp tiếp cận quản lý điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tốt nhất là đặt trong bối cảnh phối hợp điều trị liên chuyên khoa, đa mô thức. Người bệnh sẽ được thảo luận về phương pháp điều trị với sự hợp tác giữa các bác sĩ và các chuyên gia về chuyên khoa gan, ghép tạng, phẫu thuật gan, ung thư học, hình ảnh học can thiệp và chăm sóc giảm nhẹ.1

Lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu cho người bệnh phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, chẳng hạn như:1

Kích thước, số lượng và vị trí khối u.

Có hay không tình trạng báng bụng.

Nguy cơ và rủi ro phẫu thuật do bệnh nền kèm theo hay hậu quả của xơ gan.

Tổng trạng của người bệnh.

Tình trạng của hệ tĩnh mạch cửa.

Có hay không tình trạng di căn xa.

Theo các hướng dẫn của Hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ, các phương pháp điều trị được chia thành 2 nhóm chính và cuối cùng là điều trị chăm sóc giảm nhẹ:19

Phẫu thuật cắt gan.

Phẫu thuật ghép gan.

Đốt u gan (bằng nhiệt, sóng cao tần hay hóa chất).

Nút mạch máu nuôi khối u (bằng các hạt có hoặc không có phóng xạ hay hóa chất).

Xạ trị.

Liệu pháp điều trị hệ thống hay toàn thân (gồm hóa trị, liệu pháp trúng đích, liệu pháp miễn dịch).

Đây là một phẫu thuật nhằm cắt bỏ một phần gan kèm khối u chứa tế bào ung thư. Phần gan còn lại sẽ tiếp tục hoạt động về mặt chức năng, và phần gan bị cắt bỏ có thể sẽ hồi phục trở lại (đây là một đặc tính của tế bào gan). Tuy nhiên, phẫu thuật cắt gan không phải là lựa chọn khả thi cho hầu hết người bệnh. Khối u thường được phát hiện với kích thước lớn hoặc nhiều khối u ở nhiều vị trí khác nhau của gan nên việc cắt bỏ khối u có thể dẫn đến phần gan còn lại không đủ chức năng để hoạt động (suy chức năng gan sau mổ). Phẫu thuật cũng có thể không phải lựa chọn phù hợp trong tình huống ung thư đã di căn xa, chức năng gan không đủ tốt để thực hiện phẫu thuật hoặc người bệnh có nhiều tình trạng bệnh lý kèm theo.67

Với phẫu thuật ghép gan, toàn bộ gan của người bệnh sẽ được cắt bỏ kèm khối u và được ghép thay thế bởi một lá gan khỏe mạnh được hiến tặng bởi một người khác. Phẫu thuật ghép gan có thể là một lựa chọn cho những người bệnh không thể cắt gan. Trong thời gian chờ đợi ghép gan, những liệu pháp điều trị khác có thể phối hợp và tiến hành trước như đốt u gan, nút mạch máu hay xạ trị. Cũng cần lưu ý rằng, nếu ghép gan thành công, người bệnh vẫn có khả năng bị mắc ung thư gan trở lại nếu không có biện pháp phòng ngừa và can thiệp kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ đã đề cập trước đó.67

Tuy nhiên, không phải người bệnh nào cũng có thể tiến hành ghép gan do nhiều yếu tố khác nhau, chẳng hạn như khả năng tìm được người hiến tặng tương thích để ghép gan, một số vấn đề khác về y đức và chi phí cho cuộc phẫu thuật.,…

Đốt u gan được xem như là một thủ thuật điều trị tại chỗ hơn là một cuộc phẫu thuật.

Các bác sĩ sẽ dùng một loại kim đốt luồn xuyên qua da với sự hỗ trợ của đầu dò siêu âm để đến tiếp cận khối u sau đó dùng nhiệt, sóng cao tần hay hóa chất để tiêu diệt các tế bào ung thư. Tuy nhiên đốt u gan thường chỉ dùng trên các khối u có kích thước nhỏ hơn 3 cm và ở vị trí tiếp cận thuận lợi, không nằm sát ống mật, các mạch máu lớn hay các cơ quan khác.67

Đây cũng là một thủ thuật dùng trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.

Các bác sĩ sẽ dùng một loại kim luồn đặc biệt đặt theo đường động mạch (thường chọn động mạch đùi) và đi đến vị trí khối u sau đó bơm những hạt nhỏ kèm chất phóng xạ hay hóa chất gây tắc các mạch máu nuôi khối u và gây chết các tế bào ung thư.67

Có nhiều phương pháp phẫu thuật/thủ thuật khác nhau để điều trị ung thư biểu mô tế bào gan và khả năng hồi phục của người bệnh sẽ khác nhau tùy thuộc vào nhiều yếu tố như giai đoạn ung thư, mức độ cuộc phẫu thuật, bệnh nền kèm theo,…6

Nhìn chung, người bệnh trải qua phẫu thuật mổ mở cắt gan thường cần theo dõi sau mổ tại bệnh viện 5-10 ngày và cần đến 6-8 tuần mới có thể trở lại hoạt động thể lực như trước. Người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt gan thường có thời gian theo dõi ngắn hơn khoảng 3-5 ngày sau mổ và cần 3-6 tuần để có thể trở lại hoạt động thể lực như trước.

Tương tự với phẫu thuật ghép gan, người bệnh cần được theo dõi tại bệnh viện ít nhất 5-7 ngày sau mổ.

Với các phương pháp điều trị khác như đốt u gan, nút mạch có thể thực hiện ngoại trú (về trong ngày) hoặc nằm theo dõi tại bệnh viện ít nhất 1 ngày và xuất viện vào ngày hôm sau.

Với ung thư biểu mô tế bào gan, các bác sĩ sẽ dùng liệu pháp xạ trị ngoài cơ thể, tức là dùng một loại máy chiếu tia xạ từ bên ngoài nhắm vào vị trí khối u để tiêu diệt các tế bào ung thư.67

Trong khuôn khổ điều trị ung thư gan, nhắc đến thuốc chúng ta ngầm hiểu là dùng liệu pháp điều trị hệ thống hay toàn thân gồm hóa trị, liệu pháp trúng đích, liệu pháp miễn dịch. Các phương pháp này có thể là phương pháp điều trị chính hoặc phối hợp với các phương pháp điều trị khác.67

Hóa trị là dùng thuốc hay các hóa chất truyền vào cơ thể qua đường tĩnh mạch. Các hóa chất này có độc tính và sẽ tiêu diệt các tế bào tăng trưởng nhanh (gồm cả tế bào ung thư và tế bào lành tính). Ví dụ về một liệu trình hóa trị FOLFOX (gồm các thuốc fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin) có thể dùng trong điều trị ung thư gan.

Đây là một phương pháp điều trị nhắm vào một hay một vài đặc tính cụ thể của tế bào ung thư. Các loại thuốc này sẽ can thiệp gây chết hoặc ngăn chặn sự tăng sinh không kiểm soát của các tế bào này. Ngoài ra, liệu pháp điều trị này có thể dùng trong những tình huống ung thư có liên quan đến đột biến gen. Sorafenib (hay Nexavar ®) là tên một loại thuốc thường được dùng trong liệu pháp này.

Liệu pháp miễn dịch là một dạng điều trị trúng đích dựa trên hệ miễn dịch của cơ thể. Các loại thuốc này sẽ kích thích hệ miễn dịch người bệnh tạo ra các thành phần có chức năng tìm và diệt các tế bào ung thư. Một số loại thuốc dùng trong liệu pháp này: Atezolizumab, Ipilimumab, Nivolumab, Pembrolizumab.

Ngoài những liệu pháp kể trên, người bệnh cũng sẽ được các bác sĩ cho sử dụng một số loại thuốc khác nhằm mục đích kiểm soát các triệu chứng (chống ói, giảm đau, điều hòa chức năng gan,…) hay điều trị các bệnh gan nền mạn tính kèm theo.

Chăm sóc giảm nhẹ là một liệu pháp điều trị phối hợp nhằm giảm bớt các triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh gồm điều trị các triệu chứng, biến chứng, chăm sóc về chế độ dinh dưỡng, giảm đau, hỗ trợ người bệnh về thể chất, cảm xúc, tinh thần, tài chính và gia đình. Chăm sóc giảm nhẹ là cần thiết trong mọi giai đoạn điều trị của ung thư gan, đặc biệt là ở giai đoạn tiến triển, di căn hay không còn khả năng điều trị triệt để.

Không có biện pháp nào có thể phòng ngừa không mắc phải ung thư biểu mô tế bào gan một cách tuyệt đối. Tuy nhiên, có nhiều biện pháp dự phòng khác nhau có thể thực hiện nhằm giảm thiểu khả năng mắc phải loại ung thư này, đó là can thiệp kiểm soát các yếu tố nguy cơ:156711

Tiêm ngừa viêm gan siêu vi B.

Hạn chế sử dụng đồ uống có cồn, không hút thuốc lá (kể cả hút thụ động khói thuốc lá từ người khác).

Chẩn đoán và điều trị sớm các bệnh gan nền mạn tính như viêm gan siêu vi B, C, bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu, viêm gan nhiễm mỡ không do rượu, bệnh ứ sắt,…

Thực hành quan hệ tình dục an toàn.

Không dùng chung bơm kim tiêm với người khác.

Chế độ ăn lành mạnh, kiểm soát cân nặng, hạn chế béo phì và điều trị kiểm soát ổn định bệnh đái tháo đường.

Thực hiện các thủ thuật như xăm mình, tạo hình thẩm mỹ,… tại các cơ sở được cấp phép và chứng nhận an toàn.

Về phía nhân viên y tế và các cơ sở y tế cần bổ sung thêm:

Thực hành an toàn trong tiêm truyền, các thủ thuật, phẫu thuật trên người bệnh.

Tầm soát kiểm tra các chế phẩm hiến tặng như máu, mô, cơ quan nội tạng.

Chiến lược tầm soát cũng đóng vai trò quan trọng không kém song song với việc dự phòng ung thư. Bệnh lý ung thư biểu mô tế bào gan đã thay đổi theo chiều hướng tích cực trong vài thập kỷ qua. Trước đây, người bệnh thường đến gặp bác sĩ khi bệnh đã diễn tiến xa hay ở giai đoạn muộn. Ngày nay, ung thư biểu mô tế bào gan có thể được phát hiện sớm hơn nhờ quy trình tầm soát thường quy trên những người bệnh có yếu tố nguy cơ bằng các phương tiện hình ảnh học như siêu âm và các marker ung thư như AFP.1

Hiệp hội Gan mật Nhật Bản (Japan Society of Hepatology JSH) năm 2007 đã đề ra chiến lược phân loại vàtầm soát ung thư gantrên người bệnh có yếu tố nguy cơ như sau:12

Xơ gan do viêm gan siêu vi B.

Xơ gan do viêm gan siêu vi C.

Viêm gan siêu vi B mạn tính.

Viêm gan siêu vi C mạn tính.

Xơ gan do các nguyên nhân khác (không phải do viêm gan siêu vi B, C).

Mỗi 3-4 tháng:

Siêu âm ổ bụng.

Dấu ấn ung thư: AFP/PIVKA-II/AFP-L3.

Mỗi 6-12 tháng:

Chụp CT hay MRI động học.

Mỗi 6 tháng:

Siêu âm ổ bụng.

Dấu ấn ung thư: AFP/PIVKA-II/AFP-L3.

Trên đây là những chia sẻ của bác sĩ vềung thư ganvà những điều bạn nên biết. Ung thư là một chủ đề khó, các bệnh lý ung thư hiện tại vẫn còn đang trong quá trình nghiên cứu chưa được hiểu biết một cách cặn kẽ. Hy vọng qua bài viết trên, bạn đọc có thể tích lũy thêm kiến thức cho bản thân, chia sẻ với gia đình, bạn bè về căn bệnh này cũng như các biện pháp phòng ngừa và chiến lược tầm soát nhằm chẩn đoán và điều trị sớm để đạt được kết quả tốt nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-hau-mon/

Nội dung bài viết

Ung thư hậu môn là gì?

Triệu chứng ung thư hậu môn?

Nguyên nhân xuất phát từ đâu?

Biến chứng

Các phương pháp điều trị ung thư hậu môn

Điều trị tới đây là kết thúc?

Cách phòng ngừa ung thư hậu môn

Ung thư hậu môn có nhiều đặc điểm khác với ung thư đại trực tràng dù cùng nằm trên ống tiêu hóa. Nhận biết các triệu chứng, tìm cách phòng ngừa và những phương pháp điều trị ung thư hậu môn sẽ được trình bày trong bài viết sau của Bác sĩ Đào Thị Thu Hương.

Lỗ hậu môn là điểm kết thúc của ống tiêu hóa và được nối với trực tràng qua kênh hậu môn dài khoảng 2 – 3 cm.Hậu môncó các cơ thắt hậu môn, đóng mở theo ý muốn. Nhờ đó mà cơ thể có thể kiểm soát việc đi tiêu phù hợp.

Khi các tế bào phát triển một cách vô tổ chức – tế bào ung thư, bắt đầu tại hậu môn, thì được gọi là ung thư hậu môn.

Đôi khi ung thư hậu môn không gây ra bất kì triệu chứng nào cả. Nhưng nếu có,dấu hiệu ung thư hậu mônđầu tiên thường là chảy máu. Lượng máu xuất hiện ít khiến nhiều người chủ quan nghĩ đây là bệnh trĩ. Tuy nhiên nếu chảy máu kèm theo các triệu chứng quan trọng khác dưới đây, bạn nên cẩn thận:

Ngứa, cảm thấy khó chịu hoặcđau hậu môn;

Sờ được một khối ở hậu môn;

Chảy dịch bất thường từ hậu môn;

Nổi hạch bất thường vùng bẹn.

Vì hầu hết các loại triệu chứng này đều có thể xuất phát bệnh lý lành tính như bệnh trĩ, áp xe hoặc mụn cóc, nứt hậu môn. Vì vậy, nếu bạn có bất kì triệu chứng nào khác thường, hãy đi khám để có thể tìm ra nguyên nhân và điều trị, nếu cần.

Nguyên nhân chính của phần lớn các loại ung thư là do đột biến của một hoặc nhiều gen. Nhưng tùy loại ung thư, tác nhân nào gây ra đột biến sẽ khác nhau. Nhiều nghiên cứu đã tìm thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa ung thư hậu môn vớivi-rút HPV(HPV – tác nhân chính gây ra ung thư cổ tử cung ở phụ nữ).

Vi rút này được cho là nguyên nhân thường gặp nhất gây ra bệnh ung thư hậu môn vì được phát hiện trong đa số trường hợp mắc bệnh này.

Bên cạnh đó, cũng có một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc ung thư hậu môn:

Tuổi cao hơn.

Những người từ 50 tuổi trở lên có nguy cơ mắc ung thư hậu môn cao.

Nhiều bạn tình.

Quan hệ tình dục qua đường hậu môn.

Hút thuốc lá.

Những người đã từng bị ung thư cổ tử cung, âm hộ hoặc âm đạo.

Ung thư hậu môn hiếm khi lây di căn đến các bộ phận xa của cơ thể. Tỉ lệ khối u di căn thường khá nhỏ, hay gặp nhất là gan và phổi. Tuy vậy, một khi khối u đã di căn thì việc điều trị sẽ trở nên rất khó khăn.

Tùy theo độ tuổi, giai đoạn ung thư, và thể trạng của người bệnh… Các bác sĩ sẽ tư vấn, thảo luận cùng bệnh nhân để đưa ra phương pháp điều trị phù hợp nhất.

Sự kết hợp hai phương pháp điều trị này sẽ giúp tăng khả năng chữa bệnh thành công.

Phương pháp này được thực hiện cách đưa thuốc vào cơ thể qua đường uống hoặc đường tiêm. Thuốc sau khi đi khắp cơ thể sẽ tiêu diệt các tế bào ung thư, đồng thời hủy hoại luôn cả tế bào khỏe mạnh. Đây cũng là tác dụng không mong muốn khi hóa trị. Triệu chứng thường gặp là buồn nôn, nôn và rụng tóc.

Sử dụng các chùm tia năng lượng cao, để tiêu diệt các tế bào ung thư. Nhưng các tia này cũng làm hỏng các mô khỏe mạnh, gần nơi chiếu tia. Đỏ da, lở loét xung quanh hậu môn, da cứng và bị co rút là những biến chứng thường gặp.

Dù việc kết hợp hai phương pháp hóa trị và xạ trị mang lại hiệu quả cao nhưng cách này cũng gây ra nhiều những tác dụng phụ. Do đó. bạn nên tham khảo thật kỹ ý kiến của bác sĩ điều trị.

Nếu ung thư phát hiện trong giai đoạn sớm, khối u còn nhỏ, có thể bạn sẽ được phẫu thuật. Bác sĩ sẽ tư vấn có nên thực hiện thêm những phương pháp (hóa, xạ trị) hay không tùy tình trạng bệnh.

Trong bất kì giai đoạn nào của bệnh, việc chăm sóc giảm nhẹ là rất cần thiết để hỗ trợ bệnh nhân. Phương pháp này được xem như một cách hỗ trợ tinh thần giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu hơn.

Nếu bạn may mắn điều trị khỏi ung thư, bạn vẫn phải tái khám theo lịch hẹn của bác sĩ. Bởi lẽ, việc theo dõi các biến chứng sau điều trị, và quan trọng là sự tái phát của ung thư hậu môn là điều vô cùng cần thiết.

Không có cách nào có thể ngăn ngừa ung thư hậu môn một cách triệt để. Nhưng vẫn có nhiều cách giúp bản thân giảm nguy cơ mắc bệnh lý này.

Quan hệ tình dục an toàn (giúp ngăn ngừa HPV và HIV). Hãy sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục qua đường hậu môn.

Tiêm phòngvắc xin HPV. Đây là khuyến cáo dành cho mọi người từ 9 đến 26 tuổi (cả nam lẫn nữa). Đây là độ tuổi mà vắc xin hoạt động hiệu quả nhất. Bạn nên gặp bác sĩ để được tư vấn.

Bỏ hút thuốc vì thuốc lá làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Mọi thông tin trong bài viết mang tính chất tham khảo, các bạn nên thường xuyên tầm soát và đi khám để được chẩn đoán chính xác. Nếu phát hiện một số triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh ung thư hậu môn thì bạn nên đến gặp bác sĩ để kiểm tra và điều trị sớm. Đồng thời, để việc thăm khám được hiệu quả, bạn cũng cầnchuẩn bị trước khi gặp bác sĩnhững thông tin và câu hỏi cơ bản để có thể nắm được tình trạng bệnh chính xác.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-ban-can-biet-ve-ung-thu-hong/

Nội dung bài viết

Sơ lược về ung thư họng

Giải phẫu vùng họng

Yếu tố nguy cơ gây ung thư họng

Các loại ung thư họng

Dịch tễ về ung thư họng

Các triệu chứng của ung thư họng

Làm thế nào để chẩn đoán ung thư họng

Các giai đoạn của ung thư họng

Điều trị ung thư họng

Biện pháp phòng ngừa

Tiên lượng

Ung thư họng là một trong những ung thư phổ biến nhất vùng đầu mặt cổ. Bệnh thường gặp ở nam giới. Đặc biệt là ở những người hút thuốc lá và sử dụng bia rượu. Tỉ lệ tử vong phụ thuộc nhiều vào giai đoạn phát hiện bệnh. Do đó việc hiểu biết và phát hiện sớm sẽ đem lại kết quả tốt cho người bệnh. Vậy hãy cùng tìm hiểu những thông tin hữu ích về ung thư vùng họng qua bài viết của ThS.BS Mai Quang Hoàn nhé.

Ung thư họng đề cập đến các khối u hình thành và phát triển trong hầu họng, bắt đầu ở sau mũi và kết thúc  miệng thực quản. Ung thư thanh quản (hộp nói) cũng được xem là một nhóm trong ung thư họng. Một dạng ung thư vòm họng khác làung thư amidan, ảnh hưởng đến amidan.

Hầu hết các ung thư vùng họng là ung thư biểu mô tế bào vảy, sắp xếp nhiều lớp lót ở vùng hầu họng.

Về cấu trúc, họng có dạng hình ống với thành bên, sau đóng kính và mở về phía trước, được chia làm 3 phần gồm: họng mũi, họng miệng và hạ họng.

Họng mũi (tị hầu): là đoạn cao nhất của họng, nằm ngay sau cửa mũi sau, phía trên tiếp xúc với nền sọ. Phía dưới nối liền với họng miệng và được ngăn cách bởi khẩu cái mềm.

Họng miệng (khẩu hầu): là cấu trúc mở và hốc miệng, nằm ở giữa họng mũi và hạ họng, phía trước được giới hạn bởi cung khẩu cái hầu, đáy lưỡi và một phần amidan. Phía dưới ngăn cách với hạ họng bởi đường ngang tưởng tượng qua xương móng.

Hạ họng (hạ hầu): là vị trí thấp nhất của họng liên tục với thực quản phía dưới (miệng thực quản). Phía trước hạ họng tiếp xúc với thanh quản.

Hình ảnh giải phẫu vùng mũi họng

Ung thư họng xảy ra khi các tế bào vùng họng bị đột biến. Những đột biến này khiến các tế bào phát triển không kiểm soát và tiếp tục sống sau khi các tế bào khỏe mạnh thường chết. Các tế bào tích lũy có thể tạo thành một khối u trong cổ họng.

Không rõ nguyên nhân gây đột biến gâyung thư vòm họng. Nhưng các bác sĩ đã xác định các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ, bao gồm:

Hút thuốc lá: Những người hút thuốc lá hoặc thuốc lá không khói đều có nguy cơ mắc ung thư họng.

Sử dụng đồ uống cồn: Uống thường xuyên hoặc nghiện rượu nặng khiến bạn có nguy cơ bị ung thư họng. Khi kết hợp cả rượu và thuốc lá sẽ làm tăng đang kể nguy cơ mắc ung thư họng.

Papillomavirus ở người (HPV): HPV là một bệnh lây truyền qua đường tình dục có thể khiến làm tăng nguy cơ mắc ung thư đầu và cổ, đặc biệt là ung thư họng. Những người ung thư họng bị có HPV dương tính sẽ có tiên lượng kém hơn những người HPV âm tính.

Tiếp xúc nghề nghiệp: Công nhân trong một số ngành công nghiệp như gỗ, kim loại, da, dệt may và công nhân dầu khí tiếp xúc với một số hóa chất, bụi hoặc khói tại nơi làm việc có thể tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư họng.

Ăn kiêng: Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng chế độ ăn nghèo nàn với ít trái cây và rau quả có thể làm tăng nguy cơ phát triển ung thư họng.

Virus Epstein-Barr (EBV): EBV là bênh lý nhiễm khuẩn tăng bạch cầu đơn nhân kéo dài. Nhiễm virus có thể nằm lại trong vùng hầu họng và hệ thống miễn dịch mà không gây triệu chứng. Virus Epstein-Barr có liên quan đến nguy cơ ung thư họng.

Hội chứng Plummer-Vinson: Là một hội chứng hiếm gặp có thể xảy ra ở những người bị thiếu sắt mãn tính, có thể làm tăng nguy cơ ung thư vòm họng.

Giới tính: Đàn ông có nhiều khả năng phát triển ung thư họng hơn phụ nữ.

Tuổi tác: Nguy cơ ung thư họng tăng theo tuổi. Hầu hết bệnh nhân đều trên 55 tuổi khi chẩn đoán.

Dân tộc: Những người có nguồn gốc Trung Quốc hoặc Đông Nam Á có thể tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư vòm họng. Đông Nam Á là vùng mắc ung thư họng phổ biến nhất thế giới.

Ung thư họng là một thuật ngữ chung áp dụng cho ung thư phát triển trong hầu – họng hoặc trong thanh quản (hộp nói). Do họng và thanh quản được gắn kết chặt chẽ với nhau. Các ung thư vùng thanh quản cũng được xếp như một phần của ung thư họng

Mặc dù hầu hết các bệnh ung thư họng liên quan đến cùng loại tế bào (biểu mô vảy lát tầng không sừng hóa chiếm 95% các trường hợp), các thuật ngữ cụ thể được sử dụng để phân biệt vị trí bắt nguồn của ung thư:

Bắt đầu trong họng mũi – phần họng ngay sau mũi là ung thư mũi họng (ung thư vòm mũi họng).

Nguồn gốc phía sau hốc miệng bao gồm ung thư amidan gọi là ung thư họng miệng.

Ung thư hạ họng (ung thư thanh quản) là ung thư tại vùng họng – thanh quản.

Ung thư thanh môn là ung thư của 2 dây thanh âm.

Xuất phát từ vùng trên của thanh môn, bao gồm ung thư của nắp thanh thiệt là ung thư thượng thanh môn.

Bắt đầu ở phần dưới của dây thanh âm là ung thư hạ thanh môn. Đây là một trong các vị trí có tiên lượng xấu nhất của ung thư họng.

Ung thư vòm mũi họng: là ung thư phổ biến nhất trong các ung thư vùng đầu cổ. Tuy vẫn chưa có một thống kê đầy đủ, chính xác. Nhưng theo thống kê của Bệnh viện K-Hà Nội (1998):

Ung thư vòm họng đứng hàng thứ 4, 5 sau ung thư phổi, tử cung buồng trứng, vú, ung thư gan và là bệnh đứng đầu trong cácung thư vùng đầu, cổ với tỷ lệ: 9-10 bệnh nhân/100.000 dân/năm.

Giới tính hay gặp ở nam giới, tỷ lệ nam/nữ: 2-3/1.

Tuổi: bệnh thường xuất hiện từ 20 tới 65 tuổi, sau 65 tuổi tỷ lệ bệnh giảm dần.

Ung thư hạ họng: là ung thư đứng thứ 3 sau ung thư vòm mũi họng và ung thư mũi xoang. Hay gặp nhất từ độ tuổi 50-65 (chiếm khoảng 75%) còn trước 50 và sau 65 tuổi chiếm khoảng 25%. Xuất độ nam nhiều hơn nữ.

Ung thư họng miệng: ít gặp hơn 2 loại trên, vẫn chưa có số liệu thống kê đầy đủ tại Việt Nam.

Tùy thuộc vào vị trí xuất phát của khối u mà sẽ xuất hiện các triệu chứng liên quan.

Ung thư vùng họng mũi (ung thư vòm mũi họng) có biểu hiện:

Đau hoặc là tê vùng da mặt.

Nghẹt mũi kéo dài.

Chảy máu mũi tái diễn.

Triệu chứng của viêm mũi họng mạn.

Đau tai, viêm tai giữa kéo dài hoặc cảm giác đầy trong tai.

Đau đầu.

Sức nhìn bị ảnh hưởng (nhìn mờ, mù…).

Giảm sức nghe, ù tai.

Biểu hiện của ung thư vùng họng miệng (ung thư khẩu hầu):

Viêm họng mạn tính.

Khó nhai, khó nuốt, nuốt đau, nuốt vướng.

Đau tai kéo dài (đau dây thần kinh Jacobson).

Xuất hiện các khối vùng cổ không đau (hạch cổ).

Khàn giọng, thay đổi giọng nói.

Viêm khớp nhai.

Biểu hiện của ung thư vùng hạ họng (họng thanh quản):

Viêm họng mạn tính.

Đau tai kéo dài (đau dây thần kinh Jacobson).

Xuất hiện các khối vùng cổ không đau (hạch cổ).

Nuốt khó, nuốt đau, nuốt vướng.

Khàn giọng, thay đổi giọng nói.

Khó thở tăng dần.

Bệnh nhân đến khám sẽ được bác sĩ hỏi về bệnh sử đầy đủ gồm triệu chứng, tiền căn gia đình, thói quen sinh hoạt và các điều trị trước đây. Bác sĩ sẽ đánh giá và phát hiện những dấu hiệu nghi ngờ (ví dụ hạch cổ to) để chẩn đoán bệnh sớm. Các phương tiện hỗ trợ đánh giá ung thư  họng gồm:

Bác sĩ dùng dụng cụ nôi soi (một ống camera nhỏ dài) để kiểm tra các cấu trúc bên trong mũi, họng và thanh quản. Đây là phương pháp đơn giản và nhanh chóng để đánh giá vùng họng và các vùng liên quan trước khi tiến hành các xét nghiệm chuyên biệt hơn.

Với y cụ chuyên biệt, bác sĩ sẽ lấy một phần mô nghi ngờ làm giải phẫu bệnh lý. Đây là cách duy nhất để giúp chẩn đoán xác định bệnh. Bệnh nhân có thể được sinh thiết qua nội soi hoặc sinh thiết kim nhỏ (FNA).

Những xét nghiệm hình ảnh cho phép bác sĩ xác định xem có khối u hay không, cũng như kích thước, vị trí và mức độ của khối u. Các xét nghiệm này cũng có thể phát hiện sự lây lan của ung thư vào các cấu trúc gần đó. Những lựa chọn gồm:

X-quang ngực.

CT-Scan.

MRI.

PET-CT.

X-quang cản quang barium đường tiêu hóa trên.

Panorex.

Phân giai đoạn ung thư giúp bác sĩ đánh giá được tiến triển của bệnh, mức độ di căn đến hạch hoặc di căn xa. Đây là bước quan trọng để lên kế hoạch điều trị và tiên lượng bệnh:

Khối u lớn hơn 4 cm.

Khối u lan đến vùng thượng thanh môn.

Di căn hạch đến một cổ cùng bên với khối u và hạch có kích thước dưới 3 cm.

Ung thư lan đến các cơ quan như thanh quản, cơ nội tại lưỡi, sàn miệng, khớp hàm. Có hoặc không hạch cổ cùng bên dưới 3 cm.

Di căn một hoặc nhiều hạch cổ cùng bên hoặc đối bên hoặc cả 2 bên có kích thước hơn 3 cm nhưng dưới 6 cm.

Khối u họng mũi lan rộng đến các tạng nguy hiểm như sàn sọ, động mạch cảnh và đến nhóm cơ nhai có hoặc không có di căn hạch.

Hạch di căn lớn hơn 6 cm.

Cho di căn một hạch cùng bên có kích thước dưới 6 cm.

Di căn đến một hạch sau hầu có kích thước dưới 6 cm.

Hoặc ung thư đã lan đến các mô lân cận (khoang quanh hầu) có hoặc chưa có di căn hạch.

Ung thư lan đến nền sọ và vùng hốc mũi và xoang cạnh mũi, có hoặc không có di căn hạch và không hạch nào vượt quá 6 cm.

Cho di căn hạch cổ 2 bên nhưng không hạch nào lớn hơn 6 cm đường kính. Khối u có thể còn giới hạn trong vùng họng mũi, có thể lan đến vùng hốc mũi và các xoang hoặc lan và các khoang cạnh hầu.

Kích thước lớn hơn 2 cm nhưng dưới 4 cm và dây thanh vẫn hoạt động bình thường

Khối u xâm lớn hơn một tiểu đơn vị vùng hạ họng hoặc lan đến mô quanh hạ họng.

Ung thư lớn hơn 4 cm đường kính.

Gây liệt dây thanh.

Lan đến thực quản.

Di căn đến một hạch cùng bên có đường kính dưới 3 cm.

Ung thư lan đến sụn giáp, tuyến giáp và xương móng hoặc đến mô mỡ/cơ trước thanh quản. Có hoặc không có di căn hạch cùng bên dưới 3 cm.

Di căn một hoặc nhiều hạch cổ cùng bên hoặc đối bên hoặc cả 2 bên có kích thước hơn 3 cm nhưng dưới 6 cm.

Xâm lấn đến cột sống, động mạch cảnh hoặc lan rộng đến trung thất.

Di căn đến hạch và kích thước hạch lớn hơn 6 cm.

Điều trị ung thư họng phụ thuộc vào vị trí của khối u (họng mũi, họng miệng hay hạ họng), kích thước của khối u và mức độ/sự lan rộng của khối u đến các mô/cấu trúc gần đó. Sau đây là tổng quan ngắn gọn về các lựa chọn điều trị cho các khối u ở các phần khác nhau của hầu họng:

Phương pháp điều trị phổ biến nhất cho bệnh ung thư họng mũi là xạ trị đến khối u và hạch bạch huyết. Xạ trị có thể được sử dụng cho các hạch bạch huyết như một biện pháp phòng ngừa, ngay cả khi không phát hiện ung thư ở đó. Những ca khối u đã tiến triển, sự kết hợp giữa hóa trị và xạ trị được xem là phương pháp điều trị chính.

Phẫu thuật nạo hạch cổ để loại bỏ hạch và các cấu trúc liên quan. Phẫu thuật nội soi cắt khối u có thể là một lựa chọn cho một số bệnh nhân kém đáp ứng với xạ trị.

Điều trị chính cho ung thư vùng họng miệng và hạ họng cũng là xạ trị khối u và hạch bạch huyết. Phẫu thuật sau xạ trị là một lựa chọn khác có thể được xem xét trong một số trường hợp. Trường hợp bệnh tiến triển xa hơn, phương pháp điều trị chính thường là hóa trị và xạ trị kết hợp, xạ trị nhắm trúng đích hoặc phẫu thuật sau đó là hóa trị.

Đối với bệnh di căn, bác sĩ có thể đề nghị hóa trị liệu, hoặc điều trị giảm nhẹ nhằm làm giảm các triệu chứng.

Không có cách nào được chứng minh để ngăn ngừa ung thư họng xảy ra. Nhưng để giảm nguy cơ ung thư vòm họng, bạn có thể:

Ngừng hút thuốc hoặc không bắt đầu hút thuốc. Nếu hút thuốc, hãy bỏ thuốc lá. Nếu không hút thuốc, đừng bắt đầu. Ngừng hút thuốc có thể rất khó khăn, vì vậy hãy nhờ giúp đỡ. Bác sĩ có thể thảo luận về lợi ích và rủi ro của nhiều chiến lược cai thuốc lá, chẳng hạn như thuốc, sản phẩm thay thế nicotine và tư vấn.

Uống rượu chỉ trong chừng mực, nếu có. Nếu chọn uống rượu, hãy điều độ. Đối với người trưởng thành khỏe mạnh, điều đó có nghĩa là tối đa một ly uống mỗi ngày đối với phụ nữ ở mọi lứa tuổi và nam giới trên 65 tuổi và tối đa hai ly mỗi ngày đối với nam giới từ 65 tuổi trở xuống.

Chế độ ăn uống lành mạnh đầy đủ trái cây và rau quả. Các vitamin và chất chống oxy hóa trong trái cây và rau quả có thể làm giảm nguy cơ ung thư vòm họng. Ăn nhiều loại trái cây và rau quả nhiều màu sắc.

Bảo vệ bản thân khỏi HPV. Một số bệnh ung thư vòm họng được cho là do nhiễm trùng papillomavirus ở người (HPV) gây ra qua đường tình dục. Có thể giảm nguy cơ nhiễm virut HPV bằng cách giới hạn số lượng bạn tình và sử dụng bao cao su mỗi khi có quan hệ tình dục. Cũng xem xét vắc-xin HPV, có sẵn cho bé trai, bé gái và phụ nữ và nam giới trẻ tuổi.

Ung thư họng có xu hướng phát triển âm thầm với các triệu chứng ung thư thường không rõ ràng cho đến khi bệnh ung thư đã khá tiến triển. Bệnh nếu sớm được phát hiện sẽ có tiên lượng tốt. Tiên lượng sẽ xấu hơn nếu đã xuất hiện hạch di căn.

Trong hầu hết các trường hợp, tỷ lệ sống 5 năm là từ 15% đến 70%.

Hơn nữa, các yếu tố bệnh học liên quan đến ung thư họng (chủ yếu là hút thuốc và rượu) làm cho khả năng sống sót của bệnh nhân giảm xuống ngay cả với ung thư vòm họng được chữa khỏi hoặc kiểm soát.

Ung thư họngcó xu hướng phát triển âm thầm với các triệu chứng ung thư thường không rõ ràng cho đến khi bệnh ung thư đã khá tiến triển. Bệnh nếu sớm được phát hiện sẽ có tiên lượng tốt. Hơn thế một chế độ sống lành mạnh với những biện pháp phòng tránh có thể giúp bạn hạn chế khả năng mắc. Hãy liên hệ với Bác sĩ ngay nếu bạn đang có những triệu chứng nghi ngờ và cần tư vấn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-mang-phoi/

Nội dung bài viết

Tổng quan về ung thư màng phổi

Yếu tố nguy cơ ung thư màng phổi

Triệu chứng ung thư màng phổi

Chẩn đoán ung thư màng phổi như thế nào?

Các giai đoạn và tỷ lệ sống

Điều trị ung thư màng phổi như thế nào?

Tầm soát ung thư màng phổi

Các biện pháp phòng ngừa ung thư màng phổi

Ung thư màng phổi có lẽ vẫn còn là một bệnh lý khá xa lạ với nhiều người. Mọi người vẫn thường hay nghe hoặc nhắc nhiều đến ung thư phổi. Tuy nhiên khi được chẩn đoán mắc ung thư màng phổi thì lại rất ít ai hiểu rõ được căn bệnh này. Vậy ung thư màng phổi có dấu hiệu gì? Và cách chẩn đoán cùng phương pháp điều trị sẽ ra sao? Hãy cùng Bác sĩ chuyên khoa Ung bướu Nguyễn Kinh Kha tìm hiểu trong bài viết dưới đây.

U trung biểu mô(mesothelioma) là ung thư xảy ra ở các lớp màng mỏng bao bọc các cơ quan trong cơ thể, bao gồm lớp biểu mô màng bụng, màng ngoài tim và màng phổi, vốn có nguồn gốc phôi thai từ trung bì phổi.

Trong các vị trí trên, ung thư trung biểu mô xảy ra chủ yếu ở màng phổi.Ung thư trung biểu mô màng phổi(maglinant pleural mesothelioma) cũng là loại ung thư duy nhất của màng phổi được biết đến.1

Đây là một loại ung thư hiếm gặp, khó chẩn đoán và tiên lượng tương đối kém. Theo GLOBOCAN 2020 (Dự án báo cáo tình hình ung thư của Cơ quan nghiên cứu Ung thư quốc tế), số ca mắc mới ung thư trung biểu mô màng phổi trong năm 2020 là 30 870 ca, trong đó tử vong lên đến 26 278 ca, tức tỷ lệ tử vong lên đến hơn 85%.2

Con người có hai lá phổi, mỗi bên đều được bao bọc bởi hai lớp màng mỏng là màng phổi thành và màng phổi tạng.

Màng phổi tạng bao bọc sát phổi, còn màng phổi thành dính sát thành ngực, tạo thành một khoang “ảo” ở giữa gọi là khoang màng phổi. Gọi là khoang “ảo” vì bình thường khi hít vào, không khí đi vào phổi làm phổi nở ra, hai lớp màng này đè chặt vào nhau, không có khoảng cách ở giữa; nhưng khi thở ra, phổi xẹp lại, tạo ra khoang trống và kín ở giữa hai lớp màng, với mục đích tạo một áp lực âm để hỗ trợ cho phổi nở tiếp vào chu kỳ hô hấp tiếp theo.

Bình thường trong khoang kín này chỉ chứa một ít dịch để giảm ma sát. Nếu có tình trạng bệnh lý xảy ra làm dịch màng phổi tiết ra quá mức (gọi làtràn dịch màng phổi) hoặc màng phổi bị dày dính, thì chức năng hô hấp sẽ bị ảnh hưởng, gây ra tình trạng khó thở – triệu chứng chính khiến người bệnh ung thư màng phổi đến gặp bác sĩ.

Yếu tố nguy cơ được cho là có mối liên quan mạnh nhất tới ung thư trung biểu mô màng phổi (ung thư màng phổi) là sự tiếp xúc lâu dài vớibụi phổi amiăng. Amiăng là một nhóm các silicat tự nhiên có dạng sợi mỏng, dài, có trong nước, không khí và đất. Tất cả mọi người đều hít thở một lượng nhỏ amiăng trong suốt cuộc đời, nhưng không làm tăng nguy cơ ung thư màng phổi.

Tiếp xúc với bụi nồng độ cao amiăng trong một thời gian dài mới có thể dẫn tới ung thư màng phổi. Amiăng thường được sử dụng nhiều trong ngành công nghiệp vật liệu xây dựng, vật liệu đóng tàu, ngành dệt và phanh ô tô, đặc biệt là trong các tấm lợp fibro-xi măng. Các vật liệu này hiện đã bị cấm sử dụng ở 55 quốc gia trên thế giới.3Nhưng lại được sử dụng khá phổ biến ở Việt Nam. Đặc biệt ở vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi.

Các nghề nghiệp phổ biến có nguy cơ phơi nhiễm cao với amiăng có thể kể đến như:4

Công nhân sản xuất ô tô, tàu hỏa.

Công nhân cải tạo và phá dỡ các tòa nhà cũ.

Công nhân xây dựng, đóng tàu.

Nhân viên cứu hỏa.

Công nhân sản xuất và lắp đặt tấm lợp cách nhiệt.

Thợ mỏ.

Thợ sửa ống nước.

Ngoài ra, các thành viên sống chung trong gia đình của họ cũng có thể phơi nhiễm với amiăng qua bụi bám trên đồ lao động. Các đối tượng trên có khoảng 10% nguy cơ phát triển thành ung thư trung biểu mô màng phổi, với thời gian ủ bệnh trung bình 25 – 30 năm.

Sau khi bị hít phải, amiăng sẽ đến màng phổi gây viêm dính và tạo sẹo, đồng thời kích hoạt các quá trình sinh học dẫn tới tổn thươngDNA(vật liệu di truyền của tế bào), từ đó dẫn tới phát triển khối u trung biểu mô tại màng phổi.5

Ngoài gây ung thư trung biểu mô (mesothelioma) nói chung, hay ung thư trung biểu mô màng phổi nói riêng, phơi nhiễm a-mi-ăng còn gây ra các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng khác như:6

Bệnh bụi phổi(asbestosis): là bệnh phổi mạn tính đặc trưng bởi tình trạng xơ hóa phổi do bụi amiăng, gây triệu chứng chính là khó thở kéo dài.

Dày dính màng phổi, tràn dịch màng phổi.

Một số loại ung thư khác:ung thư phổi,ung thư thanh quản,ung thư buồng trứng,ung thư tinh hoàn.

Ngoài amiăng thì bức xạ ion hóa, virusSimian 40, các yếu tố di truyền liên quan đến gen BAP1 cũng được cho là yếu tố nguy cơ của ung thư màng phổi.7

Cũng như ung thư phổi, ung thư màng phổi có các triệu chứng không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý đường hô hấp khác. Khi bệnh còn khu trú tại chỗ, người bệnh thường đến gặp bác sĩ với các vấn đề sau:

Khó thở.

Đau ngực.

Ho kéo dài.

Khối mô dưới da vùng ngực.

Sụt cân không rõ nguyên nhân.

Khi khám, người bệnh thường có dấu hiệu của tràn dịch màng phổi. Tình trạng tái lập nhanh chóng sau khi được chọc hút dịch màng phổi sẽ gợi ý nghĩ đến nguyên nhân ác tính.

Ở giai đoạn muộn, bệnh có thể di căn gan, xương, não với các triệu chứng của cơ quan di căn tương ứng:đau bụng, đau nhức xương, thay đổi tri giác,đau đầu, yếu liệt,…

Như đã trình bày, ung thư trung biểu mô màng phổi là một bệnh hiếm gặp và có yếu tố nguy cơ rõ rệt, vì vậy việc khai thác được người bệnh có tiền sử tiếp xúc lâu dài với nồng độ cao amiăng là điều quan trọng hàng đầu trước khi nghĩ đến chẩn đoán này. Hãy báo với bác sĩ điều trị nếu bạn là một trong những đối tượng nguy cơ cao kể trên.

Để xác định chẩn đoán, một hay nhiều phương tiện hình ảnh học có thể được bác sĩ chỉ định.

Chụp X quang ngực thẳng và siêu âm màng phổi là hai phương tiện đơn giản nhất đem lại nhiều thông tin có giá trị về tình trạng tràn dịch màng phổi và có thể gợi ý sự hiện diện của u màng phổi.

Sau đó,chụp cắt lớp vi tính (CT scan),chụp cộng hưởng từ (MRI)ở vùng ngực được chỉ định để xác định chính xác vị trí, tính chất của khối u.

Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫnsiêu âmhoặc CT scan ngực. Đây là phương pháp đơn giản nhất để lấy mẫu mô màng phổi. Một cây kim nhỏ sẽ được đâm xuyên qua thành ngực vào vị trí khối u dưới hướng dẫn trực tiếp của đầu dò siêu âm hoặc máy CT scan nhằm đạt được độ chính xác cao, hạn chế biến chứng chọc kim nhầm vào các cơ quan lành xung quanh. Tuy nhiên phương pháp này bị giới hạn ở một số vị trí nằm sâu hoặc bị xương che khuất, lúc nàyphẫu thuậtsẽ được chỉ định.

Phẫu thuật sinh thiết bao gồm phẫu thuật lồng ngực có hỗ trợ bằng video (VATS – Video-assisted thoracoscopic surgery) hoặc phẫu thuật mở ngực.

Phẫu thuật lồng ngực có hỗ trợ bằng video (giống như kỹ thuật phẫu thuật nội soi) là phương pháp ít xâm lấn hơn giúp quan sát khối u, bấm mẫu sinh thiết cũng như lấy dịch màng phổi xét nghiệm, đồng thời dẫn lưu dịch trong khoang màng phổi để giảm bớt triệu chứng khó thở. Người bệnh chỉ cần rạch một (hoặc một vài) đường nhỏ trên ngực để đưa các dụng cụ nội soi vào. Thay vì phương pháp mở ngực truyền thống, phải rạch đường lớn hơn để vào ngực.

Sau đó, mẫu mô này sẽ được gửi đến bác sĩ Giải phẫu bệnh để tìm tế bào ung thư dưới kính hiển vi nhằm chẩn đoán xác định. Hầu hết kết quả giải phẫu bệnh của ung thư trung biểu mô màng phổi là dạng biểu mô – các tế bào biểu mô sắp xếp cuộn chặt trong các vỏ bao cứng, xoắn ốc, nghĩa là các tế bào ác tính này liên kết chặt với nhau, chính vì thế khả năng rời khỏi vị trí màng phổi ban đầu và di căn đến vị trí khác sẽ thấp và đáp ứng với điều trị cũng tốt hơn, dẫn tới thời gian sống còn sẽ lâu hơn các dạng khác.

Ngoài ra,xét nghiệm máuđể tìm một số dấu ấn sinh học (là cácproteinliên kết mesothelin như fibulin-3, các peptids mesothelin hòa tan) đang được nghiên cứu để phát hiện và theo dõi bệnh, tuy nhiên độ nhạy còn thấp nên có giá trị hạn chế.8

Theo thống nhất chung toàn thế giới của Ủy ban Ung thư Hoa Kỳ (AJCC – American Joint Committee on Cancer), ung thư màng phổi được phân làm bốn giai đoạn, tương ứng với sự tiến triển và lan rộng dần của bệnh:

Giai đoạn I và II thể hiện bệnh còn khu trú tại chỗ.

Giai đoạn III và IV là bệnh đã lan rộng, di căn đến cáchạch bạch huyếthoặc các cơ quan khác trong cơ thể.

Vì vậy, phương pháp điều trị và tiên lượng thời gian sống còn cho từng giai đoạn cũng khác nhau. Tuy vài người bệnh có thể đạt được sống còn lâu dài sau điều trị đặc hiệu, nhưng ung thư màng phổi vẫn được xem là bệnh không chữa được.

Với các người bệnh không được điều trị, thời gian sống trung bình cho mọi giai đoạn là khoảng 6 tháng. Nếu được điều trị, thời gian sống có thể kéo dài trung bình khoảng 18 tháng. Tỉ lệ sống tính bằng năm sau chẩn đoán được thể hiện ở bảng bên dưới.5

Một số dấu hiệu có thể gợi ý tiên lượng xấu, thời gian sống còn ngắn ở các người bệnh này bao gồm:9

Lớn hơn 75 tuổi tại thời điểm được chẩn đoán.

Thể trạng kém, gầy yếu.

Xét nghiệm LDH(Lactate Dehydrogenase) – một chỉ dấu sinh học trong máu tăng cao > 500 đơn vị/L.

Số lượngtiểu cầu(một loại tế bào máu có chức năng đông cầm máu) tăng cao.

Đau ngực.

Giải phẫu bệnh không phải loại biểu mô (như đã giải thích ở trên).

Cần nhắc lại, không có phương pháp được coi là điều trị triệt để cho ung thư màng phổi. Các lựa chọn điều trị hiện nay chủ yếu với mục đích cải thiện triệu chứng và có thể kéo dài thêm thời gian sống. Điều trị ung thư nói chung và ung thư màng phổi nói riêng là điều trị đa mô thức, tức là kết hợp giữa phẫu thuật, hóa trị, xạ trị và chăm sóc giảm nhẹ, tùy vào giai đoạn bệnh, kích thước khối u, tuổi và thể trạng người bệnh,…

Đối với giai đoạn từ I – III, phẫu thuật có thể là phương pháp điều trị đầu tay được lựa chọn, sau đó hóa trị hoặc xạ trị hỗ trợ để tiêu diệt các tế bào ung thư vi thể còn sót lại nhằm hạn chế khả năng tái phát. Có hai phương pháp phẫu thuật bao gồm:

Với loại phẫu thuật này, phẫu thuật viên sẽ cắt bỏ phần màng phổi mang u (cả màng phổi thành và màng phổi tạng) và chừa lại nhu mô phổi bên trong, đồng thời bơm một số loại hóa chất vào khoang màng phổi để gây xơ hóa, giảm tiết dịch màng phổi – nguyên nhân chính gây ra triệu chứng khó thở cho người bệnh. Vì nhu mô phổi được giữ nguyên nên đây được gọi là phẫu thuật bảo tồn phổi.

Nó có thể được thực hiện qua nội soi hoặc mổ mở, tùy vào kỹ thuật của cơ sở y tế và đánh giá của bác sĩ phẫu thuật.

Đây là một phẫu thuật có độ khó cao, chỉ được thực hiện tại các bệnh viện lớn. Sau mổ, người bệnh cần nằm viện trong khoảng 1 tuần và mất 4-6 tuần sau đó để hồi phục hoàn toàn trước khi có thể bắt đầu các điều trị tiếp theo. Một nghiên cứu lớn tại Vương quốc Anh là MARS-2 đang được thực hiện nhằm khảo sát liệu phẫu thuật này có lợi ích kéo dài sống còn và cải thiện chất lượng cuộc sống hơn so với hóa trị đơn thuần hay không, dự kiến sẽ có kết quả vào năm 2022 hoặc 2023.

Phẫu thuật viên sẽ cắt bỏ một phần nhu mô phổi bị ảnh hưởng, một phần cơ hoành kèm màng phổi và màng ngoài tim xung quanh. Đây là một phẫu thuật lớn, người bệnh cần nằm viện ít nhất 2 tuần và mất 3 đến 4 tháng để hồi phục hoàn toàn.

Đối với người bệnh giai đoạn 4 (di căn các cơ quan trong cơ thể) hoặc giai đoạn sớm nhưng không thể phẫu thuật (vì bệnh lan rộng lan vào các cấu trúc quan trọng trong lồng ngực, hoặc do thể trạng và bệnh nền không cho phép phẫu thuật), hóa trị và xạ trị nhằm giảm nhẹ triệu chứng có thể được chỉ định.

Là phương pháp kết hợp hai loại hóa chất Cisplatin và Pemetrexed (tên thương mại Alimta) nhằm tiêu diệt tế bào ung thư, được chứng minh có thể kéo dài thời gian sống còn thêm 3 tháng so với hóa trị đơn thuần với Cisplatin.11

Các phương pháp mới như điều trị nhắm trúng đích (Targeted therapy) hay điều trị với thuốc miễn dịch (Immunotherapy) như Bevacizumab, Nintedanib có thể kéo dài thời gian sống còn cho người bệnh ung thư trung biểu mô màng phổi khi kết hợp với hóa trị thông thường.1213

Là phương pháp sử dụng tia X năng lượng cao chiếu vào khối u. Nhằm mục đích thu nhỏ kích thước khối u để giảm triệu chứng khó thở hoặc đau. Tuy nhiên do tính chất lan tỏa của bệnh, xạ trị thường ít đạt hiệu quả cao.

Bên cạnh đó, các phương pháp điều trị hỗ trợ giảm nhẹ như giảm đau, kháng viêm, giảmho, dinh dưỡng, vật lý trị liệu hô hấp sẽ được bác sĩ cân nhắc để giảm bớt triệu chứng khó chịu và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, đặc biệt là khi các phương pháp điều trị đặc hiệu trên không còn có thể sử dụng.

Giảm đau hoàn toàn bằng thuốc đường uống thông thường rất khó đạt được. Bác sĩ có thể kết hợp giảm đau bằng miếng dán qua da, hoặc đường tiêm để nâng cao tối đa hiệu quả.

Khi lựa chọn các phương pháp điều trị ung thư màng phổi, người bệnh nên cân nhắc kỹ lưỡng về chi phí.

Ví dụ, một lọ biệt dược gốc của Pemetrexed – một trong hai thuốc hóa trị chính ung thư màng phổi, với tên thương mại là Alimta 500 mg có giá trên dưới 26 triệu đồng/lọ (bảo hiểm y tế chỉ chi trả 50%). Để sử dụng hoàn tất một liệu trình điều trị gồm nhiều chu kỳ, số tiền có thể lên đến hàng trăm triệu đồng.

Tuy nhiên gần đây, sự ra đời của thuốc generic (thuốc có hoạt chất tương tự với biệt dược gốc, được chứng minh có hiệu quả tương đương nhưng giá thành rẻ hơn) có thể là cứu cánh cho nhiều trường hợp bệnh nhân không có đủ chi phí điều trị đắt đỏ với “thuốc gốc”. Bạn nên thảo luận với bác sĩ về chi phí phát sinh lâu dài trước khi tiến hành điều trị.

Mặc dù tiếp xúc thời gian dài với amiăng được chứng minh là yếu tố nguy cơ của ung thư trung biểu mô màng phổi, tuy nhiên hiện nay không có hướng dẫn sàng lọc nào cho các đối tượng này cũng như dân số chung. Các dấu ấn sinh học như đã trình bày ở trên gần đây nổi lên như một phương pháp tiềm năng để chẩn đoán và theo dõi bệnh, tuy nhiên giá trị của chúng trong sàng lọc cần có nhiều nghiên cứu hơn để đánh giá. Người bệnh không nên ồ ạt xét nghiệm máu để tầm soát ung thư, vừa gây lo lắng không đáng có, vừa tổn thất về tiền bạc.

Một số biện pháp nên được áp dụng để phòng ngừa căn bệnh hiếm gặp này, bao gồm:

Hạn chế tiếp xúc, sử dụng, tự ý dỡ bỏ với các vật liệu chứa amiăng, đặc biệt trong bối cảnh chúng còn được sử dụng khá phổ biến ở nước ta mà chưa có biện pháp cấm triệt hiệu quả.

Tuân thủ an toàn lao động như đeo khẩu trang, kính bảo hộ, quần áo bảo hộ, găng tay lao động…, đặc biệt là các ngành nghề nguy cơ cao.

Khám sức khỏe định kỳ và đến gặp bác sĩ khi có các triệu chứng nghi ngờ ung thư màng phổi.

Ung thư trung biểu mô màng phổi (ung thư màng phổi) là một bệnh lý hiếm gặp nhưng tiên lượng khá xấu. Tiếp xúc thường xuyên và lâu dài (hàng chục năm) với a-mi-ăng (có nhiều trong các tấm lợp fibro-xi măng) là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của ung thư màng phổi. Triệu chứng ban đầu không điển hình: khó thở, đau ngực,… Cần các phương tiện hình ảnh và sinh thiết u để có được chẩn đoán xác định.Ung thư màng phổichưa có phương pháp điều trị triệt để. Các phương pháp điều trị hiện nay chủ yếu nhằm cải thiện triệu chứng. Không có biện pháp tầm soát và phòng ngừa hiệu quả. Hạn chế tiếp xúc với a-mi-ăng là quan trọng nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-mau-co-chua-duoc-khong/

Nội dung bài viết

Triệu chứng của ung thư máu

Chẩn đoán ung thư máu

Ung thư máu có chữa được không?

Ung thư máu sống được bao lâu?

Ung thư máu là một bệnh ác tính xuất hiện khi các tế bào bạch cầu tăng lên đột biến. Việc điều trị bệnh cũng rất phức tạp, tốn kém và có tỉ lệ tử vong cao. Việc hiểu biết về các dấu hiệu, phương pháp chẩn đoán cũng như điều trị sẽ giúp chúng ta biết được mức độ nghiêm trọng của bệnh và chủ động phòng bệnh. Vậy người mắc bệnh ung thư máu có chữa được không? Bài viết dưới đây của Bác sĩ Hứa Minh Luân sẽ cung cấp cho bạn những thông tin về bệnh ung thư máu và giúp bạn giải đáp thắc mắc trên. Chúng ta hãy cùng tìm hiểu nhé!

Trước khi tìm hiểu vấn đềung thư máu có chữa được không, chúng ta hãy cùng tìm hiểu các triệu chứng điển hình của căn bệnh này. Ung thư máu là một bệnh khó chẩn đoán. Tuy nhiên, chúng cũng có một số dấu hiệu và triệu chứng cảnh báo để chúng ta nhận biết được. Một số triệu chứng của bệnh như:

Xuất huyết dưới da haybầm tímda: Đây là hệ quả của việc sụt giảm số lượng tiểu cầu trong cơ thể.

Mệt mỏi, xanh xao: Sự thiếu hụt số lượng hồng cầu trong máu dẫn đếnthiếu máu. Điều này sẽ khiến cho cơ thể luôn cảm thấy yếu ớt, suy nhược.

Luôn có hiện tượng nhức đầu: Do số lượng hồng cầu giảm nên sẽ không cung cấp đủ lượng oxy lên não. Khiến người bệnh luôn cảm thấy nhức đầu.

Đau xương: Đây là một trong các triệu chứng chính củaung thư máu. Cơn đau thường xuất hiện ở các vị trí các khớp chân, đau lưng…

Sưng cáchạch bạch huyết: Các hạch dưới da sẽ nổi lên sưng to nhưng bệnh nhân ít đau. Đây là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân ung thư máu.

Chảy máu camhay xuất huyết tiêu hoá: Do số lượngtiểu cầugiảm sẽ ảnh hưởng đến quá trình đông cầm máu.

Sốt cao: Người bị ung thư máu sẽ giảm khả năng miễn dịch dẫn đến dễ bị nhiễm trùng. Khiến bệnh nhân thường xuyên bị sốt.

Đau bụng: Khi ung thư máu di căn đến các hạch trong ổ bụng khiến bệnh nhân có thể bị đau bụng, ăn uống không ngon miệng…

Để chẩn đoán ung thư máu, chúng ta cần dựa vào các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân. Kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng như:

Đây là xét nghiệm thường quy dùng để chẩn đoán và theo dõi bệnh ung thư máu. Thông thường kết quả trả về là số lượng bạch cầu tăng hoặc giảm, còn số lượng hồng cầu và tiểu cầu sẽ giảm.

Xem thêm:Xét nghiệm máu: Tổng phân tích tế bào máu

Đây là phương pháp bắt buộc để chẩn đoán bệnh. Ung thư máu được chia làm nhiều loại khác nhau. Với mỗi loại khác nhau, bác sĩ sẽ chỉ định xét nghiệm khác nhau như:

Xét nghiệm Immunophenotyping.

Xét nghiệm tế bào di truyền.

Xét nghiệm dịch não tuỷ.

Xem thêm:Y học thường thức: Chọc dò dịch não tủy thắt lưng

Xét nghiệm này để chẩn đoán bệnhung thư hạch bạch huyết.

Đây là một số xét nghiệm hình ảnh được áp dụng để kiểm tra các triệu chứng của bệnh ung thư máu như: chụp CT,chụp MRI, chụp PET,…

Bệnh ung thư máu có chữa được không? Đây là câu hỏi của rất nhiều bệnh nhân khi mắc bệnh. Điều trị ung thư máu phụ thuộc vào loại ung thư, giai đoạn tiến triển của bệnh để lựa chọn các phương pháp điều trị khác nhau. Tuy nhiên hiệu quả điều trị chưa cao so với các căn bệnh ung thư khác.

Tất cả các kết quả xét nghiệm sẽ được phân tích để đưa ra phác đồ điều trị phù hợp nhất. Phác đồ điều trị sẽ tuỳ thuộc vào giai đoạn và tình trạng sức khoẻ của người bệnh. Hiện nay, đối với ung thư máu có thể áp dụng các phương pháp điều trị sau:

Đây là phương pháp sử dụng thuốc để ngăn ngừa sự phát triển của các tế bào ung thư bằng cách uống, tiêm hoặc truyền các loại thuốc hoá học vào cơ thể.

Phương pháp này sử dụng các chùm tia năng lượng cao để tiêu diệt các tế bào ung thư.

Đây là phương pháp truyền các tế bào máu khoẻ mạnh vào cơ thể. Các tế bào gốc có thể lấy từ trong tuỷ xương để nhân lên….

Đây là phương pháp truyền vào cơ thể người bệnh các kháng thể đơn dòng. Chúng có tác dụng làm chậm sự tiến triển của các tế bào ung thư.

Tuỷ sốngsẽ được lấy từ bất kì người nào tương thích với người bệnh. Sau đó sẽ được ghép vào thay thế cho tuỷ cũ.

Bên cạnh câu hỏiung thư máu có chữa được không, ung thư máu sống được bao lâu cũng là một vấn đề được nhiều người quan tâm. Thời gian sống của bệnh nhân ung thư máu còn phụ thuộc vào từng loại bệnh và giai đoạn tiến triển cụ thể.

Theo thống kê, nếu phát hiện sớm bệnh bạch cầu cấp, khoảng 20-40% người bệnh sẽ sống được 5 năm. Nếu phát hiện ở giai đoạn muộn thì thời gian sống sẽ thấp hơn.

Bệnh lý này diễn tiến nhanh và khó kiểm soát. Chính vì thế, thời gian sống không lâu, thường là vài tháng. Tuy nhiên, trẻ em mắc bệnh này có tỉ lệ chữa khỏi khoảng 80%. Ở người lớn, tỉ lệ này khoảng 40%.

Theo nghiên cứu, người mắc bệnh đa u tuỷ ở giai đoạn đầu có thời gian sống dài hơn. Khi bệnh ở giai đoạn sau thì thời gian sống thường kéo dài từ 3 đến 7 năm.

Xem thêm:Ung thư máu: bật mí kinh nghiệm khi đi khám bệnh

Tóm lại, ung thư máu là một bệnh ác tính nguy hiểm với tỉ lệ tử vong cao nếu không điều trị kịp thời. Chính vì thế, chúng ta cần nắm rõ về chúng để nâng cao ý thức phòng bệnh. Hi vọng bài viết trên đây của Bác sĩ Hứa Minh Luân đã cung cấp những thông tin cần thiết giúp bạn trả lời cho câu hỏiung thư máu có chữa được không. Nếu các bạn có thắc mắc hay câu hỏi cần tư vấn thì hãy liên hệ với chúng tôi nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-mau-dau-hieu-canh-bao-can-luu-y/

Nội dung bài viết

Ung thư máu là gì?

Các loại ung thư máu

Ung thư máu sống được bao lâu?

Nguyên nhân ung thư máu

Dấu hiệu ung thư máu

Ung thư máu có chữa được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán ung thư máu

Điều trị ung thư máu

Phòng ngừa ung thư máu

Ung thư máu là bệnh lý ung thư nguy hiểm như thế nào? Dấu hiệu, nguyên nhân của bệnh ung thư máu là gì? Tiên lượng bệnh ung thư máu như thế nào? Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Võ Kiến Thái giải đáp các thắc mắc trên thông qua bài viết sau.

Đây là loại ung thư ảnh hưởng đến các tế bào máu và tủy xương (mô xốp bên trong xương, nơi tạo ra các tế bào máu). Những bệnh ung thư này thay đổi cách các tế bào máu hoạt động và hiệu quả hoạt động của chúng.1

Trong cơ thể, có ba loại tế bào máu:

Các tế bào bạch cầu: chống lại nhiễm trùng như một phần của hệ thống miễn dịch.

Các tế bào hồng cầu: mang oxy đến các mô và cơ quan của cơ thể và mang carbon dioxide đến phổi để chúng ta có thể thở ra.

Tiểu cầu: giúp đông máu khi bị thương.

Có ba loại ung thư máu chính:

Bệnh bạch cầu.

Lymphoma (hay còn gọi là u lympho).

U tủy.

Những bệnh ung thư này khiến tủy xương và hệ thống bạch huyết tạo ra các tế bào máu không hoạt động tốt như bình thường. Tất cả chúng đều ảnh hưởng đến các loại bạch cầu khác nhau và chúng hoạt động theo những cách khác nhau.1

Những người bị bệnh bạch cầu tạo ra rất nhiều tế bàobạch cầukhông có khả năng chống lại nhiễm trùng. Bệnh bạch cầu được chia thành bốn loại dựa trên loại tế bào bạch cầu mà nó ảnh hưởng và nó phát triển nhanh (cấp tính) hay chậm (mãn tính).

Xuất phát từ các tế bào bạch cầu được gọi là tế bào lympho trong tủy xương. Những người mắcbệnh bạch cầu cấp dòng lymphotạo ra quá nhiều tế bào lympho gây chèn ép các tế bào bạch cầu khỏe mạnh khác. ALL có thể tiến triển nhanh chóng nếu nó không được điều trị.

Đây là loại ung thư phổ biến nhất ở trẻ em. Trẻ em từ 3 đến 5 tuổi có nhiều khả năng mắc bệnh này nhất. Tuy nhiên, người lớn trên 75 tuổi cũng có thể mắc ALL.

Khởi phát từ các tế bào dòng tủy, là loại tế bào sẽ phát triển thành các tế bào bạch cầu, hồng cầu vàtiểu cầu.Bệnh bạch cầu cấp dòng tủylàm giảm số lượng tế bào máu khỏe mạnh ở cả ba loại này. Đây là loại bệnh bạch cầu diễn tiến rất nhanh chóng. AML thường gặp ở những người trên 65 tuổi và thường gặp ở nam nhiều hơn nữ.

Bạch cầu mạn tính dòng lympholà loại bệnh bạch cầu phổ biến nhất ở người lớn. Giống như ALL, căn bệnh này cũng bắt đầu từ các tế bào lympho trong tủy xương, nhưng nó phát triển chậm hơn. Nhiều người bị CLL không biểu hiện bất kỳ triệu chứng nào cho đến nhiều năm sau khi ung thư bắt đầu. CLL chủ yếu ảnh hưởng đến những người ở độ tuổi 70 trở lên.

Căn bệnh ung thư máu này bắt đầu từ các tế bào dòng tủy, giống như AML. Tuy nhiên, các tế bào bất thường sẽ phát triển chậm hơn.Bạch cầu mãn tính dòng tủyphổ biến ở nam giới hơn phụ nữ một chút. Nó thường ảnh hưởng đến người lớn, nhưng trẻ em đôi khi cũng có thể mắc phải.

Đây là một bệnh ung thư của hệ thống bạch huyết. Mạng lưới mạch bạch huyết bao gồm các hạch bạch huyết, lá lách và tuyến ức. Hệ bạch huyết lưu trữ và vận chuyển các tế bào bạch cầu để giúp cơ thể chống lại nhiễm trùng.

Lymphoma khởi phát từ các tế bào bạch cầu được gọi là tế bào lympho. Có hai loại lymphoma chính:

Bắt đầu trong các tế bào miễn dịch được gọi là tế bào lympho B, hoặc tế bào B. Các tế bào này tạo ra các protein được gọi là kháng thể chống lại vi trùng. Những người bịlymphoma Hodgkincó các tế bào lympho lớn được gọi là tế bào Reed – Sternberg trong các hạch bạch huyết của họ.

Bắt đầu từ tế bào B hoặc trong một loại tế bào miễn dịch khác được gọi là tế bào T.U lympho không Hodgkinphổ biến hơn u lympho Hodgkin.

Cả hai loại được chia thành một số loại phụ. Các loại phụ này được phân chia dựa trên vị trí mà tế bào ung thư hình thành trong cơ thể và cách thức mà nó hoạt động.

Lymphoma thường được chẩn đoán ở những người từ 15 đến 30 tuổi và từ 50 tuổi trở lên.

Đây là một bệnh ung thư của các tế bào huyết tương bên trong tủy xương. Tế bào huyết tương là một loại tế bào bạch cầu có chức năng tạo ra kháng thể.

Các tế bào u tủy gieo rắc qua tủy xương. Chúng có thể phá hủy các xương và chèn ép các tế bào máu khỏe mạnh bình thường. Các tế bào này cũng tạo ra các kháng thể nhưng các kháng thể này không có khả năng chống lại nhiễm trùng.

Bệnh ung thư này thường được gọi là đa u tủy vì nó được tìm thấy ở nhiều phần của tủy xương trong cơ thể. Nam giới trên 50 tuổi có nhiều khả năng mắc bệnh này nhất và người Mỹ gốc Phi có tỷ lệ mắc bệnh này cao hơn những người khác.

Nhìn chung, tỷ lệ sống sót sau năm năm đối với bệnh ung thư máu là khoảng 70%. Điều đó có nghĩa là một người nào đó được chẩn đoán mắc bệnh ung thư máu chỉ có 70% khả năng sống sót sau 5 năm so với những người ở độ tuổi của họ không bị ung thư. Tuy nhiên, 70% là mức trung bình chung cho tất cả các loại ung thư máu, các loại khác nhau có tỷ lệ sống sót rất khác nhau.2

Những đột phá của các nghiên cứu trong vài thập kỷ qua cho thấy tỷ lệ sống sót sau 5 năm đối với bệnh bạch cầu mãn tính dòng tủy (CML), bệnh bạch cầu mãn tính dòng lympho (CLL) và u lympho nang là hơn 85%. Nhưng với bệnh bạch cầu cấp tính dòng tủy (AML), u lympho tế bào vỏ nang và u tủy, tỷ lệ sống sót sau 5 năm là dưới 50%.2

Điều quan trọng cần phải hiểu rằng đây cũng chỉ là những mức trung bình, dựa trên những gì đã xảy ra với một nhóm lớn người, tất cả đều sống sót trong những khoảng thời gian khác nhau. Cơ hội đạt được kết quả tốt của một cá nhân sẽ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố. Ngay cả hai người có cùng một tình trạng bệnh cũng có thể có kết quả khá khác nhau.

Vì vậy, hãy cố gắng lắng nghe những gì bác sĩ lâm sàng nói về tiên lượng của mình, thay vì lo lắng quá nhiều về tỷ lệ sống sót tổng thể đối với loại ung thư máu mà bản thân mắc phải.2

Ung thư máu là do những thay đổi (đột biến) trongDNAcủa các tế bào máu. Điều này làm cho các tế bào máu bắt đầu hoạt động bất thường. Trong hầu hết các trường hợp, những thay đổi này có liên quan đến những thứ mà chúng ta không thể kiểm soát được. Chúng xảy ra trong suốt cuộc đời của một người, vì vậy chúng không hẳn là do di truyền.3

Mặc dù chúng ta thường không biết chính xác lý do tại sao một người nào đó sẽ mắc bệnh ung thư máu. Tuy nhiên có những điều đã được cho là có khả năng ảnh hưởng đến nguy cơ mắc ung thư máu như: tuổi tác, giới tính, chủng tộc, tiền sử gia đình, tiếp xúc với bức xạ hoặc hóa chất hay một số tình trạng sức khỏe và phương pháp điều trị. Những yếu tố này ảnh hưởng như thế nào đến nguy cơ mắc bệnh phụ thuộc vào loại ung thư máu.3

Bảng: Các yếu tố nguy cơ của các loại ung thư máu1

Có anh/chị mắc ALL.

Tiền sử điều trị với hóa trị hoặc xạ trị vì một bệnh lý ung thư khác.

Tiếp xúc gần với bức xạ.

Mắchội chứng Downhoặc các rối loạn di truyền khác.

Tiền sử hóa trị hoặc xạ trị do ung thư.

Tiếp xúc gần với các hóa chất độc hại như benzen.

Hút thuốc lá.

Mắc các bệnh về máu như loạn sản tủy hoặc bệnh đa hồng cầu, hoặc rối loạn di truyền như hội chứng Down.

Tiền sử gia đình mắc bệnh ung thư máu.

Tiếp xúc lâu dài với các hóa chất như thuốc diệt cỏ hoặc thuốc diệt côn trùng.

Tiếp xúc nhiều với các nguồn bức xạ.

Suy giảm miễn dịch.

Nhiễm vi rútEpstein – Barr,HIVhoặc vi khuẩnHelicobacter pylori(H. pylori).

Có người thân mắc bệnh u tủy.

Béo phì.

Tiếp xúc gần với bức xạ.

Xem thêm:Những nguyên nhân ung thư máu có thể bạn chưa biết

Cáctriệu chứng của ung thư máukhác nhau, tùy thuộc vào loại ung thư máu mà mỗi người mắc phải. Các dấu hiệu và triệu chứng phổ biến bao gồm:4

Sốthoặc ớn lạnh.

Mệt mỏi dai dẳng, suy nhược.

Nhiễm trùng thường xuyên hoặc nghiêm trọng.

Giảm cân dù không cố gắng.

Sưnghạch bạch huyết, gan hoặc lá lách to.

Dễ chảy máu hoặcbầm tím.

Chảy máu camtái phát.

Các đốm đỏ nhỏ trên da (đốm xuất huyết).

Đổ mồ hôi quá nhiều, đặc biệt làđổ mồ hôi đêm.

Đau xương.

Phương pháp điều trị ung thư máu đã được cải thiện rất nhiều trong vài thập kỷ qua. Vì thế, nhiều loại ung thư máu hiện nay có khả năng cao điều trị được. Các phương pháp điều trị thường dùng là hóa trị, xạ trị, hay gần đây hơn là liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch và cấy ghép tế bào gốc.5

Hãy đến khám với bác sĩ nếu cảm thấy có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng dai dẳng nào khiến bản thân lo lắng. Các triệu chứng bệnh bạch cầu thường mơ hồ và không cụ thể. Bạn có thể bỏ qua các triệu chứng bệnh bạch cầu ban đầu vì chúng có thể giống với các triệu chứng của bệnh cúm và các bệnh thông thường khác. Đôi khi bệnh bạch cầu được phát hiện trong quá trìnhxét nghiệm máucho một số bệnh lý khác.4

Các bác sĩ có thể tìm thấy bệnh bạch cầu mãn tính trong một xét nghiệm máu định kỳ, trước khi các triệu chứng bắt đầu. Nếu điều này xảy ra hoặc nếu khi có các dấu hiệu hoặc triệu chứng cho thấy ung thư máu, người bệnh có thể phải thực hiện cácxét nghiệm chẩn đoán ung thư máusau:4

Bác sĩ sẽ tìm các dấu hiệu thực thể của ung thư máu. Chẳng hạn như da nhợt nhạt do thiếu máu, sưng hạch bạch huyết, gan và lá lách to.

Bằng cách xem xét một mẫu máu, bác sĩ có thể xác định xem liệu có mức độ bất thường của tế bào hồng cầu hoặc bạch cầu hoặc tiểu cầu – điều này có thể gợi ý ung thư máu hay không. Xét nghiệm máu cũng có thể cho thấy sự hiện diện của các tế bào ung thư, mặc dù không phải tất cả các loại ung thư máu đều làm cho các tế bào ung thư lưu thông trong máu. Đôi khi các tế bào ung thư nằm trong tủy xương.

Bác sĩ có thể đề nghị một thủ thuật để sinh thiết một mẫu tủy xương. Tủy xương được lấy ra bằng cách sử dụng một cây kim dài và mỏng. Mẫu được gửi đến phòng thí nghiệm để tìm kiếm các tế bào mang bệnh. Các xét nghiệm chuyên biệt về tế bào ung thư máu có thể cho biết một số đặc điểm nhất định và được sử dụng để quyết định các lựa chọn điều trị.

Điều trị ung thư máu phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Bác sĩ quyết định các lựa chọn điều trị dựa trên độ tuổi và sức khỏe tổng thể của người bệnh, loại ung thư máu mắc phải và liệu nó có lây lan sang các bộ phận khác của cơ thể hay chưa, bao gồm cả hệ thần kinh trung ương.4

Có nhiều phương pháp khác nhau để điều trị ung thư máu. Người bệnh có thể có một hoặc kết hợp nhiều phương pháp điều trị. Các phương pháp điều trị ung thư máu phổ biến bao gồm:3

Hóa trị liệu.

Liệu pháp nhắm trúng đích.

Liệu pháp miễn dịch.

Xạ trị.

Cấy ghép tế bào gốc.

Nếu mắc phải loại ung thư máu phát triển chậm, người bệnh có thể không cần điều trị ngay lập tức, và thậm chí một số người không bao giờ cần điều trị. Phương pháp này được gọi là theo dõi và chờ đợi.

Các phương pháp điều trị có thể có tác dụng phụ không mong muốn. Một số người gặp phải các tác dụng phụ này do hậu quả của chính bệnh ung thư gây ra, ngay cả khi họ chưa được điều trị.3

Các nhà khoa học cũng không chắc chắn về nguyên nhân của nhiều bệnh ung lý này. Tuy nhiên việc tránh xa các yếu tố làm tăng nguy cơ có thể hữu ích trong việc phòng ngừa.

Cần tránh tiếp xúc với bức xạ, hóa chất như thuốc trừ sâu hoặc benzen, và hút thuốc lá dưới mọi hình thức. Các hành vi lối sống bổ sung, chẳng hạn như duy trì hoạt động và ăn uống lành mạnh có thể giúp giảm nguy cơ phát triển nhiều loại ung thư và các bệnh khác.6

Trên đây là mọi thông tin về bệnh lýung thư máubao gồm nguyên nhân, dấu hiệu, cách điều trị… Mong rằng những thông tin mà bài viết của Thạc sĩ, Bác sĩ Võ Kiến Thái đã đem đến sẽ giúp ích cho người đọc!

Nhiễm trùng máu là tình trạng cơ thể phản ứng lại các tác nhân gây nhiễm trùng như vi khuẩn, vi rút, ký sinh trùng,… Ổ nhiễm trùng dẫn đến nhiễm trùng máu có thể khởi phát từ phổi, đường tiêu hóa, đường tiết niệu hoặc ngoài da. Đây là một bệnh lý lành tính, hoàn toàn khác với ung thư máu.

Ung thư máu là do những thay đổi (đột biến) trong DNA của các tế bào máu. Trong một cơ thể khỏe mạnh, các tế bào bạch cầu mới thường xuyên được tạo ra để thay thế những tế bào cũ đang chết dần. Chính các đột biến làm cho các tế bào máu bắt đầu hoạt động bất thường và dần dần gây ra ung thư máu.35

Ung thư là do rối loạn chức năng phát triển và hoạt động của tế bào. Việc sản xuất quá nhiều tế bào bạch cầu trong tủy xương dẫn đến ung thư máu. Trong hầu hết các trường hợp, những thay đổi này có liên quan đến những thứ mà chúng ta không thể kiểm soát được, bao gồm cả những đột biến DNA. Chúng xảy ra trong suốt cuộc đời của một người, vì vậy chúng không hẳn là do di truyền.35

Ung thư máu là bệnh lý do những biến đổi của chính các tế bào máu trong cơ thể của mỗi người, không phải là bệnh truyền nhiễm nên hoàn toàn không có khả năng lây lan giữa người này với người khác.

“Bệnh máu trắng”có thể hiểu là bệnh bạch cầu vì từ “bạch” theo tiếng Hán có nghĩa là “trắng”. Do đó, “bệnh máu trắng” hay bệnh bạch cầu chỉ là một trong những loại ung thư máu, bên cạnh các loại ung thư máu khác như lymphoma hay u tủy.

Phương pháp điều trị ung thư máu đã được cải thiện rất nhiều trong vài thập kỷ qua. Vì thế, nhiều loại ung thư máu hiện nay có khả năng cao điều trị được. Các phương pháp điều trị thường dùng là hóa trị, xạ trị, hay gần đây hơn là liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch và cấy ghép tế bào gốc.5

Tùy vào từng loại ung thư máu mà mức độ nguy hiểm sẽ khác nhau. Những loại có diễn tiến chậm sẽ ít nguy hiểm hơn so với những loại diễn tiến nhanh. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm đối với bệnh bạch cầu mãn tính dòng tủy (CML), bệnh bạch cầu mãn tính dòng lympho (CLL) và u lympho nang là hơn 85%. Nhưng với bệnh bạch cầu cấp tính dòng tủy (AML), u lympho tế bào vỏ nang và u tủy, tỷ lệ sống sót sau 5 năm là dưới 50%.2

Ung thư máu hoàn toàn không ảnh hưởng đến việc sinh con. Tuy nhiên, cần tránh mang thai khi đang điều trị với các phương pháp điều trị như hóa trị, xạ trị,… vì có thể ảnh hưởng đến thai. Người bệnh nên trao đổi với bác sĩ trước khi điều trị nếu có nguyện vọng muốn sinh con để được tư vấn và hướng dẫn cụ thể.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-moi-va-nhung-dieu-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

Các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây ung thư môi

Ung thư môi có những biểu hiện nào?

Các phương pháp chẩn đoán bệnh

Có những cách nào để điều trị ung thư môi?

Các biến chứng có thể gặp khi điều trị

Tiên lượng của bệnh như thế nào?

Làm thế nào để ngăn ngừa ung thư môi

Ung thư môi là một loại ung thư xuất hiện tại vùng môi. Nó có thể xảy ra ở bất cứ nơi nào dọc theo môi trên và môi dưới, nhưng phổ biến nhất là ở môi dưới. Ung thư môi được coi là một loại ung thư miệng. Hầu hết các loại ung thư môi là ung thư biểu mô tế bào vảy. Có nghĩa là tế bào ung thư bắt nguồn từ các tế bào mỏng, phẳng ở lớp giữa và lớp ngoài của da gọi là tế bào vảy.

Các yếu tố nguy cơ bao gồm phơi nắng quá mức và sử dụng thuốc lá. Điều trị ung thư thường bằng phương pháp phẫu thuật, mục đích là để loại bỏ tế bào ung thư. Ung thư môi có khả năng được chữa khỏi cao nếu chẩn đoán sớm.

Hiện nay vẫn chưa rõ nguyên nhân thật sự gây ung thư môi.

Nói chung, ung thư bắt đầu khi các tế bào phát triển những đột biến trong gen. Những đột biến này dẫn đến sự nhân lên không kiểm soát và không chết đi của tế bào. Các tế bào đột biến dần dần tích tụ tạo thành một khối u. Sau đó khối u có thể xâm lấn và phá hủy các mô cơ thể bình thường.

Tuy nguyên nhân gây bệnh chưa rõ ràng nhưng các yếu tố nguy cơ dưới đây đã được xác nhận là làm tăng nguy cơ mắc ung thư môi:

Hút thuốc lá và uống rượu. Theo nghiên cứu, các trường hợp ung thư môi có liên quan hầu hết đến việc sử dụng thuốc lá và rượu bia.

Phơi nắng. Phơi nắng cũng là một yếu tố nguy cơ chính, đặc biệt đối với những người làm việc ngoài trời và không sử dụng các dụng cụ chống nắng phù hợp.

Da trắng. Chủng tộc da trắng được cho là có nguy cơ mắc ung thư môi cao hơn các chủng tộc khác.

Nam giới. Nguy cơ mắc ung thư môi cao hơn nữ giới.

Hệ thống miễn dịch suy yếu.

Nhiễm HPVlà một loại virut gây u nhú ở người, lây truyền chủ yếu qua đường tình dục.

Người lớn hơn 40 tuổi. Ung thư môi thường xuất hiện ở những người lớn hơn 40 tuổi.

Triệu chứng phổ biến nhất của ung thư môi là vết loét trên môi không lành.

Các triệu chứng khác được ghi nhận, bao gồm:

Một tổn thương phồng rộp hoặc vón cục trên môi không lành.

Một mảng đỏ hoặc trắng trên môi.

Chảy máu môi.

Đau hoặc tê môi hoặc vùng da quanh miệng

Sưng hàm hoặc miệng.

Hạch to.

Ung thư môi cũng có thể không có bất kỳ triệu chứng nào kể trên.

Ung thư môi đã lan rộng (di căn) có thể gây ra các triệu chứng ở miệng, cổ và các khu vực khác của cơ thể.

Nếu người bệnh có các triệu chứng nêu trên, hãy đến khám tại cơ sở y tế.

Đầu tiên các bác sĩ sẽ tiến hành thăm khám môi, miệng, mặt và cổ để tìm các tổn thương và xác định nguyên nhân.

Ngoài ra, bác sĩ cũng sẽ hỏi về:

Các triệu chứng gợi ý ung thư.

Tiền căn sức khỏe, các bệnh lý mắc phải.

Vấn đề hút thuốc lá và uống rượu.

Tiền sử bệnh của gia đình.

Các loại thuốc người bệnh sử dụng gần đây.

Nếu nghi ngờ một người mắc ung thư môi, thực hiện sinh thiết có thể xác nhận chẩn đoán. Trong khi sinh thiết, bác sĩ sẽ lấy một mẫu nhỏ ở nơi tổn thương. Mẫu mô sau đó được quan sát trong phòng thí nghiệm bệnh lý dưới kính hiển vi. Mục đích để xác định ung thư, loại ung thư và mức độ xâm lấn.

Nếu kết quả sinh thiết chẩn đoán xác định ung thư môi, bác sĩ có thể thực hiện một số xét nghiệm khác để xác định ung thư đã tiến triển bao xa, hoặc có lây lan sang các bộ phận khác của cơ thể hay chưa. Các xét nghiệm có thể bao gồm:

Công thức máu toàn bộ.

X-quang ngực.

Chụp CT.

Chụp MRI.

Nội soi tai mũi họng.

Phẫu thuật, xạ trị và hóa trị là một số phương pháp điều trị ung thư môi. Các lựa chọn khác có thể bao gồm liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch và liệu pháp gen.

Cũng như các loại ung thư khác, việc điều trị phụ thuộc vào giai đoạn, mức độ tiến triển (bao gồm kích thước của khối u) và tình hình sức khỏe của người bệnh.

Nếu khối u nhỏ, phẫu thuật thường được thực hiện để loại bỏ hoàn toàn tế bào ung thư. Phương pháp này bao gồm việc loại bỏ tất cả các mô liên quan đến ung thư. Cùng với đó là tái tạo lại môi (về mặt thẩm mỹ và chức năng).

Nếu khối u lớn hơn hoặc ở giai đoạn muộn hơn, xạ trị và hóa trị có thể được dùng để thu nhỏ khối u trước hoặc sau phẫu thuật để giảm nguy cơ tái phát. Hóa trị giúp thu nhỏ khối u và giảm nguy cơ ung thư lan rộng hoặc tái phát.

Đối với những người hút thuốc, bỏ hút thuốc trước khi điều trị có thể cải thiện kết quả điều trị.

Các phương pháp điều trị hỗ trợ khác giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và bất kỳ tác dụng phụ nào của điều trị. Các phương pháp bao gồm:

Thuốc chống nôn.

Các yếu tố tăng trưởng tế bào máu. Mục đích để tăng số lượng tế bào bạch cầu nếu bạch cầu quá thấp trong quá trình điều trị.

Truyền máu để cung cấp thành phần máu (ví dụ như hồng cầu) do thành phần máu bị giảm xuống thấp do điều trị.

Tư vấn chế độ ăn uống để giúp duy trì sức khỏe và tình trạng dinh dưỡng.

Vật lý trị liệu để giúp đỡ vấn đề nuốt.

Nếu không được điều trị, khối u có thể lan sang các nơi khác của miệng và lưỡi, cũng như các bộ phận xa của cơ thể. Nếu ung thư lan rộng sẽ trở nên khó chữa và tiên lượng xấu hơn.

Ngoài ra, điều trị ung thư môi có thể có nhiều hậu quả về chức năng và thẩm mỹ. Những người đã phẫu thuật để loại bỏ các khối u lớn trên môi có thể gặp rắc rối với tiếng nói, nhai và nuốt sau khi phẫu thuật.

Phẫu thuật cũng có thể dẫn đến biến dạng môi và mặt. Do đó, cần gặp bác sĩ chuyên khoa để có thể cải thiện vấn đề nói. Bác sĩ phẫu thuật tái tạo hoặc thẩm mỹ cũng có thể tạo hình lại xương và các mô của khuôn mặt.

Một số tác dụng phụ của hóa trị và xạ trị bao gồm:

Rụng tóc.

Cảm thấy yếu và mệt mỏi.

Chán ăn, buồn nôn, nôn.

Tê tay và chân.

Thiếu máu nặng.

Sụt cân.

Khô da.

Đau họng, thay đổi khẩu vị.

Dễ nhiễm trùng, viêm niêm mạc miệng

Ung thư môi thường có thể chữa được. Điều này là do môi khá nổi bật và dễ nhìn thấy. Do đó, các tổn thương trên môi có thể được quan sát và cảm nhận dễ dàng. Vì vậy ung thư môi có thể chẩn đoán sớm. Các nghiên cứu cho thấy cơ hội sống sót sau khi điều trị và không tái phát sau 5 năm lớn hơn 90%.

Nếu người bệnh có tiền căn ung thư môi, người bệnh đó cũng có nguy cơ mắc một loại ung thư khác ở đầu, cổ hoặc miệng. Sau khi kết thúc điều trị ung thư môi, người bệnh cần tái khám để được theo dõi và kiểm tra thường xuyên.

Những cách đơn giản bạn có thể thực hiện để phòng ngừa mắc bệnh ung thư môi là:

Tránh sử dụng tất cả các loại thuốc lá.

Tránh sử dụng rượu bia quá mức.

Hạn chế tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng mặt trời. Nếu làm công việc ngoài trời, nên có những dụng cụ chống nắng phù hợp.

Nhiều trường hợp ung thư môi được phát hiện đầu tiên bởi các nha sĩ. Do đó, khám nha khoa thường xuyên là một trong các biện pháp giúp phát hiện sớm ung thư. Đặc biệt ở những bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh ung thư môi.

Nhìn chung,ung thư môilà dạng ung thư khá phổ biến ở vùng đầu cổ. Tiên lượng của ung thư môi là tốt nếu được chẩn đoán và điều trị sớm. Mọi người cần thăm khám sức khỏe định kỳ để sớm phát hiện các dấu hiện đầu tiên của bệnh. Ngoài ra, việc phòng ngừa bệnh là hết sức quan trọng. Lối sống lành mạnh không thuốc lá, rượu bia là một trong những biện pháp tốt không chỉ ngăn ngừa được ung thư môi mà còn ngăn ngừa được các bệnh lý ung thư khác.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-nao/

Nội dung bài viết

Ung thư não là gì

Nguyên nhân ung thư não?

Các loại ung thư não

Triệu chứng ung thư não

Chẩn đoán ung thư não

Điều trị ung thư não

Các biện pháp phòng ngừa

Xã hội của chúng ta đang rất phát triển và hiện đại. Song song với sự phát triển là sự tăng lên về số lượng và độ nặng của bệnh tật. Có rất nhiều căn bệnh nguy hiểm, trong đó có ung thư. Nó còn là căn bệnh gây ra cái chết cho hàng nghìn người mỗi năm. Ung thư não là một căn bệnh tuy ít phổ biến hơn các bệnh ung thư khác nhưng lại rất nguy hiểm. Vậy làm sao để phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm?

Ung thư não là một bệnh củanão. Trong đó, các tế bào ung thư phát sinh từ trong mô não. Tế bào ung thư có thể phát triển trở thành một khối u to. Các khối u ác tính này có thể chèn ép vào các mô lành xung quanh gây cản trở các chức năng bình thường của não bộ. Cảm giác, vận động, trí nhớ, kiểm soát cơ và các chức năng khác của cơ thể có thể bị ảnh hưởng. Các tế bào ung thư phát triển từ mô não được gọi là ung thư não nguyên phát.

Trong khi các khối u di căn từ các vị trí khác của cơ thể đến não được gọi là khối u thứ phát hay ung thư di căn não. Theo nhiều thống kê chỉ ra rằng, khối u não ác tính khá hiếm gặp. Mọi người có ít hơn 1% nguy cơ phát triển khối u não ác tính trong cuộc đời của họ, theo ước tính của hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ. Cũng tuỳ vào vị trí, kích thước mà khối u não ác tính sẽ có những ảnh hưởng khác nhau đến tính mạng của bệnh nhân.

Như đã đề cập đến ở phần trên,ung thư nãocó thể là nguyên phát hoặc thứ phát. Dù là nguyên phát hay thứ phát thì nguyên nhân gây ra ung thư vẫn chưa được hiểu rõ. Mặc dù khối u não ác tính không phải là một căn bệnh truyền nhiễm nhưng nó cũng có thể do yếu tố gen di truyền trong một số bệnh bẩm sinh. Những nhóm người có những yếu tố nguy cơ nhất định sẽ có khả năng mắc khối u não ác tínhnhiều hơn so với những người khác. Những yếu tố đó có thể là:

Tuổi già.

Hút thuốc lá lâu năm.

Tiếp xúc thời gian dài với các hoá chất như thuốc trừ sâu, thuốc diệt cỏ và phân bón.

Công việc có liên quan đến những chất có gây ung thư như: chì, nhựa, cao su, dầu mỏ và một số hàng dệt may.

Nhiễm trùng một số virus hoặc vi khuẩn sinh u nhú.

Ngoài ra khối u ác tính ở não còn có thể là ung thư lây lan hoặc di căn từ nơi khác đến như:

Ung thư phổi.

Ung thư vú.

Ung thư thận.

Ung thư bàng quang.

Ung thư ác tính ở da.

Các khối u não nguyên phát phổ biến nhất thông thường được đặt tên theo loại mô não mà chúng phát triển ban đầu.

Năm khối u não là u thần kinh đệm, u tuyến yên. U tuyến tiền đình, u màng não và u biểu bì thần kinh nguyên thuỷ (u nguyên bào tuỷ).

Những cái tên ở trên đều phản ánh các loại tế bào khác nhau trong não bình thường đều có thể trở thành ung thư. Khi tên khối u gắn với tên giai đoạn của nó thì sẽ cho thấy mức độ nghiêm trọng của khối u đó hơn. Như đã nói ban đầu, ngoài khối u não ác tínhnguyên phát, người bệnh cũng có thể bị ung thư di căn đến não từ một nơi khác đến. Đây được gọi làung thư nãodi căn. Có hơn 120 loại khối u não. Tuy nhiên không có tiêu chuẩn nào để đặt tên chúng theo loại và có rất nhiều loại phụ. Các bác sĩ khác nhau lại có thể sử dụng những tên khác nhau cho cùng một khối u.

Một số khối u não theo vị trí có thể kể đến như:

U thuỳ trán.

U thuỳ đỉnh.

U thuỳ thái dương.

U thuỳ chẩm.

U não thất.

U tuyến yên.

U góc cầu tiểu não.

U tiểu não.

Triệu chứng của ung thư não đặc trưng nhất bởi tình trạngtăng áp lực nội sọ. Tình trạng này gây ra bởi sự tăng thể tích của khối u. Chính vì vậy triệu chứng của ung thư có thể phụ thuộc vào kích thước của khối u. Ngoài ra triệu chứng còn phụ thuộc vào vị trí của khối u đó. Ở những vị trí khác nhau, u não có thể gây ra những biểu hiện lâm sàng khác nhau.

Triệu chứng của tăng áp lực nội sọ bao gồm:

Đau đầu. Đau đầu có thể là đau cục bộ một phần hoặc toàn bộ. Đau đầu do khối u lớn chèn ép các dây thần kinh, mạch máu não. Đau có thể dữ dội hoặc là mơ hồ không rõ vị trí. Bệnh nhân về lâu về dài sẽ cảm thấy đau thường xuyên hơn, cường độ lớn hơn và không đỡ khi uống thuốc giảm đau.

Nôn. Nôn trong u não ác tínhthường là nôn vọt. Nôn này không liên quan đến bữa ăn. Đau bụng thường không xuất hiện cùng nôn.

Phù gai thị. Bệnh nhân xuất hiện nhìn mờ tăng dần kèm theo đau đầu và nôn.

Ngoài những triệu chứng ở trên, bệnh nhân bị u não ác tính còn có thể có động kinh. Bệnh nhân xuất hiện những triệu chứng như yếu tay chân, giảm trí nhớ, buồn ngủ, ảo giác, mất khả năng phối hợp động tác, mệt mỏi. Một số triệu chứng xuất hiện có thể định khu được u não ở vị trí nào. U thuỳ trán thường có sự giảm trí nhớ và giảm sự chú ý trong khi u thuỳ chẩm lại có biểu hiện giảm thị lực. Bệnh nhân có u tiểu não thì sẽ đi lại không vững, rối loạn thăng bằng,…

Tuy có rất nhiều đặc điểm triệu chứng, tuy nhiên nếu bệnh nhân xuất hiện một vài triệu chứng trên thì cũng không nên quá lo lắng. Một số bệnh lý lành tính vẫn có thể gây ra những triệu chứng trên. Việc quan trọng là bệnh nhân cần liên hệ với bác sĩ để xác định tình trạng của mình.

Chuẩn đoán ung thư não dựa vào triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân. Đồng thời bệnh nhân sẽ được tiến hành làm một vài xét nghiệm sau:

Chụp cắt lớp vi tính (CT – scan não). CT – scan tỏ ra có hiệu quả trong việc chuẩn đoán xác định ung thư não. Qua CT – scan, bác sĩ có thể xác định vị trí, kích thước khối u não.

Chụp cộng hưởng từ (MRI não). Đánh giá chính xác vị trí và sự tương quan giữa khối u và các mô xung quanh.

Chụp mạch máu não. Nó giúp đánh giá gián tiếp hình ảnh của một khối u choáng chỗ. Một khối u ác tính thường có sự tăng sinh mạch máu đến nuôi u.

Chụp PET – CT. Giúp đánh giá tốt tình trạng di căn của u.

Điện não đồ. Đây là công cụ giúp ghi lại các sóng não bất thường.

Ngoài việc chuẩn đoán xác định khối u não, bác sĩ còn cần phải đánh giá chính xác giai đoạn của ung thư não. Người ta dùng thuật ngữung thư nãođộ I đến IV để mô tả mức độ tiến triển của ung thư:

Ung thư độ 1. Khối u phát triển chậm, không lan rộng. Khối u có thể điều trị khỏi bằng phẫu thuật.

Ung thư độ 2. Khối u ít có khả năng phát triển và lan rộng. Tuy nhiên nó có khả năng tái phát sau điều trị.

Ung thư não độ 3. Khối u phát triển nhanh chóng, các tế bào ung thư phân chia nhanh.

Ung thư não độ 4. Khối u phân chia nhanh chóng, xâm lấn mạch máu. Khối u phát triển và lan rộng.

Có 3 phương pháp điều trị ung thư não chính là: phẫu thuật, xạ trị và hoá trị:

Phẫu thuật. Mục tiêu của phẫu thuật là loại bỏ khối u để tránh khối u to quá mức gây tổn thương mô lành xung quanh. Tuy nhiên phẫu thuật còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Nó có thể là vị trí khối u, độ nông sâu, giới hạn của u và trình độ của kĩ thuật viên. Không phải tất cả các loại u não đều có thể loại bỏ triệt để được.

Xạ trị. Tiêu diệt các tế bào ung thư còn sót lại sau phẫu thuật hoặc các tế bào ung thư nằm sâu mà phương pháp phẫu thuật không thể tiến tới để cắt bỏ được.

Hoá trị. Dùng các chất hoá học sau khi phẫu thuật và xạ trị để tiêu diệt tế bào u còn sót lại. Nếu như xạ trị tỏ ra hữu ích với khối u tại chỗ thì hoá trị lại hữu ích với khối u di căn xa.

Mặc dù không có biện pháp nào ngăn ngừa ung thư não, tuy nhiên việc chẩn đoán sớm các khối u có xu hướng di căn não có thể giảm nguy cơ ung thư não thứ phát. Đối với u não ác tính nguyên phát, như đã nói, không có một cơ chế rõ ràng cho nó. Tuy nhiên việc ngừng hút thuốc lá, hạn chế những chất có khả năng gây ung thư có thể phần nào giúp hạn chế tỉ lệ mắc ung thư.

Ung thư nãolà một căn bệnh nguy hiểm đối với tất cả mọi người. Phát hiện sớm ung thư ở giai đoạn sớm sẽ giúp việc điều trị trở nên dễ dàng. Vì vậy, chúng ta cần phải khám sức khoẻ đinh kỳ 2 lần/ năm. Ngoài ra khi có bất cứ những dấu hiệu nào bất thường hoặc nghi ngờ khả năng mắc khối u não ác tính  thì bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được chẩn đoán và được tư vấn đúng nhất về tình trạng của bạn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-nao-thu-phat/

Nội dung bài viết

Ung thư não thứ phát là bệnh lý như thế nào?

Nguyên nhân gây ung thư não thứ phát

Triệu chứng của bệnh

Chẩn đoán ung thư não thứ phát

Điều trị ung thư não thứ phát

Hiện nay, ung thư là căn bệnh phổ biến mà mọi lứa tuổi đều có khả năng mắc phải. Ung thư có rất nhiều loại khác nhau. Ứng mỗi vị trí cơ quan khác nhau thì ung thư có tên gọi khác nhau. Ngoài những khối u nguyên phát còn có những khối u thứ phát. Não là cơ quan thường bị di căn từ những cơ quan khác. Ung thư não thứ phát gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng.

Ung thư não thứ phát là bệnh lý được đặc trưng bởi sự di căn não xảy ra khi các tế bào ung thư di căn từ vị trí ban đầu của chúng đến não. Bất kỳ loại ung thư nào trong cơ thể cũng có thể di căn não. Tuy nhiên có những vị trí cơ quan có xu hướng di căn não nhiều hơn số còn lại. Nơi ung thư bắt đầu hình thành gọi là khối u nguyên phát. Nếu một tế bào ung thư tách khỏi ung thư nguyên phát, chúng có thể di chuyển trong máu hoặc hệ bạch huyết. Khi di chuyển trong những đường tự nhiên này, chúng có thể đến các cơ quan khác.

Không phải tất cả tế bào ung thư vào máu đều có thể gây di căn. Tuy nhiên những tế bào này khi vào được máu thì về lâu về dài sẽ gây di căn tại cơ quan khác. Ung thư còn gây di căn đó là qua các khoang tự nhiên của cơ thể.

Di căn não có thể hình thành một khối u hoặc nhiều khối u trong não. Ung thư di căn được tạo ra từ cùng một loại tế bào với ung thư thứ phát. Vì vậy nếu ung thư ban đầu ở phổi sau đó di căn não thì vùng ung thư trong não được tạo bởi các tế bào phổi. Điều này hoàn toàn khác so với ung thư não nguyên phát. Ung thư não nguyên phát là khối u được hình thành từ chính tế bào não.

Khi các khối ung thư não di căn phát triển, chúng sẽ gây ra nhiều biến đổi. Chúng có thể tạo áp lực và thay đổi chức năng của các mô não lành.

Như đã nói ở trên, bất kỳ bệnh ung thư nào cũng có thể di căn đến não. Tuy nhiên có những bệnh ung thư phổ biến gây ung thư não thứ phát hơn như:

Ung thư phổi.

Ung thư vú.

Ung thư thận.

Ung thư hắc tố da.

Ung thư đại trực tràng.

Theo nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, ung thư phổi là nguồn gây di căn não phổ biến nhất ở nam giới. Trong khi đó ung thư vú là nguồn phổ biến gây ung thư não ở nữ giới

Một hay nhiều khối u não sẽ gây ra những triệu chứng sau đây. Các triệu chứng của ung thư não sẽ phụ thuộc vào kích thước và vị trí khối u. Ung thư não thứ phát cũng vậy, cũng sẽ gây ra những triệu chứng tương tự:

Tăng áp lực nội sọ. Ở hầu hết bệnh nhân, triệu chứng di căn não xuất hiện do sự lớn lên của khối u di căn. Nó gây tổn thương và làm tăng áp lực trong sọ não. Các triệu chứng thường gặp là nhức đầu, ói mửa, rối loạn ý thức.

Nhức đầu.

Nôn mửa: Nôn mửa thường xuất hiện chung với đau đầu. Nôn mửa thường xuất hiện ở trẻ em hơn người lớn. Nôn cấp tính, đột ngột và không liên quan đến bữa ăn hay bệnh lý tiêu hoá. Trường hợp nôn đó người ta thường có tên gọi là nôn vọt.

Mất ý thức và suy giảm sự tỉnh táo.

Động kinh co giật. Tuổi tác làm tăng nguy cơ bị động kinh do khối u não thứ phát. Đặc biệt động kinh thường xuất hiện ở người trên 45 tuổi.

Các triệu chứng thần kinh khu trú. Một số triệu chứng có thể gợi ý cho bác sĩ biết vị trí khối u. Ví dụ như khi bệnh nhân nghi ngờ cao khả năng u não, có triệu chứng rối loạn vận động hay thăng bằng thì rất có thể bệnh nhân có khối u ở tiểu não.

Nếu nghi ngờ bệnh nhân có ung thư não thứ phát, bác sĩ có thể đề nghị một số xét nghiệm và thủ thuật như

Kiếm tra thần kinh. Khi tiến hành kiểm tra thần kinh, bác sĩ có thể kiểm tra thị lực, thính giác, khả năng thăng bằng. Ngoài ra bài kiểm tra còn có thể kiểm tra khả năng phối hợp, sức mạnh và phản xạ của bệnh nhân. Việc kiểm tra này có thể cung cấp cho bác sĩ thông tin gợi ý vị trí ung thư

Các xét nghiệm hình ảnh. Chụp cộng hưởng từ MRI thường được sử dụng để giúp chẩn đoán di căn não. Phương pháp này giúp tạo ra hình ảnh bộ não rõ nét bằng cách sử dụng từ trường mạnh và sóng vô tuyến. Với việc tiêm thước cản quang vào tĩnh mạch, MRI thực sự là một công cụ tốt để đánh giá di căn não. Ngoài MRI, CT- scan não cũng là cận lâm sàng được bác sĩ cân nhắc. PET/CT cũng là một sự lựa chọn được nghĩ tới để khảo sát sự di căn của ung thư

Sinh thiết mô bất thường. Sinh thiết có thể được thực hiện như một phần của phẫu thuật loại bỏ khối u não. Sinh thiết cũng có thể được thực hiện bằng kim. Sau khi có mẫu sinh thiết, bác sĩ sẽ soi chúng dưới kính hiển vi. Xác định bản chất mô học của khối u đó là u lành hay u ác và liệu có phải là u di căn không. Thông tin này thực sự quan trọng để thiết lập chẩn đoán cũng như hướng điều trị.

Phương pháp điều trị ung thư não thứ phát phụ thuộc vào vị trí và kích thước và loại u. Nó cũng phụ thuộc vào tình trạng khối u nguyên phát và tổng trạng của người bệnh. Mục tiêu điều trị ung thư não thứ phát cũng có thể khác nhau như giảm triệu chứng, cải thiện chức năng hoặc đôi khi chỉ là làm người bệnh thoải mái hơn trong điều trị.

Bản thân khối u não thứ phát và cách điều trị như phẫu thuật hay xạ trị có thể làm tăng áp lực trong não. Hộp sọ được cấu tạo bằng xương bao lấy não. Luôn có một khoảng không gian cố định giữa não và hộp sọ. Nếu ung thư phát triển quá mức hoặc bị viêm, nó có thể làm tăng áp lực bên trong hộp sọ.

Steroid có thể giúp giảm sưng, giảm đau, kháng viêm. Chính vì có tác dụng như vậy nên có có thể giúp cải thiện các triệu chứng và kiểm soát chúng. Bệnh nhân thường được sử dụng trong thời gian ngắn. Sử dụng steroid trong thời gian dài có thể sẽ gây nhiều tác dụng phụ. Khi sử dụng thuốc này cũng nên giảm liều từ từ, tránh ngưng đột ngột thuốc. Việc ngưng đột ngột thuốc có thể gây nhiều tác dụng phụ không mong muốn.

Bác sĩ có thể đề nghị phẫu thuật nếuung thư não thứ phátít hoặc một số có thể trị khỏi. Phẫu thuật sẽ không được thực hiện nếu khối u đã lan rộng trong não. Phẫu thuật não không phải phù hợp với tất cả mọi người. Đây là một thủ thuật ngoại khoa lớn vì vậy đòi hỏi thể trạng bệnh nhân tốt. Nếu không tốt, các tai biến trong ngoại khoa có thể xảy ra. Việc loại bỏ khối u não thứ phát sẽ giống như loại bỏ khối u não nguyên phát.

Xạ trị là sử dụng tia X năng lượng cao chiếu vào vị trí khối u để tiêu diệt tế bào ung thư. Xạ trị có thể giúp kiểm soát sự phát triển cũng như các triệu chứng của ung thư não thứ phát. Xạ trị được tiến hành thông qua một máy xạ trị lớn bên ngoài cơ thể. Đối với xạ trị toàn bộ não bộ, thường bệnh nhân sẽ có những đợt xạ trị. Mỗi đợt thường kéo dài hơn 1 hoặc 2 tuần. Việc chia nhỏ số lần xạ trị tạo nhiều thời gian cho tế bào phục hồi giữa các lần điều trị.

Hoá trị sử dụng các thuốc chống ung thư để tiêu diệt tế bào ung thư. Loại thuốc hoá trị sẽ phụ thuộc vào loại ung thư nguyên phát. Việc sử dụng thuốc hoá trị có thể sẽ khó điều trị khối u não. Não được bảo vệ bởi hàng rão máu não, là một hàng rào tự nhiên của cơ thể. Hàng rào máu não này có thể ngăn không cho thuốc đi qua.

Ngoài những cách điều trị trên, bệnh nhân còn có thể được điều trị thêm những thuốc giảm đau, thuốc kiểm soát động kinh hoặc thuốc làm giảm phù. Ngoài ra hiện nay còn có liệu pháp nhắm trúng đích trong diều trị. Tuy nhiên liệu pháp này vẫn còn đang được nghiên cứu nhiều hơn để được đưa vào thực hành lâm sàng đối với ung thư não.

Tóm lại,ung thư não thứ phátlà bệnh lý nguy hiểm, đem lại nhiều hậu quả cho người bệnh. Việc điều trị dứt điểm các khối u nguyên phát tại cơ quan khác sẽ giảm nguy cơ gây ung thư não thứ phát. Khám sức khoẻ định kỳ và nhận lời tư vấn của bác sĩ để đảm bảo sức khoẻ của bệnh nhân. Gặp bác sĩ ngay khi có những triệu chứng ở nghi ngờ có khối u não thứ phát.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-phoi-di-can/

Nội dung bài viết

Ung thư phổi di căn là gì?

Nguyên nhân ung thư phổi di căn

Dấu hiệu ung thư phổi di căn

Chẩn đoán ung thư di căn

Cách điều trị ung thư phổi di căn

Cách phòng ngừa di căn

Ung thư phổi di căn gây đau đớn, ảnh hưởng tiêu cực tới sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân. Phổi là cơ quan quan trọng trong lồng ngực có chức năng hấp thu oxy và thải carbon dioxide (CO2) khi hít thở. Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới. Những người hút thuốc có nguy cơ cao bị ung thư phổi, mặc dù ung thư phổi cũng có thể xảy ra ở những người chưa bao giờ hút thuốc.

Ung thư phổi di căn có nghĩa là các tế bào ung thư tự tách khỏi khối u và di chuyển vào hệ thống máu hoặc bạch huyết đến các khu vực khác trong cơ thể.

Cũng giống như những ung thư khác,ung thư phổithường không di căn ngay lập tức. Di căn thường là một quá trình diễn ra từ từ, ít gây ra bất kì tác dụng phụ nào cho đến khi các khối u trở nên đủ lớn để ảnh hưởng đến các cơ quan xung quanh.

Bệnh lý này thường ở giai đoạn 3 hoặc 4, tùy thuộc vào mức độ phát triển và lan rộng của ung thư.

Khi các tế bào ung thư tích tụ trong phổi, chúng có thể từ từ xâm lấn các mô khỏe mạnh lân cận. Trong hầu hết các trường hợp, đầu tiên tế bào ung thư sẽ di căn sang các bộ phận khác của phổi – đây được gọi là di căn tại chỗ. Tuy nhiên nếu các tế bào ung thư di chuyển qua hệ thống bạch huyết đến các bộ phận khác của cơ thể, cuối cùng hình thành các khối u ở các cơ quan khác – đây được gọi à di căn xa.

Không giống với ung thư phổi tái phát. Ung thư phổi tái phát là ung thư trở lại sau khi đã được điều trị, thay vì khối u di chuyển đến các bộ phận khác của cơ thể như làung thư phổi di căn.

Hút thuốc phần lớn gây ra bệnh ung thư phổi, cả ở những người hút thuốc và những người tiếp xúc với khói thuốc. Nhưng ung thư phổi cũng có thể xảy ra ở những người không bao giờ hút thuốc và cả những người tiếp xúc không lâu với khói thuốc. Vì vậykhông có nguyên nhân rõ ràng của ung thư phổi.

Không phải lúc nào cũng gây ra các triệu chứng rõ ràng. Điều này là do các triệu chứng của bệnh lý này có thể giống với triệu chứng của các bệnh ung thư khác.

Nếu xảy ra, triệu chứng cụ thể phụ thuộc vào vùng cơ quan bị ảnh hưởng của cơ thể. Dưới đây là các khu vực mà bệnh lý này thường ảnh hưởng và một số triệu chứng có thể xuất hiện:

Nếu ung thư phổi di căn đếntuyến thượng thậnthì thường không gây ra triệu chứng. Tuy nhiên, nếu khối u lớn, nó có thể gây đau lưng hoặc bụng.

Nếu ung thư ảnh hưởng đến 90% tuyến thượng thận, nó có thể gây suy tuyến thượng thận, dẫn đến chán ăn, sốt, suy nhược, mệt mỏi, buồn nôn, nôn mửa…

Khoảng 30-40% những người bị ung thư phổi giai đoạn cuối di căn xương. Trong trường hợp này, đau là triệu chứng chính và nguy cơ gãy xương tăng lên.

Khoảng 20-35% những người bị di căn não. Các triệu chứng thường gặp trong trường hợp này như là nhức đầu, lú lẫn, mệt mỏi, buồn nôn và suy nhược.

Khiung thư phổi di căngan, các triệu chứng có thể là cảm giác thèm ăn, buồn nôn sau khi ăn và đau dưới hạ sườn phải…

Cáchạch bạch huyếtto ở nách, cổ và dạ dày có thể gợi ý ung thư phổi di căn. Điều đáng chú ý là các hạch này sẽ sưng lên để phản ứng với các vấn đề sức khỏe.

Kiểm tra bệnh lý này sẽ bao gồm kiểm tra các khu vực mà ung thư phổ thường lan rộng.

Bác sĩ sẽ khám lâm sàng và đề nghị các chẩn đoán xét nghiệm nếu nghi ngờ ung thư di căn bằng các xét nghiệm chẳng hạn như:

Xét nghiệm máu.

Xạ hình xương.

Chụp X-quang lồng ngực.

Chụp CT.

MRI.

Siêu âm.

Sinh thiết phổi.

Nội soi phế quản.

Mục tiêu điều trị bệnh lý này là kiểm soát sự phát triển của ung thư và làm giảm các triệu chứng. Kế hoạch điều trị cụ thể sẽ phụ thuộc vào các yếu tố bao gồm:

Tuổi.

Tổng trạng sức khỏe.

Tiền căn bệnh sử.

Vị trí của khối u.

Kích thước của khối u.

Số lượng khối u.

Bác sĩ có thể đề nghị các phương pháp điều trị sau đây:

Hóa trị thường được sử dụng để điều trị. Liệu pháp điều trị này giúp tiêu diệt các tế bào ung thư trong cơ thể. Đây là lựa chọn điều trị ưu tiên khi ung thư tiến triển và đã di căn đến các cơ quan khác trong cơ thể.

Trong một số trường hợp, phẫu thuật cũng có thể được thực hiện để loại bỏ các khối u di căn.

Xạ trị với năng lượng cao giúp tiêu diệt tế bào ung thư.

Ứng dụng laser với ánh sáng cường độ độ cao.

Đặt stent.

Thuốc hóa trị.

Phòng ngừa bệnh lý này rất khó. Các nhà nghiên cứu đang thử nghiệm các phương pháp điều trị phòng ngừa, nhưng vẫn chưa có phương pháp nào là phổ biến. Một cách để ngăn ngừa ung thư di căn là điều trị nhanh chóng bệnh ung thư chính.

Với tiến bộ trong điều trị y học đã làm tăng tuổi thọ của bệnh nhân trong những năm gần đây. Tỷ lệ sống sót đang được cải thiện qua từng năng. Tỷ lệ tử vong do ung thư phổi và phế quản đã giảm khoảng 3,6% mỗi năm. Nếu bạn đã được chẩn đoán mắc bệnh thì hãy đừng quá lo lắng và đến gặp bác sĩ để tư vấn càng sớm càng tốt nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-phoi-di-can-gan/

Nội dung bài viết

Ung thư phổi di căn gan là gì?

Dấu hiệu ung thư phổi di căn gan

Chẩn đoán ung thư phổi di căn

Cách điều trị ung thư phổi di căn gan

Ung thư phổi di căn gan sống được bao lâu

Ung thư phổi – đặc biệt là ung thư phổi không tế bào nhỏ (NSCLC) có thể lây lan sang các bộ phận khác của cơ thể, bao gồm cả gan. Khi ung thư phổi di căn gan xảy ra được gọi là NSCLC di căn hoặc ung thư phổi giai đoạn IV. Dù không thể chữa khỏi, nhiều phương pháp điều trị có thể hỗ trợ giảm nhẹ triệu chứng và giúp bệnh nhân dễ chịu hơn.

Ung thư phổixuất hiện đầu tiên tại phổi gọi là khối u nguyên phát. Sau đó khối u lây lan đến gan, gọi làung thư phổi di căn gan. Khối u này vẫn được gọi là ung thư phổi dù xuất hiện ởgan.

Khi ung thư di căn đến gan, bệnh nhân có thể xuất hiện các triệu chứng như:

Vàng da, vàng mắt.

Đau vùng bụng bên phải (hạ sườn phải).

Xuất hiện khối phồng ở bụng.

Giảm cân.

Chán ăn, mất cảm giác ngon miệng.

Ngứa.

Khi bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi, nếu nhận thấy xuất hiện bất kỳ triệu chứng nào trong các triệu chứng kể trên, hãy tìm gặp bác sĩ sớm nhất có thể để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Để xác định chính xác ung thư phổi di căn gan hay không, các bác sĩ có thể chỉ định bệnh nhân thực hiện một số xét nghiệm sau:

Khi ung thư di căn đến gan có thể làm tăng nồng độ các men gan như alanin transaminase (ALT) và aspartate transaminase (AST). Xét nghiệm máu giúp phát hiện những sự thay đổi đó.

Tia X xuyên thấu mạnh giúp hiển thị rõ nét hình ảnh cắt lớp ngang qua bên trong cơ thể bệnh nhân. Từ đó giúp phát hiện các dấu hiệu ung thư di căn gan và các cơ quan khác của bệnh nhân.

Đây là loại xét nghiệm kết hợp CT với chụp cắt lớp phát xạ positron (PET). Kỹ thuật này sử dụng một lượng nhỏ chất phóng xạ được gọi là bộ đo bức xạ. Các chất phóng xạ này sẽ tích tụ lại, giúp đánh dấu những vùng có ung thư trong cơ thể bệnh nhân. Sau đó chụp cắt lớp để phát hiện nơi ung thư đã di căn.

Mỗi giai đoạn điều trị và nghỉ ngơi (ngưng điều trị) được gọi là một chu kỳ. Mỗi bệnh nhân có thể phải trải qua 4 – 6 chu kỳ.

Các tác dụng phụ của điều trị có thể xảy ra, điển hình như:

Sốt.

Ớn lạnh.

Tăng nguy cơ nhiễm trùng.

Rụng tóc.

Buồn nôn và nôn mửa.

Tiêu chảy hoặc táo bón.

Phát ban.

Tê tay chân.

Những vấn đề khó khăn này sẽ biến mất khi bệnh nhân ngưng điều trị. Hãy lắng nghe sự tư vấn của bác sĩ về thuốc hoặc các phương pháp giảm đau trong quá trình điều trị.

Phẫu thuật thường được lựa chọn điều trị ung thư di căn gan giai đoạn muộn. Phương pháp này đặc biệt hiệu quả đối với một số bệnh nhân ung thư phổi di căn có giới hạn.

Sử dụng các tia năng lượng cao để tiêu diệt tế bào ung thư. Đồng thời ngăn chặn tế bào mới hình thành. Từ đó làm giảm các triệu chứng cho bệnh nhân.

Phương pháp này có thể mang lại vài tác dụng phụ không mong muốn như:

Đỏ ở vùng da được điều trị.

Rụng tóc.

Mệt mỏi.

Một số loại ung thư mang các đột biến gen giúp chúng tồn tại và phát triển. Liệu pháp điều trị NSCLC giai đoạn cuối nhắm vào các protein thúc đẩy sự phát triển của các mạch máu mới. Các protein này nuôi dưỡng tế bào ung thư hoặc làm cho tế bào ung thư phổi di căn gan phát triển nhanh hơn.

Tác dụng phụ của phương pháp này có thể bao gồm:

Lở miệng.

Các vấn đề về hô hấp.

Buồn nôn và nôn mửa.

Tiêu chảy.

Mệt mỏi.

Đau đầu.

Phương pháp điều trị này giúp tăng cường hệ thống miễn dịch của bệnh nhân. – cơ quan bảo vệ cơ thể chống lại vi trùng và ngăn ngừa sự di chuyển của tế bào ung thư. Một loại liệu pháp miễn dịch cho NSCLC có tên là Chất ức chế điểm kiểm soát.

Các trạm kiểm soát là các điểm được “đánh dấu”. Các điểm này giúp hệ thống miễn dịch nhận ra đây là tế bào của cơ thể và không tấn công chúng. Các tế bào ung thư có thể “ẩn nấp” sau các trạm kiểm soát để tránh bị phát hiện. Các chất ức chế điểm kiểm soát sẽ vô hiệu hóa các trạm kiểm soát này. Từ đó hệ thống miễn dịch có thể tìm thấy và tiêu diệt tế bào ung thư di căn.

Tác dụng phụ của phương pháp này có thể là:

Mệt mỏi.

Sốt.

Ngứa.

Tiêu chảy.

Phát ban da.

Theo nhận định của chuyên gia, tỷ lệ sống sau 5 năm của ung thư di căn gan thường thấp, khoảng 3.7%. Trung bình, tiên lượng sống của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn gan là 8 tháng. Đối với ung thư phổi tế bào nhỏ di căn gan thì thời gian sống chỉ còn 2 – 4 tháng nếu không điều trị, và được nâng lên 6 – 12 tháng nếu điều trị đúng cách.

Tuy nhiên, các số liệu này chỉ mang tính tương đối, khả năng sống sau 5 năm củaung thư phổi di căn ganphụ thuộc môi trường sống, tình trạng sức khỏe khi phát hiện bệnh, tinh thần bệnh nhân và sự phát triển của y học.

Ung thư phổi di căn gan là biến chứng ở giai đoạn muộn của ung thư phổi. Khi bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi có xuất hiện bất kỳ triệu chứng lạ nào như đau bụng, vàng da, vàng mắt, ngứa… hãy tìm đến bác sĩ sớm nhất có thể để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Xem thêm:Ung thư gan di căn: Triệu chứng, chẩn đoán và cách điều trị

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-phoi-di-can-len-nao/

Nội dung bài viết

Ung thư phổi di căn lên não là gì?

Dấu hiệu ung thư phổi di căn lên não

Chẩn đoán ung thư phổi di căn lên não

Cách điều trị ung thư phổi di căn lên não

Ung thư phổi di căn não sống được bao lâu?

Ung thư phổi đã và đang ngày càng trở nên phổ biến. Không chỉ khu trú ở phổi, khối u còn có khả năng di chuyển đến nhiều nơi trong cơ thể. Có hay không khả năng ung thư phổi di căn lên não? Làm cách nào để nhận biết điều đó? Bác sĩ Phan Văn Giáo sẽ cùng bạn giải đáp ngay sau đây!

Ung thư bắt đầu ở một nơi trong cơ thể và lây lan sang nơi khác được gọi là di căn. Ung thư phổi di căn lên não nghĩa làung thư phổi nguyên phát gây ra ung thư thứ phát ở não.

Theo một nghiên cứu uy tín, khoảng 20 đến 40% người trưởng thành mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ (NSCLC) sẽ phát triển và di căn não tại một thời điểm nào đó trong thời gian mắc bệnh.1Ngoài não còn có các vị trí di căn thường gặp là:

Nơi khác trong phổi và đường hô hấp.

Gan.

Tuyến thượng thận.

Xương.

Não và hệ thần kinh

Nếu bạn hoặc người thân được chẩn đoánung thư phổi, hãy chú ý đến các triệu chứng di căn não, gồm:

Giảm trí nhớ, kém tập trung và giảm khả năng suy luận.

Đau đầu.

Buồn nôn và nôn mửa.

Đi đứng loạng choạng.

Nói khó.

Cảm giác tê, ngứa ran.

Co giật.

Nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào kể trên, hãy đến gặp bác sĩ ngay lập tức để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Bên cạnh các triệu chứng kể trên, chẩn đoán hình ảnh có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong chẩn đoán. Các phương pháp hình ảnh được sử dụng có thể gồm:

MRI.

CT – scan.

Đôi khi, các bác sĩ sẽ tiến hành sinh thiết khối u để xác định chính xác có ung thư di căn lên não hay không.

Yếu tố ảnh hưởng đến lựa chọn phương pháp điều trị:

Loại ung thư nguyên phát đã được chẩn đoán.

Số lượng, vị trí và kích thước các khối u trong não.

Khả năng di truyền của tế bào ung thư.

Tuổi tác và sức khỏe.

Thất bại trong các phương pháp điều trị khác.

Các phương pháp điều trị:

Nhìn chung, điều trị ung thư di căn não phụ thuộc vào loại ung thư phổi ban đầu. Có một điều cần lưu ý rằng khiung thư phổi di căn lên não, nó vẫn được coi là ung thư phổi, không phải ung thư não.

Các phương pháp điều trị chính cho sự di căn não:

Do sự hiện diện của hàng rào máu não – mạng lưới mao mạch chặt chẽ ngăn độc tố tấn công não, một số loại thuốc hóa trị không thể vượt qua. Hóa trị chỉ hỗ trợ giảm kích thước khối u trong phổi. Từ đó giảm biến chứng di căn lên não.

Phẫu thuật có thể được lựa chọn là tuyến phòng thủ đầu tiên của di căn não nếu:

Không có nhiều khối u.

Bệnh được kiểm soát tốt.

Tình trạng sức khỏe bệnh nhân tại thời điểm phát hiện bệnh tốt.

Đây là phương pháp ít được lựa chọn. Chỉ sử dụng phẫu thuật khi khối u dễ tiếp cận. Có thể lựa chọn cắt bỏ u hoàn toàn hoặc một phần để làm giảm nhẹ các triệu chứng.

Có thể xạ trị toàn bộ não nếu có khối u di căn lên não. Phương pháp này cũng có thể thực hiện kèm theo sau phẫu thuật để giảm sự lây lan ung thư. Đây có thể là một lựa chọn tốt nếu tế bào ung thư có nguy cơ lan rộng, biến chứng.

Tuy nhiên, xạ trị toàn bộ não không được thiết kế riêng để chữa ung thư. Các tác dụng phụ thường gặp là suy giảm trí nhớ, mệt mỏi, phát ban da. Các bác sĩ có thể chỉ định thêm thuốc làm giảm rối loạn chức năng nhận thức do phương pháp điều trị này.

Đây là liệp pháp bức xạ liều cao nhắm vào một phần não cụ thể. Thường sử dụng cho bệnh nhân có ít khối u. Vì vậy, tác dụng phụ thường ít nghiêm trọng hơn, đồng thời tỷ lệ sống sót cao hơn phương pháp xạ trị toàn bộ não.

Cục Quản lý Dược phẩm và Thực phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã phê duyệt các thuốc ức chế chốt kiểm soát miễn dịch như Nivolumab, Ipilimumab, Pembrolizumab, Atezolimumab, Durvalumab trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tại Việt Nam, Pembrolizumab và Atezolimumab đã được Bộ Y tế cấp phép sử dụng.2

Với mục tiêu là các đột biến gây ung thư, thuốc điều trị trúng đích nhắm thẳng đến các mục tiêu này. Tương tự như hóa trị, các thuốc này kiểm soát khối u tại phổi, hạn chế ung thư phổi di căn lên não.

Xem thêm:Những phương pháp điều trị ung thư phổi mà bạn nên biết

Nếu ung thư phổi đã di căn lên não, tiên lượng sẽ không tốt. Thời gian sống trung bình của bệnh nhân ung thư phổi di căn não thườngdưới 1 năm.3

Khi di căn được phát hiện kịp thời tại giai đoạn sớm, hơn 60% bệnh nhân có thể sống đến 2 năm hoặc lâu hơn.

Ung thư phổi di căn lên nãolà một biến chứng tiên lượng xấu. Khi thấy bản thân hoặc người thân được chẩn đoán ung thư phổi mà xuất hiện các triệu chứng: đau đầu, buồn nôn, giảm trí nhớ, co giật, động kinh, hãy tìm gặp bác sĩ sớm nhất có thể để được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Với các phương pháp điều trị tiên tiến hiện nay cùng sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân, khả năng kéo dài thời gian sống của ung thư phổi di căn não ngày càng được nâng cao.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/trieu-chung-ung-thu-phoi-giai-doan-cuoi/

Nội dung bài viết

Mức độ nguy hiểm ung thư phổi giai đoạn cuối

Triệu chứng ung thư phổi giai đoạn cuối

Ung thư phổi giai đoạn cuối có chữa khỏi không?

Chăm sóc người bệnh ung thư phổi giai đoạn cuối

Ung thư phổi giai đoạn 4 (hay còn gọi là giai đoạn cuối) là khi ung thư đã di căn từ phổi đến các cơ quan khác trong cơ thể. Tiên lượng bệnh hoặc những triệu chứng ung thư phổi giai đoạn cuối thường được nhiều người quan tâm. Hãy cùng Bác sĩ Nguyễn Phú Lộc tìm hiểu qua bài viết sau.

Ung thư phổilà nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở Hoa Kỳ. Năm 2022, ước tính khoảng 236.740 trường hợp mới (117.910 ở nam giới và 118.830 ở phụ nữ) ung thư phổi và phế quản sẽ được chẩn đoán và 130.180 trường hợp tử vong được ước tính xảy ra do bệnh.1

Chỉ 21,7% bệnh nhân ung thư phổi còn sống từ 5 năm trở lên sau chẩn đoán. Con số này bao gồm bệnh nhânung thư phổi không tế bào nhỏ(NSCLC) và người bịung thư phổi tế bào nhỏ(SCLC). Từ 2009 đến 2018, tỷ lệ mắc ung thư phổi giảm gần 3% ở nam giới và 1% ở phụ nữ. Dù tỷ lệ mắc ung thư phổi đã giảm nhưng trường hợp tử vong do ung thư phổi vẫn cao hơn so vớiung thư vú,ung thư tuyến tiền liệt, đại trực tràng và não cộng lại.1

Hầu hết bệnh ung thư phổi không gây ra bất kỳ triệu chứng nào cho đến khi chúng tiến triển. Nhưng vẫn có một số người bị ung thư phổi giai đoạn sớm có thể có triệu chứng. Hầu hết các triệu chứng là do nguyên nhân khác ngoài ung thư phổi. Tuy nhiên, nếu có bất kỳ vấn đề nào trong số này, phải gặp bác sĩ ngay để nguyên nhân có thể được tìm thấy và điều trị, nếu cần. Các triệu chứng phổ biến của ung thư phổi là:2

Hokhông biến mất hoặc trở nên tồi tệ hơn.

Ho ra máu hoặc đờm có màu rỉ sét.

Khó thở.

Giảm cân không giải thích được.

Cảm giác mệt mỏi.

Viêm phế quản vàviêm phổikhông biến mất hoặc tiếp tục tiến triển.

Nếu ung thư phổi lan sang các bộ phận khác của cơ thể, nó có thể gây ra:2

Đau xương (như đau ở phía sau lưng hoặc hông).

Đau đầu, yếu hoặc tê cánh tay hoặc chân,chóng mặt,các vấn đề cân bằng hoặc co giật.

Một số bệnh ung thư phổi có thể gây ra hội chứng, là nhóm các triệu chứng cụ thể:2

Ung thư ở phần trên của phổi đôi khi được gọi là khối u pancoast. Các khối u pancoast có thể ảnh hưởng đến một số dây thần kinh gây ra một nhóm các triệu chứng gọi làhội chứng Horner. Hội chứng gây rủ hoặc yếu một mí, không tiết mồ hôi ở cùng một phía của khối u pancoast. Đôi khi cũng có thể gây đau vai nghiêm trọng.

Tĩnh mạch chủ trên là một tĩnh mạch lớn mang máu từ đầu và cánh tay xuống tim. Nó đi bên cạnh phần trên của phổi phải và các hạch bạch huyết bên trong ngực. Các khối u trong khu vực này có thể ấn vào tĩnh mạch chủ trên, có thể khiến máu sao lưu trong tĩnh mạch, dẫn đến sưng ở mặt, cổ, cánh tay và ngực trên. Nó cũng có thể gây đau đầu, chóng mặt và thay đổi ý thức nếu nó ảnh hưởng đến não. Mặc dù hội chứng SVC có thể phát triển dần dần theo thời gian, nhưng trong một số trường hợp, nó có thể trở nên đe dọa đến tính mạng và cần phải được điều trị ngay lập tức.

Trong tình trạng này, các tế bào ung thư tạo ra ADH, một loại hormone khiến thận giữ nước, làm giảm mức độ muối trong máu. Các triệu chứng của SIADH có thể bao gồm mệt mỏi, mất cảm giác thèm ăn, yếu cơ hoặcchuột rút,buồn nôn, nôn, bồn chồn và nhầm lẫn.

Trong tình trạng này, các tế bào ung thư tạo raACTH, một loại hormone làm cho tuyến thượng thận tạo racortisol. Điều này có thể dẫn đến các triệu chứng như tăng cân, dễ bầm tím, yếu, buồn ngủ.Hội chứng Cushingcũng có thể gây ra huyết áp cao, lượng đường trong máu cao hoặc thậm chí làbệnh tiểu đường.

Mục đích của điều trị ung thư phổi giai đoạn cuối là giảm các triệu chứng, kiểm soát ung thư và kéo dài tuổi thọ. Bệnh nhân ung thư phổi tiến triển thường có triệu chứng và yêu cầu can thiệp nhanh chóng. Điều trị ngay lập tức phải được thực hiện dựa trên các triệu chứng lâm sàng. Trong một số trường hợp, đây là cách điều trị thích hợp để điều trị tại chỗ trước khi điều trị toàn thân, chẳng hạn như triệu chứng thần kinh trung ương, đau do di căn xương hoặc tạo máu không kiểm soát được.

Phương pháp giảm nhẹ triệu chứng cụ thể có tác dụng sâu rộng, bao gồm nâng cao chất lượng cuộc sống và cải thiện khả năng điều trị.3

Ung thư phổi khi đã di căn không có khả năng được chữa khỏi. Người bệnh giai đoạn này thường không được điều trị tại chỗ. Cụ thể là phương pháp phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và liệu pháp toàn thân. Phương pháp điều trị tại chỗ cũng có thể được sử dụng để giảm các triệu chứng do di căn.

Hóa trị có thể được dùng cho ung thư phổi không tế bào nhỏ ở giai đoạn 4 nếu không có thay đổi di truyền (đột biến) được xác định trong các khối u ung thư phổi. Sự kết hợp thuốc hóa trị phổ biến nhất được sử dụng để điều trị ung thư phổi tế bào không tế bào giai đoạn 4 là cisplatin hoặc carboplatin với gemcitabine. Các kết hợp hóa trị khác có thể được sử dụng bao gồm: cisplatin hoặc carboplatin và docetaxel (taxi); Carboplatin và paclitaxel; Gemcitabine và Docetaxel; Gemcitabine và Vinorelbine; Cisplatin và pemetrexed (Alimta) – chỉ được sử dụng cho các loại ung thư phổi không tế bào nhỏ loại không phải tế bào gai.

Pemetrexed cũng có thể được chỉ định như là liệu pháp duy trì để làm chậm sự tái phát của ung thư phổi nếu ung thư đã đáp ứng với hóa trị. Các loại thuốc đơn độc có thể được cung cấp để điều trị ung thư phổi tế bào không nhỏ ở giai đoạn 4 nếu thể trạng bạn không tốt. Các loại thuốc được sử dụng bao gồm: Gemcitabine, paclitaxel, Docetaxel.

Liệu pháp nhắm mục tiêu có thể được cung cấp thay vì hóa trị liệu cho ung thư phổi không tế bào nhỏ ở giai đoạn 4 nếu có những thay đổi di truyền đối với các tế bào ung thư phổi. Loại liệu pháp được nhắm trúng đích được đưa ra sẽ phụ thuộc vào loại đột biến gen được xác định. Đôi khi những thay đổi di truyền được tìm thấy trong các tế bào trong quá trình hóa trị. Nếu vậy, bạn có thể điều trị nhắm trúng đích khi hóa trị liệu kết thúc hoặc bác sĩ có thể chuyển bạn sang thuốc trị liệu được nhắm trúng đích.

Một số liệu pháp nhắm trúng đích thường dùng:

EGFR dương tính với giai đoạn 4 ung thư phổi tế bào không phải là tế bào có thể được điều trị bằng erlotinib (Tarceva), gefitinib (IRESSA) hoặc osimertinib (Tagrisso) thay vì hóa trị.

Đột biến EGFR chèn exon 20: Amivantamab (Rybrevant) có thể được cung cấp cho ung thư phổi tế bào không nhỏ ở giai đoạn 4 với đột biến chèn EGFR exon 20 nếu không đáp ứng hoặc ngừng đáp ứng với hóa trị với cisplatin hoặc carboplatin.

Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn 4 có đột biến ALK có thể được điều trị bằng crizotinib (xalkori), ceritinib (zykadia), alectinib (alecensaro) hoặc brigatinib (alunbrig).

ROS1 dương tính với giai đoạn 4 ung thư phổi không tế bào nhỏ có thể được điều trị bằng crizotinib hoặc Entrectinib (Rozlytrek).

Đột biến KRAS G12C có thể sử dụng Sotorasib (Lumakras)

Giai đoạn 4 ung thư phổi không tế bào nhỏ với BRAF V600E dương tính có thể điều trị bằng sự kết hợp của dabrafenib (Tafinlar) và trametinib (Mekinist).

Điều trị bằng thuốc thần kinh tyrosine (NTKR): Đột biến trong gen NTRK có thể gây tăng sinh tế bào và dẫn đến các tế bào và ung thư bất thường. Các tế bào ung thư có những thay đổi đối với gen này được gọi là TRK Fusion dương tính. Giai đoạn 4 ung thư phổi tế bào không tế bào nhỏ với TRK Fusion dương tính có thể được điều trị bằng Larotrectinib (Vitrakvi).

Đột biến mất MET exon 14: có thể sử dụng Tepotinib (Tepmetko) hoặc capmatinib (Tabrecta).

Gen RET tạo ra một protein chịu trách nhiệm cho các tín hiệu trong các tế bào và trong sự phát triển của tế bào. Các tế bào ung thư có những thay đổi trong gen RET được gọi là RET Fusion dương tính (RET+). Giai đoạn 4 RET+ Ung thư phổi không tế bào nhỏ có thể được điều trị bằng Gavreto (Pralsetinib) hoặc Retevmo (Selpercatinib) thay vì hóa trị.

Các chất ức chế tạo mạch: Bevacizumab (Avastin, Mvasi, Zirabev) là một loại liệu pháp nhắm mục tiêu gọi là chất ức chế tạo mạch. Nó nhắm mục tiêu là một protein gọi là yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu (VEGF), giúp các mạch máu mới phát triển. Bevacizumab được kết hợp với thuốc hóa trị carboplatin và paclitaxel.

Liệu pháp miễn dịch có thể được cung cấp cho ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn 4. Pembrolizumab (keytruda) có thể dùng điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ biểu hiện nhiều PD-1. Atezolizumab (Tecentriq) có thể dùng một mình hoặc kết hợp với bevacizumab (avastin) hoặc thuốc sinh học, paclitaxel và carboplatin là phương pháp điều trị đầu tiên đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ không có đột biến gen EGFR hoặc ALK. Nó chặn protein PD-L1 trên các tế bào đang tạo ra quá nhiều protein này.

Nivolumab (OPDIVO) kết hợp với ipilimumab (Yervoy) có thể được sử dụng làm phương pháp điều trị đầu tiên cho ung thư phổi tế bào không di căn không có đột biến gen EGFR hoặc ALK và có rất ít PD-L1 trong các tế bào ung thư. Nivolumab và ipilimumab cũng có thể được sử dụng kết hợp với cisplatin hoặc carboplatin cộng với một loại thuốc hóa trị khác.

Liệu pháp xạ trị chùm tia bên ngoài có thể được sử dụng cho ung thư phổi không tế bào nhỏ ở giai đoạn 4 nếu không thể hóa trị. Nó cũng được sử dụng để làm giảm các triệu chứng do ung thư (xạ trị giảm nhẹ). Có thể xạ trị để điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ đã lan sang xương hoặc não.

Có thể phẫu thuật để điều trị ung thư phổi không tế bào ở giai đoạn 4 đã lan sang tuyến thượng thận, não hoặc gan. Vớiung thư phổi di căn não, phẫu thuật khi chỉ có một khu vực ung thư được tìm thấy trong não. Đối vớiung thư phổi di căn gan, có thể phẫu thuật nếu có một hoặc một vài khu vực ung thư được tìm thấy gần nhau.

Mục tiêu của việc chăm sóc người bệnh ung thư phổi là hỗ trợ giảm nhẹ các triệu chứng.6

Hãy cho bác sĩ biết nếu bệnh nhân cảm thấy khó thở. Các tình trạng:thiếu máuhoặc nhiễm trùng phổi, cũng có thể khiến bạn cảm thấy khó thở. Những tình trạng này thường có thể được điều trị.

Bên cạnh đó, những hành động sau có thể hỗ trợ giảm nhẹ triệu chứng cho người bệnh:

Ngủ ở tư thế cao: dùng ghế tựa hoặc chống đỡ trên giường để ngủ ở tư thế thẳng đứng hơn.

Vận động: Bài tập nhẹ nhàng có thể giúp đỡ nhưng cần kiểm tra trước với bác sĩ.

Sử dụng quạt cầm tay tạo không khí mát mẻ trên khuôn mặt nếu bạn cảm thấy khó thở. Ngồi bên một cửa sổ mở cũng có thể hữu ích trong trường hợp này.

Thư giãn bằng cách lắng nghe một bản nhạc nhẹ nhàng hoặc thiền định. Điều này có thể cho phép bạn kiểm soát sự lo lắng và thở dễ dàng hơn.

Có những cách khác nhau để kiểm soát cơn đau. Ngoài thuốc, xạ trị và hóa trị có thể giảm đau bằng cách thu hẹp khối u phổi.

Lời khuyên để đối phó cơn đau là theo dõi tình trạng, tần suất và mức độ đau của bạn. Song song với quá trình đó, bạn nên uống thuốc thường xuyên, ngay cả khi bạn không bị đau. Bên cạnh đó, cần liên hệ với bác sĩ để được hướng dẫn cụ thể.

Bạn nên chọn những loại thực phẩm tốt cho sức khỏe, chứa nhiều dinh dưỡng vàproteincao. Bên cạnh đó, bạn cũng nên chia nhỏ các bữa ăn (từ 5 đến 6 bữa/ngày).

Trên đây là những thông tin vềtriệu chứng ung thư phổi giai đoạn cuối. Giai đoạn này, việc điều trị gặp nhiều khó khăn và cần giảm nhẹ triệu chứng cho người bệnh. Khi nhận thấy có dấu hiệu bất thường nên đi khám để phát hiện bệnh và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-phoi-giai-doan-dau/

Nội dung bài viết

Các dấu hiệu ung thư phổi giai đoạn đầu

Ung thư phổi giai đoạn đầu chữa như thế nào?

Ung thư phổi giai đoạn đầu sống được bao lâu?

Ung thư phổi giai đoạn đầu có tái phát không?

Ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh lý ung thư. Bệnh phổ biến ở nhiều độ tuổi, nhưng hay gặp là từ 55 đến 65 tuổi. Gần đây, bệnh có xu hướng xuất hiện ở những người trẻ tuổi nhiều hơn. Triệu chứng trong giai đoạn đầu rất mập mờ và giống với nhiều bệnh khác. Nhưng nếu được phát hiện sớm thì có thể có phương pháp điều trị hiệu quả hơn rất nhiều.

Khả năng điều trị thành công ung thư phổi giai đoạn đầu lên đến 80%. Dĩ nhiên là vẫn phải tiếp tục theo dõi và thực hiện các biện pháp khác để đầy lùi hoàn toàn. Do đó việc phát hiện được bệnh càng sớm thì càng có hiệu quả trong phác đồ điều trị.

Ung thư phổicó hai loại chính là ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư phổi không tế bào nhỏ. Trong đó, có 9 trên 10 người mắc ung thư phổi thuộc loại ung thư phổi không tế bào nhỏ. Vì vậy, đa số các hệ thống phân loại là phân loại ung thư phổi không tế bào nhỏ. Bảng phân độ hay được sử dụng nhất là phân độ TNM, viết tắt của T (Tumour) – N (Nodes) – M (Metastatis).

T (Tumour) mô tả kích thước khối u, độ lan rộng của khối u.

N (Nodes) mô tả mức độ lan của khổi u. Khối u đã lan rộng tới các hạch bạch huyết gần đó chưa.

M (Metastatis) nghĩa là di căn. Cho biết khối u đã di căn đến các cơ quan khác như não, xương, gan… hay chưa.

Bảng phân độ TNM chi tiết khá phức tạp. Theo TNM,ung thư phổi giai đoạn đầulà giai đoạn 0 và giai đoạn I. Trong giai đoạn I được chia nhỏ thêm hai giai đoạn là IA và IB. Biết giai đoạn, loại và cấp độ sẽ giúp bác sĩ có một kế hoạch điều trị thích hợp.

Giai đoạn 0:Khối u chỉ ở các lớp tế bào trên cùng lót đường dẫn khí và chưa xâm lấn sâu hơn vào các mô phổi khác. Tế bào ung thư chưa lan đến các hạch bạch huyết lân cận và các cơ quan khác của cơ thể.

Giai đoạn IA: Khối u chỉ khu trú trong phổi và kích thước nhỏ hơn 3 cm. Giai đoạn này được chia nhỏ hơn nữa dựa vào kích thước khối u

IA1: nhỏ hơn 1 cm, hoặc không xâm lấn.

IA2: từ 1 đến 2 cm.

IA3: từ 2 đến 3 cm.

Giai đoạn IB: Khối u vẫn chưa lan đến hạch bạch huyết lân cận. Giai đoạn này có thể được xác định theo hai cách: Một là khối u kích thước từ 3 đến 4 cm. Hoặc hai là khối u có kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 4 cm nhưng thỏa 1 trong các yếu tố sau:

Khối u nằm trong phế quản chính nhưng không phải tại chỗ chia đôi.

Khối u lan đến màng phổi.

Phổi đã xẹp hoặc viêm.

Vì là ung thư phổi giai đoạn đầu nên những biểu hiện, triệu chứng của bệnh rất mập mờ. Do đó cần phải đặc biệt chú ý về các dấu hiệu của bệnh thì mới có thể phát hiện bệnh sớm. Một số triệu chứng có thể gặp trong giai đoạn đầu:

Sụt cân đột ngột: Theo Hiệp hội Ung thư Lâm sàng Hoa Kỳ (ASCO), sụt cân của thể là dấu hiệu sớm nhất của ung thư. Ước tính khoảng 40% có sụt cân đột bất thường khi có chẩn đoán ung thư.

Khó thở: Khó thở có thể triệu chứng sớm của ung thư phổi giai đoạn đầu dù triệu chứng này gặp ở rất nhiều bệnh lý khác. Có thể có khó thở mà không ho.

Ho: Ho khan thường xuyên, ho ra đờm, ho dai dẳng và liên tục, đặc biệt ho nhiều vào gần sáng. Đôi lúc ho ra máu. Ho đờm có thể thay đổi màu sắc và số lượng.

Đau ở lưng, ngực và vai: Sở dĩ có đau lưng, ngực, vai là có ít dây thần kinh đến phổi do khối u. Nhưng, vì là ung thư phổi giai đoạn đầu cảm nhận mức độ đau ở mỗi người là khác nhau.

Khác: Giọng nói thay đổi, khàn. Sức đề kháng kém khiến cơ thể cảm thấy mệt mỏi, cảm, sốt. Triệu chứng ít gặp hơn như: nuốt khó, màu sắc ngón tay và móng tay thay đổi.

Nếu được can thiệp sớm, ung thư phổi giai đoạn đầu cóthể tỷ lệ điều trị thành công rất cao. Phương pháp thông thường là phẫu thuật, hóa trị hoặc xạ trị. Xạ trị là một lựa chọn nếu bạn không thể hoặc không muốn phẫu thuật.

Phẫu thuật thường là lựa chọn điều trị đầu tay. Dựa vào kích thước và vị trí khối u có thể có nhiều loại phẫu thuật khác nhau. Truyền thống nhất là mổ hở. Hiện nay phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực với hỗ trợ quay video (VAS) có thể sử dụng. Ít xâm lấn chính là ưu điểm lớn nhất của phương pháp này. Tuy nhiên, không phải khối u nào cũng có thể loại bỏ bằng cách này.

Hóa trị là phương pháp điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật. Các thuốc hóa trị có khả năng tấn công bất kỳ tế bào ung thư nào sắp lan rộng ra ngoài khối u. Nhưng các thuốc này không được phát hiện bằng các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh. Tiêu diệt các tế bào di căn tiềm ẩn này có thể giúp ngăn ngừa sự tái phát của ung thư.

Đây cũng là phương pháp điều trị bổ trợ cho bệnh nhân sau khi phẫu thuật ung thư phổi. Phương pháp hiện đại là xạ trị lập thể định vị thận (SBRT) có thể được thực hiện. Nhưng chỉ sử dụng đối với người bệnh có khối u giai đoạn đầu nhưng không thể phẫu thuật. Nghiên cứu cho thấy hiệu quả của phương pháp này tương đương với hiệu quả khi phẫu thuật.

Hiện nay, các chuyên gia khuyến khích nên làm xét nghiệm gen khi bị ung thư phổi không tế bào nhỏ. Các nghiên cứu mức độ phân tử sẽ giúp phát hiện đột biến gen hoặc sự sắp xếp lại gen. Thuốc tác động trúng các gen đột biến sẽ gây ra những thay đổi di truyền trong khối u. Từ đó giúp quá trình điều trị ung thư chính xác hơn.

Đây là một loại hình điều trị ung thư mới. Cơ chế của liệu pháp này là tăng cường hệ thống miễn dịch cơ thể giúp nhận biết và chống lại tế bào ung thư. Bốn loại thuốc đầu tiên dành cho bệnh ung thư phổi đã được phê duyệt vào năm 2015.

Theo thống kê,70 – 92 %người mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn đầu sống sótsau 5 năm. Nhiều bệnh nhân có thể sống lâu hơn 5 năm với các liệu pháp điều trị mới và hiệu quả hơn.

Tỷ lệ sống sót còn có thể tăng hoặc giảm phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Ví dụ như sức đề kháng cũng như tuổi tác của từng bệnh nhân. Người bệnh ở độ tuổi càng trẻ và có sức đề kháng cũng như sức khỏe cao thì tỷ lệ sống sót càng cao. Người vẫn giữ thói quen hút thuốc lá khi có chẩn đoán ung thư phổi sẽ làm giảm tỷ lệ sống sót sau ung thư.

Nói chung, ở giai đoạn càng lớn thì tỷ lệ tái phát sẽ càng cao. Một nghiên cứu chỉ ra rằng trong 3 người mắc ung thư phổi giai đoạn I thì sẽ có 1 người tái phát ung thư.

Bệnh nhân ung thư phổi ở giai đoạn đầu thường được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u. Tuy nhiên, 30–55% bệnh nhân sẽ tái phát bệnh trong vòng 5 năm đầu sau phẫu thuật.

Nguy cơ ung thư phổi tái phát phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Bao gồm: loại ung thư phổi, giai đoạn ung thư phổi khi được chẩn đoán, và các phương pháp điều trị ung thư ban đầu. Hầu hết các bệnh ung thư phổi tái phát trong 5 năm đầu sau chẩn đoán. Vì vậy, người bệnh vẫn được khuyến cáo khám định kỳ để theo dõi tình trạng sức khỏe. Từ đó kịp thời phát hiện những bất thường.

Giai đoạn I của ung thư phổi có thể điều trị được. Bệnh nhân có cơ hội sống thêm 5 năm nữa hoặc thậm chí nhiều hơn. Nhưng việc phát hiện được giai đoạn đầu là một bài toán khó. Trên thế giới chỉ có 20% người bệnh phát hiện ung thư phổi giai đoạn đầu. Mong rằng bài viết trên có thể giúp bạn hiểu rõ hơn các dấu hiệu, triệu chứng để phát hiện và tầm soát sớm nhất có thể.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-ruot-non-va-nhung-dieu-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

Thông tin chung về ung thư ruột non

Triệu chứng của ung thư ruột non

Nguyên nhân gây ung thư ruột non

Các xét nghiệm cần thiết

Bướu ruột non rất hiếm gặp mặc dù ruột non chiếm 80% chiều dài và chiếm 90% niêm mạc đường tiêu hóa. Bướu ruột non chỉ chiếm 5% bướu tiêu hóa và ung thư ruột non chỉ chiếm 1 – 2% toàn bộ ung thư ống tiêu hóa. Vậy những triệu chứng cũng như cách chẩn đoán bệnh là gì? Hãy cùng Bác sĩ Hồ Ngọc Lợi tìm hiểu về bệnh ung thư ruột non qua bài viết dưới đây nhé!

Ruột non(intestines) là đoạn tiêu hóa nối từ phần dưới của dạ dày cho đến manh tràng. Chức năng chính của đoạn ruột này là hấp thụ chất dinh dưỡng.

Xét về mặt ung thư học: dựa vào loại tế bào sinh ung thư, có thể chia ra những loại sau để phù hợp với việc lựa chọn thuốc hóa trị cho các tác nhân tế bào gây ung thư cụ thể:

Ung thư biểu mô tuyến ruột non (adenocarcinoma): Là loại ung thư thường gặp nhất. Bệnh do các tế bào biểu mô tuyến của ruột non gây ra, thường gặp nhiều nhất ở tá tràng.

Khốiu thần kinh nội tiết(carcinoid): Xuất phát từ các tế bào thần kinh điều khiển hoạt động của đoạn ruột này, thường xuất hiện ở phần cuối hồi tràng, manh tràng.

Sarcoma: Xuất phát từ các tế bào mô liên kết ở ruột non.

Lymphoma: Do các khối u của hạch bạch huyết gây ra, thường xuất hiện trên mạc nối.

GISTruột non: Loại u xuất phát từ tế bào đệm của trung mô ruột non.

Ung thư ruột non không có triệu chứng rõ ràng. Phần tá tràng sẽ có các triệu chứng của bệnhviêm loét dạ dày tá trànghoặcxuất huyết dạ dày. Phần hồi tràng sẽ có các triệu chứng của đại tràng lên. Các triệu chứng một khi đã rõ ràng thì hầu như bệnh đã vào giai đoạn muộn.

Các triệu chứng mơ hồ, gồm:

Đau bụng,thượng vịhoặc quanhrốn.

Buồn nôn, nôn.

Sụt cân, mệt mỏi.

Thiếu máu(thiếu máu toàn thể). Tiêu phân đen.

Tiêu chảyvớihội chứng lịvà tiêu nhầy.

Nếu khối u ở vùng tá tràng, có thể có các triệu chứng liên quan đến đườnggan–mật–tụynhư vàng mắt,vàng da, tiêu phân bạc màu…

Khi khối u lớn lên sẽ có các triệu chứng của hội chứng chèn ép:Buồn nôn, nôn,tắc ruột, bí trung đại tiện… Tắc ruột xuất hiện trong 15 – 35% các trường hợp. Có thể sờ được khối u nếu khối u lớn ở 10 – 20% trường hợp.

Thủng ruột: Xuất hiện ở 10% các trường hợp.

Xem thêm:9 điều cần biết về bệnh viêm loét dạ dày: Căn bệnh ngày càng phổ biến

Chưa có ghi nhận rõ về bệnh sinh, nhưng có một số giả thiết đang chờ kết quả khảo sát lớn hơn như:

Bệnh đa polyp ruộtcó yếu tố di truyền, như hội chứng Gardner, hội chứng Peutz Jeghers…

Hội chứng viêm ruột (bệnh Crohn),bệnh Celiac.

Có giả thiết liên quan đến khẩu phần ăn: Ăn nhiều thịt đỏ, thức ăn hun khói, đồ nhiều chất béo động vật, hút thuốc lá, uống rượu bia.

Xem thêm:Bệnh đa polyp gia đình- nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Như đã nói ở trên, các triệu chứng của bệnhung thư ruột nonrất mơ hồ. Khi có vấn đề về đường tiêu hóa, bạn cần đến gặp các bác sĩ chuyên khoa để được khám và xét nghiệm.

Hỏi bệnh sử, những triệu chứng liên quan, khám vùng bụng bằng tay thường không đủ để kết luận. Bác sĩ sẽ cho làm thêm một vài xét nghiệm sau.

Đây là phương pháp xét nghiệm đơn giản nhất. Việc bạn có một khối u đường tiêu hóa thường đi kèm với việc khối u lan rộng. Khi khối u lan ra xung quanh, nhất là ở vùng ruột non, nơi có lượng mạch máu dồi dào, thường dễ gây chảy máu đường ruột rỉ rả. Để phát hiện có chảy máu đường tiêu hóa, đây là phương pháp đơn giản và hiệu quả nhất.

Có sự gia tăng một vài marker ung thư như CA 19-9, CEA, AFP.

Ngoài ra, công thức máu còn cho biết tổng quang về tình trạng dinh dưỡng, lượng máu đã bị rỉ rả tiêu hao. Điều này giúp bác sĩ có cái nhìn tổng quang trong việc đưa ra phác đồ thích hợp.

Xem thêm:10 chỉ số xét nghiệm máu quan trọng bạn cần biết

Đây là một phương pháp cũ, thường chỉ phát hiện được khi u ruột non đã phát triển. Phương pháp này ngày nay ít được sử dụng.

So với khoảng thời gian trước, phương pháp hình ảnh học này ngày càng thông dụng. Nhanh, gọn, rẻ là ưu điểm vượt trội của nó.

Siêu âm dễ dàng phát hiện các u đặc trong ổ bụng. Thậm chí còn phát hiện nếu tình trạng khối u di căn đến màng bụng.

Tuy nhiên, việc đường ruột chứa hơi lại là nhược điểm của siêu âm. Do đó, muốn siêu âm chính xác đòi hỏi sự kiên nhẫn và tỉ mỉ, cũng như sự hợp tác của bệnh nhân dưới hướng dẫn của bác sĩ siêu âm.

Với quá trình phát triển,CT Scandần trở nên phổ biến và không quá đắt đỏ như xưa.

CT Scan cho phép khảo sát chi tiết và tường tận đường tiêu hóa của bệnh nhân.

Phương pháp này còn giúp đánh giá vị trí chính xác khối u, tình trạng di căn xung quanh.

Đây là một trong những phương pháp chính hiện nay giúp phát hiện u đường ruột, nhất là u ruột non.

Đây là phương pháp không xâm lấn cuối cùng nếu tất cả các phương pháp ở trên đều không đánh giá chính xác được vấn đề của bệnh.

Giống như CT Scan,MRIcho phép đánh giá chính xác khối u. Ưu việt của phương pháp này là giúp đánh giá được chính xác nhất bản chất khối u là dạng đặc hay nang hay đã hoại tử bên trong.

Nhìn về mặt tích cực thì MRI cũng có những mặt hạn chế. Giá thành cao là một trong những lý do. Bên cạnh đó, nếu muốn chụp được phim MRI, bệnh nhân cần phải giữ yên rất lâu vùng bụng vì vùng bụng di động theo nhịp thở.

Nhìn chung thì đây là phương pháp hữu hiệu, tiên tiến và khá an toàn.

Đây là phương pháp mới, khá tiên tiến.

Một thiết bị quay phim được thu nhỏ với kích thước to hơn viên thuốc nang bình thường. Bệnh nhân chỉ việc nuốt viên thuốc này và lấy nó ra sau khi đi vệ sinh.

Máy quay sẽ quay toàn bộ hành trình của nó qua ruột của bạn. Chính vì thế, đây là phương pháp khảo sát tiên tiến và không gây khó chịu nhiều nhất.

Điểm mấu chốt là vấn đề giá thành rất cao và ở Việt Nam chưa có bệnh viện hay cơ sở y tế nào áp dụng.

Đây là phương pháp cuối cùng. Bạn sẽ được gây mê và bác sĩ sẽ đưa dụng cụ quang sát thông qua một vết rạch nhỏ trên bụng.

Phương pháp này đánh giá tổng quát và rõ ràng, thực tế nhất tình trạng bụng của bạn. Thậm chí, nếu cần, bác sĩ hoàn toàn có thể dùng dụng cụ để lấy sinh thiết hoặc tiến hành phẫu thuật cắt bỏ khối u đem ra ngoài.

Bài viết trên đây đã đưa ra một số thông tin nổi bật về bệnhUng thư ruột non. Khi bạn có các triệu chứng về đường tiêu hóa như ở trên thì hãy liên hệ với bác sĩ, để được khám và điều trị, cũng như chẩn đoán chính xác, tránh nhầm lẫn với những bệnh của ống tiêu hóa khác.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-thanh-quan-nguyen-nhan-dau-hieu-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Ung thư thanh quản là gì?

Những yếu tố nào làm tăng nguy cơ mắc ung thư thanh quản?

Biểu hiện của ung thư thanh quản

Chẩn đoán ung thư thanh quản như thế nào?

Các giai đoạn của ung thư thanh quản

Ung thư thanh quản được chữa trị như thế nào?

Theo dõi sau điều trị

Những điều bạn cần nhớ

Bạn tình cờ nghe nói về ung thư thanh quản và lo sợ không biết nó có nguy hiểm không ? Làm sao để biết chắc chắn mình có bị bệnh không? Hay cách chữa trị như thế nào nếu không may mắc phải căn bệnh này? Bài viết dưới sẽ cho bạn một cái nhìn rõ hơn về bệnh này. Qua đó giúp bạn tự có quyết định phù hợp trong việc chữa trị căn bệnh này.

Thanh quản là một phần của họng. Thanh quản giúp chúng ta trong việc hít thở, nói chuyện và hỗ trợ việc nuốt.

Ung thư thanh quản bắt nguồn từ các tế bào của thanh quản. Đa số là từ các tế bào vảy (các tế bào mỏng, dẹp lót trong lòng thanh quản). Có thể lan ra xung quanh. Ví dụ như lan tới tuyến giáp, lan xuống khí quản (ống thở) hay thực quản (ống nuốt). Nó cũng có thể lan rộng đến các vùng khác của cơ thể, là một loại ung thư vùng đầu mặt cổ.

Nguy cơ bị tăng cao ở những người hút thuốc lá. Uống nhiều rượu cũng làm tăng nguy cơ ung thư. Đặc biệt khi kết hợp cả hút thuốc lá và uống rượu, nguy cơ mắc sẽ tăng gấp nhiều lần.

Những nguy cơ khác bao gồm:

Tuổi: Thường xảy ra ở người trên 40 tuổi.

Giới tính: thường xảy ra ở nam hơn là nữ.

Người đã từng mắc ung thư vùng đầu mặt cổ: Một số người đã từng mắc ung thư đầu mặt cổ sẽ có nhiều nguy cơ mắc hơn.

Nghề nghiệp: Công nhân tiếp xúc với bụi axit sulfuric, bụi ni-ken hay a-mi-ăng (asbestos) có nguy cơ mắc cao hơn người bình thường.

Chế độ ăn: ăn các thức ăn chế biến sẵn hay thức ăn chiên rán, thiếu vitamin A có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Những triệu chứng dưới đây có thể là biểu hiện. Nhưng chúng cũng có thể là biểu hiện của một bệnh lý khác. Do đó người bệnh thường chủ quan. Nếu  được phát hiện và điều trị sớm, tỷ lệ khỏi bệnh rất cao. Triệu chứng của bệnh phụ thuộc vào vị trí và kích thước của khối u. Các dấu hiệu của bệnh bao gồm:

Khàn tiếng hơn 2 tuần.

Ho kéo dài.

Nuốt khó.

Xuất hiệnu tại vùng cổ. Giai đoạn trễ khi đã di căn hạch.

Sụt cân.

Nếu bạn có bất cứ triệu chứng nào dưới đây, đến khám bác sĩ ngay lập tức:

Khó thở.

Thở rít (thở phát ra tiếng rít cao và ồn).

Loạn cảm họng (cảm giác khó chịu như có vật lạ trong họng).

Ho ra máu.

Để chắc chắn bạn có mắc bệnh hay không, bác sĩ sẽ khám vùng cổ và họng của bạn. Đồng thời có thể cho bạn thực hiện các xét nghiệm dưới đây:

Nội soi thanh quản:Dùng ống nội soi mềm hoặc cứng để quan sát thanh quản.

Sinh thiết:Đây là xét nghiệm quan trọng để kiểm tra một khối là lành tính hay ác tính (ung thư). Được thực hiện bằng cách bấm một mẩu mô nhỏ của thanh quản chỗ nghi ngờ u. Sau khi xử lý sẽ được quan sát dưới kính hiển vi.

CT scan (chụp cắt lớp điện toán):Giúp xác định vị trí và kích thước của khối u. Ngoài còn cho thấy khối u đã lan ra khỏi thanh quản hay các phần lân cận hay chưa.

Nó chia thành các giai đoạn tùy theo: kích thước của khối u và khối u đã lan tới đâu. Ung thư bắt nguồn từ thanh quản có thể lan tới các phần khác của cơ thể thông qua đường mạch máu hay đường bạch huyết. Bạch huyết là một chất lỏng vàng nhạt hay trong suốt chuyên chở các chất thải của cơ thể.

Các giai đoạn của ung thư thanh quản có thể được nhóm thành ung thư giai đoạn sớm và giai đoạn tiến triển:

Giai đoạn sớm (Gồm giai đoạn 0, 1 và 2): khối ung thư còn nhỏ và còn khu trú tại thanh quản. Nghĩa là chưa lan tới các phần khác của cơ thể.

Giai đoạn tiến triển (Giai đoạn 3 và 4): Khối ung thư phát triển lớn hơn và ảnh hưởng đến dây thanh âm. Dây thanh âm nằm trong thanh quản, giúp chúng ta phát ra âm thanh khi nói hay hát. Hoặc khối ung thư đã lan tới các hạch bạch huyết hay các phần khác của cơ thể. Hạch bạch huyết là các cấu trúc nhỏ hình hạt đậu nằm khắp nơi trong cơ thể.

Phù thuộc vào giai đoạn và tùy từng bệnh nhân cụ thể mà các phương pháp điều trị có thể khác nhau. Các phương pháp điều trị  bao gồm: xạ trị, hóa trị hay phẫu thuật. Các phương pháp này có thể được phối hợp.

Là dùng tia X năng lượng cao chiếu vào khối u để tiêu diệt tế bào ung thư. Bằng cách tập trung tia vào các tế bào ung thư để giảm thiểu tổn thương đến các cấu trúc bình thường khác.

Hóa trị là dùng các hóa chất để tiêu diệt hay làm chậm sự phát triển và phân chia của các tế bào ung thư. Những hóa chất này thường được truyền qua đường tĩnh mạch nên có thể có những tác dụng phụ đáng kể.

Tùy vào kích thước và vị trí khối u mà bác sĩ có thể lựa chọn các loại phẫu thuật khác nhau.

Ở giai đoạn sớm, phẫu thuật nhằm mục đích giữ lại các chức năng quan trọng của thanh quản, như phát âm và nuốt. Khi đó có thể lựa chọn phẫu thuật cắt một hoặc hai dây thanh âm. Trong trường hợp ung thư thanh quản tiến triển, phẫu thuật cắt một phần hay toàn bộ thanh quản có thể được thực hiện.

Sau phẫu thuật cắt một phần hay toàn bộ thanh quản, người bệnh cần được phục hồi chức năng nói bằng các liệu pháp ngôn ngữ.

Nên tái khám ít nhất 3 tháng 1 lần trong 2 năm đầu. Sau đó mỗi 6 tháng 1 lần trong 2 năm tiếp theo để phát hiện bất cứ dấu hiệu nào của u tái phát.

Hút thuốc lá và uống rượu nhiều làm tăng đáng kể nguy cơ mắc ung thư thanh quản. Bệnh có thể gây ra các biểu hiện dễ nhầm lẫn với các bệnh lý thông thường khác, nên không được chủ quan.

Khi có các dấu hiệu nghi ngờ, bạn nên đến khám ngay để được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Vì nếu ung thư thanh quản được phát hiện và điều trị sớm, tỷ lệ khỏi bệnh rất cao. Tùy từng giai đoạn bệnh mà bác sĩ sẽ lựa chọn cách điều trị khác nhau. Tham vấn ý kiến bác sĩ của bạn để có được sự điều trị phù hợp nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-thuc-quan-ke-giet-nguoi-tham-lang/

Nội dung bài viết

1. Ung thư thực quản là gì?

2. Nguyên nhân gây bệnh là gì?

3. Những đối tượng nào dễ gặp phải ung thư thực quản?

4. Đâu là các triệu chứng gợi ý?

5. Làm thế nào để chẩn đoán bệnh?

6. Phương pháp điều trị là gì?

Ung thư thực quản là loại ung thư gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Nguyên nhân nằm ở sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị. Ở giai đoạn sớm, bệnh gần như không có biểu hiện lâm sàng khiến cho chúng ta dễ dàng bỏ qua. Khi các triệu chứng xuất hiện đầy đủ thì khả năng điều trị thành công lại rất thấp. Vậy làm sao để có thể phát hiện một cách kịp thời?

Thực quảnlà một ống cơ rỗng, có nhiệm vụ đưa thức ăn từ khoang miệng đếndạ dày. Ung thư xảy ra khi các tế bào lót bên trong của ống này hình thành nên một khối u ác tính. Sự biến đổi có thể xuất hiện bất cứ nơi nào dọc theo chiều dài thực quản.

Như với hầu hết các bệnh ung thư, nguyên nhân gây ung thư thực quản vẫn chưa được biết đến. Nó được cho là có liên quan đến sự bất thường (đột biến) trong DNA của các tế bào thực quản. Các tế bào đột biến này sẽ nhân lên rất nhanh và không bao giờ chết đi. Theo thời gian, chúng tích tụ ngày càng nhiều và trở thành khối u.

Các chuyên gia tin rằng các tế bào thực quản khi bị kích thích liên tục sẽ góp phần vào sự phát triển của ung thư. Một số thói quen và tình trạng có thể gây ra tình trạng này bao gồm:

Uống rượu.

Hút thuốc.

Bệnhtrào ngược dạ dày thực quản(GERD).

Thực quản Barrett(tình trạng niêm mạc thực quản bị tổn thương bởi GERD).

Co thắt tâm vị (bệnh lý đặc trưng bởi phần cơ ở phía cuối thực quản co giãn bất thường).

Thừa cân, béo phì.

Ít ăn rau củ và trái cây.

Những người có nguy cơ mắc ung thư thực quản bao gồm:

Đàn ông có nhiều khả năng mắc bệnh gấp 3 lần so với phụ nữ.

Nguy cơ bắt đầu tăng ở độ tuổi trên 45.

Thường phổ biến hơn ở những người Mỹ gốc Phi.

Người bệnh thường không có triệu chứng trong giai đoạn sớm. Phần lớn các chẩn đoán ung thư thực quản được đặt ra khi ung thư đã tiến triển.

Những than phiền thường gặp có thể bao gồm:

Nuốt khó: Khối u gây hẹp lòng của thực quản, khiến thức ăn lưu thông khó khăn hơn. Đây thường là triệu chứng đáng chú ý đầu tiên.

Nôn mửa: do ứ đọng thức ăn trong thực quản thời gian dài.

Sụt cân.

Ho, đôi khi ho ra máu.

Thay đổi giọng nói: giọng nói có thể trở nên khàn khàn.

Đau và khó chịu trong cổ họng.

Ợ hơi, ợ chua, nóng rát sau xương ức do trào ngược axit.

Bác sĩ sẽ tiến hành thăm khám và hỏi chi tiết về quá trình bệnh cũng như các yếu tố liên quan. Họ có thể yêu cầu thêm các xét nghiệm sau để xác định chẩn đoán, bao gồm:

Nội soi thực quản – dạ dày: Đầu tiên, bác sĩ đưa ống nội soi qua miệng, vào thực quản và về phía dạ dày. Trên đầu ống này có lắp một bóng đèn và một camera. Thông qua đó, bác sĩ sẽ thấy được hình ảnh trực tiếp của thực quản trên màn hình và xác định xem có sự hiện diện của bất kỳ khối u hay bất thường nào không.

Nếu có thắc mắc về quá trình nội soi nói trên, bạn có thể tham khảo bài viết:Giải đáp những thắc mắc thường gặp về nội soi dạ dày, thực quản

Sinh thiết: Bác sĩ sẽ lấy mẫu mô để đánh giá thêm nếu nội soi cho thấy kết quả bất thường. Chúng sau đó được kiểm tra dưới kính hiển vi để xác định xem có bất kỳ tế bào ung thư nào hay không.

Chụp X quang dạ dày có thuốc cản quang: Đầu tiên, bệnh nhân được cho uống một chất lỏng có chứa barium. Kỹ thuật viên sau đó sẽ tiến hành chụp một số hình ảnh X quang tại các thời điểm nhất định. Kết quả thu được sẽ gợi ý có u hay không và u ở vị trí nào.

Siêu âm qua ngả nội soi: Phương pháp này thường được chọn với mục đích khảo sát sự lan rộng của khối u ra các mô xung quanh. Bác sĩ sử dụng một ống nội soi gắn với đầu dò siêu âm, đưa nó qua miệng vào đến khu vực cần khảo sát và tiến hành kiểm tra.

Các phương pháp khác: Chụp CT có thể giúp xác định sự lây lan của ung thư khắp cơ thể.

Mục đích điều trị là loại bỏ toàn bộ khối u hoặc ngăn không cho khối u phát triển. Để đạt được điều này, bác sĩ có thể đề nghị phẫu thuật, hóa trị hoặc xạ trị tùy vào:

Loại tế bào ung thư.

Giai đoạn bệnh.

Tuổi tác và sức khỏe hiện tại của người bệnh.

Các bệnh đi kèm.

Các can thiệp phẫu thuật sau đây có thể giúp những người bị ung thư thực quản:

Cắt thực quản: Bác sĩ phẫu thuật sẽ cắt bỏ một phần của thực quản có chứa khối u và nối lại phần còn lại với dạ dày.

Cắt thực quản – dạ dày: Trong thủ thuật này, bác sĩ phẫu thuật sẽ loại bỏ một phần thực quản chứa u, một phần của dạ dày và các hạch bạch huyết gần đó. Phần còn lại sẽ được nối trực tiếp với nhau.

Trong trường hợp hai đầu thực quản và dạ dày cách quá xa nhau, một phần nhỏ của ruột già được sử dụng để làm trung gian.

Các kỹ thuật không phẫu thuật khác hỗ trợ điều trị ung thư thực quản, bao gồm:

Liệu pháp quang động: Đầu tiên người bệnh được tiêm một chất đặc biệt vào thực quản làm cho các tế bào thêm nhạy cảm với ánh sáng. Bác sĩ sau đó sẽ dùng một ống nội soi có gắn laser để đốt cháy chúng.

Hóa trị: Là phương pháp sử dụng hóa chất để loại bỏ ung thư, trì hoãn hoặc ngăn ngừa tái phát, làm chậm tiến triển hoặc giảm các triệu chứng của bệnh. Chúng có thể được sử dụng trước hoặc sau phẫu thuật hoặc cả hai, có thể kết hợp với xạ trị.

Xạ trị: Là phương pháp sử dụng chùm tia xạ để tiêu diệt tế bào ung thư. Chúng có tác dụng làm hỏng DNA bên trong khối u, phá hủy khả năng sinh sản của chúng. Giống như hóa trị, xạ trị cũng có thể được dùng trước hoặc sau phẫu thuật.

Trong quá trình bệnh, người bệnh có thể không ăn uống được dẫn tới sức khỏe ngày càng kém. Tình trạng này gây ra nhiều khó khăn và ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị. Chính vì lý do đó, người bệnh cần được hỗ trợ để đảm bảo về mặt dinh dưỡng. Các biện pháp thường dùng là:

Đặt stent để giữ cho thực quản luôn thông thoáng.

Đặt ống thông mũi – dạ dày: Một ống bằng nhựa, nhỏ, mềm sẽ được đặt từ mũi miệng xuống tới dạ dày để đảm bảo đường đi cho thức ăn.

Nuôi ăn qua da: Các bác sĩ sẽ tạo một đường thông trực tiếp từ da dày ra một lỗ ở trên da. Thức ăn sau đó sẽ được đưa qua lỗ này để cung cấp dinh dưỡng cho bệnh nhân.

Ung thư thực quảnthật sự là một kẻ thù thầm lặng đối với sức khỏe. Do đó, cần hết sức cẩn thận với các biểu hiện nghi ngờ, đặc biệt là đối với những trường hợp có yếu tố nguy cơ. Đừng chần chừ, hãy đến gặp bác sĩ ngay khi phát hiện triệu chứng bạn nhé! Phát hiện sớm và điều trị thích hợp sẽ mang lại kết quả vô cùng khả quan.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-truc-trang-biet-de-khong-so/

Nội dung bài viết

Vị trí của trực tràng

Ung thư trực tràng

Triệu chứng ung thư trực tràng

Khi nào cần đi gặp bác sĩ?

Nguyên nhân của ung thư trực tràng

Làm cách nào để ngăn ngừa ung thư trực tràng?

Chẩn đoán ung thư trực tràng

Nếu bị ung thư trực tràng, tôi có thể điều trị bằng phương pháp nào?

Ung thư trực tràng có ai mà không sợ, con đường đến cửa tử rất cao. Nếu nghĩ như vậy thì bạn nên tham khảo bài viết này của Bác sĩ Phan Văn Giáo để biết làm thế nào để hạn chế nguy cơ mắc bệnh, cụ thể là ung thư trực tràng. Mà nếu lỡ bản thân hay người quen xui rủi có mắc, cũng biết được những tiến bộ trong y học có thể làm được gì cho bạn, để không còn sợ hãi căn bệnh quái ác này nữa nhé!

Trực tràng là nơi chứa phân trước khi đi qua hậu môn, thải ra ngoài môi trường. Đoạn ruột này dài khoảng 13-15 cm, liên tục với đại tràng xích-ma và hậu môn.

Các tế bào ung thư bắt đầu ở trực tràng thường được gọi là ung thư trực tràng. Không chỉ phát triển, xâm lấn tại trực tràng, các tế bào ung thư này còn lan sang các bộ phận khác của cơ thể, hay còn gọi là di căn.

Ở giai đoạn sớm, ung thư thường không có triệu chứng. Chúng thường xuất hiện khi khối u có kích thước lớn, xâm lấn các cơ quan xung quanh. Khi đó, bạn có thể bắt gặp các dấu hiệu sau:

Thay đổi thói quen đi tiêu như tiêu chảy, táo bón hoặc phân nhỏ dần, kéo dài hơn một vài ngày.

Cảm giác mót rặn. Mắc đi cầu nhưng không có phân hoặc đi xong vẫn còn mắc cầu, muốn đi nữa.

Có máu trong phân, thường là máu đỏ bầm, hoặc đỏ tươi.

Đau bụng.

Mệt mỏi, không có sức lực.

Sụt cân không rõ lí do.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Bệnh Ung thư trực tràng: cần chuẩn bị gì trước khi khám bệnh?

Các triệu chứng trên ngoài ung thư trực tràng, còn có thể gặp trong các bệnh lành tính khác. Ví dụ như: nhiễm trùng trực tràng, trĩ hoặc hội chứng ruột kích thích. Mà cách xử trí các bệnh này với ung thư là hoàn toàn khác nhau. Vì lẽ đó, nếu có bất kì triệu chứng nào trên đây, đặc biệt là có máu trong phân, hoặc sụt cân nhiều không rõ lí do bạn nên đi gặp bác sĩ để có thể tìm ra nguyên nhân và điều trị phù hợp.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Dấu hiệu và tầm soát ung thư đại trực tràng

Các nhà nghiên cứu tìm thấy một số yếu tố có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư trực tràng. Nhưng bằng cách nào các yếu tố này gây ra ung thư thì vẫn chưa được biết rõ.

Chúng ta biết rằng, ung thư được gây ra bởi những thay đổi trong gen, hay là đột biến. Đột biến này có thể là do di truyền từ bố hoặc mẹ hoặc cả hai. Cũng có thể đột biến này phát sinh trong quá trình sinh trưởng và phát triển. Những thói quen xấu trong ăn uống, hoạt động hằng ngày, tiếp xúc với các chất độc hại, …đều có thể gây đột biến gen.

Chính vì thế biết được nhữngyếu tố nguy cơ nào gây ra bệnh ung thư đại trực tràng, mà có thể thay đổi được, sẽ giúp con người giảm nguy cơ mắc bệnh.

Giống như ung thư đại tràng, tầm soát ung thư trực tràng là vũ khí hiệu quả nhất để phát hiện sớm bệnh. Nên bắt đầu từ năm 45 tuổi (hoặc sớm hơn nếu tiền sử gia đình có polyp hoặc ung thư đại trực tràng). Có nhiều xét nghiệm bạn có thể dùng, nhưng tốt nhất nên gặp bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn.

Ngoài ra, một chế độ ăn lành mạnh, ít thực phẩm chế biến sẵn, tích cực hoạt động thể chất, không rượu bia, thuốc lá, giữ cân nặng hợp lí cũng giúp ích bạn rất nhiều.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Viêm đại tràng có nguy hiểm không?

Dù hiện tại có nhiều xét nghiệm hiện đại, nhưng sự đánh giá của bác sĩ thông qua hỏi bệnh, thăm khám là không thể thiếu. Như vậy sẽ thu hẹp phạm vi chẩn đoán, đồng thời hạn chế việc lạm dụng các phương tiện cận lâm sàng.

Vì thế, mỗi bệnh nhân sẽ được lựa chọn xét nghiệm cho phù hợp, có thể là:

Xét nghiệm máu: chung cho tất cả mọi người, để kiểm tra sức khỏe hiện tại.

Chụp CT hoặc MRI vùng chậu-bụng: Tùy mục đích mà lựa chọn CT hay MRI, vị trí chụp. Thường để đánh giá xâm lấn, di căn của khối u, xếp giai đoạn.

Sinh thiết khối u: Bác sĩ lấy một mẫu nhỏ từ khối đem đi soi dưới kính hiển vi tìm tế bào ung thư. Đây là cách tốt nhất để biết chắc chắn nếu bạn bị ung thư.

Siêu âm trực tràng giúp tìm ung thư và xem nó đã lan rộng chưa.

Và nhiều phương tiện khác nữa.

Bạn có thể tìm hiểu thêm:Những điều cần biết về nội soi trực tràng

Việc lựa chọn phương pháp nào, phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm:

Giai đoạn ung thư.

Tuổi của bạn.

Các bệnh lý đi kèm, tình trạng sức khỏe hiện tại.

Tác dụng phụ và khả năng chịu đựng tác dụng phụ đó của bệnh nhân.

Ung thư trực tràng thường đòi hỏi nhiều hơn một loại điều trị (phương thức), gọi là liệu pháp đa phương thức. Đó là sự kết hợp của hai hoặc nhiều phương thức dưới đây:

Cắt bỏ khối u.

Thường bao gồm hai hoặc nhiều loại thuốc nhắm vào các tế bào ung thư. Ở những người bị ung thư trực tràng, hóa trị thường được sử dụng cùng với xạ trị, trước hoặc sau phẫu thuật.

Sử dụng chùm tia năng lượng cao, chẳng hạn như tia X, để tiêu diệt các tế bào ung thư.

Cũng đưa thuốc vào cơ thể như hóa trị nhưng ít tác dụng phụ hơn. Do thuốc này ảnh hưởng chủ yếu đến các tế bào ung thư và không tác động lến các tế bào bình thường trong cơ thể. Đây là hướng điều trị đang được hướng tới không chỉ trong ung thư mà còn nhiều bệnh lí khác nữa.

Tập trung vào việc cung cấp giảm đau và làm thuyên giảm các triệu chứng khác như tắc ruột, chán ăn…Chăm sóc giảm nhẹ can thiệp vào mọi giai đoạn bệnh. Ngay cả khi bệnh nhân bước vào giai đoạn cuối của bệnh, không thể dùng phương thức khác. Thì chăm sóc giảm nhẹ vẫn có thể giúp bệnh nhân sống thoải mái, an yên hơn vào những ngày tháng còn lại.

Ung thư trực tràngvà điều trị có thể khó khăn, nhưng đó cũng có thể là thời gian để nhìn cuộc sống của bạn theo những cách mới. Bạn không thể thay đổi sự thật rằng bạn bị ung thư, những gì bạn có thể thay đổi là cách bạn đối mặt với những ngày tháng sắp tới. Tùy chọn là ở bạn.

Mọi thông tin trong bài viết mang tính chất tham khảo, các bạn nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa để được chẩn đoán chính xác và điều trị sớm.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-tuyen-giap-dau-hieu-dieu-tri-va-kha-nang-chua-khoi-nhu-the-nao/

Nội dung bài viết

Ung thư tuyến giáp là gì?

Ung thư tuyến giáp sống được bao lâu?

Nguyên nhân ung thư tuyến giáp

Dấu hiệu ung thư tuyến giáp

Ung thư tuyến giáp có chữa được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán ung thư tuyến giáp

Những cách điều trị ung thư tuyến giáp

Chăm sóc sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp

Phòng ngừa ung thư tuyến giáp

Ung thư tuyến giáp là loại ung thư không phổ biến. Chỉ chiếm 1% tổng số trường hợp bệnh ác tính trong dân số chung. Đa phần ung thư tuyến giáp là PTC hoặc FTC, vốn là loại có tiên lượng rất tốt sau điều trị. Các bạn hãy cùng Bác sĩ Võ Hoài Nam tìm hiểu về các dấu hiệu, nguyên nhân và tiên lượng bệnh của ung thư tuyến giáp qua bài viết này.

Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm khoảng 1% tổng số ca ung thư mới chẩn đoán hằng năm. Nhưng chiếm đến 90% số ca ung thư hệ nội tiết (hệ cơ quan chuyên tiết các nội tiết tố trong cơ thể). Theo ACS (American Cancer Society), tại Hoa Kỳ năm 2022 có 43.800 trường hợp mới mắc (11.860 nam và 31940 nữ). Số ca tử vong do ung thư tuyến giáp khoảng 2.230 ca (1.160 nữ và 1.070 nam).1

Carcinom tuyến giáp dạng nhú(papillary thyroid carcinoma – PTC) là dạng thường gặp nhất  của ung thư tuyến giáp. Ngoài ra còn cóung thư giáp dạng nang(Follicular thyroid cancer – FTC), ung thư giáp dạng tủy (Medullary thyroid cancer – MTC) và ung thư giáp dạng không biệt hóa (Anaplastic thyroid cancer – ATC).

Ung thư tuyến giáp là ung thư có cơ hội sống còn rất dài, so với nhiều loại ung thư khác (ung thư phổi, ung thư hạ hầu, mêlanom da…). Tỉ lệ sống còn 5 năm của ung thư tuyến giáp (bất chấp mọi loại giải phẫu bệnh và mọi giai đoạn bệnh) là 90%. Nghĩa rằng chỉ 10% bệnh nhân ung thư tuyến giáp sẽ tử vong trong 5 năm sau chẩn đoán.2

Tỉ lệ sống còn 5 năm của riêng nhóm ung thư tuyến giáp dạng nhú (PTC) giai đoạn sớm là 100%. Giai đoạn di căn hạch vùng là 99%, và giai đoạn muộn là 75%. Đặc biệt, yếu tố tuổi lúc chẩn đoán PTC là rất quan trọng đến tiên lượng sống còn của người bệnh. Cho dù bệnh đã tiến triển, di căn xa nhưng nếu bệnh nhân < 55 tuổi thì sống còn vẫn rất lâu dài (> 2 – 5 năm), trong khi bệnh nhân > 55 tuổi thì lại có tiên lượng rất xấu (< 2 – 5 năm). Ngoài ra, ung thư giáp loại rất hiếm là ung thư giáp dạng không biệt hóa (ATC) thì lại có tiên lượng rất xấu, kể cả giai đoạn sớm.2

Cho tới hiện tại vẫn chưa xác định được nguyên nhân cụ thể gây ung thư tuyến giáp. Ung thư có thể được gây ra bởi những thay đổi DNA làm bật gen sinh ung thư hoặc tắt các gen ức chế khối u.3

Tuy nhiên nhiều báo cáo chỉ ra vài yếu tố nguy cơ của ung thư tuyến giáp, tức nếu người bệnh có một hoặc nhiều yếu tố sau sẽ có xu hướng dễ mắc ung thư tuyến giáp so với nhóm người còn lại, như:4

Giới: Nữ/Nam là 3/1.

Độ tuổi mắc ung thư tuyến giáp đạt đỉnh ở nữ giới là 40 – 50 tuổi, nam giới là 60 – 70.

Béo phì.

ThiếuIodtrong khẩu phần ăn (tăng nguy cơ mắc FTC).

Tiền căn tiếp xúc với tia bức xạ trước đây (sự cố rò rỉ phóng xạ ra môi trường, vụ nổ bom hạt nhân, từng xạ trị vùng đầu cổ để điều trị loại ung thư khác…), tiền căn chụp nhiều phim có tia X (X – quang, phim CT scan vùng đầu cổ…), đặc biệt khi thời điểm chụp càng trẻ tuổi.

Tiền căn gia đình có nhiều người thân trực hệ mắc ung thư tuyến giáp

Tiền căn gia đình có hội chứng di truyền liên quan ung thư tuyến giáp:Hội chứng MEN2,hội chứng đa polyp tuyến gia đình…

Ung thư tuyến giáp dạng nhú có thể được phát hiện trong nhiều tình huống rất đa dạng:5

Phát hiện tình cờ dưới siêu âm tuyến giáp.

Tự sờ thấy bướu, sưng ở vùng cổ (có thể là bướu giáp ác tính, có thể là hạch cổ di căn…).

Khi bệnh tiến triển hơn thì bệnh nhận có thể gây khó thở, nuốt nghẹn, ho dai dẳng,viêm phổitái đi tái lại…

Đôi khi có triệu chứng đau nhức xương, thậm chí gãy xương bệnh lý do đã di căn tới xương. Vài tình huống di căn xương gây chèn ép tủy sống. Dẫn tới yếu hoặc liệt 2 chi dưới, kèm tiêu tiểu không còn tự chủ.

Đôi khi nhức đầu, chóng mặt, nôn ói khi đã di căn tới não. Hoặc đau tức vùng hạ sườn phải khi đã di căn tới gan…

Nếu bạn có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào trong số này, hãy đi khám ngay lập tức. Đa số số các triệu chứng này cũng có thể do các tình trạng không phải ung thư hoặc thậm chí là các bệnh ung thư khác của vùng cổ gây ra.

Ung thư tuyến giáp là một trong những loại ung thư có khả năng điều trị khỏi bệnh lâu dài. Ngoại trừ ung thư giáp dạng kém biệt hóa (loại có tiên lượng cực kỳ xấu). Ung thư giáp dạng biệt hóa (PTC, FTC) sau phẫu thuật +/- điều trị Iod phóng xạ (nếu có chỉ định) thì cơ hội khỏi bệnh rất cao. Ngược lại, ung thư giáp khác (MTC, ATC) thường đến với giai đoạn muộn, và hiệu quả điều trị cũng kém ngoạn mục, dẫn đến nhiều tình huống tái phát, di căn, thậm chí là tử vong.

Hiện tại không có bằng chứng về khả năng trị khỏi ung thư giáp của thuốc nam, thuốc bắc, các loại thảo dược hay các loại vật lý trị liệu nói chung. Việc đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế uy tín là rất quan trọng.

Hiện tại không có chương trình tầm soát ung thư tuyến giáp trên dân số chung. Đa phần các tình huống đến gặp nhân viên y tế khi có triệu chứng bất thường, hoặc ghi nhận bất thường trên siêu âm vùng cổ. Các dấu hiệu mà bạn nên đến khám tại các cơ sở y tế gồm:

Sờ/ nhìn thấy khối vùng cổ.

Khó thở, thở nghe âm rít.

Nuốt nghẹn hoặc nuốt vướng.

Hohoặc khàn tiếng kéo dài > 3 tuần.

Sụt cân không rõ nguyên nhân.

Những phương pháp được sử dụng để chẩn đoán ung thư tuyến giáp như sau:67

Ngày nay siêu âm với độ phân giải cao có thể giúp phát hiện hạt giáp kích thước nhỏ, xác định số lượng, tính chất, đặc, nang, hỗn hợp. Siêu âm giúp xác định tình trạng hạch di căn cổ – hạch trung tâm (nhóm VI).

Dấu hiệu gợi ý ác tính: xâm lấn vỏ bao, tăng sinh mạch máu, vi vôi hóa, echo kém.

Siêu âm hướng dẫn làm chọc hút nhân giáp bằng kim nhỏ (FNA) đúng vị trí cần làm, giúp định vị trí chính xác nơi cần chọc hút đối với bướu hỗn hợp đặc & nang, hay hướng dẫn đến các hạt không sờ thấy trên lâm sàng.

Chẩn đoán hạt giáp trước điều trị.

Chỉ định FNA đối với hạt giáp đường kính > 1 cm sờ thấy trên lâm sàng, nếu thất bại có thể làm lại dưới siêu âm.

Hạt giáp đường kính < 1 cm có yếu tố nghi ngờ trên siêu âm cũng có thể FNA dưới siêu âm.

Giúp đánh giá hạt “nóng”, “lạnh”, góp phần tiên đoán hạt giáp là lành hay ác tính

Đánh giá độ xâm lấn tại chỗ tại vùng, xâm lấn sụn giáp, khí quản, cơ, thực quản, trung thất…

Cẩn thận nếu dùng CT có cản quang Iod trong các trường hợp bệnh nhân có nguy cơ cường giáp tiềm ẩn.

MRIđánh giá xâm lấn mô mềm xung quanh tốt hơn CT scan.

Đánh giá sự gia tăng hoạt động chuyển hóa tế bào thông qua sự hấp thu chất tương đồng glucose có đánh dấu. Nên có giá trị đánh giá các trường hợp tái phát, di căn xa hoặc theo dõi tái phát sau điều trị

Cần thiết đánh giá độ di động dây thanh, đường thở (chèn ép – xâm lấn).

Đánh giá chèn ép khí quản, thòng trung thất.

Đánh giá tình trạng cường giáp, suy giáp trước điều trị

TSHkiểm soát hầu hết các hoạt động chức năng của tuyến giáp, bao gồm việc lấy iod, tổng hợp và tiết T3, T4 vào máu. Ngoài ra nó còn kiểm soát dòng máu qua tuyến giáp và sự lớn lên của tuyến giáp.

Nếu nghi ngờ có viêm giáp tự miễn.

Có giá trị theo dõi tái phát sau điều trị cắt giáp toàn phần.

Bảng:Các giá trị tham khảo bình thường của chỉ số sinh hóa tuyến giáp:8

Nhìn chung, các phương pháp điều trị chính với PTC là phẫu thuật triệt căn và Iod phóng xạ. Các lựa chọn khác ít hiệu quả. Chúng chỉ tỏ ra hữu ích trong vài tình huống là phương pháp xạ trị ngoài và hóa trị. Gần đây nhờ sự phát triển của y học ung thư thì dòng thuốc TKI cũng là 1 lựa chọn cho các bệnh nhân PTC tiến triển – kháng trị với Iod phóng xạ. Đây là thuốc đường uống nên khá tiện lợi. Hiệu quả kéo dài được thời gian bệnh không tiến triển. Tuy nhiên giá thành có thể là một rào cản với nhiều đối tượng bệnh nhân.

Đây là phương pháp lựa chọn chính và hiệu quả để điều trị triệt căn ung thư tuyến giáp dạng nhú. Đa phần các tình huống có thể trị khỏi bệnh lâu dài bởi phẫu thuật đơn thuần.

Những dạng phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp:9

Phẫu thuật cắt bỏ thùy (chứa ung thư).

Cắt bỏ tuyến giáp. Trong đó có phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp hoặc phẫu thuật cắt gần toàn bộ tuyến giáp.

Loại bỏ hạch bạch huyết.

Tuy nhiên phẫu thuật cũng mang lại vài nguy cơ đáng lưu ý. Tuy không quá phổ biến và lệ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên như:9

Chảy máu hậu phẫu.

Nhiễm trùng vết mổ.

Tổn thương thần kinh sau nạo hạch cổ, dẫn đến đau – dị cảm vùng cổ.

Khàn giọng (thoáng qua hoặc kéo dài) tùy thuộc vào mức tổn thương thần kinh hồi thanh quản.

Hạ canxi máu(thoáng qua hoặc kéo dài) tùy thuộc vào mức tổn thương tuyến cận giáp.

Suy giápvĩnh viễn nếu phẫu thuật là cắt trọn tuyến giáp. Các tình huống này sẽ được uống viên bù giáp suốt đời.

Sẹo mổ xấu vùng cổ, hiện có thể phòng ngừa bằng mổ nội soi đường nách.

Các tình huống sau phẫu thuật có nguy cơ tái phát mức độ trung bình – cao (> 5%) thì có thể cần điều trị thêm Iod phóng xạ (I – 131) dạng viên uống. Đây là liệu pháp giúp các tế bào bướu còn sót hoặc tế bào giáp còn sót sẽ bắt lấy phân tử Iod. Sau đó các tia xạ được giải phóng để giết chết các tế bào này. Đây là một ví dụ điển hình của liệu pháp điều trị trúng đích. Tức điều trị tập trung vào các tế bào chuyên bắt Iod: tế bào bướu và tế bào giáp.

Điều quan trọng trước khi dùng Iod phóng xạ là bệnh nhân cần ngưng thuốc bù giáp một khoảng thời gian và chế độ ăn kiêng Iod. Giúp cho liệu pháp Iod phóng xạ sẽ trở nên hiệu quả hơn. Tuy vậy, liệu pháp này vẫn gặp một vài biến chứng cần lưu ý như:10

Buồn nôn, nôn (phổ biến nhưng thoáng qua).

Mệt mỏi, chán ăn, mất vị giác (phổ biến nhưng thoáng qua).

Viêm sưng tuyến nước bọt, khô miệng (phụ thuộc vào liều dùng).

Viêm bàng quang(không phổ biến).

Tiêu chảy, đau bụng (thường thoáng qua).

Suy tủy(không phổ biến, thường sau nhiều đợt điều trị liều cao).

Bệnh lý ác tính hệ tạo huyết (không phổ biến, tăng theo liều điều trị).

Xơ phổinếu bệnh nhân có di căn phổi nhiều nốt và được điều trị Iod phóng xạ liều cao nhiều đợt thì nguy cơ sẽ càng cao.

Một điều rất quan trọng cần lưu ý khi điều trị Iod phóng xạ là sự tuân thủ tuyệt đối quy định an toàn phóng xạ do nhân viên y tế hướng dẫn. Nhằm đảm bảo sự an toàn cho người thân và mọi người xung quanh bệnh nhân. Thường không cần sự cách ly nếu dùng liều thấp (30 mCi), và cần cách ly 2 – 3 tuần nếu dùng liều cao (> 100 mCi). Sau khoảng thời gian cách ly quy định thì người bệnh có thể quay lại sinh hoạt như bình thường.6

Đây không phải là phương pháp điều trị chính trong ung thư tuyến giáp dạng nhú. Bởi vì tính kém đáp ứng với xạ trị của bướu. Vài tình huống có thể hữu ích như bệnh lan rộng tại chỗ không thể phẫu thuật. Xạ trị ngoài giúp kiểm soát bướu, giảm nhẹ triệu chứng, tuy không thể trị khỏi bệnh.

Đây không phải là phương pháp điều trị chính trong ung thư tuyến giáp dạng nhú. Vì tính kém đáp ứng với hóa trị của bướu.

Đây là phương pháp điều trị mới trong thập kỷ gần đây, dưới sự phát triển của sinh học phân tử. Thuốc TKI là lựa chọn hàng đầu nếu bệnh PTC tiến triển hoặc tái phát – di căn xa mà kháng với liệu pháp Iod phóng xạ. Các dòng thuốc TKI như Lenvatinib, Sorafenib cải thiện, kéo dài thời gian cho tới khi bệnh lại tiếp tục tiến triển hơn nữa. Tuy rằng thuốc cũng có những tác dụng phụ, nhưng đã phần là nhẹ có thể kiểm soát tốt như:

Mệt mỏi (phổ biến nhưng thoáng qua).

Tiêu chảy, buồn nôn (phổ biến nhưng thoáng qua).

Nổi ban da.

Tăng huyết áp.

Độc tính gan.

Thuyên tắc mạch (hiếm).

Xuất huyết (hiếm).

Sau mổ ung thư giáp, bệnh nhân thường được chăm sóc nội khoa nhằm hạn chế các biến chứng, và thúc đẩy hồi phục sau mổ. Hầu như bệnh nhân sẽ nhanh chóng ăn uống lại bằng đường miệng, cũng như vận động nhẹ tại chỗ. Việc theo dõi sát các triệu chứng gợi ý biến chứng cũng quan trọng, nhằm có hướng xử trí sớm phù hợp.

Các biến chứng thông thường của ngoại khoa bao gồm:

Chảy máu sau mổ: có thể chảy ra ngoài, hoặc chảy vào trong nền giáp đã cắt, gây tụ máu.

Nhiễm trùng vết mổ: viêm sưng chảy mủ, có thể gây sốt.

Các biến chứng đặc biệt của phẫu thuật ung thư giáp (đã nếu phía trên) bao gồm:

Hạ Calci máu sau mổ (thoáng qua hoặc kéo dài): thường được phát hiện trên xét nghiệm Calci máu sau mổ, đôi khi biểu hiện lâm sàng rõ khi hạ Calci máu đáng kể như cứng cơ, dị cảm, châm chích ở đầu ngón chân, ngón tay, khó khăn khi nói hoặc nuốt…

Khàn giọng – Liệt khép dây thanh.

Nhuyễn sụn giáp sau mổ cắt tuyến giáp.

Đến hiện tại chưa nhiều bằng chứng về cách phòng ngừa hiệu quả ung thư tuyến giáp dạng nhú. Đa phần vẫn là khuyến cáo phòng tránh các yếu tố nguy cơ của ung thư tuyến giáp như đã trình bày trước đó.

Tóm lại,ung thư tuyến giáplà loại bệnh hiếm gặp, có khả năng khỏi bệnh lâu dài nếu chẩn đoán đúng và điều trị phù hợp. Việc phát hiện các triệu chứng và đến khám tại các cơ sở uy tín là quan trọng. Bạn nên tuân thủ hướng dẫn của nhân viên y tế trước, trong và sau quá trình điều trị.

Đa phần ung thư tuyến giáp được trị khỏi bởi phẫu thuật +/- điều trị Iod phóng xạ. Một số nhỏ bệnh nhân tiến tới tử vong nếu bệnh được phát hiện quá trễ, hoặc mắc các thể bệnh rất xấu như ATC, MTC…

Nếu được chẩn đoán đúng và điều trị phù hợp thì khá an toàn. Nếu chẩn đoán chậm trễ hoặc điều trị bằng các phương pháp không rõ ràng về bằng chứng (thuốc bắc, thuốc nam, xoa bóp, chườm nóng, vật lý trị liệu …) thì bệnh sẽ trở nên nguy hiểm cho tính mạng.

Tùy về độ rộng của phẫu thuật, và các điều trị thêm sau mổ mà thức ăn có thể khác nhau. Hầu như không kiêng cữ loại thực phẩm nào sau điều trị ung thư giáp. Trừ khi bạn cần uống viên Iod phóng xạ thì Bác sĩ sẽ dặn bạn cử thực phẩm giàu Iod trong vài tuần trước đó.

Nếu được mổ bởi những chuyên gia phẫu thuật uy tín thì tỉ lệ biến chứng rất thấp, nên khá an toàn. Các biến chứng nặng nề đôi khi vẫn xuất hiện như hạ canxi máu nặng, liệt khép dây thanh…

Tỷ lệ tái phát sau mổ PTC dao động theo giai đoạn bệnh (I – IV) và các yếu tố nguy cơ tái phát (di căn hạch, bướu xâm lấn vỏ bao, còn sót mô giáp…). Khi được đánh giá đầy đủ theo từng trường hợp, Bác sĩ có thể cho bạn biết nguy cơ tái phát của bạn là như thế nào.

Chưa có bằng chứng ung thư giáp lây lan.

Ung thư giáp không ảnh hưởng đến hoạt động quan hệ tình dục.

Chưa có bằng chứng ung thư giáp lây lan.

Ung thư giáp có thể di truyền, tuy chiếm không nhiều.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-tuyen-tien-liet/

Nội dung bài viết

Tổng quan

Yếu tố nào làm tăng nguy cơ ung thư?

Triệu chứng của ung thư tiền liệt tuyến là gì?

Thăm khám

Tầm soát ung thư tuyến tiền liệt

Chẩn đoán như thế nào?

Những phương pháp điều trị

Khả năng sống khi mắc bệnh

Ung thư tuyến tiền liệt là bệnh lý ung thư nhiều thứ 2 ở Mỹ. Số lượng người chết do bệnh cũng đứng thứ 5 trên đất nước này. May mắn thay, ở các nước châu Á thì căn bệnh này không quá phổ biến. Tuy vậy, đây là bệnh lý ảnh hưởng đến những sinh hoạt thiết yếu, cũng như sẽ dễ dàng dẫn đến tử vong nếu phát hiện trễ.

Ung thư tuyến tiền liệt là một trong nhữngbệnh tuyến tiền liệtphổ biến. Đây là loại ung thư xuất phát từ tuyến tiền liệt của nam giới. Nói cách khác, chỉ có nam giới mắc phải bệnh lý này. Theo đó, ta sẽ nhắc lại 2 khái niệm:

Ung thư là sự tăng sinh bất thường của một loại tế bào của cơ thể và có thể xâm lấn các cấu trúc tế bào xung quanh nó. Tế bào ung thư có thể theo máu, bạch huyết đến các cơ quan khác của cơ thể.

Tuyến tiền liệt là một cấu trúc nằm sát bàng quang của nam giới. Nó bao xung quanh niệu quản. Đi sâu hơn về cấu trúc tuyến tiền liệt, ta có hình sau.

Cấu trúc chi tiết của tuyến tiền liệt

Bản chất tuyến tiền liệt được chia thành nhiều phần nhỏ, gồm:

Vùng chuyển tiếp.

Vùng quanh niệu đạo.

Trung tâm.

Ngoại vi.

Vùng đệm xơ cơ trước.

2 túi tinh có vai trò dự trữ tinh trùng. Khi có quan hệ, chúng sẽ đưa tinh trùng đi xuyên qua vùng trung tâm của tuyến tiền liệt và vào niệu đạo.

Mối liên quan giữa túi tinh và tuyến tiền liệt

70% trường hợp ung thư sẽ xuất phát từ vùng ngoại vi, sau đó xâm lấn.

Như đã nói, đây là bệnh lý ung thư nhiều thứ 2 ở Mỹ. Nó gây tử vong hàng thứ 5 trong tổng số bệnh lý ung thư ở nước này.

Điều may mắn là, bệnh lý này không phổ biến ở các nước Đông Nam Á. Theo số liệu của GLOBOCAN (cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế – thuộc WHO) tháng 3/2019, ở các nước Đông Nam Á (South – Eastern Asia), cứ 100.000 nam giới thì có 12 – 13 người mắc bệnh (13,9). Tương tự, số lượng bệnh nhân tử vong do ung thư là khoảng 5 – 6 người (5,4) trên 100.000 người.

Ở năm 2018, nước ta có 8 – 9 người/100.000 nam giới bịung thư tuyến tiền liệt, đứng thứ 5 trong các loại ung thư. Tỉ lệ người chết do bệnh là 3 – 4 người/100.000 nam giới. Tỉ lệ tử vong khi mắc bệnh là khoảng 44%.

Tỉ lệ người mắc và người tử vong do các loại ung thư mỗi 100.000 dân nói chung

Cả 2 bệnh lý đều ảnh hưởng đến tuyến tiền liệt, gây hiện tượngphì đại tuyến tiền liệt.

Đều thường gặp ở người lớn tuổi. Càng lớn tuổi nguy cơ mắc 2 bệnh này càng cao.

Triệu chứng đường tiểu của 2 bệnh lý tương đối giống nhau (tiểu lắt nhắt, bí tiểu).

Đều có thể tăng bất thường trong một số loại xét nghiệm máu chuyên biệt.

Ung thư sẽ xâm lấn ra xung quanh và di căn vào máu đến cơ quan khác. Ung thư tiền liệt tuyến chủ yếu xuất phát từ vùng ngoại vi của tuyến này.

Phì đại tuyến tiền liệt lành tínhchỉ biểu hiện triệu chứng khu trú ở đường tiểu. Vùng chuyển tiếp là vị trí thường gặp nhất gây tăng sinh tuyến tiền liệt lành tính.

Ung thư có thể tồn tại trong một tuyến tiền liệt phì đại lành tính. Hay nói cách khác là: 2 bệnh lý này hoàn toàn có thể xuất hiện cùng lúc với nhau.

Khả năng mắc phải ung thư tăng mạnh khi tuổi bệnh nhân tăng lên. Dựa theo số liệu ở Mỹ, ta thấy rằng:

Ở nhóm bệnh nhân 40 – 44 tuổi chỉ có 9,2/100.000 nam giới mắc phải.

Trong khi đó, 984 – 985/100.000 người dân ở độ tuổi 70 – 74 mắc phải bệnh này.

Theo số liệu này, người ta dự báo rằng hầu hết bệnh nhân trên 100 tuổi mắc phải ung thư tuyến tiền liệt.

Như số liệu đã liệt kê, tỉ lệ mắc bệnh cao hơn ở châu Âu, châu Mỹ và thấp ở các nước châu Á, châu Phi. Tuy nhiên, có một sự thật cần phải thừa nhận rằng: Bệnh sẽ dễ phát hiện hơn ở đất nước đưa nó vào chương trình tầm soát quốc gia.

Nguy cơ tăng lên khi bệnh nhân có người nhà trực hệ (cha, con trai) mắc bệnh.

Bệnh nhân béo phì có nguy cơ mắc phải ung thư tuyến tiền liệt cao hơn một chút so với người có cân nặng bình thường. Thêm vào đó, người béo phì mắc bệnh thường gặp ở giai đoạn trễ hơn so với người có cân nặng bình thường. Và giai đoạn trễ hơn đồng nghĩa với tỉ lệ tử vong cao hơn.

Chúng ta có thể gián tiếp làm giảm nguy cơ mắc phải căn bệnh ung thư này nhờ vào việc giảm cân. Bởi lẽ, việc rèn luyện thể chất sẽ giúp tăng miễn dịch cơ thể.

Luyện tập làm giảm nguy cơ mắc các bệnh nói chung

Có thể ngăn chặn sự phát triển của ung thư tuyến tiền liệt.

Có một mâu thuẫn lớn trong yếu tố nguy cơ này:

Bệnh nhân quan hệ tình dục thường xuyên (≥ 3 lần/tuần) có nguy cơ mắc cao hơn. Tỉ lệ này sẽ tăng lên mỗi lần quan hệ. Điều ngược lại xảy ra ở đối tượng xuất tinh thường xuyên. Những đối tượng xuất tinh ≥ 21 lần/tháng sẽ giảm nguy cơ mắc ung thư so với người chỉ xuất tinh 3 – 4 lần/tháng.

Lý giải cho sự mâu thuẫn này:

Người ta đã chỉ ra rằng, các bệnh lý lây nhiễm qua đường tình dục như lậu, xoắn khuẩn (Trichomonas vaginalis) sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Nói cách khác, nguy cơ sẽ tăng lên ở đối tượng quan hệ tình dục với nhiều người, quan hệ không mang bao cao su.

Điều ngược lại cũng được giải thích. Sự phóng tinh thường xuyên sẽ giảm thiểu độc tố gây ra ung thư trong tuyến tiền liệt.

Đây là yếu tố làm tăng nguy cơ cho 30% các loại ung thư trên thế giới nhưng không phải vớiung thư tuyến tiền liệt. Nói cách khác, hút thuốc lá không làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Tuy vậy, đối tượng ung thư tuyến tiền liệt hút thuốc lá sẽ có tỉ lệ tử vong cao hơn các bệnh nhân không hút thuốc lá.

Thuốc lá gây hại cho sức khỏe

Lúc đầu, người ta cho rằng đái tháo đường làm tăng nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt. Tuy nhiên, một nghiên cứu lớn gần đây cho thấy điều ngược lại. Có nghĩa, bệnh nhânđái tháo đường type 2ít nguy cơ mắc phải bệnh ung thư này hơn người bình thường. Cơ chế có thể do việc giảm nồng độ insulin trong cơ thể, dẫn đến giảm các hormone liên quan insulin (IGFBP và SHBG). Điều này theo một cách gián tiếp sẽ làm giảm nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt.

Ăn nhiều trái cây, rau xanh (cà chua, cải xanh, đậu nành) làm giảm nguy cơ mắc bệnh.

Cá, dầu cá: nói chung không làm giảm nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt. Tuy nhiên, người ăn nhiều cá (≥ 3 lần/tuần) sẽ giảm nguy cơ tử vong do bệnh lên đến 70%.

Thịt:Các loại thịt nói chung không ảnh hưởng đến nguy cơ mắc phải hay tử vong ở bệnh nhân mắc bệnh ung thư này.

Sữa: Loại có nhiều chất béo sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Canxi, vitamin D: Nguy cơ gây ung thư là chưa rõ ràng.

Rượu: Uống rượu thường xuyên, nghiện rượu nặng làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Trà, cà phê: Uống cà phê nhiều (≥ 6 ly/ngày) làm giảm nguy cơ mắcung thư tuyến tiền liệtcũng như nếu mắc phải thì đa số là giai đoạn sớm. Trà xanh cũng có vai trò khá tương tự.

Bí tiểu.

Tiểu lắt nhắt.

Tiểu ra máu.

Bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt có thể gặp vấn đề khi đi tiểu

Các triệu chứng này không chỉ xuất hiện trong ung thư tuyến tiền liệt. Đa số trường hợp, cácdấu hiệu ung thư tuyến tiền liệtlà do sỏi niệu quản, nhiễm trùng tiểu, phì đại tiền liệt tuyến gây ra. Kể cả khi các triệu chứng chỉ tập trung ở đường tiểu, thì ung thư tuyến tiền liệt đã phát triển lớn rồi.

Cần phải nhấn mạnh rằng ung thư tuyến tiền liệt là một bệnh lý diễn ra âm thầm và lâu dài. Thậm chí, cần trên 10 năm để một tổn thương có thể phát triển thành ung thư.

Ung thư có triệu chứng khi:

Khối u phải to, đè ép các cơ quan lân cận.

Ung thư đã di căn nhiều nơi.

Xương là một vị trí di căn thường gặp của ung thư tuyến tiền liệt. Xương bị di căn sẽ đau nhiều, dễ gãy. Triệu chứng đau ở xương sẽ tăng dần hàng nhiều tuần đến vài tháng, cảm giác thường là đau nhói.

Di căn xương thường đến những vùng xương có tủy xương hoạt động tốt, thường là:

Vùng xương sọ.

Xương thân mình: Bao gồm xương sống, xương sườn, xương chậu – hông, xương đùi.

Tuy nhiên, đa số trường hợp di căn xương không có triệu chứng.

Đau xương do di căn là triệu chứng thường gặp nhất của ung thư tiền liệt tuyến.

Khi bệnh nhân có triệu chứng dẫn đến tắc nghẽn đường tiểu (bí tiểu, tiểu lắt nhắt) do khối u xâm lấn, đè vào niệu đạo, vấn đề này có thể dẫn đến tình trạng suy thận. Những triệu chứng khi bệnh đã di căn nhiều nơi như:Thiếu máu, sụt cân, chán ăn.

Suy thận do ung thư tiền liệt tuyến chèn ép vào bàng quang, niệu đạo

Bác sĩ bắt buộc phải thăm khám hậu môn của bệnh nhân khi nghi ngờ họ bịung thư tuyền tiền liệt.

Như hình, ta thấy rằng tuyến tiền liệt nằm ngay phía trước đoạn cuối cùng của ống hậu môn.

Thăm khám tuyến tiền liệt qua ngã hậu môn

Khi thăm khám, bác sĩ có thể cảm nhận được:

Tuyến tiền liệt có đều 2 bên hay không (2 bên ống dẫn tinh).

Cứng hay chắc.

Trơn láng hay sần sùi.

Tuy nhiên, khi thăm khám qua hậu môn, bác sĩ chỉ có thể sờ được 2 bên và phía sau của tuyến tiền liệt. Các trường hợp khối u xâm lấn ra phía trước hoặc khối u nhỏ sẽ không được phát hiện.

Ung thư này khi biểu hiện triệu chứng thường đã ở vào giai đoạn trễ. Do đó, vai trò của phòng ngừa (giảm các yếu tố nguy cơ) và tầm soát là chủ yếu.

Xét nghiệm tầm soát được dùng thường xuyên nhất hiện nay là PSA (kháng thể đặc hiệu của tuyến tiền liệt – Prostate specific antigen). Đây là chất do tuyến tiền liệt tiết ra. Bệnh nhân càng lớn tuổi thì tuyến tiền liệt càng to ra và tiết chất này càng nhiều.

Thời gian tầm soát bệnh sẽ phụ thuộc vào bệnh nhân.

Xem thêm:Tầm soát ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa như thế nào?

Chỉ nên thực hiện khi bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc bệnh đã nêu.

Bệnh nhân sẽ được tư vấn về khả năng sai lầm của xét nghiệm này và sự tốn kém về chi phí.

Nếu kết quả gợi ý bệnh nhân có thể mắc ung thư thì sẽ ảnh hưởng đến tinh thần, chất lượng cuộc sống của họ và bác sĩ cần phải thực hiện sinh thiết.

Ung thư tuyến tiền liệt được nghi ngờ khi kết quả tầm soát bằng xét nghiệm máu hoặc thăm khám hậu môn ghi nhận bất thường. Thông thường, khi có PSA cao bất thường, ta sẽ thực hiện thăm khám hậu môn, sinh thiết, siêu âm hoặc MRI.

Các trường hợp PSA tăng không do ung thư:

Viêm tuyến tiền liệt.

Phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

Chấn thương niệu đạo.

Hoạt động tình dục.

Chỉ được chẩn đoán xác định khi sinh thiết tuyến tiền liệt ghi nhận ung thư. Nếu sinh thiết vẫn cho kết quả là không ung thư và PSA tầm soát 2 năm sau đó tăng cao (> 1.5ng/ml) thì sẽ thực hiện sinh thiết lại.

Siêu âm tuyến tiền liệt qua ngã hậu môn có kèm sinh thiết

Khi mắc bệnh, nhiều người thường lo âu rằngung thư tuyến tiền liệt có chữa được không. Câu trả lời là hoàn toàn có thể. Trong đó, chiến lược điều trị sẽ tùy thuộc vào từng bệnh nhân:

Nguy cơ thấp hay cao (u nhỏ hay lớn, di căn xa chưa, PSA bao nhiêu, Gleason?).

Ung thư giai đoạn khu trú hay xâm lấn, di căn xa.

Điểm Gleason là thông sốrất quan trọngtrong việc dự đoán sự tiến triển của ung thư tuyến tiền liệt và xác định phương pháp điều trị tốt nhất.

Vì tính phức tạp của sự phân loại này mà giới hạn bài viết sẽ không đề cập.

Các phương hướng điều trị:

Điều trị bảo tồn: Sử dụng thuốc, không phẫu thuật.

Trì hoãn phẫu thuật (active surveillance): Theo dõi tình trạng bệnh nhân đến khi cần phải phẫu thuật.

Cắt bỏ tuyến tiền liệt.

Xạ trị ngoài da. Bắn tia xạ từ ngoài vào vị trí tuyến tiền liệt.

Ức chếandrogen+ xạ trị ngoài da.

Xạ trị trong (bắn tia khi đưa dụng cụ đến sát tuyến tiền liệt – không bắn qua lớp da).

Cắt bỏ giảm thiểu khối u.

Đồng vận GnRH hoặc đối vận GnRH.

Xạ trị ngoài

Lời giải cho câu hỏiung thư tuyến tiền liệt sống được bao lâusẽ tùy thuộc vào giai đoạn phát hiện bệnh. Có một sự thật không thể chối bỏ rằng, tuy tỉ lệ mắc bệnh của châu Âu, châu Mỹ gấp 20 lần châu Á, nhưng tỉ lệ tử vong do ung thư tiền liệt tuyến của họ chỉ cao gấp 2.5 lần so với chúng ta.

Tỉ lệ tử vong ở châu Á vào khoảng 30 – 60% trên tổng số người mắc bệnh. Trong khi đó, tỉ là này chỉ là 10% ở Mỹ và 18% ở châu Âu.

Những con số này chứng tỏ, đa số bệnh nhân ở châu Á được phát hiện bệnh trễ hơn phương Tây rất nhiều. Nếu phát hiện sớm, tỉ lệ sống còn sau 5, 10, 15 năm lần lượt là 100%, 98%, 95%. Khi ung thư đã di căn xa thì tỉ lệ sống 5 năm chỉ còn khoảng 30%.

Tỉ lệ sống còn nói chung ở Việt Nam đạt khoảng 55%, bao gồm tất cả các giai đoạn bệnh.

Ung thư tuyến tiền liệtlà một bệnh lý thầm lặng, thường xuất hiện ở nam giới lớn tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ. Bệnh chỉ có triệu chứng khi đã ở giai đoạn trễ và khả năng tử vong sau 5 năm là rất cao.

Triệu chứng của bệnh thường biểu hiện ở đường tiểu như tiểu buốt gắt, tiểu lắt nhắt, tiểu máu, khó phóng tinh. Đau xương do di căn xương là triệu chứng thường gặp nhất. Do đó, cần phải thực hiện tầm soát ở các bệnh nhân có chỉ định (lớn tuổi, nhiều yếu tố nguy cơ). Điều trị tùy thuộc vào từng bệnh nhân, nguy cơ, giai đoạn bệnh, kháng trị với thuốc.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-te-bao-day/

Nội dung bài viết

Ung thư tế bào đáy là gì?

Triệu chứng của ung thư biểu mô tế bào đáy

Làm thế nào để chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy?

Các phương pháp điều trị hiện có

Phòng ngừa ung thư tế bào đáy như thế nào?

Kết luận

Ung thư tế bào đáy là dạng ung thư da liễu phổ biến nhất trên thế giới. Đa phần các dạng ung thư tế bào đáy diễn tiến khá chậm. Vì vậy, việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh ký này sẽ mang lại kết quả khả quan cho bệnh nhân. Vậy các biểu hiện của căn bệnh này là gì? Nguyên nhân nào gây ra ung thư tế bào đáy? Các phương pháp điều trị chủ yếu là như thế nào?

Ung thư tế bào đáy còn được gọi là ung thư biểu mô tế bào đáy. Đây là dạngung thư daphổ biến nhất trên thế giới.

Tế bào đáy là một loại tế bào làm nhiệm vụ sản sinh ra các tế bào mới khi lớp sừng ngoài cùng trên da mất đi. Hoạt động này giúp da của chúng ta luôn được tái tạo, toàn vẹn trong điều kiện bình thường.

Ung thư tế bào đáy xảy ra khi có các đột biến gen bất lợi, làm tế bào đáy mất kiểm soát. Chúng thoát khỏi sự kiểm soát của cơ thể và sản sinh liên tục. Như đa phần các ung thư khác, căn bệnh này là kết quả của sự kết hợp giữa di truyền và các yếu tố từ môi trường sống.

Hầu hết nguyên nhân của hiện tượng này là do tiếp xúc lâu dài với bức xạ tia UV. Tia UV hay còn gọi là tia cực tím hiện diện trong ánh sáng mặt trời. Vì vậy, chống nắng hiệu quả là một phương pháp chính để phòng ngừa căn bệnh này.

Xem thêm:Bạn đã chống nắng đúng cách?

Đa phần diễn tiến của căn bệnh này xảy ra khá chậm và hiếm khi gây tử vong cho bệnh nhân. Tuy nhiên, nếu không điều trị kịp thời, tổn thương ác tính có thể gây thiệt hại nhiều đến vùng da lành và xương. Thêm vào đó, khả năng tái phát của ung thư tế bào đáy cũng khá cao. Vì vậy, nhận biết sớm các triệu chứng của bệnh để chẩn đoán kịp thời sẽ nâng cao hiệu quả điều trị.

Phơi nắng dài ngày dưới cường độ cao. Đặc biệt là khi giai đoạn này xảy ra sớm, trước 18 tuổi. Dưới tác động của bức xạ mặt trời đến da, các đột biến trong gen sẽ tích lũy dần dần đến khi đủ gây ra ung thư. Vì vậy, có thể người bệnh phơi nắng dài ngày từ nhỏ nhưng đến tuổi trung niên hoặc cao hơn mới phát bệnh.

Những người có làn da trắng và mỏng, kém khỏe mạnh, dễ bị cháy nắng. Đây là lí do vì sao mà các dạng ung thư da thường gặp ở châu Âu và châu Mỹ hơn người châu Á và châu Phi.

Nguy cơ tăng lên khi người bệnh đã từng bị cháy nắng lúc còn nhỏ. Vì vậy khi cho trẻ nhỏ đi dã ngoại, đi biển,… phụ huynh cần lưu ý vấn đề chống nắng cho trẻ.

Nam giới có tỉ lệ mắc dạng ung thư này cao hơn nữ giới.

Gia đình có người từng bị ung thư da. Như đã đề cập, nhiều loại ung thư là kết quả giữa yếu tố di truyền và môi trường sống. Người có người thân từng mắc ung thư da thì bộ gen có thể có sẵn những biến đổi bất lợi.

Dạng phổ biến nhất của căn bệnh này xảy ra trên các vùng da tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Thông thường là da vùng đầu và cổ. Các tổn thương này ít khi lan rộng ra những vùng da khác.

Nhưng đôi khi người ta vẫn tìm thấy các ca ung thư biểu mô tế bào đáy trên những vùng da được che chắn. Ví dụ như ung thư xảy ra trên vùng da của bộ phận sinh dục.

Triệu chứng của ung thư biểu mô tế bào đáy rất đa dạng. Chúng biểu hiện tùy theo thể bệnh cơ địa của mỗi người. Hầu hết các tổn thương đều là những thay đổi trên da. Người bệnh có thể nhận biết bằng mắt thường. Cần lưu ý là triệu chứng có thể thay đổi rất đa dạng tùy theo từng người.

Khi mới xuất hiện, người bình thường có thể khó nhận biết rõ ràng các thương tổn. Vì vậy, người bệnh liên hệ với bác sĩ khi thấy các thay đổi lạ mới xuất hiện trên da.

Tổn thương dạng vảy: Thường ở dạng vảy nằm nông, bằng phẳng trên da. Các vảy có giới hạn rõ ràng, diễn tiến khá chậm. Tổn thương dạng vảy hay gặp ở thân mình.

Tổn thương dạng u: Phát triển từ từ. Đường kính khối u thường nhỏ, từ một đến vài cm. Sờ vào u thấy chắc, thường không đau, không ngứa.

Tổn thương dạng xơ hóa: nằm bằng phẳng với mặt da. Có khi ở dạng sẹo lõm. Giới hạn của chúng với vùng da lành không rõ ràng. Vị trí thường gặp là vùng trán hoặc vùng mũi.

Tổn thương dạng loét: Có thể phối hợp với các tổn thương trên. Tổn thương dạng loét thường lâu lành. Trên bề mặt vết loét thường có vảy đen.

Hiện tượng tăng sắc tố: đây là dấu hiệu rất thường gặp của ung thư biểu mô tế bào đáy. Đa phần chúng có màu nâu đen. Tuy nhiên các mảng tăng sắc tố màu nâu đen trên da không khẳng định một trường hợp ung thư tế bào đáy. Cần phân biệt với các nguyên nhân khác.

Những thương tổn trên có thể cùng xuất hiện trên da.

Ngoài ra còn có triệu chứng nổi hạch gần vùng da thương tổn. Các hạch này thường cứng chắc, không đau và không di động dưới da.

Bác sĩ sẽ tiến hành thăm khám các tổn thương trên da. Việc hỏi bệnh cũng được tiến hành nhằm xác định thêm những thông tin cần thiết. Hoàn cảnh xuất hiện, diễn tiến, các triệu chứng kèm theo, tình trạng sức khỏe cá nhân,… là những thông tin cơ bản. Vì vậy, hãy chú ý đến sự phát triển của những thay đổi bất thường mà bạn nhận biết được.

Cụ thể hơn, các câu hỏi thường gặp là:

Người bệnh phát hiện tổn thương từ lúc nào?

Tổn thương này có thay đổi theo thời gian hay vẫn giữ nguyên?

Người bệnh có cảm thấy đau trên vùng da tổn thương hay không?

Có kèm theo các triệu chứng khác hoặc khó chịu gì khác hay không?

Trước đây người bệnh từng có chẩn đoán ung thư da hay chưa? Ung thư da đó thuộc loại gì? Nếu có thì điều trị như thế nào?

Trong gia đình có ai từng mắc ung thư da không?

Nghề nghiệp của bạn là gì? Bạn sống ở đâu? Có thường xuyên tiếp xúc với ánh nắng mặt trời không? Có thường xuyên áp dụng các biện pháp chống nắng hay không?

Việc thăm khám sẽ được thực hiện trên toàn bộ cơ thể chứ không chỉ ở vùng da có biến đổi. Thăm khám kỹ lưỡng các hệ cơ quan sẽ đảm bảo không bỏ sót các nguyên nhân khác.

Bác sĩ có thể đề nghị sinh thiết da để xác định chẩn đoán. Đây là thủ thuật trích một phần thương tổn để xét nghiệm. Nhờ đó giúp khẳng định bản chất của tổn thương là lành hay ác tính. Nó cũng giúp xác định loại ung thư da mà người bệnh mắc phải. Tùy theo tổn thương của người bệnh mà sinh thiết có thể thực hiện theo những cách khác nhau.

Nguyên tắc chính trong điều trị ung thư biểu mô tế bào đáy là loại bỏ triệt để tổ chức ung thư. Sau đó là tái tạo lại da sau khi loại bỏ tổn thương. Giai đoạn này nhằm phục hồi và đảm bảo chức năng của da cũng như tính thẩm mỹ cho người bệnh.

Tùy theo tình trạng sức khỏe, mức độ trầm trọng của bệnh mà các biện pháp điều trị có thể thay đổi.

Nhiều phương thức phẫu thuật khác nhau phù hợp với thể trạng từng bệnh nhân và trang thiết bị hiện có. Trong đó, phương pháp phẫu thuật cắt bỏ rộng thương tổn được chỉ định nhiều nhất.

Phẫu thuật với kính hiển vi hiện là phương pháp tối tân nhất. Đây là giải pháp cho hiệu quả cao và đảm bảo tính thẩm mỹ cho bệnh nhân. Đặc biệt là các bệnh nhân trẻ. Tuy nhiên chi phí thực hiện khá cao, cần thực hiện nhiều lần để đạt hiệu quả tốt nhất.

Phẫu thuật lạnh, sử dụng tia laser, tia xạ,… cũng là các phương pháp điều trị hiệu quả. Những biện pháp này thường được áp dụng trên người cao tuổi, thể trạng yếu, có các bệnh nền.

Có thể lựa chọn giữa phẫu thuật để tái tạo vùng da tổn thương hoặc để lành sẹo tự nhiên.

Phương pháp phẫu thuật tạo hình:

Tùy theo mức độ và kích thước của tổn thương mà bác sĩ chọn lựa giữa dùng vạt da gần vùng tổn thương hoặc ghép da.

Phương án lành sẹo tự nhiên áp dụng đối với các trường hợp sau:

Thể trạng bệnh nhân quá yếu, không chịu được nhiều lần phẫu thuật.

Tổn thương xảy ra ở một số vị trí đặc biệt: mũi, góc mắt,…

Hãy trao đổi cẩn thận với bác sĩ điều trị để được tư vấn các phương án phù hợp nhất.

Như đã đề cập, nguyên nhân chủ yếu của căn bệnh này là do tiếp xúc lâu dài với bức xạ mặt trời. Vì thế, tránh ánh nắng là biện pháp hiệu quả nhất, ít tốn kém nhất để dự phòng bệnh. Cần chú ý đến môi trường sinh hoạt và làm việc. Mọi người cần chống nắng cẩn thận với kem chống nắng và trang phục hay vật dụng che chắn.

Cần lưu ý rằng, tỉ lệ tái phát ung thư biểu mô tế bào đáy còn khá cao. Nên đối với các bệnh nhân đã từng có chẩn đoán ung thư da, hãy tái khám định kỳ 1-2 năm/ lần để kịp phát hiện các tổn thương mới.

Ung thư tế bào đáy là một loại ung thư phổ biến. Đây được xem là loại ung thư ít nguy hiểm hơn các ung thư khác do diễn tiến chậm. Nhận biết sớm những thay đổi khác lạ trên da, đặc biệt các vùng da hay tiếp xúc ánh nắng sẽ giúp chẩn đoán sớm căn bệnh này. Chìa khóa vàng trong phòng ngừa ung thư tế bào đáy là chống nắng hiệu quả.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-tuy-bieu-hien-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Hiểu sơ lược về tuyến tụy

Ung thư tuyến tụy hình thành như thế nào?

Ung thư tụy có thể có những biểu hiện gì?

Nguyên nhân và các yếu tố làm tăng ung thư tuyến tụy?

Các xét nghiệm chẩn đoán ung thư tuyến tụy?

Ung thư tuyến tụy có thể được phòng ngừa như thế nào?

Ung thư tuyến tụy được điều trị như thế nào?

Hầu hết ung thư tuyến tụy là ung thư ngoại tiết. Các khối u thần kinh nội tiết tuyến tụy (NET), hoặc khối u tế bào tiểu đảo ít phổ biến hơn tuy nhiên nó lại có tiên lượng tốt hơn. Nếu bạn hoặc có người thân đang mắc ung thư tụy. Việc biết những gì sẽ xảy ra có thể giúp bạn và người nhà đối phó với căn bệnh. Bài viết của Bác sĩ Phan Văn Giáo có thể giúp bạn đọc tìm hiểu về bệnh, bao gồm các yếu tố nguy cơ, triệu chứng, biến chứng và cách điều trị.

Ung thư tuyến tụy bắt nguồn từ các mô củatuyến tụy– một cơ quan trong ổ bụng nằm phía sau phần dưới của dạ dày. Tuyến tụy có nhiệm vụ tiết ra các enzym hỗ trợ tiêu hóa và sản xuất các hormone giúp kiểm soát lượng đường trong máu.

Một số loại tăng trưởng đột biến có thể xảy ra trong tuyến tụy, bao gồm cả các khối u là ung thư và không phải ung thư. Loại ung thư phổ biến nhất của tuyến tụy bắt nguồn từ các tế bào lót ống dẫn các enzym tiêu hóa ra ngoài tuyến tụy. Nó còn được gọi là ung thư biểu mô tuyến tụy.

Ung thư tuyến tụy hiếm khi được phát hiện ở giai đoạn đầu do nó thường không gây ra các triệu chứng nào cho đến khi bệnh đã di căn sang các cơ quan khác.

Các lựa chọn điều trị bệnh dựa trên mức độ lan rộng của ung thư, bao gồm: phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, điều trị hỗ trợ hoặc kết hợp các phương pháp điều trị.

Tuyến tụy của con người dài khoảng 15 cm và nhìn giống như một quả lê đang nằm nghiêng. Nó giải phóng các hormone, bao gồm cả insulin, để giúp kiểm soát đường trong máu. Ngoài ra, nó còn tạo ra các enzym tiêu hóa để giúp cơ thể tiêu hóa thức ăn và hấp thụ chất dinh dưỡng.

Tuỵ là một tuyến vừa ngoại tiết vừa nội tiết:

Phần tụy nội tiết: tiết ra hormon đi trực tiếp vào máu qua các mao mạch trong tuỵ.

Phần tụy ngoại tiết: Dịch tụy được dẫn ra ngoài bởi 2 ống dẫn tụy: ống dẫn tụy chính và ống dẫn tụy phụ.

Ung thư tuyến tụy xảy ra khi các tế bào trong tuyến tụy có DNA bị đột biến. DNA của tế bào chứa các chỉ dẫn cho tế bào biết phải làm gì. Những đột biến này làm cho các tế bào phát triển không kiểm soát. Những tế bào càng phát triển sẽ tích tụ lại hình thành khối u. Khi không được điều trị, các tế bào ung thư có thể lây lan đến các cơ quan và mạch máu lân cận và di căn đến các bộ phận xa của cơ thể.

Hầu hết trường hợp bệnh bắt đầu trong các tế bào lót các ống dẫn của tuyến tụy. Loại ung thư này được gọi là ung thư biểu mô tuyến tụy hoặc ung thư tuyến tụy ngoại tiết.

Ít gặp hơn, ung thư có thể hình thành trong các tế bào sản xuất hormone hoặc tế bào thần kinh nội tiết. Những loại ung thư này được gọi là khối u thần kinh nội tiết, u tế bào tiểu đảo hoặc ung thư tuyến tụy nội tiết.

Tham khảo thêm:U tụy nội tiết: Ung thư nguy hiểm và những điều cần biết

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh thường không xảy ra cho đến khi bệnh đã tiến triển và lan ra các cơ quan khác. Các biểu hiện có thể bao gồm:

Các khối ung thư bắt đầu từ thân hoặc đuôi tuyến tụy có thể phát triển khá lớn và bắt đầu chèn ép vào các cơ quan lân cận khác. Hậu quả gây đau. Ung thư cũng có thể lan đến các dây thần kinh xung quanh tuyến tụy, thường gây ra đau lưng.

Giảm cân ngoài ý muốn rất phổ biến ở những người bị ung thư tuyến tụy. Những người này thường ít hoặc không thèm ăn.

Nếu ung thư đè lên phần cuối của dạ dày, nó có thể làm thức ăn khó đi qua. Hậu quả gây buồn nôn, nôn mửa, đau thượng vị, và cơn đau có xu hướng tồi tệ hơn sau khi ăn.

Nếu ung thư làm tắc ống mật, mật có thể tích tụ trong túi mật, làm cho túi mật to hơn. Ngoài ra khi ống mật bị tắc gây ra các triệu chứng như: vàng da niêm, phân bạc màu, nước tiểu sậm màu, ngứa da.

Đôi khi, triệu chứng đầu tiên cho thấy ai đó bị ung thư tuyến tụy là có một cục máu đông kẹt ở trong tĩnh mạch lớn, thường ở chân. Bệnh cảnh này được gọi làhuyết khối tĩnh mạch sâu.

Các triệu chứng có thể bao gồm đau, sưng, đỏ và ấm ở chân bị ảnh hưởng. Đôi khi một mảnh của cục máu đông có thể vỡ ra và di chuyển đến phổi. Hậu quả gây nênthuyên tắc phổivới biểu hiện khó thở, đau ngực.

Hiếm khi bệnh gây ra bệnh tiểu đường lượng đường trong máu cao vì chúng phá hủy các tế bào tạo ra insulin. Các triệu chứng tiểu đường có thể bao gồm cảm thấy thường xuyên khát và đói, đi tiểu nhiều lần.

Thông thường, ung thư có thể dẫn đến những thay đổi nhỏ về lượng đường trong máu mà không gây ra các triệu chứng của bệnh tiểu đường. Tuy nhiên những bất thường này vẫn có thể được phát hiện được bằng xét nghiệm máu.

Cho đến này vẫn chưa rõ nguyên nhân gây ra ung thư tụy. Các chuyên gia đã xác định một số yếu tố có thể làm tăng nguy cơ mắc loại ung thư này, bao gồm hút thuốc và có một số đột biến gen di truyền.

Các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ ung thư tuyến tụy bao gồm:

Hút thuốc.

Bệnh tiểu đường.

Viêm tụy mãn tính.

Tiền sử gia đình mắc các hội chứng di truyền có thể làm tăng nguy cơ ung thư, bao gồm: đột biến gen BRCA2, hội chứng Lynch và Hội chứng FAMMM ( là hội chứng các thành viên trong gia đình có nhiều nốt ruồi, trong đó có vài nốt ruồi không điển hình và có tiền sử mắc ung thư hắc tố).

Tiền sử gia đình bị ung thư tụy.

Béo phì.

Lớn tuổi, vì hầu hết mọi người được chẩn đoán sau 65 tuổi.

Một nghiên cứu lớn đã chứng minh rằng sự kết hợp của hút thuốc, bệnh tiểu đường lâu năm và một chế độ ăn uống nghèo dinh dưỡng làm tăng nguy cơ ung thư tuyến tụy đáng kể.

Nếu bác sĩ của bạn nghi ngờ ung thư tụy, bác sỹ có thể yêu cầu cần làm một số xét nghiệm sau:

Các xét nghiệm hình ảnh bao gồm Xquang vùng ngực bụng, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (Ctscan), chụp cộng hưởng từ (MRI), và chụp cắt lớp phát xạ Positron (PET). Các xét nghiệm hình ảnh này giúp:

Tìm các vùng nghi ngờ là ung thư.

Xem xét ung thư đã di căn bao xa.

Xác định xem điều trị phương pháp nào là điều trị phù hợp.

Đây là một xét nghiệm hình ảnh xem xét các ống tụy và đường mật để xem chúng có bị tắc, hẹp hoặc giãn. Những xét nghiệm này có thể giúp xác định xem có khối u tuyến tụy đang chặn ống dẫn hay không. Xét nghiệm cũng có thể được sử dụng để giúp lập kế hoạch phẫu thuật.

Chụp mật tụy có nhiều phương pháp khác nhau, bao gồm: nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), chụp mật tụy bằng cộng hưởng từ (MRCP), chụp đường mật qua da (PTC). Mỗi một phương pháp sẽ có ưu và nhược điểm khác nhau.

Tiền sử bệnh, khám sức khỏe và kết quả xét nghiệm hình ảnh của một người có thể gợi ý nhiều đến ung thư tuyến tụy. Tuy nhiên thông thường cách duy nhất để chắc chắn chẩn đoán là lấy một mẫu mô tuyến tụy và đem đi soi dưới kính hiển vi. Đây được gọi là xét nghiệm sinh thiết. Sinh thiết có thể được thực hiện theo nhiều cách khác nhau, bao gồm:

Sinh thiết qua da: bác sĩ sẽ đưa một cây kim mỏng qua da và vào tuyến tụy để lấy một mẫu mô dưới đầu do siêu âm hoặc chụp CT.

Sinh thiết qua nội soi: Một ống nội soi ( mỏng, linh hoạt, có gắn một máy quay video nhỏ ở đầu) xuống cổ họng và vào ruột non gần tuyến tụy.

Sinh thiết trong lúc phẫu thuật.

Bác sĩ có thể xét nghiệm máu của bạn để tìm các protein cụ thể (chất chỉ điểm khối u) do tế bào ung thư tiết ra. Một xét nghiệm chỉ điểm khối u được sử dụng trong ung thư tuyến tụy được gọi là CA19-9. Tuy nhiên xét nghiệm này không phải lúc nào cũng đáng tin cậy vì một số người bị ung thư lại không có mức CA19-9 tăng cao.

Ngoài ra xét nghiệm máu giúp kiểm tra chức năng gan. Vàng da niêm (vàng da và mắt) thường là một trong những dấu hiệu đầu tiên của ung thư tuyến tụy. Các bác sĩ thường xét nghiệm máu để đánh giá chức năng gan ở những người bị vàng da để giúp xác định nguyên nhân của nó.

Một số xét nghiệm máu có thể xem xét mức độ của các loại bilirubin khác nhau (một chất hóa học do gan tạo ra) và có thể giúp cho biết liệu bệnh vàng da màu là do bệnh ở gan hay do tắc nghẽn ống mật (do sỏi mật, khối u , hoặc bệnh khác).

Bạn có thể giảm nguy cơ mắc ung thư tuyến tụy khi:

Bỏ thuốc lá: Nếu bạn hút thuốc, hãy cố gắng ngừng hút. Hãy nói chuyện với bác sỹ để giúp bạn có những phương pháp cai thuốc, bao gồm tham gia các nhóm trung tâm hỗ trợ, thuốc, liệu pháp thay thế nicotine.

Duy trì cân nặng hợp lý: Nếu bạn đang ở mức cân nặng hợp lý, hãy cố gắng duy trì nó. Nếu bạn cần giảm cân, hãy đặt mục tiêu giảm cân chậm và ổn định 0,5-1kg một tuần. Kết hợp tập thể dục hàng ngày với chế độ ăn nhiều rau, trái cây và ngũ cốc nguyên hạt với khẩu phần tinh bột ít hơn để giúp bạn giảm cân.

Chọn một chế độ ăn uống lành mạnh: Một chế độ ăn uống đầy đủ các loại trái cây và rau quả nhiều màu sắc và ngũ cốc nguyên hạt có thể giúp giảm nguy cơ ung thư.

Cân nhắc gặp chuyên gia tư vấn di truyền nếu bạn có tiền sử gia đình bị ung thư

Điều trị bệnh phụ thuộc vào giai đoạn và vị trí của ung thư cũng như sức khỏe tổng thể của bệnh nhân. Đối với hầu hết trường hợp, mục tiêu đầu tiên của điều trị là loại bỏ ung thư khi có thể.

Nếu phẫu thuật không thể được thực hiện, việc tiếp theo là hỗ trợ tổng trạng, cải thiện chất lượng cuộc sống.

Các phương pháp điều trị bao gồm: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị hoặc kết hợp các phương pháp này với nhau.

Khi ung thư tuyến tụy tiến triển nặng và các phương pháp điều trị này không mang lại lợi ích. Bác sĩ sẽ tập trung vào việc giảm triệu chứng (chăm sóc giảm nhẹ) để giữ cho bệnh nhân bớt đau đớn, và cảm thấy thoải mái hơn càng lâu càng tốt.

Nếu ung thư nằm ở đầu tuyến tụy, sẽ có thể có một cuộc phẫu thuật gọi là thủ thuật Whipple (phẫu thuật cắt bỏ tuyến tụy).

Thủ thuật Whipple là một phẫu thuật khó về mặt kỹ thuật để cắt bỏ phần đầu của tuyến tụy, phần đầu tiên của ruột non (tá tràng), túi mật, một phần của ống mật và các hạch bạch huyết gần đó. Trong một số tình huống, một phần của dạ dày và ruột kết cũng có thể bị cắt bỏ. Bác sĩ phẫu thuật sẽ nối lại các phần còn lại của tuyến tụy, dạ dày và ruột còn lại để có thể tiêu hóa thức ăn.

Phẫu thuật cắt bỏ phần bên trái (thân và đuôi) của tuyến tụy được gọi là phẫu thuật cắt bỏ tuyến tụy xa. Bác sĩ phẫu thuật cũng có thể cần phải cắt bỏ thêm lá lách.

Ở một số người, toàn bộ tuyến tụy có thể cần phải cắt bỏ. Con người có thể sống tương đối bình thường khi không có tuyến tụy. Tuy nhiên cần phải bổ sung insulin và enzym tiêu hóa suốt đời.

Phẫu thuật khối u ảnh hưởng đến các mạch máu lân cận. Nhiều người bị ung thư tuyến tụy giai đoạn cuối không đủ điều kiện để thực hiện thủ thuật Whipple hoặc các phẫu thuật tuyến tụy khác nếu khối u có liên quan đến các mạch máu gần đó. Tại các cơ sở y tế chuyên môn cao và giàu kinh nghiệm, bác sĩ phẫu thuật có thể đưa ra các phương pháp phẫu thuật tuyến tụy bao gồm cắt bỏ và tái tạo các mạch máu bị ảnh hưởng.

Mỗi phương pháp phẫu thuật này đều có nguy cơ chảy máu và nhiễm trùng. Sau khi phẫu thuật, một số người cảm thấy buồn nôn và nôn nếu dạ dày đã bị loại bỏ một phần.

Hóa trị sử dụng thuốc để giúp tiêu diệt tế bào ung thư. Các loại thuốc này có thể được tiêm vào tĩnh mạch hoặc uống.

Hóa trị cũng có thể được kết hợp với xạ trị. Chemoradiation thường được sử dụng để điều trị ung thư chưa lan ra ngoài tuyến tụy đến các cơ quan khác. Tại các bệnh viện lớn, sự kết hợp này có thể được sử dụng trước khi phẫu thuật để giúp thu nhỏ khối u. Đôi khi nó được sử dụng sau khi phẫu thuật để giảm nguy cơ tái phát ung thư.

Ở những người bị ung thư tuyến tụy giai đoạn cuối và ung thư đã di căn đến các bộ phận khác của cơ thể. Jóa trị có thể được sử dụng để kiểm soát sự phát triển của ung thư, làm giảm các triệu chứng và kéo dài thời gian sống.

Xạ trị sử dụng chùm năng lượng cao, như chùm tia X và proton, để tiêu diệt tế bào ung thư. Có thể được điều trị bằng bức xạ trước hoặc sau khi phẫu thuật ung thư, thường kết hợp với hóa trị. Hoặc bác sĩ có thể đề nghị kết hợp phương pháp điều trị xạ trị và hóa trị khi bệnh ung thư không thể phẫu thuật.

Chăm sóc giảm nhẹ là chăm sóc y tế chuyên biệt tập trung vào việc giảm đau và các triệu chứng gây khó chịu cho bệnh nhân. Chăm sóc giảm nhẹ không giống như chăm sóc cuối đời. Nó được thực hiện bởi đội ngũ bác sĩ, y tá, nhân viên và các chuyên gia được đào tạo chuyên biệt.

Những đội ngũ này tạo ra nhằm mục đích cải thiện chất lượng cuộc sống cho những người mắc bệnh ung thư.

Các chuyên gia chăm sóc giảm nhẹ làm việc với bệnh nhân, gia đình của bệnh nhân và bác sỹ đang điều trị để cung cấp thêm một phần chăm sóc hỗ trợ liên tục.

Khi chăm sóc giảm nhẹ được thực hiện cùng với các phương pháp điều trị thích hợp khác – thậm chí ngay sau khi được chẩn đoán. Phần lớn trải nghiệm những người bị ung thư cảm thấy tốt hơn về cả tâm lý và thể xác và giúp sống lâu hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-ung-thu-bieu-mo-tuyen-phoi/

Nội dung bài viết

Tổng quan về ung thư biểu mô tuyến phổi

Ung thư biểu mô tuyến phổi sống được bao lâu?

Nguyên nhân ung thư biểu mô tuyến phổi

Triệu chứng ung thư biểu mô tuyến phổi

Xử lý tại nhà như thế nào?

Chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến phổi

Điều trị ung thư biểu mô tuyến phổi

Cách phòng ngừa ung thư biểu mô tuyến phổi

Ung thư phổi là căn bệnh ác tính phổ biến, trong đó loại ung thư biểu mô phổi là loại thường gặp nhất. Tuy vậy nguyên nhân gây ra bệnh vẫn chưa được xác định, dù rằng nhiều yếu tố nguy cơ cũng đã được ghi nhận. Việc hiểu rõ các yếu tố nguy cơ và các triệu chứng gợi ý ung thư biểu mô tuyến phổi giúp cho việc phòng ngừa và điều trị bệnh sớm hơn. Các bạn hãy cùng Bác sĩ Chuyên khoa Ung thư Võ Hoài Nam tìm hiểu về ung thư biểu mô tuyến phổi qua bài viết sau đây.

Phổilà cơ quan quan trọng trong lồng ngực, giúp cơ thể trao đổi khí liên tục với môi trường ngoài, nằm thu nhận O2và thải loại CO2. Ngoài ra, phổi còn giúp cân bằng toan – kiềm trong cơ thể.12

Đa phần ung thư phổi xuất phát từ lớp biểu mô, nên mô bệnh học được gọi là carcinôm phổi. Trong nhóm này thường có 2 loại chính yếu: ung thư biểu mô tuyến phổi và ung thư biểu mô gai phổi. Ngoài ra, 2 loại hiếm gặp hơn hẳn là ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư phổi tế bào lớn. Các loại mô học khác rất hiếm gặp như sarcôm phổi, melanom phổi, lymphôm phổi…

Biểu hiện của ung thư biểu mô tuyến phổi có thể rất đa dạng, từ không triệu chứng (chỉ phát hiện tình cơ qua phim ảnh) cho tới khó thở, ho, thậm chí là ho ra máu. Đa phần ung thư phổi có liên quan đến hút thuốc lá. Đây là căn bệnh có thể phòng ngừa hiệu quả.

Ung thư biểu mô tuyến phổi là bệnh ác tính có tiên lượng rất xấu so với nhiều loại bệnh khác cùng giai đoạn (ung thư tuyến giáp,ung thư vú,ung thư da…). Tuy vậy, nếu ung thư biểu mô tuyến phổi được phát hiện sớm và điều trị thích hợp thì khả năng khỏi bệnh lâu dài vẫn cao.12

Trên thực tế, đa phần ung thư biểu mô tuyến phổi lại được phát hiện giai đoạn muộn (chương trình tầm soát chưa được triển khai đúng mức, cũng như sự chủ quan đi khám chữa bệnh của người bệnh) nên kết cục sống còn và hiệu quả điều trị còn khá thấp (< 1 – 2 năm). Với giai đoạn sớm, khoảng 40 – 50% bệnh nhân còn sống sau 5 năm, ngược lại với giai đoạn trễ thì > 85% bệnh nhân sẽ tử vong sau 5 năm từ lúc chẩn đoán bệnh. Đa phần ung thư biểu mô tuyến phổi được khảo sát gộp trong nhóm ung thư phổi không tế bào nhỏ, nên dữ liệu về sống còn ung thư biểu mô tuyến phổi được suy ra từ nhóm ung thư phổi không tế bào nhỏ.12

Các lựa chọn điều trị choung thư phổitùy thuộc vào giai đoạn bệnh, thể trạng người bệnh, loại mô học và điều kiện kinh tế. Nhìn chung các phương pháp điều trị bao gồm: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, liệu pháp nhắm trúng đích và liệu pháp miễn dịch ung thư. Chính nhờ sự phối hợp các phương tiện điều trị này đã làm cải thiện sống còn của người bệnh rất nhiều trong thập kỷ gần đây.12Tuy vậy, mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm riêng khiến bác sĩ lẫn bệnh nhân thường phải thảo luận và cân nhắc trước mọi can thiệp điều trị.

Điều cần lưu ý là dù giai đoạn nào, sau khi điều trị thì bệnh nhân vẫn nên tuân thủ lịch tái khám đều đặn nhằm giúp theo dõi tác dụng phụ của điều trị, lẫn phát hiện sớm các tình huống tái phát khi mà điều trị lại còn nhiều cơ hội khả thi.

Cho tới hiện tại, nguyên nhân cụ thể gây ung thư biểu mô tuyến của phổi vẫn chưa rõ ràng. Tuy vậy nhiều yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận qua nhiều báo cáo, bao gồm:

Nữ trẻ tuổi không hút thuốc lá thường dễ mắc ung thư biểu mô tuyến phổi hơn nhóm nữ lớn tuổi, hoặc nữ có hút thuốc lá nhiều (nhóm này dễ mắc ung thư biểu mô gai phổi).12

Hút thuốc lá (80 – 90% trường hợp ung thư biểu mô phổi). Tuy nhiên mối liên hệ giữa hút thuốc lá với ung thư phổi biểu mô gai sẽ mạnh hơn so với ung thư phổi biểu mô tuyến.34

Tiếp xúc sớm, liên tục với các chất sinh ung như: amiang, bụi gỗ, khói than…12

Tiền căn gia đình mắc ung thư phổi, đặc biệt là nhiều người thân trực hệ (cha mẹ, anh chị em ruột).12

Tiền căn xạ trị vùng ngực, đặc biệt khi còn trẻ.1

Đôi khi ung thư biểu mô tuyến phổi không gây ra triệu chứng gì, đặc biệt là giai đoạn sớm. Số ít trường hợp có thể biểu hiện như:

Khó thở.

Ho dai dẳng.

Ho khan/ ho đờm/ ho ra máu.

Viêm phổitái đi tái lại.

Chán ăn – Sụt cân không chủ đích.

Suy dinh dưỡng– Suy kiệt.

Triệu chứng của cơ quan di căn xa (đau nhức xương, yếu liệt 2 chân, đau bụng, nhức đầu, nôn ói…).

Điều bạn cần làm là nên tuân thủ theo hướng dẫn, phác đồ điều trị của bác sĩ chuyên khoa. Mỗi bệnh nhân mắc ung thư phổi là mỗi bệnh cảnh rất khác nhau, nên điều trị có thể được các bác sĩ cá thể hóa nhằm phù hợp với từng cơ thể người bệnh. Đặc biệt bạn không nên thử áp dụng các điều trị dành cho bệnh nhân ung thư phổi khác, mà không thông qua ý kiến của bác sĩ điều trị chính.

Khí có các dấu hiệu như đã trình bày thì bạn nên đến thăm khám tại các cơ sở y tế uy tín, nhằm chẩn đoán sớm và chính xác trước khi bắt đầu bất kỳ điều trị đặc hiệu. Đa phần bệnh nhân thường chủ quan và phớt lờ các triệu chứng cảnh báo, nên thường ở giai đoạn muộn, khiến cho cơ hội điều trị khỏi bệnh giảm đi rất nhiều.

Đây là phương tiện khảo sát và có thể giúp chẩn đoán được bản chất mô học của khối bướu (nếu được bấm sinh thiết). Thường phương pháp này dành cho các bướu phổi ở vùng trung tâm, gần phế quản gốc.

Là phương tiện siêu âm qua đầu dò nội soi phế quản, giúp đánh giá được hạch vùng trung thất, hỗ trợ xếp giai đoạn bệnh.

Đây là phương tiện siêu âm qua đầu dò nội soi thực quản, giúp đánh giá được hạch vùng trung thất, hỗ trợ xếp giai đoạn bệnh.

Đây là phương tiện chủ lực trong đánh giá bản chất khối bướu, và hạch trung thất, hỗ trợ xếp giai đoạn bệnh trước khi điều trị đặc hiệu. Ngoài ra, trong và sau điều trị thìCT scanngực còn giúp đánh giá đáp ứng của điều trị, theo dõi tái phát di căn sau điều trị ban đầu. Nếu bệnh nhân có chống chỉ định của thuốc cản quang thì có thể chụp CT scan đơn thuần.

Phương tiện này còn mới, khuyến cáo nên thực hiện thường quy trong ung thư phổi nhằm phát hiện các ổ di căn, hỗ trợ đắc lực trong xếp giai đoạn bệnh trước điều trị. Ngoài ra, trong và sau điều trị thì CT scan ngực còn giúp đánh giá đáp ứng của điều trị, theo dõi tái phát di căn sau điều trị ban đầu.

Dấu ấn sinh học huyết thanh như CEA, CYFRA 21.1, SCC, NSE: là các chất có thể được tiết ra từ tế bào bướu, vì thế có vai trò hỗ trợ chẩn đoán ung thư phổi, ngoài ra, giúp đánh giá đáp ứng sau điều trị, cũng như theo dõi tình huống tái phát – di căn xa. Lưu ý: nếu các dấu hiệu này âm tính thì cũng không thể loại trừ ung thư phổi, ngược lại, nếu dấu hiệu này dương tính thì chẩn đoán xác định ung thư phổi vẫn phải dựa vào giải phẫu bệnh, thông qua sinh thiết mô bướu.

Phương pháp này có ý nghĩa quan trọng để chẩn đoán nguồn gốc khối bướu (khi phân vân với tình huống bướu từ nơi khác di căn tới phổi). Ngoài ra, nhuộm hóa mô miễn dịch còn giúp xác định loại mô học khối bướu phổi, khi mà hình ảnh mô học còn chưa được rõ ràng.

Xét nghiệm đột biến gen EGFR, tái sắp xếp ALK, đột biến ROS1, đột biến HER2… là các xét nghiệm quan trọng tìm các đích điều trị phù hợp với các dòng thuốc mới. Các xét nghiệm này đặc biệt quan trọng khi ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IV, hơn là các giai đoạn sớm.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính yếu ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn sớm. Khi đó đa phần các trường hợp phẫu thuật là đủ để khỏi bệnh lâu dài. Tuy vậy bệnh nhân ít khi đến ở giai đoạn này. Phẫu thuật lại có nhiều mức độ rộng khác nhau, từ cắt hình chêm, tới cắt thùy, thậm chí cắt toàn bộ phổi. Việc lựa chọn sẽ dựa vào kích thước và độ lan rộng của khối bướu, tổng trạng của người bệnh, các bệnh lý nền kèm theo, đặc biệt là chức năng phổi. Vì đa phần các bệnh nhân có hút thuốc lá, nên chức năng phổi có thể suy giảm nặng nề trước khi điều trị.

Đây là phương pháp điều trị chính yếu ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn tiến xa (tức không còn sớm, nhưng vẫn không phải giai đoạn muộn). Xạ trị triệt để thường kèm với hóa trị nhằm tăng hiệu quả điều trị triệt để. Đặc biệt sau đó, bệnh nhân có thể được điều trị củng cố thêm bằng liệu pháp miễn dịch ung thư (thuốc Durvalumab) nếu nhuộm khối bướu có PD-L1 > 1%. Phương pháp mới này đã cải thiện sống còn của các bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn tiến xa.

Đây là phương pháp điều trị chính yếu ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn muộn (giai đoạn 4) hoặc tái phát sau điều trị. Các tình huống này hầu như không thể khỏi bệnh, hóa trị sẽ giúp giảm triệu chứng cho người bệnh, kéo dài thời gian sống còn tối đa có thể. Vì thế thường được gọi là hóa trị triệu chứng hay hóa trị giảm nhẹ.

Đây là phương pháp điều trị mới trong ngành ung thư, nhưng lại đem lại hiệu quả khá ấn tượng, bằng cách đẩy mạnh hệ miễn dịch tự nhiên của cơ thể tăng diệu khối bướu. Liệu pháp miễn dịch ung thư có thể dùng đơn thuần hoặc kết hợp với hóa trị, tùy vào từng tình huống cụ thể mà bác sĩ sẽ cân nhắc. Đáng chú ý, liệu pháp này có giá thành cao.

Hiện tại vẫn còn hạn chế về dữ liệu thử nghiệm chứng minh tính an toàn và hiệu quả của liệu pháp miễn dịch ở những bệnh nhân có di căn thần kinh trung ương thể tích nhỏ.1

Các phòng ngừa ung thư biểu mô tuyến phổi hiệu quả nhất cho tới hiện tại là tránh xa khói thuốc lá, dù là hút chủ động hay thụ động. Ngoài ra cần phải cảnh giác với khói củi, khói than, mùi hóa chất, xăng dầu đều có nguy cơ sinh ung thư biểu mô tuyến phổi. Tình huống hiếm gặp hơn là các bệnh nghề nghiệp tiếp xúc với hóa chất độc hại (hóa màu, phẩm nhuộm, thuốc trừ sâu, bụi gỗ…) thì nên tuân thủ an toàn lao động.

Đối với các bệnh nhân hút thuốc lá thường xuyên trong thời gian dài, thì có thể tham gia chương trình tầm soát ung thư phổi theo hướng dẫn của bác sĩ. Việc chụp phim CT scan ngực liều thấp thường niên giúp tăng phát hiện ung thư phổi giai đoạn sớm – khi mà điều trị sẽ có hiệu quả cao nhất, từ đó làm giảm tử suất cho nhóm đối tượng này. Tuy vậy, việc cai thuốc lá vẫn là điều quan trọng mà mỗi người bệnh cần cố gắng tuân thủ.

Tóm lại,ung thư phổi biểu mô tuyến phổilà thể bệnh thường gặp và có tử suất rất cao. Các phương pháp điều trị có thể là phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, liệu pháp miễn dịch ung thư hoặc là kết hợp các phương pháp trên với nhau. Tuy vậy đa phần bệnh nhân đến với giai đoạn muộn nên các lựa chọn điều trị bị giới hạn rất nhiều. Điều quan trọng vẫn là tránh xa khói thuốc lá là biện pháp hữu hiệu phòng ngừa ung thư biểu mô tuyến phổi.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-vom-hong/

Nội dung bài viết

Ung thư vòm họng là gì?

Ung thư vòm họng có những loại nào?

Nguyên nhân ung thư vòm họng là gì?

Chẩn đoán bệnh như thế nào?

Điều trị ung thư vòm họng bằng cách nào?

Trong số các loại ung thư nói chung, ung thư vòm họng (UTVH) đứng thứ 4 về mức độ phổ biến. Đây cũng là loại ung thư thường gặp hàng đầu trong các loại ung thư vùng đầu mặt cổ. Không những thế, bệnh này còn khá thường gặp ở cộng đồng người châu Á, đặc biệt ở khu vực Đông Á, trong đó có Việt Nam. Với suất độ bệnh cao như vậy, liệu bạn có khả năng mắc ung thư vòm họng không và làm thế nào để phát hiện sớm? Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Mai Quang Hoàn tìm hiểu về bệnh ung thư vòm họng qua bài viết sau đây nhé!

Ung thư là một loại bệnh mà trong đó các tế bào phát triển bất thường. Chúng nhân lên và phân chia không kiểm soát trong cơ thể. Nhóm tế bào bất thường này sẽ hình thành các khối u ác tính.

Ung thư vòm họng (hay còn được gọi làung thư vòm mũi họng) ám chỉ đến ung thư thanh quản, dây thanh âm và các bộ phận khác của cổ họng, chẳng hạn như amidan và hầu họng. Bệnh thường được chia làm hai loại: ung thư vòm họng vàung thư thanh quản.

Cổ họng là một ống cơ bắt đầu từ sau mũi và dừng lại ở cổ. Ung thư vòm họng thường bắt đầu từ các tế niêm mạc nằm bên trong cổ họng của bạn.

Thanh quản của bạn nằm ngay dưới cổ họng và cũng dễ phát triển ung thư. Thanh quản được làm bằng sụn và chứa các dây thanh âm. Chúng rung để tạo ra âm thanh khi bạn nói chuyện.

Mặc dù tất cả các bệnh ung thư vòm họng đều liên quan đến sự phát triển và tăng trưởng của các tế bào bất thường, các bác sĩ phải phân loại cụ thể. Để từ đó, có thể đưa ra kế hoạch điều trị hiệu quả nhất cho người bệnh.

Ung thư tế bào biểu mô vảy: Loại này phát triển từ các tế bào vảy lót niêm mạc cổ họng.

Ung thư tế bào biểu mô tuyến: Đây là loại ung thư cổ họng phát triển từ các tế bào tuyến và rất hiếm.

Ung thư hầu họng: Ung thư này phát triển tại vị trí yết hầu. Yết hầu là một ống rỗng chạy từ sau mũi đến phần đầu khí quản. Ung thư hầu họng phát triển ở cổ và họng bao gồm: Ung thư mũi hầu (phần trên của hầu họng); Ung thư khẩu hầu (phần giữa của hầu họng); Ung thư hạ hầu (phần dưới cùng của hầu họng họng)

Ung thư thanh quản: Ung thư này hình thành trong thanh quản, đó là nơi phát ra tiếng nói của bạn.

Hiện nay,nguyên nhân ung thư vòm họngchưa được xác định. Tuy nhiên, nam giới có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nữ giới.

Một số thói quen sống cũng có thể làm tăng nguy cơ phát triển ung thư, bao gồm:

Hút thuốc;

Uống quá nhiều rượu;

Dinh dưỡng kém;

Tiếp xúc với amiăng;

Vệ sinh răng miệng kém;

Hội chứng di truyền;

Bệnh cũng liên quan đến nhiễm trùng một số loại papillomavirus ở người (HPV). HPV là một loại vi rút lây truyền qua đường tình dục. Theo Trung tâm Điều trị Ung thư Hoa Kỳ, nhiễm HPV là một yếu tố nguy cơ đối với một số bệnh ung thư hầu họng.

Ung thư vòm họng cũng có liên quan đến các loại ung thư khác. Trên thực tế, một số người được chẩn đoán mắc bệnh ung thư vòm họng được chẩn đoán đồng thời với bệnh ung thư thực quản,ung thư phổihoặcung thư bàng quang. Xuất hiện mối tương quan này có thể là do những bệnh ung thư này có một số yếu tố nguy cơ giống nhau.

Xem thêm:Ung thư vòm họng: Thói quen ăn cá muối mặn

Khi khám, bác sĩ sẽ hỏi về các triệu chứng và bệnh sử của bạn. Nếu bạn đang gặp các triệu chứng như đau họng, khàn giọng và ho dai dẳng mà không cải thiện. Các triệu chứng này không thể được giải thích bằng các nguyên nhân khác. Khi đó có thể nghi ngờ là ung thư.

Bạn đọc có thể tìm hiểu thêm về các dấu hiệu của ung thư vòm họng, cũng như cách tự kiểm tra có thể giúp nhận biết bệnh qua bài viếtDấu hiệu ung thư vòm họng và cách giúp tự kiểm tra tại nhàcủa YouMed nhé!

Để kiểm tra, bác sĩ sẽ tiến hành nội soi thanh quản trực tiếp. Hoặc gián tiến giới thiệu bạn đến bác sĩ chuyên khoa để thực hiện thủ thuật.

Nội soi thanh quản giúp bác sĩ có cái nhìn cận cảnh hơn về vùng vòm họng của bạn. Nếu kết quả cho thấy bất thường, bác sĩ có thể lấy một mẫu mô (được gọi là sinh thiết) từ cổ họng của bạn. Sau đó xét nghiệm mẫu mô đó để tìm tế bào ung thư.

Bác sĩ có thể đề nghị một trong các loại sinh thiết sau:

Sinh thiết thông thường: Đối với thủ thuật này, bác sĩ sẽ phẫu thuật và lấy đi một mẫu mô. Loại sinh thiết này được thực hiện trong phòng mổ khi bạn đã được gây mê toàn thân.

Chọc hút kim nhỏ (FNA): Đối với thủ thuật này, bác sĩ sẽ đưa một cây kim nhỏ trực tiếp vào khối u để lấy các tế bào mẫu.

Nội soi sinh thiết: Để lấy mẫu mô bằng ống nội soi, bác sĩ sẽ luồn một ống dài và mỏng qua miệng, mũi hoặc một vết cắt.

Xem thêm:Tầm soát ung thư vòm họng: đối tượng, thời điểm và quy trình

Các lựa chọnđiều trị ung thư vòm họngbao gồm: phẫu thuật, xạ trị và hóa trị. Phương pháp điều trị nào được bác sĩ đề nghị sẽ phụ thuộc vào mức độ bệnh của bạn cùng với các yếu tố khác:

Nếu khối u trong cổ họng của bạn nhỏ, bác sĩ có thể phẫu thuật cắt bỏ khối u. Bạn có thể được gây mê khi phẫu thuật. Bác sĩ có thể đề nghị một trong các thủ thuật phẫu thuật sau:

Phẫu thuật nội soi: Thủ thuật này sử dụng một ống nội soi (một ống dài mỏng có đèn chiếu và camera ở cuối). Qua đó các dụng cụ phẫu thuật hoặc tia laser có thể được truyền qua để điều trị ung thư giai đoạn đầu.

Cắt thanh quản: Quy trình này loại bỏ tất cả hoặc một phần dây thanh quản của bạn. Tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của ung thư để lựa chọn hướng xử trí. Trong một số trường hợp, bệnh nhân có thể nói chuyện bình thường sau khi phẫu thuật. Một số khác, bệnh nhân sẽ phải học cách nói mà không cần thanh quản.

Phẫu thuật vùng cổ: Ung thư vòm họng thường lây lan đến các hạch bạch huyết ở cổ. Vì vậy bác sĩ có thể nạo vét một số hoặc tất cả các hạch bạch huyết vùng cổ.

Sau khi cắt bỏ khối u, bác sĩ có thể chỉ định thêm xạ trị. Xạ trị là sử dụng các tia năng lượng cao để tiêu diệt các tế bào ung thư ác tính. Xạ trị nhằm loại bỏ bất kỳ tế bào ung thư nào còn sót lại mà mắt thường không nhìn thấy. Các loại xạ trị bao gồm:

Xạ trị cường độ điều biến và xạ trị đồng đều 3D: Trong cả hai loại điều trị, chùm tia bức xạ đều được điều chỉnh phù hợp với hình dạng của khối u. Đây là chỉ định bức xạ phổ biến nhất được thực hiện đối với ung thư thanh quản và hạ họng.

Liệu pháp Brachytherapy: Hạt phóng xạ được đặt trực tiếp bên trong khối u hoặc gần khối u. Mặc dù loại bức xạ này có thể được chỉ định cho ung thư thanh quản và ung thư hầu họng, nhưng hiếm khi sử dụng.

Trong trường hợp khối u có kích thước lớn và đã lan tràn đến các hạch bạch huyết và các cơ quan hoặc mô khác, bác sĩ có thể đề nghị hóa trị cũng như xạ trị. Hóa trị là sử dụng một loại thuốc làm tiêu diệt và làm chậm sự phát triển của các tế bào ác tính.

Liệu pháp nhắm trúng đích: Liệu pháp nhắm trúng đích là sử dụng các loại thuốc can thiệp vào các phân tử xác định chịu trách nhiệm cho sự phát triển của khối u. Từ đó, làm ngăn chặn sự lây lan và phát triển của tế bào ung thư. Một loại liệu pháp nhắm trúng đích được sử dụng để điều trị ung thư vòm họng là cetuximab (Erbitux).

Các loại liệu pháp nhắm trúng đích khác đang được nghiên cứu quá trình thử nghiệm lâm sàng. Bác sĩ có thể đề nghị liệu pháp này đi kèm với hóa và xạ trị tiêu chuẩn.

Ung thư vòm họng là một bệnh lý nguy hiểm. Vậy bệnh có thể chữa khỏi được không? Mời bạn đọc tìm hiểu bài viếtUng thư vòm họng có chữa được không?để có câu trả lời cho mình nhé!

Ung thư vòm họnglà loại ung thư phổ biến ở Việt Nam. Đây là một bệnh lý nguy hiểm, tỉ lệ tử vong cao nhưng có thể được điều trị rất tốt nếu được phát hiện sớm. Do đó chúng ta cần hiểu biết để nhận biết các dấu hiệu của bệnh để đến khám kịp thời.Những người có nguy cơ cao như nam giới tuổi trung niên, thường xuyên hút thuốc lá… nên được khám tai mũi họng định kỳ mỗi 6 tháng để phát hiện bất kỳ bất thường nào ở vùng vòm họng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-vom-mui-hong/

Nội dung bài viết

Những thông tin chung về ung thư vòm mũi họng

Sinh bệnh học của ung thư vòm mũi họng

Các yếu tố nguy cơ gây bệnh

Phân loại ung thư vòm mũi họng

Các triệu chứng của ung thư vòm mũi họng

Khi nào bạn cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán ung thư vòm mũi họng

Phân giai đoạn ung thư vòm mũi họng

Điều trị ung thư vòm mũi họng

Tiên lượng

Lối sống và những điều cần nhớ

Ung thư vòm mũi họng (hay ung thư vòm họng) là một loại ung thư có tỉ lệ mắc cao nhất trong các loại ung thư của Tai – Mũi – Họng. Bệnh thường không được phát hiện sớm do triệu chứng không đặc hiệu, dễ lầm với bệnh khác. Thêm nữa, vị trí vòm họng cũng nằm khá sâu. Do đó hãy cùng tìm hiểu những điều cần biết về ung thư vòm mũi họng qua chia sẻ từ Thạc sĩ, Bác sĩ Mai Quang Hoàn để tự trang bị kiến thức bảo vệ bạn trước bệnh tật.

Ung thư biểu mô vòm mũi họng hay thường được gọi làung thư vòm họngdùng để chỉ các khối u ác tính xuất hiện ở vị trí cao nhất của họng – họng mũi, ngay phía sau mũi. Bệnh ít gặp ở Mỹ, nhưng lại khá phổ biến ở Đông Nam Á.

Ung thư vòm họng rất khó phát hiện sớm. Do vòm họng nằm sâu và không dễ kiểm tra. Các triệu chứng của ung thư giai đoạn sớm không rõ ràng và dễ chẩn đoán lầm với các bệnh lý phổ biến khác.

Điều trị ung thư biểu mô vòm họngthường bao gồm xạ trị, hóa trị hoặc kết hợp cả hai liệu pháp.

Ung thư bắt đầu khi một hoặc nhiều đột biến gen khiến các tế bào bình thường phát triển ngoài tầm kiểm soát, xâm lấn các cấu trúc xung quanh và cuối cùng lan rộng (di căn) sang các bộ phận khác của cơ thể. Trong ung thư biểu mô vòm họng, quá trình này bắt đầu trong các tế bào vảy nằm trên bề mặt của vòm họng.

Nguyên nhân ung thư vòm mũi họnghiện vẫn chưa được xác định. Tuy nhiên, người ta đã xác định được kháng thể kháng nhân và DNA liên quan đếnEpstein-Barrvirusở tế bào biểu mô mũi họng. Điều này cho thấy có sự liên quan giữa ung thư vòm họng và virus này.

Các yếu tố nguy cơ khác có thể kể đến gồm:

Giới tính: nam giới thường mắc ung thư vòm họng hơn nữ giới.

Chủng tộc: người Hoa, Đông Nam Á và Bắc Phi là nhóm người hay gặp ung thư vòm họng hơn các nhóm người khác.

Tuổi: thường gặp ở nhóm tuổi từ 30 – 50 tuổi.

Tiêu thụ thịt muối hoặc cá muối (salt-cured foods).

Tiền căn gia đình.

Đồ uống cồn và thuốc lá.

Vì sao tiêu thụ nhiều cá muối có thể làm tăng nguy cơ mắc ung thư vòm họng? Các yếu tố nguy cơ khác là gì? Mời bạn cùng YouMed tìm hiểu qua bài viếtUng thư vòm họng: Thói quen ăn cá muối mặn và các yếu tố nguy cơ khácnhé!

Ung thư biểu mô vòm mũi họng được chia làm 3 týp theo WHO:

Loại thường gặp ở người trưởng thành là ung thư biểu mô gai (Type 1).

Ung thư biểu mô gai không sừng hóa (Type 2).

Ung thư biểu mô biệt hóa kém, hay gặp ở trẻ em và tuổi dậy thì (Type 3).

Bệnh nhân ung thư vòm ít khi đến khám và chữa bệnh ở giai đoạn sớm. Các triệu chứng ban đầu thường không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các bệnh thông thường khác khiến người bệnh cũng ít quan tâm:

Khối không đau ở cổ.

Nhìn mờ hoặc nhìn đôi.

Viêm tai giữatái diễn thường xuyên.

Đau hoặc tê mặt.

Đau đầu.

Nghe kém, ù tai hoặc có cảm giác đầy tai.

Khó khăn khi mở miệng.

Chảy máu mũi.

Nghẹt mũi.

Viêm họng kéo dài.

Bạn cũng cần lưu ý cáctriệu chứng ung thư vòm họngnêu trên có thể gặp trong các bệnh lý khác ít nghiêm trọng hơn, hoặc kể cả khi đang khỏe mạnh.

Các triệu chứng ung thư biểu mô vòm họng sớm có thể không phải lúc nào cũng nhắc bạn đi khám bác sĩ. Tuy nhiên, nếu bạn nhận thấy bất kỳ thay đổi bất thường và liên tục nào trong cơ thể. Và dường như chúng không phù hợp với sinh hoạt bình thường, chẳng hạn như nghẹt mũi bất thường, hãy đến gặp bác sĩ ngay.

Bác sĩ thường có thể chẩn đoán bệnh cho bạn khi bạn có các triệu chứng sau khi khám:

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (80%) là sự xuất hiện của một hoặc nhiều hạch cổ to, không đau.

Yếu liệt dây thần kinh sọ chiếm 25% trường hợp là triệu chứng khởi đầu.

Nội soi mũi họng thường ghi nhận có khối u xuất phát tại vùng mũi họng, thường gặp nhất là tại hố Rosenmuller.

CT-scanvùng đầu cổ để xác định mức độ lan rộng của khối u, sự xâm lấn sàn sọ và tình trạng hạch cổ.

CT-scan ngực để đánh giá sự di căn xa.

Siêu âm cổ: đánh giá tình trạng hạch cổ.

MRIsọ não và sàn sọ trong trường hợp có nghi ngờ xâm lấn nội sọ.

Xạ hình xương để đánh giá di căn xa vào xương.

PET-CT: để tìm ổ ung thư nguyên phát khi phát hiện có di căn hạch tiềm tang và cũng như để đánh giá có di căn xa.

Tổng phân tích tế bào máu.

Kháng thể kháng nhân EBV và EBV DNA.

Xét nghiệm chức năng gan, thận, điện giải…

Thủ thuật: sinh thiết hạch cổ hoặc sinh thiết khối u vòm.

Xem thêm:Tầm soát ung thư vòm họng: đối tượng, thời điểm và quy trình

Còn gọi là “ung thư tại chỗ”. Các tế bào “bất thường” vẫn chưa phá vỡ lớp màng đáy.

Ung thư vòm họng giai đoạn 1giới hạn trong vùng mũi họng, hoặc đã lan xuống vùng họng miệng và/hoặc vào hốc mũi.

Ung thư vòm họng giai đoạn 2bao gồm ung thư giai đoạn 1 và một trong các đặc điểm sau:

Cho di căn một hạch cùng bên có kích thước dưới 6 cm.

Di căn đến một hạch sau hầu có kích thước dưới 6 cm.

Hoặc ung thư đã lan đến các mô lân cận (khoang quanh hầu) có hoặc chưa có di căn hạch.

Ung thư vòm họng giai đoạn 3là khi khối u có một trong các đặc điểm sau:

Ung thư lan đến nền sọ và vùng hốc mũi và xoang cạnh mũi, có hoặc không có di căn hạch và không hạch nào vượt quá 6 cm.

Cho di căn hạch cổ 2 bên nhưng không hạch nào lớn hơn 6cm đường kính. Khối u có thể còn giới hạn trong vùng họng mũi, có thể lan đến vùng hốc mũi và các xoang hoặc lan và các khoang cạnh hầu.

Khối u xâm lấn vào trong sọ hoặc các dây thần kinh, lan rộng xuống hạ họng, hốc mắt hoặc nhóm cơ nhai. Có thể có di căn hạch hoặc không nhưng không có hạch lớn hơn 6 cm.

Ung thư có di căn một hoặc nhiều hạch lớn hơn 6 cm hoặc cho di căn đến nhóm hạch thượng đòn.

Ung thư di căn đến các cơ quan xa (xương, phổi, gan, hạch trung thất…).

Ung thư vòm họng giai đoạn cuối có những đặc điểm gì? Bệnh có thể được điều trị như thế nào? Tất cả thông tin về bệnh đã được YouMed trình bày qua bài viếtUng thư vòm họng giai đoạn cuối: điều trị và cách chăm sóc người bệnh. Mời bạn đọc tham khảo thêm nhé!

Do vị trí giải phẫu đặc thù và thường cho di căn hạch sớm mà phương pháp phẫu thuật thường không thể kiểm soát được khối u. Do đó, các biện pháp can thiệp ngoại khoa thông thường chỉ dừng lại ở mức sinh thiết hạch cổ và sinh thiết khối u nguyên phát

Được xem là phương thức điều trị chính với hóa trị được sử dụng ở những ca bệnh tiến triển.

Liệu pháp xạ trị trong ung thư vòm thường sử dụng là liệu pháp xạ trị ngoài.

Đối với các khối u nhỏ thì xạ trị có thể là liệu pháp duy nhất. Một số trường hợp khác có thể kết hợp với hóa trị kèm theo

Tác dụng phụ bao gồm: đỏ da, mất thính lực và khô miệng.

Phương thức xạ trị trong đôi khi được sử dụng ở những trường hợp ung thư tái phát.

Có 3 cách sử dụng hóa trị liệu trong điều trị ung thư vòm:

Phối hợp hóa trị đồng thời với xạ trị.

Hóa trị sau khi xạ trị.

Hóa trị trước khi xạ trị.

Kết quả của các thử nghiệm lâm sàng bao gồm cả xạ trị và hóa trị thường báo cáo tỷ lệ sống lâu dài là 50-80%.

Trong một nghiên cứu, tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 42% chỉ với xạ trị và 58% khi điều trị bằng hóa trị.

Ung thư vòm họng sống được bao lâu luôn là nỗi lo lắng chung của các bệnh nhân. Liệu có con số cụ thể nào để trả lời cho câu hỏi này? Mời bạn cùng YouMed tìm hiểu về vấn đề này qua bài viếtUng thư vòm họng sống được bao lâu?nhé!

Chứng khô miệng sẽ khiến bạn cảm thấy khó chịu. Dễ dẫn đến nhiễm trùng vùng miệng và ăn uống khó khăn, khó nói,hôi miệng. Đến khám và báo cho bác sĩ hoặc nha sĩ nếu bạn có các vấn đề trên.

Một số cách để làm giảm nhẹ tình trạng khô miệng:

Chải răng nhiều lần trong ngày. Sử dụng bàn chảy có long mịn và chải răng nhẹ nhàng. Đến khám bác sĩ nếu miệng bạn không chịu được dù đã chải răng nhẹ nhàng

Súc rửa miệng bằng nước muối ấm sau bữa ăn. Làm một dung dịch bằng nước ấm với ít muối và soda. Sau đó súc miệng với dung dịch đó sau mỗi bữa ăn

Giữ cho miệng của bạn luôn ẩm ướt bằng nước hoặc kẹo không đường. Thường xuyên uống nước sẽ giúp miệng ít bị khô. Ngoài ra, kẹo không đường hoặc kẹo cao su có thể kích tích miệng tiết nước bọt

Tránh các loại thức ăn khô, thức ăn quá chua, cay.

Mỗi người có cách đối diện với bệnh tật khác nhau. Đối với bệnh ung thư cũng không ngoại lệ, bạn có thể sốc và sợ hải hoặc đau buồn. Đó là cảm xúc tiêu cực nhưng rất bình thường

Khi được chẩn đoán ung thư sẽ khiến bạn cảm thấy cuộc đời như đã được định đoạt. Vì thế, một số bước sau đây sẽ giúp bạn lấy lại tinh thần để đương đầu với những điều sắp tới, hãy cố gắng:

Học hỏi kiến thức đủ để tự tin và đưa ra quyết định: Lập danh sách câu hỏi và hỏi bác sĩ của bạn. tìm kiếm thêm kiến thức cho đến khi bạn đủ tự tin đưa ra quyết định về điều trị bệnh của mình.

Tìm ai đó để nói chuyện. Có thể là người nào đó như bạn thân, gia đình, những người chịu lắng nghe để bạn chia sẻ cảm xúc.

Dành thời gian cho bản thân mình nhiều hơn: nghĩ hoặc viết nhật ký cũng là một cách để giải bày mọi cảm xúc trong bạn

Tự chăm sóc bản thân: để chuẩn bị cho quá trình điều trị tốt nhất, bản thân bạn cũng cần có lối sống thật khỏe mạnh. Những thói quen tốt, chế độ dinh dưỡng đầy đủ và chế độ rèn luyện phù hợp là những gì bạn cần.

Nếu bạn hút thuốc, hãy bỏ thuốc. Ăn đa dạng các loại rau và trái cây. Tập thể dục và tái khám bác sĩ đúng hẹn. Ngủ đủ giấc, kiểm soát căng thẳng bằng cách sắp xếp và ưu tiên những điều nào quan trọng với bạn.

Như vậy,ung thư vòm mũi họnglà vấn đề sức khỏe rất đáng lưu tâm. Bạn có yếu tố nguy cơ nào gây ung thư không. Hãy thay đổi ngay. Hãy quan tâm đến sức khỏe của mình nhiều hơn. Khi có những triệu chứng nghi ngờ hãy gặp Bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn ngay. Phát hiện sớm sẽ giúp tăng điều trị thành công cho bạn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-vu/

Nội dung bài viết

Ung thư vú là gì?

Các loại ung thư vú

Nguyên nhân gây ung thư vú

Dấu hiệu nhận biết sớm

Đối tượng nào dễ mắc bệnh hơn

Các giai đoạn của ung thư vú

Cách nhận biết ung thư vú

Điều trị ung thư vú

Phòng ngừa ung thư vú

Ung thư vú là một trong những căn bệnh được nhiều người quan tâm. Bệnh có thể xảy ra ở cả nam giới và phụ nữ, nhưng nó phổ biến hơn nhiều ở phụ nữ. Hãy cùng tìm hiểu rõ hơn về căn bệnh này qua bài viết dưới đây của Bác sĩ Phan Văn Giáo nhé!

Ung thư vú là ung thư phát triển trong các tế bàovú. Thông thường, ung thư hình thành trong các tiểu thùy hoặc các ống dẫn của vú. Ung thư cũng có thể xảy ra trong mô mỡ hoặc mô liên kết dạng sợi trong vú của bạn.

Các tế bào ung thư không được kiểm soát thường xâm lấn các mô vú khỏe mạnh khác và có thể di chuyển đến cáchạch bạch huyếtdưới cánh tay. Các hạch bạch huyết là một con đường chính giúp các tế bào ung thư di chuyển đến các bộ phận khác của cơ thể.1

Bệnh chia thành hai loại chính: “xâm lấn” và “không xâm lấn” (còn gọi là “tại chỗ”). Trong khi ung thư xâm lấn đã lây lan từ các ống dẫn hoặc tuyến vú đến các bộ phận khác của vú, ung thư không xâm lấn đã không lây lan từ mô ban đầu.2

Hai loại này được sử dụng để mô tả các loại phổ biến nhất, bao gồm:2

Ung thư biểu mô ống dẫn trứng tại chỗ.

Ung thư biểu mô dạng thùy tại chỗ.

Ung thư biểu mô ống xâm lấn.

Ung thư biểu mô tiểu thùy xâm lấn.

Các loại ung thư vú khác, ít phổ biến hơn bao gồm:2

Bệnh Paget của núm vú. Loại này bắt đầu trong các ống dẫn của núm vú. Nhưng khi phát triển, nó bắt đầu ảnh hưởng đến da và quầng vú của núm vú.

Khối u Phyllodes. Loại này rất hiếm gặp này phát triển trong mô liên kết của vú. Hầu hết các khối u này là lành tính, nhưng một số là ung thư.

Angiosarcoma. Đây là ung thư phát triển trên các mạch máu hoặc mạch bạch huyết ở vú.

Ung thư vú dạng viêmhiếm gặp nhưng cực kì nguy hiểm. Đây là một bệnh dễ chẩn đoán nhầm với nhiễm trùng vú, do đó nó cần được phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Ung thư vú xảy ra khi một số tế bào vú bắt đầu phát triển bất thường. Các tế bào này phân chia nhanh hơn các tế bào khỏe mạnh và tiếp tục tích tụ, tạo thành một khối hoặc một khối. Các tế bào có thể lây lan (di căn) qua vú đến các hạch bạch huyết hoặc đến các bộ phận khác của cơ thể.1

Bệnh thường bắt đầu với các tế bào trong ống dẫn sản xuất sữa (ung thư biểu mô ống dẫn sữa xâm lấn). Tuy nhiên nó cũng có thể bắt đầu trong mô tuyến được gọi là tiểu thùy (ung thư biểu mô tiểu thùy xâm lấn) hoặc trong các tế bào hoặc mô khác trong vú.1

Các yếu tố nội tiết tố, lối sống và môi trường cũng có thể làm tăng nguy cơ ung thư vú. Nhưng không rõ tại sao một số người không có yếu tố nguy cơ lại phát triển ung thư, trong khi những người khác có yếu tố nguy cơ lại không bao giờ bị. Có khả năng ung thư này là do sự tương tác phức tạp giữa cấu tạo gen và môi trường của bạn.1

Ung thư vú thường không gây cảm giác đau đớn trong giai đoạn đầu. Điều quan trọng là phải đến gặp bác sĩ thật sớm nếu bạn nhận thấy bất kỳ thay đổi nào sau đây:

Thay đổi kích thước hoặc hình dạng một hoặc cả hai bên vú.

Bạn có thể sờ thấy một khối u ở vú hoặc nách không biến mất trong thời gian dài. Tuy nhiên, sờ thất một khối u bất thường ở vú không phải luôn là biểu hiện của ung thư.

Có một vết lõm trên núm vú hoặc những nơi khác trên vú. Núm vú có thể bị tụt vào trong.

Sưng đỏ, loét, thay đổi màu sắc da hay ngứa, đau vùng vú.

Vú tiết dịch bất thường, có thể lẫn máu.

Các bất thường trên cũng có thể được phát hiện thông qua tầm soát ung thư vú định kì. Bao gồm khám sức khỏe, siêu âm hoặc chụp nhũ ảnh. Đây là cách đáng tin cậy nhất để phát hiện sớm ung thư vú. Nếu nghi ngờ, bác sĩ có thể tiến hành kiểm tra thêm bằng các xét nghiệm chuyên sâu hơn.

Các yếu tố liên quan đến tăng nguy cơ ung thư vú bao gồm:1

Phụ nữ có nhiều khả năng mắc phải hơn nam giới.

Nguy cơ ung thư tăng lên khi bạn già đi.

Nếu bạn bị ung thư ở một bên vú, bạn sẽ có nguy cơ phát triển ung thư ở vú bên kia.

Nếu mẹ, chị gái hoặc con gái của bạn được chẩn đoán mắc bệnh ung thư vú, đặc biệt là khi còn trẻ, thì nguy cơ mắc bệnh của bạn sẽ tăng lên.

Một số đột biến gen làm tăng nguy cơ ung thư vú có thể được truyền từ cha mẹ sang con cái. Các đột biến gen được biết đến nhiều nhất được gọi là BRCA1 và BRCA2.

Nếu bạn được điều trị bức xạ vào ngực khi còn nhỏ hoặc thanh niên, nguy cơ của bạn sẽ tăng lên.

Béo phìlàm tăng nguy cơ ung thư.

Bắt đầu có kinh trước 12 tuổi làm tăng nguy cơ ung thư.

Nếu bạn bắt đầu mãn kinh ở độ tuổi lớn hơn, bạn có nhiều khả năng bị ung thư.

Phụ nữ sinh con đầu lòng sau 30 tuổi có thể tăng nguy cơ ung thư.

Những phụ nữ chưa từng mang thai có nguy cơ mắc cao hơn những phụ nữ đã từng mang thai một hoặc nhiều lần.

Phụ nữ dùng thuốc điều trị hormone kết hợpestrogenvàprogesteroneđể điều trị các dấu hiệu và triệu chứng của thời kỳ mãn kinh có nguy cơ mắc cao hơn.

Uống rượu làm tăng nguy cơ ung thư.

Ung thư vú có năm giai đoạn chính: giai đoạn 0 đến 5. Cụ thể như sau:2

Giai đoạn 0 là DCIS. Các tế bào ung thư trong DCIS vẫn giới hạn trong các ống dẫn trong vú và chưa lan sang các mô lân cận.

Giai đoạn 1A: Khối u nguyên phát rộng từ 2 cm trở xuống và các hạch bạch huyết không bị ảnh hưởng.

Giai đoạn 1B: Ung thư được tìm thấy trong các hạch bạch huyết gần đó và không có khối u ở vú hoặc khối u nhỏ hơn 2 cm.

Giai đoạn 2A: Khối u nhỏ hơn 2 cm và đã lan đến 1-3 hạch bạch huyết gần đó, hoặc từ 2 đến 5 cm và không lan đến bất kỳ hạch bạch huyết nào.

Giai đoạn 2B: Khối u có kích thước từ 2 đến 5 cm và đã lan đến 1-3 hạch bạch huyết ở nách (nách), hoặc lớn hơn 5 cm và không lan đến bất kỳ hạch bạch huyết nào.

Giai đoạn 3A:

Ung thư đã lan đến 4-9 hạch bạch huyết ở nách hoặc đã mở rộng các hạch bạch huyết bên trong tuyến vú và khối u nguyên phát có thể có kích thước bất kỳ.

Các khối u lớn hơn 5 cm và ung thư đã lan đến 1-3 hạch bạch huyết ở nách hoặc bất kỳ hạch nào ở xương ức.

Giai đoạn 3B: Một khối u đã xâm lấn vào thành ngực hoặc da và có thể đã hoặc không xâm lấn tới 9 hạch bạch huyết.

Giai đoạn 3C: Ung thư được tìm thấy trong 10 hoặc nhiều hơn các hạch bạch huyết ở nách, các hạch bạch huyết gần xương đòn hoặc các hạch bên trong tuyến vú.

Ở giai đoạn 4 có thể có một khối u ở bất kỳ kích thước nào, và các tế bào ung thư của nó đã lan đến các hạch bạch huyết gần và xa cũng như các cơ quan ở xa.

Xương là vị trí di căn phổ biến nhất của ung thư vú. Ung thư vú di căn xương ảnh hưởng đáng kể đến cả chất lượng cuộc sống và khả năng sống sót của bệnh nhân. Để hiểu rõ hơn về ung thư vú di căn xương, hãy theo dõi bài viết sau: Bạn đã hiểu rõ vềung thư vú di căn xương?

Phương pháptự khám vúđược khuyến cáo tiến hành hàng tháng vào 1 ngày cố định đối với phụ nữ từ 20 tuổi trở lên. Với phụ nữ còn kinh là sau khi sạch kinh 7-10 ngày.

Quan sát xem các thay đổi ở vú như u cục, độ dầy, lõm da hay thay đổi về màu sắc da. Xem xét chuyển động của vú khi di chuyển vai. Nặn nhẹ đầu vú xem có dịch chảy ra không. Dùng tay sờ nắn vú, áp sát ngón tay vào thành 1 mặt phẳng. Ép đều đặn lên các vùng khác nhau của tuyến vú vào thành ngực để cảm nhận, phát hiện các u cục, các đám rắn của tuyến vú. Kiểm tra hố nách.

Chụp X – quang tuyến vú có thể cho thấykhối u vúlên đến 2 năm trước khi chúng có thể được cảm nhận. Hầu hết những người phụ nữ không có yếu tố nguy cơ bắt đầu chụp X-quang vú khi 40 tuổi. Nếu bạn có nguy cơ mắc cao hơn, bác sĩ khuyên bạn nên bắt đầu ở độ tuổi trẻ hơn.

Bác sĩ có thể chỉ định phương pháp này nếu bạn có bộ ngực dày. Nó cũng là một lựa chọn nếu bạn có nguy cơ mắc bệnh cao và đang mang thai. Điều này giảm thiểu tiếp xúc với tia X so so với chụp X – quang tuyến vú.

Xét nghiệm thường được sử dụng khi bạn được chẩn đoán ung thư. Và để đánh giá xem ung thư đã lan rộng bao xa. Tuy nhiên, bác sĩ có thể kết hợp nó với chụp X quang tuyến vú như một xét nghiệm sàng lọc nếu:

Bạn có nguy cơ cao bị ung thư vú.

Bạn có tiền sử gia đình mắc bệnh ung thư vú hoặc buồng trứng.

Ngực dày đặc và chụp X-quang tuyến vú không tìm thấy ung thư vú trước đó.

Bộ ngực đã có những thay đổi tiền ung thư vú như tăng sản không điển hình hoặc ung thư biểu mô tiểu thùy tại chỗ.

Có đột biến gen BRCA1 hoặc BRCA2.

Bạn đã xạ trị đến vùng ngực trước khi bạn 30 tuổi.

Các phương pháp điều trị ung thư vú đang ngày càng hiệu quả. Và mọi người ngày nay có nhiều lựa chọn hơn bao giờ hết. Tất cả các phương pháp điều trị đều có mục tiêu chính:

Loại bỏ cơ thể ung thư càng nhiều càng tốt.

Để ngăn ngừa bệnh quay trở lại.

Một số phương pháp điều trị loại bỏ hoặc tiêu diệt tế bào ung thư trong vú và các mô lân cận. Đó là:1

Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ vú hoặc chỉ loại bỏ khối u và các mô xung quanh nó. Lúc này nó được gọi là phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc bảo tồn vú.

Xạ trịlà sử dụng sóng năng lượng cao để tiêu diệt các tế bào ung thư.

Hóa trị là sử dụng thuốc để tiêu diệt tế bào ung thư. Vì là hóa chất để chống lại căn bệnh này.

Liệu pháp hormon sử dụng các loại thuốc để ngăn ngừa hormone đặc biệt là estrogen. Vì hormon này thúc đẩy sự phát triển của các tế bào ung thư vú. Tác dụng phụ có thể bao gồm bốc hỏa vàkhô âm đạo. Một số loại của liệu pháp này hoạt động bằng cách ngăn chặnbuồng trứngsản xuất hormone.

Các loại thuốc mới có tên liệu pháp nhắm mục tiêu như lapatinib, pertuzumab và trastuzumab. Những loại thuốc này thúc đẩy hệ thống miễn dịch của cơ thể tiêu diệt ung thư. Chúng nhắm mục tiêu các tế bào ung thư vú có hàm lượng protein cao gọi là HER2.

Thay đổi cuộc sống hàng ngày của bạn có thể giúp giảm nguy cơ ung thư vú. Cố gắng:

Hỏi bác sĩ về việc tầm soát ung thư vú.

Làm quen với vú của bạn thông qua việc tự kiểm tra vú để nhận biết về vú.

Không nên sử dụng các chất có cồn.

Tập thể dục thường xuyên.

Hạn chế liệu pháp hormone sau mãn kinh.

Duy trì cân nặng hợp lý.

Chọn một chế độ ăn uống lành mạnh.

Nếu bác sĩ đã đánh giá tiền sử gia đình của bạn và xác định rằng bạn có các yếu tố khác, chẳng hạn như tình trạng tiền ung thư vú, làm tăng nguy cơ ung thư vú, bạn có thể thảo luận về các lựa chọn để giảm nguy cơ, chẳng hạn như:

Thuốc phòng ngừa (phòng ngừa bằng hóa chất).

Dự phòng phẫu thuật.

Ung thư vúlà căn bệnh gây tử vong cao nhất ở nữ giới. Do đó việc phát hiện các triệu chứng của bệnh và điều trị kịp thời là rất quan trọng. Hãy trang bị đầy đủ cho mình kiến thức về căn bệnh này bạn nhé!

Mặc dù ung thư vú nam giới hiếm gặp, nhưng việc biết được các yếu tố nguy cơ có liên quan là vô cùng cần thiết. Hãy tham khảo bài viết sau để hiểu rõ hơn:Ung thư vú ở nam giới: Ít được quan tâm, hậu quả khôn lường!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-vu-di-can/

Nội dung bài viết

Từng loại ung thư vú di căn

Chẩn đoán ung thư vú di căn

Điều trị ung thư vú di căn

Cách phòng ngừa ung thư vú di căn

Ung thư vú là căn bệnh ác tính thường gặp nhất ở phụ nữ Việt Nam. Bệnh cảnh di căn trong ung thư vú không hiếm gặp, có thể phát hiện ngay từ đầu, hoặc sau một thời gian điều trị trước đó. Trong 2 thập kỷ qua đã có nhiều tiến bộ trong phòng ngừa – tầm soát ung thư vú, cũng như phương pháp điều trị ung thư vú di căn, giúp cho sống còn của bệnh nhân không ngừng cải thiện. Các bạn hãy cùng Bác sĩ Võ Hoài Nam tìm hiểu về ung thư vú di căn: cách chẩn đoán và điều trị, qua bài viết dưới đây.

Hầu hết,ung thư vúxuất phát từ đơn vị ống tận cùng của tiểu thùy. Một khi tế bào bướu đã xâm lấn màng đáy thì có khả năng xâm lấn tại chỗ và di căn xa. Ngược lại là các tình huống ung thư vú tại chỗ (In-situ). Ung thư vú di căn là giai đoạn khi tế bào ung thư vú đã không còn nằm tại chỗ, tại vùng (hạch), mà đã đến các vị trí xa trong cơ thể (gan, phổi, não, xương…).12

Nhìn chung đến hiện tại, ung thư vú di căn là căn bệnh vẫn chưa thể chữa khỏi.1

Tuy nhiên do sự phát triển của y học ung thư thì ngày càng nhiều dòng thuốc điều trị mới hiệu quả, không ngừng kéo dài thời gian sống còn của bệnh nhân ung thư di căn. Bên cạnh đó, mục tiêu điều trị của các phương pháp cũng bao gồm việc hạn chế ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.123

Dưới đây là bảng các cách phân loại ung thư vú di căn:145

Điểm lưu ý là phân loại theo phân nhóm sinh học thường được sử dụng trên lâm sàng, nhằm lựa chọn điều trị phù hợp nhất với mô bướu và thể trạng người bệnh.

Tương tự các loại ung thư khác, ung thư vú di căn có thể biểu hiện tại chỗ – tại vùng hoặc biểu hiện tại vị trí di căn xa. Các biểu hiện tại chỗ tại vùng như:

Khối bướu trong vú không đau.

Bướu lớn, tiến triển tại chỗ, dính da, lở loét, phù nề da (dấu da cam), núm vú thụt, hạch nách hạch cổ

Các biểu hiện tại nơi di căn xa thường rất đa dạng, tùy thuộc vào vị trí và mức độ di căn (nếu có biểu hiện) như:

Phổi: khó thở, đau tức ngực, đau nhói thành ngực, ho khan, ho ra máu…

Gan: Đau tức hạ sườn phải,vàng da, phù chi –báng bụng, xuất huyết da niêm…

Não: Nhức đầu, buồn nôn – nôn, yếu liệt tay chân, mất cảm giác, thay đổi tri giác – nhận thức – tính cách…

Xương: Đau nhức khu trú tại xương (thường là xương cột sống hoặc xương chậu), đôi khi gãy xương bệnh lý

Màng phổi: Khó thở, ho khan do tràn dịch màng phổi lượng nhiều…

Da – mô mềm: Khối sang thương sượng – cứng, không đau, tăng dần kích thước, có thể hoại tử hoặc xuất tiết dịch – máu…

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Bên cạnh đó, một số các xét nghiệm cần thực hiện như sau:145

Nhũ ảnh là phương tiện hình ảnh học quan trọng nhất trong ung thư vú, có thể chia thành 2 nhóm lớn: nhũ ảnh tầm soát và nhũ ảnh chẩn đoán (khác nhau bởi chỉ định – ý nghĩa thực hiện và cường độ tia X). Nhũ ảnh kỹ thuật số có độ nhạy cao hơn nhũ ảnh quy ước Nhũ ảnh thường được thực hiện ở 2 thế chuẩn: CC và MLO. Ngoài ra còn nhiều tư thế khác sẽ giúp bộc lộ sang thương vú chưa rõ trên 2 thế kinh điển trên.

Nhược điểm của nhũ ảnh là khả năng bỏ sót thương tổn khi mô vú dày (nữ trẻ tuổi, hoặc nữ đang dùng nội tiết tố nữ…), tiếp xúc với tia phóng xạ (so với siêu âm và MRI).

Siêu âm vú: là phương tiện rẻ tiền, dễ tiếp cận, và là công cụ chính chính cho các bệnh nhân < 30 tuổi, bổ sung thêm các tính chất tổn thương trên nhũ ảnh. Siêu âm giúp định hướng sinh thiết, chọc hút tế bào, nang… Ngoài ra, có thể giúp phát hiện được di căn hạch nách, cổ.

Siêu âm được chỉ định để phát hiện di căn hạch nách. Các hạch này có vùng vỏ dày hoặc các ổ giãn to ở vùng vỏ hạch trên 2,5 mm hoặc mất rốn hạch hoàn toàn. Các hạch này có thể được chọc hút bằng kim dưới hướng dẫn của siêu âm để xác định chẩn đoán. Đây là một phần đánh giá trước khi sinh thiết hạch lính gác trong ung thư vú.

Nhược điểm là: chủ quan vì lệ thuộc vào người làm (tuy rằng giá trị tương đương nhũ ảnh nếu được thực hiện bởi một nhà siêu âm có nhiều kinh nghiệm).

Đây là một sự tiến bộ ngoạn mục củaMRItrong thập niên vừa qua. Tiêm gadolinium vào tĩnh mạch giúp gia tăng tương phản hình MRI vú, làm tăng độ nhạy của MRI vú trên 90% trong chẩn đoán ung thư vú xâm lấn. Một vài ung thư vú chỉ thấy được đơn thuần trên MRI mà thôi. Độ nhạy của MRI vú tùy thuộc vào sự tăng sinh mạch máu của bướu.

Tuy nhiên tiêm gadolinium cũng gây ra chẩn đoán dương giả và âm giả như: bướu sợi tuyến, tăng sản không điển hình ống tuyến và tiểu thùy và bướu nhú. Sự chồng lấp hình ảnh trên MRI vú đôi khi cần sinh thiết thêm để xác định. Do đó để chẩn đoán chính xác hơn cần phải theo dõi phân tích sự hấp thu của chất cản từ phối hợp với hình thái của tổn thương.

Tầm soát ung thư vú nguy cơ cao: tiền căn gia đình, đột biến gen.

Tóm tắt các chỉ định lâm sàng của MRI vú như sau:

Tầm soát các phụ nữ có đột biến gen BRCA1-2 và hoặc có tiền căn gia đình trên 25% nguy cơ hoặc tiền căn xạ trị thành ngực, trung thất trước 20 tuổi.

Đánh giá sang thương vú khi không tương hợp lâm sàng, nhũ ảnh và siêu âm vú.

Ung thư vú tiềm ẩn (hạch nách di căn chưa rõ nguyên phát).

Đánh giá ung thư vú đa ổ, đa trung tâm.

Bướu còn sót sau khi cắt rộng trong phẫu thuật bảo tồn vú có diện cắt dương tính.

Chẩn đoán phân biệt tái phát với sẹo xơ sau phẫu thuật bảo tồn vú.

Đánh giá đáp ứng và kiểu đáp ứng của bướu nguyên phát sau liệu pháp tân hỗ trợ.

Đánh giá sự toàn vẹn túi độn và phát hiện ung thư trên bệnh nhân có túi độn/bơm silicon.

Chẩn đoán âm giả có thể xảy ra khi thiếu sự sinh mạch trong carcinôm dạng nhầy, carcinôm tiểu thùy và trong carcinôm ống tuyến vú tại chỗ. Ngoài ra chẩn đoán âm giả của MRI có thể xảy ra sau hóa trị. MRI vú hướng dẫn sinh thiết khi không thấy tổn thương trên nhũ ảnh hoặc siêu âm vú.

Bất lợi của MRI vú: Giá thành cao, bắt buộc phải có tiêm thuốc cản từ vì hình ảnh rất đa dạng, dương tính giả trên các tổn thương lành tính. Quá nhiều hình ảnh nên thời gian khảo sát kéo dài, thời gian đọc phim kéo dài và có 5% ung thư xâm lấn bắt thuốc ít và chậm nên bị nhầm lẫn với tổn thương lành tính.

XQ ngực thẳng.

Siêu âm bụng.

CT scan ngực bụng.

Hữu ích cho các tình huống có triệu chứng đau nhức xương, hoặc tăng ALP không thể giải thích hoặc các tình huống tiến xa tại chỗ – tại vùng (nguy cơ cao di căn xương).

Được chỉ định khi có triệu chứng gợi ý di căn não, không chụp thường quy.

Thường được chỉ định khi các xét nghiệm phía trên chưa thể xác định bản chất lành – ác của các sang thương.

Tiêu chuẩn vàng vì có độ chính xác cao, phân biệt xâm lấn hay không xâm lấn, khảo sát thể sinh học ung thư vú. Tuy nhiên, phương thức này khó thực hiện với bướu < 1 – 1.5 cm.

Chỉ khảo sát tế bào học, không khảo sát được mô học và thể sinh học, không phân biệt được xâm lấn/không xâm lấn. Đơn giản, dễ làm hơn nhưng cần kết hợp với hình ảnh học và sinh thiết lõi kim, sinh thiết lạnh lúc mổ về sau.

Được chỉ định khi sinh thiết lõi kim, FNA có kết quả không xác định, mà lâm sàng vẫn còn nghi ngờ, hoặc bướu nhỏ sinh thiết lõi kim không thuận lợi, hoặc bướu vú lở loét ra da, cần xác định bản chất bướu để điều trị tiếp theo.

Công thức máu.

Chức năng gan.

Chức năng thận.

ALP máu.

Ung thư vú khi đã di căn xa không có khả năng chữa khỏi nên mục tiêu điều trị là kéo dài sống còn và duy trì chất lượng cuộc sống, do đó nên chọn phương pháp điều trị ít độc tính. Lựa chọn điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố như:

Bản chất khối bướu: dựa trên phân nhóm sinh học bướu.

Tổng trạng người bệnh, bệnh nền kèm theo.

Kinh tế người bệnh.

Sở thích người bệnh.

Sự sẵn có của phương tiện điều trị.

Các phương thức điều trị được lựa chọn tùy tình huống cụ thể, bao gồm:678

Có ích khi bướu vú lở loét chảy máu nhiều,nhiễm trùng. Thế nên phẫu thuật làm sạch khối bướu giúp ngăn ngừa mất máu hoặc nhiễm trùng tiến triển, chứ không thay đổi sống còn liên quan đến ung thư (đồng nghĩa là vẫn không thể khỏi bệnh).

Có ích cho các tình huống di căn xương hoặc di căn não, giúp kiểm soát nhanh tại vị trí di căn, phòng ngừa các biến chứng như gãy xương bệnh lý, tăng áp lực nội sọ, thoát vị não do khối bướu di căn.

Hóa trị đa chất làm tăng tỉ lệ đáp ứng và kéo dài thời gian không bệnh tiến triển. Tuy nhiên độc tính cao hơn so với hóa trị đơn chất. Đặc biệt sống còn toàn bộ cũng không tốt hơn đơn chất. Vì vậy đa phần hóa trị đơn chất được lựa chọn. Trừ tình huống bệnh tiến triển ồ ạt cần kiểm soát nhanh sẽ ưu tiên chọn hóa trị đa chất.

Ức chế chức năng buồng trứng (phẫu thuật hoặc dùng thuốc hoặc xạ trị), thuốc khángestrogen(tamoxifen, fulvestrant), thuốc ức chế aromatase…

Thuốc ức chế CDK4/6 (phối hợp với liệu pháp nội tiết) đem lại hiệu quả vượt bậc. Ngoài ra, còn có thuốc kháng HER2 (trastuzumab, pertuzumab, TDM-1, lapatinib…), thuốc kháng PIK3CA, thuốc ức chế mTOR…

Đây cũng là một trong những phương pháp điều trị được bác sĩ cân nhắc chỉ định.

Biphosphonate, Samarium 153… là thuốc giúp giảmđau nhức xương, giảm tỷ lệgãy xươngdo di căn xương. Nhưng không làm thay đổi sống còn do ung thư.

Nhìn chung, có 3 mức phòng ngừa ung thư vú di căn gồm:

Phòng ngừa sơ cấp bằng cách tránh các yếu tố nguy cơ dẫn tới ung thư vú nói chung như: béo phì, lười vận động, hội chứng chuyển hóa, độc thân, chưa từng sanh con…

Tầm soát – phát hiện sớm: chương trình tầm soát ung thư vú cho các phụ nữ từ 35 – 40 tuổi nói chung, bằng nhũ ảnh. Ngoài ra, tùy nguy cơ cụ thể mà tầm soát có thể khởi động sớm hơn nữa ở các đối tượng bệnh nhân đặc biệt (gia đình có nhiều người mắc ung thư vú trẻ tuổi, có đột biến gen BRCA1-2…).

Điều trị sớm – phù hợp và tuân thủ lịch điều trị – tái khám: Việc điều trị phù hợp giúp tăng khả năng khỏi bệnh lâu dài, việc tuân thủ tái khám giúp phát hiện sớm các tình huống tái phát (khi mà điều trị còn nhiều cơ hội). Việc điều trị hiệu quả giúp ngừa bệnh tái phát di căn xa.

Tóm lại, ung thư vú là căn bệnh ác tính phổ biến nhất ở phụ nữ Việt Nam. Giai đoạn di căn xa không phải hiếm gặp. Nhờ sự phát triển của các phương tiện hình ảnh, cũng như các phương tiện điều trị mà tuổi thọ của bệnh nhânung thư vú di cănkhông ngừng được cải thiện (đặc biệt là nhóm sinh học có thụ thể nội tiết dương tính). Tuy nhiều lựa chọn điều trị nhưng bác sĩ sẽ dựa trên nhiều yếu tố để chọn lựa đâu là phương pháp tối ưu cho từng người bệnh cụ thể. Cuối cùng, việc phòng ngừa – tầm soát – điều trị sớm là điều quan trọng nhất giúp giảm tỉ lệ mắc ung thư vú nói chung, và ung thư vú di căn nói riêng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-xuong/

Nội dung bài viết

Ung thư xương là gì?

Nguyên nhân ung thư xương

Dấu hiệu ung thư xương

Làm thế nào phát hiện ung thư xương?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Điều trị ung thư xương

Phòng ngừa ung thư xương như thế nào?

Ung thư xương có chết không? Sống được bao lâu?

Ung thư xương là một loại ung thư không thường gặp nhưng là một căn bệnh ác tính nguy hiểm. Ung thư xương có thể nguyên phát tức là ung thư bắt đầu xuất hiện và phát triển từ xương và ung thư xương thứ phát tức là ung thư từ vị trí khác di căn vào xương ví dụ ung thư vú di căn xương, ung thư phổi di căn xương,… Trong bài viết dưới đây hãy cùng Bác sĩ chuyên khoa Ung thư Nguyễn Thị Thuỷ tìm hiểu xem ung thư xương nguyên phát có nguy hiểm không, có triệu chứng thế nào, chẩn đoán và điều trị ra sao?

Ung thư xương xuất hiện khi các tế bào cấu tạo nên xương phân chia không kiểm soát dần hình thành khối u. Để hiểu hơn về điều này, chúng ta sẽ xem qua cấu tạo của xương. Xương được cấu tạo từ 3 thành phần chính: xương đặc (lớp ngoài cùng), xương xốp (lớp giữa) và tuỷ xương (lớp trong cùng).1

Xương đặc: cấu tạo từ lớp lá xương xếp đồng tâm và song song với nhau nên rất cứng chắc, dày. Xương đặc nằm ở ngoài cùng giúp bảo vệ các thành phần mềm hơn bên trong.

Xương xốp: cấu tạo từ các lá xương xếp thưa nhau, tạo các khoảng trống ở giữa nên không dày đặc và cứng như xương đặc, xương xốp mềm hơn.

Tủy xương: là thành phần nằm trong cùng, giữa các bè của xương xốp, làm nhiệm vụ tạo máu (tủy đỏ) hoặc dự trữ mỡ (tuỷ vàng).

Xương gồm các loại tế bào tạo và huỷ xương: tạo cốt bào, huỷ cốt bào và cốt bào. Hoạt động của các tế bào này luôn nhịp nhàng với nhau tùy theo giai đoạn phát triển để hình thành nên xương theo từng độ tuổi. Hai đầu xương có thành phần mềm và linh hoạt hơn là sụn, nằm trong các bao khớp.

Ung thư xương nguyên phát xuất hiện khi các thành phần của xương phát triển và phân chia quá mức, không thể kiểm soát được, gọi là sarcom xương (Sarcom là tên gọi cho nhóm ung thư xuất phát từ các tế bào mô liên kết gồm xương, cơ, sụn, mạch máu, mô mỡ, mô sợi (gân, dây chằng).2

Ung thư xương chia thành nhiều loại khác nhau, dựa vào bản chất mô học giải phẫu bệnh, trong đó có 3 loại chính gồm sarcom xương, sarcom sụn vàsarcom Ewing. Sarcom xương và sarcom Ewing thường gặp ở trẻ em và người trẻ, trong khi sarcom sụn thường gặp ở người trung niên và người lớn tuổi.13

Đây là ung thư xương nguyên phát thường gặp nhất, thường xảy ra ở người trẻ trong khoảng 10 tới 30 tuổi, một số ít xuất hiện ở người trên 60 tuổi (< 10%), nam thường gặp hơn nữ. Sarcom xương thường phát triển ở vị trí gần gối xa khuỷu: Đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày, đầu trên xương cánh tay.

Thường gặp thứ hai sau sarcom xương. Sarcom sụn hiếm gặp ở người dưới 20 tuổi, thường phát triển ở người trung niên và lớn tuổi. Do xuất phát từ các tế bào sụn nên nó có xuất hiện ở bất kì vị trí nào có sụn trong cơ thể: xương chậu, cánh tay, chân thậm chí là thành ngực, bả vai, sụn sườn, thanh khí quản.

Đứng thứ ba trong xuất độ mắc, thường gặp ở người trẻ, hiếm gặp ở người trên 30 tuổi. Sarcom Ewing cũng xuất phát từ xương nhưng nó cũng có thể bắt đầu từ các mô và cơ quan khác. Vị trí thường gặp nhất của sarcom Ewing là xương chậu, xương thành ngực (xương sườn, xương vai), xương cột sống và xương đùi, xương cẳng chân.

Ngoài ra ung thư xương còn có một số loại khác ít gặp hơn gồm: sarcom sợi của xương, sarcom pleomorphic của xương (UPS), u tế bào khổng lồ của xương. Các loại u xương còn lại đa số là u lành tính, không đe doạ tính mạng, có thể chữa khỏi bằng phẫu thuật.

Ung thư xương xuất hiện do sự phân chia không kiểm soát của các tế bào cấu tạo nên xương. Nguyên nhân chính dẫn tới sự phát triển quá mức này đến từ gen. Một tế bào bình thường chỉ phân chia khi nhận được tín hiệu phù hợp và nó sẽ bị tiêu huỷ nếu không còn nhiệm vụ hoặc là các tế bào bất thường. Điều này giữ cho số lượng tế bào luôn duy trì ở mức độ nhất định, đảm bảo các chức năng chung của cơ thể. Khi những đột biến gen xuất hiện trong các tế bào cấu tạo xương, cho phép chúng nhân đôi và phân chia vô tổ chức, vượt qua các cơ chế chết tự nhiên, từ đó hình thành ung thư. Vậy chính xác gen nào bị đột biến hay quá trình này diễn ra như thế nào vẫn đang là câu hỏi được các nhà khoa học nghiên cứu, chưa có câu trả lời rõ ràng.4

Tuy nhiên có một vài yếu tố thúc đẩy cho các đột biến gen xảy ra nhiều hơn và nguy cơ ung thư tăng lên gọi là các yếu tố nguy cơ.5

Từng loại ung thư xương sẽ có độ tuổi thường gặp khác nhau. Ví dụ trẻ em hay thời kì dậy thì thanh thiếu niên là nguy cơ sarcom xương và sarcom Ewing, vì có thể có mối liên quan giữa tình trạng xương phát triển nhanh và hình thành u. Người trung niên và lớn tuổi dễ mắc sarcom sụn hơn.

Do một loại nguyên nhân nào đó, ví dụ bệnh nhân di căn xương do ung thư vú cần xạ trị vào xương thì việc xạ trị này có thể thúc đẩy hình thành một ung thư xương nguyên phát mới.

Bệnh Paget xương: Đây là bệnh lý lành tính, có sự bất thường hình thành xương ở một hay nhiều xương, xương trở nên dày và nặng hơn như yếu hơn bình thường và dễ gãy xương hơn. Sarcom xương có thể hình thành ở 1% bệnh nhân Paget xương.

U xương sụn di truyền: u lành tính ở sụn và xương, dù thấp nhưng đây cũng là nguy cơ hình thành sarcom sụn và sarcom xương.

Loạn sản xơ: tế bào của xương tạo quá nhiều mô xơ sẹo ở vị trí mô xương bình thường, nguy cơ hình thành sarcom xương.

Dù không thường gặp nhưng những hội chứng này cũng làm tăng nguy cơ phát triển ung thư xương.

U nguyên bàovõng mạc: do đột biến gen RB1.

Hội chứng Li – Fraumeni: do đột biến gen TP53.

Hội chứng Rothmund – Thomson: do đột biến gen REQL4.

Hội chứng Bloom, hội chứng Werner, thiếu máu Diamond – Blackfan.

Nếu bạn có những yếu tố nguy cơ này thì khả năng bạn bị ung thư xương sẽ tăng lên nhưng không khẳng định 100% bạn sẽ bị. Chính vì vậy, cần phải theo dõi và đi khám nếu bạn có những triệu chứng nghi ngờ sau đây.

Một số dấu hiệu nhận biết ung thư xương sau đây:36

Thường gặp nhất, chiếm 85-95% trường hợp, ban đầu đau ít sau đó đau tăng dần và ngày càng nặng, nhất là vào ban đêm. Vị trí đau ở người trẻ thường ở đầu gối hoặc đầu trên cánh tay nhưng cũng có thể đau ở vị trí khác.

Thường có dạng hình cầu, hình thoi, cứng, chắc, sờ được khối u và sưng đau kéo dài là những triệu chứng thường gặp ở trẻ em, thanh thiếu niên. Ngoài ra da tại u cũng dễ bầm máu, bầm tím.

Không thường gặp, do ung thư làm cấu trúc xương thay đổi nên xương yếu và dễgãy xươnghơn dù chỉ va chạm nhẹ.

Do đau nhiều nên người bệnh thường nằm, hạn chế vận động, dần teo cũng bị teo một phần.

Khi có những triệu chứng bất thường trên, người bệnh sẽ được các bác sĩ chuyên khoa khám và kiểm tra kỹ hơn để chẩn đoán bệnh bao gồm:367

Bác sĩ sẽ hỏi kĩ hơn về triệu chứng: nó xuất hiện từ khi nào, người bệnh uống thuốc giảm đau có đỡ không, diễn tiến tăng giảm ra sao, gia đình có ai bị ung thư xương hay các bệnh lý tương tự không,…

Bác sĩ sẽ khám để đánh giá tính chất khối u hay vị trí nghi ngờ. Sau đó bác sĩ sẽ yêu cầu người bệnh làm thêm một số cận lâm sàng để khảo sát kĩ hơn về khối u gồm các xét nghiệm hình ảnh học, sinh thiết khối u và xét nghiệm máu nếu cần.

X – quangxương: chụp x – quang tại vị trí nghi ngờ ung thư, giúp đánh giá vị trí, kích thước ban đầu của khối u.

CT scan: CT scan xương giúp đánh giá kĩ hơn, chính xác hơn u so với x – quang; CT ngực, não, bụng có thể giúp phát hiện ung thư những nơi khác di căn xương.

MRI: đánh giá sự xâm lấn của u xương vào các mô mềm xung quanh (mạch máu, thần kinh, cơ), tuỷ giá tuỷ xương bên trong. Người bệnh có thể được tiêm chất cản từ trước khi chụp MRI để hình ảnh rõ ràng và chi tiết hơn.

Xạ hình xương: giúp phát hiện ung thư xương vị trí ban đầu có di căn tới xương khác hay không, cho cái nhìn toàn diện hơn về toàn bộ hệ xương của người bệnh.

PET/CT: giúp đánh giá tình trạng toàn cơ thể: có u nào khác ngoài u xương không, đánh giá giai đoạn, đáp ứng điều trị, lập kế hoạch mô phỏng xạ trị.

Tùy theo từng tình huống bệnh nhân cụ thể mà Bác sĩ sẽ chỉ định các phương tiện hình ảnh học phù hợp để chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị cho bệnh nhân, rất hiếm trường hợp cần phải làm hết những hình ảnh trên.

Khi nghi ngờ ung thư xương thì tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán chính là sinh thiết khối u làm giải phẫu bệnh nên hầu như tất cả bệnh nhân đều được chỉ địnhsinh thiết. Giải phẫu bệnh cho biết khối u này lành tính hay ác tính và thuộc loại nào. Có hai phương pháp sinh thiết thường được sử dụng:

Sinh thiết lõi kim: khi khối u dễ tiếp cận, ít nguy cơ chảy máu và tổn thương các cấu trúc xung quanh thì bác sĩ sẽ sử dụng một loại kim chuyên biệt để lấy mẫu u, bệnh nhân thường được gây tê tại chỗ trước khi tiến hành.

Sinh thiết mở: Phẫu thuật viên sẽ bộc lộ khối u và cắt một phần u khi phương pháp sinh thiết lõi khó thực hiện.

Khi bạn gặp bất kì triệu chứng nào dưới đây, bạn nên đi khám để kiểm tra các bất thường và được tư vấn kĩ hơn. Có thể những triệu chứng này chỉ gợi ý một bệnh lý lành tính hay một chấn thương thông thường. Tuy nhiên nó cũng tìm ẩn nguy cơ ung thư xương nên bạn cần phải chú ý.36

Đau xương liên tục, kéo dài, tăng nhiều về đêm, đáp ứng kém vớithuốc giảm đauthông thường (paracetamon,ibuprofen).

Đau nhiều ở các vị trí gần đầu gối, đầu trên xương cánh tay, bả vai với tính chất như trên.

Xuất hiện khối u ở các vùng sương và sụn trên cơ thể, sưng, dễbầm tím.

Gãy xương nhiều lần không do chấn thương mạnh.

Hội chứng cận u: mệt mỏi, chán ăn, sụt cân trong thời gian dài.

Bị các bệnh lý sẵn có về xương như paget xương, u xương sụn,..

Tiền căn gia đình có hội chứng ung thư gia đình như hội chứng Li – Fraumeni, hội chứng Rothmund – Thomson,… (Xem thêm phần yếu tố nguy cơ).

Một số yếu tố nguy cơ khác liên quan lối sống bao gồm hút thuốc lá,béo phì.

Ung thư xương sẽ được phối hợp đa mô thức trong điều trị gồm phẫu thuật, hoá và xạ trị. Trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị căn bản và quan trọng nhất, hoá trị sẽ được phối hợp trước và sau phẫu thuật nhằm giảm tỉ lệ tái phát xuống thấp nhất có thể. Xạ trị ít được sử dụng hơn.

Phẫu thuật có thể xử lý u tại chỗ trong giai đoạn u tại chỗ tại vùng hay giai đoạn u di căn nhằm mục tiêu lấy được tối đa mô ung thư, hạn chế tối đa tổn thương mô lành, giảm tỷ lệ tái phát và di căn trong tương lai, tăng tỉ lệ đáp ứng với các phương pháp điều trị khác.378

Phẫu thuật cắt rộng u: phẫu thuật cắt rộng xung quanh u để lấy khối u và một phần mô lành đảm bảo diện cắt âm tính để tỉ lệ tái phát là thấp nhất. Có thể chỉ cần tạo hình đơn giản với vật liệu nhưng trong phẫu thuật gãy xương thông thường như xương tự thân, đinh nẹp vít, xi măng sinh học.

Phẫu thuật đoạn chi: cắt đoạn chi có chứa u dành cho các u cách rìa xương lớn 3cm, sau đó phẫu thuật viên sẽ xoay các vạt da và cơ xung quanh để che lại vị trí xương đã cắt hoặc tạo hình lại chi mới bằng vật liệu tổng hợp.

Ngoài ra còn có các kỹ thuật cao cấp hơn như xoay vòng cổ chân: sau khi cắt bỏ khối u và khớp gối, phẫu thuật viên sẽ sử dụng khớp cổ chân để tạo hình khớp gối mới, giúp gối hoạt động gần như cũ.

Trường hợp ung thư xương đã di căn, phẫu thuật viên cũng sẽ đánh giá khối u di căn xem có khả năng phẫu thuật được không, nếu được có thể sẽ mổ sẽ lấy luôn khối u di căn. Ví dụ ung thư xương di căn phổi, bác sĩ sẽ cân nhắc phẫu thuật lấy khối u phổi, việc này cần đánh giá lợi hại và lên kế hoạch rất cẩn thận. Một vài yếu tố chính mà bác sĩ sẽ cân nhắc gồm: có bao u phổi, kích thước bao nhiêu, vị trí u nằm ở đâu (một hay hai phổi, bao nhiêu u mỗi bên, nằm gần động mạch hay khí quản không), u có thể tan sau hoá trị không.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Hoá trị là một phần quan trọng của điều trị ung thư xương, giúp giảm di căn xa, tăng sống còn cho người bệnh. Thuốc hoá chất được truyền vào người bệnh nhân theo chu kỳ, mỗi chu kỳ kéo dài trong một vài tuần để tạo thời gian cho cơ thể nghỉ ngơi và hồi phục. Hoá trị gồm trước phẫu thuật gọi là hoá trị tân hỗ trợ và hoá trị sau phẫu thuật gọi là hoá trị hỗ trợ.

Mỗi phác đồ hoá trị có thể kết hợp từ 2 loại thuốc trở lên. Các loại thuốc thường dùng bao gồm:

Methotrexate(dùng liều cao, thường đi với leucovorin để giảm tác dụng phụ).

Doxorubicin.

Cisplatin.

Ifosfamide.

Cyclophosphamide.

Etoposide.

Gemcitabine.

Một số tác dụng phụ mà người bệnh có thể gặp trong quá trình truyền hoá chất gồm:nôn ói, mất vị giác,tiêu chảy,rụng tóc, loét miệng, bệnh thần kinh (tê bì, đau bàn chân và bàn tay), tiểu máu, tổn thương cơ tim, tổn thương não (bệnh lý leukoencephalopathy). Các triệu chứng này thường cấp tính và sẽ giảm dần khi dừng hoá trị. Có nhiều yếu tố bác sĩ cần phải cân nhắc trước khi quyết định một phác đồ điều trị cho bệnh nhân:

Bản chất mô học của loại ung thư xương đó là gì.

Ung thư đang ở giai đoạn nào, có di căn xa chưa.

Các loại bệnh lý nền của người bệnh như tăng huyết áp, bệnh tim mạch, đái tháo đường. Các loại thuốc hoá trị có làm nặng nề hơn bệnh nền của người bệnh không.

Tình hình kinh tế của người bệnh như thế nào.

Người bệnh có ai chăm sóc tại nhà, có thể theo dõi các tác dụng phụ của người bệnh không.

Các tác dụng phụ và đáp ứng của người bệnh trong suốt quá trình điều trị để lên kế hoạch thay đổi hay duy trì phác đồ nhằm đạt được hiệu quả tối đa nhất.

Sarcom xương rất khó bị tiêu diệt bởi tia xạ nên xạ trị không đóng vai trò chính yếu trong điều trị bệnh lý ung thư này. Xạ trị thường được chỉ định phối hợp cùng hoá trị trong những tình huống ung thư không thể tiến hành phẫu thuật (xạ trị giúp làm chậm sự phát triển của khối u và kiểm soát triệu chứng đau và sưng hoặc khi u tái phát) hoặc điều trị bổ trợ sau khi phẫu thuật.

Xạ trị bao gồm xạ trị ngoài và xạ trị áp sát, trước khi xạ trị bác sĩ có thể sẽ cần yêu cầu chụp thêm một số hình ảnh như MRI để xác định vị trí trường chiếu xạ và liều xạ tương ứng nhằm đạt hiệu quả tối đa lên bướu và giảm tia xạ mà vùng mô xung quanh phải chịu.

Một số tác dụng phụ của xạ trị bao gồm: phản ứng viêm da do xạ (có nhiều mức độ có thể chỉ đỏ sạm da, rụng tóc hoặc viêm da nặng nề); xạ trị vào vùng bụng chậu có thể gây nôn ói, tiêu chảy, vấn đề về thận niệu. Ở trẻ em xạ trị có thể làm chậm sự phát triển xương, ví dụ xạ trị vào xương đùi làm xương ngắn hơn so với các bé cùng tuổi, xạ trị vào xương hàm mặt có thể làm khuôn mặt của bé bị ảnh hưởng.

Ung thư xương gây ra do sự bất thường đột biến gen của tế bào mà không có nguyên nhân nào cụ thể. Chính vì vậy cách tốt nhất để phòng ngừa ung thư xương là chú ý theo dõi nếu bạn có các triệu chứng nghi ngờ hoặc gia đình có hội chứng ung thư di truyền thì nên đi khám tầm soát sớm để được tư vấn và kiểm tra toàn diện hơn.

Ngoài ra một số yếu tố nguy cơ gây ung thư xương ở người lớn liên quan đến thói quen sinh hoạt có thể phần nào phòng ngừa ung thư xương như không hút thuốc lá, giảm cân, tăng cường tập luyện thể dục thể thao.

Khi nhận được câu hỏi này bác sĩ sẽ nói cho người bệnh tỉ lệ sống còn trong vòng 5 năm (Overall survival 5 years). Đây là một chỉ số chuyên ngành thường được sử dụng để đánh giá tiên lượng của người bệnh. Khi tỉ lệ sống 5 năm là 70% có nghĩa là trong 100 bệnh nhân mắc ung thư xương cùng giai đoạn trung bình sau 5 năm có 70 người còn sống, 30 người còn lại tử vong do ung thư hoặc một nguyên nhân nào đó. Sống còn 5 năm (OS) càng cao thì tiên lượng càng tốt, tức bạn sống càng lâu sau khi chẩn đoán. Ung thư xương nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời thì ung thư sẽ diễn tiến xâm lấn mô xung quanh, rối loạn chức năng các cơ quan này, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh. và di căn khắp nơi (di căn phổi, não,…).11

Các bác sĩ sau khi chẩn đoán xác định sẽ phân ung thư vào giai đoạn tại chỗ, tại vùng hay di căn để đánh giá tiên lượng

Giai đoạn tại chỗ: ung thư chỉ phát triển tại xương, không lan ra ngoài.

Giai đoạn tại vùng: ung thư xâm lấn ra khỏi xương vào cấu trúc xung quanh, có thể di căn hạch nhưng chưa di căn xa.

Giai đoạn tiến xa: ung thư di căn tới các phần khác của cơ thể như phổi hay vị trí xương khác.

Theo một thống kê về sống còn 5 năm của sarcom xương giữa năm 2010 và 2016, ghi nhận (bảng bên dưới). Từ đó bác sĩ sẽ tư vấn cho người bệnh về tỉ lệ sống sau 5 năm.

Trên đây là toàn bộ thông tin vềung thư xươngđã được Bác sĩ Nguyễn Thị Thủy cung cấp. Mong rằng những nội dung này có thể cung cấp cho bạn đọc một cái nhìn tổng quan nhất về bệnh lý ung thư xương!

Hiện nay có rất nhiều phương pháp y học hiện đại giúp điều trị ung thư xương. Tuỳ vào từng giai đoạn mà phương pháp điều trị sẽ khác nhau (hoá xạ trị kết hợp phẫu thuật hay chỉ hoá xạ trị đơn thuần). Giai đoạn ung thư càng sớm thì điều trị càng đơn giản và tiên lượng sống càng tốt. Ví dụ trong ung thư giai đoạn khu trú thì phương pháp điều trị triệt căn bao gồm phẫu thuật và hoá trị, hoặc trong một số trường hợp u tiên lượng tốt có thể chỉ cần phẫu thuật đơn thuần.3

Ngay cả khi ung thư đã di căn thì cơ hội điều trị vẫn rất khả quan. Có khoảng 30% osteosarcoma xuất hiện di căn xa ngay từ ban đầu, trong số này hơn 40%, những trường hợp có thể phẫu thuật cắt bỏ các khối di căn xa, có thể được điều trị với mục đích triệt căn, sống thêm lâu dài.3

Một ung thư sẽ di truyền cho đời sau nếu đột biến gây ra loại ung thư đó xuất hiện trong tế bào sinh sản hay tế bào mầm (tế bào đảm nhiệm nhiệm vụ di truyền gen lại cho thế hệ sau), nếu gen đột biến xuất hiện ở tế bào sinh dưỡng (tế bào trưởng thành, không di truyền gen cho đời sau được) thì đa phần sẽ không di truyền.4512

Trong ung thư xương, phần lớn các trường hợp gen ung thư chỉ xuất hiện trong tế bào ung thư xương (một loại tế bào sinh dưỡng) nên sẽ không di truyền cho con cái. Tuy nhiên nếu gia đình bạn có những hội chứng ung thư di truyền liên quan ung thư xương (Xin xem phần nguyên nhân của ung thư xương) thì những gen này sẽ di truyền cho đời sau và nguy cơ ung thư xương sẽ tăng lên.4512

Đa phần các u tại xương mang tính di truyền đều là u xương lành tính, có thể điều trị triệt để bằng phẫu thuật (ví dụ u xương sụn di truyền).

Chế độ ăn uống nên duy trì:

Ung thư xương dẫn tới sự bất thường trong cấu tạo xương khiến nó trở nên giòn và dễ gãy hơn. Chính vì vậy nên bổ sung các thực phẩm chứa nhiều canxi, magie như sữa, trái cây, hoa quả.

Tăng cường tập luyện thể dục thể thao, tăng sức bền cho hệ thống cơ xương khớp.

Duy trì cân nặng trong giới hạn bình thường.

Chế độ nên bỏ:

Tránh hút thuốc, giảm lượng rượu bia.

Ăn quá nhiều đồ ăn chứa chất béo đặc biệt là chất béo không an toàn.

Tránh ăn các đồ ăn đóng hộp, thịt cá đã qua chế biến, nước ngọt hay thức ăn nhanh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/ung-thu-ong-mat-bieu-hien-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Sơ lược về ống mật (đường mật)

Các loại ung thư ống mật theo vị trí

Ung thư ống mật có những biểu hiện gì?

Những yếu tố nào làm tăng nguy cơ mắc ung thư ống mật?

Chẩn đoán ung thư ống mật cần những xét nghiệm gì?

Ung thư ống mật có thể phòng ngừa bằng cách nào?

Ung thư ống mật được điều trị như thế nào?

Ung thư ống mật hay ung thư đường mật là ung thư hình thành trong các ống dẫn mật mang dịch mật vào ruột. Các ống dẫn mật kết nối gan với túi mật và ruột non. Đây là một dạng ung thư không phổ biến, chủ yếu xảy ra ở những người trên 50 tuổi. Tuy nhiên nó vẫn có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Trong bài viết sau, Bác sĩ Phan Văn Giáo sẽ cung cấp thêm thông tin về bệnh lý ung thư ống mật. Bạn đọc cùng theo dõi nhé!

Ống mật là một loạt các ống mỏng đi từ gan đến ruột non. Chức năng chính của nó là tạo đường để dịch mật từ gan và túi mật đi vào ruột non. Khi mật vàoruột non, nó giúp tiêu hóa chất béo trong thức ăn.

Ống mật ở những vị trí khác nhau có tên khác nhau. Trong gan nó bắt đầu như nhiều ống nhỏ từ các tế bào gan. Các ống nhỏ tiếp tục hợp nhất thành các ống dẫn lớn hơn và sau đó hình thành ống mật gan trái và phải. Tất cả các ống dẫn trong gan được gọi là ống mật trong gan.

Các ống gan trái và phải đi ra ngoài gan và kết hợp với nhau tạo thành ống gan chung. Từ đây đi xuống sẽ gặp túi mật (một cơ quan nhỏ lưu trữ mật) được nối với ống gan chung bằng một ống nhỏ gọi là ống túi mật. Khi gặp túi mật, ống dẫn mật từ đây được gọi là ống mật chủ. Ống mật chủ đi qua một phần của tuyến tụy trước khi nó kết hợp với ống tụy và đổ vào phần đầu tiên của ruột non (tá tràng) tại ống Vater.

Các bác sĩ chia ung thư đường mật thành nhiều loại khác nhau dựa trên vị trí ống mật, bao gồm:

UT ống mật trong gan: khi ung thư xảy ra ở đường mật trong gan và đôi khi được phân loại là một loại ung thư gan.

UT ống mật Hilar: ung thư nơi ống dẫn gan trái và phải đã kết hợp và rời khỏi gan. Nó còn được gọi là khối u Klatskin. Những bệnh ung thư này được xếp cùng nhóm với UT ống mật ngoài gan.

UT ống mật xa: Những ung thư này được tìm thấy ở ống dẫn mật gần ruột non hơn.

Ung thư ống mật thường không gây ra các dấu hiệu hoặc triệu chứng cho đến giai đoạn cuối của bệnh. Tuy nhiên đôi khi các triệu chứng có thể xuất hiện sớm hơn và có thể chẩn đoán sớm. Nếu ung thư được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, việc điều trị sẽ có tiên lượng tốt hơn.

Khi bệnh gây ra các triệu chứng, thường là do ống mật bị tắc. Các triệu chứng biểu hiện như thế nào tùy thuộc vào khối u nằm trong các ống dẫn bên trong gan hay bên ngoài gan. Các triệu chứng bao gồm:

Bình thường, dịch mật được tạo ra bởi gan và thải vào ruột. Vàng da xảy ra khi gan không thể loại bỏ một chất màu vàng xanh gọi là bilirubin ở trong mật.

Khi có khối u, gan sẽ ứ mật và chuyển ngược bilirubin vào máu và lắng đọng ở các bộ phận khác nhau của cơ thể gây ra hiện tượng vàng da vàng mắt.

Vàng da là triệu chứng phổ biến nhất của ung thư ống mật. Tuy nhiên hầu hết các trường hợp, vàng da không phải do ung thư. Tình trạng này thường do viêm gan hoặc sỏi kẹt đường mật.

Bilirubindư thừa trong da cũng có thể gây ngứa.

Bilirubin trong dịch mật góp phần tạo ra màu nâu của phân. Vì vậy nếu dịch mật không thể đến ruột, màu phân sẽ nhạt hơn, thậm chí bạc màu.

Nếu ung thư ngăn chặn sự giải phóng mật và dịch tụy vào ruột, cơ thể không thể tiêu hóa được thức ăn béo. Chất béo không được tiêu hóa cũng có thể làm phân có màu nhạt bất thường. Một số người đi ra phân thấy mỡ lềnh bềnh trong bồn cầu.

Khi nồng độ bilirubin trong máu tăng cao, nó cũng có thể đi qua thận và làm cho nước tiểu sậm màu.

Ở giai đoạn đầu hiếm khi gây đau bụng. Tuy nhiên khi các khối u lớn hơn có thể gây đau bụng, đặc biệt là vị trí hạ sườn bên phải.

Những người bị ung thư ống mật có thể không cảm thấy đói và giảm cân nhanh chóng mà không rõ nguyên do.

Một số trường hợp bị ung thư ống mật gây sốt.

Đây không phải là những triệu chứng phổ biến. Tuy nhiên nó có thể xảy ra ở những người bị viêm đường mật do tắc nghẽn ống mật. Các triệu chứng này thường thấy kèm theo sốt.

Hãy lưu ý rằng ung thư ống mật là không phổ biến. Những triệu chứng này có nhiều khả năng được gây ra bởi nguyên nhân khác. Ví dụ, những người bị sỏi đường mật có nhiều triệu chứng như trên. Đau bụng ở hạ sườn phải cũng có nhiều nguyên nhân gây ra. Ngay cả vàng da cũng thường là do bệnh cảnh viêm gan gây ra.

Tuy nhiên, nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào trong số này. Điều quan trọng là phải đến gặp bác sĩ ngay lập tức để tìm ra nguyên nhân và điều trị nếu cần.

Các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ ung thư đường mật bao gồm:

Viêm xơ chai đường mật nguyên phát: Bệnh này gây ra xơ cứng và sẹo ở đường mật.

Bệnh gan mãn tính: Sẹo ở gan do tiền sử bệnh gan mãn tính làm tăng nguy cơ ung thư đường mật.

Các vấn đề về ống mật xuất hiện khi sinh: Những người sinh ra với u nang ống mật, gây giãn nở và không đều ống dẫn mật, có nguy cơ mắc ung thư đường mật cao hơn.

Ký sinh trùng ở gan: Ở các khu vực Đông Nam Á, ung thư đường mật có liên quan đến nhiễm sán lá gan, có thể xảy ra khi ăn cá sống hoặc nấu chưa chín.

Lớn tuổi: Ung thư đường mật xảy ra phổ biến nhất ở người lớn trên 50 tuổi.

Hút thuốc: Hút thuốc có liên quan đến tăng nguy cơ ung thư đường mật.

Nếu bác sĩ nghi ngờ bệnh nhân bị ung thư ống mật, bác sỹ có thể yêu cầu một số xét nghiệm sau:

Một số thông số trong xét nghiệm máu giúp đánh giá chức năng gan có thể cung cấp cho bác sỹ thông tin về nguyên nhân gây ra các triệu chứng.

Kiểm tra mức độ kháng nguyên CA 19-9 trong máu giúp cung cấp củng cố chẩn đoán. CA 19-9 là một loại protein được sản xuất quá mức bởi các tế bào ung thư ống mật.

Tuy nhiên, nồng độ CA 19-9 trong máu cao không có nghĩa là bạn bị ung thư ống mật. Kết quả này cũng có thể xảy ra trong các bệnh lý ống mật khác, chẳng hạn như viêm và tắc nghẽn ống mật.

Một ống dẫn dài có camera nhỏ gắn ở đầu ổng sẽ được đưa vào miệng, xuống cổ họng và qua đường tiêu hóa đến ruột non. Camera được sử dụng để kiểm tra khu vực ống mật kết nối với ruột non. Bác sĩ của bạn cũng có thể sử dụng quy trình này để tiêm thuốc nhuộm vào đường mật để giúp chúng hiển thị tốt hơn trên các xét nghiệm hình ảnh.

Các xét nghiệm hình ảnh có thể giúp bác sĩ của bạn xem bất kỳ bất thường nào trong các cơ quan nội tạng có thể chỉ ra ung thư ống mật. Các kỹ thuật được sử dụng để chẩn đoán bao gồm chụp cắt lớp vi tính (CTscan) và chụp cộng hưởng từ (MRI) kết hợp với chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP). MRCP ngày càng được sử dụng như một giải pháp thay thế không xâm lấn cho ERCP. Nó cung cấp hình ảnh 3D mà không cần thuốc nhuộm để nâng cao hình ảnh.

Nếu khu vực nghi ngờ nằm ​​rất gần nơi ống mật kết nối với ruột non, bác sĩ có thể lấy mẫu sinh thiết trong quá trình ERCP. Nếu khu vực nghi ngờ nằm ​​trong hoặc gần gan, bác sĩ có thể lấy mẫu mô bằng cách đâm một cây kim dài qua da vào khu vực nghi ngờ.

Không có cách nào để ngăn ngừa ung thư ống mật. Tuy nhiên bạn vẫn có thể giảm nguy cơ mắc bệnh nếu:

Bỏ thuốc lá: Hút thuốc lá có liên quan đến việc tăng nguy cơ ung thư. Nếu bạn hút thuốc, hãy cố gắng ngừng hút. Hãy nói chuyện với bác sỹ để giúp bạn có những phương pháp cai thuốc, bao gồm tham gia các nhóm trung tâm hỗ trợ, thuốc, liệu pháp thay thế nicotine.

Giảm nguy cơ mắc bệnh gan: Bệnh gan mãn tính có liên quan đến tăng nguy cơ ung thư đường mật. Một số nguyên nhân gây ra bệnh gan bạn có thể ngăn ngừa được. Ví dụ, để giảm nguy cơ bị viêm gan (xơ gan), hãy uống rượu ở mức độ vừa phải, nếu có, duy trì cân nặng hợp lý và sử dụng thuốc theo hướng dẫn của bác sỹ tránh làm hại gan.

Phương pháp ung thư ống mật có thể bao gồm:

Khi có thể, các bác sĩ sẽ cố gắng loại bỏ càng nhiều ung thư càng tốt. Đối với khối ung rất nhỏ, cần cắt bỏ một phần ống mật và nối các đầu tận. Đối với ung thư ống mật tiến triển hơn, mô gan, mô tụy hoặc các hạch bạch huyết lân cận cũng có thể cần cắt bỏ.

Phẫu thuật cắt bỏ gan và thay bằng một lá gan từ người hiến tặng (ghép gan) có thể là một lựa chọn trong một số trường hợp nhất định đối với những người bị ung thư biểu mô đường mật. Đối với nhiều người, ghép gan là một phương pháp chữa hoàn toàn ung thư ống mật. Tuy nhiên nguy cơ ung thư vẫn có thể sẽ tái phát sau khi ghép gan.

Hóa trị sử dụng thuốc để tiêu diệt tế bào ung thư. Hóa trị có thể được sử dụng trước khi ghép gan. Nó cũng có thể áp dụng cho những người ung thư ống mật giai đoạn cuối để giúp làm chậm bệnh và giảm các triệu chứng.

Xạ trị sử dụng các nguồn năng lượng cao như photon (tia X) và proton, để tiêu diệt các tế bào ung thư.

Dẫn lưu đường mật là một thủ thuật để khôi phục dòng chảy của mật. Nó có thể là phẫu thuật bắc cầu để định lại đường mật xung quanh ung thư hoặc đặt stent để giữ ống mật mở đang bị hẹp lại do ung thư. Dẫn lưu đường mật giúp làm giảm triệu chứng của ung thư ống mật.

Chăm sóc giảm nhẹ là chăm sóc y tế chuyên biệt tập trung vào việc giảm đau và các triệu chứng gây khó chịu cho bệnh nhân. Chăm sóc giảm nhẹ không giống như chăm sóc cuối đời. Nó được thực hiện bởi đội ngũ bác sĩ, y tá, nhân viên và các chuyên gia được đào tạo chuyên biệt.

Những đội ngũ này tạo ra nhằm mục đích cải thiện chất lượng cuộc sống cho những người mắc bệnh ung thư.

Các chuyên gia chăm sóc giảm nhẹ làm việc với bệnh nhân, gia đình của bệnh nhân và bác sĩ đang điều trị để cung cấp thêm một phần chăm sóc hỗ trợ liên tục.

Khi chăm sóc giảm nhẹ được thực hiện cùng với các phương pháp điều trị thích hợp khác – thậm chí ngay sau khi được chẩn đoán. Phần lớn trải nghiệm những người bị ung thư cảm thấy tốt hơn về cả tâm lý và cả thể xác, giúp bệnh nhân sống lâu hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-carcinoid-va-nhung-nguy-hiem-tiem-an-khon-luong/

Nội dung bài viết

U Carcinoid là bệnh gì?

Nguyên nhân gây ra u Carcinoid

Đặc điểm dịch tễ của bệnh

Triệu chứng của bệnh

Chẩn đoán bệnh như thế nào?

Nguyên tắc điều trị bệnh

Một số biện pháp điều trị có hiệu quả hiện nay

Phòng bệnh

U Carcinoid là một trong những bệnh lý ung thư rất thường gặp. Nếu không được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, bệnh có thể phát triển đến thời kỳ cuối và rất khó để điều trị hiệu quả. Vậy làm sao để chẩn đoán được căn bệnh này? Điều trị có hết bệnh một cách triệt để hay không? Cần những biện pháp gì để phòng bệnh? Cùng giải đáp những thắc mắc này qua bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Lâm Giang.

U Carcinoid là những khối u có nguồn gốc từ các tế bào thần kinh nội tiết. Nó được chuyển dạng từ các tế bào gốc nguyên thủy nằm ở thành ruột. Mặc dù vậy, loại u này có thể khởi phát từ các cơ quan khác trong cơ thể.

Chẳng hạn như: trung thất, tuyến ức, phổi, phế quản, gan, tụy, thận, buồng trứng, tiền liệt tuyến. Đây là một loại ung thư tiến triển chậm nhưng có khả năng di căn rất cao.

Các u Carcinoid có nhiều điểm không giống với những loại u thường gặp. Nó có thời gian tiến triển rất chậm và rất hiếm khi gây ra triệu chứng ở giai đoan sớm.

Ngay cả khi được quan sát dưới kính hiển vi, các u loại Carcinoid vẫn trông giống như tế bào bình thường, thậm chí ở cả thời kỳ tế bào ung thư đã di căn.

Loại u này thường sản xuất và phóng thích một số loại hormone vào trong cơ thể. Vì vậy, nó có thể gây ra một số triệu chứng như tiêu chảy, đau quặn bụng, cơn nóng bừng mặt. Tuy nhiên, sự xuất hiện các triệu chứng này thường ở giai đoạn rất muộn.

Hiện nay, các nhà khoa học vẫn chưa biết rõ nguyên nhân gây ra u Carcinoid. Loại u này xuất phát từ các tế bào nằm trong hệ thần kinh nội tiết. Vì vậy, nó vừa có khả năng bài  tiết hormone, vừa có những tính chất giống một tế bào thần kinh.

Lúc đầu, các khối u có kích thước rất nhỏ và phát triển rất chậm. Các nhà khoa học vẫn chưa tìm ra được nguyên nhân khiến cho khối u phát triển nhanh. Từ đó, nó gây nên những triệu chứng nhất định. Trong khi một số u có kích thước nhỏ nhưng không có bất cứ biểu hiện gì.

U Carcinoid có thể xuất hiện ở bất cứ lứa tuổi nào. Tuy nhiên, theo nhiều nghiên cứu, nó thường xuất hiện ở những người trên 50 tuổi. Loại u này thường gặp ở nữ hơn so với nam.

Nếu cha mẹ bị u Carcinoid thì con có nguy cơ bị bệnh cao hơn những người khác. Bên cạnh đó, gia đình có tiền sử mắc bệnh đa u tuyến nội tiết type 1 cũng được cho là một yếu tố nguy cơ của Carcinoid.

Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ mắc bệnh Carcinoid ở phổi. Một số bệnh lý khác như thiếu axít ở dạ dày,viêm loét dạ dày – tá tràng, bệnh thiếu máu ác tính,… cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh Carcinoid ở đường tiêu hóa.

Trên thực tế, không phải tất cả những người có khối u Carcinoid trong cơ thể đều bị ung thư Carcinoid. Ung thư carcinoid chỉ xảy ra khi khối u sản xuất quá nhiều hormone Serotonin cũng như các hormone khác hơn so với bình thường.

Các khối u Carcinoid tiến triển rất chậm và hiếm khi gây nên những triệu chứng điển hình. Đa phần các triệu chứng của bệnh chỉ xuất hiện khi các tế bào u di căn đến gan. Tại gan, các enzym bảo vệ cơ thể sẽ phá vỡ và trung hòa nồng độ Serotonin dư thừa cũng như các chất do khối u tiết ra, ngăn cản chúng tiệp cận các tế bào bình thường.

Bệnh chỉ thực sự có triệu chứng ở giai đoạn muộn. Khi ấy, cơ thể đã suy yếu và các tế bào khỏe mạnh không thể chống chọi lại với tế bào u. Từ đó, sự tăng tiết quá mức các hormone sẽ dẫn đến những triệu chứng điển hình ở từng cơ quan:

Tại tim: van tim bị tổn thương, màng ngoài tim bị xơ hóa, rối loạn nhịp tim, có thể dẫn đến suy tim.

Phổi: Ho, khó thở kiểu hen phế quản cấp tính, đau tức ngực, thậm chí là ho ra máu.

Đường tiêu hóa: Ăn uống khó tiêu, đầy bụng, đau bụng, tiêu chảy, xuất huyết tiêu hóa,…

Ở da: đỏ da gặp trong 90% các trường hợp, kết hợp với nóng, ngứa, vã mồ hôi.

Đường tiết niệu: đau vùng thận, tiểu ít, tiểu lắt nhắt, tiểu mủ, tiểu máu.

Toàn thân: Mệt mỏi, sụt cân, gầy sút, xanh xao.

Các bác sĩ sẽ hỏi bệnh, nắm bắt các triệu chứng trên và có thể cho người bệnh thực hiện các xét nghiệm như:

Sinh hóa máu: tìm các marker của tế bào u: serotonin, 5HIAA, catecholamin, histamin,…

Chẩn đoán hình ảnh: X Quang tim phổi, chụp đường tiêu hóa có cản quang, chụp CT Scan, cộng hưởng từ, xạ hình xương,…

Một số biện pháp thăm dò nội soi như: nội soi phế quản, dạ dày tá tràng, đại tràng.

Chẩn đoán xác định bệnh chỉ khi người bệnh được tiến hành sinh thiết tế bào tại cơ quan đó. Sau đó làm giải phẫu bệnh và cho ra kết quả là u Carcinoid.

Đa phần u Carcinoid là ác tính và chỉ có triệu chứng khi đã ở giai đoạn muộn. Vì vậy, việc phát hiện bệnh sớm vẫn là một vấn đề khá khó khăn. Việc điều trị ung thư carcinoid có mục tiêu chủ yếu là giảm sự di căn, phát triển, đồng thời loại bỏ các khối u. Từ đó, các bác sĩ chuyên khoa ung bướu sẽ giúp cho người bệnh kiểm soát bệnh tốt hơn, cảm thấy khỏe hơn.

Nếu khối u chưa di căn, các bác sĩ sẽ tiến hành phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u. Nếu khối u đã di căn, bệnh nhân sẽ được tiêm thuốc (hóa trị, truyền hóa chất). Mục đích của tiêm thuốc nhằm làm chậm sự phát triển của khối u, hạn chế sự xuất hiện các triệu chứng của bệnh.

Theo y học hiện đại ngày nay, thông thường, khi khối u đã di căn thì nguyên tắc vàng là kết hợp phẫu thuật, hóa trị và xạ trị. Mục tiêu là để hạn chế tối đa sự phát triển của khối u. Đồng thời kéo dài cuộc sống và chất lượng sống của người bệnh.

Làm chậm sự phát triển của khối u: Tiêm thuốc Octreotid (sandostatin) hàng tháng giúp làm chậm sự phát triển của khối u. Đồng thời cũng giảm các triệu chứng khó chịu như tiêu chảy, nóng đỏ da, bừng mặt,…

Can thiệp ngừng cấp máu cho khối udi căn vào gan thông qua phương pháp làm tắc động mạch gan. Phương pháp này tiềm ẩn một số nguy cơ nhất định nên các bác sĩ sẽ trao đổi kỹ với bệnh nhân.

Tiêu diệt các tế bào ung thư Carcinoid bằng nhiệt: Sử dụng sóng cao tần để tạo ra nhiệt năng. Nhiệt lượng ấy được truyền qua một cái kim áp sát tế bào ung thư nhằm tiêu diệt các tế bào này. Phương pháp này được áp dụng cho những trường hợp có một vài ổ di căn nhỏ ở gan. Nó tương đối an toàn, nguy cơ chảy máu cũng như nhiễm khuẩn không cao.

Như chúng ta đã thấy, u Carcinoid một khi đã biểu hiện rõ thì đã là u ác và ở giai đoạn muộn. Vì vậy, đối với bệnh này, chúng ta tuyệt đối đừng chủ quan mà nên phòng bệnh. Mặc dù các nhà khoa học chưa đưa ra được những biện pháp phòng bệnh đặc hiệu, nhưng những biện pháp sau đây cũng giúp hạn chế nguy cơ mắc bệnh:

Tầm soát thường quy ở những người có tiền sử gia đình bị u Carcinoid.

Không nên hút thuốc lá.

Hạn chế tối đa ăn thức ăn nướng như: xúc xích nướng, thịt nướng, thịt xông khói,…

Không để cơ thể tiếp xúc nhiều với tia xạ như: tia X, tia gamma, tia tử ngoại từ ánh nắng mặt trời.

Ngoài những biện pháp trên, việc tăng cường sức đề kháng của cơ thể cũng rất quan trọng. Nó giúp cho những tế bào khỏe mạnh trong cơ thể tấn công, ức chế sự xuất hiện của các tế bào ung thư. Một số cách hữu hiệu bao gồm:

Bổ sung vitamin từ trái cây, rau củ quả.

Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng.

Tuyệt đối không nên bỏ bữa ăn sáng.

Hạn chế thức khuya, sử dụng rượu bia hoặc thức uống có cồn.

Tiêm văc xin để phòng bệnh cũng là một biện pháp bảo vệ hệ miễn dịch của cơ thể.

Qua bài viết này, Bác sĩ Nguyễn Lâm Giang hy vọng bạn đọc sẽ hiểu biết nhiều hơn về bệnhu Carcinoid. Đối với bệnh này, các bạn đừng nên chủ quan mà hãy tầm soát sớm nhất có thể. Bên cạnh đó, các bạn cũng sẽ có những biện pháp thiết thực nhằm “Phòng bệnh hơn chữa bệnh” đúng không nào? Hãy chia sẻ cùng YouMed những kinh nghiệm của các bạn nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/khoi-u-cot-song-nhung-dieu-ban-can-luu-y/

Nội dung bài viết

Cột sống là gì?

U cột sống là gì?

Phân loại u cột sống

Triệu chứng khối u cột sống

Khi nào bạn nên đến gặp bác sĩ?

Chẩn đoán u cột sống

Điều trị cột sống có khối u

U cột sống là các khối u phát triển bên trong ống đốt sống của cột sống. Khi những khối u cột sống này phát triển, chúng có thể khiến ống tủy sống bị thay đổi và gây ra những vấn đề nghiêm trọng, ảnh hưởng đến sức khỏe, ngay cả khi những khối u tủy này không phải là ung thư.

Cột sống (hay xương sống) là xương dài bắt đầu từ nền sọ đến xương chậu có nhiệm vụ như một trụ cột để hỗ trợ trọng lượng cơ thể và bảo vệ tủy sống. Có ba đường cong tự nhiên tạo nên hình chữ “S” khi nhìn từ bên cạnh. Các đường cong này giúp xương sống chịu được trọng lượng lớn tác động cách phân bố lực đồng đều.

Chúng được tạo thành từ 33 – 35 xương (đốt sống) xếp chồng lên nhau. Ở giữa các đốt sống là các đĩa đệm chịu trách nhiệm giảm ma sát và lực tác động. Bên cạnh đó, xương sống cũng là cơ quan hỗ trợ chính cho cơ thể, phục vụ việc đứng thẳng, uốn cong, xoay người và hỗ trợ sức mạnh cơ bắp để thực hiện các hoạt động hàng ngày.

U cột sống là một khối mô bất thường xuất hiện bên trong hoặc quanh tủy sống và (hoặc) quanh cột sống. Các tế bào này tăng trưởng và nhân đôi không kiểm soát, có vẻ như chúng thoát khỏi các cơ chế điều hòa của các tế bào bình thường.

U tủy sống có thể lành tính hoặc ác tính. U nguyên phát bắt nguồn từ cột sống hoặc tủy sống, còn u di căn hoặc u thứ phát là do tế bào ung thư từ nơi khác lan đến cột sống.

U cột sống được xếp loại theo vị trí u. Các vùng chính gồm cột sống cổ, ngực, thắt lưng và cùng. Bên cạnh đó, chúng cũng được phân loại thành 3 nhóm lớn theo vị trí u: trong màng cứng-ngoài tủy, trong tủy (nội tủy) và ngoài màng cứng.

Dạng u phổ biến nhất của loại này là u phát triển từ màng nhện (u màng não). Trong các rễ thần kinh xuất phát từ tủy sống (Schwannoma – u tế bào bao sợi thần kinh và Neurofibroma –u sợi thần kinh) hoặc ở nền tủy sống (Filum terminate Ependymoma).

Mặc dù u màng não thường lành tính nhưng chúng có thể khó cắt hết và có thể tái phát. U rễ thần kinh nói chung là lành tính, dù vậy u sợi thần kinh có thể hóa ác tính. Ependymoma ở đoạn tủy cùng có thể có kích thước lớn và sự mỏng manh của các cấu trúc thần kinh ở vùng này làm cho việc điều trị thường phức tạp.

Những u này phát triển bên trong tủy sống, thường xảy ra nhất ở vùng tủy cổ. U điển hình bắt nguồn từ tế bào đệm hoặc tế bào lót ống nội tủy nằm trong mô kẽ tủy sống. U tế bào sao và u tế bào lót ống nội tủy là 2 dạng phổ biến nhất. Chúng thường lành tính nhưng khó có thể phẫu thuật cắt bỏ. U mỡ nội tủy là một u bẩm sinh hiếm gặp, thường nằm ở vùng tủy ngực.

Những sang thương này thường do di căn hoặc u tế bào Schwann, bắt nguồn từ tế bào bao quanh rễ sợi trục thần kinh. Đôi khi, u ngoài màng cứng đi phát triển xuyên qua lỗ liên đốt sống, nằm nửa trong nửa ngoài ống sống.

Cột sống là nơi thường gặp nhất của di căn xương. Số liệu thống kê cho thấy 30-70% bệnh nhân ung thư có u di căn đến cột sống

Các ung thư nguyên phát thường di căn đến cột sống là ung thư phổi và tuyến tiền liệt. Ung thư phổi là u thường cho di căn xương nhất ở nam giới, và tương tự là ung thư vú ở nữ. Các ung thư khác cho di căn cột sống gồm bệnh đa u tủy, Lymphoma, Melanoma, Sarcoma, cũng như là ung thư của đường tiêu hóa, thận và tuyến giáp.

Việc chẩn đoán sớm và xác định được u nguyên phát là điều quan trọng trong điều trị. Nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị, bao gồm bản chất của khối u nguyên phát, số lượng sang thương, xuất hiện di căn xa (trừ di căn xương), sự hiện diện và (hoặc) mức độ nghiêm trọng của chèn ép tủy.

U cột sống nguyên phát khá hiếm ở trẻ em và thực sự là một thử thách trong việc điều trị. Xuất độ và kết cục điều trị tùy thuộc vào loại u, như:

U nguyên bào xương.

U sụn xương.

Sarcoma xương.

Sarcoma Ewing.

U hạt ái toan.

Nang xương phình mạch (Aneurysmal bone cyst).

Chordoma.

Mesenchymal Chondrosarcoma.

U tế bào khổng lồ của xương.

Dị sản sợi.

U sợi.

Sarcoma mạch máu.

U mạch máu.

Hầu hết các khối u đều gây đau lưng và cũng có thể làm thiếu hụt thần kinh, chẳng hạn như tê hoặc yếu. Một số ít trường hợp sẽ không có bất cứ triệu chứng nào. Các triệu chứng khối u cột sống có thể khác nhau rất nhiều dựa vào vị trí và loại u cột sống.

U cột sống có thể gây đau lưng bằng cách làm tổn thương các mô khỏe mạnh, như đốt sống, hoặc chèn ép các dây thần kinh ở khu vực này.

Các triệu chứng đau cụ thể của u cột sốt sống như:

Đau lưng trên hoặc lưng giữa: các cơn đau do u cột sống thường ở phần lưng trên hoặc giữa. Trong khi các cơn đau lưng thông thường sẽ ở phần lưng dưới hoặc cổ. Khoảng 70% khối u thường nằm ở cột sống ngực.

Cơn đau nhức sâu từ bên trong.

Đau nhói hoặc như điện giật. Cơn đau có thể chỉ ở một khu vực cụ thể trên lưng hoặc theo dọc rễ thần kinh hay tủy sống lan đến ngực, bụng, chân và cánh tay.

Đau nghiêm trọng hơn vào ban đêm.

Cơn đau cũng tệ hơn vào buổi sáng, sau khi thức dậy.

Đau cũng nặng hơn khi chạm hoặc chườm nhiệt vào khu vực khối u.

Đau ở thắt lưng và cổ: mặc dù rất hiếm nhưng khoảng 20% trường hợp khối u xuất hiện ở lưng dưới và 10% là ở cổ.

Ngoài ra, một số dấu hiệu khác cũng đi kèm với đau lưng như:

Chán ăn.

Sụt cân không rõ lý do.

Buồn nôn hay nôn.

Sốt, ớn lạnh hoặc run người.

Thực tế, bạn có thể bị đau lưng vì nhiều nguyên nhân và không phải nguyên nhân nào cũng là do khối u. Tuy nhiên, việc chẩn đoán sớm và điều trị u cột sống là hết sức quan trọng. Nên bạn hãy đến gặp bác sĩ nếu có dấu hiệu đau lưng sau:

Đau dai dẳng và ngày càng nặng hơn.

Cơn đau không giảm cho dù bạn có hay không hoạt động.

Cơn đau nặng hơn vào ban đêm.

Bạn có bệnh sử ung thư và có một cơn đau lưng mới.

Đi cấp cứu ngay nếu:

Yếu và tê cơ ở chân hoặc tay ngày càng nghiêm trọng.

Chức năng ruột và bàng quang thay đổi.

Thăm khám kỹ càng, chú trọng vào triệu chứng đau lưng và các khiếm khuyết thần kinh là bước đầu tiên để chẩn đoán u cột sống. Hình ảnh học là cần thiết để góp phần giúp chẩn đoán chính xác.

Xray:Dùng tia X để chụp ảnh cấu trúc cột sống và các khớp. X quang cột sống dùng để tầm soát các nguyên nhân có khả năng gây triệu chứng đau lưng. Ví dụ như u, nhiễm trùng, gãy xương. X quang không nhạy trong việc chẩn đoán u.

CT scan:Cho biết hình dạng và kích thước ống sống, thành phần bên trong và các cấu trúc xung quanh. CT rất tốt trong việc quan sát các cấu trúc xương.

MRI:là thiết bị chẩn đoán hình ảnh dung từ trường mạnh và máy tính để tạo ảnh 3 chiều của cơ thể, giúp quan khảo sát tủy sống, rễ thần kinh, và các cấu trúc xung quanh, cũng như sự phì đại, thoái hóa và u.

Sau khi u được xác nhận bằng hình ảnh học, cách duy nhất để xác định tính chất lành ác của u là sinh thiết u. Nếu như u là ác tính thì việc sinh thiết cũng đóng vai trò trong việc định type của u, giúp ích trong việc chọn lựa phương thức điều trị.

Đánh giá giai đoạn của u dựa trên mức độ lan rộng của u, đánh giá xâm lấn xương, mô mềm và ống sống. Bác sĩ có thể chỉ định PET toàn thân, cũng như là CT scaner phổi và bụng chậu để đánh giá giai đoạn u. Bằng việc so sánh xét nghiệm cận lâm sàng và hình ảnh học với triệu chứng, bác sĩ sẽ có thể đưa ra chẩn đoán cuối cùng.

Quyết định điều trị được cân nhắc dựa vào tình trạng sức khỏe của người bệnh và mục tiêu điều trị. Các lựa chọn điều trị bao gồm các phẫu thuật và không phẫu thuật.

Lựa chọn điều trị không phẫu thuật bao gồm: theo dõi, hóa trị và xạ trị. Với những khối u không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ và không có dấu hiệu tiến triển theo thời gian thì có thể được theo dõi bằng chụp MRI định kỳ. Trong khi đó, có một vài loại u lại đáp ứng khá tốt với phương pháp xạ trị hoặc hóa trị.

Chỉ định phẫu thuật thay đổi tùy theo loại u. U cột sống nguyên phát có thể được phẫu thuật cắt bỏ u nguyên khối để có thể điều trị dứt bệnh. Đối với u thứ phát do di căn thì phương pháp điều trị chủ yếu là làm giảm nhẹ để phục hồi và bảo tồn chức năng thần kinh của người bệnh, vững cột sống và giảm đau.

Nhìn chung, phương pháp phẫu thuật được cân nhắc với những trường hợp sau:

Bệnh nhân có u di căn tiên lượng chỉ sống hơn 12 tuần hoặc hơn;

Khối u kháng xạ trị hoặc hóa trị;

U cột sống gây đau không đáp ứng thuốc;

Khối u chèn ép tủy;

Trường hợp có nguy cơ cao bị gãy xương bệnh lý và cần làm vững cột sống.

Có 2 đường phẫu thuật điều trị u cột sống. Đường mổ từ phía sau cho phép nhận biết màng cứng và các rễ thần kinh dễ dàng. Có thể giải ép nhiều đốt sống hoặc cố định nhiều liên đốt. Còn đường mổ từ phía trước cho phép tiếp cận các u nằm mặt trước cột sống và tái tạo các chỗ khuyết sau cắt bỏ thân sống hiệu quả hơn. Ngoài ra, đường mổ phía trước cũng giúp đặt các dụng cụ cố định đoạn ngắn dễ dàng hơn.

U cột sốnglà một bệnh nhuy hiểm. Trên đây YouMed cung cấp cho bạn thông tin cơ bản về bệnh u cột sống. Nếu bạn có các triệu chứng hay có thắc mắc nào thì hãy đến gặp bác sĩ để dược tư vấn và điều trị kịp thời nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-u-hat-man-tinh-la-gi/

Nội dung bài viết

Bệnh U hạt mạn tính là gì?

Triệu chứng của bệnh U hạt mạn tính

Nguyên nhân gây bệnh là gì?

Các yếu tố nguy cơ của bệnh U hạt mạn tính

Chẩn đoán bệnh U hạt mạn tính

Điều trị U hạt mạn tính

Những người mắc bệnh u hạt mạn tính có thể bị nhiễm trùng ở phổi, da, hạch bạch huyết, gan, dạ dày, ruột và các vùng khác. Cũng có thể phát triển nhiều tổn thương u hạt ở các khu vực bị nhiễm bệnh. Hầu hết mọi người được chẩn đoán mắc CGD trong thời thơ ấu, nhưng một số người có thể không được chẩn đoán cho đến khi trưởng thành.

Bệnh u hạt mạn tính (CGD) là một rối loạn di truyền xảy ra khi một loại tế bào bạch cầu không hoạt động hiệu quả. Hoạt động củabạch cầulà một trong những cơ chế chống lại nhiễm trùng của cơ thể. Do đó, khi mắc phải bệnh này, bạch cầu không thể bảo vệ cơ thể khỏi nhiễm trùng do vi khuẩn và nấm.

Người bệnh mắc u hạt mạn tính thường bắt đầu với nhiễm trùng tái đi tái lại trong thời thơ ấu. Nhưng ở một số bệnh nhân, việc khởi phát bị trì hoãn cho đến đầu giai đoạn thanh thiếu niên. Những người mắc bệnh u hạt mạn tính trải qua nhiễm trùng nghiêm trọng do vi khuẩn hoặc nấm. Nhiễm trùng trong phổi, bao gồm viêm phổi, là phổ biến. Người bị CGD có thể phát triển một loại viêm phổi nghiêm trọng sau khi tiếp xúc với lá cây chết, mùn hoặc cỏ khô.

Người bị u hạt mạn tính cũng thường gặp phải các bệnh nhiễm trùng da, gan, dạ dày và ruột, não và mắt. Các dấu hiệu và triệu chứng liên quan đến nhiễm trùng bao gồm:

Sốt.

Đau ngực khi hít vào hoặc thở ra.

Các tuyến bạch huyết bị sưng và đau.

Sổ mũi dai dẳng.

Kích ứng da có thể bao gồm phát ban, sưng hoặc đỏ.

Sưng và đỏ trong miệng.

Các vấn đề về đường tiêu hóa có thể bao gồm nôn, tiêu chảy, đau bụng, phân có máu hoặc túi mủ đau gần hậu môn.

Một đột biến ở một trong năm gen có thể gây ra u hạt mạn tính. Những người bị CGD do di truyền đột biến gen từ cha mẹ. Các gen bình thường sản xuất protein tạo thành enzyme giúp hệ thống miễn dịch hoạt động tốt. Các enzyme hoạt động trong các tế bào bạch cầu giúp bắt và tiêu diệt nấm và vi khuẩn để bảo vệ bạn khỏi bị nhiễm trùng. Enzyme cũng hoạt động trong các tế bào miễn dịch giúp cơ thể bạn hồi phục.

Khi có đột biến với một trong những gen này, các protein bảo vệ không được tạo ra hoặc chúng được tạo ra nhưng chúng không hoạt động hiệu quả.

Một số người bị u hạt mạn tính không có một trong những đột biến gen này. Trong những trường hợp như vậy, ta thường không tìm được nguyên nhân gây ra tình trạng này.

Con trai có nhiều khả năng bị u hạt mạn tính hơn.

Để chẩn đoán CGD, bác sĩ sẽ xem xét tiền sử gia đình và tiền sử bệnh của bạn. Sau đó, tiến hành khám toàn diện. Một số xét nghiệm để chẩn đoán u hạt mạn tính, bao gồm:

Xét nghiệm chức năng bạch cầu trung tính. Kiểm tra dihydrorhodamine 123 (DHR) hoặc các xét nghiệm khác để xem loại tế bào bạch cầu trong máu của bạn hoạt động tốt không. Ta thường dùng xét nghiệm này này để chẩn đoán u hạt mạn tính.

Xét nghiệm di truyền. Để xác nhận sự hiện diện của một đột biến gen cụ thể dẫn đến bệnh u hạt mạn tính.

Các xét nghiệm tiền sản. Để chẩn đoán CGD cho thai nhi nếu một trong những đứa con của bạn đã được chẩn đoán mắc CGD.

Điều trị cho CGD nhằm mục đích giúp bạn tránh nhiễm trùng và kiểm soát tình trạng. Phương pháp điều trị có thể bao gồm:

Quản lý nhiễm trùng. Ngăn ngừa nhiễm trùng do vi khuẩn và nấm trước khi chúng xảy ra. Điều trị có thể bao gồm điều trị bằng kháng sinh liên tục. Để bảo vệ chống nhiễm trùng do vi khuẩn kháng nấm để ngăn ngừa nhiễm nấm. Kháng sinh bổ sung hoặc thuốc kháng nấm khác có thể cần thiết nếu nhiễm trùng xảy ra.

Interferon-gamma. Tiêm interferon-gamma theo định kỳ giúp tăng cường các tế bào trong hệ thống miễn dịch để chống lại nhiễm trùng.

Ghép tế bào gốc. Trong một số trường hợp, cấy ghép tế bào gốc có thể là phương pháp điều trị cho CGD. Quyết định điều trị bằng ghép tế bào gốc phụ thuộc vào một số yếu tố, bao gồm tiên lượng, nguồn tế bào gốc và mong muốn của bệnh nhân.

Hiện nay, các bác sĩ vẫn đang nghiên cứu để tìm ra những phương pháp điều trị hiệu quả và đặc hiệu cho bệnh này. Các phương pháp bao gồm:

Liệu pháp genhiện đang được khám phá để điều trị CGD, nhưng cần nghiên cứu thêm.

Các nhà nghiên cứu cũng đang nghiên cứusửa chữa các genkhiếm khuyếtđể điều trị CGD.

U hạt mạn tính (CGD)là bệnh gây ảnh hưởng đến chức năng hệ thống miễn dịch của cơ thể. Từ đó, có thể gây ra nhiễm trùng nhiều cơ quan của cơ thể. Nếu bạn có các dấu hiệu nghi ngờ của bệnh, hãy đến khám bác sĩ để được thực hiện những xét nghiệm chẩn đoán cần thiết và có những điều trị thích hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-mang-nao/

Nội dung bài viết

U màng não là gì?

Triệu chứng của u màng não

Chẩn đoán u màng não

Điều trị u màng não

U màng não là những khối u xuất phát từ lớp tế bào ở màng bao phủ não, tủy sống và rễ thần kinh tủy sống (màng não). Hầu hết u màng não là u lành tính (không phải ung thư). Bệnh nhân u màng não đa phần có thể được chữa khỏi nếu khối u được loại bỏ hoàn toàn. Tuy nhiên không phải lúc nào bệnh nhân cũng phát hiện và được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm. Hãy cùng tìm hiểu về triệu chứng, chẩn đoán và điều trị u màng não ở bài viết dưới đây của Bác sĩ chuyên khoa Ngoại Thần kinh Ngô Minh Quân.

U màng não là một dạng u não có nguồn gốc phát triển từ màng não. Màng não là lớp tế bào bao quanh và bảo vệ cho não bộ vàtủy sống.

Hầu hết u màng não không phải là ung thư. Loại u này phát triển chậm tuy nhiên nếu đủ lớn có thể chèn ép các cấu trúc xanh quanh. Nguyên nhân xuất hiện u màng não hiện chưa được hiểu rõ, nhiều giả thuyết cho rằng có vai trò kết hợp giữa yếu tố di truyền và yếu tố môi trường sống trong việc hình thành và phát triển u màng não.

U màng não có thể gặp ở bất cứ vị trí nào của màng não. Theo quan sát có gần 90% trường hợp phát hiện u màng não ở màng não vùng vòm xương sọ hoặc nền sọ.1Tuy nhiên u màng não vẫn có thể xảy ra ở màng não vùng tủy sống hoặc quanh vùng quanh dây thần kinh thị giác.

Những trường hợp u màng não phát hiện tình cờ, kích thước nhỏ có thể theo dõi mà không cần điều trị, một số khác có triệu chứng hoặc kích thước lớn có thể cần phải phẫu thuật có hoặc không kết hợp với xạ phẫu sau mổ.

Không phải bệnh nhân u màng não nào cũng có những triệu chứng của bệnh, nhiều trường hợp bệnh nhân u màng não mà không có bất cứ triệu chứng nào. Tuy nhiên nếu xuất hiện thì các triệu chứng thường gặp của u màng não như động kinh, nhìn mờ, yếu cơ ở tay hoặc chân,… tùy thuộc và vùng não bị u chèn ép mà bệnh nhân có những triệu chứng khác nhau.

Cơn động kinh điển hình thường biểu hiện bằng việc bệnh nhân đột ngột bất tỉnh, có những co giật cơ không tự chủ. Một số trường hợp động kinh thể hiện kín đáo hơn, chỉ xảy ra những thay đổi rất nhỏ trong cơ thể dễ bị bỏ qua.

U màng não có thể khiến bệnh nhân nhìn mờ và có thể mất thị lực hoàn toàn. Thường xảy ra ở một mắt. Những thay đổi thị giác khác có thể gặp như nhìn đôi, điểm mù,… Nguyên nhân của các triệu chứng thay đổi thị giác thường do u màng não phát triển lớn chèn ép lên đường dẫn truyền của dây thần kinh thị giác.

U màng não phát triển gần dây thần kinh dẫn truyền thính giác (dây thần kinh VIII), gây chèn ép các tế bào thần kinh này có thể khiến bệnh nhân giảm hoặc mất thính giác.

Những bệnh nhân có u màng não lớn có thể có những thay đổi tính cách đột ngột hoặc gặp vấn đề trong việc tập trung làm việc.

U màng não có thể gây ra triệu chứng yếu hoặc rối loạn cảm giác tay, chân hoặc cả hai phụ thuộc vào vị trí của u.

U màng não ở những vị trí đặc biệt có thể gây mất thăng bằng, khó khăn trong việc đi lại.

Khi khối u phát triển, gia tăng kích thước thì có thể làm tăng áp lực nội sọ. Việc áp lực nội sọ tăng khiến bệnh nhân đau đầu, buồn nôn và nôn.

U màng não thường chẩn đoán dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh học của não bộ, thông thường là cộng hưởng từ nãoMRI. Cộng hưởng từ não có thể giúp nhận biết và định vị được khối u, đặc biệt nếu chụp cùng với các chất cản từ.

Một vài trường hợp u màng não có thể phát hiện qua phim chụp cắt lớp vi tính CT scan hoặc cộng hưởng từ MRI một cách tình cờ do khám sức khỏe hoặc chấn thương đầu. Một vài trường hợp khác thì bệnh nhân đến được chỉ định chụp phim do triệu chứng động kinh.

Phương pháp điều trị phù hợp nhất được lựa chọn phụ thuộc nhiều vào kích thước của khối u, tốc độ phát triển cũng như vị trí của chúng kết hợp cùng với độ tuổi và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân.

U màng não thường được chia làm ba nhóm dựa vào tốc độ phát triển của khối u cũng như khả năng tái phát sau điều trị của chúng:2

Nhóm I hay còn gọi là các u màng não lành là những khối u có tốc độ phát triển chậm, thường không ảnh hưởng đến các vùng não xung quanh. U màng não Grade I là loại phổ biến nhất, chiếm tới 78 – 81% các trường hợp. Đôi khi các u màng não grade I không cần phải can thiệp điều trị và nếu điều trị cũng hiếm khi tái phát.

Nhóm II hay còn gọi là các u màng não không điển hình: loại này thường phát triển với tốc độ nhanh hơn so với grade I và có tỷ lệ tái phát sau điều trị cao hơn. Chúng chiếm khoảng 15 – 20% các trường hợp.

Nhóm III, u màng não ác tính, còn được xem như là một loại ung thư não, tỷ lệ tái phát sau điều trị cao. Nhóm này chiếm 1 – 4% các trường hợp.

Bao gồm có phẫu thuật, xạ trị hoặc điều trị bảo tồn:

Phẫu thuật là phương pháp thường được lựa chọn nhất cho các bệnh nhân u màng não, đặc biệt là những khối u có kích thước lớn, phát triển nhanh hoặc gây ra những triệu chứng cho bệnh nhân. Mục tiêu của phẫu thuật là loại bỏ hoàn toàn khối u nếu có thể, tuy nhiên việc loại bỏ khối u không phải lúc nào cũng có thể thực hiện được. Những khối u có kích thước lớn hoặc nằm ở vị trí khó tiếp cận gây khó khăn cho việc phẫu thuật do đó mà nhiều trường hợp khối u không thể lấy hết toàn bộ mà chỉ có thể lấy một phần u.

Xạ trị là phương pháp điều trị sử dụng tia X để hủy tế bào u. Việc dùng tia X cần lên kế hoạch và thực hiện cẩn thận để tránh tổn thương các phần mô não lành xung quanh khối u. Dựa vào tính chất dễ tổn thương dưới tia X của các tế bào u và việc điều trị mang lại hiệu quả tốt giúp giảm kích thước u.

Điều trị bảo tồn: đôi khi là một lựa chọn tốt cho những bệnh nhân tình cờ phát hiện các khối u kích thước nhỏ, phát triển chậm và không gây ra triệu chứng cho người bệnh. Bệnh nhân được theo dõi bởi bác sĩ, thực hiện các phương tiện hình ảnh học định kỳ để theo dõi sự phát triển của khối u.

Trên đây là những thông tin cơ bản về chẩn đoán và điều trịu màng não. Hy vọng cung cấp được những thông tin bước đầu giúp người đọc dễ dàng tiếp tục tìm hiểu thêm vấn đề này. Đừng ngại để lại những thắc mắc ở phần bình luận, cũng như chia sẻ bài viết nếu thấy hữu ích. Mong nhận được những phản hồi cũng như đồng hành cùng bạn ở những bài viết kế tiếp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-mau-trong-gan-co-thuc-su-nguy-hiem/

Nội dung bài viết

Các dấu hiệu và triệu chứng

Nguyên nhân dẫn đến u máu trong gan

Các yếu tố thuận lợi

Các biến chứng có thể gặp của u máu trong gan

U máu trong gan được chẩn đoán như thế nào?

Điều trị u máu trong gan được đặt ra khi nào?

Khi nào cần tìm đến bác sĩ?

Một số hướng dẫn giúp bạn chuẩn bị sẵn sàng khi gặp bác sĩ

U máu trong gan là một trong những khối u lành tính thường gặp nhất ở gan. Khối u được hình thành do nhiều mạch máu tập trung lại với nhau. Trong đa số trường hợp, u được phát hiện tình cờ khi đi khám hoặc xét nghiệm cho một bệnh lí khác. Người bị u máu trong gan hiếm khi có các dấu hiệu hoặc triệu chứng và không cần điều trị. Cho đến hiện nay vẫn chưa có bằng chứng cho thấy u máu trong gan không điều trị sẽ diễn tiến thành ung thư.

Phần lớn u máu trong gan không gây ra triệu chứng gì. Người bệnh thường chỉ có 1 khối u đơn độc và có kích thước nhỏ. Tuy nhiên, hiếm gặp hơn, người bệnh có thể có nhiều khối u máu trong gan hoặc khối u kích thước lớn.

Nếu khối u máu có đường kính lớn hơn 4 cm, nó có thể gây ra các triệu chứng sau:

Cảm giác đầy hơi và khó tiêu.

Buồn nôn.

Nôn ói.

Mất cảm giác thèm ăn.

Đau bụng ở vị trí 1/4 trên bên phải.

Cảm giác đầy bụng sau khi ăn 1 bữa ăn nhỏ.

Tuy nhiên, các triệu chứng này không đặc hiệu và có thể gây ra bởi 1 tình trạng khác.

Ngoài u máu trong gan, gan nhiễm mỡ cũng là một căn bệnh gan phổ biến gây ra các triệu chứng khó chịu trong gan. Vậygan nhiễm mỡ là gì? Có chữa được không?

Cho đến nay vẫn chưa rõ nguyên nhân hình thành khối u máu trong gan. Nhiều bác sĩ cho rằng 1 số trường hợp là do tình trạng bẩm sinh, nghĩa là bạn đã có sẵn khối u khi sinh ra. Tuy nhiên các u này vẫn có thể xuất hiện ở bất kì thời điểm nào trong vòng đời của con người.

Các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ xảy ra triệu chứng của u bao gồm:

Độ tuổi của bạn:U có thể được chẩn đoán ở bất cứ độ tuổi nào. Tuy nhiên, 30 – 50 tuổi là đỉnh tuổi được chẩn đoán nhiều nhất.

Giới tính của bạn:Phụ nữ được chẩn đoán u máu trong gan nhiều hơn nam giới

Thai kì:Thai phụ hoặc phụ nữ từng mang thai có khả năng xuất hiện u máu nhiều hơn phụ nữ chưa từng mang thai. Nhiều người tin rằng nội tiết tố estrogen, tăng trong thai kì, có thể đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển của khối u máu.

Liệu pháp thay thế nội tiết tố:Phụ nữ sử dụng liệu pháp thay thế nội tiết tố cho các triệu chứng mãn kinh thường được chẩn đoán u máu trong gan nhiều hơn.

Phụ nữ được chẩn đoán u máu trong gan sẽ có nguy cơ xảy ra biến chứng nếu mang thai. Nội tiết tố nữ Estrogen tăng trong thai kì được cho là yếu tố làm khối u lớn hơn.

Các loại thuốc ảnh hưởng trên nội tiết tố như thuốc ngừa thai có thể gây ra biến chứng. Nếu bạn đang dùng các thuốc này,  bàn bạc với bác sĩ về lợi ích và nguy cơ của nó.

Hiếm gặp hơn, khối u đang phát triển có gây ra các triệu chứng như đau bụng 1/4 trên bên phải, đầy hơi hoặc buồn nôn… Khi có các triệu chứng này có thể phải can thiệp điều trị.

Nếu u gây ra các triệu chứng, bác sĩ sẽ chỉ định các xét nghiệm tìm bất thường trong gan. Các xét nghiệm này gồm:

Siêu âm:xét nghiệm hình ảnh dùng sóng âm tần số cao để tạo ra hình ảnh của gan.

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan):kết hợp 1 chuỗi các tia X chiếu vào các góc khác nhau xung quanh cơ thể. Sau đó sử dụng máy tính xử lí để tạo ra các hình ảnh cắt ngang của gan.

Chụp cộng hưởng từ (MRI):dùng từ trường và sóng vô tuyến tạo hình ảnh chi tiết của gan.

Xạ hình:sử dụng các chất đồng vị phóng xạ để tạo ra hình ảnh của gan.

Các xét nghiệm và thủ thuật khác có thể được chỉ định tùy vào tình trạng của bạn.

Nếu khối u của bạn nhỏ và không gây ra triệu chứng gì, bạn không cần điều trị. Trong đa số trường hợp, khối u sẽ không phát triển và không gây ra vấn đề gì. Bác sĩ sẽ đặt lịch khám định kì theo dõi sự phát triển của u nếu kích thước u lớn.

Điều trị tùy thuộc vào vị trí, kích thước u, số lượng u, tình trạng sức khỏe tổng quát và sự lựa chọn của bạn.

Phẫu thuật cắt khối u máu trong gan:nếu khối u có thể tách khỏi gan dễ dàng, bác sĩ của bạn sẽ chỉ định phẫu thuật để lấy khối u.

Phẫu thuật cắt bỏ 1 phần gan, bao gồm khối u:vài trường hợp, bác sĩ phẫu thuật cần phải cắt bỏ 1 phần gan có chứa khối u.

Thủ thuật ngăn máu chảy đến khối u:nếu không được cung cấp máu, khối u sẽ ngưng phát triển và teo đi. Có 2 cách để ngăn máu đến khối u là thắt động mạch gan hoặc tiêm thuốc vào động mạch để ngăn máu chảy. Mô gan bình thường không bị ảnh hưởng vì các mạch máu khác gần đó có thể đưa máu tới.

Phẫu thuật ghép gan:trong trường hợp bạn có 1 khối u lớn hoặc nhiều khối u máu trong gan mà không thể điều trị bằng các phương án khác, bác sĩ có thể chỉ định phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn gan của bạn và thay thế nó bằng gan của người hiến.

Xạ trị:sử dụng các tia năng lượng cao như tia X để tác động đến các tế bào trong khối u. Phương án này ít được sử dụng bởi vì có các phương án điều trị khác an toàn và hiệu quả hơn.

Đặt lịch hẹn với bác sĩ của bạn nếu bạn có các dấu hiệu hoặc triệu chứng dai dẳng làm bạn lo lắng.

Đa phần u được phát hiện tình cờ khi bạn đi khám hoặc xét nghiệm vì một tình trạng khác. Nếu bạn có 1 khối u ở gan, bạn sẽ được giới thiệu đến khám bác sĩ chuyên khoa gan.

Viết ra các triệu chứng mà bạn đang có.

Lập danh sách các loại thuốc, vitamin và cả thực phẩm chức năng mà bạn đang sử dụng.

Đi cùng với người thân hoặc bạn bè. Thật sự rất khó để có thể nhớ hết tất cả thông tin trong buổi thăm khám. Người đi chung với bạn có thể sẽ nhớ vài điều mà bạn quên.

Viết ra các câu hỏi để hỏi bác sĩ của bạn.

Khối u máu trong gan của tôi kích thước bao nhiêu?

Tôi có 1 khối u hay nhiều khối u trong gan?

Khối u trong gan tôi có đang phát triển không?

Tôi có cần thực hiện thêm các xét nghiệm gì khác không?

Khối u máu trong gan của tôi có cần điều trị không?

Có tài liệu hoặc tờ bướm nào tôi có thể tìm hiểu không? Bác sĩ có trang web nào đáng tin cậy giới thiệu cho tôi được không?

Tôi có cần phải lên thời gian biểu tái khám không?

Có loại thuốc nào làm khối u tôi diễn biến xấu đi mà tôi cần tránh không?

Các triệu chứng của tôi hiện tại có phải do khối u máu trong gan gây ra không?

Đừng ngại đặt ra bất kì câu hỏi khác mà bạn có nhé.

Bạn có bị đau bụng,buồn nôn, mất cảm giác thèm ăn hoặc cảm giác đầy bụng mặc dù chỉ ăn ít?

Hiện tại bạn có đangmang thaikhông?

Bạn có đang sử dụng liệu pháp thay thế nội tiết tố không?

Tóm lại,u máu trong ganlà khối u lành tính thường gặp ở gan. U thường không gây ra triệu chứng gì trừ khi u có kích thước lớn hoặc có nhiều khối u trong gan. Đa số u sẽ được phát hiện tình cờ khi bạn đi khám vì một vấn đề sức khỏe khác. Dó đó, việc điều trị thường ít khi được đặt ra. Tuy nhiên, 1 số ít trường hợp có các triệu chứng như đau bụng, đầy hơi, nôn ói hoặc các biến chứng khác. Khi có các dấu hiệu này làm bạn lo lắng, hãy đặt hẹn ngay với bác sĩ của bạn. Và hãy nhớ làm theo các hướng dẫn phía trên để chuẩn bị tốt cho buổi thăm khám bạn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-nang-bieu-bi-loai-u-nang-pho-bien-thuong-gap-o-da/

Nội dung bài viết

Triệu chứng biểu hiện của u nang như thế nào?

Nguyên nhân của u nang biểu bì

Diễn tiến, biến chứng

Làm thế nào để chẩn đoán u nang biểu bì?

Điều trị u nang như thế nào?

Chăm sóc tại nhà

U nang biểu bì là loại u ở da phổ biến nhất, có nguồn gốc từ lớp biểu bì hoặc biểu mô (lớp trên cùng) của da. Bệnh thường xảy ra ở người lớn trẻ đến trung niên. Vị trí có thể ở khắp nơi nhưng tập trung nhiều ở mặt, cổ, ngực và bộ phận sinh dục. U nang biểu bì phát triển chậm và thường không đau. Vì vậy chúng hiếm khi gây ra vấn đề sức khoẻ hoặc cần điều trị. Bạn có thể chọn loại bỏ u nang vì lý do thẩm mỹ, gây phiền toái hoặc đau, vỡ, nhiễm trùng.

Gồm có các đặc điểm sau:

Vết sưng nhỏ, giống một nối tròn, chắc hoặc mềm, màu trùng với màu da, hoặc vàng. Kích thước thay đổi từ vài mm đến vài cm.

Trung tâm u có thể có 1 lỗ đen cắm vào.

Vị trí tập trung ở mặt, cổ thân mình trên, bộ phận sinh dục.

Vỏ nang mỏng bao quanh chất bên trong chứa đầy keratin và mảnh vụn giàu lipid màu trắng, vàng có mùi.

U nang có thể vỡ ra gây viêm hoặc nhiễm trùng, sưng, đỏ đau.

Nhiều người gọiu nang biểu bìlà u nang bã nhờn, nhưng chúng khác nhau. U nang bã nhờn thực sự rất ít phổ biến. Chúng có nguồn gốc sâu dưới da, phát sinh từ các tuyến bã nhờn ở nang lông, tiết ra chất nhờn giúp bôi trơn tóc và da

Bề mặt da (lớp biểu bì) được tạo thành từ một lớp tế bào mỏng, bảo vệ mà cơ thể. Các tế bào này liên tục bị bong ra và đổi mới. Hầu hết các u nang biểu bì hình thành khi các tế bào này di chuyển sâu hơn dưới da của bạn và nhân lên thay vì bong ra. Đôi khi các u nang hình thành do kích ứng hoặc tổn thương da, nang lông.

Các tế bào biểu bì tạo nên thành của nang và sau đó tiết ra protein keratin tích tụ vào bên trong tạo u nang. Keratin là một protein xuất hiện tự nhiên trong các tế bào da. Nó là một chất dày, màu vàng đôi khi chảy ra từ u nang. Sự phát triển bất thường của các tế bào này có thể là do nang lông hoặc da bị tổn thương, tắc nghẽn.

Những u nang này có thể phát triển vì một số lý do. Nhưng tổn thương trên da thường được cho là nguyên nhân chính. Thỉnh thoảng, các rối loạn di truyền tiềm ẩn như hội chứng Gardner có thể là nguyên nhân.

Bất cứ ai cũng có thể bị một hoặc nhiều hơn, nhưng những yếu tố này khiến bạn dễ mắc bệnh hơn:

Đã qua tuổi dậy thì.

Mắc một số rối loạn di truyền hiếm gặp.

Da bị tổn thương.

Các biến chứng tiềm ẩn của bệnh bao gồm:

Viêm: U nang biểu bì có thể sưng, mềm ngay cả khi không bị nhiễm trùng. Nang bị viêm rất khó để cắt bỏ. Khi tình trạng viêm giảm, u nang có thể phẫu thuật được.

Vỡ: U nang vỡ làm cho chất dịch vàng  bên trong chảy ra ngoài. Nó thường dẫn đến nhiễm trùng giống nhọt đòi hỏi phải điều trị kịp thời. Lúc này, có thể nhầm lẫn với các nhiễm trùng da khác.

Áp xe: U nang có thể bị nhiễm trùng nặng, sưng, nóng, đỏ, đau đớn nhiều. Chất tiết cần được dẫn lưu có chứa mủ đôi khi có máu.

Ung thư: Trong những trường hợp rất hiếm, u nang biểu bì có thể tiến triển đến ung thư da.

Để chẩn đoán u nang biểu bì, bác sĩ sẽ khám vết sưng và vùng da xung quanh, cũng như hỏi bệnh sử của bạn. Họ sẽ đánh giá chi tiết về thời gian vết sưng đã xuất hiện và liệu nó có thay đổi theo thời gian, triệu chứng liên quán khác để phân biệt với các nguyên nhân khác.

Các bác sĩ có thể chẩn đoán u nang biểu bì chỉ bằng thăm khám, nhìn sờ. Nhưng đôi khi siêu âm hoặc giới thiệu đến bác sĩ da liễu là cần thiết để xác nhận chẩn đoán.

Xét nghiệm dịch trong u nang thường không cần thiết. Tuy nhiên, với nhiễm trùng tái phát hoặc không đáp ứng với kháng sinh, mẫu dịch lấy để nuôi cấy vi khuẩn và thử kháng sinh đồ.

Nếu nghi ngờ u nang biểu bì ở một vị trí bất thường, chẳng hạn như vú, xương hoặc vị trí nội sọ. Chẩn đoán hình ảnh với siêu âm,X quang, CT scan hoặcMRIlà cần thiết.

Chọc hút bằng kim nhỏ có thể được sử dụng để giúp chẩn đoánu nang biểu bìở những vị trí bất thường, chẳng hạn như vú. Mẫu vật sẽ được nhuộm và quan sát dưới kính hiển vi để tìm keratin.

Các u nang biểu bì không tự biến mất hoàn toàn. Vì u nang không nguy hiểm, không gây nguy cơ về sức khoẻ, nó có thể để yên không cần can thiệp nếu không gây khó chịu thẩm mỹ. Nếu bạn muốn điều trị, có các phương pháp sau:

Nếu u nang trở nên đỏ, sưng hoặc đau, thay đổi kích thước hoặc bị nhiễm trùng cần phải dùng thuốc. Trong những trường hợp như vậy, lựa chọn điều trị thường bao gồm kháng sinh. Đôi khi u nang cũng có thể được dẫn lưu hoặc tiêm thuốc vào giúp làm giảm sưng, giảm đau.

Với phương pháp này, bác sĩ sẽ thực hiện một vết cắt nhỏ trên u nang và nhẹ nhàng ấn đẩy các chất dịch bên trong ra. Đây là một phương pháp khá nhanh chóng và dễ dàng. nhưng u nang thường tái phát sau khi điều trị này.

U nang biểu bì có thể được cắt bỏ hoàn toàn. Đây là một phẫu thuật nhỏ, an toàn và hiệu quả và thường ngăn ngừa u nang tái phát. Nếu u nang của bạn bị viêm, bác sĩ sẽ trì hoãn phẫu thuật. Bác sĩ sẽ tư vấn chi tiết cho bạn về kỹ thuật cũng như nên hay không nên

Bạn không thể ngăn chặn sự hình thành và phát triển của bệnh. Nhưng có thể phòng ngừa sẹo và nhiễm trùng bằng cách:

Tự nặn u hay tự lấy dịch trong u nang có thể dẫn đến viêm và hoặc nhiễm trùng. Hành động cũng có nguy cơ hình thành xung quanh dẫn đến việc mổ lấy bỏ khó khăn và sẹo phẫu thuật sẽ lớn hơn. Tốt nhất là nên để yên tại chỗ.

Để ngăn ngừa nhiễm trùng, bạn cần giữ cho u nang và vùng da xung quanh được sạch sẽ. Rửa sạch bằng xà phòng hoặc kem kháng khuẩn mỗi ngày.

Có thể dùng một miếng vải ấm và ẩm chườm lên u nang. Việc này giúp kích thích u nhỏ hơn và mau lành hơn. Chườm khăn lên u nang 2-3 lần mỗi ngày.

Khi u nang bắt đầu dẫn lưu, bạn nên dùng gạc vô trùng che u nang lại và thay gạc hai lần mỗi ngày. Nên gặp bác sĩ nếu lượng mủ lớn bắt đầu chảy ra từ u nang, vùng da xung quanh chuyển màu đỏ còn u nang trở nên ấm và đau, hoặc máu bắt đầu rỉ ra từ u nang.

U nang biểu bìlà bệnh lý rất thường gặp ở người lớn. Đây là một loại tổn thương lành tính. Tuy nhiên, rất hiếm trường hợp phát triển thành ác tính đã được báo cáo. Ngày nay, với nhiều phương pháp kỹ thuật hiện đại, tia laser có thể được sử dụng để loại bỏ u nang một cách nhẹ nhàng, không đau đớn và để lại sẹo nhỏ. Bạn nên gặp bác sĩ để được tư vấn chi tiết hơn về phương pháp điều trị tốt nhất cho bạn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-nang-buong-trung/

Nội dung bài viết

U nang buồng trứng là gì?

Nguyên nhân u nang buồng trứng?

Dấu hiệu u nang buồng trứng

Rối loạn chu kỳ kinh nguyệt

U nang buồng trứng có nguy hiểm không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán u nang buồng trứng

Điều trị u nang buồng trứng

U nang buồng trứng là một bệnh lý phụ khoa thường gặp ở các chị em phụ nữ. Các loại u nang này rất đa dạng, có thể là một khối lành tính và cũng có thể là một khối ung thư buồng trứng. Bênh u nang buồng trứng gây tâm lý lo lắng cho các chị em, liệu rằng sẽ phải thăm khám và theo dõi điều trị như thế nào? Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Võ Hoài Duy cùng tìm hiểu qua bài viết dưới đây.

Buồng trứngbình thường cấu tạo gồm lớp vỏ buồng trứng ở bên ngoài và lớp tủy buồng trứng bên trong. Lớp vỏ là nơi có các nang trứng, đảm nhiệm chức năng phóng noãn và thụ thai. Bên cạnh các nang noãn còn có một số loại tế bào khác bổ trợ cũng nằm tại lớp vỏ buồng trứng. Lớp tủy buồng trứng nằm bên trong chứa các mạch máu, thần kinh và các sợi cơ trơn.

Lớp vỏ bên ngoài với các nang noãn ở giai đoạn phát triển khác nhau. Lớp tủy bên trong có các mạch máu nuôi buồng trứng.

Các khối bất thường nằm tại buồng trứng không thuộc các thành phần kể trên được gọi là khối u buồng trứng. Do thành phần các khối u này thường chứa dịch bên trong nên các khối u buồng trứng thường được gọi là u nang buồng trứng.

U nang buồng trứng có thể xuất hiện 1 bên (ví dụ U nang buồng trứng phải/ U nang buồng trứng trái) hoặc có thể cùng lúc xuất hiện ở cả 2 buồng trứng. Tùy theo mỗi lứa tuổi, sẽ bắt gặp một số loại u nang buồng trứng khác nhau.

Các thiếu nữ tuổi dậy thì thường gặp những loại u nang cơ năng lành tính. Trong khi đó, các loại u nang ở phụ nữ lớn tuổi, phụ nữ tiền mãn kinh có tỉ lệ cao là những loại u nang ác tính.

Nguyên nhân hình thành u nang buồng trứng được chia thành 3 nguồn gốc:1

Bình thường khi noãn phát triển đến giai đoạn “noãn chín” sẽ có hiện tượng phóng noãn, từ đó kết hợp với tinh trùng để tạo thành hợp tử và thai. Tuy nhiên ở một số người, lại xảy ra tình trạng không phóng noãn và tạo thành một nang ở buồng trứng. Đa số các nang này sẽ tự biến mất trong vòng 6 tuần.

Do bất thường các nồng độ hóc môn trong cơ thể làm phì đại các hoàng thể bình thường thành các nang có kích thước > 3 cm , có thể có chảy máu ở bên trong nhưng thường ít và tự cầm. Nang hoàng tuyến là loại nang hay gặp trong thai kì, có bánh nhau tiết ra quá nhiều bhCG làm kích thích hoàng thể.

Trong chuyên ngành, các loại u này được gọi là các “u thực thể không tân lập”. Nói chung, chúng ta có thể hiểu rằng: bản chất của các loại u nang này không phải là do sự tăng lên nhiều về số lượng các tế bào, mà thường là do tình trạng viêm nhiễm, ứ máu, ứ mủ tại buồng trứng cũng làm cho buồng trứng to lên, hình thành một khối tại buồng trứng. Các loại u nang thường gặp ở dạng này bao gồm:

Bình thườngnội mạc tử cungnằm vị trí ở trong buồng tử cung. Tuy nhiên, ở một số người lại, nội mạc tử cung nằm lạc chỗ tại buồng trứng. Nếu như mỗi tháng các chị em đều hành kinh cho nội mạc trong buồng tử cung bị bong tróc và chảy ra ngoài tạo thành máu kinh. Thì giờ đây, nội mạc tử cung lạc chỗ ở buồng trứng cũng tạo thành máu kinh, nhưng không chảy ra ngoài được mà ứ đọng lại ở buồng trứng.

Qua thời gian dài, sự ứ đọng này càng nhiều và hình thành một khối u nang chứa máu ở buồng trứng.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Thường do Lao, hoặc các di chứng nhiễm trùng gây ứ dịch, ứ mủ tạiống dẫn trứng(tai vòi/vòi trứng) làm cho vùng này to ra.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Hội chứng buồng trứng đa nanglà tình trạng do nhiều nang noãn không thể phát triển đến giai đoạn trưởng thành (trứng chín) hình thành nên nhiều nang nhỏ tại lớp vỏ của buồng trứng. Điều này làm cho buồng trứng có kích thước to hơn bình thường.

Trong chuyên ngành, các u nang này có tên gọi là “u thực thể tân lập”.

Có nghĩa rằng, buồng trứng bình thường có một số lượng tế bào nhất định, đủ để thực hiện chức năng. Nhưng bây giờ một số loại tế bào trong buồng trứng lại phát triển rất nhanh về số lượng, tạo thành khối u. Tùy theo loại tế bào nào nhân lên, mà sẽ hình thành nên một loại u nang khác nhau.

Các u nang thuộc nhóm này rất đa dạng, có thể lành tính và cũng có thể là ác tính. Việc phân biệt lành hay ác ở các nhóm u này tương đối khó khăn, đòi hỏi phải phối hợp nhiều loại xét nghiệm máu, xét nghiệm về hình ảnh để chẩn đoán.

Loại u lành tính thường gặp trong nhóm này là “u nang bì buồng trứng”. Và đặc biệt, trong nhóm này cũng có cả các loại ung thư ở buồng trứng.

Triệu chứng của u nang buồng trứng rất đa dạng và tùy thuộc vào bệnh nhân đang mắc loại u nang buồng trứng nào.

Đối với các loại u nang cơ năng ở buồng trứng như nang noãn nang, hoặc nang hoàng thể tồn lưu. Các triệu chứng thường liên quan đến rối loạnchu kỳ kinh nguyệt.2

Các chị em có thể bị trễ kinh (chậm kinh), chảy máu bất thường ở âm đạo hoặc có đau bụng kèm theo. Các triệu chứng này có thể rất giống các triệu chứng củathai ngoài tử cung, đặc biệt là nang hoàng thể tồn lưu, tuy nhiên có thể phân biệt bằng cách xét nghiệm nồng độ chất chỉ báo có thai trong máu.

Các loại u nang có nguồn gốc ở nhóm thứ 2, nhóm “thực thể không tân lập” thường biểu hiện các triệu chứng nghiêm trọng, gây khó chịu rất nhiều cho các chị em phụ nữ.3

Nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng có thể gây đau vùng bụng dưới, mức độ đau có thể rất dữ dội, đặc biệt là đau tăng lên vào những ngày hành kinh. Thậm chí đã uống thuốc giảm đau nhưng vẫn không thể cắt được các cơn đau này. Các trường hợp u nang do di chứng viêm nhiễm, ngoài đau bụng còn kèm theosốt, ra dịch âm đạo hôi (áp xe phần phụ, viêm phần phụ,…).3

Các loại u nang trong nhóm này còn có thể dẫn đến tình trạngvô sinh,hiếm muộndo cản trở quá trình thụ tinh và thụ thai. Tình trạngrối loạn nội tiếttrong buồng trứng đa nang còn có thể gây ra các triệu chứng nhưrậm lông,mụn trứng cá,…

Ngược lại, các loại u nang trong nhóm thứ 3, nhóm “u thực thể tân lập” thường không có triệu chứng và diễn tiến một cách âm thầm, nhất là khi khối u kích thước không quá to . Các loại u này thường được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân đến khám vì một bệnh khác và được siêu âm phụ khoa hoặcsiêu âm ổ bụng.

Khi u đạt kích thước to, có thể gây ra các triệu chứng như đau vùng bụng dưới,táo bón, tiểu lắt nhắt nhiều lần,… Khi có biến chứng ví dụ nhưu nang buồng trứng xoắnsẽ có các triệu chứng nhưđau bụngdữ dội kèm theobuồn nôn, nôn. Các u nang buồng trứng dạng ung thư thường ít gây triệu chứng hoặc có những triệu chứng toàn thân mơ hồ như: chán ăn, mệt mỏi, sụt cân, sốt nhẹ về chiều…

Tùy theo bị mắc loại u nang buồng trứng nào mà sẽ có các mức độ nguy hiểm khác nhau.

Các loại u nang cơ năng thường không nguy hiểm đến tính mạng và chỉ gây rối loạn kinh nguyệt tạm thời, cơ thể sẽ dần ổn định và tự điều chỉnh.2

Các loại u nang không tân lập như nang lạc nội mạc tử cung, ứ dịch vòi trứng thường không phải là những loại u ác tính.3Tuy nhiên nếu không điều trị hợp lý, để tình trạng nhiễm trùng xảy ra biến chứng nhiễm trùng nặng, nhiễm trùng máu thì vẫn có thể nguy hiểm đến tính mạng.

Các loại u thực thể tân lập sẽ nguy hiểm khi xảy ra các biến chứng ví dụ như u buồng trứng xoắn. Khi đó, các chị em sẽ đối diện với nguy cơ phải cắt bỏ đi buồng trứng. Trường hợp các khối u buồng trứng ác tính sẽ có xu hướng xâm lấn và di căn đến các cơ quan xung quanh. Lâu dần làm suy mòn cơ thể và dẫn đến tử vong.

U nang buồng trứng không nên điều trị tại nhà mà nên đi khám để được bác sĩ hướng dẫn.

Bác sĩ sẽ biết được những loại u nào cần được mổ, những loại u nào cần phải uống thuốc. Những trường hợp u nang buồng trứng chưa cần mổ, người bệnh nên tuân theo lịch hẹn tái khám của bác sĩ đã đề ra.

Những trường hợp được bác sĩ chỉ định theo dõi, các chị em nên để ý đến các triệu chứng đau bụng, rối loạn kinh nguyệt hoặc đặc biệt là các triệu chứng báo hiệu đang có biến chứng xảy ra như u buồng trứng xoắn. Khi đó chúng ta liên hệ với bác sĩ để được tư vấn, thậm chí có thể phải nhập viện cấp cứu để được xử trí kịp thời.

Chẩn đoán có hay không có u nang buồng trứng thường đơn giản. Siêu âm phụ khoa có thể phát hiện ra rằng một người phụ nữ có u nang buồng trứng hay không. Tuy nhiên vấn đề ở đây là phân biệt được một loại u lành tính hay một loại u ác tính.

Trong những trường hợp là các u nang chức năng, việc chẩn đoán sẽ dễ hơn. Kết hợp với những triệu chứng lâm sàng rối loạn về kinh nguyệt, kèm theo những hình ảnh điển hình trênsiêu âmsẽ giúp chẩn đoán chính xác các loại u này.

Các loại u nang do bản chất ứ dịch vòi trứng, ứ mủ, nang lạc nội mạc tử cung,… ngoài siêu âm còn cần phải xét nghiệm máu. Xét nghiệm để đánh giá được tình trạng nhiễm trùng, xét nghiệm các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục bao gồm cảChlamydia trachomatis.

Đối với các khối u thuộc nhóm 3 (u thực thể tân lập) bệnh nhân còn được chỉ định thêm một sốxét nghiệm máuchuyên sâu để định hướng chẩn đoán (ví dụ: CA 125, HE4, bhCG,…) hoặc thậm chí còn cần phải chụp các cận lâm sàng hình ảnh cao cấp để hỗ trợ chẩn đoán (MRIở vùng chậu).

Đối với những loại u nang thuộc nhóm thứ 1 (nang cơ năng) điều trị chủ yếu là chờ đợi và theo dõi. Khối u sẽ tự động thoái lui. Có thể hỗ trợ điều chỉnh lại tình trạng chảy máu kinh thất thường khi bệnh nhân quá khó chịu. Hoặc điều trị cầm máu đối với những trường hợp ra huyết âm đạo nhiều. Khi đó bạn sẽ được bác sĩ cho uống một số loại thuốc để cầm máu, thời gian có thể từ vài tuần đến vài tháng. Và được siêu âm kiểm tra lại ở mỗi lần tái khám.4

Các loại u thuộc nhóm thứ 2 (thực thể không tân lập) sẽ điều trị dựa vào từng tình huống khác, từng vấn đề mà chị em phải đối mặt. Do đó sẽ tinh chỉnh theo từng đối tượng, không phải ai cũng có chế độ điều trị giống nhau. Đó là lý do vì sao có những trường hợp phải mổ, trong khi trường hợp khác lại chỉ dùng thuốc.

Một ví dụ ở đây là U nanglạc nội mạc tử cungnếu kích thước nhỏ, gây đau ít thì sẽ chỉ điều trị bằng cách theo dõi. Nếu người bệnh đau bụng nhiều thì sẽ được điều trịthuốc giảm đau. Những trường hợp nhiễm trùng bùng phát, diễn tiến thành áp xe vòi trứng, người bệnh sẽ được điều trị thêmthuốc kháng sinhvà phải mổ để giải quyết tình trạng này.

Đối với những loại u thuộc nhóm 3 (thực thể tân lập) điều trị chủ yếu làphẫu thuật. Những khối u lành tính, có thể sẽ không phẫu thuật ngay khi còn có thể theo dõi được, khi kích thước đủ lớn (thường > 5 cm) hoặc người bệnh sẵn sàng sẽ tiến hành mổ để cắt bỏ khối u nang. Những trường hợp khối u ác tính sẽ tiến hành mổ sớm và không trì hoãn nhằm tránh tình trạng xâm lấn và di căn của khối ung thư.4

Vấn đề này đặt ra cho những khối u lành tính. Việc lựa chọn phương pháp mổ mở hay nội soi là kết quả của sự thảo luận giữa bác sĩ và người bệnh, tình trạng khối u với kích thước to hay nhỏ, tình trạng kinh tế của người bệnh mà đưa ra lựa chọn thích hợp nhất. Không có một quy chuẩn chung nào áp dụng cho toàn thể mọi người.

Ví dụ một khối u có kích thước nhỏ thường được lựa chọn điều trị bằng mổ nội soi (vì phương pháp này thẩm mỹ, ít đau, hồi phục nhanh). Tuy nhiên nếu tình trạng kinh tế không cho phép, hoặc người bệnh có những bệnh lý nội khoa kèm theo không thể áp dụng phương pháp mổ nội soi thì bắt buộc phải chuyển sang mổ mở.

Riêng đối với những khối u ác tính sẽ được chỉ định mổ bụng mở để điều trị. Mục đích giúp cho thao tác phẫu thuật đảm bảo an toàn, tránh làm gieo rắc thêm các tế bào ung thư ra khắp khoang bụng. Do đó, các khối u nang nghiung thư buồng trứngluôn ưu tiên lựa chọn phương pháp mổ mở để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Giảm đau trong u nang buồng trứng thường được áp dụng cho các bệnh nhân có u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng.

Thuốc sử dụng tùy theo thể trạng và giai đoạn tổn thương của nang lạc nội mạc. Những giai đoạn sớm thường bệnh nhân sẽ đáp ứng với các loại thuốc giảm đau thông thường như:Paracetamol,Ibuprofen. Khi đau tiến triển hơn cần phối hợp dùng thêm một số loại thuốc nội tiết như Dienogest. Hiển nhiên, các chị em không nên tự ý mua và phục dùng các loại thuốc này. Cần phải có sự thăm khám và tư vấn của bác sĩ để có được loại thuốc và liều thuốc phù hợp với bản thân mình.

Liệu pháp về tâm lí, hành vi cũng góp vai trò trong giảm đau cho người bệnh. Các chị em phụ nữ có u nang buồng trứng thường có tâm lí bất an, lo lắng quá mức. Điều này làm tăng cảm nhận cảm giác đau hơn so với thông thường. Do đó, cần có sự quan tâm, động viên của người nhà. Những chăm sóc tinh tế từ những việc nhỏ nhặt của người chồng trong giai đoạn hành kinh, thống kinh sẽ góp phần giải tỏa tâm lí, trạng tháilo âucho các chị em. Ngoài ra có thể phối hợp tập luyện nhẹ nhàng,thiền, thư giãn cũng góp phần tránhstress, giúp cơ thể chủ động hơn trong việc giảm đau.

Không thể phòng ngừa các loại u nang có nguồn gốc trong nhóm thứ 3 (thực thể tân lập).

Việc phòng ngừa chủ yếu dành cho các loại u nang thuộc nhóm thứ 2. Đặc biệt là nang ứ dịch vòi trứng, ứ mủ vòi trứng. Vì nguồn gốc của những bệnh lý này là do tình trạng viêm nhiễm, đặc biệt là nhiễmChlamydia trachomatis. Vi khuẩn này thường gặp trong những bệnh lí lây truyền qua đường tình dục, phối hợp với vi khuẩn gây các bệnh:lậu,giang mai,HIV/AIDS,… Do đó cần phòng tránh các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục như sử dụngbao cao su,tình dục an toàn,…

Trên đây là những thông tin vều nang buồng trứng. Bệnh có nhiều nguyên nhân và triệu chứng cũng có sự khác biệt tùy vào yếu tố gây bệnh. Điều bạn cần làm là theo dõi tình trạng sức khỏe của bản thân. Đồng thời cần đi khám ngay khi nhận thấy bất thường ở cơ thể.

U nang buồng trứng vẫn có thể mang thai, và theo dõi thai kỳ như các thai phụ khác. Một số loại u như u cơ năng có thể biến mất và không ảnh hưởng đến quá trình mang thai. Các loại u tân lập khác không phải ung thư sau khi phẫu thuật vẫn có thể mang thai được.

Các loại u lạc nội mạc tử cung, ứ dịch vòi trứng có thể ảnh hưởng đến chất lượng trứng của phụ nữ và ảnh hướng quá trình thụ tinh. Do đó, một số trường hợp cần phải điều trị hiếm muộn như thụ tinh trong ống nghiệm để giúp hỗ trợ mang thai.

Nếu không phải là ung thư, U nang buồng trứng vẫn có thể mang thai và sinh con như các chị em phụ nữ khác. Một số ít trường hợp các khối u buồng trứng to chèn ép vào tử cung có thể kích thích làm dọa sinh non và sinh non. Hoặc khối u to có thể dễ bị xoắn hơn, đặc biệt là trong giai đoạn hậu sản. Do đó các chị em nên theo dõi thai kỳ sát để được hỗ trợ tư vấn và điều trị hợp lí.

Riêng đối với ung thư buồng trứng, để bảo tồn tính mạng cho người mẹ thường sẽ chấm dứt thai kì để điều trị ung thư. Tuy nhiên, những hoàn cảnh này không hề đơn giản và phải cân nhắc nhiều khía cạnh khác nhau, đòi hỏi tự tham vấn chặt chẽ để đưa ra quyết định (có thể không tối ưu nhất mà là quyết định phù hợp nhất).

U nang buồng trứng thường ít bị ảnh hưởng bởi chế độ ăn. Do đó không cần phải kiêng cữ đặc biệt một loại thức ăn nào. Vì vậy, có thể ăn uống theo thực đơn khỏe mạnh hằng ngày của cả nhà. Lưu ý tránh những thực phẩm dễ gây ngộ độc, thực phẩm ôi thiu,…

Chi phí mổ u nang buồng trứng thay đổi theo từng bệnh viện, phương pháp mổ, mức độ khó của khối u.

Khi mổ u nang buồng trứng tại các bệnh viện công lập, nếu đúng tuyến sẽ được bảo hiểm y tế hỗ trợ chi phí điều trị.

Siêu âm là một phương tiện đầu tay, có giá trị trong việc phát hiện ra gần như hầu hết các loại u nang buồng trứng.

Mức độ nguy hiểm của u nang buồng trứng không phụ thuộc vào bên phải hay bên trái. Sự nguy hiểm là tùy vào bản chất của khối u, kích thước của khối u và có biến chứng gì hay không.

Thời gian để vết mổ có thể lành, cơ thể hồi phục hoàn toàn có thể từ 1 – 3 tháng. Tuy nhiên vết mổ u nang buồng trứng không phải là vết mổ trên tử cung, do đó không cần phải tránh thai ít nhất 12 tháng như các trường hợp mổ lấy thai, mổ bóc nhân xơ tử cung mà thời gian có thể sớm hơn. Có thể 3, 4…6 tháng tùy theo tình trạng của mỗi người. Thông thường, khi người phụ nữ cảm thấy cơ thể sẵn sàng về mặt thể chất và tâm lí để mang thai thì có thể mang thai lại.

Vẫn có trường hợp mổ u nang buồng trứng xong sau đó lại tái phát. Thường gặp trong U lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, u bì buồng trứng.

U nang buồng trứng thường gây trễ kinh và gây chảy máu âm đạo bất thường. U nang buồng trứng không gây ra tình trạng mất kinh kéo dài như những phụ nữ mãn kinh.

Những u nang buồng trứng thuộc nhóm u cơ năng, có thể tự khỏi mà không cần điều trị. Các loại u khác không thể tự khỏi.

Thông thường, u thực thể ở buồng trứng có kích thước trên 5 cm thì sẽ có chỉ định mổ. Tuy nhiên trong một số trường hợp mặc dù u nhỏ hơn nhưng có những dấu hiệu của ác tính hoặc có tình trạng nhiễm trùng, áp xe thì vẫn phải mổ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-nang-buong-trung-xoan/

Nội dung bài viết

U nang buồng trứng xoắn là gì?

Vị trí của buồng trứng trong cơ thể và nguyên nhân u nang buồng trứng xoắn

Diễn tiến của bệnh lý u nang buồng trứng xoắn

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán u nang buồng trứng xoắn

Điều trị u nang buồng trứng xoắn

Cách phòng ngừa u nang buồng trứng xoắn

U nang buồng trứng xoắn là một trong những biến chứng xuất hiện ở những chị em phụ nữ mắc bệnh u buồng trứng. Đây là một biến chứng nguy hiểm, khiến các chị em có nguy cơ bị mất đi buồng trứng do không xử trí kịp thời. Do đó, gây nhiều lo lắng cho các chị em phụ nữ, không biết sẽ có những triệu chứng gì và cách phòng ngừa ra sao. Hãy cùng Thạc sĩ Bác sĩ Võ Hoài Duy cùng tìm hiểu qua bài viết sau.

U nang buồng trứng xoắn là tình trạngbuồng trứng(gồm cả khối u) bị xoắn lại với các cấu trúc lân cận như các dây chằng, gây thiếu máu nuôi đến buồng trứng và gây đau bụng cấp tính cho người bệnh. Thường gặp u buồng trứng gây xoắn ở bên phải nhiều hơn bên trái.1

Đây là một trong 3 biến chứng thường gặp có thể xảy ra ở những bệnh nhân có khối u ở buồng trứng. Khả năng mắc tình trạng này khá thấp, chiếm tỉ lệ khoảng 2-15% trong số các trường hợp phải mổ cấp cứu vì khối u ở vùng chậu. Theo các khảo sát, u nang buồng trứng xoắn thường xảy ra trong độ tuổi sinh sản, ngược lại độ tuổi trước dậy thì và tiền mãn kinh có tần xuất xuất hiện thấp hơn, khoảng 17%. Một số trường hợp, dù không có khối u nhưng vẫn bị xoắn khối tai vòi và buồng trứng, tuy nhiên chiếm tỉ lệ thấp hơn nhiều.2

Kích thước khối u nang có liên quan đến tỉ lệ bị xoắn, có hơn 80% các trường hợp xoắn phần phụ đều có khối u có kích thước > 5 cm. Khối u lành tính thường dễ bị xoắn hơn so với các khối u ác tính.2

Một số trường hợp, khi vòng xoắn còn lỏng lẻo có thể sẽ tự tháo xoắn trở về vị trí bình thường, tuy nhiên vẫn có khả năng tái phát xoắn trở lại. U nang buồng trứng xoắn là một biến chứng nguy hiểm vì có thể làm loại tử buồng trứng, nguy cơ phải cắt bỏ đi buồng trứng nếu không điều trị kịp thời. Đây là một tình trạng cần phải can thiệp bằng mổ cấp cứu, không thể chờ đợi tự tháo xoắn hoặc dùng thuốc.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Trong cơ thể của người phụ nữ có 2 buồng trứng, nằm ở vùng bụng dưới 2 bên. Buồng trứng được neo giữ vàotử cungvà vùng chậu bằng hệ thống các dây chằng buồng trứng, trong đó có 2 dây chằng chính là: dây chằng tử cung – buồng trứng và dây chằng thắt lưng – buồng trứng nằm ở 2 đầu buồng trứng. Vì thế, buồng trứng không nằm ở 1 vị trí cố định mà có thể di động có giới hạn trong điều kiện bình thường. Khi có những yếu tố khác làm cho sự di động này trở nên quá mức sẽ làm tăng nguy cơ bị xoắn:

Nguyên nhân thường gặp nhất là do khối u ở buồng trứng. Khối u làm cho buồng trứng trở nên nặng hơn, giãn các dây chằng neo giữ buồng trứng. Do đó, buồng trứng có thể di động với biên độ lớn hơn và khó tự tháo xoắn khi xảy ra trường hợp này. Những khối u có kích thước lớn thường dễ gây ra xoắn hơn so với những khối u có kích thước nhỏ. Theo khảo sát, đa số những trường hợp xoắn đều có kích thước khối u > 5cm. Những khối u ác tính thường có xu hướng xâm lấn cơ quan xung quanh, và dính vào các cơ quan đó vì thế tính di động ít hơn so với các u buồng trứng lành tính. Xuất độ xoắn ở những trường hợp u buồng trứng ác tính rất thấp, dưới 2%.2

Các phương pháp hỗ trợ sinh sảncũng có nguy cơ dẫn đến tình trạng u nang buồng trứng xoắn. Do dùng thuốc kích thích buồng trứng nên một số trường hợp buồng trứng có kích thước rất to, các dây chằng xung quanh trở nên mềm mại hơn tạo điều kiện cho việc di động của buồng trứng, có thể dẫn đến xoắn. Tỉ lệ xoắn buồng trứng trong những trường hợp này cũng rất thấp, vào khoảng 1/5000.3

Khi các dây chằng này quá dài, buồng trứng cũng sẽ có cơ hội di động nhiều hơn. Tưởng tượng rằng, khi chúng ta buộc một vật nặng bằng sợi dây dài, khi nó di chuyển có thể sẽ bị rối vào sợi dây. Cùng cơ chế đó, buồng trứng cũng có thể bị xoắn trong trường hợp các dây chằng bị dài bất thường. Đã có những nghiên cứu khảo sát cho thấy ở nhóm xoắn có chiều dài dây chằng cao hơn, vào khoảng 3,2 cm so với những người bình thường khoảng 2,2 cm.4

Thường gặp trong giai đoạn hậu sản, khi tử cung lớn trong quá trình mang thai làm cho khoang bụng bị giãn lớn theo. Sau khi sinh xong, tử cung dần co hồi rất nhanh trong khi khoang ổ bụng cần thời gian lâu hơn, vì thế có khoảng trống lớn tạo điều kiện cho buồng trứng có thể di động nhiều hơn, nếu có kèm theo một khối u ở buồng trứng thì khả năng bị xoắn là rất có thể. Thậm chí, trong trường hợp không có khối u đi kèm vẫn có khả năng xoắn buồng trứng. Đã có một vài báo cáo trên thế giới về tình huống này.5

Khi vòng xoắn mới được tạo thành, ban đầu còn lỏng lẻo nên khi buồng trứng di động có thể tự tháo xoắn, biểu hiện trên lâm sàng bệnh nhân có thể giảm các triệu chứng. Tuy nhiên khả năng bị xoắn trở lại vẫn còn tồn tại.

Nguy hiểm khi bị u nang buồng trứng xoắn bắt nguồn từ việc giảm sút sự cung cấp máu cho buồng trứng. Giai đoạn đầu, nút xoắn làm đè ép lên tĩnh mạch (áp lực trong mạch máu này thấp) làm gián đoạn lưu thông máu, tuy nhiên do động mạch buồng trứng có áp lực mạnh hơn nên chưa bị đè ép. Lúc này vẫn có máu nuôi đến buồng trứng. Việc có máu đến nhưng máu đi ra bị ứ lại dẫn đến phù nề ở buồng trứng.1

Qua thời gian, sự phù nề ngày càng nhiều làm cho sự đè ép cũng tăng lên. Đến một lúc nào đó, áp lực của sự phù nề cao hơn áp lực trong động mạch làm cho động mạch bị đè ép. Lúc này dẫn đến ngưng sự cung cấp máu nuôi cho buồng trứng. Buồng trứng không có máu nuôi sẽ hoại tử (chết mô).1

Triệu chứng u nang buồng trứng xoắn

Đau bụng

Đau là triệu chứng gặp trong hầu hết các trường hợp mắc u buồng trứng xoắn. Tính chất đau thường rất dữ dội, và khởi phát một cách đột ngột làm người bệnh thường nhớ rõ thời điểm đau. Vị trí đau thường ở vùng bụng dưới rốn, có thể lệch một bên, một số trường hợp đau lan xuống vùng bẹn, đùi. Đau thường tăng lên nhiều hơn khi được thăm khám hoặc sờ vào vùng bụng.1

Ở một số trẻ chưa dậy thì, có thể cảm giác đau lan tỏa mà không có một vị trí rõ ràng. Một số trường hợp bệnh nhân tự hết đau, có thể là do khối xoắn đã được tự tháo gỡ một cách tự nhiên. Tuy nhiên trong trường hợp nếu bệnh nhân tự hết đau cũng không nên chủ quan.2

Sốt nhẹ. Người bệnh cảm thấy sốt nhẹ, nguyên nhân là do vùng bị xoắn hoại tử.1

Buồn nôn và nôn xuất hiện sau khi đau.1

Một số người có thể cảm nhận những đợt bị buồn nôn dữ dội có hoặc không nôn ói sau đó giảm bớt. Qua một khoảng thời gian đợt buồn nôn lại xuất hiện.2

U buồng trứng xoắn là một biến chứng nguy hiểm tuy nhiên có thể điều trị khỏi nếu nhập viện kịp thời. Giai đoạn đầu mới bị xoắn, mô buồng trứng còn chịu đựng được trong vòng vài giờ đồng hồ, nếu tháo xoắn được trong quãng thời gian này, có thể cứu được buồng trứng. Nếu trễ hơn, có thể không còn bảo tồn được buồng trứng nữa.

Thông thường, triệu chứng sẽ rất rầm rộ, người bệnh sẽ cảm thấy rất đau và nhập viện ngay. Tuy nhiên một số người chịu đựng đau sau một thời gian lâu, đau có thể giảm. Người bệnh lầm tưởng bệnh thuyên giảm nhưng thật ra có thể là do buồng trứng đã hoại tử, những thần kinh cảm giác cũng đã hư hại nên không còn cảm nhận rõ cảm giác đau.

Vì vậy, khi các chị em phụ nữ đã biết có u buồng trứng trước đó, nay có dấu hiệu đau bụng kèm buồn nôn hoặc nôn hoặc có bất cứ dấu hiệu gì bất thường nên nhập viện sớm để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Siêu âm có vài trò quan trọng trong chẩn đoán u buồng trứng xoắn và là phương tiện đầu tay để các bác sĩ đánh giá ban đầu bệnh nhân. Buồng trứng bên bị xoắn trường tròn và dãn lớn hơn so với bên buồng trứng lành tính. Ngoài ra, có thể nhìn thấy những dấu hiệu chỉ điểm của u buồng trứng xoắn điển hình là dấu xoáy nước Whirlpool hoặc vỏ ốc, sự gián đoạn dòng máu trên siêu âm màu doppler.12

Dưới đây là hình ảnh siêu âm u nang buồng trứng xoắn:

Xét nghiệm máu không được dùng để chẩn đoán u buồng trứng xoắn. Tuy nhiên, khi nhập viện, người bệnh vẫn được chỉ định xét nghiệm. Xét nghiệm đó mục đích là để phụ vụ cho việc phẫu thuật và xem xét đến mức độ ác tính của khối u buồng trứng.

Các xét nghiệm bao gồm: tổng phân tích tế bào máu, đông máu toàn bộ, các chỉ báo huyết thanh của khối u,X-quangphổi…

MRIhoặcCTthường không được chỉ định nhiều trong một tình huống cấp cứu như u buồng trứng xoắn. Tuy nhiên, một số người bệnh vẫn được bác sĩ chỉ định thực hiện loại cận lâm sàng này là bởi vì siêu âm phụ khoa chưa thể cung cấp đầy đủ thông tin về khối u. Hoặc cần khảo sát rộng hơn để loại trừ một trường hơp đau bụng ngoại khoa do nguyên nhân khác.2

Điều trị u nang buồng trứng xoắn bắt buộc phải bằng phương pháp ngoại khoa, đây là tiêu chuẩn vàng của điều trị.2

Trong quá trình mổ u nang buồng trứng xoắn, các bác sĩ sẽ cố gắng tháo vòng xoắn và chờ đợi nhằm mục đích ưu tiên việc bảo tồn buồng trứng.

Nếu sau một khoảng thời gian chờ, buồng trứng phục hồi trở về trạng thái bình thường, hồng hào, có dấu hiệu của tưới máu nuôi thì phần tiếp theo của cuộc phẫu thuật là bóc bỏ khối u ở buồng trứng và giữ lại phần buồng trứng còn bình thường. Việc bóc phần u nang này có thể làm ngay sau khi tháo xoắn nếu thuận lợi hoặc bệnh nhân có thể sẽ được hẹn phẫu thuật lần 2 để bóc bỏ khối u sau 6-8 tuần.1

Còn trường hợp không thể phục hồi về bình thường, buồng trứng vẫn hoại tử, tím đen thì các bác sĩ buộc phải cắt bỏ buồng trứng và tai vòi đã bị hoại tử. Ngoài ra, khi có những dấu hiệu nghi ngờ loại u nang buồng trứng gây ra xoắn có khả năng cao là u ác tính, các bác sĩ cũng tiến hành phẫu thuật cắt bỏ cả buồng trứng và tai vòi .

Phẫu thuật có thể bằng phương pháp nội soi hoặc phẫu thuật mở bụng. Nếu chỉ là u buồng trứng xoắn trong thời gian cho phép, tính chất khối u lành tính và tình trạng bệnh nhân cho phép thì phẫu thuật nội soi được ưu tiên vì ưu điểm thẩm mỹ (sẹo nhỏ) và ít đau hơn. Ngược lại, khi có nghi ngờ về mức độ ác tính hoặc tình trạng bệnh nhân không thuận lợi để làm mổ nội soi u nang buồng trứng xoắn thì phẫu thuật mở bụng để đảm bảo an toàn.

Sau phẫu thuật, người bệnh cần tuân theo những hướng dẫn của nhân viên y tế, ăn uống cân đối các nhóm chất dinh dưỡng để cơ thể nhanh phục hồi và tái khám theo lịch hẹn của bác sĩ dặn dò.

Hiện nay, cách phòng ngừa biến chứng u nang buồng trứng xoắn còn rất hạn chế. Tuy nhiên cũng có một số ý kiến cho rằng:

Sử dụng thuốc tránh thai. Thuốc tránh thai giúp ức chế sự phát triển kích thước của một số loại nang buồng trứng, từ đó giảm bớt biến chứng xoắn. Tuy nhiên, không phải đối tượng bệnh nhân nào cũng có thể áp dụng phương pháp này nên cần phải theo chỉ định của bác sĩ.2

Phẫu thuật sửa chữa lại buồng trứng và các cấu trúc neo giữ buồng trứng. Việc phẫu thuật này sẽ làm ngắn lại dây chằng tử cung – buồng trứng để hạn chế biên độ di động của buồng trứng. Quá trình phẫu thuật này thường được tiến hành cùng lúc với bóc u buồng trứng.1

Ngoài ra, người bệnh cần chủ động quan tâm đến sức khỏe bằng cách nhập viện sớm trong vòng những giờ đầu khi bắt đầu có triệu chứng vì tỉ lệ phục hồi về bình thường khi phẫu thuật là cao, tránh trường hợp cam chịu đau tại nhà dẫn đến phẫu thuật trễ.

Tóm tại, u nang buồng trứng xoắn là một trong 3 biến chứng (xoắn, nhiễm trùng, vỡ u) có thể gặp ở bệnh nhân có u nang buồng trứng trước đó.

Triệu chứng thường gặp là đau khởi phát một cách đột ngột, cường độ đau rất dữ dội, có thể lan xuống vùng bẹn đùi, thường kèm theo đau bụng là buồn nôn và nôn.

Siêu âm là phương pháp thường qui giúp bác sĩ chẩn đoán bệnh và định hướng điều trị

Điều trị chỉ có thể là phẫu thuật, không thể dùng thuốc hoặc phương pháp dân gian để khỏi bệnh. Phẫu thuật càng sớm, khả năng thành công và giữ lại được buồng trứng càng cao. Nếu phẫu thuật trễ, khả năng cao phải cắt bỏ cả buồng trứng và tai vòi mà đây là một cơ quan vô cùng quan trọng với nhiều chức năng.

Người bệnh nên lưu ý triệu chứng và nhập viện sớm, nhất là khi đã biết mình có u buồng trứng trước đó.

Trên đây là những thông tin vều nang buồng trứng xoắn, đây là một bệnh lý có thể can thiệp điều trị dứt điểm. Tuy nhiên người bệnh cần nhập viện trong quãng thời gian vàng. Do đó, các chị em phụ nữ nên khám sức khỏe định kì để phát hiện sớm u buồng trứng nếu có và có kế hoạch điều trị thích hợp.

Nếu xử trí u nang buồng trứng xoắn kịp thời, bảo tồn được buồng trứng thì khi cơ thể phục hồi vẫn có khả năng mang thai tự nhiên như những phụ nữ khác. Bởi vì, vẫn giữ được buồng trứng, vẫn có trứng chín và rụng qua mỗi chu kì kinh nguyệt.

Nếu bệnh nhân phát hiện trễ, phải cắt bỏ đi buồng trứng đã bị chết. Khi đó, cơ thể chỉ còn lại 1 buồng trứng duy nhất, việc mang thai sẽ phụ thuộc vào buồng trứng còn lại này. Do đó, nếu buồng trứng còn lại vẫn hoạt động bình thường, thì vẫn có khả năng mang thai.6

Nếu thai phụ qua các lần khám thai phát hiện có u buồng trứng, và hình ảnh khối u trên siêu âm gợi ý là một loại u lành tính thì vẫn có thể theo dõi khối u này qua các lần khám thai, đồng thời dưỡng thai. Theo dõi qua siêu âm kích thước khối u có lớn lên hay không, có hình ảnh gì khác thường so với trước đây không.

Đến ngày sinh, nếu phải sinh mổ thì sản phụ sẽ được bóc bỏ khối u cùng thời điểm lúc mổ sinh. Nếu sinh thường, các sản phụ nên chú ý tình trạng đau bụng dai dẳng sau sinh, buồn nôn và nôn ói để thông báo cho bác sĩ, vì đây là các dấu hiệu của xoắn.

U buồng trứng xoắn trên thai kì thường khó nhận ra do dấu hiệu dễ bị nhầm lẫn với triệu chứng đau của cơn gò tử cung (nhất là trong giai đoạn đang chuyển dạ). Một số tình huống, gần về những tháng cuối của thai kì, khối u buồng trứng có thể bị bỏ quên do khó quan sát vì tử cung và thai lớn che lấp.

Như vậy, mẹ bầu cần nắm rõ tình trạng của bản thân và nói với bác sĩ nếu có phát hiện bất thường trong suốt quá trình khám thai. Từ đó giúp chẩn đoán bệnh nhanh và chính xác hơn.

U buồng trứng xoắn là một tình trạng bệnh lí nguy hiểm, cần phải nhập viện ngay. Do mạch máu nuôi dưỡng buồng trứng bị xoắn vặn, làm gián đoạn sự cung cấp máu nuôi cho buồng trứng. Nếu không tháo gỡ vòng xoắn kịp thời, mô buồng trứng bị chết và không thể phục hồi. Trong khi đó, buồng trứng là một cơ quan vô cùng quan trọng đảm nhiệm chức năng sinh sản và sinh lý ở người phụ nữ.

Do đó, khi có những biểu hiện của u buồng trứng xoắn thì bệnh nhân cần được can thiệp phẫu thuật cấp cứu.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/y-hoc-thuong-thuc-u-nguyen-bao-than-kinh-dem-glioblastoma/

Nội dung bài viết

Thế nào là U nguyên bào thần kinh đệm (Glioblastoma)?

Các triệu chứng của U nguyên bào thần kinh đệm?

3. Bệnh nhân cần được thực hiện những xét nghiệm cận lâm sàng nào?

U nguyên bào thần kinh đệm được điều trị như thế nào?

Theo dõi u nguyên bào thần kinh đệm sau điều trị như thế nào?

Điều trị gbm tái phát như thế nào?

Những việc bệnh nhân cần làm thêm

U nguyên bào thần kinh đệm (Glioblastoma)là loại ung thư não phát triển nhanh.Ung thư nãoxuất hiện khi các tế bào bình thường thay đổi và phát triển nhanh bất thường khỏi sự kiểm soát của cơ thể. Hãy cùng tìm hiểu về loại ung thư não nguy hiểm này.

U nguyên bào thần kinh đệm (Glioblastoma) hay còn gọi là u nguyên bào thần kinh đệm đa hình thái (Glioblastoma multiforme), gọi tắt là GPM.

Ung thư não thường được đặt tên theo loại tế bào mà chúng khởi nguồn. GBM khởi nguồn là các tế bào thần kinh đệm – “glial”. Những tế bào này nằm xung quanh các tế bào thần kinh.

Khi các tế bào GBM phát triển, chúng ta rộng vào các phần bình thường trong não. Nó chính là nguyên nhân gây chèn ép não. Những hiện tượng này gây ra những triệu chứng của bệnh nhân.

Đến tận ngày nay, các nhà khoa học vẫn chưa hiểu rõ cơ chế tại sao một bệnh nhân mắc phải GBM. Sự tiếp cận với tia xạ càng sớm trong thời gian sống sẽ tăng nguy cơ mắc phải GBM.

Các triệu chứng thường gặp nhất gồm có:

Đau đầu.

Động kinh.

Gặp vấn đề về trí nhớ và tư duy.

Yếu cơ.

Thay đổi thị lực như nhìn đôi hoặc nhìn mờ.

Vấn đề về ngôn ngữ như trong việcdiễn tả ngôn từ.

Thay đổi tính tình.

Những tình trạng khác vẫn có thể xảy ra ở những bệnh nhân mắc GBM vậy nên có bất cứ than phiền nào hãy chủ động cho bác sĩ biết.

Bác sĩ sẽ cần thăm khám và chỉ định những phương tiện hình ảnh học như cộng hưởng từ MRI hay cắt lớp vi tính CT. Các phương tiện hình ảnh học cung cấp những hình ảnh về não bộ qua đó giúp phát hiện GBM hay các phát triển bất thường khác. Ngoài ra qua những hình ảnh thu được cũng giúp phát hiện được những thay đổi kèm theo mà có thể là nguyên nhân gây ra các triệu chứng của người bệnh.

Để xác định chính xác người bệnh mắc phải GBM, bác sĩ cần lấy một mẫu thử từ khối u và quan sát dưới kính hiển vi. Thông qua cuộc phẫu thuật, nếu nghi ngờ là GPM bác sĩ thường loại bỏ khối u nhiều nhất có thể và giữ lại mẫu thử. Mẫu thử có thể giúp trả lời câu hỏi rằng liệu có phải chính xác là GBM hay không, hay là một loại u não khác hay là các bệnh lý khác ở não.

Một vài bệnh nhân GBM không phải đối tượng can thiệp phẫu thuật để loại bỏ khối u. Nếu cuộc phẫu thuật không thể thực hiện được, bác sĩ có thể lựa chọn sinh thiết thông qua kim nhỏ để lấy tế bào từ khối u. Đây là lựa chọn ưu tiên ở các nhóm bệnh nhân:

GBM nằm ở những vị trí khó, việc phẫu thuật đem lại nhiều rủi ro.

GBM có kích thước quá lớn, vượt quá khả năng phẫu thuật.

Bệnh nhân có nhiều rủi ro để phẫu thuật.

Việc điều trị bệnh nhân GBM thường bao gồm nhiều lựa chọn:

Phẫu thuật– trong cuộc phẫu thuật, bác sĩ loại bỏ khối u GBM càng nhiều càng tốt. Việc làm này có thể giúp giảm triệu chứng và kéo dài thời gian sống của bệnh nhân. Tuy nhiên phẫu thuật có thể gây tổn thương các phần não bình thường. Trong cuộc phẫu thuật bác sĩ cố gắng loại bỏ khối u mà không làm tổn thương thêm các phần não xung quanh

Xạ trị– Xạ trị có thể giết chết một phần các tế bào ung thư. Hầu hết người bệnh có GBM thường xạ trị sau phẫu thuật

Hóa trị– hóa trị là dùng thuốc để tiêu diệt tế bào ung thư hoặc ngăn chặn sự phát triển của chúng. Hầu hết những bệnh nhân GBM thực hiện hóa trị cùng thời điểm với xạ trị và kéo dài 6 tháng sau khi kết thúc xạ trị

Thiết bị điện– một thiết bị chạy bằng pin là một phương án điều trị khác. Thiết bị này được gắn trực tiếp vào da đầu và phát ra những điện trường cường độ thấp xung quanh khối u. Bệnh nhân không cảm nhận được điện trường này. Nếu dùng phương pháp này bạn sẽ cần đeo nó ít nhất 18 giờ mỗi ngày để đạt được hiệu quả điều trị

GBM có thể gây ra các cơn động kinh và chèn ép não bộ. Bác sĩ có thể cần dùng thuốc hoặc phẫu thuật để điều trị các triệu chứng của bệnh.

Sau các liệu pháp điều trị, bạn cần thường xuyên quay lại tái khám để chắc rằng GBM không tái phát. Việc theo dõi này bao gồm có thực hiện các phương tiện hình ảnh học (thường là cộng hưởng từ MRI) não bộ.

Bệnh nhân nên để ý các triệu chứng thường gặp của GBM và bất cứ khó chịu nào của cơ thể để thông báo với bác sĩ điều trị. Sự xuất hiện của các triệu chứng có thể liên quan đến việc tái phát của khối u.

Ở nhiều bệnh nhân, GBM thường tái phát sau điều trị. Nếu hình ảnh học thể hiện sự thay đổi não bộ sau điều trị thường liên quan đến tình trạng GBM tái phát hoặc những tình trạng đáp ứng bất thường đối với điều trị. Bác sĩ có thể cần thực hiện lặp lại những phương tiện hình ảnh học để kiểm tra tình trạng tái phát của ung thư.

Nếu GBM tái phát hoặc lan rộng, bệnh nhân có thể cần thực hiện lại cuộc phẫu thuật, hóa trị, xạ trị hoặc các phương pháp điều trị khác. Bệnh nhân cần dùng thuốc để giúp điều trị các chèn ép não bộ hoặc động kinh. Bác sĩ sẽ lựa chọn phương án điều trị tối ưu đối với từng bệnh nhân cụ thể.

Bệnh nhân cần theo sát những hướng dẫn của bác sĩ và thông báo về bất cứ những bất thường trong quá trình điều trị.

Nếu GBM tái phát,  phản hồi cho bác sĩ biết về những khó khăn trong việc áp dụng những liệu pháp điều trị mới. Bất cứ khi nào bác sĩ thông báo về việc áp dụng liệu pháp điều trị mới, cố gắng hỏi những vấn đề sau:

Ưu điểm của những liệu pháp điều trị là gì? Liệu nó có giúp kéo dài sự sống? Liệu nó có làm giảm triệu chứng hiện tại?

Những khuyết điểm nào của liệu pháp điều trị?

Những lựa chọn thay thế nào có thể lựa chọn?

Những việc gì gặp phải nếu không lựa chọn phương pháp điều trị này?

Bệnh u nguyên bào thần kinh đệm là một bệnh lý ung thư não nguy hiểm, phát triển nhanh và gây ra nhiều triệu chứng nguy hiểm và ảnh hưởng cả tính mạng của bệnh nhân.

Ngoài bệnh u nguyên bào thần kinh đệm,bệnh não úng thủycũng gây ra những hậu quả nguy hiểm, cùng Youmed tham khảo thông tin cần biết trước khi đi khám bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-nguyen-bao-than-tre-em-trieu-chung-nguyen-nhan-chan-doan/

Nội dung bài viết

Triệu chứng u nguyên bào thận trẻ em

Nguyên nhân u nguyên bào thận trẻ em

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc u Wilms

Phòng ngừa khối u Wilms

Chẩn đoán

U nguyên bào thận trẻ em hay còn gọi là u Wilms. Đây là loại ung thư thận phổ biến nhất ở trẻ em, thường diễn tiến ở trẻ em từ 3 đến 4 tuổi và ít phổ biến hơn đối với trẻ trên 5 tuổi. U Wilms thường chỉ được phát hiện trong một bên thận. Tuy nhiên đôi khi nó có thể được tìm thấy ở cả hai quả thận cùng một lúc.

Các triệu chứng của khối u Wilms rất khác nhau ở mỗi trẻ. Ở một số trẻ thậm chí không biểu hiện bất kỳ triệu chứng rõ ràng nào. Tuy nhiên, hầu hết trẻ em với khối u Wilms đều có một hoặc nhiều triệu chứng sau:

Sờ thấy một khối u vùng bụng.

Sưng bụng.

Đau bụng.

Sốt.

Nước tiểu có máu.

Buồn nôn, nôn.

Táo bón.

Ăn không ngon, trẻ không muốn ăn.

Thở nông, hụt hơi.

Huyết áp cao.

Nếu bất kỳ triệu chứng nào của bé làm bạn lo lắng thì nên đến gặp bác sĩ. U Wilms rất hiếm, nhiều khả năng có vấn đề khác khác gây ra những triệu chứng này. Tuy nhiên, kiểm tra để chắc chắn hơn nguyên nhân là điều cần thiết.

Chưa có nguyên nhân nào được chứng minh gây ra khối u Wilms. Tuy nhiên, trong một vài trường hợp, di truyền có thể liên quan đến việc tồn tại khối u này.

Ung thư xảy ra khi các tế bào phát triển bất thường trong DNA của cơ thể. Các bất thường này cho phép các tế bào phát triển và phân chia không kiểm soát. Các tế bào này tồn tại và không chết theo chu trình chết thông thường. Chúng sẽ tích lũy và tạo thành một khối u. Trong khối u Wilms, quá trình này xảy ra trong các tế bào ởthận.

Trong những trường hợp hiếm hoi, các bất thường trong DNA dẫn đến khối u Wilms được di truyền từ cha mẹ sang con.

Các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ khối u Wilms bao gồm:

Chủng tộc người Mỹ gốc Phi. Tại Hoa Kỳ, trẻ em người Mỹ gốc Phi có nguy cơ phát triển khối u Wilms cao hơn các chủng tộc khác. Trẻ em người Mỹ gốc Á có nguy cơ thấp hơn trẻ em thuộc các chủng tộc khác.

Tiền sử gia đình có người có u Wilms. Nếu ai đó trong gia đình của con bạn bị khối u Wilms, thì con bạn có nguy cơ mắc bệnh cao hơn.

Không có mống mắt.

Tăng sản một bên. Một bên của cơ thể hoặc một phần của cơ thể lớn hơn đáng kể so với bên còn lại.

Hội chứng WAGR.Các triệu chứng của hội chứng này bao gồm khối u Wilms, tật không móng mắt, bất thường hệ thống sinh dục và hệ tiết niệu, thiểu năng trí tuệ.

Hội chứng Denys-Drash.Bao gồm khối u Wilms, bệnh thận và lưỡng giới giả nam, trong đó một cậu bé được sinh ra với tinh hoàn nhưng có thể biểu hiện các đặc điểm của phụ nữ.

Ta không thể làm gì để ngăn hay giảm khả năng hình thành khối u Wilms.

Nếu con bạn có các yếu tố nguy cơ đối của khối u Wilms (như các hội chứng liên quan đã biết), bác sĩ có thể đề nghị siêu âm thận định kỳ để tìm kiếm các bất thường về thận. Mặc dù sàng lọc này không thể ngăn ngừa khối u Wilms, nhưng có thể giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn đầu.

Để chẩn đoán khối u Wilms, cần dựa vào:

Bệnh sử, các dấu hiệu và triệu chứng của khối u.

Xét nghiệm máu và nước tiểu. Các xét nghiệm này không thể phát hiện khối u Wilms, nhưng chúng có thể cho thận có hoạt động tốt không. Giúp phát hiện ra một số vấn đề về thận và vấn đề thiếu máu.

Siêu âm bụng, CT scan bụng hoặc MRI bụng. Các cận lâm sàng này sẽ giúp xác định liệu con bạn có bị u thận hay không.

Việc phân giai đoan của khối ung thư giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. U Wilms được chia thành 5 giai đoạn:

Giai đoạn I. Ung thư chỉ được tìm thấy ở một quả thận, được bao hoàn toàn trong thận và có thể được loại bỏ hoàn toàn bằng phẫu thuật.

Giai đoạn II. Ung thư đã lan đến các mô và cấu trúc ngoài thận, chẳng hạn như mỡ hoặc mạch máu gần đó, nhưng nó vẫn có thể được loại bỏ hoàn toàn bằng phẫu thuật.

Giai đoạn III. Ung thư đã lan ra khỏi khu vực thận đến các hạch bạch huyết gần đó hoặc các cấu trúc khác trong ổ bụng. Khối u có thể tràn vào trong bụng trước hoặc trong khi phẫu thuật. Hoặc nó có thể không được loại bỏ hoàn toàn bằng phẫu thuật.

Giai đoạn IV. Ung thư đã di căn đến các cấu trúc xa, chẳng hạn như phổi, gan, xương hoặc não.

Giai đoạn V. Các tế bào ung thư được tìm thấy ở cả hai thận (khối u hai bên).

Trong nhiều năm qua, những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trịu Wilmsđã cải thiện đáng kể tiên lượng cho trẻ em mắc bệnh này. Với phương pháp điều trị thích hợp, tiên lượng cho hầu hết trẻ bị khối u Wilms là rất tốt. Nếu như bé của bạn có các dấu hiệu và hội chứng nghi ngờ có u Wilms, hãy đến khám bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị thích hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-van-de-co-ban-cua-benh-u-nhu-thanh-quan/

Nội dung bài viết

Biểu hiện của u nhú thanh quản

Nguyên nhân gây nên u nhú thanh quản

Phương tiện chẩn đoán chính

U nhú thanh quản có nguy hiểm?

Điều trị

Cách phòng ngừa

Bệnh u nhú thanh quản còn được gọi là bệnh u nhú tái phát ở đường hô hấp. Đây là bệnh gây ra do Human Papillomavirus (HPV). Các nốt mọc trên đường hô hấp có thể gây ra tắc nghẽn đường thở hoặc thay đổi giọng nói đáng kể. Các bệnh nhân thường gặp là trẻ dưới 5 tuổi hoặc người trên 40 tuổi.

Tuy nhiên, đối tượng trẻ con thường gặp hơn cũng như nặng nề hơn. Nguyên nhân của việc này là do phơi nhiễm với HPV trong thời kì chu sinh. Khác với trẻ em, người lớn thường mắc phải qua con đường quan hệ tình dục. Chúng ta hãy cùng tìm hiểu những đặc điểm cơ bản của u nhú thanh quản qua bài viết sau của Bác sĩ chuyên khoa Tai – Mũi – Họng Nguyên Lê Vũ Hoàng.

U nhú thanh quản là một bệnh khá hiếm gặp. Vì vậy, người lớn thường có triệu chứng kéo dài hàng tháng hoặc hàng năm trước khi được chẩn đoán. Triệu chứng nổi bật thường là tắc nghẽn đường thở ở nhiều mức độ khác nhau. Thậm chí có thể đe dọa tính mạng và là nguyên nhân khiến bệnh nhân đi khám bệnh. Dẫu vậy, triệu chứng thường làm bệnh nhân đến với bác sĩ lại làkhàn tiếng. Ngoài ra có thể có các bất thường kèm theo:

Thay đổi giọng nói.

Thường xuyên bị sặc.

Cảm giác thấy có vật lạ ở trong họng.

Khó thở.

Tiếng khò khè khi hít vào.

Tiếng rít.

Hiện nay, viêm thanh quản cấp là bệnh rất thường gặp, đặc biệt đối với độ tuổi từ 18 đến 40. Ngoài ra, tình trạng này cũng có thể gặp ở trẻ nhỏ, khoảng 3-4 tuổi.  Tuy tỉ lệ bệnh nặng và tử vong thấp nhưng gây nhiều phiền toái cho người bệnh. Hãy cùng tìm hiểu kỹ hơn về chứng bệnh này với bài viết “Viêm thanh quản cấp: Những điều cần biết!” ngay nhé!

Như đã nói ở trên,HPVgây ra tình trạng bệnh này. Bên cạnh đó, đây cũng chính là nguyên nhân gây ra u nhú trên da, bộ phận sinh dục và thậm chí ung thư cổ tử cung. Có đến 20 chủng HPV có thể gây mụn cóc sinh dục. Trong đó, chỉ có 2 loại trong đó, HPV-6 và HPV-11 là nguyên nhân chiếm đa số. Nói chung thì chủng HPV-11 gây bệnh nặng hơn chủng HPV-6.

Trẻ con thường bị nhiễm trong thời kì chu sinh từ người mẹ đã mắc trước đó. Tuy sanh ngả âm đạo là một yếu tố nguy cơ, nhưng sanh mổ không bảo vệ hoàn toàn đứa bé. Trái ngược với trẻ con, con đường lây truyền ở người lớn còn chưa rõ. Nhưng, lây truyền qua đường tình dục có thể là yếu tố nguy cơ chính. Nguy cơ tăng theo số lượng bạn tình và tần suất quan hệ tình dục đường miệng.

Nội soi thanh quản hoặc nội soi phế quản cung cấp thông tin cho việc xác nhận chẩn đoán. Bởi vì thanh quản bị ảnh hưởng trong hơn 95% bệnh nhân, nội soi thanh quản trực tiếp sẽ cho thấy u nhú điển hình. Đôi khi, khí quản bị ảnh hường mà không có tổn thương ở thanh quản. Khi đó, nội soi phế quản là cần thiết cho chẩn đoán. Những phương tiện này cho thấy hình ảnh mụn cóc giống như bông cải.

Sinh thiết tổn thương quan sát được là rất cần thiết. Không những để xác nhận chẩn đoán, mà còn nhằm loại trừ chuyển sản ác tính. Thỉnh thoảng kết quả mô học là không điển hình, khiến cho việc phân biệt gặp nhiều khó khăn.

U nhú thanh quản có thể dẫn đến những tình trạng nặng nề.

Tắc nghẽn đường thở.

Thoái hóa ác tính. 3 – 5% bệnh nhân xảy ra chuyển sản thành ung thư tế bào gai.

Mục tiêu điều trị là giải quyết tắc nghẽn đường thở, cải thiện giọng nói và lui bệnh. Hiện nay, phẫu thuật là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Những tổn thương trên dây thanh gây ra triệu chứng cần phải được loại bỏ. Tuy nhiên, trên bệnh nhân đã trải qua nhiều cuộc phẫu thuật, chỉ những tổn thương nào gây ra triệu chứng mới cần được lấy đi. Việc lấy đi mọi u nhú trong mọi cuộc phẫu thuật là không cần thiết.

Trên những bệnh nhân chỉ có biểu hiện là khàn tiếng, có thể thực hiện phẫu thuật theo chương trình. Trái lại, nếu họ có tắc nghẽn đường thở, cần điều trị ngay lập tức.

Có nhiều phương pháp đã được thử nghiệm. Tuy nhiên, hiệu quả của những phương pháp  này vẫn chưa được biết rõ do cơ chế bên dưới của bệnh vẫn còn nhiều bí ẩn. Một vài phương pháp hỗ trợ:

Interferon.

Liệu pháp động học ánh sáng.

Indole-3-carbino.

Ribavirin.

Acyclovir.

Methotrexate…

U nhú thanh quảnlà bệnh lý không thường gặp, tuy lành tính nhưng có thể gây ra nhiều tình trạng khác nhau. Từ các khó chịu do khàn tiếng, ho, sặc.. đến cả vấn đề nguy hiểm như tắc nghẽn đường thở hay thoái hóa ác tính. Do đó, khi phát hiện các triệu chứng, cần đi đến bác sĩ để có chẩn đoán và phương thức điều trị hợp lí nhất.

Điều trị phổ biến nhất hiện nay là phẫu thuật kết hợp với các phương pháp hỗ trợ. Phòng ngừa bệnh bằng cách tiêm chủng vắc xin HPV cho phụ nữ trước khi quan hệ tình dục. Mọi người nên thường xuyên quan tâm đến sức khoẻ của chính  bản thân mình để phát hiện các dấu hiệu sớm nhất có thể nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-nao/

Nội dung bài viết

Tổng quan về u não

Nguyên nhân u não

Dấu hiệu u não

Xử trí/Điều trị tại nhà có được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán u não như thế nào?

Điều trị u não

Cách phòng ngừa khối u não

Bệnh u não sống được bao lâu?

U não là sự phát triển bất thường của các tế bào bên trong não hoặc hộp sọ. U não có thể lành tính hoặc ác tính. Việc điều trị u não tùy vào bản chất khối u, vị trí khối u, kích thước, cũng như tình trạng sức khỏe của người bệnh. Bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Bùi Trọng Tín sẽ cung cấp cho bạn một cái nhìn tổng quan về u não. Mời bạn cùng tìm hiểu nhé!

U não là sự phát triển bất thường của các tế bào bên trongnãohoặc hộp sọ. Một số là lành tính, một số khác là ác tính. Khối u có thể phát triển từ chính mô não (u não nguyên phát) hoặc từ nơi khác di căn đến (u não thứ phát).

Việc điều trị u não phụ thuộc vào vị trí u, kích thước u và vấn đề u não gây ra cho người bệnh. Mục tiêu điều trị có thể là chữa khỏi hoàn toàn hoặc chỉ giảm triệu chứng của khối u. Nhiều loại u não có thể điều trị khỏi, tiên lượng tốt. Các phương pháp mới cũng đang được nghiên cứu và áp dụng để đạt được hiệu quả mong muốn.

Một cách tổng quát, các tế bào bình thường phát triển theo cách được kiểm soát khi các tế bào mới thay thế các tế bào cũ hoặc bị hư hỏng. Vì những lý do không được hiểu đầy đủ, các tế bào khối u sinh sản không kiểm soát được.

U não nguyên phát có thể lành tính hoặc ác tính. Khối u não lành tính phát triển chậm, có ranh giới rõ rệt. Hiếm khi khối u này lan rộng đến các nơi khác trong não. Tuy bản thân các tế bào này không phải ác tính, nhưng nếu khối u lành tính nằm ở khu vực quan trọng trong não cũng có thể gây nguy hiểm đến tính mạng.

Ngược lại, các khối u não ác tính phát triển nhanh chóng. Chúng có ranh giới không đều và lan sang các vùng não gần đó. Mặc dù chúng thường được gọi làung thư não, nhưng các khối u não ác tính không phù hợp với định nghĩa của ung thư vì chúng không lây lan đến các cơ quan bên ngoài não và cột sống.

U não thứ phát (hay u não di căn) là các khối u được hình thành ở các vị trí khác trong cơ thể (ví dụ trongung thư phổi,ung thư vú,…) phát tán theo đường máu và gieo rắc vào nhu mô não.

Cho dù một khối u não là lành tính, ác tính hoặc di căn, tất cả đều có khả năng đe dọa tính mạng. Hộp sọ của cơ thể người có cấu trúc kín. Khi có một khối u phát triển sẽ tạo nên một hiệu ứng choán chỗ, đè nén và chiếm lấy không gian của nhu mô não bình thường. Một số u não khác nằm ở vị trí lưu thông của dịch não tủy làm tắc nghẽn dịch não tủy chảy xung quanh não gây nên tình trạng đầu nước (não úng thủy).

Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2016, các loại u não gồm có:1

U biểu mô thần kinh.

U neuron và hỗn hợp tế bào neuron – thần kinh đệm.

U vùng tuyến tùng.

U phôi bào.

U dây thần kinh sọ và u cạnh sống.

U màng não.

U trung mô.

U tế bào hắc tố.

U mô bào.

U lympho.

U vùng hố yên.

U di căn.

Một số loại u não thường gặp:2

Đây là u lành tính, u phát sinh từ lớp màng của não. U màng não chiếm khoảng 14,3 – 19% trong số các loại u của não. Bệnh thường gặp nhất ở lứa tuổi 45. Tuổi trung bình khi chẩn đoán là 65, nữ giới thường gặp hơn (nữ/nam – 1,8/1). U ít gặp ở trẻ em, tuy nhiên mức độ ác tính cao hơn người lớn.

U lành tính, phát sinh từ thùy trước củatuyến yên, chiếm khoảng 10% trong số các loại u não. Tuyến yên là một cơ quan quan trọng, chi phối hoạt động nội tiết của cơ thể. Do đó các khối u ở vùng này ngoài gây ra triệu chứngđau đầu, còn gây ra các rối loạn về nội tiết nếu u tiết ra nội tiết tố.

Các rối loạn nội tiết có thể gặp gồm:vô kinhở nữ giới (u tuyến yên tiết prolactin);bệnh to đầu chi(u tiết GH);bệnh Cushing(u tiết ACTH). U vùng này gần cấu trúc dây thần kinh thị giác, dây thần kinh vận nhãn. Do đó, nó có thể gây ra các triệu chứng mờ mắt, sụp mí mắt.

Đây là khối u lành tính, phát sinh từ các dây thần kinh trong sọ não. U thường gặp nhất làu dây thần kinh số VIII, phát sinh từ dây thần kinh số VIII, chiếm khoảng 8-10% các u não. Thần kinh số VIII gồm 2 phần: dây ốc tai và dây tiền đình. Dây ốc tai chi phối khả năng nghe. Trong khi đó, dây tiền đình chi phối khả năng giữ thăng bằng. Triệu chứng sớm nhất của u dây VIII là giảm thính lực, ngoài ra còn có thể bịù tai,chóng mặt, đi đứng loạng choạng.

Theo WHO năm 2016, dựa vào 4 tiêu chí sau, u não được chia thành 4 mức độ từ I đến IV:

Đặc điểm tế bào u;

Mức độ phân chia tế bào;

Mức độ phát triển vi mạch máu nuôi u;

Mức độ hoại tử.

Khối u độ I, II được xem là lành tính. Khối u độ III, IV được xem như ác tính. Ngày nay, cùng với sự phát triển của sinh học phân tử, các khối u được phân chia dựa vào các đột biến gen, các bất thường trên nhiễm sắc thể.

Như vậy, tiên lượng sống của khối u tùy thuộc vào: bản chất lành hay ác tính; vị trí khối u, kích thước khối u.

Khoa học hiện nay vẫn chưa tìm ra được nguyên nhân gây ra khối u não. Đồng thời, cũng chưa tìm ra cách để ngăn khối u não nguyên phát hình thành phát triển trong não. Tuy nhiên, cũng có nhưng đối tượng đã được chứng minh sẽ tăng nguy cơ hình thành khối u não. Bao gồm:4

Tuổi tác. Người càng lớn tuổi càng có nguy cơ cao mắc u não. Hầu hết các loại u não xảy ra ở người cao tuổi có độ tuổi từ 85-89 tuổi. Mặc dù, có một số loại u não khác phổ biến ở trẻ em hơn.

Ung thư từ nơi khác trong cơ thể di căn đến não.5

Bức xạ. Người đang điều trị bằng phóng xạ bất kỳ vùng nào của cơ thể cũng có nguy cơ phát triển khối u não. Ngoài ra, việc tiếp xúc các vật dụng có tia bức xạ và điện từ trường cao như điện thoại di động, lò vi sóng,… trong thời gian dài cũng làm tăng nguy cơ u não.

Tiếp xúc trong thời gian dài với thuốc trừ sâu, dung môi công nghiệp, các hóa chất.6

Một số bệnh lý di truyền.

Khối u từ khi hình thành đến lúc phát triển to lên, xâm lấn sẽ đè nén các mô não bình thường xung quanh, tăng áp lực nội sọ. Do đó, triệu chứng chung nhất của u não là tăng áp lực nội sọ: đau đầu,buồn nôn. Ngoài ra, tùy vào vị trí khối u mà sẽ gây ra các triệu chứng khác, như:1

Co giật,động kinh.

Yếu liệt nửa người đối bên với tổn thương.

Rối loạn về ngôn ngữ: khó diễn đạt ý, nói khó hiểu.

U thùy trán có thể làm thay đổi hành vi và cảm xúc. Đồng thời, nó làm suy giảm khả năng phán đoán, động lực hoặc ức chế và suy giảm khứu giác.

U thùy chẩm có thể gây ra mất thị lực ở một hoặc cả hai mắt, cắt trường thị giác. Bên cạnh đó, nó còn làm mờ mắt, ảo giác.

U thùy thái dương có thể gây ra khó nói và khó hiểu ngôn ngữ. Nó cũng có thể gây nên các vấn đề về trí nhớ ngắn hạn và dài hạn. Đồng thời, nó còn làm tăng hành vi hung hăng.

Khối u ở tiểu não có thể gây khó khăn trong giữ thăng bằng, đi đứng loạng choạng

Các khối u tuyến yên có thể làm tăng tiết hormone (bệnh Cushing, bệnh to cực). Nó còn làm ngừng kinh nguyệt, tiết sữa bất thường và giảm ham muốn tình dục.

Điều trị u não là một quá trình kết hợp đa mô thức, giữa bác sĩ phẫu thuật thần kinh, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ ung bướu, bác sĩ phục hồi chức năng, cũng như gia đình.

Ngoài các phương pháp điều trị phẫu thuật, hóa xạ trị cần phải nằm viện để thực hiện, phần lớn thời gian bệnh nhân sẽ được theo dõi và chăm sóc tại nhà. Bệnh nhân cần được theo dõi các triệu chứng liên quan như đau đầu, buồn nôn, co giật, tri giác. Khi có các bất thường trên cần liên hệ ngay bác sĩ để được thăm khám. Bác sĩ cũng sẽ xem xét chỉ định nhập viện. Ngoài ra, bệnh nhân cần được hỗ trợ dinh dưỡng, tập luyện thể dục thể thao khi có những di chứng như yếu liệt người.

Đối với những bệnh nhân có di chứng như yếu liệt nửa người, giảm thị lực, thị trường cần sự hỗ trợ, chăm sóc của người nhân.

Ngoài ra, co giật là một triệu chứng hay gặp. Nó có thể kéo dài sau khi đã phẫu thuật lấy u. Đối với những bệnh nhân này, ngoài việc sử dụng thuốc chống động kinh, cần hạn chế điều khiển xe cộ, làm những công việc nguy hiểm. Vì có nguy cơ tai nạn khi lên cơn động kinh.

Khi bạn gặp những triệu chứng như đã mô tả ở trên, nên gặp bác sĩ để được tư vấn, thăm khám cũng như làm các xét nghiệm, hình ảnh học nếu cần thiết để chẩn đoán.

Đầu tiên, bác sĩ sẽ thăm khám cũng như khai thác bệnh sử một cách đầy đủ. Ngoài ra, bác sĩ sẽ kiểm tra chức năng của các dây thần kinh sọ não (như thị giác, thính giác, khứu giác, vận động khuôn mặt,…), kiểm tra sức cơ. Các xét nghiệm bổ sung có thể gồm có:2

Đo thính lực: thường thực hiện khi bác sĩ nghi ngờ có khối u dây thần kinh số VIII.

Đánh giá thị lực, thị trường (khoảng nhìn được của mắt).

Đánh giá chức năng nội tiết: Thường thực hiện khi nghi ngờ khối u tuyến yên.

Một số trường hợp có thể tiến hành chọc dò tủy sống.

Hình ảnh học cũng là công cụ mạnh mẽ và không thể thiếu trong chẩn đoán u não. Bao gồm:2

Chụp cắt lớp vi tính sọ não (CT sọ não). Đây là một công cụ thường được sử dụng và thường là hình ảnh học đầu tay khi nghi ngờ một trường hợp u não.CTgiúp đánh giá cấu trúc xương sọ cũng như các cấu trúc bên trong. CT được thực hiện nhanh chóng, rất hữu ích trong các trường hợp cấp tính.

Chụp cộng hưởng từ (MRI)sọ não: sử dụng từ trường để khảo sát các chi tiết về mô mềm của não. MRI có khả năng phát hiện tổn thương tốt hơn CT. Do đó, trừ các tình huống cấp tính, MRI là một hình ảnh học cần phải thực hiện trước khi lên kế hoạch điều trị u não cho bệnh nhân.

Sinh thiết u. Nếu không thể chẩn đoán rõ khối u dựa trên hình ảnh học, thì sinh thiết có thể tiến hành để giúp chẩn đoán xác định cũng như lên kế hoạch điều trị cho bệnh nhân (hóa xạ trị).

Điều trị u não là một quá trình kết hợp đa mô thức, từ bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ phẫu thuật thần kinh đến các các bác sĩ chuyên ngành ung thư. Các phương pháp điều trị gồm có:27

Đối với các khối u lành tính, diễn tiến chậm, việc theo dõi là khả thi. Bệnh nhân sẽ được tái khám để chụp MRI theo dõi khối u, cũng như thăm khám để ghi nhận các dấu hiệu bất thường.

Việc điều trị nội khoa nhằm mục đích kiểm soát triệu chứng gây ra bởi khối u.

Thuốc steroid (NhưDexamethasone): được sử dụng để làm giảm mức độ phù xung quanh u. Ngoài việc tự bản thân gây ra hiệu chứng chèn ép, khối u não còn gây ra phù các nhu mô não xung quanh, làm nặng thêm tình trạng tăng áp lực nội sọ. Do đó, steroid là một phương pháp hữu hiệu giảm mức độ phù, giảm áp lực nội sọ. Từ đó, giúp giảm triệu chứng, giảm nguy cơ tụt não cho bệnh nhân trong khi chờ đợi phẫu thuật. Tuy nhiên, steroid cũng gây nên các tác dụng phụ như loét dạ dày. Do đó, cần sử dụng các thuốc giảm sản xuất acid ở dạ dày như PPi để giảm tác dụng phụ này.

Thuốc chống co giật: Sử dụng để điều trị cũng như dự phòng các trường hợp co giật do khối u gây ra. Các thuốc thường dùng như phenytoin, valproate, carbamazepine, levetiracetam. Chỉ định khi:

Bệnh nhân có động kinh.

Phòng ngừa trước và sau phẫu thuật (chu phẫu) cho các bệnh nhân u não được phẫu thuật mở sọ lấy u. Nếu sau đó không động kinh, bệnh nhân sẽ được giảm liều sau 1 tuần.

Phẫu thuật là một biện pháp triệt để để giải quyết khối u não, là phương pháp nền tảng. Nhìn chung, chỉ định phẫu thuật trong u não khá rộng rãi. Khối u não cho dù có lành tính, nhưng nếu ở vị trí quan trọng có thể gây nên hiệu ứng chèn ép. Do đó, cần phải loại bỏ.

Nguyên tắc phẫu thuật: lấy u tối đa nhưng phải bảo tồn chức năng thần kinh.

Mục đích phẫu thuật: Lấy u, giải quyết khối choán chỗ trong não, giải ép thần kinh, cung cấp mẫu mô bệnh học để làm các xét nghiệm phục vụ cho điều trị kế tiếp.

Đối với các khối u lành tính, phẫu thuật lấy u hoàn toàn có thể giúp điều trị khỏi bệnh (như u màng não, u tuyến yên,…). Tuy nhiên, đối với các khối u ác tính (u thần kinh đệm lan tỏa, u tế bào mầm,…) cần kết hợp các phương pháp hóa xạ trị sau phẫu thuật.

Phẫu thuật u não bao gồm: Phẫu thuật lấy u (hoàn toàn hoặc không hoàn toàn) hoặc sinh thiết. Lựa chọn tùy theo loại u.

Bệnh nhân được mở sọ sinh thiết, hoặc sinh thiết qua hệ thống định vị Navigation. Mục tiêu chỉ lấy 1 phần nhỏ u đủ để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch. Mục đích là xác định bản chất u, xét nghiệm các đột biến phục vụ cho điều trị sau đó. Sinh thiết trong các trường hợp:

MRI nghi ngờ Lymphoma não (đáp ứng với hóa trị); u tế bào mầm germinoma (đáp ứng xạ trị).

Nhiều khối u trong não nghi ngờ di căn từ cơ quan khác, tuy nhiên chưa phát hiện được khối u nguyên phát.

U nằm ở vị trí khó phẫu thuật, nguy cơ cao.

Gồm có phẫu thuật mở sọ lấy u, hoặc phẫu thuật nội soi qua đường mũi (cho các trường hợp u tuyến yên, u sọ hầu, u màng não vị trí củ yên). Lựa chọn tùy theo vị trí, kích thước u, tính chất, mức độ xâm lấn cũng như kinh nghiệm phẫu thuật viên.

Sử dụng kính hiển vi quang học.

Theo dõi điện sinh lý thần kinh trong lúc mổ.

MRI trong mổ.

Phẫu thuật tỉnh.

Hệ thống định vị không gian 3 chiều không khung.

Xạ trị được chỉ định tùy vào chẩn đoán mô học, phân loại nguy cơ, tuổi bệnh nhân. Xạ trị là một phương pháp điều trị u não ác tính có hiệu quả. Tuy nhiên, nó đi kèm với các biến chứng cấp tính (phù não) hoặc mạn tính (suy giảm nhận thức, hoại tử, tổn thương chất trắng, bệnh lý mạch máu não, ung thư thứ phát), đặc biệt trên hệ thần kinh đang phát triển ở trẻ em. Do đó, xạ trị thường không được chỉ định ở trẻ em dưới 3 tuổi. Lý do là vì nguy cơ cao ảnh hưởng đến sự phát triển của thần kinh.

Các phương pháp xạ trị trong điều trị u não là xạ trị ngoài (external beam radiation). Tia xạ có thể là ánh sáng (photon) như tia X, tia gamma hoặc tia hạt (paricle) như tia proton. Năng lượng tia xạ ion hóa hạt nhân làm tổn thương DNA của tế bào u, kích hoạt quá trình chết theo chương trình (apoptosis). Các phương pháp xạ trị thường dùng hiện nay trong điều trị u não gồm có:

Xạ trị quy ước. Phương pháp này thường chỉ định cho các khối u ác tính. Đây là một phương pháp điều trị lợi dụng cơ chế sửa chữa vật chất di truyền (ADN trong nhân tế bào). Khi một tế bào khỏe mạnh gặp phải tia xạ, ít nhiều sẽ bị tổn thương ADN. Nếu mức độ tổn thương ít, tế bào sẽ tự phục hồi lại ADN. Khả năng tự sửa chữa của tế bào u kém hơn tế bào khỏe mạnh bình thường. Do đó, bản chất của xạ trị là chiếu 1 chùm tia xạ có cường độ vừa đủ để tế bào khỏe mạnh có thể phục hồi, trong khi tế bào u bị tổn thương đến mức không thể phục hồi và hoại tử. Vị trí xạ phẫu có thể là tại chỗ, toàn hệ thống não thất hoặc toàn trục thần kinh (sọ não và tủy sống).

Xạ phẫu gamma knife. Phương pháp này thường được chỉ định cho các u não lành tính còn sót lại sau phẫu thuật. Ví dụ: u màng não, u bao sợi thần kinh, u sọ hầu, u tuyến yên. Ngoài ra, phương pháp này còn chỉ định đơn thuần hoặc kết hợp với xạ trị quy ước cho các trường hợp u não di căn (< 4 khối u). Liều xạ được chia thành nhiều chùm nhỏ, được chiếu trong một lần duy nhất. Do đó, xạ phẫu gamma knife ít ảnh hưởng đến mô não bình thường xung quanh.

Chỉ định tùy vào chẩn đoán mô học, phân loại nguy cơ và tuổi bệnh nhân.

Các phương pháp hóa trị:

Hóa trị toàn thần.

Hóa trị kênh tủy.

Hóa trị trong nang.

Hóa trị được chỉ định trong các trường hợp:

U thần kinh đệm lan tỏa: phối hợp với xạ trị trong hầu hết các u thần kinh đệm độ II và tất cả các u thần kinh đệm độ III, IV.

Các u phôi bào ác tính.

Hiện nay, các nhà khoa học vẫn chưa tìm ra nguyên nhân cụ thể gây ra u não. Như đã đề cập ở trên, các hóa chất trừ sâu, dung môi công nghiệp tăng nguy cơ ung thư não cũng như các ung thư khác trong cơ thể. Do đó, cần tránh hạn chế tiếp xúc các hóa chất này.

Ngoài ra, u não di căn là loại u não thường gặp nhất. Do đó, các bệnh nhân đã được chẩn đoán u não ở nơi khác (như ung thư phổi, ung thư vú,…), khi có triệu chứng nghi ngờ u não cần liên hệ bác sĩ để được tư vấn tầm soát.

Tiên lượng sống tùy vào bản chất u (lành tính hay ác tính, mô học, các xét nghiệm đột biến), vị trí u, kích thước u cũng như các thể trạng bệnh nhân. Đối với u lành tính như u màng não, nếu được điều trị triệt để thì tiên lượng sống của bệnh nhân rất tốt.2

Không phải tất cả các u não đều ác tính. Việc chẩn đoán và điều trị sớmu nãosẽ giúp cải thiện thời gian sống và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Khi có các vấn đề về sức khỏe liên quan nghĩ đến u não, bạn nên gặp một bác sĩ chuyên khoa thần kinh để được đánh giá, thăm khám và thực hiện các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-than-kinh-noi-tiet-nhom-ung-thu-de-bo-sot/

Nội dung bài viết

U thần kinh nội tiết là gì?

Phân loại U thần kinh nội tiết

Nguyên nhân gây ra U thần kinh nội tiết

Triệu chứng của U thần kinh nội tiết

Chẩn đoán U thần kinh nội tiết như thế nào?

Điều trị U thần kinh nội tiết

Ung thư hiện đang là nhóm bệnh gây nhiều ảnh hưởng xấu tới sức khỏe con người. Mức độ ác tính của ung thư tùy thuộc vị trí và mức độ biệt hóa của tế bào. Trong bài viết sau của Bác sĩ Phan Văn Giáo, chúng ta cùng tìm hiểu về bệnh U thần kinh nội tiết. Đây là nhóm ung thư có khả năng tiết ra hormon của cơ quan đích. Từ đó làm rối loạn chức năng của cơ quan đó trên cơ thể.

Nhóm bệnh này là ung thư bắt đầu trong các tế bào thần kinh nội tiết. Các tế bào này có đặc điểm tương tự như các tế bào thần kinh và tế bào nội tiết. Tức là chúng vừa có khả năng dẫn truyền thần kinh và vừa có khả năng sản xuất hormon.

Đa phần các khối U thần kinh nội tiết (Neuroendocrine Tumor – NET) phát triển chậm hơn các ung thư khác. Thường chúng chỉ được phát hiện sau nhiều năm so với vài tháng của ung thư khác. Ngoài ra cũng có trường hợp phát hiện sớm do biểu hiện quá mức chức năng nội tiết.

U thần kinh nội tiết rất hiếm và có thể xảy ra ở bất cứ đâu trong cơ thể. Hầu hết các khối u xảy ra ở phổi, ruột thừa, ruột non, trực tràng và tuyến tụy. Một số phát triển chậm và một số phát triển rất nhanh. Nếu khối u thần kinh nội tiết sản xuất hormon dư thừa gọi là khối u thần kinh chức năng. Nếu khối u không tiết hormon hoặc tiết không đủ để gây triệu chứng. Được gọi là U thần kinh nội tiết không chức năng.

Chẩn đoán và điều trị khối u thần kinh nội tiết phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

Loại khối u.

Vị trí của khối u.

U thần kinh nội tiết có chức năng hay không.

Độ ác tính, kích thước và mức độ xâm lấn, di căn của khối u.

U thần kinh nội tiết được phân loại theo cơ quan xuất hiện khối u:

Là vị trí phổ biến nhất phát hiện U thần kinh nội tiết. Trong đó, đặc biệt là ở ruột non (19%), ruột thừa (4%) và ruột già (20%). Nó được chuyển dạng từ các tế bào thần kinh nội tiết nguồn gốc nguyên thủy nằm ở thành ruột. Do thường gây triệu chứng tiêu hóa nên rất dễ nhầm lẫn với bệnh tiêu hóa. Bệnh thường phát hiện khi tới giai đoạn trễ với tiên lượng giảm đáng kể.

Phổi là vị trí phổ biến thứ hai của NET. Khoảng 30% NET xảy ra trong hệ thống phế quản, mang không khí đến phổi. Bệnh thường rất hay gây triệu chứng khó thở, khò khè giống hen suyễn nên dễ chẩn đoán lầm. Đặc biệt có thể gây biến chứngsuy hô hấp, ho ra máu sét đánh đe dọa tính mạng.

Khoảng 7% khối U thần kinh nội tiết được tìm thấy trong tuyến tụy (ung thư tế bào đảo). Tuyến tụy là cơ quan vừa nội tiết và ngoại tiết. Nó tiết dịch tiêu hóa ( ngoại tiết ), giúp cho quá trình tiêu hóa và hấp thụ thức ăn. Ngoài ra tụy còn tiết hormon điều hòa quá trình tiêu hóa và kiểm soát đường huyết (nội tiết).

Tuyến yên. Khối u thần kinh nội tiết của tuyến yên trước.

Tuyến giáp. Các khối u tuyến giáp thần kinh nội tiết, đặc biệt là ung thư biểu mô tủy.

Khối U thần kinh nội tiết tuyến cận giáp.

Khối u tuyến ức và carcinoid trung thất.

U thần kinh nội tiết tuyến thượng thận.

Ngoài ra, nhiều cơ quan khác có thể bị mắc bệnh như da, vú, sinh dục…

Hiện nay nguyên nhân gây ra U thần kinh nội tiết còn chưa được tìm hiểu rõ ràng. Bắt nguồn của các tế bào ung thư là đột biến gen trong ADN của chúng. Tế bào thần kinh nội tiết có gen bất thường sẽ phát triẻn nhanh, bất thường tạo thành khối u. Mức độ ác tính của ung thư tùy theo mức độ biệt hóa của khối u so với mô tụy. Độ biệt hóa càng cao thì độ ác tính càng giảm và ngược lại. Khi tới các giai đoạn trễ, các tế bào có thể xâm lấn qua các cơ quan khác.

Một số hội chứng di truyền làm tăng nguy cơ mắc loại ung thư này, bao gồm:

Nhiều tuyến nội tiết, loại 1 (MEN 1).

Hạch nội tiết nhiều, loại 2 (MEN 2).

Bệnh Von Hippel-Lindau.

Xơ cứng củ.

Neurofibromatosis.

Ngoài ra còn có các yếu tố nguy cơ như:

Bệnh nhân là nam giới. Đàn ông có nhiều khả năng hơn phụ nữ phát triển các khối u này.

Tiền căn gia đình có người mắc U tụy nội tiết .

Tiếp xúc thường xuyên với hóa chất độc hại.

Nhiễm tia xạ nhiều.

Triệu chứng của bệnh phụ thuộc hoàn toàn vào cơ quan mà u xuất hiện.

Loét dạ dàytái đi tái lại nhiều lần.

Đau bụng, lan ra sau lưng.

Tiêu chảy.

Khó tiêu.

Trào ngược dạ dày thực quản: ợ hơi ợ chua..

Vàng da, vàng mắt, vàng niêm.

Đường máu quá thấp hoặc quá cao.

Hồi hộp tim đập nhanh.

Mờ mắt, yếu cơ, cáu gắt, chuột rút…

Các triệu chứng giống hen suyễn.

Khó thở, khò khè.

Nóng bừng, đỏ bừng mặt.

Đỏ da.

Đi tiểu thường xuyên.

Cơn khát tăng dần.

Chóng mặt.

Run rẩy.

Phát ban da.

Ngoài ra các khối U thần kinh nội tiết không chức năng có thể có các triệu chứng:

Đau do khối u đang phát triển.

Một khối u đang phát triển có thể cảm thấy dưới da.

Cảm thấy mệt mỏi lạ thường.

Giảm cân nhanh bất thường.

Tóm lại do U thần kinh nội tiết có vị trí khắp cơ thể nên triệu chứng rất đa dạng. Do biểu hiện dễ trùng lặp với bệnh khác nên nhóm bệnh này rất hay chẩn đoán sót.

Chẩn đoán U thần kinh nội tiết phải kết hợp hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và xét nghiệm. Hỏi kĩ các triệu chứng của bệnh đặc biệt với người có sụt cân và tiền căn gia đình. Các xét nghiệm được chỉ định dựa trên tình trạng từng bệnh nhân và đánh giá của bác sĩ. Các khảo sát  có thể gồm:

Kiểm tra kỹ để khảo sát các dấu hiệu và triệu chứng của khối U. Có thể tìm thấy các hạch bạch huyết bị sưng hoặc khối U ở vị trí tổn thương. Ngoài ra còn tìm kiếm các dấu hiệu cho thấy một khối u đang sản xuất hormone dư thừa.

Bác sĩ có thể đề nghị xét nghiệm máu hoặc nước tiểu để tìm dấu hiệu của hormone dư thừa . Xác định được loại hormon dư thừa còn có thể sơ bộ định vị được vị trí khối u.

Siêu âm, CT và MRI, để tái tạo ra hình ảnh của khối u. Điều này không những giúp đánh giá khối u mà còn giai đoạn của nó. Khảo sát độ di căn và xâm lấn của khối u.

Đôi khi hình ảnh được tạo ra bằng cách chụp cắt lớp phát xạ positron (PET). Hình ảnh hật nhân được chỉ định khi các xét nhiệm hình ảnh khác không rõ ràng.

Cắt một mẫu mô khối U thần kinh nội tiết để khảo sát tính chất mô học của nó. Thường thì thủ thuật này chỉ cần dùng kim xuyên qua da nhưng đôi khi cũng cần phẫu thuật. Khi khối U nằm sâu hoặc bị che bởi cơ quan khác, phẫu thuật là cần thiết cho sinh thiết. Sinh thiết giúp chẩn đoán bản chất, độ biệt hóa (ác tính) của khối u.

Nếu có nguy cơ khối u thần kinh nội tiết di căn cơ quan khác, cần nhiều xét nghiệm chuyên sâu hơn.

Điều trị khối U tụy nội tiết thay đổi dựa trên:

Loại ung thư.

Giai đoạn của bệnh.

Sức khỏe tổng thể của bệnh nhân.

Các lựa chọn có thể bao gồm:

1. Phẫu thuật

Phẫu thuật được sử dụng để loại bỏ khối u. Khi có thể, các bác sĩ phẫu thuật loại bỏ toàn bộ khối u. Nếu khối u không thể được loại bỏ hoàn toàn, nó có thể giúp loại bỏ càng nhiều càng tốt. Thường nếu chưa di căn, xâm lấn mô xung quanh, phẫu thuật có thể loại bỏ hoàn toàn khối u.

2. Hóa trị

Hóa trị sử dụng thuốc hóa học mạnh để tiêu diệt tế bào khối u. Nó có thể được đưa qua tĩnh mạch ở cánh tay hoặc uống dưới dạng thuốc viên. Hóa trị có thể được khuyến nghị nếu có nguy cơ khối u có thể tái phát sau phẫu thuật. Nó cũng có thể được sử dụng cho các khối u tiến triển không thể cắt bỏ bằng phẫu thuật.

3. Liệu pháp nhắm trúng đích

Thuốc nhắm mục tiêu tập trung vào những bất thường cụ thể có trong các tế bào khối u. Bằng cách ngăn chặn những bất thường này, thuốc có thể khiến các tế bào khối u chết. Liệu pháp nhắm trúng đích thường được kết hợp với hóa trị cho các khối u tiến triển.

4. Liệu pháp hạt nhân phóng xạ peptide (PRRT)

PRRT kết hợp một loại thuốc nhắm vào các tế bào ung thư với một lượng nhỏ chất phóng xạ. Nó cho phép bức xạ được chuyển trực tiếp đến các tế bào ung thư. Thuốc PRRT, lutetium Lu 177 dotatate (Lutathera), được sử dụng để điều trị các khối u thần kinh tiến triển.

5. Thuốc để kiểm soát hormone dư thừa

Chủ yếu để kiểm soát triệu chứng do gia tăng lượng hormon.

6. Xạ trị

Xạ trị sử dụng các chùm năng lượng mạnh mẽ, để tiêu diệt các tế bào khối u. Một số loại khối u có thể đáp ứng với xạ trị. Nó có thể được đề nghị nếu phẫu thuật không phải là một lựa chọn.

Một số phương pháp khác có thể được áp dụng tùy vào tình trạng bệnh của mỗi bệnh nhân.

U thần kinh nội tiếtlà nhóm bệnh ung thư rất đa dạng. Bệnh thay đổi rất nhiều từ triệu chứng tới tiên lượng tùy thuộc vào nhiều yếu tố. Do biểu hiện dễ trùng lặp với nhiều bệnh khác nên chẩn đoán rất dễ bỏ sót. Cần theo dõi triệu chứng để được điều trị kịp thời. Bệnh có thể được chữa khỏi nếu trong giai đoạn sớm. Khám sức khỏe thường xuyên, rà soát nguy cơ là cách duy nhất để phát hiện sớm nhóm bệnh nguy hiểm này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-tuy-noi-tiet-ung-thu-nguy-hiem-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

U tụy nội tiết là gì?

Phân loại u tụy nội tiết

Tại sao bị u tụy nội tiết ?

Triệu chứng của u tụy nội tiết là gì?

Chẩn đoán u tụy nội tiết như thế nào?

Điều trị u tụy nội tiết như thế nào?

Tiên lượng của u tụy nội tiết

Tụy (hay tuyến tụy) là cơ quan rất quan trọng đối với cơ thể người. Tuyến tụy là cơ quan thuộc hệ tiêu hóa, vừa có chức năng nội tiết và chức năng ngoại tiết. Chức năng ngoại tiết là tiết dịch tiêu hóa giúp tiêu hóa thức ăn. Chức năng nội tiết của tụy tiết ra các hormone giúp điều hòa đường huyết. Cơ quan nàynằm ở bụng, sau phúc mạc và sau dạ dày. Do đó nó cũng dễ bị tổn thương nếu có các chấn thương mạnh. Bất kì tổn thương nào của tụy cũng ảnh hưởng xấu tới khả năng điều tiết hormone của nó. Trong bài viết sau đây của Bác sĩ Phan Văn Giáo, chúng ta hãy cùng tìm hiểu về u tụy nội tiết. Đây là bệnh lý ảnh hưởng đến chức năng nội tiết của tụy với nhiều biến chứng khó kiểm soát.

U tụy nội tiết là một nhóm bệnh ung thư xảy ra trên các tế bào sản xuất hormone củatuyến tụy. Bệnh còn được gọi là ung thư tế bào đảo.Ung thư tụylà một trong những loại ung thư có tỉ lệ tử vong cao và nhanh chóng. Bệnh chiếm 7% trong tổng số các ung thư tụy.

Người ta gọi u tụy nội tiết là do các tế bào u cũng có khả năng tiết ra hormone. Điều này làm cho cơ thể lâm vào trình trạng dư thừa hormone tuyến tụy. Hệ quả dẫn đến rối loạn chức năng nội mô, khó kiểm soát đường huyết, dịch tiêu hóa.

Khác với các u tuyến tụy khác, u tụy nội tiết có tỉ lệ một số lành tính. Nhóm này thường ít xâm lấn.

Tuyến tụy có rất nhiều loại tế bào nội tiết. Tùy vào ung thư xảy ra trên tế bào nào, thì u tụy sẽ gọi theo đó. Các loại u tụy nội tiết bao gồm:

U tụy nội tiết sản xuất hormone gastrin. Đây là loại hormon tuyến tụy có chức năng kích thíchdạ dàytiết ra a xít. Bình thường, môi trường a xít trong dạ dày giúp cơ thể tiêu hóa thức ăn nhanh hơn. Tuy nhiên, việc dư thừa gastrin ở gastrinoma làm tăng nguy cơloét dạ dày – tá tràng. Nếu không được điều trị, lâu ngày sẽ tạo nguy cơ thủng dạ dày. Tế bào ung thư gastrinoma thường được tìm thấy ở đầu tụy và có khả năng ác tính cao.

U tụy nội tiết sản xuất hormon glucagon. Glucagon là hormon giúp cơ thể điều chỉnh tăng đường trong máu. Chúng thường được tìm thấy trong thân và đuôi của tuyến tụy. Glucagonoma thường có kích thước lớn, rất hay di căn và có khả năng trở thành ác tính rất cao.

U tụy nội tiết sản xuấtinsulin. Insulin là hormon giúp cơ thể điều chỉnh giảm đường trong máu. Chúng là loại phổ biến nhất của khối u thần kinh tụy chức năng. Insulinoma thường có kích thước nhỏ và khó chẩn đoán. Tuy nhiên, hầu hết trong số đó lại là khối u lành tính.

U tụy nội tiết sản xuất somatostatin. Somatostatin là hormon ức chế bài tiết insulin và glucagon. Somatostatinoma cực kỳ hiếm và thường rất lớn. Chúng có thể xảy ra bất cứ nơi nào trong tuyến tụy và tá tràng. U tụy nội tiết sản xuất somatostatin có tiềm năng rất cao để trở thành ác tính.

VIPomas sản xuất peptide đường ruột (VIP). Hai phần ba số VIPomas được tìm thấy ở phụ nữ. Hội chứng còn được gọi là Hội chứng chảy nước và hạ đường huyết Achlorhydria (WDHA). Nó có tiềm năng cao để trở thành ác tính.

Các khối u tế bào đảo không chức năng thường là ác tính. Khối u tế bào đảo rất khó phát hiện do không biểu hiện triệu chứng.

Có thể thấy, các loại u tụy nội tiết rất đa dạng và tiên lượng thay đổi khác nhau rất nhiều. Điều cần thiết là phát hiện sớm để được can thiệp kịp thời.

Xem thêm:Khám phá hiện tượng rối loạn nội tiết bên trong cơ thể

Hiện nay, nguyên nhân gây ra u tụy nội tiết còn chưa được tìm hiểu rõ ràng. Bắt nguồn của các tế bào ung thư là đột biến gen trong ADN của chúng. Các tế bào tụy nội tiết có gen bất thường sẽ phát triển nhanh, bất thường tạo thành các khối u. Mức độ ác tính của ung thư tùy theo mức độ biệt hóa của khối u so với mô tụy. Độ biệt hóa càng cao thì độ ác tính càng giảm và ngược lại. Khi tới các giai đoạn trễ, các tế bào có thể xâm lấn qua các cơ quan khác.

Một số hội chứng di truyền làm tăng nguy cơ mắc loại ung thư này, bao gồm:

Hạch nội tiết nhiều, hội chứng loại 1 (MEN 1).

Bệnh Von Hippel-Lindau.

Bệnh Von Recklinghausen (neurofibromatosis 1).

Xơ cứng củ.

Ngoài ra còn có các yếu tố nguy cơ như:

Là nam giới. Đàn ông có nhiều khả năng hơn phụ nữ phát triển các khối u này.

Tiền căn gia đình có người mắc u tụy nội tiết.

Triệu chứng được gây ra bởi sự phát triển của khối u hoặc do hormon mà khối u tạo ra. Một số khối u có thể không gây ra dấu hiệu gì. Hãy kiểm tra với bác sĩ nếu bạn có bất kỳ vấn đề nào sau đây:

U tụy nội tiết không chức năng có thể phát triển trong thời gian dài mà không gây triệu chứng. Nó có thể phát triển lớn hoặc lan sang các bộ phận khác của cơ thể trước khi gây ra các dấu hiệu hoặc triệu chứng, chẳng hạn như:

Bệnhtiêu chảy.

Khó tiêu.

Một khối u ở trong bụng .

Đau ở bụng hoặc lưng.

Vàng da, vàng mắt và niêm mạc.

Các dấu hiệu và triệu chứng của NET tụy chức năng phụ thuộc vào loại hormone được tạo ra.

Loét dạ dày mà cứ quay trở lại.

Đau ở bụng, có thể lan ra lưng. Cơn đau có thể đến và biến mất và nó có thể biến mất sau khi uống thuốc kháng axit.

Dòng chảy của nội dung dạ dày trở lại vàothực quản(trào ngược dạ dày thực quản).

Bệnh tiêu chảy.

Lượng đường trong máu thấp. Điều này có thể gây mờ mắt,nhức đầuvà cảm thấy lâng lâng, mệt mỏi, yếu đuối, run rẩy, lo lắng, cáu kỉnh, đổ mồ hôi, bối rối hoặc đói.

Tim đập nhanh.

Phát ban da ở mặt, dạ dày hoặc chân.

Đường huyết cao. Điều này có thể gây đau đầu, đi tiểu thường xuyên, da và miệng khô hoặc cảm thấy đói, khát, mệt mỏi hoặc yếu.

Tăng nguy cơ tạo thành cục máu đông. Các cục máu đông trong phổi có thể gây khó thở, ho hoặc đau ở ngực. Các cục máu đông ở cánh tay hoặc chân có thể gây đau, sưng, nóng hoặc đỏ ở chi đó.

Bệnh tiêu chảy.

Giảm cân không rõ lý do.

Đau lưỡi hoặc lở loét ở khóe miệng.

Tiêu chảy mất nước nhiều.

Mất nước. Điều này có thể gây ra cảm giác khát nước, làm cho nước tiểu ít hơn, da và miệng khô, đau đầu,chóng mặthoặc cảm thấy mệt mỏi.

Nồng độ kali trong máu thấp. Điều này có thể gây ra yếu cơ, đau, hoặcchuột rút, tê và ngứa ran.

Chuột rút hoặc đau ở bụng.

Giảm cân không rõ lý do.

Đường huyết cao. Điều này gây đau đầu, đi tiểu nhiều, da và miệng khô hoặc cảm thấy đói, khát, mệt mỏi.

Bệnh tiêu chảy.

Sỏi mật.

Vàng mắt, vàng da, niêm mạc.

Giảm cân không rõ lý do.

Chẩn đoán u tụy nội tiết phải kết hợp hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và xét nghiệm chuyên sâu. Hỏi kĩ các triệu chứng của bệnh đặc biệt với người có sụt cân và triệu chứng tiêu hóa. Các xét nghiệm được chỉ định dựa trên tình trạng từng bệnh nhân và đánh giá của bác sĩ. Một số xét nghiệm có thể gồm:

Xét nghiệm máugiúp tìm hormone dư thừa, hoặc các dấu hiệu khác của khối u tụy nội tiết .

Phân tích nước tiểucó thể tiết lộ các sản phẩm phân hủy khi cơ thể xử lý hormone.

Xét nghiệm hình ảnh giúp bác sĩ tìm kiếm những bất thường trong tuyến tụy của bạn. Các xét nghiệm có thể bao gồm siêu âm, CT vàMRI.

Hình ảnh cũng có thể được thực hiện với các xét nghiệm y học hạt nhân. Bao gồm việc tiêm chất đánh dấu phóng xạ vào cơ thể. Chất đánh dấu dính vào các khối u thần kinh tụy để chúng hiển thị rõ ràng trên hình ảnh. Có thể được tạo ra bằng chụp cắt lớp phát xạ positron (PET) kết hợp với CT hoặc MRI.

Phẫu thuật để thu thập một mẫu tế bào để thử nghiệm. Trong một số trường hợp, sẽ phải phẫu thuật xâm lấn để lấy mẫu mô để xét nghiệm (sinh thiết). Thủ thuật này chưa phải là điều trị mà chỉ góp phần chẩn đoán.

Nếu ung thư đã lan đến gan,hạch bạch huyếthoặc các vị trí khác, sẽ sinh thiết tại đó.

Điều trị khối u tụy nội tiết thay đổi dựa trên:

Loại ung thư.

Giai đoạn của bệnh.

Sức khỏe tổng thể của bệnh nhân.

Các tùy chọn có thể bao gồm:

Nếu khối u thần kinh tụy giới hạn ở tuyến tụy, điều trị thường bao gồm phẫu thuật. Nếu đã di căn hoặc xâm lấn qua cơ quan khác, điều trị sẽ khó khăn và phức tạp hơn.

Ung thư ảnh hưởng đến đầu tụy có thể yêu cầu phẫu thuật Whip (cắt tụy). Bao gồm loại bỏ ung thư và một phần hoặc hầu hết tuyến tụy,ruột non.

PRRT dùng thuốc nhắm vào các tế bào ung thư với một chất phóng xạ được tiêm vào tĩnh mạch. Các loại thuốc dính vào các tế bào khối u thần kinh tuyến tụy ẩn trong cơ thể. Trong nhiều ngày đến vài tuần, thuốc bức xạ trực tiếp đến các tế bào ung thư, khiến chúng chết.

Đây là phương pháp điều trị kĩ thuật cao. Sử dụng thuốc tấn công tới gen của tế bào khối u có chọn lọc. Tức là ít gây hại cơ thể so với hóa trị thông thường.

U tụy nội tiết thường lan đếngan, và một số phương pháp điều trị tồn tại cho điều này. Các lựa chọn bao gồm tắc động mạch gan, hóa trị, xạ trị và ghép gan.

Trong một số tình huống, bác sĩ có thể đề nghị hóa trị. Điều trị bằng thuốc này sử dụng hóa chất để tiêu diệt các tế bào ung thư.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng:

Loại ung thư tụy.

Vị trí của khối u trong tụy.

Giai đoạn của bệnh đã xâm lấn, di căn hay chưa.

Tuổi và sức khỏe chung của bệnh nhân.

Ung thư vừa được chẩn đoán hoặc đã tái phát (quay trở lại).

Tóm lại,u tụy nội tiếtlà một trong các loại ung thư có tiên lượng xấu. Bệnh biểu hiện đa dạng tùy thuộc vào tế bào ung thư tiết hormon. Khối u có thể được cắt bỏ và chữa khỏi nếu được phát hiện trong giai đoạn sớm. Khi đã chẩn đoán được bệnh, đánh giá giai đoạn và lựa chọn phương pháp điều trị cũng quan trọng. Tóm lại, cần theo dõi các triệu chứng, tới khám sớm nhất để được cạn thiệp kịp thời. Đó là cách duy nhất cải thiện tiên lượng sống của bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-tuy-thuong-than/

Nội dung bài viết

U tủy thượng thận là gì?

Nguyên nhân của u tủy thượng thận

Triệu chứng u tủy thượng thận

Người bệnh có thể xử trí tại nhà được không?

Khi nào đến gặp bác sĩ?

Chẩn đoán u tủy thượng thận

Điều trị u tủy thượng thận

Tiên lượng u tủy thượng thận

U tủy thượng thận là một bệnh lý khá hiếm gặp, nhưng lại gây nhiều hệ quả nghiêm trọng lên huyết áp của cơ thể. Từ đó dẫn đến gây tổn thương cho tim, não, phổi và thận của người bệnh. Vậy u tủy thượng thận là gì? Nguyên nhân và cách điều trị bệnh lý này như thế nào? Mời quý bạn đọc cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Nguyễn Đinh Tuấn tìm hiểu câu trả lời qua bài viết dưới đây.

Đầu tiên chúng ta cần hiểutuyến thượng thậnlà gì? Tuyến thượng thận là tuyến nội tiết nằm ở cực trên của mỗi quảthận. Mỗi tuyến được cấu tạo bởi 2 phần: phần vỏ nằm bên ngoài và phần tủy nằm bên trong.

Trong khi vỏ thượng thận tiết racortisolvà aldosterone, tủy thượng thận lại chịu trách nhiệm tổng hợp các catecholamine (adrenalinvà noradrenalin).1Các hormone tuyến thượng thận này giúp điều hòa quá trình trao đổi chất, huyết áp và đáp ứng của cơ thể với sự căng thẳng.

U tủy thượng thận là một khối u thần kinh nội tiết hiếm gặp được hình thành ở vùng tủy thượng thận – nơi tiết ra các catecholamine.2Đây là những hormone giúp điều hòa huyết áp vàhệ thần kinh giao cảmtrong cơ thể. Vì vậy, triệu chứng điển hình và thường gặp nhất của bệnh lý này làtăng huyết ápkhó kiểm soát.

Đa số u tủy thượng thận là lành tính (không phải ung thư). Tuy nhiên, có khoảng 10% đến 15% có liên quan đến khả năng di căn và được xem như là một loại ung thư ở vùng thượng thận.3Nếu khối u là ác tính, nó được phân loại như sau:2

U khu trú tại chỗ: Khối u chỉ giới hạn trong phạm vi của tuyến thượng thận.

U xâm lấn các vùng lân cận: Ung thư đã lan đến cáchạch bạch huyếthoặc các mô khác gần tuyến thượng thận.

U di căn xa: Ung thư đã di căn đến các bộ phận khác của cơ thể nhưgan,phổi, xương hoặc các hạch bạch huyết ở xa.

U tái phát: Ung thư tái phát trở lại sau khi đã được điều trị lui bệnh một thời gian.

Bệnh lý này có thể gây nhiều biến chứng nghiêm trọng, do sự phóng thích cấp và mãn tính của catecholamine vào máu từ khối u, và có thể ảnh hưởng đến bất kỳ cơ quan nào.

Các biến chứng trên hệ thống tim mạch là phổ biến nhất, và ảnh hưởng đến một phần ba số người mắc bệnh.4Những biến chứng này bao gồm:

Cơn tăng huyết áp: huyết áp tăng cao quá mức có thể dẫn đến nhiều hậu quả nhưnhồi máu cơ tim,đột quỵhoặc thậm chí là tử vong.5

Rối loạn nhịp tim: có thể do sự giải phóng catecholamine cấp tính hoặc mãn tính vào trong cơ thể.

Bệnh cơ tim: biến chứng này có thể dẫn đếnsuy timvàphù phổi cấp.

Hội chứng trái tim tan vỡ: (hay còn gọi là hội chứng Takatsubo) thường xảy ra đột ngột và có thể gần giống với một cơn đau tim. Tuy nhiên, không giống như nhồi máu cơ tim, hội chứng này có thể hồi phục nếu được chẩn đoán sớm. Với bệnh u tủy thượng thận, hội chứng này thường bắt đầu khi có căng thẳng về thể chất hoặc cảm xúc.6

Điều cần đặc biệt lưu ý là bệnh lý này có thể gây tổn thương tim ngay cả khi người bệnh không biểu hiện bất kỳ triệu chứng nào. Việc giải phóng catecholamine từ khối u cũng có thể ảnh hưởng đến não và các cơ quan khác, làm tăng nguy cơ đột quỵ,suy thận, các triệu chứng thần kinh như lú lẫn, co giật.

Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, nhiều cơ quan có thể bị tổn thương, dẫn đến suy đa cơ quan và giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.7

Hiện nay, các nhà khoa học vẫn chưa tìm được nguyên nhân chính xác gây u tủy thượng thận. Các nghiên cứu cho thấy, khoảng 25% – 35% những người mắc bệnh lý này có tình trạng di truyền và nằm trong một số hội chứng bao gồm:28

Đa u tuyến nội tiết típ 2 (MEN2): là một rối loạn dẫn đến xuất hiện nhiều khối u của hệ thống nội tiết. Có hai típ MEN2 gồm típ 2A và típ 2B, cả hai đều liên quan đến u tủy thượng thận. Các khối u liên quan đến tình trạng này có thể xuất hiện trên các bộ phận khác của cơ thể, bao gồmtuyến giáp, tuyến cận giáp, môi, lưỡi và hệ tiêu hóa.

Bệnh Von Hippel-Lindau (VHL): có thể gây ra các khối u tại nhiều vị trí, bao gồm hệ thần kinh trung ương,hệ nội tiết, tuyến tụy và thận.

U xơ thần kinh típ 1 (NF1): gây ra nhiều khối u trên da (u sợi thần kinh), các đốm da tăng sắc tố và các khối u của dây thần kinh thị giác.

Hội chứng Paraganglioma di truyền: là những rối loạn di truyền dẫn đến u tủy thượng thận hoặc u cận hạch giao cảm.

Ngoài ra, có ít nhất 10 gen khác nhau đã được chứng minh là có liên quan đến u tủy thượng thận.2

Biểu hiện lâm sàng của bệnh lý này đa dạng và thay đổi đến mức các nhà khoa học đã gọi nó là “kẻ giả mạo vĩ đại”.9Mặc dù các biểu hiện của sự hiện diện quá mức catecholamine vẫn là lý do chính để nghi ngờ bệnh nhân có u tủy thượng thận, điều này không có nghĩa là tất cả đều có biểu hiện như vậy.

Hiện nay, tỷ lệ các khối u này được phát hiện tình cờ qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đối với các tình trạng bệnh lý không liên quan, hoặc trong quá trình kiểm tra định kỳ thường xuyên ngày càng tăng.9Ở những bệnh nhân như vậy, biểu hiện lâm sàng có thể khác nhau đáng kể so với những người nghi ngờ khối u dựa trên các dấu hiệu và triệu chứng đã được bộc lộ một cách rõ ràng.

Các triệu chứng thường gặp của u tủy thượng thận bao gồm:89

Tăng huyết áp: đây là dấu hiệu phổ biến nhất, và có thể biểu hiện từng cơn hoặc tăng huyết áp kéo dài.

Đau đầu: xảy ra ở 90% bệnh nhân mắc u tủy thượng thận. Ở một số bệnh nhân, cơn đau đầu do catecholamine có thể tương tự nhưđau đầu căng thẳng.

Đổ mồ hôi nhiều: xuất hiện trong 60% – 70% bệnh nhân.

Hồi hộp đánh trống ngực: sự xuất hiện của tam chứng kinh điển bao gồm đau đầu, hồi hộp, đổ mồ hôi gợi ý nhiều đến một trường hợp u tủy thượng thận.

Run tay.

Xanh xao.

Khó thở.

Cơn hoảng loạn.

Một số dấu hiệu ít phổ biến hơn là:

Lo lắng.

Mờ mắt.

Táo bón.

Sụt cân.

Cơn Spell: đây là tình trạng bệnh nhân đột nhiên biểu hiện các triệu chứng một cách rầm rộ. Nguyên nhân là do quá trình tổng hợp và phóng thích quá mức catecholamine tại một thời điểm. Các yếu tố có thể kích phát cơn spell bao gồm:9

Sờ nắn khối u.

Thay đổi tư thế.

Gắng sức.

Lo lắng.

Chấn thương.

Thực phẩm hoặc đồ uống có chứa tyramine: một số loạipho mát, bia và rượu vang.

Một số loại thuốc: histamine, glucagon, tyramine, phenothiazine, metoclopramide, hormone vỏ thượng thận.

Câu hỏi thường được các bệnh nhân đặt ra là liệu có thể kiểm soát bệnh lý này tại nhà được không? Câu trả lời là không thể. Để giải quyết triệt để khối u và các biến chứng do nó gây ra, bạn cần đến các cơ sở y tế để được bác sĩ tư vấn và chọn phương pháp điều trị thích hợp.

Mặc dù tăng huyết áp là dấu hiệu chính của u tủy thượng thận. Nhưng hầu hết những người bị huyết áp cao không có khốiu tuyến thượng thận. Do đó, bạn cần đến gặp các bác sĩ để được chẩn đoán chính xác khi có một trong những điều sau đây:10

Triệu chứng của cơn Spell.

Tăng huyết áp nặng khi dùng thuốc, phẫu thuật, hoặc gây mê.

Thay đổi huyết áp không giải thích được.

U thượng thận phát hiện tình cờ, kể cả khi huyết áp bình thường.

Tiền sử điều trị u tủy thượng thận.

Tiền sử gia đình có u tủy thượng thận.

Các bác sĩ chẩn đoán bệnh lý này dựa vào tiền sử của bệnh nhân, bao gồm các trường hợp u tủy thượng thận trước đó trong gia đình; kết hợp với khám lâm sàng (các triệu chứng và dấu hiệu như đã trình bày ở phần trên bài viết). Sau đó, người bệnh sẽ được chỉ định một số xét nghiệm sau đây để chẩn đoán xác định:

Đo mức adrenaline, noradrenaline hoặc các chất là sản phẩm chuyển hóa của những hormone đó (metanephrines và normetanephrines) trongnước tiểuhoặc trong máu.11

Lưu ý: ngưỡng chẩn đoán u tủy thượng thận của nồng độ metanephrines và normetanephrines trong máu, hoặc nước tiểu thì tùy thuộc vào thông số của từng phòng xét nghiệm.

Trong xét nghiệm này, bạn thu thập lượng nước tiểu mỗi khi đi tiểu trong khoảng thời gian 24 giờ, thường bắt đầu từ 6 giờ sáng ngày hôm trước và kết thúc vào 6 giờ sáng ngày hôm sau.

Bạn có thể lấy máu bất kỳ thời điểm nào mà không cần phải nhịn ăn từ trước.

Xét nghiệm metanephrines và normetanephrines trong máu giúp gợi ý u tủy thượng thận.

Nếu kết quả xét nghiệm sinh hóa gợi ý một tình trạng u tủy thượng thận, các bác sĩ sẽ chỉ định một hoặc nhiều xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh để tìm ra khối u, bao gồm:

Đây là công cụ ưu tiên hàng đầu trong việc phát hiện khối u tủy thượng thận.10Tuy nhiên, cần lưu ý là chỉ thực hiện CT-scan khi đã có kết quả xét nghiệm sinh hóa gợi ý tình trạng bệnh lý này.

Thực hiệnMRIở những trường hợp sau:10

U tủy thượng thận di căn.

U cận hạch vùng nền sọ và cổ.

Bệnh nhân dị ứng với thuốc cản quang.

Bệnh nhân không thể tiếp xúc nhiều với tia xạ như trẻ em, phụ nữ có thai…

MIBG là hợp chất giống noradrenalin được hấp thu bởi những mô có thụ thể adrenergic. MIBG có thể phát hiện ra những u mà CT và MRI bỏ lỡ hoặc thấy được nhiều u. Tuy nhiên, phẫu thuật không được chỉ định dựa vào đơn thuần MIBG mà phải có hình ảnh CT đi kèm.

Chỉ định chụp xạ hình MIBG:10

U tủy thượng thận di căn phát hiện trên các phương tiện hình ảnh học khác và có kế hoạch điều trị với I 131-MIBG.

Có nguy cơ cao ung thư di căn như: có khối u lớn, u ngoài thượng thận, nhiều vị trí, u tủy thượng thận tái phát.

Tất cả bệnh nhân u tủy thượng thận nên được tư vấn xét nghiệm gen vì:10

Ít nhất một phần ba trong số tất cả bệnh nhân u tủy thượng thận có đột biến dòng mầm gây bệnh.

Giúp chẩn đoán và điều trị sớm hơn u tủy thượng thận và hội chứng khác cho các thành viên trong gia đình.

Phương pháp điều trị chính cho bệnh u tủy thượng thận là phẫu thuật cắt bỏ khối u. Trước khi bạn phẫu thuật, các bác sĩ thường sẽ kê đơn một số loại thuốc để kiểm soát tình trạng huyết áp. Những loại thuốc này ngăn chặn ảnh hưởng của các hormone adrenaline để giảm nguy cơ tăng huyết áp nguy hiểm trong quá trình phẫu thuật.

Người bệnh có thể sẽ phải sử dụng thuốc từ 7 đến 10 ngày để giúp hạ huyết áp trước khi phẫu thuật. Những loại thuốc này sẽ thay thế hoặc được thêm vào các loại thuốc huyết áp khác mà bệnh nhân dùng.

Các loại thuốc như thuốc chẹn alpha, thuốc chẹn beta, thuốc chẹn kênh canxi, giữ cho các tĩnh mạch và động mạch nhỏ mở rộng và thư giãn. Điều này giúp cải thiện lưu lượng máu và giảm huyết áp. Một số loại thuốc cũng có thể khiến tim bạn đập chậm và dùng ít lực để co bóp hơn. Điều này cũng sẽ góp phần làm giảm huyết áp hơn nữa.

Bởi vì những loại thuốc này làm mở rộng lòng mạch máu, chúng làm cho lượng chất lỏng trong mạch máu trở nên thấp một cách tương đối. Điều này có thể gây tụt huyết áp khi đứng. Chế độ ăn nhiều muối sẽ hút nhiều chất lỏng vào bên trong mạch máu hơn, ngăn ngừa huyết áp thấp trong và sau khi phẫu thuật. Chính vì vậy, trong giai đoạn này, bạn có thể được bác sĩ khuyên nên ăn nhiều muối.

Thông thường, cắt bỏ khối u thượng thận được thực hiện bằng phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu (phẫu thuật nội soi). Bác sĩ phẫu thuật sẽ tạo một vài vết rạch nhỏ trên bụng để đưa các thiết bị nội soi đã được trang bị máy quay video, và các dụng cụ nhỏ khác để thực hiện phẫu thuật.

Trong hầu hết các trường hợp, bác sĩ phẫu thuật sẽ loại bỏ toàn bộ tuyến thượng thận có chứa khối u. Tuy nhiên, đôi khi bác sĩ chỉ loại bỏ khối u, để lại một số mô của tuyến thượng thận khỏe mạnh. Điều này có thể được thực hiện khi tuyến thượng thận khác cũng đã bị cắt bỏ, hoặc khi có khối u ở cả hai tuyến thượng thận.

Nếu một khối u là ung thư, khối u và các mô ung thư khác sẽ được loại bỏ. Tuy nhiên ngay cả khi tất cả các mô ung thư không được loại bỏ, phẫu thuật và liệu pháp y tế khác có thể giúp làm giảm sản xuất hormone và kiểm soát huyết áp.11

Một số bệnh nhân bị hạ huyết áp ngay sau phẫu thuật và đa số đáp ứng với truyền dịch.9

Hạ đường huyết sau phẫu thuật cũng là một biến chứng có thể xảy ra. Có thể ngăn ngừa bằng cách truyềndextrose5% ngay sau khi cắt bỏ khối u và tiếp tục trong vài giờ sau đó. Hạ đường huyết sau phẫu thuật là thoáng qua, trong khihuyết áp thấpvàhạ huyết áp tư thếcó thể kéo dài đến một ngày hoặc hơn.12

Tuyến thượng thận khỏe mạnh còn lại có thể thực hiện các chức năng bình thường của hai tuyến.11Huyết áp thường trở lại bình thường sau đó. Tuy nhiên, bạn sẽ cần theo dõi định kỳ để xác định các biến chứng hoặc xem liệu khối u có quay trở lại hay không.

Có khá ít khối u tuyến thượng thận là ung thư. Do đó, nghiên cứu về các phương pháp điều trị còn hạn chế. Phương pháp điều trị các khối u ung thư và ung thư đã di căn trong cơ thể, liên quan đến u tuyến thượng thận bao gồm:

Các liệu pháp nhắm trúng đích: sử dụng một số loại thuốc để tìm ra tế bào ung thư, sau đó kết hợp với một chất phóng xạ để tiêu diệt chúng.

Hóa trị: sử dụng các loại thuốc mạnh để tiêu diệt các tế bào ung thư phát triển nhanh.

Xạ trị: có thể làm giảm các triệu chứng của khối u đã di căn vào xương và gây đau.

Tiên lượng lâu dài sau phẫu thuật thường khá tốt, mặc dù gần 50% bệnh nhân vẫn có tăng huyết áp sau đó.9

Nếu bác sĩ cắt bỏ cả hai tuyến thượng thận, người bệnh có thể dùng thuốc để giúp thay thế các hormone mà cơ thể bạn không thể tạo ra nữa.

Dù điều trị bằng cách nào, người bệnh cũng cần kiểm tra thường xuyên với các bác sĩ để chắc chắn rằng khối u này không tái phát. Đồng thời, bác sĩ cũng có thể giúp kiểm soát bất kỳ tác dụng phụ lâu dài nào của việc điều trị.

Theo ước tính, khoảng 95% những người được chẩn đoán mắc u tủy thượng thận ác tính chưa lây lan sang các bộ phận khác của cơ thể sống thêm ít nhất 5 năm nữa. Nếu các khối u đã di căn hoặc tái phát sau khi điều trị, khoảng 34% đến 60% số người sống được ít nhất 5 năm sau khi được chẩn đoán.3

Có thể thấy,u tủy thượng thậntuy hiếm gặp nhưng lại khá nguy hiểm và có thể để lại nhiều hậu quả nặng nề. Việc phát hiện và điều trị sớm đóng vai trò rất quan trọng cho kết cục của bệnh nhân. Vì vậy, nếu bạn có những dấu hiệu nghi ngờ bệnh lý này, hãy đến gặp các bác sĩ để được tư vấn và hỗ trợ kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-xo-co-tu-cung/

Nội dung bài viết

Bệnh u xơ cơ tử cung là gì?

Số lượng u xơ – cơ trên tử cung

Nguyên nhân của bệnh U xơ cơ tử cung

Phân loại bệnh U xơ cơ tử cung

Triệu chứng của U xơ cơ tử cung

Khi nào cần gặp bác sĩ sản phụ khoa?

U xơ cơ tử cung là khối u sinh dục lành tính thường gặp nhất ở phụ nữ. U xơ – cơ tử cung thường tồn tại thầm lặng và không gây bất kì triệu chứng nào. Tuy nhiên, đôi khi bệnh lý này lại gây ra các biến chứng nguy hiểm đến sức khỏe sinh sản và cuộc sống của chị em phụ nữ. Tham khảo bài viết sau của Bác sĩ Lê Mai Thùy Linh để hiểu kỹ hơn về bệnh lý trên.

Bệnh u xơ cơ tử cung là u lành tính ở tử cung, xuất hiện trong độ tuổi sinh sản. U xơ – cơ tử cung còn được gọi là u xơ tử cung, nhân xơ tử cung hay chỉ đơn giản là u xơ, nhân xơ.

U xơ cơ tử cung rất thường gặp, khoảng 70 – 80% phụ nữ độ tuổi trước 50 có ít nhất một u xơ – cơ ở tử cung. Xuất độ của u xơ cơ tử cung tăng theo tuổi, với đỉnh xuất độ ở khoảng độ tuổi 40.

Hầu hết phụ nữ không biết mình có u xơ – cơ tử cung vì chúng thường không có triệu chứng. Nhiều người biết mình có u xơ – cơ khi khám phụ khoa định kì hay u xơ – cơ được tình cờ phát hiện qua siêu âm.

Số lượng u xơ – cơ trên tử cung rất thay đổi. Một người có thể chỉ có một u xơ – cơ hay có nhiều u xơ – cơ cùng lúc. Kích thước u xơ tử cung cũng rất thay đổi, có thể nhỏ như hạt đậu – mắt thường không nhìn thấy được.

Bên cạnh đó, cũng có loại u xơ – cơ tử cung có kích thước lớn đến đồ sộ. Trong vài trường hợp nặng, nhiều u xơ có thể làm tử cung to bất thường. Chúng chiếm hết ổ bụng và nặng đến vài kí, làm bụng to ra như người mang thai.

U xơ – cơ tử cung thường không liên quan đến tăng nguy cơ ung thư tử cung và hầu hết không phát triển thành ung thư. Tuy nhiên, u xơ – cơ tử cung có thể gây nhiều triệu chứng ảnh hưởng đến sinh hoạt như: rong kinh, cường kinh hay đau bụng trong chu kì.

Nặng nề hơn, u xơ cơ tử cung có thể những biến chứng gây nguy hiểm đến sức khỏe sinh sản như: vô sinh hiếm muộn hay khối u bị hoại tử. Nhiễm trùng hay khối u xơ – cơ quá to chèn ép các cơ quan khác trong ổ bụng.

Nguyên nhân gây ra u xơ – cơ tử cung hiện nay chưa được hiểu biết rõ. Các giả thuyết về các yếu tố liên quan được nhiều nhà khoa học chấp nhận rộng rãi.

Thay đổi về gen. Nhiều u xơ-cơ chứa những tế bào có thay đổi về gen khác với tế bào cơ tử cung bình thường.

Estrogenvàprogesteronelà hai hormone sinh dục nữ liên quan đến sự thay đổi của buồng trứng và nội mạc tử cung trong mỗi chu kì. Những u xơ – cơ tử cung chứa nhiều thụ thể hormone estrogen và progesteron hơn bình thường.

U xơ – cơ tử cung được cho là phát triển dưới sự ảnh hưởng của những hormone này. Vì thế, thường gặp u xơ-cơ tử cung vào độ tuổi sinh sản và vào tuổi mãn kinh. Khi nguồn cung cấp hormone giảm, u xơ cơ tử cung cũng thoái triển.

Những yếu tố tăng trưởng khác. Những yếu tố với hoạt tính thúc đẩy sự phát triển của tế bào như EGF, ILGF – 1 cũng tăng trong u xơ cơ tử cung.

Chất nền ngoại bào. Chất nền ngoại bào là nguyên liệu kết dính các tế bào cơ trở thành một khối xơ dính. Chất nền ngoại bào tăng trong u xơ – cơ và cũng chứa các yếu tố tăng trưởng tế bào.

Nhiều nhà khoa học tin rằng u xơ – cơ tử cung phát triển từ một tế bào gốc trong lớp cơ tử cung. Dưới sự ảnh hưởng của hormones và các yếu tố tăng trưởng, tế bào phân chia liên tục. Sau đó được chất nền kết dính tạo nên một khối tế bào dai và chắc, riêng biệt với mô xung quanh.

Lớp niêm mạc tử cung lót toàn bộ buồng tử cung. Lớp này phân tiết, tăng sinh theo chu kì và khi bong tróc tạo ra hiện tượng hành kinh (chảy máu kinh) hàng tháng.

Lớp cơ tử cung. Co giãn để tử cung có thể to ra khi mang thai. Trong quá trình sanh, lớp cơ này hoạt động để đẩy em bé ra ngoài và cầm máu sau sanh.

Lớp thanh mạc: bao phủ ngoài tử cung và bàng quang, nối liền với các dây chằng treo buồng trứng trong ổ bụng.

U xơ-cơ dưới niêm mạc: thường lồi vào trong lòng tử cung và gây các triệu chứng chảy máu tử cung bất thường hay chiếm chỗ làm tổ của thai.

U xơ-cơ trong cơ phát triển trong lớp cơ của thành tử cung. U xơ-cơ này có thể liên quan đến sự co giãn của các lớp cơ. Có thể ảnh hưởng đến sinh sản hay thai kì.

U xơ dưới thanh mạc có thể phát triển ra khỏi tử cung, nhô vào ổ bụng. Gây chèn ép các cơ quan lân cận.

Vị trí hiện diện của u xơ – cơ tử cung cũng liên quan đến các triệu chứng mà u xơ-cơ biểu hiện, tùy thuộc vào u xơ – cơ đó ảnh hưởng đến lớp nào của tử cung.

Rất nhiều phụ nữ có u xơ-cơ tử cung nhưng không biểu hiện triệu chứng gì cũng như không cần điều trị nếu u xơ – cơ không gây bất kì khó chịu hay triệu chứng nào.

Những triệu chứng thường gặp:

Cường kinh. Cường kinh là tăng số lượng máu kinh trong chu kì.

Rong kinh. Rong kinh là tăng số ngày hành kinh, có thể kéo dài đến 1 tuần hoặc hơn.

Thiếu máu. Nếu rong kinh và cường kinh kéo dài có thể gây ra thiếu máu mạn.

Thống kinh. Đau bụng dữ dội khi hành kinh và không giảm với các loại thuốc giảm đau thông thường.

Đau hay cảm giác nặng vùng bụng dưới, bụng to ra.

Rối loạn đi tiểu. Tiểu lắt nhắt, tiểu nhiều lần trong ngày, cảm giác khó đi tiểu hay đi tiểu không hết.

Táo bón.

Nên tham khảo ý kiến của bác sĩ để có hướng điều trị phù hợp nếu bạn có những triệu chứng sau:

Cường kinh, rong kinh hay xuất huyết tử cung bất thường.

Đau vùng chậu hay thống kinh mà không đáp ứng với các điều trị thông thường.

Cảm giác nặng vùng bụng dưới hay bụng to ra.

Xuất huyết tử cung bất thường.

Rối loạn đi tiểu hay táo bón.

Thiếu máu, xanh xao không giải thích được bằng những nguyên nhân thường gặp khác

Vô tình phát hiện u xơ-cơ tử cung qua siêu âm.

Tăng kích thước khối u xơ-cơ tử cung đã biết.

Phụ nữ dù không có các triệu chứng về bệnh phụ khoa cũng nên khám định kì ít nhất mỗi năm 1 lần để thực sự đảm bảo về sức khỏe của mình. Làm các xét nghiệm tầm soát bệnh u xơ tử cung, bệnh phụ khoa và các bệnh lây qua đường tình dục là điều hết sức cần thiết.

Xem thêm:Điều trị u xơ-cơ tử cung như thế nào?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/u-xo-tien-liet-tuyen/

Nội dung bài viết

U xơ tiền liệt tuyến là bệnh gì?

Đối tượng dễ mắc phải bệnh này

Điều trị u xơ tuyến tiền liệt như thế nào?

U xơ tiền liệt tuyến là bệnh phổ biến ở nam giới tuổi trung niên. Bệnh này không gây nguy hiểm nhưng lại khiến cuộc sống thường ngày của người bệnh gặp khó khăn. U xơ tuyến tiền liệt là bệnh gì? Điều trị bệnh này như thế nào? Hãy cùng Bác sĩ Phan Văn Giáo tìm hiểu bệnh này qua bài viết dưới đây nhé.

Tiền liệt tuyến là tuyến sinh dục chỉ có ở nam giới. Nó có kích thước khoảng 4cm, và nặng khoảng 15-25g ở người trưởng thành. Tuyến tiền liệt tiết ra chất dịch màu trắng đục giúp nuôi dưỡng và bảo vệ tinh trùng. Ngoài ra nó cũng có tác động đến quá trình xuất tinh và tiểu tiện của nam giới.

U xơ tiền liệt tuyến (hay còn gọi: phì đại tuyến tiền liệt lành tính) là chứng bệnh phổ biến ở nam giới. Hầu hết nam giới khi vào độ tuổi trung niên, đều có nguy cơ cao mắc phải bệnh này. Việc tăng kích thước của tuyến tiền liệt có thể làm chèn ép vào niệu đạo và bàng quang. Điều này gây khó khăn trong quá trình đi tiểu của nam giới.

Nguyên nhân dẫn đến tình trạng này hiện nay chưa được xác định rõ. Giả thiết được đưa ra là bệnh u xơ tiền liệt tuyến có thể do rối loạn hormone. Tỷ lệ estrogen trong tuyến tiền liệt cao hơn sẽ làm tăng hoạt động của các chất dẫn đến thúc đẩy sự phát triển của tế bào tuyến tiền liệt.

Một giả thiết khác được đưa ra, nguyên nhân bệnh là do hormone dihydrotestosterone (DHT). Đây là một loại hormone nam có vai trò trong sự phát triển và tăng trưởng của tuyến tiền liệt. Các nhà khoa học đã ghi nhận rằng những người đàn ông không sản xuất DHT không mắc bệnh này.

Một số dấu hiệu của u xơ tiền liệt tuyến ban đầu thường không rõ ràng. Tuy nhiên bệnh sẽ trở nên nghiêm trọng hơn nếu không được điều trị. Một số dấu hiệu điển hình như sau:

Số lần đi tiểu nhiều hơn trong một ngày.

Tiểu đêm thường xuyên.

Muốn tiểu đột ngột.

Tiểu gấp.

Khó khăn khi bắt đầu tiểu.

Dòng nước tiểu yếu, gián đoạn.

Bí tiểu.

Đau sau khi đi tiểu hoặc xuất tinh.

Nước tiểu có mùi bất thường.

Nước tiểu nổi bọt.

Xuất tinh sớm, giảm ham muốn tình dục.

Một số trường hợp bệnh sẽ biểu hiện nặng hơn như bệnh nhân sẽ không thể đi tiểu hoặc tiểu ra máu. Khi điều này xảy ra, bạn hãy đến gặp bác sĩ ngay lập tức.

Kích cỡ của tuyến tiền liệt không phản ánh mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng. Một số trường hợp dù tuyến tiền liệt có kích thước lớn nhưng triệu chứng không rõ ràng. Trong khi những người khác lại có dấu hiệu nghiêm trọng dù kích thước tuyến tiền liệt không to.

Mặc dù nguyên nhân gây ra u xơ tiền liệt tuyến chưa được xác định, nhưng các nhà khoa học đã đưa ra kết luận về các trường hợp có khả năng cao mắc phải bệnh này. Một số đối tượng như:

Nam giới trong độ tuổi trung niên trở lên.

Mắc các bệnh béo phì, bệnh tim mạch, đái tháo đường

Không tập thể dục thường xuyên.

Trong gia đình có người mắc bệnh tuyến tiền liệt.

Người đang bị các bệnh ở đường tiết niệu.

Người có chế độ sinh hoạt không điều độ.

Bệnh nhân mắc u xơ tuyến tiền liệt thường là u lành tính. Tuy nhiên, việc để lâu không điều trị có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng như nhiễm khuẩn đường tiết niệu, viêm bàng quang,…

Việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào kích thước tuyến tiền liệt và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân. Dưới đây là một số phương pháp điều trịu xơ tiền liệt tuyếnhiện nay:

Phương pháp này dành cho những bệnh nhân có kích thước u xơ nhỏ. Các loại thuốc hỗ trợ giãn cơ trơn thành mạch, tuyến tiền liệt hoặc cổ bàng quang giúp quá trình đi tiểu của người bệnh dễ dàng hơn. Các thuốc này không thể triệt tiêu được các khối u xơ.

Một số loại thuốc nam, thảo dược cũng có thể sử dụng để làm giảm các triệu chứng mà bệnh này gây ra. Hiện nay, thuốc nam được sử dụng bao gồm: trinh nữ hoàng cung, cây bồ quân,…

Trong quá trình điều trị bằng thuốc, bệnh nhân cần tuân thủ nghiêm ngặt chỉ định của bác sĩ. Việc tự ý thay đổi thuốc, liều lượng sẽ dẫn đến tình trạng bệnh nặng hơn.

Nếu điều trị bằng thuốc không hiệu quả, bác sĩ sẽ chỉ định thủ thuật nội soi cho bệnh nhân. Phổ biến nhất hiện nay là thủ thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt thông qua nội soi niệu đạo. Bác sĩ sẽ sử dụng dụng cụ nội soi rất nhỏ đưa vào tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo để tiến hành phẫu thuật cắt bỏ u xơ.

Phương pháp này được đánh giá là không gây đau đớn và thời gian thực hiện nhanh. Tuy nhiên, cách này có thể sẽ không loại bỏ được hết các u xơ.

Phương pháp phổ biến nhất hiện nay là bóc tách u xơ qua niệu đạo. Đây cũng là phương pháp sử dụng laser duy nhất được Hội Niệu khoa Hoa Kỳ và Hội Niệu khoa Châu Âu đề xuất.

Ở phương pháp này bác sĩ sẽ sử dụng laser năng lượng cao để tiêu diệt và cắt bỏ các khối u của tiền liệt tuyến. Đồng thời sau khi bị cắt bỏ, các khối u được hút trực tiếp ra ngoài. Điều này làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn niệu sau phẫu thuật.

U xơ tiền liệt tuyếnkhông phải là bệnh hiểm nghèo. Tuy nhiên, bệnh cần được điều trị sớm và triệt để để tránh các biến chứng về sau. Việc điều trị cần kết hợp với thay đổi thói quen sống lành mạnh để đem lại kết quả điều trị tốt nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/uon-van-moi-nguy-hiem-tiem-an-tu-dat-cat/

Nội dung bài viết

Uốn ván là gì?

Các triệu chứng của uốn ván là gì?

Tôi nên đi khám bác sĩ?

Có xét nghiệm uốn ván không?

Uốn ván có thực sự nguy hiểm không?

Bệnh uốn ván được điều trị như thế nào?

Có thể phòng ngừa uốn ván?

Trong đời sống thường ngày luôn tiềm ẩn những nguy cơ gây ra bệnh uốn ván. Mọi người thường lo sợ bị uốn ván khi đạp phải đinh hay quệt vào cửa sắt rỉ sét. Tuy nhiên, vết thương hở dính đất cát mới là nguồn lây nhiễm thường gặp nhất. Uốn ván có thể gây tử vong, gây đau đớn khủng khiếp và tốn rất nhiều tiền bạc để chữa trị. Hãy trang bị cho mình kiến thức cần thiết để phòng ngừa và xử trí khi mình hoặc người thân có nguy cơ bị nhiễm uốn ván, bạn nhé.

Uốn ván là mộtbệnh nhiễm trùng nghiêm trọnggây ra cứng cơ và co thắt. Đôi khi uốn ván được gọi là “bệnh cứng hàm” vì nó làm co thắt cơ siết chặt hàm.

Vi khuẩn (vi trùng) uốn ván sống trong đất. Chúng có thể xâm nhập vào cơ thể thông qua vết thương hở (vết cắt hoặc trầy trên da). Uốn ván cũng có thể xâm nhập vào cơ thể nếu một người sử dụng kim tiêm không vô trùng. Hầu hết các bạn trẻ ở Việt Nam được tiêm chủng mở rộng đầy đủ thì đã có được miễn dịch để bảo vệ khỏi những vi khuẩn này.

Các triệu chứng bao gồm:

Cơ hàm hoặc cổ cứng, khiến cho việc di chuyển hàm hoặc cổ của bạn trở nên khó khăn.

Nụ cười trông thật lạ lùng, không biến mất khi bạn cố gắng thư giãn cơ miệng.

Những cơ bắp căng cứng, đau đớn không buông ra khi bạn cố gắng thư giãn chúng.

Khó thở,khó nuốthoặc cả hai.

Cảm thấy khó chịu hoặc bồn chồn.

Đổ mồ hôi ngay cả khi bạn không tập thể dục hoặc cảm thấy nóng.

Nhịp tim nhanh hơn bình thường hoặc nhịp tim không đều.

Sốt.

Co thắt cơ bắp gây đau đớn kinh khủng.

Những người bị uốn ván nghiêm trọng có thể bị co thắt các khối cơ lớn khiến cơ thể cứng đờ và vồng lên như tấm ván bị uốn cong. Đây là lý do bệnh được đặt tên là “uốn ván”. Các biểu hiện thường thấy:

Nắm chặt tay.

Lưng cong, vồng lên khỏi sàn hoặc giường.

Chân duỗi ra.

Cánh tay di chuyển qua lại.

Khó thở – Họ thậm chí có thể bị ngừng thở khi co thắt cơ hô hấp.Điều này thật sự nguy hiểm!

Gặp bác sĩ hoặc y tá của bạn ngay lập tức nếu bạn bị:

Vết thương đâm thủng, ví dụ như móng tay xuyên qua da.

Một vết cắt, trầy hoặc vết thương khác mà bạn không thể làm sạch hoàn toàn.

Chấn thương và có thứ gì đó lưu lại bên trong cơ thể (như đinh hoặc mảnh thủy tinh).

Một con vật cắn.

Tiểu đườngvà bị đau ở chân, bàn chân hoặc ở nơi khác.

Cứng hàm hoặc cổ,

Các cơ bắp thắt chặt gây đau đớn, bạn cố gắng tự giãn cơ ra nhưng không thể.

Khó thở hoặckhó nuốt.

Đặc biệt quan trọng là trường hợp bạn bị vết thương đâm thủng hoặc vết cắn của động vật và mũi uốn ván cuối cùng của bạn là 5 năm trước hoặc lâu hơn, hoặc nếu bạn không nhớ đã tiêm phòng uốn ván khi nào.

Không.Không có xét nghiệm đơn giản để chẩn đoán uốn ván. Nhưng bác sĩ của bạn sẽ tìm hiểu về các triệu chứng và lịch sử tiêm vắc-xin của bạn, kết hợp với thăm khám. Bệnh nhiễm trùng này thường gặp ở những người bị chấn thương, chưa được tiêm vắc-xin uốn ván hoặc không có thuốc tăng cường vắc-xin đúng.

Có, chắc chắn có.Những người bị uốn vánphải đến bệnh viện. Một số người thậm chí chết vì uốn ván. Các cơ hô hấp bị co thắt có thể sẽ khiến bạn ngừng thở. Cơ hàm và thực quản bị co thắt có thể làm bạn không ăn được..

Các bác sĩ điều trị uốn ván trong bệnh viện, đôi khi trong phòng chăm sóc đặc biệt (ICU). Phương pháp điều trị bao gồm:

Làm sạch vết cắt hoặc vết trầy xước để loại bỏ da và mô có thể có vi khuẩn uốn ván

Cho thuốc để chống nhiễm thêm vi khuẩn khác

Tiêm vắc-xin uốn ván

Dùng thuốc và các phương pháp điều trị để giảm co thắt cơ, khó thở, đau đớn và các triệu chứng khác

Sử dụng máy thở nếu bạn không thể tự hô hấp

Sử dụng ống cho ăn nếu bạn không thể tự ăn hoặc uống

Tập vật lý trị liệu để giúp cơ bắp phục hồi

Bạn đãchuẩn bị trước khi khám bệnh uốn vánchưa? Tìm hiểu ngay để biết đó là những gì nhé!

Đúng.Để giảm khả năng mắc bệnh uốn ván, hãy làm những điều sau:

Tiêm vắc-xin uốn ván

Điều này dạy cho cơ thể của bạn cách chống uốn ván. Hầu hết trẻ em lớn lên ở Việt Nam được tham gia chương trình tiêm chủng mở rộng đã được tiêm vắc-xin này.

Tiêm mũi uốn ván thường xuyên. Người lớn nên tiêm ngừa uốn vánmỗi 10 năm. Đối với các vết thương sâu và dơ bẩn, bạn sẽ cần tiêm thêm mũi vắc-xin uốn ván nếu bạn chưa từng tiêm trong 5 năm qua. Nếu bạn không rõ mình đã từng tiêm vào thời điểm nào, tốt nhất hãy tiêm thêm một mũi tại thời điểm bị thương.

Rửa vết cắt hoặc vết trầy bằng xà phòng và nước, có thể sử dụng thuốc mỡ kháng sinh trên vết thương. Gặp bác sĩ nếu bạn không thể lấy hết bụi bẩn hoặc không thể nhìn thấy tất cả vị trí tổn thương (vd bị thương ở vai, lưng, mặt sau đùi…).

Không tiêm chích ma túy không đảm bảo vô trùng. Không xài chung kim tiêm với người khác.

Chúng ta đã biết, uốn ván có thể gây tử vong. Nhưng may mắn thay lại hoàn toàn có thể phòng ngừa được. Hãy kiểm tra lịch tiêm chủng của mình để chủ động tiêm phòng uốn ván mỗi 10 năm, tránh tình trạng “mất bò mới lo làm chuồng”. Và hãy ghi nhớ các trường hợp có nguy cơ nhiễm uốn ván để xử trí thích hợp, vì sự an toàn của mình và người thân, bạn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-amidan-cap/

Nội dung bài viết

Tổng quan về viêm amidan cấp tính

Nguyên nhân viêm amidan cấp tính

Triệu chứng viêm amidan cấp

Điều trị viêm amidan cấp tại nhà có được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán viêm amidan cấp

Điều trị viêm amidan cấp tính

Biến chứng của viêm amidan cấp

Phòng ngừa viêm amidan cấp

Viêm amidan cấp là một bệnh lý rất thường gặp trong cộng đồng, có thể xảy ra ở mọi độ tuổi nhưng thường gặp nhất là ở trẻ em. Bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra. Mặc dù đa phần người bệnh sẽ tự khỏi tuy nhiên trong một số ít trường hợp nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp bệnh có thể đưa đến những biến chứng nghiêm trọng. Bệnh cũng thường tái đi tái lại gây ảnh hưởng lớn đến công việc, học tập và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Vậy viêm amidan cấp là gì, nguyên nhân gây bệnh và phương pháp điều trị ra sao? Hãy cùng Bác sĩ Tai Mũi Họng Trương Thanh Tâm tìm hiểu thông qua bài viết sau.

Viêm amidan cấp là một quá trình viêm cấp tính của môamidan(còn được biết đến như hai khối mô nằm phía sau họng) và nguyên nhân gây bệnh phần lớn là do nhiễm trùng.1Bệnh thường kéo dài khoảng 3 – 4 ngày nhưng cũng có thể kéo dài đến 2 tuần.23

Bệnh nhiễm trùng cấp tính của mô amidan xảy ra chủ yếu ở trẻ nhỏ trong độ tuổi đi học và gần như tất cả trẻ nhỏ đều sẽ mắc ít nhất một đợtviêm amidancấp trong đời. Cả người lớn và trẻ em đều có nguy cơ mắc bệnh. Bệnh có thể xảy ra vào bất kỳ thời gian nào trong năm nhưng thường xảy ra nhất là vào cuối mùa đông và đầu mùa xuân.1

Amidan khẩu cái (gọi tắt là amidan) là một thành phần thuộc vòng bạch huyết Waldeyer của vùng họng, chúng nằm ở ngã tư giữa đường ăn và đường thở. Vòng bạch huyết này có cấu tạo chủ yếu là mô lympho, bao gồm amidan vòm (hay còn gọi là V.A), amidan vòi, amidan khẩu cái và amidan đáy lưỡi. V.A và amidan lúc sinh ra đã có và là tổ chức bình thường của con người, đóng vai trò như một chốt chặn miễn dịch đầu tiên chống lại sự xâm nhập của các tác nhân gây bệnh được nuốt hoặc hít vào.45

Tác nhân gây bệnh viêm amidan cấp bao gồm cả tác nhân vi khuẩn và tác nhân siêu vi, trong đó tác nhân siêu vi được xem là tác nhân gây bệnh phổ biến hơn.24

Triệu chứng thường gặp của bệnh viêm amidan cấp bao gồm:

Sưng tấy amidan.

Đau họng.

Nuốt khó.

Sưng đau hạch cổ và sốt.

Lựa chọn điều trị viêm amidan cấp tùy thuộc vào tác nhân gây bệnh, vì thế cần chẩn đoán bệnh kịp thời và chính xác. Phẫu thuật cắt amidan thường được chỉ định cho những trường hợp viêm amidan tái phát thường xuyên, không đáp ứng với điều trị thuốc hoặc có những biến chứng nghiêm trọng.4

Siêu vi được xem là tác nhân chủ yếu gây bệnh viêm amidan cấp, trong đó thường gặp một số tác nhân sau đây:6

Adenovirus, cũng được xem là tác nhân thường gặp gây ra cảm lạnh và đau họng.

Rhinovirus, là tác nhân siêu vi gây ra cảm lạnh phổ biến nhất.

Influenza (virus cúm).

Virus hợp bào hô hấp (RSV).

Coronavirus.

Một số tác nhân siêu vi ít phổ biến hơn, có thể kể đến như:

Epstein – Barr virus (EBV).

Herpex simplex virus (HSV).

Cytomegalovirus (CMV).

Bên cạnh tác nhân siêu vi, tác nhân vi khuẩn cũng có khả năng gây bệnh viêm amidan cấp, trong đó vi khuẩn gây bệnh phổ biến nhất là Streptococcus pyogenes (hay còn được biết đến với tên gọi liên cầu khuẩn). Viêm họng – amidan cấp do liên cầu có thể đưa đến những biến chứng nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Một số tác nhân vi khuẩn ít gặp hơn, có thể kể đến như:6

Staphylococcus aureus.

Mycoplasma pneumonia.

Chlamydia pneumonia.

Bordetella pertussis (vi khuẩnho gà).

Fusobacterium.

Neisseria gonorrhoeae (vi khuẩnlậu).

Cornybacterium diphtheria (vi khuẩn bạch hầu).

Các yếu tố thuận lợi làm tăng khả năng mắc bệnh viêm amidan cấp:5

Thời tiết thay đổi đột ngột (bị lạnh đột ngột khi mưa, độ ẩm cao).

Ô nhiễm môi trường do bụi, khí, điều kiện sinh hoạt, vệ sinh kém.

Sức đề kháng kém, cơ địa dị ứng.

Có các ổ viêm nhiễm ở họng, miệng như:sâu răng, viêm nướu, viêm V.A,viêm xoangvà do đặc điểm cấu trúc giải phẫu của amidan có nhiều khe kẽ, hốc, ngách là nơi cư trú, ẩn náu và phát triển của vi khuẩn.

Triệu chứng chính của viêm amidan cấp là sưng tấy amidan, đôi khi tình trạng sưng tấy có thể nghiêm trọng đến mức gây khó thở. Những triệu chứng khác có thể gặp, bao gồm:2

Đau họng, nuốt đau.

Sốt lạnh run.

Nhức đầu, mệt mỏi.

Ăn uống không ngon miệng.

Hơi thở hôi.

Sưng đau hạch cổ.

Amidan hai bên xung huyết, đỏ, có thể thấy những mảng trắng hoặc chấm mủ trên amidan.

Vết loét hoặc chùm những mụn nước trong miệng.

Một số triệu chứng khác ít gặp hơn, bao gồm:4

Đau dạ dày.

Buồn nôn.

Nôn ói.

Giọng nói thay đổi.

Há miệng khó khăn.

Ở những trẻ nhỏ không có khả năng mô tả triệu chứng, có thể quan sát thấy:7

Trẻ chảy nước dãi do nuốt đau hoặc không thể nuốt được.

Trẻ từ chối ăn hoặc bú.

Trẻ kích thích hoặc quấy khóc bất thường.

Vì tác nhân gây bệnh chủ yếu của viêm amidan cấp là tác nhân siêu vi và biến chứng của bệnh cũng tương đối ít gặp, do đó có thể điều trị bệnh lý này tại nhà. Một số phương pháp người bệnh có thể thực hiện để giảm triệu chứng qua đó có thể giúp bệnh hồi phục tốt hơn, bao gồm:248

Uống nhiều nước, có thể chia nhỏ thành nhiều cữ uống trong ngày và uống một lượng nhỏ mỗi cữ.

Dành nhiều thời gian để nghỉ ngơi.

Súc họng với nước muối ấm nhiều lần trong ngày, có thể giúp giảm triệu chứng đau họng.

Có thể sử dụng thuốc xịt họng, viên ngậm và nước súc họng.

Ăn những thức ăn mềm, lạnh (chẳng hạn như kem, thạch và những thức ăn đông lạnh khác)

Có thể sử dụng máy tạo độ ẩm để làm ẩm không khí trong nhà.

Tránh hút thuốc.

Để cải thiện triệu chứng đau họng, với người lớn có thể sử dụngthuốc kháng viêm không chứa steroid NSAIDs(chẳng hạn nhưibuprofen), còn đối với phụ nữ mang thai và những đối tượng khác không thể sử dụng NSAIDs thì thuốc giảm đauparacetamolcó thể là một lựa chọn. Có thể tham khảo liều lượng đúng dựa theo tờ hướng dẫn sử dụng thuốc. Tham khảo ý kiến bác sĩ nếu cần để có thêm nhiều thông tin.

Hòa nửa muỗng cà phê muối vào một cốc nước ấm và khuấy đều đến khi tan hết.

Súc họng với nước muối đã pha (chú ý không nuốt), sau đó nhổ ra.

Có thể lặp lại nhiều lần trong ngày.

Những trẻ quá nhỏ không nên súc họng với nước muối.

Nếu con bạn có những triệu chứng nghi ngờ mắc viêm amidan cấp, cần đến gặp bác sĩ ngay để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Thông thường, trẻ sẽ có những biểu hiện nghi ngờ sau:467

Đau họng kèm sốt.

Đau họng không khỏi sau 24 – 48 giờ.

Nuốt đau hoặc nuốt khó.

Cảm thấy mệt mỏi, quấy khóc khó dỗ.

Lưu ý, cần đưa trẻ đi cấp cứu ngay khi trẻ bất kỳ một trong các biểu hiện sau:7

Khó thở.

Nuốt khó mức độ nghiêm trọng.

Chảy nước dãi liên tục.

Các bác sĩ sẽ tiến hành thăm khám lâm sàng, kiểm tra amidan hai bên nhằm phát hiện những dấu hiệu như: sưng đỏ hoặc hiện diện những chấm mủ trên bề mặt. Họ cũng cần kiểm tra nhiệt độ để xem có bị sốt không. Ngoài ra, họ sẽ thăm khám kiểm tra thêm tai và mũi để tìm xem có những biểu hiện của nhiễm trùng không cũng như đánh giá vùng cổ có bị sưng đau hay nổi hạch không.

Các bác sĩ có thể cần thực hiện thêm một số xét nghiệm để tìm nguyên nhân gây bệnh, chẳng hạn như:26

Các bác sĩ sẽ sử dụng một que phết đưa vào phía sau họng của bạn nhằm mục đích lấy được dịch và những tế bào ở vùng này. Việc này có thể làm bạn cảm thấy hơi khó chịu nhưng sẽ không đau. Que phết sau khi lấy xong có thể tiến hành xét nghiệm test nhanh hoặc đưa đến phòng thí nghiệm cấy để tìm xem có sự hiện diện của tác nhân gây bệnh vi khuẩn liên cầu không. Kết quả test nhanh thường có sau 10 – 15 phút và kết quả cấy thì lâu hơn thường có sau vài ngày.

Xét nghiệm này có thể gợi ý xác định tác nhân gây bệnh là virus hay vi khuẩn.

Điều trị viêm amidan cấp tùy thuộc vào tác nhân gây bệnh là gì.4

Việc điều trị viêm amidan cấp tính chủ yếu là điều trị triệu chứng, đồng thời nâng cao thể trạng của người bệnh. Bệnh nhân chỉ được chỉ định dùng kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn hoặc đe dọa biến chứng.

Vì tác nhân gây bệnh phần lớn là virus do đó viêm amidan cấp thường được điều trị ngoại trú với điều trị nâng đỡ là chủ yếu, bao gồm thuốc giảm đau, hạ sốt và bù đủ nước. Hiếm khi nào viêm amidan cấp cần phải nhập viện. Những loại thuốc như paracetamol hoặc thuốc kháng viêm NSAIDs có thể giúp giảm nhẹ triệu chứng.4

Liên cầu khuẩn là tác nhân vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất, trong trường hợp này bạn cần được sử dụng kháng sinh. Một số thuốc kháng sinh được lựa chọn cho điều trị bao gồm amoxicillin, azithromycin, cephalosporin. Thời gian điều trị có thể từ 5 đến 10 ngày. Đa phần các triệu chứng của bệnh sẽ cải thiện sau 2-3 ngày, tuy nhiên bạn cần phải hoàn thành đủ một đợt điều trị kháng sinh theo đúng chỉ dẫn của bác sĩ. Ngoài ra, người bệnh không được tự ý sử dụng kháng sinh mà không có chỉ định của bác sĩ vì có thể làm tăng nguy cơ đề kháng kháng sinh.4

Những biểu hiện của viêm amidan cấp chỉ xuất hiện và thuyên giảm trong vòng 7 ngày. Viêm amidan cấp có thể gây ra một số biến chứng nguy hiểm nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Những biến chứng của viêm amidan cấp như sau:8

Biến chứng này do EBV gây ra. Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng là một bệnh do virus toàn thân gây nên. Bệnh đặc trưng bởi triệu chứng đau họng và nổi hạch toàn thân. Biểu hiện điển hình của bệnh là tình trạng khó chịu và sốt. Sau đó, người bệnh sẽ cảm thấy đau họng và nổi hạch cổ. Khi khám, amidan người bệnh sẽ to ra, có màng nhầy và có thể có chấm xuất huyết ở vòm họng.

Áp xe phúc mạc (PTA) là một tập hợp mủ giữa xuất hiện quanh amidan vòm họng và cơ co thắt hầu họng trên. Nó thường xảy ra như một biến chứng của viêm amidan cấp, nhưng cũng có thể xảy ra một cách tự phát.9

Mặc dù tình trạng này hiếm gặp tuy nhiên nó vẫn có thể xảy ra. Không những thế, nếu tình trạng nhiễm trùng không được phát hiện sớm, nó có thể lây lan qua các khu vực khác và dẫn đến tử vong.

Những biến chứng thường xảy ra ở đối tượng thanh niên. Do đó, bạn cần theo dõi tình trạng sức khỏe của bản thân và đi khám ngay khi cơ thể có dấu hiệu bất thường.

Cách tốt nhất để phòng ngừa viêm amidan cấp là giữ gìn vệ sinh sạch sẽ, bao gồm:27

Rửa tay thường xuyên, đặc biệt là trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh.

Không sử dụng chung đồ ăn, thức uống hoặc những vật dụng cá nhân như bàn chải đánh răng.

Giữ khoảng cách, hạn chế tiếp xúc với người bệnh có biểu hiện đau họng hoặc mắc viêm amidan cấp.

Để giúp con bạn tránh việc lây lan vi khuẩn hoặc virus gây bệnh cho những người xung quanh, có thể thực hiện một số biện pháp sau:47

Cho trẻ ở nhà, hạn chế tiếp xúc với người khác cho đến khi trẻ khỏe lại.

Tham khảo ý kiến bác sĩ để xem thời điểm thích hợp con bạn có thể quay trở lại trường học.

Dặn con bạn ho hoặc hắt hơi vào khăn giấy hoặc nếu không có, thì có thể ho và hắt hơi vào khuỷu tay và rửa tay sau đó.

Trên đây là những thông tin về bệnh lýviêm amidan cấp. Khi nhận thấy bản thân hoặc con trẻ có những dấu hiệu bất thường. Bạn nên đi khám ngay để được phát hiện bệnh. Từ đó, có phương pháp điều trị kịp thời.

Trong đa số trường hợp, các triệu chứng sẽ cải thiện sau 3 – 4 ngày 3. 9 trên 10 người bệnh sẽ cải thiện triệu chứng và cảm thấy khỏe hơn trong vòng 1 tuần.10

Viêm amidan cấp thì không lây, nhưng những tác nhân nhiễm trùng gây ra nó thì có thể lây từ người này sang người khác trong vòng 24 – 48 giờ trước khi người bệnh biểu hiện triệu chứng. Những tác nhân này thậm chí vẫn có thể lây lan khi các triệu chứng bệnh đã biến mất hoàn toàn.4

Bạn có thể bị viêm amidan cấp nếu ai đó mang mầm bệnh ho hoặc hắt hơi gần bạn và bạn hít phải những giọt bắn này từ họ. Nếu bạn chạm vào đồ vật có chứa những vi sinh vật gây bệnh, chẳng hạn như nắm cửa, sau đó đưa lên mũi hoặc miệng, thì bạn cũng có thể bị viêm amidan cấp.4

Tiếp xúc với nhiều người sẽ làm gia tăng nguy cơ phơi nhiễm với vi khuẩn hoặc virus gây bệnh. Đây là lý do tại sao trẻ em trong độ tuổi đi học thường xuyên mắc bệnh viêm amidan cấp. Nếu trẻ có triệu chứng, tốt nhất bạn nên để trẻ ở nhà để tránh lây lan mầm bệnh.4

Những biến chứng thường xảy ra khi tác nhân gây bệnh là vi khuẩn, bao gồm:27

Áp xe quanh amidan (một tổ chức đầy mủ bao xung quanh amidan).

Nhiễm trùng tai giữa.

Những vấn đề liên quan đến nhịp thở hoặc tình trạng khó thở, ngừng thở xảy ra khi ngủ (được biết đến với cái tên Hội chứng ngưng thở khi ngủ).

Ngoài ra, nếu tác nhân gây bệnh viêm amidan cấp là liên cầu khuẩn và bệnh không được điều trị hoặc điều trị không thích hợp có thể đưa đến những biến chứng nghiêm trọng như sốt thấp khớp, bệnh thấp tim, viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng. Tuy nhiên, những biến chứng này tương đối hiếm gặp.2467

Trong phần lớn trường hợp, các triệu chứng sẽ cải thiện sau vài ngày. Một số biện pháp có thể thực hiện tại nhà nhằm giúp giảm nhẹ triệu chứng, bao gồm:3

Nghỉ ngơi nhiều.

Uống nhiều nước, ăn những thức ăn lạnh.

Uống paracetamol hoặc ibuprofen (lưu ý không sử dụng aspirin cho trẻ dưới 16 tuổi).

Súc họng với nước muối ấm, có thể thực hiện nhiều lần trong ngày (trẻ quá nhỏ có thể không cần thực hiện biện pháp này).

Viêm amidan cấp xảy ra phổ biến hơn ở trẻ nhỏ, bởi vì chúng thường xuyên tiếp xúc gần với những trẻ khác ở trường học hoặc khu vui chơi. Điều này làm gia tăng nguy cơ phơi nhiễm với những tác nhân gây bệnh virus hoặc vi khuẩn. Tuy nhiên, người lớn vẫn có khả năng mắc bệnh viêm amidan cấp.4

Thường xuyên tiếp xúc với người khác là một yếu tố thuận lợi làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Sử dụng phương tiện công cộng hoặc thực hiện các hoạt động nhóm đông người đều sẽ làm gia tăng cơ hội tiếp xúc với các tác nhân gây bệnh.4

Biểu hiện triệu chứng và cách điều trị viêm amidan cấp ở người lớn cũng tương tự như ở trẻ nhỏ. Nếu phẫu thuật cắt amidan được thực hiện ở người lớn thì có thể cần thời gian lâu hơn để hồi phục so với trẻ nhỏ.4

Vì tác nhân gây bệnh viêm amidan cấp chủ yếu là virus, do đó điều trị nâng đỡ là chính và không cần sử dụng kháng sinh.

Trái lại, trong những trường hợp nghi ngờ tác nhân gây bệnh là vi khuẩn như amidan sưng to, xuất tiết mủ, không ho, sốt cao dai dẳng, sưng đau hạch cổ, các triệu chứng tăng nặng không cải thiện sau vài ngày thì các bác sĩ có thể cho bạn sử dụng kháng sinh.

Một điều lưu ý là người bệnh không nên tự ý sử dụng kháng sinh mà không có chỉ định của bác sĩ vì có thể gây ra nhiều tác dụng phụ của thuốc cũng như góp phần làm gia tăng nguy cơ đề kháng kháng sinh.

Amidan là một thành phần quan trọng trong hệ thống miễn dịch của bạn, vì vậy các bác sĩ sẽ cố gắng giúp bạn giữ nó.

Nhưng nếu hai amidan của bạn bị viêm tái đi tái lại nhiều lần (ít nhất 5 – 7 đợt trong 12 tháng qua) hoặc tình trạng sưng tấy amidan hai bên làm bạn khó khăn trong việc hít thở hay nuốt hoặc khi có những biến chứng (như áp xe quanh amidan) thì các bác sĩ có thể chỉ định cho bạn thực hiện phẫu thuật cắt bỏ amidan.246

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-amidan-man-tinh/

Nội dung bài viết

Tổng quan về viêm amidan mạn

Nguyên nhân viêm amidan mạn tính

Triệu chứng của viêm amidan mạn

Điều trị viêm amidan tại nhà có được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán viêm amidan mạn

Điều trị viêm amidan mạn tính

Chăm sóc tại nhà người bị viêm amidan mạn

Cách phòng ngừa viêm amidan mạn

Viêm amidan vốn là bệnh lý không còn xa lạ đối với chúng ta. Trong đó, tình trạng viêm amidan mạn tính cũng thường xảy ra ở nhiều đối tượng. Vậy nguyên nhân của bệnh do đâu? Cách điều trị và phòng ngừa như thế nào? Bài viết của Thạc sĩ Bác sĩ Tai Mũi Họng Đinh Thế Huy sẽ mang đến những thông tin về bệnh lý này.

Vòng bạch huyết Waldeyer bao gồm 4 nhómamidan: amidan khẩu cái, V.A, amidan vòi và amidan lưỡi có thành phần chủ yếu là mô lympho và là một chốt chặn quan trọng bảo vệ sức khoẻ của con người, chúng có chức năng miễn dịch ban đầu chống lại các tác nhân gây bệnh được nuốt hoặc hít vào. Trong đó, amidan khẩu cái (hay gọi tắt là amidan) là 2 khối mô lympho nằm ở khoang miệng, cũng là amidan thường được nhắc đến đến nhất trong 4 nhóm bạch huyết trong vòng Waldeyer vì tần suất các bệnh liên quan cao nhất.12

Chính vì có chức năng miễn dịch và thường xuyên tiếp xúc, chống lại các tác nhân gây bệnh, các thành phần trong vòng bạch huyết Waldeyer là những vị trí dễ bị viêm nhiễm. Amidan là một trong những vị trí thường bị viêm nhiễm nhất dẫn đến các ảnh hưởng sức khoẻ, gây triệu chứng phiền toái cho người bệnh và giảm chất lượng cuộc sống của mọi người.

Viêm amidanlà bệnh lý thường gặp, chiếm khoảng 1,3% bệnh nhân đến khám ngoại trú tại các phòng khám và bệnh viện. Viêm amidan có thể gặp ở cả người lớn và trẻ em. Tuy nhiên, tỷ lệ viêm amidan phổ biến hơn ở trẻ em do sự thiếu hụt miễn dịch sinh lý ở lứa tuổi này.1

Hầu hết các trường hợp viêm amidan là hậu quả của nhiễm trùng, có thể do cả tác nhân siêu vi lẫn vi khuẩn. Viêm amidan còn có thể chia thành viêm amidan cấp và amidan mạn, tùy theo thời gian diễn tiến của bệnh. Đối với viêm amidan mạn, tác nhân gây bệnh thường là vi khuẩn, đặc biệt là nhóm liên cầu beta tiêu huyết nhóm A (GABHS).

Viêm amidan mạn thường biểu hiện thông qua 3 thể bệnh:

Viêm amidan mạn kéo dài biểu hiện bằng các triệu chứng của quá trình viêm không thuyên giảm hoặc không hết hoàn toàn sau 4 tuần.1

Ngoài ra, còn có viêm amidan tái phát nhiều lần, là những đợtviêm amidan cấp tínhnhưng tái phát nhiều lần trong năm, giữa các đợt bệnh thì người bệnh hoàn toàn không có các triệu chứng của viêm amidan. Tuy nhiên, việc tái phát nhiều lần gây nhiều ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh nên viêm amidan tái phát nhiều lần cũng là một chỉ định của phương pháp điều trị phẫu thuật cắt amidan.

Bên cạnh đó, sỏi amidan là một dạng đặc biệt của viêm amidan mạn cũng gây ra nhiều phiền toái cho người bệnh, đặc biệt là vấn đề hơi thở có mùi. Tuy không gây triệu chứng nguy hiểm đến sức khoẻ tuy nhiên làm giảm chất lượng cuộc sống và có chỉ định điều trị.

Trong khuôn khổ bài viết này chúng tôi xin được đề cập tập trung vào 3 thể bệnh của viêm amidan mạn:

Viêm amidan mạn kéo dài.

Viêm amidan tái phát nhiều lần.

Sỏi amidan.

Hầu hết viêm amidan mạn là do tác nhân nhiễm trùng, bao gồm cả tác nhân siêu vi lẫn tác nhân vi khuẩn. Trong đó, viêm amidan mạn chủ yếu do tác nhân vi khuẩn gây ra, xếp hàng đầu là liên cầu beta tiêu huyết nhóm A. Một số tác nhân gây bệnh được liệt kê dưới đây:1234

Các tác nhân siêu vi gây viêm amidan cũng tương tự như các tác nhân gây ra bệnh cảm lạnh thông thường, bao gồm các tác nhân thường gặp như:

Rhinovirus.

Virus hợp bào hô hấp (RSV).

Adenovirus.

Virus cúm.

Coronavirus.

Một số tác nhân đặc biệt khác cũng có thể gây viêm amidan có thể kể đến như:

Virus EBV (Epstein-Barr virus).

Cytomegalovirus.

Rubella.

Viêm amidan do tác nhân vi khuẩn thường gặp hơn so với tác nhân siêu vi ở các thể viêm amidan mạn, có thể kể đến các tác nhân như:

Liên cầu beta tiêu huyết nhóm A (GABHS).

Hemophilius influenza.

Tụ cầu (Staphylococcus aureus).

Phế cầu (Streptococcus pneumoniae).

Bạch hầu (Corynebacterium diphtheriae).

Các chủng yếm khí và hiếu khí.

Ngoài ra, còn có một số tác nhân đặc biệt gây ra viêm amidan mạn nhưgiang mai,lậu,…

Các yếu tố thuận lợi gây viêm amidan mạn hoặc các đợt cấp tính tái phát nhiều lần:3

Ô nhiễm môi trường do bụi, khí, điều kiện sinh hoạt, vệ sinh kém.

Thay đổi thời tiết, khí hậu lạnh, ẩm, đặc biệt khi thời tiết thay đổi đột ngột dễ khiến các đợt bệnh bùng phát.

Một số cơ địa có thể dẫn đến viêm amidan tái phát nhiều lần, viêm amidan mạn như: sức đề kháng kém, cơ địa dị ứng.

Có các ổ viêm nhiễm ở họng, miệng như: sâu răng, viêm nướu, viêm V.A, viêm xoang và do đặc điểm cấu trúc giải phẫu của amidan có nhiều khe kẽ, hốc, ngách là cư trú, ẩn náu và phát triển của vi khuẩn.

Riêng đối với sỏi amidan, một số nguyên nhân hoặc yếu tố thuận lợi góp phần hình thành sỏi amidan bao gồm:56

Vệ sinh răng miệng kém làm thức ăn thừa còn lại bám vào các hốc sẵn có trên bề mặt amidan, hòa cùng với các chất khoáng như canxi hình thành nên sỏi amidan

Amidan lớn, nhiều hốc

Amidan viêm mạn tính kéo dài hoặc tái đi tái lại khiến amidan có xu hướng lớn dần lên (amidan quá phát) hình thành nhiều hốc, tạo điều kiện để các bã thức ăn đọng lại, lâu dần hình thành sỏi amidan nếu người bệnh không vệ sinh răng miệng thường xuyên và đầy đủ.

Là hiện tượng viêm amidan tái đi tái lại. Quá trình viêm có thể làm cho amidan to ra, gọi là thể quá phát hoặc ngược lại, ở người lớn tuổi hơn, viêm amidan tái đi tái lại làm cho amidan xơ teo, trở thành nơi chứa đựng vi khuẩn, gây ra các triệu chứng và biến chứng cho người bệnh.

Các triệu chứng chính của viêm amidan mạn có thể kể đến là:

Đau họng dai dẳng, nhất là khi thời tiết thay đổi, sau khi tiếp xúc với gió lạnh, nước đá.

Hơi thở hôido chất mủ chứa trong các hốc của amidan.

Cảm giác vướng họng, nuốt vướng, thỉnh thoảng phải khạc nhổ do xuất tiết.

Nếu amidan viêm mạn tính quá phát có thể gây khò khè, ngủ ngáy và nặng hơn là ngưng thở khi ngủ.

Viêm amidan mạn có thể biểu hiện bằng những đợt viêm Amidan cấp tái hồi thường là 4-5 đợt/ năm, giữa các đợt hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng.

Các triệu chứng có thể gặp của những đợt viêm amidan cấp tính tái phát bao gồm:1234

Sốt(38 – 39 độ C).

Mệt mỏi, bứt rứt, chán ăn.

Đau họng.

Nuốt đau, nuốt khó.

Hơi thở hôi.

Sưng đau hạch cổ.

Thở khò khè, ngáy to.

Amidan sưng to, đỏ, có thể kèm với các mảng trắng hoặc mủ.

Ở bệnh nhân có viêm xoang mạn hoặc viêm tai giữa mạn, trong những đợt viêm amidan tái hồi bệnhviêm xoang mạnhoặcviêm tai giữacó chiều hướng nặng lên.

Sỏi amidan là thể viêm amidan mạn đặc biệt.567

Sỏi amidan thường có màu vàng nhạt, hình oval, được hình thành do ứ đọng từ các chất bã, mảng bám (có thể có nguồn gốc từ thức ăn, tế bào chết, chất nhầy, nước bọt,…) bị mắc kẹt trong các hốc sẵn có trên bề mặt amidan, vi khuẩn hoặc vi nấm có thể đến bám vào các mảng đó, cùng các chất khoáng kết dính lại sau một thời gian kết tinh thành tinh thể, hay thường được gọi là sỏi amidan. Tuỳ vào cơ địa mà mỗi người có thể hình thành nhiều sỏi nhỏ rải rác hoặc cục sỏi lớn.6

Nhìn chung, sỏi amidan có thể không có triệu chứng, không gây đau và không gây hại cho tình trạng sức khoẻ, tuy nhiên lại là nguyên nhân gây hơi thở hôi, do các chất bã của thức ăn lâu ngày tạo mùi hôi khó chịu cho người bệnh và mọi người xung quanh, gây giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.56

Triệu chứng thường gặp là:

Cảm giác khó thở trong họng, cảm giác vướng ở họng kéo dài.

Ho do kích thích.

Thỉnh thoảng đau tại chỗ và đau lan lên tai.

Hơi thở hôi: Triệu chứng thường gặp nhất và cũng là than phiền chính của người bệnh, những viên sỏi nhỏ thường không gây đau nhưng sẽ làm hơi thở của bạn có mùi hôi do các chất ứ đọng hình thành nên sỏi, khiến bản thân và mọi người xung quanh khó chịu. Đây cũng là một trong các chỉ định phẫu thuật cắt amidan để điều trị vấn đề sỏi amidan.

Thỉnh thoảng là yếu tố nguy cơ gây ra những đợt viêm amidan cấp hoặc những đợt viêm amidan tái đi tái lại, gây nhiều khó chịu cho người bệnh khi phải thường xuyên đến thăm khám tại các cơ sở y tế

Đối với thể viêm amidan mạn kéo dài, thông thường các triệu chứng đã kéo dài và đa số không đáp ứng hoàn toàn với các điều trị thông thường, cho nên các thuốc điều trị tại nhà chỉ làm giảm triệu chứng và không làm hết bệnh hoàn toàn. Người bệnh mắc viêm amidan mạn kéo dài cần có sự chăm sóc y tế từ các bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng và được điều trị phù hợp tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế.

Đối với thể viêm amidan tái phát nhiều lần, trong các đợt tái phát cấp tính, có thể thực hiện các biện pháp sau đây để làm giảm triệu chứng cho người bệnh:23

Nghỉ ngơi, tránh làm việc quá sức trong thời gian bệnh.

Ăn thức ăn mềm, lạnh (như thạch và kem).

Uống nhiều nước, chia thành các lượng nhỏ đều đặn trong ngày.

Súc miệng bằng nước muối ấm để giảm đau họng. Đối với người lớn, có thể súc họng bằng dung dịchparacetamolhoặcaspirin.

Có thể sử dụng các loại nước súc họng/thuốc xịt họng sát khuẩn.

Đối với người lớn, có thể sử dụng thuốc giảm đau, hạ sốt trong trường hợp sốt trên 38,5ºC và cần có sự hướng dẫn của dược sĩ hoặc bác sĩ gia đình.

Đối với sỏi amidan, một số phương pháp có thể giúp người bệnh giảm các triệu chứng và có thể giúp sỏi rơi ra, bao gồm:6

Nước muối ấm có thể làm giảm các triệu chứng khó chịu ở họng như giảm đau họng, làm dịu niêm mạc nhờ tác dụng kháng viêm. Ngoài ra, súc họng với nước muối có thể khiến viên sỏi lỏng ra và rơi ra ngoài.

Một số người chỉ tình cờ phát hiện bản thân mình có sỏi amidan khi ho. Ho có hiệu quả làm lỏng các viên sỏi và giúp chúng rơi ra

Sỏi amidan đôi khi có thể quan sát được khi người bệnh há miệng đủ lớn và có nguồn sáng. Không nên lấy sỏi bằng bàn chải đánh răng vì có thể gây tổn thương nhu mô amidan dẫn đến chảy máu hoặc nhiễm trùng. Que bông gòn là một lựa chọn hợp lí để lấy sỏi amidan, tuy nhiên phương pháp này không được khuyến cáo, vì người bệnh với các động tác thô bạo có thể gây ra các biến chứng nặng nề hơn (như chảy máu hoặc nhiễm trùng).

Đối với viêm amidan mạn, các triệu chứng thường không rầm rộ, nhưng kéo dài gây phiền toái trong cuộc sống của người bệnh. Bạn cần đến gặp bác sĩ trong các trường hợp:1234

Có nhiều đợt tái phát cấp tính trong năm, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống, học tập và làm việc.

Hơi thở hôi dai dẳng.

Đau họng dai dẳng.

Hạch cổ viêm đau dai dẳng.

Amidan quá phát gây nuốt vướng, ngủ ngáy,ngưng thở khi ngủ,…

Amidan quá phát kết hợp với: bệnh tim phổi, chậm tăng trưởng,…

Sỏi amidan dai dẳng, gây hơi thở hôi hoặc gây các biến chứng như viêm amidan cấp tính.

Các bác sĩ chẩn đoán viêm amidan mạn chủ yếu dựa trên triệu chứng và diễn tiến của bệnh.13

Viêm amidan mạn có thể biểu hiện bằng những đợt viêm Amidan cấp tái phát thường là 4-5 đợt/ năm, giữa các đợt hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng hoặc có thể biểu hiện bằng tình trạng viêm mạn kéo dài liên tục nhiều tuần (> 4 tuần) ). Các triệu chứng của viêm amidan mạn đã đề cập ở trên bao gồm: đau họng dai dẳng, nuốt vướng, cảm giác khó thở, ngủ ngáy do amidan quá phát, hơi thở hôi, cảm giác khó chịu trong họng

Amidan to lên do viêm kéo dài hoặc viêm tái phát nhiều lần gây tăng sản nhu mô hoặc do thoái hóa và tắc các hốc amidan, gây nên sỏi amidan.

Thăm khám các trường hợp mắc amidan mạn thường ghi nhận các hình ảnh:7

Amidan thể quá phát: amidan to, vượt qua 2 trụ amidan, đôi khi chạm vào nhau ở đường giữa. Niêm mạc họng đỏ nhẹ, trong các hốc có ít mủ trắng như bã đậu.

Amidan thể xơ teo: amidan nhỏ, bề mặt gồ ghề, lỗ chỗ, chằng chịt xơ trắng. Đôi khi bề mặt có những chấm mủ nhỏ, ấn vào amidan có thể có bã đậu hoặc sỏi amidan phòi ra từ các hốc.

Niêm mạc bề mặt trụ trước dày lên, xung huyết đỏ, đậm màu hơn niêm mạc ở phía ngoài. Trong trường hợp các hốc bị bịt kín bằng lớp màng phủ lên bề mặt amidan, sẽ thấy những nang nhỏ bằng hạt gạo hay hạt đậu xanh, kén bã đậu hoặc chứa nhầy mủ, hoặc sẽ thấy các sỏi amidan màu trắng đục hoặc vàng, hình oval, trong các hốc trên bề mặt amidan.

Hạch cổ sưng đau hoặc không đau cũng là dấu hiệu thường gặp trong các trường hợp viêm amidan mạn.

Lao Amidan thứ phát sau lao phổi: có thể lao Amidan nguyên phát do vi khuẩn lao. Loét và mô hạt ở trên Amidan. Cần làm các xét nghiệm về lao.

Lupus ban đỏ hệ thống: loét nông ở amidan và họng, liền sẹo và tái phát. Đây là bệnh hệ thống, có biểu hiện Lupus trên mặt và biểu hiện toàn thân.

Gôm giang mai biểu hiện bằng những khối sưng không đau, tiếp theo là loét và sẹo. Cuối cùng để lại các lỗ thủng ở trụ Amidan hoặc màn hầu.

Phong: biểu hiện bằng những nốt hoặc loét mất chất.

Sừng hóa amidan: phát triển những nốt xơ trắng bám trên bề mặt amidan và niêm mạc họng. Bệnh thường thường gặp xảy ra ở người lớn, và nhất là ở người bị tiểu đường.

Ung thư amidan: Amidan to một bên, thâm nhiễm cứng, loét, sùi và dễ chảy máu hoặc amidan to một bên, mềm, không loét (ở gian đoạn đầu), tiến triển chậm và có hạch cổ.

Bạch hầu: sưng to amidan hai bên, hạch và lách to, tăng bạch cầu dong lympho trong máu.

Dài mỏm trâm:  Do mỏm trâm dài quá mức (chiều dài bình thường của mỏm trâm < 3cm) kích thích cơ học thần kinh và huyết quản, tùy theo mức độ dài mà có thể kích thích dây thần kinh và gây nên các triệu chứng như đau họng, đau thần kinh vùng họng, đau nhiều vùng amidan và vùng góc hàm, đau có thể tăng lên khi nuốt, khi quay cổ hoặc sờ ấn trong amidan.

Việc điều trị tùy thuộc vào loại viêm amidan mạn bạn đang mắc phải:3

Viêm amidan mạn tái phát thường xuyên: đợt viêm cấp amidan tái hồi điều trị như viêm amidan mạn cấp tính nhưng nếu vẫn tái phát 4 – 5 lần/năm thì nên xem xét chỉ định cắt amidan.

Viêm amidan mạn kéo dài: điều trị nội khoa tích cực bằng kháng sinh trong nhiều tuần (4-6 tuần) với các kháng sinh nhóm beta-lactam hoặc macrolide, clindamycin… kết hợp với các phương pháp làm sạch tại chỗ mà không có kết quả thì xem xét chỉ định cắt amidan.

Sỏi amidan dai dẳng, to, gây đau có thể lấy bằng thìa qua gây tê. Nếu lấy sỏi khó khăn hoặc sỏi gây hôi miệng kéo dài thì có chỉ định phẫu thuật cắt amidan.

Với kỹ thuật tiên tiến hiện nay, đểcắt amidanmang lại những lợi ích thiết thực cho người bệnh như giảm chảy máu, giảm đau và nhanh hồi phục, các bác sĩ sẽ lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp cho người bệnh như phẫu thuật khi người bệnh được gây mê có đặt nội khí quản bằng cách sử dụng dao điện đơn cực hay lưỡng cực, cắt amidan bằng dao laser, dao siêu âm hay coblator, dao plasma,…3

Tương tự như các loại phẫu thuật khác, sau khi cắt amidan, người bệnh sẽ có cảm giác đau vào những ngày đầu. Bác sĩ sẽ chỉ định các thuốc giảm đau để giảm bớt tình trạng này.

Bác sĩ sẽ dựa vào nhiều yếu tố như tình trạng bệnh, thể trạng,… để chỉ định cắt amidan. Do đó, đây được xem là phẫu thuật an toàn. .

Phẫu thuật cắt amdian được xem là an toàn và không ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân.

Hiện nay, hầu hết các phẫu thuật cắt amidan đều được thực hiện dưới gây mê toàn thân. Mục đích là để bộc lộ phẫu trường tốt và kiểm soát chảy máu tốt nhất có thể.

Trong quá trình điều trị, bất kể người bệnh mắc viêm amidan mạn tính hay cấp tính, cũng cần được chăm sóc để giảm nhẹ triệu chứng và hồi phục nhanh hơn. Sau đây là những cách chăm sóc người mắc viêm amidan mạn:8

Nên để người bệnh nghỉ ngơi, ngủ đủ giấc và tránh làm việc quá sức.

Người bệnh nên uống nhiều nước để giữ ẩm cho cổ họng và ngăn ngừa tình trạng mất nước cho cả cơ thể.

Hạn chế các loại thức ăn cứng, khó nuốt. Đồng thời, người bệnh nên uống nước ấm để làm dịu cơn đau họng.

Súc miệng bằng nước muối từ 1/2 thìa cà phê (2,5 ml) muối ăn đến 8 ounce (237 ml) nước ấm có thể giúp làm dịu cơn đau họng.

Vệ sinh không gian sống

Giữ môi trường sống sạch sẽ, làm ẩm không khí và tránh khói thuốc lá, các sản phẩm có tính tẩy rửa mạnh,… là những cách hỗ trợ người bệnh viêm amidan mạn.

Hiện tại vẫn chưa có vắc xin để phòng ngừa viêm amidan mạn. Do đó, ta nên thực hiện các biện pháp sau để phòng ngừa viêm amidan mạn:567

Thường xuyên vệ sinh tai mũi họng sạch sẽ hằng ngày.

Rửa tay thường xuyên.

Trách tiếp xúc gần với người mắc viêm amidan.

Vệ sinh răng miệng đầy đủ.

Tránh khói thuốc lá, ngưng hút thuốc.

Súc họng bằng nước muối hoặc dung dịch súc họng thường xuyên.

Uống đủ nước.

Bài viết đã mang đến cho bạn những thông tin vềviêm amidan mạn tính. Bệnh có thể được điều trị. Cho nên, khi nhận thấy những dấu hiệu bất thường. Bạn nên đi khám ngay để được phát hiện bệnh và được điều trị.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-am-dao/

Nội dung bài viết

Viêm âm đạo là gì?

Nguyên nhân viêm âm đạo

Các yếu tố tăng nguy cơ viêm âm đạo

Dấu hiệu viêm âm đạo

Viêm âm đạo có nguy hiểm không?

Viêm âm đạo không điều trị có thể tự khỏi không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán viêm âm đạo như thế nào?

Điều trị viêm âm đạo

Cách chữa viêm âm đạo tại nhà

Phòng ngừa viêm âm đạo

Viêm âm đạo là một trong những bệnh lý phụ khoa rất thường gặp. Với những triệu chứng như ngứa rát, tiết dịch có mùi khó chịu; viêm âm đạo gây nhiều khó chịu và ảnh hưởng sinh hoạt thường ngày. Vậy viêm âm đạo là gì? Nguyên nhân và cách điều trị như thế nào? Mời bạn cùng Bác sĩ chuyên khoa 1 Sản Phụ khoa Phạm Thị Ngọc Dung tìm hiểu về bệnh lý này qua bài viết sau đây nhé!

Viêm âm đạo là tình trạngâm đạobị viêm, dẫn đến sự ngứa rát, khó chịu, hay tiết dịch.

Nguyên nhân thường gặp có thể do sự mất cân bằng của nấm men và vi khuẩn thường sống trong âm đạo. Hoặc viêm do nhiễm vi trùng hay kí sinh trùng gây bệnh. Giảm nồng độestrogensau mãn kinh và các bệnh da liễu cũng có thể gây ra tình trạng này.

Tuy nhiên, không phải lúc nào cũng dễ dàng tìm ra nguyên nhân. Có thể bạn sẽ cần sự giúp đỡ của bác sĩ để phân loại và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

Ngoài tên viêm âm đạo, bệnh cũng được gọi bằng nhiều tên khác như “viêm phụ khoa”, “viêm vùng kín”,…

Bệnh viêm âm hộ – âm đạo chỉ chung tình trạng viêm củaâm hộ– âm đạo. Trong đó, viêm âm hộ chỉ tình trạng viêm ở bên ngoài vùng kín. Viêm âm đạo chỉ tình trạng viêm bên trong vùng kín của người phụ nữ.

Viêm âm đạo là tình trạng viêm nhiễm ở âm đạo và gây khó chịu cho người bệnh

Những loại viêm âm đạo thường gặp là:1

Viêm âm đạo do vi khuẩn.

Viêm âm đạo do nấm Candida(nấm men).

Viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis.

Viêm âm đạo do virus.

Viêm âm đạo không nhiễm trùng.

Theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC), viêm âm đạo do vi khuẩn ảnh hưởng đến gần 30% phụ nữ ở Hoa Kỳ trong suốt cuộc đời của họ. Đó là nguyên nhân phổ biến nhất của các triệu chứng ở âm đạo.2

Như đã đề cập ở trên, viêm âm đạo được phân thành nhiều loại dựa trên các tác nhân gây bệnh. Có nhiều tác nhân có thể gây viêm âm đạo, phổ biến nhất là vi khuẩn. Các tác nhân khác cũng thường gặp bao gồm:

Nấm men Candida.

Virus.

Ký sinh trùng.

Bệnh lây truyền qua đường tình dục(STIs): nhiễm Trichomonas,Chlamydia,lậuvà Herpes,…

Tiếp xúc với chất kích thích hóa học và chất gây dị ứng.

Thói quen vệ sinh.

Một số bạn đọc thường thắc mắc: “Viêm âm đạo có lây không?”, “Viêm âm đạo có phải là bệnh lây truyền qua đường tình dục không?”. Thực tế, viêm âm đạo có thể được xem như một triệu chứng do một số bệnh lý gây ra – các bệnh này có thể là bệnhcó khả năng lây nhiễm, hay bệnh lây truyền qua đường tình dục. Vì vậy, để trả lời chính xác cho những thắc mắc trên còn phải dựa vào từng nguyên nhân gây viêm âm đạo.

Đây là tình trạng viêm âm đạo thường gặp nhất do rối loạn hệ vi khuẩn thường trú tại âm đạo. Tình trạng này còn được gọi là “loạn khuẩn âm đạo”.

Thông thường, vi khuẩn thường trú ở âm đạo, nhiều nhất là lactobacilli, cân bằng trạng thái khỏe mạnh của âm đạo. Khi loạn khuẩn âm đạo xảy ra, lactobacilli giảm xuống, các chủng vi khuẩn khác nhiều lên, đảo lộn sự cân bằng này.

Gardnarella là một loại vi khuẩn thường được tìm thấy trong âm đạo và là một trong những tác nhân gây viêm vùng này. Sự phát triển quá mức của chúng có thể dẫn đến viêm âm đạo do vi khuẩn.

Streptococcus hoặc Staphylococcus cũng có thể xuất hiển, nhưng thường không dẫn đến nhiễm trùng. Nhiễm trùng do vi khuẩn có thể gây ra khí hư màu trắng xám có mùi tanh.

Loạn khuẩn âm đạo dường như có liên quan đến hoạt động tình dục. Đặc biệt, bệnh thường xảy ra ở những người phụ nữ có nhiều bạn tình hay có bạn tình mới. Trong vài trường hợp hiếm hơn, loạn khuẩn có thể xảy ra ở những người chưa quan hệ tình dục lần nào.

Bình thường, tại âm đạo cũng có một phần rất nhỏ nấm cư trú, nhưng vô hại. Vì một lí do nào đó, nấm – thường là Candida albicans – phát triển quá mức gây viêm. Candida cũng có thể gây bệnh ở những vùng da ẩm ướt của cơ thể như miệng, các nếp gấp da hay móng tay chân.

Nhiễm nấm âm đạo này có thể gây ngứa bộ phận sinh dục và tiết dịch âm đạo đặc, màu trắng với kết cấu giống pho mát.

Một số phụ nữ bị nhiễm nấm âm đạo sau khi sử dụng thuốc kháng sinh. Điều này là dothuốc kháng sinhcó thể tiêu diệt vi khuẩn kháng nấm sống tự nhiên trong âm đạo.

Khi nhiễm nấm âm đạo tái phát hay nhiễm nấm có triệu chứng nặng, bác sĩ sẽ cần phải tìm các nguyên nhân tiềm ẩn nhưđái tháo đườnghay sử dụng kháng sinh,corticoiddài ngày.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Trichomonas là một trong những tác nhân gây bệnh lây qua đường tình dục thường gặp. Đây là loại kí sinh trùng nhỏ xíu có một tế bào, còn được gọi là trùng roi.

Sự nhiễm trùng này gây khó chịu ở bộ phận sinh dục, ngứa và tiết dịch nhiều. Dịch tiết có thể có màu vàng, xanh lá cây hoặc xám, thường có mùi hôi.

Ở nam giới, trùng roi trichomonas thường gâyviêm niệu đạo nam. Ở nữ giới, chúng thường gây viêm âm đạo. Rất nhiều trường hợp nhiễm bệnh mà không có triệu chứng, càng tạo điều kiện cho bệnh lây lan.

Ngoài ra, viêm âm đạo do Trichomonas làm tăng nguy cơ nhiễm các bệnh lây qua đường tình dục khác. Bên cạnh Trichomonas, nhiễm Chlamydia, lậu và Herpes là những bệnh lây truyền qua đường tình dục có thể gây viêm âm đạo.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Virus gây viêm âm đạo thường lây truyền qua đường tình dục. Chúng bao gồm Herpes vàHuman Papillomavirusở người (HPV).

Giun kim,ghẻvàrậncó thể gây viêm âm hộ và âm đạo.

Vệ sinh kém hay những thói quen như thụt rửa âm đạo, dùng vòi xịt có thể gây tổn thương âm đạo.

Quần áo chật có thể cọ xát vào da, gây kích ứng và làm ẩm ướt ở vùng kín.

Dị vật như giấy vệ sinh, băng vệ sinh hay tampon bỏ quên cũng có thể gây viêm âm đạo.

Một số hóa chất có thể gây viêm âm đạo. Chúng thường được tìm thấy trong xà phòng có mùi thơm, nước hoa và thuốc tránh thai âm đạo,chất diệt tinh trùng… Chúng gây dị ứng hay kích ứng làm ngứa, rát vùng âm hộ âm đạo. Hóa chất có thể gây phản ứngdị ứngbao gồm:

Paraben.

Natri sunfat.

Triclosan.

Dioxan.

Nếu bất kỳ thành phần nào trong số này có trong xà phòng hoặc bột giặt của bạn, bạn có thể chuyển sang nhãn hiệu không gây dị ứng hoặc không có mùi thơm. Điều này có thể giúp ngăn ngừa nhiễm trùng của bạn tái phát.

Bên cạnh đó, da bị kích ứng dễ bị viêm âm đạo hơn da khỏe mạnh. Kích ứng cũng có thể làm phục hồi da chậm lại.

Giảm nồng độ estrogen (hormone sinh dục) sau mãn kinh hay sau phẫu thuật cắt bỏbuồng trứnggâyteo niêm mạc âm đạo. Ở nhiều phụ nữ sau mãn kinh, có thể có triệu chứng đau rát âm đạo khi giao hợp, khô hạn hay bốc hỏa.

Những yếu tố sau có thể làm tăng nguy cơ viêm âm đạo:

Thay đổi nồng độ hormone cơ thể. Ví dụ như có thai, sử dụng thuốc viên ngừa thai hay trong giai đoạn mãn kinh. Sự sụt giảm lượng estrogen mà cơ thể bạn tạo ra có thể gây ra những thay đổi đối với âm đạo dẫn đến viêm âm đạo.

Hoạt động tình dục. Ký sinh trùng, vi khuẩn và vi rút gây nhiễm trùng có thể truyền từ người này sang người khác qua quan hệ tình dục. Tùy thuộc vào bệnh lây truyền qua đường tình dục, nhiễm trùng có thể lây lan qua giao hợp âm đạo, quan hệ tình dục qua đường hậu môn hoặc quan hệ tình dục bằng miệng và dẫn đến viêm âm đạo.

Sử dụng sản phẩm có hóa chất dễ gây kích ứng như: xà phòng tạo bọt, có mùi thơm, nước hoa (vùng kín), chất diệt tinh trùng,…

Dùng thuốc, đặc biệt là các thuốc chứa corticoid dài ngày.

Đái tháo đường không kiểm soát.

Thói quen sinh hoạt: vệ sinh không đúng cách, thụt rửa âm đạo, mặc quần lót hay quần mặc ngoài quá chật hay ẩm ướt.

Viêm âm đạo thường có những triệu chứng như:

Dịch âm đạo có màu hay mùi bất thường.

Tiết dịch âm đạo nhiều.

Âm đạo ngứa, rát hay sưng tấy.

Giao hợp đau.

Tiểu rát, tiểu buốt.

Chảy máu âm đạo bất thường.

Dựa vào tính chất của dịch tiết âm đạo bất thường, có thể dự đoán viêm âm đạo này thuộc loại nào. Những ví dụ điển hình như:

Viêm âm đạo do vi khuẩn. Dịch âm đạo thường có màu xám trắng, có mùi khó chịu. Mùi của dịch, thường được mô tả như mùi cá ươn, có thể thấy sau giao hợp.

Viêm âm đạo do nấm. Triệu chứng thường nhất là ngứa rát âm đạo. Dịch âm đạo trắng, đặc, đóng cục thường được mô tả như phô – mai.

Viêm âm đạo do Trichomonas. Trùng roi Trichomonas thường gây triệu chứng dịch âm đạo có màu xanh – vàng, đôi khi còn nổi bọt.

Để tìm hiểu các dấu hiệu cụ thể của từng loại viêm âm đạo, bạn đọc có thể tham khảo thêm bài viết:Những dấu hiệu viêm âm đạo mà có thể bạn chưa biết

Điều quan trọng là cần điều trị viêm âm đạo do vi khuẩn và bệnh Trichomonas. Bởi vì khi nhiễm một trong hai bệnh này có thể làm tăng nguy cơ nhiễm HIV hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác. Tình trạng viêm làm sự bảo vệ của cơ thể giảm sút nên các tác nhân này dễ dàng xâm nhập và gây bệnh. Tác nhân thường gặp như lậu,giang mai,sùi mào gà,herpes sinh dục,HIV,…

Nếu bạn đang mang thai, viêm âm đạo do vi khuẩn hoặc nhiễm Trichomonas có thể làm tăng nguy cơsinh nonvà sinh bé nhẹ cân.3

Người bệnh không nên đợi viêm âm đạo tự khỏi, trừ khi đã biết nguyên nhân gây ra bệnh. Ví dụ, một số bệnh nhiễm nấm âm đạo nhẹ sẽ tự khỏi, nhưng không phải trường hợp nào cũng vậy.

Viêm âm đạo do vi khuẩn thường có thể tự khỏi, nhưng nếu không được điều trị, bệnh có thể làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Nó cũng có thể gây ra các biến chứng nếu người bệnh đang mang thai.

Các triệu chứng của viêm âm đạo do virus có thể tự biến mất. Nhưng trong khoảng thời gian đó, bác sĩ có thể cần biết về bất kỳ bệnh lây truyền qua đường tình dục nào mà bạn mắc phải, để họ có thể theo dõi mọi thay đổi của tế bào. Một số loại virus HPV nguy cơ cao có thể dẫn đếnung thư cổ tử cung.

Vì vậy, để đảm bảo an toàn cho sức khỏe, người bệnh nên đến khám bác sĩ để xác định nguyên nhân gây ra bệnh và được tư vấn về phương pháp điều trị nào là phù hợp nhất.

Bạn nên đến gặp bác sĩ nếu:

Nhận thấy âm đạo, âm hộ có mùi khó chịu, ngứa ngáy hoặc đau rát, có tiết dịch.

Người bệnh có các triệu chứng như sốt, ớn lạnh, đau vùng chậu.

Tất cả các triệu chứng của bạn không biến mất hoàn toàn.

Người bệnh có bất kỳ vấn đề sức khỏe nghiêm trọng nào khác như bệnh đái tháo đường.

Người bệnh là phụ nữ đang mang thai.

Bạn chưa từng bị nhiễm trùng âm đạo trước đó. Việc đến gặp bác sĩ có thể giúp bạn tìm được nguyên nhân, cũng như biết được những dấu hiệu của bệnh.

Bạn đã từng bị nhiễm trùng trước đây.

Bạn đã có nhiều bạn tình hoặc có bạn tình mới gần đây và lo lắng về các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Các triệu chứng trở lại ngay lập tức hoặc ngay sau khi bạn kết thúc điều trị.

Để chẩn đoán bệnh, bác sĩ có thể thực hiện các hoạt động sau:

Bác sĩ sẽ tiến hành kiểm tra tình trạng hiện tại và hỏi về tiền sử bệnh. Bao gồm tiền sử các bệnh lý phụ khoa, các bệnh lý viêm nhiễm âm đạo hay bệnh lây qua đường tình dục. Bác sĩ cũng có thể cần biết về các vấn đề sinh hoạt tình dục và thói quen vệ sinh vùng âm đạo.

Hãy trao đổi với bác sĩ những cảm giác khó chịu hay các triệu chứng bạn cảm thấy. Những gợi ý này sẽ giúp định hướng chẩn đoán.

Bác sĩ có thể tiến hành kiểm tra vùng chậu để kiểm tra bên trong âm đạo xem có bị viêm và tiết dịch quá mức không. Bác sĩ sẽ đặt một dụng cụ gọi là mỏ vịt qua âm hộ để bộc lộ và quan sát vùng âm đạo. Các triệu chứng như viêm, sưng đỏ hay tiết dịch âm đạo sẽ được ghi nhận.

Mẫu bệnh phẩm là dịch tiết âm đạo sẽ được lấy để làm xét nghiệm xem nguyên nhân nào gây ra viêm âm đạo. Xét nghiệm này giúp chẩn đoán xác định và hướng dẫn điều trị.

Nguyên nhân gây viêm âm đạo có thể được chẩn đoán bằng cách kiểm tra sự xuất hiện của dịch âm đạo, nồng độ pH âm đạo, sự hiện diện của mùi hôi và phát hiện các tế bào cụ thể bằng kính hiển vi.

Cách chữa trị phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra. Nó có thể bao gồm steroid tại chỗ có hiệu lực thấp, bôi lên da, thuốc kháng sinh bôi hoặc uống, thuốc chống nấm hoặc kem kháng khuẩn.

Viêm âm đạo do vi khuẩn thường được điều trị bằng thuốc kháng sinh, chẳng hạn như metronidazole (Flagyl) hoặcclindamycin. Lưu ý viêm âm đạo do vi khuẩn có thể tái phát sau khi điều trị.

Các loại thuốc dùng để điều trị viêm âm đạo do nhiễm nấm bao gồm: butoconazole vàclotrimazole.

Các tùy chọn khác bao gồm:

Kem cortisone để điều trị kích ứng nghiêm trọng.

Thuốc kháng histamin, nếu tình trạng viêm xuất hiện do phản ứng dị ứng.

Các dạng estrogen bổ sung như gel/kem bôi, viên đặt hay vòng âm đạo, có thể được dùng để điều trị viêm teo âm đạo ở người mãn kinh.

Đối với viêm âm đạo không do nhiễm trùng, cần chú ý tránh những tác nhân gây kích ứng vùng âm hộ âm đạo như xà phòng, chất khử mùi hay nước hoa vùng kín.

Cần lưu ý một số loại thuốc cần dùng đúng liều lượng và đủ thời gian. Do đó, người bệnh nên đến gặp bác sĩ để được khám, kê đơn và hướng dẫn.

Cần cho bác sĩ biết nếu người bệnh đang mang thai, hay đang nuôi con bằngsữa mẹ. Vì viêm âm đạo có thể ảnh hưởng đến thai nhi, và một số lựa chọn điều trị có thể không phù hợp.

Việc hoàn thành một liệu trình kháng sinh do bác sĩ kê đơn thường sẽ loại bỏ bất kỳ bệnh nhiễm trùng nào và giảm bớt tình trạng viêm nhiễm liên quan. Không nên quan hệ tình dục và tránh các sản phẩm có chứa chất kích thích trong vài ngày sau khi chẩn đoán cũng có thể tăng tốc độ phục hồi.

Nếu đã từng bị viêm âm đạo trước đây, bạn có thể điều trị viêm âm đạo bằng cách sử dụng các sản phẩm không kê đơn có bán tại bất kỳ hiệu thuốc nào. Dược sĩ có thể tư vấn cho bạn sản phẩm phù hợp cho các triệu chứng của bạn và cách sử dụng thuốc.

Bên cạnh đó, một số phương pháp khác cũng giúp điều trị bệnh mà bạn có thể áp dụng. Sử dụng các thực phẩm, hay chất bổ sung chứa probiotics có thể giúp điều trị viêm âm đạo.Tỏiđược biết đến với đặc tính kháng khuẩn, cũng có thể giúp điều trị tình trạng này.

Bạn có thể giảm bớt một số triệu chứng của bệnh viêm âm đạo bằng cách ngồi ngâm trong bồn tắm ngồi – một bồn tắm nông, ấm áp chỉ bao phủ vùng hông của bạn. Thêmdầu trà, hoặc một lượng giấm, hoặcmuối biểnvào bồn tắm có thể giúp tiêu diệt một số vi khuẩn, nếu đó là nguyên nhân gây ra các triệu chứng của bạn.

Cần lưu ý không ngồi trong bồn tắm quá lâu. Dùng khăn lau khô hoàn toàn vùng bị ảnh hưởng sau khi tắm.

Đặc biệt lưu ý đối với người bệnh là phụ nữ mang thai, nên tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi áp dụng các phương pháp điều trị tại nhà để đảm bảo an toàn cho mẹ và thai nhi.

Tham khảo ý kiến bác sĩ nếu tình trạng viêm hoặc tiết dịch không cải thiện sau một tuần điều trị tại nhà.

Chúng ta thường được khuyên giữ cho vùng kín luôn sạch sẽ và khô ráo. Tuy nhiên, các bác sĩ không khuyên dùng thuốc xịt âm đạo hoặc xà phòng có mùi thơm nặng cho vùng kín. Vùng kín chỉ cần rửa sạch thông thường mà không cần đến thụt rửa bằng bất kì chất nào.

Thói quen thụt rửa không những không giúp làm sạch vi khuẩn, mà còn có thể gây kích ứng và quan trọng hơn là có thể che giấu hoặc lây lan nhiễm trùng. Nó cũng loại bỏ các vi khuẩn lành mạnh. Từ đó làm tăng nguy cơ viêm âm đạo.

Nấm mốc thường phát triển ở môi trường ẩm ướt. Do đó, hãy sử dụng quần lót thoải mái và thấm hút tốt để tránh ẩm mốc. Vệ sinh đồ lót sạch sẽ và phơi khô dưới ánh nắng mặt trời hoặc sấy trước khi mặc.

Không chỉ đồ lót, phụ nữ cũng không nên mặc quần quá bó thường xuyên. Quần jean bó sát, quần ngắn tập thể dục hay quần legging không thoáng khí và quần lót không có lớp vải cotton có thể dẫn đến nhiễm trùng nấm men.

Tránh các tác nhân gây kích ứng như tampon, băng vệ sinh có mùi thơm, xà phòng khử mùi và nước hoa vùng kín.

Rửa sạch bọt xà phòng ở vùng sinh dục sau khi tắm và giữ cho vùng kín khô thoáng.

Sử dụng bao cao su khi quan hệ giúp ngăn chặn các tác nhân lây qua đường tình dục, trong đó có Trichomonas.

Bên cạnh đó, không nên quan hệ tình dục bừa bãi vì có thể làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục.

Khám phụ khoa toàn diện hàng năm, bao gồm phết tế bào cổ tử cung nếu bác sĩ đề nghị.

Trên đây là thông tin về bệnhviêm âm đạo. Đây là bệnh lý thường gặp và gây nhiều khó chịu cho nhiều phụ nữ. Những triệu chứng như tiết dịch âm đạo bất thường, ngứa rát vùng kín gây ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt cá nhân của chị em. Hãy để ý đến cô bé của mình để đi khám ngay khi có triệu chứng nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-am-dao-do-trichomonas-vaginalis/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh viêm âm đạo do Trichomonas

Đường lan truyền, lây nhiễm bệnh viêm âm đạo do Trichomonas

Những dấu hiệu và triệu chứng

Khi nào bạn cần gặp bác sĩ?

Những yếu tố nào làm tăng nguy cơ nhiễm Trichomonas vaginalis?

Chẩn đoán nhiễm Trichomonas vaginalis

Ảnh hưởng của bệnh lên phụ nữ mang thai

Điều trị viêm âm đạo do nhiễm Trichomonas

Phòng ngừa viêm âm đạo do Trichomonas

Viêm âm đạo do nhiễm Trichomonas vaginalis là bệnh lây qua đường tình dục khá phổ biến hiện nay. Nhiễm Trichomonas thường xảy ra ở nữ hơn nam. Đặc biệt là phụ nữ trưởng thành, lớn tuổi. Hiện vẫn chưa có vắc – xin phòng bệnh. Hãy cùng tìm hiểu về bệnh viêm âm đạo do Trichomonas qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Trần Minh Quang nhé!

Viêm âm đạodoTrichomonas vaginalislàbệnh lây nhiễm qua đường tình dục(STD) rất phổ biến. Bệnh này là do bị nhiễm ký sinh trùng nguyên sinh có tên làTrichomonas vaginalis. Do đó, bệnh được gọi là nhiễm Trichomonas, hay bệnh Trichomoniasis.

Mặc dù triệu chứng khác nhau nhưng hầu hết mọi người khi bị nhiễm ký sinh trùng này đều không thể biết là mình bị nhiễm.

Trùng roiTrichomonas vaginalis(T. vagis) là một động vật nguyên sinh (protozoa), lây qua giao hợp.

Có thể tìm thấy Trichomonas vaginalis ở âm đạo, niệu đạo và các tuyến nhờn ở âm hộ.1

Nhiễm Trichomonas làbệnh nhiễm trùng qua đường tình dục(STI) có thể chữa được phổ biến nhất thế giới.2

Năm 2012, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính hằng năm có khoảng 142 triệu trường hợp nhiễmT. vagismới trên toàn thế giới. Con số này chiếm gần phân nửa tổng số 357 triệu ca nhiễm các bệnh nhiễm trùng qua đường tình dục (STIs) có thể chữa được. Bao gồmChlamydia,bệnh lậu,giang mai, và Trichomoniasis. Cũng theo dữ liệu này, Đông Nam Á là khu vực có số ca nhiễm các bệnh STIs có thể chữa được cao nhất, với 142 triệu ca.3

Tại Hoa Kỳ, nhiễm Trichomonas là bệnh lây qua tình dục không do virus có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất. Ước tính có khoảng 3,7 triệu người bị nhiễm. Tuy nhiên lại chỉ có 30% xuất hiện các triệu chứng. Bệnh này thường gặp ở nữ hơn nam. Phụ nữ càng lớn tuổi càng có nguy cơ nhiễm Trichomoniasis cao hơn.1

Trichomonas có ổ chứa duy nhất là trong cơ thể người và lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục không an toàn. Ở nữ giới, bộ phận trên cơ thể bị nhiễm trùng roiTrichomonas vaginalisnhiều nhất chính là vùng sinh dục dưới (âm hộ,âm đạo,cổ tử cung, hoặcniệu đạo). Đối với nam giới, trùng roi cư trú ở bên trongdương vật, lỗ niệu đạo.

Bệnh viêm âm đạo doTrichomonas vaginaliscó thời gian ủ bệnh từ 1 – 4 tuần. Nhiều trường hợp không biểu lộ triệu chứng cụ thể, gây ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng.

Khi quan hệ tình dục, trùng roiTrichomonas vaginalisthường lây lan từ dương vật sang âm đạo hoặc ngược lại. Hoặc cũng có thể lây lan từ âm đạo người này sang âm đạo người khác. Hiếm khi trùng roi Trichomonas bị nhiễm ở bộ phận khác của cơ thể như tay, miệng hayhậu môn. Ngoài ra, bệnh cũng có thể lây truyền không qua đường tình dục như qua đồ dùng, quần áo, khăn tắm ẩm ướt, bồn tắm hoặc trong môi trường nước nhiễm trùng roi Trichomonas.

Khoảng 70% người bị nhiễm đều không có dấu hiệu hay triệu chứng nào. Các triệu chứng của Trichomoniasis có thể từ kích ứng nhẹ đến viêm nặng. Triệu chứng nếu có sẽ xuất hiện trong vòng từ 5 đến 28 ngày kể từ ngày bị nhiễm. Còn nếu không có triệu chứng, sẽ rất lâu sau mới có thể có. Triệu chứng xuất hiện và tự hết.1

Bệnh trùng roi đường sinh dục đại đa số không có triệu chứng. Tuy nhiên một số người có thể bị ngứa hoặc kích ứng dương vật, đi tiểu khó và đi tiểu nhiều lần, ngứa rát khi tiểu tiện hoặc xuất tinh. Dương vật có thể tiết dịch niệu đạo và thường khó phân biệt với viêm niệu đạo cũng khá phổ biến.

Một số bệnh nhân nam giới khi nhiễmTrichomonas vaginaliscó biểu hiệnviêm niệu đạo,viêm mào tinhhoặcviêm tiền liệt tuyến.

Xem thêm bài viết:Tràn dịch tinh mạc ở người lớn

Một số triệu chứng của bệnh Trichomoniasis cũng là triệu chứng của tình trạng viêm âm đạo do Trichomonas. Cụ thể như sau:14

Ngứa, rát, tấy đỏ hoặc đau nhức ở cơ quan sinh dục;

Khó chịu, hoặc đau khi tiểu tiện;

Dịch tiết âm đạo (hay còn gọi là huyết trắng) khi nhiễm Trichomonas thường nhờn và nhiều hơn bình thường. Dịch âm đạo có thể trong và trắng (đôi khi có bọt), ngả màu vàng hay xanh, có mùi hôi, có thể kèm theo ngứa rát ở âm hộ.

Trong những trường hợp nhiễm Trichomonas nặng, niêm mạc âm đạo vàcổ tử cungcó những điểm xuất huyết nhỏ lấm tấm (dạng trái dâu tây).

Tuy nhiên, hầu hết các bệnh nhân cả nam và nữ (khoảng 70%) là không có triệu chứng hoặc chỉ có một vài triệu chứng.

Điều này dẫn tới nhiều trường hợp bị nhiễm Trichomonas không được điều trị trong vài tháng tới vài năm.

Bệnh có thể khiến cho việc quan hệ tình dục trở nên không thoải mái. Nếu không được chữa trị, nhiễm trùng có thể kéo dài vài tháng hoặc thậm chí vài năm.

Bệnh có thể dễ dàng chữa bằngkháng sinh. Vì vậy bạn nên khám bác sĩ khi có một trong những triệu chứng sau để tránh biến chứng:4

Tiểu nóng rát;

Tiết dịch âm đạo có mùi hôi;

Tiểu đau;

Đau khi quan hệ;

Gặp tác dụng phụ của thuốc khi điều trị.

Có nguy cơ mắc bệnh.

Có nhiều yếu tố có thể làm tăng nguy cơ nhiễm bệnh và gây viêm âm đạo do Trichomonas, bao gồm:4

Có nhiều bạn tình;

Đã từng bị bệnh lây truyền qua đường tình dục;

Quan hệ tình dục không dùng bao cao su.

Không có các yếu tố nguy cơ bệnh không có nghĩa là bạn không thể mắc bệnh. Những dấu hiệu trên chỉ mang tính tham khảo. Bạn nên hỏi ý kiến bác sĩ chuyên khoa để biết thêm chi tiết.

Nên thực hiện xét nghiệm chẩn đoán ở các phụ nữ có triệu chứng huyết trắng bất thường.

Không khuyến cáo tầm soát thường qui nhiễmTrichomonas vaginalischo dân số chung.

Chỉ nên thực hiện việc tầm soát thường qui cho các đối tượng có nguy cơ cao (có nhiều bạn tình, mắc bệnh lây qua tình dục khác…).

Sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán có độ nhạy và độ đặc hiệu cao được khuyến cáo để xác địnhTrichomonas vaginalis.

Soi tươi huyết trắng là biện pháp đầu tay vì chi phí thấp, đơn giản, tuy rằng độ nhạy không cao. Chúng thường kết hợp với nhuộm Gram. Soi tươi huyết trắng là phương pháp thường được sử dụng bởi vì dễ thực hiện và giá thành rẻ.

Soi tươi tìm thấy trùng roi di động trên lame. Vì thế, đọc kết quả xét nghiệm soi huyết trắng nên thực hiện trong vòng một giờ sau lấy mẫu. Độ chính xác giảm 20% nếu thời gian chờ để đọc kéo dài trên một giờ.

Nhược điểm của soi tươi huyết trắng là độ nhạy của xét nghiệm thấp (51 – 65%), và thấp hơn khi soi tinh dịch.

Soi tươi có thể kết hợp với nhuộm Gram.

Trước đây, khi chưa có các phương pháp chẩn đoán miễn dịch, cấy tìmTrichomonas vaginalistừng là tiêu chẩn vàng cho chẩn đoán.

CấyTrichomonas vaginaliscó độ nhạy tương đối cao 75 – 96% và độ đặc hiệu 100%.

Ở người phụ nữ, độ nhạy của khảo sát các mẫu xét nghiệm lấy từ các dịch tiết cao hơn độ nhạy của khảo sát các mẫu xét nghiệm lấy nước tiểu.

Ở nam giới, mẫu cấy được lấy từ dịch niệu đạo,nước tiểu, và/hoặctinh dịch đồ.

Xét nghiệm miễn dịch được chỉ định khi kết quả soi tươi âm tính.

Nhìn chung, các xét nghiệm miễn dịch chẩn đoánT. vagiscó độ nhạy cao hơn so với soi tươi huyết trắng.

Khảo sát khuếch đại acid nucleic (NAAT) (nucleic acid amplification test), dựa trên cơ sở tìm acid nucleic, có độ nhạy cao. NAAT có khả năng phát hiệnTrichomonas vaginalisnhiều hơn soi tươi huyết trắng 3-4 lần.

Phương pháp Aptima Trichomonas vaginalis assay (của Hologic) phát hiệnT. vagistrong các mẫu huyết trắng, dịch cổ tử cung hay mẫu nước tiểu của người phụ nữ, có độ nhạy 95.3-100% và độ đặc hiệu 95.2-100%.

Xét nghiệm OSOM Trichomonas Rapid Test (của Sekisui Diagnostics) có độ nhạy 82 – 95% và độ đặc hiệu 97 – 100%.

Tuy nhiên, do chi phí cao nên chúng không được xem là khảo sát đầu tay.

Phụ nữ mang thai bị nhiễm Trichomoniasis có nguy cơ cao sẽsinh non(sinh con sớm hơn dự kiến). Ngoài ra, đứa bé sinh ra từ người mẹ bị nhiễm bệnh cũng sẽ có nguy cơ cao bị nhẹ cân.1

Điều trị viêm âm đạo do nhiễm Trichomonas tức là điều trị nguyên nhân gây ra nó – bệnh nhiễm Trichomonas. Các phương pháp điều trị Trichomoniasis có thể bao gồm:5

Bác sĩ sẽ kê thuốc kháng sinh metronidazole để điều trị trong 7 ngày. Nếu bạn nhiễm Trichomonas, bạn và bạn tình nên được cùng điều trị. Đối với người đang mang thai, metronidazole có thể truyền cho thai nhi qua đượcnhau thainên nó không thường được dùng trong thai kỳ. Các tác dụng phụ bao gồmbuồn nôn và nôn,tiêu chảy, quặn thắt bụng, cảm thấy vị kim loại trong miệng, co giật và bệnh thần kinh ngoại biên.

Bệnh nhân không nên uống rượu trong khi đang dùng metronidazole. Do có thể gây đỏ bừng mặt,đau đầu,đau bụng, buồn nôn và nôn.

Người đã từng điều trị Trichomoniasis vẫn có thể bị nhiễm lại. Cứ khoảng 5 người thì có 1 người bị nhiễm lại trong vòng 3 tháng sau khi được điều trị. Để tránh bị nhiễm lại, phải đảm bảo tất cả các bạn tình của bạn đều đã được điều trị. Ngoài ra, phải chờ 7 – 10 ngày mới được quan hệ tình dục trở lại sau khi bạn và bạn tình của bạn đã được điều trị. Phải đi kiểm tra lại nếu các triệu chứng xuất hiện trở lại.

Để phòng bệnh viêm âm đạo do nhiễm trùng roi Trichomonas, mọi người cần ý thức thực hiện hành vi tình dục an toàn:

Không quan hệ tình dục với nhiều người.

Sử dụng bao cao su khi sinh hoạt tình dục.

Đi khám phụ khoa định kỳ đều đặn 2 lần/năm.

Cách tốt nhất để tránh các bệnh lây qua đường tình dục là không quan hệ tình dục qua đường âm đạo, hậu môn hoặc miệng. Nếu có quan hệ tình dục, bạn vẫn có thể làm theo các hướng dẫn sau đây để giảm nguy cơ nhiễm trùng roi Trichomonas:

Duy trì mối quan hệ một vợ một chồng chung thủy từ cả hai phía với người bạn tình đã được xét nghiệm và có kết quả kiểm tra âm tính với STD.

Dùng bao cao su đúng cách mỗi khi quan hệ tình dục để giảm nguy cơ bị Trichomoniasis.

Trao đổi thẳng thắn về nguy cơ tiềm tàng của các bệnh lây qua đường tình dục trước khi quan hệ tình dục với đối tác quan hệ. Bằng cách đó bạn có thể đánh giá đúng đắn được mức nguy cơ khi quan hệ tình dục.

Bệnh viêm âm đạo do Trichomonas vaginalislà một bệnh khá phổ biến thường gặp ở phụ nữ. Nếu bạn có thắc mắc gì hay có các dấu hiệu cũng như triệu chứng của bệnh thì hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn cũng như điều trị một cách phù hợp nhất nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-bang-quang-cap-2/

Nội dung bài viết

Viêm bàng quang cấp là gì?

Nguyên nhân viêm bàng quang cấp

Tại sao viêm bàng quang cấp ở nữ giới phổ biến?

Triệu chứng của viêm bàng quang

Chẩn đoán bệnh viêm bàng quang cấp

Điều trị bệnh viêm bàng quang cấp

Theo dõi

Một số trường hợp đặc biệt

Phòng ngừa viêm bàng quang cấp

Chắc hẳn ai trong số chúng ta đều trải qua cảm giác tiểu máu, tiểu gắt buốt ít nhất một lần trong đời, đặc biệt là giới chị em phụ nữ. Đó có thể là triệu chứng của viêm bàng quang cấp tính. Nhiều người sẽ tự hỏi liệu đó có phải là tình trạng nguy hiểm không, liệu có thể điều trị khỏi bệnh không? Để giải đáp những thắc mắc đó, hãy cùng Bác sĩ Trần Lê Dung tìm hiểu về viêm bàng quang cấp qua bài viết này nhé.

Viêm bàng quangđơn thuần được định nghĩa là viêm bàng quang cấp tính, lẻ tẻ hoặc tái phát ở phụ nữ không mang thai, không có bất thường về giải phẫu và chức năng hệ tiết niệu hoặc bệnh đi kèm.1Đa số nhiễm trùng là do vi khuẩn gây bệnh.

Ngoài ra, đây cũng có thể là hệ quả của dị ứng dung dịch vệ sinh, biến chứng của bệnh khác hoặc tác dụng không mong muốn của thuốc.2Điều trịviêm bàng quang cấptính là điều trị dựa vào nguyên nhân. Nếu căn nguyên là vi khuẩn thì bạn sẽ được điều trị bằngkháng sinh. Nếu nguyên nhân là do dị ứng với các thành phần của thuốc, bạn sẽ được chỉ định ngưng thuốc hoặc thay thế bằng thuốc khác có công dụng tương đương.

Các nghiên cứu cho thấy gần một nửa số phụ nữ có ít nhất một đợt viêm bàng quang trong suốt cuộc đời của họ, gần một phần ba phụ nữ có ít nhất một đợt viêm bàng quang ở tuổi 24.3

Nguyên nhân chính gây viêm bàng quang là do nhiễm khuẩn ngược dòng từ hệ vi khuẩn thường trú quanh miệngniệu đạo, quanhâm đạovà quanhhậu môn.4

E. Coli là vi khuẩn được tìm thấy nhiều nhất ở những bệnh nhân nữ trẻ tuổi với tỉ lệ từ 75  – 90%5, kế đến là S. saprophyticus với tỉ lệ từ 10 – 20%6. Những tác nhân ít gặp hơn như Klebsiella, Proteus và Enterococcus spp. Ở nam giới, E. coli và các Enterobacteriaceae là những tác nhân gây viêm bàng quang phổ biến nhất.

Tuy nhiên đó không phải là nguyên nhân duy nhất. Những yếu tố dưới dây cũng có thể gây raviêm bàng quang cấptính:12

Quan hệ tình dục, sử dụng chất diệt tinh trùng, bạn tình mới.

Người có tiền sửnhiễm khuẩn đường tiết niệuvà tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu thời thơ ấu.

Một số loại thuốc, đặc biệt là thuốc hóa trị ifosfamide và cyclophosphamide.

Điều trị bức xạ vùng chậu.

Sử dụng ống thông tiểu quá lâu.

Nhạy cảm với các sản phẩm nhất định, chẳng hạn như dung dịch vệ sinh phụ nữ, gel tinh trùng hoặc kem dưỡng da.

Biến chứng của các bệnh lý khác, bao gồmđái tháo đường,sỏi thậnhoặcphì đại tuyến tiền liệt.

Viêm bàng quang cấp ở phụ nữ phổ biến hơn nhiều so với nam giới. Có thể là do hậu môn gần niệu đạo hơn ở phụ nữ và niệu đạo ngắn hơn nhiều.

Có một số yếu tố làm tăng nguy cơ viêm bàng quang cấp ở nữ giới, bao gồm:

Quan hệ tình dục.

Vệ sinh vùng kín sai cách: Lau từ sau ra trước khi đi vệ sinh.

Sử dụng ống thông niệu đạo.

Dùng màng tránh thai/màng diệt tinh trùng.

Viêm bàng quang có thể có rất nhiều triệu chứng khác nhau tùy vào mỗi bệnh nhân khác nhau. Nhìn chung, có tất cả khoảng 7 triệu chứng đường tiết niệu dưới được đồng thuận là nhóm triệu chứng gợi ý của viêm bàng quang bao gồm:6

Tiểu nhiều lần.

Tiểu gấp.

Tiểu gắt buốt, tiểu khó.

Tiểu máu.

Tiểu không hết.

Đau/ căng tức trên xương mu.

Đau hông lưng.Viêm bàng quang

Viêm bàng quang

Những triệu chứng toàn thân như sốt, ớn lạnh rất ít khi gặp phải do viêm bàng quang chỉ là tình trạng viêm của lớp niêm mạc bề mặt củabàng quang.6

Mặc dù một số bệnh nhân than phiền về triệu chứng tiểu hôi hay tiểu đục nhưng đây không phải là triệu chứng đáng tin cậy gợi ý viêm bàng quang. Trong những trường hợp này, bệnh nhân có thể uống nhiều nước và tái khám để đánh giá lại.6

Một số nghiên cứu cho rằng càng có nhiều triệu chứng đường tiết niệu dưới thì sẽ càng chẩn đoán chính xác tình trạng viêm bàng quang. Trong số đó, tiểu khó là triệu chứng có giá trị gợi ý cao nhất và càng có nhiều triệu chứng đồng nghĩa mức độ nặng của bệnh càng tăng.7

Cũng có nghiên cứu cho rằng, khi không có tình trạng kích thích và tiết dịch âm đạo bất thường, với sự xuất hiện đồng thời hai triệu chứng tiểu khó và tiểu nhiều lần có thể dự đoán chính xác tình trạng viêm bàng quang với tỉ lệ chính xác hơn 90%.8

Về mặt lâm sàng, chẩn đoán viêm bàng quang đơn thuần có thể dựa vào các triệu chứng đường tiết niệu dưới: tiểu khó, tiểu nhiều lần, tiểu gấp,… và không có tình trạng kích thích hoặc tiết dịch âm đạo.910

Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểunên làm trước tiên, trong những trường hợp chẩn đoán không rõ ràng hoặc những bệnh nhân không đáp ứng với kháng sinh trị liệu thì cần cấy nước tiểu xác định vi khuẩn và kháng sinh đồ.1

Trong viêm bàng quang đơn thuần, các cận lâm sàng hình ảnh học như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính,… rất ít khi cần sử dụng. Tuy nhiên, trong những trường hợp nghi ngờ nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp, bác sĩ có thể yêu cầu thực hiện hình ảnh học để không bỏ sót bệnh.4

Phương pháp điều trị chính là kháng sinh. Việc lựa chọn kháng sinh phù hợp nên dựa vào các yếu tố:1

Chủng và sự nhạy cảm của vi khuẩn gây bệnh.

Hiệu quả của những chỉ định cụ thể trong các nghiên cứu lâm sàng.

Khả năng dung nạp và tác dụng phụ.

Tác động bất lợi về mặt sinh thái.

Chi phí.

Tính khả thi.

Mỗi địa phương khác nhau sẽ có mức độ đề kháng kháng sinh cũng như phổ vi khuẩn khác nhau nên việc lựa chọn kháng sinh cũng cần phải dựa vào đặc điểm cụ thể của từng địa phương. Vì vậy, bệnh nhân không nên tự ý mua thuốc kháng sinh điều trị khi chưa có chỉ định của bác sĩ để giảm thiểu tình trạng đề kháng kháng sinh đang rất nhức nhối hiện nay.

Dưới đây là khuyến cáo sử dụng kháng sinh dành cho viêm bàng quang đơn thuần ở bệnh nhân nữ theo Hội Tiết niệu học Châu Âu:1

Fosfomycin trometamol 3 g liều duy nhất.

Pivmecillinam 400 mg x 3 lần/ ngày/ trong 3 đến 5 ngày.

Nitrofurantoin (ví dụ: nitrofurantoin monohydrate/macrocrystal 100 mg x 2 lần/ mỗi ngày trong 5 ngày).

Kháng sinh thay thế: Nhóm Cephalosporins như Cefadroxil 0.5 g x 2 lần/ngày trong 3 ngày.

Ở những vùng có tỉ lệ kháng với E. Coli < 20%:

Trimethoprim 200 mg x 2 lần/ngày trong 5 ngày (Không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ).

Trimethoprim/Sulfamethoxazole 160/800 mg x 2 lần/ngày trong 3 ngày (Không dùng trong 3 tháng cuối thai kỳ).

Khoảng 90% phụ nữ sẽ không còn triệu chứng trong vòng 72h sau khi sử dụng liều kháng sinh đầu tiên. Việc thăm khám, cấy lại nước tiểu hay thực hiện cận lâm sàng kiểm tra sau đó là không cần thiết ở những bệnh nhân đáp ứng với liệu pháp điều trị.6

Ở những bệnh nhân mà triệu chứng không thuyên giảm sau 2 tuần điều trị cần phải thực hiện lại việc cấy nước tiểu và định danh kháng sinh đồ. Ở những trường hợp này, có thể kháng sinh sử dụng ban đầu chưa phù hợp với chủng vi khuẩn gây bệnh. Khuyến cáo nên sử dụng kháng sinh khác trong khoảng 7 ngày để điều trị lại.1

Có thể được xem xét để điều trị viêm bàng quang trong thai kỳ bằng kháng sinh ngắn ngày, tuy nhiên cần lưu ý không phải tất cả các kháng sinh đều có thể sử dụng. Các kháng sinh có thể cân nhắc sử dụng như:1

Penicillin, cephalosporin, fosfomycin, nitrofurantoin (không dùng trong trường hợp thiếu men glucose-6-phosphate dehydrogenase và trong giai đoạn cuối thai kỳ).

Trimethoprim (không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ).

Sulphonamides (không dùng trong 3 tháng cuối thai kỳ).Viêm bàng quang ở phụ nữ có thai

Viêm bàng quang ở phụ nữ có thai

Nam giới có chiều dài đường niệu đạo dài hơn nữ giới rất nhiều, chính vì vậy rất ít khi ghi nhận viêm bàng quang ở nam giới trưởng thành và khi xảy ra tình trạng này sẽ được phân loại vào nhóm nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp. Lúc này, bên cạnh việc điều trị viêm bàng quang, chúng ta cũng cần phải đi tìm và điều trị bất thường đi kèm để điều trị triệt để cũng như phòng ngừa tái phát ở nam giới.

Thông thường, ít gặp viêm bàng quang đơn thuần mà không liên quan đến bệnh lý củatuyến tiền liệt, do đó cần sử dụng các kháng sinh có thể xâm nhập tốt vào mô tuyến tiền liệt để điều trị cho bệnh nhân nam có triệu chứng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

Thời gian điều trị nên ít nhất 7 ngày, kháng sinh có thể sử dụng là:

Trimethoprim/sulphamethoxazole 160/800 mg x 2 lần/ngày trong 7 ngày.

Hoặc fluoroquinolone nếu phù hợp với kết quả kháng sinh đồ.

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn là tình trạng tái phát của nhiễm khuẩn đường tiết niệu đơn thuần và/hoặc phức tạp, với tần suất ít nhất ba lần trong một năm hoặc hai lần trong sáu tháng qua. Định nghĩa này bao gồm cả viêm bàng quang vàviêm thận bể thận.1

Triệu chứng và chẩn đoán tương tự như lần đầu ngoại trừ một số trường hợp cần làm những xét nghiệm chuyên sâu để tìm ra nguyên nhân gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn.1

Vấn đề quan trọng trong bệnh cảnh này là việc thực hiện phòng ngừa vì bệnh nhân thường rất khó chịu khi cứ phải điều trị mà không hết.

Phòng ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn gồm các bước theo trình tự như sau: tránh các yếu tố nguy cơ, các biện pháp không cần sử dụng kháng sinh và kháng sinh dự phòng. Chúng ta cần tuân thủ thực hiện đúng theo trình tự này:

Một số biện pháp vệ sinh cá nhân và hành vi (ví dụ: thói quen nín tiểu, vệ sinh sau khi đại tiểu tiện…) được đề xuất để giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn.

Các biện pháp không sử dụng kháng sinh:

Điều trị miễn dịch dự phòng: OM-89, một loại vaccine đường uống, điều chế từ E. coli, được khuyến cáo sử dụng cho bệnh nhân nữ bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn.11

Nội tiết tố: Sử dụngestrogenâm đạo ở phụ nữ sau mãn kinh (không dùng estrogen đường uống) cho thấy có khả năng ngăn ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn.11

Một số các phương pháp khác: dự phòng bằng men vi sinh (Lactobacillus spp.). Điều trị dự phòng bằng D-mannose. Bơm một số chất vào bàng quang. Tuy nhiên, các phương pháp này hiệu quả trên lâm sàng chưa rõ ràng.

Các biện pháp sử dụng kháng sinh: Kháng sinh dự phòng có thể được dùng với liều thấp liên tục trong thời gian dài (ba đến sáu tháng), hoặc dự phòng sau quan hệ tình dục. Hai phương pháp này được áp dụng khi áp dụng thay đổi thói quen hàng ngày và các biện pháp không kháng sinh không hiệu quả và cần có sự tư vấn trước khi áp dụng.

Nitrofurantoin 50 mg hoặc 100 mg mỗi ngày một lần.

Fosfomycin trometamol 3 g mỗi 10 ngày.

Trimethoprim 100 mg mỗi ngày một lần.

Trong khi mang thai Cephalexin 125 mg hoặc 250 mg hoặc Cefaclor 250 mg mỗi ngày một lần.

Dự phòng sau quan hệ tình dục nên được xem xét ở phụ nữ mang thai có tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường xuyên trước khi bắt đầu mang thai, để giảm nguy cơ.

Không phải lúc nào bạn cũng có thể ngăn ngừa được bệnhviêm bàng quang cấptính. Nhưng có những mẹo giúp hạn chế nguy cơ vi khuẩn xâm nhập vào niệu đạo:2

Uống nhiều nước giúp bạn đi tiểu thường xuyên hơn và thải vi khuẩn ra khỏi đường tiết niệu trước khi nhiễm trùng.

Đi tiểu càng sớm càng tốt sau khi quan hệ tình dục.

Lau từ trước ra sau sau khi đi tiêu để ngăn vi khuẩn từ vùng hậu môn lây lan sang niệu đạo.

Tránh sử dụng các dung dịch vệ sinh gây kích ứng niệu đạo, chẳng hạn như thụt rửa, xịt khử mùi và phấn.

Giữ gìn vệ sinh cá nhân, rửa sạch bộ phận sinh dục hàng ngày.

Tắm vòi hoa sen thay vì tắm bằng bồn.

Tránh sử dụng các phương pháp ngừa thai có thể làm thay đổi sự phát triển của vi khuẩn, chẳng hạn như màng phim diệt tinh trùng.

Đừng nhịn tiểu quá lâu.

Bạn cũng có thể thêm nước ép nam việt quất hoặc các chất bổ sung nam việt quất trong chế độ ăn của mình. Nhưng vẫn chưa có bằng chứng khoa học chính xác khẳng định về hiệu quả của nam việt quất trong việc điều trị. D-mannose có thể là một lựa chọn để ngăn ngừa nhiễm trùng tiểu tái phát. Nhưng hiện tại, bằng chứng chính xác về hiệu quả của nó vẫn còn hạn chế.

Trên đây là những thông tin về vấn đềviêm bàng quang cấp. Đây là căn bệnh phổ biến và đem lại rất nhiều phiền toái. Hầu hết các trường hợp sẽ đáp ứng với thuốc kháng sinh. Số ít trường hợp không đáp ứng sẽ cần bác sĩ đánh giá kỹ hơn để tìm ra nguyên nhân. Hi vọng bài viết này có thể đem lại những kiến thức bổ ích cũng như giải đáp phần nào thắc mắc của quý bạn đọc.

Hầu hết viêm bàng quang đơn thuần sẽ đáp ứng với kháng sinh điều trị, thậm chí trong một số trường hợp có thể tự khỏi mà không cần sử dụng thuốc và rất ít khi những biến chứng nguy hiểm xảy ra trên nền viêm bàng quang đơn thuần được y văn ghi nhận. Những trường hợp đáp ứng kém với kháng sinh điều trị sẽ được bác sĩ tư vấn và đi tìm nguyên nhân. Tuy nhiên, không phải vì thế mà bệnh nhân có thể tự ý mua kháng sinh sử dụng khi không có chỉ định của bác sĩ. Việc đánh giá mức độ đơn thuần/phức tạp phải do Bác sĩ chuyên ngành Tiết niệu đánh giá vì việc đánh giá sai hay tự ý điều trị do chủ quan có thể đem lại hậu quả nặng nề.

Được. Nhưng chỉ trong trường hợp viêm bàng quang đơn thuần và đã được bác sĩ Tiết niệu đánh giá mức độ. Bệnh nhân có thể mua thuốc theo toa của bác sĩ và điều trị ngoại trú. Trong trường hợp tuân thủ và đáp ứng với điều trị, bệnh nhân có thể không cần tái khám nếu điều kiện không cho phép.

Bất cứ khi nào bạn có các bất thường về triệu chứng đường tiết niệu dưới như tiểu gắt buốt, tiểu nhiều lần, tiểu máu, đau hông lưng,… hoặc triệu chứng toàn thân như sốt, ớn lạnh, vã mồ hôi, nôn ói,… đều có thể đến ngay cơ sơ y tế gần nhất để được tư vấn và thăm khám. Trong một vài trường hợp như tiểu máu thoáng qua, tiểu gắt buốt thoáng qua,… bạn có thể tự theo dõi thêm tại nhà nếu triệu chứng không xuất hiện dai dẳng. Tuy nhiên, chúng tôi không khuyến cáo bạn tự mua thuốc kháng sinh điều trị trong những trường hợp này vì việc này có thể làm gia tăng

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-bang-quang-xuat-huyet/

Nội dung bài viết

Viêm bàng quang xuất huyết huyết là gì?

Nguyên nhân viêm bàng quang xuất huyết

Triệu chứng bệnh viêm bàng quang xuất huyết

Chẩn đoán bệnh

Điều trị bệnh viêm bàng quang xuất huyết

Cách ngăn ngừa bệnh viêm bàng quang xuất huyết

Viêm bàng quang xuất huyết là một bệnh biểu hiện nước tiểu có máu và các triệu chứng khó chịu ở đường tiết niệu. Đây là kết quả của việc tổn thương biểu mô chuyển tiếp của bàng quang và các mạch máu bởi chất độc, mầm bệnh, bức xạ, thuốc hoặc bệnh tật. Viêm bàng quang xuất huyết có nhiều biểu hiện và được phân loại dựa trên mức độ tiểu máu. Bài viết sau đây của ThS.BS Trần Quốc Phong sẽ cung cấp cho bạn một số thông tin hữu ích liên quan đến bệnh viêm bàng quang xuất huyết.

Viêm bàng quang xuất huyết là tình trạng lớp niêm mạc và mạch máu bên trong bàng quang bị tổn thương, gây ra các đốm xuất huyết trên bề mặt bàng quang.1

Điều này có thể gây ra nước tiểu có máu. Tùy vào lượng máu trong nước tiểu, có 4 cấp độ phân loại viêm bàng quang xuất huyết:2

Độ I là chảy máu vi thể (không nhìn thấy được).

Độ II là chảy máu có thể nhìn thấy.

Độ III chảy máu với cục máu đông nhỏ.

Độ IV chảy máu với cục máu đông đủ lớn để chặn dòng chảy của nước tiểu và cần được loại bỏ.

Xem thêm:Màu nước tiểu phản ánh sức khỏe bên trong cơ thể bạn như thế nào?

Nguyên nhân phổ biến của viêm bàng quang xuất huyết là hóa trị, có thể bao gồm các loại thuốc cyclophosphamide hoặc ifosfamide.3

Các loại thuốc này trong cơ thể phân hủy thành chất độc acrolein. Acrolein đi đếnbàng quangvà gây tổn thương niêm mạc bàng quang.3

Thường các triệu chứng xuất hiện sau khi hóa trị từ vài tuần đến vài tháng.

Điều trị ung thư bàng quang bằng trực khuẩnCalmette-Guérincũng có thể gây nên viêm bàng quang xuất huyết.2

Các loại thuốc ung thư khác, bao gồm thiotepa và busulfan, là những nguyên nhân ít phổ biến hơn gây ra tình trạng này.1

Xạ trị vào vùng xương chậu có thể gây ra viêm bàng quang xuất huyết vì nó phá hủy các mạch máu cung cấp lớp niêm mạc của bàng quang.

Viêm bàng quang xuất huyết có thể xuất hiện vài tháng, thậm chí vài năm sau khi xạ trị.

Các virus có thể gây raviêm bàng quang xuất huyếtlà adenovirus, polyomavirus vàherpes simplexloại 2.

Vi khuẩn, nấm và ký sinh trùng là những nguyên nhân ít phổ biến hơn gây ra bệnh này.

Hầu hết những người có viêm bàng quang xuất huyết do nhiễm trùng thường có hệ thống miễn dịch suy yếu do ung thư hoặc điều trị ung thư.

Những người cần hóa trị hoặc xạ trị vùng chậu có nguy cơ mắc bệnh cao hơn.3

Xạ trị vùng chậu điều trị ung thư tuyến tiền liệt,cổ tử cungvà bàng quang.3

Sử dụng Cyclophosphamide và Ifosfamide điều trị nhiều loại ung thư bao gồmung thư hạch,ung thư vúvàung thư tinh hoàn. Đây là những loại thuốc có nguy cơ gây xuất huyết tại bàng quang.3

Người có nguy cơ cao nhất với bệnh này là những người cần ghép tủy xương hoặctế bào gốc. Nguyên nhân là do phác đồ điều trị cần kết hợp cả hóa trị và xạ trị. Điều đó làm suy yếu hệ miễn dịch và tăng khả năng nhiễm trùng.4

Dấu hiệu phổ biến là có máu trongnước tiểu.2

Trong giai đoạn đầu của bệnh, máu chảy rất nhỏ nên bạn sẽ không nhìn thấy nó.2

Ở giai đoạn I, bạn có thể thấy nước tiểu nhuốm máu, nước tiểu có lẫn máu hoặc thậm chí có cục máu đông.2

Trong giai đoạn IV, cục máu đông có thể lấp đầy bàng quang và ngăn dòng chảy của nước tiểu.2

Các triệu chứng của bệnh này tương tự như các triệu chứng củanhiễm trùng đường tiết niệu. Nhưng chúng có thể nặng hơn và kéo dài hơn, bao gồm:5

Cảm thấy đau khi đi tiểu.

Phải đi tiểu thường xuyên.

Cảm thấy cần đi tiểu gấp.

Mất kiểm soát bàng quang.

Hãy nói chuyện với bác sĩ nếu cảm thấy bản thân có các triệu chứng kể trên. Nhiễm trùng tiểu hiếm khi gây ratiểu có máu. Nếu thấy máu hoặc cục máu đông trong nước tiểu, hãy liên hệ với bác sĩ ngay lập tức để được hỗ trợ y tế.

Bác sĩ có thể nghi ngờviêm bàng quang xuất huyếttừ các dấu hiệu và triệu chứng của bạn và nếu bạn có tiền sử hóa trị hoặc xạ trị. Để chẩn đoán và loại trừ các nguyên nhân khác, chẳng hạn như khốiu bàng quanghoặcsỏi bàng quang, bác sĩ có thể:5

Xét nghiệm máu để kiểm tra tình trạng nhiễm trùng,thiếu máuhoặc rối loạn đông máu.

Xét nghiệm nước tiểu để kiểm tra máu vi thể, nhiễm trùng hoặc ung thư.

Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh bằng chụp CT, MRI hoặc siêu âm.

Nội soi bàng quan.

Tùy thuộc vào nguyên nhân và mức độ. Có nhiều lựa chọn điều trị. Một số phác đồ vẫn đang trong quá trình thử nghiệm.

Thuốc kháng sinh, kháng nấm hoặc kháng vi – rút có thể được sử dụng để điều trị nhiễm trùng.

Các lựa chọn điều trị liên quan đến hóa trị hoặc xạ trị bao gồm:5

Đối với bệnhgiai đoạn đầu, điều trị có thể bắt đầu bằng truyền dịch qua đường tĩnh mạch để tăng lượng nước tiểu và làm sạch ngoài bàng quang. Kết hợp thuốc giảm đau và thuốc giãn cơ bàng quang.

Nếu chảy máu nhiều hoặc các cục máu đông làm tắc bàng quang, điều trị bằng cách đặt một ống thông bàng quang để tống các cục máu đông ra ngoài và rửa bàng quang. Nếu vẫn tiếp tục chảy máu, bác sĩ phẫu thuật có thể sử dụng phương pháp nội soi bàng quang để tìm vùng chảy máu và cầm máu bằng dòng điện hoặc tia laser.

Điều trị cũng có thể bao gồm đặt thuốc vào bàng quang. Sodium hyaluronidase là một loại thuốc điều trị nội khoa có thể làm giảm chảy máu và giảm đau.

Một loại thuốc điều trị khác là acid aminocaproic. Nhưng thuốc này có tác dụng phụ là hình thành cục máu đông ở các vị trí khác trên cơ thể.

Oxy hyperbaric (HBOT) là phương pháp điều trị bao gồm thở oxy 100% trong buồng kín. Phương pháp điều trị này làm tăng lưu lượng oxy từ đó giúp chữa lành và cầm máu. HBOT cần điều trị hằng ngày trong tối đa 40 buổi.

Nếu các phương pháp khác không hiệu quả, bác sĩ sẽ làm thủ thuật thuyên tắc mạch. Thủ thuật này gây cảm giác đau và khó chịu.3

Biện pháp cuối cùng đối vớiviêm bàng quang xuất huyếtcấp độ cao là cắt bỏ một phần bàng quang. Phẫu thuật này có thể gây nhiễm trùng và chảy máu. Nhưng việc cắt bỏ u nang để chữa viêm bàng quang là rất hiếm.3

Không có cách nào để ngăn chặn hoàn toàn. Uống nhiều nước trong khi xạ trị hoặc hóa trị có thể giúp tăng lượng nước tiểu và làm sạch bàng quang. Uống nước ép nam việt quất cũng có thể hữu ích trong quá trình điều trị.5

Các bác sĩ điều trị ung thư sẽ cố gắng ngăn ngừa viêm bàng quang xuất huyết bằng nhiều cách. Có thể bao gồm hạn chế số lượng tia xạ và khu vực chiếu xạ để bảo vệ bàng quang. Một cách khác để giảm nguy cơ là đặt thuốc vào bàng quang để tăng cường niêm mạc bàng quang trước khi điều trị.5

Viêm bàng quang xuất huyếtlà tình trạng bàng quang bị viêm gây ra các đốm xuất huyết trên bề mặt bàng quang. Các nguyên nhân phổ biến nhất là hóa trị và xạ trị. Dấu hiệu chính của viêm bàng quang xuất huyết là có máu trong nước tiểu. Không có cách nào để ngăn chặn hoàn toàn viêm bàng quang xuất huyết. Uống nhiều nước có thể giúp tăng lượng nước tiểu và làm sạch bàng quang.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-bao-hoat-dich-khop-lam-gi-de-cai-thien-dau-sung-tai-nha/

Nội dung bài viết

Các triệu chứng của viêm bao hoạt dịch khớp

Khi nào đến gặp bác sĩ

Nguyên nhân nào có thể gây ra viêm bao hoạt dịch khớp

Các yếu tố rủi ro

Phòng ngừa viêm bao hoạt dịch khớp như thế nào?

Viêm bao họa dịch khớp được chẩn đoán như thế nào?

Viêm bao hoạt dịch có thể có biện pháp điều trị nào tại nhà?

Viêm bao hoạt dịch khớp được điều trị như thế nào?

Bao hoạt dịch là những túi chứa dịch lỏng hoạt động như một tấm đệm giữa xương, gân, khớp và cơ. Khi những túi này bị viêm nó được gọi là viêm bao hoạt dịch khớp. Đây là một tình trạng xảy ra tương đối phổ biến. Tuy nhiên vì lý do chủ quan nhiều người tự điều trị tại nhà và không đến gặp bác sĩ.

Có hơn 150 bao hoạt dịch trong cơ thể con người. Nó có tác dụng đệm và bôi trơn các điểm giữa xương, gân và cơ gần khớp. Các bao hoạt dịch được bao bọc bằng các tế bào hoạt dịch. Tế bào hoạt dịch tiết ra chất bôi trơn làm giảm ma sát giữa các mô. Lớp đệm và chất bôi trơn này cho phép các khớp của chúng ta cử động dễ dàng. Khi một người bị viêm bao hoạt dịch,  mọi cử động ở các khớp bị đau.

Các vị trí phổ biến nhất của viêm bao hoạt dịch khớp là khớp ở vai, khuỷu tay và hông. Tuy nhiên bạn cũng có thể bị ở những khớp như ở đầu gối, gót chân và đốt gần ngón chân cái. Những vận động mạnh, liên tục hoặc bị chấn thương, và đôi khi nhiễm trùng do bệnh gút hoặc viêm khớp dạng thấp đều có thể gây ra viêm bao hoạt dịch khớp

Điều trị bệnh thường bao gồm để cho khớp bị ảnh hưởng nghỉ ngơi và bảo vệ khớp khỏi chấn thương thêm. Trong hầu hết các trường hợp, cơn đau do viêm bao hoạt dịch khớp sẽ biến mất trong vòng vài tuần nếu được điều trị thích hợp. Tuy nhiên tình trạng này thường tái phát lại nhiều lần.

Một người bị viêm bao hoạt dịch có thể có một hoặc nhiều triệu chứng sau:

Đau tăng khi cử động và đau âm ỉ khi nghỉ ngơi.

Vị trí khớp sưng tấy.

Khớp cứng, khó vẫn động.

Nếu tình trạng này là do nhiễm trùng, nó được gọi là viêm bao hoạt dịch nhiễm trùng. Một người bị viêm bao hoạt dịch nhiễm trùng có thể có thêm các triệu chứng sau:

Sốt.

Nóng, đỏ ở khớp bị ảnh hưởng.

Khớp bị ảnh hưởng có cảm giác nóng khi chạm vào.

Viêm bao hoạt dịch khớp trong trường hợp nhẹ có thể tự thuyên giảm triệu chứng tại nhà. Tuy nhiên với những triệu chứng nghiêm trọng nên cần được đi khám.

Các triệu chứng nghiêm trọng hơn bao gồm:

Đau cứng khớp không thể vận động.

Đau kéo dài hơn 2 tuần.

Sưng quá mức, bầm tím, phát ban hoặc mẩn đỏ ở khớp bị ảnh hưởng.

Sốt.

Nguyên nhân phổ biến nhất của viêm bao hoạt dịch là các chuyển động hoặc tư thế lặp đi lặp lại gây áp lực lên các bao hoạt dịch quanh khớp. Những ví dụ bao gồm:

Các vận động thể thao như: quần vợt, cử tạ, bóng bàn, chơi nhạc cụ,.

Dựa hoặc tì vào khuỷu tay trong thời gian dài.

Tư thế chân quỳ rộng ở các công việc như trải thảm, chà sàn.

Các nguyên nhân khác bao gồm chấn thương ở các khớp hoặc chấn thương vùng gần khớp, viêm khớp như viêm khớp dạng thấp, bệnh gút và nhiễm trùng.

Xem thêm:Độc hoạt: Vị thuốc trị đau xương khớp

Bất kỳ ai cũng có thể bị viêm bao hoạt dịch khớp. Tuy nhiên có một số yếu tố nhất định có thể làm tăng nguy cơ như:

Tuổi tác:Tình trạng trở nên phổ biến hơn khi lớn tuổi.

Nghề nghiệp:Nếu công việc của bạn đòi hỏi phải chuyển động lặp đi lặp lại hoặc gây áp lực lên các khớp cụ thể, nguy cơ phát triển viêm bao hoạt dịch. Ví dụ như trải thảm, lát gạch, làm vườn, vẽ tranh, chơi nhạc cụ,…

Các vấn đề sức khỏe khác:Một số bệnh và tình trạng toàn thân, như viêm khớp dạng thấp, bệnh gút và tiểu đường sẽ làm tăng nguy cơ phát triển viêm bao hoạt dịch. Thừa cân có thể làm tăng nguy cơ viêm bao hoạt dịch khớp háng và đầu gối.

Mặc dù không phải tất cả các loại viêm bao hoạt dịch khớp đều có thể ngăn ngừa được. Tuy nhiên bạn có thể giảm nguy cơ và mức độ nghiêm trọng của viêm bao hoạt dịch bằng một số mẹo trong khi làm công việc như:

Nếu công việc đòi hỏi bạn cần thường xuyên quỳ xuống. Hãy sử dụng một chiếc đệm lót dưới đầu gối.Miếng đệm lót sẽ giúp giảm áp lực lên đầu gối và hạn chế tình tgangj viêm bao hoạt dịch gối.

Nâng đồ nặng đúng cách:Khi công việc của bạn là thường hay khuân vác, tư thế nâng đồ đúng là quan trọng. Nó giúp bạn tránh được các chấn thương cột sống, khớp háng, khớp gối và tránh bị viêm bao hoạt dịch ở những vị trí này. Khi nâng vật, gập đầu gối đưa trọng tâm hạ thấp xuống. Dùng hai tay cầm chắc vật, sau đó từ từ nâng trọng tâm lên, lưng giữ thẳng. Với tư thế này sẽ tránh được áp lực lên cột sống và khớp háng.

Hạn chế mang vác vật nặng:Việc mang vác đồ quá nặng có thể làm khéo cơ, gân ở các khớp và có thể làm viêm bao hoạt dịch. Thay vào đó, bạn nên sử dụng xe chở hoặc xe đẩy có bánh sẽ tốt hơn.

Nghỉ giải lao thường xuyên:Nếu bạn có công việc đòi hỏi những động tác lập đi lập lại. Hãy nên ngắt quãng thời gian làm việc và cho các khớp nhỉ ngơi, tránh vận động lâu dài.

Duy trì cân nặng hợp lý:Thừa cân gây áp lucwh nhiều hơn cho các khớp đặc biệt là khớp háng, khớp gối.

Tập thể dục:Tăng cường cơ bắp có thể giúp bảo vệ các khớp tốt hơn.

Khởi động và duỗi cơ trước bắt đầu tham gia các hoạt động gắng sứcđể bảo vệ khớp không bị tổn thương đột ngột.

Thông thường viêm bao hoạt dịch khớp có thể chẩn đoán dễ dàng khi thăm khám và hỏi về tác nhân. Tuy nhiên, một số trường hợp có thể cần làm xét nghiệm để chẩn doán phân biệt với các bệnh khác hoặc nghi ngờ viêm bao hoạt dịch nhiễm trùng. Các xét nghiệm (nếu cần) có thể bao gồm:

Các xét nghiệm hình ảnh:Hình ảnh X-quang không thể chẩn đoán chính xác viêm bao hoạt dịch khớp. Tuy nhiên nó có thể cần làm để giúp cẩn đoán các nguyên nhân khác gây đau sưng khớp. Một số ít trường hợp sẽ cần chụp MRI để chẩn đoán rõ ràng hơn.

Xét nghiệm khác:Bác sĩ có thể yêu cầu xét nghiệm máu hoặc chọc dịch từ bao dịch viêm để phân tích nhằm xác định chính xác nguyên nhân gây viêm và đau khớp.

Các biện pháp bạn có thể thực hiện để giảm đau do viêm bao hoạt dịch bao gồm:

Nghỉ ngơi và hạn chế vận động các khớp bị ảnh hưởng.

Nếu khớp bị sưng viêm, chườm đá để giảm sưng trong 48 giờ đầu tiên.

Dùng thuốc không kê đơn, có tác dụng giảm đau kháng viêm như ibuprofen (Advil, Motrin IB, những loại khác) hoặc naproxen sodium (Aleve, những loại khác). Một số có sẵn ở dạng kem thoa lên da.

Nếu bạn bị bao hoạt dịch khớp gối, đệm đầu gối khi ngủ nghiêng bằng cách đặt một chiếc gối nhỏ giữa hai chân.

Thông thường tình trạng này sẽ thường tự khỏi. Các biện pháp chăm sóc như nghỉ ngơi, hạn chế tối thiểu vận động các khớp đau, chườm đá và uống thuốc giảm đau có thể làm giảm cảm giác sưng đau. Nếu các biện pháp chăm sóc không hiệu quả, bạn có thể cần:

Nếu xét nghiệm cho thấy bao hoạt dịch có nhiễm trùng, bác sĩ sẽ kê đơn thuốc kháng sinh. Thuốc kháng sinh thường dùng bằng đường uống hoặc thuốc tiêm tĩnh mạch trong những trường hợp nghiêm trọng.

Vật lý trị liệu hoặc các bài tập nhẹ nhàng có thể tăng cường các cơ ở khu vực bị ảnh hưởng giúp giảm đau và ngăn ngừa tái phát.

Thuốc corticosteroid được tiêm vào bao hoạt dịch sẽ giúp giảm đau và kháng viêm ở những vị trí như vai, khuỷu gối.Corticoidgiúp ngăn chặn một chất hóa học trong cơ thể được gọi là prostaglandin (một chất gây viêm). Tuy nhiên thuốc tiêm corticoid không dùng thường quy. Chỉ những trường hợp nghiêm trọng, đau viêm nhiều dai dẳng mới cần dùng đến. Với phương pháp điều trị này thường sẽ hiệu quả giảm đau, sưng viêm nhanh chóng. Thông thường trong nhiều trường hợp, bạn chỉ cần tiêm một mũi.

Sử dụng tạm thời gậy chống hoặc dụng cụ hỗ trợ khác sẽ giúp giảm áp lực lên khớp bị ảnh hưởng.

Viêm bao hoạt dịch khớpcó một tình trạng khá phổ biến và có thể tự hồi phục tại nhà. Tuy nhiên, những trường hợp nghiêm trọng như trở nên đau cứng khớp không thể vận động, đau kéo dài hơn 2 tuần, sưng quá mức, bầm tím, phát ban hoặc mẩn đỏ ở khớp bị ảnh hưởng hoăc có kèm theo sốt. Bạn cần phải đến cơ sở y tế để được khàm và điều trị đúng cách.

Tham khảo thêm:3 loại vitamin quan trọng cho xương khớp

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-bi-co/

Nội dung bài viết

Bệnh viêm bì cơ là gì?

Nguyên nhân gây bệnh viêm bì cơ

Triệu chứng bệnh viêm bì cơ

Cách chẩn đoán viêm bì cơ

Cách điều trị viêm bì cơ

Biến chứng của viêm bì cơ

Bệnh lý liên quan đến viêm bì cơ

Hướng diễn tiến viêm bì

Viêm bì cơ là bệnh lí mô liên kết tự miễn hiếm gặp. Bệnh thường gặp trên hai nhóm là trẻ em và người lớn tuổi. Bệnh gây biểu hiện đa dạng trên da, yếu cơ và có thể ảnh hưởng đa cơ quan. Viêm bì cơ có thể tự thoái lui nhưng cũng có thể gây yếu cơ vĩnh viễn, tàn tật và tử vong. Hãy cùng tìm hiểu để hiểu rõ hơn về bệnh cũng như cách để điều trị hiệu quả qua bài viết của Bác sĩ chuyên khoa Da liễu Huỳnh Thị Như Mỹ nhé!

Viêm bì cơ là bệnh lý do tình trạng viêm vô căn ở cơ với các triệu chứng đặc trưng ở da. Ngoài ra, bệnh lý cũng có thể ảnh hưởng đến khớp, thực quản, phổi và tim với mức độ không đồng nhất. Khi vắng mặt các dấu hiệu trên da đặc trưng hoặc bệnh lí của cơ thì rất khó để chẩn đoán bệnh.

Bệnh thường xảy ra nhiều nhất ở hai nhóm đối tượng là trẻ em và người lớn tuổi. Viêm bì cơ cũng có thể gây hiện tượng loạn dưỡng lắng đọng canxi, thường quan sát thấy nhất ở lứa tuổi trẻ em và dậy thì.

Viêm cơ bì xảy ra ở trung bình khoảng 9,63 ca trên 1 triệu dân. Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Hai lứa tuổi thường gặp nhất là 50 tuổi ở người lớn và 5 – 10 tuổi ở trẻ em. Nữ giới nhiều gấp 2 lần nam giới.

Hiện nay, không có cách chữa bệnh viêm bì cơ hết hoàn toàn. Tuy nhiên, việc điều trị có thể giúp  giai đoạn cải thiện triệu chứng (thuyên giảm) có thể xảy ra. Điều trị có thể làm sạch các phát ban da và giúp bạn lấy lại sức cơ và chức năng vận động.

Viêm bì cơ là bệnh lí tự miễn nội sinh. Khi đó, hệ thống miễn dịch của bạn tấn công nhầm vào các mô cơ thể. Các mạch máu nhỏ trong mô cơ bị ảnh hưởng đặc biệt trong viêm bì cơ. Các tế bào viêm bao quanh các mạch máu và cuối cùng dẫn đến phá hủy các sợi cơ. Bệnh được cho là bị kích hoạt bởi nhiều yếu tố môi trường ở những người có mang gen mẫn cảm.

Yếu tố môi trường:Các yếu tố nguy cơ đã được biết đến gồm thuốc, nhiễm trùng, tia cực tím (UV),thiếu vitamin Dvà khói thuốc lá.

Người mang gen mẫn cảm:Người ta thường thấy sự xuất hiện của viêm bì cơ ở cặp song sinh cùng trứng và người thân trực hệ của các cá nhân bị ảnh hưởng. Điều này cho thấy vai trò của các yếu tố di truyền trong việc phát triển bệnh viêm bì cơ.

Viêm bì cơ là một bệnh viêm cơ vô căn, không đồng nhất về mặt lâm sàng và có thể khó để chẩn đoán. Các biểu hiện ở da đôi khi khác nhau. Và chúng có thể hoặc không xảy ra cùng lúc với viêm cơ và sự ảnh hưởng toàn thân trong quá trình thời gian.

Lý do đến khám ở bệnh nhân viêm cơ bì thường là ở da. Biểu hiện ở da cũng thường là triệu chứng khởi phát của bệnh trong khoảng 40% các trường hợp. Những biểu hiện ở da bạn có thể gặp như:

Ban đỏ vùng giữa mặt.

Thay đổi cấu trúc nếp móng.

Phát ban mặt trên ngoài đùi.

Có thể có ngứa vùng da tổn thương.

Tróc vảy da đầu hoặc rụng tóc lan tỏa.

Poikiloderma trên bệnh nhân viêm bì cơ.

Ban da xuất hiện chủ yếu ở vùng da tiếp xúc ánh sáng.

Phát ban qua rìa mí mắt, có thể có phù nề quanh ổ mắt.

Phát ban mặt lưng bàn tay, nhất là trên các đốt ngón tay.

Bệnh lý ở cơ có thể xuất hiện đồng thời hoặc trước hoặc xuất hiện sau biểu hiện ở da từ nhiều tuần đến nhiều năm. Các dấu hiệu ở cơ gồm:

Yếu cơ gốc chi.

Yếu hoặc mỏi cơ khi lên cầu thang, đi bộ, đứng lên khi ngồi, chải tóc hoặc lấy đồ vật cao hơn vai.

Đau cơ: có thể xảy ra nhưng không phải triệu chứng điển hình của viêm bì cơ.

Dấu hiệu toàn thân có thể gồm:

Khó nói.

Thoái hóa ác tính ở người lớn.

Nhịp tim nhanh, bệnh cơ tim giãn nở.

Viêm loét dạ dày – ruột, thường gặp ở trẻ em.

Sốt, đau khớp, mệt mỏi, sút cân, hiện tượngRaynaud.

Khó nuốt nếu bệnh ảnh hưởng đến cơ vân thực quản.

Vôi hóa mô dưới da, có thể gây cứng khớp, thường thấy ở trẻ em.

Trào ngược dạ dày thực quản nếu bệnh ảnh hưởng cơ trơn thực quản.

Bệnh phổi kẻ và một số bệnh lý hô hấp liên quan đến yếu cơ liên sườn.

Trẻ em có thể xuất hiện dáng đi nhón chân do co cứng gập của mắt cá chân.

Để chẩn đoán bệnh lí viêm bì cơ, bác sĩ cần kết hợp trên thăm khám các triệu chứng của bạn và cho tiến hành các xét nghiệm, thủ thuật để hỗ trợ.

Việc thăm khám có thể ghi nhận các biểu hiện bệnh lí ở da gồm:

Ban đỏ tím (Heliotrope).

Sẩn Gottron.

Ban đỏ ở má.

Phát ban tím (violaceous erythema): xuất hiện tại các bề mặt duỗi, kèm theo mụn cóc và thay đổi ở da quanh móng.

Hoặc poikiloderma (Vết tăng/giảm sắc tố, giãn mạch, teo da) tại vùng da vùng  da tiếp xúc ánh sáng.

“Dấu hiệu V ở cổ”: là tình trạng phát ban tím hoặc poikiloderma quanh vùng cổ trước.

“Dấu hiệu khăn choàng” là tình trạng phát ban tím hoặc poikiloderma liên quan đến lưng trên và vai sau.

Các biểu hiện hiếm gặp ở da bao gồm tổn thương dạng chốc bóng nước và ban đỏ da, thường phổ biến hơn ở những bệnh nhân mắc bệnh ác tính.

Ngoài ra, người bệnh có thể có các biểu hiện bệnh lý ở cơ gồm:

Yếu cơ vùng cổ.

Yếu cơ đầu gần ở cả tứ chi.

Nhóm cơ duỗi thường bị ảnh hưởng nhiều hơn nhóm cơ gấp.

Khó khăn trong việc thay đổi tư thế từ ngồi hoặc nằm sang đứng dậy mà không có hỗ trợ.

Sức cơ đầu xa, cảm giác, phản xạ gân xương thường không bị ảnh hưởng trừ khi có yếu cơ hoặc teo cơ nghiêm trọng.

Xét nghiệm máu

Kháng thể đặc hiệu viêm cơ.

Nồng độ kháng thể kháng nhân.

CA-125 và CA-19-9 để sàng lọc ác tính.

Nồng độ enzyme trong cơ (ví dụ: creatine kinase, aldolase, aspartate aminotransferase, lactic dehydrogenase).

Xét nghiệm hình ảnh

Điện cơ.

X quang ngực.

X quang có cản quang.

MRI hoặc siêu âm của cơ bắp.

Hình ảnh để sàng lọc các khối u ác tính tiềm ẩn, bao gồm chụp CT ngực, bụng và xương chậu, cũng như siêu âm qua tim và chụp nhũ ảnh cho phụ nữ.

Xét nghiệm đánh giá hệ thống cơ quan

Điện tâm đồ.

Đo áp lực thực quản.

Nội soi đại tràng để sàng lọc bệnh ác tính tiềm ẩn.

Pap-smear ở phụ nữ để sàng lọc ác tính.

Xét nghiệm đánh giá chức năng hô hấp, đo dung tích sống phổi.

Thủ thuật

Các thủ thuật sau đây có thể hữu ích trong việc đánh giá viêm bì cơ:

Sinh thiết da.

Sinh thiết cơ (mở hoặc kim nhỏ).

Không có cách chữa khỏi viêm bì cơ, nhưng việc điều trị có thể cải thiện các vấn đề da, cũng như sức cơ và chức năng cơ bắp của bạn. Việc điều trị càng được bắt đầu sớm thì càng hiệu quả.

Các loại thuốc dùng để điều trị viêm bì cơ bao gồm:

Corticosteroid: Các loại thuốc nhưprednisoncó thể kiểm soát các triệu chứng viêm bì cơ một cách nhanh chóng. Nhưng sử dụng kéo dài có thể có tác dụng phụ nghiêm trọng. Vì vậy, bác sĩ có thể kê toa một liều tương đối cao để kiểm soát các triệu chứng của bạn lúc đầu.Sau đó, khi các triệu chứng của bạn được cải thiện, bác sĩ sẽ giảm liều.

Thuốc không corticosteroid: Khi được sử dụng với một corticosteroid, những thuốc này có thể giúp giảm liều và tác dụng phụ của corticosteroid. Hai loại thuốc phổ biến nhất cho bệnh viêm bì cơ là azathioprine (Azasan, Imuran) và methotrexate (Trexall).

Rituximab (Rituxan): Được sử dụng phổ biến hơn trong điều trị viêm khớp dạng thấp, rituximab là một lựa chọn nếu các liệu pháp ban đầu không kiểm soát hiệu quả các triệu chứng của bạn.

Thuốc trị sốt rét: Đối với phát ban kéo dài, bác sĩ có thể kê toa thuốc chống sốt rét, chẳng hạn như hydroxychloroquine (Plaquenil).

Kem chống nắng: Bảo vệ làn da của bạn khỏi ánh nắng mặt trời bằng cách thoakem chống nắngvà mặc quần áo bảo hộ và đội mũ là rất quan trọng để kiểm soát phát ban của viêm bì cơ.

Tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng của bạn, bác sĩ có thể đề nghị:

Vật lý trị liệu: Bác sĩ có thể chỉ cho bạn các bài tập để giúp duy trì và cải thiện sức mạnh của bạn. Những bài tập giúp nâng cao sự linh hoạt của bạn. Ngoài ra, bạn có thể được tư vấn về một mức độ hoạt động thích hợp.

Ngôn ngữ trị liệu: Nếu cơ bắp nuốt của bạn bị ảnh hưởng, liệu pháp nói có thể giúp bạn học cách bù đắp cho những thay đổi đó.

Đánh giá chế độ ăn uống: Sau này trong quá trình viêm bì cơ, việc nhai và nuốt có thể trở nên khó khăn hơn. Một chuyên gia dinh dưỡng có thể dạy bạn cách chế biến các loại thực phẩm dễ ăn.

Globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch (IVIg): IVIg là một sản phẩm máu tinh khiết có chứa các kháng thể khỏe mạnh từ hàng ngàn người hiến máu. Những kháng thể này có thể ngăn chặn các kháng thể gây tổn hại tấn công cơ và da trong viêm bì cơ. Được truyền dưới dạng tĩnh mạch, phương pháp điều trị IVIg rất tốn kém và có thể cần phải được lặp lại thường xuyên để có tác dụng tiếp tục.

Phẫu thuật: Phẫu thuật có thể là một lựa chọn để loại bỏ cơn đau do lắng đọng canxi và ngăn ngừa nhiễm trùng da tái phát.

Chế độ ăn uống cân bằng:Những bệnh nhân viêm bì cơ cần bổ sung nhiều protein. Những bệnh nhân khó nuốt hoặc trào ngược cần tránh ăn uống trước khi ngủ hoặc có chế độ ăn đặc biệt tùy thuộc vào độ nặng của bệnh

Hoạt động thể lực:nên được duy trì càng nhiều càng tốt. Tránh hoạt động thể lực nặng trong giai đoạn bệnh đang tiến triển. Vật lý trị liệu và các bài tập phục hồi chức năng được khuyến cáo ở mọi giai đoạn bệnh lí của viêm bì cơ.

Bạn cần lưu ý tránh nắng và sử dụng các biện pháp chống nắng.

Những trường hợp bùng phát viêm bì cơ hoặc có ảnh hưởng đến cơ quan nội tạng thì bạn cần phải nhập viện.

Nghỉ ngơi tại giường đối với các trường hợp nặng

Những bệnh nhân mắc chứng khó nuốt hoặc trào ngược nên nằm đầu cao. Một số trường hợp cần thiết phải đặt ống thông dạ dày.

Những bệnh nhân bị yếu cơ, đặc biệt là trẻ em, vật lý trị liệu rất hữu ích. Nó giúp ngăn ngừa các biến chứng bệnh khi bệnh nhân không di chuyển hoàn toàn khớp. Các bài tập phục hồi chức năng cũng được khuyến nghị cho cả bệnh nhân người lớn và trẻ em. Việc luyên tập giúp duy trì sức mạnh cơ bắp, ngay cả trong quá trình bệnh hoạt động.

Các biến chứng có thể có của viêm bì cơ bao gồm:

Khó nuốt: Nếu các cơ trong thực quản của bạn bị ảnh hưởng, bạn có thể gặp vấn đề về nuốt (chứng khó nuốt). Điều này có thể gây giảm cân và suy dinh dưỡng.

Viêm phổi hít: Khó nuốt cũng có thể khiến bạn hít phải thức ăn hoặc chất lỏng, bao gồm cả nước bọt, vào phổi (hít).

Vấn đề về hít thở: Nếu tình trạng ảnh hưởng đến cơ ngực của bạn, bạn có thể có vấn đề về hô hấp, chẳng hạn như khó thở.

Lắng đọng canxi: Hiện tượng canxi hóa có thể xảy ra trong cơ bắp, da và các mô liên kết khi bệnh tiến triển. Lắng đọng này phổ biến hơn ở trẻ em và phát triển sớm.

Viêm bì cơ có thể gây ra các tình trạng khác hoặc khiến bạn có nguy cơ mắc chúng cao hơn, bao gồm:

Hiện tượng Raynaud:Tình trạng này khiến ngón tay, ngón chân, má, mũi và tai của bạn trở nên nhợt nhạt khi tiếp xúc với nhiệt độ lạnh.

Bệnh mô liên kết khác:Các bệnh lý khác, chẳng hạn như lupus, viêm khớp dạng thấp, xơ cứng bì và hội chứng Sjogren, có thể xảy ra với viêm bì cơ (hội chứng chồng lấp).

Bệnh tim mạch:Viêm bì cơ có thể gây viêm cơ tim. Một số ít người bị viêm bì cơ cũng mắc suy tim sung huyết và rối loạn nhịp tim.

Bệnh phổi:Bệnh phổi kẽ có thể xảy ra với viêm bì cơ. Bệnh phổi kẽ là một nhóm các rối loạn gây ra sẹo (xơ hóa) mô phổi, làm cho phổi cứng và không co giãn. Các dấu hiệu và triệu chứng bao gồm ho khan và khó thở.

Ung thư:Viêm bì cơ ở người lớn có liên quan đến việc tăng khả năng phát triển ung thư, đặc biệt là cổ tử cung, phổi, tuyến tụy, vú, buồng trứng và đường tiêu hóa. Nguy cơ ung thư tăng theo tuổi tác, mặc dù nó dường như chững lại ba năm hoặc lâu hơn sau khi chẩn đoán viêm da cơ địa. Viêm bì cơ cũng có thể phát triển sau khi bạn nhận được chẩn đoán ung thư.

Viêm bì cơ có thể tự giới hạn trong 20% trường hợp. Khoảng 5% bệnh nhân tiến triển nhanh có thể dẫn đến yếu cơ vĩnh viễn, tàn tật hoặc tử vong. Viêm bì cơ thể nặng ở trẻ em có thể gây co cứng cơ. Lắng đọng nốt canxi là biến chứng của viêm bì cơ tuy ít gặp ở người lớn nhưng phổ biến ở trẻ em, có thể gây co cứng và tàn tật vĩnh viễn.

Các yếu tố tiên lượng nặng gồm:

Có bệnh lý ác tính kèm theo.

Bệnh ảnh hưởng đến tim mạch, hô hấp, thực quản.

Hơn 60 tuổi.

Tình trạng tử vong trong viêm bì cơ thường do yếu cơ hoặc biến chứng hô hấp – tuần hoàn. Bệnh nhân cũng có thể tử vong do bệnh lý ác tính.

Ung thư và viêm bì cơ có mối liên hệ với nhau. Khoảng 25% bệnh nhân viêm bì cơ có hoặc sẽ xuất hiện ung thư sau 3 – 5 năm (ung thư buồng trứng, vú, tuyến tiền liệt, phổi, tụy…).

Việc điều trị càng sớm sẽ hiệu quả sẽ càng tăng. Vì vậy, bạn hãy tìm đến sự tư vấn của bác sĩ khi có những ban da không xác định được nguyên nhân cùng với sự yếu cơ dần đi.

Viêm bì cơlà bệnh lí tự miễn với cơ chế bệnh phức tạp. Các triệu chứng của bệnh trên da, cơ cũng rất đa dạng. Ngoài ra, bệnh còn có thể ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan và có nhiều biến chứng nghiêm trọng. Chính vì vậy việc điều trị bệnh là rất cần thiết, bắt đầu càng sớm thì càng hiệu quả.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-cau-than-mot-benh-ly-khong-the-xem-thuong/

Nội dung bài viết

Viêm cầu thận là gì?

Nguyên nhân viêm cầu thận?

Ai là người có thể mắc bệnh viêm cầu thận cấp?

Viêm cầu thận biểu hiện như thế nào?

Bệnh viêm cầu thận có nguy hiểm không?

Viêm cầu thận điều trị như thế nào?

Bệnh có điều trị khỏi được không?

Làm cách nào để nhận biết sớm và phòng ngừa viêm cầu  thận?

Viêm cầu thận là một bệnh lý liên quan đến miễn dịch gây ảnh hưởng đến thận. Bệnh hoàn toàn có thể kiểm soát được. Nhưng cũng có thể gây nhiều hệ luỵ nguy hiểm nếu không phát hiện và điều trị kịp thời. Hãy theo dõi bài viết này để trang bị cho mình những thông tin cơ bản về nó nhé.

Thậnđảm nhiệm nhiều nhiệm vụ quan trọng khác nhau. Chúng bao gồm: Lọc máu, tái hấp thu chất quan trọng, bài tiết chất thải, điều hoà cân bằng môi trường trong cơ thể.

Một đơn vị lọc cơ bản của thận gồm có: cầu thận, các mạch máu thận và ống thận. Máu sẽ đi trong các mạch máu đến cầu thận, được cầu thận lọc và tạo thành nước tiểu tại ống thận.

Viêm cầu thận là một bệnh lý gây nên bởi phản ứng viêm tại đây. Điều nãy dẫn đến tổn thương và làm chức năng của thận bị ảnh hưởng đáng kể.

Viêm cầu thận do các phức hợp miễn dịch lắng đọng. Tuy nhiên nguồn gốc của phức hợp này có thể rất khác nhau:

Thường nhất là sau nhiễm liên cầu trùng.

Các loại vi trùng khác ít gặp hơn: thương hàn,giang mai, phế cầu…

Nhiễm siêu vi: viêm gan,quai bị, sởi, thuỷ đậu.

Kí sinh trùng:sốt rét, toxoplasma,…

Lupus ban đỏ hệ thống.

Henoch Schonlein.

Bệnh Goodpasture.

Một số trường hợp không rõ nguyên nhân.

Nhìn chung, mọi lứa tuổi đều có thể mắc bệnh. Nhưng trẻ em có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn. Nguyên nhân nổi bật thường gặp ở đối tượng này là sau bị liên cầu trùng nhóm A (tên chính xác làStreptococcus pyogenes,một chủng vi khuẩn hay gây nhiễm trùng da và họng).

Viêm cầu thận có thể rất âm thầm hoặc biểu hiện nhiều triệu chứng khác nhau:

Triệu chứng luôn luôn có, có thể thấy được bằng mắt thường hoặc chỉ có thể phát hiện thông qua xét nghiệm phân tích nước tiểu.

Triệu chứng khó nhận biết, thường phát hiện qua phương tiện xét nghiệm. Khi tiểu đạm lượng nhiều thì có thể biểu hiện triệu chứng tiểu bọt gợi ý (bọt tồn tại lâu sau khi đi tiểu).

Các vị trí phù thường thấy là phù mi mắt, phù mặt, phù chân.

Tiểu ít, rối loạn tri giác,…

Phù có thể trong nhiều bệnh lý khác nhau, trong đó thận là một vị trí không thể loại trừ.

Nếu không được can thiệp đúng lúc và phù hợp, bệnh sẽ rất nguy hiểm. Viêm cầu thận cấp có thể dẫn đến tổn thương thận cấp tính (suy thận cấp) . Những biến chứng của tổn thương thận cấp là một thử thách thực sự đối với các bác sĩ, và nó cũng đe doạ trực tiếp đến tính mạng người bệnh.

Thực ra bệnh có thể bán cấp và thể mạn với nhiều căn nguyên phức tạp không được đề cập ở bài này. Nhìn chung bệnh viêm cầu thận diễn tiến mạn có thể sẽ gây tổn thương thận vĩnh viễn. Bệnh nhân nhanh chóng dẫn đến suy thận mạn cùng nhiêu hệ luỵ khác.

Chi tiết hơn có thể tìm hiểu trong bài viết:Bệnh viêm cầu thận có nguy hiểm không?

Thực tế, không có một điều trị đặc hiệu cho viêm cầu thận. Không có thuốc đặc trị để điều trị bệnh lý này. Một số biện pháp bác sĩ có thể cân nhắc có thể đem lại hiệu quả cho bệnh nhân:

Kháng sinh.

Thuốc lợi tiểu.

Thuốc kiểm soát huyết áp.

Nhưng phương thuốc này nhằm mục đích ngăn ngừa bệnh diễn tiến xa hơn. Kiểm soát các biến chứng nguy hiểm của viêm cầu thận.

Mặc dù có thể nguy hiểm, nhưng sự hồi phục của viêm cầu thận khá nhanh. Một số mốc thời gian được nghiên cứu:

Thường lượng nước tiểu sẽ hồi phục sau khoảng một tuần.

Độ thanh lọc của thận sẽ hồi phục sau khoảng 1 tháng.

Biểu hiện tiểu máu, tiểu đạm sẽ tự giới hạn trong vòng vài tháng.

Sau khi hồi phục hoàn toàn, bệnh rất hiếm khi tái phát. Trẻ em là đối tượng tiên lượng tốt, thường dễ lui bệnh hơn người lớn.

Đa phần thông thường khó nhận biết bệnh. Các biểu hiện của viêm cầu thận có thể chỉ rõ ràng thông qua thăm khám ở cơ sở y tế và kết quả các xét nghiệm. Do đó, việc bỏ sót bệnh là hay xảy ra. Các bậc phụ huynh hãy chú ý đưa trẻ đến cơ sở y tế nếu có các biểu hiện sau:

Tiểu ít.

Màu sắc nước tiểu bất thường (đỏ, nâu, hay sậm khác lạ so với thường ngày)

Tiểu bọt nhiều và không bọt không vỡ sau một thời gian thông thường.

Phù, trẻ than nặng mắt khi ngủ dậy.

Đau đầu, đau ngực, khó thở.

Nếu những biểu hiện này xuất hiện sau một đợt nhiễm trùng da hay họng thì cần lưu ý hơn bội phần.

Vệ sinh răng miệng và thân thể cẩn thận.

Điều trị tích cực nhiễm trùng da và họng.

Chủng ngừa đầy đủ.

Dinh dưỡng hợp lí, suy dinh dưỡng có thể ảnh hưởng đến hệ miễn dịch và là điều kiện thuận lợi cho nhiều bệnh lý khác nhau.

Viêm cầu thậnlà một bệnh lý có thể thoái lui hoàn toàn nếu xử lý phù hợp. Tuy nhiên bệnh tiềm ẩn nhiều nguy cơ đáng sợ, nên đừng bao giờ coi thường bất kỳ triệu chứng khác lạ ở trên nhé. Phòng bệnh luôn đem lại nhiều lợi ích hơn, không chỉ là bệnh lý này. Hi vọng những thông tin ở trên có thể đem đến cho chúng ta cái nhìn toàn diện hơn với bệnh lý này. Và quan trọng hơn nữa, bệnh lý thận niệu rất phức tạp, hãy tham vấn bác sĩ khi cần thiết nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-viem-cau-than-cap/

Nội dung bài viết

Bệnh viêm cầu thận cấp là gì?

Nguyên nhân bệnh viêm cầu thận cấp

Làm sao để nhận biết được bệnh

Chẩn đoán

Phương pháp điều trị

Bệnh viêm cầu thận cấp nguy hiểm như thế nào?

Kế hoạch chăm sóc bệnh nhân viêm cầu thận cấp

Thận là một bộ phận rất quan trọng đối với sức khỏe. Một trong những bệnh lý của thận là bệnh viêm cầu thận cấp. Mặc dù, bệnh không gây tử vong tức thời nhưng lại gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng. YouMed xin giới thiệu đến bạn đọc thông tin của bệnh qua bài viết sau đây do ThS.BS Trần Quốc Phong biên soạn.

Viêm cầu thậnlà tình trạng tổn thương cầu thận ở bên trong thận. Đây là chứa nhiều mạch máu nhỏ, giúp lọc và đào thải chất lỏng ra khỏi cơ thể. Chính vì vậy, nếu tình trạng viêm này kéo dài thì rất nguy hiểm, có thể gây suy thận. Nếu viêm cầu thận này xảy ra đột ngột và bất ngờ xảy ra thì đó là viêm cầu thận cấp. Viêm cầu thận cấp là biểu hiện của tổn thương viêm cấp của những cầu thận. Đặc trưng là sự xuất hiện đột ngột hồng cầu niệu, protein niệu, phù và tăng huyết áp.

Viêm cầu thận sau nhiễm khuẩn liên cầu: viêm cầu thận có thể phát triển sau 1 – 2 tuần hồi phục do nhiễm khuẩn ở cổ họng hay nhiễm khuẩn ngoài da. Chính vì nhiễm khuẩn, cơ thể phải sản xuất thêm kháng thể để bảo vệ. Cuối cùng, chúng có thể lắng đọng ở cầu thận gây viêm. Trẻ em thường mắc phải bệnh này nhiều hơn người lớn và cũng có khả năng hồi phục nhanh hơn.

Viêm nội tâm mạc: Vi khuẩn có thể lây qua máu và cư trú ở tim gây nhiễm khuẩn ở van tim. Nếu người bệnh có khuyết tật ở tim như van tim bị hỏng hay nhân tạo, thì nguy cơ viêm nội tâm mạc càng cao. Tình trạng này có liên quan đến bệnh cầu thận nhưng mối quan hệ chưa rõ ràng.

Nhiễm vi rút: chẳng hạn như vi rút làm suy giảm hệ miễn dịch ở người (HIV/AIDS),viêm gan B,viêm gan C,… có thể gây viêm cầu thận.

Lupus ban đỏ: là bệnh tự miễn, làm viêm mô liên kết và có thể tổn hại cơ quan khác. Bệnh xảy ra do hệ miễn dịch tự sản xuất kháng thể chống lại cơ quan trong cơ thể, ảnh hưởng đến khớp, da, phổi, tim, mạch máu,…

Hội chứng phổi thận: một rối loạn phổi miễn dịch hiếm gặp và giống như viêm phổi. Hội chứng này gây chảy máu trong thận và viêm cầu thận.

Bệnh thận IgA: là hội chứng viêm cầu thận bởi sự lắng đọng phức hợp miễn dịch IgA trong cầu thận. Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhất là đối với lứa tuổi 10 đến 30 tuổi. Bệnh ảnh hưởng đến nam giới nhiều hơn phụ nữ và phổ biến ở da trắng, người Châu Á hơn người da đen. Tuy nhiên, bệnh thận IgA thường không có triệu chứng và kéo dài trong nhiều năm.

Viêm nút quanh động mạch: là bệnh lý viêm mạch hệ thống. Điển hình, bệnh gây tổn thương các động mạch vừa và nhỏ, dẫn đến thiếu máu ở các cơ quan nó chi phối. Thận là một trong những cơ quan thường bị tổn thương nhất.

Hội chứng Churg-Strauss (viêm u hạt với viêm đa mạch): là một rối loạn đa hệ thống. Đặc trưng bởi viêm mũi dị ứng, hen, và tăng bạch cầu ái toan máu ngoại biên. Tình trạng này có thể ảnh hưởng đến bất kỳ cơ quan nào như tim mạch, thận, thần kinh trung ương,…

Dấu hiệu nhận biết bệnh khá da dạng và không phải bệnh nhân nào cũng xuất hiện triệu chứng. Tuy nhiên, cũng có rất nhiều bệnh nhân viêm cầu thận cấp xuất hiện các triệu chứng:

Thường xuất hiện sớm ở mặt, có thể khỏi nhanh nhưng cũng có thể lan xuống các chi gây phù toàn thân. Viêm cầu thận cấp thường phù có đặc điểm:

Phù trắng, mềm, ấn lõm để lại dấu ngón tay.

Phù quanh mắt cá, mu bàn chân, mặt trước xương chày.

Phù có thể trở nặng, toàn thân như phù phổi cấp, phù não, màng bụng,…

Trong viêm cầu thận cấp, phù phụ thuộc vào chế độ ăn uống.

Phù thường xuất hiện nhiều vào buổi sáng và giảm dần vào chiều tối.

Xuất hiện sớm và kéo dài liên tục 3 – 4 ngày, lượng nước tiểu dưới 500 ml/ngày. Nếu lượng nước tiểu dưới 100ml/ngày thì gọi là vô niệu.

Nước tiểu không tăng creatinin máu và ure hoặc có tăng thì lượng tăng không đáng kể.

Trong 2 – 3 tuần đầu, tình trạng tiểu ít có thể xuất hiện trở lại. Thậm chí là suy thận cấp tính,tăng ure, creatinin máu, thiểu niệu, vô niệu kéo dài. Nếu tình trạng này không được chữa trị, tái diễn nhiều lần có thể dẫn đến vêm cầu thận mạn,…

Biểu hiện tiểu toàn bãi là tình trạng máu ra xuyên suốt quá trình tiểu. Màu nước tiểu như nước rau dền, nước thịt và không đông. Hiện tượng này thường xảy ra 1 – 2 lần/ngày, xuất hiện trong những ngày đầu và có thể tái phát tở lại.

Nước tiểu có màu vàng, có đạm,… Thời gian tồn tại các biến đổi có ý nghĩa trong tiên lượng bệnh và để đánh giá kết quả điều trị.

Huyết áp tăng là một trong những triệu chứng phổ biến của ngườibệnh viêm cầu thận cấp. Nếu bệnh nặng có thể xuất hiện những cơn tăng huyết áp phát sinh bất ngờ và kéo dài liên tục trong vài ngày. Kèm theo đó là đau nhức, hôn mê, choáng váng.

Khoảng 50% bị tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm cầu thận. Đối với trẻ em, huyết áp tăng giao động 140/90 mmHg. Đối với người lớn, huyết áp tăng giao động 160/90 mmHg.

Ngoài ra, viêm thận cấp có thể có biểu hiện suy tim, các triệu chứng như sốt nhẹ, đau vùng thắt lưng, đau bụng, thiếu máu,…

Bệnh viêm cầu thận thường được xác định qua phân tích nước tiểu định kỳ bất thường. Cácxét nghiệm đánh giá chức năng thậnvà chẩn đoán viêm cầu thận bao gồm:

Xét nghiệm nước tiểu: có thể thấy các tế bào hồng cầu và phôi hồng cầu trong nước tiểu. Đây là một dấu hiệu cho thấy cầu thận bị tổn thương. Ngoài ra, nước tiểu còn có tế bào bạch cầu, dấu hiệu của sự nhiễm trùng hoặc viêm. Lượng đạm trong nước tiểu tăng dấu hiệu tổn thương cầu thận. Các chỉ số khác như tăng nồng độ creatinin hoặc ure trong máu.

Xét nghiệm máu: có thể gợi ý sự tổn thương ở thận và suy giảm chức năng của cầu thận. Bởi lượng chất thải như creatinin và ure, nitơ trong máu.

Xét nghiệm hình ảnh: nếu nghi ngờ có sự tổn thương ở thận, bác sĩ có thể yêu cầu xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh như chụp X-quang thận, siêu âm hoặc chụp CT,…

Sinh thiết thận: trích xuất một mảnh mô nhỏ ở thận để kiểm tra bằng kính hiển vi nhằm xác định nguyên nhân gây viêm. Sinh thiết thận gần như cần thiết để xác định chẩn đoán viêm cầu thận.

Mục tiêu của điều trị viêm cầu thận là bảo vệ thận khỏi bị tổn thương thêm. Quá trình điều trị:

Xác địnhbệnh viêm cầu thận cấphay mạn: Viêm cầu thận cấp xuất hiện đột ngột thường do hậu nhiễm liên cầu khuẩn có thể tự cải thiện mà không cần điều trị.

Nguyên nhân, bệnh nền gây bệnh: nếu có bệnh nền như cao huyết áp, nhiễm trùng hay bệnh tự miễn, trước tiên cần tập trung làm chậm hoặc kiểm soát nguyên nhân bệnh.

Mức độ nghiệm trọng của các triệu chứng xuất hiện: điều trị biến chứng.

Viêm cầu thận cấp có thể lọc máu giúp loại bỏ chất lỏng dư thừa và kiểm soát huyết áp cao.

Trường hợp không được điều trị kịp thời, người bệnh có thể xảy ra các biến chứng nghiêm trọng như suy tim cấp, phù phổi cấp, suy thận cấp, bệnh lý thần kinh, tổn thương não do tăng ure huyết.

Tỷ lệ khỏi bệnh ở trẻ em cao hơn người lớn. Đa số 80 – 90%, bệnh có dấu hiệu giảm đi trong 2 tuần. Bệnh nhân được coi là khỏi bệnh khi chỉ số hồng cầu niệu âm tính, protein niệu trở về âm tính, chức năng thận trở về bình thường. Nếu bệnh diễn tiến dài ngày, điều trị không dứt điểm thì có thể trở thành mạn tính.

Đối với viêm cầu thận cấp sau nhiễm liên cầu khuẩn:

Phát hiện sớm các ổ nhiễm: viêm họng, viêm Amidan, viêm da…

Điều trị triệt để ổ nhiễm do liên cầu:  kháng sinh, cắt amidan,…

Nâng cao vệ sinh cá nhân: vệ sinh cá nhân tránh bội nhiễm.

Bỏ thuốc lá.

Giữ ấm cổ họng trong mùa lạnh để tránh viêm họng.

Viêm cầu thận cấp không do nhiễm khuẩn:

Phát hiện sớm các biểu hiện ở thận trong các bệnh lupus ban đỏ, ban xuất huyết dạng thấp.

Điều trị tốt bệnh toàn thể dự phòng viêm cầu thận.

Nâng cao sức khỏe, lối sống lành mạnh.

Bài viết trên chia sẻ bệnh nhân bị bệnh viêm cầu thận cấp, hy vọng mọi người dễ dàng nhận biết bệnh. Nếu bạn phát hiện dấu hiệu của bệnh thì nên điều trị sớm để tăng khả năng hồi phục.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-cot-song-dinh-khop-trieu-chung-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Viêm cột sống dính khớp là gì?

Nguyên nhân gây ra bệnh viêm cột sống dính khớp

Biểu hiện của bệnh

Điều trị viêm cột sống dính khớp

Những biện pháp điều trị hỗ trợ bệnh

Phương pháp điều trị tại nhà

Những lưu ý giúp bạn chung sống hòa hợp với bệnh

Bệnh viêm cột sống dính khớp là tình trạng viêm khớp nghiêm trọng thường xảy ra ở nam giới trẻ tuổi. Chưa xác định được nguyên nhân gây bệnh cũng như phương pháp điều trị triệt để. Tuy nhiên, việc tuân thủ điều trị nội khoa và thực hiện biện pháp hỗ trợ tại nhà có thể giúp giảm triệu chứng bệnh, ngăn ngừa tiến triển. Đồng thời giúp bệnh nhân chung sống hòa hợp với bệnh. Bài viết sau đây sẽ cung cấp một số thông tin tổng quan về căn bệnh viêm cột sống dính khớp.

Viêm cột sống dính khớp là một bệnh viêm khớp mạn tính. Bệnh gây đau, cứng và viêm các đốt sống từ cổ đến phần lưng dưới. Theo thời gian, bệnh tiến triển gây dính các đốt sống trong cột sống. Điều này làm cho cột sống trở nên kém linh hoạt và dẫn đến tư thế gập người, có thể gây khó thở nếu ảnh hưởng đến xương sườn. Tình trạng viêm cũng có thể xảy ra ở các bộ phận khác của cơ thể – phổ biến nhất là mắt.

Viêm cột sống dính khớp xảy ra phổ biến hơn ở nam giới. Các dấu hiệu và triệu chứng thường bắt đầu ở tuổi vị thành niên hoặc tuổi trưởng thành sớm.

Mặc dù nguyên nhân của viêm cột sống dính khớp chưa được biết đến. Nhưng có thể được cho là do sự kết hợp giữa các yếu tố di truyền và môi trường gây ra.

Đặc biệt, những người có gen có tên là HLA-B27 có nguy cơ mắc bệnh viêm cột sống dính khớp rất cao. Tuy nhiên, chỉ một số trường hợp có gen này được phát hiện mắc bệnh.

Các dấu hiệu và triệu chứng ban đầu của viêm cột sống dính khớp có thể bao gồm đau và cứng ở lưng dưới và hông của bạn. Đặc biệt là vào buổi sáng và sau thời gian dài không hoạt động. Đau cổ và mệt mỏi cũng là triệu chứng rất thường gặp. Theo thời gian, các biểu hiện có thể trở nên tồi tệ hơn, hoặc cải thiện hay ngưng tiến triển.

Đau nhức và cứng khớp. Bạn có thể gặp tình trạng này liên tục ở vùng thắt lưng, mông và hông, kéo dài hơn 3 tháng. Viêm cột sống dính khớp thường bắt đầu khớp xương vùng chậu (giữa xương chậu và cột sống). Dần dần, cơn đau có thể lan ra một phần hoặc tất cả các vùng ở cột sống. Bạn cũng có thể cảm thấy đau ở các khớp khác như đầu gối, vai và hàm.

Xương hợp nhất.Viêm cột sống dính khớp có thể gây ra sự phát triển quá mức của xương, có thể dẫn đến sự nối xương bất thường. Điều này gây tổn thương đến xương cổ, lưng hoặc hông và ảnh hưởng tới sinh hoạt hằng ngày. Ngoài ra sự kết hợp của xương sườn với cột sống hoặc xương ức có thể hạn chế khả năng hít thở sâu.

Đau ở dây chằng và gân.Viêm cột sống cũng có thể ảnh hưởng đến một số dây chằng và gân bám vào xương. Điển hình là khu vực phía sau hoặc bên dưới gót chân (gân Achilles).

Khó thở.

Đau tim.

Những vấn đề về mắt.Bệnh có liên quan đến viêm màng bồ đào, một bệnh viêm mắt. Các triệu chứng bao gồm đau, nhạy cảm với ánh sáng và nhìn mờ.

Bệnhviêm ruột.Tình trạng viêm cũng có thể ảnh hưởng đến hệ tiêu hóa của bạn. Bạn có thể bị tiêu chảy, đau bụng, ít thèm ăn và sụt cân không rõ nguyên nhân.

Bệnh vẩy nến.Một số bệnh nhân mắc bệnh vẩy nến, gây ra các vảy đỏ, ngứa trên da.

Không có cách chữa trị viêm cột sống dính khớp, nhưng các biện pháp điều trị có thể làm giảm các triệu chứng của bạn và có thể làm chậm tiến triển của bệnh. Nhiều loại thuốc được sử dụng để điều trị các triệu chứng của bệnh như:

Các thuốc chống viêm không steroid (NSAID)nhưibuprofen, indomethacin,meloxicamvà naproxen.

Corticosteroid tiêm trong khớp

Thuốc chống thấp khớp (DMARDs)như methotrexate và sulfasalazine

DMARDs sinh họcnhưadalimumab(Humira), etanercept (Enbrel), golimumab (Simponi), Infliximab (Remicade),…

Ngoài ra, phương pháp phẫu thuật cũng có thể giúp cột sống, đốt sống cổ cũng như đầu gối và hông tránh bị tổn thương sâu.

Các biện pháp thay thế không dùng thuốc nhằm giúp cải thiện tình trạng bệnh, giảm đau và cứng khớp bao gồm:

Châm cứu.

Massage.

Yoga.

Biện pháp kích thích thần kinh dưới da (TENS).

Bạn có thể tự thực hiện những phương pháp sau đây tại nhà để cải thiện các triệu chứng viêm cột sống dính khớp:

Tập thể dục hàng ngày.Vận động giúp xương khớp linh hoạt. Có thể giúp bạn giảm đau lưng và cứng khớp.

Luyện tập tư thế.Ngồi và đứng thẳng có thể giúp giảm đau và cứng khớp.

Trị liệu bằng chườm ấm và lạnh.Sử dụng miếng chườm ấm hoặc tắm nước nóng có thể làm dịu cơn đau cứng khớp, đau lưng của bạn. Túi chườm lạnh cũng giúp làm giảm sưng ở khớp bị viêm.

Lối sống lành mạnh và chế độ ăn uống dinh dưỡng.Giữ trọng lượng cơ thể khỏe mạnh hoặc giảm cân nếu cần thiết. Tăng cân làm gia tăng áp lực trên cột sống và các khớp khác. Hút thuốc cũng làm cho bệnh nặng hơn.

Tuân thủ kế hoạch điều trị.Dùng thuốc theo chỉ dẫn và đúng liều lượng. Không hút thuốc và tập thể dục hằng ngày để làm dịu các triệu chứng viêm và ngăn ngừa tổn thương cột sống hoặc tổn thương nội tạng.

Theo dõi các dấu hiệu viêm ở các bộ phận khác.Nếu bị đau hoặc đỏ mắt,đau dạ dàyhoặc nổi mẩn đỏ trên da, thì bạn nên gặp bác sĩ ngay.

Chủ động tìm hiểu thông tin về bệnh.Tham gia cộng đồng bệnh nhân viêm cột sống dính khớp để có thể nhận được lời khuyên từ những người cùng cảnh ngộ. Hỏi bác sĩ hoặc chuyên gia y tế những thắc mắc về bệnh.

Bệnh viêm cột sống dính khớplà một bệnh viêm mạn tính. Bệnh nhân nên tuân thủ điều trị cũng như thực hiện các biện pháp bổ trợ tại nhà, đồng thời chủ động tìm hiểu về bệnh để giúp đẩy lùi sự tiến triển của bệnh.

>> Việc phát hiện và điều trị bệnh viêm cột sống dính khớp rất quan trọng, cần thực hiện theo chỉ định của bác sĩ. Tuyệt nhiên không để bệnh lâu, bệnh diễn biến xấu sẽ gây hậu quả nghiêm trọng. Cùng tham khảo các bướckhám viêm cột sống.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-da-dau-dau-hieu-benh-ly-gay-kho-chiu-vao-mua-dong/

Nội dung bài viết

Viêm da dầu là gì?

Nguyên nhân và biểu hiện bệnh

Điều trị viêm da dầu

Một số lưu ý trong chăm sóc và điều trị bệnh

Viêm da dầu nếu không được điều trị tốt sẽ lây lan nhanh chóng, ảnh hưởng đến cả vùng da mặt khiến người bệnh tự ti, không dám tiếp xúc với mọi người. Cách nhận biết viêm da dầu và chữa trị như thế nào? Hãy cùng tìm hiểu trong bài viết này của Bác sĩ chuyên khoa Da liễu Nguyễn Thế Lưu nhé!

Viêm da dầu là tình trạng viêm mạn tính phổ biến, gặp ở nhiều lứa tuổi, được mô tả lần đầu bởi Unna năm 1887. Đặc trưng của viêm da dầu là các tổn thương đỏ da, bong vẩy, ngứa ở những vùng da nhiều dầu như vùng da đầu, mặt vùng chữ T, lưng, ngực. Bệnh dễ chẩn đoán nhầm với bệnh vẩy nến hay tình trạng dị ứng, eczema.

Bệnh có thể gặp ở mọi chủng tộc, mọi lứa tuổi, vào các thời điểm khác nhau trong quá trình phát triển của mỗi chúng ta. Tùy từng vùng địa lý, tùy vào điều kiện thời tiết và cơ địa của bệnh nhân mà tỉ lệ mắc bệnh khác nhau. Có một số nghiên cứu cho rằng tỷ lệ mắc từ 2 – 5% dân số thế giới. Đối với trẻ nhũ nhi và trẻ ở tuổi dậy thì tỉ lệ mắc cao hơn.

Hiện nay trên thế giới vẫn chưa có nghiên cứu nào cho biết chính xác nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của bệnh viêm da dầu. Nhưng có nhiều giả thiết cho rằng bệnh liên quan nhiều tới hoạt động của tuyến bã nhờn, nấm Malassezia, bất thường về miễn dịch và cơ địa nhạy cảm của bệnh nhân.

Giai đoạn tuyến bã hoạt động mạnh thường thấy tỉ lệ viêm da dầu cao như giai đoạn sơ sinh, tuổi dậy thì. Và vị trí tổn thương cũng gặp chủ yếu ở vùng da có nhiều tuyến bã như da đầu, mặt, ngực và lưng.

Đây là loại nấm ưa mỡ thường thấy trên da có tác động làm thay đổi nồng độ acid béo tự do và gốc oxy tự do dẫn tới thay đổi hệ vi khuẩn trên da làm viêm da.

Một số nghiên cứu cho rằng hệ thống miễn dịch cơ thể đáp ứng lại với Malassezia và các sản phẩm chuyển hóa của nó cũng dẫn tới quá trình viêm.

Nếu cơ thể đang mắc một số bệnh như HIV/AIDS,Parkinson,Alzheimer,béo phì, bệnh nội tiết,stresshay yếu tố di truyền, dùng thuốc, rượu và các chất kích thích, môi trường sống… đều làm tăng tỉ lệ mắc bệnh. Trong đó, bệnh thường gặp nhất vào mùa hanh khô.

Biểu hiện chung của viêm da dầu là đỏ da, bong vẩy da, ngứa có thể có biểu hiện rát vùng da nhiều dầu như da đầu, vùng mặt (vùng chữ T: rãnh mũi má và hai bên lông mày), lưng, ngực. Tùy vào lứa tuổi mà biểu hiện bệnh khác nhau.

Để đánh giá mức độ nặng của bệnh ta có thể dùng thang điểm của Avner Shermer.

Trên thế giới hiện nay có nhiều phương pháp điều trị viêm da dầu nhưng chưa có một phương pháp nào điều trị triệt để bệnh. Tùy từng mức độ, lứa tuổi mà chúng ta có thể lựa chọn phương pháp điều trị khác nhau.

Các thuốc điều trị chia thành thuốc dùng tại chỗ và thuốc đường toàn thân. Ngoài ra, còn có thể dùng các liệu pháp ánh sáng như PUVA hoặc UVB.

Các thuốc dùng tại chỗ như: Dầu gội trị gầu (có chứa Selelium sulphid, Zinc pyrithion, Ciclopirox olamin, Ketoconazol), thuốc Cortcoid tại chỗ, thuốc ức chế Calcineurin,Benzoyl peroxide, Acid azelaic…

Các thuốc dùng đường toàn thân như: Thuốc chống nấm đường toàn thân, vitamin A acid liều thấp.

Viêm da dầu là một bệnh lý viêm da mạn tính nên điều trị cần kiên trì. Bệnh cũng được xếp vào trong nhóm các bệnhviêm da cơ địa.

Chỉ dùng thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sĩ để tránh tác dụng có hại của thuốc cũng như đạt hiệu quả điều trị cao.

Trong điều trị bệnh, giữ ẩm cho da là một trong những biện pháp hữu hiệu và cần làm thường xuyên.

Tránh sử dụng nước nóng để tắm gội. Rượu bia và các chất kích thích có thể làm tăng nặng bệnh.

Tránh cào gãi vẩy làm tổn thương thêm da. Qua thực tế điều trị, việc dưỡng ẩm là rất quan trọng trong điều trị các bệnh viêm da cơ địa. Vì vậy cần tìm hiểu làn da của mình thật kỹ để chăm sóc da tốt nhất.

Trên đây là cách nhận biết và một số biện pháp giúp chúng ta hiểu hơn về nguyên nhân cũng như cách chăm sóc bản thân vềbệnh viêm da dầu. Hy vọng với những thông tin này, bạn sẽ có cái nhìn chính xác hơn về bệnh viêm da dầu.

Xem thêm:Những điều cần biết về kem bôi Fucicort trong điều trị viêm da

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-da-di-ung-thoi-tiet/

Nội dung bài viết

Viêm da dị ứng thời tiết là gì?

Nguyên nhân gây viêm da dị ứng thời tiết

Triệu chứng viêm da dị ứng thời tiết

Tác nhân gây viêm da dị ứng thời tiết

Chẩn đoán viêm da dị ứng theo thời tiết

Cách chữa viêm da dị ứng thời tiết

Một số lưu ý khi điều trị viêm da dị ứng thời tiết

Phòng ngừa viêm da dị ứng theo thời tiết

Mẹo phòng ngừa viêm da dị ứng

Từ lâu da dẻ đã không còn là mối quan tâm của riêng các chị em phụ nữ tuổi đôi mươi, mà kể cả nam giới, người già, thậm chí cả trẻ em, các vấn đề về da luôn là nỗi lo âu lớn. Cùng với các giai đoạn trong cuộc đời, theo tính chất môi trường, nghề nghiệp và chế độ ăn uống, chúng ta thường mắc phải các bệnh lý da khác nhau. Trong bài viết này, hãy cùng Bác Sĩ Lê Thị Kiều Nhi tìm hiểu về một vấn đề về da rất thường gặp đó là “Viêm da dị ứng theo thời tiết”, cũng như làm thế nào để nhận diện, xử trí và phòng ngừa bệnh hiệu quả.

Viêm da dị ứnghay còn gọi làchàm, một tình trạng khiến da của bạn trở nên khô, đỏ, ngứa và nổimụn nước. Viêm da dị ứng làm hỏng chức năng hàng rào bảo vệ da (“chất keo” trên da). Việc mất chức năng hàng rào này khiến làn da của bạn trở nên nhạy cảm hơn, dễ bị nhiễm trùng và khô. Bệnh phổ biến như nhau ở cả nam và nữ. Nhưng xuất hiện nhiều ở người có tiền căn gia đình bịhen suyễn, hoặc có tiền sửdị ứng thức ăn, dị ứng với tác nhân trong môi trường.1

Chúng ta thường tự đặt câu hỏi, nguyên nhân viêm da dị ứng là gì, tại sao tôi bị còn họ thì không?

Thực tế, viêm da dị ứng là do sự kết hợp của quá trình kích hoạt hệ thống miễn dịch, yếu tố di truyền, các tác nhân môi trường và tình trạng căng thẳng, áp lực.1

Nếu bạn bịviêm da cơ địa, hệ thống miễn dịch sẽ phản ứng quá mức với các chất kích thích hoặc chất gây dị ứng. Kết cục là có thể làm da bạn bị viêm.

Yếu tố di truyền. Khả năng bị chàm cao hơn nếu trong gia đình có tiền sử bị viêm da. Và nguy cơ cao hơn nếu có tiền sử bệnh hen suyễn, dị ứng theo thời tiết hoặc thức ăn. Chất gây dị ứng như phấn hoa, lông vật nuôi hoặc thức ăn gây phản ứng dị ứng. Nhiều nhà nghiên cứu nhận thấy có thể có sự thay đổi trong gen kiểm soát một loại protein giúp da khỏe mạnh. Nếuproteinđó không duy trì mức độ bình thường, da sẽ dễ bị viêm.

Căng thẳng có thể là nguyên nhân hoặc làm trầm trọng tình trạng viêm da dị ứng. Có dấu hiệu căng thẳng về tinh thần/cảm xúc và dấu hiệu căng thẳng thể chất. Chúng bao gồm:

Dấu hiệu tinh thần/cảm xúc:

Trầm cảm.

Khó thư giãn, sử dụngrượu bia, thuốc lá hoặc ma túy bất hợp pháp để thư giãn.

Suy nghĩ ​​tiêu cực về bản thân.

Lo âu.

Cảm thấy choáng ngợp.

Khó tập trung.

Khó chịu, tâm trạng thất thường hoặc nóng nảy.

Dấu hiệu thể chất:

Buồn nôn,chóng mặt.

Giảm ham muốn tình dục.

Ngủ nhiềuquá hoặcmất ngủ.

Tiêu chảyhoặctáo bón.

Căng cơ, nhức mỏi.

Có rất nhiều thứ trong môi trường có thể gây kích ứng da. Điển hình như khói thuốc lá, chất ô nhiễm không khí, xà phòng, len và sản phẩm thuộc da. Độ ẩm thấp (không khí khô) có thể khiến da bị khô và ngứa. Nhiệt độ cao và độ ẩm cao có thể gây đổ mồ hôi. Điều đó có thể làm tình trạng ngứa ngáy tồi tệ hơn.

Các tác nhân tồn tại trong môi trường và sự thay đổi thời tiết có thể dẫn đến những rối loạn về da. Chúng ta thường nghe cụm từ “Viêm da dị ứng theo thời tiết”.

Biểu hiện phổ biến nhất của viêm da dị ứng thời tiết là ngứa ngáy và nổi mẩn đỏ. Tiếp theo dần xuất hiện biểu hiện: thô ráp, bong tróc, dễ bị viêm và kích ứng,…

Những dấu hiệu này có thể xuất hiện bất cứ vùng da nào trên cơ thể. Nhưng thường tập trung ở cánh tay, khuỷu tay, mặt sau đầu gối, vùng má hoặc da đầu.2Một số người chỉ biểu hiện da đơn giản và thoáng qua như mảng sẩn phù, đỏ ngứa. Chúng xuất hiện và biến mất trong vài tiếng tới 1 ngày. Nhưng một số khác biểu hiện nghiêm trọng hơn. Có thể dẫn tớisốc phản vệnếu không phát hiện và điều trị kịp thời.

Các tác nhân gây viêm da dị ứng theo thời tiết có thể gặp như:

Phấn hoa: dị nguyên thường gặp nhất.

Con mạt nhà (thuộc họ nhện, kích thước rất nhỏ, khoảng 1/2 – 1/4 mm nên khó nhìn thấy bằng mắt thường. Chúng thường sống trong giường chiếu, chăn nệm. Đặc biệt là những nơi vệ sinh kém hoặc ở những nơi sống tập thể).3

Da động vật, đặc biệt là da cũ.

Nước bọt của chó mèo.

Nấm mốc.

Nhiệt độ thay đổi đột ngột, quá khô lạnh, hoặc quá nóng ẩm cũng làm nặng hơn tình trạng viêm da.

Viêm da dị ứng theo thời tiết gây nhiều khó chịu, ảnh hưởng tới thẩm mỹ và gây tâm lý tự ti, lo âu. Nên gặp bác sĩ da liễu để điều trị kịp thời nếu xuất hiện các triệu chứng này.

Không phải là một vấn đề khó khăn để chẩn đoán viêm da dị ứng thời tiết. Bác sĩ dựa trên khai thác bệnh sử, tiền căn, triệu chứng và xem xét vùng da thương tổn để đưa ra chẩn đoán. Tuy nhiên, bác sĩ có thể đề nghị thực hiện một số xét nghiệm để tìm dị nguyên thực sự. Từ đó đưa ra kế hoạch điều trị và phòng ngừa tốt nhất.

Xét nghiệm dị ứng có thể bao gồm xét nghiệm da hoặc xét nghiệm máu.

Các xét nghiệm da thường được sử dụng để xác định chất gây dị ứng tiềm ẩn. Bao gồm dị nguyên trong không khí, thức ăn và dị nguyên tiếp xúc. Các hình thức test da thường gặp là test lẫy da, test nội bì và test áp bì.

Là phương pháp phổ biến nhất tìm ra dị nguyên gây tình trạng viêm da. Xét nghiệm này không gây đau đớn, xâm lấn ít và độ chính xác nhất định. Khi thực hiện sẽ bôi chất gây dị ứng lên vùng da có biểu hiện viêm. Sau đó châm nhẹ vào da để chất gây dị ứng thấm xuống bề mặt da. Cuối cùng là chờ xem cơ thể phản ứng với từng chất như thế nào.

Nếu dị ứng với chất đang thử nghiệm, vùng da đó sẽ xuất hiện đỏ, ngứa và kích ứng sau 15 – 30 phút. Không những vậy, da có thể xuất hiện các vết hằn đỏ nổi lên. Hiện tượng này được gọi là sẩn phù cho thấy phản ứng dị ứng đang xảy ra. Test lẫy da là phương pháp an toàn, hiệu quả để xác định tác nhân đang gây ra triệu chứng.4

Nếu test lẫy da không cho ra kết luận, có thể thực hiện tiếp test nội bì (test trong da). Xét nghiệm này yêu cầu tiêm một lượng nhỏ dị nguyên vào lớp hạ bì của da. Sau đó theo dõi phản ứng trên da của bạn.

Một hình thức kiểm tra da khác là test áp bì. Sử dụng các miếng dán có chứa chất nghi ngờ gây dị ứng. Sau đó dán các miếng dán lên da. Việc làm này nhằm đánh giá trường hợp viêm da tiếp xúc dị ứng hoặc viêm da cơ địa.

Test áp bì thường được dùng để xác định các tình trạng dị ứng khởi phát muộn. Điều mà test lẫy da hoặc xét nghiệm máu không phát hiện được. Quan sát vùng da sau 48 giờ và một lần nữa vào 72 – 96 giờ sau khi dán.4

Trường hợp bị dị ứng nghiêm trọng khi test da hoặc không thể làm test da,xét nghiệm máulà điều cần thiết.

Xét nghiệm máu giúp tìm ra kháng thể chống lại chất gây dị ứng cụ thể. Được gọi là ImmunoCAP. Đặc biệt là phát hiện kháng thể IgE đối với chất gây dị ứng chính. Xét nghiệm IgE trong máu nhằm đo lượng kháng thể immunoglobulin E (IgE). Bao gồm IgE toàn phần hoặc IgE đặc hiệu. Hoặc có thể thực hiện nhằm tìm ra nhiều tác nhân gây dị ứng, kể cả dị ứng thực phẩm.4

Việc chữa khỏi hoàn toàn viêm da dị ứng theo thời tiết là vấn đề nan giải. Cũng như tình trạng dị ứng khác, giảm thiểu triệu chứng và phòng ngừa biến chứng chỉ là điều trị tạm thời. Phương pháp điều trị triệt để nhất là tìm ra nguyên nhân gây dị ứng và tránh xa nó.

Khi có phản ứng dị ứng da, hãy cố gắng giảm bớt các triệu chứng và ngăn ngừa vùng da đó bị nhiễm trùng. Một điều cần lưu ý là cần hạn chế gãi, mặc dù đó là một cảm giác thôi thúc khó cưỡng lại. Các phương pháp điều trị có thể giúp giảm ngứa và hết sưng như:

Kem hydrocortisone: giảm phản ứng viêm tại da.

Thuốc mỡ: ngăn ngừanhiễm trùng da.

Thuốc kháng histamine: giảm triệu chứng ngứa.

Dưỡng ẩm tốt vùng da đang khô, bong tróc.

Bên cạnh đó, điều cần thiết là liên hệ với với bác sĩ để được tư vấn về điều trị cụ thể tình trạng dị ứng da theo thời tiết.4

Phát ban thường sẽ hết trong vài ngày đến vài tuần. Nhưng các triệu chứng dị ứng, mẩn đỏ và ngứa có thể quay trở lại nếu da bạn tiếp tục tiếp xúc với tác nhân gây dị ứng.

Hầu hết các trường hợp dị ứng da không nguy hiểm đến tính mạng. Nhưng trong một số trường hợp hiếm hoi, một phản ứng nghiêm trọng được gọi là sốc phản vệ có thể nhanh chóng lan ra khắp cơ thể và khiến bạn khó thở. Gọi cấp cứu nếu môi của bạn bắt đầu sưng, ngứa, kèm tình trạng khó thở.

Thuốc dạng kem hoặc thuốc mỡ corticosteroid thường được kê toa dùng kèm theo sau bước dưỡng ẩm để giúp giảm ngứa và phục hồi vùng da bị dị ứng làm giảm ngứa và đóng vảy. Vấn đề là không nên lạm dụng thuốc để tránh nguy cơ xảy ra phản ứng phụ.

Một số loại kem bôi khác có chứa thành phần là chất ức chế calcineurin cũng có thể được sử dụng cho trẻ từ 2 tuổi trở lên và người lớn nhằm tác động tới hệ thống miễn dịch, ngăn hệ miễn dịch phản ứng quá mức – từ đó giảm bớt tần suất dị ứng của da.

Nếu da có vết loét hoặc xuất hiện dấu hiệu nhiễm trùng, bạn có thể cần dùng thêm thuốc kháng sinh dạng uống hoặc thoa để giảm bớt tình trạng viêm.5

Nhìn chung, tránh xa các tác nhân gây dị ứng và che chắn da thật kĩ lưỡng có thể hữu ích trong mùa dị ứng. Điều này đặc biệt hiệu quả khi bạn phải dành cả ngày ở ngoài trời. Còn nếu bạn bị dị ứng với các tác nhân trong nhà, hãy nhớ dọn dẹp nhà cửa thường xuyên để loại bỏ bụi, nấm mốc, phấn hoa và lông thú cưng bám trên các bề mặt.

Trường hợp tác nhân dị ứng theo thời tiết gây chàm da, việc ghi lại nhật ký chi tiết các đợt bùng phát có thể mang tới nhiều lợi ích. Điều này giúp bác sĩ thu hẹp nguyên nhân bùng phát và đưa ra phương pháp điều trị thích hợp. Đồng thời giúp loại trừ các chất gây kích ứng tiềm ẩn khác như bột giặt, vải và các vật dụng gia đình khác. Bên cạnh đó, bạn nên đến một chuyên gia dị ứng để được điều trị cụ thể.

Một số mẹo phòng ngừa viêm da dị ứng hiệu quả, đơn giản có thể dễ dàng thực hiện tại nhà như:

Dưỡng ẩm: khâu quan trọng đối với viêm da dị ứng do hàng rào da bị tổn thương, da khô và dễ mất nước. Cần chú ý bổ sung dưỡng ẩm ít nhất 2 lần mỗi ngày. Đặc biệt là vào lúc thời tiết hanh khô. Thông qua các sản phẩmkem dưỡng ẩm, thuốc mỡ hoặc xịt khoáng. Ngoài ra đừng quên uống nước (khoảng 2 lít nước mỗi ngày). Uống đủ nước cũng hỗ trợ giữ ẩm cho da.

Giữ gìn môi trường xung quanh sạch sẽ, thoáng mát. Các dị nguyên gây viêm da dị ứng theo thời tiết luôn tiềm ẩn trong không khí và môi trường. Cần vệ sinh, lau dọn để giảm bụi bẩn, lông thú, phấn hoa giúp bảo vệ da nhạy cảm tốt hơn.

Chọn sản phẩm dịu nhẹ, không chứa hương liệu hoặc phẩm màu để hạn chế nguy cơ kích ứng da. Mặc quần áo trơn mát hạn chế tình trạng đổ mồ hôi và ma sát da.

Giải tỏa căng thẳng:Rối loạn cảm xúccó thể khiến viêm da dị ứng thêm nghiêm trọng. Thư giãn, giải tỏa áp lực là một trong những cách ngăn ngừa viêm da tái phát.

Nói tóm lại, phát hiện và tìm ra nguyên nhânviêm da dị ứng thời tiếtlà rất quan trọng. Nhờ đó, bạn có thể có sự chuẩn bị và biện pháp phòng ngừa hiệu quả, mang lại chất lượng cuộc sống hoàn hảo hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-nguyen-nhan-trieu-chung-va-phuong-phap-dieu-tri-viem-da-tiet-ba/

Nội dung bài viết

Viêm da tiết bã là bệnh gì?

Ai có nguy cơ mắc bệnh?

Nguyên nhân gây nên viêm da tiết bã

Triệu chứng của viêm da tiết bã

Điều trị viêm da tiết bã tại nhà

Khi nào cần đến gặp bác sĩ?

Điều trị viêm da tiết bã bằng các loại thuốc điều trị cần kê đơn

Diễn tiến của bệnh

Phòng ngừa viêm da tiết bã

Chế độ ăn khuyên dùng

Hiện nay, viêm da tiết bã là một tình trạng rất thường gặp và gây ảnh hưởng đáng kể đến người bệnh. Nhiều câu hỏi đã được đặt ra như biểu hiện của viêm da tiết bã là gì, đây là căn bệnh có lây truyền không ? Vậy thực chất viêm da tiết bã là bệnh gì? Nguyên nhân gây bệnh ra sao? Những hiểu biết cần thiết khác sẽ được giải đáp cụ thể trong bài viết dưới đây của bác sĩ Hoàng Trung Hiếu. Mời bạn cùng tìm hiểu nhé.

Viêm da tiết bã là một dạng viêm da/bệnh chàm (eczema)phổ biến. Bệnh diễn tiến mạn tính hoặc tái phát. Và chủ yếu ảnh hưởng đến vùng có nhiều tuyến bã nhờn. Thường gặp nhất là da đầu, mặt và vùng thân trên.

Có 2 dạng chính là viêm da tiết bã ở trẻ sơ sinh và người lớn. Tình trạng viêm lành tính này đôi khi liên quan đếnbệnh vảy nến. Và được gọi là bệnh vảy nến tiết bã (sebopsoriasis). Viêm da tiết bã còn được gọi là bệnh chàm tiết bã hay viêm da dầu.

Gàucũng là một dạng viêm da tiết bã trên da đầu nhưng không bị viêm. Gàu biểu hiện dưới dạng mảng tróc vảy trắng lan tỏa trên vùng da đầu mà không có nổi ban đỏ. Thông thường, gàu có thể không có triệu chứng. Tuy nhiên cũng có thể gây ngứa kèm khó chịu cho người bệnh.

Bệnh thường gặp ở 2 nhóm tuổi chính: trẻ sơ sinh và thanh thiếu niên – người lớn.

Ở người lớn, yếu tố đầu tiên là do cơ thể sản xuất quá nhiều dầu. Lượng dầu dư thừa hoạt động như một tác nhân gây kích ứng, khiến da bạn trở nên đỏ và nhờn. Điều này có thể liên quan đến sản xuất hormone.1

Tình trạng viêm da tiết bã cũng có thể phát triển ở trẻ sơ sinh do những thay đổi nội tiết tố xảy ra trong thời kỳ mang thai. Nồng độ hormone dao động có thể kích thích tuyến dầu của trẻ sơ sinh, dẫn đến sản xuất quá nhiều dầu, từ đó gây kích ứng da.1

Ngoài ra, nhiều yếu tố thường gặp khác cũng gây khởi phát hay làm nặng thêm tình trạng viêm da tiết bã của bạn, đó là:1

Thừa cân,béo phì.

Chăm sóc da không đúng cách.

Các yếu tố môi trường như ô nhiễm khói bụi.

Các vấn đề da liễu khác nhưmụn trứng cá.

Sử dụng các sản phẩm thoa chứa cồn, chất tẩy rửa mạnh, xà phòng và hóa chất.

Thay đổi nội tiết tố trong người.

Người ta cũng nhận thấy viêm da tiết bã sẽ nặng hơn khi ở trong thời tiết lạnh và khô.1

Hiện nay các bác sĩ không biết nguyên nhân chính xác gây bệnh. Nhưng ghi nhận có hai yếu tố chính góp phần vào sự phát triển của tình trạng này:1

Lượng dầu nhờn trên da và nấm Malassezia là 2 nguyên nhân chính gây bệnh:

Yếu tố đầu tiên là da sản xuất quá nhiều dầu nhờn. Lượng dầu dư thừa trên da có thể đóng vai trò như một tác nhân gây kích ứng, khiến da bạn trở nên đỏ và nhờn. Điều này có thể liên quan đến việc sản xuất hormone của cơ thể.

Yếu tố góp phần thứ hai là Malassezia, một loại nấm men xuất hiện tự nhiên trên da của con người. Thông thường chúng hiện diện góp phần vào hệ vi sinh vật khỏe mạnh trên da, nhưng đôi khi chúng tăng nhiều về số lượng, gây ra các phản ứng viêm, từ đó kích hoạt sản xuất dầu tăng lên và lượng dầu quá nhiều có thể dẫn đến viêm da tiết bã.1

Người ta đã phân lập được của nấm Malassezia từ thương tổn viêm da tiết bã và ghi nhận đáp ứng điều trị tốt khi sử dụng các loại thuốc kháng nấm.2

Bệnh cũng có thể gặp ở trẻ sơ sinh do những thay đổi nội tiết tố xảy ra ở người mẹ trong thời kỳ mang thai. Nồng độ nội tiết tố dao động có thể kích thích tuyến dầu của trẻ sơ sinh, dẫn đến sản xuất quá nhiều dầu, có thể gây kích ứng da.1

Tổng kết lại có vẻ như nguyên nhân của viêm da tiết bã rất phức tạp, nhiều yếu tố đồng thời kết hợp lại với nhau gây nên bệnh. Ngoài những nguyên nhân kể trên thì còn có sự đóng góp của hàng rào hệ vi sinh vật trên da bị đảo lộn, bị phá vỡ, sự hiện diện gia tăng của các axit béo không bão hòa trên bề mặt da. Các nhà nghiên cứu cũng ghi nhận có sự gián đoạn của chất dẫn truyền thần kinh qua da, các tế bào tạo sừng bị bong tróc bất thường, yếu tố gen di truyền làm cho rối loạn hàng rào biểu bì da.2

Ở trẻ sơ sinh có thể biểu hiện dưới dạng vảy trơn, nhờn, lan tỏa trên da đầu (cradle cap), dân gian thường gọi là “nắp nôi” hay “cứt trâu”. Ban đỏ viêm cũng có thể lan rộng ảnh hướng đến các vùng nếp gấp như nách và bẹn (một dạng của viêm da tã lót). Trên da đầu của trẻ có những mảng màu hồng như cá hồi có thể bong tróc, hay tróc vảy, chúng thường không quángứa da, vì vậy không gây khó chịu hay quấy rầy các bé, ngay cả khi ban đỏ chiếm nhiều vùng trên da.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Ở người lớn bệnh thường ảnh hưởng đến các vị trí da tiết nhiều bã nhờn, chẳng hạn như da đầu, nếp mũi má, nếp gian mày, xung quanh lông mày, vùng râu, tai, da sau tai, xương ngực trên và các nếp gấp da khác. Các triệu chứng điển hình bao gồm:

Triệu chứng da trở nặng lên vào mùa đông, cải thiện vào mùa hè sau khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.

Có thể không triệu chứng gì, nhưng thường ngứa ít cả ngày.

Vùng da hỗn hợp dầu và khô ở giữa mặt.

Các mảng trắng, đỏ tróc vảy nhìn thấy giới hạn rõ trên da đầu hoặc là gàu, vảy lan tỏa cả đầu.

Viêm bờ mi: viền mí mắt có hiện tượng đỏ, tróc vảy trắng.

Ở các nếp gấp 2 bên mặt có các mảng màu hồng như cá hồi, có thể móng hay dày, tróc vảy và giới hạn không rõ ràng.

Các mảng bong vảy hình tròn như chiếc nhẫn, hình bầu dục như cánh hoa ở rìa chân tóc và vùng ngực trên.

Ban đỏ da ở vùng nách, dưới ngực, nếp gấp bẹn và nếp gấp ở bộ phận sinh dục.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Các bác sĩ đưa ra lời khuyên cho những người mắc có triệu chứng nhẹ. Hãy thử một số biện pháp điều trị cơ bản và dễ áp dụng tại nhà trước khi xem xét điều trị y tế.

Thông thường, mọi người sẽ sử dụng các loại dầu gội trị gàu để điều trị viêm da tiết bã trên da đầu, sử dụng hàng ngày hay cách ngày thường xuyên để có kết quả tối ưu, đảm bảo rằng bạn làm theo hướng dẫn sử dụng được in trên vỏ chai một cách cẩn thận.

Ngoài ra còn có các phương điều trị tại nhà đơn giản khác cũng giúp kiểm soát bệnh bao gồm:1

Sử dụng sản phẩm bôi kháng nấm, chống ngứa thông thường.

Sử dụng các sản phẩm chăm sóc da hợp lý như xà phòng và chất tẩy rửa, sữa tắm không gây kích ứng da.

Khi tắm nhớ xả kỹ xà phòng và dầu gội ra khỏi ra và da đầu, vì nếu còn lưu lại trên da các chất này sẽ gây kích ứng da làm bùng lên tình trạng viêm da tiết bã.

Với nam giới, nên cạo râu và ria mép thường xuyên, vì viêm da tiết bã cũng ảnh hưởng vùng da này.

Mặc quần áo rộng rãi, không bó sát, vật liệu cotton để tránh gây kích ứng da.

Chú ý rằng, viêm da tiết bã là một tình trạng lâu dài nên cần điều trị duy trì lâu dài, và bạn có thể kiểm soát được chúng trong đa phần các trường hợp bằng cách:

Xây dựng và sử dụng chu trình chăm sóc da hợp lý, đúng cách.

Nhận diện các yếu tố làm nặng hay làm khởi phát triệu chứng viêm da tiết bã.

Đi khám bác sĩ da liễu để được tư vấn và hỗ trợ tốt nhất.

Không phải tất cả các trường hợp viêm da tiết bã đều nhẹ và bạn có thể tự kiểm soát được tại nhà. Khi các triệu chứng nặng lên hay không kiểm soát được, đôi khi bùng lên một cách nhanh chóng đột ngột, các bác sĩ có thể kê cho bạn thuốc uống,dầu gội cho người bị viêm da tiết bã, hay các sản phẩm bôi trên da đầu, trên mặt hay các vùng da bị ảnh hưởng. Nói chung bạn nên đến khám các bác sĩ da liễu khi bạn có tình trạng dưới đây:1

Các triệu chứng trên da đầu không thuyên giảm khi bạn đang dùng dầu gội trị gàu.

Có những vùng da bệnh trở nên đỏ viêm nhiều.

Có những vùng da bệnh gây đau đớn cho bạn.

Các vùng da bệnh chảy dịch mủ, có mùi hôi, hay đóng mài dày, khiến bạn lo lắng.

Bạn cảm thấy khó chịu đáng kể, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bạn, và bạn tin rằng mình đang cần các can thiệp về y tế.

Nếu bạn thấy con mình có triệu chứng nghiêm trọng hay không tự hết, đừng ngần ngại đem trẻ đến khám các bác sĩ da liễu để được hỗ trợ tốt nhất.2

Các bác sĩ có thể kê cho bạn dầu gội điều trị và kem bôi chuyên dụng chứa các thành phần điều trị nhưhydrocortisone, fluocinolone, hay desonide. Bạn có thể thoa trực tiếp các kem bôi lên vùng da bệnh, hay sử dụng dầu gội để gội đầu, lưu ý rằng ngoài tác dụng chữa bệnh cho bạn, các sản phẩm này cũng có những tác dụng phụ có thể là gây kích ứng da, hay gây khó chịu khi bạn dùng không đúng cách.1

Các hoạt chất được sử dụng có thể là:

Thường giới hạn bôi trong tối đa từ 1 đến 3 tuần để giảm tình trạng viêm đỏ hay bùng phát đợt cấp viêm da tiết bã. Tuy nhiên thuốc này cần có chỉ định của bác sĩ và cần được dùng đúng liều.

Ví dụ như pimecrolimus,tacrolimus, thường được dùng để thay thế corticosteroids thoa vì chúng có ít tác dụng phụ hơn, khi được dùng trong thời gian dài.3

Trong nhiều trường hợp, các bác sĩ có thể kê cho bạn thuốc có tác dụng làm suy yếu, kìm hãm hay diệt nấm Malassezia, có nhiều dạng như dầu gội, thuốc thoa, thuốc uống.1

Ở trẻ nhỏ, viêm da tiết bã thường tự giới hạn, và có xu hướng tự khỏi hoàn toàn mà không cần điều trị gì, tuy nhiên nếu cần thiết bạn có thể gội đầu cho trẻ hằng ngày bằng dầu gội chuyên dành cho em bé, sau đó nhẹ nhàng loại bỏ lớp vảy, lớp mài dày khi chúng bắt đầu mềm, chú ý không quá mạnh tay hay không chà xát da, Khi da đầu khô hẳn thì có thể bôi các sản phẩm điều trị cho trẻ.4

Thông thường, ở trẻ sơ sinh viêm da tiết bã sẽ tự khỏi mà không cần điều trị gì khi trẻ được 6 – 12 tháng tuổi. Còn đối với người lớn thì viêm da tiết bã là một bệnh mạn tính kéo dài, do đó bạn có thể cần phải học cách kiểm soát nó trong suốt cuộc đời. Bạn có thể gặp các đợt bệnh viêm da tiết bã bùng phát, cấp tính, là những đợt bệnh mà triệu chứng trở nên nghiêm trọng hơn, thường sau khi có yếu tố làm nặng hay khởi phát nào đó.

Nhưng bạn cũng có thể trải qua một thời kỳ kéo dài bệnh, nghĩa là các triệu chứng rất ít hoặc không có triệu chứng khó chịu gì. Theo thời gian, bạn sẽ tìm được thói quen chăm sóc da phù hợp với bản thân, và biết cách làm giảm thiểu tác động của tình trạng bệnh này. Lời khuyên cho bạn là hãy học cách nhận biết và loại bỏ các yếu tố kích hoạt viêm da tiết bã, vì tuy gây nhiều khó chịu trong đợt bệnh cấp nhưng dường như nó không gây ra tình trạng hay biến chứng y tế nghiêm trọng đe dọa nào cả.1

Đầu tiên bạn cần học cách nhận biết các tác nhân gây kích thích hay khởi phát tình trạng này, nhận ra sự liên quan của các đợt bệnh cấp tính với các yếu tố dị ứng, có thể bạn cần ghi lại nếu có điều gì bất thường hay điều gì mới trong môi trường sống của bạn:5

Để tránh bùng phát bệnh, bạn nên tránh đội mũ len và áo len, thay vào đó là lựa chọn các loại vải như cotton và lụa.

Thường xuyên rửa các khu vực da bị ảnh hưởng bằng dầu gội nhẹ, chú ý không bôi trực tiếp lên da mà hay dùng nước tạo bọt rồi sau đó phải rửa sạch lại với nước.

Tránh dùng gel tạo kiểu và keo xịt tóc trong thời kỳ bệnh bùng phát cấp tính.

Tránh các đồ uống có cồn, vì chúng có thể gây các phản ứng da có hại.

Nâng cao hệ miễn dịch của bạn, vì hệ miễn dịch suy yếu cũng góp phần làm nặng thêm viêm da tiết bã. Chú ý chăm sóc bản thân và ăn các thực phẩm giàuvitamin C,vitamin E,vitamin K.5

Như đã đề cập ở trên thì viêm da tiết bã là tình trạng do nhiều yếu tố góp phần vào, phụ thuộc vào đặc điểm da và độ nhạy cảm trên da của mỗi người. Do đó không có điều trị bổ sung nào phù hợp với tất cả mọi người.

Tuy nhiên một số loại thực phẩm sau có thể giúp ích cho người bệnh:5

Dầu cá: giúp ức chế đợt bùng phát của các bệnh lý da viêm, các tác nhân gây dị ứng, cũng như cung cấp nguồn dinh dưỡng có lợi. Dầu cá chứa nhiềuomega-3tốt cho hệ miễn dịch và sức khỏe hệ tim mạch của bạn

Nha đam (lô hội): chứa các thành phần chống viêm đã được chứng minh có lợi trong điều trị viêm da tiết bã, bạn có thể dùng gel trực tiếp hay các sản phẩm chứa nha đam.

Probiotics (hệ vi sinh vật có lợi): thời gian gần đây probiotics đã được dùng trong nhiều bệnh lý da viêm, đặc biệt là ở trẻ em. Probiotics giúp hệ tiêu hóa khỏe mạnh, làm giảm đáp ứng viêm của toàn cơ thể.

Cây tràm và tinh dầu tràm: có tác dụng kháng viêm, kháng nấm, chống lại sự nhâm nhập của vi khuẩn, bạn có thể dùng dạng dầu gội, xông nhà và dùng các chế phẩm khác.

Các thực phẩm có tác dụng kháng viêm có lợi trong viêm da tiết bã như là rau củ quả màu xanh lá, cà chua,dầu ô liu, trái cây chứa các chất chống oxy hóa như anh đào,dâu tây,việt quất; các thực phẩm chứa nhiều vitamin C chẳng hạn nhưquả cam,quýt,ớt chuông, quả hạnh,khoai lang; hay các thực phẩm có hàm lượng vitamin E cao như là lúa mì vàbơ,…

Mặc dù không có loại thực phẩm cụ thể nào được xác định là tác nhân gây viêm da tiết bã, một số nghiên cứu đã liên kết được một số loại thực phẩm với tình trạng bùng phát của viêm da tiết bã. Một nghiên cứu lớn đã thực hiện vào năm 2018 cho thấy chế độ ăn uống kiểu “phương Tây” chủ yếu bao gồm thịt và thực phẩm chế biến – thực phẩm đã được nấu chín, đóng hộp, đông lạnh, hay sấy khô, nướng và đóng gói – có thể gây ra và làm bùng phát đợt cấp tính viêm da tiết bã. Các thực phẩm chế biến đó là phô mai, đậu hũ, bánh mì, bánh ngọt, bánh quy, sốt cà chua và khoai tây chiên.6

Với những hiểu biết mới vềviêm da tiết bãthì đây là một tình trạng không lây truyền, nhưng gây ảnh hưởng đáng kể tới người bệnh, bạn có thể áp dụng các biện pháp ngăn ngừa và điều trị cơ bản nêu trên để có thể kiểm soát bệnh tốt hơn. Bất cứ khi nào bệnh diễn tiến nặng hay trầm trọng hơn, hãy tới khám các bác sĩ da liễu để được tư vấn và hỗ trợ tốt nhất nhé.

Câu trả lời là không. Viêm da tiết bã là một bệnh lý da viêm không lây, nó chỉ ảnh hưởng đến chính bản thân người bệnh, tuy nhiên người ta cũng ghi nhận yếu tố di truyền trong viêm da tiết bã, một người có cha mẹ mắc viêm da tiết bã thì khả năng người đó cũng mắc cao hơn so với dân số chung.7

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-da-day-ruot/

Nội dung bài viết

Thế nào là bệnh viêm dạ dày ruột?

Nguyên nhân gây viêm dạ dày ruột

Vi khuẩn, virus gây viêm dạ dày ruột cấp lây từ đâu?

Viêm dạ dày ruột cấp có những triệu chứng nào?

Các xét nghiệm chẩn đoán viêm dạ dày ruột

Điều trị viêm dạ dày ruột cấp

Cách chăm sóc bệnh viêm dạ dày ruột

Chế độ ăn uống cho người bệnh viêm dạ dày ruột

Cách phòng ngừa viêm dạ dày ruột

Viêm dạ dày ruột thường gặp là viêm dạ dày ruột cấp. Đây là bệnh lý gây ra do tình trạng viêm nhiễm của niêm mạc ống tiêu hoá (chủ yếu ở dạ dày và ruột non). Bệnh rất thường gặp, lây qua đường phân – miệng. Viêm dạ dày ruột nếu không được nhận diện và điều trị đúng cách, có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm, nhất là đối với trẻ em và người lớn tuổi. Sau đây, mời quý bạn đọc cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Huỳnh Mạnh Tiến tìm hiểu chi tiết về bệnh lý viêm dạ dày ruột nhé!

Viêm dạ dày ruột thường gặp là viêm dạ dày ruột cấp. Đây là tình trạng viêm niêm mạc đường tiêu hóa (chủ yếu ởdạ dàyvàruột non,…). Bệnh với triệu chứng thường gặp của bệnh là tiêu chảy có thể kèm theobuồn nôn và nôn,sốthoặc đau bụng quặn.

Viêm dạ dày ruột có thể gây ra bởi nhiều nguyên nhân. Bao gồm nhiễm khuẩn (virus, vi khuẩn, kí sinh trùng), hoặc tiếp xúc tác nhân hoá học gây viêm hoặc loét đường ống tiêu hoá. Cụ thể như sau:1234

Nguyên nhân hay gặp nhất, do vi khuẩn hoặc virus tấn công trực tiếp lên nhung mao ống tiêu hoá, hoặc tiết ra độc chất phá huỷ các nhung mao. Việc nhiễm tác nhân nào còn phụ thuộc vào cơ địa của trẻ và người lớn. Chúng bao gồm:

Virus: thường gặp nhất là Notavirus,Norovirusvà Adenovirus,…Vi khuẩn:E. Coli,Staphylococcus aureus,Vibrio cholera,Salmonella,Shigella, vàCampilobacter,…Ký sinh trùng:Cryptosporidium parvum,Giardia intestinalis,Entamoeba histolyticavàCyclospora cayetanensis,…

Virus: thường gặp nhất là Notavirus,Norovirusvà Adenovirus,…

Vi khuẩn:E. Coli,Staphylococcus aureus,Vibrio cholera,Salmonella,Shigella, vàCampilobacter,…

Ký sinh trùng:Cryptosporidium parvum,Giardia intestinalis,Entamoeba histolyticavàCyclospora cayetanensis,…

Cụ thể, các tác nhân thường gặp gây viêm dạ dày ruột cấp như:5

Norovirus.

Rotavirus.

Enteric adenovirus loại 40 và 41.

Astrovirus.

Coronavirus.

Một số chủng Picornaviruses.

Shigella.

Salmonella.

Campylobacter.

E. Coli.

Vibrio.

Yersinia.

C. difficile.

Giardia.

Amebiasis.

Cryptosporidium.

Isospora.

Cyclospora.

Microsporidium.

Lưu ý đặc biệt ở trẻ nhỏ, Rotavirus là tác nhân chính gây ra tiêu chảy nặng và đe dọa đến tính mạng của trẻ hoặc bùng phát thành dịch. Virus Rota thường xuất hiện ở mùa khô lạnh. Ngoài ra, một số thói quen không tốt của bố mẹ như:3

Cho trẻ ăn dặm, bú chai không đúng cách.

Bú chai.

Không rửa tay sạch sau khi dọn phân.

Lúc chế biến thức ăn cho con hoặc xử lý phân không hợp vệ sinh có thể dễ đến trẻ dễ bị nhiễm bệnh.

Ngoài ra, cần lưu ý đến tác nhântảcũng có thể gây nên dịch bệnh trầm trọng, nếu gặp phải tình trạng đi phân đục như nước vo gạo. Người lớn tuổi, trẻ em bịsuy dinh dưỡng, suy giảm hệ miễn dịch có nguy cơ dễ bị nhiễm khuẩn hơn và biểu hiện nặng nề hơn.15

Các sinh vật gây bệnh như Giardia và Cryptosporidium thường hiếm gặp. Nhưng có thể gây ra viêm dạ dày ruột nặng ở người suy giảm miễn dịch.

Một số trường hợp nuốt phải hoá chất (thuốc xà phòng, hoá chất,…), hoặc dị ứng với thực phẩm, dùng thuốc kháng sinh kéo dài, lặp đi lặp lại cũng có thể gây loạn khuẩn đường ruột dẫn đến bệnhtiêu chảy. Một số thuốc được sử dụng cũng có tác dụng phụ gây tiêu lỏng ồ ạt, đặc biệt nếu lạm dụng.

Các thuốc và hoá chất có thể gây viêm dạ dày ruột và tiêu chảy bao gồm:5

Kháng sinh.

Lạm dụng thuốc nhuận trường.

Sorbitol.

Colchicine.

Thuốc chống rối loạn nhịp.

Thuốc kháng viêm non-steroids.

Hoá trị.

Antacid.

Phosophat hữu cơ.

Độc tố từ nấm.

Thạch tín.

Ciguatera or scombroid.

Như đã đề cập, nhiễm khuẩn là nguyên nhân thường gặp nhất ở viêm dạ dày ruột. Vì vậy, chúng ta hãy cùng tìm hiểu người bệnh có thể bị lây nhiễm vi khuẩn, virus từ đâu.

Đây là con đường chủ yếu lây bệnh. Người trưởng thành hoặc trẻ em mắc bệnh sau khi tiếp xúc với phân, chén dĩa, cốc thìa, đồ đạc chưa được vệ sinh kĩ. Các vật phẩm này vẫn còn nhiễm vi khuẩn rồi vô tình đưa tay lên miệng.

Các đối tượng sau đây, khi sống môi trường sống và vệ sinh cá nhân kém, hay có thói quen không đảm bảo vệ sinh khi chế biến và ăn uống rất dễ mắc bệnh:

Trẻ em dưới 5 tuổi.

Người già yếu.

Người suy giảm hệ miễn dịchHIV/AIDS.

Có bệnh lý mạn tính đi kèm nhưđái tháo đường,bệnh tim mạch,bệnh thận mạn,xơ gan,suy thận,…

Người bị viêm dạ dày ruột có thể có triệu chứng của đường tiêu hoá đa dạng. Bao gồm:1235

Buồn nôn, mửa.

Đi tiêu ra máu. Đây là một chỉ dấu bệnh nặng, khi vi khuẩn đã xâm nhập và tổn thương loét ống tiêu hoá. Vi khuẩn lan tràn vào máu có thể dẫn đến bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc.

Đau bụng mức độ nhẹ đến nặngvùng thượng vịvà quanh rốn. Thường đau kiểu quặn thắt từng cơn.

Sốt có thể đi kèm lạnh run.

Mệt mỏi toàn thân, chán ăn, ê ẩm khắp người.

Việc nôn ói, đi tiêu chảy nhiều lần có thể khiến người bệnh dễ rơi vào tình trạngmất nước. Đặc biệt ở người già, người có nhiều bệnh nền thường diễn tiến bệnh có thể xấu đi nhanh chóng. Các dấu hiệu mất nước như: rất khát nước, mệt mỏi li bì, khó chịu, hoa mắt, chóng mặt, mắt trũng, má hóp, niêm mạc môi miệng khô, da khô, đi tiểu ít, nước tiểu sậm màu, tã của bé khi thay vẫn khô sau 4 – 6 giờ.

Tiêu chảy. Đi cầu phân lỏng ≥ 3 lần/24 giờ.

Đối với trẻ em, trên thực tế, số lần đi đại tiện và tính chất phân của trẻ thường thay đổi; tùy theo từng lứa tuổi và thức ăn của con. Vì vậy, cần đánh giá dựa trên số lần đi tiêu có vượt hơn mức thường ngày hay không, tính chất phân có lỏng hơn không.

Khi trong tháng đầu, thông thường, trẻ sẽ đi tiêu khoảng 4 lần mỗi ngày và phân lỏng, mềm. Tuy nhiên, một số trẻ có thể đi đại tiện 10 lần/ngày. Có những trẻ vừa ăn xong là có thể đi tiêu liền. Một số trẻ khác thì đi đại tiện vào những khoảng thời gian khác nhau. Ba mẹ có thể so sánh/tham khảo với các mức bình thường như sau:

Trẻ nhỏ dưới 3 tháng tuổi: Một số trẻ có số lần đi tiêu nhiều hơn 2 lần/ngày. Tuy nhiên, có những trẻ chỉ đi ngoài khoảng 1 lần/tuần.

Trẻ nhỏ dưới 1 tuổi: Đối với những bé bú sữa mẹ, khi đi đại tiện, phân của trẻ thường mềm, có màu xanh lá, vàng hoặc nâu, có thể có những hạt nhỏ màu trắng trong phân.

Trẻ từ 1 – 2 tuổi: Đa số các bé đi tiêu ít nhất 1 lần/ngày với phân xốp, mềm và thành khuôn.

Từ đó, ba mẹ có thể nhận biết tình trạng viêm dạ dày ruột cấp ở trẻ khi con đi phân lỏng, hoặc nhiều nước và nhiều lần hơn so với lúc bình thường. Cụ thể là:7

Trẻ dưới 1 tuổi: Tiêu chảy cấp xảy ra khi số lần đi tiêu của bé gấp đôi so với lúc bình thường.

Trẻ lớn:Tiêu chảy cấp ở trẻxảy ra khi con đi tiêu phân lỏng nước trên 3 lần/ngày.

Các triệu chứng viêm dạ dày ruột có thể khởi phát ngay sau khi tiếp xúc với độc tố sẵn có của tác nhân từ 8 – 10 giờ; hoặc sau 1 – 2 ngày khi tác nhân đã phát triển mạnh và gây tổn thương trong ống tiêu hoá. Các biểu hiện có thể kéo dài hơn 1 tuần, hoặc thậm chí lâu hơn nếu không được điều trị.358

Đa số trường hợp bệnh viêm dạ dày ruột cấp do virus có thể tự hồi phục. Tuy nhiên, một số trường hợp (người lớn tuổi, nhiều bệnh nền, trẻ em, người bệnh không tuân thủ điều trị) dễ xuất hiện biến chứng sau như:123

Mất nước nặng và kéo dài. Có thể dẫn đếnsuy thận cấp, rối loạn điện giải, kiềm toan, sốc giảm thể tích.

Một số tác nhân có độc lực mạnh sẽ dễ đến nhiễm khuẩn huyết (vi khuẩn lan tràn trong máu), sốc nhiễm khuẩn (gậytụt huyết áp). Thậm chí suy đa phủ tạng và tử vong.

Suy dinh dưỡng: Nếu viêm dạ dày ruột kéo dài, người bệnh nôn ói, tiêu chảy liên tục; nên không ăn uống được, thức ăn khi đưa vào cơ thể không được hấp thu do niêm mạc ruột đã bị tổn thương. Về lâu dài, nếu không được chữa trị kịp thời và bổ sung dưỡng chất, người bệnh dễ lâm vào tình trạng suy dinh dưỡng nặng.

Hội chứng ruột kích thíchsau viêm dạ dày ruột do nhiễm khuẩn: Một số trường hợp, sau khi hết bệnh, người bệnh vẫn còn tiêu chảy, đau bụng kéo dài.

Khi người bệnh có dấu hiệu trên, việc thăm khám và hỏi bệnh đã có thể giúp chẩn đoán được bệnh. Phần lớn có thể điều trị ban đầu dựa trên lâm sàng. Tuy nhiên, bác sĩ có thể đề nghị bệnh nhân thực hiện thêm một số xét nghiệm để nhận diện những tác nhân gây bệnh. Đặc biệt tác nhân nguy hiểm, hiếm gặp, cần điều trị đặc hiệu. Một số xét nghiệm bao gồm:1568

Xét nghiệm phân. Người bệnh được yêu cầu cung cấp mẫu phân để định danh tác nhân gây bệnh (soi dưới kính hiểm vi, cấy mẫu bệnh phẩm, PCR tìm tác nhân).

Xét nghiệm máu. Cấy máu, huyết thanh chẩn đoán khi tác nhân độc lực cao, gây tổn thương nhiều cơ quan, lan tràn vào máu gây nhiễm khuẩn huyết.

Nội soi đại trực tràng. Thường được chỉ định khi tổn thương kéo dài, nặng nề, cần khảo sát niêm mạc trực tiếp để lấy bệnh phẩm tìm tác nhân.

Ở người lớn khoẻ mạnh, hầu hết viêm dạ dày ruột cấp có thể tự giới hạn, sau khi cơ thể thải loại hết toàn bộ độc tố của vi khuẩn trong ống tiêu hoá (đi tiêu hoặc nôn ra ngoài)… Điều quan trọng là cần bổ sung đủ nước đúng cách, tránh tình trạng mất nước nặng. Nước được lựa chọn nên có bổ sung điện giải để tránh tình trạng rối loạn điện giải đi kèm.

Trong một số trường hợp, người bệnh có các triệu chứng khó chịu, có bệnh nền nghiêm trọng (như đã đề cập ở trên), người lớn tuổi. Thì nên đếm khám bác sĩ để được tư vấn, thực hiện một số xét nghiệm và cấp một số thuốc điều trị.

Bù nước điện giải. Trong trường hợp nặng, cần bổ sung liên tục qua đường tĩnh mạch để phòng ngừa biến chứng cho bệnh nhân.Thuốc kháng sinh. Được chỉ định tùy theo tác nhân gây bệnh.Điều trị các triệu chứng. Thuốc hạ sốt,thuốc giảm đau, chống nôn, chống tiêu chảy nếu cần.Probiotics:Lactobacillus reuteri,Lactobacillus GG,L. acidophilus,S. oulardi,…Kẽm. Có thể làm ngăn ngừa và hỗ trợ điều trị tiêu chảy cấp.

Bù nước điện giải. Trong trường hợp nặng, cần bổ sung liên tục qua đường tĩnh mạch để phòng ngừa biến chứng cho bệnh nhân.

Thuốc kháng sinh. Được chỉ định tùy theo tác nhân gây bệnh.

Điều trị các triệu chứng. Thuốc hạ sốt,thuốc giảm đau, chống nôn, chống tiêu chảy nếu cần.

Probiotics:Lactobacillus reuteri,Lactobacillus GG,L. acidophilus,S. oulardi,…

Kẽm. Có thể làm ngăn ngừa và hỗ trợ điều trị tiêu chảy cấp.

Đối với người lớn, sau khi khám bệnh và được chỉ định điều trị ngoại trú (điều trị theo chỉ định của bác sĩ và không cần nhập viện). Trong trường hợp bệnh nhẹ, ít triệu chứng, bác sĩ thường hạn chế việc chỉ định thuốc để điều trị viêm dạ dày ruột. Vì tất cả các loại thuốc đều có tác dụng phụ. Người bệnh chỉ cần uống đủ nước và các triệu chứng thường sẽ sớm chấm dứt. Khi các triệu chứng bệnh giảm bớt, đặc biệt là nôn mửa; các bác sĩ có thể đề nghị chế độ ăn phù hợp trong một hoặc hai ngày, trước khi quay lại chế độ ăn bình thường.

Tuy nhiên, cần lưu ý ở người lớn tuổi (thường uống nước rất ít do cảm nhận khát kém hơn người trẻ bình thường), người nhiều bệnh nền, nên được theo dõi kĩ cẩn thận để đưa cơ sở y tế kịp thời.

Ba mẹ nên cho con uống đủ và nhiều nước hơn so với bình thường. Với những trẻ đang búsữa mẹ, mẹ nên cho con bú thường xuyên và lâu hơn so với bình thường. Điều này là vì bé cần năng lượng để hoạt động, cũng như tăng trưởng và chống đỡ bệnh tật.

Cho con uống dung dịchOresol:

Đối với những trẻ dưới 2 tuổi, ba mẹ nên cho trẻ uống khoảng 50 – 100 ml dung dịch Oresol sau mỗi lần đi đại tiện.

Đối với những trẻ trên 2 tuổi, phụ huynh nên cho con uống khoảng 100 – 200 ml dung dịch Oresol sau mỗi lần tiêu.

Người thân nên đưa người bệnh đến gặp bác sĩ ngay, nếu:12357

Trẻ dưới 6 tháng tuổi. Những trẻ dưới 6 tháng tuổi có tình trạng tiêu chảy cấp, ba mẹ hãy đưa con đến viện gặp bác sĩ ngay. Vì ở độ tuổi này, trẻ rất dễ bị mất nước và bệnh nhanh chóng trở nặng. Mà ba mẹ thường khó nhận biết được tình trạng này.

Có dấu hiệu mất nước nghiêm trọng: chóng mặt kéo dài, nước tiểu ít hoặc không có, đi tiểu ít, da xanh xao, sụt cân, môi khô, mắt trũng, bàn tay bàn chân lạnh, khi khóc không có nước mắt.

Sốt ≥ 39°C, lạnh run.

Nôn ói liên tục, nôn hết tất cả mọi thứ.

Bị tiêu chảy 8 – 10 lần/ ngày, hoặc đi tiêu lỏng một cách ồ ạt 2 – 3 lần, hoặc tiêu chảy kéo dài 10 ngày.

Tiêu phân lẫn máu.

Quấy khóc liên tục.

Lừ đừ, li bì khó đánh thức.

Đau bụng nhiều.

Hoặc khi ba mẹ có bất kỳ lo lắng nào khác.

Người bệnh, cũng như người nhà bệnh nhân cần lưu ý một số điều sau đây để việc điều trị có hiệu quả:135

Dùng thuốc đúng quy định. Người bệnh phải uống thuốc theo đúng sự chỉ dẫn của bác sĩ, điều dưỡng. Không nên tự ý ngưng hay bỏ thuốc, hoặc đổi liều sử dụng thuốc.

Không sử dụng các loại thuốc chống nôn, hay thuốc cầm tiêu chảy khi không có chỉ định của bác sĩ. Việc dùng thuốc quá liều có thể dẫn đến ứ đọng độc tố của vi khuẩn trong cơ thể. Từ đó làm triệu chứng kéo dài hơn như buồn nôn, nôn, đau bụng dai dẳng. Thậm chí tạo điều kiện cho vi khuẩn sinh sôi trong cơ thể khiến nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm trùng.

Uống thuốc và theo dõi các tác dụng phụ của thuốc. Khi có xuất hiện triệu chứng như ngứa, nổi mày đay, khó thở… hay bất kỳ sự bất thường nào khác phải báo ngay cho bác sĩ hoặc điều dưỡng.

Theo dõi các triệu chứng lâm sàng của bệnh: đi cầu phân lỏng, màu sắc phân, buồn nôn và nôn; tình trạng đau bụng quặn quanh rốn, thượng vị, nhất là hố chậu phải;đầy bụng, đau ngực, đi tiêu phân đen có máu, hoặc phân trông như hắc ín; đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi toàn thân, đi tiểu ít hoặc không tiểu, dấu hiệu khát, tình trạng khô môi,…

Đối với trẻ mắc bệnh hoặc người lớn tuổi, thường sẽ mất nước rất nhanh chóng. Do đó bố mẹ và người chăm sóc ông bà cần quan tâm, chú ý cung cấp nhiều nước cho người bệnh; và đưa đến gặp bác sĩ ngay khi có dấu hiệu mất nước.

Bên cạnh đó, người bệnh cũng cần đi tái khám lại khi:

Các triệu chứng kém cải thiện, xuất hiện lại.

Đau bụng nhiều hơn, tăng khi ho rặn mạnh, nhất là đau bụng hố chậu phải.

Nôn có máu hoặc đi tiêu phân đen, phân có máu.

Nôn kéo dài dai dẳng.

Mệt mỏi li bì, đau đầu, chóng mặt kéo dài.

Sốt cao lạnh run.

Uống thật nhiều nước. Uống nước đã được đun sôi (ấm hoặc để nguội), các loại trà ítcaffeine, nước ép,nước dừa, dung dịch điện giải.

Các món súp/cháo loãng hoặc nước canh hầm. Khi bị viêm dạ dày ruột, tình trạng tiêu chảy sẽ khiến bệnh nhân mất nước. Các món ăn loãng như cháo, súp hoặc nước dùng vừa cung cấp nước, năng lượng, vừa dễ tiêu hóa. Từ đó giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục. Các món này bao gồm: cháo loãng nấu với thịt bằm, cháo yến mạch, canh soup hầm. Bên cạnh đó, cần chú ý khâu vệ sinh khi nấu.

Chế độ ăn BRAT. Đây là chết độ ăn bao gồmchuối, cơm, nước sốt táo và bánh mì. Chế độ hàm lượng xơ thấp, giàu kali và tinh bột để bù đắp thiếu hụt dinh dưỡng và giúp phân mau đặc lại, giảm tiêu chảy. Tuy nhiên, nếu áp dụng chế độ ăn này cho bé cần hỏi trước ý kiến của bác sĩ.49

Trái cây, nước ép rau củ quả. Việc sử dụng các loại trái cây, nước ép sẽ giúp bù nước và các khoáng chất cho cơ thể.

Sữa chua. Sử dụng sữa chua giúp cung cấp lượng lợi khuẩn cho cơ thể. Việc thêm sữa chua vào chế độ ăn mỗi ngày là cách bổ sung lợi khuẩn đường ruột đơn giản, hiệu quả; giúp hệ vi sinh đường ruột nhanh lấy lại sự cân bằng. Từ đó, các triệu chứng của viêm dạ dày ruột cũng nhanh được kiểm soát. Việc sử dụng sữa chua cũng giúp ổn định hệ vi sinh đường ruột, đặc biệt có ý nghĩa ở người sử dụng kháng sinh dài ngày.

Đồ ăn chiên rán, thực phẩm quá béo. Các loại thực phẩm này có thể dẫn đến đầy bụng, khó tiêu, làm tiêu chảy, nôn ói nặng nề hơn.

Thức uống chứa nhiềucaffeinenhư trà,cà phêđen,… có thể gây kích thích đường ruột làm tiêu chảy nặng nề hơn.

Thực phẩm cay nóng. Các loại thực phẩm này có thể khiến người bệnh buồn nôn, đau bụng nhiều hơn.

Thực phẩm từ sữa, sản phẩm sữa. Lượng lactose trong sữa và các sản phẩm từ sữa có thể kém được tiêu hoá ở một vài người. Đặc biệt là khi đang bị viêm dạ dày ruột, điều này có thể làm tình trạng tiêu chảy nặng nề hơn.

Xem thêm:Không dung nạp lactose: Chuyện không của riêng ai

Không phải lúc nào chúng ta cũng có thể phòng tránh viêm dạ dày ruột. Nhưng chúng ta có thể phòng ngừa việc bị lây nhiễm bệnh, thông qua một số cách dưới đây. Điều quan trọng trong phòng ngừa bệnh viêm dạ dày ruột là chú ý về vấn đề vệ sinh và an toàn thực phẩm. Các cách phòng ngừa cụ thể bao gồm:26

Luôn đảm bảo các thực phẩm đưa vào cơ thể là an toàn và hợp vệ sinh. Thực phẩm cần được bảo quản lạnh đúng cách. Luôn nấu chín kỹ thức ăn, nước uống. Và không bao giờ ăn những thực phẩm đã quá hạn sử dụng.

Sử dụng vật dụng cá nhân riêng biệt. Không dùng chung dụng cụ ăn uống, ly nước và đĩa với người khác. Đặc biệt là nên sử dụng khăn riêng khi tắm, lau mặt,…

Giữ khoảng cách. Nếu có thể, hạn chế tiếp xúc gần với những người có biểu hiện mắc bệnh.

Khử trùng các bề mặt trong nhà như bàn, ghế, tay nắm cửa,…

Rửa tay thường xuyên sẽ giúp ngăn ngừa bệnh lây lan sau khi tiếp xúc nơi, vật dụng nghi ngờ nhiễm khuẩn. Rửa tay bằng xà phòng và nước để hạn chế vi khuẩn; đặc biệt sau khi đi vệ sinh và trước khi chế biến thức ăn. Không nên quá lạm dụng các loại gel rửa tay khô. Vì không phải lúc nào chúng cũng hiệu quả.

Nếu trẻ đã lớn, ba mẹ có thể dạy trẻ cách rửa tay đúng cách, đặc biệt là sau khi đi vệ sinh. Rửa tay với xà phòng ít nhất trong vòng 20 giây. Chú ý kiểm tra tay trẻ; đặc biệt một số vùng như đầu ngón tay, móng tay và phần mu bàn tay.

Trong trường hợp không thể rửa tay bằng xà phòng và nước, bạn có thể rửa tay bằng dung dịch rửa tay có chứa cồn. Tuy nhiên, cần lưu ý việc rửa tay bằng các dung dịch rửa tay nhanh chỉ mang tính tạm thời.

Nên khử trùng bất kỳ các bề mặt, hoặc đồ vật nào có thể bị nhiễm bẩn.

Giặt riêng các vật dụng đã bị nhiễm bẩn như quần áo, ga giường,… bằng nước nóng. Người không mắc bệnh không được sử dụng chung đồ dùng sinh hoạt với người bệnh, trẻ bị bệnh để tránh lây nhiễm bệnh.

Khi đi du lịch, hãy luôn chú ý vấn đề vệ sinh, thức ăn cho bé, người lớn tuổi và người nhiều bệnh nền.

Chủng ngừa: Trẻ nhỏ có thể chủng ngừa virus Rota và để giảm nguy cơ phát triển bệnh viêm dạ dày ruột. Trẻ lớn hơn 2 tuổi có thể được uống ngừa vaccine Tả (Vibrio cholorea), đặc biệt ở mùa dịch.

Trên đây là những thông tin về bệnh lýviêm dạ dày ruột. Hi vọng đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin bổ ích về bệnh lý này. Từ đó, có những phương pháp phòng ngừa và hướng xử trí phù hợp khi mắc bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-da-day-ruot-do-virus-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Viêm dạ dày ruột do virus là gì?

Tác nhân nào gây ra bệnh viêm dạ dày ruột?

Triệu chứng và dấu hiệu nhận biết bệnh

Thời điểm nên đi khám bệnh

Yếu tố mắc bệnh và biến chứng của bệnh

Chẩn đoán

Phương pháp điều trị

Biện pháp phòng ngừa

Ẩm thực ngày càng trở thành một lĩnh vực quan trọng trong cuộc sống và cách chế biến những món ăn cũng từ đó phong phú hơn trước. Vì thế, những rối loạn về tiêu hóa cũng dần trở nên phổ biến. Một trong số đó là tiêu chảy và thường gặp là viêm dạ dày ruột do virus. Ngoài tiêu chảy, đâu là những triệu chứng để chẩn đoán và phương pháp điều trị tốt nhất là gì? Hãy cùng tìm hiểu bài viết dưới đây của ThS.BS chuyên khoa Tiêu hóa Thái Việt Nguyên nhé.

Viêm dạ dày ruột do virus là một bệnh nhiễm trùng hệ tiêu hóa thường gặp. Những biểu hiện nhưtiêu chảy, đau bụng, buồn nôn hay nôn, và đôi khi có thể có sốt. Cách lây lan viêm dạ dày ruột do virus thường là tiếp xúc với người bị nhiễm bệnh từ trước hay ăn phải thức ăn hay nước uống bị nhiễm bẩn. Nếu bạn có sức khỏe tốt, thì bệnh sẽ nhanh khỏi và hầu như không có biến chứng. Tuy nhiên, với những trẻ sơ sinh, người lớn tuổi và những người có rối loạn miễn dịch, viêm dạ dày ruột do virus có khả năng gây tử vong.

Chưa có phương pháp điều trị hiệu quả cho bệnh viêm dạ dày ruột do virus. Vì vậy, dự phòng vẫn là phương pháp hàng đầu. Ngoài việc tránh sử dụng thực phẩm và nước bị ô nhiễm, rửa tay kỹ và thường xuyên là cách tốt nhất để bảo vệ bạn và gia đình.

Bạn rất dễ mắc bệnh viêm dạ dày ruột do virus thông qua thức ăn và nước uống không sạch. Cũng có khả năng lây bệnh nếu bạn dùng chung đồ, khăn hay thức ăn với người đang nhiễm bệnh.

Một số loại virus có khả năng cao gây viêm dạ dày ruột

Norovirus. Cả người lớn và trẻ em đều có thể mắc bệnh doNorovirus. Virus này là nguyên nhân phổ biến nhất gây bệnh liên quan tới hệ tiêu hóa trên thế giới. Nhiễm Norovirus có thể từ gia đình hay trong cộng đồng. Nó đặc biệt có khả năng lây lan mạnh trong môi trường kín, không gian hẹp. Đa số nhiễm bệnh từ nguồn thức ăn, nguồn nước, mặc dù vẫn có thể lây từ người sang người.

Rotavirus.Rotaviruslà nguyên nhân phổ biến nhất trên toàn cầu về vấn đề viêm dạ dày ruột ở trẻ em. Trẻ em là những đối tượng thường xuyên đưa đồ vật hoặc tay vào miệng nên rất dễ mắc bệnh. Bệnh có thể diễn tiến nặng trên đối tượng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Người lớn vẫn có khả năng mắc bệnh, tuy nhiên thường tự giới hạn hay không có triệu chứng. Tuy nhiên, người lớn có thể là nguồn lây bệnh cho trẻ em cách vô tình. Trên thế giới và Việt Nam hiện nay đã có vắc-xin phòng bệnh cho trẻ nhỏ.

Một số loài hải sản có vỏ, đặc biệt là còn sống hay chưa được nấu chín, cũng có thể là nguyên nhân khiến bạn và gia đình mắc bệnh. Tuy bệnh có thể lây truyền qua nguồn nước bị ô nhiễm, nhưng đa số các trường hợp virus được lây lan do thói quen không rửa tay sau khi đi vệ sinh của một số người.

Viêm dạ dày ruột xảy ra khi virus tấn công vào hệ tiêu hóa. Và gây nên các triệu chứng, dấu hiệu sau:

Tiêu lỏng, thường sẽ là tiêu phân lỏng không dính máu. Nhưng nếu có máu trong phân của bạn thì có nghĩa là bạn đang bị nhiễm trùng nặng.

Đau bụng.

Đau cơ và nhức mỏi khắp người.

Sốt nhẹ.

Tùy thuộc vào tác nhân gây bệnh, các triệu chứng có thể xuất hiện trong vòng một đến ba ngày sau khi bạn nhiễm bệnh và mức độ nặng nhẹ cũng rất dao động. Các triệu chứng thường chỉ kéo dài từ một hoặc hai ngày. Tuy nhiên, vẫn có những trường hợp chúng có thể kéo dài tới 10 ngày.

Bởi vì các triệu chứng gần như tương tự nhau, nên rất khó để phân biệt tiêu chảy do virus hay tiêu chảy do các tác nhân vi khuẩn, chẳng hạn như Clostridium difficile, Salmonella và E. coli hoặc ký sinh trùng như giardia.

Bạn tiêu chảy liên tục với lượng nhiều trong 24 giờ.

Bạn nôn liên tục trong vòng 2 ngày qua.

Hay bạn nôn ra máu.

Bạn có các dấu hiệu mất nước như khát nước nhiều, nước tiểu ít hay chuyển sang vàng sậm, chóng mặt,…

Đi tiêu ra máu.

Bạn sốt cao > 40°C.

Nếu như con bạn trong độ tuổi sơ sinh và trẻ nhỏ, bạn hãy liên hệ với bác sĩ ngay, nếu:

Sốt từ 39°C trở lên.

Vẻ mặt trẻ lừ đừ hay khóc khó dỗ.

Đi tiêu ra phân lẫn máu.

Có dấu hiệu mất nước. Nếu trẻ có dấu hiệu mất nước, bạn cần theo dõi lượng nước trẻ uống và lượng nước tiểu của trẻ.

Nếu con bạn là trẻ sơ sinh, bé có thể nôn do nhiều nguyên nhân. Và một số trong đó cần có sự chăm sóc của nhân viên y tế.

Hãy gọi ngay cho bác sĩ, nếu trẻ sơ sinh có những dấu hiệu báo sau đây:

Nôn kéo dài trong vài giờ.

Không có tã ướt trong 6 giờ liên tục.

Tiêu phân có máu hoặc tiêu chảy nặng.

Khô miệng hay khóc nhiều nhưng không có nước mắt.

Ngủ bất thường, hay khó đánh thức bé dậy.

Viêm dạ dày ruột là một trong những bệnh tiêu hóa thường gặp. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, mọi chủng tộc và nghề nghiệp. Tuy nhiên, dưới đây là một số yếu tố có khả năng làm tăng nguy cơ mắc bệnh, bao gồm:

Trẻ nhỏ. Trẻ em sinh hoạt tại các trung tâm trông nom trẻ, trường bán trú có thể có nguy cơ cao mắc bệnh vì trẻ cần có thời gian để phát triển hệ miễn dịch.

Người cao tuổi. Hệ miễn dịch của người lớn tuổi dần dần bị suy giảm. Đặc biệt là những người lớn tuổi sống trong nhà dưỡng lão, họ sống trong môi trường đông người kèm với hệ miễn dịch không còn đủ mạnh.

Học sinh bán trú, cư dân sống trong môi trường đông dân cư. Những nơi đông người được xem như là môi trường thuận lợi để lan truyền bệnh.

Những người có hệ miễn dịch bị suy giảm chức năng. Nếu khả năng chống lại nhiễm trùng của bạn bị suy giảm – ví dụ như hệ miễn dịch bị tổn hại do HIV/AIDS, hóa trị liệu hay một bệnh lý y khoa khác – thì bạn có nguy cơ mắc bệnh và có thể diễn tiến nặng.

Biến chứng chính của bệnh viêm dạ dày ruột do virus là mất nước và điện giải. Mức độ mất nước và điện giải rất thay đổi, có thể nhẹ nhưng cũng có thể mất nước nặng. Nếu bạn có sức khỏe đủ tốt và uống đủ nước thì mất nước không phải là vấn đề.

Trẻ sơ sinh, người già và những người bị suy giảm miễn dịch có thể bị mất nước nặng. Những đối tượng này nên nhập viện kịp thời để được bù nước và điện giải. Mất nước và điện giải có thể gây tử vong, tuy nhiên hiếm trường hợp nào tử vong.

Bác sĩ có thể chẩn đoán bệnh dựa vào các triệu chứng, khám lâm sàng và đôi khi dựa vào dịch tễ xung quanh bạn có những trường hợp mắc bệnh hay không. Xét nghiệm phân có thể giúp xác định tác nhân là Norovirus hay là Rotavirus, tuy nhiên lại không có xét nghiệm cho những tác nhân khác có thể gây bệnh viêm dạ dày ruột. Một số trường hợp, bạn có thể cần xét nghiệm phân để loại trừ vi khuẩn hay ký sinh trùng.

Vẫn chưa có điều trị đặc hiệu cho bệnh do virus gây ra. Kháng sinh không có tác động lên virus và việc lạm dụng kháng sinh có thể gây ra tình trạng đa kháng thuốc của vi khuẩn, sẽ gây ra tình trạng không có thuốc điều trị nếu bạn thực sự nhiễm bệnh do vi khuẩn gây ra. Điều trị bệnh thường là bù nước và điện giải tại nhà và tái khám nếu có bất thường.

Dưới đây sẽ là phần dành cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ – đối tượng dễ mắc bệnh nhất. Ưu tiên hàng đầu trong việc điều trị là bù đủ nước và điện giải cho trẻ.

Bạn có thể giúp trẻ bù nước bằng đường uống nếu không có chỉ định đặc biệt từ bác sĩ. Hãy nhờ sự giúp đỡ của bác sĩ về cách bù nước cho trẻ. Bác sĩ sẽ chỉ cho bạn một loại dung dịch làOresolvà sẽ hướng dẫn bạn sử dụng đúng.

Hãy cho trẻ ăn những thức ăn mềm, dễ tiêu hóa và đừng ép trẻ ăn quá nhiều.

Hạn chế cho trẻ ăn một số thực phẩm nhất định. Đặc biệt là những thức ăn chứa nhiều đường như kem, kẹo và nước ngọt. Những thực phẩm này có thể làm tình trạng tiêu chảy của trẻ trở nên trầm trọng hơn.

Hãy để trẻ nghỉ ngơi vì việc tiêu chảy nhiều và nhiễm bệnh có thể khiến trẻ yếu và mệt.

Đừng cho trẻ uống các thuốc chống tiêu chảy nếu không có chỉ định của bác sĩ.  Việc tự ý cho trẻ uống loại thuốc này có thể làm giảm khả năng đào thải virus.

Khi trẻ vừa nôn hay tiêu chảy xong, hãy để trẻ nghỉ ngơi trong khoảng 20 phút. Sau đó, bạn có thể cho trẻ uống một ít nước hoặc một ít sữa.

Cách tốt nhất để ngăn ngừa sự lây lan của bệnh là thực hiện những biện pháp phòng ngừa sau:

Đưa trẻ của bạn đi tiêm chủng. Rotavirus – tác nhân gây bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ – nhưng đã có vắc-xin phòng ngừa, đặc biệt là cho trẻ dưới 1 tuổi.

Rửa tay thường xuyên.

Sử dụng các vật dụng cá nhân riêng biệt, tránh dùng chung dụng cụ ăn uống, ly nước và đĩa. Đặc biệt là sử dụng khăn riêng trong phòng tắm.

Giữ khoảng cách. Tránh tiếp xúc gần với những người có biểu hiện mắc bệnh, nếu có thể.

Khử trùng các bề mặt như bàn, ghế, tay nắm cửa, …

Rửa tay thường xuyên.

Và đảm bảo rằng trẻ của bạn cũng được rửa tay kỹ và sạch.

Nếu trẻ đã lớn, bạn có thể dạy trẻ cách rửa tay, đặc biệt là sau khi đi vệ sinh. Tốt nhất là nên rửa tay với xà phòng ít nhất trong vòng 20 giây.

Một số vùng cần chú ý như đầu ngón tay, móng tay và phần mu bàn tay.

Nếu như không thể rửa tay bằng nước, bạn có thể rửa tay bằng dung dịch rửa tay có chứa cồn, tuy nhiên rửa tay bằng dung dịch rửa tay nhanh chỉ mang tính tạm thời.

Để có một sức khỏe thật khỏe mạnh, ngoài việc ăn uống đủ chất, hãy đảm bảo rằng bạn và gia đình không mắc những căn bệnh dễ lây qua đường tiêu hóa. Đặc biệt là trẻ nhỏ, đối tượng rất dễ mắc bệnh và cũng rất dễ trở nặng. Hãy cùng YouMed bảo vệ bạn và gia đình khỏi những bệnh đường tiêu hóa qua việc rửa tay thường xuyên và ăn chín uống sôi nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-dai-trang-gia-mac-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Hệ sinh thái đường ruột

Viêm đại tràng giả mạc là gì?

Triệu chứng

Khi nào đi khám bác sĩ

Biến chứng

Phòng ngừa

Chẩn đoán

Điều trị viêm đại tràng giả mạc

Một số điều trị bổ sung khác

Viêm đại tràng giả mạc – viêm đại tràng liên quan đến kháng sinh hay viêm đại tràng C. difficile. Là các tên gọi của một bệnh lí đại tràng (ruột già) bị viêm. Bệnh thường do sự phát triển quá mức của vi khuẩn Clostridium difficile (C. diff). Tất cả mọi thông tin về viêm tràng hạc giả mạc sẽ được bác sĩ Đào Thị Thu Hương chia sẻ chi tiết qua bài viết sau đây.

Chẳng phải tự nhiên mà cơ thể chấp nhận là nơi cư trú cho hàng trăm vi khuẩn. Ấy là vì những lợi ích to bự mà chúng đem lại. Sống trong đường ruột, vi khuẩn tồn tại nhờ những chất bã chưa được phân hủy hết.

Ngược lại, nhờ có vi khuẩn tạo ra một lượng lớnvitamin Kcho cơ thể xài. Rồi thì phân giải hết đống thức ăn chưa đượcruột nonhấp thu triệt để. Vi khuẩn còn làm tăng sức đề kháng cho cơ thể nữa. Không chỉ vậy, giữa các loại vi khuẩn, còn tạo ra môi trường kìm hãm lẫn nhau. Giúp ngăn không cho sự phát triển quá mức của một loài riêng biệt nào.

Chuyện gì sẽ xảy ra nếu hệ sinh thái này mất cân bằng? Đó sẽ là cơ hội cho những kẻ ngoại lai xâm nhập. Hoặc một loài vi khuẩn nào đó trong chính đường ruột, thừa cơ làm loạn, dẫn đến bệnh lí.

Là tình trạng viêm cấp tính của đường ruột. Gâytiêu chảy,đau bụng, sốt, thậm chí là tử vong. Trước khi có kháng sinh,viêm đại trànggiả mạcchỉ gặp trong hậu phẫu. Tuy nhiên bước sang kỉ nguyên củathuốc kháng sinh, đây là biến chứng thường gặp khi dùng kháng sinh. Tuy bệnh có khả năng tử vong nhưng nếu được điều trị, chăm sóc tốt, người bệnh có thể khỏe mạnh bình thường.

Các triệu chứng của bệnhviêm đại tràng giả mạccó thể xảy ra sau khi uống hoặc đến 6 tuần sau đó. Tuy nhiên, phần lớn các triệu chứng bắt đầu 3-9 ngày sau khi dùng kháng sinh.

Các dấu hiệu có thể gặp bao gồm:

Phân lỏng, nước hoặc chất nhầy, màu xanh lá cây, hôi, có thể có máu.

Đau quặn bụng.

Sốt cao 39 – 40oC.

Một số trường hợp nặng có thể biểu hiện toàn thân nhưhạ huyết áp,suy thận, phù toàn thân.

Bất cứ khi nào bạn bịtiêu chảynặng, sốt, đau quặn bụng, hoặc có máu hoặc mủ trong phân. Bất kể dùng thuốc kháng sinh hay không thì những tình trạng này cũng cần bác sĩ thăm khám.

Thuốc kháng sinh và một số loại thuốc khác có thể làm đảo lộn sự cân bằng hệ vi sinh trong đường ruột. Một số vi khuẩn, thườngC. difficilenhanh chóng chiếm lấy cơ hội, phát triển mạnh mẽ. Chúng tạo ra các độc tố đủ nhiều để làm hủy hoại ruột già.

Hầu như bất kỳ loại kháng sinh nào cũng có thể gâyviêm đại tràng giả mạc. Tuy nhiên vài loại kháng sinh dưới đây thường liên quan đến bệnh nhiều hơn loại khác. Bao gồm:

Fluoroquinolonesnhưciprofloxacin,levofloxacin.

Penicillinnhưamoxicillin, ampicillin.

Clindamycine.

Nguyên nhân khác:

Thuốc hóa trị trong điều trị ung thư có thể phá vỡ sự cân bằng bình thường của đường ruột.

Một số bệnh lí ở ruột nhưviêm loét đại tràng,bệnh Crohn,ung thư đại tràng,… cũng có thể dẫn đếnviêm đại tràng giả mạc.

Các biến chứng có thể xảy ra bao gồm:

Mất nước. Tiêu chảy nặng có thể dẫn đến mất nhiều dịch vàchất điện giải. Điều này có thể khiếnhuyết áp tụt thấp, không đủ khả năng đưa máu đi nuôi cơ thể.

Suy thận.Xảy ra khi máu đến nuôi thận không đủ, chức năng thận suy giảm nhanh chóng.

Phình đại tràng nhiễm độc (toxic megacolon). Hiếm gặp, lúc này, đại tràng không thể tống khí và phân ra ngoài, khiến nó phình lớn. Nếu không được điều trị, ruột già có thể vỡ, vi khuẩn lan vào ổ bụng gây viêm khắp bụng.

Thủng ruột. Tình trạng hiếm gặp, là kết quả của tổn thương niêm mạc ruột hoặc sau phình đại tràng nhiễm độc.

Tử vong.Nhiễm C. difficilenhẹ đến trung bình cũng có thể diễn tiến đến tử vong nếu không được điều trị kịp thời.

Ngoài ra, bệnh có thể tái phát, vài ngày hoặc thậm chí vài tuần sau khi điều trị thành công.

Để giúp ngăn ngừa lây lan của C. difficile, bạn có thể thực hiện phòng ngừa bằng cách:

Rửa tay bằng xà phòng trước và sau khi ra khỏi phòng bệnh hoặc sử dụng phòng tắm.

Vệ sinh các bề mặt trong phòng người bệnh bằng dung dịch tẩy rửa có clo tiêu diệt C. difficile.

Tránh sử dụng kháng sinh không cần thiết. Thường gặp nhất là dùng thuốc kháng sinh để điều trị các bệnh lý do vi rút gây ra. Vi khuẩn và vi rút là hai nhóm vi sinh khác nhau. Kháng sinh là để diệt vi khuẩn, không có tác dụng với vi rút.

Ngoài thăm khám, bác sĩ cần một số xét nghiệm để giúp chẩn đoán và tìm các biến chứng.

Xét nghiệm phân tìm vi trùng C. difficile.

Xét nghiệm máu, tìm các dấu hiệu gợi ý viêm như tăngbạch cầu.

Nội soi đại tràng hoặc soi đại tràng sigma. Hai xét nghiệm này sẽ cho thấy hình ảnh đường ruột trực tiếp. Các mảng tổn thương vàng hoặc trắng xám hoặc sưng ruột gợi ý nhiều đếnviêm đại tràng giả mạc.

Chụp X-quang bụng hoặc CT bụng để tìm biến chứng như phình đại tràng nhiễm độc hoặc thủng ruột.

Ngừng ngay thuốc kháng sinh hoặc thuốc được cho là nguyên nhân gây bệnh, nếu có thể. Đôi khi, chỉ như vậy là đủ để giải quyết bệnh hoặc ít nhất là giảm các triệu chứng bệnh.

Bắt đầu một loại kháng sinh có khả năng có hiệu quả chống lại C. difficile. Điều này cho phép các vi khuẩn bình thường phát triển, khôi phục sự cân bằng trong ruột.

Một số trường hợp nặng có thể sẽ cần phải cấy ghép phân của người khỏe mạnh. Để khôi phục sự cân bằng của hệ vi khuẩn đường ruột nhanh chóng. Phân của người hiến có thể được chuyển qua ống thông mũidạ dày, để đưa vào đại tràng hoặc đặt trong một viên nang.

Một khi bạn bắt đầu điều trị, các triệu chứng có thể cải thiện trong vòng một vài ngày.

Phẫu thuật có thể là một lựa chọn ở những người bị thủng ruột vàviêm phúc mạc. Tùy trường hợp có thể mổ nội soi hoặc mổ hở.

Khi bị tiêu chảy và mất nước bạn nên uống nhiều nước. Có thể là dung dịchOresolchuyên bù nước trong các bệnh lí mất nước. Hoặc đơn giản chỉ là nước lọc, nước trái cây, nước cháo loãng,… Tránh dùng nước chứa cồn, có ga,caffeine, trà,…vì làm nặng thêm các triệu chứng.

Bạn có thể bổ sung vi khuẩn và nấm men (men vi sinh) để ngăn ngừa nhiễm C. difficile.

Tránh thực phẩm cay, béo hoặc chiên, và bất kỳ thực phẩm nào khác làm cho các triệu chứng của bạn tồi tệ hơn.

Mọi thông tin trong bài viết mang tính chất tham khảo, quý bạn đọc nên tham vấn ý kiến bác sĩ chuyên khoa.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-dai-trang-thieu-mau-cuc-bo-co-de-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1.    Viêm đại tràng thiếu máu cục bộ là gì?

2.    Nguyên nhân

3.    Triệu chứng bệnh đại tràng thiếu máu cục bộ

4.    Yếu tố nguy cơ và biến chứng

5.    Chẩn đoán viêm đại tràng thiếu máu cục bộ

6.    Điều trị

7.    Phòng ngừa viêm đại tràng thiếu máu cục bộ

Bạn đang trải qua các cơn đau bụng mơ hồ, kèm thay đổi trong vấn đề đi tiêu. Bạn thắc mắc rằng mình chỉ bị rối loạn tiêu hóa đơn thuần hay có các bệnh lý nặng. Nếu như vậy, có thể bạn đang mắc bệnh viêm đại tràng thiếu máu cục bộ. Hãy cùng YouMed tìm hiểu xem viêm đại tràng thiếu áu cục bộ là gì và những yếu tố nguy cơ của bệnh là gì.

Viêm đại tràng thiếu máu cục bộ xảy ra khi lưu lượng máu đến đại tràng bị giảm, thường là do hẹp hoặc tắc các mạch máu nuôi đại tràng. Giảm lưu lượng máu đến đại tràng gây ra hiện tượng thiếu oxy cung cấp cho các tế bào. Khi hiện tượng này xảy ra ở hệ tiêu hóa, thì có thể gây ra các triệu chứng như đau và có thể gây tổn thương tại đại tràng. Bất cứ đoạn nào của đại tràng cũng có khả năng bị ảnh hưởng của bệnh. Nhưng bệnh thường gây đau phần bụng bên trái, dưới rốn.

Viêm đại tràng thiếu máu cục bộ có thể nhầm lẫn với nhiều bệnh lý tiêu hóa khác. Bên cạnh đó, có nhiều hướng điều trị cho bệnh như dùng thuốc uống, điều trị ngăn nhiễm trùng thứ phát, phẫu thuật tiếp cận vùng tổn thương. Đôi khi, bệnh vần có khả năng tự lành.

Nguyên nhân chính xác của việc giảm lưu lượng máu đến đại tràng không phải lúc nào cũng rõ ràng. Tuy nhiên, có một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh, như:

Tích tụ các chất béo trên thành động mạch –xơ vữa động mạch.

Huyết áp thấp liên quan với các bệnh như suy tim, phẫu thuật lớn, chấn thương hay sốc.

Một cục máu đông trong động mạch cấp máu cho đại tràng hoặc ít phổ biến hơn là trong tĩnh mạch (huyết khối tĩnh mạch).

Tắc ruột do thoát vị, do mô sẹo cũ hay do khối u.

Phẫu thuật liên quan đến tim hay mạch máu, hoặc hệ tiêu hóa hay sản phụ khoa.

Các tình trạng y tế khác ảnh hưởng đến máu như viêm mạch máu, lupus ban đỏ hoặc hồng cầu hình liềm.

Sử dụng chất nghiện như cocaine hoặc methamphetamine.

Ung thư đại tràng (hiếm).

Một số thuốc cũng có khả năng gây ra tình trạng viêm, mặc dù tình trạng này thường hiếm gặp. Những loại thuốc được ghi nhận có nguy cơ này, như:

Thuốc điều trị bệnh tim mạch hay bệnh Migraine.

Các thuốc nội tiết tố như estrogen ngoại sinh.

Kháng sinh

Một số thuốc điều trị hội chứng ruột kích thích.

Một số thuốc hóa trị.

Các triệu chứng và dấu hiệu có thể bao gồm:

Đau, căng tức vùng bụng, đau quanh rốn. Đau khởi phát đột ngột hoặc từ từ, tăng dần.

Tiêu phân lẫn máu, đôi khi, tiêu máu không kèm phân.

Cảm thấy sôi bụng.

Tiêu chảy.

Táo bón.

Nguy cơ gặp biến chứng nặng cao hơn khi các triệu chứng xuất hiện ở bụng phải của bạn. Đó là do các động mạch cấp máu cho đại tràng bên phải cũng cấp máu cho một phần ruột non, do đó phần đại tràng có thể bị nặng hơn do nhận ít máu hơn nữa. Kèm theo đó, triệu chứng đau bụng có xu hướng nặng nề hơn.

Lưu lượng máu đến nuôi ruột non cũng có thể bị chặn, và nhanh chóng dẫn đến hoạt tử mô ruột (sự chết của các tế bào ở ruột non). Đây là một tình trạng đe dọa tính mạng, và nếu xảy ra, bạn cần phẫu thuật để loại bỏ tắc nghẽn và phần ruột bị tổn thương.

Tuổi. Tình trạng này xảy ra hầu hết ở người lớn tuổi, đặc biệt là trên 60 tuổi. Tuy nhiên, nếu tình trạng này xảy ra ở người trẻ tuổi, thì có thể là dấu hiệu của bệnh lý rối loạn động máu hoặc viêm mạch máu.

Rối loạn đông máu. Rối loạn đông máu ảnh hưởng lên khả năng hình thành cục máu đông. Từ đó làm tăng nguy cơ viêm đại tràng thiếu máu cục bộ.

Cholesterol máu tăng cao, làm gia tăng nguy cơ xơ vữa động mạch.

Giảm lưu lượng máu đến đại tràng. Do các bệnh lý như suy tim, hạ huyết áp hay sốc.

Tiền căn phẫu thuật vùng bụng. Mô sẹo sau phẫu thuật có thể làm giảm lượng máu tới đại tràng.

Tập thể dục nặng. Như chạy việt dã, cũng có thể làm giảm lưu lượng máu tới đại tràng.

Các phẫu thuật liên quan đến động mạch lớn (động mạch chủ). Các động mạch này dãn máu từ tim đến phần còn lại của cơ thể.

Viêm đại tràng thiếu máu cục bộ thường tự khỏi trong vòng 2-3 ngày. Tuy nhiên, một số trường hợp bệnh nghiêm trọng, có thể xuất hiện các biến chứng sau:

Hoại tử mô do giảm nặng lưu lượng máu.

Loét, thủng đại tràng gây chảy máu dai dẳng.

Viêm ruột (viêm loét đại tràng từng đoạn).

Tắc ruột (thiếu máu cục bộ).

Viêm đại tràng thiếu máu cục bộ có thể bị nhầm lẫn với các bệnh lý khác. Vì các triệu chứng chồng chéo nhau, đặc biệt là hội chứng ruột kích thích. Dựa vào các triệu chứng và dấu hiệu của bạn, bác sĩ có thể đề nghị các xét nghiệm sau:

Siêu âm bụng và chụp cắt lớp (CT scan). Hai xét nghiệm này giúp cung cấp các thông tin hữu ích để loại trừ các bệnh lý khác như hội chứng ruột kích thích.

Xét nghiệm phân. Xét nghiệm phân được chỉ định để loại trừ những nguyên nhân nhiễm trùng gây ra các triệu chứng.

Chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ mạch máu.Các cận lâm sàng này giúp cung cấp thông tin về mạch máu cấp máu cho ruột non và đại tràng, cũng như tìm kiếm các yếu tố làm tắc nghẽn động mạch. Xét nghiệm này được chỉ định khi nghi ngờ thiếu máu cục bộ ở cả ruột non và đại tràng.

Nội soi đại tràng. Xét nghiệm này cung cấp hình ảnh chi tiết về đại tràng, giúp chẩn đoán bệnh. Nội soi đại tràng cũng có thể sử dụng để tầm soát ung thư và để đánh giá hiệu quả điều trị.

Mức độ nghiêm trọng của bệnh là yếu tố ảnh hưởng đến cách giải quyết vấn đề.

Các dấu hiệu và triệu chứng bệnh thường giảm dần trong 2-3 ngày trong trường hợp nhẹ. Bác sĩ có thể kê toa một số thuốc cho bạn, như:

Kháng sinh. Để ngăn ngừa nhiễm trùng.

Truyền dịch đường tĩnh mạch, nếu bạn có dấu hiệu mất nước.

Giải quyết các bệnh lý tiềm ẩn. Như suy tim sung huyết, rối loạn nhịp tim.

Tránh các thuốc có khả năng làm co thắt mạch máu. Như thuốc điều trị Migraine, hay thuốc nội tiết tố, thuốc điều trị bệnh tim mạch.

Bác sĩ cũng cần lên lịch theo dõi, có thể kèm nội soi để theo dõi quá trình bệnh và các biến chứng.

Mặc dù hầu hết các trường hợp tự khỏi, nếu các triệu chứng của bạn nghiêm trọng hoặc đại tràng của bạn bị tổn thường, bác sĩ có thể đề nghị phẫu thuật để:

Loại bỏ mô chết.

Sửa các lỗ loét trên đại tràng.

Loại bỏ tác nhân gây tắc nghẽn mạch máu.

Loại bỏ phần ruột bị hẹp do sẹo và tắc nghẽn.

Khả năng phẫu thuật có thể diễn ra cao hơn nếu bạn có một tình trạng bệnh lý tiềm ẩn.

Vì không phải lúc nào cũng xác định được nguyên nhân gây bệnh, nên cách phòng ngừa bệnh cũng không chắc chắn. Hầu hết những người bị viêm đại tràng thiếu máu cục bộ phục hồi nhanh chóng và có thể không mắc bệnh lần nào nữa.

Để ngăn ngừa các đợt cấp khác của bệnh viêm đại tràng thiếu máu cục bộ, một số bác sĩ khuyên nên loại bỏ bất kỳ loại thuốc nào gây ra tình trạng trên. Các xét nghiệm về đông máu cũng có thể đề nghị để tìm nguyên nhân cho những bệnh nhân chưa xác định được nguyên nhân rõ ràng.

Viêm đại tràng thiếu máu cục bộ là một trong những bệnh lý tiềm ẩn, với các triệu chứng có thể âm thầm, và có thể tự giới hạn. Tuy nhiên, vẫn có những trường hợp bệnh trở nặng và cần điều trị tích cực. Vì vậy, nếu bạn có nhiều yếu tố nguy cơ và vẫn chưa chẩn đoán xác định bệnh, hãy đến gặp bác sĩ.

Bác sĩ Vũ Thành Đô

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-dai-trang-vi-the-nguyen-nhan-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh viêm đại tràng vi thể

Triệu chứng của bệnh viêm đại tràng vi thể

Nguyên nhân nào gây nên bệnh viêm đại tràng vi thể?

Yếu tố nguy cơ nào khiến bệnh nhân dễ mắc bệnh viêm đại tràng vi thể?

Biến chứng của bệnh viêm đại tràng vi thể

Làm sao để chẩn đoán bệnh viêm đại tràng vi thể?

Điều trị bệnh viêm đại tràng vi thể như thế nào?

Lối sống cho người mắc bệnh viêm đại tràng vi thể

Viêm đại tràng vi thể là tình trạng viêm của ruột già (đại tràng) gây tiêu chảy dai dẳng. Bệnh được đặt tên dựa trên thực tế vì cần phải kiểm tra mô đại tràng dưới kính hiển vi để xác định được bệnh. Vì hình ảnh nội soi đại tràng có thể bình thường nên cần thiết để soi dưới kính hiển vi. Để biết thêm những thông tin cơ bản về căn bệnh này, cùng Bác sĩ Phan Văn Giáo tìm hiểu ngay nhé!

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh viêm đại tràng vi thể, bao gồm:

Tiêu chảy mạn tính.

Đau bụng, đầy hơi.

Sụt cân.

Buồn nôn.

Đi tiêu không tự chủ.

Mất nước.

Các triệu chứng của bệnh viêm đại tràng vi thể có thể xuất hiện và mất đi thường xuyên. Đôi khi các triệu chứng có thể tự hết mà không cần điều trị.

Nếu bạn bị tiêu chảy kéo dài hơn một vài ngày, hãy đến khám bác sĩ để có thể chẩn đoán và điều trị đúng tình trạng bệnh của bạn. Từ đó, khả năng điều trị thành công sẽ cao hơn và chất lượng cuộc sống sẽ được cải thiện.

Hiện nay vẫn chưa tìm ra nguyên nhân chính xác gây ra bệnh viêm đại tràng vi thể. Các nhà nghiên cứu tin rằng những nguyên nhân sau có thể gây bệnh, bao gồm:

Thuốc:Một số loại thuốc có thể gây kích ứng niêm mạch đại tràng.

Vi khuẩn:Có những vi khuẩn có thể sản sinh độc tố gây kích ứng niêm mạc.

Virus:có thể gây ra tình trạng viêm tại đại tràng.

Bệnh lý miễn dịch:Có liên quan đến bệnh viêm đại tràng vi thể, chẳng hạn nhưbệnh viêm khớp dạng thấp, bệnh celiac hoặcbệnh vảy nến. Bệnh tự miễn xảy ra khi hệ thống miễn dịch của cơ thể tấn công những mô khỏe mạnh.

Axit mật:Axit mật không được hấp thu đúng cách và gây kích ứng cho niêm mạc đại tràng.

Các yếu tố nguy cơ của bệnh viêm đại tràng vi thể, bao gồm:

Tuổi tác:Viêm đại tràng vi thể thường gặp nhất ở những người từ 50 đến 70 tuổi.

Giới tính:Nữ giới có nhiều khả năng bị viêm đại tràng vi thể hơn nam giới. Một số nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa liệu pháp hóc-môn sau mãn kinh và bệnh viêm đại tràng vi thể.

Bệnh lý miễn dịch:Bệnh nhân bị viêm đại tràng vi thể đôi khi cũng mắc bệnh lý về miễn dịch. Chẳng hạn như bệnh celiac, bệnh lý tuyến giáp, viêm khớp dạng thấp, đái tháo đường type 1 hoặc bệnh vẩy nến.

Di truyền:Các nhà nghiên cứu cho rằng có sự liên quan giữa bệnh viêm đại tràng vi thể với gia đình có tiền căn bị hội chứng ruột kích thích.

Hút thuốc lá:Các nghiên cứu gần đây chỉ ra mối liên quan giữa hút thuốc lá và viêm đại tràng vi thể, đặc biệt là những người từ 16 đến 44 tuổi.

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng một số loại thuốc có thể làm tăng nguy cơ gây viêm đại tràng vi thể. Nhưng không phải tất cả các nghiên cứu đều được chấp thuận

Các loại thuốc có thể liên quan với bệnh, bao gồm:

Thuốc giảm đau, chẳng hạn như aspirin, ibuprofen (Advil, Motrin IB) và naproxen sodium (Aleve).

Thuốc ức chế bơm proton. Bao gồm:Lansoprazole(Prevacid),esomeprazole(Nexium),pantoprazole(Protonix),rabeprazole(Aciphex),omeprazole(Prilosec) và dexlansoprazole (Dexilant).

Thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin, ví dụ: sertraline (Zoloft).

Acarbose (Precose).

Flutamide.

Ranitidine.

Carbamazepine (Carbatrol, Tegretol).

Clozapine (Clozaril, Fazaclo).

Entacapone (Comtan).

Paroxetine (Paxil, Pexeva).

Simvastatin(Zocor).

Topiramate.

Hầu hết mọi người đều được điều trị thành công bệnh viêm đại tràng vi thể. Bệnh này không làm tăng nguy cơ ung thư đại tràng.

Khai thác bệnh sử và khám thực thể đầy đủ có thể giúp xác định được các tình trạng khác, chẳng hạn như bệnh celiac, có thể góp phần gây nên triệu chứng tiêu chảy của bạn.

Bác sĩ cũng sẽ hỏi về những loại thuốc mà bạn đang dùng. Đặc biệt là aspirin, ibuprofen (Advil, Motrin IB), naproxen natri (Aleve). Ngoài ra còn có thuốc ức chế bơm proton và thuốc ức chế tái hấp thu có chọn lọc serotonin. Các loại thuốc trên đều có nguy cơ gây bệnh viêm đại tràng vi thể. Chính vì thế, việc cho bác sĩ biết những loại thuốc bạn đang dùng có thể giúp ích trong việc tìm ra nguyên nhân gây bệnh và làm tăng khả năng điều trị thành công.

Để giúp chẩn đoán xác định bệnh viêm đại tràng vi thể, bạn có thể làm một hoặc nhiều các xét nghiệm sau:

Nội soi đại tràng:Xét nghiệm này cho phép bác sĩ quan sát toàn bộ đại tràng của bạn thông qua một ống mỏng, dễ uốn, được chiếu sáng (ống nội soi đại tràng) với một camera gắn kèm. Camera sẽ gửi hình ảnh của trực tràng và toàn bộ đại tràng đến màn hình bên ngoài, cho phép bác sĩ kiểm tra niêm mạc ruột. Bác sĩ có thể đưa dụng cụ qua ống nội soi để lấy mẫu mô (Sinh thiết)

Soi hậu môn và tràng Sigma:Xét nghiệm này tương tự như nội soi đại tràng, nhưng thay vì xem toàn bộ đại tràng, soi hậu môn và tràng Sigma cho phép bác sĩ quan sát bên trong trực tràng và hầu hết đại tràng Sigma – khoảng 61cm của ruột già.

Bởi vì các vấn đề đường ruột có thể bình thường trên nội soi, chẩn đoán xác định viêm đại tràng vi thể đòi hỏi một mẫu mô đại tràng (sinh thiết) thu được trong lúc nội soi hoặc soi hậu môn và tràng Sigma. Trong hai loại viêm đại tràng vi thể, các tế bào trong mô đại tràng có hình dạng khác biệt dưới kính hiển vi, vì vậy chẩn đoán có thể được xác định.

Ngoài nội soi đại tràng hoặc soi hậu môn và tràng Sigma, bạn có thể làm một hoặc nhiều xét nghiệm sau để loại trừ các nguyên nhân gây ra triệu chứng của bạn. Bao gồm:

Phân tích mẫu phân:Xét nghiệm giúp loại trừ nhiễm trùng là nguyên nhân gây tiêu chảy dai dẳng.

Xét nghiệm máu:Giúp tìm dấu hiệu thiếu máu hoặc nhiễm trùng.

Nội soi đường tiêu hóa trên và sinh thiết:Giúp loại trừbệnh celiac. Bác sĩ sẽ dùng một ống dài, mỏng và gắn kèm với camera ở đầu ống để kiểm tra phần trên đường tiêu hóa. Họ có thể lấy một mẫu mô (sinh thiết) để phân tích tại phòng xét nghiệm.

Viêm đại tràng vi thể có thể tự khỏi. Nhưng nếu triệu chứng kéo dài hoặc nặng, bạn có thể cần điều trị để làm giảm nhẹ chúng. Bác sĩ thường sẽ tiếp cận từng bước, bắt đầu với các phương pháp điều trị đơn giản nhất và dễ dung nạp nhất.

Ăn kiêng và ngừng sử dụng thuốc.

Điều trị thường bắt đầu bằng thay đổi chế độ ăn và ngưng sử dụng thuốc. Điều đó có thể giúp làm giảm triệu chứng tiêu chảy dai dẳng. Bác sĩ sẽ yêu cầu bạn:

Ăn một chế độ ít chất béo và ít chất xơ: Thực phẩm chứa ít chất béo và ít chất xơ có thể giúp giảmtiêu chảy.

Ngừng sử dụng sản phẩm sữa, gluten hoặc cả hai: Những thực phẩm này có thể làm triệu chứng của bạn tệ hơn.

Tránh sử dụngcaffeinvà đường.

Ngưng sử dụng bất kỳ loại thuốc nào có thể là nguyên nhân gây ra các triệu chứng của bạn: Bác sĩ sẽ kê một loại thuốc khác để điều trị bệnh lý nền của bạn.

Khi các triệu chứng viêm đại tràng vi thể nghiêm trọng và điều trị thuốc không có hiệu quả, bác sĩ của bạn có thể đề nghị phẫu thuật để loại bỏ tất cả hoặc một phần đại tràng của bạn. Hiếm khi phải phẫu thuật để điều trị bệnh viêm đại tràng vi thể.

Thay đổi chế độ ăn uống của bạn có thể làm giảm triệu chứng tiêu chảy mà bạn gặp phải vì bệnh viêm đại tràng vi thể. Bạn có thể thử các cách sau đây:

Uống nước đúng cách: Nước là tốt nhất, nhưng những loại dịch có bổ sung natri và kali (Điện giải) cũng có thể giúp ích. Hãy thử uống nước canh hoặc uống nước ép trái cây đã được pha loãng. Tránh sử dụng đồ uống có chứa nhiều đường, sorbitol hoặc chứa rượu, caffeine. Chẳng hạn như coffee, trà và nước ngọt có thể làm nặng thêm các triệu chứng của bạn.

Ăn thức ăn mềm, dễ tiêu hóa: Chúng bao gồm táo, chuối, dưa và gạo. Tránh ăn các thực phẩm giàu chất xơ như đậu và các loại hạt, và chỉ ăn các loại rau đã được nấu chín.

Ăn nhiều bữa nhỏ: Khoảng cách các bữa ăn trong ngày có thể làm giảm tiêu chảy.

Tránh ăn thức ăn gây kích ứng đường tiêu hóa: Tránh những món ăn cay, nhiều chất béo hoặc đồ chiên và các thực phẩm nào khác làm cho triệu chứng của bạn trở nên nặng hơn.

Viêm đại tràng vi thểlà bệnh lý mạn tính thường gặp gây ra nhiều phiền toái trong sinh hoạt và công việc. Tuy bệnh không làm tăng nguy cơ ung thư nhưng việc điều trị sớm sẽ có hiệu quả và giúp cải thiện chất lượng cuộc sống. Hi vọng bài viết đã cung cấp cho quý độc giả những thông tin hữu ích về bệnh giúp phát hiện bệnh sớm hơn, giảm thiểu triệu chứng và gia tăng khả năng thành công trong quá trình điều trị.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-gan-a-lay-lan-va-phong-ngua/

Nội dung bài viết

Viêm gan là gì?

Viêm gan A là gì?

Những dấu hiệu và triệu chứng để phát hiện viêm gan A

Nguyên nhân gây ra bệnh là gì?

Bệnh này lây lan như thế nào?

Chẩn đoán và điều trị bệnh?

Biện pháp hỗ trợ quá trình điều trị viêm gan A

Phòng ngừa bệnh bằng cách nào ?

Viêm gan A là bệnh nhiễm trùng của gan gây ra bởi virus viêm gan A. Virus lây lan qua đường ăn uống hoặc tiếp xúc trực tiếp với người mang mầm bệnh. Bệnh hoàn toàn có thể phòng tránh được bằng chủng ngừa. Bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên sẽ cung cấp kiến thức cơ bản về bệnh. Vì thế sẽ hứa hẹn giúp bạn đọc hiểu về đường lây, cách phòng ngừa bệnh.

Viêm gan là tình trạng các tế bào gan bị tổn thương và viêm nhiễm trong mô gan. Nó thường được gây ra bởi nhiễm virus, quá trình tự miễn, thuốc, độc tố và rượu… Bệnh diễn ra âm thầm và chỉ khi trở nặng mới có các triệu chứng rõ ràng khiến người bệnh khó chủ động điều trị và có thể biến chứng thành xơ gan, ung thư gan…

Ganlà cơ quan quan trọng của cơ thế, phụ trách chuyển hóa chất dinh dưỡng, lọc máu và chống sự nhiễm trùng. Khi gan bị viêm hay bị hủy hoại thì chức năng của gan cũng có thể bị ảnh hưởng.

Uống nhiều rượu, nhiễm độc, thuốc, và một số bệnh có thể gây ra viêm gan. Tuy nhiên, viêm gan thường nhất là do virus gây ra. Những loại virus thường gặp là virus viêm gan A, B, C. Mặc dù viêm gan virus thường có triệu chứng giống nhau, nhưng lại  lây truyền và điều trị khác nhau. Vài loại virus gây bệnh cảnh nặng nề hơn loại khác.

Viêm gan A  là sự nhiễm trùng của gan gây ra bởi virus cùng tên. Bệnh có thể phòng chống bằng chủng ngừa. Người nhiễm có thể có triệu chứng trong vài tuần đến vài tháng. Tuy nhiên người bệnh thường sẽ hồi phục hoàn toàn và không có tổn thương gan vĩnh viễn. Hiếm hơn, viêm gan A có thể gây suy gan cấp và thậm chí tử vong. Điều này thường gặp ở người già và người đang mắc bệnh, như là bệnh gan mãn tính.

Năm 1996, nhờ sự có mặt của vaccine, số ca viêm gan A đã giảm đáng kể. Tuy nhiên gần đây, số người mắc bệnh tăng lên. Điều này do tiếp xúc người với người, đặc biệt ở người nghiện thuốc, vô gia cư, quan hệ đồng giới nam.

Không phải tất cả người bệnh đều có những triệu chứng này. Một số người có thể xuất hiện ngay khi mới mắc bệnh. Nhưng đôi khi một số khác bệnh tiến triển nặng thì mới có những triệu chứng này.

Vàng da.

Vàng tròng trắng mắt.

Phân nhạt màu.

Nước tiểu sậm màu.

Ngứa ngáy toàn thân.

Mệt mỏi.

Biếng ăn.

Buồn nôn.

Ói mửa.

Sốt nhẹ.

Đau bụng dưới.

Các triệu chứng này thường kéo dài dưới 2 tháng, có trường hợp lên tới 6 tháng rồi tự biến mất. Khi bạn đã có những triệu chứng trên thì nên đi gặp bác sĩ để được tư vấn và làm các xét nghiệm cần thiết.

Nếu bạn tiếp xúc với virus viêm gan A thì nên tiêm vắc xin hoặc áp dụng các liệu pháp phòng ngừa trong vòng 2 tuần sau khi tiếp xúc. Hãy hỏi bác sĩ hoặc trung tâm y tế địa phương để thực hiện tiêm phòng viêm gan A nếu:

Bạn đi du lịch gần khu vực Mexico, Nam Mỹ, khu vực trung tâm nước Mỹ hoặc các nước có chất lượng vệ sinh kém.

Khu vực bạn đang sinh sống thông báo về dịch viêm gan A đang lan truyền.

Người sống cùng với bạn hoặc chăm sóc bạn mà nhiễm virus viêm gan A.

Có quan hệ tình dục với người mang virus viêm gan.

Bệnh viêm gan A gây ra bởi virus viêm gan A. Những đường lây lan chính của virus viêm gan A bao gồm:

Ăn thức ăn chế biến bởi người bị viêm gan A không rửa tay kỹ sau khi đi vệ sinh

Uống nước ở nguồn nước ô nhiễm

Ăn sò, ốc sinh sống ở nguồn nước ô nhiễm

Tiếp xúc thường xuyên với người bệnh viêm gan A

Quan hệ tình dục với người đang mang virus

Virus viêm gan A được tìm thấy trong phân và máu của người nhiễm. Vì thế, virus thường lây truyền qua đường ăn uống, thường gặp ở:

Virus lây lan khi tiếp xúc gần với người nhiễm, như quan hệ tình dục, chăm sóc người bệnh. Virus lây lan rất mạnh, người nhiễm có thể truyền virus ngay cả khi họ chưa có triệu chứng.

Thực phầm có thể nhiễm virus vào bất cứ giai đoạn nào. Bao gồm: trồng, thu hoạch, sản xuất, đóng gói và thậm chí sau khi nấu chín. Thức ăn, nước uống sẽ dễ nhiễm bệnh hơn ở những nơi có tần suất bệnh cao.

Không phải tất cả người nhiễm virus đều có triệu chứng. Người lớn thường dễ có biểu hiện bệnh hơn trẻ em. Nếu có, triệu chứng thường xuất hiện trong 2 đến 7 tuần sau nhiễm. Bao gồm:

Vàng da vàng mắt

Chán ăn

Dạ dày khó chịu

Nôn ói

Đau dạ dày

Sốt

Nước tiểu sẫm màu

Phân bạc màu

Tiêu chảy

Đau khớp

Mệt mỏi

Những triệu chứng này ít khi kéo dài hơn 2 tháng. Tuy nhiên có vài trường hợp có thể bệnh hơn 6 tháng.

Bác sĩ có thể chẩn đoán viêm gan siêu vi A dựa vào thăm khám và xét nghiệm máu. Điều trị thường là ngoại trú: nghỉ ngơi, chế độ ăn đầy đủ, bù đủ nước. Vài trường hợp nặng cần phải nhập viện.

Một số biện pháp hỗ trợ trong quá trình điều trị để bệnh tiến triển theo chiều hướng tốt được các bác sĩ khuyên như:

Hãy rửa tay nếu bạn bị viêm gan A hoặc chăm sóc cho người bị viêm gan A đặc biệt là tiếp xúc với phân của bệnh nhân

Hãy dùng riêng dụng cụ ăn uống

Rửa tay sau khi thay tã lót hoặc làm việc tại trung tâm chăm sóc sức khỏe, nhà hàng

Hãy có những biện pháp phòng vệ đúng cách như găng tay, kính mát nếu bạn tiếp xúc với phân hay dịch của người bệnh do tính chất công việc

Nếu những triệu chứng không dứt trong vòng 4 tuần, hãy gọi cho bác sĩ

Bạn sẽ cần nghỉ ngơi nhiều vì hầu hết những người bị viêm gan A thường hay mệt mỏi

Bạn cũng có thể bị buồn nôn và dẫn đến biếng ăn. Do đó, bạn hãy ăn những thức ăn giàu dinh dưỡng để cơ thể có đủ năng lượng chẳng hạn như uống nước trái cây hoặc sữa

Tái khám đúng lịch hẹn để được theo dõi diễn tiến các triệu chứng cũng như tình trạng sức khỏe của bạn

Nghe theo hướng dẫn của bác sĩ, không được tự ý uống thuốc không được chỉ định hoặc tự ý bỏ thuốc trong toa được kê cho bạn.

Viêm gan siêu vi A hoàn toàn có thể phòng ngừa bằng vaccine. Chủng ngừa rất an toàn và hiệu quả. Một liệu trình đủ cần 2 mũi tiêm, cách nhau 6 tháng. Tiêm đủ liều sẽ bảo vệ cơ thể chống lại virus. Khuyến khích chủng ngừa viêm gan A cho:

Tất cả trẻ dưới 1 tuổi.

Người du lịch đến nơi có tần suất bệnh cao.

Quan hệ đồng giới nam.

Bệnh nhân có bệnh gan mạn tính, bao gồm cảviêm gan Bvàviêm gan C.

Tiền sử có rối loạn đông máu.

Có tiếp xúc trực tiếp với người nhiễm.

Người vô gia cư.

Người nghiện thuốc.

Bạn có thể phòng ngừa thậm chí sau khi tiếp xúc với virus. Nếu biết mình có tiếp xúc với virus trong vòng 2 tuần, hãy đến bác sĩ để được chủng ngừa. Một liều đơn độc của vaccine sẽ giúp phòng tránh bệnh sau phơi nhiễm 2 tuần. Tùy thuộc độ tuổi và tình trạng sức khỏe, bác sĩ có thể yêu cầu bổ sung globulin miễn dịch.

Rửa tay có vai trò quan trọng trong phòng ngừa bệnh. Thực hiện rửa tay đúng chuẩn. Đặc biệt rửa tay bằng xà phòng và nước ấm sau khi đi vệ sinh, thay tả, trước và sau ăn. Điều này rất quan trọng trong phòng tránh sự lây truyển của virus, bao gồm virus viêm gan A.

Bệnhviêm gan Ahoàn toàn có thể phòng tránh được bằng chủng ngừa. Hãy đến bệnh viện để được tiêm ngừa khi bạn nằm trong nhóm đối tượng nguy cơ cao. Cũng như đến khám bác sĩ khi bạn có những dấu hiệu của bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-gan-c-phat-hien-lay-lan-va-cach-phong-tranh/

Nội dung bài viết

1. Viêm gan là gì?

2. Viêm gan siêu vi C là gì?

3. Bệnh lây lan như thế nào?

4. Triệu chứng của bệnh là gì?

5. Làm sao để biết mình mắc bệnh?

6. Những ai nên xét nghiệm viêm gan C?

7. Bệnh có thể điều trị được không?

8. Phòng tránh viêm gan C như thế nào?

Có khoảng 71 triệu người trên toàn cầu đang nhiễm virus viêm gan C mạn tính. Một số đáng kể bệnh nhân nhiễm virus mạn tính sẽ phát triển thành xơ gan hoặc ung thư gan. Theo ước tính của tổ chức y tế thế giới (WHO), năm 2016 có khoảng 399 ngàn người chết do viêm gan C. Hầu hết tử vong vì xơ gan và ung thư tế bào gan. Vì thế, bài viết sẽ giúp các bạn hiểu hơn về căn bệnh này, đường lây lan và cách phòng tránh.

“Viêm gan” là sự viêm của gan.Ganlà cơ quan quan trọng của cơ thể, phụ trách chuyển hóa chất dinh dưỡng, lọc máu và chống sự nhiễm trùng. Khi gan bị viêm hay bị hủy hoại thì chức năng của gan cũng có thể bị ảnh hưởng.

Uống nhiều rượu, nhiễm độc, thuốc, và một số bệnh có thể gây ra viêm gan. Tuy nhiên, viêm gan thường nhất là do virus gây ra.

Viêm gan siêu vi C là sự nhiễm trùng của gan gây nên bởi virus viêm gan C. Tình trạng bệnh cấp tính xảy ra trong vài tháng đầu sau khi nhiễm. Độ nặng của đợt cấp rất thay đổi.

Bệnh có thể rất nhẹ, ít hay không triệu chứng nhưng có khi lại rất trầm trọng phải nhập viện. 20% bệnh nhân nhiễm virus có thể tự làm sạch virus trong 6 tháng đầu mà không cần điều trị.

Tuy nhiên, hầu hết bệnh nhân nhiễm không tự thanh thải virus, dẫn đến nhiễm mạn tính hoặc suốt đời. Lâu ngày, nhiễm mạn tính gây ra nhiều bệnh trầm trọng gồm bệnh gan,suy ganvàung thư gan.

Virus viêm gan C thường lây từ máu của người bệnh vào cơ thể người chưa từng nhiễm trước đây. Ngày nay, hầu hết nhiễm virus do dùng chung kim tiêm hay bất kì dụng cụ tiêm thuốc nào. Trước 1992, chưa có xét nghiệm tầm soát trước truyền máu, virus có thể lây từ truyền máu, ghép tạng.

Hiếm gặp hơn, sự lây lan của virus qua quan hệ tình dục cũng có thể xảy ra. Bệnh lây qua đường tình dục,HIV, nhiều bạn tình, tình dục thô bạo cũng gây nhiễm virus. Xăm mình, bấm lỗ ở nơi không được cấp phép, dụng cụ không tiệt trùng cũng làm lây lan virus. Bên cạnh đó, khoảng 6% trẻ sơ sinh bị nhiễm virus từ mẹ trong lúc chuyển dạ.

Nhiều người mắc bệnh hoàn toàn không có triệu chứng và không biết họ bị nhiễm. Nếu có, triệu chứng gồm:

Sốt;

Mệt mỏi;

Chán ăn;

Nôn ói;

Nước tiểu sẫm màu;

Phân bạc màu;

Đau khớp;

Vàng da vàng mắt.

Thời kì cấp tính, triệu chứng có thể xuất hiện bất cứ lúc nào trong 2 tuần đến 6 tháng sau nhiễm. Nếu triệu chứng xuất hiện trong thời kì nhiễm mạn tính, đó thường là dấu hiệu của bệnh gan nặng.

Cách duy nhất để biết bản thân mình có nhiễm virus viêm gan C hay không là xét nghiệm máu. Bác sĩ thường cho bạn xét nghiệm máu, gọi là xét nghiệm kháng thể viêm gan C.

Xét nghiệm này nhằm tìm kháng thể chống lại virus viêm gan C. Kháng thể là chất được giải phóng vào trong máu khi một người bị nhiễm trùng. Kháng thể sẽ tồn tại trong máu kể cả khi một người đã thanh thải virus.

Kết quả dương tính có nghĩa là bệnh nhân đã từng nhiễm virus trong quá khứ. Tuy nhiên, một xét nghiệm kháng thể dương tính không có nghĩa là người đó đang nhiễm bệnh.

Một xét nghiệm bổ sung gọi là xét nghiệm HCV – RNA. Dùng để tìm RNA của virus trong máu, xét nghiệm được chỉ định khi muốn biết liệu một người có đang nhiễm virus không.

Xét nghiệm tìm viêm gan C được khuyến khích ở một vài trường hợp đặc biệt, bao gồm:

Được sinh ra trong khoảng từ năm 1945 đến 1965.

Được truyền máu hay được ghép tạng trước năm 1992.

Đã từng được tiêm thuốc.

Người có bệnh gan mạn tính, nhiễm HIV hoặc AIDS.

Có xét nghiệm chức năng gan bất thường.

Có tiếp xúc với máu của người nhiễm bệnh.

Được lọc máu.

Được sinh ra từ người mẹ nhiễm bệnh.

Câu trả lời là có. Tuy nhiên, việc điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau. Vì thế, bạn nên gặp bác sĩ có nhiều kinh nghiệm để điều trị. Các bác sĩ uy tín sẽ áp dụng nhiều phương pháp mới, cải tiến giúp bạn khỏe mạnh hơn.

Hiện tại, một số phương pháp điều trị chống virus có thể trị khỏi hơn 90% bệnh nhân. Liệu trình điều trị này kéo dài từ 8 đến 12 tuần. Việc điều trị bệnh giảm ngoạn mục tỉ lệ tử vong ở những người nhiễm virus. Đồng thời, bệnh nhân được chữa khỏi hoàn toàn sẽ giảm nguy cơ xơ gan nặng và ung thư gan.

Hiện tại chưa có vaccine phòng ngừa viêm gan C. Mặc dù vậy, nhưng có nhiều cách để giảm nguy cơ nhiễm virus viêm gan C. Bao gồm:

Tránh dùng chung hay tái sử dụng kim tiêm, ống chích, hoặc bất kì dụng cụ tiêm thuốc nào.

Không dùng dụng cụ cá nhân đã tiếp xúc với máu của người nhiễm virus, dù là một lượng rất nhỏ. Chúng có thể là dao cạo, đồ bấm móng, bàn chải đánh răng hoặc dụng cụ xét nghiệm đường huyết.

Không được xăm mình hoặc bấm lỗ ở những cơ sở không được kiểm định y tế.

Bài viết cung cấp những kiến thức cơ bản nhất cho bạn đọc vềbệnh viêm gan C. Chính vì sự nguy hiểm và diễn tiến của bệnh, bạn nên đến các trung tâm y tế ngay khi có triệu chứng. Bên cạnh đó, bạn cũng nên thực hiện các xét nghiệm máu để đảm bảo bản thân không bị lây nhiễm virus trong quá khứ.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-hach-mac-treo-nguyen-nhan-trieu-chung-va-cach-dieu-tri-benh/

Nội dung bài viết

Tổng quan về viêm hạch mạc treo

Những nguyên nhân gây viêm hạch mạc treo

Những triệu chứng của viêm hạch mạc treo

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán bệnh như thế nào?

Điều trị bệnh viêm hạch mạc treo

Biến chứng có liên quan đến tình trạng hạch mạc treo ruột bị viêm

Phòng bệnh

Viêm hạch mạc treo là một trong những hình thái viêm không phổ biến. Tuy nhiên, một khi đã mắc bệnh này thì sức khỏe người bệnh bị ảnh hưởng không hề nhỏ. Điển hình nhất là các triệu chứng về tiêu hóa. Vậy thì bệnh lý này xảy ra do nguyên nhân nào? Triệu chứng của bệnh là gì? Có phương pháp nào điều trị triệt để hay không? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau của Bác sĩ Nguyễn Lâm Giang.

Viêm hạch bạch huyết là tình trạng các hạch bạch huyết của một người bị viêm nhiễm. Tình trạng viêm có thể ảnh hưởng đến các hạch bạch huyết trong màng kết nối ruột với thành bụng (mạc treo). Khi ấy, bệnh lý này được gọi làviêm hạch mạc treo.

Các hạch bạch huyết này nằm trong số hàng trăm hạch có tác dụng giúp cơ thể chống lại viêm nhiễm. Chúng bắt và tiêu diệt những kẻ tấn công siêu nhỏ như vi rút hoặc vi khuẩn. Hạch mạc treo bị viêm thường gây ra triệu chứng đau bụng. Bệnh lý này phổ biến nhất ở trẻ em và thanh thiếu niên. Nó thường ít xảy ra ở những người trên 20 tuổi.

Hạch mạc treo bị viêm thường do nguyên nhân phổ biến nhất là tình trạng nhiễm trùng.

Lymphoma.

Ung thư vú.

U ác tính ở phổi.

Ung thư tuyến tụy.

Ung thư dạ dày, ruột non, ruột già, thực quản,…

Viêm dạ dày ruột. Bệnh lý này có thể là do nhiễm virus như rotavirus hoặc norovirus. Nó cũng có thể là do nhiễm vi khuẩn như Salmonella, tụ cầu hoặc liên cầu. Viêm dạ dày ruột thường bị gọi nhầm tên là bệnh cúm dạ dày.

Yersinia enterocolitica. Đây là nguyên nhân phổ biến nhất của tình trạng hạch mạc treo viêm xảy ra ở trẻ em. Vi khuẩn này có thể gây viêm dạ dày ruột và các vấn đề liên quan. Nó có thể giốngbệnh Crohnhoặc viêm ruột thừa cấp tính.

Nhiễm trùng trực tiếp hoặc gián tiếp liên quan đến HIV. Đây là loại vi rút có thể dẫn đến bệnh AIDS.

Bệnh lao. Đây là một bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn thường tấn công phổi. Nhưng nó cũng có thể tấn công các bộ phận khác của cơ thể, trong đó có cả hạch mạc treo.

Viêm hồi tràng cấp tính giai đoạn cuối. Đây là tình trạng viêm phần cuối của ruột non. Nó có thể là do một loại vi khuẩn hoặc bệnh Crohn.

Viêm ruột thừa,viêm manh tràng.

Các bệnh viêm ruột như bệnh Crohn hoặc viêm loét đại tràng.

Các bệnh mô liên kết như lupus, xơ cứng hoặcviêm khớp dạng thấp.

Viêm túi thừa, viêm niêm mạc ruột già.

Viêm tụy, áp xe tụy,…

Vớiviêm hạch mạc treo, nhiễm trùng đường hô hấp trên có thể xảy ra ngay trước khi xuất hiện các triệu chứng khác. Tình trạng này có thể gây ra các triệu chứng như hom đau họng. Các triệu chứng phổ biến của hạch mạc treo bị viêm là:

Căng hoặc đau, thường ở khu vực trung tâm hoặc phía dưới bên phải của bụng

Sốt cao.

Hạch mạc treo bị viêm thường gây ra các triệu chứng ở vùng bụng dưới bên phải. Vì vậy, mọi người thường nhầm với bệnh viêm ruột thừa.

Bạn cũng có thể có các dấu hiệu và triệu chứng khác. Điều này phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra viêm. Các dấu hiệu và triệu chứng khác bao gồm:

Mệt mỏi, uể oải.

Ăn mất ngon, chán ăn.

Cảm thấy thiếu năng lượng.

Tăng số lượng bạch cầu trong máu.

Buồn nôn, nôn mửa hoặctiêu chảy.

Đau bụng thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên, và khó có thể biết được khi nào cần chăm sóc y tế. Đến gặp bác sĩ ngay lập tức nếu con bạn xuất hiện những triệu chứng sau:

Có các cơn đau bụng đột ngột, dữ dội.

Triệu chứng sốt cao đi kèm với đau bụng.

Đau bụng kèm theo tiêu chảy hoặc nôn mửa nhiều, liên tục.

Ngoài ra, hãy gọi cho bác sĩ ngay nếu con bạn có các dấu hiệu và triệu chứng sau đây mà không thuyên giảm trong một thời gian ngắn:

Thay đổi thói quen đi tiêu và xuất hiện triệu chứng đau bụng.

Đau bụng và chán ăn.

Giấc ngủ bị cản trở do cơn đau bụng dữ dội.

Bác sĩ sẽ khám sức khỏe và khai thác tiền sử bệnh của người bệnh để tìm hiểu những vấn đề sức khỏe khác mà họ đã mắc phải. Bác sĩ cũng có thể yêu cầu các xét nghiệm cần thiết. Ví dụ như xét nghiệm máu có thể xác nhận nhiễm trùng và xác định loại bệnh đó.

Do có một số lượng lớn các hạch bạch huyết ở cùng khu vực với ruột thừa (vùng bụng dưới bên phải). Vì vậy, các triệu chứng củaviêm hạch mạc treotương tự như của viêm ruột thừa (ruột thừa bị viêm). Bác sĩ có thể sử dụng các xét nghiệm hình ảnh, chẳng hạn như siêu âm hoặc chụp CT. Mục đích là để loại trừ viêm ruột thừa, đây là một trường hợp cấp cứu y tế.

Một điều cần lưu ý: Nếu nghi ngờ bạn có thể mang thai thì xét nghiệm kiểm tra có thai là cần thiết. Vì tình trạng nguy hiểm như thai ngoài tử cung có thể xảy ra ở 3 tháng đầu thai kỳ. Tình trạng này có thể gây ra những triệu chứng tương tự như viêm hạch mạc treo.

Các trường hợp nhẹ, không biến chứng của viêm hạch mạc treo ruột và những trường hợp do vi-rút gây ra. Vì vậy, bệnh thường tự khỏi, mặc dù có thể mất bốn tuần hoặc hơn để hồi phục hoàn toàn. Để điều trị sốt hoặc đau, hãy cân nhắc cho người bệnh dùng thuốc giảm đau và sốt không kê đơn. Đặc biệt là thuốc cho trẻ sơ sinh hoặc trẻ em nhưParacetamol hoặcIbuprofen. Những thuốc này được xem như một biện pháp thay thế an toàn hơn cho Aspirin.

Thận trọng khi cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên dùngAspirin. Mặc dù aspirin được chấp thuận sử dụng cho trẻ em trên 3 tuổi. Tuy nhiên, trẻ em và thanh thiếu niên đang hồi phục sau bệnh thủy đậu hoặc các triệu chứng giống cúm không nên dùng Aspirin. Tình trạng này là do aspirin có liên quan đến hội chứng Reye, một tình trạng hiếm gặp nhưng có khả năng đe dọa tính mạng ở trẻ em. Thuốc kháng sinh có thể được kê đơn cho trường hợp nhiễm vi khuẩn từ trung bình đến nặng.

Một số phương pháp khác giúp kiểm soát các triệu chứng của viêm hạch mạc treo bao gồm:

Nghỉ ngơi.

Uống nước để bù nước sau khi nôn mửa và tiêu chảy.

Chườm nóng vùng bụng.

Nhiễm trùng đường hô hấp trên đôi khi phát triển ở những người bịviêm hạch mạc treo. Các bác sĩ thường điều trị những bệnh nhiễm trùng này bằng thuốc kháng sinh.

Chúng ta có thể giảm nguy cơ phát triển bệnh viêm hạch mạc treo do nhiễm trùng bằng cách:

Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng. Rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh.

Ăn chín, uống chín, đặc biệt là trong mùa dịch, mùa lũ.

Tránh tiếp xúc gần gũi với những người bị bệnh như: Lao, nhiễm trùng đường tiêu hóa, viêm phổi,…

Giữ khu vực chuẩn bị thực phẩm sạch sẽ để ngăn ngừa sự lây lan của vi rút và vi khuẩn.

Một số loại vắc xin có thể phòng được những bệnh lý viêm nhiễm đường tiêu hóa. Từ đó giúp chúng ta hạn chế phần nào nguy cơ bị nhiễm trùng hạch mạc treo. Những văc xin phổ biến nhất bao gồm:

Văc xin phòng bệnh tiêu chảy do Rotavirus. Hiện ở Việt Nam có 03 loại văc xin đó là: Rotavin M1 (Việt Nam), Rotarix (Bỉ), Rotateq (Mỹ).

Văc xin phòng bệnh tiêu chảy do phẩy khuẩn tả: mORCVAX do Việt Nam sản xuất. Đây là một loại văc xin uống.

Văc xin phòng bệnh thương hàn: Typhoid VI (Việt Nam) và Typhim VI (Pháp).

Viêm hạch mạc treo ruộttuy không phổ biến những có thể gây ra những triệu chứng nặng nề. Vì vậy, đối với bệnh lý này, chúng ta không nên chủ quan. Khi có bất kỳ dấu hiệu nào cho thấy có nguy cơ mắc bệnh, bạn nên đi khám ngay. Duy trì lối sống sạch sẽ kết hợp với tiêm ngừa sẽ giúp giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-hong-do-lien-cau-khuan/

Nội dung bài viết

Viêm họng do liên cầu khuẩn là gì?

Nguyên nhân viêm họng do liên cầu khuẩn

Triệu chứng viêm họng do liên cầu khuẩn

Xử lý tại nhà có được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán viêm họng do liên cầu khuẩn

Điều trị viêm họng do liên cầu khuẩn

Phòng ngừa viêm họng do liên cầu khuẩn

“Đau họng” là thuật ngữ chung để mô tả bất kỳ một tình trạng nào mà cổ họng cảm thấy ngứa rát, sưng đỏ và đau. Tuy nhiên, bệnh “Viêm họng do liên cầu khuẩn” là một tình trạng đau rát họng do một tác nhân vi khuẩn cụ thể gây nên. Bài viết sau đây của Bác sĩ Trương Thanh Tâm sẽ giúp bạn hiểu hơn về nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán, điều trị cũng như các biện pháp phòng ngừa bệnh lý này.

Viêm họng do liên cầu khuẩn là một tình trạng nhiễm trùng của vùng họng do vi khuẩnStreptococcus pyogenesgây nên. Bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn này có thể được điều trị khỏi với kháng sinh.1

Viêm họng do liên cầu khuẩn có thể xảy ra ở mọi độ tuổi, cả người lớn và trẻ em đều có nguy cơ mắc bệnh nhưng bệnh thường xảy ra nhất ở trẻ em từ 5 đến 15 tuổi. Hắt xì,ho, sử dụng chung dụng cụ ăn uống và nhiều loại tiếp xúc gần khác với người bị viêm họng do liên cầu có thể làm phát tán vi khuẩn lây nhiễm từ người này sang người khác.

Ngoài ra, một người khi vô tình chạm vào bề mặt của các đồ vật mà người bị viêm họng do liên cầu khuẩn đã chạm vào trước đó như tay nắm cửa, dụng cụ trong nhà bếp, nhà tắm và sau đó đưa lên miệng hoặc mũi của họ thì sẽ có nguy cơ lây bệnh. Trẻ em dưới 2 tuổi và người lớn không tiếp xúc gần với những trẻ mắc viêm họng do liên cầu khuẩn thì ít có nguy cơ mắc bệnh.1

Viêm họng do liên cầu khuẩn đa phần không nghiêm trọng và người bệnh sẽ nhận thấy các triệu chứng của họ được cải thiện trong vòng 1 – 3 ngày sau khi bắt đầu một đợt điều trị kháng sinh.2

Bệnh có thể xảy ra quanh năm nhưng thường nhất là vào mùa đông và đầu mùa xuân. Có nhiều lý do có thể giải thích cho điều này. Ví dụ, mọi người có xu hướng ở trong nhà hơn khi trời trở lạnh, và việc dành nhiều thời gian trong không gian kín như vậy khiến bạn dễ bị lây nhiễm và mắc bệnh. Ngoài ra, không khí khô trong những tháng lạnh có thể làm khô mũi và cổ họng, làm giảm khả năng bảo vệ tự nhiên của cơ thể đối với các bệnh lý nhiễm trùng.

Như đã nói ở trên, viêm họng liên cầu khuẩn là do vi khuẩnStreptococcus pyogenes(hay còn gọi là vi khuẩn Streptococcus nhóm A) gây nên.

Bạn có thể mắc viêm họng liên cầu khuẩn nếu bạn chạm vào mắt, mũi, hoặc miệng của bạn sau khi tiếp xúc với những vi khuẩn này, như khi một người mắc viêm họng liên cầu khuẩn ho hoặc hắt hơi. Ngoài ra, khi bạn sử dụng chung thức ăn hoặc nước uống với người đang mắc viêm họng liên cầu khuẩn thì cũng có nguy cơ lây bệnh.

Bạn cũng có thể mắc viêm họng liên cầu khuẩn do tiếp xúc với những đồ vật có chứa vi khuẩn liên cầu nhóm A như tay nắm cửa hoặc vòi nước sau đó đưa lên mắt, mũi hoặc miệng. Trẻ em đưa những đồ vật này vào miệng của chúng cũng có thể mắc viêm họng theo cách này.

Một số yếu tố có thể làm tăng nguy cơ mắc viêm họng liên cầu khuẩn, bao gồm:

Tiếp xúc gần với người mắc viêm họng liên cầu khuẩn.

Dành thời gian ở những nơi đông người như trường học, trung tâm chăm sóc sức khỏe hoặc doanh trại.

Trong độ tuổi từ 5 đến 15 tuổi.

Có con đang trong độ tuổi đi học.

Người lớn làm công việc thường xuyên có tiếp xúc với trẻ em, như giáo viên hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe cho trẻ.

Hầu hết các trường hợp viêm họng do liên cầu khuẩn ở người lớn xảy ra ở người dưới 40 tuổi.2

Vì tiếp xúc gần là yếu tố nguy cơ lớn nhất đối với bệnh viêm họng liên cầu nên bệnh thường rất dễ lây lan giữa các thành viên trong gia đình.

Mức độ nghiêm trọng của viêm họng do liên cầu khuẩn có thể khác nhau ở mỗi người. Bệnh thường biểu hiện trong vòng 5 ngày kể từ thời điểm có tiếp xúc với vi khuẩn liên cầu.

Những triệu chứng thường gặp của viêm họng liên cầu bao gồm:

Sốtkhởi phát đột ngột, đặc biệt là khi nhiệt độ ≥ 38 °C.

Đau, đỏ họng kèm với những mảng trắng bám trên amidan.

Nhức đầu.

Ớn lạnh.

Chán ăn.

Sưng đau hạch cổ.

Nuốt đau, nuốt khó.

Những triệu chứng ít gặp hơn của viêm họng liên cầu bao gồm các triệu chứng tiêu hóa như:đau bụng,buồn nôn, nôn ói.

Ngoài ra, còn có phát ban liên quan đến vi khuẩn liên cầu, đây được gọi là bệnh ban đỏ (hay còn gọi làsốt tinh hồng nhiệthoặc sốt Scarlet). Nhưng đa phần người bệnh mắc viêm họng do liên cầu sẽ không bị phát ban.

Một vài triệu chứng gợi ý có thể bạn bị viêm họng do virus hơn là mắc viêm họng do vi khuẩn liên cầu, như:

Ho.

Khàn tiếng.

Sổ mũi.

Mắt đỏ (viêm kết mạc mắt).

Khi bạn hoặc con bạn có những triệu chứng của bệnh viêm họng liên cầu, cần đến gặp bác sĩ ngay để được chẩn đoán chính xác và điều trị phù hợp, không nên tự ý sử dụng các loại thuốc kháng sinh không được kê toa từ bác sĩ.

Bên cạnh việc sử dụng kháng sinh, các biện pháp điều trị tại nhà có thể giúp làm giảm các triệu chứng của viêm họng liên cầu khuẩn, bao gồm:1

Dành nhiều thời gian để nghỉ ngơi.

Uống những thức uống ấm, như nước chanh hay trà.

Uống nước lạnh hoặc ngậm đá viên có thể giúp giảm đau rát họng. Tránh sử dụng những thức ăn hoặc thức uống nóng vì có thể làm kích thích cổ họng.

Ăn những thức ăn mềm, dễ nuốt như súp, sữa chua.Mật ongcó thể giúp giảm đau và giảm viêm.

Bật máy phun sương tạo ẩm.

Có thể sử dụng các loại thuốc giảm đau nhưparacetamolhayibuprofen.

Pha hỗn hợp gồm khoảng ¼ muỗng cà phê muối vào 1 cốc (khoảng 240 ml) nước và súc họng với hỗn hợp này.

Hạn chế hút thuốc hoặc ở trong môi trường nhiều khói thuốc vì có thể gây kích thích làm đau rát họng nhiều hơn.

Đảm bảo rằng bạn không lan truyền bệnh cho bất kì ai khác bằng cách rửa tay thường xuyên và che kín mũi miệng khi ho hoặc hắt hơi.

Trong hầu hết các trường hợp, đau họng chỉ là một trong những triệu chứng của tình trạng nhiễm trùng khác như cảm lạnh thông thường và sẽ tự khỏi sau vài ngày.

Tuy nhiên, cần đến gặp bác sĩ khi:

Các triệu chứng không cải thiện hoặc trở nên nặng hơn sau vài ngày tự chăm sóc tại nhà, chẳng hạn như đau họng kéo dài hơn 2 ngày.

Đau họng nhiều hơn và không giảm dù có sử dụng thuốc giảm đau, kèm với những mảng trắng trong họng.

Đau họng kèm với phát ban hồng như giấy nhám trên da.

Sốt liên tục, đây thường là biểu hiện cho một tình trạng nhiễm trùng mà bạn cần đến gặp bác sĩ ngay để được chẩn đoán và điều trị càng sớm càng tốt.

Khi có những triệu chứng gợi ý viêm họng do liên cầu khuẩn, các bác sĩ sẽ thăm khám kiểm tra vùng họng của bạn để tìm các dấu hiệu viêm nhiễm. Bác sĩ cũng sẽ thăm khám vùng cổ để tìm xem có sưng đau hạch cổ hay không và hỏi bạn thêm một số triệu chứng khác.

Những triệu chứng thường gặp của viêm họng do liên cầu bao gồm nuốt đau, sốt, sưng đỏ amidan 2 bên, nổi những chấm đỏ ở vùng trần miệng hoặc sưng đau hạch trước cổ.3

Trường hợp không có các triệu chứng gợi ý tác nhân gây bệnh viêm họng là do virus như ho, sổ mũi hoặc khàn tiếng, các bác sĩ sẽ không thể loại trừ khả năng gây viêm họng là do vi khuẩn liên cầu. Khi đó, bác sĩ có thể yêu cầu thực hiện thêm xét nghiệm test nhanh hoặc xét nghiệm cấy phết họng để đưa ra chẩn đoán xác định.

Xét nghiệm này nhằm xác định xem liệu viêm họng của bạn có phải do vi khuẩn liên cầu gây ra hay một loại vi khuẩn nào khác. Bác sĩ sẽ dùng một que tăm bông dài ngoáy vào vùng sau họng để lấy mẫu xét nghiệm. Mẫu này sau đó được kiểm tra bằng một bộ dụng cụ để tìm xem có sự hiện diện của vi khuẩn liên cầu hay không.

Kết quả xét nghiệm thường có sau khoảng 5 phút. Nếu xét nghiệm test nhanh tìm liên cầu nhóm A cho kết quả dương tính, các bác sĩ có thể chỉ định dùng thuốc kháng sinh cho người bệnh.

Mặc dù xét nghiệm test nhanh là đáng tin cậy, tuy nhiên vẫn có thể bỏ sót một số trường hợp viêm họng do liên cầu. Theo nghiên cứu được thực hiện năm 2016 thì với 100 trẻ bị viêm họng sẽ có 14 trường hợp test nhanh cho ra kết quả không chính xác.4

Vì vậy, một số bác sĩ nếu còn nghi ngờ sẽ đề nghị thực hiện thêm xét nghiệm cấy phết họng ngay cả khi xét nghiệm test nhanh đã âm tính.

Nếu xét nghiệm test nhanh tìm liên cầu khuẩn nhóm A cho kết quả âm tính, bác sĩ có thể lấy một que phết họng khác và gửi đến phòng xét nghiệm để thực hiện xét nghiệm cấy tìm vi khuẩn. Theo CDC Hoa Kỳ, xét nghiệm cấy phết họng được xem là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán viêm họng do liên cầu khuẩn.5

Các bác sĩ thường yêu cầu người bệnh thực hiện xét nghiệm cấy phết họng khi người đó có nguy cơ cao bị các biến chứng nghiêm trọng nếu viêm họng do liên cầu khuẩn không được điều trị. Một trong những biến chứng nặng nề đó làsốt thấp khớp. Trẻ em và thanh thiếu niên là những đối tượng có nguy cơ cao bị sốt thấp khớp, do đó các bác sĩ sẽ chỉ định thực hiện xét nghiệm cấy phết họng trên những đối tượng này, ngay cả khi kết quả xét nghiệm test nhanh âm tính.

Đối với gười lớn thường ít có nguy cơ bị biến chứng sốt thấp khớp do viêm họng liên cầu, do đó các bác sĩ thường không chỉ định thực hiện xét nghiệm cấy phết họng nếu những người này có kết quả xét nghiệm test nhanh âm tính.

Kết quả cấy dịch ngoáy họng thường sẽ có sau 1 – 2 ngày.

Nếu xét nghiệm cho thấy bạn bị viêm họng do liên cầu khuẩn, bác sĩ sẽ tiến hành kê toa một đợt điều trị thuốc kháng sinh. Đây là những loại thuốc có thể giúp tiêu diệt vi khuẩn hoặc ngăn chặn sự phát triển của chúng. Hầu hết người bệnh viêm họng do liên cầu khuẩn sẽ cần sử dụng thuốc kháng sinh trong 10 ngày.5

Các triệu chứng của bệnh viêm họng do liên cầu khuẩn có thể biến mất ngay sau 24 giờ kể từ thời điểm bắt đầu sử dụng thuốc kháng sinh. Các triệu chứng hiếm khi kéo dài hơn 5 ngày. Người bệnh có thể phát tán vi khuẩn làm lây lan bệnh trong khoảng 2 – 3 tuần nếu không được điều trị nhưng nếu uống thuốc kháng sinh, khả năng lây lan sẽ hết sau khoảng 24 giờ.1

Bện cạnh hiệu quả trong việc giảm nhẹ các triệu chứng và rút ngắn thời gian bệnh, những loại thuốc này còn giúp làm giảm khả năng lây lan nhiễm trùng sang người khác và ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng của bệnh như sốt thấp khớp hoặc áp xe quanh amidan.

Có 8 loại thuốc kháng sinh khác nhau được thường được chỉ định dùng trong điều trị viêm họng do liên cầu khuẩn, bao gồm:5

Penicillin(đường uống hoặc tiêm bắp).

Amoxicillin(đường uống).

Cephalexin(đường uống).

Cefadroxil(đường uống).

Clindamycin(đường uống).

Clarithromycin (đường uống).

Azithromycin (đường uống).

Thông thường, các bác sĩ sẽ sử dụng thuốc kháng sinh như penicillin hoặc amoxicillin để điều trị viêm họng do liên cầu. Với những người bệnh bị dị ứng với penicillin, có thể sử dụng kháng sinh clindamycin, clarithromycin hoặc azithromycin để thay thế.

Một điều cực kỳ quan trọng là người bệnh cầnhoàn thành đủ một đợt điều trị với kháng sinh, ngay cả khi các triệu chứng đã được cải thiện sau một thời gian ngắn bắt đầu dùng thuốc. Việc không hoàn thành đủ một đợt điều trị có thể dẫn đến nhiễm trùng không được loại bỏ hoàn toàn và làm tăng nguy cơ đề kháng kháng sinh.

Nếu một người có kết quả xét nghiệm dương tính với liên cầu khuẩn nhóm A nhưng hoàn toàn không có biểu hiện của bất kỳ triệu chứng nào (hay còn gọi là “người lành mang trùng”), họ thường không cần sử dụng thuốc kháng sinh. Theo CDC Hoa Kỳ, những người này ít có khả năng lây lan bệnh cho người khác và nguy cơ xảy ra biến chứng của họ cũng tương đối thấp.3

Người bệnh cũng có thể sử dụng một số thuốc giúp giảm đau rát họng và hạ sốt như acetaminophen hoặc ibuprofen. Không sử dụngAspirincho trẻ nhỏ và thanh thiếu niên vì có thể gây ra một hội chứng rất hiếm nhưng lại vô cùng nguy hiểm đó làHội chứng Reye.6

Việc điều trị viêm họng do liên cầu khuẩn ở trẻ em cũng giống như ở người lớn. Các bác sĩ sẽ kê cho trẻ một đợt thuốc kháng sinh.

Ba mẹ và người chăm sóc trẻ có thể thực hiện một số biện pháp sau nhằm giúp trẻ cảm thấy dễ chịu hơn trong quá trình hồi phục bệnh như:

Cho con trẻ ăn những thức ăn mát lạnh như kem để giúp giảm cảm giác khó chịu ở cổ họng.

Cho trẻ lớn súc miệng bằng nước muối ấm hoặc ngậm đá lạnh có thể giúp giảm đau và giảm cảm giác khó chịu ở họng.

Kê các loại thuốc giảm đau và hạ sốt như acetaminophen hoặc ibuprofen dạng lỏng (cho trẻ nhỏ) hoặc dạng viên nén (cho những trẻ lớn hơn), nếu cần.

Nếu có dấu hiệu mắc viêm họng do liên cầu khi đang mang thai,hãy đến gặp bác sĩ ngayđể được chẩn đoán chính xác và tư vấn điều trị thích hợp. Các bác sĩ có thể kê đơn thuốc kháng sinh, đồng thời theo dõi sát việc sử dụng thuốc của mẹ bầu.

Chúng ta đều sẽ bị đau họng tại một vài thời điểm nào đó trong cuộc đời với tác nhân gây bệnh có thể là virus hoặc vi khuẩn hoặc nguyên nhân khác. Hiện chưa có vắc xin giúp phòng bệnh viêm họng do liên cầu.3

Những lời khuyên sau đây có thể giúp giảm tần suất bị đau họng, bao gồm cả viêm họng do liên cầu khuẩn:

Giữ tay sạch sẽ: Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng với nước là cách hiệu quả để ngăn ngừa hầu hết các bệnh nhiễm trùng. Có thể sử dụng nước rửa tay để thay thế nếu không có xà phòng.

Che miệng khi ho, điều này giúp tránh phát tán vi khuẩn làm lây bệnh cho người khác. Ho vào trong khuỷu tay, không phải bàn tay có thể ngăn việc lây lan nhiễm trùng.

Người bị viêm họng do liên cầu khuẩn không nên dùng chung các vật dụng như ly uống nước và dụng cụ ăn uống với người khác.

Vệ sinh các vật dụng thường xuyên chạm vào như tay nắm cửa, mặt bàn và tay cầm của một số vật dụng.

Tránh tiếp xúc gần với người khác nếu bạn đang mắc viêm họng liên cầu, ít nhất là cho đến 24 giờ kể từ thời điểm bạn bắt đầu được sử dụng kháng sinh.

Người bệnh viêm họng liên cầu không nên đến nhà trẻ, trường học hoặc nơi làm việc cho đến khi không còn khả năng lây nhiễm bệnh.

Thực hiện các biện pháp thay đổi lối sống có thể giúp tăng cường hệ miễn dịch, bao gồm:

Có một chế độ ăn uống cân bằng dinh dưỡng.

Thường xuyên tập luyện thể dục thể thao.

Ngủ đủ giấc.

Tìm cách giảm căng thẳng trong cuộc sống, nếu có thể.

Ngưng hút thuốc lá.

Uống rượu ở lượng vừa phải hoặc hoàn toàn không uống.

Trên đây là những thông tin về bệnh lýviêm họng do liên cầu khuẩn. Khi nhận thấy bản thân hoặc con trẻ có những dấu hiệu bất thường, bạn nên đi khám ngay để được phát hiện bệnh, từ đó có phương pháp điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-hong-do-trao-nguoc/

Nội dung bài viết

Trào ngược là gì?

Viêm họng và trào ngược có liên quan?

Làm sao bạn biết mình bị trào ngược?

Điều trị viêm họng do trào ngược như thế nào?

Bạn băn khoăn tự hỏi tại sao mình cứ bị viêm họng hoài? Có nhiều nguyên nhân có thể gây nên viêm họng. Một số nguyên nhân gây bệnh khá thầm lặng. Một trong số đó chính là viêm họng do trào ngược. Hãy cùng ThS.BS chuyên khoa Tai – Mũi – Họng Trần Thanh Long tìm hiểu xem vấn đề này là như thế nào nhé.

Như chúng ta đã biết, thức ăn khi đưa vào miệng sẽ qua thực quản để đến dạ dày. Họng – thực quản – dạ dày là 3 phân khúc đầu tiên của đường tiêu hóa. Giữa những phân khúc này có các cánh cửa. Giữa họng và thực quản là cánh cửa đầu tiên, hay còn gọi là cơ thắt trên.

Giữa thực quản và dạ dày là cánh cửa thứ hai, còn gọi là cơ thắt dưới. Bình thường thức ăn đi 1 chiều từ họng qua thực quản đến dạ dày. Tuy nhiên khi các cánh cửa không làm việc hiệu quả, thức ăn có thể bị dội ngược lại. Thức ăn từ dạ dày có thể trào lên thực quản. Thức ăn từ thực quản có thể trở ngược lại họng. Hiện tượng này gọi làtrào ngược.

Có thể bạn quan tâm:

Viêm họng hạt là một dạng viêm họng mạn tính phổ biến củađường hô hấp trên.Bệnh rất dễ mắc phải nhưng khó điều trị. Viêm họng hạt để lại nhiều biến chứng nếu không điều trị tốt. Do đó, khi nắm rõ được nguyên nhân triệu chứng sẽ giúp bạn sớm có phương pháp điều trị kịp thời và hiệu quả. Cùng tìm hiểu rõ hơn với bài viết:Viêm họng hạt là gì? Có dễ điều trị dứt điểm?để có được thông tin cần thiết.

Theo cơ chế trên thì thức ăn từ dạ dày có thể trôi ngược lên lại họng. Tuy nhiên nên nhớ rằng dạ dày có chứa axit. Dạ dày chịu được axit và một số chất khác nhưng họng thì không. Vì vậy nếu trào ngược cứ liên tiếp xảy ra thì niêm mạc họng không thể chống chọi được. Điều này hoàn toàn có thể dẫn đến viêm họng.

Tùy vào cánh cửa nào hoạt động kém mà sẽ có những dấu hiệu khác nhau. Cánh cửa dưới (giữa thực quản và dạ dày) bị rối loạn thì axit sẽ tấn công vào thực quản. Bạn sẽ có các triệu chứng như: nóng rát ở ngực,đau ngực, ợ nóng, nôn ói… Nếu cánh cửa trên (giữa thực quản và họng) bị rối loạn thì họng và thanh quản sẽ bị tác động.

Các dấu hiệu biểu hiện đó là nuốt vướng, ho, vướng đàm, đau họng, khàn tiếng… Đôi khi trào ngược diễn ra thầm lặng và thậm chí không gây ra khó chịu gì. Nếu bạn bị đau họng tái đi tái lại, đừng quên một nguyên nhân đó là viêm họng do trào ngược.

Bác sĩ có thể phát hiện ra một số dấu hiệu của trào ngược bằng cách nội soi. Nội soi là việc đưa một loại ống (cứng hoặc mềm tùy loại) qua họng hoặc mũi. Trên ống có gắn camera để quan sát được các cấu trúc bên trong một cách rõ ràng nhất.

Xem thêm:Chứng trào ngược dạ dày ở trẻ có nguy hiểm?

Có một số thuốc có thể giúp giảm đi triệu chứng viêm họng do trào ngược dạ dày. Tuy nhiên việc điều trị không chỉ nhờ vào thuốc mà còn phụ thuộc chính bản thân bạn.

Các thói quen ăn uống không hợp lý là căn nguyên khiến cho trào ngược tái đi tái lại. Thử hình dung sau khi ăn no và dạ dày bạn đang căng đầy. Lúc này bạn lại đi nằm ngay là vô cùng bất hợp lý. Ở tư thế nằm, thức ăn dễ dàng bị dội ngược trở lại, gây ra trào ngược.

Ngoài ra, một số loại thực phẩm dễ “kích hoạt” trào ngược hơn các thức ăn khác. Vì vậy nếu đã biết mình bị viêm họng do trào ngược, bạn cần tuân thủ những điều sau:

Không ăn quá no trong mỗi bữa ăn.

Sau khi ăn không được đi nằm liền.

Khi nằm ngủ, nên để gối sao cho từ phần lưng cho đến phần đầu cao dần lên. Hiện nay trên thị trường cũng có bán các loại đệm chống trào ngược, phục vụ cho mục đích này. Tư thế này giúp cho phần họng, thực quản luôn ở cao hơn dạ dày. Điều này giúp thức ăn khó bị trôi ngược trở lên lại.

Hạn chế ăn các thực phẩm như: bia, rượu, dầu mỡ, cà phê, các thức ăn chua, cay…

Ngưng hút thuốc lá(nếu có).

Thuốc giảm tiết axit ở dạ dày.

Thuốc trung hòa axit ở dạ dày.

Thuốc tăng nhu động đường tiêu hóa.

Tùy loại thuốc mà bạn phải uống trước ăn hoặc sau ăn thì mới hiệu quả. Vì vậy cần hỏi kĩ bác sĩ cách sử dụng thuốc khi bạn được kê đơn.

Như vậy, có thể viêm họng và trào ngược là có liên hệ với nhau. Trào ngược có thể diễn ra âm thầm, gây ra viêm họng tái đi tái lại. Thay đổi thói quen và sử dụng thuốc là 2 cách đối phó với vấn đề này. Hi vọng qua bài viết trên của YouMed đã giúp bạn hiểu thêm về căn bệnh khá thường gặp này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/giai-dap-thac-mac-ve-viem-khop-dang-thap/

Nội dung bài viết

Viêm khớp dạng thấp là gì?

Nguyên nhân nào gây ra bệnh viêm khớp dạng thấp?

Viêm khớp dạng thấp có triệu chứng như thế nào?

Bệnh có thể phòng ngừa được không?

Bác sĩ chẩn đoán bệnh viêm khớp dạng thấp như thế nào?

Điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp như thế nào?

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh mà các khớp thường xuyên đau nhức, gây khó chịu cho người bệnh trong một thời gian dài. Nguyên nhân gây bệnh là gì? Liệu bệnh này có thể được điều trị hết hoàn toàn không? Có những cách gì để giảm thiểu các triệu chứng khó chịu? Những câu hỏi này sẽ được ThS.BS Vũ Thành Đô giải đáp trong bài viết phía dưới đây.

Viêm khớp dạng thấp, còn gọi là viêm đa khớp dạng thấp, là một bệnh lý mãn tính ảnh hưởng đến khớp. Triệu chứng thường gặp là đau và sưng các khớp xương trên cơ thể. Trong vài trường hợp, bệnh có thể tấn công đến những cơ quan khác ngoài khớp như mắt, tai, phổi, tim mạch.

Tỉ lệ mắc bệnh là khoảng 0.24 – 1% dân số. So với nam giới, tỷ lệ nữ giới mắc bệnh này thường cao hơn từ 2 tới 3 lần.1

Nguy cơ mắc bệnh tăng dần theo độ tuổi và cao nhất ở độ tuổi 60.2

Thủ phạm gây bệnh xuất phát từ hệ miễn dịch của cơ thể. Hệ miễn dịch bình thường đóng vai trò như một “vệ sĩ” bảo vệ cơ thể. Nhưng đối với những người bệnh viêm khớp dạng thấp thì hệ miễn dịch lại tấn công chính cơ thể họ. Hệ miễn dịch của người bệnh nhầm tưởng lớp màng bao quanh các khớp là vật thể lạ, và sẽ phá hủy luôn các thành phần của khớp.

Tại sao lại có hiện tượng này vẫn là một ẩn số mà các nhà nghiên cứu vẫn đang tìm hiểu. Tuy nhiên các yếu tố nguy cơ gây bệnh có thể xác định được bao gồm:2

Giới tính: Nữ.

Tuổi trung niên.

Gia đình từng có người bị bệnh viêm khớp dạng thấp.

Hút thuốc lá.

Thừa cân,béo phì.

Người bệnh viêm khớp dạng thấp thường trải qua 4 giai đoạn sau:

Giai đoạn 1:Sưng và đau khớp do hiện tượng viêm của màng bao quanh khớp.

Giai đoạn 2:Thành phần sụn bên trong khớp bắt đầu bị ảnh hưởng. Mất sụn sẽ làm cho khớp nhỏ lại. Tuy nhiên, ở giai đoạn này khớp chưa bị biến dạng.

Giai đoạn 3: Sụn khớp bị mất hoàn toàn, làm cho các đầu xương tiếp xúc trực tiếp với nhau. Cử động khớp không còn mềm mại và đặc biệt là hiện tượng cứng khớp vào buổi sáng.

Giai đoạn 4:Các khớp bị xơ cứng lại và hoàn toàn mất chức năng.

Bạn cần đi khám sức khỏe định kì, đặc biệt nếu nằm trong đối tượng có nguy cơ cao. Nhờ đó có thể tìm ra bệnh sớm và có biện pháp điều trị thích hợp.

Trong giai đoạn sớm, khá khó để phát hiện ra bệnh vì triệu chứng bệnh không có nhiều và thường nhầm lẫn với các bệnh khác. Tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Mỹ (ACR) giúp chẩn đoán viêm khớp dạng thấp bao gồm:3

Cứng khớp từ 1 tiếng trở lên vào buổi sáng;

Viêm từ 3 khớp trở lên. Các khớp này thuộc khớp ở tay và ở chân;

Viêm khớp ở bàn tay;

Khớp bị viêm đối xứng 2 bên cơ thể;

Nổi những nốt dưới da;

Xét nghiệm máu dương tính với một loại yếu tố gọi là yếu tố dạng thấp;

Có hình ảnh điển hình của bệnh trên X-quang.

Nếu thỏa được 4 tiêu chuẩn trở lên là có thể chẩn đoán bệnh. Thời gian tối thiểu bạn bị viêm khớp phải là 6 tuần thì mới có thể chẩn đoán là viêm khớp dạng thấp.

Đối với những bệnh lý mạn tính nói chung và viêm khớp dạng thấp nói riêng, thường không có một phương pháp đặc biệt nào có thể trị dứt điểm hoàn toàn. Hiện nay, các cách điều trị chủ yếu hướng tới việc xoa dịu cảm giác khó chịu và giúp người bệnh có thể sinh hoạt được như người bình thường.

Sau đây là một số biện pháp giúp điều trị viêm khớp dạng thấp:

Bác sĩ sẽ kê đơn thuốc tùy thuộc vào mức độ nặng và giai đoạn diễn tiến của bệnh. Phần lớn các thuốc điều trị là thuốc kháng viêm, thuốc giảm đau và hạn chế sự bùng phát quá mức của tình trạng viêm. Tuy nhiên cần chú ý các tác dụng phụ của thuốc: như đau dạ dày, tổn thương lên tim và thận, rối loạn động máu…

Các tác dụng phụ của thuốc có thể được phòng ngừa bằng cách:

Dùng kèm các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày hoặc các thuốc giảm tiết. Bác sĩ có thể kê thêm các thuốc giúp bảo vệ niêm mạc dạ dày hoặc làm cho dạ dày giảm tiết axit. Tái khám ngay khi có dấu hiệu bất thường.

Bổ sung canxi,vitamin D– là những hoạt chất không thể thiếu đối với những người bị bệnh về xương khớp.

Nếu bạn bị thiếu máu, cần chú ý ăn những thực phẩm có thể cải thiện được lượng sắt, vitamin B12 trong cơ thể.

Nếu sử dụng thuốc đến liều tối đa mà vẫn không hiệu quả thì bác sĩ có thể cân nhắc cho người bệnh được phẫu thuật. Phẫu thuật được thực hiện có thể là loại bỏ đi lớp màng viêm của khớp, chỉnh lại các gân của khớp hoặc thậm chí thay thế toàn bộ khớp bằng vật liệu nhân tạo.

Gân bị co lại, khớp quá cứng hay các cơ bị teo lại do không được sử dụng nhiều. Vì vậy cần tập vận động các khớp để ngăn chặn tình trạng này. Khi khớp đang sưng đau, cần cho khớp được nghỉ ngơi ở tư thế thoải mái. Khi các khó chịu qua đi, tiếp tục tập luyện khớp, bản thân người bệnh có thể tự tập hoặc có thể nhờ người khác hỗ trợ.

Phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, tắm suối khoáng.

Dụng cụ tập luyện cũng có thể có ích.

Bài viết vừa trình bày cho độc giả những kiến thức vô cùng cơ bản và quan trọng vềbệnh viêm khớp dạng thấp. Rất mong những gì bài viết YouMed đem lại sẽ giúp các bạn hiểu rõ hơn về viêm khớp dạng thấp.

Khi đếngặp bác sĩ Cơ xương khớp để khám bệnh Viêm khớp dạng thấp,bạn đã biết mình cần chuẩn bị những gì chưa? Tìm hiểu ngay nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-khop-ngon-tay-nguyen-nhan-trieu-chung-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về viêm khớp ngón tay

Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ của bệnh viêm khớp ngón tay

Những triệu chứng điển hình của viêm khớp ngón tay

Điều trị viêm khớp ngón tay

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Tiên lượng của bệnh viêm khớp ngón tay

Cách giúp phòng bệnh viêm khớp ngón tay

Khớp ngón tay là một loại khớp rất linh hoạt và vận động rất nhiều. Chính vì vậy, những bệnh lý về khớp sẽ rất dễ xảy ra ở vị trí này. Bất kỳ tổn thương, viêm nhiễm nào cũng có thể gây nên bệnh lý viêm khớp ngón tay. Vậy bệnh lý này có đặc điểm như thế nào? Nguyên nhân do đâu? Triệu chứng và cách điều trị ra sao? Tất cả sẽ được trả lời qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô.

Các khớp ở bàn tay và ngón tay của chúng ta có thể nói là những khớp nhạy cảm nhất trên cơ thể. Ở mức tốt nhất, chúng hoạt động cùng nhau như một cỗ máy được bôi trơn rất tốt. Đồng thời giúp bạn thực hiện các hoạt động hàng ngày một cách dễ dàng.

Các ngón tay ở con người rất quan trọng. Chúng ta sử dụng những ngón tay ngay từ khi thức dậy để chải răng. Sau đó đến việc học tập, đánh máy, cho đến việc nấu nướng mà chúng ta làm hàng ngày. Khi các khớp ngón tay của chúng ta bị viêm, chúng sẽ hoạt động không được bình thường. Từ đó, các công việc hàng ngày sẽ trở nên khó khăn và giảm hiệu quả.

Xem thêm:Viêm khớp ngón tay cái: Những điều cần biết

Có hơn 100 loại viêm khớp khác nhau. Ba loại chính thường gặp là viêm xương khớp, viêm khớp dạng thấp (RA) và viêm khớp vảy nến (PsA). Mỗi loại bệnh sẽ tiến triển khác nhau. Tuy nhiên, tất cả đều có thể gây đau đớn và dẫn đến mất chức năng cũng như biến dạng.

Theo các nghiên cứu trên thế giới, bệnhviêm khớp ngón taynói chung hay viêm xương khớp ngón tay nói riêng có đặc điểm:

Thường xuất hiện ở độ tuổi trung niên (trên 40 tuổi).

Nữ giới có tần suất mắc bệnhviêm khớp ngón taycao hơn so với nam giới.

Thường xảy ra ở nhiều khớp so với 1 khớp đơn độc.

Những nguyên nhân gây nênviêm khớp ngón taybao gồm:

Chấn thương khớp ngón tay.

Bệnh viêm khớp dạng thấp.

Viêm khớp Gout cấp tính hoặc mãn tính.

Thoái hóa khớp ngón tay.

Viêm khớp do nhiễm khuẩn.

Viêm khớp trong các bệnh lý tự miễn như: Lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì, viêm khớp vẩy nến,…

Khi các khớp ngón tay bị viêm, sụn chêm giữa các khớp sẽ bị ăn mòn dần. Đồng thời, bề mặt của các khớp sẽ trở nên sần sùi. Vì thế, các đầu xương sẽ ma sát với nhau, dẫn đến tổn thương mặt khớp. Tổn thương mặt khớp có thể dẫn đến sự xuất hiện các gai xương. Khi sờ nắn, chúng ta có thể phát hiện các u cục nổi gồ trên các khớp ngón tay.

Một số nguyên nhân đã biết và các yếu tố nguy cơ liên quan đến viêm khớp bao gồm:

Chấn thương: Các hoạt động lặp đi lặp lại và chấn thương cấp tính có thể gây tổn thương khớp và dẫn đến viêm khớp.

Hút thuốc: Những người hút thuốc có nguy cơ cao mắc bệnh viêm khớp dạng thấp.

Nhiễm trùng: Một số bệnh nhiễm trùng có thể gây tổn thương khớp và dẫn đến viêm khớp.

Tuổi tác: Người lớn tuổi có nguy cơ mắc bệnh viêm khớp cao hơn.

Giới tính: Một số loại viêm khớp phổ biến ở nữ giới hơn nam giới.

Các khớp ngón tay khi bị viêm có thể xuất hiện những triệu chứng sau đây:

Ở giai đoạn đầu, viêm khớp ở các ngón tay thường gây ra cảm giác đau âm ỉ. Người bệnh có thể gặp phải cơn đau này sau một ngày hoạt động và sử dụng tay nhiều hơn bình thường. Đau trong giai đoạn đầu của viêm khớp có thể đến và biến mất hoàn toàn.

Khi tình trạng viêm khớp trở nên trầm trọng hơn, nhiều sụn khớp sẽ bị mài mòn hơn. Nếu không có hàng rào bảo vệ để đệm các khớp mỏng manh của bạn, bạn có thể bị đau ngay cả khi không sử dụng tay. Hoặc đau khi bạn sử dụng tay rất ít. Cơn đau có thể trở nên nghiêm trọng đến mức khiến bạn thức giấc trong khi đang ngủ.

Mô và sụn trong bàn tay và ngón tay của người bệnh được thiết kế để bảo vệ các khớp mỏng manh của bạn. Nếu một khớp bị tác động lực quá mức hoặc bị tổn thương, các mô lót khớp có thể sưng lên. Tình trạng sưng tấy này có thể khiến ngón tay và bàn tay của bạn có vẻ phồng to hơn so với bình thường.

Viêm khớp có thể gây cứng khớp. Khi mô và sụn bị sưng, khớp không thể cử động tự do. Cứng khớp đặc biệt phổ biến vào buổi sáng khi bạn không sử dụng khớp trong vài giờ. Nó cũng xảy ra sau một ngày dài vận động hoặc làm việc khi các khớp bị áp lực nhiều hơn bình thường.

Sụn trong khớp của bạn có thể bị mài mòn không đồng đều. Ngoài ra, các mô và dây chằng được thiết kế để giữ các khớp tại chỗ sẽ yếu hơn khi bệnh viêm khớp tiến triển. Hai sự phát triển này có thể gây ra biến dạng ở ngón tay và bàn tay của bạn. Khi tình trạng bệnh nặng hơn, sự biến dạng sẽ trở nên rõ ràng hơn.

Một lớp sụn sẽ bao phủ và đệm cho xương khớp khỏe mạnh. Trong viêm khớp xương, sụn bị bào mòn và biến mất hoàn toàn. Khi điều này xảy ra, bạn có thể có cảm giác nghiến ở các khớp. Điều này là do sự tiếp xúc giữa xương với xương trong khớp của bạn. Điều này sẽ gây đau đớn và sự mất sụn sẽ xuất hiện trên X-quang với hình ảnh mất không gian khớp.

Khi khớp bị tổn thương, dây chằng và các mô xung quanh khớp có thể bị viêm. Tình trạng viêm này sẽ gây ra cảm giác nóng cho khớp. Viêm cũng có thể gây đỏ vùng quanh khớp.

Những túi nhỏ chứa đầy chất lỏng được gọi là nang dịch nhầy có thể phát triển ở khớp ngón tay. Những u nang này có thể xuất hiện giống như vết lõm hoặc gờ nhỏ trên ngón tay của người bệnh.

Xem thêm:Sưng khớp ngón tay: những điều bạn cần biết

Chúng có nhiều khả năng phát triển ở phần cuối của ngón tay và có thể xuất hiện dưới móng tay. Các u nang thường nhỏ, có kích thước lên đến 0,6 cm. Chúng phổ biến nhất ở những người lớn tuổi. Nó có thể xuất hiện như một “viên ngọc trai” tròn trên đầu bàn tay gần móng tay, ở khớp liên đốt xa.

Các gai xương cũng có thể phát triển ở các khớp xương khi bịviêm khớp ngón tay. Khi tổn thương ở khớp trở nên trầm trọng hơn, phản ứng của cơ thể có thể là tạo thêm xương. Những nốt sần này có thể khiến bàn tay và ngón tay của bạn trông có vẻ giống cành cây. Các gai xương cuối cùng có thể ngăn khớp hoạt động bình thường.

Ngứa ran và tê ở bàn tay và ngón tay, đặc biệt là ngón thứ nhất, thứ hai và một phần của ngón tay thứ ba. Đây là một triệu chứng của hội chứng ống cổ tay.

Bất kỳ ngứa ran nào ở ngón tay thứ tư và thứ năm nhiều khả năng là do chèn ép dây thần kinh trụ. Hội chứng ống cổ tay phát triển do một dây thần kinh ở cổ tay bị chèn ép. Nó có thể xảy ra do viêm khớp, chấn thương hoặc tích tụ chất lỏng do mang thai.

Khi bịviêm khớp ngón tay, người bệnh cũng có thể bị yếu các ngón tay. Điều này gây khó khăn cho việc mở lọ hoặc cầm nắm đồ vật. Một người cũng có thể gặp khó khăn khi bật vòi nước và vặn chìa khóa cửa.

Việc điều trị sẽ phụ thuộc vào loại viêm khớp mà người bệnh mắc phải cũng như mức độ nghiêm trọng của nó. Tuy nhiên, điều trị thường liên quan đến một hoặc nhiều phương pháp sau:

Thuốc chống viêm không steroid (NSAID): NSAID có thể giúp giảm sưng, giảm viêm và đau. Nhóm thuốc này có sẵn để dùng cả loại uống và bôi tại chỗ.

Tiêm Corticoide vào khớp: Bác sĩ có thể chỉ định tiêm corticosteroid khi NSAID không hoạt động hoặc không hiệu quả.

Thuốc chống viêm khớp điều chỉnh bệnh (DMARD): Các bác sĩ có thể điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp bằng các loại thuốc cụ thể được gọi là DMARD. Chúng có thể giúp điều trị các bệnh tự miễn dịch.

Nẹp: Sử dụng nẹp có thể giúp hỗ trợ và giảm áp lực cho khớp. Thông thường, thanh nẹp vẫn cho phép mọi người vận động và sử dụng các ngón tay của họ. Những người bịviêm khớp ngón taycó thể sử dụng nẹp đeo nhẫn để hỗ trợ.

Phẫu thuật: Nếu tổn thương khớp rất nghiêm trọng, phẫu thuật có thể là lựa chọn điều trị tốt nhất. Thay khớp giúp giảm đau và phục hồi chức năng của khớp. Ngược lại, thay khớp làm giảm đau nhưng làm mất chức năng nối của khớp.

Các chuyên gia đề nghị người bệnh nên gặp bác sĩ nếu họ gặp bất kỳ triệu chứng nào của bệnh viêm khớp. Chẳng hạn như cứng khớp, đau, sưng khớp, nóng đỏ ở khớp,…

Tham khảo thêm:Gout: Đã không còn là căn bệnh của người giàu!

Việc chẩn đoán càng sớm càng tốt có thể giúp bác sĩ đưa ra kế hoạch điều trị trước khi các triệu chứng trở nên tồi tệ hơn. Nếu không điều trị, viêm khớp có thể gây tổn thương khớp lâu dài. Một người nên đến gặp bác sĩ nếu đau và sưng khớp không biến mất và các triệu chứng tái phát trong suốt tháng.

Tiên lượng của một người bệnh phụ thuộc vào loại viêm khớp mà họ mắc phải. Tuy nhiên, có thể điều trị và quản lý các triệu chứng của tình trạng này. Trường hợp viêm khớp do nhiễm khuẩn thì kháng sinh có thể giúp điều trị khỏi bệnh hoàn toàn.

Đối với một số bệnh như:

Viêm khớp dạng thấp.

Thoái hóa khớp.

Viêm khớp Gout mạn.

Viêm khớp vẩy nên,…

Những bệnh lý này có thể xem là một tình trạng mãn tính, có nghĩa là nó cần được quản lý lâu dài. Điều đó nói rằng, có rất nhiều lựa chọn điều trị có thể giúp giảm đau, sưng và viêm liên quan đến viêm khớp.

Xem thêm:Hội chứng đau cẳng chân: Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Một người có thể giảm nguy cơ phát triển bệnh viêm khớp ở bàn tay và ngón tay bằng cách:

Chăm sóc bàn tay và ngón tay một cách cẩn thận sau khi bị thương.

Tập thể dục tay thường xuyên.

Ngừng hút thuốc.

Viêm khớp ngón taylà một tình trạng đau đớn, người bệnh không điều trị sớm có thể bị mất khả năng vận động và mất chức năng khớp. Hiện nay có nhiều lựa chọn điều trị có sẵn. Bao gồm tiêm Corticoide, thuốc kháng viêm, giảm đau,… và các bài tập ngón tay.

Nếu một người nghi ngờ rằng họ bị viêm khớp ở bàn tay hoặc ngón tay, họ nên đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán. Chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể làm chậm sự tiến triển của bệnh và giúp giảm các triệu chứng đau đớn như sưng và viêm.

Tham khảo thêm:Bệnh Osgood-Schlatter (Viêm lồi củ trước xương chày): Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-khop-ngon-tay-cai-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Định nghĩa viêm khớp ngón tay cái

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Các yếu tố nguy cơ

Triệu chứng viêm khớp ngón tay

Chẩn đoán viêm khớp ngón tay cái

Điều trị viêm khớp ngón tay cái

Lối sống và biện pháp phòng ngừa tại nhà

Viêm khớp ngón tay cái là tình trạng phổ biến trong cuộc sống hằng ngày. Ngón tay cái là nơi thực hiện nhiều chức năng nhất trong năm ngón của bàn tay. Đối các ngón còn lại của bàn tay là chức năng quan trọng và chỉ có ngón cái làm được. Nhờ vậy, ngón tay cái cho phép thực hiện hàng trăm nhiệm vụ mỗi ngày. Chẳng hạn như mở nắp chai, vặn tay nắm cửa, véo hay búng ngón tay…

Vì tính linh hoạt và sử dụng nhiều của nó nên rất dễ dẫn đến viêm khớp ngón tay cái. Tình trạng này ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống. Vì vậy, biết những kiến thức cơ bản của viêm khớp ngón tay cái là rất cần thiết. Hãy đồng hành cùng YouMed tìm hiểu kỹ hơn về bệnh lý này nhé!

Viêm khớp ngón tay cái là loại viêm khớp phổ biến nhất ở bàn tay. Nó thường gặp với tình trạng lão hóa và ăn mòn bề mặt sụn khớp. Tình trạng này xảy ra ở khớp giữa nền xương bàn ngón tay cái và xương thang vùng cổ tay.

Các triệu chứng bao gồm đau, sưng, giảm sức mạnh và tầm vận động của ngón tay cái. Nó gây khó khăn cho việc thực hiện các nhiệm vụ đơn giản như xoay tay nắm cửa, mở nắp chai. Điều trị thường bao gồm sự kết hợp giữa thuốc và nẹp. Viêm khớp ngón tay cái nặng có thể cần đến can thiệp phẫu thuật.

Các vị trí của khớp ngón tay cái bao gồm các khớp:

Liên đốt: là khớp giữa 2 đốt xương ngón tay cái.

Khớp bàn ngón: là khớp giữa đốt gần và xương bàn ngón tay cái.

Khớp giữa xương bàn ngón tay cái và xương thang ở cổ tay.

Viêm khớp ngón tay cái thường xảy ra với tình trạng thoái hóa. Chấn thương hoặc tổn thương khớp ngón tay cái trước đây cũng có thể gây viêm khớp ngón tay cái.

Trong khớp ngón tay cái bình thường, sụn bao phủ các đầu xương. Chúng hoạt động như một lớp đệm và cho phép các xương trượt nhẹ nhàng lên nhau. Khi viêm khớp ngón tay cái, sụn bị mài mòn, và bề mặt nhẵn của nó trở nên sần sùi. Các xương sau đó cọ sát vào nhau, dẫn đến ma sát và tổn thương mặt khớp.

Tổn thương khớp có thể dẫn đến sự phát triển của các xương mới được gọi là gai xương. Sờ nắn có thể phát hiện các u cục, gồ lên trên khớp ngón tay cái.

Yếu tố làm tăng nguy cơ viêm khớp ngón tay cái bao gồm:

Giới tính: theo thống kê, giới nữ bị nhiều hơn nam giới gấp 6 lần.

Tuổi: Viêm khớp ngón tay cái thường xảy ra do quá trình lão hóa. Do đó nó thường phổ biến hơn ở người lớn trên 40 tuổi.

Béo phì.

Các bệnh di truyền: như lỏng dây chằng khớp và dị dạng khớp bẩm sinh.

Chấn thương khớp ngón tay cái, chẳng hạn như gãy xương và bong gân.

Các bệnh làm thay đổi cấu trúc chức năng bình thường của sụn, chẳng hạn như viêm khớp dạng thấp.

Các hoạt động và công việc cường độ cao cho khớp ngón tay cái. Chẳng hạn như đánh máy vi tính, bấm điện thoại, lái xe máy…

Viêm khớp ở vùng khác như gối, háng hoặc khuỷu tay, làm tăng khả năng viêm khớp ngón tay cái.

Các triệu chứng có thể có nhiều mức độ khác nhau. Từ nhẹ cho đến tồi tệ hơn theo thời gian, đặc biệt là nếu không được điều trị đúng cách. Bao gồm:

Đau là triệu chứng xuất hiện đầu tiên và phổ biến nhất của viêm khớp ngón tay cái. Đau xảy ra ở nền ngón tay cái khi nắm chặt một vật hoặc dùng lực ngón tay cái.

Cảm giác khó chịu sau khi sử dụng ngón cái kéo dài.

Sưng hoặc cứng ở nền ngón tay cái.

Vùng khớp ngón tay cái ấm hơn các vùng khác.

Giảm sức mạnh khi thực hiện các động tác ở ngón tay cái.

Giảm tầm vận động của ngón tay cái.

Gai xương mọc ở các xương cạnh khớp tạo ra các cục u nổi lên trên khớp ngón tay cái.

Biến dạng ngón tay cái.

Khi xuất hiện các dấu hiệu nghi ngờ viêm khớp ngón tay cái cần đến khám bác sĩ chuyên khoa. Bác sĩ sẽ hỏi về các triệu chứng và tìm các dấu hiệu ở khớp như sưng và u cục. Trước khi chẩn đoán viêm khớp ngón tay cái, bác sĩ thường hỏi bệnh sử về các vấn đề:

Những chuyển động nào làm cho cơn đau tăng thêm?

Mức độ đau như thế nào?

Tiền sử có chấn thương vùng ngón tay cái không?

Bất kỳ triệu chứng bất thường nào khác.

Bác sĩ sẽ giữ cố định khớp ngón cái ở cổ tay và di chuyển ngón tay cái. Nếu chúng tạo ra âm thanh hoặc gây đau, cảm giác khó chịu thì sụn có thể đã bị mòn. Quá trình này cũng giúp kiểm tra tầm vận động của ngón tay cái. Một khớp bị viêm sẽ hạn chế tầm vận động và có thể bị cứng khớp. Sờ nắn tại vùng khớp sẽ thấy sưng và ấm hơn các vùng xung quanh.

Các bệnh lý sau cũng có thể gây đau ở nền ngón tay cái:

Hội chứng De quervain.

Bệnh lý ngón tay bật.

Hội chứng ống cổ tay.

Nếu nghi ngờ bị viêm khớp ngón tay cái, bác sĩ sẽ yêu cầu chụp X quang kiểm tra.

Các dấu hiệu viêm khớp ngón tay cái trên x quang, bao gồm:

Gai xương.

Mòn bề mặt sụn khớp.

Giảm hoặc mất khoảng gian giữa các đốt xương.

Các cận lâm sàng hình ảnh khác như CT, MRI, siêu âm hiếm khi được sử dụng.

Viêm khớp là một bệnh tiến triển, có nghĩa là chúng sẽ trở nên tồi tệ hơn theo thời gian. Trong giai đoạn đầu của viêm khớp ngón tay cái, thường áp dụng biện pháp điều trị không phẫu phuật. Nếu viêm khớp ngón tay cái trở nên trầm trọng, có thể cần thiết phải phẫu thuật.

Thuốc:

Để giảm đau, bác sĩ có thể dùng các loại thuốc như:

Thuốc bôi, chẳng hạn như capsaicin hoặc diclofenac, được bôi trên da vùng khớp bị viêm.

Giảm đau kháng viêm không kê toa, chẳng hạn như paracetamol, ibuprofen hoặc naproxen natri.

Giảm đau kháng viêm theo toa, chẳng hạn như celecoxib, tramadol. Những loại thuốc này có thể gây ra tác dụng phụ ở liều cao. Chẳng hạn như ù tai, các vấn đề về tim mạch, tổn thương gan thận và xuất huyết tiêu hóa. Có thể cần phải được xét nghiệm máu trong khi dùng các loại thuốc này.

Cần dùng đúng liều của bác sĩ hoặc không dùng nhiều hơn liều khuyến cáo trên bao bì. Ở liều cao, các thuốc này sẽ gây ra các tác dụng phụ không mong muốn đối với cơ thể. Theo Hiệp hội Phẫu thuật Bàn tay Hoa Kỳ, không có loại thuốc nào có thể làm chậm quá trình viêm khớp ở ngón tay cái.

Chườm lạnh:

Vùng khớp được chườm lạnh trong 5 đến 15 phút vài lần một ngày có thể giúp giảm sưng và đau.

Chườm ấm:

Đối với một số người, chườm ấm có thể hiệu quả hơn chườm lạnh trong việc giảm đau.

Tập vật lý trị liệu:

Bác sĩ hoặc các nhà vật lý trị liệu có thể yêu cầu tập luyện sức mạnh ở bàn tay. Việc tập luyện này giúp cải thiện tầm vận động cũng như các triệu chứng viêm khớp ngón tay cái. Các bài tập đơn giản như kéo giãn ngón tay cái. Đó là cố gắng chạm đầu ngón tay cái vào mặt lòng đốt xa của ngón tay út. Cách khác là giữa cố định khớp bàn ngón tay cái, cố gắng chỉ gập phần đốt xa ngón cái.

Chỉ nên thực hiện các bài tập này khi đã tham khảo ý kiến bác sĩ. Cần chắc chắn đã được hướng dẫn để đảm bảo thực hiện các động tác chính xác.

Nẹp cố định:

Một thanh nẹp giúp cố định khớp, hạn chế chuyển động của ngón tay cái và cổ tay. Nẹp thường được đeo liên tục trong ba đến bốn tuần. Sau đó, nẹp được đeo vào ban đêm hoặc trong các hoạt động có thể làm căng ngón tay cái.

Nẹp có thể giúp:

Giảm đau.

Cố định đúng vị trí khớp ngón tay cái khi hoạt động công việc.

Giúp khớp ngón tay cái được nghỉ ngơi.

Tiêm khớp:

Thuốc giảm đau và nẹp có thể không hiệu quả ở những trường hợp nặng, mãn tính. Khi đó bác sĩ sẽ tiêm một loại corticosteroid tác dụng dài vào khớp ngón tay cái. Tiêm corticosteroid vào khớp ngón tay cái có thể giúp giảm sưng và đau tạm thời. Nhưng điều này chỉ có thể được thực hiện hai hoặc ba lần một năm. Cần tránh hoạt động quá mức khi dùng thuốc steroid nếu không sẽ có nguy cơ làm hư khớp.

Nếu các biện pháp điều trị bảo tồn trên không hiệu quả. Vẫn còn đau, tầm vận động và sức mạnh ngón tay cái không đủ, có thể cần phải phẫu thuật. Các lựa chọn phẫu thuật bao gồm:

Hàn khớp (cố định hoàn toàn khớp):

Các xương trong khớp bị viêm được cố định hoàn toàn với nhau. Khớp được cố định có thể chịu được trọng lực mà không đau, nhưng lại không linh hoạt.

Cắt xương:

Xương trong khớp bị viêm được cắt, định vị lại để giúp điều chỉnh biến dạng.

Phẫu thuật cắt bỏ:

Xương thang, một trong 8 xương ở cổ tay mà khớp với ngón tay cái sẽ được cắt bỏ.

Thay khớp:

Toàn bộ hoặc một phần của khớp bị ảnh hưởng được loại bỏ và thay thế bằng việc ghép gân. Sau khi phẫu thuật, ngón cái và cổ tay sẽ được cố định bằng bó bột hoặc nẹp. Thời gian của việc cố định này là từ 4 đến 8 tuần, tùy thuộc vào loại phẫu thuật. Sau khi bỏ nẹp và bột, cần thực hiện các bài tập vật lý trị liệu.

Có thể cảm thấy khó chịu trong giai đoạn đầu nhưng sẽ giảm dần theo thời gian. Việc này sẽ giúp lấy lại sức mạnh và chuyển động của bàn tay, cổ tay và ngón tay cái. Có thể mất từ 8 tuần đến 1 năm để hồi phục sau phẫu thuật ngón tay cái. Hầu hết bệnh nhân đều có thể tiếp tục các hoạt động bình thường.

Để giảm đau và cải thiện khả năng vận động của khớp, hãy cố gắng:

Sửa đổi dụng cụ cầm tay:

Cân nhắc mua thiết bị hỗ trợ như dụng cụ mở lọ, nắp chai… Thay thế tay nắm cửa truyền thống, mà phải nắm bằng ngón tay cái, bằng thanh kéo hoặc đòn bẩy.

Điều trị các bệnh lý đi kèm:như viêm đa khớp dạng thấp, viêm khớp háng, gối, khuỷu tay…

Giảm cân:Trong trường hợp thừa cân, béo phì

Sử dụng ngón tay cái đúng mức:Không sử dụng quá mức hay sai kỹ thuật các động tác cần dùng lực lên ngón tay cái. Ví dụ như đánh máy vi tính, bấm điện thoại, lái xe, cầu lông, tennis…

Viêm khớp có xu hướng xấu đi theo thời gian do quá trình thoái hóa.Viêm khớp ngón tay cáilàm cho các hoạt động hàng ngày trở nên khó khăn hoặc đau đớn. Khi đó, điều cần thiết là gặp bác sĩ để điều trị và phục hồi chức năng ngón tay cái. YouMed hy vọng đã cung cấp những kiến thức bổ ích về viêm khớp ngón tay cái đến với bạn đọc.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-khop-thoai-hoa-trieu-chung-nguyen-nhan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Viêm khớp thoái hóa là bệnh lý như thế nào?

Những nguyên nhân gây ra viêm khớp thoái hóa là gì?

Triệu chứng của bệnh viêm khớp thoái hóa

Viêm khớp thoái hóa nghiêm trọng

Chẩn đoán bệnh OA như thế nào?

Chẩn đoán phân biệt

Điều trị viêm khớp thoái hóa như thế nào?

Chế độ ăn uống dành cho người bệnh viêm khớp thoái hóa

Viêm khớp thoái hóa là một trong những bệnh lý viêm khớp rất thường gặp, đặc biệt là những người cao tuổi. Bệnh lý này tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng nó có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Vậy thì bệnh lý này có triệu chứng là gì? Nguyên nhân do đâu? Phương pháp điều trị thế nào? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Vũ Thành Đô.

Viêm khớp thoái hóa(Osteoarthritis – OA) là tình trạng khớp mãn tính (kéo dài) phổ biến nhất. Khớp là nơi hai xương kết nối với nhau. Các đầu của những xương này được bao phủ bởi mô bảo vệ được gọi là sụn. Khi bị viêm khớp, sụn này bị phá vỡ, khiến các xương trong khớp cọ xát với nhau. Điều này có thể gây đau, cứng khớp và các triệu chứng khác.

Viêm khớp do thoái hóa thường xảy ra ở người lớn tuổi, mặc dù nó có thể xảy ra ở người trưởng thành ở mọi lứa tuổi. Bệnh lý này còn được gọi là bệnh thoái hóa khớp, viêm khớp hao mòn. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra khuyết tật ở Hoa Kỳ. Nó ảnh hưởng đến hơn 30 triệu nam giới và phụ nữ.

Về cơ bản,viêm khớp thoái hóalà tình trạng tổn thương tiến triển của khớp xảy ra nhanh hơn khả năng sửa chữa của cơ thể. Tình trạng này có thể được kích thích bởi bất kỳ điều gì, bao gồm:

Sự lệch lạc bẩm sinh của xương.

Chấn thương khớp.

Bất kỳ bệnh nào gây tổn thương mô khớp hoặc xương.

Béo phì gây áp lực dai dẳng cho khớp.

Mất sức mạnh của cơ để hỗ trợ khớp.

Rối loạn thần kinh liên quan đến cử động không phối hợp.

Tập thể dục (ngay cả những môn thể thao quá sức như chạy bền bỉ) không liên quan đến viêm xương khớp trừ khi bị chấn thương nặng hoặc tái phát. Và trái ngược với quan điểm dân gian, việc bẻ khớp ngón tay không gây ra bệnh viêm khớp do thoái hóa.

Viêm khớp do thoái hóa phổ biến nhất ở người lớn trên 65 tuổi nhưng có thể xảy ra ở hầu hết mọi lứa tuổi. Phụ nữ có nguy cơ cao hơn nam giới (có lẽ một phần do thay đổi nội tiết tố). Trong khi di truyền được cho là đóng một phần,viêm khớp thoái hóathường do một vấn đề thứ cấp thúc đẩy nó. Điều này đặc biệt đúng ở trẻ em bị viêm xương khớp khởi phát sớm do một số tình trạng khác.

Tham khảo thêm:Sưng khớp ngón tay: những điều bạn cần biết

Một số triệu chứng củaviêm khớp thoái hóatrùng lặp với viêm khớp dạng thấp. Vì vậy, điều quan trọng là nên đến bác sĩ chuyên khoa Cơ xương khớp để các bác sĩ có thể chẩn đoán chính xác tình trạng của bạn. Các triệu chứng phổ biến của viêm khớp do thoái hóa bao gồm:

Đau: Đối với một số người, cơn đau có thể đến và biến mất. Đau liên tục hoặc đau khi ngủ có thể là dấu hiệu cho thấy tình trạng viêm khớp đang trở nên trầm trọng hơn.

Cứng khớp sau một thời gian không di chuyển, chẳng hạn như vào buổi sáng hoặc sau khi ngồi trong một thời gian dài.

Yếu cơ xung quanh khớp, đặc biệt đối với bệnh viêm khớp xảy ra ở đầu gối.

Sưng: Khi bị thoái hóa khớp sẽ gây ra sưng ở các khớp. Chúng ta sẽ cảm thấy các khớp mềm và đau.

Biến dạng khớp: Khi quá trình thoái hóa khớp tiến triển, các khớp có thể bắt đầu lệch hoặc biến dạng.

Giảm phạm vi chuyển động.

Có tiếng động tại khớp khi khớp chuyển động.

OA là một tình trạng tiến triển với năm giai đoạn, từ 0 đến 4. Giai đoạn đầu tiên (0) đại diện cho một khớp bình thường. Giai đoạn 4 biểu hiện viêm khớp nặng. Không phải ai bị viêm khớp cũng sẽ tiến triển đến giai đoạn 4. Tình trạng bệnh thường ổn định rất lâu trước khi đến giai đoạn này.

Những người bị viêm khớp nặng có hiện tượng mất sụn trên diện rộng hoặc hoàn toàn ở một hoặc nhiều khớp. Ma sát xương trên xương liên quan đến điều này có thể gây ra các triệu chứng nghiêm trọng như:

Tăng sưng và viêm. Các mảnh sụn bị vỡ cũng có thể trôi trong dịch khớp, làm tăng đau và sưng.

Tăng cảm giác đau. Người bệnh có thể cảm thấy đau khi hoạt động, nhưng cũng có thể khi nghỉ ngơi.

Không ổn định khớp. Các khớp của bạn có thể trở nên kém ổn định hơn.

Các triệu chứng khác. Khi một khớp tiếp tục bị mòn, cũng có thể xảy ra yếu cơ, gai xương và biến dạng khớp.

Tổn thương khớp do thoái hóa khớp nặng không thể hồi phục nhưng điều trị có thể giúp giảm các triệu chứng.

Xem thêm:Thoái hóa cột sống thắt lưng và những điều bạn cần biết

Chẩn đoán thoái hóa khớp có thể được thực hiện một cách hợp lý dựa trên việc thăm khám các triệu chứng và bệnh sử của người bệnh. Chụp X-quang có thể được sử dụng để xác định chẩn đoán và xác định mức độ nghiêm trọng của bệnh.

Các phát hiện điển hình trên X-quang bao gồm thu hẹp không gian khớp, sự phát triển của các gai xương. Đồng thời là sự phát triển quá mức của xương (được gọi là chứng xơ cứng dưới sụn). Cũng như sự hình thành các nốt chứa đầy dịch trong không gian khớp (được gọi là u nang dưới sụn).

Trong hầu hết các trường hợp, không cần hình thức chụp ảnh nào khác. Tuy nhiên, nếu bác sĩ nghi ngờ một bệnh lý nào đó, bác sĩ có thể yêu cầu chụp cộng hưởng từ (MRI). Phương pháp này có hiệu quả hơn trong việc khảo sát hình ảnh các mô mềm.

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng đau nhức xương khớp. Thoái hóa khớp chỉ là một trong hơn 100 loại viêm khớp khác nhau. Một số trong số đó là do nhiễm trùng và những loại khác được kích hoạt bởi rối loạn tự miễn. Trong đó, cơ thể tấn công các tế bào của chính mình.

Xem thêm:Gãy xương ngón chân: Những điều bạn cần biết

Viêm khớp thoái hóakhác với tất cả các nguyên nhân khác ở chỗ nó không phải là bệnh nhiễm trùng. Mặc dù viêm có thể là kết quả của việc sử dụng khớp quá mức. Tuy nhiên, nó không phải là đặc điểm chính cũng như xác định của thoái hóa khớp.

Thoái hóa khớp cũng có thể được phân biệt với các dạng viêm khớp tự miễn. Về sau, viêm khớp tự miễn có thể liên quan đến các khớp cụ thể và phát triển hai bên (trên cùng một khớp ở cả hai bên cơ thể). Hơn nữa, các dạng tự miễn dịch được đặc trưng bởi tình trạng viêm dai dẳng. Ngay cả khi các triệu chứng bên ngoài được kiểm soát.

Viêm cột sống dính khớp, chủ yếu liên quan đến cột sống

Bệnh gút, thường liên quan đến ngón chân cái

Viêm khớp tự phát thiếu niên

Bệnh viêm khớp vảy nến

Viêm khớp dạng thấp

Viêm khớp nhiễm trùng (còn được gọi là nhiễm trùng khớp).

Thoái hóa khớp có thể được phân biệt với các tình trạng khác này bằng cách đánh giá chất lỏng chiết xuất từ ​​không gian khớp. Các nguyên nhân nhiễm trùng hoặc tự miễn dịch luôn thể hiện bởi số lượng bạch cầu tăng cao. Đây là một dấu hiệu của chứng viêm. Với bệnh viêm khớp do thoái hóa, số lượng bạch cầu trong dịch khớp không tăng cao. Xét nghiệm máu cũng có thể được sử dụng để loại trừ các nguyên nhân nhiễm trùng hoặc tự miễn dịch.

Những lưu ý khi điều trị thoái hóa khớp được xác định theo từng trường hợp cụ thể. Mỗi trường hợp là duy nhất, nhưng các phương pháp chính để điều trị là thuốc, thay đổi lối sống, vật lý trị liệu và phẫu thuật.

Thuốc bao gồm kem bôi, Acetaminophen, NSAID, Glucosamine, thuốc giảm đau nhóm opioid và thuốc tiêm Corticoide. Các loại thuốc này sẽ được bác sĩ chỉ định, tùy thuộc vào một số yếu tố. Bao gồm các loại thuốc hiện tại và mức độ đau của người bệnh.

Thay đổi lối sống như giảm cân và tập thể dục có thể giúp bạn sống chung với bệnh thoái hóa khớp dễ dàng hơn. Bác sĩ sẽ cho bạn lời khuyên về những gì cần thay đổi trong các hoạt động hàng ngày của bạn.

Vật lý trị liệu tập trung vào việc tăng cường các cơ xung quanh khớp bị ảnh hưởng. Nó cũng liên quan đến việc học cách đối phó với bệnh tật, tìm cách tránh gây áp lực thêm cho các khớp xương. Thông qua việc sử dụng trợ giúp đi bộ hoặc các kỹ thuật như nẹp. Các lớp học quản lý cơn đau và quản lý căng thẳng cũng có thể giúp những bệnh nhân bị viêm khớp.

Mục tiêu chính của phẫu thuật là giảm đau và khi có thể, ngăn ngừa sự suy yếu và biến dạng tiến triển. Chúng tôi thực hiện ba loại phẫu thuật cho các khớp bị ảnh hưởng bởi viêm khớp:

Hợp nhất (arthrodesis): Một hoạt động để làm cho xương ở mỗi bên của khớp cùng nhau phát triển. Sự kết hợp có thể rất hữu ích đối với các khớp bị cứng và đau, cong vẹo hoặc không ổn định.

Tạo hình khớp hoặc tái tạo khớp: Các khớp nhân tạo đã được phát triển cho khớp cơ bản ngón cái và các khớp nhỏ của ngón tay. Cấy ghép là một sự thay thế hợp lý cho sự hợp nhất. Trong một số trường hợp, nó có thể được sử dụng để khôi phục chuyển động cho khớp đã được hợp nhất.

Cắt xương: Cắt xương bao gồm việc cắt các xương để sắp xếp lại chúng theo cách có lợi cho việc cử động không đau. Đối với những bệnh nhân bị thoái hóa khớp, việc điều chỉnh lại cơ thể có thể làm giảm sự hao mòn của sụn đã bị tổn thương.

Xem thêm:Hội chứng đau khu vực: Những thắc mắc thường gặp

Nếu bạn bị viêm khớp, chế độ ăn uống và dinh dưỡng đặc biệt quan trọng. Trước hết, bạn sẽ muốn giữ cân nặng của mình ở mức bình thường để giảm áp lực không cần thiết lên khớp.

Cũng có nghiên cứu cho rằng một số loại viêm khớp có phản ứng tích cực với chế độ ăn nhiều flavonoid. Đây là chất dinh dưỡng có trong trái cây và rau quả. Ngoài ra, các chất chống oxy hóa được tìm thấy trong nhiều loại trái cây và rau quả cũng có thể giúp chống lại các gốc tự do tạo ra bởi chứng viêm. Các gốc tự do là các phân tử có thể gây tổn thương tế bào.

Chế độ ăn uống chất lượng cao có thể giúp giảm các triệu chứng viêm khớp bằng cách giảm viêm và sưng. Ăn những thực phẩm chứa nhiều chất sau đây có thể mang lại nhiều lợi ích:

Vitamin C

Vitamin D

Beta-caroten

Axit béo Omega-3

Canxi.

Viêm khớp thoái hóalà một tình trạng mãn tính không thể điều trị khỏi hoàn toàn. Nhưng nếu được điều trị, triển vọng sẽ khả quan. Đừng bỏ qua các triệu chứng của đau khớp mãn tính và cứng khớp. Nói chuyện với bác sĩ càng sớm, bạn càng sớm được chẩn đoán phù hợp. Đồng thời được điều trị kịp thời và cải thiện chất lượng cuộc sống của mình.

Xem thêm:Những điều bạn cần biết về viêm khớp nhiễm khuẩn

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-khop-tu-phat-thieu-nien/

Nội dung bài viết

Triệu chứng của viêm khớp tự phát thiếu niên

Nguyên nhân gây ra viêm khớp tự phát thiếu niên

Viêm khớp tự phát thiếu niên gây ra biến chứng gì?

Chẩn đoán viêm khớp tự phát thiếu niên

Điều trị viêm khớp tự phát thiếu niên

Viêm khớp tự phát thiếu niên, trước đây được gọi là viêm khớp dạng thấp thiếu niên, là dạng viêm khớp phổ biến nhất ở trẻ em dưới 16 tuổi.  Bệnh có thể gây đau, sưng và cứng khớp dai dẳng. Một số trẻ chỉ có triệu chứng trong vòng vài tháng. Trong khi số khác lại có triệu chứng suốt đời. Hãy cùng theo dõi bài viết dưới đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Lê Chí Hiếu để biết cách nhận diện và điều trị bệnh viêm khớp tự phát ở thiếu niên.

Các triệu chứng phổ biến nhất là:

Đau. Trẻ có thể không than phiền về việc đau khớp, nhưng bạn có thể để ý rằng trẻ đi cà nhắc. Đặc biệt vào lúc mới ngủ dậy hoặc sau khi nghỉ ngơi.

Sưng. Sưng khớp khá phổ biến nhưng thường được chú ý đầu tiên ở những khớp lớn như khớp gối.

Cứng khớp. Trẻ có vẻ vụng về hơn bình thường, đặc biệt vào buổi sáng hoặc sau khi nghỉ ngơi.

Sốt, hạch to và phát ban. Trong một số trường hợp, có thể có sốt cao, hạch to hoặc phát ban ở thân mình. Thường nặng hơn vào buổi tối.

Viêm khớp tự phát thiếu niên có thể ở một hoặc nhiều khớp. Có một số dạng viêm khớp tự phát thiếu niên khác nhau nhưng thường gặp nhất là viêm hệ thống, viêm ít khớp và viêm đa khớp. Mỗi dạng sẽ có triệu chứng, số lượng khớp bị tổn thương khác nhau và tùy thuộc sốt với phát ban có nổi bật hay không.

Giống như những dạng viêm khớp khác, viêm khớp tự phát thiếu niên đặc trưng về thời gian triệu chứng bùng lên và thời gian triệu chứng biến mất.

Viêm khớp tự phát thiếu niên xảy ra khi hệ miễn dịch tấn công các tế bào và mô của chính cơ thể đó. Nguyên nhân vẫn chưa được biết rõ, nhưng cả yếu tố di truyền và môi trường đều góp phần. Đột biến gen có thể khiến cơ thể nhạy cảm hơn với các yếu tố môi trường, chẳng hạn như vi-rút. Từ đó gây nên bệnh.

Yếu tố nguy cơ: Một vài dạng viêm khớp tự phát thiếu niên gặp nhiều hơn ở nữ.

Trông nom trẻ cẩn thận và tìm kiếm những dấu hiệu của bệnh sẽ giúp làm giảm nguy cơ mắc các biến chứng sau:

Vấn đề về mắt. Một vài dạng viêm khớp có thể gây viêm màng bồ đào. Nếu biến chứng này không được điều trị, nó có thể gây đục thủy tinh thể, glaucoma và mù. Viêm màng bồ đào thường không có triệu chứng. Vì vậy cần đưa trẻ đi khám mắt thường xuyên.

Vấn đề về tăng trưởng. Viêm khớp tự phát thiếu niên có thể ảnh hưởng đến sự tăng trưởng và phát triển xương của trẻ. Một số thuốc điều trị, như corticosteroid, cũng có thể ức chế tăng trưởng.

Chẩn đoán viêm khớp tự phát thiếu niên có thể khó khăn vì triệu chứng đau khớp có thể do nhiều bệnh gây ra. Không có xét nghiệm riêng lẻ nào có thể chẩn đoán xác định bệnh, nhưng xét nghiệm giúp loại trừ các bệnh lý khác gây ra triệu chứng tương tự.

Một số xét nghiệm máu thường dùng là:

Tốc độ lắng máu (ESR). Là tốc độ hồng cầu lắng xuống đáy ống nghiệm. Tốc độ lắng máu tăng biểu thị tình trạng viêm. Đo ESR là phương pháp chủ yếu để xác định mức độ viêm.

Protein C phản ứng (CRP). Đo mức độ viêm trên một thang đo khác với ESR.

Kháng thể kháng nhân (ANA). Kháng thể kháng nhân là protein do hệ miễn dịch sản xuất ra trong các bệnh lý tự miễn, bao gồm cả viêm khớp. Là những chỉ dấu cho tăng nguy cơ viêm màng bồ đào.

Yếu tố thấp (RF). Kháng thể này thỉnh thoảng được tìm thấy trong máu của trẻ bị viêm khớp tự phát thiếu niên.

Peptide vòng citrullin hóa (CCP). Tương tự như yếu tố thấp, CCP là một kháng thể khác được tìm thấy trong máu của trẻ bị viêm khớp tự phát thiếu niên.

Nhiều trẻ bị viêm khớp tự phát thiếu niên không có bất thường đáng kể nào trong xét nghiệm máu.

X-quang hoặc cộng hưởng từ (MRI) có thể được dùng để loại trừ các bệnh lý khác. Chẳng hạn như gãy xương, u, nhiễm trùng hoặc dị tật bẩm sinh. Hình ảnh học cũng có thể được dùng nhiều lần sau chẩn đoán để đánh giá sự phát triển xương và phát hiện tổn thương khớp.

Điều trị tập trung vào việc giúp trẻ duy trì mức độ hoạt động thể chất và xã hội bình thường. Để đạt được điều này, bác sĩ có thể phối hợp nhiều chiến lược giảm đau và sưng, duy trì tối đa khả năng vận động và sức mạnh. Đồng thời ngăn ngừa biến chứng.

Thuốc điều trị viêm khớp tự phát thiếu niên được dùng để giảm đau, cải thiện chức năng và giảm thiểu tối đa tổn thương khớp.

Các thuốc thường dùng bao gồm:

Ví dụ như ibuprofen (Advil, Motrin IB) và naproxen sodium (Aleve), giúp giảm sưng đau. Tác dụng phụ bao gồm đau dạ dày và các vấn đề về gan.

Được dùng khi NSAIDs không thể làm giảm triệu chứng sưng đau khớp hoặc khi có nguy cơ cao tổn thương khớp sau này.

DMARDs có thể kết hợp với NSAIDs và giúp làm chậm quá trình viêm khớp. Thuốc DMARDs cho trẻ em được dùng phổ biến nhất làmethotrexate(Trexall). Tác dụng phụ của methotrexate bao gồm buồn nôn và các vấn đề về gan.

Còn gọi là thuốc ổn định phản ứng sinh học. Loại thuốc mới này bao gồm chất ức chế yếu tố hoại tử u (TNF), như etanercept (Enbrel) và adalimumab (Humira). Những thuốc này giúp giảm đáp ứng viêm hệ thống và ngăn ngừa tổn thương khớp.

Các tác nhân khác hoạt động để lấn át hệ miễn dịch. Bao gồm abatacept (Orencia), rituximab (Rituxan), anakinra (Kineret) và tocilizumab (Actemra).

Các thuốc như prednisone giúp kiểm soát triệu chứng cho đến khi các thuốc khác có tác dụng. Điều trị viêm ngoài khớp, chẳng hạn như viêm màng ngoài tim.

Các thuốc này có thể ảnh hưởng đến sự tăng trưởng và tăng tính nhạy cảm với nhiễm trùng. Vì vậy, nên được dùng trong khoảng thời gian ngắn nhất có thể.

Bác sĩ có thể đề nghị tập vật lý trị liệu để cho các khớp linh hoạt hơn và duy trì biên độ vận động và trương lực cơ.

Nhà vật lý trị liệu sẽ đề nghị các bài tập và các thiết bị bảo hộ tốt nhất cho trẻ.

Nhà trị liệu cũng sẽ hướng dẫn trẻ tận dụng nẹp hoặc thiết bị hỗ trợ khớp để bảo vệ khớp và giữ khớp ở vị trí chức năng phù hợp.

Trong những trường hợp nặng, cần phải phẫu thuật để cải thiện vị trí khớp.

Người chăm sóc trẻ có thể giúp trẻ học các kỹ năng giúp hạn chế ảnh hưởng của khớp viêm. Bao gồm:

Tập thể dục thường xuyên. Tập thể dục rất quan trọng vì nó thúc đẩy cả sức mạnh của cơ và độ linh hoạt của khớp. Bơi lội là một lựa chọn tốt vì khớp không phải chịu nhiều áp lực.

Chườm lạnh hoặc chườm nóng. Cứng khớp do viêm khớp tự phát thiếu niên thường xảy ra vào buổi sáng. Mặc dù một số trẻ đáp ứng tốt với chườm lạnh, hầu hết các trẻ thích chườm nóng hoặc tắm nước nóng hơn.

Ăn uống lành mạnh. Một số trẻ bị viêm khớp thường ăn uống kém. Một số khác có thể thừa cân do thuốc hoặc không hoạt động. Chế độ ăn uống lành mạnh sẽ giúp duy trì cân nặng phù hợp. Lượng can-xi vừa đủ trong khẩu phần ăn rất quan trọng vì trẻ bị viêm khớp tự phát có nguy cơ loãng xương do bệnh, do thuốc corticoid và giảm hoạt động thể chất và tăng cân.

Gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc giúp trẻ đương đầu với bệnh. Cha mẹ nên:

Đối xử với con cái bình đẳng

Giải thích với trẻ rằng bệnh không phải do trẻ gây ra

Khuyến khích trẻ tham gia các hoạt động thể chất. Luôn ghi nhớ những khuyến cáo của bác sĩ và nhà trị liệu

Thảo luận với thầy cô ở trường về bệnh của trẻ

Viêm khớp tự phát thiếu niênlà bệnh tự miễn ảnh hưởng đến khớp. Một số dạng viêm khớp tự phát thiếu niên có thể gây nhiều biến chứng nghiêm trọng. Chẳng hạn như chậm tăng trưởng và viêm màng bồ đào. Điều trị bệnh tập trung vào kiểm soát triệu chứng, cải thiện chức năng và phòng ngừa tổn thương khớp. Nếu con bạn có các triệu chứng sưng, đau khớp hoặc cứng khớp trên 1 tuần, đặc biệt nếu trẻ có sốt, hãy liên hệ ngay với bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-ket-mac-tat-tan-tat-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Viêm kết mạc là gì?

Triệu chứng viêm kết mạc

Nguyên nhân đau mắt đỏ

Viêm kết mạc và COVID-2019

Viêm kết mạc có nguy hiểm không?

Khi nào cần đến gặp bác sĩ?

Cách điều trị

Cách phòng ngừa viêm kết mạc

Viêm kết mạc là gì? Nguyên nhân nào gây ra bệnh? Bệnh có triệu chứng gì? Điều trị như thế nào? Viêm kết mạc có liên quan đến đại dịch COVID-19 như thế nào? Cùng theo dõi những vấn đề trên qua bài viết dưới đây của Bác sĩ Phan Văn Giáo nhé!

Viêm kết mạc (hay còn gọi làđau mắt đỏ) là tình trạng viêm mô kết mạc, sung huyết mạch máu, phù nề, đau và thường kèm theo tiết dịch. Bệnh có thể ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi, nhân khẩu học hoặc tình trạng kinh tế – xã hội.

Về dịch tễ học, tỷ lệ đau mắt đỏ thay đổi theo độ tuổi, giới tính và thời gian trong năm. Ở khoa cấp cứu, chẩn đoán viêm kết mạc cấp tính:1

Tỷ lệ chẩn đoán nữ giới cao hơn nam giới.

Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất xảy ra ở độ tuổi từ 0 đến 4 tuổi và chủ yếu vào tháng 3 còn các nhóm tuổi khác vào tháng 5.

Có 15 – 40% dân số và thường xảy ra nhất vào mùa xuân và mùa hè.

Viêm kết mạc do vi khuẩn cao nhất từ ​​​​tháng 12 đến tháng 4.

Thông thường, khi kết mạc bị viêm nhiễm, các mạch máu bên trong sưng và giãn rộng khiến cho phần tròng trắng của mắt có những đường màu đỏ.

Ngoài ra, mỗi nguyên nhân gây bệnh sẽ có những triệu chứng riêng biệt.

Mắt cảm giác cộm như có sạn, bỏng rát. Khó mở mắt vào buổi sáng khi ngủ dậy đổ ghèn, xuất hiện ở một bên mắt và sau đó lan sang mắt thứ 2;

Mi mắt sưng nề và đóng vảy khô do tiết tố bám;

Kết mạc cương tụ đỏ rõ nhất ở cùng đồ và nhạt dần khi ra đến vùng rìa. Trong trường hợp nặng có thể xuất hiện màng giả trên kết mạc.

Giai đoạn 1: Trong 7 ngày sau khi bệnh khởi phát: giác mạc xuất hiện những chấm viêm biểu mô tỏa lan, thường khỏi sau khoảng 2 tuần;

Giai đoạn 2: Sau khi bệnh khởi phát 1 tuần, biểu hiện bởi viêm giác mạc đốm tạm thời;

Giai đoạn 3: Xuất hiện các ổ thẩm lậu giác mạc dạng đốm dưới biểu mô. Sau đó, các ổ viêm này sẽ tồn tại lâu dài và sau gây giảm thị lực.

Da mi và da vùng quanh mi mắt xuất hiện những nốt mụn phỏng, phù đỏ vùng da xung quanh, tiết tố kết mạc loãng như nước, kết mạc cùng bên cương tụ, có phản ứng hột.

Viêm kết mạc dị ứngtheo mùa hoặc quanh năm: Tình trạng dị ứng xảy ra nặng hơn theo mùa hoặc có thể xuất hiện quanh năm kèm theo viêm mũi dị ứng.

Viêm kết mạc dị ứng mùa xuân: thường ở trẻ trai từ 5 – 7 tuổi, có tiền sử bịchàm, dị ứng trong gia đình. Bệnh này có thể gây tổn thươnggiác mạcvà gây ảnh hưởng thị lực.

Dị ứng kết – giác mạc: thường ở người trưởng thành, có tiền sử mắc bệnh chàm,hen suyễn. Thể này biểu hiện quanh năm, ngoài kết mạc, gây ra tổn thương mi mắt và giác mạc kèm theo làm giảm thị lực.

Đỏ mắt, cộm xốn, chảy nước mắt, tiết mủ nhầy, hột kết mạc ở người trưởng thành, lây theo đường sinh dục ít nhất 50% nhiễm khuẩn đường sinh dục kín mà không có triệu chứng, ít gặp lây theo đường tiếp xúc mắt sang mắt.

Nguyên nhân gây ra viêm kết mạc là:3

Nhiễm trùng: virus (phổ biến nhất), vi khuẩn.

Không nhiễm trùng: dị ứng và độc tố (phổ biến nhất), chất kích thích tại chỗ.

Trong đó, 80% viêm kết mạc cấp tính là do virus nhưadenovirus, herpes simplex, herpes zostervàenterovirus, nhưng chủ yếu làadenovirus(chiếm 65% -90%).

Đối với trẻ em thì đau mắt đỏ do vi khuẩn phổ biến hơn so với người lớn:3

Trẻ em: bệnh thường doH. influenza, S. pneumoniaevàMoraxella catarrhalis.

Người lớn:Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniaevàHaemophilus influenzae.

Các nguyên nhân vi khuẩn khác:Neisseria gonorrhoeae, chlamydia trachomatisvàcorynebacterium diphtheria. Trong đóNeisseria gonorrhoeaelà nguyên nhân  phổ biến nhất gây viêm kết mạc do vi khuẩn ở trẻ sơ sinh và người trưởng thành có hoạt động tình dục.

Một nghiên cứu đã đánh giá quá trình lâm sàng của bệnh nhân mắcCOVID‐19và có hay không tình trạng đau mắt đỏ:4

Tỷ lệ viêm kết mạc chung là 1,1% và 0,7% ở bệnh nhân COVID‐19 nặng và không nặng. Phân tích tổng hợp cho thấy những bệnh nhân bị nhiễm COVID‐19 nặng, khi nhập viện, tỷ lệ mắc đau mắt đỏ tăng lên.

Tóm lại, kết quả của phân tích tổng hợp này cho thấy viêm kết mạc có thể là dấu hiệu của nhiễm trùng COVID‐19.

Viêm kết mạc là bệnh không nguy hiểm, có thể điều trị dễ dàng và thường lành tính.Hầu hết các trường hợp bệnh đều có thể tự khỏi mà không cần điều trị.

Tuy nhiên, bệnh ở dạng cấp tính vẫn có thể gây ra một số biến chứng, mặc dù tình trình này rất hiếm gặp:

Đau mắt đỏ doHZV (herpes zoster)có nguy cơ biến chứng cao nhất. Khoảng 38,2% bệnh nhân mắcHZVbị biến chứng giác mạc và 19,1% bịviêm màng bồ đào(là viêm mống mắt, thể mi, hắc mạc). Cần gặp bác sĩ nhãn khoa để đánh giá lại chặt chẽ.5

Đau mắt đỏ doNeisseria gonorrhoeaegây tổn thương giác mạc và thủng giác mạc thứ phát,viêm màng nãovà nhiễm trùng huyết và có thể đe dọa tính mạng.3

Đau mắt đỏ do Chlamydia ở trẻ sơ sinh có thể gâyviêm phổivà/hoặcviêm tai giữa.

Nên liên hệ bác sĩ để được thăm khám nếu bị viêm kết mạc cùng với bất kỳ điều nào sau đây:6

Đau trong mắt.

Nhạy cảm với ánh sáng hoặc nhìn mờ không cải thiện khi dịch tiết chảy ra từ mắt.

Đỏ nhiều trong mắt.

Các triệu chứng trở nên tồi tệ hơn hoặc không cải thiện.

Người có hệ miễn dịch suy yếu. Ví dụ: do nhiễmHIV, điều trị ung thư hoặc các điều kiện hoặc phương pháp điều trị y tế khác.

Riêng trẻ sơ sinh khi có triệu chứng bệnh nên được bác sĩ thăm khám ngay.

Tùy vào nguyên nhân gây đau mắt đỏ mà phương pháp điều trị có thể khác nhau:6

Viêm kết mạc do vi khuẩn: dùng kháng sinh (ở dạng dung dịch nhỏ mắt hoặc thuốc mỡ tra mắt); có thể giảm cộm dưới mí mắt bằng cách chườm ấm. Giảm triệu chứng trong vòng 48 giờ sau điều trị và thường sẽ khỏi trong 1 tuần.

Viêm kết mạc do virus: kháng sinh sẽ không có tác dụng. Bác sĩ sẽ chỉ định thuốc nhỏ mắt giúp tăng độ ẩm trong mắt kết hợp chườm ấm để giảm sưng. Thường được khỏi trong 1–2 tuần hoặc có thể kéo dài hơn.

Viêm kết mạc dị ứng: chỉ định thuốc nhỏ mắt có hoạt chất kháng histamin để giảm viêm, phối hợp cùng thuốc trị nghẹt mũi để giảm các triệu chứng dị ứng. Có thể chườm mát để giảm bớt cảm giác ngứa ngáy, khó chịu.

Viêm kết mạc do virus và vi khuẩn có thể lây lan và rất dễ lây lan từ người này sang người khác. Bạn đọc có thể giảm nguy cơ mắc bệnh hoặc giảm nguy cơ lây bệnh cho người khác bằng cách làm theo một số bước đơn giản để giữ vệ sinh tốt.

Nếu bị đau mắt đỏ, bạn có thể hạn chế sự lây lan sang người khác bằng cách:

Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng và nước ấm trong ít nhất 20 giây. Đặc biệt là trước và sau khi làm sạch mắt, nhỏ thuốc hoặc bôi thuốc mỡ vào mắt bệnh. Nếu không có xà phòng và nước, hãy sử dụng chất khử trùng chứa ít nhất 60% cồn để làm sạch tay.

Tránh chạm tay vào mắt hoặc dụi mắt. Điều này có thể làm tình trạng bệnh trở nên trầm trọng hơn hoặc lây lan sang mắt còn lại.

Lau sạch dịch tiết xung quanh mắt nhiều lần trong ngày bằng khăn sạch, ướt hoặc bông gòn sạch. Rửa tay sạch trước khi lau. Vứt bỏ bông gòn sau khi sử dụng, giặt khăn đã sử dụng bằng nước nóng và chất tẩy rửa, sau đó rửa tay lại bằng xà phòng và nước ấm.

Không sử dụng chung thuốc nhỏ mắt cho mắt bệnh và bên mắt còn lại.

Giặt vỏ gối, khăn trải giường, khăn mặt và khăn tắm thường xuyên bằng nước ấm và chất tẩy rửa. Rửa tay sau khi giặt xong.

Ngừng đeo kính áp tròng cho đến khi khỏi bệnh hoặc có sự cho phép của bác sĩ.

Lau sạch kính đeo mắt.

Làm sạch, bảo quản và thay thế kính áp tròng theo hướng dẫn của bác sĩ nhãn khoa.

Không dùng chung các vật dụng cá nhân. Chẳng hạn như: gối, khăn lau, khăn tắm, thuốc nhỏ mắt, đồ trang điểm mắt hoặc mặt, cọ trang điểm, kính áp tròng, hộp đựng kính áp tròng hoặc kính đeo mắt.

Không nên đến bể bơi trong thời gian bị bệnh.

Nếu thường ở gần người bệnh, bạn có thể giảm nguy cơ lây nhiễm bằng cách làm theo các bước sau:

Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng và nước ấm trong ít nhất 20 giây. Nếu không có xà phòng và nước ấm, hãy sử dụng chất khử trùng chứa ít nhất 60% cồn để làm sạch tay.

Rửa tay sau khi tiếp xúc với người bệnh hoặc đồ vật mà người đó sử dụng.

Tránh chạm vào mắt nếu chưa rửa tay sạch.

Không dùng chung đồ dùng của người bị nhiễm bệnh.

Nếu đã mắc và đã khỏi bệnh viêm kết mạc, bạn đọc có thể thực hiện một số bước để tránh tái nhiễm:

Vứt bỏ và thay thế đồ trang điểm mắt, trang điểm mặt đã sử dụng khi bị nhiễm bệnh.

Vứt bỏ kính áp tròng dùng một lần, hộp đựng, dung dịch rửa kính áp tròng đã sử dụng khi mắt bị bệnh.

Làm sạch mắt kính nếu đã sử dụng trong khi bị nhiễm bệnh.

Hy vọng bài viết trên đã cung cấp cho bạn đọc thêm nhiều thông tin hữu ích về bệnhviêm kết mạc. Tuy không nguy hiểm nhưng bệnh vẫn ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh. Do đó, cần phòng ngừa để tránh nhiễm bệnh nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-ket-mac-di-ung-ban-da-hieu-dung/

Nội dung bài viết

Viêm kết mạc dị ứng là gì?

Nguyên nhân gây viêm kết mạc dị ứng

Phân loại

Viêm kết mạc dị ứng có chữa khỏi được không?

Viêm kết mạc dị ứng có lây không?

Điều trị

Phòng ngừa viêm kết mạc dị ứng

Viêm kết mạc dị ứng là bệnh lý về mắt hay gặp ở những người có cơ địa dị ứng. Họ thường tái bệnh khi gặp môi trường nhiều bụi, phấn hoa nhất là khi thời tiết thay đổi. Nhưng bạn đã thực sự hiểu đúng về bệnh viêm kết mạc dị ứng? Cùng tìm hiểu qua bài viết sau của Bác sĩ Phan Văn Giáo nhé!

Kết mạc là lớp màng bao bên ngoài nhãn cầu hay còn gọi là tròng trắng mắt. Viêm kết mạc dị ứng là tình trạng bị viêm tại màng ngoài nhãn cầu do tiếp xúc với các dị nguyên. Đây là phản ứng của của cơ thể trước những chất lạ tới từ môi trường.

Đỏ mắt.

Cộm và ngứa mắt.

Sưng mắt.

Chảy nước mắt bất thường, dịch tiết có thể bị đặc, đóng vảy trên mí mắt và lông mi.

Bệnh này thường kéo theo triệu chứng khô mắt. Biểu hiện gây ra nhìn mờ, mắt khô rát, khó mở mắt buổi sáng, chảy nước mắt, ra gỉ mắt nhiều, mắt bị ngứa, sợ ánh sáng. Vì gây khó chịu nên bệnh nhân thường có  thói quen dụi hoặc gãi làm tình trạng tệ hơn.

Viêm kết mạc dị ứngcó thể xảy ra không thường xuyên khi tiếp xúc với tác nhân gây bệnh. Nhưng cũng có thể bị liên tục suốt ngày đêm trong những tháng theo mùa cụ thể.

Khi tiếp xúc với các dị nguyên của môi trường, cơ thể sẽ phóng thích histamin. Chất hóa học này là nguyên nhân gây các phản ứng viêm biểu hiện bởi triệu chứng bệnh. Một số chất coi là dị nguyên từ môi trường:1 6

Bụi trong không khí, khói xe.

Phấn hoa.

Bào tử nấm mốc.

Lông thú nuôi.

Hương nước hoa hay chất tẩy rửa.

Khói thuốc lá, nhang khói.

Phấn trang điểm.

Viêm kết mạc được chia thành các loại sau:2

Do phản ứng viêm ngắn hạn ngay sau khi tiếp xúc với các dị nguyên. Mi mắt và kết mạc đột nhiên sưng phù, ngứa và bỏng làm bệnh nhân lo sợ. Tình trạng này thường kéo dài trong vài giờ và có thể tự giảm.

Đây là tình trạng dị ứng ít phổ biến hơn nhưng có thể xảy ra quanh năm. Nó thường gây ra triệu chứng nặng hơn theo mùa, đặc biệt vào mùa xuân hè; có thể kèm theo viêm mũi dị ứng. Bệnh nhân sẽ thấy bỏng, ngứa mắt và nhạy cảm với ánh sáng nhưng triệu chứng sẽ tự cải thiện.

Đây là một thể bệnh đặc biệt có liên quan đến tiền sử dị ứng của gia đình. Bệnh thường xuất hiện ở trẻ em từng bị chàm, làm tổn thương giác mạc và ảnh hưởng thị lực.

Loại dị ứng này liên quan đến bệnh hen suyễn hay ở những người bị chàm. Bệnh biểu hiện phổ biến hơn ở người trưởng thành cả ở kết mạc và mi mắt. Triệu chứng bao gồm: sưng, tróc vảy, sừng da mi và giác mạc, có thể kèm theo giảm thị lực.

Thể bệnh này thường gặp ở những người hay đeo kính áp tròng. Bệnh xuất phát từ việc kết mạc tiếp xúc trực tiếp với kính áp tròng trong thời gian dài. Mắt bị kích ứng gây tổn thương dạng nhú to ở mi mắt.

Ở những trường hợp gây nguy hiểm nhất, không chỉ kết mạc mà giác mạc cũng bị tổn thương làm giảm thị lực, mờ mắt. Trong khi viêm kết mạc theo mùa lại hay gặp nhất và mãn tính, có thể bị quanh năm.

Đến nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu vàkhông thể chữa khỏi hẳn bệnh được. Bệnh có thể tái phát khi tiếp xúc lại với dị nguyên và gây ra các triệu chứng tương tự. Các phương pháp hay thuốc điều trị hiện giờ chỉ giúp làm giảm mức độ của triệu chứng.

Loại viêm kết mạc nàykhông có khả năng lây sang người khác.3Những người thân trong gia đình dễ bị bệnh cùng thời điểm do cũng có tiền căn di truyền và có chung lối sống, dễ tiếp xúc với cùng dị nguyên. Mặt khác, bệnh do các tác nhân từ môi trường gây ra nhưng tần suất nhiều hơn khi giao mùa nên nhiều người cho rằng do dịch bệnh lây lan.

Viêm kết mạc dị ứng không gây nguy hiểm nhưng để giảm khó chịu cho bệnh nhân có thể áp dụng các phương pháp điều trị sau:

Sử dụng nước mắt nhân tạo.

Làm sạch mí mắt của bạn bằng một miếng vải ướt.

Chườm lạnh hoặc ấm nhiều lần mỗi ngày.

Không nên đeo kính áp tròng trong suốt quá trình điều trị.

Một số trường hợp có triệu chứng nặng hơn có thể sử dụng thuốc kháng viêm:

Thuốc kháng histamin đường uống ít khi được chỉ định.5

Thuốc nhỏ mắt kết hợp thuốc chống co thắt và thuốc kháng histamin thuốc kháng histamin giúp ổn định tế bào mast, dùng trong các trường hợp cấp tính.5

Corticosteroid vàNSAID.

Lưu ý, các thuốc kháng histamin đường uống có thể gây khô mắt nên ít khi được chỉ định. Bên cạnh đó, sử dụng thuốc kháng viêm corticoid kéo dài, có thể gây biến chứng gâyđục thủy tinh thể,cườm nướchoặc tạo điều kiện thuận lợi cho viêm nhiễm giác mạc xảy ra. Khi bệnh tái phát, bệnh nhân tuyệt đối không tự ý dùng lại đơn thuốc cũ. Hãy tham khảo ý kiến chuyên gia trước khi sử dụng các thuốc trên.

Nguyên tắc phòng ngừa bệnh đơn giản nhất là hạn chế tiếp xúc với các phần tử gây kích ứng:6

Không chạm hoặc dụi mắt.

Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng và nước hoặc rửa tay bằng nước rửa tay chứa cồn.

Sử dụng máy hút bụi có bộ lọc thân thiện với bệnh hen suyễn và dị ứng được chứng nhận để giảm tiếp xúc với các chất gây dị ứng.

Giặt khăn trải giường và vỏ gối trong nước nóng và chất tẩy rửa để giảm chất gây dị ứng.

Sử dụng vỏ gối, chăn bông, chăn lông vũ, nệm,… loại chống dị ứng.

Không cho thú nuôi vào phòng ngủ để giảm chất gây dị ứng từ lông thú nuôi.

Đeo kính râm và đội mũ rộng vành để tránh phấn hoa bay vào mắt.

Đóng cửa sổ trong mùa có nhiều phấn hoa và nấm mốc.

Sử dụng điều hòa không khí.

Viêm kết mạc dị ứngkhông thể trị dứt điểm nhưng có thể phòng ngừa để giảm tần suất tái phát. Mặc dù các phương pháp điều trị khá đơn giản và có thể tự làm tại nhà nhưng cần lưu ý tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi sử dụng thuốc lâu dài.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-viem-loet-da-day/

Nội dung bài viết

Viêm loét dạ dày là gì?

Nguyên nhân gây viêm loét dạ dày là gì?

Triệu chứng

Những ai có nguy cơ cao bị viêm loét dạ dày?

Các biến chứng

Các xét nghiệm giúp phát hiện viêm loét dạ dày và tình trạng nhiễm HP

Điều trị

Phòng tránh viêm loét dạ dày

Chế độ ăn trong viêm loét dạ dày

Viêm loét dạ dày từ lâu đã là một trong những bệnh phổ biến nhất ở nước ta. Khi đời sống ngày càng phát triển, nhịp sống hối hả kèm với áp lực công việc khiến cho bệnh lý viêm dạ dày càng trở nên phổ biến. Vậy viêm loét dạ dày là gì, triệu chứng của nó ra sao, cách điều trị, phòng ngừa cũng như chế độ ăn cho người viêm loét dạ dày như thế nào? Chúng ta cùng tìm hiểu trong bài viết này của Thạc sĩ, Bác sĩ chuyên khoa Nội Tiêu hóa Thái Việt Nguyên nhé.

Trong chúng ta, không ít người từng trải qua cảm giác đau đớn khi bị những vết loét ở niêm mạc miệng (lở miệng). Viêm loét dạ dày là một tình trạng tương tự.

Những vết loét xuất hiện ở niêm mạc (màng lót trong cùng) dạ dày và ở phần đầu của ruột non, khiến cho niêm mạc bị bào mòn và các lớp ở thành dạ dày bị lộ ra. Điều này gây ra cảm giác khó chịu cho chúng ta khi tiếp xúc với thức ăn hoặc dịch dạ dày.

Nếu vết loét nhỏ, trong giai đoạn đầu, thì nó có thể tự lành mà không cần điều trị. Tuy nhiên, đối với phần lớn vết loét dạ dày khi đã có triệu chứng, bạn cần đến gặp bác sĩ để được đánh giá một cách toàn diện và đưa ra những phương án điều trị hiệu quả nhất.

Nhiễm vi khuẩn Helicobacter pylori (hay HP): Phần lớn chúng ta có thể đã nghe vềvi khuẩn HP. Hãy cùng tìm hiểu một vài điều về vi khuẩn HP.

Vi khuẩn HP là nguyên nhân chính ảnh hưởng trực tiếp gây ra viêm loét dạ dày.

Vi khuẩn HP có thể lây lan qua đường ăn uống không hợp vệ sinh ở các quán ăn…

Sau khi xâm nhập vào cơ thể, HP sẽ tiết ra các độc tố làm suy yếu khả năng bảo vệ của cơ thể chống lại axit, gây ra các vết loét.

Tỉ lệ nhiễm HP ở người dân Việt Nam có thể lên đến 70%.1

Thường xuyên sử dụng thuốc các loại thuốc có tác dụng giảm đau, kháng viêm:

Đây là nguyên nhân thứ hai gây viêm loét dạ dày sau nhiễm HP.

Phần lớn gặp ở người lớn tuổi khi sử dụng thuốc giảm đau lâu ngày để điều trị các bệnh lí nhưviêm khớp… Khiến cho cơ thể mất cơ chế bảo vệ chống lại axit và hình thành các vết loét.

Một số bệnh lý khác và do di truyền.

1. Đau vùng trên rốn:

Đây là triệu chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân khiến chúng ta cảm thấy khó chịu nhất.

Chúng ta có thể cảm thấy cảm giác cồn cào, nóng rát âm ỉ, đôi khi đau quặn ở vùng bụng trên rốn, nhất là sau khi ăn xong khoảng 2 – 3 tiếng, hoặc khi chúng ta đói bụng.

Cơn đau cũng thường xuất hiện vào lúc nửa đêm, về sáng làm cản trở giấc ngủ.

2. Đầy bụng, khó tiêu, buồn nôn:

Khi dạ dày tổn thương làm hoạt động tiêu hoá bị trì trệ, thức ăn chậm đi ra khỏi đường tiêu hoá gây ra những triệu chứng đầy bụng,khó tiêuhaybuồn nôn.

Nôn có thể khiến chúng ta thấy dễ chịu hơn. Đôi khi, trong những trường hợp có chảy máu dạ dày, chúng ta có thể nôn kèm máu. Đây là triệu chứng báo động, cần đi khám để được điều trị ngay lập tức.

3. Ợ nóng, khó chịu vùng ngực.

4. Tiêu phân đen, tiêu máu đỏ:

Ở những trường hợp nặng, khi ổ loét đã ăn sâu vào dạ dày làm cho dạ dày chảy máu rỉ rả vào đường tiêu hoá.

Khi lượng máu ít, máu có thể được tiêu hoá và chúng ta đi tiêu ra phân màu đen, dính, mùi tanh.

Trong những trường hợp hiếm, chảy máu lượng nhiều, chúng ta có thể tiêu ra máu đỏ.

Đây là những triệu chứng báo động. Chúng ta cần khám bác sĩ ngay lập tức khi phát hiện những triệu chứng này.

Như chúng ta có thể đã biết, trong dạ dày có chứa dịch vị, một loại axit rất mạnh, giúp phân cắt và tiêu hoá các loại thức ăn. Trong điều kiện bình thường, cơ thể chúng ta có nhiều cơ chế để bảo vệ dạ dày chống lại tác dụng bào mòn của dịch vị. Khi cơ chế bảo vệ này suy yếu hoặc khi cơ thể tiết ra quá nhiều dịch vị, chúng ta sẽ có nguy cơ bị viêm loét dạ dày. Dưới đây là một số yếu tố nguy cơ thường gặp:

Thường xuyên hút thuốc lá và uống rượu bia:Thuốc lá có chứa hơn 200 chất có hại cho cơ thể. Có những chất khiến cho cơ chế bảo vệ dạ dày bị suy yếu, làm dạ dày dễ bị viêm loét hơn. Rượu có thể làm vết loét có sẵn chậm lành, hoặc kích thích tiết axit hình thành những vết loét mới.

Căng thẳng thần kinh:Các căng thẳng kéo dài sẽ khiến cho cơ thể kích hoạt một loạt các cơ chế, trong đó có tình trạng tăng tiết axit ở dạ dày, khiến cho dạ dày dễ bị viêm loét hơn.

Thói quen ăn uống sinh hoạt không điều độ:Việc sinh hoạt cá nhân không điều độ như thức khuya, bỏ bữa ăn sáng hay là ăn uống không đúng giờ giấc, thói quen ăn khuya, lười vận động… không những ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe mà còn là yếu tố dẫn đến bệnh viêm loét dạ dày – tá tràng.

Khi các vết loét lớn và sâu, ăn vào các mạch máu có thể gây ra tình trạng chảy máu ở dạ dày. Có thể là lượng nhỏ rỉ rả, ít gây ảnh hưởng đến sức khoẻ và có thể hồi phục sau đó. Tuy nhiên, cũng có những trường hợp máu chảy với lượng lớn và dai dẳng làm suy yếu sức khoẻ và có thể nguy hiểm tới tính mạng.

Cần chú ý các triệu chứng nôn ra máu, tiêu phân đen hoặc tiêu máu để phát hiện sớm nhất biến chứng này.

Các vết loét dai dẳng, nếu không được điều trị triệt để sẽ tiến triển thànhung thư dạ dày.

Đây là cách tốt nhất để phát hiện viêm loét dạ dày.

Qua nội soi, các bác sĩ có thể đánh giá một cách chính xác tình trạng của dạ dày, tình trạng vết loét để đưa ra phương án điều trị tối ưu.

Bên cạnh đó, nội soi dạ dày có thể giúp bác sĩ can thiệp điều trị trực tiếp trong một số trường hợp thấy điểm chảy máu do vết loét gây ra.

Nội soi còn giúp chẩn đoán nhiễm HP.

Nội soi dạ dày.

Xét nghiệm tìm vi khuẩn bằng hơi thở.

Xét nghiệm phân tìm vi khuẩn HP.

Xét nghiệm máu tìm kháng thể kháng HP.

Bệnh viêm loét dạ dày có thể điều trị khỏi và không để lại di chứng gì một cách dễ dàng nếu được phát hiện ở giai đoạn sớm. Nếu để bệnh chuyển sang giai đoạn dai dẳng, tái đi tái lại nhiều lần thì khả năng điều trị dứt điểm sẽ khó khăn hơn. Do đó, cần đến khám bác sĩ sớm nhất có thể khi bắt đầu có triệu chứng để được thăm khám toàn diện và có kế hoạch điều trị hiệu quả nhất.

Các điều trị hiện nay gồm:

Ngưng các thuốc kháng viêm giảm đau nếu các thuốc này là nguyên nhân gây ra vết loét.

Các loại thuốc băng niêm mạc dạ dày để bảo vệ dạ dày khỏi dịch vị.

Các loại thuốc làm giảm tiết dịch vị.

Phác đồ diệt trừ vi khuẩn HP: Thường sử dụng phác đồ 4 thuốc.2

Một điều cần lưu ý khi điều trị viêm loét dạ dày do HP: Đây là một loại vi khuẩn với tình hình đề kháng phức tạp và đòi hỏi điều trị lâu dài. Do đó, bệnh nhân phải tuân thủ tuyệt đối phác đồ điều trị và tái khám đánh giá thường xuyên để chắc chắn đã tiệt trừ HP, tránh tình trạng kháng thuốc và chuyển sang tình trạng bệnh dai dẳng.

Không hút thuốc lá.

Uống rượu bia với mức độ vừa phải.

Hạn chế sử dụng các loại thuốc giảm đau, hoặc phải được sự tư vấn của bác sĩ hoặc dược sĩ trước khi sử dụng.

Thực hành vệ sinh an toàn thực phẩm, rửa tay sạch và hạn chế ăn ở ngoài hàng quán.

Chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng, cân đối.

Duy trì và thực hiện một lối sống lành mạnh: Ăn đúng bữa, hạn chế thức khuya.

Nên ăn:

Sữa, trứng: có tác dụng trung hoà dịch vị.

Các thực phẩm có nhiều đạm dễ tiêu: thịt, cá…

Rau củ quả tươi.

Các loại tinh bột ít mùi vị như cơm, bánh mì, cháo, khoai…

Các loại dầu thực vật.

Nghệ vàngvàmật ongcũng là những phương thuốc truyền thống giúp trị và phòng viêm loét dạ dày.

Không nên ăn:

Các loại thịt nguội chế biến sẵn như: xúc xích, lạp xưởng…

Các loại thức ăn dai, cứng.

Thức ăn cay, nóng, chua.

Các loại nước có gas.

Trà, cà phê đậm đặc.

Ngừng uống bia rượu.

Bỏ thuốc lá.

Viêm loét dạ dàyrất thường gặp trong đời sống hiện nay. Tuy hiếm nguy hiểm đến tính mạng nhưng nó gây ra nhiều phiền toái trong cuộc sống cũng như công việc. Hy vọng bài viết trên đã cung cấp những kiến thức cơ bản giúp chúng ta có được lối sống lành mạnh để phòng ngừa bệnh, cũng như nhận ra những triệu chứng sớm của viêm loét dạ dày để có kế hoạch điều trị sớm nhất có thể.

Những điều cần quan tâm khi đi khám bệnh này là gì? Tìm hiểu trong bài viết:Hỏi bác sĩ như thế nào khi đi khám viêm loét dạ dày?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-loet-da-day-ta-trang/

Nội dung bài viết

Tổng quan viêm loét dạ dày tá tràng

Các triệu chứng

Nguyên nhân

Biến chứng

Cách điều trị viêm loét dạ dày tá tràng

Cách phòng ngừa bệnh viêm loét dạ dày tá tràng

Xã hội ngày càng phát triển, con người càng lao vào công việc mà quên đi sức khoẻ của bản thân. Nhiều bệnh lý từ đó cũng trở nên phổ biến hơn do thói quen sinh hoạt không tốt của mọi người. Viêm loét dạ dày tá tràng hiện nay là một bệnh lý phổ biến nhiều người mắc phải. Căn bệnh gây ra nhiều nỗi phiền toái cho rất nhiều người. Đặc biệt chúng còn có những biến chứng hết sức nguy hiểm. Bài viết dưới đây do ThS.BS Trần Quốc Phong biên soạn mô tả tổng quát bệnh lý viêm loét dạ dày tá tràng.

Viêm loét dạ dày tá trànglà căn bệnh gây tổn thương viêm và loét trên lớp niêm mạc của dạ dày hoặc tá tràng. Tá tràng là phần đầu của ruột non. Những tổn thương này thông thường xảy ra khi lớp niêm mạc của dạ dày hay tá tràng bị bào mòn bởi acid trong lòng dạ dày, pepsin hoặc các chất ngoại sinh khác. Lúc này các lớp bên dưới thành dạ dày sẽ bị lộ ra. Vết loét ở dạ dày chiếm khoảng 60% trong đó chủ yếu tập trung ở bờ cong nhỏ của dạ dày. Trong khi đó vết loét ở tá tràng chiếm đến 95%.

Triệu chứng phổ biến nhất củaviêm loét dạ dày tá trànglà đau rát hoặc đau nhói ở bụng. Tuy nhiên một số loét dạ dày hay tá tràng lại không gây đau đớn. Bệnh lý trong trường hợp này được phát hiện khi biến chứng của vết loét phát triển. Một số biến chứng cần phải cấp cứu gấp nếu không có thể nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh.

Đau bụng: Cơn đau doviêm loét dạ dàytá tràng có thể là đau rát, đau như bỏng, đau như đốt. Cơn đau có thể di chuyển từ giữa bụng lên cổ, xuống rốn hoặc lan ra sau lưng. Cơn đau có thể kéo dài vài phút đến vài giờ. Cơn đau có thể có liên quan đến bữa ăn. Thông thường, axit dạ dày làm cơn đau tồi tệ hơn. Vì vậy cơn đau thường nặng hơn khi bụng đói và có thể thuyên giảm bằng một số loại thực phẩm có chức năng trung hoà axit. Tuy nhiên không phải lúc nào cơn đau cũng giảm sau ăn. Một vài cơn đau có thể xuất hiện khi bạn ăn do phản ứng với thức ăn hoặc một vài cơ chế khác.

Uống các thuốc sữa dạ dày có thể làm giảm cơn đau tạm thời. Tuy nhiên cơn đau sẽ quay lại không lâu sau đó nếu vết loét không được điều trị.

Các triệu chứng ít phổ biến hơn củaviêm loét dạ dày tá tràngcó thể gặp như:

Khó tiêu

Ợ nóng

Chán ăn

Ăn không ngon

Mệt mỏi

Sụt cân

Một số bệnh nhân có thể có triệu chứng ợ hơi hoặc đầy hơi sau khi ăn thức ăn nhiều dầu mỡ.

Viêm loét dạ dày tá tràngxảy ra khi lượng axit trong đường tiêu hoá ăn mòn bề mặt bên trong dạ dày hoặc tá tràng. Đường tiêu hoá luôn có cơ chế tự nhiên bảo vệ nó. Một lớp màng nhầy phủ lên niêm mạc dạ dày giúp nó không bị viêm loét. Tuy nhiên nếu lượng axit tăng lên hoặc lượng chất nhầy giảm đi, bạn đều có thể bị loét. Các nguyên nhân phổ biến của bệnh lý này là:

Vi khuẩn Helicobacter pylori (H. pylori) thường sống trong lớp nhầy bao phủ và bảo vệ niêm mạc dạ dày và tá tràng. Trong quá trình sinh sống của mình, H. pylory sản xuất men urease phân huỷ lớp nhầy này. Vì vậy khi bị nhiễm H. pylori kéo dài có thể gây các vết loét dạ dày hay tá tràng. Tuy nhiên không phải trường hợp nào nhiễm vi khuẩn này cũng gây ra bệnh lý. Loại vi khuẩn này có thể truyền từ người này qua người khác thông qua việc tiếp xúc gần gũi. Hôn, ăn uống chung đồ đều có thể là yếu tố giúp vi khuẩn này có thể lây nhiễm.

Dùng các thuốc giảm đau như aspirin hoặc NSAID thế hệ cũ có thể gây kích ứng hoặc làm viêm niêm mạc dạ dà và tá tràng của bạn. Một số loại thuốc này bao gồm: ibuprofen, naproxen sodium, ketoprogen. Paracetamol cũng là thuốc giảm đau, tuy nhiên chúng không gây ra bệnh lý trên.

Ngoài NSAIDs, một số loại thuốc cũng gây ra viêm loét dạ dày tá tràng. Một số thuốc đó bao gồm: steroid, thuốc chống đông máu, Fosamax, Actonel,…

Ngoài những nguyên nhân trên, một số yếu tố nguy cơ có thể dẫn đếnviêm loét dạ dày tá tràngmà bạn cần chú ý như:

Thuốc lá. Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ loét dạ dày và tá tràng ở những người nhiễm H. pylori

Uống rươu. Rượu có thể gây kích ứng và ăn mòn niêm mạc dạ dày. Nó làm tăng lượng axit dạ dày được tạo ra

Căng thăng công việc, cuộc sống kéo dài

Ăn thực phẩm quá cay.

Nếu không được điều trị hiệu quả, bệnh lýviêm loét dạ dày tá tràngcó thể dẫn đến:

Chảy máu trong:Chảy máu có thể ồ ạt hoặc rỉ rả. Chảy máu rỉ rã dẫn đến thiếu máu mạn trong khi chảy máu ồ ạt có thể gây ra xuất huyết tiêu hoá. Xuất huyết tiêu hoá là một cấp cứu nội khoa nguy hiểm, có thể đe doạ đến tính mạng người bệnh.

Thủng dạ dày:Dạ dày khi bị viêm và loét chúng rất nhạy cảm và dễ bị tổn thương. Vết loét này có thể tạo nên một lỗ thủng trên thành dạ dày và tá tràng. Tuỳ vào tình trạng bệnh nhân, vết thủng có thể tự lành gọi là thủng bít hoặc gây ra biến chứng như viêm phúc mạc. Thủng dạ dày gây ra viêm phúc mạc là một cấp cứu ngoại khoa. Bệnh nhân cần phải mổ để khâu lại lỗ thủng.

Tắc nghẽn:Loét có thể cản trở sự di chuyển của thức ăn trong ống tiêu hoá. Bệnh nhân dễ bị no, nôn mửa và sụt cân.

Ung thư dạ dày;Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng việc nhiễm H. pylori có nguy cơ ung thư dạ dày cao hơn so với người không mắc chúng.

Việc điều trịviêm loét dạ dày tá tràngphụ thuộc vào nguyên nhân gây ra nó. Hầu hết với việc điều trị đúng nguyên nhân và phác đồ hiệu quả thì vết loét sẽ lành trong một hoặc hai tháng.

Xem thêm:Mách bạn cách bấm huyệt trị đau bao tử

Nếu vết loét của bệnh nhân là do nhiễm vi khuẩn Helicobacter pylori (H. pylori), bệnh nhân cần dùng kháng sinh và mộ số loại thuốc ức chế bơm proton. Các loại thuốc này cũng được đề nghị dùng cho bệnh nhân nếu vết loét có sự kết hợp của nhiễm H. pylori và NSAIDs. Nếu loét dạ dày hay tá tràng này do NSAID, bệnh nhân nên dùng PPI mà không cần dùng kháng sinh. Việc sử dụng NSAID (thuốc giảm đau non – steriod) cũng sẽ được bác sĩ xem xét. Ngoài PPI một số loại thuốc có thể được dùng để thay thế nó như thuốc kháng thụ thể H2. Đôi khi bệnh nhân phải sử dụng thuốc kháng axit để giảm các triệu chứng trong thời gian ngắn.

Khi bệnh nhân bị viêm loét dạ dày, bác sĩ sẽ xem xét việc sử dụng NSAID để giảm đau. Bệnh nhân có thể được khuyên dùng thuốc giảm đau thay thế không gây loét dạ dày hay tá tràng như paracetamol. Đôi khi, một số loại NSAID thay thế ít có khả năng gây loét dạ dày hơn được cân nhắc như chất ức chế COX-2. Điều quan trọng là bệnh nhân cần phải hiểu tác hại của thuốc NSAID gây ra. Vết loét có thể nghiêm trọng hơn rất nhiều nều bệnh nhân sử dụng NSAID. Vì vậy không tự ý sử dụng thuốc giảm đau nếu không hiểu và không được sự đồng ý của bác sĩ điều trị viêm loét dạ dày tá tràng.

Bạn có thể giảm nguy cơ bịviêm loét dạ dày tá tràngnếu tuân thủ theo đúng chiến lược được khuyến nghị như các biện pháp điều trị bệnh tại nhà. Một số cách phòng ngừa bạn cần biết như

Không sử dụng chung dụng cụ ăn uống với người lạ. Không rõ vi khuẩn H. pylori lây lan như thế nào nhưng những con vi khuẩn này có thể lây từ người sang người qua sử dụng chung đồ. Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng, ăn chín uông sôi là những cách phòng ngừa bệnh hiệu quả.

Cân nhắc chuyển thuốc giảm đau. Nếu bệnh nhân là một người cần phải sử dụng thuốc giảm đau vì thì cần phải thông báo với bác sĩ thông tin này. Bác sĩ sẽ giúp bệnh nhân chọn loại thuốc giảm đau thay thế phù hợp. Các loại thuốc này sẽ ít ảnh hưởng đến vết loét.

Kiểm soát căng thẳng. Căng thẳng kéo dài có thể làm trầm trọng hơn các triệu chứng của bệnh viêm loét dạ dày. Xem xét xem các yếu tố gây ra căng thẳng cho bệnh nhân và loại bỏ chúng. Một số căng thẳng không thể tránh khỏi. Bạn cần phải tập cách thích nghi với chúng.

Dừng việc hút thuốc lá.

Hạn chế hoặc tránh sử dụng rượu bia, chất kích thích.

Tóm lạiviêm loét dạ dày tá trànglà một lý phổ biến. Khi xuất hiện các triệu chứng của bệnh, bạn cần liên hệ với bác sĩ để xác định chính xác bệnh. Khám sức khoẻ định kỳ 2 lần/ năm để phát hiện bệnh sớm nếu có để điều trị.

Ths. Bs. CKI Trần Quốc Phong.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-loet-dai-trang/

Nội dung bài viết

1. Viêm loét đại tràng là gì?

2. Các triệu chứng Viêm loét đại tràng

3. Chẩn đoán bệnh có khó không?

4. Chuyện gì sẽ xảy ra nếu bạn không điều trị bệnh?

5. Viêm loét đại tràng có chữa được không?

6. Các phương pháp tự nhiên giúp kiểm soát bệnh viêm loét đại tràng

7. Kiểm soát các triệu chứng nhẹ của bệnh

Viêm loét đại tràng là một tình trạng viêm ruột. Đây là một bệnh mạn tính, tuy nhiên lại có nhiều mức độ nghiêm trọng khác nhau. Bệnh có thể tạo nên các vết loét ở trong ruột, gây chảy máu hay rò rỉ mủ, gây lại nhiều bất tiện trong cuộc sống. Hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu nào rõ ràng về nguyên nhân của bệnh và được cho là một tình trạng tự miễn dịch của cơ thể chính bạn.

Chúng ta hãy cùng tìm hiểu thêm về bệnh lý hay gặp này trong bài chia sẻ sau đây nhé!

Viêm loét đại tràng là một bệnhviêm ruột. Đó là một bệnh kéo dài, tuy nhiên lại có rất nhiều mức độ nghiêm trong khác nhau của nó. Viêm loét đại tràng xảy ra khi niêm mạc ruột già của bạn (còn gọi là đại tràng), trực tràng hoặc cả hai bị viêm. Viêm này tạo ra vết loét nhỏ gọi là loét trên niêm mạc đại tràng. Nó thường bắt đầu ở trực tràng và lan lên trên hay có thể liên quan đến toàn bộ đại tràng của bạn.

Tình trạng viêm làm cho ruột của bạn co bóp nhiều và làm trống thường xuyên. Khi các tế bào trên bề mặt niêm mạc ruột của bạn chết sẽ tạo thành vết loét. Các vết loét này có thể gây chảy máu và chảy dịch nhầy và mủ cùng với phân.

>> Xem thêm:Viêm đại tràng có nguy hiểm không?

Các triệu chứng phổ biến nhất của viêm loét đại tràng là:

Tiêu chảy thường có máu

Chảy máu từ trực tràng

Đau bụng âm ỉ thời gian dài.

Trong thời gian bùng phát, một số người bị viêm loét đại tràng cũng gặp các triệu chứng ở những nơi khác trong cơ thể :

Đau và sưng khớp(viêm khớp)

Loét miệng

Vùng da đau, đỏ và sưng

Mắt bị kích thích và đỏ.

Khó thở

Nhịp tim nhanh hoặc không đều

Nhiệt độ cao (sốt)

Máu trong phân của bạn trở nên rõ ràng hơn

Ở hầu hết mọi người, không có tác nhân cụ thể nào cho việc bùng phát được xác định. Mặc dù,stresshay nhiễm trùng đường ruột đôi khi có thể là nguyên nhân khiến bệnh diễn tiến nặng.

>> Xem thêm: Viêm đại tràng giả mạc và những điều cần biết

Nếu bác sĩ của bạn nghĩ rằng bạn có thể bị viêm loét đại tràng, họ sẽ đề nghị một hoặc nhiều xét nghiệm có thể giúp chẩn đoán rõ ràng hơn. Chúng có thể bao gồm:

Xét nghiệm phân: Một mẫu phân của bạn được kiểm tra sự hiện diện của một số chất. Ví dụ, nếu bạn có các tế bào bạch cầu hoặc một số protein trong phân, điều này cho thấy bạn có thể bị viêm loét đại tràng.

Xét nghiệm máu: Giúp đánh giá tình trạng nhiễm trùng của bạn.

Nội soi đại tràng: Một máy ảnh nhỏ được đưa vào trực tràng bằng một ống mỏng. Điều này có thể cho thấy nếu bạn bị loét và sưng ở ruột. Nếu chỉ nhìn vào phần dưới của ruột, nó được gọi là nội soi đại tràng sigma.

Sinh thiết: Điều này có nghĩa là một mẫu mô được lấy từ niêm mạc ruột để xét nghiệm. Điều này sẽ được thực hiện cùng lúc với nội soi đại tràng hoặc soi đại tràng sigma.

Viêm loét đại tràng rất hiếm khi đe dọa tính mạng, nhưng nó có thể gây khó chịu, và nếu các triệu chứng của bạn nghiêm trọng, nó có thể ảnh hưởng lớn đến cuộc sống của bạn. Việc điều trị để kiểm soát tình trạng là quan trọng.

Viêm loét đại tràng làm tăng nguy cơ ung thư ruột kết. Bạn càng mắc bệnh lâu, nguy cơ mắc bệnh ung thư này càng cao. Do nguy cơ gia tăng này, bác sĩ sẽ tiến hành nội soi và kiểm tra ung thư khi bạn nhận được chẩn đoán. Kiểm tra thường xuyên giúp giảm nguy cơ ung thư ruột kết. Lặp lại sàng lọc cứ sau một đến ba năm được khuyến nghị sau đó. Kiểm tra theo dõi có thể phát hiện sớm các tế bào tiền ung thư.

Các biến chứng khác của viêm loét đại tràng bao gồm:

Dày lên của thành ruột

Nhiễm trùng huyết

Mất nước nghiêm trọng

Đại tràng dãn rộng (Megacolon) độc hại, hoặc đại tràng sưng nhanh

Vỡ đại tràng

Chảy máu đường ruột

Sỏi thận

Viêm da, khớp và mắt của bạn

Viêm cột sống dính khớp, liên quan đến viêm khớp giữa xương cột sống của bạn

Biến chứng viêm loét đại tràng nặng hơn nếu tình trạng này được điều trị đúng cách.

Hiện tại, không có phương pháp chữa bệnh nào cho bệnh viêm loét đại tràng. Phương pháp điều trị cho bệnh viêm nhằm mục đích kéo dài thời gian thuyên giảm và làm bùng phát bớt nghiêm trọng.

Ở hầu hết mọi người, điều này đạt được bằng cách dùng thuốc, chẳng hạn như:

Aminosalicylates (ASA)

Corticosteroid

Ức chế miễn dịch

Thường bùng phát nhẹ đến trung bình thường có thể điều trị tại nhà. Nhưng bùng phát nặng hơn cần được điều trị tại bệnh viện.

Đối với những người bị viêm loét nặng, phẫu thuật là một điều trị có thể. Loại bỏ toàn bộ ruột già (cắt đại tràng toàn bộ) sẽ chấm dứt các triệu chứng của bệnh. Phẫu thuật này yêu cầu các bác sĩ phải tạo một hậu môn nhân tạo trên thành bụng, để có thể tống phân ra ngoài. Tuy nhiên, một thời gian dài, da vị trí này có thể bị viêm và gây ra một vài tác dụng phụ. Vì lý do đó, một số bệnh nhân chọn chỉ phẫu thuật cắt bỏ một phần. Trong phẫu thuật này, các bác sĩ chỉ loại bỏ các phần của ruột kết bị ảnh hưởng bởi bệnh.

Mặc dù các phẫu thuật này có thể giúp giảm bớt hoặc chấm dứt các triệu chứng của viêm loét đại tràng , nhưng chúng có tác dụng phụ và các biến chứng lâu dài có thể xảy ra. Hãy tư vấn với các bác sĩ về những vấn đề này để xác định xem phẫu thuật là một lựa chọn cho bạn.

>> Xem thêm:Ung thư đại tràng: Tìm hiểu nguyên nhân và lí do tại sao nên tầm soát?

Một số loại thuốc được kê toa để điều trị viêm loét đại tràng có thể có tác dụng phụ nghiêm trọng. Khi các phương pháp điều trị truyền thống không được dung nạp tốt, bạn có thể tham khảo các phương pháp tự nhiên sau để làm giảm triệu chứng bệnh :

Cây nhũ hương (Boswellia): Loại thảo dược này được tìm thấy trong vỏ cây , và nghiên cứu cho thấy nó ngăn chặn một số phản ứng hóa học trong cơ thể có thể gây viêm.

Dứa: Những enzyme Bromelain được tìm thấy tự nhiên trong dứa nhưng cũng được bán dưới dạng bổ sung. Chúng có thể làm giảm các triệu chứng viêm loét đại tràng và giảm đợt bùng phát.

Men vi sinh: Ruột và dạ dày của bạn là nơi cư trú của hàng tỷ vi khuẩn. Khi vi khuẩn khỏe mạnh, cơ thể bạn có khả năng tránh viêm và các triệu chứng viêm loét đại tràng tốt hơn. Ăn thực phẩm có men vi sinh hoặc uống bổ sung men vi sinh có thể giúp tăng cường sức khỏe của hệ vi khuẩn trong ruột của bạn.

Hạt / vỏ mã đề (psyllium): Bổ sung chất xơ này có thể giúp giữ cho nhu động ruột thường xuyên. Điều này có thể làm giảm bớt các triệu chứng, ngăn ngừa táo bón và giúp loại bỏ chất thải dễ dàng hơn.

Củ nghệ: Loại gia vị màu vàng vàng này chứa đầy curcumin. Đây là  một chất chống oxy hóa đã được chứng minh là làm giảm viêm.

Chúng ta có thể kiểm soát các triệu chứng nhẹ của bệnh bằng cách tránh các thực phẩm gây khó chịu cho đường tiêu hóa.

Không có chế độ ăn uống cụ thể cho viêm loét đại tràng. Mỗi người phản ứng với thức ăn và đồ uống khác nhau. Tuy nhiên, một vài quy tắc chung có thể hữu ích cho những người đang cố gắng tránh bùng phát:

Ăn chế độ ăn ít chất béo

Hiện không rõ tại sao chế độ ăn ít chất béo có lợi, nhưng nghiên cứu cho thấy ăn nhiều thực phẩm ít chất béo có thể trì hoãn đợt bùng phát. Khi bạn ăn chất béo, hãy chọn các lựa chọn lành mạnh hơn như dầu ô liu và axit béo omega-3.

Uống nhiều vitamin C

Vitamin này có thể có tác dụng bảo vệ ruột của bạn. Những người ăn chế độ ăn giàu vitamin C có thời gian thuyên giảm viêm loét kéo dài. Thực phẩm giàu vitamin C bao gồm rau mùi tây, ớt chuông, rau bina và quả mọng.

Ăn nhiều chất xơ

Trong thời gian bùng phát, chất xơ cồng kềnh, di chuyển chậm là điều cuối cùng bạn muốn trong ruột. Trong thời gian thuyên giảm, chất xơ có thể giúp bạn sinh hoạt bình thường. Nó cũng có thể cải thiện cách bạn có thể dễ dàng làm trống ruột trong khi đi tiêu.

Theo dõi những gì mình ăn

Tạo nhật ký thực phẩm là một cách thông minh để bắt đầu hiểu thực phẩm nào có thể ảnh hưởng đến bạn. Trong vài tuần, theo dõi chặt chẽ những gì bạn ăn và cảm giác của bạn trong những giờ sau đó. Ghi lại chi tiết về nhu động ruột hoặc bất kỳ triệu chứng nào bạn có thể gặp phải. Trong khoảng thời gian đó, bạn có thể phát hiện xu hướng giữa khó chịu hoặc đau dạ dày và một số thực phẩm có vấn đề. Hãy thử loại bỏ những thực phẩm đó để xem các triệu chứng được cải thiện.

Đối với hầu hết mọi người, viêm loét đại tràng là một tình trạng mãn tính hoặc lâu dài. Bạn sẽ có những đợt bùng phát  và những khoảng thời gian không có triệu chứng gì cả (thời gian thuyên giảm). Một số ít người có một đợt bùng phát và không bao giờ gặp rắc rối nữa.

Một số ít người, khoảng 10% những người bịviêm loét đại tràng, có một đợt bùng phát ban đầu và nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn, với các biến chứng nghiêm trọng. Ở nhiều người, bệnh lây lan đến ruột già theo thời gian. Điều này có thể biến thành ung thư ruột kết, nhưng khoảng một nửa số người sống sót nếu các bác sĩ phát hiện bệnh sớm và được loại bỏ ruột kết của họ.

Khi thấy các triệu chứng nghi ngờ, bạn hãy đi gặp các bác sĩ để được thăm khám và tư vấn kĩ hơn về tình trạng này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-mang-nao-12-cau-hoi-thuong-gap/

Nội dung bài viết

Viêm màng não là gì?

Các loại viêm màng não

Nguyên nhân viêm màng não

Dấu hiệu viêm màng não

Bệnh viêm màng não có nguy hiểm không?

Viêm màng não có lây không?

Những yếu tố nguy cơ của bệnh

Chẩn đoán viêm màng não bằng cách nào?

Điều trị viêm màng não

Phòng ngừa viêm màng não

Viêm màng não là bệnh nhiễm trùng thần kinh có thể gây tử vong. Vậy viêm màng não là gì? Có bao nhiêu loại viêm màng não? Điều trị bệnh như thế nào? Kính mời đọc giả tìm hiểu trong bài viết sau của Bác sĩ Nguyễn Văn Huấn nhé!

Viêm màng não là tình trạng viêm ở phần màng não (bao gồm 3 lớp) bao quanh não bộ và tủy sống. Nguyên nhân phổ biến nhất của viêm màng não là do nhiễm virus và vi khuẩn. Viêm màng não có thể lây khi tiếp xúc với dịch tiết của người bệnh.

Có nhiều loại bệnh viêm màng não khác nhau bao gồm:1

Viêm màng não do vi khuẩnlà bệnh truyền nhiễm gây ra bởi vi khuẩn. Bệnh có thể gây tử vong nếu không được điều trị kịp thời. Bệnh nhân bị viêm màng não do vi khuẩn tử vong chiếm 10%. Trong khi đó, bệnh có thể gây biến chứng nặng ở ⅕ người bệnh.2

Viêm màng não do viruscũng nghiêm trọng, thường xếp sau viêm màng não do vi khuẩn. Những người có hệ thống miễn dịch bình thường bị viêm màng não do virus thường tự khỏi. Có vắc-xin để ngăn ngừa một số loại viêm màng não do virus.

Viêm màng não do nấm hiếm gặp, nhưng người ta có thể mắc bệnh do hít phải bào tử nấm từ môi trường. Những người mắc một số bệnh nhưtiểu đường, ung thư hoặcHIVcó nguy cơ mắc bệnh viêm màng não do nấm cao hơn.

Nhiều loại ký sinh trùng có thể gây viêm màng não hoặc có thể ảnh hưởng đến não hoặc hệ thần kinh theo những cách khác. Nhìn chung, viêm màng não do ký sinh trùng ít phổ biến hơn nhiều so với viêm màng não do virus và vi khuẩn.

Viêm màng não do amip nguyên phát (PAM) là một bệnh nhiễm trùng não hiếm gặp và có sức tàn phá nặng nề do Naegleria fowleri gây ra. Naegleria fowleri là một loại amip siêu nhỏ sống tự do trong nước ấm và đất.

Đôi khi ung thư, bệnhlupus ban đỏ hệ thống, một số loại thuốc, chấn thương đầu và phẫu thuật não có thể gây viêm màng não.

Nguyên nhân gây ra viêm màng não có thể khác nhau ở từng loại. Cụ thể:

Viêm màng não do vi khuẩn. Các chủng vi khuẩn gây bệnh thường gặp là: Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Listeria monocytogenes, Staphylococcus aureus.

Viêm màng não do virus. Các chủng virus thường gặp bao gồm: coxsackie A, coxsackie B, HIV, Herpes,…

Viêm màng não do nấm. Các loại nấm gây bệnh bao gồm: Cryptococcus, Blastomyces, Histoplasma, Coccidioides,…

Viêm màng não do ký sinh trùng còn được gọi là viêm màng não tăng bạch cầu ái toan. Ba ký sinh trùng chính thường gặp: Angiostrongylus cantonensis, Baylisascaris procyonis, Gnathostoma spinigerum.

Viêm màng não do amip. Chủng amip thường gặp là Naegleria fowleri.

Viêm màng não không nhiễm trùng bao gồm các nguyên nhân bệnh lupus, chấn thương đầu, phẫu thuật não, bệnh ác tính hoặc do thuốc.

Các triệu chứng có thể xảy ra ở bất kỳ ai trên 2 tuổi bao gồm:3

Sốt cao đột ngột.

Cổ cứng.

Nhức đầu dữ dội.

Buồn nôn hoặc nôn mửa.

Nhầm lẫn hoặc khó tập trung.

Co giật.

Buồn ngủ hoặc khó đánh thức.

Nhạy cảm với ánh sáng.

Không thèm ăn hay khát nước.

Phát ban da trong một số trường hợp, chẳng hạn như viêm màng não mô cầu.

Ở trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh có thêm có thêm các dấu hiệu sau:3

Sốt cao.

Khóc liên miên.

Rất buồn ngủ hoặc cáu kỉnh.

Khó đánh thức khỏi giấc ngủ.

Không hoạt động hoặc chậm chạp.

Không thức dậy để ăn.

Bú kém.

Nôn mửa.

Một chỗ phình ra ở phần mềm trên đỉnh đầu của em bé.

Cứng trong cơ thể và cổ.

Tỷ lệ tử vong cao thay đổi tuỳ theo nguyên nhân. Trong đó, viêm màng não do vi khuẩn thường nguy hiểm và có tỷ lệ tử vong cao. Cụ thể, ước tính có khoảng 1.200.000 ca bệnh viêm màng não di vi khuẩn hằng năm, 135.000 trường hợp tử vong trong số này. Ngay cả khi bệnh được chẩn đoán sớm và bắt đầu điều trị đầy đủ, 8–15% bệnh nhân có thể tử vong, thường trong vòng 24 đến 48 giờ sau khi xuất hiện các triệu chứng.4

Bên cạnh đó, viêm màng não cũng có thể gây ra những di chứng như tổn thương não, giảm thính lực hoặc tàn tật ở 10% đến 20% những người sống sót.4

Viêm màng não do nấm, ký sinh trùng không lây nhiễm. Trong khi đó, viêm màng não do virus có khả năng lây truyền thông qua tiếp xúc trực tiếp với chất dịch cơ thể, bao gồm chất nhầy, phân và nước bọt. Những giọt chất lỏng bị nhiễm bệnh có thể lây lan và chia sẻ khi hắt hơi và ho. Bạn không cần phải tiếp xúc trực tiếp với người bị nhiễm bệnh để lây nhiễm bệnh này.

Viêm màng não do vi khuẩn, dạng viêm màng não nghiêm trọng nhất, cũng có thể lây lan, đặc biệt nếu đó là viêm màng não mô cầu. Nó lây lan qua tiếp xúc kéo dài với người bị nhiễm bệnh. Trường học, trung tâm chăm sóc ban ngày, doanh trại quân đội, bệnh viện và ký túc xá đại học là những địa điểm chính để chia sẻ sự lây nhiễm này.

Một số loại viêm màng não lây lan qua tiếp xúc giữa người với người, nhưng không phải tất cả. Tìm hiểu thêm về các loại bệnh truyền nhiễm và cách bạn có thể tránh chúng.

Những đối tượng dưới đây lại có nguy cơ mắc bệnh nhiều hơn bởi hệ miễn dịch suy giảm:

Người không tiêm chủng.

Người có hệ miễn dịch suy yếu.

Người sống trong môi trường nhỏ hẹp.

Trẻ em và người lớn tuổi.

Phụ nữ mang thai.

Người thường xuyên tiếp xúc với động vật.

Một số nghiên cứu cho thấy bệnh xảy ra phổ biến hơn ở những nhóm tuổi sau:

Trẻ dưới 5 tuổi.

Thanh thiếu niên và thanh niên từ 16 đến 25 tuổi.

Người lớn trên 55 tuổi.

Chẩn đoán viêm màng não bằng hỏi bệnh sử và khám sức khỏe. Những thông tin về tuổi tác, nơi ở,… có thể giúp tìm nguyên nhân gây bệnh. Những biểu hiện thường gặp bao gồm:

Sốt.

Các vấn đề về da.

Tăng nhịp tim.

Cổ cứng.

Rối loạn ý thức.

Ngoài thăm khám lâm sàng, bác sĩ cũng có thể thực hiện một số xét nghiệm khác để chẩn đoán chính xác hơn. Các xét nghiệm có thể được thực hiện:3

Cấy máu. Mẫu máu sẽ được đặt trong dụng cụ đặc biệt giống như chiếc đĩa, để xem nó có phát triển các vi sinh vật như vi khuẩn hay không. Hoặc mẫu cũng có thể được đặt trên một phiến kính và nhuộm màu. Sau đó, nó mẫu sẽ được quan sát dưới kính hiển vi để xác định sự tồn tại của vi khuẩn.

Chẩn đoán hình ảnh.Chụp cắt lớp vi tính (CT)hoặcchụp cộng hưởng từ (MRI)đầu có thể cho thấy sưng hoặc viêm. ChụpX-quanghoặc CT scan ngực hoặc xoang có thể cho thấy tình trạng nhiễm trùng có thể liên quan đến viêm màng não.

Chọc dò tủy sống. Chẩn đoán xác định viêm màng não cần chọc dò tủy sống để lấy dịch não tủy. Ở những người bị viêm màng não, dịch não tủy thường có lượng đường thấp cùng với lượng bạch cầu tăng và protein tăng.

Thường không có phương pháp điều trị đặc hiệu cho loại viêm màng não này, bệnh nhân thường khỏe hơn sau khi nghỉ ngơi và uống đủ nước. Với những người có triệu chứng sốt và đau đầu, bác sĩ có thể chỉ định thêmParacetamolđể giảm triệu chứng.

Kháng sinh không thường được chỉ định cho loại viêm màng não này vì thuốc không hiệu quả trong việc điều trị virus.

Như đã thông tin, viêm màng não do vi khuẩn là trường hợp nguy hiểm và có thể gây tử vong nếu không điều trị kịp thời.

Bác sĩ có thể chỉ địnhthuốc kháng sinh(tiêm tĩnh mạch trong trường hợp này. Các loại thuốc khác nhưcorticosteroidcũng có thể được dùng để giúp giảm nguy cơ biến chứng, chẳng hạn như sưng não hoặc co giật.

Ngoài ra, những người tiếp xúc gần với bệnh nhân viêm màng não vi khuẩn có thể được chỉ định dùng thuốc kháng sinh để giảm nguy cơ mắc bệnh.

Viêm màng não do nấm gây ra được điều trị bằng thuốc chống nấm đường uống và tiêm tĩnh mạch.

Loại viêm màng não này có thể chỉ điều trị các triệu chứng hoặc cố gắng điều trị nhiễm trùng trực tiếp. Viêm màng não do ký sinh trùng có thể tự cải thiện mà không cần dùng kháng sinh, nhưng vẫn có trường hợp trầm trọng hơn.

Loại này được điều trị bằng cách điều trị nguyên nhân cơ bản trước tiên, chẳng hạn như nhiễm nấm hoặc vấn đề tự miễn dịch nhưviêm khớp dạng thấp.

Duy trì một lối sống lành mạnh  là rất quan trọng, đặc biệt nếu bạn có nguy cơ cao. Điều này bao gồm:

Nghỉ ngơi đầy đủ.

Khônghút thuốc.

Tránh tiếp xúc với người bệnh.

Rửa tay thường xuyên, đặc biệt nếu bạn làm việc trong môi trường chăm sóc sức khỏe.

Nếu bạn đã tiếp xúc gần gũi với một hoặc nhiều người bị nhiễm trùng não mô cầu do vi khuẩn, bác sĩ có thể kê cho bạn thuốc kháng sinh phòng ngừa. Điều này sẽ làm giảm cơ hội phát triển bệnh của bạn.

Tiêm chủng cũng có thể bảo vệ chống lại một số loại viêm màng não. Vắc-xin có thể ngăn ngừa viêm màng não bao gồm:

Vắc xin Haemophilus influenzae týp B (Hib).

Vắc-xin liên hợp phế cầu khuẩn.

Chủng ngừa viêm màng não cầu khuẩn.

Hy vọng bài viết trên đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin hữu ích vềviêm màng não. Khi bản thân hoặc người thân có triệu chứng của bệnh lý này, cần liên hệ y tế ngay để được thăm khám và điều trị.

Khi phát hiện người thân có dấu hiệu viêm màng não, bạn cần đưa họ đến bệnh viện để kiểm tra ngay lập tức.

Tuỳ theo nguyên nhân, bệnh được điều trị trong thời gian khác nhau.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-mang-nao-do-virus-co-nguy-hiem-khong/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân viêm màng não do virus

Các triệu chứng của viêm màng não do virus

Trẻ cần làm những xét nghiệm nào để chẩn đoán?

Điều trị viêm màng não do virus

Làm sao để ngăn ngừa viêm màng não do virus?

Viêm màng não do virus là tình trạng nhiễm trùng ở màng não và tủy sống. Bệnh thường ít nghiêm trọng hơn viêm màng não do vi khuẩn. Trong hầu hết trường hợp, trẻ đều tự khỏi mà không cần điều trị gì. Tuy nhiên, bất cứ khi nào trẻ có triệu chứng viêm màng não, bạn nên đưa trẻ đi khám Bác sĩ ngay. Bởi vì một vài trẻ có thể bị viêm màng não ở mức độ rất nghiêm trọng.

Viêm màng nãodo virus thường gặp phổ biến hơn do tác nhân vi khuẩn. Nhóm virus gây viêm màng não có thể là enterovirus. Đây là một trong những loại virus gây bệnh cảnh cảm lạnh, tay chân miệng và rất dễ lây lan. Nhất là vào những tháng mùa mưa. Ngoài ra, nguyên nhân có thể từ virus herpes, sởi, quai bị, cúm,…

Virus có thể vào cơ thể con bạn bằng nhiều cách. Trong đó con đường dễ lây lan nhất là từ không khí. Do trẻ tiếp xúc với dịch tiết ở đường hô hấp, sau khi ai đó ho hoặc hắt hơi. Ngoài ra, chúng có thể lây lan khi:

Bắt tay với người bị nhiễm bệnh.

Tiếp xúc với đồ vật mà người nhiễm bệnh đã chạm vào. Sau đó chạm vào mũi, miệng hoặc mắt của trẻ.

Dùng chung các vật dụng cá nhân như chén dĩa, ly, khăn tắm …

Tiếp xúc với chất thải của người bị nhiễm bệnh. Bằng cách không rửa tay sạch sẽ sau khi sử dụng nhà vệ sinh công cộng. Nhiều trường hợp có thể là do mẹ không vệ sinh tay sau khi thay tã cho trẻ bị nhiễm bệnh.

Trẻ nhỏ hơn 1 tháng tuổi hoặc hệ miễn dịch yếu sẽ dễ có nhiều khả năng bị viêm màng não do virus với mức độ nghiêm trọng hơn.

Có thể bạn quan tâm:

Viêm màng não do vi khuẩn là một bệnh lí nhiễm trùng ở các mô và dịch xung quanh não và tủy sống. Viêm màng não do vi khuẩn có thể nghiêm trọng đến mức đe dọa tính mạng của trẻ. Nếu trẻ được điều trị ngay lập tức sẽ có nhiều cơ hội phục hồi hoàn toàn. Trong một số trường hợp, nó có thể gây ra những biến chứng nặng nề như di chứng ở não, thậm chí tử vong. Cho nên, trong khi có những biện pháp để phòng tránh thì tại sao bạn đã bỏ lỡ, cùng tìm hiểu với bài viết:Viêm màng não do vi khuẩn: Phòng tránh bằng cách nào.

Các triệu chứng viêm màng não có thể khác nhau ở mỗi trẻ. Tùy thuộc vào độ tuổi của trẻ và nguyên nhân gây bệnh. Các triệu chứng đầu tiên có thể xuất hiện nhanh chóng trong vài giờ. Một vài trường hợp, chúng có thể bắt đầu vài ngày sau khi trẻ bị cảm lạnh, tiêu chảy, nôn ói hoặc các dấu hiệu nhiễm trùng khác.

Với trẻ sơ sinh, các triệu chứng thường không rõ ràng và đặc trưng. Thường là bỏ bú, ọc sữa, sốt cao, quấy khóc liên tục hay lừ đừ. Nghiêm trọng hơn, trẻ có thểco giật, tím tái.

Ở trẻ lớn, triệu chứng điển hình gồm có sốt nhẹ, đau đầu, cứng cổ. Cứng cổ là tình trạng trẻ không thể cúi đầu dễ dàng để cằm chạm vào ngực. Ngoài ra, có thể là mắt nhạy cảm hơn với ánh sáng, nôn ói, buồn ngủ, mệt mỏi. Nhưng tổng trạng trẻ vẫn không bị ảnh hưởng nhiều, trẻ vẫn tỉnh táo và sinh hoạt bình thường.

Hầu hết trẻ bị viêm màng não do virus ở mức độ nhẹ. Con bạn thường tự khỏi trong vòng 7 đến 10 ngày. Các triệu chứng trong giai đoạn đầu của viêm màng não do virus tương tự như các triệu chứng viêm màng não do vi khuẩn. Tuy nhiên, viêm màng não do vi khuẩn thường nghiêm trọng. Chúng có thể gây ra các biến chứng như tổn thương não hoặc ảnh hưởng đến phát triển của trẻ về sau.

Xem thêm:Những điều bạn cần biết về bệnh Viêm màng não ở trẻ em

Nếu nghi ngờ viêm màng não do virus, có thể con bạn làm một vài xét nghiệm cơ bản như công thức máu. Trong trường hợp cần loại trừ nguyên nhân do vi khuẩn, Bác sĩ sẽ đề nghị cho trẻ cần phảichọc dò tủy sống. Đây là phương pháplấy mẫu dịch trong tủy sống để xác định nguyên nhân và mức độ viêm màng não. Viêm màng não do vi khuẩn có thể diễn tiến rất nghiêm trọng. Vì vậy, nếu bạn nghi ngờ trẻ có triệu chứng bị viêm màng não, điều quan trọng là phải đưa trẻ đi khám Bác sĩ ngay.

Xem thêm:Viêm màng não và những câu hỏi khi gặp bác sĩ

Trong hầu hết các trường hợp, không có điều trị đặc hiệu cho viêm màng não do virus. Đa số những người bị viêm màng não do virus thường nhẹ. Theo diễn tiến thông thường, trẻ có thể hồi phục hoàn toàn sau 7 đến 10 ngày mà không cần điều trị. Hoặc trẻ chỉ cần hỗ trợ với thuốc giảm đau đầu hay hạ sốt. Thuốc kháng virus có thể cần thiết nếu trẻ bị viêm màng não do virus herpes và cúm. Thuốc kháng sinh không có tác dụng nếu trẻ bị viêm màng não do virus.

Chủng ngừa theo lịch có thể giúp ngăn ngừa viêm màng não do các tác nhân virus sởi, quai bị, bại liệt. Ngoài ra, trẻ cũng cần được tiêm ngừa thêm các vắc xin Hib, phế cầu, não mô cầu. Đó là những tác nhân gây viêm màng não do vi khuẩn, có thể để lại biến chứng cho trẻ.

Trẻ em và người lớn nên rửa tay thường xuyên. Đặc biệt là trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh. Khuyến khích trẻ ho hoặc hắt hơi vào khuỷu tay. Dạy con bạn bỏ khăn giấy vào thùng ngay khi chúng đã sử dụng và rửa tay sau đó.

Tránh tiếp xúc gần với người đang bị bệnh và không dùng chung các vật dụng cá nhân. Vệ sinh sạch sẽ và khử trùng bề mặt các đồ vật thường xuyên tiếp xúc. Tránh vết cắn của muỗi và các côn trùng khác mang mầm bệnh có thể lây nhiễm cho người.

Nếu con bạn có dấu hiệu viêm màng não, hãy đi khám ngay lập tức. Chỉ có bác sĩ mới có thể xác định xem liệu trẻ có bị viêm màng não hay nguyên nhân gây ra bệnh và cách điều trị nào là tốt nhất. Hầu hết trẻ có thể khỏe mạnh trở lại sau khi bị viêm màng não. Mặc dù có thể mất nhiều thời gian. Cho con bạn chủng ngừa là cách tốt nhất để giúp trẻ phòng ngừa viêm màng não.

Xem thêm:Viêm màng não mủ: Nguyên nhân, cách điều trị và chủng ngừa

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-mang-nao/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân của viêm màng não là gì?

Viêm màng não có lây không?

Triệu chứng viêm màng não do vi khuẩn

Chẩn đoán viêm màng não như thế nào?

Viêm màng não có thể điều trị hết không?

Chăm sóc trẻ tại nhà như thế nào để phòng tránh viêm màng não do vi khuẩn?

Viêm màng não do vi khuẩn là một bệnh lí nhiễm trùng ở các mô và dịch xung quanh não và tủy sống. Viêm màng não do vi khuẩn có thể nghiêm trọng đến mức đe dọa tính mạng của trẻ. Nếu trẻ được điều trị ngay lập tức sẽ có nhiều cơ hội phục hồi hoàn toàn. Trong một số trường hợp, nó có thể gây ra những biến chứng nặng nề như di chứng ở não, thậm chí tử vong.

Viêm màng não thường xảy ra sau một nhiễm trùng trong máu. Một hệ thống các lớp màng não (được gọi là hàng rào máu não) giúp bảo vệ não không bị nhiễm trùng. Vi khuẩn gây bệnh có thể từ máu. Hay những ổ nhiễm trùng gần đó như nhiễm trùng tai, nhiễm trùng mũi họng. Đôi khi, nhiễm trùng hàng rào máu não có thể xảy ra sau phẫu thuật ở não hay chấn thương đầu.

Một số trường hợp, viêm màng não do vi khuẩncó thể lây từ người sang người. Thường gặp là do tác nhân não mô cầu. Nguy cơ là khi trẻ đã tiếp xúc trong khoảng cách gần với người bị viêm màng não.  Hãy báo cho Bác sĩ điều trị cho trẻ trong vòng 24 giờ hoặc càng sớm càng tốt. Các vi khuẩn có thể lây lan khi trẻ tiếp xúc với dịch tiết của người bệnh. Thông qua đường hô hấp như ho, hắt hơi hoặc hôn. Nếu trẻ đã tiếp xúc gần với người bị viêm màng não, trẻ có thể cần thuốc kháng sinh để giảm nguy cơ mắc bệnh.

Yếu tố nguy cơ dẫn đến viêm màng não có tính lây lan cao bao gồm:

Người cao tuổi.

Những người sống trong các khu vực đông đúc, không đảm bảo vệ sinh như ký túc xá, nhà trọ…

Trẻ em dưới 5 tuổi.

Những người có suy giảm hệ thống miễn dịch và dễ nhiễm trùng. Như suy dinh dưỡng nặng, tiểu đường hoặc nhiễm HIV…

Viêm màng não do vi khuẩn có thể diễn tiến nặng trong thời gian ngắn hoặc kéo dài trong vài ngày. Các triệu chứng phổ biến nhất là sốt, đau đầu và cứng cổ. Cứng cổ là tình trạng trẻ không thể cúi đầu xuống để chạm cằm vào ngực. Ngoài ra, trẻ có thể đau khi cúi đầu. Ở trẻ nhỏ, khi cơ cổ chưa phát triển, có thể thấy thóp phía trước phồng nhẹ. Nếu con bạn có những triệu chứng này, điều rất quan trọng là trẻ phải được điều trị ngay lập tức.

Một vài triệu chứng khác có thể xuất hiện, bao gồm:

Nhạy cảm với ánh sáng: sợ hay chói mắt khi thấy ánh sáng.

Buồn nôn hoặc nôn.

Nhức mỏi cơ thể.

Những triệu chứng nặng có thể gây biến chứng tổn thương não như:

Phát ban với những đốm đỏ sẫm hoặc tím. Hình ảnh ban da đặc trưng do tác nhân não mô cầu.

Co giật.

Hôn mê, nói sảng.

Ở trẻ sơ sinh, các dấu hiệu của viêm màng não không phải lúc nào cũng rõ ràng. Bởi vì trẻ không có khả năng giao tiếp với bạn khi khó chịu. Vậy nên, người chăm sóc trực tiếp trẻ phải hết sức chú ý đến tình trạng chung của trẻ sơ sinh ở nhà. Một số triệu chứng cần theo dõi như quấy khóc liên tục, bỏ bú, ọc sữa, vàng da, hạ thân nhiệt, sốt, lừ đừ.

Nếu nghi ngờ trẻ bị viêm màng não do vi khuẩn, bác sĩ có thể cần thực hiện một số xét nghiệm như:

Chọc dò tủy sống: sử dụng kim nhỏ để lấy mẫu chất lỏng từ khu vực xung quanh tủy sống.

Xét nghiệm máu.

Chụp CT scan sọ não hoặc MRI nếu nghi ngờ có biến chứng nặng gây tổn thương não.

Trẻ cần phải được nhập viện và bắt đầu điều trị ngay với kháng sinh. Thời gian điều trị có thể từ 1 đến 3 tuần hoặc hơn tùy thuộc vào mức độ nặng của bệnh và đáp ứng của trẻ.

Một số tác nhân vi khuẩn hiện nay đã được khống chế bởi sự xuất hiện của vắc xin. Chủng ngừa đủ số lần với những tác nhân vi khuẩn đã có vắc xin từ lúc nhỏ sẽ giúp giảm nguy cơ mắc bệnh viêm màng não do vi khuẩn. Những vắc xin đó bao gồm Haemophilus influenzae loại b, phế cầu, não mô cầu.

Ngoài ra, để ngăn ngừa sự lây lan của viêm màng não do vi khuẩn, bạn cũng nên hướng dẫn trẻ một số nguyên tắc sau:

Dạy trẻ rửa tay đúng cách và đúng thời điểm. Rửa tay thường xuyên là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất. Đặc biệt là sau khi sử dụng nhà vệ sinh, ho, hắt hơi hoặc xì mũi. Con bạn cũng nên rửa tay trước khi ăn hoặc chạm vào mắt.

Nếu trẻ có nguy cơ nhiễm bệnh, không nên để trẻ đi học. Con bạn nên tránh tiếp xúc gần gũi với người khác.  Thông báo với Bác sĩ để được tư vấn liệu trẻ có cần uống thuốc hoặc tiêm ngừa để phòng bệnh.

Sử dụng các đồ vật cá nhân như ly hay khăn lau mặt riêng. Bạn có thể thay thế với ly giấy hoặc khăn giấy dùng một lần trong phòng tắm cho gia đình để hạn chế lây nhiễm.

Viêm màng não do vi khuẩncần được chẩn đoán kịp thời và điều trị tích cực. Với sự xuất hiện của một vài vắc xin, đã giúp bảo vệ trẻ tránh được những tác nhân vi khuẩn gây viêm màng não nghiêm trọng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-manh-trang-nguyen-nhan-trieu-chung-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Khái niệm về bệnh viêm manh tràng

Những triệu chứng của bệnh viêm manh tràng

Những nguyên nhân gây viêm nhiễm manh tràng

Dịch tễ học của bệnh viêm manh tràng

Sinh lý bệnh của bệnh viêm nhiễm manh tràng

Chẩn đoán và đánh giá

Điều trị viêm nhiễm manh tràng như thế nào?

Chẩn đoán phân biệt

Các biến chứng của bệnh lý viêm nhiễm manh tràng

10. Tiên lượng

Viêm manh tràng là một trong những bệnh lý viêm nhiễm ở đường ruột. Bệnh viêm nhiễm ở vị trí này không phải hiếm gặp. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh có thể gây ra nhiều biến chứng phức tạp. Đồng thời ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Vậy thì viêm nhiễm manh tràng có triệu chứng gì? Nguyên nhân và cách điều trị ra sao? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên.

Viêm manh tràng là tình trạng viêm hoại tử của manh tràng. Theo tiếng Hy Lạp, “Manh tràng” có nghĩa là là “Typhlon”. Bệnh này thường được tìm thấy ở bệnh nhân Leukemic đang hóa trị. Manh tràng chính là phần đầu tiên của ruột già (đại tràng). Nó nối phần cuối của ruột non với đại tràng lên.

Đây là một tình trạng bệnh khá nặng, thường ảnh hưởng đến những người có hệ thống miễn dịch suy yếu. Họ không thể chống lại nhiễm trùng như những người có hệ thống miễn dịch khỏe mạnh. Viêm nhiễm manh tràng còn có thể được gọi là viêm ruột giảm bạch cầu. Hay viêm đại tràng hoại tử, hội chứng hồi tràng.

Tình trạng manh tràng bị viêm hầu hết ảnh hưởng đến những người nhận các loại thuốc hóa trị rất chuyên sâu để điều trị ung thư. Nguyên nhân chính xác của bệnh viêm nhiễm manh tràng chưa được hiểu hoàn toàn. Tuy nhiên, tình trạng này thường xảy ra khi ruột bị tổn thương, thường là tác dụng phụ của điều trị hóa trị.

Tổn thương đường ruột cùng với hệ thống miễn dịch suy yếu của con người khiến họ dễ bị nhiễm trùng nghiêm trọng hơn. Những bệnh nhiễm trùng này có thể gây ra nhiều biến chứng rất phức tạp. Thậm chí có thể dẫn đến tử vong.

Các dấu hiệu và triệu chứng của viêm nhiễm manh tràng tương tự như khi bị nhiễm trùng đường ruột nặng. Chúng thường xuất hiện đột ngột và bao gồm:

Buồn nôn.

Nôn mửa.

Ớn lạnh.

Sốt cao.

Tiêu chảy.

Đau dạ dày.

Đầy hơi.

Đau bụng vùng hố chậu phải.

Các nhà nghiên cứu tin rằng viêm nhiễm manh tràng xảy ra khi lớp niêm mạc của ruột bị tổn thương. Tổn thương này thường do một loại thuốc hóa trị gây ra. Người ta cho rằng hầu hết các trường hợp manh tràng bị viêm là do việc sử dụng nhiều loại thuốc điều trị ung thư.

Manh tràng bị tổn thương sau đó sẽ bị vi khuẩn cơ hội hoặc nấm xâm nhập. Thông thường, hệ thống miễn dịch của một người sẽ phản ứng với sự xâm nhập này và tiêu diệt vi sinh vật. Tuy nhiên, những người bị suy giảm miễn dịch sẽ không thể chống lại nhiễm trùng.

Viêm manh tràng được tìm thấy phổ biến nhất ở những người mắc các bệnh lý sau:

Bệnh bạch cầu (phổ biến nhất), một bệnh ung thư tế bào máu.

Ung thư hạch, một nhóm ung thư bắt đầu trong các tế bào của hệ thống miễn dịch.

Đa u tủy, một loại ung thư ảnh hưởng đến các tế bào plasma được tìm thấy trong tủy xương.

Thiếu máu bất sản, một dạng thiếu máu mà tủy xương ngừng tạo ra các tế bào máu.

Hội chứng Myelodysplastic, một nhóm các rối loạn gây ra giảm lượng tế bào hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu.

HIV – AIDS, những người bị suy giảm miễn dịch do virus HIV.

Viêm nhiễm manh tràng cũng được tìm thấy ở những người đã được cấy ghép nội tạng hoặc ghép tủy.

Tỷ lệ mắc bệnh viêm nhiễm manh tràng khác nhau giữa các nghiên cứu. Một đánh giá toàn diện do Gorschluter và cộng sự thực hiện. Kết quả: Tỷ lệ mắc bệnh từ 21 nghiên cứu là 5,3% ở những bệnh nhân nhập viện vì khối u ác tính. Đồng thời có hóa trị liều cao cho các khối u rắn, hoặc thiếu máu bất sản.

Tham khảo thêm:U mô đệm đường tiêu hóa (GIST): Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị

Một nghiên cứu đơn thuần khác cho thấy bệnh xuất hiện ở 3,5% trong số 317 bệnh nhân giảm bạch cầu trung tính nặng. Tỷ lệ mắc bệnh đã tăng lên khi sử dụng nhiều hóa trị liệu chuyên sâu. Đặc biệt là những tác nhân gây viêm niêm mạc và các đơn vị phân loại.

Viêm nhiễm manh tràng lần đầu tiên được mô tả ở những bệnh nhân có khối u ác tính huyết học, chủ yếu là bệnh bạch cầu cấp dòng tủy. Bệnh nhân có khối u ác tính huyết học nói chung có nguy cơ phát triển viêm nhiễm manh tràng cao hơn. Nởi do bệnh ác tính cơ bản của họ nhưng cũng do các phác đồ hóa trị của họ.

Tuy nhiên, viêm nhiễm manh tràng cũng được báo cáo xảy ra ở những bệnh nhân mắc hội chứng loạn sản tủy. Hoặc các khối u ác tính ở thể rắn. Đồng thời là những bệnh nhân có tình trạng tự miễn dịch khi dùng thuốc ức chế hệ miễn dịch. Những đối tượng này có nguy cơ cao bịviêm manh tràng.

Bệnh viêm ở manh tràng hiện vẫn chưa hoàn toàn rõ ràng và có khả năng thứ phát do nhiều nguyên nhân cơ bản. Một trong những cơ chế là tiếp xúc với thuốc gây độc tế bào làm phá vỡ hàng rào niêm mạc. Nó cho phép vi khuẩn di chuyển khỏi ruột.

Cơ chế này được hỗ trợ từ các phát hiện mô học về phù nề thành ruột, các mạch máu bị căng và sự phá vỡ bề mặt niêm mạc. Ruột dày và sưng lên với các vùng bị loét và xuất huyết đã có mặt khi đánh giá phẫu thuật và khám nghiệm tử thi.

Giảm bạch cầu trung tính sẽ làm trầm trọng thêm rủi ro, gây giảm khả năng miễn dịch. Nguyên nhân là do không kiểm soát được sự chuyển dịch qua màng não của các mầm bệnh. Cũng có những lo ngại rằng sự xâm lấn trực tiếp vào thành kẽ bởi các tế bào ác tính có thể góp phần gây ra bệnh.

Thông thường, những bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnhviêm manh tràngđược chụp cắt lớp vi tính (CT) vùng bụng của họ. Các phát hiện trên CT thường bao gồm dày thành ruột, thắt mạc treo, giãn ruột và tràn khí. Siêu âm cũng là một lựa chọn, mặc dù độ nhạy có thể thay đổi trong các nghiên cứu khác nhau.

Một nghiên cứu được thực hiện bởi Tamburrini et al. cho thấy rằng siêu âm có thể so sánh với chụp CT. Các phát hiện đặc trưng của siêu âm bao gồm dày thành chu vi với lớp dưới niêm mạc chiếm ưu thế. Hơn nữa, một nghiên cứu đã được thực hiện bởi Pugliese N và cộng sự. Các bệnh nhân được bắt đầu điều trị viêm nhiễm manh tràng dựa trên những phát hiện của siêu âm.

Viêm nhiễm manh tràng là một cấp cứu y tế và cần được điều trị ngay lập tức. Các bác sĩ vẫn chưa xác định được cách tốt nhất để kiểm soát bệnh viêm nhiễm manh tràng này.

Hiện tại, việc điều trị bao gồm tiêm kháng sinh đường tĩnh mạch. Kết hợp với chăm sóc hỗ trợ chung (như truyền dịch tĩnh mạch và giảm đau). Đồng thời cho ruột nghỉ ngơi. Có nghĩa là người bệnh không được phép ăn hoặc uống bất cứ thứ gì.

Thay vào đó, người bệnh sẽ nhận chất lỏng và chất dinh dưỡng qua một ống nối với tĩnh mạch. Một ống hút cũng có thể được đặt qua mũi vào dạ dày để giúp dạ dày không tiết ra dịch tiêu hóa.

Có thể cần phẫu thuật khẩn cấp để điều trị các biến chứng. Chẳng hạn như xuất huyết và thủng ruột. Tuy nhiên, phẫu thuật ở những người bị giảm bạch cầu có thể rất rủi ro và có thể bị trì hoãn. Nếu có thể, cho đến khi tình trạng giảm bạch cầu đã được cải thiện.

Những tiêu chí được đề xuất cho điều trị ngoại khoa bao gồm:

Việc xuất huyết tiêu hóa kéo dài. Mặc dù đã điều chỉnh được rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu và giảm bạch cầu trung tính.

Không khí tự do trong khoang phúc mạc là dấu hiệu của thủng ruột;

Bệnh nhân ngày càng suy yếu vể mặt lâm sàng, mặc dù được quản lý y tế tối ưu.

Sự đi kèm của các chỉ định phẫu thuật khác, chẳng hạn như viêm ruột thừa.

Nói chung, điều trị phẫu thuật thường được tránh do lo ngại về chảy máu, tăng nguy cơ nhiễm trùng và vết thương kém lành. Tuy nhiên, một phân tích siêu âm đã được thực hiện. Cho thấy rằng điều trị phẫu thuật không gây ra nguy cơ vượt quá so với điều trị bảo tồn.

Xem thêm:Nhận biết sớm dấu hiệu viêm ruột thừa

Nếu bệnhviêm manh tràngdo một loại hóa trị cụ thể gây ra. Do đó, các đợt hóa trị liệu sau này có thể yêu cầu thay đổi một loại thuốc khác. Truyền tiểu cầu nên được thực hiện nếu giảm tiểu cầu xảy ra nghiêm trọng hoặc nếu xuất hiện chảy máu.

Bất kỳ rối loạn đông máu nào cũng cần được điều chỉnh. Cho đến nay vẫn chưa có thử nghiệm nào để đánh giá các phác đồ điều trị khác nhau. Hướng dẫn điều trị kháng sinh phải tùy theo mức độ tiếp xúc với kháng sinh của bệnh nhân, nhiễm khuẩn huyết và mô hình đề kháng cục bộ.

Tham khảo thêm bài viết cùng chủ đề:Trào ngược dịch mật có phải là trào ngược dạ dày thực quản?

Bệnh nhân nên được sử dụng một loại thuốc kháng sinh phổ rộng bao gồm các vi sinh vật gram âm và kỵ khí. Bởi vì chúng là những sinh vật phổ biến nhất gây raviêm manh tràng. Liệu pháp đơn trị với Piperacillin – Tazobactam, Carbapenem, hoặc Cephalosporin với Metronidazole có thể bắt đầu theo kinh nghiệm.

Chẩn đoán phân biệt bao gồm nhiễm trùng Clostridium difficile, vì vậy tình trạng này cần được loại trừ. Ngoài ra, biểu hiện lâm sàng tương tự như viêm ruột thừa cấp tính, có thể phân biệt với viêm nhiễm manh tràng bằng hình ảnh.

Các tình trạng khác có thể gây viêm đại tràng và chảy máu ruột bao gồm:

Viêm đại tràng do Cytomegalovirus.

Sự thải ghép ở những bênh nhân ghép tạng.

Nhiễm Norovirus.

Bệnh viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ.

Tình trạng viêm có thể lan sang các phần khác của ruột. Nếu nguồn cung cấp máu đến ruột bị cắt vì sưng tấy và tổn thương, các mô có thể chết (hoại tử). Các biến chứng khác bao gồm:

Thủng ruột: Khi một lỗ hình thành trên toàn bộ đường ruột.

Viêm phúc mạc: viêm mô lót trong khoang bụng.

Chảy máu ruột (xuất huyết): Chảy máu vào bên trong ruột.

Tắc ruột: Khi ruột bị tắc một phần hoặc toàn bộ.

Áp xe trong ổ bụng: Một túi mô bị viêm chứa đầy mủ do nhiễm trùng xâm nhập vào ổ bụng.

Nhiễm trùng huyết đe dọa tính mạng.

Tử vong (biến chứng nặng nhất).

Tiên lượng cho bệnh viêm manh tràng nói chung là rất xấu. Một tài liệu nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong có thể lên tới 50% ở những người bị viêm ở manh tràng. Những người có khả năng phục hồi nhanh hơn do số lượng bạch cầu thấp có xu hướng có kết quả tốt hơn. Mặc dù không phổ biến nhưng bệnh lý này có thể tái phát ngay cả sau khi điều trị.

Vì vậy, đối với bệnhviêm manh tràng, cần chẩn đoán sớm và điều trị tích cực. Mục đích là để có kết quả tốt, hạn chế những biến chứng có thể xảy ra. Với những tiến bộ trong nền y học hiện đại, chúng ta kỳ vọng sẽ cải thiện kết quả điều trị viêm nhiễm manh tràng trong tương lai.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-mang-phoi/

Nội dung bài viết

Tổng quan về viêm màng phổi

Nguyên nhân gây viêm màng phổi

Bệnh có biểu hiện như thế nào?

Các phương pháp chẩn đoán

Cách điều trị viêm màng phổi

Viêm màng phổi là thuật ngữ chỉ bệnh lý hô hấp không còn xa lại. Nhưng vẫn còn khá nhiều người đọc có thể chưa rõ về bệnh lý này. Vậy, viêm màng phổi là bệnh gì? Nguyên nhân nào gây ra viêm màng phổi? Bệnh có triệu chứng ra sao? Bệnh chữa trị như thế nào? Cùng tìm hiểu những vấn đề trên thông qua bài viết sau của Bác sĩ Phan Thị Hoàng Yến nhé!

Màng phổi là một lớp màng mỏng bao gồm 2 lớp: một lớp ngoài nằm dưới thành ngực và một lớp trong bao phủlá phổi. Giữa hai lớp có một khoang nhỏ gọi là khoang màng phổi, bên trong có chứa một ít dịch để bôi trơn. Bình thường, 2 lớp màng di chuyển trượt dễ dàng lên nhau giúp phổi co giãn tốt khi hít thở.

Khi bị viêm màng phổi, các lá màng này bị sưng, viêm và dễ kích thích. Do vậy, khi hít thở hoặc ho làm cho 2 lá màng phổi cọ xát vào nhau gây ra những cơn đau nhói ở ngực.1Đôi khi, phản ứng viêm thúc đẩy sự tích tụ dịch nhiều hơn trong khoang màng phổi, được gọi làtràn dịch màng phổi.2

Có nhiều căn nguyên đa dạng gây ra viêm màng phổi bao gồm:1

Nhiễm virus (cảm, cúm mùa).

Nhiễm khuẩn.

Nhiễm nấm.

Chấn thương ngực, tràn khí màng phổi.

Huyết khối ở phổi – thuyên tắc phổi.

Bệnh lý tự miễn (lupus,viêm khớp).

Bệnh lý khác (ung thư,suy tim,nhồi máu cơ tim, bệnh gan, hồng cầu hình liềm).

Khi bạn hút thuốc lá sẽ làm tăng khả năng bị bệnh viêm màng phổi.

Cơn đau ngực kiểu màng phổi điển hình:1

Sốt.

Giảm đau hoặc hết đau khi ngừng thở, nghỉ ngơi.

Ho, thường là ho khan nhưng khi bị viêm phổi – màng phổi có thể ho có đàm.

Các biểu hiện nặng như: khó thở nhiều, đau ngực nhiều, vã mồ hôi,… cần đến phòng cấp cứu ngay lập tức.

Thỉnh thoảng, dịch viêm bị tích tụ nhiều trong khoang màng phổi gây tràn dịch màng phổi. Người bệnh cũng có triệu chứng tương tự nhưng đau ngực sẽ giảm hơn, và ngược lại khó thở nhiều hơn. Lượng dịch tập trung nhiều khiến cho phổi khó dãn nở khi hít thở. Hậu quả là phổi sẽ không cung cấp đủ oxy nuôi cơ thể. Khi đó, bạn có thể phải đến bệnh viện để lấy bớt dịch ra ngoài.

Sau khi hỏi bệnh sử, tiền sử và thực hiện thăm khám bao gồm nghe phổi của bạn. Để xác định bạn bị viêm màng phổi và tìm ra nguyên nhân, bác sĩ sẽ chỉ định các xét nghiệm sau:1

Xét nghiệm máu: cho biết bạn có bị nhiễm trùng hay không. Một số xét nghiệm sinh hóa có thể giúp phát hiện bệnh tự miễn. Bao gồm:viêm khớp dạng thấp, hay lupus là căn nguyên của viêm màng phổi.

X – quang ngực: có thể cho biết hình ảnh tổng quan của phổi và trong khoang màng phổi tích tụ dịch hay khí không.

Chụp cắt lớp vi tính (CT-scan): hiển thị hình ảnh chi tiết hơn so với X – quang ngực, cho thấy các bệnh lý màng phổi rõ ràng và có thể phát hiện huyết khối trong phổi.

Siêu âm: Phương pháp này sử dụng sóng âm thanh tần số cao để tạo ra hình ảnh chính xác của cấu trúc bên trong cơ thể của bạn. Siêu âm được sử dụng để xác định xem có tràn dịch màng phổi không.

Điện tâm đồ (ECG hoặc EKG): Bác sĩ có thể theo dõi nhịp tim , và kiểm tra các nguyên nhân về tim mạch có thể gây ra đau ngực.

Trong một số trường hợp, bác sĩ sẽ lấy dịch và mô từ khoang màng phổi để làm xét nghiệm:1

Chọc dịch màng phổi. Trong kỹ thuật này, dưới hướng dẫn của siêu âm, bác sĩ sẽ đánh dấu vị trí có tích tụ dịch sau đó sẽ gây tê tại chỗ thành ngực. Tiếp theo, sẽ đưa kim xuyên thành ngực vào khoang màng phổi để lấy chất lỏng trong khoang làm xét nghiệm. Việc này còn có tác dụng giải áp giúp bạn thở tốt hơn.

Nội soi lồng ngực qua màng phổi. Nếu nghi ngờ lao hoặc ung thư là nguyên nhân gây ra bệnh viêm màng phổi, bác sĩ có thể thực hiện nội soi lồng ngực qua màng phổi. Khi đó, một camera nhỏ được đưa vào qua một vết mổ nhỏ trên thành ngực. Thủ thuật này cho phép quan sát trực tiếp trong phổi để tìm kiếm hình ảnh bất thường hoặc lấy mẫu mô phân tích (sinh thiết).

Việc điều trị tập trung chủ yếu căn nguyên bệnh lý nền và giảm đau. Nếu nguyên nhân gây bệnh là do vi khuẩn, kháng sinh sẽ được chỉ định để kiểm soát nhiễm trùng. Còn nguyên nhân là do virus, viêm màng phổi có thể tự khỏi.1

Đau và viêm liên quan đến viêm màng phổi thường được điều trị bằngthuốc chống viêm không steroid (NSAID), chẳng hạn nhưibuprofen. Một vài trường hợp, bác sĩ có thể kêcorticosteroidnếu không đáp ứng với NSAID. Tràn dịch màng phổi lượng trung bình đến nhiều có thể gây khó thở. Khi đó, chọc dò màng phổi lấy bớt dịch ra sẽ giúp bạn cảm thấy dễ thở hơn.1

Tiên lượng điều trị viêm màng phổi phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh lý nền. Đa số tình trạng viêm màng phổi sẽ phục hồi nếu được chẩn đoán và điều trị sớm.1

Viêm màng phổicó thể chữa khỏi hoàn toàn. Tùy theo từng căn nguyên cụ thể mà có mức độ từ nhẹ đến nặng. Khi có dấu hiệu nghi ngờ viêm màng phổi, bạn nên sớm đi khám các bác sĩ chuyên khoa hô hấp để được thăm khám. Cần tuân theo chỉ định điều trị của bác sĩ và thực hiện các biện pháp hỗ trợ để bệnh nhanh chóng phục hồi.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-mi-mat-nguyen-nhan-trieu-chung-va-cach-dieu-tri-benh/

Nội dung bài viết

Tổng quan về bệnh viêm mí mắt

Những triệu chứng của bệnh viêm mí mắt

Nguyên nhân của tình trạng viêm bờ mi

Những vấn đề sức khỏe khác có thể xảy ra khi người bệnh bị viêm bờ mi

Chẩn đoán viêm mí mắt như thế nào?

Điều trị bệnh viêm bờ mi như thế nào?

Phòng bệnh

Viêm mí mắt là một trong những bệnh khá thường gặp ở mắt. Bệnh lý này khiến cho mí mắt đỏ, sưng và ngứa. Tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng bệnh lý này có thể ảnh hưởng đến tầm nhìn. Đồng thời, sự khó chịu do bệnh cũng ảnh hưởng đến cuộc sống, công việc hàng ngày. Vậy thì mí mắt bị viêm là do đâu? Triệu chứng như thế nào và cách điều trị ra sao? Tất cả sẽ được giải đáp qua bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Lâm Giang.

Mí mắt là các nếp gấp của da che mắt và bảo vệ đôi mắt khỏi các dị vật, bụi bặm và tổn thương. Mí mắt của con người có hàng mi với các nang lông ngắn và cong ở rìa mi. Các nang này chứa các tuyến dầu. Các tuyến dầu này đôi khi có thể bị tắc nghẽn hoặc bị kích thích. Từ đò có thể gây ra một số bất thường ở mí mắt. Một trong những rối loạn này được gọi làviêm mí mắt, hoặc viêm bờ mi.

Viêm bờ mi thường ảnh hưởng đến cả hai mắt dọc theo các cạnh của mí mắt. Viêm bờ mi thường xảy ra khi các tuyến dầu nhỏ gần chân lông mi bị tắc nghẽn, gây kích ứng và mẩn đỏ. Một số bệnh và tình trạng cơ thể có thể gây ra viêm bờ mi.

Viêm bờ mi có thể xảy ra một tình trạng mãn tính khó điều trị. Đồng thời, bệnh lý này thường làm cho người bệnh khó chịu và gây mất thẩm mỹ. Tuy nhiên, nó thường không gây ra tổn thương vĩnh viễn cho thị lực của người bệnh và cũng rất hiếm khi lây nhiễm.

Có 2 loại viêm bờ mi. Bạn có thể bị 1 loại viêm bờ mi, hoặc bạn cũng có thể bị cả hai loại cùng một lúc.

Viêm bờ mi trước ảnh hưởng đến bên ngoài mắt của bạn, nơi lông mi gắn vào mí mắt của bạn. Nó thường xảy ra do vi khuẩn trên da hoặc gàu từ da đầu hoặc lông mày của bạn. Tình trạng dị ứng hoặc ký sinh trùng nhỏ cũng có thể gây ra viêm bờ mi trước. Tuy nhiên, trường hợp này rất hiếm.

Viêm bờ mi sau ảnh hưởng đến bên ngoài mép trong của mí mắt – phần tiếp xúc với mắt của bạn. Loại viêm bờ mi này xảy ra khi các tuyến dầu ở mí mắt của bạn bị tắc nghẽn. Các tình trạng da thông thường như bệnh trứng cá và gàu da đầu có thể gây ra viêm bờ mi sau.

Cảm giác như có gì đó trong mắt bạn (cộm mắt).

Nóng hoặc cay mắt.

Chảy nước mắt.

Ngứa mắt.

Nhạy cảm với ánh sáng (sợ ánh sáng).

Mắt hoặc mí mắt sưng và đỏ.

Nước mắt có bọt hoặc có bọt nhỏ trong đó.

Mắt bị khô.

Mí mắt hoặc lông mi sần sùi khi bạn thức dậy.

Mờ mắt.

Lông mi rụng.

Lông mi mọc sai hướng.

Sưng viêm các bộ phận khác của mắt, chẳng như kết mạc, giác mạc.

Không phải lúc nào cũng có thể xác định chính xác nguyên nhân gây viêm mí mắt. Tuy nhiên, các yếu tố khác nhau có thể làm tăng nguy cơ bị viêm bờ mi. Ví dụ, bạn có thể có nguy cơ cao hơn nếu bạn cũng có gàu trên da đầu hoặc lông mày. Tình trạng phản ứng dị ứng với đồ trang điểm hoặc các sản phẩm mỹ phẩm khác mà bạn thoa quanh mắt. Đây cũng là một nguyên nhân gây viêm bờ mi.

Tuy nhiên, đó không phải là những nguyên nhân duy nhất có thể xảy ra. Các nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ khác củaviêm mí mắtbao gồm:

Có ký sinh trùng ở lông mi.

Nhiễm vi khuẩn, virus.

Tác dụng phụ của thuốc.

Các vấn đề về hormon (rối loạn nội tiết tố).

Một tuyến dầu ở mí mắt bị tắc nghẽn.

Các tình trạng da như viêm da tiết bã nhờn, bệnh trứng cá đỏ và bệnh chàm.

Bệnh khô mắt.

Viêm bờ mi có thể dẫn đến các vấn đề về mắt khác, bao gồm:

Lẹo mắt. Lẹo mắt là một vết sưng đỏ, đau trên mí mắt do tuyến dầu bị tắc nghẽn.

Chắp. Đây là một cục cứng, không đau trên mí mắt do tuyến dầu bị tắc nghẽn. Thông thường, tình trạng này xảy ra khi bạn bị lẹo mắt không biến mất. Nó có thể làm cho mí mắt của bạn sưng và đỏ. Chắp thường sẽ tự biến mất.

Khô mắt. Dầu và vảy có thể tích tụ trong phim nước mắt của bạn (một lớp nước mắt mỏng trên bề mặt mắt). Điều này có thể khiến mắt bạn bị khô. Hoặc đôi mắt của bạn có thể chảy nước mắt vì nước mắt của bạn hoạt động không chính xác.

Tổn thương giác mạc. Trong một số trường hợp nghiêm trọng, viêm bờ mi có thể làm tổn thương giác mạc của bạn (lớp ngoài cùng ở phía trước mắt). Điều này có thể xảy ra do mí mắt của bạn bị sưng hoặc kích ứng hoặc mi mắt mọc sai hướng.

Đau mắt đỏ mãn tính (dài hạn). Viêm bờ mi có thể làm cho phần củng mạc (lòng trắng) của mắt bạn lúc nào cũng đỏ.

Các bác sĩ chuyên khoa mắt sẽ hỏi về các triệu chứng của người bệnh. Họ cũng sẽ có thể:

Quan sát kỹ mí mắt, lông mi và cấu trúc của da.

Sử dụng thiết bị kính soi mắt (dụng cụ phóng đại chuyên dụng) để xem các rìa mí mắt của bạn và các lỗ mở của các tuyến ở đó.

Kiểm tra xem mắt bạn có tiết đủ nước mắt không.

Nếu có các triệu chứng nhiễm trùng, bác sĩ sẽ ngoáy mắt và lấy mẫu chất lỏng rỉ ra từ mắt bạn. Mẫu này sau đó được kiểm tra dưới kính hiển vi.

Không có cách nào chữa khỏi hoàn toàn bệnh bệnh viêm bờ mi. Nhưng bạn có thể kiểm soát và điều trị bệnh lý này bằng cách chăm sóc mí mắt của mình.

Chườm ấm có thể giúp làm mềm lớp vỏ và làm trôi các mảnh vụn dầu. Làm theo các bước sau:

Làm ướt một chiếc khăn sạch trong nước ấm (không nóng).

Vắt nó ra và đắp lên mí mắt đã nhắm của bạn trong 5 phút.

Làm ướt lại khi cần thiết để giữ ấm.

Việc giữ mí mắt sạch sẽ cũng giúp làm giảm các nguy cơviêm mí mắt. Những bước thực hiện bao gồm:

Pha dung dịch gồm một nửa dầu gội dành cho trẻ em và một nửa nước. Đặt một miếng vải sạch lên ngón trỏ và nhúng vào hỗn hợp.

Nhắm một mắt. Nhẹ nhàng chà khăn lên lông mi và mép mi trong khoảng 30 giây để làm trôi dầu tắc. Áp nhẹ dọc theo lông mi của bạn để loại bỏ các chất dầu bị tắc nghẽn từ các tuyến sau lông mi của bạn.

Rửa kỹ bằng khăn sạch, ấm và ướt. Lau khô. Sau đó, làm cho mắt còn lại.

Xem thêm:Đỏ mắt do đâu? Có thực sự nguy hiểm?

Nước mắt nhân tạo.

Thuốc kháng sinh, dưới dạng thuốc mỡ, thuốc nhỏ hoặc thuốc xịt cho mắt của bạn, hoặc thuốc viên dạng uống.

Thuốc kháng vi rút.

Nút bịt kín ống dẫn nước mắt của bạn để giữ nhiều nước mắt hơn.

Các loại thuốc khác, chẳng hạn như glucocorticoid hoặc cyclosporin.

Các nhà nghiên cứu vẫn đang nghiên cứu các phương pháp điều trị khác liên quan đến ánh sáng xung hoặc nhiệt.

Một vài thay đổi lối sống có thể giúp ngăn ngừa bệnh viêm bờ mi.

Giữ cho mí mắt của bạn sạch sẽ.

Tẩy trang mắt trước khi đi ngủ.

Không sử dụng bút kẻ mắt ở viền sau của mí mắt, sau hàng mi.

Nếu bạn đang trong giai đoạn đầu điều trị viêm bờ mi, hãy ngăn ngừa kích ứng thêm bằng cách không trang điểm.

Khi bạn bắt đầu sử dụng lại, hãy thay thế các sản phẩm bạn sử dụng trong hoặc gần mí mắt. Chúng có thể bị ô nhiễm.

Nói tóm lại,bệnh viêm mí mắtkhông phải là một bệnh lý nguy hiểm. Tuy nhiên, nó có thể gây ra nhiều biến chứng phức tạp. Đồng thời ảnh hưởng đến công việc, cuộc sống. Chính vì vậy, khi phát hiện bất cứ điều gì không bình thường ở mí mắt, bạn nên đi khám ngay. Mục đích là để các bạn sĩ chẩn đoán và điều trị kịp thời, tránh các biến chứng có thể xảy ra.

Xem thêm:Glaucoma: Bệnh cườm nước và những điều cần biết

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-mui-di-ung-nguyen-nhan-bien-chung-phong-ngua-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Viêm mũi dị ứng là gì?

Bệnh viêm mũi dị ứng có triệu chứng bệnh như thế nào?

Phân loại viêm mũi dị ứng?

Khi bị viêm mũi dị ứng thì cần điều trị ra sao?

Biến chứng của bệnh khi không điều trị đúng cách

Có cách nào để phòng bệnh hay không?

Liên tục hắt hơi, sụt sịt mũi khi lại gần thú cưng, tiếp xúc với bụi, phấn hoa, mùi đồ nướng hoặc không khí lạnh… là tình trạng thường gặp của nhiều người. Tình trạng viêm mũi dị ứng có thể xảy ra ở bất cứ độ tuổi nào. Nếu không điều trị dứt điểm thì có thể gây các biến chứng nguy hiểm. Hiểu về bệnh viêm mũi dị ứng và chủ động phòng tránh bệnh là một cách tự bảo vệ bản thân khỏi những phiền toái mà căn bệnh này mang lại.

Cơ thể chúng ta được bảo vệ bởi nhiều hệ thống, trong đó có hệ miễn dịch. Nó có nhiệm vụ chống lại các tác nhân từ bên ngoài xâm nhập vào cơ thể. Quá trình này đồng thời phóng thích các chất gây viêm. Chúng gây ra các triệu chứng bất thường báo hiệu cho cơ thể biết có tác nhân lạ xâm nhập.

Nếu các tác nhân tiếp xúc với cơ thể bằng đường hít thở sẽ làm kích ứng mũi gây viêm.Không phải ai cũng mắc bệnh viêm mũi dị ứng mà còn tùy theo cơ địa và đường tiếp xúc. Bệnh thường xuất hiện ở những người có cơ địa dị ứng với các nguyên nhân thường gặp như: khói bụi, nấm mốc, phấn hoa, lông thú nuôi hay thức ăn,… Nguy cơ bị viêm mũi dị ứng cao hơn ở những người bị hen phế quản, eczema và những người có tiền sử gia đình bị hen hay viêm mũi dị ứng.

Sau khi tiếp xúc với dị nguyên, triệu chứng đầu tiên là hắt hơi. Bệnh nhân sẽ đột ngột hắt hơi liên tục và không dừng lại được. Tiếp theo sẽ xuất hiện các triệu chứng như ngứa ở mũi, chảy nước mũi, nghẹt mũi, mất khướu giác, đau đầu,… Ngoài ra còn có các biểu hiện ở họng, tai.

Có ba loại viêm mũi dị ứng là viêm mũi dị ứng quanh năm, viêm mũi dị ứng theo mùa và viêm mũi dị ứng nghề nghiệp.

Viêm quanh năm thường do dị ứng mạt bụi, bọ chét gia sút hoặc bào tử nấm mốc những dị nguyên thường ở trong không khí. Tần suất hắt hơi sẽ giảm dần, chủ yếu là ngạt mũi, niêm nhạt và phù nề.

Viêm theo mùa thường xảy ra vào mùa xuân mùa hoa nở, có nhiều phấn hoa. Bệnh xuất hiện cùng một thời điểm vào các năm tiếp theo. Các dị nguyên thường là phấn hoa, nấm mốc. Ban đầu bệnh nhân sẽ cảm thấy khô họng, ngứa mũi, mắt và ống tai. Sau đó bắt đầu hắt hơi, ngạt mũi, chảy nước mắt, nước mũi,… Một đợt dị ứng thường kéo dài khoảng 5 đến 15 ngày.

Viêm mũi nghề nghiệp: do người bệnh tiếp xúc với các dị nguyên trong môi trường làm việc như hóa chất, khói bụi,…

Viêm mũi dị ứng nếu không điều trị đúng cách mà để kéo dài có thể gặp các biến chứng như viêm tai giữa, viêm xoang, ho mạn tính, đau đầu,…

Điều đầu tiên cần thực hiện là biết mình dị ứng với tác nhân gì? Và cần tránh tiếp xúc với tác nhân đó càng ít càng tốt. Tiếp theo nếu đang trong đợt viêm mũi dị ứng thì có thể sử dụng các thuốc điều trị như nhóm thuốc kháng histamin nhưclorpheniramin,cetirizin,fexofenadin,loratadin… Lưu ý rằng một số thuốc kháng histamin có thể gây buồn ngủ.

Bạn hãy hỏi dược sĩ trước khi sử dụng nếu không muốn rơi vào trạng thái lơ mơ trong những ngày làm việc. Các trường hợp nặng có thể kèm theo hen phế quản thì nên sử dụng thêm nhóm thuốc kháng leucotrien hoặc corticoid. Cần tham khảo ý kiến các bác sĩ để tránh các tác dụng phụ không mong muốn đặc biệt là của thuốc corticoid (prednisolon, methylprednisolon…).

Người bệnh cũng không được tự ý ra nhà thuốc mua kháng sinh khi chưa được bác sĩ chỉ định. Vì với các loại viêm mũi do dị ứng thì kháng sinh là không cần thiết, còn có thể gây lờn thuốc/kháng thuốc về sau. Trừ phi tình trạng viêm mũi có nhiễm khuẩn thì mới sử dụng kháng sinh và phải theo chỉ định của bác sĩ.

Viêm mũi dị ứng có thể dẫn tới viêm xoang cấp và mạn do làm ứ dịch tạo viêm, tắc ở các xoang. Viêm nên cũng tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển gây viêm họng, viêm thanh quản hay viêm tai giữa. Ngạt mũi thường xuyên làm ảnh hưởng đến chất lượng sống khiến người bệnh khó ngủ, mệt mỏi, ảnh hưởng sinh hoạt và lao động.

Bạn cần đến bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng để có những chỉ định điều trị thích hợp.

Cách phòng bệnh tốt nhất và hiệu quả nhất là biết được mình dị ứng với gì. Từ đó có biện pháp hạn chế tiếp xúc với nó. Nhưng việc loại bỏ hoàn toàn tác nhân dị ứng khỏi môi trường là chuyện rất khó.

Vệ sinh môi trường sống và làm việc.

Hạn chế nuôi thú nuôi. Nếu có nuôi thì nên vệ sinh sạch sẽ, hạn chế lông rơi rụng khắp nhà.

Tránh ăn những loại thực phẩm có thể gây dị ứng như nhộng tằm,cá ngừ, tôm, cua ghẹ.

Không hút thuốc lá.

Hạn chế uống rượu bia.

Giữ ấm cơ thể khi trời lạnh.

Viêm mũi là một bệnh dai dẳng và khó điều trị dứt điểm hoàn toàn. Vì không thể loại bỏ hết dị nguyên ra khỏi môi trường sống. Điều trị tích cực và thực hiện tốt các biện pháp hạn chế bệnh sẽ giúp ngăn ngừa biến chứng nặng hơn của bệnh. Bạn không nên tự ý mua thuốc mà nên đến cơ sở y tế để được khám, chẩn đoán, đánh giá điều trị phù hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-mui-khong-do-di-ung-la-gi-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Viêm mũi không do dị ứng là gì?

2. Cơ chế của viêm mũi không do dị ứng

3. Viêm mũi không dị ứng gồm những loại nào?

4. Nguyên nhân của viêm mũi không dị ứng

5. Triệu chứng của viêm mũi không dị ứng

6. Biến chứng của viêm mũi không dị ứng

7. Khi nào bạn cần đến khám bác sĩ?

8. Viêm mũi không dị ứng được chẩn đoán như thế nào?

9. Có những cách nào để điều trị viêm mũi không dị ứng?

10. Làm cách nào để phòng ngừa viêm mũi không dị ứng?

Kết luận

Viêm mũi là một bệnh khá phổ biến và bao gồm nhiều loại. Nó có thể được phân loại chung thành viêm mũi dị ứng và viêm mũi không do dị ứng. Viêm mũi không do dị ứng lại bao gồm nhiều loại nhỏ tùy vào nguyên nhân cụ thể. Tuy viêm mũi dị ứng được hiểu khá rõ, sinh bệnh học của viêm mũi không dị ứng lại chưa được biết rõ ràng.

Điều trị viêm mũi nói chung và viêm mũi không dị ứng nói riêng không chỉ dựa vào loại viêm mũi cụ thể mà còn dựa vào những triệu chứng chính của người bệnh. Điều trị có thể khá khó khăn với những trường hợp viêm mũi nặng.

Viêm mũi là tình trạng viêm của niêm mạc lót bên trong hốc mũi. Khi tình trạng viêm mũi xảy ra không liên quan đến các chất gây dị ứng, chúng được gọi là viêm mũi không do dị ứng.

Những triệu chứng của viêm mũi không do dị ứng cũng tương tự như triệu chứng của viêm mũi dị ứng nhưng trong những trường hợp này không có bằng chứng của phản ứng dị ứng.

>> Tìm hiểu thêm bài viết vềViêm mũi dị ứng

Viêm mũi không dị ứng có thể xảy ra ở cả người lớn và trẻ em. Nhưng nó xuất hiện phổ biến hơn sau 20 tuổi. Chẩn đoán viêm mũi không dị ứng sau khi đã loại trừ các nguyên nhân dị ứng. Khi đó có thể cần thực hiện xét nghiệm dị ứng da hoặc xét nghiệm huyết thanh.

Không giống như viêm mũi dị ứng, sinh bệnh học của viêm mũi không dị ứng vẫn chưa được biết rõ ràng. Viêm mũi không dị ứng gồm nhiều loại khác nhau tùy thuộc vào nguyên nhân cụ thể.

Trong đó viêm mũi vô căn hay còn gọi là viêm mũi vận mạch, là loại viêm mũi không dị ứng thường gặp nhất. Loại viêm mũi này được cho là có liên quan đến sự mất cân bằng của hệ thần kinh tự chủ. Sự mất cân bằng này có thể dẫn đến tăng hoạt động các tuyến nhầy của mũi và nghẹt mũi.

Một loại viêm mũi không dị ứng khác là viêm mũi nghề nghiệp. Chúng có thể xảy ra do cơ chế dị ứng hay do đáp ứng với tác nhân kích thích.

Viêm mũi không dị ứng bao gồm nhiều loại khác nhau. Mỗi loại do những nguyên nhân và cơ chế khác nhau, bao gồm:

Viêm mũi do nhiễm trùng. Có thể là nhiễm virut hoặc vi trùng.

Viêm mũi nghề nghiệp. Tác nhân từ môi trường gây ra viêm mũi hoặc làm nặng hơn tình trạng viêm mũi sẵn có.

Viêm mũi gây ra do thuốc. Có nhiều loại thuốc có thể kích hoạt tình trạng viêm mũi như là: Thuốc kháng viêm không steroid, Aspirin, thuốc hạ huyết áp, thuốc tránh thai,…Trong đó có loại viêm mũi Medicamentosa gây ra do lạm dụng thuốc xịt thông mũi (thuốc chống sung huyết mũi tại chỗ) hơn 5 đến 10 ngày.

Viêm mũi do nội tiết tố. Tình trạng thay đổi nội tiết tố có thể gây viêm mũi. Ví dụ như trong những trường hợp sau: Mang thai, kỳ kinh nguyệt, bệnh nhược giáp,…

Viêm mũi vô căn. Hay còn gọi là viêm mũi vận mạch. Loại viêm mũi này không liên quan đến dị ứng, nhiễm trùng và không có nguyên nhân cụ thể nào.

NARES. Hội chứng viêm mũi không dị ứng có tăng bạch cầu ái toan.

Viêm mũi vị giác. Người bệnh chảy mũi nhiều sau khi ăn thức ăn cay nóng.

Viêm mũi teo. Có thể xảy ra do nhiễm vi khuẩn Klebsiella ozaenae hay sau chấn thương, phẫu thuật mũi xoang.

Có nhiều nguyên nhân được biết dẫn đến viêm mũi không dị ứng. Mỗi nguyên nhân liên quan đến mỗi loại viêm mũi cụ thể. Chúng có thể gây ra triệu chứng tạm thời hay dai dẳng.

Nhiễm trùng. Là nguyên nhân thường gặp của viêm mũi không do dị ứng. Có thể là nhiễm virut hoặc vi khuẩn. Ví dụ như cảm cúm.

Các tác nhân kích thích từ môi trường hay công việc. Những chất này có thể bao gồm khói bụi, khói thuốc lá, nước hoa,… Những hóa chất trong một số nghành nghề nhất định cũng có thể là nguyên nhân.

Thay đổi thời tiết. Sự thay đổi nhiệt độ hay độ ẩm có thể kích thích niêm mạc mũi phù nề, dẫn đến nghẹt hay chảy mũi.

Thuốc. Một số loại thuốc có thể gây ra viêm mũi không dị ứng. Những thuốc này bao gồm: NSAIDs, Aspirin, thuốc hạ huyết áp, thuốc an thần, thuốc chống trầm cảm, thuốc tránh thai hoặc thuốc dùng để điều trị rối loạn cương dương. Việc lạm dụng thuốc xịt mũi thông mũi như là oxymetazoline, phenylephrine có thể gây ra một loại viêm mũi không dị ứng được gọi là viêm mũi Medicamentosa.

Sự thay đổi nội tiết tố. Thay đổi nội tiết tố do mang thai, kinh nguyệt, suy giáp,…cũng có thể gây ra viêm mũi không dị ứng.

Thức ăn và đồ uống. Viêm mũi không dị ứng có thể xảy ra khi bạn ăn, đặc biệt là ăn thức ăn cay nóng. Uống các loại đồ uống có cồn cũng có thể khiến phù nề niêm mạc mũi, dẫn đến nghẹt mũi.

Stress hay vận động mạnh. Stress cũng có thể gây ra viêm mũi vô căn, là một loại viêm mũi không dị ứng.

Sau chấn thương hay phẫu thuật mũi xoang. Viêm mũi teo là biến chứng ít gặp sau phẫu thuật mũi xoang.

Những triệu chứng của viêm mũi không dị ứng có thể trùng lắp và khó phân biệt với viêm mũi dị ứng. Tuy nhiên chúng có thể khác biệt đôi chút tùy từng loại cụ thể. Triệu chứng có thể xuất hiện trong thời gian ngắn hoặc kéo dài dai dẳng. Những triệu chứng phổ biến bao gồm:

Nghẹt mũi.

Chảy mũi.

Chảy mũi sau hay cảm giác dịch nhầy ở họng.

Và một số triệu chứng phụ khác như: Ho, tằng hắng,…

Viêm mũi không dị ứng thường không gây ngứa mũi, ngứa hay chảy nước mắt, ngứa họng. Những triệu chứng này phổ biến ở viêm mũi dị ứng.

Viêm mũi không dị ứng kéo dài có thể gây ra những tình trạng sau:

Polyp mũi:Đây là những khối u mềm, không phải ung thư. Chúng phát triển trên niêm mạc mũi hoặc xoang do viêm mạn tính. Các polyp nhỏ có thể không gây ra vấn đề gì. Nhưng những khối polyp lớn có thể chặn luồng không khí qua mũi, gây nghẹt mũi liên tục.

Viêm xoang:Nghẹt mũi kéo dài do viêm mũi không dị ứng có thể làm tăng khả năng phát triển bệnh viêm xoang

Viêm tai giữa.Nghẹt mũi và tăng tiết dịch có thể làm tăng nguy cơ mắc viêm tai giữa.

Gián đoạn hoạt động hàng ngày.Viêm mũi không dị ứng có thể gây rối loạn hoạt động hàng ngày. Bạn có thể làm việc kém hiệu quả hơn. Bệnh còn khiến tiêu tốn thời gian nghỉ ngơi hay đi khám bác sĩ.

Bạn nên đến gặp bác sĩ trong những trường hợp sau:

Triệu chứng nặng nề, gây khó chịu hay ảnh hưởng đến hoạt động thường ngày.

Những triệu chứng, biểu hiện bệnh không thuyên giảm dù đã uống thuốc và tự chăm sóc tại nhà.

Bạn bị tác dụng phụ khó chịu sau khi sử dụng thuốc điều trị viêm mũi.

Chẩn đoán viêm mũi không dị ứng có thể khó khăn vì nghẹt mũi và chảy nước mũi cũng có thể xảy ra trong viêm mũi dị ứng hay viêm mũi xoang mạn tính. Bác sĩ có thể sử dụng các cách sau đây để giúp chẩn đoán loại viêm mũi mà bạn mắc phải:

Những xét nghiệm dị ứng được thực hiện để phân biệt viêm mũi không dị ứng với viêm mũi dị ứng. Chúng bao gồm xét nghiệm dị ứng da và xét nghiệm kháng thể IgE đặc hiệu huyết thanh. Nên ngưng thuốc kháng histamin 2 ngày và Corticoid 3 đến 6 ngày trước khi thực hiện xét nghiệm này. Nếu cả 2 xét nghiệm này đều âm tính thì tình trạng viêm mũi ít khả năng là viêm mũi dị ứng.

Thử nghiệm kích thích mũi chủ yếu được thực hiện để chẩn đoán viêm mũi nghề nghiệp. Dùng để xác định quan hệ nhân quả giữa việc tiếp xúc tác nhân và các triệu chứng. Thử nghiệm được tiến hành bằng cách xịt chất gây dị ứng với liều nhất định vào một hoặc hai mũi và theo dõi phản ứng của bệnh nhân. Người bệnh nên hít thở sâu trước khi xịt để tránh lắng động chất này sâu trong đường thở dưới.

Kiểm tra chức năng có thể được sử dụng để đánh giá mức độ nghiêm trọng của viêm mũi. Bằng các xét nghiệm đo mức độ tắc nghẽn ở mũi như là đo lưu lượng đỉnh thở ra từ mũi, khí áp mũi, sóng âm mũi.

Tế bào học ở mũi cũng có thể được thực hiện để giúp chẩn đoán loại viêm mũi. Số lượng bạch cầu ái toan thường tăng trong viêm mũi dị ứng, nhiễm ký sinh trùng và hội chứng viêm mũi không dị ứng kèm tăng bạch cầu ái toan (NARES).

Xét nghiệm chức năng nhầy lông chuyển có thể giúp chẩn đoán rối loạn chức năng nhầy lông chuyển ở mũi.

Các tổn thương nghi ngờ của niêm mạc mũi phải được sinh thiết để loại trừ ung thư hoặc các bệnh u hạt.

Nội soi mũi xoang được thực hiện để loại trừ các bất thường cấu trúc. Ví dụ như polyp mũi hay vẹo vách ngăn,… có thể làm triệu chứng nặng hơn.

Chụp Ctscan được chỉ định để loại trừ các tình trạng như viêm xoang mạn tính và khối u.

Chụp Xquang thẳng ngày nay được cho là không còn nhiều hữu ích.

Điều trị viêm mũi sẽ khác nhau tùy thuộc vào từng cá nhân cụ thể. Bác sĩ sẽ điều trị nhắm vào triệu chứng gây phiền phức nhất cho bạn. Điều trị có thể khá khó khăn với những trường hợp viêm mũi nặng. Bệnh có thể kéo dài và bạn cũng cần thích ứng với các phương thức điều trị. Bạn nên đến gặp bác sĩ để lựa chọn được phương pháp điều trị phù hợp nhất với mình.

Tránh các chất gây kích ứngnhư là khói thuốc lá. Có thể áp dụng với tất cả các loại viêm mũi.

Corticoid xịt mũicó thể có hiệu quả trong việc giảm nghẹt mũi ở bệnh nhân viêm mũi vô căn và hội chứng viêm mũi không dị ứng có tăng bạch cầu ái toan (NARES).

Thuốc xịt thông mũicũng có thể được sử dụng. Tuy nhiên, sử dụng loại thuốc này nên giới hạn trong 7 ngày để tránh tác dụng phụ. Những người bị viêm mũi medicametosa cần ngưng sử dụng thuốc xịt thông mũi từ từ và thường cần dùng corticoid xịt mũi. Ở những trường hợp nặng, sử dụng corticoid uống trong thời gian ngắn có thể cần thiết.

Thuốc kháng cholinergic tại chỗcó thể làm giảm triệu chứng chảy mũi và hữu ích trong viêm mũi vị giác. Những thuốc kháng cholinergic này thành phần đầu tay trong điều trị chảy mũi ở bệnh nhân lớn tuổi. Đánh giá hiệu quả sử dụng thường được thực hiện sau 6 tuần dùng thuốc.

Kháng histamine xịt mũiđã được chứng minh là làm giảm nghẹt và chảy mũi ở bệnh nhân viêm mũi vô căn. Nó cũng có hiệu quả tốt ở những bệnh nhân kết hợp cả viêm mũi dị ứng và không dị ứng.

Kháng histamine uống đơn thuầnthường không được chỉ định trong trường hợp này vìít hiệu quả.

Viêm mũi nghề nghiệp được đặc biệt quan tâm vì liên quan mật thiết với hen suyễn do nghề nghiệp. Điều trị quan trọng nhất là phải tránh hoàn toàn các tác nhân gây viêm mũi đã biết.Nếu việc tránh hoàn toàn các tác nhân này không khả thi và bạn có ít nguy cơ mắc hen suyễn, thì có thể giảm tiếp xúc và sử dụng thêm các thuốc điều trị. Bạn cần theo dõi sát sao các triệu chứng để phát hiện dấu hiệu đầu tiên của hen suyễn do nghề nghiệp.

Phẫu thuật được thực hiện khi có một bất thường cấu trúc kèm theo.

Chỉnh hình vách ngăn được thực hiện trong trường hợp có vẹo vách ngăn mũi gây ra triệu chứng nghẹt mũi khó chịu

Phẫu thuật cắt một phần cuốn dưới có thể được thực hiện trong trường hợp viêm mũi loại medicamentosa kháng với điều trị thuốc. Ngoài ra còn được thực hiện với những loại quá phát cuốn mũi kháng thuốc khác.

Phẫu thuật nội soi mũi xoang được tiến hành khi viêm mũi kèm theo các bệnh như viêm mũi xoang mạn tính hay polyp mũi.

Phẫu thuật cắt thần kinh vidian trong điều trị viêm mũi vô căn đã được thay thế bằng điều trị thuốc. Tránh các biến chứng do phẫu thuật gây ra.

Nếu bạn đã bị viêm mũi không dị ứng, bạn có thể thực hiện các bước sau để giảm các triệu chứng và ngăn ngừa bệnh bùng phát:

Tránh các tác nhân kích thích. Nếu bạn có thể xác định những thứ gây ra hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng của mình, việc tránh chúng có thể tạo ra sự khác biệt lớn.

Đừng lạm dụng thuốc xịt thông mũi. Sử dụng những loại thuốc này nhiều ngày có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng của bạn.

Sử dụng phương thức điều trị có hiệu quả. Nếu điều trị không hiệu quả, hãy quay lại gặp bác sĩ. Bác sĩ có thể thay đổi phương thức điều trị để ngăn ngừa hoặc giảm các triệu chứng của bạn tốt hơn.

Một nghiên cứu mới cho thấy rằng những đứa trẻ ăn cá có dầu hoặc một số axit béo không bão hòa có ít khả năng bị viêm mũi dị ứng và không dị ứng hơn. Nghiên cứu này cho thấy nguy cơ mắc bệnh giảm ở những đứa trẻ ăn cá trích, cá thu hoặc cá hồi ít nhất một lần một tuần.

Viêm mũi là một bệnh lý phổ biến trên toàn thế giới. Nó có thể được phân loại thànhviêm mũi dị ứng và không dị ứng. Chẩn đoán chính xác loại viêm mũi là cần thiết cho quá trình điều trị. Điều trị viêm mũi thường nhắm vào triệu chứng để cải thiện chất lượng sống của người bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-mui-xoang-cap/

Nội dung bài viết

Viêm mũi xoang cấp tính là gì?

Nguyên nhân viêm mũi xoang cấp

Triệu chứng viêm mũi xoang cấp

Chẩn đoán viêm mũi xoang cấp

Điều trị viêm mũi xoang cấp

Điều trị/Xử lý tại nhà có được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Phòng ngừa viêm mũi xoang cấp

Viêm mũi xoang cấp tính là bệnh lý phổ biến. Đây là một trong số các bệnh được kê đơn thuốc kháng sinh nhiều nhất. Viêm mũi xoang cấp có thể tự giới hạn nhưng đôi khi có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng đe dọa tính mạng và thậm chí có thể tử vong nếu không điều trị kịp thời. Hãy cùng Bác sĩ Tai Mũi Họng Nguyễn Bảo Sơn tìm hiểu qua bài viết sau đây.

Theo Hiệp hội Tai Mũi Họng và Phẫu thuật đầu mặt cổ Hoa Kỳ (AAO – NHS),viêm mũi xoangđược định nghĩa là tình trạng viêm có biểu hiện triệu chứng của các xoang cạnh mũi và niêm mạc hốc mũi.12

Viêm mũi xoang cấp tính khi thời gian bệnh kéo dài ít hơn 4 tuần. Từ 4 tuần đến 12 tuần được phân loại là viêm mũi xoang bán cấp. Phân loại này có thể khác nhau giữa các hiệp hội. Theo EPOS 2020, thời gian bệnh kéo dài ít hơn 12 tuần được xem là cấp tính.1

Theo một khảo sát sức khỏe ở Mỹ năm 2012, cứ 8 người trưởng thành thì 1 người được chẩn đoán là viêm mũi xoang (tương đương với 12% dân số Mỹ). Ngoài ra, viêm mũi xoang là bệnh lý được kê đơn kháng sinh nhiều nhất đối với bệnh nhân ngoại trú tại Mỹ.2

Một khảo sát năm 2006 – 2010, viêm mũi xoang chiếm 11% các bệnh lý được kê đơn kháng sinh ở lần khám đầu tiên, trong đó viêm mũi xoang cấp chiếm 3,9%  và viêm mũi xoang mạn là 7.1%.2

Viêm mũi xoang cấp có thể xảy ra bất kỳ lứa tuổi nào, nhưng hiếm khi xảy ra ở trẻ dưới 1 tuổi (thường liên quan đến các bất thường cấu trúc bẩm sinh, trẻ có suy giảm miễn dịch, hội chứng bất động lông chuyển, hoặc bệnh xơ nang).3

Nhìn chung, viêm mũi xoang cấp ở trẻ em cũng giống với người lớn về biểu hiện bệnh, tác nhân gây bệnh, tiêu chuẩn chẩn đoán, cũng như các quản lý điều trị. Thông thường, trẻ sẽ bị ho, hơi thở hôi, cáu kỉnh, ít năng lượng và sưng quanh mắt, kèm theo chảy nước mũi đặc màu vàng xanh.4

Khác nhau ở chỗ, các xoang ở trẻ thường chưa phát triển hoàn thiện cho đến tuổi trưởng thành. Xoang hàm và xoang sàng là hai xoang xuất hiện từ lúc mới sinh, kích thước nhỏ và thường đạt đến kích thước tối đa khi trẻ ở tuổi vị thành niên khoảng 14 – 15 tuổi. Xoang trán và xoang bướm thường phát triển năm thứ ba sau sinh, đạt kích thước tối đa khoảng 18 tuổi.5

Trẻ em có thể có 6-8 đợt nhiễm trùng hô hấp trên mỗi năm, trong khi người lớn chỉ thường khoảng 2 – 3 lần.3

Cần chẩn đoán phân biệt với viêm mũi họng cấp và viêm mũi xoang cấp ở trẻ em.

Tình trang viêm, phù nề của niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi dẫn đến tắc nghẽn các lỗ thông xoang, làm mất đi chức năng thông khí và dẫn lưu tự nhiên và dẫn đến dịch tiết ứ đọng và có thể dẫn đến nhiễm khuẩn thứ phát.6

Viêm mũi xoang cấp phần lớn là do siêu vi, thường là:rhinovirus,coronavirus,influenzae, virus hợp bào hô hấp (RSV) vàparainfluenza.6

Vi khuẩn thường xảy ra thứ phát sau siêu vi hoặc có thể nguyên phát. Các vi khuẩn gây viêm mũi xoang cấp thường là:Streptococcus pneumoniae(20% – 45%),Haemophilus influenzae(20% – 43%),Moraxella catarrhalis(14% – 28%) vàStaphylococcus aureus(8% – 11%). Hiện nay, cùng với sự phổ biến của vaccine phế cầu, có sự chuyển dịch sự ưu thế vi khuẩn trong viêm mũi xoang cấp trên kết quả cấy, trong đóH.influenzaetrở thành chủng vi khuẩn phổ biến nhất (từ 36% tăng lên 43%),S.pneumoniaegiảm xuống từ 46% còn 35%.6

Ngoài ra các nguyên nhân khác bao gồm: dị ứng, vi nấm, các yếu tố kích ứng (ví dụ lông thú, ô nhiễm môi trường, khói thuốc lá, bụi…).

Các yếu tố nguy cơ có thể gây viêm mũi xoang cấp:7

Nhiễm trùng răng miệng hay các thủ thuật liên quan răng miệng.

Liên quan đến y tế: tiền căn phẫu thuật mũi xoang, đặt ống thông mũi dạ dày, đặt bấc mũi, thở máy.

Suy giảm miễn dịch: bẩm sinh hay mắc phải nhưHIV.

Giảm hoạt động lông chuyển: hút thuốc lá,bệnh xơ nang, hội chứng Kartagener, hội chứng bất động lông chuyển.

Tắc nghẽn cơ học: Vẹo vách ngăn mũi, polyp mũi, phì đại cuốn mũi giữa, khối u, chấn thương, dị vật, u hạt Wegener.

Phù nề niêm mạc: nhiễm trùng đường hô hấp trên trước đó do virus,viêm mũi dị ứng, viêm mũi vận mạch.

Bệnh nhân thường có các triệu chứng sau, bao gồm:6

Chảy mũi trong, hoặc đục.

Nghẹt mũi một hoặc hai bên.

Đau/nặng mặt.

Đau đầu, quanh ổ mắt.

Giảm/mất mùi.

Ho.

Ngoài ra có thể có các triệu chứng khác nhưsốt, mệt mỏi,hôi miệng, đau răng, đau/đầy tai.6

Viêm mũi xoang cấp có thể có các biến chứng liên quan đến mắt, nội soi, tai, thanh khí phế quản.6

Các triệu chứng gợi ý viêm xoang cấp có biến chứng:6

Biến chứng mắt: phù, sưng đỏ đau mi mắt, mờ mắt hoặc mất thị lực, xung huyết kết mạc, lồi mắt, nhìn đôi, đau hốc mắt.

Biến chứng nội sọ: Đau đầu nhiều, cứng cổ, sốt cao, thay đổi tri giác, dấu thần kinh định vị, có thể co giật.

Biến chứng tai: Ù tai, đau tai, nghe kém

Biến chứng thanh khí phế quản: ho kéo dài, khàn tiếng

Viêm mũi xoang cấp thường được chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng và thăm khám lâm sàng, thời gian bệnh, có thể sẽ cần kết hợp với các cận lâm sàng cần thiết như nội soi mũi hay CT scan tùy bệnh cảnh.

Theo EPOS 2020, tiêu chuẩn chẩn đoán viêm mũi xoang cấp gồm:1

Đối với người lớn: khởi phát đột hai hoặc nhiều hơn các triệu chứng, một trong số đó phải là nghẹt/tắc/sung huyết mũi hoặc chảy mũi (chảy mũi trước/sau):+/- đau/nặng mặt.+/- giảm hoặc mất mùi.

+/- đau/nặng mặt.

+/- giảm hoặc mất mùi.

trong < 12 tuần

Đối với trẻ em, khởi phát đột ngột hai hoặc nhiều hơn các triệu chứng:

Nghẹt/tắc/sung huyết mũi.Dịch tiết mũi đổi màu.Ho (ban ngày hoặc ban đêm).

Nghẹt/tắc/sung huyết mũi.

Dịch tiết mũi đổi màu.

Ho (ban ngày hoặc ban đêm).

trong < 12 tuần

Nội soi mũi vàCT scan,MRIthường chưa cần thiết để chẩn đoán bệnh lúc đầu.

Nội soi mũi thường được đề nghị khi:8

Thất bại với điều trị theo kinh nghiệm ban đầu.

Người bệnh chỉ đau một bên.

Triệu chứng nặng.

Nghi ngờ có biến chứng.

Người bệnh đã phẫu thuật mũi xoang.

Người có suy giảm miễn dịch.

Nội soi mũi có vai trò quan trọng trong đánh giá và đưa ra quyết định điều trị cho bệnh nhân viêm mũi xoang cấp tái phát hoặc viêm mũi xoang mạn tính.8

Một số hình ảnh có thể ghi nhận trên nội soi mũi như dịch nhầy đục chảy ra từ các khe mũi giữa, trên; phù nề xung huyết niêm mạc mũi làm tắc nghẽn phức hợp lỗ thông khe, polyp mũi; bất thường cấu trúc như vẹo/gai/mào vách ngăn…8

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

CT scan thường chỉ định trong trường hợp nghi ngờ/loại trừ các biến chứng của viêm mũi xoang cấp hoặc để loại trừ các nguyên nhân khác ngoài viêm mũi xoang gây nên triệu chứng của người bệnh hoặc khảo sát khối u. Những bệnh nhân có nhiều bệnh đồng mắc, hoặc các bệnh lý suy giảm miễn dịch, đái tháo đường, tiền căn chấn thương vùng mặt hay phẫu thuật có thể cần chụp CT scan để có được quyết định điều trị toàn diện hơn. Một số hình ảnh nghi ngờ viêm mũi xoang cấp trên CT scan như “dày niêm mạc, mờ các xoang, mức khí dịch trong lòng xoang”.8

MRI cũng được sử dụng khi nghi ngờ có biến chứng như mắt hay nội sọ, đặc biệt khảo sát sự lan rộng của bệnh vào mô mềm xung quanh tốt hơn CT scan. MRI là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán biến chứng nội sọ.8

Bác sĩ lâm sàng cần phân biệt các nguyên nhân gây viêm mũi xoang cấp, thường nên nghĩ đến tác nhân vi khuẩn khi có một trong 3 tình huống sau:9

Triệu chứng viêm mũi xoang cấp kéo dài > 10 ngày không có dấu hiệu cải thiện.

Khởi phát triệu chứng nặng: Sốt ≥ 39 °C và chảy mũi đục hoặc đau mặt; kéo dài ít nhất 3 – 4 ngày từ lúc khởi bệnh.

Triệu chứng viêm mũi xoang cấp kéo dài ít nhất 5-6 ngày, đang có dấu hiệu cải thiện, đột nhiên sốt, đau đầu hoặc tăng lượng dịch tiết mũi.

Ngoài ra, các triệu chứng gợi ý biến chứng cũng phải được để ý nhằm có chỉ định điều trị kịp thời.

Điều trị bao gồm điều trị nội khoa và điều trị ngoại khoa tùy theo chỉ định

Đa số viêm mũi xoang cấp là do virus nên thường bệnh sẽ tự giới hạn mà không cần điều trị hoặc chỉ cần điều trị triệu chứng.

Mục tiêu điều trị bao gồm:

Loại bỏ hoàn toàn tác nhân gây bệnh trong các xoang.

Giảm thời gian biểu hiện triệu chứng.

Ngăn ngừa biến chứng và tiến triển thành viêm mũi xoang mạn.

Phục hồi chức năng xoang bình thường.

Bác sĩ sẽ chỉ định loại kháng sinh phù hợp để điều trị viêm mũi xoang cấp do vi khuẩn tùy vào độ nặng, tác nhân gây bệnh, khả năng đề kháng kháng sinh hay đã có sử dụng kháng sinh gần đây chưa. Theo IDSA 2012, kháng sinh được khuyến cáo đầu tay theo kinh nghiệm hiện nay là Amoxicillin – clavulanate cho cả trẻ em và người lớn.

Doxycycline là giải pháp thay thế cho Amoxicillin-clavulanate. Đối với bệnh nhân có dị ứng vớipenicillin, có thể sử dụng kháng sinh thay thế như doxycycline, hoặc kết hợp cephalosporin thế hệ 3 (Cefixime hoặc cefpodoxime) vớiclindamycin, hoặc nhómfluoroquinolonehô hấp (levofloxacin hoặc moxifloxacin). Thời gian điều trị kháng sinh thường là 5-7 ngày ở người lớn, 10-14 ngày ở trẻ em đối với viêm mũi xoang cấp không biến chứng.

Giảm đau, hạ sốt vớiparacetamolhoặcNSAIDsnhưibuprofen. Lựa chọn tùy thuộc vào mức độ đau của người bệnh, có thể cân nhắc kết hợp với nhóm opioid.

Corticoid xịt mũi: có thể sử dụng cùng với kháng sinh ở người bệnh có viêm mũi dị ứng từ trước.

Rửa mũi bằng nước muối sinh lý: có thể dùng nước muối ưu trương hoặc đẳng trương. Tác dụng làm loãng dịch tiết và cải thiện chức năng lông chuyển.

Thuốc giảm sung huyết mũi: có thể sử dụng trong thời gian ngắn để làm giảm triệu chứngnghẹt mũi, góp phần dẫn lưu dịch tốt hơn. Không nên lạm dụng thuốc vì nguy cơ gây viêm mũi do thuốc nếu sử dụng kéo dài.

Nghĩ đến điều trị ngoại khoa khi điều trị nội khoa không đáp ứng. Thường đối với các trường hợp viêm mũi xoang mạn tính (có hoặc không có polyp). Hoặc viêm mũi xoang cấp tái phát nhiều lần (≥ 4 đợt/năm).

Viêm mũi xoang cấp có biến chứng.

Polyp Killian (polyp trong xuất phát từ lòng xoang hàm và phát triển ra phía cửa mũi sau).

Viêm xoang do nấm: xâm lấn hoặc không xâm lấn.

Mucoceles (U nhầy mũi xoang).

Các bất thường giải phẫu có thể cần phải giải quyết bằng phẫu thuật: Vẹo vách ngăn, gai vách ngăn, bóng khi cuốn mũi (concha bullosa), phì đại cuốn mũi, polyp mũi,…

Có thể xử trí ban đầu tại nhà khi triệu chứng nhẹ kéo dài ít hơn 7 – 10 ngày và chưa có các dấu hiệu gợi ý biến chứng. Mục đích chính là giảm nhẹ triệu chứng và giảm thời gian hồi phục.1112

Một số cách có thể áp dụng tại nhà như:1112

Dùng khăn ẩm, ấm lau mặt nhiều lần một ngày có làm giảm cảm giác căng tức ở mặt.

Uống nhiều nước.

Rửa mũi bằng nước muối sinh lý nhiều lần một ngày. Đây là sản phẩm không kê toa, giúp làm loãng bớt dịch tiết mũi và dịch dễ được dẫn lưu hơn.

Xông hơi mũi cũng giúp làm loãng bớt dịch tiết mũi.

Có thể sử dụng máy tạo ẩm để làm không khí trong phòng duy trì độ ẩm nhất định.

Không nên bay khi đang nghẹt mũi hoặc thay đổi đột ngột nhiệt độ, từ lạnh sang nóng hay ngược lại.

Bệnh nhân có viêm mũi dị ứng nên tránh tiếp xúc với dị nguyên. Điều có thể làm nặng thêm tình trạng viêm mũi dị ứng hiện có và nguy cơ dẫn đến viêm xoang. Một số cách có thể làm như thường xuyên vệ sinh nhà để hạn chế bụi bặm, nấm mốc; tránh tiếp xúc với khói bụi, phấn hoa hay lông động vật.

Tránh hút thuốc lá chủ động và thụ động.

Sinh hoạt điều độ, tránh căng thẳng, ngủ đủ.

Bổ sung thêm các loại vitamin, đặc biệt làvitamin C.

Người bệnh cần gặp bác sĩ để tham vấn và điều trị bệnh ngay khi:11

Triệu chứng kéo dài trên 10 ngày hoặc triệu chứng nặng ngay từ lúc khởi bệnh.

Đau đầu/mặt không giảm với thuốc giảm đau thông thường.

Sốt ≥ 39 °C.

Mệt mỏi, khó tập trung và giảm hiệu quả làm việc.

Triệu chứng nghi ngờ có biến chứng như nhìn mờ, nhìn đôi, sưng đỏ một hoặc hai mắt, cứng cổ, đau đầu nhiều.

Thay đổi trạng thái tinh thần: lơ mơ, lú lẫn.

Có nhiều cách đề phòng ngừa viêm mũi xoang cấp:1213

Rửa tay thường xuyên.

Rửa mũi thường xuyên.

Chích vaccine ngừa cúm và phế cầu.

Tránh tiếp xúc với người đang bị cảm lạnh hoặc nhiễm trùng đường hô hấp trên.

Không hút thuốc lá cả chủ động và thụ động.

Tránh môi trường không khí khô bằng cách sử dụng máy lọc, làm ẩm không khí trong nhà hoặc nơi làm việc.

Viêm mũi xoang cấplà bệnh lý thường gặp. Có nhiều nguyên nhân nhưng thường là do virus và có thể tự khỏi. Thông thường, các trường hợp nhiễm khuẩn sẽ đáp ứng với điều trị nội khoa thích hợp. Biến chứng hiếm khi xảy ra. Nhưng nếu có đòi hỏi can thiệp điều trị tích cực hơn, tiên lượng sẽ tùy theo mỗi người bệnh. Phòng ngừa là quan trọng để hạn chế bệnh tái phát.

Viêm mũi xoang cấp đa phần do virus gây nên đa phần có thể tự khỏi mà không cần điều trị hoặc chỉ cần điều trị triệu chứng. Viêm mũi xoang cấp do vi khuẩn, có thể mắc ngay từ đầu hoặc thứ phát sau đợt nhiễm virus, đa phần  cũng sẽ đáp ứng với điều trị nội khoa hợp lý. Nhưng trong một số tình huống, bệnh có khả năng diễn tiến và gây ra các biến chứng nghiêm trọng nếu không điều trị kịp thời như biến chứng lên mắt hay não, và thậm chí có thể gây tử vong. Khả năng gây biến chứng tùy phụ thuộc vào mỗi người bệnh – tức bệnh lý nền, thể trạng, các bất thường cấu trúc hay cơ địa suy giảm miễn dịch; độc lực vi khuẩn, thời gian bệnh hay sự tiếp cận kịp thời với các điều trị y tế.

Viêm mũi xoang cấp có thể chữa khỏi hoàn toàn. Đa phần là do virus và có thể tự khỏi. Nếu cần phải can thiệp điều trị, điều trị nội khoa hợp lý và sự tuân thủ điều trị của người bệnh sẽ giúp người bệnh phục hồi hoàn toàn. Nếu chữa trị không thường xuyên, người bệnh không tuân thủ điều trị, triệu chứng viêm mũi xoang vẫn còn và kéo dài dai dẳng thì có nguy cơ sẽ diễn tiến thành viêm mũi xoang mạn. Lúc này việc điều trị sẽ khó khăn và kéo dài hơn, đôi khi không thể phục hồi lại hoàn toàn chức năng của các xoang và các lông chuyển.

Người bệnh có viêm mũi xoang nên ăn nhiều rau xanh, các thực phẩm giàu vitamin C như cam, nho, bưởi… giúp tăng cường sức đề kháng . Các loại quả như cà chua, táo, lê giàu quercetin – một chất kháng histamin tự nhiên – giúp giảm các triệu chứng như chảy mũi, hắt hơi,… Các loại thực phẩm như gừng, húng quế, ớt giúp làm loãng dịch nhầy, tăng khả năng thanh thải dịch tiết trong các xoang. Một số loại thực phẩm giàu omega 3 như cá nục, cá hồi, cá mòi… cũng có tác dụng tốt giúp cải thiện triệu chứng.14

Ngoài ra, người bệnh nên tránh thức ăn có nhiều đường như các loại nước ngọt, bánh kẹo…; thực phẩm giàu chất béo như các đồ chiên xào, pizza, phô mai, pasta,…  Một số nghiên cứu cho rằng nên hạn chế sữa và các chế phẩm từ sữa động vật vì cho rằng nó có thể làm đặc chất nhầy trong mũi, tăng nặng tình trạng viêm xoang.14

Người bệnh có tiền căn dị ứng thức ăn thì nên tránh các loại thực phẩm gây dị ứng này, thường làtôm, cua, các loại hải sản, đậu nành, đậu phộng…14

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-mui-xoang-viem-xoang-nhung-dieu-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

Tổng quan về viêm mũi xoang (viêm xoang)

Nguyên nhân viêm mũi xoang

Triệu chứng viêm mũi xoang

Chẩn đoán viêm mũi xoang

Cách điều trị

Cách chữa tại nhà

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chăm sóc sức khỏe khi bị viêm mũi xoang

Cách phòng ngừa viêm xoang

Viêm mũi xoang (hay viêm xoang) là tình trạng viêm các xoang cạnh mũi. Có hai loại viêm xoang cấp tính và mạn tính. Theo đó, nguyên nhân, triệu chứng và cách điều trị viêm mũi xoang cấp và mạn cũng có sự khác biệt. Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Đinh Thế Huy tìm hiểu về viêm mũi xoang qua bài viết dưới đây.

Xoang (hay còn gọi là xoang mũi, xoang cạnh mũi) là các hốc rỗng chứa không khí nằm ở khối xương sọ mặt, xung quanh mũi. Các xoang này có vai trò làm nhẹ khối xương sọ mặt, dẫn lưu không khí và dịch tiết với hốc mũi, làm ẩm hốc mũi và góp phần cộng hưởng âm thanh.

Các xoang cạnh mũi được lót bởi niêm mạc hô hấp và dẫn lưu dịch tiết và không khí vào hốc mũi nhờ các lông chuyển thông qua các kênh dẫn lưu nhỏ và hẹp như phức hợp lỗ thông khe, ngách sàng bướm.

Có 4 loại xoang bao gồm:

Xoang hàm.

Xoang trán.

Xoang sàng.

Xoang bướm.

Viêm mũi xoang, còn được gọi là viêm xoang, viêm xoang mũi, là tình trạng viêm của niêm mạc lót các lòng xoang và niêm mạc mũi. Ngày nay, các bác sĩ trên thế giới thống nhất sử dụng từ viêm mũi xoang để chỉ bệnh lý này vì nó ảnh hưởng cả niêm mạc xoang và niêm mạc mũi. Viêm mũi xoang gây phù nề, tắc nghẽn các đường dẫn lưu, làm ứ đọng dịch nhầy, là môi trường thuận lợi để vi khuẩn phát triển, gây ra các triệu chứng khó chịu cho người bệnh.1

Dựa theo thời gian diễn tiến bệnh, có thể chia bệnh lý này thànhviêm mũi xoang cấpvàviêm mũi xoang mạn.2

Viêm mũi xoang cấp là tình trạng khởi phát cấp tính các triệu chứng của nhiễm trùng xoang cạnh mũi kéo dài dưới 12 tuần.

Viêm mũi xoang mạn là tình trạng viêm dai dẳng kéo dài từ 12 tuần trở lên. Viêm mũi xoang mạn còn được chia thành 2 dạng:

Viêm xoang cópolyp mũi.

Viêm xoang không có polyp mũi.

Ngoài ra, dựa theo đặc điểm dịch tiết trên nội soi. Bạn có thể nghe các bác sĩ chẩn đoán viêm xoang xuất tiết hoặc viêm xoang nhầy mủ.

Viêm xoang xuất tiếtlà tình trạng viêm mũi xoang với dịch tiết là dạng nhầy trong. Viêm mũi xoang xuất tiết có do nguyên nhân dị ứng hoặc nhiễm siêu vi.

Viêm xoang nhầy mủ là tình trạng viêm mũi xoang có kèm dịch xuất tiết nhầy đục hoặc mủ. Đặc điểm này có thể chỉ điểm tình trạng viêm mũi xoang do nguyên nhân vi khuẩn hoặc nấm.

Cần phân biệtviêm mũi dị ứngvà viêm mũi xoang. Đây là 2 bệnh lý khác nhau. Tuy nhiên, khi viêm mũi dị ứng kéo dài dai dẳng, niêm mạc mũi, các cuốn mũi phù nề nhiều làm tắc nghẽn các xoang, có thể dẫn đến viêm mũi xoang.3

Ngoài ra, còn có các dạng bệnh lý viêm xoang đặc biệt ở bệnh nhân có cơ địa dị ứng. Ví dụ như viêm mũi xoang dị ứng nấm, bệnh lý dị ứng khoang trung tâm,… Các bệnh lý này sẽ được đề cập ở các bài viết khác.

Viêm mũi xoang cấp thường được gây ra do nhiễm siêu vi hoặc vi khuẩn. Trong đó nguyên nhân do siêu vi thường gặp hơn và thường nằm trong bệnh cảnh nhiễm trùng hô hấp trên (hay còn gọi là cảm lạnh, cảm thông thường,…).3

Các siêu vi gây viêm mũi xoang cấp thường gặp là:3

Rhinovirus.

Coronavirus.

Influenzae.

Virus hợp bào hô hấp (RSV).

Parainfluenza.

Viêm mũi xoang do vi khuẩn có thể xảy ra nguyên phát hoặc thứ phát sau nhiễm siêu vi. Các vi khuẩn gây viêm mũi xoang cấp thường gặp bao gồm:23

Streptococcus pneumoniae.

Haemophilus influenzae.

Moraxella catarrhalis.

Ở một số trường hợp, nhiễm trùng xoang có nguồn gốc từ răng, trong bệnh lý nhiễm trùng răng hoặc sau một phẫu thuật/thủ thuật nha khoa.3

Các nguyên nhân gây phù nề niêm mạc mũi hoặc các nguyên nhân ảnh hưởng đến chức năng thanh thải của niêm mạc mũi xoang có thể là các yếu tố nguy cơ dẫn đến viêm mũi xoang cấp:3

Viêm mũi dị ứng.

Vẹo vách ngăn.

Phì đại cuốn mũi.

Khối u.

Dị vật.

U hạt Wegener.

Hút thuốc lá.

Bệnhxơ nang.

Suy giảm miễn dịch.

Các thủ thuật y tế liên quan đến vùng mũi xoang.

Khác với viêm xoang cấp, viêm xoang mạn là một bệnh lý do nhiều yếu tố gây ra, bao gồm yếu tố viêm, nhiễm trùng và yếu tố về cấu trúc. Trong đó, yếu nhiễm trùng chỉ là một phần của nguyên nhân gây ra bệnh lý và thường không phải nguyên nhân chính.14

Các nguyên nhân có thể gây ra viêm xoang mạn bao gồm:4

Viêm mũi dị ứng.

Tiếp xúc với các chất kích thích trong không khí, khói thuốc lá, các chất độc khác,…

Yếu tố cấu trúc: Vẹo vách ngăn, phì đại cuốn mũi, polyp mũi,…

Rối loạn chức năng lông chuyển.

Suy giảm miễn dịch.

Nhiễm nấm.

Các bệnh lý có thể có mối liên quan đến viêm mũi xoang mạn bao gồm:

Viêm tai giữa.

Hen suyễn.

Xơ nang.

Các triệu chứng thường gặp:1

Nghẹt mũi.

Chảy mũi: có thể là nhầy đục hoặc nhầy trong.

Đau, nặng vùng mặt, trán hoặc xung quanh hốc mắt.

Giảm hoặc mất mùi.

Các triệu chứng khác có thể gặp bao gồm:5

Sốt.

Nhức đầu.

Hơi thở hôi.

Đau răng.

Ho.

Cảm giác nặng tai.

Mệt mỏi.

Ở trẻ em, các triệu chứng có thể gặp bao gồm:5

Trẻ bứt rứt, khó chịu.

Khò khè, ngủ ngáy.

Thở miệng.

Trẻ biếng ăn.

Các triệu chứng chính bao gồm:

Nghẹt mũi một hoặc hai bên.

Chảy mũi, thường là dịch nhầy đục, đôi khi có mùi hôi.

Đau hoặc nặng mặt.

Giảm hoặc mất mùi.

Việc chẩn đoán sẽ phụ thuộc vào tình trạng mà bạn đang mắc phải.

Các bác sĩ sẽ chẩn đoán hoàn toàn dựa vào bệnh cảnh lâm sàng của người bệnh. Theo IFAR 2021, tiêu chuẩn chẩn đoán của viêm xoang cấp trên lâm sàng như sau:6

Đối với người lớn: Khởi phát cấp tính hai hoặc nhiều hơn các triệu chứng sau đây, một trong số đó phải là nghẹt mũi hoặc chảy mũi:

Nghẹt mũi.

Chảy mũi.

Đau/nặng mặt.

Giảm hoặc mất mùi.

Đối với trẻ em: khởi phát cấp tính hai hoặc nhiều hơn các triệu chứng:

Nghẹt/tắc/sung huyết mũi.

Dịch tiết mũi đổi màu.

Ho (ban ngày và ban đêm).

Phần lớn nguyên nhân là do tác nhân siêu vi, hay còn gọi là cảm lạnh thông thường, bệnh nhân thường chảy mũi nhầy trong và thuyên giảm triệu chứng trong vòng 5 – 10 ngày đầu sau khởi phát bệnh.

Nếu bệnh kéo dài quá 10 ngày, đây có thể là tình trạng viêm xoang cấp hậu nhiễm siêu vi hoặc viêm xoang cấp do vi khuẩn. Theo EPOS 2020, tiêu chuẩn chẩn đoán viêm xoang cấp do vi khuẩn là có ít nhất 3/5 triệu chứng hoặc dấu hiệu dưới đây:7

Chảy mũi đổi màu.

Đau khu trú nghiêm trọng (thường là một bên).

Sốt > 38 °C.

Tăng CRP/ESR (chỉ dấu của quá trình viêm nhiễm).

Triệu chứng trở nặng sau khi các dấu hiệu đầu tiên đã thoái lui (double sickening).

Phần lớn tình trạng cấp tính có thể chẩn đoán dựa trên lâm sàng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, các bác sĩ sẽ cần phải nội soi mũi xoang, xét nghiệm máu để đánh giá tình trạng nhiễm trùng, hoặc sử dụng các xét nghiệm chuyên sâu hơn như chụp CT scan để đánh giá biến chứng.

Khác với viêm mũi xoang cấp, viêm mũi xoang mạn là tình trạng với các triệu chứng kéo dài dai dẳng > 12 tuần. Khi này, để chẩn đoán các bác sĩ sẽ không dựa hoàn toàn vào triệu chứng lâm sàng của người bệnh mà bắt buộc phải khảo sát thêm hình ảnh nội soi mũi xoang và/hoặc chụpCT scan. Theo EPOS 2020, tiêu chuẩn chẩn đoán viêm xoang mạn bao gồm:7

Hai hoặc nhiều hơn các triệu chứng sau đây kéo dài hơn 12 tuần, một trong số đó phải là nghẹt mũi hoặc chảy mũi:Nghẹt mũi.Chảy mũi.Đau/nặng mặt.Giảm hoặc mất mùi.

Nghẹt mũi.

Chảy mũi.

Đau/nặng mặt.

Giảm hoặc mất mùi.

Người bệnh cũng có thể mắc 1 trong 2 triệu chứng sau:

Triệu chứng thực thể trên nội soi mũi xoang:Polyp mũi.Chảy dịch nhầy mủ chủ yếu từ khe mũi giữa.Phù nề/tắc nghẽn niêm mạc chủ yếu ở khe mũi giữa.

Polyp mũi.

Chảy dịch nhầy mủ chủ yếu từ khe mũi giữa.

Phù nề/tắc nghẽn niêm mạc chủ yếu ở khe mũi giữa.

Thay đổi trên CT: thay đổi niêm mạc ở vùng phức hợp lỗ thông khe và/hoặc các xoang.

Với những khác biệt kể trên, tình trạng cấp và mạn cũng có phương pháp điều trị khác nhau.

Phần lớn tình huống cấp tính là do nguyên nhân siêu vi, do đó không cần điều trị bằng kháng sinh trong các trường hợp này. Khi đó, điều trị chủ yếu bao gồm điều trị giảm triệu chứng và theo dõi:4

Thuốc giảm đau, hạ sốt (nhưparacetamol,ibuprofen,…) khi đau nhức vùng mặt nhiều hoặc sốt > 38,5 °C. Người bệnh có thể mua các thuốc này tại nhà thuốc với sự hướng dẫn của các dược sĩ.1

Thuốc xịt mũi hoặc xông mũi bằng các thuốc chống sung huyết: người bệnh có thể sử dụng các thuốc xịt mũi tại chỗ hoặc xông mũi để giảm tình trạng nghẹt mũi nếu nghẹt mũi gây khó chịu cho người bệnh. Tuy nhiên, các thuốc này có tác dụng làm quá phát cuốn mũi nếu sử dụng kéo dài. Do đó, không nên sử dụng các thuốc xịt mũi chống sung huyết (chứa oxymetazoline hay naphazoline, v.v…) kéo dài mà chỉ nên sử dụng trong vòng 5 – 7 ngày.

Xịt rửa mũi bằng nước muối.

Chườm ấm vùng mũi, nghỉ ngơi tại giường, uống nhiều nước cũng là các biện pháp giúp giảm khó chịu do tình trạng cấp.

Nếu triệu chứng kéo dài quá 10 ngày, có các dấu hiệu nghi ngờ viêm xoang cấp do vi khuẩn như đã liệt kê ở trên, người bệnh cần đến gặp bác sĩ đến được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Lúc này, người bệnh có thể phải sử dụng kháng sinh để giải quyết tình trạng nhiễm trùng.4

Trong một số ít các trường hợp, tình trạng cấp tính do vi khuẩn gây ra biến chứng lên ổ mắt, nội sọ,… người bệnh có thể cần phải nhập viện để theo dõi và điều trị tích cực bằng kháng sinh đường tĩnh mạch và phẫu thuật nếu cần.

Điều trị khởi đầu của bệnh lý mạn tính là điều trị nội khoa bao gồm điều chỉnh các yếu tố kích thích, giảm tiến trình viêm và loại bỏ nhiễm trùng.8

Giảm tác nhân kích thích: Tránh các tác nhân gây dị ứng tối đa nếu được.

Sử dụngcorticoidxịt mũi trong ít nhất 8 – 12 tuần.

Rửa mũi bằng nước muối: có hiệu quả thấp hơn so với corticoid xịt mũi, tuy nhiên là một phương pháp bổ trợ rất tốt cùng với corticoid xịt mũi. Người bệnh nên sử dụng loại nước muối rửa mũi dung tích cao, vì có hiệu quả cao hơn so với xịt mũi nước muối thông thường.

Có thể sử dụngthuốc kháng histamine(loratadine, desloratadine, cetirizine,…) ở trường hợp có cơ địa dị ứng.

Có thể sử dụng thuốc xịt mũi chống sung huyết, nhưng hiệu quả không đáng kể.

Kháng sinh và corticoid đường uống có thể được sử dụng trong một số các trường hợp.

Hiện nay, phẫu thuật nội soi mũi xoang chức năng là phương pháp điều trị được lựa chọn ở những bệnh nhân thất bại với điều trị nội khoa. Phẫu thuật được xem là phương tiện bổ trợ cho điều trị nội khoa. Mục tiêu của phẫu thuật nội soi mũi xoang bao gồm:

Lấy bỏ bệnh tích, giải phóng chỗ tắc nghẽn.

Phục hồi dẫn lưu và chức năng thanh thải của lông chuyển.

Thông khí các xoang.

Sau phẫu thuật, người bệnh cần tái khám thường xuyên để chăm sóc hố mổ và điều trị nội khoa sau phẫu thuật để kiểm soát bệnh tối đa.

Tình trạng cấp tính người bệnh mắc phải thường do siêu vi và thường tự giới hạn trong vòng 7 – 10 ngày. Do đó, nếu người bệnh chỉ có triệu chứng nhẹ trong vòng 7 – 10 ngày đầu, sổ mũi nhầy trong và không có các dấu hiệu gợi ý biến chứng nặng, người bệnh có thể điều trị tại nhà. Các phương pháp điều trị tại nhà giúp giảm khó chịu khi bị mắc viêm xoang cấp bao gồm:4

Nghỉ ngơi, uống nhiều nước ấm.

Chườm ấm vùng mũi.

Rửa mũi bằng nước muối nhiều lần trong ngày.

Xịt mũi hoặc xông mũi bằng các thuốc giảm sung huyết để giảm cảm giác nghẹt mũi, tuy nhiên, cần có sự hướng dẫn của dược sĩ hoặc bác sĩ gia đình, không nên lạm dụng các loại thuốc này.

Có thể sử dụng các thuốc giảm đau, hạ sốt không cần kê toa dưới sự hướng dẫn của dược sĩ.

Đối với viêm xoang cấp do vi khuẩn, các phương pháp điều trị tại nhà cũng tương tự, tuy nhiên cần đến gặp bác sĩ để được thăm khám và chỉ định kháng sinh hợp lý, tránh tình trạng nhiễm trùng dai dẳng. Ngoài ra, người bệnh cũng không được tự ý sử dụng kháng sinh khi chưa có chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ để tránh tình trạng đề kháng kháng sinh.

Đối với viêm xoang mạn, phương pháp điều trị tại nhà mà người bệnh có thể tự thực hiện là rửa mũi bằng nước muối bằng bình dung tích cao. Các điều trị khác như thuốc xịt mũi corticoid, kháng sinh,… cần có chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ.

Đối với viêm xoang cấp, người bệnh cần gặp bác sĩ để tham vấn và điều trị bệnh ngay khi:

Triệu chứng kéo dài trên 10 ngày hoặc triệu chứng nặng ngay từ lúc khởi bệnh.

Đau đầu/mặt không giảm với thuốc giảm đau thông thường.

Sốt ≥ 39 °C.

Mệt mỏi, khó tập trung và giảm hiệu quả làm việc

Triệu chứng nghi ngờ có biến chứng như nhìn mờ, nhìn đôi, sưng đỏ một hoặc hai mắt, cứng cổ, đau đầu nhiều.

Thay đổi trạng thái tinh thần: lơ mơ, lú lẫn.

Trong bệnh lý viêm xoang mạn, khi các triệu chứng kéo dài quá 12 tuần, không giảm với các biện pháp thông thường và làm ảnh hưởng chất lượng cuộc sống, người bệnh nên đến gặp bác sĩ để được kê toa và tư vấn điều trị một cách tối ưu.

Có một số ít nghiên cứu về các thức ăn làm nặng thêm tình trạng bệnh, bao gồm:9

Sữa và các sản phẩm từ sữa: Sữa và các sản phẩm từ sữa làm tăng tiết chất nhầy, là môi trường thuận lợi để vi khuẩn phát triển, làm tăng nặng thêm các triệu chứng của người bệnh. Ngoài ra, sữa cũng là một tác nhân gây dị ứng thường gặp. Người bệnh bị dị ứng với sữa có thể thúc đẩy quá trình viêm và hình thành polyp mũi.

Thức ăn có nhiều đường: có thể làm tăng nặng thêm triệu chứng viêm mũi xoang do thúc đẩy quá trình viêm.

Thức ăn chứa nhiều histamine như xúc xích, thịt xông khói, cà chua, bơ, cà tím, chocolate, v.v.. Ở một số bệnh nhân không dung nạp histamine, các loại thức ăn này gây tích tụ histamine và gây ra các triệu chứng như hắt hơi,chảy mũi,nghẹt mũi,…

Đối với người bệnh viêm xoang, cách vệ sinh mũi được chứng minh có hiệu quả nhất là rửa mũi bằng nước muối dung tích cao. Các cách vệ sinh mũi như sau:

Chuẩn bị bộ dung dịch rửa mũi (do bác sĩ chỉ định) và bình rửa mũi.

Cúi đầu và nghiêng đầu sang một bên.

Đưa bình rửa mũi vào mũi đối diện

Bóp mạnh bình rửa mũi để nước rửa mũi đi vào một bên và đi ra ở bên còn lại cho đến khi hết bình.

Không được thở bằng mũi trong quá trình rửa mũi.

Thực hiện 1 – 3 lần trong ngày.

Có nhiều cách đề phòng ngừa viêm xoang:

Rửa tay thường xuyên.

Rửa mũi thường xuyên.

Chích vaccine ngừa cúm và phế cầu.

Tránh tiếp xúc với người đang bị cảm lạnh hoặc nhiễm trùng đường hô hấp trên.

Không hút thuốc lá cả chủ động và thụ động.

Tránh môi trường không khí khô bằng cách sử dụng máy lọc, làm ẩm không khí trong nhà hoặc nơi làm việc.

Trên đây là mọi thông tin về bệnh lýviêm mũi xoangThạc sĩ, Bác sĩ Đinh Thế Huy đã cung cấp. Mong rằng từ bài viết bạn đã có được cho mình một góc nhìn toàn diện về bệnh lý này!

Viêm mũi xoang cũng là một nguyên nhân gâychảy máu mũi.

Chảy máu mũi là một tình trạng thường gặp và thường có nguyên nhân lành tính. Viêm mũi xoang cũng là một nguyên nhân gây chảy máu mũi. Nếu chảy máu mũi lượng ít, không thường xuyên, tình trạng chảy máu mũi có thể tự khỏi mà không cần phải đi khám. Tuy nhiên, nếu tình trạng chảy máu mũi tái phát nhiều lần, chảy lượng nhiều, cần phải đến gặp bác sĩ ngay để được thăm khám, chẩn đoán nguyên nhân và xử trí kịp thời.

Viêm mũi xoang cấp do siêu vi có thể tự khỏi mà không cần điều trị. Các trường hợp viêm mũi xoang cấp do vi khuẩn phần lớn có thể được điều trị dứt điểm nếu được chẩn đoán và điều trị đúng. Chỉ một số ít trường hợp nhiễm trùng dai dẳng có thể dẫn đến viêm mũi xoang mạn.

Đối với viêm mũi xoang mạn, bệnh lý này được gây ra do nhiều yếu tố tác động lẫn nhau. Do đó, việc điều trị cũng gặp nhiều khó khăn hơn. Tuy nhiên, bằng cách phối hợp nhiều phương pháp điều trị cùng với sự tuân thủ của người bệnh, bệnh cũng có thể được kiểm soát, giảm thiểu triệu chứng, tăng chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Bên cạnh đó, cũng có một tỉ lệ các trường hợp viêm mũi xoang mạn khó trị, cần mất nhiều thời gian và công sức để điều trị thành công.

Viêm mũi xoang là tình trạng viêm của niêm mạc mũi và niêm mạc các xoang cạnh mũi, không ảnh hưởng đến các cấu trúc xương cũng như sụn của mũi. Do đó, người bệnh viêm mũi xoang có thể nâng mũi. Tuy nhiên, cần tránh nâng mũi trong đợt cấp của viêm mũi xoang mạn.

Viêm mũi xoang là bệnh lý rất thường gặp ở trẻ em, và phần lớn là do nguyên nhân siêu vi. Trong trường hợp này, trẻ chỉ bị triệu chứng nhẹ và có thể tự giới hạn bằng các phương pháp điều trị thông thường. Tuy nhiên, khi trẻ bị viêm mũi xoang cấp do vi khuẩn, do cấu trúc xoang ở trẻ còn chưa phát triển hoàn thiện, trẻ dễ bị biến chứng vào ổ mắt hoặc nội sọ hơn so với người lớn. Do đó, cần theo dõi sát và đến khám bác sĩ ngay khi có các dấu hiệu nghi ngờ triệu chứng nặng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-mong-mat-nguyen-nhan-gay-mu-loa/

Nội dung bài viết

Giới thiệu

Phân loại

Sự hiện diện của bệnh

Triệu chứng

Chẩn đoán

Điều trị

Kết luận

Viêm mống mắt (viêm mống mắt thể mi, viêm màng bồ đào trước) là tên gọi chung của cùng 1 bệnh lý ảnh hưởng mắt. Viêm mống mắt gây ra nhiều khó chịu ở mắt, có thể dẫn đến mù loà nếu điều trị trễ. Tỷ lệ của viêm mống mắt chiếm 4 – 10% tổng số các nguyên nhân gây mù loà trên toàn thế giới.

Viêm màng bồ đàolà một bệnh lý ảnh hưởng đến lớp màng giữa của mắt.

Gồm có 3 lớp màng chính, từ ngoài vào trong là:

Củng mạc (kết mạc) ở phía sau, nối liền với giác mạc ở trước.

Màng bồ đào gồm mống mắt và thể mi ở trước, hắc mạc ở sau.

Võng mạc chỉ có ở phần sau nhãn cầu.

Như hình, ta có thể thấy mắt về cơ bản được chia thành 2 phần:

Phần trước (1/3 trước của mắt) có 2 lớp:

Giác mạc,  một phần kết mạc ở ngoài.

Mống mắt, và thể mi ở trong.

Phần sau (2/3 sau của mắt) có 3 lớp:

Kết mạc ở ngoài.

Màng bồ đào ở giữa.

Võng mạc trong cùng, nối trực tiếp với thần kinh thị giác.

Vì vậy, viêm mống mắt hay viêm mống mắt – thể mi là một phần của viêm màng bồ đào, với tên gọi chung là viêm màng bồ đào trước.

Gọi viêm mống mắt và viêm mống mắt thể mi là một vì 2 cấu trúc này nối tiếp nhau, và không thể phân biệt chúng khi thăm khám. Điều trị cũng không khác biệt, do đó, 2 thuật ngữ này dùng để nói về 1 bệnh lý là viêm màng bồ đào trước.

Mống mắt được cấu tạo bởi cơ co đồng tử và cơ giãn đồng tử.

Như hình, ta thấy tròng đen của mắt là lỗ đồng tử, được bao quanh bởi mống mắt. Ngay sau đó là thuỷ tinh thể. Phía trước mống mắt là giác mạc trong suốt, do đó không được thể hiện trên hình.

Mống mắt co thì đồng tử hẹp lại, giãn thì đồng tử giãn ra. Mống mắt co hay giãn do nhiều nguyên nhân gây ra, liên quan nhiều đến hệ thần kinh – nội tiết của cơ thể. Thông thường nhất là do mắt có nhận được ánh sáng hay không.

Trong bóng tối, mống mắt giãn ra để thuỷ tinh thể nhận được nhiều ánh sáng nhất có thể, ngược lại, khi có ánh sáng chiếu trực tiếp vào thì sẽ co lại để bảo vệ mắt.

Thể mi cũng được cấu tạo bởi 2 cơ co và giãn. Ngoài ra, thể mi ở phần trước nhãn cầu còn có vai trò tạo ra và duy trì dịch (thuỷ dịch) giữa giác mạc và mống mắt.

Theo SUN / IUSG, viêm màng bồ đào theo cấu trúc được phân loại bao gồm:

Viêm màng bồ đào trước.

Viêm màng bồ đào sau (kèm võng mạc).

Toàn bộ củng mạc bị viêm.

Viêm màng bồ đao giữa, đây là bệnh lý gây viêm nội dịch là chủ yếu, có thể kèm theo 1 phần thể mi (phần phẳng – par plana).

Dựa vào nguyên nhân gây ra viêm màng bồ đào mà IUSG còn phân chia thành:

Nhiễm trùng:Lao, virus, nấm, kí sinh trùng, động vật nguyên bào.

Không nhiễm trùng:Bệnh lý hệ thống (ảnh hưởng nhiều nơi trên cơ thể), nguyên phát (không tìm thấy nguyên nhân).

Nguyên nhân viêm màng bồ đào trước giả tạo.

Ung thư lymphoma.

U.

Trong đó, viêm màng bồ đào trước do nguyên nhân nguyên phát chiếm khoảng 50% trường hợp.

Ngoài ra viêm màng bồ đào trước còn có thể do nhiều tình trạng liên quan đến mắt như:

Chấn thương, đeo lens kéo dài, cũng có thể do vi trùng từ kết mạc ăn từ ngoài tấn công vào.

Dựa vào tính chất viêm mà SUN lại chia thành:

Khởi phát triệu chứng: Nhanh chóng hoặc lặng thầm.

Thời gian kéo dài triệu chứng: Giới hạn (≤ 3 tháng) hoặc kéo dài.

Từ đó, ta có các thuật ngữ để phân chia các bệnh viêm màng bồ đào, như:

Cấp tính (khởi phát nhanh chóng và giới hạn).

Tái phát.

Mạn tính (Bệnh kéo dài > 3 tháng, tái phát ≤3 tháng sau chấm dứt điều trị).

Gọi là hết bệnh khi bác sĩ thăm khám ghi nhận không còn viêm màng bồ đào trong  ≥3 tháng liên tục.

Con số rất thay đổi tuỳ thuộc vào từng quốc gia, cứ 100.000 người thì có 38 – 714 trường hợp bị viêm màng bồ đào.

Loại viêm màng bồ đào thường gặp nhất ở phương tây là viêm màng bồ đào trước – hay còn gọi là bệnh lý viêm mống mắt – thể mi mà chúng ta sẽ đề cập trong bài viết.

Có một số sự khác biệt khi viêm màng bồ đào trong 2 nghiên cứu ở Nhật và Trung Quốc cho thấy tỷ lệ viêm màng bồ đào trước và viêm toàn bộ màng bồ đào là gần ngang nhau.

Điều này có thể bắt nguồn từ việc viêm màng bồ đào ở các nước châu Á liên quan đến các bệnh lý truyền nhiễm (lao, sốt xuất huyết, virus chikungunya).

Bốn triệu chứng thường gặp nhất là:

Đỏ mắt tập trung ở phần rìa mống mắt (ciliary injection). Màu đỏ này sẽ nhạt khi đi dần từ mống mắt ra ngoài.

Đau mắt thường không giảm hoặc giảm rất ít khi nhỏ thuốc giảm đau vào. Triệu chứng sẽ tăng lên khi ta chiếu ánh sáng nhẹ vào mắt bệnh nhân.

Mức độ nhìn mờ thay đổi tuỳ thuộc và mức độ bệnh cũng như có biến chứng xuất hiện hay chưa. Thông thường nhìn mờ là không rõ ràng.

Do bệnh nhân sẽ bị đau, khó chịu nhiều hơn khi có ánh sáng. Nên thông thường bệnh nhân sẽ tự tìm cách che bị bệnh của mình lại.

Đồng tử 2 bên không đều nhau (bên bệnh nhỏ hơn)

Có thể phát hiện đồng tử co bên bệnh lý co nhiều hơn bên bình thường, điều này có thể do viêm nhiều dẫn đến dính thành sau mống mắt lại với nhau và với thuỷ tinh thể.

Thông thường kích thường đồng tử là 2 – 3 mm, đều 2 bên.

Mủ ở đáy mống mắt (mủ tiền phòng)

Đây là hiện tượng các tế bào viêm cùng với chất tiết (chứa nhiều fibrin). Mủ nằm ở dưới là do nguyên nhân trọng lực.

Đây là công cụ chuyên dụng của bác sĩ chuyên khoa Mắt. Qua đèn khe, bác sĩ có thể phát hiện:

Các tế bào nằm giữa giác mạc và mống mắt

Số lượng tế bào này trên diện tích 1 mm² giúp phân độ nặng của viêm màng bồ đào.

Độ mờ thuỷ dịch

Như đã miêu tả, thuỷ dịch là dịch trong suốt nằm giữa giác mạc ở ngoài cùng và mống mắt ở trong. Khi viêm màng bồ đào trước, dịch này sẽ bị vẩn đục.

Tương tự như việc đếm số lượng tế bào ở thuỷ dịch, ta cũng phân độ nhờ vào mức độ đục của nó.

Sự lắng đọng keratic

Sự lắng đọng keratic tạo thành tam giác Arlt. Tam giác Arlt được tạo thành nhờ các kết tụ tế bào viêm nằm ngay sau giác mạc. Trên đèn khe tam giác này có đỉnh nằm trên, đáy nằm dưới. Tạo hình này do trọng lực gây ra.

Xơ hoá fibrin

Do mủ trong thuỷ dịch + viêm màng bồ đào trước diễn ra lâu dài, không điều trị kịp thời.

Ngoài ra còn nhiều dấu hiệu khác trên đèn khe

Nốt mống mắt, dính mống mắt – thuỷ tinh thế, thiểu sản mống mắt, tăng sinh mạch máu mống mắt.

Cần phải phân biệt với các nguyên nhân gây đỏ, đau mắt khác.

Viêm kết mạcthường lành tính, đỏ phần kết mạc là chủ yếu, không đỏ phần quanh mống mắt, không gây mờ mắt.

Bệnh lý này gây tăng áp lực trong mắt, sẽ gây đau và giảm thị lực bệnh nhân nhanh chóng.

Các chẩn đoánviêm giác mạccó thể được phân biệt thông qua khám và sử dụng đèn khe.

Đối với viêm mống mắt thể mi nguyên phát – xuất hiện trong 50% trường hợp, ta có thể thực hiện một số phương pháp giảm triệu chứng như:

Dãn cơ mống mắt và gây tê thể mi bằng cyclopentolate 1%. Điều này giúp giảm đau và tránh sự dính mống mắt và thuỷ tinh thế ngay sau nó.

Sử dụng thuốc kháng viêm Steroid như Prednisolone 1%.

Với các thuốc kháng viêm thế hệ mới như loteprednol 0.2% hoặc 0.5%, 5 ml có thể làm giảm nguy cơ bị tăng áp lực nhãn cầu sau, nhưng không có hiệu quả kháng viêm.

Sử dụngNSAIDsđể giảm đau cũng là một lựa chọn tốt.

Bệnh nhân bắt buộc phải được thăm khám vào ngày hôm sau để đánh giá tình trạng bệnh.

Nếu bệnh nhân kháng trị với Corticoid nên cân nhắc đến các chẩn đoán gây ra viêm màng bồ đào trước khác.

Nếu chưa loại trừ được bệnh lý cườm ướt cấp tính, tuyệt đối không điều trị dãn mống mắt cho bệnh nhân.

Không sử dụng kháng sinh trừ phi có bằng chứng nhiễm trùng.

Đừng bao giờ quên dị vật trong mắt, đây là nguyên nhân bị bỏ sót gây ra tai biến nghiêm trọng về sau.

Không chẩn đoán viêm mống mắt thể mi cho đến khi loại trừ tất cả những chẩn đoán phân biệt có thể.

Viêm mống mắt thể mi do virus herpes sẽ trở nên nặng nề hơn khi dùng Corticoid nhỏ mắt.

Bạn nên nhớ rằng, điều trị bằng Corticoid nhỏ mắt có thể làm tăng nguy cơ bị cườm ướt và cườm khô sau này.

Xem thêm:Đỏ mắt do đâu? Có thực sự nguy hiểm?

Viêm mống mắt – thể mi là một bệnh lý do nhiều nguyên nhân gây ra. Khoảng 50% là nguyên phát, cũng có nghĩa là chưa xác định được nguyên nhân. Viêm mống mắt thể mi nên được chẩn đoán và điều trị sớm. Vì khi điều trị trễ, có thể dẫn đến mù vĩnh viễn.

Chẩn đoán viêm màng bồ đào trước là chẩn đoán loại trừ cuối cùng sau khi bác sĩ đã loại trừ hết tất cả các nguyên nhân có thể. Khi bạn có triệu chứng đỏ mắt, đau mắt kèm nhìn mờ hãy lập tức đi khám càng sớm càng tốt.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-viem-nang-long-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Viêm nang lông là bệnh gì?

Tại sao bị bệnh viêm nang lông?

Ai có nguy cơ mắc phải viêm nang lông?

Bệnh biểu hiện như thế nào?

Khi nào đến gặp bác sĩ?

Viêm nang lông không thể chữa khỏi có đúng không?

Nguyên tắc điều trị

Phòng ngừa bệnh bằng cách nào?

Viêm nang lông là bệnh lý của các đơn vị nang lông. Căn bệnh này tuy không nguy hiểm nhưng lại rất mất thẩm mỹ. Nhiều người trong chúng ta nghĩ rằng một khi đã mắc bệnh thì hoàn toàn không chữa khỏi và mình phải “sống chung” với nó. Vậy điều này đúng hay sai? Bài viết sau đây của Bác sĩ Da liễu Võ Thị Ngọc Hiền sẽ giúp các bạn giải đáp những thắc mắc về bệnh viêm nang lông.

Viêm nang lông hay Folliculitis là bệnh lý ngoài da, khi đó các đơn vị nang lông của da bị viêm do nhiều nguyên nhân khác nhau như nhiễm trùng, dị ứng, chấn thương. Tình trạng nhiễm trùng có thể xảy ra nông hay sâu ở các nang lông.

Các nguyên nhân gây ra tình trạng này bao gồm:

Nhiễm trùng: vi khuẩn Staphylococcus aureus (tụ cầu khuẩn) là tác nhân thường gặp nhất của viêm nang lông (gặp trong khoảng ¾ trường hợp). Ngoài ra, còn do các tác nhân gây nhiễm trùng khác như vi rút, nấm.

Dị ứng: việc sử dụng một số loại hóa chất, sản phẩm, mỹ phẩm bôi trên da cũng có thể dẫn đến tình trạng các nang lông bị viêm.

Chấn thương: các tác động lên da như cạo lông bằng dao cạo hay cọ xát da với quần áo khi mặc quần áo bó sát sễ khiến cho các nang lông bị tổn thương dễ dẫn đến viêm.

Video tóm tắt thông tin về bệnh viêm nang lông:

Biên tập bởi:YouMed

Bất cứ ai cũng có thể bị nhưng những đối tượng nào mắc phải các yếu tố sau đây sẽ dễ bị bệnh này hơn những người còn lại:

Da thường xuyên bị ẩm ướt, nhất là các vận động viên thường xuyên đổ mồ hôi nhiều, bởi đây là môi trường hoàn hảo cho vi khuẩn gây viêm các nang lông phát triển mạnh.

Thường xuyên cạo, tẩy lông bằng dao cạo hay các kem tẩy lông.

Thường xuyên mặc các loại quần áo chật, bó sát và giữ nhiệt như găng tay cao su, ủng…

Mắc các bệnh làm giảm sức đề kháng của cơ thể đối với các tác nhân gây nhiễm trùng như bệnh đái tháo đường,HIV/AIDS.

Dùng một số loại thuốc, chẳng hạn như kem có chứa steroid hoặc kháng sinh lâu dài để trịmụn trứng cá.

Các biểu hiện có thể xuất hiện khắp nơi trên cơ thể như da đầu ở trẻ em; vùng râu, nách, tay chân ở người lớn và không xuất hiện ở các vị trí như môi, lòng bàn tay, lòng bàn chân. Các biểu hiện đó là:

Những nốt mụn mủ đỏ hoặc mụn đầu trắng, kích thước 1 – 4 mm, nổi gồ trên bề mặt da, xuất hiện ở nơi sợi lông nhô lên. Mụn có thể vỡ ra gây chảy mủ hoặc chảy máu.

Cảm giác đau, ngứa hoặc rát như bị bỏng.

Sợi lông không mọc ra bên ngoài được mà mọc ngược vào bên trong.

Đối với các trường hợp nhẹ như bệnh do các loại mỹ phẩm bôi trên da thì bệnh có thể tự khỏi sau vài tuần.

Các trường hợp nặng hơn như da trở nên đỏ, sưng, đau, nhiều mụn mủ và lan rộng thì bạn nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa da liễu để được thăm khám và chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp nhất.

Không ít thông tin trên internet và nhiều người truyền tai với nhau nói rằng bệnh này không thể trị khỏi hoàn toàn được. Những thông tin sai lệch này làm cho người bệnh càng thêm chán nản.

Chúng ta hãy yên tâm rằng viêm nang lôngcó thể trị khỏi hoàn toànvà phòng ngừa được. Tùy theo mức độ nặng nhẹ, cấp tính, mạn tính của bệnh mà có những phương pháp điều trị khác nhau.

Làm giảm số lượng vi khuẩn trên da.

Chăm sóc vùng da bị bệnh với nước sạch và xà phòng diệt khuẩn.

Tránh các thuốc bôi dạng mỡ đẽ gây bít tắt lỗ chân lông.

Thoa kháng sinh vùng da bị viêm nang lông 2 lần/ngày trong 7 – 10 ngày.

Có thể uống kháng sinh tác dụng toàn thân.

Sử dụng thuốc kháng nấm nếu viêm nang lông do tác nhân nấm.

Chúng ta có thể kiểm soát và phòng ngừa bệnh bằng các biện pháp đơn giản như sau:

Giữ vệ sinh cơ thể bằng xà phòng dịu nhẹ, đặc biệt sau khi đổ mồ hôi nhiều như tập thể dục, làm việc trong môi trường nhiệt độ cao…

Hạn chế mặc các loại quần áo bó sát.

Không dùng chung các vật dụng cá nhân với nhau như khăn tắm, dao cạo…

Không tự ý nặn nhọt trên da.

Khi muốn loại bỏ lông thừa trên cơ thể thì nên chọn các phương pháp an toàn như dùng ánh sáng hơn là dùng dao cạo, các loại kem triệt lông.

Điều trị các bệnh mạn tính làm suy giảm sức đề kháng của cơ thể như bệnh đái tháo đường.

Tránh sử dụng các sản phẩm gây đổ dầu trên da vì dầu có thể làm tắc nghẽn lỗ chân lông cùng với vi khuẩn gây bệnh.

Hầu nhưkhônglây sang cho những người khác. Tuy nhiên, nếu dùng chung bồn tắm, khăn, quần áo, dao cạo với người viêm nang lông có thể làm lây nhiễm tình trạng nhiễm trùng qua các vết xước da.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-nao-de-doa-dang-tro-lai/

Nội dung bài viết

1. Viêm não là gì?

2. Nguyên nhân

3. Triệu chứng của viêm não

4. Chọc dịch não tuỷ là gì? Tại sao bệnh nhân cần được chọc dịch não tuỷ?

5. Làm sao để chẩn đoán viêm não?

6. Điều trị viêm não như thế nào?

7. Làm sao để phòng ngừa viêm não?

Viêm não là một tình trạng bệnh lý ở não rất nặng nề, có thể gây tử vong cũng như tốn kém rất nhiều chi phí để điều trị. Tỉ lệ tử vong này tăng khoảng 2 lần ở đối tượng đang nhiễm HIV/AIDS hoặc ung thư. May mắn rằng khả năng mắc phải không cao. Chỉ khoảng 7/100.000 người mắc viêm não mỗi năm. Đáng chú ý là ở người già (> 65 tuổi) và trẻ em (< 1 tuổi) thì khả năng mắc tăng gấp 2 lần người bình thường.

Dù tỉ lệ tử vong không cao nhưng di chứng để lại ở người sống rất nặng nề. Chỉ khoảng 40% bệnh nhân còn sống sau viêm não do virus có thể hoạt động trở lại như người bình thường. Số còn lại sẽ có những di chứng thần kinh lặp lại hoặc nặng dần.

Một cách dễ hiểu, viêm não là tình trạng mô não bị viêm.

Đối với nhân viên y tế: viêm não là một nhóm các triệu chứng, gọi chung là hội chứng viêm não. Vấn đề này sẽ được mô tả rõ ràng hơn ở mục triệu chứng.

Điều đáng buồn là khoảng 50% nguyên nhân gây ra viêm não chưa được biết rõ. Chủ yếu là do các xét nghiệm hiện nay không đầy đủ để khảo sát tất cả nguyên nhân.

25% trường hợp do virus gây ra viêm não, gọi chung là viêm não virus. Loại virus có tỉ lệ cao nhất là Herpes simplex virus (HSV). Ngoài ra, còn có enterovirus (một số virus loại này còn gây ratay chân miệng), Japanese encephalitis virus (JEV – virusviêm não Nhật Bản)…

16% trường hợp là do những nguyên nhân tự miễn, gọi là viêm não tự miễn. Đây là do tình trạng khiếm khuyết của hệ miễn dịch. Chính miễn dịch của bản thân chúng ta tấn công mô não.

Số bệnh nhân còn lại viêm não do vi trùng (lao, vi sinh vật, nấm…) hoặc các bệnh lý không do nhiễm trùng khác.

Là một hội chứng nên viêm não bao gồm nhiều triệu chứng.

Thay đổi tri giác(lừ đừ, ngủ mê, thậm chí làhôn mê). Đây là triệu chứng chủ yếu và nổi bật nhất.

Những biểu hiện khác có thể xảy ra hoặc không:

Sốt cao.

Co giật.

Dấu thần kinh khu trú. Mỗi một vùng não bị tổn thương thường sẽ gây ra một dấu hiệu riêng. Bác sĩ khi thăm khám có thể xác định vị trí tổn thương não nhờ các dấu hiệu này.

Thông thường khoảng 65 – 90% các triệu chứng diễn ra mãnh liệt, tình trạng bệnh nhân xấu đi nhanh chóng. Ở trẻ nhỏ có thể xuất hiện dấu hiệu “thóp phồng”.

Ngoài ra, ở trẻ sơ sinh (< 1 tháng tuổi), triệu chứng viêm não có thể rất khác biệt. Cụ thể:

Bỏ bú. Đôi khi chỉ cần trẻ bỏ bú ta cũng nên đưa bé đến bệnh viện. Vì đây có thể là dấu hiệu rối loạn tri giác ở trẻ sơ sinh.

Đau bụng,tiêu chảy.

Nổi ban.

Các dấu hiệu trên xét nghiệm:

Hội chứng viêm não còn bao gồm các dấu hiệu trên xét nghiệm, cụ thể:

Dịch não tuỷ.

Hình ảnh chụp não (MRI sọ não).

Điện não đồ (EEG).

>> Viêm màng não cũng là một bệnh lý rất nguy hiểm. Tìm hiểu thêm:Viêm màng não: 12 câu hỏi thường gặp.

Chọc dịch não tuỷ là một thủ thuật xâm lấn. Bác sĩ sẽ dùng kim đâm vào cột sống thắt lưng, giữa 2 đốt sống. Sau đó, bác sĩ sẽ rút một lượng dịch để thực hiện các xét nghiệm.

Chọc dịch não tuỷ cùng với hình ảnh học giúp chẩn đoán nguyên nhân gây ra rối loạn tri giác của bệnh nhân. Như đã nêu, đây là triệu chứng chính yếu và nổi bật nhất. Do đó, chọc dịch não tủy gần như là bắt buộc khi có nghi ngờ viêm não ở bệnh nhân.

Là một thủ thuật xâm lấn, chọc dịch não tuỷ có thể gây ra một số tai biến nhất định.

Đau đầu sau chọc dịch não tuỷ:Là tai biến thường gặp nhất, nguyên nhân gây ra chưa thật sự được hiểu rõ. Đau đầu thường xảy ra trong 48 giờ đầu (90% trường hợp) và cũng thường tự hết sau 7 ngày. Bác sĩ có thể giảm đau cho bạn bằng caffeine hoặc dán miếng dán ngoài màng cứng.

Thoát vị não (tụt não):Là tai biến đáng sợ nhất của thủ thuật này. Thoát vị não có thể dẫn đến tử vong ở bệnh nhân. Biến chứng này có thể phòng tránh bởi sự đánh giá của bác sĩ điều trị.

Nhiễm trùng:Dễ dàng tránh khỏi khi bạn được thực hiện thủ thuật vô trùng. Tình trạng nhiễm trùng toàn thân không ảnh hưởng đến sự vô khuẩn của thủ thuật này.

Chảy máu:Khoảng 30% bệnh nhân bị chảy máu khi thực hiện thủ thuật.

Bác sĩ sẽ dựa vào cả 4 yếu tố:

Triệu chứng của bệnh nhân:Có hội chứng viêm não hay không. Hoặc đơn giản là dựa vào triệu chứng rối loạn tri giác (lừ đừ, hôn mê).

Yếu tố môi trường:Mùa, vị trí địa lý, địa điểm du lịch gần đây, động vật, người đang ốm hoặc một bệnh nhân đã, đang mắc bệnh gần đây.

Xét nghiệm máu, xét nghiệm dịch não tuỷ:Nhằm mục tiêu phân biệt do virus hay vi khuẩn gây bệnh, và cụ thể là virus, vi khuẩn nào.

Hình ảnh học của não:CT, MRI có một số vai trò nhất định trong việc chẩn đoán tên virus gây bệnh.

Trong đó, xét nghiệm dịch não tuỷ và MRI là các yếu tố quan trọng nhất để xác định nguyên nhân.

Đối với hầu hết các bệnh lý, ta sẽ điều trị bệnh nhằm:

Nâng đỡ sức khoẻ, sức đề kháng của bệnh nhân.

Điều trị căn nguyên chỉ có thể thực hiện trong một số trường hợp nhất định.

Nhưng đáng tiếc là 50% trường hợp viêm não không rõ nguyên nhân. Kết quả xét nghiệm cũng có thể mất nhiều thời gian.

Vì vậy, bác sĩ thường sẽ điều trị theo như các phác đồ trên thế giới đã khuyến cáo. Cụ thể:

Đầu tiên, bệnh nhân đã xác định hoặc nghi ngờ mắc viêm não sẽ được theo dõi tích cực.

Được điều trị kháng sinh, kháng nấm nếu bác sĩ chưa loại trừ nguyên nhân do vi trùng hay nấm.

Nâng đỡ sức khoẻ bệnh nhân, hạ sốt, cung cấp oxy máu, huyết áp, nhịp tim…

Thường thông qua RT – PCR dịch não tuỷ. Đây là một loại xét nghiệm phát hiện sự tồn tại của virus trong dịch não tủy. Xét nghiệm này đắt tiền và mất thời gian chờ đợi.

Đôi khi thông qua hình ảnh MRI đặc trưng của virus (đặc biệt là HSV, EBV, West Nile Virus, VZV). Đây cũng là một xét nghiệm hình ảnh đắt tiền, chuẩn bị mất nhiều thời gian mới thực hiện được.

Acyclovir: Một loại thuốc kháng virus giúp chống lại HSV, varicella-zoster virus (VZV: virus này còn gây thuỷ đậu, giời leo). Có vai trò rất hạn chế, ít giá trị trong điều trị các loại virus viêm não khác.

Ganciclovir hoặc Foscarnet cũng là thuốc kháng virus giúp chống lại HHV-6 và CMV.

Ngoài ra, Corticosteroid (Dexamethasone) có thể được sử dụng để điều trị HSV, EBV, VZV.

Acyclovir giúp giảm tỉ lệ tử vong và di chứng não do viêm não HSV khi điều trị sớm (tính từ lúc có triệu chứng).

Điều đáng tiếc là nhiều trường hợp điều trị trễ đã được ghi nhận. Nguyên nhân chủ yếu cho sự thiếu sót này là:

Không chụp MRI não sớm. Xét nghiệm này rất tốn thời gian để chuẩn bị cũng như rất đắt tiền.

Dịch não tuỷ cho kết quả không rõ ràng (lympho thấp). Trong giai đoạn đầu tiên, xét nghiệm dịch não tủy khó phân biệt virus hay vi trùng.

Các xét nghiệm giúp chẩn đoán cụ thể nguyên nhân gây bệnh (MRI, RT – PCR) tốn kém và quá mất thời gian để thực hiện. Chúng cũng không có sẵn ở một số tuyến y tế địa phương.

Bệnh nhân có bệnh kèm theo nặng. Cần ưu tiên điều trị bệnh nặng trước.

Nghiện rượu. Bệnh nhân say xỉn thường xuyên – một dạng rối loạn tri giác do độc chất (rượu) nên được nghĩ đến viêm não chậm trễ.

Corticosteroid.

IVIG.

Cyclophosphamide.

Thậm chí, có thể phẫu thuật cắt một bán cầu não (đối với viêm não rasmussen, cũng là một loại viêm não do rối loạn miễn dịch).

Cả chi phí chăm sóc tích cực, chi phí cho xét nghiệm nói chung đều rất đắt tiền và điều trị thường kéo dài. Trung bình một bệnh nhân nằm viện khoảng 11 ngày, kéo dài khi bệnh nặng hơn.

Như đã nêu, ta thấy không có một phương pháp điều trị hiệu quả cho đa số trường hợp virus gây viêm não. Do đó, người ta nhấn mạnh vào việc phòng ngừa chúng.

Phòng ngừa các loại virus bằng vaccine ở trẻ có thể giảm mạnh tỉ lệ mắc viêm não ở nhóm đối tượng này. Cụ thể là các vaccine ngừa:

Sởi.

Quai bị.

Rubella.

Cúm.

Thuỷ đậu.

Viêm não Nhật Bản.

Chích vaccine không giúp ngừa 100% các loại virus này ở trẻ. Nhưng ở trẻ đã chích vaccine, dù có mắc viêm não cũng có ít biến chứng hơn những trẻ không chích.

Phòng bệnh hơn chữa bệnh.Viêm nãodù có tỉ lệ tử vong không quá cao nhưng để điều trị thì rất tốn kém. Dù bệnh nhân sống sót cũng có thể sẽ mang nhiều di chứng não bộ về sau.  Đừng để con cháu bạn phải bước qua chọn lọc tự nhiên, khi chính chúng ta đã và đang thay đổi cả thế giới. Hãy đi chích vaccine khi chưa quá muộn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-phuc-mac-mot-tinh-trang-cap-cuu-thuong-gap/

Nội dung bài viết

Viêm phúc mạc là gì?

Nguyên nhân nào gây ra viêm phúc mạc?

Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát có biểu hiện như thế nào?

Viêm phúc mạc thứ phát có biểu hiện gì?

Chẩn đoán viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát ra sao?

Chẩn đoán viêm phúc mạc thứ phát như thế nào?

Điều trị viêm phúc mạc nguyên phát

Điều trị viêm phúc mạc thứ phát

Viêm phúc mạc là một tình trạng cấp cứu khá phổ biến gây ra bởi nhiều nguyên nhân khác nhau. Nhưng nhìn chung, tất cả chúng đều có ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của người bệnh và đòi hỏi điều trị y tế càng sớm càng tốt. Vậy làm thế nào để nhận biết một tình trạng viêm phúc mạc? Những ai có nguy cơ cao bị viêm phúc mạc?… Để trả lời tất cả những câu hỏi này, hãy cùng tìm hiểu qua bài viết của bác sĩ Nguyễn Hồ Thanh An.

Viêm phúc mạc là tình trạng viêm của lớp mô lót mặt trong thành bụng và bao phủ hầu hết các cơ quan trong ổ bụng (gọi là phúc mạc) do các tác nhân vi trùng (vi khuẩn, nấm…) hoặc không do vi trùng (acid dạ dày, dịch tụy,…).

Chúng được phân chia thành nhiều nhóm dựa trên một vài yếu tố như:

Nguyên nhân gây bệnh có viêm phúc mạc nguyên phát và thứ phát.

Diễn tiến bệnh có viêm phúc mạc cấp tính và mạn tính.

Mức độ lan tràn của bệnh có viêm phúc mạc khu trú và toàn thể.

Trong nội dung bài viết này, chúng ta sẽ chủ yếu đề cập tới cách phân loại theo nguyên nhân gây bệnh. Và chúng được định nghĩa như sau:

Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát (VPMNKNP):Là nhiễm trùng dịch báng (cổ trướng) mà không có bằng chứng rõ ràng về các bệnh lý (hay tổn thương) trong ổ bụng có thể phẫu thuật được.

Viêm phúc mạc thứ phát:Là hậu quả gây ra bởi tổn thương của các cơ quan khác trong ổ bụng.

Cho đến nay, người ta vẫn chưa hoàn toàn hiểu rõ về cơ chế gây bệnh ở VPMNKNP. Tuy nhiên, tình trạng nhiễm trùng này được cho là hậu quả của một số yếu tố như:

Thành lập dịch báng: Tạo môi trường thuận lợi cho vi khuẩn sinh trưởng và phát triển.

Sự di chuyển của vi khuẩn: Bằng cách đi xuyên qua thành ruột hay theo đường các mạch máu, vi khuẩn có thể xâm nhập vào dịch báng, sinh trưởng và phát triển gây bệnh.

Miễn dịch của cơ thể bị suy giảm: Xơ gan là một trong những dạng suy giảm miễn dịch mắc phải phổ biến nhất, gây ra sự thiếu hụt về số lượng và chức năng của các tế bào bảo vệ cơ thể. Điều này khiến cho cơ thể mất đi khả năng chống lại sự nhân lên của vi khuẩn trong dịch báng.

Trái ngược với VPMNKNP, các nguyên nhân dẫn tới viêm phúc mạc thứ phát thường cụ thể và có thể phẫu thuật được. Các bệnh lý phổ biến có thể thấy là:

Một vết thương hoặc chấn thương ở bụng.

Thủng ổ loét dạ dày, thủng ruột non, thủng đại tràng.

Tắc ruột(đặc biệt là dạng tắc ruột thắt nghẹt).

Viêm ruột thừa, viêm túi thừa, viêm tụy,viêm túi mật… và các biến chứng của chúng.

Các thủ thuật xâm lấn (ví dụ thẩm phân phúc mạc ở người suy thận,…).

Nếu người bệnh là nữ, có thể gặp thêm các nguyên nhân như:

Viêm phần phụ.

Thai ngoài tử cung vỡ.

U buồng trứng xoắn.

VPMNKNP có thể biểu hiện rất tinh tế so với các bệnh nhân bị viêm phúc mạc thứ phát. Thậm chí, một số ít còn không hề có bất kỳ dấu hiệu nào và chỉ được chẩn đoán một cách tình cờ khi nhập viện vì các bệnh lý khác.

Do đó, VPMNKNP nên được nghi ngờ ở những bệnh nhân bị báng bụng do xơ gan tiến triển kèm theo các triệu chứng như:

Sốt: Là biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất.

Đau bụng và bụng gồng cứng: Là các dấu hiệu đặc trưng của viêm phúc mạc. Tuy nhiên, chúng có thể rất tinh tế do sự hiện diện của dịch báng.

Nôn.

Xuất huyết tiêu hóa: Với các triệu chứng như ói ra máu, đi cầu phân đen hay thậm chí là máu tươi.

Thay đổi trạng thái tâm thần kinh: Thường dễ bị bỏ qua ở bệnh nhân xơ gan do sự thay đổi này có thể rất tinh tế. Đến mức, chúng chỉ có thể được phát hiện bởi những người thân trong gia đình hoặc các bác sĩ lâm sàng nắm rất rõ tình trạng bệnh nhân.

Tiêu chảy: Thường gặp, có thể báo hiệu cho sự khởi đầu của nhiễm trùng.

Choáng nhiễm trùng: Dấu hiệu của nhiễm trùng nặng và tiến triển, biểu hiện với các triệu chứng hạ huyết áp, tăng/hạ thân nhiệt,…

Các triệu chứng của viêm phúc mạc thứ phát thay đổi tùy thuộc vào bệnh lý nguyên nhân gây ra nó. Phổ biến là:

Đau bụng: Than phiền chính của bệnh nhân bị viêm phúc mạc. Ban đầu, cơn đau có thể âm ỉ và khó khu trú. Sau đó dần dần trở nên liên tục, dữ dội và khu trú hơn. Người bệnh cảm thấy đau hơn khi thực hiện các cử động như đi lại, ho, vặn người,… và đè ấn tại chỗ. Tuy nhiên, trong một số bệnh lý nghiêm trọng (ví dụ, thủng dạ dày, viêm tụy cấp nặng,…) cơn đau dữ đọi khắp bụng có thể xuất hiện ngay từ đầu.Đau bụng và bụng gồng cứng là triệu chứng thường gặp nhất của viêm phúc mạc

Sốt, ớn lạnh,mệt mỏi: Gợi ý tình trạng nhiễm trùng.

Buồn nôn và nôn: Chủ yếu là nôn khan, không ra thức ăn.

Đầy hơi hoặc chướng bụng.

Bí trung và đại tiện.

Khát nước, tiểu ít, tụt huyết áp và sốc: Là các dấu hiệu cảnh báo tình trạng người bệnh đã trở nên nghiêm trọng.

Do các dấu hiệu thường biểu hiện rất tinh tế nên cần nghi ngờ VPMNKNP ở bệnh nhân xơ gan báng bụng kèm các triệu chứng đã nêu như sốt, đau bụng, thay đổi trạng thái tâm thần… Ngoài ra, những bệnh nhân xơ gan báng bụng nhập viện vì lý do khác cũng cần được chọc dịch màng bụng để xác nhận hay loại trừ viêm phúc mạc.

Chọc dịch màng bụng để làm xét nghiệm có thể được thực hiện ngay tại giường hoặc trong phòng thủ thuật dưới hướng dẫn của siêu âm (trước khi sử dụng kháng sinh). Lượng dịch rút ra được đưa đến phòng xét nghiệm để tiến hành đánh giá và nuôi cấy. Kết quả dịch màng bụng sẽ được dùng để chẩn đoán xác định viêm phúc mạc sau khi đã loại trừ các nguyên nhân thứ phát.

Chẩn đoán viêm phúc mạc thứ phát thường dựa vào các triệu chứng lâm sàng là chủ yếu. Một bệnh sử kỹ lưỡng cùng với quá trình thăm khám cẩn thận vùng bụng chậu là rất cần thiết.

Mục tiêu của quá trình chẩn đoán không chỉ dừng lại ở việc xác định tình trạng viêm phúc mạc mà còn cần phải xác định được nguyên nhân gây bệnh phía sau. Nhờ đó đưa ra các kế hoạch điều trị phù hợp cho người bệnh.

Để làm được điều này, các bác sĩ có thể sẽ cần đến các xét nghiệm sau đây:

Xét nghiệm máu: Kiểm tra số lượng bạch cầu, đánh giá tình trạng nhiễm trùng cũng như theo dõi hiệu quả điều trị. Đồng thời, cấy máu được thực hiện để xác định xem vi khuẩn có tồn tại trong máu hay không, chúng có thể bị tiêu diệt bởi các loại kháng sinh nào.

Hình ảnh học: Đánh giá hình ảnh gián tiếp của các tổn thương trong ổ bụng. X-quang bụng, siêu âm, hay chụp cắt lớp điện toán (CT-scans) là các công cụ có thể được sử dụng. Tuy nhiên, tùy từng trường hợp cụ thể mà bác sĩ sẽ lựa chọn dùng phương pháp nào dựa trên các ưu và nhược điểm của chúng.

Phương pháp điều trị chủ yếu là sử dụng kháng sinh càng sớm càng tốt ngay khi có thể, sau khi người bệnh đã được chọc dịch màng bụng để làm xét nghiệm. Cụ thể thì:

Trường hợp bệnh nhân bị sốt, đau bụng, hoặc thay đổi trạng thái tâm thần: Thường được bắt đầu điều trị ngay khi đã thưc hiện chọc dịch màng bụng, lấy máu và nước tiểu để làm xét nghiệm.

Ở những bệnh nhân KHÔNG CÓ những triệu chứng này: Điều trị thường được bắt đầu khi có kết quả xét nghiệm dịch báng (với số lượng bạch cầu tăng).

Kháng sinh có thể dùng đường uống hoặc tiêm. Thời gian điều trị thường kéo dài từ 5-7 ngày.

Viêm phúc mạc thứ phát là một tình trạng cấp cứu. Điều trị viêm phúc mạc (đặc biệt là viêm phúc mạc mức độ nặng) khá phức tạp và cần kết hợp nhiều chuyên khoa.

Bao gồm các đặc điểm chính như:

Hồi sức bệnh nhân:Theo dõi sát các yếu tố mạch, huyết áp, lượng nước tiểu,… nhằm mục đích bù lại lượng dịch thích hợp mà người bệnh bị mất do nhiễm trùng trong ổ bụng đồng thời ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra. Kèm với đó, các bất thường về điện giải và đông máu cũng sẽ được điều chỉnh để chuẩn bị cho phẫu thuật.

Sử dụng kháng sinh:Khác nhau tùy từng trường hợp cụ thể. Thời gian sử dụng cũng thay đổi tùy theo mức độ nghiêm trọng của nhiễm trùng.

Điều trị hỗ trợ khác:Bao gồm thuốc giảm đau, đặt ống thông mũi dạ dày thường được sử dụng để làm giảm các triệu chứng khó chịu cho người bệnh. Với các trường hợp nặng hơn, có thể cần phải đặt ống nội khí quản và hỗ trợ hô hấp sớm.

Kiểm soát tốt nguyên nhân nhiễm trùng là bắt buộc và cần được thực hiện sớm nhất có thể, bằng phương pháp phẫu thuật hoặc không phẫu thuật (như dẫn lưu ổ áp-xe ra da hoặc đặt stent qua nội soi…).

Phẫu thuật sẽ được dùng trong những trường hợp cần loại bỏ hoàn toàn vi trùng và các độc tố mà người bệnh vẫn đủ điều kiện sức khỏe. Nội dung phẫu thuật có thể là khâu, cắt bỏ hoặc đưa ruột ra ngoài tùy vào tình trạng cụ thể của người bệnh.

Viêm phúc mạclà một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, cần được chăm sóc y tế phù hợp. Nhiễm trùng có thể lây lan và đe dọa tính mạng nếu không được điều trị kịp thời. Các dấu hiệu gợi ý cũng như cách điều trị hoàn toàn không giống nhau ở các dạng viêm phúc mạc. Do đó, khi có bất kỳ biểu hiện nghi ngờ, hãy đến cơ sở y tế gần nhất để được chẩn đoán sớm và điều trị phù hợp. Đừng chủ quan xem thường, bạn nhé!

Xem thêm:Ung thư túi mật: Căn bệnh nguy hiểm nếu phát hiện trễ!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhung-dieu-can-luu-y-ve-benh-viem-phe-quan-cap/

Nội dung bài viết

Viêm phế quản cấp là gì?

Nguyên nhân gây viêm phế quản là gì?

Chăm sóc và điều trị

Khi nào cần đi khám bác sĩ?

Điều trị các triệu chứng đi kèm

Làm thế nào để phòng bệnh?

Viêm phế quản cấp là bệnh hô hấp hay gặp vào mùa đông xuân ở cả người lớn và trẻ em. Bệnh thường sẽ tự khỏi nếu được chăm sóc đúng cách mà không cần điều trị. Tuy nhiên, nhiều trường hợp viêm phế quản cấp có triệu chứng không điển hình gây chẩn đoán nhầm với những bệnh nhiễm trùng hô hấp khác.

Phế làphổi, quản là cái ống, phế quản là ống dẫn không khí vào trong phổi. Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm dẫn đến tổn thương lớp tế bào bề mặt của lòng ống phế quản do tiếp xúc với các tác nhân gây hại từ môi trường bên ngoài gây phù nề, co thắt cơ trơn lớp tế bào này làm tăng tiết dịch nhiều hơn dẫn tới hiện tượng ho, khò khè, có đờm,…

Lớp niêm mạc phế quản cấu tạo gồm các tế bào chất nhầy, tế bào có lông bình thường có nhiệm vụ bắt giữ các hạt bụi, các chất độc hại,… và vận chuyển chúng ra khỏi cơ thể.

Phần lớn các trường hợp viêm phế quản cấp do virus – các loại virus tương tự gây cảm lạnh hoặc cúm. Ngoài ra cũng có thể là do vi khuẩn song ít xảy ra hơn.

Bệnh thường xuất hiện sau một đợt cúm. Triệu chứng điển hình là ho, bên cạnh đó có thể gặp các triệu chứng khác như:·

Tức ngực.

Ho có đàm, dịch đàm trong hoặc có màu như trắng, vàng, xanh.

Khó thở.

Thở khò khè.

Đau nhức mình mẩy.

Sốt nhẹ.

Chảy nước mũi, nghẹt mũi.

Sức đề kháng thấp: thường xảy ra ở trẻ dưới 12 tháng tuổi, trẻ nhỏ và người lớn tuổi.

Khói thuốc lá: Người hút thuốc lá hoặc người thường xuyên hít phải khói thuốc lá có nguy cơ mắc bệnh cao.

Tiếp xúc với hóa chất: Người làm những việc phải tiếp xúc thường xuyên với hóa chất hoặc chất gây kích ứng phổi như các bụi vải, hơi hóa chất, …

Trào ngược dạ dày: Các đợt ợ nóng nghiêm trọng gây kích thích cổ họng cũng dễ gây viêm phế quản cấp.

Xem thêm bài viết:Viêm phế quản ở trẻ em: nguyên nhân và cách điều trị

Đa số trường hợp mắc viêm phế quản cấp do siêu vi thường biểu hiện bệnh nhẹ nhàng như sốt, ho, đau đầu, người mệt mỏi, đau rát họng, ho khan hoặc có đờm trắng,…thì chỉ cần điểu trị giảm triệu chứng là chính.

Trường hợp viêm phế quản cấp do virus thì không cần dùng kháng sinh. Người bệnh nên nghỉ ngơi, uống nhiều nước đặc biệt là nước chanh để tăng cường đề kháng; giữ gìn vệ sinh răng miệng, súc miệng bằng nước muối thường xuyên, giữ ấm cơ thể… Hạn chế dùng ngay kháng sinh để tránh dẫn tới lờn thuốc.

Một số bệnh nhiễm trùng hô hấp khác cũng có triệu chứng tương tự như viêm phế quản cấp. Để tránh nhầm lẫn, tất cả những trường hợp có ho, khạc đờm kèm theo một trong các biểu hiện như bệnh kéo dài hơn 5 ngày, có thêm sốt, khó thở, tức ngực hoặc mệt nhiều,…cần đến khám bác sĩ ngay.

Ngoài việc thăm khám lâm sàng, bệnh nhân còn có thể được yêu cầu thực hiện các xét nghiệm để tránh nhầm lẫn với các bệnh khác. Các xét nghiệm bác sĩ có thể chỉ định cho bệnh nhân như:

Chụp X-quang phổi: người bệnh nhân sẽ được yêu cầu chụp X-quang phổi khi ho có đờm và kèm thêm một trong các yếu tố như: người lớn tuổi (>75), mạch nhanh, thở gấp, sốt trên 38 độ C.

Xét nghiệm tìm nguyên nhân gây bệnh: ít khi thực hiện, trừ trường hợp bệnh nhân đã được chỉ định điều trị khang sinh nhưng không thấy hiệu quả. Trong trường này bệnh nhân sẽ được cấy mẫu đàm của mình để tìm vi khuẩn gây bệnh. Từ đó làm cơ sở cho bác sĩ kê kháng sinh.

Xét nghiệm máu.

Chỉ sử dụng kháng sinh trong trường hợp viêm phế quản do nhiễm khuẩn.

Bệnh nhân có thể được sử dụng thêm các thuốc điều trị triệu chứng đi kèm như:

Sốt: Thường làacetaminophen (paracetamol)dùng khi sốt cao (từ 38,5 độ trở lên). Với những người bệnh là trẻ em có bệnh lý tim, phổi, thần kinh… cần tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi dùng thuốc hạ sốt. Tuyệt đối không dùng aspirin để hạ sốt cho trẻ em, người bị hen, người bị loét dạ dày – tá tràng.

Ho: Người bệnh nên uống nhiều nước giúp cải thiện việc ho, khạc đờm chú ý không nên dùng thuốc giảm ho.

Sổ mũi, nghẹt mũi:  Nên vệ sinh mũi bằng nước muối sinh lý.

Ho có đờm: Trên thị trường có rất nhiều loại thuốc có tác dụng làm loãng đờm, giảm độ dính của đờm nhưacetylcystein,bromhexin, carbocystein… Ngoài ra cần khuyên người bệnh uống nhiều nước.

Để phòng tránh được bệnh cần loại bỏ các tác nhân có thể gây kích ứng, yếu tố nguy cơ cho bệnh nhân bằng cách:

Cách ly người bệnh, không tiếp xúc gần những người đang có biểu hiện viêm hô hấp như ho, sốt, sổ mũi,… Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng. Đối với người bệnh khi ho phải ho vào khăn hoặc che miệng bằng vạt áo,

Không hút thuốc lá.

Tránh khói bụi trong, ngoài nhà, môi trường ô nhiễm.

Tăng cường uống nhiều nước, giữ ấm vào mùa lạnh.

Tiêm vacxin phòng cúm, phế cầu, đặc biệt ở những trường hợp có bệnh phổi mạn tính, suy tim, cắt lách, tuổi > 65.

Điều trị các nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt, tình trạng suy giảm miễn dịch.

Vệ sinh răng miệng.

Ăn uống đầy đủ dinh dưỡng.

Bệnh viêm phế quản cấplà một bệnh nhiễm trùng hô hấp khá phổ biến, thường tự khỏi và không để lại di chứng gì. Biết cách phòng tránh có thể giúp hạn chế được nguy cơ mắc bệnh, tự bảo vệ sức khỏe của bản thân và những người xung quanh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-phoi/

Nội dung bài viết

Viêm phổi là gì?

Phân loại viêm phổi

Nguyên nhân viêm phổi

Triệu chứng của bệnh viêm phổi

Đối tượng nào dễ mắc viêm phổi?

Thời gian ủ bệnh bao lâu?

Biến chứng của bệnh viêm phổi

Chẩn đoán

Điều trị viêm phổi

Phòng ngừa bệnh viêm phổi

Bệnh viêm phổi xảy ra ở mọi lứa tuổi, đặc biệt là người già và trẻ em, những người có hệ miễn dịch chưa hoàn thiện hoặc suy yếu. Viêm phổi là gì? Nguyên nhân nào gây ra viêm phổi? Triệu chứng của viêm phổi là gì? Điều trị bằng cách nào? Hãy cùng Bác sĩ Đỗ Phạm Nguyệt Thanh giải đáp qua bài sau nhé!

Viêm phổi là một bệnh nhiễm trùng làm viêm túi khí ở một hoặc cả haiphổi. Các túi khí này chứa đầy mủ và dịch, gây ho có đờm, mủ, sốt, ớn lạnh, khó thở. Có nhiều nguyên nhân gây ra bệnh trong đó có vi khuẩn, virus, nấm.1

Bệnh có thể ở mức độ nghiêm trọng từ nhẹ đến đe dọa tính mạng. Bệnh có thể nghiêm trọng đối với trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, người trên 65 tuổi và người có hệ thống miễn dịch suy yếu.1

Đây là bệnh lý phổ biến, ảnh hưởng tới khoảng 450 triệu người trên khắp toàn cầu. Tỷ lệ tử vong do viêm phổi khoảng 7%/năm. Tỷ lệ này chiếm đa số ở trẻ em dưới 5 tuổi và người già trên 75 tuổi.2

Việt Nam có số trường hợp viêm phổi ở trẻ em nhiều thứ 9 trên thế giới với khoảng 2,9 trường hợp ở trẻ em hàng năm. Hàng năm vẫn có khoảng 4000 trẻ em Việt Nam chết vì viêm phổi chiếm 12% tử vong chung ở trẻ dưới 5 tuổi.3

Bệnh có thể diễn tiến nghiêm trọng ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, người lớn tuổi và người suy giảm miễn dịch.

Hiện nay có 2 loại phổ biến nhất là viêm phổi bệnh viện và viêm phổi cộng đồng, được hiểu như sau:4

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) là tình trạng nhiễm trùng cấp tính của nhu mô phổi mắc phải ngoài bệnh viện.

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) (hospital acquired pneumonia – HAP, nosocomial pneumonia – NP) là bệnh xảy ra sau 48 giờ nhập viện mà trước đó không có triệu chứng hô hấp hay nhiễm trùng và không có tổn thương mới hay tiến triển trên X quang ngực trước 48 giờ nhập viện.

Có nhiều nguyên nhân gây ra viêm phổi gồm vi khuẩn, virus, nấm hoặc hóa chất. Trong đó phổ biến nhất là vi khuẩn và virus trong không khí. Nguyên nhân được phân như sau :1

Do vi khuẩn: Nguyên nhân phổ biến nhất là vi khuẩn là Streptococcus Pneumoniae. Loại này có thể tự xảy ra hoặc sau khi bị cảm lạnh hoặc cúm. Nó có thể ảnh hưởng đến một thùy của phổi.

Do virus: Một nguyên nhân gây bệnh phổ biến, trong đó phải kể đến cả virus gây bệnh COVID – 19. Một số virus gây cảm lạnh và cúm có thể là tác nhân. Virus gây viêm ở phổi thường nhẹ, nhưng một số trường hợp gây bệnh rất nặng.

Do nấm: Phổ biến ở người có hệ miễn dịch suy yếu hoặc ở người hít phải liều lượng lớn các sinh vật.

Do hóa chất: Nhắc đến nguyên nhân gây ra căn bệnh này phải kể đến do các hóa chất. Mặc dù nguyên nhân bị nấm phổi do hóa chất rất hiếm nhưng vẫn tồn tại. Khi làm việc trong môi trường hóa chất lâu, tiếp xúc với hóa chất nguy hiểm, cơ thể sẽ bị nhiễm bệnh.

Các triệu chứng và dấu hiệu của bệnh thay đổi từ nhẹ đến nặng, tùy thuộc vào các yếu tố như loại vi trùng gây nhiễm trùng, tuổi và sức khỏe tổng thể. Các dấu hiệu và triệu chứng nhẹ thường tương tự cảm lạnh, cúm nhưng chúng sẽ kéo dài hơn.1

Bệnh có các dấu dấu hiệu và triệu chứng như sau:1

Đau ngực khi thở hoặc ho.

Nhầm lẫn hoặc thay đổi nhận thức.

Ho, có thể tạo ra đờm.

Mệt mỏi.

Sốt, đổ mồ hôi và ớn lạnh.

Nhiệt độ cơ thể thấp hơn bình thường ( ở người trên 65 tuổi và người cóhệ miễn dịchsuy yếu).

Buồn nôn, nôn, hoặctiêu chảy.

Hụt hơi.

Các đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao, dễ bị mắc bệnh viêm phổi như:1

Trẻ em dưới 2 tuổi có các dấu hiệu và triệu chứng bệnh.

Người cao tuổi trên 65 tuổi.

Người có tình trạng sức khỏe tiềm ẩn và hệ thống miễn dịch suy yếu.

Người được hóa trị hoặc dùng thuốc ức chế miễn dịch.

Phụ nữ mang thai.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Hiện nay, do có nhiều nguyên nhân gây bệnh khác nhau nên thời gian tiến triển bệnh và thời gian điều trị bệnh sẽ khác nhau. Thời gian ủ bệnh thường ngắn, trung bình khoảng 1 – 3 ngày.5

Ngay cả khi điều trị, một số người bị viêm phổi, đặc biệt là những người có nguy cơ cao, có thể gặp các biến chứng như:1

Nhiễm khuẩn huyết: vi khuẩn xâm nhập vào máu từ phổi, lây sang các cơ quan khác, gây suy đa cơ quan.

Khó thở: nếu bệnh nghiêm trọng hoặc mắc các bệnh mãn tính có thể gây khó khăn cho việc hít thở, phải sử dụng máy thở.

Tràn dịch màng phổi: viêm phổi có thể khiến chất lỏng tích tụ trong không gian mỏng giữa các lớp mô lót phổi và khoang ngực. Nếu chất lỏng này bị nhiễm trùng, có thể dẫn lưu chất lỏng qua ống ngực hoặc loại bỏ bằng phẫu thuật.

Áp xe phổi: áp xe xảy ra nếu mủ hình thành trong một khoang phổi. Áp xe thường được điều trị bằng thuốc kháng sinh, đôi khi phải phẫu thuật hoặc dẫn lưu bằng kim dài hoặc ống đặt vào áp xe là cần thiết để loại bỏ mủ.

Đầu tiên, bác sĩ sẽ hỏi tiền sử bệnh và khám sức khỏe:

Có tiếp xúc với người bệnh ở nhà, trường học hay nơi làm việc?

Đã tiêm phòng cúm hoặc viêm phổi chưa?

Các thuốc đang uống?

Tiền sử bệnh và liệu có bệnh nào có tình trạng trở nặng gần đây không?

Có du lịch gần đây không?

Có hút thuốc không?

Nếu có nghi ngờ viêm phổi thì sẽ thực hiện các xét nghiệm như:6

ChụpX – quangngực: để xác định tình trạng của bệnh.

Xét nghiệm máu: xác định hệ thống miễn dịch có chống lại nhiễm trùng hay không.

Đo oxy xung: đo nồng độ oxy trong máu do viêm phổi có thể khiến cho phổi nhận không đủ oxy vào máu.

Xét nghiệm đờm: xác định nguyên nhân nhiễm trùng.

Nếu bệnh nhân trên 65 tuổi, có thể thực hiện một số xét nghiệm khác như:68

Chụp CT phổi để có thể thấy được hình ảnh chi tiết hơn về phổi.

Cấy dịch màng phổi.

Xét nghiệm khí máu: xác định nồng độ oxy máu trong động mạch.

Xét nghiệm cấy máu để xác định vi khuẩn gây ra bệnh phổi.

Xét nghiệm phản ứng chuỗiPCR.

Nội soiphế quản.

Hầu hết các triệu chứng sẽ được giảm bớt trong một vài ngày, cảm giác mệt mỏi có thể kéo dài hơn. Khi được điều trị tại nhà sẽ được bác sĩ kê đơn và tái khám định kỳ. Nghỉ ngơi và uống người nước sẽ giúp cơ thể hồi phục nhanh hơn.7

Tùy vào mức độ nghiêm trọng của bệnh mà sẽ được kê thuốc khác nhau. Các phương pháp điều trị sẽ khác nhau tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh, tuổi tác và sức khỏe tổng thể như:6

Thuốc kháng sinh: được sử dụng để điều trị viêm phổi.

Thuốc ho: thuốc được sử dụng để làm diệu cơn ho để giúp bạn có thể nghỉ ngơi.

Thuốc hạ sốt/ giảm đau: một số thuốc nhưaspirin,ibuprofen,acetaminophen.

Một số phương pháp giúp phòng ngừa bệnh như:7

Tiêm phòng: phế cầu, sởi, cúm, ho gà là cách hiệu quả nhất để ngăn ngừa viêm phổi.

Rửa tay: duy trì vệ sinh tốt, rửa tay thường xuyên, đặc biệt khi chăm sóc người bệnh, sau khi xì mũi.

Giảm ô nhiễm không khí môi trường xung quanh.

Hạn chế tiếp xúc với khói thuốc hoặc bỏ thuốc lá: hút thuốc lá làm hỏng khả năng tự phòng vệ tự nhiễm của phổi chống lại nhiễm trùng đường hô hấp.

Chăm sóc tốt các tình trạng y tế nhưhen suyễn,tiểu đường,bệnh tim mạch.

Duy trì lối sống lành mạnh: ăn một chế độ ăn lành mạnh, nghỉ ngơi hợp lý và tập thể dục thường xuyên.

Hy vọng thông qua bài này, bạn đọc đã hiểu rõ hơn về bệnhviêm phổi. Bên cạnh đó, giúp ta phòng bệnh được tốt hơn, hạn chế được các biến chứng hay các tác dụng nguy hiểm đến tính mạng ở trẻ em và người cao tuổi.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-phoi-cap-tinh-cho-nen-coi-thuong/

Nội dung bài viết

Viêm phổi cấp tính là bệnh gì?

Nguyên nhân gây bệnh viêm phổi cấp tính

Biểu hiện của bệnh viêm phổi cấp tính

Điều trị bệnh viêm phổi cấp

Viêm phổi cấp tính có nguy hiểm không?

Phòng ngừa bệnh viêm phổi cấp đúng cách

Bệnh viêm phổi cấp tính là bệnh gì? Bệnh có t biểu hiện như thế nào? Bệnh này có nguy hiểm không? Hãy cùng Dược sĩ Phạm Thị Thúy Diễm tìm hiểu thông qua bài viết sau nhé!

Viêm phổi cấp tính là bệnh về đường hô hấp do phế nang phổi bị nhiễm khuẩn gây nên sự viêm nhiễm. Bệnh diễn biến phức tạp và phát triển cực nhanh nên còn gọi là viêm phổi cấp tính. Tình trạng bệnh kéo dài và không được điều trị kịp thời sẽ  làm ảnh hưởng nghiêm trọng tới hệ hô hấp.

Nguyên nhân của bệnh là do sự xâm nhập của các tác nhân gây hại của môi trường, thường gặp nhất là vi khuẩn, virus. Chúng vượt qua hàng rào miễn dịch của cơ thể, tấn công và gây viêm nhiễm phế nang phổi. Các nguồn lây nhiễm có thể đến từ:

Viêm phổi cộng đồng:các loại nấm, vi khuẩn, virus từ môi trường bên ngoài tấn công và gây bệnh thông qua các hoạt động thường nhật.

Viêm phổi bệnh viện:khi bệnh nhân ở trong bệnh viện đang điều trị một bệnh khác. Do sức đề kháng yếu, cộng thêm môi trường bệnh viện nhiều vi khuẩn dễ dẫn đến tình trạng viêm nhiễm. Đây là trường hợp rất dễ xảy ra đối với trẻ nhỏ, người già hoặc người bệnh có chứng phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) hoặcHIV/AIDS.

Trào ngược dạ dày, thực quản:khi trào ngược, một lượng dịch dạ dày nhỏ có thể xâm nhập vào khí quản và gây ra viêm phổi.

Các nguyên nhân khác có thể bao gồm:cúm gia cầm, H5N1, hội chứng hô hấp SARS, bệnh than, bệnh dịch hạch, bệnh thỏ

Viêm phổi có nhiều biểu hiện phức tạp, tùy thuộc nguyên nhân nhiễm bệnh. Ở giai đoạn đầu người bệnh thường không nhận biết được triệu chứng của bệnh. Do bệnh viêm phổi cấp tính thường có biểu hiện giống như cảm lạnh và cúm. Điều này dễ khiến người bệnh lầm tưởng và làm bệnh diễn tiến nặng hơn.

Viêm phổi cấp nguyên nhân do vi khuẩn thường tiến triển nhanh. Các dấu hiệu và triệu chứng của viêm phổi có thể bao gồm:1

Các triệu chứng điển hình: ho ra đờm kèm theo máu, hơi thở nông và thở nhanh, sốt cao, đau tức ngực, khi ho và hít vào thì cảm giác đau càng trầm trọng. Người bệnh cảm thấy mệt mỏi và kèm theobuồn nôn.

Với người bệnh lớn tuổi (người già), khi bị viêm phổi cấp tính có thểhonhưng không có đờm. Bệnh nhân thường có triệu chứng mê sảng.

Trường hợp viêm phổi có nguyên nhân từ virus thì các triệu chứng tương tự như vi khuẩn nhưng có diễn tiến thường chậm hơn, thường không nghiêm trọng.

Khi nghi ngờ có các biểu hiện của bệnh, bạn cần đến ngay các trung tâm y tế để được thăm khám và điều trị kịp thời. Nếu không bệnh sẽ tiến triển rất nhanh và dẫn đến mạn tính. Điều này gây khó khăn trong điều trị và ảnh hưởng rất xấu tới sức khỏe.

Kháng sinh sẽ là sự lựa chọn tối ưu dành cho bạn.2Sau khi bắt đầu dùng thuốc, bạn sẽ cảm thấy tốt hơn và các triệu chứng thuyên giảm. Tuy nhiên, bạn vẫn cần tiếp tục dùng thuốc đúng theo lộ trình. Không nên ngưng uống thuốc sớm, vì có thể tăng tỷ lệ tái phát bệnh. Đồng thời tăng nguy cơ xuất hiện các chủng vi khuẩn đề kháng thuốc.

Điều trị bằng kháng sinh trong trường hợp này không còn phù hợp nữa. Thuốc kháng virus sẽ được cân nhắc sử dụng trong điều trị. Tuy nhiên, điều quan trọng nhất là bạn cần phải nghỉ ngơi và uống nhiều nước.3

Trường hợp này, bệnh nhân cũng được điều trị bằng kháng sinh.4Tuy nhiên, bạn có thể sẽ không thấy khá hơn ngay sau khi dùng thuốc. Tình trạng mệt mỏi, khó chịu có thể kéo dài sau khi bệnh đã thuyên giảm. Các dấu hiệu và triệu chứng do Mycoplasma giống như bệnh cảm lạnh, và thường tự biến mất. Do vậy bệnh nhân thường nhầm lẫn và lờ đi, làm bệnh tiến triển nhanh.

Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc kháng nấm.

Bệnh phát triển rất nhanh, vùng viêm nhiễm bị lan rộng nên rất nguy hiểm.Nếu không chữa trị và cấp cứu kịp thời bệnh nhân dễ tăng nhịp thở, mặt mày tím tái do thiếu oxy, thậm chí là tử vong.

Giai đoạn đầu, bệnh viêm phổi cấp tính có biểu hiện rất âm thầm. Triệu chứng thường là khó chịu, gai người, sốt nhẹ, ho nhẹ. Chính vì vậy, người bệnh dễ chủ quan làm bệnh nặng thêm. Ngoài ra khi bệnh tiến triển nghiêm trọng hơn, những biến chứng nguy hiểm sau đây có thể xảy ra:5

Hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS): Đây là một dạng suy hô hấp nặng.

Áp xe phổi: Đây là những túi mủ hình thành bên trong hoặc xung quanh phổi. Chúng có thể cần được dẫn lưu bằng phẫu thuật

Suy hô hấp: Điều này đòi hỏi phải sử dụng máy thở hoặc máy thở.

Nhiễm trùng huyết: Đây là khi nhiễm trùng xâm nhập vào máu. Nó có thể dẫn đến suy nội tạng.

Viêm phổi cấp tính tiến triển nhanh và khó phát hiện ở giai đoạn đầu. Để hạn chế tối đa nguy cơ mắc bệnh, bạn có thể thực hiện những biện pháp sau:

Giữ không gian sống sạch sẽ, thông thoáng, giữ gìn vệ sinh cơ thể, vệ sinh răng miệng sạch sẽ.

Lưu ý giữ ấm cho cơ thể, đặc biệt là phần cổ ngực và hai bàn chân. Tránh bị nhiễm lạnh, nhất là ở trẻ nhỏ và người cao tuổi, sức đề kháng kém.

Nên tắm nước ấm mỗi ngày, nhà tắm cần phải kín không có gió lùa.

Chế độ ăn uống lành mạnh, dinh dưỡng, cân đối giữa chất đạm, chất xơ, tinh bột, vitamin và khoáng chất. Tránh các chất kích thích: rượu, bia, thuốc lá,…

Điều trị dứt điểm các ổ nhiễm khuẩn ở tai, mũi, họng để tránh biến chứng viêm phổi.

Tập thể dục đều đặn, vừa sức.

Viêm phổi cấp tínhlà bệnh lý đường hô hấp nguy hiểm, tiến triển nhanh và có biến chứng nghiêm trọng. Giai đoạn đầu, bệnh thường khó phát hiện do triệu chứng dễ lầm lẫn với cảm cúm. Do vậy, phòng ngừa bệnh là hết sức quan trọng. Khi nghi ngờ mắc bệnh, bạn cần đến ngay các trung tâm y tế để khám và điều trị kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-phoi-mo-ke-va-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Tổng quan chung viêm phổi kẽ

Nguyên nhân bệnh phổi mô kẽ

Triệu chứng viêm phổi kẽ

Chẩn đoán viêm phổi kẽ như thế nào?

Điều trị viêm phổi kẽ

Phòng ngừa viêm phổi kẽ

Viêm phổi kẽ (Interstitial lung diseases) là một thuật ngữ nhằm nói về một nhóm lớn, bao gồm rất nhiều bệnh lý gây ra các tổn thương mô kẽ ở phổi. Các bệnh lý này gây ra viêm và xơ sẹo ở phổi. Bệnh viêm phổi mô kẽ thường đi kèm hoặc dẫn tới nhiều bệnh lý khác, và kết cục tử vong do bệnh cũng thường gặp. Cùng tìm hiểu về viêm phổi kẽ qua bài viết sau của Bác sĩ Nguyễn Đoàn Trọng Nhân nhé!

Viêm là một nhóm các bệnh lý gây ra tổn thương nhu mô phổi lan toả do các cơ chế khác nhau, mức độ lan toả và xơ sẹo cũng khác nhau. Bệnh phổi kẽ là bệnh phổi mãn tính (mãn tính). Nó xảy ra do tổn thương giữa các túi khí trong phổi. Tổn thương để lại sẹo ở phổi và gây ra các vấn đề về hô hấp.

Về mặt cấu trúc phổi, thì phổi có hình dạng của một thân cây, với cácphế quảnlà cành và phế nang là lá. Lá sẽ có các gân lá là các mao mạch phổi để tham gia cùng với phế nang để hấp thụ O2và loại bỏ CO2.

Tổn thương mô kẽ làm cho khoảng cách giữa lá (phế nang) và gân lá (mao mạch phổi) trở nên dày hơn, xơ sẹo, hạn chế sự trao đổi khí của cơ thể. Ngoài ra nó cũng làm tăng khoảng cách giữa các phế nang với nhau, gây ra một số ảnh hưởng khác.

Tuy vậy, cần phải khẳng định rằng, bệnh phổi mô kẽ đôi khi còn được gọi là bệnh lý nhu mô phổi lan toa (Diffuse parenchymal lung disease). Trong đó nhu mô phổi còn bao gồm: Phế nang (lá) và phế quản (các cành).

Tiếp xúc lâu dài với một số chất hóa học hoặc các chất thải môi trường có thể ảnh hưởng đến phổi:

Abestos (hay còn gọi là Amiang): Là một chất có trong vật liệu xây dựng hiện nay.

Silica: Ở trong cửa sổ, lọ thuỷ tinh. Bệnh nhân bị phơi nhiễm khi sản xuất thuỷ tinh.

Kim loại nặng (Hard metals): Cobalt, vonfam. Thường gặp ở các đối tượng công nhân tham gia sản xuất mà không đeo khẩu trang.

Coal dust (Bụi than): Thường gặp ở đối tượng tiếp xúc nhiều như công nhân mỏ than, người tham gia bếp núc bằng củi, than thường xuyên.

Chất thải của chim và động vật.

Phương pháp điều trị bằng bức xạ.

Sử dụng một số loại thuốc có thể gây hại cho phổi:

Thuốc hóa trị. Các loại thuốc được điều chế để tiêu diệt tế bào ung thư (chẳng hạn như methotrexate và cyclophosphamide) có thể làm hỏng mô phổi.

Thuốc trợ tim. Một số loại thuốc dùng để điều trị nhịp tim không đều (chẳng hạn như amiodarone hoặc propranolol) có thể gây hại cho mô phổi.

Một số loạithuốc kháng sinh. Nitrofurantoin và ethambutol có thể gây tổn thương phổi.

Thuốc chống viêm. Một số loại thuốc chống viêm, chẳng hạn như rituximab hoặc sulfasalazine cũng có thể gây tổn thương phổi.

Lông chim: thường là vẹt. Có thể gặp ở các bệnh nhân thích nuôi chim cảnh.

Cỏ khô.

Nấm mốc.

Vi khuẩn không điển hình (đặc trưng nhất là vi khuẩn lao).

Một số bệnh tự miễn cũng có thể làm tổn thương phổi:

Viêm đa khớp dạng thấp.

Viêm đa cơ/viêm da – cơ.

Xơ cứng bì(scleroderma).

Bệnh mô liên kết hỗn hợp.

Hội chứng Sjogren.

Bệnh Sacoit.

Hút thuốc lá, kể cả thuốc lá điện tử.

Nếu bác sĩ không thể tìm thấy nguyên nhân cụ thể gây ra bệnh phổi kẽ, thì tình trạng đó được gọi là viêm phổi kẽ vô căn. Có nhiều loại viêm phổi kẽ vô căn, phổ biến trong đó là xơ phổi vô căn.2

Dựa vào hỏi bệnh, thăm khám và hình ảnh học như CT scan, X-quang phổi, sinh thiết mà bác sĩ còn có thể đưa ra 1 số cách phân biệt, như dựa vào diễn tiến bệnh.

Viêm phổi tổ chức hoá vô căn (Cryptogenic organizing pneumonia).

Viêm phổi tăng eosinophil cấp (Acute eosinophilic pneumonia).

Xuất huyết phế nang lan toả (Diffuse alveolar hemorrhage).

Viêm phổi mẫn cảm cấp (Acute hypersensitivity pneumonitis).

Viêm phổi mô kẽ cấp (Acute interstitial pneumonia).

Đợt cấp của xơ phổi nguyên phát và của những tình trạng bệnh phổi mô kẽ khác.

Bệnh mô liên kết.

Xơ hoá phổi nguyên phát.

U hạt Sarcoidosis.

Viêm phổi mẫn cảm mạn tính.

Bệnh phổi nghề nghiệp (tiếp xúc chất vô cơ).

Viêm phổi mô kẽ không đặc hiệu.

Viêm phổi mô kẽ tróc vẩy (Desquamative interstitial pneumonitis).

Bệnh phổi mô kẽ – viêm tiểu phế quản hô hấp (Respiratory bronchiolitis interstitial lung disease).

Viêm phổi mô kẽ do lympho.

Viêm phổi tăng eosinophil mạn tính.

Triệu chứng của nhóm bệnh lý này không hề đặc trưng. Thông thường, bệnh phổi mô kẽ sẽ có triệu chứng xuất hiện từ lâu, tăng dần đến khi bệnh nhân đến khám bệnh.

Khó thở khi gắng sức.

Ho khan.

Mệt mỏi, suy nhược.

Ăn không ngon.

Sụt cân.

Ngực khó chịu.

Xuất huyết trong phổi.

Triệu chứng cấp tính cần phân biệt với các bệnh khác:

Nhiễm trùng phổi.

Suy tim cấp(phù phổi cấp).

ARDS (Nguy kịch hô hấp cấp ở người lớn).

Như đã liệt kê, việc chẩn đoán và tìm ra nguyên nhân tương đối khó khăn. Do đó, để chẩn đoán, bác sĩ bắt buộc phải có sự kết hợp từ tất cả mọi mặt:3

Thăm khám, hỏi bệnh.

Xét nghiệm chức năng phổi.

X-quang phổi.

CT scan ngực.

Nội soi phế quản.

Sinh thiết phổi.

Rửa phế quản.

Xét nghiệm máu.

Tuỳ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh mà có những phương hướng điều trị khác nhau.

Với bệnh viêm phổi kẽ, bác sĩ có thể kê đơn:

Thuốc Corticosteroid. Nhiều người được chẩn đoán mắc bệnh phổi kẽ ban đầu được điều trị bằng corticosteroid (prednisone), đôi khi kết hợp với các loại thuốc ức chế hệ thống miễn dịch khác. Tùy thuộc vào nguyên nhân gây ra bệnh phổi kẽ, sự kết hợp này có thể làm chậm hoặc thậm chí ổn định sự tiến triển của bệnh.

Thuốc làm chậm quá trình xơ hóa phổi vô căn. Các loại thuốc pirfenidone và nintedanib có thể làm chậm tốc độ tiến triển của bệnh. Tác dụng phụ liên quan đến điều trị có thể là đáng kể. Nói chuyện về những ưu và nhược điểm của những loại thuốc này với bác sĩ của bạn.

Thuốc làm giảm axit dạ dày.Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD)ảnh hưởng đến phần lớn những người bị xơ phổi vô căn và có liên quan đến tổn thương phổi ngày càng trầm trọng. Nếu có triệu chứng trào ngược axit, bác sĩ có thể kê toa các thuốc giảm axit dạ dày, bao gồm thuốc đối kháng thụ thể H-2 hoặc thuốc ức chế bơm proton như lansoprazole, omeprazole và pantoprazole.

Tuy oxy không thể ngăn chặn tình trạng tổn thương của phổi, nhưng nó có thể:

Làm cho việc hít thở và tập luyện thể dục dễ dàng hơn.

Ngăn ngừa hoặc giảm bớt các biến chứng do nồng độ oxy trong máu thấp.

Giảm huyết áp ở bên phải trái tim.

Cải thiện giấc ngủ và cải thiện tâm trạng.

Mục đích của phục hồi chức năng phổi không chỉ là cải thiện chức năng hàng ngày mà còn giúp những người mắc bệnh phổi kẽ sống một cuộc sống đầy đủ, thỏa mãn.

Phục hồi chức năng phổi tập trung vào:

Tập thể dục, để cải thiện sức chịu đựng.

Kỹ thuật thở, giúp cải thiện hiệu quả của phổi.

Hỗ trợ tinh thần.

Tư vấn dinh dưỡng.

Phẫu thuật ghép phổi có thể là một lựa chọn cuối cùng đối với một số người mắc bệnh phổi kẽ nghiêm trọng nhưng không cải thiện khi thực hiện các biện pháp điều trị khác.

Người bệnh có thể tự xây dựng một lối sống lành mạnh ngay tại nhà để giảm các tình trạng của bệnh:

Bỏ thuốc lá.

Xây dựng chế độ ăn giàu dinh dưỡng, đủ calo.

Những người chưa mắc bệnh có thể thực hiện tiêm phòng vắc-xin viêm phổi.

Một số nguyên nhân gây ra bệnh viêm phổi kẽ có thể được phòng ngừa. Cụ thể:2

Tránh làm việc trong môi trường có các chất độc hại. Nếu bắt buộc phải làm thì cần mang mặt nạ phòng độc.

Tương tự, tránh hoặc mang mặt nạ phòng độc khi làm việc tại môi trường có các yếu tố gây ra phản ứng dị ứng mãn tính. Ví dụ: cỏ khô, lông và chất thải động vật,…

Nếu mắc bệnh mô liên kết hoặc sarcoidosis, người bệnh nên trao đổi với bác sĩ để biết cách kiểm soát bệnh và ngăn ngừa viêm phổi kẽ.

Bỏ hút thuốc lá và tránh xa khói thuốc lá.

Trên đây là thông tin vềviêm phổi kẽmà Bác sĩ Nguyễn Đoàn Trọng Nhân muốn gửi đến bạn đọc. Mong rằng qua bài viết này đọc giả sẽ có thêm kiến thức về bệnh, cách phòng bệnh cũng như các dấu hiệu giúp nhận biết sớm, góp phần cho việc điều trị dễ dàng, thành công hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-phu-khoa-khi-mang-thai/

Nội dung bài viết

Viêm phụ khoa khi mang thai là bệnh lý như thế nào?

Những nguyên nhân gây viêm phụ khoa khi mang thai và nguy cơ thai kỳ

Triệu chứng của bệnh

Điều trị viêm phụ khoa khi mang thai

Điều mẹ bầu cần làm để hạn chế tình trạng viêm nhiễm phụ khoa

Viêm phụ khoa khi mang thai là một vấn đề mà mẹ bầu không nên chủ quan. Bệnh lý viêm phụ khoa xuất hiện gần 70% thai phụ. Nếu không được chẩn đoán và điều trị phù hợp, bệnh sẽ gây ra những biến chứng không lường trước được. Vậy làm sao để biết mình bị bệnh lý này? Và hướng điều trị ra sao? Tất cả sẽ được ThS.BS Phan Lê Nam giải đáp qua bài viết sau đây.

Viêm phụ khoa khi mang thai là tình trạng viêm cơ quan sinh dục và phần phụ trong thai kỳ. Bệnh lý này xảy ra do lượng hormon thai kỳ trong cơ thể mẹ bầu tăng cao. Đồng thời thận giảm chức năng, tạo điều kiện thuận lợi cho các vi khuẩn xâm nhập, phát triển và gây bệnh. Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh có thể tác động xấu đến em bé trong bụng.

Mặc dù vậy, nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh sẽ không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé. Vì vậy, khi có biểu hiện đau, rát, ngứa,… vùng âm đạo, thai phụ nên đi khám. Mục đích là để được các bác sĩ điều trị đầy đủ, kịp thời, bảo vệ an toàn cho thai phụ và em bé.

Nấm Candida thường cư trú bên trong âm đạo. Nó hoàn toàn vô hại khi môi trường âm đạo được cân bằng. Tuy nhiên, trong lúc mang thai, nội tiết tố tăng giảm đột ngột làm thay đổi độ pH vùng âm đạo. Tình trạng đó tạo điều kiện thuận lợi cho nấm Candida phát triển và gây bệnh.

Việc điều trị viêm phụ khoa khi mang thai do nấm Candida không quá phức tạp. Tuy nhiên, bệnh hay tái diễn. Vì vậy, mẹ bầu nên được điều trị thật khỏi bệnh trước khi sinh con. Nhằm tránh lây bệnh cho bé trong quá trình chuyển dạ.

Trường hợp thai phụ vẫn bịnhiễm nấm Candida. Nếu sinh con qua đường âm đạo, nấm có thể bám vào niêm mạc miệng của trẻ gây đẹn miệng hoặc gây bệnh viêm da do nấm. Nguy hiểm hơn, bé có thể bị bị suy dinh dưỡng trong tử cung. Hoặc tăng nguy cơ sinh non, suy giảm kháng thể, dễ bị viêm phổi do nấm.

Lậu cầukhuẩn là bệnh lây qua đường tình dục. Bệnh gây viêm ngứa cơ quan sinh dục khi mang thai và tiềm ẩn nhiều nguy hiểm. Các triệu chứng thường gặp như tiểu gắt, tiểu đục kèm theo mủ. Hoặc có thể ra nhiều huyết trắng nặng mùi kết hợp với triệu chứng đau vùng bụng dưới.

Viêm phụ khoa do vi khuẩn lậu nếu không được điều trị khỏi hẳn sẽ tác động xấu đến thai nhi. Nó làm nguy cơ sinh non tăng đến 8%. Đồng thời gây viêm màng ối, vỡ ối. Em bé sinh ra dễ bị nhẹ cân do tình trạng suy dinh dưỡng bào thai.

Hơn thế nữa, vi khuẩn lậu dễ lây nhiễm cho trẻ trong quá trình sinh bằng đường âm đạo. Vi khuẩn xâm nhập vào mắt của trẻ gây nên bệnh cảnh viêm kết mạc mắt. Vài ngày sau sinh, mắt của trẻ sơ sinh sẽ bị sung huyết. Có nhiều chất mủ màu vàng, gây giảm thị lực và thậm chí dẫn đến mù lòa.

Khi mang thai bị viêm nhiễm phụ khoa do vi khuẩn Bacterial Vaginosis rất thường gặp. Nó chiếm tỷ lệ 20% ở các thai phụ bị viêm nhiễm phụ khoa. Do sự thay đổi hormon trong thai kỳ, vi khuẩn thường trú trong âm đạo có điều kiện phát triển và gây bệnh.

Triệu chứng của bệnh là: dịch tiết âm đạo chuyển sang màu xám và có mùi hôi tanh. Bệnh có thể gây ra các biến chứng của thai kỳ khá nguy hiểm như:

Vỡ màng ối sớm.

Nhiễm trùng nước ối.

Tăng nguy cơ sảy thai khi thai nhi đã lớn.

Nguy cơ sinh non tăng gấp hai lần so với người không bị bệnh.

Trẻ sinh ra bị nhẹ cân, non tháng, sức đề kháng yếu.

Viêm màng tử cung sau khi sinh mổ hoặc sinh thường.

HPVlà một loại virus lây nhiễm qua đường tình dục. Hiện có hơn 150 loại HPV khác nhau. Phần lớn các loại virus này không gây ra bất cứ bệnh lý gì. Tuy nhiên, có gần 40 chủng virus có thể lây nhiễm qua đường sinh dục. Hậu quả là chúng có thể gây ra mụn cóc sinh dục và ung thư.

Trong lúc mang thai, nồng độ hormone thay đổi đột ngột tạo điều kiện cho mụn cóc phát triển nhanh hơn. Cơ thể mẹ bầu đồng thời cũng sản xuất dịch tiết âm đạo với số lượng nhiều hơn. Đó là một môi trường thuận lợi cho mụn cóc phát triển.

Mặc dù vậy, một tin đáng mừng là nhiễm HPV khi mang thai sẽ không lây truyền cho thai nhi. Đồng thời không tiến triển thành bệnh nhiễm trùng nào khác. Trong một số trường hợp cần thiết, bác sĩ sẽ chỉ định mổ lấy thai để hạn chế mụn cóc cản trở việc sinh nở.

Giang mailà bệnh viêm nhiễm do xoắn khuẩn Treponema Pallidum gây nên. Đây là bệnh lây truyền hầu hết qua đường tình dục do khi quan hệ không sử dụng các biện pháp an toàn.

Bệnh giang mai có thể gây ra những nguy cơ của thai kỳ như:

Nhiễm trùng bào thai.

Tăng nguy cơ sảy thai.

Trẻ sinh non tháng.

Thai chết lưu.

Em bé sinh ra bị dị tật bẩm sinh.

Trẻ sinh ra bị bệnh giang mai bẩm sinh có thể tử vong hoặc bị dị tật. Chính vì vậy, khi phát hiện mình bị bệnh giang mai, thai phụ cần được áp dụng các biện pháp phòng ngừa lây từ mẹ sang con.

Những triệu chứng khi mang thai bị viêm nhiễm phụ khoa bao gồm:

Cảm giác bất thường ở cơ quan sinh dục. Bao gồm: ngứa, nóng, rát, đau khi quan hệ.

Khí hư ra nhiều, thay đổi màu sắc, có mùi hôi tanh.

Đau vùng bụng dưới thường xuyên.

Tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu lắt nhắt.

Âm đạo có mùi khó chịu.

Có tình trạng xuất huyết âm đạo.

Có thể sốt, ớn lạnh, rét run,…

Bị viêm nhiễm phụ khoa trong quá trình mang thai thường không có triệu chứng rõ ràng. Đôi lúc làm thai phụ nhầm lẫn là biểu hiện bình thường của thai kỳ.

Chính vì vậy, để được chẩn đoán bệnh sớm nhất, chị em nên khám thai định kỳ. Tùy thuộc vào mức độ viêm nhiễm mà các bác sĩ chuyên khoa sẽ cho thai phụ dùng thuốc hay không. Thuốc điều trị viêm nhiễm phụ khoa thông thường là thuốc bôi tại chỗ hoặc viên đặt âm đạo.

Việc sử dụng thuốc khi mang thai là rất nhạy cảm. Vì vậy, mẹ bầu không nên tự ý dùng thuốc mà phải tuân theo chỉ định của bác sĩ. Nếu tự ý dùng thuốc không theo chỉ định sẽ có nguy cơ:

Làm tình trạng bệnh hết tạm thời nhưng tái đi tái lại nhiều lần

Nguy hiểm hơn là sẽ ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe của cả mẹ bầu và em bé trong bụng.

Che đậy tạm thời triệu chứng của bệnh. Điều này sẽ gây khó khăn cho việc chẩn đoán.

Sử dụng thuốc không đúng liều lượng sẽ làm cho vi khuẩn kháng thuốc. Lúc này, việc điều trị sẽ khó khăn và tốn kém hơn.

Viêm nhiễm phụ khoa là bệnh lý thường gặp khi mang thai. Vì vậy, mẹ bầu cũng không nên quá lo lắng mà hãy giữ tinh thần thoải mái và lạc quan. Khám thai định kỳ để được phát hiện và điều trị bệnh sớm nhất có thể.

Để hạn chế tình trạng viêm nhiễm phụ khoa, mẹ bầu nên:

Vệ sinh sạch sẽ và đúng cách ở vùng kín. Không thụt rửa quá sâu vào bên trong âm đạo.

Chọn đồ lót làm được sản xuất chất liệu thoáng mát, có tính thấm hút tốt.

Không nên mặc quần áo lót quá chật.

Hạn chế dùng các dung dịch, xà phòng có tính tẩy rửa mạnh.

Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng để khỏe mạnh, nâng cao sức đề kháng.

Tăng cường các loại vitamin cần thiết cho bà bầu như: vitamin A, C, D, B1, B6, B12, axit folic.

Bổ sung thêm chất khoáng theo chỉ định của bác sĩ. Chẳng hạn như Magie, Canxi, Kali, kẽm, sắt.

Hạn chế ăn nhiều thực phẩm ngọt, nhiều đường vì chúng làm tăng bài tiết dịch ở âm đạo.

Khi bị viêm nhiễm phụ khoa thì không nên quan hệ vợ chồng.

Với những thông tin mà bài viết đã cung cấp, hy vọng chị em phụ nữ sẽ hiểu rõ hơn về viêm phụ khoa khi mang thai. Qua đó, các bạn sẽ có hướng xử trí kịp thời khi phát hiện mình nhiễm bệnh cũng như biết được những biện pháp để hạn chế bị bệnh trong quá trình mang thai.

Quan điểm “Trời ban cho con trai, con gái” luôn chiếm lĩnh trong tư tưởng của nhiều người. Sinh con theo ý muốn là một vấn đề được rất nhiều cặp vợ chồng thắc mắc. Cùng YouMed xem và hiểu thêm nhé:Sinh con theo ý muốn có dễ thực hiện hay không?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-ruot-do-buc-xa-nhung-luu-y-trong-qua-trinh-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Viêm ruột do bức xạ có những thể nào?

2. Viêm ruột do bức xạ gây ra những triệu chứng gì?

3. Những ai dễ bị bệnh này?

4. Bác sĩ sẽ chẩn đoán viêm ruột do bức xạ như thế nào?

5. Điều trị và những lưu ý cần tránh trong quá trình điều trị

6. Phòng ngừa bị viêm ruột do bức xạ như thế nào?

Viêm ruột do bức xạ là tình trạng viêm ruột xảy ra sau khi xạ trị. Xạ trị được sử dụng trong điều trị ung thư và thường đi kèm với nhiều tác dụng phụ, trong đó có viêm ruột do bức xạ. Sau khi xạ trị ở những cơ quan như dạ dày, cơ quan sinh dục hoặc trực tràng, sóng bức xạ đồng thời cũng gây viêm ruột non và/hoặc ruột già.

Có hai loại viêm ruột do bức xạ: cấp tính và mạn tính. Viêm ruột cấp tính xuất hiện khi bệnh nhân đang trong quá trình xạ trị. Sau đó, tình trạng này sẽ kéo dài đến khoảng tám tuần sau đợt xạ trị cuối cùng.

Trong khi đó, viêm ruột mạn tính gây ra triệu chứng kéo dài từ hàng tháng đến hàng năm sau khi hoàn thành đợt xạ trị. Viêm ruột mạn tính có thể gây ra các biến chứng như thiếu máu, tiêu chảy và bán tắc ruột.

Các triệu chứng có thể gặp bao gồm:

Buồn nôn

Nôn

Đau quặn bụng

Thường xuyên đi tiêu

Tiêu chảy

Dịch nhầy từ trực tràng

Đau vùng trực tràng

Chảy máu trực tràng

Sụt cân

Đau bụng từng cơn

Những yếu tố sau có mối quan hệ với nguy cơ bị viêm ruột do bức xạ:

Liều lượng bức xạ và thời gian điều trị

Kích thước và giai đoạn của khối u đang được điều trị

Diện tích khu vực điều trị

Hoá trị

Từng phẫu thuật dạ dày trước đây

Tăng huyết áp

Đái tháo đường

Bệnh viêm vùng chậu hoặc lạc nội mạc tử cung

Chế độ dinh dưỡng không phù hợp

Nguy cơ bị viêm ruột do bức xạ tăng lên ở những bệnh nhân đang xạ trị ung thư vùng bụng và vùng chậu hông.

Bác sĩ sẽ hỏi về vấn đề đi tiêu nếu nghi ngờ bệnh nhân bị viêm ruột. Những thông tin như thời điểm khởi phát tiêu chảy, triệu chứng kéo dài bao nhiêu ngày, tính chất phân, có máu trong phân hay không và tần suất đi tiêu rất quan trọng trong chẩn đoán. Bác sĩ cũng sẽ hỏi về chế độ ăn hiện tại và những thuốc người bệnh đang sử dụng.

Bên cạnh khám và hỏi bệnh, bác sĩ sẽ làm một số xét nghiệm sau đây để xác định chẩn đoán:

Nội soi dạ dày: một ống mềm sẽ được đưa vào qua đường miệng, giúp bác sĩ quan sát phần trên của ruột non.

Nội soi đại tràng: một ống mềm được đưa vào ruột già, giúp bác sĩ quan sát phần dưới ruột non.

Các xét nghiệm hình ảnh khác: chẳng hạn như CT-scan bụng hoặc chụp X-quang bụng để quan sát các cơ quan khác thuộc hệ tiêu hóa.

Nội soi bằng viên nang: bệnh nhân sẽ nuốt một viên nang nhỏ có chứa camera để bác sĩ có thể quan sát các phần của ruột non mà các phương pháp khác không thể nhìn thấy.

Mục tiêu điều trị chủ yếu là làm giảm triệu chứng như tiêu chảy và đau bụng bằng sử dụng thuốc và thay đổi chế độ ăn. Các phương pháp điều trị gồm:

Thuốc giảm triệu chứng tiêu chảy

Steroid

Thuốc giảm đau tác dụng mạnh như hydrocodone

Chế độ ăn ít chất béo và không chứa đường lactose

Kháng sinh để tiêu diệt khuẩn dư trong ruột

Bên cạnh đó, bác sĩ sẽ đề nghị bệnh nhân thay đổi chế độ ăn uống. Những thay đổi này giúp giảm tải và tránh kích thích cho hệ tiêu hoá vốn đang bị tổn thương.

Bệnh nhân nên tránh các thực phẩm sau đây:

Các sản phẩm từ sữa (ngoại trừ sữa chua)

Bánh mì ngũ cốc nguyên hạt

Thức ăn nhiều dầu mỡ

Quả hạch

Các loại hạt

Rau sống

Bắp rang bơ

Các loại gia vị hoặc thảo mộc có tính kích thích cao

Cà phê

Sôcôla

Rượu bia

Thuốc lá

Đưa những thực phẩm sau vào thực đơn hằng ngày có thể mang lại một số lợi ích cho người bị viêm ruột do bức xạ:

Cá

Thịt gà hoặc những loại thịt khác đã được nấu chín

Chuối

Trứng

Táo

Bánh mì trắng

Khoai tây

Mì ống

Rau nấu chín vừa (đậu, cà rốt, rau chân vịt)

Nước ép làm từ táo hoặc nho

Người bệnh nên trao đổi với bác sĩ để được tư vấn về chế độ ăn thích hợp, giúp giảm triệu chứng do bệnh gây ra.

Điều trị bằng thay đổi chế độ ăn phù hợp có thể giúp hầu hết các bệnh nhân hồi phục. Tuy nhiên nếu ruột bị tổn thương nghiêm trọng, bác sĩ sẽ đề xuất phẫu thuật nối ruột. Trong quá trình phẫu thuật, bác sĩ sẽ cắt bỏ phần ruột bị tổn thương và nối các phần khoẻ mạnh lại với nhau. Phương pháp phẫu thuật nối ruột ít khi được sử dụng trong thực tế.

Trong quá trình xạ trị, bác sĩ sẽ tuân thủ theo những cách sau để giảm nguy cơ bị viêm ruột:

Đặt cơ thể người bệnh ở vị trí phù hợp nhằm bảo vệ ruột non trong quá trình xạ trị

Xạ trị khi bệnh nhân đang mắc tiểu

Điều chỉnh lượng phóng xạ phù hợp

Viêm ruột do bức xạ thường gây ra những triệu chứng như tiêu chảy, buồn nôn, nôn và đau bụng. Những người phải xạ trị vùng bụng, chậu hay trực tràng có nguy cơ cao bị bệnh này. Do đó, nếu bạn hay người thân có yếu tố nguy cơ và xuất hiện những triệu chứng kể trên thì nên đi khám sớm để được tư vấn và điều trị. Trong quá trình điều trị, bạn nên trao đổi với bác sĩ để thay đổi chế độ ăn phù hợp, giúp giảm khó chịu do bệnh gây ra. Hy vọng bài viết trên của YouMed đã cung cấp cho bạn những thông tin cần thiết về viêm ruột do bức xạ.

Bác sĩĐÀO THỊ THU HƯƠNG

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/nhan-biet-som-dau-hieu-viem-ruot-thua/

Nội dung bài viết

Đau bụng

Buồn nôn, nôn

Chướng bụng, chán ăn

Đi tiểu thường xuyên, đau khi tiểu

Thay đổi đại tiện

Sốt

Viêm ruột thừa cấp nếu không được phát hiện sớm có thể gây ra tổn thương phúc mạc. Diễn tiến của bệnh rất nhanh và nguy hiểm. Mặc dù không phải tất cả các trường hợp đều dẫn đến vỡ ruột thừa, nhưng nếu tình trạng không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời sẽ gây nguy hiểm. Hãy cùng bác sĩ Hồ Ngọc Lợi tìm hiểu 6 triệu chứng giúp nhận biết sớm dấu hiệu của viêm ruột thừa nhé.

Đây là triệu chứng điển hình đầu tiên cảnh báo viêm ruột thừa. Đau thường bắt đầu mơ hồ ở vùng quanh rốn, sau đó lan dần và tập trung ở vùng bụng dưới bên phải. Ban đầu, cơn đau chỉ âm ỉ nhưng sẽ tăng dần lên sau 6 – 24 giờ. Bạn có thể thấy đau chói dữ dội ở bụng dưới bên phải.

Tuy nhiên, đôi lúc cơn đau có thể đột ngột xuất hiện từ đầu ở vùng bụng dưới bên phải.

Xem thêm:Đau bụng, cần chú ý gì để không bỏ sót nguyên nhân nguy hiểm?

Các triệu chứng này tương tự với triệu chứng của viêm dạ dày nên thường bị bỏ qua.Tuy nhiên, khi cónônthườngxuất hiện sau cơn đau bụng,đặc biệt là khi đaudưới bên phải. Cơn đau không giảm dần theo thời gian thì có thể bạn đã gặp vấn đề vềruột thừa.

Chướng bụng là cảm giác căng tức vùng bụng. Ngoài ra, sợ thức ăn hoặc không cảm thấy đói,ăn không thấy ngon miệngcũng là dấu hiệu phổ biến.

Bàng quang dễ bị kích thích khi ruột thừa bị viêm. Điều đó khiến bạn đi tiểu nhiều lần hơn và có thể cảm thấy đau khi đi tiểu.

Xem thêm:Tiểu đêm nhiều lần ở người lớn

Bạn có thể bịtáo bónhoặctiêu chảy. Cần đi khám bác sĩ ngay nếu như triệu chứng này kèm theo các triệu chứng khác kể trên.

Xem thêm:Tiêu chảy cấp: Bạn nên dùng thuốc nào?

Sốt là dấu hiệu xuất hiện khá muộn và báo hiệu cho biết bệnhviêm ruột thừađã và đang chuyển sang giai đoạn nặng hơn. Tuy nhiên, cơn sốt thường không quá cao, thông thường chỉ trong khoảng 37,2 – 38,3°C nên rất nhiều người bệnh chủ quan.

Khi có cácdấu hiệuviêm ruột thừakể trên, người bệnh nên đi khám ngaybác sĩ hoặc các cơ sở y tếbởi diễn tiến của viêm ruột thừa rất nhanh. Cơn đau sẽ tăng dần và ruột có thể bị vỡ gây nguy hiểm cho tính mạng. Hãy đồng hành cùng bác sĩ Hồ Ngọc Lợi để có thêm những thông tin bổ ích về căn bệnh này nhé.

Xem thêm:Viêm ruột thừa cấp: Các biến chứng nguy hiểm và cách điều trị

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-ruot-thua-cap-cac-bien-chung-nguy-hiem-va-cach-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Viêm ruột thừa cấp là gì?

2. Viêm ruột thừa nguy hiểm như thế nào?

3. Điều trị bệnh như thế nào?

Viêm ruột thừa cấp là một bệnh thường gặp, có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào. Tuy nhiên, nếu không điều trị kịp thời sẽ để lại nhiều biến chứng nguy hiểm, thậm chí ảnh hưởng đến tính mạng. Phương pháp điều trị hiện tại được khuyến cáo là phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa. Hãy cùng YouMed tìm hiểu về những biến chứng có thể gặp phải và cách điểu trị viêm ruột thừa bạn nhé!

Viêm ruột thừa cấp là tình trạng viêm cấp tính củaruột thừa.

Sự tắc nghẽn trong lòng ruột thừa có thể là nguyên nhân gây viêm. Lượng vi khuẩn nhân lên nhanh chóng do tắc nghẽn khiến ruột thừa bị viêm, sưng và hóa mủ.

Nếu không được chữa trị kịp thời, ruột thừa có thể bị vỡ. Nó làm mủ lan tràn vào ổ bụng, gây viêm phúc mạc đe dọa tới tính mạng của bệnh nhân. Trường hợp khác, khối viêm có thể bị giới hạn lại bởi các cơ quan quanh đó và hình thành các ổ áp xe.

Các biểu hiện của viêm ruột thừa cấp, đọc thêm ở bài:Nhận biết sớm dấu hiệu viêm ruột thừa

Ruột thừa khi bị viêm cấp tính, thường vỡ mủ sau 24 giờ. Nó dao động từ 24-48 giờ. Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân, ruột thừa có thể vỡ mủ sau 12 giờ. Có trường hợp ruột thừa vỡ mủ sau 6 giờ kể từ lúc bệnh nhân khởi phát cơn đau. Trên thực tế lâm sàng,không thể đoán trước được khi nào thì ruột thừa sẽ vỡ mủ.

Nếu để chậm, bệnh sẽ diễn biến theo nhiều cách mà không thể đoán trước được các diễn biến của nó. Các biến chứng đó là viêm phúc mạc, áp xe ruột thừa hay đám quánh ruột thừa… Các biến chứng do viêm ruột thừa không được điều trị đúng mang lại rất nhiều rắc rối. Nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến tử vong (tỷ lệ tử vong khoảng từ 0,2-0,8%).

Phúc mạc là một màng thanh mạc lớn nhất trong cơ thể. Nó bao bọc tất cả các cơ quan trong ổ bụng và hố chậu. Phúc mạc lót mặt trong thành bụng, mặt dưới cơ hoành và mặt trên hoành chậu hông.

Viêm phúc mạc là tình trạng xảy ra khi phúc mạc bị viêm.

Trong trường hợp viêm ruột thừa cấp, khi ruột thừa vỡ, dịch tiêu hóa và dịch viêm sẽ tràn khắp ổ bụng và gây ra viêm phúc mạc. Trên lâm sàng, có thể quan sát thấy dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân tiến triển nghiêm trọng. Về các triệu chứng tại chỗ, bệnh nhân có biểu hiện đau khắp ổ bụng. Ngoài ra còn tiêu khó, trung tiện khó, chướng bụng do liệt ruột, phản ứng ở thành bụng lan rộng ra khắp ổ bụng.

Để giải quyết tình trạng viêm phúc mạc ruột thừa, phương pháp duy nhất là phẫu thuật. Nếu không điều trị kịp thời, sẽ dẫn đến liệt ruột, hoại tử ruột, nhiễm trùng huyết và dẫn đến tử vong.

Viêm ruột thừa cấp dẫn đến ruột thừa bị vỡ. Nếu được mạc nối, các quai ruột bao bọc xung quanh thành khối. Các cấu trúc này trở thành hàng rào khu trú vùng viêm, không cho lan ra ổ bụng.

Trên lâm sàng, thể hiện dấu hiệu bệnh nhân vẫn bị đau hố chậu phải và sốt cao. Khi thăm khám hố chậu phải, có thể quan sát thấy một khối. Khối này không di động, mặt nhẵn, ấn vào người bệnh có cảm giác căng đau. Tiến hành xét nghiệm, thấy số lượng bạch cầu tăng cao.

Áp xe ruột thừa có khả năng vỡ vào ổ bụng, gây viêm phúc mạc thì hai. Tùy vào kích thước và bản chất khối áp xe mà bác sĩ chuyên khoa sẽ quyết định có can thiệp phẫu thuật hay không. Nếu không phẫu thuật, họ có thể cho điều trị nội khoa với kháng sinh. Sau đó, lên chương trình mổ cắt ruột thừa sau 6-12 tuần.

Đây là biến chứng viêm ruột thừa cấp xảy ra trong trường hợp bệnh nhân có sức đề kháng tốt. Các quai ruột và mạc nối có khả năng đến bao bọc kín ruột thừa, ngăn cản sự tiến triển lan rộng.

Triệu chứng lâm sàng là cơn đau và sốt giảm. Hố chậu phải xuất hiện khối chắc, không di động. Ấn đau nhẹ, không có phản ứng ở thành bụng. Xét nghiệm cận lâm sàng thấy lượng bạch cầu giảm dần trở lại bình thường.

Đám quánh ruột thừa có nguy cơ tiến triển theo hai hướng. Nó hoặc tan dần hoặc tạo thành áp xe ruột thừa.

Diễn tiến tiếp theo của viêm phúc mạc nếu không được điều trị kịp thời đó là hoại tử ruột, dẫn đến nhiễm khuẩn huyết. Khi bị nhiễm khuẩn huyết, lượng lớn các hóa chất, chất độc được tiết vào máu, dẫn đến tổn thương các cơ quan nội tạng.

Cơ chế đông máu trong giai đoạn máu bị nhiễm trùng làm giảm lưu lượng máu di chuyển đến chân tay và các cơ quan nội tạng. Điều này dẫn đến việc cơ thể bị thiếu chất dinh dưỡng và oxy.

Nhiễm khuẩn huyết đặc biệt nguy hiểm nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Điều này dẫn đến các biến chứng nặng về tuần hoàn, rối loạn đông máu, hô hấp, suy gan thận và các tạng khác.

Ở trường hợp xấu nhất, nhiễm khuẩn huyết có thể gây ra chứng tụt huyết áp. Hiện tượng này là “Sốc nhiễm trùng”. Nó có thể dẫn đến sự suy giảm chức năng một số bộ phận như phổi, thận và gan. Giai đoạn này bệnh trở nên rất nặng. Có những trường hợp được điều trị tích cực, kháng sinh phù hợp nhưng bệnh nhân vẫn tử vong do sốc nhiễm trùng.

Tính đến hiện tại:Điều trị tiêu chuẩn vàng là phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa. Trước khi phẫu thuật, bệnh nhân có thể được điều trị bằng kháng sinh để ngăn ngừa nguy cơ nhiễm trùng.

Phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa có thể là phẫu thuật hở thực hiện bằng cách rạch da vùng bụng 5-10cm (mổ mở). Hoặc phẫu thuật thông qua một vài lỗ nhỏ ở bụng (mổ nội soi).

Trong quá trình phẫu thuật nội soi, bác sĩ sẽ đưa vào ổ bụng bệnh nhân một camera video hình ảnh và những thiết bị chuyên dùng cho việc cắt ruột thừa.

Thông thường, phẫu thuật nội soi giúp bệnh nhân hồi phục nhanh hơn. Vết thương ít đau và ít để lại sẹo.

Phương pháp này là lựa chọn tốt cho hầu hết bệnh nhân nếu không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi. Các chống chỉ định như: bệnh lý nền nặng, các vấn đề chống chỉ định tăng áp lực ổ bụng,…

Thông thường với các trường hợp viêm không biến chứng được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa. Bệnh nhân thường chỉ nằm viện 1-2 ngày tùy vào sự hồi phục của bệnh nhân. Các trường hợp viêm ruột thừa có biến chứng vỡ gây viêm phúc mạc, bệnh nhân thường nằm viện lâu hơn khoảng 5 ngày.

Trong những trường hợp ruột thừa nằm ở vị trí bất thường, hoặc có biến chứng. Việc tiếp tục phẫu thuật nội soi không thể thực hiện được hoặc có thể không an toàn.

Hoặc trong những trường hợp mà ruột bị viêm, quá chướng hơi. Hoặc ổ bụng quá bẩn không thể làm sạch bằng phẫu thuật nội soi thì lựa chọn tốt hơn là nên chuyển mổ mở.

Việc chuyển phương pháp từ mổ nội soi sang mổ hở không phải là sự thất bại của mổ nội soi. Đây là một phán quyết dựa trên sự an toàn cho bệnh nhân và hiệu quả điều trị.

Câu trả lời làCÓ, trong một số trường hợp đặc biệt.

Theo một số nghiên cứu, những trường hợp viêm ruột thừa cấp không biến chứng có thể điều trị với kháng sinh tỷ lệ thành công hơn 90%. Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát sau điều trị bảo tồn không mổ sau 1 năm là khá cao hơn 30%. Do đó cho đến nay phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa vẫn là tiêu chuẩn vàng.

Với những trường hợp có biến chứng vỡ gây áp xe ruột thừa, bệnh nhân sẽ được điều trị với chọc dẫn lưu áp xe dưới siêu âm và phối hợp với kháng sinh điều trị. Sau đó, có thể lên chương trình phẫu thuật cắt ruột thừa sau 6-12 tuần khi bệnh nhân ổn định.

Những trường hợp tình trạng bệnh nhân không đảm bảo cho phẫu thuật. Nó bao gồm như: bệnh nhân rối loạn đông máu nặng, bệnh nhân có bệnh nội khoa kèm rất nặng. Họ có thể không chịu đựng được cuộc phẫu thuật, có thể cân nhắc áp dụng điều trị bảo tồn với kháng sinh.

Tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật cắt ruột từ nói chung là từ 4-15%.

Những biến chứng có thể gặp đó là: chảy máu vết mổ hoặc ổ bụng, nhiễm trùng vết mổ hoặc ổ bụng. Sau mổ có thể có dịch áp xe tồn lưu, tổn thương tạng rỗng, dính ruột sau mổ. Các biến chứng liên quan đến gây mê hồi sức như thuyên tắc mạch, thuyên tắc phổi,… cũng có thể gặp phải.

Tỷ lệ biến chứng còn tùy thuộc vào ruột thừa viêm có biến chứng hay chưa, phương pháp phẫu thuật, các bệnh lý kèm theo của bệnh nhân. Ví dụ: mổ nội soi tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp hơn mổ mở. Tỷ lệ dịch áp xe tồn lưu, dính ruột sau mổ ở bệnh nhân có biến chứng sẽ cao hơn viêm ruột thừa đến sớm không biến chứng.

Tỷ lệ 2-4% các trường hợp phẫu thuật cắt ruột thừa có nhiễm trùng. Có thể là nhiễm trùng vết mổ hoặc hình thành áp xe trong ổ bụng.

Thuyên tắc tĩnh mạch, thuyên tắc phổi, vấn đề tim mạch, khó thở, vết thương hồi phục kém,… thường gặp ở người hút thuốc, béo phì, mắc bệnh tiểu đường, suy tim, suy thận, bệnh phổi,…

Viêm ruột thừa cấp, căn bệnh tưởng như đơn giản nhưng nếu không được điều trị kịp thời có thể để lại nhiều biến chứng nguy hiểm. Hy vọng qua bài viết này, YouMed đã giúp bạn có được những hiểu biết cơ bản về tình trạng viêm ruột thừa và các phương pháp điều trị hiện nay. Hãy cùng Youmed tìm hiểu các bài viết khác về ruột thừa, bạn nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-ruot/

Nội dung bài viết

Bệnh viêm ruột (IBD) là gì?

Bệnh ruột viêm bao gồm những thể nào?

Phân biệt viêm ruột (IBD) và một số bệnh lý khác

Nguyên nhân gây viêm ruột

Triệu chứng của bệnh viêm ruột

Bệnh viêm ruột có những biến chứng nào?

Chẩn đoán viêm ruột (IBD) như thế nào?

Phương pháp điều trị bệnh viêm ruột

Làm thế nào để phòng ngừa bệnh viêm ruột?

Bệnh ruột viêm – (Inflammatory bowel disease – IBD) – còn được gọi bệnh viêm ruột hay viêm ruột mạn tính. Đây là bệnh lý mạn tính, bệnh nhân cần “điều trị suốt đời” bao gồm giai đoạn bùng phát, nhiều đợt lui bệnh. Vậy nguyên nhân gây bệnh là gì? Triệu chứng như thế nào? Cách điều trị ra sao? Mời bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Huỳnh Mạnh Tiến tìm hiểu về viêm ruột (IBD) qua bài viết sau nhé!

Viêm ruột mạn tính (IBD)là nhóm bệnh gây viêm mạn tính (đau bụng và phù nề) một đoạn ruột. IBD bao gồmbệnh Crohnvàviêm loét đại tràng. Cả hai đều ảnh hưởng đến ống tiêu hóa.1

Bệnh khởi phát ở nhiều độ tuổi trên cơ địa bất thường về gene, hoặc sau khi tiếp xúc một kháng nguyên bất kì (thức ăn/vi khuẩn). Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh hiện chưa rõ. Việc điều trị giúp ngăn bệnh tiến triển, giảm biến chứng.

Bệnh bao gồm hai thể bệnh chính viêm loét đại tràng (UC – Ulcerative Colitis) và bệnh Crohn (CD – Crohn’s disease). Mặc dù đều do tình trạng viêm loét mạn tính ống tiêu hoá với bệnh cảnh đau bụng và đi tiêu ra máu; cả hai bệnh thường khởi phát ở lứa tuổi dậy thì, trước 30 tuổi, hoặc có thể ở bất kỳ độ tuổi nào. Tuy nhiên, hai thể bệnh trên có đặc điểm tổn thương khác nhau, biểu hiện lâm sàng khác biệt, diễn tiến tiên lượng khác biệt.

Viêm loét đại tràng bao gồm các tổn thương chỉ khu trú ở đại trực tràng bao gồm các thể:1234

Viêm loét trực tràng: viêm ở trong trực tràng, đây là dạng tổn thương nhẹ nhất.

Viêm đại tràng toàn bộ: viêm nặng lan rộng toàn bộđại tràng.

Viêm đại tràng chậu hông – trực tràng: tổn thương khu trú từ đại tràng chậu hông đến trực tràng.

Bệnh Crohn thường ảnh hưởng đến bất kì phần nào của ống tiêu hoá. Tuy nhiên, bệnh thường gặp nhất trong phần cuối của hồi tràng, trực tràng. Một số trường hợp, tổn thươngloét ở dạ dày, tá tràng. Các đoạn viêm loét xen kẽ với các đoạn lành và phân bố thành mảng trong khi viêm loét đại trực tràng có biểu hiện liên tục xuyên suốt từ trực tràng đến các đoạn đại tràng phía trên.

Bệnh Crohn gây tổn thương tất cả các lớp của thành ruột, có thể xâm nhập hết bề dày thành ruột, nên có nguy hẹp, thủng ống tiêu hoá trong khi viêm loét đại tràng chỉ bị tổn thương ở trên bề mặt của đại tràng (niêm mạc) nên ít có nguy cơ hẹp, tắc hơn.

Bệnh Crohn thường gây rò vào các cơ quan lân cận:bàng quang,tử cung,hậu môn; trong khi viêm loét đại tràng không có nguy cơ rò. Mặt khác, viêm loét đại tràng thường đi tiêu máu hơn bệnh Crohn.

Cần lưu ý có nhiều nguyên nhân gây viêm đại tràng khác, bác sĩ cần phân biệt như viêm đại tràng do nhiễm trùng, do kí sinh trùng, do độc chất. Tại Việt Nam, viêm đại tràng nhiễm trùng vẫn là nguyên nhân hàng đầu cần được loại trừ. Mặt khác, một bệnh lý phổ biến hơn cũng thường nhầm lẫn với bệnh ruột viêm làhội chứng ruột kích thích (IBS). Chẳng hạn, người bệnh cũng có thay đổi thói quen đi tiêu, đau vùng bụng. Các triệu chứng xuất hiện kéo dài, từng đợt ổn định rồi tái phát. Tuy nhiên, IBD không phải là IBS vì:5

IBD là tình trạng nghiêm trọng hơn có thể dẫn đến một số biến chứng như suy mòn, tổn thương ruột. IBD xảy ra do một hệ thống miễn dịch hoạt động quá mức, dẫn đến tình trạng viêm loét mạn tính ống tiêu hoá. Điều trị nền tảng IBD là sử dụng thuốc kháng viêm.

IBS là mộtrối loạn tiêu hoáchức năng. IBS thường phát triển do rối loạn điều hoà thần kinh ruột, bất thường nhu động ruột mà không tổn thương thực thể của đường ống tiêu hoá.

IBS không gây viêm hoặc tổn thương lòng ruột như IBD. Vì vậy, hình ảnh học thường không ghi nhận bất thường và không gây tăng nguy cơ ung thư đại trực tràng. IBS hiếm khi cần nhập viện và phẫu thuật.

Người bệnh vẫn có thể mắc đồng thời IBD và IBS. IBD có thể triệu chứng IBS nặng nề hơn, tuy nhiên không có bằng nào ghi nhận IBS làm tăng nguy cơ mắc IBD.

Hiện tại, cơ chế bệnh sinh của bệnh viêm ruột vẫn chưa rõ. Tuy nhiên, một số yếu tố có thể làm nặng thêm tình trạng bệnh. Ba yếu tố nguy cơ quan trọng bao gồm: di truyền, bất thường của hệ miễn dịch, yếu tố môi trường tiếp xúc.167

Nguy cơ mắc IBD có thể chịu ảnh hưởng một số yếu tố như:

Các yếu tố di truyền cũng ảnh hưởng đến nguy cơ dễ mắc bệnh của người bệnh. Một số gen như NOD2, ATG16L1, IL23R, IRGM ảnh hưởng chức năng miễn dịch. Có hơn 200 biến đổi gen gây nguy cơ bệnh Crohn.89

Tuổi: Bệnh thường gặp trước tuổi 30, đặc biệt trong giai đoạn dậy thì, một số trường hợp bệnh khởi phát muộn hơn lúc đã 50 – 60 tuổi.10

Chủng tộc: Thường gặp ở người da trắng hơn, tuy nhiên bệnh có thể gặp ở bất kì chủ tộc nào.10

Hút thuốc lá: Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ quan trọng liên quan đến bệnh Crohn.610

Việc tiếp xúc với một số vi khuẩn, siêu vi, thuốc (thuốc kháng viêm NSAIDs,thuốc ngừa thai,kháng sinh,thuốc trị mụn isotretinoids), chế độ ăn uống (ăn nhiều chất béo, thực phẩm chế biến sẵn).710

Biểu hiện của bệnh IBD rất đa dạng thay đổi tuỳ theo loại, vị trí bị loét, mức độ nghiêm trọng, cũng như các bệnh lý đi kèm. Diễn tiến bệnh có thể thầm lặng, ổn định và nặng nề bùng phát về tần suất, cường độ và thời gian. Các triệu chứng này bao gồm:12

Đi tiêu ra máu.

Tiêu chảykéo dài.

Đau quặn bụng.

Đầy hơi, chướng bụng.

Chán ăn, sụt cân không chủ ý.

Ngoài ra, viêm ruột (IBD) có thể gây:12

Sốt.

Đau khớp.

Đau ngứa mắt.

Nôn, buồn nôn.

Phát ban da, loét miệng.

Thay đổi thị lực.

Mệt mỏi.

IBD còn có mối liên hệ mật thiết với các bệnh tự miễn khác. Các bệnh đã được ghi nhận có mối liên quan đến IBD bao gồm: viêm màng bồ đào tự miễn,viêm đường mật xơ hoá nguyên phát, viêm gan tự miễn,viêm cột sống dính khớp, hội chứng Sweet,… Các bệnh lý này nếu mắc kèm có thể gây biểu hiện ngoài đường tiêu hoá của IBD như:6

Phát ban da, loét miệng.

Thay đổi thị lực.

Đau khớp.

Đau ngứa mắt.

Vàng da.

Một số biến chứng của IBD bao gồm:10

Tắc ruột: thường gặp trong nhóm bệnh Crohn. Bệnh Crohn ảnh hưởng độ dày của thành ruột. Theo thời gian, đoạn ruột viêm dày, hẹp lòng làm thức ăn không di chuyển qua được, gây tắc ruột. Người bệnh cần được phẫu thuật khẩn cấp để loại bỏ đoạn ruột gây hẹp.

Suy dinh dưỡng: Tiêu chảy,đau bụng, cảm giác cồn cào khiến người bệnh cảm thấy khó khăn trong việc ăn uống. Người bệnh dễ bịthiếu máu,thiếu sắt,vitamin B12.

Ung thư đại trực tràng: bệnh Crohn làm tăng nguy cơ ung thư đại trực tràng. Người bệnh được yêu cầu nội soi kiểm tra định kì để tầm soát phát hiện ung thư sớm. Thời gian nội soi kiểm tra định kỳ thường sau khoảng 8-10 năm bệnh được chẩn đoán.

Rò hậu môn: các lỗ rò ăn sâu hết bề mặt của thành ruột, tạo ra các lỗ rò ra da, thông với một tạng khác. Các lỗ rò gần hoặc ở quanh vùng hậu môn là loại thường gặp nhất. Các lỗ rò có thể gặp giữa các quai ruột, vào bàng quang hayâm đạo, hay có thể mở ra da, gây ra đường rò liên tục các thứ có trong ruột. Trong một số trường hợp, rò bị bội nhiễm và tạo ổ áp xe có thể nguy hiểm đến tính mạng nếu không được điều trị.

Các ổ loét: bệnh Crohn có thể đưa đến các ổ loét ở bất kỳ đâu trong đường tiêu hóa, kể cả miệng và hậu môn, và trong đường sinh dục (tầng sinh môn).

Phình đại tràng nhiễm độc: Viêm loét đại tràng có thể viêm đoạn đại tràng lớn, phù nề.

Thủng đại tràng: trong bệnh cảnh phình đại tràng nhiễm độc có thể tạo một lỗ thủng dẫn đến bệnh cảnh nặng nề. Người bệnh cần được phẫu thuật khẩn cấp.

Tổn thương ở mắt, da và khớp:Viêm màng bồ đào, phát ban da, đau khớp có thể cùng xuất hiện khi triệu chứng tiêu hoá nặng hơn.

Tác dụng phụ của thuốc: Ở người bệnh điều trị IBD kéo dài, có thể xuất hiện các biến cố bất lợi khi dùng thuốc hoặc lạm dụng thuốc đặc biệt là corticosteroid. Người bệnh có thể đối đầu nguy cơ nhiễm khuẩn cao, một số u nhỏ sẽ phát triển nhanh nếu có, nguy cơloãng xương,tăng huyết áp,đái tháo đường.

Viêm đường mật xơ hoá nguyên phát: bệnh không thường gặp, đi kèm với IBD. Đây là bệnh lý gây viêm các đường dẫn mật, dẫn đến sẹo chít hẹp đường mật. Về lâu dài có thể gâytắc mật, tổn thươnggan,xơ ganứ mật.

Huyết khối: IBD đi liền nguy cơ tăng đông, huyết khối gây tắc mạch.

Mất nước nặng: tiêu chảy nặng lượng lớn có thể dẫn đến mất nước.

Việc chẩn đoán chính xác IBD cần có sự phối hợp nhiều chuyên khoa như nội tiêu hoá, ngoại tiêu hoá, nội soi, chẩn đoán hình ảnh và bác sĩ giải phẫu bệnh. Để làm rõ chẩn đoán, bác sĩ sẽ chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng cho bệnh nhân bao gồm:1210

Tầm soát mức độ thiếu máu (lượng máu thấp) do chảy máu trong ruột hoặc kém hấp thu chất sắt.

Đo lường mức độ nghiêm trọng của tình trạng viêm: các dấu hiệu viêm trong máu (CRP hoặc ESR) tăng cao khi bệnh hoạt động.

Tầm soát thiếu hụt vitamin hoặc khoáng chất.

Để đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh: albumin thấp (protein) là dấu hiệu viêm trong giai đoạn bệnh hoạt động.

Huyết thanh chẩn đoán kí sinh trùng (giun lươn, amip) cũng được thực hiện để loại trừ viêm loét đại tràng do giun, amip,…

Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng: khi nghi ngờ ổ loét ở thực quản, dạ dày, tá tràng. Để lấy sinh thiết mô nhằm tìm kiếm những thay đổi siêu nhỏ ở thành ruột của đường tiêu hóa trên và phần trên của ruột non cho thấy bệnh Crohn.

Nội soi đại trực tràng: giúp phát hiện tổn thương ở đường tiêu hoá dưới từ hậu môn đến van hồi manh tràng. Để lấy sinh thiết mô nhằm tìm kiếm những thay đổi siêu nhỏ nhìn thấy trong thành ruột ở đại tràng, trực tràng hoặc phần dưới củaruột non(hồi tràng) của bệnh Crohn hoặc viêm loét đại trực tràng.

Nội soi ruột non: khảo sát đặc biệt được đoạn ruột non mà nội soidạ dày– tá tràng và nội soi đại tràng không khảo sát được. Nội soi ruột non cũng giúp sinh thiết các tổn thương nghi ngờ.

Nội soi viên nang: viên nội soi có chứa camera hình con nhộng, được người bệnh nuốt, sẽ chạy khắp đường tiêu hoá để ghi nhận tổn thương.

Chụp cắt lớp vi tính: giúp khảo sát mức độ nghiêm trọng, phạm vi của bệnh qua việc đánh giá sự thay đổi cấu trúc ruột.

Cộng hưởng từ: khi bệnh nhân có chống chỉ định chụp cắt lớp vi tính (suy thận, có thai) hoặc muốn khảo sát sâu hơn về mặt mô mềm, mức độ rò, chít hẹp của tổn thương.

Hiện tại vẫn chưa có cách chữa lành cho IBD. Mục tiêu chính của điều trị cho người bệnh là giảm các triệu chứng, duy trì hay thuyên giảm tình trạng, ngăn ngừa bệnh diễn tiến nặng, xuất hiện biến chứng.610

Thói quen sinh hoạt và ăn uống không phù hợp nếu không được điều chỉnh có thể làm nặng lên triệu chứng IBD. Việc thay đổi lối sống tích cực, điều chỉnh chế độ ăn có thể giúp kiểm soát triệu chứng, giảm tần suất các đợt bùng phát và thậm chí là thuyên giảm tình trạng bệnh.

Người bệnh cần thay đổi và xây dựng chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt lành mạnh như:1210

Một số biện pháp điều chỉnh trong chế độ ăn có thể giúp bệnh nhân bao gồm:

Hầu hết những người bị IBD không cần hạn chế về chế độ ăn uống và nên ăn một chế độ ăn uống cân bằng lành mạnh, trừ khi được tư vấn khác bởi chuyên gia dinh dưỡng hoặc bác sĩ lâm sàng IBD của họ.

Theo dõi các triệu chứng sau khi ăn các thức ăn hằng ngày.

Tránh sử dụng các chế phẩm sữa.

Tránh và hạn chế các thực phẩm cay,caffeine,rượu, chất có cồn.

Nếu ruột bị chít hẹp nên ăn lỏng, hạn chế ăn nhiều chất xơ.

Bổ sung vitamin và khoáng chất.

Thực hiện chế độ ăn uống cân bằng, lành mạnh. Điều này có nghĩa là bao gồm các loại thực phẩm từ một trong năm nhóm thực phẩm mỗi ngày, để đảm bảo bạn có đủ chất dinh dưỡng, như: rau, bao gồm các loại và màu sắc khác nhau, và các loại đậu; trái cây; thịt nạc, thịt gia cầm, cá, trứng, đậu phụ, các loại hạt; sữa,sữa chua, uống nhiều nước.

Thay đổi chế độ ăn uống có thể giúp mọi người duy trì dinh dưỡng đầy đủ. Rất có thể, người bệnh sẽ có những khoảng thời gian phải trải qua một đợt bùng phát IBD của mình. Trong thời gian bùng phát, người ta thường thấy giảm cân do bớt thèm ăn và tăng nhu cầu dinh dưỡng, đặc biệt là khi mắc bệnh Crohn và bị viêm loét đại tràng nặng.

Ngoài ra, người bệnh cần tránh lạm dụng thuốc kháng sinh, thuốc ngừa thai, NSAIDs khi chưa tham vấn ý kiến bác sĩ.

Tình trạng căng thẳng có thể giúp giảm tần suất, mức độ nghiêm trọng của các đợt bùng phát. Các biện pháp giúp kiểm soát căng thẳng như:

Tập luyện thể thao.

Thiền.

Tập thở.

Tham giác các hoạt động ngoài trời.

Các hoạt động hỗ trợ tinh thần như thường xuyên động viên, quan tâm rất quan trọng đối với bệnh nhân bị viêm ruột, đặc biệt là bệnh nhân có triệu chứng nghiêm trọng.

Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ để phát triển tình trạng và có thể làm các triệu chứng nặng hơn. Vì vậy, người bệnh cần ngưng sử dụng thuốc lá.

Người bệnh sẽ được kê toa sử dụng một số thuốc để chống lại quá trình viêm. Những thuốc này có thể uống hoặc truyền tĩnh mạch. Các thuốc bao gồm:12410

Thuốc kháng viêm: thường gặp là aminosalicylates (bao gồm sulfasalazine, mesalamine hoặc balsalazide) có thể uống hoặc đặt hậu môn tuỳ trường hợp. Thuốc là chế phẩm đầu tay giúp chống lại các triệu chứng với tác kháng viêm, duy trì và giảm mức độ bệnh của IBD.

Corticoid: là thuốc kháng viêm có tác dụng mạnh, nhanh, thường được sử dụng trong đợt bùng phát.

Các thuốc ức chế miễn dịch: tác động đến hệ thống miễn dịch quá phát của cơ thể, từ đó giúp giảm viêm. Tuy nhiên, liệu pháp cần thời gian để đạt hiệu quả tối đa. Ngoài ra, thuốc có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ở người bệnh.4

Các thuốc sinh học: thường được lựa chọn khi bệnh nặng, ưu tiên ở người trẻ giúp ngăn chặn bệnh diễn tiến nặng từ rất sớm. Các thuốc tác động đến các thụ thể để giảm viêm trong cơ thể.

Các nhóm thuốc được sử dụng trong điều trị viêm ruột (IBD) và chỉ định bao gồm:12410

Một số tên thuốc

phổ biến

Budesonide.

Prednisolone.

Không được dùng trong lúc lui bệnh – thời kỳ các triệu chứng của bệnh thuyên giảm một cách nhanh chóng hoặc từ từ.

Azathioprine

Mercaptopurine (6-MP)

Methotrexate

Infliximab

Adalimumab

Golimumab

Chất ức Integrin

Vedolizumab

Chất ức chế IL-12/23

Ustekinumab

Người bệnh có thể được kê được một số thuốc hỗ trợ khác như:12410

Thuốc kháng sinh: được chỉ định khi có bằng chứng nhiễm trùng. Tại Việt Nam, tình trạng nhiễm trùng rất thường gặp. Nhiễm trùng và kí sinh trùng có thể làm biểu hiện IBD không điển hình và nặng lên bệnh nền tảng.

Thuốc kháng tiêu chảy: làm giảm triệu chứng tiêu chảy.

Chất kết dính muối mật: có thể làm giảm tiêu chảy do việc tích tụ muối mật trong đại tràng của bạn.

Thuốc giảm đau:paracetamolđôi khi được sử dụng để giảm cơn đau nhẹ.

Khi bệnh bùng phát cấp tính, các thuốc giảm đau khác như thuốc chống viêm không steroid (NSAID) nên tránh sử dụng, vì chúng có thể gây ra hoặc làm nặng thêm các đợt bùng phát của IBD. Việc sử dụng các loại thuốc gây nghiện như codein vàmorphinnên giảm thiểu, vì sử dụng lâu ngày có thể liên quan đến nhiều tác dụng phụ, đặc biệt làtáo bónvà lệ thuộc vật chất.

Truyền sắt tĩnh mạch: trong trường hợp thiếu máu, thiếu sắt mức độ nặng.

Bổ sung dịch, dinh dưỡng tĩnh mạch, vitamin, khoáng chất.

Theo ước tính, cứ 5 người sẽ có 1 người bị viêm loét đại tràng có triệu chứng nặng và không đáp ứng với điều trị bằng thuốc và cần can thiệp phẫu thuật. Tương tự, hơn 60-75% bệnh nhân bệnh Crohn cần phẫu thuật.6Trong một số trường hợp có biến chứng (rò, thủng đường ống tiêu hoá), người bệnh sẽ được hội chẩn ngoại khoa để can thiệp phẫu thuật.

Đối với bệnh nhân Crohn, phẫu thuật giúp loại bỏ đoạn ruột tổn thương và nối hai đoạn ruột lành với nhau. Sau phẫu thuật, phần ruột còn lại sẽ đảm nhiệm chức năng của phần đã cắt bỏ. Khoảng 6 trong 10 bệnh nhân Crohn đã phẫu thuật sẽ cần phẫu thuật lại trong 10 năm sau đó.1

Bệnh nhân IBD khi được sử dụng thuốc ức chế miễn dịch sẽ có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn. Ngay sau khi được chẩn đoán IBD, trước khi người bệnh bắt đầu điều trị ức chế miễn dịch, bác sĩ lâm sàng sẽ tư vấn nên tiêm phòng để ngăn ngừa nhiễm trùng. Chúng bao gồm viêm gan siêu vi B,C,uốn ván,bạch hầu, ho gà, vaccin cúm,vaccin phế cầu.

Nếu đang dùng thuốc ức chế miễn dịch (corticosteroid, điều hoà miễn dịch, thuốc sinh học), cần cung cấp thông tin, thời gian sử dụng để được tư vấn tiêm vaccine phù hợp.

Thực sự không có cách phòng ngừa bệnh hiệu quả. Việc điều chỉnh lối sống và chế độ ăn có thể giúp kiểm soát triệu chứng. Chúng ta có thể:12

Ăn nhiều bữa nhỏ, dễ tiêu.

Sử dụng các phương pháp giảm bớt căng thẳng như thiền, tai chi, nghe nhạc, đi bộ.

Ngủ đúng giờ, đủ giấc.

Chọn thực phẩm phù hợp, không làm khởi phát viêm ruột (IBD).

Ngưng hút thuốc lá.

Trên đây là những thông tin về bệnhviêm ruột (IBD). Đây là một bệnh mạn tính, cần điều trị liên tục và suốt đời. Nếu tuân thủ điều trị tốt, người bệnh sẽ không vào đợt bùng phát, kéo dài thời gian lui bệnh và sinh hoạt như người bình thường.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-sun-vanh-tai/

Nội dung bài viết

Viêm sụn vành tai là gì?

Nguyên nhân viêm sụn vành tai

Triệu chứng của viêm sụn vành tai

Bệnh được chẩn đoán như thế nào?

Điều trị viêm sụn vành tai

Các biến chứng có thể xảy ra là gì?

Làm thế nào để phòng ngừa viêm sụn vành tai?

Bạn bị sưng đau vành tai sau bấm khuyên tai (bông tai), tổn thương tai hay các nguyên nhân khác. Đó có thể là dấu hiệu của viêm sụn vành tai. Đây là căn bệnh có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến thẩm mỹ và chức năng của vành tai nếu như không được điều trị phù hợp. Bạn không nên chủ quan mà nên đến khám bác sĩ, tránh những biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra.

Viêm sụn vành tai là một tình trạng nhiễm trùng của sụn, màng sụn củavành tai. Nếu không được điều trị kịp thời sẽ để lại di chứng ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng của vành tai.

Bấm lỗ tai: Đây là nguyên nhân thường gặp nhất dẫn đến sưng đau vành tai. Đau và sưng vừa phải sau khi bấm là bình thường, có thể biến mất sau vài ngày. Tuy nhiên, sưng nề cũng có thể do dị ứng hay viêm nhiễm. Nếu sưng đau vành tai không biến mất hay có dấu hiệu tăng thêm, bạn nên đến khám bác sĩ. Những trường hợp bấm khuyên tai sau đây dễ dẫn đến viêm sụn vành tai hơn:

Bấm khuyên tai không đảm bảo vô trùng ở những cơ sở không chuyên.

Bấm khuyên tai vùng sụn vành tai nhiều nguy hơn hơn (so với bấm vùng dái tai).

Sau quá trình điều trị không phù hợp trong những bệnh lý như:viêm ống tai ngoài cấp, viêm mô tế bào tai ngoài,…

Sau tai nạn có tổn thương loa tai.

Sau phẫu thuật không đảm bảo vô trùng.

Đôi khi bệnh gây ra do dị ứng và tự miễn (rối loạn hệ thống miễn dịch của cơ thể).

Tác nhân gây viêm sụn vành tai thường gặp nhất là vi khuẩn Pseudomonas và tụ cầu khuẩn.

Biểu hiện của bệnh thay đổi tùy theo khoảng thời gian kể từ khi tiếp xúc với nguyên nhân gây bệnh. Tùy mỗi giai đoạn mà xuất hiện các triệu chứng sau đây:

Ban đầu chỉ thấy ngứa rát, hơi đau nơi bị tổn thương. Sau đó có biểu hiện nóng, sưng, đỏ vành tai.

Khi viêm tấy thành mủ thì đau tăng rõ, sưng nhiều hơn. Vành tai sưng nề nhiều làm mất các nếp bình thường.

Nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến viêm sụn hoại tử với các biểu hiện: Đau dữ dội, sưng tấy, căng mọng lan rộng cả một phần của vành tai. Mất các nếp của vành tai.

Nếu bệnh không được xử trí tốt, sụn bị hoại tử, sưng tấy hoá mủ và vỡ mủ làm cho vành tai bị co rúm, ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ.

Người bệnh có thể có các triệu chứng khác của viêm nhiễm như sốt, mệt mỏi,…

Khi phát hiện vành tai có những dấu hiệu của bệnh, bạn nên đến bệnh viện để được điều trị kịp thời. Điều này giúp tránh khỏi những biến chứng gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng của vành tai.

Thường viêm sụn vành tai sẽ được bác sĩ chẩn đoán dễ dàng khi thăm khám vành tai. Trong trường hợp vành tai có tụ dịch, mủ, bác sĩ sẽ cấy tìm vi khuẩn. Qua đó chọn lựa kháng sinh điều trị phù hợp.

Khi mới viêm tấy da vành tai, bác sĩ có thể điều trị cho bạn bằng các cách sau:

Chiếu tia hồng ngoại.

Chườm nóng, sát khuẩn vết thương vành tai bằngBetadin.

Để chống viêm, hoại tử sụn có thể chấm nitrat bạc, acid boric, đặt bấc tẩm Betadin hay kháng sinh tại chỗ.

Làm sạch mô nhiễm trùng.

Tùy theo mức độ và tình trạng nhiễm trùng có lan rộng hay chưa mà bạn sẽ được dùng kháng sinh uống hay kháng sinh chích.

Cần theo dõi sát diễn biến của bệnh. Uống kháng sinh đầy đủ theo toa bác sĩ. Điều này có thể giúp bạn tránh hoại tử sụn.

Bác sĩ có thể kết hợp thêmkháng viêm, giảm đau tùy từng tình trạng cụ thể.

Khi vành tai đã tụ mủ, bạn sẽ được trích rạch rộng để tháo mủ. Nếu sụn đã hoại tử, bạn sẽ được cắt bỏ các mảnh sụn hoại tử. Trong một số trường hợp, có thể tạo hình da vành tai.

Nếu không được điều trị kịp thời, vành tai có thể bị biến dạng và gây mất thẩm mỹ nghiêm trọng.

Tuy hiếm, vi khuẩn tại chỗ có thể lan qua đường máu gây nhiễm trùng toàn thân. Đây là một biến chứng nặng có thể gây tử vong. Vì vậy bạn nên đến khám bác sĩ khi nghi ngờ mình mắc bệnh để được điều trị phù hợp.

Nếu muốn bấm lỗ tai, bạn nên đến các cơ sở y tế để đảm bảo vô khuẩn.

Tránh đâm trực tiếp các vật lạ như kim loại xuyên sụn vành tai.

Nếu bị thương ở vành tai, nên đến khám để được điều trị phù hợp.

Tránh đè ép vùng da sụn vành tai trong thời gian dài như đeo headphone hay đội mũ bảo hiểm quá chật ôm sát tai.

Viêm sụn vành tailà một bệnh có thể làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng của vành tai. Nguyên nhân phổ biến trong cộng đồng thường do việc bấm lỗ tai không đảm bảo vệ sinh. Ngoài ra còn có thể do chấn thương hay những nguyên nhân khác. Khi có các dấu hiệu nghi ngờ viêm sụn vành tai, bạn nên đến khám bác sĩ ngay để được điều trị phù hợp, tránh những biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/dau-hieu-viem-tai-giua/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân viêm tai giữa là gì?

Các dấu hiệu viêm tai giữa

Viêm tai giữa có thể dẫn đến những tình trạng nguy hiểm nào?

Bạn cần phải làm gì nếu có các triệu chứng của viêm tai giữa?

Viêm tai giữa được điều trị như thế nào?

Viêm tai giữa là một bệnh lý gặp ở mọi lứa tuổi với các biểu hiện bệnh đa dạng, đặc biệt bệnh này xảy ra khá phổ biến ở trẻ nhỏ. Liệu viêm tai giữa có thể gây ra những biến chứng đe dọa tính mạng hay có thể đem lại những ảnh hưởng tiêu cực của cuộc sống hay không? Làm sao biết được đâu là triệu chứng của bệnh và cần làm gì để phòng ngừa. Bài viết của Bác sĩ Mai Thị Trâm Anh hy vọng cung cấp cho bạn đọc những thông tin căn bản về bệnh lý viêm tai giữa.

Taingười thường được chia thành 3 thành phần: tai ngoài, tai giữa và tai trong. Tai ngoài bao gồmvành taivà ống tai ngoài, được ngăn cách với tai giữa bởimàng nhĩ. Tai giữa là cấu trúc nằm sau màng nhĩ và chứa chuỗi xương con. Âm thanh được dẫn truyền từ tai ngoài qua tai giữa đến tai trong, từ đó tạo nên xung thần kinh dẫn truyền đến não bộ. Tai giữa hay hòm nhĩ là một bộ phận quan trọng trong quá trình dẫn truyền và khuếch đại âm thanh.1

Viêm tai giữalà một trong những bệnh lí phổ biến thứ hai ở trẻ em, sau nhiễm trùng hô hấp trên.Viêm tai giữa ở trẻcũng là một trong những nguyên nhân phổ biến khiến cha mẹ phải đưa bé đến gặp bác sĩ.

Viêm tai giữa là tình trạng viêm trong tai giữa (hay còn gọi là hòm nhĩ). Nó có thể có nhiều phân loại dựa vào các đặc điểm như: nguyên nhân, thời gian bệnh, triệu chứng. Nguyên nhân chính thường được cho là do rối loạn chức năng vòi nhĩ.

Vòi nhĩ là một ống thông từ vòm mũi họng đến tai giữa. Cảm lạnh, các bệnh lý viêm nhiễm hay tình trạng dị ứng vùng mũi họng khiến ống thông này sưng nề và bị rối loạn chức năng, từ đó giảm hoặc mất khả năng dẫn lưu dịch từ tai giữa xuống hầu mũi gây tụ dịch trong tai giữa. Vi khuẩn và virus có thể phát triển ở môi trường dịch ứ đọng trong tai giữa dẫn đến tình trạng viêm của tai giữa.

Những yếu tố khiến bạn và người thân dễ mắc viêm tai giữa được phân theo từng nhóm như sau:

Tuổi tác: trẻ em thường bị viêm tai giữa cấp và viêm tai giữa thanh dịch hơn người lớn, gặp nhiều ở lứa tuổi 6 đến 12 tháng hay trẻ từ 4 đến 5 tuổi, thường được lí giải do hệ miễn dịch của trẻ chưa hoàn thiện, dễ gặp phải tình trạng viêm nhiễm đường hô hấp trên, cũng như cấu trúc vòi nhĩ ở trẻ em làm tăng nguy cơ viêm tai giữa hơn người lớn, và ở những độ tuổi trẻ bắt đầu có những thay đổi môi trường như bắt đầu đi học, kết bạn,…

Giới tính: viêm tai ở giới nam có nhiều hơn nhẹ so với giới nữ.

Trẻsinh non.

Tình trạng dị ứng.

Suy giảm miễn dịch.

Yếu tố về gen.

Các bất thường sọ mặt bâm sinh như sứt môi, chẻ vòm hay ở trẻ mắchội chứng Down.

Mức độ quá phát và viêm nhiễm củaamidanvòm (VA).

Tình trạngtrào ngược dạ dày thực quản.

Một số nghiên cứu nhận thấy tần suất viêm tai giữa thường gia tăng vào mùa đông và thấp nhất vào mùa hè.

Môi trường sống của trẻ: gia đình, người chăm sóc, trường học.

Tình trạng nhiễm trùng hô hấp trên.

Khói thuốc lá.

Cho trẻ bú sữa mẹ là một trong những yếu tố giúp làm giảm viêm tai giữa.

Tình trạng kinh tế xã hội. Đối với những người sinh sống trong môi trường ô nhiễm hay vệ sinh kém, tình trạng kinh tế khó khăn có thể làm gia tăng khả năng mắc viêm tai giữa.

Núm vú giả gây gia tăng nguy cơ viêm tai giữa ở trẻ > 11 tháng tuổi.

Ở người lớn, viêm tai giữa thanh dịch một bên có thể là biểu hiện của tình trạng có một khối choán chỗ ở vùng vòm hầu.

Nhìn chung người bệnh viêm tai giữa thường có các dấu hiệu dễ nhận biết như:246

Các biểu hiện ở tai:

Nghe kém.

Đau tai.

Chảy dịch tai.

Ù tai.

Chóng mặt.

Có thể có các triệu chứng toàn thân như:sốt, đau bụng,tiêu chảy,…

Các triệu chứng của viêm nhiễm đường hô hấp trên trước đó: chảy mũi, nghẹt mũi, đau nặng mặt, ho, hắt xì, chảy nước mắt, đỏ mắt…

Tùy vào tuổi người bệnh, thể trạng, thời gian bị bệnh cũng như thể bệnh mà người bệnh biểu hiện ra các triệu chứng với mức độ khác nhau khác nhau . Các thể bệnh thường gặp của viêm tai giữa là:5

Viêm tai giữa cấp.

Viêm tai giữa thanh dịch.

Viêm tai giữa mạn tính.

Đây là một tình trạng viêm cấp tính của tai giữa, thường kéo dài dưới 3 tuần, thường gặp ở trẻ em hơn người lớn, có thể liên quan đến chảy mủ tai và thủng màng nhĩ và thường đáp ứng với điều trị bằng thuốc, không để lại di chứng nếu được điều trị kịp thời.Viêm tai giữa cấpthường xảy ra sau khi trẻ bị cảm lạnh hay viêm nhiễm đường hô hấp trên.2

Triệu chứng viêm tai giữa ở trẻ lớn có thể là: đau tai, chảy tai, nghe kém. Triệu chứng sốt gặp ở 2/3 trẻ bị viêm tai giữa, tuy nhiên bé ít khi sốt hơn 40°C.2

Đối với trẻ nhỏ hay trẻ nhũ nhi triệu chứng thường khó nhận biết hơn. Thông thường bé có thể có các biểu hiện như sốt, quấy khóc nhiều hơn hoặc kém linh hoạt hơn thường ngày, trẻ ăn hay bú kém hơn, thậm chí là nôn ói hay tiêu chảy. Vì chưa biết nói hay chưa biết cách chỉ chỗ bị đau cho cha mẹ và người chăm sóc, bé có thể xoa tai hay thường đưa tay lên bên tai bị đau.2

Cũng như ở trẻ em, ở người lớn viêm nhiễm hô hấp trên hay đợt bùng phát của viêm mũi dị ứng có thể xảy ra trước viêm tai giữa cấp. Ở người lớn, viêm tai giữa cấp điển hình thường gặp một bên với triệu chứng là đau tai và nghe kém. Mức độ đau tai có thể nhẹ, vừa đến nặng. Nếu màng nhĩ bị thủng, người bệnh sẽ cảm thấy đột ngột giảm đau hẳn và bắt đầu chảy dịch tai. Khi bác sĩ nội soi tai sẽ thấy màng nhĩ sung huyết đỏ, căng phồng, trong trường hợp màng nhĩ thủng có thể thấy đọng dịch trong hòm nhĩ cũng như ống tai ngoài.37

Là tình trạng có tồn tại dịch viêm trong tai giữa mà thường không có các dấu hiệu của một tình trạng viêm cấp tính. Viêm tai giữa thanh dịch thường xảy ra tiếp theo sau viêm tai giữa cấp không được điều trị triệt để, nhưng đôi khi nó cũng có thể xảy ra do rối loạn chức năng vòi nhĩ mà không ghi nhận một đợt viêm tai giữa cấp nào trước đó.27

Như đã trình bày ở trên viêm tai giữa thanh dịch không ghi nhận các dấu hiệu của tình trạng viêm cấp tính như sốt, đau tai. Trong phần lớn các trường hợp, viêm tai giữa thanh dịch thường là thoáng qua và hầu như không cần phải chăm sóc y tế đặc biệt. Triệu chứng thường gặp nhất của viêm tai giữa thanh dịch là nghe kém. Viêm tai giữa thanh dịch thường được chẩn đoán ở những trẻ em trong độ tuổi sắp vào lớp 1, thường ở trẻ có những dấu hiệu của kém chú ý với âm thanh hay chậm phát triển về khả năng nói hoặc ngôn ngữ.2

Thông thường, trẻ quá nhỏ sẽ không thể báo cho cha mẹ hay người chăm sóc rằng mình nghe kém.  Tuy nhiên, chúng ta có thể nhận biết được vấn đề này thông qua những biểu hiện gián tiếp. Tùy theo những độ tuổi khác nhau của trẻ mà có những dấu hiệu giúp ta xem xét về sự vấn đề nghe kém của trẻ.

Ở trẻ nhũ nhi, cần nghi ngờ trẻ có nghe kém khi trẻ không có những phản ứng với âm thanh, ví dụ trẻ hiếm khi cười, ít chú ý đến âm thanh xung quanh khi thức, chậm phát triển khả năng nói, không giật mình thức giấc khi đột ngột có tiếng ồn,…2

Ở trẻ lớn hơn, biểu hiện nghe kém hơn bình thường có thể là thường xuyên phải hỏi lại khi giao tiếp, yêu cầu người khác lặp lại câu nói, khó khăn trong việc lắng nghe môi trường nhiều tiếng ồn, nghe sai thông tin khi trẻ không tập trung vào người nói, phải tăng âm lượng của các thiết bị như tivi, máy tính, thậm chí đôi khi trẻ nghe kém sẽ có những biểu hiện của các vấn đề tâm lý như ngại giao tiếp xã hội, tăng động giảm chú ý,…

Trẻ lớn hơn nữa và người lớn có thể nhận biết được tình trạng nghe kém của mình tốt hơn. Đôi khi viêm tai giữa thanh dịch là một biểu hiện của bệnh lý nguy hiểm khác như u vòm, đặc biệt là những trường hợp viêm tai giữa thanh dịch một bên ở người lớn.5

Những triệu chứng khác cũng được ghi nhận trong viêm tai giữa thanh dịch như cảm giác đầy tai, ù tai hay các vấn đề về thăng bằng như loạng choạng, không vững, dễ té ngã.2

Là tình trạng viêm tái phát của tai giữa và/hoặc xương chũm với sự hiện diện của thủng màng nhĩ. Triệu chứng củaviêm tai giữa mạn tínhbao gồm giảm khả năng nghe, chảy tai, cảm giác đầy tai, ù tai, đau tai và chóng mặt.26

Ngoài những biểu hiện đã kể trên, nếu tình trạng viêm tai giữa cấp không được điều trị kịp thời hay tình trạng viêm tai giữa thanh dịch, viêm tai giữa mạn tính kéo dài có thể đưa đến những ảnh hưởng nghiêm trọng lên mọi mặt của đời sống bao gồm chất lượng cuộc sống, học tập và công việc.

Những trường hợp nặng có thể gây ra các tình trạng đe dọa tính mạng hoặc để lại di chứng nặng nề cho người bệnh như: nghe kém, chóng mặt và mất thăng bằng, thủng màng nhĩ, xơ hóa màng nhĩ, viêm tai giữa chảy mủ mãn tính, viêm xương chũm, viêm tiền đình, liệt mặt,…

Ngoài ra, viêm tai giữa còn có thể đưa đến những tình trạng đe dọa tính mạng hoặc có thể để lại di chứng nặng nề cho người bệnh như: viêm màng não, áp xe ngoài màng cứng, áp xe não, huyết khối các xoang tĩnh mạch trong não, huyết khối động mạch cảnh,…25

Viêm tai giữa thường gặp ở trẻ con và người lớn cũng có thể mắc bệnh này. Hầu hết các trường hợp viêm tai giữa không quá nghiêm trọng và có thể điều trị khỏi bệnh mà không để lại di chứng gì.

Khi bạn hay trẻ có bất kì triệu chứng gì gợi ý tình trạng viêm tai như: sốt, đau tai, chảy dịch tai, nghe kém, đầy tai, ù tai, chóng mặt… ở trẻ nhỏ hơn có thể biểu hiện tiêu lỏng, ăn uống kém,.. hãy đến ngay cơ sở y tế gần nhất để được khám, đánh giá và can thiệp kịp thời.

Dựa vào thể bệnh, tuổi người bệnh và các yếu tố liên quan khác, mà bác sĩ có thể đưa ra những hướng điều trị khác nhau cho người bệnh.

Trong trị viêm tai giữa cấp chưa có biến chứng thông thường điều trị kháng sinh và giảm các triệu chứng khó chịu là đủ. Một số ít trường hợp bác sĩ đánh giá là người bệnh về tuổi, tình trạng các bệnh lý kèm theo ít nguy cơ diễn tiến nặng, và có khả năng theo dõi của người chăm sóc có thể theo dõi sát mà chưa cần dùng kháng sinh ngay lập tức. Đối với điều trị triệu chứng đi kèm có thể bao gồm thuốc giảm đau, hạ sốt, thuốc nhỏ tai,…236

Đối với viêm tai giữa thanh dịch, mục tiêu chủ yếu là khôi phục lại tình trạng bình thường của tai giữa cũng như cải thiện triệu chứng cho người bệnh.

Bác sĩ sẽ dựa vào các tiêu chí về mức độ nghe kém, sự ảnh hưởng của nghe kém lên các mặt đời sống của người bệnh, đặc biệt ở trẻ em lên khả năng nói, ngôn ngữ hay các vấn đề về học tập khác để đưa ra phương pháp điều trị phù hợp. Đối với trẻ được đánh giá là ít có nguy cơ ảnh hưởng lên sự phát triển về ngôn ngữ, lời nói và tâm sinh lý của trẻ, theo dõi trong vòng ba tháng là một trong những lựa chọn được ưu tiên. Thời gian này đủ để tai giữa có khả năng tự phục hồi, viêm tai giữa thanh dịch tự thoái lui trong nhiều trường hợp.27

Ở những trường hợp nghe kém nặng hơn, hay kéo dài thường là hơn 3 tháng, lúc này bác sĩ có thể cân nhắc việc đặt ống thông nhĩ cho người bệnh. Ống thông nhĩ là một ống thông thường được làm bằng nhựa hoặc kim loại, được bác sĩ tai mũi họng đặt lên màng nhĩ nhằm mục đích dẫn lưu dịch trong tai giữa ra ngoài và khôi phục là tình trạng bình thường cho tai giữa. Những can thiệp khác có thể thực hiện như là nong vòi nhĩ, nạo VA (amidan vòm) hay sử dụng máy trợ thính.27

Mục tiêu điều trị viêm tai giữa mạn tính thường là chấm dứt tình trạng chảy tai kéo dài của người bệnh, làm lành màng nhĩ bị tổn thương, ngăn ngừa biến chứng và giảm nguy cơ tái phát của bệnh. Hai nhóm phương pháp trong điều trị viêm tai giữa mạn tính là điều trị dùng thuốc và điều trị bằng phẫu thuật.

Thuốc thường sử dụng như các loại kháng sinh nhỏ tai dùng tại chỗ, kháng sinh toàn thân, vệ sinh tai. Điều trị bằng phẫu thuật thường được chỉ định đối với những trường hợp xuất hiện các biến chứng của bệnh, không đáp ứng điều trị nội khoa.

Không hút thuốc là và ở trong không gian có người đang hút thuốc lá (hút thuốc lá thụ động).

Kiểm soát tình trạng dị ứng.

Ngăn ngừa tình trạng viêm nhiễm đường hô hấp trên.

Cho trẻ bú sữa mẹ ít nhất trong 6 đến 12 tháng đầu đời.

Nếu cho trẻ bú bình thì phải cho trẻ bú ở tư thế đầu cao hơn bụng.

Hướng dẫn trẻ vệ sinh cá nhân đầy đủ.

Cho trẻ đi học ở những nhóm trẻ nhỏ.

Chích ngừa cúm và phế cầu đúng và đủ lịch.

Trên đây là những thông tin vềdấu hiệu viêm tai giữa. Tùy theo từng loại bệnh mà triệu chứng có thể khác nhau. Khi nhận thấy bản thân hoặc trẻ nhỏ có những dấu hiệu bất thường, bạn nên đi khám ngay để được phát hiện và điều trị bệnh kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-tai-giua-co-mu/

Nội dung bài viết

Tổng quan về viêm tai giữa có mủ

Nguyên nhân viêm tai giữa có mủ

Triệu chứng viêm tai giữa có mủ

Điều trị/Xử lý tại nhà có được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán viêm tai giữa có mủ

Điều trị viêm tai giữa mủ

Cách phòng ngừa viêm tai giữa có mủ

Viêm tai giữa có mủ là tình trạng viêm niêm mạc ở khoang tai giữa kèm theo ứ mủ ở khoang tai giữa hoặc chảy mủ tai qua lỗ thủng màng nhĩ. Viêm tai giữa mủ có thể diễn tiến cấp tính hoặc mạn tính kéo dài. Hãy cùng Bác sĩ Tai Mũi Họng Nguyễn Trần Bảo Nghi tìm hiểu về tình trạng này qua bài viết sau.

Taingười gồm 3 phần: tai ngoài, tai giữa và tai trong. Trong đó tai giữa còn được gọi là hòm nhĩ là phần nằm phía trongmàng nhĩ, có chức năng dẫn truyền và khuếch đại âm thanh. Tai giữa được lót bởi niêm mạc hô hấp và chứa không khí, được thông với vòm họng qua vòi nhĩ (hay còn gọi là vòi Eustache).

Viêm tai giữa cấplà tính trạng viêm của niêm mạc tai giữa với khởi phát nhanh chóng các triệu chứng tại chỗ như đau tai,chảy dịch tai,… và các triệu chứng toàn thân nhưsốt, mệt mỏi, chán ăn do nguyên nhân viêm nhiễm. Trong đó viêm tai giữa cấp có mủ là một thể của viêm tai giữa cấp được gây ra do vi khuẩn.1

Viêm tai giữa cấp nói chung là một trong các bệnh lý rất thường gặp ở trẻ em và trẻ nhũ nhi. Tỷ lệ mắc bệnh của nó xuất hiện cao nhất trong năm đầu tiên của cuộc đời, cụ thể hơn là giai đoạn từ 6 tháng đến 12 tháng, và giảm dần theo độ tuổi tăng dần. Đến 3 tuổi, khoảng 50% tổng số trẻ em sẽ có ít nhất một đợt viêm tai giữa cấp và đến 9 tuổi là 75%. Tuy vậy bệnh lý viêm tai giữa cấp cũng không phải hiếm gặp ở người lớn.2

Viêm tai giữa mạn có mủ là tình trạng viêm kéo dài của niêm mạc tai giữa kèm theo chảy mủ tai dai dẳng, tái diễn qua lỗ thủng màng nhĩ. Viêm tai giữa mạn có mủ thường khởi nguồn từ nhỏ khi màng nhĩ thủng tự phát trong viêm tai giữa cấp hoặc viêm tai giữa thanh dịch.

Viêm tai giữa cấp có thủng nhĩ chảy mủ tai kéo dài quá 3 tháng được xem là viêm tai giữa mạn có mủ. Viêm tai giữa mạn có mủ còn được gọi là viêm tai xương chũm mạn, vì thường kèm theo tình trạng viêm của niêm mạc các tế bào của xương chũm. Viêm tai giữa mạn có mủ nếu không được điều trị sẽ gây ra nhiều biến chứng ảnh hưởng đến sức nghe, chức năng thăng bằng và có thể nguy hiểm đến tính mạng.3

Tai giữa được giới hạn bởi phía ngoài là màng nhĩ (ngăn cách tai giữa với tai ngoài) và nối thông với vùng mũi họng qua vòi nhĩ (vòi Eustache).

Trong điều kiện sinh lý bình thường, vòi nhĩ có nhiệm vụ:

Điều hòa áp suất trong tai giữa.

Chống dịch từ vòm mũi họng trào ngược vào tai giữa.

Đào thải chất tiết từ tai giữa.

Vòi nhĩ luôn ở trạng thái đóng, chỉ mở ra khi chúng ta ngáp, nuốt hoặc hắt hơi giúp cân bằng áp suất tai giữa. Do vậy bất kì tình trạng nào gây rối loạn chức năng vòi nhĩ (tắc vòi) hoặc gây mất nguyên vẹn vòi nhĩ đều có thể dẫn đến viêm tai giữa.3

Rối loạn chức năng vòi Eustache thường là nguyên nhân gây ra bệnh viêm tai giữa. Viêm tai giữa cấp thường xảy ra sau một đợt viêm đường hô hấp trên (viêm mũi họng, viêm xoang,viêm amidan, viêm VA). Phù nề và xung huyết của vòi nhĩ và niêm mạc tai giữa dẫn đến lòng tai giữa bị thu hẹp làm tăng áp suất âm của tai giữa, tạo điều kiện cho trào ngược mầm bệnh từ mũi họng khi vòi nhĩ mở ra. Ở trẻ em, vòi nhĩ nằm ngang hơn, ngắn hơn và mềm hơn do vậy tỷ lệ mắc bệnh viêm tai giữa ở trẻ nhỏ cao hơn.

Rối loạn chức năng vòi Eustache còn làm cho tai giữa và xương chũm không được thông khí đầy đủ dẫn đến tình trạng nhiễm trùng dai dẳng kéo dài dẫn đến viêm tai giữa mạn có mủ.

Viêm tai giữa cấp có mủ thường xảy ra 3 – 4 ngày sau khởi phát một đợt nhiễm trùng đường hô hấp trên ở trẻ em. Virus làm giảm khả năng bảo vệ và thanh thải của vòi Eustache làm các tác nhân gây bệnh dễ dàng đi vào tai giữa.1

Viêm tai giữa có thể được gây ra bởi cả tác nhân virus (siêu vi) hoặc vi khuẩn. Khoảng 5 – 20% các trường hợp viêm tai giữa cấp là do virus và trong khoang tai giữa không có mủ. Trong trường hợp viêm tai giữa có mủ, tác nhân gây bệnh là vi khuẩn. Các tác nhân gây bệnh thường được xác định trong bệnh viêm tai giữa có mủ bao gồm:

Streptococcus pneumoniae (phế cầu).

Haemophilus influenza.

Moraxella catarrhalis và Streptococcus nhóm A (liên cầu).

Tuy nhiên, vi khuẩn đường ruột gram âm và Staphylococcus aureus (tụ cầu vàng) cũng có thể gây bệnh trong 20% trường hợp.1

Trong viêm tai giữa mạn có mủ, các vi khuẩn gây bệnh thường gặp có thể là vi khuẩn hiếu khí như:

Pseudomonas aeruginosa (trực khuẩn mủ xanh).

Escherichia coli.

S. aureus (tụ cầu vàng).

Streptococcus pyogenes.

Proteus mirabilis.

Các chủng Klebsiella hoặc kỵ khí (yếm khí) như Bacteroides, Peptostreptococcus, Propionibacterium. Các vi khuẩn này thường đi vào tai giữa qua lỗ thủng màng nhĩ.

Viêm tai giữa cấp có mủ có thể diễn tiến thành viêm tai giữa mạn có mủ. Một số yếu tố nguy cơ bao gồm:

Rối loạn chức năng vòi nhĩ.

Viêm tai giữa cấp có mủ tái phát nhiều lần.

Điều trị kháng sinh phù hợp, không đầy đủ.

Nhiễm trùng hô hấp trên thường xuyên.

Bệnh lý vùng mũi xoang.

Điều kiện sống thiếu vệ sinh.

Chảy mủ tai là triệu chứng đặc hiệu nhất cho viêm tai giữa có mủ cấp hoặc mạn tính tuy nhiên triệu chứng chỉ xuất hiện ở giai đoạn trễ của bệnh. Các triệu chứng khác tuỳ thuộc bệnh lý cấp hay mạn tính.

Triệu chứng rất đa dạng, không rõ ràng, có khi chỉ là kích thích, quấy khóc, bú kém hoặc bỏ bú, sốt lạnh run, có thể đi kèm trong bệnh cảnh viêm mũi họng (sổ mũi, nghẹt mũi)

Sốt.

Đau tai tăng dần, đặc biết đau về đêm khiến trẻ không ngủ được.

Chảy mủ tai.

Có thể có khối sưng sau tai (biến chứng viêm xương chũm).

Ù tai.

Nghe kém.

Với trẻ nhỏ chưa biết biểu đạt bằng lời nói, trẻ có thể biểu hiện bứt rứt, quấy khóc, kéo tai hoặc nhét đồ chơi vào bên tai bị bệnh.

Chảy mủ tai kéo dài > 3 tháng, mủ đặc xanh hôi.

Có thể có cholesteatoma.

Nghe kém tăng dần.

Đau âm ỉ trong đầu hay nặng đầu phía bên tai bị bệnh.

Viêm tai giữa mủ dù cấp tính hay mạn tính đều không thể tự điều trị tại nhà, cần có sự thăm khám và tư vấn điều trị từ bác sĩ Tai Mũi Họng.

Không nên dùng kháng sinh không đúng vì sẽ làm lu mờ triệu chứng, khó chẩn đoán, hoặc chuyển thể cấp tính thành mạn tính, làm bệnh kéo dài khó phát hiện và dễ gây biến chứng.

Cần tuân thủ phác đồ điều trị của bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Đối với viêm tai giữa có mủ ở trẻ em, khi trẻ có các triệu chứng: sốt cao, đau tai, giật kéo tai, chảy mủ tai nên đưa trẻ đến gặp bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng để được thăm khám và điều trị kịp thời.

Đối với người lớn bị viêm tai giữa có mủ, khi có triệu chứng chảy mủ tai nên khám Tai Mũi họng càng sớm càng tốt, tránh để tình trạng chảy mủ tai dai dẳng kéo dài có thể dẫn đến viêm lan rộng và biến chứng

Ngoài ra nên đến gặp bác sĩ khi đã được điều trị thuốc đúng và đủ liều nhưng triệu chứng vẫn không giảm, chảy mủ tai kéo dài hoặc xuất hiện các triệu chứng nghi ngờ biến chứng như sưng sau tai, đau đầu, nôn ói, cổ cứng, liệt mặt,…

Để chẩn đoán viêm tai giữa, bác sĩ chuyên khoa sẽ tiến hành nội soi tai hoặc sử dụng đèn soi tai để phát hiện những tổn thương trong tai. Qua đó, bác sĩ có thể quan sát rõ màng nhĩ, màng nhĩ khỏe mạnh thường có màu xám hồng hoặc trắng sáng, trong mờ. Khi bị nhiễm trùng, màng nhĩ sẽ bị viêm, sung huyết, căng phồng, bên trong hòm nhĩ chứa dịch/mủ.

Để phát hiện các nhiễm trùng hô hấp trên khác như viêm mũi họng, viêm amidan, viêm VA,…

Soi tai bằng đèn soi tai/Nội soi tai: một số dấu hiệu lâm sàng có thể giúp bác sĩ chẩn đoán viêm tai giữa cấp mủ hay viêm tai giữa mạn mủ như:

Màng nhĩ xung huyết, màng nhĩ đục, màng nhĩ phồng.

Đọng dịch mủ ở hòm nhĩ.

Màng nhĩ thủng với mưng mủ ở ống tai ngoài.

Chảy mủ đục hôi thối.

Xquang Schuller để đánh giá xương chũm khi nghi ngờ viêm tai giữa cấp có biến chứng hoặc viêm tai giữa mạn có mủ.

Chụp CT Scan đầu hoặc xương chũm để xác định sự nhiễm trùng lan tỏa ra bên ngoài tai giữa.

Đo thính lực để đánh giá sức nghe.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Ở giai đoạn chưa thủng nhĩ, bác sĩ sẽ chỉ định chủ động chích rạch màng nhĩ để thoát lưu mủ ra ngoài. Điều này sẽ tốt hơn chờ màng nhĩ tự thủng.

Khi màng nhĩ đã thủng tự nhiên hoặc khi đã chích rạch tháo mủ cần phải chăm sóc hút rửa tai hàng ngày kèm với kháng sinh, kháng viêm nhỏ tai phối hợp với điều trị kháng sinh (uống hoặc chích) và thuốc giảm đau, hạ sốt để điều trị triệu chứng.

Khi bệnh diễn tiến tái đi tái lại hoặc nhiễm trùng lan rộng, có biến chứng, điều trị thuốc không hiệu quả bác sĩ có thể chỉ định đặt ống thông màng nhĩ hoặc phẫu thuật sào bào thượng nhĩ hoặc tiệt căn xương chũm tuỳ tình trạng bệnh cụ thể.

Cần điều trị thích hợp các bệnh lý mũi xoang, bệnh lý viêm họng, viêm amidan, viêm VA.

Trong trường hợp bệnh diễn tiến tái đi tái lại, người bệnh có thể cần nạo VA; cắtamidanđể phòng ngừa bệnh lý nhiễm trùng hô hấp trên.

Tùy thuộc bệnh tích và tùy thuộc các giai đoạn mà có hướng điều trị bảo tồn hay điều trị phẫu thuật.

Điều trị bảo tồn

Điều trị bảo tồn thường không hiệu quả với viêm tai giữa có mủ mạn tính vì tình trạng viêm xương chũm, chỉ thực hiện trong giai đoạn hồi viêm cấp trên nền mạn hoặc bệnh nhân hiện chưa thể phẫu thuật. Bệnh nhân phải được chăm sóc tai, rửa bằng nước muối hoặc oxy già hàng ngày bởi bác sĩ kèm với thuốc nhỏ tai.

Điều trị phẫu thuật

Sau khi điều trị nội khoa để làm khô tai, bệnh nhân thường được chỉ định phẫu thuật để giải quyết triệt để viêm xương chũm, bảo tồn thính lực. Các trường hợp có biến chứng nên được chỉ định phẫu thuật sớm để giải quyết biến chứng, phòng ngừa biến chứng gây nguy hiểm tính mạng cho bệnh nhân.

Chúng ta có thể phòng tránh viêm tai giữa có mủ bằng những cách sau:1

Cần điều trị dứt điểm các bệnh lý về tai mũi họng như: bệnh viêm mũi xoang, viêm VA, …

Tránh để trẻ nhỏ tiếp xúc trực tiếp với những người bị mắc các bệnh truyền nhiễm.

Đeo khẩu trang cho trẻ khi đến những nơi công cộng, hay nơi có tiếp xúc nhiều người như bệnh viện, bến xe,…

Rửa tay sạch sẽ sau khi đi vệ sinh, cũng như trước và sau khi ăn nhằm hạn chế tình trạng vô tình đưa vi khuẩn vào cơ thể.

Bổ sung đầy đủ các loại vitamin, khoáng chất nhằm tăng cường hệ miễn dịch và nâng cao thể trạng cho trẻ.

Không nên cho trẻ cai sữa mẹ quá sớm trước 12 tháng.

Thực hiện tiêm chủng vắc-xin theo lịch để phòng các bệnh thường gặp như cúm, phế cầu…

Khi đã bị viêm tai giữa cấp tính, cần tuân thủ phác đồ điều trị của bác sĩ Tai Mũi Họng, điều trị đầy đủ, tránh để diễn tiến viêm tai giữa tái phát hoặc diễn tiến mạn tính.

Viêm tai giữa có mủdù cấp tính hay mạn tính đều cần có sự thăm khám và tư vấn điều trị từ bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng. Triệu chứng chảy mủ tai là triệu chứng đặc hiệu nhất tuy nhiên chỉ xuất hiện ở giai đoạn trễ với viêm tai giữa cấp tính và có thể dai dẳng kéo dài ở viêm tai giữa mạn tính. Với trẻ em cần phòng ngừa và kịp thời điều trị viêm tai giữa cấp tính, tránh để diễn tiến tái phát và diễn tiến mạn tính. Ở người lớn khi có tình trạng chảy mủ tai cũng nên khám Tai Mũi Họng sớm để được điều trị thích hợp.

Nhìn chung, người bệnh viêm tai giữa mủ có thể ăn hầu hết các loại thức ăn thông thường. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, viêm tai giữa có thể do dị ứng gây ra như dị ứng thức ăn, môi trường. Trong đó, sữa và các sản phẩm từ sữa là một trong những tác nhân thường gặp gây dị ứng.

Do đó, trong một số trường hợp viêm tai giữa, người bệnh cần biết chính xác tác nhân gây bệnh và kiêng sữa, các sản phẩm từ sữa hoặc thức ăn gây dị ứng.7

Viêm tai giữa có mủ là viêm tai giữa do tác nhân vi khuẩn gây ra. Nếu không được điều trị kịp thời sẽ có thể gây ra các biến chứng như liệt mặt, biến chứng nội sọ nguy hiểm đến tính mạng hoặc có thể để lại các di chứng ảnh hưởng đến chức năng của tai như suy giảm sức nghe, mất thăng bằng,…

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-ong-tai-ngoai-viem-tai-ngoai-nguyen-nhan-dau-hieu-dieu-tri-phong-ngua/

Nội dung bài viết

Viêm ống tai ngoài là gì?

Nguyên nhân của viêm tai ngoài

Ai có nhiều nguy cơ mắc bệnh?

Triệu chứng của viêm tai ngoài

Viêm tai ngoài ở trẻ em có gì khác người lớn?

Viêm tai ngoài được chẩn đoán như thế nào?

Điều trị viêm tai ngoài như thế nào?

Biến chứng và những dấu hiệu nguy hiểm của viêm tai ngoài

Các biện pháp phòng tránh viêm ống tai ngoài

Viêm ống tai ngoài hay còn gọi là viêm tai ngoài, là một bệnh lý thường gặp của tai. Nó xảy ra phổ biến ở trẻ em, thanh thiếu niên và người lớn bơi lội nhiều. Viêm tai ngoài đa số tự khỏi, nhưng cũng có thể tiến triển nguy hiểm trong một số trường hợp. Bài viết dưới đây sẽ chỉ ra các biểu hiện của viêm tai ngoài cũng như những dấu hiệu nguy hiểm mà bạn cần đưa trẻ đến khám bác sĩ. Bên cạnh đó, Bác sĩ chuyên khoa Tai – Mũi – Họng Sử Ngọc Kiều Chinh sẽ chia sẻ các cách đơn giản bạn có thể làm để bảo vệ gia đình mình khỏi căn bệnh này.

Viêm ống tai ngoài là tình trạng viêm nhiễm của lỗ tai ngoài và ống tai ngoài. Ống tai ngoài là phần kéo dài từ lỗ tai vào đếnmàng nhĩ.

Bản thân viêm ống tai ngoài không phải là một bệnh truyền nhiễm.

Bơi lội có thể dẫn tới viêm ống tai ngoài. Vì nước tồn đọng trong ống tai trở thành nơi cho vi khuẩn phát triển.

Viêm nhiễm cũng có thể xảy ra khi lớp da mỏng lót bên trong ống tai bị tổn thương. Cào gãi ống tai, sử dụng tai nghe không phù hợp, hay ngoáy tai bằng que gòn đều có thể làm tổn thương lớp bảo vệ mỏng manh này. Khi lớp da này bị tổn thương, vi khuẩn có thể xâm nhập và gây viêm ống tai ngoài.

Ráy tai là chất bảo vệ tự nhiên của tai để chống lại nhiễm trùng. Nhưng tình trạng bị ẩm ướt thường xuyên hay trầy xước da ống tai có thể làm cho ráy tai không còn thực hiện được chức năng bảo vệ của nó. Điều này làm nhiễm trùng dễ xảy ra hơn.

Ai cũng có thể bị viêm ống tai ngoài, nhưng những người dưới đây có nhiều nguy cơ mắc bệnh hơn cả:

Bơi lội thường xuyên. Bơi lội là yếu tố nguy cơ lớn nhất dẫn đến viêm ống tai ngoài. Đặc biệt khi bơi lội trong vùng nước có mật độ vi khuẩn cao. Nước hồ bơi được xử lý bằng clo đầy đủ thì có ít nguy cơ lây lan vi khuẩn hơn.

Tắm rửa hay rửa tai bằng nước quá thường xuyên. Điều này cũng có thể khiến tai dễ ứ đọng nước và dẫn đến viêm nhiễm.

Trẻ em. Ống tai trẻ em thường nhỏ hơn người lớn nên nguy cơ mắc bệnh cao hơn. Điều này là do ống tai ngoài càng hẹp thì nguy cơ nước bị đọng lại bên trong càng cao.

Sử dụng tai nghe hay các thiết bịtrợ thínhthường xuyên.

Viêm da dị ứng, chàm.

Kích thích da vùng ống tai do các hóa chất dùng cho tóc cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Các triệu chứng của viêm ống tai ngoài bao gồm:

Sưng nề ống tai.

Đỏ da ống tai.

Nóng, đau hoặc cảm giác khó chịu trong tai.

Ngứa tai.

Chảy dịch, chảy mủ tai.

Ù tai hoặc nghe kém.

Đau nhiều vùng mặt, đầu hay cổ có thể là dấu hiệu cho thấy nhiễm trùng đã tiến triển đáng kể. Triệu chứng đi kèm như sốt hay sưng đau các hạch có thể chỉ điểm nhiễm trùng nặng hơn. Nếu bạn có các dấu hiệu ở tai đi kèm với các biểu hiện này, bạn nên đến khám bác sĩ ngay.

Trẻ em, đặc biệt những bé thường hay bơi lội, nghịch nước thì càng có nguy cơ mắc viêm tai ngoài cao hơn. Đồng thời, ống tai trẻ em nhỏ hơn so với người lớn, càng làm cho nước khó thoát ra khỏi tai. Do đó làm tăng nguy cơ viêm nhiễm ống tai.

Đau tai là triệu chứng thường gặp nhất trong viêm ống tai ngoài. Ở trẻ nhỏ chưa biết nói, có thể có các biểu hiện:

Tự kéo, gãi tai.

Khóc khi đụng vào tai.

Chảy dịch từ tai.

Sốt.

Quấy khóc nhiều hơn bình thường hoặc khó ngủ.

Bác sĩ có thể chẩn đoán viêm tai ngoài bằng cách hỏi triệu chứng của bạn và quan sát bằng đèn soi tai. Trong một số trường hợp, bác sĩ có thể cho nội soi tai để quan sát bên trong kỹ hơn.

Viêm tai ngoài có thể tự khỏi mà không cần điều trị gì.1Nếu không tự khỏi thì có thể điều trị bằng thuốc kháng sinh nhỏ tai.

Bác sĩ cũng có thể kê toa thuốc nhỏ tai chứa kháng sinh và kháng viêm để làm giảm sưng nề ống tai. Các thuốc nhỏ tai này thường được sử dụng vài lần trong ngày, từ 7 đến 10 ngày.

Nếu viêm ống tai ngoài gây ra do nấm, bác sĩ sẽ kê đơn thuốc kháng nấm nhỏ tai. Viêm tai ngoài do nấm thường xảy ra ở ngườiđái tháo đườnghay người bị suy giảm miễn dịch.

Để giảm triệu chứng của bệnh, cần phải giữ cho tai khô ráo. Khi đó nhiễm trùng có thể lành nhanh hơn.

Thuốc giảm đau tự mua được nhưibuprofenhayacetaminophencó thể giảm đau tai.2Trong trường hợp đau dữ dội, mới cần đến những thuốc giảm đau kê đơn.

Nếu viêm ống tai ngoài không được điều trị và không thể tự lành, nó có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm. Nếu thuộc những trường hợp dưới đây, bạn nên đến khám bác sĩ ngay để được điều trị kịp thời.

Áp xe có thể phát triển xung quanh tai. Cần được rạch dẫn lưu ổ áp xe.

Viêm nhiễm ống tai kéo dài có thể khiến ống tai ngoài bị hẹp đi. Điều này ảnh hưởng đến sức nghe.

Rách hay thủng màng nhĩ. Tình trạng này thường do bệnh nhân tự đưa vật gì vào ngoáy tai. Dấu hiệu của thủng màng nhĩ bao gồm nghe kém, ù tai, chảy dịch hoặc máu từ tai.

Viêm tai ngoài hoại tử (ác tính) thường hiếm xảy ra. Nhưng đây là một biến chứng cực kỳ nghiêm trọng. Thường gặp ở ngườiđái tháo đườnghay suy giảm miễn dịch.

Người bị suy giảm miễn dịch thường có nhiều nguy cơ mắc bệnh. Ở những trường hợp này, nếu không được điều trị có thể dẫn đến tử vong. Đây là tình trạng cấp cứu y khoa, triệu chứng bao gồm:

Đau tai, đau đầu nặng, đặc biệt về đêm.

Chảy dịch tai kéo dài.

Liệt mặt(méo miệng)bên phía tai bị viêm.

Lộ xương trong ống tai.

Phòng ngừa luôn tốt hơn là điều trị. Giữ tai càng khô ráo càng làm giảm nguy cơ viêm nhiễm ống tai ngoài.

Những biện pháp để bảo vệ bạn và gia đình khỏi viêm tai ngoài bao gồm:

Sử dụng cục bông gòn nhỏ hay nút bịt tai mềm để ngăn nước không chảy vào tai trong lúc tắm. Nếu nước lọt vào tai thì lắc nhẹ, nghiêng đầu cho nước chảy ra rồi lau cửa tai bằng khăn sạch.

Sử dụng mũ bơi hay nút bịt tai khi bơi lội.

Dùng khăn lâu khô vùng đầu và tai sau mỗi lần bơi lội hay tắm.

Tránh cào, ngoáy hay sử dụng những dụng cụ có thể khiến tai bị tổn thương như que tăm bông,…

Không nên tự lấy ráy tai.

Sử dụng hỗn hợp gồm giấm và cồn isopropyl (còn có tên là rubbing alcohol, có bán ở các hiệu thuốc với nồng độ 70%). Hỗn hợp này giúp làm khô lượng nước còn đọng trong tai sau khi bơi lội. Bao gồm 50% cồn, 25% giấm và 25% nước cất. Bạn có thể nhỏ 5 – 10 giọt vào mỗi tai sau khi bơi lội, giữ trong vài phút rồi nghiêng đầu để phần còn lại chảy ra rồi lâu khô.

Tuy nhiên, trong một vài trường hợp nó có thể diễn tiến nặng. Luôn theo dõi các dấu hiệu nguy hiểm để đến khám bác sĩ kịp thời. Bạn có thể bảo vệ bản thân và gia đình khỏi viêm tai ngoài thông qua những việc làm đơn giản đã nêu trên.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-tai-tao-co-tu-cung/

Nội dung bài viết

Viêm tái tạo cổ tử cung là gì?

Triệu chứng viêm tái tạo cổ tử cung

Bị viêm cổ tử cung tái tạo có nguy hiểm không?

Khi bị viêm cổ tử cung tái tạo chị em nên làm gì?

Phòng ngừa viêm tái tạo cổ tử cung

Trong chu kì kinh nguyệt bình thường của phụ nữ, cổ tử cung sẽ mở rộng hơn trong hai thời điểm: hành kinh và rụng trứng. Lâu dần theo sự tăng lên của tuổi tác, điều này sẽ dẫn tới tình trạng lộ tuyến cổ tử cung. Quá trình này bình thường sẽ được khôi phục. Viêm tái tạo cổ tử cung là sự viêm nhiễm trong quá trình khôi phục lộ tuyến cổ tử cung. Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Sản Phụ khoa Phan Lê Nam tìm hiểu về viêm tái tạo cổ tử cung và cách điều trị.

Cổ tử cungđược lót bởi 2 loại tế bào: lát tầng không sừng hóa phía ngoài và tế bào tuyến phía trong. Quá trình cổ tử cung mở ra sẽ làm lộ lớp tế bào tuyến phía trong. Tình trạng lộ tuyến sẽ được khôi phục thông qua hoạt động tái tạo. Viêm tái tạo cổ tử cung là sự viêm nhiễm xảy ra trong lúc đang tái tạo.

Khi cổ tử cung bị vi khuẩn, hoạt động của cổ tử cung bị xáo trộn dẫn đến sự hình thành tổn thương mô, gây ra viêm nhiễm tại cổ tử cung. Nguyên nhân chính gây viêm tái tạo cổ tử cung là do nấm, kí sinh trùng, virus, vi khuẩn. Một số nguyên nhân có thể gây viêm tái tạo cổ cung như:

Dị ứng với băng vệ sinh, bao cao su, hoạt chất chứa trong thuốc diệt tinh trùng,…

Rối loạn hệ thống nội tiết tố trong cơ thể. Giảm estrogen làm mất cân bằng hệ khuẩn âm đạo là vi khuẩn có hại phát triển.

Vệ sinh vùng kín không sạch sẽ và đúng cách. Lau, rửa âm đạo sai cách, thụt rửa âm đạo sâu chà sát quá mạnh.

Sử dụng dung dịch vệ sinh chứa hóa chất, làm kích ứng, thay đổi pH trong môi trường âm đạo.

Quan hệ tình dục mạnh trong quá trình phục hồi. Chấn thương làm cản trở quá trình tái tạo.

Triệu chứng củaviêm tái tạo cổ tử cungdễ gây nhầm lẫn với các bệnh phụ khoa khác. Giai đoạn sớm triệu chứng còn mơ hồ nên rất khó chẩn đoán.

Các biểu hiện đặc trưng: tiết dịch âm đạo bất thường, huyết trắng có màu xanh, vàng, vùng kín hôi…Viêm tái tạo cổ tử cungđược chia làm 3 cấp độ, tương ứng với các dấu hiệu:

Cấp độ 1: diện tích tổn thương chiếm khoảng 30% diện tích bề mặt cổ tử cung. Bệnh nhân có thể mơ hồ nhận thấy khí hư ra nhiều, dịch âm đạo vón thành cục, vùng kín hôi và ngứa, kinh nguyệt rối loạn,…

Cấp độ 2: biểu hiện thuộc cấp độ 1 sẽ phát triển rõ nét và có tính điển hình hơn. Có thể đau khi quan hệ tình dục, xuất huyết âm đạo bất thường,…

Cấp độ 3: các cơn đau tại vùng chậu ngày càng nghiêm trọng. Người bệnh đau rát khi tiểu tiện, cơ thể mệt mỏi, xuất huyết khi quan hệ,… Tổn thương cũng lan rộng và chiếm tới 70%, thậm chí là toàn bộ diện tích cổ tử cung.

Triệu chứng viêm tái tạo cổ tử cung không biểu hiện rõ ràng ở giai đoạn đầu. Vì vậy, người bệnh chỉ phát hiện bệnh khi đi khám hoặc khi tình trạng viêm nhiễm đã nghiêm trọng. Nếu không được điều trị và chăm sóc đúng cách bệnh có thể gây biến chứng nặng nề. Thời gian điều trị diễn ra dài hay ngắn phụ thuộc vào từng đối tượng.

Bệnh có thể được điều trị rất hiệu quả bằng kháng sinh. Tuy nhiên nếu không được điều trị có thể sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe và khả năng sinh sản.

Ngoài ra căn bệnh này còn tăng tình trạng stress của người bệnh; do những triệu chứng khó chịu mà bệnh gây ra như khí hư ra nhiều bất thường, mùi hôi, cảm giác ẩm ướt,…. Điều này khiến phụ nữ thiếu tự tin trong sinh hoạt cũng như giao tiếp, giảm chất lượng cuộc sống.

Thống kê, có hơn 50% người mắc bệnh là nhóm phụ nữ trong độ tuổi từ 20 – 50. Tỷ lệ mắc bệnh này ở phụ nữ có con từ 90 đến 95%; trong đó 5% có biến chứng hiếm muộn hoặc vô sinh.

Các tế bào trong quá trình tái tạo có thể biến đổi theo hướng xấu. Đây là con đường để dẫn tớiung thư cổ tử cung. Đặc biệt khi sự viêm có sự tác động của các tác nhân gây ung thư. Nếu nhận thấy các triệu chứng bất thường như chảy máu âm đạo, bệnh tiến triển kéo dài…. nguy cơ ung thư cổ tử cung có thể xảy ra.

Mặc dù đã chữa khỏi viêm tái tạo nhưng vẫn cần bảo vệ sức khỏe cơ quan sinh dục. Vì lúc này, cổ tử cung tương đối nhạy cảm, nguy cơ nhiễm trùng cao tái phát cao. Quá trình điều trị viêm tái tạo tái phát sẽ gặp nhiều khó khăn hơn.

Phương pháp điều trị viêm tái tạo cổ tử cung được chỉ định cho trường hợp bị nhiễm trùng. Điều trị kịp thời giúp ngăn chặn biến chứng, đẩy lùi triệu chứng, loại bỏ dị nguyên.

Các loại thuốc được dùng có khả năng ức chế virus, vi khuẩn và nấm. Tùy tình trạng bệnh nhân mà bác sĩ sẽ phối hợp các loại thuốc khác nhau.

Trong quá trình điều trị, người bệnh nên chủ động thông báo về tiền sử dị ứng, tình trạng mắc bệnh để kê đơn phù hợp. Bệnh nhân tuyệt đối không tự ý mua thuốc để tránh tác dụng phụ.

Sử dụng tia laser cường độ cao nhằm đốt cháy và phá hủy các mô bất thường là một phương pháp điều trị bệnh hiệu quả. Bệnh nhân được gây mê, tia laser được chiếu trực tiếp vào mô tế bào bất thường ở âm đạo.

Đây là thủ thuật nhằm đốt cháy các tế bào bị viêm nhiễm. Thủ thuật này có thể thực hiện ngoại trú mà không cần nhập viện. Bệnh nhân sẽ cần dùng thuốc gây tê tại chỗ để giảm khó chịu trước khi tiến hành.

Đối với tường hợp bệnh nhân bị viêm mãn tính dai dẳng, bác sĩ sẽ sử dụng phương pháp phẫu thuật lạnh. Đây là thủ thuật sử dụng nhiệt độ thấp để phá hủy các tế bào bất thường.

Liệu pháp đóng băng hầu như không gây đau. Tai biến có thể gặp là chuột rút, chảy máu, nặng nhất là nhiễm trùng và để lại sẹo.

Các thủ thuật ngoại khoa tác động trực tiếp đến vùng kín. Vì vậy nó có thể gây ra rủi ro ngay trong quá trình điều trị. Do đó cần thực hiện tại cơ sở y tế uy tín có trang thiết bị hiện đại.

Thực hiện các biện pháp phòng tránh mới đảm bảo được hiệu quả điều trị được dứt điểm, phòng tái phát. Để đảm bảo an toàn cho sức khỏe, người bệnh nên lưu ý những vấn đề sau đây:

Hạn chế quan hệ tình dục trong khi bị viêm nhiễm phụ khoa.

Giữ vệ sinh cá nhân sạch sẽ.

Xây dựng chế độ ăn uống khoa học, đồng thời bổ sung chất dinh dưỡng đầy đủ.

Tránh sử dụng chất kích thích, rượu bia, thuốc lá,… làm cản trở quá trình tái tạo.

Xây dựng chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt điều độ. Thường xuyên vận động, rèn luyện cho tinh thần luôn thoải mái…

Nếu có ý định mang thai khi bị viêm cổ tử cung, cần tham khảo ý kiến bác sĩ. Lên kế hoạch rõ ràng, nhằm đảm bảo bệnh không gây ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như sự phát triển của thai nhi.

Viêm tái tạo cổ tử cunglà tình trạng viêm nhiễm cản trở sự tái tạo bình thường của cổ tử cung. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nghiêm trọng nếu không được điều trị đúng đắn và kịp thời. Chăm sóc sức khỏe, vệ sinh cá nhân và đi khám đúng chuyên khoa khi có triệu chứng nghi ngờ là cách tốt nhất hạn chế căn bệnh này.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-teo-niem-mac-da-day/

Nội dung bài viết

Tổng quan về viêm teo niêm mạc dạ dày và ung thư dạ dày

Thế nào là viêm teo niêm mạc dạ dày?

Các mức độ của viêm teo niêm mạc dạ dày

Viêm teo niêm mạc dạ dày có nguy hiểm không?

Nguyên nhân gây ra viêm teo dạ dày

Triệu chứng viêm teo và chuyển sản ruột ở dạ dày

Xét nghiệm nào giúp chẩn đoán viêm teo niêm mạc dạ dày?

Điều trị viêm teo niêm mạc dạ dày và chuyển sản ruột

Cách phòng ngừa viêm teo, chuyển sản ruột dạ dày

Viêm teo niêm mạc dạ dày là một trong những tổn thương có thể tiến triển thành ung thư dạ dày. Bên cạnh đó, viêm teo niêm mạc dạ dày cũng có mối liên hệ mật thiết với chuyển sản ruột – tình trạng cũng được xem là một trong những tổn thương tiền ung thư dạ dày. Để tìm hiểu rõ hơn về viêm teo niêm mạc dạ dày, chuyển sản ruột, mời bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Huỳnh Mạnh Tiến theo dõi bài viết sau đây nhé.

Ung thư dạ dày(UTDD) là một trong những ung thư thường gặp ở Việt Nam. Đây là bệnh lý ác tính có tỉ lệ tử vong đứng thứ 4 thế giới, sauung thư vú,ung thư phổivàung thư tiền liệt tuyến. UTDD nói riêng và ung thư nói chung nếu phát hiện muộn sẽ khó xử trí triệt để trên nội soi, và tiên lượng sống của bệnh nhân rất ngắn.12

Chính vì điều đó, nhận diện sớm và loại bỏ các tổn thương tiền ung thư là chìa khóa giúp giảm tần suất mắc UTDD giai đoạn muộn, và kéo dài thời gian sống cho người bệnh. Một trong tổn thương trong con đường phát triển ung thư là tổn thương viêm teo niêm mạc dạ dày, dị sản niêm mạc. Vì vậy, viêm teo niêm mạc dạ dày, chuyển sản ruột là những tổn thương tiền ung thư dạ dày.3

Bình thường lớp niêm mạc lót trongdạ dàyrất trơn láng, hồng hào. Khi lớp áo phủ này tiếp xúc các tác nhân độc hại (thường gặp nhất làH. pylori) gây viêm mạn tính, dẫn đến lớp áo lót mỏng đi. Từ đó, gây bệnh viêm teo niêm mạc dạ dày.

Viêm teo niêm mạc dạ dày là dạng viêm dạ dày mạn tính. Dị sản ruột hay chuyển sản ruột là tình trạng diễn tiến nặng hơn. Khi đó tế bào niêm mạc sẽ teo nặng, mất đi dần, không đủ khả năng tiết acid, môi trường pH dạ dày tăng lên, các tế bào niêm mạc dạ dày sẽ biến đổi thành dạng giống các tế bào niêm mạc trong ruột.

Chuyển sản ruột thường là giai đoạn sau của viêm teo niêm mạc dạ dày, xuất hiện trên nền dạ dày viêm teo nặng. Về lâu dài, các tế bào này sẽ biến đổi loạn sản thành tổn thương tiền ung.34

Để đánh giá mức độ viêm teo niêm mạc, trong quá trình nội soi, các bác sĩ thường đánh giá mức độ viêm teo dựa trên phân loại Kimura – Takemoto. Phân loại đánh giá dựa trên ranh giới giữa phần niêm mạc dạ dày không teo và phần dạ dày có teo niêm mạc.15

Trên nội soi có thể nhận ra bờ teo niêm mạc nhờ sự khác biệt về màu sắc và độ cao của niêm mạc giữa hai vùng: niêm mạc vùng teo nhạt màu và thấy được mạng mao mạch nằm phía bên dưới; niêm mạc vùng không teo có màu đỏ đồng nhất và trơn láng.15

Hệ thống Kimura gồm hai dạng chính là dạng đóng (kí hiệu C) và dạng mở (kí hiệu O) bao gồm:15

C1: Bờ teo niêm mạc đi ngang góc bờ cong nhỏ. Dấu hiệu teo niêm mạc chỉ có ở vùng hang vị .

C2: Bắt đầu từ phía bờ cong lớn của hang vị, bờ teo niêm mạc dạ dày tiến đến phía mặt trước dạ dày và băng ngang qua phía bờ cong nhỏ tạo ra hình ảnh khép kín gần như đối xứng. Các dấu hiệu teo niêm mạc xuất hiện theo hình parabol phía trên góc bờ cong nhỏ nhưng chưa vượt qua ½ dưới thân vị.

C3: Bờ teo niêm mạc nằm trên bờ cong nhỏ tương tự như ở C2 nhưng đã qua ½ dưới của thân vị.

O1: Bờ teo niêm mạc nằm giữa bờ cong nhỏ và thành trước dạ dày, song song với trục dọc của dạ dày trên bờ cong nhỏ.

O2: Bờ teo niêm mạc nằm ở giữa thành trước dạ dày .

O3: Bờ teo nằm giữa thành trước và bờ cong lớn.

Đánh giá mức độ teo niêm mạc dạ dày theo phân loại Kimura bao gồm: mức độ nhẹ (C1,C2), trung bình (C3,O1) và nặng (O2,O3).

Đa số trường hợp viêm teo niêm mạc nội soi theo phân loại Kimura ở bệnh nhân Việt Nam thường ở mức độ nhẹ. Các trường hợp trung bình và nặng chiếm 15,8%, có liên quan thuận với tuổi, tình trạng nhiễmH. pylorivà thường đi kèm viêm dạ dày trợt phẳng.5

Bệnh lý viêm teo niêm mạc dạ dày, chuyển sản ruột là các giai đoạn tiếp nối trong quá trình biến đổi của tổn thương tiền ung và UTDD. Quá trình này có mối liên hệ khá mật thiết với nhiễmH. pylori.

Quá trình diễn tiến từ niêm mạc dạ dày bình thường, sau khi tiếp xúc tác nhân gây viêm teo cần 15 – 20 năm để biến chuyển thành UTDD. Quá trình bao gồm nhiều giai đoạn trung gian nối tiếp nhau bao gồm:viêm dạ dày mạn, viêm teo niêm mạc dạ dày, dị sản ruột (hay còn gọi là chuyển sản ruột), tổn thương loạn sản (hay còn gọi là nghịch sản) và cuối cùng là ung thư dạ dày.36

Mỗi giai đoạn trên lại có những mức độ thay đổi cấu trúc khác nhau, và có các mức độ nguy cơ diễn tiến thành UTDD rất khác biệt. Tuy nhiên, tiến trình này từ khi nhiễmH. pyloriđến UTDD diễn tiến chậm qua nhiều năm, qua nhiều giai đoạn trung gian với sự biến đổi của tế bào niêm mạc dạ dày trước khi thực sự trở thành ung thư.37

Sau đây là diễn tiến của tổn thương tiền ung đến ung thư dạ dày liên quan đếnH. pylori.36

Tình trạng tồn tại các tổn thương tiền ung này khá phổ biến, đặc biệt ở các nước Đông Á, nhưng chỉ có một tỉ lệ nhỏ nhất định diễn tiến thành UTDD thực sự. Tại Việt Nam, các nghiên cứu trên bệnh nhân viêm dạ dày mạn cho thấy tỷ lệ teo niêm mạc dạ dày chiếm đến 68 – 88%, chuyển sản ruột khoảng 12 – 29% và nghịch sản khoảng 3 – 11%. Tỉ lệ hình thành UTDD hằng năm ở người có teo niêm mạc dạ dày chỉ khoảng 0,1%, chuyển sản ruột 0,25%, nghịch sản nhẹ 0,6% và nghịch sản nặng 6%.7

Với tỉ lệ trên, nói cách khác, sau 40 năm theo dõi, cứ 100 người chỉ có 10 người trở thành UTDD. Tuy nhiên, nhận diện sớm các đối tượng nguy cơ giúp chữa khỏi bệnh hoàn toàn với các kĩ thuật nội soi mới với nguy cơ rủi ro, tai biến thấp hơn; người bệnh không cần phải phẫu thuật cắt bỏ một phần hay toàn bộ dạ dày. Chính vì vậy, người bệnh với chẩn đoán viêm teo niêm mạc dạ dày, chuyển sản ruột nên tích cực lạc quan, không nên quá lo lắng và cần có thái độ nghiêm túc trong quá trình trao đổi về diễn tiến bệnh, theo dõi, chăm sóc sức khoẻ bản thân khi gặp thầy thuốc.7

Bên cạnh đó, sự tiến triển đến UTDD tuỳ theo dạng tổn thương, mức độ lan rộng, típ chuyển sản ruột và tiền căn gia đình có người mắc UTDD. Mức độ viêm teo niêm mạc dày càng rộng, chuyển sản ruột ở típ không hoàn toàn, kèm theo có tiền căn gia đình có người mắc UTDD thì nguy cơ diễn tiến của người bệnh sẽ nhiều hơn. Việc phát hiện và tuân thủ theo dõi sát sao các tổn thương trên có thể giúp chẩn đoán, và xử trí triệt để các tổn thương ung thư sớm trên nội soi.

Yếu tố nguy cơ quan trọng khiến cơ địa dễ bị viêm teo dạ dày là doH. pylori. Đây là một trong những tình trạng nhiễm trùng phổ biến nhất thế giới, và thường gặp ở các nước đông dân, thu nhập thấp, đang phát triển.34

Mặt khác, viêm teo niêm mạc dạ dày tự miễn khá hiếm gặp; nhưng những người gốc Bắc Âu, hoặc người Mỹ gốc Phi, hay người bị viêm giáp tự miễn,đái tháo đường type 1có nguy cao cao mắc phải tình trạng này.4

H. pylorilà nguyên nhân hàng đầu của viêm teo niêm mạc dạ dày hay viêm dạ dày mạn teo.H. pyloricư trú và phát triển trong dạ dày. Nhiễm khuẩn thường có từ rất sớm lúc bé, phát triển suốt đời nếu người bệnh không được điều trị.

Vi khuẩnH. pylorigây tổn thương mạn tính niêm mạc dạ dày, ức chế tế bào niêm mạc tiết nhầy để bảo vệ. Sự tiếp xúc của niêm mạc với acid và dịch vị dần dần khiến các tế bào bị tổn thương, phá huỷ và biến mất.

Vi khuẩnH. pylorithường lây qua đường miệng – miệng, phân – miệng. Việc lây truyền từ người sang người (miệng – miệng) xuất phát từ thói quen nhai cơm cho mềm rồi đút cho bé, dùng chung đũa gắp thức ăn, uốngrượu biachung cốc, hôn nhau giữa vợ chồng. Trong khi đối với đường phân – miệng,H. pyloritừ phân của người nhiễm bệnh dây bẩn vào thực phẩm sống (rau, quả), hay nước uống. Nếu người bệnh sử dụng thực phẩm trên nhưng vẫn chưa làm sạch kĩ thì rất dễ bị nhiễm bẩn.

Ở Việt Nam, tình trạng nhiễm vi khuẩnH. pylorikhá phổ biến thậm từ khi còn rất trẻ. Quá trình nhiễm lâu dài sẽ làm cho tình trạng viêm của dạ dày trở thành mạn tính, rồi viêm teo, dị sản.

Đối với viêm teo niêm mạc dày tự miễn có thể kèmthiếu máu–thiếu vitamin B12. Nguyên nhân là do người bệnh xuất hiện các tự kháng thể chống lại niêm mạc dạ dày, do chính cơ thể tạo ra, chống lại tế bào niêm mạc dạ dày có vai trò tiết acid. Đây được gọi là dạng viêm teo niêm mạc dày tự miễn.348

Cơ thể người bệnh sản xuất ra các tự kháng thể chống lại chính cơ thể họ, cụ thể hơn là niêm mạc dạ dày. Các kháng thể này bình thường là cácproteinchống lại nhiễm trùng, “vật lạ” khi xâm nhập cơ thể. Tự kháng thể trong viêm teo dạ dày tấn công nhầm các tế bào có chức năng bài tiết acid, hấp thu các vitamin đặc biệt làvitamin B12. Người bệnh khi thiếu hụt vitamin B12 sẽ gây ảnh hưởng đến quá trình tạo máu, dẫn đến thiếu máu. Ngoài ra, việc thiếu hụt vitamin B12 còn tác động lên hệ tiêu hoá, hệ thần kinh, gây giảm tiểu cầu,…348

Các triệu chứng viêm teo niêm mạc dày, hay chuyển sản ruột thường không đặc hiệu, và thường nhầm lẫn vớiloét dạ dày. Một số trường bệnh nhân có những triệu chứng không đặc hiệu, khá tương đồng vớikhó tiêu chức năng, loét dạ dày – tá tràng. Đa phần thường không có triệu chứng, và chỉ được phát hiện tình cờ khi đi nội soi.34

Đau tứcvùng thượng vị;

Buồn nôn và nôn;

Đầy bụng, khó tiêu;

Chán ăn, ăn không ngon.

Trong bệnh cảnh viêm dạ dày tự miễn, người bệnh có thể xanh xao, nhợt nhạt, giảm trí nhớ, tê yếu tay chân, chóng mặt, thiếu máu do thiếu hụt vitamin B12.

Một số ít đến khi bệnh đã tiến triển nặng, xuất hiện tổn thương tiền ung thư hoặc UTDD làm người bệnh xuất hiện các triệu chứng báo động như: gầy, sụt cân nhanh không rõ lý do, nôn ra máu, tiêu phân đen, khối u vùng bụng.

Tuy nhiên, thực tế lâm sàng, người bệnh thường dễ chẩn đoán nhầm với các rối loạn bài tiết tiêu hoá trên khác (trào ngược dạ dày thực quản, khó tiêu chức năng, loét dạ dày – tá tràng,..) do các triệu chứng thường không đặc hiệu, và các bệnh này cũng có thể xuất hiện đồng thời trên bệnh nhân.3

Hình ảnh nội soi gợi ý viêm teo niêm mạc dạ dày và chuyển sản ruột. Ngoài ra, việc nội soi giúp bác sĩ phát hiện sớm các tổn thương tiền ung đi kèm, chẩn đoán nhiễmH. pylori.

Nội soi với ánh sáng trắng thường quy có thể bỏ sót các tổn thương viêm teo niêm mạc và chuyển sản ruột ở giai đoạn sớm. Ngày nay, sự ra đời của nhiều phương tiện nội soi có hệ thống hình ảnh cải tiến hiện đại giúp phát hiện sớm và định vị chính xác vị trí tổn thương.

Theo khuyến cáo của European Society of Gastrointestinal Endoscopy – ESGE – Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa châu Âu (2019), các phương tiện nội soi này nên được sử dụng trên các nhóm bệnh nhân có nguy cơ mắc viêm teo dạ dày, hoặc viêm teo niêm mạc nặng; đặc biệt nguy cơ mắc UTDD cần được theo dõi sát. Nội soi hình ảnh tăng cường đặc biệt giúp phát hiện sớm kịp thời các tổn thương ung thư sớm trên nền viêm teo niêm mạc, nhằm xử trí triệt để trên nội soi cho người bệnh.9

Đây là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán viêm teo niêm mạc dạ dày và chuyển sản ruột. Việc sinh thiết giúp chẩn đoán xác định, mức độ lan rộng viêm teo niêm mạc dạ dày và típ bệnh học chuyển sản ruột.3458

Ngoài ra, một số xét nghiệm có thể hỗ trợ trong quá trình chẩn đoán:4

Nồng độ Pepsinogen (một loại protein có phân cắt thức ăn ở dạ dày): thường thấp.

Nồng độ Gastrin máu (hormone kích thích dạ dày bài tiết dịch vị và acid để tiêu hoá thức ăn): thường tăng cao.

Nồng độ vitamin B12 trong máu: thường giảm.

Xét nghiệm kháng thể tự miễn: có thể dương tính trong bệnh viêm teo dạ dày tự miễn.

Vì đa phần viêm teo niêm mạc dày và chuyển sản ruột có mối liên hệ mật thiết với nhiễmH. pylori. Nên việc điều trịH. pylorilà điều trị nền tảng; đặc biệt khi tổn thương viêm teo niêm mạc còn nhẹ (tổn thương khu trú, chưa lan rộng), chưa lan rộng và chưa xuất hiện chuyển sản ruột.12Tuy nhiên, cần lưu ý là tỉ lệ tái nhiễm ở Việt Nam khá cao. Trong khi đó ở các nước phát triển, tỉ lệ tái nhiễm là rất thấp.10

Người bệnh cần tuân thủ hướng dẫn phòng ngừa tái nhiễm của bác sĩ khi điều trị tiệt trừ vi khuẩn này. Ngoài ra, người bệnh có thể được kê đơn với một số thuốc ức chế tiết acid, thuốc kích thích lành niêm mạc.34

Trong trường hợp viêm teo dạ dày tự miễn, nếu bệnh nhân có thiếu máu cần bổ sung vitamin B12 truyền tĩnh mạch. Bên cạnh đó, người bệnh cần xây dựng chế độ ăn uống và tập luyện khoa học và lành mạnh bao gồm:348

Hạn chế đồ ăn cay nóng, đồ chiên rán, đồ ăn nhanh, rượu bia, thức uống cồn;

Ăn nhiều hoa quả, rau xanh để bổ sung khoáng chất, chất xơ;

Tập luyện thể thao đều đặn để tăng khả năng sức đề kháng cho cơ thể;

Luôn giữ tinh thần thoải mái, ngủ đủ giấc, hạn chế làm việc quá sức.

Người bệnh sẽ được tư vấn về nội soi kiểm tra định kì sau đó. Nội soi định kỳ có thể giúp phát hiện sớm tổn thương loạn sản, ung thư sớm để xử trí triệt để.  Thời gian nội soi kiểm tra lại có thể sau 6 tháng, 1 năm hoặc 3 năm tuỳ mức độ viêm teo, chuyển sản ruột.3

Vì bệnh có mối liên quan rất chặt chẽ với vi khuẩnH. pylori, nên việc ngăn ngừa nhiễmH. pyloricũng như tái nhiễm sau khi điều trị tiệt trừ thành công rất quan trọng.

Người Việt có thói quen ăn uống chung như dùng chung bát nước chấm, lấy thức ăn bằng đũa đang ăn, uống bia hoặc rượu chung cốc. Điều này làm tăng khả năng tái nhiễm trong gia đình và khiến việc điều trị thành công rất khó khăn.

Do vậy, để phòng tránh nhiễm khuẩnH. pylori, bạn có thể áp dụng các biện pháp vệ sinh trong ăn uống, không nhá cơm cho trẻ ăn, rửa tay trước khi ăn, ăn chín uống sôi, vệ sinh nguồn nước, giáo dục trẻ em về các biện pháp phòng bệnh. Bên cạnh đó, cần hạn chế uống rượu bia, ăn mặn và ăn cay để phòng tránh viêm dạ dày mạn tính.

Ngoài ra, mọi người cần xây dựng một chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt khoa học để hỗ trợ việc điều trị bệnh được hiệu quả và ngăn ngừa bệnh tái phát. Luôn giữ tinh thần thoải mái, ngủ đủ giấc, hạn chế làm việc quá sức…46

Trên đây là những thông tin về tình trạngviêm teo niêm mạc dạ dày. Hi vọng bài viết đã cung cấp cho bạn đọc những thông tin bổ ích về tình trạng này. Từ đó có những biện pháp bảo vệ sức khỏe cho chính bản thân và gia đình, cũng như cách xử trí phù hợp khi mắc bệnh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-thanh-quan-cap-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân gây nên viêm thanh quản cấp

Điều gì xảy ra khi bị viêm thanh quản cấp?

Triệu chứng của viêm thanh quản cấp

Làm cách nào để chẩn đoán?

Điều trị viêm thanh quản cấp như thế nào?

Hiện nay, viêm thanh quản cấp là bệnh rất thường gặp, đặc biệt đối với độ tuổi từ 18 đến 40. Ngoài ra, tình trạng này cũng có thể gặp ở trẻ nhỏ, khoảng 3-4 tuổi. Tuy tỉ lệ bệnh nặng và tử vong thấp nhưng gây nhiều phiền toái cho người bệnh.

Về định nghĩa, viêm thanh quản được hiểu là tình trạng viêm của thanh quản, có thể biểu hiện qua hai thể: viêm thanh quản cấp và viêm thanh quản mạn. Viêm thanh quản cấp là tình trạng nhẹ và có thể tự giới hạn, thường kéo dài một thời gian ngắn khoảng 3 đến 7 ngày. Nếu tình trạng viêm này kéo dài nhiều hơn 3 tuần thì được gọi là viêm thanh quản mạn.

Nguyên nhân gây nên tình trạng viêm có thể chia thành hai loại: nhiễm trùng và không nhiễm trùng. Loại nhiễm trùng hay gặp hơn, và thường tiếp theo sau một tình trạng nhiễm trùng hô hấp trên. Viêm cấp thường khởi đầu với nhiễm virus và nhanh chóng bội nhiễm tác nhân vi trùng.

Nhiễm trùng được chia thành:

Tác nhân virus thông thường bao gồm Rhinovirus, Virus á cúm, virus hợp bào hô hấp, Adenovirus. Ngoài ra, trên những bệnh nhân suy giảm miễn dịch có thể gặpHIVvà Coxsackievirus.

Ba tác nhân vi trùng hay gặp là phế cầu, Hemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis.

Ngoài ra, khi bệnh nhân đang mắc các bệnh như sởi,thủy đậu,ho gà cũng có thể dẫn đến bệnh viêm thanh quản cấp.

Nhiễm cấp do nấm cũng khá thường gặp, tuy nhiên thường không được chẩn đoán. Viêm thanh quản cấp thường xảy ra thứ phát sau khi sử dụngcorticoidshoặc kháng sinh. Bao gồm các tác nhân: Histoplasma, Candida, Cryptococcus.

Không nhiễm trùng: bao gồm chấn thương giọng nói, dị ứng, trào ngược dạ dày thực quản, sử dụng thuốc hít (trị hen suyễn), ô nhiễm môi trường, hút thuốc lá, hoặc là nuốt phải hóa chất làm bỏng thanh quản…

Tình trạng viêm cấp có thể tự giới hạn trong thời gian ngắn, tối đa là 2 tuần.

Thể nhiễm trùng thường biểu hiện bằng triệu chứng tắc nghẽn thanh quản trong giai đoạn sớm.

Ngay khi giai đoạn chữa lành bệnh bắt đầu, các tế bào bạch cầu kéo đến nơi viêm để tiêu diệt vi trùng. Điều này vô tình dẫn đến phù dây thanh âm và ảnh hưởng nghiêm trọng đến giọng nói. Hậu quả là người bệnh có thể bị khàn tiếng, thậm chí tắt tiếng cho đến khi khỏi bệnh.

Chấn thương giọng nói có thể do tình trạng la hét hoặc hát quá mức. Điều này làm tàn phá lớp ngoài cùng của dây thanh âm. Lâu ngày có thể gây xơ hóa, để lại sẹo không phục hồi.

Triệu chứng ban đầu thường là của nhiễm trùng hô hấp trên, bao gồm: sốt, ho, đau họng, sổ mũi. Theo sau đó, triệu chứng viêm thanh quản sẽ xuất hiện. Triệu chứng thường khởi phát đột ngột, và đạt đỉnh trong 2 – 3 ngày sau đó.

Các triệu chứng này bao gồm:

Thay đổi giọng nói, giai đoạn sau có thể mất tiếng hoàn toàn.

Đau và ngứa họng, đặc biệt sau khi nói chuyện.

Ho khan, nặng hơn về đêm

Triệu chứng khác: khô cổ họng, khó chịu, mệt mỏi, sốt.

Thông thường, việc chẩn đoán viêm thanh quản không quá khó khăn. Bác sĩ có thể chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu trong tiền sử và triệu chứng thấy được khi khám bệnh nhân.

Các xét nghiệm thường thì không quá cần thiết. Nếu chẩn đoán gặp khó khăn khi triệu chứng không rõ ràng, hoặc khi cần các cận lâm sàng để chẩn đoán phân biệt, nội soi thanh quản có thể được sử dụng. Các hình ảnh của viêm thanh quản trên nội soi bao gồm: hình ảnh bất đối xứng, niêm mạc không còn mềm mại như các niêm mạc lành xung quanh.

Thường là điều trị hỗ trợ và dựa vào độ nặng của bệnh.

Giảm nói:Đây là yếu tố quan trọng trong việc điều trị. Việc sử dụng giọng nói khi bi viêm có thể gây ra chậm phục hồi hoặc phục hồi không hoàn toàn. Việc ngưng sử dụng giọng nói được khuyến cáo mặc dù biết rằng người bệnh rất khó thực hiện. Do đó, nếu người bệnh cần nói chuyện, hãy nói nhỏ nhẹ nhất có thể.

Khí dung:Hít không khí ẩm có thể giúp thông thoáng đường hô hấp trên. Ngoài ra còn giúp loại bỏ các dịch tiết và chất nhày.

Tránh các chất kích thích:Khói thuốc và rượu là những thứ nên tránh. Khói thuốc làm trì hoãn quá trình lành bệnh.

Thay đổi chế độ ăn:Ăn uống hợp lý được khuyến cáo đối với các bệnh nhântrào ngược dạ dày thực quản. Việc này bao gồm: tránh uống caffeein, thức ăn cay, thức ăn dầu mỡ, chocolate, kẹo bạc hà và nên uống nhiều nước. Một cách khác cũng khá quan trọng đó là không ăn lúc đêm khuya. Người bệnh nên ăn bữa ăn cuối cách thời điểm đi ngủ ít nhất 3 giờ.

Thuốc:Kháng sinh không thật sự cần thiết đối với bệnh nhân viêm thanh quản cấp. Tuy nhiên, đối với bệnh với triệu chứng nặng, có thể dùng kháng sinh để điều trị.

Đối với nhiễm nấm:Có thể dùng thuốc kháng nấm đường uống. Điều trị kéo dài khoảng 3 tuần và có thể lặp lại nếu cần thiết.

Viêm thanh quản cấplà bệnh hay gặp ở cả người lớn và trẻ em. Tuy là bệnh có thể tự giới hạn, nhưng bệnh nhân nên đến cơ sở y tế để được thăm khám và chẩn đoán. Việc tìm ra nguyên nhân rất quan trọng để tránh tình trạng tái phát về sau. Hơn nữa, đối với tình trạng viêm thanh quản kéo dài, nếu không được điều trị đúng cách có thể dẫn đến các di chứng nặng nề.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-than-be-than/

Nội dung bài viết

Viêm thận – bể thận gây ra những triệu chứng gì?

Viêm thận – bể thận do nguyên nhân gì gây ra?

Những ai dễ bị viêm thận – bể thận?

Viêm thận – bể thận nguy hiểm như thế nào?

Lời khuyên của bác sĩ trong phòng ngừa viêm thận – bể thận

Chẩn đoán viêm thận – bể thận cần làm những xét nghiệm gì?

Điều trị viêm thận – bể thận như thế nào?

Lối sống và biện pháp tại nhà dành cho người bệnh

Viêm thận – bể thận là một loại nhiễm trùng đường tiết niệu. Bệnh này thường bắt đầu từ tình trạng nhiễm trùng niệu đạo hoặc bàng quang, sau đó lan lên một hoặc cả hai thận. Bệnh có thể làm thận tổn thương vĩnh viễn hoặc gây nên nhiễm trùng huyết và đe doạ tính mạng nếu không được điều trị phù hợp.

Người bị viêm thận – bể thận có thể xuất hiện những triệu chứng như:

Sốt.

Ớn lạnh.

Đau hông lưng hoặc vùng bẹn.

Đau bụng.

Thường xuyên đi tiểu.

Cảm giác mắc tiểu liên tục.

Tiểu buốt, tiểu gắt (đau khi đi tiểu).

Buồn nôn và nôn.

Có mủ hoặc máu trong nước tiểu (tiểu máu).

Nước tiểu có mùi hôi hoặc nước tiểu đục.

Vi khuẩn xâm nhập vào đường tiết niệu thông quaniệu đạo(niệu đạo là ống dẫn nước tiểu từ bàng quang đến cơ quan sinh dục ngoài). Sau đó vi khuẩn nhân lên và di chuyển ngược lên đếnthận. Vi khuẩn xâm nhập ngược dòng là nguyên nhân phổ biến nhất gây viêm thận – bể thận.

Ngoài ra, vi khuẩn từ những ổ nhiễm trùng khác trong cơ thể cũng có thể đến thận nhờ đường máu trong cơ thể. Chẳng hạn, những bệnh nhân từng thay khớp nhân tạo hoặc có van tim nhân tạo có thể bị viêm thận – bể thận do những bộ phận nhân tạo đó bị nhiễm trùng và truyền bằng đường máu.

Một số ít các trường hợp bị viêm thận – bể thận sau khi phẫu thuật thận.

Những yếu tố sau làm tăng nguy cơ mắc bệnh này:

Nữ giới.Niệu đạo ở nữ giới ngắn hơn so với nam giới. Đặc điểm này khiến vi khuẩn dễ dàng di chuyển từ bên ngoài cơ thể vào trong bàng quang. Ngoài ra, niệu đạo ở nữ giới cũng gần với âm đạo và hậu môn, tạo cơ hội cho vi khuẩn xâm nhập vào bàng quang. Khi đến bàng quang, vi khuẩn có thể di chuyển ngược lên thận. Đặc biệt, nguy cơ bị bệnh này càng cao ở phụ nữ mang thai.

Đường niệu bị tắc nghẽn.Tắc nghẽn này có thể do bất kỳ nguyên nhân gì làm chậm dòng nước tiểu hoặc làm giảm khả năng tống thoát nước tiểu của bàng quang. Những nguyên nhân gây tắc nghẽn thường gặp gồm:sỏi thậnhoặcphì đại tuyến tiền liệtở nam giới.

Suy giảm miễn dịch.Những bệnh làm hệ miễn dịch suy yếu như tiểu đường hoặc HIV làm tăng nguy cơ bị viêm thận – bể thận. Ngoài ra, một số thuốc, như thuốc ức chế miễn dịch dùng để ngăn chặn đào thải các cơ quan được cấy ghép, cũng làm tăng nguy cơ.

Tổn thương các dây thần kinh xung quanh bàng quang.Tổn thương dây thần kinh hoặc tuỷ sống khiến các triệu chứng nhiễm trùng bàng quang không biểu hiện ra. Do đó, người bệnh sẽ không biết khi nào nhiễm trùng bàng quang trở thành nhiễm trùng thận.

Đặt ống thông tiểu trong thời gian dài.Ống thông tiểu có tác dụng dẫn nước tiểu ra khỏi bàng quang. Thông thường, bệnh nhân sẽ được đặt ống này trong và sau phẫu thuật hay một số loại xét nghiệm. Đặt thông tiểu lưu trong trường hợp bệnh nhân không thể di chuyển khỏi giường.

Một số bệnh ảnh hưởng dòng nước tiểu.Trong trào ngược bàng quang – niệu quản, một lượng nước tiểu chảy ngược từ bàng quang lên niệu quản rồi lên thận. Tình trạng này làm tăng nguy cơ viêm thận – bể thận.

Nếu không được điều trị, bệnh này có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như:

Sẹo thận.Nếu viêm thận – bể thận để lại sẹo đủ nhiều có thể dẫn đến bệnh thận mạn, tăng huyết áp và suy thận.

Nhiễm trùng huyết.Thận có chức năng lọc chất thải khỏi máu và đưa máu đã lọc trở lại cơ thể. Khi thận bị nhiễm trùng, vi khuẩn có thể vào máu gây ra nhiễm trùng huyết.

Các biến chứng khi mang thai.Phụ nữ mang thai bị viêm thận – bể thận có nguy cơ sinh con nhẹ cân.

Do đó, nếu có những triệu chứng nghi do viêm thận – bể thận gây ra, bạn nên đi khám bác sĩ sớm. Ngoài ra, bạn cũng nên đi khám nếu trong quá trình điều trị nhiễm trùng tiểu nhưng các triệu chứng không cải thiện. Viêm thận – bể thận nặng có thể gây ra các biến chứng đe doạ tính mạng. Vì thế nếu xuất hiện triệu chứng như tiểu máu hoặc buồn nôn, nôn kèm với các triệu chứng kể trên, bạn nên đi khám ngay lập tức.

Mọi người, đặc biệt là phụ nữ, có thể thực hiện những biện pháp sau để giảm nguy cơ bị viêm thận – bể thận:

Uống đủ nước.Nước giúp loại bỏ vi khuẩn khỏi cơ thể khi đi tiểu. Bạn nên đi tiểu khi có cảm giác mắc tiểu, tránh trì hoãn.

Làm trống bàng quangsau khi giao hợp.Đi tiểu càng sớm càng tốt sau khi giao hợp sẽ giúp loại bỏ vi khuẩn khỏi niệu đạo, giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng.

Lau cẩn thận sau khi đi vệ sinh.Lau từ trước ra sau sau khi đi tiểu hay đi tiêu giúp ngăn vi khuẩn lây sang niệu đạo.

Tránh sử dụng những sản phẩm dành cho vùng sinh dục phụ nữ.Sử dụng những sản phẩm như xịt khử mùi hay thụt rửa vùng sinh dục có thể gây kích ứng.

Để chẩn đoán xác định bệnh nhân bị viêm thận – bể thận, bác sĩ sẽ xét nghiệm mẫu nước tiểu để tìm kiếm vi khuẩn, máu hoặc mủ trong nước tiểu. Bác sĩ cũng sẽ thực hiện cấy máu giúp kiểm tra có vi khuẩn trong máu người bệnh hay không.

Ngoài ra, những xét nghiệm khác có thể được chỉ định gồm siêu âm, CT-scan hay chụp X-quang bàng quang-niệu đạo khi đi tiểu (VCUG). Cách chụp VCUG gồm tiêm thuốc cản quang vào bàng quang, chụp khi bàng quang căng và khi đi tiểu.

Thuốc kháng sinh là điều trị đầu tay cho bệnh nhân bị viêm thận – bể thận. Tuỳ thuộc vào tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân và loại vi khuẩn gây bệnh, bác sĩ sẽ chỉ định loại kháng sinh và thời gian điều trị phù hợp.

Thông thường, các triệu chứng do bệnh gây ra thuyên giảm rõ rệt sau vài ngày điều trị nhưng bệnh nhân cần tiếp tục uống kháng sinh trong một tuần hoặc lâu hơn. Người bệnh nên tuân thủ thời gian dùng kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ dù triệu chứng đã hết.

Bác sĩ sẽ lặp lại xét nghiệm cấy nước tiểu để đảm bảo không còn nhiễm trùng tiểu. Nếu tình trạng nhiễm trùng vẫn còn, bệnh nhân sẽ phải tiếp tục một đợt kháng sinh khác.

Nếu tình trạng bệnh nặng, bác sĩ sẽ cho bệnh nhân nhập viện. Việc điều trị sau đó bao gồm kháng sinh và truyền dịch qua tĩnh mạch. Thời gian nằm viện phụ thuộc độ nghiêm trọng của bệnh và tình trạng sức khoẻ bệnh nhân.

Những bệnh lý như bất thường đường niệu có thể khiến người bệnh bị viêm thận – bể thận nhiều lần. Trong trường hợp đó, bác sĩ chuyên khoa thận hoặc bác sĩ ngoại niệu sẽ đánh giá và quyết định bệnh nhân cần phẫu thuật để điều trị bất thường cấu trúc đường tiết niệu hay không.

Để giảm bớt những khó chịu do bệnh này gây ra, bệnh nhân có thể làm theo những biện pháp sau:

Chườm nóng.Đặt miếng đệm nóng lên bụng, lưng hoặc bên hông để giảm đau.

Dùng thuốc giảm đau.Nếu bị sốt hoặc khó chịu, người bệnh có thể dùng thuốc giảm đau nhóm non-aspirin như acetaminophen hoặc ibuprofen.

Không để bị mất nước.Uống đủ nước sẽ giúp loại bỏ vi khuẩn khỏi đường tiết niệu. Ngoài ra, người bệnh nên tránh cà phê và bia rượu cho đến khi hết bệnh. Lý do là vì những thức uống này có thể làm cảm giác mắc tiểu trầm trọng hơn.

Viêm thận – bể thậncó thể gây ra triệu chứng toàn thân (như sốt) kèm triệu chứng tại đường tiểu (như tiểu máu, tiểu gắt, tiểu lắt nhắt). Điều trị bệnh này bằng kháng sinh đặc hiệu và thường cần phải nhập viện nếu bệnh diễn tiến nặng. Nếu không điều trị kịp thời, viêm thận – bể thận có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, thậm chí đe doạ tính mạng. Do đó, khi có những triệu chứng kể trên, bạn nên đi khám sớm để được chẩn đoán và điều trị phù hợp. Hy vọng bài viết trên của YouMed đã cho bạn những thông tin cần thiết về viêm thận – bể thận.

Xem thêm:Bệnh cầu thận màng, triệu chứng chẩn đoán và điều trị

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-thuc-quan-bieu-hien-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Sơ lược về cấu trúc và chức năng của thực quản

Viêm thực quản là gì?

Viêm thực quản có những biểu hiện gì?

Những nguyên nhân nào có thể dẫn đến viêm thực quản?

Những yếu tố nào có thể làm tăng nguy cơ viêm thực quản?

Viêm thực quản có thể gây ra những biến chứng gì?

Chẩn đoán viêm thực quản cần xét nghiệm gì?

Viêm thực quản được điều trị như thế nào?

Viêm thực quản là tình trạng các lớp niêm mạc của thực quản bị tổn thương. Người bệnh sẽ có cảm giác đau khi nuốt, khó nuốt, hoặc cảm thấy đau tức ngực trên. Nguyên nhân của bệnh bao gồm trào ngược dạ dày thực quản, nhiễm trùng, do tác dụng phụ của thuốc và dị ứng. Trong bài viết này Bác sĩ Phan Văn Giáo sẽ đề cập các triệu chứng, nguyên nhân, chẩn đoán và cách điều trị của từng nguyên nhân gây viêm thực quản. Mời bạn đọc tham khảo.

Thực quảnlà một ống cơ, nối hầu họng với dạ dày, dài khoảng 25 cm ở người trưởng thành, đi sau khí quản và tim, phía trước cột sống, đi qua cơ hoành và đổ vào vùng trên cùng của dạ dày.

Thực quản có hai cơ thắt vòng, một ở đầu trên và một ở đầu dưới ống thực quản. Cơ thắt trên được kích hoạt mở ra khi có phản xạ nuốt. Cơ thắt dưới bao quanh phần dưới của thực quản tại điểm nối giữa thực quản và dạ dày, giúp ngăn ngừa trào ngược dịch dạ dày có tính axit lên thực quản. Vì thế khi rối loạn chức năng của cơ thắt dưới sẽ gây trào ngược dạ dày. Nếu nó xảy ra thường xuyên có thể dẫn đến bệnh trào ngược dạ dày thực quản, viêm thực quản.

Chức năng chính của thực quản, bao gồm:

Nuốt: Thức ăn khi qua miệng sẽ nuốt vào họng, và tới thực quản. Do đó, thực quản là một trong những thành phần đầu tiên của hệ thống tiêu hóa. Thức ăn đi qua thực quản sẽ đến dạ dày.

Giảm trào ngược dịch dạ dày: Dạ dày sản xuất dịch axit để tiêu hóa thức ăn. Sự co thắt của cơ thắt thực quản dưới giúp ngăn ngừa trào ngược dịch dạ dày và axit vào thực quản, giúp bảo vệ niêm mạc thực quản.

Đây là tình trạng các lớp niêm mạc của thực quản bị tổn thương. Người bệnh sẽ có cảm giác đau khi nuốt, khó nuốt, hoặc cảm thấy đau tức ngực trên. Nguyên nhân của viêm thực quản bao gồm trào ngược dạ dày thực quản, nhiễm trùng, do tác dụng phụ của thuốc và dị ứng.

Các dấu hiệu và triệu chứng phổ biến của tình trạng này bao gồm:

Khó nuốt.

Nuốt đau.

Đau ngực, đặc biệt là đau sau xương ức và xảy ra khi ăn.

Cảm giác thức ăn mắc kẹt trong thực quản.

Ợ chua, ợ nóng.

Cảm giác bỏng rát khi axit dạ dày trào ngược.

Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, đặc biệt là những trẻ còn quá nhỏ khó có thể xác định được trẻ khó chịu như thế nào. Tuy nhiên, nếu trẻ có viêm thực quản sẽ có các dấu hiệu như:

Khó khăn khi cho ăn.

Trẻ chậm phát triển.

Viêm thực quản thường được phân loại theo tác nhân gây ra nó. Trong một số trường hợp có nhiều yếu tố tác động gây nên.

Như đã đề cập, phần nối giữa thực quản và dạ dày có một cấu trúc gọi là cơ thắt dưới. Nó có vai trò như một cái van để ngăn ngừa dịch dạ dày trào ngược lên thực quản

Tuy nhiên, nếu van này mở và đóng không đúng cách, axid trong dạ dày có thể trào ngược lên thực quản gây ra bệnh cảnhtrào ngược dạ dày thực quản. Nếu tình trạng này xảy ra thường xuyên sẽ gây ra biến chứng tổn thương niêm mạc thực quản và viêm thực quản mãn tính.

Bạch cầu ái toan là những tế bào bạch cầu đóng vai trò quan trọng trong phản ứng dị ứng của cơ thể.Viêm thực quản tăng bạch cầu ái toanxảy ra khi tế bào bạch cầu này trong thực quản tồn tại với nồng độ cao. Điều này có thể là do cơ thể phản ứng với tác nhân gây dị ứng hoặc do trào ngược axit hoặc cả hai.

Trong nhiều trường hợp, tình trạng viêm thực quản này có thể gây ra bởi các loại thực phẩm ở một số người bị dị ứng với sữa, trứng, lúa mì, đậu nành, đậu phộng, đậu, lúa mạch và thịt bò.

Những người bị viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan có thể bị dị ứng với tác nhân khác. Ví dụ các chất gây dị ứng do hít phải như phấn hoa, mạt nhà, v.v.

Một số loại thuốc uống có thể gây tổn thương niêm mạc thực quản khi thuốc tiếp xúc với niêm mạc thực quản quá lâu. Ví dụ như trong trường hợp uống thuốc với ít hoặc không có nước. Bản thân viên thuốc hoặc cặn của viên thuốc có thể vẫn còn trong thực quản gây viêm. Các loại thuốc có liên quan đến viêm thực quản bao gồm:

Thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen và naproxen sodium.

Thuốc kháng sinh như tetracycline và doxycycline.

Kali clorua được sử dụng để điều trị thiếu kali.

Bisphosphonates (thường sử dụng trong điều trị loãng xương).

Quinidine được sử dụng để điều trị các vấn đề về tim.

Nhiễm trùng do vi khuẩn, vi rút hoặc nấm trong các mô ở thực quản có thể gây ra viêm thực quản. Một loại nấm thường xuất hiện trong miệng có tên làCandida albicanslà nguyên nhân phổ biến của bệnh. Tình trạng này tương đối hiếm xảy ra và thường gặp những người có hệ thống miễn dịch kém như những người bị HIV/AIDS, ung thư, tiểu đường không kiểm soát, sử dụng corticoid lâu ngày.

Các yếu tố nguy cơ của viêm thực quản khác nhau tùy thuộc vào các nguyên nhân khác nhau của bệnh:

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) bao gồm:

Ngủ ngay sau khi ăn.

Liên quan đến chế độ ăn uống như uống rượu, café nhiều, ăn nhiều sô cô la và thực phẩm có hương vị bạc hà.

Ăn quá nhiều chất béo trong bữa ăn.

Hút thuốc lá.

Tăng cân nhiều, kể cả khi mang thai.

Một số loại thực phẩm có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng của bệnh trào ngược dạ dày thực quản hoặc viêm thực quản như:

Các thực phẩm làm từ cà chua.

Cam, quýt.

Caffeine.

Rượu.

Thức ăn cay.

Tỏi và hành tây.

Sô cô la.

Thực phẩm có vị bạc hà.

Các yếu tố nguy cơ gây viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan, hoặc liên quan đến dị ứng, có thể bao gồm:

Tiền sử cơ thể dễ bị dị ứng, bao gồm viêm mũi dị ứng, hen suyễn và viêm da dị ứng.

Tiền sử gia đình bị viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan.

Các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ viêm thực quản do thuốc thường liên quan đến các vấn đề thường xuyên ngăn cản quá trình di chuyển nhanh chóng của viên thuốc vào dạ dày. Các yếu tố bao gồm:

Nuốt một viên thuốc với ít hoặc không có nước.

Uống thuốc khi dang nằm.

Uống thuốc ngay trước khi ngủ, một phần có thể do sản xuất ít nước bọt hơn và nuốt ít hơn khi ngủ.

Tuổi lớn hơn. Điều này có thể do giảm nhu động các cơ của thực quản hoặc giảm sản xuất nước bọt.

Viên thuốc uống lớn hoặc có hình dạng khó nuốt.

TÌnh trạng này thường liên quan đến thuốc như thuốc giảm đau nhóm steroid và kháng sinh. Những người mắc bệnh tiểu đường cũng có nguy cơ bị viêm thực quản do nấm Candida.

Nếu không được điều trị, nó có thể dẫn đến thay đổi cấu trúc của thực quản. Các biến chứng có thể xảy ra bao gồm:

Sẹo hẹp thực quản.

Rách mô lót thực quản.

Barrett thực quản: đặc trưng bởi những thay đổi đối với các tế bào lót trong thực quản, làm tăng nguy cơ ung thư thực quản.

Nếu bác sỹ nghi ngờ bạn bị viêm thực quản qua các dấu hiệu khai báo và thăm khám, các bác sỹ có thể đề nghị thêm:

Đối với xét nghiệm này, bạn sẽ uống một dung dịch có chứa một hợp chất gọi là barium hoặc uống viên thuốc có phủ barium.

Barium bao phủ lớp niêm mạc của thực quản và dạ dày và làm cho các cơ quan có thể nhìn thấy được rõ khi chụp X-quang. Những hình ảnh này có thể giúp xác định tình trạng hẹp thực quản, thay đổi cấu trúc thực quản, thoát vị thực quản, khối u hoặc các bất thường khác gây ra các triệu chứng nuốt khó, nuốt đau,…

Xét nghiệm này sẽ sử dụng một ống dài có đầu gắn thiết bị camera. Ống sẽ đi vào miệng, xuống họng, qua thực quản. Với camera hiện thị trên màn hình bên ngoài giúp thấy được những tổn thương hoặc các bất thường trên đường đi qua ống thực quản xuống dạ dày. Tổn thương ở thực quản có thể trông khác nhau tùy thuộc vào nguyên nhân gây viêm, như viêm thực quản do thuốc hay do trào ngược.

Bác sỹ có thể lấy một mẫu mô trên thực quản trong quá trình nội soi dạ dày thực quản. Tùy thuộc vào nguyên nhân nghi ngờ, các xét nghiệm từ mẫu mô sinh thiết được dùng để:

Chẩn đoán tác nhân gây nhiễm khuẩn do vi trùng hay nấm,…

Xác định nồng độ tế bào bạch cầu ái toan liên quan đến dị ứng.

Xác định các tế bào bất thường khi ngờ ung thư thực quản.

Mục đích của điều trị là làm giảm triệu chứng, ngăn ngừa biến chứng và điều trị nguyên nhân gây viêm. Các phương pháp và thuốc điều trị phụ nào vào nguyên nhân gây ra.

Thuốc kháng axit, bao gồm thuốc chẹn H2 và thuốc ức chế bơm proton: Đây là những loại thuốc có tác dụng kéo dài trong việc giảm sản xuất axit trong dạ dày.

Fundoplication: Đây là phương pháp phẫu thuật để điều trị trào ngược dạ dày thực quản. Phẫu thuật thực hiện khi điều trị thuốc và lối sống không đạt hiệu quả. Phẫu thuật giúp một phần của dạ dày được bao bọc xung quanh cơ vòng dưới thực quản, giúp tăng cường sức mạnh và ngăn không cho axit dạ dày trào ngược lên thực quản.

Ngoài ra cần hạn chế các yếu tố nguy cơ gây trào ngược dạ dày thực quản, bao gồm:

Tránh thức ăn có thể làm tăng nguy cơ trào ngược.Bạn có thể tham khảo thêm:Trào ngược dạ dày thực quản: Nên và không nên ăn gì?

Giảm cân với chế độ ăn uống thích hợp và thói quen tập thể dục.

Bỏ hút thuốc lá.

Tránh khom lưng hoặc cúi người, đặc biệt là ngay sau khi ăn.

Tránh nằm sau khi ăn. Tốt nhất là cách 3h sau khi ăn.

Nhóm thuốc corticosteroid: Những loại thuốc uống này có thể làm giảm tình trạng viêm liên quan đến dị ứng, làm cho thực quản ít bị viêm và mau lành hơn.

Steroid dạng hít: Chủ yếu được sử dụng để điều trị bệnh hen suyễn. Dteroid dạng hít có thể giúp giảm các triệu chứng do tăng bạch cầu ái toan.

Thuốc ức chế bơm proton: Bệnh nhân bị viêm thực quản do dị ứng có thể có đáp ứng tốt thuốc này.

Dị ứng thức ăn: Việc điều trị ở đây rất đơn giản là loại bỏ những thức ăn gây dị ứng.

Nếu nguyên nhân do thuốc việc điều trị chủ yếu là thay đổi dạng thuốc uống như từ viên rắn thành dạng lỏng hoặ giảm nguy cơ bằng thói quen uống thuốc tốt hơn như:

Luôn uống thuốc với nhiều nước

Không nằm xuống ít nhất 30 phút sau khi uống thuốc

Tùy vào tác nhân nhiễm khuẩn do vi khuẩn, virut hay do nấm, bác sỹ sẽ kê đơn thuốc để điều trị tác nhân.

Viêm thực quản sẽ đạt được kết quả điều trị tốt khi được chẩn đoán sớm nguyên nhân. Nếu không, bệnh sẽ gây ra các biến chứng như sẹo hẹp thực quản, rách thực quản, barrett thực quản. Vì vậy khi có các dấu hiệu nghi ngờ viêm thực quản kéo dài nhiều ngày, ảnh hưởng đến chất lượng ăn nuốt bình thường bạn cần đến cơ sở y tế để chẩn đoán, tìm nguyên nhân và điều trị phù hợp.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-tinh-hoan/

Nội dung bài viết

Viêm tinh hoàn là gì?

Viêm mào tinh cấp (acute epididymitis)

Viêm tinh hoàn cấp (Acute Orchitis)

Một số kiến thức về virus quai bị

Tinh hoàn đau, sưng to, tiểu đau, buốt, tiểu nhiều lần là những triệu chứng của viêm tinh hoàn sẽ mang lại nhiều sự khó chịu, bất tiện cho người bệnh. Hơn thế nữa, là nổi lo về sự ảnh hưởng đến khả năng sản sinh tinh trùng của tinh hoàn, liệu viêm tình hoàn có thể gây vô sinh? Hãy cùng nhau tìm hiểu về bệnh lý vừa mang lại nhiều ái ngại cũng như lo lắng này nhé.

Viêm tinh hoàn đơn thuần trên thực tế là một bệnh lý không thường gặp. Bệnh lý này thường bị diễn tiến bởiviêm mào tinh, khi viêm mào tinh nặng dần, sẽ lan đếntinh hoàngây viêm tinh hoàn.

Ở trường hợp viêm tinh hoàn đơn thuần, nguyên nhân chủ yếu là virus, cụ thể là virus quai bị (Mumps virus). Do có rất nhiều trường hợp viêm tinh hoàn là một biến chứng của viêm mào tinh. Gọi chung là viêm mào tinh – tinh hoàn, nên bài viết cũng sẽ nói sơ lược về viêm mào tinh để các bạn đọc hiểu thêm về 2 bệnh lý này.

Cùng vớixoắn tinh hoàn, xoắn phần phụ tinh hoàn thì viêm mào tinh là một trong những nguyên nhân thường gặp ở bệnh nhân bị đau vùng bìu. Viêm mào tinh cấp có thể gặp ở tất cả độ tuổi. Tuy nhiên thường nhất là ở độ tuổi 18 – 35, có khả năng vì đây là độ tuổi hoạt động sinh dục ở nam mạnh mẽ nhất.

Nhiễm trùng.

Bệnh tự miễn.

Chấn thương.

Hầu hết các trường hợp viêm tinh hoàn là do nhiễm trùng. Vi trùng sẽ đi ngược dòng từ lỗ tiểu, đến ống dẫn tinh và mào tinh. Để định hướng nguyên nhân của viêm mào tinh do vi trùng, ta xếp loại như sau:

Đối với nhóm bệnh nhân nam thường xuyên quan hệ tình dục (độ tuổi 18 – 35), đặc biệt là nhóm quan hệ tình dục không dùng bao cao su, viêm mào tinh dễ dàng xảy ra. Vi khuẩn chủ yếu gây ra viêm mào tinh lúc này là Chlamydia trachomatis và lậu cầu khuẩn (Nesseria gonorrhoeae).

Ở nhóm bệnh nhân trên 35 tuổi có triệu chứng tiểu khó, cũng như nhóm bệnh nhân là đồng tính nam (quan hệ qua hậu môn), thì vi khuẩn chủ yếu gây ra viêm mào tinh là E.coli. Nhóm trẻ em < 14 tuổi, có thể xuất hiện viêm mào tinh do viêm mạch Henoch Scholein. Đây là một bệnh lý miễn dịch ở trẻ em với các biểu hiện:

Nổi ban da, thường là ½ người dưới.

Tiểu máu.

Sưng bìu (do viêm mào tinh).

Đau bụng quặn từng cơn.

Sưng đau khớp.

Thuốc đôi khi cũng có thể gây viêm mào tinh. Amiodarone (một loại thuốc chống rối loạn nhịp nhanh) đã gây ra viêm mào tinh ở một vài trường hợp. Ngoài ra, trong điều kiện môi trường nước ta, có thể xuất hiện lao mào tinh (viêm mào tinh do lao).

Quan hệ tình dục không bao cao su.

Tiểu khó, bí tiểu.

Dị dạng niệu dục.

Hoạt động thể thao mạnh, liên tục.

Lái xe máy hoặc xe đạp thường xuyên.

Bệnh nhân bị viêm mào tinh thường vào viện vì lý do bìu sưng và đau nhiều.

Triệu chứng này thường khởi phát trong 1 – 2 ngày, với triệu chứng nặng dần.

Ngoài ra, bệnh nhân bị viêm mào tinh thường có tiểu rát, buốt, tiểu khó, tiểu lắt nhắt.

Nhiều người còn có thêm triệu chứng chảy mủ ở lỗ tiểu.

Khi khám, tinh hoàn bệnh nhân sưng, ấn đau, thường có màu đỏ, và hầu hết trường hợp chỉ bị một bên. Trong giai đoạn sớm, viêm chủ yếu ở phần mào tinh hoàn, tức là phần phía sau, trên tinh hoàn.

Khi bệnh nhân đến trễ hơn, hiện tượng viêm sẽ lan toả toàn bộ tinh hoàn cùng bên, gây ra viêm mào tinh – tinh hoàn. Lúc này rất khó để phân biệt bệnh nhân bị viêm mào tinh dẫn đến viêm tinh hoàn hay là viêm tinh hoàn từ lúc ban đầu.

Triệu chứng sưng đau bìu của bạn có xảy ra một cách mãnh liệt, nhanh chóng không?

Ngoài sưng đau bìu, thì bạn đi tiểu có bị rát, buốt, lắt nhắt nhiều lần không?

Gần đây vào buổi sáng bạn có thấy lỗ tiểu mình bị chảy dịch, mủ hay không?

Bạn có vừa mới bị bệnh quai bị không.

Nếu không có thì liệu những lần quan hệ tình dục của bạn có an toàn?

Những khó khăn lúc bạn đi tiểu trước khi bị sưng tinh hoàn là gì?

Bạn có phải ngồi xe máy (xe đạp) liên tục trong thời gian dài hay không?

Thuốc bạn đang dùng là gì?

3 – 4 tuần nay bạn có từng phải thực hiện thủ thuật y khoa gì qua đường tiểu không? (Thường là đặt thông tiểu – ống dẫn nước tiểu từ bàng quang ra lỗ niệu đạo ở dương vật).

Bạn có từng được chẩn đoán mắc bệnh lao hay không?

Liệu bạn có bị xoắn tinh hoàn hay không? Đây là vấn đề đáng lưu tâm nhất khi bệnh nhân đến khám ban đầu, vì xoắn tinh hoàn là một bệnh lý cần mổ cấp cứu. Việc nhận diện sớm xoắn tinh hoàn có thể giúp bệnh nhân bảo tồn tinh hoàn, vì nếu trễ, cắt bỏ tinh hoàn là bắt buộc.

Đây là viêm mào tinh hay viêm tinh hoàn?

Nếu là viêm mào tinh, thì nguyên nhân gây ra viêm mào tinh là gì?

Nếu viêm mào tinh là do vi trùng gây ra, thì tác nhân nào là thủ phạm hoặc được nghi ngờ nhiều nhất?

Soi nhuộm mủ đường tiểu:

Nhân viên y tế sẽ gây tê, giảm cảm giác vùng dương vật, sau đó lấy một que phết lấy mủ trong lỗ tiểu để tìm ra thủ phạm. Trong khoảng 2/3 trường hợp sẽ là nhóm vi trùng đường ruột nếu bệnh nhân không có nguy cơ của quan hệ tình dục không bao cao su.

Cấy nước tiểu:

Nếu không có mủ ở đường tiểu, nhân viên y tế sẽ dùng nước tiểu của bạn để tìm vi khuẩn gây bệnh.

Siêu âm:

Thường không cần thiết, nhưng cũng có vai trò nhất định trong chẩn đoán biến chứng hoặc loại trừ xoắn tinh hoàn.

Hiếm khi xảy ra, bao gồm:

Nhồi máu tinh hoàn (do viêm tắc mạch máu nuôi tinh hoàn).

Abcess tinh hoàn.

Viêm mào tinh mạn tính.

Vô sinh.

Hầu hết viêm mào tinh hoàn cấp là do vi trùng, do đó tuỳ thuộc vào tác nhân mà bác sĩ sẽ có những hướng điều trị cho riêng bạn.

Kháng sinh: Giúp tiêu diệt vi khuẩn gây viêm mào tinh.

Đối với đối tượng viêm mào tinh cấp không liên quan đến quan hệ tình dục. Các loại kháng sinh chống lại trực trùng và cầu trùng đường ruột được ưu tiên điều trị trước khi có kết quả cấy vi khuẩn.

Đối với đối tượng viêm mào tinh cấp nghi ngờ do quan hệ tình dục không mang bao cao su, bác sĩ sẽ có thuốc điều trị đặc hiệu cho các tác nhân này. Ngoài ra, trong trường hợp này, việc chẩn đoán và điều trị bệnh cho bạn tình của bệnh nhân là vô cùng cần thiết, do viêm phần phụ do các tác nhân này có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của bệnh nhân sau này.

Chuồm lạnh, sử dụng thuốc giảm đau, mặc quần lót ôm chặt bìu, nằm nghỉ tại giường. Mục tiêu của những điều trị này là giảm đau và giảm sưng mào tinh – tinh hoàn cho bệnh nhân.

Như đã nhắc, viêm tinh hoàn cấp đơn độc không thường gặp. Viêm tinh hoàn cấp khác biệt với viêm mào tinh cấp ở 2 điểm:

Con đường lây nhiễm chủ yếu là đường máu (từ các mạch máu ở thừng tinh). Lúc này các tác nhân gây viêm sẽ đi từ một vị trí khác trên cơ thể, vào máu rồi mới đến tinh hoàn.

Tác nhân gây viêm tinh hoàn cấp chủ yếu nhất là virus. Và Quai bị là virus được nhắc đến nhiều nhất, cũng như là tác nhân gây ra viêm tinh hoàn đơn độc trong hầu hết trường hợp. Ta thường gọi trường hợp này là viêm tinh hoàn doquai bị, hoặc có thể là viêm tinh hoàn do virus.

Sưng đau tinh hoàn thường xuất hiện sau 4 – 6 ngày sưng tuyến mang tai. Tuy nhiên viêm tinh hoàn có thể biểu hiện mà không có viêm tuyến mang tai trước đó. Khi viêm tinh hoàn đơn thuần do quai bị, thì 70% trường hợp chỉ bị một bên. Viêm tinh hoàn bên còn lại xảy ra trong khoảng 1 – 9 ngày sau đó trong 30% trường hợp.

Mức độ sưng và đau bìu rất thay đổi, có thể chỉ khó chịu nhẹ, sưng ít, nhưng cũng có thể đau rất nhiều, sưng to, kèm theo buồn nôn và nôn, sốt cao. Khi khám ngoài thấy sưng to, nóng đỏ vùng tinh hoàn, còn có thể sờ thấy mào tinh hoàn và ống dẫn tinh sưng to. Triệu chứng sẽ giảm dần trong 4 – 5 ngày nếu nhẹ. Lên đến 3 – 4 tuần trong các trường hợp nặng.

Trong các nghiên cứu cũ, 25% các trường hợp viêm tinh hoàn do quai bị 2 bên sẽ bị vô sinh. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây bác bỏ chuyện đó.Rất ít trường hợp viêm tinh hoàn do quai bị gây vô sinh. Ngoài quai bị, nhiễm Coxsackie B virus cũng có thể gây ra viêm tinh hoàn.

Hay còn có tên gọi khác là viêm mủ tinh hoàn. Hầu hết có kèm theo viêm mào tinh, và các vi khuẩn đường ruột là nguyên nhân chủ yếu. Bệnh nhân thường có biểu hiện bệnh rất nặng:

Lừ đừ, mệt mỏi.

Sốt cao.

Rất đau, khó chịu và sưng vùng bìu bị ảnh hưởng.

Đau có thể lan đến vùng bẹn. Lúc này bệnh nhân đau nhiều, có thể kèm theo buồn nôn, nôn. Khi khám, bìu sưng to, nhiều dịch do dịch viêm từ tinh hoàn tiết ra, dịch này nằm dưới da bìu và tinh mạc, khó sờ thấy tinh hoàn, ấn hơi đau (do nhiều dịch nên khó sờ được).

Thường gặp hơn viêm mào tinh cấp.

Nhồi máu tinh hoàn.

Áp xe tinh hoàn.

Các biến chứng này được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật.

Quai bị (mumps) là virus lây lan qua đường hô hấp do người bệnh ho, hắt hơi lây sang người xung quanh. Hoặc lây lan qua dụng cụ sử dụng chung mà không rửa tay bằng xà phòng. Điều trị quai bị chủ yếu là để giảm triệu chứng cho bệnh nhân.

Vaccine phòng chống quai bị được tích hợp thànhMMR(phòng sởi – quai bị – rubella). Cần tiêm vaccine 2 lần trong đời, vào 12 – 15 tháng tuổi và 4 – 6  năm tuổi. Nếu chưa chích đủ hoặc không nhớ là mình chích đủ hay không, bạn nên đi chích bổ sung.

Xem thêm:Vắc xin sởi – quai bị – rubella tiêm mấy mũi là đủ?

Dị ứng với MMR vaccine khi chích lúc 1 tuổi.

Dị ứng với gelatin hoặc neomycin.

Phụ nữ đang mang thai hoặc chuẩn bị có thai trong 1 tháng tới.

Bệnh nhân suy giảm miễn dịch (do hoá trị, nhiễm HIV/AIDS hoặc dùng corticoid kéo dài).

Viêm mào tinh, viêm mào tinh – tinh hoàn, hay viêm tinh hoàn đều là các bệnh lý gây nhiều khó chịu cho bệnh nhân. Hiểu thêm về các bệnh lý này giúp ta đúc kết được một vài kiến thức sau để phòng ngừa và nhận biết viêm mào tinh, tinh hoàn:

Nên quan hệ tình dục an toàn, sử dụng bao cao su, và một vợ một chồng.

Không nên ngồi xe máy, xe đạp quá lâu và liên tục.

Chích ngừa quai bị đầy đủ 2 mũi (12 – 15 tháng tuổi và 4 – 6 tuổi), nếu chưa thì chích ngừa bổ sung ngay.

Khi bị sưng, đau bìu, bạn cần đến ngay bác sĩ để được khám và điều trị.

Loại trừ xoắn tinh hoàn là việc cần thiết nhất khi bệnh nhân có sưng, đau bìu đến khám.

Viêm tinh hoàn do quai bịhiếm khi dẫn đến vô sinh. Viêm tinh hoàn do vi trùng có thể gây vô sinh nếu điều trị chậm trễ.

Các biến chứng do viêm mào tinh, tinh hoàn hiếm xảy ra, tuy nhiên nếu không điều trị kịp thời thì phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn là khó tránh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-tieu-phe-quan-dieu-tri-the-nao-cho-dung-cach/

Nội dung bài viết

Viêm tiểu phế quản là gì?

Nguyên nhân của bệnh

Triệu chứng của viêm tiểu phế quản

Các phương pháp điều trị bệnh viêm tiểu phế quản

Cách làm giảm tiến triển bệnh

Viêm tiểu phế quản là bệnh chỉ xảy ra ở trẻ nhỏ, thường xuất hiện vào mùa lạnh. Bệnh rất dễ lây lan, trẻ em mắc bệnh và đã hết vẫn có khả năng nhiễm bệnh trở lại. Bài viết sau hi vọng sẽ cung cấp cho các bạn các thông tin về bệnh như triệu chứng, nguyên nhân và cách phòng tránh bệnh.

Viêm tiểu phế quản là bệnh viêm nhiễm cấp tính của các cuống phổi nhỏ hay còn gọi là các tiểu phế quản. Các tiểu phế quản này rất nhỏ (đường kính < 2 mm) và mềm nên khi bị viêm sẽ dễ bị xẹp lại, không khí không đi vào được, làm tắc nghẽn đường thở. Do đó, trẻ sẽ bị khó thở, hoặc thở khò khè và nặng hơn nữa trẻ sẽ bị thiếu oxy để thở.

Đây là bệnh chỉ xảy ra ở trẻ nhỏ (trẻ dưới 24 tháng tuổi), thường gặp nhất là trẻ từ 3 – 6 tháng tuổi. Viêm tiểu phế quản có thể xảy ra quanh năm nhưng thường gặp nhất khi thay đổi thời tiết, như khi trời trở lạnh (ở các tỉnh phía Bắc), hoặc vào mùa mưa (các tỉnh phía Nam).

Viêm tiểu phế quản do virus tấn công đường dẫn khí nhỏ nhất trong phổi và gây nhiễm trùng, làm cho các tiểu phế quản sưng lên, viêm và phù nề. Chất nhầy do quá trình viêm tạo thành tích tụ ở đường dẫn khí làm cho không khí gặp khó khăn khi đi vào và đi ra.

Phần lớn các trường hợp viêm tiểu phế quản là do virus RSV gây ra. Loại virus này thường lây nhiễm ở trẻ em nhỏ hơn 2 tuổi. Ngoài RSV, một số virus khác cũng có thể gây viêm tiểu phế quản như virus gây ra cúm hay cảm lạnh thông thường. Trẻ em mắc bệnh và đã hết vẫn có khả năng mắc lại vì RSV có nhiều chủng.

Các virus rất dễ lây lan. Trẻ có thể mắc bệnh do lây qua đường không khí, ở chung với người bị bệnh đang ho, hắt hơi hoặc nói chuyện. Bệnh cũng lây qua đường tiếp xúc, khi trẻ chạm vào các đồ dùng của người bệnh, sau đó chạm vào mắt, mũi hay miệng.

Viêm tiểu phế quản thường có các triệu chứng ban đầu tương tự như cảm lạnh thông thường như sốt nhẹ, mệt mỏi, nhưng sau đó sẽ có ho, thở khò khè và đôi khi khó thở. Đối với trẻ sơ sinh, viêm tai giữa cũng là dấu hiệu của viêm tiểu phế quản. Các triệu chứng này có thể kéo dài trong vài ngày hoặc thậm chí vài tuần, vài tháng.

Hầu hết trẻ em sẽ cải thiện bệnh khi được chăm sóc tại nhà, một số rất ít phải nhập viện. Do trẻ nhỏ chưa biết bộc lộ cảm xúc, người thân trong gia đình cần theo dõi cẩn thận dấu hiệu nặng của bệnh của bé để dẫn bé đến bác sĩ để được thăm khám cẩn thận. Các dấu hiệu nặng bao gồm:

Nôn.

Khò khè.

Thở rất nhanh – hơn 60 lần một phút.

Thở mệt nhọc – ngực rút lõm khi hít thở.

Chậm chạp hoặc hôn mê.

Mất nước, ăn ít: Do phải thở quá nhanh, bé không uống đủ nước và ăn như bình thường.

Da tái xanh (do thiếu oxy), đặc biệt là ở môi và móng tay.

Trẻ cần phải nhập viện nếu có một trong những triệu chứng ở trên. Trong trường hợp nặng, trẻ bị suy hô hấp nặng cần được đặt nội khí quản (đặt một ống vào khí quản) để giúp trẻ thở cho đến khi nhiễm trùng được cải thiện.

Phần lớn các trường hợp viêm tiểu phế quản có thể được kiểm soát tại nhà. Bạn cần cho trẻ uống đủ nước, tránh bị mất nước. Nếu trẻ bị nghẹt mũi, bạn hãy dùng dụng cụ để hút sạch chất nhầy hoặc nhỏ mũi bằng nước muối sinh lý.

Hãy đi khám bác sĩ để được chẩn đoán và kê toa. Thuốc hạ sốt nhưparacetamol,ibuprofenthường được sử dụng để giúp bé hạ sốt. Không được tự ý mua thuốc ho và thuốc cảm cho bé.Aspirinlà thuốc chống chỉ định cho trẻ dưới 2 tuổi vì bé có nguy cơ mắchội chứng Reyekhi dùng thuốc. Vì tác nhân gây viêm tiểu phế quản là virus nên các kháng sinh không cho hiệu quả.Kháng sinhchỉ được dùng khi bé bị kèm với viêm phổi.

Bạn có thể giúp bé kiểm soát bệnh này nếu áp dụng các biện pháp sau:

Giữ ẩm không khí. Không khí có thể làm tình trạng khó thở thêm nặng nề. Bạn nên hạn chế sử dụng máy lạnh. Nếu không khí trong phòng của bé khô, hãy sử dụng máy tạo độ ẩm phun sương để làm ẩm không khí.

Đảm bảo trẻ ở môi trường không khói thuốc lá. Khói có thể làm triệu chứng của bệnh nặng thêm.

Giữ trẻ thẳng đứng. Trẻ sẽ dễ thở hơn ở tư thế đứng.

Tránh tình trạng mất nước: Hãy cho trẻ uống nước đầy đủ, hoặc nước ép trái cây để bổ sung khoáng chất.

Nhỏ mũi bằng nước muối sinh lý để thông mũi.

Sử dụng thuốc giảm đau. Các loại thuốc giảm đau không cần toa bác sĩ như paracetamol (Tylenol, những biệt dược khác) có thể giúp trẻ giảm đau họng.

Rửa tay thường xuyên để ngăn ngừa bệnh lây lan bệnh. Những dụng cụ, đồ chơi của trẻ nên được giặt sạch trước khi cho trẻ tiếp xúc để tránh lây nhiễm.

Viêm tiểu phế quảnlà bệnh lý phổ biến ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi. Sự hiểu biết và chăm sóc đúng cách của người lớn, của các bậc cha mẹ sẽ góp phần giúp trẻ phòng được bệnh, cũng như giúp trẻ hồi phục tốt hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-tuyen-giap-ban-cap/

Nội dung bài viết

Viêm tuyến giáp bán cấp là gì?

Nguyên nhân viêm tuyến giáp bán cấp

Dịch tễ học

Triệu chứng viêm tuyến giáp bán cấp

Viêm giáp bán cấp có thể tự xử trí tại nhà được không?

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán viêm tuyến giáp bán cấp

Điều trị viêm tuyến giáp bán cấp

Các bệnh lý tuyến giáp khá thường gặp trên lâm sàng. Bệnh nhân thường đến khám vì bướu giáp (bướu cổ) hay các triệu chứng nhiễm độc giáp, suy giáp,… Tuy nhiên một dạng bệnh lý khác của tuyến giáp ít gặp hơn là viêm giáp. Trong đó có viêm giáp bán cấp, một bệnh lý viêm giáp thường thấy nhất trên lâm sàng. Bài viết này của Bác sĩ Huỳnh Tấn Hùng sẽ cung cấp cho bạn những thông tin bổ ích về bệnh lý viêm tuyến giáp bán cấp này nhé.

Tuyến giáplà một trong các tuyếnnội tiếtcủa cơ thể. Nó nằm ở phía trước cổ, dưới sụn giáp (trái cổ) có hình dạng như con bướm nằm ngay dưới da. Phía sau tuyến giáp là khí quản. Tuyến giáp gồm 2 thùy trái và phải nối với nhau bởi một eo (hay còn gọi là thùy giữa). Tuyến giáp di động theo nhịp nuốt. Ở người trưởng thành tuyến giáp nặng khoảng 20 – 30 gram.1

Đầu tiên, chúng ta hãy cùng tìm hiểu viêm tuyến giap là gì. Viêm tuyến giáp (gọi tắt là viêm giáp) là tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi sự thấm nhuận các tế bào viêm hoặc mô xơ ở tuyến giáp bị viêm.12

Viêm giáp được chia thành nhiều loại khác nhau theo bảng sau:23

Viêm giáp bán cấp

Viêm giáp do xạ

Viêm giáp do chấn thương

Viêm giáp yên lặng

Viêm giáp sau sanh

Viêm giáp xơ hóa (Riedel)

Viêm giáp do thuốc: interferon-alpha, lithium,amiodarone,…

Viêm giáp bán cấp là viêm giáp gây đau thường gặp nhất trên lâm sàng. Viêm giáp bán cấp còn có các tên gọi khác như: viêm tuyến giáp do virus, viêm tuyến giáp u hạt bán cấp, viêm tuyến giáp giả lao, viêm tuyến giáp tế bào khổng lồ, viêm tuyến giáp De Quervain.3

Viêm giáp bán cấp thường diễn tiến theo 4 giai đoạn:34

Giai đoạn 1: kéo dài vài tuần đến 3 tháng, giai đoạn khởi đầu, các mô tuyến giáp bị phá hủy phóng thích hormone giáp gây ra tình trạng nhiễm độc giáp.

Giai đoạn 2: kéo dài khoảng 1 – 2 tuần, chức năng tuyến giáp trở về bình thường sau khi hormone giáp được thanh lọc ra khỏi cơ thể, bệnh nhân trở về bình giáp. Tùy mức độ mô tuyến giáp bị phá hủy mà bệnh nhân có thể duy trì bình giáp, hay chuyển sang giai đoạnsuy giáp.

Giai đoạn 3: đây là giai đoạn suy giáp. Nếu mô giáp bị phá hủy nhiều, bệnh nhân có thể bị suy giáp kéo dài nhiều tháng hoặc hơn.

Giai đoạn 4: giai đoạn hồi phục. Đa số bệnh nhân hồi phục hoàn toàn. Một số ít bệnh nhân khoảng 5% các trường hợp bị suy giáp vĩnh viễn. Khoảng 2% các trường hợp tái phát nhiều đợt.5

Viêm giáp bán cấp thường không đe dọa tính mạng. Bệnh gây đau, đôi khi rất đau làm bệnh nhân rất khó chịu, ảnh hưởng đến sinh hoạt và công việc. Một số ít trường hợp bệnh nhân sẽ có biến chứng.

Đa số bệnh nhân viêm giáp bán cấp sẽ hồi phục hoàn toàn. Một số ít bệnh nhân khoảng 5% các trường hợp bị suy giáp vĩnh viễn. Khoảng 2% các trường hợp tái phát nhiều đợt.

Cho đến hiện nay, nguyên nhân thực sự của viêm giáp bán cấp vẫn chưa rõ ràng. Các nhà khoa học nghĩ nhiều do nhiễm các loại virus (siêu vi) gây ra phản ứng miễn dịch trong cơ thể. Từ đó phá hủy mô tuyến giáp dẫn đến viêm giáp vì các lý do sau đây:123

Viêm giáp bán cấp thường xảy ra sau khi nhiễm siêu vi vài tuần lễ.

Khi viêm giáp bán cấp ở giai đoạn toàn phát, người ta thấy nồng độ virus và hiệu giá kháng thể kháng các virus (cúm, adenovirus, coxsackievirus,…) tăng cao và giảm sau vài tháng.

Viêm giáp bán cấp thường gặp ở nữ nhiều hơn nam. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao gấp 4 – 5 lần nam giới.6

Bệnh thường xảy ra vào mùa hè hoặc mùa thu và ở những người có mang kháng nguyên HLA-B35 so với người không mang kháng nguyên này.2

Độ tuổi thường gặp viêm giáp bán cấp trong khoảng 40 – 50 tuổi ở cả 2 giới nam, nữ. Bệnh hiếm gặp ở trẻ em.2

Tùy vào giai đoạn nào trong diễn tiến của bệnh, mà bệnh nhân có thể xuất hiện các triệu chứng như sau:137

Bệnh nhân thường có các triệu chứng nhiễm siêu vi đường hô hấp trên trước đó 2 – 6 tuần như:cảm cúm,ho, hắt hơi,chảy nước mũi, ngứa mũi,đau họng,đỏ mắt, mệt mỏi, đau cơ, đau khớp,…

Ngoài ra, đau nhiều vùng cổ trước là triệu chứng nổi bật khiến bệnh nhân phải đi khám. Đau lan lên góc hàm, tai, cơ vùng cổ; sờ vùng cổ cảm giác nóng, sưng nề, to lên và căng.

Bệnh nhân có thểkhó nuốt, khó ngửa cổ và thường cúi đầu về phía trước để tránh căng vùng cổ gây đau.

Sốt từ nhẹ đến trung bình, ít khi sốt cao.

Các triệu chứng của tình trạng nhiễm độc giáp do viêm gây phá hủy mô tuyến giáp:

Hồi hộp đánh trống ngực,tim đập nhanh.

Lo lắng, dễ kích thích, cáu gắt, mệt mỏi,mất ngủ.

Cảm giác nóng trong người, thích tắm nước lạnh,đổ nhiều mồ hôi.

Da lòng bàn tay ẩm ướt, nóng.

Run tay.

Tiêu chảydo tăng nhu động ruột.

Sụt cân dù bệnh nhân vẫn thèm ăn.

Rối loạn kinh nguyệtở nữ.

Bác sĩ khi khám có thể ghi nhận tuyến giáp to lan tỏa, đôi khi chỉ ưu thế một thùy tuyến giáp; mật độ chắc, đau khi sờ nắn. Một số ít trường hợp có hạch cạnh tuyến giáp.

Các triệu chứng trên sẽ giảm đi và hết. Bệnh nhân trở về sinh hoạt bình thường.

Khi mô tuyến giáp bị phá hủy nhiều, không còn đủ sản xuấthormone tuyến giápnữa, bệnh nhân sẽ xuất hiện các triệu chứng của tình trạng suy giáp:

Sợ lạnh, cảm giác lạnh trong người, mặc áo ấm ngay cả khi trời nóng nực.

Vẻ mặt thờ ơ, vô cảm, hoạt động chậm chạp.

Ù tai,khàn tiếng.

Mệt mỏi.

Táo bón.

Tăng cân dù bệnh nhân ăn ít.

Da lạnh, khô, tróc vảy.

Lông tóc khô, dễ gãy rụng.

Nhịp tim chậm.

Rối loạn kinh nguyệt, thường làrong kinhở nữ giới.

Đa số trường hợp, bệnh nhân sẽ trở về bình thường sau vài tháng.

Trong thời gian này, người bệnh cần được điều trị để giảm triệu chứng và giảm mức độ phá hủy mô tuyến giáp. Một số ít các trường hợp (khoảng 5%) sẽ suy giáp vĩnh viễn kéo dài suốt đời.

Viêm tuyến giáp bán cấp thường không nguy hiểm tính mạng. Nhưng gây đau rất nhiều làm bệnh nhân rất khó chịu. Nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị thích hợp, bệnh sẽ kéo dài và phá hủy mô tuyến giáp nhiều hơn; từ đó gây biến chứng là suy giáp vĩnh viễn sau này.

Do đó khi bạn có các triệu chứng nghi ngờ viêm tuyến giáp bán cấp, thì nên đến khám bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị kịp thời và phù hợp. Nhằm giảm triệu chứng gây khó chịu, đặc biệt là đau và giảm nguy cơ suy giáp sau này.

Bạn nên khám bác sĩ khi:7

Có các triệu chứng nghi ngờ viêm giáp bán cấp như sưng đau vùng cổ trước, các triệu chứng nhiễm độc giáp,… đã đề cập ở phần trên.

Bạn đã được chẩn đoán viêm giáp bán cấp và đã được điều trị nhưng không cải thiện triệu chứng.

Khi bạn có các triệu chứng nghi ngờ đến khám bệnh, bác sĩ sẽ hỏi tiền sử, bệnh sử và sẽ thực hiện một số xét nghiệm giúp chẩn đoán viêm giáp bán cấp. Các xét nghiệm bao gồm:1237

Tốc độ máu lắng sẽ tăng hoặc C – reactive protein (CRP) tăng.

Tùy vào từng giai đoạn người bệnh đến khám, kết quảTSH, FT4 và hoặc FT3 có thể thay đổi khác nhau, cụ thể:

Nếu giai đoạn nhiễm độc giáp thì TSH giảm, FT4 tăng, FT3 tăng và tỉ số FT3/FT4 < 0,3 theo đơn vị (pmol/l : pmol/L).

Nếu giai đoạn suy giáp: TSH sẽ tăng, FT4 giảm, FT3 giảm.

Xem thêm:Các xét nghiệm tuyến giáp phổ biến và ý nghĩa chỉ số

Xét nghiệm cho thấy kết quả tăng.

Xét nghiệm này giúp chẩn đoán phân biệt nguyên nhân nhiễm độc giáp hoặc suy giáp:

Kháng thể kháng peroxidase (Anti-TPO) âm tính (giúp bác sĩ phân biệt với viêm giáp Hashimoto, kháng thể dương tính).

Kháng thể kháng thụ thể TSH (TRAb) âm tính (giúp bác sĩ phân biệt vớibệnh Basedowgây nhiễm độc giáp).

Siêu âm tuyến giáp giúp bác sĩ đánh giá kích thước, mật độ tuyến giáp, viêm giáp bán cấp tuyên giáp to, mật độ giảm với những vùng echo kém, không tăng sinh mạch máu khi phổ Doppler.

Giảm hấp thu iod hoặc giảm bắt xạ. Thường bác sĩ sẽ thực hiện xét nghiệm này khi các xét nghiệm khác không đủ giúp chẩn đoán xác định bệnh.

Sinh thiết hiếm khi thực hiện, chỉ khi nào rất khó chẩn đoán bác sĩ mới thực hiện xét nghiệm này.67

Lâm sàng: sưng đau tuyến giáp.

Xét nghiệm:

CRP tăng và/ hoặc tốc độ máu lắng tăng.

FT4 tăng và TSH bị ức chế < 0,1 mIU/L.

Siêu âm tuyến giáp: tổn thương giảm đậm độ ở vùng tuyến giáp đau.

Chẩn đoán xác định viêm giáp bán cấp khi bệnh nhân thỏa tất cả các tiêu chí lâm sàng và xét nghiệm.

Chẩn đoán có thể viêm giáp bán cấp khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng và 2 tiêu chí 1 và 2 của xét nghiệm.

Mục tiêu điều trị viêm giáp bán cấp là giảm đau và điều trị tình trạng nhiễm độc giáp (nếu có).

Tùy vào mức độ đau mà bác sĩ sẽ kê thuốc phù hợp:23

Nếu đau nhẹ, bác sĩ sẽ sử dụngaspirin, hoặc nhómthuốc kháng viêm không steroidnhưIbuprofen.

Nếu đau nặng hoặc đau không cải thiện sau khi điều trị bằng aspirin hay ibuprofen, bác sĩ sẽ sử dụngthuốc kháng viêm corticoidnhưprednisolon.

Chú ý, bệnh nhân không nên tự ý sử dụng các thuốc này. Vì thuốc có thể gây tác dụng phụ và tương tác với nhiều loại thuốc khác nếu dùng không đúng chỉ định.

Tác dụng phụ của các thuốc trên:

Aspirin: buồn nôn, nôn ói, khó chịuvùng thượng vị,ợ nóng, đau dạ dày,loét dạ dày – tá tràng, thậm chíxuất huyết dạ dày– ruột, giảm tiểu cầu, chảy máu,thiếu máu.9

Ibuprofen:khó tiêu, tiêu chảy, đau bụng, loét dạ dày – tá tràng có thể gây chảy máu dạ dày, độc thận,…10

Corticoid: phù,tăng huyết áp,rối loạn đường huyết, đau dạ dày, xuất huyết dạ dày,mụn trứng cá,loãng xương,gãy xương, rối loạn tâm thần,…11

Các thuốc trên nên uống sau bữa ăn để tránh tác dụng phụ trên đường tiêu hóa. Số lần dùng phụ thuộc vào tình trạng bệnh. Bệnh nhân nên đọc kỹ toa thuốc để sử dụng hợp lý theo hướng dẫn của bác sĩ.

Nếu người bệnh có triệu chứng nhiễm độc giáp gây khó chịu, bác sĩ sẽ kê một số thuốc để giảm triệu chứng cho bạn như nhóm ức chế beta (propranolol,atenolol, metoprolol,…).

Nếu bạn có các bệnh lý chống chỉ định khi dùng thuốc ức chế beta nhưhen suyễn, co thắt phế quản, hiện tượngco thắt mạch Raynaud. Bác sĩ sẽ kê các thuốc khác như ức chế calci (verapamil, diltiazem).12

Chú ý, nhiễm độc giáp do viêm giáp bán cấp không có chỉ định dùng thuốc kháng giáp tổng hợp như các nguyên nhân nhiễm độc giáp khác (bệnh Basedow, bướu giáp đơn nhân hóa độc, bướu giáp đa nhân hóa độc) vì sẽ gây suy giáp nhanh hơn.

Bác sĩ sẽ điều trị thay thế hormone giáp thiếu hụt cho người bệnh bằng chế phẩmlevothyroxine.

Thuốc levothyroxine uống 1 lần mỗi ngày vào trước bữa ăn sáng ít nhất 30 – 60 phút, hoặc uống vào buổi tối sau bữa ăn cuối cùng ít nhất 3 giờ. Không dùng cùng lúc thuốc với các thực phẩm như chất xơ, sữa đậu nành hoặc các thuốc khác như ức chế bơm proton PPI (trongđiều trị viêm loét dạ dày) hay chế phẩm chứa calci, sắt, sucralfate, nhôm hydroxit (phosphalugel), cholestyramin vì ảnh hưởng đến hấp thu thuốc.13

Tùy vào thời gian suy giáp mà việc bổ sung hormon giáp thay thế ngắn hạn hay dài hạn. Nếu suy giáp vĩnh viễn, bạn phải sử dụng levothyroxine mỗi ngày và suốt đời.

Tiêm vaccin ngừa một số virus như cúm có thể giúp dự phòng viêm giáp bán cấp. Các nguyên nhân khác có thể không dự phòng được.7

Trên đây là những thông tin về bệnh lýviêm tuyến giáp bán cấp. Mặc dù ít gặp hơn các bệnh lý khác của tuyến giáp như bướu giáp, bệnh Basedow, viêm giáp Hashimoto,… Tuy nhiên, viêm giáp bán cấp vẫn là một bệnh lý gây nhiều khó chịu cho bệnh nhân nhất là đau. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời giúp bệnh nhân cải thiện triệu chứng, giảm nguy cơ xuất hiện biến chứng nhất là suy giáp vĩnh viễn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-tuyen-tien-liet/

Nội dung bài viết

Tuyến tiền liệt là gì?

Viêm tuyến tiền liệt là gì?

Nguyên nhân của viêm tuyến tiền liệt là gì?

Triệu chứng của viêm tuyến tiền liệt

Bệnh viêm tiền liệt tuyến nguy hiểm như thế nào?

Khi nào cần đi khám

Chẩn đoán

Điều trị viêm tuyến tiền liệt

Tuyến tiền liệt chỉ có ở nam giới, có kích thước và hình dáng gần giống như quả đào, nằm ở phía dưới bàng quang bao quanh đoạn đầu của niệu đạo. Trong một số trường hợp tình trạng viêm xảy ra. Bệnh viêm tuyến tiền liệt thường khó phát hiện; dẫn đến điều trị chậm trễ. Hãy cùng tìm hiểu về bệnh lý này ở bài viết dưới đây của Bác sĩ Ngô Minh Quân.

Tuyến tiền liệt (tiền liệt tuyến) là một tuyến tiết sinh dục nằm dưới đáy bàng quang và bao quanh đoạn đầu niệu đạo. Có chức năng chính là tiết ra một chất dịch được hòa với tinh dịch; nó giúp bảo vệ tinh dịch chống lại các tác nhân gây bệnh giúp cho tinh trùng hoạt động thuận lợi.

Tuyến tiền liệtphát triển trong suốt cuộc đời nam giới. Khi mới sinh tuyến tiền liệt nhỏ bằng hạt đậu. Khi trưởng thành, tuyến này có kích cỡ ổn định, rộng khoảng 4cm, cao khoảng 3 cm và dày khoảng 2,5 cm. Khi qua tuổi 50 tuyến này bắt đầu lớn dần lên, gọi làphì đại tuyến tiền liệtở dạng lành tính. Đây không phải làung thư tuyến tiền liệt. Tuy nhiên nó có thể gây chèn ép niệu đạo, ảnh hưởng đến quá trình vận chuyển nước tiểu; gây ra một số vấn đề về tiểu tiện như tiểu khó, tiểu lắt nhắt, tiểu nhiều…

Viêm tuyến tiền liệt là tình trạng nhiễm trùng hoặc viêm xảy ra tại tuyến tiền liệt. Tuyến tiền liệt chỉ có ở nham giới. Đây là cơ quan nằm bao quanh niệu đạo; cấu trúc hình ống dẫn nước tiểu từ bàng quang ra bên ngoài.

Bệnh lý này có thể diễn ra cấp tính hoặc mãn tính.

Viêm tuyến tiền liệt cấp tính thường do tác nhân vi khuẩn. Trong khi đó viêm mãn tính đôi khi do tác nhân vi khuẩn, đôi khi phản ứng viêm xảy ra không liên quan đến tác nhân vi khuẩn.

Viêm tuyến tiền liệt thường xuất hiện sau nhiễm trùng ngược dòng của viêm niệu đạo, viêm mào tinh hoàn hoặc các vị trí lân cận vùng trực tràng. Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là các vi khuẩn gram (-) đường tiêu hóa và sinh dục tiết niệu như Ecoli. Ngoài ra có thể gặp các vi khuẩn không điển hình khác nhưChlamydia,lậu,giang mai…

Chèn ép tuyến tiền liệt: nam giới ngồi xe đạp nhiều dẫn đến tăng áp lực lên tuyến tiền liệt làm máu không lưu thông gây kích thích phía trên của tuyến tiền liệt và niệu đạo.

Sung huyết tuyến tiền liệt do chấn thương.

Quan hệ tình dục không điều độ: nam giới quan hệ tình dục với tần số cao trong thời gian ngắn dẫn tới rối loạn xuất tinh gây sung huyết và giãn nở tuyến tiền liệt quá mức.

Quan hệ tình dục không an toàn: nam giới quan hệ tình dục không sử dụng biện pháp an toàn với bạn tình; quan hệ nhiều bạn tình hoặc đồng giới có nguy cơ cao viêm tuyến tiền liệt cũng như lây nhiễm các bệnh xã hội (lậu, giang mai,sùi mào gà…).

Bệnh có nhiều dạng khác nhau, mỗi dạng có những triệu chứng tương đối khác nhau như:

Sốt.

Ớn lạnh, lạnh run.

Mệt mỏi, triệu chứng tương tự cảm lạnh.

Nhức mỏi cơ thể.

Đau khi đi tiểu.

Đau vùng bộ phận sinh dục.

Nước tiểu đục.

Đau khi đi tiểu.

Cảm giác mắc tiểu thường xuyên hơn bình thường.

Đột ngột mắc tiểu.

Đau ở vùng bộ phận sinh dục.

Sốt nhẹ.

Viêm tuyến tiền liệt cả ở dạng cấp hay mãn tính đều gây ra nhiều triệu chứng khó chịu, gây ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh. Ngoài ra nếu không điều trị đúng cách bệnh có thể xuất hiện với nhiều triệu chứng phức tạp, rất khó khăn trong việc điều trị đồng thời có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm.

Bệnh nếu không được khắc phục kịp thời có thể gây ra nhiều biến chứng về niệu đạo. Khi đó nước tiểu không được bài tiết tốt khiến ứ đọng tại bàng quang tạo điều kiện cho số lượng vi khuẩn ở nước tiểu tăng lên và gây ra tình trạng nhiễm trùng đường tiết niệu..

Tuyến tiền liệt có nhiệm vụ sản xuất ra tinh dịch, khi bộ phận này bị viêm nhiễm có thể ảnh hưởng trực tiếp đến việc sản sinh cũng như làm giảm chất lượng tinh trùng. Một số trường hợp viêm nhiễm nặng có thể hiếm muộn hoặc vô sinh.

Trường hợp viêm do vi khuẩn là điều kiện cho vi khuẩn dễ dàng xâm nhập vào máu, gây nhiễm trùng máu, viêm nội mạc cơ tim,viêm tinh hoàn.

Các tổn thương viêm sẽ phát triển thành các u xơ, dẫn đến xơ cứng bàng quang, chặn lại sự co bóp gây nên hiện tượng chảy mủ, chảy máu kèm nước tiểu, là tiền đề cho các bệnh lý như ung thư tiền liệt tuyến.

Nếu bạn gặp phải những tình trạng sau đây, cần đến bệnh viện để được thăm khám kịp thời:

Đau nhiều vùng háng hoặc bộ phận sinh dục.

Gặp khó khăn trong việc đi tiểu.

Sốt hoặc ớn lạnh.

Để chẩn đoán bệnh, bên cạnh việc hỏi bệnh sử và thăm khám; thì xét nghiệm nước tiểu và xét nghiệm máu đôi khi được chỉ định. Các xét nghiệm này cung cấp những thông tin về tình trạng nhiễm trùng tiểu hoặc các dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân nếu có.

Thông thường thì phương pháp điều trị là dùngkháng sinh. Việc lựa chọn loại và liều lượng kháng sinh sử dụng phụ thuộc vào loại viêm là nhóm vi khuẩn mắc phải. Nếu điều trị kháng sinh không đáp ứng, có thể gặp trong trường hợp viêm tuyến tiền liệt mãn tính không do tác nhân vi khuẩn. Trong trường hợp này bác sĩ điều trị sẽ cần dùng các nhóm thuốc khác tùy thuộc vào triệu chứng gặp phải của bệnh nhân.

Trên đây là những thông tin cơ bản về bệnh lýviêm tuyến tiền liệt. Hy vọng cung cấp được những thông tin bước đầu giúp người đọc dễ dàng tiếp tục tìm hiểu thêm về bệnh lý thường gặp này. Khi gặp những dấu hiệu bất thường trên cơ thể, người bệnh nên đi khám; để sớm phát hiện và điều trị bệnh kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-tinh-mach-huyet-khoi-moi-hiem-hoa-bat-ngo/

Nội dung bài viết

1. Viêm tĩnh mạch huyết khối là gì?

2. Tại sao bị viêm huyết khối tĩnh mạch sâu?

3. Viêm tĩnh mạch huyết khối có nguy hiểm không?

4. Triệu chứng của viêm tĩnh mạch huyết khối như thế nào?

5. Chẩn đoán viêm huyết khối tĩnh mạch sâu như thế nào?

6. Điều trị viêm tĩnh mạch huyết khối như thế nào?

7. Phòng ngừa viêm tĩnh mạch huyết khối như thế nào?

Hệ tim mạch bao gồm trái tim và các mạch máu. Có ba loại mạch máu là: động mạch, tĩnh mạch và mao mạch. Tĩnh mạch vận chuyển máu từ các cơ quan và tay chân trở về tim. Có rất nhiều bệnh lý ảnh hưởng tới hệ tĩnh mạch. Trong bài viết này chúng ta cùng tìm hiểu về viêm tĩnh mạch huyết khối. Đây là bệnh lý có thể gây ra nhiều biến chứng nặng nề nếu không được điều trị kịp thời.

Viêm là phản ứng miễn dịch của cơ thể đối với các kích thích có hại. Tác nhân kích thích viêm có thể là mầm bệnh, tế bào bị tổn thương, hoặc chất gây kích ứng.

Viêm tĩnh mạch huyết khối là tình trạng tĩnh mạch bị viêm và hình thành các cục máu đông.

Quá trình hình thành cục máu đông phụ thuộc vào ba yếu tố:

Tình trạng đông máu.

Tốc độ dòng máu chảy qua mạch máu.

Tình trạng nguyên vẹn của thành mạch.

Khi viêm tĩnh mạch huyết khối xảy ra, sự lưu thông máu ở khu vực đó trở nên chậm lại. Ngoài ra viêm cũng làm tổn thương nội mạc mạch máu. Điều này tạo điều kiện hình thành những khối máu đông trong tĩnh mạch.

Tĩnh mạch chân bị ảnh hưởng nhiều hơn so với tĩnh mạch cánh tay hoặc cơ quan khác. Nguyên nhân do trọng lực và hệ thống van trong tĩnh mạch chân làm tốc độ máu chảy chậm hơn.

Có 2 dạng viêm tĩnh mạch:

Viêm tĩnh mạch nông là tình trạng viêm tĩnh mạch gần bề mặt da. Đây là loại viêm tĩnh mạch thường không nghiêm trọng.

Viêm tĩnh mạch sâu là tình trạng viêm tĩnh mạch sâu hơn và lan rộng hơn. Viêm tĩnh mạch sâu có thể tạo cục máu đông với nhiều biến chứng. Gây hậu quả rất nghiêm trọng, thậm chí đe dọa tính mạng.

Khi cục máu đông xuất hiện trong tĩnh mạch sâu gọi là viêm tĩnh mạch huyết khối sâu hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu.

Các tác nhân ảnh hưởng tới ba yếu tố tạo thành huyết khối là yếu tố nguy cơ gây bệnh:

Ứ trệ dòng máu do:

Nằm bất động lâu ngày hoặc bị liệt;

Suy van tĩnh mạch hoặcgiãn tĩnh mạch;

Tắc ngẽn tĩnh mạch do U, thai kì, hoặc béo phì;

Bệnh nhân có suy tim.

Tình trạng tăng đông máu do:

Ung thư;

Thai kì;

Viêm ruột;

Tình trạng nhiễm trùng;

Dùng các thuốc có chứa Estrogen: thuốc tránh thai, hormone thay thế…

Mắc các bệnh lý rối loạn đông máu.

Tổn thương nội mạc mạch máu:

Chấn thương hoặc phẫu thuật;

Viêm tĩnh mạch. Tiêm thuốc vào tĩnh mạch không đảm bảo vô trùng cũng có thể gây viêm tĩnh mạch;

Đặt Catheter tĩnh mạch;

Tổn thương van tĩnh mạch.

Ngoài ra còn có các yếu tố nguy cơ gây bệnh khác như:

Có tiền sử gia đình mắc chứng rối loạn đông máu;

Đã có những đợt trước của bệnh huyết khối;

Bịđột quỵ;

Lớn hơn 60 tuổi;

Thừa cân hoặcbéo phì;

Hút thuốc lá;

Lạm dụng rượu.

Biến chứng từ huyết khối tĩnh mạch nông là rất hiếm. Viêm huyết khối tĩnh mạch sâu có thể gây các biến chứng nguy hiểm. Các biến chứng có thể bao gồm:

Thuyên tắc phổi. Huyết khối tại tĩnh mạch có thể bong ra và di chuyển về tim phải. Cục máu đông được tim bóp lên phổi có thể làm tắc động mạch phổi. Đây là tình trạn cấp cứu có thể đe dọa tính mạng nếu không được điều trị kịp thời.

Hội chứng sau huyết khối. Có tới hơn 2/3 người bị huyết khối tĩnh mạch sâu sẽ bị hội chứng hậu huyết khối. Đây là biến chứng mạn tính phổ biến nhất của huyết khối tĩnh mạch sâu. Do tổn thương lâu dài của hệ thống tĩnh mạch và van làm lan sang các tĩnh mạch khác. Biểu hiện thường là phù, loét, giãn tĩnh mạch, và đau dọc theo đường đi của tĩnh mạch sâu.

Viêm mô tế bào. Viêm tĩnh mạch có thể dẫn đến nhiễm trùng da xung quanh. Thậm chí thông qua vết thương trên da có thể bị nhiễm trùng máu.

Các triệu chứng viêm tĩnh mạch thường ảnh hưởng đến tay hoặc chân bị bệnh, bao gồm:

Tấy đỏ.

Sưng phù.

Tay hoặc chân nóng.

Có các vệt màu đỏ trên tay hoặc chân.

Nhạy cảm với cơn đau.

Loét trên da tại vùng tổn thương.

Đau bắp tay, bắp chân, tăng khi vận động và giảm khi đi lại.

Ngoài ra chúng ta cũng phải nắm rõ các biểu hiện của biến chứng thuyên tắc phổi. Điều này góp phần giúp bệnh nhân được cấp cứu kịp thời. Các triệu chứng của thuyên tắc phổi là:

Khó thở không rõ nguyên nhân

Đau ngực , tăng khi hít thở sâu

Ho ra máu

Thở nhanh

Cảm thấy choáng váng hoặc mệt mỏi

Nhịp tim nhanh

Đôi khi bệnh nhân có thể đột ngột bị thuyên tắc phổi mà không có triệu chứng của huyết khối tĩnh mạch sâu trước đó.

Để chẩn đoán cần kết hợp tình trạng bệnh nhân, tiền sử bệnh lý và các xét nghiệm. Tùy tình trạng lâm sàng mà bác sĩ sẽ cho các xét nghiệm phù hợp:

Siêu âm mạch máu: Siêu âm giúp đánh giá dòng máu chảy trong tĩnh mạch, tình trạng thành mạch và tìm cục máu đông. Xét nghiệm này có thể xác nhận chẩn đoán và phân biệt giữa huyết khối tĩnh mạch nông và sâu.

Chụp CT scan hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) để kiểm tra sự hiện diện của cục máu đông. Xét nghiệm này là tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng thuyên tắc phổi.

Xét nghiệm máu: Đánh giá nồng độ D-dimer (là chất được phóng thích trong cơ thể khi cục máu đông tan). Ngoài ra còn có thể phát hiện các bệnh lý rối loạn đông máu.

Viêm tĩnh mạch nông thường có tiên lượng tốt và điều trị đơn giản:

Nếu tiến triển của bệnh chỉ ở tại chườm ấm và nâng chân cao khi nằm thường có hiệu quả.

Nếu tổn thương lan rộng có thể sẽ cần phải thắt hoặc cắt bỏ đoạn tĩnh mạch bị viêm.

Thuốc kháng viêm và mang vớ áp lực cũng được chỉ định nếu triệu chứng khó kiểm soát.

Đối với viêm tĩnh mạch sâu cần chú ý nguy cơ xảy ra biến chứng thuyên tắc phổi. Ngoài các biện pháp giống viêm tĩnh mạch nông còn có:

Thuốc chống đông. Giúp ngăn ngừa sự hình thành cục máu đông. Điều trị thuốc chống đông cần theo dõi sát và tuân thủ chặt chẽ do có nguy cơ chảy máu.

Thuốc làm tan cục máu đông (thuốc tiêu sợi huyết). Giúp làm tan cục máu đông đang làm tắc tĩnh mạch. Thuốc này có chỉ định nghiêm ngặt và nhiều biến chứng nguy hiểm.

Loại bỏ cục máu đông: bằng phẫu thuật chèn một dây và ống thông vào tĩnh mạch bị ảnh hưởng.

Đặt màng lọc vào mạch máu có huyết khối tĩnh mạch sâu và có nguy cơ thuyên tắc phổi. Phương pháp này thường được chỉ định khi không thể dùng thuốc làm loãng máu. Thủ thuật này giúp ngăn chặn cục máu đông di chuyển đến phổi.

Thông báo về các yếu tố nguy cơ với bác sĩ, đặc biệt là trước khi phẫu thuật.

Tập đi bộ càng sớm càng tốt sau khi phẫu thuật.

Mang vớ tĩnh mạch khi có dãn tĩnh mạch.

Duỗi chân và uống nhiều nước khi đi du lịch.

Dùng thuốc theo hướng dẫn của bác sĩ, có thể bao gồm thuốc làm loãng máu.

Tránh làm việc lâu ở một tư thế

Viêm tĩnh mạch huyết khốilà bệnh lý nguy hiểm với biến chứng phức tạp. Tuy nhiên bệnh có khả năng điều trị và dự phòng tốt nếu được chẩn đoán kịp thời. Nếu bị dãn tính mạch hoặc đã có tiền căn huyết khối, cần tập thói quen sinh hoạt chặt chẽ vì nguy cơ tạo thành huyết khối cao. Tuân thủ điều trị và xây dựng lối sông lành mạnh là chìa khóa để kiểm soát viêm tĩnh mạch huyết khối.

Xem thêm:Giãn tĩnh mạch thừng tinh: Nguyên nhân, cách nhận biết và điều trị

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-tuy-cat-ngang-trieu-chung-chan-doan-va-dieu-tri/

Nội dung bài viết

Tổng quan về viêm tủy cắt ngang

Nguyên nhân gây viêm tủy cắt ngang

Các triệu chứng của viêm tủy cắt ngang

Chẩn đoán

Điều trị viêm tủy cắt ngang

Đột ngột yếu, liệt tay hoặc chân hay yếu diễn tiến từ từ, nặng dần. Bạn nghĩ mình có thể bị đột quỵ. Ngoài đột quỵ, bạn có thể mắc các bệnh về tủy sống. Trong đó có viêm tủy ngang, cũng có thể gây ra các triệu chứng tương tự. Hãy cùng tìm hiểu bài viết dưới đây của ThS.BS Vũ Thành Đô để có thêm thông tin về bệnh viêm tủy cắt ngang này nhé.

Đây là tình trạng viêm cả hai bên của một đoạn tủy sống. Rối loạn thần kinh này thường làm tổn thương lớp bao bọc các sợi tế bào thần kinh (myelin).

Viêm tủy cắt ngang làm gián đoạn các tín hiệu thần kinh từ tủy sống gửi đi khắp cơ thể. Điều này có thể gây đau, yếu cơ, tê liệt, các vấn đề về cảm giác hoặc rối loạn chức năng bàng quang và ruột.

Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra bệnh. Có thể kể đến như nhiễm trùng và rối loạn hệ thống miễn dịch tấn công mô của cơ thể. Các rối loạn myelin khác, chẳng hạn như bệnh đa xơ cứng cũng có thể gây ra rối loạn này.

Các bệnh lý thần kinh, như nhồi máu tủy sống, thường bị nhầm lẫn với viêm tủy cắt ngang. Và cần phân biệt rõ ràng vì những bệnh lý này đòi hỏi các phương pháp điều trị khác nhau.

Điều trị viêm tủy cắt ngang bao gồm điều trị nội khoa và phục hồi chức năng. Hầu hết bệnh nhân hồi phục ít nhất một phần. Những người bị bệnh mức độ nghiêm trọng đôi khi có thể bị khuyết tật nặng.

Tìm hiểu thêm về:Bệnh viêm tủy xương: Cách chẩn đoán và điều trị

Lý do chính xác vẫn chưa được biết rõ. Đôi khi không xác định được nguyên nhân.

Nhiễm vi rút, vi khuẩn và nấm ảnh hưởng đến tủy sống có thể gây ra viêm tủy cắt ngang. Trong hầu hết các trường hợp, rối loạn viêm tủy xuất hiện sau khi phục hồi từ nhiễm trùng.

Vi-rút herpes bao gồm vi-rút gây bệnh zona và thủy đậu (zoster).

Virus cytomegalo (Cytomegalovirus).

Epstein-Barr.

HIV.

Enterovirus như poliovirus và coxsackievirus.

Echovirus.

Zika.

Bệnh cúm.

Bệnh viêm gan B.

Quai bị, sởi vàrubella.

Các vi rút khác vẫn có thể kích hoạt phản ứng tự miễn dịch mà không tác động trực tiếp vào tủy sống.

Bệnh Lyme.

Giang mai.

Bệnh lao.

Actinomyces.

Ho gà.

Uốn ván.

Bệnh bạch hầu.

Nhiễm trùng da do vi khuẩn, viêm dạ dày ruột và một số loại viêm phổi do vi khuẩn cũng có thể gây ra viêm tủy cắt ngang.

Hiếm khi, ký sinh trùng và nhiễm nấm có thể lây nhiễm sang tủy sống.

Đây là một bệnh lý gây ra bởi hệ thống miễn dịch phá hủy các dây thần kinh bao quanh myelin trong tủy sống và não.

Viêm tủy cắt ngang có thể là dấu hiệu đầu tiên của bệnh đa xơ cứng hoặc tái phát. Và thường chỉ gây ra các triệu chứng ở một bên của cơ thể.

Xem thêm:

Đa xơ cứng (ở người lớn)

Y học thường thức: Đa xơ cứng (ở trẻ em)

Viêm tủy – thần kinh thị hay còn gọi là Neuromyelitis optica hay bệnh Devic.

Là một tình trạng gây viêm và mất myelin xung quanh tủy sống và dây thần kinh mắt. Thần kinh mắt có nhiệm vụ dẫn truyền thông tin giữa não và mắt. Bệnh liên quan đến viêm tủy thần kinh mắt thường ảnh hưởng đến cả hai bên cơ thể của bạn.

Ngoài viêm tủy cắt ngang, bạn có thể gặp các triệu chứng tổn thương myelin của dây thần kinh thị giác. Các triệu chứng bao gồm đau mắt khi cử động và mất thị lực tạm thời. Điều này có thể xảy ra cùng với hoặc riêng biệt với các triệu chứng bệnh.

Tuy nhiên, một số người bị viêm tủy thần kinh mắt không gặp các vấn đề liên quan đến mắt và có thể chỉ bị viêm tủy cắt ngang tái phát.

Các bệnh liên quan đến tự miễn có thể góp phần gây ra viêm tủy cắt ngang ở một số người.

Những rối loạn này bao gồm:

Bệnh lupus ban đỏ hệ thống, có thể ảnh hưởng đến nhiều hệ thống cơ thể

Hội chứng Sjogren, gây khô miệng và mắt nghiêm trọng.

Viêm tủy liên quan đến bệnh lý tự miễn có thể là một dấu hiệu cảnh báo của bệnh viêm tủy thần kinh mắt. Viêm dây thần kinh mắt xảy ra thường xuyên hơn ở những người mắc các bệnh tự miễn dịch khác.

Việc chủng ngừa các bệnh truyền nhiễm đôi khi được cho là một nguyên nhân có thể gây ra. Tuy nhiên, tại thời điểm này hiệp hội không đủ mạnh để đảm bảo hạn chế bất kỳ loại vắc xin nào.

Sarcoidosislà một tình trạng dẫn đến viêm ở nhiều khu vực của cơ thể, bao gồm tủy sống và dây thần kinh thị giác. Nó có thể giống với bệnh viêm thần kinh tủy, nhưng các triệu chứng điển hình của bệnh sarcoidosis phát triển chậm hơn. Nguyên nhân của bệnh sarcoidosis chưa được hiểu rõ.

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh thường diễn tiến trong vài giờ đến vài ngày. Và trong số ít trường hợp có thể tiến triển dần dần trong vài tuần.

Viêm tủy ngang thường ảnh hưởng đến cả hai bên của cơ thể bên dưới vùng bị ảnh hưởng của tủy sống. Nhưng đôi khi có các triệu chứng chỉ ở một bên của cơ thể.

Các dấu hiệu và triệu chứng điển hình bao gồm:

Đau. Đau do viêm tủy cắt ngang có thể bắt đầu đột ngột ở vùng lưng dưới của bạn. Cơn đau buốt có thể lan dọc xuống chân, tay hoặc xung quanh ngực, bụng của bạn. Các triệu chứng đau khác nhau tùy thuộc vào phần tủy sống của bạn bị ảnh hưởng.

Rối loạn cảm giác. Một số người mắc bệnh này cho biết họ có cảm giác tê, ngứa ran, lạnh hoặc bỏng rát. Một số khác đặc biệt nhạy cảm với sự tiếp xúc nhẹ giữa da và quần áo. Các trường hợp khác lại nhạy cảm với nhiệt độ quá cao hoặc quá lạnh. Bạn có thể cảm thấy như thể có vật gì đó quấn chặt vào da ngực, bụng hoặc chân.

Yếu tay hoặc chân. Một số người nhận thấy chân nặng nề hoặc họ dễ bị vấp ngã hoặc lê một chân. Những người khác có thể bị yếu nghiêm trọng hoặc thậm chí liệt toàn bộ.

Các vấn đề về bàng quang và ruột. Điều này có thể bao gồm nhu cầu đi tiểu thường xuyên hơn, tiểu không tự chủ, khó tiểu và táo bón.

Những người bị viêm tủy cắt ngang thường chỉ trải qua một đợt bệnh duy nhất. Tuy nhiên, các biến chứng thường kéo dài, bao gồm những điều sau:

Đau. Đây là một trong những biến chứng lâu dài gây suy nhược phổ biến nhất của rối loạn này.

Căng cứng, thắt chặt hoặc co thắt đau đớn ở cơ (co cứng cơ). Co cứng cơ thường gặp nhất ở mông và chân.

Liệt một phần hoặc toàn bộ cánh tay, chân hoặc cả hai. Điều này có thể kéo dài sau các triệu chứng đầu tiên xuất hiện.

Rối loạn chức năng tình dục. Đây là một biến chứng thường gặp của viêm tủy cắt ngang. Nam giới có thể gặp khó khăn trong việc cương cứng hoặc đạt cực khoái. Phụ nữ có thể khó đạt cực khoái.

Trầm cảm hoặc lo âu. Thường gặp ở những người có biến chứng lâu dài do những thay đổi đáng kể trong lối sống, căng thẳng của chứng đau mãn tính hoặc tàn tật, và tác động của rối loạn chức năng tình dục đối với các mối quan hệ.

Bác sĩ sẽ chẩn đoán viêm tủy cắt ngang dựa trên các dấu hiệu và triệu chứng, tiền sử bệnh, đánh giá lâm sàng về chức năng thần kinh và kết quả xét nghiệm.

Các xét nghiệm này, có thể chỉ ra tình trạng viêm tủy sống và loại trừ các rối loạn khác, bao gồm:

Chụp cộng hưởng từ (MRI). Chụp MRI có thể cho thấy tình trạng viêm tủy sống. Và có thể phát hiện các nguyên nhân tiềm ẩn khác gây nên triệu chứng. Có thể kể đến như các bất thường tại tủy sống hoặc mạch máu.

Chọc dò tủy sống thắt lưng. Bác sĩ sẽ sử dụng kim để hút một lượng nhỏ dịch não tủy, chất lỏng bảo vệ bao quanh tủy sống và não. Ở một số người bị viêm tủy cắt ngang, dịch não tủy có thể có số lượng tế bào bạch cầu hoặc protein hệ miễn dịch cao bất thường báo hiệu tình trạng viêm. Dịch tủy sống cũng có thể được xét nghiệm để tìm nhiễm virus hoặc một số bệnh ung thư.

Xét nghiệm máu. Một số xét nghiệm giúp kiểm tra các kháng thể liên quan đến viêm dây thần kinh mắt, một tình trạng viêm xảy ra cả trong tủy sống và dây thần kinh trong mắt của bạn. Những người có xét nghiệm kháng thể dương tính có nhiều nguy cơ bị viêm tủy cắt ngang và cần điều trị để ngăn ngừa các đợt tấn công trong tương lai. Các xét nghiệm máu khác có thể xác định nhiễm trùng có thể góp phần gây viêm tủy cắt ngang hoặc loại trừ các nguyên nhân khác gây ra các triệu chứng.

Một số liệu pháp nhắm vào các dấu hiệu và triệu chứng cấp tính của viêm tủy cắt ngang:

Steroid đường tĩnh mạch. Bạn có thể sẽ được truyền steroid qua tĩnh mạch ở cánh tay trong vài ngày. Steroid giúp giảm tình trạng viêm trong cột sống.

Liệu pháp thay huyết tương. Những người không đáp ứng với steroid tiêm tĩnh mạch có thể cần liệu pháp thay huyết tương. Điều này có nghĩa là huyết tương trong máu của bạn sẽ được lọc và thay thế nhằm cải thiện các triệu chứng. Không rõ liệu pháp này giúp những người bị viêm tủy cắt ngang như thế nào, nhưng có thể là quá trình trao đổi huyết tương loại bỏ các kháng thể gây viêm.

Thuốc kháng vi-rút. Một số người bị nhiễm vi-rút – tác nhân gây ra viêm tủy sống cắt ngang – có thể được điều trị bằng thuốc để điều trị vi-rút.

Thuốc giảm đau. Đau mãn tính là một biến chứng phổ biến của viêm tủy cắt ngang. Các loại thuốc có thể làm giảm đau cơ bao gồm thuốc giảm đau thông thường, chẳng hạn như acetaminophen, ibuprofen và naproxen sodium. Đau dây thần kinh có thể được điều trị bằng các nhóm thuốc khác. Như thuốc chống trầm cảm, chẳng hạn như sertraline (Zoloft). Hay thuốc chống co giật, chẳng hạn như gabapentin (Neurontin, Gralise) hoặc pregabalin (Lyrica).

Thuốc để điều trị các biến chứng khác. Bác sĩ có thể kê các loại thuốc khác nếu cần để điều trị các vấn đề như co cứng cơ, rối loạn chức năng tiết niệu hoặc ruột, trầm cảm hoặc các biến chứng khác liên quan đến viêm tủy cắt ngang.

Thuốc để ngăn ngừa các đợt tái phát của viêm tủy cắt ngang. Những người có kháng thể liên quan đến viêm tủy thần kinh mắt cần dùng thuốc liên tục. Chẳng hạn như corticosteroid và/hoặc thuốc ức chế miễn dịch, để giảm nguy cơ bị viêm tủy cắt ngang hoặc phát triển viêm dây thần kinh thị giác.

Các liệu pháp bổ sung tập trung vào việc phục hồi và chăm sóc lâu dài:

Vật lý trị liệu. Điều này giúp cải thiện sức mạnh và sự phối hợp. Chuyên gia vật lý trị liệu có thể hướng dẫn bạn sử dụng những thiết bị hỗ trợ cần thiết. Chẳng hạn như xe lăn, gậy hoặc nẹp.

Các liệu pháp vật lý trị liệu nâng cao. Điều này giúp những người bị viêm tủy cắt ngang học được những cách mới để thực hiện các hoạt động hàng ngày, chẳng hạn như tắm rửa, chuẩn bị bữa ăn và dọn dẹp nhà cửa.

Tâm lý trị liệu. Một nhà trị liệu tâm lý có thể sử dụng liệu pháp trò chuyện để điều trị lo âu, trầm cảm, rối loạn chức năng tình dục và các vấn đề cảm xúc hoặc hành vi khác do đối phó với bệnh viêm tủy cắt ngang.

Mặc dù hầu hết những người bị viêm tủy cắt ngang ít nhất có thể hồi phục một phần, nhưng có thể mất một năm hoặc hơn. Hầu hết sự hồi phục xảy ra trong vòng ba tháng đầu tiên sau khi tập và phụ thuộc nhiều vào nguyên nhân gây ra viêm tủy cắt ngang.

Rất khó để dự đoán diễn biến củaviêm tủy cắt ngang. Tiên lượng và khả năng đáp ứng với điều trị được xác định dựa vào nguyên nhân của hội chứng và một phần dựa vào cách điều trị đúng và sớm.  Việc tập vật lý trị liệu cũng giúp bạn cải thiện sức khỏe rất tốt. Vì vậy, hãy cố gắng tuân thủ điều trị, và bạn sẽ cảm thấy tốt hơn rất nhiều.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-tuy-thi-than-kinh/

Nội dung bài viết

Bệnh viêm tủy thị thần kinh là bệnh gì?

Triệu chứng của bệnh viêm tủy thị thần kinh

Nguyên nhân nào gây bệnh viêm tủy thị thần kinh?

Làm thế nào để chẩn đoán bệnh viêm tủy thị thần kinh?

Điều trị bệnh viêm tủy thị thần kinh

Bệnh viêm tủy thị thần kinh (Tên tiếng Anh: Neuromyelitis optica – NMO) là một bệnh ảnh hưởng đến mắt và tủy sống của bạn. Ngoài ra, bệnh còn được gọi là bệnh Devic. Bệnh này không hề phổ biến, theo thống kê tại Mỹ, chỉ có 4000 người mắc bệnh này. Để biết thêm những thông tin cơ bản về căn bệnh này, xin gửi đến bạn đọc bài viết sau của Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh Nguyễn Văn Huấn.

Bệnh viêm tủy thị thần kinh xảy ra do hệ thống miễn dịch của cơ thể tấn công các tế bào khỏe mạnh tại hệ thống thần kinh trung ương (não và tủy sống). Những đợt tấn công này có thể xảy ra trong nhiều ngày hoặc nhiều tuần. Tình trạng này được gọi là viêm tủy thị thần kinh đơn pha. Hoặc bạn bị tái đi tái lại nhiều tháng hoặc nhiều năm. Thể này được gọi là viêm tủy thị thần kinh tái phát. Đối với thể này, triệu chứng biến mất nhưng rồi lại xuất hiện và nặng hơn theo thời gian.

Cả nam và nữ đều có tỉ lệ mắc thể đơn pha bằng nhau. Tuy nhiên ở thể viêm tủy thị thần kinh tái phát, nữ giới thường có tỉ lệ mắc nhiều hơn nam giới. Trẻ em cũng có thể bị mắc bệnh này

Các dấu hiệu của bệnh viêm tủy thị thần kinh được chia thành hai loại. Hãy đến gặp bác sĩ nếu bạn có những triệu chứng sau:

Viêm dây thần kinh thị giác.Đây là tình trạng viêm của dây thần kinh thị – phụ trách dẫn truyền thông tin từ mắt đến não. Bạn có thể đột ngột bị đau mắt. Điều đó có thể dẫn đến các vấn đề như không nhìn rõ hoặc thậm chí là gây mù. Bệnh thường xuất hiện ở một bên mắt, nhưng đôi khi vẫn xuất hiện ở cả hai mắt.

Viêm tủy ngang.Đây là tình trạng viêm tại tủy sống. Điều này có thể gây ra các triệu chứng ở tay và chân. Chẳng hạn như đau, yếu, tê hoặc thậm chí là liệt. Bệnh cũng có thể gây mất kiểm soát bàng quang và ruột của bạn. Bạn có thể bị buồn nôn, nôn, nấc cụt, cứng cổ hoặc đau đầu.

Trẻ em mắc bệnh có thể bị lú lẫn, co giật hoặc hôn mê.

Viêm tủy thị thần kinh không phải là bệnh đa xơ cứng

Một bệnh khác cũng có thể gây viêm và khiến bạn khó di chuyển làbệnh đa xơ cứng. Các bác sĩ đã từng nghĩ bệnh viêm tủy thị thần kinh là một dạng của bệnh đa xơ cứng. Nhưng những nghiên cứu hiện nay cho thấy chúng có sự khác nhau:

Bệnh đa xơ cứng thường diễn tiến chậm và lâu hơn.

Có xét nghiệm máu để chẩn đoán bệnh viêm tủy thị thần kinh, nhưng bệnh đa xơ cứng thì không.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) thường bình thường khi bạn bị viêm tủy thị thần kinh lần đầu tiên. Nhưng đối với bệnh đa xơ cứng thì không.

Bệnh viêm tủy thị thần kinh có thể gây buồn nôn, nôn và nấc cục. Những triệu chứng này không thường gặp trong bệnh đa xơ cứng.

Hiện nay, các bác sĩ vẫn không chắc chắn nguyên nhân gây bệnh viêm tủy thị thần kinh là gì. Bệnh dường như không xảy ra do di truyền, nhưng nhiều người mắc bệnh này cũng mắc các bệnh lý tự miễn khác. Hoặc họ có thành viên trong gia đình mắc bệnh lý tự miễn. Một số ví dụ về bệnh lý tự miễn như đái tháo đường type 1, thấp khớp, bệnh vẩy nến và bệnh bạch biến.

Bác sĩ sẽ khám và kiểm tra khả năng tư duy, thị lực, lời nói, sức cơ và phản xạ. Họ có thể đề nghị xét nghiệm máu và một loại dịch trong tủy sống. Hơn 70% những người mắc bệnh có một loại protein đặc hiệu được gọi là kháng thể.

Bác sĩ cũng có thể kiểm tra xem liệu cột sống của bạn có bị viêm hay không. Để thực hiện điều đó, bạn sẽ được làm xét nghiệm chụp cộng hưởng từ (chụp MRI). Thông qua một loại nam châm và một máy tính sẽ tạo ra hình ảnh của tủy sống.

Bạn cũng có thể cần đến khám bác sĩ chuyên khoa mắt và chụp cắt lớp quang học (OCT) để kiểm tra mức độ tổn thương dây thần kinh thị giác.

Điều đáng tiếc rằng hiện nay vẫn chưa có cách điều trị bệnh viêm tủy thị thần kinh. Nhưng vẫn có những loại thuốc và cách điều trị giúp làm giảm nhẹ triệu chứng, bao gồm:

Thuốc phòng ngừa các đợt bùng phát của bệnh.Gần đây, FDA đã phê chuẩn hai loại thuốc để điều trị các đợt bùng phát của bệnh. Eculizumab (Soliris) và inebilizumab-cdon (Uplizna) hoạt động bằng cách nhắm vào các kháng thể tấn công tế bào khỏe mạnh của cơ thể. Bác sĩ có thể kê các thuốc khác để có thể ức chế hệ thống miễn dịch.

Steroids.Bác sĩ có thể sẽ cho bạn dùng thuốc steroid hoặc corticosteroid giúp giảm viêm. Các loại thuốc khác có thể khiến các kháng thể không tấn công các tế bào khỏe mạnh và phòng ngừa các đợt bùng phát trong tương lai.

Thay huyết tương.Hay còn được gọi là huyết tương. Đây là quá trình lọc bỏ những kháng thể có hại ra khỏi máu. Một thiết bị sẽ phân tách các thành phần khác nhau bên trong máu, sau đó huyết tương của bạn sẽ được thay thế bằng một số chất thay thế khác. Cuối cùng, máu đã được lọc và thay thế sẽ được truyền vào lại cơ thể.

Qua bài viết trên, YouMed mong sẽ giúp bạn đọc có được những thông tin bổ ích về căn bệnhViêm tủy thị thần kinh. Nếu có những triệu chứng bất thường về thị lực, hãy đến khám bác sĩ thông qua hệ thống đặt lịch khám YouMed. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ cho kết quả tốt và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Xem thêm:

Viêm tủy răng, bệnh lý thường gặp trong nha khoa

Viêm tủy cắt ngang và những điều bạn cần biết

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-va/

Nội dung bài viết

VA và viêm VA là gì?

Nguyên nhân VA bị viêm?

Triệu chứng của bệnh là gì?

Ai dễ mắc bệnh?

Bệnh được chẩn đoán ra sao?

Bệnh có những biến chứng nào?

Viêm VA được điều trị như thế nào?

VA được bỏ như thế nào?

Nạo VA có biến chứng không?

Chăm sóc sau phẫu thuật như thế nào?

Hằng ngày, cơ thể chúng ta luôn phải đối mặt với nguy cơ bị các mầm bệnh trong môi trường tấn công. Hệ hô hấp và tiêu hóa là những đường dễ xâm nhập nhất. May mắn thay, ngay ở ngõ vào này, chúng ta có một hệ thống bảo vệ. Đó là amiđan và VA, một phần của hệ miễn dịch. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, chính chúng cũng bị quá tải và viêm nhiễm.

Viêm amiđan là một bệnh rất thường gặp, trong khi đó viêm VA có vẻ ít thông dụng hơn. Nhưng điều đó có đúng? Bài viết này sẽ giúp cung cấp cho các bạn những hiểu biết cần thiết về VA. Cách chúng hoạt động, cách chúng bị nhiễm trùng, biểu hiện của bệnh và cách điều trị..

VA là viết tắt của Végétations Adénoides theo tiếng Pháp. Đây là một tổ chức mô bạch huyết nằm ở vòm họng, ngay sau mũi. Khi mở miệng, chúng ta có thể thấy amiđan còn VA thì không. Cùng với amiđan, VA bảo vệ cơ thể bằng cách bắt giữ các mầm bệnh đi theo đường mũi và miệng. Nó cũng tạo ra kháng thể chống lại sự nhiễm trùng. Vai trò này của VA giảm dần khi chúng ta lớn tuổi. Do đó, chúng có thể được cắt bỏ khi mắc bệnh.

VA đạt kích thước lớn nhất trong khoảng 3 – 5 tuổi. Sau đó, nó bắt đầu co lại từ 7 đến 8 tuổi. Tới những năm sau thời thiếu niên, chúng sẽ nhỏ đi khá nhiều. Và khi trưởng thành thì hầu như không thể thấy được nữa.

Mặc dù VA có chức năng lọc và tiêu diệt mầm bệnh, đôi khi chúng cũng bị nhiễm trùng. Khi đó, chúng sẽ bị viêm và sưng lên, tình trạng này được gọi là viêm VA. Thường thì bệnh sẽ gặp ở trẻ em, người lớn cũng có thể bị nhưng hiếm hơn.

Có nhiều tác nhân có thể gây nên bệnh:

Một đợt nhiễm virus ở mũi, họng có thể khởi phát viêm VA cấp.

Các vi khuẩn cũng là nguyên nhân thường gặp. Có thể kể tới Heamophilus influenzae, Streptococcus pneumonia… Khi VA viêm mạn có thể gặp nhiều loại vi khuẩn, gồm cả kỵ khí.

Dị ứng cũng đóng một vai trò nhất định làm VA bị viêm là tăng sinh.

Kích thích kéo dài trong bệnh trào ngược dạ dày thực quản cũng đã được chứng minh là một nguyên nhân.

Khi VA bị viêm, chúng sẽ sưng lớn lên. Hậu quả là gây tắc nghẽn hay làm hẹp cửa mũi sau. Từ đó dẫn đến khó thở qua đường mũi. Đây là triệu chứng thường gặp nhất của bệnh. Ngoài ra, một số triệu chứng có liên quan tới VA bị sưng phồng như:

Giọng mũi, người nghe có cảm giác người bệnh nói qua mũi.

Đau và khô họng do người bệnh thường phải thở qua miệng.

Ngủ ngáy hay ngưng thở khi ngủ.

Kèm theo có thể là các triệu chứng liên quan tới nhiễm trùng như:

Chảy mũi nước xanh hay đục màu.

Đau họng.

Nổi hạch ở cổ.

Đau tai, viêm tai dai dẳng hay tái lại.

Một vài yếu tố nguy cơ cho sự nhiễm trùng VA là:

Nhiễm trùng họng, đầu, cổ tái đi tái lại.

Nhiễm trùng ở amiđan.

Tiếp xúc với mầm bệnh (vi khuẩn, virus).

Trẻ em là đối tượng dễ mắc bệnh nhất do VA phát triển nhất ở trẻ em. Sau đó, chúng dần nhỏ lại. Tới những năm sau tuổi thiếu niên, VA hầu như không còn thấy nữa và do đó nguy cơ bệnh cũng gần như không còn.

Viêm VA được chẩn đoán và điều trị bởichuyên khoa tai mũi họng.

Các bác sĩ sẽ dựa vào tuổi thường mắc bệnh và các triệu chứng. Đồng thời, các thăm khám sẽ được thực hiện để xác định vị trí nhiễm trùng.

Phết họng được dùng để định danh nguyên nhân khi cần.

Xét nghiệm máu cho thấy sự nhiễm trùng.

Kích thước VA là yếu tố quan trọng để xác định chẩn đoán. Vì chúng không thể thấy khi quan sát bằng mắt nên các bác sĩ cần có công cụ trợ giúp như:

Một tấm gương đặc biệt để quan sát được vòm họng.

Ống nội soi: Là một ống dài, có đèn và camera.

Một phimX quangchụp vùng đầu cổ.

Nhiễm trùng tai: VA nằm cạnh lỗ vòi tai, là một ống dẫn dịch từ tai giữa xuống họng. Do đó khi VA sưng, nó sẽ làm tắc đường dẫn này, làm dịch ứ đọng ở tai. Hậu quả là viêm ở tai giữa, nếu không chữa trị sẽ dẫn tới nghe kém về sau.

Viêm xoang: Xoang là những hốc xương rỗng nằm cạnh mặt, chứa không khí và dẫn lưu dịch vào mũi họng. VA lớn có thể bít đường ra của những khoang này. Dịch sẽ tích tụ ở đây tạo điều kiện cho sự nhiễm trùng.

Nhiễm trùng đường hô hấp: Nếu vi khuẩn hay virus làm nhiễm trùng nặng VA, chúng có thể lan vào đường dẫn khí. Hậu quả là phổi, phế quản và các cấu trúc trong hệ hô hấp bị nhiễm trùng.

Có hai hướng điều trị là nội khoa và ngoại khoa.

Nội khoa là dùng thuốc tùy theo nguyên nhân. Nếu nguyên nhân là vi khuẩn, kháng sinh sẽ được sử dụng. Còn nếu là virus thì thuốc chuyên biệt chống virus là lựa chọn.

Ngoại khoa là lấy VA ra khỏi họng, hay gọi là nạo VA. Cách này được dùng trong những trường hợp:

Điều trị bằng thuốc kháng sinh, kháng virus không hiệu quả.

Tình trạng viêm nhiễm tái đi tái lại.

Gây khó thở, khó nuốt.

Gây mất ngủ, ảnh hưởng tới học tập và sinh hoạt.

VA lớn gây nhiễm trùng tai không đáp ứng kháng sinh.

Ung thư hay u ở VA.

Có bệnh khác cần mổ kèm theo, như là ung thư vòm họng hay cổ.

Người bệnh được gây mê trong quá trình thực hiện. Qua đường họng, bác sĩ có thể tiếp cận VA mà không cần phải rạch da.

VA được bỏ bằng đốt hoặc cắt. Thông thường, toàn bộ quá trình kéo dài không quá 1 giờ đồng hồ. Người bệnh có thể về nhà nếu không có biến chứng. Trẻ em có nguy cơ cao hay vấn đề về hô hấp nên ở lại bệnh viên theo dõi.

Một vài trường hợp, amiđan có thể được lấy bỏ cùng lúc với VA nếu như cả hai đều bị viêm.

Phẫu thuật nạo VA khá an toàn. Ở trẻ không có bệnh kèm theo thì cũng không có nguy cơ nào đáng kể. Tuy nhiên, sau nạo VA có thể gặp một số vấn đề như:

Sốt.

Buồn nôn, nôn.

Đau họng.

Đau tai.

Hơi thở hôi.

Gặp khó khăn khi nuốt.

Sau phẫu thuật mà thấy máu chảy ra từ mũi hoặc miệng, đặc biệt ở trẻ em, thì nên tới gặp bác sĩ ngay để kiểm tra.

Một trường hợp khác là khó thở hay khò khè sau phẫu thuật. Nguyên nhân có thể là vết mổ nạo bị sưng tấy quá mức. Đây cũng là tình trạng cần phải đi khám càng sớm càng tốt.

Trẻ em trải qua nạo VA thường phục hồi sau 1 – 2 tuần. Ba mẹ nên làm những việc sau để giúp trẻ nhanh phục hồi hơn:

Cho trẻ uống nhiều nước.

Ăn thức ăn lỏng nếu trẻ đau họng. Sau vài ngày có thể ăn bình thường.

Cho trẻ nghỉ tại nhà tới khi trẻ ăn uống được, không còn đau và có thể ngủ ngon.

Không đi máy bay trong vòng 2 tuần sau cuộc phẫu thuật.

Viêm VA là một tình trạng thường gặp, hầu hết ở trẻ em. Bệnh gây ra chủ yếu bởi nhiễm vi khuẩn, virus. Triệu chứng liên quan tới tắc nghẽn đường thở. Điều trị bệnh chủ yếu là dùng thuốc kháng sinh, kháng virus và phẫu thuật nạo VA. Tiên lượng bệnh nói chung là tốt. Tuy nhiên, do bệnh chủ yếu gặp ở trẻ em, là đối tượng hệ miễn dịch còn yếu, dễ gặp biến chứng hơn, nên việc đưa trẻ đi khám khi nghi ngờ triệu chứng của viêm VA là rất cần thiết.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-vung-chau/

Nội dung bài viết

Bệnh lý viêm vùng chậu là gì?

Nguyên nhân gây viêm vùng chậu

Ai có nguy cơ bị viêm vùng chậu?

Triệu chứng của viêm vùng chậu

Biến chứng của viêm vùng chậu

Chẩn đoán viêm vùng chậu như thế nào?

Bạn có nên gặp bác sĩ không?

Điều trị viêm vùng chậu

Dự phòng viêm vùng chậu

Các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục không được điều trị đúng cách có thể gây viêm vùng chậu – một tình trạng nghiêm trọng ở phụ nữ. Cứ 1 trong 8 phụ nữ từng bị viêm vùng chậu gặp phải khó khăn trong việc thụ thai. Để phòng ngừa viêm, bạn cần biết cách bảo vệ bản thân. Hãy cùng tìm hiểu về nguyên nhân, cách điều trị cũng phòng ngừa tình trạng này qua bài viết của bác sĩ Hoàng Lê Trung Hiếu bạn nhé.

Viêm vùng chậu (PID – Pelvic Inflammatory Disease) là một tình trạng viêm nhiễm ảnh hưởng đến hệ sinh sản của phụ nữ. Ở một người nữ, hệ sinh sản bao gồm:

Tử cung(hay dạ con) là cơ quan chứa em bé khi bạn mang thai.

Hai buồng trứng, là cơ quan chứa trứng để thụ thai.

Ống dẫn trứng(hay vòi trứng) giúp kết nối buồng trứng và tử cung.

Âm đạolà đường thông nối tử cung đổ ra bên ngoài phần dưới cơ thể.

Tình trạng này có thể gây đau diễn tiến dài (hay còn gọi là mãn tính). Viêm vùng chậu cũng có thể khiến bạn không thể có con, vì viêm vùng chậu tạo ra những sẹo dính trên ống dẫn trứng.

Viêm vùng chậu thường gây ra nhất bởi các viêm nhiễm mắc phải khi quan hệ tình dục. NhiễmChlamydiavà lậu cầu là hai tác nhân viêm nhiễm thường gặp nhất gây nên viêm vùng chậu. Ngoài ra, viêm vi khuẩn cũng có thể đi vào đường sinh sản của bạn khi các hàng rào bảo vệ bình thường ở cổ tử cung bị xáo trộn. Điều này có thể xảy ra khi hành kinh hoặc sau sinh, sau sẩy thai hay nạo phá thai. Hiếm gặp hơn, vi khuẩn có thể xâm nhập vào đường sinh dục khi đặt vòng tránh thai (hay còn gọi là dụng cụ tử cung ngừa thai) hay bất cứ thủ thuật nào có đưa dụng cụ vào buồng tử cung.

Viêm vùng chậu có thể xảy ra ở phụ nữ bất kì lứa tuổi nào. Những chị em dưới 25 tuổi, có hoạt động tình dục thường xuyên có nhiều khả năng mắc viêm vùng chậu hơn. Những phụ nữ có các hành vi sau sẽ dễ bị viêm vùng chậu:

Quan hệ tình dục sớm.

Có nhiều bạn tình (số lượng càng nhiều, nguy cơ càng cao).

Bạn tình có nhiều “đối tác” khác.

Quan hệ tình dục không dùng bao cao su.

Gần đây có đặt dụng cụ tử cung tránh thai (đặt vòng tránh thai).

Có tiền sử từ bị viêm vùng chậu.

Một số nghiên cứu cho thấy rằng những phụ nữ thường xuyên thụt rửa âm đạo có nguy cơ bị viêm vùng chậu cao. Thụt rửa có thể làm cho các vi khuẩn gây viêm vùng chậu dễ dàng phát triển hơn. Hành động này cũng có thể đẩy vi khuẩn từ âm đạo lên cao vào buồng tử cung và ống dẫn trứng. Vì những lý do này, việc thụt rửa âm đạo là không được khuyến cáo.

Viêm vùng chậu có thể chỉ biểu hiện các triệu chứng nhẹ. Một số phụ nữ thậm chí còn không gặp phải bất kì triệu chứng nào. Chính vì vậy, bạn có thể không hề nhận ra mình có viêm vùng chậu cho đến khi bạn gặp khó khăn trong việc mang thai (hiếm muộn) hay khi bạn bắt đầu có những cơn đau vùng chậu kéo dài.

Triệu chứng chính thường gặp là đau bụng vùng dưới rốn. Ở một số phụ nữ, các cơn đau này trở nên nặng hơn khi giao hợp.

Các triệu chứng được liệt kê sau đây là các triệu chứng thường thấy nhất của viêm vùng chậu:

Sốt.

Lạnh run.

Ra dịch vùng kín bất thường hoặc ra dịch nhiều, có thể kèm theo mùi khó chịu.

Ra máu âm đạo bất thường, đặc biệt trong hoặc sau khi quan hệ, hoặc ra huyết giữa kì kinh.

Đau khi khám phụ khoa.

Đi tiểu khó, buồn tiểu nhiều lần, tiểu đau.

Cần hiểu rằng, có một trong các triệu chứng trên không có nghĩa là bạn bị viêm vùng chậu. Đó cũng có thể là dấu hiệu của các vấn đề nghiêm trọng khác, như viêm ruột thừa hay thai ngoài tử cung. Nếu có bất kì các dấu hiệu kể trên, bạn nên đến gặp bác sĩ để được thăm khám.

Hiếm muộn.Bạn có thể khá vất vả trong việc thụ thai vì viêm vùng chậu có thể gây nên các sẹo dính trên ống dẫn trứng. Ống dẫn trứng là con đường thông nối giữa buồng trứng và tử cung, là nơi tinh trùng gặp trứng để thụ thai. Nếu con đường này bị sẹo dính có thể ngăn cản tinh trùng gặp trứng, khiến quá trình thụ tinh không thể xảy ra.

Thai ngoài tử cung.Nếu bạn mang thai, bạn sẽ có nguy cơ cao hơn mức trung bình gặp phảithai ngoài tử cung. Bình thường thai sẽ làm tổ và lớn lên trong buồng tử cung. Viêm vùng chậu không điều trị có thể tạo các sẹo trên ống dẫn trứng ngăn cản trứng đã thụ tinh đi vào buồng tử cung. Thay vào đó, thai sẽ làm tổ và bám trên ống dẫn trứng. Khi làm tổ tại đây, thai sẽ không phát triển đúng cách, có thể vỡ gây xuất huyết ổ bụng và gây nguy hiểm đến tính mạng mẹ.

Đau vùng chậu mạn tính.Bệnh lý viêm vùng chậu có thể gây nên các cơn đau kéo dài nhiều tháng, nhiều năm. Các sẹo trên ống dẫn trứng và dính nặng các cơ quan trong vùng chậu có thể gây đau khi quan hệ và khi rụng trứng.

Áp-xe phần phụ.Áp-xe phần phụ là một ổ mủ hình thành trên đường sinh sản của bạn như trên ống dẫn trứng, trên buồng trứng. Ngoài ra ổ mũ có thể xuất hiện trong tử cung và các cơ quan vùng chậu khác. Nếu áp-xe không được điều trị đúng cách, bạn có thể bị nhiễm trùng nặng (như nhiễm trùng huyết) gây nguy hiểm đến tính mạng.

Không có một xét nghiệm duy nhất nào có thể cho thấy bạn có hoặc không bị viêm vùng chậu. Nhưng kết hợp thăm khám và một số xét nghiệm có thể giúp bác sĩ tìm ra các nguyên nhân có thể gây nên vấn đề của bạn.

Đầu tiên, bác sĩ sẽ tiến hành thăm khám vùng chậu để tìm các dấu hiệu của viêm hay nhiễm trùng. Sau đó, bác sĩ có thể sẽ chỉ định cho bạn làm thêm xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm máu hay huyết trắng (khí hư) để tìm các dấu hiệu viêm nhiễm hay các bất thường khác. Ngoài ra, tuỳ thuộc vào tình trạng của bạn, bạn có thể cần phải thực hiện một số xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh khác như siêu âm. Siêu âm là một phương pháp tái dựng lại hình ảnh các cơ quan trong cơ thể lên màn hình số. Siêu âm không gây đau.

Có. Nếu bạn nghĩ bạn có thể bị viêm vùng chậu, việc chẩn đoán và bắt đầu điều trị ngay là vô cùng cần thiết. Cần phải đi thăm khám ngay nếu bạn gặp phải:

Cơn đau dữ dội vùng bụng dưới.

Buồn nôn, nôn ói bất cứ thứ gì.

Sốt cao.

Ra huyết trắng (khí hư) hôi.

Bạn càng trì hoãn điều trị thì càng dễ gặp phải các hậu quả lâu dài về sau trên khả năng sinh sản.

Các tác nhân gây viêm vùng chậu như lậu nếu không được điều trị còn có thể gây viêm khớp và tăng nguy cơ nhiễm HIV.

Viêm vùng chậu có thể được điều trị với kháng sinh. Kháng sinh điều trị viêm vùng chậu có nhiều loại cũng như nhiều nhiều đường dùng. Và không phải tất cả mọi người đều dùng thuốc như nhau. Một số người phải dùng thêm thuốc đường tiêm bên cạnh thuốc viên. Một số người phải nhập viện điều trị với kháng sinh truyền tĩnh mạch trước (trong nhiều giờ liên tục) và sau đó được cho thuốc viên uống về nhà. Bác sĩ sẽ quyết định phương pháp điều trị phù hợp nhất với bạn.

Việc tuân thủ dùng đúng các thuốc được kê toa là vô cùng quan trọng, ngay cả khi bạn đã cảm thấy khoẻ trước khi uống hết thuốc theo toa. Nếu bạn dùng thuốc không đủ liều và thời gian đã được chỉ định, viêm nhiễm có thể tái phát.

Ngoài ra, dùng thuốc kháng sinh không đúng cách còn khiến bạn tăng nguy cơ gặp phải vi khuẩn kháng kháng sinh về sau. Các vi khuẩn kháng kháng sinh không thể bị tiêu diệt bởi các loại kháng sinh thông thường, muốn điều trị phải dùng các kháng sinh cực mạnh và có thể gây tác dụng phụ cho cơ thể.

Những “đối tác” quan hệ gần đây của bạn cũng cần được khám và điều trị. Các đối tượng này gồm những cá nhân bạn đã gần gũi trong vòng 2-3 tháng trước khi các triệu chứng của bạn bắt đầu xuất hiện. Các cá nhân này có thể cũng bị nhiễm mà không hề có biểu hiện triệu chứng nào. Nếu đối tác của bạn không được điều trị, họ có thể khiến bạn bị viêm nhiễm trở lại.

Vì viêm vùng chậu đa số thường gây ra bởi vi khuẩn mắc phải khi quan hệ tình dục, bạn có thể giảm thiểu nguy cơ bị viêm vùng chậu bằng cách:

Quan hệ tình dục an toàn.Luôn dùng bao cao su mỗi khi quan hệ, giới hạn số lượng bạn tình và nên tìm hiểu về các triệu chứng của viêm nhiễm của đối tác trước khi “hành sự”.

Thảo luận với bác sĩ về biện pháp ngừa thai.Nhiều biện pháp ngừa thai không giúp dự phòng khỏi viêm vùng chậu. Sử dụng các biện pháp tránh thai rào chắn như bao cao su, sẽ giúp giảm thiểu nguy cơ. Kể cả khi bạn đang dùng thuốc viên ngừa thai hàng ngày, hãy sử dụng thêm bao cao su khi giao hợp với các đối tác mới để phòng ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Đi kiểm tra định kỳ.Nếu bạn nghĩ mình có nguy cơ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, hãy đặt lịch khám với bác sĩ sản phụ khoa để kiểm tra. Điều trị STD sớm giúp bạn có cơ hội tốt hơn để phòng tránh STD.

Yêu cầu bạn tình đi kiểm tra.Nếu bạn bị viêm vùng chậu hay STD, hãy khuyên bạn tình đi kiểm tra và điều trị. Hành động này sẽ giúp giảm lây lan STD và giảm tái phát viêm vùng chậu.

Không thụt rửa âm đạo.Bình thường, hệ vi khuẩn bên trong âm đạo giúp tạo một hàng rào sinh học bảo vệ cho bạn. Thụt rửa nhiều làm xáo trộn cân bằng của hệ vi khuẩn có lợi này. Bạn chỉ nên rửa bên ngoài và giữ khô thoáng vùng kín.

Viêm vùng chậuthường được gây ra bởi các tác nhân lây truyền qua đường tình dục. Căn bệnh này không phải lúc nào cũng có triệu chứng rõ ràng. Vì vậy thường ít được phát hiện sớm và điều trị. Tuy nhiên, hậu quả của căn bệnh này vô cùng khó lường, về lâu dài có thể gây hiếm muộn- vô sinh.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/viem-xoang-man-nguyen-nhan-trieu-chung-va-phuong-phap-dieu-tri/

Nội dung bài viết

1. Tổng quan

2. Các triệu chứng viêm xoang mạn

3. Nguyên nhân

4. Các phương pháp điều trị

5. Biện pháp khắc phục tại nhà

6. Các biến chứng

7. Phòng ngừa

8. Tiên lượng

Viêm xoang mãn tính là khi các mô bên trong xoang bị viêm và tắc nghẽn trong một thời gian dài do sưng tấy và tích tụ chất nhầy. Viêm xoang cấp tính chỉ diễn ra trong thời gian ngắn (thường là một tuần), nhưng viêm xoang mãn tính có thể kéo dài hàng tháng. Viêm xoang được coi là mãn tính khi triệu chứng kéo dài sau ít nhất 12 tuần. Viêm xoang cấp tính thường do cảm lạnh, nhưng viêm xoang mãn tính có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau.

Viêm xoang mãn tính là tình trạng các xoang bị viêm nhiễm lâu ngày. Xoang là khoảng không phía sau xương của mặt. Thông thường, các xoang thoát qua các lỗ nhỏ vào bên trong mũi. Bất cứ thứ gì cản trở dòng chảy thoát ra này có thể gây tích tụ chất nhầy, và đôi khi là mủ trong xoang. Việc thoát dịch từ xoang có thể bị tắc nghẽn do bất thường về cấu trúc của mũi, nhiễm trùng hoặc sưng mô do dị ứng. Sự tích tụ của chất nhờn dẫn đến tăng áp lực xoang và gây đau vùng mặt.

Ở người lớn, viêm xoang mãn tính thường liên quan đến sưng mũi do dị ứng, đặc biệt là dị ứng với bụi hít phải, nấm mốc, phấn hoa hoặc bào tử của nấm. Những dị ứng này kích hoạt giải phóng histamine và các chất hóa học khác làm cho niêm mạc bên trong mũi sưng lên và làm tắc nghẽn hệ thống thoát nước của xoang.

Polyp, khối u trong mũi và gãy xương mũi có thể làm tắc nghẽn đường thoát của xoang dẫn đến viêm xoang mãn tính. Viêm xoang mãn tính cũng có thể gặp ở những người có xoang và đường mũi bị hẹp bất thường về cấu trúc. Những người bị hen suyễn, xơ nang hoặc các vấn đề về hệ thống miễn dịch phát triển bệnh viêm xoang mãn tính thường xuyên hơn những người khác.

Triệu chứng phổ biến nhất là áp lực đau ở các phần trên của khuôn mặt, đặc biệt là ở trán, sau mũi, giữa hoặc sau mắt, hoặc má. Đôi khi, cơn đau xoang có thể cảm thấy giống như đau răng. Các triệu chứng khác bao gồm nghẹt mũi, chảy nước mũi nhiều hơn vào ban đêm và hơi thở có mùi hôi mà không liên quan đến các vấn đề răng miệng.

Sốt và chảy nước mũi đặc, đổi màu là dấu hiệu của viêm xoang cấp tính, một bệnh nhiễm trùng xoang ngắn hạn thường do vi rút hoặc vi khuẩn gây ra. Các triệu chứng tương tự có thể có trong viêm xoang mãn tính.

Bạn cũng cần phải có ít nhất hai trong số các triệu chứng sau để được chẩn đoán là mãn tính:

Khó ngửi hoặc nếm thức ăn và đồ uống

Chất nhầy màu vàng hoặc xanh lục chảy ra từ mũi của bạn

Chất nhầy khô hoặc cứng chặn đường mũi của bạn

Đau hoặc khó chịu ở mặt, đặc biệt là ở vùng mắt, trán và má

Chất nhầy rò rỉ xuống phía sau cổ họng của bạn (nhỏ giọt sau mũi)

Các triệu chứng phổ biến khác của viêm xoang mãn tính bao gồm:

Nhức đầu do áp lực và sưng tấy trong xoang

Đau trong tai của bạn

Đau họng, hàm và răng

Cảm thấy chóng mặt

Ho nặng hơn vào ban đêm

Hôi miệng

Sau đây là những nguyên nhân phổ biến nhất gây viêm xoang mãn tính:

Dị ứng, đặc biệt dị ứng với môi trường (chẳng hạn như phấn hoa hoặc hóa chất). Những chất này có thể khiến đường mũi của bạn bị viêm.

Sự phát triển mô được gọi là polyp bên trong mũi của bạn. Polyp mũi có thể khiến bạn khó thở bằng mũi và làm tắc các xoang.

Một bức tường mô không đồng đều giữa hai lỗ mũi của bạn. Đây được gọi là vách ngăn lệch và nó có thể hạn chế luồng không khí lưu thông trong một hoặc cả hai lỗ mũi của bạn.

Nhiễm trùng mũi, khí quản hoặc phổi do vi rút hoặc vi khuẩn (bao gồm cả cảm lạnh). Chúng có thể khiến mũi của bạn bị viêm và khiến chất nhầy khó thoát ra khỏi mũi.

Các tình trạng sức khỏe khác cũng có thể gây ra viêm xoang mãn tính, bao gồm:

Hen suyễn, một tình trạng gây viêm mãn tính trong đường hô hấp của bạn

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD), một bệnh về đường tiêu hóa.

HIV, một loại vi rút có thể làm suy yếu hệ thống miễn dịch của bạn

Xơ nang, một tình trạng trong đó chất nhầy trong cơ thể bạn tích tụ và thường gây ra nhiễm trùng do vi khuẩn.

Có nhiều phương pháp điều trị cho bệnh viêm xoang mãn tính. Một số phương pháp bạn có thể làm tại nhà để giảm đau trong thời gian ngắn. Những cách khác sẽ giúp điều trị nguyên nhân cơ bản gây ra bệnh viêm xoang.

Thuốc giảm đau không kê đơn có thể giúp giảm đau do nhức đầu hoặc áp lực do sưng. Chúng bao gồm ibuprofen hoặc acetaminophen. Thuốc xịt mũi có corticosteroid cũng giúp kháng viêm. Điều này sẽ giúp bạn thở tốt hơn nếu chúng chặn đường mũi của bạn.

Nếu viêm xoang của bạn là do nhiễm trùng, bác sĩ có thể kê đơn thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm trùng và làm giảm một số triệu chứng. Nhiễm trùng nặng dẫn đến viêm xoang có thể cần điều trị kháng sinh để ngăn ngừa biến chứng.

Bởi vì viêm xoang mãn tính thường là do viêm liên quan đến dị ứng. Bạn cần xác định, điều trị và ngăn ngừa chất gây dị ứng. Điều này sẽ giúp thuyên giảm viêm xoang tái phát. Thuốc trị dị ứng bao gồm thuốc kháng histamine, thuốc ức chế leukotriene và thuốc chống viêm.

Nếu viêm xoang mãn tính của bạn là do dị ứng, bác sĩ có thể giới thiệu bạn đến một chuyên gia về dị ứng. Bác sĩ chuyên khoa dị ứng có thể tiến hành các xét nghiệm để tìm ra các chất bạn bị dị ứng. Sau đó, họ có thể tiêm phòng dị ứng thường xuyên cho bạn để cơ thể bạn dần miễn dịch với những chất gây dị ứng đó.

Chích ngừa dị ứng có thể không có hiệu lực cho đến vài năm sau khi bắt đầu điều trị, nhưng chúng có thể giúp làm giảm đáng kể các triệu chứng dị ứng về lâu dài.

Thuốc xịt mũi corticosteroid cũng có thể làm giảm sưng mũi và viêm xoang. Nếu những loại thuốc xịt này không có tác dụng, bạn có thể cần dùng steroid đường uống, chẳng hạn như prednisone. Bạn có thể cần dùng thuốc kháng sinh cùng với corticosteroid đường mũi hoặc đường uống.

Nếu các triệu chứng khó kiểm soát chỉ bằng thuốc, bạn có thể cần đến gặp bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng. Bác sĩ có thể xác định xem bạn có cần dẫn lưu xoang hay cần phẫu thuật nội soi để mở rộng lỗ thông xoang. Phẫu thuật nội soi sử dụng ống soi và dụng cụ nhỏ qua đường mũi để vào xoang. Nếu hạn chế được sự tắc nghẽn của lỗ mở xoang, thì việc nong bằng bóng ở khu vực này có thể giải quyết được vấn đề và tránh phải phẫu thuật.

Polyp mũi và các khối cấu trúc khác cũng có thể được loại bỏ bằng phẫu thuật nội soi xoang. Ngay cả một vách ngăn bị lệch cũng có thể được sửa chữa bằng phẫu thuật nội soi.

Sử dụng dung dịch nước muối để làm sạch và bôi trơn đường mũi của bạn. Điều này giúp chất nhầy thoát ra dễ dàng hơn. Giải pháp này cũng có thể làm giảm sưng tấy. Hít hơi nước nóng hoặc sử dụng máy tạo độ ẩm để giúp thoát chất nhầy và giảm viêm.

Nếu không được điều trị, viêm xoang mãn tính có thể gây khó thở, khiến bạn không nhận đủ oxy vào cơ thể. Viêm xoang mãn tính lâu dài cũng có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng khác, bao gồm:

Mất vĩnh viễn khả năng ngửi do tổn thương dây thần kinh khứu giác vốn giúp bạn ngửi.

Mất thị lực nếu nhiễm trùng lan đến mắt của bạn.

Viêm màng não và tủy sống của bạn.

Nhiễm trùng lan sang da hoặc xương của bạn.

Nếu bạn bị viêm xoang mãn tính, hãy tránh hút thuốc lá và tiếp xúc với khói thuốc. Bạn cũng nên tránh ở lâu ngoài trời khi có nhiều chất gây ô nhiễm hoặc chất gây dị ứng trong không khí. Trong nhà, sử dụng máy điều hòa không khí và máy tạo ẩm đôi khi có thể giúp ngăn ngừa các triệu chứng của viêm xoang mãn tính.

Nếu bạn bị dị ứng, bạn có thể giúp ngăn ngừa các đợt viêm xoang bằng cách xác định và tránh các tác nhân gây bệnh cũng như dùng thuốc thích hợp theo chỉ dẫn. Một số biện pháp có thể được thực hiện tại nhà để loại bỏ các chất gây dị ứng trong không khí trong nhà gây ra các vấn đề về xoang. Dưới đây là một số điều bạn có thể làm:

Khi đang di chuyển trên ô tô, hãy đóng các lỗ thông hơi bên ngoài và bật điều hòa nhiệt độ. Một số xe đời mới có thể được trang bị hệ thống lọc không khí hiệu quả cao.

Giảm thiểu các hoạt động tiếp xúc nhiều với phấn hoa, chẳng hạn như cắt cỏ và thổi lá.

Hít hơi và rửa mũi bằng dung dịch nước muối thường xuyên cũng có thể giúp tránh các triệu chứng.

Đảm bảo rằng bạn uống đủ nước.

Tránh nhiễm trùng đường hô hấp trên. Hạn chế tiếp xúc với những người bị cảm lạnh.

Thường xuyên rửa tay bằng xà phòng và nước, đặc biệt là trước bữa ăn.

Tránh khói thuốc lá và không khí ô nhiễm. Khói thuốc lá và các chất gây ô nhiễm không khí có thể gây kích ứng và làm viêm phổi cũng như đường mũi của bạn.

Sử dụng máy tạo độ ẩm. Nếu không khí trong nhà của bạn khô, việc bổ sung độ ẩm cho không khí có thể giúp ngăn ngừa viêm xoang. Đảm bảo giữ cho máy tạo ẩm sạch sẽ và không bị nấm mốc bằng cách vệ sinh thường xuyên và kỹ lưỡng.

Tiên lượng cho viêm xoang mãn tính phụ thuộc vào nguyên nhân của nó. Thường thì cần dùng thuốc để giảm viêm hoặc khắc phục sự tắc nghẽn. Trong nhiều trường hợp, tình trạng viêm phải được quản lý bằng thuốc trong thời gian dài để ngăn ngừa tái phát.

Thông thường các nguyên nhân gây ra viêm xoang mãn tính không được điều trị khỏi hoàn toàn. Bạn có thể cần điều trị lâu dài để giúp các triệu chứng của viêm xoang không làm gián đoạn cuộc sống hàng ngày của bạn. Trên đây là một số phương pháp điều trị tại nhà có thể giúp giảm các triệu chứng của bạn. Nhưng bạn có thể cần dùng thuốc và điều trị lâu dài để ngăn các triệu chứng tái phát. Với bài viết trên, bác sĩ Youmed hy vọng đã đem đến cho bạn một số kiến thức cần thiết để bạn hiểu rõ hơn về bệnh lý viêm xoang mạn tính này.

Bác sĩ Hoàng Thị Việt Trinh

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-viem-xung-huyet-da-day-la-gi/

Nội dung bài viết

Viêm xung huyết hang vị dạ dày là gì?

Nguyên nhân viêm xung huyết hang vị dạ dày

Triệu chứng bệnh viêm xung huyết dạ dày

Chẩn đoán

Bệnh viêm xung huyết hang vị dạ dày có nguy hiểm không?

Điều trị viêm xung huyết hang vị dạ dày

Cách phòng bệnh

Viêm xung huyết dạ dày là bệnh khá phổ biến ở nước ta. Bởi nó xảy ra ở mọi lứa tuổi, mọi nơi không phân biệt giới tính. Bệnh không nguy hiểm nếu phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Tuy nhiên, nếu kéo dài bệnh dễ chuyển sang mạn tính và gây các biến chứng khôn lường. Mời bạn cùng tìm hiểu về bệnh viêm xung huyết dạ dày thông qua bài viết sau đây do Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên biên soạn nhé.

Hang vị là vị trí nằm gần cuối dạ dày. Nơi đây giữ nhiệm vụ quan trọng của hệ thống tiêu hóa. Tuy nhiên, đây cũng là nơi thường nhiễm khuẩn nhất so với vị trí khác của dạ dày.

Viêm xung huyết hang vị dạ dày là tình trạng vùnghang vị bị viêm, làm các mạch máu giãn nở xung huyết vùng niêm mạc dạ dày.

Bệnh được gây ra bởi nhiều nguyên nhân:

Nhiễm khuẩn: nhiễm vi khuẩnHelicobacter pylori. Đây là vi khuẩn làm mất chức năng chống axit của niêm mạc. Vi khuẩn này chui vào lớp nhầy và tiết chất gây hại cho dạ dày.

Sử dụng thuốc giảm đau, kháng sinh thường xuyên: khi dùng thuốc giảm đau thường xuyên hay quá mức thì cơ thể có thể sẽ ngừng tổng hợp protaglandin. Đây là chất quan trọng để chống lại vi khuẩn có hại trong dạ dày.

Ăn quá no hay để bụng đói, nhịn ăn: việc không dùng bữa vì bận công việc hay giảm cân đều có thể gây viêm loét dạ dày. Xuất hiện các cơn đau kéo dài từ 1h – 2h. Song song, nếu ăn quá no cũng gây hậu quả khôn lường.

Uống rượu, bia quá mức: Thức uống có cồn làm kích ứng và xói mòn niêm mạc dạ dày. Tăng cơ hội cho dịch tiêu hóa làm tổn thương.

Căng thẳng: tình trạng căng thẳng về thể chất cũng là nguyên nhân gây viêm dạ dày.

Tuổi tác: Người càng lớn tuổi, lớp niêm mạc dạ dày có xu hướng mỏng đi. Nguy cơ nhiễm H. pylori và rối loạn miễn dịch cũng cao hơn người trẻ.

Vấn đề sức khỏe khác: mắc các bệnh lý nhưHIV/AIDS, nhiễm ký sinh trùng,… tăng nguy cơ viêm dạ dày.

Triệu chứng bệnh thường không rõ ràng  và tùy vào mức độ viêm. Các dấu hiệu thường xuất hiện của bệnh:

Đau vùng thượng vị (vùng trên rốn): đây là triệu chứng thường gặp nhất. Cơn đau xuất hiện âm ỉ hoặc dữ dội. Bệnh càng nặng thì mức độ đau và tần suất càng tăng.

Ănkhó tiêu, cảm giác nặng bụng: thức ăn lâu được phân hủy gây cảm giác khó chịu trong bụng.

Buồn nôn,ói mửa: thức ăn không được tiêu hóa hết cùng với dịch dạ dày gây trào ngược lên thực quản tao cảm giác buồn nôn hay nôn (nhất là sau khi ăn).

Ợ hơi, ợ chua: thức ăn đọng lâu trong dạ dày sinh ra nhiều khí. Nó cũng kích thích tiết nhiều axit hơn khiến người bệnh ợ hơi, ợ chua.

Sụt cân: bệnh kéo dài dẫn đến kém hấp thu chất dinh dưỡng khiến người bệnh giảm cân.

Sốt: viêm dạ dày do nhiễm khuẩn thì triệu chứng sốt cũng có thể xảy ra.

Ói ra máu hay đi ngoài phân đen: nếu tình trạng viêm loét dạ dày nặng, hiện tượng này có thể xuất hiện. Do thành mạch máu bị tổn thương khiến máu có thể ói ra ngoài qua ống tiêu hóa. Kèm với việc trộn lẫn thức ăn khiến phân đen và hôi bất thường.

Chẩn đoán bệnh viêm xung huyết hang vị dạ dày, bác sĩ có thể dựa vào:

Khám sức khỏe bệnh nhân

Triệu chứng bệnh hiện tại và tiền sử bệnh

Kiểm tra sự hiện diện của H. pylori bằng xét nghiệm máu, hơi thở hay phân.

Chụp X-quang có sử dụng thuốc cản quang: phương pháp này có thể sử dụng. Tuy nhiên, nó không đánh giá mức độ nặng hay nhẹ của bệnh.

Nội soi dạ dày: đây là tiêu chuẩn vàng trong việc đánh giá và chẩn đoán bệnh.

Phương pháp huyết thanh miễn dịch: tìm kháng thể kháng vi khuẩn H. pylori trong máu.

Ngoài ra, bác sĩ cũng có thể làm thêm các phương pháp khác nếu cần:

Đánh giá chức năng thận, gan

Kiểm tra bệnhthiếu máu,…

Bệnh xung huyết dạ dày là một bệnh phổ biến hiện nay do sự chủ quan của người bệnh với những phương pháp điều trị không hợp lý. Bệnh kéo dài lâu ngày có thể gây ra:

Ảnh hưởng đến tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Do những cơ đau xuất hiện từ âm ỉ đến rầm rộ.

Thậm chí gây loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, thủng dạ dày.

Đặc biệt, bệnh còn tăng nguy cơ ung thư dạ dày, nhất là tác nhân vi khuẩn HP.

Nhưng bạn có biết, nếu bệnh được điều trị sớm và đúng cách thì bệnh sẽ không trở nên nguy hiểm. Chính vì vậy, khi phát hiện dấu hiệu nghi ngờ bệnh nên đi khám để phát hiện sớm bệnh cần đến bác sĩ ngay. Từ đó, bác sĩ sẽ giúp bạn tìm căn nguyên mà có phác đồ điều trị bệnh hợp lý và hiệu quả.

Thăm khám kỹ lượng để đánh giá tình trạng bệnh chính xác.

Nếu nguyên nhân là HP cần phải sử dụng kháng sinh diệt HP.

Sử dụng thuốc để giảm tiết acid.

Trong quá trình điều trị bằng thuốc cần kết hợp với chế độ sinh hoạt, ăn uống hợp lý.

Người bệnh điều trị tích cực theo chỉ định của bác sĩ, uống đúng liều, tránh bỏ thuốc.

Cần tái khám sau khi kết thúc đợt điều trị.

Thuốc trung hòa acid: phosphalugel, gastropulgit,…

Thuốc ức chế thụ thể H2 của histamin: giúp kìm hãm sự tạo thành acid HCl. Có thể kể đến các thuốc: Cimetidin, ranitidin…

Thuốc ức chế bơm proton thuốc có tác dụng ức chế tế bào viền tiết HCl: lansoprazol, omeprazol,…

Thuốc tác động lên hệ thần kinh trung ương: giúp giảm đau, an thần như diazepam,…

Thuốc diệt vi khuẩn HP khi có HP dương tính: Amoxicillin, metronidazol, clarithromycin,…

Bên cạnh việc điều trị bằng thuốc, thay đổi thói quen sinh hoạt cũng vô cùng quan trọng để điều trị viêm xung huyết hang vị dạ dày.

Chế độ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng.

Ăn đúng giờ, không bỏ bữa, không nhịn đói.

Ăn đủ, tránh ăn quá no.

Hạn chế ăn khuya.

Nếu bị khó tiêu, bạn có thể chia bữa ăn thành nhiều bữa nhỏ để giảm bớt tác động của axit dạ dày.

Tránh ăn thực phẩm gây kích thích dạ dày: đồ cay nóng, đồ chiên nhiều dầu mỡ hay chất béo.

Hạn chế rượu, bia, thức uống có cồn gây kích thích niêm mạc

Duy trì đồng hồ sinh học hợp lý: Ngủ đủ giấc, đúng giờ và tránh thức khuya. Nên nghỉ ngơi điều độ, tránh tình trạng cơ thể kiệt sức.

Hạn chế căng thẳng: Tình trạng lo lắng, áp lực làm bệnh viêm dạ dày càng thêm trầm trọng, nặng có thể gây xuất huyết, viêm loét.

Vệ sinh thân thể và môi trường: giúp giảm nguy cư tác nhân gây bệnh từ bên ngoài và các biến chứng phát sinh.

Kiểm soát cảm xúc: cảm xúc thay đổi thất thường (quá vui hay quá buồn) cũng là cơ hội viêm dạ dày tái phát.

Nâng cao sức khỏe: tập luyện những bài tập vận động nhẹ nhàng như đi bộ, yoga, ngồi thiền,… giúp tăng cường sức khỏe.

Xây dựng chế độ ăn hợp lý: bổ sung các vitamin và khoáng chất khác. Nên sử dụng các thức ăn dễ tiêu, ít dầu mỡ, cay, nóng.

Không ăn quá nhanh, tránh vừa ăn vừa làm việc hay chú ý ti vi. Khi ăn nên nhai kĩ thức ăn.

Hạn chế các chất kích thích: rượu, bia, thuốc lá, nước có gas,…

Không nên ăn quá no, hạn chế ăn đêm, tránh vận động ngay sau khi ăn,…

Ăn đúng thời gian, không bỏ bữa hay nhịn đói lâu.

Thường xuyên tập thể dục hằng ngày với những động tác đơn giản: đi bộ, ngồi thiền,yoga,…

Khi có dấu hiệu bất thường của bệnh nên đến thăm khám ở các cơ sở y tế để được tư vấn và chăm sóc kịp thời.

Trên đây là bài viết giới thiệu về tình trạng bệnhviêm xung huyết hang vị dạ dày. Nếu bạn phát hiện được dấu hiệu nào của bệnh cần đến các cơ sở y tế để được chăm sóc, điều trị hiệu quả. Ngoài ra, bạn hãy lập kế hoạch sinh hoạt, ăn uống khoa học để bệnh tiến triển tốt hơn.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-vay-phan-hong-co-nguy-hiem-khong/

Nội dung bài viết

Những thông tin chung về bệnh vảy phấn hồng

Nguyên nhân của bệnh vảy phấn hồng

Những yếu tố thuận lợi của bệnh vảy phấn hồng

Các triệu chứng của bệnh vảy phấn hồng

Làm thế nào để chẩn đoán bệnh vảy phấn hồng?

Điều trị bệnh vảy phấn hồng

Các bệnh khác cần phân biệt với bệnh vảy phấn hồng

Bệnh vảy phấn hồng có thể có những biến chứng gì?

Khi nào bạn nên đến gặp bác sĩ

Bệnh vảy phấn hồng là bệnh ngoài da thường gặp ở trẻ em và lứa tuổi thanh niên. vảy phấn hồng là bệnh có tính chất lành tính và tự giới hạn. Tuy nhiên, bệnh có thể khiến bạn cảm thấy khó chịu và gặp khó khăn trong sinh hoạt đời thường. Do đó, việc nắm được những thông tin về bệnh lý và được các chuyên gia y khoa tư vấn sẽ giúp bạn yên tâm. Các triệu chứng khó chịu của bạn cũng sẽ được giảm nhẹ hơn.

Vảy phấn hồng là bệnh da lành tính, tự giới hạn, thường gặp, được mô tả đầu tiên vào năm 1860. Người bệnh có thể nhận biết bệnh vảy phấn hồng là một bệnh lí phát ban. vảy phấn hồng hiếm gặp ở trẻ dưới 2 tuổi và người hơn 65 tuổi. Bệnh thường gặp ở trẻ em và lứa tuổi thanh thiếu niên với độ tuổi trung bình từ 10 -35 tuổi, trong đó đa phần là nữ.

Khởi phát bằng một mảng hồng ban báo trước có dạng hình tròn hoặc hình bầu dục. Tổn thương thường bắt đầu ở vùng ngực, bụng hoặc lưng và sau đó lan rộng khắp người.

Vảy phấn hồng thường xảy ra vào mùa thu và xuân ở vùng khí hậu ôn đới. Tuy nhiên, bệnh cũng có thể xảy ra vào mùa hè ở một vùng khác.

Hiện nay, nguyên nhân của bệnh vảy phấn hồng chưa được biết rõ.

Nguyên nhân của bệnh hiện chưa được biết rõ. Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy bệnh phát triển trên người có những yếu tố thuận lợi sau:

vảy phấn hồng được xem như là một phát ban do virus. Nhiều nghiên cứu cho thấy vảy phấn hồng có liên quan đến nhiễm trùng hô hấp trên . Và một số loại virus có liên quan đến bệnh như human herpes virus (human herpes type 6,7), parvovirus. Tỷ lệ mắc bệnh cũng cao hơn ở những người suy giảm miễn dịch.

Bệnh vảy phấn hồng cũng có liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn. Các vi khuẩn Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophila và Mycoplasma pneumoniae cũng được xem là tác nhân truyền nhiễm có liên quan.

Một số loại thuốc có khả năng gây phát ban giống vảy phấn hồng như: captopril, bismuth, barbiturates…

Thể tạng, bệnh vảy phấn hồng thường gặp ở người bịviêm da tiết bã,mụn trứng cá,mặc quần áo mới.

Hình thái phát bệnh của vảy phấn hồng có hai dạng:

Các triệu chứng thường gặp:

Có thể khởi đầu bằng triệu chứng của nhiễm siêu vi như mệt mỏi, chán ăn, sốt…

Sang thương da khởi đầu:mảng báo trước (herald patch) gặp trong 80% trường hợp, màu hồng, có vẩy, hình tròn hoặc bầu dục, giới hạn rõ, đường kính từ 2-10 cm.

Phát ban toàn thân:Xuất hiện sau mảng báo trước, có thể xảy ra từ vài giờ đến 2 tháng. Các phát ban nhỏ, nhiều, hình dạng giống mảng báo trước. Chúng tập trung theo đường cong trên da, tạo hình ảnh cây thông. Hoặc sang thương da có thể là các sẩn đỏ, không vẩy. Tổn thương thường bắt đầu ở vùng ngực, bụng hoặc lưng và sau đó lan rộng lên cổ, cánh tay và đùi.

Ngứa:xảy ra ở 75% người bệnh trong đó 25% ngứa nhiều.

Cũng có khoảng 20% người mắc vảy phấn hồng không có biểu hiện giống như vậy. Đây gọi là dạng không điển hình. Các dạng này có thể là những thay đổi về hình thái sang thương hay thay đổi vị trí sang thương:

Hình thái không điển hình:ví dụ như sẩn (mụn nhỏ),mụn nước (bóng nước), mảngmề đay(giống như vết thương), ban xuất huyết (vết bầm), tổn thương hình bia (giống hồng ban đa dạng).

Kích thước lớn hoặc mảng hợp lưu.

Sự phân bố bất thường của các tổn thương da. Ví dụ như một mô hình nghịch đảo, với sự phân bố tập trung ở nếp gấp da (nách và háng). Hoặc cũng có thể có sự phân bố ở các chi nhiều hơn so với thân.

Sự phân bố sang thương ở niêm mạc ví dụ loét miệng.

Nhiều mảng báo trước hoặc không có mảng báo trước.

Ngứa dữ dội.

Bệnh kéo dài hoặc nhiều đợt tái phát.

Trong phần lớn trường hợp, bác sĩ có thể đưa ra chẩn đoán xác định dựa trên khai thác diễn tiến bệnh và quan sát sang thương trên da. Đôi khi trong một số trường hợp, bạn sẽ được chỉ định làm thêm cạo sang thương da để xét nghiệm. Xét nghiệm này được thực hiện để loại trừ các chẩn đoán phân biệt, khi bác sĩ có nghi ngờ.

Trong hầu hết các trường hợp, vảy phấn hồng thường tự khỏi trong 12 tuần. Nếu sau đó phát ban không biến mất hoặc nếu ngứa gây khó chịu, hãy nói chuyện với bác sĩ về các phương pháp điều trị có thể giúp ích. Tình trạng sẽ hết mà không để lại sẹo và thường không tái phát.

Các điều trị hỗ trợ bao gồm:

Nếu các biện pháp khắc phục tại nhà không làm giảm các triệu chứng hoặc rút ngắn thời gian bị bệnh, bác sĩ có thể kê đơn thuốc bao gồm:

Corticosteroid.

Thuốc kháng histamine.

Thuốc kháng vi-rút, như acyclovir (Zovirax).

Tiếp xúc với ánh sáng mặt trời tự nhiên hoặc nhân tạo có thể giúp phát ban mờ dần. Tuy nhiên, liệu pháp ánh sáng có thể gây ra sạm đen kéo dài ở một số điểm nhất định, ngay cả sau khi phát ban

Cần chẩn đoán phân biệt với:

Hắc lào: vẩy thường ở ngoại vi mảng hồng ban, mảng không có hình oval.

Viêm da tiết bã: viêm da tiết bã tổn thư­ơng thư­ờng có đỏ da, vảy mỡ ở vùng mặt, ngực, lư­ng.

Giang mai giai đoạn 2:  tổn th­ương là đào ban, sẩngiang mai, mảng niêm mạc không ngứa,không đau, xét nghiệm huyết thanh giang mai (+).

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Vảy phấn dạng lichen mạn tính: Bệnh lâu hơn, các tổn thương thường nhỏ hơn, vảy dày, không có mảng báo trước. Các sang thương thường tập trung ở các chi nhiều hơn.

Vảy nến thể giọt: mảng nhỏ hơn mảng vảy phấn hồng, vảy rất dày.

Hình ảnh có chứa nội dung nhạy cảm, bạn đọc cân nhắc trước khi xem

Xem

Phát ban do thuốc dạng vảy phấn hồng: thường bị sau dùng thuốc.

vảy phấn hồng là bệnh lành tính nhưng có thể để lại vết tăng hoặc giảm sắc tố sau viêm.

Có nghiên cứu đã báo cáo, vảy phấn hồng trong thời kỳ đầu mang thai có thể gây sảy thai. Tỷ lệ khoảng 8 trong số 61 phụ nữ được nghiên cứu. Một số phụ nữ gặp các vấn đề chu sinh khác và sinh non.

vảy phấn hồng thể không điển hình do Herpes kết hợp với thuốc cũng có thể dẫn đến hội chứng mẫn cảm với thuốc. Biểu hiện là các phản ứng bất lợi nghiêm trọng ở da

Nếu bạn bị phát ban không rõ nguyên nhân hãy đặt một cuộc hẹn gặp bác sĩ. Bác sĩ thường sẽ có thể xác nhận xem đó là bệnh vảy phấn hồng không hay là một bệnh lí da khác tương tự.

Điều này giúp bạn tránh phải việc áp dụng những điều trị không cần thiết.

Vảy phấn hồng là một bệnh lí phát ban cấp tính, khá phổ biến ở người trẻ. Nguyên nhân hiện chưa rõ. Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy có liên quan nhiều đến tình trạng nhiễm khuẩn. Bệnh được đặc trưng bởi mảng hồng ban tróc vảy gọi là mảng báo trước ở thân. Tiếp theo là sự phát ban lan tỏa khắp người. Đây là bệnh lí lành tính có thể tự giới hạn.

Tuy nhiên, nó khiến người bệnh thấy không ít khó chịu. Một số trường hợp bệnh để lại dát thâm sau viêm. Một số loại thuốc có thể gây phát ban giống như bệnh vảy phấn hồng. Ngoài ra, một số bệnh khác cũng có triệu chứng tương tự. Do đó, hãy đi khám bác sĩ nếu bạn đang có phát ban chưa rõ nguyên nhân. Bạn sẽ nhận được sự hướng dẫn tốt nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/vet-lom-xuong-cung-la-gi/

Nội dung bài viết

Vết lõm vùng xương cùng là gì?

Những dấu hiệu và triệu chứng

Nguyên nhân

Phân biệt vết lõm vùng xương cùng và u nang lông

Chẩn đoán như thế nào?

Những biến chứng nào có thể xảy ra từ vết lõm xương cùng?

Những phương pháp nào dùng để điều trị vết lõm vùng xương cùng?

Có thể ngăn ngừa được không?

Vết lõm xương cùng ảnh hưởng lên cuộc sống như thế nào?

Vết lõm xương cùng là một vết lõm xuất hiện lúc sinh, ở trên da vùng xương cùng. Nó thường nằm ngay phía trên nếp gấp giữa hai mông. Khoảng 3 – 8% dân số có vết lõm này. Phần lớn những vết lõm này không có hại và không yêu cầu điều trị. Một số rất ít người có vết lõm này có thể có sự biến dạng của tủy sống. Việc trang bị những kiến thức cơ bản về vết lõm vùng cụt này phần nào giúp giải tỏa những thắc mắc và lo âu của bạn. Vì vậy, hãy cùng tìm hiểu những thông tin đó trong bài viết sau đây của Bác sĩ Nguyễn Thanh Xuân nhé!

Khi trẻ sinh ra, bạn có thể thấy một vết lõm nhỏ khoảng vài mm, nông ở vùngxương cùng. Như đã nói, vết lõm này hầu như không yêu cầu một điều trị nào.

Trong số ít trường hợp, vết lõm này có thể liên quan đến một vài biến dạng tủy sống. Ví dụ như nó kèm theo một nhúm lông, mảng da thừa hoặc sự đổi màu da nào đó. Những vấn đề có thể tiềm tàng như tật nứt đứt sống, hội chứng tủy sống bám thấp.

Vàng da là tình trạng hay gặp ở bé sơ sinh. Liệu bạn đã hiểu rõ về tình trạng này? Tìm hiểu thêm:Vàng da sơ sinh: Những điều cần biết.

Một bác sĩ nhi khoa sẽ nhìn kỹ vào vết lõm xương cùng này. Dựa vào kích thước và đặc điểm đi kèm, bác sĩ sẽ xem đây có phải là dấu hiệu của sự bất thường không. Trong những trường hợp bất thường, bác sĩ có thể đề nghị sử dụng thêm một phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Nếu sự bất thường được phát hiện, việc điều trị sẽ phụ thuộc vào nguyên nhân cơ bản.

Triệu chứng duy nhất là sự xuất hiện của vết lõm. Đó là vết lõm nông thường ở cuối xương sống và ngay trên đỉnh mông.

Các nhà khoa học vẫn chưa biết chính xác nguyên nhân thật sự của vết lõm này. Đó có thể là tình trạng dị tật bẩm sinh, nghĩa là một người sinh ra đã có. Nó hình thành cho những lý do chưa biết trong quá trình phát triển của thai nhi. Không có những yếu tố nguy cơ để phát triển thành vết lõm này.

Vết lõm vùng xương cùng có thể bị lầm lẫn với u nang lông. Nguyên nhân là do chúng thường xuất hiện ở cùng vị trí trên cơ thể, cuối xương cột sống và ngay trên mông. U nang lông là một túi chứa đầy dịch, lông tóc và mảnh vụn. Nếu bị nhiễm trùng, nó có thể bị sưng và gây đau. Đôi khi mủ và máu sẽ chảy ra tư nang này.

Vết lõm vùng xương cùng thường có khi trẻ được sinh ra. Trong khi đó, u nang lông thường phát triển sau khi sinh. Bất kỳ ai cũng có thể có u nang lông, nhưng nó thường xuất hiện ở người nam trẻ tuổi. Khi lông cơ thể mọc cuộn vào trong cùng với sự ẩm ướt quá mức có thể tạo ra môi trường cho sự nhiễm trùng.

Vết lõm xương cùng được các bác sĩ dễ dàng quan sát thấy khi kiểm tra sức khỏe cho trẻ sơ sinh. Nếu vết lõm này không có đặc điểm gì khác thường, nó được coi là một vết lõm đơn giản. Tình trạng này thường không ảnh hưởng đến sức khỏe. Do đó, các bác sĩ thường không có khuyến cáo nào.

Nếu vết lõm này rất lớn hoặc liên quan đến một búi lông, mảng da hay đổi màu da, bác sĩ sẽ đề nghị làm thêm xét nghiệm. Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh học có thể được chỉ định để loại trừ những vấn đề về tủy sống.

Những xét nghiệm này có thể là:

Siêu âm: Phương pháp không xâm lấn này sử dụng sóng âm tần số cao để tạo ra những hình ảnh cấu trúc của cơ thể.

Cộng hưởng từ MRI: Nếu cần chi tiết hơn, bác sĩ của bạn có thể khuyến cáo chụp cộng hưởng từ. Phương tiện này dùng sóng radio và một từ trường mạnh để tạo ra những hình ảnh cắt ngang cơ thể.

Ở vài trường hợp hiếm gặp, vết lõm vùng xương cùng có thể là một khiếm khuyết tủy sống tiềm ẩn. Có thể kể đến như tật nứt đốt sống hoặc hội chứng tủy sống bám thấp.

Tật nứt đốt sống xảy ra khi cột sống không đóng hoàn toàn xung quanh tủy sống. Hội chứng tủy sống bám thấp là tình trạng một phần tủy sống bám vào mô, hạn chế hoạt động của nó.

Một vết lõm vùng xương cùng nên được đánh giá bằng siêu âm hoặc MRI nếu nó:

Đường kính có kích thước lớn hơn 5 mm.

Đi kèm với những vết lõm khác.

Cách lỗ hậu môn lớn hơn 2.5 cm.

Đi kèm với những búi lông tóc, da đổi màu, hoặc mảnh da thừa.

Vết lõm này sâu. Có nghĩa là dường như có một lỗ hổng bên trong vết lõm này mà bạn không thể thấy đáy của nó.

Trong một nghiên cứu được công bố trên tạp chí Lưu trữ bệnh tật trẻ em, những vết lõm với đặc tính nêu trên có khả năng liên quan đến các vấn đề tủy sống cao gấp 6 lần so với những vết lõm đơn thuần.

Không có một phương pháp nào để điều trị vết lõm vùng xương cùng. Thỉnh thoảng, vết lõm này có thể tích tụ bụi bẩn, phân và mồ hôi. Điều này làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hoặc kích ứng da. Giữ cho vùng da nơi này được sạch sẽ sẽ làm giảm các nguy cơ.

Nếu bạn có vết lõm xương cùng có bất kỳ dấu hiệu nào liên quan đến tủy sống, hãy đến gặp một bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Những dấu hiệu liên quan đến tủy sống có thể là yếu cơ hoặc tê ở chân, mất sự kiểm soát bàng quang hoặc ruột.

Bởi vì khi sinh ra đã có nên không biện pháp nào có thể ngăn ngừa được.

Hẳn là bạn sẽ rất lo lắng khi thấy vết lõm bất thường này xuất hiện trên cơ thể con mình. Tuy nhiên, hãy yên tâm vì con của bạn sẽ được bác sĩ nhi khoa khám và đánh giá.

Vết lõm xương cùng khá phổ biến và thường không có vấn đề gì trong đa số trường hợp. Hiếm khi chúng là dấu hiệu cho thấy những khiếm khuyết tủy sống tiềm ẩn. Ngay cả khi những khiếm khuyết đó xảy ra, chúng thường nhẹ và không có triệu chứng. Hầu hết những người có vết lõm vùng xương cùng đều có cuộc sống bình thường và khỏe mạnh. Do đó, nó không ảnh hưởng đến hoạt động và lối sống của bạn.

Những thông tin trong bài viết chỉ mang tính chất tham khảo. Nếu có bất kỳ thắc mắc hay lo lắng gì, hãy liên hệ ngay với bác sĩ của bạn.

Tóm lại,vết lõm xương cùnglà một vết lõm nhỏ, nông. Vị trí thường gặp là ngay trên nếp giữa hai mông. Vết lõm này thường vô hại, không cần điều trị gì. Tuy nhiên, một số ít trường hợp, nó liên quan đến bất thường tủy sống. Hy vọng bài viết cung cấp được những thông tin hữu ích về vết lõm vùng xương cùng nhằm giải tỏa bớt lo âu của bạn đọc.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/vo-gian-tinh-mach-thuc-quan-nhung-dieu-can-biet/

Nội dung bài viết

Giãn tĩnh mạch thực quản là gì?

Hậu quả của giãn tĩnh mạch thực quản

Khi nào cần tầm soát giãn tĩnh mạch thực quản?

Điều trị giãn tĩnh mạch thực quản như thế nào?

Phòng ngừa vỡ giãn tĩnh mạch thực quản được hay không?

Hãy cảnh giác trước vỡ giãn tĩnh mạch thực quản

Điều trị vỡ giãn tĩnh mạch thực quản

Đây là một trong những nguyên nhân chủ yếu khiến bệnh nhân nôn ói ra máu (10 – 30%). Ở bệnh nhân vỡ giãn tĩnh mạch thực quản lần đầu, tỷ lệ tử vong có thể lên đến 30%. Khoảng 70% trong số bệnh nhân còn lại sẽ vỡ tái phát trong 1 năm. Ở bệnh nhân xơ gan, đây vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu. Sau đây, mời bạn cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên tìm hiểu về tình trạng vỡ giãn tĩnh mạch thực quản nhé.

Giãn tĩnh mạch thực quản là sự giãn tĩnh mạch ở đoạn dưới thực quản gần chỗ nối với dạ dày. Khi quá to sẽ dẫn đến hiện tượng vỡ.

Do tĩnh mạch thực quản sẽ dẫn máu về tĩnh mạch cửa. Nên tăng áp lực tĩnh mạch cửa sẽ làm giãn tĩnh mạch thực quản.

Nhìn vào hình ta thấy tĩnh mạch cửa sẽ vận chuyển máu về gan để gan hấp thụ dinh dưỡng, loại bỏ chất độc. Và nguyên nhân chủ yếu của tăng áp lực tĩnh mạch cửa cũng  là doxơ gan.

Ngoài ra còn có nhiều nguyên nhân khác nhưng ít gặp hơn. Phân chia nhóm nguyên nhân lệ thuộc vào vị trí nguyên nhân nền tảng. Bao gồm:

Trước gan: Hội chứng Budd – Chiari…

Tại gan: Xơ gan, Ung thư gan lan toả.

Sau gan: Huyết khối tĩnh mạch cửa.

Sự xơ hóa của gan làm biến đổi cấu trúc trong gan. Điều này làm cản trở, ứ đọng máu lại trong tĩnh mạch cửa.

Xơ gan bị gây ra chủ yếu bởi viêm gan B, C mạn tính, do uống rượu nhiều và kéo dài, và do bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH – bệnh lý thường liên quan đến đái tháo đường type 2).

Dãn tĩnh mạch thực quản do áp lực trong mạch máu tăng cao. Điều này kéo dài và nặng dần sẽ dẫn đến vỡ.

Khi đó máu sẽ thoát khỏi mạch và đi vào thực quản, dạ dày. Bệnh nhân sẽ ói ra máu hoặc tiêu phân đen nhầy tanh hôi.

Triệu chứng kèm theo gồm:

Chóng mặt.

Khó thở.

Tụt huyết áp, ngất.

Thậm chí là đột ngột tử vong.

Mức độ mất máu càng nhiều, triệu chứng của bệnh nhân càng nặng.

Giãn tĩnh mạch thực quản được phát hiện ở 30 – 60% bệnh nhân vừa được chẩn đoán xơ gan. Khả năng này cao hay thấp tùy thuộc độ nặng và thời gian mắc bệnh. Phát hiện giãn thông qua việc nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng.

Vì lý do ở trên nên ở mọi bệnh nhân xơ gan ta đều nên thực hiện  nội soi  mỗi 1 – 3 năm. Tần suất tùy vào mức độ bệnh nặng nhẹ của bệnh nhân. Một nguyên nhân khác để tầm soát là khi giãn tĩnh mạch thực quản được phát hiện ở bệnh nhân xơ gan thì khả năng vỡ lên đến khoảng 30%.

Xem thêm:Xơ gan: Cách phòng bệnh và điều trị

Do bản chất của hiện tượng giãn tĩnh mạch thực quản là do cản trở máu lưu thông ở tĩnh mạch cửa. Nên ta cần phải điều trị nguyên nhân gốc thì tĩnh mạch thực quản sẽ có thể giảm áp lực, giảm độ giãn.

Tĩnh mạch thực quản: Để phòng ngừa vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ta cần ngăn sự tăng kích thước quá mức của tĩnh mạch thực quản.

Xơ gan: Do xơ gan là bệnh mạn tính, thay đổi vĩnh viễn cấu trúc của gan nên không thể hồi phục trở lại bình thường được.

Chính vì những lý do trên mà ở những bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản do xơ gan sẽ khá phức tạp. Việc phòng ngừa vỡ giãn tĩnh mạch thực quản được đặt lên song song với việc quản lý gan xơ.

Để giảm tốc độ tiến triển của xơ gan, ta cần: Ngưng rượu tuyệt đối, giảm cân (ở bệnh nhân béo phì), sử dụng thuốc điều trị theo y lệnh của bác sĩ.

Việc dự phòng vỡ giãn tĩnh mạch thực quản sẽ tùy thuộc vào 3 yếu tố:

Mức độ nặng của xơ gan (dựa theo thang điểm Child – pugh).

Bệnh nhân đã từng có vỡ giãn tĩnh mạch thực quản hay chưa.

Tình trạng bệnh nhân hiện tại.

Thuốc uống (beta blocker): Nadolol, Propanolol.

Thủ thuật – phẫu thuật (thắt tĩnh mạch thực quản – Band ligament; Tạo thông nối tĩnh mạch cửa – chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh – TIPS; Tạo luồng thông tĩnh mạch cửa chủ – Portosystemic shunting; thậm chí là ghép gan).

Cơ chế của việc dự phòng giãn tĩnh mạch thực quản qua thuốc là nhờ co thắt hệ mạch máu nội tạng. Điều này dẫn đến giảm lượng máu cũng như áp lực về hệ tĩnh mạch cửa. Nhờ đó tĩnh mạch thực quản sẽ dẫn máu về dễ dàng hơn, giảm áp lực nhiều hơn dẫn đến giảm kích thước, giảm khả năng vỡ.

Khi có người thân được chẩn đoán xơ gan, hoặc phát hiện có giãn tĩnh mạch thực quản, bạn hãy cẩn thận 2 nhóm triệu chứng:

Nôn ra máu.

Tính chất phân của bệnh nhân mỗi ngày: phân đi kèm theo máu đỏ tươi, hoặc phân đen, nhầy, tanh hôi.

Xem thêm:Triệu chứng trên có thể là biểu hiện của Chảy máu tiêu hóa dưới

Khi đó, ngay lập tức, bạn phải đưa bệnh nhân vào khoa cấp cứu của bệnh viện gần nhất.

Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản là một trong những tình trạng cấp cứu nặng nề, do đó có thể dẫn đến tử vong nếu không can thiệp đúng và kịp thời.

Tùy tình trạng xuất huyết mà bệnh nhân sẽ được truyền dịch, máu, thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa, được can thiệp qua nội soi như thắt hoặc chích xơ tĩnh mạch thực quản. Hoặc nặng hơn là đặt bóng chèn qua miệng vào thực quản để giảm lượng máu chảy.

Xem thêm:Cần chuẩn bị gì trước khi đi nội soi dạ dày, thực quản?

Do 70% bệnh nhân sẽ vỡ dãn tĩnh mạch thực quản tái phát lần thứ 2 trong năm đầu. Đặc biệt là trong 6 tuần kể từ lần vỡ giãn đầu tiên. Dẫn đến việc phòng chống lần vỡ giãn đầu tiên cực kỳ quan trọng.

Vỡ giãn tĩnh mạch thực quảnvề bản chất không phải một căn bệnh. Nó là biến chứng của một bệnh lý khác, và thường gặp nhất ở bệnh nhân xơ gan. Đối với vỡ giãn tĩnh mạch thực quản nói riêng và xơ gan nói chung thì việc điều trị là cực kỳ khó khăn, tỷ lệ tử vong cao. Nên điều bạn cần nhớ là hãy cố gắng phòng tránh xơ gan và tích cực tuân thủ hướng dẫn của bác sĩ điều trị. Tất cả là để bạn và người thân đạt được chất lượng cuộc sống tốt nhất.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/xanh-xao-keo-dai-bao-hieu-dieu-gi-can-luu-y/

Nội dung bài viết

Xanh xao kéo dài nhận biết như thế nào?

Các bệnh lý nào có thể là nguyên nhân của xanh xao kéo dài?

Khi nào nên đến gặp bác sĩ?

Triệu chứng xanh xao nhợt nhạt thường được nhận thấy dễ dàng bởi người đối diện. Đây là một dấu hiệu bất thường cần lưu ý. Khi bị xanh xao kéo dài, kiệu mình có thể mắc bệnh gì, nên xử lí như thế nào? Hãy cùng theo dõi bài viết này của Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên nhé.

Với cuộc sống thường ngày, nếu ít để ý mình trong gương, có thể chúng ta sẽ không nhận ra mình xanh xao nhợt nhạt. Do đó, người tiếp xúc với mình là đối tượng dễ nhận ra triệu chứng này nhất. Hãy xác nhận lại bằng quan sát lại mình, so sánh lòng bàn tay của bản thân. Có thể sẽ nhận ra sự khác biệt rõ ràng.

Xanh xao thật sự thì là một đặc điểm trung thành rõ rệt của thiếu máu. Có nhiều nguyên nhân thiếu máu, nhưng tuỳ thuộc vào đối tượng mà các tình trạng sau cần lưu ý:

Dothiếu sắtbiểu hiện tình trạng thiếu máu là một trong những đặc điểm có thể gây xanh xao kéo dài. Nhưng thực tế, với chế độ ăn và tình trạng xã hội hiện tại, rất ít người bình thường có tình trạng thiếu sắt thật sự. Tuy nhiên, nguy cơ thiếu sắt do không cung cấp đủ so với nhu cầu đặc biệt dễ gặp ở các đối tượng sau:

Phụ nữ mang thai. Đó là lý do truyền thông luôn khuyến khích cần bổ sung sắt vàacid folic.

Tuổi thiếu niên đang lớn: Nhu cầu sắt vượt trội, đòi hỏi chế độ ăn giàu sắt hơn.

Thanh thiếu niên tuổi dậy thì: Nhu cầu dinh dưỡng trong đó sắt cũng tăng vượt trội.

Khi bịnhiễm giun sán, dinh dưỡng thu nhận được qua các bữa ăn sẽ bị giảm sút (điển hình làgiun đũa).Một số loại giun như giun móc sẽ gây nên tình trạng thiếu máu do tổn thương niêm mạc ruột. Trong bối cảnh xứ nhiệt đới như Việt Nam. Giun sán là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất không thể loại trừ.

Một trong những nguyên nhân khiến bạn xanh xao nhợt nhạt kéo dài là do đã nhiễm giun. Tìm hiểu ngaycác biện pháp phòng bệnh giun sánthông qua bài viết của bác sĩ tại đây nhé!

Nếu trước đó người bệnh có những đặc điểm sau:

Hay ợ chua ợ hơi, nóng rát sau xương ức.

Đau âm ỉ khu vực trên rốn, đau nhiều ở trước ăn hoặc sau ăn.

Tiêu phân sậm đen hơn bình thường

Hay sử dụng thuốc giảm đauNSAID,corticoid(đặc biệt dùng nhiều khi đau khớp).

Thì có nhiều nguy cơ xanh xao kéo dài là do loét dạ dày tá tràng. Cụ thể là do tình trạng chảy máu rỉ rả từ ổ loét này. Hãy tìm đến bác sĩ tiêu hoá hoặc nội soi để tham vấn điều trị.

Một số loại thuốc có thể gây thiếu máu và tạo nên đặc điểm xanh xao kéo dài:

Chống động kinh.

Điều trị viêm khớp, ung thư.

Thuốc lao.

Kháng sinh.

Hãy tham vấn bác sĩ nếu bạn đang điều trị với bất kỳ loại thuốc nào. Đặc biệt là các loại thuốc kể trên nhé.

Một số bệnh lý mà thiếu máu là hệ quả:

Viêm ruột hoại tử từng vùng, viêm đại tràng, suy gan, suy thận.

Bệnh nhân phẫu thuật cắt dạ dày, cắt đoạn ruột.

Một số bệnh lý tự miễn có thể biểu hiện tình trạng thiếu máu.

Đây là nguyên nhân cần lưu ý nhất. Một số đặc điểm cần quan tâm thêm:

Có sụt cân không, chế độ ăn uống có thay đổi gì.

Nổi hạch hay phát ban gì.

Bầm da hay chảy máu ở bất kỳ vị trí nào.

Nuốtkhó nuốtnghẹn,khó thở.

Nôn ói sau ăn, chướng bụng, không xì hơi được, bí đại tiện.

Thay đổi thói quen đi tiêu hằng ngày. Tiêu chảy hoặc táo bón, đặc biệt là tiêu ra máu, tiêu phân đen.

Rong kinh, rong huyết.

Ngứa ngáy trên cơ thể.

Có bất kỳ u / cục gì trên người.

Trong tất cả loại ung thư, nguyên nhân thiếu máu do đường tiêu hoá là phổ biến và có thể nhận thấy bằng nội soi. Những đối tượng cao tuổi mà có đặc điểm xanh xao kéo dài mà không có triệu chứng rõ ràng nào gợi ý thì luôn cần thiết kiểm tra bằng nội soi để loại trừung thư dạ dàyvà đại tràng.

Ung thư dạ dày là một căn bệnh ung thư nguy hiểm, nếu không phát hiện kịp thời bệnh sẽ đe dọa nghiêm trọng đến tính mạng người bệnh. VậyUng thư dạ dày là gì? Nguyên nhân, triệu chứng, điều trị như thế nào?

Xanh xao nhợt nhạt chưa bao giờ là một đặc điểm bình thường. Hãy thăm khám sớm nhất có thể, khi nhận ra sự thay đổi của cơ thể. Việc thăm khám sớm và điều trị phù hợp sẽ giúp bệnh nhân cải thiện bệnh tình. Trẻ em được giải quyết căn nguyên thiếu máu sẽ tăng trưởng ổn định. Người già sẽ có chất lượng cuộc sống tốt hơn.

Với những biểu hiện chưa có phần rõ rệt, nên tìm đến bác sĩ gia đình, bác sĩ đa khoa để được nhận định khái quát và kiểm tra tổng thể nhất. Khi có nhiều triệu chứng về tiêu hoá, tiết niệu, phụ khoa,… thì có thể tiết kiệm thời gian bằng cách tìm đến chuyên khoa phù hợp.

Xanh xao nhợt nhạtlà một triệu chứng không nên xem thường. Có thể bệnh lý gây nên đơn giản lành tính như thiếu sắt hay nhiễm giun. Nhưng cũng không thể loại trừ có thể có bệnh lý ác tính gì tiềm ẩn, đặc biệt là trên những người lớn tuổi. Hãy tìm đến bác sĩ ngay khi có bất thường kể trên bạn nhé.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/xuat-huyet-duoi-ket-mac-mat-co-nguy-hiem-hay-khong/

Nội dung bài viết

Xuất huyết dưới kết mạc mắt là gì?

Nguyên nhân của xuất huyết dưới kết mạc (đỏ mắt)

Triệu chứng của xuất huyết dưới kết mạc

Điều trị xuất huyết dưới kết mạc như thế nào?

Phòng ngừa xuất huyết dưới kết mạc mắt (đỏ mắt)

Đỏ mắt là một triệu chứng chắc hẳn ai cũng đã từng mắc phải. Thực ra, đây là tình trạng xuất huyết dưới kết mạc, một tình trạng rất phổ biến. Tình trạng này xảy ra một cách tự phát và hầu hết là lành tính. Vậy xuất huyết dưới kết mạc mắt là gì? Có đáng lo ngại hay không? Điều trị như thế nào? Chúng ta hãy cùng tìm hiểu qua bài viết dưới đây của Bác sĩ Sử Ngọc Kiều Chinh.

Trước khi tìm hiểu về xuất huyết dưới kết mạc, ta cần phải nói sơ qua về kết mạc mắt. Kết mạc mắt là một lớp màng mỏng bao phủ mắt và phần trong của mí mắt.

Kết mạc mắt rất mỏng và chứa các mạch máu li ti. Các mạch máu này có chức năng nuôi dưỡng bề mặt của mắt. Do các mạch máu rất nhỏ và mỏng manh nên đôi khi bị vỡ ra. Khi đó, máu sẽ chảy vào dưới bề mặt của kết mạc gây ra các đốm đỏ li ti làmđỏ mắt.

Tình trạng này được gọi là xuất huyết dưới kết mạc. Lượng máu trong xuất huyết dưới kết mạc thường rất ít, chỉ khoảng 2ml, và có thể tự mất sau vài tuần.

Có một số nguyên nhân thường gặp gây ra xuất huyết dưới kết mạc có thể kể đến dưới đây:

1. Phần lớn xuất huyết dưới kết mạc là tự phát. Mạch máu dưới kết mạc vốn rất mỏng manh, ở người lớn tuổi và trẻ em lại còn mỏng manh hơn. Các mạch máu này vỡ mà không có nguyên nhân rõ ràng. Đôi khi mạch máu có thể vỡ do các hoạt động thường ngày như: ho hoặc hắt hơi quá mạnh,…

2. Chấn thương: Chấn thương trực tiếp vào mắt như dị vật, dụi mắt quá mạnh,… có thể gây ra xuất huyết. Ngoài ra, chấn thương ở vùng đầu mặt cũng có thể gây tổn thương các mạch máu dưới kết mạc gây xuất huyết.

3. Sau phẫu thuật mắt: như phẫu thuật LASIK có sử dụng cố định mắt áp lực âm.

4.Viêm kết mạc mắt.

5. Một số bệnh lí sẵn có của cơ thể:

Tăng huyết áp: thường gặp ở người lớn tuổi.

Các bệnh lí khiến cho quá trình đông cầm máu bị rối loạn.

Thiếu vi chất dinh dưỡng: như vitamin C,…

6. Xuất huyết dưới kết mạc còn có thể do dùng kính áp tròng thường xuyên.

Triệu chứng luôn có và rõ ràng nhất của xuất huyết dưới kết mạc là các nốt đỏ li ti ở tròng trắng mắt.

Trong trường hợp xuất huyết dưới kết mạc gây đỏ mắt tự phát và lành tính:

Các nốt này thường không gây đau, không gây suy giảm thị lực và không gây chảy nước mắt. Đôi khi, lượng máu nhiều hơn bình thường có thể gây kích ứng và làm ngứa mắt.

Thông thường, lượng máu xuất huyết sẽ được kết mạc hấp thu từ từ. Các chấm xuất huyết sẽ biến mất trong khoảng 1 – 2 tuần.

Trường hợp xuất huyết dưới kết mạc kèm theo các triệu chứng dưới đây, bạn cần đi gặp bác sĩ để được tư vấn và điều trị cụ thể:

Mắt đau nhức.

Nhìn mờ, nhìn đôi (nhìn một hình thành hai hình).

Nhức đầu vùng gáy, có tiền sửtăng huyết áp.

Xuất huyết sau chấn thương vùng đầu mặt.

Phần lớn xuất huyết dưới kết mạc mắt là lành tính và có thể tự khỏi sau 1 – 2 tuần.

Không nên dụi mắt, tránh tác động vào mắt khiến cho vùng xuất huyết lan rộng.

Ngừng sử dụng một số thuốc có thể làm cho tình trạng xuất huyết nặng lên như:aspirin, một số loại thuốc giảm đau,…

Nước mắt nhân tạo để làm giảm kích ứng mắt, làm cho mắt dễ chịu hơn.

Bổ sung các vi chất dinh dưỡng nhưvitamin Cđể tăng cường sức bền của mạch máu.

Ngoài ra, nếu nguyên nhân xuất huyết là do bệnh lí sẵn có của cơ thể, các bác sĩ sẽ cho các loại thuốc đặc trị cho từng nguyên nhân cụ thể.

Tránh dụi mắt quá mạnh.

Giữ vệ sinh mắt thường xuyên. Rửa mắt với nước lạnh hoặc đắp khăn ướt lên mắt.

Bảo vệ mắt cẩn thận khi đi đường, tránh các dị vật có thể rơi vào mắt.

Rửa mắt bằng các dung dịch vệ sinh mắt hoặc nước muối sinh lí. Việc này giúp loại bỏ các chất bẩn li ti trong mắt.

Có chế độ ăn uống lành mạnh, đầy đủ chất dinh dưỡng. Đồng thời, bổ sung các vi chất dinh dưỡng để tăng cường sức bền của mạch máu.

Đỏ mắtlà một tình trạng khá phổ biến. Bạn không nên quá lo lắng vì tình trạng này thường là lành tính và có thể tự biến mất trong khoảng từ 1 – 2 tuần. Tuy nhiên, nếu xuất huyết dưới kết mạc có kèm theo các triệu chứng khó chịu đã liệt kê ở trên, bạn nên đến gặp bác sĩ sớm để được chẩn đoán và điều trị phù hợp.

Bạn có thể tự chữa xuất huyết dưới kết mạc lành tính bằng các cách chăm sóc mắt tại nhà. Bảo vệ mắt cẩn thận, vệ sinh mắt thường xuyên và bổ sung đầy đủ chất dinh dưỡng là các cách đơn giản nhưng hữu hiệu giúp phòng tránh xuất huyết dưới kết mạc.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/xuat-huyet-nao/

Nội dung bài viết

Xuất huyết não là gì?

Nguyên nhân xuất huyết não

Đối tượng nào có nguy cơ bị xuất huyết não?

Di chứng sau xuất huyết não

Dấu hiệu xuất huyết não

Điều trị tại nhà có được không? Khi nào cần gặp bác sĩ?

Chẩn đoán xuất huyết não

Điều trị xuất huyết não

Phòng ngừa xuất huyết não

Xuất huyết não là tình trạng chảy máu nội sọ. Mặc dù tỉ lệ xuất huyết não thấp hơn nhiều so với nhồi máu não, nhưng nó có thể gây ra những vấn đề nghiêm trọng hơn. Và được xem là một tình trạng cấp cứu cần được xử lý sớm và đúng cách. Sau đây, mời bạn cùng Bác sĩ Cao Hoàng Nhã tìm hiểu về tình trạng xuất huyết não nhé!

Xuất huyết não là do chảy máu trong nhu mô não – một loạiđột quỵđe dọa tính mạng. Đột quỵ xảy ra khi não bị thiếu oxy vàmáu. Nguyên nhân xuất huyết não thường gặp nhất là dotăng huyết áp.Dị dạng động-tĩnh mạchhoặc chấn thương đầu cũng là những nguyên nhân phổ biến. Mục tiêu điều trị tập trung vào việc cầm máu, loại bỏ cục máu đông (tụ máu). Đồng thời, điều trị làm giảm áp lực lên nhu mô não tránh tổn thương lan rộng.

Có 2 nhóm nguyên nhân lớn là tự phát và chấn thương. Trong nhóm nguyên nhân tự phát, lại chia ra nhiều loại. Bao gồm:xuất huyết dưới màng nhện, xuất huyết trong nhu mô não và xuất huyết não thất. Nhóm này thường được gọi là đột quỵ xuất huyết não, chiếm khoảng 10% các nguyên nhân đột quỵ (85% nguyên nhân đột quỵ là nhồi máu não, do gián đoạn nguồn cung cấp máu cho nhu mô não bởi nguyên nhân là tắc mạch máu não).12Từ “xuất huyết não” mà ta dùng ở đây được hiểu là xuất huyết trong nhu mô não.

Các động mạch nhỏ đưa máu đến các vùng sâu bên trong não được gọi là các nhánh động mạch xuyên. Tình trạng huyết áp tăng cao trong cơn tăng huyết áp có thể làm cho các nhánh động mạch có thành mỏng này bị vỡ. Từ đó, giải phóng máu vào nhu mô não. Vì tất cả được bao bọc bên trong hộp sọ cứng có thể tích không đổi, máu đông và chất lỏng tích tụ làm tăng áp lực trong sọ, có thể đè ép nhu mô não hoặc khiến nó bị lệch và thoát vị.

Khi máu tràn vào nhu mô não, vùng não được động mạch cung cấp lúc này sẽ bị thiếu máu giàu oxy. Tình trạng này được gọi là đột quỵ. Khi các tế bào máu trong cục máu đông ly giải, các chất được giải phóng làm tổn thương thêm các tế bào não ở khu vực xung quanh khối máu tụ.

Xuất huyết não có thể xảy ra gần bề mặt hoặc ở vùng sâu củanão. Đôi khi xuất huyết sâu có thể lan tràn vào não thất. Đây là không gian chứa đầy chất lỏng ở trung tâm não. Dịch não tủy là chất lỏng lưu thông quanh não và tủy sống. Tắc nghẽn lưu thông dịch não tủy có thể gây giãn não thất, lú lẫn,hôn mê, mất ý thức.

Một số nguyên nhân gây xuất huyết não bao gồm:1345

Tăng huyết áp. Huyết áp tăng cao có thể làm vỡ các động mạch nhỏ. Chúng được gọi là các nhánh động mạch xuyên bên trong não. Huyết áp bình thường là 120/80 mmHg. Những người có tình trạng tăng huyết áp không kiểm soát có thể gây ra xuất huyết não.

Thuốc gây rối loạn đông máu. Các loại thuốc như coumadin, heparin vàwarfarincó thể gây ra xuất huyết não. Các thuốc này được sử dụng để ngăn ngừa cục máu đông hình thành trong các tình trạng tim mạch. Ví dụ: bệnh lý van tim,rung nhĩvà đột quỵ.

Dị dạng động tĩnh mạch (AVM). Đây là một đám rối dị dạng của cácđộng mạchvàtĩnh mạchbất thường không cómao mạchở giữa trong não.

Túi phình mạch não: phình hoặc yếu thành động mạch.

Chấn thương vết thương đầu. Gãy xương sọ và vết thương xuyên thấu (do súng bắn, dao chém) có thể làm tổn thương mạch máu và chảy máu.

Bệnh rối loạn đông máu:máu khó đông(Hemophilia A, Hemophilia B), thiếu máu hồng cầu hình liềm, DIC, giảm tiểu cầu (sốt xuất huyết, giảm tiểu cầu miễn dịch,…)

Khối u: các khối u mạch máu cao như u nguyên bào mạch máu và khối u di căn có thể chảy máu vào mô não.

Bệnh mạch máu amyloid (thoái hóa mạch máu não dạng bột): sự tích tụ protein trong thành động mạch.

Huyết khối các xoang tĩnh mạch não gây ra tình trạng nhồi máu xuất huyết.

Các tình trạng bất thường trong thai kì và hậu sản. Bao gồm:tiền sản giật, sản giật, bệnh mạch máu sau sinh, xuất huyết não ở trẻ sơ sinh.

Thành mạch yếu và dễ vỡ do bất thường sự hình thànhcollagentrong thành mạch máu.

Sử dụng rượu, cocain và các loại ma túy bất hợp pháp khác có thể gây ra ICH.

Bên cạnh đó, xuất huyết não cũng có thể không rõ nguyên nhân.

Có 10% đột quỵ là do xuất huyết não. Xuất huyết não phổ biến gấp đôi so với xuất huyết dưới nhện và có 40% nguy cơ tử vong.5

Xuất huyết não xảy ra ở nam giới với tần suất cao hơn so với nữ giới. Bệnh phổ biến hơn ở người Mỹ gốc Phi và người Nhật Bản. Đặc biệt là người ở độ tuổi thanh niên và trung niên.5

Tuổi cao và tăng huyết áp là những yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của xuất huyết não. Khoảng 70% bệnh nhân bị di chứng kéo dài với nhiều mức độ sau xuất huyết não.5

Khi tình trạng xuất huyết xảy ra, nhu mô não được nuôi dưỡng bởi mạch máu bị vỡ sẽ không nhận đủ máu nuôi, gây ra tình trạng thiếu oxy. Bên cạnh đó, áp lực đè ép mà khối máu tụ gây ra trên nhu mô não lành cũng chèn ép các mạch máu. Điều này gây ra tình trạngthiếu máuvà gây phù. Thời gian thiếu oxy nếu kéo dài hơn 3-4 phút sẽ làm cho các tế bào não chết vĩnh viễn, không thể phục hồi được. Chức năng tương ứng với các tế bào não ở vùng tổn thương cũng sẽ bị rối loạn.134

Vùng não chức năng bị tổn thương vĩnh viễn sẽ để lại những di chứng cho bệnh nhân:134

Liệt ở một chi, liệt nửa người hoặc toàn thân, khó hoặc mất chức năng vận động.

Rối loạn về nhận thức, ngôn ngữ, nặng nề nhất là trở thành người thực vật.

Tùy vào vị trí bị xuất huyết trên não bộ tương ứng với vùng chức năng nào mà người bệnh có các triệu chứng xuất huyết não tương ứng. Các biểu hiện có thể khá tương đồng với đột quỵ thiếu máu não. Thông thường, các biểu hiện hay gặp là:134

Đột ngột liệt nửa người, nói đớ hoặc méo miệng,khó nuốt.

Nói khó hoặc phát âm không rõ ràng.

Khiếm khuyết cảm giác diễn ra đột ngột. Ví dụ: cảm thấy tê bì cơ mặt, cánh tay hay chân, đặc biệt là chỉ xảy ra ở một bên cơ thể.

Mất khả năng thăng bằng và phối hợp vận động.

Mất thị lực hoặc nhìn mờ.

Đau đầu,buồn nôn và ói.

Lú lẫn, không tỉnh táo.

Chóng mặt, choáng váng.

Co giật, mất ý thức hoặc hôn mê.

Khó thở và nhịp tim bất thường (thường thấy ở những người bị xuất huyết ở thân não).

Xuất huyết não là một tình trạng cấp cứu cần được can thiệp ngay. Khi có bất kỳ triệu chứng nào nghi ngờ do xuất huyết não, hãy gọi cấp cứu hoặc đưa bệnh nhân đến bệnh viện gần nhất. Mặc dù tỉ lệ xuất huyết não thấp hơn nhiều so với nhồi máu não nhưng gây ra những vấn đề nghiêm trọng hơn.

Khi một người được đưa đến phòng cấp cứu với nghi ngờ xuất huyết não, các bác sĩ sẽ cần càng nhiều thông tin càng tốt về các triệu chứng của bệnh nhân. Ví dụ: các bệnh nền hiện có và trước đây, các loại thuốc đang dùng và tiền sử gia đình. Tình trạng của người đó được đánh giá nhanh chóng. Các xét nghiệm chẩn đoán sẽ giúp xác định nguồn chảy máu.1

Chụp cắt lớp vi tính (CT)là phương pháp chụp sử dụng tia X không xâm lấn để xem xét các cấu trúc giải phẫu bên trong não và phát hiện bất kỳ hiện tượng chảy máu nào. Phương pháp này liên quan đến việc tiêm chất cản quang vào dòng máu để xem các động mạch não.

Chụp mạch máu não (CTA) để tìm kiếm các mạch máu phình vỡ hoặc xơ vữa, viêm động mạch, khối u, rách nội mạc động mạch, cục máu đông

Chụp cộng hưởng từ (MRI)là một xét nghiệm không xâm lấn, sử dụng từ trường và sóng tần số vô tuyến để cung cấp cái nhìn chi tiết về các mô mềm trong não của bệnh nhân.

Chụp cộng hưởng từ mạch não (MRA) bao gồm việc tiêm chất cản quang vào mạch máu để kiểm tra các mạch máu cũng như cấu trúc của não.

Chụp động mạch (DSA) là một thủ thuật xâm lấn. Trong đó, một ống thông được đưa vào động mạch và đi qua các mạch máu đến não. Khi đã đặt ống thông, thuốc cản quang sẽ được tiêm vào máu và sử dụng tia X để chụp và dựng hình.

Chọc dò tủy sống.

Ngoài ra, một số xét nghiệm bổ sung khác có thể được thực hiện, bao gồm:1

Điện não đồ, chụp X-quang ngực, điện tim.

Xét nghiệm sinh hóa máu.

Xét nghiệm công thức máu, đông máu, nhóm máu.

Điều trị có thể bao gồm các biện pháp cứu mạng, giảm nhẹ triệu chứng và ngăn ngừa biến chứng. Sau khi xác định được nguyên nhân và vị trí chảy máu bằng các khảo sát cần thiết, điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa sẽ được thực hiện để cầm máu, loại bỏ cục máu đông và giảm áp lực lên não. Nếu theo diễn tiến tự nhiên, não sẽ hấp thụ cục máu đông trong vòng vài tuần. Tuy nhiên, tổn thương não do tăng áp lực nội sọ và các chất sinh ra do ly giải cục máu đông có thể gây ra tổn thương não không thể phục hồi.5

Nhìn chung, những bệnh nhân bị xuất huyết nhỏ (< 10 cm³) và triệu chứng nhẹ được điều trị nội khoa. Những bệnh nhân bị xuất huyết tiểu não (> 3 cm³) có diễn tiến lâm sàng đang xấu đi hoặc bị chèn ép thân não và giãn não thất được điều trị bằng phẫu thuật để loại bỏ khối máu tụ càng sớm càng tốt. Những bệnh nhân bị xuất huyết thùy lớn (50 cm³) có tình trạng diễn tiến xấu đi thường được phẫu thuật lấy bỏ khối máu tụ.5

Bệnh nhân sẽ được nhập đơn vị đột quỵ hoặc khoa chăm sóc đặc biệt (ICU) để theo dõi và chăm sóc chặt chẽ.

Nếu bệnh nhân đang dùng thuốc làm rối loạn đông máu, các loại thuốc đảo ngược và hóa giải sẽ được sử dụng để phục hồi các yếu tố đông máu.

Huyết áp được quản lý chặt chẽ. Điều này là để giảm nguy cơ tái xuất huyết nhưng vẫn cung cấp đủ lưu lượng máu (tưới máu) lên não.

Kiểm soát áp lực nội sọ (ICP) là một yếu tố quan trọng khi có khối máu tụ lớn. Một thiết bị được đặt trực tiếp vào tâm thất hoặc trong não. Nó dung để đo áp suất và theo dõi liên tục. ICP bình thường là 20mmHg.

Dẫn lưu dịch não tủy (CSF) khỏi não thất giúp kiểm soát áp lực. Một ống thông được đưa vào não thất (EVD hoặc VP shunt) có thể được đặt để dẫn lưu dịch CSF và kiểm soát tình trạng giãn não thất, hạn chế tăng áp lực nội sọ.

Tăng thông khí cũng giúp kiểm soát ICP. Trong một số trường hợp, sử dụng thuốc gây mê để hạ ICP.

Mục tiêu của phẫu thuật là loại bỏ càng nhiều cục máu đông càng tốt. Đồng thời, ngăn chặn nguồn chảy máu nếu nó xuất phát từ một nguyên nhân có thể xác định được. Ví dụ: AVM hoặc khối u. Tùy vị trí cục máu đông, có thể tiến hành phẫu thuật mở sọ hoặc chọc hút có định vị.

Phẫu thuật mở sọ bao gồm việc khoan cắt mở hộp sọ, bộc lộ nhu mô não và loại bỏ cục máu đông. Vì có nhiều nguy cơ cho não, kỹ thuật này thường chỉ được sử dụng khi khối máu tụ gần bề mặt não. Hoặc nguyên nhân xuất huyết được xác định như AVM hoặc khối u và cần phải được loại bỏ.

Chọc hút dưới định vị là một phẫu thuật xâm lấn tối thiểu cho các khối máu tụ lớn nằm sâu bên trong não. Thủ thuật sử dụng khung định vị để hướng dẫn kim hoặc ống nội soi trực tiếp vào cục máu đông. Hình ảnh học trước phẫu thuật giúp định vị khối máu. Trong khi phẫu thuật, phẫu thuật viên sẽ khoan một lỗ nhỏ có kích thước nhỏ trên hộp sọ. Với sự hỗ trợ của khung định vị, một ống thông rỗng được đưa qua lỗ khoan. Nó tiếp tục đi xuyên qua mô não, tiếp cận trực tiếp vào cục máu đông. Ống thông rỗng được gắn vào một ống tiêm lớn để rút phần chất lỏng của cục máu đông. Sau đó, một ống thông nhỏ hơn sẽ được đưa vào để tiếp tục dẫn lưu trong những ngày tiếp theo đến vài tuần.

Ngay sau khi xuất huyết não, bệnh nhân sẽ ở trong phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) trong vài tuần. Tại đây, họ được các bác sĩ và điều dưỡng theo dõi chặt chẽ để tìm các dấu hiệu xuất huyết, giãn não thất và các biến chứng khác. Khi tình trạng ổn định, bệnh nhân được chuyển đến phòng thường.

Bệnh nhân xuất huyết não có thể bị di chứng ngắn hạn và dài hạn do xuất huyết não hoặc do quá trình điều trị. Một số di chứng này có thể biến mất theo thời gian bằng nhiều phương pháp trị liệu. Quá trình phục hồi có thể mất vài tuần, vài tháng hoặc nhiều năm. Điều này tùy thuộc vào thời điểm điều trị sớm và đúng cách, mức độ nặng nề của di chứng và phương pháp phục hồi chức năng được áp dụng. Bao gồm: trị liệu ngôn ngữ, vật lý trị liệu và dự phòng tái xuất huyết trong tương lai.

Bạn có thể kiểm soát nguy cơ bị xuất huyết não trong tương lai bằng cách:4

Giữ huyết áp ở mức ổn định.

Nếu có tình trạngđái tháo đườngphải kiểm soát tốt lượng đường trong máu.

Kiểm soát nồng độcholesteroltrong máu ở mức cho phép.

Kiểm soát cân nặng, có chế độ ăn uống lành mạnh.

Hạn chế sử dụngrượu, bia,thuốc lá.

Tập luyện thể dục thường xuyên, đều đặn. Nên tập ít nhất 30 phút mỗi ngày, ít nhất 5 ngày trong tuần. Không bỏ tập quá 2 ngày liên tiếp.

Những người từng bị xuất huyết não hay đột quỵ sẽ tăng thêm khoảng 25% khả năng tái phát trong tương lai. Do đó, bạn cần chú ý chăm sóc sức khỏe thật tốt và thực hiện các biện pháp bảo vệ não bộ.67

Qua bài viết trên, hy vọng bạn đọc đã có thêm những thông tin hữu ích vềxuất huyết não. Việc hiểu rõ nguyên nhân, dấu hiệu, cách điều trị sẽ giúp ích cho việc phát hiện và có những biện pháp xử trí kịp thời.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/chay-mau-tieu-hoa-duoi-dung-coi-thuong/

Nội dung bài viết

Chảy máu tiêu hóa dưới là gì? Nguyên nhân do đâu?

Chảy máu tiêu hóa dưới có biểu hiện gì?

Các bệnh lý có thể gặp khi đi tiêu ra máu, đi tiêu phân đen

Đi tiêu ra máu khi nào cần nhập viện ngay?

Khi nào chảy máu tiêu hóa dưới cần được cấp cứu ngay?

Chảy máu tiêu hóa dưới là tình trạng đi tiêu ra máu đỏ hay đi tiêu phân đen. Chảy máu tiêu hóa dưới hay xuất huyết tiêu hóa dưới được xem là một cấp cứu nội khoa. Đây là triệu chứng liên quan đến nhiều bệnh lý khác nhau. Cùng tìm hiểu các dấu hiệu và nguyên nhân của chảy máu tiêu hóa dưới qua bài viết này nhé.

Chảy máu tiêu hóa dưới – thường liên quan đến đi tiêu ra máu. Máu có thể là máu đỏ tươi, máu đông hay máu lẫn với phân. Mức độ chảy máu tiêu hóa dưới là nhẹ, trung bình hay nặng phụ thuộc vào lượng máu mất đi.

Có rất nhiều nguyên nhân gây ra triệu chứng này nhưbệnh trĩ, polyp đại trực tràng, viêm loét đại trực tràng hay ung thư. Cần đi khám nếu có triệu chứng để được chẩn đoán và điều trị.

Dấu hiệu và triệu chứng của chảy máu tiêu hóa dưới có thể dễ dàng nhận biết nhưng đôi khi chảy máu ẩn không nhìn thấy được. Dấu hiệu tùy thuộc vào vị trí máu chảy cũng như lượng máu mất nhiều hay ít.

Máu nhỏ sau đi tiêu làm nước bồn cầu có màu hồng hay đỏ.

Thấy máu trên giấy vệ sinh sau khi chùi.

Đi cầu ra máu. Máu có thể bao quanh phân, hoặc nhỏ giọt sau phân hoặc chảy máu trước khi đi ra phân.

Đi tiêu phân đen. Phân có màu đen, sệt, dính như bã cà phê và có mùi tanh là dấu hiệu có máu trong phân.

Khi lượng máu mất nhiều và đột ngột, người bệnh có thể có triệu chứng như đau đầu, chóng mặt, ù tai. Nặng nề hơn là khó thở, hạ huyết áp hay ngất. Đây là những dấu hiệu nặng cần được đến cấp cứu ngay.

Nếu máu mất rỉ ra mà không được phát hiện, người bệnh sẽ có những dấu hiệu của thiếu máu mạn như xanh xao, mệt mỏi, giảm trí nhớ, giảm vận động,…

Có nhiều tình trạng và bệnh lý có thể gây ra chảy máu trực tràng. Sau đây là những nguyên nhân thường gặp:

Nứt kẽ là tình trạng xuất hiện các vết loét, nứt ở rìa hoặc ống hậu môn. Các vết nứt này gây ra sự đau đớn, ra máu khi đi tiêu. Nứt kẽ hậu môn thường liên quan đến táo bón lâu năm hay phân cứng.

Các trường hợp nhẹ có thể điều trị bằng thuốc uống và thuốc đặt. Nhưng nếu nứt kẽ hậu môn mạn tính, có thể cần đến phẫu thuật. Để phòng bệnh và ngừa tái phát cần có chế độ ăn nhiều chất xơ, uống đủ nước và tránh táo bón kéo dài.

Trĩ là sự phình lên của các đám rối tĩnh mạch ở ống hậu môn. Đây một bệnh lý thường gặp và gây rất nhiều phiền toái cho người bệnh. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, mọi ngành nghề, đặc biệt là ở những người táo bón mạn, ngồi nhiều, chế độ ăn ít xơ,…

Triệu chứng thường gặp của bệnh trĩ là đi cầu ra máu đỏ tươi hay đỏ bầm, đi cầu có khối phồng sa ra ngoài hậu môn hay cảm giác đi cầu không hết phân,.. Trĩ cũng là một trong những nguyên nhân gây đi cầu ra máu thường gặp và có thể điều trị bằng thay đổi lối sống, điều trị bằng thuốc và phẫu thuật với những trường hợp nặng.

Bạn có biết, Ngũ Bội Tử là tên của một vị thuốc đặc biệt có nguồn gốc từ những những túi trên thân cây muối do loài sâu cũng mang tên Ngũ Bội Tử gây ra. Trong Đông y, vị thuốc này có tác dụng trị bệnh trĩ tiêu ra máu.

Tham khảo ngay:Ngũ Bội Tử: Công dụng cho người bệnh trĩ

Polyp đại trực tràng là một khối tế bào hình thành từ lớp niêm mạc của đại tràng. Triệu chứng thường gặp của polyp là đi tiêu ra máu, táo bón haytiêu chảykéo dài, đau bụng. Hầu hết các polyp thì lành tính. Tuy nhiên, với những polyp dạng tuyến hay polyp có kích thước hơn 1cm có thể diễn tiến thành ung thư trong tương lai. Do đó, cần điều trị và theo dõi theo hướng dẫn của bác sĩ.

Ung thư đại trực trànglà một loại ung thư thường gặp ở Việt Nam và thế giới. Ung thư đại trực tràng là một ung thư có tiên lượng tốt khi được phát hiện và điều trị sớm. Nguy cơ ung thư đại trực tràng tăng lên theo tuổi và ở những người có tiền căn gia đình bị bệnh. Ung thư đại trực tràng cũng tăng lên ở những người có bệnh đại tràng như polyp, viêm loét đại trực tràng mạn tính,… Triệu chứng thường gặp của ung thư đại trực tràng là đi tiêu ra máu, táo bón hay tiêu chảy kéo dài hoặc xen kẽ, đau bụng âm ỉ.

Ung thư ống hậu môn có những yếu tố nguy cơ như nhiễm HPV, quan hệ tình dục qua đường hậu môn, hút thuốc lá hay rò hậu môn lâu ngày. Triệu chứng của ung thư hậu môn ở giai đoạn sớm rất giống những bệnh lý khác: đau, ngứa hậu môn, đi tiêu rỉ máu hay chảy dịch hậu môn.

Vì triệu chứng của ung thư khá tương tự với những bệnh khác. Do đó nếu có triệu chứng và/hoặc yếu tố nguy cơ hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn.

Viêm hay viêm loét đại trực tràng cũng là một trong những nguyên nhân gây đi tiêu ra máu. Các nguyên nhân gây bệnh bao gồm:

Nhiễm vi khuẩn đường ruột, kí sinh trùng đường ruột.

Hội chứng ruột kích thích

Bệnh viêm loét đại trực tràng từng vùng (bệnh Crohn)

Sau xạ trị hay hóa trị.

Khi thành ruột bị suy yếu, chỗ này phồng lên tạo ra một túi nhỏ gọi là túi thừa. Các túi này thường gặp ở những người ít ăn rau quả và chất xơ. Túi thừa khi bị viêm, chúng gây sốt, đau bụng, đi tiêu ra máu, nặng hơn là biến chứng thủng ruột, tắc ruột hay áp xe. Nếu nhẹ, viêm túi thừa có thể điều trị bằng kháng sinh. Nhưng nếu nặng nề hay có biến chứng, bệnh nhân có thể phải phẫu thuật để điều trị.

Hầu hết chảy máu nhẹ sẽ tự hết. Ví dụ như một vài giọt máu làm nước bồn cầu chuyển màu hồng hay vài giọt máu trên giấy vệ sinh sau khi chùi. Thường thì, những tình trạng chảy máu nhẹ này có thể đánh giá và điều trị tại phòng khám mà không cần cấp cứu hay nhập viện. Chảy máu tiêu hóa dưới đôi khi ở mức độ trung bình đến nặng. Các trường hợp chảy máu trung bình – nặng được coi là tình trạng cần được nhập cấp cứu.

Chảy máu tiêu hóa dưới có thể nguy hiểm nếu ở mức độ trung bình đến nặng. Mất máu vừa đến nặng có thể dẫn đến các triệu chứng khác như đau đầu, chóng mặt, ù tai, choáng váng hay thậm chí ngất. Các dấu hiệu khác của mất máu nhiều như mạnh đập nhanh, hạ huyết áp. Tuy hiếm gặp nhưng cũng có trường hợp chảy máu nhiều đến mức bệnh nhân suy tuần hoàn dẫn đến sốc. Những bệnh nhân có dấu hiệu này cần được nhập viện ngay để được đánh giá và truyền máu, nếu cần.

Cần chú ý nếu xuất hiện những triệu chứng như sốt cao, đau bụng dữ dội hay kéo dài kèm với chảy máu tiêu hóa. Đây có thể là dấu hiệu của những bệnh cấp tính cần được can thiệp phẫu thuật.

Tuy hiếm gặp hơn, nhưng chảy máu tiêu hóa cũng có thể là dấu báo hiệu các bệnh lý ác tính như ung thư đại trực tràng hay ung thư ở ống hậu môn. Nguy cơ ung thư tăng lên ở những bệnh nhân từ 50 tuổi và những bệnh nhân có tiền căn gia đình mắc bệnh. Do đó, nếu chảy máu tiêu hóa dưới xuất hiện ở độ tuổi này, hãy đến bác sĩ để được tư vấn.

Bất kì tình trạng chảy máu tiêu hóa nào cũng được xem là bất thường và cần được thăm khám bởi bác sĩ. Tuy nhiên, có những tình trạng được xem là nặng nề hơn và cần được đến phòng cấp cứu ngay. Những tình huống đó bao gồm:

Tiêu phân đen có thể gợi ý chảy máu từ đường tiêu hóa trên, đặc biệt với những bệnh nhân có tiền căn bệnh gan như xơ gan hay viêm gan mạn. Đây có thể là dấu hiệu của vỡ giãn các mạch máu ở thực quản hay dạ dày.

Đi tiêu một lượng lớn máu đỏ tươi.

Sau khi đi tiêu ra máu, người bệnh thấy chóng mặt, ù tai hay choáng váng. Những triệu chứng nặng hơn là khó thở, mạch đập nhanh hay thậm chí ngất.

Chảy máu tiêu hóa kèm với sốt hay đau bụng dữ dội. Đây có thể là dấu hiệu của những bệnh lý cấp cứu cần được can thiệp ngoại khoa như lồng ruột, sa ruột,…

Chảy máu tiêu hóa dướilà tình trạng rất thường gặp. Có rất nhiều nguyên nhân gây ra triệu chứng này như trĩ, polyp đại trực tràng, viêm loét đại trực tràng hay ung thư. Cần đi khám nếu có triệu chứng để được chẩn đoán và điều trị.

Ngoài ra, duy trì chế độ ăn uống nhiều rau củ quả và chất xơ, uống đủ nước và tập thể dục điều độ có thể giúp phòng ngừa nhiều bệnh lý liên quan đến đại trực tràng.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/xuat-tinh-som/

Nội dung bài viết

“Xuất” như thế nào là “sớm”?

Triệu chứng của xuất tinh sớm

Khi nào bạn cần đi khám bác sĩ?

Điều gì gây ra việc nam giới xuất tinh sớm?

Những cách điều trị xuất tinh sớm

Hậu quả của xuất tinh sớm

Xuất tinh sớm là vấn đề thường xuyên xuất hiện trong các mối quan hệ cặp đôi. Tình trạng xuất tinh sớm gây lo lắng cho đàn ông, họ luôn muốn tìm cách để cải thiện tình hình. Bài viết này của Bác sĩ Trần Lê Dung sẽ giúp bạn hiểu thêm về nguyên nhân, triệu chứng và hiệu quả của bệnh trên.

Xuất tinh sớm xảy ra khi một người đàn ông xuất tinh sớm hơn mong đợi của anh ta hoặc bạn tình. Thường sau khi xuất tinh, người đàn ông ít có khả năng tiếp tục duy trì quan hệ tình dục. Việc này thường gây thất vọng cho đối tác hay kém thỏa mãn trong cuộc yêu.

Đây là một than phiền phổ biến trong chuyện tình dục. Trung bình trong 3 người đàn ông có 1 người cho biết anh ta đã hoặc đang gặp phải vấn đề này. Như vậy, đây là “chuyện thường ngày ở huyện”, ai cũng có thể gặp phải.

Mặc dù vậy, nhưng khi gặp một trong những tình trạng sau đây; việc xuất tinh sớm của bạn có thể là dấu hiệu của bệnh lý:

Luôn luôn hoặc gần như mọi lần đều xuất tinh chỉ trong vòng một phút sau khi thâm nhập.

Không thể trì hoãn xuất tinh trong gần như tất cả mọi lần giao hợp.

Một trong hai đối tác, hay cả hai cảm thấy đau khổ và thất vọng, dẫn tới việc tránh thân mật tình dục.

Triệu chứng chính của xuất tinh sớm là không có khả năng trì hoãn xuất tinh trong hơn một phút sau khi thâm nhập. Tuy nhiên, điều này cũng có thể xảy ra trong tất cả các tình huống tình dục, ngay cả khi thủ dâm hay quan hệ tình dục bằng miệng.

Xuất tinh sớm có thể được phân loại là:

Kéo dài (nguyên phát): nếu từ lần đầu tiên quan hệ tình dục bạn đã bị xuất tinh sớm và hầu như mọi lần sau này vẫn thế.

Mắc phải (thứ phát): nếu trước đây bạn vẫn có những lần quan hệ tình dục bình thường, nhưng nay lại gặp phải xuất tinh sớm.

Nhiều người đàn ông cảm thấy rằng họ có các triệu chứng xuất tinh sớm, nhưng bác sĩ lại cho rằng họ bình thường. Vì biểu hiện của họ không đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán cho triệu chứng này.

Bạn cần hiểu rằng, một người đàn ông bình thường cũng có những lần xuất tinh sớm và những lần đạt được sự thỏa mãn đúng thời điểm.

Hãy nói chuyện với bác sĩ của bạn nếu bạn xuất tinh sớm hơn mong muốn trong hầu hết các lần quan hệ tình dục. Thông thường, đàn ông cảm thấy xấu hổ khi thảo luận về các vấn đề sức khỏe tình dục. Tuy nhiên, đừng để điều đó ngăn bạn cải thiện bản thân. Bệnh này là một vấn đề phổ biến và có thể điều trị. Đối với một số người, một lần trò chuyện với bác sĩ có thể giúp giảm bớt những lo ngại về bệnh.

Bác sĩ có thể giúp bạn yên tâm khi biết rằng xuất tinh sớm đa số đều là bình thường. Thời gian trung bình từ khi bắt đầu giao hợp đến xuất tinh là khoảng 5 phút.

Các loại thuốc và kỹ thuật tình dục làm trì hoãn xuất tinh – hoặc kết hợp cả hai – cũng có thể giúp cải thiện sức khỏe tình dục cho bạn và bạn tình.

Nguyên nhân chính xác của bệnh chưa được xác định. Có lẽ là do có nhiều yếu tố tác động dẫn đến tình trạng này. Bao gồm cả mặt tâm lý và mặt sinh học.

Các yếu tố tâm lý có thể góp phần gây bệnh bao gồm:

Trải nghiệm quan hệ tình dục sớm;

Lạm dụng tình dục;

Tự ti về cơ thể của mình;

Trầm cảm;

Lo lắng về bệnh.

Các yếu tố khác có thể đóng vai trò bao gồm:

Rối loạn cương dương. Những người đàn ông lo lắng về việc cương cứng hoặc duy trì sự cương cứng trong khi quan hệ. Từ đó, khiến họ có xu hướng vội vã để xuất tinh vì sợ lại bị “xìu” xuống. Mô hình tâm lý này được cho là khó có thể thay đổi.

Lo âu. Nhiều người đàn ông bị xuất tinh nhanh cũng có vấn đề với lo âu. Họ có thể lo về năng lực tình dục của mình hoặc lo lắng các vấn đề khác trong cuộc sống.

Vấn đề trong mối quan hệ. Nếu bạn đã từng có những lần quan hệ tình dục thỏa mãn với các đối tác khác. Khi đó xuất tinh nhanh xảy ra không thường xuyên hoặc không xảy ra. Vấn đề xuất tinh nhanh với đối tác hiện tại của bạn có thể bắt nguồn từ những rắc rối chưa giải quyết trong mối quan hệ của 2 người.

Một số yếu tố sinh học có thể góp phần gây ra bệnh, bao gồm:

Bất thường về nồng độ hormone.

Bất thường về chất dẫn truyền thần kinh trong não.

Viêm và nhiễm trùng tuyến tiền liệt hoặc niệu đạo.

Đặc điểm di truyền.

Bên cạnh các nguyên nhân thì các yếu tố sau đây có thể làm tăng nguy cơ bệnh:

Rối loạn cương dương. Bạn có thể tăng nguy cơ xuất tinh nhanh nếu gặp khó khăn trong việc cương hoặc duy trì cương cứng. Việc luôn lo lắng sợ mất sự cương cứng. Khiến bạn vội vàng một cách có ý thức hoặc vô thức “làm cho xong” các lần quan hệ tình dục.

Căng thẳng trong bất kỳ lĩnh vực nào trong cuộc sống. Điều này khiến bạn khó cảm thấy thư giãn và tập trung trong các cuộc gặp gỡ tình dục.

Có rất nhiều cách khác nhau để điều trị xuất tinh sớm, những cách sau đây được bác sĩ đánh giá cao trong điều trị xuất tinh sớm:

Đối với một số trường hợp, tình trạng xuất tinh sớm có thể được giải quyết bằng những hành vi đơn giản như:

Thủ dâm một hoặc hai giờ trước khi giao hợp có thể giúp bạn trì hoãn xuất tinh khi quan hệ.

Trì hoãn giao hợp và dành thời gian cho giai đoạn khởi đầu, âu yếm, chăm sóc nhau để giảm áp lực cho các lần quan hệ tình dục.

Kỹ thuật dừng lại và siết chặt: Đây là một kỹ thuật cần sự kết hợp giữa bạn và đối tác bằng cách dừng lại và siết chặt phần cuối dương vật trước khi bạn cảm thấy muốn xuất tinh khi quan hệ. Sau đó, bạn đợi cho cảm giác kích thích giảm dần và bắt đầu lại, cứ như vậy cho đến khi bạn muốn xuất tinh thật sự. Kỹ thuật này giúp bạn cảm nhận và biết cách trì hoãn cảm giác sắp xuất tinh, từ đó dần cải thiện tình trạng xuất tinh sớm.

Sử dụng bao cao su: Đây không những là một “tip” giúp giảm độ nhạy cảm của dương vật mà còn là biện pháp cần thiết để tránh thai và phòng các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục. Ngoài ra, hiện nay có rất nhiều các loại bao cao su được thiết kế để giúp bạn kéo dài cuộc yêu.

Bài tập sàn chậu (hay còn gọi làbài tập Kegel) được đánh giá mang lại hiệu quả cao trong điều trị xuất tinh sớm. Bài tập này giúp tăng sức mạnh cho cơ sàn chậu – nhóm cơ trì hoãn việc xuất tinh của bạn.

Có 4 bước để bạn có thể thực hiện bài tập này:

Bước 1: Xác định đúng cơ sàn chậu.

Bước 2: Siết chặt cơ sàn chậu, giữ nhóm cơ co trong 3 giây và sau đó thư giãn 3 giây.

Bước 3: Duy trì sự tập trung vào việc thắt chặt chỉ các cơ sàn chậu của bạn.

Lặp lại bài tập 3 lần mỗi ngày để rèn luyện sức mạnh cho cơ bắp một cách hiệu quả nhất.

Bên cạnh các phương pháp không dùng thuốc, bác sĩ của bạn có thể hỗ trợ bạn bằng cách kê đơn thuốc gây tê tại chỗ và nhiều loại thuốc uống khác. Việc sử dụng thuốc này cần được cân nhắc kỹ dựa trên hoàn cảnh và nguyên nhân gây ra xuất tinh sớm, cũng như mong muốn và điều kiện cụ thể của bạn. Dưới đây là một số loại thuốc bạn có thể cân nhắc theo lời của bác sĩ để sử dụng:

Thuốc gây tê tại chỗ gồm một số loại thuốc dạng bôi giúp trì hoãn việc xuất tinh như: benzocaine, lidocaine hoặc prilocaine.

Thuốc uống: Nhiều loại thuốc dùng theo đường uống có thể trì hoãn cực khoái, bao gồm thuốc chống trầm cảm, thuốc giảm đau và thuốc ức chế phosphodiesterase-5.

Điều cần đặc biệt lưu ý là phương pháp điều trị bằng thuốc tiềm ẩn những tác dụng phụ nhất định, chỉ nên sử dụng khi có sự chỉ định của bác sĩ.

Xem thêm:Sản phẩm rocket 1h giúp tăng cường sinh lý nam

Một số phương phápđiềutrị xuất tinh sớmthay thế đã được nghiên cứu, bao gồm:

Yoga: giúp làm khỏe các nhóm cơ kiểm soát xuất tinh.

Thiền: giúp tăng nhận thức về cảm giác trên cơ thể mình, từ đó kiểm soát tốt hơn.

Châm cứu: giúp lưu thông khí huyết.

Tuy nhiên, hiện tại cần nhiều nghiên cứu hơn để đánh giá hiệu quả của các liệu pháp này.

Một số loại thuốc có thể hữu ích trong điều trị xuất tinh sớm nhưng cần được nghiên cứu thêm. Những loại thuốc này bao gồm:

Đây là thuốc đầu tay trong điều trị xuất tinh sớm ở một số quốc gia. Dapoxetin thuộc nhóm tái hấp thu chọn lọc serotonin. Nó hiện đang được thử nghiệm lâm sàng tại Hoa Kỳ.

Modafinil(Provigil). Đây là một thuốc điều trị cho chứng ngủ gà.

Silodosin (Rapaflo). Thuốc này thường dùng điều trị cho phì đại tuyến tiền liệt (tăng sản tuyến tiền liệt lành tính).

Xuất tinh sớm có thể gây ra nhiều vấn đề trong cuộc sống cá nhân của bạn, bao gồm:

Mối quan hệ trở nên căng thẳng. Khi không đạt được kỳ vọng, 1 trong 2 hoặc cả 2 cảm thấy thất vọng, nản, tránh né quan hệ tình dục. Người đàn ông có xu hướng tự đổ lỗi cho bản thân và sợ bạn tình nghĩ mình “yếu đuối”. Sự tự ti này làm tăng khoảng cách trong mối quan hệ.

Vấn đề sinh sản. Xuất tinh sớm đôi khi có thể gây khó khăn cho việc thụ tinh đối với các cặp vợ chồng đang cố gắng có con. Nếu việc xuất tinh không xảy ra trong âm đạo của người phụ nữ.

Xuất tinh sớmchỉ được gọi là bệnh lý cần phải chữa trị khi không vượt qua mốc 1 phút. Các yếu tố về tâm lý và sinh học cũng khiến nam giới gặp vấn đề trong việc xuất tinh. Vì vậy, khi nhận thấy bất thường của cơ thể, canh mày râu cần liên hệ với bác sĩ để được hỗ trợ tìm ra nguyên nhân và giải quyết vấn đề.

Quan hệ dưới 1 phút có phải xuất tinh sớm? Làm thế nào để khắc phục tình trạng xuất tinh sớm? Tìm hiểu ngay qua video dưới đây.

Biên tập bởi:ThS.BS Trần Quốc Phong

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/xo-gan-la-gi-xo-gan-co-nhung-bieu-hien-nao/

Nội dung bài viết

Gan có những chức năng gì?

Xơ gan là gì?

Xơ gan có những biểu hiện gì?

Nguyên nhân gây xơ gan

Yếu tố nguy cơ

Xơ gan có thể gây ra biến chứng gì?

Ngoài ra xơ gan còn có thể dẫn đến các biến chứng

Xơ gan là sự xơ hóa của lá gan, do nhiều tình trạng hay bệnh lý ở gan gây ra. Xơ gan có thể dẫn đến nhiều biến chứng ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe và tính mạng. Vậy làm cách nào để biết mình có bị mắc bệnh hay không? Mời bạn cùng tìm hiểu trong bài viết dưới đây của ThS.BS Thái Việt Nguyên.

Để hiểu về xơ gan thì trước hết chúng ta cần hiểu được gan là gì và có những chức năng nào?

Ganlà tạng lớn nhất trong cơ thể. Cấu trúc của gan bao gồm các thùy gan, mạch máu trong gan và ống dẫn mật.

Một số chức năng quan trọng của gan:

Chuyển hóa các chất dinh dưỡng.

Chức năng chống độc: ngăn chặn các chất độc xâm nhập vào cơ thể qua đường ăn uống. Đồng thời làm giảm độc tính và loại bỏ một số chất thải trong cơ thể.

Chức năng tạo dịch mật (góp phần trong tiêu hóa thức ăn).

Chức năng dự trữ các chất như đạm, đường,…

Sản xuất các chất giúp đông máu.

Xơ gan là giai đoạn muộn của xơ hóa (tạo sẹo) ở gan. Bệnh này do nhiều tình trạng hay bệnh lý tại gan gây ra. Trong số đó có viêm gan và nghiện rượu mạn tính.

Khi gan chúng ta bị tổn thương (do bệnh tật, uống rượu nhiều hay các nguyên nhân khác) thì nó sẽ cố gắng tự sửa chữa. Quá trình tự sửa chữa này sẽ tạo các mô sẹo. Khi tổn thương gan tiến triển, ngày càng có nhiều mô sẹo được hình thành. Điều này khiến cho gan không hoạt động được bình thường. Xơ gan tiến triển có thể đe dọa tính mạng.

Tổn thương gan do xơ thường không thể hồi phục. Nhưng nếu bệnh được chẩn đoán sớm và điều trị được nguyên nhân, có thể ngăn ngừa gan bị tổn thương nặng hơn.

Bệnh xơ gan thường không có dấu hiệu hoặc triệu chứng cho đến khi tổn thương gan lan rộng. Các biểu hiện của bệnh có thể là:

Mệt mỏi;

Dễ chảy máu hoặc xuất hiện các vết bầm tím;

Ăn uống kém ngon miệng;

Buồn nôn;

Phù chân: Sưng ở chân, bàn chân, mắt cá chân;

Sụt cân;

Ngứa;

Mắt và da chuyển sang màu vàng (vàng da);

Cổ trướng, báng bụng: tích tụ dịch trong bụng;

Mạch máu hình sao xuất hiện trên da (sao mạch);

Đỏ lòng bàn tay;

Ở phụ nữ, mất kinh không phải do mãn kinh;

Ở nam giới, mấtham muốn tình dục, tuyến vú phát triển (nữ hóa tuyến vú) hoặc teo tinh hoàn.

Nhầm lẫn, đãng trí, lơ mơ. Bệnh nhân có thể thấy buồn ngủ, tâm trạng thay đổi, mất trí, thậm chí hôn mê (bệnh não gan).

Vàng daDấu sao mạch trong bệnh xơ gan

Các bệnh lý của gan và tình trạng sau đây có thể làm tổn thương và dẫn đến xơ gan:

Uống nhiều rượu.

Bệnh viêm gan siêu vi mạn tính (viêm gan B, C và D). Bị viêm gan siêu vi là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra xơ gan.

Gan nhiễm mỡ.

Sự tích tụ sắt trong cơ thể.

Bệnh xơ nang.

Tích tụ đồng trong gan (bệnh Wilson).

Hẹp đường mật bẩm sinh.

Thiếu hụt chất alpha-1 antitrypsin.

Rối loạn chuyển hóa đường bẩm sinh (bệnh dự trữ glycogen).

Hội chứng Alagille (rối loạn tiêu hóa di truyền).

Viêm gan tự miễn (bệnh gan gây ra do rối loạn hệ thống miễn dịch của cơ thể).

Xơ gan ứ mật nguyên phát (phá hủy các ống dẫn mật).

Viêm đường mật xơ cứng nguyên phát (xơ cứng các ống dẫn mật).

Nhiễm trùng, ví dụ như bệnh giang mai.

Các loại thuốc, như là methotrexate hoặc isoniazid.

Hiện nay ước tính có khoảng 20-30% người dân Việt Nam mắc bệnh gan nhiễm mỡ. Căn bệnh này ngày càng phổ biến đến mức đáng báo động. Gan nhiễm mỡ không bỏ qua một đối tượng nào, từ người lớn đến trẻ em. Hiện nay, theo các bác sĩ, số người đến khám và phát hiện ra mắc căn bệnh này ngày một nhiều. Gan nhiễm mỡ làm tổn thương gan, tăng men gan và gây viêm gan, xơ gan về lâu dài.

Các yếu tố nguy cơ liệt kê dưới đây khiến bạn dễ mắc xơ gan hơn:

Uống quá nhiều rượu.

Thừa cân, béo phì làm tăng nguy cơ mắc các bệnh có thể dẫn đến xơ gan. Chẳng hạn như bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu.

Bệnh viêm gan siêu vi. Không phải ai bị viêm gan siêu vi mạn tính cũng sẽ diễn tiến sang xơ gan. Nhưng nếu đã bị viêm gan siêu vi thì nguy cơ xơ gan tăng gấp nhiều lần người không bị.

Biến chứng thường gặp của bệnh xơ gan có thể bao gồm:

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa: Áp lực cao trong tĩnh mạch cung cấp máu cho gan . Xơ gan làm cản trở dòng máu chảy qua gan. Điều này làm tăng áp lực trong tĩnh mạch dẫn máu từ ruột và lách tới gan (tĩnh mạch cửa).

Sưng phù chân và bụng. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa có thể khiến dịch thoát ra khỏi mạch máu và đi vào mô. Tích tụ dịch ở chân sẽ gây phù chân và tích tụ ở bụng sẽ gây báng bụng. Phù chân, báng bụng cũng có thể do gan giảm khả năng sản xuất albumin (một loại đạm trong máu).

Lách to. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa cũng có thể gây ra thay đổi ở lách và khiến lách to ra. Lách sẽ bắt giữ các tế bào bạch cầu và tiểu cầu. Giảm bạch và tiểu cầu trong máu có thể là dấu hiệu đầu tiên của xơ gan.

Chảy máu. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa làm cho máu đổ vào các tĩnh mạch nhỏ hơn. Khi đó các mạch máu nhỏ căng ra và chúng có thể bị vỡ. Điều này có thể gây chảy máu nghiêm trọng. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa còn khiến cho các tĩnh mạch giãn rộng. Tại thực quản là giãn tĩnh mạch thực quản và tại dạ dày gọi là giãn tĩnh mạch dạ dày. Khi các tĩnh mạch này vỡ có thể gây chảy máu ồ ạt, đe dọa tính mạng. Chảy máu sẽ khó cầm khi gan xơ không thể tạo ra đủ các yếu tố giúp đông máu.

Nhiễm trùng. Ở người bị xơ gan, cơ thể giảm khả năng chống lại nhiễm trùng. Ví dụ như bệnh nhân báng bụng có thể bị viêm phúc mạc do vi khuẩn. Đây là một bệnh lý nhiễm trùng ổ bụng nghiêm trọng.

Suy dinh dưỡng. Xơ gan làm cho cơ thể khó tiêu thụ chất dinh dưỡng. Dẫn đến sụt cân và mệt mỏi.

Tích tụ chất độc trong não (bệnh não gan). Gan bị xơ không đủ khả năng làm sạch chất độc trong máu như gan bình thường. Những chất độc này có thể tích tụ trong não làm cho bạn đãng trí, lơ mơ, khó tập trung. Bệnh não gan tiến triển có thể dẫn đến hôn mê gan.

Vàng da. Xảy ra khi gan bị xơ không thể loại bỏ bilirubin ra khỏi cơ thể. Bilirubin là một sản phẩm thoái hóa của cơ thể. Tình trạng vàng da bao gồm da và mắt bị vàng, đồng thời nước tiểu sậm màu hơn bình thường.

Bệnh về xương. Một số người xơ gan, xương bị yếu đi và nguy cơ gãy xương cao hơn bình thường.

Tăng nguy cơ bị ung thư gan. Một tỉ lệ lớn những người bị ung thư gan phát triển trên nền xơ gan trước đó.

Xơ gan cấp trên nền mạn. Một vài người bị xơ gan tử vong do suy đa cơ quan. Các nhà y học tin rằng đây là một biến chứng riêng biệt ở một số người bị xơ gan. Nhưng nguyên nhân của nó vẫn chưa được hiểu đầy đủ.

Xơ ganlà bệnh không hiếm gặp trong cuộc sống hiện nay. Đó là tình trạng gan bị xơ hóa và mất dần chức năng. Có rất nhiều nguyên nhân gây ra bệnh. Trong đó, viêm gan siêu vi và nghiện rượu là những nguyên nhân thường gặp nhất. Giai đoạn sớm thường không có triệu chứng.

Nếu nghi ngờ mình có khả năng mắc xơ gan, bạn nên đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Mặc dù tổn thương gan do xơ thường không thể hồi phục. Nhưng nếu xơ gan được chẩn đoán sớm và nguyên nhân gây ra xơ gan được điều trị, có thể ngăn ngừa gan bị tổn thương nặng hơn.

Xem thêm:Xơ gan: Điều trị như thế nào?

Nếu bạn bị Xơ gan, bạn có thể được giới thiệu đến một bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa – Gan mật để được chẩn đoán và điều trị hợp lý. Dưới đây là một số thông tin để giúp bạn chuẩn bị cho cuộc hẹn khám với bác sĩ suôn sẻ và hiệu quả hơn:Bệnh nhân Xơ gan nên chuẩn bị những gì trước khi đến gặp bác sĩ?

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/xo-vua-dong-mach-nhung-dieu-ban-can-biet/

Nội dung bài viết

1. Xơ vữa động mạch là gì?

2. Xơ vữa động mạch được hình thành như thế nào?

3. Triệu chứng

4. Những đối tượng dễ bị xơ vữa động mạch

5. Các biện pháp chẩn đoán

6. Điều trị bệnh như thế nào?

7. Phòng ngừa

Xơ vữa động mạch là một tình trạng bệnh lý phổ biến trong dân số hiện nay. Chúng có thể gây ra nhiều biến cố tim mạch và mạch máu nghiêm trọng. Đây là kết quả của sự tương tác giữa yếu tố môi trường và gen. Tuy nhiên, chúng ta có thể chưa thật sự hiểu hết về căn bệnh này. Trong bài viết dưới đây, YouMed mong sẽ cung cấp một phần nào thông tin cho quý độc giả.

Hệ thống động mạch có chức năng vận chuyển máu nuôi tim, mang nhiều oxy và dưỡng chất đi nuôi cơ thể. Theo thời gian, các chất béo và cholesterol lắng đọng vào thành mạch tạo thành mảng bám. Những mảng bám đó được gọi là mảng xơ vữa động mạch.

Đây là bệnh động mạch bị thu hẹp vì sự tích tụ của các mảng xơ vữa. Thời gian đầu, đa số trường hợp không có triệu chứng. Đến giai đoạn muộn có thể gây nên bệnh động mạch vành, đột quỵ, bệnh động mạch ngoại biên…

Đây là một quá trình diễn tiến từ từ qua các giai đoạn sau:

Đầu tiên, nội mạc là lớp tế bào lót bề mặt của hệ thống động mạch. Lớp tế bào này có nhiều chức năng và đảm bảo sự toàn vẹn của thành động mạch. Sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ nhưtăng huyết áp, đái tháo đường… gây nên tình trạng rối loạn chức năng nội mạc.

Khi lớp nội mạc bị tổn thương, các yếu tố gây xơ vữa dễ dàng tấn công. Việc này cũng làm các mô liên kết của thành mạch bị phá vỡ. Từ đó, mạch máu dễ dàng cho các chất béo, cholesterol bám vào gây nên xơ xữa động mạch.

Tóm lại, một số nguyên nhân có thể gây nên tổn thương lớp nội mạc mạch máu gồm:

Tăng huyết áp.

Đái tháo đường.

Hút thuốc lá.

Mức độ lipid cao trong máu.

Thức uống có cồn: rượu, bia…

Tình trạng viêm, nhiễm trùng.

Bệnh thường không gây triệu chứng gì cho đến khi biến cố xảy ra. Các triệu chứng thường liên quan đến mạch máu bị xơ vữa như:

Mạch vành là mạch máu nuôi tim. Hậu quả của xơ vữa động mạch vành có thể gâysuy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, nhồi máu cơ tim… Biểu hiện của bệnh lý mạch vành như sau:

Đau ngực: Người bệnh có cơn đau ngực khi gắng sức, cảm xúc mạnh. Cơn đau thường kéo dài khoảng vài phút và sẽ giảm khi nghỉ ngơi. Cảm giác đau như bị đè nặng lan lên vai trái và cánh tay trái được gọi là cơn đau thắt ngực. Nếu đau ngực xuất hiện đột ngột và kéo dài, không giảm đau khi nghỉ ngơi thì có thể nhồi máu cơ tim đang xảy ra. Nhồi máu cơ tim là một cấp cứu tim mạch cần phải đến bệnh viện ngay.

Bệnh mạch vành là một trong các nguyên nhân gây ra tình trạng suy tim. Các triệu chứng của suy tim như: khó thở khi gắng sức hay kịch phát về đêm, phù hai chi dưới….

Động mạch cảnh là mạch máu chính cung cấp máu cho não. Hậu quả của nó có thể gây nên nhồi máu não. Đa số bệnh nhân chỉ phát hiện hẹp động mạch cảnh khi xảy ra tai biến. Triệu chứng của tai biến mạch máu não như:

Yếu liệt nửa người.

Nói khó.

Méo miệng.

Nhìn mờ đột ngột.

Suy giảm ý thức nhanh chóng.

Mạch máu ngoại biên thường bị ảnh hưởng nhất là động mạch chi dưới với các triệu chứng như:

Đau cách hồi, nghĩa là đau khi đi lại và đỡ đau khi nghỉ ngơi.

Động mạch chi dưới bắt kém hoặc không bắt được.

Chi lạnh, teo cơ, da khô…

Tăng huyết áp.

Béo phì.

Đái tháo đường.

Hút thuốc lá.

Lối sống tĩnh tại, ít vận động.

Rối loạn mỡ máu.

Ăn uống thức ăn nhiều dầu mỡ, uống bia rượu…

Siêu âm doppler mạch máu: cho biết được sự hẹp, tắc các động mạch. Thông thường, chúng ta thường thực hiện siêu âm ở các động mạch: động mạch chi, động mạch cảnh, động mạch thận…

Chụp cắt lớp dựng hình: áp dụng trên những bệnh nhân đã có triệu chứng nặng, cần can thiệp.

Nghiệm pháp gắng sức: phát hiện các bệnh mạch vành khi nghi ngờ thiếu máu cơ tim.

Đo điện tâm đồ: phát hiện các dấu hiệu của bệnh tim thiếu máu cục bộ.

Chụp cắt lớp vi tính mạch vành khi có chỉ định.

Xét nghiệm bộ mỡ máu: cholesterol, triglycerid, HDL, LDL.

Chủ yếu người ta sẽ điều trị các yếu tố nguy cơ gây nên xơ vữa động mạch:

Kiểm soát huyết áp, đường huyết tốt.

Có thể dùng thuốc hạn chế gây xơ vữa động mạch như: thuốc kháng kết tập tiểu cầu, statin…

Ngoài ra, chúng ta có thể can thiệp nội mạch như đặt stent mạch vành, mạch cảnh, mạch chi… hoặc phẫu thuật tuỳ từng trường hợp cụ thể.

Tập thể dục thường xuyên: ít nhất 30 phút mỗi ngày và 5 ngày mỗi tuần.

Áp dụng chế độ ăn nhiều rau, ít mỡ động vật, thay bằng dầu thực vật.

Kiểm soát huyết áp và đường huyết tốt.

Bỏ thuốc lá và rượu bia.

Giữ cân nặng lý tưởng.

>> Bạn có thể tham khảo thêm cách theo dõi huyết áp chính xáctại đây.

Xơ vữa động mạch là bệnh lý có các triệu chứng diễn ra âm thầm. Chúng ta không thể biết được liệu mình có đang mắc bệnh hay không cho đến khi biến cố xảy ra. Do đó, bạn nên phòng ngừa ngay từ bây giờ. Nếu bạn có các triệu chứng của những bệnh gây nên bởi mảng xơ vữa thì hãy gặp bác sĩ ngay để được tư vấn và điều trị kịp thời.

Bác sĩLữ Thị Hồng Vân

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/xep-phoi-ke-thu-tham-lang/

Nội dung bài viết

Tổng quan

Cơ chế và nguyên nhân gây bệnh

Triệu chứng xẹp phổi

Điều trị

Xẹp phổi một trong những thử thách mà bác sĩ hay gặp phải trên phim X-quang (XQ) phổi. Đôi khi xẹp phổi có thể không được chú ý đặc biệt khi không có các tổn thương rõ trên XQ. Tương tự, nó cũng dễ dàng bị lầm lẫn với một số tổn thương khác. Xẹp phổi do rất nhiều nguyên nhân gây ra, trong đó có những nguyên nhân rất nguy hiểm như ung thư phổi, bệnh màng trong.

Xẹp phổi được định nghĩa là sự giãn nở không hoàn toàn của cả lá phổi hoặc chỉ một thuỳ phổi. Về mặt mô học, xẹp phổi là một cụm các phế nang xẹp, không có sự trao đổi O2và CO2. Trong lịch sử, xẹp phổi được phát hiện lần đầu tiên qua xét nghiệm tử thi vào năm 1819.

Có nhiều nguyên nhân gây ra xẹp phổi. Xẹp phổi về bản chất là một biến chứng của nhiều loại bệnh lý cấp và mạn tính ở mọi độ tuổi. Bệnh có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải, hoặc có thể do nguyên nhân ngoài và cả trongphổi.

Phế nang muốn nở ra cũng cần 1 lượng khí nhất định nằm bên trong, khi thở ra hết sức phế nang sẽ thu hẹp lại. Liệu thở ra quá lâu, mạnh thì phế nang sẽ xẹp hẳn lại hay không? Rất may là cơ thể chúng ta có cơ chế phòng ngừa, dẫn đến dù bạn có thở ra mạnh hết sức thì các phế nang này vẫn không xẹp. Điều đó là nhờ vai trò của Surfactant – một chất nằm trong lòng phế nang, chống sự xẹp phế nang quá mức khi người bình thường thở ra.

Trong đó, phổi trái chỉ có 2 thuỳ: trên, và dưới.

Phổi phải có 3 thuỳ: Trên, giữa và dưới.

Khí quản sẽ phân chia thành 2 phế quản chính (trái và phải) đi vào 2 phổi, sau đó lại chia thành rất nhiều nhánh để đi vào từng thuỳ phổi, phế quản thuỳ lại chia thành nhiều phân thuỳ, tiểu phân thuỳ,… cho đến đơn vị nhỏ nhất là phế nang. Dễ nhận thấy rằng phế quản có hình dạng cành cây và phế nang là lá cây. Khi cành cây phía trước càng lớn (hoặc phế quản càng lớn) bị ảnh hưởng thì càng nhiều vùng lá cây phía sau bị ảnh hưởng.

Ở ngoài phổi được bao bọc trực tiếp, dính chặt bởi màng phổi tạng. Màng phổi thành sẽ dính chặt vào mặt trong thành ngực.

Ở người bình thường, 2 màng phổi thành và màng phổi tạng sẽ áp sát nhau, khi lồng ngực nở ra thì phổi nở ra, khi lồng ngực xẹp lại thì phổi xẹp lại, ngoài ra, khi hít vào phổi có thể nở xuống phía bụng, do màng phổi hoành (một phần của màng phổi tạng) sẽ đi xuống phía dưới, bởi vì phần màng phổi này dính chặt với một cơ hô hấp đặc biệt, tên là cơ hoành. Cơ quan này có vai trò là di chuyển xuống phía dưới để phổi nở ra.

Sự áp sát của màng phổi thành mà màng phổi tạng là do áp lực âm giữa 2 màng này.

Xẹp phổi xảy ra do 3 cơ chế chính:

Còn được gọi là xẹp phổi do tắc nghẽn. Đây cũng là nguyên nhân thường gặp nhất.

Khi phế quản bị tắc nghẽn, không có hoặc có một ít không khí đi vào hoặc ra khỏi phế nang.

Trong khi đó, mạch máu ở phổi, phế nang vẫn đến và đi để trao đổi khí bình thường, dẫn đến lượng khí này sẽ bị dòng máu hấp thu và làm cho phế nang xẹp lại.

Tình trạng này diễn ra ở 1 cụm các phế nang sẽ dẫn đến tình trạng xẹp phổi, sự tắc nghẽn gần như hoàn toàn này xuất hiện ở vị trí phế quản càng lớn thì mô phổi bị xẹp càng nhiều.

Do xuất hiện khối u:

Ung thư biểu mô phế quản(là loại thường gặp nhất của ung thư phổi).

Carcinoid (ung thư nội tiết).

Các khối u di căn.

Lymphoma (Ung thư hạch lympho thường là trong trung thất).

Ít gặp hơn là các loại u mỡ, u cơ.

Do viêm:

Lao(u hạt, viêm hẹp phế quản).

Sarcoidosis(bệnh lý do cơ quản miễn dịch bị rối loạn).

Nguyên nhân khác:

Nhĩ trái lớn: Đây là một trong 4 buồng tim, khi lớn sẽ đè ép phế quản của phổi trái.

Dị vật: Do bệnh nhân nuốt vào, nhưng không rơi vào thực quản mà vào phế quản. Đây cũng là nguyên nhân cấp tính duy nhất trong nhóm, thường xuất hiện triệu chứng của nuốt sặc (đột ngột da mặt tím tái, ho sặc, cảm giác nuốt phải dị vật). Sau khi tắc nghẽn xảy ra ở một người bình thường, xẹp phổi sẽ xảy ra trong 24 tiếng đầu tiên.

Đây là nhóm nguyên nhân chủ yếu trong xẹp phổi do hấp thu.

Thường gặp ở bệnh nhân hậu phẩu đặc biệt là mổ tim, đau ngực, đau bụng, chấn thương ngực.

Sử dụng thuốc ức chế hô hấp (đặc biệt làmorphine, codein).

Bệnh lý ức chế thần kinh trung ương.

Hen.

Xơ nang.

Viêm phế quản phổi.

Viêm phế quản.

Ở trẻ em có thể gặp Viêm tiểu phế quản.

Ở nhóm bệnh nhân thở oxy liều cao sẽ dễ dàng bị xẹp phổi hơn (tỷ lệ oxy / không khí bình thường là 21%, với 79% còn là là nitơ). Do nitơ di chuyển từ phế nang và máu chậm hơn nhiều so với oxy.

Ở đối tượng có tắc nghẽn phế quản cấp tính, nếu cho bệnh nhân thở với nồng độ oxy là 100% thì sau 1 tiếng, bệnh nhân sẽ bị xẹp phổi.

Khối u lớn phía ngoài chèn ép vào phế nang (khối u không nằm trên phế quản).

Khí bị giữ lại trong nhóm các phế nang kế cận làm nhóm phế nang này căng phồng, chứa rất nhiều khí, nhóm phế nang này chèn ép làm xẹp các phế nang xung quanh.

Tràn khí màng phổi(khí quá nhiều trong khoang màng phổi) sẽ đè xẹp các phế nang lân cận.

Tương tự đối với tràn dịch màng phổi (dịch quá nhiều trong khoang màng phổi).

Khối u màng phổi.

Cơ hoành có 1 lổ bất thường bẩm sinh, ruột trong bụng sẽ đi lên lồng ngực, chèn ép phổi, làm xẹp phổi và thường nằm bên trái.

Xem thêm:Những kiến thức cần biết về bệnh thoát vị hoành

Bệnh màng trong (thường gặp ở trẻ sơ sinh rất non tháng).

Thuyên tắc phổi (cơ chế chưa rõ ràng).

Ngoài ra còn có xơ sẹo ở phổi, làm phổi co rút lại, gây xẹp phổi. Nhóm này thường liên quan đến lao, viêm xơ, và các bệnh lý phổi mạn tính khác:

Bệnh bụi phổido than đá: Thường là công nhân ở mỏ than, xẹp đỉnh phổi 2 bên.

Lao phổi.

Viêm phổi do xạ trị: Liên quan đến các khối u vùng ngực được xạ trị. Vị trí xẹp phổi tương ứng với vùng xạ trị.

Tuỳ thuộc một hay nhiều thuỳ phổi hơn bị ảnh hưởng, nguyên nhân gây ra xẹp phổi và tuổi của bệnh nhân.

Thông thường, hầu hết bệnh nhân xẹp phổi không có triệu chứng.

Khám có thể ghi nhận âm phổi giảm (rì rào phế nang), gõ ngực sẽ ghi nhận âm thanh đục hơn bên đối diện, rung động của phổi khi nói (rung thanh) cũng giảm so với bên đối diện.

Tuỳ thuộc vào nguyên nhân mà có thể có ho, sốt, sụt cân, thở nhanh, đau ngực.

Là cận lâm sàng đầu tiên, cơ bản nhất để phát hiện xẹp phổi, đôi khi còn phát hiện cả nguyên nhân gây ra xẹp phổi.

Mạch máu và phế quản co cụm: Dấu hiệu này chỉ được nhận diện khi trong thuỳ phổi bị xẹp còn chứa ít không khí, lúc này các phế quản, mạch máu tụ tập lại về vùng tốn thương.

Ngược lại, khi phổi đã xẹp hoàn toàn thì dấu hiệu này sẽ mất đi. Lúc này co kéo rãnh liên thuỳ bé sẽ là dấu hiệu còn lại duy nhất.

Đám mờ ở phổi (màu trắng).

Khí quản, tim, vòm hoành, trung thất bị kéo lệch về phía tổn thương.

Khoang giữa 2 xương sườn kế nhau bị thu hẹp lại bên phổi xẹp.

Phổi còn lại tăng thông khí (đen hơn, bù trừ cho bên phổi mất chức năng)

Một điều thú vị là ở phổi bị xẹp, áp lực trong khoang màng phổi sẽ giảm. Và theo cân bằng áp lực, thì dịch trong mạch máu sẽ bị đẩy vào khoang này (do áp lực trong mạch máu lớn hơn áp lực trong khoang màng phổi).

Bên cạnh XQ ngực thì siêu âm phổi và CT scan cũng là những công cụ thích hợp để chẩn đoán xác định và nguyên nhân gây ra xẹp phổi.

Khi nghi ngờ tổn thương trong lòng phế quản gây xẹp phổi, khó xác định bản chất trên XQ thì nội soi phế quản là lựa chọn thích hợp, kể cả chẩn đoán cũng như điều trị những nguyên nhân như dị vật đường thở.

Tổn thương tăng sinh (ung thư).

Viêm phổi.

Tràn dịch màng phổi.

Thuyên tắc phổi.

Dị vật.

Tuỳ thuộc vào nguyên nhân gây xẹp phổi, ta sẽ có cách điều trị khác nhau. Việc điều trị chung cho tất cả các trường hợp là không có.

Sau gây mê, có một số lưu ý:

Trong vòng 24 giờ sau mổ, hầu hết sau gây mê sẽ làm giảm chức năng phổi thoáng qua.

Cần đổi tư thế bệnh nhân từ nằm sang ngồi.

Tập cho bệnh nhân hít thở sâu.

Hoạt động trở lại sớm nhất có thể.

Hút đàm nhớt (ở bệnh nhân còn đặt nội khí quản).

Thở máy dưới áp lực dương.

Ngoài ra còn có thể điều trị thuốc như:

Loãng đàm (acetylcystein) đặc biệt là ở bệnh nhân xơ nang.

Nội soi phế quản như đã nêu, là một phương pháp chẩn đoán, điều trị tương đối xâm lấn, sẽ làm bệnh nhân khó chịu nhiều, nhưng có giá trị cao trong khoảng 76% các trường hợp xẹp phổi nói chung.

Xẹp phổido ung thư là nguyên nhân đáng sợ nhất. Chúng ta đều biết hút thuốc lá là căn nguyên chủ yếu của ung thư phổi, đối tượng xung quanh chỉ cần hít mùi thuốc lá cũng có thể mắc ung thư. Do đó hãy chấm dứt hành động hút thuốc lá vì bản thân và gia đình bạn. YouMed chúc bạn nhiều sức khỏe!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/benh-zona-nguyen-nhan-trieu-chung-va-chan-doan/

Nội dung bài viết

1. Bệnh zona là gì?

2. Tại sao bị zona?

3. Biểu hiện của bệnh zona?

4. Chẩn đoán bệnh zona?

Zona là bệnh nhiễm trùng gây ra bởi vi rút Varicella. Bệnh gây ảnh hưởng đến da và dây thần kinh bằng biểu hiện mụn nước và cảm giác đau rát trên vùng da bị tổn thương. Zona có thể xuất hiện ở trẻ em hoặc người lớn, ở người khỏe mạnh và người có hệ miễn dịch cơ thể bị suy giảm.

Bệnh zona là bệnh nhiễm trùng ngoài da gây ra bởi vi rút Varicella-zoster. Sự thật là Varicella-zoster có thể gây 2 bệnh khác nhau làthủy đậuvà zona. Thủy đậu là đáp ứng miễn dịch tiên phát của người bệnh khi bị nhiễm vi rút, zona là đáp ứng miễn dịch từng phần của người bệnh với vi rút.

Để dễ hiểu hơn là khi một người tiếp xúc với vi rút Varicella-zoster thì người đó khởi phát bệnh thủy đậu, sau đó vi rút này có khả năng nằm yên hàng chục năm trong hạch thần kinh của cơ thể người bệnh. Khi hệ miễn dịch của người này bị suy giảm vì lý do nào đó sẽ làm cho vi rút hoạt động trở lại và khởi phát bệnh zona.

Nguyên nhân chính gây nên bệnh zona là vi rút Varicella-zoster, những yếu tố làm cho chúng ta dễ bị mắc bệnh hơn là:

Chưa được tiêm phòng đối với loại vi rút này.

Đã từng mắc bệnh thủy đậu hay zona sẽ có nguy cơ khởi phát lại zona vì vi rút có thể cư trú tại hạch thần kinh của người bệnh hàng chục năm.

Những người có hệ miễn dịch bị suy yếu, giảm sức đề kháng của cơ thể như người bị nhiễm HIV, hóa trị ung thư, chấn thương thể chất và tinh thần trong thời gian dài sẽ có nguy cơ bị zona nhiều hơn, đặc biệt khi đã có sẵn vi rút tiềm tàng ở trong cơ thể.

Trước khi nổi mụn nước trên da, người bệnh thường sẽ có các triệu chứng mệt mỏi, sốt nhẹ, đau đầu.

Người bệnh cảm thấy châm chích, nóng bỏng, căng rát ở vùng da sắp nổi mụn nước. Vùng da này bị tăng nhạy cảm với cảm giác đau, tức là chạm vào, cào gãi hay các tổn thương trên da sẽ khiến cho người bệnh bị đau nhức dữ dội, đau từng cơn hay kéo dài trong một khoảng thời gian.

Đầu tiên xuất hiện các mảng màu hồng trên da, sau đó sẽ mọc mụn nước trên các mảng hồng này. Các mụn nước mọc thành chùm, căng, chứa dịch trong và khó vỡ. Vùng da bị mụn nước có rất đau và bỏng rát.

Sau khoảng 3 ngày,dịch mụn nước chuyển sang đục, vỡ ra rồi xẹp lại, khô và đóng mài trong vòng 7-10 ngày và hoàn toàn biến mất sau 2-4 tuần.

Khi các mụn nước biến mất có thể để lại sẹo nhạt màu hơn so với màu da bình thường xung quanh (sẹo giảm sắc tố). Đối với người lớn tuổi hay người bị suy dinh dưỡng, mụn nước có thể bị hoại tử và để lại sẹo xấu hơn.

Các triệu chứng đau, ngứa biến mất sau vài tuần hay vài tháng. Còn đối với người lớn tuổi (trên 50 tuổi) thì các triệu chứng đau rát, kiến bò, châm chích sẽ kéo dài lâu hơn từ vài tháng đến vài năm, gây mất ngủ và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Ngoài các tổn thương ở trên da, những đối tượng bị suy giảm miễn dịch còn có thể bị tổn thương ở các cơ quan như phổi, gan, não…có thể dẫn đến tử vong.

Thường các chùm mụn nước ở trên da sẽ xuất hiện ở một bên, dọc theo đường đi của dây thần kinh.

Zona thường biểu hiện ở mặt và thân mình như thắt lưng, vùng giữa các xương sườn. Zona còn có thể xuất hiện ở vùng cổ.

Chẩn đoán bệnh zona dựa vào yếu tố nguy cơ, biểu hiện bệnh và các xét nghiệm:

Người bệnh đã bị thủy đậu hay zona trước đó, nay bị nổi mụn nước có thể gợi ý bệnh tái phát.

Trên thân mình, mặt hay cổ nổi các chùm mụn nước và cảm giác rất đau rát.

Sau khi mụn nước vỡ và đóng mài vẫn còn cảm giác đau kéo dài gợi ý di chứng đau sau zona.

Các xét nghiệm giúp xác định bệnh bao gồm Test tzanck, Test Elisa, PCR phân lập vi rút.

Bệnh zonatương đối lành tính và có thể chữa khỏi. Tuy nhiên, về di chứng đau sau zona có thể tồn tại kéo dài và làm ảnh hướng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh rất nhiều. Các bạn hãy tiếp tục cùng Youmed tìm hiểu cách điều trị bệnh, xử lý đau sau zona và cách phòng ngừa bệnh hiệu quả nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/zona-tai-co-the-gay-liet-mat-giam-suc-nghe/

Nội dung bài viết

Nguyên nhân gây bệnh là gì?

Triệu chứng bệnh Zona thể điển hình

Hội chứng Ramsay Hunt (RHS)

Bệnh Zona tai này có lây không?

Chẩn đoán và điều trị có dễ không?

Zona tai gây ra bởi virus Herpes Zoster – cùng loại virus gây bệnh thủy đậu. Bất cứ ai bị thủy đậu đều có thể mắc phải, nhưng nó thường ảnh hưởng đến những người trên 50 tuổi. Bệnh Zona là tình trạng nhiễm virus ở dây thần kinh, gây ra triệu chứng đau đớn trên mặt bao gồm cả tai. Trong những trường hợp nặng, Zona tai có thể gây liệt mặt và giảm sức nghe, nó được gọi là hội chứng Ramsay Hunt (RHS). Hãy cùng bác sĩ Hồ Ngọc Lợi tìm hiểu về bệnh qua bài viết dưới đây nhé!

Virus gây bệnh thủy đậu (varicella-zoster) “ngủ đông” bên trong các dây thần kinh. Nó có thể ở đó mãi mãi và không bao giờ gây rắc rối nữa – hoặc nó có thể “thức dậy” gây ra nhiễm trùng ở một trong những dây thần kinh của cơ thể bạn.

Khi ảnh hưởng đến dây thần kinh vùng mặt và tai, nó được gọi làZona tai. Trong hầu hết các trường hợp, dường như không tìm thấy lý do nào cho việc “kích hoạt lại” virus.

Bệnh bắt đầu bằng nhiễm trùng như: đau mình, nhức đầu, sốt nhẹ kèm theo đau tai.

Sang giai đoạn toàn phát, bệnh có 3 triệu chứng chính là: đau tai, mụn nước và liệt mặt. Đau tai rất nhiều, người bệnh sẽ cảm thấy nóng bỏng và nhức tai. Đau có thể lan ra thái dương, gáy. Cơn đau thường làm bạn thấy nuốt khó.

Xem thêm:Méo mặt do tai: Những bệnh lý có thể gặp

Mụn nước chứa dịch màu vàng chanh hoặc nâu, nằm rải rác ở vùng trong tai và quanh tai. Da chung quanh mụn nước phù nề, đỏ và đau. Đặc điểm của mụn nước Zona là mọc theo đường đi của dây thần kinh. Sau ít hôm sẽ khô và đóng vảy. Lớp vảy bong sẽ để lại sẹo lốm đốm trắng.

Xảy ra khi một đợt bùng phát bệnhZonaảnh hưởng đến dây thần kinh mặt gần một bên tai của bạn. Ngoài phát ra những mụn nước Zona đau đớn, hội chứng Ramsay Hunt có thể gây tê liệt mặt và giảm thính lực nặng nề.

Trong một số trường hợp, mụn nước cũng có thể xuất hiện trong miệng và cổ họng.

Do dây thần kinh bị ảnh hưởng, RHS gây ra một số điểm yếu ở các cơ trên khuôn mặt. Bạn có thể thấy khó cười hoặc khó nhắm mắt hoàn toàn. Thậm chí, không kiểm soát vận động được các cơ ở một bên mặt (liệt mặt một bên).

Các triệu chứng phổ biến khác bao gồm:

Đau tai.

Mất thính lực.

Ù tai.

Chóng mặt.

Buồn nôn, ói mửa.

Xem thêm:Ù tai và những điều cần biết

Bạn không thể bị lây triệu chứng liệt mặt từ một người đang bị Ramsay Hunt (RHS). Nhưng các mụn nước của họ có virus varicella zoster sống trong đó. Vì vậy, trẻ sơ sinh và những người chưa bị thủy đậu hoặc chưa được tiêm vắc-xin phòng bệnh này có thể bị thủy đậu từ người bị RHS. Sau đó, virus thủy đậu cư trú trong các hạch thần kinh, chờ cơ hội gây bệnh Zona.

Xem thêm:Chuẩn bị những gì khi đi khám bệnh Thủy đậu?

Nếu bạn nghĩ mình bịZona tai, bạn nên đi khám bác sĩ để bắt đầu điều trị ngay lập tức. Thông thường, bác sĩ chẩn đoán bệnh bằng việc hỏi về các triệu chứng, tiền sử trước giờ bạn đã mắc bệnh thủy đậu chưa và thăm khám lâm sàng. Đôi khi có thể phết lấy dịch từ mụn nước đi xét nghiệm.

Chẩn đoán phân biệt: không nên nhầm mụn nước Zona với mụn nước Herpes. Da chung quanh mụn nước Herpes không đỏ và mụn nước sau khi vỡ không để lại sẹo. Hơn nữa, mụn nước Herpes mọc lung tung không theo sự phân bố của các dây thần kinh.

Xem thêm:Viêm da dạng Herpes: triệu chứng, nguyên nhân và cách điều trị

Nếu bắt đầu điều trị sớm, các thuốc kháng virus như acyclovir có khả năng kiểm soát được mức độ nặng của bệnh và giúp bạn nhanh hồi phục. Bác sĩ cũng sẽ cho bạn thêm những thuốc hỗ trợ như giảm đau và giảm viêm để bạn cảm thấy thoải mái hơn.

Xem thêm:Bệnh thủy đậu: Biến chứng, điều trị và phòng ngừa

Nhiễm trùng thường sẽ hết trong một vài tuần. Nhưng một số người sẽ bị di chứng đau dây thần kinh dai dẳng sau khi bệnh đã thoái lui. Trong một vài trường hợp hiếm, phẫu thuật là cần thiết để giảm bớt áp lực lên dây thần kinh trên khuôn mặt.

Hãy đến gặp bác sĩ ngay khi bạn bị nổi mẩn đỏ, mụn nước trên mặt, quanh tai, trong ống tai và đặc biệt chỉ ở một bên mặt. Điều trị ngay khi bắt đầu có triệu chứng sẽ giúp ngăn ngừa các biến chứng lâu dài. Điều trị kịp thời bệnhZona taivà hội chứngRamsay Huntcó thể làm giảm nguy cơ biến chứng, bao gồm yếu liệt cơ mặt và điếc vĩnh viễn. Vì vậy, đừng bao giờ chủ quan với những mụn nước bất thường trên mặt mình bạn nhé!

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/zona-than-kinh/

Nội dung bài viết

1. Bệnh zona thần kinh là gì?

2. Triệu chứng của bệnh zona thần kinh

3. Những ai dễ mắc phải căn bệnh này?

4. Điều trị bệnh zona thần kinh bằng cách nào?

5. Những biện pháp điều trị không dùng thuốc

6. Bệnh có dễ lây không?

7. Cách phòng tránh bệnh zona thần kinh

8. Thực phẩm nên dùng khi mắc bệnh zona thần kinh

Đôi khi trên da xuất hiện những vệt mụn nước nhỏ li ti gây nóng rát, đau và ngứa dữ dội. Nguyên nhân có thể bắt nguồn từ một loại bệnh do virus thủy đậu gây ra. Hãy cùng tìm hiểu về căn bệnh với cái tên khá lạ này – bệnh zona thần kinh, thông qua bài viết dưới đây của bác sĩ Nguyễn Văn Huấn.

Bệnh zona là bệnh nhiễm trùng gây ra bởi virus có tên varicella-zoster. Đây cũng là loại virus gây ra căn bệnhthủy đậu. Sau khi khỏi bệnh thủy đậu, virus này vẫn có thể trú ẩn trong hệ thần kinh của bạn trong nhiều năm trước khi hoạt động trở lại.

Đặc trưng của loại bệnh nhiễm trùng này là nổi mẩn đỏ gây đau và rát. Zona thần kinh thường có biểu hiện là một dải mụn nước li ti nổi ở một bên của cơ thể. Đặc biệt là ở phần thân trên, cổ và mặt.

Hầu hết các trường hợp mắc bệnh đều sẽ tự khỏi trong vòng 3 tuần. Bệnh zona hiếm khi xảy ra nhiều hơn một lần trên một người, nhưng đôi khi vẫn có ngoại lệ.

Triệu chứng ban đầu của bệnh zona thông thường là ngứa, đau và nóng rát. Cơn đau thường xuất hiện ở một bên của cơ thể và xuất hiện từng dải nhỏ. Theo sau đó là những nốt ban đỏ. Các biểu hiện nổi mẩn đỏ bao gồm:

Xuất hiện một vệt ban đỏ trên da.

Nổimụn nướcli ti thành dải trên da.

Phát ban khu trú vùng cột sống và thân trên.

Phát ban trên mặt và tai.

Ngứa rát.

Mụn nước là một trong những biểu hiện điển hình của bệnh zona thần kinh, nhưngmụn nước còn là biểu hiện của những căn bệnhkhác. Tìm hiểu ngay để có cách xử trí phù hợp!

Một số người khi mắc zona thần kinh có những biểu hiện khác, bao gồm:

Sốt.

Ớn lạnh.

Đau đầu.

Mệt mỏi.

Yếu cơ.

Một số triệu chứng hiếm gặp và đặc biệt nghiêm trọng:

Đau hoặc nổi mẩn đỏ phần mắt, cần điều trị ngay để tránh tổn thương mắt vĩnh viễn.

Giảm thính lực hoặc đau nghiêm trọng một bên tai, chóng mặt, hoặc mất vị giác. Đây có thể là dấu hiệu điển hình của triệu chứngRamsay Hunt.

Zona tai hay còn gọi là hội chứng Ramsay Huntnếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến liệt mặt và giảm sức nghe. Tìm hiểu ngay!

Nhiễm trùng có thể xảy ra khi da trở nên đỏ tấy, sưng và nóng khi chạm vào

Zona thần kinh có thể xảy ra ở bất kỳ ai từng mắc phải bệnh thủy đậu. Tuy nhiên, có một vài yếu tố có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh, bao gồm:

Bệnh nhân trên 60 tuổi.

Mắc các bệnh hoặc hội chứng làm suy yếu miễn dịch như:HIV, AIDShoặc ung thư.

Đang xạ trị hoặc hóa trị.

Dùng các thuốc làm suy giảm hệ miễn dịch như thuốc steroid hoặc thuốc dùng sau phẫu thuật cấy ghép cơ quan.

Khi bị zona thần kinh tuyệt đối không được gãi để tránh bị nhiễm khuẩn và không để lại sẹo sau này. Không có cách nào chữa trị khỏi hẳn bệnh zona, nhưng điều trị kịp thời bằng thuốc kháng virus có thể tăng tốc độ làm lành vết thương và giảm nguy cơ biến chứng. Những loại thuốc này bao gồm:

Acyclovir (Zovirax).

Valacyclovir (Valtrex).

Bệnh zona thần kinh có thể gây đau nhức dữ dội, vì vậy bác sĩ có thể kê đơn thêm:

Capsaicin miếng dán tại chỗ (Qutenza).

Thuốc chống co giật, chẳng hạn nhưgabapentin.

Thuốc chống trầm cảm ba vòng, chẳng hạn như amitriptyline.

Các thuốc gây tê, chẳng hạn như lidocaine, dùng dạng kem, gel, xịt hoặc miếng dán da.

Các loại thuốc giảm đau, như codein.

Thuốc tiêm bao gồm corticosteroid và thuốc gây tê tại chỗ.

Việc điều trị tại nhà cũng có thể giúp giảm bớt các triệu chứng của bạn, bao gồm:

Nghỉ ngơi.

Chườm lạnh, đắp gạc mát lên chỗ nổi ban để giảm đau và ngứa.

Bôi kem dưỡng da chứa calamine để giảm ngứa.

Tắm bột yến mạch để giảm đau và ngứa.

Bệnh zona thường sẽ hết trong vòng vài tuần và hiếm khi tái phát. Nếu các triệu chứng của không thuyên giảm trong vòng 10 ngày, bạn nên gọi bác sĩ để theo dõi và đánh giá lại.

Một người bị bệnh zona có thể truyền virus varicella-zoster cho bất cứ ai không miễn dịch với bệnh thủy đậu. Điều này thường xảy ra thông qua tiếp xúc trực tiếp với vết loét.

Khi bị nhiễm bệnh, người bệnh sẽ bị thủy đậu, không phải bệnh zona. Bệnh thủy đậu có thể gây nguy hiểm cho một số người. Cho đến khi vết mụn giộp hình thành vảy, bạn nên tránh tiếp xúc với người chưa mắc bệnh thủy đậu hoặc chưa tiêm chủng ngừa thủy đậu, đặc biệt là những người có hệ miễn dịch yếu, phụ nữ có thai và trẻ sơ sinh.

Vaccine có thể giúp kìm hãm sự phát triển các triệu chứng nghiêm trọng của bệnh zona hoặc biến chứng từ bệnh zona. Tất cả trẻ em nên được tiêm hai liều vaccine thủy đậu. Những người trưởng thành chưa bao giờ bị thủy đậu cũng nên tiêm ngừa. Việc chủng ngừa không đồng nghĩa là bạn sẽ không mắc bệnh thủy đậu, nhưng 9 trên 10 người được chủng ngừa sẽ tránh được bệnh.

Người lớn từ 50 tuổi trở lên nên chủng ngừa bệnh zona. Có hai loại vaccine có sẵn là Zostavax (vaccine zoster sống) và Shingrix (vaccine zoster tái tổ hợp). Lưu ý rằng ngay cả khi bạn đã tiêm Zostavax trước đây, bạn vẫn nên tiêm thêm Shingrix.

Bệnh zona là bệnh truyền nhiễm. Nếu bạn bị nhiễm bệnh, cần ngăn ngừa sự lây lan bằng cách:

Tránh làm vỡ các mụn giộp.

Tránh tiếp xúc với những người chưa từng bị thủy đậu trước đây hoặc những người suy giảm sức đề kháng.

Rửa tay thường xuyên.

Những thực phẩm tốt bạn nên bổ sung mỗi ngày khi mắc bệnh zona thần kinh bao gồm:

Cam thảo.

Vitamin B6,B12.

Thực phẩm giàu lysine: có nhiều trong sữa, các sản phẩm từ cá, các loại đậu, pho mát, thịt gà,…

Thực phẩm giàu kẽmvà vitamin C.

Các thực phẩm sau đây cần phải kiêng khi mắc bệnh:

Chất béo: thực phẩm giàu chất béo chỉ làm cho tình trạng viêm nghiêm trọng hơn và kéo dài thời gian lành bệnh

Tránh ăn các loại hạt, các sản phẩm được chế biến từ đậu nành, sô cô la, yến mạch, mầm lúa mì, dừa, bột mì trắng

Ngũ cốc: chúng làm tăng lượng đường trong máu, tăng nguy cơ nhiễm trùng và làm vết thương lâu lành hơn

Đồ uống có cồn: rượu, bia làm suy yếu hệ thống miễn dịch, làm cho virus tấn công và lây lan nhanh hơn

Bệnh zona thần kinhlà một bệnh truyền nhiễm, rất dễ lây lan. Người lớn chưa mắc bệnh hoặc chủng ngừa bệnh thủy đậu cần phải tiêm vaccine thủy đậu để phòng tránh bệnh. Bệnh zona có thể tự khỏi trong vòng 2-3 tuần. Tuy nhiên, trong quá trình điều trị người bệnh cần thực hiện một số biện pháp cần thiết để tránh lây nhiễm cho người khác.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/o-nong-nguyen-nhan-dieu-tri-cach-phong-ngua/

Nội dung bài viết

Thế nào là ợ nóng?

Vì sao xảy ra ợ nóng?

Những ai dễ bị ợ nóng?

Các dấu hiệu thường gặp

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Hậu quả nếu không điều trị đúng cách

Làm thế nào để chẩn đoán các tình trạng gây ợ nóng?

Điều trị chứng ợ nóng ra sao?

Các phương pháp phòng ngừa

Ợ nóng (ợ chua) là một tình trạng thường gặp, có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Đa phần ợ nóng không quá khó chịu và có thể dễ dàng kiểm soát được. Chính vì vậy mà mọi người thường bỏ qua, không mấy để tâm đến tình trạng này. Tuy nhiên, trong vài trường hợp, đó có thể là dấu hiệu của một vấn đề sức khỏe tiềm ẩn. Vậy làm cách nào để nhận biết sự nguy hiểm của nó để đi khám kịp thời? Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên tìm hiểu qua bài viết sau đây nhé.

Ợ nóng là cảm giác nóng rát ở vùng ngực, ngay sau xương ức. Đa số mọi người sẽ thỉnh thoảng có một cơn ợ nóng mà không có triệu chứng báo trước. Tình trạng này thường gặp và không mấy nguy hiểm. Hầu hết sẽ được kiểm soát dễ dàng bằng cách thay đổi lối sống hoặc dùng thuốc không kê đơn.

Tuy nhiên, ợ nóng đôi khi xảy ra thường xuyên làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Điều này có thể báo hiệu một vấn đề sức khỏe thực sự, cần được chăm sóc y tế.

Ợ nóng xảy ra khi dịch dạ dày trào ngược vào thực quản.

Bình thường, thực quản cấu tạo như một đường ống nối từ miệng đến dạ dày, giúp lưu thông thức ăn. Ở phần nối thực quản – dạ dày có một lớp cơ co thắt với tác dụng đóng mở. Tên gọi của nó là cơ vòng thực quản dưới. Lớp cơ này mở rộng để thức ăn đi qua và khi đã xuống dạ dày thì đóng lại. Nhờ vậy mà khi dạ dày co bóp, dịch dạ dày không bị trào ngược lên thực quản.

Dịch chứa trong dạ dày gọi là dịch vị chứa acid giúp tiêu hóa thức ăn. Nếu dịch vị trào ngược lên thực quản, tính acid của nó có thể tổn thương niêm mạc thực quản. Từ đó gây ra triệu chứng ợ nóng kèm theo.

Vai trò chủ yếu tránh trào ngược thuộc về cơ vòng thực quản dưới. Bất kì nguyên nhân nào làm yếu cơ này hoặc cản trở hoạt động của nó đều có thể gây ra trào ngược.

Các yếu tố nguy cơ của ợ nóng khá đa dạng. Có thể là các loại thực phẩm hoặc các tình trạng sau:

Thức ăn cay.

Các loại hành.

Thức ăn, đồ uống chế biến từ trái cây họ cam, chanh, quýt.

Thực phẩm chế biến từ cà chua (sốt cà chua,…).

Thực phẩm chiên hoặc chứa nhiều dầu mỡ.

Ăn quá no.

Bạc hà.

Sô cô la.

Rượu, đồ uống có ga, cà phê hoặc đồ uống có chứa caffein khác.

Người bị thừa cân hoặc mang thai cũng có thể làm tăng nguy cơ bị ợ nóng.

Stress, lo lắng, bất ổn tâm lí kéo dài.

Vận động mạnh, tập thể dục ngay sau khi vừa ăn no.

Một cơn đau rát ở ngực thường xảy ra sau khi ăn. Đôi khi cơn ợ nóng xảy ra vào ban đêm.

Vị đắng hoặc chua trong miệng. Vì vậy mà ợ nóng còn được gọi là ợ chua.

Ợ nóng thường nặng hơn sau bữa ăn. Tư thế nghiêng hoặc cúi người về phía trước cũng làm trầm trọng hơn tình trạng này.

Bạn cũng có thể cảm thấy các dấu hiệu sau bên cạnh cơn ợ nóng:

Trớ. Là hiện tượng thức ăn chưa tiêu hoặc dịch vị trào ngược lên cổ họng, miệng. Thường xảy ra ngay sau ăn. Khác với nôn, trớ thường chỉ làm trào ra ngoài lượng nhỏ thức ăn và không có co thắt cơ ở vùng bụng.

Ho hoặc nấc cục.

Khàn giọng.

Hôi miệng.

Đầy hơi.

Các dấu hiệu dưới đây gợi ý một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng hơn chứng ợ nóng thông thường. Hãy liên hệ bác sĩ ngay nếu bạn có:

Ợ nóng xảy ra hơn hai lần một tuần.

Các triệu chứng vẫn tồn tại mặc dù đã sử dụng thuốc không kê đơn.

Khó nuốt. Là cảm giác khó chịu khi nuốt thức ăn. Có thể là đau, nghẹn ở cổ hong và ngực khi nuốt. Cảm giác thức ăn xuống chậm hơn.

Buồn nôn hoặc nôn kéo dài.

Sụt cân vì chán ăn, ăn không ngon. Hoặc do khó nuốt và buồn nôn khiến bạn ăn không được.

Đôi khi cơn ợ nóng dễ bị nhầm lẫn với một cơn đau thắt ngực do vấn đề tim mạch. Hai tình trạng này đều có cảm giác khó chịu ở ngực và có thể rất khó phân biệt. Nhưng hậu quả của đau thắt ngực nặng nề hơn rất nhiều. Dưới đây là một số đặc điểm khác nhau:

Nếu các triệu chứng xảy đến mơ hồ và bạn không thể phân biệt được thì hãy gọi cấp cứu ngay. Một cơn đau tim không được điều trị kịp thời sẽ dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề. Hậu quả xấu nhất có thể là tử vong.

Chứng ợ nóng kéo dài thường do trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản không được kiểm soát tốt. Tình trạng này được gọi là bệnhtrào ngược dạ dày thực quản (GERD). Đây là một bệnh tiêu hóa mạn tính. Nếu không được điều trị tốt, GERD có thể gây ra nhiều hậu quả nặng nề:

Viêm thực quản, loét thực quản do tổn thương kéo dài vì acid trong dịch vị.

Hẹp thực quản.

Thay đổi lớp niêm mạc thực quản theo chiều hướng xấu. Tăng nguy cơ ung thư thực quản. (Barret thực quản).

Bác sĩ sẽ tiến hành hỏi bệnh để xác nhận lại các triệu chứng bạn mắc phải. Nổi bật là ợ nóng và trớ. Các triệu chứng đi kèm khác như: ho, khàn giọng, nấc cục, đau ngực,… Mô tả cảm giác, hoàn cảnh xuất hiện, kéo dài bao lâu, những thuốc hoặc biện pháp đã dùng để làm giảm khó chịu,… Tất cả sẽ giúp ích cho chẩn đoán.

X-quang: để quan sát hình dạng của thực quản và dạ dày.

Nội soi sẽ được chỉ định khi có các dấu hiệu báo động. Thường gặp là nuốt khó, nuốt đau, đầy bụng, sụt ký, chảy máu từ đường tiêu hóa (ói máu, đi tiêu ra máu,…). Nội soi dạ dày – thực quản – tá tràng giúp quan sát toàn bộ đường tiêu hóa trên. Bác sĩ có thể chỉ định sinh thiết (lấy mẫu mô từ niêm mạc thực quản) trong khi nội soi. Từ đó giúp phát hiện thêm các triệu chứng và góp phần chẩn đoán nguyên nhân.

Điều trị thử với thuốc PPI.

Đo hàm lượng acid trong thực quản.

Nhiều loại thuốc không kê đơn có thể giúp giảm chứng ợ nóng:

Thuốc kháng acid, giúp trung hòa acid dạ dày. Tác dụng của chúng là giúp giảm đau nhanh chóng. Nhưng không thể chữa lành các tổn thương thực quản.

Thuốc đối kháng thụ thể H2, có thể làm giảm acid dạ dày. Chúng không tác dụng nhanh như thuốc kháng acid, nhưng có thể giúp giảm đau lâu hơn.

Thuốc PPI, cũng có thể làm giảm acid dạ dày.

Nếu các phương pháp điều trị không kê đơn không hiệu quả hoặc phải dùng kéo dài, hãy đến gặp bác sĩ. Bạn có thể cần thuốc theo toa và các xét nghiệm chuyên sâu hơn.

Thay đổi lối sống có thể giúp giảm triệu chứng và ngăn ngừa ợ nóng.

Duy trì cân nặng hợp lí. Thừa cân béo phì sẽ tạo áp lực lớn lên ổ bụng, đẩy dạ dày lên và khiến dịch vị trào ngược vào thực quản.

Mặc quần áo vừa vặn. Mặc quá chật cũng sẽ tạo áp lực lên ổ bụng.

Tránh những thực phẩm dễ gây ợ nóng: đồ cay, chiên xào, cà chua,…

Tránh nằm xuống ngay sau ăn. Tốt nhất là đợi khoảng ba tiếng đồng hồ sau ăn.

Tránh những bữa ăn tối quá muộn.

Nâng đầu giường nếu bạn thường ợ nóng vào ban đêm trong khi ngủ. Chú ý nâng đầu giường với một mặt phẳng cứng. Chỉ nâng bằng gối mềm thường không hiệu quả trong tình trạng này.

Tránh thuốc lá và rượu bia.

Ợ nónglà triệu chứng phổ biến ở nhiều người. Nó có thể thoáng qua và không nguy hiểm. Nhưng khi ợ nóng thường xuyên và kéo dài có thể dẫn đến những hậu quả xấu. Các triệu chứng chính là cảm giác nóng rát sau xương ức và trớ. Mấu chốt trong phòng ngừa ợ nóng là kiểm soát cân nặng, cẩn trọng trong các thói quen ăn uống. Hãy liên hệ bác sĩ khi ợ nóng thường xuyên kèm theo các dấu hiệu bất thường khác đế được chẩn đoán chính xác.

# Crawled from https://youmed.vn/tin-tuc/o-nong-nguyen-nhan-dieu-tri-cach-phong-ngua/

Nội dung bài viết

Thế nào là ợ nóng?

Vì sao xảy ra ợ nóng?

Những ai dễ bị ợ nóng?

Các dấu hiệu thường gặp

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Hậu quả nếu không điều trị đúng cách

Làm thế nào để chẩn đoán các tình trạng gây ợ nóng?

Điều trị chứng ợ nóng ra sao?

Các phương pháp phòng ngừa

Ợ nóng (ợ chua) là một tình trạng thường gặp, có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Đa phần ợ nóng không quá khó chịu và có thể dễ dàng kiểm soát được. Chính vì vậy mà mọi người thường bỏ qua, không mấy để tâm đến tình trạng này. Tuy nhiên, trong vài trường hợp, đó có thể là dấu hiệu của một vấn đề sức khỏe tiềm ẩn. Vậy làm cách nào để nhận biết sự nguy hiểm của nó để đi khám kịp thời? Hãy cùng Thạc sĩ, Bác sĩ Thái Việt Nguyên tìm hiểu qua bài viết sau đây nhé.

Ợ nóng là cảm giác nóng rát ở vùng ngực, ngay sau xương ức. Đa số mọi người sẽ thỉnh thoảng có một cơn ợ nóng mà không có triệu chứng báo trước. Tình trạng này thường gặp và không mấy nguy hiểm. Hầu hết sẽ được kiểm soát dễ dàng bằng cách thay đổi lối sống hoặc dùng thuốc không kê đơn.

Tuy nhiên, ợ nóng đôi khi xảy ra thường xuyên làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Điều này có thể báo hiệu một vấn đề sức khỏe thực sự, cần được chăm sóc y tế.

Ợ nóng xảy ra khi dịch dạ dày trào ngược vào thực quản.

Bình thường, thực quản cấu tạo như một đường ống nối từ miệng đến dạ dày, giúp lưu thông thức ăn. Ở phần nối thực quản – dạ dày có một lớp cơ co thắt với tác dụng đóng mở. Tên gọi của nó là cơ vòng thực quản dưới. Lớp cơ này mở rộng để thức ăn đi qua và khi đã xuống dạ dày thì đóng lại. Nhờ vậy mà khi dạ dày co bóp, dịch dạ dày không bị trào ngược lên thực quản.

Dịch chứa trong dạ dày gọi là dịch vị chứa acid giúp tiêu hóa thức ăn. Nếu dịch vị trào ngược lên thực quản, tính acid của nó có thể tổn thương niêm mạc thực quản. Từ đó gây ra triệu chứng ợ nóng kèm theo.

Vai trò chủ yếu tránh trào ngược thuộc về cơ vòng thực quản dưới. Bất kì nguyên nhân nào làm yếu cơ này hoặc cản trở hoạt động của nó đều có thể gây ra trào ngược.

Các yếu tố nguy cơ của ợ nóng khá đa dạng. Có thể là các loại thực phẩm hoặc các tình trạng sau:

Thức ăn cay.

Các loại hành.

Thức ăn, đồ uống chế biến từ trái cây họ cam, chanh, quýt.

Thực phẩm chế biến từ cà chua (sốt cà chua,…).

Thực phẩm chiên hoặc chứa nhiều dầu mỡ.

Ăn quá no.

Bạc hà.

Sô cô la.

Rượu, đồ uống có ga, cà phê hoặc đồ uống có chứa caffein khác.

Người bị thừa cân hoặc mang thai cũng có thể làm tăng nguy cơ bị ợ nóng.

Stress, lo lắng, bất ổn tâm lí kéo dài.

Vận động mạnh, tập thể dục ngay sau khi vừa ăn no.

Một cơn đau rát ở ngực thường xảy ra sau khi ăn. Đôi khi cơn ợ nóng xảy ra vào ban đêm.

Vị đắng hoặc chua trong miệng. Vì vậy mà ợ nóng còn được gọi là ợ chua.

Ợ nóng thường nặng hơn sau bữa ăn. Tư thế nghiêng hoặc cúi người về phía trước cũng làm trầm trọng hơn tình trạng này.

Bạn cũng có thể cảm thấy các dấu hiệu sau bên cạnh cơn ợ nóng:

Trớ. Là hiện tượng thức ăn chưa tiêu hoặc dịch vị trào ngược lên cổ họng, miệng. Thường xảy ra ngay sau ăn. Khác với nôn, trớ thường chỉ làm trào ra ngoài lượng nhỏ thức ăn và không có co thắt cơ ở vùng bụng.

Ho hoặc nấc cục.

Khàn giọng.

Hôi miệng.

Đầy hơi.

Các dấu hiệu dưới đây gợi ý một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng hơn chứng ợ nóng thông thường. Hãy liên hệ bác sĩ ngay nếu bạn có:

Ợ nóng xảy ra hơn hai lần một tuần.

Các triệu chứng vẫn tồn tại mặc dù đã sử dụng thuốc không kê đơn.

Khó nuốt. Là cảm giác khó chịu khi nuốt thức ăn. Có thể là đau, nghẹn ở cổ hong và ngực khi nuốt. Cảm giác thức ăn xuống chậm hơn.

Buồn nôn hoặc nôn kéo dài.

Sụt cân vì chán ăn, ăn không ngon. Hoặc do khó nuốt và buồn nôn khiến bạn ăn không được.

Đôi khi cơn ợ nóng dễ bị nhầm lẫn với một cơn đau thắt ngực do vấn đề tim mạch. Hai tình trạng này đều có cảm giác khó chịu ở ngực và có thể rất khó phân biệt. Nhưng hậu quả của đau thắt ngực nặng nề hơn rất nhiều. Dưới đây là một số đặc điểm khác nhau:

Nếu các triệu chứng xảy đến mơ hồ và bạn không thể phân biệt được thì hãy gọi cấp cứu ngay. Một cơn đau tim không được điều trị kịp thời sẽ dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề. Hậu quả xấu nhất có thể là tử vong.

Chứng ợ nóng kéo dài thường do trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản không được kiểm soát tốt. Tình trạng này được gọi là bệnhtrào ngược dạ dày thực quản (GERD). Đây là một bệnh tiêu hóa mạn tính. Nếu không được điều trị tốt, GERD có thể gây ra nhiều hậu quả nặng nề:

Viêm thực quản, loét thực quản do tổn thương kéo dài vì acid trong dịch vị.

Hẹp thực quản.

Thay đổi lớp niêm mạc thực quản theo chiều hướng xấu. Tăng nguy cơ ung thư thực quản. (Barret thực quản).

Bác sĩ sẽ tiến hành hỏi bệnh để xác nhận lại các triệu chứng bạn mắc phải. Nổi bật là ợ nóng và trớ. Các triệu chứng đi kèm khác như: ho, khàn giọng, nấc cục, đau ngực,… Mô tả cảm giác, hoàn cảnh xuất hiện, kéo dài bao lâu, những thuốc hoặc biện pháp đã dùng để làm giảm khó chịu,… Tất cả sẽ giúp ích cho chẩn đoán.

X-quang: để quan sát hình dạng của thực quản và dạ dày.

Nội soi sẽ được chỉ định khi có các dấu hiệu báo động. Thường gặp là nuốt khó, nuốt đau, đầy bụng, sụt ký, chảy máu từ đường tiêu hóa (ói máu, đi tiêu ra máu,…). Nội soi dạ dày – thực quản – tá tràng giúp quan sát toàn bộ đường tiêu hóa trên. Bác sĩ có thể chỉ định sinh thiết (lấy mẫu mô từ niêm mạc thực quản) trong khi nội soi. Từ đó giúp phát hiện thêm các triệu chứng và góp phần chẩn đoán nguyên nhân.

Điều trị thử với thuốc PPI.

Đo hàm lượng acid trong thực quản.

Nhiều loại thuốc không kê đơn có thể giúp giảm chứng ợ nóng:

Thuốc kháng acid, giúp trung hòa acid dạ dày. Tác dụng của chúng là giúp giảm đau nhanh chóng. Nhưng không thể chữa lành các tổn thương thực quản.

Thuốc đối kháng thụ thể H2, có thể làm giảm acid dạ dày. Chúng không tác dụng nhanh như thuốc kháng acid, nhưng có thể giúp giảm đau lâu hơn.

Thuốc PPI, cũng có thể làm giảm acid dạ dày.

Nếu các phương pháp điều trị không kê đơn không hiệu quả hoặc phải dùng kéo dài, hãy đến gặp bác sĩ. Bạn có thể cần thuốc theo toa và các xét nghiệm chuyên sâu hơn.

Thay đổi lối sống có thể giúp giảm triệu chứng và ngăn ngừa ợ nóng.

Duy trì cân nặng hợp lí. Thừa cân béo phì sẽ tạo áp lực lớn lên ổ bụng, đẩy dạ dày lên và khiến dịch vị trào ngược vào thực quản.

Mặc quần áo vừa vặn. Mặc quá chật cũng sẽ tạo áp lực lên ổ bụng.

Tránh những thực phẩm dễ gây ợ nóng: đồ cay, chiên xào, cà chua,…

Tránh nằm xuống ngay sau ăn. Tốt nhất là đợi khoảng ba tiếng đồng hồ sau ăn.

Tránh những bữa ăn tối quá muộn.

Nâng đầu giường nếu bạn thường ợ nóng vào ban đêm trong khi ngủ. Chú ý nâng đầu giường với một mặt phẳng cứng. Chỉ nâng bằng gối mềm thường không hiệu quả trong tình trạng này.

Tránh thuốc lá và rượu bia.

Ợ nónglà triệu chứng phổ biến ở nhiều người. Nó có thể thoáng qua và không nguy hiểm. Nhưng khi ợ nóng thường xuyên và kéo dài có thể dẫn đến những hậu quả xấu. Các triệu chứng chính là cảm giác nóng rát sau xương ức và trớ. Mấu chốt trong phòng ngừa ợ nóng là kiểm soát cân nặng, cẩn trọng trong các thói quen ăn uống. Hãy liên hệ bác sĩ khi ợ nóng thường xuyên kèm theo các dấu hiệu bất thường khác đế được chẩn đoán chính xác.