



**HỘI ĐỒNG CHỈ ĐẠO XUẤT BẢN
SÁCH XÃ, PHƯỜNG, THỊ TRẤN**

BỆNH THƯỜNG MẮC THUỐC CẦN DỪNG



**NHÀ XUẤT BẢN
CHÍNH TRỊ QUỐC GIA**



**NHÀ XUẤT BẢN
Y HỌC**

BỆNH THƯỜNG MẮC THUỐC CẦN DÙNG

HỘI ĐỒNG CHỈ ĐẠO XUẤT BẢN

Chủ tịch Hội đồng

PGS.TS. NGUYỄN THẾ KỶ

Phó Chủ tịch Hội đồng

TS. HOÀNG PHONG HÀ

Thành viên

TRẦN QUỐC DÂN

TS. NGUYỄN ĐỨC TÀI

TS. NGUYỄN AN TIÊM

NGUYỄN VŨ THANH HẢO

DS. PHẠM THIỆP - BS. PHẠM ĐỨC TRẠCH

BỆNH THUỜNG MẮC THUỐC CẦN DỪNG

NHÀ XUẤT BẢN
CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT
HÀ NỘI - 2014

NHÀ XUẤT BẢN
Y HỌC

CHÚ DẪN CỦA NHÀ XUẤT BẢN

Thực hiện Đề án trang bị sách cho cơ sở xã, phường, thị trấn của Ban Tuyên giáo Trung ương và thực hiện chủ trương xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia - Sự thật phối hợp với Nhà xuất bản Y học xuất bản cuốn sách ***Bệnh thường mắc, thuốc cần dùng***.

Ngoài việc giới thiệu khái niệm, triệu chứng, thuốc điều trị của 350 bệnh thuộc 20 chuyên khoa, cuốn sách còn nêu rõ cách phòng tránh một số bệnh thường mắc trong cuộc sống đời thường, điều này sẽ giúp cho người dân tự bảo vệ, chăm sóc sức khỏe và giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh, từ đó giúp nâng cao chất lượng cuộc sống.

Việc biên soạn cuốn sách có thể còn nhiều thiếu sót hoặc chưa đề cập hết những bệnh thông thường, rất mong nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc để nội dung sách hoàn thiện hơn trong lần xuất bản sau.

Xin giới thiệu cuốn sách với bạn đọc.

Tháng 11 năm 2014

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT

LỜI NÓI ĐẦU

Con người không thể không mắc bệnh và tật nguyên. Có những thể bệnh, tật nguyên nhẹ đến nặng và rất nặng.

Với nhiều lý do, đặc biệt là về kinh tế, tri thức xã hội... lại chưa có một nền y học gia đình với đúng nghĩa của nó, không phải lúc nào xuất hiện các chứng bệnh là ta đi bệnh viện.

Để góp phần vào việc nhận biết, đề phòng và giải quyết một số bệnh thông thường, chúng tôi biên soạn cuốn: **"Bệnh thường mắc, thuốc cần dùng"** với 350 bệnh của 20 chuyên khoa thường hay mắc nhất, cùng với nó là các thuốc cần dùng và cách phòng tránh.

Phòng và chữa bệnh, muốn có hiệu quả, trước tiên ta phải biết bệnh của ta, không thể chỉ ỷ lại vào người khác vì bệnh do thầy thuốc đã xảy ra không ít.

Biết mình, biết người trăm trận đánh, trăm trận thắng - châm ngôn logic ấy đúng cả với chữa trị bệnh tật, tật nguyên.

Sách "Bệnh thường mắc, thuốc cần dùng" góp phần làm tốt đẹp cuộc sống, ấy là sức khỏe một

trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần, xã hội.

Sách có 20 chuyên khoa, mỗi chuyên khoa lại bao gồm nhiều bệnh. Mỗi chuyên khảo bệnh đều có 4 phần: khái niệm, triệu chứng bệnh, điều trị, phòng bệnh, được biên soạn cô đọng với những thông tin mới về bệnh và thuốc dùng.

Hy vọng rằng, cuốn sách sẽ mang lại nhiều điều bổ ích với các bạn. Tuy nhiên, trong biên soạn, vì nhiều lý do khác nhau, với mục đích sách để tham khảo, các tác giả và biên tập sẽ không chịu trách nhiệm về những thông tin hoặc sai sót nào phát sinh do sơ suất hoặc do các nguyên nhân khác đưa đến.

Rất mong được sự chỉ bảo, góp ý kiến và giúp đỡ chân tình của các bạn.

Các tác giả

NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

AIDS: Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải

AINS: Thuốc chống viêm không steroid

BD: Biệt dược

Ca: Calci

cg: Centigam

COPD: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn

CT: Cắt lớp vi tính cản quang

đvqt: Đơn vị quốc tế

ECG: Điện tâm đồ

Fe: Sắt

g: Gam

HA: Huyết áp

HBr: Hydrobromid

HCl: Hydrochlorid

HIV: Virus gây suy giảm miễn dịch ở người

IMAO: Ức chế mono amino oxydase

im: Đường bắp thịt

iv: Đường tĩnh mạch

K: Kali

KS: Kháng sinh

LP: Tác dụng kéo dài

mcg: Microgam

Mg: Magne
mg: Miligam
ml: Mililit
Mn: Mangan
MRI: Cộng hưởng từ hạt nhân
Na: Natri
NSAID: Chống viêm không steroid
ng: Nanogam
RHM: Răng hàm mặt
TKTU: Thần kinh trung ương
TMH: Tai mũi họng
IU - UI: Đơn vị quốc tế
vd: Vừa đủ
Vit: Vitamin
Zn: Kẽm

I. BỆNH DO KÝ SINH TRÙNG

1. BỆNH AMIP (*Entamoeba histolytica*)

Bệnh ở kết tràng, phần nhiều không có triệu chứng, nhưng có thể có ỉa chảy nhẹ đến lỵ. Tác nhân gây bệnh thường gọi là *Entamoeba dysenteriae*, nay gọi là *Entamoeba histolytica*. Có 3 thể *histolytica* (tiêu mô), *minuta* (nhỏ) và bào nang.

Triệu chứng: Ỉa chảy cách hồi, táo bón, đầy hơi, đau bụng co thắt, mót rặn. Đại tiện xong rất hậu môn, quặn bụng, buồn đi ngoài luôn. Phân có nhày trong như lòng trứng và máu. Có thể bị sốt nhẹ, co cứng cơ tái phát, phân nhão hoặc mềm do viêm kết tràng, gây sút, thiếu máu gia tăng. Tìm thấy *E.histolytica* trong phân hoặc mô, gây tổn thương ở lớp dưới niêm mạc đại tràng.

Có amip ruột và amip ngoài ruột. Khi di chuyển ở máu, bạch huyết amip có thể gây áp xe gan, phổi, lách, thận, mào tinh hoàn, cổ tử cung, bàng quang, da... Các thể bào nang, *minuta* chỉ gặp ở lòng đại tràng. Ở Việt Nam thường thấy áp xe gan amip (viêm mủ ở gan): sốt, suy sụp, vã mồ

hôi đêm, nôn mửa, đau ở bờ sườn phải, khó thở. Cần chẩn đoán phân biệt.

Điều trị: Amip ruột: phát hiện bệnh sớm, điều trị đặc hiệu kịp thời sẽ khỏi. Ngược lại bệnh chuyển sang mạn tính, xen kẽ ổn định, mất ổn định, gây nguy hiểm do biến chứng. Thuốc: *Iodoquinol paronomycin, Diloxanid furoat. Metronidazol* người lớn uống 1,5g/ngày, chia 3 lần, uống 10 ngày. Nếu từ vừa đến nặng dùng: *Metronidazol* phối hợp *Iodoquinol* là tốt nhất.

Có thể dùng *Emetin* 1mg/kg/ngày (tối đa 60mg) hay *Dehydroemetin* 1-1,5mg/kg/ngày (tối đa 90mg), dùng *Emetin* có độc, nếu tim nhanh, giảm huyết áp, yếu cơ, bệnh ở da, dạ dày, ruột thì ngừng thuốc (hiện nay gần như không dùng nữa).

Amip ngoài ruột: tốt nhất là *Metronidazol* rồi đến *Emetin* phối hợp với *Chloroquin phosphat*.

Có thể dùng *Paronomycin* hoặc *Spiramycin* hoặc *Tinidazol* hoặc *Secnidazol*.

Nếu cần, phẫu thuật, hút mủ và dùng thuốc như trên.

Phòng bệnh: Bệnh lây trực tiếp và gián tiếp. Trực tiếp từ người bệnh sang người lành, bệnh của những "bàn tay bẩn". Gián tiếp qua thức ăn, nhất là rau sống tưới bằng phân hoặc nước ô nhiễm phân người. Bệnh còn lây qua động vật (chó) và ruồi, nhặng, gián.

Biến chứng: Amip ruột gây nên viêm, tạo các

ổ hoại tử, tạo thành áp xe, ổ loét gây bội nhiễm, có thể gây thủng ruột, viêm màng bụng nghiêm trọng. Đặc biệt chú ý thể tối cấp: viêm đại tràng ác tính, viêm đại tràng hoại tử và thể nhiễm khuẩn huyết.

2. BỆNH SỐT RÉT

Là một bệnh truyền nhiễm, lưu hành ở địa phương, có thể phát thành dịch. Do ký sinh trùng sốt rét *Plasmodium* gây nên. Bệnh do muỗi Anophen (chủ yếu minimus) truyền theo đường máu. Ở Việt Nam có 3 loại phổ biến: *P.falciparum* (80-85%), *P.vivax* (15-20%), *P.malariae* (1-2%), *P.ovale* ít có. Bệnh gây miễn dịch đặc hiệu nhưng không tuyệt đối.

Triệu chứng: 3 triệu chứng chính: sốt, rét run, ra mồ hôi (hàng ngày hoặc cách nhật). Có thể tái phát gần (1 tháng) hoặc tái phát xa (sau 6 tháng).

- Với *P.vivax*: rét run, vã mồ hôi, sốt tái phát không đều. Người mệt mỏi, nhức đầu. Hết sốt lại dễ chịu cho đến cơn sốt tiếp (cách quãng 48 giờ).

- Với *P.falciparum*: ớn lạnh, nhiệt độ tăng từ từ, hạ từ từ. Kích phát kéo dài 20-36 giờ. Người mệt mỏi, nhức đầu dữ dội, mê sảng, lú lẫn (cách quãng 36-72 giờ).

- Với *P.malariae*: đột ngột, kích phát (cách quãng 72 giờ).

Ở Việt Nam còn gặp 2 thể sốt rét nặng là sốt rét ác tính và sốt rét huyết cầu tố-niệu.

Sốt rét ác tính còn gọi là sốt rét thể não thường do *P.falciparum* và *P.vivax*. Sốt li bì 39,5-41°C, hôn mê, đồng tử co, mất phản xạ, với nhiều thể bệnh: thể não (80-90%), thể giá lạnh, thể tả, thể phù phổi, thể gan mật.

Sốt rét huyết cầu tố-niệu còn gọi là sốt tiểu đen: do tan huyết nội mạch, globulin niệu, thận bị tổn thương nghiêm trọng về chức năng và thực thể, có thể urê huyết cao và vô niệu.

Ngoài ra còn sốt rét dai dẳng (do tái phát hoặc tái nhiễm làm cho cơ thể suy nhược, thiếu máu nghiêm trọng, da xanh xám, lách gan to).

Với phụ nữ có thai có thể gây sảy thai, đẻ non, dễ tử vong.

Trẻ con bị sốt rét thường dễ bị thể ác tính, tỷ lệ tử vong cao.

Nói chung, với sốt rét không được chữa trị kịp thời, tỷ lệ tử vong cao đến 20%.

Điều trị: Ngoài việc diệt muỗi, nằm màn, nâng cao sức đề kháng của cơ thể, người đi vào vùng sốt rét cần uống thuốc phòng (theo chỉ dẫn của thầy thuốc, tránh gây kháng thuốc).

Nghi ngờ bị sốt rét: Xét nghiệm máu (lúc mới lên cơn sốt và chưa uống thuốc). Nếu cần, làm chẩn đoán phân biệt.

Thuốc: Thường dùng ở Việt Nam: các muối *Quinin* (viên, tiêm). Người lớn uống 1-2g/ngày - không quá 2g và không dưới 1g, trong 5-7 ngày. Dùng đơn thuần hoặc phối hợp *Sulfamid*. Dùng tiêm với thể nặng và ác tính.

Chloroquin 0,25g và ống tiêm 0,2g. Uống 4 viên/ngày, sau 2 viên cho ngày thứ 2 và 3. Thể nặng tiêm *Chloroquin* bắp 200mg/6 giờ.

Primaquin 4-6 viên/ngày, chia 2 lần, viên 13,2mg.

Mefloquin 2-3 viên 500mg/ngày, liều duy nhất.

Ngoài ra còn có *Pyrimethamin*, *Proguanil* (*Paludrin*, *Biguanil*).

Hiện nay: *Artemisinin* diệt nhanh thể phân liệt ký sinh trùng sốt rét *P.falciparum* và *P.vivax*. Uống 2 viên 0,25g/ngày x 2 ngày, sau dùng 1 viên/ngày x 5-7 ngày. Còn có dạng thuốc đạn và thuốc tiêm *Na Artesunat* tiện dụng và hiệu lực rất tốt.

Còn có thuốc sốt rét phối hợp SR, Fansidar (*Sulfadoxin* 0,5g và *Pyrimethamin* 25mg), uống 2-3 viên/ngày, liều duy nhất. *Fansidar* dạng tiêm 1 ống/ngày x 3 ngày.

SR₃ (*Chloroquin* 0,25g và *Sulfadoxin* 0,25g), uống 2 viên/ngày x 3 ngày.

Trường hợp sốt rét ác tính và sốt rét huyết cầu tố-niệu do *P.falciparum* vô tính, biến chứng não hoặc phủ tạng. Là hậu quả của việc điều trị sốt rét không đến nơi đến chốn: sốt cao 39,5-41°C.

Mật độ ký sinh trùng máu ngoại vi cao quá ngưỡng trên 5%. Có thể chia sốt rét ác tính làm 3 nhóm: nhóm não, nhóm phủ tạng và nhóm não - phủ tạng.

Rối loạn nước điện giải, kiềm toan, đường huyết giảm, suy hô hấp, suy thận cấp, thiếu máu tán huyết, xuất huyết, đái ra huyết cầu tố, sốt vàng da, thiếu nang gan, trụy tim mạch, ngừng tim, ngừng thở đột ngột, choáng, nôn, thổ tả.

Biến chứng sốt rét não thể hiện: biến đổi tâm thần chuyển nhanh vào rối loạn ý thức (lơ mơ, li bì, hôn mê), rối loạn thần kinh (co giật, gồng cứng) và rối loạn tâm thần (kích động, lẫn lộn).

Xử trí: Tiêm tĩnh mạch hay tiêm truyền các thuốc sau: *Artesunat*, *Quinin*, *Chloroquin*. Dùng *Phenobarbital* chống co giật 2-3 mg/kg thể trọng tiêm bắp thịt (hoặc *Diazepam* 0,1-0,2 mg/kg thể trọng tiêm tĩnh mạch). Không dùng *Corticoid*. Bù nước và điện giải, trị toan huyết, truyền glucose. Xử lý suy thận cấp (truyền dịch đẳng trương). Xử lý suy hô hấp (phù phổi) dùng *Furosemid*. Trị biến chứng huyết học và các biến chứng khác. Rất dễ bị bội nhiễm (dùng kháng sinh).

Tốt nhất là chuyển bệnh nhân sớm đến bệnh viện.

3. GHE

Do ký sinh trùng *Sarcoptes Scabiei homonis*.

Triệu chứng: Ký sinh trùng đào luống trong biểu bì dễ dễ trứng, gây ngứa về đêm. Ngứa kéo dài, gây mất ngủ. Lây lan nhanh.

Thường khu trú ở tay, kẽ vú, nhất là núm vú, quy đầu, mông, gan bàn chân trẻ em và lan toàn thân. Lấy kim kê ở chỗ tận cùng của luống sẽ bắt được cái ghẻ.

Biến chứng thường gặp là: nhiễm khuẩn và chàm hoá: viêm da mủ, chốc nhọt, viêm nang lông. Ghẻ ở bộ phận sinh dục dễ hoá mủ và hình thành vết loét dạng săng (cần phân biệt với săng giang mai và săng hạ can. Chàm hoá cần phân biệt với viêm da mủ, nấm da và chàm).

Điều trị: Thuốc: hữu hiệu là *DEP (Diethylphtalat)* bôi 2 lần/ngày - sáng và tối.

Eurax bôi 1 lần vào buổi tối. Tránh bôi thuốc vào niêm mạc hoặc rây vào mắt.

Tắm đều hằng ngày. Quần áo thay hằng ngày và giặt nước sôi. Nếu nhiều người bị ghẻ ở cùng nhau cần điều trị đồng thời.

Nếu có biến chứng: dùng dung dịch *Milian, Eosin*, các thuốc bôi ngoài da *Sulfamid* và *kháng sinh* thích hợp. Nếu lan rộng và chàm hoá bội nhiễm có thể dùng *Cortison*, *kháng sinh* điều trị toàn thân và thuốc tại chỗ như *Baume Perou*.

4. GIUN - SÁN

Một loại ký sinh trùng rất nguy hiểm gây

bệnh đường ruột (tắc), mật, gan, phổi, não, cơ, thần kinh, máu, mắt... Ăn, uống và bàn tay bẩn là nguyên nhân chính gây bệnh.

4.1. Giun

Có một số loại giun thường gặp: giun đũa, giun móc, giun lươn, giun kim, giun tóc, giun xoắn và giun chỉ.

Giun đũa: Là giun đặc hiệu của người, thân tròn, màu trắng đục hồng, vỏ kitin, dài từ 15-25 cm, đuôi cong có nhiều gai. Ăn, uống phải trứng giun, thành ấu trùng, qua mật, gan hoặc phúc mạc, lên tim, phổi, máu, phế nang, cuống phổi vào đường tiêu hoá về ruột non. Ở Việt Nam, bệnh giun đũa đứng hàng đầu các bệnh giun sán. Chúng chiếm thức ăn của người.

Triệu chứng: rối loạn tiêu hoá, đầy chướng bụng, đau bụng quanh rốn, ỉa chảy, buồn nôn, ỉa hoặc nôn ra giun. Có thể mất ngủ, co giật, khó ngủ, bứt rứt, bực dọc.

Ấu trùng qua phổi gây hội chứng Loeffler: ho, sốt, đau ngực trong 6-7 ngày. Ấu trùng có thể gây viêm màng não.

Biến chứng: gây tắc ruột, xoắn ruột, lồng ruột, thủng ruột. Giun chui ống mật, vào ống Wirsung gây viêm ống mật, tắc mật, áp xe gan đường mật, viêm tụy cấp, viêm ruột thừa, viêm phúc mạc.

Thuốc: *Pyrantel*, trẻ em uống 125 mg/kg, người lớn 750 mg/kg. *Mebendazol*, từ 2 tuổi trở lên: 100 mg/lần x 2 lần/ngày x 2-3 ngày hoặc liều duy nhất 500mg. *Albendazol*, từ 2 tuổi trở lên uống liều duy nhất 400mg.

Giun móc: Hình trụ nhỏ màu trắng hồng, dài 8-18 mm, miệng có 2 đôi móc hình lưỡi câu. Móc vào niêm mạc ruột hút máu làm chảy máu, tiết ra một chất chống đông máu. Giun mỏ cùng họ với giun móc thay 2 đôi móc bằng 2 đôi răng.

Ấu trùng chui qua da chân, tay rồi vào phổi, vào ruột non gây rối loạn tiêu hoá và đặc biệt thiếu máu. Mối đầu thâm lặn, sau đó da khô tái, niêm mạc nhợt nhạt, phù mí mắt, phù mắt cá chân, mạch nhanh, ù tai, chóng mặt, tim to và có tiếng thổi. Xét nghiệm máu: hồng cầu giảm dưới 1 triệu, huyết sắc tố giảm, bạch cầu tăng. Thiếu máu gây nhiều triệu chứng khác về thần kinh và cơ.

Thuốc: *Pyrantel*, 10-20 mg/kg/ngày x 2-3 ngày. *Mebendazol*, 200mg/lần x 2 lần/ngày x 4 ngày. *Albendazol*, uống liều duy nhất 400mg.

Giun lươn: Giun nhỏ, tròn, ký sinh trong niêm mạc tá tràng, hình ống, dài 2-3 mm. Ấu trùng qua da vào cơ thể, theo đường máu, tim, phổi rồi theo tiêu hoá vào ruột non, cố định ở tá tràng. Giun lươn còn có một chu kỳ trực tiếp ngay trong lòng ruột.

Triệu chứng: Gây đau, viêm tá tràng, ỉa chảy xen táo bón. Nếu nhiễm nặng, giun có độc lực cao gây tử vong. Chúng gây cho người bệnh thiếu máu.

Thuốc: *Pyrantel*, 20 mg/kg x 2-3 ngày.
Mebendazol, 200 mg/lần x 2 lần/ngày x 4 ngày.
Albendazol, 400 mg/ngày x 3 ngày liên.

Giun kim: Giun nhỏ hình ống, dài 3-10 mm, đuôi cong. Con cái đến nếp gấp ở hậu môn vào tối đêm đẻ trứng, gây tự nhiễm. Ngứa hậu môn, gãi. Trẻ em khóc đêm, cau có, cáu gắt, có thể đau bụng, phân nhão. Trẻ em gái có thể bị ngứa lan ra âm hộ gây viêm. Có thể giun chui vào ruột thừa. Khi ỉa, trong phân có rất nhiều giun kim.

Thuốc: *Pyrantel*, liều dùng như giun đũa, nhưng nên dùng liều 2 vào 2 tuần sau cách liều đầu. *Mebendazol*, 100 mg/ngày, sau 2 tuần uống 1 liều nữa. Liều duy nhất 400mg. *Albendazol*, uống liều duy nhất 400mg.

Giun tóc: Nhỏ, trắng hồng, dài 5 cm. Chúng cắm đầu nhỏ như sợi tóc vào rất sâu tới vùng niêm mạc manh tràng và ruột thừa ăn hồng cầu. Trứng được bài tiết ra theo phân, thành phôi rồi theo đường ăn uống vào ruột thành giun.

Triệu chứng: gây đau bụng, ỉa chảy, mót rặn, chảy máu, sa trực tràng, gây thiếu máu nhược sắc, suy nhược cơ thể.

Thuốc: *Mebendazol*, liều duy nhất 500mg.
Albendazol, 400 mg/ngày (liều duy nhất).

Giun xoắn: Rất nhỏ (vài milimet), trắng, ký sinh ở rất nhiều động vật: lợn, chó, mèo, chuột, gấu và người. Mắc bệnh là do ăn thịt tái, sống và không được kiểm tra khi sát sinh. Nhiễm giun xoắn: gây viêm ruột, đau thượng vị, nôn ỉa chảy giống như tả, sốt cao, mệt, ra mồ hôi, khát nước, có thể tử vong. Giai đoạn toàn phát: sốt cao, mê sảng, kiệt sức, đau mọi cơ, khó thở, khó nhai, khó nói, phù nề, có thể tử vong do viêm cơ tim, não. Giai đoạn mạn tính: ấu trùng thành kén trong các cơ, sốt và viêm giảm, cơ bớt đau nhưng thất cơ biến dạng và teo, chức năng cơ hạn chế. Tất cả các giai đoạn bạch cầu ái toan đều tăng.

Thuốc: *Thiabendazol, Praziquantel, Mebendazol.*

Giun chỉ: Ký sinh trong hệ bạch huyết. Cuộn tròn như sợi chỉ, màu trắng sữa. Dài 4-10 cm. Bệnh do muỗi truyền, ấu trùng theo vòi của muỗi vào cơ thể người thành giun chỉ. Gây viêm hệ bạch huyết, sốt, sờ thấy hạch hoặc đái ra dưỡng chấp, có khi có máu. Người gầy sút. Xuất hiện dần hiện tượng phù voi (chi dưới, chi trên, sinh dục).

Thường gặp ở: Hải Hưng, Hà Nam Ninh, Thái Bình, Hà Nội, Hoà Bình, Hà Tây.

Thuốc: *Diethylcarbamazin (DEC), Hetrazan, Netezin, Banocid.*

Trong 7 bệnh giun trên đây, phát hiện bệnh đều phải xét nghiệm tìm thấy trứng giun, riêng giun xoắn khó thấy trong phân, dịch, máu

nhưng có thể tìm thấy ấu trùng trong sinh thiết. Giun chỉ: xét nghiệm máu ngoại vi về đêm hoặc nước tiểu.

4.2. Sán

Thường gặp sán lá (sán lá gan, sán lá phổi, sán lá ruột), sán máng, sán dây.

Sán lá: Hình lá (sán lá phổi dài không dẹt) vỏ nhẵn không cứng, nhiều lớp cơ. Bộ phận bám gọi là hấp khẩu (mồm hút). Trứng sán vào nước thành ấu trùng lông, vào ốc thành bào ấu trùng - ấu trùng đuôi, sinh sản đa phôi. Ấu trùng đuôi ký sinh vào tôm, cua, cá hoặc thực vật thành nang trùng. Nang trùng sẽ phát triển thành sán trưởng thành trong cơ thể người (nếu người ăn phải nang trùng). Sán dài 8-70 mm.

Chúng bám chặt vào nơi ký sinh chiếm thức ăn, gây viêm hoặc áp xe tại chỗ hoặc xơ hóa, thoái hoá. Chất độc tiết ra gây dị ứng. Với gan, làm gan to, viêm, xơ hoá, làm cho ung thư phát triển, rối loạn tiêu hoá, chán ăn, đau âm ỉ vùng gan, ỉa chảy hoặc táo bón, thiếu máu, phù nề, sốt, vàng da nhẹ. Chẩn đoán: xét nghiệm phân, siêu âm.

Thuốc: *Praziquantel*, tùy theo loại sán dùng 20-40 mg/kg chia 3 lần/ngày, sau bữa ăn, cách nhau 4-6 giờ. Sán lá gan nhỏ *Clonorchis* dùng *Albendazol* 400 mg/ngày x 3 ngày liên.

Với phổi: sán gây ho có đờm, máu màu gỉ sắt,

giống như lao. Xét nghiệm đờm tìm trứng (hoặc trong phân). X-quang.

Thuốc: *Praziquantel, Emetin, Oxamniquin.*

Với ruột: sán gây đau bụng, ỉa chảy, trướng bụng, phù nề, suy nhược, tràn dịch toàn thân, suy kiệt. Chẩn đoán xét nghiệm tìm trứng sán.

Thuốc: *Praziquantel, Niclosamid, Dichlorophen.*

Sán máng: Có 3 loại có thể gây bệnh ở ruột hoặc bàng quang hoặc ruột, gan, lách. Hình lòng máng dài 10-20 mm, có 2 mồm hút.

Triệu chứng: xuất huyết nhỏ, nổi mẩn, nhiễm độc gây nhức đầu, đau các chi, rét run, vã mồ hôi. Sau lách to, đau trước tim, dấu hiệu trực tràng bàng quang. Tuỳ trường hợp ở cơ quan nào, gây tổn thương cơ quan ấy, ví dụ gan, lách to sốt, ruột gây loét sùi trực tràng, bàng quang gây đái dắt, đái buốt... Xét nghiệm: trứng sán ở phân, nước tiểu.

Thuốc: *Praziquantel*, 20-40 mg/kg, chia 3 lần/ngày, sau bữa ăn, cách nhau 4-6 giờ.

Sán dây: Bệnh do sán dây bò và sán dây lợn gây ra. Làm cho người bị bệnh suy dinh dưỡng và suy nhược thần kinh. Ở Việt Nam thường gặp sán dây bò, nhưng ở miền núi sán dây lợn lại nhiều hơn ở đồng bằng.

Sán đầu nhỏ, có 4 giác bám, sán dây lợn còn có thêm 2 vòng móc, thân có 900 đến trên 1.000 đốt, độ dài 4-12 m. Đốt dài từ 10-30 mm. Sán dây ký sinh ở ruột non.

Trứng sán theo đốt theo phân ra ngoài, nếu là sán bò, ăn phải vào cơ thể thành ấu trùng, với sán lợn thì thành nang sán trong cơ của lợn rồi thành nang ấu trùng, phát triển thành ấu trùng trưởng thành. Khác nhau giữa sán dây bò và sán dây lợn là người có thể mắc bệnh nang ấu trùng sán lợn ký sinh ở mắt và thần kinh trung ương. Người ăn phải thịt lợn, thịt bò có nang trùng sán chưa nấu chín sẽ phát triển thành sán ở ruột non, với trứng sán dây lợn sẽ thành nang trùng sán trong cơ thể. Ký sinh trùng sống ở người tới 50-70 năm.

Triệu chứng: đau bụng giống đau ruột thừa, có thể gây tắc ruột hoặc bán tắc suy dinh dưỡng. Chất tiết của sán gây độc cho tim mạch, tạo máu, thần kinh, nội tiết, ngoại tiết. Sán dây bò còn gây bứt rứt, khó chịu hậu môn do đốt sán bò ra ngoài. Có thể bị hạ huyết áp, thiếu máu. Với nang ấu trùng sán, tùy nơi ký sinh của nang mà có bệnh cảnh khác nhau.

Điều trị: Xét nghiệm phân, sinh thiết tìm kén ấu trùng sán, CT nếu nghi ngờ ở não.

Thuốc: *Atebrin* người lớn 0,8g. Sau 1 giờ tẩy bằng *Mg sulfat*, kết quả 90%.

Niclosamid người lớn uống 1g sáng sớm lúc đói, kết quả 66%.

Praziquantel 600mg cho người lớn, kết quả 100% với cả hai loại sán.

Hoặc có thể dùng *Albendazol* 400 mg/ngày x 3 ngày liên.

Ngoài ra còn có sán dây khác, ký sinh vào các vật chủ phụ khác (bọ chét, cừu, bò, ngựa, chó, mèo, cá, ếch nhái, loài giáp xác, chuột) và cả thực vật (ngó sen, củ ấu...). Đặc biệt chú ý chó, mèo, chuột và ếch, ở Việt Nam có tỷ lệ nhiễm sán này khá cao. Tập quán đắp thịt sống ếch nhái vào mắt gây bệnh sán nhái mắt (có khi ăn phải ấu trùng lên mắt) gây u ở mắt rất nguy hiểm.

4.3. Ấu trùng sán lợn

Rất nguy hiểm với người. Lợn ăn phải trứng sán hoặc phân người mang sán (lợn thả rông) vào ruột thành ấu trùng, theo hệ bạch mạch hoặc lớp tổ chức đến ký sinh ở cơ vân của lợn, ta thường gọi là lợn gạo. Ngoài cơ vân, ấu trùng ký sinh ở các cơ quan nội tạng, đặc biệt não, mắt, tủy sống (không ở gan và tiểu não). Với người mắc phải, biểu hiện cũng giống như ở lợn do nhiễm từ phân người, đặc biệt là ăn thịt lợn sống mang bệnh (nem, tái, tiết canh...).

Triệu chứng: Nang nhỏ sờ thấy dưới da hoặc lẩn sâu trong cơ bằng hạt đậu di động, không đau, bóp chặt căng phồng. Có thể mổ, giết cơ. Ở mắt gây lồi nhãn cầu, lệch trục nhãn cầu gây lác, nhìn đôi. Có thể thấy trong nhãn cầu, ấu trùng sán di chuyển trong nhãn cầu, ký sinh làm bong võng

mạc, đĩa thị giác, giảm thị lực và mù. Ở tim, chúng ở cơ tim ảnh hưởng nhịp, van, chức năng tim và suy tim. Ở não thường hay gặp nhất khu trú trong hệ thần kinh trung ương (nhức đầu, giật cơ, động kinh, mất trí nhớ).

Điều trị: Sinh thiết, xét nghiệm soi tươi, CT, MRI, khám mắt.

Thuốc: Điều trị sán lợn trưởng thành ở ruột nếu có (trước khi điều trị ấu trùng).

Praziquantel 10-15 mg/kg/24 giờ x 7 ngày, nghỉ 3 ngày sau tiếp 3 đợt trong 1 tháng. Để tránh quá mẫn thuốc, nên kết hợp với *Prednisolon* 0,5 mg/kg/ngày, từ trước khi điều trị 5 ngày và cả đợt điều trị (có người dùng liều *Praziquantel* cao hơn là 20-25 mg/kg/24 giờ, nhưng cần theo dõi cẩn thận).

Albendazol 15 mg/kg/ngày x 28 ngày cho kết quả tốt.

Phòng bệnh:

- Giữ vệ sinh môi trường tốt. Đặc biệt quản lý nguồn phân, rác (xử lý và sử dụng, hố xí đúng cách). Khống chế bụi bặm.

- Vệ sinh an toàn thực phẩm: không ăn uống thịt, cá, cua, tôm sống (nem, gỏi, tái, tiết canh, nước lã, rau sống...).

- Kiểm tra sát sinh kỹ lưỡng.

- Không nuôi súc vật sống lẫn với người, không thả rông lợn.

- Tập quán rửa tay trước khi ăn.
 - Tránh tiếp xúc phân rác với da (ấu trùng xuyên da).
 - Định kì tẩy giun (3 - 6 tháng), đặc biệt chú ý trẻ em ở tập thể.
 - Ở vùng có giun chỉ, ngủ phải có màn. Uống thuốc DEC diệt mầm bệnh.
- Lưu ý:* các thuốc trị giun đều có chống chỉ định, đặc biệt với người mang thai và trẻ em dưới 24 tháng tuổi, dùng *Albendazol* không được có thai ít nhất 1 tháng sau khi dùng thuốc, người có bệnh gan, người quá mẫn cảm với thuốc.
- Xem thêm áp xe gan đường mật 1.7/V.

II. BỆNH XƯƠNG CƠ MÔ - KHỚP

1. BỆNH GÚT (Goutte, Thống phong)

Viêm cấp tính tái phát các khớp ngoại vi, sinh ra do sự lắng đọng tinh thể *monosodium urat* (MSU) từ các dịch cơ thể tăng acid uric-huyết quá bão hoà ở trong và xung quanh khớp, các sợi gân. Có thể bẩm sinh (Hội chứng Lesch-Nyhan) hoặc nguyên phát (tính chất gia đình) hoặc thứ phát (thoái giáng purin hoặc giảm thải acid uric qua thận). Đa số là nguyên phát. Có thể trở thành mạn hoặc biến dạng.

Triệu chứng: Không có báo trước, do chấn thương nhỏ, ăn uống cầu thả, rượu, phẫu thuật, mệt nhọc, stress, nhiễm khuẩn hay khớp cắn mạnh. Đau đột ngột một hay nhiều khớp về đêm, nặng dần không chịu nổi. Khám giống như nhiễm khuẩn cấp: sưng, nóng, đỏ, ấn rất đau. Da ngoài căng, nóng, sáng bóng, đỏ hay tím. Thường hay bị ở các ngón tay, ngón chân cái, mu chân, cổ chân, đầu gối, cổ và khuỷu tay (ít gặp). Có thể bị sốt, tim nhanh, ớn lạnh, khó ở, tăng bạch cầu. Bệnh kéo dài vài ngày, về sau vài tuần. Có thể trở

thành mạn, gây biến dạng khớp vĩnh viễn do bị ăn mòn. Urat, gây các u cục (hạt tôphi) ở vành tai, quanh khớp, dưới da, sưng trên bàn tay, bàn chân, có thể vỡ, phóng thích tinh thể urat giống như bột phấn.

Có trường hợp, triệu chứng hết sức âm thầm, vì vậy phải xét nghiệm tìm các tinh thể MSU cho tất cả những người viêm khớp không rõ nguyên nhân.

Điều trị: Sớm thì tốt. Xét nghiệm, X-quang, siêu âm.

Trị bệnh theo 3 giai đoạn: cấp, gian phát xảy ra sau cơn cấp 2-3 tháng và điều trị tăng acid uric mạn lâu dài.

a) **Gút cấp:** chủ yếu dùng *Indomethacin* 50mg x 4 lần/ngày, sau giảm dần liều xuống và dùng khoảng gần 1 tháng.

Colchicin thật công hiệu: 1mg cách 2 giờ cho đến khi đáp ứng hoặc bắt đầu tiêu chảy, nôn mửa. *Colchimax* biệt được phối hợp ít tác dụng phụ hơn. Nặng dùng 4-7mg, không quá 7mg/48 giờ. Nếu ỉa chảy dùng *Paregoric*. (Có thể dùng *Colchicin* qua mạch, nếu không dung nạp uống, 1mg + 20ml NaCl 0,9% tiêm tĩnh mạch chậm, không quá 2mg/24giờ, do thầy thuốc chuyên khoa thực hiện).

Có thể xảy ra suy tủy, tử vong nếu đang dùng uống dự phòng cùng với tiêm.

Thuốc kháng viêm *AINS* cũng được dùng và

cả *Corticoid* (nếu không dung nạp *Colchicin*) đó là: *Diclofenac*, *Ketoprofen*, *Piroxicam*, hoặc *Triamcinolon* 60mg một liều duy nhất, hoặc *ACTH* 40mg (40 đơn vị) tiêm bắp cứ 12 giờ/lần x 2-3 ngày, hoặc *Methyl prednisolon* cũng tốt. Không bao giờ dùng các *salicylat (aspirin)*.

Nếu đau có thể dùng *Codein*, *Meperidin*.

b) *Giai đoạn gian phát*: tái phát 2-3 tháng sau cơn Gút cấp. Dùng *Colchicin* uống 0,6 mg/lần x 1-2 lần/ngày hoặc 1mg cách 2 giờ, hoặc dùng *Indomethacin* 25mg x 2 lần/ngày, hoặc kết hợp 2 thuốc với liều thấp hơn ngay khi có biểu hiện tái phát.

c) *Tăng acid uric mạn tính*: dùng *Allopurinol* 500-800 mg/ngày nếu chưa có biến chứng thận hoặc hạt tôphi là tốt nhất. *Probenecid* 250mg x 2 lần/ngày x vài ngày rồi tăng dần liều tới 3 g/ngày làm sao đưa acid uric máu xuống dưới 6 mg/dl (360 micromol/l).

Ngoài ra có *Sulfinpyrazon*, *Benziodaron*.

Bổ trợ điều trị: uống nhiều nước trên 3 lít/ngày và kiểm hoá nước tiểu bằng *Na bicarbonat* hay *Trisodium citrat* tối thiểu 5-10 g/ngày.

Biến chứng: Bệnh thận do lắng đọng acid uric, sỏi niệu, bệnh kẽ tiểu quản thận dẫn đến tăng HA, đái tháo đường, bệnh thận khác. Bệnh gây biến dạng khớp vĩnh viễn. Tích tụ MSU ở khớp và mô dưới da (hạt tôphi).

Phòng bệnh: kiêng rượu, cà phê. Hạn chế ăn thức ăn nhiều purin: lòng, tim, gan, tiết canh, thịt chó, cá, tôm, cua, rau dền, các loại đậu. Tránh lạnh, làm việc quá sức. Tránh dùng thuốc: lợi tiểu quai, Thiazid, Aspirin, Acid nicotinic, Pyrazinamid, v.v..

Tham khảo thêm các AINS ở mục 17/II.

2. BỆNH NHƯỢC CƠ

Là bệnh rối loạn dẫn truyền hệ thần kinh cơ, đặc tính là yếu và mệt mỏi cơ vân là do các thụ thể tiếp nhận *acetylcholin* của khớp nối thần kinh cơ bị ức chế bởi các kháng thể kháng thụ thể tự sinh (tự miễn dịch) liên quan đến bệnh lý miễn dịch và tuyến thymus (ức).

Triệu chứng: Bệnh phát âm thầm, ít trường hợp bột phát. Nhóm cơ bị xâm phạm: cơ mắt, nói khó, nuốt khó, các cơ gốc chi, cơ đai chậu, cơ cánh tay và đùi, hông, cơ đuôi chi trên, cơ bàn tay, cơ gấp cẳng tay, các cơ quay, cơ ngón chi trên, cơ bụng, cơ liên sườn... bị liệt khu trú hoặc lan toàn thân, cơ mỏi yếu khi vận động, đỡ về sáng, nặng về chiều.

Nghiệm pháp sụp mi, nhai nhiều lần, nắm thả sẽ chứng minh.

Nếp nhăn mắt mất, sụp mi, mắt không nhắm kín, ngồi không thẳng đầu, nói nhỏ và khó, tay không giơ cao chải đầu được, ho không khạc được,

không bước lên cao được, ăn thường bị nghẹn, uống bị sặc, thở thở, nằm không tự cựa mình.

Có thể tử vong đột ngột.

Điều trị: Xét nghiệm cận lâm sàng (độc lý). X-quang, MRI.

Thuốc: *Neostigmin (Prostigmin)* viên 1,5mg, tiêm 0,5mg tiêm tĩnh mạch hoặc 1,5mg tiêm bắp thịt, luôn luôn kết hợp với *Atropin* tránh tác dụng phụ. Coi chừng thừa *Neostigmin* gây nguy hiểm (qua test tensilon) nếu thừa phải đưa bệnh nhân vào máy thở (vì suy hô hấp) tránh tử vong.

Mestinon 60mg kéo dài 4 giờ.

Ambenonium 5-7,5mg kéo dài 3-4 giờ.

Nhằm vào cơ chế sinh bệnh: *Prednisolon* 15-25mg, 3-5 ngày tăng lên 5mg cho đến lúc có kết quả và liều là 50mg/ngày, duy trì nhiều tháng, nhiều năm, sau giảm liều xuống thấp nhất có tác dụng (thăm dò).

Thuốc ức chế miễn dịch: *Azathioprin*, *Cyclosporin*, *Cyclophosphamid* kết hợp với *Corticoid* có hiệu quả (thuốc nhiều tác dụng phụ).

Cấp cứu cơn nhược cơ: đặt nội khí quản, hô hấp, test tensilon để dùng *Prostigmin* tiêm tĩnh mạch + kháng sinh hoặc dùng thanh lọc huyết tương (*Immunoglobulin* 400 mg/kg/ngày, tổng liều không quá 2 g/kg).

Phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức tỏ ra khá hiệu quả lâu dài.

3. BỆNH PAGET Ở XƯƠNG (Viêm xương biến dạng)

Một bệnh mạn ở hệ xương người trưởng thành, trong đó nhiều vùng xương khu trú bỗng tăng biến và được thay thế bằng một cấu trúc xương mềm và sưng to. Nguyên nhân chưa được biết.

Triệu chứng: Đau âm thầm, đau nhức nhối sâu, dữ dội về đêm. Có thể chèn ép thần kinh hoặc viêm xương khớp. Sưng to hộp sọ ở hai bên thái dương với vẻ "thông thái" ở trán, phồng lớn tĩnh mạch da đầu, điếc thần kinh, thấp gù như khỉ, đi khập khiễng, khuỳnh cong về phía trước. Có thể bị suy tim. Gãy xương bệnh lý.

Điều trị: X-quang, xét nghiệm và CT.

Dùng các thuốc giảm đau *AINS*, *Etidronat disodium* 5-10 mg/kg/ngày, uống 1 lần trong 6 tháng, lặp lại sau 3-6 tháng.

Calcitonin cá hồi 50-100 IU (0,25-0,5 ml) ngày, tiêm dưới da hoặc bắp, sau 1 tháng giảm xuống 50 IU cách nhật.

Calcitonin người tổng hợp 0,5 mg/ngày, tiêm dưới da, sau giảm xuống tiêm cách nhật hoặc 2 lần/1 tuần.

Phẫu thuật chỉnh hình.

4. BONG GÂN CỔ CHÂN

Bong gân là loại thương tổn dây chằng do bị

kéo dẫn quá mức, bị rách hay bị đứt hoàn toàn, do chấn thương treo khớp đột ngột gây ra.

Triệu chứng: Bong gân cổ chân theo phân loại:

- Bậc 1: Nhẹ, cực nhỏ, không đứt dây chằng, ấn đau, sưng ít.

- Bậc 2: Vừa, gân đứt không trọn vẹn hoặc một phần. Sưng, bầm máu, đi lại khó khăn.

- Bậc 3: Đứt hẳn dây chằng, sưng, xuất huyết. Cổ chân không vững, không thể bước đi.

Người bị lỏng dây chằng, di truyền hay chấn thương.

Có 3 giai đoạn: Viêm tấy (72 giờ), gây phù nề, đau nhức dữ dội, đó là chứng viêm bao khớp vô khuẩn sau chấn thương.

Phục hồi: đảm thực bào tiêu hủy mô dập nát và máu tụ, xuất hiện chồi máu tạo mạch máu mới.

Tạo hình lại, tạo sợi collagen mất 12-18 tháng (chú ý trường hợp đứt).

Điều trị: X-quang, làm ngừng chảy máu (nếu có). Hạn chế sưng nề.

- Bậc 1: buộc băng nhựa, băng dính, bất động, băng giấy unna, băng thun ép vùng bong gân, có đệm mút. Nâng cao cổ chân, hạn chế vận động, chườm lạnh cứ 20-30 phút.

Cấm không được xoa bóp dầu cù là hoặc chườm nóng trong vòng 48-72 giờ đầu, không tiêm bất kỳ thuốc gì vào vùng đau và uống rượu.

- Bậc 2: bó bột đi lại được. Vận động vừa phải.

- Bậc 3: bất động, phẫu thuật bằng cách khâu áp khít dây chằng bị đứt, 4-6 tuần, vận động có mức độ, có kiểm soát và tăng dần.

Thuốc: Giảm đau. Phong bế *Novocain* 1% chỗ đau (không tiêm trong khớp). Xịt *Ethyl Chlorid*. Chườm nóng. Vận động nhẹ.

Bong gân mạn phong bế *Novocain* hàng ngày (7 ngày).

Chống viêm phù nề: Kháng sinh, *Serratopeptidase*, *Alpha chymotrypsin*, *Lysozym*.

Cuối cùng là phẫu thuật tạo hình.

Các thuốc khác: Tham khảo mục 17/II. Các thuốc chống viêm - giảm đau.

5. CHỨNG LOÃNG XƯƠNG

Sự suy giảm vi cấu trúc và thoái triển của khối mô xương ở từng đơn vị thể tích, gây nên yếu xương, giòn, dễ gãy, cho dù tỷ số thành phần khoáng và hữu cơ vẫn không thay đổi trong phần xương có bề ngoài bình thường còn lại. Loãng xương chia làm 2 loại: tiên phát (sau mãn kinh) và thứ phát (tuổi già).

Triệu chứng: Có thể đau trong xương, đặc biệt ở lưng. Gãy xương thường ở các đốt sống chịu lực (T₈ và dưới), gãy biệt lập đốt sống T- 4 hoặc phía trên (gợi ý về u ác tính) càng đau khi mang vác, ấn đau tại chỗ. Nhiều chỗ gãy xương khi đè nén có thể gây ra gù, uốn cột sống cổ quá mức,

đau nhức âm ỉ mạn tính lộ rõ ở dưới lồng ngực và thất lưng. Người bệnh rất dễ gãy xương, đặc biệt gãy xẹp đốt sống, cổ xương đùi. Gãy xương hông, xương quay xa thường do ngã.

Điều trị: X-quang (tránh nhầm với loãng xương do corticoid, thiếu vitamin D, A), hấp thụ ký photon đơn, kép, và CT. Xét nghiệm.

Điều trị phòng ngừa đau cấp và mạn bằng phương tiện: giá đỡ, xoa bóp, hơi nóng, chỉnh hình, luyện tập, thuốc, tránh mang vác nặng và ngã, phụ nữ mãn kinh dùng estrogen.

Bổ sung *vitamin D*, *Calci Carbonat*, *Calci citrat* (1,5 mg Ca/ngày có thể tới 3g một ngày, vitamin D 50.000 IU, 2 lần/tuần). Phối hợp *Ca fluorat* và 1g Ca bổ sung, nhưng dễ gãy xương, vì vậy khuyên không dùng.

Dùng *Etidronat Disodium* 400 mg/ngày x 2 tuần, ngừng thuốc 2,5 - 3 tháng chứng tỏ hứa hẹn.

Calcium sandoz, *Ca gluconat* uống cũng tốt.

Thuốc khác: *Alendronat Na* (*Denfos*), *Dihydroxy cholecalciferol* (*Macalol*), *Salcatonin* (*Menocal*), *Calcitonin* cá hồi tổng hợp (*Miacalcic*), *Calcitriol* (*Rocaltrol...*), *Cholecalciferol* (*Vitamin D₃ B.O.N*).

Thuốc giảm đau: các loại *AINS* (mục 17/II).

Đề phòng: sinh hoạt an toàn (đi lại, làm việc), tránh ngã, các sang chấn khác.

6. ĐAU Ở CỔ, VAI, CHI TRÊN

Triệu chứng: Có thể đau tại chỗ (một khớp, dây chằng, cơ, dây thần kinh), đau cách xa (lan toả theo bó thần kinh (do cơ quan lồng ngực, phần trên bụng) gây liệt nhẹ yếu cơ, mất phản xạ cảm giác. Đau hơn khi vận động, đau khi quay đầu (giữ ở một tư thế), tay có cảm giác kim châm ở các ngón. Khó giờ cao tay, hạn chế vận động.

Đánh giá lâm sàng đòi hỏi cẩn thận về viêm suy thoái cơ, khớp, bao hoạt dịch, gân, mạch, thần kinh.

Điều trị: Xoa bóp. Chườm nóng. Thuốc uống *AINS* (các loại *Oxicam*) + *Terpin Codein* 1 viên/lần x 2 lần/ngày. Có thể dùng *Indomethacin*, *Ketoprofen*, *Mephenesin* uống 6-10 viên/ngày có hiệu quả.

Có thể tiêm vùng đau hỗn hợp: B_{12} , B_6 , B_1 + *Novocain* liều cao (xem trên dưới đây).

Luyện tập cổ, vai, tay.

Lưu ý: Viêm quanh khớp vai có 4 thể: đơn thuần, đứt gân, cấp và nghen tắc.

- Đơn thuần: viêm gân cơ trên vai, đau nhói dưới mỏm. Bệnh tự khỏi sau vài tháng nhưng có thể tái phát.

- Đứt gân: rách mũ gân quay khớp sau thể thao, chấn thương, vận động sai tư thế.

- Cấp: viêm bao thanh dịch dưới cơ delta.

- Nghen tắc: cứng, loạn dưỡng khớp vai, vai tay,

viêm co thắt bao khớp do rối loạn thần kinh dinh dưỡng bao khớp, xương, cơ, mạch, da.

Điều trị: Thuốc giảm đau (như trên). Phong bế *Novocain*, *Hydrocortison*, *Vitamin 3B*. Chườm lạnh, xoa thuốc chống viêm giảm đau: *Voltaren*, *Emugel*, *Niflugel*, *Profenid*, *Gendel*. Vật lý trị liệu.

Cứng khớp vai (ngheñ tắc) thường tự khỏi 6 tháng - 2 năm, nhưng cần điều trị. Có trường hợp phải giải quyết bằng ngoại khoa.

Đa số các trường hợp châm cứu - thủy châm: *Novocain*, B_1 , B_6 , B_{12} , *Corticoid* (không tiêm trực tiếp vào gân gây đứt gân) giải quyết được nhanh chóng (Viện Châm cứu).

Tham khảo mục 17/II và 3/IX.

7. ĐAU DƯỚI LƯNG VÀ THẦN KINH HÔNG (Thần kinh toạ)

Triệu chứng: Đau có thể khu trú (đau từng điểm), lan toả, (ấn đau nhiều điểm), thuộc rễ thần kinh (đau dây thần kinh hông), bệnh nội tạng cột sống, hạn chế cử động lưng, đau tăng nếu căng cơ quá mức, ho hoặc hắt hơi, không nhấc được chân duỗi thẳng lên, mất phản xạ, thay đổi cảm giác là những nét đặc trưng.

Đau dây thần kinh hông (đau lan dài theo thần kinh hông, xuống phía mông và phần sau của chân qua khỏi đầu gối xuống đến ngón chân).

Hẹp lỗ cột sống là một dạng đau dây thần

kinh hông ít phổ biến, thắt hẹp ống tuỷ vùng thắt lưng, gây chèn ép trên rễ thần kinh (đôi khi trên tuỷ sống) trước nơi các rễ này chui ra khỏi lỗ, giống với bệnh mạch máu ở sự khập khiễng cách hồi tương tự. Các khuyết tật bẩm sinh của xương, bệnh gây suy thoái, sự biến dạng của xương (vỡ đĩa sụn, bong dây chằng, rách cơ).

Viêm xơ cơ cũng gây đau dưới lưng mạn.

Điều trị: X-quang, CT, MRI.

Bệnh thường bình phục sau một cơn đau, có thể tái phát và trở thành mạn. Nằm nghỉ giường cứng, chườm nóng, xoa bóp tại chỗ. Thuốc giảm đau *AINS* (mục 6/II) (*Diclofenac* (*Voltaren*), *Ketoprofen* (*Profenid*), *Indomethacin*, *Oxicam*...), thuốc thư giãn cơ *Methocarbamol* 1-2 g/lần x 4 lần/ngày, *Carisoprodol*, *Cyclobenzaprin*, *Diazepam*, *Mydocalm*, *Mephenesin*.

Nếu chưa khỏi có thể dùng *Chymopapain* hoặc *Triamcinolon* tiêm vào đĩa đệm.

Có thể tiêm ngoài màng cứng: B_{12} liều cao + *Novocain* (phải rất cẩn thận khi tiêm).

Đau mạn: thuốc như trên, tránh dùng thuốc ngủ, nên dùng thuốc chống trầm cảm *Tricyclic* (*Doxepin*) liều thấp. Nếu cần thì phẫu thuật.

Tuỳ trường hợp có thể dùng *Cortison* kết hợp với thuốc tê vào vùng đau (tránh tiêm vào mạch, trước đó nên tiêm thuốc tê để cho bệnh nhân bớt đau).

Thuốc khác: Tham khảo mục 17/II (Thuốc chống viêm và giảm đau) và mục 4/IX (Luyện tập).

8. GÃY XƯƠNG HỖ

Ổ gãy thông với bên ngoài, nguy hiểm vì nhiễm khuẩn.

Triệu chứng: Đau đớn, mất máu. Gãy sốc và sốc nặng.

Điều trị: X-quang. Sơ cứu rất quan trọng và phải làm đúng.

Băng ép băng nhồi cấp cứu. Chảy máu tia phải garô.

Không để vấy bẩn và thấm dịch. Đặt nẹp bất động.

Tiêm ngay *Penicillin* 500.000 đv tiêm bắp thịt.

Làm sạch. Cắt lọc (vô cảm, hồi sức tốt) không khâu kín, chỉ định lại. Đặt máng hoặc bó bột.

Phẫu thuật: Dùng *Penicillin* hoặc *Gentamycin*, *Ampicillin* uống.

Theo dõi vết thương sau 7-10 ngày.

Nếu gãy hở - nhiễm khuẩn phải mổ cấp cứu.

Thuốc khác: Tham khảo mục 6/II và 17/II (Các thuốc chống viêm, giảm đau, trị phù nề).

9. GÃY XƯƠNG KÍN

Ổ gãy không thông với bên ngoài. Đau đớn, có thể sốc.

Điều trị: X-quang.

Qua đó có hướng điều trị: nắn lệch (hay mổ).

Sơ cứu rất quan trọng, phải bất động nếu không sẽ di lệch, sốc, gây hở, tổn thương mạch, thần kinh.

Cố định sau khi chỉnh hình. Bó bột 7 - 10 ngày kiểm tra lại. Có thể phải kéo liên tục, phẫu thuật kết hợp xương, vật lý trị liệu phục hồi chức năng.

Tuỳ từng trường hợp cần dùng thuốc giảm đau (*AINS*), truyền dịch, cùng với kháng sinh cần thiết và thuốc chống phù nề: *Alphachymotrypsin* hoặc *Serratiopeptidase* hoặc *Lysozym*.

Các thuốc khác: Tham khảo mục 6/II và 17/II (Các thuốc chống viêm - giảm đau).

10. SAI KHỚP

Triệu chứng: Do nhiều nguyên nhân: bẩm sinh, viêm thoái hoá, thương tích: đau, va đập, rách bao khớp, tổn thương dây chằng và phần mềm, biến dạng do đầu xương lệch ra ngoài, giảm cơ năng, nắn thấy đầu xương trật ra ngoài, tìm sự đàn hồi.

Điều trị: X-quang. Bất động, tránh va chạm.

Nắn vào khớp ngay, càng sớm càng tốt để lâu sẽ đau, dây chằng kéo căng liên tục khó khôi phục như cũ. Muốn vậy phải gây mê (nếu khớp lớn như háng, gối), có khi phải dùng thuốc giãn cơ. Gây tê, mê nhẹ:

khớp vai, khuỷu. Kéo nhẹ nhàng liên tục, khi nghe có tiếng cục là tốt (khớp về vị trí cũ, hình thể bình thường, bỏ ra không có sức chống lại nữa). X-quang kiểm tra. Không cần bó bột. Đau chỉ dùng *AINS*. Phù nề: *Alpha Chymotrypin* hoặc *Serratiopeptidase* hoặc *Lysozym*. Chườm nóng. Vật lý trị liệu.

Các thuốc khác: Tham khảo mục 6/II và 17/II (Các thuốc chống viêm - giảm đau).

11. VỆO CỔ CO GIẬT

Co cứng hay co giật cách hồi của các cơ cổ gây ra quay đầu (vẹo cổ), nghiêng đầu về một bên (vẹo cổ bên, về phía trước (vẹo cổ trước), về phía sau (vẹo cổ sau). Trường hợp cơ mạn theo tiêu điểm này cần phân biệt với chứng vẹo cổ vốn là một co giật mạnh ở cổ gây đau đớn, tự nhiên hết (chưa rõ nguyên nhân).

Triệu chứng: Đau đớn cách hồi ở cổ gây ra vẹo cổ, vẹo cổ về 1 bên, tối trước hoặc ra sau. Có thể tồn tại suốt đời.

Điều trị: X-quang, CT, MRI.

Dùng các thuốc chống tiết cholin: *Trihexyphenidyl*, *Benztropin*, *Benzodiazepin*, *Clonazepam*, giãn cơ *Baclofen*, chống trầm cảm *Amitryptilin*. *Botulimum* típ A vào cơ loạn trương lực ở cổ cải thiện tốt.

Phẫu thuật đôi khi không áp dụng nữa, cắt chọn lọc các dây thần kinh cơ cổ khá hiệu quả.

Vẹo cổ bẩm sinh phải được chữa trị ngay lúc mới sinh ra.

Vẹo cổ do đau ở cổ, vai, chi trên xem mục 6/II.

12. VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

Vết thương là thương tổn ở da, cơ, gân, niêm mạc và các phần khác của cơ thể như mạch máu, thần kinh, xương, có thể trợt nông nhưng cũng có thể sâu rộng, nhiều góc ngách, gây viêm, choáng, sốc.

Triệu chứng: Phụ thuộc vào mức độ và diễn biến của vết thương: Giai đoạn 1: đỏ, nóng, sưng, đau, sung huyết, xuất tiết, thoát ứ dịch, phù viêm, pH: 5,4-7. Giai đoạn 2: tăng sinh, đông hoá và tạo keo. Nếu không nhiễm khuẩn mô hạt đỏ, chắc, bằng phẳng, dịch tiết ít, sạch. Nếu có mủ cần điều trị thích hợp, tiết dịch, phù nề, màng giả dễ chảy máu, có thể nhiễm khuẩn toàn thân, biểu hiện sốt, mệt mỏi...

Điều trị: Làm sạch, băng sớm cầm máu, chống nhiễm bẩn, va chạm gây đau. Băng ép tốt, có lót bông mền, băng chặt tay. Nếu vết thương sâu rộng, gần các khớp thì phải nẹp sau khi băng.

Tiêm ngay *Penicillin* 1 triệu đv. Chuyển đi bệnh viện. Phòng uốn ván.

Phẫu thuật: Cắt lọc xong khâu dính. Sau 7 ngày kiểm tra lại, nếu cần xử lý tiếp.

Thuốc: Kháng sinh. Giảm đau. Chống phù nề (xem các mục trên). Dinh dưỡng đủ đạm, vitamin.

Chú ý giai đoạn tái lập mô tạo keo, quá trình tái tạo tổ chức sụn: sụn ổn định, sụn bệnh lý, sụn phì đại, sụn lỗi, sụn loét lâu liền, sụn ung thư hoá, sụn co kéo, sụn dính. Tuỳ trường hợp mà xử lý tiếp.

13. VIÊM BAO HOẠT DỊCH

Bao hoạt dịch là một khoang, giống hình cái túi, chứa đầy hoạt dịch, nằm ở các nơi có sự cọ sát như chỗ các sợi gân hay cơ vắt ngang qua các chỗ lồi của xương, giúp cho cử động bình thường, dễ dàng, giảm thiểu sự cọ sát giữa các bộ phận chuyển động và có thể thông thương với các khớp như vai, mỏm, khuỷu tay, xương bánh chè (đầu gối), gân gót (Achille), chậu, mu, hông, mấu chuyển lớn, đầu xương đốt bàn chân thứ nhất.

Nguyên nhân gây viêm cấp hay mạn của bao hoạt dịch chưa được biết rõ, thường do chấn thương, quá tải, viêm khớp, nhiễm khuẩn.

Triệu chứng: Ấn đau, càng đau nếu co gấp hoặc lật ngửa cưỡng ép cánh tay, tiết ra thanh dịch khi viêm. Thường có sưng, đỏ nếu ở nông ngoài da, có nơi dày lên, tăng sinh, có chất bám dính mọc nhung mao, tua và cặn vôi. Teo cơ hạn chế hoạt động.

Điều trị: X-quang, nghỉ ngơi bất động nhất thời.

Dùng thuốc *AINS* cùng với thuốc gây ngủ (*Aspirin, Diazepam*). Có thể rút dịch rồi tiêm *Corticosteroid* + thuốc tê (15/II) là tốt, tiêm vào

trong bao gân (tuyệt đối vô trùng). *Prednisolon* uống 15-30mg/ngày x 3 ngày, nhưng phải loại trừ được do nhiễm khuẩn hay gút. Có thể dùng thuốc trị phù nề (*Serratopeptidase*, *Chymotrypsin*, *Lysozym*...). Cố gắng vận động vừa phải khi đã đỡ, động tác đơn giản đưa rất có lợi.

Viêm bao hoạt dịch mạn: điều trị như viêm cấp. Nếu đã tạo vôi cần lấy vôi ra (giải phẫu), rút vôi bằng kim lớn. Viêm nang dính dẻo gây tàn tật nên tiêm *Corticosteroid* tại chỗ (bên trong và bên ngoài khớp) nhiều lần cùng với liệu pháp vật lý. Teo cơ thì cần luyện tập để phục hồi. Nhiễm khuẩn thì điều trị bằng kháng sinh, dẫn lưu hoặc cắt bỏ.

Các thuốc khác: Tham khảo mục 17/II. Các thuốc chống viêm - giảm đau.

14. VIÊM ĐỐT SỐNG CỨNG KHỚP - HƯ KHỚP

14.1. Viêm đốt sống cứng khớp

Một rối loạn thấp khớp toàn thân và không đồng nhất, có đặc trưng chủ yếu là viêm bộ xương trục và các khớp lớn ngoại vi.

Triệu chứng: Đau lưng. Bắt đầu một cách không điển hình, đôi khi viêm mống mắt (màng mạch nho trước) cấp. Cứng đơ lưng lúc sáng, giảm căng nở lồng ngực do bệnh lan toả ở sườn cột sống, sốt, mệt, biếng ăn, giảm cân, thiếu máu.

Biểu hiện toàn thân: viêm mống mắt cấp tái

diễn rồi tự nhiên hết, đau dây thần kinh hông do gãy hoặc sai khớp đốt sống và do "hội chứng đuôi ngựa". Hội chứng này gây liệt dương, đái dầm, giảm cảm giác bàng quang trực tràng, không có phản xạ gân gót. Đau thắt ngực, viêm màng ngoài tim.

Điều trị: X-quang hoặc CT.

Dùng kháng viêm không *Steroid (AINS)* (như viêm khớp dạng thấp), có thể dùng *Phenylbutazon, Oxyphenbutazon*. Liệu pháp chiếu xạ cột sống là biện pháp cuối cùng (nguy cơ bệnh bạch cầu tuỷ bào tăng 10 lần). Ngoại khoa cũng phải tính đến nếu cần thiết.

Thuốc: Xem viêm khớp dạng thấp (mục 17/II).

Chú ý: *Rofecoxib, Celecoxib, Glucosamin, Nimesulid, Nabumeton, Niflumic acid, Acemetacin*.

14.2. Hư khớp

Còn gọi là thoái hoá khớp, bệnh mạn tính của khớp và cột sống, đau biến dạng không biểu hiện viêm. Do hoá già của sụn. Đau khi vận động, giảm đau khi nghỉ.

Triệu chứng: Đau ở vị trí khớp. Thoái hoá, đau âm ỉ, ở cột sống có thể đau cấp. Đau về chiều, từng đợt kéo dài rồi giảm và hết, sau lại xuất hiện đợt khác. Lạo xạo khi vận động (gối, cổ), tràn dịch khớp gối.

Có thể hư khớp đốt sống thắt lưng (hư đĩa đệm): đau thắt lưng (bụng, bê, đẫy, vác, ngã, hụt...),

đau tăng khi ho, hắt hơi, rặn. Hạn chế vận động, đứng vẹo người hoặc lom khom. Sẽ trở thành đau lưng mạn.

Đau thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm, đau dữ dội lan xuống đùi, cẳng chân, ngón chân. Có thể teo cơ, giảm trương lực cơ, có khi bí đại (rối loạn cơ tròn).

Hư đốt sống cổ: đau vùng gáy hoặc nặng gáy, vẹo hoặc cứng cổ (sau lao động nặng, lạnh, mỏi mệt...), có thể gây đau thần kinh cổ - cánh tay, đau xuống vai, vùng ngực, lưng, tê tay, nhức đầu buổi sáng một hay hai bên lan ra thái dương, trán hay hố mắt. Có thể gây hội chứng giao cảm - cổ, thường là nữ mãn kinh: chóng mặt, ù tai, hoa mắt, mờ mắt, ruồi bay, tê và vướng khi nuốt.

Hư khớp gối: đau, đi càng đau hoặc ngồi xổm, gập chân, không đi xa được, có khi phải chống gậy, sưng khớp có nước hoặc u nang.

Hư khớp háng: đau từ từ tăng, vùng bẹn lan xuống đùi trước, đau tăng khi đi lại hoặc đứng lâu, giảm đau khi nghỉ. Khó ngồi xổm, lên xe đạp, trèo lên cao, ngồi lưng ngựa, đi khập khễnh.

Hư khớp khác: ngón tay, vai, cổ chân, ngón chân, đốt sống vùng lưng gây gù.

Điều trị: Chú ý yếu tố tư thế, vận động, nghề nghiệp, dinh dưỡng, kết hợp nội khoa, vật lý, ngoại khoa.

Thuốc: Giảm đau chống viêm: *Aspirin*

1-2g/ngày, chia nhiều lần sau bữa ăn. Các thuốc *AINS* khác (xem mục 17/II) như *Indometacin* 2-4 viên/ngày, *Voltaren* 50-100mg/ngày, *Sulindac* 2 viên/ngày, *Ibuprofen* 600-1.600mg/ngày, *Proxicam* 10-20mg/ngày, nên kết hợp dùng với codein như *Terpin Codein* (mục 6/II)... không dùng các loại *corticoid*. Nếu khớp thoái hoá có viêm đau có thể tiêm *Hydrocortison* (dưới 4 lần) tại chỗ (thận trọng và vô trùng khi tiêm). *Glucosamin* (biệt dược *Viartil S*, *Golssamin*...) đang được giới thiệu kết hợp với *Satilage* (sụn cá mập) có cải thiện nhưng phải dùng thường xuyên, lâu dài. Tiêm tại chỗ *Hyalgan* hoặc *Sinovial* (*acid hyaluronic*) do chuyên gia thực hiện, tuyệt đối vô khuẩn.

Gần đây có người dùng *Vine essence pill* (Ngự dụng tứ đẳng tổ) với 18 vị thuốc và *Tuyết liên phong thấp kinh* do CTDLTW2 nhập từ Trung Quốc, nhiều người uống thấy có tác dụng rõ rệt với bệnh khớp.

Xem thêm mục 3/IX.

15. VIÊM GÂN VÀ VIÊM BAO GÂN

Viêm sợi gân và lớp màng lót trong bao gân thường xảy ra cùng một lúc, thường do chấn thương, căng cứng, vận động quá mức.

Triệu chứng: Đau đớn khi cử động, sưng tấy do tích tụ dịch và viêm, hoặc vẫn khô nhưng gây ra tiếng cọ lạo xạo cảm nhận được khi gân chuyển

động bên trong bao hoặc nghe bằng ống nghe. Ấn đầu khu trú, đau điển người khi cử động.

Điều trị: X-quang có thể thấy thấy lắng cặn calci ở sợi gân và bao gân. Nghỉ ngơi, bó nẹp hoặc bột, chườm nóng hay lạnh.

Xoa thuốc giảm đau tại chỗ và thuốc *AINS* uống (*Aspirin, Indomethacin*) (mục trên). Luyện tập vừa đủ ngừa "cứng khớp" sau khi đỡ viêm.

Tiêm vào bao gân *Corticosteroid* loại dành cho mô mềm 0,5-1ml + thuốc tê 1% có tác dụng tốt (kỹ thuật và vô trùng phải tuyệt đối đảm bảo, không được tiêm vào chính sợi gân (đứt gân)). Sau đó có đỏ da sau tiêm kéo dài khoảng 24 giờ. Tiêm 2-3 tuần/lần trong khoảng 2 tháng mới hết viêm. Kết hợp dùng thuốc *Serratiopeptidase, Alpha Chymotrypsin*.

Phẫu thuật là biện pháp cuối cùng, nếu xử lý như trên không có kết quả.

Hiện nay thường dùng thuốc chống viêm *AINS, Corticoid*, kháng sinh cùng với *Alpha chymotrypsin, Serratiopeptidase* giải quyết nhanh phù nề, tốt cho hầu hết những ca viêm (uống).

Thuốc khác: Tham khảo mục 17/II. Thuốc chống viêm - giảm đau.

16. VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Một hội chứng mạn, đặc trưng là viêm không điển hình, thường là đối xứng của các khớp ngoại vi, có thể gây ra phá hủy dần dần các cấu trúc tại

khớp và quanh khớp, cũng có thể biểu hiện toàn thân. Chưa rõ nguyên nhân.

Triệu chứng: Đột ngột viêm nhiều khớp, thường âm thầm, ấn đau nơi khớp viêm. Hoá đặc ở hoạt dịch. Đối xứng (gian đốt ngón bàn tay, bàn chân, cổ tay, khuỷu tay, cổ chân). Cứng đơ kéo dài trên 30 phút lúc sáng dậy hoặc không hoạt động một thời gian, mệt mỏi. Biến dạng co cứng gập, lệch xương trụ ngón tay, bong trợt các sợi gân duỗi. Viêm màng hoạt dịch có thể gây ra hội chứng rãnh khối xương (tay). Dạng thấp khớp dưới da, ở nội tạng, viêm mạch gây loét chân hay viêm thần kinh, tràn dịch màng phổi hay màng ngoài tim, bệnh hạch bạch huyết, viêm thượng củng mạc, hội chứng Sjogren là những biểu hiện khác ngoài khớp. Có thể có sốt.

Điều trị: Xét nghiệm và X-quang, hoạt dịch. Nếu cần phải sinh thiết hạch dưới da. Chẩn đoán chính xác là việc khó. Nghỉ ngơi, an dưỡng (nằm nghỉ hoàn toàn trên giường), bó nẹp khớp tại chỗ. Ăn uống bổ dưỡng (cá, dầu thực vật).

Thuốc: Chống viêm không steroid (*AINS*) *Aspirin* 0,6-1g x 4 lần/ngày (uống lúc no) nâng dần liều lên tới gây độc nhẹ (ù tai, giảm thính lực) khoảng 3-6g, trung bình 4-5g/ngày. Có thể dùng kháng acid như *Sucralfat* để chữa triệu chứng dạ dày - ruột nhẹ mà không cần ngừng thuốc. Dùng *Aspirin* có vỏ bọc đến ruột mới tan tốt với người rối

loạn tiêu hoá, viêm dạ dày, thoát khe thực quản (hoặc có thể dùng *Misoprostol*), nếu đau về đêm nên dùng 1 liều vào 2-3 giờ sáng.

Salsalat, Cholin magne salicylat cũng tốt.

Nếu không dung nạp *aspirin* thì dùng *AINS* khác: *Indomethacin* 25mg/lần x 3-4 lần/ngày (lúc no). *Ibuprofen* 400-800mg x 4 lần/ngày. *Naproxen* 250mg x 2 lần/ngày. *Fenoprofen* 300-600mg x 4 lần/ngày. *Tolmetin* 400mg x 3 lần/ngày. *Sulindac* 150-200mg x 2 lần/ngày. *Meclofenamat* 200-400mg/ngày. *Ketoprofen* 150-300mg/ngày. *Piroxicam* 200mg x 1 lần/ngày. *Flurbiprofen* 100mg x 2 lần/ngày. *Diclofenac* 75mg x 2 lần/ngày. Các thuốc trên đều tăng dần liều tới tối đa, dùng thử ít nhất 2-3 tuần. Tất cả các thuốc này đều gây ra triệu chứng dạ dày - ruột và xuất huyết nên phải thận trọng (xem thêm *AINS*). Chú ý loại thuốc có bán hủy dài trên 12 giờ, lượng dùng nhỏ: *Meloxicam, Tenoxicam, Piroxicam*.

Thuốc tác dụng lâu: nếu các *AINS* tỏ ra kém hiệu quả thì dùng các hợp chất vàng, *Penicillamin, Hydrochloroquin, Sulfasalazin*. Với *corticoid* khi dùng cần cân nhắc cẩn thận, kể cả tác dụng phụ của nó (không dùng *Prednisolon* và *Dexamethason* vì thải nhanh, tác dụng ngắn).

Các thuốc độc hại tế bào và triệt miễn dịch: *Methotrexat, Azathioprin* (nhiều tác dụng phụ).

Cuối cùng là liệu pháp vật lý và phẫu thuật.

Lưu ý: Bệnh khớp do thoái hóa còn gọi là hư khớp (mục 14.2), thoái hóa khớp là những bệnh mạn tính của khớp và cột sống, có đau và biến dạng, không có biểu hiện viêm. Nguyên nhân là do sự hóa già và quá trình chịu áp lực quá tải, kéo dài của sụn khớp. Đau và đau âm ỉ từng đợt, nhất là khi vận động và thay đổi tư thế. Giảm đau khi nghỉ ngơi. Thường hư khớp đốt sống thắt lưng, đốt sống cổ, khớp gối, khớp háng. Thuốc dùng như trên (xem mục 14/II và 15/II).

Các thuốc khác: *Proglumetacin*, *Alaxan* thuốc phối hợp *Ibuprofen* và *Paracetamol*, *Ameproxen* (*Naproxen Na*), *Phenylbutazon*, *Tenoxicam*, *Dicloran MS gel* xoa tại chỗ, *Nimesulid*, *Mefenamic acid*, *Meloxicam*, *Loxoprofen Na*, *Rofecoxib*, *Nabumeton*, *Niflumic acid*, *Noxapan* (thuốc phối hợp), *Acemetacin*, *Etofenamat*, *Tiaprofenic*, *Glucosamin*, *Celecoxib*.

Thuốc phối hợp: Nên dùng phối hợp với thuốc chống viêm, phù nề để tăng tác dụng: *Serratiopeptidase* hoặc *Alpha chymotrypsin* hoặc *Lysozym*; thuốc giảm đau khác để bổ trợ như *codein* (*Terpin codein* hoặc *Paderyl*). Công thức dùng có thể là: *AINS* + *Terpin codein* 1 viên + *Serratiopeptase* 1 viên/lần x 3 lần/ngày có hiệu quả chống viêm và giảm đau rõ rệt.

Ngoài thuốc cần: vận động, thể dục trị liệu rất quan trọng (4/IX).

Xem thêm mục 14/II và 15/II.

17. VIÊM MẠCH

Viêm mạch máu, từng đoạn, có thể toàn thân hoặc khu trú, là một quá trình sinh bệnh học cơ bản của nhiều loại bệnh và hội chứng thấp.

Triệu chứng: Nơi viêm: thâm nhiễm tế bào và hoại tử hay hoá sẹo trong một hay nhiều vách mạch máu, có thể hồng lớp đàn hồi bên trong. Một khi vách mạch máu không còn thì hồng cầu và fibrin có thể lọt vào trong mô liên kết. Đánh giá viêm mạch dựa trên kích cỡ, độ sâu của mạch là điều cần thiết.

Điều trị: Cần điều trị tại bệnh viện, nhất là các trường hợp hoại tử.

18. VIÊM XƯƠNG KHỚP (OA = Osteoarthritis)

Một chứng bệnh của sụn hialin và xương dưới sụn, tuy rằng các mô ở trong và xung quanh khớp bệnh đều bị phì đại. Chưa rõ nguyên nhân, có thể là viêm khớp phản ứng trên cơ địa di truyền. Bệnh viêm xương khớp nhiễm khuẩn, liên quan đến một viêm nhiễm do vi khuẩn virus, nấm, ký sinh vật. Có thể chỉ là viêm xương khớp đơn thuần hoặc viêm tuỷ xương (cốt tuỷ viêm).

Triệu chứng: Âm ỉ, từ từ, xảy ra ở một khớp hay ít khớp. Đau dớn, nhất là vận động. Cứng đơ buổi sáng. Có thể có viêm màng hoạt dịch cấp ở người đang bị gút. Bệnh tiến triển khiến cử động

giảm dần, ấn đau, tiếng lục cục, cảm giác cán nghiêng. Sưng khớp do tăng sinh sụn, xương, dây chằng, gân, nang, sự tăng sinh, viêm mạn màng hoạt dịch là đặc trưng của OA. Co thắt, co cứng cơ làm đau tăng, cản trở bởi gai xương hoặc các vật thể lỏng lẻo. Biến dạng, sai khớp do mất khối lượng sụn, gai xương, teo cơ và các nang giả. OA ở hông gây cứng nhắc và mất cử động tăng dần, ngược lại OA ở đầu gối vốn có chùng lỏng dây chằng, lệch khớp nhiều kiểu, thường mất chất liệu cơ dù đang có tạo gai mạnh. OA ở cột sống cổ và thắt lưng khá phổ biến.

Viêm xương khớp nhiễm khuẩn: sốt cao, rét run, khớp đau, nóng đỏ, vận động khó. Cơ cạnh khớp teo nhanh. Nổi hạch ở gốc chi.

Điều trị: X-quang, xét nghiệm dịch khớp, cấy máu. Chẩn đoán phân biệt nội tiết, chuyển hoá, u tân sinh, rối loạn cơ học ở xương khớp.

Bệnh có thể gây suy giảm chức năng, đôi khi ngưng lại, có khi hồi phục.

Luyện tập giữ mô sụn khoẻ, duy trì mức vận động khớp, cơ gân căng giãn hàng ngày là tối hệ trọng. Bất động làm tăng nhanh bệnh (giữ thẳng bằng nghỉ ngơi, luyện tập, hoạt động khớp 4-6 giờ/ngày). Không dùng ghế dựa mềm, tựa lưng mềm, kê dưới đầu gối mà ngồi thẳng người, nằm trên giường cứng, tiếp tục làm việc bình thường.

Thuốc *Aspirin* là tốt nhất, có thể dùng các *AINS* khác (xem 16/II).

Các thuốc giãn cơ *Diazepam*, *Cyclobenzaprin*, *Carisoprodol*, *Methocarbamol*.

Tiêm *corticoid* vào khớp khi có dấu hiệu viêm và thật cần thiết từng lúc.

Thuốc khác: Tham khảo mục 17/II (viêm khớp dạng thấp). Chú ý những thuốc mới có trên thị trường gần đây: *Nimesulid*, *Glucosamin*, *Rofecoxib*, *Celecoxib*, *Acemetacin*, *Nabumeton*, *Meloxicam*, *Proglumetacin*.

Với viêm xương khớp nhiễm khuẩn: *Penicillin G* liều cao tới 20 triệu đơn vị/ngày hoặc *Amoxicillin*, *Cephalosporin* tiêm x 2-4 tuần. Cốt tủy viêm thường do vi khuẩn lao, nấm hoặc vi khuẩn thường, phải dùng kháng sinh đặc hiệu, dùng lâu dài.

Các trường hợp nặng: phẫu thuật, dẫn lưu.

Xem thêm mục 14/II, 15/II, 16/II và 17/II.

III. BỆNH LÂY QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

1. BỆNH DO TRICHOMONAS

Nguyên sinh động vật có lông roi, ở đường tiết niệu sinh dục nam, nữ giới.

Triệu chứng:

+ Ở nữ: chảy mủ âm đạo, vàng xanh, có bọt từ âm đạo, đau rát âm hộ, đáy chậu, đùi, khó tiểu tiện, giao hợp đau. Thường hiện diện với bệnh lậu. Nặng: viêm âm hộ, đáy chậu, mép âm hộ sưng to.

+ Ở nam: thường không có triệu chứng. Có thể chảy mủ niệu đạo, có bọt, khó tiểu tiện, tiểu nhiều lần, đau rát nhẹ, khó chịu ở đáy chậu. Biến chứng viêm mào tinh hoàn và tuyến tiền liệt.

Điều trị: Xét nghiệm. Thuốc: *Metronidazol* 2g uống 1 liều. (cả vợ lẫn chồng hoặc bạn tình). Nam giới nên uống thêm 500mg x 2 lần ngày x 7 ngày nữa. Có thể dùng *Tinidazol (Fasigyn)* uống 2g/1liều duy nhất. Nếu có huyết trắng nên dùng *Diflucan (Fluconazol)* 1 liều duy nhất 150 mg (uống).

2. BỆNH GIANG MAI (*Treponema pallidum*)

Bệnh do xoắn khuẩn nhạt, hình lò xo, mảnh

hay lây, toàn thân, bệnh nối tiếp và nhiều năm tiềm tàng không triệu chứng, do tiếp xúc tình dục, miệng - cơ quan sinh dục, hậu môn - trực tràng (AIDS), hôn và tiếp xúc về thân thể, mẹ sang thai nhi.

Triệu chứng: Ủ bệnh 1-13 tuần, giang mai mới và lây xuất hiện khoảng 2 năm. Sơ phát: sưng loét, sần đỏ thành loét không đau, quầng đỏ, hạch bạch huyết sưng to. Các sưng xuất hiện trên dương vật, hậu môn, trực tràng và âm hộ, cổ tử cung, đáy chậu ở phụ nữ. Có thể ở cả môi, lưỡi, niêm mạc miệng, amyđan, ngón tay. Tổn thương chứa rất nhiều xoắn khuẩn lây lan mạnh. Trợt loét ở bộ phận sinh dục phải nghĩ đến giang mai. Nếu được điều trị, xoắn khuẩn sẽ hết trong 24-48 giờ, thương tổn sẽ lành. 6-8 tuần tổn thương ngoài biến mất, nhất là ở nữ giới rất dễ bỏ qua, bệnh tiến triển ngấm ngầm.

Thứ phát: Sưng thời kỳ 2, tổn thương lan khắp cơ thể, ban da, hạch bạch huyết toàn thân sưng to, 10% tổn thương mắt, xương, khớp, màng não, thận, gan, lách. Khó ở, nhức đầu, biếng ăn, buồn nôn, nhức xương, sốt, thiếu máu, vàng da, albumin niệu, cứng cổ. Có thể viêm não, tổn thương thần kinh sọ, điếc, phù gai thị.

Bề mặt niêm mạc bị ăn mòn, có đốm nhày tròn trắng xám, quầng đỏ (miệng, họng, thanh quản, quy đầu, âm hộ, hậu môn, trực tràng). Nốt sần ở

tiếp giáp da - niêm mạc hồng mờ xám (*condilom phăng*) rất hay lây. Lông tóc rụng từng vạt, bề ngoài như nhậy cắn. Gan lách sờ thấy.

Giang mai tiềm tàng: (khoảng 2 năm). Người có vẻ bình thường, tự tan biến hoặc tồn tại suốt phần đời. Không được điều trị chuyển sang thời kỳ chót hay thời kỳ thứ 3 rất nguy hiểm cho bệnh nhân với 2 loại tổn thương chủ yếu là củ giang mai và gôm giang mai (giang mai lành tính ở da xương, nội tạng, giang mai tim mạch, giang mai thần kinh).

Điều trị: Xét nghiệm vi khuẩn và huyết thanh.

Thuốc: Hàng đầu là *Penicillin*, *Benzathin Penicillin G* 2,4 triệu đvqt x 2 tuần, hoặc *Penicillin G* 600.000 đvqt/ngày x 10 ngày liên. Nếu dị ứng dùng *Erythromycin* (cùng liều lượng) *Tetracyclin* 2-3 g/ngày x 10-20 ngày.

Giang mai thời kỳ đầu và tiềm tàng, dùng thuốc dài ngày, hàng tháng liên.

Giang mai thời kỳ ba điều trị như trên, nếu dùng *Erythromycin* nên cho đợt nữa vào 3 tháng sau. Phác đồ như sau: *Benzathin Penicillin (BOM)* 2,4 triệu UI x 4 lần cách 7-10 ngày, tổng liều 9,6 triệu UI.

Hoặc *Jenacillin A* 1.000.000 UI chia 2 lần sáng và tối, tổng liều 30 triệu UI.

Hoặc *Benzyl Penicillin* cứ 2-3 giờ tiêm 1 mũi 100.000-150.000 UI, tổng liều 30.000.000 UI.

Với trẻ em hoặc trị liệu dự phòng dùng liều giảm đi.

Lưu ý: Với người HIV, giang mai tim mạch, giang mai thần kinh cần có chế độ điều trị thích ứng.

(Săng giang mai là một nốt rất nông (sây mất lớp thượng bì) hình tròn hoặc bầu dục, phẳng, màu thịt tươi, không có mủ, không có vảy nếu không bội nhiễm, nên thường rần, cứng như miếng bìa. Không đau, không ngứa. Ngày nay gặp nhiều săng giang mai chứ không phải chỉ một săng giang mai, không có nền rần và có gây đau, đây là thể giang mai không điển hình. Có săng thì vài ngày sau các hạch vùng bẹn thường bị sưng viêm, họp thành chùm, có một hạch to nổi lên. Các hạch này thường nhỏ, rần, không đau, lăn dưới tay, không dính vào da, không có mủ và không kết dính với nhau).

3. BỆNH LẬU

Bệnh cấp do *Neisseria gonorrhoeae* một song cầu khuẩn, hay lây ở biểu mô niệu đạo, tử cung, trực tràng, họng, miệng hay mắt, có thể dẫn đến vi khuẩn huyết gây biến chứng di căn.

Triệu chứng:

+ Nam: Ủ bệnh 2-14 ngày. Khó chịu ở niệu đạo, vài giờ sau khó đái và chảy mủ, mép miệng sáo đỏ và sưng nề. Lan lên phía trên niệu đạo

càng gây đau mót, nóng buốt và đái nhiều lần ít một và khó đái. Mủ vàng xanh trong niệu đạo, bờ mép lỗ tiểu đỏ và sưng. Hạch bẹn sưng đau, 2-3 tuần sau lậu cầu xâm nhập vào sâu đến tuyến tiền liệt, gây viêm áp xe gây tắc đái, vỡ ra (ít gặp). Lậu cầu gây viêm mào tinh hoàn dễ dẫn đến vô sinh.

+ Nữ: khó phát hiện, lúc đầu không có dấu hiệu gì, ủ bệnh 7-21 ngày. Bọt phát, khó đái, tiểu nhiều lần, mủ chảy từ âm đạo. Cổ tử cung và bộ phận bên trong là nơi dễ nhiễm bệnh nhất, rồi đến niệu đạo, trực tràng, ống *Skene*, hạch *Bartholin*. Tử cung đỏ, mềm bở, nhày mủ, mủ, ép lên khớp mu, mủ chảy ra từ ống *Skene*, hạch *Bartholin*. Biến chứng viêm vòi tử cung. Mủ chảy xuống hậu môn gây viêm hậu môn, trực tràng.

Nếu đồng tính luyến ái thì lậu trực tràng, chảy dịch từ trực tràng, khó chịu quanh hậu môn. Mủ nhày bọc ngoài phân, sưng da quanh hậu môn.

Bệnh viêm họng lậu do tiếp xúc miệng - cơ quan sinh dục: viêm họng, khó nuốt, họng và *amyđan* đỏ, dịch rỉ nhày mủ, có khi cột họng lưỡi gà sưng phù.

Ở bé gái: ban đỏ, ngứa ngứa, sưng phù âm hộ có mủ chảy ra, viêm trực tràng. Rát, đái khó. Quần lót của trẻ đổi màu (lây do dùng chung chậu, khăn, nước rửa hoặc bị hăm bỉm).

Biến chứng: Viêm niệu đạo sau lậu, viêm

mào tinh hoàn, áp xe các tuyến quanh đó. Với nữ: viêm vòi tử cung. Cả 2 giới: vi khuẩn huyết (nhiều đối với nữ). Viêm khớp lậu cầu khuẩn, bệnh ở mắt cho trẻ sơ sinh. Vô sinh.

Điều trị: Phải xét nghiệm giang mai trước. Xét nghiệm: Soi trực tiếp.

Thuốc thường dùng: *Penicillin*, *Ampicillin*, *Tetracyclin* (kháng thuốc nhiều). Để phòng nhiễm cả chlamydia nên dùng *Tetracyclin* uống dài ngày.

Hiện nay dùng *Ceftriaxon* 250mg + *Doxycyclin* 100mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày.

Có thể dùng *Spectomycin* 2g 1 lần tiêm bắp thịt.

Ciprofloxacin 500mg uống 1 lần.

Norfloxacin 800mg uống 1 lần.

Cefuroxim 1g uống + *Probenecid* 1g. *Cefotaxim* 1g tiêm 1 lần.

Tất cả các thuốc đều nên kèm *Doxycyclin* 100mg x 2 lần/ 7 ngày (trừ người mang thai và nên thay bằng *Erythromycin* 500mg x 4 lần/ 7 ngày).

Lậu cầu phát tán thì dùng một trong thuốc sau: *Ceftriaxon* 1g hoặc *Ceftizoxim* 1g cách 8 giờ hoặc *Spectinomycin* 2g cách 12 giờ. Nếu nhạy cảm *Penicillin* và *Ampicillin* thì uống 1g cách 6 giờ x 5-10 ngày.

Đề phòng mù mắt do lậu ở trẻ sơ sinh: nhỏ mắt bằng *nitrat bạc* 1% hoặc nhỏ mắt *Tetracyclin*, *Neomycin*, *Erythromycin*.

4. NẤM CANDIDA

4.1. Sinh dục

Triệu chứng:

+ Nữ: Dịch chảy từ âm đạo. Âm hộ đỏ, sưng. Trầy xước, nứt nẻ da. Thành âm đạo có chất màu trắng như phomat hoặc không.

+ Nam: Đau rát quy đầu sau giao hợp. Đôi khi có mủ niệu đạo. Quy đầu, bao quy đầu hơi đỏ, có nang nhỏ hoặc lở loét, chất trắng giống phomat. Nặng: bao quy đầu sưng phù, hẹp bao.

Điều trị: Tìm *Candida albicans* qua kính hiển vi.

Thuốc: *Clotrimazol* 100 mg đặt âm đạo/ngày x 6 ngày hay *Miconazol* 200mg/ngày đặt âm đạo x 3 ngày hay *Butaconazol* kem 2% vào âm đạo/ngày x 3 ngày hay *Terconazol* 800mg đặt 1 viên/ngày x 3 ngày hay kem 4% x 7 ngày. Các thuốc này dùng 1 lần trước khi đi ngủ.

Nếu dùng *Ketoconazol* 200 mg/ngày x 2 lần uống trong 6 ngày cũng tốt. Dùng *Diflucan* (*Fluconazol*) liều duy nhất 150 mg (uống).

Nam giới: Vệ sinh tốt và dùng *Nystatin* kem bôi 2 lần/ngày x 7- 10 ngày.

4.2. Ngoài da

Triệu chứng: Thường giới hạn ở niêm mạc: quanh hậu môn, hăm, âm hộ - âm đạo, đầu dương

vật, tưa miệng, chốc mép, viêm quanh móng, niêm mạc - da mạn.

Điều trị: Xét nghiệm.

Thuốc: *Nystatin*, *Imidazol*, *Ciclopirox*, *Naftifin*. Có thể phối hợp với *Corticoid* (*Hydrocortison*). *Fasigyn* (*tinidazol*) uống có hiệu quả. Nếu bị candida sinh dục phải dùng cho cả vợ và chồng (hoặc bạn tình).

IV. BỆNH NGOÀI DA

1. BAN ĐỎ ĐA DẠNG

Một phát ban gây viêm với đặc trưng là những thương tổn ban đỏ đối xứng, sưng phù hay bong nước ở da hay niêm mạc.

Triệu chứng: Đột ngột có rất sần, ban đỏ, mào đay, mụn nước, bong nước ở chi, mặt, có thể thương tổn xuất huyết ở môi, niêm mạc. Ngứa. Đau khớp. Sốt. Hội chứng Stevens-Johnson là một dạng của ban đỏ đa dạng. Các thương tổn điển hình có thể xuất hiện hoặc không xuất hiện trên da, bệnh nhân không thể ăn uống, ngậm miệng đúng mức, chảy dãi liên tục. Đau nhức mắt, bệnh đôi khi gây tử vong.

Điều trị: Dấp gạc nước sạch. *Corticoid* toàn thân ít sử dụng nhưng có thể dùng nếu nặng và mạn. Liệu pháp kháng sinh là cần thiết cùng với nước và điện giải (diện rộng). Nếu có liên quan với *herpes* dùng *Acyclovir* uống.

2. BAN DA HOẠI TỬ DO NHIỄM ĐỘC

Một bệnh da đe dọa sự sống, biểu bì bong ra

từng mảng để lại những vùng phôi trần lan rộng (do thuốc hoặc tự phát) như *Sulfonamid*, *Barbiturat*, *AINS*, *Phenytoin*, *Allopurinol*, *Penicillin*.

Triệu chứng: Ban đỏ, đau, lan tỏa nhanh. Mụn nước nhũn mềm hoặc biểu bì bong lột từng mảng. Khó ở, ớn lạnh, đau cơ, sốt. Trợt da vùng lớn kể cả niêm mạc, xảy ra trong vòng 24-72 giờ. Trông như bỏng cấp 2 dễ đưa đến tử vong.

Điều trị: Nhanh chóng ngừng dùng thuốc gây hại. Cách li giữ không bội nhiễm, cung cấp nước - điện giải. Bệnh nặng phải dùng 0,5-1g *Methylprednisolon* tiêm tĩnh mạch trong nhiều ngày, nhưng cần kiểm soát chặt chẽ. Kiểm tra nhiễm khuẩn: phổi, huyết, khám mắt, bao quy đầu.

Sớm đưa đi bệnh viện.

3. BỆNH VẢY CÁ (Khô da)

Triệu chứng: Do di truyền. Có các dạng: bệnh khô da (ngứa, viêm da nhẹ), vảy cá di truyền (vảy bề mặt da; đặc trưng của hội chứng *Refsum* và *Sjogren-Larsson*), bệnh vảy cá không triệu chứng.

Điều trị: Tốt nhất là các chất làm mềm *Petrolatum*, dầu khoáng. Dùng *Acid salicylic* trong keo *Propylen glycot*; cồn *Ethyl*; *Hydroxy propylen cellulose*, bôi 2 lần/ngày. Vảy da phiến có thể dùng *Tretinoin* kem 0,1%. Không nên dùng xà phòng, nhất là vùng da hăm. Vảy cá bọt: *Cloxacillin* lâu dài (hoặc *Erythromycin*). Hữu hiệu là dùng *Retinoid*

uống (*Etretinat, Isotretinoin*), không dùng cho người mang thai. Có thể dùng xà phòng *Chlorhexidin*.

4. CHAI - SỪNG

- Chai: Một vùng tăng sừng nông có ranh giới rõ ở một nơi thường bị chấn thương lặp lại.

- Sừng: Một sừng hình nón gây đau, chủ yếu ở trên các khớp ngón chân và giữa các ngón chân. Thường do nghề nghiệp, chấn thương. Sừng thường ở bàn chân, bên cạnh chỗ lồi nhô cao. Đau nhức khi ấn vào. Gọt ra trong có lõi trong mờ.

Điều trị: Dũa phòng là chính. Lót mềm bàn chân, miếng đệm, băng bảo vệ. Thuốc tiêu sừng *Acid Salicylic* 17% trong keo hoặc *Acid Salicylic* 40% (không rây thuốc ra chỗ khác). Giũa đi một cách khéo léo, cẩn thận.

5. CHÍN MÉ

Nhiễm khuẩn cấp ở ngón tay do gai, kim đâm, xước ở đầu ngón tay.

Triệu chứng: Nốt sưng mủ trắng, bong móng, đau khi thông tay, mất ngủ, kém ăn. Có thể viêm xương hoặc khớp ngón. Đầu ngón căng cứng, nắn khẽ đau dữ dội. Trường hợp nặng lan tới bàn tay khe ngón, viêm bao hoạt dịch, khớp đốt, có khi phải tháo khớp.

Điều trị: Gây tê. Chích rạch. Làm sạch mủ

(cả dẫn lưu). Kháng sinh uống: *Penicillin* 1 triệu đv/ngày x 7 ngày. Thuốc giảm đau: *AINS*. Nếu nặng cần phẫu thuật. Nguyên tắc là điều trị sớm không để lan tỏa.

6. GIẢM SẮC TỔ

Giảm khả năng sản xuất *melamin* (hắc tố) do bẩm sinh hoặc mắc phải.

6.1. Bạch tạng

Bệnh di truyền theo tính lặn nhiễm sắc thể thường, hiếm gặp, trong đó các tế bào hắc tố hiện diện nhưng không tạo ra *melamin*. Tóc trắng, da màu nhạt, mất màu hồng, thường rung giật nhãn cầu, sai khúc xạ, dễ bị ung thư da. Tránh ánh sáng mặt trời, mang kính râm.

6.2. Bạch biến

Không có tế bào hắc tố, tạo ra những vùng giảm sắc tố, thường có biên độ rõ rệt, đối xứng: gồm từ một - hai điểm cho đến gần toàn bộ cơ thể. Thương tổn màu trắng. Nguyên nhân chưa rõ, có thể mắc phải sau một chấn thương thể chất, tâm thần hoặc do bệnh gia đình.

Điều trị: Dựa vào thẩm mỹ, giảm sắc tố sau viêm: sau khi chữa lành một số bệnh gây viêm như vết bỏng, nhiễm khuẩn da, dùng mỹ phẩm để che bớt.

Ngoài ra, tăng sắc tố do tích tụ tự nhiên *melamin*.

7. HẮC LÀO

Tổn thương tròn, bong nước nhỏ xung quanh gây nên một mảng gần như tròn, đường viền màu nâu. Rất ngứa. Cào gãi do ngứa sẽ càng ngày càng lan to ra, ở giữa vòng tròn gần như hồi phục lại da. Bệnh rất dễ lây.

Thuốc: Cồn *Iod* đậm đặc bôi sau khi cạo và làm sạch. Tốt nhất là bôi mỡ *Chrysophanic*, chắc chắn khỏi.

8. LANG BEN

Vạt thương tổn ở nhiều nơi, thường không có nhiều triệu chứng, màu sắc biến đổi từ trắng đến nâu, gây ra bởi *pityrosporum orbiculare*.

Triệu chứng: Đốm sạm, nâu hoặc trắng, vảy nhẹ. Ngứa khi nóng bức.

Điều trị: Thuốc *Selen Sulfur*, các *Imidazol* (*Clotrimazol*, *Miconazol*...), *Pyrrithion* kềm, phức hợp *Acid Salicylic* - lưu huỳnh. Có thể dùng ASA hoặc *Acid Salicylic* 2% bôi khô, xong bôi chồng lên *Clotrimazol* hoặc *Nizoral* 1 lần/ngày x 7- 10 ngày.

Nếu cần uống *Ketoconazol* 200 mg/ngày x 5 ngày liền (không khuyến cáo).

9. LIKEN PHẪNG

Phát ban gây viêm, ngứa, tái phát, đặc trưng là nốt sần nhỏ riêng rẽ có góc cạnh, hoà nhập vào nhau thành đám xù xì, đi đôi với thương tổn ở miệng.

Triệu chứng: Nhìn ánh sáng xiên, sáng ngời. Có bọt nước. Phân bố đối xứng tay, chân, mình, đầu, dương vật, niêm mạc miệng, âm đạo.

Điều trị: Đa số tự khỏi nếu liken phẳng không triệu chứng. Tìm nguyên nhân để chữa trị.

Thuốc dùng kháng *histamin* (*Chlorpheniramin*, *Hidroxyzin*). Vùng ngứa tiêm *Triamcinolon* pha loãng trong NaCl 0,9%, 3 tuần/lần, hoặc *Triamcinolon* kem bôi, thương tổn nặng dùng *Corticoid* toàn thân. Tự nhiên hết nhưng dễ tái phát.

10. LOÉT DO ĐÈ (Do nằm, loét do dinh dưỡng)

Hoại tử vì thiếu máu cục bộ và lở loét các mô phủ bọc trên chỗ lồi xương bị đè lâu ngày vào một vật thể bên ngoài (giường, ghế, khuôn bó bột, nẹp).

Triệu chứng:

- Giai đoạn 1: đỏ da, da và mô dưới vẫn mềm.
- Giai đoạn 2: đỏ, phù nề, hoá cứng, đôi khi có mụn nước, tróc vảy.
- Giai đoạn 3: hoại tử ở lớp mỡ dưới, chảy dịch.
- Giai đoạn 4: hoại tử xuyên da đến cơ.

- Giai đoạn 5: hoại tử mỡ, cơ.
- Giai đoạn 6: phá hủy xương, viêm xương - tủy, viêm khớp nhiễm khuẩn, gãy xương, nhiễm khuẩn huyết.

Điều trị: Phòng ngừa do dè. Giường nước. Thay đổi tư thế nằm 2 giờ/lần. Nệm hơi, nệm cao su xốp, nệm silicon cũng phải thay đổi tư thế đều đặn. Ngồi xe lăn dù có đệm 10-15 phút cũng phải thay đổi tư thế.

Khám da thường xuyên. Giữ sạch và khô da. Khuyến khích xoay động. Nên tạo chỗ trống nơi bị dè nhiều nhất (thông thoáng khí).

Giai đoạn 1, 2, 3 còn dễ chữa, rửa bằng nước oxy già, xit *Sanyrène*. Từ giai đoạn 4 cần nạo bỏ, phẫu thuật sâu, dùng hạt *dexatranomer*, *polime* thấm nước. Lau vết thương bằng oxy già. Nặng quá phải tháo khớp. Chống nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh.

11. MỤN CƠM (Mụn cóc)

Những khối u biểu mô phổ biến, hay lây, gây ra bởi ít nhất 60 típ *papilloma* ở người (HPV-*human papillomavirus*), một số khối u này có thể trở thành ác tính.

Triệu chứng: Phân biệt: Virus mụn cơm, mụn cơm thường, mụn cơm quanh móng, mụn cơm gan bàn chân (ấn đau nhói phân biệt với chai sừng là nếu gọt đi thì rỉ máu), mụn cơm thể khảm

(ở gần bàn chân nhỏ nhỏ, mọc sát nhau), mụn cơm hình chỉ, mụn cơm phẳng (trơn láng, dẹt, màu vàng, nâu), mụn cơm hình thù khác thường (có cuống, giống cái hoa), mụn cơm ẩm hoặc mụn cơm hoa liễu (mào gà).

Điều trị: Căn cứ vào vị trí, kiểu loại, phạm vi, tuổi mụn cơm, tuổi bệnh nhân, tình trạng miễn dịch, ý muốn bệnh nhân.

Mụn cơm thường tự nó biến mất trong vòng 2 năm hoặc bôi dung dịch *Collodion (Acid salicylic 17% + Acid acetic 17%)* hằng ngày, đông lạnh bằng nitơ lỏng 15-30 phút, sấy điện và nạo, phẫu thuật *laser*. 35% người bệnh tái phát.

Mụn cơm gan bàn chân có thể phải dùng *Acid salicylic 40%* nhiều ngày, khi ẩm và mềm, làm sạch, phá hủy bằng đông lạnh hoặc chất ăn mòn (*Trichloroacetic 30-70%*).

Mụn cơm quanh móng dùng *Catharidin* và *Collodion laser CO₂* có hiệu quả tốt trong nhiều trường hợp.

Lưu ý: liệu pháp X-quang không được sử dụng, sẽ lan ra nhiều, và có thể gây ung thư ở người loạn sản biểu bì dạng mụn cóc hoặc bị triệt miễn dịch vì bất cứ lý do nào.

Mụn cơm dẹt, dùng *Tretinoin 0,05%* như trị trứng cá, nếu không đủ bong ra thì dùng *Benzoyl Peroxyd 5%* hoặc kem *Acid salicylic 5%*. Phương pháp khác là tiêm *Bleomycin 1%* vào trong mụn,

1 lượng nhỏ, trong dung dịch mặn gây hoại tử và chữa lành cả những mụn cơm khó trị nhất (coi chừng ở ngón tay gây cứng bì).

Các mụn cơm lan rộng, loạn sản biểu bì dạng mụn cơm phải do bác sĩ quyết định. *Interferon alpha* tiêm 3 lần/tuần x 3-5 tuần vào nơi thương tổn hoặc triệt tiêu thịt cũng xoá sạch mụn cơm khó trị ở da và bộ phận sinh dục.

12. NẤM DA

Bệnh ở ngoài da do nấm, xâm nhập vào các mô chết ở da hoặc phần phụ của da (lớp sừng, móng, lông, tóc).

Triệu chứng: Thường là do nấm *microsporum*, *trichophyton* và *epidermophyton* gây ra. Biểu hiện: nấm da thân, nấm da chân, nấm móng, nấm da đầu, nấm da đùi, nấm râu, ban nấm da.

Điều trị: Xét nghiệm tìm nấm. Hầu hết nấm da (trừ da đầu và móng) đều đáp ứng tốt với: *Imidazol* (*Miconazol*, *Clotrimazol*, *Econazol*, *Ketoconazol*), kem *Ciclopirox*, *Oclamin* và kem *Naftifin Hydrochlorid*. *Griseofulvin* trị nấm toàn thân được dùng phổ biến nhất nhưng ít tác dụng với *candida*, lang ben, nấm ăn sâu. Kết hợp giữa *Imidazol* và *Griseofulvin* đẩy nhanh tốc độ lành bệnh.

13. NGỨA

Một cảm giác mà người bệnh muốn giải tỏa theo bản năng bằng cách cào gãi. Có thể là bệnh của da hoặc triệu chứng của bệnh toàn thân.

Triệu chứng: Rất dễ thấy như: ghẻ, chấy rận, vết chích đốt côn trùng, mề đay, viêm da tiếp xúc, *liken* phẳng, ban da mụn rộp.

Da khô người già gây ngứa toàn thân.

Các bệnh hệ thống như tắc đường ống mật, urê-huyết, *u limphô*, bệnh bạch cầu và tăng bạch cầu vô căn, cuối thai kỳ, các thuốc như *barbiturat*, *salicylat*, tăng năng tuyến giáp, đái tháo đường, ung thư bên trong... hoặc nguyên nhân tâm lý cũng gây ngứa.

Ngứa làm đỏ da, nốt sần, mề đay, sần trầy xước, đường rãnh, vết dài dọc đường gãi, sự *liken* hóa và nhiễm sắc tố xảy ra do cào gãi.

Điều trị: Phải tìm nguyên nhân, có thể do thuốc, quần áo, da khô mà tắm nhiều bằng xà phòng, chấy rận, rệp, bọ chó... biết để loại trừ.

Rọi tia cực tím B trên da, uống *Cholestyramin*, *Methionin* có ích cho bệnh urê - huyết, ứ mật, *Corticoid* có hiệu quả giảm ngứa cùng với chất bôi trơn ở người già da khô.

DEP dùng cho việc trị ghẻ hoặc vết côn trùng đốt; mỡ *Salicylat*, *hồ nước*. Không nên lạm dụng các loại mỡ *Corticoid* và nhiều loại phối hợp kháng

sinh, đặc biệt với trẻ nhỏ, các bệnh do virus nếu chưa được chẩn đoán và chỉ định cẩn thận.

Các thuốc kháng *histamin* cũng có tác dụng giảm dị ứng tốt nhưng cũng cần chọn lọc bởi chuyên môn (ví dụ như khi dùng *Phenergan*, *Chlorpheniramin*, nếu cần thiết phải phối hợp với kháng histamin H_2 như *Cimetidin*, *Cinnarizin*).

Nếu không đem lại hiệu quả, có thể dùng một thuốc an thần uống như *Hidroxyzin*, *Chlorpromazin*, *Doxepin* với liều tối thiểu.

Mỡ *Goudron* 5-10%, *Halomethason* (*Sicorten*), *Locasalen*, *Diprosalic*, *Gentrisone*, *Flucina*, *Cortibion*... dùng có hiệu quả.

Thuốc cho toàn thân: *Na* và *Mg thiosulfat* (*Sulfothiorin pantothenique*), *Ca chlorid* tiêm tĩnh mạch trong 10-15 ngày (giải cảm ứng). *Methionin* giải độc gan. Uống *Glucosamin* + sụn cá mập (*satilage*) đủ liều, 1-2 tháng liền.

Lưu ý: Thận trọng dùng các mỡ *corticoid* cho trẻ nhỏ và không dùng lâu dài.

(Xem thêm Mày đay - phù mạch 2/X).

14. SẠM DA

Còn gọi là đen da (hắc bì), tăng lượng hắc tố bình thường.

Triệu chứng: Ở da: Sạm da có thể lan rộng hoặc khu trú: sạm da toàn thân, bệnh *Addison*, sạm da do nhiều nguyên nhân khác (bệnh

Cushing, Basedow, do tuyến yên, sốt rét, ly *amíp*, lao; *leishmania*, thiếu máu, tăng bạch cầu, nhiễm sắc tố sắt, do thuốc hoặc hóa chất như As, an thần, kháng sinh, *sulfamid*, mỹ phẩm). Sạm da khu trú (tàn nhang do di truyền). Rám da thường gặp ở phụ nữ có thai, biến mất sau khi đẻ (rám da má, trán, giữa bụng, núm vú, âm hộ) hoặc bệnh gan, giun sán, nội tiết. Dãi sạm da trán - Bệnh hắc tố *Riehl*.

Điều trị: Dựa vào căn nguyên sinh bệnh - Dùng thuốc làm nhạt màu, khử oxy ít tác dụng, dùng kem chống nắng. Không dùng mỹ phẩm, kem, dầu bôi ở mặt. Cân đối chế độ ăn uống. Trị rối loạn nội tiết, chức năng gan.

Thuốc *Seduxen, Gardenal*, các *Bromid* có tác dụng tốt cùng với các *vitamin C, PP, B*. Tiêm oxy dưới da 200-300ml, 2-3 lần/tuần x 6 - 15 lần. Châm cứu cũng có kết quả.

Sạm da do nghề nghiệp đặc biệt do *hydrocarbua* than đá, dầu hỏa và các sản phẩm của nó (cả tiêu hóa). Chuyển nghề nếu cần thiết.

Sạm da: điều trị nguyên nhân nội tiết, phụ khoa. Dùng *Vitamin C* liều cao 20-30 ngày x 1-2g/ngày (coi chừng phản vệ khi tiêm tĩnh mạch). *L-cystin* 500mg x 2-4 lần/ngày x 2-3 tháng, kết hợp *B₆, B₁, B₂, B₁₂*. Sạm da trán, bệnh *Riehl* dùng *B₆, PP* và *C* và giải quyết các stress. Da nhiễm sắc quanh miệng của *Brocq* có thể dùng *hormon sinh*

dục, vitamin B, C, kháng sinh, bôi lưu huỳnh 4% (sáng), cồn iod 1% (chiều).

15. TRÚNG CÁ

Bệnh gây viêm thường gặp của nang lông, tuyến bã, đặc trưng là có nhân, sần, mụn mủ, nốt viêm, nang chứa mủ, nang túi ăn sâu, viêm đôi khi mưng mủ.

15.1. Trúng cá thường

Triệu chứng: Trúng cá nông có nhân, hoặc hở (đầu đen) hoặc kín (đầu trắng), các sần viêm, nang nông và mụn mủ.

Trúng cá sâu: viêm sâu, nang đầy mủ vỡ thành áp xe miệng mở chảy dịch ra, thường hoá sẹo; ở mặt, cổ, ngực, lưng, vai. Rộ mùa đông, bớt mùa hè.

Có thể nghi ngờ do thực phẩm (thủ), chu kỳ kinh nguyệt và có thể giảm hoặc nặng hơn khi mang thai.

Mỹ phẩm thường làm nặng thêm bệnh.

Điều trị: Xà phòng tốt dùng được, không cần loại diệt khuẩn. Với trúng cá mụn mủ nông: dùng dung dịch *Clindamycin* tại chỗ.

Kem *Tretinoin* có công hiệu nhưng phải cẩn thận (không rây vào mắt, nếp mũi, miệng, dùng que quần bông để bôi), 3-4 tuần mới có tác dụng.

Benzoyl peroxyd 5-10%, *lưu huỳnh - resorcinol* bôi.

Trúng cá sâu: *Tetracyclin* 250mg x uống

4 lần/ngày x 4 tuần sau giảm dần liều xuống. Nếu không đáp ứng thì dùng *Minocyclin* 100mg x 2 lần/ngày x nhiều tháng. Dùng *Erythromycin* nếu mang thai.

Isotretinoin uống (nếu liệu pháp kháng sinh thất bại) 1-1,5 mg/kg/ngày x 20 tuần, nhưng tác dụng phụ nhiều (gây quái thai), giảm xuống nếu có tác dụng phụ (khô kết mạc, niêm mạc sinh dục, nứt môi, đau cơ - xương) và theo dõi cẩn thận.

Trứng cá cứng: tiêm *Triamcinolon* vào nang có tác dụng. Liệu pháp X-quang không thích hợp, *corticoid* có fluor làm nặng thêm, nếu liên quan tới kinh nguyệt thì uống thuốc ngừa thai thử trong vòng 6 tháng.

15.2. Trứng cá đỏ

Một bệnh gây viêm mạn, tuổi trung niên hay muộn hơn, đặc trưng là giãn mạch, ban đỏ, nốt sần, mụn mủ. Chủ yếu vùng giữa mặt.

Triệu chứng: Bệnh gây phì đại mô, nhất là mũi (mũi sư tử).

Điều trị: Mỡ *Metronidazol* bôi lại chỗ.

Kháng sinh phổ rộng uống như *Tetracyclin*.

Trường hợp khó trị dùng *Isotretinoin*.

Không dùng *Corticoid* có fluor.

16. VIÊM DA (Chàm, Eczema)

Viêm nông ở da, đặc trưng là những mụn nước

(cấp) tập trung thành đám, đỏ da, phù nề, rỉ dịch, đóng vảy vảy và ngứa. Hay tái phát.

Triệu chứng: Đỏ da bắt đầu bằng ngứa, cảm giác nóng, rồi đỏ và phù, sung huyết. Lăn tăn những mụn nước. Mụn có dịch trong, liên kết với nhau, thường ở bàn tay bàn chân. Mụn thì mới mọc, mụn thì vỡ ra, mụn đóng vảy hoặc bong vảy. Mụn tự vỡ hay do cào gãi. Nước chảy ra hơi vàng, dính ứ, gây sưng nước, tạo thành vết trượt tròn gọi là giếng chàm. Sau đó tạo thành mảng vảy, tiết vàng có khi dính máu thành vảy nâu, vảy tự bong hoặc do gãi, hoặc do bôi thuốc, da lộ màu đỏ nhẵn rất đặc biệt, 1-2 ngày sau da nhăn nheo nứt ra thành vảy da có kích thước khác nhau thành mảng hoặc vụn như cám, sau đó nếu không có mụn nước tái phát, da trở lại bình thường không có sẹo.

Có nhiều thể: chàm đỏ, viêm quanh khô, bong nước, sẩn - mụn đồng tiền nứt rạn lá, chàm tổ đĩa, chàm đồng tiền, bong nước *pemphigút*, da mỗ, sừng hóa, khu trú ở móng.

Căn nguyên do: Môi trường, thuốc, hóa chất công nghiệp, thuốc trừ sâu, vải vóc (màu), cây cối, các dị nguyên (gây dị ứng), di truyền, yếu tố cơ địa (thần kinh), tiếp xúc, vi khuẩn, nấm và chàm thể tạng ở trẻ nhỏ (đang bú) và thường đến 2 tuổi, mọc hết răng, sẽ tự khỏi nhưng 20% vẫn tiếp tục đến lớn xen kẽ hen suyễn. Chú ý thể chàm nhập

(hiếm gặp) với tai biến nặng, trẻ sốt cao, tím tái, tử vong.

Điều trị: Tìm căn nguyên để trị bệnh.

Giai đoạn đầu bôi hồ nước, dung dịch *Jarish*, *Burow*, nước muối, *Ichthyol* (kem).

Chàm mạn dùng mỡ *Ichthyol*, *Goudron*.

Uống *Glucosamin*, *Satilage* hai thuốc có tác dụng chống viêm hữu ích.

Các thuốc bôi *corticoid* có hiệu quả tốt nhưng phải chú ý dùng vì có 4 loại: nhẹ, trung bình, mạnh và cực mạnh, có nhiều tác dụng phụ đặc biệt với trẻ nhỏ.

Loại tác dụng nhẹ: *Hydrocortison*, *Prednisolon*.

Loại tác dụng trung bình: *Hydrocortison butyrat*, *Dexamethason*, *Triamcinolon*, *Prednicorbat*, *Flumethason pivalat*, *Diprosalic*.

Loại tác dụng mạnh: *Betamethason Valerat*, *Fluocinolon*, *Halcinonid*, *Halomethason*.

Loại tác dụng cực mạnh: *Clobetason butyrat*.

Xem thêm các mục dưới đây.

Lưu ý: Chàm cấp tính không bao giờ được dùng thuốc mỡ, kể cả mỡ thường, kháng sinh, *corticoid*. Kinh nghiệm có người chữa trị: dùng nước muối, hơi đặc, thật nóng, thấm gạc chườm vào tổn thương sau đó bôi kem *Phenergan*, để khô bôi hồ nước, hoặc một kem *corticoid* phù hợp. Thuốc dùng toàn thân, xem mục 13 - Ngứa.

Biến chứng: Bội nhiễm gây chốc hoá hoặc gây

viêm và nhiễm khuẩn nặng, bội nhiễm virus, gây lichen hoá và biến chứng do điều trị sai làm bệnh nặng thêm.

16.1. Viêm da tiếp xúc

Viêm cấp hay mạn, có đường ranh giới rõ rệt, gây bởi các chất tiếp xúc với da.

Có thể do hoá chất kích thích hay phản ứng tăng cảm muộn. Ví dụ: acid chỉ trong ít phút; xà phòng, nước lã... qua nhiều ngày mới biểu hiện. Có thể do dị ứng (tăng cảm muộn) như các chất chứa trong thuốc dùng trị tại chỗ: một số kháng sinh, kháng *histamin*, *Promethazin*, *Diphenhydramin*, thuốc tê *benzocain*, chất tẩy trùng *thimerosal*, *hexachlorophen*, chất gây ổn định *Ethylendiamin* và dẫn xuất, các chất dùng trong công nghiệp da giày và quần áo, kim loại, chất nhuộm, mỹ phẩm, chất công nghiệp, v.v..

Điều trị: Tìm và cách ly các chất tiếp xúc. Các kháng *histamin* ít tác dụng.

Thuốc: tham khảo các mục dưới đây.

16.2. Viêm da do dị ứng ánh sáng

Thường do kem cạo râu, kem chống nắng, Sulfonamid.

Triệu chứng: Đỏ da, sưng phù, bong nước, ngứa, nổi mụn. Có thể viêm tại chỗ hoặc lan rộng ra. Loại bỏ được nguyên nhân thì ban đỏ sẽ mất

dần, hoá dày, nếu vẫn còn tiếp xúc thì viêm da dai dẳng (tìm dị ứng nguyên).

Điều trị: Có thể dùng một số cách thức và thuốc thông thường như ngứa. Dùng *corticoid* (*Prednisolon* 60mg/ngày) x 12- 16 ngày, cứ 3-4 ngày giảm liều thuốc xuống 10-20 mg, dùng kem *Corticoid* bôi tại chỗ.

Xem thuốc dùng toàn thân ở mục 13 - Ngứa.

16.3. Viêm da thần kinh

Do yếu tố cơ địa, điều khiển của hệ thần kinh đối với chuyển hóa các chất ở da (sinh lý, sinh hóa) không bình thường, bệnh nội tạng, rối loạn hệ thần kinh ngoại biên.

Ngoài ra còn có viêm da mỡ, bệnh phát ở vùng tăng tiết chất bã, viêm da vi khuẩn xuất hiện xung quanh một vết thương hoặc thứ phát sau một ổ nhiễm khuẩn trong cơ thể (kháng sinh).

Điều trị: Tham khảo các mục 13, 15/IV.

17. VIÊM DA ĐỒNG TIỀN

Một bệnh viêm da mạn, đặc trưng là những thương tổn viêm hình đồng tiền, đầy mụn nước, đóng vảy, đóng vẩy, thường gây ngứa (tránh nhàm với hắc bào).

Điều trị: Chưa có liệu pháp hiệu quả.

Nếu có rỉ dịch mủ dùng kháng sinh: *Cephalexin*, *Cloxacillin*, *Tetracyclin*.

Bôi kem *Corticoid*. Nếu cần thì dùng *Corticoid* đường uống.

Bôi mỡ *Salicylic (Diprosalic, Gentrison...)*.

Xem thêm các mục của IV.

18. VIÊM DA MẠN Ở BÀN TAY - BÀN CHÂN

Có thể do bệnh da nguyên phát: viêm da tiếp xúc, bệnh chàm nội trợ, tổ đỉa, vẩy nến, ban mụn đỏ, bệnh nấm.

Điều trị: Tìm nguyên nhân.

Bôi kem *Corticoid (Diprosalic, Gentrison)* uống *Cephalexin, Cloxacillin* nếu nhiễm khuẩn thứ phát. *Prednisolon* uống 14 ngày nếu cần (40mg/ngày xong giảm dần liều). Cách ly việc tiếp xúc với nước một thời gian (nếu không, phải đi găng tay cao su).

Xem thêm các mục của IV.

19. VIÊM DA KHU TRÚ DO CÀO GÃI

Viêm nông mạn, ngứa, đặc trưng những mảng *liken* hoá khô, đóng vảy, có đường viền rõ, tăng sắc tố, da hoá dày với những dấu vết nổi bật hình bầu dục, gãy góc không đều. Dị ứng đường như không can dự.

Triệu chứng: Một vùng da bắt đầu bị ngứa trở đi trở lại - ngứa - gãi và gãi - ngứa. Có khi thành một thói quen.

Điều trị: Dùng kem *Corticoid (Cortibion, Flucinar, Hydrocortison, Gentrison, Diprosalic...)*.

Dùng *Chlorpromazin*, *Doxepin* 10mg uống trước khi đi ngủ.

Ngứa hậu môn, âm hộ dùng nước vệ sinh rửa, bôi kem *Hydrocortison* xong đắp lên bột hồ nước (xử lý giun kim, mụn cơm, trĩ, nứt, thịt lồi).

Xem thêm các mục 13, 16/IV.

20. VIÊM DA MỤN RỘP

Một phát ban mạn, đặc trưng là những đám mụn nước, sần, thương tổn giống như mày đay, rất ngứa.

Triệu chứng: Thường thấy ở những mặt duỗi, đối xứng, mặt, cổ.

Điều trị: *Dapson* 50mg uống x 2-3 lần/ngày x 1-2 ngày, nếu chưa hết ngứa tăng liều 100mg.

Sulfapyridin 2-4 g/ngày, sau đó duy trì từ 1-2 g/ngày.

Ăn chế độ ít gluten. Cần kiểm tra huyết học định kỳ nếu dùng 1 trong 2 loại thuốc trên.

Xem thêm các mục 13, 16/IV.

21. VIÊM DA QUÁ MẤN

Viêm da nông, mạn tính, gây ngứa, kèm với một bệnh sử cá nhân hay gia đình về các chứng bệnh có liên quan (ví dụ: cảm, hen). Các chất xông hít phải, các thực phẩm cũng là nguyên nhân.

Triệu chứng: Thương tổn đỏ, chảy nước, đóng

váng trên mặt, da đầu, các chi, vòng quần tã. Ở trẻ con, bệnh thường giảm đi sau 3-4 năm. Ngứa, cào gãi thành một vòng ngứa - gãi - ban - ngứa. Ở người lớn hiện ra ban đỏ, *liken* hoá ở hố trước xương trụ, hố khoeo, mi mắt, cổ, cườm tay. Viêm lan tỏa. Thường có nhiễm khuẩn thứ phát, viêm hạch bạch huyết vùng. Dùng thuốc linh tinh hoặc thuốc theo đơn thầy thuốc, người bệnh phải tiếp xúc với nhiều dị ứng nguyên có thể làm nặng thêm và phức tạp cho chữa trị viêm da quá mẫn.

Biến chứng: Bị bệnh lâu ngày có thể gây đục thủy tinh thể. *Herpes* mụn rộp gây bệnh sốt nặng nề (tránh tiếp xúc).

Điều trị: Rất khó chẩn đoán vì dễ nhầm với viêm da khác, quy gán cho các rối loạn da là thể tạng quá mẫn hay viêm da thần kinh. Bình thường là một tiền sử gia đình về chứng quá mẫn.

Thuốc: *Corticoid* (mỡ) bôi 3 lần/ngày là hữu hiệu. Chỉ dùng ngắn ngày. Lưu ý đặc biệt trẻ con. Dùng dầu làm trơn da.

Kháng *histamin* như *Diphenhydramin*, *Dexepin*, *Hydroxyzin* cũng cần dùng để giảm dị, giảm ngứa (tốt về đêm). Nếu cần thiết phải phối hợp giữa kháng *histamin* H_1 và kháng *histamin* H_2 như *Cimetidin*, *Cinnarizin*, có hiệu quả rõ rệt, đặc biệt viêm da dị ứng, ngứa sản, mày đay (xem đại mục X).

Nếu bội nhiễm cần dùng kháng sinh như

Penicillin, Cephalosporin. Cần thiết mới dùng *Corticoid* uống.

Xem thêm các mục 13, 16/IV.

22. VIÊM DA TĂNG TIẾT BÃ NHỜN

Bệnh viêm có vảy của da đầu, mặt, và đôi khi ở nơi khác.

Triệu chứng: Đóng vảy lan tỏa, khô hoặc nhờn ở da đầu (gàu) có ngứa. Nặng tạo thành sần vảy vàng, đỏ chân tóc, sau tai, ống tai ngoài, lông mày, sống nếp mũi, bờ mi, môi, trước xương ức. Kích thích kết mạc.

Trẻ nhỏ có thể có màng vảy dày, dai chắc trên da đầu (cứt trâu).

Điều trị: Người lớn dùng *Pyrrithion kẽm, Selen sulfur, Acid salicylic* + *lưu huỳnh*.

Dùng dung dịch *Fluocinolone* 0,1% hoặc *Triamcinolone* 0,025% chà xát vào da đầu 2 lần/ngày cho đến hết đỏ da đóng vảy. *Hydrocortison* bôi vùng sau tai, nếp mũi, sống mũi, bờ rìa mi mắt có hiệu quả (không dùng loại có *fluor*).

Dùng *Ketoconazole (Nizoral)* kem 2% bôi 2 lần/1-2 tuần tạo thuyên giảm lâu dài.

Trẻ còn nhỏ: *eczema* tiết bã nhờn dùng dầu gội trẻ em hàng ngày và bôi kem *Hydrocortison* 2 lần/ngày (*Corlibion*). Hoặc dùng *ASA* pha loãng, *Acid salicylic* 10% trong dầu, kem *Corticoid* bôi

lên vùng da bị bệnh trước khi đi ngủ. Gội đầu hàng ngày đến khi hết lớp vảy dày.

Imidazol dùng tại chỗ (hợp chất kháng men) có thể hữu hiệu với một số bệnh nhân.

Xem thêm các mục 13, 16/IV.

23. VIÊM DA TRÓC VẢY TOÀN THÂN

Nổi ban, đóng vảy nặng nề, lan rộng khắp mọi nơi của da.

Triệu chứng: Hoá dày, đôi khi đóng vảy. Ngứa ngáy.

Điều trị: Có thể đe dọa sự sống. Phải xác định được nguyên nhân có phải do thuốc hay do tiếp xúc.

Dùng *Corticoid* tại chỗ để thử, nếu có đáp ứng tốt, nên dùng *Corticoid* toàn thân (cẩn thận vì có thể nhiễm độc).

24. VIÊM DA DO THUỐC

Triệu chứng: Thường gây do dị ứng. Một số kiểu thường thấy: mề đay, ban dạng sỏi, ban dát sần, ban niêm mạc da, ban dạng trứng cá, ban da hoại tử do nhiễm độc, viêm da tróc vảy, ban cảm quang, ban do thuốc cố định, ban dạng *liken*, ban xuất huyết, ban đỏ nốt. Tìm ra tác nhân gây bệnh là điều cốt yếu để điều trị.

Điều trị: Nếu do một thuốc nào đó hoặc do nghi ngờ thì ngưng thuốc (thử nhạy cảm).

Có thể dùng *Corticoid* bôi diện nhỏ (*Cortibion*,

Flucinar, Hydrocortison...). Mày dầy có thể cần *Epinephrin* tiêm, *Hydrocortison* tiêm.

Xem thêm đại mục X - Dị ứng.

25. VẢY NẾN

Bệnh mạn tính, tái phát, đặc trưng là những sẩn, mảng đóng vảy khô, được giới hạn rõ, màu sáng bạc, kích thước khác nhau. Thường phản ánh yếu tố di truyền.

Triệu chứng: Phát ban vảy nến gồm chấn thương tại chỗ, râm nắng nặng, kích thích, do thuốc (chloroquin, lithium, chẹn beta, corticoid toàn thân), viêm cấp hô hấp trên trẻ em do liên cầu khuẩn tan huyết beta nhóm A. Ở da đầu, sau tai, mặt dưới, các khuỷu chi và đầu gối, lưng, hông, móng tay, lông mày, nách, rốn, hậu môn - sinh dục và toàn thân. Là những mảng sẩn không ngứa, có bờ mép rõ, màu đỏ, bao phủ bởi những vảy chồng chất, óng ánh bạc, sáng, trắng đục. Viêm khớp vảy nến giống với viêm khớp dạng thấp, viêm da vảy nến tróc vảy (vảy mịn), vảy nến mụn mủ (có mụn mủ).

Điều trị: Chỉ có thể kiềm chế, chưa có liệu pháp trị lành bệnh.

Bôi trơn, tiêu sừng, *Corticoid* tại chỗ, *Salicylic* tại chỗ, hắc ín than đá rồi rọi tia cực tím, mỡ *Anthrakin* bôi sau 20-30 phút tắm sạch. Không nên dùng *corticoid* có *fluor*.

Ở da đầu dùng *Acid salicylic* + dầu khoáng chứa *phenol*, dung dịch mặn để chà xát hoặc tiêm *Triamcinolon* pha loãng NaCl 0,9%: 2,5mg/ml.

Uống sụn cá mập (*satilage*).

Chống chỉ định *corticoid* toàn thân.

Psoralen, tia cực tím - A cường độ cao; *Methoxsalen* uống, xong để cho da tiếp xúc với tia cực tím sóng dài (không áp dụng nhiều lần như thế).

Vảy nến gây mất khả năng nặng nề (viêm khớp) thì dùng liệu pháp *Methotrexat*, nhưng phải do thầy thuốc chuyên khoa chỉ định, theo dõi.

Etretinat, *Isotretinoin* hữu hiệu với vảy nến mụn mủ (chú ý gây quái thai ít nhất sau 2 năm dùng).

Cyclosporin cũng rất công hiệu nhưng nhiều tác dụng phụ.

Vitamin D₃ đang được thử nghiệm.

Lưu ý: tránh nhầm với bệnh vảy phấn hồng: đốm ban đỏ nhẹ, màu hồng nâu hình tròn hoặc bầu dục, đốm có bờ mép hơi lồi, đóng vảy giống bệnh nấm.

V. BỆNH NHIỄM KHUẨN

1. ÁP XE

Áp xe là một ổ bệnh có thể ở nông hoặc sâu trong nội tạng, với hai thể lạnh và nóng. Áp xe lạnh là một ổ mủ cấu tạo dần dần, không có viêm nhiễm (do lao, nấm...). Áp xe nóng là một ổ cấp tính viêm nhiễm: sưng, nóng đỏ, đau.

1.1. Áp xe

Áp xe trong sâu bao gồm áp xe bên trong bụng, áp xe màng bụng (dưới cơ hoành, giữa bụng, vùng chậu), áp xe khoang sau màng bụng, áp xe quanh thận, áp xe nội tạng (lách, tụy, gan), áp xe tiết niệu (tuyến tiền liệt), áp xe đầu và cổ (họng hàm, dưới hàm cổ, mang tai mừng mủ), áp xe xương cơ (viêm cơ mủ), áp xe bàn tay (chín mé, viêm bao gân có mủ), áp xe nội sọ (áp xe não, áp xe ngoài màng cứng), v.v.. (áp xe da xem dưới đây).

Triệu chứng: Đau, sốt, giảm cân, biếng ăn, mệt mỏi. Tại chỗ: hoạt động không bình thường (ví dụ: liệt nửa người do áp xe não). Biến chứng: vi khuẩn huyết lan ra vùng xa, thủng vỡ vào mô kế

cận, xuất huyết ở các mạch máu bị tiêu hủy, suy yếu hoạt động cơ quan, đôi lúc do biến ăn.

Điều trị: Xét nghiệm, X-quang, siêu âm.

Loại bỏ ổ áp xe (các chất chứa ổ đó) và thủng vỡ áp xe (đôi khi vô hiệu hoá ổ áp xe) bằng cách phẫu thuật khẩn trương, triệt để (thấm đầy bằng gạc, hút dịch và mủ, dẫn lưu, làm sao thật sạch và khô).

Kháng sinh: thường là *Penicillin*, *Clindamycin*, *Gentamycin*, *Metronidazol*, *Cefoxitin*, *Cefotetan* (*Cephalosporin* thế hệ 3), *Vancomycin*. Liều dùng các kháng sinh có khi phải thật cao (hàng chục triệu đơn vị/ngày với *Penicillin*, 5-6 g/ngày với *Gentamycin*...). Nếu do vi nấm thì dùng *Amphoterecin B* phối hợp với *Miconazol*, *Ketoconazol*.

Một số áp xe thường gặp (xem dưới đây).

1.2. Áp xe da

Triệu chứng: Đám mủ tụ lại ở một nơi, sưng trong mô mềm, đau, nóng, ban đỏ xung quanh, có thể kèm viêm mô tế bào, viêm mạch bạch huyết, viêm hạch bạch huyết, sốt, tăng bạch cầu. Áp xe thường do một vết thương nhỏ ở da, tiêm chích.

Vi khuẩn thường là tụ cầu vàng, liên cầu, trực khuẩn *Eberth*, *Pneumococque*, *Coli*, vi khuẩn yếm khí.

Điều trị: Rửa mổ, làm sạch mủ, rửa bằng *NaCl* 0,9%. Băng gạc xấp, cứ 24 giờ thay băng một

lần. Chườm nóng. Nâng cao vùng đau. Liệu pháp kháng sinh như áp xe. Dùng phối hợp với thuốc chống phù nề và chống viêm, giảm đau (Thuốc chống viêm, phù nề: *Serratopeptidase*, *Alpha Chymotrypsin*, *Lysozym*). Thuốc giảm đau chống viêm: AINS xem 17/II.

1.3. Áp xe quanh hậu môn và rò hậu môn

Triệu chứng: Xuất phát từ một nhiễm khuẩn của hốc hậu môn, tụ mủ. Đau hậu môn, trực tràng (tầng môn sinh), khó đại, sốt, kém ăn, mất ngủ. Áp xe cạnh hậu môn đỏ bóng, lõi, ấn nhẹ ra mủ. Sờ vào thấy ổ áp xe lõi cứng, ấn đau nhói. Áp xe vỡ gây rò hậu, lỗ ở cạnh hậu môn chảy nước đục có mủ.

Mạn tính: Đường rò được hình thành sau áp xe tự vỡ hoặc rạch dẫn lưu. Lỗ thứ phát nhìn thấy, rỉ nước vàng hoặc mủ. Mủ chảy liên tục từng đợt, đường rò bít lại đóng vảy, thỉnh thoảng lại cương lên gây sốt, nhức nhối, mủ vỡ ra hết đau và dễ chịu. Cứ thế tái diễn, không tự khỏi.

Điều trị: Xét nghiệm - Phẫu thuật - Dẫn lưu. Lấy hết mủ.

Rò: Mổ, cắt đường rò. Làm sạch.

Thuốc: kháng sinh: *Penicillin* hàng triệu UI/ngày x 7 ngày. *Co-Trimoxazol* 2 viên/ngày x 7 ngày.

Uống thuốc nhuận tràng *Circanetten, Bisacodyl*.

Vệ sinh và thay băng hàng ngày.

Ngâm hậu môn nước ấm pha muối hàng ngày.

1.4. Áp xe phổi

Vùng phổi viêm hoại tử có mủ sau viêm nhiễm do hoại tử mô, có thể thối rữa hoặc không, kín, tắc mạch, ung thư hoá áp xe, dị vật ở phổi. Thường là tụ cầu, liên cầu, phế cầu, *Klebsiella*, cầu khuẩn kỵ khí.

Biến chứng: nhiễm khuẩn huyết, trụy tim mạch, suy hô hấp nặng.

Triệu chứng: 3 giai đoạn:

- Viêm: nhiễm khuẩn, ho đau ngực, khám phổi có hội chứng đông đặc ở một vùng hoặc ba giảm ở một vùng. Tiếng ran ẩm, áp xe lớn có tiếng thổi vò, thổi ống. Có khi thủng phế quản.

- Ôc mủ: 300 - 600 ml/ngày.

- Thành hang: có nước, hơi (tràn dịch).

- Sốt, khó thở, sút cân, đau tức ngực - Ho - Đờm thối lẫn máu mủ (nếu do vi khuẩn kỵ khí thì không thối).

Điều trị: X-quang - Xét nghiệm - Phẫu thuật (dẫn lưu mủ, mở thông khí quản và hút. Thật cần thiết, chọc rửa ổ áp xe qua thành ngực bằng *NaCl* 0,9% sau đó bơm *Penicillin* vào ổ áp xe; cắt bỏ thùy phổi nếu ra máu nhiều và nhiễm khuẩn dai dẳng).

Thuốc: Kháng sinh: *Penicillin* hàng chục triệu UI/ngày. *Gentamycin* 3-5 mg/kg/24 giờ x 10-15 ngày. Sau đó *Chloramphenicol* 50 mg/kg/24 giờ x 7 ngày. Tùy diễn biến có thể phải dùng tiếp kháng sinh như *Clindamycin*. Nếu do amip dùng *Emetin*, *Metronidazol*.

Điều trị tích cực: 3 tháng.

Phòng bệnh: Vệ sinh răng miệng, tai mũi họng tốt. Trẻ con sạch dị vật. Không hút dầu, xăng bằng miệng. Nuôi dưỡng qua *Sonde* phải cẩn thận.

1.5. Áp xe nội sọ (não, ngoài màng cứng và tụ mủ dưới màng cứng)

Thường do viêm tai, viêm xoang, viêm phổi. Do *Staphylococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus*, vi khuẩn ái khí và vi nấm.

Triệu chứng: Sốt, động kinh hoặc rối loạn tâm thần, vô cảm, giảm trí nhớ, thay đổi nhân cách. Có thể liệt nhẹ nửa thân, biến đổi về thị trường, mất ngôn ngữ, thất điều - (Nhức đầu, sốt, động kinh và liệt). Đặc biệt là tăng áp lực nội sọ, nhức khắp cả đầu liên tục và tăng lên, tâm thần, tri giác giảm, dần dần hôn mê vì thân não bị chèn ép, có thể tụt não. Ba dấu hiệu quan trọng: nhiễm khuẩn, tăng áp lực nội sọ và thần kinh khu trú.

Điều trị: Xét nghiệm - Siêu âm - X-quang - MRI - Chọc hút mủ chính xác áp xe dẫn lưu để

giải áp - Bơm kháng sinh - Phẫu thuật bóc bỏ khối áp xe nếu cần thiết.

Thuốc: Kháng sinh (xem 1.1) chủ yếu *Penicillin* (chục triệu UI/ngày), *Chloramphenicol* 5-6 g/ngày, *Aminoglycosid* kém hơn. *Metronidazol* với vi khuẩn kỵ khí. *Amphoterecin B* với vi nấm. Chú ý điều trị các ổ nhiễm khuẩn nguyên phát.

Áp xe ngoài màng cứng và tụ mủ dưới màng cứng: điều trị, thuốc phải có thầy thuốc chuyên khoa (xem thêm mục 1/IX).

1.6. Áp xe gan amip

Ổ mủ nằm trong nhu mô gan do nhiễm khuẩn, có thể do phẫu thuật (ruột thừa), do *amip* (*Entamoeba histolytica*) nên gọi là áp xe gan *amip*.

Triệu chứng: 4 giai đoạn: viêm, hoại tử, sinh mủ, khu trú. Viêm phúc mạc cấp, sốt, vã mồ hôi về đêm, nôn mửa. Có thể ho, khó thở, thở gấp, đau trên rốn ra sườn phải sau lưng bả vai, có khi dữ dội. Gan to mềm, ấn đau.

Điều trị: X-quang, soi ổ bụng, siêu âm, chọc dò, xét nghiệm - Chọc hút mủ. Dẫn lưu.

Thuốc: *Emetin* tiêm mông 0,04-0,06 g/ngày, tổng liều 1 đợt 0,01 g/kg (cách 2 tháng 1 đợt) hoặc *Dehydroemetin* 1mg/kg/ngày.

Chloroquin 500 mg/ngày x 2 ngày, sau đó 300mg/ngày x 12 ngày.

Metronidazol 2 viên 0,25 g/lần x 3 lần/ngày x 5 ngày (có thể 10 ngày).

Có thể dùng thêm *Spiramycin*, *Paronomycin*, *Tetracyclin*, *Secnidazol* 1,5-2 g/ngày x 5 ngày.

Lưu ý: Áp xe gan đường mật là áp xe do viêm đường mật lan sang nhu mô gan (không phải do amip) gây biến chứng mật nguy hiểm (chảy máu đường mật vào ổ bụng, gây áp xe cơ hoành và màng bụng, dễ gây tử vong). Áp xe gan đường mật do sỏi và giun có tỷ lệ tử vong cao, điều trị rất khó khăn, có khi mổ 4-5 lần mà cũng khó qua khỏi (xem dưới đây).

1.7. Áp xe gan đường mật

Là áp xe do viêm đường mật lan sang nhu mô gan.

Trước đây cho rằng bệnh do amip có bội nhiễm. Nay đã rõ là do nhiễm khuẩn (giun sán chui vào cứ trú gây nên), do sỏi và bùn mật gây tắc với tam chứng Charcot (đau - sốt - vàng da) (xem thêm mục 5/VIII).

Triệu chứng: Sốt cao, thể trạng suy sụp, hạ huyết áp, mê sảng, vàng da, đại ít, dấu hiệu nhiễm khuẩn máu. Gan to, chắc, lổn nhổn cục, có thể lẫn với ung thư gan. Ấn đau ở gian sườn 9 phải (áp xe mật ở phía gan trái, nắn thấy gan to, thành bụng co cứng, ấn đau). Cũng có thể là áp xe đơn độc, to, nổi gồ cạnh rốn dưới bờ sườn phải,

vàng da. Với trẻ em do không tắc ống mật (vì không có sỏi) nên không vàng da, chỉ sốt, đau do giun chui vào đường mật gây sốt, đau dai dẳng, xanh xao, gầy còm, phù chân và mắt, áp xe có thể vỡ và biến chứng nặng.

Điều trị: X-quang, siêu âm, chụp đường mật, xét nghiệm công thức máu, chọc hút mủ. Quan trọng là phải chẩn đoán phân biệt được với áp xe gan amip và ung thư gan.

Phẫu thuật là không tránh khỏi. Chỉ dùng kháng sinh thường là thất bại. Sau mổ dùng *Gentamycin* và *Metronidazol* tiêm truyền và bơm trực tiếp vào ổ bệnh.

Biến chứng: Áp xe đường mật gây chảy máu đường mật khá nguy hiểm, phải phẫu thuật, làm sạch, cầm máu. Áp xe có thể vỡ vào ổ bụng, ổ ngực rất dễ gây tử vong. Cần xử lý cả mủ màng phổi (dẫn lưu), ngoài ra có thể gây rò, viêm mủ màng tim.

Là một bệnh hiểm nghèo do sỏi, giun sán. Có khi bệnh nhân phải phẫu thuật 4-5 lần cũng khó qua khỏi.

Phòng bệnh: Ở Việt Nam những năm gần đây, Bệnh viện Việt Đức đã có trên 2.000 trường hợp trẻ em bị giun chui lên ống mật. 61% gây viêm đường ruột, 39% gây áp xe gan đường mật, nhiều trường hợp tử vong mà thủ phạm chính là giun. Tẩy giun định kỳ cho trẻ (3-6 tháng 1 lần) là

rất cần thiết, loại trừ tử vong của trẻ em do giun chui lên đường mật.

Khi biết có sỏi (qua siêu âm), đặc biệt sỏi ống mật trong gan, cần xử lý sớm bằng phẫu thuật hoặc thuốc.

Vệ sinh ăn uống tốt, không ăn thịt sống (nem, tái), đặc biệt gỏi cá. Rửa tay trước khi ăn (tránh nhiễm giun sán) (xem mục 4/I).

Nếu biết có sỏi mật không cản quang (sỏi cholesterol) còn nhỏ trên dưới 2cm có thể dùng *Acid ursodesoxycholic* hoặc *Chenodeoxycholic* (hoặc phối hợp cả hai) với biệt dược quen thuộc như *Chenotalk*, *Ursofalk*, *Ursolvan*... có thể giải quyết được khoảng 50% trường hợp.

2. BỆNH BẠCH HẦU

Là bệnh lây theo đường hô hấp, gây dịch do trực khuẩn *Corynebacterium diphtheria* (Klebs - Loeffler) hoặc do nhiễm độc. Vi khuẩn khu trú ở mũi họng, thanh quản. Bạch hầu họng 70%, thanh quản 20 - 30%, mũi 4%, mắt 3 - 8% và bạch hầu da. Biểu hiện: màng giả có nhiều vi khuẩn bạch hầu, độc tố vi khuẩn gây nhiễm độc thần kinh gây liệt, viêm cơ tim, phản ứng da và niêm mạc.

Triệu chứng: Bạch hầu họng thông thường: Sốt nhẹ 37^o5 - 38^oC. Khó chịu, mệt, quấy khóc, sổ mũi, xanh xao, họng đỏ. Có điểm trắng mờ nhạt một bên tuyến hạnh nhân. Hạch cổ nhỏ, di động

không đau. Màng giả dễ bong nhưng hình thành lại ngay. Sau hai - ba ngày màng giả lan tràn, lưỡi gà, hầu màu trắng ngà. Nuốt đau - Mạch nhanh. Huyết áp hơi hạ - Nước tiểu có *albumin*.

Bạch hầu họng ác tính: Có 2 thể tiên phát và thứ phát, có thể xuất hiện từ ngày thứ 2, chậm hơn vào ngày 40 - 50 của bệnh. Đột ngột sốt cao, giống như bạch hầu thông thường rồi màng giả dày xám, niêm mạc phù nề, sung huyết, hạch cổ sưng to, thành khối, không di động, cổ bạnh ra. Nước mũi đặc có máu, loét lỗ mũi có giả mạc. Biểu hiện nhiễm độc toàn thân: xanh xao, môi tím, mệt lả, nuốt đau, mắt thâm quầng, thở mùi hôi, uống nước sộc ra mũi. Sốt 38 - 40⁰C, mạch nhanh, huyết áp hạ, tim nhanh mờ loạn nhịp, gan to, đái ít có *albumin*, *urê* máu tăng, xuất huyết nội tạng hoặc dưới da. Tiên lượng xấu nếu không điều trị sớm bằng huyết thanh kháng bạch hầu. Bạch hầu ác tính thứ phát xuất hiện sau bạch hầu họng thể thông thường nếu chữa chạy muộn hoặc xuất hiện sau bạch hầu ác tính tiên phát.

Bạch hầu thanh quản: Sau bạch hầu họng. Sốt nhẹ, giọng khàn, mất tiếng. Ho khàn, ông ổng, kéo dài 1 - 2 ngày. Màng giả làm hẹp thanh quản và phù niêm mạc, co thắt cơ họng đưa đến khó thở. Co rút xương ức, xương đòn, sườn. Vật vã, giãy giụa. Nếu không mở khí quản sẽ ngạt thở và tử vong.

Bạch hầu mũi: Màng giả mũi (trẻ sơ sinh). Sốt

nhẹ, gầy còm, nôn trớ, xanh xao. Ngạt sổ mũi, nước mũi trắng có khi lẫn máu. Suy mòn hoặc biến chứng phổi đưa đến tử vong.

Bạch hầu mắt: Lan truyền qua ống lệ. Viêm màng tiếp hợp có màng giả, viêm gây phù mi mắt trên, lật mi sẽ thấy màng giả dính chặt vào niêm mạc, có thể gây viêm kết mạc đỏ, biến chứng gây viêm giác mạc, loét, sẹo giác mạc.

Bạch hầu da: Ít gặp ở da (chốc, lở, chàm...), màng giả dính chặt vào niêm mạc. Bạch hầu hậu môn, ống tai ngoài, sinh dục gây loét có màng giả.

Chẩn đoán bệnh: Dựa vào dịch tế học, vi khuẩn, màng giả, hạch cổ.

Điều trị: Chẩn đoán sớm, xét nghiệm vi khuẩn, sinh hoá, độc tố.

Thuốc: chữa trị kịp thời, ngăn chặn biến chứng. Chú ý dinh dưỡng. Nằm nghỉ, tránh đi lại.

Huyết thanh kháng độc tố bạch hầu (SAD): nhẹ 20.000 - 30.000 đơn vị, nặng 80.000 - 100.000 đơn vị, tiêm dưới da 1 lần hoặc 1/2 liều dưới da, 1/2 liều vào bắp. Trước khi tiêm phải thử test trong da dung dịch 1/1.000 trong NaCl 0,9%: lấy 0,1ml tiêm, sau 20 phút đọc phản ứng nếu có quầng đỏ trên 10mm hoặc màng tiếp hợp, chảy nước mắt là dương tính. Phải giải mẫn cảm bằng cách pha loãng kháng độc tố nhiều lần, tăng dần đậm độ, tiêm cách 20 phút và thử phản ứng.

Tiêm giải độc tố bạch hầu (Anatoxin): ở cánh

tay khác với tiêm *SAD*, 30 phút trước khi tiêm *SAD*: 1/10ml, sau 48 giờ không có phản ứng tiêm lần 2, 1/2ml dưới da. Cách 5 ngày tiêm 1ml, rồi 2ml, rồi 3ml dưới da.

Kháng sinh: *Penicillin G* 50.000 - 100.000 UI/kg/ngày chia 2 lần x 5 ngày hoặc *Erythromycin* trẻ em 40 mg/kg/ngày, người lớn 1,5 g/ngày x 5 - 7 ngày. *Vitamin B₁*, *B₁₂* tiêm hàng ngày. *Strychnin* 0,5 mg/kg/ngày.

Vitamin C 300 - 500 mg/ngày. *Coramin* hoặc *Sparteïn* để trợ tim. Nếu bạch hầu nặng, cần dùng *Prednisolon* 1 mg/kg/ngày x 2 tuần, hiệu quả tốt.

Biến chứng: hay gặp nhất là tim mạch: viêm cơ tim và loạn nhịp do độc tố. Thần kinh gây liệt từ 7 - 80 ngày sau đó, liệt màn hầu rồi các nơi khác (mắt, chi dưới, chi trên, thực quản, cơ hoành, hành tủy, thần kinh X, nửa người). Thận: sỏi ít, có *albumin*, bạch cầu, tế bào thận, trụ hạt, u máu tăng.

Phòng bệnh: Cách ly, trước đó phải khai báo. Người tiếp xúc phải tiêm phòng nếu có phản ứng dương tính. Nhà ở, đồ dùng, quần áo bệnh nhân phải khử trùng, tẩy uế.

Tiêm phòng vaccin đơn giá, đa giá, bạch hầu đúng định kỳ.

3. BỆNH ĐẠI

Một bệnh nhiễm khuẩn cấp (viêm não tủy cấp

do virus) ở động vật có vú, có sừng, nhất là loài ăn thịt như chó, mèo, cáo, dơi, dê, trâu, bò, ngựa, lợn qua nước bọt truyền cho người (cắn), có đặc trưng kích thích hệ thần kinh trung ương, tiếp theo bại liệt và tử vong. Diễn biến qua 3 giai đoạn: Thần kinh ngoại biên, xâm nhập hướng tâm hệ thần kinh trung ương và lan tỏa ly tâm.

Triệu chứng: Do virus hướng thần kinh có trong nước bọt con vật bị bệnh. Ở người, ủ bệnh từ 10 ngày đến hàng năm, trung bình 30 - 50 ngày, ít hơn nếu bị cắn ở đầu và mình. Suy sụp tinh thần, bứt rứt, sốt, khó chịu. Sợ ánh sáng, sợ tiếng động, bồn chồn, muốn chạy trốn, nói luôn miệng, đau đầu, đau cơ, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn. Bứt rứt đến kích động, đầy nước bọt, co giật, đau buốt họng hầu và thanh quản. Co giật dồn dập do gió, do cổ gồng uống nước. Rất khát nhưng không uống được, nên có tên gọi "bệnh sợ nước". Khi lên cơn: phá phách, cắn xé, đâm đầu vào tường, nhưng có lúc ảo giác, lơ mơ, dương vật cứng, xuất tinh tự nhiên, rối loạn cơ trơn. Kiệt sức, đau dữ dội các chi, các cơ gây bại liệt, chết do ngạt thở.

Hiện nay, với trợ lực tốt, quá trình trên có thể thay đổi.

Nếu người bị thú cắn, cần nhốt con thú theo dõi 10 ngày. Nếu con vật vẫn còn khỏe thì kết luận con vật không truyền bệnh lúc nó cắn. Nếu con vật có vẻ bị dại thì nên giết đi, lấy não đưa xét

nghiệm chứng minh con vật không có bệnh, người bị cắn khỏi phải dùng *vaccin*.

Điều trị: Chữa trị vết thương rất quan trọng. Rửa sạch vết thương bằng xà phòng được phẩm (20%). Xịt rửa các lỗ sâu cẩn thận, kỹ lưỡng. Sát khuẩn bằng cồn, *ete* hoặc *lysol*. Không cần đốt, khâu vết thương. Nếu con vật bị dại hoặc trong vùng có dại phải đến ngay cơ quan y tế để quyết định cần dùng *vaccin* ngay. Con thú phải được giết và xét nghiệm sớm. Nếu phản ứng huỳnh quang miễn dịch con vật là âm tính thì không phải dùng thuốc. Các thuốc *RIG* (*Rabies immune globulin*), *HDCV* (*Human diploid cell rabied vaccine*), *RVA* (*Rabies vaccine adsorbed*) tốt, ít có phản ứng bất lợi. Nếu không có thì dùng *ARS* (*Antirabies serum*) thường có phản ứng phụ. Nên dùng kháng sinh phòng nhiễm khuẩn thú phát.

Nếu bệnh dại đã xảy ra, chỉ còn chữa triệu chứng: trợ lực tích cực, mạnh mẽ, ngăn chặn các triệu chứng hô hấp, tuần hoàn, thần kinh. Thụt *Chloral hydrat* 2% 3-4 lần/ngày, truyền *NaCl đẳng trương*, *đường*, *vitamin* và thuốc trợ tim, an thần liều cao. Thông khí, hút đờm dãi. Thuốc thần kinh cơ. Giữ cho bệnh nhân khô, sạch. Đã từng có trường hợp bình phục. Không dùng thuốc Nam.

Chú ý: Những người cứu chữa, thân nhân người bệnh nếu bị dây nước bọt hoặc bị bệnh nhân cắn cũng phải tuân thủ cách xử lý trên đây. Nếu

bị cắn cũng phải tiêm phòng. Phải có đủ trang bị phòng hộ khi chăm sóc bệnh nhân.

Tiêm phòng đại cho động vật nuôi (chó, mèo...).

Tiêu diệt chó ở vùng có bệnh đại.

4. BỆNH DENGUE (Sốt xuất huyết)

(Dengue hemorrhagic fever - DHF)

Một bệnh cấp, tác nhân là do flavivirus Dengue lây truyền do muỗi aedes. Biểu hiện trên lâm sàng là xuất huyết, có thể gây hội chứng sốc, liên quan đến hạ tiểu cầu và cô đặc máu.

Triệu chứng: Bệnh cấp, sốt đột ngột, kéo dài 48 - 96 giờ, nhức đầu, mệt, đau cơ, khớp, nhất là sau ổ mắt, hạch bạch huyết sưng to và có thể phát ban với tăng nhiệt độ lần thứ hai, sau một giai đoạn không sốt. Nhịp tim chậm, hạ huyết áp sau đó là đau vùng bụng. Mất nhiều tuần mới bình phục, sau đó là suy nhược. Bệnh Dengue cổ điển thì không có tử vong.

Trong bệnh DHF xuất huyết: sốt cao liên tục 2-7 ngày, thay vì đau cơ, viêm hạch, nổi ban, thì có triệu chứng hô hấp, dạ dày, ruột, ho, viêm họng, khó thở, buồn nôn, mửa, đau bụng. Sau 2 - 6 ngày có thể bị sốc với cơn trụy mạch, mệt lả, chi lạnh ảm (thân ấm, mạch chi yếu, tím tái quanh miệng, dấu hiệu dây thắt, có ban xuất huyết, bầm máu ở nơi tiêm thuốc, có khi nôn ra máu, đái ra máu, ỉa ra máu, chảy máu mũi, chân răng, kinh nguyệt ra

sớm, kéo dài và nhiều, chảy máu cam, gan to). Có thể viêm phế quản - phổi, có hoặc không tràn dịch, viêm cơ tim. Hạ tiểu cầu.

Trong bệnh DHF xuất huyết có sốc có các triệu chứng trên kèm cô đặc máu và triệu chứng sốc, tụt huyết áp, huyết áp không đo được, sốt cao, da tái ẩm, ra mồ hôi, vật vã.

Tỷ lệ tử vong của DHF 6 - 30%. Thường xảy ra ở trẻ nhỏ dưới 1 tuổi.

Điều trị: Xét nghiệm máu (bạch cầu, tiểu cầu, thời gian prothrombin, độ đặc của máu...).

Chữa triệu chứng là chính: nghỉ ngơi, dùng *Paracetamol* để hạ nhiệt, giảm đau, không dùng *Aspirin* và các thuốc *AINS*. Trẻ nhỏ dùng *Algotropyl* hoặc *Effergal* (đặt hậu môn).

Trong bệnh DHF xuất huyết phải cân bằng nước, điện giải (truyền dịch, *lactat Ringer*) nhất là mấy ngày đầu, nhưng tránh thừa nước (rất quan trọng). Uống đều đặn *Oresol*.

Thở oxy nếu tím tái.

Có thể cần dùng huyết tương hay albumin, huyết thanh người - truyền máu tươi, tiểu cầu nếu cần.

Nên cho dùng *Diazepam*, *Chloral hydrat* giúp an thần.

Có thể dùng *Hydrocortison*, amin tăng huyết áp, các *vitamin C* và *K*.

(Sinh bệnh học DHF xuất huyết: 3 biểu hiện

- Giãn mạch làm huyết tương thoát ra ngoài thành mạch gây cô đặc máu, giảm máu và gây sốc.
- Rối loạn đông máu: hạ tiểu cầu, biến đổi thành mạch và rối loạn đông máu.
- Kích hoạt hệ thống bổ thể, giảm C_3 và C_4 huyết thanh).

5. BỆNH DỊCH HẠCH (*Yersinia pestis*)

Bệnh nhiễm khuẩn cấp, nghiêm trọng diễn ra dưới dạng hạch bẹn hay viêm phổi do *Yersinia pestis* gây ra, chủ yếu ở loài gặm nhấm.

Triệu chứng: Dịch hạch bẹn thường gặp. Đột ngột ớn lạnh, rét run, sốt $39^{\circ}5 - 41^{\circ}C$. Mạch nhanh, yếu, huyết áp thấp, hạch bạch huyết (bẹn) lớn, sưng, sau là nách, cổ và nơi khác. Hạch cứng, nhạy cảm, phù xung quanh, lớp da ngoài mềm, đỏ hồng, không nóng. Người bồn chồn, mê sảng, lú lẫn, mất điều hoà. Gan lách to sờ thấy. Hạch có thể sưng mủ tuần thứ hai.

Không chữa trị tử vong 60%.

Dịch hạch thể phổi: Bội phát sốt cao, rét, tim nhanh, nhức đầu dữ dội. Ho, đờm nhày nhớt, rồi đờm máu đỏ hồng, đỏ tươi đầy bọt. Thở nhanh, khó thở (không viêm màng phổi, không tiếng ran). Viêm phổi diễn biến nhanh. Nếu không chữa kịp thời sẽ chết sau 48 giờ.

Ngoài ra còn có dịch hạch nhiễm khuẩn huyết tương (chết nhanh), dịch hạch hạch và viêm màng

não dịch hạch. Dịch hạch thể nhẹ xảy ra trong vùng thường có dịch sẽ mất đi trong vòng 1 tuần.

Điều trị: *Vaccin phòng ngừa.*

Thuốc: *Tetracyclin* 500mg cách 6 giờ khi tiếp xúc.

Dịch hạch thể phổi hay nhiễm khuẩn huyết phải chữa trị trong vòng 24 giờ: *Streptomycin* 30 mg/kg/ngày, cách 6 giờ trong 7 - 10 ngày. Tiêm bắp thịt thì 0,5g, cách 3 giờ, trong 48 giờ. *Gentamycin* cũng tốt. *Tetracyclin* 30mg/kg tiêm mạch hay uống chia nhiều lần. Viêm màng não dịch hạch thì dùng *Chloramphenicol* 25mg/kg, rồi 50mg/kg, chia nhiều lần.

6. BỆNH HERPES

Bệnh do virus trên da hay niêm mạc, chàm mụn nước li ti, thưa hay chằng chịt, trong chứa nước, chân mụn bị viêm hơi nhô lên.

Triệu chứng: Virus herpes simplex (HSV) gây thương tổn trên da thường ở gần miệng, trên môi, kết mạc, giác mạc, sinh dục. Mối đầu tê rần, ngứa ngáy, mụn nước nhỏ căng phồng trên nền đỏ, có thể gây đau. Mụn sau vài ngày khô đi thành lớp vảy mỏng vàng nhạt.

Bệnh lành sau 21 ngày, có thể chậm hơn nếu như viêm thứ phát.

Có thể gây viêm: khó ở, biếng ăn, sốt, viêm lợi, lở loét, đau ở miệng, âm hộ, âm đạo.

Người mang thai, HSV-2, cuối thai kỳ có thể truyền sang thai nhi.

HSV đôi khi gây viêm não. Tránh làm với Zona.

Điều trị: *Lodoxuridin (IDU)*, *Trifluridin*, *Acyclovir* dùng tốt - Nếu bệnh nhiễm thứ phát dùng *Neomycin - Bacitracin*, nếu cần kháng sinh toàn thân. *Virustat (Moroxydin)* cũng tốt.

Tại chỗ: bôi *Xanh methylen* 1%. *Milian* hoặc mỡ *Tetracyclin*, mỡ *Chlorocid* 1%. Rửa bằng nước *Dalibour* pha loãng, sau đó bôi hồ nước, *Tetracyclin* có tác dụng tốt.

7. BỆNH LAO PHỔI (*Mycobacterium tuberculosis*)

Là một bệnh mạn tính, kéo dài nhiều năm, biểu hiện khác nhau trên lâm sàng, nhưng cũng có thể chỉ tiềm tàng với những thay đổi đơn thuần sinh học. Bệnh do trực khuẩn *Mycobacterium* gây ra.

Một cơ thể có thể bị trực khuẩn lao xâm nhập tồn tại nhiều năm nhưng không bao giờ mắc lao, đó là trạng thái nhiễm lao. Do mất thăng bằng miễn dịch, giảm sức đề kháng của cơ thể (suy dinh dưỡng, lao động quá sức, môi trường mất vệ sinh, rối loạn nội tiết, mang thai sinh đẻ, tuổi già, đái tháo đường, bụi, nhiễm độc, phẫu thuật dạ dày, nghiện rượu, hút thuốc lòn, thuốc lá, stress, nhiễm virus, đặc biệt HIV...) làm cho nhiễm lao trở thành bệnh lao.

Triệu chứng: Có thể lao cấp ở phổi như lao kê, viêm phế quản phổi lao, phát triển nhanh chóng gây tử vong trong một vài tháng. Có thể lao xơ hay mạn tiến triển chậm, ổn định - tái phát trong 2-3 năm, tử vong do suy nhược hoàn toàn, thể này nguy hiểm nhất (dễ lây).

Ho, ho khan, thường ho có đờm, ho ra máu. Cảm giác đau, chèn ép lồng ngực - Khó thở, co kéo khí quản, dày dính màng phổi kèm suy hô hấp, suy tim. Sốt nhẹ, ra mồ hôi về chiều hoặc đêm. Gầy sút dần dần, kéo dài, sức lực suy giảm rõ rệt. Nếu bị ho khạc kéo dài hàng tháng cần đi khám phát hiện bệnh sớm. Ở trẻ nhỏ chỉ thể hiện ở một số triệu chứng đặc hiệu như biếng ăn, gầy sút, sốt nhẹ, mồ hôi trộm.

Lưu ý: Ngoài phổi, trực khuẩn lao có thể gây lao màng não, màng phổi, màng bụng, màng tim, hạch, xương, khớp, sinh dục, tiết niệu, ruột, thanh quản, da....

Điều trị: X-quang - Xét nghiệm đờm - Test Mantoux - Soi phế quản - Xét nghiệm máu - Sinh thiết xuyên phế quản...

Thuốc: Có 2 nguyên tắc chữa bệnh lao: Phối hợp các loại kháng sinh và điều trị theo 2 giai đoạn tấn công và duy trì (hàng ngày và cách ngày) do thầy thuốc hướng dẫn.

Thuốc: *Isoniazid (INH)*, *Rifampicin (RMP)*, *Streptomycin (SM)*, *Ethambutol (EMB)*, *Pyrazinamid (PZ)*.

Uống đúng chỉ định về: thuốc, liều lượng, thời gian dùng thuốc, theo công thức chữa lao 6 tháng, 8 tháng, 9 tháng và 12 tháng.

Phòng bệnh: Tiêm phòng vaccin BCG.

Ăn, uống chín và sôi. Ở môi trường sạch.

Lao động đúng mức.

Dinh dưỡng tốt.

Điều trị các bệnh gây nguy cơ lao.

Thực hiện tốt chiến lược DOTS (Directly observed treatment short course - Điều trị hoá trị liệu ngắn ngày có kiểm soát trực tiếp) của Tổ chức Y tế thế giới (OMS):

- Tấn công (4 thuốc chính) 2-3 tháng.
- Duy trì (2 thuốc) 4-6 tháng.
- Giám sát từng liều thuốc với bệnh nhân.

8. BỆNH PHONG (*Mycobacterium leprae*)

Bệnh do trực khuẩn Hansen, bệnh gây tàn phế.

Triệu chứng: Trên da dát hồng, trắng hoặc thẫm, không có cảm giác (đau, nóng, lạnh, châm kim không đau) tê bì bì, dây thần kinh ngoại biên viêm to vừa phải, gây liệt cơ, teo cơ do tổn thương thần kinh vận động.

Mặt đỏ như "mặt nạ", ở chi "bàn tay quắp" và "bàn chân thùng".

Mũi chảy máu, tịt, thủng vách, tiêu rụt sụn gây xẹp mũi.

Giọng khàn và mất tiếng.

Thể phong bất định: tiến triển (I), thể phong (T) củ ăn sâu. Nếu đề kháng yếu: thể u (L), u cục, tê bì không lành sẹo như phong củ.

Giữa (T) và (L) có phong lưỡng dạng (B). Bệnh gây tàn phế.

Điều trị: (Phác đồ theo móm). Phối hợp 3 thuốc diệt khuẩn *Rifampicin*, *Clofazimin* và *DDS*. Có khi dùng thêm *Ethionamid*. Thuốc khác: *Aspirin*, *Paracetamol*, *Prednisolon*, *Thalidomid*, *Dapson* ít dùng vì kháng thuốc (có thể phối hợp).

9. BỆNH TẢ (*Vibrio cholerae*)

Nhiễm khuẩn cấp ở toàn bộ ruột non, ỉa như nước chảy nhiều lần, mửa, co cứng cơ, mất nước, đại ít và cơn trụy tim mạch. Rất dễ gây tử vong.

Triệu chứng: Nung bệnh từ vài giờ đến 5 ngày. Khởi phát: ỉa chảy đột ngột từng hồi, đau lâm râm ở bụng, ỉa toàn nước, nôn mửa gây mất nước và điện giải nghiêm trọng, khát nước dữ dội, đại ít, co cứng cơ, yếu mệt, người nhão mềm, mắt trũng sâu, da ngón tay nhăn nheo. Một số ít có sốt nhẹ, gai rét, vã mồ hôi, lạnh đầu chi. Phân màu trắng đục, lợn cợn vảy trắng, không có máu, không có thức ăn, mùi tanh nồng, không thối, kiềm cao (pH 8 - 8,5).

Máu cô đặc, nhiễm acid chuyển hoá, mất kali (natri bình thường). Tím tái, trụy tuần hoàn, có thể hoại tử tiểu quản thận.

Tử vong trên 50% nếu không chữa trị kịp thời.

Nếu đúng liệu pháp nước - điện giải sẽ thấp: chỉ còn khoảng 1%.

Điều trị: Bù nước, điện giải kịp thời: *NaCl* 0,9%, *lactat Ringer*, truyền nhanh 1 - 2 ml/kg/phút. Tiếp nước qua miệng thật nhiều bằng *Oresol*. Trẻ con cần thêm *Kali chlorid*. (kiểm tra áp suất máu và mạch, căng cứng của da, nước tiểu tiện ra để đánh giá).

Không dùng huyết tương.

Dùng sớm tetracyclin: người lớn 500 mg cách 6 giờ trong 72 giờ, trẻ con dưới 8 tuổi 50g x 4 lần/ngày trong 72 giờ,

Một liều độc nhất *Doxycyclin* 300mg uống với người lớn, 60 mg/kg với trẻ em là có hiệu lực. Có thể dùng *Furazolidon* hoặc *Co-Trimoxazol*.

Phòng bệnh: Đang nghiên cứu tìm vaccin mới.

Nguồn lây chính: nước, thức ăn. Tốt nhất là không ăn uống các loại rau sống, gỏi cá tôm, các loại mắm tôm ruốc không đảm bảo vệ sinh, uống nước đun sôi. Giữ bàn tay sạch.

Những người tiếp xúc với bệnh nhân tả phải uống phòng bằng *Tetracyclin*.

10. BỆNH THAN (Nhọt ác tính - bệnh Woolsorter)

Một bệnh rất hay lây của súc vật (loài nhai lại) truyền sang người do tiếp xúc với con vật hoặc sản phẩm của nó.

Triệu chứng: nốt sần đỏ nâu, lan rộng, ban đỏ trên đường viền móng nước và mềm. Sau đó lở loét, vùng trung tâm có dịch - máu rỉ thành một loét hoại tử màu đen. Có thể có bệnh hạch bạch huyết cục bộ, khó chịu, đau cơ, nhức đầu, sốt, buồn nôn, mửa.

Chú ý: bệnh than ở phổi và dạ dày ruột rất nguy hiểm, rất dễ tử vong nếu không phát hiện sớm và cứu chữa kịp thời.

Điều trị: Vaccin dùng cho người tiếp xúc (thú y sĩ, kỹ thuật viên, công nhân, kể cả người dệt lông).

Dạng bệnh ngoài da: *Procain Penicillin G* 600.000 đvqt x 2 lần/ngày trong 7 ngày hoặc *Tetracyclin* 2g/ngày x 7 ngày.

Ciprofloxacin được ưa dùng.

Có thể dùng *Erythromycin* thay thế.

Bệnh than phổi: truyền mạch *Penicillin G* 20 triệu đvqt/ngày, phối hợp với *Streptomycin* 500 mg/ngày.

Có thể dùng các *Corticosteroid*.

Điều trị liều phải cao và khẩn trương mới tránh tử vong.

11. BỆNH THƯƠNG HÀN (*Salmonella typhi*)

Bệnh thương hàn gồm bệnh thương hàn và phó thương hàn là bệnh truyền nhiễm, hay lây, phát tán gây thành dịch do *Salmonella typhi*

và *Salmonella paratyphi* A, B, C (trực khuẩn) gây nên.

Triệu chứng: Sốt tăng dần, mệt lả, đau vùng bụng, nổi ban màu hồng, nhức đầu, đau khớp, viêm họng, buồn nôn, táo bón, biếng ăn. Có thể đái ít, ho khan, chảy máu cam. Thân nhiệt tăng dần 39,4 - 40°C kéo dài 10 - 14 ngày rồi giảm xuống dần. Rối loạn thần kinh, mất ngủ, nhức đầu dai dẳng. Suy nhược, sốt hình cao nguyên, li bì, ỉa chảy. Có thể kèm mê sảng. Có thể có chấm hồng, xanh tái trên ngực, bụng vào tuần thứ hai rồi biến đi là dấu hiệu chắc chắn giúp cho chẩn đoán. Loét nhỏ hình bầu dục 6-8mm trên cột thành trước của vòm họng có giá trị chẩn đoán. Lách to, giảm bạch cầu, thiếu máu, rối loạn chức năng gan. Về sau sẽ tổn thương ruột, nặng thì ỉa ra máu.

Điều trị: Xét nghiệm máu và phân.

Thuốc: *Chloramphenicol* 15-20 mg/kg sau đó 50 mg/kg/ngày.

Hiện nay: *Ceftriaxon*, *Cefoperazon* được ưu tiên sử dụng (30 mg/kg/ngày và 60 mg/kg/ngày).

Quinolon có hoạt tính tốt, *Ciprofloxacin* 500mg uống cách 12 giờ.

Ampicillin tiêm 100mg/kg/ngày cũng tốt.

Kết hợp dùng các *corticoid* là cần thiết.

Cho ăn lỏng và cân bằng điện giải.

Lưu ý có thể thủng ruột và viêm màng bụng. Người bị bệnh phải được theo dõi, y tế địa phương

phải quản lý chặt, không được cho người bệnh tiếp xúc với các loại thực phẩm, đồ uống, dược phẩm... ít nhất là 2 tháng nếu chữa chạy tốt.

Phòng bệnh: Tiêm chủng vaccin TAB.

Người là nguồn bệnh duy nhất, người đang bị bệnh, nhất là những người mang mầm bệnh tạm thời hoặc dai dẳng, đáng chú ý là người mang mầm bệnh mạn tính. Lây trực tiếp qua tay bẩn, phân, ăn uống sống không sạch, thực phẩm, dược phẩm ô nhiễm, đồ dùng nhiễm bẩn, ruồi nhặng. Vệ sinh môi trường, nước, ăn uống sạch là biện pháp hàng đầu của phòng bệnh thương hàn.

12. BỆNH UỐN VÁN (*Clostridium tetani*).

Triệu chứng: Thường thấy cứng hàm, khó nuốt, vật vã, bứt rứt, cổ và tay chân cứng đờ, sốt, nhức đầu, viêm họng, rét, lạnh và co cứng. Do co cơ mặt nên vẻ mặt đặc trưng: cười không nhúc nhích, lông mày nhướn cao (cười nhăn). Uốn người, bí đại, táo bón, khó nuốt. Mô hôi đầm đìa, khó chịu khi uống thuốc và tiếng động. Hôn mê. Co cứng toàn thân, người bệnh không nói, không kêu được, khó hô hấp gây tím tái, ngạt thở.

Có thể xảy ra uốn ván cục bộ ở một nhóm cơ, ở gần vết thương nhưng không cứng khít hàm, co cứng kéo dài hàng tuần.

Uốn ván não thường thấy ở trẻ con. Tử vong 50%.

Điều trị: Chủng ngừa định kỳ. Nếu người không được chủng ngừa đúng mức, dùng *Globulin* miễn dịch uốn ván 250 - 500 đơn vị, đồng thời tiêm biến độc tố uốn ván.

Vết thương: Cắt, nạo, làm sạch nhanh rộng, sâu là rất quan trọng kèm với việc dùng *penicillin* và *tetracyclin*.

Chữa trị: Người bệnh ở phòng vắng. Mở thông khí quản. Đặt ống dạ dày để cho ăn. Đặt ống trực tràng. Đặt ống thông bàng quang.

Dùng *Codein* giảm đau nhức. Theo dõi tim, huyết áp: dùng *Propranolol*, *Labetalol*. Dùng *Globulin* miễn dịch uốn ván, kháng độc tố.

Xử lý co thắt cơ: *Benzodiazepin*, *Chlorpromazin*, *Barbiturat*. *Diazepam* là tốt nhất.

Dùng chẹn thần kinh cơ chứa *curarform* như *Pancuronium Bromid* hay *Vecuronium Bromid*.

Pyridoxin cũng cần cho người lớn.

Thuốc kháng sinh: *Penicillin G* 2 triệu đơn vị, cách 6 giờ.

13. CẢM LẠNH

Một bệnh virus cấp đường hô hấp, không gây sốt, viêm nhiễm đường hô hấp (mũi, xoang, họng, thanh quản, khí quản, phế quản).

Triệu chứng: Biểu hiện bất thường ở mũi, họng, hắt hơi, sổ mũi, khó chịu. Nước mũi lúc đầu loãng, sau đặc dần có chứa mủ. Ho mạnh, ít đờm.

Kích phát với người có bệnh mạn đường hô hấp. Nếu không có biến chứng bệnh sẽ hết trong 4-10 ngày (tránh nhầm với một số bệnh nhiễm khuẩn, dị ứng, v.v..).

Điều trị: Nghỉ ngơi. Dùng thuốc hạ nhiệt, giảm đau. *Paracetamol* phối hợp giảm đau, chữa nghẹt mũi tác dụng cường giao cảm: *Panadol*, *Calmezin*, *Decolgen*, *Tiffy*.

Nhỏ hoặc xịt mũi thuốc *Naphazolin*, *Oxymetazolin*, *Xylometazolin*.

Trẻ con dùng *Algotropyl* hoặc *Efferalgen* trẻ con (đặt hậu môn) hoặc *Babymol* uống.

Xông hơi nước mũi họng cùng với dầu xoa (dầu gió) có hiệu quả tốt. Nếu ho dùng *Codein Terpin*, *Eucalyptin* viên, *Eucalyptin le Brun*, *Dextromethorphan*... Có thể kết hợp dùng *prednisolon* 2-3 viên 5mg/ngày (sau khi ăn no) để chống viêm.

Nếu có bội nhiễm dùng *Amoxicillin*, *Ampicillin* là cần thiết.

Các thuốc hạ nhiệt, giảm đau, chống viêm khác: xem thêm ở mục 16/II.

14. CÚM

Bệnh hô hấp cấp do virus: sốt, sổ mũi, ho, nhức đầu, khó chịu, viêm niêm mạc hô hấp, thường có dịch vào mùa đông. Nặng gây kiệt sức, viêm phế quản xuất huyết, viêm phổi, có khi tử vong.

Triệu chứng: 48 giờ ủ bệnh, sốt 39-39⁰5C

trong 24 giờ. Mệt, đau nhức toàn thân (lưng, chân), nhức đầu, sợ ánh sáng, nhức sau nhãn cầu, rất cổ, nóng sau xương ức, ho không đờm, sổ mũi. Sau đó biểu hiện các bệnh đường hô hấp, ho nặng hơn có đờm. Da mặt nóng bừng. Amidan, thành họng phía sau đỏ, không có dịch rỉ. Mắt ứ đọng, kết mạc đỏ. Trẻ con nôn, mửa 2-3 ngày sau giảm dần, đổ mồ hôi, mệt mỏi kéo dài cả tuần.

Bệnh nặng do biến chứng viêm phế quản xuất huyết, viêm phổi xảy ra 48 giờ sau khi phát bệnh (nếu thấy khó thở, tím tái, ho ra máu, tiếng ran, tăng nhiệt độ lần 2, ho tăng dần dần có máu mủ). Viêm não, viêm cơ tim, có thể xảy ra.

Chẩn đoán phân biệt, đặc biệt với bệnh sốt xuất huyết (Dengue).

Điều trị: *Amantadin, Rimantadin, Oseltamivir (Tamiflu)* dùng sớm trước 48 giờ khi xuất hiện triệu chứng có hữu ích. *Ribavirin* uống hoặc khí dung, trị triệu chứng là chính - *Aspirin* 500 mg hoặc *Paracetamol* 500mg cách 4 giờ lần - có thể dùng các thuốc phối hợp: hạ nhiệt, giảm đau, chống nghẹt mũi, ho: *Decolgen, Tiffy, Calmezine, Panadol, Effergal Codein, Coquelusedal* (viên đặt). Trẻ con dùng *Babymol* hoặc *Algotropyl* hoặc *Effergal* đặt hậu môn. Thuốc nhỏ mũi: *Naphazolin, Oxomemazin*. Nếu có biến chứng cần dùng kháng sinh (*Amoxicillin, Ampicillin, Cephalosporin...*). Xông (như cảm lạnh) tốt.

Các thuốc chống viêm, hạ nhiệt, giảm đau: xem mục 16/II.

Chú ý: Người bệnh cần được cách ly, đặc biệt với cúm - viêm phổi cấp, hết sức cảnh giácтип A H5N1, SARS phải được chữa trị khẩn trương ở bệnh viện.

15. HIV

Nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch và phá hủy hệ thần kinh trung ương ở người. Do retrovirus hội nhập vào trong DNA của tế bào vật chủ. Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) là hội chứng thứ phát do nhiễm HIV gây ra có tính đặc trưng nhiễm khuẩn cơ hội, các khối u ác tính, sự loạn năng thần kinh và một loạt hội chứng khác. HIV-1 và HIV-2 là nguyên nhân gây AIDS. Lây lan thường qua đường tình dục bừa bãi (không cao, chỉ xảy ra 1/200 lần tiếp xúc tình dục), tiêm chích do nghiện ma túy, mẹ sang con khi chữa đẻ (thường không bị nhiễm giai đoạn thai nhi), vật nhọn xuyên da, truyền máu...(đường máu là rõ rệt).

Triệu chứng: Trong 2-4 tuần sau khi nhiễm bệnh có hội chứng như chứng tăng bạch cầu đơn nhân cấp tính (HIV sơ phát): sốt, khó chịu, nổi ban, đau khớp. sưng hạch bạch huyết toàn thân. Mồ hôi đêm, ngứa, chàm, u mềm lan rộng. Viêm xoang dai dẳng. Sau 1-3 tháng là sự chuyển biến

của huyết thanh về mặt kháng thể đối với HIV. Sau đó biểu hiện biến mất, người bệnh trở thành người mang mầm bệnh không triệu chứng và dương tính về kháng thể (lymphô bào CD4+ giảm thấp). Trong giai đoạn này 95% số người bị nhiễm cảm thấy khoẻ mạnh và nghĩ rằng mình không bị nhiễm. Sau đó là sự trỗi dậy của virus trong 3-6 tháng, bệnh trầm trọng gây thương tổn cho hệ miễn dịch và não. Mức độ dễ mắc bệnh cơ hội tăng lên: candida ở thực quản, khí quản, phế quản, phổi, ỉa chảy, herpes gây loét da, viêm phổi, viêm phế quản, viêm thực quản, saccôm Kaposi, u bạch huyết, viêm não, màng não (Toxoplasma), u lymphô. Các triệu chứng thần kinh là biểu hiện đầu tiên của AIDS: viêm màng não, bệnh thần kinh ngoại vi, yếu đuối, dị cảm, co giật, suy yếu vận động, sa sút trí tuệ, nhiễm khuẩn, khối u tân sinh, biến chứng mạch, bệnh thần kinh. Nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương: nhức đầu, ngủ lịm, co giật, viêm não bán cấp, hôn mê và tử vong.

Điều trị: *ZDU (Zidovudin)* và *AZT (Azidothymidin)* có thể sống thêm được khoảng 5 năm. Tuy thế, những bệnh cơ hội vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong cho 95% bệnh nhân AIDS. *DDI (Didanosin)* có kém hơn *ZDU* nhưng tác dụng tương tự *ZDU* trong việc làm chậm tiến trình của bệnh. Người có số đếm CD4+ dưới 500/ μ l nên dùng

ZDU vì họ rất dễ tiến thành AIDS. Độc hại của *ZDU* là gây thiếu máu và giảm lượng bạch cầu hạt, *DDI* chủ yếu ở bệnh thần kinh ngoại vi và viêm tụy - *DDC* (*Dideoxycytidin*) có độc tính giống *DDI* nhưng không gây viêm tụy. Nên phối hợp *ZDU*, *DDI* và *DDC*.

Thuốc khác: *Barloperentin*, *Nevirapin*, *Zalcitabin*, *Nelfinavir*. Thuốc sắp có trên thị trường: *T20*, *S1360* có nhiều triển vọng.

Chữa bệnh cơ hội là quan trọng: viêm phổi dùng *Co-Trimoxazol*, *Pentamidin*. Bệnh candida dùng *Nystatin*, *Clotrimazol*, *Amphoterecin B*. Bệnh gây viêm não - màng não: *Amphoterecin B*, *Flucytosin*. Ỉa chảy dùng *Spiramycin*. Với virus *Gancyclovir*. Với Herpes: *Acyclovir*, *Vidarabin*. U lymphô: *Corticoid*, *Methotrexat*. Viêm não do toxoplasma: *Pyrimethamin+sulfadiazin*.

Ghi chú: SIDA hoặc AIDS = Syndrome d'immunodéficience acquise (hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải).

HIV = Human immunodeficiency virus (virus gây suy giảm miễn dịch ở người).

16. LÝ TRỰC KHUẨN (Shigella)

Là bệnh viêm đại tràng cấp do trực khuẩn gây ra, còn gọi là trùng, xích lỵ, lỵ nhiệt độc.

Triệu chứng: Ở trẻ nhỏ: bệnh đột ngột, sốt, bứt rứt, uể oải, biếng ăn, buồn nôn, mửa, đau

bụng, đau mót. Sau vài ngày phân có máu, mủ, chất nhày. Số lần đi ngoài: trên 20 lần/ngày, mất nước, giảm cân trầm trọng. Nếu không chữa kịp thời, trẻ có thể chết trong vòng 10 - 20 ngày.

Người lớn: ỉa chảy, không sốt, phân có máu và nhày, ít đau mót. Các đợt quặn đau rồi buồn đi ngoài khó kìm nổi, phân đặc lúc đầu. Tiếp là cơn đau càng tăng, ỉa chảy rõ hơn, phân mềm loãng có mủ nhày, có khi có máu, sa trực tràng gây nén phân làm đau mót khó chịu. Bệnh tự nhiên dần hết, nhẹ 3 - 6 ngày, nặng 3 - 6 tuần.

Sự mất nước và điện giải gây sốc và tử vong chủ yếu ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi và người suy yếu.

Bệnh *S.dysenteriae* gây mê sảng, co giật, hôn mê, ít ỉa chảy, có thể gây chết người trong vòng 12 - 24 giờ.

Biến chứng: loét nặng niêm mạc gây mất máu nghiêm trọng.

Biến chứng khác: thần kinh nhiễm độc, viêm khớp, viêm cơ tim, có khi thủng ruột, ở trẻ nhỏ gây hội chứng urê huyết, tan máu.

Ly trực khuẩn không trở thành mạn tính, không gây viêm kết tràng loét. Tuy nhiên có trường hợp bị viêm khớp nặng, hội chứng Reiter.

Điều trị: Bù nước và điện giải nhất là Kali. Cần truyền dịch đẳng trương muối, uống *oresol*.

Kháng sinh tốt nhất là *Co-Trimoxazol*, *Ampicillin*, *Tetracyclin* có thể đã bị kháng.

Người lớn dùng *Norfloxacin* 400 mg, uống 2 lần/ngày (hoặc *ciprofloxacin*). *Furazolidon* dùng cũng tốt. Có thể dùng *Berberin* 100mg/lần x 2 lần/ngày x 7- 10 ngày với *Loperamid* 2 viên chia 2 lần/ngày x 2 ngày. Tránh dùng thuốc chứa long não, thuốc phiện.

Thuốc tốt nhất hiện nay: *Ciflox* viên 500mg (0,5g) 1 viên, uống 2-3 viên/ngày, chia 2 lần x 5 ngày hoặc *Ceftriaxon* tiêm tĩnh mạch 50 mg/kg/ngày x 5 ngày hoặc *Negram* 1g/viên (*Acid Nalidixic*) uống 30 mg/kg/ngày x 5 ngày.

Điều trị hỗ trợ: *Vitamin B₁*, *vitamin C*. Nếu đau bụng nhiều có thể chườm nóng vùng bụng, uống *Alverin* (*Spasmaverin*), *Drotaverin* (*No-Spa*) hoặc tiêm *Atropin sulfat*.

Phòng bệnh: Cách ly người bệnh. Tẩy uế chất thải, dụng cụ, quần áo, buồng bệnh. Cắt khâu trung gian truyền bệnh: bảo quản thực phẩm tươi sống tốt, chống ruồi nhặng, không ăn rau sống, thực phẩm sống, uống nước lã. Cống rãnh, nước thải, phân rác xử lý tốt. Môi trường luôn giữ trong sạch. Đặc biệt chú ý nguồn nước: sạch, không ô nhiễm.

Vaccin phòng cả 3 loại *Shigella Dysenteriae*, *Flexneri* và *Sonnei* đang được nghiên cứu có nhiều triển vọng trong thời gian tới.

17. NHIỄM KHUẨN HUYẾT

Vi khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn là tình

trạng xâm nhập vi khuẩn vào hệ tuần hoàn và nhiều cơ quan gây ra.

Triệu chứng: lạnh, run, sốt cao (trẻ sơ sinh, trẻ suy dinh dưỡng nặng hay bị hạ nhiệt độ). Triệu chứng dạ dày - ruột: đau vùng bụng, nôn mửa, ỉa chảy. Nếu sốc nhiễm khuẩn thì những dấu hiệu đầu tiên là da ẩm, hạ huyết áp, mất tỉnh táo, tăng bạch cầu non, suy tuần hoàn cấp, suy hô hấp, suy thận cấp, tim đập nhanh, thở nhanh, các chi lạnh tái, thâm tím. Sốt, ớn lạnh, lú lẫn, mất định hướng, tiểu tiện ít. Ngoại ban đỏ, xuất huyết, vàng da, nốt phỏng nước. Bạch cầu giảm (còn 20%), tiểu cầu giảm. Tiên lượng xấu, tử vong 26 - 90%, thường do không điều trị kịp thời nhất là do nhiễm độc acid lactic.

Điều trị: Cấy và xét nghiệm máu tìm vi khuẩn (chú ý người đã dùng kháng sinh trước đó). X-quang - Siêu âm. Tìm các ổ nhiễm khuẩn khu trú. Đánh giá huyết động - nước - điện giải. Xử trí nhanh tình trạng sốc.

Thuốc: truyền dịch *NaCl* 0,9%, máu (nếu cần), *Albumin*, *tinh bột*... (có khi 8 - 10 lít/vài giờ) - Hỗ trợ hô hấp.

Dùng kháng sinh sớm và liều cao như *Penicillin*, *Gentamycin*, *Chloramphenicol*, *Tobramycin*, *Cephalosporin*. Có thể thêm *Ticarcillin*, *Piperacillin*. Tiếp tục dùng kháng sinh nhiều ngày sau khi sốc đã hết (dựa vào kháng sinh đồ).

Thuốc tăng huyết áp và *Dopamin, Norepinephrin* phải được dùng đến. Chặn đứng sự xuất huyết bằng huyết tương tươi đông lạnh hoặc bằng tiểu cầu. Giám sát đông máu.

Phẫu thuật làm sạch ổ áp xe, cắt bỏ mô hư hỏng. Có thể dùng thêm thuốc lợi tiểu. *Glucocorticoid* không nên dùng vì không có lợi ích gì. Hạ nhiệt nếu sốt cao trên 38,5°C bằng *Paracetamol*. Chống co giật: *Seduxen* 5mg tiêm bắp. Nuôi dưỡng đầy đủ chất, nếu cần dùng Sonde (mũi - dạ dày).

Phòng bệnh: Nhiễm khuẩn huyết hầu hết là hậu quả của những nhiễm khuẩn các bộ phận nội tạng hoặc bên ngoài, là một tình trạng bệnh nguy hiểm. Vì vậy, tất cả những viêm nhiễm đều không được coi thường, phải được chữa trị kịp thời và triệt để, những vết thương dù là nhẹ nhất như cái dằm cũng phải xử lý và sát khuẩn thật kỹ.

18. NHIỄM KHUẨN HOẠI TỬ DƯỚI DA

Viêm niêm mạc hoại tử, viêm mô tế bào hoại tử.

Nhiễm khuẩn nặng gây hoại tử các mô, bao gồm các niêm mạc. Nếu nam giới bị bệnh này ở bộ phận sinh dục gọi là bệnh Fournier.

Triệu chứng: Lốp da trên đỏ, sưng, nóng, đau dần chuyển sang thâm tím, mọng nước, có tiếng xào xạo dưới da, hoại tử da. Nóng, sốt, nhiễm độc toàn thân, tim đập nhanh, suy sụp tâm thần, lú lẫn,

mê sảng. Giảm khối lượng nội mạch. Hạ HA. Tăng bạch cầu hạt, tăng glucose máu đặc trưng với người đái tháo gây nhiễm độc ceton.

Điều trị: X-quang có khí ở mô mềm nơi thương tổn. Chọc hút tìm vi khuẩn qua nuôi cấy.

Bệnh gây tử vong khoảng 30%. Tiên lượng xấu hơn nếu điều trị và chẩn đoán chậm, người già, có bệnh khác, phẫu thuật không đạt yêu cầu.

Thường dùng *Gentamycin* + *Clindamycin* hoặc *Cefoxitin*, *Cefotetan*, dịch truyền.

Cắt bỏ rộng phần mô hoại tử (sai lầm nếu cắt bỏ không đủ). Nếu cần, lặp lại phẫu thuật 1-2 ngày sau đó. Có khi phải cắt bỏ cả chi.

19. SALMONELLA KHÁC

Phức tạp hơn bệnh *Salmonella typhi*, xảy ra ở người do tiếp xúc trực tiếp hay gián tiếp với súc vật, thực phẩm chế biến, từ phân của chúng (thịt, sữa, trứng, sản phẩm trứng là nguồn gây bệnh phổ biến). Những người cắt bỏ gần hết dạ dày, thiếu toan dịch vị, thiếu máu tế bào hình liềm, cắt lách, sốt dai dẳng do chấy rận, sốt rét, xơ gan, bệnh bạch cầu, u bạch huyết, HIV... dễ nhiễm *Salmonella*.

Triệu chứng: Viêm dạ dày ruột, sốt thương hàn, hội chứng vi khuẩn huyết, bệnh khu trú ổ.

Với dạ dày ruột: sau 12 - 48 giờ: đau bụng, buồn nôn, ỉa chảy, mửa, sốt, phân nhão, nhờn, có máu.

Sốt thương hàn (xem mục 11/V).

Vi khuẩn huyết (xem nhiễm khuẩn huyết mục 17/V).

Bệnh khu trú: ở gan, mật, ruột thừa, màng ngoài tim, màng não, phổi, khớp, xương, sinh dục tiết niệu, mô mềm, v.v. gây áp xe và là nguồn gốc gây vi khuẩn huyết.

Điều trị: Xét nghiệm phân

Phòng ngừa là chính. Ngăn chặn nguồn gây bệnh qua ăn uống, cho người và súc vật gây ra là rất quan trọng. Nấu chín, vô khuẩn, tiệt khuẩn, sản xuất và bảo quản các thực phẩm, đồ uống, dược phẩm, v.v. đúng cách. Kiểm soát, kiểm nghiệm chặt chẽ. Kiểm tra mẫu phân mới thải, tìm *Salmonella*.

Thuốc: Kháng sinh: *Ampicillin*, *Amoxicillin*, *Ciprofloxacin*.

Áp xe cần phẫu thuật + kháng sinh.

Người mang mầm bệnh: *Ciprofloxacin* 500mg uống 1 tháng liên, sau đó nuôi cấy mẫu phân để chứng minh đã sạch *Salmonella* chưa.

Phòng bệnh: xem thêm mục 11/V.

20. VIÊM HẠCH BẠCH HUYẾT

Triệu chứng: Hạch bạch huyết sưng to, thâm nhiễm của bạch cầu, đau nhức. Trường hợp nhiễm khuẩn thì lớp da bên trên bị viêm, đôi khi viêm mô tế bào, áp xe.

Điều trị: Tùy nguyên nhân mà dùng thuốc.

Chườm nóng và thấm ướt làm giảm triệu chứng đau - sưng đau của hạch giảm đi, đôi khi còn hạch cứng.

Nếu áp xe thì rạch mủ và làm sạch mủ.

Dùng kháng sinh và trị phù nề như viêm mô tế bào và các thuốc chống viêm, giảm đau như *aspirin* hoặc một số *AINS* khác.

Xem thêm mục 17/II (Thuốc giảm đau chống viêm AINS).

21. VIÊM MẠCH BẠCH HUYẾT CẤP

Triệu chứng: Thường ở dưới da do liên cầu khuẩn tạo mủ. Tổn thương màu đỏ, nóng, không đều, nhạy cảm khi sờ nắn, nổi lên ở chi, lan ra từ chung quanh vết tổn thương đến hạch bạch huyết, hạch sưng to. Sốt, rét run, tim đập nhanh, nhức đầu có biểu hiện báo trước nhiễm khuẩn. Tăng bạch cầu.

Điều trị: Có thể có vi khuẩn huyết. Hiếm viêm mô tế bào tạo mủ, lở loét, hoại tử. Dùng liệu pháp kháng sinh như viêm mô tế bào (mục 22/V). Phải dùng kháng sinh liều cao và khẩn trương nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết.

Xem thêm mục 17/II (Thuốc giảm đau chống viêm AINS).

22. VIÊM MÔ TẾ BÀO

Viêm nhiễm cấp tính khuếch tán, lan rộng trong mô cứng (không ăn sâu), sung huyết,

nhiễm bạch cầu, phù nề không mưng mủ hay hoại tử tế bào.

Triệu chứng: Thường gặp ở da, dưới da, cũng có thể ở vùng sâu, các chi dưới (chấn thương da, lở loét, nấm da, viêm da, phù nề, phù bạch huyết). Da nóng đỏ, sưng phù, bề mặt thâm nhiễm như da quả cam, có các đốm xuất huyết, bầm máu, có thể có bọt nước, nang nhỏ nổi lên vỡ đi.

Toàn thân có thể: sốt, tim đập nhanh, nhức đầu, hạ huyết áp, mê sảng. Thường có tăng bạch cầu.

Tiên lượng: có thể áp xe tại chỗ (rạch, làm sạch mủ). Hiếm biến chứng nhiễm khuẩn gây hoại tử nặng.

Điều trị: Viêm do liên cầu khuẩn: *Penicillin V* 250mg x 4 lần/ngày hoặc *Benzathin Penicillin* 1,2 triệu đvqt, tiêm bắp, nặng thì dùng *Penicillin G* truyền tĩnh mạch. Nếu dị ứng *Penicillin* thì dùng *Erythromycin* hoặc *Clindamycin*.

Với *S.aureus* thì dùng *Dicloxacillin* hoặc *Oxacillin*, *Nafcillin*.

Vancomycin 1g tiêm tĩnh mạch, cách 12 giờ là tốt nhất. Nếu tái phát cần chữa trị đồng thời nấm da chân. Bất động và nâng cao vùng bị viêm, giảm sưng phù, băng ướt và mát. Nếu có điều kiện thì nuôi cấy tìm vi khuẩn, đặc biệt với người giảm bạch cầu trung tính.

Có thể kết hợp dùng thuốc trị phù nề như

Serratiopeptidase hoặc *Alpha Chymotrypsin* và thuốc chống viêm, giảm đau như *Aspirin* hoặc *AINS* khác (mục 17/II).

23. ZONA

Bệnh nhiễm virus cấp ở hệ thần kinh trung ương, chủ yếu ở hạch cảnh lưng, đặc trưng là phát ban mụn nước và đau dây thần kinh tại các vùng bị chi phối bởi thần kinh cảm giác ngoại vi, xuất phát từ nơi hạch cảnh bị bệnh.

Triệu chứng: Tiền triệu chứng: lạnh, sốt, khó chịu, rối loạn dạ dày - ruột 3 - 4 ngày. Đến ngày thứ 4-5 nhiều vật mụn nước, bong nước trong, sau thành đục nếu bội nhiễm, có khi có máu. Đặc trưng hiện trên nền ban đỏ, theo sau sự phân bố trên da của một hay nhiều hạch cảnh. Vùng bị bệnh tăng cảm, đau nhức dữ dội. Vật ban thường trải dài theo khu vực của dây thần kinh, vị trí thường gặp là mặt, quanh mắt, liên sườn, chậu hông, tay, chân, thường chỉ ở một bên, sau 5 ngày ban bắt đầu khô, đóng vảy. Zona có thể lan toàn thân. Nếu bệnh lâu trên 2 tuần nên nghi ngờ một bệnh ác tính ngầm ngấm hay khiếm khuyết miễn dịch học. Bệnh nhân bình phục không để lại dấu vết trừ sẹo. Nhưng đau dây thần kinh còn dai dẳng nhiều tháng, có thể nhiều năm (nhất là người già). Zona gố (Hc Ramsay Hunt) do nhiều bệnh ở hạch gố. Đau tai, liệt mặt ở bên bị bệnh. Mụn nước ở ống tai ngoài,

loa tai, vòm miệng mềm, cột trước của họng. Zona mắt do nhiễm bệnh của hạch Gasser, mụn nước đau nhức ở vùng mắt của dây thần kinh số 5. Có thể liệt dây thần kinh số 3. Mụn nước ở chóp mũi, nhánh mũi mi của dây thần kinh số 5 và giác mạc, giác mạc có thể bị loét, đục và viêm móng mắt. Đau có thể như đau viêm ruột thừa, cơn sỏi thận, sỏi mật, viêm kết tràng, tùy vị trí dây thần kinh bị bệnh. Virus Zona ít gây tái phát.

Điều trị: Không có thuốc đặc trị.

Có thể dùng AINS như: *Aspirin*, *Effergal*, *Paracetamol* có *codein* để giảm đau.

Nếu cần, dùng với *Amitryptilin*.

Corticoid không có tác dụng.

Acyclovir có thể dùng để bôi, uống, tiêm sẽ đẩy nhanh lành bệnh.

Virustat (Moroxydin) cũng tốt.

Tại chỗ: dùng nước *Dalibour* để rửa và có thể bôi hồ nước (*Zn oxyd*), hồ *Brocq*, hồ kẽm *Rivanol* (không dùng thuốc mỡ) (tránh bội nhiễm).

Toàn thân: Dùng kháng *histamin* như *sirô Phenergan*, *chlopheniramin* hoặc *dimedrol*. Các vitamin *B₁*, *B₆*, *Diazepam* 5mg 1 viên/ngày x 5-7 ngày.

Bọng nước bội nhiễm: dùng dung dịch *Milian*, *Castellani*, *Eosin* bôi. Uống kháng *histamin* như trên. Kháng sinh: *Tetracyclin* 0,25mg 4-6 viên/ngày x 5-7 ngày hoặc *Doxycyclin* 100-200 mg/ngày 5-7 ngày.

VI. BỆNH RĂNG MIỆNG

1. ÁP XE QUANH CHÓP RĂNG (Áp xe ổ răng)

Một quá trình mưng mủ cấp hay mạn của vùng quanh chóp răng. Sâu răng gây nhiễm khuẩn răng, có thể do sâu chấn thương.

Triệu chứng: Đau âm ỉ, liên tục. Không thể cắn chặt răng vì đau. Nóng gây đau nhiều hơn. Chứa chậm gây viêm mô tế bào, phù nề mặt, sốt. Bệnh có thể lan ra mô xương, mô mềm của sàn miệng. Sưng cục bộ, rò nút răng hiện ra ở cuống răng. Mủ vào miệng gây ra vị đắng. Áp xe mạn thường ít dấu hiệu. Lan chậm chậm nhưng sẽ dần tạo nên u nang quanh chóp răng và nhiễm khuẩn. Vi khuẩn có thể lan ra vào máu, não, cấu trúc cổ, ngực.

Điều trị: Nhổ răng hoặc chữa chân răng. Tạo lỗ hở xuyên thân răng dẫn lưu khi chưa nhổ hay chữa. Sốt thì dùng *Penicillin V* hoặc *G* 250-500mg cách 6 giờ (*Erythromycin*, *Tetracyclin* cũng được). *Spiramycin* + *Metronidazol* (*Rodogyl*) có hiệu quả rõ rệt. Uống *AINS* (*Aspirin*) hoặc *Paracetamol* để giảm đau. Nếu còn bảo tồn được thì xử lý tiếp.

Đề phòng các bệnh hư quanh răng, viêm, nha chu viêm: dùng *Insadol* hoặc *Thymodol*.

2. BỆNH NHA CHU

Viêm và thoái hoá các mô bọc quanh và chống đỡ răng như nướu, xương, ổ răng, dây chằng nha chu và xương răng. Các bệnh đái tháo đường, scorbut, bệnh bạch cầu, tăng năng cận giáp, loãng xương làm nặng thêm.

2.1. Viêm nướu

Đặc trưng là sưng, đỏ, loét, loét hoại tử, thay đổi hình dạng của nướu, rỉ dịch lỏng, chảy máu. Có viêm nướu đơn thuần, đái tháo đường, do mang thai, tróc vảy (đỏ, đau, chảy máu), bệnh bạch cầu, do thuốc, do thiếu vitamin, viêm quanh thân răng, áp xe nướu (áp xe lợi, chảy mủ).

Viêm lợi (nướu) có thể lan ra miệng (niêm mạc) gọi là viêm lợi - miệng hoặc viêm miệng hoặc tiến triển thành viêm nha chu.

Cạo bỏ cao răng thường xuyên. Điều trị tại chỗ và toàn thân. Phục hồi răng. Viêm bội nhiễm cần dùng kháng sinh hoặc *Rodogyl*. (Xem thêm viêm miệng).

2.2. Viêm nướu loét hoại tử cấp (Bệnh Vincent)

Một bệnh không lây, do trực khuẩn hình thoi

và một xoắn khuẩn gây ra, bắt đầu ở các nhú kẽ răng và có thể ảnh hưởng đến nướu rìa và nướu gần qua sự lan rộng trực tiếp.

Đột ngột, khó ở, có nhiễm khuẩn thứ phát thì sốt. Đau, chảy máu, tiết nhiều nước bọt, hơi thở hôi, có một hình dạng như đục lỗ (đốm loét) màng xám phủ bọc, chảy máu khi dè nhẹ. Nuốt đau, nói chuyện cũng đau, có hạch bạch huyết vùng. Đôi khi thương tổn xuất hiện ở amidan, họng, phế quản, trực tràng, âm đạo.

Làm sạch thương tổn nhẹ nhàng, kỹ, vệ sinh răng miệng, dinh dưỡng tốt, uống nhiều nước. Xúc miệng nước oxy già 1,5%. Uống thuốc giảm đau: *AINS, Paracetamol*.

Có sốt nên dùng kháng sinh (*Penicillin, Erythromycin, Tetracyclin*) cách 6 giờ hoặc *Spiramycin + Metronidazol (Rodogyl)*.

Trường hợp cam tẩu mã là biến chứng nặng nhất, phải dùng kháng sinh liều cao khẩn trương, tưới rửa nhiều lần bằng nước *NaCl* 0,9% (loại tổ chức hoại tử), bôi *xanh methylen*.

2.3. Viêm nha chu (Viêm quanh chân răng chảy mủ)

Viêm nướu tiến triển đến mức bắt đầu mất đi phần xương chống đỡ có thể tại chỗ và yếu tố toàn thân.

Triệu chứng: Như viêm nướu, túi nướu ở

giữa nướu và răng sâu dần, cận sỏi lớn dần, nướu không còn bám vào răng và sự mất xương bắt đầu. Vi sinh phát triển. X-quang thấy rõ. Răng lung lay, co nướu sau khi mất xương dần, thường không đau trừ khi nhiễm cấp.

Điều trị: Xem viêm nướu (dùng thuốc phòng và chống viêm *Insadol*, *Thymodol* có tác dụng tốt).

3. ĐAU RĂNG CẤP

3.1. Viêm tủy cấp

Thủ tủy còn sống. Gõ không đau. Có lỗ sâu hoặc lỗ hàn cũ, tổn thương sang chấn.

Điều trị: Lấy tủy.

3.2. Viêm tủy cấp có phản ứng quanh cuống

Gõ đau, X-quang có tổn thương, có lỗ sâu, sang chấn.

Điều trị: Lấy tủy.

3.3. Áp xe cuống răng

Tủy chết. Đau nhức dữ dội. Gõ đau. Sưng lợi tương ứng với vùng cuống răng áp xe. Ấn đau. Răng có thể lung lay. X-quang tiêu xương quanh cuống.

Điều trị: Lấy sạch mủ. Làm trống tủy. Dẫn lưu mủ. Tiếp tục chữa trị nhiều lần nữa. Cần dùng kháng sinh.

3.4. Viêm quanh cuống cấp

Đau liên tục, chạm gõ, nén, nhai, ăn đau. Đau cứ tăng dần. Dùng thuốc giảm đau có thể giảm đau, sau đó lại đau. Răng lung lay.

Điều trị: Lung lay nhiều: nhổ. Có thể bảo tồn: Xử lý tuỷ. Kháng sinh toàn thân.

Kháng sinh: Xem các mục trên.

4. MỤC RĂNG

Suy thoái, mục rã dần cấu trúc răng gây ra bởi vi khuẩn, cuối cùng ảnh hưởng đến tuỷ răng. Một bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất về bệnh răng.

Triệu chứng: Người bệnh không biết sâu răng đang diễn ra cho đến khi thấy tổn thương: nhạy cảm với nóng lạnh, vạt sẫm đen ở răng, men răng, ngà răng hoá mềm. X-quang phân biệt rõ.

Điều trị: Cấu trúc răng bị phá hủy không thể tái sinh. Tìm tác nhân gây mục răng: xét nghiệm, đo số đơn vị cấu tạo khuẩn lạc (CFU) *S.mutans* và *lactobacillus acidophilus*.

Dùng *fluorid* tại chỗ, súc miệng bằng *chlorhexidin*.

Nếu chưa đủ fluor phải có cách dùng thêm (uống), súc miệng hàng ngày dung dịch fluor cũng tốt. Nếu biết hay bị sâu răng nên dùng keo fluor trong 5 phút/ngày.

Cao răng, thức ăn phải lấy đi. Dùng nhựa

BIS - GMA bịt kín các hố rãnh ở men răng phòng ngừa sâu răng.

Vệ sinh răng miệng tốt, không nên ăn đường, kẹo vào buổi tối (trẻ nhỏ).

5. VIÊM LƯỖI

Viêm cấp tính hay mạn tính ở lưỡi. Có thể do tại chỗ hay toàn thân.

Triệu chứng: Rất khó chẩn đoán. Đầu lưỡi, bìa lưỡi đỏ có thể do bệnh pellagre, kích thích do hút nhiều thuốc lá; lưỡi trắng nhạt do thiếu máu, thiếu sắt; vết loét đau herpes, aptơ, lao phổi; đốm trắng do candida; vết trợt loang do lưỡi loang; lưỡi trợt, phẳng nhẵn bóng do bệnh liken phẳng teo, viêm lưỡi cấp nặng do nhiễm khuẩn tại chỗ (ấn đau, sưng, không nhai nuốt được, gây nghẹn khí đạo, ngạt thở); đau lưỡi, nóng lưỡi.

Nói chung phải xem xét cụ thể từng trường hợp.

Điều trị: Tìm bệnh gốc. Giữ sạch lưỡi. Ăn lỏng, nguội. Không dùng các chất kích thích.

Nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh (*Rodogyl* cũng tốt).

Xúc miệng *Listerin* hoặc *Lidocain* giảm đau.

Uống thuốc giảm đau: *AINS*, *Paracetamol*.

Cần thì phải dùng *corticoid* tại chỗ và toàn thân (loại trừ virus trước khi dùng).

Vitamin là cần thiết (*B₂*, *PP*, *Niacin*...).

6. VIÊM MIỆNG

Viêm ở miệng, thường là triệu chứng của một bệnh toàn thân.

Triệu chứng: Có thể do nhiễm khuẩn, chấn thương, các chất kích thích, sự tăng cảm, bệnh tự miễn dịch, thiếu vitamin, thiếu máu, thiếu sắt, mất bạch cầu hạt, bệnh bạch cầu.

Biểu hiện: Liken phẳng, ban đỏ đa dạng, hội chứng Behcet, pemphigut thường, cắn phải má, thở bằng miệng, răng lởm chớm, răng giả không vừa, viêm lan toả do rượu, thuốc lá, ăn nóng, do kem đánh răng, các thuốc gây nên.

Viêm miệng dị ứng (ngứa, khô, bong, ban đỏ, sáng bóng), viêm nướu hoại tử cấp tính (bệnh Vincent), bệnh da candida, viêm miệng màng giả, thương tổn niêm mạc đi đôi với bệnh toàn thân, hội chứng hạch bạch huyết ở niêm mạc (Kawasaki), viêm đa thần kinh bì.

Điều trị: Dựa vào dấu hiệu trên. Xét nghiệm. Tìm bệnh gốc. Vệ sinh răng miệng. Lấy cao răng.

Ví dụ: do candida thì dùng *Nystatin*, các *Imidazol*.

Nhiễm khuẩn: dùng *Penicillin*, uống *Rodogyl* hoặc *Rovamycin* + *Metronidazol*.

Loét gây đau, cản trở ăn uống: xúc miệng *Listerin* hoặc *Lidocain* 2% hoặc *Natri Bicarbonat* loãng. Hoặc nước oxy già 3% pha loãng với

Chlorthexidin 0,2%. Uống phối hợp *Polyvitamin* hoặc *Vitamin B₂, B₁, PP, Niacin*.

7. VIÊM MIỆNG APTƠ

Loét cấp, đau đớn ở niêm mạc miệng, hiện ra đơn độc hoặc thành nhóm (loét hoại thư).

Triệu chứng: Loét nhỏ, đường kính trên dưới 1cm, tồn tại nhiều ngày, nhiều tuần, tái diễn. Có khi có tới 10-15 ổ loét phủ kín bằng chất mờ đục hơi vàng. Nếu nặng, khó ở, sốt, hạch bạch huyết.

Điều trị: Dùng *Lidocain* 2% súc miệng cách 3 giờ. *Orabase* bột nhào bảo vệ răng, giảm kích thích. Ngậm 2 phút dung dịch *Tetracyclin* 250mg x 4 lần/ngày x 10 ngày. Dùng liệu pháp *corticoid* tại chỗ và toàn thân (nếu cần). Cần phân biệt với ban đỏ đa dạng ở miệng và viêm miệng do herpes. Nếu cần, dùng kháng sinh toàn thân. Các *vitamin* đặc biệt B₂, PP.

8. VIÊM TUYẾT RĂNG

Viêm tủy răng (có mạch máu, thần kinh và mô liên kết) và các mô quanh răng kế cận, gây ra nhức răng. Thường do nhiễm khuẩn.

Triệu chứng: Đau nhức buốt từng hồi, dữ dội, hay liên tục (đau hơn, đau vì ngà răng) gõ đau, có thể sốt nhẹ, nổi hạch sưng.

Điều trị: Làm sạch hốc răng, lấy mảnh vụn,

trám tạm bằng xi măng *eugenol oxyd kềm*, để giảm đau tạm thời. Mô tuỷ nhiễm khuẩn phải lấy đi càng sớm càng tốt. Chữa trị chân răng hoặc phải nhổ đi nếu không thể bảo tồn.

Thuốc: giảm đau: các thuốc *AINS* hoặc *Paracetamol* 500mg x 3 viên/ngày. *Effergal* *codein* càng tốt. Kháng sinh *Amoxicillin* hoặc *Ampicillin* hoặc *Rodogyl*.

Lưu ý: Cần hết sức thận trọng trước các biểu hiện viêm miệng - hàm mặt vì có nhiều yếu tố và nguyên nhân, đòi hỏi xử lý đúng, cấp, khẩn trương vì ngoài sự đau đớn, bệnh gây ra những biến chứng nặng như nhiễm khuẩn máu, viêm tắc tĩnh mạch, các cơ quan (tim, phổi) có thể gây tử vong.

VII. CÁC BỆNH PHỔI

1. GIÃN PHẾ QUẢN

Giãn rộng liên tục, vĩnh viễn không hồi phục của một hay nhiều phế quản theo tiêu điểm, có nhiễm khuẩn đi kèm. Rất hay mắc liên quan đến nhiều yếu tố khác nhau, cả bẩm sinh và/hoặc di truyền.

Triệu chứng: Khác nhau. Ho mạn có đờm dai dẳng vào buổi sáng và khi vừa ngủ dậy, chiều tối, khi đi ngủ. Lượng đờm có thể 500-1.000 ml/24 giờ. Bệnh mạn, đờm có 3 lớp: bọt, xanh đục ở giữa, đặc mủ ở lớp dưới, đôi khi có máu. Có biểu hiện đoản hơi, thiếu năng hô hấp, suy tim phải. Có thể tiếng khác lạ khi nghe phổi, đôi khi ngón tay dùi trống. Có thể sốt cao kéo dài do nhiễm khuẩn.

Điều trị: X-quang. Xét nghiệm. Ngăn ngừa nhiễm khuẩn.

Thuốc: Kháng sinh, giãn phế quản, *ampicillin*, *Tetracyclin*, *Co-Trimoxazol* thường hay bị nhờn. Nên dùng *Amoxicillin* liều cao (3g/ngày) hoặc dùng *Erythromycin*, *Augmentin* hoặc *Ofloxacin* x 5-7 ngày hoặc *Cefuroxim* 1,5-3 g/ngày.

Giãn phế quản: *Salbutamol, Theophylin*.

Không dùng thuốc an thần và trị ho (*Opiat*).

Các chất kháng *Beta 2, Theophylin, Corticosteroid* có thể hữu hiệu. Thở oxy nếu cần thiết (không nên đặt nội khí quản, ống thông vì làm mất khả năng ho).

Long đờm: *N-acetylcystein, Terpin, Benzoal*. Thuốc cầm máu: *Hypanthyl, Morphin*.

Nếu cần, dùng *Penicillin* 1 - 2 triệu đv/ngày (tiêm bắp thịt). Rửa phế quản bằng *NaCl* 0,9% sau khi đặt ống Metras và hút dịch phế quản hoặc dẫn lưu mủ.

Phòng bệnh: Giãn phế quản là một trong những bệnh phổi (chức năng và cấu trúc phổi) gây nên bệnh tim phổi mạn. Điều trị sớm nếu có nhiễm khuẩn, TMH, RHM, tránh tiếp xúc với nhiều bụi, chất độc hại, rèn luyện thân thể (thở). Sặc dị vật phải khẩn trương lấy ra. Nếu cần, có một đợt kháng sinh 10 ngày trước mùa lạnh.

2. BỆNH HEN

Đặc trưng: Cơn khó thở gây nên do các yếu tố khác nhau, do vận động, triệu chứng tắc nghẽn có phục hồi của đường hô hấp (không phục hồi hoàn toàn ở một số bệnh nhân) một cách tự nhiên hay nhờ trị liệu, viêm đường hô hấp, tăng tính phản ứng của đường hô hấp đối với nhiều loại kích thích. Trước đây cho rằng, hen là do co thắt phế quản, nay đã biết rằng hen là bệnh lý viêm mạn

tính niêm mạc đường thở khiến cho người bệnh khó thở, tức ngực về đêm.

Triệu chứng: Xuất hiện đột ngột, thường về đêm. Lúc đầu có giảm sút nhỏ luồng hơi thở ra gắng sức ở giữa khoảng 25 - 75% của dung tích sống (FEP 25 - 75%). Bệnh càng tiến triển thì dung tích sống gắng sức và thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên dần dần giảm xuống, sự nhốt không khí kèm theo gia tăng thể tích cặn dư gây nên căng phình quá mức của phổi. Các triệu chứng của mỗi người bệnh khác nhau về tần suất, mức độ. Ở trẻ em, tiên triệu là ngứa trước cổ hay phía trên ngực, ho khan về đêm và khi vận động. Một cơn hen gay gắt: xuất hiện đột ngột, thường về đêm, ngứa mũi, hắt hơi, chảy nước mắt nước mũi, ho từng cơn, bồn chồn, sau đó khò khè ho, thở đoản biểu hiện của sự suy hô hấp, thắt ngực, nặng ngực. Khó thở ở thì thở ra, xuất hiện rất nhanh. Có thể tím tái. Thở rít kéo dài. Cơn kéo dài vài giờ đến vài ngày. Ho thường không có chất nhớt. Khám thực thể, suy hô hấp nguy kịch tùy theo nặng nhẹ, thở nhanh, nhịp tim nhanh, khò khè nghe rõ. Đến giai đoạn viêm long báo hiệu sắp hết cơn. Khạc nhỏ khó khăn, ra ít đờm đặc quánh có những hạt nhỏ như hạt trai. Đồ mồ hôi, mất nước ở phổi, thích ngồi thẳng, chồm về trước, lo lắng chống chọi cho đủ hơi. Ngực căng phình do không khí bị nhốt bên trong.

Tiếng ran, không có tiếng lép bép (trừ viêm phổi xẹp phổi, mất bù tim), nếu nặng không nói được. Một lả, kiệt sức, hạ huyết áp, xanh tím, lú lẫn, lịm ngủ. Một bệnh nhân mà không nghe thấy tiếng ngực có thể là nặng hơn là có tiếng khò khè, có thể bị tắc khí đạo phạm vi lớn. Hen nặng lâu, từ bé có thể gây căng phình lồng ngực "ngực vuông", oằn cong xương ức phía trước, cơ hoành bị đè xuống.

Cơ tái phát tùy theo chu kỳ riêng từng người bệnh, tùy thuộc vào việc tiếp xúc với dị nguyên và yếu tố khác, mà phân ra 4 típ theo tần xuất các cơn.

Người ta phân thành 2 nhóm hen:

- Hen dị ứng (hen ngoại biên) do tiếp xúc với một chất gây mẫn cảm.

- Hen nội tại.

Điều trị: Nguyên tắc điều trị là phòng cơn hen (bệnh hen): giải mẫn cảm và cắt dị nguyên, phòng bằng thuốc (*Zatiden*) và một số nguyên nhân khác.

Cắt cơn hen: chống viêm và tiết dịch, chống co thắt phế quản, giải mẫn cảm của niêm mạc phế quản.

2.1. Hen nội tại

Đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh: thuốc giãn phế quản, tăng liều dần dần, theo dõi

kỹ, nếu không xông hít được thì dùng thuốc ngoài đường tiêu hoá.

+ Thuốc tác nhân tăng tiết adrenalin beta: giãn cơ trơn phế quản *Metaproterenol*, *Terbutalin*, *Isoetharin*, *Albuterol*, *Bitolterol*, *Pirbuterol*, *Epinephrin*, *Isoproterenol*, *Salbutamol*.

+ *Theophylin* giãn cơ trơn phế quản. Người lớn 0,8 - 1,8g/ngày. Con cấp có thể dùng *Theophylin* tiêm tĩnh mạch 5ml dung dịch 4,8% (*aminophylin*, *diaphylin*). Với *theophylin SR* (*Sustained - release*) rất hữu hiệu về đêm.

+ Các *corticosteroid*: ức chế phản ứng dị ứng (giai đoạn sau không phải phản ứng lúc đầu) dưới dạng khí dung ngắn hạn, liều cao.

+ *Cromoglycal sodium*: dự phòng, dùng trong duy trì, không dùng cơn cấp, thuốc này an toàn nhất.

+ Tác nhân kháng tiết cholin: *atropin* và dẫn xuất.

Với cơn cấp: *Albuterol* 5% khí dung hoặc *Epinephrin* 1p1000, 0,01ml/kg tiêm da hoặc *Terbutalin* càng tốt. Nếu ít đáp ứng thì dùng *Theophylin* (*Aminophylin* tiêm tĩnh mạch). Thở oxy (nếu giai đoạn III). Dùng *corticosteroid* ở giai đoạn II cũng hữu ích. Nếu giai đoạn III, dùng *Aminophylin* không giảm thì dùng *corticosteroid* tiêm tĩnh mạch (hoặc *hydrocortison*), nếu không đáp ứng với liều mạnh của giãn phế quản và chống viêm thì cần đặt nội khí quản, hỗ trợ hô

hấp. Hiện nay, công thức điều trị ưa dùng và có hiệu quả: thuốc điều trị dự phòng chống viêm bằng *corticoid* khí dung (ICS) + thuốc cắt cơn kích thích beta 2 tác dụng ngắn (SABA), xịt 6 lần/ngày, thuốc kiểm soát triệu chứng hen (LABA) kích thích beta 2 tác dụng dài, xịt 2 lần/ngày.

Dự phòng tốt hiện nay là bình xịt "2 trong 1" có nghĩa là bình xịt có 1 thuốc *corticoid* và 1 thuốc giãn phế quản kéo dài đó là *Seretide* và *Symbicort* (hoặc thuốc tương tự). *Seretide* có thể kiểm soát được cơn hen sau 10-15 ngày hít hay xịt, nếu hít, xịt 1-2 tháng có thể kiểm soát được 80% tần xuất cơn hen.

Nếu dùng *Seretide* phối hợp thuốc chống viêm-phù nề (dưới đây) trong thời gian xịt, hít sẽ tăng hiệu quả rõ rệt, kiểm soát được cơn hen tốt hơn (công thức phổ thông là: *Seretide* + *Serrapeptase* hoặc *Alpha Chymotrypsin* hoặc *Lysozym* 3 viên chia 3 lần/ngày).

Cân bằng dịch và điện giải, hạn chế dung dịch kiềm, theo dõi ABG (áp lực khí máu động mạch) và pH. Liệu pháp oxy luôn được chỉ định: qua mũi, mặt nạ Venturi. Đề phòng nhiễm khuẩn hô hấp kịch phát: thường là *Ampicillin*, nếu dị ứng thì dùng *Erythromycin*, *Tetracyclin*, *Ofloxacin*, *Co-Trimoxazol* (đờm vàng, xanh, nâu), phối hợp với thuốc chống viêm, phù nề (*Serratiopeptidase* hoặc *Chymotrypsin* hoặc *Lysozym*) có hiệu quả tốt. Đề phòng tràn khí màng phổi.

Có nên dùng kháng histamin không? Khuyến không nên dùng vì không có lợi ích gì mà còn có hại như làm keo dịch tiết và chống chỉ định khác... Nếu cần, có thể dùng *Loratadin*, *Astemizol*, *Terfenadin*... (không kháng tiết cholin).

Chống chỉ định: thuốc trị ho, đặc biệt các opiat, các thuốc an thần kinh dẫn xuất benzodiazepin (Seduxen...).

2.2. Hen dị ứng

Tránh dùng những chất đã biết gây hen (tôm, cua, phấn hoa, aspirin...), tức là tách biệt với các dị nguyên. Nếu do nghề nghiệp thì chuyển nghề. Dùng globulin miễn dịch chống dị ứng (*Allerglobulin*, *Veinoglobulin*).

Biến chứng: Suy hô hấp, tràn khí màng phổi nhiễm khuẩn phế quản, tổn thương nhu mô phổi. Biến dạng lồng ngực nếu hen từ bé. Biến chứng khác do dùng nhiều loại thuốc, đặc biệt corticoid. Suy hô hấp mạn dẫn tới suy tim gây phù, đái ít, gan to, bệnh nhân dễ bị tàn phế.

Lưu ý: vấn đề luyện tập dưỡng sinh rất quan trọng, đặc biệt là phương pháp thở dùng thuốc dự phòng, uống nước gừng và tắm nước nóng có gừng rất có lợi.

Cũng cần chú ý nguyên nhân khác gây cơn hen: u xơ tử cung, u nang buồng trứng, polip ruột, viêm gan, xơ gan, viêm đường mật, rối loạn nội

tiết (mãn kinh), rối loạn tâm thần, gắng sức, dùng thuốc (AINS, đặc biệt aspirin).

3. HO

3.1. Ho

Một động tác thở ra có tính bật phát, nhằm tống những vướng mắc ra khỏi khí đạo, một phản xạ quen thuộc nhưng phức tạp.

Triệu chứng: Đột ngột, có thể có sốt, đau ngực, khó thở, tiết dịch. Tìm xem có gì đổi khác, có ảnh hưởng yếu tố gì (lạnh, lúc nói, lúc ăn uống, thời điểm nào), có đờm hay không, khản tiếng, chóng mặt... không? Từ đó giúp tìm ra nguyên nhân, ví dụ: ho do thay đổi tư thế thì nghĩ đến áp xe phổi, lao hang, giãn phế quản, u; khi ăn mà ho: cơ chế nuốt, rò khí quản - thực quản; ho do trời lạnh: hen; ho buổi sáng khạc ra đờm: viêm phế quản... Tiếng ho cũng quan trọng. Tiếng lách rách của tiết dịch, ho khan không nhện được: viêm khí quản cấp; ho trầm: thần kinh thanh quản, v.v..

Sự khạc đờm: chủ đề của bệnh. Hình dạng, đặc loãng, màu sắc đặc tính (nhờn vàng, xanh, nâu đỏ, lợn cợn...).

Khám đờm: Đờm lấy ra kính, ép kính dầy đem soi: tế bào sừng, đại thực bào, tế bào mô. Nhuộm đờm cũng cho một số kết luận khác.

Điều trị: Tìm nguyên nhân mà dùng thuốc.

Phần lớn ho do viêm nhiễm (phối hợp kháng sinh).
Kháng sinh (*Amoxicillin* hoặc *Erythromycin*) + *Serratiopeptase* + *Ambroxol*.

+ Thuốc ho có tác dụng trung tâm: *Codein*, *Oxeladin*, các *opiat*, *Dextromethorphan*, *Noscapin*, *Chlorphedianol*, *levopropoxyphen*, *Hydrocodon*, *Methadon* (không dùng nếu suy hô hấp).

+ Thuốc ho có tác dụng ngoại vi, làm dịu: *cam thảo*, *glycerin*, *mật ong*, *sirô anh đào đại*. Gây tê cục bộ: *Benzonat*, *Tetracain*; khí dung tạo ẩm độ, xông: *NaCl*, *Benzoin*, *Eucalyptol*.

+ Thuốc long đờm: Một số *iodid*, *amoni chlorid*, *benzoat*.. (*Kali iodid*), *glycerin*, *sirô ipeca*, *guaifenesin*, *terpin*, *creosot*, *hành biển*.

+ Thuốc tiêu niêm dịch: *Acetylcystein*, *Bromhexin* (cẩn thận vì tác khí đạo).

+ Men phân hủy protein: *Dornoza* tuyến tụy (nếu đờm có mủ).

+ Thuốc kháng histamin: ít tác dụng lợi trị ho vì làm khô niêm mạc hô hấp, keo tiết dịch.

+ Thuốc tản máu: *phenylephrin*, thực ra không có ích lợi gì.

+ Thuốc giãn phế quản: *Ephedrin*, *Theophylin*. *Salbutamol* tốt nếu biến chứng co thắt phế quản.

+ Thuốc phối hợp: một kháng histamin, long đờm, tản máu, giãn phế quản, giảm sốt, có tác dụng trung tâm cũng không phải là ưu điểm lắm mà chỉ trị triệu chứng chung, không riêng một

bệnh ho, mà đôi khi còn tác dụng ngược lại. Có thể dùng *Hexapneumine*, *Tiffy*, *Decolsin*, *Tussifed*, *Tussinex*, *Tussipax*, *Eucalyptin le Brun*, *Paxeladin* - *Eprazinon* (*Mucitux*, *Molitoux*), *Maxcom*, *Recotus*.

Ho, nếu đã loại trừ được những nguyên nhân khác (ho do lao, do bệnh tim, do dùng thuốc ức chế men chuyển (ACE) trị tăng huyết áp, ho do hen suyễn, v.v..) mà chỉ là viêm nhiễm đường hô hấp, tai mũi họng gây nên kích ứng nên dùng phác đồ sau: Người lớn dùng *Serratiopeptidase* hoặc *Lysozym* hoặc *Alpha Chymotrypsin* 3 viên/ngày, chia 3 lần, *Prednisolon* 3 viên/ngày, chia 3 lần (sau khi ăn) cùng với một kháng sinh như *Amoxicilin*... có hiệu quả. *Eucalyptol* 3 viên/ngày (hoặc *Eucalyptyl le Brun*) cũng tốt với ho dai dẳng gây khó chịu. Trẻ em ho có nhiều nguyên nhân, chủ yếu do viêm nhiễm tai mũi họng, ngoài việc dùng kháng sinh thì dùng *Paxeladin* là có ích. *Theralène* dùng hạn chế.

3.2. Ho ra máu

Ho ra máu hay còn gọi là khạc huyết do một chỗ xuất huyết trong đường hô hấp.

Triệu chứng: Đờm có sọc máu do viêm chiếm 80 - 90% trường hợp. Thường là dấu hiệu của bệnh phổi, phế quản, một trường hợp cấp cứu thường gặp. Ra máu sau cơn ho hoặc vừa ho vừa ra máu. Có thể không ho, máu chảy thành dòng, tia vọt ra

là xuất huyết phổi (ở khí đạo dưới). Máu chảy ra ở khí đạo trên không gọi là ho ra máu.

Nguyên nhân: Có thể do lao phổi, áp xe phổi, ung thư phổi, dẫn phế quản, viêm khí phế quản, u lành nội phế quản, bệnh tim, tăng HA, v.v..

Buồn buồn ở họng, lợm giọng, nóng ở xương ức, lợc xọc trong ngực, sau cơn ho rũ rượi, máu trào ra miệng và mũi. Có thể đau ngực dữ dội, sốt. Máu đỏ tươi, sùi bọt - lượng máu có thể từ 5 - 10ml đến 500 - 600ml. Nếu khái huyết khối lượng lớn có thể tử vong (ví dụ: lao); do ngạt thở, sặc máu, trụy mạch do mất máu.

Điều trị: X-quang phổi - Xét nghiệm. Trước hết ngăn ngừa mất nhiều máu (cầm máu), ngạt thở, máu cục làm tắc gây xẹp phân thùy hoặc căng quá mức, xác định vị trí chảy máu, ngăn nhiễm khuẩn, chặn đường xuất huyết, giảm sợ hãi, lo âu với người bệnh.

Thuốc: *Morphin* 0,01g tiêm dưới da 1 ống/lần x 2 ống/ngày (lưu ý bệnh nhân suy hô hấp).

Nếu nôn nên phối hợp với *Atropin*.

Seduxen (diazepam) 5-10mg/ngày.

Các thuốc tiêm liệt hạch (*Aminazin*, *Chlorpromazin*, *Promethazin*...) nên dùng.

Các thuốc giảm ho: *codein*, *benzoat*.

Thuốc long đờm: *Mucomyst*, *Mucitux*. Các vitamin: *C*, *K*, *Rutin*.

Thuốc co mạch: *Hypanthin, Glanduitrin, Adrenoxyl*.

Thuốc làm đông máu: *Sistonal, vitamin K, Pectin, Tranexamic acid*.

Phòng ngừa lây lan áp dụng cho lao: *Isoniazid* và *Rifampicin*. Phải dùng *Penicillin* hoặc *Clindamycin* (áp xe). Nếu bất thường về đông máu; truyền máu, huyết tương, tiểu cầu, nếu thật cần thiết cho dùng *Chlorpomazin* hoặc *Haloperidol*. Thở oxy.

Không được dùng thuốc ngủ.

4. KHÓ THỞ - TỨC NGỰC

Khó thở là một triệu chứng: có thể do sinh lý (cố gắng thể lực) hụt hơi, do phổi, do tim, khó thở thể nằm, khó thở về đêm, do tuần hoàn (nhanch, sâu, cấp tính giai đoạn chót của xuất huyết), do hóa tính (nhiễm acid do đái tháo), từ trung tâm (tổn thương não do xuất huyết, do tâm lý).

Triệu chứng: Thở nhanh, nông, rối loạn nhịp thở, nếu nặng xanh tím, tím nhanh, có thể nhức đầu.

Điều trị: Trên cơ sở nguyên nhân mà điều trị, ví dụ khó thở thể nằm do hen thì phải dùng thuốc trị hen. Có thể do chấn thương, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, do bệnh lý tim mạch như nhồi máu phổi, phù phổi, hẹp van tim, rối loạn nhịp tim, do cơ quan hô hấp như đường dẫn khí, nhu mô phổi,

màng phổi - thành ngực, do bệnh lý thần kinh như viêm dạ dày, viêm rễ thần kinh, não, đốt sống cổ, ho ngộ độc... Cung cấp oxy. Cấp cứu.

Tức ngực: Đau thuộc hô hấp rất khó phân biệt. Cần khám, xét nghiệm. Đau do viêm màng phổi (càng nặng khi thở sâu hoặc ho, tránh thở sâu hoặc nín ho). Đau sinh ra ở thành ngực, đau ở những cấu trúc hô hấp khác... cần khám kỹ và tìm nguyên nhân.

Thuốc xoa ngực: *Vicks vaporub*, *Karval*, *Mentholatum Ointment*. Thuốc giãn phế quản: *Theophylin*, *Salbutamol*...

Có thể dùng các thuốc giảm đau: *paracetamol*, *Efferalgan codein*... hoặc một số thuốc AINS như *aspirin*.

(Xem thêm các mục trong VII)

5. SUY HÔ HẤP

Suy giảm trao đổi khí giữa không khí của môi trường chung quanh và luồng máu tuần hoàn. Do doạ sự sống do giảm áp suất thành phần oxy hít vào (PaO_2), sự giảm thông khí, sự khuyếch tán kém, sự thông khí/truyền dịch (V/Q) Vùng không ăn khớp, rẽ dòng xảy ra bên trong tim, hoà trộn thêm lượng máu tĩnh mạch bị mất bão hoà một cách bình thường. Liên quan đến nhiều kiểu tổn thương cấp tính ở phổi, phù phổi, suy hô hấp

nguy kịch và giảm oxy huyết. Gồm suy hô hấp cấp và mạn.

Triệu chứng:

a) Cấp: triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng của suy hô hấp không có giá trị chẩn đoán đặc thù, tùy thuộc vào sự đánh giá áp lực khí trong máu (ABGs) tức là PaO_2 , PaCO_2 và pH. Suy hô hấp nguy cấp người lớn (ADRS = Adult respiratory distress syndrome): khó thở, thở nhanh nông, co rút gian sườn và phần trên xương ức. Rối loạn nhịp thở. Da xanh tím hoặc có đốm màu và không giảm bớt khi được tiếp O_2 . Tiếng ran, khò khè hoặc bình thường. Rối loạn ý thức tiến triển nhanh. Sốt, lơ mơ, hôn mê.

b) Mạn: giống như cấp nhưng suy giảm một cách từ từ.

Điều trị: Là trường hợp cấp cứu. Xác định tức thời ABG và X-quang ngực. PaO_2 rất thấp, PaCO_2 bình thường hay thấp và pH tăng cao. Xem tim có suy không. Tiên lượng xấu, sống sót 50%. Đẩy hàm dưới xuống. Người nằm nghiêng. Loại bỏ dị vật nếu có. Duy trì oxy và chữa nguyên nhân gốc cấp ở phổi. Ngăn ngừa một lần, dinh dưỡng thiếu, nhiễm độc oxy, bội nhiễm, chấn thương khí áp, suy thận. Còn đang chẩn đoán, thiết yếu là phải chữa chứng giảm oxy huyết, đặt nội khí quản, theo dõi thể tích máu nội mạch là điều tối hệ trọng. Hút dịch đọng. Nếu công suất tim giảm cần

dùng *Dopamin*, *Dobutamin*. Nghi ngờ nhiễm khuẩn thì dùng kháng sinh (không chờ nuôi cấy). Chú ý dinh dưỡng qua đường tiêu hoá hoặc ngoài đường tiêu hoá. Corticoid không có lợi ích gì. Có thể dùng thuốc an thần, gây ngủ.

Xử trí một số trường hợp suy hô hấp: cơn hen (mục 2/V), viêm phế quản tắc nghẽn mạn, tắc khí đạo cấp... đưa cấp cứu bệnh viện.

Chống chỉ định các thuốc opiat (codein, morphin hoặc tương tự).

6. TẮC KHÍ ĐẠO MẠN

Có những bất thường lâm sàng đáng kể. Là một tăng cản trở đối với luồng hơi thở ra gắng sức.

Triệu chứng: Khó thở khi gắng sức, ho, thở khò khè, nhiễm khuẩn hô hấp tái phát: yếu đuối, giảm cân, không có hoạt động tình dục (có một số người không có ho và khó thở trước khi xuất hiện phù nề xanh tím). Ho khạc buổi sáng hoặc cơn ho kiệt sức. Có ít nhiều đờm, có mủ. Bệnh giống như hen khi có nhiễm khuẩn cấp hoặc chỉ khò khè nghe rõ khi nằm nghiêng. Để tránh lẫn: người bệnh hít vào thật sâu rồi thở dốc ra thật nhanh và sạch (thở ra dưới 4 giây). Những đặc thù chỉ thấy ở giai đoạn cuối của bệnh phổi tắc mạn (COPD): căng phình phổi, hơi thở kéo dài, cơ hoành bị nén ép, thở chụm môi, người khom khom, hai "khủy tay chai cứng" vì nhiều lần ở "tư thế ba chân". Thở

ngày càng suy giảm, tim nhanh, tiếng tim xa, giảm chuyển động cơ hoành không phải lúc nào cũng có. Ngực bệnh nhân tĩnh lặng. Thời kỳ cuối, người xanh tím do giảm oxy huyết.

Điều trị: X-quang ngực phổi. Chữa trị giảm triệu chứng như co thắt, suy kiệt, nhiễm khuẩn, tăng tiết phế quản, giảm oxy.

Thuốc: Kháng sinh *Co-Trimoxazol* hoặc *tetracyclin* hoặc *ampicillin*. Thuốc trị co thắt: *Ipratropium BrH* có công hiệu. *Theophylin* dùng phải đảm bảo lượng trong máu. *Corticoid* không có lợi ích gì trong tràn khí nhưng phải thử nghiệm để dứt khoát rằng tác khí đạo không phải do viêm phế quản và hen mạn gây ra. Bổ sung oxy ngày đêm (theo dõi đáp ứng áp lực khí trong máu) mà không kiểm chứng xem có bị giảm oxy huyết nặng hay không là một sai lầm. Ngừa suy tim là chữa giảm oxy huyết. Lợi tiểu là cần thiết, dùng thuốc chống trầm cảm nhưng tránh dùng thuốc an thần, thuốc ngủ.

Dùng thuốc giãn phế quản hít hoặc xịt. Không dùng thuốc long đờm, thuốc ho loại opiat. Chống chỉ định morphin, gardenal, diazepam và thuốc ức chế trung tâm hô hấp. Phẫu thuật nếu bệnh quá nặng.

7. TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI

Quá nhiều dịch ở khoang màng phổi giữa lá

tạng và lá thành. Màng phổi thường có 10-20ml dịch. Nếu tràn dịch lên tới hàng lít.

Triệu chứng: Đau, khó thở, có khi không có, qua X-quang hoặc khám thực thể mới thấy. Gõ đục, không có sờ rung, thở yếu hoặc không có. Thường có 3 giảm: tim bị đẩy, liên sườn giãn rộng, xương sườn nằm cao, lồng ngực dô cao. Tuy vậy cũng khó tìm nguyên nhân: 20% không rõ.

Cần chụp cắt lớp CT, siêu âm, chọc màng phổi để xem dịch, phân tích (hoá phản ứng Rivalta và tìm albumin, vi sinh, tế bào). Xem dịch thấm hay dịch rỉ. Cần phải sinh thiết màng và soi phế quản.

Dịch thấm màng phổi: do suy tim, tràn dịch cận cổ trưởng, do thầy thuốc (truyền dịch sai), phù nhiều nội tạng.

Dịch rỉ: Do bệnh nấm, tràn dịch cận viêm màng phổi, viêm mủ màng phổi. Nghẽn mạch phổi, khối u tân sinh, di căn, dạng thấp, áp xe dưới cơ hoành, do tuyến tụy, urê huyết, thuốc, tràn máu màng phổi, tràn cholesterol, nhũ trấp lồng ngực, xơ hoá màng phổi, vôi hoá màng phổi.

Điều trị: CT, siêu âm, sinh thiết, soi, xét nghiệm, chọc dò. Chọc hút (không lấy nhanh vì có thể tràn khí). Thuốc chống viêm và giảm phản ứng miễn dịch như: *corticoid*, *alpha chymotrypsin*, *kháng sinh* vào màng phổi. Tùy từng nguyên nhân mà dùng thuốc, ví dụ do lao (xem bệnh lao): mủ màng phổi dùng kháng sinh

liều cao ngoài đường tiêu hoá; u ác tính dùng thuốc trị ung thư (*mechlorethamin*); tràn máu thì dẫn lưu + men phân hủy fibrin, bơm talc nếu dịch tái phát nhanh.

Cần dùng các thuốc giảm đau như *Paracetamol*, an thần: *Seduxen*.

Chọc tháo dịch tuỳ theo tình trạng bệnh. Dày dính nhiều: phẫu thuật.

Lưu ý: tràn mủ màng phổi là dịch đục có mủ, do viêm nhiễm tại phổi hoặc ngoài phổi, mùi thối. Chia 3 giai đoạn: lan toả, dính, đóng kín.

Điều trị: Cân bằng nước, điện giải; dung dịch cao phân tử, vitamin. Kháng sinh thật sớm, liều thật cao, thường là *Penicillin*, *Cephalosporin*, *Metronidazol*, *Ciprofloxacin*, *Gentamycin*.

Rửa màng phổi bằng *NaCl* 0,9% đến khi dịch trong. Dùng các men tiêu *fibrin*: *Alpha Chymotrypsin*, *Hyalase*. Dẫn lưu kín. Phẫu thuật nếu cần thiết.

8. TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI

Không khí bên ngoài lọt vào khoang phổi, giữa thành và lá tạng của màng phổi. Có thể do chấn thương, biến chứng, sức căng, cảm ứng hoặc do điều trị.

Triệu chứng: Rất khác nhau, biểu hiện suy hô hấp và suy tuần hoàn cấp, từ rối loạn nhỏ đến khó thở, choáng váng, suy hô hấp, sốc tuần

hoàn. Đột ngột, đau nhói ngực, khó thở, ho khan, lan ra vai, ngang qua ngực trên bụng. Có 2 loại tràn khí: khu trú và tự do (hay toàn bộ). Tràn khí ít thì khó chẩn đoán, tràn khí lớn, căng: gõ có tiếng bong bong, mất sờ rung. Tiếng thở suy giảm hay biến mất. Giảm oxy huyết, tăng CO₂ huyết.

Điều trị: X-quang cho một vùng không khí, nếu tràn khí nhỏ lúc hít vào khó thấy nhưng rõ lúc thở ra trên X-quang. Phổi sáng, khoang liên sườn giãn rộng, nhu mô phổi co về rốn phổi, tim bị đẩy về bên đối diện. Chọc hút có khí ở khoang màng phổi.

Đặt ống dẫn lưu, van một chiều. Coi chừng phù phổi do tái giãn nở khi hết dịch.

Thuốc: *Tetracyclin* hoặc *Streptomycin* + 20ml *NaCl* 0,9% cho vào bên trong màng phổi. Có thể rút không khí bằng kim cỡ 19, qua bơm tiêm lớn một đầu 3 ngòi.

Thuốc khác: giảm đau: *Paracetamol*, an thần *Seduxen*. Điều trị nguyên nhân, ví dụ: lao (xem Lao phổi), áp xe (xem Áp xe phổi). Điều trị ngoại khoa nếu cần thiết.

9. UNG THƯ PHẾ QUẢN - PHỔI

Triệu chứng: Âm thầm, sốt, ho, đau ngực, hoặc ho có đờm máu như viêm phổi hoặc lao phổi, hoặc khi X-quang thấy có 1 đám đen mờ bất

thường. Có thể đau các khớp, đầu chi. Chỉ có xét nghiệm cận lâm sàng mới có giá trị quyết định.

Cần chẩn đoán phân biệt với lao phổi, viêm phổi cấp, u lành tính ở phổi, u tuyến phế quản, ung thư phổi thứ phát.

Điều trị: X-quang, CT, soi phế quản, sinh thiết, chọc hút, xét nghiệm máu. Phẫu thuật sớm.

Tia phóng xạ, liệu pháp hóa học hạn chế.

Vì vậy, tốt nhất là phối hợp: tia - mổ - tia, miễn dịch học interferon + tia, liệu pháp hóa học + interferon, mổ + miễn dịch.

Dùng *vitamin C* liều cao, kìm hãm phát triển mô ung thư, tăng cường đề kháng của cơ thể (cơ thể bị phản vệ khi tiêm mạch). Phối hợp với *vitamin A*.

Dùng *tam thất* cũng tốt: bổ dưỡng, sinh tạo huyết, tăng sức đề kháng của cơ thể.

10. VIÊM PHẾ QUẢN CẤP VÀ MẠN

Viêm cấp tính phế quản thường tự nhiên hết và lành bệnh. Nhưng dù là bệnh nhẹ cũng trở thành bệnh nặng với người suy yếu, người bệnh phổi, bệnh tim mạn. Biến chứng là viêm phổi, một bệnh nguy hiểm.

Triệu chứng: Hay xảy ra vào mùa đông, sổ mũi, mệt mỏi, ớn lạnh, sốt nhẹ, đau lưng, đau cơ, viêm họng. Ho là sự khởi phát, không đờm, sau đó có đờm nhớt và nhày mủ. Nhẹ: viêm họng đỏ, chảy

nước mũi. Nặng: viêm mũi mủ, viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa. Rồi triệu chứng biến đi, ho dai dẳng khiến nghĩ đến viêm phổi. Có thể khó thở do tắc nghẽn hô hấp, nhịp thở nhanh, môi tím tái, phổi có tiếng ran.

Điều trị: Nghỉ ngơi. Tiếp dịch qua miệng, dùng giảm đau, hạ nhiệt: *Aspirin* hoặc *Paracetamol* 500mg cách 4-6 giờ (người lớn), 10-15 mg/kg cách 4-6 giờ cho trẻ em.

Chữa triệu chứng ho (xem mục Ho). Kháng sinh, nếu có đờm, dai dẳng sốt, suy yếu. Dùng *Tetracylin* hoặc *Ampicillin*, *Amoxicillin*, *Erythromycin*, *Cephalexin* phối hợp với *Ambroxol*, *Serratopeptidase* uống hoặc tiêm tùy nặng nhẹ, *Co-Trimoxazol* cũng tốt. Thường dùng *corticoid* (*prednisolon*) + *alpha chrymotripsin* hoặc *Serratopeptidase* cùng với kháng sinh, nếu đã nhờn kháng sinh thông thường và bệnh dai dẳng (xem mục Ho). Xịt họng, hít sâu *Locabiotol* (*fusafungin*), uống *Exomuc*, ngậm *Strepsils*. Ngậm *Oropivalon*, uống *Salbutamol* hoặc *Theophylin* nếu cần thiết. Nếu viêm phổi cần khám sớm và dùng kháng sinh theo chỉ định.

Viêm phế quản mạn: Viêm mạn tính niêm mạc phế quản do tăng tiết, tăng phản ứng, dẫn đến nghẽn phế quản và rối loạn hô hấp. Nếu bệnh kéo dài trên 2 năm, mỗi năm 4-5 đợt, mỗi đợt 10-12 ngày, thường gây giãn phế quản, phế nang,

suy tim. Ho có đờm, khó thở khi gắng sức. Có thể tím tái và ngón tay dùi trống (tâm phế mạn). Thuốc dùng như trên (long đờm, chống phù nề bằng *corticoid*, *alpha chymotrypsin*, kháng sinh kể cả *Quinolon*), nếu có khó thở dùng *Theophylin* hoặc *Diaphylin*. Xông hít, khí dung họng hầu bằng kháng sinh + corticord nói chung có hiệu quả.

Phòng bệnh: Không hút thuốc - không uống rượu. Vận động thể dục trị liệu, khí công dưỡng sinh. Chú ý môi trường sống. Giải quyết dứt điểm những ô nhiễm khuẩn tai mũi họng, răng hàm mặt. Nếu tăng tiết dịch: dẫn lưu thể nằm, vỗ nhẹ lồng ngực ít nhất 30 phút/ngày.

11. VIÊM PHỔI

Nhiễm khuẩn cấp nhu mô phổi ở khoang phế nang và kẽ mô, có thể ở một thùy phổi (viêm phổi thùy), mỗi phần thùy (viêm phổi phân thùy), các phế nang ở gần phế quản (viêm phế quản phổi còn gọi là viêm phổi đốm), ở mô kẽ phổi (viêm phổi mô kẽ). (Qua X-quang nhận biết). Do tụ cầu, các vi khuẩn kỵ khí, trực khuẩn Gram (-) và virus. Có khi do dầu (xăng, dầu), chất nôn ứ đọng và do tia phóng xạ.

Triệu chứng: Viêm phế cầu khuẩn (*Staphylococcus pneumoniae*). Đột ngột lạnh run, sốt, đau ở vùng bị bệnh, có khi đau dữ dội, ho, khó thở, đờm. Trẻ nhỏ co rút lồng ngực, thở nhanh,

cánh mũi phập phồng, không uống được, tím tái. Thân nhiệt 38-40°C. Mạch nhanh. Ho có đờm nhày, quánh dính, có khi có máu. Buồn nôn, mửa, mệt mỏi, đau cơ. Sờ gõ có tiếng đục, rung thanh tăng, ran nổ, tiếng cọ (tràn dịch). Nhìn: có thể thấy lõm mép, gò má đỏ, giảm giãn nở lồng ngực bên có bệnh. Nước tiểu ít, sẫm màu.

Với trẻ em có các triệu chứng: sốt, ho, ngủ li bì khó đánh thức, co giật, không uống được, thở rít, co rút lồng ngực, thở nhanh và khô khè cùng với các dấu hiệu khác như tím tái, cánh mũi phập phồng, rối loạn tiêu hoá, suy dinh dưỡng. Đặc biệt chú ý 3 triệu chứng: ho, thở nhanh và co rút lồng ngực (thở vào cuối xương ức rút lõm vào).

Xác định thở nhanh như sau (tức là đếm nhịp thở của trẻ trong 1 phút):

- Trẻ dưới 2 tháng: 60 lần/phút trở lên.
- Trẻ 2 tháng - 12 tháng: 50 lần/phút trở lên.
- Trẻ 12 tháng - 5 tuổi: 40 lần/phút trở lên.

Nếu trẻ đã có 3 triệu chứng này, dứt khoát phải cấp cứu tại bệnh viện, việc dùng kháng sinh là tất yếu.

Nếu trẻ không thở nhanh, không co rút lồng ngực có nghĩa là không viêm phổi mà thể bệnh nhẹ hơn như cảm lạnh...

Tuy nhiên cũng có dấu hiệu lâm sàng không rõ ràng như không có sốt mà lại hạ nhiệt độ, ho ít, bỏ bú.

Tất cả trẻ dưới 2 tháng tuổi bị viêm phổi đều coi là nặng phải được điều trị tại bệnh viện.

Biến chứng: Tại phổi, xẹp thùy do đờm mủ, áp xe phổi, xơ hóa, tràn dịch, tràn mủ. Viêm màng ngoài tim, viêm khớp, viêm tai, ỉa chảy, vàng da và biến chứng thần kinh. Có thể trụy tim mạch hoặc suy tim.

Điều trị: Soi phế quản - X-quang - Xét nghiệm máu - Chọc dò nếu cần thiết.

Thuốc: *Penicillin G*, *Ampicillin*, *Cephalosporin*, *Erythromycin*, *Gentamycin*, *Biseptol*, *Clindamycin*, *Vancomycin*, *Chloramphenicol*. Thuốc dùng ngoài đường tiêu hoá là chính. Có khi dùng cao liều lượng, *Penicillin G* trung bình là 3-6 triệu đơn vị/ngày, tiêm bắp thịt 2-4 lần/ngày, có khi dùng tới hàng chục triệu đơn vị/ngày. Nên kết hợp dùng *Ampicillin* (với Gram âm) 1-2g/ngày uống hoặc tiêm. Dùng trong 2 tuần, đến khi hình ảnh X-quang bị xoá. Nếu không khả quan ngay từ mũi tiêm đầu nên làm kháng sinh đồ. Nếu suy hô hấp, trụy tim mạch cần dùng *corticoid*. *Ciprofloxacin* ít hiệu quả. Nghỉ ngơi. Uống nhiều nước. Dùng thuốc giảm đau. Thở oxy. Uống thuốc long đờm, giảm ho (trừ opi và cùng họ). Không dùng thuốc an thần. Truyền dịch nếu cần.

+ Viêm phổi tụ cầu khuẩn với triệu chứng gần như viêm phế cầu khuẩn có khác là: hoại tử mô áp xe, bấu khí, mệt nặng.

Điều trị: Tìm *S.aureus*, *Penicillin* ít tác dụng vì chúng tiết ra *penicilinase*. Dùng *Oxacilin*, *Nafcilin* 2g/cách 4 - 6 giờ, tiêm tĩnh mạch. *Cefalotin*, *cefamandol*, *cefazolin*, *cefuroxim*, *clindamycin* cũng tốt. Có thể dùng *Vancomycin*.

+ Viêm phổi liên cầu khuẩn: giống như viêm phổi khác, đặc trưng là viêm màng phổi, tràn dịch màng phổi lớn (chọc dò ngực xem).

Điều trị: Thường dùng *Penicillin G* 5000.000 - 1 triệu đvqt tiêm tĩnh mạch, cách 4-6 giờ. Các thuốc khác: *Cephalosporin*, *Erythromycin*, *Clindamycin* cũng tốt.

+ Viêm phổi do *Klebsiella pneumoniae* và trực khuẩn gam (+) khác. Xét nghiệm tìm vi khuẩn (lây trước khi điều trị). Đa số bệnh nhân đều có viêm phế quản phổi như bệnh phổi nhiễm khuẩn khác, tử vong cao hơn do gây thành áp xe, mặc dù đã dùng kháng sinh.

Điều trị: *Aminoglycosid* + *beta lactam* (*Gentamycin*, *Tobramycin*, *Amikacin* + *Cephalosporin*), *Ticarcilin* + *Clavulanic* hoặc *Piperacillin* và bổ sung *Imipenem* hoặc *Ciprofloxacin* uống.

+ Viêm phổi do *Hemophilus influenzae*: Polisaccarit típ b (Hib) là dòng nguy hiểm nhất gây biến chứng viêm màng não, viêm nắp thanh quản, viêm phổi do vi khuẩn huyết. Dòng *H.influenzae* gây cơn kịch phát của viêm phế quản mạn, giống như viêm phổi khác. Xét nghiệm.

Điều trị: *Ampicillin* tiêm mạch. Có thể thay bằng *Amoxicillin*. Uống *Co- Trimoxazol*, *Cefuroxim*, *Cefaclor*, *Tetracyclin*, *Chloramphenicol* cũng tốt.

+ Viêm phổi do mycoplasma: gây dịch, giống cúm, ho khan, viêm họng, khó ỏ. Rồi ho kịch phát, đờm, nhày nhớt, mủ, hoặc lẫn máu. Kéo dài 1 - 2 tuần, bình phục dần dần nhưng đôi khi trầm trọng.

Điều trị: thuốc ưa chuộng: *Tetracyclin* và *Erythromycin* uống.

+ Viêm phổi do Chlamydia: lúc đầu có tên Taiwan, gây viêm họng, viêm phế quản và viêm phổi: ho, sốt, đờm. Thuốc tốt nhất là *Tetracyclin* và *Erythromycin*. Betalactam không có giá trị.

+ Viêm phổi virus: Nhức đầu, sốt, đau cơ, ho đờm mủ. X-quang phổi: viêm phổi kẽ mô, hoá dày quanh phế quản. Ít hoá cứng và tràn dịch.

Điều trị: *Amantadin* 100mg x 2 lần/ngày, trẻ con 4mg/kg/ngày x 2 lần (không dùng cho dưới 1 tuổi). *Acyclovir* hoặc *Ganciclovir* cũng được. Nếu bội nhiễm dùng thêm kháng sinh.

+ Viêm phổi nấm: cũng cần được chú ý phân biệt.

Nói chung: Cần xét nghiệm làm kháng sinh đồ để chỉ định đúng thuốc, liều phải cao ngay từ đầu - kết hợp theo dõi HA, tim, tuần hoàn, hồi sức cấp cứu, thần kinh, chống loét, hút đờm, nước dãi, liệu pháp oxy, rửa ổ màng phổi và dinh dưỡng.

Lưu ý: gần đây xuất hiện bệnh SARS (viêm

đường hô hấp cấp không điển hình) do virus lạ. Triệu chứng: sốt cao, ho, đau người, khó thở. Cần cấp cứu kịp thời vì rất dễ gây tử vong. Bệnh rất lây lan, cần cách ly.

Chưa có thuốc đặc trị, nhưng có thể dùng *Vidaribin*, *Corticosteroid* và các thuốc phụ trợ thể trọng. Đặc biệt hỗ trợ hô hấp là bắt buộc với những trường hợp khó thở.

12. VIÊM MÀNG PHỔI

Màng phổi bị viêm, đặc trưng đau nặng thêm khi thở và ho.

Triệu chứng: Đột ngột đau nhức đến nhói dữ dội (thở và ho). Màng phổi thành chứa những sợi thần kinh gian sườn, thường thấy đau bên ngoài, có thể đau ở vùng xa: thành ngực, bụng, cổ, vai. Thở nhanh, nông yếu đi. Có tiếng cọ màng phổi (lép lép, sột soạt cả hít vào và thở ra). Khi có tràn dịch đau biến đi, lúc này gõ đục, thở yếu, có tiếng khác lạ (tiếng dê) ở mép trên dịch tràn. Nặng càng khó thở.

Điều trị: X-quang ngực ít giá trị, chữa bệnh gốc là chính với viêm màng phổi fibrin và tràn dịch. Có thể do viêm phổi, nhồi máu phổi, bệnh toàn thân (urê huyết, luput). Quấn băng thun quanh ngực cho giảm đau. Uống *Paracetamol* 0,500-0,650g x 4 lần/ngày hay thuốc giảm đau *AINS*, có thể phải dùng thêm loại có codein hay

riêng rẽ: *Effergal* *codein*. Dẫn lưu phế quản, ép thành ngực bằng cách cho người bệnh tỳ mạnh bên ngực bị bệnh vào cái gối (hoặc nhờ ép gối), tạm thời cho dễ ho. Dùng kháng sinh, xông hít thuốc giãn phế quản.

13. XANH TÍM

Sự đổi màu xanh nhạt của da hoặc niêm mạc, được thấy khi có sự sụt giảm quá mức hồng cầu trong máu.

Triệu chứng: Có thể xanh tím ngoại vi và xanh tím trung tâm. Nguyên nhân thuộc phổi: rẽ dòng bên trong phổi, khuếch tán kém, thông khí phế nang không đủ, thiếu ăn khớp giữa thông khí - tưới máu.

Điều trị: Thông khí, cung cấp oxy. Đưa cấp cứu.

VIII. CHỨNG BỆNH GAN MẬT

1. BỆNH GAN DO RƯỢU

Một dải các hội chứng lâm sàng và thay đổi bệnh lý ở gan do rượu gây ra. Rượu được gan chuyển hoá qua cơ chế oxy hoá.

Triệu chứng: Thường bị gan mỡ không có triệu chứng: gan to, trợt lảng, mềm. Bệnh viêm gan do rượu: thương tổn mô học, sốt, vàng da, đau ở 1/4 phía trên bên phải, tăng bạch cầu, gan to chắc, xét nghiệm sinh hoá không có tính đặc thù.

Điều trị: Điều kiện tiên quyết là không uống rượu, bệnh sẽ hồi phục và cải thiện, mức trầm trọng phụ thuộc vào mức xơ hoá và hoại tử tế bào. Không thể hồi phục nếu hoại tử trong suốt xơ cứng. Dùng thuốc an thần *Benzodiazepin* (chú ý liều lượng, quá liều đưa đến não gan). *Corticoid* với bệnh gan do rượu có nhiều hứa hẹn, nhất là não gan. Có thể dùng các chất kháng fibrinogen (*Colchicin*, *Penicillamin*), *Propylthiouracil* chữa tình trạng tăng chuyển hoá.

Các thuốc khác: (xem mục 7/VIII).

2. BỆNH NHIỄM MỠ GAN

Sự tích tụ quá nhiều lipid trong tế bào gan, một phản ứng thông thường nhất của gan với sự tổn thương.

Triệu chứng: Có thể đau, ấn đau ở 1/4 phía trên bên phải và vàng da (vùng gan), chỉ dựa trên cơ sở mô học (sinh thiết gan) và đánh giá khác. Bệnh gan mỡ nang nhỏ có thể buồn nôn, đau vùng bụng và nôn, thường tiến triển nhanh với đặc điểm nổi bật của sự suy tim.

Điều trị: Có thể hồi phục, tự nó không nguy hại. Tuy nhiên có thể chết đột ngột do rượu. Liệu pháp: loại bỏ nguyên nhân. Bệnh gan mỡ gần như không dẫn đến xơ gan, có thể hồi phục.

Các thuốc khác: (xem mục 7/VIII).

3. CỔ TRƯỞNG

Chất lỏng tự do trong khoang màng bụng. Thường do xơ gan, đặc biệt xơ gan do rượu, ngoài ra không thuộc gan như suy tim, hư thận, giảm albumin huyết nặng, viêm màng ngoài tim, carcinom hay viêm màng bụng lao, giảm năng tuyến giáp, viêm tụy, suy thận...

Triệu chứng: Khó chịu ở bụng, khó thở, nếu cổ trướng nhỏ thường ít thấy. Cơ bụng căng, rốn trệch hoặc lồi ra. Gõ đục.

Điều trị: Siêu âm và phân hình CT đáng tin

cây. Chọc chẩn đoán. Với người uống nhiều rượu, đôi khi trở thành nhiễm khuẩn mà không có nguồn gốc.

Nghỉ ngơi. Hạn chế muối ăn với 2 g/ngày (cốt yếu).

Dùng thuốc lợi tiểu: *Spironolacton* 100-300 mg/ngày, chia 2 lần, cùng với *Thiazid*, *Hydrochlorothiazid* 50-100 mg/ngày hoặc *Furosemid* 40-160 mg/ngày, chia nhiều lần, đảm bảo đi tiểu từ 1,5-2 lít/ngày.

Không cần hạn chế nước, giảm cân 0,5 kg/ngày là tốt. Không nên bài niệu quá mạnh.

Chọc hút dịch nhưng cho truyền dịch phòng ngừa sự suy giảm thể tích với mạch.

Truyền đạm: *huyết tương tươi*, *human albumin* 20%, dung dịch đạm giàu albumin khác. Có thể dùng dịch cổ trướng truyền lại cho bệnh nhân.

Các *vitamin nhóm B*. *Prednisolon* liều vừa đủ. Thuốc chống xơ hoá: *D-penicillamin*, *colchicin*. Không cần thêm muối khoáng.

Cần tìm nguyên nhân để điều trị tận gốc.

4. SỎI MẬT

Sỏi trong túi mật hay ống dẫn mật (sỏi ống mật chủ). Có 3 loại: sỏi cholesterol, bilirubin và Ca carbonat. Thường do sỏi cholesterol, do mật ít muối mật làm kết tủa cholesterol.

Triệu chứng: Thường không có một thời gian dài hoặc suốt đời. Nếu có, tắc nghẽn, đau

không nhất định ở thượng vị, 1/4 phía trên bên phải, lan toả tới xương vai bên phải. Đau dai dẳng, lên tới đỉnh, rồi giảm xuống dần dần, thường kèm buồn nôn, nôn. Ấn đau ở 1/4 phía trên bên phải. Không sốt, lạnh nếu không biến chứng. Sỏi có thể làm tắc ống mật chủ, ống tụy gây đau hoặc viêm. Nếu sỏi nằm ở nhánh mật trên gan gây xơ gan, gan to cứng, dễ nhầm với ung thư gan. Sỏi mài mòn vách túi mật, gây tắc ruột non. Sỏi mật gây tắc mật, từng đợt tái diễn với bộ ba dấu hiệu (Charcot): Đau dưới sườn phải, sốt rét run, vàng da.

Điều trị: Rất dễ phát hiện bằng siêu âm, âm ký tĩnh kiểu B và X-quang túi mật qua đường miệng. Xét nghiệm.

Sỏi mật không triệu chứng: nên điều trị sớm (phẫu thuật tán sỏi, dùng thuốc làm tan sỏi).

Sỏi mật gây triệu chứng: đã có triệu chứng thì tăng nguy cơ biến chứng. Cắt bỏ túi mật được chỉ định cho hầu hết bệnh nhân. Nhưng phải lưu ý có thể bỏ qua sỏi ống mật chủ và những nơi khác.

Liệu pháp đặc trị: Uống *Acid Ursodesoxycholic* 10mg/kg/ngày hoặc *Acid Chenodeoxycholic (chenodiol)* 15mg/kg/ngày hoặc phối hợp 2 thuốc trên, làm giảm tiết cholesterol đường mật, sỏi cholesterol từ từ tan trong 30-40% bệnh nhân, tốt với sỏi nhỏ, trôi nổi, không cản tia. Ngừng thuốc, thường tái hiện sỏi.

Hoà tan sỏi bằng *Methy tert-butyl ete (MTBE)* vào túi mật qua ống thông xuyên da qua gan tỏ ra an toàn, hiệu quả và nghiền sỏi bằng sóng gây sốc ngoài cơ thể. Thường tái hiện sỏi ở 50% bệnh nhân sau 5 năm.

Có người cho rằng dùng mật gấu tươi (chủ yếu có acid ursodesoxycholic) uống (chưa được xác nghiệm).

Chống đau và chống co thắt: Dùng *Atropin* tiêm 1-2 ống hoặc *Papaverin* 1-2 ống, tiêm bắp. Nếu có nhiễm khuẩn dùng: *Penicillin*, *Gentamycin*, *Ciprobay* hoặc *Chloramphenicol*. Nên phối hợp với thuốc giãn mạch: *Nitroglycerin*.

Biến chứng: nhiễm khuẩn với tan chứng Charcot, gây bệnh tụy, thận, phúc mạc, gan, ung thư. Vì vậy cần giải quyết sớm, đặc biệt không để nhiễm khuẩn tái diễn.

Đề phòng: tẩy giun định kỳ, hạn chế ăn thực phẩm sinh cholesterol.

Các thuốc khác: (xem mục 7/VIII).

5. SỎI ỐNG MẬT CHỦ

Sỏi trong ống mật. Phổ biến nhất của bệnh vàng da tắc mật ngoài gan, có thể nhiễm khuẩn, chết người.

Triệu chứng: Tam chứng Charcot: Đau - sốt - vàng da là triệu chứng điển hình gây viêm đường mật và tắc mật cấp. Ấn đau ở hạ sườn phải và cạnh mũi ức. Có thể sờ thấy túi mật căng to.

Điều trị: X-quang, CT và siêu âm. Phẫu thuật lấy sỏi (hoặc nội soi) sau khi đã dùng kháng sinh.

Truyền dịch *Glucose* và *Na chlorid*. Kháng sinh thường dùng *Gentamycin* 80 mg/ngày x 7 ngày. *Penicillin* 1 triệu đơn vị/ngày x 7 ngày. Nếu nước mật có mủ dùng *Metronidazol* 1 g/ngày x 7 ngày.

Sau 8-12 ngày phẫu thuật, chụp hoặc siêu âm lại để kiểm tra.

Biến chứng: Sỏi ống mật chủ gây viêm đường mật, mủ do nhiễm khuẩn, áp xe gan đường mật và các biến chứng của áp xe gan. Thấm mật qua phúc mạc, ra ổ bụng. Viêm phúc mạc mật. Phù tụy do sỏi kẹt ở Oddi. Suy gan, xơ gan.

6. UNG THƯ GAN (Carcinom tế bào gan)

Viêm gan virus B (HBV) mạn chịu trách nhiệm phần lớn tỉ lệ khối u cao (hàng trăm lần).

Triệu chứng: Đau vùng bụng, giảm cân, có khối cứng lớn nhẵn ở phần tư phía trên bên phải, sự suy sụp khó giải thích ở một bệnh nhân trước đó đã ổn định với bệnh xơ gan. Sốt. Có khi là ca cấp cứu vùng bụng do vỡ hay xuất huyết khối u. Phì đại gan gây đau đớn, càng ngày càng lớn. Lách to. Hoàng đản. Cổ trướng. Da sạm. Mệt mỏi. Rối loạn tiêu hóa - chán ăn - hạ đường huyết.

Điều trị: Siêu âm và CT- X-quang phát hiện đặc thù. Sinh thiết là cần thiết.

Tiền lượng xấu. Điều trị không có kết quả. Phẫu thuật sớm (khó tìm ra), vì vậy có phẫu thuật cũng chẳng sống được bao lâu. (Cắt gan hay thắt động mạch gan). Hoá trị liệu và tia xạ không nhạy cảm. Chỉ còn trông chờ và hy vọng vào vaccin chống HBV hoặc ghép gan.

7. VÀNG DA - Ứ MẬT

7.1. Vàng da

Vàng da, củng mạc cùng với các mô khác do quá nhiều bilirubin tuần hoàn. Rõ nhất khi khám củng mạc.

Vàng da nhẹ, nước tiểu không sẫm màu, nếu nặng cho biết về một rối loạn gan mật: nước tiểu sẫm màu, đổi màu da, buồn nôn, nôn đi trước vàng da, cho biết bệnh gan cấp hay tắc ống dẫn do sỏi; đau cứng bụng nghi đến tắc do sỏi; biếng ăn khó ở gợi ý bệnh gan do rượu, viêm gan mạn. Cần xem toàn thân để tìm nguyên nhân.

Điều trị: Xét nghiệm chức năng gan. X-quang gan mật.

7.2. Ứ mật

Một hội chứng lâm sàng và sinh hoá sinh ra khi dòng mật bị cản trở. Cần xem trong gan hay ngoài gan. Trong gan: do virus, thuốc, rượu, viêm gan khác, ứ mật thai nghén, carcinom di căn. Ngoài gan: do sỏi ống mật chủ hay carcinom tuyến

tụy, hẹp ống mật chủ, carcinom ống mật, viêm tụy, viêm đường mật.

Triệu chứng: Vàng da, nước tiểu đậm, phân màu nhạt, ngứa toàn thân nếu mạn tính; nhiễm sắc tố nhem nhuốc da, ngứa ngáy, dễ chảy máu, đau xương, đọng lipid da. Sốt, biếng ăn, nôn, đau ở bụng, phản ánh một nguyên nhân khác hơn là chứng ứ mật.

Điều trị: Xét nghiệm, chẩn đoán hạn chế. Siêu âm và CT tin cậy, X-quang (gan, mật, tụy) rất hữu ích. Sinh thiết phải rất thận trọng nếu chưa siêu âm, CT. Cần đưa bệnh nhân đi cấp cứu.

Tắc mật ngoài gan: phẫu thuật. Dùng *chlolestyramin* 4-16 g/ngày, chia 2 lần uống, *vitamin K*, 5-10 mg/ngày, tiêm dưới da 2-3 ngày. Thêm *calci*, *vitamin D* và *A*.

Các thuốc khác: *Adlivforte*, *Arginin Veyron*, *Cao artisô (Arthionin)*, *Artisonic*, *BDD (Bedad)*, *Betasiphon*, *Centasia (Bột rau má)*, *Centula 25*, *Cholestan*, *Chophytol*, *Citrarginin*, *Dyskinebyl*, *Fenipentolum (Febichol)*, *Hepa Merz (L-ornithin L-aspartat)*, *Hepamarin (Bột Diệp hạ châu)*, *Heparegin (Thiazolidin-4-carboxylic acid)*, *Hepasyrin*, *Hepatobile*, *Hephytol*, *Jetepar*, *Legalon*, *Leverton (Silymarin)*, *Lipacol*, *Livermax*, *Livolín*, *Methionin*, *Neo carmarin*, *Ornicetil*, *Stebigs*, *Uratonyl*, *Ursolvan (Ursodesoxycholic acid)*.

8. VIÊM GAN CẤP

Một quá trình viêm gan có đặc trưng là hoại tử tế bào gan lan toả hay lõm đốm xảy ra ở tất cả các chùm nang. Thường do virus, đặc biệt do rượu, thuốc. Viêm gan cấp: (nhiễm virus viêm gan A và B), viêm tế bào gan khuếch tán gây ra bởi virus hướng gan đặc biệt (không phải A, B). (HAV, HBV, NANBV, viêm gan virus cự bào và Epstein Barr).

Triệu chứng: Giống cúm đến suy gan bạo phát, chết người. Thời kỳ tiền hoàng đản 4-8 ngày: Biếng ăn, chán ăn, buồn nôn, nôn, sốt, ỉa chảy. Ghê sợ thuốc lá. Có thể có mày đay, đau khớp. Thời kỳ hoàng đản (vàng da): Sau 3-10 ngày nước tiểu sẫm màu, tiếp theo là vàng da, gan to, ấn tức. Bệnh nhân cảm thấy bình thường trong khi vàng da càng nặng, ứ mật. Vàng da tột đỉnh sau 1-2 tuần, nhạt dần. Thời kỳ lại sức: Nếu vàng da trên 8 tuần là viêm gan virus vàng da kéo dài. Giai đoạn bình phục 2-4 tuần: Ăn ngon miệng, giảm mệt mỏi, gan trở về kích thước bình thường. Tái phát có thể xảy ra sau 1-2 tháng, nhưng không quá 6 tháng. Yếu tố gây tái phát là do rượu, dùng corticoid, có thai, dinh dưỡng kém.

Điều trị: Xét nghiệm. Hầu hết không cần điều trị chuyên khoa. Phần lớn trở lại an toàn. Nhưng cần chú ý biến thể của nó: viêm gan

không vàng da, viêm gan bạo phát, hoại tử nốt. Đặc biệt chú ý viêm gan bạo phát có tiên lượng rất xấu, đặc biệt với người lớn. Nghỉ ngơi. Chế độ ăn ít mỡ, nhiều đường, nhiều protid (nếu cần thì truyền dịch). Uống *vitamin C*, *sorbitol*, *cao artisô nhân trần*.

Phòng bệnh: Tiêm vaccin.

- Thật cẩn thận trong việc truyền máu, tiêm truyền, tiêm thuốc, tiêm phòng, châm cứu, chữa răng... (thật vô trùng). Nguy cơ của tiêm chích ma túy rất cao. Đồng tính luyến ái (miệng, hậu môn).

- Vệ sinh tốt, đặc biệt với nước, thực phẩm (ăn chín, uống sôi), quản lý nguồn phân cho tốt. Các đồ vật trung gian có dính phân chứa HAV.

- Tránh uống rượu nhiều.

Các thuốc khác: (xem thêm mục 6/VIII và 7/VIII).

9. VIÊM GAN MẠN

Một loại bệnh nằm giữa viêm gan cấp và xơ gan.

Triệu chứng: Bệnh gan dai dẳng thường lành tính (ổn định, dai dẳng) theo sau của viêm gan cấp tính. Có sự hồi phục kéo dài nhiều năm, không cần điều trị và không cần hạn chế ăn uống, sinh hoạt.

Viêm gan lan rộng (tiến triển, tấn công) rất nghiêm trọng, thường gây suy gan hoặc xơ gan.

Có thể là do sau viêm gan cấp hoặc bệnh mới.

Khó ở, biếng ăn, mệt nhọc, sốt nhẹ, đau ở bụng trên, có thể vàng da. Thể hiện to lách, nổi hình nhện (u mạch hình sao), tích dịch. Một số ít ứ mật rõ rệt. Gan to, chắc. Da xám. Bàn tay son, môi đỏ. Giãn mạch. Khó tiêu. Đầy bụng. Đau tức nặng hạ sườn phải. Có thể đau khớp. Mày đay. Dị ứng.

Điều trị: Sinh thiết gan để có chẩn đoán chính xác. Phản ứng HBsAg.

Tiên lượng khác nhau, nếu là do thuốc (Methyldopa, Chlorpromazin, Amiodaron, Erythromycin, steroid đồng hoá, Co-Trimoxazol, Phenytoin, Methotrexat, Valproat Na, Halothan, rượu, Paracetamol, Isoniazid, Nitrofurantoin...) thì ngừng thuốc.

Nếu do virus B và C khó trị liệu, có thể sống thêm được nhiều năm, nhưng cuối cùng sẽ bị suy nặng tế bào gan, xơ gan, xơ gan và ung thư ở 50% người có HBsAg dương tính.

Thuốc: *corticoid* với *azathiopin* có tác dụng sống sót nhiều năm. Dùng thuốc phải dài hạn và chủ yếu với viêm gan hoạt động mạn khi thấy rõ quá trình sa sút nghiêm trọng.

Có thể xem xét dùng: *Acyclovir*, *Adenin Arabinosid*, *Interferon*, *Lamivudin (Zeffix)* 100 mg/ngày, *Famciclovir*, *Thymosin (Zadazin)* trong 6 tháng.

Các thuốc khác: (xem mục 7/VIII).

Phòng bệnh: Vệ sinh môi trường. Chế phẩm máu, tiêm chích đảm bảo không lây lan. Tiêm

vaccin đúng định kỳ tất cả trẻ em và những người có nguy cơ hoặc phơi nhiễm. Những người nghiện rượu viêm gan cấp xảy ra tới 40%, là nguyên nhân quan trọng nhất gây xơ gan và cũng đưa đến tử vong cao.

10. VIÊM TÚI MẬT

Dùng mô tả một bệnh túi mật có đặc trưng là các triệu chứng trong đó có đau bụng tái phát. Viêm có thể loét, phù, sung huyết, hoại thư, thủng, hoá sẹ, trong chất chứa quánh đặc, có sỏi, vốn thường gây tắc ống dẫn mật, do giun chui lên gây viêm, do vi khuẩn, ít gặp hơn do dị ứng, hoá chất, độc chất.

Túi mật vách hoá dày, xơ hoá và co rút lại.

Triệu chứng: Viêm túi mật cấp: thường do sỏi, chiếm tới 95% bệnh nhân. Nếu viêm túi mật cấp không sỏi thì là một bệnh nặng do nguyên nhân khác: bọng, nhiễm khuẩn, chấn thương, phẫu thuật, bệnh hiểm nghèo.

Đau đột ngột, dữ dội khu trú ở 1/4 phía trên bên phải lan ra xung quanh tới vai dưới bên phải. Buồn nôn, nôn, ấn vùng đau nảy người. Sờ nắn thấy túi mật. Sốt cao, rét run. Rối loạn tiêu hoá. Trường hợp nặng biểu hiện nhiễm khuẩn toàn thân.

Điều trị: Siêu âm và CT. Nhấp nháy đồ. Tránh chẩn đoán nhầm với viêm đường mật, viêm

tụy, viêm ruột thừa, loét dạ dày - tá tràng, viêm màng phổi.

Thuốc: Truyền dịch và điện giải. Nếu nhiễm khuẩn dùng kháng sinh. Sốt dùng *AINS*, *Paracetamol*.

Không cho ăn qua đường miệng. Đặt ống hút mũi - dạ dày.

Nếu có nghi ngờ nên dùng kháng sinh: *Penicillin* hoặc *Peflacin* hoặc *Gentamycin* hoặc *Chloramphenicol* hoặc *Cephalosporin*, *Metronidazol* là cần thiết.

Trị đau và co thắt bằng *Atropin* hoặc *Papaverin* tiêm bắp. *Alverin* (*Spasmaverin*) uống.

Cắt bỏ túi mật là tốt nhất (nếu chẩn đoán đúng), nhất là khi có nguy cơ tích mủ, hoại thư hay thủng (viêm túi mật hoại thư, viêm phúc mạc...). Đau sau cắt có thể xảy ra, có thể do xơ hoá nướu, loạn năng cơ thắt.

Viêm túi mật mạn do không chữa trị viêm túi mật cấp đến nơi đến chốn, do nhiều nguyên nhân, gây biến chứng nghiêm trọng: viêm đường mật, áp xe, hoại tử và thủng mật.

Điều trị như trên. Thường là phẫu thuật.

11. U TÂN SINH ỐNG MẬT

Gần 50% bệnh nhân tắc mật ngoài gan do một số nguyên nhân không do sỏi trong đó u ác tính là phổ biến nhất.

Triệu chứng: Như trên (tắc mật).

Điều trị: Khả năng cắt bỏ.

12. XƠ HOÁ VÀ XƠ GAN

- Xơ hoá: tích tụ mô xơ trong gan do mất cân bằng giữa sản sinh và tiêu hủy các chất cơ bản ngoại bào, càng trầm trọng thêm do xẹp xuống và ngưng đọng của những sợi cơ đó. Là phản ứng thông thường đối với hoại tử và thương tổn tế bào gan: mất ổn định nội môi, viêm, độc hại, nhất là rượu, nhiễm khuẩn, các bệnh mạch máu và một số bệnh khác.

- Xơ gan: rối loạn lan toả trong cấu trúc bình thường của gan do nhiều nốt hạch tái sinh được bao bọc bằng mô xơ. Là một hư hại vĩnh viễn. Xơ hoá không đồng nghĩa với xơ gan. Vì xơ gan bao gồm tạo nốt và một suy thoái chức năng gan. Xơ hoá là đặc trưng ban đầu của xơ gan.

Triệu chứng: Lúc đầu ít, sau đó là bải hoải, mệt mỏi, biếng ăn, khó ở và giảm cân. Nếu tắc mật thì vàng da, ngứa, ban vàng. Xuất huyết phần trên dạ dày ruột do giãn tĩnh mạch thực quản theo sau tăng huyết áp tĩnh mạch cửa, suy năng tế bào gan cùng với cổ trướng hoặc bệnh não.

Điều trị: Phổ biến ở các bệnh gan mạn, rõ nhất của xơ gan là tăng huyết áp tĩnh mạch cửa. Dựa vào mô học sinh thiết, thuốc nhuộm đặc hiệu làm nổi bật mô xơ.

Điều trị thường được nhằm vào nguyên nhân gốc. *Corticoid* chống viêm.

Penicillamin, colchicin đang thử nghiệm.

Interferon gamma, 2-oxoglutarat, tương tự *prostaglandin* có triển vọng.

Azathiopin cũng hữu ích.

Xoá bỏ tác nhân độc hại, chú trọng dinh dưỡng (cả các vitamin bổ sung).

Trị các biến chứng. Kiêng ăn mỡ, tăng glucid, protid. Có thể dùng các thuốc lợi gan như *Methionin, Legalon*. Nếu phù, cổ trướng: dùng *Furosemid, Spironolacton* và *Kali chlorid*. Chọc rút nước cổ trướng rồi tái truyền nước.

Các thuốc khác: (xem mục 7/VIII).

IX. CHỨNG BỆNH NÃO - THẦN KINH

1. ÁP XE NÃO

Tụ mủ có nang bọc bên trong não. Do nhiễm khuẩn não, vết thương sâu vào đầu, máu mang đến.

Triệu chứng: Nhức đầu, buồn nôn, nôn, phù gai thị, động kinh, thiếu năng nhân cách, thiếu năng thần kinh cục bộ diễn ra suốt nhiều ngày, nhiều tuần. Nóng, lạnh, tăng bạch cầu hết đi một khi phần não nhiễm khuẩn đã được bọc nang. Bệnh dễ gây tử vong.

Điều trị: CT hoặc MRI chẩn đoán dễ dàng. Chống chỉ định LP.

Thuốc: *Penicillin G* 24 triệu đvqt/ngày, tiêm tĩnh mạch, cách quãng 6 giờ.

Nếu do *Bacteroides fragilis*: *Metronidazol* 3g/ngày, tiêm tĩnh mạch, cách quãng 6 giờ.

Nếu do *Staphylococcus aureus* dùng thêm *Nafcillin* 12g/ngày cách 6 giờ.

Nếu do *Enterobacteriaceae* dùng thêm *Cephalosporin* thế hệ 3 (*ceftizoxim*).

Phẫu thuật, hút (hướng dẫn của CT) nếu tăng áp lực nội sọ, điều trị triệt để phù não.

Có thể kết hợp dùng *Metronidazol* uống 250 mg x 6-8 viên/ngày. Dung dịch *Manitol* 20% x 1,5-2 g/kg/truyền tĩnh mạch trong 30 phút - 1 giờ.

2. SỐC CHẤN THƯƠNG

Là tình trạng suy sụp toàn thân (hội chứng suy sụp tuần hoàn, không đủ oxy cho tổ chức và cơ thể) kéo dài sau các chấn thương hoặc phẫu thuật lớn.

Triệu chứng: Có 2 giai đoạn: nguyên phát và thứ phát.

- Kích thích, vật vã, toát mồ hôi, nhợt nhạt, tăng cảm giác đau, tăng phản xạ đặc biệt đồng tử, tăng HA, tần số hô hấp tăng.

- Thứ phát: 3 giảm là HA, thân nhiệt, cảm giác: nhợt nhạt, lạnh, lơ đãng, nằm yên, thờ ơ.

Có thể mạch nhanh, sốt, mất tri giác, vật vã, thân nhiệt có thể giảm (35°C), đồng tử giãn rộng, mạch xẹp, nôn, đại ỉa không tự chủ, loạn nhịp, tim mờ, thở nhanh nông, ngáp cá, có khi nhịp chậm.

Chú ý: đau đớn, mất máu theo tình trạng chấn thương và sốc do tháo garô (sốc rất nặng và chết ngay). Sốc là tình trạng rất nặng, xử lý thật kịp thời, có rất nhiều biến chứng cần đề phòng.

Điều trị: Thăm khám kỹ, theo dõi mạch, HA, đảm bảo hô hấp (đưa oxy vào cơ thể), đảm bảo tuần hoàn: nằm đầu hơi thấp, nâng hai chân lên, xem HA động mạch và tĩnh mạch để truyền dịch,

máu và kết hợp phẫu thuật. Máu tươi là tốt nhất, các dịch huyết thanh, dịch keo, chế phẩm máu là rất quan trọng, để cân bằng nước, điện giải (*NaCl 0,9%, Lactat Ringer, Hartman, Glucose, Gelatin, huyết tương...*). Các thuốc vận mạch như *Dopamin, Adrenalin, Furosemid* và thông bàng quang, *Mannitol 20%*. Chống đau: *Novocain, Morphin*, các thuốc trị nhiễm khuẩn, nắm với các kháng sinh cần thiết. Điều chỉnh rối loạn đông máu như *Aminocaproic, Transamin, Heparin*.

Sau đó là phẫu thuật để giải quyết nguyên nhân gây sốc.

3. CHẤN THƯƠNG ĐẦU, CỘT SỐNG

3.1. Đầu

Chấn thương đầu gây ra nhiều cái chết và tàn tật. Hư hại sọ, não, mô thần kinh, mạch máu, xuất huyết, phù nề, nhiễm khuẩn. Có thể bị chấn động, đụng dập xây xước não, khối tụ máu cấp dưới màng cứng hay trong não, tụ máu ngoài màng cứng, tụ máu mạn, bại liệt sau chấn thương, dạng tổn thương đầu, tệ hại nhất là gây hư hại gần như hoàn toàn cho hoạt động của não trước, sống một trạng thái thực vật mạn tính.

Điều trị: CT và MRI hoặc X-quang.

Giữ thông khí đạo, ngăn xuất huyết cấp, di chuyển bệnh nhân nguyên trạng, tránh lệch cột

sống và các xương khác. Chống chỉ định morphin và thuốc chống trầm cảm.

Mở khí quản nếu cần, truyền mạch nếu xuất huyết nhiều. Hỗ trợ hô hấp. Đánh giá qua khám, ý thức, thở, đồng tử, phản ứng ánh sáng, vận nhãn, cử động chi để phát hiện thần kinh, mạch, HA, nhiệt độ. Giữ thân nhiệt cho bệnh nhân, cân bằng dịch khí đạo. Chú ý với các ca: vỡ xương sọ, các biến chứng, bôn chồn khi bình phục, dưỡng bệnh (mất trí nhớ), khuyết tật còn lại. Cột sống: có thể tổn thương ngang tuỷ sống cấp (liệt nhèo), tổn thương ít trọn vẹn hơn (suy năng hoặc mất vận động, cảm giác). Tùy các dấu mốc lâm sàng mà đánh giá sự hủy hoại tuỷ sống, ví dụ trên C5: liệt hô hấp chết người, L1 gây mất điều khiển bàng quang ruột...

3.2. Cột sống

Giữ tuỷ sống khỏi hư hại thêm (nguyên trạng) trên một tấm ván, cánh cửa phẳng cứng, chêm lót, giữ tư thế. Nếu bị thương vùng ngực, thắt lưng thì chở đi ở tư thế nằm sấp hoặc ngửa, bị vùng cổ thì cho nằm ngửa và thông khí đạo. Dùng ngay corticoid trong 12 giờ, tổn thương cải thiện rất đáng kể.

Khi tổn thương ổn định: nghỉ ngơi, thuốc giảm đau, giãn cơ, chống phù nề. Nếu cần, phẫu thuật cố định. Chăm sóc điều dưỡng. Chú ý

nhiễm khuẩn hô hấp, tiết niệu, lở loét. Vận động dần dần.

4. CHÓNG MẶT

Một rối loạn trong đó người bệnh có một cảm tưởng chủ quan về sự di chuyển của mình trong không gian (chóng mặt chủ quan) hoặc là các vật thể đang di chuyển quanh mình (chóng mặt khách quan) và thường có mất thăng bằng. Có thể do nhiều rối loạn: thuộc về tai, nhiễm độc, tâm lý, môi trường, thuộc về mắt, thuộc về hệ tuần hoàn, thuộc về thần kinh, thuộc u tân sinh, thuộc tạo huyết. Xác định chóng mặt thuộc ngoại vi hoặc trung tâm là bước khởi đầu trong việc tìm nguyên nhân.

Triệu chứng: Mới đầu nhìn mọi vật không bình thường, người cảm thấy lao đao, tăng dần lên nhìn mọi vật quay cuồng. Buồn nôn, nôn. Đi lại rất khó khăn kể cả thay đổi tư thế. Cần chăm sóc người bệnh (có thể bị ngã tại chỗ). Nôn có thể gây mất nước, điện giải, người mệt lả. Sợ ánh sáng. Nếu thuộc tai (tiền đình), cơn có thể nhẹ nhưng cũng có thể rất nặng. Người bệnh thấy mọi vật đảo lộn, không thể đi lại được, có thể ngã tại chỗ. Rất khó khăn và sợ thay đổi tư thế. Đầu óc như bị ép lại, nhưng không đau nhức. Nôn có thể dữ dội, mệt lả, sợ ánh sáng và tiếng động. Tìm sự yên tĩnh.

Điều trị: Làm một số nghiệm pháp về tai, mắt, não.

Tìm nguyên nhân để chữa trị như do thuốc thì ngừng thuốc, do thiếu máu thì cần tạo máu.

Nằm nghỉ. Dùng thuốc trị cơn và triệu chứng: *Dimenhydrinat* 50-100 mg x cách 4-6 giờ hoặc *Perphenazin* 4-8 mg hoặc 5 mg tiêm bắp x 3 lần/ngày hoặc *Meclizin* 25 mg x 3 lần uống/ngày. *Scopolamin* 0,5 mg x 3 ngày. *Tanganil (acetyl-dl-leucin)* 1,5-2 g/ngày x 10 ngày đến 5-6 tuần liên (có khi dùng liều cao tới 3-4 g/ngày) hoặc *Flunarizin* 10 mg/ngày x 5-7 ngày.

Nếu do tai (tiền đình) để bệnh nhân nằm nghỉ nơi yên tĩnh. Chọn tư thế nằm thích hợp (ngửa, nghiêng phải hoặc trái).

Thuốc: dùng như trên, nhưng sau đó thuốc để lại tác dụng phụ (người bệnh lơ đãng, ngủ gà, chệnh choáng một thời gian).

Có thể dùng liệu trình điều trị như sau:

- Buồn nôn thì làm cho nôn hết.

- Thuốc: *Cavinton (Vinpocetin)* 5 mg, uống 1 viên/lần x 2 lần/ngày x 5 ngày.

Stugeron (Cinnarizin) 10 mg, uống 1 viên/lần x 2 lần/ngày x 5 ngày.

Dimenhydrinat 50 mg, uống 1 viên/ngày x 2 đến 5 ngày.

Cả ba thuốc trên uống cùng lúc. Cho bệnh nhân uống một cốc nước gừng tươi: lấy 5-10g gừng tươi làm sạch, giã nhỏ, thêm 50ml nước sôi, gạn nước uống 1-2 lần/ngày (có thể cho thêm đường

cho dễ uống). Cần đủ nước và điện giải cho bệnh nhân (nước *oresol*).

Nếu bệnh nhân chóng mặt mạn (liên miên), không còn làm gì được, thính lực gần như đã mất, cần phẫu thuật (chịu điếc vĩnh viễn).

Lưu ý: việc luyện tập với người bị chóng mặt rất quan trọng, sẽ giảm bớt tần suất chóng mặt, nếu có thì cơn cũng nhẹ hơn. Bài tập như sau:

Trước khi đi ngủ hoặc dậy sáng (còn nằm trên giường):

1. Một tay để ở đỉnh đầu, một tay dưới cằm, cổ thật mềm, nhẹ nhàng vặn đầu sang trái, rồi sang phải, cổ kêu rắc rắc là tốt (5 lần).

2. Hai tay lồng vào nhau để dưới gáy, nằm người duỗi thẳng, kéo mạnh tay để đầu gập về phía trước (10 lần).

3. Hai tay xoa vào nhau cho thật nóng rồi xoa vào mặt, tai cho nóng, vuốt từ trên trán xuống cằm (10 lần). Lấy 10 ngón tay chải đầu từ trán về sau gáy 10-15 lần.

4. Thở: hít vào thật sâu cho phình ngực, xong đẩy hơi xuống cho phình bụng, nén hơi một lát rồi thở ra bằng miệng (10 lần).

Sau 4 động tác - dậy; khi tập thể dục cần chú ý đặc biệt 4 động tác:

1. Chạy đi chạy lại nhẹ nhàng được tối thiểu 5 phút.

2. Thở ra cúi xuống hết cổ hít vào, đứng thẳng lên thở ra (5 lần).

3. Cúi người xuống hết cổ, vung hai tay về trái, về phải đồng thời quay cả đầu (10 lần).

4. Động tác cực kỳ quan trọng: đứng thẳng người, hai tay giơ thẳng ngang mặt, quay cả 2 tay và cả mặt sang phải rồi lại sang trái (10 lần).

Việc luyện tập này còn tốt cho cả những người có các triệu chứng đau đầu, đau ở cơ vai chi trên, đau lưng, đau dưới lưng và hông nếu làm thêm được 2 động tác nữa:

- Nằm thẳng trên giường, thẳng 2 chân, nhẹ nhàng đưa hết cổ 2 chân qua đầu.

- Lắc vòng (nhưng không cần vòng) theo hình chữ O và số 8 về bên phải rồi về bên trái (10 lần mỗi bên).

(Xem các phần dưới đây: Thuộc hướng não và trí tuệ).

5. ĐAU (Nhức đầu, Đau nửa đầu)

Một hiện tượng chủ quan phức tạp, tạo nên bởi cảm giác cho biết về sự hư hại mô thật sự hay có thể xảy ra và phản ứng cảm xúc mà hiện tượng này gây ra.

5.1. Nhức đầu

Đau cấp và đau mạn rất đa dạng, trong mọi trường hợp phải xem xét: độ nặng, nhẹ, vị trí, tính

chất, thời gian, tiến trình, thời điểm, yếu tố làm giảm hay nặng... và khám thực thể.

Nhức đầu: Thường do nhiễm khuẩn, khối u, tổn thương ở đầu, tăng HA nặng, thiếu oxy não, nhiều bệnh ở mắt, mũi, họng, răng, v.v.. Tìm nguyên nhân, liệu pháp giảm đau.

Điều trị: Điện não - Xét nghiệm.

Nếu nhẹ chỉ dùng *Aspirin*, *Paracetamol*; nặng: *Prochlorperazin* 10 mg tiêm tĩnh mạch, liệu pháp tâm lý (trấn an).

Nhức đầu mạn: *Aspirin*, *Paracetamol* uống cách 4 giờ, bổ sung thuốc chống trầm cảm *Amitriptylin*, đôi khi *Benzodiazepin*.

Nếu do thiếu oxy não dùng thuốc như sau: *Ginkgo biloba* (*Tanakan*, *Superkan*) 2-3 viên/ngày, *Cavinton* (*vinpocetin*) hoặc *Lucidril* (*meclophenoxat*) 1-2 viên/lần x 2 lần/ngày, cùng với *Stugeron* (*cinnarizin*) 1-2 viên/lần x 2 lần/ngày. Dùng trong 4-5 ngày. Có thể dùng *Flunarizin* 10 mg/ngày x 7 ngày.

Nếu do thiếu magne, có các cơn co giật, nên dùng *Magnesi B6*. Người lớn uống 5-6 viên/ngày. Trẻ em uống 1-3 viên/ngày tùy theo tuổi (giảm kích thích của neuron).

Hiện nay có nhiều nhóm thuốc trị đau nhức, hạ nhiệt, chống viêm gọi chung là *AINS* (thuốc chống viêm không steroid): *Acetyl salicylic*, *Pyrazol*, *Oxicam*, *Carboxyl vòng*, *Fenamat*, *Indol*,

sulindac, celecoxib, nimesulid... Cần có sự lựa chọn cẩn thận cho từng đối tượng.

Nếu đau không rõ nguyên nhân, có tính chu kỳ, có thể dùng: *dimetotiazin* hoặc *propranolol* hoặc dùng *B1, B6, B12* phối hợp với *novocain* phong bế các huyết như thái dương, phong trì... có hiệu quả. Nếu đau do thần kinh ngoại biên, giãn mạch ở người huyết áp thấp có thể chườm lạnh vùng đau có cải thiện rõ rệt.

Xem thêm mục 17/II: Các AINS.

Luyện tập: xem mục 3/IX (đặc biệt chú ý thở khí công).

5.2. Nhức nửa đầu (Migraine)

Một chứng bệnh kịch phát với những đặc trưng là những cơn nhức đầu tái diễn có liên quan hoặc không liên quan với những rối loạn về thị giác và dạ dày ruột. Chưa rõ nguyên nhân.

Triệu chứng: Giai đoạn ngắn trầm cảm, bồn chồn, biếng ăn, một số người có ám điểm nhấp nháy, mất thị trường, liệt nhẹ hoặc đôi khi liệt nửa người. Có thể mất đi hoặc bị che lấp do nhức đầu.

Đau thường ở một bên, có khi lan ra cả đầu, không phải luôn luôn ở cùng một bên.

Cơn đau có thể mỗi ngày hay nhiều tháng mới có 1 lần. Cơn đau kéo dài nhiều giờ, nhiều ngày nếu không được chữa trị. Bệnh nhân thường bị

buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng. Chi lạnh, xanh tím, bệnh nhân muốn tìm sự yên tĩnh. Các động mạch da đầu lộ rõ, biên độ mạch đập tăng lên. Bệnh thường có nguồn gốc từ gia đình.

Điều trị: Dự phòng dùng *methysergid* 4-8 mg/ngày, không dùng quá 3 tháng, xen giữa là giai đoạn nghỉ.

Propranolol 20-40 mg x 3-4 lần/ngày, làm giảm đau dài hạn.

Chất chẹn calci (*Verapamil* 80 mg x 3-4 lần/ngày).

Đau cấp: *Aspirin*, *Codein*, *Sumatriptan*, thuốc phối hợp như *Efferalgan codein* cũng thích hợp (giảm 70% triệu chứng).

Ergotamin tartrat ngâm + *cafein* tỏ ra hiệu quả: 2mg + 200mg *cafein*, rồi 1mg + 100 mg *cafein* cách 30 phút nếu cần (tối đa 6mg *ergotamin*/tuần). Nếu khó trị nên dùng tiêm.

Các thuốc khác: *Flunarizin* (*Headache, Sibelium*), *Dihydroergotamin mesylat* (*Tamik*). Thuốc chẹn beta: *Avlocardyl*, *Hemipralon*, *Lopressor*, *Seloken*.

Xem thêm các phần dưới đây.

6. ĐỘNG KINH

6.1. Động kinh

Rối loạn kịch phát tái diễn của chức năng thần kinh trung ương với đặc trưng là những cơn

bất tỉnh ngắn, đột ngột, gây ra bởi sự phóng điện quá mạnh của các neuron não.

Triệu chứng: Các cơn co giật bắt đầu bằng sự mất tỉnh táo và mất điều khiển vận động, giật cơ, rung động các chi, nhưng bất cứ sự co giật tái diễn nào cũng có thể gọi là động kinh. Động kinh thể hiện bằng nhiều loại cơn khác nhau: Động kinh toàn bộ (cơn lớn, cơn bé, nguyên phát, thứ phát) và động kinh cục bộ (thô sơ, phức tạp).

Điều trị: Điện não đồ là xét nghiệm đặc hiệu xác định cơn, loại cơn, vị trí ổ động kinh. Xét nghiệm. X-quang. CT. Chụp động mạch não.

Nếu tự phát phải nhằm ngăn chặn. Nếu thuộc triệu chứng phải chữa cả bệnh kèm theo. Nghiêm cấm dùng các thuốc uống có rượu.

Xử trí cơn co giật: kê gối đầu. Cho bệnh nhân nằm nghiêng phòng bị tắc. Nút áo cổ nói lỏng. Không nên luồn ngón tay giữ lưỡi. Răng có thể hư hại.

Thuốc: chọn thuốc phù hợp, dùng liên tục (không gián đoạn). Ít nhất 2,5-5 năm sau khi hết động kinh mới ngừng thuốc, trước đó phải giảm dần liều dùng, không được ngừng thuốc đột ngột.

Động kinh vận động: *Phenytoin*, *Carbamazepin*, *Valproat*. Liều lượng do thầy thuốc chỉ định.

Động kinh từng phần: *Carbamazepin*, *Primidon*, *Ethosuximid*, *Valproat*, *Clonazepam*, *Acetazolamid*.

Động kinh co cứng cơ, co giật: *Valproat*, *Clonazepam*, *Ethosuximid*, *Acetazolamid*. Có thể dùng kết hợp với *prednisolon*, *ACTH* (đang bàn cãi). Không nên dùng carbamazepin.

Động kinh khi mang thai: rất thận trọng vì gây hội chứng thuốc chống động kinh trên thai nhi, gây khuyết tật, có khi quái thai. Cần tuyên truyền cho bệnh nhân nữ không nên sinh đẻ là tốt nhất. Trong tình trạng động kinh: *Diazepam* 10-20 mg tiêm tĩnh mạch, sau đó ngừa tái phát: *Phenytoin*. Động kinh co giật cấp: *Phenytoin* hay *Phenobarbital*.

Là một bệnh phức tạp, thầy thuốc cần được chứng kiến cơn của bệnh nhân và chỉ định thuốc tùy theo từng loại cơn.

Chống chỉ định: rượu hoặc nước thuốc có rượu.

6.2. Trạng thái kích động

Trạng thái tâm lý vận động (nói nhiều, đi lại nhiều, gây gổ, xâm phạm) xuất hiện đột ngột, không mục đích, không thích hợp với hoàn cảnh và thường mang tính chất phá hoại, nguy hiểm. Cần phải được cắt cơn kịp thời.

Điều trị: Điện não - Xét nghiệm.

Thuốc: *Aminazin* 25 mg x 2 ống, tiêm bắp thịt, 1 giờ sau không đỡ thì tiêm nhắc lại + *Haloperidol* 5mg tiêm bắp thịt, nếu 3 giờ sau không đỡ, nhắc lại như trên + *phenobarbital* 50mg tiêm bắp thịt.

Cả 3 lần tiêm không bớt tiêm nhắc lại 3 thuốc trên 1 - 2 lần nữa. Nếu không đỡ cần dùng sốc điện.

Kích động nhẹ nhàng: *Li carbonat* 300 mg x 2-4 viên/ngày. Nếu trầm cảm - kích động dùng *Haloperidol* tiêm bắp thịt, *Tegretol* 200 mg x 4 viên/ngày. Nếu động kinh - kích động dùng *Haloperidol* và *Seduxen* tiêm bắp thịt cùng với *Depakin* 200 mg x 3 viên/ngày.

Là một bệnh phức tạp, cần được chấm dứt nhanh chóng cơn kích động bằng thuốc hoá dược. Dựa vào các loại kích động (loạn thần nội sinh, tâm thần phản ứng, thực tổn não và cơ thể) mà thầy thuốc chỉ định dùng thuốc.

Phẫu thuật: với động kinh nặng không đáp ứng với thuốc, ảnh hưởng nghiêm trọng đến đời sống.

7. ĐỘT QUỴ

Triệu chứng: Đột quỵ tiến triển: nhồi máu đang lan rộng, biểu hiện thiếu năng thần kinh dần dần tăng lên suốt 24-48 giờ.

Đột quỵ hoàn tất: thiếu năng thần kinh nhiều mức độ khác nhau.

Đột quỵ do hẹp mạch, xơ vữa mạch, tăng HA, huyết khối nghẽn mạch.

Điều trị: Xét nghiệm. CT. Duy trì hô hấp, cung cấp oxy, truyền dịch, thể nằm.

Trị tăng HA bằng *Nitroprussiat*.

Plasminogen, Streptokinase xem xét dùng ngay từ đầu.

Có thể dùng thuốc an thần, chống trầm cảm nếu bệnh ổn định.

Liệu pháp bằng lao động vật lý là cần thiết.

Chống chỉ định: *corticoid, barbiturat*, an thần.
Dùng *heparin* phải cẩn thận.

8. LÚ LẤN

Trạng thái ít lộ rõ hơn mê sảng, đặc trưng là khởi phát ít đột ngột, ít nguy kịch hơn, thường được chú ý bởi sự mất định hướng không nặng nề cùng những dấu hiệu vận động tinh tế hơn.

Triệu chứng: Vô cảm, buồn ngủ, mất định hướng rõ nhất về thời gian, ít với nơi chốn, gần như không bao giờ mất định hướng bản thân. Suy giảm sự tập trung, ngộ nhận, sai lầm trong suy nghĩ, vận động bất thường, run sinh lý, loạn giữ tư thế, khó thư giãn vận động.

Điều trị: Ngưng các thuốc mà người bệnh đang dùng (*digitalis* gây lú lẫn, ảo giác ở người già). Tìm bệnh gốc toàn thân, sửa chữa những sai sót về chuyển hoá.

9. MẤT NGỦ

Khó ngủ hoặc những đợt ngủ bị tràn trọc, khuấy động, để lại một cảm giác thiếu ngủ.

Triệu chứng: Có mất ngủ tiên phát và thứ phát (từ lâu và gần đây). Ngủ thiếp, thức dậy nhiều giờ, khó ngủ lại được, giấc ngủ xao động không khỏe khoắn. Phổ biến ở người già. Suy nghĩ, lo âu dần vật, tự trách móc. Đảo lộn nhịp ngủ - thức, do bệnh tật, đi xa, dùng thuốc không đúng cách, làm ca thất thường. Lờ đờ, ngủ chập chờn.

Điều trị: Tùy thuộc vào nguyên nhân gốc.

Giải tỏa lo âu, thư giãn. Uống sữa nóng buổi tối.

Nếu có đau nhức dùng *Paracetamol* hoặc *AINS* (17/II).

Mất ngủ đi đôi với trầm cảm: thuốc chống trầm cảm 3 vòng: *Amitriptylin*, *Imipramin*... cùng với thuốc an thần.

Thường hay dùng: *Benzodiazepin*, (*Diazepam*, *Triazolam*, *Tamazepam*, *Flunazepam*), *Chloral hydrat*, *meprobamat*, *diphenhydramin*...

Luyện tập: cải thiện giấc ngủ rõ rệt, đặc biệt tập thở (khí công) (xem mục 3/IX).

Chè thuốc: có thể dùng các thảo dược như: lá vông nem, hạt sen, tâm sen, lạc tiên, long nhãn, táo nhân. Mỗi thứ 12g làm thành dạng chè uống hàng ngày, tạo giấc ngủ sinh lý (hoặc ngâm rượu). Rượu uống mỗi tối 1 chén con tạo giấc ngủ khoan khoái, nhẹ nhàng.

10. MÊ SÁNG

Một tình trạng tự nhiên có đặc trưng là những

rối loạn cực độ về sự thức tỉnh, chú ý, định hướng, nhận thức, hoạt động trí tuệ và tình cảm thường đi đôi với sợ hãi và kích động. Ở người bị hư hại cấu trúc não, mê sảng cấp dần mở đường cho sa sút trí tuệ mạn. Thường xảy ra ở người bị bệnh do nhiễm độc hay thuộc cấu trúc lan rộng ở não, đặc biệt trong thời gian cai rượu, dùng barbiturat lâu dài, bệnh viêm mạn tính (viêm não, màng não), người cao tuổi bị nhồi máu đồi - đỉnh, bán cầu não phải.

Triệu chứng: Mất định hướng, dễ kích động, sợ hãi, hoang tưởng, ảo giác, kém tỉnh táo, mất ngủ kéo dài. Bệnh trở nên xấu khi đêm xuống hoặc chỉ giới hạn vài giờ trong đêm. Có người sốt, run rẩy, người cai bỏ thuốc, rượu thì co giật. Hành vi kỳ quặc lộ rõ.

Điều trị: Một rối loạn nguy hiểm, có khi tử vong. Chú ý cung cấp dịch và điện giải cùng với thiamin (người già), thuốc hạ sốt, *Diazepam* liều nhỏ tĩnh mạch 5-10 mg, cách 15 phút đến khi có sự trầm tĩnh nhưng không gây ngủ. Có khi lên đến 100 mg/ngày. Kích động thì dùng *Haloperidol* 5-10 mg x 3-4 lần/ngày. Nếu co giật thì dùng *Diazepam*. Nếu run do dùng barbiturat thì dùng *Pentobarbital* cho hết run và giảm dần liều đến khi không run nữa.

11. NẮC CỤT

Những cơn giật cơ hoành ngoài ý muốn, lặp lại

nhiều lần, theo sau là khép kín đột ngột của thanh môn, làm chậm lại luồng không khí đi vào và gây ra những tiếng nấc đặc thù. Nguyên nhân chưa rõ, cho rằng do kích thích thần kinh, viêm màng cơ hoành, viêm phổi, urê huyết, nghiện rượu, giải phẫu bụng, rối loạn dạ dày - thực quản, bệnh ở ruột, viêm tụy, mang thai, kích thích bàng quang, di căn ở gan, viêm gan.

Triệu chứng: Nấc cả ngày lẫn đêm có thể từng đợt một, một mỗi, mất ngủ, bải hoải, cáu kỉnh.

Điều trị: Nồng độ CO_2 ở máu ức chế nấc cụt. Hít hơi sâu và nín lại nhiều lần hoặc thở dài hơi trong 1 túi giấy (không dùng túi nhựa). Uống nhanh 1 ly nước, nuốt bánh mì khô hay đá cục, chọc nôn, kéo lưỡi, đè vào nhãn cầu. Nén ép chà sát xoang động mạch cảnh. Cho hít 5% CO_2 trong oxy cũng hiệu quả. Viêm màng cơ hoành dùng băng keo ép chặt phía dưới ngực.

Phương pháp điều trị như sau: nằm ngửa trên giường, co hai đầu gối lên vùng ngực, dùng 2 tay ôm chặt lấy 2 chân đã co, đầu cố gắng gập vào đầu gối hết cỡ (co tròn lại) rồi cứ thế nín thở, lăn theo chiều lưng khoảng 10 lần sẽ hết nấc.

Thuốc có thể dùng: *Scopolamin*, *Amphetamin*, *Prochlorperazin*, *Chlolorpromazin*, *Phenobarbital*.

Metoclopramid 10 mg x 2-4 lần/ngày, tỏ ra công hiệu.

Có thể dùng *Procain* 0,5% ức chế dây thần

kinh cơ hoành (có thể gây suy hô hấp, tràn khí màng phổi).

12. PARKINSON (Liệt rung)

Một chứng bệnh tự phát, tiến triển chậm, gây suy thoái hệ thần kinh trung ương với 4 đặc điểm: động tác chậm và ít, đơ cứng cơ, run lúc nghỉ, tư thế không vững. Thường do không tiết dopamin (parkinson nguyên phát), thiếu hay cản trở tác dụng do dopamin (parkinson thứ phát), một số bệnh khác như u, tràn dịch não...

Triệu chứng: Run "vo viên" ở bàn tay lúc nghỉ, giảm khi vận động, mất đi lúc ngủ, tăng lên khi mệt mỏi hay căng thẳng. Bàn tay, cánh tay, cẳng chân bị run nhiều nhất. Hàm, lưỡi, trán, mi mắt cũng có thể bị run nhưng giọng nói không ảnh hưởng. Có người chỉ cứng đơ nhưng không run. Cứng đơ dần dần (vận động chậm), khó khởi đầu động tác (mất vận động) tiếp sau đó. Đau cơ, mệt mỏi. Mặt giống mặt nạ, miệng mở rộng, mắt ít chớp. Dáng điệu cúi gập, khó khăn bước đi, lê chân, bước ngắn, cổ tay co gập, tay không đong đưa được theo bước đi. Dáng đi cập rập, chúi tới (ngã về phía trước) hay về phía sau (bật ngửa) do mất phản xạ tư thế. Nói thều thào kiểu loạn vận ngôn đều đều, lắp vấp. Giảm vận động, mất điều khiển cơ ở xa, viết chữ nhỏ, càng nhiều khó khăn trong sinh hoạt. Khoảng

50% bệnh nhân sa sút trí tuệ và trầm cảm biểu hiện của sự tàn tật.

Điều trị: Điện não đồ.

Liệu pháp levodopa: *Carbidopa/Levodopa* tỉ lệ 10/100, 25/100, 25/250, dạng viên 50/200mg phóng xuất chậm. Bắt đầu bằng viên đơn 25/100 x 3 lần/ngày, tăng thêm cứ 4-7 ngày 1 lần theo mức dung nạp. Uống lúc đang ăn, sau ăn. Phần lớn bệnh nhân cần dùng 400-1.000mg/ngày *levodopa*, ít nhất 100mg/ngày *carbidopa*. *Sinemet (Levodopa + Carbidopa)* uống 3-6 viên/ngày. *Madopar 250 (levodopa 200mg + Benserazid HCl 50mg)*, *Madopar HBS (Levodopa 100mg + Benserazid HCl 25mg)* 500-1.000mg/ngày, chia 3 hoặc nhiều lần. Sau khoảng 2-5 năm có dao động đáp ứng (50% người dùng), mất vận động nặng, tăng hoạt động không kiểm chế được. Đối phó trường hợp ấy bằng cách giảm liều *Levodopa* và rút ngắn khoảng cách dùng thuốc. Nên dùng sang loại phóng thích chậm hay *Selegilin*. Thuốc thường gây giảm huyết áp thể đứng, ảo giác, đôi khi mê sảng do nhiễm độc. *Amantadin* 100-300mg/ngày, dùng cho parkinson nhẹ và mới bắt đầu. Có thể dùng tăng thêm hiệu quả của *levodopa* ở giai đoạn sau của bệnh. Cũng mất tác dụng sau thời gian 2 - 5 năm dùng thuốc. Có thể dẫn đến đột nhiên mất vận động.

Tác dụng phụ: phù chi dưới, mạng tím xanh

hình lưới, lú lẫn. *Bromocriptin* và *pergolid*, *alcaloid* của nấm cựa gà kích hoạt các thụ thể dopamin ở hạch đáy. *Bromocriptin* 5-60 mg/ngày. *Pergolid* 0,1-7 mg/ngày. Thường dùng ở giai đoạn chót, *Levodopa* đã giảm tác dụng và tác dụng phụ rõ rệt. Xu hướng là dùng ngay thuốc *Bromocriptin*, *Pergolid* phối hợp với liều nhỏ *Levodopa* sớm thì tốt và cần thiết. Có người không dùng *Levodopa* lúc đầu, dựa vào các chất chống tiết *cholin* hoặc *Amantadin* dùng sớm, có người dùng *Selegilin* trước cho là hợp lý hơn (vốn là chất IMAO). Chất ức chế monoamin oxydase típ B (IMAO-B): *Selegilin* 5-10mg/ngày. Thuốc có thể làm nặng thêm chứng loạn vận động, tâm thần, buồn nôn vì vậy phải giảm liều *Levodopa* khi kết hợp.

Thuốc chống tiết cholin: *Trihexyphenidyl* 2,5 mg x 3 lần/ngày, *Benztropin mesylat* 0,5-2 mg x 3 lần/ngày, *Procyclidin*, *Biperiden*, *Ethopropazin* dùng lúc đầu điều trị và kết hợp với *Levodopa*.

Các thuốc kháng histamin: *Diphenhydramin* 25-100 mg/ngày, *Orphenadrin* 50-200 mg/ngày chữa run và an thần nhẹ.

Thuốc chống trầm cảm ba vòng: *Amitriptylin* 25-50 mg/ngày.

Ngoài ra có: *Imipramin*, *Nortriptylin*, *Doxepin*.

Không nên dùng *Propranolol* vì gây run nặng hơn.

Phẫu thuật: cấy ghép nơron dopamin phối thai. Kết quả chưa xác định vì còn quá sớm.

Vật lý: Luyện tập vận động thường xuyên. Liệu pháp vật lý hỗ trợ tốt. Ăn uống nhiều chất xơ, uống đủ nước.

13. RỐI LOẠN TRẦM CẢM

Là trạng thái giảm khí sắc, giảm năng lượng, giảm hoạt động.

13.1. Rối loạn trầm cảm

Triệu chứng: Dần dần, bắt đầu từ mất ngủ, mệt mỏi, giảm khí sắc, lo lắng nhiều thứ. Với 3 triệu chứng: ức chế cảm xúc, tư duy và vận động. Buồn chán, rối loạn cảm giác, than vãn mất hết tình cảm, đau khổ, sai lệch tri giác.

Tư duy nghèo nàn, đơn điệu, linh hoạt chậm, tự ti, tự kết tội, ít nói, trả lời thì thào tiếng một.

Ngồi im hàng giờ, nằm co một nơi, chậm chạp, đơn điệu, buồn chán, giảm tập trung, trí nhớ hồi tưởng kém, do dự, bất lực, ảo tưởng, ảo giác, hoang tưởng, tự buộc tội, ý tưởng tự sát, ý nghĩ muốn chết (theo dõi chặt chẽ và nghiêm ngặt), giết người rồi tự sát như nhảy trên cao xuống, tự thiêu, thắt cổ, tự cắt xẻo, nhảy xuống nước, lao vào xe máy...

Rối loạn khác: chán ăn, táo bón, ỉa lỏng, buồn nôn, đau đầu, bất lực, giảm cảm giác, giảm trương lực cơ...

Tùy theo biểu hiện lâm sàng: Trầm cảm sững sờ, kích động, nghi bệnh, ám ảnh, hoang tưởng, tâm sinh, ảm, phản ứng, tâm căn, triệu chứng và trầm cảm ở trẻ em.

Điều trị: Phải nhập viện nếu trầm cảm nặng như ý đồ tự sát, không ăn, mất ngủ, suy sụp, bệnh kéo dài...

- Trầm cảm nặng, tự sát, sững sờ, thuốc không có kết quả: sốc điện.

- Cơn trầm cảm nặng dùng thuốc: *Melipramin*, *Anafranil* liệu trình dài 2-3 tháng.

- Trầm cảm tâm sinh: *Meprobamat*, *Seduxen*, *Nozinan*, *Melleril*.

- Trầm cảm triệu chứng: *Amitryptilin*, *Melipramin*.

Lithium cũng tốt, đặc biệt với phòng bệnh (chủ yếu hưng cảm), liều tấn công 1800 mg/ngày, duy trì 150-900 mg/ngày.

Các thuốc đều có tác dụng phụ cần theo dõi, nếu nặng như biểu hiện ngộ độc phải ngừng thuốc. *Melipramin* không dùng cho người mắc bệnh mạch máu, giảm HA, nhũn não, lú lẫn, lo âu, động kinh, kích động.

Các thuốc khác: - *Fluoxetin*: Trầm cảm. Rối loạn ám ảnh, cưỡng bức (biệt dược: *Deprexin*, *Magrilan*, *Nuzac*).

- *Venlafaxin HCl*: Trầm cảm lo lắng dùng cho nội và ngoại trú (biệt dược: *Efexor*).

- *Mirtazapin*: Cơn trầm cảm lớn (biệt được: *Remeron*).

- *Sertralin*: Trầm cảm nặng, ám ảnh, cưỡng bức, hoảng sợ (biệt được: *Serenata*).

- *Tianeptin*: Các giai đoạn trầm cảm chủ yếu (Biệt được: *Tiablón*).

Các thuốc vitamin, đặc biệt nhóm B.

Tránh: uống rượu và thực phẩm, thuốc có rượu. Những người lạm dụng rượu rất dễ bị rối loạn trầm cảm (rượu phá hủy vitamin B₁).

13.2. Tâm căn suy nhược

Do chấn thương tâm lý, tâm thần kéo dài. Dễ bị kích thích, mệt mỏi, đau đầu, rối loạn giấc ngủ, khó tập trung tư tưởng, mất thích thú, biểu hiện bằng trầm cảm, lo âu hoặc sợ hãi.

Có thể biểu hiện khác: đau người (cột sống, cổ, lưng và cò), chóng mặt, hoa và mờ mắt, da kim châm, kiến bò, nóng, lạnh, tê buồn, run. Mạch, huyết áp không ổn định, khó thở, hụt hơi. Rối loạn tiêu hoá, tăng tiết mồ hôi. Rối loạn cảm xúc, lo âu, giảm nhiệt tình. Tập trung chú ý kém, trí nhớ giảm.

Cần lưu ý phân biệt với hội chứng suy nhược thần kinh, rối loạn trầm cảm, bệnh tâm căn suy nhược do căn nguyên tâm lý. Vì vậy chữa bệnh là liệu pháp tâm lý, luyện tập, thư giãn, phương pháp vật lý kết hợp với thuốc an thần kinh, giải lo âu: *Meprobamat*, *Diazepam*, *Vitamin B₁*, *B₆*, giảm

đau nhóm *AINS*, *Novocain* + B_{12} . Cần thiết lắm mới dùng *Amitryptilin*.

14. RỐI LOẠN THỊ GIÁC

Nhiều yếu tố của hệ thần kinh trung ương và ngoại vi phối hợp cùng nhau tạo nên thị giác, do đó khám hệ thống mắt sẽ cho biết nhiều bộ phận của hệ thần kinh và đặc biệt hữu ích để xác định vị trí thương tổn.

Rung giật nhãn cầu nhịp nhàng kèm theo mất thính lực ù tai, chóng mặt, nôn, buồn nôn, quờ quạng, lảo đảo do viêm mê đạo cấp hay phá hủy. Chuyển động nhãn cầu do cầu não bị phá hủy hay loạn năng, rung giật nhãn cầu do mất thị giác trung tâm ở tuổi nhỏ, xơ cứng rải rác. Soi đáy mắt, khám võng mạc, tìm ra bệnh tật mô thần kinh, một số bệnh toàn thân như HA, khối u.

Xác định độ rõ mỗi bên mắt, đánh giá thị trường, chuyển động mắt bên ngoài nhãn cầu, rung giật nhãn cầu, sa mí mắt, lồi mắt, phản xạ mắt - tiền đình, khám soi đáy mắt, quan sát dây thần kinh thị giác, mạch máu, bề ngoài võng mạc tìm chứng phù gai thị, teo thị giác, bệnh mạch máu, viêm võng mạc và các rối loạn khác.

(Xem thêm đại mục XIII về mắt).

15. RUN

Những cử động nhịp nhàng, xen kẽ, dao động

gây ra những kiểu co cơ và giãn cơ lặp lại nhiều lần. Nguyên nhân do run sinh lý, do lo âu, stress, mệt nhọc, rối loạn chuyển hoá, thuốc.

Triệu chứng: Run di truyền (vô căn) lành tính xảy ra ở bàn tay, đầu, giọng nói, có thể chỉ một bên, không có lúc nghỉ ngơi, biểu lộ lúc thao tác phải khéo léo, tăng theo tuổi. Run nghỉ ngơi (xem Parkinson).

Run do bệnh ở tiểu não: Run vận động chủ ý: đu đưa khi gần chạm mục tiêu, run chống đỡ: cố gắng giữ ở một tư thế cố định hoặc nâng một vật nặng, lão đảo: run rõ rệt, đầu và thân ở tư thế thẳng đứng.

Điều trị: Thuốc giải lo âu: *Diazepam*, *Lorazepam*, *Oxazepam*. *Propranolol* 20-80 mg x 4 lần/ngày dùng cho run lành tính vô căn, do thuốc, lo âu cấp.

Primidon 50-250 mg x 3 lần/ngày (*propranolol* không hiệu quả).

16. TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Triệu chứng: Bệnh nặng, tiến triển chưa rõ nguyên nhân: mất thống nhất hoạt động tâm thần, mất liên hệ với thực tại, khô lạnh, tư duy lệch lạc, kỳ dị, khó hiểu, hoang tưởng, ảo giác, ảo thanh, vô cảm xúc, ngôn ngữ nghèo nàn, cách ly xã hội.

Điều trị: Chủ yếu trị triệu chứng: *Aminazin*

25 mg x 4 ống/ngày (tiêm bắp thịt) hoặc *Haloperidol* 15 mg x 2 ống/ngày x 5 ngày hoặc phối hợp 2 loại thuốc, khi ổn định, dùng uống.

Nếu có trầm cảm, kết hợp với *Amitriptilin* hay *Levomepromazin*.

Có thể cho dùng thêm *seduxen* nếu bồn chồn, lo âu.

Thuốc dùng lâu dài hàng năm chủ yếu *Aminazin*.

17. THIẾU MÁU CỤC BỘ NÃO (Thiếu năng tuần hoàn não)

Các rối loạn ở mạch máu não gây ra thiếu năng tuần hoàn não. Thường là một biến chứng, hậu quả của bệnh tim mạch, do xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim trong bệnh van tim là nguyên nhân chính, do viêm mạch, do thuốc (cocain, amphetamin) hiếm do sự chèn ép động mạch. Gần đây được nói đến là xơ vữa động mạch chủ. Thiếu năng tuần hoàn não do sinh lý.

Triệu chứng: Có rất nhiều biểu hiện: cơn thiếu máu nhất thời: đột ngột vài phút (2-30 phút) không để lại hậu quả. Nhức đầu, lan toả, căng nặng đầu khi suy nghĩ xúc động hay lao lực, loạng choạng, chao đảo, dị cảm tê bì đầu ngón, tiếng ve kêu, tiếng ù trong tai, khó ngủ, rối loạn trí nhớ, tư duy.

Xảy ra ở động mạch cảnh, triệu chứng thường ở một bên: mù mắt, liệt nửa người đối bên, dị cảm.

Xảy ra ở hệ động mạch đốt sống - đáy não: lú lẫn, chóng mặt, buồn nôn, mù hai mắt, suy thị, yếu ớt một bên hoặc hai bên, dị cảm chi, gây ngã, nói khó.

Chưa biết cơn thiếu máu có báo trước đột quỵ không (cũng có và cũng không xảy ra).

Điều trị: Chẩn đoán cần phân biệt được với: động kinh co giật, nhức nửa đầu, khối u tân sinh, *Méniere*, sốc *insulin*...

Xét nghiệm. Điện não đồ. CT. Soi đáy mắt, điện tâm đồ. Nguy cơ gây bệnh: tăng HA, đái tháo đường, béo phì, tăng lipit - huyết.

Liệu pháp *heparin* cần được dùng khẩn cấp (nếu tắc nghẽn trong hộp sọ, đốt sống, đáy não, động mạch cảnh, động mạch đốt sống đều tắc không tăng HA).

Nếu thỉnh thoảng mới bị, thử dùng *aspirin* 25-50-100 mg/ngày là thuốc tốt nhất (theo dõi prothrombin), *ginkgo biloba* (*Tanakan*, *Superkan*) uống 2-3 viên/ngày.

Cinnarizin 1-2 viên/ngày + *Cavinton* 1-2 viên/ngày x 2 tháng, hoặc *Duxil* hoặc *Iskedyl* 1-2 viên/ngày x 2 tháng.

Piracetam 2 viên/ngày

Clofibrat 4 viên/ngày trị xơ vữa mạch. Omega 3 có hữu ích.

Các vitamin C, B₆, B₁₅.

Các thuốc hướng não và trí tuệ khác: *Pentoxifyllin*, *Citicolin*, *Naftidrofuryl oxalat*, *Cholin Alfoscerat*, *Buflomedil*, *Meclofenoxat*, *Raubasin*, *Cerebrolysin* truyền mạch, tiêm bắp hoặc uống.

18. U NÃO

Là những u trong sọ. U trong mô não chiếm 50% các u trong sọ. Còn lại bao gồm các u bắt nguồn từ màng não, dây thần kinh sọ, tuyến yên, các u di căn...

Triệu chứng: Con động kinh là dấu hiệu đầu tiên, tăng áp lực nội sọ gây nhức đầu lan tỏa, sau dữ dội và liên tục, nôn mửa, phù gai thị, tâm thần chậm chạp.

Điều trị: X-quang, siêu âm, ghi xạ hình sao, điện não, CT, cộng hưởng từ hạt nhân, chụp cắt lớp positron.

Phẫu thuật là không tránh khỏi nhờ có kỹ thuật chẩn đoán và phẫu thuật hiện đại.

- Tia phóng xạ: ngăn cản các giai đoạn gián phân và hậu gián phân.

- Hoá chất: thường dùng *Lomustin (CCNU)* và *Carmustin (BCNU)*. Liều trung bình 200ml/m² cơ thể, cứ 6 tuần tiêm 1 lần đường tĩnh mạch. Nhưng cần theo dõi công thức máu cẩn thận.

- Các *corticoid*: *Prednison* 60-120 mg/24 giờ, *Dexamethason* 30-40 mg/24 giờ trị phù não. Cần theo dõi tiêu hóa, phòng phản ứng phụ.

U não có thể điều trị có kết quả khả quan với khoảng 50% người bệnh nếu trang thiết bị, kỹ thuật tốt.

19. VIÊM MÀNG NÃO

Viêm màng não hay viêm màng tủy sống. Cả não và màng não cũng có thể bị viêm. Viêm não có thể là do xâm nhập của vi khuẩn (cerebritis) hoặc virus (encephalitis).

Hầu hết các vi khuẩn đều gây ra viêm màng não cấp tính, nhưng viêm màng não do bệnh lao và giang mai lại là cấp tính. Nhiễm virus gây ra viêm màng não vô khuẩn cấp tính, trong khi nhiễm nấm, bệnh ác tính rải rác, phản ứng với một vài loại thuốc tiêm vào trong bao thường gây ra viêm não vô khuẩn bán cấp tính.

19.1. Viêm màng não vi khuẩn cấp

Ba loại thường gây ra: *Neisseria meningitidis* (cầu khuẩn màng não), *Hemophilus influenzae* típ b và *Streptococcus pneumoniae* (phế cầu khuẩn) 80% trường hợp. Viêm màng não Gram (-) thường do *Escherichia coli* và *Klebsiella enterobacter*.

Triệu chứng: Khó chịu về hô hấp, họng. Sốt, nhức đầu, cứng gáy, nôn mửa là đặc trưng. Suy nhược nặng trong khoảng 24 giờ. Dễ kích thích, lú lẫn, buồn ngủ, sờ sững và hôn mê. Có thể có động kinh, bệnh thần kinh sợ. Thường mất nước, xẹp

mạch, liệt nhẹ nửa người, nhồi máu não (hiếm) nhưng nếu xuất hiện sớm nên nghĩ đến áp xe não, viêm màng trong tim, liệt sau đột quỵ.

Ở trẻ em khó chẩn đoán, thường: sốt, nôn, co giật, dễ kích thích, tiếng khóc the thé, thóp phồng hay khít chặt, có thể không cứng gáy. Bệnh có thể gây tử vong chỉ trong vài giờ cho nên chẩn đoán và điều trị phải khẩn trương chính xác. Khi nghi ngờ viêm màng não vi khuẩn thì việc dùng kháng sinh là tức thời, không chờ đến khi có kết quả xét nghiệm. Phải khám kỹ toàn thân tìm nguồn nhiễm khuẩn: đầu, tai, da, khớp, xoang, phổi. Có thể thấy bất thường về thần kinh sọ (liệt thần kinh vận nhãn, thần kinh mặt, đôi khi điếc).

Điều trị: Xét nghiệm (LP) (thận trọng), CT và MRI. Cần phân biệt được với viêm màng não vô khuẩn, viêm màng não virus. Kháng sinh và điều trị hỗ trợ, hạ thấp tỷ lệ tử vong xuống dưới 10%.

Thuốc: *Cephalosporin* thế hệ 3 (*Ceftriaxon*, *Cefotaxim*). *Penicillin G*, *Ampicillin* cũng còn thích hợp.

Sau khi tìm thấy vi khuẩn thì tùy loại mà dùng kháng sinh, có thể như một số thuốc khác: *Chloramphenicol*, *Vancomycin*, *Oxacillin*, *Nafcillin*. Hiện nay, thường dùng thêm *Dexamethason* 0,15 mg/kg cách 6 giờ (giảm điếc do *H. influenzae*). *Gentamicin* cũng có thể được dùng.

Chú ý: mất nước - điện giải, xẹp mạch, sốc, phù não, tràn dịch dưới màng cứng ở trẻ nhỏ. Cần cách ly.

19.2. Viêm não virus cấp - Viêm màng não vô khuẩn

Bệnh gây viêm cấp ở não do xâm nhập của virus hoặc do tăng cảm gây ra bởi một virus hay các protein lạ khác.

Viêm não tuỷ sống là loại viêm não xảy ra ở cấu trúc của tuỷ sống cũng như não. Viêm màng não vô khuẩn: có sốt đặc trưng là tăng limphô bào đơn nhân ở dịch não tuỷ (DNT), mức glucose bình thường, protein tăng nhẹ, không có hiện diện vi khuẩn khi xét nghiệm, nuôi cấy.

Triệu chứng: Có 3 dạng.

Không triệu chứng có thể sốt, khó ở, không có dấu hiệu màng não.

Viêm màng não: sốt, nhức đầu, nôn, khó ở, cứng gáy, lưng.

Viêm não: suy giảm ý thức, động kinh, liệt nhẹ, thay đổi nhân cách, bất thường của thần kinh sọ.

Cần phân biệt dựa trên đặc điểm của DNT và huyết thanh (mẫu đôi).

Điều trị: Nói chung bệnh có thể bình phục hoàn toàn.

Dùng ngay *Aciclovir* 10mg/kg tĩnh mạch

cách 8 giờ x 10 ngày, tiêm chậm mạch trong 1 giờ. Liệu pháp hỗ trợ: cân bằng dịch - điện giải (tránh thừa nước).

19.3. Viêm màng não bán cấp và mạn

Viêm màng não (không dùng thuốc kháng sinh, trên 2 tuần (bán cấp) hoặc trên 1 tháng (mạn). Do nhiễm nấm, lao, AIDS, giang mai, u tân sinh (bạch cầu u limphô, carcinom...).

Triệu chứng: Tương tự như viêm màng não cấp nhưng tiến triển chậm, qua nhiều tuần. Sốt nhẹ. Nếu do u: nhức đầu, sa sút trí tuệ, đau lưng, liệt thần kinh não và ngoại vi. Bệnh có thể gây chết người trong vài tuần, vài tháng.

Điều trị: Chẩn đoán phân biệt.

Do lao: xem lao ngoài phổi.

Do actinomyces: *Penicillin G* 20 triệu đvqt/ngày.

Do nấm: *Amphoterecin B* truyền thử 1mg, sau đó 1mg/kg/ngày, tùy theo dung nạp.

Do cryptococcus: *Amphoterecin B* + 5 *Flucytosin* hoặc *Fluconazol*.

20. XUẤT HUYẾT NÃO - NHŨN NÃO

20.1. Xuất huyết não

Các rối loạn về mạch máu não gây ra xuất huyết vào trong mô não hoặc các khoang màng não, do vỡ một động mạch xơ cứng, chịu đựng tăng HA động mạch hoặc thiếu máu do hình

thành huyết khối tại chỗ, ít do phình mạch hay dị tật, có thể do phình mạch do nấm, nhồi máu, loạn tạo máu, bệnh chất tạo keo và bệnh toàn thân khác. Nhiều nhất là do tăng HA, xơ vữa động mạch.

Triệu chứng: Tiên chứng: nhức đầu thường về đêm. Có thể chỉ nhức 1 bên (bên sẽ chảy máu). Chóng mặt, ù tai, có thể chảy máu cam, nặng hơn chảy máu võng mạc. Có người tiền sử tê nửa người, thiếu máu não thoáng qua, suy nặng thần kinh, liệt mắt, đồng tử nhỏ.

Giai đoạn khởi đầu: bệnh nhân đột ngột ngã vật ra và hôn mê ngay, nhưng cũng có thể bắt đầu bằng nhức đầu dữ dội, ý thức thu hẹp dần trong 1-2 giờ, rồi vào giai đoạn toàn phát.

Hôn mê sâu và nặng. Mặt tái nhợt, thở như ngáy, rối loạn ruột và cơ tròn, cơ thể bất động, mất phản xạ giác mạc và đồng tử.

Liệt nửa người, liệt nửa mặt, bên liệt giảm trương lực cơ, đầu và mắt quay về phía tổn thương, liệt chân tay cùng bên (kiểm tra trương lực, phản xạ).

Tăng tiết phế quản (ứ dịch), rối loạn nhịp thở, rối loạn nhịp tim, HA động mạch tăng, nhiệt độ cơ thể 38-39°C.

Da mặt xanh, tím hoặc đỏ, rối loạn dinh dưỡng (loét) dễ gây ra từ ngày thứ 3, ra mồ hôi nhiều, phù nề.

Nói chung là nặng, khoảng 2/3 trường hợp tử vong trong 10 ngày đầu. Sau 10 ngày đỡ nguy hiểm hơn nhưng có nhiều biến chứng: nhiễm khuẩn, rối loạn điện giải - nước, rối loạn dinh dưỡng, nguy cơ tàn phế gây liệt và di chứng tâm thần. Tuy nhiên có trường hợp có người sống sót qua cơn cấp, bình phục một cách kỳ lạ.

Điều trị: Chụp cắt lớp CT, MRI. Xét nghiệm. Chụp quét cắt lớp bằng tia, chụp lớp lách mạch não. Soi đáy mắt. Điện não đồ.

Chống phù não, thở oxy, hút đờm dãi, chống loét, chống bội nhiễm, đặt ống xông dạ dày, bàng quang, Monotoring.

Thuốc: *Prochlorperazin* 2,5-5 mg truyền, trị nôn. Lấy bột máu nếu cần thiết (qua áp lực máu nội mạch). Dùng *Manitol*, *Glucose*, *Meclofenoxat*, *Kali chlorid*, *Vincamin* truyền tĩnh mạch.

Thuốc hạ huyết áp cho người đang có tăng huyết áp.

Nếu cần, phải dùng kháng sinh tiêm *Penicillin* hoặc *Ampicillin*.

Chống chỉ định thuốc chống đông, an thần gây ngủ.

Có thể dùng *Codein* 60mg cách 6 giờ, *Diazepam* giải lo âu.

Các thuốc khác: *Citicolin*, *Cholin alfoscerat*, *Buflomedil*, *Piracetam*, *Vinpocetin*, *Naftidrofuril* truyền tĩnh mạch hoặc uống.

20.2. Nhũn não

Tắc một nhánh động mạch não, xuất hiện đột ngột, liệt nhẹ, sau đó có thể nặng dần đến hôn mê và tử vong. Tùy theo vị trí tắc nghẽn mà não có những dấu hiệu thần kinh khác nhau như trong thiếu máu não nhưng mức độ nặng và lâu mất hơn.

Điều trị: Xét nghiệm như thiếu máu não.

Thuốc: *Heparin* 20.000-30.000 đv tiêm tĩnh mạch chia 6 lần. Sau 5-7 ngày dùng *Pelentan* (*ethyl biscoumacetat*) hay *Sintrom* (*acenocoumarol*) với liều như sau: *Pelentan* 300mg 1/3 viên/ngày uống hoặc *Sintrom* 4mg 1/4 viên/ngày uống.

Depersolon 30 mg 1 ống truyền tĩnh mạch.

Manitol 20% truyền.

Pervincamin 15mg tiêm bắp x 2 lần/ngày.

Lucidril 250 mg x 4 lần tiêm bắp thịt. Cần thiết cho dùng thuốc hạ huyết áp, lợi tiểu, cân bằng nước - điện giải. Sau hết phục hồi chức năng.

Các thuốc khác: xem mục 19.1/IX.

X. DỊ ỨNG

1. DỊ ỨNG VÀ DỊ ỨNG THUỐC

Dị ứng là một thuật ngữ, chỉ một phản ứng khác thường của một cá thể khi tiếp xúc với một dị nguyên (chất lạ) lần thứ 2 hoặc những lần sau đó.

Có 2 nhóm dị nguyên: ngoại sinh (từ bên ngoài lọt vào, không nhiễm khuẩn và nhiễm khuẩn) và nội sinh (hình thành ngay trong cơ thể, còn gọi là tự dị nguyên).

Các dị nguyên thường là: Các hoá chất (dược phẩm, thuốc nhuộm, mỹ phẩm...), cây và hoa, bụi, mùi, khí, biểu bì, động vật, vảy da, lông súc vật, vi khuẩn, nấm, virus, ánh sáng, v.v.. Tự dị nguyên là những protein lạ hình thành ngay trong cơ thể do tác động của những phản ứng lý hoá nội sinh cộng với các yếu tố và điều kiện nhiệt độ, áp suất, acid, base, phóng xạ, độc tố, vi sinh vật.

Triệu chứng: Biểu hiện trên 4 típ:

+ Túc thì (típ I): Từ một vài giây đến 3-4 giờ. Được chia thành tối cấp, cấp và bán cấp, thường gọi là sốc (choáng) phản vệ (Trong huyết thanh có kháng thể dị ứng IgE, IgG). Là một tình trạng

nhễm độc histamin, làm giãn các tiểu động mạch - mao mạch, tăng tính thấm thấu mạch, làm giảm đột ngột khối lượng máu gọi là chảy máu nặng trong chính mạch máu của mình. Nôn nao, khó chịu, tím tái, thở nhanh nông, vã mồ hôi, không lấy được mạch - huyết áp (trụy mạch).

+ Độc tế bào (típ II): Tan máu, giảm bạch cầu, chảy máu do giảm tiểu cầu.

+ Dị ứng muộn (típ III): Từ 5-6 giờ đến 72 giờ và nhiều ngày. Sốt, đau khớp, hạch ở cổ nách bẹn, ban đỏ, ngứa, buồn nôn, nôn, rối loạn tiêu hoá, đau bụng, nhức đầu, khó thở, phù phổi, tràn dịch màng phổi, đái ra protein, viêm mũi, polip mũi, hen, phù Quincke, co thắt, tụt huyết áp, viêm cầu thận, ban xuất huyết, v.v..

+ Dị ứng chậm (típ IV): Chàm, do tiếp xúc, do ánh sáng, một số hoá chất - thuốc.

Điều trị: Các xét nghiệm và cận lâm sàng.

Nhằm vô hiệu hoá các hoạt chất trung gian: *histamin, serotonin, bradykinin, acetylcholin*. Xử lý các rối loạn chức năng tổn thương, triệu chứng dị ứng bằng các thuốc kháng histamin (AH_1), thuốc cường giao cảm, corticoid, thuốc ức chế miễn dịch.

Nhẹ như mày đay, mẩn ngứa: Nghỉ ngơi, khuyên yên tâm, không cần dùng thuốc vì có thể gây tác dụng giao thoa.

Nặng hơn: là một trường hợp cấp cứu, phù

Quincke, phù thanh quản, đau bụng, buồn nôn, nôn, ỉa chảy dùng: *Phenergan* 3% uống 10 ml/lần x 2 lần/ngày hoặc *Dimedrol* viên 50 mg, uống 1-2 viên/lần x 2 lần/ngày x 2-3 ngày. Hoặc uống *Phenergan* cùng với *Hydroxyzin* 75 mg/24 giờ và *Prednisolon* 25 mg/24 giờ x 2-3 ngày. Dùng *Diazepam* 5 mg trước khi đi ngủ. Uống nhiều nước.

Nặng hơn nữa: Ban đỏ cả người, trợt da, lở loét niêm mạc (mũi, miệng, hậu môn, âm đạo...), hội chứng Stevens-Johnson hoặc Lyell: *Depersolon* 30 mg x 1-2 ống/ngày tiêm bắp thịt, *Dimedrol* 50 mg x 2 ống/ngày tiêm bắp thịt. Chú ý chăm sóc tránh bội nhiễm, biến chứng nội tạng. Có thể dùng kem *corticoid* (ví dụ *cortibion*) bôi lở loét ngoài da. Do thoát huyết tương có thể mất nước, cần cân bằng nước - điện giải 1-2 lít/ngày. Theo dõi chặt chẽ 24 giờ đầu đề chừng chuyển sang sốc phản vệ.

Sốc phản vệ (Xem thêm mục 3 - phản vệ): Một ca cấp cứu rất khẩn trương tại chỗ, nếu không người bệnh có thể chết sau vài phút. Thường hay gặp với thuốc tiêm *Penicillin*, *Streptomycin*, *Tetracyclin*, *Morphin*, *Novocain*, huyết thanh, *Vaccin*.

Để cấp cứu phản vệ cần chuẩn bị sẵn: *Adrenalin* 1mg hoặc 0,25 mg tiêm, *Depersolon* 30 mg tiêm, *Pipolphen* 0,05 g tiêm, bơm kim tiêm, bông cotton. Thấy người bệnh nôn nao, khó chịu tiêm ngay

0,25-1 mg *Adrenalin* dưới da; nếu mất mạch, tái nhợt, mất huyết áp dùng ngay bơm tiêm vừa tiêm *Adrenalin* dưới da xong tiêm vào mạch rút ra 5ml máu rồi bơm lại vào tĩnh mạch. Sau 10-15 phút vẫn chưa có mạch lại tiêm 1 ống *Adrenalin* 1 mg dưới da. Sau 10-15 phút vẫn không tiến triển tiêm 100 mg *Hydrocortison hemisuccinat* (hoặc *Depersolon* 2 ống) vào tĩnh mạch (trực mạch thì tiêm bắp). Truyền huyết thanh 500 ml + 2 ống *Depersolon*, có thể tới 120 mg/4 giờ đầu, 8 ống/24 giờ. Sau cùng giải quyết các triệu chứng khác bằng kháng *histamin* (AH_1): *pipolphen* 0,05 g x 2 ml vào bắp thịt (Theo BKTBH 2000).

Hầu hết các thuốc đều gây dị ứng với các típ khác nhau, tùy thuộc vào sự nhạy cảm của từng cá thể: *sulfamid*, thuốc an thần kinh, thuốc hạ nhiệt, giảm đau, chống viêm (AINS), vitamin cũng gây nhiều dị ứng nghiêm trọng (aspirin gây hen, polip mũi; kháng sinh, AINS gây hội chứng Stevens-Johnson hoặc Lyell...). Vì vậy, một trong những việc cần làm trước khi dùng thuốc là cần hỏi kỹ bệnh sử cá nhân, gia đình, hướng dẫn của thầy thuốc, tham khảo các lưu ý sử dụng thuốc (Thuốc biệt dược và cách sử dụng).

Dự phòng: Tránh các dị nguyên đã biết hoặc có thể gây ra. Nếu buộc phải dùng, cần có hướng dẫn của thầy thuốc (ví dụ *insulin*). Hỏi kỹ tiền sử bệnh trước khi cho thuốc. Phải có đủ phương tiện

cấp cứu. Nếu cần, phải dùng thuốc phòng ngừa trong gây mê - xét nghiệm thăm dò.

Các thuốc kháng histamin (AH₁) khác thường dùng: *Alimemazin*, *Antazolin*, *Astemizol*, *Bromphenoxamin*, *Buclizin*, *Carbinoxamin*, *Cetirizin*, *Clemastin*, *Cromoglycat Na*, *Dexchlorpheniramin*, *Ketotifen*, *Oxomemazin*.

2. MÀY ĐAY - PHÙ MẠCH

Mày đay: nốt sần, ban đỏ trên da. Phù mạch: giống mày đay nhưng có vùng sưng phù rộng hơn liên quan cả da và cấu trúc dưới da.

Triệu chứng: Mày đay: ngứa, xuất hiện vệt sần nhỏ bé, sưng lên. Vệt sưng trong, rõ ở trung tâm trông như những chiếc vòng ban đỏ lớn, xuất hiện ô ạt rồi biến mất, có thể vài giờ, tái hiện nơi khác. Nếu tồn tại quá 24 giờ thì có khả năng viêm mạch.

Phù mạch: một chỗ sưng mờ của mô nhão dưới da, như mu bàn tay, bàn chân, mi mắt, môi, bộ phận sinh dục, màng niêm dịch. Nếu phù phần trên khí đạo có thể gây suy hô hấp, tiếng thở rít có thể nhầm với hen.

Điều trị: Mày đay cấp tự nhiên hết sau 1-7 ngày. Nếu do dùng thuốc gì thì ngưng lại. Uống *Diphenydramin* 50- 100 mg cách 4 giờ, hoặc *Hydroxyzin* 25-100 mg x 2 lần/ngày, hoặc *Cyproheptadin* 4-8 mg cách 4 giờ. *Aminazin* một

viên/lần x 2 lần/ngày cũng tốt. Nếu cần thiết, cần kết hợp kháng histamin H1 với kháng histamin H2 (*cimetidin*, *cinnarizin*). Có thể cần đến corticoid như *Prednisolon* 30-40 mg/ngày nếu có phản ứng nặng cùng với phù mạch. Có thể, trước hết bằng *Epinephrin* 1p 1000 tiêm 0,3ml dưới da trị phù mạch họng hay thanh quản cấp, sau đó dùng kháng histamin như trên. Phòng ngừa tắc nghẽn cần dùng ống hay mở khí quản thở oxy. Thuốc khác: *Promethazin*, *Dimedrol*, *Phenergan* cũng có thể tác dụng tốt với mày đay.

Mày đay mạn: Người bệnh tránh dùng aspirin, rượu, cà phê, thuốc lá. Cũng dùng thuốc như trên, *doxepin* 25-50 mg x 2 lần/ngày hiệu quả tốt với một số bệnh nhân (thuốc phối hợp kháng H1 + H2). Nên dùng mọi biện pháp trước khi dùng *Glucocorticoid*. Giải mẫn cảm: *calci chlorid* uống 3-6 g/ngày. Uống hoặc tiêm *Mg hyposulfid*.

Phù mạch coi là một cấp cứu, dùng các kháng histamin như trên và xử lý như một trường hợp sốc phản vệ. Cần dùng *Epinephrin*, hỗ trợ hô hấp, truyền dịch nếu cần thiết.

Dự phòng: tránh tác nhân gây bệnh: hoá chất, thuốc như các enzym chuyển đổi (ACE), *Captopril*, *Perindopril*.

3. PHẢN ỨNG

Phản ứng toàn thân cấp, bột phát, xảy ra ở

một người trước đã bị cảm ứng nay lại tiếp nhận lần nữa kháng nguyên gây cảm ứng.

Triệu chứng: Sau 1-15 phút người bệnh khó chịu, kích động, đỏ bừng. Dị cảm, trống ngực, ngứa, ù tai, ho, hắt hơi, mày đay phù mạch, khó thở do phù thanh quản hay co thắt. Ít buồn nôn, mửa, đau bụng, tiêu chảy. Có biểu hiện sốc trong vòng 1-2 phút, mất kiểm chế, co giật, không còn đáp ứng và tử vong. Cơ trụy mạch có thể xảy ra mà không có triệu chứng.

Điều trị: Điều trị tức thời bằng *Epinephrin*, căn cứ vào tình trạng nhẹ cho đến nặng. Liều lượng thích ứng, tiêm dưới da hay truyền mạch. Tiêm 0,3-0,5 ml dung dịch 0,1% cho đến khi bệnh nhân thoát khỏi tình trạng sốc, HA trở lại bình thường. Nguy kịch thì tiêm tĩnh mạch. Theo dõi chặt chẽ. Dùng thêm *Diphenhydramin* ngăn phù thanh quản, chặn phóng thích *histamin*. *Glucocorticoid* để triệt bỏ giai đoạn cuối của phản ứng kép *hydrocortison* hoặc *Depersolon* 30mg tĩnh mạch hoặc bắp. Nếu không đáp ứng với *Epinephrin* thì dùng *Aminophilin* và *Theophylin*. Dùng oxy qua nội khí quản hoặc mở khí quản. Hai chân bệnh nhân được nâng cao. Chú ý: đề phòng người bệnh run, giật, nhức đầu, buồn nôn, theo dõi tim, huyết áp (coi chừng giảm huyết áp gây giãn mạch, giảm khối lượng máu, thiếu năng cơ tim). Nếu giảm huyết áp phải cân bằng bằng truyền dịch, chỉ khi nào không

cân bằng được mối dùng huyết tương dạng keo và dùng thuốc tăng huyết áp thận trọng. Tim có thể ngừng đập, hồi sức kịp thời. Sau các biện pháp trên thì dùng *Diphenhydramin* (50-75 mg truyền 3 phút) và *Glucocorticoid* trị chứng mày đay, hen, phù thanh quản, giảm huyết áp. Nên dùng *Methylprednisolon* 40mg tiêm mạch, lặp lại sau 8 giờ nếu cần. Những người nếu biết mình có phản ứng phản vệ (côn trùng đốt...) nên có sẵn bơm tiêm nạp sẵn *Epinephrin*, khí dung *Epinephrin* để tự chữa trước.

Xem mục 1/X: Dị ứng và dị ứng thuốc.

Lưu ý: một hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ cần có tối thiểu:

<i>Adrenalin</i> 1 mg/ml	2 ống
Nước cất	2 ống
<i>Hydrocortison hemisuccinat</i>	100mg
(hoặc <i>methylprednisolon</i>)	2 ống
<i>Salbutamol</i> 4mg	2 ống
<i>Depersolon</i>	2 ống

Bơm, kim tiêm, bông băng, cồn, chun, bóng ambu, mặt nạ, ống nội khí quản, than hoạt tính, bơm xịt *salbutamol* hay *terbutolin* đủ dùng.

4. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG

Triệu chứng: Ngứa, xót. Chảy nước mắt. Rậm mắt nhất là khi tiếp xúc bụi, khói, gió. Kết mạc có thể sưng, sung huyết.

Điều trị: Thuốc: dùng các thuốc nhỏ mắt có kháng histamin: *Antazolin*, *Pheniramin*, *Pyrilamin*, *Phenylephrin*, *Cromolyn*. Cần thiết mới dùng (vài lần) huyền phù *corticoid* (không dùng nếu tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể). Dùng *Na cromolyn* nhỏ mắt có hiệu quả. Dùng thường xuyên *NaCl* 0,9% nhỏ mắt, ngày nhỏ mắt 4-5 lần.

Hiện nay có thuốc: *Rimexolon* (BD *Vexol*) dung dịch nhỏ mắt 1% dạng acetat, là một dẫn chất corticoid chống viêm dùng có cải thiện. *Levophta* 0,05% (huyền phù) (*levocabastine*) nhỏ mắt có tác dụng.

Lưu ý rằng: không nên dùng thường xuyên các thuốc nhỏ mắt có *corticoid* và kháng *histamin H₁*. Hai thuốc này lúc mới dùng có cảm giác triệu chứng được cải thiện, nhưng sau đó sẽ để lại những tác dụng phụ. *Corticoid* gây tăng nhãn áp, đục thủy tinh, kháng *histamin H₁*, gây keo dịch tiết.

5. VIÊM MŨI DỊ ỨNG

Phức hợp triệu chứng gồm cảm mạo, viêm mũi, dị ứng lưu niên, đặc trưng hắt hơi, sổ nghẹt mũi, ngứa, thường viêm kết mạc, viêm họng theo mùa hay quanh năm.

Triệu chứng: Mũi, vòm miệng, cổ họng, mắt bắt đầu ngứa, chảy nước mắt, hắt hơi, chảy nước mũi trong. Có thể nhức đầu, bồn chồn, biếng ăn,

suy sụp, mất ngủ. Kết mạc sung huyết, niêm mạc mũi sưng. Thêm ho. Niêm dịch mũi chứa bạch cầu eosin. Dễ lẫn với cảm, cúm.

Điều trị: Thuốc: *Phenylpropanolamin*, *Phenylephrin*, *Pseudoephedrin* là những thuốc kháng histamin (nhiều tác dụng phụ, đặc biệt với người tăng huyết áp). Có thể dùng *Na cromolyn* 4% xịt. *Glucocorticoid* xịt mũi. Khí dung mũi: *Hydrocortison* với 1 kháng sinh nếu có bội nhiễm.

Uống: *Chlorpheniramin maleat* 4mg 1-2 viên/ngày, trong 3-5 ngày.

Nhỏ mắt: *Rimexolon* hoặc *Levophta* (huyền phù).

XI. DINH DƯỠNG CHUYỂN HÓA

Dưỡng chất, thành phần của thực phẩm dùng nuôi dưỡng cơ thể gồm các chất dinh dưỡng đại lượng và vi lượng. Vi lượng gồm vitamin và nguyên tố. Đại lượng gồm carbohydrat, chất béo và protein. Dinh dưỡng trong y học lâm sàng có một tầm quan trọng đặc biệt. Trong Y Dược có 4 danh từ: thực y, thực trị, thực dưỡng, thực chế có nghĩa là thực phẩm dùng trong Y Dược. Ngoài nước và oxy, con người cần có 2 nhóm thực phẩm:

- Nhóm cung cấp năng lượng đó là các chất bột, chất béo, đường. Chúng tạo ra năng lượng (calo), tạo ra sinh lực cho cơ thể, giữ thân nhiệt, hoạt động, chuyển hóa.

- Nhóm cung cấp bổ dưỡng: đó là các chất đạm, vitamin, khoáng. Chúng nuôi dưỡng, phục hồi, bồi bổ các cơ quan, thay mới các tế bào, như thịt, cá, trứng, sữa, rau quả, ngũ cốc...

Vì vậy phải có khẩu phần hợp lý, cân đối thích hợp thể hiện trên tỷ lệ giữa các thành phần các chất: đạm, mỡ, đường là 1/1/4. Đạm động vật/đạm thực vật là 1/3. Mỡ thực vật/mỡ động vật là 1,5.

Ca/P là 0,7-1. Vitamin phải tăng song song với calo khẩu phần. Chất khoáng cần ít, thường đã có trong thực phẩm. Nhu cầu Ca (mg/ngày): 400-600, có thai và nuôi con bú: 1.000-2.000. Nhu cầu Fe (mg/ngày): 5-15, có thai và nuôi con bú: 15. Riêng I và F có thể thiếu (nhưng cũng có địa phương thừa).

Chất đạm, béo, đường, vitamin, khoáng là 5 thành phần giúp chuyển hoá của cơ thể vì một lý do nào đó gây nên thừa hoặc thiếu (rối loạn hấp thu, thải trừ, cân bằng sinh học) sẽ đưa đến bệnh tật.

Có thể khẳng định được mối liên hệ nhân quả: sự sống là do thực phẩm và sức khỏe là do ăn uống.

1. NGUYÊN TỐ

Các nguyên tố rất cần cho động vật máu nóng: natri, kali, calci, magne, phospho, lưu huỳnh, sắt, iod, đồng, mangan, kẽm, cobalt, molybden, selen, crom, chlor, fluor, silic, niken, arsen (chưa rõ với thiếc và vanadi). Đặc biệt các nguyên tố đại lượng như natri, kali, calci và magne. Nói chung các nguyên tố đều có sẵn trong thực phẩm. Khi khoẻ mạnh thì thành phần và khối lượng dịch cơ thể vẫn giữ nguyên không đổi một cách đáng chú ý, mặc cho những thay đổi lớn trong việc hấp thụ thức ăn và hoạt động chuyển hoá. Các cơ chế chịu trách nhiệm duy trì sự ổn định nội môi này có liên quan mật thiết với nhau.

Hiện nay có khá nhiều thuốc: Dịch truyền,

sirô, viên, dung dịch uống, cốm phối hợp các acid amin, vitamin và các nguyên tố vi lượng cần thiết rất tiện dụng.

Các thuốc khác: Xem mục 2 (*Vitamin*).

Ngoài ra còn các thực chế, như các công thức dinh dưỡng cho trẻ (sữa bột) cũng có hầu hết các vitamin và vi lượng khoáng như Dumex, Formula, Frisolac, Frisomel, Guigoz, Lactogen, Isomil, Nestlé, Nan, Meji FU, Similac, Vitalac... đảm bảo đủ các nguyên tố dinh dưỡng cho trẻ và người già.

2. VITAMIN

Là các chất có tác dụng với một lượng rất nhỏ tham gia vào chuyển hoá (xúc tác sinh vật học) cần thiết với sự sống còn, không thể thiếu được, cơ thể hầu hết không thể tự tổng hợp được mà phải do từ thức ăn đưa vào cơ thể.

Khi thiếu vitamin sẽ ảnh hưởng (hoặc rối loạn) chuyển hoá và đưa đến trạng thái bệnh lý đặc hiệu.

Các vitamin nói chung được chia thành 2 nhóm:

- Vitamin hoà tan trong nước: các vitamin phức hợp B, vitamin C, acid pantothenic, acid lipoic, biotin, acid folic, inositol, PAB, vitamin B₁₂.
- Vitamin hoà tan trong lipid: A, D, E, K.

2.1. Vitamin A (Retinol)

Có trong dầu gan cá, lòng đỏ trứng, bơ, kem

sữa, các rau quả có lá xanh, có màu vàng chứa beta caroten. Vai trò quan trọng với sự phát triển, bảo vệ duy trì sự bền vững của tổ chức biểu mô và sự nhìn.

Triệu chứng: Chạm lớn, dễ nhiễm khuẩn, quáng gà, khô mắt nhuyễn giác mạc, dày sừng quanh nang lông ở da, giác mạc khô, mờ, thâm nhiễm vào giai đoạn đầu, sau đó nhuyễn giác mạc, hoá lỏng, vỡ ra, mất lõi, teo nhãn cầu và mù. Tử vong cao 50%.

Điều trị: Phải dùng tức thời *vitamin A* 20.000 IU/ngày trong 2 ngày và 1 lần trước khi rời bệnh viện, sau đó 25-50.000 IU cho đến khi đáp ứng tốt. Liều duy trì 10.000-20.000 IU. Chú ý dùng trong thời kỳ mang thai và cho con bú. Quá liều: tăng áp lực nội sọ, nôn mửa (buồn ngủ, dễ kích thích, nhức đầu, nôn và bong da). Ngưng dùng sẽ hết.

2.2. Vitamin D

Tác dụng sinh lý chủ yếu là tăng hấp thu Ca ở ruột và tác dụng trực tiếp trên quá trình calci hoá, tạo xương.

Còi xương, nhuyễn xương. Bé sinh ra thương tổn ở hành xương, co cứng cơ, vật vã không yên, ít ngủ, khoáng hoá xương sọ giảm (nhũn sọ). Trẻ lớn hơn thì chậm biết ngồi, bò, có u lồi ở sọ, sườn sụn có hạt, thóp chậm khép kín, nở lớn phần sụn đầu

dưới của xương quay, xương trụ, xương chày, xương mác, gù vẹo cột sống, chân vòng kiềng, chậm đi, đầu gối vẹo vào trong.

Người lớn mất khoáng (nhuyễn xương), xương dài oằn cong, đốt sống rút ngắn, xương chân bẹt, eo dưới thu hẹp. Điều trị sớm *vitamin D* 1600 IU/ngày. Sau một tháng giảm liều xuống nếu bình thường. Nếu co cứng cơ dùng *muối Ca* tiêm tĩnh mạch. Dùng quá liều, liều cao, lâu dài gây biếng ăn, buồn nôn, nôn, đa niệu, khát nước, bài hoải, kích động, ngứa ngáy, suy giảm chức năng thận, tăng Ca huyết. Ngừng thuốc, chế độ ăn ít calci, dùng corticoid, thận có thể hồi phục.

2.3. Vitamin E

Chất chống oxy hoá bảo vệ các acid béo nối đôi, chống sự tạo thành peroxyd.

Thiếu vitamin E gây tan máu hồng cầu, creatinin niệu, lắng đọng ceroid ở cơ, biến đổi thần kinh như mất điều hòa tiểu não, loạn năng cột sau tủy sống và bệnh thần kinh ngoại vi. Ở người lớn gây ra rút ngắn thời gian sống của hồng cầu, phù viêm da bong mủ; tan huyết peroxyd ở trẻ dễ non do ăn dầu thực vật.

Điều trị: *Vitamin E* uống 30-100 mg/ngày (1mg = 1IU). Trẻ non tháng: 0,5 mg/kg/ngày. Dùng liều cao 100 mg/kg/ngày, chia nhiều lần, chữa trị ban đầu bệnh thần kinh.

Quá liều: Với trẻ nhỏ (thiếu cân nặng), liều cao 100mg/kg/ngày có thể gây bệnh viêm ruột - kết tràng hoại tử và nhiễm khuẩn. Không dùng *vitamin E* đường tĩnh mạch (đã thu hồi) gây suy thoái phổi, giảm tiểu cầu và suy gan, thận.

2.4. Vitamin K

Là cofactor enzym xúc tác tổng hợp prothrombin ở gan, ảnh hưởng tới các yếu tố đông máu khác phụ thuộc vitamin K như yếu tố VII, IX, X.

Được cấu tạo trong cơ thể do vi khuẩn. Thiếu quần thể vi khuẩn sinh thiếu vitamin K. Dùng sulfonamid, kháng sinh uống gây trở ngại cho tổng hợp vitamin K. Thiếu muối mật, bệnh dạ dày - ruột, uống nhiều dầu khoáng, bệnh gan, thiếu trong chế độ ăn hay dinh dưỡng toàn phần ngoài đường tiêu hoá cũng gây thiếu vitamin K.

Triệu chứng: Giảm prothrombin, xuất huyết, vàng da, tắc mật, nội sọ. Bé bú sữa mẹ mà không dùng vitamin K rất dễ xuất huyết vì sữa mẹ ít vitamin K. Dùng thuốc salicylat làm giảm prothrombin huyết.

Điều trị: *Phytonadion* là thuốc tốt, 10mg tiêm bắp với người lớn, cấp cứu 10-50 mg trong dextrose 5%, *NaCl* 0,9% tiêm tĩnh mạch, lặp lại 6-8 giờ nếu cần. Dùng 5-20 mg uống khi không cấp cứu.

Quá liều: tan huyết do thiếu G6PD. Có thể gây thiếu máu, tăng bilirubin huyết, vàng nhân não.

2.5. Vitamin B₁ (Thiamin)

Như một coenzym trong hệ thống khử carboxyl oxy hoá của pyruvat hoặc α -cetoglutarat của phức hợp enzym, coenzym trong phản ứng chuyển hoá Keto ở con đường oxy hoá trực tiếp của glucose.

Thiếu do chế độ ăn (gạo chà xát kỹ quá), do nhu cầu tăng như tăng năng tuyến giáp, thai nghén, cho con bú, cơn sốt, do hấp thụ suy yếu (tiêu chảy), sử dụng kém (bệnh gan nặng), rất hay gặp ở người nghiện rượu, truyền dextrose nồng độ cao, kéo dài...

Triệu chứng: Trên hoạt động của hệ thần kinh, gây bệnh tê phù (Beri-Beri) thể ướt và thể khô. Thể ướt dấu hiệu là phù, thể khô dấu hiệu là viêm đa dây thần kinh. Thần kinh ngoại vi, nhất là 2 chân. Mệt mỏi, dễ kích thích, trí nhớ kém, rối loạn giấc ngủ, đau vùng trước tim, biếng ăn, khó chịu ở bụng, táo bón. Các biến đổi thần kinh ngoại vi (tê phù thể khô), dấu hiệu viêm đa dây thần kinh, liệt chi và teo cơ xảy ra đối xứng, dị cảm các ngón, cứng cơ bắp, đau nhức, teo. Tê phù não, lú lẫn, mất tiếng, bịa chuyện (hội chứng Korsakoff), rung giật nhãn cầu, liệt mắt toàn bộ, hôn mê, tử vong (bệnh não Wernicke). Tê phù tim mạch (tê phù thể ướt), suy tim, tim nhanh, áp suất mạch giảm, đổ mồ hôi, da ẩm nóng, khó thở thể nằm, phù phổi và ngoại vi, co mạch ngoại vi

(lạnh, xanh tím chi). Giảm huyết áp nhiễm acid lactic, lực cản mạch toàn thân rất thấp và không có phù nề nếu trạng thái lưu lượng thấp. Tê phù trẻ con (bú sữa): suy tim, mất phản xạ sâu của gân nếu mẹ thiếu thiamin. Tê phù gây thoái hoá nơron thần kinh ngoại biên, cơ quan cảm thụ và cơ quan vận động.

Điều trị: Thiamin 10-20 mg/ngày, chia nhiều lần, 20-30 mg/ngày, với bệnh thần kinh vừa hay nặng. Tê phù tim mạch (Wernicke-Korsakoff) 50-100 mg tiêm bắp thịt hay tĩnh mạch x 2 lần/ngày cho đến khi đáp ứng (nước tiểu có mùi thiamin) sau đó dùng bình thường, (có thể phản vệ khi tiêm mạch). Thiếu B₁ thường đi với thiếu B-complex, nên dùng liệu pháp đa vitamin tan trong nước. Kết hợp magne, đồng, yếu tố đối với transketolase (Mg sulfat) 1-2 ml dung dịch 50% tiêm bắp cùng với thiamin chữa sự kháng thiamin và giảm Mg huyết.

Lệ thuộc thiamin do sai sót bẩm sinh về chuyển hoá với liều 5-10 mg/ngày.

2.6. Vitamin B₂ (Riboflavin)

Là thành phần của nhiều hệ thống enzym, tham gia vào chuyển hoá trung gian (flavoprotein), tham gia vào hệ thống men của chuỗi hô hấp tế bào, chuyển hoá acid amin và lipid.

Hoạt động như coenzym thiết yếu trong nhiều phản ứng oxy hoá và khử hoá trong chuyển hoá carbohydrat. Thiếu hụt gây tổn thương ở miệng (niêm mạc), mắt, da, cơ quan sinh dục. Khó hấp thụ sữa, protein động vật. Thiếu vitamin B₂ do: tiêu chảy, bệnh gan, nghiện rượu, truyền dịch thiếu vitamin. Tái nhợt, ngâm loét khoé miệng (viêm nứt góc miệng), bề mặt môi đỏ chót như son (khô nứt môi), lằn nứt cạn. Nếu nhiễm nấm *C. albicans* sinh ra thương tổn lồi, trắng xám gọi là chốc mép. Lưỡi đỏ. Da: nếp mũi môi, cánh mũi, tai, mí mắt, bìu dương vật, môi lớn, âm hộ đỏ lên có vảy như nhớt, bã nhờn tích tụ ở nang lông tạo ra loại da cá mập hay da loạn tuyến bã. Đôi khi viêm giác mạc biểu mô, làm chảy nước mắt, chói mắt, giảm thị lực (lưu ý: thiếu B₆ cũng gây khô nứt môi, viêm da bã nhờn, thương tổn mắt có thể cũng do bệnh khác nữa).

Điều trị: Uống nhiều lần 10-30 mg/ngày. Sau dùng 2-4 mg 1 ngày. Có thể tiêm bắp thịt 5-20 mg/ngày.

2.7. Niacin (Acid nicotinic)

Là thành phần quan trọng của 2 coenzym NAD và NADP trong chuyển hoá chất, nhân tố chuyển vận hydro, điện tử trong phản ứng oxy hoá khử của các enzym.

Là một vitamin tan trong nước có ở nhiều thực phẩm có chứa thiamin. Giúp chuyển hoá ở tế bào, trong phản ứng oxy hoá và khử. Thường gây bệnh pellagre, vùng ăn bắp (ngô) nhiều, có triệu chứng về da, niêm mạc, hệ thần kinh trung ương, dạ dày, ruột. Viêm miệng đỏ, viêm lưỡi, tiêu chảy, viêm da, lệch lạc tâm thần. Tổn thương da đối xứng, ban đỏ, hăm, phì đại hoá dày, teo da khô đóng vảy không đàn hồi (thường có nhiễm khuẩn thứ phát). Biến đổi niêm mạc miệng nhưng cũng có thể niêm mạc âm đạo, niệu đạo. Với dạ dày - ruột không rõ rệt: nóng, khó chịu, căng phình bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, lở loét dạ dày - ruột. Với hệ thần kinh trung ương: loạn tâm thần, thể chất, giảm trí nhớ, mất định hướng, lú lẫn, bịa chuyện, lu mờ ý thức, đờ cứng chi.

Điều trị: Dùng 300-1000 mg/ngày, làm nhiều lần uống. Thường 300-500 mg là đủ. Thường dùng *niacinamid* (niacin gây đỏ bừng, ngứa, nóng, tê). Nếu cần 100-250 mg tiêm dưới da x 2 lần 1 ngày. Nếu có bệnh não uống 1000 mg và 100-200 mg ngoài đường tiêu hoá. Kết hợp dùng *B-complex*.

2.8. Vitamin B₆ (Pyridoxin)

Là coenzym của nhiều enzym, men chuyển và khử S, khử carboxyl của acid glutamic tạo γ -amino butyric (GABA), như chất điều chỉnh hoạt động thần kinh.

Bao gồm một nhóm hợp chất có liên quan chặt chẽ với nhau, phosphoryl hoá thành pyridoxalphosphat, hoạt động như một coenzym: tách carboxyl, chuyển nghịch amin của acid amin, khử amin của acid hydroxyamin và cystein, biến đổi tryptophan thành niacin, chuyển hoá acid béo. Thúc ăn có đủ B₆. Thiếu hụt do kém hấp thụ, khử hoạt tính của thuốc gây ra, mất mát quá lớn, chuyển hoá gia tăng. Chất deoxypyridoxin đối kháng với vitamin B₆ gây da bã nhờn, nứt môi, bệnh thần kinh ngoại vi, giảm lymphô bào, co giật ở trẻ nhỏ, thiếu máu ở người lớn.

Điều trị: Người lớn 50-100 mg/ngày, uống. Thuốc khử hoạt tính của B₆ như thuốc chống co giật, *corticoid, estrogen, Isoniazid, Penicillamin, Hydralazin...* hoặc hấp thụ kém phải được sửa chữa. Trẻ con lệ thuộc: 0,4mg 1 ngày, có thể tăng lên 10 mg. Người lớn có khi dùng liều cao 200-600 mg/ngày. Tăng oxalat niệu nguyên phát típ I đáp ứng với B₆ uống 50-500 mg/ngày.

Quá liều: Liều lớn từ 2-6 g/ngày, gây thất điều cảm giác, cảm giác rung và tư thế chi dưới.

2.9. VitaminC (Acid ascorbic)

Vai trò oxy hoá khử trong cơ thể, chất chống oxy hoá, giúp cho hoạt động của các cơ và chuyển hoá cao. Chưa rõ vai trò đặc hiệu.

Vitamin thiết yếu hình thành chất tạo keo, duy trì sự toàn vẹn mô liên kết, mô dạng xương, dentin

của răng, lành vết thương, bỏng. Chất khử mạnh, có thể được oxy hoá hồi biến và dễ được khử trong cơ thể, như một hệ thống oxy hoá khử trong tế bào, tham gia vào nhiều chuyển hoá. Bảo vệ men khử acid folic, giúp hấp thụ sắt. Thiếu hụt gây bệnh scorbut - một bệnh cấp hay mạn có đặc trưng là xuất huyết và sự tạo xương, tạo dentin không bình thường. Mệt nhọc, nóng giận, bải hoải, giảm cân, đau cơ khớp mơ hồ. Xuất huyết, đốm xuất huyết, nướu răng sưng, đỏ tía, xốp bở, dễ chảy máu. Vết sẹo cũ lở ra, khó lành vết thương, bầm máu trong da. Xuất huyết hành kết mạc, bệnh thần kinh xương đùi, thiếu niệu, phù chi dưới, giảm tính phản ứng của mạch máu, viêm khớp giống dạng thấp.

Điều trị: Dự phòng 100 mg/ngày. Bệnh scorbut 250 mg x 4 lần/ngày, rồi dùng liều duy trì. Mạn tính dùng 300-500mg/ngày, chia nhiều lần, nhiều tháng.

Quá liều: gây sỏi thận, buồn nôn, viêm dạ dày, ỉa chảy. Có thể tăng oxalat niệu, ợ nóng, co cứng cơ bụng, mệt mỏi, đỏ bừng, nhức đầu, mất ngủ hoặc buồn ngủ. Vitamin C gây thiếu máu, tan máu, suy tim, suy thận, khi tiêm mạch. Có thể phản vệ chết người nếu tiêm mạch (có bisulfit).

2.10. Vitamin B₁₂ (Cyanocobalamin, Hydroxocobalamin)

Là thành phần của nhiều enzym, quan trọng trong việc tạo acid nhân, chuyển 5-methyl

tetrahydrofolat thành folat, chuyển hoá acid methyl malonic thành succinyl CoA cần cho phản ứng tạo lipoprotein trong bao myelin.

Tác dụng tạo máu. Trong cơ thể người, các colamin này tạo thành các coenzym hoạt động rất cần cho tế bào sao chép và tăng trưởng. Nếu không đủ B₁₂ sẽ gây ra suy giảm chức năng của một số dạng acid folic cần thiết khác ở trong tế bào, bất thường huyết học. Vitamin B₁₂ rất cần cho tất cả các mô có tốc độ sinh trưởng, tế bào mạnh như các mô tạo máu, ruột non, tử cung. Thiếu vitamin B₁₂ gây hủy myelin sợi thần kinh.

Điều trị: Thiếu máu tự phát hay sau cắt dạ dày: đến 10 microgam, ngày tiêm bắp thịt, thiếu máu ác tính có biến chứng từ 100 mcg cách 4 tuần là đủ. Bệnh Spru, bệnh ỉa chảy mỡ, bệnh khác thiếu B₁₂ do hấp thụ kém, thai nghén. Đau dạ dày, thần kinh tọa, đau dây thần kinh cổ - cánh tay, đau do các bệnh thần kinh, tình trạng mệt mỏi nhưng chưa có căn cứ về hiệu quả. Liều lượng chỉ cần đến 100 mcg tiêm bắp hoặc dưới da (không bao giờ tiêm tĩnh mạch). Nếu vượt quá lượng đó sẽ bị nhanh chóng loại ra qua đường tiểu. Không dùng nếu dị ứng với cobalamin, u ác tính (làm u tiến triển), người có cơ địa dị ứng. Phản vệ nặng có thể gây chết người.

Trên đây là 10 vitamin chính, có hầu hết trong các chế phẩm multivitamins hiện có nhiều

trên thị trường, có thể riêng rẽ hoặc kết hợp với vi lượng khoáng, hoặc với các acid amin với các biệt dược có tiếng như *Moriamin*, *Homtamin*, *Alvityl*, *Supradyn*, *Plus*, *Vitacaps*, *Vitasol*, *Plenyl*, *Neogadin*... rất tiện dụng.

Còn có các vitamin: B₄ (adenin), B₉ (acid folic), B₁₃ (acid orotic), B₁₅ (calci pangamat), B₈ (biotin), PP (nicotinamid), H₉ (acid paraaminobenzoic)... cũng rất cần cho cơ thể.

3. SUY DINH DƯỠNG - NĂNG LƯỢNG

Do chế độ ăn nghèo protid - năng lượng, thường kèm theo nhiễm khuẩn. Mối liên quan chặt chẽ giữa thể phù và thể gầy dẹt. Được coi là thiếu dinh dưỡng khi cân nặng/tuổi dưới 2 độ lệch chuẩn (-2SD) so với quần thể tham khảo.

Mức độ như sau: -2 đến -3 độ lệch chuẩn: thiếu dinh dưỡng vừa (độ 1). Từ -3 đến -4 độ lệch chuẩn: thiếu dinh dưỡng nặng (độ 2). Dưới -4 độ lệch chuẩn: thiếu dinh dưỡng rất nặng (độ 3).

Triệu chứng: Ở thể phù, trọng lượng còn 60-80% mặc dù có phù, do xuất hiện sắc tố lấm chấm nâu, bong ra, trợt loét, dễ bị nhiễm khuẩn. Trẻ quấy khóc, kém ăn, phân sống, lỏng, nhầy.

Ở thể gầy dẹt, da bọc xương, như cụ già, mệt mỏi, thờ ơ, hay rối loạn tiêu hóa, phân lỏng sống.

Ở thể phối hợp, trọng lượng dưới 60%, cơ thể gầy dẹt + phù, rối loạn tiêu hóa. Cơ thể trẻ suy

dinh dưỡng thường thiếu cả sắt, magne, kali, kẽm, acid béo chưa no, vitamin.

Bệnh gây thương tổn gan, tiêu hóa, tim mạch, não, thần kinh, hệ thống miễn dịch, rối loạn chuyển hóa protid, glucid, lipid, chuyển hóa muối - điện giải.

Điều trị: Độ 1: ở nhà, chế độ ăn hợp lý, theo dõi cân nặng.

Độ 2: có thể ngoại trú, chế độ ăn uống, theo dõi cân nặng - Xử trí bệnh nhiễm khuẩn (ỉa chảy, tai mũi họng, sỏi...).

Độ 3: coi như cấp cứu, nhất là có ỉa chảy, mất nước, nhiễm khuẩn. Bù nước - điện giải - Nếu đỡ thì cho uống *oresol*. Thuốc chống nhiễm khuẩn. Cho ăn đủ calo (sữa, đường, dầu, nước và vitamin, ăn lỏng đến đặc dần. (Chú ý: *sắt, vitamin A, acid folic*). Nếu không ăn được thì dùng sòng (sonde).

Chăm sóc tốt: vệ sinh da, tai, mắt, miệng, khi cần cho ăn thêm về đêm, giữ thân nhiệt. Nguy cơ tử vong thường do hạ đường huyết và hạ thân nhiệt.

Các thuốc khác: Xem mục 1 và 2/XI.

XII. HUYẾT HỌC - KHỐI U - UNG THƯ

1. BỆNH BẠCH CẦU CẤP (Leucemie)

Là một bệnh ác tính của tổ chức tạo máu, tổn thương sự sinh sản và phát triển của dòng bạch cầu, lấn át dòng hồng cầu và tiểu cầu. Chưa rõ nguyên nhân. Tiên lượng xấu.

Triệu chứng: Có các thể bệnh chính: Bạch cầu cấp thể tủy, thể lymphô có hội chứng: nhiễm khuẩn, xuất huyết dưới da, nội tạng, u (hạch, gan, lách to). Còn có thể đau xương khớp, u trong hốc mắt, tinh hoàn to, loét họng.

Điều trị: Xét nghiệm, sinh thiết...

Điều trị có 4 giai đoạn: tấn công, duy trì, tái tấn công, miễn dịch trị liệu.

Thuốc thường dùng là: *Vincristin*, *Methotrexat*, *6-mercaptopurin*, *Prednisolon*, *Daunorubicin*, *Cyclophosphamid*. Miễn dịch: *BCG* sống hoặc *Coryne bacterium parvum*.

Hỗ trợ: truyền máu, truyền tiểu cầu - bạch cầu, kháng sinh.

Ghép tủy: Diệt tủy với liều cao, sau đó truyền tủy của bố mẹ, anh chị em ruột hoặc những người

có hòa hợp tổ chức. Rất khả quan có thể sống thêm trên 10 năm.

2. HỘI CHỨNG TĂNG LIPID MÁU

Lipid trong cơ thể phân bố ở 3 khu vực. Khu vực cấu trúc có hoạt tính chuyển hoá trong các mô, khu vực dự trữ tạo nên lớp mỡ thành phần chính là triglycerid, khu vực lưu hành lipid được kết hợp với một loại protein gọi là apoprotein để chuyển thành dạng hoà tan với tên gọi lipoprotein lưu hành trong máu.

Hội chứng tăng lipid máu còn gọi là hội chứng rối loạn chuyển hoá lipid, gây nên tình trạng bệnh lý phức tạp.

Có 2 loại: Tăng lipid máu nguyên phát (TLPMNP) và tăng lipid máu thứ phát (TLPMTP).

Người ta phân biệt lipoprotein tỷ trọng rất thấp (VLDL), lipoprotein có tỷ trọng thấp (LDL), lipoprotein có tỷ trọng cao (HDL) và lipoprotein có tỷ trọng trung gian (IDL) và chylomicron.

Dựa vào tiến bộ kỹ thuật tách được thành phần lipoprotein, người ta xếp hội chứng tăng lipid thành 5 típ:

- Típ 1: Tăng chylomicron máu, triglycerid tăng rất cao, cholesterol cũng tăng, lipid toàn phần cao có khi tới 10g, HDL và LDL giảm (Bệnh hiếm gặp).

- Típ II: Chia 2 típ IIa và IIb.

+ IIa: Tăng cholesterol máu nguyên phát: lipid toàn phần tăng vừa phải, cholesterol máu tăng rất cao, LDL-C tăng cao, HDL-C bình thường hoặc giảm, triglycerid không tăng, VLDL bình thường, không có chylomicron. Gây xơ vữa động mạch sớm.

+ IIb: Tăng lipid máu hỗn hợp gia đình: lipid toàn phần tăng vừa phải, cholesterol tăng rất cao, LDL-C tăng cao, HDL-C giảm, triglycerid tăng, VLDL và LDL tăng, chylomicron và HDL không tăng. Gây xơ vữa động mạch sớm.

- Típ III: Rối loạn lipoprotein beta máu: lipid toàn phần tăng cao, cholesterol và triglycerid tăng cao, IDL và VLDL tăng nhiều, HDL bình thường. Bệnh hiếm gặp. Thương tổn vữa xơ động mạch.

- Típ IV: Tăng glycerid máu nội sinh (tăng VLDL máu, tăng lipid máu do carbon hydrat): lipid toàn phần tăng cao, cholesterol LDL-C bình thường, HDL-C giảm, triglycerid tăng rất cao, VLDL tăng, HDL và LDL bình thường hoặc giảm. Bệnh có tính di truyền kèm theo rối loạn chuyển hoá lipid.

- Típ V: Tăng triglycerid máu hỗn hợp: cholesterol tăng vừa phải, triglycerid tăng rất cao, chylomicron và VLDL tăng, LDL và HDL giảm. Bệnh hiếm gặp.

Theo một số tác giả, hội chứng tăng lipoprotein máu nằm trong 3 típ IIa, IIb và IV. 99% các trường

hợp tăng lipoprotein máu gây ra vữa xơ động mạch với các típ IIa, IIb, III, IV (có thể típ V).

Tăng lipid máu thứ phát gặp trong nhiễm bệnh và dùng một số thuốc: bệnh đái tháo đường, bệnh gút, suy tuyến giáp, tắc mật, thận hư và suy thận. Do thuốc: glucocorticoid, lợi tiểu, ức chế beta và alpha...

Hội chứng tăng lipid máu là một yếu tố nguy cơ quan trọng trong bệnh vữa xơ động mạch. Giảm cholesterol máu hạn chế được quá trình tiến triển của vữa xơ động mạch, giảm triglycerid là giảm nguy cơ của bệnh mạch vành. Nguy cơ cao khi có suy vành, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, đái tháo đường.

Điều trị: Xét nghiệm máu. Chế độ ăn là tối quan trọng, trước cả thuốc.

- Típ I: Giảm mỡ, giảm cả acid béo bão hoà và không bão hoà, lipid trong thức ăn dùng 10-15 g/ngày.

- Típ II: Giảm cholesterol (có trong lòng đỏ trứng, óc, gan, thịt béo, bơ...), giảm mỡ động vật, dùng dầu thực vật. Nên ăn tôm, cá.

- Típ IIb, III, IV: Giảm carbon hydrat (cơm, đường, bánh kẹo, rượu, bia), dùng dầu thực vật. Giảm cân thể trọng nếu béo.

- Típ V: Phải giảm mỡ, carbon hydrat và calo.

Tóm lại: Nên tránh ăn thịt động vật có lông, vú. Giảm carbon hydrat. Ăn tôm cá và dầu thực vật.

a) Thuốc làm ảnh hưởng đến sinh tổng hợp lipid:

- Các *fibrat* (*Clofibrat*, *Fenofibrat*, *Gemfibrozil*, *Beclobrat*, *Bezafibrat*, *Ciprofibrat*, *Etofyllin*, *Pirifibrat*, *Simfibrat*, *Tocofibrat*). Làm giảm 30-40% triglycerid, 10-25% cholesterol, giảm LDL và VLDL, tăng 10% HDL, 28% apoprotein AI. Dùng cho các típ IIa, IIb, III và IV.

- Các *statin* (*Fluvastatin*, *Lovastatin*, *Atorvastatin*, *Cerivastatin*, *Mevastatin*, *Pravastatin*, *Rosavastatin* và *Simvastatin*). Làm giảm 30-40% cholesterol, 35-40% LDL, giảm nhẹ triglycerid, tăng nhẹ HDL. Dùng cho các típ IIa và IIb.

- *Acid nicotinic*: Giảm VLDL và triglycerid, giảm LDL, HDL tăng nhẹ, ức chế sinh tổng hợp cholesterol. Dùng cho típ IIa, IIb, III và IV. *Dilexpal* 500 mg: 4-6 viên/ngày. *Novacyl* 670mg: 6 viên/ngày và *Acipimox*, *Binifibrat*, *Etofibrat*, *Niceritrol*, *Nicofibrat*, *Pirozadil*, *Ronifibrat*, *Sorbinicat*, *Tocoferil nicotinat*.

b) Thuốc làm giảm hấp thu và tăng thải trừ lipid:

- *Cholestyramin*: Giảm cholesterol và có thể cả triglycerid. Dùng cho típ IIa. Các thuốc khác: *colestipol*, *divistyramin*, *colesevelam*.

- *Pyricarbat*: Bảo vệ thành động mạch.

- Các *vitamin* (C và *flavonoid*).

Ngoài các thuốc trên, người ta còn dùng: *probacol* (ức chế sinh tổng hợp lipid). *D-thyroxin*

làm tăng chuyển cholesterol thành acid mật thải qua phân. Thuốc có cấu trúc omega 3 triglycerid như *Decoxahexaenoic acid (DHA)*, *Eicosapentaenoic acid* và omega 3 marine triglycerid làm giảm lipoprotein và triglycerid huyết tương (ít tác dụng phụ).

Lưu ý: Các thuốc trên đây đều có nhiều tác dụng phụ và chống chỉ định. Một số statin có thể rút khỏi thị trường.

Các cây thuốc: *Sản phẩm từ nghệ, gừng tươi, dầu đậu tương* có nhiều acid béo không bão hoà làm giảm cholesterol: 5ml/ngày. *Dầu mầm hạt ngô* 2 ml/ngày cũng tốt. *Cao lỏng nghệ* (=10g nghệ tươi) hoặc cholestan giảm cholesterol máu và lipid toàn phần (BKTBH-2000).

3. THIẾU MÁU

Giảm thấp lượng hồng cầu hay hàm lượng huyết cầu tố (Hb) do mất máu, sản lượng máu suy giảm, hủy hoại hồng cầu gia tăng, hay do sự phối hợp các yếu tố trên (3 yếu tố: mất máu, giảm sản lượng hồng cầu và hủy hoại hồng cầu).

Triệu chứng: Biểu hiện giảm oxy ở mô gây bải hoải, chóng mặt, nhức đầu, ù tai, chấm mờ trước mắt, dễ mệt, buồn ngủ. Có thể vô kinh, giảm dục tính, khó chịu tiêu hoá, gây vàng da, lách to, cuối cùng là suy tim và sốc.

Điều trị: Chẩn đoán, xét nghiệm: huyết đồ,

chỉ số hồng cầu, phiến đồ máu, hematocrit. Từ đó tìm nguyên nhân.

Trước hết, xem xét mất máu, nếu loại trừ mất máu còn 2 yếu tố. Muốn biết 2 yếu tố này phải xét nghiệm.

Mỗi loại thiếu máu có chữa trị riêng:

1. Thiếu máu do mất máu cấp: truyền máu, nếu cần thêm sắt.

2. Thiếu máu do mất máu mạn: như u xơ, trĩ, loét dạ dày, ung thư, đặc biệt do ký sinh trùng đường ruột gây thiếu máu nhược sắc do thiếu sắt: cần truyền máu kết hợp với sắt 2-4 g/ngày (*Fe protoxalat* hoặc *Fe oxalat*), dùng liên tục đến khi huyết cầu tố bình thường. Có thể thiếu máu thiếu sắt do thai nghén, suy dinh dưỡng, đẻ non cũng dùng sắt như trên.

3. Thiếu máu do tan máu (bẩm sinh hoặc mắc phải): do bẩm sinh thì xem xét thận trọng việc cắt lách, do mắc phải thì tùy trường hợp thay máu, dùng kháng sinh, lọc thận, ngừng dùng thuốc gây tan máu (methyldopa...) hoặc cắt lách.

4. Thiếu máu do suy tủy: truyền máu kết hợp dùng corticoid hoặc cắt lách. Ghép tủy xương.

Ngoài ra, thiếu máu Biermer, do thiếu vitamin B₁₂ là những bệnh rất ít gặp ở Việt Nam, dùng *vitamin B₁₂* 200 mcg/lần x 2 lần/ngày, sau 1 tuần hồng cầu lưới tăng vọt, sau đó dùng liều duy trì 100 mcg x 2 lần/tuần.

Xơ gan cũng gây thiếu máu hồng cầu to do không hấp thu được acid folic. Dùng acid folic 15-50 mg/ngày/người lớn.

Thiếu máu dai dẳng: có thể dùng corticoid, androgen, truyền máu. Tuy vậy bệnh sẽ dẫn đến bệnh máu ác tính.

Phòng bệnh: Vệ sinh môi trường tốt, đặc biệt chú ý thuốc trừ sâu, diệt cỏ. Vấn đề kế hoạch hoá gia đình, dân số, chăm sóc sức khoẻ, chất lượng ăn uống - Bệnh di truyền - Thận trọng việc dùng thuốc độc hại cho máu và tủy xương - Đặc biệt tiêu diệt ký sinh trùng đường ruột.

4. THIẾU MÁU DO THIẾU SẮT

Do cung cấp thiếu, dự trữ ít, hấp thụ kém, mất máu nhiều, nhu cầu tăng.

Triệu chứng: Mệt mỏi, ít hoạt động, kém ăn, chậm phát triển.

Điều trị: Xét nghiệm sinh hóa và máu.

Thuốc: *Sắt sulfat* 20 mg/kg/ngày. *Sắt gluconat* 40 mg/kg/ngày, chia 2-3 lần, uống xa bữa ăn, uống 8-12 tuần lễ. *Vitamin C* 0,1g x 3 viên/ngày. Trẻ em: *Inferon* 50mg/ml, tiêm bắp.

Cần phòng bệnh là chính: Cho người mẹ mang thai và người nuôi con bú đủ lượng sắt. Nuôi dưỡng trẻ đúng cách. Trẻ đẻ non, thấp cân dự phòng bằng chế phẩm sắt từ tháng thứ 2, 20mg/ngày. Trị các bệnh giun sán, ỉa chảy, bệnh gây chảy máu.

Các thuốc khác: *Ameferro*, *Ferrogreen*, *Ferrovit*, *Hepatoglobin*, *Highbin Q*, *Natalvit*, *Obimin*, *Probofex*, *Siderfol*, *Siderplex*, *Venofer*.

5. UNG THƯ

Một bệnh ác tính của tế bào mà đặc điểm duy nhất là mất sự điều khiển bình thường, gây ra sự phát triển hỗn loạn, sự không phân biệt hoá và khả năng lan sang các mô tại chỗ hoặc là di căn.

Tác nhân: virus (virus u nhú), virus cự bào, virus Epstein-Barr, virus viêm gan B, retrovirus ở người. Ký sinh trùng: *Schistosoma haematobium*, *clonorchis sinensis*. Yếu tố môi trường: hoá chất, bức xạ, phóng xạ ion hoá. Các rối loạn miễn dịch.

Điều trị: Chưa điều trị nếu chưa được chẩn đoán mô bệnh học chắc chắn là ung thư (tế bào, chất hút, sinh thiết, nội soi, siêu âm, X-quang, CT, xét nghiệm) từ đó phân định giai đoạn bệnh lý và quyết định phương pháp điều trị. Nhằm vào khối u nguyên phát, di căn do đó liệu pháp tại chỗ hay từng vùng, phẫu thuật, chiếu xạ kết hợp với liệu pháp toàn thân (thuốc).

Các thuốc: Tác nhân alkyl hoá (*Mechlorethamin*, *Chlorambucil*, *Cyclophosphamid*, *Melphalan*, *Ifosfamid*).

Chống chuyển hoá (*methotrexat*, *6-mercaptopurin*, *5-fluorouracil*, *cytarabin*).

Alcaloid thực vật (*Vinblastin, Vincristin, Podophyllotoxin*).

Kháng sinh (*Doxorubicin, Daunomycin, Bleomycin, Mitomycin*), Nitơ-ure (*Carmustin, Lomustin, Ion vô cơ, Cisplatin*).

Điều chỉnh đáp ứng sinh học (*IFN, enzym (asparaginase), hormon (tamoxifen, flutamid)*).

Liệu pháp đang được nghiên cứu: bằng thuốc như *retinoid* (dẫn chất vitamin A) giảm tỷ lệ tái phát ung thư miệng - hầu (*betacaroten*); tăng nhiệt: tế bào ung thư nhạy cảm với sức nóng ở nhiệt độ 41°C, dùng tăng nhiệt từng vùng và toàn thân trị ung thư; chiếu xạ tia nơtron và photon không cần đến oxy, ưu điểm với carcinôm tử cung và tế bào sừng đầu và cổ; chất sửa đổi phản ứng sinh học: *Interferon (IFN); Interleukin IL - 2*, yếu tố hoại tử khối u (TNF), miễn dịch học về khối u.

Các thuốc khác: *Megestrol acetat* (trị liệu phụ thêm cho carcinom vú tiến triển và nội mạc tử cung).

Tamoxifen và *Letrozol* điều trị ung thư vú phụ thuộc hormon và các di căn của chúng.

Carboplatin và *Paclitaxel* điều trị ung thư buồng trứng nguồn gốc biểu mô ở giai đoạn muộn.

Dactinomycin điều trị u Wilms, Sarcôm cơ vân, ung thư tinh hoàn, tử cung và các khối u tân sinh khác.

Triptorelin flutamid và *Fosfestrol tetrasodium* điều trị ung thư tiền liệt tuyến có di căn.

Doxifluridin điều trị ung thư dạ dày, đại tràng và vú.

Oxaliplatin điều trị ung thư đại tràng, kết hợp với *5-fluorouracil* và *folinic acid*.

Leuprorelin điều trị ung thư tiền liệt tuyến có di căn, vú có di căn.

Etoposid điều trị ung thư phổi, bạch cầu cấp, Hodgkin.

Epirubicin HCl điều trị ung thư vú, lympho ác tính, Sarcom mô mềm, ung thư dạ dày, gan, tụy, trực tràng, đầu cổ, bạch cầu, phổi, buồng trứng.

Gencitabin điều trị ung thư phổi, tụy, tiền liệt tuyến, buồng trứng, vú, bàng quang, thận.

Hydroxyurea điều trị u hắc tố, bạch cầu, carcinom buồng trứng, đầu cổ.

Busulfan điều trị bệnh bạch cầu mạn dòng tế bào hạt.

Mitoxantron điều trị ung thư vú, lymphô không Hodgkin, bạch cầu cấp, carcinom tế bào gan.

Docetaxel điều trị ung thư phổi, vú.

(Xem ung thư ở các chuyên khoa).

XIII. MẮT

1. BỆNH MẮT HỘT

Bệnh viêm kết mạc mạn do *Chlamydia trichomatis* gây ra, kịch phát và thuyên giảm nối tiếp nhau với tăng sản dạng nang dưới kết mạc, tạo mạch máu ở giác mạc và hoá sẹo ở kết mạc, giác mạc, mi mắt. Bệnh rất hay lây.

Triệu chứng: Sung huyết kết mạc, phù mi, sợ ánh sáng, chảy nước mắt. Nang (hột) xuất hiện dần ở kết mạc lợn cợn, trong mờ, xám vàng bao bọc giữa những nhú viêm. Màng máu hình thành. Nếu không chữa trị sẽ hoá sẹo. Nang và nhú teo đi thành mô sẹo gây sụp mi, tắc ống lệ. Biểu mô giác mạc dày lên, mờ đục, chảy nước mắt suy giảm, vết loét hiện ra.

Điều trị: Thuốc: *Tetracyclin* (bôi hoặc nhỏ), *Erythromycin* 2-4 lần/ngày x 4-6 tuần có công hiệu.

Thuốc đặc trị: *Azithromycin* uống, liều duy nhất 1 g/ngày, hoặc 500 mg/ngày x 3 ngày. Trẻ em 20 mg/kg/ngày.

Lông quặm: phẫu thuật.

Lông xiêu: đốt điện.

Chú ý: *Chlamydia trichomatis* còn gây viêm kết mạc chất vùi (viêm kết mạc hồ bơi) vốn dĩ tồn tại ở cổ tử cung, gây nên viêm kết mạc chất vùi sơ sinh và với người lớn, sinh ra do tiếp xúc với dịch tiết sinh dục nhiễm khuẩn. 50% trẻ nhỏ này bị nhiễm khuẩn mũi họng, 10% viêm phổi *chlamydia*.

Thuốc: *Erythromycin* 12,5 mg/kg, uống 4 lần/ngày x 14 ngày (hoặc tiêm tĩnh mạch).

Người mẹ và người chồng (hoặc bạn tình) cũng cần điều trị bằng *Tetracyclin* hoặc *Erythromycin* hoặc *doxycyclin* x 3 tuần. Đặc trị: *Azithromycin*.

2. BỆNH VÔNG MẠC

Bệnh mạch máu vông mạc: do xơ cứng động mạch (tăng huyết áp), do tăng huyết áp vô căn hoặc ác tính và nhiễm độc thai nghén. Cần trị nguyên nhân sinh bệnh.

Bệnh vông mạc do đái tháo đường: gây mù mắt ở người bị đái tháo đường phụ thuộc insulin và không lệ thuộc insulin mạn (thời gian bị bệnh khoảng 10 năm). Kiểm soát bệnh đái tháo đường và huyết áp là rất quan trọng.

Nếu giảm thị lực đột ngột, nhìn mờ, chấm đen, mạng nhện, đốm sáng thì cần đến bệnh viện mắt sớm.

Bong vông mạc thứ phát sau viêm màng bồ đào, bệnh Harada, viêm hắc mạc, u hắc mạc, viêm

thành mạc, viêm võng mạc phồn thịnh. Cần siêu âm, xét nghiệm.

Chủ yếu: phẫu thuật, lạnh đông. Sau đó dùng *kháng sinh, vitamin, corticoid, calci chlorid* và *glucose*.

3. CHẤP

Sưng dạng u hạt mạn của một tuyến mebomius do khóp cản ống dẫn của nó, thường diễn ra sau khi tuyến này bị viêm.

Triệu chứng: Sưng, đau, đỏ, khó chịu ở bề mặt kết mạc của mi mắt, sau vài ngày chấp xẹp xuống chỉ còn khối tròn không đau, lớn dần trên mi mắt thành một khối màu đỏ, xám dưới kết mạc. Thường tự khỏi sau vài tháng.

Điều trị: Tiêm corticoid (do thầy thuốc chuyên khoa). Chườm nóng 4 lần/ngày để mau tan. Rửa mắt, nạo sạch, dùng *corticoid* trong mụn chấp nếu mụn chấp không xẹp sau 6 tuần.

4. DẤU HIỆU VỀ MẮT

Một số triệu chứng và dấu hiệu về mắt tương đối phổ biến:

4.1. Xuất huyết

- Xuất huyết dưới kết mạc do chấn thương nhẹ, ráng sức, hắt hơi, ho hoặc tự nhiên. Tràn máu dưới kết mạc, được hấp thụ lại một cách tự nhiên thường trong vòng 2 tuần. Các thuốc kháng

sinh, corticoid, co mạch đều không giải quyết được gì. Trấn an bệnh nhân.

- Xuất huyết thủy tinh dịch: có thể do chấn thương, tân tạo mạch máu võng mạc, rách võng mạc. Xuất huyết thủy tinh dịch hấp thụ chậm, mô hoá lú thừa tạo dải tăng sinh làm mờ tối thị trường, làm co võng mạc (ngăn chặn bằng quang đông). Cần khám võng mạc định kỳ nhất là người đái tháo đường.

- Xuất huyết võng mạc: Tăng huyết áp (hình dạng ngọn lửa ở lớp sợi thần kinh). Nhồi máu, nhiễm khuẩn, bệnh đái tháo đường (chấm, vết tròn ở lớp sâu hơn). Phản ánh bệnh mạch máu quan trọng toàn thân.

4.2. Các vết lơ lửng

Thấy vết hoặc đám lơ lửng trước mắt có vẻ đang di chuyển chậm chậm, sinh ra do sự co rút chất keo ở thủy tinh dịch, tách rời các keo ra khỏi bề mặt võng mạc. Tuy không có tầm quan trọng nhưng ở một số ít người có thể báo hiệu sự rách võng mạc. Thường xảy ra ở người cận thị, cao tuổi. Một xuất huyết thủy tinh dịch cực nhỏ thể hiện vết lơ lửng màu nâu hoặc đỏ. Bong võng mạc có thể xảy ra theo sau một trận mưa "tia lửa" hay đám loé sáng đi đôi với một loạt vết lơ lửng. Lơ lửng thường không liên quan với bệnh nặng nhưng cũng phải khám kỹ toàn bộ võng mạc và lớp áo giữa.

Điều trị: Nghỉ ngơi thư giãn mắt. Nhỏ dung dịch *NaCl* 0,9%. Uống *vitamin C* và *B₂* đều đặn. Không dùng thuốc nhỏ mắt có corticoid và kháng histamin (gây đục và keo dịch).

4.3. Sợ ánh sáng

Không chịu được ánh sáng một cách bất thường, thường gặp ở người bị nhiễm sắc tố nhẹ. Thường không có gì nghiêm trọng và giảm nhẹ bằng mang kính râm. Đây là một triệu chứng quan trọng nhưng không có giá trị chẩn đoán trong bệnh viêm giác mạc, viêm màng mạch nhỏ, tăng nhãn áp cấp và trầy xước biểu mô giác mạc do chấn thương.

4.4. Đau nhức

Là điều quan trọng trừ do dị vật, nhiễm khuẩn mi mắt cấp hoặc tổn thương, đau ở mắt cần xem xét kỹ (viêm màng mạch nhỏ, viêm mống mắt thể mi, tăng nhãn áp). Viêm xoang cũng có khi đau truyền lên mắt.

4.5. Âm điểm

Một điểm mù trong thị trường là một âm điểm âm. Thường ít thấy do không để ý nên không trở ngại cho sự nhìn. Các âm điểm âm sinh ra do xuất huyết hay viêm màng mạch. Một âm điểm có thể tổn thương ở tại đường dẫn truyền của thị giác. Một âm điểm dương, cảm nhận dưới dạng chấm sáng, đốm nhấp nháy, biểu

thị 1 phản ứng đối với 1 kích thích không bình thường tại một nơi nào đó của hệ thống thị giác, ví dụ: hội chứng nhức nửa đầu.

Khám mắt là bắt buộc để xác định nguyên nhân ám điểm.

4.6. Sai khúc xạ

Viễn thị: Sai khúc xạ phổ biến nhất, điểm hội tụ nằm phía sau võng mạc, trục nhãn cầu ngắn hoặc do khả năng khúc xạ mắt yếu. Dùng thấu kính lồi để điều tiết.

Cận thị: Hình ảnh hội tụ ở trước võng mạc, do trục nhãn cầu dài hoặc do khả năng khúc xạ quá mạnh. Dùng thấu kính lõm để điều tiết.

Loạn thị: Khúc xạ không đều. Dùng thấu kính hình trụ.

Khúc xạ hai mắt không đều: Sai khúc xạ 2 mắt trên 2 điopt

Lão thị: Viễn thị đối với tầm nhìn gần, khi lớn tuổi.

Điều trị: Khám thị lực. Mang kính đúng số. Phẫu thuật nếu cần thiết.

5. ĐỤC THỦY TINH THỂ

Do suy thoái hoặc phát triển. Có 4 loại:

- Đục do tuổi già (93%).
- Do bệnh lý (4,3%).
- Do chấn thương (1,8%).

- Do bẩm sinh (0,8%).

Cần chú ý loại cô đặc và loại đục thủy tinh ở người có tuổi.

Triệu chứng: Suy giảm thị lực, tùy theo mờ đục. Người bệnh bị cận thị trong giai đoạn đầu vì vậy bệnh nhân lão thị nhận thấy mình có thể đọc sách không cần đeo kính. Cảm giác ruồi bay, nhìn qua sương mù, có thể song thị.

Có thể bị đau nhức, sưng và tăng nhãn áp thứ phát, viêm màng bồ đào do kháng nguyên thể thủy tinh, hoặc khó chịu nhiều khi ở nơi ánh sáng chói.

Điều trị: Làm xét nghiệm các bệnh, toàn thân: lao, viêm nhiễm cấp, đái tháo đường, tăng HA, v.v.. Điều trị ổn định.

Khi đã ảnh hưởng nhiều đến thị lực thì phẫu thuật thay thủy tinh thể qua chẩn đoán phân biệt và chẩn đoán xác định.

Nếu có viêm mạch nho thì dùng corticoid tại chỗ và toàn thân.

Lưu ý: Đục thể thủy tinh bệnh lý: đái tháo đường, Tetani, biến chứng bệnh mắt, do bệnh cận thị, do chấn thương, do bẩm sinh... thì tùy trường hợp mà giải quyết cho phù hợp bởi thầy thuốc.

6. HẸP ỚNG LỆ

Thất hạp của ống mũi - lệ, do một bất thường bẩm sinh hoặc do nhiễm khuẩn.

Triệu chứng: Chảy nước mắt dai dẳng một bên hoặc cả hai mắt. Ở người lớn có thể sinh ra từ sự tắc nghẽn gây viêm của nhiễm khuẩn mũi, viêm kết mạc mạn. Tắc nghẽn kéo dài gây viêm nhiễm túi lệ.

Điều trị: Xoa ấn nhẹ nhàng tổng các chất trong túi lệ qua ống dẫn mũi - lệ bằng đầu ngón tay 2 lần/ngày. Nhỏ thuốc kháng sinh. Nong thăm dò ống mũi - lệ và bằng NaCl 0,9%.

7. KÍNH TIẾP XÚC (Áp tròng)

Nổi lên trên lớp nước mắt phủ ngoài giác mạc. Các loại: kính tiếp xúc cứng, kính tiếp xúc mềm, kính tiếp xúc không thấm nước mềm, dùng sữa chữa độ sai khúc xạ (cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị, khúc xạ hai mắt không đều, hình trên võng mạc không đều, không có thủy tinh thể, giác mạc hình chóp).

Khám lại 2 lần/năm.

Rửa kính 1 tuần/lần.

Mới mang cần có thời gian thích nghi (hàng tuần).

Kính tiếp xúc không bao giờ được gây đau đớn, khó chịu lâu dài vì đó là biểu hiện sự lắp kính không vừa.

Vì phần lớn kính tiếp xúc mềm là thấm nước cho nên các dung dịch thông thường dùng cho kính cứng không được dùng cho kính mềm.

Giữ vệ sinh thật tốt và cách sử dụng kính vì

dễ gây ra viêm niêm mạc và giác mạc. Nếu có nhiễm khuẩn cần điều trị dứt khoát, mạnh, xem nhẹ có thể dẫn đến mù mắt.

Không nên mang kính tiếp xúc nếu mắt bị viêm nhiễm, khi ngủ, bôi lợi.

8. KHÔ MẮT DO THIẾU VITAMIN A

Triệu chứng: Tình trạng bệnh lý biểu hiện ở mắt. Ban đầu quáng gà, kết mạc mắt vẻ bóng, trở nên khô chớp mắt, sợ ánh sáng, có khi gợn nếp nhăn hay dày lên từng đám - (vết bitô). Khô giác mạc, gây loét giác mạc, nhũn và hậu quả là mù.

Điều trị: Xem chế độ nuôi trẻ. Quáng gà. Bệnh toàn thân: sỏi, viêm phế quản, ỉa chảy.

Nhẹ: uống 1 viên *vitamin A* 200.000 IU, hôm sau 1 viên 200.000 IU, hai tuần sau uống 1 viên 200.000 IU.

Trẻ em 1 tuổi uống nửa liều.

Tra mắt: (dạng nước hoặc dầu 2 giọt vào 2 mắt x 4 lần/ngày, đến khi khỏi).

Nặng: (khô, dọa thủng) uống thuốc như trên.
Tại mắt: kháng sinh phổ rộng.

9. LỆO

Nhiễm khuẩn cấp có mủ không lan rộng của một hay nhiều tuyến zeis hay moll (lẹo ngoài) hoặc của các tuyến meibomius (lẹo trong). Do tụ cầu khuẩn.

Triệu chứng: Đau đỏ, ấn đau bờ mi, sau hoá cứng. Chảy nước mắt, sợ ánh sáng, như có dị vật ở mắt. Điểm nhỏ màu vàng của mưng mủ ở trung tâm chỗ hóa cứng. Ít lâu sau áp xe vỡ ra, chảy mủ, hết đau. Lẹo trong xảy ra nặng nề hơn, áp xe hiện ra ổ, nhô cao ở kết mạc của mi mắt. Hiếm khi tự vỡ thường tái phát.

Điều trị: Kháng sinh tại chỗ thường không hiệu quả. Có thể dùng kháng sinh toàn thân tiêu mủ thời kỳ đầu: *Dicloxacillin* hoặc *Erythromycin* 250mg x 4 lần/ngày x 7 ngày (người lớn). Chườm nóng. Mưng mủ lộ rõ rạch mổ và dùng thuốc nhỏ mắt (viêm mi).

10. LOÉT GIÁC MẠC

Hoại tử cục bộ của mô giác mạc do vi khuẩn, virus, nấm, *acanthamoeba*.

Nguyên nhân do chấn thương dị vật hoặc mang kính sát tròng quá nhiều. Đây là một bệnh nguy cấp cần điều trị nhãn khoa cẩn thận.

11. PHÙ GAI THỊ

Sung đầu dây thần kinh thị giác do tăng cao áp suất nội sọ. Do khối u, áp xe, chấn thương, xuất huyết, dính mạng nhện, u giả, thương tổn lồi lên ở não, viêm màng não, viêm não, tăng huyết áp nặng, tràn khí phổi.

Triệu chứng: Ám điểm và điểm mù ngày càng lớn.

Điều trị: Cần chuyển gấp tới chuyên khoa.

12. TĂNG NHÃN ÁP (Glôcôm)

Đặc trưng là tăng áp suất trong mắt, có thể làm suy giảm thị lực, từ mức nhẹ đến mù hẳn.

Tăng nhãn áp nguyên phát người lớn có góc mở (góc rộng) mạn và góc khép (góc kín, góc hẹp, sung huyết) cấp hay mạn.

Tăng nhãn áp bẩm sinh (trẻ nhỏ) nguyên phát.

Tăng nhãn áp thứ phát do bệnh mắt đã có trước (viêm màng mạch nho, khối u...). Liệu pháp corticoid kéo dài. Tăng nhãn áp tuyệt đối là giai đoạn cuối cùng của dạng tăng nhãn áp không được chữa trị.

Triệu chứng: Thường là nhức đầu dữ dội, nhức mắt, nhìn mờ, quầng sáng quanh bóng đèn, có thể buồn nôn, nôn hoặc không. Tăng áp suất trong mắt. Đồng tử thường giãn.

Điều trị: Phải do thầy thuốc chuyên khoa chỉ định thuốc hoặc phẫu thuật.

13. THOÁI HOÁ ĐIỂM VÀNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Teo hay thoái hoá điểm vàng (do tuổi tác và do tuổi già).

Triệu chứng: Méo mó thị giác một bên mắt.

Soi mắt: rối loạn sắc tố hay xuất huyết hoàng điểm. Cần có chỉ dẫn của chuyên khoa.

14. VIÊM MÀNG MẠCH NHỎ

Viêm dải mạch nhỏ (gồm mống mắt, thể mi, màng mạch) kể cả viêm võng mạc kể bên.

Triệu chứng: Nhìn suy giảm, nhìn mờ, đốm đen chập chờn hoặc biến chứng của nó: tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, bong võng mạc.

Nếu có viêm mống mắt thì đau nhức dữ dội, đỏ mắt, sợ ánh sáng.

Hư hại và triệu chứng thứ phát thường nặng nề, diễn biến nhanh chóng.

Khi có nghi ngờ phải đưa đi bệnh viện do chuyên khoa chữa trị.

15. VIÊM GIÁC - KẾT MẠC MÙA XUÂN

Viêm kết mạc hai bên tái phát với những thay đổi của biểu mô giác mạc, thường có nguồn gốc dị ứng, tái phát vào mùa xuân và mùa thu.

Triệu chứng: Ngứa, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, sung huyết kết mạc, dịch nhày dai chắc chứa nhiều bạch cầu eosin. Dạng bệnh mi mắt thấy "dạng sỏi" hình vuông, cứng, xếp sát nhau, màu hồng nhạt xám, thường ở mi mắt trên. Dạng bệnh ở nhãn cầu kết mạc quanh giác mạc phì đại màu xám. Có khi từng mảng nhỏ, tròn của biểu mô giác mạc mất đi gây đau nhức, sợ ánh sáng.

Điều trị: Thuốc: *Natri cromolyn* 4% nhỏ 6 lần/ngày duy nhất, tốt cho đợt kịch phát. *Levophta* 0,05% (*levocabastin*) huyền phù, nhỏ mỗi mắt 1 giọt x 2 lần/ngày có tác dụng. Cần thiết thì dùng *Dexamethason* 0,1% nhỏ cách 2 giờ (không được dùng lâu dài) trị ngứa và sợ ánh sáng. Dùng *NaCl* 0,9% nhỏ, rửa hàng ngày rất tốt. Lấy sỏi mắt do thầy thuốc chuyên khoa.

16. VIÊM GIÁC - KẾT MẠC KHÔ

Khô kết mạc và giác mạc mạn ở hai bên mắt, dẫn đến khô bề mặt nhãn cầu.

Điều trị: Dùng thường xuyên *NaCl* 0,9% nhỏ rửa mắt 4-5 lần/ngày. Hoặc dùng nước mắt nhân tạo chứa *Methylcellulose*, còn *polivinyll* suốt đời. Thuốc: các *Vitamin*, đặc biệt *Vitamin A, D*.

17. VIÊM KẾT MẠC

Viêm kết mạc cấp, thường do virus, vi khuẩn hoặc dị ứng.

Triệu chứng: Kích thích do gió, bụi, khói, ô nhiễm không khí, cảm lạnh, ngoại ban. Viêm kết mạc xuất huyết cấp liên quan đến nhiễm virus ruột non.

Nếu do vi khuẩn: sưng mi, có mủ, bạch cầu đa nhân.

Do virus: sưng ít, nổi hạch, tế bào đơn nhân.

Do dị ứng: sưng mi vừa đến nặng, ngứa, dịch trong nhày đặc quánh, bạch cầu ưa eosin.

Điều trị: Giữ sạch mắt. Nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn: *Sulfacetamid Na* 10% hoặc *Gentamycin* 0,3% nhỏ 4 lần/ngày x 7-10 ngày. Nếu không đáp ứng thì có thể dùng kháng sinh nhỏ khác.

Chỉ dùng *corticoid* khi đã chắc chắn loại trừ do herpes.

Nếu do dị ứng có thể dùng *corticoid* tại chỗ nhưng không được dùng thường xuyên, lâu dài (dễ dẫn đến glôcôm và đục thủy tinh thể).

Dùng *NaCl* 0,9% nhỏ rửa mắt rất tốt. Dùng *Na cromolyn* nhỏ mắt khá hiệu nghiệm (*Cromoptic*, *Opticrom*, *Rimexolon* hoặc *Levophta*).

Viêm kết mạc mạn: với đặc trưng là những cơn kịch phát và thuyên giảm diễn ra suốt nhiều tháng, nhiều năm (giống như viêm kết mạc cấp). Dùng thuốc như trên.

Không nên dùng thuốc nhỏ mắt có kháng histamin H_1 (ví dụ: chlorpheniramin) nhỏ lúc đầu có vẻ cải thiện, nhưng do thuốc làm keo dịch tiết, lâu dài viêm kết mạc càng khó chịu hơn.

Lưu ý: xem thêm mục 15/XIII.

18. VIÊM MI

Viêm bờ mi có màu đỏ, sự hoá dày, hình thành vảy, vầng hoặc chỗ loét trên bờ mi. Do nhiễm khuẩn ở nang lông mi, tuyến sụn mi.

Triệu chứng: Như có dị vật ở mắt, ngứa, đỏ, phù mi, rụng lông mi, kết mạc bị kích thích, sợ ánh sáng. Máng vẩy bám dính, chảy máu khi gỡ ra. Mụn nhỏ vỡ ra thành đám loét nông. Khi ngủ, chất tiết khô làm dính mi mắt. Thường có tiền sử lệ và chớp.

Điều trị: Kháng sinh *Erythromycin* 0,5% hoặc *Sulfacetamid Na* 10% nhỏ 4 lần/ngày x 7-10 ngày. Viêm mi bã nhờn cần khám kỹ mắt, da đầu.

19. VIÊM MÔ TẾ BÀO Ở MẮT

Gây ra bởi nhiễm khuẩn từ xoang mũi hay răng lan đến, di căn từ các ổ nhiễm khuẩn ở một nơi khác hoặc bởi vi khuẩn vào qua ngã chấn thương ổ mắt.

Triệu chứng: Đau ổ mắt dữ dội, lồi mắt, giảm chuyển động, sưng, phù kết mạc, sốt, khó ỏ. Biến chứng: mất thị giác, viêm dây thần kinh thị giác, viêm tĩnh mạch huyết khối ổ mắt gây huyết khối xoang hang, viêm cả mắt lan nhiễm màng não, não.

Điều trị: Tìm nơi nhiễm khuẩn. Xét nghiệm. X-quang. CT.

Thuốc: kháng sinh *Cephalexin* 500mg uống cách 6 giờ x 14 ngày hoặc *Cefazolin* 1g tiêm tĩnh mạch cách 6 giờ x 7 ngày (nặng) + *serratiopeptidase* 3 viên/ngày. Mưng mủ thì rạch mô, dẫn lưu.

20. VIÊM TÚI LỆ

Nhiễm khuẩn túi lệ. Thứ phát của tắc ống mũi - lệ.

Triệu chứng: Đau đỏ vùng túi lệ, phù nề, tràn nước mắt, viêm kết mạc, viêm mi mắt, sốt, tăng bạch cầu. Nếu viêm mạn thì chỉ sưng nhẹ túi lệ, ấn vào mủ vọt qua điểm lệ. Có thể có áp xe, vỡ ra tạo thành lỗ rò dẫn lưu.

Điều trị: Chườm gạc nóng liên tục.

Thuốc: *Cephalexin* 500mg cách 6 giờ hoặc *Cefazolin* 1g tiêm tĩnh mạch cách 6 giờ (nặng). Phối hợp uống thuốc chống viêm phù nề *Serratopeptidase*, *Lysozym* 3 viên/ngày, chia 2 lần. Nếu có áp xe rạch mổ. Dùng thuốc kháng sinh toàn thân.

Có thể phải cần đến nong rộng ống mũi - lệ.

Trị các bệnh viêm nhiễm có liên quan (mũi xoang).

Nhỏ mắt: *Chloramphenicol* 0,4% hoặc *Gentamycin* 0,5% 6 lần/ngày x 7 ngày liên. Viêm túi lệ mạn dùng thuốc như trên, nếu cần phải phẫu thuật. Viêm tắc lệ đạo sơ sinh: bơm thông lệ đạo. Nhỏ thuốc kháng sinh.

21. ZONA - HERPES MẮT

Do virus zona là herpes gây ra.

Cần điều trị bởi các bác sĩ chuyên khoa. Việc dùng các thuốc *Idoxuridin*, *Vidaribin*, *Acyclovir*

cần được tính đến. Khác với herpes, zona mắt thường dùng *Dexamethason* 0,4% để nhỏ cách 2 giờ thường là đủ.

22. ĐAU MẮT ĐỎ

Một bệnh hay gặp, thông thường do viêm màng tiếp hợp, do virus, vi khuẩn chlamydia hoặc không do nhiễm khuẩn (dị ứng, chất kích ứng). Cũng có thể do nguyên nhân khác như viêm giác mạc, viêm thượng củng mạc, viêm màng mạch nho trước và glôcôm góc đóng cấp.

Triệu chứng: Hầu hết thường không gây nguy hiểm cho mắt, nhưng điều quan trọng là việc nhận ra tình trạng bệnh lý nặng đe dọa đến thị lực hay không. Có thể bị: cộm, nhức, phù nề, tràn nước, có thể sưng. Mắt đỏ, ảnh hưởng nhiều đến thị giác. Bệnh kéo dài trên 1 tuần (nếu không có biến chứng).

Điều trị: Nhỏ mắt hàng ngày bằng *NaCl* 0,9%, *Chlorocid*, thuốc mắt *Quinolon*. Không dùng thuốc nhỏ mắt Corticoid nếu không được chỉ định.

Có thể dùng thuốc làm ẩm mắt làm giảm triệu chứng như *Tears naturele II*, *Tears plus*, *Liquifilm forte*, *Meko blue*.

23. QUẠM

Là sự lộn vào trong của bờ mi. Nguyên nhân

do tuổi tác, sẹo, co thắt và bẩm sinh. Có thể gây lông xiêu, kích thích mắt.

Triệu chứng: Thường kèm tình trạng thứ phát viêm kết mạc, loét giác mạc, viêm giác mạc, chảy nước mắt, viêm bờ mi. Cặm mắt.

Điều trị: Dùng các thuốc làm ẩm, trơn (như đau mắt đỏ). Bội nhiễm dùng chlorocid, thuốc quinolon nhỏ mắt. Đến chuyên khoa làm thủ thuật giải quyết quặm.

24. MỘNG THỊT

Khối ba góc gồ lên của kết mạc nhãn cầu dày, thường ở phía mũi di chuyển lên bề mặt giác mạc. Có thể do yếu tố môi trường, ánh sáng, tia tử ngoại, bụi, gió.

Triệu chứng: Có thể không rõ, không khó chịu, nhưng có thể ảnh hưởng tới thị lực.

Điều trị: Nội khoa không có hiệu quả, kể cả phẫu thuật (không hiệu quả và tái phát).

25. DINH DƯỠNG MẮT

Galepo, Tobicom, Vivacom, Omega 3.

XIV. NHI KHOA

1. BẠCH HẦU

Bệnh truyền nhiễm cấp do *Corynebacterium diptheriae*, lây qua đường hô hấp đặc trưng là hình thành màng giả fibrin, thường là trên niêm mạc hô hấp và sự hư hại mô cơ tim, mô thần kinh và thận do ngoại độc tố gây ra. Có 3 thể sinh học. Chỉ có nhóm tiết độc tố mới sinh ngoại độc tố. Lây lan qua tiết dịch của người bệnh một cách trực tiếp hoặc đồ vật nhiễm khuẩn. Bệnh bạch hầu do vi khuẩn tụ tập ở vết thương. Bạch hầu họng 70%, thanh quản 20-30%, mũi 7%, mắt 3-8% và bạch hầu da.

Triệu chứng:

- Bạch hầu họng: ủ bệnh ngắn. Viêm họng, amidan nhẹ, sốt nhẹ, khó chịu, sổ mũi, khó nuốt, nhịp tim nhanh, tăng bạch cầu đa nhân. Buồn nôn, nôn, rét run, nhức đầu và sốt hơi cao. Kiểu màng đặc trưng thường thấy ở vùng amidan, có khi cả mũi - hầu. Màng xám bẩn, dai chắc, chứa nhiều fibrin bám rất chặt, bóc màng gây chảy máu, nhưng lại mọc lại ngay, màng có thể lõm

đốm, lan rộng, vàng xám, vàng kem. Một số bệnh nhân có thể không có màng. Hạch cổ nhỏ, di động, không đau. Tiến triển có dấu hiệu nhiễm độc huyết, mệt lả.

- Bạch hầu họng ác tính: diễn biến từ ngày 10-15 của bệnh. Phù nề thanh quản, hầu làm tắc đường hô hấp. Hạch ở cổ to. Sở mũi đặc có máu, lỗ mũi loét, có giả mạc. Nhiễm độc toàn thân rõ rệt: mệt lả, sốt cao, thở mùi hôi, uống nước sộc ra đờng mũi. Loạn nhịp tim, gan sưng to, urê máu tăng... Ngoại độc tố có thể khuyếch tán đến mô cổ gây phù nề (cổ to, ngấn). Có thể chảy dịch có máu ở mũi. Nước tiểu có albumin.

- Bệnh bạch hầu da thường không có tính đặc thù, có thể gây đại chi do thâm nhiễm ngoại độc tố (loét trợt da như lở, chàm, có màng giả hơi xám dính chặt). Bạch hầu da bao gồm cả bạch hầu ống tai ngoài, hậu môn, sinh dục.

- Bạch hầu thanh quản: sau bạch hầu họng, gây khàn giọng, mất tiếng, khó thở (phải mở khí quản) và ngạt thở (tím tái) dẫn đến tử vong.

- Bạch hầu mũi: sốt, sở mũi có lẫn máu, gây còm, tử vong do suy mòn hoặc biến chứng.

- Bạch hầu mắt: qua ống lệ, viêm màng tiếp hợp màng giả, phù mi mắt trên, lật mi mắt có màng giả dính chặt vào niêm mạc.

Điều trị: Chẩn đoán sớm: Điều trị kịp thời. Ngăn chặn biến chứng do độc tố. Không chữa trị,

biến chứng thận, tim (viêm cơ), suy tim, đột tử. Khó nuốt và trào ngược qua mũi do hành tủy, liệt thần kinh ngoại vi (liệt mắt, màn hầu, các chi, thực quản, thanh quản, mặt, cơ hoành hành tủy, nửa người...).

Dùng ngay *kháng độc tố bạch hầu* sớm (SAD) và *anatoxin*. Phải làm test da (hay kết mạc) trước khi dùng để xem nhạy cảm, 30 phút sau nếu không có quầng đỏ dưới 0,5 cm có thể cho dùng liều 20.000-100.000 đv tùy theo nặng nhẹ. Kháng độc tố có thể tiêm dưới da hoặc tiêm bắp thịt. Liều trên 20.000 có thể pha với 200ml NaCl 0,9% truyền tĩnh mạch chậm. Nếu có test dương (quầng đỏ nổi) thì phải rất thận trọng khi dùng, có thể giải cảm ứng bằng cách pha loãng, chia liều nhỏ, nếu biểu hiện mẫn cảm thì dùng ngay *epinephrin* 0,3-1ml 1/1000 tiêm dưới da, tiêm bắp thịt hoặc tiêm tĩnh mạch chậm. Nếu tăng cảm cao với kháng độc tố thì chống chỉ định. *Anatoxin* giải độc tố ở cánh tay khác: 0,1-3 ml cách nhau 5 ngày.

Dinh dưỡng, uống nhiều nước, cấp oxy, nếu cần đặt hoặc mở khí quản. Kiểm tra tim và biến chứng TKTU. Tiêu diệt vi khuẩn: *Penicillin G procain* 600.000 đv tiêm bắp thịt cách 12 giờ x 10 ngày hoặc *Erythromycin* tan trong ruột 250-500 mg cách 6-7 giờ. Trẻ con tùy tuổi giảm liều. *Ampicillin*, *Clindamycin*, *Rifampin* cũng tốt. Không nên dùng *Cephalosporin* uống. Thuốc hỗ

trợ: *Coramin, Spartein, Vitamin C*. Cần thiết dùng *Prednisolon* sớm.

Phòng bệnh: Phải khai báo bệnh bạch hầu. Cách ly người bệnh. Khử trùng, tẩy uế nhà cửa, vật dụng. Tiêm phòng bệnh vaccin đơn giá, đa giá bạch hầu đúng định kỳ.

2. BỆNH CÒI XƯƠNG

Là một bệnh loạn dưỡng xương do thiếu hoặc rối loạn chuyển hóa vitamin D trong cơ thể và nguyên nhân khác như kháng vitamin D, loạn dưỡng do thận hoặc do khuôn xương.

Triệu chứng: Thiếu vitamin D phổ biến ở trẻ dưới 3 tuổi: do chế độ ăn uống (ăn sữa bò, bột do thiếu sữa mẹ), do thiếu ánh sáng mặt trời.

Quấy khóc, ngủ không yên, giật mình, rối loạn thần kinh thực vật, vã mồ hôi, vạch trên da nhẹ có vết đỏ rộng, xương sọ mềm, thóp rộng bờ mềm chậm kín; bướu trán, đầu to, có hình lòng thuyền, chậm mọc răng, ngực kiểu ngực gà, vòng cổ tay, vòng cổ chân xương cong (chân vòng kiềng) hoặc choãi ra (chữ X) có thể gù, vẹo, xương chậu hẹp. Bụng to bè, dây chằng lỏng lẻo, giảm trương lực cơ, chậm ngồi và chậm biết đi. Thiếu máu.

Điều trị: Mẹ mang thai (hoặc nuôi con bú) cần tắm nắng, ăn uống đủ chất, cuối thai kỳ cần uống *dầu cá* hoặc *vitamin D*.

Trẻ em bú sữa mẹ là tốt nhất. Cho trẻ tắm

nắng ngay từ tuần đầu chào đời, nhất là trẻ đẻ non, trẻ ở vườn trẻ. Có thể cho uống đủ *Vitamin D* trong suốt năm đầu. (Tắm nắng + vitamin D là đủ, không cần thêm calci). Nếu kèm bệnh nhiễm khuẩn, cần có trị liệu đặc hiệu, cùng với *vitamin A* 10.000 UI/ngày x 10 ngày + tia cực tím (ít dùng). Nên dùng thêm *vitamin B* và *C*.

Còi xương kháng Vitamin D: thường với trẻ trên 1 tuổi, bệnh có tính chất gia đình hoặc đơn phát, còi xương rất nặng: biến dạng chi và cột sống. Dùng *vitamin D* liều cao hoặc *Dihydrotachysterol*, *Calciferol* và bổ sung *Calci* (chẩn đoán dễ lầm với còi xương do thiếu vitamin D).

Ngoài ra còn bệnh còi xương phụ thuộc vitamin D, còi xương kháng vitamin D giảm phospho máu, là những bệnh di truyền (kiểu lặn và trội) cần có chỉ định của thầy thuốc.

3. CHỐC LỎ - MỤN MỦ

Một nhiễm khuẩn nông dạng mụn nước, mụn mủ ở da. Mụn mủ: một dạng loét của chốc lở. Thường do *staphylococcus aureus*.

Triệu chứng: Thường ở cánh tay, cẳng chân, mặt (nơi phơi trần), xảy ra sau một chấn thương nông, rách da, nhiễm tác nhân khác. Có thể do các mụn nước, mụn mủ và hình vòng rộng lớn giống nấm, các dát sần. Mụn mủ có đặc trưng là loét

nhỏ, mưng mủ lõi ra với vầng dày, nâu đen, ban đỏ xung quanh, ngứa, cào gãi lan rộng.

Biến chứng: có thể chàm hoá, viêm hạch bạch huyết thành áp xe, viêm cầu thận, nhiễm khuẩn huyết.

Điều trị: *Mupirocin* x 3 lần/ngày, bôi. Nếu không khỏi, uống *cloxacillin* hoặc *Cephalosporin* (*Cephalexin* 50 mg/kg/ngày x 10 ngày). Nếu do liên cầu khuẩn thì dùng *Erythromycin*, *Tetracyclin*.

Chốc lở thứ phát cần điều trị bệnh gốc. Rửa bằng nước *Na chlorid* 0,9%. Đắp gạc thuốc tím (pha loãng nồng độ 1/10.000). Bôi mỡ *Salicylic* 2%. Bôi *Milian* hoặc *Fosin* 2%. Bôi hồ nước, kem *dalibour*, *cream* kháng sinh. *Neosporin* bôi khá tốt.

4. HO GÀ

Một bệnh vi khuẩn cấp (*Bordetella pertussis*), rất hay lây theo đường hô hấp, đặc trưng là cơn ho kịch phát, co giật, thường kết thúc bằng hít vào kéo dài, rít cao như tiếng gà gáy.

Triệu chứng: Qua 4 thời kỳ: Nùng bệnh, khởi phát, toàn phát và lui bệnh bình phục. Chất tiết ở mũi hầu, khí quản, phế quản loãng sau nhơn nhót và dính dẻo. Bệnh kéo dài 6 tuần. Mới đầu hắt hơi, chảy nước mắt mũi, biếng ăn, lơ đãng, ho khan cả đêm và ngày, ít khi sốt. Ho kịch phát sau 10-14 ngày. Ho gấp tới dưới 15 tiếng ho, ho cơn, mặt đỏ, đờm trắng, sau là hít hơi thật sâu, gấp, thành tiếng. Sau vài hồi

thở bình thường lại lặp lại ho như thế, thở rít vào, đờm rãi, như tiếng gà gáy. Nhờn đặc ào ạt có thể bị nuốt vào hoặc đẩy ra thành những bong bóng lớn ở mũi. Rồi nôn và nghẹn vì chất nhờn, chảy nước mắt, nước mũi như sắp chết ngạt. Có thể tím tái. Sau 4 tuần cơn ho giảm dần, người bệnh cảm thấy khỏe. Thời gian hồi phục có khi đến 3 tháng.

Nếu có sốt cao kéo dài phải nghĩ đến biến chứng do bội nhiễm.

Điều trị: X-quang và xét nghiệm. Tạo miễn dịch từ thơ ấu.

Thuốc: *Erythromycin* uống 12,5 mg/kg x 4 lần/ngày, tiếp tục 14 ngày nữa. Hiện nay ít dùng *Tetracyclin* và *Chloramphenicol*. Hút dịch nhày. Thở oxy. *Gardenal* được ưa dùng 2-3 mg/kg/24 giờ.

Không nên dùng các thuốc ho long đờm, triệt ho, an thần nhẹ.

Các thuốc *Theophyllin*, *Albuterol*, *Corticoid* chưa được xét nghiệm.

Chỉ dùng kháng sinh chữa các biến chứng.

Dinh dưỡng tốt. Cần thiết thì bù nước, điện giải, vitamin.

Săn sóc, điều dưỡng là khâu quan trọng. Nếu nôn có thể dùng *Sirô primperan*, co giật dùng *Diazepam* hoặc *Gardenal*.

Biến chứng: Dựa vào kháng sinh đồ, chủ yếu *Penicillin*, *Gentamicin*.

Phòng bệnh: Tiêm vaccin ho gà. Cách ly

bệnh nhân ít nhất 4 tuần. Phát hiện bệnh ở thời kỳ viêm long thì cho dùng ngay *Erythromycin*.

5. MÚA GIẬT SYDENHAM

Một bệnh thuộc TKTƯ, khởi phát âm thầm nhưng kéo dài trong một thời gian nhất định, đặc trưng là những cử động không tự ý, không mục đích, không lặp lại và hết đi mà không để lại di chứng thần kinh.

Triệu chứng: Đặc trưng như trên nhưng biến mất lúc ngủ, cử động đột ngột, thiếu phối hợp, nhãn nhò mắt mờ, nặng thì lóng ngóng, vụng về, khó khăn trong ăn, mặc. Trường hợp đặc biệt cần được chăm sóc cẩn thận do vùng chân múa tay.

Cơn bệnh có thể chỉ trong 3 tháng nhưng đôi khi kéo dài 6-8 tháng.

Điều trị: Thần kinh không có khiếm khuyết.

Chưa có thuốc hiệu quả chắc chắn. Có thể giảm bằng *Barbiturat* (nặng) nếu nhẹ thì dùng *Diazepam* 5mg x 4-6 lần/ngày. Nếu cả 2 thuốc không có hiệu quả thì dùng *Salicylat* hay *Corticoid* (xem chữa thấp khớp cấp).

Bệnh sẽ tự biến đi không để lại di chứng.

6. QUAI BỊ

Một bệnh virus toàn thân cấp, hay lây, gây viêm sưng to, đau ở các tuyến nước bọt, phổ biến

nhất là tuyến mang tai, có khi cả tuyến sinh dục, tụy và màng não.

Triệu chứng: Ôn lạnh, nhức đầu, biếng ăn, khó ở, sốt nhẹ kéo dài 12-24 giờ trước khi nhận thấy sưng tuyến nước bọt. Nhai đau, nuốt đau nhất là nuốt nước chanh, dấm. Nhạy cảm khi đè ấn tuyến mang tai hoặc tuyến nước bọt. Sốt 39-40°C. Phù mô lan rộng ở tuyến mang tai phía dưới và trước, thường ở cả 2 tuyến. Hiếm khi chỉ bị ở hạch dưới hàm. Trường hợp này có sưng cổ, dưới hàm, phù trên xương ức. Da ngoài tuyến căng lên, sáng bóng.

Tiền lượng tốt nếu không biến chứng. Biến chứng: viêm tinh hoàn, viêm buồng trứng, viêm não, màng não, viêm tụy, viêm tuyến tiền liệt, viêm thận, viêm cơ tim, viêm vú, viêm đa khớp, viêm tuyến lệ và điếc (điếc một bên khó phát hiện).

Điều trị: Phòng: *vaccin*.

Thuốc: nhằm vào triệu chứng. Thuốc giảm đau, hạ sốt: *AINS, Paracetamol*. Viêm tinh hoàn: hạn chế đi lại, băng bông giữ bùi. Buồn nôn, nôn do viêm tụy nên tính đến dịch truyền. Nếu cần thiết dùng *corticoid* trong một số trường hợp viêm. Uống *Serratopeptidase, Alpha chymotrypsin* hoặc *Lysozym* chống viêm và phù nề 3 viên/ngày chia 3 lần. Có thể dùng *Diazepam* 1-2 viên/ngày.

Chườm nóng vùng đau.

Biến chứng: Cần dùng *corticoid (Prednisolon, Hydrocortison)*.

Phòng bệnh: Cách ly bệnh nhân. Tiêm dự phòng đặc hiệu *globulin*. Tiêm vaccin phòng quai bị.

7. SỞI

Một bệnh cấp tính, lây nhiễm, đặc trưng là sốt, ho, sổ mũi, viêm kết mạc, nội ban (các đốm Koplik) trên niêm mạc miệng, môi ruột (tiêu hoá), hô hấp và một ngoại ban dát sần lan rộng ở da. Do virus paramyxovirus.

Triệu chứng: Ủ bệnh 7-14 ngày. Sốt, sổ mũi, ho khan, viêm kết mạc. Hai ngày sau đốm koplik xuất hiện ở niêm mạc miệng, như hạt cát trắng có quầng viêm bọc quanh, nhiều đốm trên nền ban đỏ lốm đốm. Ngoại ban sau đó 3-5 ngày, ở trước và sau tai, hai bên cổ thành dát sần lan ra toàn thân, các chi, khi đó ngoại ban ở mặt đã bay đi. Tột đỉnh của bệnh nhiệt độ cơ thể trên 41°C , phù nề quanh mắt, viêm kết mạc, sợ ánh sáng, ho khan, ngoại ban đều khắp, ngứa nhẹ. Suy nhược. Sau 3-5 ngày hết sốt. Ngoại ban mất đi, để lại màu da đồng nâu, bong vảy sau đó.

Điều trị: Phòng bằng *vaccin sống* (nay không dùng vaccin virus sởi bị giết chết nữa). Chú ý không dùng khi: bệnh ác tính, suy giảm miễn dịch, liệu pháp corticoid, chiếu xạ, tác nhân alkyl hoá, chất chống chuyển hoá, mang thai, sốt cấp, lao mới đưa vào cơ thể một kháng thể.

Điều trị nhằm vào triệu chứng, chủ yếu là

kháng sinh với biến chứng thứ phát do vi khuẩn. Thuốc hạ nhiệt: các *AINS* hoặc *Paracetamol*. Trẻ con dùng *Babymol* hoặc *Efferalgan* đặt hậu môn. Các vitamin. Nhỏ đều thuốc cho mắt: *Chlorocid* 0,4% hoặc *Argyrol* (trong 5 ngày) tránh viêm giác mạc.

Biến chứng: có thể viêm phổi, viêm tai giữa, nhiễm khuẩn khác, ban xuất huyết cấp, viêm não, viêm toàn não xơ cứng bán cấp. Dùng kháng sinh có sự chỉ định của thầy thuốc.

Biến chứng mắt: Xem thủy đậu.

8. THỦY ĐẬU (Phồng dạ hoặc canh châu)

Một bệnh virus cấp, bắt đầu bằng những triệu chứng thể tạng, không lâu sau đó phát ban xuất hiện ồ ạt, đặc trưng là đốm dát, sần, mụn nước và đóng vảy.

Ta thường gọi là phồng dạ hoặc canh châu.

Triệu chứng: Sốt, khó ở, nhức đầu 11-15 ngày. Phát ban, dát sần, đỏ bừng mau phai. Vài giờ sau thành mụn nước ngứa, một ngăn, hình giọt lệ, có nước trong nổi rõ lên giữa các quần đỏ (6-8 giờ). Nổi tiếp đợt khác, có thể toàn thân (nặng), nếu nhẹ thì thường có ở phần thân trên. Có thể có lở loét trên màng niêm dịch gồm miệng, hầu, phần trên đường hô hấp, kết mạc, mi mắt, trực tràng, âm đạo. Mụn nước ở miệng vỡ ra ngay, gây đau. Mụn ở thanh quản, khí quản gây khó thở. Hạch bạch huyết sưng to. Đóng vảy vào ngày thứ sáu. Bệnh ở

trẻ con thường lành tính, nhưng thường nghiêm trọng và tử vong với người lớn.

Điều trị: Ngừa: *Globulin* miễn dịch zona (*ZIG*), *vaccin sởi* đang được thử nghiệm.

Đắp gạc ướt cho đỡ ngứa (cào gãi gây nhiễm khuẩn). Dùng kháng histamin toàn thân *Phenergan* hay *Hydroxyzin*. Tắm bằng xà phòng y tế. Giữ sạch sẽ, cắt móng tay.

Nếu nhiễm khuẩn dùng kháng sinh: *Penicillin*, *Erythromycin*, *Cephalosporin*...

Nếu bệnh nặng, lan rộng dùng *Acyclovir* 20 mg/kg, từ 5-7 tuổi x 5-7 ngày; 15 mg/kg với trẻ 7-12 tuổi; 10 mg/kg với trẻ 12-16 tuổi.

Nếu bệnh nhân suy giảm miễn dịch dùng *Acyclovir* tiêm tĩnh mạch 1.500 mg/m²/ngày, cách 8 giờ.

Biến chứng: Viêm quầng, nhiễm khuẩn huyết, viêm thận cấp, đôi khi hoại thư da, viêm phổi. Ghi nhận có viêm cơ tim, viêm khớp, viêm gan, gây xuất huyết, bệnh não, viêm tuỷ, liệt thần kinh sọ. Điều trị: Kháng sinh (qua kháng sinh đồ), có khi liều thật cao.

Chú ý biến chứng ở mắt do mụn mọc ở bờ mi, vỡ ra gây loét bờ mi. Nhỏ kháng sinh đều đặn cả quá trình cho mắt, giúp trẻ mở mắt. Tránh để trẻ nằm trong tối, lúc khởi thủy đậu thì không thấy mắt đâu nữa vì hai bờ mi trên và dưới đã dính chặt vào nhau do "tế bào bắt tay nhau". Chỉ còn cách phẫu thuật mở khe mi.

XV. PHỤ KHOA - SẢN KHOA

1. BỆNH NỘI KHOA TRONG THAI NGHÉN

Bệnh nội khoa trong thai nghén có ảnh hưởng đáng kể đến diễn biến thai nghén và thai nghén cũng ảnh hưởng đến các bệnh nội khoa. Các bệnh nội khoa cần được chẩn đoán và điều trị trước thụ thai và trong thời kỳ mang thai.

1.1. Nhiễm khuẩn

1.1.1. Tiết niệu

Ba loại biểu hiện: không có triệu chứng, viêm bàng quang cấp và viêm thận - bể thận. Có khoảng tới 10% người mang thai có vi khuẩn niệu. Nhiễm khuẩn *E. coli* chiếm 80% trường hợp. Tiếp đó là *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Enterococcus* và tụ cầu trắng. Viêm thận - bể thận chiếm 30%.

Nguy cơ đưa đến: đẻ non, con nhẹ cân, chuyển dạ sớm, tăng huyết áp, tiền sản giật, thiếu máu, viêm màng ối, sốc nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết.

Nên xét nghiệm lúc 16 tuần là thích hợp - Cấy

nước tiểu tìm vi khuẩn - Nhất là tìm vi khuẩn niệu không có triệu chứng, nếu không được điều trị thì 20-30% sẽ phát triển thành viêm thận - bể thận cấp trong quý 3 thai kỳ.

Thuốc an toàn là: *Penicillin*, *Cephalosporin*, *Methenamin*. Rất thận trọng với *Sulfonamid*, *Aminosid*, *Nitrofurantoin*, *Clindamycin* (xem thêm đại mục XVII).

1.1.2. Viêm bàng quang

Không có dấu hiệu toàn thân, thường xảy ra trong quý 2 thai kỳ.

Triệu chứng: đái rất, đái són, đái khó, đau xương vệ.

Xét nghiệm: lấy nước tiểu giữa dòng sẽ có mùi hôi, dương tính với nitrit, vẩn đục.

Thuốc dùng cho nhiễm khuẩn tiết niệu dưới: *Ampicillin*, *Amoxicillin*, *Cephalosporin*, đợt dùng 7-10 ngày. *Nitrofurantoin*, *Nitroxolin* (*Nobiol*) hoặc *Norfloxacin* trị khỏi 50-90% trường hợp. Hoặc dùng liều duy nhất 3g *Amoxicillin* hoặc 2g *Cephalexin* cũng hiệu quả. Nếu không hiệu quả, phải dựa vào độ nhạy cảm của mầm bệnh, dùng ít nhất 3 tuần.

(Xem thêm đại mục XVII).

1.1.3. Viêm thận - bể thận

Thường xảy ra nửa cuối thai kỳ. Biến chứng tới khoảng 2% thai nghén. Là hậu quả của nhiễm

khuẩn niệu không triệu chứng do không biết hoặc điều trị không thích hợp, triệt để.

Triệu chứng: sốt, rét run, đau thắt lưng, buồn nôn, nôn, khó chịu. Nước tiểu có mủ và vi khuẩn (xét nghiệm phải cẩn thận).

Thuốc: Phải điều trị ở bệnh viện bằng cách tiêm kháng sinh tĩnh mạch - Theo dõi cẩn thận thai, chuyển dạ, dấu hiệu sống, nước tiểu, sốt nhiễm khuẩn. *Cephalosporin* thế hệ 2 hoặc 3, *Gentamycin* thường được dùng. Cẩn thận khi dùng *Aminoglycosid* vì độc với thận (xét nghiệm creatinin). Sau 24 giờ, nếu hết sốt thì thay bằng kháng sinh uống một đợt 14 ngày. Nếu sau 48 giờ còn sốt phải đánh giá lại cách điều trị. Nhiều người cho rằng nên dùng *Nitrofurantoin* trong thời gian còn lại của thai nghén.

(Xem thêm đại mục XVII).

1.1.4. Bệnh do *Listeria*

Trực khuẩn Gram (+) dễ gây thai chết lưu, viêm màng ối, xảy thai, nhiễm khuẩn sơ sinh, nhiễm khuẩn huyết cho mẹ.

Xét nghiệm: nuôi cấy vi khuẩn tìm vi khuẩn trong máu, dịch não tủy và dịch ối.

Thuốc: dùng sớm *Ampicillin* kết hợp với *Aminoglycosid* - Phác đồ khác là dùng *Erythromycin* hoặc *Co-Trimoxazol*.

Chú ý: bệnh mắc chủ yếu do ăn uống thức ăn như sữa, trứng, thịt sống nhiễm khuẩn.

1.1.5. Viêm gan A, B, C, D

Do virus, đường lây chủ yếu là đường phân - miệng, máu.

Viêm gan A: biếng ăn, buồn nôn, nôn, mệt, vàng da, đau hạ sườn phải. Lây nhiễm qua ăn uống, sinh hoạt tình dục với người viêm gan A. Không qua màng rau nên không nhiễm thai nhi. Thuốc: *Vaccin* và *Alpha globulin*.

Viêm gan B (HBV): hậu quả viêm gan mạn hoạt động hoặc dai dẳng, xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan. Lây truyền thẳng từ mẹ sang con. Xét nghiệm huyết thanh HBsAg. Thuốc: *vaccin HBlg* và *vaccin viêm gan B (HBvac)*, *Entecavir*.

Viêm gan C: lây truyền qua máu, tiêm chích ma túy, bạn tình. Cho rằng viêm gan virus không A và không B là do virus viêm gan C (HCV). Khoảng 50% nhiễm virus này biểu hiện bệnh gan mạn qua xét nghiệm sinh hoá. Lây truyền tăng nếu có thêm virus gây suy giảm miễn dịch (HIV) - Lây sang con cao nhất khi người mẹ nhiễm HCV cấp tính trong quý 3 thai nghén (quý thứ 1 và 2 không gây ra nguy cơ đáng kể nào).

Viêm gan D: (HDV) đồng nhiễm và lây truyền như HBV. Qua tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục. 80% dẫn đến viêm gan mạn ở người có viêm gan B trước. Chưa có liệu pháp chữa trị đặc hiệu - Ngăn ngừa như viêm gan B.

1.1.6. Bệnh thủy đậu

Virus thủy đậu - Zona thuộc nhóm virus herpes. Lây nhiễm qua đường hô hấp và tiếp xúc trực tiếp. Ban ở đầu, cổ rồi lan xuống thân.

Thường hay gặp nhất ở quý 1 và 3 thai kỳ. Nếu nhiễm ở quý 1 biểu hiện tổn thương da, dị dạng chi, bất thường của hệ thống thần kinh và mắt. Nếu ở quý 3 nhất là tháng cuối có thể tử vong 30%. Tỷ lệ tử vong cho con nếu 7 ngày trước đẻ là 5%. Nếu trẻ sinh ra trong những thời gian nguy cơ cao này phải tiêm ngay *globulin miễn dịch* và *vaccin thủy đậu* - Người mẹ không miễn dịch phải được gây miễn dịch trước thụ thai và tránh thụ thai trong 3 tháng sau triệu chứng.

1.1.7. Bệnh lao (xem bệnh lao)

Với người mẹ mang thai, xác định bệnh tiến triển điều trị dễ dàng, nếu không điều trị thì nguy cơ cho trẻ rất cao, 50% phổi nhiễm thành lây nhiễm và 50% tử vong. Đặc biệt chú ý cộng đồng có tỷ lệ nhiễm HIV cao.

Điều trị: trong 9 tháng dùng *Isoniazid* 300 mg/ngày + *Rifampicin* 10 mg/kg/ngày + *Pyridoxin* 25 mg/ngày. Nếu nghi ngờ lao kháng thuốc thì + *Ethambutol* 15-25 mg/kg/ngày (nuôi cấy tìm vi khuẩn lao trước). Không dùng *Streptomycin*, *Pyrazinamid*, *Ethionamid* vì độc hại cho thai.

1.2. Nhiễm ký sinh trùng

Chú ý bệnh do toxoplasma: toxoplasma bẩm sinh, toxoplasma mắt và nhiễm khuẩn cấp ở người suy giảm miễn dịch. Lây nhiễm do kén trong thịt (cừu, lợn, ngựa) không nấu chín hoặc do kén, trứng vào miệng sau khi người mẹ ôm ấp mèo hoặc dính phân mèo (khi dọn ổ mèo) kể cả trước khi thụ thai và đang có thai. Ký sinh trùng vào máu và vào thai. Đường lây khác là máu, phủ tạng trong labô. Một số người lây nhiễm trước, có miễn dịch, không lây nhiễm cho thai nhi.

Rất nhiều triệu chứng đặc hiệu, nhưng lúc đẻ ra không có dấu hiệu. Cần có xét nghiệm chẩn đoán chuyên khoa và thuốc đặc trị như *Spiramycin* 3 g/ngày + *Pyrimethamin*, *Sulfadiazin* và *Acid folinic*.

Biến chứng chính: não nhỏ, chậm phát triển trí tuệ, não úng thủy, tổn thương thị giác gây mù. Giảm tiểu cầu, phát ban da, vàng da, gan lách to.

Vệ sinh, ăn chín, uống sôi. Đặc biệt không ăn thịt tái, rau sống. Không để dính phân mèo, đất bẩn. Chú ý bệnh nhân HIV, AIDS.

Giun: (xem bệnh do ký sinh trùng).

1.3. Bệnh lý máu

Những bệnh cần lưu ý là: thiếu máu do thiếu sắt, rối loạn đông máu, viêm tĩnh mạch huyết khối, nghẽn mạch phổi, giảm tiểu cầu.

1.4. Bệnh nội tiết

1.4.1. Bệnh đái tháo đường

Kể cả đái tháo đường trước hoặc trong khi mang thai đều đưa đến nguy cơ: tiền sản giật, dị dạng bẩm sinh, sảy thai, non tháng, rối loạn chuyển hoá sơ sinh, thai khổng lồ, suy hô hấp, ngạt hoặc tử vong.

Chẩn đoán qua xét nghiệm, thử nghiệm dung nạp.

Khi xác định là đái tháo đường thì chế độ ăn kiêng là bắt buộc. Không được vượt quá 2.500 Kcal/ngày. Siêu âm thai đánh giá phát triển, dị dạng, thể tích nước ối. Liệu pháp điều trị phải do thầy thuốc chuyên khoa đảm nhiệm.

1.4.2. Rối loạn tuyến giáp

Đánh giá chức năng tuyến giáp bằng cách đo lượng hormon: cường năng (Basedow) hoặc thiếu năng tuyến giáp. Vì cường năng có thể nhiễm độc giáp trẻ sơ sinh, sảy thai hoặc đẻ non. Thuốc thường dùng là *Propyl Thiouracil* (PTU). Thiếu năng dễ gây sảy thai, thai chậm phát triển, tiền sản giật, rau bong non, dị dạng, thai chết khi sinh. Những người đang dùng thuốc điều trị tuyến giáp muốn có thai cần có tư vấn thật cẩn thận của thầy thuốc qua xét nghiệm và sử dụng thuốc.

1.5. Bệnh đường hô hấp

1.5.1. Viêm mũi (xem phần tai - mũi - họng)

Phần lớn không cần dùng thuốc. Nếu có, cần tránh dùng thuốc giống thần kinh giao cảm như *Phenylpropanolamin*, *Pseudoephedrin* trong 3 tháng đầu thai kỳ vì gây dị dạng bẩm sinh, co thắt mạch máu tử cung ảnh hưởng đến thai. Tránh dùng các kháng histamin H₁ các tháng đầu thai kỳ (kể cả các thuốc kháng histamin H₁ mới, không làm dị như *Terfenadin*, *Astemizol*... mặc dù trước đây có gợi ý việc dùng *cetirizin*) vì đã gây ra dị dạng và cũng chưa đủ tài liệu chứng minh. Việc điều trị bổ trợ, nghỉ ngơi, bổ sung dịch và dùng *Paracetamol* là có ích, để giảm sốt cao, tránh ảnh hưởng gây quái thai ở tất cả các kỳ thai.

1.5.2. Nhiễm khuẩn hô hấp dưới

Viêm phế quản, viêm phổi cũng có thể gặp, thường do 2 loại vi khuẩn: *Mycoplasma pneumoniae* và *Streptococcus pneumoniae*. Có thể chụp X-quang phổi. Có thể biến chứng viêm màng phổi mủ, suy hô hấp, nghẽn mạch phổi.

Thuốc: *Penicillin* tiêm mạch, hoặc dùng *Cephalosporin* hoặc *Erythromycin*. *Clarythromycin* không nên dùng vì đã gây dị dạng trên động vật thí nghiệm.

1.5.3. Hen (xem hen phế quản)

Đặc biệt chú ý người có tiền sử hen nặng như

suy hô hấp, đặt nội khí quản, nằm viện vì hen. Tập trung vào dấu hiệu sống (nhiệt độ cơ thể, mạch, hô hấp, co thắt phế quản, áp lực O₂ và CO₂, pH. Nếu xấu cần chăm sóc tích cực. Dùng *chủ vận beta 2, theophyllin, corticosteroid* và bổ sung dịch.

1.6. Bệnh tim mạch

Tăng huyết áp (xem bệnh tim mạch).

Thật khó mà có một định nghĩa chuẩn về tăng huyết áp của thai nghén. Tình trạng tăng huyết áp thứ nhất là tiền sản giật (nhiễm độc thai nghén), tăng huyết áp thoáng qua của thai nghén, tăng huyết áp mạn tính, tăng huyết áp thứ phát là phối hợp giữa tăng huyết áp mạn tính và tiền sản giật chồng lên nhau. Nói chung tăng huyết áp thai nghén, đặc biệt tăng huyết áp mạn tính gây nguy cơ: rau bong non, suy thận, chậm phát triển thai, đẻ non. Cần làm đầy đủ các chẩn đoán cần thiết, các xét nghiệm để đánh giá về protein niệu, acid uric, creatinin, men gan, tiểu cầu...

Thuốc: có thầy thuốc dùng *Methyldopa*, *chẹn beta*, *Labetolol* thấy có hiệu quả và an toàn. *Atenolol*, *Metoprolol* làm thai chậm phát triển. Thuốc ức chế men chuyển bị chống chỉ định và gây tử vong cho thai.

1.7. Bệnh lý dạ dày - ruột

Xem bệnh đường tiêu hoá.

1.8. Bệnh lý về da

Người mang thai thường bị ngứa. Có thể dùng *kháng histamin* như *Chlorpheniramin* ở cuối thai kỳ. Có người dùng *Cholestyramin* + *vitamin K* cũng tốt. Ngứa thường gắn với sẩn, chỉ dùng thuốc bôi và uống như trên là đủ. Có thể có những mảng như mề đay, sau khi đẻ tự nhiên hết. Tuy nhiên, cần chú ý nếu bị herpes dễ gây hậu quả cho mẹ và thai, cần có chỉ dẫn của chuyên khoa.

1.9. Bệnh lý thần kinh

- Động kinh: nguy cơ biến chứng lớn hơn. Nên có tư vấn của các nhà chuyên môn, dùng thuốc chống co giật và *vitamin* để đảm bảo an toàn cho mẹ và thai.

- Đau nửa đầu: không khác gì lúc không có thai. Chưa rõ nguyên nhân. Nghỉ ngơi, tránh kích thích có hại. Thuốc: *Paracetamol*, nếu cần dùng thêm thuốc chống nôn. Tránh dùng *Ergotamin*, *midrin*. Rất cần thiết và thận trọng dùng thuốc gây nghiện hoặc dự phòng bằng *Propranolol* trong trường hợp nặng.

2. NHỮNG NGUY CƠ KHI MANG THAI

Có 4 nguy cơ trong khi mang thai:

- Sảy thai tự nhiên.
- Chửa ngoài tử cung.
- Tăng huyết áp.

- Chuyên dạ sớm.

2.1. Sảy thai tự nhiên

Thường gặp, nguyên nhân là bất thường về di truyền của phôi như các rối loạn nhiễm sắc thể, rối loạn di truyền kiểu Mendel, rối loạn nhiều yếu tố, tuổi mẹ cao (trên 40), bệnh của mẹ (tự miễn dịch, Lupus ban đỏ, bệnh hemoglobin), hút thuốc, uống rượu và bị phơi nhiễm (chất độc, vi khuẩn), tiếp xúc với chì, khi gây mê, *Oxyd ethylen*, với thuốc như *Warfarin*, *Trimethadion*, *Phenytoin*, *Valproic acid*, thuốc chống ung thư... Sảy thai liên tiếp do bất thường về nhiễm sắc thể của cha mẹ, dị dạng tử cung...

Triệu chứng: Ra máu âm đạo trong nửa đầu thai nghén, xảy ra 20-25% thai nghén, và một nửa số đó sảy thai. Cần khám cổ tử cung và những chất tống ra, xác định hematocrit, xác định thai sống hoặc không sống được qua siêu âm cùng với định lượng hormon. Có thể biết chắc 100% tình trạng thai.

Điều trị: Dọa sảy thai: nghỉ ngơi, kiêng giao hợp. Ăn nhẹ, chống táo bón. Thuốc: giảm co thắt *atropin* 0,25-0,5 mg hoặc *papaverin* 0,04-0,05 g. Đang sảy thai: nếu sảy thai không hoàn toàn phải hút, nạo sạch buồng tử cung (đau dai dẳng, chảy máu, sốt rau), truyền huyết thanh ngọt. Trường hợp sảy thai lưu có thể dùng *Oxytoxin* hoặc

Prostaglandin để giúp tống ra, nhưng chỉ đạt 50% trường hợp, việc nạo lại phải được đặt ra qua xem thai và rau, có thể sót rau, tăng huyết dịch, nhiễm khuẩn. Cần dùng kháng sinh, truyền dịch và máu. Sau sảy thai tự nhiên mà Rh âm tính cần dùng globulin miễn dịch Rh₀ (D). Với sảy thai liên tiếp cần đánh giá nguyên nhân để xử lý (ví dụ: nhiễm khuẩn, dị dạng tử cung...).

2.2. Chữa ngoài tử cung

Là chữa lạc chỗ, bên ngoài tử cung như vòi, cổ tử cung, buồng trứng hoặc ổ bụng, thường là 1/3 ngoài vòi tử cung. Nguyên nhân do di động của vòi tử cung, phôi thai, thuốc, viêm, nhiễm khuẩn, phẫu thuật, tuổi tác, phơi nhiễm, hormon, dụng cụ tử cung, điện đông vòi tử cung...

Xử trí: xét nghiệm HCG và siêu âm đầu dò âm đạo nếu có 4 triệu chứng: đau bụng, ra máu âm đạo, chậm kinh và khối ở tiểu khung. Có thể buồn nôn, nôn, đau bụng từng hồi hoặc dữ dội hạ vị, muốn ngất, sốc. Ra máu có thể rất nhiều, mạch nhanh, hạ huyết áp, vật vã, chân tay lạnh, chóng mặt, đau vai. Mặt khác phụ thuộc vào tình trạng: dấu hiệu ổ bụng, mất máu, nhu động và cảm ứng phúc mạc. Có khi sờ thấy khối phân phụ. Nghi ngờ phải xét nghiệm thai nghén nhanh.

Phẫu thuật bảo tồn qua soi ổ bụng và nội khoa, gây sảy thai qua vòi tử cung bằng *Methotrexat*,

Kali chlorid, *Prostaglandin* hoặc *Glucose* ưu trương... Thống nhất chung vẫn là xử trí nội khoa là lựa chọn tối ưu.

2.3. Tăng huyết áp thai nghén (trên 140/90 mmHg)

Đặc trưng là tiền sản giật protein niệu ($> 0,3$ g/24 giờ) phù.

Nguyên nhân: Dưới 15 tuổi, mâu thuẫn vợ chồng, tiền sử tiền sản giật, thai đôi, tăng HA mạn, đái tháo đường, bệnh tạo keo, chữa trứng, di truyền...

Triệu chứng: Tăng HA, protein niệu, phù (chú ý tăng nhanh trọng lượng), rối loạn thị giác, co giật, nhức đầu, đau thượng vị, tăng phản xạ.

Xử trí: Xét nghiệm. Nghỉ ngơi. Đình chỉ thai nghén nhưng bất lợi cho thai (chỉ dùng khi tình trạng mẹ xấu đi). Dùng *Nifedipin* 10-20 mg/6-8 giờ tốt hơn *Methyldopa* và *Hydralazin*.

Đề phòng, điều trị sản giật dùng *Magne sulfat* tốt hơn *Phenytoin*. Theo dõi tim mạch, tiểu cầu.

2.4. Chuyển dạ sớm

Trước 37 tuần. Nguyên nhân có nhiều: do chăm sóc y tế trước đó, hành vi tâm lý - xã hội như hút thuốc, dinh dưỡng kém, lao động quá sức, rượu, ma túy, tâm lý; nguy cơ do đa thai, cơn co tử cung, cổ tử cung mở > 2 cm, vỡ ối hoặc chưa, cổ tử cung xoá nhiều.

Dự phòng cấp I: trị viêm âm đạo do vi khuẩn và vi khuẩn không triệu chứng, đặc biệt lại có *Trichomonas*. Dùng *Clindamycin* là có ích: 300mg x 2 lần/ngày x 7 ngày và đặt *Clindamycin* 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc uống *Metronidazol* 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày hoặc đặt *Metronidazol* 2 lần/ngày x 5 ngày.

Dự phòng cấp II cần do chuyên khoa thực hiện (hệ lý, thuốc men, phẫu thuật...).

Điều trị nói chung là làm ngừng chuyển dạ do các nguyên nhân xác định. Theo dõi tim thai, cơn co tử cung, siêu âm thai, phát hiện rau tiền đạo.

2.5. Thai già tháng

Thai kéo dài giữa 41-42 tuần (249 ngày), có thai kéo quá 43 tuần (hiếm) tăng tỷ lệ tử vong chu sản. Cần phải có sự can thiệp kịp thời của chuyên khoa trong việc theo dõi thai, gây chuyển dạ đẻ và phẫu thuật.

2.6. Đẻ khó

Phần lớn là đẻ con so. Cần có sự theo dõi cẩn thận (do chuyên khoa đảm nhiệm) về chuyển dạ, chuyển dạ kéo dài, cân xứng thai nhi - khung chậu, rối loạn chức năng...

2.7. Viêm màng ối - màng đệm

Nhận biết nhiễm khuẩn dịch ối - màng ối, 85% người bệnh không có triệu chứng. Tác dụng xấu

đến trẻ sơ sinh non tháng, tăng bệnh tật và tỷ lệ tử vong.

Triệu chứng: Chuyển dạ trước khi đủ tháng. Có thể người mẹ bị sốt, đau vùng tử cung, bạch cầu tăng, nhịp tim thai nhanh.

Điều trị: Kháng sinh phổ rộng, *Ampicillin* 2 g/mạch, tiếp cứ 6 giờ 1 g. *Gentamycin* 120-140 mg, tiếp theo 1-1,5 mg/kg tiêm tĩnh mạch cứ 8 giờ/lần. Nếu vi khuẩn yếm khí thì *Clindamycin* 500-700 mg cứ 6 giờ/lần, hoặc dùng *Erythromycin* theo kinh nghiệm nếu vi khuẩn chưa được nhận biết.

2.8. Chảy máu lúc chuyển dạ

Hai biến chứng nguy hiểm nhất là rau bong non và rau tiền đạo. Ra máu đầm đìa là dấu hiệu duy nhất.

Rau bong non: tức là rau bong sớm trước lúc đẻ, một nửa trong số này có tăng huyết áp. Có 3 mức độ: độ I không suy thai; độ II chảy máu vừa phải có suy thai; độ III chảy máu nặng, thai thường chết.

Triệu chứng: chảy máu trong quý 3 thai kỳ, đau, co cứng. Dịch ối màu rượu vang đỏ, có khi gối lên nhau cả 3 mức độ.

Theo dõi thận trọng liên tục. Nếu mức độ I không suy thai có thể đẻ an toàn. Nếu tim thai không bình thường thì thường mổ cấp cứu lấy thai, giảm tử vong chu sản. Theo dõi và xử lý nếu không ổn định huyết động học.

Rau tiền đạo: bánh rau trưởng thành phải sát mép hoặc che phủ lỗ trong cổ tử cung, chiếm 0,6% các ca đẻ. Có 3 loại: hoàn toàn (lỗ trong tử cung bị rau phủ kín), không hoàn toàn (tức là phủ 1 phần), bám mép (tức là không phủ kín cổ tử cung).

Phát hiện: siêu âm, siêu âm đầu dò tốt hơn. Chảy máu đỏ tươi, nhiều nhưng không đau.

Nằm nghỉ. Nếu không đe dọa do chảy máu, 50% sẽ đẻ vào tuần thứ 36, thường phải mổ lấy thai. Phải chuẩn bị máu để xử trí khi cần thiết.

3. BỆNH VÚ LẠNH TÍNH

Đau vú: Trước mãn kinh, do nang, sờ thấy: hút nang, dịch không cần khảo sát tế bào học. Ghi chép lại màu sắc, lượng dịch, theo dõi xem nang biến đi. Nếu dịch nang có máu, tái tích tụ sớm (12 tuần) có thể nghi ung thư vách nang. Phải cắt toàn bộ nang. Nếu đau do hormon có thể dùng *donazol* 100-400 mg/ngày x 3-6 tháng. Bệnh xơ nang (cộm cộm, đau vú có nang, có cục khó phân biệt) phải coi chừng nguy cơ ung thư vú sau đó.

U xơ tuyến: ở tuổi trẻ, nhỏ gọn, di chuyển, trơn tuột trong ngón tay khám. Nên cắt bỏ bằng gây tê nhưng hay tái phát. Nếu xác định lành tính, tốt nhất là chung sống.

Các đám khối khác: hoại tử mô, bệnh hạch xơ cứng (sinh thiết).

Chảy dịch núm vú: Nếu có lẫn máu thường là u nhú ngấm trong ống, có thể thấy u. Đánh giá ác tính hay lành tính. Nếu ác tính cần phẫu thuật sớm. Nếu chảy dịch như sữa nên đánh giá về nội tiết.

Vú to đàn ông: Có thể 1 bên hay cả 2. Ấn đau. Sẽ tự nhiên hết, giảm hay biến mất sau khi trị nguyên nhân gốc. Cắt bỏ mô vú thừa là duy nhất và hiệu quả. Có thể hút mỡ phẫu thuật thẩm mỹ. Nguyên nhân: có thể do tuổi già nhiều bệnh, bệnh gan, nhiều thuốc gây ra như: *Estrogen, Reserpin, Digitalis, Isoniazid, Spironolacton*, chẹn *calci, Ketoconazol, Theophylin, Cimetidin, Metronidazol, Methadon*, thuốc chống ung thư.

4. CHẢY MÁU BỘ PHẬN SINH DỤC KHÔNG BÌNH THƯỜNG

Gồm có: Thời gian có kinh quá dài (rong kinh: menorrhagia), lượng máu quá nhiều (nhiều kinh: hypermenorrhea) hoặc cả hai, có kinh nhiều lần (đa kinh: polymenorrhea), chảy máu không phải kinh nguyệt hoặc giữa 2 kỳ kinh (băng huyết: metrorrhagia); chảy máu sau mãn kinh, cho biết có một sự chảy máu xảy ra trên 6 tháng sau kỳ kinh chót vào lúc mãn kinh.

- Với sơ sinh và tuổi nhỏ: chấn thương, tai nạn, viêm âm đạo, dậy thì sớm, bệnh hạch âm đạo, ung thư. Ít khi phải điều trị.

- Phụ nữ độ tuổi sinh sản: Rối loạn huyết học, biến chứng khi mang thai, viêm màng trong tử cung, chảy máu âm hộ, thương tổn âm đạo, ung thư cổ tử cung, tăng sản màng tử cung, lạc màng trong tử cung, nang buồng trứng hoạt động, biện pháp ngừa thai, loạn năng tuyến giáp.

- Chảy máu sau mãn kinh: Loại trừ u ác, viêm âm đạo teo, màng trong tử cung teo, polip, tăng sản màng trong tử cung.

Điều trị: Tùy thuộc vào lứa tuổi. Thường dùng thuốc ngừa thai, nếu chống chỉ định dùng *progestin, estrogen* liên hợp 25mg tiêm tĩnh mạch cách 4 giờ rồi sau dùng thuốc ngừa thai uống (đối với những người không phóng noãn). Nghiên cứu dùng *Clomifen* - tăng sản màng trong tử cung tùy người và bệnh lý. Tăng sản u tuyến nên cắt bỏ.

5. THỐNG KINH (Hành kinh đau)

Còn gọi là đau kinh chức năng, đau có tính chu kỳ, liên quan đến kỳ rụng trứng nhưng không thấy có thương tổn ở cấu trúc sinh sản. Có thể do co bóp và thiếu máu cục bộ ở tử cung, có lẽ qua trung gian tác dụng của prostaglandin được tiết ra qua màng trong tử cung. Đau kinh nguyên phát (cơ năng) luôn có liên quan với các chu kỳ rụng trứng. Đau kinh thứ phát là do mắc phải thường có tổn thương thực thể.

Đây là một vấn đề phức tạp và nột tiết, thần kinh vận mạch, sinh lý bệnh học.

Triệu chứng: Hành kinh bị đau bụng, đau ra cột sống, xuống 2 bẹn và có thể cả 2 đùi. Có thể kèm theo đau đầu, buồn nôn, đau toàn ổ bụng, cương vú.

Đau có thể xuất hiện trước, cùng lúc có huyết kinh, vào giữa kỳ kinh hoặc cuối kỳ kinh. Đau có thể liên tục, đau trội. Cảm giác căng cương, xiết chặt, co rút, lúc tăng, lúc giảm, lúc đau quặn. Thường đau ở tiểu khung, ra nhiều hướng, hoặc vào vùng thắt lưng, ra đùi, ra bẹn. Có khi đau lan xa gây lịm, mặt tái nhợt hoặc đỏ rực, buồn nôn, nôn. Có thể đái rất, đái buốt. Có thể nhức đầu. Thể trạng mệt mỏi.

Điều trị: Khám: tổn thương hoặc cơ năng.

Nếu có tổn thương thực thể như lạc nội mạc tử cung, chít hẹp, viêm nhiễm cần điều trị nội khoa và ngoại khoa.

Nếu do cơ năng: hormon được chỉ định, đem lại kết quả tốt. *Progesteron* 25mg cách ngày hoặc *Hydroxyprogesteron*, thuốc kết hợp *Oestrogen - Progesteron* thường được dùng. Cần thiết phải kết hợp với các thuốc giảm đau (AINS) như *Aspirin*, *Indomethacin*... thuốc chống co thắt như *Atropin*, *Spasmaverin*... và thuốc an thần giải lo âu *Seduxen*, dùng sớm trước khi có triệu chứng (trước 24-48 giờ) tỏ ra đặc biệt hiệu quả.

Liệu pháp tâm lý cũng rất cần trong các trường hợp này.

6. LẠC MÀNG TRONG TỬ CUNG

Một bệnh lành tính, trong đó mô hoạt động của màng trong tử cung lại ở bên ngoài hốc tử cung.

Triệu chứng: Đau vùng chậu, đám khối, thay đổi kinh nguyệt, vô sinh. Đau khi giao hợp, đau kỳ kinh, thương tổn ruột bàng quang gây đau khi đại tiện, trường bụng, đau xương mu khi tiểu tiện. Đám khối vùng chậu. Có thể đau cấp vùng bụng.

Điều trị: Ngăn triệt hoạt động của buồng trứng bằng thuốc, phẫu thuật và phẫu thuật tiết trừ.

Thuốc: uống ngừa thai phối hợp *Estrogen / progestin; Progesteron, Danazol*, chất chủ vận GnRH (*Nafarelin, Leuprolid*).

7. MÃN KINH

Sự ngưng sinh lý của các kỳ kinh trong vòng 12 tháng, hậu quả của suy giảm chức năng buồng trứng.

Triệu chứng: Có thể có hoặc không: Nóng bừng, đổ mồ hôi, mất ổn định vận mạch ở 75% phụ nữ. Mệt mỏi, dễ kích thích, mất ngủ, nóng nảy. Choáng váng từng lúc, dị cảm, đánh trống ngực, tim nhanh. Giao hợp đau, mất kiểm chế tiểu tiện,

viêm bàng quang, viêm âm đạo có thể xuất hiện. Buồn nôn, đầy hơi, táo bón, ỉa chảy, đau cơ...

Điều trị: Tâm lý.

Thuốc: chống trầm cảm, an thần (*Amitriptylin*, *Diazepam*). Thay thế estrogen: *Progestin* 10mg/ngày hoặc 100-150mg/tháng, tiêm bắp thịt, *Megestrol acetat* 40mg/ngày, uống. *Clonidin* (0,1 mg qua da).

Teo âm đạo, viêm âm đạo và những thay đổi gây teo đường tiết niệu dưới (đái nhiều, khó đái, đái són) có thể hồi phục bằng *Estrogen*.

Đề phòng loãng xương: dinh dưỡng đầy đủ, 1.000-1.500mg calci/ngày, *Vitamin D* 600đv x 2 lần/ngày.

Những liệu pháp khác chưa được xác định: *Na fluorid*, *Calcitonin*, *Thiazid*, *Diphosphanat*, *hormon tuyến cận giáp*.

Đề phòng bị ngã và tác dụng phụ của các thuốc khác.

Dùng *estrogen* cải thiện với bệnh tim mạch đã rõ, tuy có ghi nhận tăng huyết áp nhưng không phải vì thế mà tăng nguy cơ tai biến mạch máu não. *Estrogen* liên hợp 0,3-1,25mg/ngày (hay *Ethinyl estradiol* 0,02-0,05mg/ngày) 1 lần x 1-25 ngày. *Progestin* (*Medroxyprogesteron acetat* 5-10mg, hay *Norethindron acetat* 2,5-5mg uống) dùng từ 15-25 của chu kỳ. Liệu dùng có thể giảm nếu cần. Có thể dùng *Estrogen* bôi ngoài cho teo âm đạo, giao hợp đau.

Không dùng thuốc nếu: bệnh sử tạo u (màng trong tử cung, vú, viêm tĩnh mạch huyết khối, huyết khối nghẽn mạch, bệnh gan nặng). Nên khám vú đều đặn.

8. SA SINH DỤC

Là sa dạ con, thường cả bàng quang, trực tràng vào trong âm đạo. Nếu nặng có thể sa ra ngoài âm đạo.

Nguyên nhân: Có thể dễ sớm, dễ dày, dễ dễ không đúng kỹ thuật, sau đẻ lao động sớm hoặc lao động nặng, ốm yếu suy dinh dưỡng sau đẻ dẫn tới tình trạng dây chằng và cơ vùng đáy chậu dẫn, suy yếu, rách không đủ sức giữ tử cung ở vị trí cũ.

Có 3 độ sa:

- Độ 1: Sa xuống thấp nhưng còn nằm trong âm đạo.

- Độ 2: Cổ tử cung thập thò ở âm hộ, cọ sát nên dễ sung huyết và loét.

- Độ 3: Thân tử cung ra ngoài âm hộ. Thường kèm sa bàng quang, trực tràng, sa ruột.

Triệu chứng: Tức bụng dưới, khi đứng hoặc nằm thì hết. Đau vùng sau thắt lưng. Cảm giác muốn rặn đẻ. Nếu sa bàng quang: đái khó, đái són, đái rất, đái són khi cười to, ho, rùng mình. Đái không hết nước tiểu, gây viêm bàng quang, gây đái buốt. Có khi phải đẩy bàng quang lên mới đái được. Đại tiện cảm giác như không hết. Có khi táo bón.

Điều trị: Phẫu thuật là chính với tình trạng sa độ 2 và 3. Tùy theo mức độ và yêu cầu của người bệnh, thầy thuốc sẽ áp dụng phương pháp phẫu thuật phù hợp, nhưng dù phương pháp nào cũng phải bảo đảm làm chắc lại hệ thống dây chằng, các cơ nâng.

Có thể có biến chứng sau phẫu thuật: đái khó (thông đái), chảy máu, tắc mạch (ít gặp), bị sa lại, đau khi giao hợp (không nên giao hợp sớm).

Với độ 1: Có thể dùng vòng nâng đặt vào trong âm đạo để đẩy tử cung lên, không cho sa xuống (nếu các cơ không quá yếu). Ở Việt Nam chưa thấy có vòng nâng này.

9. VIÊM ÂM HỘ - ÂM ĐẠO

9.1. Các bệnh nhiễm khuẩn

Các bệnh nhiễm khuẩn và các tình trạng gây viêm khác xảy ra ở niêm mạc âm đạo và thường có liên quan thứ phát đến âm hộ, thường có chảy dịch âm đạo. Vi khuẩn thường là: *Gardnerella vaginalis* kết hợp với nhiều vi khuẩn kỵ khí. *Trichomonas vaginalis* gây ra 1/3 tổng số trường hợp. *Candida* là nguyên nhân phổ biến ở phụ nữ mang thai và bị đái tháo đường, ngoài ra còn do virus và vi khuẩn khác.

Triệu chứng: Chảy dịch âm đạo, có ngứa, xót hoặc không. Bất thường nếu có mùi hôi, đau đốn, dịch nhiều. Chú ý màu sắc dịch và những vấn đề

liên quan: thuốc, vòng kinh, hoạt động tình dục, bạn tình, hoa liễu, ký sinh trùng.

Khám âm hộ, sinh thiết nếu cần. Nếu do vi khuẩn: dịch đục, trắng, xám, vàng, lợn cợn sữa vón, mùi tanh.

Nhiễm *candida*: ngứa, bỏng, đỏ, sưng da, dịch đặc quánh như pho mát.

Nhiễm *trichomonas*: dịch màu trắng, xám xanh hay vàng, có thể có bọt, mùi hôi. Ngứa nặng.

Viêm cấp âm đạo với những đốm "dâu tây" nhỏ nhỏ. Dịch chảy loãng có máu khiến nghĩ đến u ác, pôlip cổ tử cung, bệnh lạc màng trong tử cung cũng có loại dịch này. Đau cấp tính ở âm hộ khiến nghĩ đến herpes hay áp xe. Ngứa mạn, khó chịu nghĩ đến liken phẳng hay carcinom.

Điều trị: Soi kính tìm nguyên sinh động vật.

Thuốc: Kháng viêm bôi ngoài: *Hydrocortison* 0,5% x 3 lần bôi/ngày. Dính mép âm hộ thì dùng *Estrogen* kem. Xịt rửa *povidon iod*. *Candida*: bôi *Miconazol* 2%, *Clotrimazol* 1%. Viên đặt âm đạo. *Ketoconazol* cũng tốt. *Trichomonas*: *Metronidazol* 250mg x 3 lần/ngày, uống 5 ngày. Nhiễm *chlamydia* dùng *Doxycyclin* hay *Erythromycin*. Do herpes dùng *acyclovir*. *Fasigyn* trị vi khuẩn và trùng roi tốt. *Diflucan* (*Fluconazol*) trị nấm *Candida* 150mg uống liều duy nhất.

9.2. Viêm phần phụ

Nhiễm khuẩn, sốt nhẹ 38-40°C, đau bụng dưới

âm ỉ, khí hư đục hôi. Khám: 2 bên phần phụ nề đau, sờ thấy khối cứng, ấn rất đau, di động tử cung cũng đau.

Điều trị: Chườm đá.

Tiêm *Penicillin* 2-7 triệu đv/ngày x 7 ngày (hoặc *Gentamycin* 160 mg/ ngày x 7 ngày). Cần điều trị dứt điểm, không sẽ chuyển thành viêm phần phụ mạn.

Có thể phải phẫu thuật cắt bỏ vòi trứng mủ, nếu viêm phúc mạc sẽ khó khăn hơn cho việc chữa trị. Nếu do nguyên sinh động vật, dùng thuốc như trên (mục 7/XV).

10. VIÊM VÒI TỬ CUNG

Bệnh viêm chậu PID = Pelvic inflammatory disease.

Nhiễm khuẩn vòi Fallop. Lây truyền vi sinh qua giao hợp, ít do sinh đẻ và sảy thai. *Chlamydia trachomatis* nguyên nhân chính. *Neisseria gonorrhoeae* thường gây ra viêm khung xương chậu cấp.

Triệu chứng: Đau bụng dưới nặng lên dần, ấn đau, khó chịu tăng lên, thường cả hai bên. Có thể nôn mửa, sau đó có thể tắc ruột. Sốt cao, tăng bạch cầu, chảy mủ nhiều ở cổ tử cung (cũng có thể nhẹ hơn). Nếu mạn tính: hoá sẹo, dính kết vòi, chậu, đau mạn, kinh nguyệt không đều, có thể vô sinh. Vòi bị tắc có thể căng phồng (tích dịch). Viêm vòi tử

cung kẽ mô mạn vòi to do hoá dày vách. Côn kịch phát có thể xảy ra do vi khuẩn khác. Áp xe có thể ở vòi tử cung, buồng trứng, vùng chậu.

Một lỗ thủng nhỏ có thể hàn kín còn đáp ứng với kháng sinh, nếu không đáp ứng phải cắt bỏ. Lỗ thủng lớn là một tình trạng khẩn cấp, đau dữ dội, viêm màng bụng, buồn nôn, sốc, nhiễm nội độc tố huyết.

Tích mủ vòi tử cung có thể gây áp xe vòi tử cung, buồng trứng.

Tích dịch vòi tử cung điều trị muộn hoặc không đầy đủ gây bịt kín đầu có tua vòi Fallop dẫn đến vô sinh.

Điều trị: Xét nghiệm. Khám kỹ. Soi ổ bụng.

Thuốc: Dùng thuốc chặn đứng nhiễm khuẩn. Dùng ngay kháng sinh (không chờ xét nghiệm): *Cefoxitin* 2g tiêm bắp + *probenecid* 1g uống. Tiếp theo: *Doxycyclin* 100mg x 2 lần/ngày, uống 10 ngày. Có thể dùng *Ceftriaxon* 250 mg tiêm bắp + *Probenecid* 1g uống, tiếp theo *Doxycyclin* 100mg x 2 lần uống/ngày x 10 ngày. Theo dõi 48 giờ, nếu không cải thiện thì đưa đi bệnh viện. Có thể nâng cao liều lượng thuốc trên. Có thể *Clindamycin* 600 mg, tiêm mạch x 4 lần + *Gentamycin* 2mg/kg, tiêm mạch, một lần tiếp theo *Gentamycin* 1,5 mg/kg tiêm mạch, cách 8 giờ x 4 ngày cho đến 48 giờ sau khi hết sốt, sau đó *Clindamycin* 450mg uống x 4 lần/ngày cho 10-14 ngày.

11. U TÂN SINH PHỤ KHOA

Gồm các ung thư màng trong tử cung (ung thư tuyến tử cung), ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng, ung thư âm hộ, ung thư âm đạo.

Điều trị: Sinh thiết. Xét nghiệm. X-quang. Soi.

Phẫu thuật. Tùy từng trường hợp mà dùng thuốc, liệu pháp hoá học, tia xạ.

12. UNG THƯ VÚ

Là một bệnh liên quan chặt chẽ với tuyến nội tiết nên được gọi là bệnh lệ thuộc nội tiết.

Triệu chứng: Cục cứng do bệnh nhân thấy. Nên tự khám vào giữa chu kỳ kinh nguyệt. Đứng trước gương so sánh 2 bên vú, xem núm vú và dịch vú.

Khám có khối nổi bật: cục cứng xơ hoá ổ ạt ở vú ngoài phía trên (thường lành tính) nhưng hoá dày xơ cứng không được để ý ở vú đối bên có thể là một dấu hiệu ung thư, xem mức độ di động, gắn dính đám khối vào thành ngực, vùng da bên trên, đám hạch nhỏ hay vết loét trên da, nếp da cam. Tìm các hạch bạch huyết ở nách bên chặt hay di động, ở trên hay dưới đòn đều xem là không giải phẫu được. Ung thư vú viêm là bệnh rất nguy hiểm: viêm lan toả, vú sưng to thường không có đám khối. Xem triệu chứng toàn thân.

Điều trị: Sinh thiết. X-quang. Siêu âm. Hút

bằng kim nhỏ đánh giá tế bào học đủ khẳng định. Xét nghiệm. Tìm di căn. CT. Chẩn đoán phân biệt với viêm, áp xe, xơ nang, hoại tử mỡ...

Phẫu thuật cắt bỏ hay bảo tồn cùng với liệu pháp chiếu xạ tùy theo tình trạng.

Liệu pháp hoá học bổ sung: *Cyclophosphamid*, *Methotrexat*, *5-fluorouracil*, *Adriamycin*, *Mitomycin C*, *Vincalkebblastin*, *Vincristin*, *Taxol*, *Taxotere*, phối hợp với nhau (tác dụng phụ: buồn nôn, nôn, viêm niêm mạc, mệt, rụng lông tóc, suy tủy, giảm tiểu cầu).

Liệu pháp tamoxifen hỗ trợ cũng chẳng hơn gì. Chữa di căn.

Tiên lượng xấu.

Xem thêm Ung thư.

13. U XƠ TỬ CUNG

Là một khối u lành tính phát triển trong lớp cơ tử cung, trong khối u chủ yếu là sợi cơ hơn là sợi xơ. Chưa rõ nguyên nhân - Có thể do cường oestrogen.

Triệu chứng: Có người không nhận thấy, với người béo bệu.

Chảy máu bất thường gây thiếu máu. Ít gặp đau bụng, thường thấy nặng bụng dưới hoặc lan toả xuống chi dưới. Có thể gây chèn ép các tạng ở tiểu khung (bàng quang, niệu quản, trực tràng), ảnh hưởng đến tiết niệu, tiêu hoá.

Có thể gây vô sinh hoặc sảy thai, đẻ non.

Điều trị: Khám thực thể dễ phát hiện. Xét nghiệm. X-quang. Siêu âm. Đo buồng tử cung.

Phẫu thuật là tốt nhất.

Cũng có thể u xơ không cần điều trị nếu không gây ra triệu chứng gì hoặc người đã mãn kinh (nhưng phải biết chắc chắn không phải là khối u ác tính).

Chú ý: Biến chứng của u xơ có thể gây chèn ép, ảnh hưởng đến chữa, đẻ hoặc vô sinh... Nhưng thường gặp là gây thiếu máu (do chảy máu) phải cấp cứu.

Dùng thuốc tránh thai nên chọn loại thuốc có *oestrogen* hàm lượng thấp.

XVI. RỐI LOẠN NỘI TIẾT

1. BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG (DM - Diabetes mellitus)

Một hội chứng đặc trưng là sự tăng glucose - huyết sinh ra do giảm tiết insulin và/hoặc suy giảm hiệu lực của insulin, liên quan đến nguy cơ nhiễm acid ceton, hôn mê tăng glucose - huyết. Tăng thẩm thấu không do acid ceton và một số biến chứng như bệnh võng mạc, bệnh thận, xơ vữa động mạch vành, bệnh động mạch ngoại vi, bệnh thần kinh ngoại vi và tự động. Bệnh có nguồn gốc di truyền, môi trường và sinh bệnh học khác nhau.

Triệu chứng: Có bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin (típ I) chủ yếu ở người trẻ tuổi và không phụ thuộc insulin (típ II) chủ yếu ở người lớn tuổi, bệnh do insulin, bệnh đái tháo đường người già và trẻ tuổi, đái tháo đường được gán cho bệnh tụy, liên quan đến bệnh nội tiết khác...

Tăng glucose - huyết, ăn nhiều, khát nhiều, khát nước, giảm cân (gầy) glucose niệu rõ, bệnh thường có tăng ceton huyết tương (đái tháo đường

phụ thuộc insulin), nhanh chóng đi đến giai đoạn tiền mê và hôn mê đái đường. Biến chứng cấp về sau: suy giảm chức năng thận, thần kinh ngoại vi và võng mạc, xơ vữa động mạch vành (đau thắt ngực và/hoặc cơn nhồi máu cơ tim) và xơ vữa động mạch ngoại vi (khập khễnh cách hồi và hoại thư). Bệnh võng mạc do đái tháo đường không làm suy giảm thị lực nhiều nhưng dẫn đến một quá trình gây mù (phải khám định kì). Bệnh thận do đái tháo đường. Bệnh thần kinh do đái tháo đường: đối xứng từ chân, bệnh đa thần kinh tê dại, nhói buốt, dị cảm, kiệt quệ, dữ dội. Giảm huyết áp tư thế, da khô, dễ ngứa, đổ mồ hôi, bất lực, loạn năng thực quản, chậm tiêu, táo bón, tiêu chảy, thay đổi nhịp tim... Loét bàn chân và nhiễm khuẩn.

Điều trị: Xét nghiệm máu. Điện tâm đồ. Khám mắt. X-quang thận. Khám ngoài da. Tránh ăn đường kẹo saccarose và glucose. Hạn chế ăn mỡ, các loại quả ngọt như chuối, nhãn, xoài...

Giảm đề kháng insulin, tăng nhạy cảm insulin, điều trị các rối loạn khác nếu có. Giữ được mức glucose máu bình thường (chế độ ăn uống đủ calo): Giữ trọng lượng cơ thể tốt, luyện tập, hoạt động thể lực đúng mức, ngăn chặn suy giảm chức năng tế bào beta.

Phụ thuộc insulin thì dùng insulin lâu dài theo đúng chỉ định của thầy thuốc. Nếu không phụ thuộc, dùng các thuốc khác như các *guanid*

(như *Metformin*, *Buformin*), *sulfamid* hạ đường huyết như *Glibenclamid*, *Glibornurid*, *Gliclazid*, *Glipizid*, *Tolbutamid*..., ức chế alpha glucosidase như *acarbose*, dẫn xuất *Thiazolidindion* (như *Rosiglitazon*) đề kháng insulin và các dẫn xuất khác cũng phải theo chỉ định của thầy thuốc (xem insulin và những điều cần biết).

Bệnh nhân cần được khám xét định kỳ và điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp và đề phòng biến chứng.

Coi chừng hôn mê đái tháo đường: Mệt, kém ăn, đái ít, chóng mặt, ỉa chảy, nôn mửa, gây nhẽo, thở khô khè, trụy mạch, hạ thân nhiệt và hôn mê. Đưa cấp cứu bệnh viện tức thời.

Hôn mê do hạ đường huyết phải dùng ngay *Glucose* 30% tiêm tĩnh mạch, *Glucagon*. Luôn mang bên mình đường hoặc kẹo.

Biến chứng:

a) Biến chứng cấp:

Nhiễm toan ceton (thường gặp) gây mất nước, điện giải. Nặng gây hôn mê, tử vong. Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu do rối loạn chuyển hoá glucid gây hôn mê, tử vong. Nhiễm toan acid lactic do rối loạn chuyển hoá, tử vong cao (50%). Hạ đường huyết do không tuân thủ đúng các chế độ thuốc, lao động, ăn uống, các bệnh khác gây mệt, vã mồ hôi, co giật, lơ mơ, hôn mê. Ăn ngay 15-30g đường hoặc tiêm glucose ưu trương.

b) Biến chứng mạn:

Bệnh mạch vành gây thiếu máu cơ trơn hoặc nhồi máu cơ tim gây tử vong nhiều nhất. Tăng HA (30-50%) người đái tháo đường típ II. Bệnh mắt do phình mao mạch và xuất huyết võng mạc, nguy cơ gây mù. Bệnh lý thận, cầu thận xơ hoá, xơ vữa động mạch và hoại tử cầu thận. Bệnh lý bàn chân do rối loạn tuần hoàn bàn chân, bấp chân gây tập tễnh, đau 2 chân lúc đi lúc nghỉ, bàn chân teo dẹt, loét, hoại tử. Bệnh nhân phải chăm sóc bàn chân cẩn thận.

Ngoài ra còn các biến chứng khác: Nhiễm khuẩn (lao, tai mũi, họng, răng, tuỷ xương, túi mật nhiễm nấm, hoại tử niêm mạc), tổn thương da, khớp, viêm đa dây thần kinh, v.v..

Dược thảo: theo kinh nghiệm có thể dùng những vị thuốc như bạch truật, sinh địa, thổ phục linh, mướp đắng, móng trâu, thất diệp đởm, tri mẫu... mỗi thứ 12g sắc uống hàng ngày (tùy gia giảm không nhất thiết phải đủ 7 vị) có hiệu quả nhất định bổ trợ điều trị.

2. BƯỚU GIÁP

Phì đại của hạch tuyến giáp do giảm lượng hormon tuyến giáp nhưng không có giảm năng tuyến giáp. Nếu do thiếu hormon vì không hấp thụ đủ iod qua ăn uống thì gọi là bướu giáp địa phương (bướu giáp dạng keo).

Thường thấy ở tuổi dậy thì, thai nghén, mãn

kinh. Nguyên nhân khác: không sản sinh đủ hormon tuyến giáp tự thân, ăn các chất gây bướu giáp (cải củ, súp lơ, bắp cải...) chứa chất kháng tuyến giáp *Thiouracil*. Các thuốc *Aminosalicylic*, *Sulfonylurea*, *Lithium*, liều iod lớn có thể ức chế tổng hợp hormon tuyến giáp; làm TSH tăng cao để ngừa sự giảm năng tuyến giáp nhưng không gây hình thành bướu giáp, những chu kỳ ấy gây bướu giáp nhân không độc.

Triệu chứng: Bướu giáp mềm to, tròn, đối xứng (do ăn thiếu iod và những chất gây bướu giáp). Có hai thể: bướu giáp lan tỏa và bướu giáp nhân. Sờ không đau - Bướu di động khi nuốt. Cần được xét nghiệm, thăm dò sinh học - vật lý - mô bệnh học (loại trừ tăng năng tuyến giáp, bệnh Hashimoto, ung thư). Có thể có biến chứng rối loạn chức năng tuyến, tại bướu, chèn ép.

Điều trị: Xác định nguyên nhân. Xét nghiệm.

Ngừng những tác nhân gây bướu giáp.

Thuốc: *L-thyronin (L.T3)* 20-60 mcg/ngày, uống.
Levothyroxin (L.T4) 100-200 mcg/ngày, uống.

Bướu giáp lớn: phẫu thuật tránh cản trở hô hấp và thẩm mỹ.

Lưu ý: Không dùng thuốc cho người mắc bệnh mạch vành (có thể thăm dò liều thấp tăng dần).
Coi chừng nhiễm độc giáp (giảm liều).

Đề phòng: Tránh bướu giáp địa phương, dùng thường xuyên muối iod.

Vậy thì địa phương ít có bướu giáp, có nên dùng thường xuyên vì lượng iod không, những vùng bướu giáp lưu hành khi cung cấp đủ iod và với những người có sẵn bệnh tuyến giáp thì việc sử dụng thực phẩm giàu iod (muối, gia vị iod) và thuốc có chứa nhiều iod thì thế nào?

1/ Bướu giáp địa phương (bướu cổ) hoạt động của tuyến giáp tự thích nghi với điều kiện thiếu iod, nếu cung cấp đủ iod sẽ có tình trạng sản sinh dư thừa không thể kiểm soát được nội tiết tố tuyến giáp, xuất hiện triệu chứng cường giáp (mệt nhọc, hồi hộp, gầy sút, tim đập nhanh, trống ngực, run tay, ra mồ hôi, bức bối). Và tất nhiên với địa phương ít bướu giáp (người có nội tiết tuyến giáp bình thường) cũng có thể có triệu chứng ấy. Nếu với người dùng quá thừa iod sẽ có biểu hiện suy giáp (mệt nhọc, tăng cân, chuột rút, phù mắt, giảm trí nhớ, sợ lạnh, chậm chạp, tóc khô dễ gãy, da vàng sáp, lưỡi dày, giọng khàn, thiếu máu, tim đập chậm).

2/ Những người có sẵn bệnh tuyến giáp, suy hoặc cường giáp lại càng phải chú ý khi dùng các thực chế có iod và đặc biệt với các thuốc có chứa iod để phòng bệnh chữa bệnh (*Colchicin, Ercefuryl, Erythromycin, Thyroxin, Tranxen, Mucitux, Praxilen, Lipiodol...*). Cần được xét nghiệm thăm dò chức năng tuyến giáp trong và sau khi dùng để phòng suy hoặc cường giáp.

Phải coi thực chế có iod như là một thuốc, thuốc có chứa iod dùng phải thận trọng, nên có hướng dẫn của thầy thuốc. Vô tình dùng quá liều (các triệu chứng trên) có thể gây bệnh tuyến giáp (suy và cường) và còn một dạng bệnh khác là do rối loạn chức năng tuyến giáp. (Xem giảm năng và tăng năng tuyến giáp dưới đây).

3. ĐÁI THÁO NHẬT (DI - Diabetes insipidus)

Một rối loạn nhất thời hay mạn tính của hệ thần kinh tuyến yên do thiếu vasopressin, hormon chống bài niệu (ADH) có đặc trưng là bài tiết quá nhiều nước tiểu rất loãng (nhưng vẫn bình thường) và khát nước dữ dội.

Triệu chứng: Ngấm ngấm hay đột ngột: khát nước và đái nhiều (3-30 lít/ngày), rất loãng, khối lượng riêng dưới 1,005 và nồng độ thẩm thấu dưới 200 mosm/lít. Đái đêm. Làm giảm thể tích máu do mất nước, nếu không được bù đắp liên tục.

Điều trị: Phân biệt DI do các nguyên nhân khác.

Liệu pháp hormon: *Vasopressin* tiêm 5-10 đv, chỉ kéo dài được khoảng 6 giờ. Dùng trị liệu ban đầu cho bệnh nhân bất tỉnh hoặc phẫu thuật.

Pitressin phun mũi 2-4 lần/ngày.

Arginin vasopressin chống bài niệu được 12-24 giờ (mũi, da, tiêm tĩnh mạch).

Desmopressin thích hợp cho cả người lớn, trẻ

em qua mũi 2 liều/ngày. Liều dùng sáng, chiều, đêm cần điều chỉnh. Quá liều gây ứ nước (lại phải dùng furosemid). Có thể gây nhức đầu (dùng thấp liều đi) hoặc tăng HA nhẹ. Tiêm tĩnh mạch trong ca cấp bách. *Lyppressin* cũng tốt.

Liệu pháp không hormon: nhiều loại thuốc lợi tiểu *Thiazid* và các thuốc phóng xuất ADH như *Chlorpropamid*, *Carbamazepin*, *Clofibrat*. Có thể kết hợp 2 loại thì tốt hơn. Lưu ý giảm gluco huyết do chlorpropamid, rối loạn huyết học do *Carbamazepin*. Việc dùng thuốc phải thận trọng. Các chất ức chế prostaglandin như *Indomethacin* (15-30mg/kg/ngày) cũng có hữu hiệu, giảm 10-25% nước tiểu. Giảm ăn muối natri và kết hợp với hợp *Thiazid* thì tốt hơn với bệnh đái tháo do thận (NDI = Nephrogeric diabetes insipidus).

4. GIẢM NĂNG TUYẾN GIÁP (Phù niêm).

Phản ứng đặc trưng đối với sự thiếu hụt hormon tuyến giáp ở người lớn.

Triệu chứng: Vẻ mặt ngờ nghệch, giọng khàn khàn, chậm chạp, căng phồng, sưng húp quanh ổ mắt, kém chịu lạnh, sụp mi, lông tóc thưa thớt, da thô khô, sần sùi, đóng vảy và dày. Sa sút trí tuệ, hay quên, có thể loạn tâm thần. Chứng caroten - huyết ở lòng bàn tay và bàn chân, to lưỡi, tim chậm, có thể tràn dịch màng phổi hay bụng. Táo bón. Dị cảm ở bàn tay, chân (phản xạ). Đau kinh.

Thiếu máu. Biến chứng: hôn mê phù niêm, đe dọa mạng sống (ở xứ lạnh).

Điều trị: Phân biệt loại thứ phát và nguyên phát bằng xét nghiệm và nghiệm pháp kích thích TSH. Chế phẩm *Thyroxin*, *Liothyronin* (*T3*) (*Triiodothyronin*), *L.thyroxin* (*T4*) được ưa chuộng: 100-125 mcg/ngày uống. Hôn mê phù niêm dùng *T3* - *T4* qua tĩnh mạch. (Lưu ý: xem Bướu giáp).

5. TĂNG NĂNG TUYẾN GIÁP (Bệnh Basedow)

Những biểu hiện lâm sàng và sinh học của một cơ thể bị tổn thương do tình trạng hormon tuyến giáp tiết ra quá nhiều. Nếu lượng hormon quá mức đó bắt nguồn ngay từ tuyến giáp thì đó là tăng năng giáp.

Triệu chứng: Bướu giáp, tim nhanh, áp suất mạch rộng ra, da ẩm lóng, ẩm ướt, run rẩy, rung tâm nhĩ, kích động, đổ mồ hôi, tăng cảm với nhiệt, đánh trống ngực, mệt nhọc, thèm ăn, giảm cân, mất ngủ, bất ổn, đi ngoài nhiều lần. Dấu hiệu về mắt: người nhiễm độc giáp nhìn không chớp mắt, sụp mí mắt, hoặc co mí mắt, sung huyết kết mạc, xốn mắt và sợ sáng. Bệnh mắt thâm nhiễm: lồi, yếu cơ hốc mắt, mờ mắt, song thị. Bệnh da thâm nhiễm: phù niêm vùng trước xương chày, rất ngứa rồi rắn chắc.

Điều trị: Dùng iod ức chế phóng xuất *T3*, *T4*. Chữa cấp cứu, nhiễm độc, đang phẫu thuật, theo

liều được lý. Iod không được dùng điều trị thông thường bệnh tăng năng tuyến giáp.

- *Propylthiouracil (PTU)*, *Methimazol* tác nhân kháng tuyến giáp (hoặc *MTU - methyl - thiouracil*). *Propylthiouracil* 100-150mg cách 8 giờ, *Methimazol* 10-15 mg/ngày. Khi tuyến giáp trở lại bình thường thì giảm liều. Tuy vậy, bệnh nặng hơn thì dùng liều cao hơn (có cơn tuyến giáp). *Carbimazol*: 10-15mg cách 8 giờ. Thuốc gây: dị ứng, buồn nôn, mất vị giác, mất bạch cầu hồi biến được. Nếu dị ứng thì không nên chuyển sang thuốc khác mà dùng iod phóng xạ hoặc phẫu thuật.

Thuốc ức chế phóng xuất adrenalin beta: *Propranolol* (không dùng cho trường hợp bị chứng nhìn không chớp và co mi). *Na iodid* phóng xạ (^{131}I). Phẫu thuật với bệnh nhân dưới 21 tuổi có triển vọng tốt.

Cơn nhiễm độc giáp: Bệnh nhân đột nhiên suy sụp, vã mồ hôi, nôn mửa, ỉa chảy, vật vã, mê sảng, thở nhanh, sốt 39-40°C, tim nhanh, hạ huyết áp. Dùng *PTU* 200-400 mg/ngày, chia 3 lần, *Na iodid* 5 giọt trong *glucose* 5% tiêm tĩnh mạch, uống *lugol* 5-10 giọt, cách 4 giờ cùng với *Propranolol*, *Prednisolon* và truyền *glucose* 3 lít. Nếu cần đặt nội khí quản.

XVII. SINH DỤC TIẾT NIỆU

1. HỘI CHỨNG THẬN HƯ

Một phức hợp có thể đoán trước, xảy ra sau sự gia tăng trầm trọng, lâu dài, tính thấm của cầu thận đối với protein (biểu hiện của bệnh viêm cầu thận mạn tiên phát ở trẻ em). Đặc điểm chính là tăng protein niệu (trên 3,5g/ngày hay một tỷ lệ ngẫu nhiên protein: creatinin trên 2), nhưng giảm albumin huyết (dưới 3g/dl), phù nề toàn thân và tăng lipid - huyết cũng thường thấy để làm nên một phức hợp hội chứng đầy đủ.

Triệu chứng: Ban đầu: nước tiểu có bọt, biếng ăn, khó ở, sưng mi mắt, sáng loà ở võng mạc, đau vùng bụng, teo cơ, phù to (toàn thân, cổ trướng, tràn dịch màng phổi). Sưng bìu dương vật, khó thở, sưng đầu gối, bụng căng phình, giảm huyết áp thể đứng, choáng có thể xảy ra ở trẻ con. Người lớn, huyết áp có thể tăng, giảm hay bình thường. Chú ý teo cơ, che lấp do phù nề. Suy thận cấp do đái ít.

Điều trị: Xét nghiệm. Liệu pháp ban đầu *Prednisolon* 60 mg/m² hoặc 2 mg/kg/ngày, uống 4

tuần. Sau duy trì: *Prednison* 2-3 mg/kg cách nhật trong 4 tuần. Theo dõi xem có tái phát không? Với người không đáp ứng với corticoid, người thường xuyên tái phát thì dùng cách nhật *Prednison* với một chất độc hại tế bào *Cyclophosphamid* 2-3 mg/kg/ngày x 8 tuần, hoặc *Clorambucil* 0,2 mg/kg/ngày x 12 tuần. Có người dùng *Levamisol* 2,5mg/kg, mỗi tuần uống 2 lần x 6-9 tháng. Hoặc dùng phương thức thay thế: *Cyclosporin* 5mg/kg/ngày chia 2 lần, điều chỉnh để có khoảng 150-300 mcg/l (xét nghiệm phóng xạ miễn dịch kháng thể đơn dòng). Coi chừng *Cyclophosphamid* gây ngăn triệt tuyến sinh dục (với tuổi trước dậy thì) và viêm bàng quang xuất huyết. Có thể dùng thử *ACTH* 0,5mg/m²/ngày x 7 ngày, nếu đáp ứng sau dùng *Dexamethason* và vitamin. Trị phù: *Furosemid* 40mg x 2 viên/ngày x 7 ngày. Trị nhiễm khuẩn và biến chứng khác.

Trơ lực: có thực chế bình thường về protein (3 lạng thịt nạc/50 kg thể trọng), K, Na (theo dõi và điều chỉnh) và vitamin.

Biến chứng: thiếu dinh dưỡng, móng tóc dễ gãy, rụng tóc lông, kém tăng trưởng, mất khoáng ở xương, glucose niệu, tăng acid amin niệu, giảm kali, bệnh cơ, giảm calci, giảm chuyển hoá. Nhiễm khuẩn cơ hội, viêm màng bụng. Gây huyết khối tĩnh mạch thận. Tăng HA biến chứng tim, não ở những người bị đái tháo đường, bệnh teo cơ, cổ trướng.

2. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG NIỆU DƯỚI VÀ SINH DỤC

Là quá trình vi khuẩn phát triển liên tục trong nước tiểu và sinh dục, xâm lấn vào các cấu trúc của đường tiết niệu.

Triệu chứng: Đái rất, đái khó, đái buốt. Đái đêm, đau trên xương mu và dưới lưng. Nước đái đục và đái ra máu. Thường gây viêm niệu đạo, viêm mào tinh hoàn, viêm màng tinh hoàn, viêm bàng quang, viêm tiền liệt tuyến, viêm cổ tử cung, tử cung, buồng trứng; Biểu hiện của hội chứng viêm thận, bể thận cấp (sốt, rét run, đái nhiều lần, đái gấp, đau đáy chậu, khó đái, nóng rát, đái đêm, đái ra máu, đau khớp, đau cơ), viêm túi tinh, viêm niệu quản.

Điều trị: Xét nghiệm vi khuẩn nước tiểu (chọc hút bàng quang hoặc đặt ống thông vô khuẩn tránh lây lan, nuôi cấy 4 ngày). Kháng sinh: một trong các kháng sinh sau: *Cephalosporin*, *Amoxicillin*, *Ampicillin*, *Ciprofloxacin*, *Doxycyclin*, *Gentamycin*, *Norfloxacin*, *Tobramycin*, *Co-Trimoxazol*, *Nitrofurantoin*...

Chú ý: viêm chưa biến chứng và có biến chứng.

Hiệu quả nhất: uống *Pefloxacin* 400mg x 2 viên/ngày, chia 2 lần (liều duy nhất) hoặc *Ciprofloxacin* 0,5g x 14 viên (ngày 2 viên, sáng 1, chiều 1).

Hoặc *Nitrofurantoin* 0,10g x 4 viên/ngày x 7 ngày (giữa bữa ăn) hoặc *Nibiol (nitroxolin)* 100 mg x 14 viên (ngày uống 4 viên, sáng 2 và chiều 2).

Hoặc *Co-Trimoxazol* 4 viên/ngày x 7 ngày. Nếu không đỡ, tiêm *Gentamicin* 80 mg/ngày x 7 ngày.

Nếu viêm thận, bể thận cấp: *Peflacin* 400 mg x 10 ống (iv) sáng 1 ống, chiều 1 ống. Sau chuyển sang uống 2 viên/ngày x 7 ngày. Hoặc dùng *Unasyn, Augmentin*. Nếu bị mạn tính phải dùng thuốc 2 đợt, mỗi đợt 10 - 14 ngày.

Nếu viêm mủ niệu đạo lậu cầu hoặc chlamydia: *Penicillin* 3 triệu UI/ngày sáng và chiều x 5 ngày hoặc *Peflacin* uống 400 mg x 2 viên/ngày x 10 ngày.

Phòng bệnh: Vệ sinh sinh dục tốt, nhất là sau hành kinh, sau đẻ, sau cưới. Không quan hệ tình dục bừa bãi. Dùng bao cao su.

Xử lý bao quy đầu (nếu có), sỏi tiết niệu.

Thủ thuật tiết niệu (thông, soi...) phải tuyệt đối vô trùng.

Uống nhiều nước hằng ngày bảo đảm 1,5 - 2 lít nước tiểu/ngày (nhất là mùa hè, lao động, tập luyện nặng).

Nếu xác định là nhiễm khuẩn tiết niệu dưới, phải trị đến nơi đến chốn, tránh chuyển sang mạn tính và biến chứng. Nhất thiết phải nuôi cấy vi khuẩn để trị cho đúng.

3. SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Có thể xuất hiện bất cứ nơi đâu trong đường niệu, là nguyên nhân phổ biến của sự đau đớn, chảy máu, tắc nghẽn và nhiễm khuẩn thứ phát.

Triệu chứng: Đau lưng, nếu là sỏi bàng quang thì đau trên mu. Có thể tắc đái khi đang đái. Thăm dò bằng ống kim loại có tiếng chạm kim khí.

Đau nhói, buốt từng hồi, bắt nguồn từ sườn hay thân rồi lan dần qua bụng, dọc theo niệu quản đến tận vùng cơ quan sinh dục và đùi trong. Trướng bụng, buồn nôn, nôn, làm lu mờ nguồn gốc tiết niệu. Sốt, rét run, đái ra máu, đái buốt, đái rất, đái nhiều lần nhất là sỏi đi xuống niệu quản.

Sỏi thận: đau âm ỉ góc sườn lưng, lan ra phía trước, xuống dọc niệu quản. Nếu viêm, sốt, mạch nhanh, ứ nước thận, ứ mủ thận. Đái máu toàn bãi. Sỏi chít bể thận, đài thận, thận sẽ to và ứ nước, ứ mủ thận.

Sỏi niệu quản: Sỏi tắc ở niệu quản, ứ nước thận, ứ mủ thận, bí đái, nguy hiểm tính mạng. Đau dữ dội thắt lưng lan ra trước, xuống dưới tới bộ phận sinh dục. Thận căng to, đau, sốt, urê máu và creatinin máu tăng.

Cơn đau quặn thận: Triệu chứng gặp trong niệu khoa, do căng trương đột ngột của vỏ bao thận hoặc niệu quản và đài bể thận. Xuất hiện cơn đau đột ngột sau lao động hoặc đi một quãng

đường dài, xấu làm cho người lắc lư nhiều hoặc chơi thể thao nhiều. Có thể do sỏi niệu quản, cục máu đông trong niệu quản hoặc do sự chèn ép niệu quản từ bên ngoài bởi một khối u phát triển. Khác với căng trướng cấp tính của vỏ bao thận có thể do tắc cấp tính đường tiểu dưới trong trường hợp viêm bể thận, thận cấp tính hay thận bị xuất huyết dưới bao.

Điều trị: Xét nghiệm - X-quang - Siêu âm. Chẩn đoán phân biệt. Loại trừ nhiễm khuẩn - Giảm đau bằng *Morphin*, *Meperidin*. Sỏi gây tắc thì phẫu thuật, phá vỡ bằng siêu âm (ESWL) sỏi đường kính dưới 1 cm, lấy sỏi thận xuyên da theo sau là ESWL, bằng giỏ soi bàng quang, sỏi acid đường niệu thì kiềm hoá nước tiểu. Viêm nhiễm dùng kháng sinh *Penicillin* hoặc *Gentamycin*. Giảm đau: *Atropin sulfat* cũng tốt. Truyền dịch tùy theo tình trạng bệnh.

Đau quặn thận: giảm đau:

- *Ketoprofen* hoặc *Diclofenac* hoặc *Indomethacin* tiêm.

- *Avofortan*, *Tiemonium*, *Spasfon* tiêm chống co thắt.

- *Gentamycin*, *Claforan* chống nhiễm khuẩn.

Nếu còn sỏi phải lấy sỏi ra bằng nội soi hoặc phẫu thuật.

Dự phòng: Sỏi calci do tăng calci niệu tự phát (di truyền) dùng thuốc lợi tiểu, uống nước nhiều,

dùng citrat chuyển thành Ca citrat hoà tan. Tăng oxalat - niệu, uric - niệu thành sỏi oxalat, urat và sỏi magne amoni phosphat. Có thể dùng *Allopurinol* loại trừ bớt acid uric. Với Mg amoni phosphat dùng *Penicillin*, *Fluoroquinolon* diệt vi khuẩn tách urê. Sỏi cystin thì kiềm hóa bằng *Bicarbonat*, citrat và dùng *D-penicillamin*, *Tiopronin*. Uống nhiều nước.

4. SUY THẬN

4.1. Suy thận cấp

Chức năng thận suy sụp nhanh, làm giảm hoặc mất hoàn toàn mức lọc của cầu thận.

Các tình huống lâm sàng có liên quan tới tăng nitơ huyết nhanh và đều đặn cùng với thiếu niệu (dưới 500ml/ngày) - vô niệu (dưới 100ml/24 giờ), urê và creatinin máu tăng nhanh. Rối loạn nước điện giải và thăng bằng kiềm toan máu là không tránh khỏi, kali máu tăng.

Các nguyên nhân của suy thận cấp (ARF = acute renal failure) xếp thành 3 nhóm chẩn đoán: trước thận (do tưới máu), sau thận (tắc) và tại thận. Qua 4 giai đoạn: Khởi đầu, thiếu niệu - vô niệu, đái trở lại và hồi phục. Lượng nước tiểu từ 500ml xuống 50ml hoặc vô niệu hoàn toàn, nitơ phi protid tăng dần, rối loạn nước điện giải và toan kiềm máu, kali máu tăng. Bại hoại, mệt nhọc,

giảm minh mẫn, giật cơ, bệnh thần kinh ngoại vi (cảm giác, vận động), co cơ, biếng ăn, buồn nôn, nôn, viêm miệng, vị giác khó chịu. Suy dinh dưỡng teo mòn cơ, tăng huyết áp có thể phù nề, viêm màng ngoài tim. Da vàng nâu, urê kết tinh trên da (sương giá urê - huyết). Ngứa ngứa, khó chịu. Cần được điều trị kịp thời, chính xác. Tỷ lệ tử vong còn rất cao. Chết do phù phổi cấp, do kali máu tăng. Nếu điều trị tốt sang giai đoạn đái nhiều 2-4 lít/ngày, các triệu chứng giảm dần rồi hồi phục sau 1 tháng.

Điều trị: Xét nghiệm - Đo lượng nước tiểu - Điện tâm đồ.

X-quang - Siêu âm. Khám chuyên khoa, chẩn đoán phân biệt và xét nghiệm.

Loại bỏ tác nhân gây bệnh bằng chế độ ăn uống - bù dịch - chống sốc - chống nhiễm khuẩn.

Cân bằng dịch, máu, huyết áp (truyền dịch để nâng HA). *Manitol* 20%, 100ml truyền tĩnh mạch, *Furosemid* 20mg x 4-6 ống/ngày, tiêm tĩnh mạch, không còn sắc tố trong nước tiểu.

Trị tăng acid uric huyết bằng *Allopurinol*, kiểm tra nước tiểu *Na bicarbonat*.

Thẩm tách (lọc máu) nếu tăng nitơ - huyết nặng (250 mg% trở lên) kali máu trên 6,5mEq/lít. Phù nhiều.

Cung cấp đủ calo bằng glucid, lipid (đường, mật, bơ, dầu). Hạn chế protid. Đủ vitamin.

Giai đoạn dài trở lại chú ý hạn chế protid, cân bằng nước điện giải.

Phòng bệnh: Không uống mật cá trắm. Có thể do ngộ độc kim loại nặng. Chữa trị viêm cầu thận. Chăm sóc người bệnh tốt nhất là chống loét, bội nhiễm. Theo dõi, khám định kỳ tránh trở thành mạn tính. Tìm và điều trị các nguyên nhân: tắc nghẽn, bệnh khác như: Lupus, Myelome...

4.2. Suy thận mạn

Một tình huống lâm sàng sinh ra do nhiều quá trình bệnh lý dẫn đến sự rối loạn và thiếu năng trong việc bài tiết và điều hoà (mức lọc cầu thận) của thận (urê - huyết). Suy thận mạn (CRF = chronic renal failure) 3 giai đoạn: giảm dự trữ thận, thiếu năng thận (suy thận) và urê - huyết cao.

Triệu chứng: Xem trên đây (mục 4.1) (thiếu máu, tăng HA, protein niệu, urê, acid uric và creatinin máu tăng) đưa đến suy tim thiếu máu, xuất huyết, khó thở, co giật, hôn mê. Tiền sử Lupus, dài tháo đường, bệnh thận khác.

Điều trị: Xét nghiệm - X-quang - Siêu âm thận.

Chú ý các yếu tố làm nặng thêm hay gây suy thận. Urê - huyết, kết quả của một chứng bệnh tiến triển, không chữa trị được thì phải bảo tồn, kéo dài cuộc sống cho đến khi phải thẩm tách hoặc ghép thận.

Chú ý: chế độ ăn (mức hấp thụ calori), tăng triglycerid - huyết (*Gemibrozil, Clofibrat*), hấp thụ nước (Na và K). nhiễm toan nhẹ không cần trị liệu, nếu cần dùng *Na bicarbonat*, sự bất thường về Ca, phospho, hormon tuyến cận giáp, chuyển hoá vitamin A, suy tim sung huyết và tăng huyết áp.

Thẩm tách lâu dài (lọc máu thận nhân tạo hoặc lọc máu qua màng bụng). Ghép thận.

Chữa trị bảo tồn: Khống chế huyết áp tăng bằng cách ăn nhạt, uống hoặc tiêm *Lasix, Aldomet, Dopagyt*, nếu cần phải dùng *Nifedipin* hoặc *Perindopril, Amlodipin, Felodipin, Manidipin* (theo dõi tránh tụt huyết áp). Ăn ít đạm, đủ vitamin, cân bằng nước điện giải. Chống nhiễm khuẩn. Không dùng thuốc độc cho thận như: thủy ngân, kim loại nặng, lợi tiểu *hypothiazid*, kháng sinh, *Gentamycin, Amikacin, Aminosid, Tetracyclin, Cephalosporin, Neomycin...* thuốc khác: *Cyclosporin, Indomethacin*.

5. U XƠ TUYẾN TIỀN LIỆT

Tuyến tiền liệt hình thành từ tuần lễ thứ 2 ở thai nhi nam, đến tuổi dậy thì tiếp tục phát triển, đến tuổi 45 trở lên ngừng tăng trưởng và có chiều hướng tăng sản bệnh lý thành u xơ. Ngược lại có trường hợp lại teo nhỏ lại.

Đánh giá tăng sản lãnh tính tuyến tiền liệt theo chỉ số thang điểm

	Không	Dưới 1/5 trong những lần đi tiểu	Dưới 1/2 trong những lần đi tiểu	Khoảng 1/2 trong những lần đi tiểu	Trên 1/2 trong những lần đi tiểu	Luôn luôn có
1. Cảm thấy không hết nước tiểu bàng quang sau khi đi đại không?	0	1	2	3	4	5
2. Đi tiểu cứ 2 giờ 1 lần không?	0	1	2	3	4	5
3. Đi đại tắc giữa chừng không?	0	1	2	3	4	5
4. Có khó khăn khi nhịn đại không?	0	1	2	3	4	5
5. Dòng đại có yếu đi không?	0	1	2	3	4	5
6. Có phải rặn khi đi đại không?	0	1	2	3	4	5
7. Có tỉnh dậy vào ban đêm không?	0	1	2	3	4	5

Tổng số điểm: 0-7: nhẹ; 8-18: trung bình; 19-35: nặng.

Điều trị: Chẩn đoán lâm sàng, xét nghiệm, X-quang, soi niệu đạo, siêu âm.

Bí đái: đặt ống thông Foley. Điều trị viêm và cương tụ.

Thuốc: Nếu không phẫu thuật dùng:

- Đối kháng α -adrenergic (chẹn thụ thể làm giảm trương lực cơ trơn và giảm cản đường ra): *Phenoxybenzamin*, *Prazosin*, *Terazosin*, *LY25-3351*, *Doxazosin*. Tác dụng nhanh hơn *Finasterid*. Liều thường dùng 8-10 mg/ngày.

Nên phối hợp chẹn alpha và *Finasterid*.

Ngoài ra còn thuốc *Tadenan* là cao của *Pygeum* làm mất rối loạn tiểu tiện, *Permixon* chiết từ loài ké Florida, ức chế chuyển hoá dihydrotestosteron, uống 2 viên/ngày vào bữa ăn. Trinh nữ hoàng cung đang được truyền tụng sử dụng, nhiều người cho là có tác dụng, kìm hãm sự phát triển của u xơ, cải thiện các trường hợp bí đái. *Prostamol* (Đức) chiết từ *Co. Palmetto Berries* được ưa dùng.

Phẫu thuật thường không tránh khỏi, hiệu quả nhất với các biến chứng. Phương pháp mổ và nội soi. Ở các nước kỹ thuật phát triển, phương pháp nội soi là 90% các trường hợp (u xơ nhỏ và vừa dưới 30g). Nhiều nước vẫn áp dụng phương pháp mổ đường trên là phổ biến.

Biến chứng: đáng chú ý là chảy máu và

nhiễm khuẩn. Có thể đái rỉ, đái khó, hẹp niệu đạo, rò nước tiểu.

Phòng bệnh: cẩn thận khi dùng các thuốc chống tiết cholin, thuốc tác dụng giống thần kinh giao cảm α -adrenergic, phần lớn các thuốc kháng histamin H_1 , và rượu (làm phát triển các khối u tiền liệt tuyến).

Được thảo: Trinh nữ hoàng cung uống (cần được xác nghiệm).

6. UNG THƯ TIỀN LIỆT TUYẾN

Triệu chứng: Tắc đường ra của bàng quang, tắc niệu quản, đái ra máu, mủ niệu. Đau ở vùng tầng sinh môn, trực tràng, lúc xuất tinh kèm máu. Đau xương chậu hông và cột sống lưng. Hạch bẹn. Phù chân. Đại tiện khó. Di căn ở khung chậu, xương sườn, đốt sống. Khám trực tràng: hạch nhỏ của tiền liệt tuyến (TLT) sờ thấy, hoá cứng dạng sỏi. TLT cứng nổi hạt không đều, to, gắn chặt của hạch này theo mép bên vào túi tinh.

Điều trị: X-quang. Chụp siêu âm. MRI. Chẩn đoán phân biệt. Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ TLT hay chiếu xạ.

Do tuổi tác, tình trạng sức khỏe, u di căn có thể tạo được giảm dịu bằng liệu pháp hormon như *Cyproteron*, *Flutamid*, *Megestrol*, *Nafarelin* làm chậm quá trình phát triển của ung thư tuyến tiền liệt. Tuy vậy cũng chỉ sống thêm được một thời

gian ngắn. Hoá trị liệu không có tác dụng khi bệnh đã kháng liệu pháp hormon và lại gây nhiều biến chứng. Chiếu xạ hoặc cắt bỏ tinh hoàn cũng không giải quyết được vấn đề gì.

Diethylstilbestrol 1-3 mg/ngày, thời gian dài. *Estrogen* liều cao uống dài ngày gây biến chứng huyết khối tắc mạch.

Cyproteron acetat, *Futamid*, *Ketoconazol*, *Aminoglutethimid* gây phóng xuất hormon tạo hoàng điểm.

Thuốc giảm đau: *Acetylsalicylic*, *Paracetamol*, *codein* và cuối cùng là *Morphin*.

Dược thảo: Trinh nữ hoàng cung đang được truyền tụng sử dụng.

7. VIÊM CẦU THẬN CẤP VÀ MẠN

Những thay đổi do viêm khuếch tán ở tiểu cầu thận, về lâm sàng là sự khởi phát đột ngột của chứng đái ra máu với những trụ hồng cầu, chứng protein niệu nhẹ và trong nhiều trường hợp tăng HA, phù nề và tăng urê - huyết.

Triệu chứng: Người mệt mỏi, sốt, đau lưng, phù nhẹ, đái ít. Có thể nguy kịch ngay: huyết áp cao và vô niệu. Cũng có trường hợp không có triệu chứng. Toàn phát: Phù nề mắt, mặt và toàn thân, đái ít, nước tiểu sẫm màu (thành phần máu) và tăng khối lượng máu nếu tích dịch khá nặng. Có thể vô niệu, mệt mỏi, sốt nhẹ, đau lưng.

Nhức đầu, rối loạn thị giác là thứ phát của tăng HA. Bệnh sử viêm họng, chốc lở, nhiễm liên cầu khuẩn. 1-6 tuần trước đó, là bằng chứng tốt để chẩn đoán.

Khoảng 50% người không có triệu chứng. Đột ngột đái ra máu. Biến chứng tăng huyết áp, suy tim, bệnh não do tăng huyết áp. Khởi phát vô niệu, tăng thể tích máu và kali huyết, có thể chết nếu không thẩm tách. Có thể thành suy thận mạn, viêm cầu thận mạn.

Điều trị: X-quang tim phổi. Xét nghiệm.

Thuốc: kháng sinh: *Penicillin* 1 triệu đv/ngày x 7 ngày (dị ứng thì dùng *Erythromycin*). Tăng nitơ - huyết thì giảm protein chế độ ăn, ăn hạt, uống ít nước. Dùng *Thiazid* và lợi tiểu vòng có hữu ích. *Furosemid* 40mg/lần x 2 lần/ngày x 7 ngày. Liệu pháp mạnh với tăng huyết áp: *Diazoxid* 5mg/kg sau đó dùng *Hydralazin* hoặc *Propranolol*. Suy thận nặng phải thẩm tách (nếu urê máu tăng dần).

Viêm cầu thận mạn: Phù, tăng HA, thiếu máu. Điều trị: nguyên tắc là làm chậm quá trình tiến triển đến suy thận. Phải khống chế được HA, chống viêm, ăn đủ nhưng ít protid, không dùng thuốc độc hại cho thận.

Thuốc: *Furosemid* 30-60 viên/đợt. *Methyldopa* 60 viên/đợt. *Nifedipin* (*Adalat*) 10mg/lần x 2 lần/ngày, dùng 30 viên/đợt. Kháng sinh chống viêm:

Penicillin hoặc *Ampicillin* hoặc *Chloramphenicol* hoặc *Ciprofloxacin*, *Cephalosporin*, *Gentamycin*.
Các vitamin

8. VIÊM THẬN, BỂ THẬN VI KHUẨN CẤP

Nhiễm khuẩn cấp từng mảng, tạo mủ thường ở hai bên. 75% là do *Escherichia coli*.

Triệu chứng: Khởi phát nhanh, rét lạnh, sốt, đau bên sườn, buồn nôn, nôn. Đái nhiều lần, đái rất, đái buốt, nước đái đục, có khi ra mủ, khó đái. Cứng vùng bụng (tránh lẫn với bệnh màng bụng). Có khi sờ thấy thận to (nếu không cứng bụng), ấn đau ở vùng sườn đốt sống phía bị bệnh. Có thể tăng HA. Thiếu máu. Chán ăn. Urê máu cao.

Điều trị: Xét nghiệm, X-quang.

Thuốc: Kháng sinh ngay khi nghi ngờ. Một trong các thuốc: *Cephalospirin*, *Gentamycin*, *Co-Trimoxazol*, *Norfloxacin*, thời gian dùng 2-6 tuần. Cần xét nghiệm lại 4-6 tuần sau.

Nếu tắc nghẽn phải phẫu thuật, đặt stent, nếu tái phát cần dự phòng trước: *Co-Trimoxazol*, *Nitrofurantoin*.

Nếu không triệt để dễ chuyển thành viêm thận - bể thận vi khuẩn mạn, gây teo thận, biến dạng đài thận, hoá sẹo nhu mô phía trên.

Giải trừ tắc nghẽn và diệt vi khuẩn đường niệu là quan trọng: *Co-Trimoxazol*, *Nitrofurantoin*,

Cephalosporin, Norfloxacin, Gentamycin. Thuốc lợi tiểu, thuốc trị tăng huyết áp (xem mục 6/XVII).

Bệnh gây suy thận giai đoạn chót: thẩm tách và ghép thận.

9. VIÊM THẬN TIẾN TRIỂN NHANH

Về bệnh lý là sự hoại tử tiêu điểm và phân đoạn cùng tăng sinh tế bào tiểu mô (hình liềm) trong hầu hết các cầu thận, đặc trưng lâm sàng là suy thận kịch phát đi đôi với protein - niệu, đái ra máu và trụ hồng cầu.

Triệu chứng: Giống bệnh cấp không tiến triển, khởi phát âm thầm. Bại hoả, mệt mỏi, sốt, buồn nôn, nôn, biếng ăn, đau khớp, đau vùng bụng. Phù. Đái rất ít. Tăng huyết áp không phổ biến và ít nghiêm trọng. Rất dễ tử vong.

Điều trị: Xét nghiệm. Siêu âm hoặc X-quang. Sinh thiết nếu cần thiết.

Thuốc: Liệu pháp *Methylprednisolon* liều cao, ngoài đường tiêu hoá có hiệu quả (tối đa 3g) tiêm tĩnh mạch. Trị viêm mạch: *Corticosteroid, Cyclophosphamid* công hiệu.

XVIII. TAI - MŨI - HỌNG

1. CHẢY MÁU CAM

Do nhiều nguyên nhân: nhiễm khuẩn (mũi, xoang, tiền đình), sốt rét, khô niêm mạc mũi, chấn thương, xơ cứng động mạch, tăng huyết áp, thiếu máu bất sản, bệnh bạch cầu tiểu cầu, bệnh gan, đông máu di truyền, scorbut...

Điều trị: Bóp 2 cánh mũi vào nhau 5-10 phút. Tìm nơi chảy máu (đốt điện hoặc tắm bông *Naphazolin*, *Phenylephrin* 0,25%, chất gây tê *Lidocain* 2%). Nếu do ưa chảy máu không dùng đốt điện, dùng gạc *Petrolatum* áp chặt, *Carbazochrom* uống.

Bệnh scorbut dùng *vitamin C*, v.v..

Các nguyên nhân cần được chữa trị tận gốc.

2. MENIERE

Đặc trưng: Chóng mặt, mệt lả tái diễn, mất nghe cảm giác và ù tai, liên quan với giãn nở mê đạo màng (tràn nội dịch).

Triệu chứng: Cơ chóng mặt đột ngột, kéo dài vài giờ đến 24 giờ rồi mất dần. Buồn nôn, nôn.

Cảm giác căng, nén ép ở tai. Nghe suy giảm. Ò tai có thể xảy ra, 10-15% người bị bệnh cả hai tai.

Điều trị: Chống tiết cholin: *Atropin*, *Scopolamin* uống hoặc tiêm. Kháng histamin: *Meclizin* hoặc *Diphenhydramin* 10mg, uống 2 viên/ngày, chia 2 lần (hoặc *Dimenhydrinat*) hoặc *Cyclizin* 50mg uống cách 6 giờ. Có thể kết hợp với dùng *vinpocetin* và *cinnarizin* mỗi thứ 2 viên/ngày. Có thể dùng *Diazepam*, *Barbiturat* trong cơn dữ dội.

Buồn nôn: 10g gừng tươi sạch giã nhỏ, chế nước sôi, lấy nước uống.

Xem mục 3/IX - Chóng mặt.

3. BỆNH POLIP MŨI

Tình trạng thoái hoá tại một số vùng của niêm mạc mũi, kèm hiện tượng thâm thành dịch và quá sản thành phần tổ chức liên kết của lớp đệm niêm mạc.

Chưa rõ nguyên nhân, có người cho rằng do viêm xoang, do hệ mạch, do virus, do quá mẫn cảm chậm, do aspirin, do dị ứng.

Có nhiều loại polip: một bên, polip đơn độc, trong xoang kèm thương tổn răng, hai bên, tái phát do thoái hoá, phù nề niêm mạc.

Triệu chứng: Lúc đầu khe giữa phù nề. Polip nhỏ ở khe giữa, không cản trở hô hấp. Khối polip lớn dần, dễ tái phát. Polip màu ít tái phát (tái nhợt, đục trắng như bóng cá chứa dịch trong),

polip gây biến dạng ở người ít tuổi liên quan đến bệnh nhày nốt.

Polip bội nhiễm là biến chứng nặng và là yếu tố gắn liền với bệnh do aspirin (hen nội sinh + bội nhiễm). Nếu có xoang mờ thường kèm bội nhiễm và viêm xoang bướm.

Điều trị: X-quang không đủ tin cậy. Cần chụp CT. Xét nghiệm.

Thuốc: Là chính (phẫu thuật khi thật cần thiết).

Chống viêm: dùng *cortison*, *Prednisolon* 5 mg, 2-4 viên/ngày x 7 ngày, kết hợp với *Serratiopeptidase*, *Lysozym*. Khí dung *hydrocortison* + *chloramphenicol*.

Chống dị ứng: *gamma globulin* hoặc *cromoglycat* (*Lomudol*) xông 2-4 lần/ngày x 15 ngày. Dùng kháng histamin như: *Terfenadin* 120 mg x 1 viên/ngày x 3-5 ngày.

Chống nhiễm khuẩn: Kháng sinh như *Penicillin*, *Erythromycin*, *Ribomunyl*, *Biostrin*, *vaccin CCB*.

Điều trị đặc hiệu khi phát hiện được dị nguyên gây polip mũi (20% trường hợp) cần cách ly dị nguyên. Giải miễn cảm đặc hiệu: *Autovaccin*.

Ngoại khoa: Qua mũi hoặc xoang, kết hợp cắt đoạn dây vidien (nặng hay tái phát) nhưng phải cân nhắc thật cẩn thận vì kết quả không ổn định. Cần nhớ là không phẫu thuật trong thời kỳ bệnh đang tiến triển: Trước và sau phẫu thuật dùng kháng sinh và cortison.

4. VIÊM AMIDAN

Viêm cấp của amidan, thường do nhiễm liên cầu khuẩn hoặc virus (ít).

Triệu chứng: Có đặc trưng là viêm họng và đau, nổi rõ nhất là nuốt đau thường lan ra đến tai. Amidan phù nề sung huyết dịch rỉ mưng mủ chảy ra từ hốc amidan, màng trắng mỏng, dễ tan rã (không chảy máu).

Điều trị: *Penicillin G* 250mg uống cách 6 giờ hoặc *Penicillin V* 125 mg cách 8 giờ x 10 ngày hoặc các kháng sinh khác như viêm họng. Có thể phải phẫu thuật (Xem thêm Viêm họng).

5. VIÊM HỌNG

Viêm cấp tính ở họng. Nguồn gốc do virus, vi khuẩn.

Triệu chứng: Đau khi nuốt, niêm mạc sung huyết, có thể có màng (hoặc dịch rỉ có mủ. Sốt, hạch ở cổ, tăng bạch cầu.

Điều trị: *Aspirin*, *Paracetamol* làm hạ nhiệt, giảm đau: Thường dùng *Penicillin V* 250mg cách 6 giờ x 10 ngày, đề phòng cả thấp khớp cấp.

Các kháng sinh: *Erythromycin*, *Cephalosporin*, *Penicillin G* cũng tốt. Phối hợp với thuốc chống viêm, phù nề *Serrapeptidase*, *Alpha chymotrypsin* hoặc *Lysozym*. Khí dung họng bằng *corticoid* và kháng sinh. (*Hydrocortison* + *Chloramphenicol*).

Phòng bệnh: Luôn giữ vệ sinh răng miệng cho tốt. Súc miệng hằng ngày bằng nước súc miệng như *Listerin*, ăn chín, uống sôi.

Xem thêm: Tim hộp hai lá 9/XX.

6. VIÊM MŨI

Bệnh thường gặp, đặc trưng là phù nề và giãn mạch của niêm mạc mũi, chảy dịch mũi và nghẹt mũi.

Triệu chứng: Thường do cảm lạnh hoặc nhiễm liên cầu khuẩn, phế cầu hay tụ cầu, tất cả đều là sự tạo u hạt, phá hủy mô mềm, sụn, xương. Xơ cứng mũi cũng gây ra nghẹt mũi.

Điều trị: Thuốc nhỏ *Epinephrin* 0,25% cách 3-4 giờ, không quá 7 ngày. *Pseudoephedrin* 30mg uống cách 6-8 giờ (co mạch mũi). Xem có viêm nhiễm không? Nếu cần phải dùng kháng sinh và thuốc chống viêm, phù nề (*Ampicillin*, *Cephalosporin*, *Amoxicillin*) (Xem 5/XVIII). Liệu pháp thích đáng với tác nhân gây bệnh (cả viêm mũi mạn). Rửa bằng nước muối sinh lý. Không cần thiết dùng kháng histamin, nếu cần, dùng *Chlorpheniramin* 4mg uống 2 viên/ngày, chia 2 lần. Xông với dầu xoa (hoặc *Eucalyptol*, *Gomenol*) thật nóng có tác dụng tốt.

7. VIÊM MŨI VẬN MẠCH

Viêm mũi mạn, sung huyết từng hồi các mạch máu của niêm mạc, hắt hơi, chảy nước mũi.

Triệu chứng: Niêm mạc cương tụ đỏ tươi - tím, nặng khi không khí khô, khác với viêm mũi virus, vì khuẩn là không có dịch rỉ mưng mủ, đóng vảy (có thể lẫn với viêm mũi dị ứng, viêm mũi dị ứng tạo hình thành polip dễ nhiễm khuẩn cấp và mạn).

Điều trị: Xông tạo ẩm. *Pseudoephedrin* không nên dùng, tránh thuốc co mạch. Có thể dùng amin giao cảm bôi tại chỗ hoặc kháng histamin: *Chlorpheniramin* 4mg 2 viên/ngày, chia 2 lần x 2-3 ngày. Nếu bội nhiễm dùng kháng sinh + thuốc chống viêm phù nề (mục 2). Rửa bằng nước muối sinh lý (xem phần dị ứng và 6/XVIII).

8. VIÊM NƠRON TIỀN ĐÌNH

Một bệnh lành tính, đặc trưng khởi phát đột ngột, chóng mặt nặng nề, lúc đầu dai dẳng, sau đột phát từng hồi.

Triệu chứng: Buồn nôn, nôn, rung giật nhãn cầu. Sau tự nhiên hết rồi lại nhiều đợt khác chóng mặt. Có thể mất nghe, ù tai. Đầu như bị chèn ép. Rất khó chịu khi thay đổi tư thế. Sợ tiếng động, ánh sáng. Có thể bị ngã khi cố gắng dậy và đi.

Điều trị: Xem Meniere và Chóng mặt (mục 3/IX).

Uống *Cavinton* + *Stugeron* mỗi thứ 4 viên/ngày, chia 4 lần x 5-7 ngày liền. *Dimenhydrinat* 1 viên/lần x 2 viên/ngày x 3-5 ngày (hoặc *Diphenhydramin*). Uống nước gừng rất tốt (10g gừng sạch giã nhỏ lấy nước uống, trị nôn).

Nếu nôn nhiều, cần truyền dịch cân bằng nước - điện giải. *Tanganil* cũng có hiệu quả (bất tiện vì dùng liều quá lớn).

Nằm nghỉ nơi ít ánh sáng, yên tĩnh.

Tập luyện (xem mục 4/IX - Chóng mặt).

9. VIÊM TAI NGOÀI

Nhiễm khuẩn ống tai khu trú (nhọt) hoặc khuếch tán liên quan đến toàn bộ ống tai (viêm tai ngoài toàn thể hay khuếch tán). Viêm tai ngoài được thấy nhiều vào mùa bơi lội, gọi là viêm tai bể bơi.

Triệu chứng: Ngứa, đau, chảy dịch mùi hôi khó chịu, mất nghe nếu ống tai bị sưng phồng hay đầy mủ, ấn đau khi kéo loa tai và đè trên gờ vành tai (phân biệt với viêm tai giữa). Da ống tai ngoài màu đỏ, sưng phồng, bám đầy mảnh vụn ẩm có mủ. Đau tai dữ dội, dịch có mủ lẫn máu.

Điều trị: Dùng kháng sinh và corticoid tại chỗ hiệu quả tốt. Lấy sạch mảnh vụn mủ. Dùng dung dịch *Neomycin sulfat* 0,5% + *Polymycin B sulfat* 10.000 đv/ml + *Hydrocortison* 1%, nhỏ 5 giọt x 3 lần/ngày x 7 ngày. Hoặc *Acid acetic* 2% +

hydrocortison 1%, nhỏ 5 giọt x 3 lần/ngày x 7 ngày.
Uống *codein* 30mg cách 4 giờ cho 24-48 giờ đầu.

Nếu có viêm mô tế bào, uống *Penicillin G*,
uống 250 mg cách 6 giờ x 7 ngày hoặc uống
Cefadroxil (Biodroxil) 1-2g/ngày (người lớn) chia
2-3 lần, hiệu quả tốt.

Có nhọt nên để mủ tự chảy (không nên rạch).
Thuốc giảm dị ứng và giảm đau: AINS hoặc
paracetamol, *codein* 30 mg cách 4 giờ. Chườm hay
hơ nóng khô giúp giảm đau, tiêu nhanh nhọt.
Kháng sinh bôi không hiệu quả, trừ khi bội
nhiễm. Uống phối hợp kháng sinh với thuốc chống
viêm phù nề rất hiệu quả (*Serratopeptidase* hoặc
Alpha chymotrypsin hoặc *Lysozym*).

Phòng bệnh: Viêm tai thường do viêm nhiễm
đường hô hấp trên (họng qua vòi nhĩ vào tai);
nhưng viêm tai ngoài thường phát triển vào mùa
hè, mùa bơi lội (viêm tai bể bơi). Việc cần tránh là
đừng để nước bắn vào tai và tắm bơi xong cần lau
sạch tai và nhỏ thuốc sát khuẩn.

10. VIÊM TAI GIỮA CẤP TÍNH

Nhiễm virus hay vi khuẩn tai giữa thường là
thứ phát của một bệnh nhiễm khuẩn đường hô
hấp trên.

Triệu chứng: Đau tai dai dẳng, khó chịu. Có
thể mất nghe. Trẻ nhỏ có thể sốt cao 40,5°C, buồn nôn,
nôn, ỉa chảy. Màng nhĩ nổi ban đỏ, có thể phồng

lên, các mốc giới hạn không còn thấy rõ, điểm phản xạ ánh sáng bị rời chỗ. Lỗ tai chảy dịch pha máu, huyết thanh máu, sau cùng là mủ sau khi màng nhĩ bị thủng tự nhiên.

Biến chứng: viêm xương chũm, viêm xương đá, viêm mê đạo, liệt mặt, mất nghe dẫn truyền và cảm giác - thần kinh, áp xe ngoài màng cứng, viêm màng não, áp xe não, huyết khối xoang bên, tích mủ dưới màng cứng và tràn dịch não. Dấu hiệu: nhúc đầu, mất nghe nặng đột ngột, chóng mặt, ón lạnh, sốt.

Điều trị: Xét nghiệm, nội soi.

Thuốc: trên 14 tuổi: *Cephalosporin* hoặc *Penicillin G*, *Penicillin V* uống 250mg, cách 6 giờ x 12 ngày. Dưới 14 tuổi: *Amoxicillin* 35-70mg/kg/ngày, cách 8 giờ x 12 ngày.

Có thể dùng *Erythromycin* 250mg cách 6 giờ, phối hợp với *Sulfoxazol* 150mg/kg/ngày x 12-14 ngày.

Co-Trimoxazol dùng cho trẻ em dưới 2 tháng tuổi và trẻ con lớn hơn: 8mg/kg/ngày x 10 ngày.

Có thể dùng *Cefaclor*, *Cefuroxim*, *Cephalexin*, *Cefadroxil*, *Cefixim*. Các thuốc kháng sinh trên đây kết hợp với *Serratiapeptidase* và *Ambroxol* càng tăng hiệu lực.

Thuốc co mạch: *Epinephrin* 0,25% nhỏ 3 giọt cách 3 giờ vào hốc mũi (dùng dưới 5 ngày).

Ephedrin, *Pseudoephedrin*, *Phenylpropanolamin*

30mg (người lớn) cách 4-6 giờ x 7 ngày có tác dụng tốt.

Kháng histamin có thể dùng cho người bị dị ứng.

Rạch màng nhĩ nếu thật sự cần thiết (đau, sốt, nôn, tiêu chảy nặng kéo dài, màng phồng lên).

Phối hợp kháng sinh và thuốc chống phù nề và viêm (Xem mục 9/XVIII). Thuốc giảm đau, hạ sốt: *Paracetamol* hoặc *AINS*.

Phòng bệnh: Chữa trị triệt để khi bị viêm cấp tính đường hô hấp trên. Viêm họng qua vòi nhĩ vào tai là chủ yếu, rất hiếm từ ống tai ngoài hoặc chấn thương.

11. VIÊM TAI GIỮA TIẾT DỊCH

Tràn dịch (chảy nhày) ở tai giữa do chữa không khỏi hẳn bệnh viêm tai giữa cấp hoặc do tắc vòi nhĩ. Không bao giờ có mủ thối.

Triệu chứng: Dịch xuất hiện ở tai giữa, màu hổ phách, xám. Dịch phủ lên màng nhĩ và gây bất động của màng nhĩ. Dùng thuốc như mục 9 và 10/XVIII. Nếu cần phải dùng thêm *corticoid*.

Nạo VA, chữa viêm xoang nếu có. Cơ bản là làm sạch tai, nhỏ thuốc, làm sạch khô. Khi cần thì phẫu thuật tạo hình.

12. VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH, MỦ THỐI

Thủng màng nhĩ vĩnh viễn. Do viêm tai giữa

cấp, viêm vôi nhĩ, chấn thương, bỏng, do khí nổ. Bệnh nguy hiểm, biến chứng có thể gây tử vong. Nhất thiết phải can thiệp phẫu thuật.

Triệu chứng: Có 2 loại dựa trên kiểu thủng: thủng trung tâm và thủng phần mềm (thượng nhĩ). Nghe kém, tai chảy mủ rất thối. Quệt mủ tai có cholesteoma, thả vào nước có đám vảy óng ánh như xà cừ. Rất dễ tái phát và biến chứng nếu không điều trị triệt để.

Điều trị: Xét nghiệm, X-quang, CT. Làm sạch ống tai (hút, bông sạch khô) nhỏ tai dung dịch *acid acetic* 2% + *hydrocortison* 1%, 5-10 giọt x 3 lần x 7-10 ngày. Đợt kịch phát: kháng sinh uống (xem viêm tai giữa cấp - mục 9 và 10/XVIII). Phẫu thuật là không tránh khỏi.

Ngoài ra còn: Viêm tai xương chũm cấp và mạn xảy ra do viêm tai giữa cấp không được điều trị đúng. Sốt, đau tai, nhức đầu, tai chảy mủ hoặc không có gì đặc biệt nhưng viêm xương chũm đang tiến triển. Sờ nắn xương chũm gây đau: X-quang thấy rõ. Nếu ở thể xuất ngoại có thể thấy các biểu hiện ở tai, xương chũm, gò má, hàm, mi mắt; nếu ở thể tiềm tàng thì biểu hiện toàn thân: nhiễm độc thần kinh như sốt cao, ỉa chảy, suy sụp.

Điều trị: Kháng sinh liều cao, thuốc chống viêm. Phẫu thuật: khoét xương chũm.

Biến chứng: Liệt mặt, viêm mê nhĩ, áp xe

ngoài màng cứng, viêm màng não, áp xe não, viêm xoang tĩnh mạch bên, nhiễm khuẩn huyết.

13. VIÊM THANH QUẢN

Do viêm nhiễm đường hô hấp trên, viêm phế quản, viêm phổi, cảm cúm, ho gà, sởi, bạch hầu, nói quá nhiều, hít và dị ứng các chất gây kích thích khói thuốc lá, rượu.

Triệu chứng: Thay đổi giọng nói là đặc điểm nổi bật: khản, mất tiếng, buồn buồn trầy vướng gây nên việc luôn luôn thấy cần làm sạch. Ho. Nếu nặng có thể sốt, khó ỏ, khó nuốt, đau họng, khó thở nếu phù thanh quản. Soi thấy đỏ hoặc phù nề.

Điều trị: Xông hít hơi nước. Chữa viêm phế quản nên có (dùng kháng sinh). Có thể dùng phối hợp: thuốc chống phù nề (*Alpha chymotrypsin*, *Serratiopeptidase*, *Lysozym*) với 1 corticoid (*prednisolon*) với 1 kháng sinh để điều trị các bệnh viêm mũi - họng, thanh quản có hiệu quả (*Amoxicillin* + *Lysozym* + *Prednisolon*).

Khí dung họng bằng *corticoid* và kháng sinh có hiệu quả (xem 5/XVIII).

14. VIÊM XOANG CẤP VÀ MẠN

Một quá trình viêm ở các xoang cạnh mũi do virus, vi khuẩn, nấm hoặc do các phản ứng dị

ứng. Viêm xoang cấp thường điều trị nội khoa, nhiều trường hợp viêm xoang mạn cần điều trị ngoại khoa.

Triệu chứng: Ấn ngoài xoang đau, có thể sưng phồng. Có thể viêm xoang hàm, xoang trán, xoang sàng, xoang bướm hoặc nhiều xoang một lúc. Đau nhức trước trán như búa bổ, đau trên ổ mắt một bên và có 2 chu kỳ mỗi ngày rất đặc biệt (sáng và chiều), xoang bướm truyền sang trán, chẩm. Sốt, ớn lạnh, nghĩ đến nhiễm khuẩn. Niêm mạc mũi đỏ, cương máu, nước mũi có mủ vàng xanh. Dịch rỉ nhày mủ. Da vùng xoang rất nhạy cảm. Có thể biến chứng mắt và sọ não. Viêm xoang sàng ở trẻ con rất khó phát hiện nhưng có một đặc trưng là mi mắt mọng đỏ. Viêm xoang mạn liên quan đến biến đổi không phục hồi của niêm mạc.

Điều trị: X-quang mờ đục. Cần CT.

Ngăn chặn nhiễm khuẩn là mục tiêu. Xông hít hơi nước.

Phun xịt *Phenylephrin* 0,25% cách 3 giờ x 5 ngày.

Pseudophedrin 30mg uống cách 4-6 giờ.

Kháng sinh dùng 10-12 ngày: *Penicillin G* hoặc *V* 250mg cách 6 giờ hoặc *Erythromycin* 250mg cách 6 giờ (*Ampicillin*, *Cephalosporin* như *Cefadroxil* (*Biodroxil*), *Tetracyclin* cũng tốt). Phối hợp với *Lysozym*, *Serratopeptidase* hoặc *Alpha chymotrypsin* 3 viên/ngày x 7 ngày. Nếu phân lập được dịch rỉ và đáp ứng thuốc của bệnh nhân là tốt nhất.

Cuối cùng mới phải cần đến phẫu thuật. Chọc rửa đặt thuốc vào xoang cho kết quả tốt.

Phòng bệnh: Ăn uống chín, ở sạch, tắm nước sạch (bể bơi). Chữa trị tận gốc các bệnh tai - mũi - họng, răng - hàm - mặt. Đặc biệt là răng.

15. VIÊM XƯƠNG CHŨM CẤP TÍNH

Nhiễm khuẩn ở mỏm chũm gây ra dính kết các buồng khí của xương chũm. Thường do viêm tai giữa không được chữa trị.

Triệu chứng: Sưng đỏ, ấn đau và dao động ở bên ngoài mỏm chũm, loa tai lệch chỗ về bên, về phía dưới. Sốt, tai chảy dịch, nhúc nhối. Dịch đục. Mất nghe.

Điều trị: *Penicillin G* 1 triệu đv (hoặc *Cephalosporin*) cách 6 giờ, tiêm tĩnh mạch. Sau khi nuôi cấy vi khuẩn, cần dùng liên tục 14 ngày kháng sinh, áp xe phải nạo sạch.

Xem thêm các mục trên.

16. UNG THƯ AMIDAN

Triệu chứng: Khó chịu như có dị vật, nuốt đau lan ra cả hai bên. Soi: ổ loét, sùi, giả mạc kèm hoại tử, hôi thối, sờ vào cảm giác cứng, dễ chảy máu. Sau đó to ra, loét rộng, thâm nhiễm xung quanh. 50% có hạch di căn.

Điều trị: Cắt amidan và tia xạ. Nếu còn u hay hạch: phẫu thuật toàn diện.

17. UNG THƯ THANH QUẢN

Ung thư phổ biến trong bệnh tai mũi họng.

Triệu chứng: Khó chịu ở vùng họng, đặc biệt khản tiếng (xem Viêm thanh quản).

Điều trị: Khám toàn thân, tìm di căn. X-quang. Soi. Xét nghiệm. Thường là phẫu thuật sớm. Điều trị quang tuyến.

18. UNG THƯ THỰC QUẢN

Khám hạch cổ, thượng đòn, trung thất, nhân ở phổi, gan, xương (trên 50% bệnh nhân có di căn). X-quang rất cần. Nội soi. Sinh thiết. CT.

Có 2 nhóm: có khả năng cắt bỏ bằng phẫu thuật và tia xạ.

Không phẫu thuật được, chỉ còn chữa triệu chứng.

Tiền lượng rất xấu.

Nếu phẫu thuật cũng chỉ sống được tính theo tháng.

19. UNG THƯ VÒM HỌNG

Triệu chứng: Ngạt mũi một bên, hạch cạnh cổ, khó nói, khó nuốt, ù tai, nhức đầu, đau hàm, đau nửa mặt, lác mắt, nhìn đôi (u chèn ép vào dây thần kinh).

Điều trị: Khám toàn thân. X-quang. Soi. CT. Xét nghiệm.

Mới đầu tia xạ và hoá chất. Phẫu thuật lấy hạch.

Dùng hoá chất cần cân nhắc.

Kết hợp tia phóng xạ với hóa chất (*Adriblastin*, *Bleomycin*, *5-fluoracil*...) là tốt nhất.

20. Û TAI

Sự cảm thụ một âm thanh trong khi không có một kích thích âm học.

Triệu chứng: Vo vo, réo rắt, âm âm, thổi còi, ù ù, huyết gió nhiều âm thanh phức tạp, mỗi lúc một khác. Cơ chế chưa rõ, có thể do các bệnh tai, nhiễm khuẩn, tắc vòi nhĩ, xơ cứng tai, u tân sinh, bệnh Meniere, nhiễm độc tai (salicylat, quinin, kháng sinh aminoglycosid, lợi tiểu, kim loại nặng, rượu...) bệnh tim mạch, xơ cứng mạch, phình mạch, thiếu máu, giảm năng tuyến giáp, do di truyền, do tiếng ồn, chấn thương...

Điều trị: Khám kỹ, CT, và MRI nếu cần.

Điều trị nhằm vào bệnh gốc. Thuốc: *ginkgo biloba*.

Xoa giảm tiếng ù bằng cách nghe nhạc nền che lấp ù làm dễ chịu kể cả khi đi ngủ.

Dùng máy trợ thính cũng có hiệu quả tạo tiếng ồn dễ chịu hơn tiếng ù tai.

21. ZONA TAI

Xâm nhập của virus zona vào các hạch của

dây thần kinh 8 và hạch gối của dây thần kinh mắt, gây đau tai dữ dội, mất nghe, chóng mặt, liệt dây thần kinh mặt.

Điều trị: *Prednisolon* 40mg/ngày x 2 ngày, rồi 30mg/ngày x 7-10 ngày, sau đó giảm liều. *Acyclovir* 1g, chia 5, uống trong ngày x 10 ngày. Giảm đau: *codein* 30-60mg cách 3-4 giờ. *Diazepam* 2-5 mg cách 4-6 giờ.

XIX. TIÊU HÓA - BỆNH DẠ DÀY - RUỘT

1. CHẢY MÁU DẠ DÀY - RUỘT

Nôn ra máu, đi ngoài phân đen như hắc ín hoặc máu tươi qua trực tràng. Nôn ra máu báo cho biết chảy máu ổ loét ở dạ dày. Đi ngoài phân đen là báo hiệu của chảy máu dạ dày, nhưng chảy máu từ ruột non hay kết tràng cũng có phân đen. Đi ngoài phân có máu báo hiệu chảy máu ở dưới dạ dày - ruột nhưng cũng có thể chảy máu phần trên dạ dày truyền nhanh qua ruột.

Triệu chứng: Như trên, nhưng chẩn đoán chính xác có khó khăn. Khám thực thể. Có thể đau bụng, mệt mỏi, trụy mạch, huyết áp hạ.

Điều trị: Cấp cứu. Xét nghiệm máu, X-quang, nội soi là thực sự cần thiết, từ đó tìm nguyên nhân.

Nằm nghỉ, đầu thấp.

Xem mạch, huyết áp, đánh giá mất máu. Phục hồi khối lượng máu.

Truyền dịch $NaCl$ 0,9%.

Xuất huyết do giãn tĩnh mạch thực quản:
Vasopressin.

Có thể rửa dạ dày bằng *NaCl* 0,9% thật lạnh bằng ống thông.

Phẫu thuật nếu có chỉ định.

Sau tình trạng xuất huyết, nếu xác định do loét dạ dày - tá tràng, dùng thuốc theo chỉ dẫn ở loét dạ dày - tá tràng.

Tránh dùng: Rượu, các thuốc AINS, các corticoid uống.

Lưu ý: Xuất huyết tiêu hoá cao là từ ruột đầu lên đến thực quản (chảy máu từ các bộ phận nằm trên mạc treo đại tràng ngang: ruột đầu, tá tràng, gan mật, dạ dày và thực quản).

Điều trị: Bù ngay lượng máu đã mất (hoặc huyết tương, *Albumin*, *Gelafundin*) nếu không có thể dùng: *Glucose*, *NaCl*, *Ringer*, *Alvesin*.

Nội soi, X-quang, siêu âm, lâm sàng tìm nguyên nhân để cầm chảy máu.

Chống choáng, thở oxy, nâng huyết áp. Nằm đầu thấp.

Đảm bảo đủ dinh dưỡng.

Nếu khó cầm được chảy máu: phẫu thuật (máu tia mạnh, 24 giờ sau không cầm máu, thiếu thuốc thay thế máu, chảy máu nhiều lần...).

2. GIUN CHUI ỐNG MẬT

Triệu chứng: Do nhiễm giun đũa. Đau dữ dội vùng mũi ức, có thể nôn ra giun. Sốt. Hoàng đản.

Điều trị: Thuốc dùng: *Mebendazol* 100 mg

(hoặc *levamisol*) 1 viên tán nhỏ hoà vào 500 ml *NaCl* 0,9% bơm chậm 2 giờ qua ống thông tá tràng (trước đó hút dịch mật xét nghiệm).

Cần tẩy giun định kỳ (xem thêm 4/l và 1.7/V).

3. ỈA CHẢY

Sự gia tăng về khối lượng, độ lỏng và tần suất bài tiết phân. Có ỉa chảy thẩm thấu, ỉa chảy tiết, hấp thụ kém, ỉa chảy dịch rỉ, rối loạn vận chuyển đường ruột. 22% người mắc bệnh là trẻ em. Nếu ỉa chảy trên 2 tuần là ỉa chảy kéo dài.

Triệu chứng: Đau bụng, nôn mửa, máu trong phân (có thể), phân mùi hôi nồng. Đi ỉa 10-15 lần/ngày, sốt nếu có nhiễm khuẩn. Giảm cân, ăn mất ngon, đau mót trực tràng. Phân dưới dạng lỏng nước, có niêm mạc dịch hay nhiều chất béo. Đi ngoài nhiều lần, phân ít. Trụy tim mạch, mất nước, mất điện giải là hậu quả của ỉa chảy và là nguyên nhân chính gây tử vong.

Điều trị: Tăng cường lực ruột: *Diphenoxylat* 2,5 - 5mg x 3 - 4 lần/ngày; *Codein phosphat* 15 - 30 mg x 2 - 3 lần/ngày hoặc cồn thuốc *Paregoric* 15ml cách 4 giờ hoặc *Loperamid* 2 - 4 mg x 3 lần/ngày x 2 - 3 ngày. Có thể dùng kháng tiết cholin (*Atropin*, *Alverin* chống đau và co thắt). *Kaolin*, *Smecta*, *Pectin*, *Attapulgit* cũng tốt. Với trẻ em: không được dùng kháng sinh hoặc tác nhân chống ỉa chảy nếu không có chỉ định.

Cần bù nước điện giải kịp thời: *Oresol* uống hoặc truyền dịch (quan trọng hàng đầu). Trẻ em dùng nước cháo tốt hơn ORS. Tạm ngừng dùng các sản phẩm bơ sữa vì ỉa chảy trẻ em gây thiếu hụt lactose tạm thời.

Ỉa chảy nhiễm khuẩn

Đại tiện nhiều lần, phân loãng nước, dưới 5 ngày, nếu trên 2 tuần là ỉa chảy kéo dài. Tử vong cao, nhất là trẻ em.

Nguyên nhân: do ăn uống nhiễm khuẩn, thường do *Rotavirus*, *E.coli*, *Shigella*, *Vibrio cholerae*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Lambliia*, *Amíp*.

Triệu chứng: Phân loãng, nhiều nước, đi ỉa nhiều lần, có khi 10-15 lần/ngày, mùi khó chịu, mũi nhày hoặc máu. Mất nước và điện giải - Khát nước - Tiểu ít - Miệng khô - Mất trũng - Lò dò - Thở sâu - Mạch nhanh - HA hạ - Da mất đàn hồi. Trẻ con thóp lõm, thường có sốt.

Điều trị: Bù nước và điện giải là quan trọng nhất. Uống *Oresol* hoặc tiêm truyền tĩnh mạch *Na chlorid* đẳng trương, *Lactat ringer*, dung dịch *Darrow* pha loãng một nửa. Nếu không truyền được, bù nước qua ống mũi - dạ dày, không cần nhịn ăn (đảm bảo dinh dưỡng). Qua 48 giờ điều trị tích cực không đỡ mới dùng kháng sinh.

Kháng sinh; Bệnh tả, lỵ trực khuẩn, lỵ amíp, *Salmonella* (xem chuyên khảo này).

Tùy trường hợp có thể dùng: *Metronidazol*, *Ciprofloxacin*, *Vancomycin*, *Chloramphenicol*, *Co-Trimoxazol*, *Sulfaguanidin*, *Nifuroxazid*, *Berberin*... phối hợp với *Loperamid*. Dùng *Co-trimoxazol* cho trẻ em là hợp lý.

Liệu pháp ưu tiên là:

1. Nếu không sốt: uống *Loperamid* 2 viên/ngày, chia 2 lần x 2 ngày.

2. Nếu có biểu hiện nhiễm khuẩn: dùng *Ciprofloxacin* 500mg x 2 lần/ngày hoặc *Ofloxacin* 200mg x 2 lần/ngày hoặc *Norfloxacin* 400mg x 2 lần/ngày trong 3 ngày.

3. Hoặc có thể dùng *Doxycyclin* 100mg x 2 lần/ngày, trong 3 ngày liên.

Các thuốc khác: *Carbogast*, *Carbophos*, *Carboseptyl*, *Carbosylan*, *Actapulgit*, *Kaolin pectin*, *Neoentrostop*, *Smecta*, *Trimebutin maleat*, *Paregoric*. Dùng *Smecta* cho trẻ em là hợp lý.

Các thuốc chống co thắt và giảm đau: *Acticarbin*, *Clidinium Br*, *Hyoscin butylbromid*, *Mebeverin HCl*, *Alverin*, *Tiropramid*, *Nospa*, *Spasfon*, *Atropin*.

Các thuốc cân bằng tạp khuẩn: *Antibio*, *Bioflor*, *Biolactyl*, *Lacteol*, *Lactomin*, *Ultra levure*, *Enteric*.

Phòng bệnh: Ăn, uống chín và sôi, ở sạch.

Bệnh thường do "bàn tay bẩn", đặc biệt trẻ em. Cần tạo dựng thói quen rửa tay trước khi làm thực phẩm, giải khát, trước khi ăn, sau đại tiện.

- Một số trẻ suy dinh dưỡng thường bị ỉa chảy: bù nước, điện giải lâu hơn, tìm các ổ nhiễm khuẩn để tiêu diệt, cho ăn với khẩu phần dinh dưỡng phù hợp.

Những người đi xa (du lịch) nên luôn mang theo *Oresol*, *Loperamid*, *Spasmaverin*, *Metronidazol* bên người.

Trong lúc ỉa chảy cần kiêng ăn: gia vị, rau hoa quả, uống có ga, mỡ, sữa béo.

4. KHÓ TIÊU

Là một triệu chứng rối loạn chức năng của bộ máy tiêu hoá chủ yếu ở dạ dày, gây ú đọng thức ăn trong dạ dày, nhưng không tìm thấy tổn thương thực thể.

Khó chịu thường thấy: khó tiêu, sinh hơi, đầy bụng, đau lâm râm, nóng rát ở vùng trên bụng - ngực.

Triệu chứng: Ợ hơi, trướng bụng, nặng bụng, sôi bụng, đau thượng vị dưới xương ức. Ăn vào có thể đau thêm hoặc giảm. Biếng ăn, buồn nôn, đi ỉa giờ giấc bất thường. Lo âu, trầm cảm.

Điều trị: Như chứng trào ngược, nếu có bằng chứng do *Helicobacter pylori* thì dùng *Bismuth Subsalicylat* + *Amoxicillin* + *Omeprazol* + *Metronidazol* hoặc đủ bộ thuốc *Gastrostrat* hoặc *Pylobact* hoặc *Pylokit* (xem 5/XIX).

Các thuốc khác: *Amebismo*, *Antigas plus* -

atnalym II, digene, enteric, gamaxcin, gasteril gel, gestid, kremil S, Macgel, Mylanta II, Phosphalugel, Trymo, Veragel DMS, Simethicon, Alkaseltzer, Alltazen, Domperidon, Metoclopramid, Bio-clean, Carbogas, Carbophos, Carboseptyl, Carbosylane, Trimebutin maleat, Cisaprid, Fepadial, Pantyrase, Papaze, Pepsane, Dimethicon, Anetholtrithion, Acticarbine.

Các thuốc chống co thắt như: *Hyoscin butylbromid, Alverin, Mebeverin, Clidinium, Spasfon, Systabon, Tyropramid* kết hợp với *ENO*.

Các thuốc cân bằng tạp khuẩn: *Antibio, Biolactyl, Bioflor, Lactomin, Neo-lactyl, Enteric.*

Các thuốc tăng men tiêu hoá: *Copaze, Librozym plus, Neopeptin, Pancrelase, Pandual, Panthicone F, Pansiron G, Panwoodi, Sancase, Taericon, Zymoplex.*

Liệu trình điều trị như sau:

- *Domperidon (Motilium 10mg)* 4 viên/ngày, chia 2 lần x 7 - 10 ngày hoặc *cisaprid (Motilax 5mg)* 3 - 5 viên/ngày, chia 2 - 3 lần x 5 - 7 ngày hoặc *metoclopramid (Primperan 10mg)* 3 viên/ngày, chia 3 lần x 5 - 7 ngày hoặc *Trimebutin (Debridat 100mg)* 3 viên/ngày, chia 3 lần x 5 ngày. Uống 1 trong các thuốc trên, nếu có đau bụng thì kết hợp với *Nospa* hoặc *Spasmaverin* 2 - 3 viên/ngày.

Phòng tránh: Thức ăn dễ kích thích như rượu, bia, nước có ga, thuốc lá, ăn ít mỡ, thịt rán

hoặc hun khói, dưa, cà. Nếu do thuốc thì ngừng hoặc chuyển thuốc khác.

5. LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Loét giới hạn của niêm mạc dạ dày, ăn sâu qua lớp cơ, xảy ra ở những vùng tiếp xúc với acid và pepsin. Nguyên nhân: u tiết gastrin, stress và vi khuẩn hình xoắn *Helicobacter pylori* (HBP) (tìm ra năm 1983).

Triệu chứng: Đau vùng thượng vị có thể từ vài năm đến hàng chục năm, đau có chu kỳ, thường về mùa rét, mỗi chu kỳ từ 7-10 ngày trở lên, liên quan đến làm việc căng thẳng hoặc stress. Có thể đau lúc đói, ăn vào hết đau hoặc đau sau khi ăn vài giờ. Thể trạng gần như bình thường. Nếu loét hành tá tràng thường đau sau khi ăn 2-3 giờ, có khi đau 1-2 giờ sáng, một hay nhiều lần trong ngày. Nếu loét dạ dày, ăn vào đau chứ không giảm.

Điều trị: X-quang, nội soi, xét nghiệm, tế bào học, sinh thiết. Hình dạng ổ loét: tròn (thường gặp), điều trị nói chung tốt, loét méo mó nhiều cạnh là loét mạn, điều trị kết quả chậm, loét thẳng là mạn lâu điều trị dai dẳng, loét nhỏ nông xước là tái phát, điều trị kết quả nhanh. Biến chứng: gây chảy máu (thường do loét hành tá tràng), thủng (thường là loét dạ dày), hẹp môn vị (đau sau khi ăn), ung thư hoá (bờ cong nhỏ).

Điều trị cần đạt 4 yêu cầu: giảm đau, liền sẹo, ngừa tái phát, ngăn ngừa biến chứng.

Trung hoà và ức chế bài tiết HCl: Các *antacids* như các biệt dược có *Al hydroxyd* và *Mg hydroxyd* (*Maalox*, *Phosphalugel*, *Rennie*, *Alusi*, *Almac...*). Thuốc có kết hợp alginat là tốt hơn cả.

Ức chế bài tiết: Các thuốc kháng histamin H_2 , bơm proton tế bào bìa cùng với thuốc an thần loại *Diazepoxid*, *Sulpirid*.

Giảm đau và ức chế chất trung gian dẫn truyền acetyl cholin: *atropin* và dẫn chất.

H_2 blocker như *Cimetidin*, *Ranitidin*, *Famotidin*, *Nizatidin*.

Thuốc ức chế bơm proton: *Omeprazol*, *Lansoprazol*, *Pantoprazol*.

Hiện nay, phần lớn người bị loét dạ dày - tá tràng là do *Helicobacter pylori*, để điều trị tận gốc cần dùng liệu pháp dưới đây để đạt 4 yêu cầu:

Liệu pháp kết hợp thuốc:

- Tam liệu pháp: *dicitrato bismuthat trikali* + *tetracyclin* + *metronidazol* (như *Gastrostat*). Có thể thay *Tetracyclin* bằng *Amoxicilin*. Uống liên trong 10 ngày. Sau đó uống tiếp 1 viên *Omeprazol* vào buổi tối trước khi đi ngủ đủ 4 tuần lễ. Liệu pháp dễ bị kháng thuốc. Tỷ lệ khỏi 80%.

Amoxicilin hoặc *Clarithromycin* + *Nitroimidazol* + *Omeprazol*. Biệt dược chế sẵn thành bộ như *Pylokit*, *Pylobact*, *Dorakit*, *Antipyllo*, *Natacid...*

Sau đó uống tiếp *omeprazol* như trên. Hiệu quả rõ nhưng cũng dễ kháng thuốc. Tỷ lệ khỏi trên 90%.

- Tứ liệu pháp: tam liệu pháp + *dicitrato bismuthat trikali* hiệu quả tốt. Sau đó dùng *omeprazol* như trên. Tỷ lệ khỏi 95% (có người dùng bổ sung tứ liệu pháp 5 viên *vitamin B₂* hàng ngày).

Nhận thấy: Nếu chỉ dùng đơn liệu pháp: *omeprazol* hoặc *kháng histamin H₂* như *cimetidin* hoặc *sucralfat*, lành bệnh thấp và phải uống lâu dài 4-6 tuần liên. Tỷ lệ tái phát cao.

Nếu dùng nhị liệu pháp: *kháng sinh* + *benzimidazol* cũng có hiệu quả vừa phải mà phải dùng 14 ngày liên. Tỷ lệ tái phát cao.

Vì vậy ưu tiên sử dụng từ liệu pháp + *vitamin B₂*. Tiếp theo đó là 1 viên *Omeprazol* vào buổi tối trước khi đi ngủ, uống liên 1 tháng.

Không nên dùng *benzimidazol* (như *omeprazol*) trước khi dùng từ liệu pháp vì làm giảm hiệu lực.

Hiện nay đang nghiên cứu sử dụng thêm một kháng sinh nữa để điều trị triệt để, tránh tái phát.

Nếu có triệu chứng tái phát (có thể 1 và năm sau) thì dùng *benzimidazol* (1 viên/tối) trong 1 tháng liên là đủ.

Chú ý: tất cả các thuốc kháng histamin H₂ đều có tác dụng phụ gây bất lực đến liệt dương ở đàn ông. Cần cảnh giác.

Uống xong liệu trình thuốc cần nội soi lại để biết tình trạng khỏi bệnh.

Phòng bệnh: Chế độ ăn uống phù hợp. Không uống rượu bia, hút thuốc lá. Chế độ làm việc, nghỉ ngơi điều độ. Tránh các stress.

6. NGỘ ĐỘC CLOSTIDIUM BOTUNINUM

Ngộ độc thần kinh cơ do độc tố *C. botulinum*: do thức ăn, do thương tích và ngộ độc ở trẻ non tháng. Chúng sản sinh ra 7 loại độc tố. Chúng chịu nhiệt mạnh, sống nhiều giờ ở 100°C, nhưng độc tố dễ phá hủy ở 80°C/30 phút. Thường ngộ độc do thực phẩm đóng hộp, rau, trái cây, cá, gia vị, thịt bò, sữa và sản phẩm sữa, lợn, gà, hải sản.

Triệu chứng: Đột ngột, triệu chứng thần kinh xảy ra đối xứng từ sọ, yếu ớt lan dần xuống dưới. Khô miệng, song thị, sa mi, mất điều tiết, mất phản xạ đồng tử với ánh sáng. Nôn, cứng cơ bụng, ỉa chảy, liệt nhẹ hành tủy (loạn ngôn, khó nuốt, trào ngược lên mũi). Các cơ tứ chi yếu dần, không sốt, mạch bình thường, không rối loạn cảm giác. Biến chứng do liệt cơ hoành, nhiễm khuẩn phổi, tử vong. Ngộ độc *C. botulinum* do vết thương có triệu chứng thần kinh nhưng không biểu hiện về dạ dày ruột. Ngộ độc *C. botulinum* ở trẻ non tháng (2 - 3 tháng tuổi) do ăn phải bào tử *C. botulinum* (không phải ăn phải độc tố tạo ra từ trước).

Điều trị: Ăn uống sạch, nấu kỹ. Đồ hộp, bất cứ 1 nghi ngờ nào cũng loại bỏ. Trẻ em dưới 1 tuổi không cho ăn mật ong.

Làm nôn, rửa dạ dày và tẩy xổ. Mối đe dọa lớn nhất là suy hô hấp và các biến chứng, vì vậy cần đưa cấp cứu, theo dõi chặt chẽ các số đo về dung tích sống. Dùng kháng độc tố đối phó với các đợt bệnh (không giải toả được độc tố bám gắn).

7. TÁO BÓN

Đại tiện khó và ít (hoá cứng của phân, đi ngoài có cảm giác không hết). Có táo bón cấp, táo bón mạn là táo bón tiên phát (không có nguyên nhân, táo bón triệu chứng (có nguyên nhân).

Triệu chứng: Đi ngoài không thường xuyên, đi ngoài khó khăn, ít hơn 3 lần/tuần. Đi ngoài rặn mạnh, có khi khóc (trẻ em); đau thường dẫn đến cảm giác không muốn đi ngoài. Có khi gây chứng ỉa đùn, thứ phát của nước bao quanh một cục phân rắn. Đi ngoài xong thường hay phù nề quanh hậu môn.

Điều trị: Cần tìm nguyên nhân: rối loạn vận động ở đại tràng hay ở trực tràng sigma, nếu do đại tràng thì dùng thuốc điều hoà nhu động đại tràng, nếu do trực tràng thì dùng thuốc tại chỗ. Với cấp tính như: tắc ruột cơ học, viêm màng bụng, túi thừa, chấn thương, gây mê, nằm liệt giường, do thuốc, u kết tràng, tại chỗ hậu môn (nứt).

Với mạn tính như: nhiễm khuẩn, thiếu năng tuyến giáp, urê huyết, tăng calci huyết, nguồn gốc thần kinh, đơ kết tràng, kết tràng lớn, Parkinson, u não, huyết khối não, do tuỷ sống...

Tác nhân độn (*cám, psyllium, Ca polycarbophil, methyl cellulose*) có thể dùng lâu dài. Thuốc xổ và nhuận tràng dùng phải thận trọng: làm ứ đọng (*docusat*), dầu khoáng, chất thẩm thấu (xổ mặn), *lactulose, sorbitol*, ion đa trị (*phosphat, magie, sulfat*), *polyethylen glycol*. Ăn khoai lang luộc cũng rất tốt. Thuốc xổ bài xuất hay kích thích: *cascara, dầu thầu dầu. Bisacodyl* được ưa dùng hơn cả. Táo bón phân hóa cứng (trực tràng) có thể dùng: *Microlax, Ducolax, Rectobanbilin. Microclismi* bơm hậu môn 1 liều (người lớn, trẻ em riêng) nhưng không dùng lâu dài, thường xuyên.

Các thuốc khác: *Macrogol 4000 (Forlax), Fortrans* (làm sạch đại tràng), *Na picosulfat (Fruitines), Igol, Laxaton, Mucinum, NeoBoldolaxin, Docusat Na (Norgalax), Normacol, Sorbitol, Tabonic.*

Phenolphthalein hiện nay không dùng nữa.

Nên uống nhiều và đủ lượng nước hàng ngày. Nước suối rất tốt: đặc biệt nước suối Vĩnh Hảo. Có người dùng nước suối Kênh Gà. Thuốc xổ và nhuận tràng chỉ dùng trong thời gian ngắn.

Những biện pháp điều trị đơn giản thông thường: Thể dục vận động, gây phản xạ đi ngoài đều đặn hàng ngày, chế độ ăn uống phù hợp như

ăn nhiều chất xơ, uống nhiều nước, đặc biệt uống 1 cốc nước suốt khoảng 200-300 ml/sáng, tránh ăn các chất nhiều tanin (chuối xanh, ổi xanh...).

Lưu ý: Nếu do đại tràng thì dùng thuốc toàn thân qua đường uống (*sorbitol*, làm trơn như *các loại dầu, chất xơ, bisacodyl, ion đa trị, khoai lang, boldolaxin, đại hoàng...*).

Nếu do trực tràng thì dùng thuốc tại chỗ: *Microlox, Ducolax, Glycerol, Microclismi...*

Không nên lạm dụng thuốc chống táo bón, dễ gây bệnh melanose (gây ỉa chảy hoặc táo bón nặng hơn khi ngừng thuốc).

8. TẮC RUỘT - LỒNG RUỘT

8.1. Tắc ruột

Đau từng cơn kéo dài 2-3 phút. Nôn (thức ăn sau là mật dịch, nôn ra phân là để quá muộn). Bí trung đại tiện. Trướng bụng. Khi đau hiện tượng nhu động ruột như rắn bò. Sờ nắn: phản ứng, có thể thấy búi giun, khối lồng ruột, u. Gõ đục. Nghe thấy lọc rọc do hơi và dịch chuyển. Trực tràng rỗng. Toàn thân: có thể mất nước, điện giải, hạ HA, nhiễm độc, nhiễm khuẩn.

Điều trị: X-quang. Làm xẹp ruột, điều chỉnh nước, điện giải, calo, tắc ruột thấp phải hút liên tục để tàm xẹp ruột (vai trò hàng đầu).

Phẫu thuật.

Sau mổ: kháng sinh. Nước điện giải và cung cấp calo (*glucose + insulin*).

8.2. Lồng ruột

Khi một đoạn ruột chui vào lòng một đoạn ruột cạnh nó (thoát vị ruột vào lòng ruột gây nghẹt và hoại tử. Phải chẩn đoán và xử lý sớm.

Đột ngột đau, khóc thét, ưỡn người, nôn vọt, giãy dụa, tím tái. Đồ dần, rồi lại tái diễn, lả dần, ngủ thiếp. Nôn ra sữa, mật có khi có phân, ỉa ra máu mũi, trướng bụng. Mạch nhanh, lơ lơ, sốc - Có thể sốt - Có thể thấy khối lồng dài như chiếc dùi, cạnh rốn bên phải dưới sườn phải (nếu đến sớm). Thăm trực tràng: rỗng, có máu mũi, máu tươi theo tay là rõ lồng ruột. Sờ thấy đầu khối lồng là lồng ruột để quá muộn.

Điều trị: X-quang - Có 2 phương pháp: tháo lồng không cần mổ (bơm baryt và bơm không khí) và phẫu thuật tháo lồng.

- Bơm baryt ít dùng vì nhiễm tia X, vỡ ruột nhiễm độc baryt.

- Bơm không khí ít tai biến hơn nhưng có thể vỡ ruột, tháo không hết lồng, đứt dải dọc đại tràng.

- Phẫu thuật nếu 2 cách trên thất bại, đến muộn sau 48 giờ.

Lưu ý: Lồng ruột ở người lớn thường là mạn tính hoặc bán cấp, ít cấp tính. Đau dữ dội, đau đi đau lại nhiều đợt ở hố chậu phải, có thể nôn.

Ít gặp ỉa ra máu hoặc tắc ruột. Cần chẩn đoán phân biệt với đau ruột thừa, u đại tràng. Xử lý: phẫu thuật.

9. THÚNG DẠ DÀY

Hậu quả của viêm loét dạ dày - tá tràng là chính.

Triệu chứng: Đau đột ngột như dao đâm vùng thượng vị.

Không nằm ngửa được mà phải nằm nghiêng, đầu gối gấp vào bụng. Bụng cứng như gỗ.

Không dám thở sâu, không bóp bụng, phình bụng được.

Mạch nhanh, toát mồ hôi lạnh.

Nếu muộn: sốt, mạch nhanh, thở nông, đái ít, trướng bụng do viêm màng bụng. Thường đã có tiền sử bệnh dạ dày.

Điều trị: X-quang. Xét nghiệm.

Phẫu thuật khâu buộc hoặc cắt. Sau dùng kháng sinh.

10. TRĨ

Là tình trạng giãn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ hoặc ngoài cơ thắt. Liên quan chủ yếu đến yếu tố gia đình và bẩm sinh.

Triệu chứng: Có trĩ ngoài, trĩ trong (trĩ nội và trĩ ngoại) với 4 độ trĩ:

- Độ 1: Trĩ trong lòng hậu môn.

- Độ 2: Trĩ sa ra ngoài sau đó lại co vào.
- Độ 3: Sa ra không co lại được.
- Độ 4: Trĩ ở ngoài hậu môn.

Có nhiều trường hợp chảy máu, đau, nứt hậu môn, gây áp xe, sa trĩ. Ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt lao động.

Có thể gây thiếu máu do chảy máu.

Biến chứng: tắc mạch do trĩ, nghẹt, nhiễm khuẩn, chảy máu và sa niêm mạc trực tràng.

Điều trị: Tránh táo bón (xem mục 7/XIX).

Đặt viên trĩ, mỡ: *Proctolog. Preparation H.*
Uống: *circanetten*.

Cuối cùng là dùng thuốc làm xơ, thắt trĩ, liệu pháp lạnh, liệu pháp nước sôi, liệu pháp quang học (Laser YAG), đốt điện và phẫu thuật cắt trĩ. Sau đó dùng kháng sinh.

Các thuốc khác: *Anovate, Cevit rutin, Daflon, Diosmin, Ginkor fort, Rutin (Mevon 500), Titanorein, Venosan, Ginkgo procto*.

Trĩ độ 1, 2, 3 tiêm gây xơ tận gốc búi trĩ: *Quinin urê, dầu phenol 5%, cồn tuyệt đối polidocanol, dung dịch muối ưu trương* làm cho trĩ độ 1, 2 có thể biến mất, trĩ độ 3 làm cầm chảy máu. Có thể dùng điện cao tần áp tại chỗ làm cầm máu. Thắt búi trĩ 1, 2 bằng vòng cao su.

Trĩ có biến chứng: Điều trị như trên cùng với thuốc giảm đau như *Paracetamol, Codein, Aspirin. Heparin* tại chỗ.

Trĩ độ 3, sa trực tràng: Ngâm hậu môn nước nóng hàng ngày. Sa thì nhẹ nhàng đẩy vào, tập vận động nâng cơ hậu môn. Thường là phải phẫu thuật nếu chảy máu kéo dài và nặng, huyết khối, nghẹt trĩ, sa trực tràng nặng.

Phòng tránh: Chống táo bón, rặn quá mức khi ỉa.

Ăn nhiều quả, nhiều chất xơ.

Dùng các thuốc chống táo bón.

Không ăn các chất kích thích: rượu, ớt, hạt tiêu.

Tránh ngồi và đứng nhiều.

11. TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN (GER = Gastroesophageal reflux)

Trào ngược của dịch và chất chứa trong dạ dày lên thực quản. Hậu quả là gây viêm hoặc loét thực quản đưa đến hẹp thực quản.

Cơ chế là do giảm trương lực cơ vòng dưới thực quản.

Triệu chứng: Ợ nóng. Có thể có trào ngược. Nếu trào ngược không lên đến miệng người bệnh nhận thấy dễ bỏ qua.

GER có biến chứng: viêm thực quản, co thắt thực quản - tiêu hoá, loét thực quản, di sản Barrett, gây nên nuốt đau, có thể xuất huyết, khó nuốt, đau vùng ức, vết loét chậm lành. Hẹp thực quản.

Điều trị: Soi thực quản sinh thiết nếu cần.

Nằm đầu cao (giường). Tránh dùng các kích thích tiết acid (cà phê, rượu).

Tránh dùng thuốc chống tiết cholin, tránh ăn chất béo, sôcôla, tránh hút thuốc.

Dùng kháng acid như các loại *Maalox*, *muối Mg*, *Trisilicat*, *Phosphalugel*... *Bethanechol* 25mg x 3 lần/ngày, *Metoclopramid* 10mg uống 30 phút trước bữa ăn và lúc đi ngủ.

Đối kháng H_2 *histamin* (*Cimetidin*, *Ranitidin*).

Omeprazol 20mg/ngày x 4-8 tuần. Trẻ em nôn trở nhiều có thể dùng *Domperidon* (nhũ dịch uống).

(Xem thêm mục 4/XIX - liệu trình điều trị).

Các thuốc khác: *Lansoprazol*, *Famotidin*, *Nizatidin*, *Gamaxcin*, *Gastropulgit*, *Gestid*, *Mylanta II*, *Normogastryl*, *Pantoprazol*, *Rabeprazol Na*, *Ulfon*, *Varogel*, *Dompeidon*, *Cisaprid*, *Trimebutin maleat*, *Phosphalugel*, *Rennie*.

Nếu biến chứng xuất huyết phải cấp cứu, co hẹp thì nong giãn. Phẫu thuật nếu bệnh nặng.

Vì vậy, có hiện tượng trào ngược phải chữa trị sớm, tránh gây viêm loét thực quản, một bệnh khó điều trị.

Phòng tránh: Mỗi bữa không ăn quá nhiều, chia ra nhiều bữa, ăn ít một, nên ăn đặc, khô (không nên ăn lỏng). Không ăn nhanh, nhai phải kỹ. Nổi rộng thất lưng.

- Tránh: sôcôla, thuốc lá, cà phê, mỡ, nước uống có ga.

- Trị táo bón (xem mục 7/XIX), đầy hơi khó tiêu (mục 4/XIX).

- Tránh dùng các thuốc làm giảm trương lực cơ vòng: *estrogen*, *progesteron*, các *anticholinergic*, *barbiturat*, ức chế *calci*, *diazepam*, *theophylin*, các AINIS và corticoid.

Lưu ý: Viêm thực quản thường do trào ngược là chính, các chất ăn mòn (acid, kiềm) do thuốc (*aspirin*, *doxycyclin*, *quinidin*), phóng xạ, nấm *Candida*. Nóng đau, rát bỏng sau xương ức, có thể khó nuốt, nôn, sặc, nấc.

Điều trị: xem phần trên.

12. UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Thường có 3 loại: gây hẹp, sùi và phát triển trong thành đại tràng. Hầu hết bệnh nhân là người lao động chân tay.

Triệu chứng: Đau âm ỉ hoặc thành cơn bất kỳ lúc nào, hoặc thấy nặng bụng. Không phải tổn thương ung thư bao giờ cũng ở dưới điểm đau. Táo bón sau khi đau, ỉa lỏng có lẫn máu mủ, dễ lẫn với ly. Táo bón ỉa chảy xen kẽ nhau. Rất ít đại tiện ra máu tươi, sút cân, mệt mỏi, da xanh, bán tắc ruột. Nắn rất khó thấy u. U ở đại tràng phải, nắn dễ thấy hơn.

Điều trị: X-quang phải nhiều lần. Soi chỉ phát hiện được tới đại tràng sigma. Dùng ống soi mềm có thể thấy toàn bộ khung đại tràng. Kháng nguyên CEA.

Phẫu thuật là tất yếu. Đến khi phẫu thuật thường đã muộn, đã có di căn, thủng hoặc áp xe quanh khối u.

Dùng hóa chất đơn thuần ít hiệu quả mà kết hợp với phẫu thuật. Ít dùng tia phóng xạ. Nếu mổ sớm và kết hợp hóa chất thường sống thêm được 5 năm.

Hậu phẫu dùng kháng sinh. Đề phòng bội nhiễm nối (5-10 ngày sau mổ) phải mổ lại (tiền lượng rất xấu).

Tóm lại: Nếu có nghi ngờ phải khám và chẩn đoán thật sớm, nếu mổ chỉ mổ 1 lần, sau mổ kiểm tra định kỳ (3, 6 tháng, 1 năm).

13. VIÊM DẠ DÀY

Là phản ứng của niêm mạc dạ dày với một tác động như thức ăn-uống không hợp (rượu) hay ô nhiễm, thuốc men (AINS), hóa chất, liên quan đến stress và HBP.

Triệu chứng: Viêm cấp tính: Đau đột ngột dữ dội, nôn nao, cồn cào rất bỏng vùng thượng vị. Buồn nôn, nôn (có thể ra máu). Chướng hơi, thành bụng cứng hơn. Khó tiêu.

Nội soi thấy đỏ rực, sự xói mòn ở đáy dạ dày, đốm sung huyết bầm máu, phù nề, nếp nhăn to cứng, loét trợt, dịch dạ dày bẩn.

Có viêm dạ dày nông và viêm dạ dày sâu (qua nội soi và mô học).

- Viêm dạ dày mạn: Âm ỉ không thành cơn hoặc chu kỳ, cảm thấy râm ran rát bỏng vùng thượng vị. Chướng hơi, chậm tiêu, đầy bụng, ăn kém.

Nội soi thấy nếp nhăn teo (hay thô), thấy rõ mạng lưới mao mạch, có vết loét trợt hay viêm, chảy máu rải rác hình núm vú. Nói chung nguyên nhân không rõ ràng, nội soi đa dạng, triệu chứng không đặc biệt.

Dịch vị thay đổi từ vô toan, thiếu toan, đa toan hoặc bình thường.

- Teo: Viêm dạ dày ở đáy, hang. Nội soi không chắc chắn. Hình dạng đáy dạ dày đặc trưng ở bệnh thiếu máu ác tính là teo nặng. Chưa có cách điều trị chắc chắn.

- Dị sản: Theo kiểu niêm mạc hang. Không phải là tiền ung thư.

Điều trị: X-quang, nội soi, xét nghiệm, sinh thiết nếu cần.

- Chảy máu (xem mục 3 trên đây).

- Chống đau: Dùng 1 trong các thuốc: *Atropin* 0,25mg 1-2 ống tiêm dưới da x 3-7 ngày. *Nospa* uống 3-4 viên/ngày x 3-7 ngày (hoặc *Spasmaverin*).

- Thuốc chống acid và tạo màng bọc: *Kavet*, *Alusi*, *Almaca*, *Rennie*, *Maalox*, *Phosphalugel*, *Bismuth subcitrat*. Các thuốc kháng histamin H₂: *Cimetidin*, *Ranitidin* 1g/ngày x 10 ngày. Các thuốc ức chế bơm proton: *Omeprazol*, *Lansoprazol*, *Pantoprazol*. Thuốc kích thích sản xuất chất nhày,

tái sinh niêm mạc dạ dày, tổng hợp PGE: *teprenon* (*Selbex, Dimixin*) 50mg uống 1 viên/lần x 3 lần/ngày sau bữa ăn x 7 - 10 ngày.

Cần lưu ý trong viêm dạ dày mạn, khối lượng dịch vị giảm, pH dịch vị giảm gây thiếu tiết và thiếu toan nên cần dùng thêm pepsin (*aci-pepsol, betacid, chloridin...*) 2g/ngày x 15-20 ngày.

- Viêm do vi sinh vật hình xoắn *Helicobacter pylori*. Vi khuẩn rất nhạy cảm với kháng sinh *Tetracyclin, Clarithromycin, Amoxicillin, Metronidazol*. Hiện nay đã chế tạo thành một bộ thuốc hoàn chỉnh, phối hợp 3 thuốc: một muối bismuth và 2 kháng sinh (*amoxicillin* hoặc *tetracyclin* hoặc *clarithromycin*) và *metronidazol*. Biệt dược đó là *Gastrostat* hoặc *Polybact* hoặc *Polykit*. Uống đủ một bộ. Sau đó củng cố bằng 1 đợt *Omeprazol* 4-6 tuần liên (xem mục 5/XIX).

- Nếu có thiếu máu dùng *vitamin B₁₂* uống hoặc tiêm.

Lưu ý: Bệnh thoái hoá niêm mạc dạ dày là bệnh hay gặp, đa dạng về lâm sàng, gây nên biến đổi chức năng của dạ dày, gây hậu quả nghiêm trọng.

Triệu chứng: Cũng giống như rối loạn tiêu hoá, viêm dạ dày nhưng do thoái hoá cấu trúc niêm mạc nên cần có chẩn đoán phân biệt chính xác.

Điều trị: Xem các phần trên. Chủ yếu các muối bismuth, các thuốc bao phủ niêm mạc, thuốc

an thần, thuốc kháng *cholin*, H₂ blocker, ức chế bơm proton...

14. VIÊM ĐẠI TRÀNG - ĐẠI TRÀNG CHỨC NĂNG

Viêm có thể do vi khuẩn *Escherichia coli*, *Vibrio cholerae*, *Salmonella*, *Shigella*, *Yersina*... và virus, do amip mạn, lao ruột, bệnh Crohn, bệnh Sprue, bệnh Whipple. Có thể loét viêm (thực thể) hoặc không (chức năng). Đau bụng dọc theo khung đại tràng. Phân nát, lỏng, sống, nhày, lờ lờ màu cá, rối loạn đại tiện, đi nhiều lần.

Viêm đại tràng cấp tính: Thể hiện ỉa chảy hoặc hội chứng lỵ phân toàn nước, ỉa nhiều lần, mất nhiều nước và điện giải. Phân như nước gạo, không máu mủ nhày. Do vi khuẩn tiết ra độc tố gây nên. Nếu hội chứng lỵ: ỉa nhiều lần, ít phân. Còn đau mót rặn, quặn theo khung đại tràng. Đi ỉa sẽ đỡ đau, nhưng lát sau lại tái diễn, phân nhày mủ máu bọt hơi gọi là lầy nhày máu cá.

Viêm đại tràng mạn tính: Biểu hiện của viêm ruột, đau bụng, ỉa chảy hoặc một hội chứng lỵ. Diễn biến từng đợt có thể thưa hoặc dày. Có thể biến chứng: tắc ruột, rò thủng ruột, chảy máu, giãn đại tràng và ung thư hóa.

Điều trị: Xét nghiệm. Soi X-quang.

Thuốc: *than hoạt* 4 - 10 g/ngày hoặc *Carbophos* 4 - 6 viên/ngày hoặc *Actapulgit* 2 gói/ngày. *Berberin* 100 mg 4 viên/ngày x 7 ngày + *Loperamid* 2 viên/ngày

x 2 ngày. Có thể dùng *Metronidazol* 0,25 g/lần x 4 lần/ngày trong 7 - 10 ngày (vào giữa bữa ăn) hoặc *Co-Trimoxazol*, *Furazolidon*, *Nifuroxazid*. *Sulfaguanidin* uống 10-12 viên/ngày cũng tốt.

Nếu do amip: *Dehydroemetin* tiêm bắp. *Metronidazol* là tốt nhất.

Nếu do nấm dùng *Nystatin* 0,25 g x 6 - 10 ngày.

Có chảy máu: *Salazopyrin* 0,50g x 2 - 4 viên/ngày x 10 ngày.

Lưu ý: Cần phân biệt với bệnh đại tràng chức năng (ĐTCN). Đó là hội chứng rối loạn chức năng đại tràng, không tìm thấy tổn thương thực thể nào (viêm, loét...) biểu hiện rối loạn vận động, hấp thu tiết dịch, phát triển vi khuẩn. Rối loạn này giống như tổn thương thực thể.

Có 2 nhóm: nhóm có nguyên nhân gọi là bệnh ĐTCN thứ phát và nhóm không có nguyên nhân gọi là bệnh ĐTCN nguyên phát.

- ĐTCN thứ phát: do bệnh đường ruột ngoài đại tràng, do thần kinh, do bệnh chuyển hóa, nội tiết, thuốc men, độc tố gây đi lỏng, đau bụng, đầy hơi, táo bón.

- ĐTCN nguyên phát: Không tìm thấy nguyên nhân, chỉ điều trị triệu chứng. Chẩn đoán rất khó, người ta thường gọi là đại tràng dễ kích thích: đau bụng, đại tiện bất thường, co thắt, căng bụng do rối loạn vận động ruột, khi táo bón, khi đi lỏng, xuất tiết nhiều nhầy. Phụ thuộc vào tính chất lý

hóa của thức ăn, ruột phản ứng lại một số dịch thể, phản xạ dạ dày - ruột tăng lên, tăng trương lực cơ, buồn đại tiện sau khi ăn.

Triệu chứng: thường là đau bụng, đại tiện bất thường, phân không thành khuôn - Có đầy hơi chướng bụng, nổi cục cuộn ruột, sôi bụng. Có người đau đầu, buồn nôn, đau ngực, khó thở, có thể đi lỏng - đau bụng, táo bón - đau bụng, táo bón - đi lỏng xen kẽ. Phân nát, lỏng, nhày không có màu thường xảy ra khi thay đổi sinh hoạt, căng thẳng thần kinh và chế độ ăn.

Điều trị: Thăm khám và xét nghiệm để phân biệt. Không dùng thuốc kháng sinh, trừ bội nhiễm. Chế độ ăn uống rất quan trọng, tùy từng người có chế độ ăn uống thích hợp, làm việc, nghỉ ngơi, thoải mái về tâm thần rất cần thiết.

Đi lỏng dùng: *Codein* 10-40mg/ngày (hoặc dẫn chất opi). Viên *Paregoric*. *Diphenoxylat* 10-20 mg/ngày hoặc *Loperamid* 6-10mg/ngày x 2 ngày. *Actapulgit* 2-3 gói/ngày.

Nếu táo bón: *Bismuth* 20g/ngày. *Mucipulgit* 2-3 gói/ngày. *Sorbitol* 6-10g/ngày. *Bisacodyl* 5-15mg/ngày. Thụt *gelatin*, *glycerin* (xem Táo bón - 7/XIX).

Trị đau bụng: *Dicyclomin* 10mg 3 lần/ngày hoặc *Atropin* hoặc *Papaverin* hoặc *Alverin* (*Spasmaverin*), than thảo mộc, *Smecta*. Dùng an thần nhẹ *Seduxen*.

Do men thối rữa: *Sulfaguanidin*, *Intetrix*.

Do kích thích: *Tiropramid HCl*.

Bội nhiễm dùng: *Sulfaguanidin* hoặc *Nifuroxazid* hoặc *Furazolidon* hoặc *Berberin*. *Metronidazol* (*Klion*) là tốt nhất.

Trong tử thuốc gia đình hoặc đi du lịch cần có: *Ercefuryl* hoặc *Berberin* với *Loperamid* để dùng tức thời khi bị viêm đại tràng, đau bụng - ỉa chảy.

Công thức điều trị bệnh ĐTCN như sau:

- Viên nhộng *Paregoric*: 1 viên/lần/ngày, nếu nhạy cảm chỉ dùng 1/2 viên/ngày. Nếu cần phối hợp với:

- *Metronidazol* (*Klion*) 0,250 g/lần x 4 lần/ngày (vào giữa bữa ăn).

Có thể thay *Paregoric* bằng *Loperamid*, thay *Metronidazol* bằng *Tinidazol*. Uống trong 4 - 5 ngày.

- Nếu có đau bụng dùng *Spasmaverin* hoặc *Nospa* 2 viên/ngày.

- Nếu có hiện tượng mất nước rối loạn điện giải dùng *Oresol*.

15. VIÊM KẾT TRÀNG XUẤT HUYẾT

Hội chứng ỉa chảy có máu, cấp tính, gây ra bởi nhiễm khuẩn *Escherichia coli* làm chảy máu ruột, còn có thể do *Vibrio cholerae*, *Salmonella*, *Shigella*, *Yersina*, virus, lý amip, bệnh Crohn, bệnh Sprue...

15.1. Kết tràng xuất huyết

Triệu chứng: Cứng cơ bụng dữ dội, đột ngột, ỉa chảy nhiều có máu. Sốt nhẹ, ít biến chứng.

Điều trị: Dùng *oresol*. Ăn uống không có chất kích thích, mỡ, cá. Có thể dùng kháng sinh, *sulfamid*: *Co-Trimoxazol*, *Nifuroxazid*, *Berberin* + *Loperamid*, *Furazolidon*, *Metronidazol*, *Mesalazin* (*Alpharazin*), *Strepberin* tùy theo tác nhân gây bệnh. Đau do kích thích: *Tioproamid HCl*.

Các thuốc khác:

- Thuốc chống co thắt: (xem mục 5).
 - Thuốc cân bằng tạp khuẩn: (xem mục 5).
 - Thuốc bao phủ: (xem mục 6).
 - Thuốc hấp phụ: *Carbogast*, *Carbophos*, *Carboseptyl*, *Carbosylan*, *Quinocarbin*.
- (Xem mục 14/XIX: Viêm đại tràng).

15.2. Viêm loét đại trực tràng chảy máu

Thường gặp ở người trẻ. Tổn thương ở đại tràng với mức độ khác nhau. Nguyên nhân chưa rõ. Giống bệnh *Crohn*.

Triệu chứng: Có máu tươi theo phân. Cảm giác nặng bụng. Nếu chảy máu nhiều gây mệt mỏi, mất nước, điện giải. Người gầy sút do thiếu chất, thiếu năng lượng, suy dinh dưỡng. Có nhiều thể: nhẹ, trung bình và nặng.

Điều trị: Soi - Sinh thiết - Xét nghiệm.

Thuốc: Cả 3 thể đều phải dùng *corticoid*: *Prednisolon*, *Betamethason*, *Budesonid*, *Sulfasalazin* (*SAS*) và dẫn xuất. Thể nặng dùng *Azathiopyrin*, *Cyclosporin A*. Nếu phình đại tràng nhiễm độc điều trị tích cực tại bệnh viện.

Điều trị ngoại khoa: Phình đại tràng, viêm lan toả nặng, biến chứng cấp như tắc ruột, chảy máu ổ ạt hoặc thủng.

Phát hiện sớm ung thư (vì có tần xuất cao với viêm đại trực tràng chảy máu) 6 tháng soi 1 lần.

16. VIÊM TỤY

Là viêm cấp ở tụy gây ra phù nề xuất huyết hoại tử, chảy máu tụy, có thể di biến cả về mặt lâm sàng và mô học (do sỏi đường mật). Viêm tụy mạn là những thay đổi mô học vẫn còn tồn tại ngay cả sau khi tác nhân gây bệnh (rượu) đã được loại bỏ. Nguyên nhân: sỏi, giun, nghiện rượu, béo phì, loét tá tràng ăn sâu, nhiễm khuẩn, chấn thương.

Triệu chứng: Đau đột ngột dữ dội vùng bụng, lan ra sau lưng và sườn trái (50%), thỉnh thoảng thấy ở nơi vùng bụng dưới, kéo dài không bớt. Bụng chướng, sốt. Cử động, ho, thở sâu càng đau hơn. Buồn nôn, nôn, kiệt sức, vã mồ hôi, tim nhanh, thở nông, nhanh. Huyết áp thay đổi, hạ huyết áp tư thế. Cảm giác lu mờ đến hôn mê. Có bằng chứng xẹp phổi, có thể căng chướng bụng trên do khối viêm lớn ở tụy làm dạ dày dồn ra phía trước. Có thể có cổ trướng. Ấn bụng đau và cứng (sỏi mật, nghiện rượu sau một bữa thịnh soạn là nguyên nhân hàng đầu của viêm tụy cấp).

Điều trị: Khám thực thể, xét nghiệm amylase, lipase (tuy không khẳng định). Chụp phim ổ bụng thể nằm và đứng. Siêu âm.

Chống sốc nếu có. Ức chế tiết dịch tụy.

Để bệnh nhân đói 2-4 tuần, truyền dịch *NaCl* và *glucose*. Hút dịch và khí ở dạ dày (nếu nôn hoặc tắc ruột).

Giảm đau: *atropin*. Chuyển ngay đi cấp cứu.

Viêm tụy mạn có triệu chứng như viêm tụy cấp, là sự phá hủy xơ hóa mô tụy, tổn thương lan tỏa hoặc khu trú thành ổ, calci hóa lan tỏa hay xơ hóa, sỏi tụy hoặc calci hóa khu trú ở Wirsung làm hẹp lòng tụy, tạo u nang giả dẫn đến suy giảm chức năng nội tiết và ngoại tiết của tụy.

Điều trị tại bệnh viện. Có trường hợp phải phẫu thuật.

Phòng bệnh: Không uống rượu, ăn ít thịt mỡ (người béo phì), giải quyết những trường hợp sỏi đã biết (hoặc các u), giun. Xử lý triệt để các viêm nhiễm (loét dạ dày - tá tràng). Hút thuốc lá tăng nguy cơ mắc viêm tụy mạn lên 10 lần.

17. VIÊM RUỘT THỪA

Viêm cấp tính của phần ruột già bị teo (thời kỳ bào thai) nằm ở điểm gặp nhau của ba dải dọc trên manh tràng. Có 3 loại: tắc ruột thừa, nhiễm khuẩn và tắc nghẽn mạch máu ruột thừa.

Triệu chứng: Đau đột ngột vùng hố chậu phải tại điểm Mc Burney, có khi âm ỉ, có khi cơn đau dữ dội (điểm tiếp giáp của phần ba giữa và phần ba ngoài của đường nối từ rốn đến gai chậu trước trên). Sốt nhẹ, tăng bạch cầu. X-quang, siêu âm, cắt lớp không giúp ích gì trong giai đoạn đầu. Lưỡi bẩn, môi khô, hơi thở hôi. Số lượng bạch cầu thường cao. Có thể buồn nôn hoặc nôn. Dễ nhầm với cơn đau quặn thận, u nang buồng trứng, chửa ngoài tử cung, viêm vòi trứng.

Điều trị: X-quang (không cần thiết), có thể siêu âm. Khám lâm sàng, giải phẫu tức thời.

Nếu mổ ra không phải ruột thừa cần phải xem xét các trường hợp khác: thủng dạ dày, viêm túi mật hoại thư cấp, u nang buồng trứng, viêm vòi tử cung, thai lạc vị không? Chú ý túi thừa Meckel, viêm hồi tràng.

Cắt bỏ ruột thừa, trước đó dùng kháng sinh (*Cephalosporin*).

Dùng kháng sinh trong khi phẫu thuật và tiếp tục 48 giờ. Có thể dùng dịch truyền *NaCl* hoặc *glucose*. Vết mổ nhiễm khuẩn dùng phối hợp với *Metronidazol*. Mở rộng vết mổ xử lý lại.

Viêm ruột thừa sau 48 giờ, biến chứng viêm màng bụng nguy hiểm.

Chống chỉ định với cắt ruột thừa là bệnh viêm ruột xảy ra ở manh tràng, viêm màng bụng sau 48 giờ, viêm màng bụng ruột thừa thì hai, viêm màng

bụng tạo hình, áp xe ruột thừa, viêm màng bụng thì ba, đám quánh ruột thừa.

Phòng bệnh: Vệ sinh ăn uống, môi trường.

Xử lý ký sinh trùng đường ruột.

Chẩn đoán sớm trước 48 giờ. Những trường hợp đau bụng đều phải khám kỹ lưỡng để xác định, không được tùy tiện dùng thuốc giảm đau, kháng sinh (che lấp). Không châm cứu và dùng thuốc nam chữa ruột thừa.

Ăn ít mỡ thịt, nhiều rau quả. Tránh táo bón.

Có nên cắt ruột thừa trước không? Không nên. Vì ruột thừa có chức năng bảo vệ cơ thể và chức năng khác chưa rõ (chỉ nên với những người thám hiểm hoặc ung thư).

18. UNG THƯ DẠ DÀY

Triệu chứng: Có thể gần và xa tâm vị, môn vị. Ung thư tâm vị hiếm, thường là ung thư gần môn vị. Diễn biến âm thầm, khó phát hiện ngay từ đầu. Nuốt nghẹn, gầy sút nhanh tới hàng chục kg/tháng.

Ung thư bờ cong lớn, bờ cong nhỏ: đau, chảy máu, ỉa phân đen, có khi nôn ra máu. Hiếm ung thư mặt trước, mặt sau, ung thư cả dạ dày.

Nói chung ung thư dạ dày biểu hiện tại chỗ, sùi, loét, thâm nhiễm. Chẩn đoán ban đầu khó, rất dễ lầm với đau loét dạ dày - tá tràng và bỏ qua. Loại không có triệu chứng và chưa có khối u lại càng khó phát hiện.

Đau âm ỉ, rất bỏng trên rốn, không có cơn, giờ giấc, bữa ăn. Có trường hợp lúc đầu không đau, sau lại đau liên miên. Chán ăn, nặng bụng, cảm giác ậm ạch, sút cân, thiếu máu. Giai đoạn muộn, sờ nắn có thể thấy khối u tròn, to, cứng, không di động, báng nước, gan to u lớn nhô, phù chân, da vàng rơm xanh. Mệt mỏi, hốc hác, nôn, sốt nhẹ kéo dài.

Điều trị: X-quang - Nội soi - Sinh thiết - Xét nghiệm tế bào, máu.

Phẫu thuật là không tránh khỏi. Hóa chất phóng xạ hỗ trợ.

Cơ bản là phải phát hiện sớm, chú ý tiền sử loét bờ cong nhỏ. Nếu để muộn sẽ dẫn đến tử vong nhanh do biến chứng: chảy máu, thủng dạ dày, hẹp môn vị, tâm vị, di căn, suy kiệt.

Ung thư dạ dày chiếm khoảng 10% các loại ung thư, là một ung thư đứng hàng đầu, sau ung thư vòm, nhưng trên cả ung thư gan, vú, tử cung, đại tràng, thực quản, trực tràng.

Nếu phát hiện và chữa trị sớm có thể kéo dài cuộc sống khoảng năm năm.

XX. TIM MẠCH

1. ĐAU THẮT NGỰC

Còn gọi là đau thắt tim, một hội chứng lâm sàng do thiếu máu cục bộ cơ tim (xơ vữa động mạch), đặc trưng là những cơn khó chịu cảm giác thắt chặt sau xương ức hay vùng trước tim đè nặng, xuyên ra sau lưng, lan lên cổ, ra cánh tay, đặc biệt tăng nặng bởi sự gắng sức, stress, lạnh, cơn tăng HA, cơn nhịp nhanh và được giảm đi bằng nghỉ ngơi và ngậm *nitroglycerin* dưới lưỡi.

Triệu chứng: Có 5 dạng: Đau thắt ngực ổn định, biến thái, hội chứng X, không ổn định và tiền nhồi máu cơ tim. Đau nhức không gây phiền phức nhiều hoặc nhanh chóng trở thành cảm giác đè nặng nghiêm trọng, ghê gớm trước tim, lan ra vai trái, xuống cánh tay có khi đến tận ngón. Có thể đau qua lưng, vào họng, hàm, răng, đôi khi xuống tay phải hoặc trên bụng (không phải đau ở móm tim). Ráng sức và lạnh rất dễ làm tăng cơn đau. Nếu đau gia tăng, đau dài hơn, lúc đang ngồi hay tỉnh giấc thì xem là nghiêm trọng, gọi là đau thắt ngực bất định, thiếu năng cấp tính động

mạch vành, đau thắt ngực trước cơn nhồi máu hoặc là hội chứng trung gian nhưng ít bị đột tử.

Điều trị: Nằm nghỉ tuyệt đối. Điện tâm đồ - Siêu âm - Thăm dò phóng xạ.

Ba nhóm thuốc đặc hiệu là các *nitrat*, chẹn *beta*, ức chế *calci*.

Riêng đau thắt ngực biến thái Prinzmetal thì chống chỉ định với chẹn *beta*.

Thuốc ức chế calci: *Nifedipin*, *Diltiazem*, *Flunarazin*, *Nimodipin*, *Nicardipin*...

Nitroglycerin 0,3-0,6 mg đặt dưới lưỡi. Giảm nhẹ trong vòng 5 phút, lặp lại 3 lần, cách 4-5 phút nếu cần (luôn mang theo bên mình).

Nếu thuốc trên giảm đáp ứng, dùng *Amylnitrit* 0,18-3 ml được nghiền vỡ ra và hít thật nhanh, hít 2-3 lần là đủ. *Isosorbid dinitrat* 10-20 mg x 4 lần/ngày, cách 6 giờ.

Đắp trên da (*nitroglycerin*) tùy thuộc vào cỡ miếng dán. *Nitroglycerin* dẻo 2% bôi bám vào da 1,25cm - 7,5cm, cứ mỗi 6 - 8 giờ. Tránh quen nhờn thuốc (liều lượng, để miếng dán, dẻo, bao lâu thì bỏ v.v.). Dùng *Trimetazidin* (*Vastarel*) là cần thiết. Nên dùng *Aspirin* liều thấp 25-50-100 mg/ngày hoặc *Ticlopidin*, *Dipyridamol* chống tập kết tiểu cầu. Thuốc *Thiên sứ hộ tâm đan* đã được nhiều nước công nhận có hiệu quả và an toàn trong điều trị tim mạch.

Đưa bệnh nhân đi bệnh viện. Kết hợp dùng

thuốc khác do thầy thuốc chuyên khoa chỉ định (*chẹn beta, ức chế calci, heparin...*).

Nếu cần: Phẫu thuật tạo hình mạch vành xuyên lòng mạch.

Phòng bệnh: Không hút thuốc lá. Không chế cơn tăng HA, nhịp tim nhanh, suy tim, cường giáp, béo phì, thiếu máu, stress. Có nếp sống phù hợp, không làm việc quá sức, gắng sức.

Giải thích: Cơ chế của đau thắt ngực là do mảng xơ vữa nứt ra, gây ra huyết khối (cục máu đông) chưa lấp kín lòng động mạch vành.

Nhồi máu cơ tim cấp là do sự không ổn định và nứt ra của mảng xơ vữa gây ra huyết khối (cục máu đông) lấp kín toàn bộ lòng động mạch.

Trong thực tế mảng xơ vữa cứ âm thầm phát triển, gây hẹp và thậm chí tắc động mạch vành nhưng không gây ra nhồi máu cơ tim cấp vì có sự thích nghi và phát triển của tuần hoàn bàng hệ.

2. HẠ HUYẾT ÁP THỂ ĐỨNG

Hạ huyết áp quá mức khi vừa đứng dậy, có khi dưới 20/10 mmHg. Không phải là bệnh mà là biểu hiện bất thường trong điều chỉnh huyết áp do nhiều nguyên nhân: giảm thể tích máu (thuốc lợi tiểu, giãn mạch, nằm lâu, giãn mạch do sốt rét...), sự giảm đáp ứng của bộ phận cảm áp (người cao tuổi), thuốc làm hỏng cơ chế phản xạ tự động (liều cao *clonidin, reserpin...*), sử dụng nhiều loại thuốc

cùng lúc (đặc biệt thuốc tâm thần, trầm cảm, chống ung thư), các rối loạn thần kinh xảy ra ở hệ thần kinh tự động, hội chứng Shy-Drager và bệnh hạ huyết áp tự phát.

Triệu chứng: Nhẹ thì thấy quay cuồng, choáng vàng, lú lẫn, hoa mắt. Nặng hơn có thể bị xỉu hoặc đưa đến ngất, có thể đưa đến ngất về thần kinh. Chẩn đoán qua đo huyết áp thế đứng và nằm, tuy vậy cần tìm nguyên nhân gốc.

Điều trị: Ngừng dùng các thuốc gây hạ huyết áp. Dùng *Ephedrin* 25-50mg uống, cách 3-5 giờ. *Phenylephrin* dùng được.

Thuốc tăng khối lượng huyết tương.

Nếu không suy tim, cho uống *NaCl* 5-10g.

Dùng *Propranolol* cũng tốt, phòng ngừa giãn mạch.

Có thể dùng *Cafedrin*, *hep-A-myl*, *Nikethamid*, *Tensophoril*, *Etilefrin*, *Midodrin*.

Cafedrin (*Praxinor*) uống 1-2 viên/ngày (dùng buổi sáng, không dùng buổi tối gây mất ngủ).

Nên uống mỗi sáng 1 cốc cà phê.

3. NGẤT (Xỉu)

Một sự mất tỉnh táo đột ngột và ngắn. Không có phản ứng, mất trương lực tư thế. Xỉu, choáng vàng, đầu óc quay cuồng báo trước một sự bất tỉnh sắp xảy ra thành cơn ngất khi bệnh nhân ở tư thế đứng.

Triệu chứng:

+ Ngất do tim: đột ngột, kết thúc nhanh, tự nhiên, thường do loạn nhịp. Ngất Stokes - Adams không có báo trước ngay cả đang ngồi. Ngất do loạn nhịp khác có thể thấy đánh trống ngực.

+ Ngất do hệ thần kinh phế vị: Nhanh do kích thích về thể chất, tình cảm (đau đớn, hoảng sợ, nhìn thấy máu...) ở tư thế đứng, trước đó có buồn nôn, yếu ớt, hoa mắt, đổ mồ hôi.

+ Ngất do thế đứng: giảm huyết áp do giảm thể tích máu, do nằm lâu trên giường, giãn tĩnh mạch nặng, dùng nhiều loại thuốc, xảy ra khi mới bắt đầu đứng lên, người khoẻ mạnh phải đứng im lâu (duyet binh, đứng gác).

+ Ngất do động kinh: đột ngột, giật cơ, co giật toàn thân, mất kiểm chế, cắn lưỡi, lú lẫn. Có thể sau cơn bệnh.

+ Ngất do nghẽn mạch phổi: do tắc nghẽn lớn của mạch máu phổi, khó thở, thở gấp, nặng ngực, tím tái, giảm huyết áp.

+ Ngất khởi phát từ từ: có báo hiệu và mất đi chậm chậm. Có thể bất thường chuyển hoá (giảm gluco huyết, giảm CO_2 huyết do tăng thông khí) thường theo sau dị cảm và nặng ngực.

Điều trị: Trước khi cho thuốc phải khám để biết nguyên nhân, đặc biệt tim mạch, thần kinh, phân định chính xác vì ngất dễ đưa đến tử vong, đặc biệt đột tử. Vì không kịp chứng kiến gây nên

khó khăn về bệnh sử, cần khám thực thể: đáng vẻ, tim, thở, huyết áp, điện tim, xét nghiệm.

Cho bệnh nhân nằm ngang, nâng cao 2 chân (không được cho người bệnh ngồi ngay dù sau khi đỡ, kéo người bệnh đứng lên lại càng nguy hiểm).

Dùng ngay thuốc tủy theo nguyên nhân, đặc biệt thuốc chống trụy tim mạch, giảm gluco huyết, *Cafedrin* (nếu hạ huyết áp), *Coramin*, *Sparteine*, *Na Camphosulfonat* (trợ tim), v.v..

Phẫu thuật van, các thuốc chẹn *beta* hay chẹn dòng *calci*, *amiodaron*.

Hỗ trợ hô hấp, tạo nhịp tim... là cần thiết.

(Xem thêm 4/XX: Ngừng tim đột ngột).

4. NGỪNG TIM ĐỘT NGỘT

Ngừng tim chưa phải là người bệnh đã chết vì sau khi tim ngừng đập, chuyển hóa vẫn còn trong thời gian ngắn.

Nguyên nhân có nhiều: Trong khi phẫu thuật, bệnh tim, ngộ độc, nhồi máu, ngạt thở sơ sinh, điện giật, chết đuối, thắt cổ, sặc bột ở trẻ em, v.v..

Triệu chứng chính: tím tái, nhạt nhợt không có mạch cổ, mạch bẹn, đồng tử giãn.

Điều trị: Cấp cứu tính từng giây từng phút (không quá 5 phút): hô hấp, tuần hoàn và não.

- Làm thông đường thở: Banh mở rộng miệng lấy hết dị vật, nếu tụt lưỡi thì kéo góc hàm ra phía

trước, đầu bệnh nhân ngửa ra, đặt canuyn hay ống mũi - hầu, làm khẩn trương.

- Hà hơi thổi ngạt: miệng - miệng hoặc miệng - mũi.

- Bóp tim ngoài lồng ngực.

Thuốc: Tiêm *Adrenalin* hoặc *Noradrenalin*: 1 mg (truyền mạch). *Atropin* 1/4-1/2 mg. *Na bicarbonat* 1-2mg/kg nếu pH máu ≈ 7 . *Xylocain* 30 mg nếu nghi ngờ rung tim. Dung dịch *Ringer* và máu nếu bệnh nhân ngừng tim do mất máu cấp. Dùng *Ca chlorid* hoặc *Ca gluconat* 5-10ml dung dịch 10% nếu ngừng tim do Thiopental.

Đưa cấp cứu bệnh viện càng sớm càng tốt.

+ Sặc bột trẻ em: Đặt trẻ em nằm sấp trên bàn tay trái, tay phải vỗ mạnh gáy và ngực trẻ cho bột rơi ra. Lật ngửa bé, hà hơi thổi ngạt 16-20 lần/phút, nếu vẫn nhợt nhạt chưa có mạch cổ, đặt bé lên tấm ván cứng bóp tim ngoài lồng ngực 120 lần/phút.

+ Sặc chết đuối: Hà hơi thổi ngạt ngay dưới nước. Đốc nạn nhân trên lưng giữ chặt 2 chân ở trên vai, chạy và nhảy cho nước thức ăn chảy ra hết. Hà hơi thổi ngạt, bóp tim ngoài lồng ngực cho đến khi tỉnh. Đưa đi bệnh viện.

+ Do điện giật: Đưa ra khỏi lưới điện. Hà hơi thổi ngạt. Đặt nội khí quản. Bóp tim. Tiêm *noradrenalin* 1mg, *xylocain* 100mg, *heparin* 2500 UI (1/2 ml) trực tiếp vào tim nếu bóp tim trong

lồng ngực hoặc vào mạch máu. Sốc điện chống rung tim. Đưa đi bệnh viện.

5. NHỒI MÁU CƠ TIM

Hoại tử cơ tim vì thiếu máu cục bộ sinh ra do sự giảm đột ngột luồng máu động mạch vành (tắc nghẽn hoàn toàn một hay nhiều nhánh) dẫn đến vùng cơ tim.

Nguyên nhân chính: Vỡ xơ động mạch vành do rối loạn chuyển hóa *lipid* và thương tổn nội mạc động mạch vành.

Triệu chứng: Đau tăng dần, thiếu hơi, mệt. Đau ngực, tức ngực lan ra lưng, hàm, tay trái, giống như đau thắt ngực nhưng nặng hơn, kéo dài, giảm chút ít nếu nghỉ ngơi hoặc dùng *nitroglycerin*.

Có khi thầm lặng, người bệnh không cảm thấy.

Nếu nghiêm trọng, người bệnh lo sợ, đau đớn, cảm giác sắp chết. Có triệu chứng suy năng thất trái, phù phổi, sốc, loạn nhịp nặng lẫn áp bệnh. Có thể xanh tím ngoại vi, trung tâm, da lạnh, vã mồ hôi, khó thở, nôn, lú lẫn. Nhiều người chết do rung tâm thất.

Điều trị: Nằm bất động trên giường tuyệt đối. Điện tâm đồ - Siêu âm - Thăm dò phóng xạ.

Cấp cứu 3-4 giờ khi có triệu chứng là vô cùng quan trọng (rung thất). Nâng hai chi dưới, tiêm *Morphin* 2 - 4mg vào tĩnh mạch, lặp lại nếu cần

(trị đau). Đặt dưới lưỡi *nitroglycerin* (chú ý kiểm tra huyết áp), sau truyền tĩnh mạch *atropin sulfat* 0,5-1 mg tĩnh mạch, có thể lặp lại mấy phút liều nhỏ (trị giảm huyết áp vì tim cực chậm). Nếu có nhịp thất sớm nhanh dùng *Procainamid* hay *Lidocain* mạch. Có thể dùng *chẹn beta*. Thuốc chống đông máu *Heparin* 60-70 UI/kg tĩnh mạch. Nếu tăng huyết áp phải dùng ngay thuốc giãn mạch qua đường tĩnh mạch. Thở ôxy, nặng đặt nội khí quản. Hút dịch nếu có.

Đưa đi bệnh viện càng sớm càng tốt.

(Xem thêm 1/XX: Đau thắt ngực).

6. SỐC

Một tình trạng trong đó luồng máu tiếp tế, truyền dịch đến các mô ngoại không đủ để cung cấp cho sự sống, công suất tim kém, phân bố không điều hòa, luồng máu ngoại vi, thường đi đến hạ huyết áp và thiếu niệu. Nguyên nhân có thể: giảm thể tích máu, do tim, giãn mạch và thần kinh (sốc tim, sốc nhiễm khuẩn, sốc phản vệ).

Triệu chứng: Ngủ lịm, lú lẫn, buồn ngủ, bàn tay và bàn chân lạnh ẩm tím tái, nhợt nhạt. Có thể có những vật lớn xanh thẫm mạng lưới. Mạch yếu, nhanh có khi chỉ có mạch đùi và cảnh. Thở nhanh, có khi ngưng thở. Vô niệu hoặc thiếu niệu. Huyết áp đo bằng quấn, thấp hoặc không đo được,

nhưng đo trực tiếp bằng ống thông động mạch thì cao. Sốc do nhiễm khuẩn (xem phần trên). Chẩn đoán cần tìm nguyên nhân.

Điều trị: Sốc, dễ gây tử vong. Tùy vào nguyên nhân mà dùng thuốc. Giữ ấm, chân kê cao. Hỗ trợ hô hấp, thở oxy. Chặn đứng xuất huyết nếu có. Đặt *catheter* tĩnh mạch trung tâm theo dõi áp lực tĩnh mạch.

Không dùng thuốc ngủ nhưng có thể dùng *morphin* + *atropin* nếu đau nhức (3-5mg cách 10 phút), không dùng thuốc an thần, giảm đau, (thuốc tiêm đường mạch).

Dùng *norepinephrin* để hồi phục huyết áp.

Truyền dịch *Ringer lactat* hoặc *Hartman*, *Darrow*, nếu không thì dùng *Na chlorid* 0,9%. Truyền máu nếu cần, truyền dịch trực tiếp vào tủy xương (tĩnh mạch xẹp). Tiêm dung dịch *Na bicarbonat* 8,4% tránh nhiễm độc acid (tránh phù phổi).

Chăm sóc đặc biệt: điện tim, nâng huyết áp, thông tiểu, theo dõi lượng nước tiểu, pH máu, CO₂, nhiệt độ cơ thể, da, v.v.. Cần thiết phải dùng *Digoxin*, *Isuprel* và *Dopamin* đường tĩnh mạch.

Chống nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh, hô hấp nhân tạo nếu rối loạn hô hấp.

Cuối cùng là phẫu thuật để giải quyết nguyên nhân gây sốc.

Lưu ý: Sốc phản vệ xem 3/X.

7. TĂNG HUYẾT ÁP

Tăng huyết áp vô căn có nguồn gốc chưa được biết và giải thích được. Dù sao gia tăng lực cản tổng hợp của mạch máu ngoại vi (TPR), gây co mạch hoặc gia tăng công suất tim (CO), hoặc cả 2. Người ta chú ý vào hệ thần kinh giao cảm và renin - angiotensin - andosteron vì cả 2 hệ này đều có thể làm tăng CO và TPR. Tăng huyết áp thuyết mảng ghép, các yếu tố hỗn tạp, tăng huyết áp thứ phát (bệnh nhu mô ở 2 bên thận), tăng huyết áp mạch thận, v.v..

Triệu chứng: Không đặc thù. Người ta cho rằng có thể: choáng vàng, đỏ mặt, nhức đầu, mờ mắt, mệt mỏi, bồn chồn, chảy máu cam nhưng không hẳn như vậy. Các biến chứng bao gồm: suy thất trái, bệnh tim do xơ vữa động mạch, thiếu năng mạch máu não có đột quỵ hay không đột quỵ và suy thận. Bệnh ở não do tăng HA nặng và phù não ghi nhận nơi các bệnh nhân tăng huyết áp.

Dựa trên bất thường võng mạc: Nhóm 1: co tiểu động mạch võng mạc. Nhóm 2: co và xơ cứng tiểu động mạch võng mạc. Nhóm 3: xuất huyết và rỉ dịch, biến đổi mạch máu. Nhóm 4: phù gai thị (tăng huyết áp ác tính).

Chẩn đoán: Huyết áp tâm thu và tâm trương thường khi (không nhất thiết luôn luôn) cao hơn bình thường (loại trừ các nguyên nhân phụ). Đo

huyết áp ít nhất 2 lần ngày, trong 3 ngày riêng rẽ mới kết luận được. Nếu huyết áp mức nhẹ, huyết áp bất định cần đo huyết áp nhiều lần hơn. Người lớn huyết áp bình thường 140/90mmHg, SBP/DBP. Trẻ em mức này thấp hơn nhiều. Có thể chấp nhận giới hạn trên cao hơn đôi chút với người trên 60 tuổi. Huyết áp “bệnh viện” hay “áo trắng” (blouse blanc) thường cao hơn huyết áp đo ở nhà.

(SBP (Systolic blood pressure) = huyết áp tâm thu; DBP (Diaslolic blood pressure) = huyết áp tâm trương).

Phân loại mới về huyết áp (WHO/IHS 1999)

Phân loại	HA tâm thu (SBP)	HA tâm trương (DBP)
Tối ưu	< 120 mmHg	< 80mmHg
Bình thường	< 130	< 85
Bình thường cao	130 - 139	85 - 89
Tăng HA độ 1 (nhẹ)	140 - 159	90 - 99
Phân nhóm:		
Tăng HA giới hạn	140 - 149	90 - 94
Tăng HA độ 2	160 - 179	100 - 109
(trung bình)		
Tăng HA độ 3 (nặng)	≥ 180	> 110

Điều trị: Người bị tăng huyết áp phải dùng thuốc suốt đời nếu không chữa trị rất dễ bị: suy thận trái, nhồi máu cơ tim, xuất huyết não hay nhồi máu não, suy thận. Nguy cơ quan trọng nhất

là đột quy. Gây xơ vữa động mạch. Gây bất thường trên võng mạc càng cao tiên lượng càng xấu. Điều trị bằng thuốc sẽ phòng ngừa và ngăn chặn hầu hết các biến chứng (chú ý bệnh động mạch vành). Huyết áp tâm thu là tiền triệu chứng quan trọng hơn huyết áp tâm trương về sự cố tim mạch hiểm nghèo hay không.

- Liệu pháp không dùng thuốc rất quan trọng: nghỉ ngơi, tập dưỡng sinh đều đặn, thể dục trị liệu, giải toả lo âu phiền muộn, chế độ ăn uống hợp lý (giảm nhiều đường, mỡ động vật, muối Na, rượu, thuốc lá...), giảm cân nếu thể trọng quá mức.

- Liệu pháp thuốc: Nếu DBP đã trên 90 cần dùng thuốc. Nếu SBP trên 160: *chlorthalidon* (+ *atenolol* nếu cần). Khuyến cáo điều trị lúc đầu nên phối hợp một lợi tiểu, chẹn beta, một đối kháng Ca hay chất ức chế men chuyển (ACE) (chú ý: bệnh khác, chống chỉ định).

Nếu các thuốc trên không đáp ứng, cần phối hợp 3-4 thứ thuốc trên cơ sở thuốc trên đây (thêm *Hydralazin*, *Monoxidil*). Có người chỉ dùng *Clonidin* hoặc *Amlodipin* cũng đáp ứng được hoặc nếu cần thêm lợi tiểu, hoặc *Lenitral* cùng *Vastarel* (*Nitroglycerin* và *Trimetazidin*).

Liệu pháp điều trị dựa trên những thuốc có tác dụng giãn mạch nhẹ, dùng cho người tăng huyết áp nhẹ và vừa: *Iskedyl* (*raubasin* + *dihydroergocristin*) hoặc *Duxil* (*raubasin* + *almitrin*) cùng với *Vinpocetin*

và *Cinnarizin* cũng đủ khống chế được tăng huyết áp mà không lo vì tác dụng phụ của thuốc trị tăng huyết áp đồng thời lại là các thuốc có ích vì hướng não và trí tuệ.

Hiện nay có một số nhóm thuốc trị huyết áp như sau:

- Nhóm thuốc lợi tiểu: *Hydrochlorothiazid*, *Indapamid*, *Furosemid*, *Spironolacton*, *Amilorid*, *Triamteren*...

- Nhóm thuốc tác động lên thần kinh trung ương (phong bế giao cảm): *Methyldopa*, *Reserpin*, *Clonidin*...

- Nhóm thuốc giãn mạch: *Hydralazin*, *Na nitroprussiat*, *Diazoxid*.

- Nhóm thuốc chẹn alpha: *Ptazosin*, *Alfuzosin*, *Terazosin*, *Phentolamin*...

- Nhóm thuốc chẹn beta: *Propranolol*, *Pindolol*, *Nadolol*, *Timolol*, *Metoprolol*, *Atenolol*, *Labetolol*, *Acebutolol*...

- Nhóm thuốc đối kháng Calci: *Nefidipin*, *Nicardipin*, *Amlodipin*, *Isradipin*, *Verapamil*, *Diltiazem*...

- Nhóm thuốc ức chế men chuyển (ACE): *Captopril*, *Enalapril*, *Benazepril*, *Lisinopril*, *Perindopril*, *Quinapril*, *Trandolapril*...

- Nhóm thuốc đối kháng thụ thể Angiotensin II (Angiotensin II receptor antagonists): *Losartan*, *Irbesartan*, *Candesartan*, *Valsartan*...

Việc tìm thuốc đáp ứng cho từng người: thuốc nào, phối hợp với thuốc gì, liều dùng, hàm lượng thuốc, v.v. cần được theo dõi kỹ lưỡng làm sao phối hợp ít thuốc, liều lượng thấp, gây ít phản ứng phụ (thuốc trị tăng huyết áp nào cũng nhiều tác dụng phụ và chống chỉ định) phải có sự theo dõi và chỉ định của thầy thuốc, qua cận lâm sàng và lâm sàng cùng với người bệnh để đạt được hiệu quả mong muốn. Việc dùng *Aspirin* liều thấp 25-50 mg/ngày (hoặc *Ticlopidin* hoặc *Dipyridamol*) với người tăng HA, tăng lipid máu hàng ngày là rất quan trọng và rất cần thiết.

Cấp cứu huyết áp: tăng huyết áp nghiêm trọng, bệnh não, suy thất trái, nhồi máu cơ tim, đau cơ thắt... thường dùng *Diazoxid*, *Nitroglycerin*, *Labetalol*, *Na nitroprussid*. *Nifedipin* (*Adalat*) ngậm ngày 2 - 3 viên, nhưng cần phối hợp với *Aldomet* chặn beta, *Captopril*. Nếu không đỡ, dùng *Na nitroprussiat* 0,5 - 5 mcg/kg/phút tĩnh mạch đến khi HA hạ. Phải dùng cùng với *Furosemid* để lợi tiểu.

8. TIM PHỔI MẠN (Tim phế mạn)

Là phì đại thất phải do tăng áp lực động mạch phổi, hậu quả của những bệnh gây ảnh hưởng đến chức năng và cấu trúc của phổi, trừ những tổn thương của phổi là hậu quả của những bệnh tim trái hay bệnh tim bẩm sinh. Nguyên nhân là bệnh

tiên phát của đường hô hấp và phế nang, tổn thương cơ học của bộ máy hô hấp, tổn thương mạch máu phổi.

Triệu chứng: Giai đoạn đầu: Ho, đờm có màu vàng hoặc mủ, khó thở biểu hiện suy hô hấp, thể tích thở ra tối đa giảm, sức cản đường thở tăng nhiều.

Giai đoạn tăng áp lực động mạch phổi: Khó thở khi gắng sức, móng tay khum, oxy động mạch giảm, hình tim dài và thông xuống, cung động mạch phổi nổi và đập. Đầu chi và môi tím.

Giai đoạn suy thất phải: Khó thở cả khi nghỉ, có thể có cơn phù phổi cấp. Căng, nặng, đau vùng gan có khi đau thắt, từ hạ sườn lan xuống bụng ra sau lưng hoặc lên vùng ức. Có thể đầy bụng, buồn nôn. Gan to, đau. Tĩnh mạch cổ nổi rõ - Tăng cân, phù, cổ trướng - Tím môi, chi, có khi tím đen toàn thân - Mắt lồi, đỏ (như mắt ếch) - Đái ít - Móng tay khum hoặc dùi trống. Tim nhanh, có khi loạn nhịp.

Điều trị: X-quang. Điện tâm đồ. Siêu âm. Xét nghiệm. Đo khí trong máu. Thở bằng kiềm - toan. Chẩn đoán phân biệt với bệnh tim và bệnh phổi mạn.

- Nghỉ ngơi là rất quan trọng, ăn nhạt muối. Nếu phù ăn nhạt dưới 1g muối/ngày.

- Thuốc: *Hypothiazid* để lợi tiểu 1-3 viên/ngày cùng với *Kali chlorid* và *Furosemid*. Nếu tim nhanh dùng *Digitalin* liều nhỏ.

Thở oxy là rất quan trọng, 4 lần/ngày.

Dùng kháng sinh *Penicillin* hoặc *Methicillin* 1-2g/ngày khi đờm vàng, xanh. Nên dùng thêm *corticoid* chống viêm.

Cần dùng thuốc giãn phế quản *Theophylin*, *Aminophylin* (tiêm chậm tĩnh mạch).

Chống chỉ định: *Morphin*, *Barbiturat*, *Diazepam*, *codein*.

Phòng bệnh có tầm quan trọng đặc biệt, các bệnh dễ dẫn tới tim phổi mạn như viêm phế quản mạn, hen phế quản, giãn phế quản, giãn phế nang, lao xơ phổi, béo bệu, gù lưng, vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực, xơ phổi lan toả dày dính màng phổi, nhược thần kinh cơ, xơ cứng bì, bệnh mạch máu phổi. Chữa trị tốt các đợt viêm, các ổ nhiễm khuẩn tai mũi họng, răng hàm mặt bằng kháng sinh trong 3 tháng mùa rét (mỗi đợt 10 ngày). Tập dưỡng sinh (chủ yếu tập thở) cải thiện rất tốt. Không hút thuốc lá, thuốc Lào. Tránh môi trường khói bụi. Biết phòng ngừa và điều trị tốt bệnh sẽ ổn định nhiều năm và có thể suốt đời.

9. HẸP VAN HAI LÁ

Bệnh hẹp van hai lá còn gọi là hẹp van tăng mao, hẹp van mũ ni. Hai lá van bị viêm dày lên, xơ hoá, lâu ngày bị vôi hoá. Hai mép van dính vào nhau làm lỗ hai lá hẹp dần lại cho tới khi diện tích lỗ còn khoảng 1cm^2 , thậm chí bằng đầu

bút chì gọi là hẹp khít, làm lỗ van biến dạng, máu khó chảy qua, bị ứ lại trong tâm nhĩ trái ứ ngược dòng lên phổi gây khó thở, khạc ra máu và các biến chứng khác.

Nguyên nhân: Sốt thấp khớp do liên cầu khuẩn beta tan máu nhóm A. Vi khuẩn gây viêm họng gây cơn sốt thấp khớp, biến chứng viêm tim cấp, 30% gây hẹp hai lá và vài bệnh van tim mạn khác.

Triệu chứng: Sốt, đau khớp, múa giật, máu lắng nhanh, bạch cầu trung tính tăng cao, vi khuẩn beta ở họng - khớp xương lần lượt sưng to, đau, nóng đỏ, viêm tim làm khó thở, mạch nhanh - gọi là bệnh thấp tim. Triệu chứng cơ năng khác: tim nhanh, đánh trống ngực, ho, khó thở, khạc ra máu bọt hồng, khản tiếng, khó nuốt, suy nhược, tím môi, gan to, phù chân, ứ nước (cổ trướng), sốt, vàng da và biến chứng khác như bội nhiễm.

Điều trị: Xét nghiệm - X-quang - Điện tim - Siêu âm - Thăm dò.

Nội khoa: *Penicillin* liều rất cao khi viêm họng có vi khuẩn beta, nếu có sốt thấp khớp dùng *Penicillin* tác dụng chậm 600.000-2,4 triệu UI x 2-4 tuần, kết hợp với thuốc chống viêm *AINS* và *Corticoid*. Cứ 3-4 tuần sau tiêm nhắc lại một mũi cho đến 15-30 tuổi, nếu đã biết hẹp hai lá phải tiêm suốt đời. Cần đưa đi bệnh viện nếu khó thở, mệt mỏi, suy tim, loạn nhịp tim. Cuối cùng là

phẫu thuật tách mép van hai lá, chỉnh hình van hai lá và thay van.

Phòng bệnh: Chú ý các trường hợp viêm họng, ngoáy họng tìm liên cầu khuẩn beta tan máu nhóm A. Nếu có, phải chữa trị dứt điểm. Nếu đã thấp khớp cần phòng bệnh cấp 2.

10. VỮA XƠ ĐỘNG MẠCH

Bệnh hiểm nghèo ở người có tuổi, mảng vữa và tổ chức xơ (cặn lipid gọi là vữa xơ động mạch, dày và xơ gọi là xơ cứng động mạch).

Triệu chứng: Mảng vữa xơ hình thành sớm, lắng lẽ nhiều năm. Giai đoạn 1: phù nề không nhiễm mỡ của động mạch. Giai đoạn 2: các vết nhiễm mỡ, vàng nhạt. Giai đoạn 3: có các thương tổn vữa xơ động mạch. Giai đoạn 4: thương tổn calci hoá, loét, huyết khối tiểu cầu và fibrin phủ lên làm thành những mảng vữa xơ, các viti huyết khối tiểu cầu gây đông máu tại chỗ thành máu cục, hẹp dần lòng động mạch, cản trở và bít tắc. Các cục này tung đi nơi khác. Các yếu tố nguy cơ gây vữa xơ động mạch làm tăng lipid máu, tăng huyết áp và các yếu tố khác (thuốc lá, đái tháo đường, béo phì, stress, di truyền, ít hoạt động thể lực).

Dựa vào tiền sử nhồi máu cơ tim, suy mạch vành, khắp khiễng cách hồi, tăng HA, béo phì... mà chẩn đoán. Cần hạ thấp cặn lipid máu tránh biến chứng nguy hiểm.

Điều trị: Xét nghiệm máu: cholesterol, triglycerid. X-quang. Điện tim. Điện não, v.v..

Thuốc hạ mỡ máu: loại fibrat như *Benzafibrat*, *Ciprofibrat*, *Clofibrat*, *Clofibrid*, *Fenofibrat*, vd *Miscleron* 2-4 viên/ngày.

Loại nhựa colestyramin: *Colestipol*, *questran*.

Hạ mỡ khác: *Tiadenol*, *Probucol*, *Maxepa* (*Omega 3*).

Các loại statin: *Simvastatin*, *Lovastatin*, *Pravastatin*, *Atorvastatin*, *Cerivastatin* (có nhiều tác dụng phụ, *Cerivastatin* gây teo cơ và bệnh thận có thể sẽ rút khỏi thị trường).

Bảo vệ thành mạch: *Pyridinol*, *Carbamat*. *Angioxin* 250 mg x 1 - 3 lần/ngày dùng lâu dài, *Protilepan*, các vitamin C, rutin, B₁₅.

Thuốc chống tập kết tiểu cầu *Persantin*, *Aspirin* (200 - 300 mg/ngày), *Acetylsalicylat*.

Kiêng ăn mỡ động vật, trứng, thức ăn nguồn gốc động vật có lông, vú.

Rèn luyện thân thể, thể dục thể thao, bảo vệ TKTU, giữ trạng thái thăng bằng, tránh stress rất quan trọng trong phòng và chữa vữa xơ động mạch vành. Tăng lipid máu - vữa xơ động mạch - thiếu máu cục bộ cơ tim - đau thắt ngực - nhồi máu cơ tim - đột quỵ là một chuỗi nguy cơ kế tiếp nhau, cần được phát hiện và xử trí kịp thời, ngay từ hội chứng đầu tiên là cần thiết.

(Xem thêm các mục trên).

11. CẤP CỨU TIM MẠCH

11.1. Cơn nhịp tim chậm

Ngất xỉu, nhịp tim dưới 40 lần/phút. Đôi khi co giật, vã mồ hôi, nôn mửa, nhợt nhạt, mệt mỏi. Nguyên nhân do phế vị, nhiễm virus người trẻ, nhồi máu cơ tim hoặc nhiễm độc thuốc, đặc biệt thuốc chẹn beta.

Xử trí: Nằm tại chỗ, tiêm *Atropin* 0,5mg tĩnh mạch (ngất do cường phế vị).

Truyền mạch *isuprel* 0,2mg x 5 ống + dung dịch *glucose* 5% 250ml.

Nếu mạch chậm dưới 20 lần/phút: đâm vào vùng trước tim 60 lần/phút.

Nếu chậm do thuốc chẹn beta: *glucagon* 1mg tiêm dưới da, sau đó truyền mạch 1 - 5 mg.

Đưa sớm đi bệnh viện, đặc biệt trường hợp nhồi máu cơ tim.

11.2. Cơn nhịp tim nhanh

Nhịp tim trên 120 lần/phút. Nguyên nhân: nhồi máu cơ tim, suy mạch vành, cơn nhịp nhanh trên thất, hẹp van hai lá. Khó chịu, đánh trống ngực, vã mồ hôi, buồn nôn, khó thở, mạch đôi khi chậm hơn nhịp tim.

Xử trí: Ấn nhãn cầu, xoa xoang cảnh, uống nước lạnh. Với người cao tuổi: ngậm *Nitroglycerin* hoặc xịt.

Đưa ngay đi bệnh viện: điện tim và dùng các thuốc đặc hiệu.

11.3. Cơ rung nhĩ nhanh

Đột ngột, thoáng ngất, đau ngực, trống ngực, mạch nhanh không đều.

Nguyên nhân: Hẹp van hai lá, nhồi máu cơ tim, hội chứng W. P. W., cường giáp, COPD. Có thể dẫn đến rối loạn ý thức, ngất, hạ HA, phù phổi cấp, nhồi máu phổi, não.

Xử trí: Xịt họng *Nitroglycerin* hoặc ngậm *Risordan - Furosemid* 20mg tiêm mạch, *Amiodaron* 200mg uống.

Đưa ngay đi bệnh viện.

11.4. Ngừng tuần hoàn

Chỉ có 3 phút để làm, không để mất thì giờ vào đo HA, nghe tim, điện tim. Mất ý thức đột ngột. Ngừng thở đột ngột. Nhợt nhạt, mất máu cấp, tím ngất da. Đồng tử giãn to.

Xử trí: Nạn nhân nằm ngửa đầu ra phía sau, lấy hết dị vật ở miệng họng và đờm dãi, chất tiết. Hô hấp nhân tạo miệng - miệng, miệng - mũi, 3-5 cái bắt mạch bẹn hay mạch cảnh, nếu có mạch thổi ngạt 12 lần/phút (nếu hỗ trợ bằng bóng thì tốt và đặt nội khí quản). Ấn 2 ngón tay vào sụn nhẫn tránh trào ngược dịch vị. Nếu không có mạch bẹn hay mạch cảnh phải bóp tim ngoài lồng ngực, vừa bóp vừa thổi ngạt. Cầm máu nếu chảy máu, mất máu.

Đưa ngay đi bệnh viện (xem thêm 4/XX).

11.5. Cơn đau thắt ngực

Đau đột ngột do lạnh, gắng sức, cảm xúc mạnh, có khi tự nhiên đau.

Nguyên nhân: Bệnh mạch vành. Đau xương ức lan lên vai, lên hàm, xuống cánh tay. Kéo dài vài giây đến vài phút. Nhiều cơn tiếp nhau. Có khi không thở được. Mạch, HA có khi bình thường. Có thể dẫn đến ngừng tuần hoàn, mất não, hôn mê.

Xử trí: Ngậm *nitroglycerin* (hay xit). Cách vài phút cho hết cơn đau. Nếu quá 30 phút mà không hết đau thì có thể nhồi máu cơ tim. Thở oxy.

Đưa ngay đi bệnh viện.

Lưu ý: Cơn đau thắt ngực không ổn định giống như nhồi máu cơ tim. Đau (như trên) và cũng xử trí như trên và đưa ngay đi bệnh viện.

11.6. Nhồi máu cơ tim

Tắc một hay nhiều nhánh động mạch vành. Tử vong rất cao. Thường với người tăng huyết áp, đau thắt ngực kéo dài, khó thở, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn. Đau (như trên), dùng *nitroglycerin* không đỡ.

Xử trí: Đo HA, nếu HA bình thường ngậm *Nitroglycerin*, kê chân cao, tiêm *Atropin* 1/2 - 1mg tiêm mạch. Đưa ngay đi bệnh viện (xem 5/XX).

11.7. Cơn tăng huyết áp

Tăng đột ngột hơn trước, tối đa tăng hơn số

cũ 40 mmHg, tối thiểu cao hơn 110 mmHg. Đo HA ở cả 2 tay, 2 lần, bệnh nhân nằm ngửa, sau 10 phút nghỉ.

Nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, co giật, khó thở, hôn mê, đau thắt ngực. Có thể biến chứng phủ tạng: thần kinh, tim mạch, thận, phổi, mắt.

Xử trí: Ngậm *nifedipin* (*Adalat*) sau khi chọc thủng nang. Dùng phù phổi dùng *Lasix* 20mg x 2 ống tiêm mạch. Thở oxy.

Đưa ngay đi bệnh viện.

11.8. Nhũn não tiến triển

Liệt nửa người từ từ hoặc đột ngột, nặng lên dần kéo dài 24 giờ. Có dấu hiệu phù não, từ từ hôn mê (nặng). Nguyên nhân: xơ vữa động mạch, bệnh máu, bệnh van tim, tăng huyết áp.

Xử trí: Thở oxy. Tiêm *Heparin* 5000 đv tiêm mạch nếu nguyên nhân do tim.

Đưa ngay đi bệnh viện.

11.9. Tai biến thiếu máu não

Liệt nửa người đột ngột diễn biến chậm. Có thể khỏi sau 24 giờ nhưng dễ tái phát nặng hơn. Nguyên nhân: bệnh tim (thiếu máu, nhịp, van), tăng HA, mỡ máu, đái tháo đường, uống thuốc tránh thai.

Liệt nhẹ dần dần nửa chi. Không nôn, không đau đầu, không rối loạn ý thức. Tê bì, mờ mắt,

mạch cảnh yếu, rối loạn cảm giác 1/2 người, có khi cả người, mù tạm thời 2 bên, huyết áp 2 chi có khi chênh lệch.

Xử trí: Nếu HA tăng trên 200 mmHg: ngâm *Adalat* (như trên). Tiêm *Lasix* 20 - 40 mg tiêm mạch. Uống *Aspirin* 200 - 300 mg/ngày.

Đưa ngay đi bệnh viện.

11.10. Xuất huyết não - màng não

Nhức đầu dữ dội, đột ngột kéo dài. Nôn mửa, sợ ánh sáng, cứng gáy. Rối loạn ý thức, cảm giác, ngôn ngữ. Tăng HA, có thể sốt.

Xử trí: Chống co giật: *Diazepam*. Truyền dịch *NaCl* tĩnh mạch + *Loxen* 1mg/giờ nếu HA trên 160 mmHg. Đặt nội khí quản nếu cần.

Đưa ngay đi bệnh viện.

XXI. CÁC BỆNH KHÁC

1. BỆNH WILSON

Biến dị gen tự thể ẩn tính gây rối loạn chuyển hoá Cu (đồng) đưa đến thoái hoá một số khu vực não và xơ gan.

Triệu chứng: Vận động chậm, đi lại khó khăn, run tay, khó nói, chảy rãi, loạn trương lực cơ, nuốt khó, suy giảm trí tuệ, mất đục thủy tinh thể, có vòng Kayser- Fleischer, gan xơ, lách to.

Điều trị: Thuốc: Chế độ ăn hạn chế Cu (đồng): gan, nấm, sôcôla, trai, sò. *D.penicillin* (không dung nạp thì ngừng), *kẽm sulfat*. *Vitamin B₆*.

2. BỎNG

Thương tổn mô do tiếp xúc với nhiệt, hoá chất hay điện, gây ra biến chất của protein, phù nề, mất dịch nội mạch vì tăng tính thấm của máu.

Triệu chứng: Có thể sốc, nhiễm khuẩn, tổn thương đường hô hấp (hít phải). Mức độ bỏng: tính theo % của bề mặt cơ thể (BSA) bị bỏng và độ sâu vết bỏng. Nhẹ dưới 15% BSA, vừa 15-49% BSA, lớn 50-69% BSA, nặng trên 70% BSA.

Độ sâu xếp cấp 1, 2 và 3. Cấp 1 nhạy cảm với sờ chạm, ẩm ướt, không có mụn nước. Cấp 2 có hoặc không có mụn nước đỏ, trắng, rỉ dịch, nhạy cảm với sờ chạm. Cấp 3 mụn nước thường không có, màu trắng hoặc đen, cháy, dai chắc, vô cảm. Bỏng do điện, nhiệt độ rất cao, hoại tử tiến triển, nếu do điện xoay chiều có thể liệt hô hấp, rung thất tức thời. Bỏng do hoá chất gây hoại tử lan ra chậm chậm.

Điều trị: Tách nạn nhân ra khỏi vật gây bỏng. Dùng *oxy* ngay (thông khí, đặt nội khí quản), hoặc hô hấp nhân tạo, xoa bóp tim ngoài lồng ngực, thổi ngạt. Bù huyết tương bị mất. Xử lý chấn thương đe dọa sự sống có liên quan. Bảo vệ không lây nhiễm. Kiểm tra chuyển hóa. Nếu do hóa chất được rửa sạch bằng *Cu sulfat* 1% (nhưng coi chừng hấp phụ nhiều đồng). Sốc có thể xảy ra, dịch thường dùng là *Lactat - Ringer*, tùy theo BSA mà dùng (theo dõi huyết áp, mạch, lượng nước tiểu thải ra). Đau nặng thì dùng *Morphin*, *Meperidin*, đau nhẹ dùng *AINS*, *Paracetamol*. Cần thiết dùng biến độc tố uốn ván tăng cường. Xâm nhập của vi khuẩn: dùng *Penicillin G* 5 triệu đơn vị. Sau đó tính đến điều trị bỏng dài hạn.

Bỏng ngoại trú: Tức thời ngâm vào nước lạnh, do hoá chất thì dội nhiều nước. Làm sạch bằng xà phòng. Nếu vết bám sâu, gây tê bằng *lidocain* 1-2% cho ngấm rồi cọ rửa với bàn chải và xà phòng.

Làm sạch các mụn nước, còn để xem độ sâu của bóng. Bóng mất, rửa sạch bằng nước sạch, cấp cứu bệnh viện.

Thuốc: Cần thiết dùng ngay dịch truyền, thuốc trợ tim, kích thích hô hấp, bôi kem bóng như *sulfadiazin bạc*, B_{76} , phun thuốc tạo bọt, tạo màng... Nếu cần phải có nẹp, ví dụ: khớp - Băng ngón tay phải riêng biệt. Điều quan trọng nhất là nâng các chi bị bóng (chân, tay) cao hơn tim trong mọi lúc có thể. Nếu bóng sâu cần phẫu thuật, ghép da, v.v..

Thuốc: uống *Penicillin V* 1-2 g/ngày, chia 4 lần dự phòng (*Erythromycin* nếu dị ứng *Penicillin*). Dùng thuốc giảm đau. Bôi tại chỗ (như trên).

3. ĐIỆN GIẬT

Tổn thương gây ra do một dòng điện chạy qua cơ thể (sét và điện nhà).

Điện một chiều (DC) có tần số = 0 ít nguy hiểm, gây co giật và đẩy nạn nhân ra xa. Điện xoay chiều (AC) phụ thuộc vào tần số, tần số 50-60 Hz là phổ biến và rất nguy hiểm, hơn cả dòng điện tần số cao. Điện thế và cường độ dòng điện càng cao thì tác hại của dòng điện càng lớn dù điện thuộc loại nào. Hậu quả và biểu hiện của tổn thương do điện tùy thuộc vào ngưỡng cảm nhận, điện trở cơ thể, con đường dòng điện và thời gian dòng điện đi qua.

Triệu chứng: Có thể: nẩy người, ngã chúi, bắn ra xa, co cơ nặng nề, gãy xương, lệch khớp, bất tỉnh, liệt hô hấp, loạn nhịp, ngừng tim. Vết bỏng điện thường sâu vào mô, nhiệt độ có thể tới 5000°C . Điện cao thế gây hoại tử do đông máu các mô bên trong giữa điểm vào và điểm ra dòng điện, phù nề rộng, sưng cơ, giảm huyết áp, rối loạn nước - điện giải, myoglobin - niệu nặng nề có thể suy thận cấp (nhất là ứ đọng, tiếp đất dễ ngừng tim). Sét có thể gây hôn mê, di chứng thần kinh. Chết là do ngừng tim.

Điều trị: Cách ly ngay khỏi nguồn điện (người làm phải cách đất). Nếu do điện cao thế thì không được lại gần mà phải cắt nguồn. Xem ngay mạch và ổn định khí đạo là việc làm đầu tiên. Nếu cần phải cấp cứu tim - phổi. Điều trị sốc (xem sốc). Sau đó xem xét toàn thân như triệu chứng trên.

4. HOẠI THƯƠNG SINH HỒI

Biến chứng của nhiễm khuẩn kỵ khí ở các vết thương.

Triệu chứng: Sau 3-5 ngày bị thương, phát triển rộng nhanh, hoại tử tổ chức, phù nề, có hơi, sốt, mạch nhanh, da vàng, nôn, mệt, lơ đãng, toát mồ hôi, chân tay lạnh, giãy giụa. Phù sưng to màu lá úa, mảng tím bầm xám nâu, ứ đọng máu, rỉ nước vàng, mùi thối như chuột chết ở chỗ vết thương. Nhiễm độc toàn thân, khó thở, sốc, trụy mạch.

Điều trị: X-quang. Xét nghiệm.

Rạch mở rộng vết thương, dẫn lưu, tưới nhỏ giọt nước oxy hoặc Dakin. Cắt lọc thật sạch, có khi cắt cụt chi. Hồi sức tích cực.

Thuốc: Truyền máu. Kháng sinh liều thật cao hàng chục triệu đv, cách 8 giờ. Huyết thanh chống hoại thư 60-100 ml/ngày (ít dùng).

Lưu ý: hoại thư khô: vô khuẩn ở đầu chi. Phòng ngừa là chính, tránh bó, chèn ép mạch. Đặt chi ở tư thế cao. Phong bế novocain. Băng lỏng.

5. NẤM BỆN

Ở nếp bẹn, nách, đùi trong, kẽ vú, thất lưng: chấm đỏ, viêm, vảy nhỏ rồi thành mảng, bờ mụn nước, ít ngứa. Có thể thành mạn tính.

Thuốc: Không cạo, không dùng xà phòng. Bôi dung dịch *Jarish*, *Whitfied*, *Gricin*, *Nitrofungin*, *Ketoconazol*, *mỡ clotrimazol*, dung dịch *acid boric*, *bạc nitrat*, *ASA*, *BSI*.

6. NHIỄM ĐỘC CẤP

Tác nhân: Hóa chất trừ sâu diệt cỏ, thuốc bệnh (đặc biệt thần kinh, tâm thần) rượu, thuốc lá, ma túy, hóa chất công nghiệp, khí độc, một số động vật (rắn, bò cạp, ong, cá nóc, mật cá trắm...), thực vật (lá ngón, hạt cây củ đậu...).

Qua 4 đường: phổi, miệng, da và mắt.

Triệu chứng: Tùy thuộc vào các loại chất gây độc và đường xâm nhập. Qua ăn uống sẽ gây: nôn mửa, ỉa chảy, đau bụng, rối loạn tiêu hóa; đường phổi gây ngạt, ngừng thở, hôn mê sâu; đường da gây loét, phù, ngứa, bỏng; đường mắt gây mù, lòa... Triệu chứng biểu hiện rất nhiều hình thái đặc trưng.

Điều trị: Loại trừ sớm nhất chất độc ra ngoài. Hồi sức ngay: thông khí và tuần hoàn ổn định. Với da và mắt rửa bằng nước càng sớm càng tốt; garô phía trên (rắn cắn); đường ăn uống thì cho uống nhiều nước cùng với bột gạo, bột đậu xanh, lòng trắng trứng, than hoạt thì tốt nhất 20-100g; gây nôn hoặc rút các chất chứa trong dạ dày ra ngoài (nếu cần làm lại lần nữa cho hết). Nhưng với acid và base thì không rửa dạ dày. Đường hô hấp thì đặt nơi thoáng, nối quần áo, chống ngạt thở (đặt ống canuyn hoặc mở khí quản, hô hấp nhân tạo).

Hồi sức cấp tốc và khẩn trương. Bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng, đầu thấp tránh ngạt thở. Xem HA, tìm để dùng *dopamin*, thuốc chống loạn nhịp. Cung cấp oxy, nước, điện giải, hạ sốt hoặc tăng thân nhiệt (chườm lạnh, nóng, thụt tháo), lợi niệu, theo dõi chức năng tạo máu (*vitamin K* trong trường hợp chảy máu phủ tạng).

Lưu ý: Việt Nam có nhiều trường hợp nhiễm độc phospho hữu cơ do sử dụng thuốc trừ sâu: Đau

bụng, ỉa chảy, giảm HA, mệt mỏi, vận động yếu, rung giật cơ, liệt cơ, liệt hô hấp, rối loạn tim và tuần hoàn, hôn mê, tăng tiết dịch, nôn mửa, mạch chậm, phù phổi, co đồng tử, nhìn một hóa hai, tiết dịch phế quản dữ dội, tử vong rất nhanh.

Xử trí: loại chất độc khỏi cơ thể và hồi sức: Làm nôn ngay (dùng lông gà ngoáy họng), cho uống nhiều nước cùng than hoạt, rửa dạ dày nhiều lần (nếu uống phải), dùng 1 thìa cà phê muối và 1 thìa to than hoạt; 3 giờ rửa 1 lần. Cuối cùng cho uống 1 thìa to than hoạt. Hôn mê: đặt nội khí quản, bệnh nhân nằm nghiêng trái. Thay than hoạt 2 giờ/lần. Hồi sức hô hấp - Tiêm *atropin* 1-5 mg/5-10 phút tiêm bắp thịt; cho đến khi đạt yêu cầu (tình trạng thông khí) duy trì trong khoảng 10 ngày. Xem đồng tử và mạch để dùng atropin (loại 1-2mg) - Tiêm *PAM* 0,5g/2 giờ (tiêm chậm). Truyền dịch nếu cần. Hút đờm, dịch - uống *diazepam*.

7. SAY TÀU XE

Một rối loạn gây ra sự tăng tốc và giảm tốc nhiều lần theo đường bẻ góc hay đường thẳng, đặc trưng chủ yếu là buồn nôn và nôn. Do kích thích tiền đình.

Triệu chứng: Ngáp, buồn ngủ, tăng thông khí, tăng tiết nước bọt, tái xanh, đổ mồ hôi. Nổi hơi, chóng mặt, nhức đầu, khó chịu, mệt, buồn

nôn, nôn, yếu ớt. Nôn nhiều làm giảm huyết áp động mạch, mất nước, đói lả, suy sụp.

Điều trị: Một giờ trước khi đi uống *Diphenhydramin* hoặc *Meclizin* hoặc *Cyclizin* hoặc *Promethazin* hoặc *Scopolamin* (*nautamin* dùng tốt).

Cụ thể: Uống 1 viên *Diphenhydramin* 10mg trước khi đi và sau đó cứ 4-6 giờ uống 1 viên.

Có thể dùng 1 viên *Stugeron* + 1 viên *Diphenhydramin* cách 6-8 giờ nếu dễ buồn nôn.

Thuốc thường có tác dụng phụ gây ngủ.

Trường hợp mất nước - điện giải cần bù cho đủ, tránh suy sụp (uống *oresol* hoặc *hydrid*).

(Xem thêm 3/IX: Chóng mặt).

8. SUY TIM DO THIẾU VITAMIN B₁

Do lao động nặng. Dinh dưỡng kém. Nghiện rượu, bia, ăn nhiều ngọt, ít đạm. Có thai, sau đó kiêng khem quá mức. Gây suy tim cấp: mất phản xạ gân xương. Tim to toàn bộ. Suy tim phải.

Vitamin B₁ có vai trò quan trọng trong chuyển hoá glucid, là thành phần của men carboxylase. Nhờ men ấy, acid pyruvic, chất trung gian trong chu trình Krebs, chuyển glucid thành năng lượng cung cấp cho cơ thể. Nếu thiếu sẽ ứ đọng acid pyruvic và acid lactic trong tổ chức, gây giãn mạch, nước thoát ra ngoài mạch, gây phù. Mặt khác thiếu vitamin B₁, thiếu năng lượng do rối loạn chuyển

hoá glucose làm ảnh hưởng đến hoạt động của tim và ứ nước trong khoang màng tim làm cho bệnh nhân tê phù, có thể chết đột ngột do ngừng tim.

Thiếu vitamin B₁ có thể do: ăn uống, rối loạn tiêu hoá, đặc biệt do nghiện rượu.

Triệu chứng: Mệt mỏi, nhức đầu, ăn không ngon, hồi hộp, khó thở, đi lại khó khăn, chuột rút, đau cơ bắp, tê bì kiến bò. Giảm cân, phù ứ từ chân rồi toàn thân. Mạch nhanh, tim to, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.

Dấu hiệu của thể phù khô là viêm đa thần kinh, liệt chi, teo cơ, rối loạn cảm giác, khản tiếng, nuốt nghẹn.

Điều trị: Xét nghiệm. X-quang.

Thuốc: Tiêm bắp *vitamin B₁* 400 mg/ngày, nếu nguy kịch tiêm tĩnh mạch, 1 tuần liên (coi chừng phản vệ). Dùng *vitamin B* phối hợp (*B₁*, *B₆*, *B₁₂*) uống 3 tháng liên.

Phòng bệnh: Ăn uống có đủ *vitamin B₁* 0,4 mg B₁/1000 kcal.

- Không xay xát, vo gạo quá kỹ.
 - Chống nạn nghiện rượu.
 - Ăn uống cân đối các chất và vitamin các loại.
- (Xem thêm 2.5/XI).

9. CẤP CỨU CHẾT ĐUỐI

Chết đuối là chết vì ngạt thở do cơ thể hay mặt nạn nhân bị chìm trong nước. Do hít nước vào

phổi. Dạ dày đầy nước kích thích nôn tràn cả vào phế quản, phế nang phá hỏng chất làm giảm sức căng bề mặt, làm phổi kém đàn hồi, thương tổn phế nang, gây xẹp, tăng sức cản hô hấp, nước ào vào phế nang làm rối loạn khuếch tán thông khí, tưới máu (mất oxy) gây phù phổi cấp. Nước vào, bắn gây viêm nhiễm.

Triệu chứng: Suyt chết đuối với 4 nhóm triệu chứng:

Rối loạn tri giác, (tỉnh táo, lơ mơ, hôn mê).

Suy hô hấp (khó thở, tím tái, phù phổi).

Suy tuần hoàn, (loạn nhịp tim, hạ hoặc mất HA, giảm khối lượng tuần hoàn, ngừng tim).

Hạ thân nhiệt phụ thuộc vào nhiệt độ nước và thời gian chìm, rối loạn cơ chế điều hòa thân nhiệt.

Điều trị: Cấp tốc hồi sức, đặc biệt giảm oxy huyết và nhiễm toan (phù phổi, phù não do thiếu oxy mô). Nếu do lạnh thì phải làm ấm. Làm sạch miệng, hà hơi thổi ngạt. Miệng áp miệng phải làm tức thời kể cả ở dưới nước (nhớ bóp mũi, nếu thổi mũi thì khép miệng nạn nhân). Nếu nạn nhân mê không thấy mạch, cho nằm đầu thấp, hà hơi thổi ngạt, bóp tim ngoài lồng ngực (bóp 5 lần thổi ngạt 1 lần). Hai người làm thì tốt, một hà hơi thổi ngạt, một bóp tim (ấn thật mạnh vùng tim). Thổi cho ngực nạn nhân phồng lên là đúng. Nếu không thấy tim đập và mạch cảnh thì xoa bóp tim trong lồng ngực. Dùng máy thông khí cơ lọc. Hút đờm

dãi và dịch trong khí quản, dạ dày. Phải làm cho nước ở trong người nạn nhân chủ yếu ở phổi thoát ra (làm sau thổi ngạt bóp tim). Nếu sau 1 giờ cấp cứu, thân nhiệt đã trên 32⁰C, tim không đập thì không có hy vọng cứu được. Đưa đi bệnh viện sớm nếu đã có tiếng tim và huyết áp.

10. VIÊM MÀNG BỤNG

Viêm do trong ổ bụng có mủ, có giả mạc, có dịch tiêu hóa, có phân, có dịch mật, có nước tiểu...

Có nhiều loại: nguyên phát, thứ phát, vi khuẩn, hóa chất, cấp - mạn; lan tràn hay khu trú. Đặc biệt, loại thứ phát do thương tổn một tạng nào đó rồi vi khuẩn gây nên viêm như: do ruột thừa, dạ dày - tá tràng, túi Mackel, hoại tử ruột non, thủng hồi tràng, do ung thư, áp xe gan amip và đường mật, do sỏi mật viêm túi mật hoại tử, viêm phần phụ, vỡ tử cung, thủng tử cung, chấn thương bụng, phẫu thuật ổ bụng...

Triệu chứng: Đau khắp bụng, liên tục, tăng lên khi vận động, không dám cử động - xoay người, cố nằm im, không dám ho - thở mạnh - hít sâu - nói to, hai chân co (nhưng nếu do sỏi ống mật chủ và niệu quản thì lại kêu la, lăn lộn, gập người, gò lưng, gác chân lên tường, tay ôm bụng), nôn ói, bí trung đại tiện, trướng bụng, co cứng thành bụng (ấn rất đau), gõ đục. Sốt cao, mạch nhanh, khó thở, thở nhanh, môi khô, lưỡi bẩn, thở hôi.

Điều trị: Xét nghiệm. X-quang. Chọc dò. Siêu âm. Phẫu thuật (thứ phát).

Thuốc: Dùng kháng sinh là rất cần thiết. Chọn loại thích hợp, nhiễm kỵ khí dùng *Metronidazol*. Làm hạ sốt bằng chườm lạnh và *AINS, Paracetamol*.

Hút dạ dày là bắt buộc.

Sau phẫu thuật làm sạch ổ bụng.

Chăm sóc ăn uống sau mổ rất quan trọng. Theo dõi sau mổ vì vết thương mổ rất dễ nhiễm khuẩn.

Có thể biến chứng sau mổ nhiều tháng, nhiều năm (nhất là tắc ruột do dính, do dây chằng).

11. LIỆT DƯƠNG

Giao hợp là một động tác sinh lý tự nhiên gồm 3 giai đoạn: ham muốn tình dục, cương dương và giai đoạn cực khoái - phóng tinh. Một trong các giai đoạn ấy, nhất là giai đoạn cương dương vật, không cấu thành là liệt dương.

Nguyên nhân: Tâm thần: do lo sợ, bệnh Hysteria, tâm thần phân liệt, trầm cảm đưa đến mất ham muốn tình dục, nghiện rượu làm giảm ham muốn tình dục, nghiện ma túy làm mất tự tin, còn đưa đến đồng tính luyến ái. Tâm lý đưa đến liệt dương (bất hoà vợ chồng, bất mãn đời sống xã hội).

Do nội tiết rối loạn (testosteron dưới 2 ng/ml),

yếu sinh lý lúc tuổi già, giảm sắc dục, mất cương, chậm phóng tinh.

Do huyết mạch: Do bị ngăn cản sự dồn máu vào thể hang và kìm giữ máu tại chỗ.

Do thần kinh: Do tổn thương hay bệnh lý ở tuỷ sống (trung tâm), bệnh đuôi ngựa tại tuỷ sống. Tổn thương thần kinh thẹn trong dây thần kinh cương gây bất lực. Tổn thương huyết mạch não làm giảm tình dục 80% (động kinh). Bệnh liệt toàn thân do giang mai, u não, teo vỏ não, máu tụ dưới màng cứng cũng gây bất lực hoàn toàn.

Do dương vật bất thường: Teo, gãy, cương đau trường cửu.

Nguyên nhân khác: Đái tháo đường, nghiện rượu, thuốc (phenothiazin, barbiturat, thuốc phiện, clonidin, methyldopa, reserpin, lợi tiểu, dẫn mạch, oestrogen, kháng androgen - gần đây nghi ngờ cả cimetidin và thuốc tương tự. Do phẫu thuật: tuyến tiền liệt, tinh hoàn do chấn thương, do bướu làm yếu sinh lý rõ rệt.

Điều trị: Thuốc thúc đẩy cương dương vật: Tiêm vào thể hang *Papaverin* 10-20-60 mg/ngày (có thể gây cương trường cửu, đau gây xơ hoá và bất lực). *Prostaglandin E₁* có giá trị hơn thuốc trên (xem alprostadil). *Phenoxybenzamin* cũng giống *Papaverin*. Thuốc phong bế *Alpha moxysytit*, *Phenolamin*, *ceritin* kết hợp với *Papaverin*, *yohimbini*, *Thyomoxamin* thường được sử dụng. *Ketanserini*,

tranzodon tác dụng nhẹ hơn *yohimbin*. Gần đây dùng *L-carnitin* (cần xác minh thêm).

Khó điều trị nếu do thần kinh. Nếu do giảm testosterone thì dùng *andriol* 120- 160 mg/ngày x 3 tuần, sau đó 40- 120 mg/ngày để duy trì.

Nếu do huyết mạch: Có thể dùng thuốc tiêm thể hang. Có khi phải phẫu thuật.

Kết quả thuốc tiêm thể hang thành công cao nếu do tâm thần (90-100%), hay do nội tiết thần kinh (80-90%), trung bình nếu do huyết mạch (70-80%). Thuốc ức chế alpha kết quả thất thường.

Ức chế cương: Nếu cương trường cửu thì dùng *adrenalin*, *noradrenalin*, *ephedrin* tiêm vào thể hang làm co thắt động mạch dương vật (nhưng gây tăng HA cấp do co mạch).

Lưu ý: Phóng tinh sớm thường gặp ở nam giới: rất sớm (trước khi giao hợp, mới giao hợp, trong lúc giao hợp sớm hơn ý muốn. Trung bình là 2-10 phút. Có thể theo phương pháp tập luyện đòi hỏi kiên nhẫn của cả 2 người, tạo cho người nam giới chủ động kiềm chế, tự tin, có thể tới 5-10 tháng (Bách khoa thư bệnh học - 2000).

Hiện nay có nhiều thuốc *Sildenafil* (*Viagra*), *Tadalafil* (*Cialis*) giãn tế bào cơ trơn ở động mạch dương vật gây cường dương, dùng cho người liệt dương (vẫn còn ham muốn tình dục) có tác dụng tốt. Dùng trong trường hợp phóng tinh rất sớm cũng tốt. Nhưng hết sức lưu ý với người bệnh tim

mạch. Đặc biệt không dùng các thuốc hoặc chất nitrat hữu cơ.

Còn có thuốc khác: *Uprima* viên ngậm (tác dụng phụ gây hạ huyết áp), *Alprostadil* với nhiều biệt dược khác nhau, với các dạng thuốc khác nhau (tiêm, viên, mỡ, kem...) như mỡ *Alprox*, *Topiglan*; kem bôi *Nex Med*; thuốc tiêm vào thể hang *Caverject*, *Edex*, *Peninject* (chú ý thăm dò liều dùng thích hợp, liều cao gây cường dương lâu trên 4 giờ và đau và chỉ được dùng 1 lần/ngày x 3 lần/tuần. Đa số ưa dùng loại kem và mỡ.

Những người rối loạn, trục trặc, liệt dương có tỷ lệ cao, khoảng trên 20%. Đây là vấn đề thuộc tâm sinh lý, tinh thần và xã hội (hạnh phúc lứa đôi). Cần có sự quan tâm thích đáng.

12. RƯỢU - NGHIỆN RƯỢU

Rượu là hỗn hợp giữa alcol và nước. Tùy thuộc vào tỷ lệ giữa 2 thành phần ấy (tt/tt) có các loại rượu có nồng độ khác nhau. Rượu cao độ, trên 95° thường dùng làm dung môi, rượu để uống thường từ 10-50°, trung bình 30-40°.

Rượu phải đạt tiêu chuẩn chất lượng. Không có tạp chất gây nguy hiểm: aldehyd, ceton, benzen, methanol và nhựa. Chỉ riêng methanol, ngoài các triệu chứng ngộ độc chung, còn gây đau tiêu hoá nặng nề, mất nhìn nhiều loạn không hồi phục đến đui mù, nhiễm acid chuyển hoá nghiêm trọng (acid

formic), kéo dài hôn mê và chết do ngừng thở. Các tạp chất khác như benzen dễ gây ung thư.

Dù là rượu sạch uống quá liều cũng gây ngộ độc tức thời: trạng thái phờ phơ, cảm xúc rối ren, nói năng líu nhíu bừa bãi, mất lý trí, gây gổ, hung hăng, đái nhiều, mất điều hoà vận động, nôn mửa, khát nước, đau bụng, đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, mệt lả, run rẩy, rung giật, tái nhợt, vã mồ hôi, sưng sờ, da lạnh ẩm, hạ thân nhiệt, thở chậm khó nhọc, đồng tử giãn, tim đập nhanh, hạ đường huyết, tuần hoàn suy sụp, ảnh hưởng sọ não và hôn mê. Ít khi chết người, nhưng nếu ngủ lịm (hôn mê dai dẳng) trên 12 giờ là nguy hiểm. Say rượu, do hạ thân nhiệt, ra gió và lạnh có thể đột tử.

Ngộ độc ấy kéo theo nhiều bệnh khác, đặc biệt bệnh tụy, dạ dày cấp.

Do tác động sọ não, thần kinh, rượu làm suy giảm hoặc mất khả năng về lý trí và phối hợp, nguy hiểm khi lái xe, vận hành máy, làm việc trên cao, nơi nguy hiểm.

Nghiện rượu, với độc tính trường diễn nguy hại cho tiêu hoá như phù nề, chảy máu; bệnh tụy; bệnh gan (xơ gan); bệnh cơ tim; tàn phá cơ bắp; liệt dương; tăng huyết áp; tăng acid uric niệu, lại càng xấu hơn nếu chế độ ăn uống không phù hợp (xem bệnh gan, tụy và tim do thiếu vitamin B₁ ở phần trên) và bệnh trầm cảm.

Với người mang thai: rượu dễ dàng qua thai, gây cho thai nhi nhiều rủi ro, gây biến đổi gen đưa đến dị dạng, giảm phát triển trí tuệ của trẻ em.

Có nên uống rượu không? Có. Rượu là chất dẫn, khai vị, kích thích với một lượng vừa phải thì tốt (1 cốc bia, vang hoặc 1 chén con rượu).

Cần chú ý: biết rõ là rượu sạch, uống lượng vừa đủ, không lạm dụng vì rượu gây nghiện. Đặc biệt chú ý rượu chống chỉ định với nhiều thuốc (cấm tuyệt đối với thuốc trị động kinh, an thần kinh, thuốc trầm cảm, thuốc ngủ barbiturat). Tốt nhất đang dùng thuốc thì không nên uống rượu.

Cai rượu dẫn đến hội chứng cai và sảng rượu, một biểu hiện của ngộ độc do nghiện rượu gây nên mê sảng, rối loạn ý thức, tinh thần, tâm thần (ảo giác về nhìn, cảm xúc, nghe, quên về sau), biểu hiện thoáng mất trí và nhận thức, sa sút trí tuệ, thay đổi nhân cách. Co giật, sốt, run, lẫn lộn, rối loạn điện giải... Liệu trình thuốc trị sảng rượu gồm nhiều thuốc, đặc biệt *Benzodiazepin*, *Phenobarbital* phải do thầy thuốc theo dõi, chỉ định.

13. NẤM ĐỘC

Triệu chứng: Có hai tình trạng ngộ độc: chậm và nhanh.

- Chậm: có thể từ 6 giờ đến 40 giờ, trung bình 12 giờ. Các biểu hiện: buồn nôn, nôn, ỉa chảy như tả 2-3 ngày gây mất nước, điện giải. Có thể trụy

tim mạch. Có thể gây suy thận cấp, viêm gan nhiễm độc tới mức hôn mê và tử vong.

- Nhanh: trong vòng vài giờ sau khi ăn. Biểu hiện: giãn mạch, vã mồ hôi, chảy dãi, ỉa chảy, mất nước, điện giải - Nhịp tim nhanh, đồng tử co - Hạ huyết áp - Co giật - Giãy giụa - Mê sảng - Niêm mạc khô - Ảo giác.

Điều trị: Xét nghiệm.

Rửa dạ dày sớm - Thuốc: than hoạt uống: 20 g/lần, cứ cách 2 giờ uống 1 lần cho đủ 120g. Trẻ em uống 5-10 g/lần.

Truyền dịch giữ cân bằng nước, điện giải: *NaCl* 0,9%. Truyền *glucose*.

Nếu có biểu hiện thận: lọc thận. Suy gan: *Silymarin*. Truyền mạch: *Acid thioctic* 25 mg/4 lần/ngày.

Với ngộ độc nhanh: truyền dịch *NaCl* 0,9% và *glucose* 5%. Uống than hoạt (như trên). *Sorbitol* uống 1-2 g/kg/6 lần/ngày.

14. RẮN CẮN

Triệu chứng: Có rất nhiều loại rắn độc, nọc có thể độc vừa, nhưng có loại nọc rất độc. Đại diện cho những loài rắn độc ở Việt Nam là: rắn hổ mang, rắn cạp nong, nắn cạp nia, rắn lục và một vài rắn biển.

Bị rắn cắn: có khi không biết rắn gì cắn. Các biểu hiện: lo lắng, chóng mặt, sốc có thể xảy ra.

Rối loạn đông máu, tan máu, chảy máu. Nôn mửa - Ỉa chảy - Rối loạn nước, điện giải - Suy thận cấp - Tiêu cơ vân.

Điều trị: Xét nghiệm công thức máu (prothrombin, fibrinogen, máu chảy, máu đông...). Điện tim - Theo dõi thận.

Khi bị rấn cắn, kêu ngay người khác đến giúp. Túc thời rửa ngay bằng nước nhiều lần, nặn bóp (nếu cần mở rộng vết cắn) cho ra nọc tại chỗ. Sát khuẩn vết cắn, nếu có than hoạt ép vào vết cắn băng lại. Đau cho uống *Effergal* *codein* hoặc tiêm *Pro-Dafalgan* 1g theo tĩnh mạch hoặc bắp.

Đưa đi cấp cứu bằng xe ô tô hoặc cáng, không được để bệnh nhân tự đi hoặc chạy hoặc đi xe đạp, xe máy vì có thể sốc và trụy mạch.

Truyền dịch. Tiêm thuốc đặc trị rấn cắn (*huyết thanh kháng nọc rắn*) - Thuốc chống uốn ván - Thuốc chữa rối loạn đông máu - Chống suy thận cấp - Thở hỗ trợ hoặc nội khí quản (thông khí) - Chống phù nề (*corticoid*) - Trị đau: *Po-Dafalgan*.

Cẩn thận khi dùng huyết thanh kháng nọc rắn có thể phản vệ (có *adrenalin* dự phòng).

Chú ý: Không cho uống rượu (kể cả rượu trị rấn cắn).

Những người nuôi rắn, làm việc ở rừng núi cần có thuốc trị đau nhức, viên than hoạt bên mình. Quần áo mũ bảo hộ lao động - Đi giày hoặc ủng khi làm việc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Bách khoa toàn thư dược học*
- *Bách khoa toàn thư bệnh học*
- *Bệnh học nội khoa*, Trường Đại học Y Hà Nội
- *Chẩn đoán điều trị* (Phương Ngọc dịch)
- *Dược điển Việt Nam*
- GS. Phạm Tử Dương - GS. Nguyễn Thế Khánh:
Xét nghiệm sinh hóa
- GS. Vũ Văn Đính: *Cẩm nang cấp cứu*
- Nhiều tác giả: *Hướng dẫn thực hành điều trị*
- *Ký sinh trùng y học*, Trường Đại học Y Hà Nội
- *MIMS Việt Nam*
- DS. Phạm Thiệp - DS. Vũ Ngọc Thúy: *Thuốc
Biệt dược và cách sử dụng*
- *Vidal Việt Nam và Pháp*
- Vũ Đình Vinh: *Hướng dẫn sử dụng các xét
nghiệm sinh hóa*
- Nhiều tác giả: *Sổ tay thầy thuốc thực hành*
- *Martindale*

MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
<i>Chú dẫn của Nhà xuất bản</i>	5
<i>Lời nói đầu</i>	7
<i>Những chữ viết tắt</i>	9
I. BỆNH DO KÝ SINH TRÙNG	11
1. Bệnh amip (<i>Entamoeba histolytica</i>)	11
2. Bệnh sốt rét	13
3. Ghẻ	16
4. Giun - sán	17
4.1. Giun	18
4.2. Sán	22
4.3. Ấu trùng sán lợn	25
II. BỆNH XƯƠNG CƠ MÔ - KHỚP	28
1. Bệnh Gút (<i>Goutte, Thống phong</i>)	28
2. Bệnh nhược cơ	31
3. Bệnh Paget ở xương (<i>Viêm xương biến dạng</i>)	33
4. Bong gân cổ chân	33
5. Chứng loãng xương	35
6. Đau ở cổ, vai, chi trên	37
7. Đau dưới lưng và thần kinh hông (<i>Thần kinh tọa</i>)	38

8. Gãy xương hở	40
9. Gãy xương kín	40
10. Sai khớp	41
11. Vẹo cổ co giật	42
12. Vết thương phần mềm	43
13. Viêm bao hoạt dịch	44
14. Viêm đốt sống cứng khớp - hư khớp	45
14.1. Viêm đốt sống cứng khớp	45
14.2. Hư khớp	46
15. Viêm gân và viêm bao gân	48
16. Viêm khớp dạng thấp	49
17. Viêm mạch	53
18. Viêm xương khớp (<i>OA: Osteoarthritis</i>)	53
III. BỆNH LÂY QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC	56
1. Bệnh do <i>Trichomonas</i>	56
2. Bệnh giang mai (<i>Treponema pallidum</i>)	56
3. Bệnh lậu	59
4. Nấm <i>Candida</i>	62
4.1. Sinh dục	62
4.2. Ngoài da	62
IV. BỆNH NGOÀI DA	64
1. Ban đỏ đa dạng	64
2. Ban da hoại tử do nhiễm độc	64
3. Bệnh vẩy cá (<i>Khô da</i>)	65
4. Chai - sừng	66
5. Chín mé	66
6. Giảm sắc tố	67

6.1. Bạch tạng	67
6.2. Bạch biến	67
7. Hắc lào	68
8. Lang ben	68
9. Liken phẳng	69
10. Loét do đê (<i>Do nằm, loét do dinh dưỡng</i>)	69
11. Mụn cơm (<i>Mụn cóc</i>)	70
12. Nấm da	72
13. Ngứa	73
14. Sạm da	74
15. Trứng cá	76
15.1. Trứng cá thường	76
15.2. Trứng cá đỏ	77
16. Viêm da (<i>Chàm, Eczema</i>)	77
16.1. Viêm da tiếp xúc	80
16.2. Viêm da do dị ứng ánh sáng	80
16.3. Viêm da thần kinh	81
17. Viêm da đồng tiền	81
18. Viêm da mạn ở bàn tay - bàn chân	82
19. Viêm da khu trú do cào gãi	82
20. Viêm da mụn rộp	83
21. Viêm da quá mẫn	83
22. Viêm da tăng tiết bã nhờn	85
23. Viêm da tróc vảy toàn thân	86
24. Viêm da do thuốc	86
25. Vảy nến	87
V. BỆNH NHIỄM KHUẨN	89
1. Áp xe	89

1.1. Áp xe	89
1.2. Áp xe da	90
1.3. Áp xe quanh hậu môn và rò hậu môn	91
1.4. Áp xe phổi	92
1.5. Áp xe nội sọ (<i>não, ngoài màng cứng và tụ mủ dưới màng cứng</i>)	93
1.6. Áp xe gan amip	94
1.7. Áp xe gan đường mật	95
2. Bệnh bạch hầu	97
3. Bệnh dại	100
4. Bệnh Dengue (<i>Sốt xuất huyết</i>) (<i>Dengue hemorrhagic fever - DHF</i>)	103
5. Bệnh dịch hạch (<i>Yersinia pestis</i>)	105
6. Bệnh Herpes	106
7. Bệnh lao phổi (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	107
8. Bệnh phong (<i>Mycobacterium leprae</i>)	109
9. Bệnh tả (<i>Vibrio cholerae</i>)	110
10. Bệnh than (<i>Nhọt ác tính - bệnh Woolsorter</i>)	111
11. Bệnh thương hàn (<i>Salmonella typhi</i>)	112
12. Bệnh uốn ván (<i>Clostridium tetani</i>)	114
13. Cảm lạnh	115
14. Cúm	116
15. HIV	118
16. Lỵ trực khuẩn (<i>Shigella</i>)	120
17. Nhiễm khuẩn huyết	122
18. Nhiễm khuẩn hoại tử dưới da	124
19. Salmonella khác	125
20. Viêm hạch bạch huyết	126

21. Viêm mạch bạch huyết cấp	127
22. Viêm mô tế bào	127
23. Zona	129
VI. BỆNH RĂNG MIỆNG	131
1. Áp xe quanh chóp răng (<i>Áp xe ổ răng</i>)	131
2. Bệnh nha chu	132
2.1. Viêm nướu	132
2.2. Viêm nướu loét hoại tử cấp (<i>Bệnh Vincent</i>)	132
2.3. Viêm nha chu (<i>Viêm quanh chân răng chảy mủ</i>)	133
3. Đau răng cấp	134
3.1. Viêm tủy cấp	134
3.2. Viêm tủy cấp có phản ứng quanh cuống	134
3.3. Áp xe cuống răng	134
3.4. Viêm quanh cuống cấp	135
4. Mọc răng	135
5. Viêm lưỡi	136
6. Viêm miệng	137
7. Viêm miệng aptơ	138
8. Viêm tủy răng	138
VII. CÁC BỆNH PHỔI	140
1. Giãn phế quản	140
2. Bệnh hen	141
2.1. Hen nội tại	143
2.2. Hen dị ứng	146
3. Ho	147
	441

3.1. Ho	147
3.2. Ho ra máu	149
4. Khó thở - tức ngực	151
5. Suy hô hấp	152
6. Tắc khí đạo mạn	154
7. Tràn dịch màng phổi	155
8. Tràn khí màng phổi	157
9. Ung thư phế quản - phổi	158
10. Viêm phế quản cấp và mạn	159
11. Viêm phổi	161
12. Viêm màng phổi	166
13. Xanh tím	167
VIII. CHỨNG BỆNH GAN MẬT	168
1. Bệnh gan do rượu	168
2. Bệnh nhiễm mỡ gan	169
3. Cổ trướng	169
4. Sỏi mật	170
5. Sỏi ống mật chủ	172
6. Ung thư gan (<i>Carcinom tế bào gan</i>)	173
7. Vàng da - ú mật	174
7.1. Vàng da	174
7.2. Ú mật	174
8. Viêm gan cấp	176
9. Viêm gan mạn	177
10. Viêm túi mật	179
11. U tân sinh ống mật	180
12. Xơ hoá và xơ gan	181

IX. CHỨNG BỆNH NÃO - THẦN KINH	183
1. Áp xe não	183
2. Sốc chấn thương	184
3. Chấn thương đầu, cột sống	185
3.1. Đầu	185
3.2. Cột sống	186
4. Chóng mặt	187
5. Đau (<i>Nhức đầu, Đau nửa đầu</i>)	190
5.1. Nhức đầu	190
5.2. Nhức nửa đầu (<i>Migraine</i>)	192
6. Động kinh	193
6.1. Động kinh	193
6.2. Trạng thái kích động	195
7. Đột quỵ	196
8. Lú lẫn	197
9. Mất ngủ	197
10. Mê sảng	198
11. Nấc cụt	199
12. Parkinson (<i>Liệt rung</i>)	201
13. Rối loạn trầm cảm	204
13.1. Rối loạn trầm cảm	204
13.2. Tâm căn suy nhược	206
14. Rối loạn thị giác	207
15. Run	207
16. Tâm thần phân liệt	208
17. Thiếu máu cục bộ não (<i>Thiếu năng tuần hoàn não</i>)	209

18. U não	211
19. Viêm màng não	212
19.1. Viêm màng não vi khuẩn cấp	212
19.2. Viêm não virus cấp - viêm màng não vô khuẩn	214
19.3. Viêm màng não bán cấp và mạn	215
20. Xuất huyết não - nhũn não	215
20.1. Xuất huyết não	215
20.2. Nhũn não	218
X. DỊ ỨNG	219
1. Dị ứng và dị ứng thuốc	219
2. Mày đay - phù mạch	223
3. Phản vệ	224
4. Viêm kết mạc dị ứng	226
5. Viêm mũi dị ứng	227
XI. DINH DƯỠNG CHUYỂN HÓA	229
1. Nguyên tố	230
2. Vitamin	231
2.1. Vitamin A (<i>Retinol</i>)	231
2.2. Vitamin D	232
2.3. Vitamin E	233
2.4. Vitamin K	234
2.5. Vitamin B ₁ (<i>Thiamin</i>)	235
2.6. Vitamin B ₂ (<i>Riboflavin</i>)	236
2.7. Niacin (<i>Acid nicotinic</i>)	237
2.8. Vitamin B ₆ (<i>Pyridoxin</i>)	238
2.9. Vitamin C (<i>Acid ascorbic</i>)	239

2.10. Vitamin B ₁₂	
(<i>Cyanocobalamin, Hydroxocobalamin</i>)	240
3. Suy dinh dưỡng - năng lượng	242
XII. HUYẾT HỌC - KHỐI U - UNG THƯ	244
1. Bệnh bạch cầu cấp (<i>Leucemie</i>)	244
2. Hội chứng tăng lipid máu	245
3. Thiếu máu	249
4. Thiếu máu do thiếu sắt	251
5. Ung thư	252
XIII. MẮT	255
1. Bệnh mắt hột	255
2. Bệnh vông mạc	256
3. Chấn	257
4. Dấu hiệu về mắt	257
4.1. Xuất huyết	257
4.2. Các vết lơ lửng	258
4.3. Sợ ánh sáng	259
4.4. Đau nhức	259
4.5. Ám điểm	259
4.6. Sai khúc xạ	260
5. Đục thủy tinh thể	260
6. Hẹp ống lệ	261
7. Kính tiếp xúc (<i>Áp tròng</i>)	262
8. Khô mắt do thiếu vitamin A	263
9. Lẹo	263
10. Loét giác mạc	264
11. Phù gai thị	264
	445

12. Tăng nhãn áp (<i>Glôcôm</i>)	265
13. Thoái hoá điểm vàng ở người cao tuổi	265
14. Viêm màng mạch nhỏ	266
15. Viêm giác - kết mạc mùa xuân	266
16. Viêm giác - kết mạc khô	267
17. Viêm kết mạc	267
18. Viêm mi	268
19. Viêm mô tế bào ổ mắt	269
20. Viêm túi lệ	270
21. Zona - Herpes mắt	270
22. Đau mắt đỏ	271
23. Quặm	271
24. Mộng thịt	272
25. Dinh dưỡng mắt	272
XIV. NHI KHOA	273
1. Bạch hầu	273
2. Bệnh còi xương	276
3. Chốc lở - mụn mủ	277
4. Ho gà	278
5. Múa giật Sydenham	280
6. Quai bị	280
7. Sởi	282
8. Thủy đậu (<i>Phồng dạ hoặc canh châu</i>)	283
XV. PHỤ KHOA - SẢN KHOA	285
1. Bệnh nội khoa trong thai nghén	285
1.1. Nhiễm khuẩn	285
1.2. Nhiễm ký sinh trùng	290

1.3. Bệnh lý máu	290
1.4. Bệnh nội tiết	291
1.5. Bệnh đường hô hấp	292
1.6 Bệnh tim mạch	293
1.7. Bệnh lý dạ dày - ruột	293
1.8. Bệnh lý về da	294
1.9. Bệnh lý thần kinh	294
2. Những nguy cơ khi mang thai	294
2.1 Sảy thai tự nhiên	295
2.2. Chửa ngoài tử cung	296
2.3. Tăng huyết áp thai nghén (<i>trên</i> <i>140/90 mmHg</i>)	297
2.4. Chuyển dạ sớm	297
2.5. Thai già tháng	298
2.6. Để khó	298
2.7. Viêm màng ối - màng đệm	298
2.8. Chảy máu lúc chuyển dạ	299
3. Bệnh vú lành tính	300
4. Chảy máu bộ phận sinh dục không bình thường	301
5. Thống kinh (<i>Hành kinh đau</i>)	302
6. Lạc màng trong tử cung	304
7. Mãn kinh	304
8. Sa sinh dục	306
9. Viêm âm hộ - âm đạo	307
9.1. Các bệnh nhiễm khuẩn	307
9.2. Viêm phần phụ	308
10. Viêm vòi tử cung	309

11. U tân sinh phụ khoa	311
12. Ung thư vú	311
13. U xơ tử cung	312
XVI. RỐI LOẠN NỘI TIẾT	314
1. Bệnh đái tháo đường (<i>DM - Diabetes mellitus</i>)	314
2. Bướu giáp	317
3. Đái tháo nhạt (<i>DI- Diabetes insipidus</i>)	320
4. Giảm năng tuyến giáp (<i>Phù niêm</i>)	321
5. Tăng năng tuyến giáp (<i>Bệnh Basedow</i>)	322
XVII. SINH DỤC TIẾT NIỆU	324
1. Hội chứng thận hư	324
2. Nhiễm khuẩn đường niệu dưới và sinh dục	326
3. Sỏi đường tiết niệu	328
4. Suy thận	330
4.1. Suy thận cấp	330
4.2. Suy thận mạn	332
5. U xơ tuyến tiền liệt	333
6. Ung thư tiền liệt tuyến	337
7. Viêm cầu thận cấp và mạn	338
8. Viêm thận, bể thận vi khuẩn cấp	340
9. Viêm thận tiến triển nhanh	341
XVIII. TAI - MŨI - HỌNG	342
1. Chảy máu cam	342
2. Meniere	342
3. Bệnh polip mũi	343
4. Viêm amidan	345

5. Viêm họng	345
6. Viêm mũi	346
7. Viêm mũi vận mạch	347
8. Viêm nơron tiền đình	347
9. Viêm tai ngoài	348
10. Viêm tai giữa cấp tính	349
11. Viêm tai giữa tiết dịch	351
12. Viêm tai giữa mạn tính, mũ thối	351
13. Viêm thanh quản	353
14. Viêm xoang cấp và mạn	353
15. Viêm xương chũm cấp tính	355
16. Ung thư amidan	355
17. Ung thư thanh quản	356
18. Ung thư thực quản	356
19. Ung thư vòm họng	356
20. Û tai	357
21. Zona tai	357

XIX. TIÊU HÓA - BỆNH DẠ DÀY - RUỘT 359

1. Chảy máu dạ dày - ruột	359
2. Giun chui ống mật	360
3. Ỉa chảy	361
4. Khó tiêu	364
5. Loét dạ dày - tá tràng	366
6. Ngộ độc clostridium botulinum	369
7. Táo bón	370
8. Tắc ruột - lồng ruột	372
8.1. Tắc ruột	372
8.2. Lồng ruột	373

9. Thủng dạ dày	374
10. Trĩ	374
11. Trào ngược dạ dày - thực quản (<i>GER = Gastroesophageal reflux</i>)	376
12. Ung thư đại tràng	378
13. Viêm dạ dày	379
14. Viêm đại tràng - đại tràng chức năng	382
15. Viêm kết tràng xuất huyết	385
15.1. Kết tràng xuất huyết	385
15.2. Viêm loét đại trực tràng chảy máu	386
16. Viêm tụy	387
17. Viêm ruột thừa	388
18. Ung thư dạ dày	390
XX. TIM MẠCH	392
1. Đau thắt ngực	392
2. Hạ huyết áp thể đứng	394
3. Ngất (<i>Xiu</i>)	395
4. Ngừng tim đột ngột	397
5. Nhồi máu cơ tim	399
6. Sốc	400
7. Tăng huyết áp	402
8. Tim phổi mạn (<i>Tâm phế mạn</i>)	406
9. Hẹp van hai lá	408
10. Vữa xơ động mạch	410
11. Cấp cứu tim mạch	412
11.1. Cơn nhịp tim chậm	412
11.2. Cơn nhịp tim nhanh	412
11.3. Cơn rung nhĩ nhanh	413

11.4. Ngừng tuần hoàn	413
11.5. Cơ đau thắt ngực	414
11.6. Nhồi máu cơ tim	414
11.7. Cơ tăng huyết áp	414
11.8. Nhũn não tiến triển	415
11.9. Tai biến thiếu máu não	415
11.10. Xuất huyết não - màng não	416
XXI. CÁC BỆNH KHÁC	417
1. Bệnh Wilson	417
2. Bỏng	417
3. Điện giật	419
4. Hoại thư sinh hơi	420
5. Nấm bẹn	421
6. Nhiễm độc cấp	421
7. Say tàu xe	423
8. Suy tim do thiếu vitamin B ₁	424
9. Cấp cứu chết đuối	425
10. Viêm màng bụng	427
11. Liệt dương	428
12. Rượu - Nghiện rượu	431
13. Nấm độc	433
14. Rắn cắn	434
<i>Tài liệu tham khảo</i>	436

Chịu trách nhiệm xuất bản
Q. GIÁM ĐỐC - TỔNG BIÊN TẬP
NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT
TS. HOÀNG PHONG HÀ

Chịu trách nhiệm nội dung
PHÓ GIÁM ĐỐC - PHÓ TỔNG BIÊN TẬP
NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT
TS. ĐỖ QUANG DŨNG
TỔNG GIÁM ĐỐC NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
CHU HÙNG CƯỜNG

Biên tập nội dung: ThS. NGUYỄN KIM NGÀ
BS. NGUYỄN TIẾN DŨNG
ĐỖ MINH CHÂU

Trình bày bìa: ĐƯỜNG HỒNG MAI

Chế bản vi tính: TRẦN THỊ PHƯƠNG HOA

Sửa bản in: PHÒNG BIÊN TẬP KỸ THUẬT

Đọc sách mẫu: ĐỖ MINH CHÂU

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA - SỰ THẬT, 12/86 Duy Tân, Cầu Giấy, Hà Nội
ĐT: 080 49221, Fax: 080 49222, Email: suthat@hn.vnn.vn, Website: www.nxbctqg.vn

TÌM ĐỌC

Bộ Y tế

*** CẤP CỨU BAN ĐẦU**

Hoàng Gia (Chủ biên), Bùi Đức Dương, Vũ Đình Quý

*** CHĂM SÓC BỆNH TRONG GIA ĐÌNH (Tập I, II)**

Peggy Morgan, Caroline Saucer, Elisabeth Torg

*** KIẾN THỨC CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ (Tập I, II)**