

# MỘT

Siêu âm động mạch chủ bụng xem Siêu âm bụng

Phình động mạch chủ bụng xem Phình động mạch chủ

Thoát vị bụng xem Hernia

Lực đẩy bụng xem thủ thuật Heimlich

Trong khi siêu âm vùng chậu được biết đến rộng rãi và thường được sử dụng để theo dõi thai nhi trong thai kỳ, siêu âm cũng được sử dụng thường xuyên để chụp ảnh bụng tổng quát. Nó có lợi thế lớn hơn công nghệ chụp ảnh tia X ở chỗ nó không làm hỏng các mô bằng bức xạ ion hóa. Siêu âm nhìn chung cũng tốt hơn nhiều so với tia X thông thường trong việc phân biệt các biến thể tinh vi của cấu trúc mô mềm và có thể được sử dụng ở bất kỳ chế độ nào, tùy thuộc vào nhu cầu hiện tại.

## ■ Siêu âm bụng

### Sự định nghĩa

Công nghệ siêu âm cho phép bác sĩ “nhìn thấy” bên trong bệnh nhân mà không cần dùng đến phẫu thuật. Một máy phát gửi sóng âm thanh tần số cao vào cơ thể, nơi chúng bật ra khỏi các mô và cơ quan khác nhau để tạo ra một kiểu tiếng vang đặc biệt. Một máy thu “nghe” mẫu tiếng vang phản hồi và chuyển tiếp nó đến máy tính, máy tính sẽ dịch dữ liệu thành hình ảnh trên màn hình tivi. Bởi vì siêu âm có thể phân biệt các biến thể tinh tế giữa các mô mềm, chứa đầy chất lỏng nên nó đặc biệt hữu ích trong việc cung cấp hình ảnh chẩn đoán của vùng bụng. Siêu âm cũng có thể được sử dụng trong điều trị.

### Mục đích

Các ứng dụng y tế tiềm năng của siêu âm lần đầu tiên được công nhận vào những năm 1940 khi công nghệ siêu âm được phát triển để phát hiện tàu ngầm trong Thế chiến thứ hai. Những hình ảnh y tế hữu ích đầu tiên được sản xuất vào đầu những năm 1950, và đến năm 1965, chất lượng siêu âm đã được cải thiện đến mức nó được đưa vào sử dụng trong y tế nói chung. Những cải tiến trong công nghệ, ứng dụng và giải thích siêu âm vẫn tiếp tục. Chi phí thấp, tính linh hoạt, an toàn và tốc độ đã đưa nó vào vị trí hàng đầu trong các kỹ thuật hình ảnh y tế.

Là một công cụ hình ảnh, siêu âm bụng thường được chỉ định cho những bệnh nhân bị: đau bụng mãn tính hoặc cấp tính; chấn thương bụng; một khối u rõ ràng hoặc nghi ngờ ở bụng; các triệu chứng của bệnh gan, bệnh tụy, sỏi mật, bệnh lá lách, bệnh thận và tắc nghẽn đường tiêu; hoặc các triệu chứng của chứng phình động mạch chủ bụng. Đặc biệt:

- Đau bụng. Dù cấp tính hay mãn tính, cơn đau có thể báo hiệu một vấn đề nghiêm trọng - từ trực trặc cơ quan hoặc tổn thương cho đến sự hiện diện của các khối u ác tính. Quét siêu âm có thể giúp bác sĩ nhanh chóng phân loại các nguyên nhân tiềm ẩn khi xuất hiện các triệu chứng chung hoặc mơ hồ. Tất cả các cơ quan chính trong ổ bụng có thể được nghiên cứu để phát hiện các dấu hiệu bệnh xuất hiện dưới dạng thay đổi về kích thước, hình dạng và cấu trúc bên trong.

- Chấn thương bụng. Sau một tai nạn nghiêm trọng, chẳng hạn như tai nạn ô tô hoặc ngã, chảy máu trong từ các cơ quan bị thương ở bụng thường là mối đe dọa nghiêm trọng nhất đối với sự sống còn. Cả vết thương lacerated chảy máu đều không rõ ràng ngay lập tức. Siêu âm rất hữu ích khi chẩn đoán ban đầu khi nghi ngờ chấn thương bụng và nó có thể được sử dụng để xác định vị trí, nguyên nhân và mức độ nghiêm trọng của xuất huyết. Trong trường hợp vết thương đâm thủng, chẳng hạn như do đạn bắn, siêu âm có thể xác định vị trí của vật thể lạ và đưa ra khảo sát sơ bộ về thiệt hại.

Tính di động dễ dàng và tính linh hoạt của công nghệ siêu âm đã đưa nó vào sử dụng phổ biến trong phòng cấp cứu và thậm chí còn được sử dụng trong một số dịch vụ xe cứu thương hạn chế.

- Khối u bụng. Sự phát triển bất thường-khối u, u nang, áp xe, mô seо và các cơ quan phụ-có thể

định vị và xác định tạm thời bằng siêu âm. Đặc biệt, các khối u rắn có khả năng ác tính có thể được phân biệt với các u nang và áp xe lành tính chứa đầy dịch. Có thể tìm thấy các khối và dị tật ở bất kỳ cơ quan hoặc phần nào của bụng.

- **Bê nh gan.** Các loại và nguyên nhân cơ bản của bệnh gan rất nhiều, mặc dù vàng da có xu hướng là một triệu chứng chung. Siêu âm có thể phân biệt nhiều loại và nguyên nhân gây trực trặc ở gan, đồng thời đặc biệt hữu ích trong việc xác định tắc nghẽn ống mật và xơ gan, được đặc trưng bởi sự phát triển xơ bắt thường và giảm lưu lượng máu.
- **Bệnh tuyến tụy.** Viêm và dị tật của tuyến tụy có thể dễ dàng được xác định bằng siêu âm, cũng như sỏi tuyến tụy (sỏi), có thể làm gián đoạn hoạt động bình thường.
- **Sỏi mật.** Sỏi mật gây ra nhiều ca nhập viện hơn bất kỳ bệnh tiêu hóa nào khác. Những sỏi này có thể gây viêm túi mật đau đớn và cũng làm tắc nghẽn các ống mật mang enzyme tiêu hóa từ túi mật và gan đến ruột. Sỏi mật có thể dễ dàng xác định được bằng siêu âm.
- **Bệnh lá lách.** Lá lách đặc biệt dễ bị tổn thương khi bị chấn thương bụng. Nó cũng có thể bị viêm đau khi bị nhiễm trùng hoặc ung thư. Những điều kiện này cũng có lợi cho việc kiểm tra và chẩn đoán bằng siêu âm.
- **Bệnh thận.** Thận cũng dễ bị chấn thương và là cơ quan có nhiều khả năng hình thành sỏi nhất, có thể chặn dòng nước tiểu và gây ngô độc máu (urê huyết). Một loạt các bệnh gây ra những thay đổi rõ rệt về hình thái thận cũng có thể dẫn đến suy thận hoàn toàn. Hình ảnh siêu âm đã được chứng minh là cực kỳ hữu ích trong chẩn đoán rối loạn thận.
- **Chứng phình động mạch chủ bụng.** Đây là một điểm yếu phình ra ở động mạch chủ bụng, nơi cung cấp máu trực tiếp từ tim đến toàn bộ phần dưới cơ thể. Những chứng phình động mạch này tương đối phổ biến và tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi tác. Phình động mạch chủ vỡ sẽ đe dọa tính mạng. Tuy nhiên, chúng có thể dễ dàng được xác định và theo dõi bằng siêu âm trước khi xảy ra các biến chứng cấp tính.

Công nghệ siêu âm cũng có thể được sử dụng cho mục đích điều trị, thường xuyên nhất là hỗ trợ trực quan trong quá trình phẫu thuật - chẳng hạn như hướng dẫn đặt kim để dẫn lưu chất lỏng từ u nang hoặc lấy tế bào khối u để sinh thiết. Ngày càng có nhiều ứng dụng điều trị trực tiếp bằng siêu âm đang được phát triển.

**Giá trị điều trị trực tiếp** của sóng siêu âm nằm ở bản chất cơ học của chúng. Chúng là các sóng xung kích, giống như âm thanh nghe được và làm rung chuyển các vật liệu mà qua đó

Họ vượt qua. Những rung động này rất nhẹ, hầu như không thể nhận thấy ở tần số và cường độ được sử dụng để chụp ảnh.

Tuy nhiên, nếu được tập trung đúng cách, siêu âm cường độ cao có thể được sử dụng để làm nóng và khuấy động các mô mục tiêu.

Siêu âm cường độ cao được sử dụng thường xuyên để điều trị các tổn thương mô mềm, chẳng hạn như căng cơ, rách và sẹo liên quan. Việc sưởi ấm và khuấy động được cho là có tác dụng thúc đẩy quá trình lành vết thương nhanh chóng thông qua việc tăng cường lưu thông. Siêu âm tập trung mạnh, cường độ cao, tần số cao cũng có thể được sử dụng để tiêu diệt một số loại khối u, cũng như sỏi mật và các loại sỏi khác.

Phát triển các ứng dụng điều trị mới cho siêu âm là một lĩnh vực nghiên cứu y học tích cực.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Nếu được thực hiện đúng cách, hình ảnh siêu âm hầu như không có rủi ro hoặc tác dụng phụ. Một số bệnh nhân cho biết họ cảm thấy hơi ngứa ran và/hoặc hơi ấm khi được quét, nhưng hầu hết không cảm thấy gì cả. Sóng siêu âm có tần số và cường độ thích hợp không được biết là gây ra hoặc làm nặng thêm bất kỳ tình trạng bệnh lý nào, mặc dù bất kỳ phụ nữ nào nghĩ rằng mình có thể mang thai nên nên vấn đề với bác sĩ trước khi siêu âm bụng.

Tuy nhiên, giá trị của hình ảnh siêu âm như một công cụ y tế phụ thuộc rất lớn vào chất lượng của thiết bị được sử dụng và kỹ năng của nhân viên y tế vận hành nó.

Nếu được thực hiện và/hoặc diễn giải không đúng cách, siêu âm có thể trở nên tồi tệ hơn là vô ích nếu nó chỉ ra rằng có một vấn đề tồn tại ở nơi không có vấn đề gì hoặc không phát hiện được một tình trạng nghiêm trọng. Thiết bị siêu âm cơ bản tương đối rẻ tiền để mua và bất kỳ bác sĩ nào có thiết bị đều có thể thực hiện thủ thuật dù có đủ trình độ hay không. Bệnh nhân không nên ngần ngại xác minh bằng cấp của kỹ thuật viên và bác sĩ thực hiện siêu âm, cũng như chất lượng của thiết bị được sử dụng và lợi ích của quy trình được đề xuất.

Trong trường hợp siêu âm được sử dụng như một công cụ điều trị, bệnh nhân nên tự tìm hiểu về quy trình được đề xuất với sự trợ giúp của bác sĩ - điều này là phù hợp trước bất kỳ quy trình phẫu thuật nào. Ngoài ra, bất kỳ thủ tục siêu âm bụng nào, chẩn đoán hoặc điều trị, đều có thể bị cản trở bởi loại cơ thể của bệnh nhân hoặc các yếu tố khác, chẳng hạn như sự hiện diện của khí ruột quá mức (không rõ ràng khi siêu âm). Đặc biệt, những người béo phì thường không phải là ứng cử viên phù hợp cho siêu âm bụng.

#### Sự miêu tả

Siêu âm bao gồm tất cả các sóng âm thanh cao hơn tần số mà con người có thể nghe được - khoảng 20 nghìn hertz, hay chu kỳ mỗi giây. Siêu âm y tế thường sử dụng tần số từ 1 đến 10 triệu hertz (1-10 MHz).

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Cơ quan phụ-Một khói mô liền kề với một cơ quan tương tự với nó, nhưng không phục vụ mục đích quan trọng nào nếu có chức năng. Mặc dù không nhất thiết có hại nhưng những cơ quan như vậy có thể gây ra vấn đề nếu chúng phát triển quá lớn hoặc trở thành ung thư. Trong mọi trường hợp, sự hiện diện của chúng chỉ ra sự bất thường tiềm ẩn trong cơ quan cha mẹ.

Lành tính-Trong sử dụng y tế, lành tính là trái ngược với ác tính. Nó mô tả sự tăng trưởng bất thường ổn định, có thể điều trị được và nói chung không đe dọa đến tính mạng.

Sinh thiết-Việc phẫu thuật cắt bỏ và phân tích mẫu mô cho mục đích chẩn đoán. Thông thường, thuật ngữ này đề cập đến việc thu thập và phân tích mô từ khói u nghi ngờ để xác định khói u ác tính.

Calculus-Bất kỳ loại chất kết tụ cứng (sỏi) nào trong cơ thể, nhưng thường được tìm thấy trong túi mật, tuyến tụy và thận. Chúng được hình thành do sự tích tụ muối khoáng dư thừa và các chất hữu cơ khác như máu hoặc chất nhầy. Sỏi (pl.) có thể gây ra vấn đề bằng cách bám vào và cản trở dòng chất lỏng thích hợp, chẳng hạn như mật đến ruột hoặc nước tiểu đến bàng quang.

Xơ gan-Một bệnh gan mạn tính đặc trưng bởi sự xâm lấn của mô liên kết và sự thoái hóa chức năng bình thường-vàng da thường là một triệu chứng đi kèm. Nguyên nhân gây xơ gan bao gồm nghiên rượu, bệnh chuyển hóa, giang mai và bệnh tim sung huyết.

Ông mặt chung -Đoạn phân nhánh qua đó mật-một enzyme tiêu hóa cần thiết-di từ gan và túi mật vào ruột non. Các enzyme tiêu hóa từ tuyến tụy cũng đi vào ruột qua ông mặt chung.

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan)-Một loại hình ảnh X-quang chuyên dụng sử dụng bức xạ năng lượng tương đối thấp và tập trung cao để tạo ra hình ảnh hai chiều chi tiết về cấu trúc mô mềm, đặc biệt là não. Chụp CT là đối thủ cạnh tranh chính của siêu âm và có thể mang lại hình ảnh chất lượng cao hơn mà không bị ảnh hưởng bởi xương hoặc khí. Tuy nhiên, chúng cồng kềnh hơn, tốn thời gian hơn

và đắt tiền để thực hiện, và chúng sử dụng bức xạ điện từ ion hóa.

Doppler- Hiệu ứng Doppler đề cập đến sự thay đổi rõ ràng về tần số của tiếng vang sóng âm trở về nguồn đứng yên từ một mục tiêu đang chuyển động. Nếu vật đang chuyển động về phía nguồn thì tần số tăng lên; nếu vật chuyển động ra xa thì tần số giảm. Độ lớn của sự thay đổi tần số này có thể được sử dụng để tính toán tốc độ của vật thể-có thể là một chiếc ô tô trên đường hoặc máu trong động mạch. Hiệu ứng Doppler đúng với mọi loại bức xạ, không chỉ riêng âm thanh.

Tần số-Âm thanh, dù truyền qua không khí hay cơ thể con người, đều tạo ra các rung động-các phân tử va chạm vào nhau-khi sóng xung kích truyền đi. Tần số của âm thanh là số lần dao động trong một giây. Trong phạm vi nghe được, tần số có nghĩa là cao độ-tần số càng cao thì cao độ của âm thanh càng cao.

Bức xạ ion hóa -Bức xạ có thể làm hỏng mô sống bằng cách phá vỡ và phá hủy tống tế bào ở cấp độ phân tử. Tất cả các loại bức xạ hạt nhân-tia X, tia gamma và tia beta-đều có khả năng ion hóa. Sóng âm làm rung động vật chất mà chúng truyền qua nhưng không ion hóa nó.

Bệnh vàng da-Một tình trạng khiếm da, mắt và dịch cơ thể có màu vàng. Ứ mật ở gan, túi mật và tuyến tụy là nguyên nhân trực tiếp, nhưng nguyên nhân cơ bản có thể đơn giản là tắc nghẽn ống mật chung do sỏi mật hoặc nghiêm trọng như ung thư tuyến tụy. Siêu âm có thể phân biệt giữa các tình trạng này.

Ác tính- Thuật ngữ này có nghĩa đen là ngày càng trầm trọng hơn và chống lại việc điều trị. Nó được sử dụng như một từ đồng nghĩa với bệnh ung thư và bao hàm một tình trạng có hại thường đe dọa đến tính mạng.

Hình thái học-Nghĩa đen, nghiên cứu về hình thức. Trong y học, hình thái đề cập đến kích thước, hình dạng và cấu trúc hơn là chức năng của một cơ quan nhất định.

Là một kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, siêu âm tạo điều kiện thuận lợi cho việc nhận biết các hình thái bất thường là triệu chứng của các bệnh lý tiềm ẩn.

**Kết quả**

Sóng siêu âm tần số cao hơn tạo ra hình ảnh chi tiết hơn nhưng cũng dễ hấp thụ hơn và do đó không thể xâm nhập sâu vào cơ thể. Hình ảnh siêu âm bụng thường được thực hiện ở tần số từ 2-5 MHz.

Một máy siêu âm bao gồm hai phần: đầu dò và máy phân tích. Đầu dò vừa tạo ra sóng âm xuyên qua cơ thể vừa nhận được tiếng vang phản xạ. Đầu dò được chế tạo xung quanh các chip gồm áp điện. (Áp điện là điện được tạo ra khi bạn tạo áp lực lên một số tinh thể nhất định như thạch anh). Những con chip gồm này phản ứng với các xung điện bằng cách tạo ra sóng âm thanh (chúng đang truyền sóng) và phản ứng với sóng âm bằng cách tạo ra các xung điện (nhận). Các xung điện tần số cao cung cấp cho đầu dò khiến nó tạo ra sóng âm thanh quét. Sau đó, bộ chuyển đổi nhận được tiếng vang phản hồi, chuyển chúng trở lại thành các xung điện và gửi chúng đến máy phân tích-một máy tính sắp xếp dữ liệu thành hình ảnh trên màn hình tivi.

Bởi vì sóng âm truyền qua tất cả các mô của cơ thể với tốc độ gần nhau - khoảng 3.400 dặm một giờ - nên micro giây cần để nhận được mỗi tiếng vang có thể được biểu thị trên màn hình dưới dạng khoảng cách đến cơ thể. Cường độ tương đối của mỗi tiếng vang, một chức năng của ranh giới mô hoặc cơ quan cụ thể tạo ra nó, có thể được vẽ dưới dạng một điểm có độ sáng khác nhau. Bằng cách này, tiếng vang được chuyển thành hình ảnh. Các mô được bao quanh bởi xương hoặc chứa đầy khí (dạ dày, ruột và ruột) không thể chụp được bằng siêu âm vì sóng bị chặn hoặc bị phản tán ngược lại.

Bốn chế độ siêu âm khác nhau được sử dụng trong y học hình ảnh ical:

- Chế độ A. Đây là loại siêu âm đơn giản nhất trong đó một đầu dò duy nhất quét một đường xuyên qua cơ thể với tiếng vang được vẽ trên màn hình như một hòn của độ sâu. Phương pháp này được sử dụng để đo khoảng cách trong cơ thể và kích thước của các cơ quan nội tạng. Siêu âm trị liệu nhằm vào một khối u hoặc sỏi cụ thể cũng ở chế độ A, cho phép xác định chính xác trọng tâm của năng lượng sóng hủy diệt.
- Chế độ B. Trong siêu âm chế độ B, một dây đầu dò truyền tín hiệu thời quét một mặt phẳng xuyên qua cơ thể và có thể được xem dưới dạng hình ảnh hai chiều trên màn hình. Đầu dò siêu âm chứa hơn 100 đầu dò theo trình tự tạo thành nền tảng cho những máy quét được sử dụng phổ biến nhất này, có giá khoảng 50.000 USD.
- Chế độ M. M là viết tắt của chuyển động. Một chuỗi quét nhanh ở chế độ B có các hình ảnh nối tiếp nhau theo trình tự trên màn hình cho phép bác sĩ nhìn và đo phạm vi chuyển động khi ranh giới các cơ quan tạo ra phản xạ di chuyển so với đầu dò. M-

chế độ siêu âm đã được sử dụng đặc biệt trong việc nghiên cứu chuyển động của tim.

- Chế độ Doppler. Siêu âm Doppler bao gồm khả năng đo chính xác vận tốc của vật chất chuyển động, chẳng hạn như máu trong động mạch và tĩnh mạch. Nguyên lý này giống như nguyên lý được sử dụng trong súng radar đo tốc độ của ô tô trên đường cao tốc. Khả năng Doppler thường được kết hợp với quét chế độ B để tạo ra hình ảnh các mạch máu từ đó có thể đo trực tiếp lưu lượng máu. Kỹ thuật này được sử dụng rộng rãi để điều tra các khiếm khuyết ở van, xơ cứng động mạch và tăng huyết áp, đặc biệt ở tim, cũng như ở động mạch chủ bụng và tĩnh mạch cửa của gan. Những chiếc máy này có giá khoảng 250.000 USD.

Quy trình thực tế dành cho bệnh nhân được siêu âm bụng tương đối đơn giản, bắt kể loại siêu âm hay mục đích của nó. Nhịn ăn ít nhất 3 giờ trước khi thực hiện thủ thuật để đảm bảo rằng dạ dày trống và càng nhỏ càng tốt, ruột và ruột tương đối không hoạt động. Nhịn ăn cũng có thể nhìn thấy túi mật vì nó co lại sau khi ăn và có thể không nhìn thấy được nếu dạ dày no. Trong một số trường hợp, băng quang đầy giúp đẩy các nếp ruột ra ngoài để khí chứa trong đó không làm ảnh hưởng đến hình ảnh.

Sau đó, bụng của bệnh nhân được bôi một loại gel đặc biệt cho phép đầu dò siêu âm lướt dễ dàng trên da trong khi truyền và nhận xung siêu âm.

Thủ tục này được thực hiện bởi bác sĩ với sự hỗ trợ của kỹ thuật viên có tay nghề cao trong việc vận hành thiết bị. Đầu dò được di chuyển xung quanh bụng để có được những góc nhìn khác nhau về các vùng mục tiêu. Bệnh nhân có thể sẽ được yêu cầu thay đổi tư thế từ bên này sang bên kia và nín thở khi cần thiết để có được góc nhìn mong muốn. Sự khó chịu trong quá trình thực hiện là tối thiểu.

Có nhiều loại và cách sử dụng công nghệ siêu âm khiến việc khai quật hóa về thời gian và chi phí liên quan trở nên khó khăn. Hình ảnh tương đối đơn giản - quét một khối u đáng ngờ ở bụng hoặc nghi ngờ phình động mạch chủ bụng - sẽ mất khoảng nửa giờ để thực hiện và sẽ tồn tại trán dô la trở lên, tùy thuộc vào chất lượng của thiết bị, người thực hiện và các bộ phận khác. tors. Các kỹ thuật liên quan nhiều hơn như quét nhiều chế độ M và quét tăng cường Doppler hoặc các trường hợp mà mục tiêu không được xác định rõ trước, thường mất nhiều thời gian hơn và tốn kém hơn.

Bất kể loại quét được sử dụng và những khó khăn tiềm ẩn gặp phải, siêu âm vẫn nhanh hơn và ít tốn kém hơn so với chụp cắt lớp vi tính (CT), đối thủ chính của nó trong chụp ảnh bụng. Hơn nữa, vì siêu âm bụng thường được thực hiện như các thủ thuật "cần thiết về mặt y tế" được thiết kế để phát hiện sự hiện diện của các nghi ngờ bất thường nên chúng được bảo hiểm.

theo hầu hết các loại bảo hiểm y tế lớn. Tuy nhiên, như mọi khi, bệnh nhân nên khôn ngoan xác nhận rằng phạm vi bảo hiểm của họ mở rộng đến quy trình cụ thể được đề xuất. Đối với các tình huống không khẩn cấp, hầu hết các nhà bảo lãnh đều quy định sự chấp thuận trước như một điều kiện bảo hiểm.

Các tình trạng cụ thể mà siêu âm có thể được chọn làm phương án điều trị—một số loại khói u, tổn thương, sỏi thận và các tổn thương do sỏi, cơ và dây chằng, v.v.—được mô tả chi tiết trong các mục thích hợp trong bộ bách khoa toàn thư này.

#### Chuẩn bị Bệnh

nhân được siêu âm bụng sẽ được bác sĩ tư vấn về những gì sẽ xảy ra và cách chuẩn bị. Như đã đề cập ở trên, việc chuẩn bị thường bao gồm nhịn ăn và đến làm thủ thuật với băng quang đầy, nếu cần. Việc chuẩn bị này đặc biệt hữu ích nếu cần kiểm tra túi mật, buồng trứng hoặc tĩnh mạch.

#### Chăm sóc sau

Nói chung, không cần chăm sóc sau khi thực hiện siêu âm bụng.

#### Rủi ro

Siêu âm bụng không mang lại rủi ro hoặc tác dụng phụ nào được nhận biết nếu được thực hiện đúng cách bằng cách sử dụng dải tần số và cường độ thích hợp. Các mô nhạy cảm, đặc biệt là các mô của cơ quan sinh sản, có thể bị tổn thương nếu bị rung động dữ dội bởi sóng siêu âm cường độ quá cao. Tuy nhiên, nhìn chung, những hư hỏng đó chỉ xảy ra do sử dụng thiết bị không đúng cách.

Bất kỳ phụ nữ nào nghĩ rằng mình có thể mang thai nên vấn đề này với bác sĩ trước khi siêu âm bụng, vì thai nhi trong giai đoạn phát triển ban đầu có thể bị tổn thương do siêu âm nhầm thăm dò các cơ quan nằm sâu trong bụng.

#### Kết quả bình thường

Là một kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, siêu âm bụng bình thường là phương pháp cho thấy không có tình trạng nghi ngờ nào dẫn đến việc siêu âm. Ví dụ, các triệu chứng như ho dai dẳng, thở khó khăn và đau bụng trên cho thấy khả năng xảy ra chứng phình động mạch chủ bụng. Siêu âm cho thấy không có chứng phình động mạch sẽ loại trừ tình trạng đe dọa tính mạng này và chỉ ra các nguyên nhân khác ít nghiêm trọng hơn.

#### Kết quả bất thường

Bởi vì hình ảnh siêu âm bụng thường được thực hiện để xác nhận tình trạng nghi ngờ, kết quả

kết quả chụp cắt lớp thường sẽ cho kết quả bất thường—nghĩa là chúng sẽ xác nhận chẩn đoán, có thể là sỏi thận, xơ gan hoặc phình động mạch chủ. Khi đó, bệnh nhân sẽ được điều trị y tế phù hợp theo chỉ định của bác sĩ. Xem các mục về bệnh và rối loạn liên quan trong bộ bách khoa toàn thư này để biết thêm thông tin.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Hall, Rebecca. *Cẩm nang siêu âm: Ý nghĩa lâm sàng, căn nguyên và bệnh lý của các kết quả siêu âm*. Philadelphia: Lippincott, 1993.

Kevles, Bettyann Holtzmann. *Trầm trồ đến tận xương: Y tế Hình ảnh trong thế kỷ XX*. New Brunswick, NJ: Nhà xuất bản Đại học Rutgers, 1997.

Kremkau, Frederick W. *Siêu âm chẩn đoán: Nguyên tắc và dụng cụ*. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1993.

Shtasel, Philip. *Các xét nghiệm y tế và quy trình chẩn đoán: Hướng dẫn cho bệnh nhân về những gì bác sĩ đã yêu cầu*. Mới York: Harper & Row, 1991.

Tempkin, Betty Bates. *Quét siêu âm: Nguyên tắc và giao thức*. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1993.

*Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các xét nghiệm y tế*. Ed. Barry L. Zaret và cộng sự. Boston: Houghton Mifflin, 1997.

##### ĐỊNH KÝ "Siêu âm"

phát hiện vấn đề về dạ dày." USA Today Magazine (tháng 10 năm 1992): 5.

Freundlich, Naomi. "Siêu âm: Bức ảnh này có vấn đề gì vậy?" Tuần Doanh nghiệp (15/09/1997): 84-5.

McDonagh, D. Brian. "Siêu âm: Anh hùng y khoa thầm lặng." Tạp chí USA Today (tháng 9-1996): 66-7.

Murray, Maxine. "Cơ bản về siêu âm." Tạp chí Y khoa Sinh viên Anh (tháng 8 năm 1996): 269-72.

Tait, N. và JM Little. "Điều trị sỏi mật."

Tạp chí Y khoa Anh (8/7/1995): 99-105.

##### TỔ CHỨC

Đại học Tiêu hóa Hoa Kỳ. 4900 B Nam 31st St., Arlington, VA 22206-1656. (703) 820-7400. <<http://www.acg.gi.org>>.

Viện Siêu âm Y học Hoa Kỳ. 14750 Sweitzer Lane, Suite 100, Laurel, MD 20707-5906. (800) 638-5352. <<http://www.aium.org>>.

Hiệp hội các nhà công nghệ phóng xạ Hoa Kỳ. 15000 Central Ave., SE, Albuquerque, NM 87123-3917. (505) 298-4500. <<http://www.asrt.org>>.

Kurt Richard Sternlof

## Khiếm khuyết thành bụng

### Sự định nghĩa

Dị tật thành bụng là bẩm sinh

khiếm khuyết làm cho dạ dày hoặc ruột nhô ra.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Thoát vị-Sụ di chuyển của một cấu trúc vào một nơi mà nó không thuộc về.

Rốn-đè cập đến lỗ ở thành bụng nơi các mạch máu từ nhau thai đi vào.

Nội tạng-Bất kỳ cơ quan nào của cơ thể nằm ở ngực hoặc bụng.

### Sự miêu tả

Nhiều sự kiện bất ngờ và hấp dẫn xảy ra trong quá trình phát triển của thai nhi trong bụng mẹ. Dạ dày và ruột bắt đầu phát triển bên ngoài bụng của em bé và chỉ sau đó thành bụng mới bao bọc chúng. Đôi khi, lỗ rốn quá lớn hoặc phát triển không đúng cách, khiến ruột hoặc dạ dày nằm ở bên ngoài hoặc lọt qua thành bụng.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Có nhiều nguyên nhân gây dị tật bẩm sinh vẫn chưa rõ ràng. Hiện tại, nguyên nhân gây ra các khuyết tật ở thành bụng vẫn chưa được biết rõ và bất kỳ triệu chứng nào mà người mẹ có thể có để chỉ ra rằng các khuyết tật có ở thai nhi đều không thể mô tả được.

### Chẩn đoán

Khi mới sinh ra, vấn đề này là hiển nhiên, vì phần gốc dây rốn ở rốn sẽ phình ra hoặc tệ hơn là chứa các nội tạng (nội tạng). Trước khi sinh, kiểm tra siêu âm có thể phát hiện vấn đề. Ở trẻ bị một dị tật bẩm sinh, việc tìm kiếm những dị tật bẩm sinh khác luôn là điều cần thiết, vì dị tật bẩm sinh thường có nhiều dị tật.

### Sự đối đãi

Các khuyết tật ở thành bụng được điều trị hiệu quả bằng phẫu thuật. Trừ khi có dị tật đi kèm, quy trình phẫu thuật không quá phức tạp.

Các cơ quan đều bình thường, chỉ bị đặt sai vị trí. Tuy nhiên, nếu kiểm khuyết lớn, có thể khó đưa toàn bộ nội tạng vào khoang bụng nhỏ.

### Tiên lượng

Nếu không có khuyết tật nào khác thì tiên lượng sau phẫu thuật sửa chữa tình trạng này là tương đối tốt. Tuy nhiên,

10% những người có bất thường nghiêm trọng hơn hoặc nặng hơn sẽ chết vì nó. Bản thân các cơ quan đã có đầy đủ chức năng; khó khăn nằm ở việc nhét chúng vào trong bụng.

Trên thực tế, tình trạng này là tình trạng thoát vị chỉ cần thay thế và cùng có đường dẫn mà nó xảy ra. Sau phẫu thuật, áp lực tăng lên ở vùng bụng bị căng có thể làm tổn hại đến chức năng của các cơ quan bên trong.

### Phòng ngừa

Một số, nhưng không phải tất cả, các dị tật bẩm sinh có thể phòng ngừa được bằng cách chăm sóc trước khi sinh sớm và chu đáo, dinh dưỡng tốt, bổ sung vitamin, siêng năng tránh tất cả các loại thuốc và hóa chất không cần thiết-đặc biệt là thuốc lá-và các yếu tố khác của lối sống lành mạnh.

### Tài nguyên

#### ĐỊNH KỲ

Dunn, JC và EW Fonkalsrud. "Cải thiện khả năng sống sót của trẻ sơ sinh bị thoát vị rốn." Tạp chí Phẫu thuật Hoa Kỳ 173 (tháng 4 năm 1997): 284-7.  
Langer, JC "Gastroschisis và Omphalocele." Seminar về Ngoại khoa Nhi khoa 5 (tháng 5/1996): 124-8.

J. Ricker Polsdorfer, MD

### Nhip tim bất thường xem Rối loạn nhịp tim

### Nhóm máu ABO xem Nhóm máu và kết hợp chéo

### Không tương thích ABO xem Bệnh nguyên hòng cầu thai nhi

### Phá thai, thói quen xem Sảy thai tái phát

## Phá thai, sinh một phần

### Sự định nghĩa

Phá thai một phần là phương pháp phá thai muộn, làm chấm dứt thai kỳ, dẫn đến tử vong và loại bỏ thai nhi nguyên vẹn. Thủ tục này thường được gọi là nong và chiết nguyên vẹn (D & X).

### Mục đích

Phá thai một phần khi sinh, hay D&X, được thực hiện để chấm dứt thai kỳ và dẫn đến cái chết của thai nhi, điển hình là ở

cuối tam cá nguyệt thứ hai hoặc thứ ba. Mặc dù D&X gây nhiều tranh cãi nhưng một số bác sĩ cho rằng nó có những ưu điểm khiến nó trở thành một thủ thuật thích hợp hơn trong một số trường hợp. Một lợi thế có thể nhận thấy là thai nhi được lấy ra phần lớn còn nguyên vẹn, cho phép đánh giá và khám nghiệm tử thi thai nhi tốt hơn trong những trường hợp thai nhi đã biết có dị tật.

Việc loại bỏ nguyên vẹn bào thai cũng có thể làm giảm nguy cơ thủng tử cung hoặc làm tổn thương cổ tử cung. Một lợi thế khác được nhận thấy là D&X kết thúc thai kỳ mà không yêu cầu người phụ nữ phải chuyển dạ, điều này có thể ít gây tổn thương về mặt cảm xúc hơn các phương pháp phá thai muộn khác. Ngoài ra, D&X có thể đưa ra chi phí thấp hơn và thời gian thủ tục ngắn hơn.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Những phụ nữ đang xem xét D&X nên nhận thức được tính chất gây nhiều tranh cãi của thủ tục này. Một vấn đề tranh cãi rất phổ biến đối với tất cả các ca phá thai muộn là liệu bào thai có thể sống sót hoặc có thể sống sót bên ngoài cơ thể người phụ nữ hay không. Một lĩnh vực gây tranh cãi cụ thể với D&X là cái chết của thai nhi không xảy ra cho đến khi phần lớn cơ thể thai nhi đã ra khỏi tử cung. Một số bang đã thực hiện hành động pháp lý để hạn chế hoặc cấm D&X và nhiều bác sĩ thực hiện phá thai lại không thực hiện D&X. Điều này có thể hạn chế khả năng thực hiện thủ tục này đối với những phụ nữ muốn phá thai muộn.

#### Sự miêu tả

D&X nguyên vẹn, hay phá thai một phần khi sinh, trước tiên liên quan đến việc sử dụng thuốc làm cổ tử cung giãn ra, thường trong vài ngày. Tiếp theo, bác sĩ xoay thai nhi sang tư thế ngồi mông.

Sau đó, cơ thể của thai nhi sẽ được rút ra khỏi chân tử cung trước tiên cho đến khi chỉ còn lại phần đầu bên trong tử cung. Sau đó, bác sĩ dùng dụng cụ chọc thủng đáy hộp sọ khiến đầu thai nhi bị xép xuống. Thông thường, nội dung của đầu thai nhi sau đó sẽ được hút ra một phần, dẫn đến cái chết của thai nhi và làm giảm kích thước của đầu thai nhi đủ để cho phép nó đi qua cổ tử cung. Sau đó, bào thai đã chết và còn nguyên vẹn sẽ được đưa ra khỏi cơ thể người phụ nữ.

#### Sự chuẩn bị

Chuẩn bị y tế cho D&X bao gồm việc thăm khám ngoại trú để cho dùng thuốc, chẳng hạn như bệnh laminaria, để khiến cổ tử cung bắt đầu giãn ra.

Ngoài ra, việc chuẩn bị có thể bao gồm việc đáp ứng các yêu cầu pháp lý của địa phương, chẳng hạn như thời gian chờ bắt buộc, tư vấn hoặc thủ tục chấp thuận có hiểu biết để xem xét các giai đoạn phát triển của thai nhi, sinh con, các phương pháp phá thai thay thế và nhận con nuôi.

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Cổ tử cung-Phần cuối hẹp bên ngoài của tử cung ngăn cách tử cung với ống âm đạo.

Ngôi mông - Tư thế của thai nhi khi ở trong tử cung, nơi bàn chân của thai nhi gần cổ tử cung nhất sẽ là phần đầu tiên của thai nhi thoát ra khỏi tử cung, với đầu của thai nhi là phần cuối cùng thoát ra khỏi tử cung.

Laminaria-Một sản phẩm y tế được làm từ một loại rong biển nhất định được đặt gần cổ tử cung để làm nó giãn ra.

#### Chăm sóc sau

D&X thường không yêu cầu phải nằm viện qua đêm, do đó, một cuộc hẹn tái khám có thể được sắp xếp để theo dõi người phụ nữ xem có bất kỳ biến chứng nào không.

#### Rủi ro

Với tất cả các trường hợp phá thai, việc phá thai được thực hiện càng muộn trong thai kỳ thì thủ tục càng phức tạp và nguy cơ chấn thương cho người phụ nữ càng lớn. Ngoài các phản ứng cảm xúc liên quan, D&X còn có nguy cơ gây thương tích cho người phụ nữ, bao gồm chảy máu nhiều, đông máu, tổn thương cổ tử cung hoặc tử cung, nhiễm trùng vùng chậu và các biến chứng liên quan đến gây mê. Ngoài ra còn có nguy cơ sẩy thai không trọn vẹn, nghĩa là bào thai không chết khi được lấy ra khỏi cơ thể người phụ nữ. Những rủi ro lâu dài có thể xảy ra bao gồm khó mang thai hoặc mang thai trong tương lai.

#### Kết quả bình thường

Kết quả mong đợi của D&X là chấm dứt thai kỳ bằng cách loại bỏ một bào thai đã chết khỏi cơ thể người phụ nữ.

#### Tài nguyên

##### ĐỊNH KÝ

Epner, Janet E., và cộng sự. "Phá thai muộn." JAMA 280, không. số 8 (26/8/1998): 724-729.

Sprang, M. LeRoy, và Neerhof, Mark G. "Cơ sở lý luận cho việc cấm phá thai muộn khi mang thai." JAMA (26 tháng 8 năm 1998): 744-747.

Swomley, John M. "Cuộc tranh luận về 'sinh mệt phần' năm 1998." Nhà nhân văn (tháng 3/tháng 4 năm 1998): 5-7.

Grimes, David A. "Nhu cầu phá thai muộn vẫn tiếp tục."

JAMA (26 tháng 8 năm 1998): 747-750.

**TỔ CHỨC**

Liên đoàn làm cha mẹ có kế hoạch của Mỹ. 810 Seventh Ave., New York, NY 10019. (212) 541-7800. FAX: (212) 245-1845.

**KHÁC**

**Thị trường**  
Tình trạng luật phá thai một phần ở các bang. Viện Othmer tại Planned Parenthood of NYC. 2000.

Stefanie BN Dugan, MS

## Phá thai có chọn lọc

### Sự định nghĩa

Phá thai có chọn lọc, còn được gọi là giảm thiểu có chọn lọc, là việc lựa chọn phá thai, điển hình là trong trường hợp mang thai nhiều thai, để giảm nguy cơ sức khỏe cho người mẹ khi mang và sinh nhiều hơn một hoặc hai em bé, đồng thời để giảm nguy cơ biến chứng cho (các) thai nhi còn lại. Thuật ngữ phá thai có chọn lọc cũng đề cập đến việc lựa chọn phá thai vì những lý do như người phụ nữ đang mang thai có khả năng sinh ra bị dị tật bẩm sinh hoặc suy yếu hoặc vì cá nhân không ưa thích giới tính của thai nhi.

### Mục đích

Một phụ nữ có thể quyết định phá thai vì lý do sức khỏe, chẳng hạn như cô ấy có nguy cơ cao bị biến chứng khi mang thai do rối loạn hoặc bệnh tật như tiểu đường.

Tuy nhiên, việc giảm có chọn lọc thường được khuyến nghị trong trường hợp mang thai nhiều thai hoặc có nhiều hơn một thai nhi, thông thường là ít nhất ba thai nhi trở lên. Trong dân số nói chung, hiện tượng đa thai chỉ xảy ra ở khoảng 1-2% phụ nữ mang thai. Nhưng việc mang thai nhiều thai xảy ra thường xuyên hơn ở những phụ nữ sử dụng thuốc hỗ trợ sinh sản.

### Các biện pháp phòng ngừa

Bởi vì phụ nữ hoặc các cặp vợ chồng sử dụng thuốc hỗ trợ sinh sản đã nỗ lực nhiều hơn để có thai, nên có thể họ không sẵn lòng hoặc không thoải mái với quyết định phá thai trong trường hợp mang thai nhiều bào thai. Những cá nhân tham gia điều trị sinh sản nên được biết về nguy cơ mang thai nhiều thai và xem xét khả năng giảm số lượng được khuyến nghị trước khi tiến hành điều trị sinh sản.

### Sự miêu tả

Việc giảm bớt có chọn lọc thường được thực hiện trong khoảng thời gian từ 9 đến 12 tuần của thai kỳ và thành công nhất.

khi được thực hiện trong thời kỳ đầu mang thai. Đây là một thủ tục đơn giản và có thể được thực hiện trên cơ sở ngoại trú. Một cây kim được đưa vào dạ dày hoặc âm đạo của người phụ nữ và kali clorua được tiêm vào bào thai.

### Sự chuẩn bị

Những cá nhân đã lựa chọn phương pháp giảm thiểu có chọn lọc để bảo vệ những bào thai còn lại nên được tư vấn trước khi thực hiện thủ thuật. Các cá nhân nên nhận được thông tin về những rủi ro của việc mang đa thai đối với cả thai nhi và người mẹ so với những rủi ro sau khi giảm thiểu.

Những cá nhân tìm cách phá thai vì bất kỳ lý do gì nên xem xét các ý nghĩa đạo đức cho dù đó là vì thai nhi không phải là giới tính ưa thích hay vì thai nhi sinh ra sẽ bị dị tật bẩm sinh nghiêm trọng.

### Chăm sóc sau

Việc tư vấn nên được tiếp tục sau khi phá thai vì đó là một sự kiện đau thương. Các cá nhân có thể cảm thấy tội lỗi khi chọn bào thai này thay vì bào thai khác. Các chuyên gia sức khỏe tâm thần nên được tư vấn trong suốt quá trình.

### Rủi ro

Khoảng 75% phụ nữ trải qua quá trình giảm thai chọn lọc sẽ chuyển dạ sớm. Khoảng 4-5% phụ nữ thực hiện phương pháp giảm thai chọn lọc cũng bị sảy thai một hoặc nhiều bào thai còn lại. Những rủi ro liên quan đến việc mang thai nhiều bào thai được coi là cao hơn.

### Kết quả bình thường

Trong trường hợp mang đa thai, từ ba bào thai trở lên, giảm xuống còn hai, các bào thai song sinh thường phát triển như thể chúng được thụ thai như một cặp song sinh.

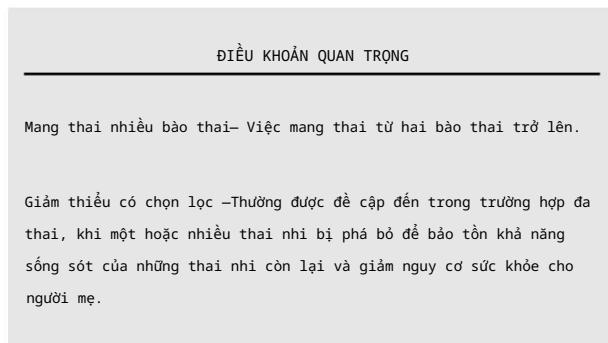
### Tài nguyên

#### SÁCH

Knobil, Ernst và Jimmy D. Neill, biên tập viên. "Sự phá thai." Trong Bách khoa toàn thư về sinh sản. San Diego: Nhà xuất bản Adademia, 1998, tr.1-5.  
Scott, James R., biên tập viên. "Nạo phá thai." Trong Sản phụ khoa của Danforth. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999, trang 567-578.

#### ĐỊNH KỲ

Tác giả không xác định. "Đa thai gắn liền với Điều trị vô sinh." Hiệp hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ, Báo cáo của Ủy ban Thực hành (Tháng 11 năm 2000): 1-8.



TỔ CHỨC Hiệp hội Y học Sinh

sản Hoa Kỳ. 1209 Xa lộ Mont-gomery, Birmingham, AL 35216-2809. (205) 978-5000. <http://www.asim.org>.

Viện Alan Guttmacher. 120 Phố Wall, New York, NY 10005. (212) 248-1111. <http://www.agi-usa.org>.

Meghan M. Gourley

## Phá thai, tự phát xem Sảy thai

### ■ Phá thai, chữa bệnh

#### Sự định nghĩa

Phá thai điều trị là việc cố ý chấm dứt thai kỳ trước khi thai nhi có thể sống độc lập.

Phá thai là một thủ tục hợp pháp ở Hoa Kỳ kể từ năm 1973.

#### Mục đích

Việc phá thai có thể được thực hiện bất cứ khi nào có lý do thuyết phục nào đó để chấm dứt thai kỳ. Phụ nữ phá thai vì việc tiếp tục mang thai sẽ khiến họ gặp khó khăn, nguy hiểm đến tính mạng, sức khỏe hoặc vì xét nghiệm tiền sản cho thấy thai nhi sinh ra sẽ có dị tật nghiêm trọng.

Phá thai an toàn nhất khi được thực hiện trong vòng 6 đến 10 tuần đầu tiên sau kỳ kinh nguyệt cuối cùng. Việc tính toán ngày này được gọi là tuổi thai và được sử dụng để xác định giai đoạn của thai kỳ. Ví dụ, một phụ nữ trễ kinh hai tuần được cho là đang mang thai sáu tuần, vì đã sáu tuần kể từ lần cuối cô ấy có kinh.

Khoảng 90% phụ nữ phá thai trước 13 tuần và gặp ít biến chứng.

Phá thai được thực hiện trong khoảng thời gian từ 13-24 tuần có tỷ lệ phá thai cao hơn

tỷ lệ biến chứng. Việc phá thai sau 24 tuần là cực kỳ hiểm và thường chỉ giới hạn trong những tình huống mà tính mạng của người mẹ gặp nguy hiểm.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Hầu hết phụ nữ đều có thể phá thai tại phòng khám hoặc cơ sở ngoại trú nếu thủ thuật này được thực hiện sớm trong thai kỳ. Những phụ nữ mắc bệnh tiêu đường ổn định, bệnh động kinh được kiểm soát, huyết áp cao từ nhẹ đến trung bình hoặc nhiễm HIV thường có thể phá thai ngoại trú nếu thực hiện các biện pháp phòng ngừa. Phụ nữ mắc bệnh tim, viêm nội tâm mạc trước đó, hen suyễn, lupus ban đỏ, u xơ tử cung, rối loạn đông máu, động kinh khó kiểm soát hoặc một số rối loạn tâm lý thường cần phải nhập viện để được theo dõi và dùng thuốc đặc biệt. trong quá trình làm thủ tục.

#### Sự miêu tả

##### Phá thai rất sớm

Từ năm đến bảy tuần, thai kỳ có thể được kết thúc bằng một thủ thuật gọi là nhổ kinh nguyệt. Thủ tục này đôi khi còn được gọi là điều hòa kinh nguyệt, hút nhổ hoặc phá thai trước. Nội dung của tử cung được hút ra ngoài qua một ống nhựa mỏng (3-4 mm) được đưa vào qua cổ tử cung chưa giãn. Việc hút được thực hiện bằng ống tiêm bóng đèn hoặc một máy bơm nhỏ.

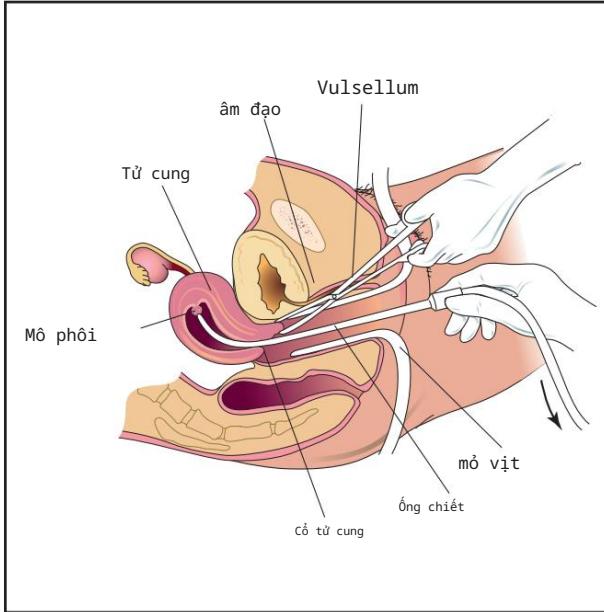
Một phương pháp khác được gọi là thuốc tránh thai "sáng hôm sau", hay thuốc tránh thai khẩn cấp. Về cơ bản, nó liên quan đến việc dùng thuốc tránh thai liều cao trong vòng 24 đến 48 giờ sau khi quan hệ tình dục không được bảo vệ. Liều lượng hormone cao khiến niêm mạc tử cung thay đổi khiến nó không hỗ trợ việc mang thai. Vì vậy, nếu trứng đã được thụ tinh, nó sẽ bị tống ra khỏi cơ thể.

##### Có hai loại ngừa thai khẩn cấp.

Một loại giống hệt thuốc tránh thai thông thường và sử dụng hormone estrogen và progestin). Loại này được bán theo toa dưới nhãn hiệu Pre-ven. Nhưng phụ nữ thậm chí có thể sử dụng thuốc tránh thai thường xuyên để tránh thai khẩn cấp sau khi họ kiểm tra với bác sĩ về liều lượng thích hợp. Khoảng một nửa số phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai để tránh thai khẩn cấp bị buồn nôn và 20% nôn mửa. Phương pháp này giúp giảm nguy cơ mang thai tới 75%.

Loại thuốc tránh thai buổi sáng còn lại chỉ chứa một loại hormone: progestin và có nhãn hiệu Plan B. Loại này hiệu quả hơn loại đầu tiên với nguy cơ buồn nôn và nôn thấp hơn. Nó làm giảm nguy cơ mang thai 89 phần trăm.

Phụ nữ nên kiểm tra với bác sĩ về liều lượng thuốc thích hợp để uống, vì nó phụ thuộc vào



Từ tuần thứ 5 đến tuần thứ 7, thai kỳ có thể được chấm dứt bằng một thủ thuật gọi là nhổ kinh nguyệt. Nội dung của

tử cung được hút ra ngoài qua một ống chiết mỏng được đưa vào qua cổ tử cung chưa giãn. (Minh họa bởi Electronic-tronic Illustrators Group.)

nhân hiệu thuốc tránh thai. Không phải tất cả các loại thuốc tránh thai đều có tác dụng tránh thai健全.

Việc lấy kinh nguyệt là an toàn nhưng do số lượng bào thai ở giai đoạn phát triển này quá ít nên rất dễ bỏ sót. Điều này dẫn đến sảy thai không trọn vẹn, có nghĩa là quá trình mang thai vẫn tiếp tục.

#### Phá thai ba tháng đầu

Ba tháng đầu của thai kỳ bao gồm 13 tuần đầu tiên sau kỳ kinh nguyệt cuối cùng. Tại Hoa Kỳ, khoảng 90% ca phá thai được thực hiện trong thời gian này. Đây là thời điểm phá thai an toàn nhất và là thời điểm phụ nữ có nhiều lựa chọn nhất

thủ tục được thực hiện như thế nào.

**PHÁ THAI Y TẾ.** Phá thai bằng thuốc được thực hiện bằng cách dùng thuốc chấm dứt thai kỳ. Ưu điểm của phá thai nội khoa trong ba tháng đầu là:

- Thủ thuật này không xâm lấn; không có dụng cụ phẫu thuật

được sử dụng.

- Không cần gây mê.
- Thuốc được dùng bằng đường uống hoặc tiêm.
- Thủ tục này giống như sảy thai tự nhiên.

Nhược điểm của phá thai nội khoa là:

- Hiệu quả giảm dần sau tuần thứ bảy.

- Thủ tục này có thể yêu cầu phải đến gặp bác sĩ nhiều lần.
- Chảy máu sau khi phá thai kéo dài hơn sau khi phá thai bằng phẫu thuật.
- Người phụ nữ có thể nhìn thấy những thứ bên trong tử cung của mình khi nó được tông ra ngoài.

Hai loại thuốc khác nhau có thể được sử dụng để phá thai.

Methotrexate (Rheumatrex) hoạt động bằng cách ngăn chặn các tế bào của thai nhi phân chia khiến thai nhi chết.

Trong lần đầu tiên đến gặp bác sĩ, người phụ nữ được tiêm methotrexate. Trong lần khám thứ hai, khoảng một tuần sau, cô được cho dùng misoprostol (Cytotec), một loại axit béo tuân hoàn không bão hòa chứa oxy chịu trách nhiệm cho các phản ứng nội tiết tố khác nhau như co cơ (prostaglandin), kích thích các cơ co thắt của tử cung. Trong vòng hai tuần, người phụ nữ sẽ tổng các chất trong tử cung ra ngoài, kết thúc thai kỳ. Việc tái khám với bác sĩ là cần thiết để đảm bảo rằng việc phá thai đã hoàn tất.

Với thủ thuật này, người phụ nữ sẽ cảm thấy chuột rút và có thể cảm thấy buồn nôn do dùng misoprostol. Sự kết hợp thuốc này có hiệu quả 90-96% trong việc chấm dứt thai kỳ.

Mifepristone (RU-486), có tên thương hiệu là Mifeprex, hoạt động bằng cách ngăn chặn hoạt động của prog-esterone, một loại hormone cần thiết để quá trình mang thai tiếp tục, sau đó kích thích các cơ co tử cung để kết thúc thai kỳ. Nó có thể được thực hiện trong vòng 49 ngày sau ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng của phụ nữ. Trong lần khám bác sĩ đầu tiên, một người phụ nữ uống một viên thuốc mifepristone. Hai ngày sau, cô ấy quay lại và nếu sảy thai không xảy ra, cô ấy sẽ uống hai viên misoprostol để khiến tử cung co bóp. Năm phần trăm phụ nữ sẽ không cần dùng misoprostol. Sau một thời gian quan sát, cô trở về nhà.

Trong vòng bốn ngày, 90% phụ nữ đã tổng các chất trong tử cung ra ngoài và hoàn tất việc phá thai.

Trong vòng 14 ngày, 95-97% phụ nữ đã phá thai xong. Lần tái khám thứ ba với bác sĩ là cần thiết để xác nhận thông qua quan sát hoặc siêu âm rằng quy trình đã hoàn tất. Trong trường hợp không, phá thai bằng phẫu thuật sẽ được thực hiện. Các nghiên cứu cho thấy 4,5 đến 8% phụ nữ cần phẫu thuật hoặc truyền máu sau khi dùng mifepristone, và khoảng 1% phụ nữ vẫn có thai. Trong trường hợp này, nên phá thai bằng phẫu thuật vì thai nhi có thể bị tổn thương.

Tác dụng phụ bao gồm buồn nôn, chảy máu âm đạo và chuột rút nặng. Chảy máu thường nặng hơn so với thời kỳ bình thường và có thể kéo dài đến 16 ngày.

Mifepristone không được khuyến cáo cho những phụ nữ mang thai ngoài tử cung, đặt vòng tránh thai, những người đã sử dụng thuốc trong thời gian dài.

điều trị bằng steroid dài hạn, có bất thường về chảy máu hoặc đang dùng thuốc làm loãng máu như Coumadin.

#### Phá thai bằng phẫu thuật

Phá thai ngoại khoa trong ba tháng đầu được thực hiện bằng phương pháp hút chân không. Thủ tục này còn được gọi là giãn nở và hút chân không (D & E), hút giãn nở, nạo chân không hoặc nạo hút.

**Ưu điểm của phương pháp phá thai bằng hút chân không là:**

- Nó thường được thực hiện như một thủ tục ngoại trú trong một ngày. • Thủ tục chỉ mất 10-15 phút. • Chảy máu sau khi phá thai kéo dài năm ngày hoặc ít hơn.
- Người phụ nữ không nhìn thấy sản phẩm của tử cung mình được lấy ra.

**Nhược điểm bao gồm:**

- Thủ thuật này mang tính xâm lấn; dụng cụ phẫu thuật được sử dụng. • Có thể xảy ra nhiễm trùng.

Trong quá trình hút chân không, cổ tử cung của người phụ nữ sẽ giãn ra dần dần bằng cách đưa các que mở rộng vào lỗ cổ tử cung. Sau khi giãn ra, một ống gắn với bơm hút sẽ được đưa vào cổ tử cung và nội dung của tử cung sẽ được hút ra ngoài. Quy trình này có hiệu quả 97-99%. Mức độ khó chịu mà người phụ nữ cảm thấy rất khác nhau. Gây tê cục bộ thường được dùng để làm tê cổ tử cung, nhưng nó không che giấu cảm giác thắt tử cung. Sau vài giờ nghỉ ngơi, người phụ nữ có thể trở về nhà.

#### Phá thai ở tam cá nguyệt thứ hai

Mặc dù phá thai trong ba tháng đầu là tốt hơn, nhưng một số trường hợp sảy thai trong ba tháng thứ hai có thể không thể tránh khỏi. Kết quả xét nghiệm di truyền thường không có cho đến khi thai nhi được 16 tuần. Ngoài ra, phụ nữ, đặc biệt là thanh thiếu niên, có thể không nhận ra việc mang thai hoặc không chấp nhận nó dù sớm về mặt cảm xúc để phá thai trong ba tháng đầu. Thanh thiếu niên là nhóm phá thai lớn nhất trong tam cá nguyệt thứ hai.

Một số ca phá thai ở tam cá nguyệt thứ hai được thực hiện dưới dạng D & E. Các thủ tục tương tự như các thủ thuật được sử dụng trong tam cá nguyệt thứ nhất, nhưng phải sử dụng ống hút lớn hơn vì phải loại bỏ nhiều vật liệu hơn. Điều này làm tăng mức độ giãn nở cổ tử cung cần thiết và làm tăng nguy cơ của thủ thuật. Nhiều bác sĩ không muốn thực hiện D&E vào cuối thai kỳ và đổi với một số phụ nữ, đây không phải là một lựa chọn an toàn về mặt y tế.

Giải pháp thay thế cho D&E trong tam cá nguyệt thứ hai là phá thai bằng phương pháp kích thích chuyển dạ. Chuyển dạ khởi phát có thể phải ở lại bệnh viện qua đêm. Một ngày trước khi làm thủ thuật, người phụ nữ đến gặp bác sĩ để làm các xét nghiệm và

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Viêm nội tâm mạc-Một bệnh nhiễm trùng ở màng trong của tim.

Khối u xơ - Khối u xơ là sự phát triển không phải ung thư (lành tính) trong tử cung. Chúng xảy ra ở 30-40% phụ nữ trên 40 tuổi và không cần phải loại bỏ trừ khi chúng gây ra các triệu chứng cản trở hoạt động bình thường của phụ nữ.

Lupus ban đỏ-Một bệnh viêm mãn tính trong đó phản ứng không phù hợp của hệ thống miễn dịch gây ra những bất thường trong mạch máu và mô liên kết.

Prostaglandin- Các axit béo tuần hoàn không bão hòa được oxy hóa chịu trách nhiệm cho các phản ứng nội tiết tố khác nhau như co cơ.

Rh âm tính-Thiểu yếu tố Rh, các kháng nguyên được xác định về mặt di truyền trong hồng cầu tạo ra phản ứng miễn dịch. Nếu người phụ nữ Rh âm mang thai thai nhi Rh dương, cơ thể người phụ nữ này sẽ sản sinh ra kháng thể chống lại máu của thai nhi, gây ra một căn bệnh gọi là bệnh Rh. Sự nhạy cảm với bệnh xảy ra khi máu của người phụ nữ tiếp xúc với máu của thai nhi. Globulin miễn dịch Rh (RhoGAM) là một loại vắc xin phải được tiêm cho phụ nữ sau khi phá thai, sắp thai hoặc xét nghiệm tiền sản để ngăn ngừa sự nhạy cảm với bệnh Rh.

đưa que vào cổ tử cung của cô ấy để giúp làm giãn cổ tử cung hoặc để nhận thuốc làm mềm cổ tử cung và đẩy nhanh quá trình chuyển dạ.

Vào ngày phá thai, các loại thuốc, thường là prosta-glandin để gây co thắt, và dung dịch nước muối, được tiêm vào tử cung. Các cơn co thắt bắt đầu và trong vòng 8 đến 72 giờ, người phụ nữ sẽ sinh bào thai.

Tác dụng phụ của thủ thuật này bao gồm buồn nôn, nôn mửa và tiêu chảy do prostaglandin và đau do co thắt tử cung. Có thể sử dụng loại thuốc gây mê khi sinh con để che giấu cảm đau. Nhiều phụ nữ có thể về nhà vài giờ sau khi làm thủ thuật.

Phá thai rất sớm có giá từ 200 đến 400 USD. Phá thai sau này tốn kém hơn. Chi phí tăng khoảng 100 USD mỗi tuần từ tuần thứ 13 đến tuần thứ 16. Thứ hai

phá thai trong ba tháng sẽ tốn kém hơn nhiều vì chúng thường có nhiều rủi ro hơn, nhiều dịch vụ hơn, gây mê và đôi khi phải nằm viện. Các hãng bảo hiểm và HMO có thể chi trả hoặc không chi trả cho thủ tục này. Luật liên bang ủng hộ

P

cảm quỹ liên bang bao gồm cả quỹ Medicaid được sử dụng để chi trả cho việc phá thai tự chọn.

#### Chuẩn bị Bác sĩ

phải biết chính xác giai đoạn mang thai của người phụ nữ trước khi thực hiện phá thai. Bác sĩ sẽ hỏi người phụ nữ những câu hỏi về chu kỳ kinh nguyệt và cũng khám sức khỏe để xác nhận giai đoạn mang thai. Việc này có thể được thực hiện khi đến khám trước khi phá thai hoặc vào ngày phá thai. Một số tiêu bang yêu cầu một thời gian chờ đợi trước khi việc phá thai có thể được thực hiện. Những người khác cần có sự đồng ý của cha mẹ hoặc tòa án để trẻ dưới 18 tuổi được phá thai.

Mặc dù thực tế là gần một nửa số phụ nữ ở Hoa Kỳ đã phá thai ít nhất một lần trước khi họ bước sang tuổi 45, việc phá thai vẫn còn gây nhiều tranh cãi.

Phụ nữ thường cảm thấy rối loạn cảm xúc khi quyết định xem phá thai có phải là thủ tục mà họ muốn thực hiện hay không. Tư vấn trước khi phá thai rất quan trọng trong việc giúp người phụ nữ giải quyết mọi thắc mắc mà cô ấy có thể có về việc thực hiện thủ thuật.

#### Chăm sóc sau

Bất kể phương pháp nào được sử dụng để thực hiện phá thai, người phụ nữ sẽ được theo dõi trong một thời gian để đảm bảo huyết áp ổn định và kiểm soát tình trạng chảy máu. Bác sĩ có thể kê đơn thuốc kháng sinh để giảm nguy cơ nhiễm trùng. Những phụ nữ có Rh âm tính (thiểu các kháng nguyên được xác định về mặt di truyền trong tế bào hồng cầu tạo ra phản ứng miễn dịch) nên được tiêm globulin miễn dịch Rh ở người (RhoGAM) sau thủ thuật trừ khi cha của thai nhi cũng âm tính với Rh. Điều này ngăn ngừa các biến chứng không tương thích máu trong các lần mang thai sau này.

Chảy máu sẽ tiếp tục trong khoảng năm ngày khi phá thai bằng phẫu thuật và lâu hơn khi phá thai bằng thuốc. Để giảm nguy cơ nhiễm trùng, phụ nữ nên tránh giao hợp và không sử dụng băng vệ sinh và thụt rửa trong hai tuần sau khi phá thai.

Tái khám là một phần cần thiết trong quá trình chăm sóc sau điều trị của người phụ nữ. Biện pháp tránh thai sẽ được cung cấp cho những phụ nữ muốn tránh mang thai trong tương lai vì chu kỳ kinh nguyệt thường sẽ tiếp tục trong vòng vài tuần.

#### Rủi ro

Các biến chứng nghiêm trọng do phá thai được thực hiện trước 13 tuần là rất hiếm. Trong số 90% phụ nữ phá thai trong thời gian này, có 2,5% gặp biến chứng nhẹ có thể tự khỏi mà không cần nhập viện. Ít hơn 0,5% có biến chứng cần phải nằm viện. Tỷ lệ biến chứng tăng lên khi thai kỳ tiến triển.

Các biến chứng do phá thai có thể bao gồm:

- chảy máu không kiểm soát được
- sự nhiễm trùng
- cục máu đông tích tụ trong tử cung
- vết rách ở cổ tử cung hoặc tử cung
- sẩy thai bị lỡ khi thai vẫn tiếp tục • sẩy thai không trọn khi một số chất từ thai vẫn còn trong tử cung Phụ nữ gặp bất kỳ triệu chứng nào sau đây của

biến chứng sau phá thai nên gọi ngay cho phòng khám hoặc bác sĩ đã thực hiện phá thai. • đau dữ dội • sốt trên 100,4°F (38,2°C) • chảy máu nhiều thấm qua nhiều băng vệ sinh mỗi giờ • tiết dịch có mùi hôi từ âm đạo • các triệu chứng mang thai tiếp tục

#### Kết quả bình thường

Thông thường việc mang thai được kết thúc mà không có biến chứng và không làm thay đổi khả năng sinh sản trong tương lai.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Carlson, Karen J., Stephanie A. Eisenstat và Terra Ziporyn. "Sự phá thai." Trong Hướng dẫn của Harvard về sức khỏe phụ nữ. Cambridge, MA: Nhà xuất bản Đại học Harvard, 1996.  
DeCherney, Alan H. và Martin L. Perroll. "Tránh thai và kế hoạch hóa gia đình." Trong Chẩn đoán và Điều trị Sản phụ khoa Hiện nay. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1994.

#### TỔ CHỨC

Liên đoàn phá thai quốc gia. (800) 772-9100. <<http://www.prochoice.org>>.

Debra Gordon

Sự mài mòn nhìn thấy vết thương

Nhau bong non xem Nhau bong non

## áp xe

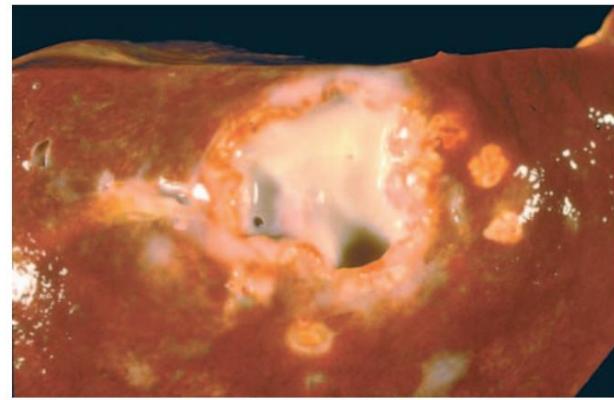
Sự định nghĩa

Áp xe là một tập hợp mô hóa lỏng kèm theo, được gọi là mủ, ở đâu đó trong cơ thể. Đó là kết quả của phản ứng phòng thủ của cơ thể đối với vật chất lạ.

### Sự miêu tả

Có hai loại áp xe, nhiễm trùng và vô trùng.

Hầu hết các áp xe đều là nhiễm trùng, có nghĩa là chúng là kết quả của nhiễm trùng. Áp xe nhiễm trùng có thể xảy ra ở bất cứ nơi nào trong cơ thể. Chỉ cần một loại vi trùng và phản ứng miễn dịch của cơ thể. Để đối phó với mầm bệnh xâm nhập, các tế bào bạch cầu tập trung tại vị trí bị nhiễm bệnh và bắt đầu sản xuất ra các hóa chất gọi là enzyme tấn công mầm bệnh bằng cách tiêu hóa nó. Những enzyme này hoạt động giống như axit, tiêu diệt vi trùng và phá vỡ chúng thành những mảnh nhỏ có thể được hệ tuần hoàn hấp thụ và loại bỏ khỏi cơ thể. Thật không may, những hóa chất này cũng tiêu hóa các mô cơ thể. Trong hầu hết các trường hợp, mầm bệnh tạo ra các chất hóa học tương tự. Kết quả là một chất lỏng đặc, màu vàng-mù-chứa vi trùng đã tiêu hóa, mô tiêu hóa, bạch cầu và enzym.



Áp xe do amip do Entameoba histolytica gây ra.  
(Chụp ảnh NYC. Được sao chép theo sự cho phép.)

Áp xe là giai đoạn cuối cùng của nhiễm trùng mô bắt đầu bằng một quá trình gọi là viêm. Ban đầu, khi mầm bệnh xâm nhập kích hoạt hệ thống miễn dịch của cơ thể, một số hiện tượng sẽ xảy ra:

- Lưu lượng máu đến khu vực này tăng lên.
- Nhiệt độ vùng này tăng lên do lượng máu cung cấp tăng lên.
- Vùng này sưng lên do tích tụ nước, máu và các chất lỏng khác.
- Nô chuyển sang màu đỏ.
- Đau do sưng tấy và do hoạt động của hóa chất.

Bốn dấu hiệu này - nóng, sưng, đỏ và đau - đặc trưng cho tình trạng viêm.

Khi quá trình tiến triển, mô bắt đầu chuyển sang dạng lỏng và hình thành áp xe. Bản chất của áp xe là lây lan khi quá trình tiêu hóa học làm hóa lỏng ngày càng nhiều mô. Hơn nữa, sự lây lan di theo con đường ít bị cảm trở nhất - các mô dễ tiêu hóa nhất. Một ví dụ điển hình là áp xe ngay dưới da. Nó dễ dàng tiếp tục dọc theo bên dưới da thay vì di chuyển qua da nơi nó có thể hút hết chất độc hại. Nội dung của áp xe cũng rò rỉ vào hệ tuần hoàn chung và gây ra các triệu chứng giống như bất kỳ bệnh nhiễm trùng nào khác. Chúng bao gồm ớn lạnh, sốt, đau nhức và khó chịu nói chung.

**Áp xe vô trùng** đôi khi là một dạng nhẹ hơn của bệnh quá trình tương tự gây ra không phải do vi trùng mà do các chất kích thích không sống như thuốc. Nếu một loại thuốc tiêm như penicillin không được hấp thu, nó sẽ ở lại nơi được tiêm và có thể gây kích ứng đủ để tạo ra áp xe vô trùng - vô trùng vì không có nhiễm trùng. Áp xe vô trùng có nhiều khả năng biến thành những cục cứng, rắn khi chúng để lại sẹo chứ không phải là những túi mù còn sót lại.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Nhiều tác nhân khác nhau gây ra áp xe. Phổ biến nhất là vi khuẩn tạo mù (sinh mù) như Staphylococcus Aureus, gần như luôn là nguyên nhân gây ra áp xe dưới da. Áp xe gần ruột già, đặc biệt là xung quanh hậu môn, có thể do bất kỳ vi khuẩn nào tìm thấy trong ruột già gây ra. Áp xe não và áp xe gan có thể do bất kỳ sinh vật nào có thể di chuyển đến đó thông qua hệ tuần hoàn gây ra. Vi khuẩn, amip và một số loại nấm có thể di chuyển theo cách này. Áp xe ở các bộ phận khác của cơ thể là do các sinh vật thường sống ở các cấu trúc lân cận hoặc lây nhiễm sang chúng. Một số nguyên nhân phổ biến gây ra áp xe cụ thể là:

- áp xe da do hệ thực vật da bình thường
- áp xe răng và họng do vi khuẩn ở miệng
- áp xe phổi do hệ vi sinh đường thở thông thường, vi trùng viêm phổi hoặc bệnh lao
- áp xe bụng và hậu môn do hệ vi khuẩn đường ruột bình thường

### Các loại áp xe cụ thể

Dưới đây là một số áp xe phổ biến và quan trọng hơn.

- Nhọt và nhọt khác. Các tuyến dầu trên da (tuyến bã nhờn) ở lưng hoặc sau gáy là những tuyến thường bị nhiễm trùng. Loại vi trùng phổ biến nhất có liên quan là Staphylococcus Aureus. Mụn trứng cá là tình trạng tương tự của tuyến bã nhờn ở mặt và lưng.
- Áp xe vùng lông. Nhiều người có khuyết tật bẩm sinh là một lỗ nhỏ trên da ngay phía trên hậu môn. Vi khuẩn trong phân có thể xâm nhập vào lỗ này, gây nhiễm trùng và áp xe sau đó.

P

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Viêm mô tế bào–Viêm mô do nhiễm trùng.**

**Enzyme**–Bất kỳ loại hóa chất protein nào có thể thay đổi các hóa chất khác.

**Óng dẫn trứng**–Một phần của cơ thể phụ nữ bên trong mang trứng từ buồng trứng đến tử cung.

**Hệ thực vật**–Cư dân sống trong một vùng hoặc khu vực.

**Pyogen**–Có khả năng tạo mủ. *Streptococcus*, *Staphylococcus* và vi khuẩn đường ruột là những sinh vật gây bệnh chính.

**Tuyến bã nhòn**– Các cấu trúc nhỏ trên da sản xuất dầu (bã nhòn). Nếu chúng bị tắc, bã nhòn sẽ tích tụ bên trong và tạo thành nơi nuôi dưỡng vi trùng phát triển.

**Nhiễm trùng huyết**–Sự lây lan của một tác nhân truyền nhiễm khắp cơ thể qua đường máu suối.

**Xoang**–Một kênh hình óng nối bộ phận này với bộ phận khác hoặc với bên ngoài.

- Áp xe sau họng, cạnh họng, quanh amidan.

Do nhiễm trùng cổ họng như viêm họng liên cầu khuẩn và viêm amidan, vi khuẩn có thể xâm nhập vào các mô sâu hơn của cổ họng và gây áp xe. Nhưng áp xe này có thể ảnh hưởng đến việc nuốt và thậm chí là thở.

- Áp xe phổi. Trong hoặc sau khi viêm phổi, cho dù đó là do vi khuẩn [viêm phổi thông thường], bệnh lao, nấm, ký sinh trùng hoặc vi trùng khác, áp xe có thể phát triển thành một biến chứng.

- Áp xe gan. Vì khuẩn hoặc amip từ ruột có thể lây lan qua máu đến gan và gây áp xe.

- Áp xe cơ Psoas. Sâu phía sau bụng ở hai bên cột sống thắt lưng là các cơ psoas.

Họ uốn cong hông. Áp xe có thể phát triển ở một trong những cơ này, thường là khi nó lan ra từ ruột thừa, ruột già hoặc óng dẫn trứng.

### Chẩn đoán

Những dấu hiệu thường gặp của tình trạng viêm như nóng, đỏ, sưng và đau giúp dễ dàng xác định áp xe bề mặt. Áp xe ở những nơi khác có thể chỉ gây ra các triệu chứng tổng quát như sốt và khó chịu. Nếu các triệu chứng và khám thực thể của bệnh nhân không giúp ích gì, bác sĩ có thể phải dùng đến một loạt các xét nghiệm để xác định.

xác định vị trí của áp xe, nhưng thường có điều gì đó trong đánh giá ban đầu sẽ hướng dẫn việc tìm kiếm. Bệnh gần đây hoặc mẫn tính ở một cơ quan cho thấy đó có thể là nơi bị áp xe.

Rối loạn chức năng của một cơ quan hoặc hệ thống–ví dụ, co giật hoặc chức năng ruột bị thay đổi–có thể cung cấp manh mối. Đau và nhạy cảm khi khám thực thể là những phát hiện thường gặp. Đôi khi áp xe sâu sẽ ăn mòn một kẽm nhỏ (xoang) trên bề mặt và bắt đầu rỉ mủ. Áp xe vô trùng có thể chỉ gây ra một khối u đau đớn sâu ở mông nơi tiêm.

### Sự đối đãi

Vì da có khả năng chống lại sự lây lan của nhiễm trùng nên nó hoạt động như một rào cản, thường giữ cho các hóa chất độc hại của áp xe tự thoát ra khỏi cơ thể. Vì vậy, bác sĩ phải dẫn lưu mủ ra khỏi ổ áp xe.

Bác sĩ phẫu thuật xác định khi nào áp xe đã sẵn sàng để dẫn lưu và mở đường dẫn ra bên ngoài, cho phép mủ thoát ra ngoài. Thông thường, cơ thể xử lý phần nhiễm trùng còn lại, đôi khi với sự trợ giúp của thuốc kháng sinh hoặc các loại thuốc khác. Bác sĩ phẫu thuật có thể để lại một óng dẫn lưu (một mảnh vải hoặc cao su) trong khoang áp xe để ngăn nó đóng lại trước khi toàn bộ mủ chảy ra ngoài.

### Điều trị thay thế

Nếu áp xe nằm ngay dưới da, nó sẽ di chuyển từ từ qua da và di chuyển nhanh hơn ở nơi khác. Vì các hóa chất hoạt động nhanh hơn ở nhiệt độ cao hơn nên việc chườm nóng lên vùng da bị áp xe sẽ đẩy nhanh quá trình tiêu hóa của da và cuối cùng khiến da bị vỡ ra, giải phóng mủ một cách tự nhiên. Phương pháp điều trị này tốt nhất dành cho những trường hợp áp xe nhỏ hơn ở những vùng tương đối ít nguy hiểm hơn trên cơ thể–tay chân, thân mình, sau gáy.

Nó cũng hữu ích cho tất cả các áp xe bề ngoài ở giai đoạn đầu. Nó sẽ “chín” chúng.

Thủy tri liệу tương phản, chườm nóng và lạnh xen kẽ, cũng có thể giúp cơ thể tiêu hủy áp xe. Có hai biện pháp vi lượng đồng căn có tác dụng cân bằng lại cơ thể liên quan đến sự hình thành áp xe, đó là Silica và Hepar sulphuris. Trong trường hợp áp xe nhiễm trùng, có thể sử dụng gói đất sét bentonite (đất sét bentonite và một lượng nhỏ bột Hydrastis) để hút nhiễm trùng ra khỏi khu vực.

### Tiên lượng

Một khi áp xe được dẫn lưu đúng cách, tiên lượng bệnh sẽ rất tốt. Nguyên nhân gây áp xe (các bệnh khác mà bệnh nhân mắc phải) sẽ quyết định kết quả chung. Một khác, nếu áp xe vỡ sang các khu vực lân cận hoặc tạo điều kiện cho nhiễm trùng

tràn vào máu thì có thể gây hậu quả nghiêm trọng hoặc gây tử vong. Áp xe trong và xung quanh xoang mũi, mặt, tai và da đầu có thể di chuyển vào não. Áp xe trong cơ quan bụng như gan có thể vỡ vào khoang bụng. Trong cả hai trường hợp, kết quả là đe dọa tính mạng. Ngộ độc máu là thuật ngữ thường được sử dụng để mô tả tình trạng nhiễm trùng đã tràn vào máu và lan rộng khắp cơ thể từ nguồn gốc cục bộ. Ngộ độc máu, được các bác sĩ gọi là nhiễm trùng huyết, cũng đe dọa tính mạng.

Điều đặc biệt cần lưu ý là áp xe ở tay nghiêm trọng hơn những gì chúng có thể biểu hiện. Do cấu trúc phức tạp và tầm quan trọng vượt trội của bàn tay, bất kỳ nhiễm trùng tay nào cũng phải được điều trị kịp thời và thành thạo.

#### Phòng ngừa

Nhiễm trùng được điều trị sớm bằng nhiệt (nếu chỉ ở bề ngoài) hoặc kháng sinh thường sẽ khỏi mà không hình thành áp xe. Tốt hơn hết là bạn nên tránh nhiễm trùng hoàn toàn bằng cách chăm sóc kịp thời các vết thương hở, đặc biệt là vết thương bị thủng. Vết cấn là nguy hiểm nhất, thậm chí còn nguy hiểm hơn vì chúng thường xảy ra trên tay.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Bennett, J. Claude và Fred Plum, biên tập. Sách giáo khoa y khoa của Cecil. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.  
Chẩn đoán và Điều trị Y tế Hiện tại, 1996. tái bản lần thứ 35. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1995.  
Nguyên tắc nội khoa của Harrison. Ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

J. Ricker Polsdorfer, MD

## Dẫn lưu áp xe xem Vết rạch và dẫn lưu áp xe

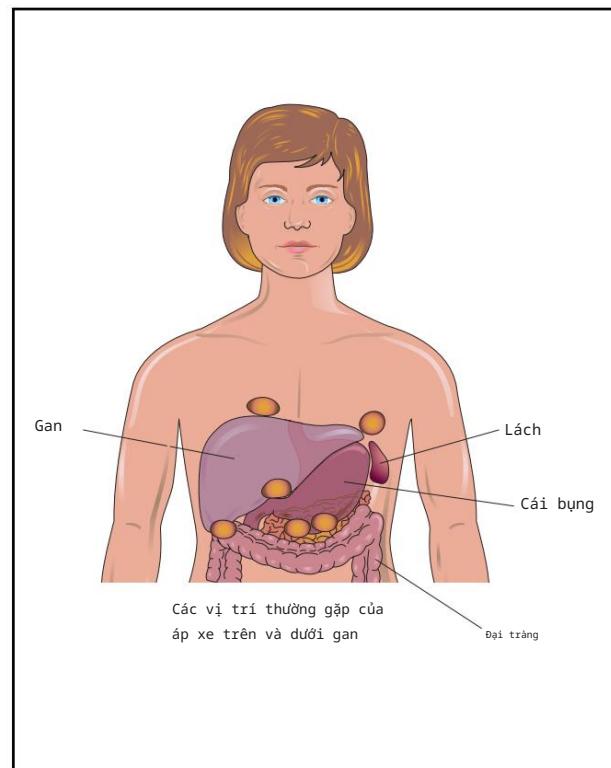
## Rạch áp xe và dẫn lưu

#### Sự định nghĩa

Các nốt da bị nhiễm trùng có chứa mủ có thể cần được dẫn lưu qua vết cắt nếu nó không đáp ứng với thuốc kháng sinh. Điều này cho phép mủ thoát ra và nhiễm trùng được chữa lành.

#### Mục đích

Áp xe là vết loét chứa đầy mủ, thường do nhiễm trùng do vi khuẩn. Mủ được tạo thành từ cả sinh vật sống và chết và mủ bị phá hủy từ lồng triang



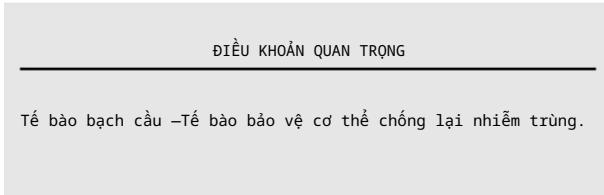
Mặc dù áp xe thường được tìm thấy ở các mô mềm dưới da, chẳng hạn như nách hoặc háng, nhưng chúng có thể phát triển ở bất kỳ cơ quan nào, chẳng hạn như gan. (Minh họa bởi Nhóm minh họa điện tử.)

các tế bào máu được mang đến khu vực đó để chống lại sự nhiễm trùng. Áp xe thường được tìm thấy ở các mô mềm dưới da, chẳng hạn như nách hoặc háng. Tuy nhiên, chúng có thể phát triển ở bất kỳ cơ quan nào và thường thấy ở vú và nướu. Áp xe nghiêm trọng hơn nhiều và cần được điều trị cụ thể hơn nếu chúng nằm ở các cơ quan sâu như phổi, gan hoặc não.

Bởi vì lớp lót của khoang áp xe có xu hướng cản trở lượng thuốc có thể xâm nhập vào nguồn lây nhiễm từ máu, nên bên trong khoang có thể cần phải dẫn lưu. Khi áp xe đã hình thành đầy đủ, nó thường không đáp ứng với kháng sinh. Ngay cả khi thuốc kháng sinh xâm nhập vào ổ áp xe, nó cũng không hoạt động trong môi trường đó.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Áp xe thường có thể được chẩn đoán bằng mắt thường, mặc dù kỹ thuật hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính có thể được sử dụng để xác nhận mức độ áp xe trước khi dẫn lưu. Những thủ thuật như vậy cũng có thể cần thiết để xác định vị trí các ổ áp xe bên trong, chẳng hạn như ổ áp xe trong khoang bụng hoặc não.

**Sự miêu tả**

Bác sĩ sẽ cất vào niêm mạc của áp xe, cho phép mủ thoát ra ngoài qua ống thoát nước hoặc bằng cách để khoang hở ra ngoài da. Vết mổ lớn bao nhiêu tùy thuộc vào tốc độ xuất hiện mủ.

Sau khi mở ổ áp xe, bác sĩ sẽ làm sạch và tưới kỹ vết thương bằng nước muối. Nếu vết thương không quá lớn hoặc sâu, bác sĩ có thể chỉ cần dùng gạc băng vết thương áp xe trong 24-48 giờ để hút mủ và tiệt dịch.

Nếu là áp xe sâu hơn, bác sĩ có thể đặt ống dẫn lưu sau khi làm sạch vết thương. Sau khi đặt ống vào đúng vị trí, bác sĩ phẫu thuật sẽ đóng vết mổ bằng các mũi khâu đơn giản và băng lại bằng băng vô trùng. Việc dẫn lưu được duy trì trong vài ngày để giúp ngăn ngừa áp xe tái phát.

**Chuẩn bị Vùng**

da trên ổ áp xe sẽ được làm sạch bằng cách lau nhẹ nhàng bằng dung dịch sát trùng.

**Chăm sóc sau**

Phản ứng cơn đau xung quanh ổ áp xe sẽ biến mất sau phẫu thuật. Chữa bệnh thường rất nhanh. Sau khi rút ống ra, có thể tiếp tục dùng kháng sinh trong vài ngày. Chườm nóng và giữ vùng bị ảnh hưởng ở độ cao có thể giúp giảm viêm.

**Rủi ro**

Nếu có bất kỳ vết sẹo nào, nó sẽ mờ dần theo thời gian và cuối cùng gần như không nhìn thấy được. Đôi khi, áp xe trong một cơ quan quan trọng (chẳng hạn như não) gây tổn thương đủ mô xung quanh đến mức mất vĩnh viễn chức năng bình thường.

**Kết quả bình thường**

Hầu hết các ổ áp xe đều lành sau khi dẫn lưu; người khác cần dẫn lưu và điều trị bằng kháng sinh.

**Tài nguyên****SÁCH**

Turkington, Carol A. và Jeffrey S. Dover. Da dày. New York: Sự kiện về hồ sơ, 1998.

**TỔ CHỨC**

Viện Viêm khớp và Cơ xương và Da Quốc gia

Bệnh viện 9000 Rockville Pike, Bldg. 31, Rm 9A04, Bethesda, MD 20892.

Carol A. Turkington

**Lạm dụng****Sự định nghĩa**

Lạm dụng được định nghĩa là bất kỳ điều gì có hại, gây tổn thương hoặc xúc phạm. Lạm dụng cũng bao gồm việc sử dụng sai trái và quá mức bất cứ thứ gì. Có một số loại lạm dụng chính: lạm dụng thể chất và tình dục đối với trẻ em hoặc người lớn, lạm dụng chất gây nghiện, lạm dụng người già và lạm dụng tình cảm.

**Sự miêu tả**

Lạm dụng thể chất trẻ em là việc người khác gây thương tích. Các vết thương có thể bao gồm đâm, đá, cắn, đốt, đánh đập hoặc kéo tóc nạn nhân.

Việc lạm dụng thể chất gây ra cho trẻ có thể dẫn đến vết bầm tím, bong, ngô độc, gãy xương và xuất huyết nội. Tần công thể chất đối với người lớn chủ yếu xảy ra với phụ nữ, thường dưới hình thức bạo lực gia đình. Người ta ước tính có khoảng ba triệu trẻ em chứng kiến bạo lực gia đình mỗi năm.

Lạm dụng tình dục trẻ em là hành vi tình dục giữa người lớn và trẻ em hoặc giữa hai trẻ em, trong đó một trẻ chiếm ưu thế hoặc lớn hơn đáng kể. Các hành vi tình dục có thể bao gồm chạm vào ngực, bộ phận sinh dục và mông; hoặc mặc quần áo hoặc cởi quần áo. Hành vi này cũng có thể bao gồm phô trương, liếm âm hộ, liếm hoặc xâm nhập vào âm đạo hoặc hậu môn bằng các cơ quan hoặc đồ vật sinh dục.

Chụp ảnh khiêu dâm cũng được sử dụng để lạm dụng tình dục trẻ em. Những kẻ phạm tội tình dục được báo cáo là 97% nam giới. Phụ nữ thường là thủ phạm nhiều hơn ở các cơ sở chăm sóc trẻ em, vì trẻ em có thể nhầm lẫn việc lạm dụng tình dục của phụ nữ với việc chăm sóc vệ sinh thông thường. Lạm dụng tình dục bởi cha dượng phổ biến gấp 5 lần so với cha ruột. Lạm dụng tình dục con gái bởi cha dượng hoặc cha là hành thức loạn luân phổ biến nhất.

Lạm dụng tình dục cũng có thể dưới hình thức hiếp dâm. Định nghĩa pháp lý về hiếp dâm chỉ bao gồm sự xâm nhập nhẹ vào dương vật ở vùng bên ngoài âm hộ của nạn nhân. Sự cương cứng và xuất tinh hoàn toàn là không cần thiết. Hiếp dâm là việc thực hiện hành vi quan hệ tình dục khi:

- ý chí bị khuất phục bởi vũ lực hoặc nỗi sợ hãi (do bị đe dọa hoặc do sử dụng ma túy).

- Suy giảm tinh thần khiến nạn nhân không có khả năng phán đoán hợp lý.
- nếu nạn nhân dưới độ tuổi hợp pháp được quy định để đã gửi.

Lạm dụng chất gây nghiện là một kiểu sử dụng chất gây nghiện bất thường dẫn đến đau khổ hoặc suy yếu đáng kể. Các tiêu chí bao gồm một hoặc nhiều điều sau đây xảy ra trong khoảng thời gian 12 tháng:

- tái sử dụng chất gây nghiện dẫn đến không hoàn thành nghĩa vụ ở nhà, nơi làm việc hoặc trường học.
- sử dụng chất kích thích trong những tình huống gây nguy hiểm về thể chất (ví dụ như khi đang lái xe).
- tái diễn các vấn đề pháp lý liên quan đến chất gây nghiện.
- tiếp tục sử dụng bất chấp các vấn đề xã hội và giữa các cá nhân tái diễn (tức là tranh cãi và đánh nhau với những người quan trọng khác).

Lạm dụng ở người cao tuổi là phổ biến và xảy ra chủ yếu là do người chăm sóc kiệt sức, do mức độ phụ thuộc cao và yếu đuối, bệnh nhân cao tuổi thường yêu cầu. Lạm dụng có thể được biểu hiện bằng các dấu hiệu thể chất, sự sợ hãi và trì hoãn hoặc không báo cáo nhu cầu chăm sóc y tế nâng cao.

Bệnh nhân cao tuổi cũng có thể có biểu hiện lạm dụng tài chính (tiền hoặc tài sản bị lấy đi) và bị bỏ rơi.

Lạm dụng tinh cảm thường tiếp tục ngay cả sau khi các cuộc hành hung về thể xác đã chấm dứt. Trong hầu hết các trường hợp, đó là một hình thức lạm dụng bằng lời nói hoặc cù chỉ được thiết kế riêng để thể hiện hành vi xấu - đó là một phản ứng bị kích động.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Trẻ em bị lạm dụng thường có nhiều triệu chứng khác nhau bao gồm các vấn đề về hành vi, cảm xúc và tâm lý. Trẻ em bị lạm dụng thể chất có xu hướng hung hăng, tức giận, thù địch, trầm cảm và có lòng tự trọng thấp. Ngoài ra, họ còn thể hiện sự sợ hãi, lo lắng và ác mộng. Các vấn đề tâm lý nghiêm trọng có thể dẫn đến hành vi tự tử hoặc rối loạn căng thẳng sau chấn thương. Trẻ em bị lạm dụng thể chất có thể phản nản về bệnh tật thể chất ngay cả khi không có nguyên nhân. Họ cũng có thể bị rối loạn ăn uống và chứng ợ nóng. Trẻ em bị lạm dụng tình dục có thể biểu hiện hành vi tình dục bất thường dưới hình thức hung hăng và quá khích.

Thanh thiếu niên có thể thể hiện sự lảng nhăng, hành vi tình dục và - trong một số trường hợp - quan hệ đồng tính luyến ái.

Ngoài thể chất nhầm vào người lớn cuối cùng có thể dẫn đến tử vong. Khoảng 50% phụ nữ bị sát hại ở Hoa Kỳ là do bạn tình nam cũ hoặc hiện tại giết. Khoảng một phần ba số lần tư vấn tại phòng cấp cứu của phụ nữ là do bạo lực gia đình. Nạn nhân nữ đã kết hôn cũng có tỷ lệ bị nội thương và bát tinh cao hơn

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Encopresis-Những bất thường liên quan đến nhu động ruột có thể xảy ra do căng thẳng hoặc sợ hãi.**

hơn so với nạn nhân bị người lạ hành hung (cướp giật, cướp).

Lạm dụng thể xác hoặc hiếp dâm cũng có thể xảy ra giữa những người đã kết hôn và những người cùng giới. Thủ phạm thường tấn công tình dục nạn nhân để thống trị, làm tổn thương và hạ nhục họ. Bạo lực thể chất và tình dục xảy ra cùng lúc là điều bình thường. Một tỷ lệ lớn những người bị tấn công tình dục cũng bị lạm dụng thể chất dưới hình thức đấm, đánh đập hoặc đe dọa nạn nhân bằng vũ khí như súng hoặc dao. Thông thường, những người đàn ông bị tổn thương và bị sỉ nhục có xu hướng tấn công thể xác những người mà họ có quan hệ mật thiết, chẳng hạn như vợ/chồng và/hoặc con cái. Những người đàn ông tấn công phụ nữ có xu hướng từng trải qua hoặc chứng kiến bạo lực trong thời thơ ấu.

Họ cũng có xu hướng lạm dụng rượu, tấn công tình dục và có nguy cơ cao thực hiện hành vi tấn công nhằm vào trẻ em. Những người đàn ông ghen tuông có xu hướng theo dõi việc đi lại và nơi ở của phụ nữ, đồng thời cô lập các nguồn bảo vệ và hỗ trợ khác. Họ giải thích hành vi của mình là sự phản bội lòng tin và điều này gây ra sự oán giận và bùng phát cơn giận dữ trong thời gian mất kiểm soát. Con đực cũng có thể gây hấn với con cái nhằm kiểm soát và đe dọa bạn tình.

Lạm dụng người cao tuổi thường xảy ra ở cộng đồng người già yếu.

Người chăm sóc thường là thủ phạm. Có thể nghĩ ngờ lạm dụng người chăm sóc nếu có bằng chứng cho thấy người cao tuổi thay đổi hành vi khi có mặt người chăm sóc. Ngoài ra, hành vi ngược đãi người cao tuổi có thể xảy ra nếu có sự chậm trễ giữa vết thương và điều trị, sự mâu thuẫn giữa vết thương và lời giải thích, thiếu vệ sinh hoặc quần áo và không có đơn thuốc.

#### Chẩn đoán

Trẻ em là nạn nhân của bạo lực gia đình thường xuyên bị tổn thương khi cố gắng bảo vệ mẹ mình khỏi bị bạn tình bạo hành. Chấn thương có thể được nhìn thấy bằng cách kiểm tra hoặc tự báo cáo. Việc lạm dụng thể chất của người lớn cũng có thể được thể hiện rõ ràng bằng cách kiểm tra bằng các vết cắt và/hoặc vết bầm tím rõ ràng hoặc tự báo cáo.

Lạm dụng tình dục cả trẻ em và người lớn có thể được chẩn đoán dựa trên tiền sử của nạn nhân. Nạn nhân có thể được đánh giá để tìm bằng chứng xuất tinh từ thủ phạm.

Mẫu vật xuất tinh có thể được lấy từ miệng, trực tràng và quần áo. Các xét nghiệm về bệnh lây truyền qua đường tình dục có thể được thực hiện.

Có thể nghi ngờ lạm dụng người cao tuổi nếu bệnh nhân lớn tuổi tỏ ra sợ hãi trước người chăm sóc. Ngoài ra, có thể nghi ngờ lạm dụng người cao tuổi nếu có dấu hiệu cho thấy có ý trì hoãn việc chăm sóc y tế cần thiết hoặc thay đổi tình trạng y tế.

Lạm dụng chất gây nghiện có thể bị nghi ngờ ở một người tiếp tục sử dụng loại ma túy mà họ lựa chọn bất chấp những hậu quả tiêu cực tái diễn. Chẩn đoán có thể được thực hiện sau khi thực hiện một cuộc kiểm tra tâm lý xã hội toàn diện và đánh giá lạm dụng hóa chất được tiêu chuẩn hóa bởi nhà trị liệu.

### Sự đối đãi

Trẻ em là nạn nhân của lạm dụng thể chất hoặc tình dục thường cần được hỗ trợ về tâm lý và chăm sóc y tế. Đơn khiếu nại có thể được nộp cho các dịch vụ xã hội gia đình ở địa phương để bắt đầu điều tra. Chính quyền thường sẽ theo dõi cáo buộc hoặc hành vi phạm tội. Trẻ em cũng có thể được giới thiệu để đánh giá và/hoặc điều trị tâm lý. Nạn nhân có thể được đưa vào cơ sở chăm sóc nuôi dưỡng trong khi chờ kết quả điều tra. Cảnh sát cũng có thể điều tra hành vi lạm dụng thể chất và tình dục đối với người lớn. Nạn nhân có thể cần được chăm sóc y tế ngay lập tức và điều trị tâm lý lâu dài. Trẻ em thường bị ảnh hưởng tiêu cực bởi các tình huống bạo lực gia đình và cơ quan dịch vụ gia đình địa phương có thể tham gia.

Người lạm dụng chất gây nghiện nên lựa chọn điều trị nội trú hoặc ngoại trú, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của chứng nghiện. Điều trị lâu dài và/hoặc thuốc có thể được sử dụng để hỗ trợ cai nghiện. Bệnh nhân nên được khuyến khích tham gia vào các nhóm hỗ trợ lấy cộng đồng làm trung tâm.

### Tiên lượng

Tiên lượng phụ thuộc vào chẩn đoán. Thông thường, nạn nhân của lạm dụng thể chất và tình dục cần được điều trị để giải quyết nỗi đau tinh thần liên quan đến vụ việc.

Thủ phạm cần được đánh giá và điều trị tâm lý sâu hơn. Nạn nhân bị lạm dụng có thể gặp nhiều vấn đề về cảm xúc bao gồm trầm cảm, hành vi tự tử hoặc lo lắng. Trẻ em bị lạm dụng tình dục khi trưởng thành có thể bước vào những mối quan hệ bị lạm dụng hoặc gặp vấn đề về sự thân mật.

Người lạm dụng chất gây nghiện có thể bị tái phát vì đặc điểm chính của tất cả các chứng rối loạn gây nghiện là xu hướng quay trở lại các triệu chứng. Bệnh nhân cao tuổi có thể gặp phải các vấn đề y tế và/hoặc lo lắng nặng nề hơn, và trong một số trường hợp, việc bỏ bê có thể dẫn đến tử vong.

### Phòng ngừa

Các chương trình phòng ngừa được hướng tới giáo dục và nhận thức. Phát hiện các triệu chứng hoặc đặc điểm ban đầu

hành vi tic có thể hỗ trợ trong một số tình huống. Trong một số trường hợp, việc điều trị có thể được thực hiện trước khi xảy ra sự cố. Chuyên gia điều trị chuyên nghiệp cho người bị lạm dụng phải phát triển ý thức rõ ràng về động lực của mối quan hệ và cơ hội tiếp tục bị tổn hại.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Behrman, Richard E., và cộng sự, biên tập. Sách giáo khoa nhi khoa Nelson. tái bản lần thứ 16 Công ty WB Saunders, 2000.  
Duthie, Edmund H., và những người khác, eds. Thực hành Lão khoa. tái bản lần thứ 3. Công ty WB Saunders, 1998.  
Rosen, Peter. Thuốc cấp cứu: Khái niệm và thực hành lâm sàng. tái bản lần thứ 4. Sách Mosby-Year, Inc., 1998.

#### ĐỊNH KÝ

Narendra, K. và S. Lazoritz. "Đánh giá thể chất: Đánh giá khả năng lạm dụng thể chất và tình dục." Phòng khám Nhi khoa Bắc Mỹ 45 (tháng 2 năm 1998).  
Stringham, P. "Sức khỏe tâm thần: Bạo lực gia đình." Ưu tiên hàng đầu; Phòng khám thực hành văn phòng 26 (tháng 6 năm 1999).

#### TỔ CHỨC

Thông tin cơ quan thanh toán quốc gia về lạm dụng và bỗn bê trẻ em. 330 C Street SW, Washington, DC 20447. (800) 392-3366.

#### KHÁC

Phòng chống lạm dụng người cao tuổi. <<http://www.oaktrees.org/elder>>. Viện quốc gia về lạm dụng ma túy. <<http://www.nida.nih.gov>>.

Laith Farid Gulli, MD  
Bilal Nasser, ThS.

### Chấn thương cổ tăng tốc-giảm tốc xem Whiplash

### Thuốc ức chế ACE (thuốc ức chế men chuyển angiotensin)

## Acetaminophen

### Sự định nghĩa

Acetaminophen là thuốc dùng để giảm đau và hạ sốt.

### Mục đích

Acetaminophen được sử dụng để làm giảm nhiều loại đau nhức nhẹ như nhức đầu, đau cơ, đau lưng, đau răng, đau bụng kinh, viêm khớp và các cơn đau nhức thường đi kèm với cảm lạnh.

## Sự miêu tả

Thuốc này có sẵn mà không cần toa bác sĩ. Acetaminophen-hoặc APAP –được bán dưới nhiều tên thương hiệu khác nhau, bao gồm Tylenol, Panadol, Aspirin Free Anacin và Bayer Select Maximum Strength Headache Pain Relief Formula. Nhiều loại thuốc trị cảm lạnh, cúm và xoang đa triệu chứng cũng chứa acetaminophen. Kiểm tra các thành phần được liệt kê trên hộp đựng để xem sản phẩm có chứa acetaminophen hay không.

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng acetaminophen làm giảm đau và hạ sốt tốt như aspirin. Nhưng có sự khác biệt giữa hai loại thuốc phổ biến này. Acetaminophen ít có khả năng gây kích ứng dạ dày hơn aspirin. Tuy nhiên, không giống như aspirin, acetaminophen không làm giảm tình trạng đỏ, cứng hoặc sưng tấy do viêm khớp.

## Liều lượng khuyến cáo

Liều thông thường cho người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên là 325-650 mg mỗi 4-6 giờ nếu cần. Không nên uống quá 4 gram (4000 mg) trong 24 giờ.

Vì thuốc có thể gây hại cho gan nên những người uống rượu với số lượng lớn nên dùng ít acetaminophen hơn đáng kể và có thể nên tránh dùng thuốc hoàn toàn.

Đối với trẻ em từ 6-11 tuổi, liều thông thường là 150-300 mg, ba đến bốn lần một ngày. Kiểm tra với bác sĩ về liều lượng cho trẻ em dưới 6 tuổi.

### Các biện pháp phòng ngừa

Không bao giờ dùng nhiều hơn liều lượng khuyến cáo của acetaminophen trừ khi bác sĩ hoặc nha sĩ yêu cầu làm như vậy.

Bệnh nhân không nên sử dụng acetaminophen quá 10 ngày để giảm đau (5 ngày đối với trẻ em) hoặc quá 3 ngày để hạ sốt, trừ khi có chỉ định của bác sĩ. Nếu các triệu chứng không biến mất–hoặc nếu chúng trở nên trầm trọng hơn–hãy liên hệ với bác sĩ. Bất kỳ ai uống từ ba đồ uống có cồn trở lên mỗi ngày nên kiểm tra với bác sĩ trước khi sử dụng loại thuốc này và không bao giờ nên dùng nhiều hơn liều lượng khuyến cáo. Nguy cơ tổn thương gan tồn tại khi kết hợp một lượng lớn rượu và acetaminophen. Những người đã mắc bệnh thận, gan hoặc nhiễm trùng gan cũng nên tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi sử dụng thuốc. Phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú cũng nên như vậy.

Hút thuốc lá có thể ảnh hưởng đến hiệu quả của acetaminophen. Những người hút thuốc có thể cần dùng thuốc với liều lượng cao hơn, nhưng không nên dùng nhiều hơn liều lượng khuyến cáo hàng ngày trừ khi bác sĩ yêu cầu làm như vậy.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Viêm khớp - Viêm khớp.** Tình trạng này gây đau và sưng tấy.

**Mệt mỏi-Sụt mệt mỏi** về thể chất hoặc tinh thần.

**Viêm-Một phản ứng đối với kích ứng, nhiễm trùng hoặc chấn thương,** dẫn đến đau, tấy đỏ và sưng tấy.

Nhiều loại thuốc có thể tương tác với nhau. Tham khảo ý kiến bác sĩ hoặc dược sĩ trước khi kết hợp acetaminophen với bất kỳ loại thuốc nào khác. Không sử dụng hai sản phẩm có chứa acetaminophen khác nhau cùng một lúc.

Acetaminophen can thiệp vào kết quả của một số xét nghiệm y tế. Trước khi thực hiện các xét nghiệm y tế, hãy kiểm tra xem liệu dùng acetaminophen có ảnh hưởng đến kết quả hay không.

Có thể cần phải tránh dùng thuốc vài ngày trước khi xét nghiệm.

## Phản ứng phụ

Acetaminophen gây ra ít tác dụng phụ. Phổ biến nhất là chóng mặt. Một số người có thể cảm thấy run rẩy và đau ở bên hông hoặc lưng dưới. Phản ứng dị ứng có xảy ra ở một số người nhưng rất hiếm. Bất cứ ai xuất hiện các triệu chứng như phát ban, sưng tấy hoặc khó thở sau khi dùng acetaminophen nên ngừng dùng thuốc và được chăm sóc y tế ngay lập tức. Các tác dụng phụ hiếm gặp khác bao gồm da hoắc mắt vàng, chảy máu hoắc bầm tím bất thường, suy nhược, mệt mỏi, phân có máu hoắc đen, nước tiểu có máu hoắc đục và lượng nước tiểu giảm đột ngột.

Quá liều acetaminophen có thể gây buồn nôn, nôn, đổ mồ hôi và kiệt sức. Quá liều rất lớn có thể gây tổn thương gan. Trong trường hợp quá liều, hãy đến cơ sở y tế ngay lập tức.

## Tương tác

Acetaminophen có thể tương tác với nhiều loại thuốc khác. Khi điều này xảy ra, tác dụng của một hoặc cả hai loại thuốc có thể thay đổi hoặc nguy cơ tác dụng phụ có thể lớn hơn. Trong số các loại thuốc có thể tương tác với acetaminophen là rượu, thuốc chống viêm không steroid (NSAID) như Motrin, thuốc tránh thai đường uống, thuốc chống động kinh phenytoin (Dilantin), thuốc làm loãng máu warfarin (Coumadin), bệnh chole. -thuốc hạ cholesterol cholestyramine (Questran), kháng sinh Isoniazid và zidovudine (Retrovir, AZT).

Kiểm tra với bác sĩ hoặc dược sĩ trước khi kết hợp acetaminophen với bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc không kê đơn (không kê đơn) nào khác.

Nancy Ross-Flanigan

### Axit axetylsalicylic xem Aspirin

## Achalasia

### Sự định nghĩa

Achalasia là một rối loạn của thực quản cản trở hoạt động nuốt bình thường.

### Sự miêu tả

Achalasia ảnh hưởng đến thực quản, ống dẫn thức ăn được nuốt từ sau cổ họng xuống dạ dày. Một vòng cơ gọi là cơ vòng thực quản dưới bao quanh thực quản ngay phía trên lối vào dạ dày. Cơ vòng này thường co lại để đóng thực quản. Khi cơ vòng đóng lại, các chất trong dạ dày không thể chảy ngược vào thực quản. Chảy ngược của các chất trong dạ dày (trào ngược) có thể gây kích ứng và viêm thực quản, gây ra các triệu chứng như ợ nóng. Hành động nuốt gây ra một làn sóng co thắt thực quản gọi là nhu động. Nhu động đầy thức ăn dọc theo thực quản. Thông thường, nhu động làm cho cơ thắt thực quản thư giãn và cho phép thức ăn vào dạ dày. Trong chứng co thắt tâm vị, có nghĩa là "không thể thư giãn", cơ thắt thực quản vẫn co lại. Nhu động bình thường bị gián đoạn và thức ăn không thể vào dạ dày.

### Nguyên nhân và triệu chứng

#### Nguyên nhân

Achalasia là do sự thoái hóa của các tế bào thần kinh thường ra tín hiệu cho não thư giãn cơ thắt thực quản. Nguyên nhân cuối cùng của sự thoái hóa này vẫn chưa được biết. Bệnh tự miễn hoặc nhiễm trùng tiềm ẩn

tình trạng bị nghi ngờ.

#### Triệu chứng

Chứng khó nuốt hoặc khó nuốt là triệu chứng phổ biến nhất của bệnh achalasia. Người bị co thắt tâm vị thường gặp khó khăn khi nuốt cả thức ăn lỏng và rắn, thường có cảm giác thức ăn "bị mắc kẹt" trên đường đi xuống. Người bị đau ngực thường bị nhầm lẫn với chứng đau thắt ngực (đau tim). Ợ nóng và khó ợ hơi

là phổ biến. Các triệu chứng thường trớ nên tồi tệ hơn. Các triệu chứng khác có thể bao gồm ho vào ban đêm hoặc viêm phổi tái phát do thức ăn đi vào đường hô hấp dưới.

### Chẩn đoán

Chẩn đoán achalasia bắt đầu bằng việc hỏi bệnh sử cẩn thận. Bệnh sử nên tập trung vào thời điểm xuất hiện các triệu chứng và loại bỏ các tình trạng bệnh lý khác có thể gây ra các triệu chứng tương tự. Các xét nghiệm được sử dụng để chẩn đoán achalasia bao gồm:

- Đo áp lực thực quản. Trong xét nghiệm này, một ống mỏng được đưa vào thực quản để đo áp lực do cơ vòng thực quản gây ra. • Chụp X quang thực quản. Barium có thể được nuốt để hoạt động như một chất tương phản. Barium tiết lộ đường viền của thực quản chi tiết hơn và giúp dễ dàng nhìn thấy sự co thắt của nó ở cơ thắt.
- Nội soi. Trong thử nghiệm này, một ống chứa thấu kính và nguồn sáng được đưa vào thực quản. Nội soi được sử dụng để quan sát trực tiếp bề mặt thực quản. Xét nghiệm này cũng có thể phát hiện các khối u gây ra các triệu chứng giống như chứng co thắt tâm vị. Ung thư thực quản xảy ra như một biến chứng của chứng co thắt tâm vị ở 2-7% bệnh nhân.

### Sự đối đãi

Phương pháp điều trị đầu tiên cho bệnh achalasia là làm giãn bằng bóng. Trong thủ tục này, một màng bơm hơi hoặc bóng bong được đưa qua thực quản đến cơ vòng và bơm phồng lên để buộc cơ vòng mở ra. Sự giãn nở có hiệu quả ở khoảng 70% bệnh nhân.

- Ba phương pháp điều trị khác được sử dụng cho bệnh achalasia khi sự giãn nở của bong bóng là không phù hợp hoặc không thể chấp nhận được.
  - Tiêm độc tố botulinum. Khi được tiêm vào cơ thắt, độc tố botulinum làm te liệt cơ và cho phép nó thư giãn. Các triệu chứng thường quay trở lại trong vòng một đến hai năm.
  - Phẫu thuật cắt thực quản. Thủ tục phẫu thuật này cắt cơ vòng để cho phép thực quản mở ra. Phẫu thuật cắt bỏ thực quản đang trở nên phổ biến hơn với sự phát triển của các kỹ thuật cho phép thực hiện các vết mổ rất nhỏ ở bụng.
  - Điều trị bằng thuốc. Nifedipine, thuốc chẹn kênh canxi, làm giảm co cơ. Dùng hàng ngày, loại thuốc này giúp giảm đau cho khoảng 2/3 số bệnh nhân trong thời gian tối đa là 2 năm.

### Tiên lượng

Hầu hết bệnh nhân bị co thắt tâm vị đều có thể được điều trị hiệu quả. Achalasia không làm giảm tuổi thọ trừ khi ung thư biểu mô thực quản phát triển.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Độc tố Botulinum**—Bất kỳ nhóm độc tố vi khuẩn mạnh hoặc chất độc nào được tạo ra bởi các chủng vi khuẩn Clostridium botulinum khác nhau. Chất độc gây té liệt cơ.

**Chứng khó nuốt–khó nuốt.**

**Nội soi**—Một xét nghiệm trong đó một thiết bị quan sát và nguồn sáng được đưa vào thực quản bằng một ống mềm. Nội soi cho phép kiểm tra trực quan thực quản để tìm những bất thường.

**Đo áp lực thực quản**—Một xét nghiệm trong đó một ống mỏng được đưa vào thực quản để đo mức độ áp lực do các cơ của thành thực quản gây ra.

**Cơ thắt thực quản**—Một dải cơ tròn đóng vài cm cuối cùng của thực quản và ngăn dạ dày trào ngược

nội dung.

**Cắt thực quản**—Một vết mổ phẫu thuật xuyên qua mô cơ của thực quản.

**Thực quản**—Ống cơ dẫn từ phía sau cổ họng đến lối vào dạ dày.

**Nhu động**—Làn sóng co cơ trơn nhíp nhàng, phối hợp đẩy thức ăn qua đường tiêu hóa.

**Trào ngược**—Một dòng chảy ngược hoặc quay trở lại bất thường của chất lỏng.

**Phòng ngừa**

Không có cách nào để ngăn ngừa chứng achalasia.

**Tài nguyên**

SÁCH

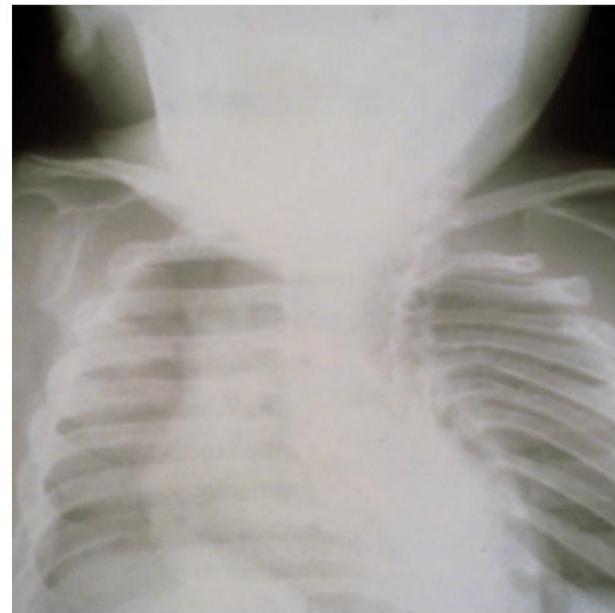
Grendell, James H., Kenneth R. McQuaid và Scott L. Friedman, biên tập. Chẩn đoán và điều trị hiện tại trong khoa tiêu hóa. Stamford: Appleton & Lange, 1996.

Richard Robinson

**Chứng loạn sản sụn**

**Sự định nghĩa**

Achondroplasia là nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh lùn, hoặc tầm vóc ngắn bất thường đáng kể.



Hình ảnh chụp X-quang đầu và ngực của một người bị loạn sản sụn. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

**Sự miêu tả**

Chứng loạn sản sụn là một trong nhiều bệnh loạn dưỡng sụn, trong đó sự phát triển của sụn và do đó xương bị xáo trộn. Rối loạn này xuất hiện ở khoảng 1/10.000 ca sinh. Chứng loạn sản sụn thường được chẩn đoán khi sinh do hình dáng đặc trưng của trẻ sơ sinh.

Sự phát triển bình thường của xương phụ thuộc vào việc sản xuất sụn (một mô liên kết dạng sợi). Theo thời gian, canxi sẽ lắng đọng trong sụn, khiến nó cứng lại và trở thành xương. Trong chứng loạn sản sụn, những bất thường của quá trình này khiến xương (đặc biệt là ở các chi) không thể phát triển lâu như bình thường, đồng thời khiến xương trở nên dày lên bất thường. Các xương trong thân và hộp sọ hầu như không bị ảnh hưởng, mặc dù lỗ sọ mà tủy sống đi qua (lỗ lớn) thường hẹp hơn bình thường và lỗ (ống tủy) mà tủy sống đi qua. Tủy sống chạy ở xương lưng (đốt sống) ngày càng nhỏ đi một cách bất thường dọc theo chiều dài của cột sống.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

Achondroplasia là do khiếm khuyết di truyền. Đó là một đặc điểm nổi trội, có nghĩa là bất kỳ ai có khiếm khuyết di truyền sẽ biểu hiện tất cả các triệu chứng của rối loạn. Cha mẹ mắc chứng rối loạn này có 50% khả năng truyền bệnh

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Sụn-Một loại mô liên kết mềm dẻo, dạng sợi, đóng vai trò là nền tảng để xương được hình thành.

Foramen magnum-Lỗ mở ở đáy của hộp sọ, qua đó tủy sống và não đi qua.

Não úng thủy - Sự tích tụ bất thường của chất lỏng bên trong não. Sự tích lũy này có thể

phá hủy bằng cách nhấn vào cấu trúc não, và làm tổn hại họ.

Đột biến-Một sự thay đổi mới, vĩnh viễn trong cấu trúc của một gen, có thể dẫn đến cấu trúc hoặc chức năng bất thường ở một nơi nào đó trong cơ thể.

Ống sống-Lỗ mở chạy qua trung tâm của cột xương cột sống (đốt sống), và qua đó tủy sống đi qua.

Đốt sống-Các xương riêng lẻ của cột sống được xếp chồng lên nhau. Ở đó là một lỗ ở giữa mỗi xương, xuyên qua mà tủy sống đi qua.

tiếp đến con cháu. Mặc dù chứng loạn sản sụn có thể truyền lại cho con cháu sau này, phần lớn các trường hợp xảy ra do một đột biến mới (thay đổi) trong gen. Điều thú vị là khiếm khuyết được thấy ở chứng loạn sản sụn là một trong những chỉ có một số khiếm khuyết được biết là có tiền suất tăng theo tuổi của người cha ngày càng tăng (nhiều khuyết tật di truyền là liên quan đến tuổi mẹ tăng lên).

Người mắc chứng loạn sản sụn có thân hình ngắn bất thường tay và chân. Thân của chúng thường có kích thước bình thường, cũng như Đầu của họ. Sự xuất hiện của chân tay ngắn và bình thường kích thước đầu thực sự làm cho đầu có vẻ quá khổ. Sóng mũi thường có hình dạng héch lén được gọi là "mũi yên ngựa". Phần lưng dưới có độ cong bất thường hoặc bị lệch về phía sau. Khuôn mặt thường biểu hiện một trán quá nổi và khuôn mặt tương đối thiếu phát triển ở vùng hàm trên. Bởi vì lỗ chẩm và ống sống bất thường bị thu hẹp, tần thương thần kinh có thể xảy ra nếu tủy sống hoặc dây thần kinh bị chèn ép. Lỗ Magnum bị thu hẹp có thể làm gián đoạn dòng chảy bình thường của chất lỏng giữa não và tủy sống, dẫn đến sự tích tụ quá nhiều chất lỏng trong não (não úng thủy). Những đứa trẻ mắc chứng loạn sản sụn có nguy cơ mắc bệnh nghiêm trọng và rất cao khiếm trung tai giữa lặp đi lặp lại, có thể dẫn đến mất thính giác. Bệnh không ảnh hưởng đến năng lực trí tuệ cũng như khả năng sinh sản.

**Chẩn đoán**

Chẩn đoán thường được thực hiện khi mới sinh do đặc điểm chân tay ngắn và hình dạng đầu to. Kiểm tra bằng tia X sẽ cho thấy hình dáng đặc trưng của xương, với xương của các chi có vẻ ngắn chiều dài nhưng lại rộng về chiều rộng. Một số phép đo của xương trong ảnh chụp X-quang sẽ bộc lộ tỷ lệ bất thường.

**Sự đối đãi**

Không có phương pháp điều trị nào có thể đảo ngược được khiếm khuyết hiện có trong bệnh achondroplasia. Tất cả bệnh nhân mắc bệnh sẽ bị lùn, các chi, thân và đầu có tỷ lệ cân đối bất thường. Điều trị chứng loạn sản sụn chủ yếu giải quyết một số vấn đề các biến chứng của rối loạn, bao gồm các vấn đề do chèn ép dây thần kinh, não úng thủy, chân cong và đường cong bất thường ở cột sống. Trẻ bị achondroplasia bị khiếm trung tai giữa (viêm tai giữa cấp tính) media) sẽ cần điều trị nhanh chóng bằng kháng sinh và theo dõi cẩn thận để tránh mất thính lực.

**Tiên lượng**

Achondroplasia là một căn bệnh có thể gây ra biến dạng đáng kể. Tuy nhiên, với sự chú ý cẩn thận đến sự phát triển của các biến chứng nguy hiểm (thần kinh nén, não úng thủy), hầu hết mọi người đều ở tình trạng tốt khỏe mạnh và có thể sống một cuộc sống bình thường.

**Phòng ngừa**

Hình thức phòng ngừa duy nhất là thông qua di truyền tư vấn, có thể giúp cha mẹ đánh giá nguy cơ mắc bệnh có một đứa con mắc chứng loạn sản sụn.

**Tài nguyên****SÁCH**

Hall, Bryan D. "Achondroplasia." Trong Sách giáo khoa Nhi khoa Nelson, ed. Richard E. Behrman. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.

Horton, WA và JT Hecht. "Các bệnh loạn sản sụn." TRONG Mô liên kết và các rối loạn di truyền của nó, ed. RM Royce và B. Steinmann. Somerset, NJ: Wiley-Liss, 1993.

Krane, Stephen M. và Alan L. Schiller. "Chứng loạn sản sụn." TRONG Nguyên tắc nội khoa của Harrison, ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

Whyte, Michael, P. "Achondroplasia." Trong sách giáo khoa của Cecil Y học, biên tập. J. Claude Bennett và Fred Plum. Philadelphia: WB Saunders Co., 1996.

**TỔ CHỨC**

Những người dân nhỏ của Mỹ, c/o Mary Carten. 7238 Piedmont Lái xe, Dallas, TX 75227-9324. (800) 243-9273.

Rosalyn Carson-DeWitt, MD

## Achromatopsia xem Bệnh mù màu

### Chứng khó tiêu do axit xem ợ nóng

#### Xét nghiệm phosphatase axit

##### Sự định nghĩa

Axit phosphatase là một loại enzyme được tìm thấy khắp cơ thể, nhưng chủ yếu ở tuyến tiền liệt. Giống như tất cả các enzyme, nó cần thiết để kích hoạt các phản ứng hóa học cụ thể. Xét nghiệm phosphatase axit được thực hiện để chẩn đoán xem ung thư tuyến tiền liệt có lan sang các bộ phận khác của cơ thể hay không (di căn) và để kiểm tra hiệu quả điều trị. Xét nghiệm này phần lớn đã được thay thế bằng xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA).

##### Mục đích

Tuyến tiền liệt của nam giới có lượng axit phosphatase cao gấp 100 lần so với bất kỳ mô cơ thể nào khác. Khi ung thư tuyến tiền liệt lan sang các bộ phận khác của cơ thể, nồng độ axit phosphatase sẽ tăng lên, đặc biệt nếu ung thư lan đến xương. Một nửa đến ba phần tư số người bị ung thư tuyến tiền liệt di căn có nồng độ axit phosphatase cao. Mức độ giảm sau khi khối u được loại bỏ hoặc giảm bớt thông qua điều trị.

Các mô khác ngoài tuyến tiền liệt có một lượng nhỏ axit phosphatase, bao gồm xương, gan, lá lách, thận, hồng cầu và tiểu cầu. Tần số các mô này gây ra sự gia tăng vừa phải nồng độ axit phosphatase.

Acid phosphatase tập trung rất nhiều trong tinh dịch. Các cuộc điều tra hiếp dâm thường sẽ bao gồm việc kiểm tra sự hiện diện của axit phosphatase trong dịch âm đạo.

##### Các biện pháp phòng ngừa

Đây không phải là xét nghiệm sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt. Nồng độ phosphatase axit chỉ tăng sau khi ung thư tuyến tiền liệt đã di căn.

##### Sự miêu tả

Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm đo lượng axit phosphatase trong máu của một người và có thể xác định loại enzyme này đến từ mô nào. Ví dụ, điều quan trọng là phải biết liệu axit phosphatase tăng lên là do tuyến tiền liệt hay hồng cầu. Axit phosphatase từ tuyến tiền liệt, được gọi là axit phosphatase tuyến tiền liệt (PAP), là loại axit phosphatase có ý nghĩa nhất về mặt y tế.

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Enzyme**—Một chất cần thiết để kích hoạt các phản ứng hóa học cụ thể.

**Di căn**—Lây lan sang các bộ phận khác của cơ thể; thường để cập đến bệnh ung thư.

**Tuyến tiền liệt**—Một tuyến của hệ thống sinh sản nam giới.

Sự khác biệt nhỏ giữa phosphatase của axit tuyến tiền liệt và phosphatase của axit từ các mô khác khiến chúng phản ứng khác nhau trong phòng thí nghiệm khi trộn với một số hóa chất. Ví dụ, thêm tartrate hóa học vào hỗn hợp thử nghiệm sẽ ức chế hoạt động của phosphatase tiền tĩnh điện nhưng không ức chế hoạt động của phosphatase axit hồng cầu. Các phương pháp xét nghiệm trong phòng thí nghiệm dựa trên những khác biệt này cho thấy tổng lượng axit phosphatase của một người có nguồn gốc từ tuyến tiền liệt là bao nhiêu. Kết quả thường có vào ngày hôm sau.

##### Chuẩn bị Xét

nghiệm này yêu cầu lấy khoảng 5-10 mL máu.

Bệnh nhân không nên khám trực tràng hoặc xoa bóp tuyến tiền liệt trong hai đến ba ngày trước khi làm xét nghiệm.

##### Chăm sóc sau

Cảm giác khó chịu hoặc bầm tím có thể xảy ra ở vị trí đâm thủng và người bệnh có thể cảm thấy chóng mặt hoặc ngất xỉu. Áp lực lên vị trí đâm thủng cho đến khi máu ngừng chảy sẽ làm giảm vết bầm tím. Chườm ấm vào vị trí đâm thủng sẽ làm giảm bớt sự khó chịu.

##### Kết quả bình thường

Kết quả bình thường khác nhau tùy theo phòng thí nghiệm và phương pháp được sử dụng.

##### Kết quả bất thường

Mức độ axit phosphatase cao nhất được tìm thấy trong ung thư tuyến tiền liệt di căn. Các bệnh về xương, chẳng hạn như bệnh Paget hoặc cường cản giáp; các bệnh về tế bào máu, chẳng hạn như bệnh hồng cầu hình liềm hoặc đa u túy; hoặc rối loạn lysosomal, chẳng hạn như bệnh Gaucher, sẽ có mức độ tăng vừa phải.

Một số loại thuốc có thể làm tăng hoặc giảm tạm thời nồng độ phosphatase axit. Thảo tác tuyến tiền liệt thông qua xoa bóp, sinh thiết hoặc khám trực tràng trước khi xét nghiệm có thể làm tăng mức độ.

**Mụn**

Tài nguyên

SÁCH

Hướng dẫn xét nghiệm và chẩn đoán trong phòng thí nghiệm. tái bản lần thứ 5. Ed.

Cá hồi Francis. Philadelphia: Lippincott, 1996.

Garza, Diana và Kathleen Beagan-McBride. phẫu thuật cắt bỏ tĩnh mạch

Sở tay. tái bản lần thứ 4. Stamford: Appleton &amp; Lange, 1996.

**ĐỊNH KỲ**

Moul, Judd W., và cộng sự. "Giá trị đương đại của tiền xu lý-

Men Phosphatase axit tuyến tiền liệt để dự đoán giai đoạn bệnh lý và sự tái phát trong các trường hợp cắt bỏ tuyến tiền liệt triệt để."

Tạp chí Tiết niệu (tháng 3 năm 1998): 935-940.

Nancy J. Nordenson

**Trào ngược axit xem ở chua****Nhiễm toan xem Nhiễm toan hô hấp; Nhiễm toan ống thận; Nhiễm toan chuyển hóa****Mụn****Sự định nghĩa**

Mụn trứng cá là một bệnh về da phổ biến đặc trưng bởi mụn nhọt ở mặt, ngực và lưng. Nó xảy ra khi lỗ chân lông của da bị tắc nghẽn do dầu, tế bào da chết và vi khuẩn.

**Sự miêu tả**

Mụn trứng cá, thuật ngữ y học cho mụn trứng cá thông thường, là bệnh về da phổ biến nhất. Nó ảnh hưởng đến gần 17 triệu người ở Hoa Kỳ. Mặc dù mụn trứng cá có thể phát sinh ở mọi lứa tuổi nhưng nó thường bắt đầu ở tuổi dậy thì và trở nên trầm trọng hơn ở tuổi thiếu niên. Gần 85% số người bị mụn trứng cá ở độ tuổi từ 12-25. Có tới 20% phụ nữ bị mụn trứng cá nhẹ. Nó cũng được tìm thấy ở một số trẻ sơ sinh.

Các tuyến bã nhờn nằm ngay dưới bề mặt da. Chúng tạo ra một loại dầu gọi là bã nhờn, chất dưỡng ẩm tự nhiên của da. Những tuyến này và các nang lông chứa chúng được gọi là nang bã nhờn.

Những nang này mở ra trên da thông qua lỗ chân lông. Ở tuổi dậy thì, nồng độ androgen (nội tiết tố nam) tăng cao khiến các tuyến tiết ra quá nhiều bã nhờn. Khi bã nhờn dư thừa kết hợp với các tế bào da chết, dinh, sê hinh thành một nút cứng hoặc mụn trứng cá làm tắc nghẽn lỗ chân lông. Mụn trứng cá không viêm nhẹ bao gồm hai loại mụn trứng cá là mụn dầu trắng và mụn dầu đen.

Các loại mụn trứng cá viêm ở mức độ vừa và nặng xảy ra sau khi nang lông bị tắc bị xâm nhập bởi Propioni-bacteria Acnes, một loại vi khuẩn thường sống trên bề mặt da.

da. Mụn hình thành khi nang trứng bị tắc thương yếu đi và vỡ ra, giải phóng bã nhờn, vi khuẩn, da và bạch cầu vào các mô xung quanh. Mụn viêm gần bề mặt da được gọi là mụn sần; khi vào sâu hơn gọi là mụn mủ. Loại mụn trứng cá nghiêm trọng nhất bao gồm u nang (túi kín) và nốt sần (sưng cứng). Sẹo xảy ra khi các tế bào da mới được hình thành để thay thế các tế bào bị tổn thương.

Các vị trí nổi mụn phổ biến nhất là mặt, ngực, vai và lưng vì đây là những bộ phận trên cơ thể tập trung nhiều nang bã nhờn nhất.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

Nguyên nhân chính xác của mụn trứng cá là không rõ. Một số rủi ro yếu tố đã được xác định:

- Tuổi. Do sự thay đổi nội tiết tố mà họ gặp phải, thanh thiếu niên có nhiều khả năng bị mụn trứng cá hơn.
- Giới tính. Con trai bị mụn trứng cá nặng hơn và phát triển thường xuyên hơn các bé gái.
- Bệnh. Rối loạn nội tiết tố có thể làm tình trạng mụn trở nên phức tạp hơn ở các bạn gái.
- Di truyền. Những người có tiền sử gia đình bị mụn trứng cá có nguy cơ mắc bệnh cao hơn. • Thay đổi nội tiết tố.

Mụn trứng cá có thể bùng phát trước khi có kinh, khi mang thai và mãn kinh. • Ăn kiêng. Không có loại thực phẩm nào gây ra mụn trứng cá, nhưng một số loại thực phẩm có thể gây mụn trứng cá.

- Thuốc. Mụn trứng cá có thể là tác dụng phụ của các loại thuốc bao gồm thuốc an thần, thuốc chống trầm cảm, thuốc kháng sinh, thuốc tránh thai và steroid đồng hóa.
- Vệ sinh cá nhân. Xà phòng có tính mài mòn, chà mạnh hoặc nặn mụn sẽ khiến tình trạng mụn trở nên trầm trọng hơn. • Mỹ phẩm. Thuốc xịt tóc và trang điểm dầu khiến tình trạng trờ nên tồi tệ hơn mụn.
- Môi trường. Tiếp xúc với dầu mỡ, không khí ô nhiễm và đồ mồ hôi khi thời tiết nóng bức khiến tình trạng mụn trở nên trầm trọng hơn.
- Nhấn mạnh. Căng thẳng cảm xúc có thể góp phần gây ra mụn trứng cá.

Mụn trứng cá thường không dễ thấy, mặc dù tổn thương viêm có thể gây đau, nhức, ngứa hoặc sưng. Khía cạnh đáng lo ngại nhất của những tổn thương này là ảnh hưởng tiêu cực đến thẩm mỹ và khả năng để lại sẹo. Một số người, đặc biệt là thanh thiếu niên, trở nên khó chịu về tình trạng của mình và gặp khó khăn trong việc hình thành các mối quan hệ hoặc giữ việc làm.

**Chẩn đoán**

Bệnh nhân bị mụn trứng cá thường được bác sĩ gia đình điều trị.

Những trường hợp phức tạp được chuyển đến bác sĩ da liễu, bác sĩ da liễu

chuyên gia về bệnh, hoặc bác sĩ nội tiết, chuyên gia điều trị các bệnh về hệ thống nội tiết (hormone và tuyến) của cơ thể.

Mụn có biểu hiện đặc trưng và không khó chẩn đoán. Bác sĩ sẽ hỏi bệnh sử đầy đủ, bao gồm các câu hỏi về chăm sóc da, chế độ ăn uống, các yếu tố gây bùng phát, sử dụng thuốc và điều trị trước đó.

Khám thực thể bao gồm mặt, cổ trên, ngực, vai, lưng và các vùng bị ảnh hưởng khác. Dưới ánh sáng tốt, bác sĩ sẽ xác định loại và số lượng khuyết điểm, chúng có bị viêm hay không, sâu hay nông và có sẹo hay đổi màu da hay không.

Ở thanh thiếu niên, mụn thường xuất hiện ở trán, mũi và cằm. Khi mọi người già đi, mụn trứng cá có xu hướng xuất hiện ở phần bên ngoài của khuôn mặt. Phụ nữ trưởng thành có thể bị mụn ở cằm và quanh miệng. Người cao tuổi có thể xuất hiện mụn đầu trắng, mụn đầu đen ở má trên và vùng da quanh mắt.

Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm không được thực hiện trừ khi bệnh nhân có biểu hiện rối loạn nội tiết tố hoặc vấn đề y tế khác. Trong trường hợp này, phân tích máu hoặc các xét nghiệm khác có thể được yêu cầu. Hầu hết các chương trình bảo hiểm đều chỉ trả chi phí chẩn đoán và điều trị mụn trứng cá.

### Sự đối đãi

Điều trị mụn trứng cá bao gồm giảm sản xuất bã nhờn, loại bỏ tế bào da chết và tiêu diệt vi khuẩn bằng thuốc bôi và thuốc uống. Lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào mức độ mụn nhẹ, trung bình hay nghiêm trọng.

### Thuốc

**THUỐC DƯỢC PHẨM.** Điều trị mụn trứng cá không viêm nhẹ bao gồm giảm sự hình thành mụn mới bằng tretinoin, benzoyl peroxide, adapalene hoặc axit salicylic tại chỗ. Tretinoin đặc biệt hiệu quả vì nó làm tăng tốc độ thay thế (chết và thay thế) tế bào da. Khi có biến chứng viêm, thuốc kháng sinh tại chỗ có thể được thêm vào phác đồ điều trị.

Sự cải thiện thường được nhìn thấy trong hai đến bốn tuần.

Thuốc bôi tại chỗ có sẵn ở dạng kem, gel, kem dưỡng da hoặc các chế phẩm dạng miếng lót với nồng độ khác nhau. Chúng bao gồm thuốc kháng sinh (tác nhân tiêu diệt vi khuẩn), chẳng hạn như ery-thromycin, clindamycin (Cleocin-T) và mectocycline (Meclan); chất làm tiêu mụn (chất làm lỏng các nút cứng và lỗ chân lông mở) chẳng hạn như tretinoin axit vitamin A (Retin-A), axit salicylic, adapalene (Differin), resorcinol và lưu huỳnh. Các loại thuốc có tác dụng làm tiêu mụn và kháng sinh, chẳng hạn như benzoyl peroxide, axit azelaic (Azelex), hoặc benzoyl peroxide cộng với erythromycin (Benza-



Mụn

mụn trứng cá ảnh hưởng đến khuôn mặt của phụ nữ. Mụn trứng cá là tên gọi chung cho một chứng rối loạn về da trong đó tuyến bã nhờn bị viêm. (Ảnh của Biophoto Associates, Photo Research, Inc. Được sao chép theo sự cho phép.)

mycin), cũng được sử dụng. Những loại thuốc này có thể được sử dụng trong nhiều tháng đến nhiều năm để kiểm soát bệnh.

Sau khi rửa bằng xà phòng nhẹ, thuốc được bôi riêng lẻ hoặc kết hợp, một hoặc hai lần một ngày trên toàn bộ vùng da bị ảnh hưởng. Các tác dụng phụ có thể xảy ra bao gồm mẩn đỏ nhẹ, bong tróc, kích ứng, khô và tăng độ nhạy cảm với ánh sáng mặt trời nên cần sử dụng kem chống nắng.

**THUỐC UỐNG.** Thuốc kháng sinh đường uống được dùng hàng ngày trong hai đến bốn tháng. Các loại thuốc được sử dụng bao gồm tetracycline, erythromycin, minocycline (Minocin), doxycycline, clin-damycin (Cleocin) và trimethoprim-sulfamethoxazole (Bactrim, Septra). Các tác dụng phụ có thể xảy ra bao gồm phản ứng dị ứng, khó chịu ở dạ dày, nhiễm trùng nấm âm đạo, chóng mặt và đổi màu răng.

Mục tiêu điều trị mụn trứng cá ở mức độ vừa phải là giảm viêm và ngăn ngừa sự hình thành mụn trứng cá mới. Một phương pháp điều trị hiệu quả là tretinoin tại chỗ cùng với thuốc bôi tại chỗ.

## Mụn

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Androgens– Hormone sinh dục nam** có liên quan đến sự phát triển của mụn trứng cá.

Thuốc kháng androgen–Thuốc ức chế sản xuất androgen.

Thuốc kháng sinh–Thuốc diệt vi khuẩn.

**Comedo**–Một khối mụn cứng bao gồm bã nhờn và tế bào da chết. Loại mụn nhẹ nhất.

**Comedolytic**–Thuốc phá vỡ mụn trứng cá và làm thông thoáng lỗ chân lông bị tắc.

**Corticosteroid**–Một nhóm hormone do tuyến thượng thận sản xuất với các chức năng khác nhau, bao gồm điều hòa cân bằng chất lỏng, hoạt động androgen và phản ứng với tình trạng viêm.

**Estrogen**–Hormone được sản xuất bởi buồng trứng, tuyến sinh dục nữ.

**Isotretinoin**–Một loại thuốc làm giảm sản xuất bã nhờn và làm khô mụn trứng cá.

**Nang bã nhờn**–Một cấu trúc được tìm thấy trong da, nơi chứa các tuyến sản xuất dầu và nang lông, nơi hình thành mụn nhọt.

**Bã nhờn**–Một loại kem dưỡng ẩm cho da dầu được sản xuất bởi tuyến bã nhờn.

**Tretinoin**–Một loại thuốc hoạt động bằng cách tăng tốc độ tái tạo tế bào da (chết và thay thế).

hoặc kháng sinh đường uống. Sự kết hợp giữa benzoyl per-oxide tại chỗ và erythromycin cũng rất hiệu quả. Sự cải thiện thường thấy trong vòng bốn đến sáu tuần, nhưng việc điều trị được duy trì trong ít nhất hai đến bốn tháng.

Một loại thuốc dành riêng để điều trị mụn trứng cá nặng, isotretinoin đường uống (Accutane), làm giảm sản xuất bã nhờn và độ dính của tế bào. Đây là phương pháp điều trị được lựa chọn cho mụn trứng cá nặng có u nang và nốt sần, và được sử dụng có hoặc không có kháng sinh bôi hoặc uống. Dùng trong 4 đến 5 tháng, nó giúp kiểm soát bệnh lâu dài ở 60% bệnh nhân. Nếu mụn xuất hiện trở lại, khoảng 20% bệnh nhân có thể cần một đợt điều trị bằng isotretinoin khác, trong khi 20% bệnh nhân khác có thể đáp ứng tốt với thuốc bôi hoặc kháng sinh đường uống. Các tác dụng phụ bao gồm tình trạng mụn trứng cá trầm trọng hơn tạm thời, da khô, chảy máu mũi, rối loạn thị lực và tăng men gan, mỡ máu và cholesterol. Thuốc này không được dùng trong thời kỳ mang thai vì nó gây dị tật bẩm sinh.

Thuốc kháng androgen, thuốc ức chế sản xuất androgen, được sử dụng để điều trị cho những phụ nữ không đáp ứng với các liệu pháp khác. Một số loại thuốc tránh thai đường uống (đối với

ví dụ, Ortho-Tri-Cyclen) và hormone sinh dục nữ (estrogen) làm giảm hoạt động của hormone trong buồng trứng. Các loại thuốc khác, ví dụ như spironolactone và corticosteroid, làm giảm hoạt động của hormone ở tuyến thượng thận. Quá trình cải thiện có thể mất tới bốn tháng.

**Corticosteroid** đường uống, hoặc thuốc chống viêm, là phương pháp điều trị được lựa chọn cho một loại mụn trứng cá viêm nghiêm trọng nhưng hiếm gặp được gọi là mụn trứng cá tối cấp, chủ yếu gặp ở nam giới vị thành niên. Mụn conglobata, một dạng viêm nặng phổ biến hơn, được đặc trưng bởi nhiều nốt viêm sâu, lành lại và để lại sẹo. Nó được điều trị bằng isotretinoin đường uống và corticosteroid.

## Phương pháp điều trị khác

Một số phương pháp điều trị bằng phẫu thuật hoặc y tế có sẵn để làm giảm mụn trứng cá hoặc sẹo:

- **Chiết xuất nhân mụn.** Mụn trứng cá được loại bỏ khỏi lỗ chân lông bằng một công cụ đặc biệt.
- **Mặt nạ hóa học.** Axit glycolic được dùng để bóc lớp da trên cùng nhằm giảm sẹo.
- **Mài mòn da.** Vùng da bị ảnh hưởng sẽ được đông lạnh bằng hóa chất phenol và loại bỏ bằng cách chải hoặc bào.
- **Ghép cành.** Những vết sẹo sâu được cắt bỏ và khu vực đó được sửa chữa bằng những mảnh ghép da nhỏ.
- **Tiêm vào vết thương.** Corticosteroid được tiêm trực tiếp vào mụn viêm.
- **Tiêm collagen.** Sẹo nông được nâng lên bằng cách tiêm collagen (protein).

## Điều trị thay thế

Các phương pháp điều trị mụn trứng cá thay thế tập trung vào việc làm sạch đúng cách để giữ cho da không có dầu; ăn một chế độ ăn uống cân bằng có nhiều chất xơ, kẽm và thực phẩm tươi sống; và tránh uống rượu, các sản phẩm từ sữa, hút thuốc, caffeine, đường, thực phẩm chế biến sẵn và thực phẩm giàu iốt, chẳng hạn như muối. Ngoài ra, nên bổ sung các loại thảo mộc như rễ cây ngưu bàng (*Arctium lappa*), cỏ ba lá đỏ (*Trifolium pratense*), cây kế sữa (*Silybum marianum*) và các chất dinh dưỡng như axit béo thiết yếu, phức hợp vitamin B, kẽm, vitamin A và crom. Các phương thuốc thảo dược Trung Quốc được sử dụng để trị mụn bao gồm hạt cnidium (*Cnidium monnieri*) và hoa kim ngân (*Lonicera japonica*).

Các bác sĩ hoặc chuyên gia dinh dưỡng toàn diện có thể đề xuất số lượng thích hợp của các loại thảo mộc này.

## Tiên lượng

Mụn trứng cá không thể chữa khỏi được, mặc dù đạt được sự kiểm soát lâu dài ở 60% bệnh nhân được điều trị bằng

isotretinoin. Nó có thể được kiểm soát bằng cách điều trị thích hợp và sự cải thiện phải mất từ hai tháng trở lên. Mụn có xu hướng xuất hiện trở lại khi ngừng điều trị nhưng sẽ tự cải thiện theo thời gian. Mụn viêm có thể để lại sẹo cần điều trị thêm.

## Phòng ngừa

- Không có cách nào chắc chắn để ngăn ngừa mụn trứng cá, nhưng những cách sau đây có thể thực hiện các bước hạ thấp để giảm thiểu cơn bùng phát:
- rửa nhẹ nhàng vùng bị ảnh hưởng một hoặc hai lần mỗi ngày
  - tránh chất tẩy rửa có tính ăn mòn
  - sử dụng đồ trang điểm và kem dưỡng ẩm không gây mụn • gội đầu thường xuyên và cạo lông mặt • ăn một chế độ ăn uống cân bằng, tránh các thực phẩm gây bùng phát bệnh
  - trừ khi có yêu cầu khác, hạn chế tiếp xúc với ánh nắng mặt trời cho mụn khô
  - không nặn hoặc nặn mụn
  - giảm căng thẳng

## Tài nguyên

### SÁCH

- Balch, James F. và Phyllis A. Balch. "Rối loạn: Mụn trứng cá." Trong *Đơn thuốc để chữa bệnh bằng dinh dưỡng*, ed. Amy C. Tecklenburg và cộng sự. New York: Nhóm xuất bản Avery, 1997.
- Bark, Joseph P. *Làn da của bạn: Hướng dẫn dành cho chủ sở hữu*. Vách đá Englewood, NJ: Hội trường Prentice, 1995.
- Goldstein, Sanford M. và Richard B. Odom. "Da & Phản ứng: Rối loạn mụn mủ." Trong *Chẩn đoán và Điều trị Y tế Hiện tại*, 1996. tái bản lần thứ 35. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1995.
- Kaptchuk, Ted J., Z'ev Rosenberg và K'an Herb Co., Inc. *K'an Herbals: Công thức của Ted Kaptchuk, OMD San Francisco: Andrew Miller*, 1996.

### ĐỊNH KÝ

- "Mụn trứng cá dành cho người lớn." *Harvard Women's Health Watch* (Tháng 3 năm 1995): 4-5.
- Bergfeld, Wilma F. "Đánh giá và quản lý mụn trứng cá: Những căn nhắc về mặt kinh tế." *Tạp chí của Học viện Da liễu Hoa Kỳ* 32 (1995): S52-6.
- Hóa đơn, Laura. "Rõ ràng hơn." *Tạp chí Sức khỏe*, tháng 4 năm 1997, 48-52.
- Christiano, Donna. "Điều trị mụn trứng cá dành cho người lớn." *Y tế Mỹ* (Tháng 10 năm 1994): 23-4.
- "Rõ ràng các phương pháp điều trị mới tốt hơn giúp trị mụn ở người trưởng thành." *Phòng ngừa Tạp chí*, tháng 8 năm 1997, 50-51.
- Leyden, James J. "Điều trị mụn trứng cá." *Tạp chí Y học New England* 17 (tháng 4 năm 1997): 1156-1162.
- Nguyễn, Quân H., Y. Alyssa Kim, và Robert A. Schwartz. "Quản lý mụn Vulgaris." *Bác sĩ gia đình người Mỹ* (tháng 7 năm 1994): 89-96.
- "Thuốc trị mụn?" *Tạp chí Phòng chống*, tháng 5 năm 1997, 132.

## TỔ CHỨC

Học viện Da liễu Hoa Kỳ. 930 N. Đường Meacham, PO Box 4014, Schaumburg, IL 60168-4014. (847) 330-0230. <<http://www.aad.org>>.

Mercedes McLaughlin

## Mụn rosacea xem Rosacea

## U thần kinh thính giác xem U thần kinh thính giác

## U dây thần kinh âm thanh

### Sự định nghĩa

U thần kinh thính giác là một khối u lành tính liên quan đến các tế bào của vỏ myelin bao quanh dây thần kinh tiền đình-ốc tai (dây thần kinh số thứ tám).

### Sự miêu tả

Dây thần kinh tiền đình ốc tai kéo dài từ tai trong đến não và được tạo thành từ một nhánh tiền đình, thường được gọi là dây thần kinh tiền đình và một nhánh ốc tai, được gọi là dây thần kinh ốc tai. Các dây thần kinh tiền đình và ốc tai nằm cạnh nhau. Chúng cũng chạy dọc theo các dây thần kinh số não khác. Mỗi người sở hữu hai loại dây thần kinh tiền đình ốc tai, một kéo dài từ tai trái và một kéo dài từ tai phải.

Dây thần kinh tiền đình truyền thông tin liên quan đến sự cảm biến từ tai trong đến não và dây thần kinh ốc tai truyền thông tin về thính giác. Dây thần kinh tiền đình, giống như nhiều dây thần kinh, được bao quanh bởi một lớp vỏ gọi là vỏ myelin. Một khối u, được gọi là schwannoma, đôi khi có thể phát triển từ các tế bào của vỏ myelin. Khối u là sự phát triển bất thường của mô do sự phát triển không kiểm soát của các tế bào. U thần kinh thính giác thường được gọi là u schwan tiền đình vì chúng là những khối u phát sinh từ vỏ myelin bao quanh dây thần kinh tiền đình. U dây thần kinh thính giác được coi là khối u lành tính (không ung thư) vì chúng không lan sang các bộ phận khác của cơ thể. Chúng có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào dọc theo dây thần kinh tiền đình nhưng thường xảy ra nhất ở nơi dây thần kinh tiền đình ốc tai đi qua ống xương nhỏ nối não và tai trong.

U thần kinh thính giác có thể phát sinh từ dây thần kinh tiền đình bên trái hoặc dây thần kinh tiền đình bên phải. Khối u một bên là khối u phát sinh từ một dây thần kinh và khối u hai bên phát sinh từ cả hai dây thần kinh tiền đình. U dây thần kinh thính giác một bên thường xảy ra một cách tự phát (tình cờ). Các u dây thần kinh thính giác hai bên xảy ra như một phần của bệnh di truyền.

Hình

bệnh được gọi là bệnh u xơ thần kinh loại 2 (NF2). Một người với NF2 đã thừa hưởng khuynh hướng phát triển u dây thần kinh thính giác và các khối u khác của tế bào thần kinh.

U dây thần kinh thính giác thường phát triển chậm và có thể mất nhiều năm để phát triển. Một số tế bào thần kinh thính giác vẫn còn nhỏ đến mức chúng không gây ra bất kỳ triệu chứng nào. Như u thần kinh thính giác phát triển, nó có thể cản trở hoạt động của dây thần kinh tiền đình và có thể gây chóng mặt và khó khăn về thăng bằng. Nếu dây thần kinh thính giác phát triển lớn đủ để ăn vào dây thần kinh óc tai, sau đó nghe được thường xảy ra tình trạng mất thính lực và ù tai (ù tai). Nếu không được điều trị và u dây thần kinh thính giác tiếp tục phát triển, nó có thể chèn ép vào các dây thần kinh khác trong khu vực và gây ra các triệu chứng khác. Khối u này có thể đe dọa tính mạng nếu nó đủ lớn để đè lên và cản trở hoạt động của não.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

nguyên nhân

U dây thần kinh thính giác là do sự thay đổi hoặc sự vắng mặt của cả hai gen ức chế khối u NF2 trong một tế bào thần kinh. Mỗi người đều sở hữu một cặp gen NF2 mọi tế bào của cơ thể bao gồm cả tế bào thần kinh của chúng. Một Gen NF2 được di truyền từ tế bào trứng của mẹ và một gen NF2 được di truyền từ tế bào tinh trùng của bố. Gen NF2 có nhiệm vụ giúp ngăn chặn sự hình thành khối u trong tế bào thần kinh. Đặc biệt gen NF2 giúp ngăn ngừa u dây thần kinh thính giác.

Chỉ có một gen NF2 không thay đổi và hoạt động là cần thiết để ngăn chặn sự hình thành của dây thần kinh âm thanh. Nếu cả hai gen NF2 bị thay đổi hoặc thiếu trong một trong những tế bào vỏ myelin của dây thần kinh tiền đình sau đó u thần kinh thính giác thường sẽ phát triển. Hầu hết các u thần kinh thính giác một bên đều hình thành khi các gen NF2 bị thay đổi hoặc mất tích một cách tự phát. Người nào đó với một khối u thần kinh thính giác một bên đã phát triển tự nhiên không có nguy cơ cao có con với u dây thần kinh thính giác. Một số u thần kinh thính giác một bên là kết quả của tình trạng di truyền NF2. Nó cũng là có thể một số u dây thần kinh thính giác một bên có thể gây ra bởi những thay đổi ở các gen khác chịu trách nhiệm ngăn chặn sự hình thành khối u.

U dây thần kinh thính giác hai bên xảy ra khi ai đó bị ảnh hưởng bởi tình trạng di truyền NF2. Một người với NF2 thường được sinh ra với một không thay đổi và một đã thay đổi hoặc thiếu gen NF2 trong mọi tế bào của cơ thể. Đôi khi họ thừa hưởng sự thay đổi này từ mẹ hoặc bố. Đôi khi sự thay đổi xảy ra một cách tự phát khi trứng và tinh trùng kết hợp với nhau tạo thành tế bào đầu tiên em bé. Con cái của người mắc bệnh NF2 có 50% cơ hội thừa hưởng gen NF2 đã bị thay đổi hoặc bị thiếu.

Một người mắc bệnh NF2 sẽ phát triển u thần kinh thính giác nếu gen NF2 không thay đổi còn lại bị thay đổi tự phát hoặc bị thiếu ở một trong các vỏ myelin.

tế bào thần kinh tiền đình của họ. Người mắc bệnh NF2 thường xuyên phát triển các tế bào thần kinh thính giác ở độ tuổi trẻ hơn. Nghĩa tuổi khởi phát u thần kinh thính giác ở NF2 là 31 tuổi tuổi so với 50 tuổi đối với các khối u thần kinh âm thanh lẻ tẻ. Tuy nhiên, không phải tất cả những người mắc bệnh NF2 đều phát triển âm thanh. u thần kinh. Những người mắc bệnh NF2 có nguy cơ mắc bệnh cao hơn phát triển đục thủy tinh thể và khối u ở các tế bào thần kinh khác.

Hầu hết những người bị u dây thần kinh thính giác một bên đều không bị ảnh hưởng với NF2. Tuy nhiên, một số người mắc bệnh NF2, chỉ phát triển một khối u ở một trong các tiền đình ốc tai thần kinh. Những người khác ban đầu có thể được chẩn đoán có khối u một bên nhưng có thể phát triển khối u ở dây thần kinh khác. số năm sau đó. NF2 nên được xem xét ở những người dưới 40 tuổi có u dây thần kinh thính giác một bên. Người bị u thần kinh thính giác một bên và

các thành viên khác trong gia đình được chẩn đoán mắc bệnh NF2 có lẽ là bị ảnh hưởng bởi NF2. Một người có âm thanh đơn phương u thần kinh và các triệu chứng khác của NF2 như đục thủy tinh thể và các khối u khác cũng có thể bị ảnh hưởng bởi NF2. Trên mặt khác, một người trên 50 tuổi bị đơn phương u thần kinh thính giác, không có khối u khác và không có tiền sử gia đình của NF2 rất khó bị ảnh hưởng bởi NF2.

#### Triệu chứng

Các tế bào thần kinh thính giác nhỏ thường chỉ can thiệp vào hoạt động của dây thần kinh tiền đình ốc tai. nhất Triệu chứng đầu tiên phổ biến của u dây thần kinh thính giác là thính giác mất mát, thường đi kèm với tiếng chuông (tin-nitis). Những người bị u dây thần kinh thính giác đôi khi báo cáo khó khăn trong việc sử dụng điện thoại và khó khăn trong việc nhận thức giao diện của một nhạc cụ hoặc âm thanh ngay cả khi chúng thính giác có vẻ bình thường. Trong hầu hết các trường hợp mất thính giác ban đầu rất nhẹ và dần dần trở nên trầm trọng hơn thời gian cho đến khi tai bị ảnh hưởng bị diếc. Khoảng 10% trường hợp mất thính lực đột ngột và nghiêm trọng.

U dây thần kinh thính giác cũng có thể ảnh hưởng đến hoạt động của nhánh tiền đình của dây thần kinh tiền đình ốc tai và van gây chóng mặt và mất thăng bằng. Hai mươi phần trăm các khối u nhỏ có liên quan đến tình trạng chóng mặt định kỳ, được đặc trưng bởi chóng mặt hoặc cảm giác quay cuồng. U dây thần kinh thính giác lớn hơn ít có khả năng gây chóng mặt nhưng dễ gây mất cân bằng hơn. Mất cân bằng, được đặc trưng bởi sự vung về nhẹ và cảm giác bất ổn nói chung, xảy ra ở gần 50% số người với u dây thần kinh thính giác.

Khi khối u phát triển lớn hơn, nó có thể chèn ép lên các dây thần kinh sọ não xung quanh. Nén dây thần kinh sọ thứ năm có thể dẫn đến đau mặt và/hoặc tê, nén của dây thần kinh sọ thứ bảy có thể gây co thắt, yếu hoặc

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Khối u lành tính–**Sự phát triển quá mức cục bộ của các tế bào không lan sang các bộ phận khác của cơ thể.

**Nhiễm sắc thè–**Một cấu trúc cực nhỏ, được tạo thành từ phức hợp protein và DNA, được tìm thấy trong mỗi tế bào của cơ thể.

**Chụp cắt lớp vi tính (CT)–**Một cuộc kiểm tra sử dụng máy tính để tổng hợp và phân tích các hình ảnh được tạo ra bởi tia X chiếu vào một bộ phận cụ thể của cơ thể.

**Dây thần kinh sọ não–**Bộ mười hai dây thần kinh được tìm thấy ở mỗi bên đầu và có kiểm soát các chức năng cảm giác và cơ bắp của một số cơ quan như mắt, mũi, lưỡi, mặt và cổ họng.

**Xét nghiệm ADN –**Thử nghiệm sự thay đổi hoặc những thay đổi trong một hoặc nhiều gen.

**Gen–**Một khái niệm xây dựng của tính di truyền, được tạo thành từ một hợp chất gọi là DNA (axit deoxyribonucleic) và chứa các chỉ dẫn để sản xuất một loại protein cụ thể. Mỗi gen được tìm thấy ở một vị trí cụ thể trên nhiễm sắc thể.

**Chụp cộng hưởng từ (MRI)–**Một xét nghiệm

sử dụng từ trường bên ngoài thay vì tia X để hình dung các mô khác nhau của cơ thể.

**Vỏ myelin–**Vỏ bọc bao quanh nhiều tế bào thần kinh và giúp tăng tốc độ truyền thông tin dọc theo dây thần kinh.

**U xơ thần kinh loại 2 (NF2)–**Một tình trạng di truyền liên quan đến việc tăng nguy cơ u thần kinh thính giác hai bên, các khối u tế bào thần kinh khác và đục thủy tinh thể.

**Protein–**Một chất được tạo ra bởi một gen có liên quan đến việc tạo ra các đặc điểm của cơ thể con người như tóc và màu mắt hoặc liên quan đến việc kiểm soát các chức năng cơ bản của cơ thể con người.

**Schwannoma–**Một khối u có nguồn gốc từ các tế bào của vỏ myelin bao quanh nhiều tế bào thần kinh.

**Ù tai–**Âm thanh ù tai hoặc tiếng ồn khác trong tai.

**Chóng mặt–**Cảm giác quay cuồng hoặc quay cuồng.

**Dây thần kinh tiền đình (dây thần kinh sọ thứ tám)–**Dây thần kinh truyền thông tin về thính giác và thăng bằng từ tai đến não.

té liệt các cơ mặt. Nhìn đôi là một triệu chứng hiếm gặp nhưng có thể xảy ra khi dây thần kinh sọ thứ 6 bị ảnh hưởng. Khó khăn về nuốt và/hoặc nói có thể xảy ra nếu khối u chèn ép vào các dây thần kinh sọ thứ 9, 10 hoặc 12.

Nếu không được điều trị, khối u có thể trở nên đủ lớn để chèn ép và ảnh hưởng đến hoạt động của thân não. Thân não là phần giống như cuống não nối túy sống với não, phần suy nghĩ và lý luận của não. Các phần khác nhau của thân não có các chức năng khác nhau như kiểm soát nhịp thở và phối hợp cơ bắp. Các khối u lớn ảnh hưởng đến thân não có thể dẫn đến đau đầu, đỉ lại khó khăn (mất điều hòa dáng đi) và cử động run rẩy không tự nguyện của các cơ (run). Trong một số trường hợp hiếm gặp khi u thần kinh thính giác không được chẩn đoán và điều trị, nó có thể gây buồn nôn, nôn mửa, hôn mê và cuối cùng là hôn mê, khó thở và tử vong. Tuy nhiên, trong phần lớn các trường hợp, khối u được phát hiện và điều trị rất lâu trước khi nó đủ lớn để gây ra những biểu hiện nghiêm trọng như vậy.

là hai xét nghiệm sàng lọc thường được sử dụng để đánh giá khả năng nghe. Kiểm tra thính lực âm thuần để xem một người có thể nghe được các âm có âm lượng và cao độ khác nhau như thế nào và kiểm tra thính lực lời nói để xem ai đó có thể nghe và nhận biết giọng nói tốt như thế nào. Nghĩ ngở có u dây thần kinh thính giác ở người bị mất thính lực một bên hoặc mất thính lực ở một tai ít nghiêm trọng hơn tai kia (không đối xứng).

Đôi khi, xét nghiệm phản ứng thính giác thân não (ABR, BAER) được thực hiện để giúp xác định xem ai đó có khả năng mắc u thần kinh thính giác hay không. Trong quá trình kiểm tra ABR, một xung điện vô hại được truyền từ tai trong đến thân não. Ở dây thần kinh thính giác có thể cảm trớ sự truyền xung điện này và đôi khi sự can thiệp này có thể được xác định thông qua đánh giá ABR. Kiểm tra ABR bình thường không loại trừ khả năng u dây thần kinh thính giác. Việc kiểm tra ABR bắt thường làm tăng khả năng xuất hiện u dây thần kinh thính giác nhưng các xét nghiệm khác là cần thiết để xác nhận sự hiện diện của khối u.

### Chẩn đoán

Bắt cứ ai có triệu chứng mất thính lực đều nên trải qua đánh giá thính giác. Đo thính lực âm thanh và giọng nói đơn thuần

Nếu nghi ngờ nhiều về u dây thần kinh âm thanh thì chụp cộng hưởng từ (MRI) thường được thực hiện. MRI là phương pháp đánh giá xác chính xác

Hình

có thể phát hiện gần 100% các u thâm kinh thính giác. Chụp cắt lớp vi tính (CT scan, CAT scan) không thể xác định khối u nhỏ hơn; nhưng nó có thể được sử dụng khi nghi ngờ có u dây thần kinh thính giác và đánh giá bằng MRI không thể thực hiện được.

Sau khi chẩn đoán u dây thần kinh thính giác, có thể đề nghị đánh giá bởi các chuyên gia di truyền như nhà di truyền học và cố vấn di truyền. Mục đích của việc này đánh giá là để có được bệnh sử chi tiết của gia đình và kiểm tra dấu hiệu của NF2. Nếu NF2 bị nghi ngờ nhiều thì xét nghiệm ADN có thể được khuyến nghị. Xét nghiệm ADN liên quan đến việc kiểm tra các tế bào máu thu được từ việc lấy máu định kỳ để tìm những thay đổi gen phổ biến liên quan đến NF2.

### Sự đối đãi

Ba lựa chọn điều trị cho u dây thần kinh thính giác là phẫu thuật, xạ trị và theo dõi. Nha VAT ly học và bệnh nhân nên thảo luận về ưu và nhược điểm của các lựa chọn khác nhau trước khi đưa ra quyết định về việc điều trị. Bệnh nhân, sức khỏe thể chất, tuổi tác, triệu chứng, khối u kích thước và vị trí khối u nên được xem xét.

### Vi phẫu

Việc phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc các khối u là điều trị phổ biến nhất cho u thần kinh âm thanh. Trong hầu hết các trường hợp toàn bộ khối u được cắt bỏ trong quá trình phẫu thuật. Nếu như khối u lớn và gây ra các triệu chứng đáng kể, tuy nhiên cần phải bảo tồn thính giác ở tai đó thì mới một phần của khối u có thể được cắt bỏ. Trong quá trình làm thủ tục khối u được cắt bỏ dưới sự hướng dẫn của kính hiển vi và gây mê tổng quát. Theo dõi sọ não lân cận dây thần kinh được thực hiện trong suốt quá trình để gây tổn thương cho những dây thần kinh này có thể được ngăn chặn. Nếu bảo tồn thính giác là một khả năng, thì việc giám sát thính giác cũng sẽ diễn ra đặt trong quá trình phẫu thuật.

Hầu hết mọi người ở lại bệnh viện bốn đến bảy ngày sau cuộc phẫu thuật. Tổng số lần phục hồi thường mất bốn đến sáu tuần. Hầu hết mọi người cảm thấy mệt mỏi và đau đầu cảm giác khó chịu sau phẫu thuật. Vấn đề với sự cân bằng và cứng đầu và cổ cũng rất phổ biến. Tỷ lệ tử vong của loại phẫu thuật này nhiều nhất là dưới 2% các trung tâm lớn. Khoảng 20% bệnh nhân gặp phải một số biến chứng sau phẫu thuật. Trong hầu hết các trường hợp những biến chứng này có thể được quản lý thành công và không gây ra các vấn đề y tế lâu dài. Ca phẫu thuật mang theo nó nguy cơ đột quỵ, tổn thương não, nhiễm trùng, rò rỉ dịch tủy sống và tổn thương dây thần kinh sọ. Mất thính giác và/hoặc viêm ứ tai thường là kết quả của cuộc phẫu thuật. Nên chụp MRI theo dõi để năm năm sau cuộc phẫu thuật vì có thể sự tái phát của khối u.

### Liệu pháp bức xạ lập thể

Trong quá trình xạ trị lập thể, còn được gọi là Trong phẫu thuật phóng xạ hoặc xạ trị, nhiều chùm tia phóng xạ nhỏ nhầm trực tiếp vào u dây thần kinh thính giác. Bức xạ được thực hiện với một liều lớn duy nhất, dưới sự điều chỉnh cự bộ. gây mê và được thực hiện trên cơ sở ngoại trú. Cái này dẫn đến một liều phóng xạ cao tới khối u nhưng ít tiếp xúc với bức xạ ở khu vực xung quanh. Phương pháp điều trị này được giới hạn ở các khối u nhỏ hoặc trung bình. Mục tiêu của phẫu thuật là làm khối u co lại hoặc ít nhất hạn chế sự phát triển của khối u. Hiệu quả lâu dài và rủi ro của phương pháp điều trị này vẫn chưa được biết đến. Theo dõi MRI định kỳ trong suốt vòng đời của thiết bị do đó bệnh nhân được khuyến khích.

### Xạ trị có thể gây mất thính lực

đôi khi xảy ra thậm chí nhiều năm sau đó. Xạ trị có thể còn gây tổn thương các dây thần kinh sọ não lân cận. có thể dẫn đến các triệu chứng như tê, đau hoặc tê liệt của các cơ mặt. Trong nhiều trường hợp những triệu chứng này là tạm thời. Xạ trị cũng có thể gây ra sự hình thành các u bao sợi thần kinh lành tính hoặc ác tính khác. Loại này do đó, phương pháp điều trị này có thể chống chỉ định trong điều trị u dây thần kinh thính giác ở những người mắc bệnh NF2, những người có nguy cơ phát triển u bao sợi thần kinh và các khối u khác.

### Quan sát

U dây thần kinh thính giác thường phát triển chậm và một số trường hợp chúng sẽ ngừng phát triển và thậm chí trở thành nhỏ hơn hoặc biến mất hoàn toàn. Do đó, trong một số trường hợp, có thể tạm dừng điều trị và theo dõi định kỳ khối u thông qua đánh giá MRI.

Ví dụ, quan sát dài hạn có thể phù hợp ở một người già có u dây thần kinh thính giác nhỏ và vài triệu chứng. Việc quan sát định kỳ cũng có thể được chỉ định cho những người có thính giác kém và không có triệu chứng. u thần kinh được phát hiện thông qua đánh giá một vấn đề y tế khác. Việc quan sát cũng có thể được đề xuất cho người bị u dây thần kinh âm thanh trong trường hợp duy nhất. tai nghe được hoặc ở tai có thính lực tốt hơn. Sự nguy hiểm của phương pháp quan sát là khi khối u càng lớn thì việc điều trị càng khó khăn hơn.

### Tiêm lượng

Tiêm lượng cho người có âm thanh đơn phương u thần kinh thường khá tốt nếu khối u được chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp được thực hiện. Dài Mất thính lực lâu dài và viêm ứ tai ở tai bị ảnh hưởng là tình trạng phổ biến, ngay cả khi được điều trị thích hợp. Tái sinh của khối u cũng có thể xảy ra sau phẫu thuật hoặc xạ trị điều trị và điều trị lặp lại có thể cần thiết. Tiêm lượng có thể kém hơn đối với những người mắc bệnh NF2 có mức độ tăng nguy cơ u thần kinh âm thanh hai bên và các khối u khác.

**Tài nguyên****SÁCH**

- Filipo, R., và Barbara Maurizio U thần kinh thính giác: xu hướng và tranh cãi: thủ tục tổ tụng của Hội nghị chuyên đề u thần kinh âm thanh: Xu hướng và tranh cãi, Rome, Ý, ngày 13-15 tháng 11 năm 1997. The Hague, Hà Lan: Kugler, 1999.
- Malis, Leonard Acoustic Neuroma New York: Elsevier, 1998.
- Roland, Peter và Bradley Marple. Chẩn đoán và quản lý u dây thần kinh thính giác (Sipac). Alexandria, VA: Học viện Tai mũi họng Hoa Kỳ-Tổ chức Khảo sát Đầu và Cỗ, 1998.

**ĐỊNH KÝ**

Broad, RW "Quản lý u dây thần kinh âm thanh." Trong Tạp chí Y học New England. 340(14) (8 tháng 4 năm 1999):1119.

Lederman G, E. Arbit và J. Lowry. "Quản lý u dây thần kinh âm thanh." Tạp chí Y học New England. 340(14) (8 tháng 4 năm 1999):1119-1120.

Levo H., I. Pyykkö và G. Blomstedt. "Điều trị không phẫu thuật cho bệnh nhân Schwannoma tiền định." Acta Oto-Laryngologica 529 (1997): 56-8.

O'Donoghue GM, T. Nikolopoulos và J. Thomsen. "Người đàn ông-sự lão hóa của Acoustic Neuroma." Trong Tạp chí Y học New England 340(14) (8 tháng 4 năm 1999): 1120-1121.

Rigby, PL và cộng sự. "Phẫu thuật u dây thần kinh âm thanh: Kết quả Phân tích về tình trạng khuyết tật do bệnh nhân nhận thức." Trong Tạp chí Tai học Hoa Kỳ 18 (tháng 7 năm 1997): 427-35.

van Roijen, L., và cộng sự. "Chi phí và tác dụng của vi phẫu so với phẫu thuật phóng xạ trong điều trị u dây thần kinh âm thanh." Trong Acta Neurochirurgica 139 (1997): 942-48.

**TỔ CHỨC Hiệp hội u dây thần**

kinh âm thanh. Phòng 600 Peachtree, Suite 108, Cumming, GA 30041-6899. Điện thoại:(770) 205-8211.  
Fax: (770) 205-0239. ANAusa@aol.com <<http://anausa.tz>>. 28 tháng 6 năm 2001  
Hiệp hội u thần kinh âm thanh Canada Box 369, Edmonton, AB T5J 2J6. 1-800-561-ANAC(2622). (780)428-3384. anac@compusmart.ab.ca. <<http://www.anac.ca>>. 28 tháng 6 năm 2001

Hiệp hội thần kinh âm thanh Anh. Oak House, Khu thương mại Ransom Wood, Southwell Road West, Mansfield, Nottingham, NG21 0HJ. ĐT: 01623 632143. Fax: 01623 635313. bana@btclick.com. <<http://www.ukan.co.uk/bana>>. 28 tháng 6 năm 2001

Nhóm u thần kinh âm thanh Seattle. Emcityland@aol.com <<http://acousticneuromaseattle.org/entryenglish.html>>. 28 tháng 6 năm 2001

**KHÁC**

Tuyên bố đồng thuận trực tuyến của Viện Y tế Quốc gia.

U dây thần kinh âm thanh 9(4)(11-13 tháng 12 năm 1991). <<http://text.nlm.nih.gov/nih/cdc/www/87txt.html>>. (28 tháng 6 năm 2001).

Đại học California tại San Francisco (UCSF). Thông tin về u dây thần kinh thính giác (28 tháng 6 năm 2001). <<http://itsa.ucsf.edu/~rkj/IndexAN.html>>.

Lisa Andres, MS, CGC

**Hạ đường huyết mắc phải xem****Suy giảm miễn dịch biến đổi phổi biến****Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải xem AIDS****chứng xanh tím đầu chi****Sự định nghĩa**

Acrocyanosis là sự giảm lượng oxy cung cấp cho các chi. Bàn tay và bàn chân chuyển sang màu xanh vì thiếu oxy. Giảm cung cấp máu đến các khu vực bị ảnh hưởng là do co thắt hoặc co thắt các mạch máu nhỏ.

**Sự miêu tả**

Acrocyanosis là một rối loạn không đau do co thắt hoặc thu hẹp các mạch máu nhỏ trên da của bệnh nhân bị ảnh hưởng. Sự co thắt của các mạch máu làm giảm lượng máu đi qua chúng, dẫn đến lượng máu được chuyển đến tay và chân ít hơn. Bàn tay có thể là khu vực bị ảnh hưởng chính. Các khu vực bị ảnh hưởng chuyển sang màu xanh và trở nên lạnh và đỏ mồ hôi. Sưng cục bộ cũng có thể xảy ra.

Cảm xúc và nhiệt độ lạnh có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng, trong khi hơi ấm có thể làm giảm các triệu chứng. Bệnh chủ yếu gặp ở phụ nữ và ảnh hưởng của bệnh chủ yếu là về mặt thẩm mỹ. Người mắc bệnh có xu hướng khó chịu, ra mồ hôi tay chân, lạnh, xanh xao.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

Các dây thần kinh giao cảm gây co thắt hoặc co thắt các mạch máu ngoại vi cung cấp máu cho các chi. Các cơn co thắt là sự co lại của các cơ trong thành mạch máu. Sự co bóp làm giảm đường kính bên trong của mạch máu, do đó làm giảm lượng máu lưu thông qua vùng bị ảnh hưởng. Các cơn co thắt xảy ra dai dẳng, dẫn đến giảm lượng máu cung cấp cho tay và chân trong thời gian dài. Vẫn có đủ máu đi qua các mạch máu để nòi ở vùng bị ảnh hưởng không bị thiếu oxy hoặc chết. Chủ yếu là các mạch máu gần bề mặt da bị ảnh hưởng.

**Chẩn đoán**

Chẩn đoán được thực hiện bằng cách quan sát các triệu chứng lâm sàng chính, bao gồm bàn tay và/hoặc bàn chân xanh và dai dẳng, ra mồ hôi và không cảm thấy đau. Làm mát bàn tay sẽ làm tăng độ xanh trong khi làm ấm bàn tay sẽ làm giảm-

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Dây thần kinh giao cảm-Một dây thần kinh của hệ thần kinh tự trị điều chỉnh các phản ứng không tự nguyện và tự động, đặc biệt là với cẳng thẳng.

Bệnh

là màu xanh. Mạch của bệnh nhân acrocyanosis bình thường, loại trừ các bệnh tắc nghẽn. Bệnh Raynaud khác với chứng xanh tím đầu chỉ ở chỗ nó gây ra các giai đoạn chuyển màu da trắng và đỏ chứ không chỉ đổi màu hơi xanh.

**Sự đổi dãi**

Acrocyanosis thường không được điều trị. Thuốc ngăn chặn sự hấp thu canxi (thuốc chẹn kênh canxi) và thuốc đối kháng alpha-one làm giảm các triệu chứng trong hầu hết các trường hợp. Thuốc làm giãn mạch máu chỉ có tác dụng đôi khi. Đôi mà hôi từ các khu vực bị ảnh hưởng có thể rất nhiều và cần được điều trị. Phẫu thuật cắt dây thần kinh giao cảm hiếm khi được thực hiện.

**Tiền lượng**

Acrocyanosis là một bệnh lành tính và dai dẳng. Mỗi quan tâm chính của bệnh nhân là thẩm mỹ. Nếu không điều trị, bệnh không trở nên trầm trọng hơn.

**Tài nguyên****SÁCH**

Alexander, RW, RC Schlant, và V. Fuster, biên tập. Trái tim. tái bản lần thứ 9 New York: McGraw-Hill, 1998.

Berkow, Robert, chủ biên. Cẩm nang thông tin y tế của Merck.

Trạm Whitehouse, NJ: Phòng thí nghiệm nghiên cứu Merck, 1997.

Larsen, DE, biên tập. Sách sức khỏe gia đình của phòng khám Mayo. Newyork: William Morrow và Co., Inc., 1996.

John T. Lohr, Tiến sĩ

**Bệnh to cực và bệnh khổng lồ****Sự định nghĩa**

Bệnh to cực là một chứng rối loạn trong đó sự giải phóng bất thường của một chất hóa học cụ thể từ tuyến yên trong não làm tăng sự phát triển của xương và mô mềm cũng như một loạt các rối loạn khác trên khắp cơ thể. Hóa chất này được giải phóng từ tuyến yên được gọi là hormone tăng trưởng (GH). Khả năng của cơ thể để

quá trình và sử dụng các chất dinh dưỡng như chất béo và đường cũng bị thay đổi. Ở trẻ em có các đốm phát triển xương chưa khép kín, những thay đổi hóa học của bệnh to cực dẫn đến sự phát triển đặc biệt của xương dài. Biến thể này được gọi là bệnh khổng lồ, với sự phát triển thêm của xương khiến chiều cao bất thường. Khi sự bất thường xảy ra sau khi xương ngừng phát triển, rối loạn này được gọi là bệnh to cực.

**Mô tả Bệnh to**

cực là một chứng rối loạn tương đối hiếm gặp, xảy ra ở khoảng 50 trên một triệu người ( $50/1.000.000$ ). Cả nam giới và phụ nữ đều bị ảnh hưởng. Bởi vì các triệu chứng của bệnh to cực xảy ra dần dần nên việc chẩn đoán thường bị trì hoãn. Phần lớn bệnh nhân không được xác định cho đến khi họ ở độ tuổi trung niên.

**Nguyên nhân và triệu chứng Tuyến yên**

yên là một tuyến nhỏ nằm ở đáy não. Tuyến là một tập hợp các tế bào tiết ra một số hóa chất hoặc hormone nhất định, xác quan trọng đối với hoạt động của các cơ quan hoặc hệ thống cơ thể khác. Các hormone tuyến yên di chuyển khắp cơ thể và tham gia vào một số lượng lớn các hoạt động, bao gồm cả việc điều hòa tăng trưởng và chức năng sinh sản. Nguyên nhân của bệnh to cực có thể bắt nguồn từ việc sản xuất GH của tuyến yên.

Trong điều kiện bình thường, tuyến yên nhận thông tin đầu vào từ một cấu trúc não khác, vùng dưới đồi, nằm ở đáy não. Đầu vào này từ vùng dưới đồi điều chỉnh việc giải phóng hormone của tuyến yên. Ví dụ, vùng dưới đồi sản xuất hormone giải phóng hormone tăng trưởng (GHRH), giúp tuyến yên giải phóng GH. Đầu vào từ vùng dưới đồi cũng sẽ hướng dẫn tuyến yên ngừng giải phóng hormone.

Trong bệnh to cực, tuyến yên tiếp tục tiết ra GH và bỏ qua các tín hiệu từ vùng dưới đồi. Ở gan, GH gây ra sự sản xuất một loại hormone gọi là yếu tố tăng trưởng giống insulin 1 (IGF-1), chịu trách nhiệm cho sự tăng trưởng khắp cơ thể. Khi tuyến yên từ chối ngừng sản xuất GH, nồng độ IGF-1 cũng đạt đến đỉnh điểm bất thường. Xương, mô mềm và các cơ quan khắp cơ thể bắt đầu to ra và cơ thể thay đổi khả năng xử lý và sử dụng các chất dinh dưỡng như đường và chất béo.

Trong bệnh to cực, bàn tay và bàn chân của một người bắt đầu phát triển, trở nên dày và nhão. Đường quai hàm, mũi và trán cũng phát triển, các đường nét trên khuôn mặt được mô tả là "thô hơn". Lưỡi phát triển lớn hơn và vì hàm lớn hơn nên các răng trở nên rộng rãi hơn. Do các cấu trúc của cổ họng và xoang bị sưng tấy, giọng nói trở nên trầm hơn và trầm hơn và bệnh nhân có thể ngáy to. Những thay đổi nội tiết tố khác nhau gây ra các triệu chứng như:

• đồ mồ hôi nhiều •  
da nhờn •  
mọc nhiều lông trên cơ thể • ché  
biến đường trong ché độ ăn uống không đúng cách (và đôi khi là bệnh  
tiểu đường thực sự)  
• huyết áp cao • tăng  
canxi trong nước tiểu (đôi khi dẫn đến sỏi thận) • tăng nguy cơ sỏi  
mật; và • sưng  
tuyến giáp

Những người bị bệnh to cục có nhiều mụn thịt hoặc mô phát triển quá mức so với bình thường. Sự gia tăng các vết thưa trên da này cũng liên quan đến sự phát triển của các khối u, được gọi là polyp, trong ruột già mà cuối cùng có thể trở thành ung thư. Bệnh nhân mắc bệnh to cục thường bị đau đầu và viêm khớp. Sự đa dạng

sưng tấy khắp cơ thể có thể đè lên dây thần kinh, gây ra cảm giác ngứa ran hoặc nóng rát cục bộ và đôi khi dẫn đến yếu cơ.

Nguyên nhân phổ biến nhất của chứng rối loạn này (ở 90% bệnh nhân) là sự phát triển của một khối u không phải ung thư trong tuyến yên, được gọi là u tuyến yên. Những khối u này là nguồn gốc của sự giải phóng GH bất thường. Khi những khối u này phát triển, chúng có thể đè lên các cấu trúc lân cận trong não, gây đau đầu và thay đổi thị lực. Khi u tuyến phát triển, nó có thể phá vỡ các mô tuyến yên khác, cản trở việc giải phóng các hormone khác. Những sự gián đoạn này có thể là nguyên nhân gây ra những thay đổi trong chu kỳ kinh nguyệt của phụ nữ, giảm ham muốn tình dục ở nam giới và phụ nữ và sản xuất sữa mẹ bất thường ở phụ nữ. Trong một số ít trường hợp, bệnh to cục là do sản xuất GHRH bất thường, dẫn đến tăng sản xuất GH. Một số khối u ở tuyến tụy, phổi, tuyến thượng thận, tuyến giáp và ruột tạo ra GHRH, từ đó kích hoạt sản xuất một lượng GH bất thường.

## Chẩn đoán

Vì bệnh to cục tạo ra những thay đổi chậm theo thời gian nên việc chẩn đoán thường bị trì hoãn đáng kể. Trên thực tế, nét thô ráp đặc trưng của khuôn mặt thường không được các thành viên trong gia đình, bạn bè hoặc bác sĩ gia đình lâu năm nhận ra. Thông thường, chẩn đoán được nghỉ ngờ bởi một bác sĩ mới gặp bệnh nhân lần đầu tiên và bị ấn tượng bởi vẻ ngoài đặc trưng của bệnh nhân.

So sánh những bức ảnh cũ từ một số khoảng thời gian khác nhau thường sẽ làm tăng nghi ngờ về căn bệnh này.

Bởi vì số lượng GH được sản xuất rất khác nhau trong điều kiện bình thường, việc chứng minh mức GH cao trong máu là không đủ để chẩn đoán bệnh to cục. Thay vào đó, các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm đo lường



Bàn chân to là một biến dạng do bệnh to cục gây ra. (Ảnh Khoa y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

tăng IGF-1 (3-10 lần so với mức bình thường) là hữu ích. Tuy nhiên, những kết quả này phải được dự đoán cẩn thận vì giá trị bình thường trong phòng thí nghiệm của IGF-1 thay đổi khi bệnh nhân đang mang thai, đang ở tuổi dậy thì, người già hoặc suy dinh dưỡng nghiêm trọng. Bệnh nhân bình thường sẽ giảm sản xuất GH khi dùng một lượng lớn đường (glucose). Bệnh nhân mắc bệnh to cục sẽ không biểu hiện sự giảm này và thường sẽ biểu hiện sự gia tăng sản xuất GH. Chụp cộng hưởng từ (MRI) rất hữu ích để xem tuyến yên, xác định và định vị u tuyến. Khi không thể xác định được khối u tuyến, việc tìm kiếm khối u sản xuất GHRH ở một vị trí khác sẽ bắt đầu.

## Sự đói dai

Bước đầu tiên trong điều trị bệnh to cục là cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần u tuyến yên. Việc loại bỏ cần phải phẫu thuật, thường được thực hiện bằng cách đưa vào hộp sọ qua mũi. Mặc dù phẫu thuật này có thể giúp cải thiện nhanh chóng nhiều triệu chứng bệnh to cục, nhưng hầu hết bệnh nhân cũng sẽ



So sánh bàn tay phải của một người mắc bệnh to cực (trái) và bàn tay của một người có kích thước bình thường.  
(Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

cần điều trị thêm bằng thuốc. Bromocriptine (Parlodel) là loại thuốc có thể uống bằng đường uống, trong khi octreotide (Sandostatin) phải được tiêm 8 giờ một lần. Cả hai loại thuốc này đều hữu ích trong việc giảm sản xuất GH, nhưng thường phải dùng suốt đời và gây ra các tác dụng phụ riêng. Một số bệnh nhân không thể phẫu thuật được sẽ được điều trị bằng xạ trị vào tuyến yên nhằm thu nhỏ u tuyến. Tuy nhiên, việc chiếu xạ tuyến yên có thể mất tới 10 năm và cũng có thể làm tổn thương/phá hủy các bộ phận bình thường khác của tuyến yên.

#### Tiên lượng

Nếu không điều trị, bệnh nhân mắc bệnh to cực rất có thể sẽ tử vong sớm do ảnh hưởng của bệnh đến tim, phổi, não hoặc do ung thư phát triển ở ruột già. Tuy nhiên, nếu được điều trị, bệnh nhân mắc bệnh to cực có thể có tuổi thọ bình thường.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Biller, Beverly MK và Gilbert H. Daniels. "Tốc độ tăng trưởng-mone Quá mức: Bệnh to cực và bệnh không lò." Trong Nguyên tắc Nội khoa của Harrison, ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

Jameson, J. Larry. "Sự dư thừa hormone tăng trưởng: Bệnh to cực và bệnh không lò." Trong Sách giáo khoa Y khoa Cecil, ed. J. Claude Bennett và Fred Plum. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.

##### ĐỊNH KÝ

Jaffe, CA "Bệnh to cực: Nhận biết và điều trị." Thuốc 47, không.

3 (1994): 425+.

Krishna, AY "Quản lý bệnh to cực: Đánh giá." Tạp chí Khoa học Y tế Hoa Kỳ số 308, không. 6 (1994): 370+.

Maugans, Todd và Michael L. Coates. "Chẩn đoán và điều trị bệnh to cực." Bác sĩ gia đình người Mỹ 52, không.  
1 (tháng 7 năm 1995): 207+.

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**U tuyến**-Một loại khối u không phải ung thư (lành tính) thường liên quan đến sự phát triển quá mức của một số tế bào được tìm thấy trong các tuyến.

**Tuyến**-Một tập hợp các tế bào tiết ra một số hóa chất hoặc hormone quan trọng đối với hoạt động của các cơ quan hoặc hệ thống cơ thể khác.

**Nội tiết tố**-Một chất hóa học được sản xuất ở một bộ phận của cơ thể và di chuyển đến bộ phận khác của cơ thể để phát huy tác dụng.

**Vùng dưới đồi**-Một cấu trúc bên trong não chịu trách nhiệm thực hiện một số lượng lớn các chức năng bình thường trên khắp cơ thể, bao gồm điều chỉnh giấc ngủ, nhiệt độ, ăn uống và phát triển tình dục. Vùng dưới đồi cũng điều chỉnh các chức năng của tuyến yên bằng cách chỉ đạo tuyến yên ngừng hoặc bắt đầu sản xuất hormone.

**Tuyến yên**-Một tuyến nằm ở đáy não tạo ra một số hormone, bao gồm cả những hormone điều chỉnh chức năng tăng trưởng và sinh sản. Việc sản xuất quá mức hormone tuyến yên gọi là hormone tăng trưởng (GH) là nguyên nhân gây ra tình trạng bệnh to cực.

#### TÔ CHỨC

Hiệp hội màng lưới khối u tuyến yên. 16350 Ventura Blvd., #231, Encino, CA 91436. (805) 499-9973.

Rosalyn Carson-DeWitt, MD

#### ACT xem xét nghiệm Alanine aminotransferase

Xét nghiệm ACTH xem Xét nghiệm hormone vỏ thượng thận

Nhiễm *Actinomyces israelii* xem  
bệnh Actinomycosis

#### bệnh Actinomycosis

##### Sự định nghĩa

Actinomycosis là một bệnh nhiễm trùng chủ yếu do vi khuẩn *Actinomyces israelii* gây ra. Nhiễm trùng thường xảy ra ở vùng mặt và cổ và được đặc trưng bởi sự hiện diện của một khối u mủ đỏ, cứng và to dần.

### Mô tả

Actinomycosis là một bệnh nhiễm trùng tương đối hiếm xảy ra ở một trong số 300.000 (1/300.000) người mỗi năm. Nó được đặc trưng bởi sự hiện diện của một khối hoặc khối thường hình thành, dẫn lưu các đường xoang ra bề mặt da. 50% trường hợp nhiễm Actinomycosis là ở vùng đầu và cổ (còn gọi là "hàm sần" và "Actinomyco-sis cổ tử cung"), 15% ở ngực, 20% ở bụng và phần còn lại ở xương chậu, tim và não. Đàn ông có nguy cơ mắc bệnh Actinomycosis cao gấp ba lần so với phụ nữ.

### Nguyên nhân và triệu chứng Bệnh

Actinomycosis thường do vi khuẩn *Actinomyces israelii* gây ra. Loại vi khuẩn này thường hiện diện trong miệng nhưng có thể gây bệnh nếu xâm nhập vào các mô sau đó.

Hạ thấp một vết thương. *Actinomyces israelii* là một loại vi khuẩn ký khí, nghĩa là nó không thích oxy nhưng phát triển rất tốt ở các mô sâu nơi nồng độ oxy thấp. Nhổ răng, bệnh về răng, điều trị túi răng, phẫu thuật hàm hoặc vệ sinh răng miệng kém có thể tạo điều kiện cho *Actinomyces israelii* gây nhiễm trùng ở vùng đầu và cổ.

Triệu chứng chính của bệnh Actinomycosis cổ tử cung là sự xuất hiện của một khối u cứng trên mặt hoặc cổ. Khối u có thể có hoặc không có màu đỏ. Sốt xảy ra trong một số trường hợp.

### Chẩn đoán

Bệnh Actinomycosis cổ tử cung có thể được chẩn đoán bởi bác sĩ gia đình hoặc nha sĩ và bệnh nhân có thể được giới thiệu đến bác sĩ phẫu thuật răng miệng hoặc chuyên gia về bệnh truyền nhiễm. Việc chẩn đoán bệnh Actinomycosis dựa trên một số điều. Sự hiện diện của một khối u màu đỏ với các xoang dẫn lưu trên đầu hoặc cổ gợi ý rõ ràng về bệnh nhiễm nấm Actinomycosis cổ tử cung. Tiền sử nhổ răng gần đây hoặc có dấu hiệu sâu răng hoặc vệ sinh răng miệng kém giúp ích cho chẩn đoán. Kiểm tra bằng kính hiển vi chất lỏng chảy ra từ xoang cho thấy "hạt lưu huỳnh" đặc trưng (chất nhão màu vàng trong chất lỏng) do *Actinomyces israelii* tạo ra. Sinh thiết có thể được thực hiện để loại bỏ một mẫu mô bị nhiễm bệnh. Thủ tục này có thể được thực hiện dưới hình thức gây tê cục bộ tại phòng khám của bác sĩ. Đôi khi vi khuẩn có thể được nuôi cấy từ dịch xoang hoặc từ các mẫu mô bị nhiễm trùng.

Actinomycosis ở phổi, bụng, xương chậu hoặc não có thể rất khó chẩn đoán vì các triệu chứng thường giống với các bệnh khác. Actinomycosis ở phổi hoặc bụng có thể giống với bệnh lao hoặc ung thư. Kết quả chụp X-quang, sự hiện diện của các ống dẫn lưu xoang, phân tích dưới kính hiển vi và nuôi cấy mô bị nhiễm trùng hỗ trợ chẩn đoán.

### Sự đối đãi

Actinomycosis rất khó điều trị vì vị trí mô dày đặc. Phẫu thuật thường được yêu cầu để dẫn lưu

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Sinh thiết—Quá trình lấy một mẫu mô để kiểm tra bằng kính hiển vi nhằm hỗ trợ chẩn đoán bệnh.

Đường xoang—Một kênh hẹp, dài trong cơ thể cho phép chất lỏng thoát ra ngoài.

tổn thương và/hoặc loại bỏ vị trí nhiễm trùng. Để tiêu diệt vi khuẩn, liều lượng lớn penicillin được tiêm qua tĩnh mạch hàng ngày trong hai đến sáu tuần, sau đó dùng penicillin bằng đường uống từ sáu đến mười hai tháng. Tetracycline, clin-damycin hoặc erythromycin có thể được sử dụng thay cho penicillin. Việc điều trị bằng kháng sinh phải được hoàn thành để đảm bảo nhiễm trùng không quay trở lại. Liệu pháp oxy cao áp (oxy dưới áp suất cao) kết hợp với liệu pháp kháng sinh đã thành công.

### Tiên lượng

Phục hồi hoàn toàn đạt được sau điều trị.

Nếu không được điều trị, nhiễm trùng có thể gây phá hủy xương cục bộ.

### Phòng ngừa

Cách phòng ngừa tốt nhất là duy trì vệ sinh răng miệng tốt.

### Tài nguyên

#### KHÁC

"Bệnh Actinomycosis." Câu trả lời về sức khỏe.com. Ngày 6 tháng 2 năm 1998. <<http://www.healthanswers.com/database/ami/converted/000599.html>>.

Belinda Rowland, Tiến sĩ

### Than hoạt tính xem Than hoạt tính

Xem thời gian Thromboplastin từng phần được kích hoạt

Thời gian Thromboplastin một phần

## bấm huyệt

### Sự định nghĩa

Bấm huyệt là một hình thức trị liệu bằng xúc giác sử dụng các nguyên tắc châm cứu và y học Trung Quốc. Trong bấm huyệt, các điểm tương tự trên cơ thể được sử dụng như trong châm cứu, nhưng được kích thích bằng áp lực ngón tay.

bấm huyệt



Nhà trị liệu đang bấm huyệt trên vai người phụ nữ. (Ảnh Các nhà nghiên cứu, Inc. Được sao chép theo sự cho phép.)

thay vì dùng kim đâm vào. Bấm huyệt được sử dụng để làm giảm nhiều triệu chứng và đau đớn.

### Mục đích

Massage bấm huyệt được thực hiện bởi nhà trị liệu có thể rất hiệu quả trong việc phòng ngừa và điều trị nhiều tình trạng sức khỏe, bao gồm đau đầu, đau nhức toàn thân, cảm lạnh và cúm, viêm khớp, dị ứng, hen suyễn, căng thẳng thần kinh, chuột rút kinh nguyệt, các vấn đề về xoang, bong gân, đau khuỷu tay do chơi quần vợt và đau răng, cùng nhiều bệnh khác. Không giống như châm cứu đòi hỏi phải đến gặp chuyên gia, bấm huyệt có thể được thực hiện bởi một giáo dân. Các kỹ thuật bấm huyệt khá dễ học và đã được sử dụng để giúp giảm bớt nhiều triệu chứng nhanh chóng, miễn phí và hiệu quả. Các điểm bấm huyệt cũng có thể được kích thích để tăng năng lượng và cảm giác hạnh phúc, giảm căng thẳng, kích thích hệ thống miễn dịch và giảm bớt rối loạn chức năng tình dục.

### Sự miêu tả

#### Nguồn gốc

Một trong những văn bản cổ nhất của y học Trung Quốc là Hoàng Đế, Nội kinh của Hoàng đế

Y học, có thể đã có ít nhất 2.000 năm tuổi. Y học Trung Quốc đã phát triển châm cứu, bấm huyệt, chữa bệnh bằng thảo dược, ăn kiêng, tập thể dục, thay đổi lối sống và các phương pháp điều trị khác như một phần của phương pháp chữa bệnh. Cần nhớ tất cả các hình thức y học phương Đông được sử dụng ở phương Tây ngày nay, bao gồm châm cứu, bấm huyệt, shiatsu và thuốc thảo dược Trung Quốc, đều có nguồn gốc từ y học Trung Quốc. Một truyền thuyết kể rằng châm cứu và bấm huyệt đã phát triển khi những người chữa bệnh Trung Quốc đầu tiên nghiên cứu vết thương do các chiến binh Trung Quốc đâm thủng, lưu ý rằng một số điểm nhất định trên cơ thể tạo ra kết quả thú vị khi được kích thích. Văn bản lâu đời nhất được biết đến cụ thể về các huyệt đạo, Châm cứu cổ điển có hệ thống, có niên đại từ năm 282 sau Công nguyên. Bấm huyệt là hình thức châm cứu không xâm lấn, vì các bác sĩ Trung Quốc đã xác định rằng việc kích thích các điểm trên cơ thể bằng cách xoa bóp và ấn huyệt có thể được thực hiện hiệu quả để điều trị một số vấn đề.

Bên ngoài cộng đồng người Mỹ gốc Á, y học Trung Quốc hầu như vẫn chưa được biết đến ở Hoa Kỳ cho đến những năm 1970, khi Richard Nixon trở thành tổng thống Mỹ đầu tiên đến thăm Trung Quốc. Trong chuyến đi của Nixon, các nhà báo đã rất ngạc nhiên khi quan sát những ca phẫu thuật lớn được thực hiện trên bệnh nhân mà không sử dụng thuốc gây mê.

Thay vào đó, những bệnh nhân tinh táo đang được phẫu thuật,

chỉ có kim châm cứu cắm vào để kiểm soát cơn đau. Vào thời điểm đó, nhà báo nổi tiếng của tờ New York Times, James Reston, đã phải phẫu thuật và quyết định sử dụng phương pháp châm cứu để gây mê. Sau đó, ông đã viết một số câu chuyện thuyết phục về hiệu quả của nó. Mặc dù bị y học chính thống và Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ (AMA) bỏ qua, châm cứu và y học Trung Quốc đã trở thành một lĩnh vực trọng tâm đối với những người hành nghề y học thay thế ở Hoa Kỳ. Ngày nay, có hàng triệu bệnh nhân đã chứng thực tính hiệu quả của nó và gần 9.000 học viên ở tất cả 50 tiểu bang.

Bấm huyệt được thực hiện như một phương pháp điều trị bởi các bác sĩ y học Trung Quốc và các nhà châm cứu, cũng như các nhà trị liệu xoa bóp. Hầu hết các trường mát-xa ở Mỹ đều đưa các kỹ thuật bấm huyệt vào chương trình chăm sóc cơ thể của họ. Massage Shiatsu có liên quan rất chặt chẽ với bấm huyệt, tác động lên các điểm giống nhau trên cơ thể và các nguyên tắc chung giống nhau, mặc dù nó đã được phát triển qua nhiều thế kỷ ở Nhật Bản chứ không phải ở Trung Quốc. Bấm huyệt là một hình thức tập thể hình dựa trên khái niệm bấm huyệt.

Jin Shin Do là một kỹ thuật tập thể hình với số lượng người tập ngày càng tăng ở Mỹ, kết hợp các nguyên tắc bấm huyệt và shiatsu với khí công, lý thuyết Reichen và thiền định.

#### Bấm huyệt và y học Trung Quốc

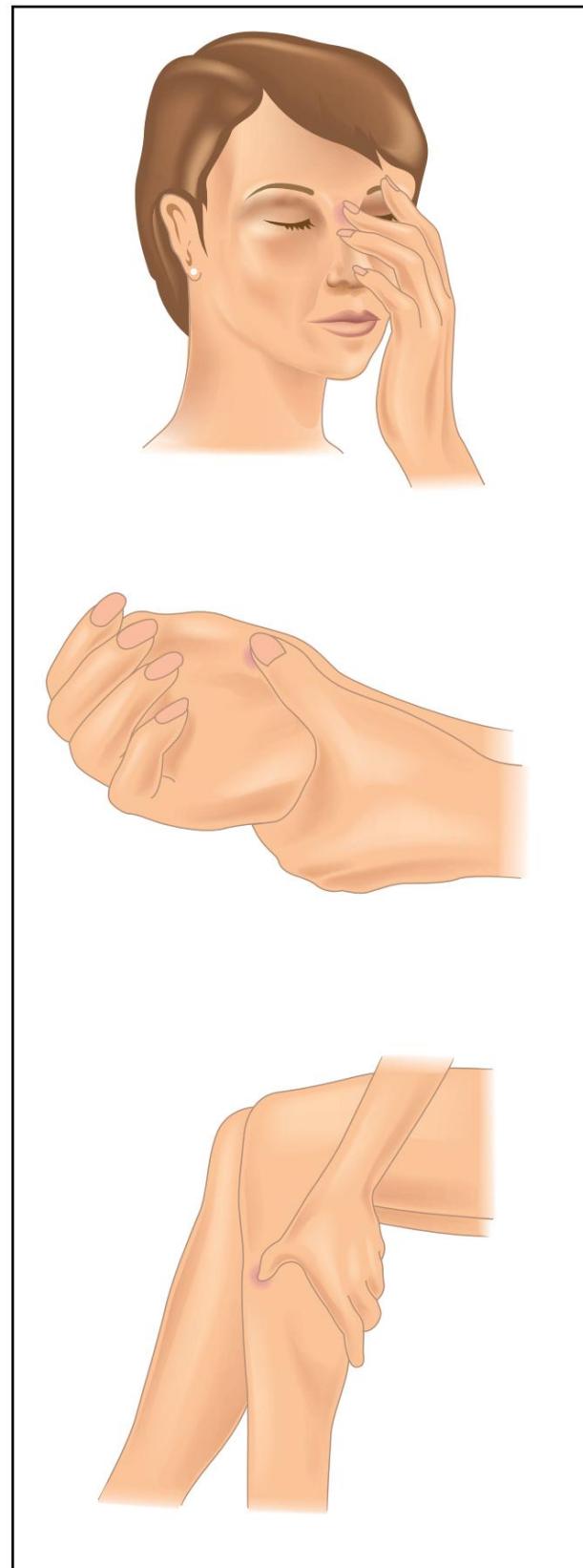
Y học Trung Quốc coi cơ thể là một phần nhỏ của vũ trụ, tuân theo các quy luật và nguyên tắc hài hòa và cân bằng. Y học Trung Hoa không phân định rạch ròi giữa tâm trí và thể xác như Tây y. Hệ thống Trung Quốc tin rằng cảm xúc và trạng thái tinh thần đều có ảnh hưởng đến bệnh tật như các cơ chế vật lý thuần túy và coi các yếu tố như công việc, môi trường và các mối quan hệ là nền tảng đối với sức khỏe của bệnh nhân. Y học Trung Quốc cũng sử dụng những biểu tượng và ý tưởng rất khác nhau để thảo luận về cơ thể và sức khỏe. Trong khi y học phương Tây thường mô tả sức khỏe chủ yếu là các quá trình vật lý bao gồm các phương trình và phản ứng hóa học, thì người Trung Quốc lại sử dụng các ý tưởng như âm dương, khí và hệ thống cơ quan để mô tả sức khỏe và cơ thể.

Mọi thứ trong vũ trụ đều có tính chất âm và dương. Âm gắn liền với sự lạnh lùng, nữ tính, thụ động, hướng nội, tối tăm, ẩm ướt. Dương có thể được mô tả là nóng bỏng, nam tính, năng động, hướng lên trên, hướng ngoại, nhẹ nhàng, khô khan, v.v.

Không có gì hoàn toàn là âm hay dương. Hai nguyên tắc này luôn tương tác và ảnh hưởng lẫn nhau, mặc dù cơ thể và các cơ quan có thể trở nên mất cân bằng khi có quá nhiều hoặc quá ít một trong hai.

Chi (phát âm là chee, cũng đánh vần là qi hoặc ki trong shiatsu của Nhật Bản) là năng lượng sống cơ bản. Nó được tìm thấy trong thức ăn, không khí, nước và ánh sáng mặt trời, và nó di chuyển khắp cơ thể theo các kênh gọi là kinh tuyến. Có 12 chuyên ngành

bấm huyệt



Bấm huyệt để giảm sút cỏ khô, đau họng và ợ nóng. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Huyệt-Một huyệt được kích thích bằng huyệt.

Chi-Năng lượng sống cơ bản.

Kinh tuyến-Một kênh mà khí đi qua cơ thể.

Moxibustion-Một kỹ thuật châm cứu đốt cháy thảo dược moxa hoặc ngải cứu.

Shiatsu-Hình thức massage bấm huyệt của Nhật Bản.

Âm/dương-Các đặc điểm phổ quát được sử dụng để mô tả các khía cạnh của thế giới tự nhiên.

kinh mạch trong cơ thể vận chuyển khí, tương ứng với 12 kinh quan chính được phân loại theo y học Trung Quốc.

Bệnh tật được coi là sự mất cân bằng của các cơ quan và khí trong cơ thể. Y học Trung Quốc đã phát triển các hệ thống phức tạp về mối liên hệ giữa các cơ quan với các triệu chứng thể chất và tinh thần, đồng thời đã nêu ra các phương pháp điều trị tương ứng bằng cách sử dụng mạng lưới các điểm áp lực và kinh tuyến được phân loại và đánh số. Mục tiêu của bấm huyệt và châm cứu là kích thích và giải phóng sự lưu thông của khí, bằng cách kích hoạt các điểm rất cụ thể, được gọi là điểm áp lực hoặc huyệt. Bấm huyệt tìm cách kích thích các điểm trên kinh mạch đi sát da, vì đây là những điểm dễ dàng khai thông và thao tác nhất bằng áp lực ngón tay.

Bấm huyệt có thể được sử dụng như một phần trong đơn thuốc của bác sĩ Trung Quốc, như một liệu pháp xoa bóp trị liệu, hoặc như một phương pháp tự điều trị cho những cơn đau nhức thông thường. Người thầy thuốc Trung y khám bệnh nhân rất kỹ lưỡng, xem xét hoạt động thể chất, tinh thần và cảm xúc, thường bắt mạch ở cổ tay, kiểm tra lưỡi và nước da, quan sát thái độ và thái độ của bệnh nhân để có được chẩn đoán đầy đủ về cơ quan nào và cơ quan nào. Các điểm kinh tuyến mất cân bằng. Khi sự mất cân bằng đã được xác định, bác sĩ sẽ đề xuất các điểm áp lực cụ thể để châm cứu hoặc bấm huyệt. Nếu được khuyến khích bấm huyệt, bệnh nhân có thể lựa chọn một loạt phương pháp điều trị từ chuyên gia trị liệu xoa bóp.

Trong liệu pháp xoa bóp, bác sĩ bấm huyệt sẽ đánh giá các triệu chứng và sức khỏe tổng thể của bệnh nhân, nhưng quá trình đào tạo chẩn đoán của nhà trị liệu xoa bóp không sâu rộng như bác sĩ Trung Quốc. Trong liệu pháp xoa bóp, một người thường nằm trên bàn hoặc chiếu, mặc quần áo mỏng. Chuyên viên bấm huyệt sẽ nhẹ nhàng cảm nhận và sờ nắn vùng bụng và các bộ phận khác trên cơ thể để phát hiện.

sự mất cân bằng năng lượng của mỏ. Sau đó, nhà trị liệu sẽ tác động đến các kinh khác nhau trên khắp cơ thể, tùy theo cơ quan nào bị mất cân bằng trong bụng.

Nhà trị liệu sẽ sử dụng các kiểu chuyển động ngón tay và ấn khác nhau lên các huyệt khác nhau, tùy thuộc vào việc khí cần được tăng lên hay phân tán ở các điểm khác nhau. Nhà trị liệu quan sát và hướng dẫn dòng năng lượng đi qua cơ thể bệnh nhân trong suốt buổi trị liệu. Đôi khi, các loại thảo mộc đặc biệt (Artemesia Vulgaris hoặc moxa) có thể được đặt lên một điểm để làm ấm nó, một quá trình được gọi là moxibustion. Một buổi bấm huyệt nói chung là một trải nghiệm rất thú vị và một số người nhận được lợi ích to lớn ngay lập tức. Đối với các tình trạng mãn tính hơn, có thể cần phải thực hiện vài buổi để giảm bớt và cải thiện tình trạng.

Massage bấm huyệt thường có giá từ 30-70 USD mỗi giờ. Việc đến gặp bác sĩ y học Trung Quốc hoặc bác sĩ châm cứu có thể tốn kém hơn, tương đương với việc đến gặp bác sĩ điều trị đối chứng nếu người hành nghề đó là bác sĩ đa khoa. Việc hoàn trả bảo hiểm rất khác nhau và người tiêu dùng nên biết liệu chính sách của họ có bao gồm liệu pháp điều trị thay thế, châm cứu hoặc xoa bóp hay không.

**Tự điều trị**

Bấm huyệt rất dễ học, có nhiều sách hay minh họa vị trí các huyệt đạo và kinh lạc trên cơ thể. Nó cũng rất linh hoạt, vì nó có thể được thực hiện ở bất cứ đâu và là một hình thức điều trị tốt để vợ chồng và bạn tình trao đổi với nhau và để cha mẹ thực hiện cho con cái trong những tình trạng bệnh nhẹ.

Trong khi tự điều trị hoặc bấm huyệt cho người khác, thái độ tinh thần bình tĩnh và chú ý là điều quan trọng vì năng lượng của một người có thể được sử dụng để giúp đỡ người khác. Nên mặc quần áo mỏng, rộng. Có ba kỹ thuật chung để kích thích một điểm áp lực. • Làm săn chắc có nghĩa là tăng cường các chi yếu, và được thực hiện bằng cách ấn ngón tay cái hoặc ngón tay vào huyệt với lực ấn chắc chắn, ổn định, giữ nguyên trong tối đa hai phút.

- Phân tán có nghĩa là di chuyển khí ứ đọng hoặc bị chặn, và ngón tay hoặc ngón cái được di chuyển theo chuyển động tròn hoặc hơi ra vào điểm đó trong hai phút.
- Làm dịu khí ở một điểm áp lực, sử dụng lòng bàn tay để che điểm đó và nhẹ nhàng vuốt ve vùng đó trong khoảng hai phút.

Có rất nhiều huyệt đạo có thể dễ dàng tìm thấy và ghi nhớ để điều trị các bệnh thông thường từ đau đầu đến cảm lạnh.

- Đối với chứng đau đầu, đau răng, các vấn đề về xoang và đau ở phần trên cơ thể, nên sử dụng điểm "LI4". Nó nằm ở mảng giữa ngón cái và ngón trỏ, ở mặt sau của bàn tay. Dùng ngón cái và ngón trỏ của bàn tay kia ấn vào cho đến khi

diễn được cảm nhận và giữ nó trong hai phút. Bà bầu tuyệt đối không nén nhấn mạnh vào điểm này.

- Để xoa dịu thần kinh và kích thích tiêu hóa, hãy tìm huyệt "CV12" rộng bằng bốn ngón tay cái phía trên rốn, ở giữa bụng. Làm dịu điểm đó bằng lòng bàn tay, vuốt ve nhẹ nhàng trong vài phút.

- Để kích thích hệ thống miễn dịch, hãy tìm huyệt "TH5" ở mặt sau của cẳng tay, rộng hơn cổ tay hai ngón tay cái. Sử dụng kỹ thuật phân tán hoặc án vòng tròn bằng ngón tay cái hoặc ngón tay trong hai phút trên mỗi cánh tay. • Đối với chứng đau đầu, nghẹt xoang và căng thẳng, hãy xác định vị trí các điểm "GB20" ở đáy hộp sọ phía sau đầu, ngay sau xương phía sau tai. Phân tán các điểm này trong hai phút bằng ngón tay hoặc ngón cái.

Đồng thời tìm điểm "yintang", nằm ở giữa trán, giữa hai lông mày. Phân tán nó với áp lực nhẹ nhàng trong hai phút để đầu óc tỉnh táo và giảm đau đầu.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Bấm huyệt là một kỹ thuật an toàn nhưng không thể thay thế việc chăm sóc sức khoẻ chuyên nghiệp. Luôn luôn phải hỏi ý kiến bác sĩ khi có nghi ngờ về tình trạng bệnh lý. Nếu tình trạng bệnh là mãn tính, nên tham khảo ý kiến chuyên gia; điều trị triệu chứng đơn thuần có thể làm trầm trọng thêm tình trạng mãn tính. Không nên bấm huyệt ở những vết thương hở, hoặc những nơi bị sưng tấy, viêm nhiễm. Nên tránh các vùng có mô sẹo, mụn nước, mụn nhọt, phát ban hoặc giãn tĩnh mạch. Cuối cùng, không nên kích thích một số huyệt đạo nhất định ở người có huyết áp cao hoặc thấp và phụ nữ mang thai.

#### Nghiên cứu và chấp nhận chung

Nhìn chung, y học Trung Quốc chậm được chấp nhận ở phương Tây, chủ yếu là do nó dựa trên những ý tưởng rất xa lạ với mô hình khoa học. Ví dụ, các nhà khoa học phương Tây gặp khó khăn với ý tưởng về khí, năng lượng vô hình của cơ thể, và ý tưởng rằng việc nhấn vào một số điểm nhất định có thể làm giảm bớt một số tình trạng nhất định dường như đôi khi quá đơn giản để các nhà khoa học tin tưởng.

Các nhà khoa học phương Tây, khi cố gắng giải thích tác động của bấm huyệt, đã đưa ra giả thuyết rằng khí thực sự là một phần của hệ thống thần kinh nội tiết của cơ thể. Bác sĩ phẫu thuật chính hình nổi tiếng Robert O. Becker, người hai lần được đề cử giải Nobel, đã viết một cuốn sách về chủ đề này có tựa đề Dòng điện chéo: Lời hứa của điện y học; Sự nguy hiểm của ô nhiễm điện. Bằng cách sử dụng các thiết bị đo điện chính xác, Becker và các đồng nghiệp của ông đã chỉ ra rằng cơ thể có một mạng lưới năng lượng điện từ phức tạp, các kinh tuyến và điểm bấm huyệt truyền thống chứa lượng năng lượng mà các điểm không bấm huyệt không có.

Các cơ chế châm cứu và bấm huyệt vẫn khó được ghi lại về các quá trình sinh hóa liên quan; nhiều lời chứng thực là bằng chứng cơ bản ứng hộ tính hiệu quả của bấm huyệt và châm cứu. Tuy nhiên, ngày càng có nhiều nghiên cứu xác minh tính hiệu quả của kỹ thuật bấm huyệt và châm cứu trong việc điều trị nhiều vấn đề và kiểm soát cơn đau.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Jarmey, Chris và John Tindall. Bấm huyệt cho bệnh thông thường. Luân Đôn: Gaia, 1991.

Kakptchuk, Ted. Trang web không có người dệt: Tìm hiểu về y học Trung Quốc. New York: Congdon và Weed, 1983.

Warren, Frank Z., MD. Thoát khỏi nỗi đau nhờ Acupuncture. Chắc chắn. New York: Thủ thuật, 1976.

##### ĐỊNH KÝ

Tạp chí trị liệu bằng massage. 820 Đường Davis, Phòng 100, Evanston, IL 60201-4444.

##### KHÁC

Hiệp hội Đông y Hoa Kỳ. <<http://www.aaom.org/>> (28 tháng 12 năm 2000).

Liên minh Châm cứu và Đông y Quốc gia. <<http://www.acuall.org/>> (28 tháng 12 năm 2000).

Douglas Dupler

#### Bấm huyệt, bàn chân xem Bấm huyệt

## Châm cứu

### Sự định nghĩa

Châm cứu là một trong những hình thức điều trị chính trong y học cổ truyền Trung Quốc. Nó liên quan đến việc sử dụng những chiếc kim mỏng, sắc nhọn được đưa vào cơ thể ở những điểm rất cụ thể. Quá trình này được cho là có thể điều chỉnh và thay đổi dòng năng lượng của cơ thể theo hướng lành mạnh hơn và được sử dụng để điều trị nhiều loại bệnh tật và tình trạng sức khỏe.

### Mục đích

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo châm cứu là phương pháp điều trị hiệu quả cho hơn 40 vấn đề y tế, bao gồm dị ứng, tình trạng hô hấp, rối loạn tiêu hóa, các vấn đề phụ khoa, tình trạng thần kinh và các rối loạn về mắt, mũi, họng và trẻ em. bệnh tật, trong số những người khác. Châm cứu đã được sử dụng trong điều trị chứng nghiện rượu và lạm dụng chất gây nghiện. Đây là phương pháp điều trị hiệu quả và chi phí thấp

Cốm



Người phụ nữ đang được châm cứu trên khuôn mặt. (Ảnh của Yoav Levy. Phototake NYC. Được sao chép lại với sự cho phép.)

cho chứng đau đầu và đau mán tính, liên quan đến các vấn đề như chấn thương lưng và viêm khớp. Nó cũng đã được sử dụng để bổ sung các phương pháp điều trị xâm lấn của phương Tây như hóa trị và phẫu thuật. Châm cứu nói chung là hiệu quả nhất khi được sử dụng để phòng ngừa hoặc trước tình trạng sức khỏe trở nên cấp tính nhưng nó đã được sử dụng để giúp đỡ những bệnh nhân mắc bệnh ung thư và AIDS. Châm cứu bị hạn chế ở điều trị các tình trạng hoặc chấn thương cần phẫu thuật hoặc chăm sóc khẩn cấp (chẳng hạn như gãy xương).

### Sự miêu tả

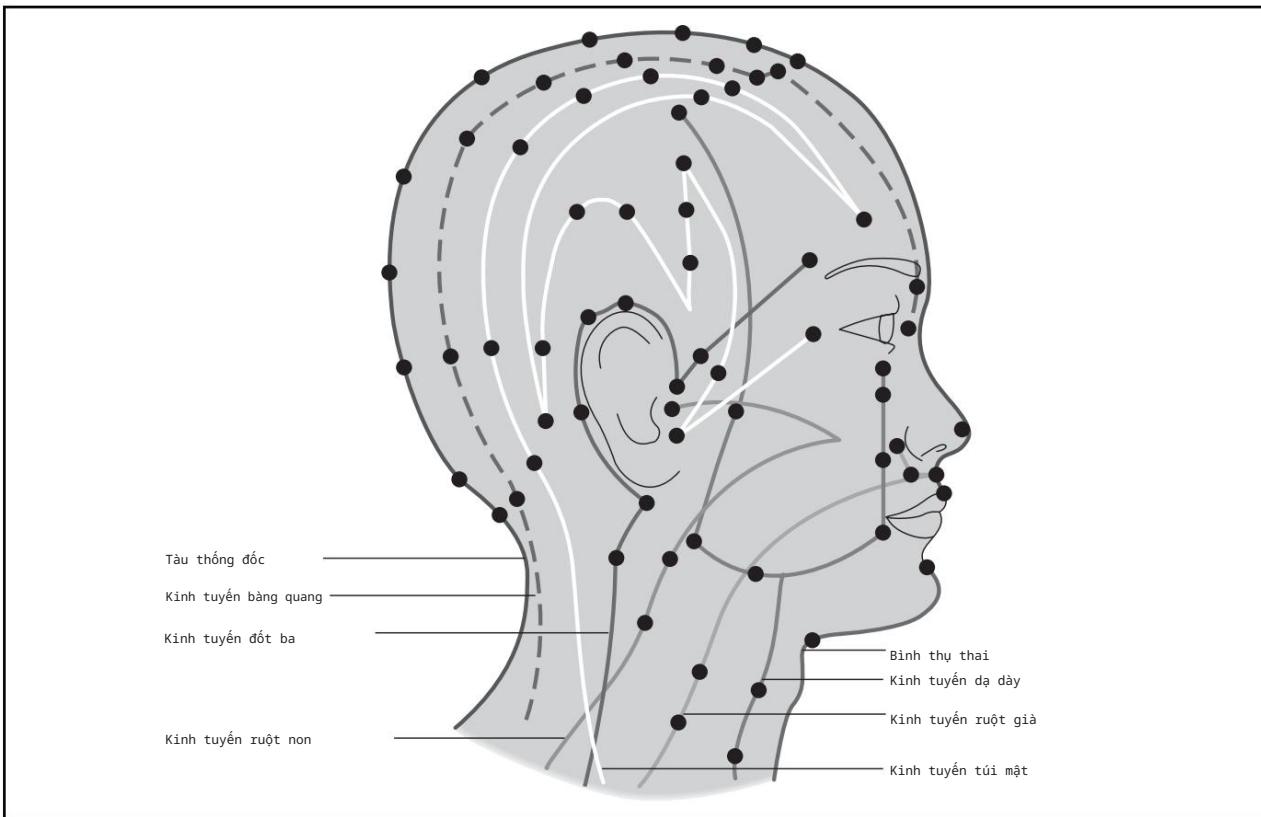
Nguồn gốc

Văn bản gốc của y học Trung Quốc là Nei Kinh, Nội kinh cổ điển của Hoàng Đế, được ước tính ít nhất 2.500 năm tuổi. Kể từ đó, hàng ngàn cuốn sách đã được viết về chủ đề chữa bệnh của Trung Quốc và những triết lý cơ bản của nó đã lan rộng từ lâu đến các nền văn minh châu Á khác. Gần như tất cả các hình thức y học phương Đông được sử dụng ở phương Tây ngày nay, bao gồm châm cứu, bấm huyệt, xoa bóp bấm huyệt và thực dưỡng, là một phần hoặc có nguồn gốc từ Y học Trung Quốc. Truyền thuyết kể rằng châm cứu phát triển khi các bác sĩ Trung Quốc thời kỳ đầu quan sát thấy những điều không thể đoán trước được.

anh hưởng của vết thương đâm thủng ở các chiến binh Trung Quốc. Các vết bắn lâu đời nhất được biết đến về châm cứu, Hệ thống Cổ điển về Châm cứu, có niên đại từ năm 282 sau Công nguyên. Mặc dù châm cứu là kỹ thuật được biết đến nhiều nhất, y học Trung Quốc theo truyền thống sử dụng các phương pháp điều trị bằng thảo dược, liệu pháp ăn kiêng, lối sống, những thay đổi và các phương tiện khác để điều trị bệnh nhân.

Vào đầu những năm 1900, chỉ có một số bác sĩ phương Tây những người đã đến thăm Trung Quốc đều bị mê hoặc bởi châm cứu, nhưng bên ngoài cộng đồng người Mỹ gốc Á thì nó vẫn tồn tại hầu như không được biết đến cho đến những năm 1970, khi Richard Nixon trở thành tổng thống Mỹ đầu tiên đến thăm Trung Quốc. Về phía Nixon chuyển đi, các nhà báo đã rất ngạc nhiên khi quan sát các hoạt động lớn được thực hiện trên bệnh nhân mà không sử dụng thuốc gây mê. Thay vào đó, những bệnh nhân tinh táo đang được phẫu thuật bằng chỉ có kim châm cứu cắm vào để kiểm soát nỗi đau. Trong thời gian đó, một nhà báo nổi tiếng của tờ New York Times, James Reston, đã phải trải qua cuộc phẫu thuật và chọn sử dụng châm cứu thay vì dùng thuốc giảm đau, và ông đã viết một số câu chuyện thuyết phục về hiệu quả của nó.

Ngày nay châm cứu đang được thực hiện ở tất cả 50 tiểu bang bởi hơn 9.000 học viên, với hơn 4.000 bác sĩ đã đưa nó vào hoạt động của họ. Châm cứu đã cho thấy đáng chú ý thành công trong việc điều trị nhiều tình trạng và hơn 15 triệu Người Mỹ đã sử dụng nó như một liệu pháp. Châm cứu, làm thế nào-



Các vị trí châm cứu và kinh lạc trên mặt và cổ. (Minh họa của Hans & Cassady.)

bao giờ hết, phần lớn vẫn không được hỗ trợ bởi cơ sở y tế. Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ đã

chống lại việc nghiên cứu nó, vì nó dựa trên các khái niệm rất khác với mô hình khoa học phương Tây.

Một số hình thức châm cứu đang được sử dụng ngày nay Mỹ. Châm cứu Nhật Bản sử dụng kim cực mỏng và không kết hợp thuốc thảo dược trong thực hành. Châm cứu tai chỉ sử dụng các huyệt đạo

trên tai, được cho là có tác dụng kích thích và cân bằng Nội tạng. Ở Pháp, nơi châm cứu rất phổ biến và được cơ sở y tế chấp nhận nhiều hơn, nhà thần kinh học Paul Nogier đã phát triển một hệ thống châm cứu. dựa trên lý thuyết thần kinh nội tiết hơn là dựa trên truyền thống Các khái niệm của Trung Quốc đang được sử dụng ở Mỹ.

#### Ý tưởng cơ bản của y học Trung Quốc

Y học Trung Hoa coi cơ thể là một phần nhỏ của vũ trụ, tuân theo các quy luật và nguyên tắc phổ quát của sự hài hòa và cân bằng. Y học Trung Quốc không vẽ một đường ranh giới rõ ràng, như y học phương Tây vẫn làm, giữa tinh thần và thể xác. Hệ thống Trung Quốc tin rằng cảm xúc và trạng thái tinh thần có ảnh hưởng đến bệnh tật ngang bằng với các cơ chế vật lý thuần túy, và coi thực tế là

những vấn đề như công việc, môi trường, lối sống và các mối quan hệ cũng như cơ bản cho bức tranh tổng thể về sức khỏe của bệnh nhân.

Y học Trung Quốc cũng sử dụng những biểu tượng và biểu tượng rất khác nhau. ý tưởng để thảo luận về cơ thể và sức khỏe. Trong khi y học phương Tây thường mô tả sức khỏe bằng những khái niệm có thể đo lường được. các quá trình vật lý được tạo thành từ các phản ứng hóa học, Người Trung Quốc sử dụng các ý tưởng như âm dương, chi, hệ cơ quan và ngũ hành để mô tả sức khỏe và thân hình. Để hiểu được những ý tưởng đằng sau châm cứu, đó là đáng để giới thiệu một số thuật ngữ cơ bản này.

**ÂM DƯƠNG.** Theo triết học Trung Quốc, vũ trụ và cơ thể có thể được mô tả bằng hai nguyên tắc riêng biệt nhưng bổ sung cho nhau, đó là âm và dương.

Ví dụ, về nhiệt độ, âm là lạnh và dương là nóng. Về giới tính, âm là nữ và dương là nam. Trong hoạt động, âm là thụ động và dương là chủ động. Trong ánh sáng, âm là bóng tối và dương tươi sáng; theo hướng âm là hướng vào trong và hướng xuống và dương hướng ra ngoài và hướng lên trên, v.v. Không có gì là bao giờ hoàn toàn âm hoặc dương, nhưng là sự kết hợp của cả hai. Hai nguyên tắc này luôn tương tác, đối lập nhau, và ảnh hưởng lẫn nhau. Mục tiêu của y học Trung Quốc không phải là loại bỏ âm hay dương mà là cho phép cả hai cân bằng lẫn nhau và tồn tại hài hòa cùng nhau. Ví dụ, nếu một người có triệu chứng

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Bấm huyệt–Hình thức xoa bóp sử dụng các huyệt đạo.

Châm cứu tai –Châm cứu chỉ sử dụng các huyệt trên tai.

Chi–Năng lượng sống cơ bản.

Kinh tuyến–Kênh mà khí di chuyển trong cơ thể.

Moxibustion–Kỹ thuật châm cứu đốt cháy thảo mộc ngoài cứu hoặc ngải cứu.

Sân chắc–Kỹ thuật châm cứu để tăng cường sức mạnh cho cơ thể.

Âm/Dương–Các đặc điểm phổ quát được sử dụng để mô tả các khía cạnh của thế giới tự nhiên.

Khi bị huyết áp cao, hệ thống Trung Quốc sẽ cho rằng cơ quan tim có thể có quá nhiều dương và sẽ đề xuất các phương pháp giảm dương hoặc tăng âm của tim, tùy thuộc vào các triệu chứng và cơ quan khác trong cơ thể. Vì vậy, các liệu pháp châm cứu tìm cách tăng hoặc giảm âm, hoặc tăng hoặc giảm âm ở những vùng cụ thể trên cơ thể.

**CHI.** Một khái niệm cơ bản khác của y học Trung Quốc là chi (phát âm là chee, cũng đánh vần là qi). Khí là năng lượng sống cơ bản của vũ trụ. Nó vô hình và được tìm thấy trong môi trường không khí, nước, thức ăn và ánh sáng mặt trời. Trong cơ thể, chính sinh lực vô hình tạo nên và sinh động sự sống. Tất cả chúng ta đều được sinh ra với lượng khí bẩm sinh và chúng ta cũng nhận được khí từ thực phẩm chúng ta ăn và không khí chúng ta hít thở. Mức độ và chất lượng chi của một người cũng phụ thuộc vào trạng thái cân bằng về thể chất, tinh thần và cảm xúc. Khí di khắp cơ thể dọc theo các kênh gọi là kinh tuyến.

**HỆ THỐNG CƠ QUAN.** Trong hệ thống Trung Quốc, có mười hai cơ quan chính: phổi, ruột già, dạ dày, lá lách, tim, ruột non, bàng quang tiết niệu, thận, gan, túi mật, màng ngoài tim và "tam âm", đại diện cho toàn bộ vùng thân. Mỗi cơ quan đều có năng lượng chi liên quan đến nó và mỗi cơ quan tương tác với những cảm xúc cụ thể ở cấp độ tinh thần. Vì có 12 cơ quan nên có 12 loại khí có thể di chuyển trong cơ thể và chúng di chuyển qua 12 kênh hoặc kinh tuyến chính. Bác sĩ Trung Quốc kết nối các triệu chứng với các cơ quan. Nghĩa là, các triệu chứng gây ra bởi sự mất cân bằng âm/dương ở một hoặc nhiều cơ quan, hoặc do dòng khí không lành mạnh đến hoặc từ một cơ quan.

cơ quan này sang cơ quan khác. Mỗi cơ quan có một số triệu chứng khác nhau mà nó có thể biểu hiện.

**NGŨ YẾU.** Một cơ sở khác của lý thuyết Trung Quốc là thế giới và cơ thể được tạo thành từ năm yếu tố chính: gỗ, lửa, đất, kim loại và nước. Tất cả các phần tử này đều được kết nối với nhau và mỗi phần tử tạo ra hoặc kiểm soát phần tử khác. Ví dụ, nước điều khiển lửa và đất tạo ra kim loại. Mỗi cơ quan được liên kết với một trong năm yếu tố. Hệ thống của Trung Quốc sử dụng các yếu tố và cơ quan để mô tả và điều trị các tình trạng. Ví dụ, thận gắn liền với nước và tim gắn liền với lửa, và hai cơ quan có liên quan với nhau như nước và lửa. Nếu thận yếu thì có thể có vấn đề về hỏa tương ứng trong tim nên có thể điều trị bằng châm cứu hoặc dùng thảo dược để làm mát hệ tim và/hoặc tăng năng lượng cho hệ thận.

Người Trung Quốc đã phát triển một hệ thống phức tạp về mối liên hệ giữa các cơ quan và các yếu tố với các triệu chứng thể chất và tinh thần, và ví dụ trên là một ví dụ rất đơn giản. Mặc dù hệ thống này nghe có vẻ đáng nghi ngờ đối với các nhà khoa học phương Tây, nhưng một số điểm tương đồng thú vị đã được quan sát thấy. Ví dụ, Tây y đã quan sát thấy rằng với những bệnh nhân có vấn đề nghiêm trọng về tim, thường dẫn đến suy thận, nhưng vẫn chưa biết chính xác tại sao. Trong y học Trung Quốc, mối liên hệ giữa hai cơ quan này đã được xác lập từ lâu.

**VẤN ĐỀ Y TẾ VÀ CHÂM CỨU.** Trong y học Trung Quốc, bệnh tật được coi là sự mất cân bằng trong hệ thống cơ quan hoặc kinh mạch, và mục tiêu của bất kỳ phương thuốc hoặc phương pháp điều trị nào là hỗ trợ cơ thể thiết lập lại sự hài hòa bẩm sinh. Bệnh có thể do các yếu tố bên trong như cảm xúc, yếu tố bên ngoài như môi trường, thời tiết và các yếu tố khác như chấn thương, chấn thương, chế độ ăn uống và vi trùng. Tuy nhiên, nhiễm trùng chủ yếu không được coi là vấn đề liên quan đến vi trùng và vi rút mà là sự suy yếu về năng lượng của cơ thể khiến bệnh tật xảy ra.

Trong y học Trung Quốc, không có hai căn bệnh nào giống nhau, vì mỗi cơ thể đều có những đặc điểm riêng về triệu chứng và sự cân bằng. Châm cứu được sử dụng để mở hoặc điều chỉnh dòng khí di khắp hệ thống cơ quan, giúp tăng cường sức mạnh cho cơ thể và thúc đẩy cơ thể tự chữa lành.

**MỘT CUỘC THĂM ĐẾN BÁC SĨ CHÂM CỨU.** Điều đầu tiên mà bác sĩ châm cứu sẽ làm là tìm hiểu kỹ lưỡng về tiền sử bệnh và các triệu chứng của bệnh nhân, cả về thể chất lẫn cảm xúc. Điều này được thực hiện bằng một bảng câu hỏi dài và phòng vấn. Sau đó, bác sĩ châm cứu sẽ khám bệnh nhân để tìm thêm các triệu chứng, quan sát kỹ lưỡng, mạch ở các điểm khác nhau trên cơ thể, nước da, hành vi chung và các dấu hiệu khác như ho hoặc đau. Từ đó, người hành nghề sẽ có thể xác định các dạng triệu chứng cho biết cơ quan và khu vực nào đang bị bệnh.

mắt cân bằng. Tùy theo tình trạng bệnh, người châm cứu sẽ đâm kim vào để điều khiển khí trên một hoặc nhiều trong số 12 kinh tạng. Trên 12 kinh mạch này, có gần 2.000 huyệt có thể được sử dụng trong châm cứu, trong đó khoảng 200 huyệt được các nhà châm cứu truyền thống sử dụng thường xuyên nhất. Trong quá trình điều trị riêng lẻ, có thể sử dụng từ một đến hai mươi kim, tùy thuộc vào điểm kinh tuyển nào được chọn.

Kim châm cứu luôn được khử trùng và châm cứu là một thủ thuật rất an toàn. Độ sâu đâm vào của kim thay đổi tùy thuộc vào kinh chỉ nào đang được điều trị. Một số huyệt hầu như không đi xa hơn các lớp da bì ngoài, trong khi một số huyệt châm cứu yêu cầu độ sâu của kim từ 1-3 inch (2,5-7,5 cm). Các kim nói chung không gây đau. Bệnh nhân đôi khi cho biết có cảm giác như bị châm chích và thường là cảm giác dễ chịu khi cơ thể được chữa lành. Tùy thuộc vào vấn đề, bác sĩ châm cứu có thể xoay hoặc di chuyển kim, hoặc thậm chí truyền một dòng điện nhẹ qua một số kim. Đôi khi có thể sử dụng phương pháp đốt ngải cứu, trong đó hỗn hợp thảo dược (moxa hoặc ngải cứu) được đốt như hương trên huyệt đạo hoặc ở đầu kim, được cho là có tác dụng kích thích khí theo một cách cụ thể. Ngoài ra, các chuyên gia châm cứu đôi khi còn sử dụng phương pháp giắc hơi, trong đó các giắc hút nhỏ được đặt lên các điểm kinh tuyển để kích thích chúng.

Thời gian đâm kim cũng khác nhau. Một số bệnh nhân chỉ cần đưa kim vào và ra nhanh chóng để giải quyết các vấn đề và mang lại sự sẵn sàng (tăng cường sức khỏe), trong khi một số tình trạng khác có thể cần phải đưa kim vào trong tối đa một giờ hoặc hơn. Thời gian trung bình để gặp bác sĩ châm cứu mất khoảng ba mươi phút. Số lần để gặp bác sĩ châm cứu cũng khác nhau, một số tình trạng được cải thiện sau một hoặc hai buổi và những tình trạng khác yêu cầu phải thực hiện chuỗi sáu lần khám trở lên trong suốt nhiều tuần hoặc nhiều tháng.

Chi phí cho châm cứu có thể khác nhau, tùy thuộc vào việc người hành nghề có phải là bác sĩ hay không. Những lần khám đầu tiên với các bác sĩ châm cứu không phải bác sĩ đa khoa có thể có giá từ \$50-\$100, với những lần khám tiếp theo thường có chi phí thấp hơn. Việc hoàn trả bảo hiểm cũng rất khác nhau, tùy thuộc vào công ty và tiểu bang. Các quy định đã được thay đổi thường xuyên. Một số tiểu bang ủy quyền cho Medicaid chỉ trả cho việc châm cứu đối với một số tình trạng nhất định và một số tiểu bang quy định rằng bảo hiểm chung phải trả cho châm cứu. Người tiêu dùng nên biết về các quy định về châm cứu trong chính sách cá nhân của họ.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Châm cứu nói chung là một thủ tục rất an toàn. Nếu bệnh nhân nghi ngờ về tình trạng bệnh lý, nên tham khảo ý kiến của nhiều bác sĩ. Ngoài ra, bệnh nhân phải luôn cảm thấy thoải mái và tự tin rằng bác sĩ châm cứu của họ có kiến thức và được đào tạo bài bản.

#### Nghiên cứu và chấp nhận chung

Y học chính thống đã chậm chấp nhận châm cứu; mặc dù ngày càng có nhiều bác sĩ sử dụng nó nhưng Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ không công nhận nó là một chuyên khoa. Nguyên nhân là do cơ chế châm cứu khó hiểu hay do lưỡng một cách khoa học, chẳng hạn như năng lượng vô hình của khí trong cơ thể. Y học phương Tây thừa nhận rằng châm cứu có tác dụng trong nhiều trường hợp, đã đưa ra giả thuyết rằng các kinh tuyển năng lượng thực sự là một phần của hệ thần kinh và châm cứu làm giảm đau bằng cách giải phóng endorphin, hay thuốc giảm đau tự nhiên, vào máu. Bất chấp sự mơ hồ về mặt hóa sinh liên quan, châm cứu vẫn tiếp tục cho thấy hiệu quả trong các thử nghiệm lâm sàng, từ giảm đau đến giảm nhẹ các triệu chứng của bệnh mãn tính, và nghiên cứu về châm cứu hiện đang phát triển. Văn phòng Y học Thay thế của Viện Y tế Quốc gia hiện đang tài trợ cho nghiên cứu sử dụng châm cứu để điều trị trầm cảm và rối loạn thiểu tập trung.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Fleischman, Tiến sĩ Gary F. Châm cứu: Mọi thứ bạn từng muốn biết. New York: Barrytown, 1998.

Kakptchuk, Ted. Trang web không có người dệt: Tìm hiểu về y học Trung Quốc. New York: Congdon và Weed, 1983.

Yêu cầu, Yves, MD. Địa hình và bệnh lý trong châm cứu. Massachusetts: Mô hình, 1986.

##### ĐỊNH KÝ

Tạp chí Châm cứu Hoa Kỳ. 1840 41st Ave., Suite 102, PO Box 610, Capitola, CA 95010.

##### KHÁC

Hiệp hội Đông y Hoa Kỳ. <<http://www.aaom.org/>> (28 tháng 12 năm 2000).

Hiệp hội Châm cứu và Phương pháp Thay thế Bắc Mỹ  
cine. <<http://www.nasa-altmed.com/>> (28 tháng 12 năm 2000).

Douglas Dupler

#### Viêm cầu thận cấp tính xem Cấp tính

#### viêm cầu thận sau nhiễm liên cầu

Xem các biện pháp vi lượng đồng căn cấp tính

Thuốc vi lượng đồng căn, kê đơn cấp tính

## Suy thận cấp tính

#### Sự định nghĩa

Suy thận cấp tính xảy ra khi bệnh tật, nhiễm trùng hoặc chấn thương làm tổn thương thận. Thận tạm thời

không thể loại bỏ đầy đủ chất lỏng và chất thải ra khỏi cơ thể hoặc duy trì mức độ thích hợp của một số hóa chất do thận điều chỉnh trong máu.

## Sự miêu tả

Thận là hệ thống lọc tự nhiên của cơ thể.

Chúng thực hiện nhiệm vụ quan trọng là xử lý khoảng 200 lít chất lỏng trong máu mỗi 24 giờ.

Các chất thải như urê và chất độc, cùng với chất lỏng dư thừa, được loại bỏ khỏi máu dưới dạng nước tiểu. Suy thận (hoặc thận) xảy ra khi chức năng thận bị suy giảm. Chất lỏng và chất độc bắt đầu tích tụ trong máu. Khi chất lỏng tích tụ trong máu, bệnh nhân bị suy thận cấp có thể bị sưng tấy và sưng tấy (phù nề) ở mặt, tay và chân. Huyết áp của họ thường bắt đầu tăng và họ có thể cảm thấy mệt mỏi và buồn nôn.

Không giống như suy thận mãn tính kéo dài và không thể hồi phục, suy thận cấp chỉ là một tình trạng tạm thời. Với việc điều trị thích hợp và kịp thời, nó thường có thể được đảo ngược. Thường có tổn thương vĩnh viễn ở thận. Suy thận cấp xuất hiện thường xuyên nhất như một biến chứng của bệnh nghiêm trọng, như suy tim, suy gan, mất nước, bong nặng và chảy máu quá nhiều (xuất huyết). Nó cũng có thể do tắc nghẽn đường tiết niệu hoặc do hậu quả trực tiếp của bệnh thận, chấn thương hoặc phản ứng bất lợi với thuốc.

### Nguyên nhân và triệu chứng Suy

Thận cấp có thể do nhiều bệnh, chấn thương và nghiêm trùng khác nhau gây ra. Những tình trạng này thuộc ba loại chính: tình trạng trước thận, sau thận và trong thận.

Tình trạng trước thận không tồn thương thận nhưng có thể làm suy giảm chức năng thận. Chúng là nguyên nhân phổ biến nhất gây suy thận cấp và bao gồm: • mất nước • xuất huyết • nghiêm trùng máu hoặc nghiêm trùng huyết

- suy tim

- suy gan

- bong

Tình trạng sau thận gây suy thận do tắc nghẽn vào đường tiết niệu. Những tình trạng này bao gồm: • viêm tuyến tiền liệt ở nam giới (viêm tuyến tiền liệt) • phì đại tuyến tiền liệt (phì đại tuyến tiền liệt lành tính)

- khối u bàng quang hoặc vùng

- chậu • sỏi thận (sỏi)

Tình trạng nội thận liên quan đến bệnh thận hoặc tổn thương trực tiếp tới thận. Những tình trạng này bao gồm:

- thiếu máu cung cấp cho thận (thiếu máu cục bộ) • sử dụng

- chất cản quang ở bệnh nhân có vấn đề về thận • lạm dụng hoặc dùng thuốc quá liều •

- sử dụng lâu dài các loại thuốc

- gây độc cho thận, như một số loại thuốc giảm đau

- viêm cầu thận hoặc bộ lọc cấp tính của thận (viêm cầu thận) • nghiêm trùng thận (viêm bể thận hoặc viêm

- bể thận)

Các triệu chứng thường gặp của suy thận cấp bao gồm:

- thiếu máu. Thận chịu trách nhiệm sản xuất erythropoietin (EPO), một loại hormone kích thích sản xuất hồng cầu. Nếu bệnh thận khiến thận bị teo lại, việc sản xuất hồng cầu sẽ giảm, dẫn đến thiếu máu.

- Hôi miệng hoặc có mùi vị khó chịu trong miệng. Urê trong nước bọt có thể gây ra mùi vị giống amoniac trong miệng.

- các vấn đề về xương và khớp. Thận sản xuất vitamin D, giúp cơ thể hấp thụ canxi và giữ cho xương chắc khỏe. Đối với bệnh nhân suy thận, xương có thể trở nên giòn. Ở trẻ em, sự phát triển bình thường có thể bị chậm lại. Đau khớp cũng có thể xảy ra do nồng độ photphat trong máu cao. Việc giữ lại axit uric có thể gây ra bệnh gút. • phù nề. Bọng mắt hoặc sưng tấy ở cánh tay, bàn tay, bàn chân và quanh mắt.

- đi tiểu thường xuyên.

nước tiểu có bọt hoặc có máu. Protein trong nước tiểu có thể khiến nước tiểu nổi bọt đáng kể. Máu trong nước tiểu có thể là dấu hiệu của chảy máu do thận, bàng quang hoặc niệu quản bị bệnh hoặc tắc nghẽn.

- đau đầu. Huyết áp cao có thể gây đau đầu. • tăng huyết áp, hoặc huyết áp cao. Việc giữ lại chất lỏng và chất thải khiến lượng máu tăng lên. Điều này làm cho huyết áp tăng lên. • mệt mỏi tăng lên. Các chất độc hại trong máu và tình trạng thiếu máu có thể khiến bệnh nhân cảm thấy kiệt sức.

- ngứa. Phốt pho, thường được đào thải qua nước tiểu, sẽ tích tụ trong máu của bệnh nhân suy thận.

Mức độ phốt pho tăng lên có thể khiến da bị ngứa. • đau lưng dưới. Bệnh nhân mắc một số vấn đề về thận (như sỏi thận và các tắc nghẽn khác) có thể bị đau ở vị trí thận, ở vùng thắt lưng phía dưới xương sườn.

- buồn nôn. Urê trong dịch dạ dày có thể gây khó chịu cái bụng.

## Chẩn đoán

Suy thận được bác sĩ chẩn đoán. Bác sĩ chuyên khoa thận, bác sĩ chuyên về thận, có thể được tư vấn để xác nhận chẩn đoán và đề xuất các lựa chọn điều trị. Bệnh nhân nghi ngờ bị suy thận cấp sẽ được xét nghiệm máu, nước tiểu để xác định mức độ chức năng thận. Xét nghiệm máu sẽ đánh giá mức độ creatinine, nitơ urê máu (BUN), axit uric, phốt phát, natri và kali.

Thận điều hòa các chất này trong máu. Các mẫu nước tiểu cũng sẽ được thu thập, thường trong khoảng thời gian 24 giờ, để đánh giá sự mất protein và/hoặc độ thanh thải creatinine.

Xác định nguyên nhân gây suy thận là rất quan trọng để điều trị thích hợp. Đánh giá đầy đủ về thận là cần thiết để xác định xem bệnh cơ bản có thể điều trị được hay không và suy thận là m恁 tinh hay cấp tính. Tia X, chụp ảnh cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp vi tính (CT), siêu âm, sinh thiết thận và/hoặc chụp động mạch thận có thể được sử dụng để xác định nguyên nhân gây suy thận và mức độ chức năng thận còn lại. Cũng có thể cần chụp X-quang và siêu âm bàng quang và/hoặc niệu quản.

## Sự đổi mới

Điều trị suy thận cấp tính khác nhau. Việc điều trị hướng tới tình trạng bệnh lý cơ bản, cơ bản đã gây ra suy thận. Các tình trạng trước thận có thể được điều trị bằng cách thay thế qua tĩnh mạch, thuốc lợi tiểu, truyền máu hoặc thuốc. Các tình trạng sau thận và các tình trạng trong thận có thể cần phải phẫu thuật và/hoặc dùng thuốc.

Thông thường, bệnh nhân suy thận cấp cần phải chạy thận nhân tạo, lọc máu hoặc thẩm phân phúc mạc để lọc dịch và chất thải từ máu cho đến khi tình trạng bệnh lý ban đầu có thể được kiểm soát.

### Chạy thận nhân tạo

Chạy thận nhân tạo liên quan đến việc lưu thông máu của bệnh nhân ra ngoài cơ thể thông qua mạch tuần hoàn ngoại cơ thể (ECC), hoặc mạch lọc máu. ECC được tạo thành từ ống máu nhựa, bộ lọc được gọi là máy thẩm tách (hoặc thận nhân tạo) và máy lọc máu theo dõi và duy trì lưu lượng máu cũng như quản lý dịch thẩm tách.

Dialysate là một dung dịch hóa chất vô trùng được sử dụng để hút các chất thải ra khỏi máu. Máu của bệnh nhân rời khỏi cơ thể qua tĩnh mạch và đi qua ECC và máy thẩm tách, nơi diễn ra quá trình loại bỏ chất lỏng.

Trong quá trình lọc máu, các chất thải trong máu được đưa ra khỏi cơ thể. Đồng thời, chất điện giải và các hóa chất khác được bổ sung vào máu. Máu được thanh lọc, cân bằng về mặt hóa học sau đó sẽ được đưa trở lại cơ thể.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Nitơ urê máu (BUN)–Một chất thải được hình thành trong gan và tích tụ trong máu; bệnh nhân suy thận có nồng độ BUN cao.

Creatinine–Một loại protein được cơ bắp sản xuất ra để thận khỏe mạnh lọc ra.

Ngoại cơ thể–Bên ngoài hoặc không liên quan đến cơ thể.

Thiểu máu cục bộ– Thiểu máu cung cấp cho một cơ quan hoặc mô.

Độc thận–Độc hoặc gây tổn hại cho thận.

Chất tương phản phóng xạ–Thuốc nhuộm được dùng cho bệnh nhân nhằm mục đích nghiên cứu X quang.

Nhiễm trùng huyết–Một bệnh nhiễm trùng máu do vi khuẩn.

Thuốc vận mạch–Thuốc làm co mạch máu.

Một lần “chạy” lọc máu thường kéo dài từ ba đến bốn giờ, tùy thuộc vào loại máy lọc máu được sử dụng và tình trạng thể chất của bệnh nhân. Lọc máu được thực hiện vài lần một tuần cho đến khi bệnh suy thận cấp được hồi phục.

Những thay đổi về huyết áp liên quan đến chạy thận nhân tạo có thể gây nguy cơ cho bệnh nhân có vấn đề về tim. Thảm phân phúc mạc có thể là lựa chọn điều trị ưu tiên trong những trường hợp này.

## Lọc máu

Lọc máu, còn gọi là liệu pháp thay thế thận liên tục (CRRT), là một liệu pháp lọc máu chậm, liên tục được sử dụng để kiểm soát suy thận cấp ở những bệnh nhân bị bệnh nặng. Những bệnh nhân này thường bị bệnh nặng và có thể có vấn đề về tim hoặc tuần hoàn.

Họ không thể xử lý được tốc độ lọc nhanh của quá trình lọc máu. Họ cũng thường xuyên cần thuốc kháng sinh, dinh dưỡng, thuốc vận mạch và các chất lỏng khác được truyền qua tĩnh mạch để điều trị tình trạng ban đầu của họ. Vì quá trình lọc máu diễn ra liên tục nên bệnh nhân suy thận có thể được truyền dịch theo toa mà không có nguy cơ quá tải dịch.

Giống như chạy thận nhân tạo, lọc máu sử dụng ECC. Một bộ lọc máu sợi rỗng được sử dụng thay cho quá lọc để loại bỏ chất lỏng và chất độc. Thay vì sử dụng máy lọc máu, máy bơm máu sẽ giúp máu lưu thông qua ECC. Thể tích máu lưu thông qua ECC trong lọc máu ít hơn so với chạy thận nhân tạo. Tốc độ lọc chậm hơn và nhẹ nhàng hơn trên hệ thống tuần hoàn.

kiến:

Điều trị lọc máu thường sẽ được sử dụng cho đến khi bệnh suy thận được cải thiện.

### Giải phẫu tách màng bụng

Lọc màng bụng có thể được sử dụng nếu bệnh nhân suy thận cấp ổn định và không bị nguy kịch ngay lập tức. Trong lọc màng bụng (PD), màng bụng của bệnh nhân, phúc mạc, hoạt động như một bộ lọc máu. Một dụng cụ giống như ống mềm (ống thông) được phẫu thuật đưa vào bụng bệnh nhân. Trong quá trình điều trị, ống thông được sử dụng để lắp dây khoang bụng bằng dịch thẩm tách. Các chất thải và chất lỏng dư thừa di chuyển từ dòng máu của bệnh nhân vào dung dịch thẩm tách. Sau một khoảng thời gian nhất định, dịch thẩm tách chứa đầy chất thải sẽ được rút ra khỏi bụng và thay thế bằng dịch thẩm tách sạch. Có ba loại thẩm phân phúc mạc, khác nhau tùy theo thời gian điều trị và phương pháp điều trị.

Lọc màng bụng thường là lựa chọn điều trị tốt nhất cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Kích thước nhỏ của chúng có thể làm cho việc tiếp cận tĩnh mạch khó duy trì. Nó không được khuyến cáo cho những bệnh nhân bị đính bụng hoặc các khuyết tật khác ở bụng (như thoát vị) có thể làm giảm hiệu quả điều trị. Nó cũng không được khuyến khích cho những bệnh nhân thường xuyên bị viêm các túi nhỏ trong đường ruột (viêm túi thừa).

### Tiên lượng Vì

nhiều bệnh lý và bệnh lý tiềm ẩn thường gây ra suy thận cấp rất nguy kịch nên tiên lượng cho những bệnh nhân này nhiều khi không tốt.

Các nghiên cứu ước tính tỷ lệ tử vong chung do suy thận cấp là 42-88%. Tuy nhiên, nhiều người chết vì căn bệnh nguyên phát gây ra suy thận. Những số liệu này cũng có thể gây hiểu nhầm vì những bệnh nhân bị suy thận do các bệnh ít nghiêm trọng hơn (như sỏi thận hoặc mất nước) có cơ hội hồi phục hoàn toàn cao. Nhận biết sớm và điều trị kịp thời, thích hợp là chìa khóa để bệnh nhân phục hồi.

Có tới 10% bệnh nhân bị suy thận cấp sẽ bị tổn thương thận không thể phục hồi. Cuối cùng họ sẽ phát triển bệnh suy thận mãn tính hoặc bệnh thận giai đoạn cuối. Những bệnh nhân này sẽ phải lọc máu lâu dài hoặc ghép thận để thay thế chức năng thận đã mất.

### Phòng ngừa

Vì suy thận cấp có thể do nhiều nguyên nhân gây ra nên việc phòng ngừa rất khó khăn. Các loại thuốc có thể làm suy giảm chức năng thận nên được sử dụng thận trọng.

Những bệnh nhân có bệnh lý về thận từ trước

nhập viện vì các bệnh hoặc chấn thương khác cần được theo dõi cẩn thận về các biến chứng suy thận. Cần hết sức thận trọng khi sử dụng các phương pháp điều trị và thủ thuật có thể khiến họ có nguy cơ bị suy thận (như các xét nghiệm chẩn đoán yêu cầu chất cản quang hoặc thuốc nhuộm).

### Tài nguyên

#### SÁCH

Bock, GH, EJ Ruley và nghị sĩ Moore. Hướng dẫn dành cho phụ huynh về rối loạn thận. Minneapolis: Nhà xuất bản Đại học Minnesota, 1993.

Brenner, Barry M., và Floyd C. Rector Jr., biên tập. Thận.

Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1991.

Cameron, J. Stewart. Suy thận: Sự thật. New York: Nhà xuất bản Đại học Oxford, 1996.

Ross, Linda M., chủ biên. Sách nguồn về rối loạn và các bệnh về thận và đường tiết niệu. Tập. 21. Detroit: Omnigraphics, Inc., 1997.

#### ĐỊNH KÝ

Stark, tháng Sáu. "Các lựa chọn lọc máu: Xoay chuyển tình thế suy thận cấp tính." Điều dưỡng 27, không. 2 (tháng 2 năm 1997): 41-8.

#### TỔ CHỨC

Viện Tiêu đường và Bệnh tiêu hóa và Thận Quốc gia (NIDDK). Tòa nhà 31, Phòng 9A04, 31 Center Drive, MSC 2560, Bethesda, MD 20879-2560. (301) 496-3583. <<http://www.niddk.nih.gov>>.

Quỹ thận quốc gia. 30 East 33rd St., New York, NY 10016. (800) 622-9010. <<http://www.kidney.org>>.

Paula Anne Ford-Martin

### Bệnh bạch cầu cấp tính xem Bệnh bạch cầu cấp tính

## Viêm hạch bạch huyết cấp tính

### Sự định nghĩa

Viêm hạch bạch huyết cấp tính là một bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn trong các mạch bạch huyết được đặc trưng bởi các vết đỏ, đau đớn bên dưới bề mặt da. Đây là một bệnh nhiễm trùng nghiêm trọng có thể nhanh chóng lây lan vào máu và gây tử vong.

### Mô tả Viêm bạch

huyết cấp tính ảnh hưởng đến một thành viên quan trọng của hệ thống miễn dịch-hệ bạch huyết. Chất thải từ gần như mọi cơ quan trong cơ thể chảy vào mạch bạch huyết và được lọc trong các cơ quan nhỏ gọi là hạch bạch huyết. Các vật thể lợt, chẳng hạn như vi khuẩn hoặc vi rút, được xử lý trong các hạch bạch huyết để tạo ra phản ứng miễn dịch nhằm chống lại nhiễm trùng.

Trong viêm hạch bạch huyết cấp tính, vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể qua vết cắt, vết xước, vết côn trùng cắn, vết thương phẫu thuật hoặc vết thương ngoài da khác. Một khi vi khuẩn xâm nhập vào hệ bạch huyết, chúng sẽ nhân lên nhanh chóng và đi theo mạch bạch huyết như một con đường cao tốc. Mạch bạch huyết bị nhiễm trùng sẽ bị viêm, gây ra các vết đỏ hiện rõ bên dưới bề mặt da. Sự phát triển của vi khuẩn xảy ra nhanh đến mức hệ thống miễn dịch không phản ứng đủ nhanh để ngăn chặn sự lây nhiễm.

Nếu không được điều trị, vi khuẩn có thể gây phá hủy mô ở vùng nhiễm trùng. Một khối u đầy máu, đau đớn gọi là áp xe có thể được hình thành ở vùng bị nhiễm trùng. Viêm mô tế bào, nhiễm trùng toàn thân ở các lớp da dưới, cũng có thể xảy ra. Ngoài ra, vi khuẩn có thể xâm nhập vào máu và gây nhiễm trùng máu.

Vì lý do đó mà các bác sĩ thường gọi những vết đỏ trên da là "nhiễm độc máu". Nhiễm trùng bạch huyết là một căn bệnh rất nghiêm trọng và có thể gây tử vong.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Viêm hạch bạch huyết cấp tính thường do vi khuẩn *Streptococcus pyogenes* gây ra. Loại vi khuẩn nguy hiểm tiềm tàng này cũng gây ra bệnh viêm họng liên cầu khuẩn, nhiễm trùng tim, tụy sống và phổi, và vào những năm 1990 nó được gọi là "vi khuẩn ăn thịt". *Staphylococcus aureus* cũng có thể gây viêm hạch bạch huyết.

Mặc dù bất cứ ai cũng có thể bị viêm hạch bạch huyết nhưng một số người có nguy cơ cao hơn. Những người đã phẫu thuật cắt bỏ vú triệt để (cắt bỏ vú và các hạch bạch huyết gần đó), cắt bỏ tĩnh mạch ở chân để phẫu thuật bắc cầu mạch vành hoặc viêm hạch bạch huyết tái phát do nấm bàn chân (nhiễm nấm ở bàn chân) có nguy cơ cao bị viêm hạch bạch huyết.

Các triệu chứng đặc trưng của viêm hạch bạch huyết cấp tính là các vết đỏ rộng di chuyển từ vị trí nhiễm trùng đến nách hoặc háng. Các khu vực bị ảnh hưởng có màu đỏ, sưng tấy và đau đớn. Có thể xảy ra phòng kín ở vùng da bị ảnh hưởng. Nhiễm vi khuẩn gây sốt 100-104°F (38°-40°C). Ngoài ra, có thể cảm thấy mệt mỏi, đau cơ, nhức đầu, ớn lạnh và chán ăn.

### Chẩn đoán

Nếu nghi ngờ bị viêm hạch bạch huyết, người bệnh nên gọi bác sĩ ngay lập tức hoặc đến phòng cấp cứu. Viêm hạch bạch huyết cấp tính có thể được chẩn đoán bởi bác sĩ gia đình, chuyên gia về bệnh truyền nhiễm hoặc bác sĩ phòng cấp cứu. Các vết đỏ, đau ngay dưới bề mặt da và sốt cao là dấu hiệu của viêm hạch bạch huyết cấp tính. Một mẫu máu sẽ được lấy để nuôi cấy để xác định xem vi khuẩn có xâm nhập vào máu hay không. Mẫu sinh thiết (loại bỏ một mảnh mô bị nhiễm trùng) có thể được lấy để nuôi cấy để xác định loại nào

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Sinh thiết-Quá trình loại bỏ một mẫu mô bị bệnh hoặc bị nhiễm trùng để kiểm tra bằng kính hiển vi nhằm hỗ trợ chẩn đoán.

Hệ bạch huyết-Một thành phần của hệ thống miễn dịch bao gồm các mạch và nút. Chất thải từ các cơ quan chảy vào mạch bạch huyết và được lọc bởi các hạch bạch huyết.

Nhiễm trùng bạch huyết-Bệnh do sự hiện diện và phát triển của vi khuẩn trong máu.

loại vi khuẩn gây nhiễm trùng. Chẩn đoán ngay lập tức vì nó chủ yếu dựa vào các triệu chứng. Hầu hết các hợp đồng bảo hiểm sẽ chi trả chi phí chẩn đoán và điều trị viêm hạch bạch huyết cấp tính.

### Sự đôi đai

Do tính chất nghiêm trọng của nhiễm trùng này, việc điều trị sẽ bắt đầu ngay lập tức cả trước khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn. Cách điều trị duy nhất cho bệnh viêm hạch bạch huyết cấp tính là tiêm liều lượng rất lớn thuốc kháng sinh, thường là penicillin, qua tĩnh mạch. Vi khuẩn liên cầu đang phát triển thường bị penicillin loại bỏ nhanh chóng và dễ dàng. Thuốc kháng sinh clindamycin có thể được đưa vào phương pháp điều trị để tiêu diệt bất kỳ liên cầu khuẩn nào không phát triển và đang ở trạng thái nghỉ. Ngoài ra, một loại kháng sinh "phổ rộng" có thể được sử dụng để tiêu diệt nhiều loại vi khuẩn khác nhau.

Aspirin hoặc các loại thuốc khác làm giảm đau và hạ sốt cũng có thể được dùng. Các loại thuốc làm giảm tình trạng viêm ở vùng bị nhiễm bệnh cũng có thể được cung cấp. Bệnh nhân có thể phải nhập viện để sử dụng kháng sinh và các loại thuốc khác cũng như theo dõi chặt chẽ tình trạng của mình. Phẫu thuật dẫn lưu áp xe có thể cần thiết.

### Tiêm lượng Dự

kiến sẽ hồi phục hoàn toàn nếu bắt đầu điều trị bằng kháng sinh ở giai đoạn đầu của nhiễm trùng. Tuy nhiên, nếu không được điều trị, viêm hạch bạch huyết cấp tính có thể trở thành một căn bệnh rất nghiêm trọng và thậm chí gây tử vong. Viêm hạch bạch huyết cấp tính không được điều trị có thể lây lan, gây tổn thương mô. Tổn thương mô rộng sẽ cần phải được sửa chữa bằng phẫu thuật thẩm mỹ.

Sự lây lan của nhiễm trùng vào máu có thể gây tử vong.

### Phòng ngừa

Mặc dù viêm hạch bạch huyết cấp tính có thể xảy ra ở bất cứ ai, nhưng tốt vệ sinh và sức khỏe nói chung có thể giúp ngừa nhiễm trùng.

## Tài nguyên

### ĐỊNH KÝ

Dajer, Tony. "Một vết xước chết người." Khám phá (02/1998): 34-7.

Belinda Rowland, Tiến sĩ

Viêm màng ngoài tim cấp tính xem Viêm màng ngoài tim

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Streptococcus**—Một loại vi khuẩn gram dương, hình tròn hoặc hình bầu dục thuộc chi *Streptococcus*. Liên cầu khuẩn nhóm A gây ra một số bệnh ở người bao gồm viêm họng liên cầu khuẩn, bệnh chốc lở và ASPGN.

## ■ Viêm cầu thận cấp tính sau liên cầu

### Sự định nghĩa

Viêm cầu thận cấp tính sau nhiễm liên cầu (APSGN) là tình trạng viêm các ống thận (cầu thận) có chức năng lọc các chất thải từ máu, dẫn đến nhiễm trùng liên cầu khuẩn như viêm họng liên cầu khuẩn.

APSGN còn được gọi là viêm cầu thận sau nhiễm trùng.

### Sự miêu tả

APSGN phát triển sau khi một số vi khuẩn liên cầu khuẩn (*streptococci* tan huyết beta nhóm A) bị nhiễm trùng ở da hoặc cổ họng. Các kháng nguyên từ liên cầu khuẩn chép kết tụ lại với các kháng thể đã tiêu diệt chúng.

Những khối này bị mắc kẹt trong ống thận, khiến ống thận bị viêm và làm suy giảm khả năng lọc và loại bỏ chất thải của cơ thể. Sự khởi phát của APSGN thường xảy ra từ một đến sáu tuần (trung bình hai tuần) sau khi nhiễm liên cầu khuẩn.

APSGN là một căn bệnh tương đối hiếm gặp, ảnh hưởng đến khoảng 1 trong số 10.000 người, mặc dù gấp 4 hoặc 5 lần số đó thực sự có thể bị ảnh hưởng bởi nó nhưng không có triệu chứng. APSGN phổ biến nhất ở các bé trai trong độ tuổi từ 3 đến 7, nhưng nó có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Đau họng thường xuyên và có tiền sử nhiễm liên cầu khuẩn làm tăng nguy cơ mắc APSGN. Các triệu chứng của APSGN bao gồm:

- tích tụ dịch và sưng mô (phù nề) ban đầu ở mặt và quanh mắt, sau đó ở chân • lượng nước tiểu ít (thiểu niệu)

- có máu trong nước tiểu (tiểu máu)
- protein trong nước tiểu (protein niệu) • huyết áp cao
- đau khớp hoặc cứng khớp

### Chẩn đoán

Chẩn đoán APSGN được thực hiện bằng cách lấy tiền sử bệnh nhân, đánh giá các triệu chứng của họ và thực hiện một số xét nghiệm trong phòng thí nghiệm. Xét nghiệm nước tiểu thường cho thấy có máu và protein trong nước tiểu. Nồng độ urê và creatinine (hai chất thải thường được thận lọc ra khỏi máu) trong máu thường cao, chứng tỏ chức năng thận bị suy giảm. Một xét nghiệm máu đáng tin cậy, rẻ tiền được gọi là xét nghiệm kháng streptolysin-O có thể xác nhận rằng bệnh nhân đã hoặc đang bị nhiễm liên cầu khuẩn. Cây dịch họng cũng có thể cho thấy sự hiện diện của liên cầu khuẩn tan máu beta nhóm A.

### Sự đối đãi

Điều trị APSGN được thiết kế để làm giảm các triệu chứng và ngăn ngừa các biến chứng. Một số bệnh nhân được khuyên nên nằm trên giường cho đến khi cảm thấy khỏe hơn và hạn chế uống nước và muối. Thuốc kháng sinh có thể được kê đơn để tiêu diệt bất kỳ vi khuẩn liên cầu khuẩn nào còn sót lại, nếu sự hiện diện của chúng được xác nhận. Thuốc hạ huyết áp có thể được dùng để giúp kiểm soát huyết áp cao và thuốc lợi tiểu có thể được sử dụng để giảm tình trạng ứ nước và sưng tấy. Lọc thận hiếm khi cần thiết.

### Tiên lượng

Hầu hết trẻ em (tới 95%) hồi phục hoàn toàn sau APSGN trong vài tuần hoặc vài tháng. Hầu hết người lớn (lên tới 70%) cũng hồi phục hoàn toàn. Ở những người không hồi phục hoàn toàn, có thể xảy ra các vấn đề mãn tính hoặc tiến triển về chức năng thận. Suy thận có thể dẫn đến một số bệnh nhân.

### Phòng ngừa

Được điều trị kịp thời bệnh nhiễm trùng liên cầu khuẩn và các biện pháp có thể ngăn chặn APSGN.

## Tài nguyên

### SÁCH

Nguyên tắc nội khoa của Harrison. Ed. Anthony S.

Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

Hướng dẫn chuyên môn về bệnh tật. tái bản lần thứ 5.

Springhouse, PA: Tập đoàn Springhouse, 1995.

**TỔ CHỨC**

Quỹ Thận Hoa Kỳ. 6110 Đại lộ điều hành, Rockville, MD 20852. (800) 638-8299.  
<http://216.248.130.102/Default.htm>.

Quỹ thận quốc gia. 30 East 33rd St., New York, NY 10016. (800) 622-9010.  
<http://www.kidney.org>.

Maureen Haggerty

## Hội chứng suy hô hấp cấp tính xem Hội chứng suy hô hấp ở người lớn

### Rối loạn căng thẳng cấp tính

#### Sự định nghĩa

Rối loạn căng thẳng cấp tính (ASD) là một chứng rối loạn lo âu được đặc trưng bởi một loạt các triệu chứng lo âu và phản ứng xảy ra trong vòng một tháng sau một sự kiện chấn thương. (Phản ứng là một phản ứng tâm lý đối với chấn thương trong đó tâm trí cố gắng đổi phó bằng cách "đóng dấu" một số đặc điểm của chấn thương khỏi nhận thức có ý thức).

#### Sự miêu tả

Rối loạn căng thẳng cấp tính là một loại chẩn đoán mới được giới thiệu vào năm 1994 để phân biệt các phản ứng có giới hạn thời gian đối với chấn thương với rối loạn căng thẳng sau chấn thương (PTSD).

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Rối loạn căng thẳng cấp tính là do tiếp xúc với chấn thương, được định nghĩa là tác nhân gây căng thẳng gây ra nỗi sợ hãi mãnh liệt và thường liên quan đến các mối đe dọa đến tính mạng hoặc thương tích nghiêm trọng cho bản thân hoặc người khác. Ví dụ như hiếp dâm, cướp bóc, đánh nhau, thiên tai, v.v.

Các triệu chứng của rối loạn căng thẳng bao gồm sự kết hợp của một hoặc nhiều triệu chứng phản ứng và lo âu với việc tránh gợi nhớ về sự kiện đau thương. Các triệu chứng phản ứng bao gồm tách rời cảm xúc, mất trí nhớ tạm thời, mất nhận cách và mất ý thức.

Các triệu chứng lo âu liên quan đến rối loạn căng thẳng cấp tính bao gồm khó chịu, bồn chồn về thể chất, khó ngủ, không thể tập trung và dễ bị giật mình.

#### Chẩn đoán

Chẩn đoán rối loạn căng thẳng cấp tính dựa trên sự kết hợp giữa tiền sử của bệnh nhân và khám thực thể để loại trừ các bệnh có thể gây lo lắng. Các

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Phi nhân cách hóa—Một triệu chứng phản ly trong đó bệnh nhân cảm thấy cơ thể mình không có thật, đang thay đổi hoặc đang tan biến.

Derealization—Một triệu chứng phản ly trong đó môi trường bên ngoài được coi là không thực.

Phản ly—Một phản ứng đối với chấn thương trong đó tâm trí tách rời một số khía cạnh của chấn thương khỏi nhận thức có ý thức. Sự phản ly có thể ảnh hưởng đến trí nhớ, cảm giác thực tế và cảm giác nhận dạng của bệnh nhân.

Chấn thương—Trong bối cảnh ASD, một sự kiện thảm khốc hoặc đe dọa tính mạng.

Đặc điểm cơ bản là một sự kiện chấn thương trong vòng một tháng kể từ khi xuất hiện các triệu chứng. Các tiêu chuẩn chẩn đoán khác bao gồm:

- Các triệu chứng ảnh hưởng đáng kể đến hoạt động xã hội hoặc nghề nghiệp bình thường
- Các triệu chứng kéo dài từ hai ngày đến bốn tuần.

#### Sự đổi mới

Điều trị rối loạn căng thẳng cấp tính thường bao gồm sự kết hợp giữa thuốc chống trầm cảm và liệu pháp tâm lý ngắn hạn.

#### Điều trị thay thế

Châm cứu đã được khuyến cáo như một phương pháp điều trị rối loạn căng thẳng cấp tính. Một số phương pháp thay thế khác, bao gồm thiền, tập thở và yoga, có thể hữu ích khi kết hợp với liệu pháp tâm lý ngắn hạn. Điều trị vi lượng đồng căn và sử dụng thuốc thảo dược và tinh chất hoa cũng có thể giúp người bị rối loạn căng thẳng cấp tính tái cân bằng về mức độ thể chất, tinh thần và cảm xúc.

#### Tiên lượng

Tiên lượng phục hồi bị ảnh hưởng bởi mức độ nghiêm trọng và thời gian của chấn thương, sự gắn kết của bệnh nhân với chấn thương và mức độ hoạt động trước đó của bệnh nhân. Các dấu hiệu thuận lợi bao gồm khoảng thời gian ngắn từ khi sang chấn đến khi xuất hiện triệu chứng, điều trị ngay lập tức và hỗ trợ xã hội thích hợp. Nếu các triệu chứng của bệnh nhân đủ nghiêm trọng để ảnh hưởng đến cuộc sống bình thường và kéo dài hơn một tháng, chẩn đoán có thể được chuyển thành PTSD.

Nếu các triệu chứng kéo dài hơn một tháng nhưng

không đủ nghiêm trọng để đáp ứng định nghĩa về PTSD, chẩn đoán có thể chuyển sang rối loạn điều chỉnh.

Những bệnh nhân không được điều trị rối loạn căng thẳng cấp tính có nguy cơ cao bị lạm dụng chất gây nghiện hoặc rối loạn trầm cảm nặng.

## Phòng ngừa

Các sự kiện đau buồn thường không thể lường trước được và do đó không thể ngăn ngừa được. Tuy nhiên, về mặt lý thuyết, sự can thiệp chuyên môn ngay sau chấn thương lớn có thể làm giảm khả năng hoặc mức độ nghiêm trọng của ASD. Ngoài ra, một số triệu chứng của rối loạn căng thẳng cấp tính là do những thay đổi sinh hóa trong hệ thần kinh trung ương, cơ và đường tiêu hóa không được kiểm soát có ý thức.

### Tài nguyên

#### SÁCH

"Rối loạn căng thẳng cấp tính." Trong Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần. tái bản lần thứ 4. Washington, DC: Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, 1994.

Corbman, Gene R. "Rối loạn lo âu." Trong chẩn đoán hiện tại.

Tập. 9. Biên tập. Rex B. Conn và cộng sự. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.

Eisendrath, Stuart J. "Rối loạn tâm thần." Trong Chẩn đoán và Điều trị Y Khoa Hiện tại, 1998. tái bản lần thứ 37. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

Kabat-Zinn, Jon. Cuộc sống hoàn toàn trong thảm họa: Sử dụng trí tuệ của cơ thể và tâm trí để đối mặt với căng thẳng, nỗi đau và bệnh tật. New York: Tập đoàn xuất bản Bantam Doubleday Dell, Inc., 1990.

"Vấn đề khi gọi: Mất ngủ." Trong Phẫu thuật theo yêu cầu, ed.

Leonard G. Gomella và Alan T. Lefor. Stamford: Apple-ton & Lange, 1996.

Rebecca J. Frey

Viêm dạ dày căng thẳng cấp tính xem Viêm dạ dày

Viêm túy cắt ngang cấp tính xem Viêm túy cắt ngang

Acyclovir xem Thuốc kháng vi-rút

## Nghiên

### Sự định nghĩa

Nghiên là sự phụ thuộc vào một hành vi hoặc chất mà một người không thể dừng lại. Thuật ngữ này đã được thay thế một phần bằng từ phụ thuộc vào việc lạm dụng chất gây nghiện. Tuy nhiên, chứng nghiện đã được mở rộng đến

bao gồm các hành vi hoặc hoạt động làm thay đổi tâm trạng. Một số nghiên cứu nói về hai loại nghiên: nghiên chất gây nghiện (ví dụ nghiên rượu, lạm dụng ma túy và hút thuốc); và xử lý chứng nghiện (ví dụ: cờ bạc, chi tiêu, mua sắm, ăn uống và hoạt động tình dục).

Người ta ngày càng thừa nhận rằng nhiều người nghiện, chẳng hạn như những người lạm dụng nhiều loại ma túy, nghiên nhiều hơn một chất hoặc một chế phẩm.

### Sự miêu tả

Nghiện ngập là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng tồn kém nhất ở Hoa Kỳ. Đây là một hội chứng tiền triều, có nghĩa là mức độ nghiêm trọng sẽ tăng theo thời gian trừ khi được điều trị. Lạm dụng chất gây nghiện được đặc trưng bởi tình trạng tái nghiên thường xuyên hoặc quay trở lại với chất bị lạm dụng.

Những người lạm dụng chất gây nghiện thường có gắng bỏ thuốc nhiều lần trước khi thành công.

Năm 1995, thiệt hại kinh tế do lạm dụng chất gây nghiện ở Hoa Kỳ đã vượt quá 414 tỷ USD, trong đó chi phí chăm sóc sức khỏe do lạm dụng chất gây nghiện ước tính lên tới hơn 114 tỷ USD.

Đến lớp 8, 52% thanh thiếu niên đã uống rượu, 41% hút thuốc lá và 20% hút cần sa. So với nữ giới, nam giới có nguy cơ nghiên rượu nặng cao gần gấp 4 lần, khả năng hút một bao thuốc lá trở lên mỗi ngày cao hơn gần 1,5 lần và khả năng hút cần sa hàng tuần cao gấp đôi. Tuy nhiên, ở thanh thiếu niên, sự khác biệt về giới tính này đang giảm dần. Mặc dù việc sử dụng thường xuyên thuốc lá, cocaine và uống nhiều rượu đường như vẫn ổn định trong những năm 1990, nhưng việc sử dụng cần sa vẫn gia tăng.

Năm 1999, ước tính có khoảng 4 triệu người Mỹ trên 12 tuổi đã sử dụng thuốc giảm đau, thuốc an thần và thuốc kích thích theo toa vì những lý do "phi y tế" trong một tháng.

Tại Hoa Kỳ, 25% dân số thường xuyên sử dụng thuốc lá. Việc sử dụng thuốc lá được cho là giết chết số người mỗi năm gấp 2,5 lần so với việc lạm dụng rượu và ma túy kết hợp. Theo dữ liệu năm 1998 của Tổ chức Y tế Thế giới, có 1,1 tỷ người hút thuốc trên toàn thế giới và 10.000 ca tử vong liên quan đến thuốc lá mỗi ngày. Hơn nữa, tại Hoa Kỳ, 43% trẻ em từ 2-11 tuổi tiếp xúc với khói thuốc lá trong môi trường, có liên quan đến hội chứng đột tử ở trẻ sơ sinh, nhẹ cân, hen suyễn, bệnh tai giữa, viêm phổi, ho và viêm đường hô hấp trên. sự nhiễm trùng.

Rối loạn ăn uống, chẳng hạn như chán ăn tâm thần, chứng cuồng ăn và ăn uống vô độ, ảnh hưởng đến hơn 5 triệu phụ nữ và nam giới Mỹ. 15% phụ nữ trẻ có thái độ rối loạn đáng kể đối với việc ăn uống và hành vi ăn uống. Hơn 1.000 phụ nữ chết mỗi năm vì chứng chán ăn tâm thần.

Một nghiên cứu của Harvard năm 1997 cho thấy ước tính có khoảng 15,4 triệu người Mỹ mắc chứng nghiện cờ bạc. Hơn một nửa con số đó (7,9 triệu) là thanh thiếu niên.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Nghiện các chất là kết quả của sự tương tác của một số yếu tố:

#### Hóa dược

Một số chất gây nghiện hơn những chất khác vì chúng tạo ra sự thay đổi tâm trạng nhanh chóng và mãnh liệt; hoặc vì chúng tạo ra các triệu chứng cai đau đớn khi dừng đột ngột.

#### Yếu tố di truyền

Một số người dùng như dễ bị nghiện hơn vì các chất hóa học trong cơ thể họ làm tăng độ nhạy cảm với ma túy. Một số hình thức lạm dụng và lệ thuộc chất gây nghiện thường như có tính chất gia đình; và đây có thể là kết quả của khuynh hướng di truyền, ảnh hưởng của môi trường hoặc sự kết hợp của cả hai.

#### Cấu trúc và chức năng của não

Việc sử dụng ma túy nhiều lần theo thời gian sẽ làm thay đổi cấu trúc và chức năng của não một cách cơ bản và lâu dài. Chứng nghiện xuất hiện thông qua một loạt các thay đổi trong não và sự tăng cường các kết nối trí nhớ mới. Bằng chứng cho thấy những thay đổi lâu dài ở não là nguyên nhân gây ra những biến dạng về chức năng nhận thức và cảm xúc đặc trưng của người nghiện, đặc biệt là việc buộc phải sử dụng ma túy.

Mặc dù nguyên nhân gây nghiện vẫn là chủ đề tranh luận và nghiên cứu đang diễn ra, nhiều chuyên gia hiện nay coi chứng nghiện là một bệnh về não: một tình trạng gây ra bởi những thay đổi dai dẳng trong cấu trúc và chức năng của não. Tuy nhiên, việc mắc bệnh não này không miễn trừ người nghiện trách nhiệm về hành vi của mình, nhưng nó giải thích tại sao nhiều người nghiện không thể ngừng sử dụng ma túy chỉ bằng ý chí.

#### Học xã hội

Học tập xã hội được coi là yếu tố đơn lẻ quan trọng nhất. Nó bao gồm các hình thức sử dụng trong gia đình hoặc nhóm văn hóa của người nghiện, áp lực từ bạn bè và ảnh hưởng của quảng cáo hoặc truyền thông.

#### khả dụng

Thuốc lá, rượu hoặc rượu rẻ tiền hoặc sắn có ma túy làm tăng tỷ lệ nghiện rõ rệt.



Crack người dùng. Crack, một dạng cocaine, là một trong những loại ma túy gây nghiện nhất. (Ảnh của Roy Marsch, The Stock Market. Được phép sao chép lại.)

#### Phát triển cá nhân

Trước những năm 1980, cái gọi là tính cách gây nghiện được dùng để giải thích sự phát triển của chứng nghiện. Tính cách gây nghiện được mô tả là người trốn chạy, bốc đồng, phụ thuộc, ranh ma, lôi kéo và tự cho mình là trung tâm. Hiện nay, nhiều bác sĩ tin rằng những đặc điểm tính cách này phát triển ở người nghiện là kết quả của chứng nghiện, chứ không phải những đặc điểm đó là nguyên nhân gây ra chứng nghiện.

#### Chẩn đoán

Ngoài mối bận tâm về việc sử dụng và sử dụng chất bị lạm dụng, việc chẩn đoán chứng nghiện còn dựa trên năm tiêu chí:

- mất ý chí • hậu quả
- có hại • lối sống không thể
- kiểm soát được • dung túng
- hoặc leo thang sử dụng
- triệu chứng cai thuốc khi bỏ thuốc

## Sự đổi mới

Điều trị đổi mới cả phương pháp y tế và xã hội. Người nghiên ma túy có thể cần điều trị tại bệnh viện để kiểm soát các triệu chứng cai nghiện. Trị liệu tâm lý cá nhân hoặc nhóm thường hữu ích nhưng chỉ sau khi đã ngừng sử dụng chất gây nghiện. Các loại thuốc chống nghiện như methadone và naltrexone cũng thường được sử dụng.

Hình thức điều trị ngoại trú được xã hội khuyên dùng thường xuyên nhất là chương trình 12 bước. Những chương trình như vậy cũng thường xuyên được kết hợp với liệu pháp tâm lý. Theo một nghiên cứu gần đây được báo cáo bởi Hiệp hội Tâm lý Hoa Kỳ (APA), bất kỳ ai, bất kể niềm tin tôn giáo hay không có niềm tin tôn giáo, đều có thể hưởng lợi từ việc tham gia vào các chương trình 12 bước như Người nghiện rượu ẩn danh (AA) hoặc Ma túy. Chuột ẩn danh (NA). Số lượt truy cập vào các nhóm tự trợ giúp 12 bước vượt quá số lượt truy cập vào tất cả các chuyên gia sức khỏe tâm thần cộng lại. Có mười hai bước dành cho tất cả các chứng nghiện chất và quá trình chính.

Mười hai bước là: • Thừa nhận sự bất lực trước cơn nghiện. • Tin rằng một Quyền lực lớn hơn chính mình có thể khôi phục lại sự tinh táo.

- Hãy quyết định giao phó ý muốn và cuộc đời bạn cho sự chăm sóc của Chúa, như bạn hiểu về Ngài. • Hãy tự kiểm điểm đạo đức một cách can đảm và tìm kiếm. • Hãy thừa nhận với Chúa, với chính bạn và với người khác về bản chất chính xác của những sai lầm của bạn.
- Hãy sẵn sàng để Chúa loại bỏ tất cả những khuyết điểm này khỏi nhân cách của bạn. • Khiêm tốn cầu xin Chúa xóa bỏ khuyết điểm. • Lập danh sách tất cả những người bị tổn hại bởi những sai lầm của bạn và sẵn sàng sửa đổi tất cả.
- Thực hiện việc đền bù trực tiếp cho những người đó bắt cứ khi nào có thể, trừ khi việc làm đó sẽ gây tổn thương cho họ hoặc người khác.
- Tiếp tục kiểm kê cá nhân và kịp thời thừa nhận mọi hành vi sai trái trong tương lai.
- Tìm cách cải thiện sự tiếp xúc với Chúa theo sự hiểu biết của cá nhân thông qua thiền định và cầu nguyện.
- Mang thông điệp thức tinh thần linh đến người khác và thực hành những nguyên tắc này trong mọi công việc của bạn.

## Điều trị thay thế

Châm cứu và vi lượng đồng căn đã được sử dụng để điều trị các triệu chứng cai nghiện. Thiền, yoga và chữa bệnh bằng reiki đã được khuyến khích cho những người nghiện quá trình, tuy nhiên, sự thành công của những chương trình này chưa được chứng minh rõ ràng qua các nghiên cứu có kiểm soát.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Nghiên-Sự phụ thuộc vào một chất hoặc hành vi hình thành thói quen mà người đó không thể dừng lại.

Tính cách gây nghiện-Một khái niệm trước đây được sử dụng để giải thích chứng nghiện là kết quả của những khiếm khuyết về tính cách có sẵn ở các cá nhân.

Nghiên quy trình—Nghiên một số hành vi làm thay đổi tâm trạng, chẳng hạn như rối loạn ăn uống, cờ bạc, hoạt động tình dục, làm việc quá sức và mua sắm.

Dung nạp-Một tình trạng trong đó người nghiện cần liều lượng cao hơn của một chất để đạt được hiệu quả tương tự như trước đây với liều lượng thấp hơn.

Hội chứng cai thuốc—Những thay đổi sinh lý khó chịu, đôi khi đe dọa tính mạng xảy ra do ngừng sử dụng một số loại thuốc sau khi sử dụng thường xuyên và kéo dài.

## Tiên lượng

Tiên lượng cho việc phục hồi sau bất kỳ cơn nghiện nào đều phụ thuộc vào chất hoặc quá trình, hoàn cảnh của cá nhân và cấu trúc nhân cách tiềm ẩn. Những người sử dụng nhiều loại ma túy có tiên lượng hồi phục xấu nhất.

## Phòng ngừa

Hình thức phòng ngừa hiệu quả nhất dường như là một gia đình ổn định, nêu gương về thái độ có trách nhiệm đối với các chất và hành vi làm thay đổi tâm trạng. Các chương trình giáo dục phòng ngừa cũng được sử dụng rộng rãi để thông báo cho công chúng về tác hại của việc lạm dụng chất gây nghiện.

## Tài nguyên

### SÁCH

"Rối loạn tâm thần: Phụ thuộc vào ma túy." Trong Cẩm nang Chẩn đoán và Triệu chứng của Merck. Tập 1. Biên tập. Robert Berkow và cộng sự. Rahway, NJ: Phòng thí nghiệm nghiên cứu Merck, 1992.  
Quỹ Robert Wood Johnson. Lạm dụng chất gây nghiện:  
Vấn đề số 1 của quốc gia. Princeton, NJ, 2001.

### ĐỊNH KÝ

Kalivas, Peter. "Nghiên ma túy: Đến Cortex..và hơn thế nữa"  
Tạp chí Tâm thần học Hoa Kỳ tập 158, số 3, (tháng 3 năm 2001).

Kelly, Timothy. "Nghiên: Một ngành công nghiệp trị giá 800 tỷ đô la đang bùng nổ."  
Thế giới và tôi (01/07/2000)  
Leshner, Alan. "Nghiên là một bệnh về não" Tạp chí Khoa học và Công nghệ tập 17, số 3, (01/04/2001).  
Mattas-Curry, L. "Chương trình tự lực 12 bước đã chứng tỏ thành công-  
hoàn toàn bắt đầu nền tảng tôn giáo của người tham gia, nghiên cứu

gợi ý." Giám sát APA trực tuyến. tập 30, số 11, (tháng 12/1999). <<http://www.apa.org/monitor/>>.

#### TÔI CHỨC

Nhóm gia đình Al-Anon. Hộp 182, Ga Madison Square, New York, NY 10159. <<http://www.Al-Anon Alateen.org>>. Alcoholics Anonymous World Services, Inc. Box 459, Grand Central Station, New York, NY 10163. <<http://www. Alcoholics-anonymous.org>>. Hiệp hội chứng biếng ăn của Mỹ. <<http://www.aab ainc.org>>.

Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ. <<http://www.pscyh.org>>. Trung tâm cai nghiện trực tuyến. <<http://www.netaddiction.com>>. eGambling: Tạp chí điện tử về các vấn đề cờ bạc. <<http://www.camh.net/egambling/main.html>>. Trung tâm Quốc gia về Nghiên cứu và Lạm dụng Chất gây nghiện tại Colum- đại học bia. <<http://www.casacolumbia.org>>.

Liên minh quốc gia về nghiên cứu rượu và phụ thuộc vào ma túy, Inc. 12 West 21st St., New York, NY 10010. (212)206-6770.

Cơ quan thanh toán bù trừ quốc gia về thông tin rượu và ma túy. <<http://www.health.org>>.

Viện Quốc gia về Lạm dụng Rượu và Nghiên cứu rượu (NIAAA) 6000 Đại lộ Điều hành, Bethesda, Maryland 20892-7003. <<http://www.niaaa.nih.gov>>.

Bill Asenjo, MS, CRC

## Bệnh lí Addison

### Sự định nghĩa

Bệnh Addison là một chứng rối loạn liên quan đến sự gián đoạn chức năng của một phần tuyến thượng thận gọi là vỏ não. Điều này dẫn đến việc giảm sản xuất hai loại hóa chất quan trọng (hormone) thường được vỏ thượng thận tiết ra: cortisol và aldosterone.

### Sự miêu tả

Tuyến thượng thận là hai tuyến, mỗi tuyến nằm ở phần trên của hai quả thận. Phần bên ngoài của tuyến được gọi là vỏ não; phần bên trong được gọi là túy. Mỗi bộ phận của tuyến thượng thận chịu trách nhiệm sản xuất các loại hormone khác nhau.

Cortisol là một loại hormone rất mạnh được sản xuất bởi vỏ thượng thận. Nó tham gia vào việc điều chỉnh hoạt động của hầu hết các loại cơ quan và mô trên khắp cơ thể, và được coi là một trong số ít hormone thực sự cần thiết cho sự sống. Cortisol tham gia vào: • quá trình xử lý và sử dụng rất phức tạp nhiều chất dinh dưỡng, bao gồm đường (carbohydrate), chất béo và protein

- hoạt động bình thường của hệ tuần hoàn và trái tim

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Tuyến-Một tập hợp các tế bào có chức năng giải phóng một số hóa chất hoặc hormone nhất định, quan trọng đối với hoạt động của các cơ quan hoặc hệ thống cơ thể khác, đôi khi nằm ở xa.

Nội tiết tố-Một chất hóa học được sản xuất ở một bộ phận của cơ thể, di chuyển đến bộ phận khác của cơ thể để phát huy tác dụng.

- hoạt động của cơ bắp • chức năng thận bình thường • sản xuất tế bào máu • các quá trình bình thường liên quan đến việc duy trì hệ thống xương
- hoạt động bình thường của não và dây thần kinh • phản ứng bình thường của hệ thống miễn dịch

Aldosterone, cũng được sản xuất bởi vỏ thượng thận, đóng vai trò trung tâm trong việc duy trì tỷ lệ nước và muối thích hợp trong cơ thể. Khi sự cân bằng này bị phá vỡ, lượng máu lưu thông khắp cơ thể sẽ giảm xuống mức thấp đến mức nguy hiểm, kèm theo đó là tụt huyết áp.

Bệnh Addison còn được gọi là suy vỏ thượng thận nguyên phát. Nói cách khác, một số quá trình can thiệp trực tiếp vào khả năng sản xuất hormone của vỏ thượng thận. Mức độ cortisol và aldosterone đều giảm, đồng thời nhiều chức năng trong cơ thể bị gián đoạn.

Bệnh Addison xảy ra ở khoảng 4 trên 100.000 người. Nó tấn công cả nam giới và phụ nữ ở mọi lứa tuổi.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh Addison là sự phá hủy và/hoặc teo lại vỏ thượng thận. Trong khoảng 70% tất cả các trường hợp, tình trạng teo cơ này được cho là xảy ra do rối loạn tự miễn dịch. Trong rối loạn tự miễn dịch, hệ thống miễn dịch của cơ thể, chịu trách nhiệm xác định những kẻ xâm lược bên ngoài như virus hoặc vi khuẩn và tiêu diệt chúng, vô tình bắt đầu xác định các tế bào của vỏ thượng thận là ngoại lai và tiêu diệt chúng. Trong khoảng 20% các trường hợp, sự phá hủy vỏ thượng thận là do bệnh lao. Các trường hợp còn lại của bệnh Addison có thể do nhiễm nấm, chẳng hạn như histoplasmosis, coccidiomycosis và cryptococcosis, ảnh hưởng đến tuyến thượng thận bằng cách tạo ra các khối u giống như khối u.

gọi là u hạt; một căn bệnh gọi là bệnh amyloidosis, trong đó một chất tinh bột gọi là amyloid tích tụ ở những nơi bất thường trên khắp cơ thể, cản trở chức năng của bất kỳ cấu trúc nào có bên trong nó; hoặc ung thư xâm lấn tuyến thượng thận.

Ở khoảng 75% tổng số bệnh nhân, bệnh Addison có xu hướng phát triển dần dần và chậm.

Các triệu chứng đáng kể không được ghi nhận cho đến khi khoảng 90% vỏ thượng thận bị phá hủy. Các triệu chứng phổ biến nhất bao gồm mệt mỏi và mất năng lượng, chán ăn, buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, đau bụng, sụt cân, yếu cơ, chóng mặt khi đứng, mất nước, các vùng da sẫm màu (sắc tố) bất thường và sẫm màu. tàn nhang. Khi bệnh tiến triển, bệnh nhân có thể có làn da rất xám nồng hoặc có màu đồng, với niêm mạc miệng, âm đạo và trực tràng sẫm màu, đồng thời vùng xung quanh núm vú (aereola) có sắc tố sẫm màu. Khi tình trạng mất nước trở nên nghiêm trọng hơn, huyết áp sẽ tiếp tục giảm và bệnh nhân sẽ cảm thấy ngày càng yếu và choáng váng. Một số bệnh nhân có các triệu chứng tâm thần, bao gồm trầm cảm và khó chịu. Phụ nữ rụng lông mu và lông nách, không còn kinh nguyệt bình thường.

Khi một bệnh nhân bị bệnh do nhiễm trùng hoặc bị căng thẳng do chấn thương, bệnh có thể tiến triển đột ngột và nhanh chóng, do doạ tính mạng. Các triệu chứng của "cuộc khủng hoảng Addisonian" này bao gồm nhịp tim bất thường, đau dữ dội ở lưng và bụng, buồn nôn và nôn không kiểm soát được, huyết áp giảm mạnh, suy thận và bất tỉnh. Khoảng 25% tổng số bệnh nhân mắc bệnh Addison được xác định là do sự phát triển của cơn Addisonian.

## Chẩn đoán

Nhiều bệnh nhân không nhận ra sự tiến triển chậm của các triệu chứng và bệnh cuối cùng được xác định khi bác sĩ nhận thấy các vùng da tăng sắc tố. Khi bị nghi ngờ, một số xét nghiệm máu có thể giúp chẩn đoán bệnh Addison. Việc chứng minh mức cortisol trong máu thấp là chưa đủ vì mức cortisol bình thường rất khác nhau. Thay vào đó, bệnh nhân được tiêm một liều thử nghiệm một loại hormone khác gọi là corticotropin (ACTH). ACTH được sản xuất trong cơ thể bởi tuyến yên và thường hoạt động bằng cách thúc đẩy sự phát triển bền vững vỏ thượng thận và kích thích sản xuất và giải phóng cortisol. Trong bệnh Addison, ngay cả một liều ACTH tổng hợp cũng không làm tăng nồng độ cortisol.

Để phân biệt giữa suy vỏ thượng thận nguyên phát (bệnh Addison) và suy vỏ thượng thận thứ phát (gây ra do suy vỏ thượng thận).

tuyển yên sản xuất đủ ACTH), nồng độ ACTH trong máu được kiểm tra. Mức ACTH bình thường hoặc cao cho thấy tuyến yên đang hoạt động bình thường, nhưng vỏ thượng thận không phản ứng bình thường với sự hiện diện của ACTH. Điều này xác nhận chẩn đoán bệnh Addison.

## Sự đối đãi

Điều trị bệnh Addison liên quan đến việc thay thế lượng cortisol bị thiếu hoặc ở mức thấp. Trong trường hợp khẩn hoảng Addisonian, điều này sẽ đạt được bằng cách tiêm một dạng chế phẩm steroid mạnh qua kim đặt trong tĩnh mạch (tiêm tĩnh mạch hoặc IV). Tình trạng mất nước và mất muối cũng sẽ được điều trị bằng cách truyền các dung dịch cân bằng cần thận qua đường tĩnh mạch. Huyết áp thấp đến mức nguy hiểm có thể cần dùng thuốc đặc biệt để nâng cao huyết áp một cách an toàn cho đến khi steroid có hiệu lực.

Bệnh nhân mắc bệnh Addison sẽ phải dùng chế phẩm steroid (hydrocortisone) và thay thế aldosterone (fludrocortisone) bằng đường uống trong suốt quãng đời còn lại. Khi một bệnh nhân mắc bệnh gây buồn nôn và nôn (đến mức không thể nuốt thuốc), họ sẽ phải đến cơ sở y tế nơi có thể truyền thuốc qua đường tĩnh mạch.

Khi bệnh nhân bị nhiễm trùng hoặc chấn thương, liều hydrocortisone thông thường sẽ cần phải tăng gấp đôi.

## Tiên lượng

Tiên lượng cho bệnh nhân được điều trị thích hợp bằng hydrocortisone và aldosterone là rất tốt. Những bệnh nhân này có thể mong đợi được hưởng một cuộc sống bình thường. Nếu không điều trị hoặc điều trị không đạt tiêu chuẩn, bệnh nhân luôn có nguy cơ mắc bệnh Addisonian.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Williams, Gordon H. và Robert G. Dluhy. "Suy suy giảm chức năng của vỏ thượng thận." Trong Nguyên tắc Nội khoa của Harrison, ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

#### ĐỊNH KÝ

Brosnan, CM và NFC Gowing. "Bệnh lí Addison." Tạp chí Y khoa Anh 312, không. 7038 (27/04/1996): 1085+. Oelker, Wolfgang. "Suy thượng thận." nước Anh mới Tạp chí Y học 335, không. 16 (17/10/1996): 1206+.

#### TỔ CHỨC

Tổ chức bệnh tuyến thượng thận quốc gia. 505 Đại lộ phía Bắc-vard, Suite 200, Great Neck, NY 11021. (516) 487-4992.

Rosalyn Carson-DeWitt, MD

## Tăng sản vòm họng

### Sự định nghĩa

Tăng sản adenoid là sự phát triển quá mức của tuyến bạch huyết nằm ở phía sau miệng.

### Sự miêu tả

Nằm ở phía sau miệng, phía trên và phía dưới vòm miệng mềm là hai cặp tuyến bạch huyết. Amidan bên dưới hiện rõ sau răng sau; các adenoids nằm ngay phía trên chúng và bị vòm miệng che khuất khỏi tầm nhìn. Bên kho vũ khí phòng thủ miễn dịch này cùng nhau bảo vệ lối vào chính của cơ thể khỏi những kẻ xâm lược bên ngoài—vi trùng chúng ta hít thở và ăn. Ngược lại với các mô còn lại của cơ thể, mô bạch huyết đạt kích thước lớn nhất vào giữa thời thơ ấu và thoái hóa sau đó. Bằng cách này, trẻ em có thể phát triển tốt nhất khả năng miễn dịch cần thiết để tồn tại trong một thế giới đầy rẫy các bệnh truyền nhiễm.

Ngoài mô hình tăng trưởng bình thường, mô bạch huyết phát triển quá mức (phì đại) trong thời gian bị nhiễm trùng cấp tính, vì nó đột ngột tăng cường hoạt động miễn dịch để chống lại những kẻ xâm lược. Thường thì nó không hoàn toàn trở lại kích thước cũ. Mỗi lần nhiễm trùng tiếp theo sẽ để lại một lượng lớn amidan và vòm họng. Tệ hơn nữa, cấu trúc giống như bọt biển của các tuyến phì đại này có thể tạo ra nơi trú ẩn an toàn cho vi trùng mà cơ thể không thể tiếp cận và loại bỏ chúng. Trước khi có thuốc kháng sinh và sự giảm thiểu các bệnh truyền nhiễm ở trẻ em trong vài thế hệ qua, amidan và vòm họng đã gây ra nhiều vấn đề sức khỏe nghiêm trọng hơn.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Hầu hết chứng phì đại amidan và vòm họng chỉ đơn giản là do mô hình phát triển bình thường của loại mô đó gây ra. Ít gặp hơn, chứng phì đại là do nhiễm trùng cổ họng lặp đi lặp lại do virus cảm lạnh, viêm họng liên cầu khuẩn, bệnh bạch cầu đơn nhân và đôi khi là bệnh bạch hầu. Các bệnh nhiễm trùng cấp tính thường được gọi là viêm amidan, các vòm họng ít được nhận biết vì không thể nhìn thấy chúng nếu không có dụng cụ đặc biệt. Các triệu chứng bao gồm đau, đỏ tươi, thường bị loét amidan, sưng hạch bạch huyết (tuyến) bên dưới hàm, sót và khó chịu nói chung.

Sau khi nhiễm trùng cấp tính thuyên giảm, các triệu chứng được tạo ra đơn giản bằng kích thước của các tuyến. Amidan quá lớn có thể gây khó thở và khó nuốt, mặc dù trường hợp này khá hiếm. Các adenoids lớn có thể làm giảm khả năng thở bằng mũi và khiến trẻ phải thở bằng miệng. Bởi vì chúng bao quanh phần kết nối duy nhất giữa tai giữa và ống eustachian nên các adenoids phì đại cũng có thể cản trở nó và gây nhiễm trùng tai giữa.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Ông Eustacian—Một ống nối tai giữa với phía sau mũi, cho phép áp suất không khí cân bằng trong tai bất cứ khi nào nó mở ra, chẳng hạn như khi ngáp.

Tăng sản—Phát triển quá mức.

Phì đại — Phát triển quá mức.

Viêm họng liên cầu khuẩn — Một bệnh nhiễm trùng cổ họng do vi khuẩn thuộc họ Streptococcus gây ra, gây viêm amidan.

Loét—Hư hỏng đến mức mô bờ mặt bị mất và/hoặc hoại tử (chết).

### Chẩn đoán

Một lưỡi lưỡi đơn giản ấn lưỡi xuống cho phép nhìn rõ được amidan. Amidan phì đại có thể có các túi sâu (hầm mô) chứa mô chết (mảnh hoại tử). Việc xem adenoids cần có một gương nhỏ hoặc phạm vi soi quang. Một đứa trẻ bị nhiễm trùng tai giữa tái phát có thể có vòm họng lớn. Xét nghiệm nuôi cấy cổ họng hoặc xét nghiệm bạch cầu đơn nhân thường sẽ tiết lộ danh tính của vi trùng.

### Sự đối đãi

Nó từng là phương pháp tiêu chuẩn để loại bỏ amidan và/hoặc vòm họng sau một vài đợt nhiễm trùng tai hoặc họng cấp tính. Phẫu thuật này được gọi là cắt amidan và cắt bỏ hạch (T và A). Ý kiến đã thay đổi khi người ta nhận ra rằng mô này có lợi cho sự phát triển khả năng miễn dịch. Ví dụ, trẻ em không có amidan và vòm họng chỉ tạo ra một nửa khả năng miễn dịch khi tiêm vắc xin bại liệt. Ngoài ra, điều trị nhiễm trùng tai và họng bằng kháng sinh và nhiễm trùng tai tái phát bằng phẫu thuật dẫn lưu qua màng nhĩ (tympanostomy) đã làm giảm đáng kể tỷ lệ phẫu thuật cắt bỏ các tuyến bạch huyết này.

### Điều trị thay thế

Có nhiều phương pháp điều trị bằng thực vật/thảo dược có thể được sử dụng riêng lẻ hoặc trong các công thức để hỗ trợ cục bộ amidan và vòm họng trong chức năng miễn dịch của chúng khi mở khoang miệng và làm săn chắc các tuyến này. Giữ cho ống Eustachian mở là một đóng góp quan trọng cho chức năng tối ưu của amidan và vòm họng. Dị ứng thực phẩm thường là thủ phạm gây nhiễm trùng tai tái phát, cũng như viêm amidan và viêm vòm họng. Việc xác định và loại bỏ (các) thực phẩm gây dị ứng có thể hỗ trợ rất nhiều trong việc điều trị.

thông qua nguyên nhân của vấn đề. Viêm amidan cấp tính cũng được hưởng lợi từ việc súc miệng bằng nước muối ấm.

#### Tiên lượng

Viêm VA phi đại là một phần bình thường của quá trình trưởng thành và cần được tôn trọng vì vai trò quan trọng của chúng trong sự phát triển khả năng miễn dịch. Chỉ khi kích thước của chúng gây ra vấn đề bằng cách cản trở hô hấp hoặc dẫn lưu tai giữa thì chúng mới yêu cầu can thiệp.

#### Phòng ngừa

Việc phòng ngừa có thể hướng tới việc đánh giá kịp thời và điều trị viêm họng thích hợp để ngăn ngừa sự phát triển quá mức của mô vòm họng. Tránh xa những đứa trẻ khác mắc bệnh hô hấp cấp tính cũng sẽ làm giảm sự lây lan của những căn bệnh thông thường này.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Ballenger, John Jacob. Các bệnh về Mũi, Họng, Tai, Đầu, Cổ.

Philadelphia: Lea & Febiger, 1991.

"Viêm tai giữa tràn dịch." Trong Sách giáo khoa Nhi khoa Nelson, ed. Richard E. Behrman. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.

"Amiđan và Adenoids." Trong Sách giáo khoa Nhi khoa Nelson, ed. Richard E. Behrman. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.

Vâng, Andrew. Sức khỏe tự nhiên, Y học tự nhiên. Boston: Công ty Houghton Mifflin, 1995.

##### ĐỊNH KÝ

Laliberte, Richard. "Cuộc tranh cãi về amidan." Tạp chí Phụ huynh, (12/1995): 38.

J. Ricker Polsdorfer, MD

#### Phi đại Adenoid xem Tăng sản Adenoid

Cắt bỏ vòm họng xem Cắt amidan và cắt vòm họng

Phẫu thuật cắt bỏ vòm họng xem Cắt amidan và cắt vòm họng

#### Sự miêu tả

Adenovirus được phát hiện vào năm 1953. Kể từ đó, khoảng 47 loại khác nhau đã được xác định và khoảng một nửa trong số chúng được cho là gây bệnh cho con người. Trẻ sơ sinh và trẻ em thường bị ảnh hưởng bởi adenovirus-es. Nhiễm Adenovirus có thể xảy ra quanh năm nhưng thường như phổ biến nhất là từ mùa thu đến mùa xuân.

Adenovirus chịu trách nhiệm cho 3-5% các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính ở trẻ em và 2% các bệnh về đường hô hấp ở người lớn. Chúng có nhiều khả năng gây lây nhiễm cho các tân binh và những người trẻ tuổi khác sống trong môi trường thê ché. Dịch bệnh bùng phát ở trẻ em thường xuyên được báo cáo tại các trường nội trú và trại hè.

#### Miễn dịch có được

Hầu hết trẻ em đều bị nhiễm ít nhất một loại adenovirus khi đến tuổi đi học. Hầu hết người lớn đã có được khả năng miễn dịch với nhiều loại adenovirus do họ từng bị nhiễm trùng khi còn nhỏ.

Trong một phương thức lây nhiễm adenovirus (được gọi là nhiễm lytic vì nó phá hủy số lượng lớn tế bào), adenovirus tiêu diệt các tế bào khỏe mạnh và sao chép tới một triệu virus mới trên mỗi tế bào bị giết (trong đó 1-5% là có khả năng lây nhiễm). . Những người bị loại nhiễm trùng này cảm thấy mệt mỏi. Trong trường hợp nhiễm trùng mãn tính hoặc tiềm ẩn, số lượng virus rút được giải phóng ít hơn nhiều và các tế bào khỏe mạnh có thể nhân lên nhanh hơn so với việc chúng bị tiêu diệt. Những người mắc loại nhiễm trùng này thường như không bị bệnh. Đây có lẽ là lý do tại sao nhiều người trưởng thành có khả năng miễn dịch với adenovirus mà không nhận ra mình đã bị nhiễm bệnh.

#### Nhiễm trùng ở trẻ em

Ở trẻ em, adenovirus thường gây nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp tính với sốt và sổ mũi. Adenovirus loại 1, 2, 3, 5 và 6 là nguyên nhân gây ra hầu hết các trường hợp nhiễm trùng này. Đôi khi các bệnh về đường hô hấp dưới nghiêm trọng hơn, chẳng hạn như viêm phổi, có thể xảy ra.

Adenovirus cũng gây sốt cấp tính ở trẻ em. Bệnh này thường do loại 3 và 7 gây ra. Các triệu chứng xuất hiện đột ngột và thường biến mất trong vòng chưa đầy một tuần, bao gồm:

- viêm niêm mạc mí mắt (viêm kết mạc)

- sốt
- đau họng (viêm họng)
- sổ mũi
- viêm hạch bạch huyết ở cổ (cổ tử cung viêm hạch)

## I Nhiễm Adenovirus

#### Sự định nghĩa

Adenovirus là virus DNA (tác nhân truyền nhiễm nhỏ) gây nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm kết mạc và các bệnh nhiễm trùng khác ở người.

Adenovirus cũng gây tiêu chảy cấp ở trẻ nhỏ, biểu hiện bằng sốt và phân lỏng. Tình trạng này do adenovirus loại 40 và 41 gây ra và có thể kéo dài tới hai tuần.

Có tới 51% các trường hợp viêm bàng quang xuất huyết (viêm bàng quang và ống dẫn nước tiểu từ thận đến bàng quang) ở trẻ em Mỹ và Nhật Bản có thể là do nhiễm adenovirus. Một đứa trẻ bị viêm bàng quang xuất huyết sẽ có nước tiểu có máu trong khoảng ba ngày, và có thể tìm thấy vết máu vô hình trong nước tiểu vài ngày nữa. Trẻ sẽ cảm thấy muốn đi tiểu thường xuyên - nhưng khó thực hiện được - trong khoảng thời gian tương tự.

#### Nhiễm trùng người lớn

Ở người lớn, nhiễm adenovirus được báo cáo thường xuyên nhất là bệnh hô hấp cấp tính (ARD, do loại 4 và 7) ở các tân binh. Các triệu chứng giống cúm bao gồm sốt, đau họng, sổ mũi và ho hắt như luôn xuất hiện; suy nhược, ớn lạnh, nhức đầu và sưng hạch bạch huyết ở cổ cũng có thể xảy ra.

Các triệu chứng thường kéo dài từ ba đến năm ngày.

Dịch bệnh viêm kết mạc giác mạc (EKC, do adenovirus loại 8, 19 và 37 gây ra) lần đầu tiên được phát hiện ở những công nhân xưởng đóng tàu có mắt bị tổn thương nhẹ do rỉ sét hoặc sơn. Tình trạng viêm mô lót mí mắt và che phía trước nhãn cầu này cũng có thể do sử dụng dung dịch kính áp tròng bị ô nhiễm hoặc do lau khô tay hoặc mặt bằng khăn mà người bị nhiễm trùng này đã sử dụng.

Mí mắt bị viêm, dính đặc trưng của viêm kết mạc phát triển 4-24 ngày sau khi tiếp xúc và kéo dài từ một đến bốn tuần. Chỉ 5-8% bệnh nhân viêm kết mạc dịch có triệu chứng hô hấp. Một hoặc cả hai mắt có thể bị ảnh hưởng. Khi các triệu chứng của viêm kết mạc giảm bớt, đau mắt, chảy nước mắt và mờ mắt xuất hiện. Những triệu chứng viêm giác mạc này có thể kéo dài trong vài tháng và khoảng 10% số ca nhiễm trùng này lây sang ít nhất một thành viên khác trong gia đình bệnh nhân.

#### Các bệnh khác liên quan đến adenovirus bao gồm:

- viêm não (viêm não) và các bệnh nhiễm trùng khác của hệ thần kinh trung ương (CNS)
- Viêm dạ dày ruột (viêm dạ dày và ruột)
- viêm hạch mạc treo cấp tính (viêm hạch bạch huyết ở vùng bụng)
- xơ hóa mô kết mạc (sự phát triển bất thường của mô liên kết giữa các tế bào)
- lồng ruột (một loại tắc ruột)

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Viêm kết mạc**—Viêm kết mạc, màng nhầy lót bề mặt bên trong của mí mắt và mặt trước nhãn cầu.

**Virus**—Một tác nhân truyền nhiễm nhỏ bao gồm lõi vật liệu di truyền (DNA hoặc RNA) được bao quanh bởi lớp vỏ protein.

- viêm phổi không đáp ứng với liệu pháp kháng sinh
- hội chứng gà
- gà khi không tìm thấy *Bordetella pertussis* (vi khuẩn gây bệnh ho gà cổ điển)

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Nhiễm adenovirus cụ thể có thể được truy tìm nguồn gốc cụ thể và tạo ra các triệu chứng đặc biệt. Tuy nhiên, nói chung, nhiễm adenovirus là do:

- hít phải vi-rút trong không khí
- Nhiễm vi-rút vào mắt khi bơi trong nước bị ô nhiễm, sử dụng dung dịch hoặc dung cụ dùng cho mắt bị ô nhiễm, lau mắt bằng khăn bị ô nhiễm hoặc dụi mắt bằng ngón tay bị ô nhiễm.
- không rửa tay sau khi đi vệ sinh và sau đó chạm vào miệng hoặc mắt

Các triệu chứng phổ biến ở hầu hết các loại nhiễm adenovirus bao gồm:

- ho
- sốt
- sổ mũi
- đau họng
- chảy nước mắt

#### Chẩn đoán

Mặc dù các triệu chứng có thể gợi ý sự hiện diện của adenovirus nhưng việc phân biệt các bệnh nhiễm trùng này với các loại virus khác có thể khó khăn. Chẩn đoán xác định dựa trên nuôi cấy hoặc phát hiện virus trong dịch tiết mắt, đờm, nước tiểu hoặc phân.

Mức độ lây nhiễm có thể được ước tính từ kết quả xét nghiệm máu đo lường sự gia tăng số lượng kháng thể mà hệ thống miễn dịch tạo ra để chống lại nó.

Nồng độ kháng thể bắt đầu tăng khoảng một tuần sau khi nhiễm trùng xảy ra và duy trì ở mức cao trong khoảng một năm.

## Sự đói đói

Điều trị nhiễm adenovirus thường mang tính hỗ trợ và nhằm mục đích làm giảm các triệu chứng của bệnh.

Nghỉ ngơi tại giường có thể được khuyến nghị cùng với thuốc để giảm sút và/hoặc giảm đau. (Không nên dùng aspirin cho trẻ em vì lo ngại hội chứng Reye.)

Nhiễm trùng mắt có thể được hưởng lợi từ corticosteroid tại chỗ để giảm triệu chứng và rút ngắn quá trình bệnh. Việc nhập viện thường được yêu cầu đối với bệnh viêm phổi nặng ở trẻ sơ sinh và bệnh nhân EKC (để ngăn ngừa mù lòa). Không có loại thuốc chống virus hiệu quả nào được phát triển.

## Tiêm lượng

Nhiễm Adenovirus hiếm khi gây tử vong. Hầu hết bệnh nhân hồi phục hoàn toàn.

## Phòng ngừa

Thực hành vệ sinh cá nhân tốt và tránh tiếp xúc với những người mắc bệnh truyền nhiễm có thể làm giảm nguy cơ nhiễm adenovirus đang phát triển. Rửa tay đúng cách có thể ngăn chặn sự lây lan của vi-rút qua đường lây truyền qua đường phân-miệng.

Khử trùng các dụng cụ và dụng dịch dùng trong mắt có thể ngăn ngừa sự lây lan của EKC, cũng như khử trùng bằng clo trong bể bơi.

Một loại vắc xin chứa adenovirus sống loại 4 và 7 được sử dụng để kiểm soát bệnh tật ở các tân binh, nhưng loại vắc xin này không được khuyến khích hoặc không được sử dụng cho mục đích dân sự. Vắc xin được điều chế trước từ các tiêu đơn vị tinh khiết của adenovirus đang được nghiên cứu.

## Tài nguyên

### SÁCH

Nguyên tắc nội khoa của Harrison. Ed. Anthony S.

Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

Mandell, Gerald L., biên tập, và cộng sự. Nguyên tắc và thực hành của bệnh truyền nhiễm. New York: Churchill Livingstone, 1995.

Hướng dẫn chuyên môn về bệnh tật. tái bản lần thứ 5.

Springhouse, PA: Tập đoàn Springhouse, 1995.

Maureen Haggerty

## Rối loạn điều chỉnh

### Sự định nghĩa

Rối loạn điều chỉnh là một phản ứng suy nhược, thường kéo dài dưới sáu tháng trước một sự kiện hoặc tình huống căng thẳng. Nó không giống như rối loạn căng thẳng sau chấn thương (PTSD), thường xảy ra để phản ứng với một sự kiện đe dọa tính mạng và có thể kéo dài hơn.

### Sự miêu tả

Rối loạn điều chỉnh thường bắt đầu trong vòng ba tháng sau một sự kiện căng thẳng và kết thúc trong vòng sáu tháng sau khi tác nhân gây căng thẳng dừng lại. Có nhiều loại rối loạn điều chỉnh khác nhau, bao gồm rối loạn điều chỉnh với:

- trầm cảm •
  - lo lắng •
  - lo lắng hỗn hợp và trầm cảm
  - rối loạn hành vi
  - rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi
  - không xác định
- Rối loạn điều chỉnh rất phổ biến và có thể ảnh hưởng đến bất kỳ ai, bất kể giới tính, tuổi tác, chủng tộc hoặc lối sống.
- Theo định nghĩa, rối loạn điều chỉnh chỉ tồn tại trong thời gian ngắn, trừ khi một người phải đối mặt với một cơn khủng hoảng mãn tính tái diễn (chẳng hạn như một đứa trẻ bị lạm dụng nhiều lần). Trong những trường hợp như vậy, rối loạn điều chỉnh có thể kéo dài hơn sáu tháng.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Rối loạn điều chỉnh xảy ra khi một người không thể đối phó với một sự kiện căng thẳng và phát triển các triệu chứng về cảm xúc hoặc hành vi. Sự kiện căng thẳng có thể là bất cứ điều gì: nó có thể chỉ là một sự cố riêng lẻ hoặc một chuỗi vấn đề khiến con người suy sụp. Sự căng thẳng có thể là bất cứ điều gì, từ tai nạn ô tô hoặc bệnh tật, ly hôn hoặc thậm chí là một thời điểm nhất định trong năm (chẳng hạn như Giáng sinh hoặc mùa hè).

Những người mắc chứng rối loạn điều chỉnh có thể có nhiều triệu chứng khác nhau. Những triệu chứng đó kết hợp như thế nào tùy thuộc vào loại rối loạn điều chỉnh cụ thể và vào tính cách cũng như khả năng phòng vệ tâm lý của từng cá nhân. Các triệu chứng thường bao gồm một số (nhưng không phải tất cả) những điều sau đây:

- tuyệt vọng

- sợ sệt và náo
- khóc •
- lo lắng
- đau đầu hoặc đau bụng
- rứt tièn
- ức chế
- trốn học
- phá hoại
- lái xe liều lĩnh •
- đánh nhau
- các hành vi phá hoại khác

## Chẩn đoán

Điều cực kỳ quan trọng là việc đánh giá kỹ lưỡng sẽ loại trừ các rối loạn tâm thần nghiêm trọng khác, vì việc điều trị rối loạn điều chỉnh có thể rất khác so với các vấn đề tâm thần khác.

Để được chẩn đoán là rối loạn điều chỉnh thực sự, mức độ đau khổ phải nghiêm trọng hơn mức độ thường được mong đợi khi phản ứng với tác nhân gây căng thẳng, hoặc các triệu chứng phải ảnh hưởng đáng kể đến hoạt động xã hội, công việc hoặc trường học của một người. hoạt động. Ví dụ, biểu hiện đau buồn bình thường, chẳng hạn như khi mất người thân, không được coi là rối loạn điều chỉnh.

## Sự đối đãi

Tâm lý trị liệu (tư vấn) là phương pháp điều trị được lựa chọn cho các rối loạn điều chỉnh, vì các triệu chứng là một phản ứng dễ hiểu đối với một căng thẳng cụ thể. Loại trị liệu này tùy thuộc vào chuyên gia sức khỏe tâm thần, nhưng thường là phương pháp điều trị ngắn hạn tập trung vào giải quyết vấn đề trước mắt.

Trị liệu thường sẽ giúp khách hàng:

- phát triển kỹ năng đối phó
- hiểu tác nhân gây căng thẳng đã ảnh hưởng đến cuộc sống của họ như thế nào
- phát triển các hoạt động xã hội hoặc giải trí thay thế

Liệu pháp gia đình hoặc cặp đôi có thể hữu ích trong một số trường hợp. Thuốc thường không được sử dụng để điều trị rối loạn điều chỉnh, mặc dù đôi khi dùng thuốc chống lo âu trong vài ngày hoặc vài tuần có thể kiểm soát chứng lo âu hoặc khó ngủ.

Các nhóm tự lực nhằm vào một vấn đề cụ thể (chẳng hạn như hồi phục sau ly hôn hoặc mất việc làm) có thể cung cấp hỗ trợ cho những người mắc chứng rối loạn điều chỉnh.

Hỗ trợ xã hội, thường là một phần quan trọng của các nhóm tự lực, có thể giúp bạn phục hồi nhanh hơn.

## Tiên lượng

Hầu hết mọi người đều hồi phục hoàn toàn sau các rối loạn điều chỉnh, đặc biệt nếu họ không có tiền sử bệnh tâm thần trước đó và có cuộc sống gia đình ổn định với sự hỗ trợ mạnh mẽ của xã hội. Những người mắc chứng rối loạn tiền triều hoặc theo chu kỳ (như bệnh da xơ cứng) có thể gặp rối loạn điều chỉnh theo từng giai đoạn trầm trọng.

## Tài nguyên

### SÁCH

Horowitz, Mardi J. *Hội chứng phản ứng căng thẳng: PTSD, Rối loạn đau buồn và điều chỉnh*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1997.  
Luther, Suniya G., Jacob A. Burack và Dante Cicchetti. *Tâm lý học phát triển tâm thần: Quan điểm về Điều chỉnh, Rủi ro và Rối loạn*. Luân Đôn: Nhà xuất bản Đại học Cambridge, 1997.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Bệnh đa xơ cứng-Một rối loạn tiền triều của hệ thần kinh trung ương trong đó các mảng vỏ bảo vệ rải rác bao phủ các dây thần kinh bị phá hủy. Căn bệnh gây liệt tiền triều, được đánh dấu bằng các giai đoạn trầm trọng và thuyên giảm. Không thể chữa khỏi.

Rối loạn căng thẳng sau chấn thương (PTSD)-Một dạng lo âu cụ thể bắt đầu sau một sự kiện đe dọa tính mạng, chẳng hạn như hiếp dâm, thảm họa thiên nhiên hoặc chấn thương liên quan đến chiến đấu.

## ĐỊNH KỲ

Newcorn, Jeffrey H., và James Strain. "Rối loạn điều chỉnh ở trẻ em và thanh thiếu niên." Tạp chí của Học viện Tâm thần Trẻ em và Vị thành niên Hoa Kỳ 31 (tháng 3 năm 1992): 318-27.

Carol A. Turkington

## Ung thư tuyến thương thận

### Sự định nghĩa

Ung thư tuyến thương thận là bệnh ung thư hiếm gặp xảy ra ở mô nội tiết của tuyến thương thận. Chúng có đặc điểm là sản xuất quá nhiều hormone tuyến thương thận.

### Mô tả Ung thư

tuyến thương thận rất hiếm gặp. Tuyến thương thận là tuyến nội tiết sản xuất hormone có hai phần chính là vỏ và túy. Hormon chính của vỏ thương thận là cortisol và hormone chính của túy thương thận là epinephrine.

Khi các khối u phát triển ở tuyến thương thận, chúng sẽ tiết ra lượng hormone này quá mức. Một loại ung thư phát sinh ở vỏ thương thận được gọi là ung thư biểu mô vỏ thương thận và có thể gây ra huyết áp cao, tăng cân, nhiều lông trên cơ thể, xương yếu và tiêu đường. Ung thư ở túy thương thận được gọi là u tế bào ưa crôm và có thể gây ra huyết áp cao, nhức đầu, đau lòng và đổ mồ hôi quá nhiều. Mặc dù những bệnh ung thư này có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng hầu hết xảy ra ở người trẻ tuổi.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Người ta chưa biết rõ nguyên nhân gây ung thư tuyến thương thận nhưng một số trường hợp có liên quan đến các bệnh di truyền.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Cortisol-Một loại hormone được sản xuất bởi vỏ thượng thận. Nó chịu trách nhiệm một phần trong việc điều chỉnh lượng đường trong máu.

Bệnh tiểu đường-Một căn bệnh đặc trưng bởi lượng đường trong máu thấp.

Epinephrine-Một loại hormone được sản xuất bởi tuy thượng thận. Nó quan trọng trong việc phản ứng với căng thẳng và điều chỉnh một phần nhịp tim và quá trình trao đổi chất. Nó còn được gọi là adrenalin.

Nội soi ổ bụng-Việc đưa một ống xuyên qua thành bụng. Nó có thể được sử dụng để hình dung bên trong bụng và cho các thủ tục phẫu thuật.

Các triệu chứng của ung thư tuyến thượng thận có liên quan đến các hormone cụ thể do khối u đó sản xuất. Ung thư vỏ thượng thận thường tiết ra lượng cortisol cao, gây ra Hội chứng Cushing. Hội chứng này gây tăng cân dần dần, khuôn mặt tròn trịa và tăng huyết áp. Phụ nữ có thể trải qua những thay đổi trong chu kỳ kinh nguyệt của nam giới và nam giới có thể trải qua sự nữ hóa. Các triệu chứng của u tế bào ưa Crom bao gồm tăng huyết áp, nhiễm toan, sút không rõ nguyên nhân và sụt cân. Do các hormone do loại khối u này tạo ra nên lo lắng cũng thường là một đặc điểm.

### Chẩn đoán

Chẩn đoán ung thư tuyến thượng thận thường bắt đầu bằng xét nghiệm máu để đánh giá nồng độ hormone. Những hormone này bao gồm epinephrine, cortisol và testosterone. Nó cũng bao gồm chụp cộng hưởng từ và chụp cắt lớp vi tính để xác định mức độ của bệnh. Xét nghiệm nước tiểu và máu có thể được thực hiện để phát hiện lượng hormone cao do khối u tiết ra.

### Sự đối đãi

Điều trị nhằm mục đích loại bỏ khối u bằng phẫu thuật. Trong một số trường hợp, điều này có thể được thực hiện bằng nội soi. Phẫu thuật đôi khi được theo sau bởi hóa trị và/hoặc xạ trị. Vì phẫu thuật sẽ loại bỏ nguồn gốc của nhiều hormone quan trọng nên sau phẫu thuật phải bổ sung hormone. Nếu ung thư vỏ thượng thận tái phát hoặc đã lan sang các bộ phận khác của cơ thể (có kích thước di căn), phẫu thuật bổ sung có thể được thực hiện sau đó là hóa trị bằng thuốc mitotane.

## Điều trị thay thế

Giống như bất kỳ dạng ung thư nào, tất cả các lựa chọn điều trị thông thường nên được xem xét và áp dụng một cách thích hợp. Hỗ trợ dinh dưỡng, cũng như hỗ trợ chức năng của toàn bộ người được chẩn đoán mắc bệnh ung thư tuyến thượng thận thông qua thuốc vi lượng đồng căn, châm cứu, bổ sung vitamin và khoáng chất, và thuốc thảo dược, có thể mang lại lợi ích cho việc phục hồi và nâng cao chất lượng cuộc sống.

### Tiêm lượng

Tiêm lượng cho bệnh ung thư tuyến thượng thận rất khác nhau. Đối với u tế bào ưa Crom cục bộ, tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 95%. Tỷ lệ này giảm với các khối u ác tính đã di căn. Tiêm lượng của bệnh ung thư vỏ thượng thận không tốt lắm với tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 10-35%.

### Phòng ngừa

Vì rất ít thông tin về nguyên nhân gây ra tuyến thượng thận ung thư tuyến, người ta không biết liệu nó có thể được ngăn ngừa hay không.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Norton, JA "Khối u tuyến thượng thận." Trong Ung thư, Nguyên tắc và Thực hành Ung thư. Ed. VT DeVita, S. Hellman và SA Rosenberg. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.

#### KHÁC

Web nội tiết. <<http://www.endocrineweb.com>>.

Cindy LA Jones, Tiến sĩ

Cắt bỏ tuyến thượng thận xem Cắt bỏ tuyến thượng thận

## Quét tuyến thượng thận

### Sự định nghĩa

Quét tuyến thượng thận là một đánh giá y học hạt nhân hoạt động của tuy (mô bên trong) của tuyến thượng thận.

### Mục đích

Tuyến thượng thận là một cặp cơ quan nhỏ nằm ngay phía trên thận, chứa hai loại mô.

Vỏ thượng thận sản xuất hormone ảnh hưởng đến cân bằng nước và chuyển hóa trong cơ thể. Tủy thượng thận sản xuất adrenaline và noradrenaline (còn gọi là epinephrine và norepinephrine).

Quét tuyến thượng thận được thực hiện khi có quá nhiều adrenaline và noradrenaline được sản xuất trong cơ thể và

nghi ngờ có khối u ở tuyến thượng thận. Một tình huống có thể bị nghi ngờ là có khối u là khi huyết áp cao (tăng huyết áp) không đáp ứng với thuốc. Các khối u tiết ra adrenaline và noradrenaline cũng có thể được tìm thấy bên ngoài tuyến thượng thận. Quét tuyến thượng thận thường bao gồm bụng, ngực và đầu.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Quét tuyến thượng thận không được khuyến khích cho phụ nữ mang thai vì có thể gây hại cho thai nhi đang phát triển. Phụ nữ mang thai nên thảo luận với bác sĩ về những rủi ro của thủ thuật so với lợi ích của thông tin mà nó có thể cung cấp trong việc đánh giá tình trạng bệnh lý của cá nhân mình.

Những người gần đây đã trải qua các xét nghiệm sử dụng bari phải đợi cho đến khi bari được loại bỏ khỏi hệ thống của họ để có được kết quả chính xác từ việc quét tuyến thượng thận.

#### Sự miêu tả

Việc quét tuyến thượng thận mất vài ngày. Vào ngày đầu tiên, thuốc phóng xạ được tiêm vào tĩnh mạch bệnh nhân. Vào ngày thứ hai, thứ ba và thứ tư, bệnh nhân được đặt dưới camera để chụp ảnh. Thời gian quét mỗi ngày mất khoảng 30 phút.

**Điều quan trọng** là bệnh nhân phải đứng yên trong quá trình chụp ảnh. Đôi khi, quá trình quét có thể kéo dài ít hơn ba ngày hoặc có thể kéo dài hơn vài ngày. Khu vực được quét kéo dài từ xương chậu và bụng dưới đến phần ngực dưới. Đôi khi phần trên của chân, đùi và đầu cũng được bao gồm.

#### Sự chuẩn bị

Trong hai ngày trước và mười ngày sau khi tiêm được phẩm phóng xạ, bệnh nhân được dùng dung dịch Lugol hoặc kali iốt. Điều này ngăn chặn tuyến giáp hấp thụ iốt phóng xạ và cản trở quá trình quét.

#### Chăm sóc sau

Bệnh nhân sẽ không cảm thấy bất kỳ tác dụng phụ nào của xét nghiệm và có thể tiếp tục hoạt động bình thường ngay lập tức. Các xét nghiệm tiếp theo có thể được yêu cầu bao gồm quét hạt nhân xương hoặc thận, chụp cắt lớp vi tính (CT) tuyến thượng thận hoặc siêu âm vùng xương chậu.

#### Rủi ro

Nguy cơ chính liên quan đến xét nghiệm này là đối với thai nhi của một phụ nữ đang mang thai.

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Vỏ thượng thận-** Mô bên ngoài của tuyến thượng thận. Nó tạo ra một nhóm hormone liên quan đến hóa học gọi là corticosteroid kiểm soát cân bằng khoáng chất và nước trong cơ thể, bao gồm aldosterone và cortisol.

**Tủy thượng thận-** Mô bên trong của tuyến thượng thận. Nó tạo ra hormone adrenaline và noradrenaline.

**Dung dịch Lugol-** Dung dịch iốt mạnh.

#### Kết quả bình thường

Kết quả bình thường sẽ không có vùng tiết hormone bất thường và không có khối u.

#### Kết quả bất thường

Kết quả bất thường sẽ cho thấy bằng chứng của một khối u nơi có sự tiết ra quá nhiều adrenaline hoặc nora-drenaline. Hơn 90% các khối u này nằm ở vùng bụng.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Hướng dẫn xét nghiệm và chẩn đoán trong phòng thí nghiệm. tái bản lần thứ 5. Ed. Cá hồi Francis. Philadelphia: Lippincott, 1996.

Tish Davidson

#### Suy tuyến thượng thận xem bệnh Addison

#### Suy thượng thận xem bệnh Addison

#### Bệnh tuyến thượng thận

##### Sự định nghĩa

Bệnh nam tính tuyến thượng thận là sự phát triển hoặc phát triển sớm các đặc điểm sinh dục thứ cấp của nam giới do hormone sinh dục nam (androgen) được tuyến thượng thận sản xuất quá mức. Rối loạn này có thể xảy ra trước khi sinh và có thể dẫn đến những bất thường về giới tính ở trẻ sơ sinh. Nó cũng có thể xảy ra ở trẻ em gái và phụ nữ sau này trong cuộc sống.

##### Sự miêu tả

Trong cơ thể người bình thường có hai tuyến thượng thận. Chúng là những cấu trúc nhỏ nằm phía trên

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Glucocorticoid**—Một loại hormone do tuyến thượng thận sản xuất; hormone này dẫn đến sự gia tăng lượng đường trong máu và tạo ra các phân tử đường ở gan.

**Hydrocortisone**—Một loại hormone thuộc nhóm hormone glucocorticoid.

**Prednisone**—Một loại thuốc có chức năng như một hormone glucocorticoid.

các bác sĩ điều trị rối loạn nội tiết (bác sĩ nội khoa) và bác sĩ chuyên điều trị hệ thống sinh sản của phụ nữ (bác sĩ phụ khoa) cũng có thể giúp đỡ những bệnh nhân mắc chứng rối loạn này.

Chẩn đoán bao gồm thực hiện nhiều xét nghiệm trong phòng thí nghiệm trên mẫu máu của bệnh nhân. Những xét nghiệm này đo lường nồng độ của các loại hormone khác nhau. Những bất thường khác nhau của tuyến thượng thận tạo ra những dạng bất thường nội tiết tố khác nhau. Những xét nghiệm này cũng có thể giúp xác định xem vấn đề là ở tuyến thượng thận hay buồng trứng. Nếu nghi ngờ có khối u, tia X đặc biệt có thể được thực hiện để hình dung khối u trong cơ thể. Chẩn đoán cuối cùng có thể phụ thuộc vào việc lấy mẫu mô từ khối u (sinh thiết) và kiểm tra nó dưới kính hiển vi để xác minh các đặc điểm của nó.

thận. Tuyến thượng thận sản xuất nhiều hormone điều chỉnh các chức năng của cơ thể. Những hormone này bao gồm nội tiết tố androgen, hoặc nội tiết tố nam. Androgen được sản xuất ở các bé gái và phụ nữ bình thường. Đôi khi, một hoặc cả hai tuyến thượng thận trở nên to ra hoặc hoạt động quá mức, sản sinh ra nhiều nội tiết tố androgen hơn bình thường. Lượng androgen dư thừa tạo nên nét nam tính.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

Ở trẻ sơ sinh và trẻ em, bệnh nam hóa tuyến thượng thận thường là kết quả của sự phì đại tuyến thượng thận ngay từ khi mới sinh. Điều này được gọi là tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh. Nguyên nhân thường là do vấn đề di truyền dẫn đến thiếu hụt enzyme nghiêm trọng. Trong một số ít trường hợp, hiện tượng nam tính ở tuyến thượng thận là do khối u tuyến thượng thận gây ra. Khối u có thể lành tính (u tuyến thượng thận) hoặc ung thư (ung thư tuyến thượng thận). Đôi khi bệnh nam tính là do một loại khối u trên buồng trứng của phụ nữ (arrhenoblastoma).

Bé gái sơ sinh mắc chứng nam tính ở tuyến thượng thận có cơ quan sinh dục bên ngoài thường như là sự kết hợp giữa cơ quan sinh dục nam và nữ (gọi là giả lưỡng tính nữ). Các bé trai sơ sinh mắc chứng rối loạn này có cơ quan sinh dục bên ngoài to ra và các cơ quan này phát triển với tốc độ nhanh bất thường.

Trẻ bị tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh bắt đầu phát triển nhanh bất thường nhưng lại ngừng phát triển sớm hơn bình thường. Ở giai đoạn sau của thời thơ ấu, chúng thường thấp hơn bình thường nhưng có thân phát triển tốt.

Phụ nữ bị nam hóa tuyến thượng thận có thể phát triển lông mặt. Thông thường, chu kỳ kinh nguyệt của họ không thường xuyên hoặc không có. Họ cũng có thể phát triển giọng nói trầm hơn, quả táo của Adam nổi bật hơn và các dấu hiệu nam tính khác.

**Chẩn đoán**

Các bác sĩ nội tiết, bác sĩ chuyên chẩn đoán và điều trị các rối loạn tuyến, có chuyên môn cao nhất để giải quyết vấn đề nam hóa tuyến thượng thận. Một số

**Sự đối đãi**

Bệnh nam tính tuyến thượng thận do tăng sản tuyến thượng thận được điều trị bằng liều glucocorticoid hàng ngày. Thông thường prednisone là thuốc được lựa chọn, nhưng ở trẻ sơ sinh, hydrocortisone thường được dùng. Đôi khi cần phải thực hiện các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm để điều chỉnh liều lượng. Những cô gái mắc chứng lưỡng tính giả có thể phải phẫu thuật để làm cho cơ quan sinh dục bên ngoài của họ trông bình thường hơn. Nếu khối u gây ra rối loạn, việc điều trị sẽ phụ thuộc vào loại và vị trí của khối u. Thông tin về loại tế bào khối u và sự lan rộng của khối u được sử dụng để quyết định phương pháp điều trị tốt nhất cho một bệnh nhân cụ thể. Nếu khối u là ung thư, bệnh nhân sẽ cần điều trị đặc biệt tùy thuộc vào mức độ ung thư đã tiến triển. Điều trị có thể là sự kết hợp giữa phẫu thuật, thuốc dùng để tiêu diệt tế bào ung thư (hóa trị) và tia X hoặc các tia năng lượng cao khác dùng để tiêu diệt tế bào ung thư (xạ trị). Đôi khi bác sĩ phải cắt bỏ tuyến thượng thận và các mô xung quanh. Nếu khối u là lành tính thì phẫu thuật cắt bỏ khối u có thể là lựa chọn tốt nhất.

**Tiền lượng**

Việc điều trị bằng glucocorticoid liên tục thường kiểm soát tình trạng nam hóa tuyến thượng thận trong các trường hợp tăng sản tuyến thượng thận, nhưng không có cách chữa trị. Nếu một khối u ung thư gây ra rối loạn, bệnh nhân sẽ có tiền lượng tốt hơn nếu họ mắc bệnh ung thư giai đoạn đầu được chẩn đoán nhanh chóng và chưa lan rộng.

**Tài nguyên****SÁCH**

Nguyên tắc nội khoa của Harrison. Ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.  
Little, M. và DC Garrell. Bách khoa toàn thư về sức khỏe; Hệ thống nội tiết: Cơ thể khỏe mạnh. Nhà Chelsea, 1990.

**ĐỊNH KÝ**

Willensy, D. "Hệ thống nội tiết." Y tế Mỹ (tháng 4 năm 1996): 92-3.

Richard H. Lampert

## Cắt bỏ tuyến thượng thận

### Sự định nghĩa

Cắt bỏ tuyến thượng thận là phẫu thuật cắt bỏ một hoặc cả hai tuyến thượng thận. Các tuyến thượng thận là các tuyến nội tiết kết hợp, một tuyến nằm phía trên mỗi quả thận, sản xuất các hormone như epinephrine, norepinephrine, androgen, estrogen, aldosterone và cortisol. Cắt bỏ tuyến thượng thận thường được thực hiện bằng phẫu thuật (mổ) thông thường, nhưng ở một số bệnh nhân, bác sĩ phẫu thuật có thể sử dụng phương pháp nội soi. Với phương pháp nội soi, phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận có thể được thực hiện thông qua bốn vết mổ rất nhỏ.

### Mục đích

Phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận thường được khuyên dùng cho những bệnh nhân có khối u tuyến thượng thận. Các khối u tuyến thượng thận có thể ác tính hoặc lành tính, nhưng tất cả đều bài tiết quá mức một hoặc nhiều hormone. Một thủ thuật thành công sẽ hỗ trợ điều chỉnh sự mất cân bằng hormone và cũng có thể loại bỏ các khối u ung thư có thể xâm lấn các bộ phận khác của cơ thể. Đôi khi, phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận có thể được khuyến nghị khi hormone do tuyến thượng thận sản xuất làm trầm trọng thêm một tình trạng khác như ung thư vú.

### Các biện pháp phòng ngừa

Tuyến thượng thận được nuôi dưỡng bởi nhiều mạch máu, vì vậy bác sĩ phẫu thuật cần cảnh giác với tình trạng chảy máu nhiều trong quá trình phẫu thuật. Ngoài ra, tuyến thượng thận nằm gần một trong các mạch máu chính của cơ thể (tĩnh mạch chủ), lá lách và tuyến tụy. Bác sĩ phẫu thuật cần phải loại bỏ (các) tuyến mà không làm tổn thương bất kỳ cơ quan quan trọng và mỏng manh nào.

### Sự miêu tả

#### Phẫu thuật cắt tuyến thượng thận mở

Bác sĩ phẫu thuật có thể phẫu thuật theo bất kỳ hướng nào trong bốn hướng, tùy thuộc vào vấn đề chính xác và thể trạng của bệnh nhân.

Ở phương pháp tiếp cận trước, bác sĩ phẫu thuật sẽ cắt vào thành bụng. Thông thường vết mổ sẽ nằm ngang, ngay dưới lòng xương sườn. Nếu bác sĩ phẫu thuật có ý định phẫu thuật

chỉ trên một trong các tuyến thượng thận, vết mổ sẽ chạy ngay dưới bên phải hoặc bên trái của lòng xương sườn. Đôi khi, một vết rạch dọc ở giữa bụng mang lại cách tiếp cận tốt hơn, đặc biệt nếu có liên quan đến cả hai tuyến thượng thận.

Ở phương pháp tiếp cận sau, bác sĩ phẫu thuật sẽ cắt vào phía sau, ngay dưới lòng xương sườn. Nếu cả hai tuyến phải được cắt bỏ, một vết mổ sẽ được thực hiện ở mỗi bên của cơ thể. Cách tiếp cận này là con đường trực tiếp nhất đến tuyến thượng thận, nhưng nó không cung cấp cái nhìn rõ ràng về các cấu trúc xung quanh như cách tiếp cận trước.

Trong phương pháp tiếp cận sườn, bác sĩ phẫu thuật sẽ cắt vào phía bên của bệnh nhân. Điều này đặc biệt hữu ích ở những bệnh nhân béo phì ởẠ. Nếu cần cắt bỏ cả hai tuyến, bác sĩ phẫu thuật phải cắt bỏ một tuyến, sửa chữa vết thương phẫu thuật, lật bệnh nhân sang bên kia và lặp lại toàn bộ quá trình.

Phương pháp cuối cùng là rạch một đường vào khoang ngực, có hoặc không có một phần vết mổ vào khoang bụng. Nó được sử dụng khi bác sĩ phẫu thuật dự đoán một khối u rất lớn hoặc nếu bác sĩ phẫu thuật cũng cần kiểm tra hoặc loại bỏ các cấu trúc gần đó.

### Phẫu thuật cắt tuyến thượng thận nội soi

Kỹ thuật này không yêu cầu bác sĩ phẫu thuật phải mở khoang cơ thể. Thay vào đó, bốn vết rạch nhỏ (mỗi vết có đường kính khoảng 1/2) được thực hiện ở sườn bệnh nhân, ngay dưới lòng xương sườn. Một ống nội soi, cho phép bác sĩ phẫu thuật hình dung bên trong khoang bụng trên màn hình tivi, được đặt qua một trong các vết mổ.

Các vết mổ khác dành cho các ống mang phiên bản thu nhỏ của dụng cụ phẫu thuật. Những công cụ này được thiết kế để vận hành bằng các thao tác mà bác sĩ phẫu thuật thực hiện bên ngoài cơ thể.

### Sự chuẩn bị

Hầu hết các khía cạnh của việc chuẩn bị đều giống như trong các hoạt động chính khác. Ngoài ra, sự mất cân bằng hormone thường là một thách thức lớn. Bất cứ khi nào có thể, các bác sĩ sẽ cố gắng điều chỉnh sự mất cân bằng hormone bằng thuốc trong những ngày hoặc vài tuần trước khi phẫu thuật. Các khối u tuyến thượng thận có thể gây ra các vấn đề khác như tăng huyết áp hoặc lượng kali trong máu không đủ và những vấn đề này cũng cần được giải quyết nếu có thể trước khi phẫu thuật được thực hiện. Vì vậy, bệnh nhân có thể dùng các loại thuốc cụ thể trong vài ngày hoặc vài tuần trước khi phẫu thuật.

Hầu hết các khối u tuyến thượng thận có thể được chụp ảnh rất rõ ràng bằng chụp CT hoặc MRI, và các khối u lành tính có xu hướng trông khác trong các xét nghiệm này so với các khối u ung thư. Bác sĩ phẫu thuật có thể yêu cầu chụp CT, MRI hoặc chụp nháy (xem vị trí của một lượng nhỏ chất phóng xạ) để giúp xác định chính xác vị trí của khối u.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Nội soi—Một dụng cụ cho phép bác sĩ phẫu thuật nhìn thấy bên trong khoang bụng bằng một ống mỏng mang hình ảnh đến màn hình tivi.

Tuyến tụy—Một cơ quan tiết ra một số hormone tiêu hóa và cũng tiết ra insulin để điều chỉnh lượng đường trong máu.

Pheochromocytoma—Một khối u của các tế bào chuyên biệt của tuyến thượng thận.

Lá lách—Một cơ quan có nhiệm vụ bãy và phá vỡ các tế bào hồng cầu khi chúng hết thời gian sử dụng hữu ích và sản xuất ra một số chất quan trọng được hệ thống miễn dịch sử dụng.

Vena cava—Tĩnh mạch lớn dẫn máu trực tiếp vào tim sau khi thu thập máu đến từ toàn bộ cơ thể.

Một ngày trước khi phẫu thuật, bệnh nhân có thể sẽ được tiêm thuốc xô để làm sạch ruột. Ở những bệnh nhân có vấn đề về phổi hoặc vấn đề đông máu, bác sĩ có thể tư vấn các chế phẩm đặc biệt.

**Chăm sóc sau**

Bệnh nhân ở lại bệnh viện trong nhiều khoảng thời gian khác nhau sau khi cắt bỏ tuyến thượng thận. Thời gian nằm viện lâu nhất là cần thiết đối với phẫu thuật mở sử dụng phương pháp tiếp cận trước; thời gian nằm viện khoảng ba ngày được chỉ định cho phẫu thuật mở sử dụng phương pháp tiếp cận sau hoặc cắt tuyến thượng thận nội soi.

Mỗi quan tâm đặc biệt sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận là sự cân bằng hormone của bệnh nhân. Có thể có một số bộ xét nghiệm trong phòng thí nghiệm để xác định các vấn đề về hormone và theo dõi kết quả điều trị bằng thuốc. Ngoài ra, các vấn đề về huyết áp và nhiễm trùng cũng phổ biến hơn sau khi loại bỏ một số loại khối u tuyến thượng thận.

Giống như hầu hết các ca phẫu thuật mở, bác sĩ phẫu thuật cũng lo ngại về cục máu đông hình thành ở chân và di chuyển đến phổi (huyết khối tĩnh mạch), các vấn đề về đường ruột và đau sau phẫu thuật. Với phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận qua nội soi, những vấn đề này ít khó khăn hơn nhưng vẫn tồn tại.

**Rủi ro**

Những rủi ro đặc biệt của phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận liên quan đến sự mất cân bằng nội tiết tố chính, gây ra bởi căn bệnh tiềm ẩn,

phẫu thuật hoặc cả hai. Những vấn đề này có thể bao gồm các vấn đề về khả năng tự lành vết thương, biến động huyết áp và các vấn đề trao đổi chất khác.

Các rủi ro khác là điển hình của nhiều hoạt động. Chúng bao gồm:

- chảy máu
- tổn thương các cơ quan lân cận (lá lách, tuyến tụy)
- mất chức năng ruột
- cục máu đông trong phổi
- vấn đề về phổi
- nhiễm trùng phẫu thuật
- đau
- đớn • để lại sẹo rộng

**Tài nguyên****SÁCH**

Bradley, Edward L., III. Hướng dẫn phẫu thuật cho bệnh nhân.

Philadelphia: Nhà xuất bản Đại học Pennsylvania, 1994.

Nguyên tắc nội khoa của Harrison. Ed. Anthony S.

Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

Little, M. và DC Garrell. Hệ thống nội tiết: Cơ thể khỏe mạnh. Nhà Chelsea, 1990.

Richard H. Lampert Janis  
O. Flores

**Suy vỏ thượng thận xem bệnh Addison****Xét nghiệm hormone vỏ thượng thận****Sự định nghĩa**

Xét nghiệm hormone vỏ thượng thận (còn được gọi là xét nghiệm ACTH hoặc xét nghiệm corticotropin) đo chức năng tuyến yên.

**Mục đích**

Tuyến yên sản xuất hormone ACTH, kích thích lớp ngoài của tuyến thượng thận (vỏ thượng thận). ACTH gây ra sự giải phóng các hormone hydrocortisone (cortisol), aldosterone và androgen. Điều quan trọng nhất trong số các hormone này được giải phóng là cortisol.

Xét nghiệm ACTH được sử dụng để xác định xem có sản xuất quá nhiều cortisol hay không (hội chứng Cushing) hoặc không sản xuất đủ cortisol (bệnh Addison).

**Các biện pháp phòng ngừa**

ACTH có sự thay đổi theo ngày, nghĩa là mức độ hormone này thay đổi tùy theo thời gian trong ngày. Mức độ cao nhất xảy ra vào buổi sáng. Xét nghiệm bài tiết bình thường cũng như bệnh Cushing có thể yêu cầu nhiều máu. Để theo dõi tuần tự, máu máu được phân tích ACTH phải luôn được lấy vào cùng một thời điểm mỗi ngày.

ACTH có thể được đo trực tiếp bằng phương pháp phân tích (xét nghiệm miễn dịch) ở nhiều phòng thí nghiệm lớn. Tuy nhiên, các phòng thí nghiệm nhỏ hơn thường không được trang bị để thực hiện xét nghiệm này và họ có thể cần gửi mẫu máu đến phòng thí nghiệm lớn hơn. Vì sự chậm trễ này nên có thể phải mất vài ngày mới có kết quả.

**Sự miêu tả**

Việc sản xuất ACTH một phần được kiểm soát bởi một khu vực ở trung tâm não (vùng dưới đồi) và một phần được kiểm soát bởi mức độ cortisol trong máu. Khi mức ACTH quá cao, việc sản xuất cortisol sẽ tăng lên để ngăn chặn sự giải phóng ACTH từ tuyến yên. Nếu nồng độ ACTH quá thấp, vùng dưới đồi sẽ sản xuất hormone giải phóng corticotropin (CRH) để kích thích tuyến yên tạo ra nhiều ACTH hơn. Nồng độ ACTH tăng để đáp ứng với căng thẳng, cảm xúc, chấn thương, nhiễm trùng, bong, phẫu thuật và giảm huyết áp.

**Hội chứng Cushing**

Hội chứng Cushing xảy ra do nồng độ hydrocortisone tuần hoàn cao bất thường. Mức độ cao có thể là kết quả của khối u tuyến thượng thận hoặc phì đại cả hai tuyến thượng thận do khối u tuyến yên. Nồng độ hydrocortisone cao có thể là kết quả của việc dùng thuốc corticosteroid trong thời gian dài. Thuốc corticosteroid được sử dụng rộng rãi để điều trị chứng viêm trong các rối loạn như viêm khớp dạng thấp, bệnh viêm ruột và hen suyễn.

**Bệnh lí Addison**

Bệnh Addison là một chứng rối loạn hiếm gặp, trong đó các triệu chứng là do thiếu hụt hydrocortisone và aldosterone. Nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh này là rối loạn tự miễn dịch. Hệ thống miễn dịch thường chống lại những kẻ xâm lược bên ngoài trong cơ thể như vi khuẩn. Trong rối loạn tự miễn dịch, hệ thống miễn dịch tấn công cơ thể. Trong trường hợp này, hệ thống miễn dịch tạo ra kháng thể tấn công tuyến thượng thận.

Bệnh Addison thường tiến triển chậm, với các triệu chứng phát triển dần dần qua nhiều tháng hoặc nhiều năm. Tuy nhiên, các giai đoạn cấp tính, được gọi là cơn Addisonian, xảy ra do nhiễm trùng, chấn thương hoặc các căng thẳng khác. Chẩn đoán thường được thực hiện nếu bệnh nhân không đáp ứng với

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Tuyến thượng thận-Một cặp tuyến nội tiết nằm phía trên thận.

Tuyến yên-Tuyến nội tiết quan trọng nhất, tuyến giải phóng hormone trực tiếp vào máu; đôi khi được gọi là tuyến chủ.

tiêm ACTH, chất thường kích thích tiết hydrocortison.

**Chuẩn bị Mức**

ACTH của một người được xác định từ mẫu máu. Bệnh nhân phải nhịn ăn từ nửa đêm cho đến khi làm xét nghiệm vào sáng hôm sau. Điều này có nghĩa là bệnh nhân không thể ăn hoặc uống bất cứ thứ gì sau nửa đêm ngoại trừ nước. Bệnh nhân cũng phải tránh các xét nghiệm quét đồng vị phóng xạ hoặc các đồng vị phóng xạ được sử dụng gần đây trước khi xét nghiệm máu.

**Rủi ro**

Những rủi ro liên quan đến thử nghiệm này là tối thiểu. Chúng có thể bao gồm chảy máu nhẹ từ vị trí lấy máu. Bệnh nhân có thể cảm thấy choáng váng hoặc choáng váng sau khi lấy máu. Đôi khi bệnh nhân có thể bị tụ máu dưới vị trí đâm thủng (tụ máu) sau khi thủ thuật.

**Kết quả bình thường**

Mỗi phòng thí nghiệm sẽ có bộ giá trị bình thường riêng cho xét nghiệm này. Giá trị bình thường có thể dao động từ: Buổi sáng (4-8 giờ sáng) 8-100 pg/mL hoặc 10-80 ng/L (đơn vị SI) Buổi tối (8-10 giờ tối) dưới 50 pg/mL hoặc dưới 50 ng/L (đơn vị SI)

**Kết quả bất thường**

Trong hội chứng Cushing, nồng độ ACTH cao có thể do các khối u sản xuất ACTH gây ra. Những khối u này có thể ở tuyến yên hoặc ở khu vực khác (như khối u do ung thư phổi hoặc ung thư buồng trứng). Mức ACTH thấp có thể do tuyến thượng thận phì đại do nồng độ cortisol cao và phản hồi đến tuyến yên.

Trong bệnh Addison, nồng độ ACTH cao có thể do các bệnh về tuyến thượng thận gây ra. Những bệnh này làm giảm hormone tuyến thượng thận và nồng độ aldosterone. Mức ACTH thấp có thể xảy ra do chức năng tuyến yên giảm.

**Tài nguyên****SÁCH**

Jacobs, David S., và cộng sự. *Sổ tay thử nghiệm trong phòng thí nghiệm*. tái bản lần thứ 4. Mới York: Lexi-Comp Inc., 1996.

Pagana, Kathleen Deska. *Cẩm nang chẩn đoán và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm* của Mosby. Louis: Mosby, Inc., 1998.

thông

Janis O. Flores

Hội chứng sinh dục tuyến thượng thận xem Bệnh nam tính tuyến thượng thận

## Bệnh loạn dưỡng tuyến thượng thận

### Sự định nghĩa

Chứng loạn dưỡng tuyến thượng thận là một bệnh di truyền hiếm gặp được đặc trưng bởi sự mất myelin xung quanh các tế bào thần kinh trong não và rối loạn chức năng tuyến thượng thận tiến triển.

### Sự miêu tả

Adrenoleukodystrophy (ALD) là một bệnh thuộc nhóm bệnh loạn dưỡng bạch cầu gây tổn thương vỏ myelin của tế bào thần kinh. Khoảng 1 trong 100.000 người bị ảnh hưởng bởi ALD. Có ba dạng ALD cơ bản: thời thơ ấu, khởi phát ở người trưởng thành và trẻ sơ sinh. Dạng bệnh thời thơ ấu là dạng cổ điển và

nghiêm trọng nhất. ALD thời thơ ấu tiến triển dần dần và thường dẫn đến tàn tật toàn bộ hoặc tử vong. Nó chỉ ảnh hưởng đến các bé trai vì khiếm khuyết di truyền liên quan đến giới tính (mang trên nhiễm sắc thể X). Bệnh khởi phát thường xảy ra ở độ tuổi từ 4 đến 10 và có thể bao gồm nhiều triệu chứng khác nhau, không phải tất cả các triệu chứng đó đều xuất hiện cùng nhau. Các triệu chứng phổ biến nhất là các vấn đề về hành vi và trí nhớ kém. Các triệu chứng khác thường thấy là mất thị lực, co giật, nói kém, khó nuốt, điếc, các vấn đề về dáng đi và khả năng phối hợp, mệt mỏi, tăng sắc tố da và chứng mất trí nhớ tiến triển.

Dạng bệnh khởi phát ở người trưởng thành, còn được gọi là bệnh lý tuyến thượng thận, nhẹ hơn, tiến triển chậm, thường liên quan đến tuổi thọ bình thường và thường xuất hiện ở độ tuổi 21-35. Các triệu chứng có thể bao gồm cứng khớp tiến triển, yếu hoặc liệt các chi dưới và mất khả năng phối hợp. Sự suy giảm chức năng não cũng có thể được nhìn thấy. Những phụ nữ mang thai bệnh đôi khi gặp các triệu chứng tương tự, cũng như những triệu chứng khác, bao gồm mất điều hòa, tăng trương lực cơ (trưởng lực cơ quá mức), bệnh thần kinh ngoại biên nhẹ và các vấn đề về tiết niệu. Dạng sơ sinh ảnh hưởng đến cả trẻ sơ sinh nam và nữ và có thể gây chậm phát triển trí tuệ, bất thường trên khuôn mặt, co giật, thoái hóa võng mạc, suy giảm trí nhớ.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Chọc ói**—Việc lấy nước ói qua một cây kim đâm xuyên qua bụng.

**Được sử dụng để thu thập té bào thai nhi để phân tích di truyền.**

**Ataxia**—Mất khả năng phối hợp vận động cơ bắp-tâm trí.

**Hypertonia**—Có trương lực cơ quá mức.

**Myelin**—Một lớp bao bọc các tế bào thần kinh và một số sợi trực và được tạo thành chủ yếu từ lipid và lipoprotein.

**Bệnh lý thần kinh**—Một căn bệnh hoặc sự bất thường của dây thần kinh ngoại biên.

trưởng lực cơ, gan to và rối loạn chức năng tuyến thượng thận. ALD sơ sinh thường tiến triển nhanh chóng.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Khiếm khuyết di truyền ở bệnh ALD làm giảm khả năng phân hủy các axit béo chuỗi rất dài. Chúng tích tụ trong tuyến thượng thận, não, huyết tương và nguyên bào sợi.

Sự tích tụ các axit béo chuỗi rất dài sẽ cản trở khả năng tuyến thượng thận chuyển đổi cholesterol thành steroid và gây ra sự mất myelin của các dây thần kinh trong chất trắng của não. Các tế bào thần kinh bị mất myelin không thể hoạt động bình thường.

### Chẩn đoán

Chẩn đoán được thực hiện dựa trên các triệu chứng quan sát được, xét nghiệm sinh hóa và tiền sử gia đình. Xét nghiệm sinh hóa phát hiện nồng độ axit béo chuỗi rất dài tăng cao trong các mẫu từ chọc ói, nhưng mao mạch đậm, huyết tương, hồng cầu hoặc nguyên bào sợi. Tiền sử gia đình có thể chỉ ra khả năng mắc ALD vì bệnh này được truyền trên nhiễm sắc thể X bởi dòng dõi nữ trong gia đình.

### Sự đối đãi

Điều trị tất cả các dạng ALD bao gồm điều trị các triệu chứng và hỗ trợ bệnh nhân bằng vật lý trị liệu, tư vấn tâm lý và giáo dục đặc biệt trong một số trường hợp. Không có cách chữa trị căn bệnh này và không có loại thuốc nào có thể đảo ngược quá trình khử myelin của các tế bào thần kinh và não. Các biện pháp ăn kiêng bao gồm giảm lượng thức ăn giàu chất béo, là nguồn cung cấp axit béo chuỗi rất dài. Một hỗn hợp có tên là Dầu Lorenzo đã được chứng minh là làm giảm mức độ axit béo chuỗi dài nếu sử dụng lâu dài; tuy nhiên, tỷ lệ mất myelin

không bị ảnh hưởng. Việc cấy ghép túi xương thử nghiệm chưa có hiệu quả lắm.

#### Tiên lượng

Tiên lượng xấu cho bệnh nhân ALD thời thơ ấu và trẻ sơ sinh là do thoái hóa myelin tiến triển.

Tử vong thường xảy ra từ một đến mười năm sau khi xuất hiện triệu chứng.

#### Phòng ngừa

Vì ALD là một bệnh di truyền nên việc phòng ngừa phần lớn chỉ giới hạn ở việc tư vấn di truyền và theo dõi thai nhi thông qua chọc ối hoặc lấy mẫu lỏng nhung màng đệm.

#### Tài nguyên

SÁCH

Berkow, Robert. Cẩm nang thông tin y tế của Merck. Trạm White-house, NJ: Phòng thí nghiệm Nghiên cứu Merck, 1997.

John T. Lohr, Tiến sĩ

**Bệnh lý tuyễn thuong thận xem** **Chứng loạn dưỡng tuyễn thuong thận**

## Hội chứng suy hô hấp ở người lớn

#### Sự định nghĩa

Hội chứng suy hô hấp ở người trưởng thành (ARDS), còn được gọi là hội chứng suy hô hấp cấp tính, là một loại suy phổi (phổi) có thể do bất kỳ bệnh nào khiến một lượng lớn chất lỏng tích tụ trong phổi. ARDS bản thân nó không phải là một bệnh cụ thể mà là một hội chứng, một nhóm các triệu chứng và dấu hiệu tạo nên một trong những dạng suy phổi hoặc suy hô hấp quan trọng nhất. Nó có thể phát triển khá đột ngột ở những người có phổi hoàn toàn bình thường. ARDS thường là một trường hợp cấp cứu y tế thực sự. Lỗi cơ bản là sự phá vỡ hàng rào hoặc màng thường giữ cho chất lỏng không bị rò rỉ ra khỏi các mạch máu nhỏ của phổi vào túi thở (phế nang).

#### Sự miêu tả

Một tên khác của ARDS là sốc phổi. Tên chính thức của nó gây hiểu nhầm vì trẻ em cũng như người lớn đều có thể bị ảnh hưởng. Trong phổi, các mạch máu nhỏ nhất hoặc mao mạch tiếp xúc với phế nang, các túi khí nhỏ ở đầu ống thở nhỏ nhất (phế quản).

Đây là vị trí cực kỳ quan trọng, nơi oxy từ không khí được hít vào vào máu, mang oxy đến tất cả các bộ phận của cơ thể. Bất kỳ dạng tổn thương phổi nào làm tổn thương điểm tiếp xúc này, được gọi là điểm nối phế nang-mao mạch, sẽ cho phép máu và dịch mỏ rò rỉ vào phế nang, cuối cùng lấp đầy chúng để không khí không thể đi vào. Kết quả là loại suy hô hấp được gọi là ARDS. ARDS là một trong những nguyên nhân chính gây ra tình trạng dư thừa chất lỏng trong phổi, nguyên nhân còn lại là suy tim.

Cùng với chất lỏng, có sự gia tăng rõ rệt các tế bào bị viêm trong phổi. Ngoài ra còn có các mảnh vụn còn sót lại từ các tế bào phổi bị tổn thương và fibrin, một chất bán rắn có nguồn gốc từ máu trong các mô. Thông thường, những vật liệu này kết hợp với các phân tử lớn trong máu (protein), để tạo thành màng hyaline. (Những màng này rất nổi bật ở trẻ sinh non mắc hội chứng suy hô hấp; nó thường được gọi là bệnh màng hyaline.) Nếu ARDS rất nghiêm trọng hoặc kéo dài, phổi sẽ không lành mà trở thành sẹo, một quá trình được gọi là xơ hóa. Việc thiếu lượng oxy bình thường khiến các mạch máu trong phổi trở nên hẹp hơn và theo thời gian, chúng cũng có thể trở thành sẹo và chứa đầy máu đông cục. Toàn bộ phổi trở nên rất "cứng" và bệnh nhân khó thở hơn nhiều.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Rất nhiều bệnh tật hoặc chất độc hại, bao gồm một số loại thuốc, có thể gây ra ARDS. Chúng bao gồm:

- Hít vào (hít) chất chứa trong dạ dày khi trào ngược, hoặc nước mặn hoặc nước ngọt do suýt chết đuối.
- Hít phải khói như trong lửa; vật liệu độc hại trong không khí, chẳng hạn như amoniac hoặc hydrocarbon; hoặc quá nhiều oxy, bắn thân nó có thể làm tổn thương phổi.
- Nhiễm trùng do virus hoặc vi khuẩn, hoặc nhiễm trùng huyết, một bệnh nhiễm trùng lan rộng xâm nhập vào máu.
- Chấn thương nặng, gây tổn thương nặng ở bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể.
- Sốc do huyết áp thấp kéo dài có thể không gây ra ARDS nhưng có thể là một yếu tố quan trọng.
- Một chứng rối loạn đông máu được gọi là đông máu nội mạch lan tỏa, trong đó máu đông hình thành trong các mạch khắp cơ thể, bao gồm cả phổi.
- Một lượng lớn mờ đi vào tuần hoàn và đi đến phổi, ở đó mờ bám vào các mạch máu nhỏ, làm tổn thương các tế bào lót thành mạch.
- Dùng quá liều thuốc gây nghiện, thuốc an thần, hoặc hiếm khi dùng aspirin.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Alveoli**—Các túi khí nhỏ ở cuối ống thở của phổi, nơi oxy thường được các mao mạch hấp thụ để đi vào tuần hoàn.

**Khát vọng**—Quá trình trong đó thức ăn rắn, chất lỏng hoặc chất tiệt thường được nuốt vào thay vào đó được hít vào phổi.

**Mao mạch**—Các động mạch nhỏ nhất trong phổi nằm cạnh phế nang để chúng có thể nhận oxy từ không khí hít vào.

**Khẩu trang**—Cách đơn giản nhất để cung cấp lượng oxy cao cho bệnh nhân mắc ARDS hoặc các tình trạng có lượng oxy thấp khác.

**Steroid**—Một nhóm thuốc tương tự như các chất bình thường trong cơ thể, thường giúp kiểm soát tình trạng viêm ở các mô cơ thể.

**Máy thở**—Một thiết bị cơ khí có thể đảm nhận công việc hô hấp cho bệnh nhân bị tổn thương phổi hoặc đang bắt đầu lành.

- **Viêm tuyễn tụy** (viêm tụ), khi các protein trong máu, gọi là enzym, di đến phổi và làm tổn thương các tế bào phổi.
- **Chấn thương bóng nặng**.
- **Chấn thương não** hoặc chảy máu vào não do bất kỳ nguyên nhân nào đều có thể là yếu tố gây ra ARDS vì những lý do chưa rõ ràng. Co giật cũng có thể gây ra một số trường hợp.

Thông thường ARDS phát triển trong vòng một đến hai ngày kể từ khi bị bệnh hoặc chấn thương ban đầu. Người đó bắt đầu thở nhanh nhưng nông. Bác sĩ nghe lồng ngực của bệnh nhân bằng ống nghe có thể nghe thấy tiếng “lách tách” hoặc thở khò khè. Hàm lượng oxy trong máu thấp có thể khiến da xuất hiện đốm hoặc thậm chí có màu xanh. Khi chất lỏng tiếp tục lấp đầy các túi thở, bệnh nhân có thể gặp khó khăn khi thở, thở rất nhanh và thở hổn hển.

**Chẩn đoán**

Một thử nghiệm đơn giản sử dụng thiết bị áp vào tai sẽ cho biết liệu máu có mang quá ít oxy hay không và điều này có thể được xác nhận bằng cách phân tích máu lấy từ động mạch. Phim chụp X quang ngực có thể bình thường ở giai đoạn đầu, nhưng sau một thời gian ngắn sẽ thấy chất lỏng ở nơi không thuộc về nó. Hai phổi bị ảnh hưởng như nhau. Tim có kích thước bình thường cho thấy vấn đề thực sự là ARDS chứ không phải suy tim. Một cách khác mà bác sĩ có thể phân biệt giữa hai khả năng này là đặt ống thông

vào tĩnh mạch và đưa vào động mạch chính của phổi.

Bằng cách này, có thể đo được áp lực trong mao mạch phổi. Áp lực trong mao mạch phổi tăng trong suy tim, nhưng bình thường trong ARDS.

**Sự đối đãi**

Bà mục tiêu chính trong điều trị bệnh nhân mắc ARDS là:

- Đảm bảo bệnh nhân được cung cấp đủ oxy cho đến khi vết thương ở phổi có thời gian lành lại. Nếu oxy được cung cấp bởi mặt nạ không đủ, bệnh nhân sẽ được đặt máy thở, máy thở sẽ tiếp quản hơi thở và thông qua một ống đặt ở mũi hoặc miệng (hoặc một vết mổ ở khí quản), sẽ đưa oxy vào phổi. Việc xử lý này phải được giám sát chặt chẽ và điều chỉnh áp suất để không cung cấp quá nhiều oxy.
- Bệnh nhân mắc ARDS nên được chăm sóc tại phòng chăm sóc đặc biệt, nơi có sẵn đội ngũ nhân viên giàu kinh nghiệm và tất cả các thiết bị cần thiết. Phải cung cấp đủ chất lỏng bằng tĩnh mạch nếu cần thiết để ngăn ngừa tình trạng mất nước. Ngoài ra, tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phải được duy trì bằng tĩnh mạch nếu lượng ăn vào không đủ.

**Tiền lượng**

Nếu vết thương ở phổi của bệnh nhân không sớm lành lại, việc thiếu đủ oxy có thể làm tổn thương các cơ quan khác, chẳng hạn như thận. Luôn có nguy cơ viêm phổi do vi khuẩn sẽ phát triển vào một lúc nào đó. Nếu không được điều trị kịp thời, có tới 90% bệnh nhân mắc ARDS có thể tử vong. Tuy nhiên, với phương pháp điều trị hiện đại, khoảng một nửa số bệnh nhân sẽ sống sót. Những người còn sống thường hồi phục hoàn toàn, ít hoặc không có khó thở lâu dài. Sẹo phổi là một nguy cơ sau một thời gian dài thở máy, nhưng nó có thể cải thiện trong những tháng sau khi bệnh nhân ngừng thở máy. Việc một bệnh nhân cụ thể có hồi phục hay không phụ thuộc rất nhiều vào việc căn bệnh nguyên phát khiến ARDS phát triển ngay từ đầu có thể được điều trị hiệu quả hay không.

**Phòng ngừa**

Cách duy nhất để ngăn ngừa ARDS là tránh những căn bệnh và tình trạng có hại gây tổn hại cho phổi. Vì

Ví dụ, có thể tránh được nguy cơ hít các chất trong dạ dày vào phổi bằng cách đảm bảo bệnh nhân không ăn gì ngay trước khi được gây mê toàn thân. Nếu bệnh nhân cần liệu pháp oxy, nên cung cấp oxy ở mức thấp nhất có thể. Bất kỳ dạng nhiễm trùng phổi nào hoặc nhiễm trùng ở bất cứ đâu trong cơ thể xâm nhập vào máu đều phải được điều trị kịp thời để tránh tổn thương phổi gây ra ARDS.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Smolley, Lawrence A. và Debra F. Bryse. Hít thở ngay bây giờ: Hướng dẫn toàn diện để hiểu và điều trị các chứng rối loạn hô hấp phổ biến nhất. New York: WW Norton & Co., 1998.

##### TỔ CHỨC

Viện Tim, Phổi và Máu Quốc gia. PO Box 30105, Bethesda, MD 20824-0105. (301) 251-1222. <<http://www.nhlbi.nih.gov>>.

Tổ chức Hội chứng suy hô hấp quốc gia. PO Box 723, Montgomeryville, PA 18936.

##### KHÁC

"Thuốc phổi." HealthWeb.com. Ngày 5 tháng 1 năm 1998. <<http://healthweb.org>>.

David A. Cramer, MD

#### Xét nghiệm AFP xem xét nghiệm Alpha-fetoprotein

Sức khỏe người Mỹ gốc Phi xem Sức khỏe người thiểu số

#### Bệnh ngủ châu Phi Xem Bệnh ngủ

#### Bệnh Trypanosomosis Châu Phi xem Bệnh ngủ

#### Agammaglobulinemia xem Suy giảm miễn dịch biến đổi thường gặp

#### Gây hấn xem Rối loạn hành vi

#### Sự lão hóa

##### Sự định nghĩa

Bắt đầu từ độ tuổi thường được gọi là tuổi trung niên, các hoạt động của cơ thể con người bắt đầu dễ bị tổn thương hơn trước sự hao mòn hàng ngày; có sự suy giảm chung về hoạt động thể chất và cơ thể cả về tinh thần. Ở các nước phương Tây, tuổi thọ thường lên đến 70. Tuy nhiên, giới hạn tăng lên của tuổi thọ có thể lên tới 120 năm. Trong lúc

nửa sau của cuộc đời, một cá nhân dễ gặp vấn đề với các chức năng khác nhau của cơ thể và phát triển bất kỳ bệnh mãn tính hoặc gây tử vong nào. Các hệ thống tim mạch, tiêu hóa, bài tiết, thần kinh, sinh sản và tiết niệu bị ảnh hưởng đặc biệt. Các bệnh lão hóa phổ biến nhất bao gồm bệnh Alzheimer, viêm khớp, ung thư, tiểu đường, trầm cảm và bệnh tim.

#### Sự miêu tả

Con người đạt đến đỉnh cao của sự tăng trưởng và phát triển vào khoảng giữa tuổi 20. Lão hóa là thời gian chuyển tiếp bình thường sau hoạt động sôi nổi đó. Mặc dù có khá nhiều thay đổi liên quan đến tuổi tác tác động lên cơ thể, nhưng tình trạng khuyết tật không nhất thiết là một phần của quá trình lão hóa. Các yếu tố sức khỏe và lối sống cùng với cấu trúc di truyền của cá nhân sẽ quyết định phản ứng với những thay đổi này. Các chức năng cơ thể thường bị ảnh hưởng nhất bởi tuổi tác bao gồm:

- Thính lực giảm sút đặc biệt khi nghe những âm có âm vực cao nhất.
- Tỷ lệ mỡ trên cơ, có thể tăng tới 30%. Thông thường, tổng lượng mỡ cơ thể trực tiếp dưới da sẽ mỏng đi và tích tụ xung quanh dạ dày. Khả năng bài tiết chất béo bị suy giảm, do đó việc tích trữ chất béo tăng lên, bao gồm cả cholesterol và các chất dinh dưỡng hòa tan trong chất béo.
- Lượng nước trong cơ thể giảm, do đó làm giảm khả năng hấp thu các chất dinh dưỡng hòa tan trong nước. Ngoài ra, có ít nước bọt và chất lỏng bôi trơn khác.
- Gan và thận không thể hoạt động hiệu quả, ảnh hưởng đến việc đào thải chất thải.
- Giảm khả năng tiêu hóa, giảm sản xuất axit dạ dày.
- Mất sức mạnh và khả năng phối hợp của cơ, kèm theo mất khả năng vận động, nhanh nhẹn và linh hoạt.
- Suy giảm hormone sinh dục và chức năng tình dục.
- Giảm cảm giác về vị giác và khứu giác.
- Những thay đổi trong hệ tim mạch và hô hấp, dẫn đến giảm oxy và chất dinh dưỡng khắp cơ thể.

• Chức năng của hệ thần kinh bị suy giảm khiến các xung thần kinh được truyền đi không hiệu quả, phản xạ không nhạy bén, trí nhớ và khả năng học tập bị giảm sút.

- Giảm sức mạnh và mật độ xương.
- Nồng độ hormone giảm dần. Các hormone tuyến giáp và tình dục bị ảnh hưởng đặc biệt.
- Suy giảm khả năng thị giác. Những thay đổi liên quan đến tuổi tác có thể dẫn đến các bệnh như thoái hóa điểm vàng.

- Không năng sản xuất vitamin D từ ánh sáng mặt trời bị suy giảm.
- Giảm sự hình thành protein dẫn đến co rút khỏi lượng cơ và giảm sự hình thành xương, có thể dẫn đến chứng loãng xương.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Có một số giả thuyết giải thích tại sao cơ thể già đi mất chức năng. Có thể có một số yếu tố phối hợp với nhau hoặc một yếu tố cụ thể hoạt động nhiều hơn những yếu tố khác ở một cá nhân nhất định.

- Lý thuyết về sự lão hóa được lập trình, hay còn gọi là đồng hồ lão hóa. Sự lão hóa của tế bào của mỗi cá thể được lập trình trong gen và có một số lượng định sẵn khả năng trẻ hóa trong vòng đời của một tế bào nhất định. Khi các tế bào chết với tốc độ nhanh hơn tốc độ được thay thế, các cơ quan sẽ không hoạt động bình thường và chúng sẽ sớm không thể duy trì các chức năng cần thiết cho sự sống. • Lý thuyết di truyền. Tế bào của con người duy trì hạt giống của riêng mình và sự phá hủy ở cấp độ nhiễm sắc thể.
- Mô liên kết, hay lý thuyết liên kết ngang. Những thay đổi trong cấu tạo của mô liên kết làm thay đổi tính ổn định của cấu trúc cơ thể, gây mất tính đàn hồi và chức năng, dẫn đến các triệu chứng lão hóa.
- Lý thuyết gốc tự do. Lý thuyết phổ biến nhất về lão hóa dựa trên thực tế là các phản ứng hóa học đang diễn ra của tế bào tạo ra các gốc tự do. Khi có oxy, các gốc tự do này khiến các tế bào của cơ thể bị phá vỡ. Theo thời gian, nhiều tế bào chết đi hoặc mất khả năng hoạt động và cơ thể sẽ sớm ngừng hoạt động toàn bộ.
- Lý thuyết miễn dịch học. Có những thay đổi trong hệ thống miễn dịch khi nó bắt đầu suy yếu, cơ thể dễ bị nhiễm trùng và tổn thương mô hơn, cuối cùng có thể gây tử vong. Ngoài ra, khi hệ thống bị hỏng, cơ thể dễ có các phản ứng tự miễn dịch hơn, trong đó các tế bào của chính cơ thể bị nhầm lẫn với vật chất lạ và bị hệ thống miễn dịch phá hủy hoặc làm hỏng.

### Chẩn đoán

Nhiều vấn đề có thể phát sinh do những thay đổi liên quan đến tuổi tác trong cơ thể. Mặc dù không có một xét nghiệm nào được thực hiện, nhưng một cuộc kiểm tra thể chất kỹ lưỡng và xét nghiệm sàng lọc máu và xét nghiệm hóa học máu cơ bản có thể chỉ ra những khu vực cần được chú ý thêm. Khi người lớn tuổi bị bệnh, các dấu hiệu đầu tiên của bệnh thường không đặc hiệu. Các cuộc kiểm tra tiếp theo nên được tiến hành nếu xảy ra bất kỳ trường hợp nào sau đây:

- giảm hoặc thiếu ham muốn ăn uống
- tăng sự nhầm lẫn

- không phát triển được
- tiêu không tự chủ
- chóng mặt
- giảm cân
- ngã

### Sự đối đãi

Phần lớn, các bác sĩ kê đơn thuốc để kiểm soát các triệu chứng và bệnh tật của tuổi già. Tại Hoa Kỳ, khoảng 2/3 số người từ 65 tuổi trở lên dùng thuốc để giải quyết nhiều vấn đề khác nhau. Nhiều phụ nữ hơn nam giới sử dụng các loại thuốc này. Các loại thuốc phổ biến nhất được người cao tuổi sử dụng là thuốc giảm đau, thuốc lợi tiểu hoặc thuốc nước, thuốc an thần, thuốc tim mạch, thuốc kháng sinh và thuốc sức khỏe tâm thần.

Liệu pháp thay thế estrogen (ERT) thường được kê đơn cho phụ nữ sau mãn kinh để điều trị các triệu chứng lão hóa. Nó thường được sử dụng kết hợp với progesterone. ERT có chức năng giúp xương chắc khỏe, giảm nguy cơ mắc bệnh tim, phục hồi chất bôi trơn âm đạo và cải thiện độ đàn hồi của da. Bằng chứng cho thấy nó cũng có thể giúp duy trì các chức năng tâm thần.

### Kết quả mong đợi

Lão hóa là không thể tránh khỏi, nhưng sự suy giảm thể chất nghiêm trọng thì không. Mọi người có thể có một cuộc sống khỏe mạnh, không có khuyết tật trong những năm cuối đời. Một hệ thống hỗ trợ tốt của gia đình, bạn bè và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cùng với việc tập trung vào thói quen dinh dưỡng và lối sống tốt cũng như quản lý căng thẳng tốt, có thể ngăn ngừa bệnh tật và giảm bớt tác động của các bệnh mãn tính.

### Điều trị thay thế

#### Bổ sung dinh dưỡng

Nên sử dụng vitamin tổng hợp chất lượng cao. Sự thiếu hụt dinh dưỡng phổ biến liên quan đến lão hóa bao gồm vitamin B, vitamin A và C, axit folic, canxi, magiê, kẽm, sắt, crom và khoáng chất vi lượng. Vì axit dạ dày có thể bị giảm nên nên sử dụng formula dạng bột vitamin tổng hợp trong viên nang gelatin, vì đây là dạng dễ tiêu hóa nhất. Những công thức như vậy cũng có thể chứa các enzyme để hỗ trợ thêm cho quá trình tiêu hóa.

Chất chống oxy hóa có thể giúp vô hiệu hóa thiệt hại do các hoạt động gốc tự do được cho là góp phần gây ra các vấn đề lão hóa. Chúng cũng hữu ích trong việc ngăn ngừa và điều trị ung thư cũng như điều trị đục thủy tinh thể và tăng nhãn áp. Các chất bổ sung có tác dụng chống oxy hóa bao gồm:

- Vitamin E, 400-1.000 IU mỗi ngày. Bảo vệ màng tế bào khỏi bị hư hại. Nó cho thấy nhiều hứa hẹn trong việc ngăn ngừa bệnh tim, bệnh Alzheimer và Parkinson.

- Selenium, 50 mg uống hai lần mỗi ngày. Nghiên cứu cho thấy rằng selen có thể đóng một vai trò trong việc giảm nguy cơ mắc bệnh ung thư.

- Beta-carotene, 25.000-40.000 IU mỗi ngày. Có thể giúp điều trị ung thư, cảm lạnh và cúm, viêm khớp và hỗ trợ miễn dịch.

- Vitamin C, 1.000-2.000 mg mỗi ngày. Nó có thể gây tiêu chảy ở liều lượng lớn. Tuy nhiên, nếu điều này xảy ra, tất cả những gì cần làm là giảm liều lượng.

Các chất bổ sung khác hữu ích trong việc điều trị tuổi già các vấn đề liên quan bao gồm:

Vitamin B12/B-complex, các nghiên cứu cho thấy B12 có thể giúp giảm các triệu chứng tâm thần, chẳng hạn như lú lẫn, mất trí nhớ và trầm cảm.

Coenzym Q10 có thể hữu ích trong việc điều trị bệnh tim, vì có tới 3/4 số bệnh nhân mắc bệnh tim được phát hiện thiếu enzym tim này.

#### nội tiết tố

Các chất bổ sung hormone sau đây có thể được dùng để ngăn ngừa hoặc điều trị các vấn đề khác nhau liên quan đến tuổi tác. Tuy nhiên, cần thận trọng trước khi bắt đầu điều trị và bệnh nhân nên tham khảo ý kiến chuyên gia chăm sóc sức khỏe của mình.

DHEA cải thiện chức năng não và đóng vai trò là khói xây dựng cho nhiều hormone quan trọng khác trong cơ thể. Nó có thể hữu ích trong việc khôi phục mức độ hormone đang suy giảm và xây dựng khói lượng cơ bắp, cung cấp xương và duy trì một trái tim khỏe mạnh.

Melatonin có thể hữu ích cho chứng mất ngủ. Nó cũng được sử dụng để giúp chống lại virus và nhiễm trùng do vi khuẩn, giảm nguy cơ mắc bệnh tim, cải thiện chức năng tình dục và bảo vệ chống lại bệnh ung thư.

Hormon tăng trưởng của con người (hGH) đã được chứng minh là có tác dụng điều chỉnh lượng đường trong máu và kích thích sự phát triển của xương, sụn và cơ bắp đồng thời giảm mỡ.

#### Các loại thảo mộc

Tỏi (Allium sativa) rất hữu ích trong việc ngăn ngừa bệnh tim, cũng như cải thiện tông màu và kết cấu của da. Tỏi kích thích chức năng gan và hệ tiêu hóa, đồng thời cũng giúp điều trị bệnh tim và huyết áp cao.

Nhân sâm Siberia (Eleutherococcus senticosus) hỗ trợ tuyến thượng thận và chức năng miễn dịch. Nó là

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Chất chống oxy hóa**—Các chất làm giảm tác hại của các gốc tự do có khả năng phản ứng cao là sản phẩm phụ của tế bào.

**Bệnh Alzheimer**—Một tình trạng gây suy giảm chức năng não, cản trở khả năng suy luận và thực hiện các hoạt động hàng ngày.

Lão hóa - Lão hóa.

**Vata**—Một trong ba loại hiền pháp chính được tìm thấy theo nguyên tắc Ayurvedic. Giữ cho thể trạng cụ thể của một người được cân bằng được coi là quan trọng trong việc duy trì sức khỏe.

được cho là hữu ích trong việc điều trị các vấn đề liên quan đến cẳng thẳng. Nhân sâm Siberia cũng làm tăng hiệu suất tinh thần và thể chất, đồng thời có thể hữu ích trong điều trị chứng mất trí nhớ, mệt mỏi mẫn tính và rối loạn chức năng miễn dịch.

Ginkgo biloba có tác dụng đặc biệt tốt trên não và hệ thần kinh. Nó có hiệu quả trong việc làm giảm các triệu chứng của các bệnh như bệnh Alzheimer, trầm cảm, các vấn đề về thị giác và các vấn đề về tuần hoàn máu. Nó cũng có thể giúp điều trị bệnh tim, đột quỵ, mất trí nhớ, bệnh Raynaud, chấn thương đầu, chuột rút ở chân, thoái hóa điểm vàng, ù tai, bất lực do lưu lượng máu kém và tổn thương thần kinh liên quan đến bệnh tiểu đường.

Proanthocyanidin, hay PCO, là Pycnogenol, có nguồn gốc từ hạt nho và vỏ, từ vỏ cây thông, có thể giúp ngăn ngừa ung thư và thị lực kém.

Trong y học Ayurvedic, lão hóa được mô tả là một quá trình tăng vata, trong đó có xu hướng trở nên gầy đi, khô hơn, lo lắng hơn, bồn chồn hơn và sợ hãi hơn, đồng thời chân ăn cũng như mất ngủ. Chuỗi, hạnh nhân, bơ và dừa là một số thực phẩm được sử dụng để điều chỉnh các tình trạng như vậy.

Một trong những loại thảo mộc chính được sử dụng cho những tình trạng như vậy là rau má (Centella asiatica), được sử dụng để phục hồi hệ thần kinh và tế bào não cũng như cung cấp hệ thống miễn dịch. Gotu kola cũng được sử dụng để điều trị chứng mất trí nhớ, lo lắng và mất ngủ.

Trong y học Trung Quốc, hầu hết các triệu chứng lão hóa đều được coi là triệu chứng của sự thiếu hụt âm. Nên dùng các thực phẩm giữ âm như kê, súp lúa mạch, đậu phụ, đậu xanh, mầm lúa mì, tảo xoắn, khoai tây, hạt vừng đen, quả óc chó và hạt lanh. Thuốc bắc Jing cũng có thể được sử dụng. Chúng bao gồm nhung hươu, hạt tơ hồng, địa hoàng đã qua chè biển, súp trường thọ, trai và thịt gà.

## Phòng ngừa

Các thực hành sức khỏe phòng ngừa như chế độ ăn uống lành mạnh, tập thể dục hàng ngày, kiểm soát căng thẳng và kiểm soát các thói quen sinh hoạt như hút thuốc và uống rượu, có thể kéo dài tuổi thọ và cải thiện chất lượng cuộc sống khi con người già đi. Tập thể dục có thể cải thiện sự thèm ăn, sức khỏe của xương, cảm xúc và tinh thần cũng như quá trình tiêu hóa và tuần hoàn.

Uống nhiều nước giúp duy trì làn da khỏe mạnh, tiêu hóa tốt và loại bỏ chất thải thích hợp.

Nên uống tối đa tám ly nước mỗi ngày, cùng với nhiều loại trà thảo dược, nước ép trái cây và rau quả pha loãng, cũng như trái cây và rau quả tươi có hàm lượng nước cao.

Do giảm vị giác nên người già thường tăng lượng muối ăn vào, điều này có thể góp phần gây ra huyết áp cao và mất chất dinh dưỡng. Việc sử dụng đường cũng tăng lên. Có thể dùng rong biển và một lượng nhỏ mật ong để thay thế.

Rượu, nicotine và caffeine đều có tác dụng gây hại tiềm ẩn và cần được hạn chế hoặc loại bỏ hoàn toàn khỏi việc tiêu thụ.

Một chế độ ăn nhiều chất xơ và ít chất béo được khuyến khích. Thực phẩm chế biến sẵn nên được thay thế bằng carbohydrate phức hợp, chẳng hạn như ngũ cốc nguyên hạt. Nếu việc nhai trở thành một vấn đề, bạn nên tăng cường uống đồ uống giàu protein, trái cây và rau quả tươi ép, và ngũ cốc có kem.

## Tài nguyên

### SÁCH

Tiến sĩ Darden, Ellington. Sống lâu hơn Mạnh mẽ hơn. New York: Cuốn sách Perigee, Nhóm xuất bản Berkeley, 1995.

Pitchford, Paul. Chữa bệnh bằng thực phẩm toàn phần. Berkeley, CA: Sách Bắc Đại Tây Dương, 1993.

### KHÁC

"Chương trình dinh dưỡng chống lão hóa." <<http://www.healthy.net/hwlibrarybooks/haas/perform/antiaging.htm>> (28 tháng 12 năm 2000).

"Tác dụng của hormone trong cơ thể." <[http://www.anti-aging.org/Effects\\_hGH.html](http://www.anti-aging.org/Effects_hGH.html)> (28 tháng 12 năm 2000).

"Chương trình dinh dưỡng cho người cao tuổi." <[http://www.healthy.net/hwlibrarybooks/haas/lifestage/people\\_gia.htm](http://www.healthy.net/hwlibrarybooks/haas/lifestage/people_gia.htm)> (28 tháng 12 năm 2000).

"Đánh giá bệnh nhân cao tuổi: Trường hợp công nghệ đánh giá." <<http://text.nlm.nih.gov/nih/ta/www/01.html>> (28 tháng 12 năm 2000).

"Liệu pháp thảo dược và người cao tuổi." <<http://www.healthy.net/hwlibrarybooks/hoffman/elders/elders.htm>> (28 tháng 12 năm 2000).

"Dược động học." Merck & Co., Inc. (1995-2000). <<http://www.merck.com/pubs/mmanual/section22/chapter304/304a.htm>> (28 tháng 12 năm 2000).

"Vì một cuộc sống lâu dài và khỏe mạnh." <<http://www.healthy.net/hwlibraryarticles/aesoph/longandhealthy.htm>> (28 tháng 12 năm 2000).

Nghịch lý kiên nhẫn

## Chứng sợ đám đông

### Sự định nghĩa

Từ agoraphobia có nguồn gốc từ tiếng Hy Lạp có nghĩa đen là "sợ chợ". Thuật ngữ này được sử dụng để mô tả nỗi sợ hãi phi lý và thường vô hiệu hóa khi ra ngoài nơi công cộng.

### Mô tả Agoraphobia

chỉ là một loại ám ảnh hoặc nỗi sợ hãi phi lý. Những người mắc chứng ám ảnh sợ cảm thấy sợ hãi hoặc hoảng sợ khi đối mặt với một số đồ vật, tình huống hoặc hoạt động nhất định. Những người mắc chứng sợ khoảng rộng cũng thường xuyên trải qua các cơn hoảng loạn, nhưng các cơn hoảng loạn hoặc rối loạn hoảng sợ không phải là điều kiện bắt buộc để chẩn đoán chứng sợ khoảng rộng. Đặc điểm nổi bật của chứng sợ khoảng rộng là lo lắng về việc phải ở những nơi mà việc trốn thoát có thể gây bối rối hoặc khó khăn hoặc ở đó có thể không có sự trợ giúp. Người mắc chứng sợ khoảng rộng thường tránh né tình huống gây lo lắng và có thể phải ở nhà hoàn toàn.

### Nguyên nhân và triệu chứng Chứng

sợ khoảng trống là loại ám ảnh phổ biến nhất và ước tính ánh hưởng đến khoảng 5-12% người Mỹ trong cuộc đời của họ. Chứng sợ khoảng rộng phổ biến ở phụ nữ gấp đôi so với nam giới và thường xảy ra ở độ tuổi từ 15-35.

Các triệu chứng của cơn hoảng loạn đi kèm với chứng sợ khoảng rộng khác nhau tùy từng người và có thể bao gồm run rẩy, đờ mồ hôi, tim đập nhanh (cảm giác tim đập thình thịch trong lòng ngực), bồn chồn, mệt mỏi, ngứa ran ở tay và chân, buồn nôn, nhịp tim hoặc nhịp thở nhanh và cảm giác sắp chết.

Chứng sợ khoảng rộng và những nỗi ám ảnh khác được cho là kết quả của một số yếu tố vật lý và môi trường.

Ví dụ, chúng có liên quan đến sự mất cân bằng sinh hóa, đặc biệt liên quan đến một số chất dẫn truyền thần kinh (chất dẫn truyền thần kinh hóa học) trong não. Những người lâm cơn hoảng loạn trong một tình huống nhất định (ví dụ: trung tâm mua sắm) có thể bắt đầu liên kết sự hoảng loạn với tình huống đó và học cách tránh nó. Theo một số lý thuyết, lo lắng phi lý là kết quả của những xung đột cảm xúc chưa được giải quyết. Tất cả những yếu tố này có thể đóng một vai trò ở mức độ khác nhau trong các trường hợp mắc chứng sợ khoảng trống khác nhau.

### Chẩn đoán

Những người bị cơn hoảng loạn nên thảo luận vấn đề với bác sĩ.

Bác sĩ có thể chẩn đoán chứng hoảng loạn hoặc rối loạn lo âu tiềm ẩn và đảm bảo các triệu chứng không liên đến một số tình trạng bệnh lý tiềm ẩn khác.

Bác sĩ đưa ra chẩn đoán chứng sợ khoảng trống chủ yếu dựa trên mô tả của bệnh nhân về các triệu chứng của họ. Người mắc chứng sợ khoảng rộng cảm thấy lo lắng trong những tình huống thoát ra hoặc không có sự giúp đỡ hoặc trong một số tình huống nhất định, chẳng hạn như ở một mình.

Trong khi nhiều người có phản ứng ngai trong những tình huống này, dấu hiệu đặc trưng của chứng sợ khoảng rộng là việc một người chủ động tránh né tình huống đáng sợ sẽ làm suy yếu khả năng làm việc, giao tiếp xã hội hoặc các chức năng khác của người đó.

### Sự đối đãi

Điều trị chứng sợ khoảng rộng thường bao gồm cả thuốc và liệu pháp tâm lý. Thông thường, bệnh nhân có thể được hưởng lợi từ một số thuốc chống trầm cảm nhất định, chẳng hạn như amitriptyline (Elavil) hoặc thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc, chẳng hạn như paroxetine (Paxil), fluoxetine (Prozac) hoặc sertraline (Zoloft). Ngoài ra, bệnh nhân có thể kiểm soát các cơn hoảng loạn đang diễn ra bằng một số loại thuốc an thần gọi là benzodiazepin, chẳng hạn như alprazolam (Xanax) hoặc clonazepam (Klonipin).

Phương pháp điều trị chính cho chứng sợ khoảng rộng và những nỗi ám ảnh khác là liệu pháp hành vi nhận thức. Một kỹ thuật cụ thể thường được sử dụng được gọi là giải mẫn cảm.

Bệnh nhân dần dần tiếp xúc với tình huống thường gây ra sự sợ hãi và né tránh, và với sự trợ giúp của kỹ thuật thở hoặc thư giãn, bệnh nhân sẽ học cách đối phó với tình huống đó. Điều này giúp phá vỡ mối liên hệ tinh thần giữa tình huống và nỗi sợ hãi, lo lắng hoặc hoảng loạn.

Bệnh nhân cũng có thể được hưởng lợi từ liệu pháp tâm lý định hướng tâm động học, thảo luận về những xung đột cảm xúc tiềm ẩn với nhà trị liệu hoặc nhóm hỗ trợ.

### Tiên lượng

Với thuốc và liệu pháp tâm lý thích hợp, 90% bệnh nhân sẽ thấy các triệu chứng của họ được cải thiện đáng kể.

### Tài nguyên

SÁCH  
Hallowell, Edward M. Lo lắng: Kiểm soát và sử dụng nó một cách khôn ngoan. New York: Sách Pantheon, 1997.

### ĐỊNH KÝ

Forsyth, Sondra. "Tôi hoảng sợ khi tôi ở một mình." Mademoiselle, tháng 4 năm 1998, 119-24.  
Hale, Anthony S. "ABC về sức khỏe tâm thần: Lo lắng." Tạp chí Y khoa Anh 314 (28 tháng 6 năm 1997): 1886-9.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Benzodiazepin**—Một nhóm thuốc an thần thường được sử dụng để điều trị chứng lo âu.

**Giải mẫn cảm**—Một phương pháp điều trị chứng ám ảnh liên quan đến việc đưa người mắc chứng ám ảnh sợ hãi vào tình huống sợ hãi. Nó thường được sử dụng kết hợp với các kỹ thuật thư giãn.

**Ám ảnh**—Một nỗi sợ hãi mãnh liệt và phi lý về một đối tượng, hoạt động hoặc tình huống cụ thể.

"Rối loạn hoảng sợ—Các cuộc tấn công hoảng loạn và chứng sợ khoảng rộng." Bác sĩ gia đình người Mỹ 52, không. 7 (15/11/1995): 2067-8.

### TỔ CHỨC

Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ. 1400 K Street NW, Washington DC 20005. (888) 357-7924. <<http://www.psych.org>>.

Hiệp hội rối loạn lo âu của Mỹ. 11900 Park Lawn Drive, Ste. 100, Rockville, MD 20852. (800) 545-7367. <<http://www.adaa.org>>.

Viện sức khỏe tâm thần quốc gia. Sức khỏe tâm thần công cộng

Thắc mắc, 5600 Fishers Lane, Phòng 15C-05, Rockville, MD 20857. (888) 826-9438. <<http://www.nimh.nih.gov>>.

Robert Scott Dinsmoor

Mất bạch cầu hạt xem Giảm bạch cầu trung tính

### AIDS

#### Sự định nghĩa

Hội chứng suy giảm miễn dịch mãn tính (AIDS) là một bệnh truyền nhiễm do virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) gây ra. Bệnh này lần đầu tiên được ghi nhận ở Hoa Kỳ vào năm 1981. AIDS là dạng nhiễm vi-rút HIV giai đoạn nặng, có thể không gây bệnh trong một thời gian dài sau lần phơi nhiễm ban đầu (độ tiềm ẩn). Hiện tại chưa có vắc-xin để ngăn ngừa nhiễm HIV. Hiện nay, tất cả các hình thức điều trị AIDS đều tập trung vào việc cải thiện chất lượng và thời gian sống cho bệnh nhân AIDS bằng cách làm chậm hoặc ngăn chặn sự nhân lên của virus và điều trị hoặc ngăn ngừa các bệnh nhiễm trùng và ung thư lợi dụng hệ thống miễn dịch suy yếu của một người. .

#### Sự miêu tả

AIDS được coi là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng tàn khốc nhất trong lịch sử gần đây. Vào tháng 6 năm 2000, Trung tâm

## Nguy cơ lây nhiễm HIV qua đường vào

Trang web nhập cảnh	Virus có nguy cơ xâm nhập vào địa điểm	Nguy cơ virus xâm nhập	Rủi ro được tiêm chủng
kết mạc	Vừa phải	Vừa phải	Rất thấp
Niêm mạc miệng	Vừa phải	Vừa phải	Thấp
Niêm mạc mũi	Thấp	Thấp	Rất thấp
Hô hấp dưới	Rất thấp	Rất thấp	Rất thấp
Hậu môn	Rất cao	Rất cao	Rất cao
Da, nguyên vẹn	Rất thấp	Rất thấp	Rất thấp
Da, bị gãy	Thấp	Cao	Cao
<b>Tình dục:</b>			
âm đạo	Thấp	Cao	Cao
dương vật	Thấp	Thấp	Cao
Loét (STD)	Trung bình	Thấp	Rất cao
<b>Máu:</b>			
Các sản phẩm	Cao	Cao	Thấp
Kim tiêm dùng chung	Cao	Cao	Cao
kim vô tính	Cao	Rất cao	Thấp
Vết thương chấn thương	Khiêm tốn	Cao	Cao
chu sinh	Cao	Cao	Cao

Cơ quan Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC) đã báo cáo rằng 120.223 (chỉ bao gồm những trường hợp ở những khu vực có báo cáo HIV bí mật) ở Hoa Kỳ dương tính với HIV và 311.701 người đang sống chung với AIDS (chỉ bao gồm những người trưởng hợp biết được tình trạng sống). Trong số những bệnh nhân này, 44% là người đồng tính nam hoặc lưỡng tính, 20% là người dị tính tiêm tĩnh mạch người sử dụng ma túy và 17% là phụ nữ. Ngoài ra, mỗi năm có khoảng 1.000-2.000 trẻ em sinh ra bị nhiễm HIV. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính rằng 33 triệu người lớn và 1,3 triệu trẻ em trên toàn thế giới bị sống chung với HIV/AIDS tính đến năm 1999 với 5,4 triệu người mới bị nhiễm bệnh vào năm đó. Hầu hết các trường hợp này đều ở nước đang phát triển ở Châu Á và Châu Phi.

### Các yếu tố rủi ro

AIDS có thể lây truyền theo nhiều cách. Rủi ro

Các yếu tố lây truyền HIV khác nhau tùy theo loại:

- Quan hệ tình dục. Những người có nguy cơ cao nhất là những người không thực hành tình dục an toàn, những người không chung thủy một vợ một chồng, những người quan hệ tình dục qua đường hậu môn và những người quan hệ tình dục với bạn tình có triệu chứng nhiễm HIV tiến triển và/hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác (STDs). Ở Hoa Kỳ và Châu Âu, hầu hết các trường hợp nhiễm HIV lây truyền qua đường tình dục đều là do quan hệ tình dục đồng giới, trong khi ở Châu Phi, bệnh lây lan chủ yếu qua quan hệ tình dục quan hệ tình dục giữa những người khác giới.
- Lây truyền trong thai kỳ. Những bà mẹ có nguy cơ cao bao gồm phụ nữ kết hôn với đàn ông lưỡng tính hoặc đàn ông có tình trạng máu bất thường được gọi là bệnh máu khó đông và cần truyền máu, tiêm chích ma túy và phụ nữ sống ở khu vực có tỷ lệ nhiễm HIV cao

lây nhiễm giữa những người đồng tính luyến ái. Nguy cơ truyền bệnh sang con cao hơn ở phụ nữ giai đoạn tiền triển của bệnh. Cho con bú tăng lên nguy cơ lây truyền là 10-20%. Tuy nhiên, việc sử dụng zidovudine (AZT) trong thời kỳ mang thai có thể làm giảm nguy cơ lây truyền sang em bé.

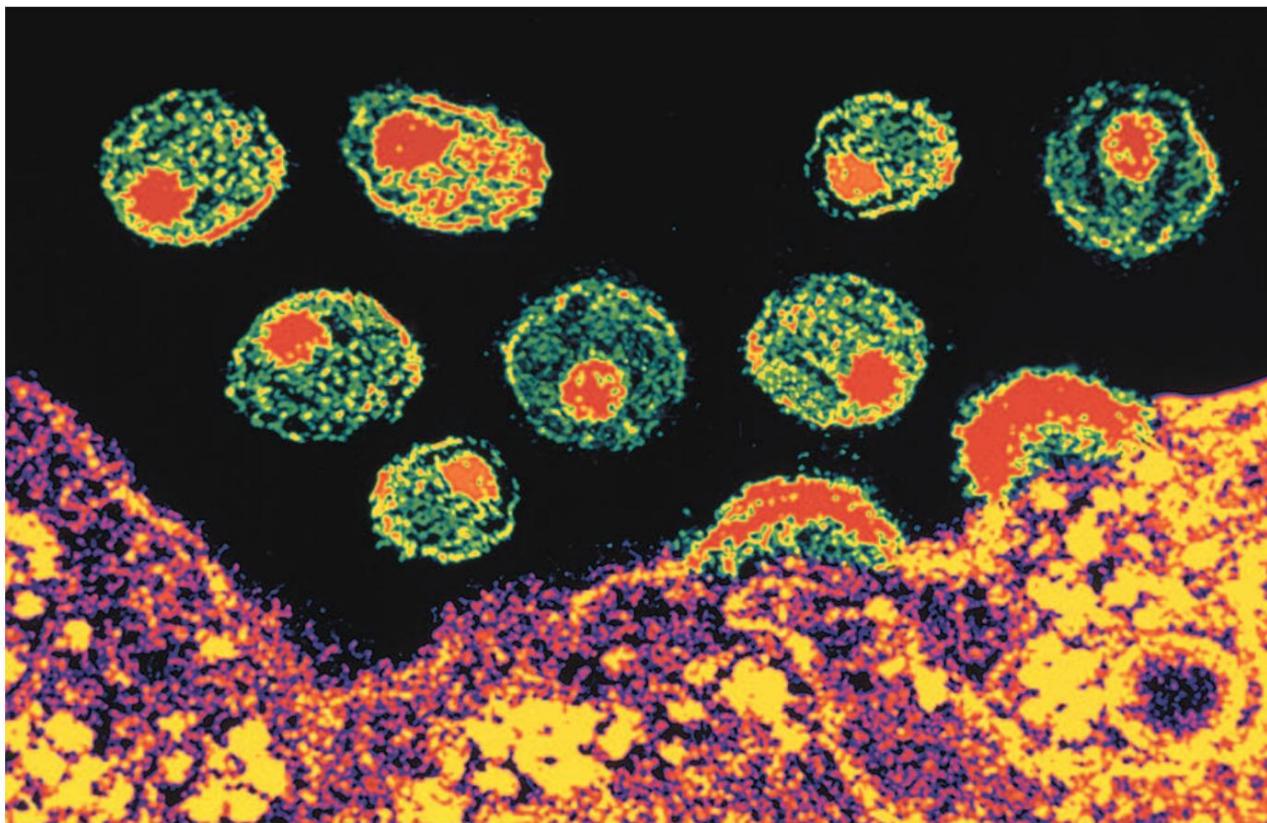
- Tiếp xúc với máu hoặc các sản phẩm máu bị ô nhiễm. Với việc áp dụng sàng lọc sản phẩm máu ở giữa những năm 1980, tỷ lệ lây truyền HIV trong máu số ca truyền máu đã giảm xuống còn 1/100.000 ca được truyền máu. Về lây truyền HIV qua ma túy kể lạm dụng, nguy cơ tăng lên theo thời gian sử dụng các mũi tiêm, tần suất dùng chung kim tiêm, số lần tiêm những người dùng chung kim tiêm và số ca mắc bệnh AIDS trưởng hợp ở người dân địa phương.

- Kim tiêm của các chuyên gia chăm sóc sức khỏe. Hiện tại các nghiên cứu chỉ ra rằng nguy cơ lây truyền HIV qua kim tiêm là khoảng 1/250. Tỷ lệ này có thể giảm nếu công nhân bị thương được cấp AZT, một loại thuốc kháng vi-rút, kết hợp với các loại thuốc khác.

HIV không lây truyền qua bắt tay hoặc tiếp xúc thông thường không liên quan đến tình dục, ho hoặc hắt hơi hoặc qua côn trùng hút máu như muỗi.

### AIDS ở phụ nữ

AIDS ở phụ nữ là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng. Phụ nữ bị nhiễm HIV qua quan hệ tình dục khác giới tiếp xúc là nhóm nguy cơ tăng nhanh nhất trong dân số Hoa Kỳ. Tỷ lệ trưởng hợp mắc bệnh AIDS được chẩn đoán ở phụ nữ đã tăng từ 7% năm 1985 lên 23% ở 1999. Phụ nữ được chẩn đoán mắc bệnh AIDS có thể không sống được lâu như nam giới, mặc dù lý do cho phát hiện này vẫn chưa rõ ràng.



Virus HIV-1 trưởng thành (ở trên) và tế bào lympho nơi chúng xuất hiện (bên dưới). Hai virus chưa trưởng thành có thể được nhìn thấy đang nảy chồi trên bề mặt tế bào lympho (bên phải giữa). (Ảnh của Scott Camazir, Photo Studies, Inc. Được sao chép bởi sự cho phép.)

#### AIDS ở trẻ em

Vì AIDS có thể lây truyền từ người mẹ bị nhiễm bệnh sang con trong quá trình mang thai, trong quá trình sinh nở hoặc qua sữa mẹ, tất cả trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV đều thuộc nhóm có nguy cơ cao. Tính đến năm 2000, người ta ước tính rằng 87% phụ nữ nhiễm HIV ở độ tuổi sinh đẻ; 41% trong số họ là những người nghiện ma túy. Khoảng 15-30% trẻ em sinh ra phụ nữ nhiễm HIV sẽ bị nhiễm virus.

AIDS là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em từ một đến bốn tuổi. Khoảng thời gian giữa phơi nhiễm HIV và sự phát triển của bệnh AIDS là ở trẻ em ngắn hơn ở người lớn. Trẻ sơ sinh nhiễm HIV có 20-30% nguy cơ phát triển bệnh AIDS trong vòng một năm và chết trước ba tuổi. Trong phần còn lại, AIDS tiến triển chậm hơn; bệnh nhân trẻ em trung bình sống sót đến bảy tuổi. Một số sống sót đến tuổi thiếu niên.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Vì HIV phá hủy các tế bào của hệ miễn dịch nên AIDS là một căn bệnh có thể ảnh hưởng đến bất kỳ cơ quan chính nào của cơ thể hệ thống. HIV tấn công cơ thể qua 3 căn bệnh

quá trình: suy giảm miễn dịch, tự miễn dịch và rối loạn chức năng hệ thần kinh.

Suy giảm miễn dịch mô tả tình trạng đó phản ứng miễn dịch của cơ thể bị tổn thương, suy yếu hoặc không hoạt động đúng cách. Trong AIDS, suy giảm miễn dịch là kết quả từ cách virus liên kết với một loại protein gọi là CD4, chủ yếu được tìm thấy trên bề mặt của một số chất các loại tế bào bạch cầu được gọi là tế bào T trợ giúp hoặc CD4 tế bào. Sau khi virus gắn vào thụ thể CD4, Phức hợp virus-CD4 tái hoạt động để phát hiện ra một thụ thể khác được gọi là thụ thể chemokine giúp điều hòa sự xâm nhập của virus vào trong tế bào. Một thụ thể chemokine đặc biệt, CCR5, đã nhận được sự chú ý gần đây sau khi các nghiên cứu cho thấy khiếm khuyết trong cấu trúc của nó (gây ra bởi đột biến gen) làm cho sự tiến triển của bệnh AIDS bị ngăn chặn hoặc làm chậm lại. Các nhà khoa học hy vọng rằng phát hiện này sẽ dẫn đến việc phát triển các loại thuốc có thể kích hoạt đột biến nhân tạo ở tế bào. Gen CCR5 hoặc nhắm mục tiêu vào thụ thể CCR5.

Một khi HIV đã xâm nhập vào tế bào, nó có thể nhân lên trong tế bào và tiêu diệt tế bào theo những cách mà chúng ta vẫn chưa hiểu rõ. Ngoài việc tiêu diệt trực tiếp một số tế bào lympho, virus AIDS còn phá vỡ chức năng của

tế bào CD4 còn lại. Bởi vì các tế bào của hệ thống miễn dịch bị phá hủy, nhiều loại bệnh nhiễm trùng và ung thư khác nhau lợi dụng hệ thống miễn dịch suy yếu của một người (cơ hội) có thể phát triển.

Tự miễn dịch là tình trạng hệ thống miễn dịch của cơ thể tạo ra các kháng thể hoạt động chống lại tế bào của chính nó. Kháng thể là các protein cụ thể được tạo ra để đáp ứng với việc tiếp xúc với một protein hoặc hạt cụ thể, thường là nước ngoài, được gọi là kháng nguyên. Trong trường hợp này, cơ thể tạo ra các kháng thể liên kết với tiểu cầu trong máu cần thiết cho quá trình đông máu và sửa chữa mô thích hợp. Sau khi liên kết, các kháng thể sẽ đánh dấu các tiểu cầu để loại bỏ khỏi cơ thể và chúng được lá lách lọc ra. Một số bệnh nhân AIDS phát triển một chứng rối loạn, được gọi là ban xuất huyết giảm tiểu cầu liên quan đến miễn dịch (ITP), trong đó số lượng tiểu cầu trong máu giảm xuống mức thấp bất thường.

Tính đến năm 2000, các nhà nghiên cứu vẫn chưa biết chính xác HIV tấn công hệ thần kinh như thế nào vì virus có thể gây tổn thương mà không lây nhiễm trực tiếp vào tế bào thần kinh. Một giả thuyết cho rằng, khi bị nhiễm HIV, một loại tế bào của hệ thống miễn dịch, được gọi là đại thực bào, bắt đầu tiết ra một loại độc tố gây hại cho hệ thần kinh.

Quá trình bệnh AIDS thường tiến triển qua ba giai đoạn, mặc dù không phải tất cả bệnh nhân đều tuân theo tiến trình này một cách chính xác:

#### Hội chứng retrovirus cấp tính

Hội chứng retrovirus cấp tính là thuật ngữ dùng để mô tả một nhóm triệu chứng có thể giống với bệnh bạch cầu đơn nhân và đó có thể là dấu hiệu đầu tiên của nhiễm HIV ở 50-70% tổng số bệnh nhân và 45-90% phụ nữ. Hầu hết bệnh nhân không được công nhận là bị nhiễm bệnh trong giai đoạn này và có thể không tìm kiếm sự chăm sóc y tế. Các triệu chứng có thể bao gồm sốt, mệt mỏi, đau cơ, chán ăn, rối loạn tiêu hóa, sụt cân, phát ban trên da, nhức đầu và sưng hạch mẫn tính (bệnh hạch bạch huyết).

Khoảng 25-33% bệnh nhân sẽ trải qua một dạng viêm màng não trong giai đoạn này, trong đó màng bao phủ não và tủy sống bị viêm. Hội chứng retrovirus cấp tính phát triển từ một đến sáu tuần sau khi nhiễm bệnh và kéo dài từ hai đến ba tuần. Xét nghiệm máu trong giai đoạn này sẽ cho biết sự hiện diện của virus (virus trong máu) và sự xuất hiện của kháng nguyên virus p24 trong máu.

#### Thời gian trễ

Sau khi virus HIV xâm nhập vào các hạch bạch huyết của bệnh nhân trong giai đoạn hội chứng retrovirus cấp tính, bệnh sẽ tiềm ẩn khoảng 10 năm hoặc hơn trước khi các triệu chứng của bệnh tiến triển phát triển. Trong thời gian ủ bệnh, vi rút tiếp tục nhân lên trong các hạch bạch huyết và có thể gây ra một hoặc nhiều tình trạng sau:

#### BỆNH BẠCH HẠCH TỔNG THỂ KIỀU NH (PGL).

Bệnh hạch bạch huyết toàn thân dai dẳng, hay PGL, là một tình trạng trong đó HIV tiếp tục gây ra các vết sưng tấy mẫn tính không đau ở các hạch bạch huyết trong giai đoạn tiềm ẩn.

Các hạch bạch huyết thường bị ảnh hưởng bởi PGL nhất là các hạch ở vùng cổ, hòn, háng và nách.

PGL ảnh hưởng đến khoảng 50-70% bệnh nhân trong thời gian tiềm ẩn.

**TRIỆU CHỨNG LIÊN KẾT.** Nhiều bệnh nhân sẽ bị sốt nhẹ, mệt mỏi mẫn tính và suy nhược toàn thân. HIV cũng có thể gây ra sự kết hợp của tình trạng kém hấp thu thức ăn, chán ăn và tăng cường trao đổi chất góp phần gây ra cái gọi là hội chứng suy mòn hoặc lâng phí do AIDS.

**HỆ THỐNG CƠ QUAN KHÁC.** Vào bất kỳ thời điểm nào trong quá trình nhiễm HIV, bệnh nhân có thể bị nhiễm trùng nấm men ở miệng gọi là bệnh tua miệng, vết loét hoặc vết loét hở hoặc các bệnh nhiễm trùng miệng khác; tiêu chảy và các triệu chứng đường tiêu hóa khác gây suy dinh dưỡng và sụt cân; bệnh về phổi và thận; và sự thoái hóa của các sợi thần kinh ở cánh tay và chân.

Nhiễm HIV ở hệ thần kinh dẫn đến mất sức lực nói chung, mất phản xạ và cảm giác tê hoặc nóng rát ở bàn chân hoặc cẳng chân.

#### Bệnh giai đoạn cuối (AIDS)

AIDS thường được đánh dấu bằng số lượng tế bào lympho CD4+ rất thấp, sau đó là sự gia tăng lần suất các bệnh nhiễm trùng cơ hội và ung thư. Các bác sĩ theo dõi số lượng và tỷ lệ tế bào lympho CD4+ trong máu của bệnh nhân để đánh giá sự tiến triển của bệnh và hiệu quả của các loại thuốc khác nhau.

Khoảng 10% số người nhiễm bệnh không bao giờ tiến triển đến giai đoạn bệnh rõ ràng này và được coi là những người không tiến triển bệnh.

**NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI.** Một khi bệnh nhân là anh áy hoặc Số lượng tế bào lympho CD4+ giảm xuống dưới 200 tế bào/mm<sup>3</sup> cô , áy có nguy cơ mắc nhiều loại bệnh nhiễm trùng cơ hội. Các sinh vật lây nhiễm có thể bao gồm những điều sau đây: • Nấm. Bệnh nấm phổ biến nhất liên quan đến AIDS là viêm phổi do *Pneumocystis carinii* (PCP).

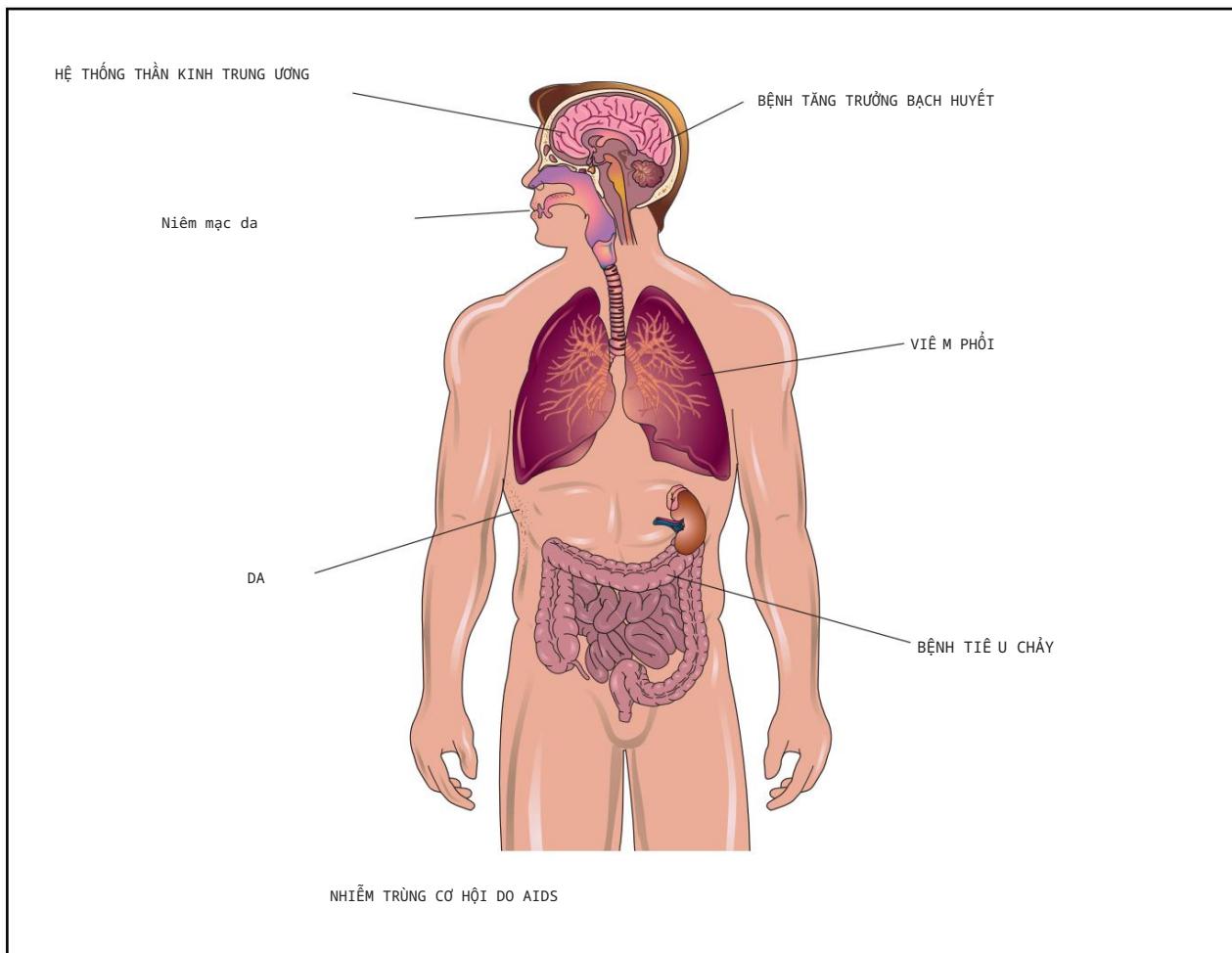
PCP là nguyên nhân gây tử vong ngay lập tức ở 15-20% bệnh nhân AIDS.

Đây là một thước đo quan trọng để tiên lượng bệnh nhân. Các bệnh nhiễm nấm khác bao gồm nhiễm trùng nấm men ở miệng (bệnh nấm candida hoặc bệnh tua miệng) và viêm màng não do cryptococcus.

- Động vật nguyên sinh. Toxoplasmosis là một bệnh nhiễm trùng cơ hội phổ biến ở bệnh nhân AIDS do protozoan gây ra. Các bệnh khác thuộc loại này bao gồm bệnh isoporosis và cryptosporidiosis.

- Vi khuẩn. Bệnh nhân AIDS có thể bị nhiễm lao hoặc nhiễm trùng MAC.

Nhiễm MAC là do



Do các té bào của hệ thống miễn dịch bị virus AIDS phá hủy nên nhiều loại bệnh nhiễm trùng và ung thư khác nhau có thể phát triển, lợi dụng hệ thống miễn dịch suy yếu của một người. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

Mycobacteria avium-nội bào, xảy ra ở khoảng 40% bệnh nhân AIDS. Rất hiếm khi số lượng CD4+ giảm xuống dưới 50 tế bào/mm<sup>3</sup>.

- Vi khuẩn. Bệnh nhân AIDS có khả năng bị nhiễm khuẩn ở da và đường tiêu hóa.
- Virus. Bệnh nhân AIDS rất dễ bị nhiễm vi rút cytomegalovirus (CMV), vi rút herpes simplex (HSV), vi rút varicella zoster (VZV) và vi rút Epstein-Barr (EBV). Một loại virus khác, virus JC, gây ra sự phá hủy dần dần mô não ở thân não, tiểu não và tiểu não (bệnh não chất trắng đa ổ hoặc PML), được Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh coi là một căn bệnh xác định bệnh AIDS.

**PHỤC HỢP CHẨM TRÍ AIDS VÀ BỆNH THẦN KINH-UNG DỤNG.** Bệnh sa sút trí tuệ phức tạp do AIDS thường là biến chứng muộn của bệnh. Không rõ nguyên nhân là do tác động trực tiếp của virus lên não hay do

nguyên nhân trung gian. Bệnh sa sút trí tuệ phức tạp do AIDS được biểu hiện bằng việc mất khả năng lý luận, mất trí nhớ, không có khả năng tập trung, thở ơ và mất chủ động, đi đứng không vững hoặc yếu. Một số bệnh nhân cũng bị co giật. Không có phương pháp điều trị cụ thể nào cho bệnh mất trí nhớ phức tạp do AIDS.

**BIỂU CHỨNG CƠ XƯƠNG.** Bệnh nhân ở AIDS giai đoạn cuối có thể bị viêm cơ, đặc biệt là ở vùng hông và có thể bị đau giống như viêm khớp ở các khớp.

**TRIỆU CHỨNG Ở MIỆNG.** Ngoài bệnh tua miệng và vết loét đau ở miệng, bệnh nhân có thể mắc một tình trạng gọi là bạch sản lông ở lưỡi. Tình trạng này cũng được CDC coi là dấu hiệu của bệnh AIDS. Bạch sản lông là một vùng mô bệnh màu trắng trên lưỡi có thể phẳng hoặc hơi nhô lên. Nguyên nhân là do virus Epstein-Barr gây ra.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Hội chứng retrovirus cấp tính—Một nhóm triệu chứng giống như bệnh bạch cầu đơn nhân thường là bệnh đầu tiên dấu hiệu nhiễm HIV ở 50-70% số bệnh nhân và 45-90% phụ nữ.

Phức hợp sa sút trí tuệ do AIDS—Một loại rối loạn chức năng não do nhiễm HIV gây khó khăn suy nghĩ, nhầm lẫn và mất phổi hợp cơ bắp.

**Kháng thể**—Một loại protein cụ thể được sản xuất bởi hệ thống miễn dịch để đáp ứng với một tác nhân lạ cụ thể protein hoặc hạt gọi là kháng nguyên.

**Kháng nguyên**—Bất kỳ chất nào kích thích cơ thể tạo ra kháng thể.

**Tự miễn dịch**—Một tình trạng trong đó cơ thể hệ thống miễn dịch tạo ra kháng thể để đáp ứng với các mô hoặc thành phần máu của chính nó thay vì các hạt hoặc vi sinh vật lạ.

**CCR5**—Một thụ thể chemokine; những khiếm khuyết trong cấu trúc của nó do đột biến gen gây ra khiến cho sự tiến triển của bệnh AIDS bị ngăn chặn hoặc làm chậm lại.

**CD4**—Một loại phân tử protein trong máu người, đôi khi được gọi là kháng nguyên T4, hiện diện trên bề mặt của 65% tế bào miễn dịch. Virus HIV lây nhiễm các tế bào bằng protein bề mặt CD4, và như một kết quả là làm cạn kiệt số lượng tế bào T, tế bào B, tế bào tiêu diệt tự nhiên và bạch cầu đơn nhân trong máu bệnh nhân.

Phần lớn tổn thương hệ miễn dịch của bệnh nhân AIDS hệ thống được thực hiện bằng cách virus phá hủy CD4+ tế bào lympho.

**Thụ thể chemokine**—Một thụ thể trên bề mặt của một số loại tế bào miễn dịch giúp điều hòa sự xâm nhập của HIV vào tế bào.

**Bạch sản lông ở lưỡi**—Một vùng màu trắng của lưỡi mô bệnh trên lưỡi có thể phẳng hoặc hơi nâng lên. Bệnh này do virus Epstein-Barr gây ra và là dấu hiệu chẩn đoán quan trọng của bệnh AIDS.

**Bệnh máu khó đông**—Bất kỳ rối loạn đông máu di truyền nào hầu như chỉ xảy ra ở nam giới. Bởi vì máu không đông lại đúng cách, thậm chí vết thương nhỏ có thể gây mất máu đáng kể có thể cần phải truyền máu, có liên quan đến nguy cơ nhiễm trùng nhỏ.

**Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV)**—Một loại retrovirus có thể lây truyền gây ra bệnh AIDS ở người. Hai dạng HIV hiện đã được công nhận: HIV-1, gây ra hầu hết các trường hợp mắc bệnh AIDS ở Châu Âu, Bắc và Nam Mỹ và hầu hết các vùng của Châu Phi; và HIV-2, mà chủ yếu được tìm thấy ở bệnh nhân Tây Phi. HIV-2, được phát hiện vào năm 1986, dường như ít độc tính hơn HIV-1 và cũng có thể có thời gian ủ bệnh lâu hơn.

**Suy giảm miễn dịch**—Một tình trạng trong đó cơ thể phản ứng miễn dịch bị tổn thương, suy yếu hoặc không hoạt động đúng.

**Sarcoma Kaposi**—Một loại ung thư mô liên kết tạo ra màu đỏ tía không đau (ở người với làn da sáng) hoặc màu nâu (ở những người có làn da sẫm màu) vết nám trên da. Đây là dấu hiệu chẩn đoán chính của bệnh AIDS.

**Thời kỳ tiềm ẩn**—Còn được gọi là thời kỳ ủ bệnh, thời gian giữa nhiễm trùng với một tác nhân gây bệnh tác nhân và sự phát triển của bệnh.

**Tế bào lympho**—Một loại tế bào bạch cầu quan trọng trong việc hình thành kháng thể và có thể được sử dụng để theo dõi sức khỏe của bệnh nhân AIDS.

**UNG THƯ LIÊN QUAN ĐẾN AIDS.** Bệnh nhân ở giai đoạn muộn AIDS có thể phát triển bệnh sarcoma Kaposi (KS), một bệnh về da khối u chủ yếu ảnh hưởng đến những người đồng tính nam. KS là bệnh ác tính phổ biến nhất liên quan đến AIDS. Nó được đặc trưng bởi các đốm hoặc mảng màu đỏ tím (màu nâu ở người Mỹ gốc Phi) trên da hoặc trong miệng. Vài 40% bệnh nhân KS xuất hiện các triệu chứng ở đường tiêu hóa hoặc phổi. KS có thể do một tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục giống virus herpes gây ra chứ không phải do HIV. Dạng ung thư phổ biến thứ hai trong bệnh AIDS bệnh nhân là một khối u của hệ bạch huyết (lymphoma). U lympho liên quan đến AIDS thường ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương hệ thống và phát triển rất tích cực.

**Ung thư cổ tử cung xâm lấn** (liên quan đến một số loại của virus u nhú ở người [HPV]) là một dấu hiệu chẩn đoán quan trọng về bệnh AIDS ở phụ nữ.

**Chẩn đoán**

Bởi vì nhiễm HIV tạo ra một phạm vi rộng như vậy về các triệu chứng, CDC đã đưa ra danh sách 34 tình trạng được coi là bệnh AIDS. Bác sĩ sẽ sử dụng danh sách CDC để quyết định xem bệnh nhân có rơi vào một của ba nhóm này:

- chẩn đoán xác định có hoặc không có bằng chứng xét nghiệm nguyên nhân nhiễm HIV

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Ung thư hạch**—Một khối u ung thư trong hệ bạch huyết có liên quan đến tiên lượng xấu ở bệnh nhân AIDS.

**Đại thực bào**—Một tế bào bạch cầu lớn, chủ yếu được tìm thấy trong máu và mô liên kết, giúp cơ thể chống lại nhiễm trùng bằng cách ăn phài sinh vật gây bệnh. HIV có thể lây nhiễm và tiêu diệt các đại thực bào.

**Bạch cầu đơn nhân**—Một tế bào bạch cầu lớn được hình thành trong tủy xương và lá lách. Khoảng 4% tế bào bạch cầu ở người trưởng thành bình thường là bạch cầu đơn nhân.

**Nhiễm Mycobacterium avium (MAC)**—Một loại nhiễm trùng cơ hội xảy ra ở khoảng 40% bệnh nhân AIDS và được coi là bệnh xác định bệnh AIDS.

**Thuốc ức chế men sao chép ngược không nucleoside**—Nhóm thuốc kháng vi-rút mới nhất hoạt động bằng cách ức chế enzyme sao chép ngược cần thiết cho sự nhân lên của HIV.

**Chất tương tự nucleoside**—Nhóm thuốc chống vi-rút hiệu quả đầu tiên. Chúng hoạt động bằng cách can thiệp vào quá trình tổng hợp DNA của virus AIDS.

**Nhiễm trùng cơ hội**—Một bệnh nhiễm trùng do các sinh vật thường không gây nhiễm trùng ở những người có hệ thống miễn dịch hoạt động bình thường.

**Bệnh hạch bạch huyết toàn thân dai dẳng (PGL)**—Một tình trạng trong đó HIV tiếp tục gây ra các vết sưng tấy mãn tính không đau ở các hạch bạch huyết trong giai đoạn tiềm ẩn.

**Viêm phổi do Pneumocystis carinii (PCP)**—Một bệnh nhiễm trùng cơ hội do một loại nấm gây ra, nguyên nhân chính gây tử vong ở bệnh nhân AIDS giai đoạn cuối.

**Bệnh não chất tráng da ồ tiến triển (PML)**—Một căn bệnh do vi-rút gây ra phá hủy chất tráng ở các vùng cục bộ của não. Nó được coi là một căn bệnh xác định bệnh AIDS.

**Thuốc ức chế protease**—Loại thuốc chính thứ hai dùng để điều trị AIDS hoạt động bằng cách ngăn chặn sự nhân lên của virus HIV.

**Động vật nguyên sinh**—Một sinh vật đơn bào, thường có kích thước cực nhỏ, là sinh vật nhân chuẩn và do đó, khác với vi khuẩn (nhân sơ).

**Retrovirus**—Một loại virus có chứa một loại enzyme đặc biệt gọi là enzyme phiên mã ngược cho phép nó sao chép trong tế bào vật chủ mới.

**Tế bào T**—Tế bào lympho có nguồn gốc từ tuyến ức. Tế bào T điều chỉnh phản ứng của hệ thống miễn dịch đối với các bệnh nhiễm trùng, bao gồm cả HIV. Tế bào lympho CD4 là một tập hợp con của tế bào lympho T.

**Bệnh tua miệng**—Một bệnh nhiễm trùng nấm men ở miệng với đặc điểm là các mảng trắng ở bên trong miệng và má.

**Viremia**—Sự hiện diện có thể do lưỡng được của virus trong máu, là đặc điểm của hội chứng retrovirus cấp tính.

**Hội chứng suy nhược**—Sự suy giảm dần dần lượng và mô cơ do virus AIDS gây ra.

- chẩn đoán xác định với bằng chứng xét nghiệm về HIV

sự nhiễm trùng

- các chẩn đoán giả định với bằng chứng xét nghiệm về

nhiễm HIV

## Phát hiện vật lý

Hầu như tất cả các triệu chứng của bệnh AIDS đều có thể xảy ra cùng với các bệnh khác. Việc khám sức khỏe tổng quát có thể bao gồm từ những phát hiện bình thường đến các triệu chứng có liên quan chặt chẽ đến bệnh AIDS. Những triệu chứng này là bệnh bạch cầu lỏng ở lưỡi và bệnh sarcoma Kaposi. Khi mà

bác sĩ khám cho bệnh nhân, họ sẽ tìm kiếm mô hình tổng thể của các triệu chứng hơn là bất kỳ phát hiện nào.

## Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm về nhiễm HIV

**XÉT NGHIỆM MÁU (Huyết thanh học)**. Xét nghiệm máu đầu tiên để phát hiện bệnh AIDS được phát triển vào năm 1985. Hiện nay, những bệnh nhân đang được xét nghiệm nhiễm HIV thường được xét nghiệm xét nghiệm hấp thụ miễn dịch liên kết với enzyme (ELISA) để phát hiện sự hiện diện của kháng thể HIV trong máu của họ. Sau đó, kết quả ELISA dương tính sẽ được kiểm tra bằng xét nghiệm Western blot hoặc xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang (IFA) để xác nhận. Sự kết hợp giữa xét nghiệm ELISA và Western blot đạt hơn 99,9%

## AIDS

chính xác trong việc phát hiện nhiễm HIV trong vòng bốn đến tám tuần sau khi tiếp xúc. Xét nghiệm phản ứng chuỗi polymerase (PCR) có thể được sử dụng để phát hiện sự hiện diện của virus axit nucleic ở một số lượng rất nhỏ bệnh nhân HIV những người có kết quả âm tính giả trong các xét nghiệm ELISA và Western blot. Những xét nghiệm này cũng được sử dụng để phát hiện virus và vi khuẩn khác ngoài HIV và AIDS.

**CÁC KIỂM TRA PHÒNG THÍ NGHIỆM KHÁC.** Ngoài xét nghiệm máu chẩn đoán, còn có các xét nghiệm máu khác được sử dụng để theo dõi biến chứng AIDS ở những bệnh nhân đã được chẩn đoán. Chúng bao gồm số lượng máu, tải lượng virus xét nghiệm, xét nghiệm kháng nguyên p24 và đơ microglobulin (2M). 2-

Các bác sĩ sẽ sử dụng nhiều xét nghiệm khác nhau để chẩn đoán bệnh sự hiện diện của các bệnh nhiễm trùng cơ hội, ung thư hoặc các tình trạng bệnh lý khác ở bệnh nhân AIDS. Sinh thiết mô, mẫu dịch não tủy và các kỹ thuật hình ảnh phức tạp, chẳng hạn như chụp cộng hưởng từ (MRI) và tính toán chụp cắt lớp (CT) được sử dụng để chẩn đoán bệnh liên quan đến AIDS ung thư, một số bệnh nhiễm trùng cơ hội, tổn thương trung ương thần kinh và suy nhược cơ bắp. Nước tiểu và phân mẫu được sử dụng để chẩn đoán nhiễm trùng do ký sinh trùng gây ra. Bệnh nhân AIDS cũng được xét nghiệm máu để phát hiện bệnh giang mai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.

## Chẩn đoán ở trẻ em

Xét nghiệm máu chẩn đoán ở trẻ em trên 18 tuổi tháng tương tự như xét nghiệm dành cho người lớn, với sàng lọc ELISA xác nhận bởi Western blot. Trẻ nhỏ hơn có thể được chẩn đoán bằng cách nuôi cấy trực tiếp virus HIV, xét nghiệm PCR, và xét nghiệm kháng nguyên p24.

Về triệu chứng, trẻ em ít có khả năng mắc bệnh hơn người lớn mắc hội chứng cấp tính sớm. Tuy nhiên, chúng có khả năng tăng trưởng chậm, có tiền sử thường xuyên bệnh tật, nhiễm trùng tai tái phát, số lượng tế bào máu thấp, không tăng cân và sốt không rõ nguyên nhân. Những đứa trẻ người bị AIDS có nhiều khả năng bị nhiễm khuẩn, viêm phổi và nôn liên quan đến AIDS hơn

rồi loạn hơn người lớn nhiễm HIV.

## Sự đối đãi

Điều trị AIDS bao gồm bốn điều cần cân nhắc:

**ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI VÀ BỆNH ÁC TÍ NH.** Hầu hết bệnh nhân AIDS cần điều trị phức tạp điều trị lâu dài bằng thuốc điều trị các bệnh truyền nhiễm. Việc điều trị này thường phức tạp do sự phát triển sức đề kháng của các sinh vật gây bệnh. Các khối u ác tính liên quan đến AIDS ở hệ thần kinh trung ương là thường được điều trị bằng xạ trị. Ung thư ở những nơi khác trong cơ thể được điều trị bằng hóa trị.

## ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG CHO NGƯỜI CƠ HỘI

**NHIỄM TRÙNG.** Điều trị dự phòng là điều trị bằng đưa ra để phòng bệnh. Bệnh nhân AIDS có tiền sử Viêm phổi do Pneumocystis; với số lượng CD4+ dưới 200 tế bào/mm<sup>3</sup> hoặc 14% tế bào lympho; giảm cân; hoặc bệnh tua miệng nên dùng thuốc dự phòng. Bộ ba thuốc được cung cấp là trimethoprim-sulfamethoxazole, dap-sone hoặc pentamidine ở dạng khí dung.

**ĐIỀU TRỊ KHÁNG RETROVIRUS.** Trong những năm gần đây các nhà nghiên cứu đã phát triển các loại thuốc ngăn chặn HIV sao chép, khác với việc xử lý tác động của nó lên thân hình. Những loại thuốc này được chia thành ba nhóm:

- Chất tương tự nucleoside. Những loại thuốc này hoạt động bằng cách can thiệp với hoạt động của enzyme sao chép ngược HIV bên trong các tế bào bị nhiễm bệnh, do đó chấm dứt quá trình nhân lên của virus. Những cái này thuốc bao gồm zidovudine (đôi khi được gọi là azidothymidine hoặc AZT), didanosine (ddI), zalcitabine (ddC), stavudine (d4T), lamivudine (3TC) và abacavir (ABC).
- Chất ức chế protease. Thuốc ức chế protease có thể có hiệu quả chống lại các chủng HIV đã phát triển đề kháng với chất tương tự nucleoside và thường được sử dụng kết hợp với họ. Các hợp chất này bao gồm saquinavir, ritonavir, indinavir, nelfinavir, amprenavir và lopinavir.
- Thuốc ức chế men sao chép ngược không nucleoside. Đây là một nhóm thuốc kháng vi-rút mới. Ba có sẵn, nevirapine, được phê duyệt đầu tiên, delavirdine và efavirin.

Hướng dẫn điều trị cho các tác nhân này là không đổi thay đổi khi các loại thuốc mới được phát triển và giới thiệu. Hai nguyên tắc hiện đang hướng dẫn bác sĩ làm việc phác đồ dùng thuốc cho bệnh nhân AIDS: sử dụng phối hợp của nhiều loại thuốc hơn là chỉ dùng một loại thuốc; và căn cứ quyết định điều trị dựa trên kết quả xét nghiệm virus của bệnh nhân tải thử nghiệm.

## KÍCH THÍ CH Sản xuất tế bào máu.

Bởi vì nhiều bệnh nhân AIDS có lượng hồng cầu và bạch cầu thấp bất thường, họ có thể được dùng thuốc để kích thích sản xuất tế bào máu. Epoetin alfa (erythropoietin) có thể được dùng cho bệnh nhân thiếu máu người bệnh. Bệnh nhân có số lượng bạch cầu thấp có thể được dùng filgrastim hoặc sargramostim.

## Điều trị ở phụ nữ

Điều trị cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV đặc biệt quan trọng trong việc điều trị bằng thuốc kháng vi-rút. cho thấy giảm khả năng lây truyền sang trẻ sơ sinh tới 65%.

## Điều trị thay thế

Các phương pháp điều trị thay thế cho bệnh AIDS có thể được nhóm thành hai loại: những loại nhằm mục đích giúp hệ thống miễn dịch

tem và những thứ nhằm mục đích kiểm soát cơn đau. Các phương pháp điều trị có thể tăng cường chức năng của hệ thống miễn dịch bao gồm thuốc thảo dược Trung Quốc và thuốc thảo dược phương Tây, thực dưỡng và các chế độ ăn kiêng đặc biệt khác, hình ảnh có hướng dẫn và hình dung sáng tạo, và lưỡng đồng căn và liệu pháp vitamin. Các liệu pháp kiểm soát cơn đau bao gồm thủy tri liệu, reiki, châm cứu, thiền, trị liệu chỉnh hình và xoa bóp trị liệu. Các liệu pháp thay thế cũng có thể được sử dụng để giúp giảm tác dụng phụ của thuốc dùng trong điều trị AIDS.

#### Tiên lượng

Hiện nay, bệnh AIDS chưa có thuốc chữa khỏi.

Việc điều trị nhân mạnh đến việc điều trị bằng thuốc kết hợp tích cực cho những bệnh nhân có khả năng tiếp cận với các loại thuốc đắt tiền và dung nạp chúng một cách đầy đủ. Việc sử dụng các liệu pháp đa thuốc này đã làm giảm đáng kể số ca tử vong do AIDS ở đất nước này. Dữ liệu vẫn chưa thuyết phục, nhưng có khả năng kéo dài sự sống vô thời hạn bằng cách sử dụng các liệu pháp này và các liệu pháp dùng thuốc khác để tăng cường hệ thống miễn dịch, ngăn chặn vi-rút nhân lên và tránh các bệnh nhiễm trùng cơ hội và khói u ác tính.

Tiên lượng sau giai đoạn tiềm ẩn phụ thuộc vào các triệu chứng cụ thể của bệnh nhân và hệ thống cơ quan bị ảnh hưởng bởi bệnh. Bệnh nhân mắc u lympho hệ thần kinh trung ương liên quan đến AIDS sẽ chết trong vòng hai đến ba tháng sau khi được chẩn đoán; những người mắc u lympho hệ thống có thể sống sót từ 8 đến 10 tháng.

#### Phòng ngừa

Tính đến năm 2001, không có vắc xin nào có hiệu quả chống lại bệnh AIDS. Tuy nhiên, một số loại vắc-xin hiện đang được nghiên cứu, vừa để ngăn ngừa nhiễm HIV ban đầu vừa là phương pháp điều trị để ngăn ngừa HIV tiến triển thành AIDS toàn diện.

Đồng thời, có nhiều điều có thể được thực hiện để ngăn chặn sự lây lan của bệnh AIDS:

- Chung thủy một vợ một chồng và thực hành tình dục an toàn. Các cá nhân phải được hướng dẫn cách sử dụng bao cao su đúng cách và khuyến khích thực hành tình dục an toàn. Bên cạnh việc tránh nguy cơ lây nhiễm HIV, bao cao su còn có tác dụng ngăn ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác và mang thai ngoài ý muốn. Trước khi quan hệ tình dục với ai đó, hãy xét nghiệm nhiễm HIV.
- Tránh dùng chung kim tiêm giữa những người tiêm chích ma túy.
- Mặc dù máu và các sản phẩm từ máu được theo dõi cẩn thận nhưng những người dự định trải qua cuộc phẫu thuật lớn có thể muốn hiến máu trước để ngăn ngừa nguy cơ nhiễm trùng do truyền máu.

- Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe phải thực hiện mọi biện pháp phòng ngừa cần thiết bằng cách đeo găng tay và khẩu trang khi xử lý chất dịch cơ thể và ngăn ngừa thương tích do kim tiêm.
- Nếu bạn nghi ngờ mình có thể đã bị nhiễm HIV, hãy đi xét nghiệm nhiễm HIV. Nếu được điều trị tích cực sớm, sự phát triển của AIDS có thể bị trì hoãn vô thời hạn. Nếu nhiễm HIV được xác nhận, điều quan trọng là phải cho bạn tình của bạn biết để họ có thể được xét nghiệm và nếu cần, được chăm sóc y tế.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Bản hướng dẫn nhiễm HIV sớm. Đánh giá và quản lý nhiễm HIV sớm. Rockville, MD: Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Cơ quan Nghiên cứu và Chính sách Chăm sóc Sức khỏe, 1994.

Huber, Jeffrey T. Từ điển thuật ngữ liên quan đến AIDS. New York và London: Nhà xuất bản Neal-Schuman, Inc., 1993.

"Các bệnh truyền nhiễm: Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV)."

Trong Sơ sinh: Quản lý, Quy trình, Vấn đề theo yêu cầu, Bệnh tật và Thuốc. Ed. Tricia Lacy Gomella và cộng sự.

Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1994.

Katz, Mitchell H., và Harry Hollander. "Nhiễm HIV." TRONG Chẩn đoán và điều trị y tế hiện tại. Ed. Lawrence M.

Tierney Jr., và cộng sự. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1998.

McFarland, Elizabeth J. "Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) Nhiễm trùng: Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phái (AIDS)." Trong Chẩn đoán & Điều trị Nhi Khoa Hiện nay. Ed.

William W. Hay Jr., và cộng sự. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1997.

Vì vậy, Peter và Livette Johnson. "Suy giảm miễn dịch mắc phái Hội chứng (AIDS)." Trong liệu pháp hiện tại của Conn. Ed. Robert E. Rakel. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.

##### ĐỊNH KÝ

Xiao, X., L. Wu, TS Stantchev, YR Feng, S. Ugolini, H.

Chen, Z. Shen, JL Riley, CC Broder, QJ Sattentau và DS Dimitrov.

"Sự liên kết bề mặt tế bào cầu thành

giữa CD4 và CCR5." Ký yếu của Viện Hàn lâm Khoa học Quốc gia Hoa Kỳ.

(Tháng 6 năm 1999): 7496-7501.

##### TỔ CHỨC

Khủng hoảng sức khỏe đồng tính nam, Inc., 129 West 20th Street, New York, NY 10011-0022. (212) 807-6655.

Đường dây nóng quốc gia về AIDS. (800) 342-AIDS (tiếng Anh). (800) 344- SIDA (tiếng Tây Ban Nha). (800) AIDS-TTY (khiếm thính).

##### KHÁC

"Các loại thuốc được FDA phê chuẩn để điều trị nhiễm HIV và các tình trạng liên quan đến AIDS." Trang web Dịch vụ Thông tin Điều trị HIV/AIDS. Tháng 1 năm 2001. <<http://hivatis.org>>.

Rebecca J. Frey

Huyết thanh học AIDS xem xét nghiệm AIDS

## xét nghiệm AIDS

### Sự định nghĩa

Xét nghiệm AIDS, viết tắt của xét nghiệm hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, bao gồm một số thủ tục khác nhau được sử dụng trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân HIV. Những xét nghiệm này đôi khi được gọi là xét nghiệm huyết thanh học AIDS. Huyết thanh học là nhánh của miễn dịch học nghiên cứu về thành phần và đặc điểm của huyết thanh. Huyết thanh là phần máu trong, màu vàng nhạt, vẫn ở dạng lỏng khi té bào máu hình thành cục máu đông. Huyết thanh học AIDS đánh giá sự hiện diện của nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) trong huyết thanh và ảnh hưởng của nó lên hệ thống miễn dịch của mỗi bệnh nhân.

### Mục đích

Huyết thanh học AIDS phục vụ một số mục đích khác nhau. Một số xét nghiệm AIDS được sử dụng để chẩn đoán bệnh nhân hoặc xác nhận chẩn đoán; một số khác được sử dụng để đo lường sự tiến triển của bệnh hoặc hiệu quả của các phác đồ điều trị cụ thể. Một số xét nghiệm AIDS cũng có thể được sử dụng để sàng lọc việc hiến máu để sử dụng an toàn trong truyền máu.

Để hiểu các mục đích khác nhau của các xét nghiệm máu được sử dụng với bệnh nhân AIDS, sẽ rất hữu ích khi hiểu nhiễm HIV ảnh hưởng đến máu và hệ thống miễn dịch của con người như thế nào. HIV là một retrovirus xâm nhập vào dòng máu của vật chủ mới theo những cách sau: • qua quan hệ tình dục • qua tiếp xúc với chất dịch cơ thể bị nhiễm bệnh (như máu và nước tiểu)

- lây truyền khi mang thai, hoặc • qua truyền các sản phẩm máu bị nhiễm bệnh

Retrovirus là một loại virus có chứa một loại enzyme duy nhất gọi là enzyme phiên mã ngược cho phép nó sao chép bên trong tế bào vật chủ mới. Virus liên kết với một loại protein gọi là CD4, được tìm thấy trên bề mặt của một số loại tế bào bạch cầu, bao gồm tế bào T trợ giúp, đại thực bào và bạch cầu đơn nhân. Một khi HIV xâm nhập vào tế bào, nó có thể nhân lên và tiêu diệt tế bào theo những cách mà chúng ta vẫn chưa hiểu rõ hoàn toàn. Ngoài việc tiêu diệt trực tiếp một số tế bào lympho, virus AIDS còn phá vỡ chức năng của các tế bào CD4 còn lại. Tế bào CD4 thường tạo ra một chất gọi là interleukin-2 (IL-2), chất này kích thích các tế bào khác (tế bào T và tế bào B) trong hệ thống miễn dịch của con người phản ứng với nhiễm trùng. Nếu không có IL-2, các tế bào T sẽ không sinh sản như bình thường để phản ứng với virus HIV và các tế bào B không được kích thích để phản ứng với sự lây nhiễm.

Các biện pháp phòng ngừa

Ở một số tiểu bang như New York, cần có mẫu đơn đồng ý có chữ ký để thực hiện xét nghiệm AIDS. BẰNG

Với tất cả các xét nghiệm máu, các chuyên gia chăm sóc sức khỏe phải luôn đeo găng tay cao su và tránh bị kim dùng để lấy máu làm xét nghiệm đâm vào. Ngoài ra, có thể khó lấy máu từ người tiêm chích ma túy theo thói quen do tĩnh mạch bị xẹp.

### Sự miêu tả

#### Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm máu chẩn đoán bệnh AIDS thường được thực hiện cho những người thuộc nhóm nguy cơ cao có thể đã tiếp xúc với HIV hoặc những người có các triệu chứng ban đầu của bệnh AIDS. Hầu hết những người nhiễm HIV sẽ phát triển một lượng kháng thể có thể phát hiện được trong vòng ba tháng kể từ khi bị nhiễm bệnh. Tình trạng xét nghiệm dương tính với kháng thể HIV trong máu được gọi là chuyển đổi huyết thanh và những người dương tính với HIV được gọi là người chuyển đổi huyết thanh.

Có thể chẩn đoán nhiễm HIV bằng cách phân lập virus từ mẫu máu hoặc bằng cách chứng minh sự hiện diện của kháng nguyên HIV trong máu. Tuy nhiên, việc nuôi cấy vi-rút đắt tiền, không được phổ biến rộng rãi và chậm-phải mất 28 ngày để hoàn thành xét nghiệm nuôi cấy vi-rút. Phổ biến hơn là các xét nghiệm máu hoạt động bằng cách phát hiện sự hiện diện của kháng thể đối với virus HIV. Những xét nghiệm này không tồn tại, phổ biến rộng rãi và chính xác trong việc phát hiện 99,9% ca nhiễm AIDS khi được sử dụng kết hợp để sàng lọc bệnh nhân và xác nhận chẩn đoán.

#### XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH LIÊN KẾT VỚI ENZYME (ELISA).

Loại xét nghiệm máu này được sử dụng để sàng lọc máu để truyền máu cũng như chẩn đoán bệnh nhân. Xét nghiệm ELISA tìm HIV hoạt động bằng cách gắn kháng nguyên HIV vào giếng hoặc hạt nhựa. Một mẫu huyết thanh của bệnh nhân được thêm vào và lượng protein dư thừa sẽ được loại bỏ. Một kháng thể thứ hai kết hợp với một enzyme được thêm vào, sau đó thêm một chất sẽ khiến enzyme phản ứng bằng cách tạo thành màu. Một dụng cụ gọi là quang phổ kế có thể đo màu sắc. Tên của xét nghiệm bắt nguồn từ việc sử dụng enzyme được ghép đôi hoặc liên kết với kháng thể thứ hai.

Thể hệ xét nghiệm ELISA mới nhất có độ nhạy với HIV là 99,5%. Đôi khi, xét nghiệm ELISA sẽ cho kết quả dương tính đối với bệnh nhân không có triệu chứng AIDS thuộc nhóm nguy cơ thấp. Vì kết quả này có thể là dương tính giả nên ELISA phải được lặp lại trên cùng một mẫu máu của bệnh nhân. Nếu ELISA thứ hai dương tính, kết quả sẽ được xác nhận bằng xét nghiệm Western blot.

**BLOT TÂY (IMMUNOBLOTTING).** Xét nghiệm Western blot hoặc immunoblot được sử dụng như một thủ tục tham khảo để xác nhận chẩn đoán AIDS. Trong xét nghiệm Western blot, kháng nguyên HIV được tinh chế bằng điện di (các phân tử protein lớn lơ lửng trong gel và tách ra khỏi nhau bằng cách cho dòng điện chạy qua gel).

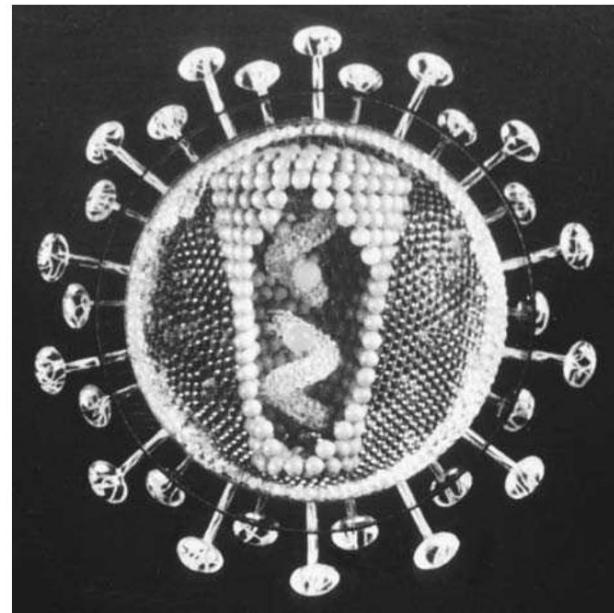
Các kháng nguyên HIV được gắn vào bằng cách thấm vào một miếng nylon hoặc bộ lọc nitrocellulose. Huyết thanh của bệnh nhân phản ứng với bộ lọc, tiếp theo là xử lý bằng các hóa chất phát triển cho phép kháng thể HIV hiển thị dưới dạng màu vâ hoặc thâm. Một thử nghiệm Western blot được sản xuất thương mại hiện đã có sẵn thuốc điều trị HIV-1. Nó bao gồm một cầu kiện đúc sẵn dài được ú với mẫu máu của bệnh nhân huyết thanh và các hóa chất đang phát triển. Khoảng chín khác nhau Protein HIV-1 có thể được phát hiện trong các đốm.

Khi được sử dụng kết hợp với xét nghiệm ELISA, Thử nghiệm Western blot có độ đặc hiệu 99,9%. Tuy nhiên, nó có thể cho kết quả âm tính giả ở bệnh nhân nhiễm HIV rất sớm nhiễm trùng và ở những người bị nhiễm HIV-2. Trong một số bệnh nhân Western blot mang lại kết quả không xác định.

**XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH** Huỳnh Quang (IFA). Phương pháp này đôi khi được sử dụng để xác nhận kết quả ELISA thay vì Phương Tây làm mờ vết thâm. Thử nghiệm IFA phát hiện sự hiện diện của Kháng thể HIV trong mẫu huyết thanh của bệnh nhân bằng cách trộn kháng nguyên HIV với hóa chất huỳnh quang, thêm mẫu máu và quan sát phản ứng dưới kính hiển vi có tia cực tím.

**PHẢN ỨNG CHUỖI POLYMERASE (PCR).** Bài kiểm tra này là được sử dụng để đánh giá số lượng rất nhỏ bệnh nhân AIDS với xét nghiệm ELISA âm tính giả và xét nghiệm Western blot. Những cái này bệnh nhân đôi khi được gọi là người mang kháng thể âm tính không có triệu chứng (không có triệu chứng), bởi vì họ không có bất kỳ triệu chứng nào của bệnh AIDS và không có triệu chứng nào được phát hiện lượng kháng thể trong huyết thanh. Những người mang kháng thể âm tính không có triệu chứng có thể là nguyên nhân gây ra nguy cơ nhiễm HIV liên tục lây truyền qua đường truyền máu. Người ta ước tính rằng rủi ro nằm giữa 1 trên 10.000 và 1 trên 100.000 đơn vị máu được truyền.

Xét nghiệm phản ứng chuỗi polymerase (PCR) có thể đo lường sự hiện diện của axit nucleic của virus trong cơ thể bệnh nhân máu ngay cả khi không có kháng thể kháng HIV. Xét nghiệm này hoạt động bằng cách khuếch đại sự hiện diện của axit nucleic HIV trong mẫu máu. Có rất nhiều bản sao của một gen được thực hiện bằng cách tách hai chuỗi DNA chứa đoạn gen, đánh dấu vị trí của nó, sử dụng DNA poly-merase để tạo bản sao và sau đó sao chép liên tục các bản sao. Người ta đặt câu hỏi liệu PCR có thay thế được Phương pháp làm mờ vết thương của phương Tây là phương pháp xác nhận chẩn đoán AIDS. Mặc dù PCR có thể phát hiện một số ít người nhiễm HIV (1%) chưa phát sinh phản ứng kháng thể với virus, áp đảo phần lớn người nhiễm bệnh sẽ được ELISA phát hiện sàng lọc trong vòng một đến ba tháng kể từ khi bị nhiễm bệnh. TRONG Ngoài ra, xét nghiệm PCR dựa trên kiến thức hiện tại về trình tự di truyền của HIV. Vì virus liên tục tạo ra các biến thể mới nên xét nghiệm PCR có thể mang lại kết quả âm tính giả ở những bệnh nhân có những biến thể mới này.



Mô hình ba chiều của virus HIV. (Corbis Corporation (New York). Được sao chép dưới sự cho phép.)

Năm 1999, Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã phê duyệt bộ xét nghiệm HIV tại nhà. Bộ sản phẩm chứa nhiều thành phần, bao gồm vật liệu để thu thập mẫu vật, một phong bì gửi thư để gửi mẫu đến phòng thí nghiệm để phân tích và cung cấp dịch vụ tư vấn trước và sau xét nghiệm. Nó sử dụng quá trình chích ngón tay để lấy máu. Người mua có được kết quả thông qua phi số điện thoại miễn phí sử dụng nhận dạng cá nhân số (mã PIN). Tư vấn sau kiểm tra được cung cấp qua điện thoại bởi một cố vấn được cấp phép. Bộ sản phẩm duy nhất được phê duyệt của FDA vào năm 2001 là hệ thống kiểm tra Home Access.

#### Xét nghiệm tiên lượng

Xét nghiệm máu để đánh giá bệnh nhân đã được chẩn đoán nhiễm HIV cũng quan trọng như chẩn đoán các bài kiểm tra. Vì AIDS có thời gian ủ bệnh dài nên một số người có thể bị nhiễm vi-rút trong 10 năm hoặc lâu hơn, trước khi họ phát triển các triệu chứng của bệnh AIDS. Những bệnh nhân này đôi khi được gọi là không có triệu chứng dương tính với kháng thể người vận chuyển. Các xét nghiệm tiên lượng cũng giúp các nhà nghiên cứu thuần hóa tính hữu ích của các loại thuốc mới trong điều trị bệnh AIDS.

#### ĐẾM TẾ BÀO MÁU.

Các bác sĩ có thể đo lường số lượng hoặc tỷ lệ của một số loại tế bào trong bệnh AIDS máu của bệnh nhân để xem bệnh có tiến triển nhanh hay không và liệu một số phương pháp điều trị có phù hợp hay không. Giúp đỡ bệnh nhân. Các xét nghiệm đếm tế bào này bao gồm:

- Công thức máu toàn bộ (CBC). CBC là một phân tích định kỳ được thực hiện trên mẫu máu lấy từ tĩnh mạch của bệnh nhân bằng kim và ống châm không. Các mea-

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Kháng thể**—Một loại protein trong máu có chức năng xác định và giúp loại bỏ các sinh vật gây bệnh hoặc độc tố của chúng.

Kháng thể được tiết ra bởi tế bào B. Các xét nghiệm chẩn đoán AIDS hoạt động bằng cách chứng minh sự hiện diện của kháng thể HIV trong máu của bệnh nhân.

**Kháng nguyên**—Bất kỳ chất nào kích thích cơ thể tạo ra kháng thể.

**Tế bào B**—Một loại tế bào bạch cầu có nguồn gốc từ tủy xương. Tế bào B đôi khi được gọi là tế bào lympho B. Chúng tiết ra kháng thể và thực hiện một số chức năng phức tạp khác trong hệ thống miễn dịch của con người.

**CD4**—Một loại phân tử protein trong máu người hiện diện trên bề mặt của 65% tế bào T ở người. CD4 là một thụ thể của virus HIV. Khi virus HIV lây nhiễm vào các tế bào có protein bề mặt CD4, nó sẽ làm cạn kiệt số lượng tế bào T, tế bào B, tế bào diệt tự nhiên và bạch cầu đơn nhân trong máu của bệnh nhân. Phần lớn tổn hại đối với hệ thống miễn dịch của bệnh nhân AIDS là do virus phá hủy tế bào lympho CD4+. CD4 đôi khi được gọi là kháng nguyên T4.

**Công thức máu toàn bộ (CBC)**—Một phân tích thường quy được thực hiện trên mẫu máu lấy từ tĩnh mạch của bệnh nhân bằng kim và ống châm không. Các phép đo được thực hiện trong CBC bao gồm số lượng bạch cầu, số lượng hồng cầu, độ rộng phân bố của hồng cầu, hematocrit (tỷ lệ giữa thể tích hồng cầu và thể tích máu) và lượng huyết sắc tố. (protein trong máu vận chuyển oxy). CBC là xét nghiệm máu định kỳ được sử dụng vì nhiều lý do y tế và không chỉ được sử dụng cho mục đích

bệnh nhân AIDS. Họ có thể giúp bác sĩ xác định xem bệnh nhân có đang ở giai đoạn nặng của bệnh hay không.

**Điện di**—Một phương pháp tách các phân tử protein phức tạp lơ lửng trong gel bằng cách cho dòng điện chạy qua gel.

Xét nghiệm hấp thụ miễn dịch liên kết với enzyme (ELISA)—Xét nghiệm máu chẩn đoán được sử dụng để sàng lọc bệnh nhân mắc bệnh AIDS hoặc các loại vi-rút khác. Máu của bệnh nhân được trộn với kháng nguyên gắn vào ống nhựa hoặc bề mặt hạt. Một mẫu huyết thanh của bệnh nhân được thêm vào và lượng protein dư thừa sẽ được loại bỏ. Một kháng thể thứ hai kết hợp với một enzyme được thêm vào, sau đó là một chất hóa học sẽ gây ra phản ứng màu có thể đo được bằng một dụng cụ đặc biệt.

**Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV)**—Một loại retrovirus có thể lây truyền gây ra bệnh AIDS ở người. Hai dạng HIV hiện đã được công nhận: HIV-1, gây ra hầu hết các trường hợp mắc bệnh AIDS ở Châu Âu, Bắc và Nam Mỹ cũng như hầu hết các vùng ở Châu Phi; và HIV-2, chủ yếu được tìm thấy ở bệnh nhân Tây Phi. HIV-2, được phát hiện vào năm 1986, đường như ít độc tính hơn HIV-1, nhưng cũng có thể có thời gian ủ bệnh lâu hơn.

Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang (IFA)—Xét nghiệm máu đôi khi được sử dụng để xác nhận kết quả ELISA thay vì sử dụng phương pháp Western blot. Trong xét nghiệm IFA, kháng nguyên HIV được trộn với hợp chất huỳnh quang và sau đó với mẫu máu của bệnh nhân. Nếu có kháng thể HIV, hỗn hợp sẽ phát huỳnh quang khi kiểm tra dưới tia cực tím.

**Tế bào lympho**—Một loại tế bào bạch cầu đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành kháng thể. Nhiều bác sĩ

Các kết quả chắc chắn được thực hiện trong CBC bao gồm số lượng bạch cầu (WBC), số lượng hồng cầu (RBC), chiều rộng phân bố của hồng cầu, hematocrit (tỷ lệ giữa thể tích hồng cầu và thể tích máu), và lượng huyết sắc tố (protein trong máu mang oxy). Mặc dù CBC không chỉ được sử dụng cho bệnh nhân AIDS, nhưng chúng có thể giúp bác sĩ xác định xem bệnh nhân AIDS có ở dạng bệnh tiến triển hay không. Các dấu hiệu cụ thể liên quan đến AIDS trong CBC bao gồm hematocrit thấp, số lượng tiểu cầu trong máu giảm mạnh và mức độ thấp của một loại tế bào bạch cầu nhất định gọi là bạch cầu trung tính.

của một phản ứng miễn dịch. Vì HIV nhắm vào các tế bào lympho CD4+ nên số lượng của chúng trong máu bệnh nhân có thể được sử dụng để theo dõi quá trình lây nhiễm. Số lượng tế bào máu này được coi là chỉ số chính xác nhất cho sự hiện diện của nhiễm trùng cơ hội ở bệnh nhân AIDS. Số lượng tế bào lympho CD4+ tuyệt đối thu được bằng cách nhân số lượng tế bào bạch cầu (WBC) của bệnh nhân với tỷ lệ tế bào lympho trong số các tế bào bạch cầu và nhân kết quả với tỷ lệ tế bào lympho mang dấu hiệu CD4+. Số tuyệt đối dưới 200-300

- Tế bào lympho CD4+ tuyệt đối. Tế bào lympho là một loại tế bào bạch cầu có vai trò quan trọng trong việc hình thành

Tế bào lympho CD4+ trong 1 milimét khối ( $\text{mm}^3$ ) máu cho thấy bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng cơ hội.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

có thể theo dõi sức khỏe của bệnh nhân AIDS bằng cách đo số lượng hoặc tỷ lệ của một số loại tế bào lympho trong máu của bệnh nhân.

**Đại thực bào**—Một tế bào bạch cầu lớn, chủ yếu được tìm thấy trong máu và mô liên kết, giúp cơ thể chống lại nhiễm trùng bằng cách ăn phải sinh vật gây bệnh. HIV có thể lây nhiễm và tiêu diệt các đại thực bào.

**Bạch cầu đơn nhân**—Một tế bào bạch cầu lớn được hình thành trong tủy xương và lá lách. Khoảng 4% tế bào bạch cầu ở người trưởng thành bình thường là bạch cầu đơn nhân.

**Nhiễm trùng cơ hội**—Một bệnh nhiễm trùng chỉ phát triển khi hệ thống miễn dịch của một người bị suy yếu, như trường hợp xảy ra với bệnh nhân AIDS.

**Phản ứng chuỗi polymerase (PCR)**—Một xét nghiệm được thực hiện để đánh giá kết quả âm tính giả đối với xét nghiệm ELISA và Western blot. Trong xét nghiệm PCR, nhiều bản sao của một gen được tạo ra bằng cách tách hai chuỗi DNA chứa đoạn gen đó, đánh dấu vị trí của nó, sử dụng DNA polymerase để tạo bản sao và sau đó sao chép liên tục các bản sao. Việc khuếch đại các chuỗi gen liên quan đến HIV cho phép phát hiện virus bằng phương pháp này.

**Retrovirus**—Một loại virus có chứa một loại enzyme đặc biệt gọi là enzyme phiên mã ngược cho phép nó sao chép trong tế bào vật chủ mới.

**Chuyển đổi huyết thanh**—Sự thay đổi từ tình trạng HIV âm tính sang HIV dương tính trong quá trình xét nghiệm máu. Những người có HIV dương tính được gọi là người chuyển đổi huyết thanh.

**Huyết thanh học**—Việc phân tích thành phần và đặc tính của huyết thanh.

**Huyết thanh**—Phần máu người vẫn ở dạng lỏng khi các tế bào máu hình thành cục máu đông. Huyết thanh người có màu vàng nhạt trong suốt.

**Tế bào T**—Tế bào lympho có nguồn gốc từ tuyến ức. Tế bào T điều chỉnh phản ứng của hệ thống miễn dịch đối với các bệnh nhiễm trùng, bao gồm cả HIV. Tế bào lympho CD4 là một tập hợp con của tế bào lympho T.

**Xét nghiệm tải lượng virus**—Một xét nghiệm máu mới để theo dõi tốc độ nhân lên của HIV ở bệnh nhân AIDS. Xét nghiệm tải lượng virus dựa trên kỹ thuật PCR và bổ sung cho xét nghiệm số lượng tế bào CD4+.

**Western blot**—Một kỹ thuật được phát triển vào năm 1979 được sử dụng để xác nhận kết quả ELISA. Kháng nguyên HIV được tinh chế bằng điện di và được gắn bằng cách thấm vào bộ lọc nylon hoặc nitrocellulose. Huyết thanh của bệnh nhân được phản ứng với bộ lọc, sau đó được xử lý bằng các hóa chất đang phát triển cho phép kháng thể HIV xuất hiện dưới dạng mảng hoặc vết màu. Nếu bệnh nhân dương tính với HIV, sẽ có các sọc ở các vị trí cụ thể dành cho hai hoặc nhiều protein virut. Kết quả âm tính được để trống.

**Phân biệt WBC**—Số lượng bạch cầu trong đó kỹ thuật viên phân loại các tế bào bạch cầu khác nhau theo loại cũng như tính toán số lượng của từng loại. Cần phải phân tích WBC để tính số lượng tế bào lympho CD4+ tuyệt đối.

- **Tỷ lệ tế bào lympho CD4+**. Một số bác sĩ cho rằng đây là xét nghiệm chính xác hơn so với con số tuyệt đối vì tỷ lệ phần trăm không phụ thuộc vào việc tính toán thủ công số lượng các loại bạch cầu khác nhau. Số lượng bạch cầu được chia thành các loại theo cách này được gọi là vi phân WBC.

Điều quan trọng là các bác sĩ điều trị bệnh nhân AIDS phải do số lượng tế bào lympho một cách thường xuyên.

Các chuyên gia được Dịch vụ Y tế Công cộng Hoa Kỳ tư vấn khuyến nghị tần suất xét nghiệm huyết thanh sau đây dựa trên mức CD4+ của bệnh nhân:

- **Số lượng CD4+ trên 600 tế bào/mm<sup>3</sup>** : Sáu tháng một lần.

- **Số lượng CD4+ từ 200-600 tế bào/mm<sup>3</sup>** : Cứ 3 tháng một lần.
- **Số lượng CD4+ dưới 200 tế bào/mm<sup>3</sup>** : Ba tháng một lần.

Khi số lượng CD4+ giảm xuống dưới 200 tế bào/mm<sup>3</sup>, bác sĩ sẽ đưa bệnh nhân vào chế độ dùng thuốc để bảo vệ họ khỏi các bệnh nhiễm trùng cơ hội.

**XÉ T NGHIỆM TẢI LƯỢNG VIRUS HIV**. Một loại xét nghiệm máu khác để theo dõi bệnh nhân AIDS là xét nghiệm tải lượng virus. Nó bổ sung số lượng CD4+, có thể cho bác sĩ biết mức độ mất chức năng miễn dịch của bệnh nhân, nhưng không cho biết tốc độ nhân lên của HIV trong cơ thể. Xét nghiệm tải lượng virus dựa trên kỹ thuật PCR và có thể đo được

số lượng bẩn sao của axit nucleic HIV. Kết quả xét nghiệm liên tiếp về tải lượng vi-rút của một bệnh nhân nhất định được tính theo thang logarit cơ số 10.

**BETA2-MICROGLOBULIN (2M).** Beta2-microglobulin là một loại protein được tìm thấy trên bề mặt của tất cả các tế bào của con người có nhân. Nó được giải phóng vào máu khi tế bào chết.

Mặc dù nồng độ tăng 2M trong máu được tìm thấy ở những bệnh nhân mắc bệnh ung thư và các bệnh nghiêm trọng khác, nồng độ tăng 2M trong máu có thể được sử dụng để đo lường sự tiến triển của bệnh AIDS.

**XÉT NGHIỆM CHỤP KHÁNG NGU P24.** Được tìm thấy trong lõi virus HIV, p24 là một loại protein có thể đo được bằng kỹ thuật ELISA. Các bác sĩ có thể sử dụng xét nghiệm p24 để đo hoạt tính kháng virus trong thuốc của bệnh nhân. Ngoài ra, xét nghiệm p24 đôi khi hữu ích trong việc phát hiện nhiễm HIV trước khi chuyển đổi huyết thanh. Tuy nhiên, p24 luôn hiện diện ở 25% số người nhiễm HIV.

**XÉT NGHIỆM KHÁNG THUỐC KIỀU GEN.** Xét nghiệm kiều gen có thể giúp xác định xem liệu những đột biến gen cụ thể, thường gặp ở người nhiễm HIV, có gây ra tình trạng kháng thuốc và thất bại trong thuốc hay không. Xét nghiệm này tìm kiếm các đột biến di truyền cụ thể bên trong virus được biết là gây ra tình trạng kháng một số loại thuốc dùng trong điều trị HIV.

Ví dụ, thuốc 3TC, còn được gọi là lamivudine (Epivir), không có hiệu quả chống lại các chủng HIV có đột biến ở một vị trí cụ thể trên protein phiên mã ngược-axit amin 184—được gọi là M184V (MV, methionine thành valine). Vì vậy, nếu xét nghiệm khả năng kháng kiều gen cho thấy đột biến ở vị trí M184V thì có khả năng người đó kháng 3TC và không có khả năng đáp ứng với điều trị 3TC. Xét nghiệm kiều gen chỉ có hiệu quả nếu người đó đã dùng thuốc kháng vi-rút và nếu tải lượng vi-rút lớn hơn 1.000 bẩn sao trên mỗi mililit (mL) máu. Chi phí xét nghiệm, thường từ 300 đến 500 USD, hiện nay thường được nhiều chương trình bảo hiểm chi trả.

**XÉT NGHIỆM KHÁNG THUỐC KIỀU HÌ NH.** Xét nghiệm kiều hình trực tiếp đo tải lượng nhẹ cảm của HIV của bệnh nhân với các loại thuốc và cách kết hợp thuốc cụ thể.

Để làm điều này, nó đo nồng độ của một loại thuốc cần thiết để ức chế sự nhân lên của virus trong ống nghiệm. Đây cũng là phương pháp được các nhà nghiên cứu sử dụng để xác định liệu một loại thuốc có thể có hiệu quả chống lại HIV hay không trước khi sử dụng nó trong các thử nghiệm lâm sàng ở người. Xét nghiệm kiều hình là phép đo sức đề kháng trực tiếp so với xét nghiệm kiều gen. Ngoài ra, không giống như xét nghiệm kiều gen, xét nghiệm kiều hình không yêu cầu tải lượng virus cao nhưng người ta khuyến nghị rằng những người này đã dùng thuốc kháng vi-rút. Chi phí nằm trong khoảng từ 700 đến 900 đô la và hiện được nhiều chương trình bảo hiểm chi trả.

## Huyết thanh học AIDS ở trẻ em

Tiết sinh ra từ mẹ nhiễm HIV có thể bị lây nhiễm qua nhau thai của mẹ hoặc trong quá trình sinh nở. Các chuyên gia y tế công cộng khuyến nghị nên xét nghiệm và theo dõi tất cả trẻ em sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV. Xét nghiệm chẩn đoán ở trẻ trên 18 tháng tuổi tương tự như xét nghiệm ở người lớn, với việc sàng lọc ELISA được xác nhận bởi Western blot. Trẻ nhỏ hơn có thể được chẩn đoán bằng cách nuôi cấy trực tiếp virus HIV, xét nghiệm PCR và xét nghiệm kháng nguyên p24. Những kỹ thuật này cho phép bác sĩ nhi khoa xác định 50% trẻ bị nhiễm bệnh trong hoặc gần lúc sinh và 95% trường hợp ở trẻ từ 3 đến 6 tháng tuổi.

## Chuẩn bị Chuẩn

bị và chăm sóc sau điều trị là những phần quan trọng của xét nghiệm chẩn đoán AIDS. Hiện nay, các bác sĩ nên tính đến các hoàn cảnh cảm xúc, xã hội, kinh tế và các hoàn cảnh khác của bệnh nhân và đưa ra lời khuyên trước và sau khi xét nghiệm. Nhìn chung, bệnh nhân có khả năng xử lý kết quả tốt hơn nếu bác sĩ dành thời gian giải thích cho họ những thông tin cơ bản về nhiễm trùng và xét nghiệm HIV trước khi xét nghiệm máu. Nhiều bác sĩ hiện cung cấp loại tư vấn thông tin này trước khi thực hiện các xét nghiệm.

## Chăm sóc sau

Nếu kết quả xét nghiệm cho thấy bệnh nhân dương tính với HIV, họ sẽ cần được tư vấn, cung cấp thông tin, giới thiệu điều trị và hỗ trợ. Các bác sĩ có thể tự tư vấn cho bệnh nhân hoặc mời chuyên gia tư vấn HIV có kinh nghiệm trao đổi về kết quả xét nghiệm máu với bệnh nhân.

kiên nhẫn. Họ cũng sẽ đánh giá tình trạng cảm xúc và tâm lý của bệnh nhân, bao gồm khả năng xảy ra hành vi bạo lực và sự sẵn có của mạng lưới hỗ trợ.

## Rủi ro

Rủi ro của xét nghiệm AIDS chủ yếu liên quan đến việc tiết lộ tình trạng HIV của bệnh nhân hơn là bất kỳ rủi ro thực thể nào liên quan đến xét nghiệm máu. Một số bệnh nhân được chuẩn bị tốt hơn để đối phó với chẩn đoán dương tính hơn những người khác, tùy thuộc vào độ tuổi, giới tính, sức khỏe, nguồn lực, hệ thống niềm tin và các yếu tố tương tự.

## Kết quả bình thường

Kết quả bình thường đối với xét nghiệm ELISA, Western blot, IFA và PCR đều âm tính với kháng thể HIV.

Kết quả bình thường về số lượng tế bào máu:

- Phân biệt WBC: Tổng số tế bào lympho chiếm 24-44% số lượng bạch cầu.
- Hematocrit: 40-54% ở nam giới; 37-47% ở phụ nữ.

- Tế bào lympho T: 644-2200/mm<sup>3</sup> tế bào , 60-88% tổng số lympho .
- Tế bào lympho B: 82-392/mm<sup>3</sup> , 3-20% tổng số bạch huyết tế bào.
- Tế bào lympho CD4+: 500-1200/mm<sup>3</sup> tế bào , 34-67% tổng số lympho.

### Kết quả bất thường

Các kết quả xét nghiệm AIDS sau đây cho thấy sự tiến triển của bệnh:

- Tỷ lệ tế bào lympho CD4+: dưới 20% tổng số tế bào lympho.
- Số lượng tế bào lympho CD4+: dưới 200 tế bào/mm<sup>3</sup> .
- Xét nghiệm tải lượng virus: Trên 5000 bản sao/mL. • -2-microglobulin: Mức trên 3,5 mg/dL.
- Kháng nguyên P24: Lượng có thể đo được trong huyết thanh.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Avrameas, Stratis và Therese Terzynck. "Xét nghiệm hấp thụ miễn dịch liên kết với enzyme (ELISA)." Trong Bách khoa toàn thư về miễn dịch học. Tập. 1. Biên tập. Ivan M. Roitt và Peter J. Delf. Luân Đôn: Nhà xuất bản học thuật, 1992.

Bennett, Rebecca và Erin, Charles A. (Biên tập viên). HIV và Xét nghiệm, sàng lọc và bao mật AIDS: Đạo đức, Luật pháp và Chính sách xã hội. Oxford, Anh: Nhà xuất bản Đại học Oxford, 2001.

Ban hướng dẫn nhiễm HIV sớm. Đánh giá và quản lý nhiễm HIV sớm. Rockville, MD: Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Cơ quan Nghiên cứu và Chính sách Chăm sóc Sức khỏe, 1994.

Huber, Jeffrey T. Từ điển thuật ngữ liên quan đến AIDS. New York: Nhà xuất bản Neal-Schuman, Inc., 1993.

"Các bệnh truyền nhiễm: Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV)." Trong Sơ sinh: Quản lý, Quy trình, Vấn đề theo yêu cầu, Bệnh tật và Thuốc. Ed. Tricia Lacy Gomella và cộng sự. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1994.

Katz, Mitchell H., và Harry Hollander. "Nhiễm HIV." Trong Chẩn đoán & Điều trị Y tế Hiện tại. Ed. Lawrence M. Tierney và cộng sự. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1998.

McClure, Myra. "Virus gây suy giảm miễn dịch ở người." Trong Encyclopedia of Miễn dịch học. Tập. 2. Biên tập. của Ivan M. Roitt và Peter J. Delf. Luân Đôn: Nhà xuất bản học thuật, 1992.

McFarland, Elizabeth J. "Virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) Nhiễm trùng: Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS)." Trong Chẩn đoán & Điều trị Nhi khoa Hiện nay. Ed.

William W. Hay và cộng sự. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1997.

Vì vậy, Peter và Livette Johnson. "Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS)." Trong liệu pháp hiện tại của Conn. Ed.

Robert E. Rakel. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.

Nhà xuất bản Springhouse. Sổ tay xét nghiệm chẩn đoán.

Springhouse, PA: Nhà xuất bản Springhouse Co., 1999.

Towbin, Harry. "Phương Tây làm mờ." Trong bách khoa toàn thư về Miễn dịch học. Tập. 3. Biên tập. Ivan M. Roitt và Peter J. Delf. Luân Đôn: Nhà xuất bản học thuật, 1992.

#### ĐỊNH KÝ

Freedberg, Kenneth A. và Samet, Jeffrey H. "Hãy nghĩ về HIV (Xét nghiệm HIV)." Lưu trữ Nội khoa (27/09/1999): 1994

Kaplan, Edward H. và Satten, Glen A. "Sàng lọc HIV lặp lại: Khi nào nên xét nghiệm và tại sao?" Tạp chí của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ. (19/07/2000): 285.

Sieff, Elaine M., và cộng sự. "Phản ứng dự đoán so với thực tế đối với kết quả xét nghiệm HIV." Tạp chí Tâm lý học Hoa Kỳ. (Mùa hè 1999): 297-298.

Weinhardt, Lance S., và cộng sự. "Virus gây suy giảm miễn dịch ở người Kiểm tra và thay đổi hành vi." Lưu trữ Nội khoa. (22/05/2000): 1538.

Woehrle, Theresa A., và Branson, Bernard. "Các xét nghiệm mới để phát hiện nhiễm HIV." Tạp chí Y học phương Tây. (Tháng 12 năm 1998): 371-372.

#### TỔ CHỨC Hiệp hội người

bệnh AIDS quốc gia. 1413 K St.NW, Washington, DC 20005-3442. (202) 898-0414.

Viện Y tế Quốc gia. Văn phòng Nghiên cứu AIDS. (301) 496-0357. <<http://www.nih.gov/od/oar/index.htm>>.

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC). 1600 Đường Clifton, Atlanta, GA 30337. (404) 639-3311. <<http://www.cdc.gov>>.

#### KHÁC

Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA). "Tự kiểm tra HIV-1, loại vi-rút gây bệnh AIDS." 1999. Có tại trang web của FDA: <<http://www.fda.gov>>. hoặc bằng cách gọi (301) 827-4460.

Ken R. Wells

### Thuyên tắc khí xem Thuyên tắc khí

## Xét nghiệm Alanine aminotransferase

### Sự định nghĩa

Xét nghiệm alanine aminotransferase, còn được gọi là ALT, là một trong nhóm xét nghiệm được gọi là xét nghiệm chức năng gan (hoặc LFT) và được sử dụng để theo dõi tổn thương ở gan.

### Mục đích

Nồng độ ALT được sử dụng để phát hiện các bất thường ở gan.

Vì enzyme alanine aminotransferase cũng được tìm thấy trong cơ nên các xét nghiệm cho thấy mức AST tăng cao cũng có thể cho thấy tổn thương cơ. Tuy nhiên, các xét nghiệm khác, chẳng hạn như

b69

mức MB của creatine kinase sẽ cho biết liệu mức xét nghiệm bất thường là do tổn thương cơ hay gan.

### Sự miêu tả

Xét nghiệm alanine aminotransferase (ALT) có thể tiết lộ tổn thương gan. Đây có lẽ là xét nghiệm cụ thể nhất về tổn thương gan. Tuy nhiên, mức độ nghiêm trọng của tổn thương gan không nhất thiết được thể hiện qua xét nghiệm ALT, vì lượng mô gan chết không tương ứng với mức ALT cao hơn. Ngoài ra, những bệnh nhân có mức ALT bình thường hoặc giảm có thể bị tổn thương gan nghiêm trọng mà không tăng ALT.

Tuy nhiên, ALT được sử dụng rộng rãi và hữu ích vì nồng độ ALT tăng cao ở hầu hết bệnh nhân mắc bệnh gan. Mặc dù nồng độ ALT không nhất thiết cho thấy mức độ nghiêm trọng của tổn thương ở gan nhưng chúng có thể cho biết mức độ tổn thương của gan. Nồng độ ALT, khi so sánh với nồng độ của một loại enzyme tương tự, aspartate aminotransferase (AST), có thể cung cấp manh mối quan trọng về bản chất của bệnh gan. Ví dụ: trong một phạm vi giá trị nhất định, tỷ lệ 2:1 hoặc cao hơn đối với AST: ALT có thể chỉ ra rằng bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu. Dữ liệu chẩn đoán khác có thể được thu thập từ các xét nghiệm ALT để chỉ ra kết quả bất thường.

### Sự chuẩn bị

Không cần chuẩn bị đặc biệt cho bài kiểm tra này.

### Chăm sóc sau

Xét nghiệm này liên quan đến việc lấy máu, có thể là từ tĩnh mạch ở khuỷu tay của bệnh nhân. Bệnh nhân nên băng vết thương do kim đâm (băng băng) cho đến khi máu ngừng chảy. Bệnh nhân nên báo cáo bất kỳ triệu chứng bất thường nào cho bác sĩ.

### Kết quả bình thường

Giá trị bình thường khác nhau tùy theo từng phòng thí nghiệm và sẽ có sẵn cho bác sĩ của bạn tại thời điểm xét nghiệm. Một cuộc khảo sát không chính thức của một số phòng thí nghiệm cho thấy nhiều phòng thí nghiệm nhận thấy giá trị từ khoảng 7 đến 50 IU/L là bình thường.

### Kết quả bất thường

Mức ALT thấp (thường dưới 300 IU/L) có thể chỉ ra bất kỳ loại bệnh gan nào. Mức trên 1.000 IU/L thường cho thấy gan bị tổn thương nặng do chất độc hoặc thuốc, viêm gan siêu vi hoặc thiếu oxy (thường là do huyết áp rất thấp hoặc đau tim). ALT tăng cao trong thời gian ngắn trên 1.000 IU/L

khỏi sau 24-48 giờ có thể cho thấy tắc nghẽn ống mật. Mức ALT vừa phải hơn (300-1.000 IU/L) có thể hỗ trợ chẩn đoán viêm gan cấp tính hoặc mãn tính.

Điều quan trọng cần lưu ý là những người có gan bình thường có thể có nồng độ ALT tăng nhẹ. Đây là một phát hiện bình thường.

Michael V. Zuck, Tiến sĩ

### Xét nghiệm Alanine aminotransferase xem Xét nghiệm chức năng gan

#### Bệnh Albers-Schönberg xem

#### Thuốc loãng xương

### bệnh bạch tạng

#### Sự định nghĩa

Bệnh bạch tạng là một tình trạng di truyền xuất hiện khi mới sinh, đặc trưng bởi sự thiếu sắc tố thường tạo ra màu sắc cho da, tóc và mắt. Có nhiều loại bệnh bạch tạng tồn tại, tất cả đều liên quan đến việc thiếu sắc tố ở các mức độ khác nhau. Tình trạng này xảy ra ở mọi chủng tộc, có thể đi kèm với các vấn đề về mắt và có thể dẫn đến ung thư da sau này.

### Sự miêu tả

Bệnh bạch tạng là một chứng rối loạn hiếm gặp xảy ra ở ít hơn 5 người trên 100.000 người ở Hoa Kỳ và Châu Âu. Những nơi khác trên thế giới có tỷ lệ cao hơn nhiều; ví dụ, bệnh bạch tạng được tìm thấy ở khoảng 20 trên 100.000 người ở miền nam Nigeria.

Có 10 loại dạng phổ biến nhất của tình trạng này, được gọi là "bệnh bạch tạng mắt da", ảnh hưởng đến mắt, tóc và da. Ở dạng nghiêm trọng nhất, tóc và da vẫn trắng trong suốt cuộc đời. Những người ở dạng nhẹ hơn khi sinh ra có tóc và da trắng, hơi sẫm màu hơn khi già. Mọi người mắc bệnh bạch tạng mắt da đều có chuyển động mắt nhấp nháy bất thường (xung giật nhăn cầu) và nhạy cảm với ánh sáng. Cũng có thể có các vấn đề về mắt khác, bao gồm thị lực kém và mắt lác hoặc mắt "lười biếng" (lác).

Loại bệnh phổ biến thứ hai được gọi là bệnh bạch tạng "mắt", trong đó chỉ có mắt là thiếu màu; da và tóc vẫn bình thường. Có năm dạng bệnh bạch tạng ở mắt; một số loại gây ra nhiều vấn đề hơn đặc biệt là các vấn đề về mắt-so với những loại khác.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Axit amin**—Các chất tự nhiên là thành phần cấu tạo nên protein. Cơ thể phân hủy protein trong thức ăn thành axit amin, sau đó sử dụng các axit amin này để tạo ra các protein khác. Cơ thể cũng biến đổi axit amin thành sắc tố melanin.

**Loạn thị**—Một tình trạng về mắt trong đó thấu kính không tập trung ánh sáng đều vào võng mạc, dẫn đến các vấn đề về độ sắc nét của thị giác.

**Người mang mầm bệnh**—Người có một gen bình thường và một gen bị lỗi, có thể truyền bệnh cho người khác mà không thực sự có triệu chứng.

**DNA**—Tên viết tắt của “axit deoxyribonucleic,” chất mang thông tin di truyền chính được tìm thấy trong nhiễm sắc thể của hầu hết các sinh vật.

**Cấu trúc kép gắn chặt** cho phép các nhiễm sắc thể được sao chép chính xác trong quá trình phân chia tế bào.

**DOPA**—Tên gọi chung của một chất hóa học tự nhiên (3,4-dihydroxyphenylalanine) được cơ thể tạo ra trong quá trình tạo ra melanin.

**Enzyme**—Một loại protein giúp cơ thể chuyển hóa chất hóa học này thành chất hóa học khác.

**Gen**—Đơn vị cơ bản của vật liệu di truyền được chứa ở một vị trí cụ thể trên nhiễm sắc thể. Các gen được truyền từ cha mẹ sang con khi tinh trùng và trứng kết hợp trong quá trình thụ thai.

**Bóng tóc**—Phản gốc của sợi tóc từ đó phát triển màu sắc.

**Hội chứng Hermansky-Pudlak (HPS)**—Một loại bệnh bạch tạng hiếm gặp được đặc trưng bởi vấn đề đông máu và tích tụ chất sáp trong phổi và ruột.

**Melanin**—Sắc tố được tạo ra ở tóc, da và mắt.

**Rung giật nhăn cầu**—Một chuyển động qua lại không chú ý của mắt thường thấy ở bệnh bạch tạng.

**Lác**—Mắt lắc hoặc mắt “lười biếng”, thường thấy ở bệnh bạch tạng.

**Tyrosine**—Một khói xây dựng protein được tìm thấy trong nhiều loại thực phẩm được cơ thể sử dụng để tạo ra melanin.

**Tyrosinase**—Một loại enzyme trong tế bào sắc tố giúp biến đổi tyrosine thành DOPA trong quá trình tạo ra melanin.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Mỗi tế bào trong cơ thể đều chứa một cặp gen phù hợp, một gen được thừa hưởng từ bố hoặc mẹ. Những gen này hoạt động như một loại “bản thiết kế” hướng dẫn sự phát triển của thai nhi.

Bệnh bạch tạng là một vấn đề di truyền gây ra bởi một khiếm khuyết ở một hoặc nhiều gen chịu trách nhiệm chỉ đạo mắt và da tạo ra melanin (sắc tố). Kết quả là có rất ít hoặc không có sắc tố được tạo ra, da, mắt và tóc của trẻ có thể không có màu.

Trong hầu hết các loại bệnh bạch tạng, một đặc điểm lặn, đứa trẻ thừa hưởng các gen khiếm khuyết để tạo ra melanin từ cả bố và mẹ. Do nhiệm vụ tạo ra melanin rất phức tạp nên có nhiều loại bệnh bạch tạng khác nhau, liên quan đến một số gen khác nhau.

Cũng có thể thừa hưởng một gen bình thường và một gen bạch tạng. Trong trường hợp này, một gen bình thường cung cấp đủ thông tin trong bản thiết kế tế bào của nó để tạo ra một số sắc tố và đứa trẻ sẽ có màu da và màu mắt bình thường. Họ “mang” một gen gây bệnh bạch tạng. Khoảng 1 trong 70 người là người mang mầm bệnh bạch tạng, có một gen bị khiếm khuyết nhưng không có triệu chứng; họ có 50% khả năng truyền gen bạch tạng cho con mình. Tuy nhiên, nếu cả hai cha mẹ đều

mỗi người mang một gen khiếm khuyết thì có 1 trong 4 cơ hội truyền cả hai bản sao của gen khiếm khuyết cho đứa trẻ, đứa trẻ sẽ mắc bệnh bạch tạng. (Ngoài ra còn có một loại bệnh bạch tạng ở mắt được mang trên nhiễm sắc thể X và hầu như chỉ xảy ra ở nam giới vì họ chỉ có một nhiễm sắc thể X và do đó, không có gen nào khác quy định đặc điểm lặn át nhiễm sắc thể khiếm khuyết.)

Các triệu chứng của bệnh bạch tạng có thể liên quan đến da, tóc và mắt. Da, vì chứa ít sắc tố, nên trông rất sáng, tóc cũng vậy.

Mặc dù những người mắc bệnh bạch tạng có thể gặp nhiều vấn đề về mắt, nhưng một trong những quan niệm sai lầm về bệnh bạch tạng là nó khiến người ta có đôi mắt màu hồng hoặc đỏ. Trên thực tế, những người mắc bệnh bạch tạng có thể có瞳孔 màu xám nhạt hoặc xanh lam đến nâu. (Mống mắt là phần màu của mắt kiểm soát kích thước của đồng tử, lỗ mở cho ánh sáng vào mắt.) Nếu những người mắc bệnh bạch tạng dường như có đôi mắt đỏ, đó là do ánh sáng bị phản chiếu từ phía sau mắt. (võng mạc) theo cách tương tự như xảy ra khi mọi người được chụp ảnh bằng đèn flash điện tử.

Những người mắc bệnh bạch tạng có thể gặp một hoặc nhiều vấn đề về mắt sau:



Một người đàn ông mắc bệnh bạch tạng đứng cạnh người cha có sắc tố bình thường của mình. (Ảnh của Norman Lightfoot, Photo Researcher, Inc. Được sao chép dưới sự cho phép.)

- Họ có thể bị viễn thị hoặc cận thị nặng và có thể có các khuyết điểm khác về độ cong của thấu kính mắt (loạn thị) khiến hình ảnh có vẻ không tập trung.
- Họ có thể có chuyển động liên tục, không chủ ý của nhãn cầu được gọi là rung giật nhãn cầu.
- Họ có thể gặp vấn đề trong việc phối hợp mắt trong việc cố định và theo dõi đồ vật (lác), đôi khi có thể dẫn đến biểu hiện "lác mắt". Strabismus có thể gây ra một số vấn đề về nhận thức chiều sâu, đặc biệt là ở khoảng cách gần.
- Họ có thể rất nhạy cảm với ánh sáng (sợ ánh sáng) vì mống mắt của họ cho phép ánh sáng "đi lạc" đi vào mắt họ. Một quan niệm sai lầm phổ biến là những người mắc bệnh bạch tạng không nên ra ngoài vào những ngày nắng, nhưng việc đeo kính râm có thể giúp bạn đi ra ngoài khá thoải mái.
- Ngoài các vấn đề về da và mắt đặc trưng, những người mắc bệnh bạch tạng hiếm gặp có tên Hội chứng Hermansky-Pudlak (HPS) còn có xu hướng mắc các chứng rối loạn chảy máu, viêm ruột già (viêm đại tràng), bệnh phổi (phổi), và các vấn đề về thận (thận).

#### Chẩn đoán

Không phải lúc nào cũng dễ dàng chẩn đoán chính xác loại bệnh bạch tạng mà một người mắc phải; có hai xét nghiệm có sẵn chỉ có thể xác định hai loại tình trạng. Gần đây, một xét nghiệm máu đã được phát triển có thể xác định người mang gen của một số loại bệnh bạch tạng; một xét nghiệm tương tự trong quá trình lọc ói có thể chẩn đoán một số loại bệnh bạch tạng ở thai nhi. Xét nghiệm lấy mẫu lông nhung màng đậm trong tuần thứ năm của thai kỳ cũng có thể tiết lộ một số loại bệnh bạch tạng.

Loại bệnh bạch tạng cụ thể mà một người mắc phải có thể được xác định bằng cách lấy tiền sử gia đình tốt và kiểm tra bệnh nhân cùng một số người thân.

"Xét nghiệm sắc tố bóng tóc" được sử dụng để xác định những người mang gen bệnh bằng cách ủ một phần tóc của người đó trong dung dịch tyrosine, một chất trong thực phẩm mà cơ thể sử dụng để tạo ra melanin. Nếu tóc chuyển sang màu sẫm, điều đó có nghĩa là tóc đang sản xuất melanin (xét nghiệm "dương tính"); tóc sáng có nghĩa là không có melanin. Thử nghiệm này là nguồn gốc của tên của hai loại bệnh bạch tạng: "ty-pos" và "ty-neg".

Xét nghiệm tyrosinase chính xác hơn xét nghiệm sắc tố bóng tóc. Nó đo tốc độ tiếp xúc với tóc

chuyển tyrosine thành một hóa chất khác (DOPA), sau đó được tạo thành sắc tố. Tóc chuyển đổi tyrosine với sự trợ giúp của một chất gọi là "tyrosinase". Trong một số loại bệnh bạch tạng, tyrosinase không thực hiện được chức năng của nó và quá trình sản xuất melanin bị phá vỡ.

### Sự đối đầu

Không có phương pháp điều trị nào có thể thay thế được tình trạng thiếu melanin gây ra các triệu chứng của bệnh bạch tạng. Các bác sĩ chỉ có thể điều trị chứ không thể chữa khỏi các vấn đề về mắt thường đi kèm với việc thiếu màu da. Kính thường cần thiết và có thể được nhuộm màu để giảm đau do tiếp xúc quá nhiều với ánh nắng mặt trời. Không có cách chữa trị cho các cử động mắt không tự chủ (chứng giật nhãn cầu) và các phương pháp điều trị các vấn đề về tập trung (phẫu thuật hoặc đeo kính áp tròng) không hiệu quả trong mọi trường hợp.

Mắt lác (lác) có thể được điều trị khi còn nhỏ bằng cách sử dụng miếng che mắt, phẫu thuật hoặc tiêm thuốc. Việc điều trị có thể cải thiện tình trạng của mắt nhưng không thể chữa khỏi tình trạng bệnh lý tiềm ẩn.

Bệnh nhân bạch tạng nên tránh tiếp xúc quá nhiều với ánh nắng mặt trời, đặc biệt là trong khoảng thời gian từ 10 giờ sáng đến 2 giờ chiều. Nếu không thể tránh tiếp xúc, họ nên sử dụng kem chống nắng UVA-UVB có chỉ số SPF ít nhất là 20. Dùng beta-carotene có thể giúp cung cấp một số màu da, mặc dù nó không bảo vệ khỏi ánh nắng mặt trời.

### Tiên lượng ở

Hoa Kỳ, những người mắc bệnh này có thể có tuổi thọ bình thường. Những người mắc bệnh bạch tạng có thể gặp một số vấn đề xã hội do sự thiếu hiểu biết của người khác. Khi một thành viên của một nhóm dân tộc có làn da sẫm màu bình thường mắc bệnh bạch tạng, người đó có thể phải đối mặt với một số thách thức xã hội rất phức tạp.

Một trong những mối nguy hiểm lớn nhất đối với sức khỏe của người mắc bệnh bạch tạng là tiếp xúc quá nhiều với ánh nắng mặt trời mà không có biện pháp bảo vệ, có thể dẫn đến ung thư da. Mặc quần áo mỏng và dùng kem chống nắng có chỉ số SPF 20, người bạch tạng có thể an toàn làm việc và vui chơi ngoài trời ngay cả trong mùa hè.

### Phòng ngừa

Tư vấn di truyền là rất quan trọng để ngăn chặn tình trạng này tái phát.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Hiệp hội quốc gia về người khuyết tật thị giác. Larry: Sách dành cho trẻ bạch tạng sắp đến trường. New York: Hiệp hội quốc gia về người khuyết tật.

Witkop Jr., CJ, WC Quevedo Jr., TB Fitzpatrick và RA King. "Bệnh bạch tạng." Trong Cơ sở trao đổi chất của bệnh di truyền. tái bản lần thứ 6. Ed. CR Scriver và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1989.

### ĐỊNH KÝ

Campbell, Maude. "Tìm thấy gen gây bệnh bạch tạng, các rối loạn sắc tố khác." Thời báo Da liễu (01/04/1995): 1.

Siegel-Itzkovich, Judy. "Thử nghiệm cảnh báo sớm về bệnh bạch tạng." Buổi điện Jerusalem (4 tháng 12 năm 1994).

### TỔ CHỨC

Liên minh thế giới bạch tạng. <<http://www.albinism.org/awa.html>>.

Tổ chức Người mù Hoa Kỳ. 15 W. Đường 16, New York, NY 10011. (800) AFB-LIND.

Mạng lưới Hội chứng Hermansky-Pudlak, Inc. One South Road, Vịnh Oyster, NY 11771-1905. (800) 789-9477. <[appell@theonramp.net](mailto:appell@theonramp.net)>.

Tổ chức quốc gia về bệnh bạch tạng và giảm sắc tố

(NOAH). 1530 Locust St., #29, Philadelphia, PA 19102-4415. (800) 473-2310. <<http://www.albinism.org>>.

Carol A. Turkington

### Albuterol xem Thuốc giãn phế quản

## Bệnh thần kinh

### liên quan đến rượu

#### Sự định nghĩa

Rượu, hay ethanol, là chất độc có tác dụng độc hại trực tiếp lên tế bào thần kinh và cơ. Tùy thuộc vào con đường thần kinh và cơ nào có liên quan, rượu có thể có tác động sâu rộng đến các phần khác nhau của não, dây thần kinh ngoại biên và cơ bắp, với các triệu chứng mất trí nhớ, mắt phối hợp, co giật, suy nhược và suy giảm giác quan. Những tác động khác nhau này có thể được nhóm thành ba loại chính: (1) nồng độ do tác dụng cấp tính của ethanol, (2) hội chứng cai do ngừng uống rượu đột ngột và (3) các rối loạn liên quan đến lạm dụng rượu lâu dài hoặc mãn tính. Bệnh thần kinh liên quan đến rượu bao gồm bệnh Wernicke-Korsakoff, thoái hóa tiểu não do rượu, bệnh cơ do rượu, bệnh thần kinh do rượu, hội chứng cai rượu kèm theo co giật và mê sảng, và hội chứng rượu bào thai.

### Sự miêu tả

Uống quá nhiều rượu có thể gây say rượu (say xưa) hoặc thậm chí tử vong, và lạm dụng mãn tính hoặc lâu dài có thể dẫn đến những tổn thương không thể phục hồi đối với hầu như mọi cấp độ của hệ thần kinh. Bất cứ điều gì nhất định

bệnh nhân lạm dụng rượu lâu dài có thể không có biến chứng thần kinh, một bệnh liên quan đến rượu hoặc nhiều tình trạng, tùy thuộc vào gen họ được thừa hưởng, chế độ dinh dưỡng tốt như thế nào và các yếu tố môi trường khác, chẳng hạn như tiếp xúc với các chất khác. thuốc hoặc chất độc.

Các biến chứng thần kinh do lạm dụng rượu cũng có thể là do thiếu dinh dưỡng, vì người nghiện rượu có xu hướng ăn uống kém và có thể bị cạn kiệt thiamine hoặc các vitamin quan trọng khác đối với chức năng hệ thần kinh.

Những người say rượu cũng có nguy cơ cao bị chấn thương đầu hoặc chấn thương do chèn ép dây thần kinh ngoại biên. Những thay đổi đột ngột về thành phần hóa học trong máu, đặc biệt là natri, liên quan đến lạm dụng rượu có thể gây ra hiện tượng tiêu hủy myelin trung tâm cầu não, một tình trạng của thân não trong đó các dây thần kinh mất đi lớp phủ myelin. Bệnh gan do xơ gan do rượu có thể gây mất trí nhớ, mê sảng và rối loạn vận động.

#### Nguyên nhân và triệu chứng Khi

một người uống rượu, rượu sẽ được các mạch máu trong niêm mạc dạ dày hấp thụ và chảy nhanh khắp cơ thể và não, vì ethanol tự do vượt qua hàng rào máu não thường giữ cho các phân tử lớn thoát ra khỏi mạch máu. tới mô não. Say rượu hoặc ngộ độc có thể xảy ra ở nồng độ ethanol trong máu thấp tới 50-150 mg mỗi dL ở những người không uống rượu. Buồn ngủ, choáng váng, hôn mê hoặc thậm chí tử vong do suy hô hấp và huyết áp thấp xảy ra ở nồng độ ngày càng cao.

Mặc dù rượu được gan phân hủy, nhưng tác dụng độc hại do uống rượu liều cao rất có thể là kết quả trực tiếp của chính rượu chứ không phải do các sản phẩm phân hủy của nó. Liều gây tử vong rất khác nhau vì những người uống nhiều rượu sẽ có khả năng chịu đựng tác dụng của rượu khi sử dụng nhiều lần. Ngoài ra, khả năng dung nạp rượu dẫn đến nhu cầu nồng độ cồn trong máu cao hơn để đạt được tác dụng gây say, điều này làm tăng khả năng những người nghiện rượu thường xuyên tiếp xúc với nồng độ ethanol cao và có khả năng gây độc. Điều này đặc biệt đúng khi những người nghiện rượu không ăn được vì nhịn ăn làm giảm tốc độ đào thải rượu và khiến nồng độ cồn trong máu thậm chí còn cao hơn.

Khi một người nghiện rượu mẫn tính đột ngột ngừng uống rượu, việc cai rượu sẽ dẫn đến hội chứng tăng tính dễ bị kích thích của hệ thần kinh trung ương, được gọi là cơn mê sảng hay "DT". Các triệu chứng bắt đầu từ sáu đến tám giờ sau khi kiêng cữ và rõ nhất là 24-72 giờ sau khi kiêng cữ. Chúng bao gồm run rẩy cơ thể (run rẩy), mất ngủ, kích động, lú lẫn, nghe thấy giọng nói hoặc nhìn thấy những hình ảnh không thực sự có ở đó (chẳng hạn như bọ bò), co giật, tim đập nhanh, hôn mê.

đỗ mồ hôi, huyết áp cao và sốt. Các cơn động kinh liên quan đến rượu cũng có thể xảy ra mà không cần cai rượu, chẳng hạn như khi uống rượu nhiều hoặc sau hơn một tuần không uống rượu.

Hội chứng Wernicke-Korsakoff là do thiếu vitamin B thiamine và cũng có thể gặp ở những người không uống rượu nhưng có một số nguyên nhân khác gây thiếu thiamine, chẳng hạn như nôn mửa mẩn tính ngắn cảm sự hấp thu của chất này. vitamin. Bệnh nhân mắc bệnh này khởi phát đột ngột bệnh não Wernicke; các triệu chứng bao gồm nhầm lẫn rõ rệt, mê sảng, mất phương hướng, mắt tập trung, mất trí nhớ và buồn ngủ.

Kiểm tra cho thấy những bất thường trong chuyển động của mắt, bao gồm giật mắt (rung giật nhãn cầu) và nhìn đôi. Vấn đề về thăng bằng khiến việc đi lại trở nên khó khăn.

Mọi người có thể gặp khó khăn trong việc phối hợp các chuyển động của chân, nhưng thường thì không phải ở cánh tay. Nếu thiamine không được cung cấp kịp thời, bệnh não Wernicke có thể tiến triển đến trạng thái sưng sờ, hôn mê và tử vong.

Nếu dùng thiamine và ngăn chặn được cái chết, hội chứng Korsakoff có thể phát triển ở một số bệnh nhân, những người bị suy giảm trí nhớ khiến họ không thể nhớ các sự kiện trong khoảng thời gian vài năm trước khi phát bệnh (mất trí nhớ ngược dòng) và không thể học được thông tin mới. (mất trí nhớ xuôi chiều). Hầu hết bệnh nhân có hiểu biết rất hạn chế về rối loạn chức năng trí nhớ của họ và có xu hướng bịa ra những lời giải thích cho những sự kiện mà họ đã quên (lừa đảo).

Nghiên cứu nặng có thể gây thoái hóa tiêu não, một tình trạng tiến triển chậm ảnh hưởng đến các phần của não gọi là thùy tiêu não trước và trên, gây ra dáng đi rộng, mất phối hợp chân và không thể đi bằng gót chân trên dây. thời trang. Rối loạn dáng đi thường phát triển trong vài tuần, nhưng có thể tương đối nhẹ trong một thời gian và sau đó đột ngột trầm trọng hơn sau khi uống rượu say hoặc mắc một căn bệnh không liên quan.

Hội chứng rượu bào thai xảy ra ở trẻ sơ sinh có mẹ nghiện rượu khi việc tiếp xúc với rượu trước khi sinh làm chậm sự tăng trưởng và phát triển của thai nhi. Trẻ sơ sinh bị bệnh thường có ngoại hình đặc biệt với môi trên mỏng, mũi tẹt và vùng giữa mặt, vóc người thấp và kích thước đầu nhỏ.

Gần một nửa bị chậm phát triển trí tuệ và hầu hết những người khác bị suy giảm trí tuệ nhẹ hoặc có vấn đề về lời nói, học tập và hành vi.

Bệnh cơ do rượu, hoặc tình trạng yếu cơ thứ phát do phân hủy mô cơ, còn được gọi là tiêu cơ vận do rượu hoặc tiêu myoglobin do rượu. Nam giới bị ảnh hưởng bởi bệnh cơ do rượu cấp tính (khởi phát đột ngột) gấp bốn lần so với nữ giới. Sự đứt gãy các mô cơ (hoại tử cơ) có thể xảy ra đột ngột khi uống rượu say hoặc trong những ngày đầu cai rượu. Ở dạng nhẹ nhất, sự cố này có thể không gây ra hiện tượng gì đáng chú ý.

các triệu chứng, nhưng có thể được phát hiện bằng sự gia tăng tạm thời nồng độ trong máu của một loại enzyme chủ yếu tìm thấy ở cơ, phần MM của creatine kinase.

Dạng bệnh cơ do rượu cấp tính nghiêm trọng có liên quan đến tình trạng đau cơ, sưng và yếu cơ đột ngột; nước tiểu có màu đỏ do myoglobin, một sản phẩm phân hủy của cơ được bài tiết qua nước tiểu; và sự gia tăng nhanh chóng các enzyme cơ trong máu. Các triệu chứng thường xuất hiện sau vài giờ đến vài ngày và sau đó cải thiện trong vòng 10 ngày tiếp theo khi bệnh nhân cai rượu. Các triệu chứng về cơ thường lan rộng, nhưng đau và sưng có thể liên quan có chọn lọc đến bắp chân hoặc các nhóm cơ khác. Sự suy nhược cơ của bệnh cơ do rượu cấp tính có thể trở nên trầm trọng hơn do chấn thương do nghiền nát, có thể xảy ra khi mọi người uống quá nhiều đến mức họ nén một nhóm cơ bằng trọng lượng cơ thể trong một thời gian dài mà không di chuyển hoặc do co giật khi ngừng hoạt động cơ bắp.

Ở những bệnh nhân lạm dụng rượu trong nhiều năm, bệnh cơ do rượu mãn tính có thể phát triển. Nam và nữ bị ảnh hưởng như nhau. Các triệu chứng bao gồm yếu các cơ chi gần thân nhất và cơ thắt lưng, bao gồm đùi, hông, vai và cánh tay trên nhưng không đau. Điểm yếu này phát triển dần dần, qua nhiều tuần hoặc nhiều tháng mà không có triệu chứng chấn thương cơ cấp tính. Teo cơ hoặc giảm số lượng cơ có thể gây ấn tượng mạnh. Các dây thần kinh ở tủy cũng có thể bắt đầu bị suy giảm, một tình trạng được gọi là bệnh thần kinh ngoại biên do rượu, có thể khiến người bệnh khó di chuyển hơn.

Cách rượu phá hủy mô cơ vẫn chưa được hiểu rõ. Các cơ chế được đề xuất bao gồm những thay đổi ở màng cơ ảnh hưởng đến việc vận chuyển canxi, kali hoặc các khoáng chất khác; suy giảm chuyên hóa năng lượng cơ bắp; và tổng hợp protein bị suy giảm.

Rượu được chuyển hóa hoặc phân hủy chủ yếu ở gan, với một loạt các phản ứng hóa học trong đó ethanol được chuyển thành axetat. Acetate được chuyển hóa bởi cơ xương và những thay đổi liên quan đến chức năng gan do rượu có thể ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa cơ xương, làm giảm lượng đường trong máu cung cấp cho cơ bắp trong quá trình hoạt động kéo dài. Vì không có đủ đường để cung cấp năng lượng cần thiết nên protein trong cơ có thể bị phân hủy làm nguồn năng lượng thay thế. Tuy nhiên, tác động độc hại lên cơ có thể là kết quả trực tiếp của rượu chứ không phải là sản phẩm phân hủy của rượu.

Mặc dù bệnh lý thần kinh ngoại biên do rượu có thể góp phần gây yếu cơ và teo cơ bằng cách làm tổn thương các dây thần kinh vận động kiểm soát chuyển động của cơ, nhưng bệnh lý thần kinh do rượu thường ảnh hưởng đến các sợi cảm giác hơn.

Tồn thương các sợi này có thể gây ngứa ran hoặc đau rát

ở bàn chân, có thể nghiêm trọng đến mức cần tránh việc đi lại. Khi tình trạng xấu đi, cơn đau giảm đi nhưng cảm giác tê lại tăng lên.

#### **Chẩn đoán Chẩn**

đoán bệnh thần kinh liên quan đến rượu phụ thuộc phần lớn vào việc tìm kiếm các triệu chứng và dấu hiệu đặc trưng ở bệnh nhân lạm dụng rượu. Các nguyên nhân có thể khác cần được loại trừ bằng các xét nghiệm thích hợp, có thể bao gồm hóa học máu, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, MRI não (chụp cộng hưởng từ) hoặc CT (chụp cắt lớp vi tính) và/hoặc phân tích dịch não túy.

Bệnh cơ do rượu cấp tính có thể được chẩn đoán bằng cách tìm thấy myoglobin trong nước tiểu và tăng creatine kinase cũng như các enzyme máu khác được giải phóng từ cơ bị tổn thương. Phẫu thuật cắt bỏ một mảnh cơ nhỏ để phân tích bằng kính hiển vi (sinh thiết cơ) cho thấy sự phân hủy và sửa chữa rải rác của các sợi cơ. Bác sĩ phải loại trừ các nguyên nhân gây gãy cơ mắc phái khác, bao gồm lạm dụng các loại thuốc như heroin, cocaine hoặc amphetamine; chấn thương với vết thương lòng; sự cạn kiệt phốt phat hoặc kali; hoặc một khiếm khuyết tiềm ẩn trong quá trình chuyển hóa carbohydrate hoặc lipid. Trong bệnh cơ do rượu mãn tính, creatine kinase huyết thanh thường bình thường và sinh thiết cơ cho thấy teo cơ hoặc mất các sợi cơ. Điện cơ (EMG) có thể cho thấy các đặc điểm đặc trưng của bệnh cơ do rượu hoặc bệnh lý thần kinh.

#### **Sự đối đãi**

Quản lý cấp tính tình trạng ngộ độc rượu, mè sảng và cai rượu chủ yếu mang tính hỗ trợ, để theo dõi và điều trị bất kỳ bệnh suy tim mạch hoặc suy hô hấp nào có thể phát triển. Trong cơn mè sảng, sốt và đổ mồ hôi có thể cần điều trị mát nước và huyết áp thấp thứ phát. Kích động có thể được điều trị bằng thuốc ben-zodiazepin như chlordiazepoxide, thuốc đối kháng beta-adrenergic như atenolol, hoặc thuốc chủ vận alpha 2-adrenergic như clonidine. Vì hội chứng Wernicke có thể hồi phục nhanh chóng khi dùng thiamine và vì có thể tử vong nếu không dùng thiamine kịp thời, nên tất cả bệnh nhân nhập viện vì biến chứng cấp tính của rượu, cũng như tất cả bệnh nhân mắc bệnh não không rõ nguyên nhân, nên được tiêm thiamine qua đường tĩnh mạch.

Các cơn co giật do cai thường tự khỏi mà không cần điều trị bằng thuốc chống động kinh đặc hiệu, mặc dù tình trạng động kinh (cơn co giật liên tục xảy ra không gián đoạn) cần được điều trị mạnh mẽ. Bệnh cơ do rượu cấp tính kèm theo myoglobin niệu đòi hỏi phải theo dõi và duy trì chức năng thận cũng như điều chỉnh sự mất cân bằng

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Kiêng cữ-Hạn chế sử dụng rượu  
đồ uống.

**Teo cơ-** Sự hao mòn hoặc giảm kích thước của cơ  
hoặc mô khác.

**Tiểu não-** Phần não liên quan đến việc phối hợp vận động,  
đi lại và giữ thăng bằng.

**Thoái hóa-** Mất thần kinh dần dần, tiến triển  
tế bào.

**Mê sảng-** Đột ngột lú lẫn với giảm hoặc  
mức độ dao động của ý thức.

**Mê sảng run rẩy-** Một biến chứng có thể xảy ra  
đi kèm với việc cai rượu. Các triệu chứng  
bao gồm run cơ thể (run rẩy), mất ngủ,  
kích động, nhầm lẫn, nghe thấy giọng nói hoặc nhìn thấy  
những hình ảnh không thực sự có ở đó (ảo giác),  
co giật, tim đập nhanh, đổ mồ hôi nhiều, cao  
huyết áp, sốt.

**Sa sút trí tuệ-** Mất trí nhớ và các chức năng cao cấp khác,  
chẳng hạn như suy nghĩ hoặc nói, kéo dài sáu tháng  
hoặc nhiều hơn.

**Myoglobin niệu-** Nước tiểu màu đỏ do bài tiết  
myoglobin, một sản phẩm phân hủy của cơ.

**Bệnh cơ-** Một chứng rối loạn gây suy yếu cơ  
cơ bắp.

**Bệnh lý thần kinh-** Một tình trạng ánh hưởng đến các dây thần kinh  
cung cấp năng lượng cho cánh tay và chân. Thông thường, bàn chân và  
tay được tham gia đầu tiên. Nếu dây thần kinh cảm giác bị  
hiện tượng tê, ngứa ran và đau là rõ rệt, và nếu có liên  
quan đến dây thần kinh vận động, bệnh nhân sẽ  
trải nghiệm sự yếu đuối.

**Thiamine-** Một loại vitamin B cần thiết cho cơ thể  
xử lý carbohydrate và chất béo. Người nghiện rượu có thể  
bị các biến chứng (bao gồm hội chứng Wernike-Korsakoff)  
do thiếu vitamin này.

**Hội chứng Wernicke-Korsakoff-** Sự kết hợp của  
các triệu chứng, bao gồm các vấn đề về chuyển động của mắt,  
run rẩy và lú lẫn, nguyên nhân là do thiếu  
vitamin B thiamine và có thể thấy ở người nghiện rượu.

trong hóa học máu bao gồm kali, phốt phat và  
mức độ magiê.

Bệnh cơ mẫn tính do rượu và các bệnh mẫn tính khác được  
điều trị bằng cách điều chỉnh chế độ dinh dưỡng liên quan.  
thiếu hụt và duy trì chế độ ăn uống đầy đủ chất đạm  
và carbohydrate. Chìa khóa để điều trị mọi vấn đề liên quan đến rượu  
bệnh đang giúp người bệnh vượt qua cơn nghiện rượu. Các  
biện pháp hành vi và hỗ trợ xã hội có thể được  
cần thiết ở những bệnh nhân phát triển các vấn đề rộng rãi trong  
khả năng tư duy (mất trí nhớ) hoặc duy trì trạng thái lú  
lẩn và mất phương hướng (mê sảng). Những người bị rối loạn  
đi lại có thể được hưởng lợi từ vật lý trị liệu và  
thiết bị hỗ trợ. Các bác sĩ cũng có thể kê đơn thuốc để  
điều trị cơn đau liên quan đến bệnh lý thần kinh ngoại biên.

**Tiên lượng**

Phục hồi hoàn toàn hội chứng Wernicke có thể  
theo dõi việc sử dụng thiamine ngay lập tức. Tuy nhiên,  
các đợt bệnh não lặp đi lặp lại hoặc lạm dụng rượu kéo dài  
có thể gây ra chứng mất trí nhớ dai dẳng hoặc Korsakoff  
rối loạn tâm thần. Hầu hết bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau bệnh cơ do  
rượu cấp tính trong vòng vài ngày đến vài tuần, nhưng những trường hợp nặng  
có thể gây tử vong do suy thận cấp và rối loạn  
nhịp tim thứ phát do tăng nồng độ kali.  
Phục hồi từ bệnh cơ do rượu mẫn tính có thể xảy ra

trong nhiều tuần đến nhiều tháng kiêng rượu và  
khắc phục tình trạng suy dinh dưỡng. Thoái hóa tiểu não và  
bệnh thần kinh do rượu cũng có thể cải thiện ở một mức độ nào đó  
bằng việc kiêng khem và ăn uống cân bằng, tùy thuộc vào  
mức độ nghiêm trọng và thời gian của tình trạng này.

**Phòng ngừa**

Phòng bệnh đòi hỏi phải kiêng rượu. Những người tiêu  
thụ lượng rượu ít hoặc vừa phải  
về mặt lý thuyết có thể giúp ngăn ngừa các biến chứng dinh dưỡng  
do sử dụng rượu bằng cách bổ sung trong chế độ ăn uống bao gồm  
Vitamin B. Tuy nhiên, dinh dưỡng hợp lý không thể bảo vệ  
chống lại tác dụng độc hại trực tiếp của rượu hoặc các sản phẩm  
phân hủy của rượu. Bệnh nhân có bất kỳ triệu chứng hoặc tình  
trạng nào liên quan đến rượu, phụ nữ có thai và bệnh nhân mắc bệnh  
bệnh gan hoặc thần kinh nên kiêng hoàn toàn.  
Những người có tiền sử gia đình nghiện rượu hoặc các tình  
trạng liên quan đến rượu cũng có thể có nguy cơ cao bị biến  
chứng thần kinh do sử dụng rượu.

**Tài nguyên****ĐỊNH KỲ**

Diamond, I., và RO Messing. "Tác dụng thần kinh của Alco-  
chủ nghĩa toàn diện." Tạp chí Y học Phương Tây 161 (1994): 279-87.

Neiman, J., và cộng sự. "Rối loạn vận động ở người nghiện rượu: A ôn tập." Thần kinh học 40 (1990): 741-6.

Saitz, R. "Điều trị cai rượu theo cá nhân. MỘT thử nghiệm mù đôi ngẫu nhiên có đối chứng." Tạp chí của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ 272 (1994): 557-8.

Victor, M. "Chứng mất trí nhớ do rượu." Tạp chí khoa học thần kinh-logic Candian 21 (1994): 88-99.

**TÔ CHỨC**

Viện quốc gia về lạm dụng rượu và nghiên cứu rượu. 6000

Đại lộ Executive, Tòa nhà Willco, Bethesda, MD  
20892-7003. <http://silk.nih.gov/silk/niaaa1>.

Laurie Barclay, MD

**Lạm dụng rượu xem Nghiên cứu rượu****Nghiên cứu xem Nghiên cứu rượu****Cai rượu xem cai rượu****hội chứng****Bệnh tiêu não do rượu xem Rượu-****bệnh thần kinh liên quan****Viêm gan do rượu xem Viêm gan do rượu****Xem bệnh của người làm vườn hoa hồng do rượu****Bệnh túi bào tử**

viêm và kích ứng, các vấn đề cấp tính và mãn tính với tuyến tụy, lượng đường trong máu thấp, hàm lượng mỡ trong máu cao, ảnh hưởng đến khả năng sinh sản và xương yếu.

Ở mức độ cá nhân, chứng nghiện rượu dẫn đến hậu quả hôn nhân và những khó khăn khác trong mối quan hệ, trầm cảm, thất nghiệp, lạm dụng trẻ em và rối loạn chức năng chung của gia đình.

Nghiện rượu gây ra hoặc góp phần vào nhiều vấn đề khác nhau các vấn đề xã hội nghiêm trọng bao gồm tình trạng vô gia cư, giết người, tự tử, thương tích và tội phạm bạo lực. Rượu là yếu tố góp phần gây ra ít nhất 50% tổng số ca tử vong do tai nạn xe cơ giới.

Trên thực tế, mỗi năm có khoảng 100.000 ca tử vong năm do ảnh hưởng của rượu, trong đó 50% là do

tới những vết thương nào đó. Theo một thông tin đặc biệt gần đây báo cáo do Quốc hội chuẩn bị cho Quốc hội Hoa Kỳ

Viện lạm dụng rượu và nghiên cứu rượu, tác động

của rượu đối với xã hội, bao gồm bạo lực, tai nạn giao thông,

giảm năng suất lao động và tử vong sớm, chi phí

đất nước chúng ta ước tính khoảng 185 tỷ USD hàng năm. Ngoài ra,

người ta ước tính rằng khoảng 1/4 trẻ em (19 triệu trẻ em hoặc

29% trẻ em dưới 1 tuổi)

17 tuổi) đôi khi có nguy cơ bị lạm dụng rượu trong gia đình, nghiên cứu hoặc cả hai. Hơn nữa, nó

người ta ước tính rằng khoảng 18%

người lớn trải qua một giai đoạn lạm dụng hoặc lạm dụng rượu một thời gian nào đó trong cuộc đời của họ.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

Có lẽ có một số yếu tố có tác dụng cùng nhau khiến một người trở thành người nghiện rượu. Các nghiên cứu di truyền gần đây đã chứng minh rằng họ hàng gần của người nghiện rượu có nguy cơ mắc bệnh cao gấp bốn lần. Chính họ trở thành người nghiện rượu. Hơn nữa, rủi ro này đúng ngay cả với những đứa trẻ được nhận làm con nuôi từ gia đình ruột thịt của họ khi sinh ra và lớn lên trong một gia đình nhận nuôi không nghiện rượu, không có kiến thức về khó khăn của gia đình ruột thịt của họ với rượu. Hơn nghiên cứu đang được tiến hành để xác định xem liệu các yếu tố di truyền có thể giải thích sự khác biệt trong quá trình chuyển hóa rượu có thể làm tăng nguy cơ một cá nhân trở thành người nghiện rượu hay không.

Các triệu chứng nghiện rượu có thể được chia nhỏ thành hai loại chính: triệu chứng của rượu cấp tính sử dụng và các triệu chứng của việc sử dụng rượu lâu dài.

**Tác động tức thời (cấp tính) của việc sử dụng rượu**

Rượu có tác dụng gây trầm cảm lên não. Các hàng rào máu não không ngăn được rượu vào não nên nồng độ cồn trong não sẽ nhanh chóng trở nên tương đương với nồng độ cồn trong máu. Rượu tác dụng trầm cảm dẫn đến đi lại khó khăn, mất thăng bằng, nói ngọng và nói chung là khả năng phối hợp kém.

**Chứng nghiện rượu****Sự định nghĩa**

Đặc điểm cơ bản của lạm dụng rượu là việc sử dụng rượu không thích hợp với tần suất tái phát và đáng kể. Hậu quả bất lợi liên quan đến việc sử dụng nó nhiều lần. Nghiện rượu là thuật ngữ phổ biến cho hai chứng rối loạn, chứng nghiện rượu lạm dụng và nghiện rượu. Dấu hiệu của cả hai những rối loạn này liên quan đến các vấn đề lặp đi lặp lại trong cuộc sống và có thể trực tiếp đến việc sử dụng rượu. Cả hai chứng rối loạn này đều có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng, ảnh hưởng đến sức khỏe và cuộc sống cá nhân của một cá nhân, cũng như ảnh hưởng đến về xã hội nói chung.

**Sự miêu tả**

Ảnh hưởng của chứng nghiện rượu khá sâu rộng. Rượu ảnh hưởng đến mọi hệ thống cơ thể, gây ra nhiều bệnh của các vấn đề sức khỏe. Một số vấn đề như vậy bao gồm người nghèo dinh dưỡng, rối loạn trí nhớ, khó giữ thăng bằng và đi bộ, bệnh gan (bao gồm xơ gan và viêm gan), huyết áp cao, yếu cơ (bao gồm cả tim), rối loạn nhịp tim, thiếu máu, rối loạn đông máu, giảm khả năng miễn dịch đối với nhiễm trùng, rối loạn tiêu hóa

(một phần làm tăng khả năng chấn thương). Người bị ảnh hưởng cũng có thể bị suy giảm thị lực ngoại vi. Ở nồng độ cao hơn, nhịp thở và nhịp tim của một người sẽ chậm lại và có thể xảy ra tình trạng nôn mửa (có nguy cơ cao chất nôn sẽ được hít vào phổi, dẫn đến các vấn đề nghiêm trọng, bao gồm cả khả năng bị viêm phổi). Nồng độ cao hơn nữa có thể dẫn đến hôn mê và tử vong.

#### Ảnh hưởng của chứng nghiện rượu lâu dài (mẫn tính)

Sử dụng rượu lâu dài ảnh hưởng đến hầu hết mọi hệ thống cơ quan của cơ thể:

- Hệ thần kinh. Ước tính có khoảng 30-40% nam giới ở độ tuổi thiếu niên và hai mươi đã từng bị ngất do rượu, xảy ra khi uống một lượng lớn rượu dẫn đến mất trí nhớ về thời gian xung quanh thời điểm uống rượu. Rượu được biết đến là nguyên nhân gây rối loạn giấc ngủ, do đó chất lượng giấc ngủ nói chung bị ảnh hưởng. Tê và ngứa ran có thể xảy ra ở cánh tay và chân. Hai hội chứng có thể xảy ra cùng nhau hoặc riêng biệt được gọi là hội chứng Wernicke và Korsakoff. Cả hai đều là do nồng độ thiamine (một dạng phức hợp vitamin B) thấp ở người nghiện rượu. Hội chứng Wernicke dẫn đến rối loạn chuyển động của mắt, mắt thẳng bằng rất kém và di lại khó khăn, trong khi hội chứng Korsakoff ảnh hưởng nghiêm trọng đến trí nhớ của một người, ngăn cản việc học hỏi mới diễn ra.

- Hệ tiêu hóa. Rượu làm lỏng vòng cơ ngăn cản chất chứa trong dạ dày quay trở lại thực quản. Vì vậy, axit từ dạ dày chảy ngược vào thực quản, đốt cháy các mô dó, gây đau và chảy máu. Viêm dạ dày cũng có thể dẫn đến chảy máu, đau và giảm ham muốn ăn uống. Nguyên nhân chính gây chảy máu nghiêm trọng, không kiểm soát được (xuất huyết) ở người nghiện rượu là sự phát triển của các mạch máu giãn nở trong thực quản, được gọi là giãn tĩnh mạch thực quản. Những tĩnh mạch này thực sự được phát triển để đáp ứng với bệnh gan và rất dễ bị vỡ và xuất huyết.

Tiêu chảy là triệu chứng thường gặp do rượu tác động lên tuyến tụy.

Ngoài ra, viêm tuyến tụy (viêm tụy) là một vấn đề nghiêm trọng và đau đớn ở người nghiện rượu. Trong suốt đường ruột, rượu cản trở quá trình hấp thụ chất dinh dưỡng, tạo ra tình trạng suy dinh dưỡng. Bởi vì rượu được phân hủy (chuyển hóa) trong gan nên cơ quan đó bị ảnh hưởng nghiêm trọng bởi nồng độ rượu liên tục. Rượu can thiệp vào một số quá trình hóa học quan trọng cũng xảy ra ở gan. Gan bắt đầu to ra và chứa đầy mỡ (gan nhiễm mỡ), sẹo xơ

mô cản trở cấu trúc và chức năng bình thường của gan (xơ gan) và gan có thể bị viêm (viêm gan).

- Máu. Rượu có thể gây ra những thay đổi đối với tất cả các loại tế bào máu. Các tế bào hồng cầu trở nên lớn bất thường. Các tế bào bạch cầu (quan trọng để chống nhiễm trùng) giảm số lượng, dẫn đến hệ thống miễn dịch suy yếu. Điều này khiến người nghiện rượu có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn và được cho là một phần nguyên nhân làm tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư mà người nghiện rượu phải đối mặt (tăng gấp 10 lần so với bình thường). Tiêu cầu và các yếu tố đông máu bị ảnh hưởng, làm tăng nguy cơ chảy máu.

- Trái tim. Một lượng nhỏ rượu có thể làm giảm huyết áp, nhưng khi sử dụng nhiều, rượu bắt đầu làm tăng huyết áp đến mức nguy hiểm. Lượng chất béo lưu thông trong máu cao làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim. Uống nhiều rượu dẫn đến tăng kích thước tim, suy yếu cơ tim, nhịp tim bất thường, nguy cơ hình thành cục máu đông trong buồng tim và tăng nguy cơ đột quỵ (do cục máu đông từ tim di vào). Hệ thống tuần hoàn, đi lên não và làm tắc nghẽn mạch máu não).

- Hệ thống sinh sản. Uống nhiều rượu có tác động tiêu cực đến khả năng sinh sản ở cả nam và nữ, do làm giảm kích thước tinh hoàn và buồng trứng, đồng thời cản trở quá trình sản xuất tinh trùng và trứng. Khi người phụ nữ nghiện rượu mang thai, đứa trẻ có nguy cơ cao sinh ra mắc hội chứng rượu bào thai, gây ra các khuyết tật đặc biệt trên khuôn mặt, chỉ số IQ thấp và các vấn đề về hành vi.

## Chẩn đoán

Hai loại khó khăn khác nhau liên quan đến rượu đã được xác định. Đầu tiên được gọi là nghiện rượu, dùng để chỉ một người thực sự phụ thuộc vào việc sử dụng rượu. Ba trong số những đặc điểm sau đây phải có để chẩn đoán chứng nghiện rượu:

- khoan dung, nghĩa là một người trở nên quen với một lượng rượu cụ thể và phải tăng liều lượng để đạt được hiệu quả mong muốn
- hội chứng cai rượu, nghĩa là một người gặp phải các triệu chứng khó chịu về thể chất và tâm lý khi họ không uống rượu
- xu hướng uống nhiều rượu hơn dự định (một khi người nghiện rượu bắt đầu uống rượu, họ sẽ khó dừng lại)
- không thể tránh uống rượu hoặc ngừng uống rượu một lần đã bắt đầu

## Triệu chứng phụ thuộc vào rượu đồng

Càng thẳng tắp lý biếu hiện bằng các triệu chứng như lo lắng, hung hăng, chán ăn tâm thần, ăn vô độ, trầm cảm, mất ngủ, hiếu động thái quá và có xu hướng tự sát.

Bệnh tâm lý (bệnh không có cơ sở sinh học và sẽ khởi sau khi hết nghiện rượu)

Bạo lực gia đình hoặc bạo bê

Nghiện rượu hoặc lạm dụng ma túy khác

- dành nhiều thời gian cho việc sử dụng rượu
- chọn uống rượu gây thiệt hại cho những việc quan trọng khác nhiệm vụ hoặc hoạt động
- uống rượu bất chấp bằng chứng về tác động tiêu cực đối với sức khỏe của một người sức khỏe, các mối quan hệ, giáo dục hoặc công việc

Lạm dụng rượu đòi hỏi một trong bốn điều sau đây tiêu chí được đáp ứng. Vì uống rượu, một người liên tục:

- không thực hiện được trách nhiệm quan trọng nhất của mình quan hệ
  - gây nguy hiểm về thể chất cho bản thân họ hoặc người khác (ví dụ: uống rượu khi lái xe)
  - gặp rắc rối với pháp luật
  - gặp khó khăn trong các mối quan hệ hoặc công việc
- Việc chẩn đoán đôi khi được thực hiện khi gia đình các thành viên kêu gọi sự chú ý đến những khó khăn của người nghiện rượu của một bác sĩ. Bác sĩ lâm sàng có thể bắt đầu nghi ngờ khi bệnh nhân bị chấn thương lặp đi lặp lại hoặc bắt đầu gặp các vấn đề y tế liên quan đến việc sử dụng rượu. Trên thực tế, một số ước tính cho thấy rằng khoảng 20% bệnh nhân của bác sĩ sẽ nghiện rượu.

Chẩn đoán được hỗ trợ bằng cách thực hiện các đánh giá tâm lý cụ thể nhằm củng cố xác định những khía cạnh nào của cuộc sống của một người có thể bị ảnh hưởng bởi việc sử dụng rượu của họ. Việc xác định chính xác lượng rượu mà một người uống ít quan trọng hơn nhiều so với việc xác định việc uống rượu của họ ảnh hưởng như thế nào đến các mối quan hệ, công việc, mục tiêu học tập và cuộc sống gia đình. Trên thực tế, do quá trình trao đổi chất của rượu (cách cơ thể phân hủy và xử lý rượu) rất riêng biệt nên lượng rượu tiêu thụ cũng không nằm trong danh sách tiêu chí để chẩn đoán.

nghiện rượu hoặc lạm dụng rượu.

Một công cụ rất đơn giản để bắt đầu chẩn đoán bệnh nghiện rượu được gọi là bảng câu hỏi CAGE. Nó bao gồm bốn câu hỏi, với các chữ cái đầu tiên của mỗi từ khóa đánh vần từ CAGE:

- Bạn đã bao giờ thử Cắt giảm việc uống rượu của mình chưa?
- Bạn đã bao giờ khó chịu vì nhận xét của ai chưa về việc uống rượu của bạn?
- Bạn có bao giờ cảm thấy tội lỗi về việc uống rượu của mình không?

- Bạn có bao giờ cần Eye-opener (một thức uống buổi sáng của rượu) để bắt đầu ngày mới?)

Ngoài ra còn có danh sách câu hỏi dài hơn nhằm giúp xác định mức độ nghiêm trọng và ảnh hưởng của việc sử dụng rượu của một người. Dựa trên nghiên cứu gần đây chỉ ra cơ sở di truyền đối với chứng nghiện rượu, điều quan trọng là phải xác định xem liệu bất kỳ ai khác trong gia đình người đó đã từng phải chịu đựng khỏi chứng nghiện rượu.

Khám thực thể có thể tiết lộ các dấu hiệu gợi ý chứng nghiện rượu: bằng chứng về những vết thương cũ; một mạng lưới có thể nhìn thấy tĩnh mạch mở rộng ngay dưới da xung quanh rốn (gọi là caput medusae); dịch trong bụng (cổ trường); tông màu vàng cho da; giảm kích thước tinh hoàn ở đàn ông; và tình trạng dinh dưỡng kém. Công việc trong phòng thí nghiệm có thể tiết lộ một tăng kích thước của các tế bào hồng cầu; bất thường trong các tế bào bạch cầu (tế bào chịu trách nhiệm chống lại nhiễm trùng) và tiểu cầu (các hạt chịu trách nhiệm đông máu); và sự gia tăng một số men gan.

### Sự đổi mới

Điều trị chứng nghiện rượu có hai phần. Bước đầu tiên trong việc điều trị chứng nghiện rượu, được gọi là giải độc, liên quan đến việc giúp đỡ người đó ngừng uống rượu và loại bỏ hoặc cơ thể cõi ấy bị tác hại (độc hại) của rượu.

Vì cơ thể con người đã quen với rượu, người đó sẽ cần được hỗ trợ thông qua rút tiền. Việc rút tiền sẽ khác nhau đối với các trường hợp khác nhau bệnh nhân, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của chứng nghiện rượu, như được đo bằng lượng rượu uống hàng ngày và thời gian bệnh nhân nghiện rượu. Các triệu chứng cai nghiện có thể từ nhẹ đến đe dọa tính mạng.

Các triệu chứng cai thuốc nhẹ bao gồm buồn nôn, đau nhức, tiêu chảy, khó ngủ, đổ mồ hôi, lo lắng và run rẩy. Giai đoạn này thường kết thúc sau khoảng ba đến năm

ngày. Những tác động nghiêm trọng hơn của việc cai nghiện có thể bao gồm ảo giác (trong đó bệnh nhân nhìn, nghe hoặc cảm thấy điều gì đó không thực sự có thật), co giật, cảm giác không thể chịu đựng được thèm rượu, lú lẫn, sốt, nhịp tim nhanh, huyết áp cao và mê sảng (mức độ dao động của ý thức). Bệnh nhân có nguy cơ cao nhất bị bệnh nặng nhất các triệu chứng cai nghiện (gọi tắt là cơn mê sảng) là những người có các vấn đề y tế khác, bao gồm suy dinh dưỡng, bệnh gan hoặc hội chứng Wernicke. mê sảng

xun rầy thường bắt đầu khoảng ba đến năm ngày sau khi lần uống cuối cùng của bệnh nhân, tiến triển từ các triệu chứng nhẹ đến nặng hơn và có thể kéo dài một vài ngày.

Những bệnh nhân chỉ trải qua quá trình cai nghiện nhẹ sẽ được theo dõi cẩn thận một cách đơn giản để đảm bảo rằng tình trạng cai nghiện nặng hơn sẽ được thực hiện. Các triệu chứng không phát triển. Không cần dùng thuốc, Tuy nhiên, Điều trị bệnh nhân bị bệnh nặng hơn tác dụng của việc cai nghiện có thể đòi hỏi phải sử dụng thuốc an thần để giảm bớt sự khó chịu khi cai thuốc và để tránh các biến chứng nguy hiểm đến tính mạng do cao huyết áp, nhịp tim nhanh và co giật. Thuốc gọi là các thuốc benzodiazepin rất hữu ích ở những bệnh nhân bị khòi ảo giác. Vì bệnh nhân buồn nôn, chất lỏng có thể cần được truyền qua tĩnh mạch (tiêm tĩnh mạch), đọc theo với một số đường và muối cần thiết. Điều quan trọng là phải đưa thiamine vào trong chất lỏng, vì thiamine thường khá thấp ở bệnh nhân nghiện rượu và thiếu thiamine chịu trách nhiệm về hội chứng Wernicke-Korsakoff.

Sau khi hoàn thành việc cai rượu, các bước tiếp theo liên quan đến việc giúp bệnh nhân tránh uống một loại đồ uống khác. Giai đoạn điều trị này được đề cập như phục hồi chức năng. Các chương trình tốt nhất kết hợp các gia đình tham gia trị liệu, vì gia đình chắc chắn đã bị ảnh hưởng nặng nề do việc bệnh nhân uống rượu. Một số nhà trị liệu tin rằng các thành viên trong gia đình, trong nỗ lực để giải quyết vấn đề uống rượu của người thân, đôi khi phát triển những kiểu hành vi vô tình ủng hộ hoặc "tạo điều kiện" cho việc uống rượu của bệnh nhân. Tình trạng này là được gọi là "sự đồng phục thuộc" và phải được giải quyết trong để điều trị thành công chứng nghiện rượu của một người.

Các buổi học do đồng nghiệp hướng dẫn, nơi phục hồi người nghiện rượu gặp gỡ thường xuyên và hỗ trợ lẫn nhau phục hồi, được coi là một trong những phương pháp tốt nhất để ngăn chặn việc quay trở lại uống rượu (tái nghiện). Có lẽ nhóm nổi tiếng nhất như vậy được gọi là Người nghiện rượu Anonymous sử dụng mô hình "12 bước" để giúp mọi người tránh uống rượu. Các bước này liên quan đến việc nhận biết sức mạnh hủy diệt mà rượu đã gây ra đối với cuộc sống của người nghiện rượu, tìm kiếm một sức mạnh cao hơn để được giúp đỡ khắc phục vấn đề và suy ngẫm về những cách giải quyết. rằng việc sử dụng rượu đã làm tổn thương người khác và nếu có thể thì đền bù cho những người đó. Theo một nghiên cứu gần đây được báo cáo bởi American Psychological Hiệp hội (APA), bất kỳ ai, bất kể người đó niềm tin tôn giáo hoặc thiếu niềm tin tôn giáo, có thể mang lại lợi ích từ việc tham gia vào các chương trình 12 bước như Người nghiện ẩn danh (AA) hoặc Người nghiện ma túy ẩn danh (NA). Số lần tham gia nhóm tự lực 12 bước vượt quá số lần đến thăm tất cả các chuyên gia sức khỏe tâm thần cộng lại.

Ngoài ra còn có những loại thuốc có thể giúp người nghiện rượu tránh quay lại uống rượu. Những thứ này đã được sử dụng

với sự thành công khác nhau. Disulfiram (Antabuse) là thuốc khi trộn với rượu sẽ gây ra phản ứng khó chịu bao gồm buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy và xun rẩy.

Naltrexone, cùng với một hợp chất tương tự, Nalmefene, có thể hữu ích trong việc hạn chế tác động của tái phát. Acamprosate có tác dụng ngăn ngừa tái phát. Không có cái nào trong số này thuốc sẽ hữu ích trừ khi bệnh nhân cũng sẵn sàng làm việc rất chăm chỉ để thay đổi hành vi của mình.

## Điều trị thay thế

Các phương pháp điều trị thay thế có thể là một sự hỗ trợ hữu ích cho bệnh nhân nghiện rượu, tung là mối nguy hiểm y tế của việc cai nghiện đã đạt. Bởi vì nhiều người nghiện rượu rất cảng thẳng mạng sống (dù là do hay dẫn đến chứng nghiện rượu) đôi khi là một vấn đề tranh luận), nhiều phương pháp điều trị chứng nghiện rượu liên quan đến việc giải quyết và giảm bớt cảng thẳng. Những cái này bao gồm xoa bóp, thiền và liệu pháp thôi miên. Các tình trạng suy dinh dưỡng do sử dụng rượu lâu dài được giải quyết bởi những người thực hiện định hướng dinh dưỡng với sự quan tâm cẩn thận đến một chế độ ăn uống lành mạnh và sử dụng các chất bổ sung dinh dưỡng như vitamin A, B phức hợp và C, cũng như một số chất béo axit, axit amin, kẽm, magiê và selen. Thảo dược phương pháp điều trị bao gồm cây kế sữa (Silybum marianum), được cho là có tác dụng bảo vệ gan khỏi bị hư hại. Các loại thảo mộc khác được cho là hữu ích cho bệnh nhân đang phải chịu đựng rút tiền. Một số trong số này bao gồm hoa oải hương (Lavandula officinalis), Skullcap (Scutellaria Lateriflora), hoa cúc (Matricaria recutita), bạc hà (Mentha piperita) cỏ thi (Achillea millefolium) và cây nữ lang (Valeriana chính thức). Châm cứu được cho là có thể làm giảm triệu chứng cai thuốc và giúp cải thiện tình trạng của bệnh nhân cơ hội tiếp tục hồi phục sau cơn nghiện rượu.

## Tiêu lượng

Phục hồi sau chứng nghiện rượu là một quá trình lâu dài. TRONG Trên thực tế, những người từng mắc chứng nghiện rượu được khuyến khích coi mình mãi mãi là "người nghiện rượu đang hồi phục", chưa bao giờ là người nghiện rượu đã khỏi bệnh. Điều này là do hầu hết các nhà nghiên cứu trong lĩnh vực này tin rằng vì tiềm năng Nghiện rượu vẫn là một phần sinh học của cá nhân và cấu trúc tâm lý, người ta không bao giờ có thể hồi phục hoàn toàn sau chứng nghiện rượu. Khả năng tái phát (trở lại bệnh) luôn ở đó và phải được thừa nhận và tôn trọng. Thống kê cho thấy, trong số những người nghiện rượu thuộc tầng lớp trung lưu ở tình hình tài chính và gia đình ổn định, những người đã trải qua điều trị, 60% hoặc hơn có thể thành công khi có gắng ngừng uống rượu ít nhất một năm và nhiều lần suốt đời.

## Phòng ngừa

Phòng ngừa phải bắt đầu ở độ tuổi tương đối trẻ kể từ lần đầu tiên bị say (say rượu) thường

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Hàng rào máu não—Một mạng lưới các mạch máu được đặc trưng bởi các tế bào có khoảng cách gần nhau nhằm chặn nhiều chất có khả năng gây độc hại xâm nhập vào thành mạch máu để đi vào não. Rượu có thể vượt qua rào cản này.

**Giải độc—**Giai đoạn điều trị trong đó bệnh nhân ngừng uống rượu và được theo dõi và chăm sóc trong quá trình cai rượu.

Tái phát—Sự quay trở lại trạng thái bệnh tật sau khi quá trình hồi phục dưỡng như đang diễn ra; trong chứng nghiện rượu, tái nghiện là việc bệnh nhân bắt đầu uống rượu trở lại sau một thời gian tránh uống rượu.

Dung nạp—Một hiện tượng trong đó người uống trở nên quen với một lượng rượu cụ thể và yêu cầu số lượng ngày càng tăng để có được tác dụng tương tự.

Hội chứng cai—Những dấu hiệu và triệu chứng mà một người đã trải qua, trở nên phụ thuộc về mặt thể chất vào một loại thuốc, trải qua khi giảm liều lượng thuốc hoặc ngừng sử dụng.

đồng minh xảy ra trong những năm thiếu niên. Điều đặc biệt quan trọng là thanh thiếu niên có nguy cơ nghiện rượu cao—những người có tiền sử gia đình nghiện rượu, sử dụng rượu sớm hoặc thường xuyên, có xu hướng uống rượu đến mức say rượu, sử dụng rượu gây cản trở việc học ở trường, gia đình nghèo, môi trường hoặc có tiền sử bạo lực gia đình—được giáo dục về rượu và những ảnh hưởng lâu dài của nó. Làm thế nào để đạt được điều này một cách tốt nhất mà không làm trẻ khó chịu và do đó làm mất đi sự chú ý của chúng, là chủ đề đang tiếp tục được tranh luận và nghiên cứu.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ. Cẩm nang chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần. tái bản lần thứ 4. Washington, DC: Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, 1994.

Viện quốc gia về lạm dụng rượu và nghiện rượu. Báo cáo đặc biệt lần thứ 10 gửi Quốc hội Hoa Kỳ về Rượu và Sức khỏe. Viện Y tế Quốc gia, 2000.

Schuckit, Marc A. "Rượu và nghiện rượu." Ở Harrison

Nguyên tắc của Nội khoa. Ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1998.

#### ĐỊNH KÝ

Mattas-Curry, L. "Chương trình tự lực 12 bước đã chứng tỏ thành công hoàn toàn bắt kè nền tảng tôn giáo của người tham gia, nghiên cứu

gợi ý." Giám sát APA trực tuyến. tập 30, số 11, tháng 12 năm 1999. <<http://www.apa.org/monitor/>>.

#### TỔ CHỨC

Al-Anon, Alanon Family Group, Inc. PO Box 862, Ga Midtown, New York, NY 10018-0862. (800)356-9996. <<http://www.recovery.org/aa>>.

Người nghiện rượu ẩn danh. Nhà ga Grand Central, Ô 459, Mới York, NY 10163. <<http://www.alcoholics-anonymous.org>>.

Liên minh quốc gia về nghiện rượu và phụ thuộc vào ma túy, Inc. 12 West 21st St., New York, NY 10010. (212)206-6770.

Cơ quan thanh toán bù trừ quốc gia về thông tin rượu và ma túy. <<http://www.health.org>>.

Viện Quốc gia về Lạm dụng Rượu và Nghiện rượu (NIAAA) 6000 Đại lộ Điều hành, Bethesda, Maryland 20892-7003. <<http://www.niaaa.nih.gov>>.

Bill Asenjo, MS, CRC

ALD xem Bệnh loạn dưỡng tuyển thương thận

### Xét nghiệm Aldolase

#### Sự định nghĩa

Aldolase là một loại enzyme được tìm thấy khắp cơ thể, đặc biệt là ở cơ bắp. Giống như tất cả các enzyme, nó cần thiết để kích hoạt các phản ứng hóa học cụ thể. Aldolase giúp cơ chuyển hóa đường thành năng lượng. Xét nghiệm aldolase được thực hiện để chẩn đoán và theo dõi các bệnh về cơ xương.

#### Mục đích

##### Bệnh cơ xương làm tăng mức độ aldolase

được tìm thấy trong máu của một người. Cơ xương là những cơ gắn liền với xương và có sự co bóp tạo nên những xương đó di chuyển. Khi cơ bắp bị bệnh hoặc

bị tổn thương, chẳng hạn như chứng loạn dưỡng cơ, các tế bào bị thoái hóa và vỡ ra. Nội dung của tế bào, bao gồm cả aldolase, tràn vào máu. Đo lường aldolase trong máu cho thấy mức độ tổn thương cơ.

Khi cơ tiếp tục xấu đi, nồng độ aldolase giảm và cuối cùng giảm xuống dưới mức bình thường. Ít cơ hơn có nghĩa là ít tế bào hơn và ít aldolase hơn.

Yếu cơ có thể do các vấn đề về thần kinh cũng như cơ bắp. Việc đo nồng độ aldolase có thể giúp xác định nguyên nhân. Nồng độ aldolase sẽ bình thường khi yếu cơ do bệnh thần kinh, chẳng hạn như bệnh bại liệt hoặc bệnh đa xơ cứng, nhưng nồng độ aldolase sẽ tăng cao trong các trường hợp mắc bệnh về cơ, chẳng hạn như chứng loạn dưỡng cơ.

Aldolase cũng được tìm thấy ở gan và cơ tim. Tỷ lệ thường hoặc bệnh tật ở các cơ quan này, chẳng hạn như viêm gan mãn tính hoặc đau tim, cũng sẽ làm tăng nồng độ aldolase trong máu, nhưng ở mức độ thấp hơn.

#### Sự miêu tả

Aldolase được đo bằng cách trộn huyết thanh của một người với một chất mà aldolase được biết là gây ra phản ứng. Sản phẩm cuối cùng của phản ứng này được đo và từ phép đo đó, lượng aldolase trong huyết thanh của người đó được xác định.

Xét nghiệm được bảo hiểm chi trả khi có vấn đề về mặt y tế cần thiết. Kết quả thường có vào ngày hôm sau.

#### Sự chuẩn bị

Để lấy 5-10 ml máu cần thiết cho xét nghiệm này, nhân viên y tế buộc dây garô vào cánh tay trên của bệnh nhân, xác định tĩnh mạch ở vùng trong khuỷu tay và đâm kim vào tĩnh mạch đó. Hành động chân không hút máu qua kim vào một ống kèm theo. Việc thu thập mẫu chỉ mất vài phút.

Bệnh nhân nên tránh tập thể dục gắng sức và không ăn uống gì, ngoại trừ nước, trong vòng 8 đến 10 giờ trước khi xét nghiệm.

#### Chăm sóc sau

Cảm giác khó chịu hoặc bầm tím có thể xảy ra ở vị trí đâm thủng và người bệnh có thể cảm thấy chóng mặt hoặc ngất xỉu. Áp lực lên vị trí đâm thủng cho đến khi máu ngừng chảy sẽ làm giảm vết bầm tím. Chườm ấm vào vị trí đâm thủng sẽ làm giảm bớt sự khó chịu.

#### Kết quả bình thường

Trẻ sơ sinh có mức độ aldolase bình thường cao nhất và người lớn có mức độ thấp nhất. Giá trị bình thường sẽ thay đổi tùy theo phòng thí nghiệm và phương pháp được sử dụng.

#### Kết quả bất thường

Như đã lưu ý, aldolase tăng cao trong các bệnh về cơ xương, chẳng hạn như chứng loạn dưỡng cơ. Bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne, loại bệnh loạn dưỡng cơ phổ biến nhất, sẽ làm tăng mức độ aldolase nhiều hơn bất kỳ bệnh nào khác.

Các tình trạng không phải bệnh lý ảnh hưởng đến cơ, chẳng hạn như chấn thương, hoại thư hoặc nhiễm trùng, cũng có thể làm tăng mức độ aldolase. Ngoài ra, tập thể dục vất vả có thể tạm thời làm tăng mức độ aldolase của một người.

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Aldolase**—Một loại enzyme, được tìm thấy chủ yếu trong cơ, giúp chuyển hóa đường thành năng lượng.

**Enzyme**—Một chất cần thiết để kích hoạt các phản ứng hóa học cụ thể.

**Thần kinh**—Liên quan đến hệ thần kinh-

**tem**—Cơ xương —Cơ được kết nối và cần thiết cho sự chuyển động của xương.

Một số loại thuốc có thể làm tăng mức độ aldolase, trong khi những loại khác có thể làm giảm mức độ này. Để giải thích ý nghĩa của kết quả xét nghiệm aldolase, bác sĩ sẽ đánh giá kết quả, các triệu chứng lâm sàng của người đó và các xét nghiệm khác cụ thể hơn về tổn thương cơ và bệnh tật.

#### Tài nguyên

##### SÁCH HƯỚNG

dẫn xét nghiệm và chẩn đoán trong phòng thí nghiệm. tái bản lần thứ 5. Ed. Cá hồi Francis. Philadelphia: Lippincott, 1996.

Garza Diana và Kathleen Bevan-McBride. phẫu thuật cắt bỏ tĩnh mạch sô tay. tái bản lần thứ 4. Stamford: Appleton & Lange, 1996.

Henry, John B., chủ biên. Chẩn đoán và quản lý lâm sàng bằng phương pháp xét nghiệm. tái bản lần thứ 19 Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.

Phòng thí nghiệm y tế Mayo. Sô tay diễn giải.

Rochester, MN: Phòng thí nghiệm y tế Mayo, 1997.

Nancy J. Nordenson

#### Xét nghiệm Aldosterone

##### Sự định nghĩa

Xét nghiệm này đo mức độ aldosterone, một loại hormone được sản xuất bởi phần bên ngoài (vỏ não) của hai tuyến thượng thận, cơ quan nằm trên mỗi quả thận. Aldosterone điều chỉnh lượng natri và kali trong máu. Điều này giúp duy trì cân bằng nước và lượng máu, từ đó ảnh hưởng đến huyết áp.

##### Mục đích

Đo Aldosterone rất hữu ích trong việc phát hiện một tình trạng gọi là cường aldosteron, nguyên nhân là do tuyến thượng thận tiết ra quá nhiều hormone.

Có hai loại cường aldosteron: nguyên phát và thứ phát. Cường aldosteron nguyên phát thường do khối u tuyến thượng thận gây ra, như trong hội chứng Conn. Chứng tăng aldosteron vô căn (không rõ nguyên nhân) là một loại bệnh cường aldosteron nguyên phát khác. Cường aldosteron thứ phát phổ biến hơn và có thể xảy ra với bệnh suy tim sung huyết, xơ gan có dịch trong khoang bụng (cô trường), một số bệnh thận, dư thừa kali, chế độ ăn thiếu natri và nhiễm độc thai kỳ.

Để phân biệt cường aldosteron nguyên phát với cường aldosteron thứ phát, xét nghiệm renin huyết tương phải được thực hiện cùng lúc với xét nghiệm aldosterone. Renin, một loại enzyme được sản xuất ở thận, có hàm lượng aldosteron thứ phát cao và hàm lượng aldosteron nguyên phát thấp.

#### Mô tả Xét nghiệm

Aldosterone có thể được thực hiện trên mẫu máu hoặc mẫu nước tiểu 24 giờ. Một số yếu tố, bao gồm chế độ ăn uống, tư thế (tư thế đứng hoặc nằm) và thời gian lấy mẫu trong ngày có thể khiến nồng độ aldosterone dao động. Mẫu máu bị ảnh hưởng bởi những biến động ngắn hạn. Mẫu nước tiểu được thu thập trong toàn bộ khoảng thời gian 24 giờ sẽ làm giảm tác động của các yếu tố can thiệp đó và cung cấp phép đo aldosterone đáng tin cậy hơn.

#### Chuẩn bị Không

bắt buộc phải nhịn ăn khi lấy mẫu máu hoặc nước tiểu, nhưng bệnh nhân nên duy trì chế độ ăn natri bình thường (khoảng 0,1 oz [3 g] / ngày) trong ít nhất hai tuần trước khi xét nghiệm. Bác sĩ nên quyết định xem có nên ngừng sử dụng các loại thuốc làm thay đổi cân bằng natri, kali và chất lỏng (ví dụ thuốc lợi tiểu, thuốc hạ huyết áp, steroid, thuốc tránh thai) hay không. Bài kiểm tra sẽ chính xác hơn nếu chúng bị đình chỉ ít nhất hai tuần trước khi kỳ thi diễn ra. Không nên dùng thuốc ức chế renin (ví dụ propranolol) một tuần trước khi xét nghiệm, trừ khi được bác sĩ cho phép. Bệnh nhân nên tránh cam thảo ít nhất hai tuần trước khi xét nghiệm vì tác dụng giống aldosterone của nó. Tập thể dục vất vả và căng thẳng cũng có thể làm tăng nồng độ aldosterone. Bởi vì xét nghiệm thường được thực hiện bằng phương pháp gọi là miễn dịch phóng xạ, nên các loại thuốc phóng xạ được sử dụng gần đây sẽ ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm.

Vì tư thế và tư thế cơ thể ảnh hưởng đến aldosterone, bệnh nhân nhập viện phải giữ tư thế thẳng đứng (ít nhất là ngồi) trong hai giờ trước khi lấy máu.

Thỉnh thoảng máu sẽ được rút lại trước khi bệnh nhân ra khỏi giường. Những bệnh nhân không nhập viện nên đến phòng xét nghiệm kịp thời để duy trì tư thế thẳng đứng trong ít nhất hai giờ.

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Chứng Aldosteronism**—Một tình trạng trong đó tuyến thượng thận tiết ra lượng hormone aldosterone quá mức.

**Renin**—Một loại enzyme được sản xuất ở thận để kiểm soát sự kích hoạt của hormone angiotensin, kích thích tuyến thượng thận sản xuất aldosterone.

#### Rủi ro

Rủi ro đối với xét nghiệm này là rất nhỏ nhưng có thể bao gồm chảy máu nhẹ ở vị trí lấy máu, ngất xỉu hoặc cảm thấy choáng váng sau khi tiêm tĩnh mạch hoặc tụ máu (máu tích tụ dưới vị trí lấy máu).

#### Kết quả bình thường

Kết quả bình thường tùy thuộc vào từng phòng thí nghiệm và cũng thay đổi tùy theo lượng natri đưa vào, thời gian trong ngày, nguồn mẫu xét nghiệm (ví dụ: tĩnh mạch ngoại biên, tĩnh mạch tuyến thượng thận, nước tiểu 24 giờ), tuổi, giới tính và tư thế.

Phạm vi tham chiếu cho máu bao gồm:

- Nằm ngủ (nằm): 3-10 ng/dL • Đứng thẳng  
(ngồi ít nhất hai giờ): Nữ: 5-30 ng/dL; Nam: 6-22 ng/dL Khoảng tham chiếu cho nước tiểu: 2-80 mg/24 giờ.

#### Kết quả bất thường

Mức độ aldosterone tăng lên được tìm thấy trong Conn's bệnh (khối u tuyến thượng thận sản xuất aldosterone) và trong các trường hợp mắc hội chứng Bartter (tình trạng thận bài tiết quá mức kali, natri và clorua, dẫn đến nồng độ kali trong máu thấp và nồng độ aldosterone và renin trong máu cao). Trong số các tình trạng khác, mức độ tăng cao cũng được thấy trong chứng tăng aldosteron thứ phát, căng thẳng và tăng huyết áp ác tính.

Nồng độ aldosterone giảm được tìm thấy trong tình trạng thiếu aldosterone, điều trị bằng steroid, chế độ ăn nhiều natri, một số liệu pháp hạ huyết áp và bệnh Addison (rối loạn tự miễn dịch).

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Jacobs, David S., và cộng sự. Sổ tay thử nghiệm trong phòng thí nghiệm. tái bản lần thứ 4. Mới York: Lexi-Comp Inc., 1996.

Pagana, Kathleen Deska. Cẩm nang chẩn đoán và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm của Mosby. Louis: Mosby, Inc., 1998.

Janis O. Flores

# Alemtuzumab

## Sự định nghĩa

Alemtuzumab được bán dưới tên Campath ở Hoa Kỳ. Alemtuzumab là một kháng thể đơn dòng được nhân bản hóa, liên kết có chọn lọc với CD52, một loại protein được tìm thấy trên bề mặt tế bào B và T bình thường và ác tính, được sử dụng để làm giảm số lượng tế bào ác tính đang lưu hành của bệnh nhân mắc bệnh bạch cầu lymphocytic mãn tính tế bào B (B-CLL).

## Mục đích

Alemtuzumab là một kháng thể đơn dòng được sử dụng để điều trị B-CLL, một trong những dạng bệnh bạch cầu mãn tính phổ biến nhất ở người trưởng thành. Nó liên kết đặc biệt với CD52, một loại protein được tìm thấy trên bề mặt của tất cả các tế bào B và T của hệ thống miễn dịch. Bằng cách liên kết protein CD52 trên các tế bào B ác tính, kháng thể nhắm mục tiêu loại bỏ nó khỏi tuần hoàn. Các nhà khoa học tin rằng alemtuzumab kích hoạt quá trình ly giải tế bào B qua trung gian kháng thể, một phương pháp mà hệ thống miễn dịch sử dụng để loại bỏ các tế bào lạ.

Alemtuzumab đã được FDA chấp thuận để điều trị B-CLL khó chữa. Đèn bệnh của bệnh nhân được phân loại là kháng trị, cả thuốc alkyl hóa và điều trị cùm-darabine đều phải được thử và thất bại. Do đó, loại thuốc này mang đến cho những bệnh nhân đã thử tất cả các phương pháp điều trị B-CLL được phê duyệt một lựa chọn khác. Vì hầu hết bệnh nhân mắc B-CLL đều ở giai đoạn III hoặc IV vào thời điểm thử cả thuốc alkyl hóa và fludarabine, nên kinh nghiệm điều trị bằng alemtuzumab chủ yếu là ở các giai đoạn đó của bệnh. Trong các thử nghiệm lâm sàng, khoảng 30% bệnh nhân có phản ứng một phần với thuốc, trong đó 2% là phản ứng hoàn toàn.

Kháng thể này đã được thử nghiệm với thành công hạn chế trong điều trị ung thư hạch không Hodgkin (NHL) và chuẩn bị cho những bệnh nhân mắc các khối u ác tính tế bào miễn dịch khác nhau để ghép tủy xương. Ngoài ra còn có một thử nghiệm lâm sàng đang diễn ra để kiểm tra khả năng của kháng thể này trong việc ngăn chặn sự đào thải trong ghép thận.

## Sự miêu tả

Alemtuzumab được sản xuất trong phòng thí nghiệm bằng cách sử dụng các dòng tế bào B biến đổi gen. Giống như tất cả các kháng thể, nó là một phân tử hình chữ Y có thể liên kết với một chất cụ thể, kháng nguyên của kháng thể đơn dòng đó.

Đối với alemtuzumab, kháng nguyên là CD52, một loại protein được tìm thấy trên bề mặt tế bào B và T bình thường và ác tính cũng như các tế bào khác của hệ thống miễn dịch và sinh sản nam giới. Alemtuzumab là một kháng thể được nhân bản hóa, có nghĩa là các vùng liên kết với CD52, nằm ở đầu của

nhánh Y, có nguồn gốc từ kháng thể chuột, nhưng phần còn lại của kháng thể là trình tự của con người. Sự hiện diện của các trình tự ở người giúp làm giảm phản ứng miễn dịch của bệnh nhân chống lại chính kháng thể đó, một vấn đề xảy ra khi các kháng thể hoàn chỉnh của chuột được sử dụng để điều trị ung thư. Trình tự của con người cũng giúp đảm bảo rằng các cơ chế phá hủy tế bào khác nhau của hệ thống miễn dịch ở người được kích hoạt đúng cách khi liên kết với kháng thể.

Alemtuzumab đã được phê duyệt vào tháng 5 năm 2001 để điều trị B-CLL kháng trị. Nó được chấp thuận để sử dụng một mình nhưng các thử nghiệm lâm sàng đã kiểm tra khả năng sử dụng kháng thể kết hợp với các chất tương tự purine pentostatin, fludarabine, và cladribine, và rituximab, một kháng thể đơn dòng đặc hiệu cho kháng nguyên CD20, một loại protein khác được tìm thấy trên bề mặt tế bào B.

## Liều lượng khuyến nghị

Kháng thể này nên được sử dụng theo mô hình tăng dần khi bắt đầu điều trị và bất kỳ lúc nào việc sử dụng sẽ bị gián đoạn trong bảy ngày trở lên. Liều khởi đầu được khuyến nghị cho bệnh nhân B-CLL là liều hàng ngày 3 mg Campath được tiêm truyền tĩnh mạch trong hai giờ. Khi lượng này được dung nạp, liều sẽ tăng lên 10 mg mỗi ngày. Sau khi dung nạp liều này, có thể tăng lên 30 mg, dùng ba ngày một tuần. Acetaminophen và diphenhydramine hydro-chloride được dùng trước khi truyền từ 30 đến 60 phút để giúp giảm tác dụng phụ.

Ngoài ra, bệnh nhân thường được dùng thuốc chống nhiễm trùng trước khi điều trị để giúp giảm thiểu các bệnh nhiễm trùng cơ hội nghiêm trọng có thể xảy ra do phương pháp điều trị này. Cụ thể, trimethoprim/sulfamethoxazole (để ngăn ngừa nhiễm trùng do vi khuẩn) và famciclovir (để ngăn ngừa nhiễm trùng do virus) đã được sử dụng trong thử nghiệm lâm sàng để giảm nhiễm trùng, mặc dù chúng không được loại bỏ.

## Các biện pháp phòng ngừa

Các xét nghiệm máu nên được thực hiện hàng tuần trong khi bệnh nhân đang được điều trị bằng alemtuzumab. Không nên chủng ngừa trong thời gian điều trị do sự suy giảm tế bào T xảy ra trong quá trình điều trị. Hơn nữa, do các kháng thể như alumtuzumab có thể di qua nhau thai đến thai nhi đang phát triển và vào sữa mẹ, nên không nên sử dụng trong thời kỳ mang thai và cho con bú trừ khi thực sự cần thiết.

## Phản ứng phụ

Một tác dụng phụ nghiêm trọng của việc điều trị bằng alemtuzumab là có thể làm suy giảm một hoặc nhiều loại tế bào máu.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Tác nhân kiềm hóa-Một hóa chất làm đổi thành phần vật liệu di truyền của các tế bào phân chia nhanh chóng, chẳng hạn như tế bào ung thư, gây chết tế bào có chọn lọc; được sử dụng như một tác nhân hóa trị liệu để điều trị B-CLL.

**Kháng thể**-Một loại protein bảo vệ do hệ thống miễn dịch tạo ra để đáp ứng với kháng nguyên, còn được gọi là globulin miễn dịch.

**Tự miễn dịch**-Một phản ứng miễn dịch của bệnh nhân chống lại tế bào của chính họ.

**Nhân bản hóa**-Kết hợp vùng khung cố định và biến đổi của một hoặc nhiều globulin miễn dịch của người với vùng liên kết của globulin miễn dịch động vật, được thực hiện để làm giảm phản ứng của con người chống lại kháng thể dung hợp.

**Đơn dòng**-Kháng thể được biến đổi gen đặc hiệu cho một kháng nguyên.

**Hội chứng ly giải khói u**-Một tác dụng phụ của một số liệu pháp miễn dịch, như kháng thể đơn dòng, làm tiêu hủy các tế bào khói u, do đặc tính của việc tràn ngập dòng máu với một lượng tế bào như vậy.

Vì CD52 được biểu hiện trên tế bào B và T bình thường của bệnh nhân, cũng như trên bề mặt của tế bào B bất thường, nên việc điều trị sẽ loại bỏ cả tế bào bình thường và tế bào ung thư. Việc điều trị thường như cung kích hoạt các phản ứng tự miễn dịch chống lại nhiều loại tế bào máu khác. Điều này dẫn đến giảm nghiêm trọng nhiều tế bào máu lưu thông bao gồm hồng cầu (thiểu máu), bạch cầu (giảm bạch cầu) và tế bào đông máu (giảm tiểu cầu). Những tình trạng này được điều trị bằng truyền máu. Phần lớn bệnh nhân được điều trị đều biểu hiện một số dạng suy giảm tế bào máu.

Tác dụng phụ nghiêm trọng thứ hai của thuốc này là tỷ lệ nghiêm trọng cơ hội xảy ra trong quá trình điều trị. Đã có báo cáo về các trường hợp nghiêm trọng nghiêm trọng do vi khuẩn, virus, nấm và động vật nguyên sinh gây tử vong.

Các phương pháp điều trị để ngăn ngừa nghiêm trọng viêm phổi và mạn rộp làm giảm nhưng không bỏ được các bệnh nghiêm trọng này.

Phần lớn các tác dụng phụ khác xảy ra sau hoặc trong lần truyền thuốc đầu tiên. Một số tác dụng phụ thường gặp của thuốc này bao gồm sốt và ớn lạnh, buồn nôn và nôn, tiêu chảy, khó thở, phát ban trên da và mệt mỏi bất thường. Thuốc này cũng có thể gây huyết áp thấp (hạ huyết áp).

Ở những bệnh nhân có gánh nặng khói u cao (một số lượng lớn tế bào B ác tính đang lưu hành), thuốc này có thể gây ra tác dụng phụ gọi là hội chứng ly giải khói u. Được cho là do sự giải phóng nội dung của các tế bào bị ly giải vào dòng máu, nó có thể gây ra sự mất cân bằng urê, axit uric, photphát, kali và canxi trong nước tiểu và máu. Bệnh nhân có nguy cơ gặp tác dụng phụ này phải giữ nước và có thể cần dùng allopurinol trước khi truyền.

## Tương tác

Chưa có nghiên cứu tương tác thuốc chính thức nào được thực hiện đối với alemtuzumab.

Michelle Johnson, MS, JD

Alendronate xem Thuốc điều trị rói loạn xương

## Kỹ thuật Alexander

### Sự định nghĩa

Kỹ thuật Alexander là một phương pháp soma để cải thiện chức năng thể chất và tinh thần. Căng thẳng quá mức, mà Frederick Alexander, người sáng lập, công nhận là cá về thể chất và tinh thần, hạn chế vận động và tạo ra áp lực ở các khớp, cột sống, cơ chẽ hông và các cơ quan khác. Mục tiêu của kỹ thuật này là khôi phục lại sự tự do và biểu đạt cho cơ thể và suy nghĩ rõ ràng cho tâm trí.

### Mục đích

Bởi vì kỹ thuật Alexander giúp học viên cải thiện chức năng tổng thể, cá về tinh thần và thể chất, nên nó mang lại rất nhiều lợi ích. Nikolaas Tinbergen, trong bài giảng Nobel năm 1973, đã ca ngợi "những cải tiến đáng chú ý trong nhiều vấn đề như huyết áp cao, nhịp thở, độ sâu của giấc ngủ, sự vui vẻ và tinh tảo tổng thể, khả năng phục hồi trước áp lực bên ngoài và kỹ năng chơi nhạc cụ tinh tế." Ông tiếp tục trích dẫn một danh sách các tình trạng khác được kỹ thuật Alexander hỗ trợ: "bệnh thấp khớp, bao gồm nhiều dạng viêm khớp khác nhau, sau đó là các vấn đề về hô hấp và thậm chí cả bệnh hen suyễn có khả năng gây tử vong ; theo sau là các khiếm khuyết về tuần hoàn, có thể dẫn đến huyết áp cao và một số bệnh tim nguy hiểm; rói loạn tiêu hóa thuộc nhiều loại, các tình trạng phụ khoa khác nhau, suy giảm tinh dục, chứng đau nửa đầu và trạng thái trầm cảm."

Văn học trong những năm 1980 và 1990 tiếp tục bao gồm cải thiện chứng đau lưng , đau mẩn tính, vấn đề về tư thế

các vấn đề, chấn thương do căng cơ lặp đi lặp lại, các lợi ích khi mang thai và sinh nở, giúp áp dụng các bài tập vật lý trị liệu và phục hồi chức năng, cải thiện tình trạng căng thẳng do sử dụng máy tính, cải thiện tư thế và khả năng biểu diễn của học sinh, cũng như cải thiện khả năng phát âm và kỹ tính ở trẻ em. lợi ích mà kỹ thuật này mang lại.

## Sự miêu tả

Nguồn gốc

Frederick Matthias Alexander sinh năm 1869 tại Tasmania, Úc. Anh ấy đã trở thành một diễn viên và người đọc thuộc lòng Shakespeare, và ngay từ đầu trong sự nghiệp của mình, anh ấy bắt đầu bị căng thẳng ở dây thanh âm của mình. Anh ấy đã tìm kiếm sự chăm sóc y tế vì chứng khàn giọng mãn tính, nhưng sau khi điều trị bằng đơn thuốc được khuyến nghị và thời gian nghỉ ngơi kéo dài, vấn đề của anh ấy vẫn tiếp diễn.

Alexander nhận ra rằng tình trạng khàn giọng của anh ấy bắt đầu xảy ra khoảng một giờ sau khi biểu diễn kịch và lý luận rằng chính điều gì đó anh ấy đã làm trong quá trình đọc thuộc lòng đã khiến anh ấy bị mất giọng. Quay trở lại với bác sĩ y khoa của mình, Alexander kể cho ông nghe về quan sát của mình. Khi bác sĩ thừa nhận rằng ông không biết Alexander đã làm gì để làm tổn thương dây thanh quản của mình, Alexander quyết định tự mình thử tìm hiểu.

Thế là bắt đầu một thập kỷ tự quan sát và khám phá. Sử dụng tối đa ba chiếc gương để quan sát bản thân trong hành động đọc thuộc lòng, nói chuyện bình thường và sau đó là đứng, đi và ngồi, Alexander đã cải thiện được khả năng phối hợp và khắc phục các vấn đề về giọng hát của mình. Một trong những khám phá đáng kinh ngạc nhất của anh ấy là để thay đổi cách sử dụng cơ thể, anh ấy phải thay đổi cách suy nghĩ, chuyển hướng suy nghĩ của mình theo cách mà anh ấy không tạo ra căng thẳng không cần thiết khi cố gắng nói hoặc cử động. Sau khi thực hiện khám phá này vào cuối thế kỷ 19, Alexander đã trở thành người tiên phong trong lĩnh vực y học cơ thể và tâm trí.

Lúc đầu, những người biểu diễn và vũ công tìm kiếm sự hướng dẫn từ Alexander để vượt qua những phản nản về thể chất và cải thiện khả năng biểu đạt cũng như tính ngũ hứng trong màn trình diễn của họ. Chẳng bao lâu sau, rất nhiều người đã tìm đến sự giúp đỡ từ sự giảng dạy của ông để chữa trị nhiều chứng rối loạn về thể chất và tinh thần.

Kỹ thuật Alexander chủ yếu được dạy từng người một trong các bài học riêng. Các hội thảo giới thiệu hoặc hội thảo về các ứng dụng đặc biệt của kỹ thuật này (ví dụ: hội thảo dành cho nhạc sĩ) cũng rất phổ biến. Các bài học riêng kéo dài từ nửa giờ đến một giờ và được dạy theo chuỗi. Số lượng bài học thay đổi tùy theo mức độ khó khăn của học sinh trong việc phối hợp hoặc mức độ tương tác của học sinh.

mong muốn theo đuổi những cải tiến có thể đạt được nhờ nghiên cứu liên tục. Chi phí học dao động từ 40-80 USD/giờ. Bảo hiểm không được phủ bì rộng rãi nhưng có giảm giá cho những người tham gia một số chương trình bảo hiểm chăm sóc bồi sung. Tài khoản chi tiêu linh hoạt trước thuế dành cho chăm sóc sức khỏe chi trả cho các bài học về kỹ thuật Alexander nếu chúng được bác sĩ kê toa.

Trong các bài học, giáo viên hướng dẫn học sinh thực hiện các động tác đơn giản (trong khi học sinh mặc quần áo thoải mái) và sử dụng tay để giúp học sinh xác định và ngăn chặn các kiểu căng thẳng mang tính phá hoại. Sự căng thẳng phát sinh từ các quá trình tinh thần cũng như thể chất, vì vậy các cuộc thảo luận về phản ứng hoặc hành vi cá nhân có thể này sinh trong quá trình học.

Kỹ thuật này giúp học viên di chuyển dễ dàng và cải thiện khả năng phối hợp. Khi bắt đầu một động tác (các bài học là một chuỗi các động tác), hầu hết mọi người ngửa đầu ra sau, nâng vai về phía tai, cong lưng dưới quá mức, siết chặt chân và mặt khác tạo ra sự căng thẳng quá mức ở cơ thể. thi thể. Alexander gọi đây là hành vi lạm dụng cơ thể.

Tại bất kỳ thời điểm nào trong một phong trào, việc sử dụng hợp lý đều có thể được thiết lập. Nếu cơ cổ không bị căng quá mức, đầu sẽ hơi nghiêng về phía trước cột sống, đơn giản vì phía trước nặng hơn. Khi đầu mắt thẳng bằng về phía trước, nó sẽ tạo ra một loạt phản xạ căng ở các cơ duỗi ở lưng. Việc sử dụng khéo léo các phản xạ này, cùng với hoạt động phản xạ ở bàn chân và cẳng chân, cánh tay và bàn tay, cơ chế thở và các bộ phận khác của cơ thể, là mục tiêu phát triển các bài học về kỹ thuật này.

Alexander nhận thấy rất khó để duy trì hoạt động tối ưu của cơ thể, ngay cả trong khoảng thời gian ngắn để hoàn thành một chuyển động. Mọi người, đặc biệt là người lớn, có thói quen căng thẳng rất mạnh khi vận động. Lạm dụng cơ bắp mãn tính là

chung. Nó có thể được gây ra bởi việc cúi người trước màn hình tivi hoặc màn hình video, ngồi hoặc lái xe quá nhiều và di bộ quá ít hoặc do căng thẳng liên quan đến chấn thương và chấn thương trong quá khứ. Căng cứng cổ sau chấn thương do đòn roi hoặc khiên chân bị gãy hoặc bong gân rất lâu sau khi lành là những ví dụ về thói quen căng thẳng do chấn thương.

Điều đầu tiên mà giáo viên dạy kỹ thuật Alexander làm là nâng cao nhận thức giác quan của học sinh về sự căng thẳng theo thói quen quá mức này, đặc biệt là ở cổ và cột sống. Tiếp theo, học sinh được dạy cách kiểm chế sự căng thẳng. Ví dụ, nếu học sinh chuẩn bị ngồi xuống, anh ta sẽ căng cơ theo thói quen.

Nếu anh ta được yêu cầu gật bò ý định ngồi sang một bên và thay vào đó hãy thả lỏng cổ và cho phép ít bị co thắt hơn

cơ bắp của mình, anh ta có thể bắt đầu thay đổi phản ứng theo thói quen căng thẳng của mình đối với việc ngồi.

Bằng cách để đầu tựa vào cột sống trong trạng thái cân bằng tự do tự nhiên, bằng cách giữ cho mắt mở và tập trung, không nhìn chằm chằm căng thẳng, bằng cách cho phép vai thả lỏng, đầu gối thả lỏng và lưng dài ra và mở rộng, một học sinh giảm bớt căng thẳng đáng kể. Trong các bài học của Alexander, học sinh học cách tự định hướng hoạt động theo cách này và trở nên thành thạo trong các chuyển động phối hợp linh hoạt.

Các biện pháp phòng ngừa

#### Phản ứng phụ

Trọng tâm của kỹ thuật Alexander là giáo dục.

Giáo viên chỉ dùng tay nhẹ nhàng hướng dẫn học sinh vận động. Vì vậy, cả chống chỉ định và tác dụng phụ sinh lý tiềm ẩn đều được giữ ở mức tối thiểu. Không có gắng điều trị mạnh mẽ mềm hoặc cấu trúc xương, do đó, tổn thương mô, ngay cả trong trường hợp sai sót trong giảng dạy, là không thể xảy ra.

Khi nhận thức về giác quan của học sinh phát triển trong quá trình học của Alexander, các em sẽ nhận thức sâu sắc hơn về các dạng căng thẳng mân tính. Khi học sinh học cách giải phóng sự căng thẳng quá mức trong cơ bắp và duy trì

Với sự giải phóng này trong hoạt động hàng ngày, họ có thể cảm thấy căng cứng hoặc đau nhức ở các mô liên kết. Điều này được gây ra bởi mô liên kết thích ứng với các cơ được kéo dài và thả lỏng cũng như phạm vi chuyển động được mở rộng ở các khớp.

Đôi khi học sinh có thể choáng váng trong giờ học do các cơ bị co rút giải phóng và ảnh hưởng đến chức năng tuần hoàn hoặc hô hấp.

Sự co cơ mạnh mẽ và tư thế cứng nhắc thường cho thấy sự ức chế cảm xúc. Khi cơ bắp được thả lỏng trong hoặc sau bài học của Alexander, học sinh có thể trải qua những cảm xúc dâng trào mạnh mẽ hoặc những thay đổi tâm trạng đột ngột. Trong một số trường hợp, ký ức cơ thể xuất hiện, khiến ý thức về những tổn thương hoặc chấn thương trong quá khứ. Điều này có thể gây ra sự lo lắng tột độ và giáo viên có thể giới thiệu để được tư vấn.

#### Nghiên cứu và sự chấp nhận rộng rãi Alexander

trở nên nổi tiếng trong cộng đồng trí thức, nghệ thuật và y tế ở London, Anh, trong nửa đầu thế kỷ XX.

Trong số những người ủng hộ Alexander có John Dewey, Aldous Huxley, Bernard Shaw, và các nhà khoa học nổi tiếng Raymond Dart, GE Coghill, Charles Sherrington và Nikolaas Tinbergen.

Các nhà nghiên cứu tiếp tục nghiên cứu tác dụng và ứng dụng của kỹ thuật này trong các lĩnh vực giáo dục, tiễn

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Hướng— Mang lại sự cân bằng tự do của đầu trên cột sống và kết quả là giải phóng các cơ dựng ở lưng và chân giúp thiết lập sự phối hợp được cải thiện.

Thói quen—Đề cập đến các căng thẳng về thể chất và tinh thần cụ thể hiện diện ở bất kỳ cá nhân nào.

Sự ức chế—Đề cập đến khoảnh khắc trong một bài học của Alexander khi học sinh kiềm chế không bắt đầu một chuyển động để tránh căng cơ.

Nhận thức về giác quan —Chú ý đến cảm giác căng thẳng và/hoặc giải phóng trong cơ bắp.

thuốc thông hơi và phục hồi chức năng. Kỹ thuật Alexander đã được chứng minh là phương pháp điều trị hiệu quả trong việc giảm căng thẳng, cải thiện tư thế và hiệu suất ở học sinh, giảm đau mân tính và cải thiện chức năng tâm lý. Kỹ thuật này đã được chứng minh là có hiệu quả như thuốc chẹn beta trong việc kiểm soát phản ứng căng thẳng ở các nhạc sĩ chuyên nghiệp, tăng cường chức năng hô hấp ở người trưởng thành bình thường và làm trung gian tác động của chứng vẹo cột sống ở thanh thiếu niên và người lớn.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Caplan, Deborah. Rắc rối ở lưng - Một cách tiếp cận mới để phòng ngừa và phục hồi dựa trên Kỹ thuật Alexander. Truyền thông bộ ba: 1987.

Dimon, Theodore. BẢN THÂN KHÔNG PHÂN CHIA: Kỹ thuật Alexander và Kiểm soát Căng thẳng. Sách Bắc Đại Tây Dương: 1999.

Jones, Frank Pierce. Tự do Thay đổi - Sự phát triển và Khoa học của Kỹ thuật Alexander. Mouritz: 1997, nhập khẩu (Xuất bản lần đầu năm 1976 dưới dạng Nhận thức Cơ thể trong Hành động.)

##### ĐỊNH KÝ

Stern, Judith C. "Kỹ thuật Alexander: Phương pháp tiếp cận để kiểm soát cơn đau." Lifeline (Mùa hè năm 1992).

Tinbergen, Nikolaas. "Đạo đức và các bệnh căng thẳng." Khoa học Anh 185:20-27, (1974).

##### TỔ CHỨC

Hiệp hội Kỹ thuật Alexander Hoa Kỳ, 401 Phố Đông Market-ket (PO Box 835) Charlottesville, VA 22902 Hoa Kỳ. (800) 473-0620; hoặc (804) 295-2840. Số fax: 804-295-3947. alexander@earthlink.net. <<http://www.alexandertech.org>>.

Alexander Kỹ thuật Quốc tế, 1692 Massachusetts Ave., Tầng 3, Cambridge, MA 02138 Hoa Kỳ. (888) 321- 0856. Fax: 617-497-2615. ati@ati-net.com. <http://www.ati-net.com>.

#### KHÁC

- Hướng dẫn tài nguyên kỹ thuật Alexander. (bao gồm danh sách giáo viên) Sách AmSAT, (800) 473-0620 hoặc (804) 295-2840.
- Nielsen, Michael. "Một nghiên cứu về căng thẳng giữa các nhạc sĩ chuyên nghiệp." Sách STAT Luân Đôn, 1994.
- Reiser, Samuel. "Giảm căng thẳng và hoạt động tâm lý tối ưu." Bài giảng tại Đại hội quốc tế Mon-treasus lần thứ sáu về căng thẳng, 1994.

Sandra Bain Cushman

### Xét nghiệm huyết sắc tố kháng kiềm xem Xét nghiệm huyết sắc tố thai nhi

## Xét nghiệm phosphatase kiềm

#### Sự định nghĩa

Alkaline phosphatase là một loại enzyme được tìm thấy khắp cơ thể. Giống như tất cả các enzyme, nó cần thiết với một lượng nhỏ để kích hoạt các phản ứng hóa học cụ thể. Khi nó xuất hiện với số lượng lớn, nó có thể là dấu hiệu của bệnh về xương, gan hoặc một khối u.

#### Mục đích

Thử nghiệm y tế về phosphatase kiềm liên quan đến enzyme được tìm thấy trong gan, xương, nhau thai và ruột. Ở một lá gan khỏe mạnh, chất lỏng có chứa kiềm photphat và các chất khác liên tục được thải ra ngoài qua ống mật. Khi gan bị bệnh, ống mật này thường bị tắc nghẽn, giữ nước trong gan.

Alkaline phosphatase tích tụ và cuối cùng thoát vào máu.

Phosphatase kiềm của gan được sản xuất bởi các tế bào lót các ống mật nhỏ (ống dẫn) trong gan.

Nguồn gốc của nó khác với nguồn gốc của các enzyme khác gọi là aminotransferase. Nếu bệnh gan chủ yếu có tính chất tắc nghẽn (ứ mật), tức là liên quan đến hệ thống dẫn lưu mật, thì phosphatase kiềm sẽ là hiện tượng tăng enzyme đầu tiên và quan trọng nhất. Một khác, nếu bệnh chủ yếu xảy ra ở tế bào gan (tế bào gan), thì aminotransferase sẽ tăng lên rõ rệt. Vì vậy, những enzym này rất hữu ích trong việc phân biệt loại bệnh gan - ứ mật hay tế bào gan.

Xương đang phát triển cần có phosphatase kiềm. Bất kỳ tình trạng phát triển xương nào cũng sẽ gây ra phosphatase kiềm

mức độ tăng lên. Tình trạng này có thể bình thường, chẳng hạn như sự phát triển vượt bậc ở thời thơ ấu hoặc sự lành xương gãy; hoặc tình trạng này có thể là một căn bệnh, chẳng hạn như ung thư xương, bệnh Paget hoặc còi xương.

Khi mang thai, phosphatase kiềm được tạo ra bởi nhau thai và rò rỉ vào máu của người mẹ.

Điều này là bình thường. Tuy nhiên, một số khối u bắt đầu sản xuất cùng loại phosphatase kiềm do nhau thai sản xuất. Những khối u này được gọi là khối u tế bào mầm và bao gồm ung thư tinh hoàn và một số khối u não.

Phosphatase kiềm từ ruột tăng lên ở người mắc bệnh viêm ruột, chẳng hạn như viêm loét đại tràng.

#### Sự miêu tả

Alkaline phosphatase được đo bằng cách kết hợp huyết thanh của người đó với các chất cụ thể mà phosphatase kiềm được biết là có phản ứng. Sản phẩm cuối cùng của phản ứng này được đo; và từ phép đo đó, lượng phosphatase kiềm trong huyết thanh của người đó được xác định.

Mỗi mô-gan, xương, nhau thai và ruột-tạo ra một loại phosphatase kiềm hơi khác nhau. Những biến thể này được gọi là isoenzyme. Trong phòng thí nghiệm, phosphatase dòng kiềm được đo bằng tổng lượng hoặc lượng của từng loại trong số bốn isoenzyme. Các isoenzyme phản ứng khác nhau với nhiệt, một số hóa chất và các quá trình khác trong phòng thí nghiệm. Các phương pháp đo lường chúng một cách riêng biệt dựa trên những khác biệt này.

Xét nghiệm được bảo hiểm chỉ trả khi có vấn đề về mặt y tế cần thiết. Kết quả thường có vào ngày hôm sau.

#### Chuẩn bị Đề lấy

5-10 ml máu cần thiết cho xét nghiệm này, nhân viên y tế buộc dây garô vào cánh tay trên của người bệnh, xác định tĩnh mạch ở vùng trong khuỷu tay và đâm kim vào tĩnh mạch đó. Hành động châm không hút máu qua kim vào một ống kèm theo. Việc thu thập mẫu chỉ mất vài phút.

Một người được xét nghiệm phosphatase kiềm không nên ăn hoặc uống bất cứ thứ gì, ngoại trừ nước, trong vòng 8 đến 10 giờ trước khi xét nghiệm. Một số người giải phóng phosphatase kiềm từ ruột vào máu sau khi ăn. Điều này sẽ tạm thời làm tăng kết quả của bài kiểm tra.

#### Chăm sóc sau

Cảm giác khó chịu hoặc bầm tím có thể xảy ra ở vị trí đâm thủng hoặc người bệnh có thể cảm thấy chóng mặt hoặc ngất xỉu. Áp lực đến

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Alkaline phosphatase**—Một loại enzyme được tìm thấy khắp cơ thể, chủ yếu ở gan, xương, placenta và ruột.

**Cholestasis**—Ngăn chặn hoặc ức chế dòng chảy của mật.

**Enzyme**—Một chất cần thiết để kích hoạt các phản ứng hóa học cụ thể.

**Tế bào gan**—Thuộc hoặc liên quan đến tế bào gan.

**Tế bào gan**—Một tế bào gan.

**Isoenzym**—Một biến thể của một enzym.

vị trí đâm thủng cho đến khi máu ngừng chảy sẽ làm giảm vết bầm tím.

Chườm ấm vào vị trí đâm thủng sẽ làm giảm bớt sự khó chịu.

#### Kết quả bình thường

Kết quả bình thường thay đổi theo độ tuổi và giới tính. Họ cũng khác nhau tùy theo phòng thí nghiệm và phương pháp được sử dụng.

#### Kết quả bất thường

Bệnh về xương và gan làm tăng phosphatase kiềm nhiều hơn bất kỳ bệnh nào khác, lên tới gấp 5 lần mức bình thường. Bệnh đường ruột kích thích, khỏi u tế bào mầm và các bệnh nhiễm trùng liên quan đến gan, chẳng hạn như viêm gan siêu vi và bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng, cũng làm tăng enzyme nhưng ở mức độ thấp hơn. Chữa lành xương, mang thai và tăng trưởng bình thường ở trẻ em cũng làm tăng mức độ.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Hướng dẫn xét nghiệm và chẩn đoán trong phòng thí nghiệm. tái bản lần thứ 5. Ed.

Cá hồi Francis. Philadelphia: Lippincott, 1996.

Garza, Diana và Kathleen Beagan-MacBride. Sổ tay hướng dẫn phẫu thuật cắt bỏ tĩnh mạch. tái bản lần thứ 4. Stamford: Appleton & Lange, 1996.

Henry, John B., chủ biên. Chẩn đoán và quản lý lâm sàng bằng phương pháp xét nghiệm. tái bản lần thứ 19 Philadelphia: WB Saunders Co., 1996.

Lehmann, Craig A., biên tập. Sổ tay Khoa học Phòng thí nghiệm Lâm sàng của Saunders. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1998.

Sacher, Ronald A., Richard A. McPherson và JM Campos.

“Thuốc truyền máu.” Trong *Điển giải lâm sàng các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm* của Widmann. tái bản lần thứ 10. Philadelphia: FA Davis, 1991.

Nancy J. Nordenson

#### Nhiễm kiềm xem Nhiễm kiềm chuyển hóa;

#### Nhiễm kiềm hô hấp

Viêm phế nang dị ứng xem Viêm phổi quá mẫn

## Bệnh aspergillosis phế quản phổi dị ứng

### Sự định nghĩa

Bệnh aspergillosis phế quản phổi dị ứng, hay ABPA, là một trong bốn loại bệnh nhiễm trùng chính ở người do nấm Aspergillus gây ra. ABPA là một phản ứng quá mẫn xảy ra ở bệnh nhân hen suyễn bị dị ứng với loại nấm cụ thể này.

### Sự miêu tả

ABPA là một phản ứng dị ứng với một loài Aspergillus có tên là Aspergillus fumigatus. Đôi khi nó được nhóm lại cùng với các rối loạn phổi khác có đặc điểm là tăng bạch cầu ái toan - sự gia tăng bất thường của một loại tế bào bạch cầu nhất định trong máu - dưới tiêu đề viêm phổi tăng bạch cầu ái toan. Những rối loạn này còn được gọi là bệnh phổi quá mẫn.

ABPA thường như đang gia tăng tần suất ở Hoa Kỳ, mặc dù lý do cho sự gia tăng này vẫn chưa rõ ràng. Rối loạn này có nhiều khả năng xảy ra nhất ở người lớn mắc bệnh hen suyễn ở độ tuổi 20-40. Nó ảnh hưởng đến nam và nữ như nhau.

### Nguyên nhân và triệu chứng

ABPA phát triển khi bệnh nhân hít thở không khí có chứa bào tử Aspergillus. Những bào tử này được tìm thấy trên toàn thế giới, đặc biệt là xung quanh bờ sông, đầm lầy, đầm lầy, rừng và bất cứ nơi nào có thảm thực vật ẩm ướt hoặc mục nát. Chúng cũng được tìm thấy trên sơn ướt, vật liệu xây dựng và trong hệ thống điều hòa không khí. ABPA là một bệnh nhiễm trùng bệnh viện, có nghĩa là bệnh nhân có thể mắc bệnh này trong bệnh viện. Khi bào tử Aspergillus đến phế quản, là nhánh của khí quản dẫn vào phổi, phế quản sẽ phản ứng bằng cách co thắt co thắt. Vì vậy người bệnh khó thở và thường thở khò khè hoặc ho. Nhiều bệnh nhân mắc ABPA còn bị sốt nhẹ và chán ăn.

### biến chứng

Bệnh nhân mắc ABPA đôi khi ho ra một lượng máu lớn, tình trạng này được gọi là ho ra máu.

Họ cũng có thể phát triển một dạng giãn phế quản nghiêm trọng lâu dài, hình thành các mô sẹo trong phổi. Giãn phế quản là một bệnh lý phế quản mãn tính

gây ra bởi tình trạng viêm lặp đi lặp lại của đường thở và được đánh dấu bằng sự phì đại bất thường hoặc tổn thương thành phế quản. ABPA đôi khi xảy ra như một biến chứng của bệnh xơ nang.

### Chẩn đoán

Chẩn đoán ABPA dựa trên sự kết hợp giữa tiền sử bệnh nhân và kết quả xét nghiệm máu, xét nghiệm đờm, xét nghiệm da và chẩn đoán hình ảnh. Bác sĩ sẽ quan tâm đến việc phân biệt giữa ABPA và tình trạng bệnh hen suyễn, xơ nang hoặc các rối loạn phổi khác của bệnh nhân trở nên trầm trọng hơn. Có bảy tiêu chuẩn chính để chẩn đoán bệnh aspergillosis phế quản phổi dị ứng:

- có tiền sử hen suyễn.
- sự tích tụ dịch trong phổi có thể nhìn thấy được trên phim chụp X-quang ngực.
- giãn phế quản (kéo dài bất thường, mở rộng hoặc phá hủy thành ống phế quản).
- phản ứng da với kháng nguyên Aspergillus . .

aspergillosis

- Tăng bạch cầu ái toan trong máu và đờm của bệnh nhân. • Kết tủa Aspergillus trong máu bệnh nhân. Precipitin là các kháng thể phản ứng với kháng nguyên để tạo thành chất rắn tách ra khỏi phần còn lại của dung dịch trong ống nghiệm.
- nồng độ IgE cao trong máu bệnh nhân. IgE để cập đến một loại kháng thể trong huyết tương kích hoạt phản ứng dị ứng với các hạt l MILF.

Các tiêu chí khác có thể được sử dụng để hỗ trợ chẩn đoán bao gồm sự hiện diện của Aspergillus trong mẫu đờm của bệnh nhân, ho ra chất nhầy màu nâu hoặc phản ứng muộn của da với kháng nguyên Aspergillus .

## xét nghiệm trong phòng thí nghiệm

Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được thực hiện để có được thông tin này bao gồm công thức máu toàn bộ (CBC), nuôi cấy đờm, xét nghiệm huyết thanh về nồng độ IgE và xét nghiệm da để tìm kháng nguyên Aspergillus . Trong xét nghiệm da, một lượng nhỏ kháng nguyên được tiêm vào lớp da trên ở cổ tay của bệnh nhân, cách khuỷu tay khoảng 4 inch. Nếu bệnh nhân có lượng kháng thể IgE cao trong mô, họ sẽ phát triển phản ứng gọi là phản ứng "nỗi mẩn và bùng phát" trong khoảng 15-20 phút. Phản ứng "nỗi mẩn và bùng phát" được đặc trưng bởi sự nổi lên của một nốt đỏ, ngứa trên da.

Một số bệnh nhân mắc ABPA sẽ phát triển cái gọi là phản ứng muộn đối với xét nghiệm da, trong đó vùng đỏ, đau, sưng tấy phát triển khoảng sáu đến tám giờ sau phản ứng ban đầu.

Aspergillus đôi khi có thể được nhìn thấy dưới kính hiển vi được làm từ đờm của bệnh nhân, nhưng chẩn đoán

nhưng chỉ được coi là xác định khi nấm được nuôi cấy trong phòng thí nghiệm. Aspergillus rất dễ nuôi cấy và có thể được xác định khi nhuộm bằng các ché phẩm axit-Schiff (PAS), Calcofluor hoặc kali hydroxit (KOH) định kỳ.

## Chẩn đoán hình ảnh Chụp

X quang ngực và chụp CT được sử dụng để kiểm tra sự hiện diện của chất lỏng tích tụ trong phổi và các dấu hiệu giãn phế quản.

## Sự đổi mới

ABPA thường được điều trị bằng prednisone (Metil-corten) hoặc các corticosteroid khác dạng uống và bằng thuốc giãn phế quản.

Thuốc kháng nấm không được sử dụng để điều trị ABPA vì nguyên nhân là do phản ứng dị ứng với Aspergillus chứ không phải do nhiễm trùng trực tiếp vào mô.

## Theo dõi chăm sóc

Bệnh nhân mắc ABPA nên được kiểm tra định kỳ bằng chụp X-quang ngực và xét nghiệm phế dung để định kỳ. Máy đo phế dung kế là dụng cụ đánh giá dung tích phổi của bệnh nhân.

## Tiêu lượng

Hầu hết bệnh nhân mắc ABPA đều đáp ứng tốt với điều trị bằng corticos-teroid. Những người khác có một quá trình mãn tính với sự cải thiện dần dần theo thời gian. Dấu hiệu tốt nhất để tiên lượng tốt là nồng độ IgE của bệnh nhân giảm trong thời gian dài. Bệnh nhân bị biến chứng phổi do ABPA có thể bị tắc nghẽn đường thở nghiêm trọng.

## Phòng ngừa

ABPA khó phòng ngừa vì Aspergillus là loại nấm phổ biến; nó có thể được tìm thấy trong nước bọt và đờm của hầu hết những người khỏe mạnh. Bệnh nhân mắc ABPA có thể tự bảo vệ mình phần nào bằng cách tránh đồng cỏ khô, đồng phân trộn, đầm lầy, đầm lầy và những địa điểm khác có thảm thực vật ẩm ướt hoặc mục nát; bằng cách tránh các công trường xây dựng hoặc các bề mặt mới sơn; và bằng cách vệ sinh máy điều hòa không khí thường xuyên. Một số bệnh nhân có thể được hỗ trợ nhờ hệ thống lọc không khí trong phòng ngủ hoặc văn phòng của họ.

## Tài nguyên

## SÁCH

"Bệnh Aspergillus." Trong Hướng dẫn chuyên môn về bệnh tật. tái bản lần thứ 5.

Springhouse, PA: Tập đoàn Springhouse, 1995.

Beavis, Kathleen G. "Mycoses có hệ thống." Trong Chẩn đoán hiện tại. Tập 9. Biên

tập. Rex B. Conn và cộng sự. Philadelphia: WB

Công ty Saunders, 1997.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Thuốc kháng nấm**—Một loại thuốc dùng để điều trị các bệnh nhiễm trùng do nấm gây ra.

**Kháng nguyên**—Một chất kích thích sản xuất kháng thể.

**Giân phế quản**—Một rối loạn của các ống phế quản được biểu hiện bằng sự giãn nở, mở rộng hoặc phá hủy thành bát thường của các ống phế quản. Giân phế quản thường do viêm đường hô hấp tái phát và là tiêu chuẩn chẩn đoán của ABPA.

**Thuốc giãn phế quản**—Một loại thuốc dùng để mở các ống phế quản (đường dẫn khí) của phổi.

**Bạch cầu ái toan**—Một loại tế bào bạch cầu chứa các hạt có thể được nhuộm bằng eosin (một chất hóa học tạo ra vết màu đỏ).

**Tăng bạch cầu ái toan**—Sự gia tăng bất thường số lượng bạch cầu ái toan trong máu.

**Ho ra máu**—Ho ra máu nhiều. Ho ra máu có thể xảy ra như một biến chứng của ABPA.

**Quá mẫn**—Một phản ứng quá mức của cơ thể với một chất lạ.

**Globulin miễn dịch E (IgE)**—Một loại protein trong huyết tương hoạt động như một kháng thể để kích hoạt phản ứng dị ứng.

Khoảng 50% bệnh nhân mắc bệnh dị ứng có nồng độ IgE trong huyết thanh tăng.

**Nhiễm trùng bệnh viện**—Một bệnh nhiễm trùng có thể mắc phải trong bệnh viện. ABPA là một bệnh nhiễm trùng bệnh viện.

**Precipitin**—Một kháng thể trong máu kết hợp với kháng nguyên để tạo thành chất rắn tách ra khỏi phần còn lại của máu.

**Máy đo phế dung**—Một dụng cụ dùng để kiểm tra dung tích phổi của bệnh nhân.

**Phản ứng “mẩn đỏ và bùng phát”**—Phản ứng nhanh đối với xét nghiệm dị ứng da, đặc trưng bởi sự phát triển của một nốt mẩn đỏ, ngứa ở vùng được tiêm chất gây dị ứng.

**Khò khè**—Một âm thanh sáo hoặc âm nhạc do đường dẫn khí bên trong ngực bệnh nhân bị thắt lại.

Hamill, Richard J. "Bệnh truyền nhiễm: Bệnh nấm." Trong Chẩn đoán và Điều trị Y tế Hiện tại, 1998. tái bản lần thứ 37. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

Nguyên tắc nội khoa của Harrison. Ed. Anthony S.

Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

Larsen, Gary L., và những người khác. "Đường hô hấp & Trung thất."

Trong Chẩn đoán & Điều trị Nhi khoa Hiện tại, ed. William W.

Hay Jr., và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

Hướng dẫn của bác sĩ về các bệnh hiếm gặp. Ed. Jess G. Thoene. Montvale, NJ: Nhà xuất bản Dowden Co., Inc., 1995.

"Rối loạn phổi: Bệnh quá mẫn của

Phổi." Trong Cẩm nang Chẩn đoán và Trị liệu của Merck. tái bản lần thứ 17. Ed. Robert Berkow. Rahway, NJ: Phòng thí nghiệm nghiên cứu Merck, 1997.

Stauffer, John L. "Phổi." Trong Chẩn đoán và Điều trị Y tế Hiện tại, 1998. tái bản lần thứ 37. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

**TỔ CHỨC**

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh. 1600 Clifton Rd., NE, Atlanta, GA 30333. (800) 311-3435, (404) 639-3311. <<http://www.cdc.gov>>.

Tổ chức quốc gia về rối loạn hiếm gặp. PO Box 8923, New Fairfield, CT 06812-8923. (800) 999-6673. <<http://www.rarediseases.org>>.

Viện Dị ứng và Bệnh Truyền nhiễm Quốc gia. Tòa nhà 31, Phòng 7A-50, 31 Center Drive MSC 2520, Bethesda, MD 20892-2520. (301) 496-5717. <<http://www.niaid.nih.gov/default.htm>>.

Rebecca J. Frey

**Bản xuất huyết dị ứng****Sự định nghĩa**

Bản xuất huyết dị ứng (AP) là một phản ứng dị ứng không rõ nguồn gốc gây ra các mảng đỏ trên da và các triệu chứng khác. AP còn được gọi là ban xuất huyết Henoch-Schonlein, được đặt theo tên của hai bác sĩ lần đầu tiên mô tả nó.

**Sự miêu tả**

"Ban xuất huyết" là một chứng rối loạn chảy máu xảy ra khi các mao mạch bị vỡ, khiến một lượng nhỏ máu tích tụ ở các mô xung quanh. Trong AP, điều này xảy ra do các mao mạch bị chặn bởi phức hợp protein

**Lý giải**

được hình thành trong một phản ứng miễn dịch bất thường. Đó là vị trí phản ứng rõ ràng nhất, nhưng các khớp, đường tiêu hóa và thận cũng thường bị ảnh hưởng.

AP ảnh hưởng đến khoảng 35.000 người ở Hoa Kỳ mỗi năm. Hầu hết các trường hợp là trẻ em giữa hai và bảy tuổi. Con trai bị ảnh hưởng thường xuyên hơn bé gái và hầu hết các trường hợp xảy ra từ cuối mùa thu đến mùa đông.

### **Nguồn nhân và triệu chứng**

nguyên nhân

AP được gây ra bởi phản ứng liên quan đến kháng thể, protein đặc biệt của hệ miễn dịch. Kháng thể là được thiết kế để liên kết với các protein lạ, được gọi là kháng nguyên. Trong một số trường hợp, phức hợp kháng nguyên-kháng thể có thể trở nên quá lớn để tồn tại lơ lửng trong dòng máu. Khi điều này xảy ra, chúng kết tủa và trở nên định lại trong các mao mạch. Điều này có thể làm vỡ mao mạch, gây xuất huyết cục bộ.

Nguồn gốc của kháng nguyên gây ra AP vẫn chưa được xác định. Kháng nguyên có thể được đưa vào do nhiễm vi khuẩn hoặc virus. Hơn 75% bệnh nhân cho biết đã từng bị nhiễm trùng họng, đường hô hấp trên hoặc hệ tiêu hóa vài tuần trước khi bắt đầu AP. Các phân tử phức tạp khác cũng có thể đóng vai trò là kháng nguyên, bao gồm cả các loại thuốc như thuốc kháng sinh hoặc vắc xin. Các chất vô hại khác kích thích phản ứng miễn dịch được gọi là chất gây dị ứng. Thuốc gây dị ứng có thể nguyên nhân AP bao gồm penicillin, ampicillin, erythromycin, và quinin. Vắc xin có thể liên quan đến AP bao gồm những loại thuốc trị bệnh thương hàn, sởi, dịch tả và sốt vàng da.

### **Triệu chứng**

Sự khởi đầu của AP có thể xảy ra trước cơn đau đầu, sốt, chán ăn. Hầu hết bệnh nhân lần đầu tiên phát triển một phát ban da ngứa. Phát ban có màu đỏ, phẳng hoặc nổi lên và có thể nhỏ và giống như tàn nhang. Phát ban cũng có thể lớn hơn, giống như vết bầm tím. Phát ban chuyển sang màu tím và sau đó rỉ sét trong một ngày và phai màu sau vài tuần. Phát ban thường gặp nhất ở mông, bụng và chi dưới. Phát ban cao hơn trên cơ thể cũng có thể xảy ra, đặc biệt ở trẻ nhỏ.

Đau khớp và sưng tấy là tình trạng phổ biến, đặc biệt ở đầu gối và mắt cá chân. Đau bụng xảy ra hầu hết tất cả bệnh nhân, cùng với máu trong chất thải của cơ thể (phân). Khoảng một nửa số bệnh nhân có máu trong nước tiểu, nồng độ thấp lượng nước tiểu hoặc các dấu hiệu khác của bệnh thận. Suy thận có thể xảy ra do tắc nghẽn lan rộng của các mao mạch trong cầu trúc lọc được gọi là cầu thận. Suy thận phát triển ở khoảng 5% tổng số bệnh nhân, và ở 15% những người có lượng máu hoặc protein cao trong nước tiểu.

### **ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Tiểu cầu—Các nút mao mạch ở thận chịu trách nhiệm lọc máu (số ít, cầu thận).

Các triệu chứng ít phổ biến hơn bao gồm đau đầu kéo dài, sốt, đau và sưng bìu. Sự tham gia của các hệ cơ quan khác có thể dẫn đến đau tim (nhồi máu cơ tim), viêm tuyỷ tụy (viêm tụy), tắc ruột hoặc thủng ruột.

### **Chẩn đoán**

Chẩn đoán AP dựa trên các triệu chứng và phát triển, bệnh sử cần thận, máu và xét nghiệm nước tiểu. Chụp X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT) có thể được thực hiện để đánh giá các biến chứng ở ruột hoặc các cơ quan nội tạng khác.

### **Sự đói đãi**

Hầu hết các trường hợp AP đều khởi hoành toàn mà không cần điều trị. Tuy nhiên, cần phải nắm vững vì khả năng xảy ra biến chứng nghiêm trọng. Đau không dùng aspirin thuốc giảm đau có thể được dùng để giảm đau khớp. Corticosteroid (như prednisone) đôi khi được sử dụng, mặc dù không phải tất cả các chuyên gia đều đồng ý về công dụng của chúng. Sự tham gia của thận đòi hỏi theo dõi và điều chỉnh lượng dịch trong máu và chất điện giải.

Bệnh nhân bị biến chứng thận nặng có thể yêu cầu sinh thiết thận để có thể phân tích mô. Ngay cả sau khi tắt cả các triệu chứng khác giảm bớt, mức độ tăng cao của máu hoặc protein trong nước tiểu có thể tồn tại trong nhiều tháng và yêu cầu giám sát thường xuyên. Tăng huyết áp hoặc suy thận có thể phát triển nhiều tháng hoặc thậm chí nhiều năm sau đợt cấp tính. giai đoạn của bệnh. Suy thận cần phải lọc máu hoặc cấy ghép.

Plasmapheresis, loại bỏ các kháng thể từ máu, đã được thử nghiệm cho AP với nhiều kết quả khác nhau.

### **Tiên lượng**

Hầu hết những người phát triển AP đều trở nên giỏi hơn trong sở hữu sau vài tuần. Khoảng một nửa số bệnh nhân có ít nhất một lần tái phát. Những trường hợp không có thận biến chứng thường có tiên lượng tốt nhất.

### **Tài nguyên**

#### **ĐỊNH KỲ**

Andreoli, SP "Viêm cầu thận mãn tính ở trẻ em.

Viêm cầu thận tăng sinh màng, Henoch-

Viêm thận do xuất huyết Schonlein và Bệnh thận IgA." Phòng khám nhi khoa Bắc Mỹ 42, không. 6 (tháng 12 năm 1995): 1487-1503.

## KHÁC

"Henoch-Schonlein Purpura." Đại học Y khoa Vanderbilt Trung tâm. <<http://www.mc.vanderbilt.edu/peds/pidn/nephro/henoch.html>>.

Richard Robinson

## ■ Viêm mũi dị ứng

## Sự định nghĩa

Viêm mũi dị ứng, thường được gọi là sốt cỏ khô, là tình trạng viêm đường mũi do phản ứng dị ứng với các chất trong không khí.

## Sự miêu tả

Viêm mũi dị ứng (AR) là tình trạng dị ứng phổ biến nhất và là một trong những bệnh phổ biến nhất trong số các bệnh nhẹ. Nó ảnh hưởng đến khoảng 10-20% tổng số người dân ở Hoa Kỳ và chịu trách nhiệm cho 2,5% tổng số lần khám bác sĩ. Thuốc kháng histamine và các loại thuốc khác dùng để điều trị viêm mũi dị ứng chiếm một phần đáng kể trong doanh số bán thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn mỗi năm.

Có hai loại viêm mũi dị ứng: theo mùa và quanh năm. AR theo mùa xảy ra vào mùa xuân, mùa hè và đầu mùa thu, khi phấn hoa thực vật trong không khí ở mức cao nhất. Trên thực tế, thuật ngữ sốt cỏ khô thực sự là một cách gọi sai, vì dị ứng với phấn hoa có chỉ là một nguyên nhân gây ra các triệu chứng đối với hầu hết mọi người. AR lâu năm xảy ra quanh năm và thường do các chất ô nhiễm trong không khí ở nhà hoặc nơi làm việc gây ra. Một người có thể bị ảnh hưởng bởi một hoặc cả hai loại.

Các triệu chứng của AR theo mùa trớn nôn tồi tệ nhất sau khi ở ngoài trời, trong khi các triệu chứng của AR lâu năm trớn nôn tồi tệ nhất sau khi dành thời gian ở trong nhà.

Cả hai loại dị ứng đều có thể phát triển ở mọi lứa tuổi, mặc dù phổ biến nhất là khởi phát từ thời thơ ấu cho đến tuổi trưởng thành sớm. Mặc dù dị ứng với một chất cụ thể không có tính di truyền nhưng độ nhạy cảm với dị ứng tăng lên có thể "di truyền". Mặc dù dị ứng có thể tự cải thiện theo thời gian nhưng chúng cũng có thể trở nên tồi tệ hơn theo thời gian.

## Nguyên nhân và triệu chứng

## nguyên nhân

Viêm mũi dị ứng là một loại phản ứng miễn dịch. Thông thường, hệ thống miễn dịch phản ứng với các vi sinh vật hoặc các hạt lơ như phấn hoa hoặc bụi bằng cách tạo ra

các protein cụ thể, được gọi là kháng thể, có khả năng liên kết để xác định các phân tử hoặc kháng nguyên trên hạt lơ. Phản ứng này giữa kháng thể và kháng nguyên tạo ra một loạt phản ứng được thiết kế để bảo vệ cơ thể khỏi bị nhiễm trùng. Đôi khi, chuỗi phản ứng tương tự này được kích hoạt bởi các chất vô hại hàng ngày. Đây là tình trạng được gọi là dị ứng và chất gây dị ứng được gọi là chất gây dị ứng.

VĨ GÓP  
MÃI  
PHỤ  
LÝ

Giống như tất cả các phản ứng dị ứng, AR liên quan đến một bộ tế bào đặc biệt trong hệ thống miễn dịch được gọi là tế bào mast. Tế bào mast, được tìm thấy trong niêm mạc của đường mũi và mí mắt, hiển thị một loại kháng thể đặc biệt, được gọi là immunoglobulin loại E (IgE), trên bề mặt của chúng. Bên trong, tế bào mast lưu trữ các hóa chất phản ứng trong các gói nhỏ, gọi là hạt. Khi các kháng thể gặp phải các chất gây dị ứng, chúng sẽ kích hoạt giải phóng các hạt, làm tràn hóa chất của chúng sang các tế bào lân cận, bao gồm cả mạch máu và tế bào thần kinh. Một trong những hóa chất này, histamine, liên kết với bề mặt của các tế bào khác này, thông qua các protein đặc biệt gọi là thụ thể histamine.

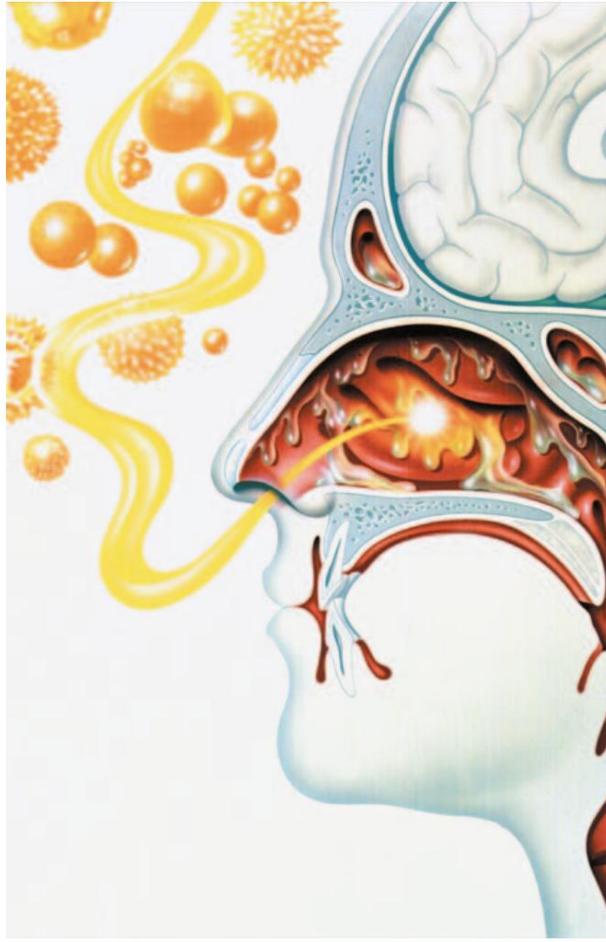
Sự tương tác của histamine với các thụ thể trên mạch máu khiến các tế bào lân cận bị rò rỉ, dẫn đến tụ dịch, sưng tấy và tăng tình trạng đỏ đặc trưng của sổ mũi và mắt đỏ, khó chịu.

Histamine còn kích thích các thụ thể đau, gây ngứa, gãi mũi, mắt và họng thường gặp ở bệnh viêm mũi dị ứng.

Số lượng các chất gây dị ứng trong không khí có thể có là rất lớn. AR theo mùa thường được gây ra bởi phấn hoa và cây, vì phấn hoa của chúng được tạo ra với số lượng lớn và bị gió phát tán. Những loài hoa sắc sỡ, như hoa hồng hoặc hoa tử đinh hương, thu hút côn trùng tạo ra phấn hoa dính ít có khả năng bay vào không khí. Các loại cây khác nhau giải phóng phấn hoa vào những thời điểm khác nhau trong năm, vì vậy những người mắc bệnh AR theo mùa có thể bị ảnh hưởng nhiều nhất vào mùa xuân, mùa hè hoặc mùa thu, tùy thuộc vào loại cây nào gây ra phản ứng. Lượng phấn hoa trong không khí được phản ánh qua số lượng phấn hoa, thường được phát sóng trên bản tin hàng ngày trong mùa dị ứng. Số lượng phấn hoa có xu hướng thấp hơn sau một cơn mưa tốt làm trôi phấn hoa ra khỏi không khí và cao hơn vào những ngày ẩm áp, khô ráo và nhiều gió.

Hầu như bất kỳ loại cây hoặc cỏ nào cũng có thể gây ra AR. Một số loại cỏ đại có xu hướng gây rắc rối nhất cho con người bao gồm:

- cỏ phấn hương
- cây ngái đắng
- khu thịt cừu
- chuối
- rong biển
- cây me chua/càu chua



Hình minh họa này mô tả sự sản sinh quá nhiều chất nhầy trong mũi sau khi hít phải phấn hoa trong không khí. (Ảnh Các nhà nghiên cứu, Inc. Được sao chép theo sự cho phép.)

- cỏ lăn

AR lâu năm thường được kích hoạt bởi bụi nhà, một hỗn hợp phức tạp của các hạt trong không khí, nhiều trong số đó là chất gây dị ứng mạnh. Bụi nhà chứa một số hoặc tất cả những chất sau:

- các bộ phận cơ thể của mạt nhà. Tất cả các ngôi nhà đều chứa một lượng lớn côn trùng cực nhỏ gọi là ve nhện. Những loài côn trùng vô hại này ăn sợi, lông và da của những người lớn hơn trong nhà. Các bộ phận cơ thể nhỏ bé của chúng dễ dàng bay lên không trung.
- lông động vật. Động vật liên tục rụng lông, bong tróc da và khô nước bọt. Bay trong không khí hoặc truyền từ vật nuôi sang chủ qua tiếp xúc trực tiếp, lông có thể gây dị ứng ở nhiều người nhạy cảm.
- bào tử nấm mốc. Nấm mốc sống ở những nơi ẩm ướt khắp nhà, bao gồm tầng hầm, phòng tắm, ống dẫn khí, máy điều hòa không khí, công tủ lạnh, bộ cửa sổ ẩm ướt, mềm và dò nội thất nhồi bông. Nấm mốc và khác

nấm mốc giải phóng bào tử trong không khí và lưu thông khắp nhà.

Các nguyên nhân tiềm ẩn khác của viêm mũi dị ứng lâu năm bao gồm:

- khói thuốc lá
- nước hoa
- mỹ phẩm
- chất tẩy rửa
- hóa chất máy photocopy
- hóa chất công nghiệp
- khí vật liệu xây dựng

#### Triệu chứng

Viêm mũi hay viêm mũi là triệu chứng chính của AR. Viêm gây ngứa, hắt hơi, sổ mũi, đỏ và đau. Viêm xoang có thể làm co ống eustachian nối tai trong với cổ họng, gây ra cảm giác tắc nghẽn và "tai ứ". Chất nhầy chảy ra từ xoang xuống phía sau cổ họng, kết hợp với sự nhạy cảm tăng lên, cũng có thể dẫn đến kích ứng và đỏ cổ họng. AR thường gây đỏ mắt, ngứa và chảy nước mắt. Mệt mỏi và đau đầu cũng thường xảy ra.

#### Chẩn đoán

Chẩn đoán AR theo mùa thường dễ dàng và thường có thể được thực hiện mà không cần bác sĩ chuyên khoa. Khi các triệu chứng xuất hiện vào mùa xuân hoặc mùa hè và biến mất khi thời tiết lạnh bắt đầu, AR theo mùa gần như chắc chắn là thủ phạm. Các nguyên nhân khác gây viêm mũi, bao gồm nhiễm trùng, thường có thể được loại trừ bằng cách khám thực thể và phết tế bào mũi, trong đó mẫu chất nhầy được lấy trên một miếng gạc để kiểm tra.

Các xét nghiệm dị ứng, bao gồm xét nghiệm da và xét nghiệm kích thích, có thể giúp xác định thủ phạm chính xác, nhưng có thể không được thực hiện trừ khi nghi ngờ một nguồn duy nhất và có thể tránh được sau đó. Xét nghiệm da bao gồm việc bôi một lượng nhỏ chất lỏng có chứa chất gây dị ứng cụ thể lên da, sau đó chọc, gãi hoặc tiêm vào bề mặt da để quan sát xem có xảy ra mẩn đỏ và sưng tấy hay không. Thủ nghiệm kích thích bao gồm việc thử thách một cá nhân với một lượng nhỏ chất gây dị ứng có thể hít vào hoặc ăn vào để xem liệu phản ứng có được gợi ra hay không.

AR lâu năm cũng thường có thể được chẩn đoán bằng cách đặt câu hỏi cẩn thận về thời gian phơi nhiễm và sự khởi phát của các triệu chứng. Các chất gây dị ứng cụ thể có thể được xác định thông qua xét nghiệm dị ứng da.

## Sự đổi mới

Tránh các chất gây dị ứng là cách điều trị tốt nhất, nhưng điều này thường không thể thực hiện được. Khi không thể tránh được một hoặc nhiều chất gây dị ứng, có hai hình thức điều trị y tế chính là thuốc và liệu pháp miễn dịch.

### Thuốc

**THUỐC KHÁNG HISTAMIN.** Thuốc kháng histamine ngăn chặn các thụ thể histamine trên mô mũi, làm giảm tác dụng giải phóng histamine của tế bào mast. Chúng có thể được sử dụng sau khi các triệu chứng xuất hiện, mặc dù chúng thậm chí còn hiệu quả hơn khi được sử dụng để phòng ngừa, trước khi các triệu chứng xuất hiện. Hiện có rất nhiều loại thuốc kháng histamine.

Thuốc kháng histamine cũ thường gây buồn ngủ như một tác dụng phụ chính. Các thuốc kháng histamine này bao gồm các thuốc sau:

- diphenhydramine (Benadryl và thuốc gốc) •
  - chlorpheniramine (Chlor-trimeton và thuốc gốc) •
  - brompheniramine (Dimetane và thuốc gốc)
  - clemastine (Tavist và thuốc generic).
- Thuốc kháng histamine mới hơn không gây buồn ngủ có bán theo toa và bao gồm những chất sau: • astemizole (Hismanal)
- loratadine (Claritin)
  - fexofenadine (Allegra)
  - azelastine HCl (Astelin).

Hismanal có khả năng gây rối loạn nhịp tim nghiêm trọng khi dùng chung với kháng sinh ery-thromycin, thuốc chống nấm ketoconazole và itra-conazole hoặc thuốc chống sốt rét quinine. Dùng nhiều hơn liều Hismanal được khuyến nghị cũng có thể gây rối loạn nhịp tim. Seldane (terfenadine), thuốc kháng histamine không gây buồn ngủ ban đầu, đã bị các nhà sản xuất tự nguyện rút khỏi thị trường vào đầu năm 1998 vì tiềm năng này và vì sự sẵn có của một loại thuốc thay thế an toàn hơn, hiệu quả tương đương, fexofenadine.

**THUỐC GIẢM MÁY.** Thuốc thông mũi làm co mạch máu để chống lại tác dụng của histamine. Thuốc xịt mũi có sẵn có thể bôi trực tiếp vào niêm mạc mũi và có sẵn các chế phẩm dùng đường uống. Thuốc thông mũi là chất kích thích và có thể làm tăng nhịp tim và huyết áp, đau đầu và kích động. Sử dụng thuốc thông mũi tại chỗ lâu hơn vài ngày có thể gây mất hiệu quả và nghẹt mũi trở lại, trong đó đường mũi trở nên sưng tấy nghiêm trọng hơn trước khi điều trị.

**CORTICOSTEROID** bôi ngoài da. Corticos-teroid bôi tại chỗ làm giảm viêm màng nhầy và được bán theo đơn. Dị ứng có xu hướng trở nên tồi tệ hơn

khi mùa dịch tiến triển vì hệ thống miễn dịch trở nên nhạy cảm hơn với các kháng nguyên cụ thể và có thể tạo ra phản ứng nhanh hơn, mạnh hơn. Corticosteroid bôi tại chỗ đặc biệt hiệu quả trong việc giảm tình trạng nhạy cảm theo mùa này vì chúng hoạt động chậm hơn và tác dụng lâu hơn hầu hết các loại thuốc khác. Do đó, tốt nhất nên bắt đầu sử dụng chúng trước khi mùa dị ứng bắt đầu. Tác dụng phụ thường nhẹ nhưng có thể bao gồm đau đầu, chảy máu cam và cảm giác khó chịu về mùi vị.

**BỘ ỔN ĐỊNH TẾ BÀO MAST.** Cromolyn natri ngăn chặn sự giải phóng các hạt tế bào mast, do đó ngăn chặn sự giải phóng histamine và các hóa chất khác có trong chúng. Nó hoạt động như một phương pháp điều trị phòng ngừa nếu nó được bắt đầu vài tuần trước khi bắt đầu mùa dị ứng. Nó cũng có thể được sử dụng cho AR lâu năm.

### Liệu pháp miễn dịch

Liệu pháp miễn dịch, còn được gọi là giải mẫn cảm hoặc tiêm dị ứng, làm thay đổi sự cân bằng của các loại kháng thể trong cơ thể, do đó làm giảm khả năng IgE gây ra phản ứng dị ứng. Liệu pháp miễn dịch được tiến hành trước bằng xét nghiệm dị ứng để xác định chính xác các chất gây dị ứng. Các mũi tiêm bao gồm lượng chất gây dị ứng rất nhỏ nhưng tăng dần trong vài tuần hoặc vài tháng với liều tăng cường định kỳ. Lợi ích đầy đủ có thể mất đến vài năm mới đạt được và không thấy ở khoảng 1/5 bệnh nhân. Những người được tiêm tất cả các mũi tiêm sẽ được theo dõi chặt chẽ sau mỗi lần tiêm vì có nguy cơ nhỏ bị sốc phản vệ, một tình trạng có thể dẫn đến khó thở và tụt huyết áp mạnh.

### Điều trị thay thế

Các phương pháp điều trị thay thế cho AR thường tập trung vào việc điều chỉnh phản ứng miễn dịch của cơ thể và thường tập trung vào việc điều chỉnh chế độ ăn uống và lối sống. Thuốc thảo dược Trung Quốc có thể giúp cân bằng lại hệ thống của một người, cũng như điều trị vì lượng đồng căn tính và thể chất. Vitamin C với số lượng đáng kể có thể giúp ổn định phản ứng của màng nhầy. Để giảm triệu chứng, các phương pháp điều trị bằng thảo dược phương Tây bao gồm thuốc sáng mắt (*Euphrasia officinalis*) và cây tầm ma (*Urtica dioica*) có thể hữu ích. Phấn hoa ong cũng có thể có hiệu quả trong việc giảm bớt hoặc loại bỏ các triệu chứng AR.

### Tiên lượng

Hầu hết những người mắc AR có thể đạt được sự giảm đau thỏa đáng nhờ sự kết hợp giữa các chiến lược phòng ngừa và điều trị. Mặc dù tình trạng dị ứng có thể cải thiện theo thời gian nhưng chúng cũng có thể trở nên tồi tệ hơn hoặc lan rộng sang các chất gây dị ứng mới. Điều trị sớm có thể giúp ngăn ngừa tình trạng tăng mẫn cảm với các chất gây dị ứng khác.

định

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Chất gây dị ứng-Một chất gây ra phản ứng dị ứng.

Sốc phản vệ-Tăng độ nhạy cảm do tiếp xúc trước đó với chất gây dị ứng có thể dẫn đến giãn mạch máu (sưng) và co cơ trơn. Sốc phản vệ có thể dẫn đến tụt huyết áp mạnh và khó thở.

**Kháng thể**-Một loại protein cụ thể được tạo ra bởi hệ thống miễn dịch để đáp ứng với một loại protein hoặc hạt cụ thể lạ được gọi là kháng nguyên.

**Kháng nguyên**-Một loại protein lạ mà cơ thể phản ứng bằng cách tạo ra kháng thể.

**Hạt**- Các gói nhỏ chứa hóa chất phản ứng được lưu trữ trong tế bào.

**Histamine**-Một chất hóa học do tế bào mast tiết ra có tác dụng kích hoạt các thụ thể đau và khiến tế bào bị rò rỉ.

**Tế bào mast**-Một loại tế bào của hệ thống miễn dịch được tìm thấy trong niêm mạc của đường mũi và mí mắt, hiển thị một loại kháng thể gọi là immuno-globulin loại E (IgE) trên bề mặt tế bào của nó và tham gia vào quá trình dị ứng. phản ứng bằng cách giải phóng histamine từ các hạt nội bào.

**Phòng ngừa**

Giảm tiếp xúc với phấn hoa có thể cải thiện triệu chứng AR theo mùa. Các chiến lược bao gồm:

- ở trong nhà và đóng cửa sổ vào buổi sáng, khi lượng phấn hoa cao nhất
- mở cửa sổ ô tô khi lái xe • sử dụng khẩu trang y tế khi ra ngoài
- tránh các trường không bị cắt
- tìm hiểu những cây nào sản xuất phấn hoa vào mùa nào và tránh các khu rừng vào cao điểm của mùa phấn hoa
- giặt quần áo và gội đầu sau khi ra ngoài
- Thường xuyên vệ sinh bộ lọc điều hòa trong nhà • sử dụng bộ lọc tĩnh điện cho điều hòa trung tâm

Di chuyển đến vùng có lượng phấn hoa thấp hơn hiếm khi hiệu quả vì các dị ứng mới thường phát triển.

Ngăn ngừa AR lâu năm đòi hỏi phải xác định các chất gây dị ứng có trách nhiệm

Bào tử nấm mốc:

- giữ nhà khô ráo bằng cách thông gió và sử dụng máy hút ẩm chất trung gian

- sử dụng chất khử trùng như thuốc tẩy loãng để làm sạch bề mặt chǎng hạn như sàn và tường phòng tắm

- làm sạch và khử trùng ống dẫn

- làm sạch và khử trùng máy điều hòa không khí và máy làm mát

- vứt bỏ sách, giày, gối hoặc đồ bị mốc hoặc bị mốc nội thất

**Bụi nhà:**

- hút bụi thường xuyên và thay túi thường xuyên. Dùng túi có lỗ nhỏ để hứng các hạt siêu mịn

- lau sàn và tường bằng cây lau nhà ẩm

- lắp đặt các bộ lọc tĩnh điện trong các ống dẫn nhiệt và làm mát, đồng thời thay đổi tất cả các bộ lọc thường xuyên

**Lông động vật:**

- tránh tiếp xúc nếu có thể

- rửa tay sau khi tiếp xúc

- hút bụi thường xuyên

- không để vật nuôi vào phòng ngủ, đồ nội thất, thảm và các bề mặt bám lông khác

- tắm và chải lông cho thú cưng của bạn thường xuyên

**Tài nguyên****SÁCH**

Viêm mũi dị ứng và không dị ứng: Các khía cạnh lâm sàng. Ed. N. Mygund và RM Naclerio. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1993.

Lawlor, GJ Jr., TJ Fischer và DC Adelman. Cẩm nang Dị ứng và Miễn dịch học. Boston: Little, Brown và Co., 1995.

Novick, NL Bạn có thể làm gì đó với chứng dị ứng của mình. New York: Macmillan, 1994.

Weil, A. Sức khỏe tự nhiên, Y học tự nhiên: Cẩm nang toàn diện về Sức khỏe và Tự chăm sóc bản thân. New York: Houghton Mifflin, 1995.

Richard Robinson

**dị ứng****Sự định nghĩa**

Dị ứng là những phản ứng bất thường của hệ thống miễn dịch xảy ra khi phản ứng với những chất vô hại.

### Sự miêu tả

Dị ứng là một trong những bệnh phổ biến nhất trong y tế rối loạn. Người ta ước tính rằng 60 triệu người Mỹ, hoặc cứ năm người thì có hơn một người mắc một số bệnh dạng dị ứng, với tỷ lệ tương tự trong suốt phần lớn phần còn lại của thế giới. Dị ứng là vấn đề lớn nhất lý do nghỉ học và là nguyên nhân chính dẫn đến mất học năng suất ở nơi làm việc.

Dị ứng là một loại phản ứng miễn dịch. Thông thường, hệ thống miễn dịch phản ứng với các vi sinh vật lạ hoặc các hạt bằng cách tạo ra các protein cụ thể gọi là kháng thể. Những kháng thể này có khả năng liên kết với các phân tử hoặc kháng nguyên xác định trên hạt lạ.

Phản ứng này giữa kháng thể và kháng nguyên tạo ra một loạt các phản ứng hóa học được thiết kế để bảo vệ cơ thể khỏi nhiễm trùng. Đôi khi, cùng một loạt phản ứng được kích hoạt bởi các chất vô hại hàng ngày chẳng hạn như phấn hoa, bụi và lông động vật. Khi điều này xảy ra, dị ứng phát triển chống lại chất vi phạm (chất gây dị ứng.)

Tế bào mast, một trong những nhân tố chính gây ra phản ứng dị ứng, thu giữ và biểu hiện một loại kháng thể cụ thể, được gọi là immunoglobulin loại E (IgE) liên kết với các gen gây dị ứng. Bên trong tế bào mast là những gói nhỏ chứa đầy hóa chất gọi là hạt. Hạt chứa nhiều loại mạnh hóa chất, bao gồm cả histamine.

Các nhà miễn dịch học tách các phản ứng dị ứng thành hai loại chính: phản ứng quá mẫn ngay lập tức, chủ yếu qua trung gian tế bào mast và xảy ra trong số phút tiếp xúc với chất gây dị ứng; và các phản ứng quá mẫn bị trì hoãn, qua trung gian là tế bào T (một loại tế bào màu trắng tế bào máu) và xảy ra vài giờ đến vài ngày sau khi tiếp xúc.

Các chất gây dị ứng hít vào hoặc nuốt phải thường gây ra phản ứng quá mẫn ngay lập tức. Các chất gây dị ứng liên kết với các kháng thể IgE trên bề mặt tế bào mast, làm tràn thành phần trong các hạt của chúng ra các tế bào lân cận, bao gồm cả mạch máu và tế bào thần kinh. Histamin liên kết với bề mặt của các tế bào khác thông qua các protein đặc biệt gọi là thụ thể histamine. Tương tác của Histamin với thụ thể trên mạch máu gây ra sự rò rỉ tăng lên, dẫn đến việc tích tụ chất lỏng, sưng tấy và tăng đỏ. Histamine cũng kích thích các thụ thể đau, làm cho các mô trở nên nhạy cảm và dễ bị kích thích hơn. Triệu chứng kéo dài từ một đến vài giờ sau khi tiếp xúc.

Ở đường hô hấp trên và mắt, phản ứng quá mẫn ngay lập tức gây chảy nước mũi và ngứa mắt, đỏ ngầu điển hình của viêm mũi dị ứng. Ở đường tiêu hóa, những phản ứng này dẫn đến sưng tấy và kích ứng niêm mạc. Niêm mạc ruột, gây ra chuột rút và tiêu chảy điển hình của dị ứng thực phẩm. Các chất gây dị ứng xâm nhập vào

tuần hoàn có thể gây phát ban, phù mạch, sốc phản vệ, hoặc viêm da dị ứng.

Các chất gây dị ứng trên da thường gây ra phản ứng quá mẫn muộn. Tế bào T lưu động tiếp xúc với chất gây dị ứng, thiết lập một phản ứng miễn dịch kéo dài hơn.

Loại phản ứng dị ứng này có thể phát triển qua nhiều ngày sau khi tiếp xúc với chất gây dị ứng và các triệu chứng có thể tồn tại trong một tuần hoặc hơn.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Chất gây dị ứng xâm nhập vào cơ thể qua 4 con đường chính: đường hô hấp, da, đường tiêu hóa và hệ thống tuần hoàn.

- Chất gây dị ứng trong không khí gây hắt hơi, sổ mũi, và ngứa mắt, đỏ ngầu do sót cổ khô (dị ứng mũi). Các chất gây dị ứng trong không khí cũng có thể ảnh hưởng đến lớp lót của phổi, gây ra bệnh hen suyễn hoặc kết mạc mắt, gây viêm kết mạc (đau mắt đỏ). Việc tiếp xúc với chất gây dị ứng từ gián có liên quan đến sự phát triển của bệnh hen suyễn. Chất gây dị ứng trong không khí từ hộ gia đình vật nuôi là một nguồn phổ biến khác gây ô nhiễm môi trường phơi bày.

- Chất gây dị ứng trong thực phẩm có thể gây ngứa và sưng tấy môi và cổ họng, chuột rút và tiêu chảy. Khi hấp thụ vào máu, chúng có thể gây phát ban (mề đay) hoặc các phản ứng nghiêm trọng hơn bao gồm sưng tấy tái phát, không viêm ở da, niêm mạc, các cơ quan và não (phù mạch). Một số chất gây dị ứng thực phẩm có thể gây sốc phản vệ, nguy hiểm đến tính mạng tình trạng được đánh dấu bằng sưng mô, co thắt đường thở và tụt huyết áp. Dị ứng với thực phẩm như vậy sữa bò, trứng, các loại hạt, cá và các loại đậu (đậu phộng và đậu nành) là phổ biến. Dị ứng với trái cây và rau quả cũng có thể xảy ra.

- Khi tiếp xúc với da, chất gây dị ứng có thể gây mẩn đỏ, ngứa và phồng rộp, gọi là viêm da tiếp xúc.

Phản ứng trên da cũng có thể xảy ra do các chất gây dị ứng được đưa vào qua đường hô hấp hoặc đường tiêu hóa.

Loại phản ứng này được gọi là viêm da dị ứng.

Viem da có thể phát sinh từ phản ứng dị ứng (chẳng hạn như từ cây thường xuân độc), hoặc tiếp xúc với chất gây kích ứng tồn thương không miễn dịch đối với các tế bào da (chẳng hạn như xà phòng, cảm lạnh, và các tác nhân hóa học).

- Tiếp xúc với côn trùng cắn và đốt hoặc quan lý thuốc, có thể đưa chất gây dị ứng trực tiếp vào vào hệ tuần hoàn, nơi chúng có thể gây ra toàn hệ thống phản ứng (bao gồm sốc phản vệ), cũng như phản ứng tại chỗ sưng tấy và kích ứng tại chỗ tiêm.

Những người bị dị ứng không nhạy cảm như nhau với tất cả các chất gây dị ứng. Một số có thể bị viêm mũi dị ứng nặng nhưng không bị dị ứng thực phẩm, hoặc cực kỳ nhạy cảm.

**điều**

thích các loại hạt nhưng không thích bất kỳ thực phẩm nào khác. Dị ứng có thể trở nên tồi tệ hơn theo thời gian. Ví dụ, dị ứng có phản ứng ở trẻ em có thể tiến triển thành dị ứng bụi và phấn hoa quanh năm. Một khác, một người có thể mất đi độ nhạy cảm với dị ứng. Viêm da dị ứng ở trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ không còn xuất hiện ở hầu hết mọi người. Thông thường hơn, điều có vẻ là mất độ nhạy thay vào đó là việc giảm tiếp xúc với các chất gây dị ứng hoặc tăng khả năng chịu đựng các triệu chứng tương tự.

Mặc dù dị ứng với các chất gây dị ứng cụ thể không di truyền nhưng khả năng phát triển một số loại dị ứng dường như là có, ít nhất là đối với nhiều người. Nếu cả cha lẫn mẹ đều không bị dị ứng thì khả năng trẻ bị dị ứng là khoảng 10-20%; nếu bố hoặc mẹ bị dị ứng thì tỷ lệ này là 30-50%; và nếu cả hai đều bị dị ứng thì tỷ lệ này là 40-75%. Một nguồn gốc của khuynh hướng di truyền này là khả năng tạo ra lượng IgE cao hơn để đáp ứng với các chất gây dị ứng.

Những người sản xuất nhiều IgE hơn sẽ có độ nhạy cảm dị ứng mạnh hơn.

**CÁC CHẤT DỊ ỨNG THƯỜNG GẶP.** Không khí phổ biến nhất chất gây dị ứng như sau:

- phấn hoa thực vật
- lông và lông động vật
- các bộ phận cơ thể của ve nhà (sinh vật cực nhỏ được tìm thấy trong tất cả các ngôi nhà)
- bụi nhà
- bào tử nấm
- mốc • khói thuốc lá
- dung môi
- chất tẩy rửa

Các chất gây dị ứng thực phẩm phổ biến bao gồm:

- các loại hạt, đặc biệt là đậu phộng, quả óc chó và hạt Brazil
- cá, động vật thân mềm và động vật có vỏ
- trứng
- lúa mì
- sữa
- phụ gia thực phẩm và chất bảo quản

Các loại thuốc sau đây thường gây ra phản ứng dị ứng:

- penicillin hoặc kháng sinh khác
- vắc xin cúm
- Vắc-xin giải độc uốn ván
- gamma globulin

Nguyên nhân phổ biến của viêm da tiếp xúc bao gồm:

- cây thường xuân độc, cây sồi và cây sơn thù du
- hợp kim nikken hoặc nikken
- mù cao su

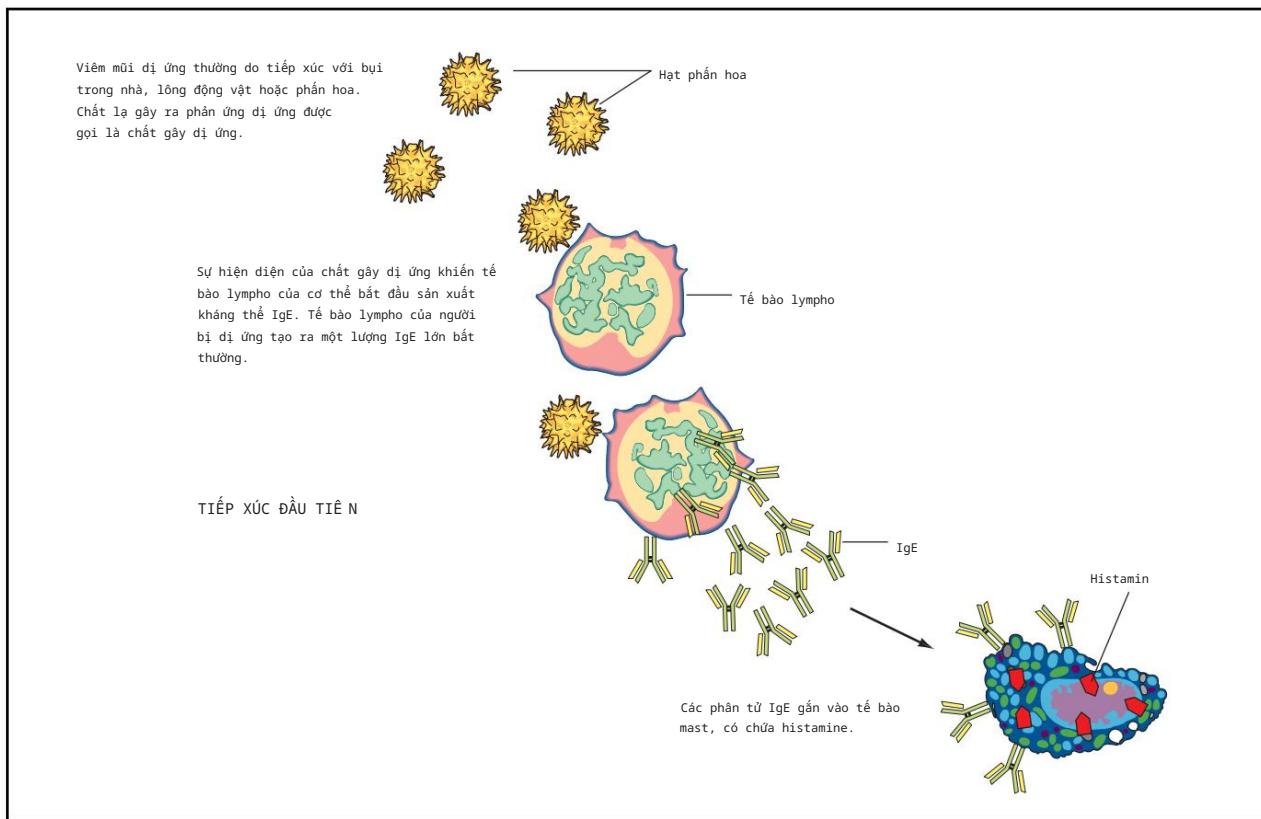
Côn trùng và động vật chân đốt khác có vết cắn hoặc đốt thường gây dị ứng bao gồm:

- ong, ong bắp cày và ong bắp cày
- muỗi
- bọ chét
- bệnh ghẻ

Các triệu chứng phụ thuộc vào loại phản ứng dị ứng cụ thể. Viêm mũi dị ứng có đặc điểm là ngứa, chảy nước mũi, thường xuyên gãi hoặc rất họng do chảy nước mũi sau. Viêm màng mỏng bao phủ mắt (viêm kết mạc dị ứng) gây đỏ, kích ứng và tăng chảy nước mắt. Bệnh hen suyễn gây ra thở khó khăn, ho và khó thở. Các triệu chứng của dị ứng thực phẩm phụ thuộc vào các mô nhạy cảm nhất với chất gây dị ứng và liệu chất gây dị ứng có lây lan toàn thân qua hệ tuần hoàn hay không. Các triệu chứng về đường tiêu hóa có thể bao gồm sưng tấy và ngứa ran ở môi, lưỡi, vòm miệng hoặc cổ họng; buồn nôn; chuột rút; bệnh tiêu chảy; và khí đốt. Viêm da tiếp xúc được biểu hiện bằng các mụn nước trên da đỏ, ngứa, chảy nước và bệnh chàm chàm lành. Đôi khi nó có hình dạng đặc trưng do con người tạo ra, chẳng hạn như dị ứng găng tay với các vết phân rô ràng trên bàn tay, cổ tay và cánh tay nơi đeo găng tay hoặc trên da tai khi đeo khuyên tai.

Phản ứng toàn thân hoặc toàn thân có thể xảy ra do bất kỳ loại chất gây dị ứng nào, nhưng phổ biến hơn sau khi nuốt phải hoặc tiêm chất gây dị ứng. Phản ứng trên da bao gồm các mảng nổi lên, đỏ và ngứa được gọi là phát ban, đặc trưng là nhợt nhạt khi bị áp lực và biến mất trong vòng 24 giờ. Phản ứng da sâu hơn và lan rộng hơn, liên quan đến việc tích tụ chất lỏng nhiều hơn và gây đau đớn, được gọi là phù mạch. Điều này thường xảy ra ở các chi, ngón tay, ngón chân và các bộ phận của đầu, cổ và mặt. Sốc phản vệ được biểu hiện bằng co thắt đường thở, giảm huyết áp, sưng mô lan rộng, nhịp tim bất thường và trong một số trường hợp, mất ý thức. Các triệu chứng khác có thể bao gồm chóng mặt, suy nhược, co giật, ho, đỏ bừng hoặc chuột rút. Các triệu chứng có thể bắt đầu trong vòng năm phút sau khi tiếp xúc với chất gây dị ứng cho đến một giờ hoặc lâu hơn.

Tế bào mast trong các mô và bạch cầu ái kiềm trong các chất trung gian giải phóng máu làm phát sinh các triệu chứng lâm sàng của phản ứng quá mẫn qua trung gian IgE này. Thông thường, điều này có liên quan đến dị ứng với thuốc, thực phẩm và nọc độc côn trùng. Ở một số cá nhân, sáp phản vệ có thể xảy ra khi tập thể dục, trao đổi huyết tương, chạy thận nhân tạo, phản ứng với insulin, thuốc cản quang được sử dụng trong một số trường hợp nhất định.



Phản ứng dị ứng. (Minh họa của Hans &amp; Cassady.)

các loại xét nghiệm y tế. và hiếm khi dùng thuốc gây tê cục bộ.

### Chẩn đoán

Dị ứng thường có thể được chẩn đoán dựa trên bệnh sử y tế cẩn thận, kết hợp sự xuất hiện của các triệu chứng với việc tiếp xúc với các chất gây dị ứng có thể xảy ra. Nghi ngờ dị ứng nếu các triệu chứng xuất hiện là đặc trưng của phản ứng dị ứng và điều này xảy ra nhiều lần khi tiếp xúc với chất gây dị ứng bị nghi ngờ. Các xét nghiệm dị ứng có thể được sử dụng để xác định các chất gây dị ứng tiềm ẩn, nhưng chúng phải được hỗ trợ bằng bằng chứng về phản ứng dị ứng trong lịch sử lâm sàng của bệnh nhân.

#### Xét nghiệm da

Xét nghiệm da được thực hiện bằng cách tiêm một lượng nhỏ chất gây dị ứng bị nghi ngờ bằng cách chích, gãi, chọc thủng hoặc tiêm vào da. Chất gây dị ứng được bôi lên da dưới dạng chiết xuất dạng nước, thường ở lưng, cẳng tay hoặc phía trên đùi. Khi xâm nhập vào da, chất gây dị ứng có thể tạo ra phản ứng miễn dịch cỏ diền và phản ứng bùng phát (một tổn thương da nổi lên, vùng tráng, có thể nén được bao quanh bởi một đốm đỏ). Các bài kiểm tra thường bắt đầu

bằng các xét nghiệm chích hoặc thử nghiệm vá cho da tiếp xúc với một lượng nhỏ chất gây dị ứng để quan sát phản ứng. Phản ứng tích cực sẽ xảy ra trên da ngay cả khi chất gây dị ứng ở mức thường gặp trong thực phẩm hoặc trong đường hô hấp. Phản ứng thường được đánh giá khoảng mười lăm phút sau khi tiếp xúc. Xét nghiệm da trong da liên quan đến việc tiêm chất gây dị ứng vào lớp hạ bì của da. Những xét nghiệm này nhạy hơn và được sử dụng cho các trường hợp dị ứng có nguy cơ tử vong, chẳng hạn như dị ứng với kháng sinh.

#### Đo IgE đặc hiệu với chất gây dị ứng

Các xét nghiệm đo kháng thể IgE đặc hiệu với chất gây dị ứng thường tuân theo một phương pháp cơ bản. Chất gây dị ứng được gắn vào một giá đỡ vững chắc, ở dạng miếng bọt biển xenlulo, tấm microtiter hoặc đĩa giấy. Huyết thanh của bệnh nhân được chuẩn bị từ mẫu máu và được ủ với pha rắn. Nếu có kháng thể IgE đặc hiệu với chất gây dị ứng, chúng sẽ liên kết với pha rắn và được giữ lại ở đó khi phần còn lại của huyết thanh bị cuốn trôi. Tiếp theo, một kháng thể được đánh dấu chống lại IgE được thêm vào và sẽ liên kết với bất kỳ IgE nào trên pha rắn. Phần dư thừa được rửa sạch và nồng độ IgE được xác định.

Thử nghiệm RAST thường được sử dụng (chất hấp thụ chất gây dị ứng vô tuyển)

**điều**

xét nghiệm) sử dụng kháng thể kháng IgE được đánh dấu bằng phóng xạ. Các phương pháp cập nhật hiện nay kết hợp việc sử dụng kháng thể được đánh dấu bằng enzyme trong xét nghiệm ELISA (xét nghiệm hấp thụ miễn dịch liên kết với enzyme).

#### Tổng IgE huyết thanh

Tổng mức IgE trong huyết thanh thường được đo bằng xét nghiệm đo miễn dịch tại hai vị trí. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng nồng độ IgE huyết thanh toàn phần ở người bị dị ứng cao hơn so với người không bị dị ứng. Tuy nhiên, điều này không phải lúc nào cũng đúng vì có sự trùng lặp đáng kể giữa hai nhóm. Xét nghiệm này rất hữu ích trong chẩn đoán viêm xoang do nấm dị ứng và bệnh aspergillosis phế quản phổi. Các tình trạng khác không có tính chất dị ứng có thể làm tăng nồng độ IgE cao hơn như hút thuốc, AIDS, nhiễm ký sinh trùng và u tửy IgE.

#### Thử nghiệm khiêu khích

Những xét nghiệm này liên quan đến việc sử dụng chất gây dị ứng để tạo ra phản ứng miễn dịch. Các thử nghiệm kích thích, thường được thực hiện nhất với các chất gây dị ứng trong không khí, đưa chất gây dị ứng trực tiếp qua con đường thường xảy ra. Chẩn đoán viêm da tiếp xúc dị ứng bị trì hoãn bao gồm các phương pháp tương tự bằng cách dán miếng dán da có chất gây dị ứng để gây ra phản ứng dị ứng da. Các thử nghiệm kích thích chất gây dị ứng thực phẩm yêu cầu phải kiêng chất gây dị ứng nghỉ ngơi trong hai tuần hoặc hơn, sau đó là uống một lượng do được chất thử nghiệm được dung dưới dạng viên nang mờ cùng với đối chứng giả được. Các xét nghiệm kích thích không được sử dụng nếu số phản vệ là mối lo ngại do tiền sử bệnh của bệnh nhân.

#### Phương pháp chẩn đoán trong tương lai

Tính đến năm 2000, các nỗ lực đã được thực hiện để đo trực tiếp các chất trung gian miễn dịch như histamine, protein cation bạch cầu ái toan (ECP) và tryptase tế bào mast. Một xét nghiệm khác, hơi gây tranh cãi, là xét nghiệm điện di qua da hoặc xét nghiệm dị ứng điện châm cấy.

Thử nghiệm này đã được sử dụng ở Châu Âu và đang được điều tra ở Hoa Kỳ, mặc dù chưa được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm phê duyệt. Một điện thế được đặt vào da, chất gây dị ứng xuất hiện và điện trở được quan sát để biết những thay đổi. Phương pháp này chưa được xác minh.

#### Sự đối đãi

Tránh các chất gây dị ứng là tuyển phòng thủ đầu tiên để giảm khả năng bị dị ứng. Sẽ rất hữu ích khi tránh các chất kích thích từ môi trường như khói thuốc lá, nước hoa, chất tẩy rửa gia dụng, sơn, keo dán, không khí.

chất làm tươi và potpourri. Nitơ dioxide từ bếp ga, bếp đốt củi và lò sưởi nhôm tạo có lỗ thông hơi kém cũng có liên quan đến việc kiểm soát bệnh hen suyễn kém. Kiểm soát mạt bụi đặc biệt quan trọng trong khu vực phòng ngủ bằng cách sử dụng vỏ chống thấm chất gây dị ứng trên nệm và gối, giặt ga trải giường thường xuyên bằng nước nóng và loại bỏ các vật dụng bám bụi như đồ chơi nhồi bông. Có thể giảm sự phát triển của nấm mốc bằng cách giảm độ ẩm trong nhà, sửa chữa nền nhà để giảm rò rỉ và rò rỉ trong nhà, đồng thời lắp đặt hệ thống xả để thông gió cho các khu vực sinh ra hơi nước như phòng tắm hoặc nhà bếp. Những người bị dị ứng nên tránh các chất gây dị ứng ở vật nuôi như nước bọt, chất bài tiết của cơ thể, da, nước tiểu hoặc phân. Đối với những người muốn nuôi thú cưng, việc hạn chế hoạt động của động vật ở một số khu vực nhất định trong nhà có thể có lợi.

Việc kiểm soát môi trường hoàn chỉnh thường khó thực hiện được, do đó các biện pháp can thiệp trị liệu có thể trở nên cần thiết. Một số lượng lớn thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn có sẵn để điều trị các phản ứng quá mẫn ngay lập tức. Hầu hết chúng hoạt động bằng cách giảm khả năng gây ra các triệu chứng của histamine. Các loại thuốc khác chống lại tác dụng của histamine bằng cách kích thích các hệ thống khác hoặc giảm phản ứng miễn dịch nói chung.

#### Thuốc kháng histamine

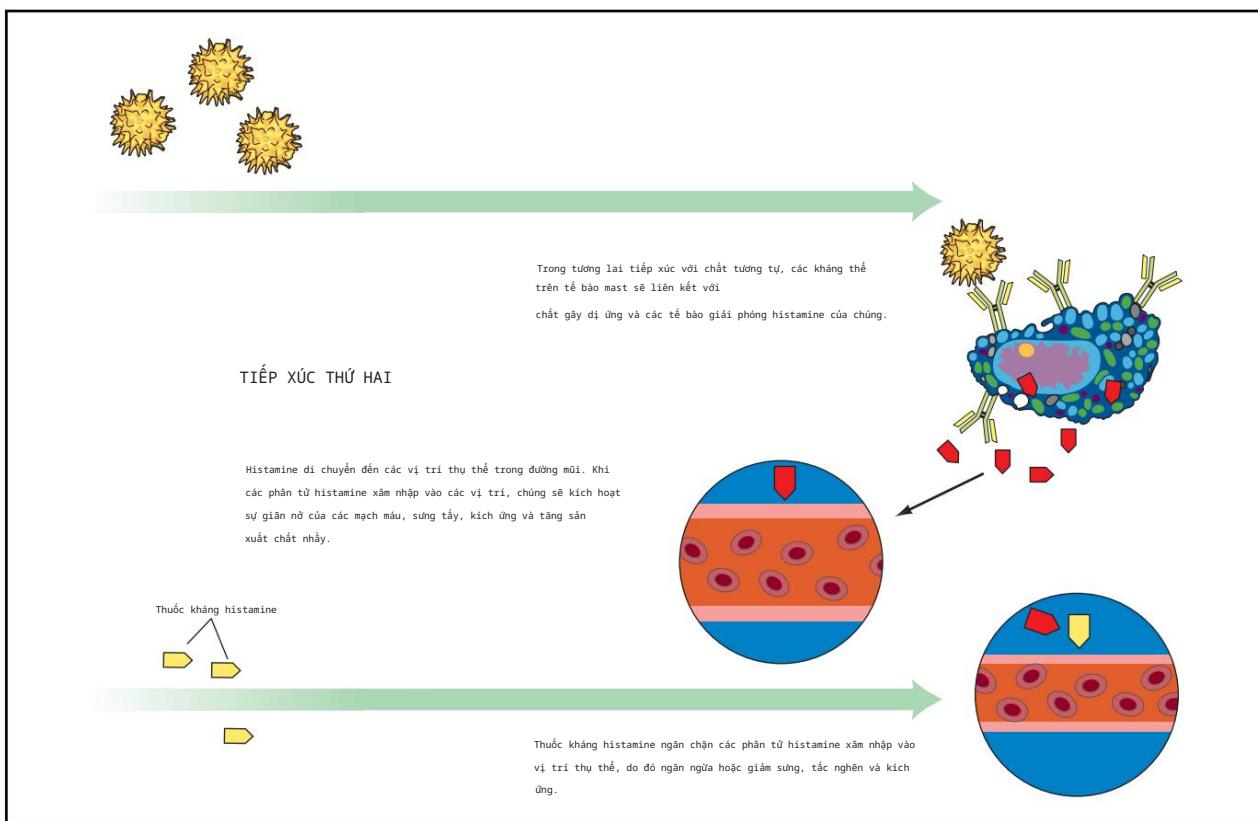
Thuốc kháng histamine ngăn chặn các thụ thể histamine trên mô mũi, làm giảm tác dụng của histamine do tế bào mast giải phóng. Chúng có thể được sử dụng sau khi các triệu chứng xuất hiện, mặc dù chúng thậm chí có thể hiệu quả hơn khi được sử dụng trước khi các triệu chứng xuất hiện. Thuốc kháng histamine giúp giảm hắt hơi, ngứa và chảy nước mũi. Hiện có rất nhiều loại thuốc kháng histamine.

Thuốc kháng histamine thứ nhất, cũ hơn thường gây buồn ngủ như một tác dụng phụ chính, cũng như khô miệng, nhịp tim nhanh, mờ mắt, táo bón và hạ thấp ngưỡng co giật. Những loại thuốc này cũng có tác dụng tương tự như rượu và cần thận trọng khi điều khiển phương tiện cơ giới, vì các cá nhân có thể không biết rằng họ đang bị ảnh hưởng. Thuốc kháng histamine như vậy bao gồm:

- diphenhydramine (Benadryl và thuốc gốc)
- chlorpheniramine (Clor-trimeton và thuốc gốc)
- brompheniramine (Dimetane và thuốc gốc)
- clemastine (Tavist và thuốc generic)

Thuốc kháng histamine mới hơn không gây buồn ngủ hoặc vượt qua hàng rào máu não được cung cấp theo đơn và bao gồm:

- loratadine (Claritin)



Tiếp xúc lần thứ hai và tiếp theo với chất gây dị ứng. (Minh họa của Hans & Cassady.)

#### • fexofenadine (Allegra)

Hismanal có khả năng gây rối loạn nhịp tim nghiêm trọng khi dùng chung với kháng sinh ery-thromycin, thuốc chống nấm ketoconazole và itra-conazole hoặc thuốc chống sốt rét quinine. Dùng nhiều hơn liều Hismanal được khuyến nghị cũng có thể gây rối loạn nhịp tim. Seldane (terfenadine), thuốc kháng histamine không gây buồn ngủ ban đầu, đã bị các nhà sản xuất tự nguyện rút khỏi thị trường vào đầu năm 1998 vì tiềm năng này và vì sự sẵn có của một loại thuốc thay thế an toàn hơn, hiệu quả tương đương, fexofenadine.

#### Thuốc thông mũi

Thuốc thông mũi làm co mạch máu đến niêm mạc để chống lại tác dụng của histamine. Điều này làm giảm lượng máu ở niêm mạc mũi họng và xoang và giảm sưng tấy. Hiện có sẵn thuốc xịt mũi có thể bôi trực tiếp vào niêm mạc mũi và có sẵn các chế phẩm dùng đường uống. Thuốc thông mũi là chất kích thích và có thể làm tăng nhịp tim và huyết áp, đau đầu, mất ngủ, kích động và khó làm rõ ràng bằng quang. Sử dụng thuốc thông mũi lâu hơn vài ngày có thể gây mất hiệu quả và gây tắc nghẽn trở lại, trong đó

đường mũi bị sưng nặng hơn trước khi điều trị.

#### Corticoid bôi tại chỗ

Corticosteroid tại chỗ làm giảm viêm màng nhầy bằng cách giảm lượng chất lỏng di chuyển từ các mạch máu vào các mô. Những loại thuốc này làm giảm việc tuyển dụng các tế bào viêm cũng như giảm tổng hợp các cytokine. Chúng có sẵn theo toa. Dị ứng có xu hướng trở nên trầm trọng hơn khi mùa tiến triển vì hệ thống miễn dịch trở nên nhạy cảm với các kháng nguyên cụ thể và có thể tạo ra phản ứng nhanh hơn, mạnh hơn. Corticos-teroid bôi tại chỗ đặc biệt hiệu quả trong việc giảm sự nhạy cảm mùa này vì chúng hoạt động chậm hơn và tác dụng lâu hơn hầu hết các loại thuốc khác. Do đó, tốt nhất nên bắt đầu sử dụng chúng trước khi mùa dị ứng bắt đầu. Tác dụng phụ thường nhẹ nhưng có thể bao gồm đau đầu, chảy máu cam và cảm giác khó chịu về mùi vị.

#### Thuốc giãn phế quản hoặc thuốc hít định liều (MDI)

Bởi vì phản ứng dị ứng liên quan đến phổi làm cho đường hô hấp hoặc ống phế quản bị thu hẹp, như trong bệnh hen suyễn,

đóng

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Chất gây dị ứng—Một chất gây ra phản ứng dị ứng.

Viêm mũi dị ứng –Viêm màng nhầy của mũi và mắt khi phản ứng với chất gây dị ứng.

Sốc phản vệ—Tăng độ nhạy cảm do tiếp xúc trước đó với chất gây dị ứng có thể dẫn đến giãn mạch máu và co cơ trơn.

Sốc phản vệ có thể dẫn đến tụt huyết áp mạnh và khó thở.

Phù mạch – Sưng da, các cơ quan và não không viêm nghiêm trọng, có thể kèm theo sốt và đau cơ.

Kháng thể—Một loại protein cụ thể được tạo ra bởi hệ thống miễn dịch để đáp ứng với một loại protein hoặc hạt cụ thể lạ được gọi là kháng nguyên.

Kháng nguyên—Một loại protein lạ mà cơ thể phản ứng bằng cách tạo ra kháng thể.

Hen suyễn—Một tình trạng phổi trong đó đường thở bị thu hẹp do co cơ trơn, gây ra thở khò khè, ho và khó thở.

Viêm da dị ứng –Nhiễm trùng da do tiếp xúc với chất gây dị ứng trong không khí hoặc thực phẩm.

Viêm kết mạc—Viêm màng mỏng của mắt gọi là kết mạc.

Viêm da tiếp xúc –Viêm da do tiếp xúc với một chất.

Phản ứng quá mẫn muộn –Các phản ứng dị ứng qua trung gian tế bào T xảy ra vài giờ đến vài ngày sau khi tiếp xúc.

Hạt— Các gói nhỏ chứa hóa chất phản ứng được lưu trữ trong tế bào.

Histamine—Một chất hóa học do tế bào mast tiết ra có tác dụng kích hoạt các thụ thể đau và khiến tế bào bị rò rỉ.

Phản ứng quá mẫn miễn dịch –Các phản ứng dị ứng được thực hiện qua trung gian tế bào mast và xảy ra trong vòng vài phút sau khi tiếp xúc với chất gây dị ứng.

Tế bào mast—Một loại tế bào của hệ thống miễn dịch được tìm thấy trong niêm mạc của mũi và mí mắt, hiển thị một loại kháng thể gọi là immunoglobulin loại E (IgE) trên bề mặt tế bào và tham gia phản ứng dị ứng bằng cách giải phóng histamine từ các hạt nội bào.

Tế bào T –Tế bào của hệ thống miễn dịch hay cụ thể hơn là tế bào bạch cầu, kích thích tế bào tạo ra và giải phóng kháng thể.

Thuốc giãn phế quản, làm cho cơ trơn lót đường thở mở ra hoặc giãn ra, có thể rất hiệu quả.

Khi sử dụng ống hít, điều quan trọng là bệnh nhân phải được hướng dẫn cách sử dụng hợp lý các loại thuốc này. Nên lắc ống hít và bệnh nhân nên thở ra để đẩy không khí ra khỏi phổi. Ống hít phải được đặt ít nhất bằng hai ngón tay ở phía trước miệng.

Thuốc nén nhắm vào phía sau cổ họng và ống hít được kích hoạt khi hít vào khá chậm 3-4 giây. Hơi thở phải được giữ trong ít nhất mươi giây, sau đó thở ra. Phải mắt ít nhất ba mươi đến sáu mươi giây trước khi sử dụng lại ống hít. Cần chú ý súc miệng và đánh răng đúng cách sau khi sử dụng, vì thuốc còn sót lại ở khu vực này và chỉ một lượng nhỏ thực sự đến được phổi. Một số thuốc giãn phế quản được sử dụng để điều trị các cơn hen cấp tính bao gồm adrena-line, albuterol hoặc "các chất kích thích adrenoceptor" khác, thường được dùng dưới dạng khí dung. Fluticasone (Flovent) là một loại thuốc hít thường được kê đơn khác. Một số thuốc giãn phế quản được sử dụng để điều trị các cơn hen cấp tính bao gồm

adrenaline, albuterol, Maxair, Proventil hoặc các "chất kích thích thụ thể adrenoceptor" khác, thường được sử dụng dưới dạng khí dung. Một nhóm thuốc khác, thuốc chủ vận beta tác dụng kéo dài, đang tỏ ra hữu ích trong việc giảm việc sử dụng ống hít. Trong đó có salmeterol xinafoate (Serevent). Theophylline, hiện diện tự nhiên trong cà phê và trà, là một loại thuốc khác có tác dụng giãn phế quản. Nó thường được dùng bằng đường uống, nhưng trong cơn hen nặng có thể được tiêm tĩnh mạch. Tác dụng phụ bao gồm rối loạn tiêu hóa, mất ngủ, đau đầu và co giật.

## Thuốc kháng cholinergic

Ipratropium bromide (atropine) và atropine sulfate là những loại thuốc có tác dụng anticholinergic được sử dụng để điều trị bệnh hen suyễn. Ipratropium được sử dụng để điều trị bệnh hen trong trường hợp khẩn cấp bằng máy phun sương.

## Thuốc không steroid

Bộ ÔN ĐỊNH TẾ BÀO MAST. Cromolyn natri ngăn chặn sự giải phóng các hạt tế bào mast, do đó ngăn ngừa-

giải phóng histamine và các hóa chất khác có trong chúng. Nó hoạt động như một phương pháp điều trị phòng ngừa nếu nó được bắt đầu vài tuần trước khi bắt đầu mùa dị ứng. Nó cũng có thể được sử dụng để ngăn ngừa dị ứng quanh năm. Cromolyn natri có sẵn dưới dạng thuốc xịt mũi cho bệnh viêm mũi dị ứng và ở dạng khí dung (dạng huyền phù của các hạt trong khí) cho bệnh hen suyễn.

**CHẤT SỦA LEUKOTRIENE.** Những loại thuốc này rất hữu ích cho những người nhạy cảm với aspirin, viêm xoang, polposis, nỗi mè day. Ví dụ bao gồm zafirlukast (Acco-late), montelukast (Singulair) và zileuton (Zyflo).

Khi sử dụng zileuton, phải cẩn thận để do men gan.

#### Liệu pháp miễn dịch

Trong hình thức trị liệu này, chất gây dị ứng được tiêm vào da với liều lượng tăng dần trong một khoảng thời gian cụ thể. Điều này có thể hữu ích cho những bệnh nhân không đáp ứng với thuốc hoặc tránh các chất gây dị ứng trong môi trường. Loại trị liệu này có thể làm giảm nhu cầu dùng thuốc.

#### Điều trị viêm da tiếp xúc

Một cá nhân bị viêm da tiếp xúc ban đầu nên thực hiện các bước để tránh các nguồn có thể tiếp xúc với tác nhân vi phạm. Kem dưỡng da calamine bôi lên vùng da bị ảnh hưởng có thể làm giảm phần nào kích ứng, cũng như chườm nước lạnh. Tác dụng phụ của thuốc bôi tại chỗ có thể bao gồm làn da khô quá mức. Trong trường hợp viêm da tiếp xúc cấp tính, liệu pháp corticosteroid đường uống ngắn hạn có thể thích hợp. Corticosteroid mạnh vừa phải cũng có thể được bôi dưới dạng màng bọc trong 24 giờ.

Nhân viên y tế đặc biệt có nguy cơ bị nấm bàn tay do sử dụng găng tay.

#### Điều trị sốc phản vệ

Tình trạng khẩn cấp của sốc phản vệ được điều trị bằng cách tiêm adrenalin, còn được gọi là epinephrine. Những người dễ bị sốc phản vệ do dị ứng thức ăn hoặc côn trùng thường mang theo một chiếc "Epi-pen" chứa adrenaline trong kim tiêm dưới da. Các loại thuốc khác có thể được dùng để hỗ trợ hoạt động của epi-pen. Tiêm kịp thời có thể ngăn ngừa phản ứng nghiêm trọng hơn phát triển. Cần đặc biệt chú ý để đánh giá tình trạng đường thở của người bị ảnh hưởng và nên đặt người đó ở tư thế nằm nghiêng và xác định các dấu hiệu sinh tồn. Nếu phản ứng xảy ra do côn trùng đốt hoặc bị tiêm, có thể cần phải đặt gạc gần khu vực mà chất đó xâm nhập vào da. Sau đó, điều này sẽ được phát hành trong khoảng thời gian mười phút một lần, trong thời gian từ một đến hai phút. Nếu cá nhân

không đáp ứng với những can thiệp như vậy thì việc điều trị khẩn cấp là phù hợp.

#### Điều trị thay thế

Bất kỳ phương pháp điều trị dị ứng thay thế nào đều bắt đầu bằng việc tìm ra nguyên nhân và sau đó giúp bệnh nhân tránh hoặc loại bỏ chất gây dị ứng, mặc dù điều này không phải lúc nào cũng có thể thực hiện được. Giống như bất kỳ liệu pháp thay thế nào, nên tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi bắt đầu một hình thức điều trị mới. Giáo dục về cách sử dụng các thuốc thay thế là rất quan trọng, vì chúng vẫn là "thuốc" mặc dù chúng có nguồn gốc từ các nguồn tự nhiên. Các loại thuốc thay thế khác nhau có thể hữu ích trong điều trị dị ứng, bao gồm:

- Thuốc kháng histamine: vitamin C và hes-peridin bioflavonoid hoạt động như thuốc kháng histamine tự nhiên. •

Thuốc thông mũi: vitamin C, các biện pháp vi lượng đồng căn Ferrum photphoricum và Kali muriaticum (được sử dụng xen kẽ), và chất bổ sung chế độ ăn uống N-acetylcysteine được cho là có tác dụng thông mũi.

- Chất ổn định tế bào mast: bioflavonoid quercetin

và hesperidin có thể giúp ổn định tế bào mast.

- Liệu pháp miễn dịch: các loại thảo mộc echinacea (Echinacea spp.) và xương cua hoặc rễ đậu tầm sữa (Astragalus membranaceus) có thể giúp tăng cường hệ thống miễn dịch.

- Thuốc giãn phế quản: các loại thuốc thảo dược cây ma hoàng (Ephedra sinica, còn được gọi là ma hoàng trong y học cổ truyền Trung Quốc), khellin (Ammi visnaga) và vỏ cây tri chuột rút (Viburnum opulus) được cho là có tác dụng giúp thông đường hô hấp.

#### Điều trị viêm da tiếp xúc

Nhiều loại thuốc thảo dược, bôi tại chỗ hoặc dùng nội bộ, có thể hỗ trợ điều trị viêm da tiếp xúc. Một loại thuốc đắp (thảo dược nghiền nát bôi trực tiếp lên vùng bị ảnh hưởng) làm từ cỏ kim hoàn (Impatiens spp.) hoặc cỏ xanh (Stellaria media) có thể làm dịu da. Một loại kem hoặc nước rửa có chứa hoa cúc Calendula (Calendula officinalis), một chất khử trùng và chống viêm tự nhiên, có thể giúp chữa lành vết phát ban khi bôi tại chỗ. Điều trị vi lượng đồng căn có thể bao gồm các biện pháp điều trị như Rhus toxodendron, Apis mellifica hoặc Anacardium được dùng nội bộ. Nên tham khảo ý kiến của một bác sĩ vi lượng đồng căn có trình độ để điều trị các triệu chứng phù hợp với phương pháp điều trị chính xác. Cần thận trọng với bất kỳ tác nhân nào được thực hiện trong nội bộ.

#### Tiên lượng

Dị ứng có thể cải thiện theo thời gian, mặc dù chúng thường trở nên trầm trọng hơn. Trong khi sốc phản vệ và hen suyễn nặng là những vấn đề sống còn

đe dọa, các phản ứng dị ứng khác thì không. Học cách nhận biết và tránh các tình huống gây dị ứng cho phép hầu hết những người bị dị ứng có cuộc sống bình thường.

### Phòng ngừa

Tránh các chất gây dị ứng là cách tốt nhất để hạn chế phản ứng dị ứng. Đối với dị ứng thực phẩm, không có cách điều trị hiệu quả nào ngoại trừ việc phòng tránh. Bằng cách xác định các chất gây dị ứng gây ra phản ứng, hầu hết mọi người có thể học cách tránh phản ứng dị ứng từ thực phẩm, thuốc và tiếp xúc với các chất gây dị ứng như cây thường xuân độc hoặc mủ cao su. Khó tránh khỏi các chất gây dị ứng trong không khí hơn, mặc dù việc giữ bụi và lông động vật không tích tụ trong nhà có thể hạn chế phơi nhiễm.

Cromolyn natri có thể ngăn chặn sự thoái hóa tế bào mast, do đó hạn chế phản ứng dị ứng.

Liệu pháp miễn dịch, còn được gọi là giải mẫn cảm hoặc tiêm dị ứng, làm thay đổi sự cân bằng của các loại kháng thể trong cơ thể, do đó làm giảm khả năng IgE gây ra phản ứng dị ứng. Liệu pháp miễn dịch được tiến hành trước bằng xét nghiệm dị ứng để xác định chính xác chất gây dị ứng. Các mũi tiêm bao gồm lượng chất gây dị ứng rất nhỏ nhưng tăng dần trong vài tuần hoặc vài tháng với liều tăng cưỡng định kỳ. Lợi ích đầy đủ có thể mất đến vài năm mới đạt được và không thấy ở khoảng 1/5 bệnh nhân. Những người được tiêm tất cả các mũi tiêm sẽ được theo dõi chặt chẽ sau mỗi lần tiêm vì có nguy cơ nhỏ bị sốc phản vệ, một tình trạng có thể dẫn đến khó thở và tụt huyết áp mạnh.

Các loại thuốc khác, bao gồm steroid, được sử dụng để ngăn ngừa các cơn hen suyễn và kiểm soát bệnh hen suyễn lâu dài.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Kemp, Stephen F. và Richard Lockey, biên tập viên. Xét nghiệm chẩn đoán bệnh dị ứng. New York: Marcel Dekker, Inc., 2000.

Lawlor, GJ, TJ Fischer và DC Adelman. Hướng dẫn sử dụng  
Dị ứng và Miễn dịch học. Boston: Little, Brown và Co., 1995.

Lieberman, Phil và Johh Anderson, biên tập viên. Bệnh dị ứng: Chẩn đoán và điều trị, tái bản lần thứ 2. Totowa: Humana Press, Inc., 2000.

Novick, NL Bạn có thể làm gì đó với chứng dị ứng của mình. New York: Macmillan, 1994.

Hans-Uwe, Simon, biên tập viên. Tài liệu tham khảo bàn CRC về dị ứng và hen suyễn. Boca Raton: Nhà xuất bản CRC, 2000.

Weil, A. Sức khỏe tự nhiên, Y học tự nhiên: Cẩm nang toàn diện về Sức khỏe và Tự chăm sóc bản thân. Boston: Houghton Mifflin, 1995.

Richard Robinson

Jill Granger, MS

## Xét nghiệm dị ứng

### Sự định nghĩa

Xét nghiệm dị ứng cho thấy mức độ nhạy cảm dị ứng của một người với các chất môi trường thường gặp.

### Mục đích

Dị ứng là một phản ứng của hệ thống miễn dịch. Thông thường, hệ thống miễn dịch phản ứng với các vi sinh vật và hạt lạ, như phấn hoa hoặc bụi, bằng cách tạo ra các protein cụ thể gọi là kháng thể có khả năng liên kết để xác định các phân tử hoặc kháng nguyên trên sinh vật lạ. Phản ứng này giữa kháng thể và kháng nguyên tạo ra một loạt phản ứng được thiết kế để bảo vệ cơ thể khỏi bị nhiễm trùng. Đôi khi, chuỗi phản ứng tương tự này được kích hoạt bởi các chất vô hại hàng ngày.

Đây là tình trạng được gọi là dị ứng và chất gây dị ứng được gọi là chất gây dị ứng. Các chất gây dị ứng hit vào thông thường bao gồm phấn hoa, bụi và các bộ phận côn trùng từ những con ve nhà nhỏ. Các chất gây dị ứng thực phẩm phổ biến bao gồm các loại hạt, cá và sữa.

Phản ứng dị ứng liên quan đến một nhóm tế bào đặc biệt trong hệ thống miễn dịch được gọi là tế bào mast. Tế bào mast đóng vai trò bảo vệ các mô nơi cơ thể tiếp xúc với thế giới bên ngoài: da, màng nhầy của mắt và các khu vực khác, cũng như các lớp lót của hệ hô hấp và tiêu hóa. Tế bào mast hiển thị một loại kháng thể đặc biệt, được gọi là immunoglobulin loại E (IgE), trên bề mặt của chúng. Bên trong, tế bào mast lưu trữ các hóa chất phản ứng trong các gói nhỏ, gọi là hạt. Khi các kháng thể gặp phải chất gây dị ứng, chúng sẽ kích hoạt giải phóng các hạt, làm tràn hóa chất của chúng sang các tế bào lân cận, bao gồm cả mạch máu và tế bào thần kinh. Một trong những hóa chất này, histamine, liên kết với bề mặt của các tế bào khác này, thông qua các protein đặc biệt gọi là thụ thể histamine. Sự tương tác của histamine với các thụ thể trên mạch máu khiến các tế bào lân cận bị rò rỉ, dẫn đến tích tụ chất lỏng, sưng tấy và tăng tình trạng đỏ đặc trưng của sổ mũi và mắt đỏ, khó chịu. Histamine còn kích thích các thụ thể đau, gây ngứa, gãi mũi, mắt và họng thường gặp ở bệnh viêm mũi dị ứng.

Các chất gây dị ứng cụ thể mà một người nhạy cảm có thể được xác định thông qua xét nghiệm dị ứng. Xét nghiệm dị ứng có thể được thực hiện trên da hoặc sử dụng huyết thanh trong ống nghiệm. Trong quá trình kiểm tra da, các chất gây dị ứng tiêm ẩn sẽ được đặt lên da và quan sát thấy phản ứng. Trong xét nghiệm dị ứng hấp thụ chất gây dị ứng vô tuyến (RAST), huyết thanh của bệnh nhân được kết hợp với chất gây dị ứng trong ống nghiệm để xác định xem kháng thể trong huyết thanh có phản ứng với chất gây dị ứng hay không. Thủ nghiệm kích thích bao gồm việc tiếp xúc trực tiếp với một chất có khả năng gây dị ứng

gen, qua đường hô hấp hoặc đường tiêu hóa. Các phản ứng tích cực từ bất kỳ xét nghiệm nào trong số này có thể được sử dụng để thu hẹp các ứng cử viên cho chất gây dị ứng thực sự gây dị ứng.

Việc xác định chất gây dị ứng có thể cho phép bệnh nhân tránh được chất đó và giảm phản ứng dị ứng. Ngoài ra, xét nghiệm dị ứng có thể được thực hiện ở những người mắc bệnh hen suyễn khó kiểm soát, bệnh chàm hoặc phát ban trên da để xác định xem dị ứng có gây ra tình trạng này hay làm cho bệnh nặng hơn hay không. Các xét nghiệm dị ứng cũng có thể được thực hiện trước khi giải mãn cảm với chất gây dị ứng để đảm bảo an toàn khi tiếp xúc rộng rãi hơn.

#### Xét nghiệm da là loại xét nghiệm dị ứng phổ biến nhất.

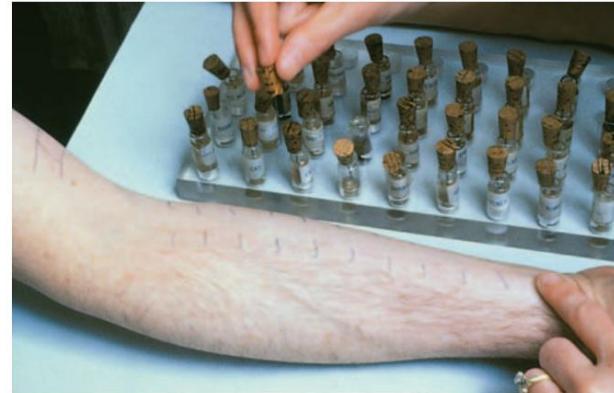
Có hai hình thức: qua da và trong da. Trong thử nghiệm qua da hoặc chích, dung dịch chất gây dị ứng được đặt trên da, sau đó da được chích bằng kim, cho phép chất gây dị ứng xâm nhập vào da và tiếp xúc với tế bào mast. Thử nghiệm vết xước, trong đó da bị trầy xước thay vì bị thủng, được sử dụng ít thường xuyên hơn. Thử nghiệm trong da bao gồm việc tiêm trực tiếp dung dịch gây dị ứng vào da. Trong cả hai thử nghiệm, một vết sưng tấy, đỏ xuất hiện tại chỗ tiêm đối với từng chất mà người đó nhạy cảm. Phản ứng của da được quan sát thấy đối với các chất gây dị ứng bắt kể chúng có thường ánh hưởng đến da hay không. Nói cách khác, các chất gây dị ứng trong không khí và thực phẩm đều gây ra phản ứng da tốt như nhau.

Phạm vi chất gây dị ứng được sử dụng để thử nghiệm được chọn để phản ánh các nguồn có thể có trong môi trường và có thể bao gồm những chất sau:

- phấn hoa từ nhiều loại cây, cỏ thông thường, và cỏ dại
- bào tử nấm mốc
- bụi nhả
- mạt nhả
- tê bào da động vật (lông) và nước bọt
- chiết xuất thực phẩm
- thuốc kháng sinh
- nọc độc côn trùng

Xét nghiệm chất hấp thụ chất gây dị ứng vô tuyến (RAST) là một xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được thực hiện khi một người có thể quá nhạy cảm với xét nghiệm da có nguy cơ hoặc khi thuốc hoặc tình trạng da ngăn cản nó.

Thử nghiệm kích thích được thực hiện để xác định chính xác các chất gây dị ứng bị nghi ngờ sau khi thử nghiệm da sơ bộ. Một ché phẩm đã được tinh chế của chất gây dị ứng được hít hoặc uống với nồng độ ngày càng tăng để xác định xem nó có gây ra phản ứng hay không. Thử nghiệm thực phẩm tệ nhặt hơn nhiều so với thử nghiệm hô hấp, vì quá trình đi qua toàn bộ hệ thống tiêu hóa có thể mất một ngày hoặc hơn.



Bệnh nhân này đang tiếp xúc với một số chất gây dị ứng như một phần của xét nghiệm dị ứng. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

#### Các biện pháp phòng ngừa

Mặc dù xét nghiệm dị ứng khá an toàn đối với hầu hết mọi người nhưng vẫn có khả năng xảy ra tình trạng gọi là **sốc phản vệ**. Sốc phản vệ là một tình trạng nguy hiểm tiềm tàng có thể dẫn đến khó thở và tụt huyết áp mạnh. Những người có tiền sử sút phản vệ nên thông báo cho bác sĩ xét nghiệm. Xét nghiệm da không bao giờ được bao gồm chất được biết là gây sút phản vệ ở người được xét nghiệm.

#### Các xét nghiệm kích thích có thể gây ra phản ứng dị ứng.

Vì vậy, thuốc điều trị nên có sẵn sau khi xét nghiệm để sử dụng nếu cần.

#### Mô tả Trong thử

nghiệm chích, một giọt chất gây dị ứng cần thử nghiệm được nhô lên da, thường là ở cổ tay hoặc lưng.

Một loạt thử nghiệm điển hình có thể bao gồm hai chích giọt chất gây dị ứng, bao gồm một giọt dung dịch muối không gây ra phản ứng (kiểm soát âm tính) và một giọt histamine sẽ gây ra phản ứng (kiểm soát dương tính). Một cây kim nhỏ được đưa qua giọt nước và dùng để chích vào vùng da bên dưới. Một kim mới được sử dụng cho mỗi lần chích.

Các vị trí này sẽ được kiểm tra trong vòng 20 phút tiếp theo để tìm bằng chứng sưng và đỏ, cho thấy phản ứng dương tính. Trong một số trường hợp, có thể thực hiện việc theo dõi tập hợp các phản ứng bằng cách đặt giấy lên vùng được thử nghiệm.

Tương tự, trong thử nghiệm trong da, các mũi tiêm riêng biệt được thực hiện cho từng chất gây dị ứng được thử nghiệm. Các quan sát được thực hiện trong hai mươi phút tiếp theo.

Trong xét nghiệm RAST, một mẫu máu được lấy để sử dụng trong phòng thí nghiệm, nơi huyết thanh chứa kháng thể được tách ra khỏi tế bào máu. Huyết thanh sau đó được tiếp xúc với các chất gây dị ứng liên kết với môi trường rắn. Nếu một người có kháng thể chống lại một chất gây dị ứng cụ thể thì kháng thể đó sẽ

Hình



Cận cảnh cánh tay của bệnh nhân sau khi xét nghiệm dị ứng.  
(Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

ies sẽ liên kết với môi trường rắn và tồn tại sau khi rửa sạch. Vị trí của sự kết hợp chất gây dị ứng-kháng thể được thực hiện bằng cách thêm các kháng thể phản ứng với kháng thể, còn gọi là kháng thể, được liên kết hóa học với thuốc nhuộm phóng xạ. Bằng cách định vị các điểm phóng xạ trên môi trường rắn, các chất gây dị ứng phản ứng sẽ được phát hiện.

Thử nghiệm kích thích có thể được thực hiện để xác định các chất gây dị ứng trong không khí hoặc thực phẩm. Xét nghiệm hít phải chỉ được thực hiện sau khi đã xác định được dung tích phổi và phản ứng của bệnh nhân với môi trường dùng để pha loãng chất gây dị ứng. Một khi điều này đã được xác định, bệnh nhân hít vào các mẫu có nồng độ ngày càng tăng của một chất gây dị ứng cụ thể, sau mỗi lần đo bằng cách đo khả năng thở ra. Chỉ có một chất gây dị ứng được kiểm tra mỗi ngày. Việc kiểm tra dị ứng thực phẩm thường được thực hiện bằng cách loại bỏ thực phẩm nghi ngờ khỏi chế độ ăn trong hai tuần, sau đó ăn một phần thực phẩm nghi ngờ và theo dõi theo dõi.

#### Chuẩn bị Kiểm

tra da được tiến hành trước bằng việc kiểm tra da nhanh chóng. Bệnh nhân nên hạn chế sử dụng thuốc chống dị ứng ít nhất 48 giờ trước khi xét nghiệm. Trước khi thử nghiệm đường hô hấp, những bệnh nhân mắc bệnh hen suyễn có thể chịu đựng được có thể được yêu cầu ngừng bất kỳ loại thuốc điều trị hen suyễn nào. Xét nghiệm dị ứng thực phẩm yêu cầu người đó tránh tất cả các thực phẩm nghi ngờ trong ít nhất hai tuần trước khi xét nghiệm.

#### Chăm sóc sau

Xét nghiệm da thường không yêu cầu bất kỳ sự chăm sóc nào sau đó. Vết đỏ và sưng tấy toàn thân có thể xảy ra ở vùng thử nghiệm nhưng thường sẽ hết trong vòng một hoặc hai ngày.

Xét nghiệm hít phải có thể gây ra các cơn hen suyễn muộn, ngay cả khi kháng nguyên được sử dụng trong xét nghiệm ban đầu không gây ra phản ứng. Các phản ứng nghiêm trọng ban đầu có thể cần được quan sát chuyên môn chặt chẽ trong ít nhất 12 giờ sau khi xét nghiệm.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Chất gây dị ứng-Một chất gây ra phản ứng dị ứng.**

**Sốc phản vệ-Tăng độ nhạy cảm do tiếp xúc trước đó với chất gây dị ứng có thể dẫn đến giãn mạch máu (sưng) và co cơ trơn. Sốc phản vệ có thể dẫn đến tụt huyết áp mạnh và khó thở.**

**Kháng thể-Một loại protein cụ thể được tạo ra bởi hệ thống miễn dịch để đáp ứng với một loại protein hoặc hạt cụ thể lạ được gọi là kháng nguyên.**

**Kháng nguyên-Một loại protein lạ mà cơ thể phản ứng bằng cách tạo ra kháng thể.**

**Histamine-Một chất hóa học do tế bào mast tiết ra có tác dụng kích hoạt các thụ thể đau và khiến tế bào bị rò rỉ.**

**Tế bào mast-Một loại tế bào của hệ thống miễn dịch được tìm thấy trong niêm mạc của đường mũi và mí mắt, hiển thị một loại kháng thể gọi là immuno-globulin loại E (IgE) trên bề mặt tế bào của nó và tham gia vào quá trình dị ứng. phản ứng bằng cách giải phóng histamine từ các hạt nội bào.**

#### Rủi ro

Thử nghiệm trong da có thể vô tình dẫn đến việc tiêm chất gây dị ứng vào hệ tuần hoàn, làm tăng nguy cơ xảy ra phản ứng bất lợi. Xét nghiệm hít phải có thể gây ra cơn hen suyễn. Việc tiếp xúc với các chất gây dị ứng mới hoặc không được nghi ngờ trong bất kỳ xét nghiệm nào đều có nguy cơ bị sốc phản vệ.

Vì bệnh nhân được theo dõi sau khi xét nghiệm dị ứng nên phản ứng phản vệ thường được nhận biết và điều trị kịp thời. Đôi khi, phản ứng phản vệ chậm trễ có thể xảy ra và cần được chăm sóc ngay lập tức.

Giáo dục bệnh nhân đúng cách về cách nhận biết sốc phản vệ là rất quan trọng.

#### Kết quả bình thường

Kiểm tra da không thấy mẩn đỏ hoặc sưng tấy cho thấy không có phản ứng dị ứng. Trong bài kiểm tra hít vào, khả năng thở ra sẽ không thay đổi. Trong thử thách ăn uống, sẽ không có triệu chứng nào xảy ra.

#### Kết quả bất thường

Sự hiện diện của vết đỏ hoặc sưng tấy, đặc biệt là đường kính trên 5 mm (1/4 inch), cho thấy phản ứng dị ứng.

Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là chất đó thực sự gây ra các triệu chứng của bệnh nhân, vì họ có thể không tiếp xúc thường xuyên với chất gây dị ứng. Trên thực tế, chất gây dị ứng thực tế có thể không được đưa vào dây thử nghiệm.

Sau khi hít phải chất gây dị ứng, khả năng thở ra giảm hơn 20% và trong ít nhất 10-20 phút cho thấy phản ứng dương tính với chất gây dị ứng.

Các triệu chứng tiêu hóa trong vòng 24 giờ sau khi ăn phải chất gây dị ứng thực phẩm bị nghi ngờ cho thấy phản ứng dương tính.

#### Tài nguyên

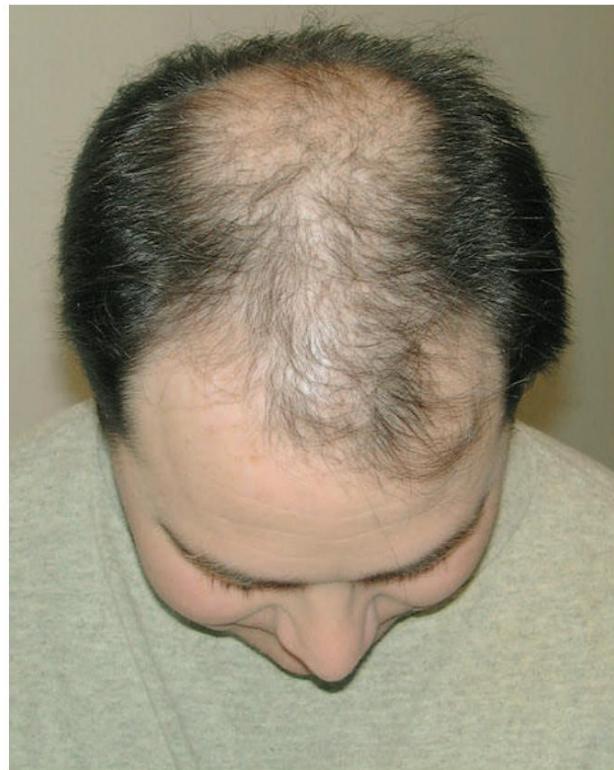
##### SÁCH

Davies, R. và S. Ollier. Dị Ứng: Sự thật. Oxford, Anh: Nhà xuất bản Đại học Oxford, 1989.  
Lawlor Jr., GJ, TJ Fischer và DC Adelman. Cẩm nang Dị Ứng và Miễn dịch học. Boston: Little, Brown và Co., 1995.

Richard Robinson

## Cây ghép đồng loại xem Ghép tủy xương

Allopurino xem thuốc điều trị bệnh gút



Định đầu của nam giới hói. (Ảnh của Kelly A. Quin.  
Được sao chép dưới sự cho phép.)

## Rụng tóc

### Sự định nghĩa

Rụng tóc đơn giản có nghĩa là rụng tóc (hói đầu).

### Sự miêu tả

Rụng tóc xảy ra vì rất nhiều lý do - từ việc nhổ tóc cho đến việc tóc bị tiêu diệt bởi hóa trị liệu ung thư. Một số nguyên nhân được coi là tự nhiên, trong khi những nguyên nhân khác báo hiệu các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Một số tình trạng chỉ giới hạn ở da đầu. Những người khác phản ánh bệnh tật khắp cơ thể. Có thể nhìn thấy rõ ràng, da và các bộ phận của nó có thể cung cấp các dấu hiệu sớm của bệnh ở những nơi khác trong cơ thể.

Thông thường, các tình trạng ảnh hưởng đến da đầu sẽ dẫn đến rụng tóc. Manh mối đầu tiên về nguyên nhân cụ thể là kiểu rụng tóc, cho dù đó là hói toàn bộ (rụng tóc toàn phần), các đốm hói loang lổ, mỏng hoặc rụng tóc chỉ giới hạn ở một số khu vực nhất định. Ngoài ra một yếu tố là tình trạng của tóc và da đầu bên dưới nó. Đôi khi chỉ có tóc bị ảnh hưởng; đôi khi da cũng bị bệnh rõ rệt.

### Nguyên nhân và triệu chứng

- Chứng hói đầu ở nam giới (rụng tóc do nội tiết tố nam) được coi là bình thường ở nam giới trưởng thành. Nó có thể dễ dàng được nhận biết qua sự phân bố lượng tóc rụng trên đỉnh đầu và phía trước đầu cũng như tình trạng khỏe mạnh của da đầu.
- Rụng tóc từng vùng là tình trạng rụng tóc không rõ nguyên nhân, có thể từng mảng hoặc kéo dài đến hói hoàn toàn.
- Nhiễm nấm da đầu thường gây rụng tóc từng mảng. Loại nấm này, tương tự như loại nấm gây bệnh nấm bàn chân và nấm ngoài da của vận động viên, thường phát sáng dưới tia cực tím.
- Trichotillomania là tên của một chứng rối loạn tâm thần khiến một người phải nhổ tóc của chính mình.
- Rụng tóc hoàn toàn là kết quả thường gặp của quá trình hóa trị ung thư do độc tính của thuốc được sử dụng.  
Đặt dây garô quanh hộp sọ ngay phía trên tai trong quá trình truyền thuốc vào tĩnh mạch có thể làm giảm hoặc loại bỏ tình trạng rụng tóc bằng cách ngăn không cho thuốc đến da đầu.
- Các bệnh toàn thân thường ảnh hưởng đến sự phát triển của tóc một cách có chọn lọc hoặc bằng cách làm thối da đầu. Một ví dụ là rối loạn tuyến giáp. Bệnh cường giáp (quá nhiều hormone tuyến giáp) khiến tóc trở nên mỏng và mịn.

trong

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Bàn chân của vận động viên-Một bệnh nhiễm nấm giữa các ngón chân, được gọi chính thức là nấm bàn chân.

Bệnh tự miễn dịch -Một số bệnh gây ra bởi sự phát triển phản ứng miễn dịch của cơ thể đối với các mô của chính nó.

Hóa trị-Việc điều trị các bệnh, thường là ung thư, bằng thuốc (hóa chất).

Nang lông- Các cơ quan nhỏ trong da, mỗi cơ quan mọc một sợi tóc.

Lupus ban đỏ-Một bệnh tự miễn có thể gây tổn thương da, khớp, thận và các cơ quan khác.

Nấm ngoài da-Một bệnh nhiễm nấm trên da, thường được gọi là tinea corporis.

Hệ thống-Ánh hưởng đến tất cả hoặc hầu hết các bộ phận của cơ thể.

Suy giáp (quá ít hormone tuyến giáp) làm dày cả tóc và da.

- Một số bệnh tự miễn (khi các tế bào bảo vệ bắt đầu tấn công các tế bào tự thân trong cơ thể) ảnh hưởng đến da, đặc biệt là bệnh lupus ban đỏ.

**Chẩn đoán Các**

bác sĩ da liễu có kỹ năng chẩn đoán chỉ bằng mắt thường. Đối với những bệnh khó hiểu hơn, họ có thể phải dùng đến phương pháp sinh thiết da, loại bỏ một chút da bằng cách sử dụng gai tê cụt bộ để có thể kiểm tra dưới kính hiển vi

phạm vi. Các bệnh hệ thống sẽ cần được bác sĩ đánh giá đầy đủ, bao gồm các xét nghiệm cụ thể để xác định và mô tả vấn đề.

**Sự đối đãi**

Điều trị thành công các nguyên nhân cơ bản có nhiều khả năng phục hồi sự phát triển của tóc, có thể là hoàn thành hóa trị, chữa nấm da đầu hiệu quả hoặc kiểm soát bệnh toàn thân. Hai loại thuốc tương đối mới-minoxidil (Rogaine) và finasteride (Proscar)-thúc đẩy sự phát triển của tóc ở một số ít bệnh nhân, đặc biệt là những người mắc chứng hói đầu ở nam giới và rụng tóc từng vùng.

Mặc dù cho đến nay, cả hai loại thuốc này đều được chứng minh là khá an toàn khi sử dụng cho mục đích này, nhưng minoxidil là một chất lỏng được bôi lên da đầu và finasteride là phương pháp điều trị đầu tiên và duy nhất được phê duyệt ở dạng thuốc viên.

Minoxidil đã được cấp phép bán không cần đơn thuốc vào năm 1996. Khi sử dụng liên tục trong thời gian dài

Theo thời gian, minoxidil mang lại kết quả khả quan ở khoảng 1/4 số bệnh nhân mắc chứng rụng tóc nội tiết tố nam và khoảng một nửa số bệnh nhân mắc chứng rụng tóc từng vùng. Ngoài ra còn có phiên bản minoxidil cường độ cao không cần kê đơn (nồng độ 5%) chỉ được chấp thuận cho nam giới sử dụng. Việc điều trị thường mang lại mái tóc mới mỏng hơn và có màu nhạt hơn. Điều quan trọng cần lưu ý là tóc mới sẽ ngừng phát triển ngay sau khi ngừng sử dụng minoxidil.

Trong vài thập kỷ qua đã xuất hiện vô số phương pháp thay tóc được thực hiện bởi cả bác sĩ và người không phải bác sĩ. Chúng bao gồm từ việc đơn giản là dệt tóc của người khác bằng phần còn lại của chính bạn đến phẫu thuật cấy ghép hàng nghìn nang tóc cùng một lúc.

Việc cấy tóc được hoàn thành bằng cách lấy những phần da nhỏ, mỗi phần chứa từ một đến vài sợi tóc, từ phía sau da đầu. Các phần bị hói sau đó được cấy bằng phích cắm. Nghiên cứu hoàn thành vào năm 2000 đã xem xét kỹ thuật ghép tóc mới và phát hiện ra rằng cấy ghép vi mô (một đến hai sợi tóc được cấy trên mỗi nang) dẫn đến ít biến chứng hơn và mang lại kết quả tốt nhất.

Một thủ tục phẫu thuật khác được sử dụng để điều trị chứng rụng tóc do nội tiết tố nam là giảm da đầu. Bằng cách kéo căng da, vùng da đầu không có tóc có thể được loại bỏ và diện tích da hói giảm đi bằng cách thu hẹp khoảng trống với da đầu có tóc.

Da có lông cũng có thể được gấp lại trên vùng da hói bằng kỹ thuật gọi là vạt.

**Tiên lượng**

Tiên lượng thay đổi tùy theo nguyên nhân. Nói chung rụng tóc dễ hơn nhiều so với việc mọc lại. Ngay cả khi quay trở lại, nó thường mỏng manh và kém hấp dẫn hơn ban đầu.

**Tài nguyên****SÁCH**

Hiệp hội Dược sĩ Hệ thống Y tế Hoa Kỳ Inc. Thông tin Thuốc về Dịch vụ Danh mục Thuốc của Bệnh viện Hoa Kỳ. Bethesda, MD: Hiệp hội Dược sĩ Hệ thống Y tế Hoa Kỳ, 1998.

Bennett, J. Claude và Fred Plum, chủ biên. Sách giáo khoa y học của Cecil. Philadelphia: WB Saunders, 1996.

Tập đoàn Burton Goldberg. "Rụng tóc." Trong Y học thay thế: Hướng dẫn dứt khoát. Puyallup, WA: Nhà xuất bản Y học Tương lai, 1993.

Isselbacher, Kurt, và cộng sự, ed. Nguyên tắc nội khoa của Harrison. New York: McGraw-Hill, 1994.

**ĐỊNH KỲ**

Amichai B., MH Grunwald và R. Sobel. "5 Alpha-giảm-

Thuốc ức chế tase-Một niềm hy vọng mới trong ngành da liễu?" Tạp chí Da liễu Quốc tế, tháng 3 năm 1997, 182-4.

Nielsen, Timothy A., và Martin Reichel. "Rụng tóc: Chẩn đoán và quản lý." Bác sĩ gia đình người Mỹ.

#### KHÁC

Androgenic Alopecia.com. "Làm thế nào có thể sử dụng minoxidil để điều trị chứng hói đầu?". <<http://androgenic-alopecia.com/hói đầu điều trị/minoxidil/002minoxidilbaldnessusee.shtml>> (ngày 1 tháng 5 năm 2001).

Trung tâm thông tin rụng tóc. "Rogaine: Nó có thực sự hiệu quả không?" 1997. <<http://www.hairloss.com/rogaine.htm>> (19 tháng 4 năm 1998).

Học viện Y khoa Houston. "Proppecia: Hói đầu ở nam giới Viên thuốc." Ngày 30 tháng 12 năm 1997. <<http://library.tmc.edu/t-prop.html>> (19 tháng 4 năm 1998).

Phòng khám Mayo. "Rụng tóc" ngày 26 tháng 1 năm 2001. <<http://www.mayoclinic.org/health/rogaine>> (ngày 1 tháng 5 năm 2001).

Tin tức y tế WebMD. "Tóc hói nay, ngày mai đã qua, tóc lại" 2000. <<http://www.webmd.com/content/article/1728.53923>> (ngày 1 tháng 5 năm 2001).

Beth Kapes

## Xét nghiệm Alpha-fetoprotein

### Sự định nghĩa

Xét nghiệm alpha-fetoprotein (AFP) là xét nghiệm máu được thực hiện trong thai kỳ. Xét nghiệm sàng lọc này đo mức AFP trong máu của người mẹ và cho biết khả năng thai nhi mắc một trong những dị tật bẩm sinh nghiêm trọng. Mức AFP cũng có thể được xác định bằng cách phân tích mẫu nước ối. Xét nghiệm sàng lọc này không thể chẩn đoán một tình trạng cụ thể; nó chỉ cho thấy sự gia tăng nguy cơ mắc một số dị tật bẩm sinh. Ngoài thai kỳ, xét nghiệm AFP được sử dụng để phát hiện bệnh gan, một số khối u ung thư và theo dõi tiến trình điều trị ung thư.

### Mục đích

Alpha-fetoprotein là một chất được sản xuất bởi gan của thai nhi. Chức năng chính xác của protein này vẫn chưa được biết. Sau khi sinh, gan của trẻ sơ sinh ngừng sản xuất AFP và gan của người lớn chỉ chứa một lượng rất nhỏ. Khi mang thai, thai nhi bài tiết AFP qua nước tiểu và một số protein xuyên qua màng bào thai để vào máu mẹ. Mức độ AFP sau đó có thể được xác định bằng cách phân tích mẫu máu của người mẹ. Bằng cách phân tích lượng AFP tìm thấy trong mẫu máu hoặc nước ối, các bác sĩ có thể xác định khả năng thai nhi có nguy cơ mắc một số dị tật bẩm sinh. Điều rất quan trọng là bác sĩ phải biết chính xác tuổi thai khi thực hiện xét nghiệm vì mức AFP thay đổi theo thời gian của thai kỳ. Một mình AFP

sàng lọc không thể chẩn đoán dị tật bẩm sinh. Xét nghiệm này được sử dụng như một chỉ báo về rủi ro và sau đó là một phương pháp xét nghiệm thích hợp (như chọc ối hoặc siêu âm), dựa trên kết quả.

AFP cao bất thường có thể cho thấy thai nhi có nguy cơ cao bị dị tật ống thần kinh, loại rối loạn phổi biến và nghiêm trọng nhất liên quan đến tăng AFP. Những loại khuyết tật này bao gồm khuyết tật cột sống (tật nứt đốt sống) và bệnh não (một bất thường não nghiêm trọng và thường gây tử vong). Nếu ông trở thành não và tủy sống không đóng đúng cách trong quá trình phát triển của thai nhi, AFP có thể rõ rệt qua lỗ mở bất thường này và đi vào nước ối. Sự rõ rệt này tạo ra nồng độ AFP cao bất thường trong nước ối và trong máu mẹ. Nếu xét nghiệm sàng lọc cho thấy AFP cao bất thường, siêu âm sẽ được sử dụng để chẩn đoán vấn đề.

Các tình trạng thai nhi khác có thể làm tăng mức AFP trên mức bình thường bao gồm:

- u nang ở cuối cột sống • tắc nghẽn
- thực quản hoặc ruột
- Bệnh gan khiến tế bào gan chết
- khiếm khuyết ở thành bụng
- khuyết tật hoặc bệnh về thận hoặc đường tiết niệu
- bệnh xương giòn

Mức độ cũng có thể cao nếu có quá ít chất lỏng trong túi ối xung quanh thai nhi, nhiều hơn một thai nhi đang phát triển hoặc thai kỳ kéo dài hơn dự kiến.

Không rõ lý do, AFP thấp bất thường có thể cho thấy thai nhi có nguy cơ mắc hội chứng Down cao hơn. Hội chứng Down là một tình trạng bao gồm chậm phát triển trí tuệ và ngoại hình đặc biệt có liên quan đến sự bất thường của nhiễm sắc thể 21 (gọi là trisomy 21). Nếu xét nghiệm sàng lọc cho thấy AFP thấp bất thường, chọc ối sẽ được sử dụng để chẩn đoán vấn đề. Mức AFP thấp bất thường cũng có thể xảy ra khi thai nhi chết hoặc khi người mẹ thừa cân.

AFP thường là một phần của xét nghiệm máu "kiểm tra ba lần" nhằm phân tích ba chất được coi là chỉ số nguy cơ có thể gây dị tật bẩm sinh: AFP, estriol và gonadotropin màng đệm ở người (HCG). Khi cả ba chất này đều được đo trong máu người mẹ thì độ chính xác của kết quả xét nghiệm sẽ tăng lên.

Mặc dù AFP trong máu người dần biến mất sau khi sinh nhưng nó không bao giờ biến mất hoàn toàn. Nó có thể xuất hiện trở lại trong bệnh gan hoặc khối u gan, buồng trứng hoặc tinh hoàn.

Xét nghiệm AFP được sử dụng để sàng lọc những người có nguy cơ cao mắc các tình trạng này. Sau khi khối u ung thư được cắt bỏ,

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Nước ối -Chất lỏng trong túi tử cung nơi thai nhi sống cho đến khi sinh ra.

Thai nhi- Giai đoạn phát triển của con người từ tháng thứ hai của thai kỳ cho đến khi sinh ra.

Xét nghiệm AFP có thể theo dõi tiến trình điều trị. Mức AFP cao liên tục cho thấy ung thư đang phát triển.

Các biện pháp phòng ngừa

Điều rất quan trọng là bác sĩ phải biết chính xác tuổi thai khi thực hiện xét nghiệm vì mức AFP được coi là những thay đổi bình thường trong suốt thời gian mang thai. Sai sót trong việc xác định tuổi của thai nhi dẫn đến sai sót khi diễn giải kết quả xét nghiệm. Vì xét nghiệm AFP chỉ là một công cụ sàng lọc nên cần phải thực hiện các xét nghiệm cụ thể hơn để đưa ra chẩn đoán chính xác. Kết quả xét nghiệm bất thường không nhất thiết có nghĩa là thai nhi bị dị tật bẩm sinh. Xét nghiệm có tỷ lệ kết quả bất thường cao (cao hoặc thấp) nhằm tránh trường hợp bỏ sót thai nhi mắc bệnh lý nghiêm trọng.

### Mô tả Xét nghiệm

AFP thường được thực hiện vào tuần thứ 16 của thai kỳ. Máu được rút ra từ tĩnh mạch, thường ở bên trong khuỷu tay. AFP cũng có thể được đo trong mẫu nước ối được lấy tại thời điểm chọc ối.

Kết quả xét nghiệm thường có sau khoảng một tuần.

### Sự chuẩn bị

Không có sự chuẩn bị cụ thể cho AFP

Để kiểm tra:

### Chăm sóc sau

Không có dịch vụ chăm sóc cụ thể nào liên quan đến xét nghiệm sàng lọc này.

### Rủi ro

Những rủi ro liên quan đến việc lấy máu là rất nhỏ nhưng có thể bao gồm chảy máu từ vị trí đâm thủng, cảm thấy ngắt xỉu hoặc chóng váng sau khi lấy máu hoặc máu tích tụ dưới vị trí đâm thủng (tụ máu).

### Kết quả bình thường

Alpha-fetoprotein được đo bằng nanogram trên mililit (ng/mL) và được biểu thị dưới dạng xác suất. Các

xác suất (ví dụ: 1:100) có nghĩa là khả năng thai nhi bị dị tật (ví dụ: khả năng xảy ra là 1/100).

Khi xét nghiệm ung thư hoặc bệnh gan, kết quả AFP được báo cáo dưới dạng nanogram trên mililit. Mức AFP nhỏ hơn hoặc bằng 50 ng/mL được coi là bình thường.

### Kết quả bất thường

Bác sĩ sẽ thông báo cho người phụ nữ về nguy cơ cụ thể tăng lên so với nguy cơ "bình thường" của một trưởng hợp tiêu chuẩn. Nếu nguy cơ mắc hội chứng Down cao hơn nguy cơ tiêu chuẩn đối với phụ nữ từ 35 tuổi trở lên (1/270) thì nên chọc ối.

Một lần nữa, xét nghiệm có tỷ lệ cao cho thấy mức AFP bất thường nhằm tránh bỏ sót thai nhi mắc hội chứng Down. Xét nghiệm sàng lọc này chỉ dự đoán rủi ro; xét nghiệm chẩn đoán thích hợp sẽ được thực hiện sau khi có kết quả sàng lọc bất thường.

Tuong xét nghiệm khối u hoặc bệnh gan, mức AFP lớn hơn 50 ng/mL được coi là bất thường.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Cunningham, Gary và cộng sự. Sản khoa Williams. tái bản lần thứ 20 Stamford: Appleton & Lange, 1997.  
 Eisenberg, Arlene và cộng sự. Điều gì sẽ xảy ra khi bạn đang mong đợi. tái bản lần thứ 2. New York: Nhà xuất bản Công nhân, 1996.  
 Johnson, Robert, chủ biên. Sách đầy đủ về Mang thai và Năm đầu tiên của Bé tại Mayo Clinic. New York: William Morrow và Co., 1997.

#### ĐỊNH KÝ

Haddow, James và cộng sự. "Giảm nhu cầu chọc ối ở phụ nữ từ 35 tuổi trở lên bằng chất đánh dấu huyết thanh để sàng lọc." Tạp chí Y học New England 330, không. 16 (21 tháng 4 năm 1994): 1114-8.

Kase, Lori. "Phụ nữ mang thai có cần tất cả những xét nghiệm đó không?" Bé Mỹ (tháng 8 năm 1994): 42-3.

Lieberman, Adrienne. "Sàng lọc AFP: Xét nghiệm dị tật bẩm sinh." Bé Mỹ (11/1993): 6.

McCabe, Edward và cộng sự. "Sàng lọc Alpha-fetoprotein trong huyết thanh của mẹ." Nhi khoa 88, không. 6 (tháng 12 năm 1991): 1282-3.

#### TỔ CHỨC

Tổ chức Dị tật bẩm sinh March of Dimes. 1275 Mamaroneck Ave., White Plains, NY 10605. (914) 428-7100. <<http://www.modimes.org>>.

Viện ung thư quốc gia. Tòa nhà 31, Phòng 10A31, Đường 31 Trung tâm, MSC 2580, Bethesda, MD 20892-2580. (800) 422-6237. <<http://www.nci.nih.gov>>.

Adrienne Massel, RN

### Alpha-thalassemia xem Thalassemia

## Thuốc chẹn alpha1-adrenergic

### Sự định nghĩa

Thuốc chẹn alpha1-adrenergic là thuốc hoạt động bằng cách ngăn chặn thụ thể alpha1 của cơ trơn mạch máu, do đó ngăn chặn sự hấp thu catecholamine của tế bào cơ trơn. Điều này gây ra sự giãn mạch và cho phép máu lưu thông dễ dàng hơn.

### Mục đích

Những loại thuốc này, gọi tắt là thuốc chẹn alpha, được sử dụng cho hai mục đích chính: điều trị huyết áp cao (tăng huyết áp) và điều trị tăng sản tuyến tiền liệt lành tính (BPH), một tình trạng ảnh hưởng đến nam giới và được đặc trưng bởi tuyến tiền liệt phi đại.

### Huyết áp cao

Huyết áp cao gây căng thẳng cho tim và động mạch. Theo thời gian, tăng huyết áp có thể làm tổn thương mạch máu đến mức gây đột quỵ, suy tim hoặc suy thận. Những người bị huyết áp cao cũng có thể có nguy cơ bị đau tim cao hơn. Kiểm soát huyết áp cao làm cho những vấn đề này ít xảy ra hơn.

Thuốc chẹn alpha giúp hạ huyết áp bằng cách gây giãn mạch, nghĩa là tăng đường kính của mạch máu, cho phép máu lưu thông dễ dàng hơn.

### Tăng sản tuyến tiền liệt lành tính (BPH)

Tình trạng này đặc biệt ảnh hưởng đến những người đàn ông lớn tuổi. Theo thời gian, tuyến tiền liệt, một tuyến hình bánh xám bên dưới bàng quang, sẽ to ra. Khi điều này xảy ra, nó có thể cản trở đường đi của nước tiểu từ bàng quang ra khỏi cơ thể.

Đàn ông được chẩn đoán mắc bệnh BPH có thể phải đi tiểu thường xuyên hơn. Hoặc họ có thể cảm thấy rằng họ không thể làm trống bàng quang hoàn toàn. Thuốc chẹn alpha ức chế sự co bóp của cơ trơn tuyến tiền liệt và do đó làm thư giãn các cơ ở tuyến tiền liệt và bàng quang, cho phép nước tiểu chảy tự do hơn.

### Mô tả Thuốc chẹn

alpha thường được kê đơn để điều trị tăng huyết áp và BPH bao gồm doxazosin (Cardura, prazosin (Minipress) và terazosin (Hytrin). Prazosin cũng được sử dụng trong điều trị suy tim. Tất cả chỉ được bán theo đơn của bác sĩ và được bán dưới dạng viên nén hình thức.

### Liều lượng khuyến nghị

Liều khuyến cáo tùy thuộc vào bệnh nhân và loại thuốc chẹn alpha và có thể thay đổi trong quá trình điều trị. Bác sĩ kê đơn sẽ dần dần

tăng liều lượng nếu cần thiết. Một số bệnh nhân có thể cần tới 15-20 mg terazosin mỗi ngày, 16 mg doxazosin mỗi ngày hoặc 40 mg prazosin mỗi ngày, nhưng hầu hết mọi người đều được hưởng lợi từ liều thấp hơn. Khi liều lượng tăng lên, khả năng xảy ra các tác dụng phụ không mong muốn cũng tăng theo.

Thuốc chẹn alpha nên được dùng đúng theo chỉ dẫn, ngay cả khi lúc đầu thuốc dường như không có tác dụng. Không nên dừng lại ngay cả khi các triệu chứng đã cải thiện vì cần phải uống thường xuyên để có hiệu quả.

Bệnh nhân nên tránh bỏ lỡ bất kỳ liều nào và không nên dùng liều lớn hơn hoặc thường xuyên hơn để bù cho những liều đã quên.

### Các biện pháp phòng ngừa

Thuốc chẹn alpha có thể làm giảm huyết áp ở mức độ lớn hơn mức mong muốn. Điều này có thể gây chóng mặt, choáng váng, tim đập nhanh và ngất xỉu. Nên tránh các hoạt động như lái xe, sử dụng máy móc hoặc làm bất cứ điều gì khác có thể gây nguy hiểm trong 24 giờ sau khi dùng liều đầu tiên. Bệnh nhân cần được nhắc nhở đặc biệt cẩn thận để không bị ngã khi thức dậy lúc nửa đêm. Các biện pháp phòng ngừa tương tự được khuyến nghị nếu tăng liều hoặc nếu thuốc đã được dừng lại và sau đó bắt đầu lại. Bất kỳ ai mà sự an toàn trong công việc có thể bị ảnh hưởng do dùng thuốc chẹn alpha nên thông báo cho bác sĩ của mình để bác sĩ có thể tính đến yếu tố này khi tăng liều.

Chóng mặt, choáng váng và ngất xỉu có nhiều khả năng xảy ra hơn khi những người dùng thuốc chẹn alpha đồng thời uống rượu, tập thể dục, đứng lâu hoặc tiếp xúc với thời tiết nóng. Cẩn thận trọng hơn khi sử dụng trong những điều kiện này và nên hạn chế sử dụng rượu.

Một số người có thể cảm thấy buồn ngủ hoặc kém tinh táo khi sử dụng các loại thuốc này. Do đó, họ nên tránh lái xe hoặc thực hiện các hoạt động đòi hỏi sự chú ý hoàn toàn.

Những người được chẩn đoán mắc bệnh thận hoặc bệnh gan cũng có thể nhạy cảm hơn với thuốc chẹn alpha. Họ nên thông báo cho bác sĩ về những tình trạng này nếu thuốc chẹn alpha được kê đơn. Người lớn tuổi cũng có thể nhạy cảm hơn và có nhiều khả năng gặp các tác dụng phụ không mong muốn hơn, chẳng hạn như ngất xỉu, chóng mặt và choáng váng.

Cần lưu ý rằng thuốc chẹn alpha không chữa được bệnh cao huyết áp. Chúng chỉ đơn giản giúp kiểm soát tình trạng bệnh. Tương tự, những loại thuốc này sẽ không làm tuyến tiền liệt bị phi đại co lại. Mặc dù chúng sẽ giúp giảm các triệu chứng phi đại tuyến tiền liệt nhưng tuyến tiền liệt có thể tiếp tục phát triển và cuối cùng có thể cần phẫu thuật tuyến tiền liệt.

Thuốc chẹn alpha có thể làm giảm lượng máu. Bệnh nhân có thể cần phải kiểm tra máu thường xuyên trong khi dùng thuốc này.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Adrenergic**–Đè cập đến tế bào thần kinh (tế bào thần kinh) sử dụng catecholamine đóng vai trò là chất dẫn truyền thần kinh ở khớp thần kinh.

**Thụ thể adrenergic**–Có ba họ thụ thể thụ thể adrenergic, alpha<sub>1</sub>, alpha<sub>2</sub> và beta, và mỗi họ có ba phân nhóm riêng biệt. Mỗi trong số chín phân nhóm được mã hóa bởi các gen riêng biệt, và hiển thị các đặc tính cụ thể của thuốc cũng như các đặc tính điều chỉnh.

**Thuốc chẹn alpha**–Thuốc liên kết với alpha thụ thể adrenergic và giảm khói lượng công việc của tim và hạ huyết áp. Chúng thường được sử dụng để điều trị tăng huyết áp, bệnh mạch máu ngoại biên và tăng sản.

**Động mạch**– Các mạch máu mang oxy máu từ tim đến các tế bào, mô và các cơ quan của cơ thể.

**Catecholamine**–Họ chất dẫn truyền thần kinh chứa dopamine, norepinephrine và epinephrine, được sản xuất và tiết ra bởi các tế bào tuyến thượng thận túy trong não. Catecholamine có tác dụng kích thích tế bào cơ trơn mạch máu cung cấp máu cho da và màng nhầy và có tác dụng ức chế các tế bào cơ trơn nằm trong thành ruột, phế quản.

cây phổi và các mạch cung cấp máu tới cơ xương. Có hai chính khác nhau

các loại cơ quan tiếp nhận các chất dẫn truyền thần kinh này, được gọi là thụ thể adrenergic alpha và beta. Do đó, catecholamine còn được gọi là chất dẫn truyền thần kinh adrenergic.

**Tăng sản**–Sự gia tăng bất thường về số lượng tế bào bình thường trong một mô nhất định.

**Tăng huyết áp**–Huyết áp động mạch cao liên tục Chắc chắn.

**Chất dẫn truyền thần kinh**–Chất được giải phóng từ các tế bào thần kinh của hệ thần kinh ngoại biên di chuyển qua các khe hở tiếp hợp (khoảng trống) của các tế bào thần kinh khác để kích thích hoặc ức chế tế bào đích.

**Đánh trống ngực**–Nhanh, mạnh, nhói hoặc rung nhịp tim.

**Receptor**–Một cấu trúc phân tử trong tế bào hoặc trên bề mặt của tế bào cho phép liên kết với một chất cụ thể chất gây ra một sinh lý cụ thể phản ứng.

**Khớp thần kinh**–Một kết nối giữa các tế bào thần kinh, bằng cách sự kích thích thần kinh được truyền từ một người tế bào này sang tế bào khác.

**Giãn mạch**– Tăng đường kính trong của mạch máu do sự thư giãn của do đó cơ trơn trong thành mạch gây ra sự gia tăng lưu lượng máu.

**Bất cứ ai có phản ứng bất thường với alpha** những người sử dụng thuốc chẹn trước đây nên cho bác sĩ của mình biết trước khi dùng lại thuốc. Thầy thuốc cũng nên được thông báo về bất kỳ dị ứng nào với thực phẩm, thuốc nhuộm, chất bảo quản, hoặc các chất khác.

**Tác dụng của việc dùng thuốc chẹn alpha** trong thời kỳ mang thai chưa được hiểu đầy đủ. Phụ nữ đang mang thai hoặc dự định có thai nên thông báo cho họ biết các bác sĩ. Những bà mẹ đang cho con bú cần dùng thuốc chẹn alpha cũng nên nói chuyện với bác sĩ của họ. Những cái này thuốc có thể đi vào sữa mẹ và có thể ảnh hưởng đến việc cho con bú đứa trẻ. Có thể cần phải ngừng cho con bú trong khi đang được điều trị bằng thuốc chẹn alpha.

**Phản ứng phụ**

Tác dụng phụ thường gặp nhất là chóng mặt, buồn ngủ, mệt mỏi, nhức đầu, hồi hộp, khó chịu, nghẹt mũi hoặc chảy nước mũi, buồn nôn, đau tay và chân, và sự yếu đuối. Những vấn đề này thường biến mất khi

cơ thể sẽ thích ứng với thuốc và không cần điều trị y tế. Nếu chúng không giảm bớt hoặc nếu chúng cản trở các hoạt động bình thường thì cần thông báo cho bác sĩ.

Nếu xảy ra bất kỳ tác dụng phụ nào sau đây, bác sĩ kê đơn phải được thông báo càng sớm càng tốt:

- ngất xỉu
- hụt hơi hoặc khó thở
- nhịp tim nhanh, đòn dập hoặc không đều
- sưng bàn chân, mắt cá chân, cổ tay

Các tác dụng phụ khác có thể xảy ra. Bất cứ ai có các triệu chứng bất thường sau khi dùng thuốc chẹn alpha nên liên hệ với bác sĩ của mình.

**Tương tác**

Doxazosin (Cardura) không được biết là có tương tác với bất kỳ loại thuốc nào khác. Terazosin (Hytrin) có thể tương tác với thuốc chống viêm không steroid, chẳng hạn như ibupro-

fen (Motrin) và các loại thuốc huyết áp khác như enalapril (Vasotec) và verapamil (Calan, Verelan). Prazosin (Minipress) có thể tương tác với các thuốc chẹn beta adrenergic như propranolol (Inderal) và các thuốc khác, và với verapamil (Calan, Isoptin.) Khi các thuốc tương tác với nhau, tác dụng của một hoặc cả hai loại thuốc có thể thay đổi hoặc nguy cơ mắc bệnh tác dụng phụ có thể lớn hơn.

Nancy Ross-Flanigan

## Hội chứng Alport

### Sự định nghĩa

Một bệnh di truyền về thận chủ yếu ảnh hưởng đến nam giới, gây ra máu trong nước tiểu, giảm thính lực và các vấn đề về mắt. Cuối cùng, việc lọc thận hoặc ghép thận có thể cần thiết.

### Mô tả Hội chứng

Alport ảnh hưởng đến khoảng 1/5.000 người Mỹ, tấn công đàn ông thường xuyên và nghiêm trọng hơn phụ nữ.

Có một số loại hội chứng, một số xảy ra ở thời thơ ấu và một số khác không gây ra triệu chứng cho đến khi nam giới ở độ tuổi 20 hoặc 30. Tất cả các loại hội chứng đều được đặc trưng bởi bệnh thận thường tiến triển đến suy thận mãn tính và tăng urê huyết (sự hiện diện quá mức của urê và các chất thải khác trong máu).

### Nguyên nhân và triệu chứng

Hội chứng Alport trong hầu hết các trường hợp là do khiếm khuyết ở một hoặc nhiều gen nằm trên nhiễm sắc thể X. Nó thường được di truyền từ người mẹ, người mang mầm bệnh bình thường. Tuy nhiên, có tới 20% trường hợp không có tiền sử gia đình mắc chứng rối loạn này. Trong những trường hợp này, dường như có đột biến gen tự phát gây ra hội chứng Alport.

Máu trong nước tiểu (tiểu máu) là dấu hiệu đặc trưng của hội chứng Alport. Các triệu chứng khác có thể xuất hiện dưới nhiều dạng kết hợp khác nhau bao gồm:

#### protein trong nước tiểu (protein niệu)

- mất thính giác thâm kín •

các vấn đề về mắt [cử động mắt nhịp nhàng, không chú ý (rung giật nhãn cầu), đục thủy tinh thể hoặc các vấn đề về giác mạc]

- các vấn đề về da

- rối loạn tiêu cầu

- tế bào bạch cầu bất thường

- khối u cơ trơn

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Albumin**—Một loại protein quan trọng trong việc duy trì thể tích máu. Mức albumin thấp là một dấu hiệu của hội chứng Alport.

**Lọc máu**—Một kỹ thuật loại bỏ chất thải ra khỏi máu. Nó được sử dụng cho những bệnh nhân có thận đã ngừng hoạt động và không thể tự làm sạch máu được nữa.

**Thuốc lợi tiểu**—Một loại thuốc làm tăng lượng nước tiểu mà một người sản xuất.

**Tiểu máu**—Có máu trong nước tiểu, Tiểu máu là dấu hiệu đặc trưng của hội chứng Alport.

**Phù phổi**—Chất lỏng dư thừa trong khoang khí của phổi.

**Urê huyết**—Sự hiện diện quá mức của urê và các chất thải khác trong máu.

Không phải tất cả bệnh nhân mắc hội chứng Alport đều có vấn đề về thính giác. Nhìn chung, những người có thính giác bình thường ít mắc hội chứng Alport hơn.

### Chẩn đoán

Hội chứng Alport được chẩn đoán dựa trên đánh giá y tế và tiền sử gia đình, cùng với sinh thiết thận có thể phát hiện những thay đổi ở thận điển hình của tình trạng này. Phân tích nước tiểu có thể tiết lộ máu hoặc protein trong nước tiểu.

Xét nghiệm máu có thể tiết lộ mức độ tiểu cầu thấp.

Ngoài ra, hiện nay đã có sẵn các xét nghiệm về gen Alport. Mặc dù xét nghiệm khá tốn kém nhưng nó được chi trả bởi nhiều loại bảo hiểm y tế. Xét nghiệm DNA có thể chẩn đoán những đứa trẻ bị ảnh hưởng ngay cả trước khi sinh và các xét nghiệm liên kết di truyền để truy tìm tất cả các thành viên trong gia đình có nguy cơ mắc hội chứng Alport cũng có sẵn.

### Sự đối đãi

Không có phương pháp điều trị cụ thể nào có thể "chữa khỏi" hội chứng Alport. Thay vào đó, việc chăm sóc nhằm mục đích giảm bớt các vấn đề liên quan đến suy thận, chẳng hạn như sự hiện diện của quá nhiều chất thải trong máu (urê huyết).

Để kiểm soát tình trạng viêm thận (viêm thận), bệnh nhân nên:

- hạn chế chất lỏng
- kiểm soát huyết áp cao
- kiểm soát phù phổi



- kiểm soát nồng độ kali trong máu cao

Hiếm khi bệnh nhân mắc hội chứng Alport có thể phát triển hội chứng thận hư, một nhóm triệu chứng bao gồm có quá nhiều protein trong nước tiểu, nồng độ albumin thấp và sưng tấy. Để giảm bớt các triệu chứng này, bệnh nhân nên:

- uống ít hơn
- ăn chế độ ăn không có muối
- dùng thuốc lợi tiểu
- được truyền albumin

Phương pháp điều trị suy thận mãn tính là lọc máu hoặc ghép thận.

### Tiên lượng

Phụ nữ mắc bệnh này có thể có cuộc sống bình thường, mặc dù họ có thể bị mất thính lực nhẹ. Người phụ nữ bị ảnh hưởng chỉ có thể nhận thấy máu trong nước tiểu khi bị căng thẳng hoặc đang mang thai.

Đàn ông thường gặp vấn đề nghiêm trọng hơn nhiều với căn bệnh này. Hầu hết sẽ mắc bệnh thận ở độ tuổi 20 hoặc 30, cuối cùng có thể phải chạy thận hoặc cấy ghép, và nhiều người bị mất thính lực đáng kể. Đàn ông mắc hội chứng Alport thường chết vì các biến chứng ở tuổi trung niên.

### Phòng ngừa

Hội chứng Alport là một bệnh di truyền và các nỗ lực phòng ngừa nhằm mục đích cung cấp cho những người bị ảnh hưởng và gia đình họ thông tin liên quan đến cơ chế di truyền gây ra căn bệnh này. Vì có thể xác định xem một phụ nữ có phải là người mang mầm bệnh hay thai nhi mắc bệnh này hay không, tư vấn di truyền có thể cung cấp thông tin hữu ích và hỗ trợ cho các quyết định mà các cá nhân bị ảnh hưởng và gia đình họ có thể phải đưa ra.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Schrier, RW và CW Gottschalk, biên tập. Các bệnh về thận. tái bản lần thứ 6. Boston: Nhỏ, Brown, 1996.

#### TỔ CHỨC

Hiệp hội bệnh nhân thận Hoa Kỳ. 100 S. Ashley Dr., #280, Tampa, FL 33602. (800) 749-2257. <<http://www.aakp.org>>.

Quỹ Thận Hoa Kỳ. 6110 Đại lộ điều hành, Rockville, MD 20852. (800) 638-8299. <<http://216.248.130.102/> Default.htm>.

Cơ quan thông tin về bệnh thận và tiết niệu quốc gia. 3 Đường thông tin, Bethesda, MD 20892. (301) 654-4415. <<http://www.niddk.nih.gov>>.

Quỹ thận quốc gia. 30 East 33rd St., New York, NY 10016. (800) 622-9010. <<http://www.kidney.org>>.

Tổ chức quốc gia về các bệnh hiếm gặp. PO Box 8923, Fairfield, CT 06812. (213) 745-6518. <<http://www.w2.com>>.

#### KHÁC

"Hội chứng Alport." Trang chủ cơ sở dữ liệu y khoa. <<http://www.icondata.com/health/pedbase/files/ALPORTSY.HTM>>.

Trang chủ Hội chứng Alport. <<http://www.cc.utah.edu/~cla6202/ASHP.htm>>.

Trang chủ của Tổ chức Viêm thận Di truyền (HNF). <<http://www.cc.utah.edu/~cla6202/HNF.htm>>.

Carol A. Turkington

### Alprazolam xem Benzodiazepin

### ALS xem bệnh xơ cứng teo cơ một bên

### Alteplase xem Liệu pháp tiêu huyết khối

## Sơ độ cao

### Sự định nghĩa

Bệnh độ cao là một thuật ngữ chung bao gồm một loạt các rối loạn xảy ra ở độ cao lớn hơn.

Vì mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng thay đổi theo độ cao nên điều quan trọng là phải hiểu được phạm vi độ cao khác nhau có thể liên quan. Độ cao được định nghĩa là độ cao lớn hơn 8.000 feet (2.438 m); độ cao trung bình được định nghĩa là độ cao từ 5.000 đến 8.000 feet (1.524-2.438 m); và độ cao cực độ được định nghĩa là độ cao lớn hơn 19.000 feet (5.791 m). Phần lớn những người khỏe mạnh đều bị say độ cao khi họ đạt đến độ cao rất cao. Ngoài ra, khoảng 20% số người leo lên độ cao trên 9.000 (2.743 m) trong một ngày sẽ mắc chứng say độ cao. Trẻ em dưới sáu tuổi và phụ nữ trong giai đoạn tiền kinh nguyệt có thể dễ bị tổn thương hơn. Những người có bệnh lý từ trước-thậm chí bị nhiễm trùng đường hô hấp nhẹ-có thể bị bệnh ở độ cao vừa phải hơn.

### Sự miêu tả

Có ba hội chứng lâm sàng chính thuộc nhóm say độ cao: say núi cấp tính (AMS), phù phổi do độ cao (HAPE) và phù não do độ cao (HACE).

Những hội chứng này không tách biệt, là những hội chứng riêng lẻ mà chúng là một mức độ nghiêm trọng liên tục, tất cả đều là kết quả của việc giảm lượng oxy trong không khí. AMS là loại nhẹ nhất, còn hai loại còn lại là dạng say độ cao nghiêm trọng, đe dọa tính mạng.

Bệnh độ cao xảy ra do áp suất riêng phần của oxy giảm theo độ cao. (Áp suất riêng phần là thuật ngữ áp dụng cho các chất khí tương tự như cách áp dụng thuật ngữ nồng độ cho dung dịch lỏng.) Ví dụ, ở độ cao 18.000 feet (5.486 m), áp suất riêng phần của oxy giảm xuống một nửa giá trị của nó ở mực nước biển. và do đó, lượng oxy có sẵn cho cá nhân hit vào thấp hơn đáng kể. Điều này được gọi là tình trạng thiếu oxy. Hơn nữa, vì có ít oxy để hit vào nên ít oxy đến máu hơn. Điều này được gọi là thiếu oxy máu. Hai tình trạng này là những yếu tố chính tạo thành cơ sở cho tất cả các vấn đề y tế liên quan đến chứng say độ cao.

Khi một người bị thiếu oxy, phản ứng tự nhiên của anh ta là thở nhanh hơn (tăng thông khí). Đây là nỗ lực của cơ thể nhằm mang lại nhiều oxy hơn với tốc độ nhanh chóng. Nỗ lực giảm bớt tác động của tình trạng thiếu oxy ở độ cao cao hơn được gọi là quá trình thích nghi với khí hậu và nó xảy ra trong vài ngày đầu tiên. Thích nghi với khí hậu là một phản ứng xảy ra ở những người di chuyển từ độ cao thấp hơn đến cao hơn. Có những nhóm người đã sống ở độ cao lớn (ví dụ, ở dãy Himalaya và dãy núi Andes) trong nhiều thế hệ và họ chỉ đơn giản là quen với việc sống ở độ cao như vậy, có lẽ nhờ khả năng di truyền.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Bệnh say núi cấp tính (AMS) là một dạng say độ cao nhẹ xảy ra khi đi lên độ cao lớn hơn 8.000 feet (2.438 m)—thậm chí là 6.500 feet (1.981 m) ở một số người dễ mắc bệnh. Mặc dù tình trạng thiếu oxy có liên quan đến sự phát triển của AMS, nhưng cơ chế chính xác khiến tình trạng này phát triển vẫn chưa được xác nhận. Điều quan trọng là phải nhận ra rằng một số cá nhân thích nghi với độ cao cao hơn hiệu quả hơn những người khác.

Kết quả là, trong những điều kiện tương tự, một số sẽ bị AMS trong khi những người khác thì không. Hiện tại, không thể dự đoán chính xác khả năng những người khỏe mạnh mắc bệnh AMS. Trong số những người mắc AMS, tình trạng này có xu hướng nghiêm trọng nhất vào ngày thứ hai hoặc thứ ba sau khi lên đến độ cao và bệnh thường thuyên giảm sau ba đến năm ngày nếu họ vẫn ở cùng độ cao. Tuy nhiên, nó có thể tái diễn nếu các cá nhân di chuyển lên độ cao cao hơn. Các triệu chứng thường xuất hiện vài giờ đến vài ngày sau khi leo lên và chúng bao gồm chóng mặt, nhức đầu, khó thở, buồn nôn, nôn mửa, chán ăn và mất ngủ.

Phù phổi do độ cao (HAPE) là một tình trạng đe dọa tính mạng, ảnh hưởng đến một tỷ lệ nhỏ những người mắc AMS. Trong tình trạng này, chất lỏng rò rỉ từ bên trong mạch máu phổi vào mô phổi. Khi chất lỏng này bắt đầu tích tụ trong mô phổi (phù phổi), cá nhân bắt đầu

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Não-Liên quan đến não.

Phù-Tích tụ chất lỏng dư thừa trong các mô của cơ thể.

Hạ oxy máu-Không đủ oxy trong máu.

Thiếu oxy-Sự thiếu hụt lượng oxy cần thiết để thông khí hiệu quả.

Phổi-Liên quan đến phổi.

càng ngày càng khó thở. HAPE được biết là có thể gây đau khổ cho tất cả mọi người, bất kể mức độ thể chất của họ.

Thông thường, người mắc HAPE sẽ nhanh chóng lên độ cao và gần như ngay lập tức bị khó thở, nhịp tim nhanh, ho và đôi khi có nhiều đờm có máu và nhịp thở nhanh. Nếu không có sự hỗ trợ y tế nào vào thời điểm này, bệnh nhân sẽ hôn mê và chết trong vòng vài giờ.

Phù não do độ cao (HACE), dạng say độ cao hiếm gặp và nghiêm trọng nhất, liên quan đến chứng phù não và cơ chế phát triển của nó cũng chưa được hiểu rõ. Các triệu chứng thường bắt đầu bằng AMS, nhưng các triệu chứng thần kinh như mức độ ý thức thay đổi, ngôn ngữ bất thường, nhức đầu dữ dội, mắt phì hợp, ảo giác và thậm chí co giật.

Nếu không có sự can thiệp nào được thực hiện thì kết quả là cái chết.

#### Chẩn đoán

Việc chẩn đoán bệnh say độ cao có thể được thực hiện bằng cách quan sát các triệu chứng của cá nhân trong quá trình di chuyển lên độ cao cao hơn.

#### Sự đối đãi

AMS nhẹ không cần điều trị gì khác ngoài dùng aspirin hoặc ibuprofen để điều trị nhức đầu và tránh cơn tăng cao hơn. Nên tránh sử dụng ma túy vì chúng có thể làm giảm phản ứng hô hấp, khiến người bệnh khó thở sâu và nhanh hơn để bù đắp cho lượng oxy thấp hơn trong môi trường. Oxy cũng có thể được sử dụng để làm giảm các triệu chứng của AMS nhẹ.

Đối với HAPE và HACE, hành động quan trọng nhất là hạ xuống độ cao thấp hơn càng sớm càng tốt. Ngay cả khi hạ độ cao 1.000-2.000 foot (305-610 m) cũng có thể

cải thiện đáng kể các triệu chứng của một người. Nếu không thể hạ xuống, nên bắt đầu liều pháp oxy. Ngoài ra, dexamethasone (một loại steroid) đã được đề xuất để giảm phù nề.

### Tiên lượng

Tiên lượng của AMS nhẹ là tốt nếu áp dụng các biện pháp thích hợp. Đối với HAPE và HACE, tiên lượng phụ thuộc vào tốc độ và khoảng cách đi xuống cũng như sự sẵn có của can thiệp y tế. Đi xuống thường giúp cải thiện các triệu chứng, tuy nhiên, thời gian phục hồi ở mỗi cá nhân là khác nhau.

### Phòng ngừa

Khi các cá nhân bay lên từ mực nước biển, họ nên dành ít nhất một đêm ở độ cao trung bình trước khi lên độ cao cao hơn. Nói chung, những người leo núi phải mất ít nhất hai ngày để di chuyển từ mực nước biển lên độ cao 8.000 feet (2.438 m). Sau khi đạt đến điểm đó, những người leo núi khỏe mạnh thường nên dành một ngày cho mỗi 2.000 feet (610 m) bồi sung và nên nghỉ ngơi một ngày sau mỗi hai hoặc ba ngày. Nếu các triệu chứng nhẹ bắt đầu xuất hiện, nên tránh leo lên cao hơn. Nếu các triệu chứng nghiêm trọng, cá nhân nên quay trở lại độ cao thấp hơn. Một số báo cáo chỉ ra rằng có thể dùng acetazolamide (thuốc lợi tiểu) trước khi di chuyển như một biện pháp phòng ngừa AMS.

**Chú ý** Đến chế độ ăn uống cũng có thể giúp ngăn ngừa chứng say độ cao. Mất nước là một vấn đề ở độ cao lớn hơn, vì vậy những người leo núi nên uống nhiều nước (để tạo ra một lượng lớn nước tiểu tương đối nhạt hoặc trong). Nên tránh rượu và một lượng lớn muối. Ăn thường xuyên những món ăn nhẹ có hàm lượng carbohydrate cao (ví dụ như trái cây, mứt và thực phẩm giàu tinh bột) có thể hữu ích, đặc biệt là trong vài ngày đầu leo núi.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Crystal, RG, et al. Phổi: Cơ sở khoa học. Mỗi Nhà xuất bản Pincott-Raven, 1997.  
Kravis, TC, CG Warner và LM Jacobs Jr., biên tập. Thuốc kháng cảm. Báo chí Raven, 1993.  
Rosen, Peter, biên tập, và cộng sự. Thuốc cấp cứu: Khái niệm và thực hành lâm sàng. Sách Năm Mosby, 1992.

#### DỊNH KÝ

Coote, JH "Y học và cơ chế điều trị bệnh độ cao." Y học thể thao 20 (tháng 9 năm 1995): 148-159.

Kapil Gupta, MD

### Nhôm hydroxit xem Thuốc kháng axit

## Bệnh Alzheimer

### Sự định nghĩa

Bệnh Alzheimer (AD) là dạng sa sút trí tuệ phổ biến nhất, một bệnh thần kinh được đặc trưng bởi tình trạng mất khả năng tâm thần nghiêm trọng đến mức cản trở các hoạt động bình thường của cuộc sống hàng ngày, kéo dài ít nhất sáu tháng và không xuất hiện từ khi sinh ra. AD thường xảy ra ở tuổi già và được đánh dấu bằng sự suy giảm các chức năng nhận thức như ghi nhớ, lý luận và lập kế hoạch.

### Sự miêu tả

Người bị AD thường bị suy giảm dần các chức năng tâm thần, thường bắt đầu bằng mất trí nhớ nhẹ, sau đó là mất khả năng duy trì việc làm, lập kế hoạch và thực hiện các công việc quen thuộc cũng như khả năng suy luận và phán đoán. Khả năng giao tiếp, tâm trạng và tính cách cũng có thể bị ảnh hưởng. Hầu hết những người mắc AD đều chết trong vòng 8 năm kể từ khi được chẩn đoán, mặc dù khoảng thời gian đó có thể ngắn tới 1 năm hoặc dài tới 20 năm. AD là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư ở người lớn sau bệnh tim, ung thư và đột quỵ.

Từ hai đến bốn triệu người Mỹ mắc AD; con số đó dự kiến sẽ tăng lên tới 14 triệu vào giữa thế kỷ 21 khi dân số nói chung ở độ tuổi cao hơn. Trong khi một số ít người ở độ tuổi 40 và 50 mắc bệnh (được gọi là AD khởi phát sớm), AD chủ yếu ảnh hưởng đến người già. AD ảnh hưởng đến khoảng 3% tổng số người trong độ tuổi từ 65 đến 74, khoảng 19% những người từ 75 đến 84 và khoảng 47% những người trên 85 tuổi. Phụ nữ bị AD nhiều hơn nam giới một chút, nhưng điều này có thể là do phụ nữ có xu hướng sống lâu hơn, và do đó tỷ lệ phụ nữ ở các nhóm tuổi bị ảnh hưởng nhiều nhất cao hơn.

Chi phí chăm sóc người bệnh AD rất lớn. Chi phí hàng năm để chăm sóc một bệnh nhân AD vào năm 1998 ước tính khoảng 18.400 USD cho một bệnh nhân AD nhẹ, 30.100 USD cho một bệnh nhân AD vừa phải và 36.100 USD cho một bệnh nhân AD nặng. Chi phí trực tiếp và gián tiếp hàng năm để chăm sóc bệnh nhân AD ở Hoa Kỳ ước tính lên tới 100 tỷ USD.

Hơn một nửa số bệnh nhân AD được chăm sóc tại nhà, số còn lại được chăm sóc tại nhiều cơ sở chăm sóc sức khỏe khác nhau.

### Nguyên nhân và triệu chứng

#### nguyên nhân

Nguyên nhân hoặc nguyên nhân của bệnh Alzheimer vẫn chưa được biết. Tuy nhiên, một số dẫn chứng mạnh mẽ đã được tìm thấy thông qua nghiên cứu gần đây và những điều này cũng đã mang lại một số hỗ trợ về mặt lý thuyết cho một số phương pháp điều trị thử nghiệm mới.

Lúc đầu, AD phá hủy các tế bào thần kinh (tế bào thần kinh) trong các phần não kiểm soát trí nhớ, bao gồm cả đồi hải mã, là cấu trúc nằm sâu trong sâu kiểm soát trí nhớ ngắn hạn. Khi các tế bào thần kinh này ở vùng hải mã ngừng hoạt động, trí nhớ ngắn hạn của con người sẽ suy giảm và khả năng thực hiện các nhiệm vụ quen thuộc sẽ giảm đi.

Sau AD ảnh hưởng đến vỏ não, đặc biệt là vùng chịu trách nhiệm về ngôn ngữ và lý luận; kỹ năng ngôn ngữ này bị mất đi và khả năng đưa ra phán đoán bị thay đổi. Những thay đổi về tính cách xảy ra, có thể bao gồm cảm xúc bộc phát, đi lang thang và kích động. Mức độ nghiêm trọng của những thay đổi này tăng lên cùng với sự tiến triển của bệnh. Cuối cùng, nhiều vùng khác của não cũng bị ảnh hưởng, các vùng não bị teo lại (co lại và mất chức năng), và người mắc bệnh AD phải nằm liệt giường, tiêu khống tự chủ, bất lực và không phản ứng.

Khám nghiệm tử thi một người mắc AD cho thấy các vùng não bị ảnh hưởng bởi căn bệnh này bị tắc nghẽn bởi hai cấu trúc bất thường, được gọi là các đám rối sợi thần kinh và các mảng amyloid. Các đám rối sợi thần kinh là những khối sợi protein xoắn bên trong tế bào thần kinh hoặc tế bào thần kinh. Trong AD, protein tau, thường giúp liên kết và ổn định các bộ phận của tế bào thần kinh, bị thay đổi về mặt hóa học, trở nên xoắn và rối và không còn có thể ổn định tế bào thần kinh nữa.

Các mảng amyloid bao gồm các mảng beta-amyloid không hòa tan (một đoạn protein từ một loại protein lớn hơn gọi là protein tiền chất amyloid (APP) trộn lẫn với các phần của tế bào thần kinh và tế bào không phải tế bào thần kinh. Các mảng bám được tìm thấy trong khoảng trống giữa các tế bào thần kinh của Mặc dù không rõ chính xác các cấu trúc này gây ra vấn đề như thế nào nhưng nhiều nhà nghiên cứu tin rằng sự hình thành của chúng là nguyên nhân gây ra những thay đổi về mặt tinh thần của bệnh Alzheimer, có lẽ bằng cách can thiệp vào sự giao tiếp bình thường giữa các tế bào thần kinh trong não và sau đó dẫn đến cái chết của các tế bào thần kinh. Tính đến năm 2000, ba loại thuốc điều trị các triệu chứng AD đã được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt. Chúng hoạt động bằng cách tăng mức độ các phân tử tín hiệu hóa học trong não, được gọi là chất dẫn truyền thần kinh, để bù đắp cho các triệu chứng đó. tất cả đều hoạt động bằng cách ức chế hoạt động của acetyl-cholinesterase, một loại enzyme phá vỡ acetylcholine, một chất dẫn truyền thần kinh quan trọng được giải phóng bởi các tế bào thần kinh cần thiết cho chức năng nhận thức. Những loại thuốc này làm tăng nhận thức một cách khiêm tốn và cải thiện khả năng thực hiện các hoạt động bình thường trong cuộc sống hàng ngày của một người.

Điều gì gây ra sự hình thành các mảng, đám rối và sự phát triển của AD vẫn chưa được biết rõ. AD có thể là kết quả của nhiều yếu tố liên quan đến nhau, bao gồm di truyền, môi trường và những yếu tố khác chưa được xác định. Có hai loại AD tồn tại: AD gia đình (FAD), một bệnh di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường hiếm gặp và AD lè tè, không có kiểu di truyền rõ ràng. AD cũng được mô tả theo độ tuổi khởi phát, với AD khởi phát sớm xảy ra ở

những người dưới 65 tuổi và khởi phát muộn ở những người từ 65 tuổi trở lên. AD khởi phát sớm bao gồm khoảng 5-10 trường hợp AD và ảnh hưởng đến những người từ 30 đến 60 tuổi. Một số trường hợp AD khởi phát sớm là do di truyền và phổ biến ở một số gia đình. AD khởi phát sớm thường tiến triển nhanh hơn loại AD khởi phát muộn phổ biến hơn.

Tất cả FAD, tương đối hiếm gặp, đã được xác định cho đến nay đều là loại khởi phát sớm. Có tới 50% trường hợp FAD được biết là do ba gen nằm trên ba nhiễm sắc thể khác nhau gây ra. Một số gia đình có đột biến gen APP nằm trên nhiễm sắc thể 21, gây ra việc sản xuất protein APP bất thường. Những người khác có đột biến ở gen gọi là pre-senilin 1 nằm trên nhiễm sắc thể 14, gây ra việc sản xuất protein presenilin 1 bất thường, và những người khác có đột biến ở gen tương tự gọi là presenilin 2 located trên nhiễm sắc thể 1, gây ra sự sản xuất bất thường. protein presenilin 2. Presenilin 1 có thể là một trong những enzyme cắt APP thành beta-amyloid; nó cũng có thể quan trọng trong các kết nối khớp thần kinh giữa các tế bào não.

Không có bằng chứng nào cho thấy các gen đột biến gây ra FAD khởi phát sớm cũng gây ra AD khởi phát muộn, nhưng di truyền dường như đóng một vai trò trong dạng AD phổ biến hơn này. Được phát hiện bởi các nhà nghiên cứu tại Đại học Duke vào đầu những năm 1990, mối liên kết di truyền quan trọng nhất với bệnh AD nằm trên nhiễm sắc thể 19. Một gen trên nhiễm sắc thể này, được gọi là APOE (apolipoprotein E), mã hóa cho một loại protein liên quan đến vận chuyển lipid vào tế bào thần kinh.

APOE xảy ra ở ít nhất ba dạng (alen), được gọi là APOE e2, APOE e3 và APOE e4. Mỗi người kế thừa một APOE từ mỗi phụ huynh và do đó có thể có một bản sao của hai dạng khác nhau hoặc hai bản sao của một dạng. APOE e2 tương đối hiếm xuất hiện để bảo vệ một số người khỏi AD, vì nó dường như có liên quan đến nguy cơ mắc AD thấp hơn và độ tuổi khởi phát muộn hơn nếu AD phát triển. APOE e3 là phiên bản phổ biến nhất được tìm thấy trong dân số nói chung và dường như chỉ có vai trò trung lập trong AD. Tuy nhiên, APOE e4 dường như làm tăng nguy cơ phát triển AD khởi phát muộn khi kế thừa một hoặc hai bản sao APOE e4. So với những người không có APOE e4, những người có một bản sao có nguy cơ phát triển AD khởi phát muộn cao gấp ba lần và những người có hai bản sao có khả năng mắc bệnh AD cao gấp ba lần. Sở hữu APOE e4 cũng có thể giảm tuổi khởi phát bệnh tới 17 tuổi. Tuy nhiên, APOE e4 chỉ làm tăng nguy cơ phát triển AD và không gây ra bệnh này, vì không phải ai có APOE e4 cũng phát triển AD và những người không mắc bệnh này vẫn có thể mắc bệnh. Tại sao APOE e4 làm tăng cơ hội phát triển AD vẫn chưa được biết chắc chắn.

Tuy nhiên, một giả thuyết cho rằng APOE e4 tạo điều kiện cho sự tích tụ beta-amyloid trong các mảng, do đó góp phần làm giảm độ tuổi khởi phát AD; các lý thuyết khác liên quan đến sự tương tác với mức cholesterol và ảnh hưởng đến hệ thần kinh

sự chép tẽ bào không phụ thuộc vào tác dụng của nó đối với sự tích tụ mảng bám. Năm 2000, bốn vùng mới liên quan đến AD trong bộ gen của con người đã được xác định, trong đó một trong số hàng trăm gen ở mỗi vùng này có thể là gen yếu tố nguy cơ mắc bệnh AD.

Những gen này, chưa được xác định, dường như góp phần vào nguy cơ phát triển AD khởi phát muộn, ít nhất cũng quan trọng như APOE e4.

Các yếu tố phi di truyền khác cũng đã được nghiên cứu liên quan đến nguyên nhân gây ra AD. Viêm não có thể đóng vai trò trong sự phát triển của AD và việc sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) dường như làm giảm nguy cơ phát triển AD. Sự hạn chế lưu lượng máu có thể là một phần của vấn đề, có lẽ là do tác dụng có lợi của estrogen, làm tăng lưu lượng máu trong não, cùng với các tác dụng khác của nó. Các mảnh phàn tử có khả năng phản ứng cao được gọi là gốc tự do gây tổn hại đến mọi loại tế bào, đặc biệt là tế bào não, nơi có nguồn cung cấp chất chống oxy hóa bảo vệ nhỏ hơn được cho là để bảo vệ chống lại tổn thương gốc tự do. Vitamin E là một trong những chất chống oxy hóa như vậy và việc sử dụng nó trong AD có thể mang lại lợi ích về mặt lý thuyết.

Mặc dù nguyên nhân cuối cùng hoặc các nguyên nhân gây ra bệnh Alzheimer vẫn chưa được biết rõ, nhưng có một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc bệnh của một người. Tất nhiên, điều quan trọng nhất là tuổi tác; người lớn tuổi phát triển AD với tỷ lệ cao hơn nhiều so với người trẻ tuổi. Có một số bằng chứng cho thấy đột quỵ và AD có thể có liên quan với nhau, những cơn đột quỵ nhỏ không được phát hiện trên lâm sàng sẽ góp phần gây tổn thương tế bào thần kinh. Mức cholesterol trong máu cũng có thể quan trọng. Các nhà khoa học đã chỉ ra rằng mức cholesterol trong máu cao ở các giống chuột biến đổi gen (chuyển gen) đặc biệt có thể làm tăng tốc độ lắng đọng mảng bám. Cũng có những điểm tương đồng giữa AD và các rối loạn thoái hóa thần kinh tiến triển khác gây ra chứng sa sút trí tuệ, bao gồm bệnh prion, bệnh Parkin-son và bệnh Huntington.

Nhiều nghiên cứu dịch tễ học về dân số cũng đang được tiến hành để tìm hiểu thêm về liệu các sự kiện đầu đời, các yếu tố kinh tế xã hội và dân tộc có tác động đến sự phát triển của AD hay không và ở mức độ nào. Ví dụ, kết quả từ một nghiên cứu chỉ ra rằng thời thơ ấu sống ở nông thôn, cùng với thời gian đi học dưới sáu năm, có liên quan đến việc tăng nguy cơ AD. Tuy nhiên, trình độ học vấn thấp được xác định là yếu tố rủi ro có thể là dấu hiệu hoặc đại diện cho những ảnh hưởng có hại đến kinh tế xã hội hoặc môi trường ở thời thơ ấu, do đó minh họa những khó khăn trong việc diễn giải các phát hiện dịch tễ học, do tính phức tạp của các vấn đề và số lượng lớn các biến liên quan.

Nhiều yếu tố môi trường bị nghi ngờ phần gây ra AD, nhưng các nghiên cứu dịch tễ học về dân số chưa chứng minh được mối liên hệ này. Trong số này có chất gây ô nhiễm trong nước uống, nhôm từ

sản phẩm thương mại và vật liệu trám răng bằng kim loại. Cho đến nay, không có yếu tố nào trong số này được chứng minh là gây ra AD hoặc làm tăng khả năng mắc bệnh. Nghiên cứu sâu hơn có thể cho thấy mối liên hệ với các yếu tố môi trường khác.

#### Triệu chứng

Các triệu chứng của bệnh Alzheimer bắt đầu dần dần, thường kèm theo tình trạng suy giảm trí nhớ. Tất nhiên, thỉnh thoảng mất trí nhớ là điều bình thường ở mọi người và bản thân chúng không biểu thị bất kỳ sự thay đổi nào trong chức năng nhận thức. Người mắc bệnh AD có thể bắt đầu chỉ với một dạng mất trí nhớ thông thường-quên chìa khóa ô tô ở đâu-nhưng tiến triển đến những mất mát sâu sắc hoặc đáng lo ngại hơn, chẳng hạn như quên rằng họ thậm chí còn có thể lái ô tô. Khả năng bị lạc hoặc mất phương hướng khi đi dạo quanh khu vực lân cận càng cao khi bệnh tiến triển. Người bị AD có thể quên tên các thành viên trong gia đình hoặc quên những gì đã nói ở đầu câu khi nghe đến cuối câu.

Khi AD tiến triển, các triệu chứng khác xuất hiện, bao gồm mất khả năng thực hiện các công việc thường ngày, mất khả năng phán đoán và thay đổi tính cách hoặc hành vi. Một số bệnh nhân khó ngủ và có thể bị lú lẫn hoặc kích động vào buổi tối ("hội chứng hoàng hôn" hoặc Hội chứng Sundowner). Trong một số trường hợp, những người mắc AD lặp lại những ý tưởng, chuyển động, lời nói hoặc suy nghĩ giống nhau, một hành vi được gọi là sự kiên trì. Trong giai đoạn cuối, người bệnh có thể gặp vấn đề nghiêm trọng về ăn uống, giao tiếp và kiểm soát chức năng bàng quang và ruột.

Hiệp hội Alzheimer đã phát triển một danh sách mười dấu hiệu cảnh báo của AD. Một người có một số triệu chứng này nên đến gặp bác sĩ để được đánh giá kỹ lưỡng:

- mất trí nhớ ảnh hưởng đến kỹ năng làm việc
- khó thực hiện các công việc quen thuộc •
- vấn đề về ngôn ngữ • mất phương
- hướng về thời gian và địa điểm • khả năng
- phán đoán kém hoặc suy giảm
- vấn đề với tư duy trừu tượng • đặt sai
- vị trí • thay đổi tâm
- trạng thái hoặc hành vi • thay đổi tính cách
- mất thè chủ động

Các loại chứng sa sút trí tuệ khác, bao gồm một số loại có thể hồi phục, có thể gây ra các triệu chứng tương tự. Điều quan trọng là người có những triệu chứng này phải được đánh giá bởi một chuyên gia có thể cân nhắc khả năng các triệu chứng của họ có thể có nguyên nhân khác. Khoảng 20% những người ban đầu bị nghi ngờ mắc AD hóa ra lại mắc một số rối loạn khác; khoảng một nửa số trường hợp này có thể điều trị được.

## Chẩn đoán

Việc chẩn đoán bệnh Alzheimer rất phức tạp và có thể phải đến phòng khám của một số chuyên gia khác nhau trong vài tháng trước khi có thể đưa ra chẩn đoán.

Trong khi hầu hết các trường hợp có thể đưa ra chẩn đoán tạm thời đáng tin cậy sau khi xét nghiệm kỹ lưỡng, AD không thể được chẩn đoán chính xác cho đến khi khám nghiệm tử thi não để tìm mảng bám và rối loạn sợi thần kinh.

Việc chẩn đoán AD bắt đầu bằng việc khám sức khỏe toàn diện và khai thác bệnh sử đầy đủ. Ngoại trừ giai đoạn sớm nhất của bệnh, bệnh sử chính xác từ các thành viên trong gia đình hoặc người chăm sóc là điều cần thiết. Vì cả thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn đều có thể gây ra những thay đổi về tinh thần giống như AD nên việc xem xét cẩn thận việc sử dụng thuốc, thuốc và rượu của bệnh nhân là rất quan trọng.

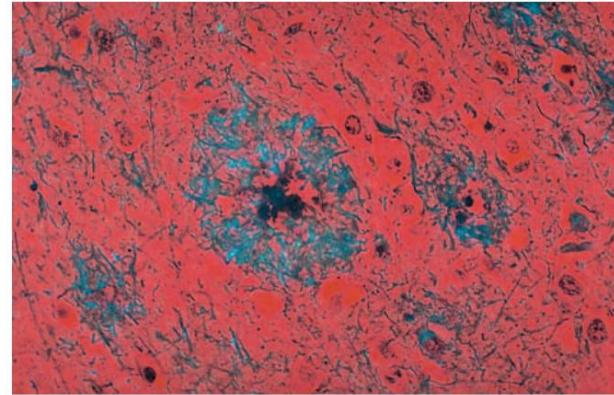
Các triệu chứng giống AD cũng có thể bị kích thích bởi các tình trạng bệnh lý khác, bao gồm khói u, nhiễm trùng và chứng mất trí nhớ do đột quỵ nhẹ (chứng sa sút trí tuệ do nhồi máu nhiều lần).

Những khả năng này cũng phải được loại trừ thông qua các xét nghiệm máu và nước tiểu thích hợp, chụp cộng hưởng từ não (MRI), chụp cắt lớp phát xạ positron (PET) hoặc chụp cắt lớp vi tính phát xạ đơn photon (SPECT), kiểm tra hoạt động điện của não (điện não đồ), hoặc EEG hoặc các xét nghiệm khác. Một số loại bài kiểm tra nói và viết được sử dụng để hỗ trợ chẩn đoán AD và theo dõi sự tiến triển của bệnh, bao gồm kiểm tra trạng thái tinh thần, khả năng chức năng, trí nhớ và khả năng tập trung. Tuy nhiên, khám thần kinh là bình thường ở hầu hết bệnh nhân ở giai đoạn đầu.

Một trong những phần quan trọng nhất của quá trình chẩn đoán là đánh giá bệnh nhân có bị trầm cảm và mê sảng hay không, vì mỗi yếu tố này đều có thể biểu hiện cùng với AD hoặc có thể bị nhầm lẫn với nó. (Mê sảng liên quan đến việc giảm ý thức hoặc nhận thức về môi trường xung quanh.) Trầm cảm và mất trí nhớ đều phổ biến ở người cao tuổi và sự kết hợp của cả hai thường có thể bị nhầm lẫn với AD. Trầm cảm có thể được điều trị bằng thuốc, mặc dù một số thuốc chống trầm cảm có thể làm trầm trọng thêm chứng mất trí nhớ nếu nó xuất hiện, làm phức tạp thêm cả việc chẩn đoán và điều trị.

Chẩn đoán AD sớm và chính xác rất quan trọng trong việc phát triển các chiến lược quản lý triệu chứng và giúp bệnh nhân và gia đình họ lập kế hoạch cho tương lai và theo đuổi các lựa chọn chăm sóc trong khi bệnh nhân vẫn có thể tham gia vào quá trình ra quyết định.

Hiện có sẵn xét nghiệm di truyền để tìm gen APOE e4 nhưng không được sử dụng để chẩn đoán vì việc sở hữu ngay cả hai bản sao cũng không đảm bảo rằng một người sẽ phát triển AD. Ngoài ra, việc tiếp cận thông tin di truyền có thể ảnh hưởng đến khả năng bảo hiêm của bệnh nhân nếu bị tiết lộ, đồng thời cũng ảnh hưởng đến tình trạng việc làm và các quyền hợp pháp.



Mô bị bệnh từ não của bệnh nhân Alzheimer cho thấy các mảng già trong chất xám của não. (Ảnh của Cecil Fox, Photo Studies, Inc. Được sao chép theo sự cho phép.)

## Sự đổi mới

Bệnh Alzheimer hiện nay không thể chữa khỏi, do đó, phương pháp điều trị chính cho người mắc AD là chăm sóc điều dưỡng tốt, hỗ trợ cả về thể chất lẫn tinh thần cho người đang dần dần có khả năng làm ngày càng ít việc cho bản thân và hành vi của họ. Ngày càng trở nên thất thường. Việc sửa đổi ngôi nhà để tăng cường an toàn và an ninh thường là cần thiết. Người chăm sóc cũng cần được hỗ trợ để ngăn chặn sự tức giận, tuyệt vọng và kiệt sức trả nên quá mức. Làm quen với những vấn đề có thể xảy ra trước mắt và cân nhắc sớm các vấn đề tài chính và pháp lý phù hợp có thể giúp cả bệnh nhân và gia đình đối phó với quá trình khó khăn của căn bệnh này. Việc chăm sóc y tế thường xuyên bởi một bác sĩ có thái độ kiên quyết đồng ý với AD là điều quan trọng để các bệnh như nhiễm trùng đường tiết niệu hoặc đường hô hấp có thể được chẩn đoán và điều trị đúng cách, thay vì bị quy nhầm là do sự suy giảm không thể tránh khỏi của AD.

Những người mắc bệnh AD cũng thường bị trầm cảm hoặc lo lắng và có thể bị mất ngủ, dinh dưỡng kém và sức khỏe nói chung kém. Mỗi tình trạng này đều có thể điều trị được ở một mức độ nào đó. Điều quan trọng là người bị AD phải ăn uống đầy đủ và tiếp tục tập thể dục. Lời khuyên chuyên nghiệp từ chuyên gia dinh dưỡng có thể hữu ích để cung cấp những bữa ăn lành mạnh, dễ chuẩn bị. Thực ăn cầm tay có thể thích hợp hơn những loại thức ăn cần dùng dụng cụ để ăn. Tập thể dục thường xuyên (có giám sát nếu cần thiết để đảm bảo an toàn) giúp tăng cường sức khỏe tổng thể. Một môi trường yên tĩnh, có tổ chức với các công cụ hỗ trợ định hướng đơn giản (chẳng hạn như lịch và đồng hồ) có thể làm giảm lo lắng và tăng cường sự an toàn. Các triệu chứng tâm thần khác, chẳng hạn như trầm cảm, lo lắng,ảo giác (nhìn hoặc nghe thấy những thứ không có thật) và ảo tưởng (niềm tin sai lầm) có thể được điều trị bằng thuốc nếu cần thiết.

## Thuốc

Tính đến năm 2000, chỉ có ba loại thuốc-tacrine (Cognex), donepezil hydrochloride (Aricept) và Rivastigmine (Exelon)–được FDA chấp thuận để điều trị. Tacrine đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc cải thiện kỹ năng ghi nhớ, nhưng chỉ ở những bệnh nhân mắc AD ở mức độ nhẹ đến trung bình, và thậm chí ở chưa đến một nửa số người dùng nó. Tác dụng có lợi của nó thường nhẹ và tạm thời, nhưng nó có thể trì hoãn nhu cầu nhập viện dưỡng lão. Tác dụng phụ đáng kể nhất là tăng men gan được gọi là alanine aminotransferase, hay ALT. Bệnh nhân dùng tacrine phải được xét nghiệm máu hàng tuần để theo dõi mức ALT của họ. Các tác dụng phụ thường gặp khác bao gồm buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng, khó tiêu và phát ban trên da. Vào đầu năm 1998, chi phí của tacrine là khoảng 125 USD/tháng, cộng thêm chi phí cho việc theo dõi máu hàng tuần. Mặc dù giá thành cao, nhưng tacrine thường như có hiệu quả về mặt chi phí đối với những người đáp ứng với nó vì nó có thể làm giảm số tháng bệnh nhân cần được chăm sóc điều dưỡng. Donepezil là loại thuốc được sử dụng phổ biến nhất để điều trị các triệu chứng nhẹ đến trung bình của AD, mặc dù nó chỉ giúp ích cho một số bệnh nhân trong khoảng thời gian từ vài tháng đến khoảng hai năm. Donepezil có hai ưu điểm so với tacrine: nó có ít tác dụng phụ hơn và có thể dùng một lần mỗi ngày thay vì ba lần mỗi ngày. Donepezil thường như không ảnh hưởng đến men gan và do đó không cần xét nghiệm máu hàng tuần. Tần suất tác dụng phụ ở bụng cũng thấp hơn. Chi phí hàng tháng gần như giống nhau. Rivastigmine, được phê duyệt sử dụng vào tháng 4 năm 2000, đã được chứng minh là cải thiện khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày của bệnh nhân, như ăn uống và mặc quần áo, giảm các triệu chứng hành vi như ảo tưởng và kích động, đồng thời cải thiện các chức năng nhận thức như suy nghĩ, trí nhớ và khả năng nói. Giá thành tương đương với 2 loại thuốc còn lại. Tuy nhiên, không có loại thuốc nào trong số ba loại thuốc này ngăn chặn hoặc đảo ngược sự tiến triển của AD.

Estrogen, hormone sinh dục nữ, được kê toa rộng rãi cho phụ nữ sau mãn kinh để ngăn ngừa loãng xương. Một số nghiên cứu sơ bộ đã chỉ ra rằng phụ nữ dùng estrogen có tỷ lệ mắc AD thấp hơn và những người mắc AD có tiến triển chậm hơn và ít triệu chứng nghiêm trọng hơn. Tuy nhiên, estrogen thường như không có tác dụng có lợi đối với những phụ nữ đã mắc AD.

Các nghiên cứu sơ bộ cũng cho thấy giảm nguy cơ phát triển AD ở những người lớn tuổi thường xuyên sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAID), bao gồm aspirin, ibuprofen và naproxen, mặc dù không phải là acetaminophen. Viêm não là một bệnh đặc biệt - tác động của bệnh AD, nhưng liệu đó là nguyên nhân hay hậu quả của bệnh vẫn chưa được biết rõ.

Chất chống oxy hóa có tác dụng ức chế và bảo vệ chống lại tổn thương oxy hóa do các gốc tự do gây ra.

đã được chứng minh là có tác dụng ức chế tác dụng độc hại của beta-amyloid trong nuôi cấy mô. Do đó, nghiên cứu đang được tiến hành để xem liệu chất chống oxy hóa có thể trì hoãn hoặc ngăn ngừa AD hay không.

Một chất chống oxy hóa khác, vitamin E, cũng được cho là có tác dụng trì hoãn sự khởi phát của AD. Vẫn chưa rõ liệu điều này là do tác động cụ thể của vitamin E lên tế bào não hay do sự gia tăng sức khỏe tổng thể của những người dùng nó.

Các loại thuốc như thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần và thuốc an thần được sử dụng để điều trị các triệu chứng hành vi (kích động, hung hăng, đi lang thang và rối loạn giấc ngủ) của AD. Nghiên cứu đang được tiến hành để tìm kiếm các phương pháp điều trị tốt hơn, bao gồm cả các phương pháp không dùng thuốc cho bệnh nhân AD.

## Chăm sóc và an toàn điều dưỡng

Người mắc bệnh Alzheimer sẽ dần mất khả năng tự mặc quần áo, chải chuốt, cho ăn, tắm rửa hoặc đi vệ sinh; ở giai đoạn sau của bệnh, trẻ có thể không thể cử động hoặc nói được. Ngoài ra, hành vi của con người ngày càng trở nên thất thường. Xu hướng đi lang thang có thể khiến bạn khó có thể bỏ mặc nó dù chỉ trong vài phút và khiến ngôi nhà trở thành một nơi tiềm ẩn nguy hiểm. Ngoài ra, một số bệnh nhân có thể có những hành vi tình dục không phù hợp.

Việc chăm sóc điều dưỡng cần thiết cho người bị AD nằm trong khả năng học hỏi của hầu hết mọi người. Khó khăn đối với nhiều người chăm sóc là tính chất thường xuyên nhưng không thể đoán trước của những yêu cầu đặt ra cho họ. Ngoài ra, những thay đổi về tính cách của một người mắc AD có thể khiến các thành viên trong gia đình đau lòng, khi người thân trở nên xấu đi, dường như trở thành một con người khác. Không phải tất cả bệnh nhân AD đều phát triển các hành vi tiêu cực: một số trở nên khá hiền lành và dành nhiều thời gian hơn trong trạng thái mờ mộng.

Mát chải chuốt kỹ lưỡng có thể là một trong những triệu chứng ban đầu của AD. Quần áo không phù hợp, đầu tóc bù xù và giảm hứng thú vệ sinh cá nhân trở nên phổ biến hơn. Những người chăm sóc, đặc biệt là vợ/chồng, có thể thấy những thay đổi này gây bối rối và khó đối phó về mặt xã hội.

Người chăm sóc thường sẽ cần dành nhiều thời gian hơn cho việc chải chuốt để bù đắp cho việc bệnh nhân mất đi sự quan tâm, mặc dù thường cần phải điều chỉnh một số kỳ vọng (trong khi vẫn duy trì sự sạch sẽ) khi bệnh tiến triển.

Dinh dưỡng hợp lý rất quan trọng đối với người bị AD và có thể cần được hỗ trợ cho ăn sớm để đảm bảo người đó hấp thụ đủ chất dinh dưỡng. Sau đó, khi việc cử động và nuốt trở nên khó khăn, một ống truyền thức ăn có thể được đặt vào dạ dày qua thành bụng. Ống truyền dinh dưỡng cần được chú ý nhiều hơn nhưng nhìn chung dễ chăm sóc nếu bệnh nhân không phản đối việc sử dụng nó.

Đối với nhiều người chăm sóc, tình trạng không tự chủ trở thành vấn đề khó giải quyết nhất tại nhà và là lý do chính để họ theo đuổi dịch vụ chăm sóc tại viện dưỡng lão. Trong giai đoạn đầu, hạn chế uống nước và tăng tần suất đi vệ sinh có thể hữu ích. Cần chú ý vệ sinh cẩn thận để ngăn ngừa kích ứng da và nhiễm trùng do quần áo bẩn.

Người mắc chứng sa sút trí tuệ phải đối mặt với sáu biện pháp an toàn cơ bản mỗi lo ngại sau: thương tích do té ngã, thương tích do ăn phải các chất nguy hiểm, rời khỏi nhà và bị lạc, thương tích cho bản thân hoặc người khác do vật sắc nhọn, lửa hoặc bóng và không có khả năng phản ứng nhanh với các tình huống khẩn cấp. Trong mọi trường hợp, một người được chẩn đoán mắc bệnh AD không được phép lái xe nữa vì nguy cơ xảy ra tai nạn tăng lên và khả năng phải đi lang thang rất xa nhà trong khi mất phương hướng cũng tăng lên. Trong nhà, những biện pháp đơn giản như thanh vịn trong phòng tắm, thanh chắn giường và lối đi dễ di chuyển có thể tăng cường an toàn rất nhiều. Các thiết bị điện phải được rút phích cắm và cất đi khi không sử dụng, đồng thời diêm, bật lửa, dao hoặc vũ khí phải được cất giữ an toàn ngoài tầm tay. Nhiệt độ của máy nước nóng có thể được đặt thấp hơn để tránh bị bỏng ngoài ý muốn. Danh sách các số điện thoại khẩn cấp, bao gồm trung tâm kiểm soát chất độc và phòng cấp cứu của bệnh viện, phải được dán qua điện thoại. Khi bệnh tiến triển, người chăm sóc cần định kỳ đánh giá lại sự an toàn vật chất của ngôi nhà và đưa ra các chiến lược mới để tiếp tục đảm bảo an toàn.

#### Chăm sóc người chăm sóc

Các thành viên trong gia đình hoặc những người khác chăm sóc người mắc AD phải làm một công việc cực kỳ khó khăn và căng thẳng, công việc này càng trở nên khó khăn hơn khi bệnh tiến triển. Những người chăm sóc bệnh sa sút trí tuệ dành nhiều thời gian hơn cho việc chăm sóc so với những người chăm sóc những người mắc các loại bệnh khác. Kiểu chăm sóc này cũng có tác động lớn hơn về mặt phức tạp trong công việc, căng thẳng của người chăm sóc, các vấn đề về sức khỏe thể chất và tinh thần, thời gian giải trí và các thành viên khác trong gia đình cũng như xung đột trong gia đình so với các kiểu chăm sóc khác. Những người chăm sóc AD thường nảy sinh cảm giác tức giận, oán giận, tội lỗi và vô vọng, bên cạnh nỗi buồn mà họ cảm thấy đối với người thân và cho chính mình. Trầm cảm là hậu quả trực tiếp của việc chăm sóc toàn thời gian cho người mắc AD. Các nhóm hỗ trợ là một cách quan trọng để giải quyết căng thẳng trong việc chăm sóc.

Trở thành thành viên của nhóm hỗ trợ người chăm sóc AD có thể là một trong những điều quan trọng nhất mà một thành viên trong gia đình phải làm, không chỉ cho bản thân họ mà còn cho cả người mắc AD. Địa điểm và số liên lạc của các nhóm hỗ trợ người chăm sóc AD có sẵn từ Hiệp hội Alzheimer; chúng cũng có thể được cung cấp thông qua cơ quan dịch vụ xã hội địa phương, cơ quan y tế của bệnh nhân.

cian, hoặc các công ty dược phẩm sản xuất thuốc dùng để điều trị AD. Điều trị y tế cho chứng trầm cảm có thể là một biện pháp bổ sung quan trọng cho sự hỗ trợ của nhóm.

Sự giúp đỡ bên ngoài, viện dưỡng lão và sự hỗ trợ của chính phủ

Cuối cùng, hầu hết các gia đình đều cần sự trợ giúp từ bên ngoài để giảm bớt gánh nặng chăm sóc suốt ngày đêm cho người mắc AD. Các trợ lý chăm sóc cá nhân, tình nguyện hoặc được trả lương, có thể được cung cấp thông qua các cơ quan dịch vụ xã hội địa phương. Các cơ sở chăm sóc người lớn ban ngày ngày càng trở nên phổ biến. Dịch vụ giao bữa ăn, hỗ trợ mua sắm hoặc chăm sóc thay thế cũng có thể được cung cấp.

Cung cấp sự chăm sóc toàn diện theo yêu cầu của người bệnh AD giai đoạn cuối có thể trở thành gánh nặng quá lớn đối với một gia đình, ngay cả khi có sự trợ giúp từ bên ngoài. Ở giai đoạn này, nhiều gia đình cần nhắc việc chăm sóc tại viện dưỡng lão. Quyết định này thường là một trong những quyết định khó khăn nhất đối với gia đình, vì nó thường bị coi là sự bỏ rơi người thân và sự thất bại của gia đình. Việc tư vấn cẩn thận với một bác sĩ, giáo sĩ hoặc cố vấn đáng tin cậy khác có thể giảm bớt những khó khăn trong quá trình chuyển đổi này. Việc lựa chọn viện dưỡng lão có thể đòi hỏi sự cân bằng khó khăn về chi phí, dịch vụ, địa điểm và tình trạng sẵn có.

Việc để cả gia đình cùng tham gia vào quyết định có thể giúp ngăn ngừa căng thẳng phát triển thêm sau này.

Một số chương trình của chính phủ liên bang có thể giảm bớt chi phí chăm sóc người bị AD, bao gồm An sinh Xã hội cho Người khuyết tật, Medicare và Thu nhập Bảo đảm Bổ sung. Mỗi chương trình này có thể cung cấp một số hỗ trợ về chăm sóc, thuốc men hoặc các chi phí khác, nhưng không chương trình nào sẽ thanh toán vô thời hạn cho việc chăm sóc tại viện dưỡng lão.

Medicaid là một chương trình do tiểu bang tài trợ có thể cung cấp một phần hoặc toàn bộ chi phí chăm sóc tại viện dưỡng lão, mặc dù có những hạn chế quan trọng. Thông tin chi tiết về các lợi ích và yêu cầu về tính đủ điều kiện của các chương trình này có sẵn thông qua văn phòng An sinh xã hội hoặc Medicaid địa phương hoặc từ các cơ quan dịch vụ xã hội địa phương.

Bảo hiểm chăm sóc dài hạn tư nhân, "thế chấp ngược" đặc biệt, bảo hiểm bánh ngọt và các công cụ tài chính khác là những cách khác để chi trả cho việc chăm sóc cho những người có tình hình tài chính phù hợp. Thông tin thêm về các tùy chọn này có thể có sẵn thông qua các nguồn được liệt kê bên dưới.

#### Điều trị thay thế

Một số chất hiện đang được thử nghiệm về khả năng làm chậm sự tiến triển của bệnh Alzheimer.

Chúng bao gồm acetylcarnitine, một chất bổ sung tác động lên cấu trúc năng lượng tế bào được gọi là ty ty thê.

Chiết xuất bạch quả, có nguồn gốc từ lá của cây bạch quả, dưỡng như có đặc tính chống oxy hóa cũng như chống viêm và chống đông máu. bạch quả

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Acetylcholine**—Một trong những chất trong cơ thể giúp truyền xung thần kinh.

Sút trí tuệ—Chức năng trí tuệ bị suy giảm gây cản trở các hoạt động xã hội và công việc bình thường.

**Ginkgo**—Một loại thảo dược từ cây Ginkgo biloba được một số bác sĩ khuyên dùng để phòng ngừa và điều trị AD.

Rối loạn sợi thần kinh—Các khói protein xoắn bên trong các tế bào thần kinh phát triển trong não của những người mắc bệnh AD.

Mảng bám tuổi già—Cấu trúc bao gồm các bộ phận của tế bào thần kinh bao quanh protein não gọi là căn beta-amyloid và được tìm thấy trong não của những người mắc bệnh AD.

Chiết xuất đã được sử dụng trong nhiều năm ở Trung Quốc và được kê đơn rộng rãi ở Châu Âu để điều trị các vấn đề về tuần hoàn. Một nghiên cứu năm 1997 trên các bệnh nhân mắc chứng sa sút trí tuệ dưỡng như cho thấy chiết xuất bạch quả có thể cải thiện các triệu chứng của họ, mặc dù nghiên cứu này bị chỉ trích vì một số sai sót trong phương pháp của nó. Các nghiên cứu tiếp theo trên quy mô lớn đang được tiến hành để xác định xem liệu chiết xuất bạch quả có thể ngăn ngừa hoặc trì hoãn sự phát triển hay không của AD. Chiết xuất bạch quả có sẵn ở nhiều cửa hàng thực phẩm sức khỏe hoặc thực phẩm bổ sung dinh dưỡng. Một số bác sĩ thay thế cũng khuyên những người bị AD nên bổ sung phosphatidylcholine, vitamin B12, gotu kola, nhân sâm, St. John's Wort, hương thảo, saiko-keishi-to-shakuyaku (Một hỗn hợp thảo dược của Nhật Bản) và axit folic.

**Tiên lượng**

Mặc dù bệnh Alzheimer có thể không phải là nguyên nhân trực tiếp gây tử vong, nhưng sức khỏe nói chung của người mắc AD kém hơn sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đe dọa tính mạng, bao gồm cả viêm phổi. Ngoài ra, các bệnh khác thường gặp ở tuổi già như ung thư, đột quỵ và bệnh tim có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng hơn ở người mắc AD.

Trung bình, những người mắc bệnh AD sống được 8 năm sau khi được chẩn đoán, trong khoảng từ 1 đến 20 năm.

**Phòng ngừa**

Hiện tại không có cách nào chắc chắn để ngăn ngừa bệnh Alzheimer, mặc dù một số phương pháp điều trị bằng thuốc được thảo luận ở trên cuối cùng có thể được chứng minh là làm giảm nguy cơ phát triển căn bệnh này. Các ứng cử viên hiện tại có nhiều khả năng nhất là estrogen, NSAID, vitamin E và ginkgo biloba, mặc dù danh sách này có thể tăng hoặc giảm khi nghiên cứu sâu hơn [nadear@alzheimers.org](mailto:nadear@alzheimers.org). <http://www.alzheimers.org>.

Nghiên cứu về phòng chống AD đang tập trung vào việc ngăn chặn việc sản xuất amyloid trong não cũng như phá vỡ beta-amyloid một khi nó được giải phóng khỏi tế bào nhưng trước khi nó có cơ hội tổng hợp thành các mảng không hòa tan. Ngoài ra còn có những nghiên cứu đầy hứa hẹn đang được tiến hành để phát triển vắc-xin AD, trong đó phản ứng miễn dịch có thể dẫn đến việc loại bỏ sự hình thành các mảng amyloid.

Chương trình của Trung tâm Nghiên cứu Bệnh Alzheimer (ADC) thúc đẩy nghiên cứu, đào tạo và giáo dục, chuyển giao công nghệ cũng như các nghiên cứu hợp tác và đa trung tâm về AD, các chứng mất trí khác và lão hóa não bình thường. Mỗi ADC đăng ký và thực hiện các nghiên cứu trên bệnh nhân AD và người già khỏe mạnh. Mọi người có thể tham gia vào các đề cương nghiên cứu và thử nghiệm thuốc lâm sàng tại các trung tâm này. Dữ liệu từ ADC cũng như từ các nguồn khác được điều phối và cung cấp cho các nhà nghiên cứu tại Trung tâm Điều phối Bệnh Alzheimer Quốc gia, được thành lập vào năm 1999, sử dụng.

**Tài nguyên****SÁCH**

Cohen, Donna và Carl Eisdorfer. *Sự đánh mất bản thân: Một gia đình* *Nguồn tài liệu Chăm sóc bệnh Alzheimer và các rối loạn liên quan*, Phiên bản sửa đổi. New York: WW Norton & Company, 2001.

Cohen, Elwood. *Bệnh Alzheimer: Phòng ngừa, can thiệp và Điều trị*. Los Angeles: Nhà xuất bản Keats, 1999.  
Geldmacher, David S. *Chẩn đoán và quản lý đường đại-tâm của bệnh Alzheimer*. Newtown, PA: Hiệp hội Tiếp thị Y tế Co., Inc., 2001.

Gruetzner, Howard. *Bệnh Alzheimer: Hướng dẫn dành cho người chăm sóc và Sách tham khảo*, tái bản lần thứ 3. New York: John Wiley & Sons, 2001.

Mace, Nancy L. và Peter V. Rabins. *Ngày 36 giờ: Hướng dẫn gia đình chăm sóc người mắc bệnh Alzheimer*, các bệnh mất trí nhơ liên quan và mất trí nhơ trong cuộc sống sau này. New York: Sách Warner, 2001.

Teitel, Rosette và Marc L. Gordon. *Sô tay Người cầm tay: Hướng dẫn dành cho Người chăm sóc bệnh Alzheimer và các chứng mất trí nhơ khác*. New Brunswick, NJ: Nhà xuất bản Đại học Rutgers, 2001.

**ĐỊNH KÝ**

Gitlin, LN và M. Corcoran. "Làm cho ngôi nhà an toàn hơn: Thích ứng với môi trường cho người mắc chứng mất trí nhơ." *Chăm sóc bệnh Alzheimer* hàng quý 1 (2000): 50-58.

Helmut, L. "Đại hội Alzheimer: Tiến bộ hơn nữa về Vắc xin B-Amyloid." *Khoa học* 289, số 5476 (2000): 375.

**TỔ CHỨC**

Hiệp hội bệnh Alzheimer. 919 Đại lộ Bắc Michigan, Suite 1000 Chicago, IL 60611. (800) 272-3900. <http://www.alz.org>.  
Trung tâm Giáo dục và Giới thiệu Bệnh Alzheimer. Hộp thư 8250, Suối Bạc, MD. (800) 438-4380. Fax: (301) 495-3334. <http://www.alzheimers.org>.

Quỹ nghiên cứu bệnh Alzheimer. <<http://www.benhAlzheimer-research.org>>.

#### KHÁC

Viện Lão hóa Quốc gia, Viện Y tế Quốc gia.

2000: Báo cáo tiền đề về bệnh Alzheimer - Thực hiện các bước tiếp theo. Ân phẩm NIH số 4859 (2000). <<http://www.alzheimers.org/pubs/prog00.htm#References>>.

Sách và băng video về bệnh Alzheimer. <<http://www.alzheimersbooks.com>>.

Judith Sims

Bộ phận sinh dục mơ hồ xem trạng thái Liên giới tính



Người đàn ông có đôi mắt lười biếng. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được phép sao chép lại.)

## nhược thị

### Sự định nghĩa

Nhược thị là tình trạng giảm thị lực không thể khắc phục được ở một hoặc cả hai mắt mà không có bất thường về cấu trúc rõ ràng nào để giải thích điều đó. Đó là chẩn đoán loại trừ, nghĩa là khi phát hiện thấy tình trạng giảm thị lực thì phải loại trừ các nguyên nhân khác. Khi không tìm thấy nguyên nhân nào khác thì chẩn đoán là nhược thị. Nói chung, sự khác biệt từ hai đường trở lên (trong bài kiểm tra thị lực bằng biểu đồ mắt) giữa hai mắt hoặc thị lực được điều chỉnh tốt nhất là 20/30 hoặc tệ hơn sẽ được xác định là nhược thị. Ví dụ: nếu ai đó có thị lực 20/20 với mắt phải và chỉ 20/40 với mắt trái và mắt trái không thể đạt được thị lực tốt hơn khi đeo kính điều chỉnh, thì mắt trái được cho là bị nhược thị.

### Mô tả Mắt lười

là một thuật ngữ phi y tế phổ biến được sử dụng để mô tả chứng nhược thị vì mắt có thị lực kém hơn đường như không thực hiện được chức năng nhìn của nó. Nhược thị là nguyên nhân phổ biến nhất gây suy giảm thị lực ở trẻ em, ảnh hưởng đến gần 3 trên 100 người hoặc 2-4% dân số. Thị giác là sự kết hợp giữa độ rõ nét của hình ảnh của mắt (thị lực) và khả năng xử lý những hình ảnh đó của não. Nếu hình ảnh do hai mắt tạo ra khác nhau đáng kể thì não có thể không thể kết hợp các hình ảnh đó. Thay vì nhìn thấy hai hình ảnh khác nhau hoặc nhìn đôi (nhìn đôi), não sẽ ngăn chặn hình ảnh mờ hơn. Sự ức chế này có thể dẫn đến nhược thị. Trong những năm đầu đời, việc thích sử dụng một mắt hơn mắt kia có thể dẫn đến sự phát triển thị giác kém ở mắt bị mờ.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Một số nguyên nhân chính gây ra nhược thị như sau:

- Lác. Mắt lệch (lác) là nguyên nhân phổ biến nhất gây nhược thị chức năng. Hai mắt nhìn về hai hướng khác nhau cùng một lúc. Bộ não được gửi hai hình ảnh khác nhau và điều này gây ra sự nhầm lẫn. Hình ảnh từ mắt lệch hoặc mắt "lác" sẽ bị tắt để tránh nhìn đôi.

- Bất đồng hướng. Đây là một loại nhược thị chức năng khác. Trong trường hợp này, có sự khác biệt về trạng thái khúc xạ giữa hai mắt (hay nói cách khác là sự khác biệt về độ khúc xạ giữa hai mắt). Ví dụ, một mắt có thể bị cận thị nhiều hơn mắt kia, hoặc một mắt có thể bị viễn thị và mắt kia bị cận thị. Do não không thể kết hợp hai hình ảnh khác nhau nên não sẽ ngăn chặn hình ảnh mờ hơn, khiến mắt bị nhược thị.

- Đục thủy tinh thể. Thấu kính của mắt bị mờ sẽ khiến hình ảnh bị mờ hơn mắt còn lại. Bộ não "thích" hình ảnh rõ ràng hơn. Mắt bị đục thủy tinh thể có thể bị nhược thị.

- Sụp mí mắt. Đây là tình trạng sụp mí mắt trên. Nếu ánh sáng không thể đi vào mắt do mí mắt bị sụp xuống thì về cơ bản mắt không được sử dụng. Điều này có thể dẫn đến nhược thị.

- Dinh dưỡng. Một loại nhược thị hữu cơ trong đó sự thiếu hụt dinh dưỡng hoặc ngộ độc hóa chất có thể dẫn đến nhược thị. Rượu, thuốc lá hoặc thiếu vitamin B có thể dẫn đến nhược thị độc hại.

- Di truyền. Nhược thị có thể di truyền trong gia đình.

Ngoài trừ sự hiện diện của lác hoặc sụp mí, trẻ em có thể có hoặc không có dấu hiệu nhược thị. Trẻ em có thể nghiêng đầu một góc trong khi cố gắng để mắt có tầm nhìn bình thường. Họ có thể gặp khó khăn khi nhìn hoặc với lấy đồ vật khi tiếp cận từ phía bên mắt nhược thị. Cha mẹ nên xem liệu một bên của

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Anisometropia-Một tình trạng về mắt trong đó có sự bất bình đẳng về thị lực giữa hai mắt.

Có thể có tỷ lệ cận thị, viễn thị hoặc loạn thị không đồng đều, do đó một mắt sẽ rõ nét trong khi mắt kia thì không.

**Đục thủy tinh thể**-Đục thủy tinh thể tự nhiên của mắt.

**Liệu pháp tắc nghẽn**-Một phương pháp điều trị chứng nhược thị trong đó mắt còn tốt được che chắn trong một khoảng thời gian. Điều này buộc mắt yếu hơn phải được sử dụng.

**Lác**- Tình trạng mắt bị lệch và hướng về các hướng khác nhau. Một mắt có thể nhìn thẳng về phía trước, trong khi mắt kia nhìn vào trong, ra ngoài, lên trên hoặc xuống dưới. Điều này còn được gọi là lác mắt.

**Thị lực** - Thị lực là độ sắc nét hoặc độ sắc nét của thị giác.

Cách tiếp cận này được trẻ em hoặc trẻ sơ sinh ưa thích hơn. Nếu mắt lành của trẻ sơ sinh bị che lại, trẻ có thể khóc.

**Chẩn đoán**

Bởi vì trẻ em có đôi mắt bên ngoài bình thường có thể bị nhược thị nên điều quan trọng là phải thực hiện kiểm tra thị lực thường xuyên cho tất cả trẻ em. Mặc dù có một số tranh cãi về độ tuổi mà trẻ em nên được khám thị lực lần đầu, nhưng trên thực tế, mắt của chúng có thể được khám ở mọi lứa tuổi, thậm chí vào một ngày trong đời.

**Một số người khuyên rằng trẻ em nên có tầm nhìn**  
được kiểm tra bởi bác sĩ nhi khoa, bác sĩ gia đình, bác sĩ nhãn khoa hoặc chuyên viên đo thị lực khi trẻ được sáu tháng tuổi hoặc trước đó. Những người khác khuyên nên xét nghiệm ít nhất trước ngày sinh nhật thứ tư của trẻ. Có thể có một "giai đoạn quan trọng" trong quá trình phát triển thị lực và chứng nhược thị có thể không thể điều trị được sau tầm hoặc chín tuổi. Bệnh nhược thị được phát hiện càng sớm thì kết quả càng tốt. Hầu hết các bác sĩ đều kiểm tra thị lực như một phần của quá trình khám sức khỏe cho trẻ. Nếu có bất kỳ dấu hiệu nào của vấn đề về mắt, họ có thể giới thiệu trẻ đến bác sĩ chuyên khoa mắt.

Có các phương pháp khách quan, chẳng hạn như soi võng mạc, để định tình trạng khúc xạ của mắt. Điều này có thể giúp xác định dị tật. Trong nội soi võng mạc, một dụng cụ cầm tay được sử dụng để chiếu ánh sáng vào mắt trẻ (hoặc trẻ sơ sinh). Bằng cách sử dụng kính áp tròng cầm tay, có thể thu được một đơn thuốc sơ bộ. Thị lực có thể được xác định bằng nhiều phương pháp khác nhau. Có sẵn nhiều biểu đồ mắt khác nhau (ví dụ: chữ E lật xộn, hình ảnh hoặc chữ cái). Trong bệnh nhược thị, các chữ cái đơn lẻ dễ nhận biết hơn so với khi

tất cả bộ dòng được hiển thị. Đây được gọi là "hiệu ứng đồng đúc" và giúp chẩn đoán nhược thị. Bộ lọc mật độ trung tính cũng có thể được giữ trên mắt để hỗ trợ chẩn đoán.

Đôi khi các trường thị giác để xác định các khiếm khuyết trong vùng thị giác sẽ được thực hiện. Kiểm tra tầm nhìn màu cũng có thể được thực hiện. Một lần nữa, cần phải nhấn mạnh rằng nhược thị là một chẩn đoán loại trừ. Các vấn đề về thị giác hoặc đe dọa tính mạng cũng có thể gây giảm thị lực. Việc kiểm tra mắt và hệ thống thị giác là rất quan trọng khi thị lực giảm không rõ nguyên nhân.

**Sự đổi mới**

Phương pháp điều trị chính cho chứng nhược thị là liệu pháp tắc nghẽn. Điều quan trọng là phải thay thế miếng dán cho mắt lành (buộc mắt nhược thị phải hoạt động) và mắt nhược thị. Nếu mắt tốt được vá liên tục, nó cũng có thể bị nhược thị do không được sử dụng. Kế hoạch điều trị nên được thảo luận với bác sĩ để hiểu đầy đủ về thời gian dán miếng dán. Khi được vá, các bài tập về mắt có thể được chỉ định để buộc mắt nhược thị tập trung và hoạt động. Đây được gọi là liệu pháp thị giác hoặc rèn luyện thị lực (bài tập về mắt). Ngay cả sau khi thị lực đã được phục hồi ở mắt yếu, có thể cần phải vá mắt bán thời gian trong nhiều năm để duy trì sự cải thiện.

Mặc dù việc vá mắt là cần thiết để giúp mắt nhược thị hoạt động nhưng việc khắc phục nguyên nhân gây ra nhược thị cũng quan trọng không kém. Cũng có thể đeo kính nếu có lỗi khúc xạ. Phẫu thuật hoặc rèn luyện thị lực có thể cần thiết trong trường hợp lác. Dinh dưỡng tốt hơn được chỉ định trong một số bệnh nhược thị độc hại. Đôi khi, bệnh nhược thị được điều trị bằng cách làm mờ tầm nhìn ở mắt tốt bằng thuốc nhỏ mắt hoặc kính áp tròng để buộc trẻ phải sử dụng mắt nhược thị.

**Tiên lượng**

Người càng trẻ thì cơ hội cải thiện bằng liệu pháp tắc nghẽn và thị lực càng cao. Tuy nhiên, việc điều trị có thể thành công ở trẻ lớn hơn, kể cả người lớn. Thành công trong điều trị nhược thị cũng phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của nhược thị, loại nhược thị cụ thể và sự tuân thủ của bệnh nhân. Điều quan trọng là phải chẩn đoán và điều trị nhược thị sớm vì có thể xảy ra mất thị lực đáng kể nếu không được điều trị. Tốt nhất

Kết quả là kết quả của việc chẩn đoán và điều trị sớm.

**Phòng ngừa**

Để bảo vệ thị lực của con mình, cha mẹ phải nhận thức được nhược thị là một vấn đề tiềm ẩn. Nhận thức này có thể khuyến khích các bậc cha mẹ đưa trẻ đi kiểm tra thị lực sớm trong đời - chắc chắn là trước tuổi đi học. Dinh dưỡng hợp lý rất quan trọng trong việc tránh tình trạng nhược thị độc hại.

## Tài nguyên

## SÁCH

D'Alonzo, TL, OD Đôi mắt của bạn! Một cái nhìn toàn diện về sự hiểu biết và điều trị các vấn đề về thị lực. Cao nguyên Clifton, PA: Avanti, 1992.

Newell, Frank W. Nhân khoa: Nguyên tắc và khái niệm.

tái bản lần thứ 8. Thành Louis: Mosby, 1996.

## TÔ CHỨC

Học viện nhãn khoa Hoa Kỳ. 655 đường Beach, PO Hộp 7424, San Francisco, CA 94120-7424. <<http://www.eyenet.org>>.  
Hiệp hội đo thị lực Hoa Kỳ. 243 North Lindbergh Blvd., St. Louis, MO 63141. (314) 991-4100. <<http://www.aoanet.org>>.

Lorraine Steelele, RN

## Bệnh amip

## Sự định nghĩa

Bệnh amip là một bệnh truyền nhiễm do một loại vi sinh vật đơn bào ký sinh (động vật nguyên sinh) có tên là *Entamoeba histolytica* gây ra. Những người mắc bệnh amip có thể gặp nhiều triệu chứng khác nhau, bao gồm tiêu chảy, sốt và chuột rút. Bệnh cũng có thể ảnh hưởng đến ruột, gan hoặc các bộ phận khác của cơ thể.

## Mô tả Bệnh

amip, còn được gọi là bệnh lỵ amip, là một trong những bệnh ký sinh trùng phổ biến nhất xảy ra ở người, với ước tính khoảng 500 triệu ca mắc mới mỗi năm. Nó xảy ra thường xuyên nhất ở các vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới, nơi điều kiện sống đồng đúc, vệ sinh không đầy đủ. Mặc dù hầu hết các trường hợp mắc bệnh amip xảy ra ở những người mang bệnh nhưng không biểu hiện bất kỳ triệu chứng nào (không có triệu chứng), nhưng có tới 100.000 người chết vì bệnh amip mỗi năm. Tại Hoa Kỳ, từ 1 đến 5% dân số nói chung sẽ mắc bệnh amip trong một năm bất kỳ, trong khi những người đồng tính nam, người lao động nhập cư, những người sống trong cơ sở chăm sóc và những người nhập cư gần đây sẽ phát triển bệnh amip với tỷ lệ cao hơn.

Con người là vật chủ duy nhất được biết đến của sinh vật mắc bệnh amip và tất cả các nhóm người, bất kể tuổi tác hay giới tính, đều có thể bị nhiễm amip. Bệnh amip chủ yếu lây lan qua thực phẩm và nước đã bị ô nhiễm bởi phân người nhưng cũng lây lan qua tiếp xúc giữa người với người. Số lượng ca bệnh thường hạn chế, nhưng các đợt bùng phát theo khu vực có thể xảy ra ở những khu vực sử dụng phân người làm phân bón cho cây trồng hoặc ở các thành phố có nguồn cung cấp nước bị nhiễm phân người.



## Nguyên nhân và triệu chứng

Gần đây, người ta đã phát hiện ra rằng những người mắc bệnh amip gây ra triệu chứng sẽ bị nhiễm *Entamoeba histolytica*, và những người không có triệu chứng thực sự bị nhiễm một loại amip có hình dáng gần giống nhau được gọi là *Entamoeba dispar*. Trong suốt vòng đời của chúng, amip tồn tại ở hai dạng rất khác nhau: dạng nang lây nhiễm hoặc dạng nang, không thể di chuyển nhưng có thể tồn tại bên ngoài cơ thể con người nhờ lớp vỏ bảo vệ của nó, và dạng gây bệnh, thể tư dưỡng, mặc dù có khả năng di chuyển, không thể tồn tại một khi được bài tiết qua phân và do đó không thể lây nhiễm sang người khác. Bệnh lây truyền phổ biến nhất khi một người ăn thức ăn hoặc uống nước có chứa nang E. histolytica từ phân người. Trong đường tiêu hóa, các nang được vận chuyển đến ruột nơi thành của các nang bị vỡ ra do dịch tiêu hóa tiết ra, giải phóng các thể tư dưỡng di động. Sau khi được giải phóng trong ruột, các thể tư dưỡng nhân lên bằng cách ăn vi khuẩn đường ruột hoặc xâm nhập vào niêm mạc ruột già. Trong niêm mạc ruột già, thể tư dưỡng tiết ra một chất phá hủy mô ruột và tạo ra vết loét hình chai đặc biệt (loét).

Các thể tư dưỡng có thể tồn tại bên trong ruột, trong thành ruột hoặc có thể xuyên qua thành ruột và được máu đưa đến gan, phổi, não hoặc các cơ quan khác. Thể tư dưỡng còn sót lại trong ruột cuối cùng sẽ hình thành các u nang mới được đưa qua đường tiêu hóa và bài tiết qua phân. Trong điều kiện nhiệt độ và độ ẩm thuận lợi, bào xác có thể tồn tại trong đất hoặc nước từ nhiều tuần đến nhiều tháng, sẵn sàng bắt đầu lại chu kỳ.

Mặc dù 90% trường hợp mắc bệnh amip ở Hoa Kỳ tình trạng bệnh nhẹ, phụ nữ mang thai, trẻ em dưới hai tuổi, người già, người suy dinh dưỡng và

những người có hệ thống miễn dịch có thể bị ức chế, chẳng hạn như bệnh nhân ung thư hoặc bệnh nhân AIDS và những người dùng thuốc theo toa để ức chế hệ thống miễn dịch, có nguy cơ bị nhiễm trùng nặng hơn.

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh amip khác nhau tùy theo vị trí và mức độ nghiêm trọng của nhiễm trùng và được phân loại như sau:

#### Bệnh amip đường ruột

Bệnh amip đường ruột có thể được chia thành nhiều loại

Thể loại:

**NHIỄM TRÙNG KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG.** Hầu hết những người mắc bệnh amip đều không có triệu chứng đáng chú ý. Mặc dù những người này có thể không cảm thấy bị bệnh nhưng họ vẫn có khả năng lây nhiễm cho người khác qua tiếp xúc giữa người với người hoặc làm ô nhiễm thức ăn hoặc nước bằng các u nang mà người khác có thể ăn vào, chẳng hạn như khi chuẩn bị thức ăn mà tay chưa rửa sạch.

**NHIỄM TRÙNG MÃN TÍ NH KHÔNG LÝ LÝ.** Các cá nhân có thể gặp các triệu chứng trong một thời gian dài khi bị nhiễm trùng amip mãn tính và trải qua các đợt tiêu chảy tái phát kéo dài từ một đến bốn tuần và tái phát trong nhiều năm. Những bệnh nhân này cũng có thể bị đau bụng, mệt mỏi và sụt cân.

**Bệnh Ly AMEBIC.** Trong trường hợp nặng về đường ruột, bệnh amip, sinh vật xâm nhập vào niêm mạc ruột, gây ra vết loét (loét), tiêu chảy ra máu, đau bụng dữ dội, nôn mửa, ớn lạnh và sốt cao tới 104-105°F (40-40,6°C). Ngoài ra, trường hợp bệnh ly amip cấp tính có thể gây ra các biến chứng, bao gồm viêm ruột thừa (viêm ruột thừa), rách thành ruột (thủng) hoặc viêm đại tràng nặng đột ngột (viêm đại tràng bùng phát).

**AMEBOMA.** Amip là một khối mờ trong ruột được hình thành bởi sinh vật mầm bệnh amip. Nó có thể là kết quả của nhiễm trùng đường ruột mãn tính hoặc bệnh ly amip cấp tính. Amip có thể tạo ra các triệu chứng giống ung thư hoặc các bệnh đường ruột khác.

**Loét quanh hậu môn.** Bệnh amip đường ruột có thể gây nhiễm trùng da ở khu vực xung quanh hậu môn của bệnh nhân (quanh hậu môn). Những vùng bị loét này có vẻ ngoài như bị "đục lỗ" và gây đau đớn khi chạm vào.

#### Bệnh amip ngoài ruột

Bệnh amip ngoài đường ruột chiếm khoảng 10% tổng số trường hợp nhiễm amip được báo cáo và bao gồm tất cả các dạng bệnh ảnh hưởng đến các cơ quan khác.

Dạng bệnh amip ngoài ruột phổ biến nhất là áp xe gan do amip. Tại Hoa Kỳ, am-

áp xe gan bắc xảy ra thường xuyên nhất ở những người trưởng thành trẻ tuổi bị hoảng loạn. Áp xe gan do amip có thể là kết quả của nhiễm trùng gan trực tiếp do *E. histolytica* hoặc do biến chứng của bệnh amip ở đường ruột. Bệnh nhân bị áp xe gan do amip phản nản về tình trạng đau ở ngực hoặc bụng, sốt, buồn nôn và đau ở phía bên phải ngay phía trên gan.

Các dạng bệnh amip ngoài ruột khác, mặc dù hiếm gặp, bao gồm nhiễm trùng phổi, khoang ngực, não hoặc bộ phận sinh dục. Đây là những trường hợp cực kỳ nghiêm trọng và có tỷ lệ tử vong tương đối cao.

## Chẩn đoán

Chẩn đoán bệnh amip rất phức tạp, một phần vì bệnh có thể ảnh hưởng đến một số vùng trên cơ thể và có thể từ biểu hiện ít triệu chứng, nếu có, đến nghiêm trọng hoặc thậm chí đe dọa tính mạng. Trong hầu hết các trường hợp, bác sĩ sẽ xem xét chẩn đoán bệnh amip khi bệnh nhân có sự kết hợp của các triệu chứng, đặc biệt là tiêu chảy và tiền sử có thể đã tiếp xúc với bệnh amip gần đây khi đi du lịch, tiếp xúc với người bị nhiễm bệnh hoặc quan hệ tình dục qua đường hậu môn.

Điều quan trọng là phải phân biệt giữa bệnh amip và một bệnh khác, bệnh viêm ruột (IBD) gây ra các triệu chứng tương tự bởi vì nếu được chẩn đoán không chính xác, các loại thuốc được dùng để điều trị IBD có thể khuyến khích sự phát triển và lây lan của sinh vật amip. Do những hậu quả nghiêm trọng của việc chẩn đoán sai, các trường hợp tiềm ẩn mắc IBD phải được xác nhận bằng nhiều mẫu phân và xét nghiệm máu, đồng thời thực hiện một quy trình liên quan đến kiểm tra trực quan thành ruột bằng cách sử dụng dụng cụ hình ống có ánh sáng móng (nội soi đại tràng sigma) để loại trừ bệnh amip. .

Việc chẩn đoán bệnh amip có thể được xác nhận bởi một hoặc nhiều xét nghiệm tùy theo vị trí bệnh.

#### Khám phân

Xét nghiệm này bao gồm việc kiểm tra bằng kính hiển vi mẫu phân để tìm sự hiện diện của u nang và/hoặc thể tư dưỡng của *E. histolytica* chứ không phải một trong nhiều loại amip đường ruột khác thường được tìm thấy nhưng không gây bệnh. Một loạt ba xét nghiệm phân có độ chính xác khoảng 90% trong việc xác nhận chẩn đoán bệnh ly amip. Tuy nhiên, thật không may, xét nghiệm phân không hữu ích trong chẩn đoán u amip hoặc nhiễm trùng ngoài đường ruột.

#### Soi đại tràng sigma

Nội soi đại tràng sigma là một thủ tục chẩn đoán hữu ích trong đó một dụng cụ móng, linh hoạt, có ánh sáng, được gọi là sigmoidscope, được sử dụng để kiểm tra trực quan phần dưới của ruột già xem có loét do amip và lấy mẫu mô hoặc chất lỏng từ niêm mạc ruột hay không.

### Xét nghiệm máu

Mặc dù các xét nghiệm được thiết kế để phát hiện một loại protein cụ thể được sản xuất để đáp ứng với nhiễm trùng amip (kháng thể) là chỉ có khả năng phát hiện khoảng 10% trường hợp mắc bệnh amip nhẹ, những xét nghiệm này cực kỳ hữu ích trong việc xác nhận 95% chẩn đoán ly và 98% chẩn đoán áp xe gan. Huyết thanh thường sẽ có kết quả dương tính với kháng thể trong vòng một tuần kể từ khi khởi phát triệu chứng. Tuy nhiên xét nghiệm máu không phải lúc nào cũng có thể phân biệt được tình trạng nhiễm trùng hiện tại hay quá khứ vì có thể phát hiện được kháng thể trong máu miễn là 10 năm sau lần nhiễm bệnh đầu tiên.

### Nghiên cứu hình ảnh

Một số kỹ thuật hình ảnh phức tạp, chẳng hạn như chụp cắt lớp vi tính (CT), chụp cộng hưởng từ (MRI) và siêu âm, có thể được sử dụng để xác định xem có áp xe gan hay không. Sau khi đã xác định được vị trí, bác sĩ có thể sử dụng một cây kim nhỏ để rút một mẫu mô để xác định xem áp xe có phải là thực chất là do nhiễm amip.

### Sự đối đầu

Các trường hợp nhiễm amip nhẹ hoặc không có triệu chứng có thể không cần điều trị. Tuy nhiên, vì tiềm năng để lây lan bệnh, bệnh amip thường được điều trị bằng thuốc diệt amip gây bệnh. Hơn Các trường hợp bệnh ly amip nặng được điều trị bổ sung bằng cách thay thế chất lỏng và máu bị mất. Bệnh nhân bị áp xe gan do amip cũng sẽ phải nhập viện và nằm trên giường nghỉ ngơi. Đối với những trường hợp mắc bệnh amip ngoài ruột, việc điều trị có thể phức tạp vì có thể dùng nhiều loại thuốc khác nhau. cần thiết để loại bỏ ký sinh trùng, dựa trên vị trí của sự nhiễm trùng bên trong cơ thể. Thuốc dùng để điều trị bệnh amip, được gọi là thuốc diệt amip, được chia thành hai loại:

#### Thuốc diệt amip

Những loại thuốc này có tên như vậy vì chúng hoạt động trên sinh vật trong khoang bên trong (lumen) của ruột. Chúng bao gồm diloxanide furoate, iodoquinol, metronidazole và paromomycin.

#### Thuốc diệt amip mô

Thuốc diệt amip mô được sử dụng để điều trị nhiễm trùng ở gan và các mô cơ thể khác và bao gồm emetine, dehydroemetine, metronidazole và chloroquine. Bởi vì những loại thuốc này có thể có tác dụng phụ nghiêm trọng, bệnh nhân dùng emetine hoặc dehydroemetine cần nghỉ ngơi tại giường và theo dõi tim. Chloroquine đã được xác định là thuốc hữu ích nhất để điều trị áp xe gan do amip. Bệnh nhân dùng metronidazole phải tránh uống rượu vì sự kết hợp thuốc-rượu gây buồn nôn, nôn mửa và đau đầu.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Ameboma**—Một khối mô có thể phát triển trên thành ruột kết để đáp ứng với nhiễm amip.

**Kháng thể**—Một loại protein cụ thể được sản xuất bởi hệ thống miễn dịch để đáp ứng với một tác nhân lạ cụ thể protein hoặc hạt gọi là kháng nguyên.

**Viêm ruột thừa**—Tình trạng đặc trưng bởi viêm ruột thừa nhanh chóng, một phần của ruột.

**Không có triệu chứng**—Những người mang bệnh và thường có khả năng truyền bệnh nhưng những người không biểu hiện triệu chứng của bệnh là được cho là không có triệu chứng.

**Bệnh kiết ly**—Nhiễm trùng đường ruột biểu hiện bằng tiêu chảy có chứa máu và chất nhầy.

**Viêm đại tràng bùng phát**—Một biến chứng có khả năng gây tử vong của bệnh ly amip được biểu hiện bằng các triệu chứng đột ngột và viêm niêm mạc ruột nặng, nặng chảy máu hoặc xuất huyết và rụng nhiều của mô chết.

**Bệnh viêm ruột (IBD)**—Bệnh ở khiến niêm mạc ruột bị viêm.

**Lumen**—Khoang hoặc ống bên trong của một cơ quan hình ống, chẳng hạn như ruột.

**Động vật nguyên sinh**—Một loại tế bào đơn, thường có kích thước cực nhỏ sinh vật nhân chuẩn và do đó khác với vi khuẩn (prokaryotic).

Hầu hết bệnh nhân được cho sự kết hợp giữa thuốc tiêm tĩnh mạch và thuốc diệt amip mô trong thời gian điều trị từ 7 đến 10 ngày. Chăm sóc theo dõi bao gồm kiểm tra phân định kỳ bắt đầu từ hai đến bốn tuần sau khi kết thúc dùng thuốc điều trị để kiểm tra hiệu quả điều trị bằng thuốc.

### Tiêm lượng

Tiêm lượng phụ thuộc vào vị trí nhiễm trùng và sức khỏe chung của bệnh nhân trước khi bị nhiễm trùng. Tiêm lượng nói chung là tốt, mặc dù tỷ lệ tử vong cao hơn ở những bệnh nhân bị amip, thủng ruột và nhiễm trùng gan. Những bệnh nhân bị viêm đại tràng kịch phát có tiêm lượng nghiêm trọng nhất, với tỷ lệ tử vong trên 50%.

### Phòng ngừa

Không có quy trình tiêm chủng hoặc thuốc nào có thể được thực hiện trước khi có khả năng tiếp xúc với các nguồn bệnh trước đó.

**Máth**

trút bệnh amip. Hơn nữa, những người đã từng mắc bệnh có thể bị tái nhiễm. Phòng bệnh đòi hỏi vệ sinh cá nhân và cộng đồng hiệu quả.

Các biện pháp bảo vệ cụ thể bao gồm:

- Lọc nước uống. Nước có thể được làm sạch bằng cách lọc, đun sôi hoặc xử lý bằng iốt.
- Xử lý thực phẩm đúng cách. Các biện pháp bao gồm bảo vệ thực phẩm khỏi bị ruồi lây nhiễm, nấu thức ăn đúng cách, rửa tay sau khi đi vệ sinh và trước khi nấu hoặc ăn, và tránh những thực phẩm không thể nấu chín hoặc bóc vỏ khi đi du lịch ở những quốc gia có tỷ lệ mắc bệnh amip cao. • Xử lý cẩn thận phân người. • Giảm sát những người tiếp xúc

với bệnh nhân nhiễm amip. Phân của các

thành viên trong gia đình và bạn tình của người bị nhiễm bệnh nên được kiểm tra sự hiện diện của u nang hoặc thể tư dưỡng.

**Tài nguyên****SÁCH**

Ackers, John P. "Bệnh amip." Trong Bách khoa toàn thư về miễn dịch học. Tập. 3. Biên tập. Ivan M. Roitt và Peter J. Delf. London: Nhà xuất bản học thuật, 1992.

Friedman, Lawrence S. "Gan, đường mật và tuyến tụy." TRONG Chẩn đoán và Điều trị Y tế Hiện tại, 1998. tái bản lần thứ 37. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

Goldsmith, Robert S. "Bệnh truyền nhiễm: Đơn bào & Giun sán." Trong Chẩn đoán và Điều trị Y tế Hiện tại, 1998. tái bản lần thứ 37. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

Hasbun, Rodrigo và Frank J. Bia. "Bệnh amip." Ở Conn's Liệu pháp hiện tại, 1996, ed. Robert E. Rakel. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.  
"Bệnh truyền nhiễm: Nhiễm ký sinh trùng." Trong The Merck Manual của Chẩn đoán và Điều trị. tái bản lần thứ 16 Ed. Robert Berkow. Rahway, NJ: Phòng thí nghiệm nghiên cứu Merck, 1992.

Weinberg, Adriana và Myron J. Levin. "Nhiễm trùng: Ký sinh trùng & Nấm." Trong Chẩn đoán & Điều trị Nhi khoa Hiện tại, ed. William W. Hay Jr., và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

Rebecca J. Frey

**Bệnh lỵ amip xem bệnh amip****Máth****Sự định nghĩa**

Việc không có kinh nguyệt được gọi là amenorrhea. Vô kinh nguyên phát là tình trạng không bắt đầu có kinh

có kinh ở tuổi 16. Vô kinh thứ phát phổ biến hơn và đề cập đến việc chấm dứt kinh nguyệt tạm thời hoặc vĩnh viễn ở một phụ nữ đã có kinh nguyệt bình thường trước đây. Nhiều phụ nữ thỉnh thoảng bị mất kinh mỗi tháng. Vô kinh xảy ra nếu người phụ nữ mất kinh từ ba kỳ kinh trở lên liên tiếp.

**Sự miêu tả**

Việc không có kinh nguyệt là một triệu chứng chứ không phải là bệnh. Mặc dù độ tuổi trung bình bắt đầu có kinh nguyệt là 12, nhưng phạm vi này lại khác nhau. Tỷ lệ vô kinh nguyên phát ở Hoa Kỳ chỉ là 2,5%.

Một số vận động viên nữ tham gia chèo thuyền, chạy đường dài và đạp xe có thể nhận thấy bị trễ kinh. Các vận động viên nữ có nguy cơ mắc chứng vô kinh đặc biệt bao gồm các nữ diễn viên múa ba lê và vận động viên thể dục, những người thường tập thể dục vất vả và ăn uống kém.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

Vô kinh có thể có nhiều nguyên nhân. Vô kinh nguyên phát có thể là kết quả của sự mất cân bằng nội tiết tố, rối loạn tâm thần, rối loạn ăn uống, suy dinh dưỡng, gầy hoặc béo quá mức, giảm cân nhanh, lượng mỡ trong cơ thể quá thấp và điều kiện thể chất quá mức. Việc rèn luyện thể chất cường độ cao trước tuổi dậy thì có thể trì hoãn thời kỳ kinh nguyệt (bắt đầu có kinh nguyệt). Mỗi năm đào tạo có thể trì hoãn menar-che tới năm tháng. Một số loại thuốc như thuốc chống trầm cảm, thuốc an thần, steroid và heroin có thể gây vô kinh.

**Vô kinh nguyên phát**

Tuy nhiên, nguyên nhân chính là do dậy thì muộn hoặc do nguyên nhân tự nhiên (như di truyền hoặc dinh dưỡng kém) hoặc do vấn đề trong hệ thống nội tiết, chẳng hạn như khối u tuyến yên hoặc suy giáp. Đường dẫn lưu bị tắc nghẽn hoặc viêm trong tử cung có thể là dấu hiệu của rối loạn chuyển hóa, nội tiết, bẩm sinh hoặc phụ khoa tiềm ẩn.

**Nguyên nhân điển hình của vô kinh nguyên phát bao gồm:**

- hoạt động thể chất quá mức •
- sự cân nghiêm trọng (chẳng hạn như xảy ra khi chán ăn hoặc ăn vô độ)
- béo phì quá mức •
- thuốc (thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc an thần)
- bệnh mãn tính
- hội chứng Turner. (Có vấn đề về nhiễm sắc thể khi sinh, chỉ liên quan đến trường hợp vô kinh nguyên phát)
- không có âm đạo hoặc tử cung