

VIỆN NGHIÊN CỨU & PHỔ BIẾN KIẾN THỨC BÁCH KHOA
TỦ SÁCH HỒNG PHỔ BIẾN KIẾN THỨC BÁCH KHOA
CHỦ ĐỀ: PHÒNG BỆNH & CHỮA BỆNH
PGS ĐẶNG TRẦN DUỆ

THƯỜNG THỨC
BỆNH NỘI TIẾT
(HƯỚNG XỬ LÝ Ở CƠ SỞ)



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

THƯỜNG THỨC BỆNH NỘI TIẾT
(HƯỚNG DẪN XỬ LÝ Ở CƠ SỞ)

VIỆN NGHIÊN CỨU & PHỔ BIẾN KIẾN THỨC BÁCH KHOA

**PGS ĐẶNG TRẦN DƯỆ
BS ĐẶNG THỊ NGỌC DUNG**

**THƯỜNG THỨC
BỆNH NỘI TIẾT
(HƯỚNG XỬ LÝ Ở CƠ SỞ)**

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
2003**

**VIỆN NGHIÊN CỨU VÀ PHỔ BIẾN KIẾN THỨC BÁCH KHOA
INSTITUTE FOR RESEARCH AND UNIVERSALIZATION FOR
ENCYCLOPAEDIC KNOWLEDGE (IRUEK)**

Văn phòng liên hệ: B4, P411 (53) TT Giảng Võ - Đường Kim Mã
Quận Ba Đình - Hà Nội.
ĐT (04) 8463456 - FAX (04) 7260335

Viện Nghiên cứu và Phổ biến kiến thức bách khoa là một tổ chức khoa học tự nguyện của một số trí thức cao tuổi ở Thủ đô Hà Nội, thành lập theo Nghị định 35/HĐBT ngày 28.1.1992. Giấy phép hoạt động khoa học số 70/ĐK - KHCNMT do Sở Khoa học Công nghiệp và Môi trường cấp ngày 17.7.1996.

Mục đích: Hoạt động nghiên cứu, phổ biến và ứng dụng khoa học nhằm mục đích phục vụ nâng cao dân trí và mục đích nhân đạo.

Lĩnh vực hoạt động khoa học và công nghệ:

1. Nghiên cứu các vấn đề văn hoá khoa học.
2. Biên soạn sách phổ biến khoa học công nghệ.
3. Biên soạn các loại từ điển.

Nhiệm vụ cụ thể: Trong những năm tới (từ 2001 đến 2005): phát huy tiềm năng sẵn có (hiện có hơn 200 giáo sư, phó giáo sư, tiến sĩ, thạc sĩ... cộng tác viên), Viện tổ chức *nghiên cứu một số vấn đề khoa học; biên soạn từ điển; biên soạn sách phổ biến kiến thức bách khoa* dưới dạng SÁCH HỒNG (sách mỏng và chuyên luận) phục vụ độc giả rộng rãi theo các chủ đề như *nông nghiệp và nông thôn; phòng bệnh và chữa bệnh; thanh thiếu nhi và học sinh; phụ nữ và người cao tuổi, vv.*

Phương hướng hoạt động của Viện là dựa vào *nhiệt tình say mê khoa học, tinh thần tự nguyện* của mỗi thành viên, liên kết với các viện nghiên cứu, các nhà xuất bản.

Hoạt động khoa học của Viện theo hướng “*Chuẩn hóa, hiện đại hóa, xã hội hóa*” (Nghị quyết Đại hội IX).

Vốn hoạt động của Viện là vốn tự có và liên doanh liên kết. Viện sẵn sàng hợp tác với các cá nhân, tổ chức trong nước và ngoài nước hoặc nhận đơn đặt hàng nghiên cứu các vấn đề nêu trên.

Rất mong được các nhà từ thiện, các doanh nghiệp, các cơ quan đoàn thể và Nhà nước động viên, giúp đỡ.

Viện Nghiên cứu & Phổ biến kiến thức bách khoa

LỜI NÓI ĐẦU

Chúng tôi biên soạn tập sách này nhằm phục vụ các thầy thuốc tuyến cơ sở và bạn đọc lưu tâm tới các bệnh nội tiết.

Nội tiết học là một ngành đang phát triển mạnh mẽ và rất phong phú, chúng tôi chú ý trình bày những vấn đề hay gặp. Trước hết xin giải thích vấn tắt một số khái niệm về nội tiết học sau đó tới phần giới thiệu các bệnh, cách nhận ra bệnh và hướng sử trí và những điều cần để bệnh nhân tự phát hiện tự chăm sóc dưới sự hướng dẫn của thầy thuốc.

Chúng tôi trân trọng cảm ơn phó giáo sư Nguyễn Hữu Quỳnh, bác sĩ Nguyễn Tiến Dĩnh, bác sĩ Phạm Văn Vững đã giúp đỡ chúng tôi trong quá trình biên soạn quyển sách này.

Phổ biến kiến thức về các bệnh nội tiết là một việc còn mới, tuy đã hết sức cố gắng nhưng còn nhiều điểm chưa được như ý. Chắc chắn còn nhiều khuyết điểm, chúng tôi hoan nghênh bạn đọc phê bình, góp ý để việc biên soạn sẽ tốt hơn.

Các tác giả

KHÁI NIỆM SƠ BỘ VỀ NỘI TIẾT HỌC

Tuyến nội tiết. Hiện nay khoa học đã phát hiện trong cơ thể người có gần hai mươi bộ phận có chức năng hoạt động nội tiết. Những bộ phận này thường là một tuyến nhưng cũng có khi chỉ là một nhóm tế bào hoạt động nội tiết, dưới đây gọi chung là tuyến nội tiết.

Nội tiết tố. Đặc điểm chung của các tuyến nội tiết là tiết ra các nội tiết tố hoặc hoocmôn (hormones). Vùng dưới đồi (hypothalamus) có vai trò rất quan trọng, nó tiết ra các hoocmôn giải phóng (releasing hormones - viết tắt là RH) hoặc ức chế bài tiết hoocmôn như thyrotropin - releasing hormone (TRH), somatostatin ... Do kích thích của các RH, các tuyến ngoại vi tiết ra hoocmôn có tác dụng lên các tổ chức, tế bào trong cơ thể.

Vận chuyển hoocmôn: Từ các tuyến ngoại vi, hoocmôn theo dòng máu đến các tế bào mà nó cần tác dụng (tế bào đích), trong dòng máu, các hoocmôn, ví dụ như hoocmôn giáp, hoocmôn thượng thận được gắn với các protein mang. Các chất mang này cũng là nơi dự trữ và điều hòa các hoocmôn vừa nói. Đối với insulin và những hoocmôn khác thì không có chất mang. Trong máu, hoocmôn có thể ở dưới dạng liên kết với protein và một phần nhỏ ở thể tự do là phần thực sự có tác dụng khi tới tế bào.

Hoocmôn và noi tác dụng: Đến tế bào, hoocmôn được gắn với màng hoặc nhân tế bào. Điểm tiếp nhận ở màng tế bào hoặc thụ thể (receptor) phản ứng với ATP vòng tác động vào trong tế bào.

Các tuyến nội tiết của cơ thể liên quan chặt chẽ với nhau tạo nên một hệ thống giữ thăng bằng giữa môi trường bên trong (nội môi) với môi trường bên ngoài (ngoại môi) của cơ thể. Để duy trì đời sống và sinh trưởng, người ta cần có hệ thống nội tiết hoạt động bình thường. Khi bị bệnh, tuyến nội tiết thường hoạt động tăng lên, không điều tiết được (tăng năng, còn gọi là cường năng) hoặc hoạt động không đạt yêu cầu (giảm năng, còn gọi là thiểu năng). Tuyến nội tiết bị bệnh sẽ gây ra các rối loạn chuyển hoá bên trong và làm thay đổi hình thức bên ngoài cơ thể. Ngoài ra, còn có các ung thư ở tuyến nội tiết.

Thuốc nội tiết: Đến nay nhiều loại hormone đã được tổng hợp, không những dùng để điều trị bệnh nội tiết mà còn dùng điều trị nhiều bệnh khác đặc biệt là hormone vỏ thượng thận như cortisol, Đ.O.C.A... Gần đây, nhiều chất kháng hormone đã được phát minh bổ sung vào danh mục thuốc điều trị bệnh nội tiết.

MỘT SỐ BỆNH NỘI TIẾT

Tuyến giáp và bệnh tuyến giáp. Tuyến giáp trông giống hình một con bướm đang xoè cánh, bám sát phía dưới khí quản, phía dưới cổ. Tuyến giáp nặng khoảng 20 - 30 gram. Tuy đã có ở người và động vật từ xa xưa, nhưng đến khoảng thế kỷ 17, khoa học mới bắt đầu hiểu biết về chức năng của tuyến này. Sang thế kỷ 20, người ta mới chiết xuất và tổng hợp được các hormone giáp như tyrosin (T4) và Triiodothyronine (T3). Những phát minh miễn dịch học về vai trò của các kháng thể trong các bệnh tuyến giáp góp phần vào sự hiểu biết về cơ chế sinh bệnh cũng như phương pháp điều trị bệnh tuyến giáp.

I- TUYẾN GIÁP

1. Bệnh bướu cổ

Bướu cổ là thuật ngữ để chỉ tình trạng tuyến giáp to ra. Bướu cổ là một triệu chứng gặp trong nhiều bệnh khác nhau của tuyến giáp. Về phân loại, chúng ta có thể thấy:

- Theo độ lớn có: độ 0, độ 1, độ 2, độ 3.
- Theo tổn thương giải phẫu có: thể lan toả (khi nắn bướu mềm đều); thể nhân (trong bướu có một hoặc nhiều nhân).
- Theo chức năng tuyến giáp: bình giáp khi chức năng giáp bình thường; tăng năng giáp khi tuyến giáp bị tăng chức năng; giảm năng giáp khi chức năng này giảm.

- Theo nguyên nhân gây bệnh:

Do thiếu iốt (bướu cổ địa phương)

Do rối loạn tổng hợp các hormone giáp.

Do các chất gây bướu cổ có trong thuốc, hợp chất tự nhiên, thực phẩm.

Do viêm giáp cấp tính, mạn tính.

Ngoài ra, bướu cổ còn thấy trong một số bệnh khác như trong bệnh Badodô, ung thư giáp.

Kết hợp các yếu tố kể trên, khi chẩn đoán có rất nhiều thể bệnh phải xem xét. Dưới đây là một số thể bệnh bướu cổ:

Bệnh bướu cổ địa phương và các rối loạn do thiếu iốt

Ở Việt Nam, bệnh bướu cổ địa phương là một trong những bệnh mắc phải do thiếu iốt. Tới năm 1981, quan niệm mới tập hợp tất cả các bệnh tật do thiếu iốt gây ra trong thuật ngữ là các rối loạn do thiếu iốt. Theo Basil Hetzel (1992) thiếu iốt gây hại cho con người từ thời kì bào thai đến lúc tuổi già.

Thiếu iốt nặng gây xẩy thai, thai chết lưu, dị tật bẩm sinh, tăng tỉ lệ tử vong chu sinh. Gây bệnh dần độn thể thần kinh hoặc thể phù niêm, bệnh bướu cổ địa phương.

Nghiên cứu ở vùng thiếu iốt nhẹ, người ta cũng thấy tuyến giáp bị kích thích, tăng tỉ lệ thiếu năng giáp sơ sinh, tăng độ tập trung iốt phóng xạ ở tuyến giáp dẫn tới tăng nguy cơ bị nhiễm xạ khi có tai nạn hạt nhân.

Bệnh bướu cổ do thiếu iốt hoặc bướu cổ địa phương là bệnh hay gặp nhất và dễ nhận ra nhất trong các rối loạn do thiếu iốt, vì vậy tỉ lệ mắc bướu cổ địa phương thường được dùng để biểu thị mức độ nặng nhẹ của vùng bướu cổ. Muốn tìm hiểu tỉ lệ mắc bệnh bướu cổ trước hết cần khám và chẩn đoán đúng. Tại tuyến cơ sở thường thiếu phương tiện xét nghiệm, nên phương pháp lâm sàng là rất quan trọng. Chẩn đoán lâm sàng bướu cổ gồm:

a. Chẩn đoán độ lớn của bướu cổ: Trước kia người ta chia làm 4 độ. Từ năm 1994, WHO, UNICEF, ICCIDD đề nghị thu gọn còn 3 độ:

Độ 0: Không nhìn thấy hoặc sờ thấy tuyến giáp

Độ 1: Khi cổ bệnh nhân ở tư thế thường, sờ thấy tuyến, có thể sờ thấy nhân giáp, khi bệnh nhân nuốt, tuyến giáp di chuyển lên trên.

Độ 2: Khi cổ ở tư thế bình thường, nhìn và sờ thấy tuyến giáp to ra.

b. Chẩn đoán chức năng giáp dựa trên các triệu chứng:

Tăng năng: bệnh nhân thấy nóng, mặt đỏ, hay ra mồ hôi, bàn tay nóng ẩm, sút cân nhanh, ăn khoẻ, mạch nhanh (>80 lần/phút khi ngủ), hay mệt mỏi, dễ cáu gắt, buồn phiền, xúc động. Nếu chỉ thấy lồi mắt thì là bệnh Badodô.

Thiếu năng: Da khô, không có mồ hôi, không nóng, màu hơi vàng xỉn, phù niêm có thể ở mi mắt, khí nặng lan ra cả chân tay làm cho bắp thịt to ra và đau, tóc dễ khô, dễ gãy, táo bón, cử động, nói năng chậm, trẻ nhỏ có thể chậm phát triển trí tuệ, lùn.

Chức năng giáp bình thường (hay còn gọi là *thể bình giáp*) là những người chỉ bị bướu cổ còn tình hình sức khoẻ nói chung bình thường, thể này là thể hay gặp trong vùng thiểu iốt ở Việt Nam.

c. Chẩn đoán thể giải phẫu:

Thể lan toả: nắn thấy mềm đều.

Thể nhân: nắn thấy trong tuyến có một nhân hoặc nhiều nhân. Khám lâm sàng chỉ phát hiện được nhân có đường kính trên 1cm.

Chẩn đoán phải ghi rõ độ lớn, thể giải phẫu, chức năng tuyến giáp. Tuyến cơ sở có thể điều trị bệnh nhân bướu cổ chức năng bình thường: nếu bệnh nhân có ăn muối iốt thì độ 1 không cần điều trị thêm, từ độ 2 cho thêm mỗi ngày 0,5 mgr IK hoặc viên tetraiodotyronine (T4) không quá 100 micrograme một ngày. Dùng một thước dây đo vòng cổ và vẽ in hình tuyến giáp lên giấy để theo dõi.

Đối với các trường hợp nghi tăng hoặc giảm năng tuyến giáp, bị bướu cổ thể nhân, cần gửi lên cơ sở chuyên khoa để xác định chẩn đoán.

Các hậu quả khác do thiểu iốt:

Trong vùng thiểu iốt nhẹ ở Châu Âu, người ta thấy tăng tỉ lệ thiểu năng giáp sơ sinh. Trẻ em sinh ra trong vùng dù thiểu iốt nhẹ nhưng chỉ số trí tuệ thấp hơn trẻ không thiểu iốt.

Trong vùng thiểu iốt nặng ở Việt Nam, chúng tôi thấy: nhiều thanh niên bị thiểu năng trí tuệ không học được, dù có hoàn cảnh đi học họ cũng không biết chữ, không biết làm tính cộng trừ.

Khoảng 10% trẻ em thuộc lứa tuổi đi học nhưng phải bỏ học vì hậu quả của thiếu iốt. Nhiều trẻ em và người lớn bị điếc từ nhẹ đến nặng, nhiều người bị liệt hoặc có tư thế đặc biệt. Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế toàn cầu Mô hình trạng đần độn được xác định bởi ba đặc điểm chính.

Về dịch tễ học: Bệnh này có liên quan tới bệnh bướu cổ và thiếu iốt nặng.

Về lâm sàng: Thiếu năng trí tuệ kết hợp với: hoặc một hội chứng thần kinh chiếm ưu thế, gồm có khuyết tật nghe nói, rối loạn thế đứng, dáng đi; hoặc một hội chứng thiểu năng giáp chiếm ưu thế và bị lùn. Trong một vùng có thể một trong hai hội chứng đó chiếm ưu thế.

Về phòng bệnh: Có thể ngăn chặn bệnh đần độn nếu tình trạng thiếu iốt được khắc phục.

d. Phòng các rối loạn do thiếu iốt:

Bảng 1 - Tiêu chuẩn phân vùng bướu cổ (vùng thiếu iốt)

<i>Tiêu chuẩn ở học sinh từ 8 -12 tuổi</i>	<i>Nặng</i>	<i>Trung binh</i>	<i>Nhẹ</i>	<i>Đủ iốt</i>
Tỉ lệ bướu cổ độ 1 + độ 2	$\geq 30\%$	20,0 - 29,9	5 - 19,9%	< 5%
Median iốt - niệu (microgam/lít)	< 20	20 - 49	50 - 99	100 trở lên

(Theo Indicators for assessing IDD and their control through salt iodisation.

WHO/NUT 94.6)

Công tác phòng chống bệnh bướu cổ được triển khai theo quyết định 16 - CP ngày 24.1.1969 của Hội đồng Chính phủ. Phương pháp phòng bệnh bằng muối iốt trộn bằng phương pháp thủ công đã được nghiên cứu và ngày 27.7.1976 được liên bộ y tế nội thương ra thông tư và điều lệ cho áp dụng trong toàn miền núi vì chưa có điều kiện mở rộng trong cả nước. Từ 1982, CEMUBAC ở Bỉ và UNICEF viện trợ để ngoài muối iốt Việt Nam dùng thêm dầu iốt tiêm mỗi năm 200.000 mũi và từ 1985, chuyển sang uống dầu iốt. Từ 1992, các tổ chức quốc tế đề nghị mục tiêu: Kiểm soát các rối loạn do thiếu iốt vào năm 2000, giúp Việt Nam điều tra và xác định rõ ràng cả nước đều có tình trạng thiếu iốt, vì vùng núi phía bắc đã được phòng bệnh, nên chỉ còn thiếu iốt ở mức vừa và nhẹ. Việt Nam được quốc tế viện trợ để trộn muối iốt bằng cơ khí với bao bì bằng PE để giữ iốt được lâu. Chính phủ đã có quyết định tất cả muối ăn đều phải trộn iốt. Nước ta đề ra kế hoạch kiểm soát các rối loạn do thiếu iốt, tới năm 2005, phải đạt tiêu chuẩn về số hộ có dùng muối iốt là 90%, đến năm 2010 đưa được tỉ lệ mắc bướu cổ ở trẻ 8 -12 tuổi < 5%.

Đến nay, việc phòng chống bướu cổ sắp đạt tiêu chuẩn kiểm soát các rối loạn do thiếu iốt, nhưng việc dùng muối iốt vẫn *phải tiếp tục lâu dài* vì *chưa có cách gì khác để sửa chữa tình trạng thiếu iốt ở môi trường hoặc có phương pháp khác để thay thế muối iốt*.

Đối với mọi người, đặc biệt trẻ em, phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú cần được bổ sung iốt, không những ở miền núi mà cả ở đồng bằng. Không nên quá lo về tai biến tăng giáp do iốt. Theo kinh nghiệm nước ngoài, tai biến này chỉ xảy ra ở một số ít người

mẫn cảm với iốt trong 1 - 2 năm đầu sau khi bắt đầu phòng bệnh, sau khi mọi người được bổ sung đủ iốt tình trạng này sẽ mất đi. Ở Việt Nam chưa có ca tăng năng giáp do iốt nào được phát hiện và thông báo. Liều lượng iốt để trộn vào khẩu phần muối ăn lúc đầu được quy định là 500 mcg iốt trong 10gr muối. Qua bảo quản và nấu ăn, tới khi ăn chỉ còn từ 200 - 300 mcg iốt tương đương nhu cầu sinh lí về iốt trong một ngày. So sánh giữa việc ăn muối iốt chắc chắn phòng tình trạng chậm phát triển trí tuệ, dần dộn cho thế hệ tương lai có lợi hơn rất nhiều lần công của bỏ ra để chống lại tai biến do muối iốt gây ra. Vậy, thái độ đúng của chúng ta là dùng muối iốt theo đúng hướng dẫn của y tế.

Để phòng chống các rối loạn do thiếu iốt thầy thuốc tuyến cơ sở nên chú ý: lưu tâm và lưu giữ tất cả các tài liệu liên quan đến vấn đề này ở xã. Chú ý rằng trước năm 1993, chúng ta dùng bảng chia độ lớn bướu cổ thành 4 độ (độ 0, độ 1, độ 2, độ 3) theo đề nghị của Tổ chức Y tế thế giới năm 1969. Tới năm 1993, theo đề nghị của tổ chức này phối hợp với UNICEF và Ủy ban Quốc tế Chống các rối loạn do thiếu iốt (ICCID) chia bướu cổ thành 3 độ (độ 0, độ 1, độ 2). Để có thể sử dụng các tài liệu điều tra đã làm trước năm 1993, chúng tôi đề nghị quy đổi 4 độ trước thành 3 độ như sau:

Bảng 2 - Bảng quy đổi

<i>Độ bướu cổ (1996)</i>	<i>Độ bướu cổ (từ 1993)</i>
Độ 0	Độ 0
1	1
2 + 3	2

Lập sổ theo dõi các bệnh nhân tăng nồng giáp trong địa phương mình, chú ý chia 3 loại:

Bệnh Badodô (tăng nồng giáp có bướu cổ lan toả và có lồi mắt)

Tăng nồng giáp có một hoặc nhiều *nhân nóng*.

Tăng nồng giáp có bướu cổ lan toả *nưng không lồi mắt*.

Nếu tỉ lệ mắc loại thứ ba so với tổng số bệnh nhân tăng nồng giáp tăng rõ sau khi dùng muối iốt, ta có thể nghĩ đến tăng nồng giáp do iốt.

Tính tỉ lệ mắc bướu cổ ở lứa tuổi 8 -12 ở các trường học không cho phép phát hiện số người bị đần độn thể TK và thể phù niêm, số người bị câm điếc, liệt, số trẻ không thể học được, học kém ở tuyến cơ sở, thấy thuốc nên phát hiện, làm danh sách những người này để làm tư liệu thông tin cho lãnh đạo và nhân dân biết để họ tích cực hưởng ứng việc dùng muối iốt lâu dài, có kế hoạch điều trị bằng thuốc những trường hợp có thể chữa thuốc (có thể chữa khỏi phù niêm) hoặc phục hồi chức năng, và để đánh giá quá trình tiến tới kiểm soát các rối loạn do thiếu iốt.

2. Tăng nồng giáp (Hyperthyroidism)

Tăng nồng giáp (TNG) là một hội chứng thấy ở nhiều bệnh tuyến giáp, hay gặp nhất là trong bệnh Badodô.

a. **Bệnh Badodô:** bệnh mang tên bác sĩ Von Basedow theo tài liệu các nước nói tiếng Pháp, mang tên Graves ở các nước nói tiếng Anh. Trong y học Nga bệnh này có tên là: Bướu cổ lan nhiễm độc tiên phát. Tên bệnh Badodô đã được dùng ở Việt Nam từ rất lâu và đã trở nên rất quen biết với bệnh nhân Badodô.

Dấu hiệu lâm sàng bệnh Badođô:

Bệnh nhân thấy mình bị gầy sút nhanh, có khi giảm 2 hoặc 3 cân trong một, hai tháng mặc dù ăn rất khoẻ; tim đập nhanh, thay đổi tính nết, dễ trở nên cáu gắt. Người nhà của bệnh nhân cần được biết rõ về điều này để tạo điều kiện cho bệnh nhân có môi trường yên tĩnh khi điều trị.

Khám lâm sàng thầy thuốc sẽ phát hiện nhiều triệu chứng:

Mắt: sáng, nhìn chòng chọc vì mi mắt ít chớp hơn bình thường. Hầu như bệnh nhân nào cũng bị lồi mắt, lúc đầu có thể lồi một bên rồi lồi cả hai bên, bệnh nhân có thể bị lồi mắt rất nặng gây loét giác mạc, cần gửi cấp cứu ở chuyên khoa mắt. Theo Bekka và cộng sự, lồi mắt chỉ gặp trong bệnh Badođô, không gặp trong các thể tăng năng giáp khác. Cũng có trường hợp lồi mắt nhưng không tăng năng giáp.

Bướu cổ: Thường bệnh nhân có bướu cổ thể lan toả nhỏ hoặc to. Đôi khi bướu cổ có thể có nhân. Nghe trên tuyến có thể thấy tiếng thổi tâm thu.

Các triệu chứng do tăng hormone giáp:

Đa số bệnh nhân bị gầy sút đi đôi với ăn nhiều, nhưng ở người già yếu có khi giảm thèm ăn.

Mạch nhanh, sau khi ăn nằm nghỉ 15 phút mạch > 90 lần/phút, trong khi ngủ mạch > 80 lần/phút.

Bệnh nhân thấy nóng, yếu mệt, yếu cơ ở gốc chi, khi ngồi sờm khó đứng lên.

Dễ bị kích thích, cáu gắt, lúc vui, lúc buồn, lo lắng.

Các xét nghiệm:

Khi thực sự cần thiết làm xét nghiệm: siêu âm ghi hình tuyến giáp khi nghi bướu có nhân; độ đậm đặc trung iốt phóng xạ vào tuyến giáp, ghi xạ hình, xạ kí; định lượng T3, T4 và TSH, định lượng miễn dịch học... Những xét nghiệm kể trên chỉ có ở những cơ sở chuyên khoa thuộc các bệnh viện lớn.

Hướng xử trí cơ sở:

Bệnh nhân và gia đình: khi nghi mắc bệnh này, nên đến khám ở trạm y tế để được khám bệnh và săn sóc sơ bộ, không nên dùng những phương pháp điều trị mê tín hoặc lợi dụng đông y dùng cao dán làm loét cổ và hoại tử tuyến giáp. (*Xem ảnh bên*)



Bệnh nhân ĐTN 37 tuổi, sau khi dùng cao của ông lang Đ đắp vào bướu cổ (do Bệnh Badodô), đã bị hoại tử làm cho tuyến giáp bộc lộ cả hai thuỷ (→).

Thầy thuốc cần phát hiện sớm, gửi đến những cơ sở chuyên khoa có khả năng chẩn đoán và điều trị Badodô. Nên gọi xe y tế có cán bộ chuyên môn đi theo, chú ý đến những bệnh nhân Badodô nhiều tuổi.

Sau khi bệnh nhân đã điều trị xong thời kì nội trú, thời kì tiếp theo điều trị ở nhà thầy thuốc cơ sở vẫn phải theo dõi hiệu quả của đơn thuốc, phát hiện và xử trí tai biến nếu có cho tới khi có đủ điều kiện kết luận bệnh nhân đã khỏi bệnh. Cần cộng tác chặt chẽ với gia đình bệnh nhân tạo điều kiện cho bệnh nhân sống yên tĩnh, phải chú ý phòng bệnh như cúm, cảm lạnh, sốt, ỉa chảy, tránh biến chứng sơn kinh phát nhiễm độc giáp. Thời gian điều trị thường kéo dài 18 tháng, cần theo dõi tiếp 3 năm, nếu không tái phát mới có thể coi là khỏi bệnh.

Badođô và thai nghén: Nếu xảy ra khi có thai, bệnh này sẽ gây nhiều tai biến nguy hiểm (sẩy thai, thai chết lưu, sản giật) cũng như gây nhiều khó khăn khi chẩn đoán, điều trị đối với mẹ và con. Trong khi bị bệnh, bệnh nhân vẫn có thể thụ thai. Nhất thiết không nên có thai khi chưa khỏi bệnh, nếu đã có thai cần đến chữa với các thầy thuốc có kinh nghiệm.

Thái nhi của những bà mẹ Badođô có thể cũng bị Badođô, tim thai nhanh >160 lần/phút. Cần được điều trị cùng với mẹ.

b. Tăng năng giáp do iốt

Từ những năm 1970, những nghiên cứu ở nước ta phát hiện toàn bộ miền núi có nhiều người bị bệnh buồm cổ, bệnh đần độn và các rối loạn do thiếu iốt. Năm 1990, với sự giúp đỡ của UNICEF, CEMUBAC và Chính phủ Ôxtrâylia, chúng ta phát hiện cả vùng đồng bằng, vùng ven biển cũng bị thiếu iốt, đặc biệt ở miền nam có nhiều nơi bị thiếu vừa hoặc nặng. Việc bổ sung iốt cho mọi người chắc chắn sẽ khắc phục được tình trạng thiếu iốt cho nhân dân, hạ tỉ lệ mắc bệnh buồm cổ, loại bỏ được nguy cơ gây bệnh đần độn và chậm phát triển trí tuệ cho hàng vạn trẻ

em sẽ sinh ra trong các vùng bị thiếu iốt. Tuy vậy, theo kinh nghiệm của một số nước, tăng nồng giáp do iốt tăng trong ba năm đầu (tỉ lệ tăng ở Châu Phi sau khi dùng muối iốt với liều sinh lí, tỉ lệ mắc tăng nồng giáp từ 3 trong 100.000 dân tăng lên 7 trong 100.000 dân) sau đó 3 năm sẽ giảm xuống tương đương với mức trước khi dùng muối iốt.

Tăng nồng giáp do iốt là một tai biến xảy ra ở một số người mẫn cảm ở trong vùng thiếu iốt. Sau 3 năm tai biến đó sẽ giảm. So sánh những cái hại rất lớn do thiếu iốt, chúng tôi đề nghị bà con nên dùng muối iốt, đồng thời phát hiện sớm và gửi đi điều trị kịp thời những người nghi bị tăng giáp do iốt.

II. CAO, THẤP, BÉO, GẦY

Từ xưa, trong dân gian có câu:

Cao chê ngổng

Thấp chê lùn

Béo chê béo trực béo tròn

Gầy chê xương sống xương sườn lồi ra.

Thế là từ lâu, người ta đã quan tâm tới vấn đề cao, thấp, béo, gầy. Nhưng mãi tới khoảng giữa thế kỷ 20 người ta mới dần dần hiểu được những yếu tố bảo đảm sự phát triển bình thường của cơ thể như di truyền, chế độ ăn uống, bệnh tật và vai trò của hệ thống nội tiết.

Cao, thấp, béo, gầy là những dấu hiệu của sự phát triển thể lực. Để xem những dấu hiệu đó của bệnh nhân có tính chất bình

thường hay có bệnh, người ta dựa trên chiều cao, cân nặng ở quần thể người bình thường, đã được bộ y tế công nhận là hàng số sinh lí. Hàng số đó thường được trình bày dưới dạng số trung bình + hoặc - độ lệch chuẩn DS ($m \pm DS$). Ta lấy chiều cao của bệnh nhân trừ đi số trung bình của lứa tuổi tương ứng nếu hiệu số lớn hoặc nhỏ hơn 2 tới 3DS thì có thể nghĩ đến một bệnh nào đó của quá trình phát triển thể lực.

Chiều cao của con người phụ thuộc nhiều yếu tố như thể chất, di truyền, dinh dưỡng và đặc biệt là hoạt động nội tiết. Chúng ta có thể dễ dàng nhận ra một người cao quá khổ, nhưng tìm cho ra nguyên nhân và cách chữa thì không đơn giản. Khi những yếu tố kể trên bị rối loạn, sự phát triển bị rối loạn gây ra nhiều bệnh tật khác nhau, dưới đây xin giới thiệu một vài bệnh:

1. Bệnh khổng lồ và bệnh to cực

Do khói u tuyến yên (ít liên quan đến bệnh ở đối thi). Trước đây người ta nhấn mạnh tới sự tăng tiết hormone tăng trưởng (GH) nay người ta thấy có trường hợp kết hợp với tăng tiết insulin like GH - I và prolactin làm giảm libido (tình dục), gây bất lực, vô kinh và chảy sữa (M.E.Molitch, 1995). Khi sự tăng tiết GH xảy ra trước tuổi trưởng thành các điểm cốt hoá chưa đóng; bệnh nhân sẽ bị thể bệnh khổng lồ, một thanh niên có thể cao trên 2 mét. Nếu sự tăng tiết xảy ra ở người đã trưởng thành, các điểm cốt hoá đã đóng, bệnh nhân sẽ bị thể bệnh to cực: đầu ngón chân, ngón tay to ra, nét mặt trở nên thô, cầm dày, nhô ra trước... Có thể phát hiện dấu hiệu này khi so sánh bằng ảnh sự thay đổi nét mặt bệnh nhân qua những thời kì khác nhau. Ngoài những dấu hiệu kể trên,

bệnh nhân có những chứng bệnh kèm theo như: mù mắt do thần kinh thị giác bị đè ép, tim to, các biến chứng tim mạch, đái tháo đường... Việc chẩn đoán và điều trị đòi hỏi trình độ kỹ thuật cao. Khi đã phát hiện nên gửi đến những cơ sở chuyên khoa nội tiết.

2. Các chứng lùn

Người lùn là người có tầm vóc thấp bé hơn người bình thường. Khi chiều cao của một người kém 2 tới 3 DS so với hàng số phát triển, ta có thể cho là người đó mắc bệnh lùn. Lùn là một dấu hiệu gặp ở nhiều bệnh do nhiều nguyên nhân khác nhau, ở đây, chúng tôi chỉ giới thiệu những thể lùn do nguyên nhân nội tiết:

Lùn do giảm năng tuyến giáp, thường thấy ở trẻ em bị giảm năng giáp. Trong thời kì này, cơ thể phát triển nhanh, vì bệnh nhân thiếu hormone giáp nên bị lùn. Ngoài ra, ta còn thấy bệnh nhân bị phù niêm và các triệu chứng giảm năng giáp.

Lùn do tuyến yên là những trường hợp lùn do tuyến yên thiếu hormone tăng trưởng. Bệnh thường bắt đầu từ khi còn nhỏ. Nhìn chung, bệnh nhân nhỏ bé rõ rệt so với trẻ cùng lứa tuổi, trẻ lùn nhưng cân đối, da bình thường, không phù niêm.

Hiện nay, việc chẩn đoán bệnh lùn chỉ thực hiện được ở chuyên khoa nội tiết có đủ trang thiết bị và kinh nghiệm. Thầy thuốc ở cơ sở nên phát hiện sớm và tổ chức tốt việc gửi bệnh nhân lên đúng tuyến chuyên khoa như đã nói ở trên, đồng thời tiếp nhận kế hoạch điều trị ngoại trú tại cơ sở.

3. Bệnh béo phì

Xung quanh vấn đề béo phì xưa nay có nhiều quan niệm khác nhau. Ở Việt Nam, trước đây do chiến tranh, ăn uống thiếu nên nhiều người bị gầy gò. Khi thấy một người trở nên có da có thịt, ai cũng mừng, khen là béo đẹp ra. Béo báo hiệu một tình trạng sức khỏe tốt. Người ta cũng nói tới mặt xấu của béo nhưng thường chú ý tới nhan sắc người béo: béo trực, béo tròn, béo bệu... nhưng phần đông không có quan niệm béo quá sẽ thành bệnh. Các nhà nghiên cứu Châu Âu và Bắc Mĩ cho biết, trong nhân dân nước họ cũng có quan niệm béo là biểu hiện tư thế, sự giàu có, sắc đẹp. Một phụ nữ béo phì đã được trình bày trong bức tranh người đẹp của họa sĩ Rubens (G.Steiner, 1973). Những tiến bộ khoa học kỹ thuật to lớn trong những thập kỷ qua, đã giúp giải phóng nhiều người khỏi lao động chân tay, tiêu hao nhiều năng lượng, đã nâng cao khả năng cung cấp thực phẩm. Đã xuất hiện tình trạng thừa dinh dưỡng ở một số đông người dân ở các nước phát triển. Khoảng 25 đến 34% số người lớn ở nước Mĩ bị béo phì, mỗi năm dân Mĩ phải chi từ 30 tới 40 tỉ đôla để giảm thể trọng (J.I. Nolan và R.R. Henry, 1996). Theo tài liệu, năm 1970, ở Pháp 25% phụ nữ và 18% đàn ông bị béo phì. Ở nước ta, theo một tin mới công bố: ở khoảng 3000 thanh niên đi khám tuyển nghĩa vụ quân sự có gần 4% bị béo phì, còn ở nữ giới khá nhiều người than phiền vì béo và chỉ không ít tiền để tập thể dục và xoa bóp chống béo... Đời sống dân ta chắc chắn ngày càng được nâng cao, chế độ ăn phong phú hơn, hoạt động thể lực giảm. Số người béo phì có nhiều khả năng sẽ tăng nhanh. Vì vậy, ngay từ bây giờ để tránh tai biến do béo phì và những tổn kém do nó gây ra chúng ta cần quan tâm tìm hiểu phương pháp phòng chống lại căn bệnh gây nhiều nguy cơ này.

Làm thế nào để nhận ra người bị béo phì

Trong cơ thể có các tổ chức nạc và tổ chức mỡ. Bình thường ở người trẻ tuổi, tỉ lệ mỡ/nạc ở nam là 15 - 18%, ở nữ là 20 - 25%. Khi tỉ lệ này ở người trẻ tuổi tăng lên 25% ở nam và trên 30% ở nữ thì những người đó coi như bị béo phì.

Để xác định tổ chức mỡ trong cơ thể có nhiều phương pháp. Phương pháp có độ chính xác cao như cộng hưởng từ, siêu âm, đo tỉ trọng cơ thể trong môi trường nước là những phương pháp đắt tiền chỉ dùng khi nghiên cứu. Trong các bệnh viện, người ta hay dùng các chỉ số để tính thể trọng lí tưởng (TLLT) bằng nhiều công thức, ở đây chúng tôi xin giới thiệu một số công thức dùng cho người trưởng thành:

1. Công thức Lorent: lấy chiều cao là C tính bằng cm, công thức sẽ viết như sau:

$$\text{TLLT} = \frac{C - 100 - (C - 150) \text{ kg}}{4 \text{ nếu là nữ, } 2 \text{ nếu là nam}}$$

2. Công thức Broce:

$$\text{TLLT} = \frac{C - 100 + 8(\text{vòng cổ tay})}{3}$$

3. Ở Việt Nam đã có người đề nghị tạm thời dùng công thức:

$$\text{TLLT} = C(\text{cm}) - 105$$

Một phương pháp được coi là có nhiều ưu điểm là phân loại béo phì trên cơ sở mức độ nguy cơ tai biến do nó gây cho bệnh

nhân kết hợp với sự gia tăng tổ chức mỡ. Dựa trên nhiều nghiên cứu người ta thấy rằng người quá béo hay bị bệnh tim, huyết áp, tiểu đường, bệnh túi mật. Chỉ số cân nặng của cơ thể (Body Mass Index - BMI), chỉ số của Quetelet được tính theo công thức:

$$BMI = \frac{\text{Thể trọng (kg)}}{\text{Chiều cao (m) bình phương}}$$

Và thấy rằng khi:

BMI = 25 đến 30kg/m² là béo phì thể nhẹ.

= 30 - 35kg/m² là béo phì thể vừa.

= 35 - 40kg/m² là béo phì thể nặng.

= 40kg/m² là thể rất nặng, các tai biến tăng theo cấp số nhân.

Tuỳ theo sự phân bố của khôi mỡ, người ta chia hai loại béo phì:

Béo phì dạng nam khi mỡ chủ yếu phân bố ở phần trên cơ thể (số lượng tế bào mỡ tăng), người bị béo phì loại này hay bị bệnh tiểu đường, bệnh tim mạch.

Béo phì dạng nữ khi mỡ tập trung ở phía dưới cơ thể (các tế bào mỡ to ra) loại bệnh nhân này thường không bị các biến chứng kể trên.

Hiện nay người ta cho rằng có rất nhiều yếu tố gây bệnh béo phì, trong đó khoa học còn nhiều vấn đề chưa hiểu rõ. Dưới đây trình bày tóm tắt một số vấn đề đã nghiên cứu:

Vai trò của trung tâm thèm ăn: Trước tiên người ta nghĩ ngay đến sự thèm ăn. Trong vùng dưới đồi (hypothalamus) ở não có trung tâm “đói” và trung tâm “no”. Thí nghiệm trên chuột, nếu phá huỷ trung tâm “no” thì trung tâm “đói” sẽ được giải phóng khỏi sự ức chế của trung tâm “no” gây ra tình trạng chuột ăn nhiều và béo phì. Trong một số bệnh nhân bị tổn thương vùng dưới đồi gây ra chứng ăn rất nhiều. Đôi khi khói u tuyến yên đè ép vùng dưới đồi cũng làm cho bệnh nhân thèm ăn và trở nên rất háu ăn. Nhưng cũng cần chú ý rằng những thể bệnh này rất hiếm thấy nên không thể dùng để giải thích cơ chế sinh bệnh của bệnh có nhiều người mắc như bệnh béo phì.

Vai trò của xuất nhập và chuyển hóa năng lượng: Trong nghiên cứu người ta trình bày năng lượng do thức ăn cung cấp bằng calo. Khi xem xét số năng lượng nhập vào cơ thể người béo phì không nên máy móc mà phải tính rằng hiệu quả của thức ăn thực sự có hiệu lực, thí dụ: khi xác định số calo trong phòng thí nghiệm, trung bình 1 gram chất protein sau khi tiêu hoá sản ra 5,5kcal/gr, nhưng sau khi oxy hoá trong cơ thể, nhóm amin trong protein không sử dụng được tương đương 1,5kcal/gr, vì vậy số năng lượng có hiệu lực của protein chỉ là 4kcal/gr. Với chất mỡ khi chuyển hoá, khả năng oxy hoá các cá thể xeton của acid béo bị giới hạn, do đó năng lượng có hiệu lực của mỡ không tới 9kcal/gr. Với glucid cơ thể người có thể oxy hoá hết amidon, chỉ có dạ dày động vật nhai lại mới có thể tiêu hoá cellulose. Khi người ăn các loại tinh bột đã chế biến kỹ, đường huyết tăng lên dễ hơn khi ăn các loại củ khoai, sắn. Hiệu quả năng lượng còn phụ thuộc tình trạng bộ máy tiêu hoá và đặc biệt còn phụ thuộc vào tập quán ăn uống. Thí nghiệm trên chuột, cho ăn xuất ăn cả ngày

làm một lần, nó sẽ béo hơn khi ăn nhiều bữa trong ngày. Từ đây, nêu ra nhận xét rằng cách ăn này làm cho chuột nhatern được nhiều năng lượng hơn. Cách ăn của người béo phì cũng khá đặc biệt: có người nhấm nháp suốt ngày, người thì ăn sáng, ăn trưa ít nhưng đến bữa chiều ăn rất nhiều hoặc đến đêm thức dậy ăn ngáu nghiến. Người bệnh cần chú ý những thói quen này để thông báo cho thầy thuốc khi khám bệnh béo phì.

Về sử dụng năng lượng, người béo phì có khuynh hướng cố làm giảm cử động ngay cả khi họ và một người gầy cùng làm một công việc như nhau. Thí dụ người thư ký béo phì không hay đi lại trong cơ quan như người thanh mảnh. Trong cuộc sống, người béo phì có tính điều độ, không hiếu động như người gầy.

Qua trình bày ở trên ta thấy nổi lên vấn đề năng lượng vào và ra, còn có thể gọi là sự xuất nhập năng lượng, hoặc như các nhà y học gọi nó bằng thuật ngữ: thăng bằng năng lượng. Theo quan niệm này thì khi một người trở thành bệnh nhân béo phì vì đã tiêu thụ năng lượng nhiều hơn mức nó cần. Nhưng người bệnh lại hay nói rằng: họ ăn không nhiều hơn người bạn thon thả của họ. Có nhiều bệnh nhân không chú ý hoặc kém hiểu biết về các chế độ ăn uống, nhưng lời nói trên cũng có khi không sai. Khảo sát thăng bằng năng lượng của họ chúng ta có thể hiểu được. Khi cơ thể người bệnh tích mỡ, họ ở trong tình trạng nhập cao hơn xuất. Nhưng sự tích mỡ không thể kéo dài mãi mà phải dừng lại. Tình trạng béo phì coi như “dạng cao nguyên”. Lúc đó năng lượng nhập có thể bằng xuất. Thường thì người béo phì hiếu tĩnh hơn người bạn cùng lứa thon thả của họ, vì thế họ duy trì được “cao nguyên” béo phì với số năng lượng thấp hơn người không béo phì.

Số năng lượng có trong tổ chức: Cần chú ý rằng số năng lượng có trong 1gram của một tổ chức không giống nhau. Thí dụ 1gr protid cho 4kcal nhưng 1gr tổ chức gan hoặc cơ bắp chỉ có khoảng 1kcal vì một gram tổ chức loại này chỉ chứa 0,25 protein còn 75% trọng lượng là nước. Trái lại tổ chức mỡ chỉ chứa 10% nước, còn lipid chiếm 90% (tương đương 0,9gram) cung cấp 8,1kcal. Như vậy với cùng khối lượng, mỡ cung cấp số năng lượng gấp tám lần thịt nạc hay ngũ cốc. Thế là khi một người giảm được 1gr mỡ cũng ngang với giảm 8gr tinh bột hoặc thịt nạc, cho nên khi theo chế độ ăn có cân cân năng lượng âm tính, bệnh nhân sẽ giảm cân nhanh nhưng giảm phần thịt nạc. Người bệnh vàn biết rằng giảm cân nhanh ở người béo phì không chắc đã là giảm phần mỡ hoặc nước.

Vai trò của tuyến nội tiết: Vì chưa rõ nguyên nhân gây bệnh béo phì, trong khi các nội tiết tố lại có tác dụng sâu sắc tới chuyển hoá chất, nhiều thầy thuốc và bệnh nhân quy cho các hoocmôn có vai trò gây bệnh béo phì. Trong bệnh béo phì, chuyển hoá cơ bản thường thấp, người ta quy ngay cho thiểu năng giáp gây ra. Không phải như vậy, vì tính chuyển hóa cơ bản là dựa vào diện tích cơ thể mà diện tích này tăng lên khi người ta béo phì làm cho chuyển hóa cơ bản giảm đi một cách giả tạo.

Tuyến yên khi bị khói u có thể đè ép nhau no hoặc nhau đói vùng dưới đồi, chúng tôi đã theo dõi một số bệnh nhân loại đó nhưng hầu như không thấy béo phì mà thường gặp những triệu chứng khác như lùn, đái tháo nhạt.

Tuyến tụy có liên quan nhiều tới bệnh béo phì, thường chiếm tỉ lệ cao trong những người bị đái tháo đường tip 2. Khi mắc bệnh

khôi u tuyến tụy tiết insulin gây hạ đường huyết, kích thích bệnh nhân ăn khoẻ dẫn tới béo phì.

Trong bệnh Cushing bệnh nhân có thể béo phì nhưng có khác là ở chỗ nếp da có nhiều chỗ rạn, đôi khi có màu hồng.

Các tuyến nội tiết liên quan rất ít tới nguyên nhân gây bệnh béo phì. Nếu trên một bệnh nhân gặp luôn hai bệnh, có thể đó chỉ là sự trùng hợp mà thôi.

Nguyên nhân di truyền: Trong bệnh béo phì khó xác định, đến nay còn nhiều vấn đề chưa rõ. Sơ bộ người ta thấy rằng con hay bị béo phì nếu cả cha và mẹ cùng béo phì. Trẻ em béo phì thì lớn lên cũng dễ béo phì.

Vấn đề của tổ chức mỡ: Tim hiểu tổ chức mỡ có ý nghĩa quan trọng trong nghiên cứu sinh bệnh học bệnh béo phì, có người coi tổ chức mỡ như một bộ phận, một cơ quan riêng biệt và có mấy vấn đề sau đây:

Dự trữ lipid: Lipid được trữ trong tổ chức mỡ có nguồn gốc từ lipid đã có tại chỗ từ trước, hoặc lipid tổng hợp từ glucoza có trong tế bào mỡ (adipocyte). Lipid đi tới tế bào mỡ hoặc acid béo tự do hoặc dưới dạng triglycerid trong lipoprotein, muốn vào được tế bào nó phải bị phân huỷ thành acid béo và glycerol bởi enzym lipoprotein lipase.

Huy động lipid: Số lipid được huy động là yếu tố quyết định số mỡ còn tồn trữ trong tế bào. Muốn được huy động nó phải được thuỷ phân bằng lipase đặc biệt không giống loại đã nói trên. Vì nó chỉ hoạt hoá dưới tác dụng của nhiều loại hoocmôn tuyến yên, tuy thường thận, nhưng nó lại bị insulin ức chế, vì thế nó có

tên gọi là chất lipase nhạy cảm với hormone, ngoài ra insulin cũng làm giảm huy động lipit.

Tế bào mỡ trong bệnh béo phì: những tế bào mỡ ở người béo phì có nhiều hơn và to hơn ở người thường. Khi người bệnh giảm thể trọng, số lượng tế bào mỡ không giảm, nó tự thu nhỏ lại. Nhưng những tế bào đó dễ dàng được tích lại đây, giống như khi ta bơm quả bóng nó căng lên nhưng lại xẹp xuống khi ngừng tay bơm. Thí nghiệm trên chuột nếu cho ăn quá nhiều trong thời kì mới sinh thì số lượng tế bào mỡ tăng và con chuột cũng trở nên béo phì về sau này. Mới đây người ta cũng bắt đầu nhận thấy hiện tượng này ở người. Khi bắt đầu bị béo phì từ lúc còn nhỏ tuổi chữa khó hơn khi đã trưởng thành, có lẽ loại trên có nhiều tế bào mỡ hơn. Điều trị làm giảm cân hay gấp thất bại, có lẽ có liên quan đến tình trạng tế bào mỡ dễ căng trở lại sau khi tạm thời co lại.

Vấn đề tâm lí: Rất khó xác định vấn đề tâm lí ở bệnh nhân là nguyên nhân hay kết quả của bệnh béo phì. Muốn điều trị có kết quả thầy thuốc phải nghiên cứu tâm lí bệnh nhân.

Một số trẻ béo phì thường xa lánh bạn bè, người lớn hay lỏng. Có người cho to béo thể hiện sức mạnh nhưng cũng có người cho mình như phạm tội, nhất là khi họ ăn nhiều, tạo ra vòng tròn bệnh lí làm cho họ lại ăn nhiều hơn.

Hậu quả của bệnh béo phì

Bệnh béo phì gây nhiều hậu quả nghiêm trọng về thể lực và tâm lí cho đa số bệnh nhân.

Tăng tỉ lệ tử vong: Trước hết béo phì thường gây tỉ lệ tử vong cao, nhất là ở nhóm bệnh nhân trẻ, vì họ hay bị xơ vữa động mạch, đái tháo đường, xơ gan, biến chứng khi bị phẫu thuật gây mê và tai biến khi đẻ ở mẹ và con mới sinh. Tình trạng này có thể được cải thiện khi bệnh nhân giảm cân.

Hệ thống nội tiết: Vỏ thượng thận giống như khi bị Cushing, tăng 17 - hydroxycorticoid có vạch trên da và mọc râu, nhưng khác ở cholesterol trong nước tiểu sẽ bị mất đi khi cho 2mg dexamethasone và 17 - hydroxycorticoid thường thấp và có nhịp ngày đêm. Các triệu chứng khác của Cushing không có.

Hệ thống sinh sản: Nữ béo phì hay bị vô kinh, có râu, giảm sinh đẻ và tai biến khi đẻ.

Tiểu đường: Người béo phì có tỉ lệ đái tháo đường cao hơn ở người bình thường nhưng không rõ nguyên nhân và kết quả. Sau khi giảm cân, những bất thường trong chuyển hóa glucid được cải thiện rõ. Tổ chức mỡ rất nhạy cảm với tác dụng của insulin thúc đẩy nhập glucose vào tế bào mỡ và từ đó chuyển thành lipid. Cơ sở để cho rằng đái tháo đường gây ra béo phì đi ngược lại hiện tượng mức insulin trong huyết tương tăng lên trong thời kì sớm của đái tháo đường và đi ngược lại tăng ứ đọng lipid xảy ra khi hiện diện insulin. Hiện tượng này có thể phối hợp trong bệnh nhân bị đái tháo đường ở tuổi trưởng thành để chuyển hầu hết chất cacbonhydrat thành tổ chức mỡ rồi được tích trữ dưới dạng lipid. Neel đã nêu ra rằng sự kết hợp giữa đái đường và béo phì có thể là sự phát triển có lợi cho người nguyên thuỷ vì họ chỉ được ăn khi săn được mồi rồi lại bị nhặt đói trong một thời gian

dài, kiếu ăn này tích trữ năng lượng có hiệu quả dưới dạng mỡ. Loài người có khả năng tích trữ tổ chức mỡ cũng là một cách phát triển có lợi, hơn nữa gen của bệnh đái tháo đường chỉ có hại khi con người áp dụng chế độ ăn 3 lần trong một ngày. Điều đó giải thích lí thuyết tại sao đặc tính di truyền của bệnh đái tháo đường ngày nay tỏ ra có hại nhưng lại không loại bỏ được theo năm tháng (G. Steiner 1973).

Đối với hệ thống hô hấp:

Người béo phì hay phàn nàn bị khó thở khi cố gắng, có lẽ do cân tăng nhu cầu năng lượng để cử động một cơ thể lớn và năng lượng để đẩy cơ hoành xuống cái bụng chứa nhiều mỡ. Tới khi những khó khăn về đường thở đủ lớn để gây ra giảm thông khí, nhưng không rõ do nguyên nhân cơ giới hay do mỡ ngấm vào cơ liên xalon hay do thay đổi ở trung tâm hô hấp. Trong trường hợp khó thở có liên quan tới béo phì nặng (hội chứng Pickwick) bệnh nhân bị khó thở tái, lờ dờ, tăng hồng cầu thứ phát, suy tim phải, nhịp thở giảm.

Chữa bệnh béo phì

Trước hết phải tạo được sự thông cảm, tin tưởng giữa bệnh nhân và thầy thuốc, điều này càng quan trọng hơn khi bệnh nhân thuộc loại do nguyên nhân tâm lý. Không nên nôn nóng đặt ra yêu cầu quá cao. Chú ý làm tốt bệnh sử và quá trình điều trị trước đây. Cố gắng tóm những nguyên nhân có thể chữa được nếu có như Cushing, thiểu năng giáp, ảnh hưởng do dùng hocmôn thượng thận. Khám lâm sàng, phát hiện biến chứng, tính tỉ số trọng lượng cơ thể.

Chế độ ăn: giảm nhập năng lượng qua chế độ ăn là yếu tố then chốt để giảm béo phì.

Với thể béo phì nhẹ, cần phải giảm chất mỡ, nên dùng các loại ngô khoai sắn ăn thay gạo, không nên dùng bột đã qua chế biến, tăng thêm protid, đặc biệt có thể thay bằng đậu phụ, các loại rau quả. Không nên dùng đường, uống bia có giới hạn (1 cốc mỗi bữa). Tập thể dục đều, di chuyển bộ 30 phút mỗi ngày. Hàng tháng kiểm tra thể trọng.

Với thể nặng: Bắt đầu điều trị cần làm trong bệnh khoa điều trị béo phì, có sự tham gia của chuyên gia dinh dưỡng, thần kinh, nội tiết. Chế độ ăn cần giảm. Tổng số năng lượng tiếp nhận hàng ngày lúc đầu giảm 1/3 - 1/4 rồi giảm xuống 800kcal hoặc 400kcal. Uống lói 3 lít nước/ngày. Bổ sung vitamin, muối khoáng. Cần đề phòng các hậu quả không mong muốn do giảm cân quá nhanh như: hạ huyết áp đứng (orthostatic hypotension), mệt, nôn mửa, loạn nhịp tim... Không dùng chế độ giảm nhiều calo khi bệnh nhân bị bệnh mạch vành, suy tim, bệnh gan, thận cấp, phụ nữ có thai. Chế độ giảm calo này có thể dùng cho người béo phì kèm đái tháo đường, kèm cao huyết áp nhưng cần được theo dõi và điều chỉnh liều thuốc đang dùng. Trong thời gian điều trị cần có kế hoạch giáo dục bệnh nhân về chế độ ăn và cách tự săn sóc mình. Sau 1 tháng bệnh nhân có thể giảm 1 - 2 kg. Sau đó tiếp tục điều trị tại nhà dưới sự hướng dẫn của thầy thuốc.

Phòng lên cân trở lại. Theo kinh nghiệm của nhiều thầy thuốc nước ngoài số người giảm cân như mong muốn chỉ khoảng 5 - 10%, vì thế phòng lên cân trở lại là rất quan trọng. Cần tổ chức thành nhóm bệnh nhân 1- 20 người, tuyên truyền, huấn luyện kĩ

năng tạo ra những thói quen tốt cho việc chữa béo phì. Đồng thời cố khắc phục tình trạng sống ít hoạt động thể lực: thể dục dưỡng sinh, đi bách bộ, cai rượu.

Tuy ở trình độ khoa học hiện nay còn nhiều vấn đề về nguyên nhân sinh bệnh học cần tiếp tục nghiên cứu, ở Việt Nam rõ ràng chế độ ăn chiếm vị trí rất quan trọng. Nếu mỗi người chú ý giữ chế độ ăn truyền thống đã được mọi người theo nhiều năm qua, tránh dùng chế độ ăn nhiều chất mỡ, uống nhiều bia rượu, lạm dụng phương tiện di lại bằng cơ giới, chúng ta có thể hạn chế tỉ lệ mắc bệnh béo phì.

Các phương pháp điều trị bằng thuốc: Nói chung, hiện nay có ba nhóm thuốc điều trị béo phì (thuốc chống lại sự thèm ăn, thuốc ức chế hấp thụ ở đường tiêu hoá, chất thúc đẩy quá trình tạo nhiệt). Chỉ nên dùng thuốc khi thực cân dưới sự hướng dẫn của thầy thuốc có kinh nghiệm. Hi vọng sẽ có phương pháp chữa bệnh béo phì bằng thuốc dân tộc.

Phòng chống bệnh béo phì ở cơ sở: Y tế cơ sở không nên coi nhẹ vấn đề béo phì, ngày nay béo phì bắt đầu xuất hiện và trở thành vấn đề cần xử lý ở đô thị, sắp tới bệnh này cũng có thể phát triển ở vùng nông thôn. Cần làm tốt công tác tuyên truyền những nguy cơ mà béo phì có thể gây ra và các phương pháp để phòng cho người lớn, trẻ em. Vận động nhân dân theo dõi trọng lượng lí tưởng của mình, giúp bà con tính BMI để tự chẩn đoán, phân loại béo phì nếu BMI trên $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ thì giới thiệu đến cơ sở chuyên khoa nội tiết chuyển hóa điều trị, sau đó y tế cơ sở tiếp tục hướng dẫn bệnh nhân điều trị ngoại trú.

4. Chứng gầy

Gầy là một triệu chứng thường gặp trong nhiều bệnh khác nhau: bệnh nhiễm khuẩn nặng, thiếu ăn, trong một số bệnh nội tiết. Trong bài này, chúng tôi tập trung nói về chứng gầy liên quan tới bệnh nội tiết.

Trong bệnh Badodô, bệnh nhân thường bị gầy sút trong vài tháng mới bị bệnh, bệnh nhân có thể gầy đi tới 3 - 4 kg có khi gầy đi tới 9 - 10 kg. Giảm thể trọng đi đôi với ăn khoẻ, mạch nhanh là những triệu chứng thường gặp trong bệnh này. Khi bị Badodô lâu ngày bệnh nhân có thể bị suy mòn rất nặng.

Trong thể giảm năng giáp nặng, kéo dài, bệnh nhân cũng có thể bị gầy sút nặng.

Gầy sút cũng là triệu chứng luôn gặp trong bệnh đái tháo đường. Trong bệnh này gầy đi cùng với ăn nhiều, uống nhiều, tiểu tiện nhiều. Sau khi được điều trị cân bằng đái tháo đường triệu chứng gầy sẽ mất đi.

Chứng gầy còn thấy ở những bệnh nhân bị bệnh giảm năng tuyến yên với những triệu chứng như đói, mệt, kém ăn, đau bụng, nôn mửa, chóng mặt, ngoài ra bệnh này còn có thể liên quan với bệnh chán ăn do tâm lí, thường hay gặp ở con gái 15 - 20 tuổi, bệnh nhân bị vô kinh, rất gầy hoặc suy mòn. Tuy nhiên, bệnh gầy rất ít gặp.

Việc chẩn đoán điều trị bệnh này đòi hỏi kỹ thuật cao, bệnh nhân bị gầy thể nặng cần điều trị nội trú tại bệnh viện. Tốt nhất nên gửi bệnh nhân tới chuyên khoa nội tiết có đủ trang bị và kinh nghiệm.

III. DẬY THÌ SỚM

Hệ thống sinh dục, yếu tố quan trọng trực tiếp quyết định sự phát triển sinh dục của con người, gồm:

Ở nam giới, tinh hoàn làm nhiệm vụ sản xuất tinh trùng và là nơi chủ yếu tiết ra nội tiết tố nam: testosterone và một ít oestrogen.

Ở nữ giới, buồng trứng làm nhiệm vụ sản xuất tế bào trứng và tiết ra nội tiết tố nữ: oestrogen, progesterone và một chút androgen (nội tiết tố nam).

Tuyến sinh dục nam, nữ dưới sự điều tiết của hoocmôn hướng sinh dục gonadotrogen (Gn) do tuyến yên tiết ra. Đến lượt mình Gn lại được kích thích bởi GnRH (Gonadotropins Releasing Hormone, hoocmôn giải phóng kích dục tố) do trung tâm ở vùng dưới đồi (hypothalamus) sản xuất.

Thời kì dậy thì

Ngày xưa các cụ có câu “nữ thập tam, nam thập lục” nêu lên lứa tuổi trung bình nữ 13 nam 16 tuổi là dậy thì. Ngày nay, chúng ta tán thành ý kiến của nhiều nhà nghiên cứu cho rằng dậy thì là một thời kì phát triển ở trẻ em từ 9 đến 17 tuổi và có thay đổi tùy theo tình hình kinh tế - xã hội.

Bình thường đối với con gái dấu hiệu sớm nhất khi bắt đầu dậy thì là phát triển núm vú vào lúc 9 - 10 tuổi, đối với con trai dấu hiệu sớm nhất là tăng kích thước tinh hoàn và chậm hơn ở con gái khoảng 1 năm. Tiếp đó các dấu hiệu sinh dục thứ phát như:

Ở con trai: tinh hoàn to ra, tuyến tiền liệt và túi tinh tiết chất nhầy, dương vật và bìu to ra và màu trở lên thâm hơn, mọc râu ở mép và cằm, mọc lông ở vùng xương mu, vỡ tiếng, tăng chiều cao, bộ xương dần trưởng thành, các điểm cốt hoá đóng lại. Về tâm lí tăng libido và ý thức giới.

Ở con gái: to tuyến vú, phát triển xương chậu, mọc lông ở vùng xương mu, âm hộ, niêm mạc âm đạo dày lên, vú phát triển thêm, mọc lông lách, trung bình khoảng 12 - 13 tuổi bắt đầu hành kinh.

Cơ chế phát động phát triển dậy thì có thể phụ thuộc sự trưởng thành của trực dưới đồi - yên - sinh dục. Trước dậy thì có thời gian đứa trẻ chậm phát triển, người ta cho rằng khi đó hypothalamus ức chế sự phát triển trước dậy thì và yếu tố quan trọng bắt đầu dậy thì là sự giảm nhẹ cảm ở vùng dưới đồi với các steroids sinh dục và tỉ lệ bài tiết thấp của GnHR. Bệnh ở vùng dưới đồi (thí dụ khôi u) có thể xoá bỏ ức chế đó tạo ra phát triển sinh dục sớm làm cho đứa trẻ dậy thì sớm đó là loại dậy thì sớm thực, cần phân biệt với dậy thì sớm giả do tăng tiết tố hoocmôn steroids sinh dục bởi các bệnh ở tuyến ngoại vi như bẩm sinh tăng sinh thượng thận (congenital adrenal hyperplasia) hay khôi u ở tinh hoàn hoặc buồng trứng. Trong các bệnh vừa kể các dấu hiệu sinh dục thứ phát phát triển nhưng gonadotropin bị ức chế, tinh hoàn vẫn nhỏ, vòng kinh nguyệt, sự thụ tinh không xuất hiện.

Nguyên nhân dậy thì sớm

Thực dậy thì sớm: do thể trạng, không rõ nguyên nhân, loại này thường gặp ở con gái, có liên quan đến sự trưởng thành sớm của

vùng dưới đồi, trong số bệnh nhân mắc thẻ này người ta thấy 10% có yếu tố gia đình.

Thẻ triệu chứng do u tuyến yên, u hypothalamus, sau khi viêm não v.v.,

Các thẻ bệnh này còn được xếp vào loại dậy thì sớm phụ thuộc Gonadotropin hay DTS trung tâm (Central puberty precoce-CPP).

Giả dậy thì sớm: do khối u ở tinh hoàn, buồng trứng, hay khối u thượng thận bẩm sinh trong đó gồm cả thẻ dậy thì sớm có tính chất gia đình (testotoxicosis) và hội chứng Mc Cune Albright (MAS) là một bệnh gồm tam chứng: xương bị xơ và loạn sản nhiều chỗ, da có những đám sắc tố màu nâu và dậy thì sớm và nhiều bệnh đi kèm, chẩn đoán và điều trị rất phức tạp. Các thẻ bệnh này được xếp vào loại dậy thì sớm không phụ thuộc gonadotropine hoặc dậy thì sớm ngoại vi (peripheral precocious puberty).

Phát hiện dậy thì sớm: Dậy thì sớm biểu hiện trong những năm đầu đời, ở con trai những triệu chứng sớm nhất là dương vật to ra và mọc lông ở vùng xương mu; ở con gái triệu chứng sớm nhất là tuyến vú to ra và mọc lông ở vùng xương mu, đôi khi có thể hành kinh sớm. Bệnh nhân cần được đưa đến khám bệnh ở những cơ sở có thầy thuốc chuyên khoa nội tiết có đủ trang bị để chẩn đoán và điều trị.

IV. DẬY THÌ MUỘN

Khi con gái 16 tuổi và con trai 20 tuổi mà không phát triển dậy thì có thể nghĩ tới dậy thì muộn.

Dậy thì muộn gặp ở hai giới với tỉ lệ như nhau, nhưng các cháu trai thường dễ dàng đi hỏi ý kiến thầy thuốc nên được chú ý hơn. Đa số bệnh nhân nam đến khám thực ra không có bệnh, thường là dậy thì muộn do thể tạng, sê phát dục bình thường. Tiếc rằng chưa có phương pháp thực sự có khả năng tách những trường hợp dậy thì muộn do thể tạng này với những ca dậy thì muộn do có bệnh ở hệ thống đồi - tuyến yên - sinh dục.

Phân loại dậy thì muộn ở nam giới

1. Dậy thì muộn do thể tạng: thể này thường gặp ở những gia đình có con chậm phát triển thể lực. Vào lúc thi đại học vì có một số trường, tuy không có yêu cầu cấp thiết lắm về chiều cao nhưng cũng loại các cháu dậy thì muộn do thể tạng. Đề nghị chỉ nên kết luận một bệnh nhân thực sự bị dậy thì muộn khi đến 21 tuổi mà không dậy thì.

2. Thiếu năng sinh dục do tăng hoặc giảm hoocmôn kích thích sinh dục (hypogonadotropic hypogonadism).

3. Bệnh ở tinh hoàn hoặc không có tinh hoàn.

4. Hội chứng Klinefelter là thể thiếu năng sinh dục hay gặp ở nam giới, bệnh nhân bắt đầu dậy thì bình thường nhưng không phát triển sinh dục đầy đủ.

Phương pháp phát hiện dậy thì muộn ở trẻ em dựa vào:

Dấu hiệu lâm sàng: tinh hoàn không lớn lên được, chiều dọc tinh hoàn dưới 2cm.

Chậm mọc râu, không mọc lông ở vùng xương mu và lách.

Chậm vỡ tiếng, chậm phát triển chiều cao...

Dựa vào xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân cần làm nhiều xét nghiệm kĩ thuật cao chỉ có ở các trung tâm xét nghiệm lớn.

Điều trị: Cha mẹ bệnh nhân nên hợp tác chặt chẽ với thầy thuốc, tránh nôn nóng. Nên lưu ý rằng đa số con trai bị dậy thì muộn do thể tạng, cần chờ cho các cháu phát triển dậy thì tự nhiên, nếu điều trị quá sớm bằng hoocmôn, trước mắt có thể làm cho cháu cao lên một chút nhưng tổng chiều cao về sau này sẽ ở dưới mức bình thường. Các cơ quan tuyển sinh nên nghiên cứu kĩ từng trường hợp dậy thì muộn thiểu chiều cao để tránh loại người có khả năng ra khỏi cuộc thi tuyển.

Việc chẩn đoán và điều trị cần được thầy thuốc chuyên về nội tiết nhi hướng dẫn.

V. BỆNH TIỂU ĐƯỜNG (ĐÁI THÁO ĐƯỜNG)

Bình thường trong quá trình phát triển, trưởng thành và lao động con người cần được cung cấp đủ năng lượng dưới dạng thức ăn. Ngoài nước, khoáng chất và sinh tố, các thức ăn xét về mặt hoá học được chia làm ba loại:

Protid (chất đạm) có ở trong thịt cá nạc, fomat, sữa, trứng.

Lipid (chất béo) có trong dầu thực vật, mỡ, bơ, vừng, lạc...

Glucid (chất đường bột) có trong gạo, ngũ cốc, bánh, kẹo...

Khi ăn thức ăn được tiêu hoá trong miệng, dạ dày, ruột, các chất kể trên được phân tích thành các chất đơn giản trong đó có glucô-niệu. Bệnh tiểu đường gây nhiều tai biến ở mắt, thận, hệ

thần kinh, tim mạch dẫn tới tử vong. Nguyên nhân chủ yếu gây bệnh tiểu đường là do tuyến tụy không tiết đủ insulin hoặc do insulin bị biến chất (kháng insulin).

Tỉ lệ mắc bệnh tiểu đường rất khó nói chính xác ngay ở cả những nước phát triển. Theo Stevan V. Edelman (1997), ở Mĩ có 13 - 16 triệu người bị bệnh này, trong đó 90% bắt đầu mắc bệnh ở lứa tuổi người lớn. Mỗi năm nước này có 950.000 người mắc bệnh và có 300.000 người chết vì bệnh bệnh tiểu đường, 1/7 ngân sách y tế Mĩ phải chi cho bệnh nhân bệnh tiểu đường.

Cũng như ở nhiều nước trong vùng Đông Nam Á, trong những năm gần đây tỉ lệ mắc bệnh tiểu đường ở Việt Nam tăng nhanh, có tác giả thông báo tỉ lệ này ở một số đô thị lên tới 4% dân số. Bệnh bệnh tiểu đường cũng có thể gặp ở nông thôn và miền núi, đòi hỏi các thầy thuốc ở cơ sở chẩn đoán kịp thời. Trong việc chẩn đoán phát hiện và quản lí bệnh tiểu đường cần nhiều xét nghiệm trước đây khó có thể dùng ở cơ sở. Hiện nay nhờ những thành tựu mới trong lĩnh vực nghiên cứu về bệnh tiểu đường chúng ta có những phương pháp xét nghiệm mới, có thể làm những xét nghiệm đường huyết ở ngay nhà người bệnh. *Định lượng đường (glucôza) trong máu* hay đường huyết là xét nghiệm phản ánh chuyển hoá glucid trong các tổ chức hay được dùng trong việc chẩn đoán và theo dõi kiểm soát bệnh tiểu đường. Hiện nay có nhiều loại máy điện tử xét nghiệm đường huyết giá không đắt lắm. Y tế cơ sở có thể mua dùng, tiến tới hướng dẫn họ bệnh nhân tự xét nghiệm tại gia đình.

Định lượng đường (glucoza) trong nước tiểu

Ngày nay được làm cùng định lượng xeton niệu khi có nguy cơ bị hôn mê do bệnh tiểu đường.

Định lượng huyết sắc tố (HST) gắn với glucôza (glycosylated hemoglobin): Là một xét nghiệm tương đối mới được dùng ở các trung tâm chữa bệnh bệnh tiểu đường. Xét nghiệm này dựa trên hiện tượng một tỉ lệ glucôza được gắn vào huyết sắc tố và bị giữ tại đó trong suốt đời sống của hồng cầu, tỉ lệ này chỉ có thể tăng nhưng không giảm, vì hồng cầu luôn luôn được sinh ra trong cơ thể, người ta tính rằng khi lấy máu vào một thời điểm nào đó, máu có 50% hồng cầu cũ và 50% hồng cầu mới sinh, vậy khi phân tích tỉ lệ huyết sắc tố gắn glucôza cho chúng ta biết tình hình đường huyết trong vòng hai tháng trước đó. Nếu định lượng huyết sắc tố A1c thì bình thường tỉ lệ huyết sắc tố A1c gắn glucôza là 7%, chấp nhận được là 7 - 8,5% trên 8,5% là quá cao chứng tỏ trong khoảng thời gian đó đường huyết không ổn định cao quá mức.

Phân loại bệnh tiểu đường

Hiện nay bệnh bệnh tiểu đường được chia ra hai loại chính: bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin (bệnh tiểu đường I) và bệnh tiểu đường không phụ thuộc Insulin (bệnh tiểu đường kpt I):

Típ I. Bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin (bệnh tiểu đường I) còn được gọi là **bệnh tiểu đường típ I**, là thể bệnh tiểu đường cần có insulin mới điều trị được, gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi do tế bào đảo tụy bị phá huỷ, không sản xuất đủ insulin. Có thể do kháng thể, xuất hiện sau khi bị nhiễm virut.

Típ 2. Bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin (bệnh tiểu đường kpt I), còn gọi là bệnh tiểu đường típ 2, là thể bệnh tiểu đường gặp ở người đứng tuổi, hay bị béo phì, trong thể này insulin vẫn được tiết ra nhưng đã bị biến chất, có thể chữa bằng chế độ ăn và các loại thuốc viên có tên gọi là “sulfamid làm hạ đường huyết”.

Phát hiện bệnh tiểu đường ở cơ sở

Hiện nay chưa đủ điều kiện xét nghiệm đường huyết để phát hiện bệnh tiểu đường cho tất cả mọi người, ở cơ sở nên chú ý đến những người có nhiều nguy cơ mắc bệnh tiểu đường như:

1. Những người đã bị cắt lá lách, bị bệnh Badodô, bị tăng năng thương thận, đã được điều trị bằng cortisol.
2. Những người có cha, mẹ bị bệnh tiểu đường, trẻ sơ sinh nặng trên 4kg, người bị bệnh béo phì, anh em sinh đôi với bệnh nhân bệnh tiểu đường.
3. Người bị các triệu chứng: ăn nhiều, gầy sút, uống nhiều, đái nhiều (3 - 4lít/ngày), có thể bị ngứa nhất là ở bộ phận sinh dục.
4. Nếu có điều kiện, nên mua dụng cụ định lượng đường huyết (hiện đã có bán trên thị trường).

Nếu đường huyết khi đói trên 140mg% tương đương 7,8 mmol/lít hoặc sau khi ăn đường huyết trên 200mg% tương đương 11,2 mmol/lít có thể chẩn đoán là đái tháo đường. Vì còn thiếu khả năng và trang bị, tất cả những trường hợp có nhiều nguy cơ bệnh tiểu đường y tế cơ sở phải gửi đến cơ sở chuyên khoa để:

Xác định chẩn đoán bệnh tiểu đường và chẩn đoán các biến chứng.

Vào điều trị nội trú để bước đầu ổn định bệnh tiểu đường.

Được hướng dẫn về: chế độ ăn; hoạt động thể lực; uống hoặc tự tiêm thuốc theo đơn; cách phòng các biến chứng; bệnh nhân được hướng dẫn để tự làm xét nghiệm đường huyết; tự điều chỉnh chế độ điều trị.

Từ phát hiện biến chứng ở những bệnh viện lớn, việc điều trị bệnh tiểu đường được giao cho một tập thể thầy thuốc gồm chuyên gia về đái tháo đường, dinh dưỡng, giáo dục để huấn luyện bệnh nhân có thể tự quản lí bệnh của mình lâu dài.

Bệnh bệnh tiểu đường hầu như phải được điều trị suốt đời tuy có những đợt phải vào bệnh viện chữa nội trú nhưng phần lớn thời gian trong cuộc sống phải điều trị tại gia đình. Nhiệm vụ của người bị bệnh bệnh tiểu đường rất quan trọng trong suốt quá trình điều trị lâu dài. Thầy thuốc ở cơ sở phải làm tốt việc hướng dẫn bệnh nhân biết tự theo dõi bệnh theo những điều đã được hướng dẫn kể trên.

Những điều cần chú ý theo dõi bệnh nhân bệnh tiểu đường ở ngoại trú cơ sở

1. Cân xác định bệnh nhân thuộc thể bệnh tiểu đường típ 1 hay típ 2.

2. Mục đích điều trị bệnh tiểu đường là đưa mức đường - huyết trở lại mức bình thường, bệnh nhân không còn triệu chứng lâm sàng tăng đường huyết cũng như hạ đường huyết, bệnh nhân

có thể tham gia hoạt động bình thường. Bệnh nhân bệnh tiểu đường khi trở về địa phương rất cần liên hệ để được thầy thuốc ở cơ sở tiếp tục theo dõi giúp đỡ.

3. Kiểm tra chuyển hóa:

Kiểm tra đường huyết lúc đói và sau khi ăn 2 giờ, mỗi tuần kiểm tra hai lần. Với những người đã được chẩn đoán là bị bệnh bệnh tiểu đường, ta có thể chấp nhận mức đường huyết gần bình thường: đường huyết khi lấy máu mao mạch lúc đói không quá 140 mgr/dl hoặc 7,8 mmol/lit và đường huyết sau khi ăn 2 giờ không quá 200 mgr/dl hoặc 11,2 mmol/lit.

Định lượng đường huyết có thể cho ta biết ngay mức glucôza trong máu tại thời điểm làm xét nghiệm để điều chỉnh kịp thời khi cần. Hiện nay trên thị trường có các máy định lượng đường huyết tự động tiện dụng cho cá nhân và y tế cơ sở, nên mua dùng.

Xét nghiệm đường niệu cần dùng làm với xét nghiệm phát hiện chất xêtôn (xêtôn niệu) làm mỗi tuần hai lần. Nếu cả đường và xêtôn đều có trong nước tiểu nghĩa là bệnh tiểu đường không được cân bằng có nguy cơ bị tai biến cần xem xét khả năng trở lại bệnh viện. Tốt nhất là nên trao đổi bằng điện thoại với tuyến chuyên khoa đã điều trị cho bệnh nhân.

4. Chế độ ăn:

Trong khi điều trị ngoại trú, hướng bệnh nhân theo chế độ ăn mà bệnh viện đã cho đơn (chú ý rằng chế độ đó đã được quy định cân đối với liều thuốc và năng lượng tiêu hao do hoạt động thể lực). Sau khi về nhà bệnh nhân có thể hoạt động thể lực tăng làm cho đường huyết giảm, cần xem xét việc giảm liều thuốc bệnh tiểu đường.

5. Phòng chống hạ đường huyết:

Bệnh nhân bệnh tiểu đường đang điều trị bằng insulin hoặc các loại thuốc viên có thể bị hạ đường huyết. Triệu chứng và mức độ hạ đường huyết có thể chia ra như sau:

Hạ đường huyết thể nhẹ: mệt, nhức đầu, đói, toát mồ hôi, tim đập nhanh, đánh trống ngực, run.

Hạ đường huyết thể vừa: bệnh nhân có dấu hiệu thần kinh, giảm chú ý, lú lẫn, mắt mờ, lơ mơ ngủ, động tác phổi hợp kém.

Hạ đường huyết thể nặng: bệnh nhân vật vã, co giật, hôn mê.

Bệnh nhân phải luôn chuẩn bị sẵn sàng chống lại tình trạng hạ đường huyết, luôn luôn mang theo 4 - 5 chiếc kẹo hoặc 15gram đường khi có dấu hiệu hạ đường huyết nhẹ cần ăn ngay số kẹo hoặc đường đó. Trường hợp hạ đường huyết nặng phải tiêm huyết thanh ngọt ưu trương 30% 10 - 20ml vào tĩnh mạch. Để phòng hạ đường huyết cần chú ý giữ cho mối quan hệ giữa chế độ ăn, hoạt động thể lực và liều thuốc bệnh tiểu đường luôn ổn định. Không nên bỏ bữa, khi bỗng nhiên phải hoạt động thể lực tăng, nên ăn thêm chút bánh hoặc một chất ngũ cốc nào đó.

Chú ý: trước một bệnh nhân bệnh tiểu đường bị hôn mê phải nghĩ tới và chẩn đoán hạ đường huyết.

6. Rượu với bệnh bệnh tiểu đường: Bệnh nhân bệnh tiểu đường không nên uống rượu, rượu cito calo nhưng không mang glucid vào cơ thể. Khi uống rượu hoặc bia cùng thức nhấm bệnh nhân thường ăn ít cơm do đó dễ gây hạ đường huyết, có trường hợp gây tử vong.

7. Lao động: Trong việc điều trị bệnh tiểu đường, thuốc và lao động nói chung liên quan mật thiết với nhau. Người bệnh luôn giữ được thể trọng mong muốn, không bị tăng hoặc giảm đường huyết.

Lao động thể lực (thể dục...) làm tăng tiêu hao năng lượng tạo điều kiện thuận lợi cho các trị liệu bằng thuốc và chế độ ăn. Cần có kế hoạch cho mỗi bệnh nhân mức lao động hợp với tình trạng tim, mạch, thận,... của họ. Để tránh hạ đường huyết cho bệnh nhân đang dùng thuốc chữa bệnh tiểu đường loại viên hoặc insulin phải có sẵn một bữa ăn phụ, phải xét nghiệm đường huyết trước và sau khi hoạt động thể lực. Nói chung bệnh nhân có thể tập dưỡng sinh. Họ cũng có thể tập đi bộ, đạp xe, bơi 20 đến 30 phút tương đương với tiêu thụ 200kcal. Nếu muốn tập thể thao nặng hơn phải hỏi ý kiến của thầy thuốc chuyên về thể dục liệu pháp cho bệnh nhân bệnh tiểu đường.

8. Phòng nhiễm trùng

Bệnh nhân bệnh tiểu đường đề kháng kém, dễ bị nhiễm trùng:

Bệnh nhân được khám kiểm tra bệnh lao mỗi năm một lần, chú ý phòng các bệnh truyền nhiễm, cúm, ỉa chảy, nhiễm trùng đường tiết niệu. Giữ đường huyết ở mức bình thường hoặc gần bình thường là một việc không dễ, nhưng phải cố làm cho được vì đây là điều kiện tiên quyết, đồng thời y tế cơ sở cần hướng dẫn bệnh nhân cách đề phòng các bệnh nhiễm trùng.

9. Chân bệnh nhân bệnh tiểu đường

Loét chân thường gặp ở người bệnh bệnh tiểu đường trên 40 tuổi và tỉ lệ tăng dần theo tuổi. Ở Mỹ 6% bệnh nhân bệnh tiểu

Báo cho người bán giấy biết mình bị bệnh bệnh tiểu đường nhất là khi đã từng bị loét bàn chân, bị biến dạng bàn chân.

Không hút thuốc.

Đi khám thầy thuốc mỗi khi có vấn đề ở chân.

Bệnh tiểu đường và thai nghén

Mặc dù đã có nhiều thành tựu trong việc săn sóc phụ nữ bệnh tiểu đường khi có thai và khi sinh đẻ, thai nghén vẫn còn là thử thách lớn đối với người có thai và con của họ.

Đối với người đã bị bệnh tiểu đường, nay có thai, có thể bảo đảm chữa đẻ bình thường bằng cách:

Kiểm soát chặt chẽ đường huyết, giữ đường huyết ở mức bình thường hoặc gần bình thường từ khi phụ nữ có thai tới khi đẻ.

Được theo dõi bởi một tập thể thầy thuốc gồm thầy thuốc sản khoa, thầy thuốc chuyên khoa về bệnh tiểu đường, dinh dưỡng, chuyên khoa sơ sinh, y tá.

Nên sinh con ở nhà hộ sinh hoặc bệnh viện có đủ trang thiết bị và kinh nghiệm đỡ đẻ cho sản phụ bị bệnh tiểu đường.

Đối với những người mới phát hiện bệnh tiểu đường trong khi chưa cần được lưu ý điều trị sớm, cần gửi đến các cơ sở chuyên khoa về bệnh tiểu đường.

Đối với con của bà mẹ bệnh tiểu đường có thể bị các tai biến:

Nặng cân: từ 4kg tới 4,50kg nhưng rất yếu làm cho việc sinh đẻ khó khăn, có khi phải dùng phoóc xếp, có khi đẻ non. Vì

vậy, các bà mẹ đẻ con quá lớn ($> 4\text{kg}$) nên đi kiểm tra bệnh tiểu đường.

Hạ đường huyết: Khi ở trong thai đứa trẻ được nuôi bằng glucô từ máu mẹ (do phân tử glucô tương đối nhỏ có thể ngấm dễ dàng qua rau thai sang máu con) nhưng insulin có phân tử lớn hơn không qua được rau thai, thai phải tự tiết insulin của mình. Insulin của thai không chỉ là chất điều hoà đường huyết mà còn có tác dụng làm thai tăng trưởng làm cho thai to lớn hơn, như vậy khi cuống rau bị cắt, mức glucô trong máu thai bị tụt xuống làm cho thai bị hạ đường huyết.

Các dị tật thường xảy ra trong 7 tuần đầu sau khi thụ thai nhưng có thể tránh được nếu bệnh nhân tiểu đường ở mẹ được kiểm soát tốt ít nhất 2 tháng trước khi thụ thai. Thường rất khó giữ đường huyết của mẹ luôn luôn ở mức bình thường, việc thai nghén của phụ nữ bệnh tiểu đường phải có kế hoạch chu đáo, được các thầy thuốc chuyên khoa hướng dẫn. Sau khi ra đời, con của những bà mẹ này cần được thầy thuốc chuyên về trẻ sơ sinh kiểm tra.

Đái tháo đường là bệnh có nhiều người mắc. Hiện nay chưa có phương pháp chữa khỏi hẳn bệnh tiểu đường nhưng có thể cân bằng chuyển hóa glucid trong người bệnh bảo đảm cho họ sống lâu, làm việc, sinh hoạt như người bình thường nếu được y giới và xã hội quan tâm, trong đó y tế cơ sở có vai trò rất quan trọng trong việc phát hiện sớm, hướng dẫn bệnh nhân điều trị ngoại trú đối với bệnh nhân từ trẻ sơ sinh đến các cụ già. Với sự tiến bộ nhanh chóng trong nghiên cứu bệnh cũng như các phương pháp

xét nghiệm mong rằng y tế tuyển cơ sở được bổ sung kiến thức tăng cường trang bị để làm tốt nhiệm vụ này.

Đái tháo nhạt

Theo nghĩa đen “đái tháo nhạt” là bài tiết ra nhiều nước tiểu không có vị gì cả. Y học dùng thuật ngữ này để chỉ một bệnh có đặc điểm là uống nhiều và đái nhiều. Nó khác đái tháo đường ở chỗ không có tăng đường huyết và không có đường trong nước tiểu.

Đái tháo nhạt có thể do tuyến yên bị khối u, do hậu quả của chấn thương sọ não, do di căn, thâm nhiễm, nhưng không ít trường hợp đái tháo nhạt không có nguyên nhân được xếp vào nhóm đái tháo nhạt vô căn.

Bệnh nhân thường đái nhiều từ 3 lít tới 15 - 20 lít nước tiểu một ngày. Họ rất khát. Chúng tôi đã thấy có gia đình sợ con uống nhiều đã nhốt con vào buồng khoá cửa lại. Vì khát, cháu đã uống nước tiểu của mình. Đây là việc cần tránh. Tuyến cơ sở, khi phát hiện được bệnh nhân đái tháo nhạt nên gửi lên chuyên khoa nội tiết có kinh nghiệm, chú ý khi chưa được chẩn đoán và điều trị, không nên bắt bệnh nhân nhịn uống nước nên cho họ uống nước chín cho đỡ khát.

Đa số bệnh nhân đái tháo nhạt, nhất là ở thể vô căn, có thể lao động học tập được nhưng không nên chọn nghề hay phải đi lưu động xa cơ sở điều trị nội tiết. Mỗi bệnh nhân nên mang theo thẻ ghi rõ địa chỉ, căn bệnh, thuốc đang sử dụng, tên thầy thuốc đang điều trị. Bệnh nhân cần được huấn luyện cách tự theo dõi và săn sóc mình.

VI. BỆNH TUYẾN THƯỢNG THẬN

1. Tuyến thượng thận

Phía trên quả thận có một bộ phận nhỏ, giống như cái mũ nồi úp lên đỉnh quả thận. Đó là tuyến thượng thận. Người bình thường có hai quả thận, do đó cũng có hai tuyến thượng thận nặng khoảng 10 gram. Mỗi tuyến thượng thận có hai phần: phần vỏ và phần tuỷ. Hai phần này có nguồn gốc khác nhau. Khi hình thành thai ở loài người và một số loài có vú, phần tuỷ chui vào trong vỏ; còn ở loài cá hai phần đó vẫn đứng riêng. Trong một số ít người còn thấy có tuyến thượng thận phụ.

Vỏ thượng thận tiết ra nhiều loại steroid được xếp thành ba nhóm đã từ lâu được đặt tên vẫn tắt như sau:

1. Hormôn chuyển hoá đường (glucocorticoid) chủ yếu là cortisol và 1 ít corticosterone.
2. Hormôn chuyển hoá muối, nước (mineralosteroid) chất chính là aldosterone và một ít desoxycorticosterone.
3. Hormôn sinh dục vỏ thượng thận (androgen gồm có dehydroepiandrosterone, androsterone và testosterone)

Trong máu hormon vỏ thượng thận được gắn với globulin, chỉ một phần nhỏ ở thể tự do là phần có hoạt động sinh lí. Tác dụng của các hormon thượng thận ngày càng được biết rõ hơn, thí dụ như cortisol không chỉ có tác dụng chuyển hoá glucid mà còn có tác dụng chuyển hoá protid, lipid, đẩy mạnh thuỷ phân glucose và tạo những glucose cũng như gây cảm ứng cho tổ chức mỡ đối với hormon thuỷ phân lipid,...

Việc điều hoà hoạt động của vỏ thượng thận khá phức tạp, cortisol được điều hoà qua hệ thống CRH ở đồi thị - ACTH ở tuyến yên; aldosterone được điều hoà bởi đậm độ của Na, K trong máu.

Ngày nay khoa học tổng hợp được nhiều chấtホルモン thượng thận có thay đổi một phần công thức của nó theo hướng có lợi cho việc sử dụng trong điều trị bệnh, tuy nhiên khi dùng vẫn phải cảnh giác với các tai biến (sẽ trình bày ở phần sau)

2. Các bệnh của vỏ thượng thận

a. Thiếu năng vỏ thượng thận

Thiếu năng thượng thận là tình trạng bệnh lí xảy ra khi tuyến thượng thận không tiết ra đủ sốホルモン thượng thận cần thiết cho cơ thể.

Có nhiều nguyên nhân gây thiếu năng thượng thận, trước đây nguyên nhân hay gặp là do nhiễm trùng lao phá huỷ thượng thận, ngày nay bệnh này đã giảm. Ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như: tự miễn, hoại tử tuyến yên do băng huyết nặng khi đẻ, đặc biệt sau khi dùngホルモン thượng thận trong một thời gian dài để chữa bệnh (thí dụ như để điều trị khớp), người bệnh có thể bị tai biến thiếu năng thượng thận.

Triệu chứng thường gặp là mệt, yếu, giảm cân, có khi xuất hiện những mảng da bị lang trắng bên cạnh những mảng sẫm màu. Sạm da hay xảy ra ở những chỗ da bị phơi ra ánh sáng ở mu tay, khuỷu tay. Bệnh nhân hay bị hạ huyết áp, hạ đường huyết, chán ăn, lợm giọng, nôn mửa. Khi thấy sạm da, yếu mệt, hạ huyết

áp, hạ đường huyết các bạn nên nghi thiểu năng thương thận và đi khám bệnh ngay tại chuyên khoa nội tiết.

Không được điều trị kịp thời những bệnh nhân này có nguy cơ bị **thiểu năng giáp cấp tính** rất nguy hiểm. Khi đó người bệnh bị **đau bụng, nôn mửa, ỉa chảy, mất nước, chuột rút, truy tim mạch, hôn mê**, có thể dẫn tới tử vong.

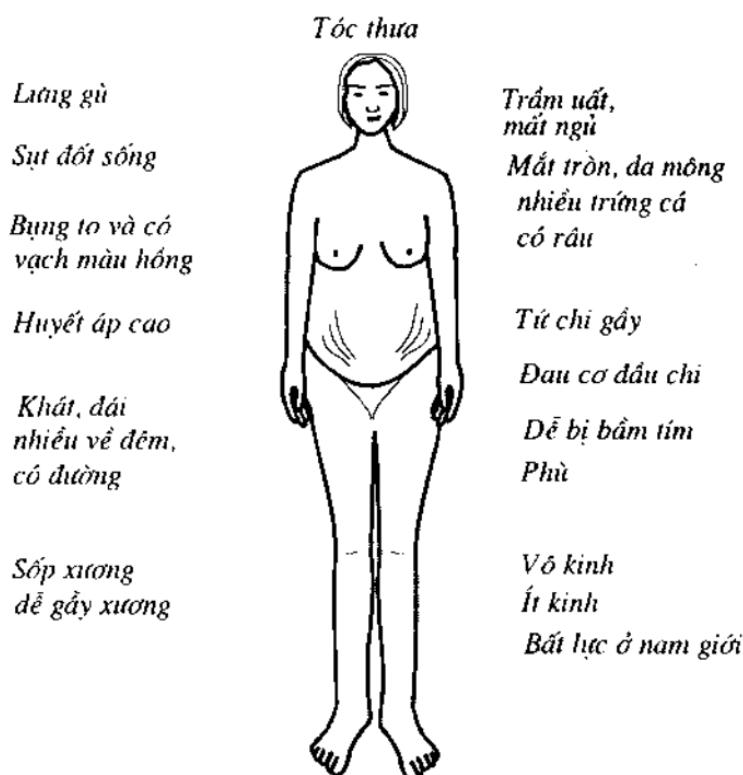
Thiểu năng thương thận là bệnh phải điều trị suốt đời. Thầy thuốc thường cho dùng một hoặc hai thứ hocmôn thương thận. Người bệnh không nên tự ý ngừng uống thuốc. Bệnh nhân không nên kiêng muối, không nên dùng thuốc tẩy. Khi bị stres nặng được phép nâng liều hocmôn lên gấp hai lần liều thường dùng.

Mỗi bệnh nhân thiểu năng thương thận cần làm sẵn một tấm phiếu ghi rõ họ tên, địa chỉ của mình, ghi rõ bị thiểu năng thương thận, liều thuốc đang dùng hàng ngày, tên và địa chỉ, số điện thoại của bác sĩ đang theo dõi điều trị cho mình. Tấm phiếu này phải luôn mang trong người phòng khi bị tai biến, những người cấp cứu cho mình có thể biết bệnh nhanh chóng, tạo điều kiện dễ dàng cho việc cấp cứu.

b. Hội chứng Cushing

Như ở trên đã viết, vỏ thương thận bài tiết ba nhóm hocmôn: **hocmôn chuyển hoá đường, hocmôn chuyển hoá muối nước, hocmôn sinh dục**. Hội chứng Cushing gồm các triệu chứng lâm sàng do sản xuất quá nhiều hocmôn steroid của vỏ thương thận gây ra. Hội chứng này cũng có thể có triệu chứng thừa hocmôn sinh dục (androgen) của thương thận.

Triệu chứng chính của hội chứng được trình bày trong hình vẽ kèm theo.



Hình 1. Người bị hội chứng Cushing

c. Tăng sinh thương thận bẩm sinh

Từ cholesterol, qua nhiều bước, dưới tác dụng của nhiều men (enzym) khác nhau, tạo ra các hormon thương thận: hormon chuyển hóa điện giải, hormon chuyển hóa glucid, các steroid sinh dục. Từ khi mới là bào thai tuyến thương thận có thể tăng sinh, to ra, hệ thống enzym trong tuyến bị rối loạn gây ra hội chứng tăng sinh thương thận bẩm sinh đe doạ cuộc sống đứa trẻ. Nói chung có hai nhóm triệu chứng: các dị tật ở bộ phận sinh dục

và triệu chứng mất nước, mất muối, chẩn đoán rất khó thường bị bỏ qua.

- Ở các cháu trai, khi sơ sinh có vẻ bình thường, nhưng về sau có tình trạng phát triển sinh dục sớm tạo ra hội chứng giả dậy thì sớm: dương vật to ra hơn bình thường hay cương, ở xương mu có lông, lớn nhanh, các cơ phát triển. Nhưng điều quan trọng là kích thước tinh hoàn vẫn nhỏ như bình thường. Cháu sớm cao nhưng các điểm cốt hoá cũng sớm đóng lại, khi trưởng thành cháu vẫn thấp hơn người cùng lứa tuổi.

- Ở con gái bị tăng sinh thượng thận bẩm sinh thường có dị tật sinh dục từ khi được 12 tuần ở trong thai. Bộ sinh dục có triệu chứng nam hoá, âm vật to ra, môi sinh dục đóng lại. Trong trường hợp nặng bộ sinh dục ngoài giống như nam, lỗ đái thấp, tinh hoàn không xuống bìu, v.v...

- Hội chứng mất muối có thể gặp ở cả hai giới, gây cơn kịch phát hạ natri-huyết, tăng kali-huyết. Bệnh nhân bị hạ huyết áp, nôn, truy mạch, hôn mê và chết. Hội chứng này cần được phát hiện và cấp cứu kịp thời. Các nhà hộ sinh nên hướng dẫn các bà đỡ và các sản phụ phát hiện kịp thời. Nên ủ ấm bệnh nhi, gửi ngay lên khoa nội tiết nhi. Trên đường đi cho uống vài thìa dung dịch muối, cho uống cortisol 0,15mgr cho một cân nặng chia ba lần trong ngày để giữ cho trẻ có thể đến được bệnh viện.

Các dị tật đường sinh dục, giới tính không rõ ràng tuy không thuộc loại cấp cứu, cũng cần được gửi đến chuyên khoa nội tiết để chẩn đoán và điều trị.

d. Một vấn đề cần chú ý khi dùng học môn thương thận

Nói một cách đơn giản, các hoocmôn thượng thận có ba tác dụng: chống viêm, chuyển hoá điện giải Na, K và phần nào có tác dụng sinh dục. Hiện nay có nhiều hoocmôn thượng thận đã được tổng hợp. Cortisol là chất đầu tiên được dùng để chữa bệnh thấp khớp năm 1949. Sau đó người ta tổng hợp được hoocmôn thượng thận rồi lại sửa đổi với công thức của chúng nhằm tăng tác dụng từng mặt đã nói ở trên để phục vụ cho những mục đích điều trị khác nhau: thí dụ tác dụng chống viêm có loại dùng để uống, có loại để tiêm, để dùng ngoài da v.v...

Các loại thuốc về dược lí tương đối khó hiểu, cách sử dụng không dễ. Chúng có nhiều tác dụng tốt trong điều trị nhưng cũng có thể gây nhiều tai biến. Thủng dạ dày, ngứa toàn thân, viêm da, rụng tóc, xuất hiện triệu chứng kiểu Cushing, loãng xương, gãy xương, trẻ em chậm phát triển, thượng thận bị ức chế. Thuốc mỡ, thuốc bôi có hoocmôn thượng thận cũng có thể làm teo biểu bì, đặc biệt đối với những người nhạy cảm, viêm gan, trẻ nhỏ dùng thuốc bôi loại này có thể gây nhiều tai biến như khi uống. Chúng tôi đã gặp một trường hợp một nữ thanh niên sau khi uống 2 viên prednisolone bị ngứa toàn thân, viêm da, rụng tóc, phải vào bệnh viện cấp cứu.

Khi trong cùng một thời gian phải dùng hoocmôn vỏ thượng thận có phản ứng gây ra những tác dụng xấu mà ta không mong muốn. Khi ngừng việc điều trị bằng hoocmôn thượng thận bệnh nhân có thể bị hội chứng ngừng steroid vỏ thượng thận gây nhiều khó khăn cho việc sử dụng hoocmôn này.

Để phòng tai biến do hoocmôn vỏ thượng thận gây ra, các thầy thuốc ở cơ sở nên hỏi ý kiến các thầy thuốc chuyên khoa có kinh

nghiệm. Bệnh nhân không nên tự dùng thuốc, phải theo chỉ dẫn của bác sĩ.

VII. THỜI KÌ MÃN KINH (Menopause) VÀ MÃN DỤC Ở NAM GIỚI

Trước đây mãn kinh được định nghĩa là một giai đoạn đặc biệt trong đời người phụ nữ khi ngừng kinh nguyệt, biểu hiện buồng trứng đã ngừng hoạt động. Ngày nay kết quả nghiên cứu sinh dục nữ đã đưa đến quan niệm mới về những thay đổi xung quanh thời điểm quan trọng này: perimenopause mà chúng tôi xin tạm dịch là cận mãn kinh.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (UTTG) thời kì cận mãn kinh (perimenopause) là thời kì chuyển tiếp từ khi có những dấu hiệu nội tiết học, sinh học, lâm sàng chứng tỏ con người đang tiến tới mãn kinh và kéo dài sau đó một năm. Theo công trình nghiên cứu sức khoẻ phụ nữ ở một bang nước Mĩ theo dõi theo chiều dọc 2.570 phụ nữ, tuổi trung bình phụ nữ bắt đầu thời kì cận mãn kinh là 47,5 thời kì này kéo dài 4 năm (C.A. Stuenkel, 1997).

A. Thời kì cận mãn kinh (perimenopause)

Người ở thời kì cận mãn kinh có thể không có triệu chứng gì, nhưng ở một số không nhỏ có thể có những triệu chứng vào những năm trước mãn kinh có thể tóm tắt như sau:

- Trước hết về lâm sàng cần chú ý rằng, ở lứa tuổi cận mãn kinh người phụ nữ còn có thể thụ thai, do đó cần hỏi kĩ các biện pháp tránh thai họ đang dùng.

- Kinh nguyệt trở nên thất thường, có thể rút ngắn hoặc kéo dài, đôi khi lại không hành kinh.
- Triệu chứng biểu hiện tình trạng thiếu Estrogen: con nóng mặt (bốc hoả), đau khi giao hợp, nhiễm trùng âm đạo.
- Bệnh nhân dễ bị kích thích, cáu gắt hoặc trầm uất.
- Xương bị giảm tỉ trọng.

Dự phòng và điều trị:

Người ở lứa tuổi cận mãn kinh nếu không có các triệu chứng cận mãn kinh nên uống calci 1000 miligam một ngày, vitamin D 400 đ.v một tuần. Không nên hút thuốc, uống rượu. Các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu nên cho khám sức khoẻ hàng năm, chú ý phát hiện sớm ung thư tử cung, vú, cao huyết áp, đái tháo đường. Đối với những người có các dấu hiệu bệnh lí kể trên, nên đến khám ở cơ sở nội tiết phụ khoa có khả năng dự phòng và điều trị các triệu chứng do thiếu estrogen, các bệnh tiết niệu sinh dục, rối loạn kinh nguyệt, xốp xương, rối loạn thần kinh. Hướng dẫn điều chỉnh và lựa chọn thuốc tránh thai hoặc điều khiển việc sinh con theo ý muốn.

B. Thời kì mãn kinh

Mãn kinh thường xảy ra ở phụ nữ khoảng 50 tuổi. Nó là thời kì hành kinh cuối cùng biểu hiện chu kì hoạt động của buồng trứng ngừng hoạt động. Các triệu chứng của thời kì mãn kinh là do mức estrogen trong cơ thể giảm mạnh.

Những triệu chứng lâm sàng của thời kì mãn kinh có:

Về nội tiết:

Noãn bào đã được sử dụng hết. Ở một số người trứng có thể tồn tại tới khi mãn kinh. Estrogen trong máu giảm kích thích tuyến yên tăng tiết FSH, sau khi mãn kinh còn tiếp tục sản xuất androgen (hormôn nam) chủ yếu là androstenedione và testosterone.

Cơn bốc nóng:

Do giãn mạch và tỏa nhiệt ở đầu mình và tay, tim có khi đập nhanh. Cơn kéo dài từ 1 đến 5 phút có khi tới 20 - 30 phút làm cho bệnh nhân thức dậy, đổ mồ hôi. Cơn bốc nóng đi đôi với tăng hàm lượng một số hormon trong máu như: LH, ACTH, GH, cortisol v.v... nhưng chưa biết tại sao. Cơn bốc nóng cũng xảy ra ở nữ và nam giới khi bị thiếu năng sinh dục thể trung tâm hoặc ở những bệnh nhân nam và nữ sau khi dùng thuốc gnRH agoniste chứng tỏ cơn bốc nóng không phải do tăng LH. Trung tâm điều hoà thân nhiệt ở vùng dưới đồi là nơi tạo ra những cơn bốc nóng. Cơn bốc nóng xảy ra ở 70% phụ nữ mãn kinh và kéo dài từ 3 tới 5 năm ở 25 tới 50% số đó.

Triệu chứng ở bộ sinh dục:

Bộ sinh dục và các bộ phận phụ thuộc estrogen như bàng quan, niệu đạo đều bị teo nhỏ. Niêm mạc âm đạo khô, tất cả gây khó khăn khi giao hợp. PH âm đạo tăng từ 4,0 lên 6 - 7,0 thuận lợi cho nhiễm trùng. Đi tiểu nhiều lần trong một ngày, đôi khi bị đái són. Tuyến vú bị teo. Lông sinh dục rụng bớt.

Triệu chứng da:

Collagen trong da bị giảm khi mãn kinh, lớp mỡ dưới da cũng bị giảm bớt.

Những biến đổi tâm lý:

Cơn bốc nóng, đổ mồ hôi đêm có thể gây lo lắng, bệnh nhân hay bị ảnh hưởng xấu của stress. Những thay đổi về trí nhớ và khả năng chú ý chưa được nghiên cứu đầy đủ.

Về tình dục có suy giảm ở một số đàn ông và đàn bà vì những biến đổi ở bộ sinh dục như trên đã viết, nhưng ở một số khác vẫn còn hoạt động tình dục.

Triệu chứng ở xương:

Từ 40 tuổi khối lượng xương giảm dần nhưng rõ nhất từ khi mãn kinh. Các cụ già hay bị gãy xương nhiều hơn người bị gù lưng.

Mãn kinh và bệnh tim mạch:

Trước 50 tuổi tỉ lệ tử vong do bị bệnh tim mạch ở nam cao hơn nữ. Sau 50 tuổi, tỉ lệ này ở hai giới tương đương. Nhiều nghiên cứu bước đầu cho thấy estrogen có thể ảnh hưởng tốt tới tỉ lệ này.

Phòng bệnh và điều trị:

Dùng estrogen ngoại sinh có lợi để chống lại tất cả những biến đổi sinh lí xảy ra trong thời kì mãn kinh. Nhưng chính việc điều trị thay thế bằng estrogen này lại không sinh lí.

Estrogen bị chống chỉ định trong trường hợp:

- Khối u tân tạo phụ thuộc estrogen.
- Bệnh gan cấp tính.

- Có hiện tượng huyết khối tắc mạch.
- Dong huyết không rõ nguyên nhân.
- Loạn chuyển hoá Pócpbirin.

Nhiều thầy thuốc khuyên không nên dùng các loại thuốc mỡ có chứa estrogen vì không thể kiểm tra số lượng thuốc đã được hấp thu qua niêm mạc âm đạo. Cũng không nên dùng estrogen loại chậm vì thuốc có thể tiết ra không đều từ chỗ tiêm thuốc.

Bạn đọc thân mến, mãn kinh là một vấn đề liên quan đến sức khoẻ và khả năng làm việc của hàng triệu phụ nữ thuộc lứa tuổi đang đóng góp tích cực cho xã hội, cần có các phòng khám để thăm khám, hướng dẫn điều trị các triệu chứng mãn kinh.

C. Mãn dục ở nam giới (andropause)

Üng với thời kì mãn kinh ở phụ nữ, ở nam cũng có tình trạng giảm chức năng sinh dục khi trở về già. Hiện nay việc tách riêng mãn dục ở nam giới thành một thời kì chưa được toàn thể y giới tán thành. Thực ra sự hoạt động của hệ thống sinh dục khi trở về già có chậm lại. Mức testosterone ở nam giới khi được 30 tuổi sẽ giảm đi 50% khi tới tuổi 80. Chỗ khác chính là mãn dục ở nam giới diễn ra dần dần không nhanh chóng như mãn kinh ở phụ nữ.

Khi mãn dục, nam giới thường bị giảm hoặc mất khả năng làm việc hoặc hoạt động thể lực, kém tự tin, khả năng nhận thức giảm khi bước sang lứa tuổi 60 - 70. Tình dục giảm sút, bắp thịt nhỏ đi, trong khi mỡ tăng lên.

Để đề phòng biến biến không lợi của mãn dục nam, ở lứa tuổi 50 trở lên, nên cai thuốc lá, hạn chế rượu, giảm ăn mỡ, uống thêm calci. Nên tiếp tục lao động nhẹ, tập thể dục dưỡng sinh. Không nên lạm dụng testosterone để tránh nguy cơ bị ung thư tuyến tiền liệt.

VIII. MỘT SỐ BỆNH KHÁC DO NỘI TIẾT

1. Đề phòng gù lưng, gãy xương ở người già

Gù lưng, gãy xương là những tai biến thường xảy ra đối với các cụ già, hay gặp ở các cụ bà nhưng các cụ ông cũng có thể bị.

Hiện nay, nhiều nhà y học cho rằng chứng bệnh kể trên có liên quan đến tình trạng mất chất calci trong cơ thể sau lứa tuổi mãn kinh. Khi chụp X-quang xương bị thưa, ở đốt sống có những chỗ bị biến dạng, bệnh nhân có thể bị gù. Một số bệnh nhân bị gãy xương, có khi chỉ vì những cử động không mạnh lắm như: cố với lấy cái vali từ trên giá xuống...

Gù lưng, gãy xương ở người cao tuổi có liên quan tới sự giảm sút hoocmôn sinh dục nam, khi mãn kinh ở nữ hoặc sau khi mãn dục ở nam.

Để đề phòng các tai biến kể trên cần tránh bị ngã, phòng tránh các tai nạn giao thông. Trong nhà nên có đủ ánh sáng trên các cầu thang và lối đi, nên có tay vịn ở các bậc lên xuống. Chế độ ăn nên có nhiều calci và sinh tố D. Có thể dùng hoocmôn sinh dục dưới sự hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa.

2. Ái nam ái nữ

Khi một đứa trẻ ra đời, mối quan tâm đầu tiên của người thân thường tập trung vào giới tính của các cháu là con trai hay con gái.

Nhìn chung, người ta sinh ra ở trên đời đều có giới tính rõ ràng nhưng cũng có không ít người sinh ra con có bộ phận sinh dục không hẳn là nam cũng không hẳn là nữ. Trong ngôn ngữ thông thường chúng ta gọi đó là *ái nam ái nữ*, y học còn gọi là *tình trạng sinh dục lưỡng tính* hoặc *tình trạng không phân rõ giới tính*.

Người xưa quan niệm rằng tuyến sinh dục do bà mụ nặn ra, có nhà thơ đã viết:

.. *Mười hai bà mụ ghét chi nhau*

Đem cái xuân tình viết bỏ đâu?...

Thế mà bộ sinh dục phát triển không bình thường sẽ gây cho con người không ít điều phiền phức.

Ngày nay khoa học phát hiện: lúc đầu tuyến sinh dục luôn có hai khả năng phát triển thành nam hoặc nữ. Nhờ tác dụng của gen xác định giới tính, tinh hoàn được tạo ra và chất ức chế phát triển ống Mu-le). Nếu thai là nữ, buồng trứng và hệ thống sinh dục nữ được tạo không có sự hiện diện của hormone nam.

Sinh dục lưỡng tính là hậu quả của các tình trạng sau đây:

- Sự biệt hoá không bình thường ngay trong giai đoạn đầu của sự hình thành bào thai gây ra bệnh bẩm sinh không có tinh hoàn hoặc bệnh ái nam ái nữ thật (vừa có tinh hoàn vừa có buồng trứng).

- Thai vốn là nữ bị tác dụng của hoocmôn nam khi còn ở trong thai, có nghĩa là một bé gái bị nam hoá hay gọi là ái nam ái nữ giả (gặp trong hội chứng tăng sinh thượng thận bẩm sinh) hoặc do mẹ uống thuốc có tác dụng nam hoá trong thời kì có thai.

- Thai vốn có tinh hoàn nhưng các dấu hiệu nam tính kém phát triển (ái nam ái nữ giả ở con trai) có thể gặp trong các bệnh như: hại tổng hợp testostezone, hội chứng kháng hoocmôn nam, tinh hoàn cả hai bên không xuống bìu mà lại ở trong bụng (ẩn tinh hoàn hai bên).

Sinh dục lưỡng tính không chỉ là mối lo của cả gia đình mà còn là vấn đề y học, xã hội, pháp lý quan trọng. Ngay sau khi sinh, nếu thấy bộ phận sinh dục của cháu không rõ giới tính, bệnh viện nên thành lập hội đồng bao gồm: chuyên viên y tế (nhi, sản, phẫu thuật tạo hình) cùng với tư pháp và gia đình cháu thảo luận rõ tính chất của bệnh, quyết định việc chuyển đổi giới tính, khai sinh, phương hướng giáo dục cháu sao cho có lợi nhất cho cháu.

3. Bệnh liệt dương

Liệt dương là tình trạng dương vật không cương được để giao hợp. Liệt dương có thể gặp ở nam giới thuộc nhiều lứa tuổi nhưng nhiều nhất ở lứa tuổi trên 60. Chưa có một nghiên cứu nào về bệnh này ở nước ta. Vì nguyên nhân tâm lý, tập quán người ta ngại kể bệnh.

Theo tài liệu nước ngoài, liệt dương có thể do tâm lý, do loạn thần kinh, do mắc bệnh cấp tính, do một số thuốc chữa bệnh đặc biệt là thuốc an thần. Cũng có khi sau một lần bất lực, người bệnh nhất là người trẻ tuổi bị lo lắng ảnh hưởng tới những lần sau.

Muốn phòng bệnh liệt dương, tình dục phải điều độ, có kế hoạch do hai vợ chồng cùng lập ra. Cân hạn chế rượu, thuốc lá, không dùng ma tuý.

Về điều trị, phải điều trị tốt những bệnh kèm theo liệt dương. Điều trị liệt dương nên dùng y học cổ truyền. Hiện nay tây y cũng có nhiều phương pháp điều trị có những kết quả nhất định. Viagra đang được quảng cáo rầm rộ nhưng đắt tiền và chưa được phép lưu hành trong nước ta.

4. Những bất thường ở nhiễm sắc thể và tuyến sinh dục

Loài người có 46 nhiễm sắc thể, gồm 22 đôi nhiễm sắc thể thường hay còn gọi là nhiễm sắc thể thân và hai nhiễm sắc thể giới. Trong tinh trùng có 22 nhiễm sắc thể thân và một nhiễm sắc thể giới tính X hoặc Y. Trong trứng có 22 nhiễm sắc thể thường và một nhiễm sắc thể giới X. Xét nghiệm phân tích bộ nhiễm sắc thể từ lâu đã được thực hiện ở nhiều labô. Người ta còn làm xét nghiệm vi thể Barr. Vì thể Barr là một hạt sắc tố nằm ở rìa tế bào niêm mạc miệng và được nhuộm bằng quinacrine rồi chụp bằng kính hiển vi. Khi trong tế bào có hai nhiễm sắc thể X thì trong tiêu bản niêm mạc miệng có một vi thể Barr. Hai xét nghiệm kể trên được dùng để chẩn đoán bệnh sinh dục lưỡng tính, một số bệnh di truyền, bệnh của nhiễm sắc thể v.v. Xét nghiệm kể trên giúp thầy thuốc phát hiện nhiều trường hợp không bình thường về nhiễm sắc thể:

- Có ba nhiễm sắc thể 21 trong bệnh Down.
- Có trường hợp chỉ có 45 nhiễm sắc thể, trong đó có một X ta viết 45X.

- Chúng tôi đã phát hiện trong hai đời của một cháu bé người nước ngoài bị dị tật đường sinh dục, chậm phát triển trí tuệ có bốn nhiễm sắc thể X và hai cháu người Việt bị hội chứng Turner.

5. Hội chứng Turner

Hội chứng Turner còn được gọi là hội chứng rối loạn cấu tạo buồng trứng do bác sĩ Turner báo cáo lần đầu tiên vào năm 1938, tới năm 1960 nhờ sự ra đời phương pháp xét nghiệm di truyền tế bào đã phát hiện trong cơ thể bệnh nhân có những bất thường trong nhiễm sắc thể.

Hội chứng Turner có nhiều triệu chứng rất dễ nhận ra. Bệnh nhân thường là nữ, rất thấp, chiều cao kém bình thường tối 2 - 3 độ lệch chuẩn. Da ở cổ thừa ra tạo nên một nếp da đi từ chân tóc xuống tới vai. Xương ngực bị lõm, cẳng tay quay ra ngoài. Bệnh nhân bị vô kinh nguyên phát vì buồng trứng bị teo hoặc bị sờ. Bệnh nhân còn bị nhiều dị tật khác. Xét nghiệm tế bào di truyền thấy bộ nhiễm sắc thể không bình thường 45X hoặc 45X/46XX.

Hội chứng Turner là một tình trạng bệnh lí hay gặp. Theo các nhà y học Mĩ khoảng 3% bào thai con gái khi mới thụ tinh có những bất thường về nhiễm sắc thể dạng hội chứng Turner. Do những nguyên nhân chưa rõ, một số bào thai đó đã bị loại do sẩy thai, ước tính ở Mĩ có 50.000 tới 75.000 người bị hội chứng này. Như trên đã nói ở nước ta cũng có hội chứng Turner nhưng chưa nghiên cứu được tỉ lệ mắc bệnh.

Về đề phòng bệnh người ta đã thử dùng phương pháp chọc màng ối qua ổ bụng lấy nước ối xét nghiệm tìm nhiễm sắc thể không bình thường, phát hiện bệnh di truyền, dị tật của thai rồi

quyết định giữ lại hay loại bỏ thai. Phương pháp này có nhiều tai biến, chưa được sử dụng rộng rãi.

Cần gửi người đến điều trị tại các khoa nội tiết - di truyền. Việc điều trị hiện còn nhiều khó khăn. Kết quả phụ thuộc tình hình các dị tật. Đa số bệnh nhân không thể có con lùn, kém phát triển trí tuệ.

6. Hội chứng Klinefelter

Là một hội chứng gặp ở nam giới, tỉ lệ mắc bệnh là 1/700 thai con trai. Bệnh nhân có một vi thể Barr bộ nhiễm sắc thể kiểu 47 XXY. Tinh hoàn kém phát triển, có khi tinh hoàn không xuống dưới bìu, lỗ đái thấp, chậm phát triển dậy thì, vô sinh. Trí tuệ phát triển kém, hướng phòng chữa bệnh tương tự như với hội chứng Turner.

7. Giảm năng giáp

Thông thường khi chức năng của tuyến hoạt động kém, không sản xuất đủ hoocmôn giáp (tyroxin và triotyronin) theo nhu cầu của cơ thể y học gọi là giảm năng giáp. Bệnh này còn được gọi là thiểu năng giáp, nhược giáp.

Tài liệu nước ngoài cho biết giảm năng giáp là một bệnh hay gặp: ở Mĩ giảm năng giáp tiên phát chiếm 1 - 3% dân số, số người mới mắc hàng năm từ 1 đến 2 trong 1000 nữ, 2 trong 10.000 năm (Eduardo Gaitan và cộng sự 1995). Ở Pháp, thể giảm năng giáp rõ ràng ở người lớn là 1% (Said Bekka và cộng sự 1995). Theo chúng tôi nghiên cứu, vấn đề giảm năng giáp ở nước ta là quan trọng vì ngoài những nguyên nhân như ở các nước kể trên, tình

trạng thái iốt ở ta rất phổ biến. Năm 1981 - 1982 khi điều tra ở vùng chợ Đồn chúng tôi thấy giảm năng giáp rõ ràng là 1 - 3%, ở bản Quân chúng tôi thấy 18/180 người dân bị giảm năng giáp. Giới thiệu vấn đề này chúng tôi mong bà con ở các xã bản phối hợp với thầy thuốc phát hiện sớm bệnh nhân giảm năng giáp để họ được chạy chữa kịp thời.

Nguyên nhân gây giảm năng giáp ở người lớn:

Thông thường giảm năng giáp có thể do những nguyên nhân sau:

A. Nguyên nhân ở tuyến giáp còn gọi là giảm năng giáp tiên phát:

1. Bẩm sinh không có tuyến giáp.

2. Tuyến giáp bị teo, tuyến giáp lạc chỗ.

3. Viêm tuyến giáp.

4. Rối loạn tổng hợp hoocmôn giáp.

5. Do ảnh hưởng của thuốc: iốt liều cao, thuốc kháng giáp, sau khi dùng iốt phóng xạ...

6. Sau phẫu thuật cắt tuyến giáp.

B. Nguyên nhân ở tuyến yên và ở vùng dưới đồi hay còn gọi là giảm năng giáp thứ phát: khối u, cắt tuyến yên. Ngoài ra còn nhiều vấn đề đang được nghiên cứu như tự miễn, kháng hoocmôn giáp.

Triệu chứng giảm năng giáp

Thiếu hocmôn giáp gây ra các triệu chứng nặng hoặc nhẹ ở tất cả các bộ phận của cơ thể, mức độ nặng, nhẹ của các triệu chứng tùy thuộc lứa tuổi lúc bắt đầu mắc bệnh và mức độ thiếu hocmôn nặng hay nhẹ, vì vậy biểu hiện của bệnh này rất phức tạp.

Giảm năng giáp thể nặng

Bệnh nhân tự nhận thấy: mệt mỏi, hay quên, sợ lạnh

Thầy thuốc khám thấy: ở da và niêm mạc.

Phù niêm là một loại phù cứng, khi ấn da không bị lõm, phù niêm thường thấy ở quanh mi mắt, mặt tròn tái sín, ở gan bàn tay, bàn chân có màu vàng. Phù niêm xảy ra ở cả niêm mạc gây ù tai, giọng nói khàn. Da khô, móng tay có vạch, dễ gãy, tóc dễ gãy, rụng lông mày nhất là ở đuôi mắt, lưỡi to.

Các triệu chứng giảm chuyển hoá: đau chi lạnh, tim đập chậm có khi < 60 lần/phút có trường hợp bị phù niêm gây tràn dịch màng tim, màng phổi, phù niêm làm cho các cơ to ra và đau.

Cần nắm vững các bệnh cùng xảy ra trên bệnh nhân giảm năng giáp như: giảm năng thượng thận, bệnh mạch vành, nghi nhồi máu cơ tim. Nếu không, khi dùng hocmôn giáp điều trị sẽ bị tai biến nghiêm trọng.

Giảm năng giáp thể nhẹ: chẩn đoán lâm sàng giảm năng giáp càng nhẹ càng gặp khó khăn vì ở thể nhẹ triệu chứng giảm năng giáp rất ít. Khi có dấu hiệu: bệnh nhân thấy ớn lạnh, sợ lạnh hay mệt nhọc. Khám thấy hơi nặng mặt, phù nhẹ ở mi mắt nhất là lúc mới ngủ dậy, trong gia đình có người bị bệnh tăng năng

giáp hoặc giảm năng giáp, đái tháo đường typ I, bệnh tự miễn, đã bị cắt hoặc chiếu xạ tuyến giáp. Những trường hợp này cần gửi đến cơ sở chuyên khoa có khả năng chẩn đoán có đủ phương tiện xét nghiệm. Trong những năm gần đây, khoa học kỹ thuật phát triển đã có nhiều phương pháp xét nghiệm hiệu quả cao, người ta đã phát hiện thể giảm năng giáp hạ lâm sàng (subclinical hypothyroidism) là những trường hợp chỉ có xét nghiệm TSH tăng cao, hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng. Vấn đề có đưa những bệnh nhân này vào điều trị hay không còn chưa có sự nhất trí trong các thầy thuốc.

Chẩn đoán và xử trí giảm năng giáp ở cơ sở

Điều trị giảm năng giáp nhằm mục đích tái lập tình trạng bình giáp, đưa mức hoocmôn T3, T4 trong máu lên mức bình thường nhưng không gây tai biến cho bệnh nhân. Hầu hết bệnh nhân giảm năng giáp phải được điều trị suốt đời, việc phân công hợp lý giữa tuyến cơ sở và tuyến trên rất quan trọng. Không được chữa trị kịp thời sẽ trở nên nặng hơn, có thể bị hôn mê dẫn đến tử vong.

Nói chung y tế cơ sở nên làm tốt việc phát hiện sớm giảm năng giáp và gửi lên tuyến có khả năng chuyên khoa thích hợp. Tuy nhiên trong hoàn cảnh khó chuyển lên tuyến trên, bác sĩ, y sĩ cơ sở có thể nhận chữa những trường hợp giảm năng giáp.

Giảm năng giáp ở trẻ sơ sinh

Nguyên nhân do: trẻ sơ sinh không có hoặc tuyến giáp bị lạc chỗ do rối loạn tổng hợp hoocmôn giáp, do tổn thương tuyến yên - đồi thị. Tỉ lệ mắc ở các nước châu Âu không thiếu iốt khoảng 1 - 2 ca GNG trong 1.000 trẻ ra đời. Trong vùng thiếu iốt tỉ lệ này

lớn hơn rất nhiều. Nước ta cũng có nhiều địa phương bị thiếu iốt; tỉ lệ giảm nồng giáp ở trẻ sơ sinh cao nên đang được phòng bệnh bằng muối iốt. Việc phát hiện giảm nồng giáp sơ sinh rất quan trọng. Nếu được điều trị sớm có thể khắc phục tình trạng chậm phát triển trí tuệ cho các cháu.

Hiện nay, nếu có điều kiện người ta làm xét nghiệm sàng lọc, định lượng TSH cho tất cả trẻ sơ sinh để điều trị sớm. Việc này ở nước ta mới bắt đầu nhưng chưa có điều kiện xét nghiệm chẩn đoán rộng rãi ở cơ sở. Chúng tôi đề nghị tạm dùng một phương pháp lâm sàng dựa trên phương pháp cho điểm như sau:

Bảng 4 - Triệu chứng GNG sơ sinh và số điểm

Số TT	Triệu chứng	Số điểm
1	Khó bú, khó nuốt	1
2	Táo bón	1
3	Ít cử động	1
4	Cơ mềm	1
5	Thoát vị rốn (trên 0,5cm)	1
6	Lưỡi dày và to	1
7	Da có vân màu hơi đậm	1
8	Da khô	1,5
9	Thóp sau rộng (trên 0,5cm)	1,5
10	Phù niêm ở mặt	3

Khám cháu bé và đánh dấu vào triệu chứng nào có, rồi cộng các số điểm lại, nếu tổng số điểm từ 2 đến 2,5 thì nghi là giảm năng giáp sơ sinh, nếu tổng số điểm là 3 chắc chắn là GNG sơ sinh. Huấn luyện cho y tá, nữ hộ sinh sử dụng bảng điểm này cho thành thạo rồi có thể huấn luyện cho phụ nữ đến kì sinh nở để họ tự phát hiện sớm và thông báo cho y tế.

Chữa bệnh giảm năng giáp:

- Chữa giảm năng giáp thể nặng ở cơ sở: tốt nhất là sau khi phát hiện gửi lên chuyên khoa có đủ kinh nghiệm làm xét nghiệm để chẩn đoán và có hướng dẫn điều trị chính xác. Khi không có điều kiện gửi đi, có thể điều trị sớm tại y tế cơ sở.

Trước hết phải xem xét bệnh nhân có bị suy thượng thận hay bị nhồi máu cơ tim không? Nếu không có thể dùng:

- Đối với người trẻ tuổi bắt đầu cho tyroxin (T4) (có tên biệt dược là L-thyroxine hoặc Eltroxine) 25 microgam trong một ngày, sau đó cứ một tháng khám lại và tăng thêm 25 microgam/ngày. Khi đó phải kiểm tra lại T3, T4, TSH trong huyết thanh, nếu các chỉ số đó đã trở lại bình thường, các dấu hiệu lâm sàng cũng trở lại bình thường thì có thể dùng liều lượng đó làm liều duy trì mỗi tháng khám lại một lần. Giảm năng giáp phải được điều trị bổ sung T4 suốt đời.

- Đối với người từ 45 tuổi trở lên phải cảnh giác với các tai biến tim mạch, bắt đầu chỉ nên cho liều T4 thấp khoảng 25 microgam. Liều tối ưu ở người già thấp hơn ở người trẻ tuổi. Khi có dấu hiệu co thắt mạch vành phải hạ thấp liều T4 sao cho vừa; không bị tai biến mạch vành nhưng vẫn khống chế được giảm

năng giáp. Về phần bệnh nhân cần biết rằng giảm năng giáp cần điều trị cả đời không có quyết định của thầy thuốc không được tự động bỏ điều trị ngay cả khi bị mổ hoặc các bệnh nặng khác.

Những trường hợp suy thượng thận kết hợp với giảm năng giáp cần được gửi lên tuyến trên sớm.

- Điều trị giảm năng giáp ở trẻ sơ sinh ở cơ sở khi không có điều kiện gửi lên tuyến trên. Nên điều trị sớm bằng hormon giáp (thyroxin và các biệt dược) theo sơ đồ sau:

Từ 1 -6 tháng tuổi : 10 mcg/1kg/ngày

Từ 7 - 12 tháng : 8 mcg/1kg/ngày

Từ 1 - 5 tuổi : 6 mcg/1kg/ngày

Nên tán viên thuốc thành bột pha với nước chín hoặc sữa cho trẻ uống. Khi các cháu đặccứng cáp, nên tìm cách đưa các cháu lên cơ sở nội tiết nhi để xác định lại chẩn đoán và liều thuốc. Nên theo dõi sự phát triển tinh thần và thể lực của trẻ dựa theo bảng theo dõi tinh thần và thể lực do chương trình bảo vệ và chăm sóc trẻ em phát hành.

MỤC LỤC

Lời nói đầu	5
Khái niệm sơ bộ về nội tiết học	7
Một số bệnh nội tiết	9
I. TUYẾN GIÁP	9
1. Bệnh bướu cổ - bệnh bướu cổ địa phương và các rối loạn do thiếu iốt	9
2. Tăng năng giáp	16
a. <i>Bệnh Badodô</i>	16
b. <i>Tăng giáp do iốt</i>	19
II. CAO, THẤP, BÉO, GÂY	20
1. Bệnh khổng lồ và bệnh to cực	21
2. Các chứng lùn	22
3. Bệnh béo phì	22
4. Chứng gầy	35
III. DẬY THÌ SỚM	36
IV. DẬY THÌ MUỘN	38

V. BỆNH TIỂU ĐƯỜNG	40
Đái tháo nhạt	51
VI. BỆNH TUYẾN THƯỢNG THẬN	52
1. Tuyến thượng thận	52
2. Các bệnh của vỏ thượng thận	53
a. Thiếu năng vỏ thượng thận	53
b. Hội chứng Cushing	54
c. Tăng năng thượng thận bẩm sinh	55
VII. THỜI KÌ MÃN KINH Ở PHỤ NỮ VÀ MÃN DỤC Ở NAM GIỚI	58
VIII. MỘT SỐ BỆNH KHÁC DO NỘI TIẾT	63
1. Đề phòng gù lưng, gãy xương ở người già	63
2. Ái nam- Ái nữ	64
3. Bệnh liệt dương	65
4. Những bất thường ở nhiễm sắc thể và tuyến sinh dục	66
5. Hội chứng Turner	67
6. Hội chứng Klinefelter	68
7. Giảm năng giáp	68

THƯỜNG THỨC BỆNH NỘI TIẾT

(HƯỚNG XỬ LÝ Ở CƠ SỞ)

CHỦ TRÁCH NHIỆM XUẤT BẢN

Hoàng Trọng Quang

Giám đốc Nhà xuất bản Y học

CHỦ TRÁCH NHIỆM BẢN THẢO

PGS TS Nguyễn Hữu Quỳnh

Giám đốc Viện Nghiên cứu & Phổ biến Kiến thức bách khoa

BIÊN TẬP

Biên tập viên của Nhà xuất bản Y học & Viện

CHẾ BẢN, SỬA BÀI

Hồ Thanh Hương

BÌA

Hoạ sĩ Doãn Tuân



TỦ SÁCH HỒNG PHỔ BIẾN KIẾN THỨC BÁCH KHOA

CHỦ ĐỀ: PHÒNG BỆNH & CHỮA BỆNH

Đã xuất bản:

- Bách khoa thư bệnh học, tập 1, 2, 3 (1991, 1994, 2000)
- Từ điển bách khoa dược học (1999)
- Phòng & chữa bệnh bằng cây thuốc nam
GS Trần Thúy
- Sốt rét ác tính ở Việt Nam
GS Bùi Đại
- Rối loạn cương
GS Ngô Gia Huy
- Những điều cần biết về sức khỏe phụ nữ
GS Lê Diêm
- Thường thức bệnh nội tiết
PGS Đặng Trần Duệ

Sắp xuất bản

- Bách khoa thư bệnh học, tập 4
- Phòng và chữa bệnh tuyến tiền liệt
- Thức ăn - vị thuốc (180 loại)
- Học thuyết tạng tượng (y học cổ truyền)
- Phát triển bền vững và chăm sóc sức khỏe ở miền núi