

bệnh nhân khó chịu và không cao hứng, cần có bốn triệu chứng.

Mặc dù nhiều bác sĩ lâm sàng nhận thấy các tiêu chí quá cứng nhắc, chẩn đoán hưng cảm nhẹ cần thời gian ít nhất là bốn ngày có ít nhất ba trong số các triệu chứng được chỉ định cho các giai đoạn hưng cảm (bốn nếu tâm trạng cáu kỉnh và không phản ứng). DSM-IV lưu ý rằng không giống như các giai đoạn hưng cảm, các giai đoạn hưng cảm nhẹ không gây ra sự suy giảm rõ rệt về mặt xã hội hoặc hoạt động nghề nghiệp, không cần nhập viện và không có biểu hiện loạn thần. Ngoài ra, bởi vì các giai đoạn hưng cảm nhẹ được đặc trưng bởi mức độ cao các hoạt động hướng tới năng lượng và mục tiêu và thường dẫn đến một kết quả tích cực, hoặc được cảm nhận một cách tích cực bởi bệnh nhân, rối loạn lưỡng cực II có thể không được chẩn đoán.

Các triệu chứng lưỡng cực thường biểu hiện khác nhau ở trẻ em và thanh thiếu niên. Các giai đoạn hưng cảm ở các nhóm tuổi này thường được đặc trưng bởi nhiều đặc điểm tâm thần hơn ở người lớn, điều này có thể dẫn đến chẩn đoán sai bệnh tâm thần phân liệt. Trẻ em và thanh thiếu niên cũng có xu hướng cáu kỉnh và hung hăng thay vì phản kháng. Hơn nữa, các triệu chứng có xu hướng mãn tính hoặc liên tục hơn là cấp tính hoặc từng đợt. Trẻ lưỡng cực dễ bị phân tâm, bốc đồng và hiếu động thái quá, có thể dẫn đến chẩn đoán sai về chứng rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD).

Hơn nữa, sự hung hăng của họ thường dẫn đến bạo lực, có thể bị chẩn đoán nhầm là rối loạn hành vi.

Lạm dụng chất gây nghiện, bệnh truyền giáp và sử dụng thuốc kê đơn hoặc thuốc không kê đơn có thể che giấu hoặc bắt chước sự hiện diện của rối loạn lưỡng cực. Trong trường hợp lạm dụng chất gây nghiện, bệnh nhân thường phải trải qua một thời gian cai nghiện và cai nghiện trước khi chẩn đoán rối loạn tâm trạng và bắt đầu điều trị.

Sự đối đãi

Điều trị rối loạn lưỡng cực thường bằng thuốc. Sự kết hợp của các chất ổn định tâm trạng với thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần và thuốc chống co giật được sử dụng để điều chỉnh các giai đoạn hưng cảm và trầm cảm.

Các chất ổn định tâm trạng như lithium, carbamazepine và valproate được kê toa để điều chỉnh mức độ hưng cảm cao và thấp của rối loạn lưỡng cực:

- Liti (Cibalith-S, Eskalith, Lithane, Lithobid, Lithonate, Lithotabs) là một trong những loại thuốc lâu đời nhất và được kê đơn thường xuyên nhất để điều trị hưng cảm lưỡng cực và trầm cảm. Bởi vì thuốc mất bốn đến mươi ngày để đạt được mức độ điều trị trong máu, do đó khi nó được kê đơn kết hợp với thuốc an thần kinh và/hoặc thuốc benzodiazepin để cung cấp thêm giảm ngay lập tức giai đoạn hưng cảm. Liti cũng có đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc điều chỉnh trầm cảm lưỡng cực, nhưng không được khuyến cáo cho chứng hưng cảm hỗn hợp. Liti

có thể không phải là một lựa chọn điều trị lâu dài hiệu quả cho những người đạp xe nhanh, những người thường phát triển khả năng chịu đựng nó, hoặc có thể không đáp lại nó. Tác dụng phụ có thể xảy ra của thuốc bao gồm tăng cân, khát nước, buồn nôn và run tay.

Sử dụng lithium kéo dài cũng có thể gây cường giáp (một bệnh về thyroid được đặc trưng bởi tim đập nhanh, hồi hộp, có bướu cổ, đỏ mồ hôi, và một loạt các triệu chứng khác.)

- Carbamazepine (Tegretol, Atretol) là thuốc chống co giật thường được kê đơn kết hợp với tâm trạng khác ổn định. Thuốc thường được sử dụng để điều trị cho bệnh nhân lưỡng cực không đáp ứng tốt với lithium liệu pháp. Nhìn mờ và chuyển động mắt bất thường là hai tác dụng phụ có thể xảy ra khi điều trị bằng carbamazepine. Tính đến đầu năm 1998, carbamazepine không có chỉ định điều trị chứng hưng cảm được FDA phê chuẩn.

- Valproate (divalproex natri, hoặc Depakote; valproic axit, hoặc Depakene) là một trong số ít loại thuốc có sẵn đã được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị bệnh nhân lưỡng cực và hỗn hợp đạp xe nhanh. Valproate được kê đơn dùng đơn độc hoặc kết hợp với carbamazepine và/hoặc liti-um. Đầu bụng, khó tiêu, tiêu chảy, rụng tóc, chán ăn, buồn nôn và sụt cân hoặc tăng cân bất thường là một số tác dụng phụ thường gặp của valproate. Lưu ý: val-proate cũng được phê duyệt để điều trị chứng hưng cảm.

Vì thuốc chống trầm cảm có thể kích thích hưng cảm các giai đoạn ở một số bệnh nhân lưỡng cực, việc sử dụng chúng thường là thời gian ngắn. Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI) hoặc ít gấp hơn là thuốc ức chế monoamine oxidase (thuốc ức chế MAO) được kê đơn cho các đợt rối loạn lưỡng cực trầm cảm. Thuốc chống trầm cảm ba vòng được sử dụng để điều trị trầm cảm đơn cực có thể gây ra chu kỳ nhanh chóng ở bệnh nhân lưỡng cực bệnh nhân và do đó không phải là phương pháp điều trị ưu tiên lựa chọn cho trầm cảm lưỡng cực.

- SSRI, chẳng hạn như fluoxetine (Prozac), sertraline (Zoloft), và paroxetine (Paxil), điều chỉnh trầm cảm bằng cách điều chỉnh mức độ serotonin, một chất dẫn truyền thần kinh. Lo lắng, tiêu chảy, buồn ngủ, nhức đầu, đỏ mồ hôi, buồn nôn, các vấn đề về tình dục và mất ngủ đều là những tác dụng phụ có thể xảy ra của SSRI.
- MAOIs như tranylcypromine (Parnate) và phenel-zine (Nardil) ngăn chặn hoạt động của monoamine oxidase (MAO), một loại enzyme trong hệ thần kinh trung ương. Bệnh nhân dùng MAOIs phải cắt giảm thực phẩm chứa nhiều tyramine (có trong pho mát và thịt để lâu) ra khỏi chế độ ăn uống của họ tránh tác dụng phụ hạ huyết áp.
- Bupropion (Wellbutrin) là thuốc chống trầm cảm dị vòng. Cơ chế hóa học thần kinh chính xác của thuốc chưa được biết đến, nhưng nó đã có hiệu quả trong việc điều chỉnh trầm cảm lưỡng cực ở một số bệnh nhân. Tác dụng phụ của bupropion bao gồm kích động, lo âu, lú lẫn, run rẩy, khô miệng, nhịp tim nhanh hoặc không đều, đau đầu và mất ngủ.

Lương

- ECT, hay liệu pháp điện giật, có tỷ lệ thành công cao trong điều trị trầm cảm đơn cực và lưỡng cực cũng như chứng hưng cảm. Tuy nhiên, do sự tiện lợi của việc điều trị bằng thuốc và sự kỳ thị đôi khi gắn liền với liệu pháp ECT, ECT thường được sử dụng sau khi tất cả các lựa chọn điều trị bằng dược phẩm đã được khám phá. ECT được gây mê và bệnh nhân được dùng thuốc giãn cơ để ngăn ngừa co giật. Phương pháp điều trị bao gồm một loạt xung điện di chuyển vào não thông qua các điện cực trên đầu bệnh nhân. Mặc dù cơ chế chính xác vẫn chưa rõ ràng, nhưng sự thành công của liệu pháp ECT vẫn chưa được biết. Người ta tin rằng dòng điện này làm thay đổi các quá trình điện hóa của não, do đó làm giảm trầm cảm. Nhức đầu, đau nhức cơ, buồn nôn và lú lẫn là những tác dụng phụ có thể xảy ra ngay sau thủ thuật ECT. Mất trí nhớ tạm thời cũng đã được báo cáo ở bệnh nhân ECT. Ở bệnh nhân lưỡng cực, ECT thường được sử dụng kết hợp với điều trị bằng thuốc.

Các phương pháp điều trị hỗ trợ được sử dụng cùng với kế hoạch điều trị bằng dược phẩm dài hạn:

- Các thuốc benzodiazepin tác dụng kéo dài như clonazepam (Klon-apin) và alprazolam (Xanax) được sử dụng để điều trị nhanh các triệu chứng hưng cảm nhằm giúp bệnh nhân bình tĩnh và an thần cho đến khi cơn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ qua đi và các thuốc ổn định tâm trạng có thể phát huy tác dụng. An thần là một tác dụng phổ biến, và vung về, chóng mặt và nói ngọng là những tác dụng phụ khác có thể xảy ra của thuốc benzodiazepin.
- Thuốc an thần kinh như chlorpromazine (Thorazine) và haloperidol (Haldol) cũng được sử dụng để kiểm soát cơn hưng cảm trong khi chất ổn định tâm trạng như lithium hoặc valproate có tác dụng. Bởi vì tác dụng phụ của thuốc an thần có thể nghiêm trọng (khó nói hoặc nuốt, liệt mắt, mất kiểm soát thăng bằng, co thắt cơ, bồn chồn nghiêm trọng, cứng tay và chân, run ở ngón tay và bàn tay, cử động vặn vẹo của cơ thể và yếu cơ. Tay và chân), các loại thuốc benzodiazepin thường được ưu chuộng hơn thuốc an thần kinh.
- Tâm lý trị liệu và tư vấn. Bởi vì rối loạn lưỡng cực được cho là có bản chất sinh học, nên liệu pháp được khuyến khích như một biện pháp đồng hành, nhưng không thể thay thế cho việc điều trị bệnh bằng dược phẩm. Tâm lý trị liệu, chẳng hạn như liệu pháp nhận thức-hành vi, có thể là một công cụ hữu ích trong việc giúp đỡ bệnh nhân và gia đình họ điều chỉnh theo chứng rối loạn, khuyến khích tuân thủ chế độ dùng thuốc và giảm nguy cơ tự tử. Ngoài ra, tư vấn giáo dục được khuyến khích cho bệnh nhân và gia đình.

Thuốc chẹn kênh canxi (nimodipine hoặc Nimo-top), thường được sử dụng để điều trị chứng đau thắt ngực và hạ huyết áp, đã được chứng minh là có hiệu quả trong một số nghiên cứu nhỏ trong điều trị những người đạp xe nhanh. Thuốc chẹn kênh canxi ngăn chặn sự tích tụ canxi dư thừa trong các tế bào được cho là nguyên nhân gây ra

rối loạn lưỡng cực. Chúng thường được sử dụng kết hợp với các liệu pháp dùng thuốc khác như carbamazepine hoặc lithium.

Clozapine (Clozaril) là một loại thuốc chống loạn thần không điển hình được sử dụng để kiểm soát các cơn hưng cảm ở những bệnh nhân không đáp ứng với các thuốc ổn định tâm trạng điển hình. Thuốc cũng là một phương pháp điều trị dự phòng hoặc điều trị phòng ngừa hữu ích ở một số bệnh nhân lưỡng cực. Tác dụng phụ thường gặp của clozapine bao gồm nhịp tim nhanh (nhịp tim nhanh), hạ huyết áp, táo bón và tăng cân. Tăng bạch cầu hạt, một tình trạng có khả năng nghiêm trọng nhưng có thể chia khỏi trong đó các tế bào bạch cầu thường chống nhiễm trùng trong cơ thể bị phá hủy, là một tác dụng phụ có thể xảy ra của clozapine. Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc nên được xét nghiệm máu hàng tuần để theo dõi số lượng bạch cầu.

Risperidone (Risperdal) là một loại thuốc chống loạn thần không điển hình đã thành công trong việc kiểm soát chứng hưng cảm trong một số thử nghiệm lâm sàng khi dùng liều thấp. Tác dụng phụ của risperidone là nhẹ so với nhiều thuốc chống loạn thần khác (táo bón, ho, tiêu chảy, khô miệng, nhức đầu, ợ chua, tăng thời gian ngủ và hoạt động trong giấc mơ, buồn nôn, sổ mũi, đau họng, mệt mỏi và tăng cân).

Lamotrigine (Lamictal, hay LTG), một loại thuốc chống co giật, được phát hiện có tác dụng làm giảm các triệu chứng hưng cảm trong một thử nghiệm năm 1997 trên 75 bệnh nhân lưỡng cực. Thuốc được sử dụng kết hợp với divalproex (divalproate) và/hoặc lithium.

Tác dụng phụ có thể xảy ra của lamotrigine bao gồm phát ban da, chóng mặt, buồn ngủ, nhức đầu, buồn nôn và nôn.

rTMS, hay kích thích từ trường xuyên sọ lặp đi lặp lại là một phương pháp điều trị mới và vẫn đang thử nghiệm cho giai đoạn trầm cảm của rối loạn lưỡng cực. Trong rTMS, một nam châm lớn được đặt trên đầu bệnh nhân và từ trường có tần số khác nhau được tạo ra để kích thích vỏ não trước bên trái. Không giống như ECT, rTMS không cần gây mê và không gây co giật.

Điều trị thay thế

Các khuyến nghị chung bao gồm duy trì một môi trường yên tĩnh, tránh kích thích quá mức, nghỉ ngơi nhiều, tập thể dục thường xuyên và chế độ ăn uống hợp lý. Các loại thảo mộc Trung Quốc có thể làm dịu sự thay đổi tâm trạng. Phản hồi sinh học có hiệu quả trong việc giúp một số bệnh nhân kiểm soát các triệu chứng như cảm kinh, tự kiểm soát kém, suy nghĩ dồn dập và các vấn đề về giấc ngủ. Một chế độ ăn ít vanadi (một loại khoáng chất có trong thịt và các thực phẩm khác) và nhiều vitamin C có thể hữu ích trong việc giảm trầm cảm.

Tiên lượng

Mặc dù hầu hết bệnh nhân sẽ có phản ứng tích cực với điều trị, nhưng phản ứng rất khác nhau, từ hồi phục hoàn toàn đến không đáp ứng hoàn toàn với tất cả các loại thuốc và/hoặc liệu pháp ECT.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Rối loạn cảm xúc—Một rối loạn cảm xúc liên quan đến cảm xúc lên cao và/hoặc xuống thấp bất thường. Ngày giờ được gọi là rối loạn tâm trạng.

Thuốc chống co giật—Một loại thuốc dùng để ngăn ngừa co giật hoặc co giật; thường được kê toa trong điều trị bệnh động kinh. Một số loại thuốc chống co giật đã được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị rối loạn lưỡng cực.

Thuốc chống loạn thần—Một loại thuốc dùng để điều trị các triệu chứng loạn thần, chẳng hạn như áo tưởng hoặc áo giác, trong đó bệnh nhân không thể phân biệt giữa tưởng tượng và thực tế.

Benzodiazepines—Một nhóm thuốc an thần có tác dụng an thần, thôi miên, chống lo âu, mất trí nhớ, chống co giật và giãn cơ.

DSM-IV—Cẩm nang chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần, Án bản thứ tư (DSM-IV). Cuốn sách tham khảo này do Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ xuất bản, là tiêu chuẩn chẩn đoán cho hầu hết các chuyên gia sức khỏe tâm thần ở Hoa Kỳ.

ECT—Liệu pháp điện giật đôi khi được sử dụng để điều trị trầm cảm hoặc hưng cảm khi điều trị bằng thuốc không thành công.

Hypomania—Một dạng hưng cảm nhẹ hơn, đặc trưng của rối loạn lưỡng cực II.

Hưng cảm hỗn hợp/trạng thái hỗn hợp—Một trạng thái tinh thần trong đó các triệu chứng của cả trầm cảm và hưng cảm xảy ra đồng thời.

Hưng cảm—Tâm trạng hưng phấn hoặc hưng phấn hoặc trạng thái cáu kỉnh là đặc điểm của rối loạn lưỡng cực I.

Chất dẫn truyền thần kinh—Một chất hóa học trong não truyền tải thông điệp giữa các tế bào thần kinh hoặc tế bào thần kinh. Những thay đổi về mức độ của một số chất dẫn truyền thần kinh, chẳng hạn như serotonin, norepinephrine và dopamine, được cho là có liên quan đến rối loạn lưỡng cực.

Chậm phát triển tâm thần vận động—Các quá trình thể chất và tinh thần bị chậm lại đặc trưng của giai đoạn trầm cảm lưỡng cực.

Phương pháp điều trị bằng thuốc thường cần được điều chỉnh để đạt được lợi ích tối đa cho bệnh nhân. Rối loạn lưỡng cực là một căn bệnh mạn tính tái phát ở hơn 90% số người mắc bệnh và cần được theo dõi và điều trị suốt đời sau khi được chẩn đoán. Bệnh nhân rối loạn lưỡng cực không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ có tỷ lệ tử vong 15-25% và tuổi thọ giảm 9 năm. Nếu được điều trị thích hợp, tuổi thọ của bệnh nhân lưỡng cực sẽ tăng thêm gần bảy năm và năng suất làm việc tăng thêm mười năm.

Phòng ngừa

Việc quản lý y tế liên tục đối với chứng rối loạn lưỡng cực là rất quan trọng để ngăn ngừa tái phát hoặc tái phát các giai đoạn hưng cảm. Ngay cả trong các chương trình điều trị được kiểm soát cẩn thận, bệnh nhân lưỡng cực vẫn có thể gặp phải các đợt rối loạn tái phát. Giáo dục bệnh nhân dưới hình thức trị liệu tâm lý hoặc các nhóm tự lực là rất quan trọng để đào tạo bệnh nhân lưỡng cực nhận biết các dấu hiệu hưng cảm và trầm cảm và tham gia tích cực vào chương trình điều trị của họ.

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: Nhà xuất bản Tâm thần Hoa Kỳ, Inc., 1994.

Maxmen, Jerryold S. và Nicholas G. Ward. "Rối loạn tâm trạng."

Trong Tâm lý học thiết yếu và cách điều trị nó. tái bản lần thứ 2. New York: WW Norton, 1995.

Whybrow, Peter C. Tâm trạng xa cách. New York: Harper Collins, 1997.

ĐỊNH KÝ

Biederman, Joseph A. "Có dạng lưỡng cực thời thơ ấu không?

Rối loạn?" Thư về Sức khỏe Tâm thần của Harvard, 13, không. 9 (tháng 3 năm 1997): 8.

Bowden, Charles L. "Lựa chọn liệu pháp thích hợp cho chứng rối loạn lưỡng cực." Medscape Sức khỏe Tâm thần, 2, không. 8 (1997).

Bowden, Charles L. "Cập nhật về Rối loạn lưỡng cực: Dịch tễ học, Nguyên nhân, Chẩn đoán và Tiêu lượng." Medscape Sức khỏe Tâm thần, 2, không. 6 (1997).

Francis, A., JP Docherty và DA Kahn. "Loạt hướng dẫn đồng thuận của chuyên gia: Điều trị rối loạn lưỡng cực."

Tạp chí Tâm thần học lâm sàng, 57, phụ lục 12A (11/1996): 1-89.

Hirschfeld, Robert "Những phát triển gần đây về các khía cạnh lâm sàng của rối loạn lưỡng cực." Thập kỷ của bộ não: Án phỏm của Liên minh quốc gia về bệnh tâm thần 6, không. 2 (Mùa đông 1995).

TỔ CHỨC

Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ. 1400 K Street NW, Washington DC 20005. (888) 357-7924. <<http://www.psych.org>>.

Bệnh

Liên minh quốc gia về bệnh tâm thần (NAMI). Địa điểm thuộc địa Số 3, 2107 Wilson Blvd., Ste. 300, Arlington, VA 22201-3042. (800) 950-6264. <<http://www.nami.org>>.

Hiệp hội trầm cảm và hưng trầm cảm quốc gia
(NDMDA). 730 N. Franklin St., Suite 501, Chicago, IL 60610. (800) 826-3632. <<http://www.ndmda.org>>.
Viện sức khỏe tâm thần quốc gia. Sức khỏe tâm thần công cộng
Thác mắc, 5600 Fishers Lane, Phòng 15C-05, Rockville, MD 20857. (888) 826-9438. <<http://www.nimh.nih.gov>>.

Paula Anne Ford-Martin

**Kiểm soát sinh sản xem Bao cao su; Sự ngừa thai;
Cơ hoành (ngừa thai)**

Thuốc tránh thai xem Thuốc tránh thai đường uống

Dị tật bẩm sinh

Sự định nghĩa

Dị tật bẩm sinh là những bất thường về thể chất xuất hiện ngay khi mới sinh; chúng còn được gọi là những bất thường bẩm sinh. Hơn 3.000 đã được xác định.

Sự miêu tả

Dị tật bẩm sinh xảy ra ở 2-3% trẻ sơ sinh
trẻ sơ sinh. Tỷ lệ này tăng gấp đôi trong năm đầu tiên và đạt 10% khi lên 5 tuổi, khi có nhiều khiếm khuyết trở nên rõ ràng hơn và có thể được chẩn đoán. Gần 20% số ca tử vong ở trẻ sơ sinh là do dị tật bẩm sinh gây ra.

Những bất thường có thể xảy ra ở bất kỳ cơ quan hoặc bộ phận chính nào của cơ thể. Khiếm khuyết chính là những bất thường về cấu trúc ảnh hưởng đến vẻ ngoài của một người và cần được chăm sóc y tế và/hoặc điều trị bằng phẫu thuật. Khiếm khuyết nhỏ là những bất thường không gây ra vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe hoặc xã hội.
Khi nhiều dị tật bẩm sinh xảy ra cùng nhau và có một nguyên nhân tương tự, chúng được gọi là hội chứng. Nếu hai hoặc nhiều hơn những khuyết điểm có xu hướng xuất hiện cùng nhau nhưng không có điểm chung vì chúng được gọi là hiệp hội.

Nguyên nhân và triệu chứng

Nguyên nhân cụ thể của nhiều dị tật bẩm sinh vẫn chưa được biết rõ, nhưng một số yếu tố liên quan đến việc mang thai và sinh nở có thể làm tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh.

Chất gây quái thai

Bất kỳ chất nào có thể gây ra sự phát triển bất thường của trứng trong tử cung người mẹ đều được gọi là chất gây quái thai. Trong hai tháng đầu sau khi thụ thai, sự phát triển

sinh vật孕育 được gọi là phôi; phát triển giao đoạn từ hai tháng đến khi sinh được gọi là bào thai. Sự phát triển diễn ra nhanh chóng và mỗi cơ quan trong cơ thể đều có một giai đoạn quan trọng trong mà nó đặc biệt nhạy cảm với những tác động bên ngoài.

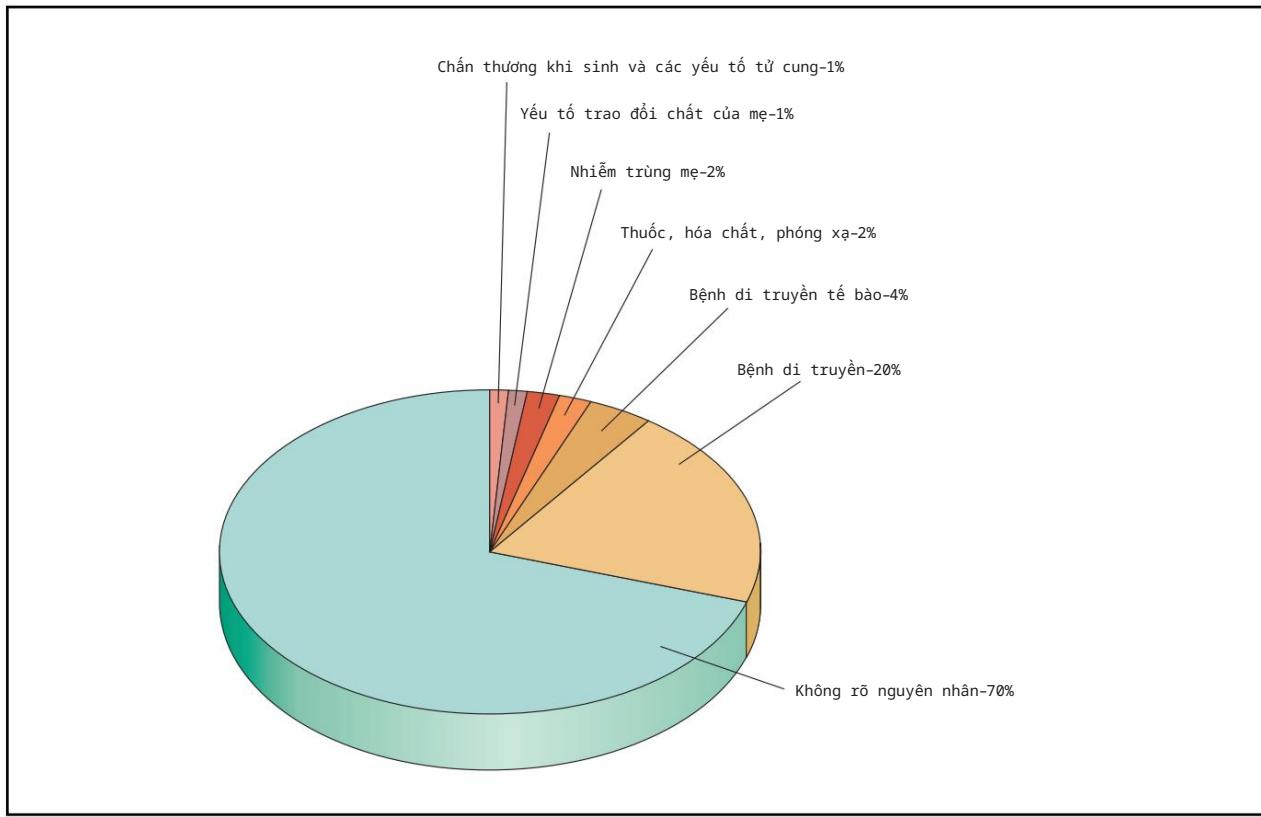
Khoảng 7% các khuyết tật bẩm sinh là do tiếp xúc với các tác nhân gây quái thai.

THUỐC. Chỉ có một số loại thuốc được biết là có thể gây sinh con khuyết tật nhưng đều có khả năng gây hại. Thalido-mide được biết là gây ra các khuyết tật ở tay và chân; một số loại khác cũng gây ra vấn đề.

- Rượu bia. Uống nhiều rượu khi mang thai gây ra một loạt dị tật gọi là rượu bào thai
- hội chứng bao gồm chậm phát triển trí tuệ, bệnh tim vẫn đè và thiếu tăng trưởng.
- Thuốc kháng sinh. Một số loại kháng sinh được biết đến là tetratogens. Tetracycline ảnh hưởng đến sự phát triển của xương và làm mất màu xương răng. Thuốc dùng để điều trị bệnh lao có thể dẫn đến các vấn đề về thính giác và tổn thương dây thần kinh ở đầu (sọ). Thuốc sulfa có liên quan đến nồng độ cao bắt thường nồng độ bilirubin ở trẻ sơ sinh có thể gây ra cái chết.
- Thuốc chống co giật. Thuốc dùng để phòng ngừa co động kinh có thể gây ra những vấn đề nghiêm trọng ở thai nhi đang phát triển, bao gồm chậm phát triển trí tuệ và chậm phát triển.
- Thuốc chống loạn thần và chống lo âu. Một số loại thuốc được dùng để điều trị chứng lo âu và bệnh tâm thần được biết là nguyên nhân gây ra những khiếm khuyết cụ thể.
- Thuốc chống ung thư. Thuốc dùng để điều trị ung thư có thể gây ra các dị tật bẩm sinh nghiêm trọng, đặc biệt là ở trung khiếm khuyết của hệ thần kinh. Chúng cũng có thể gây hại cho nhân viên chăm sóc sức khỏe đang cho họ khi đang mang thai.
- Nội tiết tố. Nội tiết tố nam có thể gây nam tính hóa của một bào thai nữ. Một estrogen tổng hợp (DES) được cung cấp trong những năm 1940 và 1950 làm tăng nguy cơ ung thư ở những đứa con gái trưởng thành của những bà mẹ đã nhận được thuốc.
- Thuốc giải trí. Các loại thuốc như LSD có liên quan đến các dị tật ở tay, chân và các vấn đề về hệ thần kinh trung ương ở trẻ sơ sinh. Crack cocaine có cũng có liên quan đến dị tật bẩm sinh. Kể từ khi thuốc người lạm dụng có xu hướng sử dụng nhiều loại ma túy, có chế độ dinh dưỡng và chăm sóc trước khi sinh kém nên khó xác định được tác hại của từng loại thuốc riêng lẻ.

HÓA CHẤT. Hóa chất môi trường như thuốc diệt nấm, phụ gia thực phẩm và chất gây ô nhiễm bị nghi ngờ gây ra dị tật bẩm sinh, mặc dù điều này rất khó chứng minh.

SỰ BỨC XÃ. Người mẹ tiếp xúc với nồng độ cao bức xạ có thể gây ra kích thước hộp sọ nhỏ (đầu nhỏ), mù lòa, nứt đốt sống và hở hàm ếch. Lỗi nghiêm trọng đến mức nào phụ thuộc vào thời gian và thời gian phơi sáng.



Nguyên nhân cụ thể của nhiều dị tật bẩm sinh vẫn chưa được biết rõ, nhưng một số yếu tố liên quan đến việc mang thai và sinh nở có thể tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh. Những yếu tố này bao gồm tiếp xúc với chất gây quái thai, thuốc và các hóa chất khác, tiếp xúc với bức xạ và nhiễm trùng hiện diện trong bụng mẹ. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

NHIỄM TRÙNG. Ba loại virus được biết là gây hại cho em bé đang phát triển: rubella, cytomegalovirus (CMV), và herpes simplex. Toxoplasma gondii, một loại ký sinh trùng có thể nhiễm bệnh từ thịt chưa nấu chín, từ chất bẩn, hoặc từ xử lý phân của mèo bị nhiễm bệnh sẽ gây ra vấn đề nghiêm trọng. Bệnh giang mai không được điều trị ở người mẹ cũng có hại.

yếu tố di truyền

Gen là một đơn vị cực nhỏ, vô hình chứa thông tin (DNA) hướng dẫn cách cơ thể hình thành và hoạt động. Mỗi cá thể thừa hưởng hàng chục nghìn gen từ bố và mẹ, sắp xếp trên 46 nhiễm sắc thể. Gen kiểm soát tất cả các khía cạnh của cơ thể, cách nó hoạt động và tất cả đặc điểm độc đáo, bao gồm màu mắt và kích thước cơ thể. Gen bị ảnh hưởng bởi hóa chất và phóng xạ, nhưng đôi khi những thay đổi trong gen là những tai nạn không giải thích được. Mỗi đứa trẻ nhận được một nửa số gen từ cha và mẹ. Trong mỗi cặp gen, một gen sẽ chiếm ưu thế (chiếm ưu thế) so với gen kia (lặn) trong việc xác định từng tính trạng, hoặc đặc trưng. Dị tật bẩm sinh do di truyền trội gây ra bao gồm một dạng bệnh lùn gọi là achondroplasia; cholesterol cao; Bệnh Huntington đang tiến triển

rối loạn hệ thần kinh nặng; Hội chứng Marfan, mà ảnh hưởng đến mô liên kết; một số dạng bệnh tăng nhãn áp, và polydactyly (thừa ngón tay hoặc ngón chân).

Nếu cả bố và mẹ đều mang cùng một gen lặn thì có 1/4 cơ hội đứa trẻ sẽ thừa hưởng bệnh. Bệnh lặn rất nặng và có thể dẫn đến chết sớm. Chúng bao gồm bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm, một chứng rối loạn máu ảnh hưởng đến người da đen và bệnh Tay-Sachs, gây chậm phát triển trí tuệ ở người Đông Âu di sản của người Do Thái. Hai rối loạn lặn ảnh hưởng chủ yếu đến người da trắng là: xơ nang, rối loạn phổi và tiêu hóa, và phenylketonuria (PKU), một chứng rối loạn chuyển hóa. Giống như bố/mẹ truyền lại các gen gây rối loạn, gen bình thường nhận được từ bố/mẹ kia sẽ ngăn ngừa bệnh nhưng đứa trẻ sẽ là người mang mầm bệnh. Có gen là không gây hại cho người vận chuyển nhưng có 25% khả năng bệnh di truyền xuất hiện ở con của hai người mang mầm bệnh.

Một số rối loạn có liên quan đến việc xác định giới tính nhiễm sắc thể được truyền lại từ cha mẹ. Bệnh máu khó đông, một tình trạng ngăn ngừa máu đông máu, và Bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne gây ra bệnh teo cơ yếu, được truyền trên nhiễm sắc thể X. di truyền

Bệnh



Sự vắng mặt bẩm sinh của ba ngón tay. Những dị tật như thế này thường do tổn thương thai nhi đang phát triển trong tử cung. (Ảnh của Tiến sĩ P. Marazzi, Photo Studies, Inc.)

Được sao chép dưới sự cho phép.)

Khiếm khuyết cũng có thể xảy ra khi trứng hoặc tinh trùng đang hình thành nếu người mẹ hoặc người cha truyền lại một số vật liệu gen bị lỗi. Điều này phổ biến hơn ở các bà mẹ lớn tuổi.

Khiếm khuyết phổ biến nhất thuộc loại này là hội chứng Down, một dạng chậm phát triển trí tuệ và các bất thường về thể chất, thường bao gồm cả khuyết tật về tim, do thừa hưởng ba bản sao của nhiễm sắc thể thay vì cặp bình thường.

Một nguyên nhân ít được hiểu rõ hơn về dị tật bẩm sinh là do sự tương tác giữa gen từ một hoặc cả hai cha mẹ cộng với ảnh hưởng của môi trường. Những khiếm khuyết này được cho là bao gồm:

- Sứt môi và hở hàm ếch, là dị tật của vòm miệng
- Biến dạng bàn chân khoèo, mắt cá chân hoặc bàn chân.
- Nứt dốt sống, một bệnh hở cột sống xảy ra khi ống hình thành não và dây chằng cột sống không đóng lại đúng cách.
- Nước lên não (não úng thủy), gây tổn thương não.
- Đái tháo đường, tình trạng bất thường trong chuyển hóa đường xuất hiện muộn hơn.
- Dị tật tim.
- Một số dạng ung thư.

Một căn bệnh nghiêm trọng ở người mẹ, chẳng hạn như tuyến giáp hoạt động kém hoặc đái tháo đường, trong đó cơ thể người mẹ có thể-

không xử lý được đường, còn có thể gây dị tật bẩm sinh ở trẻ.

Lượng nước ối bất thường có thể là dấu hiệu hoặc gây ra dị tật bẩm sinh. Nước ối là chất lỏng bao quanh và bảo vệ thai nhi trong tử cung. Quá ít chất lỏng này có thể cản trở sự phát triển của phổi hoặc chân tay. Quá nhiều nước ối có thể tích tụ nếu thai nhi mắc chứng rối loạn cản trở việc nuốt.

Chẩn đoán

Nếu gia đình có tiền sử dị tật bẩm sinh hoặc nếu người mẹ trên 35 tuổi thì có thể thực hiện xét nghiệm sàng lọc trong thai kỳ để có thông tin về sức khỏe của em bé.

- Xét nghiệm Alpha-fetoprotein. Đây là xét nghiệm máu đơn giản để đo mức độ của một chất gọi là alpha-fetoprotein có liên quan đến một số dị tật bẩm sinh nghiêm trọng. Mức cao hoặc thấp bất thường có thể cho thấy cần phải thử nghiệm thêm.
- Siêu âm. Việc sử dụng sóng âm để kiểm tra hình dạng, chức năng và tuổi của thai nhi là một thủ thuật phổ biến. Nó cũng có thể phát hiện nhiều dị tật, chẳng hạn như tật nứt dốt sống, dị tật chân tay và các vấn đề về tim và thận.
- Chọc ối. Xét nghiệm này thường được thực hiện vào khoảng tuần thứ 13 đến tuần thứ 15 của thai kỳ. Một mẫu nhỏ nước ối được rút ra qua một cây kim mỏng đưa vào bụng người mẹ. Phân tích nhiễm sắc thể có thể loại trừ hội chứng Down và các tình trạng di truyền khác.
- Lấy mẫu lông nhung màng đậm (CVS). Xét nghiệm này có thể được thực hiện sớm nhất là vào tuần thứ chín của thai kỳ để xác định các rối loạn nhiễm sắc thể và một số tình trạng di truyền. Một cây kim mỏng được đưa qua bụng hoặc một ống mỏng được đưa qua âm đạo để lấy một mẫu mô nhỏ để xét nghiệm.

Nếu nghi ngờ có dị tật bẩm sinh sau khi em bé được sinh ra thì việc xác nhận chẩn đoán là rất quan trọng. Hồ sơ y tế và bệnh sử của bệnh nhân có thể chứa những thông tin cần thiết. Cần phải thực hiện kiểm tra thể chất cẩn thận và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm. Các xét nghiệm chẩn đoán đặc biệt cũng có thể cung cấp thông tin di truyền trong một số trường hợp.

Sự đối đãi

Việc điều trị tùy thuộc vào loại dị tật bẩm sinh và mức độ nghiêm trọng của nó. Khi một bất thường đã được xác định trước khi sinh thì việc sinh nở có thể được lên kế hoạch tại một cơ sở chăm sóc sức khỏe sẵn sàng cung cấp bất kỳ sự chăm sóc đặc biệt nào cần thiết. Một số bất thường có thể được điều chỉnh bằng phẫu thuật. Các quy trình thí nghiệm đã được sử dụng thành công trong việc điều chỉnh một số khiếm khuyết, chẳng hạn như có quá nhiều dịch trong não (não úng thủy), ngay cả trước khi trẻ được phát triển trí não.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Nhiễm sắc thê—Một trong những cơ thể trong nhân tế bào mang gen. Thông thường có 46 nhiễm sắc thê ở người.

Sứt môi và vòm miệng—Một lỗ hở ở môi, vòm miệng (vòm miệng cứng) hoặc mỏm mềm ở phía sau miệng (vòm miệng mềm).

Phôi thai—Em bé đang phát triển từ khi thụ thai đến cuối tháng thứ hai.

Gen—Đơn vị chức năng của di truyền quyết định mọi sự sinh trưởng và phát triển của một sinh vật.

Mỗi con người có hơn 100.000 gen quyết định màu tóc, hình dáng cơ thể và tất cả các đặc điểm khác.

Thai nhi—Ở con người, cơ thể đang phát triển từ cuối tuần thứ tám đến thời điểm sinh ra.

Dị tật ống thần kinh—Một nhóm dị tật bẩm sinh ảnh hưởng đến xương sống và đôi khi là dây chằng cột sống.

Rubella—Một căn bệnh nhẹ, rất dễ lây lan ở trẻ em do vi-rút gây ra; nó còn được gọi là bệnh sởi Đức. Nó gây ra dị tật bẩm sinh nghiêm trọng nếu phụ nữ mang thai không được miễn dịch và mắc bệnh trong ba tháng đầu của thai kỳ.

Nứt đốt sống—Một trong những dị tật bẩm sinh phổ biến nhất khiến xương sống không bao giờ đóng lại được.

Đặc điểm—Một đặc điểm nổi bật của một cá nhân.

Virus—Một sinh vật rất nhỏ gây nhiễm trùng và cần một tế bào sống để sinh sản.

sinh ra. Những bệnh nhân có tình trạng phức tạp thường cần sự giúp đỡ của các chuyên gia y tế và giáo dục có kinh nghiệm và hiểu biết về chứng rối loạn này.

Tiên lượng

Tiên lượng cho một rối loạn thay đổi tùy theo tình trạng cụ thể.

Phòng ngừa

Bà bầu nên ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng. Uống bổ sung axit folic trước và trong khi mang thai giúp giảm nguy cơ sinh con mắc các vấn đề nghiêm trọng về não hoặc tủy sống (dị tật ống thần kinh). Điều quan trọng là phải tránh bất kỳ chất gây quái thai nào có thể gây hại cho em bé đang phát triển, bao gồm cả rượu và ma túy. Khi cha hoặc mẹ có tiền sử gia đình mắc dị tật bẩm sinh thì việc tư vấn và xét nghiệm di truyền có thể giúp cha mẹ lên kế hoạch cho việc điều trị.

những đứa trẻ tương lai. Thông thường, các cổ ván có thể xác định nguy cơ xảy ra tình trạng di truyền và tính sẵn có của các xét nghiệm về tình trạng đó. Nói chuyện với cổ ván di truyền sau khi đứa trẻ sinh ra với khiếm khuyết có thể cung cấp cho cha mẹ thông tin về quản lý y tế và các nguồn lực cộng đồng sẵn có.

Tài nguyên

SÁCH

Jones, Kenneth Lyons. "Dị hình." Trong Sách giáo khoa Nhi khoa, ed. Waldo E. Nelson và cộng sự. Philadelphia: WB Công ty Saunders, 1996.

Lott, Judy Wright. "Sự phát triển của thai nhi: Ánh hưởng của môi trường và các giai đoạn quan trọng." Trong Điều dưỡng sơ sinh toàn diện, ed. Carol Kenner và cộng sự. Philadelphia: WB Công ty Saunders, 1998.

Van Allen, Margot I., và Judith G. Hall. "Bất thường bẩm sinh—đồng minh." Trong Sách giáo khoa Y khoa Cecil, ed. J. Claude Bennett và Fred Plum. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.

ĐỊNH KÝ

"Hội chứng Down: Xu hướng mới trong thử nghiệm." Bản tin Y tế của Phòng khám Mayo, ngày 15 tháng 4 năm 1997.

TỔ CHỨC

Tổ chức Dị tật bẩm sinh March of Dimes. Đóng Ave., White Plains, NY 10605. (914) 428-7100. <<http://www.modimes.org>>.

KHÁC

Tháng Ba của Dimes. Tờ thông tin giáo dục sức khỏe cộng đồng.

Karen Ericson, RN

vết bớt

Sự định nghĩa

Các vết bớt, bao gồm u mạch máu và dạng mạch máu, là sự phát triển lành tính trên da (không gây ung thư) bao gồm các mạch máu hoặc mạch bạch huyết phát triển nhanh hoặc hình thành kém. Được tìm thấy khi mới sinh (bẩm sinh) hoặc phát triển sau này trong cuộc đời (mắc phải) ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể, chúng bao gồm từ những đốm mờ đến những vết sưng sẫm màu bao phủ trên diện rộng.

Sự miêu tả

U mạch máu da, còn được gọi là nốt ruồi (dấu vết) mạch máu (liên quan đến mạch máu), bao gồm các mạch máu (u mạch máu) hoặc mạch bạch huyết (u bạch huyết), nằm bên dưới bề mặt da. U mạch máu, bao gồm các cụm tế bào xếp thành các mao mạch, mạch máu nhỏ nhất của cơ thể, được tìm thấy trên mặt và cổ

bắt

(60%), thân (25%), hay tay và chân (15%). U mạch máu bẩm sinh, 90% trong số đó xuất hiện khi mới sinh hoặc trong tháng đầu đời, phát triển nhanh chóng và biến mất theo thời gian. Chúng được tìm thấy ở 1-10% trẻ đú tháng và 25% trẻ sinh non. Khoảng 65% là u mạch máu mao mạch (dầu dâu), 15% là u mạch máu dạng hang (sâu), còn lại là hỗn hợp.

U mạch máu phổi biến gấp ba lần ở trẻ em gái.

Thông thường, chỉ tìm thấy một u mạch máu, trong 20% có hai u, trong khi ít hơn 5% có ba u trở lên. U bạch huyết là những vết sưng tấy trên da do các mạch bạch huyết mở rộng ở bát cù dầu trên cơ thể.

Dị tật mạch máu là các mạch máu hoặc bạch huyết được hình thành kém xuất hiện khi mới sinh hoặc sau này trong cuộc đời. Một loại, mảng cá hồi (nevus simplex), một vết màu hồng gồm các mao mạch giãn nở, được tìm thấy ở sau gáy (còn gọi là vết cò đất) ở 40% trẻ sơ sinh, và trên trán và mí mắt (còn gọi là vết cò). nụ hôn của thiên thần) trong 20%. Vết cắn của cò được tìm thấy ở 70% trẻ sơ sinh da trắng và 60% trẻ sơ sinh da đen.

Được tìm thấy ở ít hơn 1% trẻ sơ sinh, vết rượu vang (nevus flammeus), là dị tật mạch máu bao gồm các mao mạch giãn nở ở lớp trên và dưới của da mặt, cổ, cánh tay và chân. Thường là vĩnh viễn, những vết phẳng màu hồng đến đỏ này phát triển thành những vùng gập ghèn màu tím sẫm khi lớn lên; 85% chỉ xuất hiện ở một bên cơ thể.

Các u mạch máu mắc phải bao gồm u mạch mạng nhện (nevus araneus), thường được gọi là tĩnh mạch mạng nhện và u mạch máu anh đào (u mạch máu do tuổi già hoặc đốm Campbell de Mor-gan). Được tìm thấy quanh mắt, xương gò má, cánh tay và chân, u mạch hình nhện là những vết đỏ hình thành do các mạch máu giãn nở. Chúng xảy ra trong thời kỳ mang thai ở 70% phụ nữ da trắng và 10% phụ nữ da đen, ở những bệnh nhân nghiện rượu và bệnh gan, và ở 50% trẻ em.

U mạch máu anh đào, các mao mạch giãn nở chủ yếu ở thân cây, xuất hiện ở độ tuổi 30 và nhân lên theo tuổi tác.

Nguyên nhân và triệu chứng

Không có nguyên nhân nào gây ra u mạch da bẩm sinh; chúng có thể liên quan đến di truyền của thành mạch. Tiếp xúc với estrogen gây ra u mạch hình nhện ở phụ nữ mang thai hoặc những người dùng thuốc tránh thai.

U mạch máu hình mạng nhện có xu hướng di truyền trong gia đình và có thể liên quan đến bệnh gan, phổi nặng và chấn thương.

U mạch máu

U mạch máu đầu tiên xuất hiện dưới dạng một hoặc nhiều vết, màu trắng hoặc hồng nhạt, có kích thước từ 2-20 cm (trung bình 2-5 cm). Một số không có triệu chứng trong khi một số khác gây đau hoặc chảy máu hoặc cảm giác tăng cường thường-

khi chúng nhiều, to ra, bị nhiễm trùng hoặc bị loét. Tâm nhìn bị ảnh hưởng bởi những vết lớn trên mí mắt. U mạch máu hình nhện và anh đào rất khó coi nhưng không có triệu chứng.

Mỗi loại u mạch có đặc điểm riêng
về bề ngoài:

- U mạch máu mao mạch (dầu dâu). Những vết tròn, nổi lên này có màu đỏ tươi và mấp mô như quả dâu tây, khi mờ dần sẽ có màu trắng hoặc xám.
- U mạch máu dạng hang. Những vết sưng hơi nhô lên, hình vòm, màu xanh hoặc tím này đôi khi có liên quan đến u mạch bạch huyết hoặc liên quan đến các mô mềm, xương hoặc đường tiêu hóa.

• U mạch hình nhện. Đây là những vết màu xanh đỏ, không có triệu chứng, được hình thành từ các mao mạch chứa đầy máu tòe ra xung quanh động mạch trung tâm (động mạch nhỏ) có hình mạng nhện. • U mạch máu anh

đào. Những mao mạch giãn nở, vô hại này xuất hiện dưới dạng những vết sưng nhô màu đỏ tươi đến tím.

• U mạch bạch huyết. Những mạch bạch huyết giãn nở này tạo thành các u nang màu hồng nhạt hoặc màu vàng (túi chứa đầy chất lỏng) hoặc sưng tấy.

dị tật mạch máu

Đây là những vết màu hồng mờ, phẳng, phát triển khi trẻ lớn lên thành những vết màu đỏ sẫm hoặc tím lớn hơn. Một số không có triệu chứng nhưng một số khác lại chảy máu nếu bị sưng to hoặc bị thương. Việc làm biến dạng vết rượu vang port có thể gây ra các vấn đề về cảm xúc và xã hội. Khoảng 5% vết rượu vang trên trán và mí mắt làm tăng áp lực trong mắt do liên quan đến mắt và các dây thần kinh xung quanh. Những bất thường ở tuy sống, mô mềm hoặc xương có thể liên quan đến vết rượu vang nặng.

Mỗi loại có một hình dáng đặc trưng:

- Miếng dán cá hồi. Những vết màu đỏ đến hồng nhạt không có triệu chứng này thường mờ dần theo thời gian.
- Vết rượu vang. Những vết phẳng, màu hồng này tiến triển thành những cục giống như quả nho màu đỏ sẫm đến tím nổi lên, làm biến dạng các đặc điểm trên khuôn mặt, cánh tay hoặc chân.

Chẩn đoán

Bệnh nhân được điều trị bởi bác sĩ nhi khoa (bác sĩ chuyên chăm sóc trẻ em), bác sĩ da liễu (chuyên gia về bệnh ngoài da), bác sĩ phẫu thuật thẩm mỹ (bác sĩ chuyên điều chỉnh các bất thường về ngoại hình) và bác sĩ nhãn khoa (chuyên gia về bệnh về mắt).

U mạch và dị dạng mạch máu không khó chẩn đoán. Bác sĩ sẽ lấy bệnh sử đầy đủ và thực hiện kiểm tra thể chất bao gồm kiểm tra và sờ nắn các dấu hiệu. Da được kiểm tra xem có bị đổi màu, sẹo, chảy máu, nhiễm trùng hoặc

vết bớt

loét. Vị trí, kích thước, số lượng và mức độ nghiêm trọng của các dấu hiệu được ghi lại. Bác sĩ có thể làm trống vết máu bằng áp lực nhẹ nhàng. Sinh thiết hoặc chuyên khoa có thể thực hiện chụp X-quang hoặc quét các mạch máu bất thường và các khu vực xung quanh chúng. Bệnh nhân có vết r超過 vang gần mắt có thể cần chụp X-quang hộp sọ, chụp cắt lớp vi tính, kiểm tra thị lực và hệ thần kinh trung ương. Hầu hết các chương trình bảo hiểm đều chỉ trả cho việc chẩn đoán và điều trị những tình trạng này.

Sự đổi dãi

Lựa chọn điều trị cho u mạch da và mạch máu dị tật phụ thuộc vào loại, vị trí và mức độ nghiêm trọng của chúng, và liệu chúng có gây ra các triệu chứng, đau đớn hoặc biến dạng hay không.

Thận trọng chờ đợi

Không có biện pháp điều trị nào được đưa ra nhưng điểm số được kiểm tra thường xuyên. Điều này tiếp tục cho đến khi dấu vết biến mất hoặc yêu cầu sự đổi dãi. Cách tiếp cận này đặc biệt phù hợp với các điều trị u mạch máu, thường không cần điều trị, vì cuối cùng chúng sẽ tự co lại.

Thuốc

CORTICOSTEROID. Liều hàng ngày của thuốc chống viêm prednisone hoặc prednisolone được cung cấp cho đến 2 tháng và giảm liều dần dần. Các dấu hiệu bắt đầu giảm dần trong vòng 7-10 ngày, nhưng có thể mất tới 2 tháng để biến mất hoàn toàn. Nếu không thấy phản hồi trong 2 tuần thì ngừng thuốc. Điều trị có thể được lặp lại. Tác dụng phụ bao gồm chậm phát triển, tăng lượng máu huyết áp và lượng đường trong máu, đặc thùy tinh thể, rối loạn tuyến, và nhiễm trùng. Thuốc corticosteroid triamcinolone axetat và betamethasone natri photphat hoặc axetat được tiêm trực tiếp vào vết thương để đạt được phản ứng thường xuyên. Trong vòng một tuần; tiêm bổ sung được thực hiện trong 4 - 6 tuần. Tác dụng phụ bao gồm tổn thương mô tại chỗ tiêm.

INTERFERON ALPHA-2A. Thuốc này làm giảm tế bào tăng trưởng và được sử dụng cho các dấu hiệu mạch máu ánh hưởng đến thị lực, và không đáp ứng với corticosteroid. Được cấp hàng ngày tiêm dưới da, tỷ lệ đáp ứng là 50% đạt được sau khoảng 7 tháng. Tác dụng phụ bao gồm sốt, ớn lạnh, đau cơ và khớp, rối loạn thị lực, mức độ trắng thấp và số lượng hồng cầu, mệt mỏi, men gan tăng cao, buồn nôn, các vấn đề về đông máu và tổn thương thần kinh.

KHÁNG SINH. Uống hoặc bôi (bôi ngoài da) thuốc kháng sinh được kê toa cho các vết nhiễm trùng.

Ca phẫu thuật

PHẪU THUẬT BẮNG TIA LA-ZE. Tia laser tạo ra nhiệt độ cao phá hủy các mạch máu bất thường bên dưới da, với-



U máu mao mạch mờ dần trên mũi của một đứa trẻ. (Ảnh chụp của Tiến sĩ P. Marazzi, Khoa ảnh Y tế Tùy chỉnh. Được sao chép lại đã được cho phép.)

gây tổn hại cho làn da bình thường. Hai loại tia laser được sử dụng: laser nhuộm xung đèn flash (FPDL) và laser neodymi-um:YAG (Nd:YAG). FPDL, được sử dụng chủ yếu cho vết dâu tây và vết rượu vang, thâm sâu vào độ sâu 1,8 mm và gây ra ít sẹo, trong khi Laser Nd:YAG xuyên thấu tới độ sâu 6 mm và được sử dụng để điều trị u mạch máu sâu. Phẫu thuật laser thường không được thực hiện đau đớn, nhưng có thể không thoải mái. Kem gây mê là được sử dụng để xử lý FPDL. Điều trị bằng Nd: YAG laser yêu cầu gây tê cục bộ hoặc toàn thân. Trẻ em là thường được gây mê hoặc gây mê. Sự chữa lành xảy ra trong vòng 2 tuần. Tác dụng phụ bao gồm bầm tím, đổi màu da, sưng tấy, đóng vảy và chảy máu nhẹ.

PHẪU THUẬT CẮT BỎ. Dưới gây tê cục bộ hoặc toàn thân, da được cắt bằng dụng cụ phẫu thuật và các vết mạch máu hoặc sẹo của chúng sẽ được loại bỏ. Vết cắt là sửa chữa bằng mũi khâu hoặc kẹp da.

Phẫu thuật lạnh. Các dấu hiệu mạch máu được đông lạnh bằng chất cục lạnh phun lên da. vết thương chữa lành với sẹo tối thiểu.

ĐIỆN TỬ. Các tàu bị ánh hưởng được loại bỏ thử nghiệm với dòng điện từ một kim điện.

Phương pháp điều trị khác

Bao gồm các:

- Liệu pháp xơ hóa. Tiêm một dung dịch đặc biệt gây ra đông máu và co rút với ít sẹo. Bên Các tác dụng phụ bao gồm đau nhức, sưng tấy, bầm tím, để lại sẹo, chuột rút cơ bắp và phản ứng dị ứng. Điều trị này được sử dụng phổ biến nhất cho u mạch hình nhện.
- Thuyên tắc mạch. Vật liệu được bơm vào khói tàu lưu lượng máu giúp kiểm soát lượng máu mất trong hoặc làm giảm kích thước của sự tăng trưởng không thể hoạt động được. Một mặt nghiêm túc

bớt

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

U mạch máu—Một khối u da lành tính bao gồm các mạch máu hoặc bạch huyết nhỏ, phát triển nhanh chóng.

Mao mạch—Các mạch máu nhỏ nhất, chúng nối các động mạch và tĩnh mạch.

Corticosteroid—Thuốc chống viêm.

U mạch máu—Một khối u da lành tính bao gồm các mạch máu bất thường.

Mạch bạch huyết—Một phần của hệ bạch huyết, các mạch này nối các mao mạch bạch huyết với các hạch bạch huyết; chúng mang bạch huyết, một chất lỏng loãng, giống như huyết tương và chứa các tế bào bạch cầu.

U bạch huyết—Một khối u da lành tính bao gồm các mạch bạch huyết bất thường.

Nevus—Một vết trên da.

Loét—Một vết loét nông, màu đỏ trên da.

Dị dạng mạch máu—Một mạch máu hoặc bạch huyết được hình thành kém.

teroid và 45% đáp ứng với corticosteroid tiêm; 50% đáp ứng với interferon Alpha-2a. Khoảng 60% cải thiện sau phẫu thuật laser. • U mạch máu thể hang. Một số

không biến mất và một số lại bị biến chứng do loét hoặc nhiễm trùng. Khoảng 75% đáp ứng với phẫu thuật laser Nd:YAG nhưng có sẹo vòng. Các vết nghiêm trọng đáp ứng với corticosteroid đường uống, nhưng một số cần phải cắt bỏ.

- U mạch hình nhện. Những vết này mờ dần sau khi sinh con và ở trẻ em, nhưng có thể tái phát. Khoảng 90% đáp ứng với liệu pháp điều trị xơ cứng, đốt điện hoặc điều trị bằng laser.
- U mạch máu anh đào. Chúng có thể dễ dàng được loại bỏ bằng điện sụ hút ẩm.
- U mạch bạch huyết. Những điều này đòi hỏi phải phẫu thuật.
- Miếng dán cá hồi. Vết mí mắt biến mất khi được 6-12 tháng tuổi và vết trên trán mờ đi khi được 6 tuổi; tuy nhiên, 50% vết cò cắn vào cổ vẫn tồn tại đến tuổi trưởng thành.
- Vết rượu vang. Một số vết bớt phẳng có thể dễ dàng che đi bằng cách trang điểm. Điều trị trong thời thơ ấu hoặc thời thơ ấu sẽ cải thiện kết quả. Khoảng 95% vết bẩn phản ứng với phẫu thuật FPDL với sẹo tối thiểu; 25% sẽ biến mất hoàn toàn và 70% sẽ biến mất một phần. Không rõ lý do, 5% cho thấy không cải thiện.

Phòng ngừa

Hậu quả là đột quy có thể xảy ra nếu một mạch máu lớn bị tắc nghẽn.

- **Trang điểm.** Các nhân hiệu đặc biệt được thiết kế để che các vết bớt (Covermark hoặc Dermablend).
- **Làm sạch và nén.** Các vết chảy máu được làm sạch bằng xà phòng và nước hoặc hydro peroxide, sau đó nén bằng băng vô trùng trong 5-10 phút.

Điều trị thay thế

Các phương pháp điều trị thay thế để tăng cường các mạch máu yếu bao gồm ăn thực phẩm giàu chất xơ và những thực phẩm có chứa bioflavonoid, bao gồm trái cây họ cam quýt, quả việt quất và anh đào, bổ sung chế độ ăn uống vitamin C và dùng các loại thảo mộc, bạch quả (Ginkgo biloba) và quả việt quất (Vaccinium myrtillus.)

Tiên lượng

Các loại vết bớt khác nhau có quy trình khác nhau mũi:

- **U mạch máu mao mạch.** Ít hơn 10% cần điều trị. Nếu không điều trị, 50% sẽ biến mất khi 5 tuổi, 70% khi 7 tuổi và 90% khi 9 tuổi. Không có sự thay đổi nào trên da trong khi một số khác có sự đổi màu, sẹo hoặc nếp nhăn. Từ 30-90% đáp ứng với corticos đường uống-

Tài nguyên**SÁCH**

Bazk, Joseph P. Làn da của bạn: Hướng dẫn dành cho chủ sở hữu. Vách đá Englewood, NJ: Hội trường Prentice, 1995.

Fitzpatrick, Thomas B., và cộng sự. "U lành tính và tăng sản. Rối loạn mạch máu." Trong Color Atlas và Tóm tắt về Da liễu lâm sàng. Các bệnh thông thường và nghiêm trọng, ed. Martin J. Wonsiewicz và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

Lookbill, Donald P., và James G. Marks. "Da và Tăng trưởng dưới da. Trong Nguyên tắc của Da liễu. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1993.

ĐỊNH KỲ

Errickson, Carla V. và Nancy R. Matus. "Rối loạn về da khi mang thai." Bác sĩ Gia đình Mỹ 15 (tháng 2 năm 1994): 605-610.

Morelli, Joseph G., và cộng sự. "Kích thước tổn thương ban đầu như một yếu tố dự đoán yếu tố quyết định phản ứng của vết bẩn rượu vang ở trẻ em được điều trị bằng Laser xung nhuộm." Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine (Tháng 10 năm 1995): 1142-1145.

Nanda, Vandana, S. "Quản lý Hemant mao mạch-momas." Tạp chí Y học Phương Tây (tháng 4 năm 1994): 364.

Tanner, J. Lane, Martha P. Dechert và Ilona J. Frieden.

"Lớn lên với bệnh u máu ở mặt: Sự đối phó và thích nghi của cha mẹ và con cái." Nhi khoa (tháng 3 năm 1998): 446-452.

Vander Schaff, Rachelle. "Laser Zap vết bớt dây tay."

Chá mẹ, tháng 10 năm 1997, 37.

Wirth Fern A. và Mark H. Lowitt. "Chẩn đoán và điều trị các tổn thương mạch máu ở da." American Family Physician 15 (tháng 2 năm 1998): 765-773.

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>.

Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ. 141 Northwest Point Boulevard, Làng Elk Grove, IL 60007-1098. (847) 434-4000. <http://www.aap.org>.

Nhóm hỗ trợ Nevus bẩm sinh. 1400 South Joyce St., Số C-1201, Arlington, VA 22202. (703) 920-3249.

Tổ chức vết rướu vang cảng bẩm sinh quốc gia. 123 East 63rd St., New York, NY 10021. (516) 867-5137.

Mercedes McLaughlin

Bismuth subsalicylate xem Thuốc chống tiêu chảy

Cắn và chích

Sự định nghĩa

Con người có thể bị thương do vết cắn hoặc vết đốt của nhiều loại động vật, bao gồm cả động vật có vú như chó, mèo và đồng loại; động vật chân đốt như nhện, ong và ong bắp cày; rắn; và các động vật biển như sứa và cá đuối gai độc.

Sự miêu tả

Động vật có vú

CHÓ. Tại Hoa Kỳ, nơi có số lượng chó vượt quá 50 triệu người, chó vượt qua tất cả các loài động vật có vú khác về số vết cắn gây ra cho con người. Tuy nhiên, hầu hết các vết thương do chó cắn đều nhẹ. Một cuộc khảo sát qua điện thoại đối với các hộ gia đình ở Hoa Kỳ được thực hiện vào năm 1994 đã khiến các nhà nghiên cứu ước tính rằng có 3.737.000 vụ chó cắn không cần chăm sóc y tế đã xảy ra ở Hoa Kỳ vào năm đó, so với 757.000 vụ cắn được điều trị y tế. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng hầu hết các vết cắn của chó là do vật nuôi hoặc những con chó khác mà người bị cắn biết, rằng nam giới có nhiều khả năng bị cắn hơn nữ giới và trẻ em phải đối mặt với nguy cơ cao hơn.

nguy hiểm hơn người lớn. Mỗi năm có khoảng 10-20 người Mỹ, chủ yếu là trẻ em dưới 10 tuổi bị chó giết.

Các vụ chó cắn dẫn đến ước tính có khoảng 340.000 lượt đến phòng cấp cứu hàng năm trên khắp nước Mỹ. Hơn một nửa số vết cắn mà các khoa cấp cứu nhìn thấy xảy ra ở nhà. Trẻ em dưới 10 tuổi, đặc biệt là các bé trai từ 5 đến 9 tuổi, có nhiều khả năng phải đến phòng cấp cứu để điều trị vết cắn hơn người lớn. Trẻ em dưới 10 tuổi cũng dễ bị cắn vào mắt, cổ và đầu hơn. Gần như tất cả các vết thương mà những người tìm cách điều trị tại phòng cấp cứu đều ở mức "mức độ nghiêm trọng thấp" và hầu hết đều được điều trị và xuất viện mà không phải nhập viện hoặc chuyển đến cơ sở khác. Nhiều vết cắn là do mọi người cố gắng ngăn cản cuộc chiến giữa các loài động vật.

NHỮNG CON MÈO. Mặc dù mèo được tìm thấy ở gần 1/3 số hộ gia đình ở Mỹ nhưng vết mèo cắn ít phổ biến hơn vết chó cắn. Theo một nghiên cứu, mèo gây ra khoảng 400.000 vết cắn có hại ở Hoa Kỳ mỗi năm. Tổn thương mô do mèo cắn thường hạn chế nhưng chúng có nguy cơ nghiêm trọng cao. Trong khi tỷ lệ nghiêm trọng ở vết thương do chó cắn là 15-20% thì tỷ lệ nghiêm trọng ở vết thương do mèo cắn là 30-40%. Người diễn hình bị cắn là một cô gái trẻ đang chơi với thú cưng.

CON NGƯỜI. Vết cắn từ động vật có vú không phải chó và mèo rất hiếm gặp, ngoại trừ vết cắn của con người.

Có khoảng 70.000 vết cắn của con người mỗi năm ở Hoa Kỳ. Vì miếng con người chứa vô số vi sinh vật có khả năng gây hại nên vết cắn của con người có khả năng lây nhiễm cao hơn hầu hết các loài động vật khác.

Động vật chân đốt

Động vật chân đốt là động vật không xương sống thuộc ngành Arthropoda, bao gồm côn trùng, loài nhện, loài giáp xác và các phân nhóm khác. Có hơn 700.000 loài tất cả. Danh sách các loài động vật chân đốt cần hoặc chích con người rất rộng và bao gồm chấy, rệp, bọ chét, muỗi, ruồi đen, kiến, bọ ve, bọ ve, bọ cạp, bọ cạp và các loài khác. Nhện, ong và ong bắp cày là ba loại động vật chân đốt thường cắn người nhất.

NHỆN. Ở Hoa Kỳ, chỉ có hai loại nhện độc thực sự nguy hiểm: nhện góá phụ và nhện nâu (violin hoặc fiddle). Nhện góá phụ đen, được tìm thấy ở mọi bang trừ Alaska, có lẽ là loài nhện góá phụ khét tiếng nhất. Nó thích những nơi tối, khô ráo như nhà kho, nhà để xe và nhà ngoài, đồng thời cũng sống dưới đá và khúc gỗ. Làm phiền một nũ góá phụ đen hoặc mạng của nó có thể gây ra vết cắn. Nhện nâu cũng thích những nơi có mái che, bao gồm cả quần áo và có thể cắn nếu bị quấy rầy.

ONG VÀ Ông và vẹt. Ông và ong bắp cày sẽ chích để bảo vệ tổ của chúng hoặc nếu chúng bị quấy rầy. Các loài phỏ biến ở Hoa Kỳ bao gồm ong mật, ong nghệ, ong vàng, ong bắp cày mặt hói, ong bắp cày nâu và ong giấy. Đáng chú ý là các loài ong Châu Phi, còn được gọi là "ong sát thủ" hiện được tìm thấy ở Hoa Kỳ từ năm 1990. Hơn 50 người Mỹ chết mỗi năm sau khi bị ong, ong bắp cày hoặc kiến đốt.

Hầu như tất cả những cái chết đó là kết quả của phản ứng dị ứng chứ không phải do tiếp xúc với nọc độc.

Rắn

Có 20 loài rắn độc ở Hoa Kỳ. Những con rắn này được tìm thấy ở mọi tiểu bang ngoại trừ Maine, Alaska và Hawaii. Mỗi năm có khoảng 8.000 người Mỹ bị rắn độc cắn, nhưng không quá 15 người chết, chủ yếu là do rắn đuôi chuông cắn.

Những con rắn độc của Hoa Kỳ được chia thành được chia thành hai họ, Crotalidae (rắn hổ lục) và Elapidae. Rắn lục pit vipers, được đặt tên theo một hổ nhỏ cảm nhận nhiệt nằm giữa mỗi mắt và lỗ mũi, là nguyên nhân gây ra khoảng 99% số ca rắn độc cắn mà người Mỹ phải gánh chịu. Rắn đuôi chuông, rắn đầu đồng và rắn miện bông (còn gọi là rắn nước) là những loài rắn lục hổ. Họ rắn này truyền nọc độc qua hai chiếc răng nanh dài có bàn lề ở hàm trên. Một số loài rắn hổ lục mang nọc độc mạnh có thể đe dọa não và tử vong. Nọc độc của những loài khác, chẳng hạn như đầu đồng, ít gây hại hơn.

Họ Elapidae bao gồm hai loại rắn san hô có nọc độc bản địa ở các bang phía nam và phía tây. Vì rắn san hô là loài sinh vật nhút nhát chỉ xuất hiện vào ban đêm nên chúng hầu như không bao giờ cắn người và chịu trách nhiệm về khoảng 25 vết cắn mỗi năm ở Hoa Kỳ. Rắn san hô cũng có răng nanh ngắn và miệng nhỏ, giúp giảm nguy cơ vết cắn thực sự đưa nọc độc vào cơ thể con người. Tuy nhiên, nọc độc của chúng khá độc.

động vật biển

Một số loại động vật biển có thể cắn hoặc đốt.

Sữa và cá đuối gai độc là hai loại gây ra mối đe dọa cho những người sống hoặc đi nghỉ ở các cộng đồng ven biển.

Nguyên nhân và triệu chứng

Động vật có vú

CHÓ. Một vết cắn thông thường của chó sẽ dẫn đến vết rách, vết rách, vết thủng hoặc vết thương do bị nghiền nát. Vết cắn của những con chó to lớn, khỏe mạnh thậm chí có thể gây gãy xương và nội thương nguy hiểm. Ngoài ra, những con chó được huấn luyện để tấn công có thể cắn liên tục trong một đợt. Vết cắn bị nhiễm trùng thường gây đau, viêm mô tế bào (viêm mô liên kết) chướng mặt cũng như các vấn đề về hô hấp, thị lực và lời nói.

chảy máu ở vết thương trong vòng 8-24 giờ.

Hầu hết các bệnh nhiễm trùng chỉ giới hạn ở vị trí vết thương, nhưng nhiều vi sinh vật trong miệng của chó có thể gây nhiễm trùng toàn thân và có thể đe dọa tính mạng. Ví dụ như nhiễm khuẩn huyết và viêm màng não, đặc biệt nghiêm trọng ở những người được chẩn đoán mắc hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) hoặc tình trạng sức khỏe khác làm tăng khả năng nhiễm trùng. Bệnh đại rất hiếm gặp ở chó cưng ở Hoa Kỳ, hầu hết chúng đều đã được tiêm phòng bệnh đại. Bệnh uốn ván cũng hiếm gặp nhưng có thể lây truyền qua vết chó cần nếu nạn nhân không được chủng ngừa.

NHỮNG CON MÈO. Miệng của mèo và chó chứa nhiều vi sinh vật giống nhau. Những vết cào và cắn của mèo cũng có khả năng truyền vi khuẩn Bartonella henselae, có thể dẫn đến bệnh mèo cào, một căn bệnh khó chịu nhưng thường không nguy hiểm đến tính mạng.

Vết mèo cắn chủ yếu ở cánh tay và bàn tay.

Răng mèo sắc nhọn thường để lại vết thương đậm sâu có thể chạm tới cơ, gân và xương, những vùng dễ bị nhiễm trùng do nguồn cung cấp máu tương đối kém. Đây là lý do tại sao vết cắn của mèo có nhiều khả năng bị nhiễm trùng hơn vết cắn của chó. Ngoài ra, mọi người ít có xu hướng coi vết mèo cắn là nguy hiểm cần được chú ý ngay lập tức; Do đó, nguy cơ nhiễm trùng xảy ra vào thời điểm chuyên gia y tế được tư vấn sẽ lớn hơn.

CON NGƯỜI. Vết cắn của con người là do đánh nhau, hoạt động tình dục, điều trị y tế và nha khoa cũng như động kinh. Các vết cắn cũng làm tăng khả năng bị vợ/chồng hoặc trẻ em lạm dụng. Trẻ em thường cắn những đứa trẻ khác, nhưng những vết cắn đó hiếm khi nghiêm trọng. Vết cắn của con người có khả năng truyền nhiều loại bệnh nguy hiểm, bao gồm viêm gan B, giang mai và bệnh lao.

Vết cắn của con người được chia thành hai loại: vết cắn do cắn (thật) và vết thương do nắm tay siết chặt. Trước đây có nguy cơ nhiễm trùng thấp hơn. Loại thứ hai rất dễ lây nhiễm và có thể làm tăng thương bàn tay vĩnh viễn, thường là do nắm đấm đánh vào răng trong khi đánh nhau. Mọi người thường chờ đợi trước khi tìm cách điều trị vết thương do nắm đấm, kết quả là khoảng một nửa số vết thương như vậy sẽ bị nhiễm trùng khi được chuyên gia y tế khám.

Động vật chân đốt

NHỆN. Theo quy định, mọi người hiếm khi nhìn thấy vết cắn của góá phụ đen và họ cũng không cảm thấy vết cắn khi nó xuất hiện. Bằng chứng đầu tiên (và có thể là duy nhất) cho thấy một người đã bị cắn có thể là vùng bị thương bị sưng nhẹ và có hai vết thủng màu đỏ. Tuy nhiên, trong một thời gian ngắn, một số nạn nhân bắt đầu bị chuột rút cơ nghiêm trọng và cứng cơ bụng. Các triệu chứng khác có thể xảy ra bao gồm đờ mồ hôi quá nhiều, buồn nôn, nôn, nhức đầu và chướng mặt cũng như các vấn đề về hô hấp, thị lực và lời nói.

Vết cắn của nhện nâu có thể dẫn đến hoại tử nhện, trong đó mô ở khu vực rộng tới vài inch xung quanh vết cắn sẽ bị hoại tử (chết), tạo ra vết loét hở có thể mất vài tháng hoặc nhiều năm mới biến mất. Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp, vết cắn chỉ tạo ra một vùng cứng, đau, ngứa và đỏ màu và lành mà không cần điều trị trong 2-3 ngày. Vết cắn cũng có thể kèm theo sốt, ớn lạnh, phù nề (tích tụ quá nhiều dịch mô), buồn nôn và nôn, chóng mặt, đau cơ và khớp, và phát ban.

ONG VÀ Ong vò vẽ. Các triệu chứng quen thuộc khi bị ong đốt bao gồm đau, đỏ, sưng và ngứa ở vùng bị đốt. Nhiều vết đốt có thể gây ra hậu quả nghiêm trọng hơn nhiều, chẳng hạn như sốc phản vệ, một phản ứng dị ứng đe dọa tính mạng xảy ra ở những người quá mẫn cảm.

Rắn

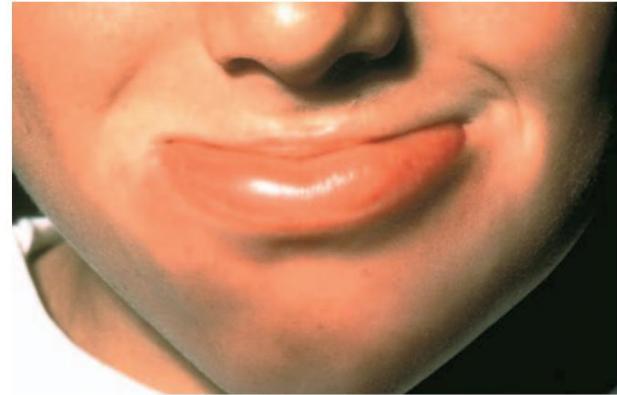
Vết cắn của rắn lục độc thường bắt đầu sưng lên trong vòng 10 phút và đôi khi gây đau đớn. Các triệu chứng khác bao gồm phòng rộp da và đỏ màu, suy nhược, đỏ mồ hôi, buồn nôn, ngất xỉu, chóng mặt, bầm tím và nỗi hạch. Ngộ độc nghiêm trọng cũng có thể dẫn đến ngứa ran ở da đầu, ngón tay và ngón chân, co cơ, nhịp tim tăng cao, thở nhanh, nhiệt độ cơ thể và huyết áp giảm mạnh, nôn ra máu và hôn mê.

Nhiều vết cắn của rắn hổ lục và rắn san hô (20-60%) không đâm độc (gây độc) nạn nhân hoặc chỉ đưa một lượng nhỏ nọc độc vào cơ thể nạn nhân. Tuy nhiên, vết thương vẫn có thể bị nhiễm trùng bởi các vi sinh vật có hại mà rắn mang trong miệng.

Vết cắn của rắn san hô rất đau nhưng có thể khó nhìn thấy. Một đến bảy giờ sau khi bị cắn, người bị cắn bắt đầu cảm thấy tác động của nọc độc, bao gồm cảm giác ngứa ran ở vết thương, suy nhược, buồn nôn, nôn, tiết nước bọt quá nhiều và hành vi phi lý. Các dây thần kinh chính của cơ thể có thể bị tê liệt trong 6-14 ngày, gây ra song thị, khó nuốt và nói, suy hô hấp và các vấn đề khác. Có thể cần sáu đến tám tuần trước khi lấy lại được sức mạnh cơ bắp bình thường.

động vật biển

CON SÚA. Nọc độc của sữa được tiết ra bởi những ngạnh gọi là tuyến trùng, nằm trên các xúc tu của sinh vật và xuyên qua da của những người chạm phải chúng. Thông thường, các vết thương màu đỏ sẽ gây đau và ngứa ngay lập tức. Cơn đau có thể kéo dài đến 48 giờ. Trường hợp nặng có thể dẫn đến hoại tử da, co thắt cơ và chuột rút, nôn mửa, buồn nôn, tiêu chảy, nhức đầu, tăng tiết mồ hôi.



Vết côn trùng cắn khiến mô dưới của người này sưng tấy. (Ảnh Kho y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

đỏ mồ hôi nhiều và các triệu chứng khác. Trong một số trường hợp hiếm hoi, suy tim và hô hấp cũng có thể xảy ra.

cá đuôi. Gai đuôi là cơ chế phân phối nọc độc của cá đuôi gai độc. Vết thương đậm sâu có thể gây nhiễm trùng nếu các mảnh xương sống dính vào vết thương. Một tình huống chấn thương cá đuôi điển hình liên quan đến một người vô tình giẫm lên một con cá đuôi đang nghỉ ngơi và bị đuôi của nó quất vào mắt cá chân. Nọc độc của cá đuôi gây ra cơn đau dữ dội ngay lập tức kéo dài vài giờ.

Đôi khi nạn nhân bị phản ứng nặng, bao gồm nôn mửa, tiêu chảy, xuất huyết (chảy máu), tụt huyết áp và rối loạn nhịp tim (rối loạn nhịp tim).

Chẩn đoán

Động vật có vú

CHÓ. Thu thập thông tin về các trường hợp bị chó tấn công là một phần quan trọng trong quá trình điều trị. Các chuyên gia y tế cần biết khi nào cơn bệnh xảy ra (khả năng nhiễm trùng tăng lên đáng kể nếu vết thương không được điều trị trong hơn 8 giờ) và nguyên nhân dẫn đến cơn bệnh (các cơn bệnh vô cớ có nhiều khả năng liên quan đến bệnh đại). Sức khỏe tổng quát của một người cũng phải được đánh giá, bao gồm cả tiền sử tiêm chủng ván nêu có, cũng như thông tin liên quan đến khả năng dị ứng với thuốc và các vấn đề sức khỏe đã có từ trước có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

Việc kiểm tra thể chất đòi hỏi phải xem xét cẩn thận vết thương, đặc biệt chú ý đến tổn thương xương, khớp, dây chằng, cơ, gân, dây thần kinh hoặc mạch máu do vết thương sâu hoặc vết thương nặng. Chấn thương bàn tay nghiêm trọng cần được đánh giá bởi bác sĩ phẫu thuật chuyên môn. Hầu hết các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm để xác định vi sinh vật trong vết thương do cắn được thực hiện nếu có nhiễm trùng. X-quang và các thủ tục chẩn đoán khác cũng có thể cần thiết.

Giảm



Cận cảnh vết rách trên ống chân của một phụ nữ trưởng thành do chó Rottweiler gây ra. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

NHỮNG CON MÈO. Các thủ tục chẩn đoán được sử dụng cho vết cắn của chó cũng được áp dụng cho vết cắn của mèo.

CON NGƯỜI. Xét nghiệm máu của người bị cắn để tìm khả năng miễn dịch với bệnh viêm gan B và các bệnh khác luôn là điều cần thiết sau khi bị người cắn. Tốt nhất, người cắn cũng nên được kiểm tra xem có bệnh truyền nhiễm hay không. Chấn thương do nǎm tay thường cần được bác sĩ phẫu thuật bàn tay hoặc bác sĩ chỉnh hình đánh giá. Bởi vì nhiều người sẽ phủ nhận việc họ từng đánh nhau nên các chuyên gia y tế thường coi vết rách ở đốt ngón tay thứ tư và thứ năm-kết quả điển hình của vết thương do nǎm tay chặt-là bằng chứng của vết thương do cắn. Các chuyên gia y tế cũng tìm kiếm các dấu hiệu lạm dụng vợ chồng hoặc trẻ em khi đánh giá vết cắn của con người.

Động vật chân đốt

NHẬN. Vì vết cắn của nhện góa phụ và nhện nâu đòi hỏi các phương pháp điều trị khác nhau nên việc bắt và xác định loài nhện giúp xác định chẩn đoán.

Rắn

Chẩn đoán dựa vào việc khám sức khỏe nạn nhân, thông tin về hoàn cảnh vết cắn và xem xét bản thân con rắn (nếu nó có thể bị giết một cách an toàn và đưa đến để nhận dạng). Xét nghiệm máu và phân tích nước tiểu cung cấp dữ liệu quan trọng về tình trạng của nạn nhân. Chụp X-quang ngực và điện tâm đồ (thủ thuật đo hoạt động của tim) cũng có thể cần thiết.

Sự đối đãi

Động vật có vú

CHÓ. Những vết cắn nhỏ của chó có thể được điều trị tại nhà. Học viện Bác sĩ Gia đình Hoa Kỳ khuyến cáo nên rửa vết thương nhẹ hàng bằng xà phòng và nước, sau đó

dùng khăn sạch để lên vùng bị thương để cầm máu. Bước tiếp theo là bôi thuốc mỡ kháng sinh và băng vô trùng lên vết thương. Để giảm sưng tấy và chống nhiễm trùng, nên chườm đá và giữ vùng bị thương cao hơn mức tim.

Vết thương phải được làm sạch và bôi thuốc mỡ hai lần một ngày cho đến khi lành.

Bất kỳ vết cắn nào của chó mà không cầm máu sau 15 phút bị ép đều phải được chuyên gia y tế khám. Điều này cũng đúng đối với các vết cắn sâu hoặc hở hang; để cắn vào đầu, tay hoặc chân; và đối với các vết cắn có thể làm gãy xương, tổn thương dây thần kinh hoặc gây ra một loại chấn thương nghiêm trọng khác. Nạn nhân bị cắn cũng phải theo dõi tình trạng nhiễm trùng. Sốt là một dấu hiệu của nhiễm trùng, cũng như đỏ, sưng, nóng, đau nhiều hơn và có mủ ở vết thương. Bệnh nhân tiêu đường, người mắc bệnh AIDS hoặc ung thư, những người chưa tiêm phòng uốn ván trong 5 năm và bất kỳ ai có vấn đề y tế có thể làm tăng khả năng bị nhiễm trùng nên tìm cách điều trị y tế cho dù vết cắn có xuất hiện nhỏ đến đâu.

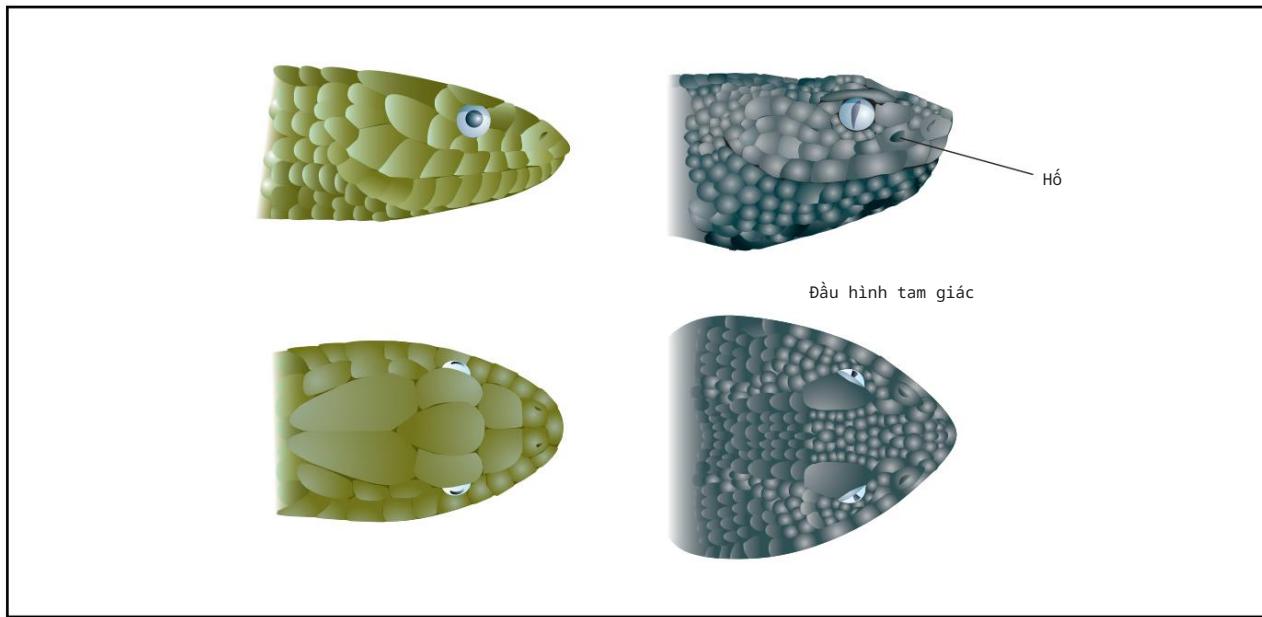
Điều trị y tế vết chó cắn bao gồm rửa vết thương bằng dung dịch chống nhiễm trùng. Có thể cần phải loại bỏ các mô chết và bị tổn thương (gây tê cục bộ, gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân) sau khi rửa sạch vết thương và bất kỳ người nào chưa tiêm ngừa uốn ván đều phải được tiêm nhắc lại. Một số vết thương được để hở và để tự lành, trong khi những vết thương khác cần phải khâu (việc khâu có thể bị trì hoãn vài ngày nếu lo ngại nhiễm trùng). Nhiều khoa cấp cứu kê đơn thuốc kháng sinh cho tất cả những người bị chó cắn, nhưng một số nhà nghiên cứu cho rằng thuốc kháng sinh thường không cần thiết và nên giới hạn ở những người bị thương hoặc các vấn đề sức khỏe khác khiến họ có khả năng bị nhiễm trùng. Thông thường, bất kỳ ai đã được điều trị vết cắn đều cần phải tái khám sau một hoặc hai ngày.

NHỮNG CON MÈO. Vì nguy cơ nhiễm trùng cao nên những người bị mèo cắn phải luôn đi khám bác sĩ. Vết mèo cào không cần điều trị y tế chuyên nghiệp trừ khi vết thương có vẻ bị nhiễm trùng hoặc người bị mèo cào có hệ thống miễn dịch yếu.

Điều trị y tế khi bị mèo cắn thường tuân theo các quy trình được áp dụng cho vết cắn của chó. Tuy nhiên, các chuyên gia khuyên rằng vết thương do mèo cắn phải luôn được để hở để ngăn ngừa nhiễm trùng. Những người bị mèo cắn thường dùng thuốc kháng sinh như một biện pháp phòng ngừa.

CON NGƯỜI. Các vết cắn của con người phải luôn được bác sĩ kiểm tra. Những vết cắn như vậy thường được điều trị bằng thuốc kháng sinh và để hở vì nguy cơ nhiễm trùng cao.

Người bị cắn cũng có thể cần chủng ngừa viêm gan B và các bệnh khác. Người



Hồ sơ và hình ảnh nhìn từ trên xuống của các loài rắn độc và không độc. Đầu hình tam giác đặc trưng và các vết lõm ở một bên đầu là dấu hiệu của loài rắn độc được tìm thấy ở Hoa Kỳ. (Minh họa của Argosy Inc.)

những người đang được điều trị chân thương nắm tay sẽ cần được tái khám hàng ngày trong 3-5 ngày.

Động vật chân đốt

NHỆN. Không nên bỏ qua vết cắn của nhện. Thuốc giải độc cho những vết cắn nặng của nhện góa phụ là một chất gọi là antivenin, chứa kháng thể lấy từ huyết thanh của những con ngựa được tiêm nọc độc của nhện. Tuy nhiên, các bác sĩ thận trọng khi sử dụng thuốc kháng nọc độc vì nó có thể gây sốc phản vệ, một phản ứng dị ứng có khả năng gây tử vong (mặc dù có thể điều trị được) và bệnh huyết thanh, một phản ứng viêm có thể dẫn đến đau khớp, sốt, phát ban và các triệu chứng khác. hậu quả khó chịu, mặc dù hiếm khi nghiêm trọng.

Thuốc kháng nọc độc trị vết cắn của nhện nâu cũng có sẵn nhưng chưa có ở Hoa Kỳ. Thuốc dapsone, dùng để điều trị bệnh phong, đôi khi có thể ngăn chặn quá trình chết mô do nhện nâu cắn. Các vùng hoại tử có thể cần được cắt lọc (loại bỏ mô chết và tổn thương) và ghép da. Thuốc giảm đau, thuốc kháng histamine, thuốc kháng sinh và tiêm phòng uốn ván là một số phương pháp điều trị khác đôi khi cần thiết sau khi bị nhện nâu hoặc nhện góa phụ cắn.

ONG VÀ Ong vò vẽ. Hầu hết các vết đốt có thể được điều trị tại nhà. Vết đốt còn đính trên da có thể được cạo bằng lưỡi dao, móng tay, thè tín dụng hoặc mảnh giấy (dùng nhíp có thể đẩy thêm nọc độc ra khỏi túi nọc độc và đi vào vết thương). Khu vực này phải được làm sạch và

được bao phủ bởi một túi nước đá. Aspirin và các loại thuốc giảm đau khác, thuốc kháng histamine đường uống và kem dưỡng da calamine rất tốt để điều trị các triệu chứng nhẹ. Đặt chất làm mềm thịt vào vết thương không có tác dụng.

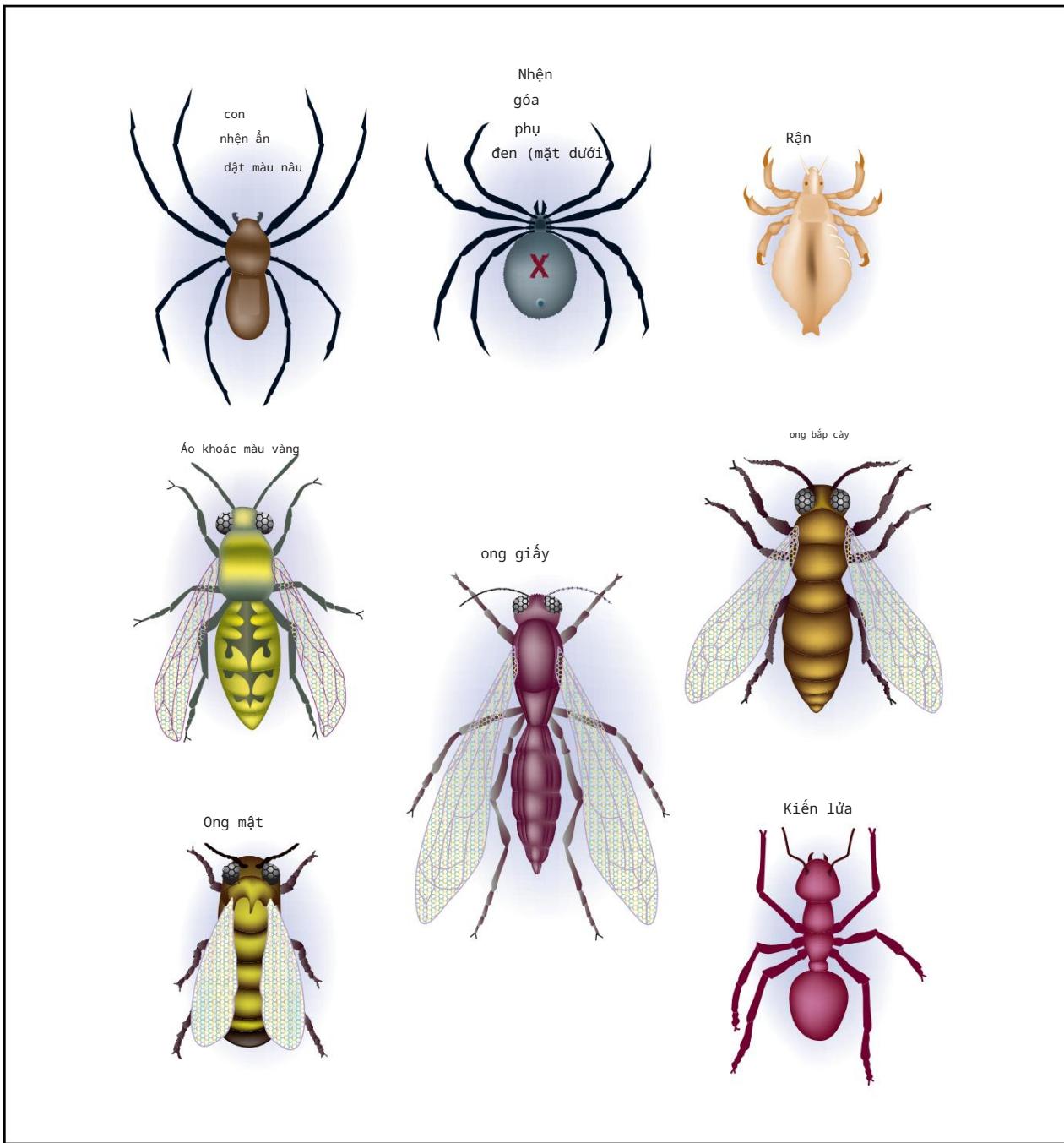
Những người bị đốt và bị phản ứng dị ứng, hoặc những người có nguy cơ mắc bệnh do tiền sử bệnh tật, cần được chăm sóc y tế ngay lập tức. Các dấu hiệu nguy hiểm, thường bắt đầu 10 phút sau khi một người bị đốt (mặc dù có thể không kéo dài vài giờ), bao gồm buồn nôn, ngất xỉu, đau ngực, đau bụng, tiêu chảy và khó nuốt hoặc khó thở.

Rắn

Mặc dù hầu hết các loài rắn đều không có nọc độc nhưng bất kỳ vết rắn cắn nào cũng cần được đưa đến bệnh viện ngay lập tức. Trong khi chờ cấp cứu đến, nạn nhân nên rửa vết thương bằng xà phòng và nước, sau đó giữ yên vùng bị thương và ở mức thấp hơn tim. Không bao giờ được chườm đá lên vết thương cũng như không nên cố gắng hút nọc độc ra. Việc rách ở vị trí vết thương cũng rất nguy hiểm. Điều quan trọng là phải giữ bình tĩnh và chờ đợi sự trợ giúp y tế khẩn cấp nếu nó có thể đến nhanh chóng. Nếu không, nạn nhân nên đến thẳng bệnh viện.

Khi nạn nhân đến bệnh viện, nhân viên y tế phải xác định xem vết cắn có phải do rắn độc gây ra hay không và nếu có thì có bị nhiễm độc hay không và người đó đã nhận được bao nhiêu nọc độc.

để



Các loại nhện và côn trùng cắn và đốt. (Minh họa của Argosy Inc.)

Bệnh nhân có thể bị huyết áp thấp, đông máu bất thường hoặc đau dữ dội, tất cả đều cần điều trị tích cực. May mắn thay, tác dụng của một số vết rắn cắn có thể được khắc phục bằng thuốc kháng nọc độc. Các vết cắn nhỏ của rắn chuột có thể được điều trị thành công mà không cần dùng thuốc kháng nọc độc, cũng như vết cắn của rắn đầu đồng và rắn nước. Tuy nhiên, nọc độc của rắn san hô và rắn đuôi chuông nguy hiểm hơn đòi hỏi phải có chất kháng nọc độc,

đôi khi với số lượng lớn. Các biện pháp điều trị khác bao gồm dùng kháng sinh để ngăn ngừa nhiễm trùng và tiêm nhắc lại bệnh uốn ván.

động vật biển

CON SỨA. Giấm và các chất có tính axit khác được dùng để trung hòa các nang tuyến trùng của sứa vẫn bám vào

da, sau đó được cạo sạch. Thuốc mỡ gây mê, kem kháng histamine và thuốc bôi steroid bôi lên da đôi khi có lợi. Các biện pháp khác có thể cần thiết để chống lại nhiều tác hại của vết đốt của sữa, nếu nghiêm trọng thì cần được chăm sóc y tế khẩn cấp.

cá đuối. Vết thương do cá đuối cần rửa sạch bằng nước muối rồi ngâm vào nước thật nóng khoảng 30-90 phút để trung hòa nọc độc. Sau đó, vết thương phải được bác sĩ kiểm tra để đảm bảo không còn mảnh xương sống nào.

Điều trị thay thế

Động vật chân đốt

Một số phương pháp tự chăm sóc thay thế được sử dụng để điều trị vết đốt của ong nhỏ, ong bắp cày và các vết đốt của động vật chân đốt khác, bao gồm liệu pháp hương thơm, thuốc ayurvedic, thuốc chữa hoa, thảo dược, vì lượng đồng căn và liệu pháp dinh dưỡng.

Tiên lượng

Động vật có vú

Điều trị kịp thời và nhận ra rằng ngay cả những vết cắn nhỏ cũng có thể gây ra hậu quả nghiêm trọng là chìa khóa dẫn đến kết quả tốt sau khi bị động vật có vú cắn. Vết cắn bị nhiễm trùng có thể gây tử vong nếu bị bỏ qua. Có thể cần phải phẫu thuật và nhập viện đối với những vết cắn nặng.

Động vật chân đốt

NHẬN. Ngay cả khi không điều trị, người lớn thường hồi phục vết cắn của góa phụ đen sau 2-3 ngày. Những người có nguy cơ tử vong cao nhất là trẻ nhỏ, người già và người bị huyết áp cao. Trong trường hợp bị nhện nâu cắn, nguy cơ tử vong cao nhất đối với trẻ em, mặc dù rất hiếm.

ONG VÀ ONG VÒ VẼ. Cơn đau và các triệu chứng khác khi bị ong hoặc ong bắp cày đốt thường biến mất sau vài giờ.

Tuy nhiên, những người bị dị ứng với những vết đốt như vậy có thể bị sốc phản vệ nghiêm trọng và đôi khi gây tử vong.

Rắn

Cơ hội sống sót của nạn nhân bị rắn cắn là rất lớn nếu được hỗ trợ y tế kịp thời. Tuy nhiên, một số vết cắn có thể dẫn đến cắt cụt chi, biến dạng vĩnh viễn hoặc mất chức năng ở vùng bị thương.

động vật biển

cá đuối. Nọc độc của cá đuối giết chết nạn nhân của nó trong những trường hợp hiếm hoi.

Phòng ngừa

Động vật có vú

CHÓ. Có thể giảm nguy cơ bị chó cắn bằng cách tránh chó ồm hoặc chó đi lạc, tránh xa các trận đánh chó (người ta thường bị cắn khi cố gắng tách các con vật ra) và không cư xử theo cách có thể khiêu khích hoặc khiến chó khó chịu, chẳng hạn như như vật lộn với chúng hoặc làm phiền chúng khi chúng đang ngủ, đang ăn hoặc đang chăm sóc chó con của chúng. Cần phải có những biện pháp phòng ngừa đặc biệt đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, những người không bao giờ được để chúng một mình với chó. Chó pit bull, chó rottweiler và chó chăn cừu Đức (gây ra gần một nửa số vụ chó tấn công chết người ở Hoa Kỳ trong năm 1997-2000) là những vật nuôi tiềm ẩn nguy hiểm trong các hộ gia đình có trẻ em sinh sống hoặc đến thăm. Đối với tất cả các giống chó, việc huấn luyện vâng lời cũng như thiến hoặc thiến sẽ làm giảm nguy cơ có hành vi hung hăng.

NHỮNG CON MÈO. Phòng ngừa bao gồm việc cảnh báo trẻ tránh xa những con mèo lạ và tránh chơi đùa thô bạo cũng như những hành vi khác có thể khiến mèo tức giận và khiến chúng cắn.

Động vật chân đốt

NHẬN. Các biện pháp phòng ngừa thông thường bao gồm dọn sạch mạng nhện trong gara, nhà ngoài và những nơi khác có nhện độc ưa thích; giữ tay tránh xa những nơi có thể có nhện; và khi cắm trại hoặc đi nghỉ, hãy kiểm tra quần áo, giày dép và chỗ ngủ.

ONG VÀ ONG VÒ VẼ. Khi có thể, hãy tránh các tổ ong và ong bắp cày, không ăn đồ ngọt hoặc mặc quần áo sáng màu, dùng nước hoa hoặc mỹ phẩm thu hút ong và ong bắp cày.

Bộ dụng cụ y tế khẩn cấp có chứa epinephrine tự dùng để chống sốc phản vệ luôn có sẵn cho những người bị dị ứng và họ phải luôn mang theo bên mình. Những người nghi ngờ mình bị dị ứng nên tham khảo ý kiến của bác sĩ chuyên khoa dị ứng về các mũi tiêm có thể làm giảm phản ứng với nọc độc của ong và ong bắp cày.

Rắn

Không nên nuôi rắn làm thú cưng. Các biện pháp như cắt cổ, cắt tia hàng rào và loại bỏ bụi cây khỏi sân cỏ ngăn cản rắn sống gần nơi ở của con người. Nên dùng kẹp để di chuyển chồi, gỗ, cùi, tránh để tay tiếp xúc với rắn có thể nằm bên dưới.

Tương tự, người chơi golf không bao giờ nên dùng tay để lấy bóng golf từ hồ nước vì rắn có thể ẩn náu trong đá và cỏ dại. Cần thận trọng khi đi qua những khu vực có nhiều cỏ dại, không cho trẻ em chơi đùa ở những bãi đất trống, đầy cỏ dại.

Giúp đỡ

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG
Sốc phản vệ–Một phản ứng dị ứng đe dọa tính mạng xảy ra ở những người quá mẫn cảm với vết cắn và đốt.
Thuốc kháng sinh–Các chất được sử dụng để chống lại vi khuẩn gây nhiễm trùng.
Kháng thể–Các chất được cơ thể tạo ra để chống nhiễm trùng.
Thuốc kháng histamine–Thuốc dùng để điều trị phản ứng dị ứng bằng cách chống lại một chất gọi là histamine.
Arachnid– Lớp lớn động vật chân đốt bao gồm nhện, bọ cạp, ve và ve. Loài nhện có một cơ thể được chia thành hai phần, một trong có bốn đôi chân nhưng không có râu.
Bệnh nhện–Ngộ độc do vết cắn hoặc vết đốt của một con nhện.
Nhiễm khuẩn huyết–Vi khuẩn trong máu.

Huyết thanh–Một thành phần của máu.

Hệ thống miễn dịch– Hệ thống cơ thể chống lại sự nhiễm trùng và bảo vệ cơ thể chống lại những kẻ xâm lược từ bên ngoài và bệnh tật.

Ông sát thủ –Sự lai tạo vô tình của ong châu Phi được đưa vào tự nhiên ở Nam và Bắc Mỹ vào năm 1956 và được báo cáo lần đầu tiên ở Texas vào năm 1990. Chúng lần đầu tiên được nhập khẩu bởi các nhà khoa học Brazil nhằm tạo ra một loại ong lai mới để cải thiện mật ong sản xuất.

Hạch bạch huyết –Các cơ quan nhỏ, hình thận, lọc chất lỏng gọi là hạch huyết và là một phần của cơ thể.

Mù–Một chất lỏng đặc màu vàng hoặc xanh lục bao gồm phần còn lại của các tế bào bạch cầu chết, mầm bệnh và các mảnh vụn tế bào bị phân hủy.

và những nơi khác mà rắn có thể sinh sống. Giày da và quần dài giúp bảo vệ những người đi bộ đường dài và cắm trại từ vết cắn. Tiệp cặn một con rắn, thậm chí là một con rắn đã chết, có thể nguy hiểm vì nọc độc của những con rắn vừa mới bị giết có thể vẫn hoạt động.

động vật biển

CON SÚA. Phòng chống súa đốt bao gồm tuân theo các biện cảnh bảo được dán ở bãi biển. Ngoài ra, các xúc tu của súra có thể trong suốt và dài tới 120 ft (36,5 m) dài, do đó phải hết sức thận trọng khi nhìn thấy một con súra ở gần đó.

cá đuối. Việc lê bước khi đi qua những khu vực thấp có thể có cá đuối gai độc sinh sống sẽ gây khó chịu nước, khiến con vật di chuyển trước khi có thể bước lên.

Tài nguyên

SÁCH

Holve, Steve. "Nọc độc." Trong Sách giáo khoa Y học của Cecil, Tái bản lần thứ 21, do Goldman, Lee và Bennett, J. Claude biên tập. Philadelphia: WB Saunders, 2000, 2174-2178.

Linden, Christopher H và Lovejoy, Frederick H. "Rối loạn gây ra bởi vết cắn của loài bò sát và sự dị thường của động vật biển." Trong Nguyên tắc Nội khoa của Harrison, tái bản lần thứ 14. được chỉnh sửa bởi Anthony S. Fauci, et al. New York: McGraw-Hill, 1998, 2544-2548.

Norris, Robert L, Oslund, Scott và Auerbach, Paul S.

"Sự lây nhiễm của ký sinh trùng và vết cắn và đốt của động vật chân đốt."

Trong Nguyên tắc Nội khoa của Harrison, tái bản lần thứ 14, được chỉnh sửa bởi Anthony S. Fauci, et al. New York: McGraw-Hill, 1998, 2548-2554.

Sutherland, Struan và Tibballs, James. Chất độc động vật của Úc, tái bản lần thứ 2. New York, Nhà xuất bản Đại học Oxford, 2001.

ĐỊNH KỲ

Graudins A, Padula M, Broady K, Nicholson GM. "Lưng đởm khát kháng nọc độc của nhện (*Latrodectus hasseltii*) ngăn chặn thành phần độc tố của nọc độc của nhện góp phu." Biên niên sử về y tế khẩn cấp 37(2): 154-160, 2001.

Jarvis RM, Neufeld MV, Westfall CT. "Con nhện ăn dật màu nâu cắn túi mí mắt." Nhân khoa 107(8): 1492-1496, 2000.

Kasdan ML, Kasdan NHU, Hamilton DL. "Nọc độc của cá sú tử-sụ." Phẫu thuật Tạo hình và Tái tạo 80(4): 613-614, 1987.

Máy đo DW, Hebert AA. "Côn trùng và loài nhện đốt, cắn, phá hoại và xua đuổi." Biên niên sử Nhi khoa 29(1): 39-48, 2000.

Sams HH, Dunnick CA, Smith ML, King LE. "Chủ nghĩa nhện hoại tử." Tập chí của Học viện Da liễu Hoa Kỳ 44(4): 561-573, 2001.

Sam HH. "Mười chín trường hợp *Loxosceles reclusa* được ghi nhận nọc độc." Tập chí của Học viện Da liễu Hoa Kỳ 44(4): 603-608, 2001.

TỔ CHỨC

Học viện Độc chất lâm sàng Hoa Kỳ. Công viên 777 Đông Drive, PO Box 8820, Harrisburg, PA 17105-8820. (717) 558-7750. Fax: (717) 558-7845. <<http://www.clintox.org/chim mục.html>>. hmiller@amedsoc.org.

Học viện Y học Cấp cứu Hoa Kỳ. 611 Giếng Đông Đường phố, Milwaukee, WI 53202. (800) 884-2236, Fax: (414) 276-3349. <<http://www.aaem.org/>>.

Học viện Bác sĩ Gia đình Hoa Kỳ, 11400 Tomahawk Creek Parkway, Leawood, KS 66211-2672. (913) 906- 6000. <<http://www.aafp.org/>>. fp@aafp.org.

Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ, 141 Northwest Point Boulevard, Làng Elk Grove, IL 60007-1098. (847) 434-4000, Fax: (847) 434-8000. <<http://www.aap.org/default.htm>>. trẻ emdoc@aap.org.

Hiệp hội các Trung tâm Kiểm soát Chất độc Hoa Kỳ, 3201 Mới Đại lộ Mexico NW, Washington, DC 20016. (202) 362-7217. Fax: (202) 362-8377. <<http://www.aapcc.org/>>.

Trường Cao đẳng Y tế Nghề nghiệp và Môi trường Hoa Kỳ cine. 55 Đường West Seegers, Arlington Heights, IL 60005. (708) 228-6850. Fax: (708) 228-1856. <<http://www.acoem.org/>>.

Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ, 515 N. State Street, Chicago, IL 60610. (312) 464-5000. <<http://www.ama-assn.org/>>.

KHÁC

Thành phố Phoenix, Arizona. <<http://www.ci.phoenix.az.us/FIRE/bitessna.html>>.

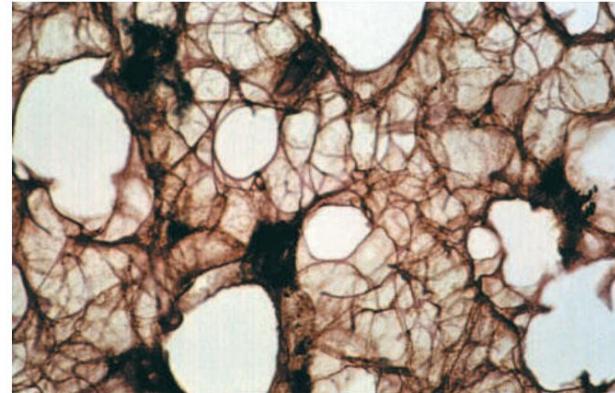
Trường Đại học Y Tây Nam. <<http://www.swmed.edu/toxicology/toxlinks.htm>> Nhóm chuyên gia về chất độc. <<http://www.pitt.edu/~mar-tint/pages/motoxorg.htm#AAPCC>>.

Đại học Sydney, Úc. <<http://www.usyd.edu.au/su/anaes/spiders.html>>.

Đại học Vanderbilt. <<http://www.mc.vanderbilt.edu/clintox/>>.

L. Fleming Fallon, Jr., MD, Tiến sĩ

Cái chết đen nhìn thấy bệnh dịch hạch



Ảnh vi mô ánh sáng của phổi người chứa các hạt bụi than hít vào (bệnh than). Các khối màu đen được hiển thị là các nhóm hạt bụi than. (Ảnh của Astrid & Hanns-Frieder Michler, Photo Studies, Inc. Được sao chép dưới sự cho phép.)

Trong những năm kể từ khi chính phủ liên bang quy định mức độ bụi trong các mỏ than, số ca mắc bệnh phổi đen đã giảm mạnh. Kể từ Đạo luật An toàn và Sức khỏe Mỏ Than Liên bang năm 1969, mức bụi trung bình đã giảm từ 8,0 mg. mỗi mét khối theo tiêu chuẩn hiện hành là 2,0 mg. trên một mét khối. Luật năm 1969 cũng thiết lập chương trình trợ cấp cho người khuyết tật phổi đen để bồi thường cho những người khai thác than bị tàn tật do tiếp xúc với bụi trong công việc.

Tuy nhiên, mặc dù có sẵn công nghệ để kiểm soát mối nguy hiểm, những người thợ mỏ vẫn có nguy cơ phát triển căn bệnh phổi này. Tuy nhiên, rõ ràng nay đã thấp hơn nhiều; ít hơn 10% thợ khai thác than có bất kỳ bằng chứng tia X nào về căn bụi than. Khi có bằng chứng như vậy, nó thường chỉ xuất hiện dưới dạng những đốm đen nhỏ dưới 0,4 inch (1 cm). đường kính và có thể là do hút thuốc chứ không phải do bụi than. Tình trạng này được gọi là "CWP đơn giản" và không dẫn đến các triệu chứng hoặc khuyết tật.

Nguyên nhân và triệu chứng

Vì các hạt bụi mịn mà người thợ mỏ hít thở khi ở trong mỏ không thể bị phá hủy trong phổi hoặc bị loại bỏ khỏi chúng mà tích tụ lại. Cuối cùng, sự tích tụ này gây ra dày lên và hình thành sẹo, khiến phổi kém hiệu quả trong việc cung cấp oxy cho máu.

Bệnh phổi đen

Sự định nghĩa

Bệnh phổi đen là tên gọi chung của bệnh bụi phổi của công nhân than (CWP) hoặc bệnh than, một bệnh về phổi của những công nhân lớn tuổi trong ngành than, do hít phải một lượng nhỏ bụi than trong nhiều năm.

Sự miêu tả

Nguy cơ mắc bệnh phổi đen liên quan trực tiếp đến lượng bụi hít vào trong nhiều năm; Căn bệnh này thường ảnh hưởng đến những người lao động trên 50 tuổi. Tên gọi chung của nó xuất phát từ thực tế là việc hít phải bụi than dày đặc khiến phổi của thợ mỏ có màu đen thay vì màu hồng khỏe mạnh. Mặc dù những người sống ở thành phố thường có một số cặn đen trong phổi do không khí ô nhiễm, nhưng những người khai thác than lại có lượng cặn đen lớn hơn nhiều.

Triệu chứng chính của bệnh là khó thở, tình trạng này dần trở nên trầm trọng hơn khi bệnh tiến triển. Trong những trường hợp nghiêm trọng, bệnh nhân có thể bị bệnh tim phổi, tình trạng tim phải phi đại và căng thẳng do bệnh phổi mãn tính. Điều này cuối cùng có thể gây ra suy tim phải.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Khí thũng—Một căn bệnh trong đó các túi khí nhỏ trong phổi bị tổn thương, dẫn đến khó thở, suy hô hấp và suy tim.

Xơ hóa—Sự phát triển của mô sẹo, thường là phản ứng với chấn thương, nhiễm trùng hoặc viêm.

Kiểm tra chức năng phổi—Một nhóm thủ tục được sử dụng để đánh giá chức năng của phổi và xác nhận sự hiện diện của một số rối loạn phổi.

Bụi silic—Một loại bụi từ silic (thạch anh kết tinh) gây ra các vấn đề về hô hấp cho công nhân trong các lĩnh vực khai thác mỏ, cát đá, khai thác đá (đặc biệt là đá granit), nổ mìn, đường bộ và các ngành xây dựng xây dựng sản xuất vật liệu mài mòn, và nông nghiệp. Hít phải bụi gây ra bệnh silicosis, một căn bệnh nghiêm trọng có thể để lại sẹo ở phổi.

Một số bệnh nhân bị khí thũng (một căn bệnh trong đó các túi khí nhỏ trong phổi bị tổn thương, dẫn đến khó thở, suy hô hấp và suy tim) là một biến chứng của bệnh phổi đen. Những người khác phát triển một loại bệnh phổi đen nghiêm trọng gọi là xơ hóa nặng tiền triều, trong đó tổn thương vẫn tiếp tục xảy ra ở phần trên của phổi ngay cả khi đã ngừng tiếp xúc với bụi. Các nhà khoa học không chắc chắn nguyên nhân gây ra biến chứng nghiêm trọng này. Một số người cho rằng nguyên nhân có thể là do hít phải hỗn hợp than và bụi silic được tìm thấy ở một số mỏ. Silica có nhiều khả năng dẫn đến sẹo hơn so với chỉ riêng bụi than.

Chẩn đoán

Bệnh phổi đen có thể được chẩn đoán bằng cách kiểm tra tiền sử tiếp xúc với bụi than của bệnh nhân, sau đó chụp X-quang ngực để phát hiện xem có các đốm đặc trưng trong phổi do bụi than gây ra hay không. Xét nghiệm chức năng phổi có thể hỗ trợ chẩn đoán.

Tia X có thể phát hiện bệnh phổi đen trước khi nó gây ra bất kỳ triệu chứng nào. Nếu ngừng tiếp xúc với bụi vào thời điểm đó, sự tiến triển của bệnh có thể được ngăn chặn.

Sự đối đãi

Không có cách điều trị hoặc chữa khỏi tình trạng này, mặc dù có thể điều trị các biến chứng như nhiễm trùng phổi và bệnh tâm phế. Phải ngừng tiếp xúc nhiều hơn với bụi than.

Tiên lượng

Những người khai thác có CWP đơn giản có thể có cuộc sống bình thường. Tuy nhiên, những bệnh nhân mắc bệnh phổi đen khi còn nhỏ hoặc bị xơ hóa nặng tiền triều có nguy cơ tử vong sớm cao hơn.

Phòng ngừa

Cách duy nhất để ngăn ngừa bệnh phổi đen là tránh tiếp xúc lâu dài với bụi than. Các mỏ than có thể giúp ngăn ngừa tình trạng này bằng cách giảm mức độ bụi than và cung cấp quần áo bảo hộ cho thợ mỏ than.

Tài nguyên**SÁCH**

Cẩm nang Merck. tái bản lần thứ 6. Ed. Robert Berkow, et. al. Rahway, NJ: Merck và Co., Inc., 1992.

TỔ CHỨC

Cơ quan Quản lý An toàn và Sức khỏe Mỏ. 4015 Đại lộ Wilson.

Arlington, VA 22203. (703) 235-1910. <<http://www.msha.gov>>.

Carol A. Turkington

Sỏi băng quang Xem sỏi băng quang**Ung thư băng quang****Sự định nghĩa**

Ung thư băng quang là căn bệnh trong đó các tế bào lót băng quang mất khả năng điều chỉnh sự phát triển và bắt đầu phân chia không kiểm soát. Sự tăng trưởng bất thường này dẫn đến một khối tế bào hình thành khối u.

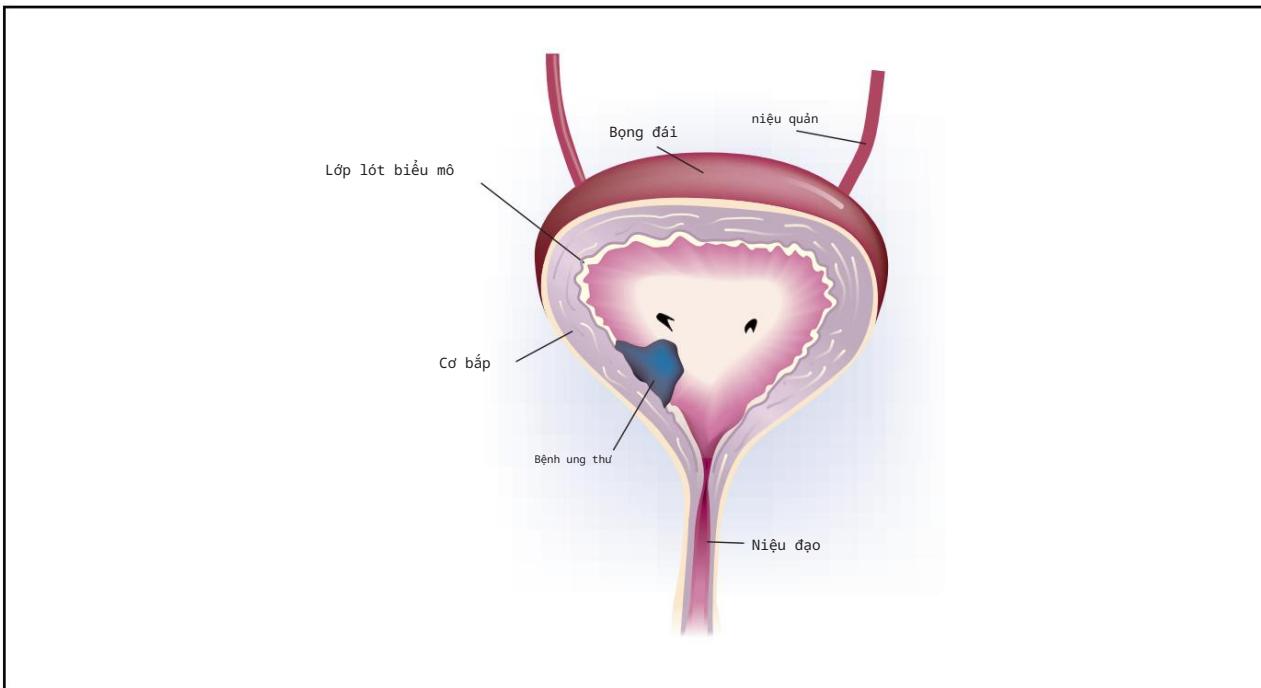
Sự miêu tả

Ung thư băng quang là loại ung thư phổ biến thứ năm ở Hoa Kỳ. Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (ACS) ước tính rằng vào năm 1998, có khoảng 55.000 trường hợp ung thư băng quang mới được chẩn đoán và sẽ gây ra ít nhất 12.500 ca tử vong. Bệnh này phổ biến ở nam giới gấp ba lần so với nữ giới và tỷ lệ mắc bệnh cũng cao hơn ở người da trắng.

Băng quang là một cơ quan rỗng có chức năng lưu trữ nước tiểu từ thận cho đến khi bài tiết ra khỏi cơ thể. Hai ông gọi là niệu quản đưa nước tiểu từ thận đến băng quang. Niệu đạo dẫn nước tiểu từ băng quang ra bên ngoài cơ thể.

Ung thư băng quang có tỷ lệ tái phát rất cao.

Ngay cả sau khi các khối u bề mặt được loại bỏ hoàn toàn,



Ung thư bàng quang ở lớp lót bên trong của bàng quang. (Minh họa của Argosy Inc.)

có 75% khả năng các khối u mới sẽ phát triển ở các khu vực khác của bàng quang. Vì vậy, bệnh nhân cần được chăm sóc theo dõi thường xuyên và kỹ lưỡng.

Nguyên nhân và triệu chứng

Mặc dù nguyên nhân chính xác của ung thư bàng quang vẫn chưa được biết rõ, nhưng những người hút thuốc có nguy cơ mắc bệnh cao gấp đôi so với những người không hút thuốc. Do đó, hút thuốc được coi là yếu tố nguy cơ lớn nhất gây ung thư bàng quang. Những công nhân tiếp xúc với một số hóa chất được sử dụng trong ngành nhuộm và trong ngành cao su, da, dệt và sơn được cho là có nguy cơ mắc ung thư bàng quang cao hơn. Bệnh cũng phổ biến ở nam giới gấp 3 lần so với nữ giới; người da trắng cũng có nguy cơ già tăng. Nguy cơ ung thư bàng quang tăng theo tuổi tác. Hầu hết các trường hợp được tìm thấy ở những người từ 50-70 tuổi.

Nhiễm trùng tiết niệu thường xuyên, sỏi thận và bàng quang cũng như các tình trạng khác gây kích ứng bàng quang lâu dài có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư bàng quang. Tiền sử có khối u trong bàng quang cũng có thể làm tăng nguy cơ mắc các khối u khác.

Một trong những dấu hiệu cảnh báo đầu tiên của ung thư bàng quang là có máu trong nước tiểu. Đôi khi, lượng máu trong nước tiểu đủ để chuyển màu nước tiểu sang màu đỏ vàng hoặc đỏ sẫm. Vào những thời điểm khác, màu sắc của nước tiểu có vẻ bình thường nhưng xét nghiệm hóa học trong nước tiểu cho thấy sự hiện diện của các tế bào máu. Thay đổi thói quen đi tiểu như đau

đi tiểu, tần suất đi tiểu tăng và cảm giác muốn đi tiểu nhưng không thể đi tiểu được là một số dấu hiệu có thể có của bệnh ung thư bàng quang. Tất cả những triệu chứng này cũng có thể do các tình trạng khác không phải ung thư gây ra, nhưng điều quan trọng là phải đi khám bác sĩ và đánh giá các triệu chứng. Khi được phát hiện sớm và điều trị thích hợp, người bệnh có cơ hội khỏi bệnh hoàn toàn rất cao.

Chẩn đoán

Nếu bác sĩ có bất kỳ lý do nào để nghi ngờ ung thư bàng quang, ông ta có thể sử dụng một số xét nghiệm để tìm hiểu xem bệnh có hiện diện hay không. Bước đầu tiên, lịch sử y tế đầy đủ sẽ được thực hiện để kiểm tra bất kỳ yếu tố nguy cơ nào. Một cuộc kiểm tra thể chất kỹ lưỡng sẽ được tiến hành để đánh giá tất cả các dấu hiệu và triệu chứng. Xét nghiệm mẫu nước tiểu trong phòng thí nghiệm sẽ giúp loại trừ sự hiện diện của nhiễm trùng do vi khuẩn. Trong xét nghiệm tế bào học nước tiểu, nước tiểu được kiểm tra dưới kính hiển vi để tìm bất kỳ tế bào bất thường hoặc ung thư nào. Một ống thông (ống) có thể được đưa vào bàng quang qua niệu đạo và dung dịch muối được đưa qua đó để rửa bàng quang. Dung dịch sau đó có thể được thu thập và kiểm tra dưới kính hiển vi

phạm vi để kiểm tra sự hiện diện của bất kỳ tế bào ung thư.

Xét nghiệm được gọi là chụp thận tĩnh mạch (IVP) là xét nghiệm chụp X-quang được thực hiện sau khi thuốc nhuộm được tiêm vào dòng máu qua tĩnh mạch ở cánh tay. Thuốc nhuộm đi qua dòng máu và sau đó đến thận để bài tiết. Nó phác thảo rõ ràng thận,

niệu quản, bàng quang và niệu đạo. Chụp X-quang nhiều lần để phát hiện bất kỳ sự bất thường nào trong niêm mạc của các cơ quan này.

Bác sĩ có thể sử dụng một thủ thuật được gọi là nội soi bàng quang để xem bên trong bàng quang. Một ống sáng mỏng được đưa vào bàng quang qua niệu đạo. Nếu nhìn thấy bất kỳ khối mô nào đáng ngờ, một mảnh mô nhỏ có thể được lấy ra khỏi nó bằng một cặp kẹp sinh thiết. Sau đó, mô này được kiểm tra bằng kính hiển vi để xác minh xem có ung thư hay không và nếu có thì xác định loại ung thư.

Nếu ung thư được phát hiện và có bằng chứng cho thấy nó đã di căn (lan rộng) đến các vị trí xa trong cơ thể, các xét nghiệm hình ảnh như chụp X quang ngực, chụp cắt lớp vi tính (CT) và chụp cộng hưởng từ (MRI) có thể được thực hiện để xác định cơ quan nào bị ảnh hưởng. Ung thư bàng quang thường có xu hướng lây lan đến phổi, gan và xương.

Sự đối đãi

Điều trị ung thư bàng quang phụ thuộc vào giai đoạn của khối u. Tiền sử bệnh, tình trạng sức khỏe tổng thể và sở thích cá nhân của bệnh nhân cũng được tính đến khi quyết định kế hoạch điều trị thích hợp.

Ba phương thức điều trị tiêu chuẩn dành cho bệnh ung thư bàng quang là phẫu thuật, xạ trị và hóa trị. Ngoài ra, các phương pháp điều trị mới hơn như liệu pháp quang động và liệu pháp miễn dịch cũng đang được nghiên cứu trong các thử nghiệm lâm sàng.

Phẫu thuật chỉ được coi là một lựa chọn khi bệnh ở giai đoạn đầu. Nếu khối u khu trú ở một khu vực nhỏ và chưa lan đến các lớp bên trong của bàng quang thì phẫu thuật sẽ được thực hiện mà không cần mổ bụng. Một ống soi tế bào được đưa vào bàng quang qua niệu đạo và khối u được cắt bỏ qua đó. Thủ tục này được gọi là cắt bỏ xuyên qua niệu đạo (TUR). Việc truyền chùm tia laser năng lượng cao qua máy soi tế bào và đốt tế bào ung thư có thể điều trị bất kỳ bệnh ung thư nào còn sót lại. Thủ tục này được gọi là điện hóa. Nếu ung thư đã xâm lấn vào thành bàng quang, phẫu thuật sẽ được thực hiện thông qua vết mổ ở bụng. Ung thư không lớn lắm có thể được loại bỏ bằng cách cắt bỏ một phần bàng quang, một thủ thuật trong đó một phần của bàng quang được cắt bỏ. Nếu ung thư lớn hoặc xuất hiện ở nhiều vùng của bàng quang, phẫu thuật cắt bàng quang triệt để sẽ được thực hiện. Trong ca phẫu thuật này, ngoài toàn bộ bàng quang, các cơ quan lân cận cũng có thể bị cắt bỏ. Ở nam giới, tuyến tiền liệt bị cắt bỏ, trong khi ở phụ nữ, tử cung, buồng trứng và ống dẫn trứng bị cắt bỏ.

Nếu toàn bộ bàng quang bị cắt bỏ thì phải tạo một nơi lưu trữ thay thế để lưu trữ nước tiểu trước khi đào thải ra khỏi cơ thể. Để làm điều này, một đoạn ruột được chuyển thành một chiếc túi nhỏ và gắn vào niệu quản. Điều này sau đó được kết nối với một

ing (stoma) được tạo ra ở thành bụng. Thủ tục này được gọi là phẫu thuật thông niệu đạo. Trong một số thủ thuật mở đường tiết niệu, nước tiểu từ túi ruột được dẫn vào một túi đặt trên lỗ thoát ở thành bụng. Túi được giấu dưới quần áo và thỉnh thoảng bệnh nhân phải đỗ nó ra. Trong một thủ thuật khác, nước tiểu được thu thập trong túi ruột nhưng không có túi ở bên ngoài bụng. Bệnh nhân phải làm trống túi ruột bằng cách đặt ống dẫn lưu qua lỗ thoát.

Xạ trị sử dụng tia năng lượng cao để tiêu diệt tế bào ung thư thường được sử dụng sau phẫu thuật để tiêu diệt bất kỳ tế bào ung thư nào còn sót lại có thể chưa được loại bỏ trong quá trình phẫu thuật. Nếu khối u nằm ở vị trí gây khó khăn cho việc phẫu thuật hoặc nếu khối u có kích thước lớn thì có thể sử dụng tia xạ trước khi phẫu thuật để thu nhỏ khối u. Trong trường hợp ung thư bàng quang tiến triển, xạ trị được sử dụng để giảm bớt các triệu chứng như đau, chảy máu hoặc tắc nghẽn. Bức xạ có thể được cung cấp bởi bức xạ chùm tia bên ngoài trong đó nguồn bức xạ ở bên ngoài cơ thể tập trung bức xạ vào khu vực của khối u. Đôi khi, một viên nhả chất phóng xạ có thể được đặt trực tiếp vào khối u. Điều này được gọi là xạ trị kẽ.

Hóa trị sử dụng thuốc chống ung thư để tiêu diệt các tế bào ung thư có thể đã di cư đến các vị trí xa. Thuốc được đưa vào máu bằng cách tiêm vào tĩnh mạch ở cánh tay hoặc dùng đường uống dưới dạng thuốc viên.

Nhìn chung, sự kết hợp nhiều loại thuốc sẽ hiệu quả hơn bất kỳ loại thuốc đơn lẻ nào trong điều trị ung thư bàng quang. Hóa trị có thể được thực hiện sau phẫu thuật để tiêu diệt bất kỳ tế bào ung thư nào còn sót lại. Nó cũng có thể được tiêm ngay cả khi không còn thấy tế bào ung thư nào còn sót lại. Đây được gọi là hóa trị bổ trợ. Thuốc chống ung thư, bao gồm thiotepa, doxorubicin và mitomycin, cũng có thể được tiêm trực tiếp vào bàng quang (hóa trị trong bàng quang) để điều trị các khối u bề mặt.

Liệu pháp miễn dịch hoặc liệu pháp sinh học, sử dụng các tế bào miễn dịch của chính cơ thể để chống lại bệnh tật. Để điều trị ung thư bàng quang bề ngoài, trực khuẩn Calmette-Guerin (BCG) có thể được tiêm trực tiếp vào bàng quang. BCG là một chủng trực khuẩn lao đã bị suy yếu (suy yếu), có tác dụng kích thích hệ thống miễn dịch của cơ thể chống lại ung thư. Liệu pháp này đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc kiểm soát ung thư bàng quang bề ngoài.

Điều trị bàng quang động là một phương pháp điều trị mới sử dụng các hóa chất và ánh sáng đặc biệt để tiêu diệt các tế bào ung thư. Đầu tiên, một loại thuốc được đưa vào bàng quang khiến tế bào ung thư nhạy cảm hơn với ánh sáng. Sau đó, một ánh sáng đặc biệt được chiếu vào bàng quang nhằm tiêu diệt các tế bào ung thư.

Tiền lượng

Khi được phát hiện ở giai đoạn đầu, tiền lượng bệnh ung thư bàng quang là rất tốt. Ít nhất 94% số người

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Sinh thiết—Việc phẫu thuật cắt bỏ và kiểm tra bằng kính hiển vi mô sống cho mục đích chẩn đoán.

Hóa trị—Điều trị bằng thuốc chống bệnh ung thư.

Chụp cắt lớp vi tính (CT)—Một thủ thuật y tế trong đó một loạt tia X được chụp và ghép lại với nhau bằng máy tính để tạo thành hình ảnh chi tiết về các khu vực bên trong cơ thể.

Nội soi bằng quang—Một thủ tục chẩn đoán trong đó một ống có ánh sáng thấp (ống soi bằng quang) được sử dụng để nhìn vào bên trong bàng quang và niệu đạo.

Đốt điện—Một quy trình sử dụng chùm tia laser năng lượng cao để đốt cháy mô ung thư.

Liệu pháp miễn dịch—Điều trị ung thư bằng cách kích thích hệ thống phòng thủ miễn dịch của cơ thể.

Chụp thận tĩnh mạch (IVP)—Một thủ thuật trong đó thuốc nhuộm được tiêm vào tĩnh mạch ở cánh tay. Thuốc nhuộm đi qua cơ thể và sau đó tập trung trong nước tiểu để bài tiết. Nó phác thảo thận, niệu quản và bàng quang tiết niệu. Sau đó, chụp X-quang vùng xương chậu và phát hiện bất kỳ dấu hiệu bất thường nào của đường tiết niệu.

Chụp cộng hưởng từ (MRI)—Một thủ tục y tế được sử dụng cho mục đích chẩn đoán trong đó hình ảnh của các khu vực bên trong cơ thể có thể được tạo ra bằng cách sử dụng nam châm liên kết với máy tính.

Cắt bàng quang một phần—Một thủ tục phẫu thuật trong đó mô ung thư được loại bỏ bằng cách cắt bỏ một phần nhỏ của bàng quang.

Liệu pháp quang động—Một phương thức điều trị mới trong đó sự kết hợp giữa tia sáng đặc biệt và thuốc được sử dụng để tiêu diệt các tế bào ung thư. Đầu tiên, các loại thuốc làm cho tế bào ung thư nhạy cảm hơn với tia sáng sẽ được đưa vào bàng quang. Sau đó ánh sáng được chiếu vào bàng quang để tiêu diệt tế bào.

Xạ trị—Điều trị bằng cách sử dụng bức xạ năng lượng cao từ máy X-quang, coban, radium hoặc các nguồn khác.

Cắt bàng quang triệt để—Một thủ tục phẫu thuật được sử dụng khi ung thư ở nhiều vùng của bàng quang. Cùng với bàng quang, các cơ quan lân cận cũng bị cắt bỏ. Ở nam giới, tuyến tiền liệt sẽ bị cắt bỏ, trong khi ở phụ nữ, buồng trứng, ống dẫn trứng và tử cung có thể bị cắt bỏ.

Stoma—Một lỗ nhân tạo giữa hai khoang hoặc giữa một khoang và bề mặt của cơ thể.

Cắt bỏ qua niệu đạo—Một thủ tục phẫu thuật để loại bỏ mô bất thường khỏi bàng quang. Kỹ thuật này bao gồm việc đưa một dụng cụ gọi là máy soi té bào vào bàng quang qua niệu đạo và khôi u được cắt bỏ qua đó.

Urostomy—Một thủ tục phẫu thuật bao gồm cắt niệu quản từ bàng quang và nối chúng với một lỗ (xem Stoma) trên bụng, cho phép nước tiểu chảy vào túi đựng.

sống sót từ 5 năm trở lên sau chẩn đoán ban đầu. Tuy nhiên, nếu bệnh đã lan sang các mô lân cận thì tỷ lệ sống sót giảm xuống còn 49%. Nếu nó đã di căn đến các cơ quan xa như phổi và gan, thông thường chỉ có 6% bệnh nhân sống sót sau 5 năm trở lên.

Phòng ngừa

Vì chúng ta không biết chính xác nguyên nhân gây ung thư bàng quang nên không có cách nào chắc chắn để ngăn ngừa bệnh này. Tránh các yếu tố rủi ro bất cứ khi nào có thể là giải pháp thay thế tốt nhất.

Vì hút thuốc làm tăng gấp đôi nguy cơ mắc bệnh ung thư bàng quang nên việc tránh hút thuốc có thể ngăn ngừa ít nhất một nửa số ca tử vong do ung thư bàng quang. Thực hiện các biện pháp phòng ngừa an toàn thích hợp khi làm việc với các hóa chất hữu cơ gây ung thư là một cách khác để ngăn ngừa bệnh.

Nếu một người có tiền sử ung thư bàng quang hoặc đã tiếp xúc với hóa chất gây ung thư thì người đó được coi là có nguy cơ mắc ung thư bàng quang cao hơn. Tương tự, sỏi thận, nhiễm trùng tiết niệu thường xuyên và các tình trạng khác gây kích ứng bàng quang lâu dài cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Trong những trường hợp như vậy, nên thực hiện các xét nghiệm sàng lọc thường xuyên như té bào học nước tiểu, soi nang và chụp X quang đường tiết niệu để có thể phát hiện ung thư bàng quang ở giai đoạn đầu và điều trị thích hợp.

Tài nguyên

SÁCH

Berkow, Robert, chủ biên. *Cẩm nang chẩn đoán và điều trị* của Merck. tái bản lần thứ 16 Rahway, NJ: Phòng thí nghiệm nghiên cứu Merck, 1992.

kiếng

Dollinger, Malin và cộng sự. Hướng dẫn điều trị ung thư cho mọi người: Cách chẩn đoán, điều trị và quản lý ung thư hàng ngày. tái bản lần thứ 3. Thành phố Kansas: Andres & McMeel, 1998.

Morra, Marion E., và Eve Potts. Lựa chọn: Sách nguồn mới, cập nhật nhất về thông tin về bệnh ung thư. New York: Sách Avon, 1994.

Murphy, Gerald P., Lois B. Morris và Dianne Lange. Những quyết định sáng suốt: Sách hoàn chỉnh về chẩn đoán, điều trị và phục hồi ung thư. New York: Viking, 1997.

TỔ CHỨC

Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ. 1599 Clifton Rd., NE, Atlanta, GA 30329-4251. (800) 227-2345. <<http://www.cancer.org>>.

Tổ chức bệnh tiết niệu Hoa Kỳ. 300 W. Pratt St., Suite 401. Baltimore, MD 21201. Điện thoại: (800)-828-7866.

Viện nghiên cứu ung thư. 681 Đại lộ số 5, New York, NY 10022. (800) 992-2623. <<http://www.cancerresearch.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>>.

Cơ quan thông tin thông tin về bệnh thận và tiết niệu quốc gia (NKUDIC). 3 Đường thông tin, Bethesda, MD 20892-3580. (800) 891-5388. <<http://www.niddk.nih.gov/health/urolog/pubs/kuorg/kuorg.htm>>.

Oncolink. Trung tâm Ung thư Đại học Pennsylvania. <<http://cancer.med.upenn.edu>>.

KHÁC "Ung

thư bàng quang." Trang Viện Ung thư Quốc gia. <<http://www.nci.nih.gov>>.

"Sự kiện và số liệu về ung thư năm 1998." Trang Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ. <<http://www.cancer.org>>.

Lata Cherath, Tiến sĩ

Cắt bỏ bàng quang xem Cắt bàng quang
Cắt bàng quang xem Cắt bàng quang qua niệu đạo

Sỏi bàng quang

Sự định nghĩa

Sỏi bàng quang là những khối tinh thể hình thành từ các khoáng chất và protein xuất hiện tự nhiên trong nước tiểu. Những loại sỏi này ít phổ biến hơn nhiều so với sỏi thận.

Sự miêu tả

Sỏi bàng quang có thể hình thành ở bất kỳ vị trí nào trong đường tiết niệu trước khi lắng đọng vào bàng quang. Chúng bắt đầu như những hạt nhô có kích thước bằng một hạt cát, nhưng chúng có thể có đường kính lớn hơn một inch. Những viên đá này có thể

chặn dòng nước tiểu gây đau và khó tiêu. Chúng cũng có thể làm xước thành bàng quang, dẫn đến chảy máu hoặc nhiễm trùng.

Nguyên nhân và triệu chứng

Mặc dù nguyên nhân chính xác của sự hình thành sỏi bàng quang chưa được hiểu rõ hoàn toàn, sỏi bàng quang thường xảy ra do nhiễm trùng đường tiết niệu (UTI), tắc nghẽn đường tiết niệu, phì đại tuyến tiền liệt ở nam giới hoặc sự hiện diện của dị vật trong bàng quang. đường tiết niệu. Chế độ ăn uống và lượng chất lỏng uống vào cũng có vé là những yếu tố quan trọng trong sự phát triển của sỏi bàng quang.

95% sỏi bàng quang xảy ra ở nam giới, hầu hết đều có tuyến tiền liệt phì đại hoặc nhiễm trùng tiết niệu. Những viên đá này hiếm khi được nhìn thấy ở trẻ em hoặc người Mỹ gốc Phi. Những người bị bệnh gút có thể phát triển sỏi bàng quang có thành phần gần như hoàn toàn là axit uric.

Các triệu chứng của sỏi bàng quang có thể trở nên rõ ràng khi thành bàng quang bị trầy xước hoặc khi đường tiết niệu bị sỏi cản trở. Những triệu chứng này bao gồm:

- nước tiểu có màu sẫm bất thường

- có máu trong nước tiểu

- khó tiêu • thường xuyên

- muốn đi tiểu

- đau bụng dưới • đau hoặc

- khó chịu ở dương vật

Một số người bị sỏi bàng quang cũng có thể gặp phải tình trạng mất khả năng kiểm soát việc đi tiểu (tiểu không tự chủ).

Chẩn đoán

Việc chẩn đoán sỏi bàng quang thường được thực hiện sau khi khám thực thể, có thể bao gồm khám trực tràng để kiểm tra sự phì đại của tuyến tiền liệt.

Sau đó, xét nghiệm nước tiểu được sử dụng để xác định xem có máu hay dấu hiệu nhiễm trùng tiểu trong nước tiểu hay không. Nếu nghi ngờ có sỏi bàng quang, có thể chỉ định chụp X quang bàng quang hoặc vùng chậu. Những viên sỏi đủ lớn để gây ra vấn đề về chức năng tiết niệu hầu như luôn được phát hiện bằng tia X.

Sự đối đãi

Nhiều sỏi bàng quang có thể được đào thải ra khỏi cơ thể qua nước tiểu. Những người bị sỏi bàng quang nhỏ sẽ được yêu cầu tăng lượng chất lỏng nạp vào ít nhất 6 đến 8 ly nước mỗi ngày để tăng lượng nước tiểu. Nếu sỏi không biến mất sau hai tuần, hoặc nếu

các triệu chứng của bệnh nhân trở nên nặng hơn, có thể cần phải điều trị y tế thêm.

Sỏi bàng quang lớn hoặc sỏi nhỏ mà bệnh nhân không thể thải qua nước tiểu, có thể bị vỡ thành những viên sỏi nhỏ hơn bằng siêu âm (sóng xung kích). Những viên sỏi nhỏ hơn này sau đó có thể đi qua nước tiểu. Những viên sỏi không thể vỡ ra thành từng mảnh bằng các phương pháp này hoặc bệnh nhân không thể vượt qua được có thể phải phẫu thuật cắt bỏ.

Điều trị thay thế

Các phương pháp điều trị bàng quang được truyền thống cho sỏi bàng quang bao gồm hạt cần tây và đuôi ngựa. Ngoài ra, vì việc làm rỗng bàng quang không đầy đủ có thể gây ra sỏi bàng quang, nhiều bệnh nhân có thể được hưởng lợi từ các phương pháp và biện pháp khắc phục nhằm cải thiện chức năng tổng thể của bàng quang. Chúng bao gồm các bài tập Kegel, được sử dụng để tăng cường các cơ liên quan đến việc đi tiểu; các chất bổ sung thảo dược (ngô, hoa cầm tú cầu, quả bách xù, rau mùi tây và uva ursi) được sử dụng để tăng lưu lượng nước tiểu và loại bỏ cặn từ bàng quang; và, việc tiêu thụ nước ép nam việt quất và / hoặc nước chanh tươi, không đường. Nước ép nam việt quất giúp kiểm soát nhiễm trùng đường tiết niệu và chứa một chất hóa học bao phủ thành bàng quang, khiến chúng có khả năng chống nhiễm trùng tốt hơn.

Nước chanh giúp làm sạch hệ thống tiết niệu.

Tiên lượng

Hầu hết sỏi bàng quang có thể được đào thải ra khỏi cơ thể qua nước tiểu mà không gây tổn thương vĩnh viễn cho bàng quang hoặc phần còn lại của đường tiết niệu. Tuy nhiên, hầu hết sỏi bàng quang đều phát sinh từ một tình trạng bệnh lý tiềm ẩn. Vì vậy, nếu tình trạng bệnh lý này không được điều trị thì khoảng một nửa số bệnh nhân sẽ bị tái phát sỏi bàng quang trong vòng 5 năm.

Phòng ngừa

Trong một số trường hợp, sỏi bàng quang có thể được ngăn ngừa bằng cách bệnh nhân được điều trị y tế kịp thời đối với tuyến tiền liệt phì đại hoặc UTI. Việc uống ít nhất sáu đến tám ly nước mỗi ngày và/hoặc uống nước ép nam việt quất thường xuyên có thể giúp ngăn ngừa tái phát sỏi bàng quang.

Tài nguyên

SÁCH

Ross, Linda M. và Peter Dresser, biên tập. Sách nguồn về rối loạn và các bệnh về thận và đường tiết niệu. Detroit, MI: Omnipress, Inc., 1997.

ĐỊNH KÝ

Schwartz, BF và ML Stoller. "Tính toán bàng quang." Phòng khám Uro-logic ở Bắc Mỹ 27 (tháng 5 năm 2000): 333-46.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Bàng quang—Một cơ quan nhỏ đóng vai trò là nơi chứa nước tiểu trước khi nó thoát ra khỏi cơ thể khi đi tiểu.

Tuyến tiền liệt—Một tuyến nhỏ trong bộ phận sinh dục nam góp phần sản xuất tinh dịch.

Đường tiết niệu—Hệ thống các cơ quan sản xuất và thải nước tiểu ra khỏi cơ thể. Hệ thống này bắt đầu ở thận, nơi hình thành nước tiểu; đi qua bàng quang; và kết thúc ở niệu đạo, nơi nước tiểu được thải ra ngoài.

TỔ CHỨC

Tổ chức bệnh tiết niệu Hoa Kỳ. 1128 Bắc

Phó Charles, Baltimore, Maryland 21201. (410) 468-1800.

Fax: (410) 468-1808. <<http://www.afud.org/>>.

KHÁC

"Sỏi bàng quang." Thông tin sức khỏe MEDLINEplus. <<http://medlineplus.adam.com/ency/article/001275.htm>>. (12 tháng 5 năm 2001).

Paul A. Johnson

Đào tạo bàng quang

Sự định nghĩa

Luyện tập bàng quang là một kỹ thuật điều trị thay đổi hành vi đối với tình trạng tiểu không tự chủ, bao gồm việc đặt bệnh nhân vào lịch trình đi vệ sinh. Khoảng thời gian giữa các lần đi tiểu được tăng dần để rèn luyện cho bệnh nhân khả năng nhịn tiểu.

Mục đích

Luyện tập bàng quang được sử dụng để điều trị tình trạng tiểu không tự chủ. Tình trạng tiểu không tự chủ cấp bách xảy ra khi một cá nhân cảm thấy cần đi tiểu đột ngột và không thể kiểm soát được cảm giác muốn đi tiểu và do đó, vô tình mất nước tiểu trước khi đi vệ sinh.

Các biện pháp phòng ngừa

Tình trạng không tự chủ có thể được kiểm soát thông qua một số lựa chọn điều trị xâm lấn và không xâm lấn, bao gồm các bài tập Kegel, phản hồi sinh học, huấn luyện bàng quang, dùng thuốc, các thiết bị không tự chủ có thể chèn vào và phẫu thuật. Mỗi bệnh nhân phải trải qua quá trình chẩn đoán đầy đủ để

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Phản hồi sinh học–Đào tạo phản hồi sinh học theo dõi nhiệt độ và sự co cơ ở âm đạo để giúp bệnh nhân không kiểm soát được cơ xương chậu của họ.

Các bài tập cơ vùng chậu – Các bài tập làm săn chắc và săn chắc cơ sàn chậu hoặc cơ đáy chậu.

Còn được gọi là bài tập cơ Kegel và PC.

xác định loại và nguyên nhân của tình trạng không tự chủ để xác định liệu trình điều trị tốt nhất.

Mô tả Huấn luyện

bàng quang có thể được chỉ định và thực hiện bởi bác sĩ da khoa, bác sĩ tiết niệu hoặc bác sĩ tiết niệu. Một lịch trình đi tiểu được tạo ra cho bệnh nhân. Lịch trình thường bắt đầu với khoảng thời gian khá ngắn giữa các lần đi vệ sinh (ví dụ: một giờ). Ngay sau khi bệnh nhân có thể liên tục ở lại lục địa trong vài ngày tại một khoảng thời gian đi vệ sinh nhất định, khoảng thời gian sẽ tăng lên. Việc rèn luyện bàng quang tiếp tục cho đến khi bệnh nhân thường xuyên tiêu tiện được trong khoảng thời gian mà họ cảm thấy thoải mái.

Sự chuẩn bị

Đánh giá đầy đủ để xác định nguyên nhân gây tiêu không tự chủ là rất quan trọng để điều trị thích hợp. Nên khai thác bệnh sử và khám thực thể kỹ lưỡng đối với những bệnh nhân đang cân nhắc việc tập luyện bàng quang.

Xét nghiệm chẩn đoán có thể bao gồm chụp X-quang, siêu âm, xét nghiệm nước tiểu và khám thực thể vùng chậu. Nó có thể bao gồm một loạt các bài kiểm tra được gọi là xét nghiệm huyết động học để đo áp lực và dung tích bàng quang cũng như lưu lượng nước tiểu. Bệnh nhân cũng có thể được yêu cầu ghi nhật ký về lượng nước tiểu, tần suất đi tiểu cũng như các lần tiểu không tự chủ trong khoảng thời gian vài ngày hoặc một tuần.

Rủi ro

Việc rèn luyện bàng quang có thể không thành công ở tất cả các bệnh nhân bị tiểu không kiểm soát do cấp bách. Những bệnh nhân thể hiện mong muốn mạnh mẽ để kiểm soát khả năng tự chủ của mình và cam kết gắn bó với một chương trình tập luyện có xu hướng đạt được thành công cao nhất với việc tập luyện bàng quang.

Kết quả bình thường

Những bệnh nhân trải qua quá trình huấn luyện bàng quang thành công sẽ có được khả năng kiểm soát hoàn toàn hoặc cải thiện việc đi tiểu của mình. Trong một số

trong các trường hợp, phương pháp điều trị thay thế bồ sung như phản hồi sinh học hoặc các bài tập cơ vùng chậu có thể được khuyến nghị để bồ sung cho tiến trình đạt được trong quá trình rèn luyện bàng quang.

Tài nguyên

SÁCH

Blaivas, Jerry. Khắc phục các vấn đề về bàng quang và tuyến tiền liệt:

Hướng dẫn có thẩm quyền dành cho nam giới và phụ nữ. New York: Hội nghị toàn thế, 1998.

King, Barbara và Judy Harke. Đôi phó với các vấn đề về ruột và bàng quang. San Diego: Nhóm xuất bản số ít, 1994.

ĐỊNH KỲ

Lạ lùng, Carolyn J. "Có thể kiểm soát được tình trạng tiểu không tự chủ." Người tiêu dùng FDA 31 (tháng 7/tháng 8 năm 1997): 28-31.

TỔ CHỨC

Tổ chức bệnh tiết niệu Hoa Kỳ. 1128 Bắc Charles St., Baltimore, MD 21201. (800) 242-2383. <<http://www.afud.org>>.

Hiệp hội quốc gia về lục địa. PO Box 8310, Spartanburg, SC 29305-8310. (800) 252-3337. <<http://www.nafc.org>>.

Cơ quan thông tin thông tin về bệnh thận và tiết niệu quốc gia (NKUDIC). 3 Đường thông tin, Bethesda, MD 20892-3580. (800) 891-5388. <<http://www.niddk.nih.gov/health/urolug/pubs/kuorg/kuorg.htm>>.

Paula Anne Ford-Martin

Blastomycosis xem Blastomycosis

Bệnh blastomycosis

Sự định nghĩa

Blastomycosis là một bệnh nhiễm trùng do hít phải các hạt cực nhỏ (bào tử) do nấm Blastomycetes dermatitidis tạo ra. Bệnh blastomycosis có thể chỉ giới hạn ở phổi hoặc cũng có thể liên quan đến da và xương. Ở dạng nghiêm trọng nhất, nhiễm trùng có thể lây lan khắp cơ thể và liên quan đến nhiều hệ thống cơ quan (toàn thân).

Sự miêu tả

Blastomycosis là một bệnh nhiễm nấm do Blastomycetes dermatitidis gây ra. Mặc dù chủ yếu là bệnh lây qua không khí nhưng nông dân và người làm vườn có thể bị nhiễm bệnh do tiếp xúc với bào tử trong đất qua vết cắt và vết xước. Loại nấm gây bệnh được tìm thấy trong đất ẩm và gỗ ở miền đông nam Hoa Kỳ, thung lũng sông Mississippi, miền nam Canada và Trung Mỹ. Bệnh blastomycosis còn được gọi là bệnh Gilchrist

dễ dàng, bệnh Chicago, hoặc bệnh blastomycosis ở Bắc Mỹ. Một căn bệnh khác ở Nam và Trung Mỹ, bệnh paracoccidioidomycosis, đôi khi được gọi là bệnh blastomycosis Nam Mỹ, nhưng mặc dù có tên giống nhau nhưng căn bệnh này về cơ bản khác với bệnh blastomycosis ở Bắc Mỹ. Bệnh blastomycosis ở chó, một bệnh phổ biến ở chó, do cùng một loại nấm lây nhiễm cho người gây ra. Tuy nhiên, người ta không mắc bệnh này từ chó ngoại trừ trường hợp rất hiếm khi bị chó cắn.

Blastomycosis là một căn bệnh hiếm gặp chỉ lây nhiễm khoảng 4 trên 100.000 người. Bệnh này phổ biến ở nam giới ít nhất sáu lần so với nữ giới và có xu hướng lây nhiễm thường xuyên hơn cho trẻ em và những người trong độ tuổi 30-50. Những người bị đái tháo đường hoặc đang dùng thuốc ức chế hệ thống miễn dịch (bị suy giảm miễn dịch) có nhiều khả năng mắc bệnh blastomycosis hơn.

Mặc dù những người mắc bệnh AIDS có thể mắc bệnh blastomycosis do hệ miễn dịch suy yếu, nhưng blastomycosis không phải là một trong những bệnh nhiễm nấm phổ biến hơn liên quan đến AIDS.

Nguyên nhân và triệu chứng

Sau khi hít phải, bào tử của *B. dermatitidis* có thể xâm nhập vào phổi và gây viêm cục bộ. Điều này được gọi là bệnh blastomycosis phổi nguyên phát. Bệnh không lây từ người này sang người khác. Ở giai đoạn đầu, các triệu chứng có thể bao gồm ho khan, sốt, đờm hôi nhiều, mệt mỏi và cảm giác chung là sức khỏe kém. Trong khoảng 25% trường hợp blastomycosis, chỉ có phổi bị ảnh hưởng. Khi bệnh tiến triển, các tổn thương nhỏ hình thành trong phổi khiến các túi khí nằm sâu trong phổi (phế nang) bị vỡ và hình thành các khoang nhô.

Trong 35% khác, bệnh liên quan đến cả phổi và da. Các vết sưng tấy phát triển trên da, dần dần trở thành mụn nước nhỏ, màu trắng, đóng vảy chứa đầy mủ.

Các mụn nước vỡ ra, tạo thành áp xe không lành. Khoảng 19% số người nhiễm bệnh có vết loét trên da mà không bị nhiễm trùng ở phổi.

Khoảng 20% dân số bị nhiễm bệnh còn lại mắc bệnh blastomycosis đã lan rộng hoặc lây lan sang các hệ thống khác của cơ thể. Các triệu chứng có thể bao gồm đau và tổn thương ở một hoặc nhiều xương, cơ quan sinh dục nam và/hoặc các bộ phận của hệ thần kinh trung ương. Gan, lá lách, hạch bạch huyết, tim, tuyến thượng thận và hệ tiêu hóa cũng có thể bị nhiễm trùng.

Chẩn đoán

Chẩn đoán dương tính với bệnh blastomycosis được thực hiện khi xác định được nấm *B. dermatitidis* bằng cách kiểm tra trực tiếp bằng kính hiển vi các chất dịch cơ thể như đờm và dịch tuyến tiền liệt hoặc trong các mẫu mô (sinh thiết) từ xuất hạch gan, thận, tuyến tiền liệt hoặc trong các mô (sinh thiết).



Bệnh blastomycosis

Bệnh blastomycosis thường được cho là do tiếp xúc với nấm giống nấm men. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

hoặc da. Một cách khác để chẩn đoán bệnh blastomycosis là nuôi cấy và phân lập nấm từ mẫu đờm. Chụp X quang ngực được sử dụng để đánh giá tổn thương phổi, nhưng chỉ riêng nó không thể dẫn đến chẩn đoán xác định bệnh blastomycosis vì bất kỳ tổn thương nào do các bệnh khác gây ra, chẳng hạn như viêm phổi hoặc bệnh lao, có thể xuất hiện trên phim X quang. Bởi vì các triệu chứng của nó rất khác nhau nên blastomycosis thường bị chẩn đoán sai.

Sự đổi mới

Bệnh blastomycosis phải được điều trị nếu không sẽ dẫn đến tử vong. Điều trị bằng thuốc diệt nấm ketoconazole (Nizoral) dùng đường uống có hiệu quả ở khoảng 75% bệnh nhân. Amphotericin B (Fungizone) tiêm tĩnh mạch cũng rất hiệu quả nhưng có tác dụng phụ độc hại hơn ketoconazole. Điều trị bằng amphotericin B thường phải nhập viện và bệnh nhân cũng có thể được dùng các loại thuốc khác để giảm thiểu tác dụng phụ.

Điều trị thay thế

Phương pháp điều trị thay thế cho bệnh nhiễm nấm tập trung vào việc tạo ra một môi trường bên trong nấm không thể tồn tại. Điều này được thực hiện bằng cách ăn một chế độ ăn ít các sản phẩm từ sữa, đường, bao gồm mật ong, nước ép trái cây và các thực phẩm như bia có chứa men. Điều này được bổ sung bằng một chế độ ăn kiêng bao gồm phần lớn các thực phẩm chưa nấu chín và chưa qua chế biến. Việc bổ sung vitamin C, E, A-plus và B phức hợp cũng có thể hữu ích. *Lactobacillus acidophilus* và *Bifidobacteria* sẽ bổ sung vi khuẩn có lợi cho đường ruột. Một số loại thảo mộc chống nấm, như tỏi (*Allium sativum*), có thể được tiêu thụ với liều lượng tương đối lớn và trong thời gian dài để tăng hiệu quả. Nhiều loại thảo mộc chống nấm, chẳng hạn như nhện thơm (*Commiphora molmol*), dầu cây trà (*Melaleuca spp.*), chiết từ xuất hạt cam quýt, trà pau d'arco

Biology

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Áp xe—Một vùng mô cơ thể bị viêm và bị thương chứa đầy mủ.

Acidophilus—Vi khuẩn có tên *Lactobacillus acidophilus* thường được tìm thấy trong sữa chua.

Alveoli—Các túi khí nhỏ trong phổi làm tăng diện tích bề mặt hấp thụ oxy.

Bifidobacteria—Một nhóm vi khuẩn thường có sẵn trong ruột. Các chất bổ sung thường mại có chứa những vi khuẩn này hiện có sẵn.

Sinh thiết—Lấy mẫu mô cho mục đích chẩn đoán.

Suy giảm miễn dịch—Một trạng thái trong đó hệ thống miễn dịch bị ức chế hoặc không hoạt động bình thường.

Bào tử—Cấu trúc sinh sản nhỏ, có thành dày của nấm.

Đờm—Chất nhầy và các chất khác ho ra từ đường thở.

Hệ thống—Không khu trú ở một vùng duy nhất của cơ thể mà thay vào đó, liên quan đến một hoặc nhiều hệ thống cơ thể.

(*Tabebuia impetiginosa*) và tòi cũng có thể được bôi trực tiếp lên vùng da bị nhiễm trùng.

Tiên lượng

Nếu không được điều trị, bệnh blastomycosis dần dần đến tử vong. Tuy nhiên, khi được điều trị, bệnh nhân bắt đầu cải thiện trong vòng một tuần và nếu điều trị tích cực, bệnh nhân có thể khỏi bệnh trong vòng vài tuần. Tỷ lệ khỏi bệnh cao nhất ở những bệnh nhân chỉ bị tổn thương ngoài da. Những người mắc bệnh ở dạng phổ biến ít có khả năng được chữa khỏi và có nhiều khả năng bị tái phát nhất.

Phòng ngừa

Bởi vì loại nấm gây bệnh blastomycosis lây lan trong không khí và rất nhở nên hình thức phòng ngừa duy nhất là tránh đến những khu vực có nấm trong đất. Đối với nhiều người điều này là không thực tế. Vì căn bệnh này hiếm gặp nên những người duy trì sức khỏe tổng thể tốt không cần lo lắng nhiều về nhiễm trùng.

Tài nguyên**Tổ chức**

Tổ chức quốc gia về rối loạn hiếm gặp. PO Box 8923, New Fairfield, CT 06812-8923. (800) 999-6673. <<http://www.rarediseases.org>>.

KHÁC

McGinnis, Michael R. "Blastomycosis." Trang Trung tâm Nghiên cứu Nấm học Y tế. Chi nhánh Y tế Đại học Texas. Tháng 4 năm 1997 <<http://www.fungus.utmb.edu/f-atlas/blastom.htm>>.

"Blastomycosis." Trung tâm Y tế Đại học Vanderbilt. <<http://www.mc.vanderbilt.edu/peds/pid/infect/blastomy.html>>.

Tish Davidson

Rối loạn chảy máu xem Rối loạn đông máu**Mất thời gian****Sự định nghĩa**

Thời gian chảy máu là một xét nghiệm thô sơ về khả năng cầm máu (ngăn chặn hoặc ngừng chảy máu). Nó cho biết tiêu cầu tương tác tốt như thế nào với thành mạch máu để hình thành cục máu đông.

Mục đích

Thời gian chảy máu được sử dụng thường xuyên nhất để phát hiện các khiếm khuyết về chất lượng của tiểu cầu, chẳng hạn như bệnh Von Willebrand. Xét nghiệm này giúp xác định những người có khiếm khuyết về chức năng tiểu cầu. Đây là khả năng máu đông lại sau một vết thương hoặc chấn thương. Thông thường, tiểu cầu tương tác với thành mạch máu gây ra cục máu đông.

Có nhiều yếu tố trong cơ chế đông máu và chúng được khởi xướng bởi tiểu cầu. Xét nghiệm thời gian chảy máu thường được sử dụng cho những bệnh nhân có tiền sử chảy máu kéo dài sau vết cắt hoặc những người có tiền sử gia đình mắc chứng rối loạn chảy máu. Ngoài ra, xét nghiệm thời gian chảy máu đôi khi được thực hiện như một xét nghiệm trước phẫu thuật để xác định khả năng đáp ứng chảy máu của bệnh nhân trong và sau phẫu thuật. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân không có tiền sử chảy máu hoặc không dùng thuốc chống viêm, xét nghiệm thời gian chảy máu thường không cần thiết.

Các biện pháp phòng ngừa

Trước khi thực hiện xét nghiệm, bệnh nhân nên được hỏi về những loại thuốc họ có thể đang dùng. Một số loại thuốc sẽ ảnh hưởng xấu đến kết quả xét nghiệm thời gian chảy máu. Những loại thuốc này bao gồm thuốc chống đông máu, thuốc lợi tiểu, thuốc chống ung thư, sulfonamid, thi-azide, aspirin và các chế phẩm có chứa aspirin và thuốc chống viêm không steroid. Xét nghiệm cũng có thể bị ảnh hưởng bởi tình trạng thiếu máu (thiếu hồng cầu). Vì việc dùng aspirin hoặc các loại thuốc liên quan là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra thời gian chảy máu kéo dài nên không nên dùng aspirin hai tuần trước khi xét nghiệm.

Sự miêu tả

Có bốn phương pháp để thực hiện xét nghiệm chảy máu. Phương pháp Ivy là hình thức truyền thống cho bài kiểm tra này. Trong phương pháp Ivy, vòng do huyết áp được đặt ở bắp tay và bơm phòng lên 40 mM Hg. Một lưỡi dao hoặc lưỡi dao mỏ được sử dụng để tạo một vết đâm ở mặt dưới của cổ tay. Một thiết bị lưỡi cắt có lò xo tự động được sử dụng phổ biến nhất để thực hiện các vết cắt có kích thước tiêu chuẩn. Vùng đâm được chọn sao cho không có đường gân nông hoặc nhìn thấy được bị cắt. Những tĩnh mạch này, do kích thước của chúng, có thể có thời gian chảy máu lâu hơn, đặc biệt ở những người có khuyết tật về chảy máu. Khoảng thời gian từ khi vết đâm được thực hiện cho đến khi hết chảy máu được đo và được gọi là thời gian chảy máu. Cứ 30 giây lại dùng giấy lọc hoặc khăn giấy để hút máu. Xét nghiệm kết thúc khi máu đã ngừng chảy hoàn toàn.

Ba phương pháp khác để thực hiện xét nghiệm chảy máu là mẫu, mẫu đã sửa đổi và phương pháp Duke. Các phương thức mẫu và mẫu được sửa đổi là các biến thể của phương pháp Ivy. Máy đo huyết áp được sử dụng và da trên cổ tay được chuẩn bị như phương pháp Ivy. Một mẫu được đặt trên khu vực sẽ bị đâm và hai vết rách được thực hiện ở cổ tay bằng cách sử dụng mẫu làm hướng dẫn vị trí. Sự khác biệt chính giữa mẫu và phương pháp sửa đổi là độ dài của vết cắt được thực hiện.

Đối với phương pháp Duke, bạn sẽ tạo một vết rách ở dái tai hoặc chích đầu ngón tay để gây chảy máu. Giống như phương pháp Ivy, xét nghiệm được tính từ khi bắt đầu chảy máu cho đến khi ngừng chảy máu hoàn toàn. Nhược điểm của phương pháp Duke là áp lực lên các tĩnh mạch ở vùng bị đâm không ổn định và kết quả đạt được kém tin cậy hơn. Ưu điểm của phương pháp Duke là không còn vết sẹo sau khi thử nghiệm. Các phương pháp khác có thể để lại một vết sẹo nhỏ như sợi tóc nơi vết thương được tạo ra.

Tuy nhiên, đây phần lớn là một mối quan tâm về mặt thẩm mỹ.

Chẩn đoán Không

cần có sự chuẩn bị đặc biệt nào cho bệnh nhân cho xét nghiệm này. Khu vực bị đâm phải được lau sạch bằng miếng cồn. Nên để cồn trên da lâu để tiêu diệt vi khuẩn tại vết thương. Rượu phải được loại bỏ trước khi đâm vào cánh tay vì rượu sẽ ảnh hưởng xấu đến kết quả xét nghiệm do chè quá trình đông máu.

Chăm sóc sau

Nếu thời gian chảy máu kéo dài là do các yếu tố hoặc bệnh lý không xác định, cần phải xét nghiệm thêm để xác định nguyên nhân chính xác gây ra vấn đề chảy máu.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Cầm máu—Việc cầm máu hoặc ngừng chảy máu qua mạch máu hoặc cơ quan.

Kết quả bình thường

Thời gian chảy máu bình thường đối với phương pháp Ivy là chưa đầy năm phút kể từ thời điểm bị đâm cho đến khi hết máu chảy ra từ vết thương. Một số văn bản mở rộng phạm vi bình thường đến tám phút. Giá trị bình thường cho phương pháp mẫu có phạm vi tối đa là 8 phút, trong khi đối với phương pháp mẫu đã sửa đổi, tối đa 10 phút được coi là bình thường. Bình thường đối với phương pháp Duke là ba phút.

Kết quả bất thường

Thời gian chảy máu lâu hơn bình thường là kết quả bất thường. Nên dừng xét nghiệm nếu bệnh nhân không ngừng chảy máu trong vòng 20-30 phút. Thời gian chảy máu kéo dài hơn khi chức năng bình thường của tiểu cầu bị suy giảm hoặc số lượng tiểu cầu trong máu thấp hơn bình thường.

Thời gian chảy máu dài hơn bình thường có thể chỉ ra rằng có một trong nhiều khuyết điểm về cầm máu, bao gồm giảm tiểu cầu nghiêm trọng, rối loạn chức năng tiểu cầu, dị tật mạch máu, bệnh Von Willebrand hoặc các bất thường khác.

Tài nguyên

SÁCH

Henry, JB Chẩn đoán và Quản lý Lâm sàng bằng Phương pháp Phòng thí nghiệm. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.
Hướng dẫn minh họa cho các xét nghiệm chẩn đoán. Ed. JA Lewis, Spring-house, PA: Springhouse Corp. 1994.
Jandl, JH Blood, Sách giáo khoa Huyết học. New York: Little, Brown và Co., 1996.

John T. Lohr, Tiến sĩ

Chảy máu tĩnh mạch

Sự định nghĩa

Chảy máu do giãn tĩnh mạch là tình trạng chảy máu, giãn (sưng) tĩnh mạch ở thực quản (thực quản) hoặc phần trên của dạ dày, do bệnh gan gây ra.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Xơ gan-Một loại bệnh gan, thường do lạm dụng rượu mẫn tính. Nó có đặc điểm là sẹo ở gan, dẫn đến tăng huyết áp ở tĩnh mạch cửa.

Nội soi- Kỹ thuật hình ảnh y tế để hình dung bên trong một cơ quan rõ ràng.

Thực quản- Ông trong cơ thể đưa thức ăn từ miệng đến dạ dày.

Nội soi thực quản dạ dày tá tràng (EGD)-Một xét nghiệm hình ảnh bao gồm kiểm tra trực quan niêm mạc thực quản, dạ dày và tá tràng trên bằng ống nội soi sợi quang linh hoạt.

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa - Tăng áp lực tĩnh mạch cửa buộc máu chảy ngược lại, làm cho các tĩnh mạch cửa giãn ra và xuất hiện các tĩnh mạch chảy máu qua thực quản và dạ dày do áp lực trong tĩnh mạch cửa. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa thường gặp nhất do xơ gan, nhưng cũng có thể gặp trong tắc nghẽn tĩnh mạch cửa không rõ nguyên nhân.

Tĩnh mạch cửa- Các tĩnh mạch chính dẫn máu từ dạ dày và ruột đến gan.

Sốc-Một trạng thái suy giảm các quá trình quan trọng của cơ thể, đặc trưng bởi xanh xao, mạch nhanh và yếu, hô hấp nhanh và nông và huyết áp tụt. Sốc là kết quả của chấn thương nghiêm trọng, chẳng hạn như chấn thương, xuất huyết, bong hoặc phẫu thuật lớn.

Shunt cửa chủ trong gan xuyên tĩnh mạch (TIPS) - Shunt cửa chủ trong gan xuyên tĩnh mạch cảnh (TIPS) là một thủ thuật X quang trong đó một thiết bị hình ống được đưa vào giữa gan để chuyển hướng dòng máu.

Giãn tĩnh mạch-Một loại giãn tĩnh mạch phát triển trong các tĩnh mạch ở niêm mạc thực quản và dạ dày trên khi các tĩnh mạch này chứa đầy máu và sưng lên do tăng huyết áp trong các tĩnh mạch cửa.

Sự miêu tả

Các tĩnh mạch cảng cứng được gọi là giãn tĩnh mạch (số nhiều của varix). Giãn tĩnh mạch có thể xảy ra ở niêm mạc thực quản, ống nối miệng với dạ dày hoặc ở phần trên của dạ dày. Những giãn tĩnh mạch như vậy được gọi là giãn tĩnh mạch thực quản. Những tĩnh mạch này rất mỏng manh và có thể dễ chảy máu vì tĩnh mạch không được thiết kế để chịu được áp lực bên trong cao.

- khát
- buồn nôn
- nôn mửa
- và máu trong chất nôn

Nếu chảy máu do giãn tĩnh mạch nghiêm trọng, bệnh nhân có thể bị sốc do mất máu, đặc trưng bởi xanh xao, mạch nhanh và yếu, hô hấp nhanh và nông và huyết áp hệ thống hạ thấp.

Nguyên nhân và triệu chứng

Bệnh gan thường làm tăng huyết áp ở các tĩnh mạch chính dẫn máu từ dạ dày và ruột đến gan (tĩnh mạch cửa). Khi áp lực trong tĩnh mạch cửa tăng lên, các tĩnh mạch cửa dạ dày và thực quản sưng lên, cho đến khi chúng trở thành giãn tĩnh mạch. Chảy máu do giãn tĩnh mạch là một biến chứng đe dọa tính mạng do tăng huyết áp (tăng huyết áp cổng thông tin). Nguyên nhân phổ biến nhất gây chảy máu do giãn tĩnh mạch là xơ gan do lạm dụng rượu mẫn tính hoặc viêm gan. Giãn tĩnh mạch xuất huyết xảy ra với tỷ lệ khoảng 1/10.000 người.

Chẩn đoán

Xuất huyết Giãn tĩnh mạch có thể bị nghi ngờ ở bệnh nhân có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên và được chẩn đoán mắc bệnh xơ gan hoặc có tiền sử lạm dụng rượu kéo dài. Chẩn đoán xác định được thiết lập thông qua một loại nội soi chuyên dụng, cụ thể là nội soi thực quản dạ dày tá tràng (EGD), một thủ thuật liên quan đến việc kiểm tra trực quan niêm mạc thực quản, dạ dày và tá tràng trên bằng ống nội soi sợi quang linh hoạt.

Sự đối đãi

Mục tiêu trong quá trình điều trị giãn tĩnh mạch xuất huyết là ngăn chặn và/hoặc ngừa ngừa chảy máu và khôi phục/ duy trì lưu thông máu bình thường khắp cơ thể. Bệnh nhân bị chảy máu nặng cần được điều trị chăm sóc đặc biệt vì chảy máu không kiểm soát có thể dẫn đến tử vong.

Các triệu chứng của giãn tĩnh mạch chảy máu bao gồm

- nôn ra máu, đôi khi với số lượng lớn • phân đen, hắc ín
- lượng nước tiểu giảm

Điều trị ban đầu đối với giãn tĩnh mạch xuất huyết bắt đầu bằng hồi sức tiêu chuẩn, bao gồm truyền dịch tĩnh mạch và truyền máu khi cần thiết. Điều trị dứt điểm thường là nội soi, sử dụng ống nội soi để xác định vị trí chảy máu. Một dụng cụ, được đưa vào cùng với ống nội soi, được sử dụng để tiêm chất đông máu vào những vị trí này hoặc buộc các vị trí chảy máu bằng dây cao su nhỏ.

Các phương pháp điều trị nội soi lặp đi lặp lại (thường là 4 đến 6) thường được yêu cầu để loại bỏ giãn tĩnh mạch và ngăn ngừa chảy máu tái phát. Những kỹ thuật nội soi này thành công trong khoảng 90% trường hợp.

Những bệnh nhân không thể điều trị bằng nội soi có thể được xem xét thực hiện một thủ thuật thay thế gọi là TIPS (shunt cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh). Thủ tục này bao gồm việc đặt một ống kim loại rỗng (ống dẫn lưu) vào gan nối tĩnh mạch cửa với tĩnh mạch gan (tĩnh mạch rời gan và dẫn lưu về tim).

Shunt này làm giảm áp lực trong tĩnh mạch cửa và ngăn ngừa chảy máu và tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Thủ thuật TIPS được thực hiện bởi bác sĩ X quang và đã trở thành một phương pháp được chấp nhận để giảm áp lực tĩnh mạch cửa từ năm 1992. Mặc dù thủ thuật này vẫn tiếp tục phát triển nhưng TIPS có thể được áp dụng thường xuyên ở hơn 93% bệnh nhân.

Các loại thuốc nhằm kiểm soát chảy máu cũng có thể được kê toa. Chúng bao gồm propanolol, vasopressin, octreotide acetate và isosorbide mononitrate.

Điều trị thay thế

Một số phương pháp điều trị thay thế nhằm mục đích ngăn ngừa bệnh xơ gan thường gây chảy máu do giãn tĩnh mạch và hầu hết đều có hiệu quả. Tuy nhiên, một khi bệnh nhân đã đến giai đoạn giãn tĩnh mạch xuất huyết, cần phải có biện pháp can thiệp tiêu chuẩn để cầm máu nếu không bệnh nhân có thể tử vong.

Tiên lượng

Chảy máu Giãn tĩnh mạch là một trong những biến chứng đáng sợ nhất của tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Chúng góp phần gây ra khoảng 32.000 ca tử vong mỗi năm do xơ gan. Một nửa hoặc nhiều bệnh nhân sống sót sau các đợt xuất huyết do giãn tĩnh mạch có nguy cơ tái xuất huyết thực quản trong vòng 1 đến 2 năm đầu. Nguy cơ tái phát có thể được giảm bớt bằng cách điều trị nội soi và dùng thuốc.

Tiên lượng thường liên quan nhiều hơn đến bệnh gan tiềm ẩn. Khoảng 30 đến 50 phần trăm những người bị giãn tĩnh mạch xuất huyết sẽ chết vì tình trạng này trong vòng sáu tuần kể từ đợt chảy máu đầu tiên.

Phòng ngừa

Cách tốt nhất để ngăn chặn sự phát triển hoặc tái phát của giãn tĩnh mạch xuất huyết là loại bỏ các yếu tố nguy cơ gây xơ gan. Nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh xơ gan là lạm dụng rượu kéo dài và nghiện rượu.

sự tổng hợp phải được loại bỏ hoàn toàn. Những người bị viêm gan B hoặc viêm gan C cũng có nguy cơ mắc bệnh xơ gan cao hơn. Tiêm vắc-xin ngừa viêm gan B và tránh sử dụng ma túy qua đường tĩnh mạch làm giảm nguy cơ mắc bệnh viêm gan.

Tài nguyên

SÁCH

Shannon, Joyce Brennfleck, biên tập. Sách nguồn về rối loạn gan. Detroit, MI: Omnigraphics, Inc., 2000.

ĐỊNH KỲ

Burroughs, Andrew K. và David Patch. "Phòng ngừa chủ yếu chảy máu do giãn tĩnh mạch thực quản." Tạp chí Y học New England 340 (01/04/1999): 1033-5.

Hegab, Ahmed M. và Velimir A. Luketic. "Sự chảy máu gián tĩnh mạch thực quản: Làm thế nào để điều trị biến chứng đáng sợ này của chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa." Y học sau đại học 109 (tháng 2 năm 2001): 75-89.

TỔ CHỨC

Tổ chức Gan Hoa Kỳ. 75 Maiden Lane, Suite 603, New York, NY 10038. (800) 465-4837. <<http://www.liver Foundation.org/>>.

KHÁC

Chét tiệt, John. "Chảy máu tăng huyết áp cổng thông tin." <http://www.nysge.org/PostGrad1999/Goff_VaricealBleeding.htm> (12 tháng 5 năm 2001).

Paul A. Johnson

Viêm bờ mi xem Rối loạn mí mắt

Phẫu thuật tạo hình mí mắt

Sự định nghĩa

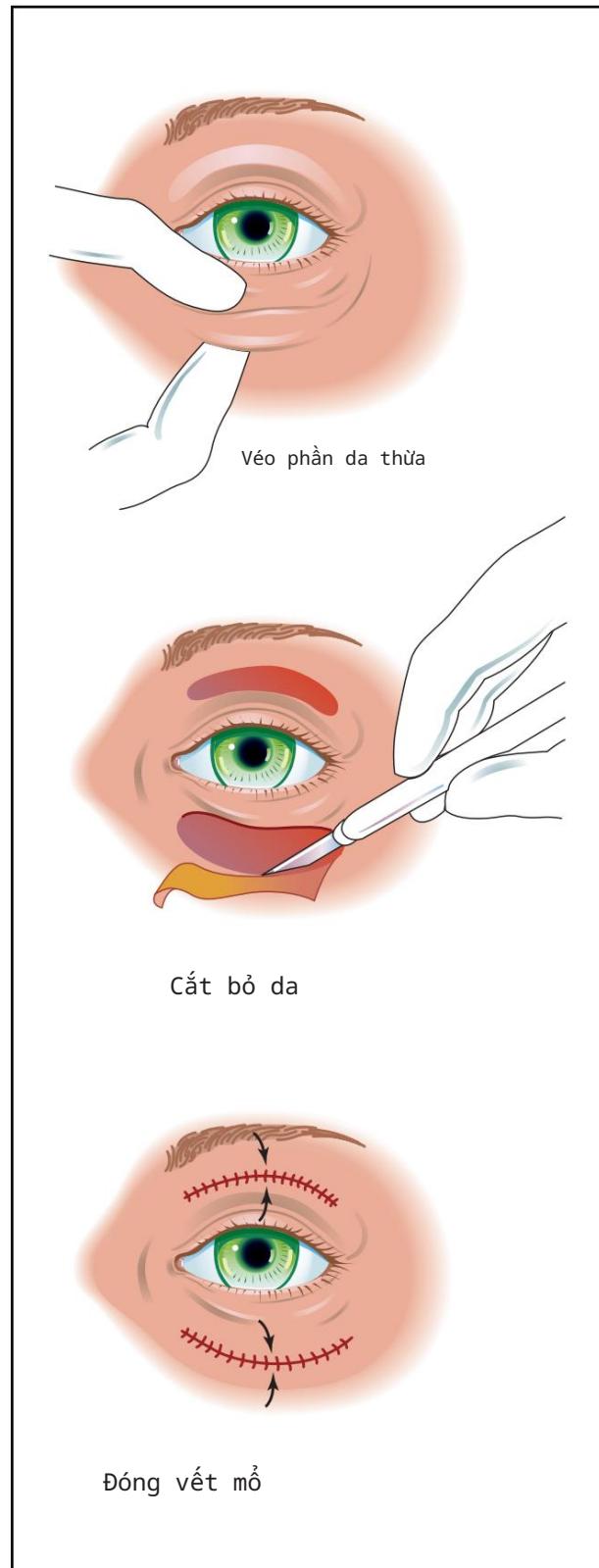
Blepharoplasty là một thủ tục phẫu thuật thẩm mỹ nhằm loại bỏ các chất béo tích tụ, mô dư thừa hoặc cơ khỏi mí mắt để cải thiện vẻ ngoài của mắt.

Mục đích

Công dụng chính của phẫu thuật tạo hình mí mắt là để cải thiện vẻ ngoài thẩm mỹ của mắt. Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân lớn tuổi, tình trạng da chảy xệ và da thừa quanh mắt có thể lan rộng đến mức hạn chế tầm nhìn. Trong những trường hợp đó, phẫu thuật tạo hình mí mắt phục vụ mục đích chức năng hơn.

Các biện pháp phòng ngừa

Trước khi thực hiện phẫu thuật tạo hình mí mắt, bác sĩ phẫu thuật sẽ đánh giá xem bệnh nhân có phù hợp với phương pháp này hay không.



Hình minh họa ở trên mô tả một quy trình để loại bỏ chứng dermochalasia, hay vùng da rộng thùng thình quanh mắt. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

sự đổi dải. Một lịch sử y tế tốt là quan trọng. Bác sĩ phẫu thuật sẽ muốn biết về bất kỳ tiền sử bệnh tuyến giáp, tăng huyết áp hoặc các vấn đề về mắt, những điều này có thể làm tăng nguy cơ biến chứng.

Mô tả

Blepharoplasty có thể được thực hiện ở mí mắt trên hoặc dưới; nó có thể liên quan đến việc loại bỏ da thừa và mỡ tích tụ cũng như thắt chặt các cơ được chọn xung quanh mí mắt. Mục đích là mang lại vẻ ngoài trẻ trung hơn.

Bác sĩ phẫu thuật sẽ bắt đầu bằng việc quyết định xem liệu da thừa, mỡ tích tụ hay tình trạng lỏng cơ có phải là nguyên nhân hay không. Trong khi bệnh nhân ngồi thẳng, bác sĩ phẫu thuật sẽ đánh dấu trên da nơi sẽ thực hiện vết mổ. Sẽ cần thận để che giấu các đường rạch ở nếp gấp da tự nhiên phía trên và phía dưới mắt. Sau đó, bệnh nhân sẽ được tiêm thuốc gây tê cục bộ để làm tê cảm đau. Nhiều bác sĩ phẫu thuật cũng cho bệnh nhân tiêm tĩnh mạch thuốc an thần trong quá trình phẫu thuật.

Sau khi cắt bỏ một phần da mí mắt nhỏ hình lưỡi liềm, bác sĩ phẫu thuật sẽ tiến hành loại bỏ các túi mỡ nhỏ tích tụ ở mí mắt. Nếu tình trạng lỏng cơ cũng là một vấn đề, bác sĩ phẫu thuật có thể cắt bớt mô hoặc khâu thêm để kéo nó chật hơn. Sau đó vết mổ được đóng lại bằng các mũi khâu.

Ở một số bệnh nhân, mỡ tích tụ ở mí mắt dưới có thể là vấn đề duy nhất hoặc chính. Những bệnh nhân như vậy có thể là ứng cử viên sáng giá cho phẫu thuật tạo hình mí mắt qua kết mạc. Trong thủ thuật này, bác sĩ phẫu thuật không rạch một đường trên bề mặt của mí mắt mà thay vào đó tiến hành từ phía sau để loại bỏ mỡ tích tụ từ một vết rạch nhỏ. Ưu điểm của phương pháp này là không để lại sẹo.

Sự chuẩn bị

Trước khi phẫu thuật, bệnh nhân gặp bác sĩ phẫu thuật để thảo luận về quy trình, làm rõ kết quả có thể đạt được và thảo luận về các vấn đề tiềm ẩn có thể xảy ra. Có những kỳ vọng thực tế là điều quan trọng trong bất kỳ quy trình thẩm mỹ nào. Ví dụ, bệnh nhân sẽ biết rằng mặc dù phẫu thuật tạo hình mí mắt có thể cải thiện vẻ ngoài của mí mắt nhưng các thủ thuật khác, chẳng hạn như lột da bằng hóa chất, sẽ cần thiết để giảm sự xuất hiện của các nếp nhăn quanh mắt. Một số bác sĩ phẫu thuật kê đơn vitamin C và vitamin K trong 10 ngày trước khi phẫu thuật với niềm tin rằng điều này sẽ giúp ích cho quá trình chữa lành. Bệnh nhân cũng được yêu cầu ngừng hút thuốc trong những tuần trước và sau khi thực hiện thủ thuật, đồng thời kiêng rượu và aspirin.

Chăm sóc sau

Một loại thuốc mỡ kháng sinh được bôi lên đường khâu trong vài ngày sau phẫu thuật. Bệnh nhân cũng dùng một

kháng sinh nhiều lần trong ngày để ngăn ngừa nhiễm trùng. Chườm đá lạnh lên mắt liên tục trong ngày đầu tiên sau phẫu thuật và vài lần một ngày trong khoảng tuần tiếp theo để giảm sưng. Một số vết sưng và đổi màu xung quanh mắt có thể xảy ra khi thực hiện thủ thuật này. Bệnh nhân nên tránh dùng aspirin hoặc đồ uống có cồn trong một tuần và nên hạn chế các hoạt động, bao gồm cui, căng và nâng. Các mũi khâu sẽ được cắt bỏ vài ngày sau khi phẫu thuật. Bệnh nhân thường có thể trở lại hoạt động bình thường trong vòng một tuần đến 10 ngày.

Rủi ro

Giống như bất kỳ thủ thuật phẫu thuật nào, phẫu thuật tạo hình mí mắt có thể dẫn đến nhiễm trùng và để lại sẹo. Chăm sóc vết thương tốt sau phẫu thuật có thể giảm thiểu những rủi ro này. Trong trường hợp da mí mắt bị cắt bỏ quá nhiều, bệnh nhân có thể gặp khó khăn khi nhắm mắt. Hội chứng khô mắt có thể phát triển, đòi hỏi phải sử dụng nước mắt nhân tạo để bôi trơn mắt. Trong một biến chứng hiếm gặp, được gọi là tụ máu retrobulbar, một túi máu hình thành phía sau nhãn cầu.

Kết quả bình thường

Hầu hết bệnh nhân có thể mong đợi kết quả tốt từ phẫu thuật tạo hình mí mắt, với việc loại bỏ da thừa và mỡ mí mắt để mang lại vẻ ngoài trẻ trung hơn. Dự kiến sẽ có một số vết sưng tấy và đổi màu ngay sau khi thực hiện thủ thuật, nhưng tình trạng này sẽ biến mất theo thời gian. Những vết sẹo nhỏ sẽ được đẻ lại ở nơi bác sĩ phẫu thuật rạch; nhưng chúng thường mờ đi sau vài tháng và nếu được đặt đúng cách sẽ không dễ nhận thấy.

Kết quả bất thường

Theo ghi nhận, nếu cắt bỏ quá nhiều da thừa ở mí mắt trên, bệnh nhân có thể không nhắm mắt được hoàn toàn; một cuộc phẫu thuật khác để sửa chữa khiếm khuyết có thể được yêu cầu. Tương tự, có thể cắt bỏ quá nhiều da ở mí mắt dưới, làm lộ ra quá nhiều lòng trắng của mắt (màng cứng). Trong trường hợp nghiêm trọng, mí mắt dưới có thể bị kéo xuống quá mức, làm lộ ra lớp mô bên dưới. Được gọi là ectropion, điều này cũng có thể yêu cầu phẫu thuật chỉnh sửa lần thứ hai. Khả năng tiết nước mắt của mắt cũng có thể bị tổn hại, dẫn đến hội chứng khô mắt. Hội chứng khô mắt tiềm ẩn nguy hiểm; trong một số ít trường hợp, nó dẫn đến tổn thương giác mạc của mắt và giảm thị lực.

Tài nguyên

SÁCH

Hồi di, Saul. "Phẫu thuật mí mắt." Trong phẫu thuật thẩm mỹ của Da: Nguyên tắc và Kỹ thuật, ed. William P. Coleman. Thành Louis: Mosby, 1997.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Ectropion—Một biến chứng của phẫu thuật tạo hình mí mắt, trong đó mí mắt dưới được kéo xuống, để lộ bề mặt bên dưới.

Thuốc an thần trong tĩnh mạch—Phương pháp tiêm chất lỏng an thần vào máu qua tĩnh mạch Tụ máu retrobulbar—Một biến chứng hiếm gặp của phẫu thuật tạo hình mí mắt, trong đó một túi máu hình thành phía sau nhãn cầu.

Phẫu thuật tạo hình mí mắt qua két mạc—Một loại phẫu thuật tạo hình mí mắt trong đó bác sĩ phẫu thuật không rạch một đường trên bề mặt mí mắt mà thay vào đó, xâm nhập từ phía sau để loại bỏ mỡ tích tụ.

Flowers, Robert S. "Tạo hình mí mắt và nâng chân mày." TRONG

Phẫu thuật Da liễu của Roenigk và Roenigk: Nguyên tắc và Thực hành, ed. Randall K. Roenigk và Henry H. Roenigk. New York: Marcel Dekker, 1996.

ĐỊNH KÝ Baylis,

Henry I., et al. "Blepharoplasty và Periorbital Ca phẫu thuật." Phòng khám Da liễu 15 (tháng 10 năm 1997): 635-647.

TỔ CHỨC

Hiệp hội Phẫu thuật Da liễu Hoa Kỳ. 930 N. Đường Meacham, PO Box 4014, Schaumburg, IL 60168-4014. (847) 330-9830. <<http://www.asds-net.org>>.

Hiệp hội bác sĩ phẫu thuật thẩm mỹ và tái tạo Hoa Kỳ. 44 E. Algonquin Rd., Arlington Heights, IL 60005. (847) 228-9900. <<http://www.plasticsurgery.org>>.

Richard H. Camer

Mù xem Suy giảm thị lực

Thuốc giảm độ nhớt của máu

Sự định nghĩa

Thuốc giảm độ nhớt của máu là thuốc giúp cải thiện lưu lượng máu bằng cách làm cho máu bớt nhớt (dính).

Mục đích

Công dụng chính của thuốc giảm độ nhớt của máu là làm giảm chứng chuột rút đau đớn ở chân do tuần hoàn kém, một tình trạng gọi là chứng đau cách hồi. bác sĩ

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Bệnh Raynaud—Một chứng rối loạn mạch máu trong đó các ngón tay và ngón chân bị tê và chuyển sang màu trắng khi tiếp xúc với lạnh.

Hình ảnh

cũng có thể kê toa thuốc này cho các tình trạng khác, bao gồm đột quỵ, bất lực, vô sinh nam, bệnh Raynaud và các vấn đề về thần kinh và tuần hoàn do bệnh tiểu đường gây ra.

Sự miêu tả

Thuốc giảm độ nhớt của máu chỉ được bán khi có đơn thuốc của bác sĩ và có dạng viên giải phóng kéo dài. Ví dụ về thuốc giảm độ nhớt của máu là pentoxifylline (Trental) và oxypentifylline.

Liều lượng khuyến nghị

Liều thông thường cho người lớn là 400 mg, hai đến ba lần một ngày, trong bữa ăn. Tuy nhiên, liều lượng có thể khác nhau đối với những bệnh nhân khác nhau. Kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc hoặc được sĩ đã kê đơn thuốc để biết liều lượng chính xác. Liều dùng cho trẻ em phải được xác định bởi bác sĩ.

Dùng thuốc kháng axit với thuốc này có thể giúp ngăn ngừa chứng khó chịu ở dạ dày.

Các biện pháp phòng ngừa

Thuốc này có thể làm giảm đau chân do tuần hoàn kém, nhưng không nên coi nó là thuốc thay thế cho các phương pháp điều trị khác mà bác sĩ khuyến nghị, chẳng hạn như vật lý trị liệu hoặc phẫu thuật.

Thuốc này có thể mất vài tuần để tạo ra kết quả rõ rệt. Hãy chắc chắn tiếp tục dùng thuốc theo chỉ dẫn, ngay cả khi nó không giúp ích gì.

Bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc này không nên hút thuốc vì hút thuốc có thể làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh được kê đơn.

Bất cứ ai từng có phản ứng bất thường với pentoxifylline, aminophylline, caffeine, dipyridamole, ethylenediamine (có trong aminophylline), oxtriphylline, theo-bromine hoặc theophylline trong quá khứ nên cho bác sĩ biết trước khi đo độ nhớt của máu. Thuốc giảm đau. Bác sĩ cũng nên được thông báo về bất kỳ trường hợp dị ứng nào với thực phẩm, thuốc nhuộm, chất bảo quản hoặc các chất khác.

Phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú hoặc có thể mang thai nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi sử dụng thuốc làm giảm độ nhớt của máu.

Người lớn tuổi có thể đặc biệt nhạy cảm với tác dụng của thuốc này, điều này có thể làm tăng nguy cơ mắc các tác dụng phụ.

Trước khi sử dụng thuốc giảm độ nhớt của máu, những người có bất kỳ vấn đề y tế nào sau đây phải đảm bảo rằng bác sĩ của họ biết về tình trạng của họ:

- đột quỵ gần đây
- bất kỳ tình trạng nào làm tăng nguy cơ chảy máu • bệnh thận
- bênh gan

Phản ứng phụ

Những khó chịu nhỏ, chẳng hạn như chóng mặt, nhức đầu, đau bụng, buồn nôn hoặc nôn thường biến mất khi cơ thể thích nghi với thuốc và không cần điều trị y tế trừ khi chúng kéo dài hoặc ảnh hưởng đến các hoạt động bình thường.

Tác dụng phụ nghiêm trọng hơn rất hiếm. Tuy nhiên, nếu những triệu chứng này hoặc bất kỳ triệu chứng bất thường hoặc rắc rối nào khác xảy ra, hãy kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc càng sớm càng tốt: • đau ngực • nhịp tim không đều

Tương tác

Thuốc giảm độ nhớt của máu có thể tương tác với thuốc khác, làm thay đổi tác dụng của một hoặc cả hai loại thuốc hoặc làm tăng nguy cơ tác dụng phụ. Bất cứ ai dùng thuốc giảm độ nhớt của máu nên cho bác sĩ biết tất cả các loại thuốc kê đơn hoặc không kê đơn (không kê đơn) mà họ đang dùng. Trong số các loại thuốc có thể tương tác với thuốc làm giảm độ nhớt của máu là: • thuốc chống đông máu như warfarin (Coumadin) (còn gọi là thuốc làm loãng máu

hoặc thuốc ức chế cục máu đông)

- thuốc chẹn kênh canxi như diltiazem (Cardizem), dùng để điều trị huyết áp cao
- Thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACE) như enalapril (Vasotec), dùng để điều trị huyết áp cao
- theophylline (Theo-Dur)
- các loại thuốc như cimetidine (Tagamet), dùng để điều trị loét hoặc ợ nóng

Nancy Ross-Flanigan

Công thức máu

Sự định nghĩa

Một trong những xét nghiệm lâm sàng được yêu cầu phổ biến nhất trong phòng thí nghiệm, công thức máu, còn được gọi là công thức máu toàn phần (CBC), là đánh giá cơ bản về các tế bào (hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu) lơ lửng trong phần chất lỏng của máu (huyết tương). Nó liên quan đến việc xác định số lượng, nồng độ và tình trạng của các loại tế bào máu khác nhau.

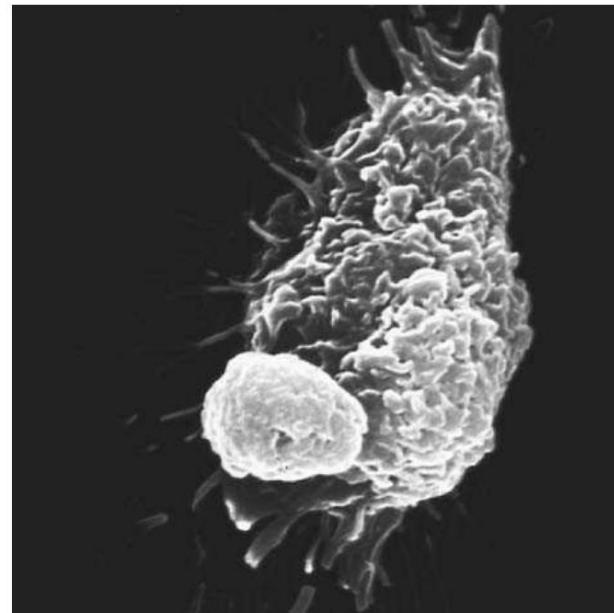
Mục đích

CBC là một xét nghiệm sàng lọc và chẩn đoán hữu ích thường được thực hiện như một phần của khám sức khỏe định kỳ. Nó có thể cung cấp thông tin có giá trị về máu và các mô tạo máu (đặc biệt là tủy xương), cũng như các hệ thống khác của cơ thể. Các kết quả bất thường có thể cho thấy sự hiện diện của nhiều tình trạng khác nhau—bao gồm thiếu máu, bệnh bạch cầu và nhiễm trùng—đôi khi trước khi bệnh nhân gặp phải các triệu chứng của bệnh.

Sự miêu tả

Công thức máu toàn phần thực chất là một loạt các xét nghiệm trong đó số lượng tế bào hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu trong một thể tích máu nhất định được đếm. CBC cũng đo hàm lượng huyết sắc tố và thể tích tế bào đóng gói (hematocrit) của hồng cầu, đánh giá kích thước và hình dạng của hồng cầu, đồng thời xác định loại và tỷ lệ phần trăm của bạch cầu. Các thành phần của công thức máu toàn phần (hemoglobin, hematocrit, bạch cầu, tiểu cầu, v.v.) cũng có thể được xét nghiệm riêng biệt và đôi khi được thực hiện theo cách đó khi bác sĩ muốn theo dõi một tình trạng cụ thể, chẳng hạn như số lượng bạch cầu của một bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh bạch cầu, hoặc huyết sắc tố của một bệnh nhân vừa được truyền máu. Tuy nhiên, vì giá trị của nó là một chỉ số về sức khỏe tổng thể của một người, gói CBC được đặt hàng thường xuyên nhất.

Công thức máu được thực hiện tương đối rẻ tiền và nhanh chóng. Hầu hết các phòng thí nghiệm thường xuyên sử dụng một số loại thiết bị tự động để pha loãng máu, lấy mẫu thể tích huyền phù để pha loãng và đếm số lượng tế bào trong thể tích đó. Ngoài việc đếm số lượng hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu thực tế, máy đếm tế bào tự động còn đo huyết sắc tố và tính toán chỉ số hematocrit và hồng cầu (đo kích thước và hàm lượng huyết sắc tố trong hồng cầu). Sau đó, các kỹ thuật viên sẽ kiểm tra vết máu nhuộm màu dưới kính hiển vi để xác định bất kỳ sự bất thường nào về hình dáng bên ngoài của hồng cầu và báo cáo loại cũng như tỷ lệ phần trăm của bạch cầu được quan sát.



Một tế bào bạch cầu. (Ảnh của Institut Pasteur, Phototake NYC. Được sao chép lại với sự cho phép.)

Số lượng hồng cầu (RBC) xác định tổng số tế bào hồng cầu (hồng cầu) trong một mẫu máu.

Các tế bào hồng cầu, thành phần có số lượng nhiều nhất trong tế bào, mang oxy từ phổi đến các mô của cơ thể.

Hemoglobin (Hgb) là hợp chất protein-sắt trong hồng cầu giúp chúng vận chuyển oxy. Nồng độ của nó tương ứng chặt chẽ với số lượng hồng cầu.

Cũng gần chặt với giá trị hồng cầu và huyết sắc tố là hematocrit (Hct), do tỷ lệ phần trăm tế bào hồng cầu trong tổng thể tích máu. Hematocrit (được biểu thị bằng điểm phần trăm) thường gấp khoảng ba lần nồng độ hemoglobin (được báo cáo dưới dạng gam trên deciliter).

Các chỉ số hồng cầu cung cấp thông tin về kích thước và hàm lượng huyết sắc tố trong hồng cầu. Chúng rất hữu ích trong việc phân biệt các loại bệnh thiếu máu. Các chỉ số bao gồm bốn phép đo được tính toán bằng cách sử dụng kết quả số lượng hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrit. Thể tích hồng cầu trung bình (MCV) là thước đo kích thước trung bình của các tế bào hồng cầu và cho biết kích thước đó là nhỏ, lớn hay bình thường. Độ rộng phân bố hồng cầu (RDW) là dấu hiệu cho thấy sự thay đổi kích thước hồng cầu. Huyết sắc tố trung bình (MCH) đo lượng (trọng lượng) trung bình của huyết sắc tố trong hồng cầu. Một phép đo tương tự, nồng độ huyết sắc tố trong hồng cầu trung bình (MCHC), biểu thị nồng độ trung bình theo độ tuổi của huyết sắc tố trong hồng cầu.

Số lượng bạch cầu (WBC) xác định tổng số tế bào bạch cầu (bạch cầu) trong máu

Nâng

vật mẫu. Với số lượng ít hơn hồng cầu, bạch cầu là phương tiện chống nhiễm trùng chính của cơ thể. Có năm loại tế bào trắng chính (bạch cầu trung tính, tế bào lympho, bạch cầu đơn nhân, bạch cầu ái toan và basophils), mỗi loại đóng một vai trò khác nhau trong việc phản ứng với sự hiện diện của sinh vật lạ trong cơ thể. Việc phân biệt số lượng bạch cầu được thực hiện bằng cách nhuộm vết máu của bệnh nhân bằng vết Wright, cho phép nhìn rõ các loại tế bào bạch cầu khác nhau dưới kính hiển vi. Sau đó, kỹ thuật viền sẽ đếm tối thiểu 100 WBC và báo cáo từng loại tế bào bạch cầu theo tỷ lệ phần trăm trên tổng số tế bào bạch cầu được đếm.

Số lượng tiêu cầu là số lượng thực tế của số lượng tiêu cầu (huyết khối) trong một thể tích máu nhất định.

Tiêu cầu, thành phần tế bào nhỏ nhất của máu, có liên quan đến quá trình đông máu. Bởi vì tiêu cầu có thể kết tụ lại với nhau nên phương pháp đếm tự động có thể có một mức độ sai sót nhất định và có thể không đủ chính xác đối với số lượng tiêu cầu thấp. Vì lý do này, lượng tiêu cầu rất thấp thường được tính bằng tay.

Kết quả bình thường

Giá trị công thức máu có thể thay đổi theo độ tuổi và giới tính. Số lượng hồng cầu bình thường dao động từ 4,2-5,4 triệu hồng cầu trên mỗi microlit máu đối với nam và 3,6-5,0 triệu hồng cầu đối với nữ. Giá trị huyết sắc tố dao động từ 14-18 gam trên mỗi decilit máu đối với nam và 12-16 gam đối với nữ. Hematocrit bình thường là 42-54% đối với nam và 36-48% đối với nữ. Số lượng tế bào bạch cầu bình thường ở cả nam và nữ là khoảng 4.000-10.000 WBC trên mỗi microlit máu.

Kết quả bất thường

Kết quả công thức máu bất thường được nhìn thấy trong nhiều tình trạng khác nhau. Một trong những bệnh phổ biến nhất là thiếu máu, được đặc trưng bởi số lượng hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrit thấp. Nhiễm trùng và bệnh bạch cầu có liên quan đến việc tăng số lượng bạch cầu.

Tài nguyên

SÁCH

Berkow, Robert, chủ biên. Cẩm nang thông tin y tế của Merck. Trạm Whitehouse, NJ: Phòng thí nghiệm nghiên cứu Merck, 1997.

Henry, JB Chẩn đoán và Quản lý Lâm sàng bằng Phương pháp Phòng thí nghiệm. New York: Công ty WB Saunders, 1996.

Karen A. Boyden

So sánh chéo máu xem Nhóm máu và so sánh chéo máu

Cây máu

Sự định nghĩa

Cây máu được thực hiện khi một người có triệu chứng nhiễm trùng máu, còn gọi là nhiễm khuẩn huyết. Máu được lấy từ người một hoặc nhiều lần và được xét nghiệm trong phòng thí nghiệm để tìm và xác định bất kỳ vi sinh vật nào hiện diện và phát triển trong máu. Nếu tìm thấy vi sinh vật, xét nghiệm thêm sẽ được thực hiện để xác định loại kháng sinh nào sẽ có hiệu quả trong điều trị nhiễm trùng.

Mục đích

Nhiễm khuẩn huyết là một tình trạng lâm sàng nghiêm trọng và có thể dẫn đến cái chết. Để mang lại cơ hội tốt nhất cho việc điều trị và sống sót hiệu quả, việc cây máu được thực hiện ngay khi ngờ ngờ nhiễm trùng.

Các triệu chứng của nhiễm khuẩn huyết là sốt, ớn lạnh, rối loạn tâm thần, lo lắng, tim đập nhanh, thở gấp, các vấn đề về đông máu và sốc. Những triệu chứng này đặc biệt quan trọng ở người đã mắc bệnh hoặc nhiễm trùng khác, phải nhập viện hoặc gặp khó khăn trong việc chống lại nhiễm trùng do hệ thống miễn dịch yếu.

Thông thường, nhiễm trùng máu là do nhiễm trùng ở một nơi khác trong cơ thể và hiện đã lan rộng.

Ngoài ra, cây máu được thực hiện để tìm ra nguyên nhân gây nhiễm trùng khác. Chúng bao gồm viêm phổi do vi khuẩn (nhiễm trùng phổi) và viêm nội tạng mạc nhiễm trùng (nhiễm trùng lớp bên trong của tim).

Cả hai bệnh nhiễm trùng này đều rò rỉ vi khuẩn vào máu.

Sau khi nhiễm trùng máu đã được chẩn đoán, xác nhận bằng nuôi cây và điều trị, việc cây máu bổ sung có thể được thực hiện để đảm bảo nhiễm trùng đã biến mất.

Sự miêu tả

Chiến lược văn hóa

Có nhiều biến số liên quan đến việc thực hiện cây máu. Trước khi lấy máu của một người, bác sĩ phải đưa ra một số quyết định dựa trên hiểu biết về bệnh nhiễm trùng cũng như tình trạng lâm sàng và tiền sử bệnh của người đó.

Một số nhóm vi sinh vật, bao gồm vi khuẩn, vi rút, nấm mốc và nấm men, có thể gây nhiễm trùng máu. Nhóm vi khuẩn có thể được chia thành vi khuẩn hiếu khí và vi khuẩn kỵ khí. Hầu hết các vi khuẩn hiếu khí không cần oxy để sống. Chúng có thể phát triển trong môi trường có oxy (vi khuẩn hiếu khí) hoặc không có oxy (vi khuẩn kỵ khí).

Dựa trên tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, bác sĩ xác định nhóm vi sinh vật nào có khả năng gây nhiễm trùng và sau đó chỉ định một hoặc

các loại cây máu cụ thể hơn, bao gồm hiếu khí, kỵ khí, virus hoặc nấm (đối với nấm men và nấm mốc). Mỗi loại môi trường nuôi cấy cụ thể được phòng thí nghiệm xử lý khác nhau. Hầu hết các mẫu cây máu đều kiểm tra cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí. Cây máu nấm, virus và mycobacteria cũng có thể được thực hiện nhưng ít phổ biến hơn.

Bác sĩ cũng phải quyết định nên thực hiện bao nhiêu lần cấy máu. Một nền văn hóa hiếm khi là đủ, nhưng hai đến ba thường là đủ. Bốn nền văn hóa đôi khi được yêu cầu. Một số yếu tố ảnh hưởng đến quyết định này là các vi sinh vật cụ thể mà bác sĩ mong đợi tìm thấy dựa trên các triệu chứng của người đó hoặc kết quả nuôi cấy trước đó và liệu người đó có được điều trị bằng kháng sinh gần đây hay không.

Thời điểm lấy mẫu cấy là một quyết định khác của bác sĩ. Trong hầu hết các trường hợp nhiễm trùng máu (gọi là nhiễm khuẩn huyết từng đợt), vi sinh vật xâm nhập vào máu ở những khoảng thời gian khác nhau. Máu được lấy ngẫu nhiên có thể bỏ sót vi sinh vật. Vì vi sinh vật xâm nhập vào máu 30-90 phút trước khi cơn sốt của người đó tăng cao, nên việc thu thập mẫu cấy ngay sau khi cơn sốt tăng cao mang lại khả năng tìm thấy vi sinh vật tốt nhất. Mẫu cấy thứ hai và thứ ba có thể được thu thập cùng lúc, nhưng từ những vị trí khác nhau trên người, hoặc cách nhau 30 phút hoặc một giờ, tùy theo lựa chọn của bác sĩ. Trong quá trình nhiễm khuẩn huyết liên tục, chẳng hạn như viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, vi sinh vật luôn có trong máu và thời điểm lấy mẫu cấy ít quan trọng hơn. Cây máu phải luôn được thu thập trước khi bắt đầu điều trị bằng kháng sinh.

Phân tích trong phòng thí nghiệm

Vi khuẩn là vi sinh vật phổ biến nhất được tìm thấy trong nhiễm trùng máu. Phân tích trong phòng thí nghiệm về cây máu vi khuẩn khác một chút so với nuôi cấy nấm và khác biệt đáng kể so với nuôi cấy virus.

Máu được lấy từ một người và đưa trực tiếp vào chai cấy máu chứa nước canh dinh dưỡng. Sau khi phòng thí nghiệm nhận được chai cấy máu, một số quy trình phải được hoàn thành:

- cung cấp môi trường cho vi khuẩn phát triển • phát hiện sự phát triển khi nó xảy ra
 - xác định vi khuẩn phát triển
 - kiểm tra vi khuẩn chống lại một số loại kháng sinh để xác định kháng sinh nào sẽ có hiệu quả
- Có một số loại hệ thống, cả thủ công và tự động, có sẵn cho các phòng thí nghiệm để thực hiện các quy trình này.

Nước dùng trong chai cấy máu là bước đầu tiên trong việc tạo môi trường cho vi khuẩn phát triển. Nó

chứa tất cả các chất dinh dưỡng mà vi khuẩn cần để phát triển. Nếu bác sĩ cho rằng vi khuẩn kỵ khí phát triển thì oxy sẽ bị loại khỏi chai cấy máu; nếu dự kiến có vi khuẩn hiếu khí thì oxy sẽ được phép vào chai.

Các chai được đặt trong lồng áp và giữ ở nhiệt độ cơ thể. Chúng được theo dõi hàng ngày để phát hiện các dấu hiệu phát triển, bao gồm đặc hoặc thay đổi màu sắc trong nước dùng, bọt khí hoặc các khối vi khuẩn. Khi có bằng chứng về sự phát triển, phòng thí nghiệm sẽ nhuộm gram và cấy truyền. Để nhuộm gram, một giọt máu được lấy ra khỏi chai và đặt trên một phiến kính hiển vi. Máu được để khô, sau đó được nhuộm màu tím và đỏ và kiểm tra dưới kính hiển vi. Nếu nhìn thấy vi khuẩn, màu sắc của vết bẩn mà chúng nhặt được (tím hoặc đỏ), hình dạng của chúng (chẳng hạn như hình tròn hoặc hình chữ nhật) và kích thước của chúng sẽ cung cấp những manh mối có giá trị về loại vi sinh vật mà chúng là và loại kháng sinh nào có thể hoạt động tốt nhất. Để thực hiện cấy truyền, một giọt máu được nhỏ lên đĩa nuôi cấy, trái đều trên bề mặt và đặt vào tủ ấm.

Nếu không có bằng chứng rõ ràng về sự phát triển trong chai, phòng thí nghiệm sẽ tìm kiếm vi khuẩn bằng cách nhuộm gram và cấy truyền. Các bước này được lặp lại hàng ngày trong vài ngày đầu và định kỳ sau đó.

Khi vi khuẩn phát triển, phòng thí nghiệm sẽ xác định nó bằng các xét nghiệm sinh hóa và nhuộm gram. Xét nghiệm độ nhạy cảm, còn gọi là xét nghiệm độ nhạy cảm với kháng sinh, cũng được thực hiện. Vi khuẩn được thử nghiệm với nhiều loại kháng sinh khác nhau để xem loại kháng sinh nào có thể tiêu diệt nó một cách hiệu quả.

Mọi thông tin đều được chuyển đến bác sĩ ngay khi biết. Báo cáo sớm, được gọi là báo cáo sơ bộ, thường có sau một ngày. Báo cáo này sẽ cho biết liệu có vi khuẩn nào được tìm thấy hay không và nếu có thì kết quả của vết gram. Báo cáo sơ bộ tiếp theo có thể bao gồm mô tả về vi khuẩn phát triển trên môi trường nuôi cấy phụ. Phòng thí nghiệm sẽ thông báo cho bác sĩ ngay lập tức khi tìm thấy sinh vật và ngay khi các xét nghiệm độ nhạy hoàn tất. Các xét nghiệm độ nhạy có thể được hoàn thành trước khi xác định được hoàn toàn vi khuẩn. Báo cáo cuối cùng có thể không có trong vòng 5 đến 7 ngày. Nếu vi khuẩn được tìm thấy, báo cáo sẽ bao gồm thông tin nhận dạng đầy đủ và danh sách các loại kháng sinh mà vi khuẩn nhạy cảm.

Một hệ thống tự động được coi là một trong những tiến bộ kỹ thuật quan trọng nhất gần đây trong nuôi cấy máu. Nó được gọi là hệ thống nuôi cấy máu giám sát liên tục (CMCCS). Các thiết bị sẽ tự động theo dõi các chai chứa máu bệnh nhân để tìm bằng chứng về vi sinh vật, thường là 10 phút một lần. Nhiều điểm dữ liệu được thu thập hàng ngày cho mỗi chai và đưa vào máy tính để phân tích. Các phép tính toán phức tạp có thể xác định thời điểm vi sinh vật phát triển.

Điều này, kết hợp với việc xét nghiệm máu thường xuyên hơn, khiến cho

HIGHLIGHT**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Aerobe-Vi khuẩn cần oxy để sống.

Ký khí-Vi khuẩn sống ở nơi không có ôxy.

Nhiễm khuẩn huyết-Vi khuẩn trong máu.

Nhiễm khuẩn huyết liên tục-Một loại nhiễm khuẩn huyết mà vi khuẩn luôn tồn tại trong máu.

Nhiễm khuẩn huyết không liên tục-Một loại nhiễm khuẩn huyết trong đó vi khuẩn xâm nhập vào máu trong những khoảng thời gian khác nhau.

có thể phát hiện sự phát triển của vi sinh vật sớm hơn. Ngoài ra, tất cả các thiết bị CMBCS đều có hệ thống phát hiện, túc âm và bộ khuấy trộn trong một thiết bị.

Sự chuẩn bị

Thường cần 10 ml (millilit) máu cho mỗi chai cấy máu. Đầu tiên nhân viên y tế xác định vị trí tĩnh mạch ở vùng bên trong khuỷu tay. Vùng da lấy máu phải được khử trùng để ngăn chặn bất kỳ vi sinh vật nào trên da của người đó xâm nhập vào chai cấy máu và làm nhiễm bẩn nó.

Khu vực này được khử trùng bằng cách lau khu vực đó bằng cồn theo hình tròn, bắt đầu bằng những vòng tròn nhỏ tại nơi kim sê đâm vào da và phóng to kích thước của các vòng tròn trong khi lau khỏi vị trí bị đâm. Lặp lại kiểu lau tương tự bằng cách sử dụng dung dịch iốt hoặc iodophor. Phần trên của chai được khử trùng bằng cồn. Sau khi da của người bệnh được khử trùng, nhân viên y tế lấy máu và truyền khoảng 10 ml máu vào mỗi chai cấy máu. Loại chai được sử dụng sẽ khác nhau tùy thuộc vào việc bác sĩ đang tìm kiếm vi khuẩn (vi khuẩn hiệu khí hay ký khí), nấm men, nấm mốc hay vi rút.

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 lên vị trí đâm thủng cho đến khi máu ngừng chảy sẽ làm giảm vết bầm tím. Gói ấm làm giảm sự khó chịu.

Kết quả bình thường

Kết quả bình thường sẽ âm tính. Một mẫu cấy âm tính duy nhất không loại trừ nhiễm trùng máu. Kết quả âm tính giả có thể xảy ra nếu người đó bắt đầu dùng kháng sinh trước khi lấy máu, nếu môi trường

sự phát triển không đúng, thời điểm không đúng hoặc vì một lý do nào đó mà vi sinh vật không phát triển.

Bà mẫu cấy âm tính có thể đủ để loại trừ nhiễm khuẩn huyết trong trường hợp viêm nội tâm mạc.

Kết quả bất thường

Kỹ năng của bác sĩ trong việc giải thích kết quả nuôi cấy và đánh giá tình trạng lâm sàng của người đó là điều cần thiết trong việc phân biệt cấy máu dương tính do nhiễm trùng thực sự với cấy máu dương tính vì nó bị ô nhiễm. Trong nhiễm khuẩn huyết thực sự, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân phải phù hợp với tình trạng nhiễm trùng máu do vi sinh vật được tìm thấy gây ra. Vi sinh vật này thường được tìm thấy trong nhiều môi trường nuôi cấy, nó thường phát triển ngay sau khi ủ chai và thường là nguyên nhân gây nhiễm trùng ở một số nơi khác trong cơ thể người đó.

Khi kết quả nuôi cấy dương tính do nhiễm vi sinh vật, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân thường không giống với nhiễm trùng từ vi sinh vật đã xác định.

Ngoài ra, vi sinh vật này thường tồn tại trên da, hiếm khi gây nhiễm trùng, chỉ tìm thấy trong một chai và có thể xuất hiện sau vài ngày ủ bệnh. Nhiều hơn một vi sinh vật thường phát triển trong môi trường nuôi cấy bị ô nhiễm.

Tài nguyên**SÁCH**

Warren, John R. "Nhiễm trùng huyết." Trong Cơ sở sinh học và lâm sàng của bệnh truyền nhiễm Ed. Standford T. Shulman, et.al. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.

ĐỊNH KÝ

Reimer, LG, ML Wilson và nghị sĩ Weinstein. "Cập nhật về phát hiện vi khuẩn huyết và nấm huyết." Tạp chí Vi sinh lâm sàng (tháng 7 năm 1997): 444-465.

TỔ CHỨC

Hiệp hội vi sinh vật học Hoa Kỳ. 1752 N Street NW, Washington, DC 20036. (202) 737-3600. <<http://www.asmusa.org>>.

Nancy J. Nordenson

Hiến máu và đăng ký**Sự định nghĩa**

Hiến máu là quá trình thu thập, xét nghiệm, điều chế, lưu trữ máu và các thành phần máu. Các nhà tài trợ thường là những tinh nguyện viên không được trả lương, nhưng họ cũng có thể được các doanh nghiệp thương mại trả tiền. Máu

đăng ký để cập nhật việc thu thập và chia sẻ dữ liệu về máu hiến tặng và những người hiến máu không đủ điều kiện.

Mục đích

Mục đích của hệ thống thu thập và phân phối máu là giúp đảm bảo cung cấp đủ máu cho các nạn nhân bị tai nạn, những người cần phẫu thuật và những người mắc một số bệnh cũng như cho nghiên cứu học.

Đôi khi, người hiến máu đặc biệt hiến máu để mang lại lợi ích cho một người cụ thể. Những người chuẩn bị phẫu thuật tự chọn có thể hiến máu của chính họ để giữ lại và sau đó trả lại cho họ trong quá trình phẫu thuật. Điều này được gọi là hiến máu tự thân. Máu hiến tặng được chỉ định đã được hiến bởi một người quen biết với người nhận dự định, chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc bạn bè.

Mỗi năm, hơn bốn triệu người Mỹ được truyền máu với hơn 26 triệu đơn vị máu (một đơn vị bằng 450 ml, hay khoảng một pint), hay trung bình khoảng 32.000 đơn vị mỗi ngày. Tất cả lượng máu đó phải được thu thập, xét nghiệm, chuẩn bị, lưu trữ và chuyển đến các địa điểm thích hợp. Khoảng tám triệu người ở Hoa Kỳ hiến máu mỗi năm; khoảng một nửa tổng số lượng cần thiết được cung cấp bởi 36 trung tâm máu khu vực của Hội Chữ Thập Đỏ Hoa Kỳ.

Máu toàn phần và các thành phần máu khác nhau có nhiều công dụng. Các tế bào hồng cầu mang oxy được sử dụng để điều trị bệnh thiếu máu. Tiểu cầu, có vai trò kiểm soát chảy máu, thường được sử dụng trong điều trị bệnh bạch cầu và các bệnh ung thư khác. Huyết tương tươi đông lạnh cũng được sử dụng để kiểm soát chảy máu ở những người thiếu một số yếu tố đông máu. AHF kết tủa lạnh, được làm từ huyết tương tươi đông lạnh, chứa một số yếu tố đông máu cụ thể.

Các biện pháp phòng ngừa

Để đảm bảo sự an toàn của nguồn cung cấp máu, một quy trình sàng lọc và trì hoãn người hiến máu gồm nhiều tầng được áp dụng. Điều này liên quan đến việc giáo dục người hiến tặng, lấy bệnh sử chi tiết của từng người hiến tặng tiềm năng và cho người hiến tặng tiềm năng một cuộc kiểm tra thể chất đơn giản (bao gồm lấy một vài giọt máu để kiểm tra bệnh thiếu máu). Tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình này, người hiến máu tiềm năng có thể bị "hoãn lại" hoặc bị đánh giá là không đủ điều kiện hiến máu.

Việc trì hoãn này có thể là tạm thời hoặc vĩnh viễn, tùy theo lý do. Những người hiến máu tiềm năng cũng được khuyến khích "tự trì hoãn" hoặc tự nguyện từ chối hiến máu, thay vì khiến những người nhận máu trong tương lai gặp nguy hiểm.

Tất cả máu hiến tặng đều được kiểm tra rộng rãi trước khi sử dụng. Bước đầu tiên là xác định nhóm máu, để biết ai có thể nhận máu. Nhận nhầm loại máu có thể gây tử vong. Máu cũng được sàng lọc để tìm bất kỳ kháng thể nào có thể gây ra các biến chứng cho người nhận.

Ngoài ra, máu được xét nghiệm sàng lọc người hiến tặng mắc các bệnh sau: THÊM kháng nguyên bề mặt viêm gan B, kháng thể lõi viêm gan B, kháng thể virus viêm gan C, kháng thể HIV-1 và HIV-2, kháng nguyên HIV p24, HTLV-I và HTLV - Kháng thể II và bệnh giang mai. Xét nghiệm khuếch đại axit nucleic cũng được thực hiện và các xét nghiệm khác có thể được thực hiện nếu bác sĩ yêu cầu.

Để phát hiện số lượng nhiễm trùng lớn nhất có thể, các xét nghiệm sàng lọc này cực kỳ nhạy cảm. Tuy nhiên, vì lý do này, người hiến tặng đôi khi nhận được kết quả xét nghiệm dương tính giả. Trong những trường hợp này, các xét nghiệm xác nhận cụ thể hơn sẽ được thực hiện để giúp loại trừ các kết quả dương tính giả. Máu được phát hiện là bất thường sẽ bị loại bỏ và tất cả các vật dụng tiếp xúc trực tiếp với người hiến chỉ được sử dụng một lần rồi loại bỏ. Những người hiến máu bị nhiễm bệnh được nhập vào Sổ đăng ký hoãn hiến máu, một cơ sở dữ liệu quốc gia bí mật được sử dụng để ngăn chặn những người bị trì hoãn hiến máu.

Nói chung, người hiến máu phải ít nhất 17 tuổi (một số bang cho phép người trẻ tuổi hiến máu với sự đồng ý của cha mẹ), phải nặng ít nhất 110 pound (50 kg) và phải có sức khỏe tốt.

Nhiều yếu tố có thể tạm thời hoặc vĩnh viễn loại bỏ các nhà tài trợ tiềm năng đủ tiêu chuẩn. Hầu hết trong số họ liên quan đến việc tham gia vào các hành vi khiến họ có nguy cơ bị nhiễm trùng hoặc đã dành thời gian ở một số khu vực cụ thể. Trong số những yếu tố này bao gồm có hình xăm, quan hệ tình dục với những người thuộc nhóm nguy cơ cao, mắc một số bệnh nhất định và bị cưỡng hiếp.

Sự miêu tả

Có tám nhóm máu khác nhau trong tất cả bốn nhóm ABO, mỗi nhóm có thể là Rh dương hoặc Rh âm. Những loại này và sự phân bố gần đúng của chúng trong dân số Hoa Kỳ như sau: O+ (38%), O- (7%), A+ (34%), A- (6%), B+ (9%), B- (2%), AB+ (3%), AB- (1%). Trong trường hợp khẩn cấp, bất kỳ ai cũng có thể nhận được hồng cầu nhóm O một cách an toàn và những người có nhóm máu này được gọi là "những người hiến tặng phô quát". "Những người có nhóm máu AB, được gọi là "người nhận phô quát", có thể nhận bất kỳ loại hồng cầu nào và có thể cung cấp huyết tương cho tất cả các nhóm máu.

Việc hiến máu có thể được thực hiện tại các trung tâm máu cộng đồng, tại bệnh viện hoặc trên xe chở máu đến trường học, nhà thờ và nơi làm việc. Quá trình hiến máu toàn phần thực tế mất khoảng 20 phút. Một cây kim vô trùng được đưa vào tĩnh mạch trên cánh tay của người hiến tặng. Máu chảy qua ống nhựa vào túi đựng máu.

Người hiến có thể được yêu cầu nắm chặt tay để khuyến khích máu chảy. Thông thường, một đơn vị máu được thu thập.

Sau đó, người hiến máu được hộ tống đến khu vực quan sát, được phục vụ đồ ăn nhẹ và được phép nghỉ ngơi.

Hàng

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Apheresis-Chiết xuất một thành phần cụ thể từ máu được hiến tặng, phần còn lại sẽ được trả lại cho người hiến.

Hiến tặng tự thân-Máu được hiến tặng để người hiến tặng sử dụng.

Bạch cầu hạt- Bạch cầu.

Huyết tương- Phần chất lỏng của máu.

Tiêu cầu- Các thành phần nhỏ, giống như đĩa của huyết tương giúp thúc đẩy quá trình đông máu.

Huyết tương, phần chất lỏng của máu chứa hồng cầu, tiêu cầu và các thành phần khác, cũng được thu thập, thường bởi các doanh nghiệp thương mại rồi bán cho các công ty sản xuất các yếu tố đông máu và các sản phẩm máu khác. Điều này được thực hiện bằng cách sử dụng một quy trình được gọi là apheresis, trong đó máu toàn phần được thu thập, thành phần máu mong muốn được loại bỏ và phần còn lại được trả lại cho người hiến. Việc thu thập huyết tương thường mất từ một đến hai giờ. Apheresis cũng có thể được sử dụng để thu thập các thành phần máu khác, chẳng hạn như tiêu cầu và bạch cầu hạt.

Chuẩn bị Sau

Khi máu toàn phần được thu thập, nó sẽ được gửi đến phòng thí nghiệm để xét nghiệm và xử lý. Hầu hết máu hiến tặng được tách thành các thành phần cấu thành, chẳng hạn như hồng cầu, tiêu cầu và kết tủa lạnh. Điều này cho phép nhiều người được hưởng lợi từ cùng một đơn vị máu được hiến.

Các thành phần máu khác nhau có thời gian lưu trữ khác nhau. Các tế bào hồng cầu có thể được bảo quản trong tủ lạnh tới 42 ngày hoặc đông lạnh tới 10 năm. Tiêu cầu, được bảo quản ở nhiệt độ phòng, có thể giữ được tối đa năm ngày. Huyết tương tươi đông lạnh và AHF kết tủa lạnh có thể được bảo quản tối đa một năm.

Chăm sóc sau

Thông thường, cơ thể người hiến tặng sẽ mất khoảng 24 giờ để bổ sung lượng chất lỏng đã mất. Tuy nhiên, việc thay thế các tế bào hồng cầu bị mất có thể mất tới hai tháng.

Những người hiến máu toàn phần phải đợi tối thiểu tám tuần trước khi hiến máu lại. Một số tiểu bang đặt ra các giới hạn hơn nữa về tần suất và/hoặc tổng số lần một cá nhân có thể hiến máu trong khoảng thời gian 12 tháng.

Rủi ro

Nhờ sử dụng hệ thống sàng lọc nhiều tầng và những tiến bộ về hiệu quả của xét nghiệm sàng lọc,

việc lây truyền các bệnh truyền nhiễm qua truyền máu đã giảm đáng kể.

Tuy nhiên, vẫn có một rủi ro rất nhỏ là người nhận máu có thể nhiễm HIV, Viêm gan C hoặc các bệnh nhiễm trùng khác thông qua truyền máu. Các bệnh khác có thể lây nhiễm theo cách này hoặc là mối quan tâm đặc biệt của các cơ quan thu thập máu, bao gồm bệnh Babiosis, bệnh Chagas, HTLV-I và -II, bệnh Creutzfeldt-Jakob, cytomegalovirus, bệnh Lyme, sốt rét, và bệnh Creutzfeldt-Jakob biến thể mới.

Những người hiến máu tự thân có nguy cơ rất nhỏ là nhận nhầm máu do lỗi văn thư.

Ngoài ra còn có khả năng thấp là nhiễm vi khuẩn vào máu tự thân.

Kết quả bình thường

Đối với hầu hết những người hiến tặng, quá trình này diễn ra nhanh chóng, không gây đau đớn và họ cảm thấy ổn. Họ cũng có thể cảm thấy hài lòng khi biết rằng họ đã góp phần cung cấp máu cho đất nước và thậm chí có thể giúp cứu sống nhiều mạng sống.

Kết quả bất thường

Hầu hết những người hiến máu không phải chịu hậu quả đáng kể nào. Tuy nhiên, đôi khi, người hiến máu cảm thấy ngất xỉu hoặc chóng mặt, buồn nôn và/hoặc đau, tái đỏ hoặc bầm tím nơi lấy máu. Các biến chứng nghiêm trọng hơn, hiếm khi xảy ra, bao gồm ngất xỉu, co thắt cơ và tổn thương thần kinh.

Tài nguyên**SÁCH**

Starr, Douglass. Máu: Lịch sử sù thi về y học và thương mại. New York: Alfred A Knopf, 1998.

ĐỊNH KỲ McKenna,

**C. Thời báo Điều dưỡng "Blood Minded" (ngày 6 tháng 4 năm 2000):
27-28.**

**Wagner, H. "Ngân hàng máu cuồng rốn: Bảo hiểm
Chống lại những căn bệnh trong tương lai? Tạp chí USA Today (tháng 3
năm 2000): 59-61.**

TỔ CHỨC

**Hiệp hội ngân hàng máu Hoa Kỳ. 8101 Đường Glenbrook, Bethesda, MD
20814-2749. (301) 907-6977. <<http://www.aabb.org>>.**

**Tổ chức thập đỏ của Mỹ. 430 17th Street NW, Washington, DC
20006. <<http://www.redcross.org>>.**

Trung tâm tài nguyên dữ liệu máu quốc gia. (301) 215-6506. <<http://www.nbdrc.org>>.

Peter Gregutt

Nhiễm sán lá máu xem Bệnh sán máng

Phân tích khí máu

Sự định nghĩa

Phân tích khí máu hay còn gọi là khí máu động mạch (ABG), là một thử nghiệm đo lường lượng oxy và carbon dioxide trong máu cũng như độ axit (pH) của máu.

Mục đích

Phân tích ABG đánh giá mức độ hiệu quả của phổi đang cung cấp oxy vào máu và chúng loại bỏ carbon dioxide khỏi máu hiệu quả như thế nào. Các xét nghiệm cũng cho biết phổi và thận khỏe mạnh như thế nào tương tác để duy trì độ pH trong máu bình thường (cân bằng axit-bazơ). Nghiên cứu khí máu thường được thực hiện để đánh giá bệnh hô hấp và các tình trạng khác có thể ảnh hưởng đến phổi và quản lý bệnh nhân được điều trị bằng oxy (điều trị hô hấp). Ngoài ra, thành phần axit-bazơ của xét nghiệm cung cấp thông tin về chức năng thận.

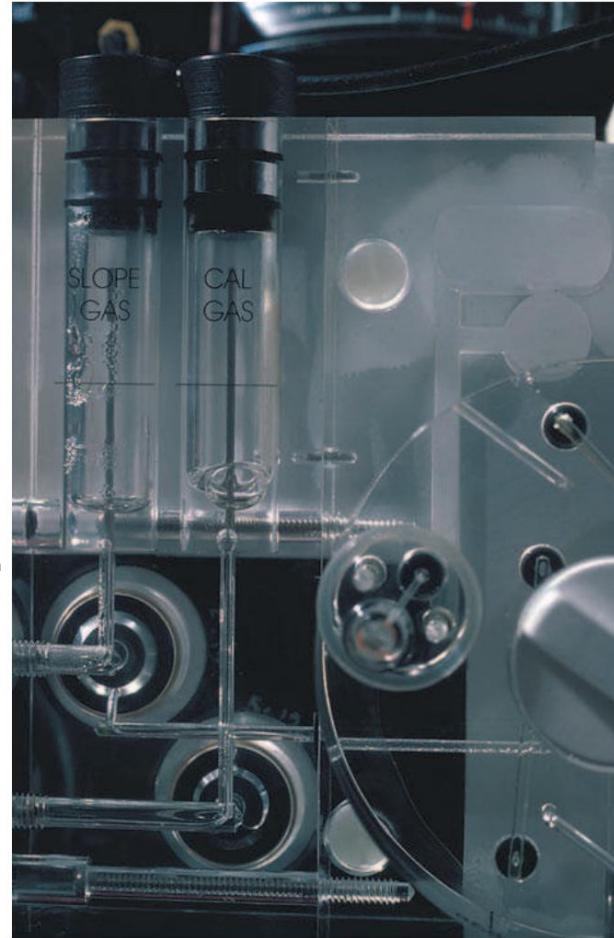
Sự miêu tả

Phân tích khí máu được thực hiện trên máu từ một động mạch. Nó đo áp suất riêng phần của oxy và lượng carbon dioxide trong máu, cũng như hàm lượng oxy, độ bão hòa oxy, hàm lượng bicarbonate và pH máu.

Ôxy trong phổi được vận chuyển đến các mô thông qua máu, nhưng chỉ một lượng nhỏ oxy này thực sự có thể hòa tan trong máu động mạch. Lượng oxy hòa tan bao nhiêu tùy thuộc vào áp suất riêng phần của oxy (áp lực của khí tác dụng lên thành động mạch). Do đó, kiểm tra áp suất riêng phần của oxy thực chất là đo lượng oxy mà phổi cung cấp cho máu. Carbon dioxide được giải phóng vào máu là sản phẩm phụ của quá trình trao đổi chất của tế bào. Một phần áp suất carbon dioxide cho biết phổi khỏe mạnh như thế nào loại bỏ carbon dioxide này.

Lượng oxy còn lại không hòa tan trong máu kết hợp với huyết sắc tố, một hợp chất protein-sắt có trong hồng cầu. Hàm lượng oxy phép đo trong phân tích ABG cho biết mức độ oxy được kết hợp với hemoglobin. Một liên quan giá trị là độ bão hòa oxy, so sánh lượng oxy thực tế kết hợp với hemoglobin để tổng lượng oxy mà hemoglobin có khả năng kết hợp.

Carbon dioxide hòa tan dễ dàng hơn trong máu hơn oxy, chủ yếu tạo thành bicarbonate và lượng axit cacbonic nhỏ hơn. Khi có mặt với lượng bình thường, tỷ lệ axit cacbonic và bicarbonate tạo ra sự cân bằng axit-bazơ trong máu, giúp duy trì



Máy phân tích khí máu của Corning Corporation. (Ảnh-đồ họa của Hank Morgan, Photo Research, Inc. Được sao chép bởi sự cho phép.)

độ pH ở mức phù hợp với chức năng tế bào của cơ thể hiệu quả nhất. Phổi và thận đều tham gia duy trì sự cân bằng axit cacbonic-bicarbonate. Các phổi kiểm soát nồng độ axit cacbonic và thận điều hòa bicarbonate. Nếu một trong hai cơ quan không hoạt động đúng cách, có thể dẫn đến mất cân bằng axit-bazơ. Sau đó, việc xác định nồng độ bicarbonate và pH sẽ hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân gây ra các giá trị khí trong máu bất thường.

Thủ tục

Mẫu máu được lấy bằng cách chọc động mạch (thường là ở cổ tay, mặc dù có thể ở háng hoặc cánh tay) hoặc từ một đường huyết mạch đã có sẵn. Nếu cần phải chọc thủ, vùng da trên động mạch sẽ được làm sạch bằng chất khử trùng gắn vào một ống tiêm dùng một lần. Bệnh nhân có thể cảm thấy một đau nhói hoặc chuột rút ngắn ở vị trí đâm thủ. Sau đó máu được lấy ra, mẫu phải được vận chuyển đến phòng thí nghiệm càng sớm càng tốt để phân tích.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Cân bằng axit-bazơ—Tình trạng tồn tại khi hệ thống đậm axit-bicarbonate cacbonic của cơ thể ở trạng thái cân bằng, giúp duy trì độ pH trong máu ở mức bình thường là 7,35-7,45.

Hemoglobin—Một hợp chất protein-sắt trong hồng cầu có chức năng chủ yếu là vận chuyển oxy từ phổi đến các mô của cơ thể. pH—Thước đo độ axit của dung dịch. pH máu bình thường dao động từ 7,35-7,45.

Sự chuẩn bị

Không có sự chuẩn bị đặc biệt. Bệnh nhân không bị hạn chế ăn uống trước khi xét nghiệm. Nếu bệnh nhân đang được thở oxy thì nồng độ oxy phải được giữ nguyên trong 20 phút trước khi thử nghiệm; nếu thực hiện bài kiểm tra mà không có oxy thì phải tắt gas trong 20 phút trước khi thực hiện bài kiểm tra. Bệnh nhân nên thở bình thường trong quá trình thủ thuật.

Chăm sóc sau

Sau khi lấy máu, kỹ thuật viên hoặc bệnh nhân ấn lên vị trí đâm thủng trong 10-15 phút để cầm máu, sau đó đặt băng lên vết đâm. Bệnh nhân nên nghỉ ngơi yên tĩnh trong khi ấn lên vị trí đâm thủng. Nhân viên y tế sẽ quan sát bệnh nhân xem có dấu hiệu chảy máu hoặc các vấn đề về tuần hoàn không.

Rủi ro

Rủi ro rất thấp khi thử nghiệm được thực hiện chính xác. Rủi ro bao gồm chảy máu hoặc bầm tím tại chỗ hoặc chảy máu chậm ở chỗ đó. Rất hiếm khi có vấn đề về tuần hoàn ở vùng đâm thủng.

Kết quả bình thường

Giá trị khí máu bình thường như sau:

- Áp suất riêng phần của oxy (PaO₂): 75-100 mm Hg • Áp suất riêng phần của carbon dioxide (PaCO₂): 35-45 mm Hg
- Hàm lượng oxy (O₂CT): 15-23% • Độ bão hòa oxy (SaO₂): 94-100%
- bicarbonate (HC0₃): 22-26 mEq/lít • pH: 7,35-7,45

Kết quả bất thường

Các giá trị khác với những giá trị được liệt kê ở trên có thể biểu thị bệnh về đường hô hấp, chuyển hóa hoặc thận. Những kết quả này cũng có thể bất thường nếu bệnh nhân từng bị chấn thương có thể ảnh hưởng đến hô hấp (đặc biệt là chấn thương ở đầu và cổ). Các rối loạn, chẳng hạn như thiếu máu, ảnh hưởng đến khả năng vận chuyển oxy của máu, có thể tạo ra giá trị hàm lượng oxy thấp bất thường.

Tài nguyên**SÁCH**

Hướng dẫn minh họa cho các xét nghiệm chẩn đoán. Ed. JA Lewis.

Spring-house, PA: Springhouse Corp. 1994.

Thompson, tháng 6 và cộng sự. Điều dưỡng lâm sàng của Mosby. tái bản lần thứ 4. St. Louis: Mosby, 1997.

Carol A. Turkington

Ngộ độc máu xem Viêm bạch huyết cấp tính**Đăng ký máu xem Hiến máu và đăng ký máu****Lấy máu xem Phlebotomy****Xét nghiệm đường huyết****Sự định nghĩa**

Xét nghiệm đường huyết bao gồm một số xét nghiệm khác nhau để đo lượng đường (glucose) trong máu của một người. Các xét nghiệm này được thực hiện khi bụng đói hoặc sau khi ăn hoặc uống đồ uống có lượng đường đã được đo trước. Xét nghiệm đường huyết được thực hiện chủ yếu để chẩn đoán và đánh giá một người mắc bệnh đái tháo đường.

Mục đích

Cơ thể sử dụng đường, còn gọi là glucose, để cung cấp năng lượng cần thiết cho hoạt động. Mọi người nhận được đường từ chế độ ăn uống và từ các mô cơ thể của họ. Insulin được tuyên truyền tạo ra và ảnh hưởng đến màng ngoài của tế bào, giúp glucose dễ dàng di chuyển từ máu vào tế bào. Khi insulin hoạt động, lượng đường trong máu sẽ giảm.

Đường từ các mô cơ thể được lưu trữ dưới dạng glycogen. Khi glycogen hoạt động, lượng đường trong máu tăng lên.

Sau bữa ăn, lượng đường trong máu tăng mạnh. Tuy nhiên phản ứng bằng cách giải phóng đủ insulin để xử lý tất cả lượng đường mới được bổ sung vào cơ thể. Insulin đưa đường ra khỏi máu và vào trong tế bào. Chỉ khi đó lượng đường trong máu mới bắt đầu ổn định và

bắt đầu rơi. Người bị đái tháo đường không sản xuất đủ insulin hoặc sản xuất insulin không hoạt động bình thường. Kết quả là lượng đường trong máu vẫn ở mức cao, gọi là tăng đường huyết.

Bệnh tiểu đường phải được chẩn đoán càng sớm càng tốt. Nếu không được điều trị, nó có thể làm hỏng hoặc gây suy mắt, thận, dây thần kinh, tim, mạch máu và các cơ quan khác của cơ thể. Hạ đường huyết hoặc lượng đường trong máu thấp cũng có thể được phát hiện thông qua xét nghiệm lượng đường trong máu. Hạ đường huyết là do rối loạn nội tiết tố và bệnh gan khác nhau, cũng như do sử dụng quá nhiều insulin.

Sự miêu tả

Có nhiều cách khác nhau để đo lượng đường trong máu của một người.

Xét nghiệm đường huyết toàn phần

Một người có thể thực hiện xét nghiệm đường huyết toàn phần tại nhà và có sẵn bộ dụng cụ cho mục đích này. Người đó chích ngón tay của mình (que ngón tay) bằng một lưỡi dao sắc vô trùng từ bộ dụng cụ. Một giọt máu được nhô lên một dài trong một dụng cụ cầm tay gọi là máy đo đường huyết. Máy đo đường huyết nhanh chóng xác định lượng đường trong máu và hiển thị kết quả trên màn hình nhỏ thường trong vài giây.

Xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói

Xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói được thực hiện khi bụng đói. Trong tầm giờ trước khi thử nghiệm, người đó phải nhịn ăn (không ăn uống gì, ngoại trừ nước). Máu của người này được nhân viên y tế lấy từ tĩnh mạch.

Mẫu máu được thu thập vào một ống chứa chất chống đông máu. Thuốc chống đông máu ngăn máu đông lại. Trong phòng thí nghiệm, ống máu quay với tốc độ cao trong một cỗ máy gọi là máy ly tâm. Các tế bào máu chìm xuống đáy và chất lỏng vẫn ở trên cùng.

Chất lỏng màu xám phía trên là plasma. Để đo lượng glucose, huyết tương của một người được kết hợp với các chất khác. Từ phản ứng thu được, lượng glucose trong huyết tương được xác định.

Xét nghiệm dung nạp glucose đường uống

Xét nghiệm dung nạp glucose đường uống được thực hiện để xem cơ thể xử lý lượng glucose tiêu chuẩn tốt như thế nào. Xét nghiệm này đo lượng glucose trong huyết tương của một người trước và hai giờ sau khi uống một lượng lớn đồ uống có chứa glucose. Người đó phải ăn một chế độ ăn phù hợp, chứa ít nhất 5,25oz (150 g) carbohydrate mỗi ngày, trong ba ngày trước khi thực hiện xét nghiệm này. Trong tầm giờ trước khi thử nghiệm, người đó phải nhịn ăn. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lấy mẫu máu đầu tiên vào cuối quá trình

nhanh chóng để xác định mức glucose khi bắt đầu xét nghiệm.

Sau đó, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ đưa cho người đó đồ uống có chứa 2,6 oz (75 g) glucose. Hai giờ sau, máu của người đó lại được rút ra. Những mẫu máu này được ly tâm và xử lý trong phòng thí nghiệm. Sau đó, bác sĩ có thể so sánh mức glucose trước và sau để xem cơ thể xử lý đường tốt như thế nào.

Xét nghiệm đường huyết sau ăn hai giờ

Xét nghiệm đường huyết sau bữa ăn kéo dài hai giờ sẽ đo lượng glucose trong huyết tương sau khi một người ăn một bữa ăn cụ thể có chứa một lượng đường nhất định.

Mặc dù bữa ăn tuân theo thực đơn định sẵn nhưng rất khó kiểm soát nhiều yếu tố liên quan đến phương pháp thử nghiệm này.

Xét nghiệm đường huyết có thể được sử dụng trong nhiều tình huống khác nhau, bao gồm:

- Xét nghiệm những người nghi ngờ mắc bệnh tiểu đường. Hiệp hội Tiểu đường Hoa Kỳ (ADA) khuyến cáo nên sử dụng xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói hoặc xét nghiệm dung nạp glucose đường uống để chẩn đoán bệnh tiểu đường. Nếu người đó đã có các triệu chứng của bệnh tiểu đường, xét nghiệm đường huyết không cần nhịn ăn (gọi là xét nghiệm đường huyết thông thường) có thể được thực hiện. Nếu kết quả xét nghiệm là bất thường thì phải xác nhận lại bằng một xét nghiệm khác được thực hiện vào một ngày khác. Hai bài kiểm tra có thể khác nhau hoặc có thể giống nhau, nhưng chúng phải được thực hiện vào những ngày khác nhau. Nếu xét nghiệm thứ hai cũng bất thường thì người đó mắc bệnh tiểu đường. ADA không khuyến nghị xét nghiệm sau bữa ăn kéo dài hai giờ như một xét nghiệm để chẩn đoán bệnh tiểu đường. Bác sĩ có thể yêu cầu xét nghiệm này và thực hiện xét nghiệm dung nạp glucose đường uống hoặc xét nghiệm đường huyết lúc đói nếu kết quả bất thường.

- Xét nghiệm phụ nữ có thai. Bệnh tiểu đường xảy ra khi mang thai (tiểu đường thai kỳ) rất nguy hiểm cho cả mẹ và bé. Những phụ nữ có thể có nguy cơ sẽ được sàng lọc khi mang thai được 24-28 tuần.

Một phụ nữ được coi là có nguy cơ nếu cô ấy trên 25 tuổi, trọng lượng cơ thể không bình thường, có cha mẹ hoặc anh chị em mắc bệnh tiểu đường hoặc nếu cô ấy thuộc nhóm dân tộc có tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường cao (người gốc Tây Ban Nha, người Mỹ bản địa). -người da đen, người châu Á, người Mỹ gốc Phi). Xét nghiệm lượng đường trong máu để sàng lọc bệnh tiểu đường thai kỳ là một biến thể của xét nghiệm dung nạp glucose đường uống. Ăn chay là không cần thiết. Nếu kết quả là bất thường, xét nghiệm đầy đủ hơn sẽ được thực hiện vào một ngày khác.

- Xét nghiệm người khỏe mạnh. Những người khỏe mạnh không có triệu chứng của bệnh tiểu đường nên được sàng lọc bệnh tiểu đường khi họ 45 tuổi và lập lại ba năm một lần. Xét nghiệm dung nạp glucose huyết tương lúc đói hoặc xét nghiệm dung nạp glucose đường uống được sử dụng để sàng lọc. Những người thuộc nhóm nguy cơ cao nên được xét nghiệm trước 45 tuổi và xét nghiệm thường xuyên hơn.

- Xét nghiệm những người đã được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường. ADA khuyến cáo người mắc bệnh tiểu đường nên giữ lượng glucose trong máu ở mức bình thường càng nhiều càng tốt. Điều này có thể được thực hiện bởi người bệnh tiểu đường tự xét nghiệm máu của mình tại nhà một hoặc nhiều lần trong ngày.

Sự chuẩn bị

Mỗi xét nghiệm đường huyết sử dụng huyết tương cần 5 mL máu. Nhân viên y tế buộc một dải dây chàm (ga-rô) trên cánh tay trên của người đó, xác định vị trí tĩnh mạch ở vùng bén 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 máu chỉ mất vài phút.

Khi bắt buộc phải nhịn ăn, người đó không được ăn hoặc uống gì (trừ nước) trong tầm giờ trước khi xét nghiệm và cho đến khi hoàn thành xét nghiệm hoặc một loạt xét nghiệm. Người đó không nên hút thuốc trước hoặc trong thời gian xét nghiệm vì điều này có thể tạm thời làm tăng lượng glucose trong máu. Các yếu tố khác có thể gây ra kết quả không chính xác là thay đổi chế độ ăn uống trước khi xét nghiệm, bệnh tật hoặc phẫu thuật hai tuần trước khi xét nghiệm, một số loại thuốc và nghỉ ngơi trên giường kéo dài. Bác sĩ có thể yêu cầu một người đang dùng insulin hoặc đang dùng thuốc điều trị bệnh tiểu đường ngừng dùng thuốc cho đến sau khi xét nghiệm.

Chăm sóc sau

Sau khi hoàn thành xét nghiệm hoặc một loạt xét nghiệm (và được sự chấp thuận của bác sĩ), người đó nên ăn, uống và dùng bất kỳ loại thuốc nào đã được dùng để xét nghiệm.

Bệnh nhân có thể cảm thấy khó chịu khi máu được lấy từ tĩnh mạch. Vết 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 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.

Rủi ro

Nếu người đó cảm thấy yếu sức, ngất xỉu, đổ mồ hôi hoặc bất kỳ phản ứng bất thường nào khác khi nhịn ăn hoặc trong khi làm xét nghiệm, người đó nên báo ngay cho người thực hiện xét nghiệm.

Kết quả bình thường

Kết quả bình thường là:

- xét nghiệm đường huyết lúc đói dưới 120 mg/dL • xét nghiệm dung nạp glucose đường uống, 2 giờ dưới 140 mg/dL Đối với người mắc bệnh tiểu đường, ADA khuyến nghị mục tiêu đường huyết liên tục nhỏ hơn hoặc bằng 120 mg/dL .

Kết quả bất thường

Những kết quả bất thường này cho thấy bệnh tiểu đường và phải được xác nhận bằng thử nghiệm lặp lại:

- xét nghiệm đường huyết lúc đói nhỏ hơn hoặc bằng 126 mg/dL

- Xét nghiệm dung nạp glucose đường uống, 2 giờ ít hơn hoặc bằng 200 mg/dL
- xét nghiệm đường huyết thông thường (không đói, có triệu chứng) nhỏ hơn hoặc bằng 200 mg/dL
- Xét nghiệm dung nạp glucose đường uống khi mang thai, 1 giờ ít hơn hoặc bằng 140 mg/dL

Tổn thương não có thể xảy ra nếu nồng độ glucose dưới đây 40 mg/dL và hôn mê ở mức trên 470 mg/dL.

Các rối loạn nội tiết tố khác có thể gây ra cả tăng đường huyết và hạ đường huyết. Kết quả bất thường phải được giải thích bởi bác sĩ hiểu biết về tình trạng bệnh lý và tiền sử bệnh của người đó.

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.

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.

ĐỊNH KÝ Hiệp hội

Tiểu đường Hoa Kỳ. "Báo cáo của Ủy ban Chuyên gia về Chẩn đoán và Phân loại Bệnh tiểu đường." Chăm sóc bệnh tiểu đường 20, số 7 (tháng 7 năm 1997): 1183-1197.

TỔ CHỨC

Hiệp hội Tiểu đường Hoa Kỳ. 1701 Phó Bắc Beauregard, Alexandria, VA 22311. (800) 342-2383. <<http://www.bệnhtiểuđường.org>>.

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>>.

Cơ quan thông tin thông tin về bệnh tiểu đường quốc gia. 1 Thông tin Đường, Bethesda, MD 20892-3560. (800) 860-8747. <<http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/ndic.htm>>.

Viện Tiểu đường và Bệnh tiểu 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>>.

Nancy J. Nordenson

Thuốc làm loãng máu xem Thuốc chống đông máu

và thuốc chống tiểu cầu

Truyền máu xem Truyền máu

Nhóm máu và kết hợp chéo

Sự định nghĩa

Nhóm máu là một xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được thực hiện để xác định nhóm máu của một người. Nếu một người cần được truyền máu, một xét nghiệm khác gọi là so sánh chéo sẽ được thực hiện sau khi máu được phân loại để tìm máu từ người hiến mà cơ thể người đó sẽ chấp nhận.

Mục đích

Việc định nhóm máu và so sánh chéo được thực hiện phổ biến nhất để đảm bảo rằng người cần truyền máu sẽ nhận được máu phù hợp (tương thích) với máu của mình. Mọi người phải nhận máu cùng nhóm máu, nếu không, phản ứng truyền máu nghiêm trọng, thậm chí gây tử vong có thể xảy ra.

Các bậc cha mẹ đang mong đợi con được xác định nhóm máu để chẩn đoán và ngăn ngừa bệnh tan máu ở trẻ sơ sinh (HDN), một loại bệnh thiếu máu còn được gọi là bệnh hồng cầu thai nhi. Những đứa trẻ có nhóm máu khác với mẹ có nguy cơ mắc bệnh này. Bệnh nghiêm trọng ở một số khía cạnh khác về nhóm máu, nhưng nhẹ hơn ở những người khác.

Một đứa trẻ thừa hưởng các yếu tố hoặc gen từ cha hoặc mẹ quyết định nhóm máu của mình. Thực tế này làm cho việc xác định nhóm máu trở nên hữu ích trong xét nghiệm quan hệ cha con. Để xác định xem người được cho là cha có thể là cha thật hay không, nhóm máu của đứa trẻ, mẹ và người cha được cho là sẽ được so sánh.

Các cuộc điều tra pháp lý có thể yêu cầu phân loại máu hoặc các chất dịch cơ thể khác, chẳng hạn như tinh dịch hoặc nước bọt, để xác định những người có liên quan đến tội phạm hoặc các vấn đề pháp lý khác.

Sự miêu tả

Các xét nghiệm nhóm máu và xét nghiệm chéo được thực hiện trong phòng thí nghiệm ngân hàng máu bởi các kỹ thuật viên được đào tạo về dịch vụ ngân hàng máu và truyền máu. Các xét nghiệm được thực hiện trên máu, sau khi máu đã tách thành tế bào và huyết thanh (huyết thanh là chất lỏng màu vàng còn sót lại sau khi đông máu). Chi phí cho cả hai xét nghiệm đều được bảo hiểm chỉ trả khi xét nghiệm được xác định là cần thiết về mặt y tế.

Các phòng thí nghiệm của ngân hàng máu thường được đặt tại các cơ sở, chẳng hạn như các cơ sở do Hội Chữ thập đỏ Hoa Kỳ điều hành, nơi thu thập, xử lý và cung cấp máu được hiến tặng, cũng như tại các cơ sở, chẳng hạn như hầu hết các bệnh viện, chuẩn bị máu để truyền. Các phòng thí nghiệm này được quản lý bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) và thường được kiểm tra và công nhận bởi một chuyên gia.

hiệp hội như Hiệp hội Ngân hàng Máu Hoa Kỳ (AABB).

Xét nghiệm nhóm máu và xét nghiệm chéo dựa trên phản ứng giữa kháng nguyên và kháng thể. Kháng nguyên có thể là bất cứ thứ gì khiến cơ thể phát động một cuộc tấn công, được gọi là phản ứng miễn dịch, chống lại nó. Cuộc tấn công bắt đầu khi cơ thể tạo ra một loại protein đặc biệt, gọi là kháng thể, được thiết kế đặc đáo để tấn công và làm cho kháng nguyên cụ thể gây ra cuộc tấn công trở nên vô hiệu (vô hiệu hóa). Cơ thể con người thường không tạo ra kháng thể chống lại các kháng nguyên của chính mình mà chỉ chống lại các kháng nguyên lạ đối với nó.

Cơ thể con người chứa nhiều kháng nguyên. Các kháng thể được tìm thấy trên bề mặt tế bào hồng cầu rất quan trọng vì chúng xác định nhóm máu của một người. Khi hồng cầu có kháng nguyên nhóm máu nhất định được trộn với huyết thanh chứa kháng thể chống lại kháng nguyên đó, kháng thể sẽ tấn công và bám vào kháng nguyên. Trong ống nghiệm, phản ứng này được quan sát thấy khi hình thành các cụm tế bào (kết tụ).

Khi máu được phân loại, tế bào và huyết thanh của một người được trộn trong ống nghiệm với huyết thanh và tế bào được pha chế trên thị trường. Sự vón cục cho biết kháng nguyên hoặc kháng thể nào hiện diện và tiết lộ nhóm máu của người đó. Khi máu được so sánh chéo, huyết thanh bệnh nhân được trộn với các tế bào từ máu hiến tặng để có thể sử dụng để truyền máu.

Sự vón cục hoặc không vón cục trong ống nghiệm cho biết máu có tương thích hay không.

Mặc dù có hơn 600 kháng nguyên hồng cầu được biết đến, được tổ chức thành 22 hệ thống nhóm máu, việc định nhóm máu và so sánh chéo thường chỉ liên quan đến hai hệ thống: hệ thống nhóm máu ABO và Rh.

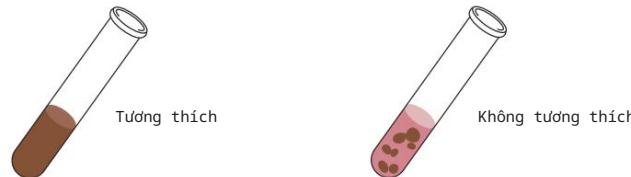
Nhóm máu

HỆ THỐNG NHÓM MÁU ABO. Năm 1901, Karl Landsteiner, một nhà nghiên cứu bệnh học người Áo, đã kết hợp ngẫu nhiên huyết thanh và hồng cầu của các đồng nghiệp của mình. Từ những phản ứng quan sát được trong ống nghiệm, ông đã phát hiện ra hệ thống nhóm máu ABO. Khám phá này đã mang về cho ông giải Nobel Y học năm 1930.

Nhóm máu ABO của một người-A, B, AB hoặc O-dựa trên sự hiện diện hay vắng mặt của kháng nguyên A và B trên tế bào hồng cầu của người đó. Nhóm máu A chỉ có kháng nguyên A và nhóm máu B chỉ có kháng nguyên B. Nhóm máu AB có cả kháng nguyên A và B, còn nhóm máu O không có kháng nguyên A và B.

Khi một người được sáu tháng tuổi, trẻ sẽ tự nhiên phát triển các kháng thể chống lại các kháng nguyên mà hồng cầu thiếu. Nghĩa là người có nhóm máu A sẽ có kháng thể kháng B, còn người có nhóm máu B sẽ có kháng thể kháng B.

Máu của người nhận			Phản ứng với hồng cầu của người hiến tạng			
Kháng nguyên ABO	Kháng thể ABO	máu ABO kiều	Loại nhà tài trợ Tế bào 0	Loại nhà tài trợ Một tế bào	Loại nhà tài trợ tế bào B	Loại nhà tài trợ tế bào AB
Không có	Chống A Chống B	0				
MỘT	Chống B	MỘT				
B	Chống A	B				
A & B	Không có	AB				



Nhóm máu là một xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được thực hiện để tìm ra nhóm máu của một người. Nếu người đó cần được truyền máu, việc so sánh chéo được thực hiện theo nhóm máu để xác định máu của người hiến mà cơ thể người đó sẽ chấp nhận. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

loại sẽ có kháng thể kháng A. Người có nhóm máu AB sẽ không có kháng thể, nhưng người có nhóm máu O sẽ có cả kháng thể kháng A và kháng thể B.

Mặc dù sự phân bố của từng nhóm máu ABO khác nhau giữa các nhóm chủng tộc, nhóm máu O là phổ biến nhất và nhóm máu AB là ít phổ biến nhất.

Phân loại ABO là xét nghiệm đầu tiên được thực hiện trên máu khi xét nghiệm truyền máu. Một người phải nhận được máu phù hợp với ABO. Sự không tương thích ABO là nguyên nhân chính gây ra các phản ứng truyền máu gây tử vong. Kháng nguyên ABO cũng được tìm thấy trên hầu hết các cơ quan trong cơ thể, vì vậy khả năng tương thích ABO cũng rất quan trọng đối với việc cấy ghép nội tạng.

Sự không tương thích ABO giữa phụ nữ mang thai và em bé là nguyên nhân thứ yếu gây ra HDN và thường không gây ra vấn đề gì cho em bé. Cấu trúc của kháng thể ABO khiến chúng khó có thể đi qua nhau thai để tấn công hồng cầu của em bé.

Xét nghiệm quan hệ cha con so sánh nhóm máu ABO của đứa trẻ, mẹ và người cha được cho là. Người cha được coi là cha không thể là người cha thực sự nếu nhóm máu của đứa trẻ đòi hỏi một gen mà cả người cha và người mẹ đều không có. Ví dụ: Con có nhóm máu B, mẹ có nhóm máu O.

yêu cầu người cha có nhóm máu AB hoặc B; Người đàn ông có nhóm máu O không thể là người cha thực sự.

Ở một số người, kháng nguyên ABO có thể được tìm thấy trong các chất dịch cơ thể khác ngoài máu, chẳng hạn như nước bọt và tinh dịch. Việc phân loại ABO của những chất lỏng này cung cấp manh mối cho các cuộc điều tra pháp lý.

HỆ THỐNG NHÓM MÁU RH. Hệ thống Rh, hay Rhesus, lần đầu tiên được phát hiện vào năm 1940 bởi Landsteiner và Wiener khi họ tiêm máu từ khỉ rhesus vào chuột lang và thỏ. Kể từ đó, hơn 50 kháng nguyên đã được phát hiện thuộc hệ thống này, khiến nó trở thành hệ thống kháng nguyên hồng cầu phức tạp nhất.

Trong các xét nghiệm định nhóm máu và so sánh chéo thông thường, chỉ một trong 50 kháng nguyên này, kháng nguyên D, còn được gọi là yếu tố Rh hoặc Rho [D], được xét nghiệm. Nếu có kháng nguyên D thì người đó có Rh dương tính; nếu không có kháng nguyên D thì người đó thuộc nhóm Rh âm tính.

Các kháng nguyên quan trọng khác trong hệ thống Rh là C, c, E và e. Những kháng nguyên này thường không được xét nghiệm trong các xét nghiệm định nhóm máu thông thường. Tuy nhiên, xét nghiệm sự hiện diện của các kháng nguyên này rất hữu ích trong xét nghiệm quan hệ cha con và khi kỹ thuật viễn cõi gắng xác định các kháng thể Rh bất ngờ.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Nhóm máu ABO –Nhóm máu dựa trên sự hiện diện hay vắng mặt của kháng nguyên A và B trên hồng cầu.

Kháng thể–Một loại protein đặc biệt được cơ thể tạo ra để bảo vệ chống lại vật chất lạ xâm nhập vào cơ thể.

Nó được thiết kế đặc đáo để tấn công và vô hiệu hóa kháng nguyên cụ thể đã kích hoạt phản ứng miễn dịch.

Kháng nguyên–Bất cứ thứ gì khiến cơ thể khởi động phản ứng miễn dịch chống lại kháng nguyên đó thông qua việc sản xuất kháng thể.

Ngân hàng máu–Một phòng thí nghiệm chuyên về nhóm máu, nhận dạng kháng thể và dịch vụ truyền máu.

Nhóm máu –Các nhóm máu dựa trên sự hiện diện hay vắng mặt của một số kháng nguyên nhất định trên hồng cầu.

Crossmatch–Một xét nghiệm trong phòng thí nghiệm được thực hiện để xác nhận rằng máu của người hiến và máu của người nhận là tương thích.

Gen–Một đoạn DNA, nằm trên nhiễm sắc thể, xác định cách thức các đặc điểm như nhóm máu được di truyền và biểu hiện.

Phản ứng miễn dịch–Sự tấn công của cơ thể chống lại một kháng nguyên mà nó cho là xa lạ với chính mình. Cuộc tấn công bắt đầu bằng việc sản xuất kháng thể chống lại kháng nguyên.

Nhóm máu Rh –Nhóm máu dựa trên sự hiện diện hay vắng mặt của kháng nguyên D trên tế bào hồng cầu.

Truyền máu–Việc đưa máu hoặc thành phần máu vào máu của bệnh nhân để điều trị.

hoặc tìm máu phù hợp cho người có kháng thể với một hoặc nhiều kháng nguyên này.

Không giống như hệ thống ABO, kháng thể kháng kháng nguyên Rh không phát triển một cách tự nhiên. Chúng chỉ phát triển như một phản ứng miễn dịch sau khi truyền máu hoặc trong khi mang thai.

Tỷ lệ nhóm máu Rh khác nhau giữa các nhóm chủng tộc, nhưng không phổ biến như nhóm máu ABO: 85% người da trắng và 90% người da đen có Rh dương tính; 15% người da trắng và 10% người da đen có Rh âm.

Trong truyền máu, hệ thống Rh có tầm quan trọng tiếp theo sau hệ thống ABO. Hầu hết những người có Rh âm nhận máu Rh dương sẽ phát triển kháng thể kháng D.

Việc truyền máu Rh dương sau này có thể dẫn đến phản ứng truyền máu nghiêm trọng hoặc gây tử vong.

Sự không tương thích Rh là nguyên nhân phổ biến và nghiêm trọng nhất của HDN. Sự không tương thích này có thể xảy ra khi một người phụ nữ có Rh âm và một người đàn ông có Rh dương sinh ra một đứa con có Rh dương. Các tế bào từ em bé có thể vượt qua nhau thai và xâm nhập vào máu của người mẹ, khiến người mẹ tạo ra kháng thể kháng D. Không giống như kháng thể ABO, cấu trúc của kháng thể kháng D khiến chúng có khả năng đi qua nhau thai và xâm nhập vào dòng máu của em bé. Ở đó, chúng có thể phá hủy các tế bào hồng cầu của em bé, gây thiếu máu nghiêm trọng hoặc gây tử vong.

Bước đầu tiên trong việc ngăn ngừa HDN là tìm ra loại Rh của các bậc cha mẹ tương lai. Nếu người mẹ có Rh âm và người cha có Rh dương thì đứa trẻ có nguy cơ phát triển HDN. Bước tiếp theo là xét nghiệm huyết thanh của người mẹ để đảm bảo người mẹ không có kháng thể kháng D từ

lần mang thai hoặc truyền máu trước đó. Thủ tục này tương tự như việc gõ máu. Cuối cùng, người mẹ có Rh âm được tiêm Rh Immunoglobulin (RhIg) khi thai được 28 tuần và một lần nữa sau khi sinh, nếu đứa trẻ có Rh dương. RhIg gắn vào bất kỳ tế bào Rh dương nào từ em bé trong máu của người mẹ, ngăn chúng kích hoạt sản xuất kháng thể kháng D ở người mẹ. Phụ nữ có Rh âm cũng nên nhận RhIg sau sảy thai, phá thai hoặc mang thai ngoài tử cung.

HỆ THỐNG NHÓM MÁU KHÁC. Một số khác

hệ thống nhóm máu có thể tham gia vào các phản ứng HDN và truyền máu, mặc dù chúng ít xảy ra hơn nhiều so với ABO và Rh. Đó là các hệ thống Duffy, Kell, Kidd, MNS và P. Các xét nghiệm tìm kháng nguyên từ các hệ thống này không được đưa vào xét nghiệm nhóm máu thông thường nhưng chúng thường được sử dụng trong xét nghiệm quan hệ cha con.

Giống như kháng thể Rh, kháng thể trong các hệ thống này không phát triển một cách tự nhiên mà là một phản ứng miễn dịch sau khi truyền máu hoặc trong khi mang thai. Xét nghiệm sàng lọc kháng thể được thực hiện trước khi so sánh chéo để kiểm tra các kháng thể không mong muốn đối với kháng nguyên trong các hệ thống này. Huyết thanh của một người được trộn trong ống nghiệm với các tế bào được chuẩn bị sẵn trên thị trường có chứa các kháng nguyên từ các hệ thống này. Nếu xảy ra hiện tượng vón cục, kháng thể sẽ được xác định.

Khớp chéo

So sánh chéo là bước cuối cùng trong xét nghiệm trước khi truyền máu. Nó thường được gọi là kiểm tra khả năng tương thích hoặc “Loại và chéo”.

Kết

Trước khi máu của người cho và người nhận được so sánh chéo, cả hai đều có nhóm máu ABO và Rh. Ngoài ra, sàng lọc kháng thể được thực hiện để tìm kháng thể đối với một số kháng nguyên hệ thống Rh, Duffy, MNS, Kell, Kidd và P.

Nếu tìm thấy kháng thể đối với một trong những kháng nguyên này, chỉ máu không có kháng nguyên đó mới tương thích trong phản ứng chéo.

Trình tự này phải được lặp lại trước mỗi lần truyền máu cho một người.

Để bắt đầu so sánh chéo, máu từ người hiến có cùng nhóm ABO và Rh với người nhận sẽ được chọn. Trong ống nghiệm, huyết thanh của bệnh nhân được trộn với hồng cầu của người hiến. Nếu vón cục là máu không tương thích; nếu không bị vón cục thì máu tương thích. Nếu tìm thấy kháng thể không mong muốn ở bệnh nhân hoặc người hiến, ngân hàng máu sẽ tiến hành xét nghiệm thêm để đảm bảo máu tương thích.

Trong trường hợp khẩn cấp, khi không có đủ thời gian để phân loại máu và xét nghiệm chéo, có thể truyền hồng cầu 0, tốt nhất là loại Rh âm. Nhóm máu 0 được gọi là nhóm máu hiến tặng phổ quát vì nó không có kháng nguyên ABO để kháng thể của bệnh nhân tấn công. Ngược lại, nhóm máu AB được gọi là nhóm máu nhận phổ biến vì nó không có kháng thể ABO để tấn công các kháng nguyên trên hồng cầu được truyền. Nếu có thời gian để xác định nhóm máu, các tế bào hồng cầu thuộc loại người nhận (loại tế bào cụ thể) sẽ được cung cấp. Trong cả hai trường hợp, quá trình trao đổi chéo vẫn tiếp tục, mặc dù quá trình truyền máu đã bắt đầu.

Sự chuẩn bị

Để lấy 10 mL máu cần thiết cho các xét nghiệm này, nhân viên y tế buộc dây gazô phía trên khuỷu tay của bệnh nhân, xác định tĩnh mạch ở vùng bên 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.

Việc xác định nhóm máu và so sánh chéo phải được thực hiện ba ngày hoặc ít hơn trước khi truyền máu. Một người không cần thay đổi chế độ ăn uống, thuốc men hoặc hoạt động trước khi thực hiện các xét nghiệm này. Anh ta nên báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình biết nếu trong ba tháng qua, anh ta đã được truyền máu hoặc thay thế huyết tương hoặc đã thực hiện thủ thuật chụp X quang bằng cách sử dụng chất cản quang tiêm tĩnh mạch. Những thứ này có thể gây ra phản ứng vón cục sai trọng cả bài kiểm tra đánh máy và so sánh chéo.

Chăm sóc sau

Các tác dụng phụ có thể xảy ra của bất kỳ việc lấy máu nào là khó chịu hoặc bầm tím ở vị trí kim đâm vào da, cũng như chóng mặt hoặc ngất xỉu. Vết bầm tím sẽ giảm nếu dùng ngón tay ấn vào vị trí đâm thủng cho đến khi máu ngừng chảy. Sự khó chịu được điều trị bằng cách chườm ấm vào vị trí đâm thủng.

Rủi ro

Không có rủi ro từ việc lấy máu hoặc các thủ tục xét nghiệm.

Truyền máu luôn tiềm ẩn nguy cơ xảy ra phản ứng truyền máu không mong muốn. Một y tá theo dõi bệnh nhân để tìm dấu hiệu phản ứng trong toàn bộ quá trình truyền máu.

Kết quả bình thường

Không có nhóm máu bình thường. Kết quả mong muốn của việc so sánh chéo là tìm thấy máu của người hiến tặng tương thích. Các quy trình xét nghiệm khả năng tương thích được thiết kế để cung cấp sản phẩm máu an toàn nhất có thể cho người nhận, nhưng việc so sánh chéo tương thích không đảm bảo rằng phản ứng bắt lợi không mong muốn sẽ không xuất hiện trong quá trình truyền máu.

Kết quả bất thường

Ngoài trừ trường hợp khẩn cấp, một người không thể nhận được truyền máu mà không có kết quả so sánh chéo tương thích.

Tài nguyên

SÁCH

Hiệp hội ngân hàng máu Hoa Kỳ. Hướng dẫn kỹ thuật. ngày 12

bên tay. Bethesda: Hiệp hội Ngân hàng Máu Hoa Kỳ, 1996.

Boral, Leonard I., và John B. Henry. "Thuốc truyền máu."

Trong chẩn đoán và quản lý lâm sàng bằng phương pháp xét nghiệm. tái bản lần thứ 19 Ed. John B. Henry. Philadelphia: WB Công ty Saunders, 1996.

Daniels, Geoff. Nhóm máu của con người. Oxford: Blackwell, 1995.

Harmening, Denise M. Thực hành truyền máu và ngân hàng máu hiện đại. tái bản lần thứ 3. Philadelphia: FA Davis, 1994.

Henry, John B. và Wendy V. Beadling. "Huyết dịch miễn dịch-

trời ạ." Trong Chẩn đoán và Quản lý Lâm sàng bằng Phương pháp

Phòng thí nghiệm. tái bản lần thứ 19 Ed. John B. Henry.

Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.

Silberstein, Leslie E., biên tập. Các khía cạnh phân tử và chức năng của kháng nguyên nhóm máu. Bethesda: Hiệp hội Ngân hàng Máu Hoa Kỳ, 1995.

ĐỊNH KÝ

Beck, Malcolm L. và Lowell L. Tilzer. "Thử nghiệm khả năng tương thích của tế bào hồng cầu: Một góc nhìn cho tương lai." Tạp chí Y học Truyền máu (tháng 4 năm 1996): 118-130.

Widman, Frances. "Những quan sát ban đầu về nhóm máu ABO." Truyền máu (tháng 6 năm 1997): 665-667.

TỔ CHỨC

Hiệp hội ngân hàng máu Hoa Kỳ. 8101 Đường Glenbrook, Bethesda, MD 20814. (301) 907-6977. <<http://www.aabb.org>>.

Trường Cao đẳng Sân phụ khoa Hoa Kỳ. 409 12th Street, SW, PO Box 96920 Dịch vụ Máu Chu Thập Đỏ Hoa Kỳ.

430 Đường 17 Tây Bắc,
Washington, DC 20006. (202) 737-8300. <<http://www.redcross.org>>.

Nancy J. Nordenson

Xét nghiệm nitơ urê máu

Sự định nghĩa

Xét nghiệm nitơ urê máu (BUN) do mức nitơ urê trong mẫu máu của bệnh nhân.

Urê là một chất được hình thành trong gan khi cơ thể phân hủy protein.

Urê sau đó lưu thông trong máu dưới dạng nitơ urê. Ở người khỏe mạnh, hầu hết nitơ urê được lọc qua thận và rời khỏi cơ thể qua nước tiểu. Nếu thận của bệnh nhân không hoạt động bình thường hoặc nếu cơ thể sử dụng một lượng lớn protein, mức BUN sẽ tăng lên. Nếu bệnh nhân bị bệnh gan nặng, BUN sẽ giảm.

Mục đích

Mức BUN có thể được kiểm tra để đánh giá hoặc giám sát:

- sự hiện diện hoặc tiến triển của bệnh thận hoặc gan. • tắc nghẽn đường nước tiểu. • rối loạn tâm thần. Bệnh nhân suy thận đôi khi bị mất phương hướng, lú lẫn.
- Cơ thể mất nước bất thường (mất nước). • phục hồi sau bỏng nặng. Cơ thể sử dụng lượng protein lớn hơn bình thường sau khi bị bỏng nặng.

Mô tả Xét nghiệm

BUN được thực hiện trên mẫu máu của bệnh nhân, được rút từ tĩnh mạch vào ống chân không. Thủ tục này được gọi là chọc tĩnh mạch, mất khoảng năm phút.

Sự chuẩn bị

Bác sĩ nên kiểm tra để đảm bảo rằng bệnh nhân không dùng bất kỳ loại thuốc nào có thể ảnh hưởng đến kết quả BUN. Những loại thuốc này bao gồm thuốc kháng sinh chloramphenicol, streptomycin, amphotericin B, methicillin, gentamicin, tobramycin và kanamycin, cũng như thuốc lợi tiểu và corticosteroid.

Bệnh nhân nên được khuyên không nên ăn nhiều thịt vào ngày trước khi xét nghiệm.

Chăm sóc sau

Chăm sóc sau bao gồm chăm sóc định kỳ khu vực xung quanh tĩnh mạch.

Rủi ro

Nguy cơ chính là khả năng bị bầm tím hoặc sưng tấy ở vùng tiêm tĩnh mạch. Bệnh nhân có thể chườm ấm.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Urê—Một hợp chất chứa nitơ xuất hiện trong nước tiểu và các chất dịch cơ thể khác do quá trình chuyển hóa protein.

Kết quả bình thường

Mức BUN bình thường đối với trẻ em là 5-18 mg/dL; 7-18 mg/dL đối với người lớn; và 8-20 mg/dL ở người cao tuổi.

Kết quả bất thường

Mức BUN có thể quá thấp cũng như quá cao.

BUN thấp bất thường

Mức BUN thấp có thể cho thấy tình trạng thừa nước, suy dinh dưỡng, bệnh celiac [một căn bệnh đặc trưng bởi việc không thể dung nạp thực phẩm có chứa protein lúa mì (gluten)], tổn thương hoặc bệnh gan hoặc sử dụng corticos-teroid. BUN thấp cũng có thể xảy ra trong thời kỳ đầu mang thai.

BUN cao bất thường

Mức BUN cao có thể là dấu hiệu của bệnh thận hoặc suy thận; tắc nghẽn đường tiết niệu do sỏi thận hoặc khối u; đau tim hoặc suy tim sung huyết; khứ nước; sốt; sốc; hoặc chảy máu trong đường tiêu hóa.

Mức BUN cao đôi khi có thể xảy ra trong giai đoạn cuối của thai kỳ hoặc do ăn nhiều thực phẩm giàu protein. Mức BUN cao hơn 100 mg/dL cho thấy thận bị tổn thương nghiêm trọng.

Tài nguyên

SÁCH

Mọi điều bạn cần biết về xét nghiệm y tế. Ed.

Michael Shaw và cộng sự. Springhouse, PA: Tập đoàn Springhouse, 1996.

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

Cá hồi Francis. Philadelphia: Lippincott, 1996.

Pagana, Kathleen Deska. Cẩm nang chẩn đoán và xét nghiệm trong

phòng thí nghiệm của Mosby. Louis: Mosby, Inc., 1998.

Sobel, David S., và Tom Ferguson. Sách kiểm tra y tế của nhân dân. New York: Sách Hội nghị thượng đỉnh, 1985.

Rebecca J. Frey

Quét mạch máu xem siêu âm Doppler

Cháy trên cơ thể xem sự phá hoại của cháy

nhợt

nhợt

Sự định nghĩa

Nhợt và nhợt là tình trạng nhiễm trùng do vi khuẩn ở nang lông và vùng da xung quanh hình thành mụn mủ (những vết sưng nhỏ giống như mụn nước có chứa mủ) xung quanh nang lông. Nhợt đôi khi được gọi là nhợt. Hậu bối được hình thành khi nhiều nhợt hợp nhất lại tạo thành một áp xe sâu duy nhất có nhiều dầu hoặc điểm dẫn lưu.

Sự miêu tả

Nhợt và nhợt là những vết sưng cứng màu đỏ có đường kính khoảng 0,2-0,4 in (5-10 mm) và hơi nhô lên trên bề mặt da. Họ bị đau khi chạm vào. Nhợt thường có lõi mủ ở giữa; hậu bối lớn hơn và có nhiều dầu nhìn thấy được. Nhợt xảy ra phổ biến nhất ở mặt, sau gáy, mông, bắp chân và vùng háng, nách và thân trên. Nhợt ít phổ biến hơn nhợt đơn lẻ; chúng có nhiều khả năng hình thành ở phía sau cổ. Con đực có nhiều khả năng phát triển nhợt nhợt hơn.

Nhợt và nhợt là những vấn đề phổ biến trong dân số nói chung, đặc biệt là ở thanh thiếu niên và người lớn. Những người có nhiều khả năng bị nhiễm trùng da này bao gồm những người mắc:

- bệnh tiểu đường, đặc biệt khi được điều trị bằng cách tiêm insulin • nghiện rượu hoặc lạm dụng ma túy • vệ sinh cá nhân kém • sắp xếp cuộc sống đồng đúc • công việc hoặc sở thích tiếp xúc với các chất nhờn hoặc dầu, đặc biệt là các sản phẩm dầu mỏ
- dị ứng hoặc rối loạn hệ thống miễn dịch, bao gồm cả HIV và nhiễm trùng.
- Thành viên gia đình bị nhiễm trùng da tái phát

Nguyên nhân và triệu chứng

Nhợt và nhợt là do *Staphylococcus aureus*, một loại vi khuẩn gây nhiễm trùng ở tuyến dầu hoặc nang lông. Mặc dù bề mặt da của con người thường có khả năng chống lại sự lây nhiễm của vi khuẩn, nhưng *S. aureus* có thể xâm nhập qua vết nứt trên bề mặt da, bao gồm cả vết rách do đâm kim để tiêm insulin hoặc tiêm thuốc. Các nang lông bị tắc nghẽn bởi kem nhờn, dầu bôi trơn hoặc các sản phẩm tương tự sẽ dễ bị nhiễm trùng hơn. Nhiễm trùng da do vi khuẩn có thể xảy ra

lây lan qua mỹ phẩm hoặc khăn lau chung, tiếp xúc gần gũi với con người hoặc do tiếp xúc với mủ từ mụn nhọt hoặc nhợt.

Khi nhiễm trùng phát triển, một vùng mủ bị viêm dần dần hình thành vết sưng tấy hoặc mụn mủ.



Nhợt thường xảy ra do nhiễm vi khuẩn ở nang lông hoặc tuyến da. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

đau đớn khi chạm vào. Khi mụn nhọt trưởng thành, nó sẽ hình thành một dầu hoặc một dầu màu hơi vàng. Nó có thể tiếp tục sưng lên cho đến khi điểm đó vỡ ra và cho phép mủ chảy ra hoặc có thể dần dần được tái hấp thu vào da. Phải mất từ một đến hai tuần để mụn nhọt lành hoàn toàn sau khi nổi lên dầu và chảy mủ. Vì khuẩn gây nhợt có thể lây lan sang các vùng da khác hoặc thậm chí vào máu nếu vùng da xung quanh nhợt bị thương do bị ép. Nếu nhiễm trùng lan rộng, bệnh nhân thường sẽ bị ớn lạnh và sốt, sưng hạch bạch huyết (viêm hạch) và các đường đỏ trên da chạy ra ngoài do mụn nhọt.

Bệnh nhợt là một từ đôi khi được dùng để chỉ mụn nhọt tái phát.

Nhiều bệnh nhân bị mụn nhọt lặp đi lặp lại và khó điều trị vì đường mũi của họ mang theo khuẩn lạc *S. aureus*. Những khuẩn lạc vi khuẩn này khiến da người bệnh dễ bị tái nhiễm trùng. Chúng có nhiều khả năng phát triển ở những bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường, nhiễm HIV hoặc các rối loạn hệ thống miễn dịch khác.

Hậu bối được hình thành khi vi khuẩn lây nhiễm vào một số nang lông gần nhau. Carbunculosis là một từ đôi khi được dùng để chỉ sự phát triển của nhợt. Các áp xe lan rộng cho đến khi chúng hợp nhất với nhau tạo thành một vùng da bị nhiễm trùng rộng lớn với nhiều dầu đầy mủ. Bệnh nhân bị hậu bối cũng có thể bị sốt nhẹ hoặc cảm thấy không khỏe.

Chẩn đoán Viết

chẩn đoán nhợt và nhợt thường được bác sĩ chăm sóc chính của bệnh nhân thực hiện trên cơ sở kiểm tra trực quan da. Trong một số trường hợp liên quan đến mụn nhọt tái phát trên mặt, bác sĩ có thể cần coi mụn trứng cá là một chẩn đoán có thể, nhưng phần lớn

mụn nhọt và nhọt không phân biệt
rồi loạn da khác.

S. aureus có thể dễ dàng được nuôi cấy trong phòng thí nghiệm nếu bác sĩ cần loại trừ các u nang hoặc nhiễm nấm sâu mà người làm vườn đòi hỏi mắc phải. Bác sĩ có thể tạo mẫu cấy từ mủ lấy từ mụn nhọt hoặc mụn nhọt để xác định chẩn đoán tự cầm khuẩn sự nhiễm trùng. Người đó cũng có thể nuôi cấy dịch mũi của bệnh nhân phòng điện để kiểm tra sự hiện diện của khuẩn lạc *S. aureus*.

Sự đối đãi

Giáo dục bệnh nhân và gia đình

Giáo dục bệnh nhân là một phần quan trọng trong điều trị mụn nhọt và nhọt. Bệnh nhân cần được cảnh báo chống lại ngoái hoặc nặn mụn nhọt vì nguy hiểm lây lan nhiễm trùng sang các phần khác của da hoặc dòng máu. Điều đặc biệt quan trọng là tránh ép nhọt quanh miệng hoặc mũi vì nhiễm trùng ở những nơi này các khu vực có thể được đưa lên não. Bệnh nhân cũng nên được được tư vấn về việc giữ da sạch sẽ, rửa tay cẩn thận trước và sau khi chạm vào nhọt hoặc nhọt, tránh sử dụng mỹ phẩm hoặc kem nhờn, và để khăn tắm và khăn lau mặt riêng biệt với khăn tắm của trẻ. các thành viên khác trong gia đình. Một số bác sĩ có thể đề nghị một xà phòng hoặc gel sát trùng để rửa vùng bị nhiễm trùng.

Nếu bệnh nhân đã mắc nhiều đợt mụn nhọt, bác sĩ có thể khám cho các thành viên trong gia đình hoặc đóng cửa. những người tiếp xúc để xem họ có phải là người mang vi khuẩn *S. aureus* hay không. Ở nhiều nơi trường hợp họ cũng cần điều trị mụn nhọt hoặc nhọt. Nhiễm trùng da và tái nhiễm liên quan đến các nhóm nhỏ hoặc các nhóm người đang được báo cáo thường xuyên hơn ở Mỹ.

Thuốc

Nhọt thường được điều trị bằng cách bôi kem kháng sinh- thường là clindamycin hoặc polymyxin-sau khi chườm nóng. Việc nên giúp nhiễm trùng đến đầu và thoát ra.

Nhọt và nhọt thường được điều trị bằng kháng sinh đường uống cũng như kem hoặc thuốc mỡ kháng sinh. Các loại thuốc cụ thể được cung cấp thường là dicloxacillin (Dynapen) hoặc cephalexin (Keflex). Ery-thromycin có thể được dùng cho bệnh nhân bị dị ứng với penicillin. Liệu trình kháng sinh đường uống thông thường là 5-10 ngày; tuy nhiên, những bệnh nhân bị bệnh nhọt tái phát có thể được dùng kháng sinh đường uống trong thời gian dài hơn. bệnh nhọt được điều trị bằng sự kết hợp của dicloxacillin và rifampin (Rifadin).

Những bệnh nhân có khuẩn lạc trong mũi thường được dùng mupirocin (Bactroban) để bôi. trực tiếp vào niêm mạc mũi.



Cận cảnh một nhọt trên lưng một người. (Ảnh-dò họa của John Watney, Photo Researcher, Inc. Được sao chép bởi sự cho phép.)

Điều trị phẫu thuật

Nhọt và nhọt rất lớn hoặc có kích thước lớn không chảy mủ, có thể mở bằng kim vô trùng hoặc dao phẫu thuật để cho mủ chảy ra. Bác sĩ thường sẽ gây tê cục bộ cho bệnh nhân nếu dùng dao; phẫu thuật điều trị mụn nhọt gây đau đớn và thường biến mất vết sẹo đáng chú ý.

Điều trị thay thế

Liệu pháp tự nhiên

Các nhà trị liệu tự nhiên thường khuyên thay đổi chế độ ăn uống của bệnh nhân cũng như áp dụng thảo dược thuốc đắp vào vùng bị nhiễm bệnh. Việc bổ sung chất bổ sung kẽm và vitamin A vào chế độ ăn được cho là có tác dụng có tác dụng chữa mụn nhọt. Việc áp dụng một dán hoặc thuốc đắp có chứa hải cẩu vàng (*Hydrastis canadensis*) root được các nhà thiên nhiên khuyên dùng vì lý do Goldenseal đó giúp tiêu diệt vi khuẩn và giảm viêm.

Vi lượng đồng căn

Các nhà vi lượng đồng căn khẳng định rằng việc dùng thuốc vi lượng đồng căn thích hợp trong giai đoạn đầu của mụn nhọt hoặc nhọt sẽ mang lại hiệu quả sớm giải quyết tình trạng nhiễm trùng và ngăn ngừa hình thành mủ ở hậu môn. Những lựa chọn có khả năng nhất là Bel-ladonna hoặc Hepar sulphuris. Nếu nhọt đã được hình thành, Mercurius vivus hoặc Silica có thể được khuyến nghị để đưa mủ lên đầu.

Liệu pháp thảo dược phương Tây

Nhiều loại thuốc thảo dược có thể được bôi tại chỗ lên mụn nhọt để chống nhiễm trùng. Chúng bao gồm thiết yếu dầu cam bergamot (*Citrus bergamia*), hoa cúc (*Matri-*

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Áp xe—Một tập hợp mủ cục bộ trên da hoặc các mô cơ thể khác.

Nhọt—Một áp xe da lớn, sâu được hình thành bởi một nhóm hoặc cụm mụn nhọt.

Nang—Một túi nhỏ ở gốc sợi tóc.

Các nang nằm dưới bề mặt da.

Bệnh nhọt—Một tình trạng bệnh nhân bị mụn nhọt tái phát nhiều lần.

Mụn mủ—Một mụn nhọt nổi lên hoặc sưng tấy giống như vết phồng rộp trên da có chứa mủ.

caria recutita), hoa oải hương (*Lavandula officinalis*), và cây xô thơm (*Salvia officinalis*), cũng như dầu cây trà (*Melaleuca spp.*). Các nhà thảo dược cũng khuyên bạn nên rửa da bằng hỗn hợp cây hải cẩu vàng và cây phi.

Để chống lại chứng viêm liên quan đến mụn nhọt, các nhà thảo dược khuyên dùng thuốc mồ marsh mallow (*Althaea officinalis*), cần thuốc (dung dịch thảo dược làm từ alco-hol) lá cờ xanh (*Iris versicolor*) hoặc myrrh (*Commiphora molmol*) và cây du trồn (*Ulmus fulva*) được làm thành thuốc đắp.

Tiên lượng

Tiên lượng cho hầu hết các mụn nhọt là rất tốt. Tuy nhiên, một số bệnh nhân bị mụn nhọt hoặc nhọt tái phát. Ngoài ra, mặc dù sự lây lan của bệnh mụn nhọt là tương đối hiếm gặp, nhưng vẫn có những trường hợp từ vong được báo cáo do nhiễm trùng não do mụn nhọt bị ép ở môi trên hoặc ở các nếp gấp mõ ở chân mũi.

Phòng ngừa

Có một số biện pháp phòng ngừa mà mọi người có thể thực hiện để giảm thiểu nguy cơ phát triển bệnh nhiễm trùng da do vi khuẩn:

- làm sạch da đúng cách bằng xà phòng và nước, và uống nước tắm với sen thay vì tắm bồn
- không dùng chung khăn lau mặt, khăn tắm hoặc mỹ phẩm chăm sóc da mặt với những người khác
- cắt giảm đồ ăn nhiều dầu mỡ và đồ ăn nhẹ • luôn rửa tay trước khi chạm vào mặt • cẩn nhắc sử dụng xà phòng và sữa tắm sát trùng • tham khảo ý kiến bác sĩ nếu bệnh nhọt là một vấn đề dai dẳng-nó có thể chỉ ra một căn bệnh tiềm ẩn như bệnh tiểu đường

Tài nguyên**SÁCH**

- Berger, Timothy G. "Da và phần phụ." Trong *Med hiện tại*—Chẩn đoán và Điều trị ical, 1996. tái bản lần thứ 35. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1995. "Viêm nang lông, nhọt và Carbunculosis." Trong *Hướng dẫn chuyên môn về bệnh tật*. tái bản lần thứ 5. Springhouse, PA: Tập đoàn Springhouse, 1995.
- Hacker, Steven M. "Nhiễm trùng do vi khuẩn và nấm thông thường ở vỏ bọc." Trong *chẩn đoán hiện tại*. Tập. 9. Biên tập. Rex B. Conn và cộng sự. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.
- Rasmussen, James E. "Nhiễm trùng da do vi khuẩn." Trong *Liệu pháp hiện tại* của Conn, 1996, Ed. Robert E. Rakel. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.
- Turkington, Carol A. và Jeffrey S. Dover. Da sâu: Một AZ về rối loạn da, phương pháp điều trị và sức khỏe. New York: Sự kiện trong hồ sơ, 1996.

Rebecca J. Frey

Sinh thiết xương**Sự định nghĩa**

Sinh thiết xương là việc lấy một mẫu xương để kiểm tra và phân tích trong phòng thí nghiệm.

Mục đích

Sinh thiết xương được sử dụng để phân biệt giữa các khói u ác tính và bệnh xương lành tính như loãng xương và viêm tuy xương. Xét nghiệm này có thể được yêu cầu để xác định lý do tại sao xương của bệnh nhân bị đau hoặc cảm thấy đau, hoặc khi phát hiện thấy khối u hoặc biến dạng trên phim chụp X quang, chụp CT, quét xương hoặc các thủ tục chẩn đoán hình ảnh khác.

Các biện pháp phòng ngừa

Bác sĩ của bệnh nhân và bác sĩ phẫu thuật thực hiện sinh thiết xương phải được thông báo về bất kỳ loại thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn nào mà bệnh nhân đang dùng, cũng như về các dị ứng hoặc phản ứng mà bệnh nhân đã gặp phải với thuốc gây mê hoặc thuốc giảm đau. Phải đặc biệt thận trọng với những bệnh nhân gặp vấn đề về chảy máu.

Sự miêu tả

Sinh thiết xương bao gồm việc sử dụng một mũi khoan đặc biệt hoặc các dụng cụ phẫu thuật khác để lấy xương ra khỏi cơ thể bệnh nhân. Thủ tục này thường kéo dài khoảng 30 phút và có thể được thực hiện tại bệnh viện, phòng khám của bác sĩ hoặc trung tâm phẫu thuật.

Sinh thiết khoan thường được sử dụng để lấy một mẫu vật nhỏ. Sau khi vùng da bao phủ xương đã được làm sạch bằng thuốc sát trùng và cạo lông, bệnh nhân được gây mê cục bộ. Bác sĩ sẽ không bắt đầu phẫu thuật cho đến khi thuốc gây mê làm tê khu vực cần cắt bỏ xương, nhưng bệnh nhân có thể cảm thấy áp lực hoặc đau nhẹ khi kim đâm vào xương.

Bác sĩ phẫu thuật xoay kim theo nửa vòng tròn để lấy mẫu từ lõi hoặc phần trong cùng của xương. Mẫu được rút vào thân rỗng của kim sinh thiết. Mẫu sau đó được gửi đến phòng thí nghiệm, nơi nó được kiểm tra dưới kính hiển vi.

Sinh thiết mở được sử dụng khi cần mẫu vật lớn hơn. Sau khi vùng bao phủ xương đã được làm sạch bằng chất khử trùng và cạo râu, bệnh nhân sẽ được gây mê toàn thân. Sau khi thuốc mê có tác dụng và bệnh nhân bất tỉnh, bác sĩ phẫu thuật sẽ rạch một đường và lấy mẫu xương ra. Mẫu vật được gửi đến phòng thí nghiệm để phân tích ngay lập tức. Kết quả phân tích đó có thể chỉ ra rằng cần phải thực hiện phẫu thuật bổ sung ngay lập tức.

Sự chuẩn bị

Không cần chuẩn bị đặc biệt cho sinh thiết khoan, nhưng bệnh nhân phải nhịn ăn ít nhất 12 giờ trước khi sinh thiết mở.

Chăm sóc sau

Thuốc giảm đau sẽ được kê đơn sau khi sinh thiết và các dấu hiệu sinh tồn sẽ được theo dõi cho đến khi trở lại bình thường. Hầu hết bệnh nhân có thể về nhà sau khoảng một giờ. Nếu xương được lấy ra khỏi cột sống, bệnh nhân có thể ở lại bệnh viện qua đêm. Vị trí phẫu thuật phải được giữ sạch sẽ và khô ráo trong 48 giờ và bác sĩ của bệnh nhân phải được thông báo nếu xuất hiện bất kỳ triệu chứng nào sau đây:

- sốt
- đau đầu
- đau khi cử động .

viêm hoặc mủ gần chỗ sinh thiết

- chảy máu qua băng ở chỗ sinh thiết

Rủi ro

Rủi ro bao gồm gây xơ sẹo, tổn thương mô lân cận và nhiễm trùng. Chảy máu là một biến chứng hiếm gặp. Các yếu tố làm tăng rủi ro bao gồm:

- nhăn nheo
- béo phì
- dinh dưỡng kém

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Sinh thiết-Lấy và kiểm tra mô để xác định xem có ung thư hay không.

Viêm túy xương-Một bệnh nhiễm trùng xương thường được điều trị bằng kháng sinh nhưng đôi khi cần phải phẫu thuật.

Loãng xương-Mỏng và mất mô xương.

- bệnh mãn tính
- một số loại thuốc
- thuốc làm thay đổi tâm trí

Kết quả bình thường

Xương bình thường được tạo thành từ các sợi collagen và mô xương.

Kết quả bất thường

Sinh thiết xương có thể tiết lộ sự hiện diện của bệnh lành tính, nhiễm trùng hoặc khối u ác tính đã lan đến xương từ các bộ phận khác của cơ thể.

Kết quả của xét nghiệm này được coi là đáng tin cậy, nhưng có thể bị ảnh hưởng

bởi: • không nhịn ăn trước khi sinh thiết
mở • không lấy được mẫu vật thích hợp • kiểm tra bằng kính hiển vi hoặc phân tích trong phòng thí nghiệm bị trì hoãn

Tài nguyên

SÁCH

Mọi điều bạn cần biết về xét nghiệm y tế. Ed.

Michael Shaw và cộng sự. Springhouse, PA: Tập đoàn Springhouse, 1996.

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

TỔ CHỨC

Viện nhóm ung thư. 1814 NE Đường Miami Gardens,

Bãi biển Bắc Miami, FL 33179. (305) 651-5070. <<http://www.cancergroup.com/em19.html>>.

Viện Viêm khớp và Cơ xương và Da Quốc gia

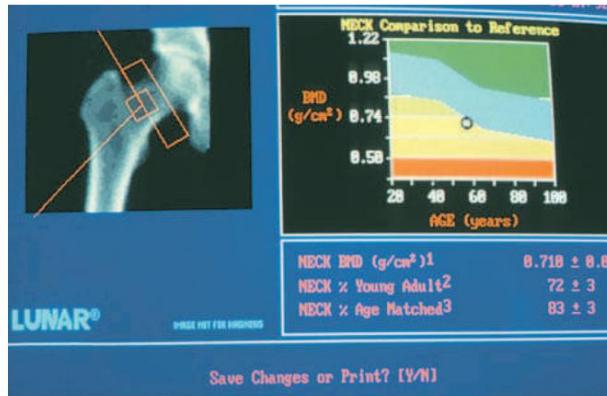
Cơ quan thanh toán thông tin bệnh tật. Viện Y tế Quốc gia. 1 Vòng tròn AMS, Bethesda, MD 20892-3695. (301) 495-3675.

KHÁC

Phát triển mạnh trực tuyến. Ngày 17 tháng 2 năm 1998 <<http://thriveonline.oxygen.com>>.

Maureen Haggerty

Hình



Máy tính đọc kết quả quét mật độ xương. (Ảnh Các nhà nghiên cứu. Được phép sao chép lại.)

Sốt gãy xương xem sút xuất huyết

Ung thư xương xem Sarcomas

Đo mật độ xương xem Kiểm tra mật độ xương



Bệnh nhân đang được đo mật độ xương. (Các nhà nghiên cứu ảnh. Được sao chép dưới sự cho phép.)

Mục đích

Quét mật độ xương đo độ bền của xương của một cá nhân và xác định nguy cơ gãy xương. Có thể thực hiện quan sát bất kỳ hiện tượng loãng xương nào.

Mô tả Đề thực

Hiện quét mật độ xương DEXA, bệnh nhân nằm trên giường bên dưới máy quét, một cánh tay uốn cong bằng nhựa phát ra tia X. Những tia X liều thấp này tạo thành chùm tia hình quạt quay xung quanh bệnh nhân. Trong quá trình kiểm tra, máy quét sẽ di chuyển để chụp ảnh cột sống, hông hoặc toàn bộ cơ thể của bệnh nhân. Sau đó, máy tính sẽ so sánh sức mạnh xương và nguy cơ gãy xương của bệnh nhân với những người khác ở Hoa Kỳ cùng độ tuổi và với những người trẻ tuổi có mật độ xương cao nhất. Xương đạt mật độ cao nhất ở tuổi 30 và sau đó bắt đầu giảm khối lượng. Quá trình kiểm tra mất khoảng 20 phút để thực hiện và không gây đau đớn. Quét xương DEXA có giá khoảng 250 USD. Một số công ty bảo hiểm và Medicare chi trả chi phí. Quét xương cổ tay pDEXA ở các hiệu thuốc có giá khoảng 30 USD.

Kiểm tra mật độ xương

Sự định nghĩa

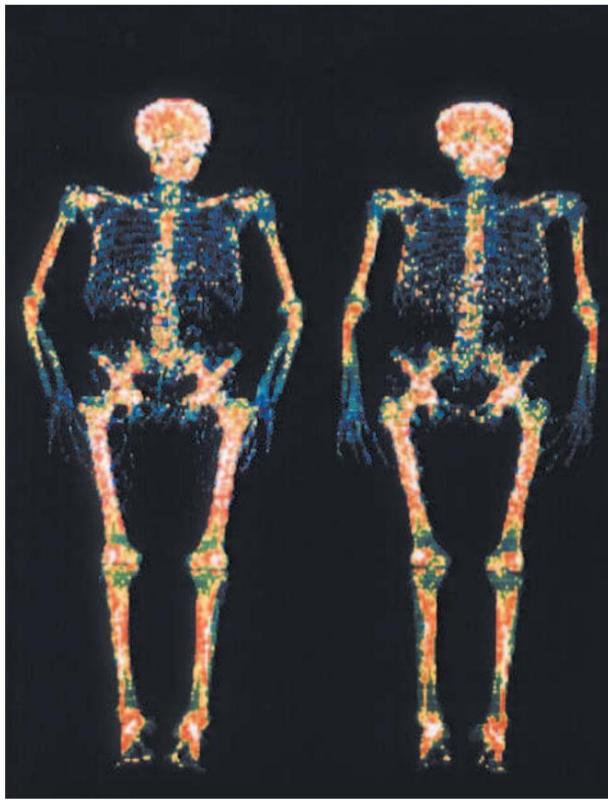
Kiểm tra mật độ xương hoặc quét mật độ xương được thiết kế để kiểm tra bệnh loãng xương, một căn bệnh xảy ra khi xương trở nên mỏng và yếu. Loãng xương xảy ra khi xương mất canxi và các khoáng chất khác giúp xương chắc khỏe. Chứng loãng xương bắt đầu sau thời kỳ mãn kinh ở nhiều phụ nữ và trễ nải trầm trọng hơn sau tuổi 65, thường dẫn đến gãy xương nghiêm trọng. Những vết gãy này không chỉ gãy tàn phế mà còn ảnh hưởng đến tuổi thọ. Khoảng 1/4 phụ nữ bị gãy xương hông sau 50 tuổi sẽ chết trong vòng một năm.

Hầu hết mọi người ngày nay sẽ được quét mật độ xương từ máy sử dụng công nghệ gọi là Đo hấp thụ tia X năng lượng kép hoặc viết tắt là DEXA. Máy này chụp ảnh các xương ở cột sống, hông, toàn bộ cơ thể và cổ tay rồi tính toán mật độ của chúng. Nếu không có máy DEXA, việc quét mật độ xương cũng có thể được thực hiện bằng phép đo hấp thụ photon kép (đo cột sống, hông và toàn bộ cơ thể) và chụp cắt lớp vi tính định lượng (đo cột sống). Máy quét mật độ xương sử dụng công nghệ DEXA để đo mật độ xương ở cổ tay (được gọi là máy quét pDEXA) cung cấp các bản quét tại một số hiệu thuốc. Tuy nhiên, những xét nghiệm này không chính xác bằng những xét nghiệm đo mật độ toàn bộ cơ thể, cột sống hoặc hông-nơi xảy ra hầu hết các trường hợp gãy xương.

Chuẩn bị Bệnh

nhân mặc áo choàng bệnh viện và nằm trên giường bên dưới máy quét. Không phải tất cả các bác sĩ thường xuyên lên lịch kiểm tra này. Nếu các yếu tố sau áp dụng cho bệnh nhân, họ có thể cần quét mật độ xương và có thể thảo luận vấn đề này với bác sĩ. Bệnh nhân:

- có nguy cơ bị loãng xương + sắp mãn kinh
- bị gãy xương sau một chấn thương nhẹ
- có tiền sử gia đình mắc bệnh loãng xương
- sử dụng thuốc steroid hoặc thuốc chống động kinh



Quét mật độ xương của các cặp song sinh giống hệt nhau. Mật độ xương của họ bình thường và giống hệt nhau. (Ảnh Các nhà nghiên cứu. Được phép sao chép lại.)

- đã bị hạn chế di chuyển trong thời gian hơn sáu tháng

Rủi ro

Quét xương DEXA chỉ cho bệnh nhân thấy một lượng phóng xạ nhỏ khoảng 1/50 so với chụp X-quang ngực, hoặc khoảng lượng bạn nhận được khi đi máy bay xuyên quốc gia.

Kết quả bình thường

Bệnh nhân, khi so sánh với những người có "mật độ xương bình thường ở người trẻ" (được gọi là điểm T) có xương giống hoặc đặc hơn một người 30 tuổi khỏe mạnh. Điểm T trên 1 có nghĩa là bệnh nhân có khối lượng xương khỏe mạnh. Điểm từ 0 đến 1 có nghĩa là bệnh nhân có khối lượng xương ở mức giới hạn và nên lặp lại xét nghiệm sau 2 đến 5 năm.

Kết quả bất thường

Bệnh nhân có nguy cơ bị gãy xương gấp hai đến bốn lần so với những người khác ở Hoa Kỳ cùng độ tuổi và những người có mật độ xương cao nhất. Nếu điểm T của bệnh nhân

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Canxi—Một khoáng chất giúp hình thành xương. Sau khi mãn kinh, khi phụ nữ bắt đầu sản xuất ít hormone estrogen bảo vệ xương hơn, họ có thể cần tăng lượng canxi hấp thụ.

Quét mật độ xương DEXA—Quét mật độ xương sử dụng chùm tia X quay để đo độ bền của xương của một cá nhân và nguy cơ gãy xương của người đó.

Loãng xương—Một căn bệnh xảy ra khi xương mất đi canxi và cấu trúc giúp xương chắc khỏe. Nó thường xảy ra sau thời kỳ mãn kinh (khoảng 50 tuổi) ở phụ nữ và ở tuổi già ở nam giới.

dao động từ 1 đến 2,5, họ có khối lượng xương thấp và có nguy cơ bị loãng xương. Điểm AT dưới 2,5 có nghĩa là bệnh loãng xương đã rõ ràng. Những bệnh nhân này nên đo mật độ xương lặp lại mỗi năm hoặc hai năm.

Tài nguyên

SÁCH

Bonnick, Sydney Lou. Cẩm nang về loãng xương. Nhà xuất bản Taylor, 1994.

Brown, Susan E. Xương tốt hơn, Cơ thể tốt hơn: Toàn diện Chương trình tự lực nhằm ngăn ngừa, ngăn chặn và khắc phục chứng loãng xương. Canaan mới, CT: Nhà xuất bản Keats, 1996.

ĐỊNH KÝ

Bilger, Burkhard. "Thuốc xương." Y tế, tháng 5/tháng 6 năm 1996, 125-128.

"Kiểm tra mật độ xương: Bạn có nên kiểm tra không?" Bản tin Y tế Mayo Clinic số 15 (tháng 6/1997): 6

Hanlon, Toby và cộng sự. "Hãy tăng kích thước xương của bạn ngay bây giờ." Phòng ngừa, tháng 2 năm 1996, 75.

TỔ CHỨC

Quỹ loãng xương quốc gia. 1150 Đường 17, Tây Bắc, Suite 500, Washington, DC 20036-4603. (800) 223-9994. <<http://www.nof.org>>.

Barbara Boughton

Thuốc chữa bệnh xương

Sự định nghĩa

Thuốc điều trị rối loạn xương là thuốc dùng để điều trị các bệnh dễ dàng làm suy yếu xương.

Mục đích

Các loại thuốc được mô tả ở đây được sử dụng để điều trị hoặc ngăn ngừa chứng loãng xương (bệnh xương già) ở phụ nữ đã mãn kinh cũng như nam giới lớn tuổi. Chúng cũng được sử dụng để điều trị bệnh Paget, một tình trạng đau đớn làm xương yếu đi và biến dạng, đồng thời chúng được sử dụng để kiểm soát nồng độ canxi trong máu.

Xương là mô sống. Giống như các mô khác, xương liên tục bị phá vỡ và được thay thế bằng vật liệu mới. Thông thường, có sự cân bằng giữa sự tiêu hủy xương cũ và việc thay thế nó bằng xương mới. Nhưng khi có sự cố xảy ra trong quá trình này, tình trạng rối loạn xương có thể xảy ra.

Loãng xương là mối quan tâm đặc biệt của phụ nữ sau mãn kinh cũng như đàn ông lớn tuổi. Trong bệnh loãng xương, bên trong xương trở nên xốp và mỏng.

Theo thời gian, tình trạng này làm xương yếu đi và dễ bị gãy hơn. Bệnh loãng xương phổ biến ở phụ nữ gấp 4 lần so với nam giới. Điều này là do phụ nữ có khối lượng xương ít hơn nam giới, có xu hướng sống lâu hơn và hấp thụ ít canxi hơn, đồng thời cần nội tiết tố nữ estrogen để giữ cho xương chắc khỏe. Nếu đàn ông sống đủ lâu, họ cũng có nguy cơ mắc bệnh loãng xương sau này. Khi tổng khối lượng xương đạt đến đỉnh điểm - khoảng 35 tuổi - tất cả người trưởng thành đều bắt đầu mất đi. Ở phụ nữ, tốc độ mất xương tăng nhanh trong thời kỳ mãn kinh, khi nồng độ estrogen giảm. Mất xương cũng có thể xảy ra nếu cả hai buồng trứng bị cắt bỏ bằng phẫu thuật. Buồng trứng tạo ra estrogen.

Liệu pháp thay thế hormone là một phương pháp để ngăn ngừa loãng xương. Tuy nhiên, không phải ai cũng có thể sử dụng liệu pháp thay thế hormone. Thuốc điều trị rối loạn xương là lựa chọn thay thế tốt cho những người đã bị loãng xương hoặc những người có nguy cơ mắc bệnh này. Các yếu tố nguy cơ bao gồm thiếu tập thể dục thường xuyên, mãn kinh sớm, thiểu cân và có tiền sử gia đình mắc bệnh loãng xương.

Sự miêu tả

Thuốc điều trị rối loạn xương chỉ được bán khi có đơn thuốc của bác sĩ và có dạng viên, thuốc xịt mũi và dạng tiêm. Các loại thuốc điều trị rối loạn xương thường được sử dụng là alendronate (Fosamax), calcitonin (Miacalcin, Calcimar) và raloxifene (Evista). Raloxifene thuộc nhóm thuốc được gọi là chất điều biến thụ thể estrogen chọn lọc (SERM), hoạt động giống như estrogen ở một số bộ phận của cơ thể nhưng không hoạt động giống như estrogen ở một số bộ phận của cơ thể nhưng không hoạt động ở những có phản ứng khác.

Điều này làm cho thuốc ít có khả năng gây ra một số tác hại mà estrogen có thể gây ra. Không giống như estrogen, raloxifene không làm tăng nguy cơ ung thư vú. Trên thực tế, nghiên cứu cho thấy raloxifene thậm chí có thể làm giảm nguy cơ đó.

Liều lượng khuyến nghị

Alendronat

ĐỐI VỚI LOÃNG XƯƠNG. Liều thông thường là 10 mg một lần một ngày. Việc điều trị thường tiếp tục trong nhiều năm.

ĐỐI VỚI BỆNH PAGET. Liều thông thường là 40 mg mỗi ngày một lần trong sáu tháng.

Thuốc này chỉ có tác dụng khi được uống với một cốc nước đầy vào buổi sáng, ít nhất 30 phút trước khi ăn hoặc uống bất cứ thứ gì hoặc dùng bất kỳ loại thuốc nào khác. Không nằm xuống ít nhất 30 phút sau khi uống vì thuốc có thể gây kích ứng thực quản, ống dẫn thức ăn từ miệng đến dạ dày.

Calcitonin

THUỐC XỊT MŨI. Liều thông thường là một lần xịt vào mũi mỗi ngày một lần. Thay đổi lỗ mũi, xịt vào lỗ mũi phải hôm nay, xịt lỗ mũi trái vào ngày hôm sau, v.v.

CÓ THỂ TIÊM. Liều lượng khuyến cáo tùy thuộc vào tình trạng thuốc được kê đơn và có thể khác nhau đối với những người khác nhau. Kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc hoặc được sĩ đã kê đơn thuốc để biết liều lượng thích hợp.

Raloxifene

Liều thông thường là một viên 60 mg mỗi ngày.

Các biện pháp phòng ngừa

Aldendronate

Những người có lượng canxi trong máu thấp không nên dùng thuốc này. Nó cũng không được khuyến khích cho phụ nữ đang điều trị thay thế hormone hoặc cho bất kỳ ai có vấn đề về thận. Trước khi sử dụng alendronate, bất kỳ ai có vấn đề về tiêu hóa hoặc nuốt phải đảm bảo rằng bác sĩ của mình biết về tình trạng này.

Calcitonin

Thuốc xịt mũi Calcitonin có thể gây kích ứng hoặc vết loét nhỏ ở mũi. Kiểm tra với bác sĩ nếu điều này trở nên rất khó chịu hoặc nếu chảy máu từ mũi.

Dạng tiêm calcitonin đã gây ra phản ứng dị ứng nghiêm trọng ở một số người. Thuốc xịt mũi không được biết là gây ra phản ứng như vậy nhưng vẫn có khả năng xảy ra.

Trước khi bắt đầu điều trị bằng calcitonin, bác sĩ kê đơn thuốc có phản ứng khác.

Raloxifene

Một tác dụng phụ hiếm gặp nhưng nghiêm trọng của raloxifene là tăng nguy cơ hình thành cục máu đông trong tĩnh mạch và

có thể vỡ ra và di chuyển đến phổi. Điều này có thể xảy ra ở những phụ nữ dùng raloxifene cũng như ở những phụ nữ dùng estrogen. Vì vậy, dù có thể xảy ra, những phụ nữ có tiền sử cục máu đông trong tĩnh mạch không nên dùng raloxifene.

Những phụ nữ bị ung thư vú hoặc ung thư tử cung nên hỏi bác sĩ xem liệu họ có thể sử dụng raloxifene một cách an toàn hay không.

Thận trọng chung đối với thuốc điều trị rối loạn xương

Để giữ cho xương chắc khỏe, cơ thể cần canxi và vitamin D. Các sản phẩm từ sữa và cá như cá hồi, cá mòi và cá ngừ là nguồn cung cấp canxi và vitamin D. Những người đang dùng thuốc điều trị rối loạn xương để điều trị loãng xương và những người mắc bệnh này không nhận đủ các chất dinh dưỡng này trong chế độ ăn uống của họ nên kiểm tra với bác sĩ về việc dùng thực phẩm bổ sung. Các bước quan trọng khác để bảo vệ xương là tránh hút thuốc, uống rượu và tập đủ các loại bài tập tạo áp lực lên xương (chẳng hạn như đi bộ hoặc nâng tạ).

Những người đang dùng các loại thuốc này vì có quá nhiều canxi trong máu có thể cần hạn chế lượng canxi trong chế độ ăn uống của họ. Quá nhiều canxi có thể khiến thuốc không hoạt động bình thường. Thảo luận về chế độ ăn uống hợp lý với bác sĩ đã kê đơn thuốc và không thực hiện bất kỳ thay đổi chế độ ăn uống nào nếu không có sự chấp thuận của bác sĩ.

Bất kỳ ai trước đây từng có phản ứng bất thường với thuốc điều trị rối loạn xương nên cho bác sĩ biết trước khi dùng lại thuốc. Bác sĩ cũng nên được thông báo về bất kỳ tình trạng dị ứng nào với thực phẩm, thuốc nhuộm, chất bảo quản hoặc các chất khác.

Phụ nữ đang mang thai hoặc có thể mang thai và phụ nữ đang cho con bú nên kiểm tra với bác sĩ trước khi sử dụng alendronate hoặc cal-citonin này. Phụ nữ đang mang thai hoặc những người có thể mang thai không nên sử dụng Raloxifene. Trong các nghiên cứu trong phòng thí nghiệm trên chuột, raloxifene gây ra dị tật bẩm sinh.

Phản ứng phụ

Aldendronate

Các tác dụng phụ thường gặp bao gồm táo bón, tiêu chảy, khó tiêu, buồn nôn, đau bụng và đau cơ và xương. Những vấn đề này thường biến mất khi cơ thể thích nghi với thuốc và không cần chăm sóc y tế trừ khi chúng tiếp tục hoặc ảnh hưởng đến các hoạt động bình thường.

Calcitonin

Tác dụng phụ thường gặp nhất của calcitonin mũi xịt là các vấn đề về mũi, chẳng hạn như khô, đỏ, ngứa-

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Estrogen—Hóa môn giới tính chính kiểm soát sự phát triển giới tính bình thường ở phụ nữ. Trong chu kỳ kinh nguyệt, estrogen giúp cơ thể chuẩn bị cho việc mang thai.

Gãy xương—Một vết gãy hoặc vết nứt ở xương.

Nội tiết tố—Một chất được sản xuất ở một bộ phận của cơ thể, sau đó di chuyển theo dòng máu đến một bộ phận khác của cơ thể để phát huy tác dụng.

Mãn kinh—Giai đoạn trong cuộc đời của người phụ nữ khi buồng trứng ngừng sản xuất té bào trứng đều đặn và kinh nguyệt ngừng lại.

Loãng xương—Một căn bệnh khiến xương trở nên rất xốp và yếu. Khi đó xương sẽ dễ bị gãy hơn và mất nhiều thời gian hơn để lành lại. Tình trạng này phổ biến nhất ở phụ nữ sau mãn kinh nhưng cũng có thể xảy ra ở nam giới lớn tuổi.

ing, vết loét, chảy máu và khó chịu nói chung. Những vấn đề này sẽ biến mất khi cơ thể thích ứng với thuốc, nhưng nếu không hoặc nếu chúng rất khó chịu, hãy hỏi ý kiến bác sĩ. Các tác dụng phụ khác cần được bác sĩ chú ý bao gồm đau đầu, đau lưng và đau khớp.

Calcitonin tiêm có thể gây ra tác dụng phụ nhẹ như buồn nôn hoặc nôn; bệnh tiêu chảy; đau bụng; ăn mất ngon; đỏ bừng mặt, tai, tay hoặc chân; và cảm giác khó chịu hoặc mẩn đỏ ở chỗ tiêm trên cơ thể. Chăm sóc y tế là không cần thiết trừ khi những vấn đề này vẫn tồn tại hoặc gây khó chịu bất thường.

Bất cứ ai bị phát ban trên da hoặc nổi mề đay sau khi tiêm calcitonin nên kiểm tra với bác sĩ càng sớm càng tốt.

Raloxifene

Các tác dụng phụ thường gặp bao gồm bốc hỏa, chuột rút ở chân, buồn nôn và nôn. Những phụ nữ gặp phải những vấn đề này khi dùng raloxifene nên kiểm tra với bác sĩ của họ.

Tương tác

Aldendronate

Dùng aspirin với alendronate có thể làm tăng nguy cơ đau dạ dày, đặc biệt nếu liều alen-dronate trên 10 mg mỗi ngày. Nếu dùng thuốc giảm đau

cần thiết, hãy chuyển sang loại thuốc khác, chẳng hạn như acetaminophen (Tylenol) hoặc sử dụng aspirin đậm. Hãy hỏi bác sĩ hoặc dược sĩ để biết loại thuốc phù hợp để sử dụng.

Một số chất bổ sung canxi, thuốc kháng axit và các loại thuốc khác khiến cơ thể không thể hấp thụ alendronate. Để ngăn ngừa vấn đề này, không dùng bất kỳ loại thuốc nào khác trong vòng 30 phút sau khi dùng alendronate.

Calcitonin

Calcitonin có thể ngăn cản một số loại thuốc điều trị bệnh Paget khác, chẳng hạn như etidronate (Didronel), hoạt động như bình thường.

Raloxifene

Raloxifene có thể ảnh hưởng đến quá trình đông máu. Bệnh nhân đang dùng các loại thuốc khác ảnh hưởng đến quá trình đông máu, chẳng hạn như warfarin (Coumadin), nên kiểm tra với bác sĩ trước khi sử dụng raloxifene.

Tài nguyên

Tổ chức

Quỹ nghiên cứu và giáo dục về bệnh loãng xương. (888) 266-3015. <<http://www.fore.org>>.

Hiệp hội quốc gia về cứu trợ bệnh Paget. <<http://www.demon.co.uk/narpd>>.

Tổ chức Loãng xương Quốc gia 1150 17th Street NW Suite 500 Washington, DC 20036-4603. <<http://www.nof.org>>.

Nancy Ross-Flanigan

Ghép xương

Sự định nghĩa

Ghép xương là một thủ tục phẫu thuật trong đó xương mới hoặc vật liệu thay thế được đặt vào khoảng trống giữa hoặc xung quanh xương gãy (gãy xương) hoặc các lỗ trên xương (khiếm khuyết) để hỗ trợ quá trình chữa lành.

Mục đích

Ghép xương được sử dụng để sửa chữa những vết gãy xương cực kỳ phức tạp, gây nguy hiểm đáng kể cho bệnh nhân hoặc lành lại đúng cách. Ghép xương cũng được sử dụng để giúp hợp nhất giữa các đốt sống, điều chỉnh các biến dạng hoặc hỗ trợ cấu trúc cho các trường hợp gãy xương cột sống. Ngoài việc sửa chữa gãy xương, ghép xương còn được sử dụng để sửa chữa các khuyết tật về xương do dị tật bẩm sinh, chấn thương hoặc phẫu thuật ung thư xương.

Sự miêu tả

Xương bao gồm một chất nền, chủ yếu được tạo thành từ một loại protein gọi là collagen. Nó được tăng cường bởi sự lắng đọng của muối canxi và photphat, được gọi là hydroxyapatite. Bên trong và xung quanh ma trận này là các tế bào của xương, có bốn loại. Nguyên bào xương tạo ra chất nền xương. Tế bào xương là các nguyên bào xương trưởng thành và có chức năng duy trì xương. Osteoclasts phá vỡ và loại bỏ mô xương. Tế bào lót xương bao phủ bề mặt xương. Cùng với nhau, bốn loại tế bào này chịu trách nhiệm xây dựng ma trận xương, duy trì nó và tái tạo xương khi cần thiết.

Có ba cách ghép xương có thể giúp sửa chữa khiếm khuyết. Đầu tiên được gọi là quá trình tạo xương, sự hình thành xương mới bởi các tế bào có trong mảnh ghép. Thứ hai là tạo xương, một quá trình hóa học trong đó các phân tử có trong mảnh ghép (protein hình thái xương) chuyển đổi tế bào của bệnh nhân thành tế bào có khả năng hình thành xương. Thứ ba là dẫn truyền xương, một hiệu ứng vật lý trong đó chất nền của mảnh ghép tạo thành một giàn giáo mà trên đó các tế bào ở người nhận có thể hình thành xương mới.

Xương mới để ghép có thể được lấy từ các xương khác trong cơ thể của bệnh nhân (ví dụ: xương hông hoặc xương sườn), được gọi là ghép tự thân, hoặc từ xương lấy từ người khác được đông lạnh và lưu trữ trong ngân hàng mô, được gọi là ghép đồng loại. Nhiều loại vật liệu thay thế tự nhiên và tổng hợp cũng được sử dụng thay thế xương, bao gồm collagen (chất protein có trong các sợi trắng của da, xương và mô liên kết); polyme, chẳng hạn như silicone và một số loại acrylic; hydroxyapatite; canxi sunfat; và gốm sứ. Một vật liệu mới, được gọi là vật liệu ghép polyme có khả năng hấp thụ, cũng đang được nghiên cứu. Những mảnh ghép có thể tiêu hủy này cung cấp cấu trúc cho xương mới phát triển; các mảnh ghép sau đó sẽ tan ra, chỉ để lại phần xương mới.

Để đặt mảnh ghép, bác sĩ phẫu thuật sẽ rạch một đường trên da trên chỗ khuyết xương và định hình mảnh ghép xương hoặc vật liệu thay thế để vừa với chỗ khuyết. Sau khi mảnh ghép được đặt vào chỗ khuyết, nó được giữ cố định bằng ghim, tăm hoặc ốc vít. Vết mổ được khâu lại bằng các mũi khâu và nẹp hoặc bó bột được sử dụng để ngăn xương di chuyển trong khi lành.

Các chi phí liên quan đến ghép xương khác nhau. Những chi phí này bao gồm: phí bác sĩ phẫu thuật (có thể thay đổi); phí của bác sĩ gây mê (trung bình \$350 đến \$400 một giờ); chi phí bệnh viện (trung bình từ 1.500 USD đến 1.800 USD mỗi ngày, nhiều hơn cho phòng chăm sóc đặc biệt hoặc phòng riêng); tiền thuốc (\$200 đến \$400); và các chi phí bổ sung, bao gồm bác sĩ phẫu thuật hỗ trợ, điều trị các biến chứng, thủ tục chẩn đoán (ví dụ: xét nghiệm máu hoặc chụp X quang), vật tư y tế và sử dụng thiết bị. Chi phí cho việc ghép có thể dao động từ \$250 đến \$900.

Thủ tục này được nhiều công ty bảo hiểm bên thứ ba chi trả; phạm vi bảo hiểm nên được khám phá cho từng trường hợp cá nhân.

Chăm sóc sau

Thời gian cần thiết để phục hồi khi bị gãy xương hoặc cung khớp cột sống có thể thay đổi từ một đến 10 ngày và việc tập luyện cường độ cao có thể bị hạn chế trong tối đa ba tháng.

Hầu hết các mảnh ghép xương đều thành công trong việc giúp xương khiếm khuyết lành lại. Mức độ phục hồi sẽ phụ thuộc vào kích thước của khiếm khuyết và tình trạng bề mặt xương.

Làm tròn mảnh ghép tại thời điểm phẫu thuật. Những khiếm khuyết nghiêm trọng có thể mất một thời gian để lành lại và có thể cần được chú ý thêm sau lần ghép đầu tiên. Trong một nghiên cứu trên 1.000 bệnh nhân được ghép xương đồng loại rất lớn sau phẫu thuật ung thư xương, các nhà nghiên cứu phát hiện ra rằng khoảng 85% bệnh nhân có thể trở lại làm việc hoặc hoạt động thể chất bình thường mà không cần dùng nạng.

Tuy nhiên, khoảng 25% số bệnh nhân này cần phải phẫu thuật lần thứ hai vì lần đầu tiên không lành hẳn. Tuy nhiên, các khuyết tật xương ít nghiêm trọng hơn sẽ lành hoàn toàn mà không có biến chứng nghiêm trọng.

Rủi ro

Rủi ro đối với bất kỳ thủ thuật phẫu thuật nào cần gây mê bao gồm phản ứng với thuốc và các vấn đề về hô hấp. Rủi ro đối với bất kỳ thủ tục phẫu thuật nào bao gồm chảy máu và nhiễm trùng.

Những hạn chế của ghép tự thân bao gồm: thời gian phẫu thuật và gây mê bổ sung (thường là 30 phút cho mỗi thủ thuật) để lấy hoặc lấy xương để ghép; thêm chi phí cho cuộc phẫu thuật bổ sung; đau và nhiễm trùng có thể xảy ra ở vị trí lấy mảnh ghép; và số lượng xương tương đối nhỏ có thể ghép được.

Những hạn chế của ghép đồng loại bao gồm: sự khác biệt giữa các lô, vì xương được lấy từ nhiều người hiến tặng; xương có thể mất nhiều thời gian hơn để kết hợp với xương chủ so với xương ghép tự thân; mảnh ghép có thể kém hiệu quả hơn mảnh ghép tự thân; và khả năng truyền bệnh cho bệnh nhân. Các biến chứng khác có thể xảy ra do phản ứng miễn dịch của hệ thống miễn dịch của bệnh nhân chống lại mô xương ghép.

Với việc sử dụng các chất chống đào thải (thuốc chống đào thải mô xương ghép), việc đào thải miễn dịch sẽ ít xảy ra hơn.

Tài nguyên

ĐỊNH KỲ

Brown, Edwin H. "Xương mới từ biển: San hô nhiệt đới."

Cập nhật y tế 20 (tháng 1 năm 1997): 2.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Allograft-Mô đẻ cáy ghép được lấy từ người khác.

Autograft-Mô đẻ cáy ghép được lấy từ bệnh nhân.

Hydroxyapatite-Một phức hợp canxi photphat là thành phần khoáng chất chính của xương.

Nguyên bào xương-Tế bào xương xây dựng mô xương mới.

Tế bào hủy xương-Các tế bào xương phá vỡ và loại bỏ mô xương.

Dẫn truyền xương-Cung cấp khung cho sự phát triển của xương mới.

Tế bào xương-Tế bào xương duy trì mô xương.

Sự tạo xương-Sự phát triển của xương mới.

Cảm ứng tạo xương-Tăng tốc quá trình hình thành xương mới bằng phương pháp hóa học.

Cowley, Geoffrey. "Phản thay thế." Newsweek 129 (27/01/1997): 66.

DeLacure, Mark D. "Sinh lý học và chữa lành xương ghép."

Phỏng khám tai mũi họng Bắc Mỹ 27, không. 5 (1994): 859.

Farley, Dixie. "Những cách mới để chữa lành xương gãy." Người tiêu dùng FDA 30 (tháng 4 năm 1996): 14.

Hayes, Ketra Marie và Nancy L. Combs. "Chăm sóc điều dưỡng chu phẫu cho bệnh nhân chấn thương sọ mặt."

Tạp chí ADRN 64 (tháng 9 năm 1996): 383.

Nóng hơn, David S. "Bảng cá nhân cho người bị gãy xương." Máy móc Thiết kế 68 (4/4/1996): 39.

Kopp, Marleen. "Chăm sóc bệnh nhân trưởng thành đang trải qua hợp nhất cột sống trước / sau. Điều dưỡng chính hình 16, số. 2 (1997): 55.

Larkin, Brenda G. "Tìm hiểu về ngân hàng xương." chính hình Điều dưỡng 16, Số. 4, 1997: 49.

Morgan, Peggy và Toby Hanlon. "Y học quyền lực năm 2000: Phương pháp điều trị đột phá cho thiên niên kỷ mới." Cập nhật y tế ngày 20 (tháng 1 năm 1997): 2.

"Những cách mới để khắc phục gãy xương." Tạp chí USA Today số 124 (02/1996): 4.

Oseph, Lou. "Thế giới mới về chăm sóc nha khoa." Người tiêu dùng Thông báo 35 (tháng 5 năm 1996): 59.

"Khôi phục những khuôn mặt bị biến dạng nghiêm trọng." Tạp chí USA Today, 125 (tháng 10/1996): 8.

Scaggs, David L. và George S. Bassett. "Thành ngữ ngốc nghênh-Chứng vẹo cột sống thảm hại: Bản cập nhật." Bác sĩ già đình Mỹ 53 (15/5/1996): 2327.

Vangsness, C. Thomas và cộng sự. "Mô mềm để tái tạo mảnh ghép giả của đầu gối con người: Khảo sát của Hiệp hội các ngân hàng mô Hoa Kỳ." Tạp chí Y học Thể thao Hoa Kỳ số 24 (tháng 3 năm 1996): 230.

TỔ CHỨC

Hiệp hội ngân hàng mô Hoa Kỳ. 1350 Đường Beverly,
Suite 220-A, McLean, VA 22101. (703) 827-9582.

Lisa Christenson, Tiến sĩ

Kết quả

Kích thích tăng trưởng xương

Sự định nghĩa

Kích thích tăng trưởng xương là kỹ thuật thúc đẩy sự phát triển của xương ở những vết gãy khó lành bằng cách áp dụng dòng điện thấp hoặc sóng siêu âm vào vết gãy.

Mục đích

Kích thích tăng trưởng xương được thực hiện khi quá trình lành vết thương không diễn ra một cách tự nhiên hoặc khi tốc độ lành vết thương quá chậm. Tình trạng này được gọi là gãy xương không liền và xảy ra thường xuyên hơn ở người lớn hơn trẻ em, ở những người bị gãy xương nặng hoặc phức tạp và ở những người hút thuốc.

Lý thuyết đằng sau việc sử dụng dòng điện vào các vết gãy để kích thích quá trình lành vết thương dựa trên thực tế là mặt lõm của xương sẽ tích điện âm và mặt lồi sẽ tích điện dương. Người ta tin rằng việc khuyến khích việc sạc bằng dòng điện một cách giả tạo sẽ tăng tốc độ chữa lành. Năm 1996, Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) cũng đã phê duyệt việc áp dụng xung siêu âm cường độ thấp như một phương pháp điều trị cho tình trạng không liền xương do gãy xương.

Siêu âm và kích thích điện từ rất tốn kém và chỉ được sử dụng khi vẫn đề chưa lành tồn tại trong một thời gian dài. Mỗi phương pháp phải được sử dụng ít nhất từ 3 đến 6 tháng mới có hiệu quả.

Các biện pháp phòng ngừa

Không thể sử dụng phương pháp kích thích tăng trưởng xương nếu khoảng cách giữa hai đầu xương gãy quá lớn.

Sự miêu tả

Kích thích điện có thể được áp dụng từ bên trong cơ thể (xâm lấn) hoặc từ bên ngoài cơ thể (không xâm lấn). Siêu âm là một thủ tục không xâm lấn. Loại kích thích được lựa chọn tùy thuộc vào sở thích của bác sĩ, loại và vị trí của vết gãy cũng như động lực của bệnh nhân trong việc tuân thủ lịch trình điều trị. Việc điều trị có thể mất từ ba đến sáu tháng.

Kích thích xâm lấn

Máy kích thích điện xâm lấn có thể được cấy ghép toàn bộ hoặc một phần. Ưu điểm của những thiết bị này là chúng cung cấp dòng điện trực tiếp vào chỗ gãy 24 giờ một ngày. Máy kích thích được cấy ghép hoàn toàn đòi hỏi bệnh nhân ít phải chú ý hàng ngày. Bệnh nhân sử dụng máy kích thích bán cáy phải tự sắp xếp lịch điều trị và phải chăm sóc bộ nguồn bên ngoài. Nhược điểm của máy kích thích cấy ghép và bán cáy ghép là việc cấy ghép chúng là một thủ tục phẫu thuật.

Máy kích thích dòng điện một chiều có thể cấy ghép hoàn toàn được lắp đặt trong bệnh viện dưới hình thức gây mê toàn thân hoặc gây mê vùng. Cả máy kích thích và nguồn điện đều được cấy ghép. Bác sĩ phẫu thuật sẽ rạch một đường và đặt một cục âm hình xoắn ốc vào bên trong xương. Một sợi dây dẫn đến nguồn điện và một cục dương nhỏ. Nguồn điện là một bộ pin được cấy vào cơ gần đó. Cơ thể truyền dòng điện để đóng mạch. Vết mổ sau đó được đóng lại. Khi đã vào đúng vị trí, thiết bị sẽ cung cấp dòng điện trực tiếp liên tục để kích thích sự phát triển của xương.

Máy kích thích được cấy ghép một phần sử dụng các chốt cục âm được cấy vào rìa của mỗi xương bị gãy. Các dây dẫn đến bề mặt da, nơi đặt nguồn điện và cục dương. Dây điện hoàn thành mạch điện. Phần bên ngoài của thiết bị được giữ cố định bằng một miếng đúc. Nguồn kích thích này cũng chạy liên tục.

Kích thích không xâm lấn

Tương tự kích thích không xâm lấn, các cuộn dây điện từ bên ngoài được đặt ở hai bên của vết gãy và được giữ cố định bằng dây đeo hoặc vòng bít. Xác định vị trí các cuộn dây một cách chính xác là rất quan trọng và vị trí của chúng so với vết nứt thường được xác nhận bằng tia X.

Các cuộn dây tạo ra một trường điện từ dao động. Việc duy trì lịch trình điều trị theo quy định là tùy thuộc vào bệnh nhân. Điều trị hiệu quả đòi hỏi sự kích thích ở mọi nơi từ ba đến mười giờ mỗi ngày trong khoảng thời gian không dưới một giờ.

Kích thích siêu âm là phương pháp điều trị gần đây nhất để kích thích sự phát triển của xương. Một thiết bị tạo ra xung âm thanh cường độ thấp được áp dụng cho vùng da bị gãy. Ưu điểm của kỹ thuật này là không xâm lấn và thời gian áp dụng các xung âm thanh có thể chỉ khoảng 20-30 phút mỗi ngày. Kết quả của việc điều trị này đã được nghiên cứu ít hơn so với tác dụng của

kích thích điện từ.

Sự chuẩn bị

Kích thích tăng trưởng xương chỉ được thực hiện khi quá trình lành vết thương không diễn ra trong nhiều tháng. Trước khi nó được bắt đầu,

chụp x-quang vùng gãy xương. Nếu thiết bị được cấy ghép, các xét nghiệm máu và nước tiểu tiêu chuẩn trước phẫu thuật sẽ được thực hiện. Bệnh nhân có thể gặp bác sĩ gây mê để thảo luận về bất kỳ tình trạng nào có thể ảnh hưởng đến việc thực hiện gây mê.

Chăm sóc sau

Nếu sử dụng thiết bị trường điện từ, rung, không xâm lấn, bệnh nhân không được đặt bất kỳ áp lực hoặc trọng lượng nào lên vết gãy cho đến khi vết gãy lành lại, trong hầu hết các trường hợp là vài tháng. Trong tất cả các trường hợp gãy xương chỉ dưới, bất kể sử dụng phương pháp kích thích nào, bệnh nhân không thể chịu được trọng lượng đè lên chỉ bị gãy cho đến khi quá trình lành vết thương hoàn tất. Điều này hạn chế khả năng vận động của bệnh nhân trong nhiều tháng. Bệnh nhân có trách nhiệm thường xuyên đảm bảo rằng thiết bị này hoạt động và chăm sóc các thiết bị bên ngoài cũng như khuôn bô để giữ chúng đúng vị trí.

Rủi ro

Các thiết bị không xâm lấn có ít rủi ro liên quan đến chúng. Nguyên chính liên quan đến các thiết bị cấy ghép là sự phát triển của nhiễm trùng tại vị trí cấy ghép.

Kết quả bình thường

Thành công trong việc chữa lành vết gãy không liên xương bằng cách sử dụng kích thích tăng trưởng xương phụ thuộc vào loại, vị trí và mức độ nghiêm trọng của vết gãy cũng như độ tuổi và sức khỏe chung của bệnh nhân.

Tài nguyên

ĐỊNH KÝ

Phòng khám Mayo. "Gãy xương - Phương pháp điều trị được thiết kế riêng cho giờ nghỉ giải lao." Thư Y tế của Phòng khám Mayo số 14, số 1. 4 (tháng 4 năm 1996):1-3.

Tish Davidson

Nhiễm trùng xương xem Viêm tuy xương

Chọc hút và sinh thiết tuy xương

Sự định nghĩa

Khát vọng tuy xương, còn gọi là lấy mẫu tuy xương, là việc loại bỏ bằng cách hút chất lỏng từ vật liệu mềm, xốp nằm bên trong hầu hết các xương.

Sinh thiết tuy xương, hay sinh thiết bằng kim, là việc loại bỏ một mảnh tuy xương nhỏ.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Anode- Điện cực dương mà dòng điện từ chạy tới.

Cathode- Điện cực âm nơi dòng điện từ chạy qua.

Mục đích

Chọc hút tuy xương được sử dụng để:

- xác định nguyên nhân của kết quả xét nghiệm máu bất thường • xác nhận chẩn đoán hoặc kiểm tra tình trạng thiếu máu nặng (số lượng hồng cầu trong máu thấp bất thường) không rõ nguyên nhân hoặc những bất thường khác trong cách sản xuất hoặc trở thành tế bào máu trưởng thành • đánh giá những bất thường

về khả năng lưu trữ của máu sắt

- chẩn đoán nhiễm trùng

Sinh thiết tuy xương được sử dụng để:

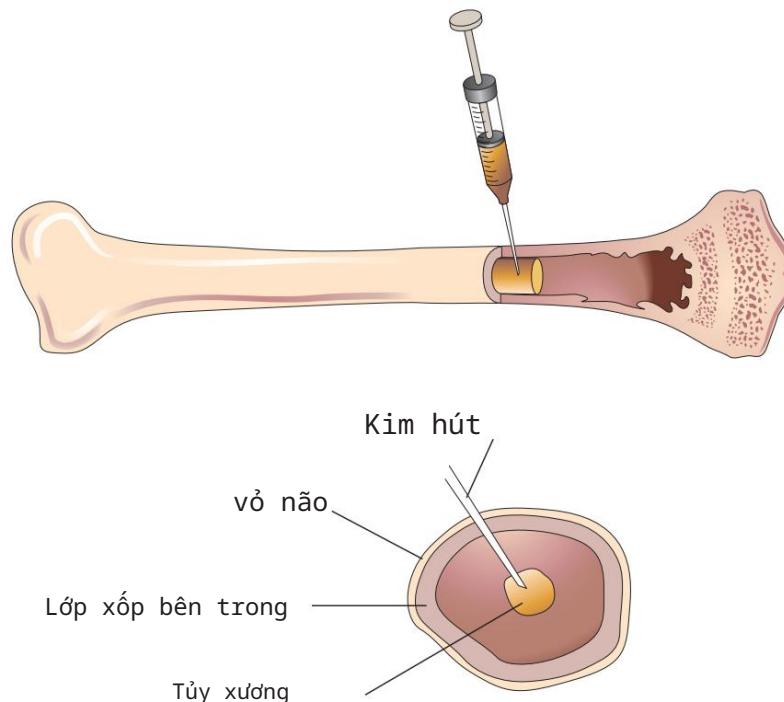
- lấy tuy xương nguyên vẹn để phân tích trong phòng thí nghiệm
- chẩn đoán và xác định giai đoạn của một số loại ung thư hoặc bệnh thiểu máu và rối loạn máu khác
- xác định nguồn gốc của cơn sốt không rõ nguyên nhân • chẩn đoán bệnh xơ hóa tuy xương hoặc u tuy (một khối u bao gồm các tế bào thường được tìm thấy trong tuy xương) khi việc hút tuy xương không cung cấp được mẫu xét nghiệm thích hợp

Chọc hút tuy xương và sinh thiết tuy xương cũng được sử dụng để đánh giá hiệu quả của hóa trị liệu và các phương pháp điều trị y tế khác. Các thủ tục này thường được sử dụng cùng nhau để đảm bảo có sẵn mẫu tuy xương tốt nhất có thể.

Các biện pháp phòng ngừa

Dị ứng hoặc phản ứng bất lợi trước đây với thuốc nén được thảo luận với bác sĩ. Bất kỳ loại thuốc hiện tại nào, bao gồm cả thuốc được hoặc chất bổ sung dinh dưỡng, đều cần được đánh giá về khả năng cản trở quá trình đông máu thích hợp (hình thành cục máu đông). Chúng bao gồm coumadin, aspirin và các chất khác được sử dụng làm chất làm loãng máu. Cần thận trọng khi sử dụng các loại thuốc được bạch quả, gừng, tỏi hoặc nhân sâm làm chất bổ sung do có nguy cơ chảy máu.

Mang thai, cho con bú (sản xuất và tiết sữa) và các rối loạn tiêu cầu hoặc chảy máu trước đó nên được đánh giá trước khi thực hiện một trong hai thủ thuật.

Kỹ thuật

Trong chọc hút tủy xương, một cây kim được đưa vào bên dưới da và xoay cho đến khi xuyên qua vỏ não hoặc lớp vỏ bên ngoài của xương. Một lượng nhỏ tủy được hút ra khỏi xương bằng ống tiêm gắn liền với kim. (Minh họa bởi Electronic-tronic Illustrators Group.)

Sự miêu tả

Việc chọc hút và sinh thiết tủy xương phải được thực hiện bởi bác sĩ hoặc y tá lâm sàng. Mỗi thủ tục mất khoảng 20 đến 30 phút và thường được thực hiện trên cơ sở ngoại trú, nhưng có thể được thực hiện tại bệnh viện nếu cần thiết.

Vùng da bao phủ vị trí sinh thiết được làm sạch bằng sát trùng và bệnh nhân có thể được dùng thuốc an thần nhẹ. Gây tê cục bộ được thực hiện. Bác sĩ huyết học hoặc y tá lâm sàng thực hiện thủ thuật sẽ không bắt đầu cho đến khi thuốc gây tê làm tê vùng đó.

mẫu vật sẽ được chiết xuất. Ở cả người lớn và trẻ em, chọc hút và sinh thiết được thực hiện phổ biến nhất trên xương sau của hông (mào chậu sau). Ở người trưởng thành, đôi khi lấy mẫu từ xương ức (xương ức) xong. Vị trí thứ hai dễ dàng hơn về mặt kỹ thuật, nhưng gây đau đớn hơn cho bệnh nhân và gây ra nguy cơ tổn thương tim. Trong những trường hợp hiếm hoi, một chiếc xương dài của chân (xương chày) có thể được sử dụng làm vị trí lấy mẫu cho trẻ sơ sinh.

Trong chọc hút tủy xương, một cây kim đặc biệt được sử dụng chèn bên dưới da và xoay cho đến khi nó thâm nhập vỏ não, hoặc lớp vỏ bên ngoài của xương. Ít nhất một nửa

một muỗng cà phê tủy được rút ra khỏi xương bằng một ống tiêm gắn vào kim tiêm. Bệnh nhân có thể cảm thấy khó chịu khi kim đâm vào hoặc khi tủy được hút. Nếu cần thêm tủy, kim sẽ được đặt lại vị trí một chút, gắn một ống tiêm mới và mẫu thứ hai được lấy. Các mẫu được chuyển từ ống tiêm đến lam kính và lọ, sau đó gửi đến phòng thí nghiệm để phân tích.

Sinh thiết tủy xương có thể được thực hiện ngay lập tức trước hoặc sau khi chọc hút tủy xương. Quy trình này sử dụng một loại kim có lõi lớn đặc biệt được sử dụng để khoan một lõi tủy. Trong sinh thiết tủy xương, kim được chèn, xoay từ bên này sang bên kia, rút ra và lắp lại ở một góc khác. Thủ tục này được lặp lại nếu cần thiết cho đến khi một lõi nhỏ, dài khoảng 0,4 inch (1 cm), tách ra khỏi tủy xương. Kim lại được rút ra, và một đoạn dây mảnh luồn qua đầu của nó sẽ truyền mẫu vật lên gạc vô trùng. Bệnh nhân có thể cảm thấy khó chịu hoặc áp lực khi kim đâm vào và có cảm giác kéo ngắn khi rút tủy. Không giống như các mẫu hút được bôi bẩn,

những mẫu này chứa tủy xương nguyên vẹn về cấu trúc. Kiểm tra bằng kính hiển vi có thể cho thấy tế bào của nó có chất liệu gì

chứa và chúng giống hoặc khác nhau như thế nào. Xương có thể được nhúng nguyên vẹn trong parafin (một loại sáp) hoặc được khử keo (quá trình diễn ra qua đêm) để nhuộm và kiểm tra theo kiểu khác.

Mỗi loại chế phẩm đều có những ưu điểm nhất định.

Sự chuẩn bị

Bệnh sử và thẻ chất hiện tại được lấy từ bệnh nhân, cùng với sự đồng ý thích hợp. Bệnh nhân thường được đặt ở tư thế nằm sấp (nằm úp mặt) để chuẩn bị và gây tê cục bộ, có hoặc không có thuốc an thần, được thực hiện.

Chăm sóc sau

Sau khi rút kim ra, vị trí sinh thiết sẽ được băng lại bằng băng khô và sạch. Áp lực được áp dụng để kiểm soát chảy máu. Mạch, nhịp thở, huyết áp và nhiệt độ của bệnh nhân được theo dõi cho đến khi trở lại bình thường và bệnh nhân có thể được hướng dẫn giữ tư thế nằm ngửa (nằm ngửa) trong nửa giờ trước khi mặc quần áo.

Bệnh nhân có thể rời phòng khám và tiếp tục các hoạt động bình thường ngay lập tức. Những bệnh nhân được dùng thuốc an thần thường cảm thấy buồn ngủ suốt thời gian còn lại trong ngày; do đó nên tránh lái xe, nấu ăn và các hoạt động khác đòi hỏi suy nghĩ rõ ràng và phản ứng nhanh.

Vị trí sinh thiết phải được che phủ và khô ráo trong vài giờ. Đèn bờ hoặc dùng thuốc giảm đau được kê đơn thường làm giảm cảm giác khó chịu ở vị trí sinh thiết và có thể chườm đá để giảm sưng.

Bác sĩ cần được thông báo nếu bệnh nhân:

- cảm thấy đau dữ dội hơn 24 giờ sau khi làm thủ thuật.
- chảy máu dai dẳng hoặc thấy có nhiều hơn vài giọt máu trên băng vết thương.
- có nhiệt độ trên 101°F (38,3°C). Tình trạng viêm, mủ tại vị trí sinh thiết và các dấu hiệu nhiễm trùng khác cũng cần được báo ngay cho bác sĩ ngay lập tức.

Rủi ro

Chảy máu và khó chịu thường xảy ra ở vị trí sinh thiết. Nhiễm trùng và tụ máu cũng có thể phát triển. Trong một số trường hợp hiếm hoi, tim hoặc mạch máu lớn bị đâm thủng khi túy được lấy ra khỏi xương ức trong quá trình sinh thiết túy xương. Điều này có thể dẫn đến xuất huyết nghiêm trọng.

Kết quả bình thường

Tủy xương của người trưởng thành khỏe mạnh chứa các tế bào mỡ màu vàng, mô liên kết và tủy đỏ tạo ra máu.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Khát vọng—Một thủ tục để rút chất lỏng ra khỏi cơ thể.

Mô liên kết—Vật liệu liên kết một bộ phận của cơ thể với bộ phận khác.

Xơ hóa—Một tình trạng đặc trưng bởi sự hiện diện của mô sẹo hoặc các mô chứa chất xơ thay thế các mô bình thường.

Bác sĩ huyết học—Một chuyên gia y tế điều trị các bệnh và rối loạn về máu và các cơ quan tạo máu.

Khỏi máu tụ—Máu tích tụ dưới da và gây sưng tấy.

Xuất huyết—Chảy máu nhiều.

U túy—Một khối u bắt nguồn từ tủy xương và thường lan ra nhiều xương.

Y tá hành nghề—Một y tá đã đăng ký có đủ trình độ để thực hiện một số nhiệm vụ chuyên môn.

Tủy xương của trẻ sơ sinh khỏe mạnh chủ yếu có màu đỏ do quá trình sản xuất tích cực các tế bào hồng cầu cần thiết cho sự tăng trưởng.

Kết quả bất thường

Các dịch túy xương có thể mang lại thông tin về tác nhân lây nhiễm. Kiểm tra bằng kính hiển vi tủy xương có thể phát hiện u hạt, xơ túy, u lympho, bệnh bạch cầu hoặc các bệnh ung thư khác. Phân tích mẫu bệnh phẩm có thể giúp bác sĩ chẩn đoán tình trạng thiếu sắt, thiếu vitamin B12 và thiếu folate cũng như bệnh thiếu máu.

Béo phì có thể ảnh hưởng đến việc dễ dàng thực hiện sinh thiết tủy xương và kết quả của cả hai thủ thuật có thể bị ảnh hưởng nếu bệnh nhân đã xạ trị tại vị trí sinh thiết.

Tài nguyên

SÁCH Bain,

Barbara, et al. Bệnh lý tủy xương. Oxford, Vương quốc Anh:

Công ty TNHH Khoa học Blackwell, 1996.

Gatter, Kevin và David Brown. Hướng dẫn minh họa về chẩn đoán tủy xương.

Oxford, Vương quốc Anh: Blackwell Science, Ltd., 1997.

Zaret, Barry L., và cộng sự. Hướng dẫn dành cho bệnh nhân của Đại học Yale về kiểm tra y tế. Boston: Công ty Houghton Mifflin, 1997.

TỔ CHỨC

Hiệp hội bệnh bạch cầu của Mỹ. 600 Đại lộ thứ ba, New York, NY 10016. (800)

955-4572. <<http://www.leukemia.org>>.

Dịch vụ thông tin ung thư của Viện Ung thư Quốc gia. 9000 Rockville Pike, Bethesda, MD 20892. (800) 422-6237. <<http://cis.nci.nih.gov>>.

Chương trình tài trợ từ quốc gia. 3433 Broadway St. NE, #400, Minneapolis, MN 55413. (800) 627-7692. <<http://www.marrow.org>>.

Cộng đồng sức khỏe. 35 E. Seventh St., Phòng 412, Cincinnati, OH 45202. (888) 793-WELL. <<http://www.sức khỏe-cộng đồng.org>>.

Ghép

KHÁC

"Sinh thiết tủy xương." Trang web CanCareSA. 2 tháng 7 năm 1998. 25 Tháng 6 năm 2001 <<http://www.health.sa.gov.au/cancare/Treatment/PROCEDURES-TESTS/BMBiopsy.htm>>.

Maureen Haggerty

Ghép tủy

Sự định nghĩa

Tủy xương - mô giống như bột biến được tìm thấy ở trung tâm của một số xương - chứa các tế bào gốc là tiền thân của bạch cầu, hồng cầu và tiểu cầu. Những tế bào máu này rất quan trọng đối với các chức năng bình thường của cơ thể, chẳng hạn như vận chuyển oxy, bảo vệ chống lại nhiễm trùng và bệnh tật cũng như đóng máu. Tế bào máu có tuổi thọ hạn chế và liên tục được thay thế; do đó, tế bào gốc khỏe mạnh là rất quan trọng.

Liên quan đến một số bệnh, tế bào gốc có thể tạo ra quá nhiều, quá ít hoặc các tế bào máu bất thường. Ngoài ra, phương pháp điều trị y tế có thể phá hủy tế bào gốc hoặc làm thay đổi quá trình sản xuất tế bào máu. Kết quả là các bất thường về tế bào máu có thể đe dọa tính mạng.

Ghép tủy xương bao gồm việc chiết xuất tủy xương chứa tế bào gốc bình thường từ một người hiến tặng khỏe mạnh và chuyên nó sang người nhận mà cơ thể không thể sản xuất đủ số lượng tế bào máu bình thường. Mục tiêu của việc cấy ghép là xây dựng lại các tế bào máu và hệ thống miễn dịch của người nhận và hy vọng chữa khỏi căn bệnh tiềm ẩn.

Mục đích

Các tế bào hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu của một người có thể bị phá hủy hoặc có thể bắt thường do bệnh tật. Ngoài ra, một số liệu pháp y tế, đặc biệt là hóa trị hoặc xạ trị, có thể phá hủy tế bào gốc của một người. Hậu quả đối với sức khỏe của một người là nghiêm trọng. Trong trường hợp bình thường, các tế bào hồng cầu mang oxy đi khắp cơ thể và loại bỏ carbon dioxide khỏi các mô của cơ thể. Các tế bào bạch cầu tạo thành nền tảng của hệ thống miễn dịch của cơ thể và bảo vệ

nó chống lại nhiễm trùng. Tiêu cầu hạn chế chảy máu bằng cách giúp máu đông lại nếu mạch máu bị tổn thương.

Cấy ghép tủy xương được sử dụng để xây dựng lại khả năng sản xuất các tế bào máu này của cơ thể và đưa số lượng của chúng về mức bình thường. Các bệnh có thể được điều trị bằng ghép tủy xương bao gồm cả bệnh ung thư và bệnh không ung thư.

Bệnh ung thư có thể có hoặc không liên quan cụ thể đến tế bào máu; tuy nhiên, điều trị ung thư có thể phá hủy khả năng sản xuất tế bào máu mới của cơ thể. Ghép tủy xương có thể được sử dụng kết hợp với các phương pháp điều trị bổ sung, chẳng hạn như hóa trị, đối với nhiều loại bệnh bạch cầu, bệnh Hodgkin, ung thư hạch, ung thư vú và ung thư buồng trứng cũng như các bệnh ung thư khác. Các bệnh không phải ung thư mà ghép tủy xương có thể là một lựa chọn điều trị bao gồm thiếu máu bất sản, bệnh hồng cầu hình liễm, bệnh thalassemia và suy giảm miễn dịch nghiêm trọng.

Các biện pháp phòng ngừa

Cấy ghép tủy không dành cho tất cả mọi người.

Cấy ghép đi kèm với nguy cơ nghiêm trọng, hệ thống miễn dịch của người nhận đào thải cấy ghép và các biến chứng khác. Quy trình này có tỷ lệ thành công thấp hơn khi độ tuổi của người nhận càng lớn. Các biến chứng càng trở nên trầm trọng hơn đối với những người sức khỏe đã suy giảm nghiêm trọng như ung thư giai đoạn cuối. Vì vậy, tuổi tác hoặc tình trạng sức khỏe của một người có thể cấm sử dụng phương pháp cấy ghép tủy xương. Độ tuổi giới hạn điển hình để cấy ghép là từ 40 đến 55 tuổi; tuy nhiên, sức khỏe chung của một người thường là yếu tố quan trọng hơn.

Ngay cả khi không có biến chứng, việc cấy ghép và các phương pháp điều trị liên quan vẫn gây khó khăn cho người nhận. Cấy ghép tủy xương đang làm suy nhược. Khả năng chịu đựng sự khắc nghiệt của quá trình cấy ghép của một người là yếu tố quan trọng cần nhắc khi quyết định sử dụng phương pháp điều trị này.

Sự miêu tả

Cấy ghép tự thân và dị sinh

Hai yếu cầu quan trọng đối với việc ghép tủy xương là người cho và người nhận. Đôi khi, người cho và người nhận có thể là cùng một người. Loại cấy ghép này được gọi là cấy ghép tự thân. Nó thường được sử dụng trong trường hợp tủy xương của một người nói chung khỏe mạnh nhưng sẽ bị phá hủy do điều trị y tế đối với các bệnh như ung thư vú và bệnh Hodgkin. Hầu hết các ca cấy ghép tủy xương đều là tự thân. Nếu tủy xương của một người không phù hợp để cấy ghép tự thân thì tủy xương phải được lấy từ người khác trong phương pháp cấy ghép đồng loại.

Cấy ghép đồng loại phức tạp hơn vì có các protein gọi là kháng nguyên tế bào lympho người

(HLA) nằm trên bề mặt tế bào tuy xương. Nếu như người cho và người nhận có kháng nguyên rất khác nhau, hệ thống miễn dịch của người nhận liên quan đến xương của người hiến tặng tế bào tuy như những kẻ xâm lược và phát động một cuộc tấn công hủy diệt tấn công chống lại họ. Một cuộc tấn công như vậy phản ứng bất kỳ lợi ích nào được cung cấp bởi việc cấy ghép.

kết hợp HLA

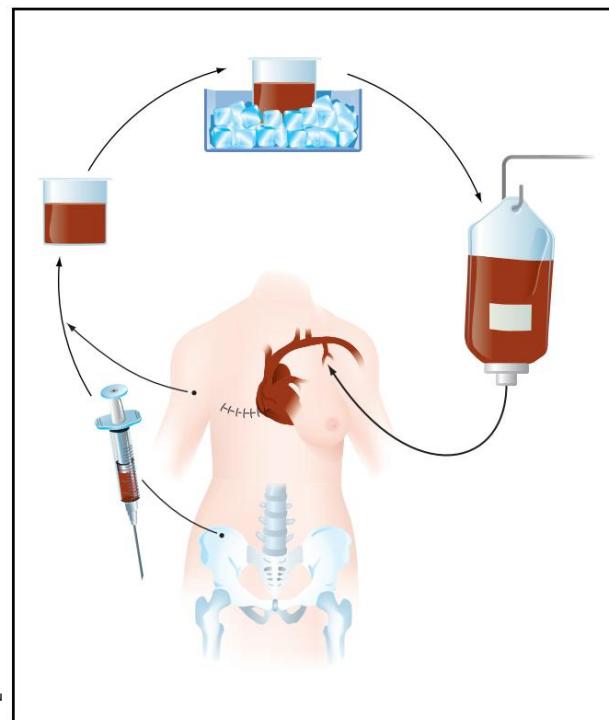
Chỉ có năm lớp hoặc loại HLA chính-
được chỉ định là HLA-A,-B, -C,-D và loại III-nhưng nhiều
sự biến đổi trong các nhóm. Ví dụ: HLA-A
của một cá nhân có thể giống nhưng không giống
như HLA-A ở một cá nhân khác; tình huống như vậy có thể
khiến việc cấy ghép từ cái này sang cái khác là không thể.

Sự phù hợp HLA có nhiều khả năng xảy ra hơn nếu người cho và người nhận có quan hệ họ hàng với nhau, đặc biệt nếu họ là anh chị em ruột; Tuy nhiên, một nhà tài trợ không liên quan có thể là một đối tượng tiềm năng. Chỉ trong trường hợp hiếm hoi phù hợp với loại HLA giữa hai người không phải là vấn đề: nếu người nhận có một cặp song sinh giống hệt nhau. Cặp song sinh giống hệt nhau mang cùng một gen; do đó, những kẻ phản gen giống nhau. Cấy ghép tuy xương giữa các cặp song sinh giống hệt nhau được gọi là cấy ghép tổng hợp.

Cấy ghép tế bào gốc máu ngoại vi

Một sự phát triển tương đối gần đây trong cấy ghép tế bào gốc là việc sử dụng tế bào máu ngoại vi thay vì tế bào gốc từ tuy xương. Tế bào gốc máu ngoại vi (PBSC) được lấy từ máu tuần hoàn chứ không phải từ tuy xương, nhưng số lượng tế bào gốc được tìm thấy trong lượng máu ngoại vi nhỏ hơn nhiều so với lượng tế bào gốc được tìm thấy trong tuy xương. Máu ngoại vi tế bào gốc có thể được sử dụng trong tự thân hoặc dị sinh cấy ghép. Phần lớn các ca cấy ghép PBSC là tự thân. Tuy nhiên, các nghiên cứu lâm sàng gần đây chỉ ra rằng PBSC đang được sử dụng thường xuyên hơn so với tuy xương để ghép tuy xương đồng loại.

Ưu điểm của cấy ghép PBSC khi so sánh
đối với ghép tuy xương là: trong ghép đồng loại, quá trình phục hồi tạo máu và miễn dịch nhanh hơn với PBSC làm giảm khả năng tái phát bệnh, chủ yếu là bệnh ghép chống lại vật chủ. Trong tự thân cấy ghép, việc sử dụng PBSC có thể mang lại kết quả nhanh hơn phục hồi công thức máu. Ngoài ra, một số bệnh lý tồn tại trong đó người nhận không thể chấp nhận tuy xương cấy ghép tế bào gốc, nhưng có thể chấp nhận cấy ghép PBSC. Một số nhược điểm có thể có của việc ghép PBSC so với ghép tuy xương là: cần nhiều thể tích chất lỏng hơn để thu thập đủ PBSC, tại thời điểm đó. Thời điểm truyền tế bào gốc mới vào người nhận, chất lỏng có thể tích tụ trong phổi hoặc gây suy thận tạm thời các vấn đề. Ngoài ra, cam kết về thời gian của nhà tài trợ cho một việc cấy ghép PBSC là đáng kể. Khi các PBSC được



Trong ghép tuy xương tự thân, tế bào gốc được thu thập từ bệnh nhân. Một khi bệnh nhân đã trải qua hóa trị, các tế bào được thay thế trong máu thông qua một ống thông tĩnh mạch. Các tế bào sẽ quay trở lại tuy xương và bắt đầu sản xuất các tế bào mới khỏe mạnh. (Minh họa của Argosy Inc.)

đang được thu thập, cần có vài buổi điều trị ngoại trú và mỗi buổi học kéo dài khoảng hai đến bốn giờ.

Thủ tục cấy ghép

GHÉP TUÝ. Việc chiết xuất hoặc thu hoạch tuy xương đều giống nhau dù là cấy ghép tự thân hay đồng loại. Việc thu hoạch được thực hiện dưới gây mê toàn thân (tức là người hiến tặng ngủ trong suốt quá trình thực hiện thủ thuật) và cảm giác khó chịu thường ở mức tối thiểu sau đó. Xương tuy được lấy từ mào chậu (phần hông xương ở hai bên lưng dưới) bằng một cây kim đặc biệt và một ống tiêm. Thường cần phải chọc thủng nhiều lần để thu thập số lượng tuy xương cần thiết, khoảng 1-2 lít (0,9-1,91). (Số lượng này chỉ chiếm một phần trăm nhỏ trong tổng số tuy xương và thường được thay thế trong bốn tuần.) Người hiến tặng sẽ ở lại bệnh viện trong 24-48 giờ.

giờ và có thể tiếp tục hoạt động bình thường trong vòng vài ngày.

Nếu tuy xương được dùng để cấy ghép tự thân thì nó được bảo quản ở nhiệt độ -112 đến -320°F (-80 đến -196°C) cho đến khi nó là cần thiết. Tuy xương để cấy ghép đồng loại là đôi khi được điều trị để loại bỏ tế bào T của người hiến tặng (một loại bạch cầu) hoặc loại bỏ kháng nguyên ABO (nhóm máu); nếu không, nó sẽ được cấy mà không sửa đổi.

Ebook

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Kháng nguyên ABO—Các phân tử protein nằm trên bề mặt tế bào hồng cầu xác định nhóm máu của một người: A, B hoặc O.

AML—Bệnh bạch cầu tủy cấp tính, còn gọi là bệnh bạch cầu tủy cấp tính. Rối loạn ác tính trong đó các tế bào nguyên bào tủy tích tụ trong tủy và máu.

Đồng loại—Đề cập đến việc cấy ghép tủy xương giữa hai người khác nhau, khác nhau về mặt di truyền.

Thiểu máu—Giảm sản xuất hồng cầu dẫn đến thiếu hụt khả năng vận chuyển oxy của máu.

Kháng nguyên—Một phân tử có khả năng kích thích phản ứng miễn dịch.

Thiểu máu bất sản—Một rối loạn trong đó cơ thể sản xuất không đủ lượng hồng cầu và huyết sắc tố do tủy xương kém phát triển hoặc bị thiếu.

Tự thân—Đề cập đến việc cấy ghép tủy xương trong đó người nhận đóng vai trò là người hiến tặng của chính họ.

Trống—Nếu một cá nhân được thửa hưởng cùng một kháng nguyên HLA từ cả cha lẫn mẹ, thì kiểu HLA được chỉ định bởi kháng nguyên HLA chung, theo sau là “trống”(-).

Tế bào nỗ—Tế bào máu ở giai đoạn đầu của quá trình phát triển tế bào.

Khủng hoảng bùng nổ—Giai đoạn của bệnh bạch cầu tủy xương mãn tính, trong đó một lượng lớn tế bào chưa trưởng thành được sản xuất bởi tủy và không đáp ứng với điều trị.

Tủy xương được truyền đến người nhận thông qua một ống thông (ống hẹp, linh hoạt) đưa vào tĩnh mạch lớn ở ngực. Từ dòng máu, nó di chuyển đến các khoang trong xương nơi tủy xương được lưu trữ bình thường. Nếu việc cấy ghép thành công, tủy xương sẽ bắt đầu tạo ra các tế bào máu bình thường sau khi nó được đặt vào vị trí hoặc được ghép.

Cấy ghép tế bào gốc máu ngoại vi.

Trước khi thu thập để cấy ghép PBSC, những người hiến tặng sẽ được tiêm bắp mũi thuốc G-CSF hoặc filgrastim hàng ngày.

(Bệnh nhân có thể tự tiêm tại nhà nếu cần.)

Những phương pháp tiêm xử lý này kích thích cơ thể giải phóng tế bào gốc vào máu. Sau những bước tiêm xử lý này,

Tủy xương—Một xốp nằm trong các xương phẳng, bao gồm xương hông, xương ức và hộp sọ. Mô này chứa các tế bào gốc, tiền thân của tiểu cầu, hồng cầu và bạch cầu.

Ghép tủy xương—Tủy khỏe mạnh được truyền vào những người đã được hóa trị liệu liều cao để điều trị một trong nhiều dạng bệnh bạch cầu, suy giảm miễn dịch, u lympho, thiếu máu, rối loạn chuyển hóa và đôi khi là bệnh xám

khối u.

Hóa trị—Điều trị y tế một căn bệnh, đặc biệt là ung thư, bằng thuốc hoặc hóa chất khác.

Bệnh bạch cầu tủy xương mãn tính (CML)—Còn được gọi là bệnh bạch cầu tủy bào mãn tính, rối loạn ác tính liên quan đến sự tích tụ bất thường của các tế bào bạch cầu trong tủy và máu.

Cytomegalovirus (CMV)—Virus có thể gây viêm phổi ở bệnh nhân sau ghép tủy xương.

Điều hòa—Quá trình chuẩn bị cho bệnh nhân nhận tủy, thường thông qua việc sử dụng hóa trị và xạ trị.

Phân loại xác nhận—Lặp lại phân loại mô để xác nhận khả năng tương thích của người hiến và bệnh nhân trước khi cấy ghép.

Người hiến—Người khỏe mạnh đóng góp tủy xương để cấy ghép.

Bệnh ghép chống lại vật chủ—Một biến chứng đe dọa tính mạng của việc cấy ghép tủy xương, trong đó tủy được hiến tặng gây ra phản ứng miễn dịch chống lại cơ thể người nhận.

Khả năng tương hợp mô học—Các yếu tố quyết định khả năng tương hợp mô học chính là các kháng nguyên bạch cầu ở người

Trải nghiệm của người hiến máu tương tự như trải nghiệm của người hiến máu toàn phần—Máu của người hiến tặng PBSC được thu thập tại phòng khám hoặc bệnh viện như một thủ tục ngoại trú. Điểm khác biệt là sẽ cần thực hiện nhiều đợt điều trị trong nhiều ngày hoặc nhiều tuần và máu sẽ được thu thập trong một quá trình gọi là apheresis. Máu di chuyển từ một cánh tay vào máy tách tế bào máu, chỉ loại bỏ các tế bào gốc và phần máu còn lại sẽ được trả lại cho người hiến ở cánh tay kia. Các tế bào sau đó được đông lạnh để sử dụng sau này.

PBSC được quản lý cho người nhận bằng cách sử dụng các phương pháp tương tự như các phương pháp được sử dụng trong chuyển đổi tủy xương đòn điền. Như đã nêu, lượng chất lỏng có PBSC được truyền vào cơ thể người nhận có thể là một vấn đề.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

(HLA) và mô tả mức độ tốt của bệnh nhân và nhà tài trợ phù hợp.

HLA (kháng nguyên bạch cầu ở người)–Một nhóm các phân tử protein nằm trên tế bào tủy xương

có thể kích thích phản ứng miễn dịch. Một nhà tài trợ và một loại HLA của người nhận phải giống nhau đến mức có thể ngăn chặn hệ thống miễn dịch của người nhận khỏi việc tấn công tủy của người hiến tặng như một kẻ ngoại lai vật chất không thuộc về cơ thể.

Bệnh Hodgkin–Một loại ung thư liên quan đến hạch bạch huyết và có khả năng ảnh hưởng đến các cơ quan không phải bạch huyết ở giai đoạn sau.

Suy giảm miễn dịch–Một rối loạn trong đó hệ thống miễn dịch không hiệu quả hoặc bị vô hiệu hóa do mắc bệnh mắc phải hoặc di truyền.

Bệnh bạch cầu–Một loại ung thư ảnh hưởng đến bạch cầu, một loại tế bào bạch cầu cụ thể. Một triệu chứng đặc trưng là sản xuất quá nhiều phôi chưa trưởng thành hoặc nếu không thì bạch cầu bất thường.

Ung thư hạch–Một loại ung thư ảnh hưởng đến bạch huyết tế bào và mô, bao gồm cả một số tế bào bạch cầu (tế bào T và tế bào B), hạch bạch huyết, tủy xương, và lá lách. Các tế bào bất thường (tế bào lympho/bạch cầu) nhân lên không kiểm soát được.

Phù hợp–Mức độ giống nhau của kiểu gô HLA trong số sáu loại kháng nguyên có thể có giữa người cho và người hiến tặng. người nhận.

Nuôi cấy tế bào lympho hỗn hợp (MLC)–Thử nghiệm đo lường mức độ phản ứng giữa tế bào lympho của người cho và người nhận.

U nguyên bào thần kinh– Khối u rắn ở trẻ em, có thể được điều trị bằng BMT.

Chi phí

Ghép tủy xương là một thủ tục tốn kém. (Người hiến tủy xương là tình nguyện viên và không thanh toán cho bất kỳ phần nào của thủ tục.) Các công ty bảo hiểm và các tổ chức bảo trì sức khỏe (HMO) có thể không trang trải các chi phí.

Sự chuẩn bị

Người nhận ghép tủy xương có thể phải chờ bốn đến tám tuần trong bệnh viện. Để chuẩn bị cho việc được cấy ghép, người nhận phải trải qua quá trình “điều hòa”–một phác đồ chuẩn bị trong đó tủy xương và các bất thường

Tiêu cầu–Những mảnh vỡ của một tế bào tiền thân lớn, một megakaryocyte được tìm thấy trong tủy xương. Những cái này các mảnh vỡ bám vào vùng mạch máu bị tổn thương và giải phóng các tín hiệu hóa học hướng dẫn sự hình thành cục máu đông.

Người nhận– Người nhận tiền quyên góp tủy máu.

Các tế bào hồng cầu–Các tế bào mang huyết sắc tố (hemoglobin) phân tử vận chuyển oxy) và giúp loại bỏ chất thải từ các mô khắp cơ thể.

Bệnh hồng cầu hình liềm–Một chứng rối loạn di truyền đặc trưng bởi khiếm khuyết di truyền trong quá trình sản xuất huyết sắc tố. (Hemoglobin là chất có trong màu đỏ các tế bào máu cho phép chúng vận chuyển oxy.) Hemoglobin được sản xuất có một nút xoắn trong cấu trúc buộc các tế bào hồng cầu đảm nhận vai trò hình liềm, ức chế sự lưu thông của chúng và gây đau đớn. Rối loạn này chủ yếu ảnh hưởng đến những người gốc Phi.

Syngeneic–Đè cập đến cấy ghép tủy xương từ cặp song sinh giống hệt này sang cặp song sinh khác.

Bệnh thalassemia–Một nhóm bệnh rối loạn di truyền gây ra ảnh hưởng đến việc sản xuất huyết sắc tố. (Huyết sắc tố là chất bên trong tế bào hồng cầu cho phép chúng để vận chuyển oxy.) Vì khả năng sản xuất huyết sắc tố bị suy giảm nên người mắc chứng rối loạn này có thể bị thiếu máu từ nhẹ đến nặng. Một số loại thalassemia có thể gây tử vong.

Tế bào bạch cầu–Một nhóm gồm nhiều loại tế bào xảy ra trong máu và rất cần thiết cho hệ thống miễn dịch hoạt động tốt.

tế bào ác tính bị phá hủy. Điều hòa sẽ loại bỏ các tế bào bị bệnh trong cơ thể và nhường chỗ cho tủy được cấy ghép. Nó thường bao gồm hóa trị và/hoặc điều trị bằng xạ trị, tùy thuộc vào bệnh đang được điều trị. Không may thay, phương pháp điều trị này còn phá hủy các tế bào khỏe mạnh và có nhiều tác dụng phụ. Những ảnh hưởng như suy nhược cực độ, buồn nôn, nôn mửa, và bệnh tiêu chảy. Những tác dụng phụ này có thể tiếp tục trong vài tuần.

Chăm sóc sau

Khoảng thời gian chờ đợi từ hai đến bốn tuần sau khi cấy ghép tủy trước khi bắt đầu đánh giá thành công của nó. Người nhận tủy được cách ly trong thời gian này để giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm. Người nhận cũng

nhận thuốc kháng sinh và truyền máu và tiêu cầu để giúp chống lại nhiễm trùng và ngăn ngừa chảy máu quá nhiều. Các tác dụng phụ khác như buồn nôn và nôn có thể được điều trị bằng các loại thuốc khác. Khi công thức máu trở lại bình thường và tác dụng phụ của việc cấy ghép giảm bớt, người nhận sẽ được ngừng dùng thuốc kháng sinh và thường không cần truyền máu và tiêu cầu nữa.

Cấy ghép

Sau khi xuất viện, người nhận được theo dõi thông qua việc y tá đến thăm nhà hoặc thăm bệnh nhân ngoại trú trong tối đa một năm. Trong vài tháng đầu xuất viện, người nhận cần phải cẩn thận để tránh nguy cơ nhiễm trùng. Ví dụ, nên tránh hoặc hạn chế tiếp xúc với những người khác có thể bị bệnh.

Có thể cần phải truyền máu và dùng thuốc thêm nhưng nếu không có biến chứng, người nhận có thể trở lại hoạt động bình thường khoảng 6-8 tháng sau khi cấy ghép.

Rủi ro

Cấy ghép tủy xương đi kèm với những rủi ro nghiêm trọng và đe dọa tính mạng. Hơn nữa, chúng không phải lúc nào cũng là sự đảm bảo tuyệt đối về việc chữa khỏi căn bệnh tiềm ẩn; bệnh có thể tái phát trong tương lai. Khoảng 30% số người được cấy ghép đồng loại không thể sống sót. Cấy ghép tự thân có tỷ lệ sống sót cao hơn nhiều—gần 90%—nhưng không thích hợp cho tất cả các loại bệnh cần ghép tủy xương. Hơn nữa, họ có tỷ lệ thất bại cao hơn với một số bệnh, đặc biệt là bệnh bạch cầu.

Trong thời gian ngắn có nguy cơ mắc bệnh viêm phổi hoặc các bệnh truyền nhiễm khác, chảy máu quá nhiều hoặc rối loạn gan do mạch máu bị tắc nghẽn. Việc cấy ghép có thể bị hệ thống miễn dịch của người nhận từ chối hoặc tủy xương của người hiến có thể phát động một cuộc tấn công qua trung gian miễn dịch chống lại các mô của người nhận. Biến chứng này được gọi là bệnh ghép chống lại vật chủ cấp tính và có thể đe dọa tính mạng. Các dấu hiệu đặc trưng của bệnh bao gồm sốt, phát ban, tiêu chảy, các vấn đề về gan và hệ thống miễn dịch bị suy giảm.

Khoảng 25-50% người nhận ghép tủy xương bị biến chứng lâu dài. Các triệu chứng của bệnh mẫn ghép chống lại vật chủ mẫn tính bao gồm các thay đổi về da như khô, thay đổi sắc tố và dày lên; xét nghiệm chức năng gan bất thường; khô miệng và mắt; nhiễm trùng; và giảm cân. Các biến chứng lâu dài khác bao gồm đặc thùy tinh thể (do xạ trị), chức năng phổi bất thường, bất thường nội tiết tố dẫn đến giảm tăng trưởng hoặc suy giáp, ung thư thứ phát và vô sinh.

Kết quả bình thường

Trong ca ghép tủy xương thành công, tủy của người hiến sẽ di chuyển đến các khoang trong xương của người nhận

và tạo ra số lượng tế bào máu mạnh bình thường. Cấy ghép tủy xương có thể kéo dài tuổi thọ của một người, cải thiện chất lượng cuộc sống và có thể hỗ trợ chữa khỏi bệnh tiềm ẩn.

Tài nguyên

SÁCH

Armitage, JO "Cấy ghép tủy xương." Nguyên tắc Nội khoa của Harrison 14 Ed. New York, NY: McGraw Hill, Inc., 1998: 724-730.

Lonergan, Jean Nelson, và cộng sự. Quản lý chăm sóc tại nhà cho bệnh nhân ghép tủy xương. tái bản lần thứ 2. Boston: Nhà xuất bản Jones và Bartlett, 1996.

Treleaven, Jennifer và Peter Wiernik, ed. Atlas màu và Văn bản Cấy ghép Tủy Xương. Thánh Louis: Mosby-Wolfe, 1995.

ĐỊNH KÝ

Dreger, P. và N. Schmitz. "Cấy ghép tế bào gốc máu đồng loại: sắp trường thành?" Biên niên sử huyết học (tháng 3 năm 2001) 80(3):127-36.

Nuzhat, Iqbal, Donna Salzman, Audrey J. Lazenby, và những người khác. "Chẩn đoán bệnh ghép đường tiêu hóa so với vật chủ." Tập chí Tiêu hóa Hoa Kỳ (Tháng 11, 2000) 95:3034-3038.

TỔ CHỨC

Hiệp hội cấy ghép máu và tủy Hoa Kỳ
(ASBMT) 85 W. Đường Algonquin, Suite 550 Arlington Heights, IL 60005. (847) 427-0224. mail@asbmt.org.

Được thành lập vào năm 1990, một hiệp hội chuyên môn quốc gia nhằm thúc đẩy sự tiến bộ của lĩnh vực cấy ghép máu và tủy xương trong thực hành và nghiên cứu lâm sàng.

Bản tin Cấy ghép Máu & Tủy (Trước đây là BMT
(Bản tin). 2900 Đường Thung lũng Skokie, Suite B, Công viên Highland, IL 60035 (847) 433-3313. 1-888-597-7674. trợ giúp@bmtinfonet.org. <<http://www2.bmtnews.org>>. Bản tin Cấy ghép Máu & Tủy là một tổ chức phi lợi nhuận cung cấp các sản phẩm và dịch vụ hỗ trợ cho tủy xương, tế bào gốc máu ngoại vi, bệnh nhân và những người sống sót sau ghép máu cuồng rốn.

Cơ quan đăng ký cấy ghép tủy xương quốc tế/Cơ quan đăng ký cấy ghép máu và tủy tự thân N. Mỹ, Viện chính sách y tế, Cao đẳng y tế Wisconsin, 8701 Watertown Plank Road, P.O. Box 26509, Milwaukee, WI 53226 USA, 414-456-8325, ibmtr@mcw.edu.

Các tổ chức tình nguyện của hơn 400 tổ chức ở 47 quốc gia gửi dữ liệu về những người được ghép máu và tủy cùng nguồn gốc và tự thân của họ đến Trung tâm Thông kê IBMTR/ABMTR tại Đại học Y Wisconsin ở Milwaukee.

Quản lý Tài nguyên và Dịch vụ Y tế. 5600 ngư dân

Ngõ, Rm. 14-45, Rockville, MD 20857, 301-443-3376,
comments@hrsa.gov. <<http://www.hrsa.gov>>. HRSA quản lý các hợp đồng cho Mạng lưới Mua sắm và Cấy ghép Nội tạng, Cơ quan đăng ký Khoa học về Người nhận Cấy ghép và Chương trình Tài trợ Tủy Quốc gia, đồng thời cung cấp giáo dục công cộng và hỗ trợ kỹ thuật để tăng cường

Quyên góp. HRSA cũng giám sát hoạt động của các trung tâm cấy ghép quốc gia và cung cấp cho những người nhận cấy ghép tiềm năng tỷ lệ sống sót cũng như các thông tin quan trọng khác.

Hiệp hội Bệnh bạch cầu & Ung thư hạch, Inc. 1311 Mamaroneck Avenue White Plains, NY 10605, 914-949-5213 <<http://www.leukemia-lymphoma.org/>>. Cơ quan y tế tình nguyện quốc gia chuyên chữa bệnh bạch cầu, ung thư hạch, bệnh Hodgkin và u tủy, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và gia đình họ.

Chương trình tài trợ túy quốc gia. Suite 500, 3001 Phố Broadway Đông Bắc, Minneapolis, MN 55413-1753. (800) TÔM-2. <<http://www.marrow.org>>. Được thành lập vào năm 1986, Chương trình tài trợ túy quốc gia (NMDP) là tổ chức quốc tế phi lợi nhuận dẫn đầu trong việc tạo điều kiện thuận lợi cho việc ghép túy và tế bào gốc máu không liên quan.

Thông tin BMT <<http://www.bmtinfo.org/>>. Trang web, được tài trợ bởi nhiều tổ chức cấy ghép túy xương khác, liệt kê các thông tin và nguồn lực cơ bản về cấy ghép túy xương.

Sáng kiến Hiến tặng Nội tạng và Mô Quốc gia <<http://www.organdonor.gov/>>. Được tạo bởi Cơ quan Quản lý Tài nguyên và Dịch vụ Y tế (HRSA), Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (DHHS) <<http://www.os.dhhs.gov/>>.

Cung cấp thông tin và nguồn lực về các vấn đề hiến tặng và cấy ghép nội tạng.

Julia Barrett
Laura Ruth, Tiến sĩ.

Quét y học hạt nhân xương

Sự định nghĩa

Quét xương là một thủ tục chẩn đoán được sử dụng để đánh giá các bất thường liên quan đến xương và khớp. Một chất phóng xạ được tiêm vào tĩnh mạch và hình ảnh phân bố của nó trong hệ thống xương được phân tích để phát hiện một số bệnh hoặc tình trạng nhất định.

Mục đích

Quét xương thường được yêu cầu để kiểm tra xem liệu ung thư có nguồn gốc từ nơi khác có di căn đến xương hay không. Các bệnh ung thư bắt đầu ở vú, thận, phổi, tuyến tiền liệt, tuyến giáp hoặc bằng quang có nhiều khả năng lây lan hoặc di căn đến xương nhất. Nếu phát hiện di căn, có thể yêu cầu quét xương định kỳ để xem liệu liệu pháp điều trị có hiệu quả chống lại bệnh ung thư hay không.

Một số bệnh ung thư phát sinh trong xương. Chúng được gọi là ung thư xương nguyên phát. Khi phát hiện thấy sự bất thường trên phim X quang xương, việc quét xương có thể hữu ích trong việc xác định xem đó là ung thư xương nguyên phát hay tình trạng không phải ung thư (lành tính).

Nhiễm trùng xương (viêm tủy xương) có thể được phát hiện hoặc xác nhận bằng chụp X-quang xương, thường là vài ngày hoặc vài tuần trước khi chụp X-quang phát hiện ra bệnh. Quét xương rất hữu ích trong việc chẩn đoán những thay đổi sớm của bệnh viêm khớp và theo dõi cả sự tiến triển của bệnh cũng như hiệu quả điều trị. Cơn đau không giải thích được có thể được đánh giá bằng chụp X quang xương vì nó có thể cho thấy những vết gãy khó phát hiện trên X quang. Quét xương có thể được sử dụng để xem các khớp nhân tạo có bị lỏng hoặc bị nhiễm trùng hay không. Nghi ngờ lạm dụng trẻ em có thể được đánh giá bằng quét xương, do khả năng nhìn thấy mô hình tổng thể của chấn thương lặp đi lặp lại. Những bất thường gây ra do sự thay đổi lưu thông đến xương có thể được chẩn đoán bằng chụp cắt lớp xương.

Các biện pháp phòng ngừa

Phụ nữ đang mang thai hoặc cho con bú không nên thực hiện xét nghiệm này. Bệnh nhân không thể nằm yên trong thời gian dài có thể cần dùng thuốc an thần để chụp xương.

Sự miêu tả

Thử nghiệm này được thực hiện tại cơ sở X quang, tại khoa bệnh viện hoặc trung tâm chụp X-quang ngoại trú. Bệnh nhân thường ngồi hoặc nằm trong khi chất phóng xạ được tiêm qua tĩnh mạch ở cánh tay. Để quét xương, hạt nhân phóng xạ được sử dụng được lựa chọn đặc biệt để tích lũy trong xương. Sau đó, bệnh nhân đợi từ ba đến bốn giờ để chất này tích tụ trong hệ thống xương. Trong thời gian này, người đó sẽ được hướng dẫn uống vài ly nước. Bệnh nhân có thể tự do đứng dậy và đi lại tùy ý trong thời gian chờ đợi này và nên đi tiểu thường xuyên. Ngay trước khi quá trình quét bắt đầu, bệnh nhân nên làm tiễn bằng quang của mình một lần nữa. Điều này đảm bảo rằng nhiều chất phóng xạ không tập trung ở bằng quang, có thể che khuất một phần xương chậu.

Trong quá trình quét, bệnh nhân nằm ngửa trên bàn, nhưng có thể được đặt lại nằm sấp hoặc nằm nghiêng trong quá trình nghiên cứu. Điều quan trọng là bệnh nhân không được di chuyển, trừ khi được kỹ thuật viên hướng dẫn.

Máy quét hạt nhân phóng xạ, đôi khi được gọi là camera gamma hoặc camera nháy nháy, được đặt sát vào bộ phận cơ thể cần kiểm tra. Máy ảnh, bàn hoặc cả hai đều có thể thay đổi vị trí trong quá trình nghiên cứu. Để quét xương toàn bộ cơ thể, bệnh nhân được quét từ đầu đến chân, trong khoảng thời gian 30-60 phút. Bệnh nhân sẽ không cảm thấy khó chịu khi khám nghiệm này.

Một loại quét xương đặc biệt, được gọi là quét SPECT (Chụp cắt lớp điện toán phát xạ đơn photon) có thể được thêm vào để nghiên cứu chi tiết hơn một bộ phận cụ thể của cơ thể. Nghi ngờ các bệnh về hông, lưng dưới hoặc hàm

Khung

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Đồng vị phóng xạ—Một dạng phóng xạ hoặc phát ra bức xạ của một nguyên tố.

Hạt nhân phóng xạ—Một chất phát ra bức xạ khi nó phân hủy.

thường được đánh giá bằng cách sử dụng nghiên cứu này. Nó thường mất thêm 30-45 phút. Camera quay vòng hoàn toàn xung quanh khu vực được đề cập hoặc nhiều camera được sử dụng để tạo hình ảnh cắt ngang. Điều này giúp xác định chính xác vị trí của sự bất thường đang được đánh giá.

Một biến thể khác được gọi là quét xương ba giai đoạn hoặc ba giai đoạn. Quy trình tương tự, ngoại trừ việc quét diễn ra ngay sau khi chất phóng xạ được tiêm, khoảng 20 phút sau khi tiêm, sau đó từ 2 đến 4 giờ sau đó.

Sự chuẩn bị

Một số nghiên cứu chuyên biệt về máu nên được rút ra trước khi nghiên cứu này bắt đầu. Đồ trang sức hoặc đồ vật bằng kim loại cần phải được loại bỏ. Không cần chuẩn bị vật lý đặc biệt nào khác.

Bệnh nhân nên hiểu rằng không có nguy cơ phơi nhiễm phóng xạ cho bản thân hoặc người khác vì chỉ sử dụng một lượng nhỏ đồng vị phóng xạ. Tổng liều bức xạ được hấp thụ là tối thiểu, thường ít hơn lượng nhận được từ tia X thông thường. Máy quét hạt nhân phóng xạ hoàn toàn không phát ra bất kỳ bức xạ nào, nhưng phát hiện và ghi lại nó từ bệnh nhân.

Chăm sóc sau

Chất lỏng được khuyến khích sau khi quét để hỗ trợ bài tiết đồng vị phóng xạ. Nó gần như được đào thải hoàn toàn khỏi cơ thể trong vòng 24 giờ.

Kết quả bình thường

Hình ảnh bình thường của ảnh chụp sẽ thay đổi tùy theo độ tuổi của bệnh nhân. Nói chung, nồng độ đồng đều của sự hấp thụ hạt nhân phóng xạ hiện diện ở tất cả các xương trong một lần chụp phim bình thường.

Kết quả bất thường

Nồng độ hạt nhân phóng xạ cao xảy ra ở những khu vực hoạt động của xương tăng lên. Những vùng này có vẻ sáng hơn và có thể được gọi là “điểm nóng”. Họ có thể chỉ ra

chữa lành gãy xương, khối u, nhiễm trùng hoặc các quá trình khác kích hoạt sự hình thành xương mới. Nồng độ hạt nhân phóng xạ thấp hơn có thể được gọi là “điểm lạnh”. Lưu lượng máu đến vùng xương kém hoặc sự phá hủy xương từ khối u có thể tạo ra điểm lạnh.

Quét xương là một xét nghiệm rất nhạy cảm và có thể phát hiện các tình trạng khó phát hiện dễ dàng hơn các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, đây không phải là một cuộc kiểm tra cụ thể và thường không thể phân biệt chính xác quá trình bệnh nào gây ra bất thường. Kết quả cần phải tương quan với bệnh sử của bệnh nhân cũng như các nghiên cứu X quang và xét nghiệm khác để đưa ra chẩn đoán xác định.

Tài nguyên**SÁCH**

Christian, Paul E. và R. Edward Coleman. "Hệ thống xương."

Trong Y học hạt nhân, Ed. Donald R. Bernier và cộng sự. St. Louis: Mosby, 1997.

ĐỊNH KÝ

Sutter, Charles W., và David K. Shelton "Quét xương ba giai đoạn trong bệnh viêm túy xương và các rối loạn cơ xương khác." Bác Sĩ Gia Định Hoa Kỳ 54 (tháng 10 năm 1996): 1639-1648.

Ellen S. Weber, MSN

Khối u xương xem Sarcomas**X quang xương****Sự định nghĩa**

Chụp X quang xương là một xét nghiệm chẩn đoán trong đó bức xạ ion hóa đi qua xương đang được kiểm tra cho phép tạo ra hình ảnh trên phim.

Mục đích

Chụp X quang xương được yêu cầu phát hiện bệnh hoặc tổn thương xương như gãy xương, khối u và các vấn đề khác. Họ có thể xác định mật độ xương, kết cấu, sự xói mòn và những thay đổi trong mối quan hệ của xương. Chụp X quang xương cũng đánh giá các khớp để phát hiện các bệnh như viêm xương khớp.

Các biện pháp phòng ngừa

Cần thực hiện các biện pháp phòng ngừa để bảo vệ bệnh nhân khỏi tiếp xúc với bức xạ không cần thiết. Bệnh nhân nên được che chắn bằng tạp dề càng nhiều càng tốt. Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có thể mang thai không nên chụp X-quang thân hoặc vùng xương chậu. Thai nhi đặc biệt

đặc biệt có nguy cơ trong ba tháng đầu của thai kỳ.

Phụ nữ đang mang thai không nên chụp X-quang vùng xương chậu, cột sống thắt lưng và bụng trừ khi thực sự cần thiết. Nếu cần thiết phải chụp các loại tia X khác thì nên sử dụng tạp dề chỉ để che chắn vùng bụng và vùng chậu.

Sự miêu tả

Tia X là một xét nghiệm chẩn đoán phổ biến trong đó một dạng năng lượng gọi là bức xạ tia X xuyên qua cơ thể bệnh nhân. Trong tia X xương, dòng điện đi qua ống tia X và tạo ra chùm bức xạ ion hóa đi qua (các) xương đang được kiểm tra. Điều này tạo ra hình ảnh bên trong cơ thể trên phim. Bác sĩ đọc phim X quang trên hộp đèn gắn trên tường.

Tia X kỹ thuật số là một loại tia X mới trong đó thiết bị thông thường được sử dụng để chụp tia X nhưng hình ảnh được tạo ra qua máy tính. Trong tia X kỹ thuật số, hình ảnh được tạo ra trên một tấm có thể tái sử dụng. Sau khi được đọc bằng đầu đọc laser, thông tin sẽ được gửi ở dạng kỹ thuật số đến bộ lưu trữ được kết nối với mạng máy tính mà từ đó bác sĩ X quang sẽ đọc tia X. Một báo cáo điện tử sau đó có thể được gửi đến bác sĩ của bệnh nhân.

Các vấn đề về xương mà tia X có thể phát hiện là do chấn thương hoặc do bệnh gây ra do sự trực tiếp trong quá trình hóa học xương của bệnh nhân. Chấn thương xương, đặc biệt là gãy xương (gãy xương), là tình trạng phổ biến và có thể được chẩn đoán chính xác bằng chụp X-quang xương. Tia X đặc biệt hữu ích trong việc chẩn đoán các gãy xương đơn giản và không hoàn chỉnh mà khi khám sức khỏe không thể phát hiện được. Tia X cũng có thể được sử dụng để kiểm tra vị trí xương khi bị gãy xương. Một số bệnh về xương có thể được chẩn đoán xác định bằng chụp X-quang xương trong khi những bệnh khác cần xét nghiệm bổ sung.

Loãng xương, một bệnh xương phổ biến, có thể được phát hiện bằng chụp X-quang xương nhưng sau đó sẽ yêu cầu các xét nghiệm khác để xác định mức độ lan rộng của bệnh. Đối với bệnh nhuyễn xương và còi xương, xét nghiệm máu và chụp X-quang xương bị ảnh hưởng thường là kết quả chính xác; trong một số trường hợp, sinh thiết xương (phân tích bằng kính hiển vi một lượng mô nhỏ) cũng được thực hiện. Trong một bệnh xương hiếm gặp gọi là bệnh Paget, tia X có thể được sử dụng kết hợp với xét nghiệm xương, máu và nước tiểu để chẩn đoán. Trong một bệnh xương hiếm gặp khác, chứng loạn sản sợi, chụp X-quang xương hoặc sinh thiết xương (phân tích bằng kính hiển vi một lượng nhỏ mô) được sử dụng để xác định chẩn đoán. Chụp X-quang xương có giá trị xác định trong chẩn đoán bệnh tạo xương bất toàn. Đối với viêm tuy xương, chụp X-quang xương được sử dụng kết hợp với xét nghiệm máu, quét xương hoặc sinh thiết bằng kim để chẩn đoán. Đối với bệnh viêm khớp, tia X xương đôi khi được sử dụng kết hợp với xét nghiệm máu. Trong các khối u xương, chụp X-quang xương rất hữu ích nhưng chúng có thể không xác định rõ ràng.

Chụp X quang xương được thực hiện bởi kỹ thuật viên hoặc bác sĩ X quang và được giải thích bởi bác sĩ X quang. Chúng được thực hiện tại văn phòng bác sĩ, đơn vị X quang, phòng khám ngoại trú hoặc phòng khám chẩn đoán. Chụp X quang xương thường mất ít hơn 10 phút. Không có đau đớn hoặc khó chịu liên quan đến thủ thuật, nhưng một số người cảm thấy khó giữ yên.

Kết quả thường có sẵn trong vài phút.

Trong quá trình kiểm tra, bệnh nhân nằm trên bàn. Kỹ thuật viên chụp X-quang sẽ kiểm tra tư thế của bệnh nhân và đặt máy chụp X-quang lên phần cơ thể đang được kiểm tra. Sau khi yêu cầu bệnh nhân đứng yên, họ bước ra khỏi khu vực và nhấn nút chụp ảnh.

Sự chuẩn bị

Bệnh nhân được yêu cầu cởi bỏ quần áo, đồ trang sức và bất kỳ đồ vật kim loại nào khác khỏi khu vực được chụp X-quang. Nếu thích hợp, tấm chắn chỉ sẽ được đặt trên các bộ phận khác của cơ thể để giảm thiểu tiếp xúc với bức xạ.

Chăm sóc sau

Bệnh nhân có thể ngay lập tức tiếp tục các hoạt động bình thường.

Rủi ro

Cơ thể con người chứa một số bức xạ tự nhiên và cũng tiếp xúc với bức xạ trong môi trường. Có một chút rủi ro do tiếp xúc với bức xạ khi chụp X-quang xương, tuy nhiên, lượng bức xạ nhỏ và nguy cơ gây hại rất thấp. Nếu cơ quan sinh sản tiếp xúc với bức xạ, sự thay đổi di truyền có thể xảy ra.

Liệu phỏng xạ quá mức hoặc lặp đi lặp lại có thể gây ra những thay đổi ở các loại mô cơ thể khác. Không có bức xạ nào còn lại trong cơ thể sau khi chụp X quang.

Kết quả bình thường

Xương bình thường không bị gãy, trật khớp hoặc các bất thường khác.

Kết quả bất thường

Các kết quả cho thấy sự hiện diện của chấn thương hoặc bệnh tật ở xương có hình dạng khác nhau tùy theo tính chất của chấn thương/bệnh tật. Ví dụ, gãy xương biểu hiện dưới dạng gãy xương rõ ràng, trong khi xương loãng xương có hình dạng giống như xương bình thường trên phim X quang nhưng mật độ kém hơn.

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.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Viêm khớp—Một căn bệnh về khớp phát sinh do hao mòn, tuổi tác và ít gặp hơn do viêm.

Chứng tạo xương bất toàn—Còn được gọi là xương giòn, đây là tình trạng xảy ra khi mới sinh, trong đó xương mỏng manh, giòn và dễ gãy một cách bất thường.

Nhuyễn xương—Một căn bệnh trong đó xương dần dần mềm đi và cong lại.

Viêm tủy xương—Nhiễm trùng tủy xương và xương.

Loãng xương—Một căn bệnh xảy ra chủ yếu ở phụ nữ sau mãn kinh, trong đó lượng xương bị giảm hoặc mô xương bị tiêu hủy.

Bệnh Paget—Một căn bệnh không rõ nguyên nhân, thường gặp ở người lớn tuổi. Các triệu chứng bao gồm đau xương, cong chân, cong cột sống và gãy xương. Một tên khác của bệnh này là **viêm xương biến dạng**.

"Khối u và các tổn thương giống như khối u ở xương." Trong **Chẩn đoán và Điều trị Y khoa Hiện tại**, 1996. tái bản lần thứ 35. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1995.

ĐỊNH KÝ

"FDA phê duyệt thiết bị đo mật độ xương." Sức Khỏe Phụ Nữ Tuần 23 (03/1998), 13.

Thợ thuộc da, Lisa. "Phương pháp X quang mới tiết kiệm tiền và có thể Sống." Tạp chí Kinh doanh Dallas, 20 (25/7/1997): 23.

Wu, C. "Nylon có thể đưa tia X vào thời đại kỹ thuật số." Khoa học Tin tức, 150 (3-8-1996): 70.

KHÁC

"Gãy xương" và "Loãng xương: Cải thiện việc phát hiện và điều trị." Phát triển mạnh trực tuyến. Ngày 15 tháng 4 năm 1998 <<http://thrive online.oxygen.com>>.

Lori De Milto

Rối loạn nhân cách ranh giới xem Rối loạn nhân cách

Nhiễm trùng ho gà Bordetella xem Gà gáy ho

Nhiễm Borrelia burgdorferi xem bệnh Lyme

Y học thực vật xem Thảo dược học, phương Tây

Tiêm botox xem tiêm độc tố Botulinum

Tiêm độc tố Botulinum

Sự định nghĩa

Botulinum là một loại vi khuẩn (*Clostridium botulinum*) tạo ra bảy loại độc tố khác nhau có thể gây ngộ độc và cũng được sử dụng trong y tế để ngăn chặn sự co cơ.

Mục đích

Thuốc tiêm Botulinum toxin (Botox) được sử dụng trong các trường hợp co cơ quá mức và không phù hợp, tăng tiết mồ hôi (mồ hôi quá nhiều) ở nách và lòng bàn tay, co cứng (trạng thái co cơ dai dẳng), co cơ vòng, rối loạn vận động mắt, giật cơ và run, và thẩm mỹ để điều trị các đường nét và nếp nhăn trên khuôn mặt.

Botox cũng đã được khám phá trong điều trị căng cơ mãn tính và đau nửa đầu. Sự giảm đau có thể là do giảm co thắt cơ cục bộ vì không có tác dụng trực tiếp nào của Botox lên dây thần kinh cảm giác được xác định.

Các biện pháp phòng ngừa

Độc tố Botulinum được sản sinh từ vi khuẩn gây ngộ độc thực phẩm ở người. Liều lượng lớn chất độc có thể gây tử vong; tuy nhiên, liều dùng điều trị quá nhỏ nên hiếm khi gây ra tác dụng có hại.

Sự miêu tả

Số lượng ứng dụng tiềm năng của độc tố botulinum mở rộng đến mọi nhóm cơ. Công dụng trị liệu đầu tiên của Botox là điều trị chứng lác (mắt không thể hướng về cùng một vật thể) và kể từ đó, nó được sử dụng để điều trị nhiều loại rối loạn hoặc co thắt cơ không tự nguyện. Công dụng thẩm mỹ của nó là kết quả của việc điều trị chứng co thắt trên khuôn mặt trong đó các bệnh nhân đã báo cáo việc làm mịn các đường nét trên khuôn mặt. Nhìn chung, 90% số ca tiêm trị co thắt mặt đều được giải quyết ổn thỏa.

Độc tố loại A có thời gian tác dụng kéo dài khoảng ba tháng và là tác nhân điều trị được lựa chọn cho hầu hết các tình trạng.

Sự chuẩn bị

Liều lượng Botox phải được theo dõi và điều chỉnh, với việc tiêm nhiều lần cho thấy tỷ lệ biến chứng thấp hơn so với tiêm một liều lớn hơn.

Rủi ro

Trong hơn 30 năm sử dụng điều trị ở người, độc tố botulinum đã được chứng minh là cực kỳ an toàn. khó khăn-

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Kháng thể—Một loại protein được phát triển để đáp ứng với sự hiện diện của chất lạ.

Khả năng kháng miễn dịch—Sự hiện diện của các kháng thể lưu hành.

Mối nối thần kinh cơ—Giao diện giữa dây thần kinh vận động và mô cơ.

Kiểu huyết thanh—Các vi sinh vật khác nhau về loại kháng nguyên bề mặt.

Kháng nguyên—Một chất lạ gây ra phản ứng kháng cơ thể trong cơ thể.

Mỗi liên hệ liên quan đến việc sử dụng chất độc là: những bệnh nhân khác nhau có thể gặp những tác dụng khác nhau ở cùng một liều lượng, những bệnh nhân mới điều trị có thể gặp tác dụng quá mức ở những lần khám tiếp theo và/hoặc các cơ lân cận có thể được kích hoạt ở những lần điều trị tiếp theo.

Các tác dụng phụ khác có thể bao gồm yếu cơ quá mức tại chỗ tiêm hoặc các cơ lân cận.

Những hiệu ứng này thường giải quyết nhanh chóng. Thỉnh thoảng, bệnh nhân có các triệu chứng giống cúm nhưng thường tự khỏi.

Một tỷ lệ nhất định bệnh nhân cũng có thể gặp phải tình trạng kháng độc tố. Sự hiện diện của các kháng thể lưu hành đối với chất độc được cho là lý do chính dẫn đến tình trạng kháng thuốc tiêm Botox. Những bệnh nhân có ít phản ứng với Botox 'A' có thể được hưởng lợi từ việc tiêm một trong sáu loại huyết thanh khác. Sử dụng liều hiệu quả nhỏ nhất sẽ hạn chế khả năng kháng miễn dịch ở những bệnh nhân không đáp ứng.

Kết quả bình thường

Kết quả mong đợi của việc tiêm Botox là làm giãn các mô cơ mục tiêu. Tác dụng được lý của độc tố botulinum thường được phân lập ở các vùng cục bộ và không dẫn đến phá hủy mô hoặc tê liệt kéo dài. Việc thay đổi liều lượng có thể cung cấp một lượng độc tố chính xác để đạt được mức độ tê liệt theo mức độ đáp ứng mong muốn.

Tài nguyên

SÁCH

Liệu pháp độc tố Botulinum của Brin MF : Khoa học cơ bản và Tổng quan về các Ứng dụng Trị liệu Khác Khoa Thần kinh, Chương trình Rối loạn Vận động, Trung tâm Y tế Mount Sinai, New York, New York 10029.

Blitzer, A., WJ Binder, J. Brian Boyd, và Alastair Carruthers. Quán lý các đường nhăn và nếp nhăn trên khuôn mặt. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

KHÁC

Blitzer A và L. Sulica. "Độc tố Botulinum: khoa học cơ bản và ứng dụng lâm sàng trong tai mũi họng." Trung tâm Rối loạn Giọng nói và Nuốt New York, Trung tâm Bệnh viện St. Luke's Roosevelt.

Bonny McClain, DC

ngô độc thịt

Sự định nghĩa

Ngô độc Botulism là do độc tố botulinum, một chất độc tự nhiên được tạo ra bởi một số vi khuẩn thuộc chi Clostridium. Việc tiếp xúc với độc tố botulinum xảy ra chủ yếu do ăn thực phẩm bị ô nhiễm hoặc ở trẻ sơ sinh do một số vi khuẩn clostridia phát triển trong ruột. Độc tố botulinum ngăn chặn khả năng giải phóng acetylcholine của dây thần kinh vận động, chất dẫn truyền thần kinh chuyển tín hiệu thần kinh đến cơ và xảy ra tình trạng tê liệt. Khi bệnh ngô độc tiến triển, các cơ kiểm soát đường thở và hô hấp sẽ bị suy yếu.

Sự miêu tả

Bệnh ngô độc hiếm khi xảy ra nhưng gây lo ngại vì tỷ lệ tử vong cao. Các mô tả lâm sàng về bệnh ngô độc có thể đã có từ xa xưa trong lịch sử như La Mã và Hy Lạp cổ đại. Tuy nhiên, mối quan hệ giữa thực phẩm bị ô nhiễm và bệnh ngô độc không được xác định cho đến cuối những năm 1700. Năm 1793, bác sĩ người Đức, Justinus Kerner, đã suy luận rằng một chất trong xích hư hỏng mà ông gọi là *wurstgift* (tiếng Đức có nghĩa là chất độc xích), đã gây ra bệnh ngô độc. Nguồn gốc và danh tính của chất độc này vẫn khó nắm bắt cho đến khi Emile von Ermengem, giáo sư người Bỉ, phân lập được Clostridium botulinum vào năm 1895 và xác định nó là nguồn chất độc.

Ba loại ngô độc đã được xác định: ngô độc thực phẩm, ngô độc vết thương và ngô độc ở trẻ sơ sinh. Sự khác biệt chính giữa các loại xoay quanh con đường tiếp xúc với chất độc. Tại Hoa Kỳ, có khoảng 110 trường hợp ngô độc được báo cáo hàng năm. Bệnh ngô độc do thực phẩm chiếm 25% trong tổng số các trường hợp ngô độc và có thể bắt nguồn từ việc ăn thực phẩm bảo quản tại nhà bị ô nhiễm.

Bệnh ngô độc ở trẻ sơ sinh chiếm 72% tổng số trường hợp, nhưng tỷ lệ hồi phục tốt (khoảng 98%) nếu được điều trị thích hợp.

Mặc dù ngô độc thực phẩm trong gia đình là một vấn đề trên toàn thế giới, nhưng mối lo ngại ngày càng tăng liên quan đến việc sử dụng độc tố ngô độc trong chiến tranh sinh học và khủng bố.

hành động này. Chính phủ Iraq thừa nhận vào năm 1995 rằng đã nạp 11.200 lit độc tố botulinum vào SCUD tên lửa trong Chiến tranh vùng Vịnh. May mắn thay, những tên lửa đặc biệt này chưa bao giờ được sử dụng. Tính đến năm 1999, đã có 17 quốc gia được biết là đang phát triển vũ khí sinh học, bao gồm cả việc nuôi cấy chất độc gây ngộ độc.

Nguyên nhân và triệu chứng

nguyên nhân

Độc tố do vi khuẩn Clostridium botulinum tạo ra là thủ phạm chính gây ngộ độc. Các thành viên khác của chi clostridium có thể sản xuất độc tố botulinum, cụ thể là C. argentinense, C. butyricum và C. baratii, nhưng chúng là những nguồn nhỏ. Để phát triển, những vi khuẩn này cần môi trường có hàm lượng axit thấp, không có oxy và ấm (40-120°F hoặc 4,4-48,8°C) và ẩm. Thiếu những điều kiện này, vi khuẩn sẽ tự biến đổi thành bào tử, giống như hạt giống cây trồng, có thể tồn tại trong nhiều năm. Clostridia và bào tử của chúng tồn tại khắp nơi trên thế giới, đặc biệt là trong đất và trầm tích thủy sinh. Chúng không đe dọa con người hoặc sức khỏe động vật cho đến khi bào tử gặp môi trường điều đó thúc đẩy tăng trưởng. Sau đó bào tử sẽ nảy mầm và vi khuẩn phát triển tạo ra độc tố gây ngộ độc chết người.

Các nhà khoa học đã phát hiện ra rằng clostridia có thể sản xuất ít nhất bảy loại độc tố ngộ độc, được xác định là A, B, C, D, E, F và G. Con người thường bị ảnh hưởng bởi A, B, E, và rất hiếm khi F. Các động vật được thuần hóa như chó, gia súc và chồn bị ảnh hưởng bởi ngộ độc độc tố C, chất này cũng ảnh hưởng đến các loài chim và gây ra cái chết hàng loạt ở các loài chim trong nước đầm lầy và chim nước hoang dã. Độc tố ngộ độc D có thể gây bệnh cho gia súc, ngựa không chống chịu được bệnh ngộ độc A, Độc tố B và C. Chưa có xác nhận nào về con người hoặc trùm hợp ngộ độc động vật có liên quan đến độc tố G.

Ở người, độc tố botulinum bám vào các tế bào cụ thể protein ở đầu dây thần kinh và phá hủy không thể phục hồi họ. Những protein này kiểm soát việc giải phóng acetyl-choline, một chất dẫn truyền thần kinh kích thích cơ bắp. tế bào. Khi việc giải phóng acetylcholine bị chặn, dây thần kinh sẽ bị ảnh hưởng, không có khả năng kích thích cơ bắp. Trở lại, botulinum độc tố đã tìm thấy một vị trí có lợi trong thế giới y học nhờ hoạt động này. Một số rối loạn y tế nhất định là đặc trưng bởi các cơn co thắt cơ không tự nguyện và không thể kiểm soát được. Các nhà nghiên cứu y học đã phát hiện ra việc tiêm một liều botulinum được kiểm soát chặt chẽ độc tố vào cơ bị ảnh hưởng sẽ ức chế cơ quá mức các cơn co thắt. Cơ bị liệt một phần và chuyển động bình thường được giữ lại.

Triệu chứng

Ba loại bệnh ngộ độc ở người bao gồm các triệu chứng sau:

- Tử thực phẩm. Thực phẩm được bảo quản không đúng cách hoặc được lưu trữ có thể chứa clostridia sản sinh độc tố botulinum. Các triệu chứng ngộ độc thường xuất hiện trong vòng 18-36 giờ ăn thực phẩm bị ô nhiễm, với bốn cơn doan giờ đến tám ngày. Các triệu chứng ban đầu bao gồm mờ mắt hoặc nhìn đôi và khó nuốt và nói. Các vấn đề về đường tiêu hóa có thể xảy ra bao gồm táo bón, buồn nôn và ói mửa. Khi bệnh ngộ độc tiến triển, nạn nhân cảm thấy yếu ớt hoặc tê liệt, bắt đầu từ cơ đầu và tiến dần xuống cơ thể. Hơi thở ngày càng trở nên khó khăn. Nếu không có sự chăm sóc y tế, suy hô hấp và tử vong rất có thể xảy ra.
- Trẻ sơ sinh. Bệnh ngộ độc ở trẻ sơ sinh được mô tả lần đầu tiên vào năm 1976. Không giống như người lớn, trẻ sơ sinh dưới 12 tháng tuổi dễ bị C. botulinum xâm chiếm trong ruột. Trẻ sơ sinh ăn bào tử trong mật ong hoặc đơn giản là nuốt phèn bụi có chứa bào tử. Bào tử này mầm với số lượng lớn ruột và khi vi khuẩn phát triển, chúng tạo ra độc tố botulinum được hấp thụ vào cơ thể trẻ sơ sinh. Các triệu chứng đầu tiên bao gồm táo bón, thở ơ và kém ăn. Khi bệnh ngộ độc ở trẻ sơ sinh tiến triển, việc bú và nuốt (do đó ăn) trở nên khó khăn. Một điều dưỡng mẹ thường sẽ nhận thấy ngực căng cứng ngay từ đầu dấu hiệu bệnh tật của con cò. Em bé phải chịu đựng tống thề yếu và không thể kiểm soát chuyển động của đầu. Bởi vì do tình trạng tê liệt cơ bắp, em bé xuất hiện "điếc n傘." Hơi thở bị suy yếu và tử vong do suy hô hấp là một mối nguy hiểm thực sự.
- Vết thương. Các trường hợp ngộ độc vết thương đã được xác nhận liên quan đến chấn thương như chấn thương nặng ở tủy chi, phẫu thuật và sử dụng ma túy bất hợp pháp. Bệnh ngộ độc vết thương xảy ra khi clostridia xâm chiếm vết thương bị nhiễm trùng và sản sinh ra độc tố botulinum. Các triệu chứng thường xuất hiện từ bốn đến 18 ngày sau khi chấn thương xảy ra và tương tự như ngộ độc thực phẩm, mặc dù các triệu chứng về đường tiêu hóa có thể không có.

Chẩn đoán

Việc chẩn đoán bệnh ngộ độc có thể khó khăn vì các triệu chứng giống với triệu chứng của các bệnh khác. ngộ độc thịt có thể bị nhầm lẫn với hội chứng Guillain-Barre, bệnh nhược cơ, phản ứng thuốc, đột quy hoặc hệ thần kinh nhiễm trùng, nhiễm độc (ví dụ như carbon monoxide hoặc atropine), hoặc ngộ độc động vật có vỏ. Nhiễm trùng huyết là chẩn đoán ban đầu phổ biến nhất đối với bệnh ngộ độc ở trẻ sơ sinh. Thất bại phát triển mạnh cũng có thể bị nghi ngờ. Một số báo cáo đã liên kết ngộ độc ở trẻ sơ sinh đến 5-15% trường hợp hội chứng đột tử ở trẻ sơ sinh (SIDS, tử vong trong nội). Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm là được sử dụng để chẩn đoán xác định, nhưng nếu có vẻ như ngộ độc, việc điều trị sẽ bắt đầu ngay lập tức.

Trong khi chờ kết quả xét nghiệm, các bác sĩ hỏi về thực phẩm được tiêu thụ gần đây và công việc để loại bỏ những thứ khác

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Acetylcholine—Một chất hóa học được tế bào thần kinh giải phóng để truyền tín hiệu cho các tế bào khác.

Thuốc kháng độc—Một chất làm bất hoạt chất độc (ví dụ: chất độc) và bảo vệ cơ thể khỏi bị tổn thương bởi chất độc đó.

CT scan—Thuật ngữ viết tắt cho chụp cắt lớp trực tiếp được tính toán hoặc vi tính hóa. Thủ nghiệm bao gồm việc tiêm chất phóng xạ vào cơ thể.

Máy tính được sử dụng để quét bức xạ và tạo ra hình ảnh ba chiều của các cơ quan nội tạng.

Kiểm tra điện cơ—Một xét nghiệm y tế nhằm xác định phản ứng của cơ với các kích thích điện hay không. Kết quả xét nghiệm cho phép nhân viên y tế đánh giá hoạt động của các dây thần kinh đối với cơ.

Lиет mềm —Tê liệt đặc trưng bởi các cơ mềm nhũn, không phản ứng.

Chọc dò thất lồng—Một thủ thuật trong đó một lượng nhỏ dịch não tủy được lấy ra khỏi cột sống dưới. Kiểm tra chất lỏng này giúp chẩn đoán một số bệnh ở mũi.

MRI—Thuật ngữ viết tắt của hình ảnh cộng hưởng từ. MRI sử dụng một nam châm tròn lớn và sóng vô tuyến để tạo ra tín hiệu từ các nguyên tử trong cơ thể.

Những tín hiệu này được sử dụng để xây dựng hình ảnh của các cấu trúc bên trong.

Chất dẫn truyền thần kinh—Một chất hóa học được tìm thấy trong dây thần kinh giúp truyền tín hiệu thần kinh đến các tế bào khác. Acetyl-choline là chất dẫn truyền thần kinh.

Nhiễm trùng huyết—Sự hiện diện của các sinh vật gây nhiễm trùng hoặc các chất độc liên quan trong máu hoặc trong các mô cơ thể.

Bào tử—Một trạng thái “không hoạt động” mà một số vi khuẩn có thể chấp nhận khi điều kiện không lý tưởng cho sự phát triển. Bào tử tương tự như hạt giống cây trồng và có thể nảy mầm thành vi khuẩn đang phát triển khi có điều kiện thích hợp.

Độc tố—Một chất độc được tạo ra bởi vi sinh vật, thực vật hoặc động vật.

Mở khí quản—Thủ tục được sử dụng để mở một lỗ ở cổ dẫn đến khí quản hoặc khí quản. Nó đôi khi được sử dụng kết hợp với mặt nạ phòng độc.

khả năng mắc bệnh. Khám sức khỏe được thực hiện với sự nhấn mạnh vào hệ thần kinh. Là một phần của cuộc kiểm tra này, có thể yêu cầu chụp CT, MRI, xét nghiệm điện cơ hoặc chọc dò túi sống. Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm bao gồm việc kiểm tra thực phẩm bị nghi ngờ và/hoặc huyết thanh, phân hoặc các mẫu bệnh phẩm khác của bệnh nhân để tìm dấu vết của độc tố botulinum hoặc clostridia.

Sự đối đãi

Thuốc

Người lớn mắc bệnh ngộ độc được điều trị bằng thuốc kháng độc tố có nguồn gốc từ huyết thanh ngừa được phân phối bởi Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh. Thuốc kháng độc tố (có hiệu quả chống lại các loại độc tố A, B và E) chỉ làm bất hoạt độc tố botulinum không gắn vào các dây thần kinh. Tiêm thuốc kháng độc sớm (thường trong vòng 24 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng) có thể bảo tồn các dây thần kinh, ngăn chặn sự tiến triển của bệnh và giảm tỷ lệ tử vong.

Tuy nhiên, trẻ sơ sinh không thể nhận được thuốc kháng độc tố dành cho người lớn. Đối với họ, globulin miễn dịch bệnh ngộ độc ở người (BIG) hiện có sẵn ở Hoa Kỳ thông qua Chương trình Phòng ngừa và Điều trị Bệnh Ngộ độc ở Trẻ sơ sinh ở Berkeley, California. BIG trung hòa các loại độc tố A, B, C, D, E

trước khi chúng có thể liên kết với dây thần kinh. Chất kháng độc tố này có thể bảo vệ chống lại độc tố A và B trong khoảng bốn tháng. Mặc dù nhiều trẻ sơ sinh hồi phục nhờ chăm sóc hỗ trợ, BIG giảm thời gian nằm viện một nửa và do đó cũng giảm 50% chi phí bệnh viện.

Ngoài thuốc kháng độc, không có loại thuốc nào được sử dụng để điều trị bệnh ngộ độc. Thuốc kháng sinh không có hiệu quả trong việc ngăn ngừa hoặc điều trị bệnh ngộ độc. Trên thực tế, việc sử dụng kháng sinh không được khuyến khích cho trẻ sơ sinh vì vi khuẩn chết có thể giải phóng nhiều độc tố hơn vào hệ thống của trẻ. Tuy nhiên, thuốc kháng sinh có thể được sử dụng để điều trị đường hô hấp thứ phát và các bệnh nhiễm trùng khác.

Hỗ trợ hô hấp Điều trị

cho trẻ sơ sinh thường bao gồm hỗ trợ hô hấp chuyên sâu và nuôi ăn bằng ống trong nhiều tuần hoặc thậm chí nhiều tháng.

Khi trẻ sơ sinh có thể thở mà không cần trợ giúp, vật lý trị liệu sẽ được bắt đầu để giúp trẻ học lại cách bú và nuốt.

Mặt nạ phòng độc thường được yêu cầu để giúp bệnh nhân trưởng thành thở và phẫu thuật mở khí quản cũng có thể cần thiết.

Các phẫu thuật

Phẫu thuật có thể cần thiết để làm sạch vết thương bị nhiễm trùng và loại bỏ nguồn vi khuẩn sản sinh ra chất độc. Liệu pháp kháng khuẩn có thể cần thiết.

Rửa dạ dày

Khi ngộ độc do thức ăn gây ra, thường cần phải rửa sạch đường tiêu hóa (rửa dạ dày).

Các chất tẩy rửa hoặc thụt thường được sử dụng. Điều quan trọng là tránh các sản phẩm có chứa magie vì magie làm tăng tác dụng của chất độc.

Tiên lượng

Với sự can thiệp của y tế, nạn nhân ngộ độc có thể hồi phục hoàn toàn, mặc dù chậm. Phải mất vài tuần đến vài tháng để hồi phục sau bệnh ngộ độc và những trường hợp nặng có thể mất nhiều năm trước khi hồi phục hoàn toàn. Sự phục hồi phụ thuộc vào việc các đầu dây thần kinh xây dựng các protein mới để thay thế những protein bị phá hủy bởi độc tố botulinum.

Phòng ngừa

Vacc-xin chống ngộ độc không tồn tại để ngăn ngừa bệnh ngộ độc ở trẻ sơ sinh hoặc các dạng bệnh khác. An toàn thực phẩm là cách phòng ngừa chắc chắn nhất bệnh ngộ độc. Độc tố Botulinum không thể nhìn thấy, ngửi hoặc nếm được, vì vậy cách khôn ngoan nhất là loại bỏ bất kỳ thực phẩm nào có vẻ hư hỏng mà không nếm thử. Những người đóng hộp tại nhà phải siêng năng sử dụng thiết bị vô trùng và tuân theo hướng dẫn đóng hộp của Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ. Nếu bất kỳ bộ phận nào của hộp đựng thực phẩm đóng hộp bị rỉ sét hoặc phồng lên thì không nên ăn thực phẩm đó. Bệnh ngộ độc ở trẻ sơ sinh rất khó ngăn ngừa vì việc kiểm soát những gì đưa vào miệng trẻ sơ sinh thường nằm ngoài tầm kiểm soát, đặc biệt là đối với các bào tử trong không khí.

Một biện pháp phòng ngừa cụ thể là không bao giờ cho trẻ dưới 12 tháng tuổi ăn mật ong vì đây là một nguồn bào tử ngộ độc được biết đến. Khi trẻ sơ sinh bắt đầu ăn thức ăn đặc, cần tuân thủ các biện pháp phòng ngừa thực phẩm tương tự như đối với người lớn.

Tài nguyên

SÁCH

Arnon, Stephen S. "Bệnh ngộ độc ở trẻ sơ sinh." Trong Sách giáo khoa về Bệnh truyền nhiễm Nhi khoa, tái bản lần thứ 4, do RD Feigen và JD Cherry biên tập, Philadelphia: WB Saunders, 1998.
Arnon, Stephen S. "Ngộ độc thịt như một bệnh nhiễm độc đường ruột." Trong Nhiễm trùng đường tiêu hóa, do MJ biên tập Blaser và cộng sự, New York: Raven Press, 1995.

ĐỊNH KÝ

Cadou, Stephanie G. "Chẩn đoán bệnh ngộ độc ở trẻ sơ sinh." Y tá hành nghề. (Tháng 3 năm 2001) 26(3): 76.
Kessler, Kirn R., và Reiner Benecke. "Độc tố Botulinum: Từ chất độc đến phương thuốc." Độc chất thần kinh 18(1997): 761.
Shapiro, Roger L. và David L. Swerdlow. "Bệnh ngộ độc: Chìa khóa để nhận biết và điều trị kịp thời." Tư vấn. (Tháng 4 năm 1999): 1021- 1024.

Janie Franz

Bệnh não xốp ở bò xem

dịch bệnh Creutzfeldt-Jakob

Tiêu không tự chủ xem Tiêu không tự chủ

Chuẩn bị ruột

Sự định nghĩa

Chuẩn bị ruột là một thủ tục thường được thực hiện trước khi chẩn đoán và/hoặc điều trị có thể được bắt đầu đối với một số bệnh về đại tràng và trực tràng. Chuẩn bị ruột là quá trình làm sạch ruột khỏi phân và chất tiết.

Mục đích

Mục đích cuối cùng của việc chuẩn bị ruột là chuẩn bị cho quá trình chẩn đoán (sử dụng tia X để phát hiện quá trình bệnh trong ruột) hoặc để can thiệp bằng phẫu thuật (chẳng hạn như cắt bỏ polyp, ung thư hoặc thu hẹp đường kính ruột). Nội soi là một thủ tục điều trị hiệu quả đối với polyp (khỏi mô ngày càng tăng). Thủ tục này cho phép hình dung toàn bộ ruột già. Trong quá trình nội soi, polyp có thể được đốt bỏ (dùng dòng điện đốt polyp). Thủ tục này có thể vừa chẩn đoán vừa điều trị. Ống nội soi đại tràng sigma là một ống linh hoạt cho phép bác sĩ lâm sàng quan sát đại tràng sigma (phần ruột già trước trực tràng). Thủ tục này rất quan trọng để phát hiện ung thư ruột kết/trực tràng. Nó an toàn, thực hiện nhanh chóng (thường là 30-45 phút trong khoảng 90% trường hợp) và là công cụ chẩn đoán hiệu quả để đánh giá: • chảy máu trực tràng • các nghiên cứu khác cho thấy sự bất thường • cắt bỏ polyp • sinh thiết • đánh giá bệnh mãn tính tiêu chảy hoặc viêm ruột

bệnh

- để phát hiện tái phát ung thư ruột kết/trực tràng hoặc polyp
- làm giảm tình trạng xoắn ruột
- loại bỏ dị vật
- điều trị tổn thương

chảy máu • giám sát phòng ngừa ung thư ở bệnh nhân có tiền sử gia đình dương tính với ung thư ruột kết

Các biện pháp phòng ngừa

Dự phòng bằng kháng sinh không được khuyến cáo thường xuyên. Trong một số trường hợp van tim giả, thuốc kháng sinh có thể được kê đơn. Có bằng chứng cho thấy việc loại bỏ chất thải đường ruột kết hợp với kháng sinh

trước khi (dự phòng) thủ thuật này làm giảm khả năng nhiễm trùng huyết (nhiễm trùng lây lan từ vị trí ban đầu sang máu).

Mô tả Ruột được

làm trống bất kỳ chất nào để thực hiện các thủ thuật như thuốc xô barie (cho vào một chất hóa học có chứa barie để thúc đẩy hình ảnh ruột tốt hơn khi chụp X quang) hoặc nội soi. Việc chuẩn bị đoạn xa của ruột-từ trực tràng-là cần thiết cho các thủ thuật chẩn đoán như soi đại tràng sigma. Trước khi thực hiện thủ thuật phẫu thuật, nên chuẩn bị ruột để giảm khả năng phát triển thêm các vấn đề y tế.

Bệnh nhân cũng có thể được dùng một đợt kháng sinh để ngăn ngừa khả năng nhiễm trùng.

Chuẩn bị Chuẩn

bị ruột để quan sát đại tràng được thực hiện để đảm bảo quy trình sẽ chính xác và đầy đủ. Có một số chế phẩm làm sạch hiệu quả bao gồm: Dung dịch Polyethylene glycol, Magie cit-rate với viên bisacodyl và Dầu thầu dầu với viên bisacodyl. Một trong những chế phẩm này nên được sử dụng bắt đầu từ 4 giờ chiều ngày trước khi thực hiện thủ thuật.

Chăm sóc sau

Sau khi thuốc đã được uống xong, bệnh nhân sẽ được khuyên chỉ nên uống chất lỏng trong suốt cho đến nửa đêm.

Rủi ro

Tiêu chuẩn chăm sóc hiện tại yêu cầu bệnh nhân được điều trị dự phòng bằng kháng sinh nếu họ có nguy cơ cao bị nhiễm trùng. Những bệnh nhân có nguy cơ cao bao gồm những người mắc bệnh tim hoặc bệnh nhân phải sử dụng bộ phận giả.

Kết quả bình thường

Không có những thay đổi hoặc bất thường về mặt giải phẫu ruột sẽ cho kết quả chẩn đoán bình thường.

Kết quả bất thường

Polyp có thể được điều trị bằng phương pháp đốt điện. Sinh thiết bất kỳ polyp đáng ngờ nào được lấy và phân tích sâu hơn. Nội soi đại tràng sigma có thể phát hiện khối u, chảy máu và bệnh loét.

Tài nguyên

SÁCH

Pfenninger, John L., và cộng sự. Quy trình chăm sóc sức khỏe ban đầu citizens. 1994.

Tierney, Lawrence M., và cộng sự, biên tập. Chẩn đoán và Điều trị Y tế Hiện tại 2001. tái bản lần thứ 40. McGraw-Hill, 2001.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Tổn thương-Một sự thay đổi bất thường trong các mô.

Polyp-Một khối mô đang phát triển.

ĐỊNH KÝ

Sturmman, K. "Các trường hợp khẩn cấp về thần kinh: Khám thần kinh." Phòng khám Y tế Cấp cứu Bắc Mỹ ngày 15 (tháng 8 năm 1997).

TỔ CHỨC

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

Laith Farid Gulli, MD

Bilal Nasser, ThS.

Phẫu thuật đường ruột

Sự định nghĩa

Cắt bỏ ruột là một thủ tục phẫu thuật trong đó phần của ruột già hoặc ruột non được cắt bỏ.

Mục đích

Cắt bỏ ruột có thể được thực hiện để điều trị các rối loạn khác nhau của ruột, bao gồm ung thư, tắc nghẽn, bệnh viêm ruột, vỡ túi thừa, thiếu máu cục bộ (cung cấp máu bị tổn thương) hoặc chấn thương.

Mô tả Loại cắt

bỏ ruột ưa thích bao gồm việc cắt bỏ phần ruột bị bệnh và nối lại các đầu còn lại bằng phẫu thuật. Trong thủ tục này, tính liên tục của ruột được duy trì và việc đi tiêu bình thường được bảo tồn. Khi bác sĩ phẫu thuật thấy cần thiết, phần ruột bị bệnh có thể được cắt bỏ và phần cuối còn chức năng của ruột có thể được đưa ra bề mặt bụng, tạo thành một lỗ thông tạm thời hoặc vĩnh viễn. Việc sử dụng ruột già để tạo thành hậu môn nhân tạo dẫn đến hậu môn nhân tạo; việc sử dụng ruột non để tạo thành hậu môn nhân tạo dẫn đến phẫu thuật cắt hồi tràng.

Sự chuẩn bị

Giống như bất kỳ thủ tục phẫu thuật nào, bệnh nhân sẽ được yêu cầu ký vào giấy đồng ý sau khi thủ thuật được thực hiện.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Túi thừa- Các ống hoặc túi nhỏ nhô ra khỏi thành ruột, có thể nhìn thấy mờ đục trên phim X quang sau khi bệnh nhân nuốt chất cản quang (thuốc nhuộm).

Thuyên tắc mạch-Tắc nghẽn mạch máu do bất kỳ mảnh vật chất nhò nò di chuyển trong máu. Thuyên tắc có thể do vi trùng, không khí, cục máu đông hoặc chất béo gây ra.

Thiểu máu cục bộ- Sự suy giảm nguồn cung cấp máu đến các mô của cơ thể khiến mô bị tổn thương hoặc tử vong.

Ostomy-Một lỗ được phẫu thuật tạo ra ở bụng để loại bỏ các chất thải (nước tiểu hoặc phân).

giải thích cẩn kẽ. Các nghiên cứu về máu và nước tiểu, cùng với các tia X khác nhau và điện tâm đồ (EKG) có thể được yêu cầu khi bác sĩ thấy cần thiết. Để làm rõ ràng và làm sạch ruột, bệnh nhân có thể được áp dụng chế độ ăn ít cặn trong vài ngày trước khi phẫu thuật. Một chế độ ăn lỏng có thể được yêu cầu ít nhất một ngày trước khi phẫu thuật và không được ăn gì sau nữa đêm. Một loạt thuốc thục và/hoặc chế phẩm uống (GoLyteley hoặc Colyte), có thể được yêu cầu làm rõ ràng ruột.

Thuốc chống nhiễm trùng đường uống (neomycin, erythromycin hoặc kanamycin sulfate) có thể được dùng để giảm vi khuẩn trong ruột và giúp ngừa nhiễm trùng sau phẫu thuật.

Một ống thông mũi dạ dày được đưa qua mũi vào dạ dày vào ngày phẫu thuật hoặc trong khi phẫu thuật. Điều này loại bỏ dịch tiết dạ dày và ngăn ngừa buồn nôn và nôn. Một ống thông tiểu (ống mỏng đưa vào bằng quang) cũng có thể được đưa vào để giữ cho bằng quang trong quá trình phẫu thuật, tạo thêm không gian cho khu vực phẫu thuật và giảm nguy cơ chấn thương do tai nạn.

Chăm sóc sau

Chăm sóc hậu phẫu cho bệnh nhân đã được cắt bỏ ruột, cũng như những người đã trải qua bất kỳ cuộc phẫu thuật lớn nào, bao gồm việc theo dõi huyết áp, mạch, nhịp thở và nhiệt độ. Hơi thở có xu hướng yếu đi do tác dụng của thuốc gây mê và bệnh nhân không muốn thở sâu và cảm thấy đau do vết mổ ở bụng. Bệnh nhân được hướng dẫn cách đỡ vùng phẫu thuật khi thở sâu và ho, đồng thời được cho dùng thuốc giảm đau nếu cần thiết. Độ lượng dịch đưa vào và ra, đồng thời quan sát vị trí phẫu thuật để biết màu sắc và lượng dịch chảy ra từ vết thương. Ống thông mũi dạ dày sẽ được giữ nguyên tại chỗ,

gắn liền với lực hút không liên tục thấp cho đến khi hoạt động của ruột hoạt động trở lại. Chất lỏng và chất điện giải được truyền tĩnh mạch cho đến khi bệnh nhân dần dần có thể tiếp tục chế độ ăn uống, bắt đầu bằng chất lỏng và chuyển sang chế độ ăn bình thường nếu dung nạp được. Bệnh nhân thường ra khỏi giường khoảng 8 đến 24 giờ sau phẫu thuật. Giảm cân sau phẫu thuật xảy ra sau hầu hết các ca cắt ruột. Cân nặng và sức lực sẽ dần dần lấy lại được trong khoảng thời gian vài tháng.

Rủi ro

Các biến chứng tiềm ẩn của phẫu thuật bụng này bao gồm:

- chảy máu quá nhiều •
- nhiễm trùng vết thương phẫu thuật
- Thoát vị vết mổ (Một cơ quan nhô ra qua thành cơ bao quanh nó. Thoát vị xảy ra qua vết sẹo phẫu thuật.)
- viêm tĩnh mạch huyết khối (viêm và cục máu đông ở tĩnh mạch ở chân) • viêm phổi
- tắc mạch phổi (cục máu đông hoặc bong bóng khí trong nguồn cung cấp máu của phổi)

Kết quả bình thường

Dự kiến vết thương sẽ lành hoàn toàn mà không có biến chứng sau khi cắt bỏ ruột. Khoảng thời gian cần thiết để phục hồi sau phẫu thuật có thể khác nhau tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe tổng thể của bệnh nhân trước phẫu thuật.

Kết quả bất thường

Bác sĩ cần được biết về bất kỳ vấn đề nào sau đây sau phẫu thuật:

- đau nhiều hơn, sưng tấy,
- tấy đỏ, chảy dịch hoặc chảy máu ở vùng phẫu thuật

- nhức đầu, đau cơ, chóng mặt, sốt
- đau hoặc sưng bụng nhiều hơn, táo bón, buồn nôn hoặc nôn mửa, chảy máu trực tràng hoặc phân đen như hắc ín

Tài nguyên**SÁCH**

Bột nhão, Dorothy. Tiểu không tự chủ và phân. Thành Louis: Sách Mosby-Year, Inc., 1991.

Hampton, Beverly và Ruth Bryant. Ostomies và sự chuyển hướng lục địa. Louis: Mosby-Year Book, Inc., 1992.

Monahan, Pháp. Điều dưỡng Y khoa-Phẫu thuật. Philadelphia: W.

B. Công ty Saunders, 1998.

Suddarth, Doris. Cẩm nang Điều dưỡng Lippincott. Philadelphia: JB Lippincott, 1991.

TỔ CHỨC

Hiệp hội Ostomy Hoa Kỳ, Inc. (UOA). 19772 MacArthur Blvd., Suite 200, Irvine, CA 92612-2405. (800) 826-0826.
<http://www.uoa.org>.

Hiệp hội y tá cắt vết thương và liên tục. 1550 South Coast Highway, Suite #201, Bãi biển Laguna, CA 92651. (888) 224-WOCN. Fax: (949) 376-3456.
<http://www.wocn.org>.

Kathleen D. Wright, RN

Phẫu thuật ruột với hậu môn nhân tạo xem phẫu thuật cắt bỏ ruột kết

Đào tạo ruột

Sự định nghĩa

Tập luyện ruột giúp thiết lập lại nhu động ruột bình thường ở những người bị táo bón, tiêu chảy, đại tiện không tự chủ hoặc bất thường. Hoạt động ruột khỏe mạnh được coi là một hoặc hai lần vận động với cường độ vừa phải mỗi ngày.

Mục đích

Nhiều người vì nhiều lý do mà chức năng ruột không đều. Trong một số trường hợp, sự bất thường kéo dài vượt quá tình trạng gây ra nó. Ruột tự phát triển những thói quen xấu có thể được rèn luyện lại bằng các bài tập và biện pháp phù hợp.

giáo dục. Thói quen đại tiện bình thường không chỉ cải thiện chất lượng cuộc sống mà còn giúp ngăn ngừa một số bệnh thông thường - ví dụ như viêm túi thừa và ứ phân. Sỏi mật, viêm ruột thừa, ung thư ruột kết, thoát vị gián đoạn, tiêu đường và bệnh tim cũng có liên quan đến chất lượng nhu động ruột và các loại thực phẩm ảnh hưởng đến chúng.

- Một trong những nguyên nhân gây táo bón phổ biến nhất là thói quen nhuận tràng. Sự kích thích nhân tạo lặp đi lặp lại của ruột sẽ phá hủy phản xạ làm rõ ràng tự nhiên của chúng, do đó chúng sẽ không thể cử động nếu không có chất kích thích nhân tạo.

Thói quen nhuận tràng bắt đầu một cách ngày thay với niềm tin đúng đắn rằng ruột phải đi tiêu hàng ngày, tuy nhiên, thuốc nhuận tràng sẽ khiến lượng phân trong vài ngày đi ra ngoài chỉ bằng một lần đi tiêu. Không kiên nhẫn để phân tái tích tụ trong vài ngày cần thiết, bệnh nhân uống một loại thuốc nhuận tràng khác và chu kỳ bắt đầu.

- Nguyên nhân chính khác gây táo bón là chế độ ăn không đủ chất hoặc thức ăn khô. Ruột hoạt động trơn tru hơn khi có nhiều nội dung hơn. Chế độ ăn kiêng của phương Tây với những thực phẩm tinh chế cao đã loại bỏ hầu hết cặn bã khỏi thực phẩm. Kết quả là hầu hết thức ăn được hấp thụ, chỉ còn lại một ít đi qua và thải ra ngoài dưới dạng phân.

- Táo bón xảy ra cấp tính kèm theo tình trạng ứ đọng-sự hiện diện trong trực tràng của một khối phân quá lớn không thể đi qua được.

Tình trạng ứ phân thường là kết quả của thói quen đi tiêu kém, chế độ ăn uống quá ít chất lỏng và thức ăn khô cũng như hoạt động thể chất không đầy đủ.

- Tiêu chảy, dù cấp tính hay mãn tính, đều có thể làm rối loạn nhịp điệu bình thường của ruột và dẫn đến tình trạng bất thường.
- Một số bệnh về hệ thần kinh ảnh hưởng đến đường ruột phản xạ.

Mô tả Tập luyện

ruột giúp thiết lập lại phản xạ bình thường của ruột bằng cách lặp lại một thói quen cho đến khi nó trở thành thói quen.

Đường nhiên bệnh nhân phải có khả năng và sẵn lòng hợp tác. Một số bệnh nhân tin chắc rằng họ cần thuốc nhuận tràng hàng ngày đến mức họ sợ phải dùng thuốc mà không có chúng. Cần có thời gian để thay đổi chế độ ăn uống có tác dụng lên ruột và để ruột lấy lại nhịp điệu bình thường. Sự tin tưởng và kiên nhẫn là cần thiết.

Sau khi nhận được sự hợp tác của bệnh nhân, bước tiếp theo là tối ưu hóa chế độ ăn uống. Nhu động ruột khỏe mạnh đòi hỏi phải ăn một lượng lớn chất lỏng và thức ăn số lượng lớn.

Bệnh nhân nên uống từ hai đến ba lít chất lỏng mỗi ngày, có thể thêm nước ép mận và có lẽ là cà phê để có tác dụng nhuận tràng tự nhiên. Số lượng lớn đến từ thực phẩm chưa tinh chế. Cám yến mạch, cám lúa mì, gạo lứt, rau xanh, táo và lê là một vài ví dụ về thực phẩm có dư lượng cao. Nhiều bệnh nhân sẽ được hưởng lợi từ việc bổ sung số lượng lớn thuốc mầm. Nên tránh các thực phẩm gây táo bón như chuối và phô mai cho đến khi thiết lập được nhịp điệu tự nhiên.

Để đảm bảo phân đủ mềm để đi qua dễ dàng, bạn nên bổ sung thêm chất làm mềm phân nguyên chất như DOSS (dioctyl natri sulfosuccinate), hai đến bốn chất mỗi ngày nếu cần. DOSS cũng giúp ngăn chặn sự va chạm.

Thường có một thời điểm trong ngày mà nhu động ruột dễ xảy ra hơn. Để lường trước thời điểm này, bệnh nhân nên tham gia các hoạt động kích thích nhu động ruột bình thường. Đi bộ, ăn thực phẩm chưa tinh chế và uống nước ép mận hoặc cà phê, khuyến khích quá trình di tản tự nhiên ở tuổi trưởng thành. Có thể chấp nhận sử dụng chất bôi trơn như thuốc đạn glycerine hoặc dung cụ thụt dầu vào thời điểm này. Đối với táo bón nặng, có thể cần sử dụng phương pháp thụt nước để bắt đầu vận động.

Điều quan trọng nữa là bệnh nhân phải nhận ra nhu cầu đi đại tiện và phản ứng ngay với nhu cầu đó.

Phân nằm trong trực tràng càng lâu thì trực tràng sẽ hấp thụ càng nhiều nước từ nó, khiến việc đi đại tiện trở nên khó khăn và khó khăn hơn.

Kết quả bình thường

Với sự kiên nhẫn và siêng năng, thói quen đại tiện bình thường và sức khỏe đi kèm với chúng sẽ trở lại ở hầu hết bệnh nhân.

ÁP
XE**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Đại tiện–Đưa phân ra khỏi trực tràng qua hậu môn.

Viêm túi thừa–Nhiễm trùng các túi thừa ở ruột già.

Út động phân –Tắc nghẽn trực tràng do một lượng lớn phân (phân).

Thoát vị gián đoạn–Một phần của dạ dày di chuyển qua cơ hoành vào ngực.

Tài nguyên**SÁCH**

"Huấn luyện ruột." Từ điển Y tế, Điều dưỡng và Sức khỏe Đồng minh của Mosby. Sách Mosby-Year, Inc., 1994.

Burkitt, DP và HC Trowell, ed. Thực phẩm carbohydrate tinh chế và bệnh tật: Một số tác động của chất xơ. New York: Nhà xuất bản học thuật, 1975.

Barker, L. Randal và cộng sự, biên tập. Nguyên tắc của thuốc cấp cứu. Baltimore: William & Wilkins, 1994.

J. Ricker Polsdorfer, MD

Niềng răng xem cố định**Xạ trị áp sát xem Cấy ghép phỏng xạ****Áp xe não****Sự định nghĩa**

Áp xe não là một bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn trong não.

Mô tả Não thường

được cách ly tốt khỏi bị nhiễm vi khuẩn, được bảo vệ bởi hộp sọ, màng não (các lớp mô bao quanh não), hệ thống miễn dịch và hàng rào được điều hòa chặt chẽ giữa máu và não. Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhất định, vi khuẩn có thể xâm nhập vào não và gây nhiễm trùng cục bộ gọi là áp xe. Áp xe não tương đối hiếm, chiếm 1 trên 10.000 ca nhập viện. Áp xe đơn lẻ xảy ra trong 75% trường hợp và số trường hợp còn lại liên quan đến nhiều áp xe. Nếu không được điều trị, áp xe não hầu như luôn gây tử vong.

Nguyên nhân và triệu chứng Một

nửa số ca áp xe não là do sự lây lan của vi khuẩn từ vùng nhiễm trùng gần đó. Nguồn vi khuẩn bao gồm:

- nhiễm trùng tai giữa (viêm tai giữa) hoặc nhiễm trùng ở các khoang xương phía trước tai giữa (viêm xương chũm)
- viêm xoang
- áp xe răng.

Các nguồn vi khuẩn khác bao gồm:

- nhiễm trùng phổi
- nhiễm trùng bụng
- nhiễm trùng màng tim (viêm nội tâm mạc)
- vết thương xuyên thấu ở đầu
- phẫu thuật thần kinh

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) hoặc sự hiện diện của một tình trạng suy giảm miễn dịch khác làm tăng đáng kể nguy cơ áp xe não. Khoảng 25% trường hợp không tìm được nguyên nhân nhiễm trùng.

Áp xe não có thể do nhiều loại cơ thể gây ra, nhiều trong số đó liên quan đến nhiễm trùng tai và xoang.

Nhiều trường hợp áp xe não là do hai hoặc nhiều vi khuẩn gây ra. Trong 30-60% trường hợp, sự kết hợp của vi khuẩn bao gồm streptococci, vi sinh vật có thể sống mà không cần oxy (vi khuẩn khí) và vi khuẩn đường ruột. Một số ít trường hợp là do nấm men, nấm và sinh vật đơn bào (động vật nguyên sinh).

Các triệu chứng của áp xe não thường phát triển chậm, thường trong khoảng thời gian khoảng hai tuần. Các triệu chứng phổ biến nhất là:

- đau đầu
- các triệu chứng thần kinh liên quan đến phản ứng cơ thể của cơ thể não bị nhiễm trùng
- thay đổi trạng thái tinh thần
- co giật

Sốt và cứng cổ xảy ra ở chưa đầy một phần ba số trường hợp. Các triệu chứng khác có thể bao gồm nôn mửa, run mắt (run giật nhãn cầu), mắt thăng bằng và mắt phối hợp động tác. sự di chuyển.

Chẩn đoán

Chẩn đoán áp xe não được thực hiện bằng cách sử dụng chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc chụp ảnh cộng hưởng từ (MRI) để xác định vị trí nhiễm trùng. Việc loại bỏ mô (sinh thiết) cũng thường được thực hiện. Sinh thiết được thực hiện để xác định loại vi khuẩn liên quan. Sinh thiết cũng có thể được sử dụng để loại trừ

khỏi u hoặc các tổn thương cục bộ không nhiễm trùng khác, có thể trùng giống nhau trên phim chụp.

Các xét nghiệm khác được thực hiện để xác định nguồn lây nhiễm. Những xét nghiệm này bao gồm lấy máu, chụp X-quang ngực và khám thực thể tai, xoang và răng. Xét nghiệm tìm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) cũng thường được thực hiện.

Sự đối đãi

Điều trị áp xe não bắt đầu bằng kháng sinh tiêm tĩnh mạch, được chọn để phù hợp với vi khuẩn lây nhiễm nếu biết hoặc để giải quyết nhiều khả năng nếu không.

Điều trị thường tiếp tục trong sáu đến tám tuần.

Phẫu thuật chọc hút hầu như luôn được thực hiện để dẫn lưu ổ áp xe. Trong thủ tục này, một cây kim được dẫn đến vị trí bị nhiễm trùng bằng CT scan và chất lỏng được hút ra khỏi ổ áp xe. Việc hút có thể được lặp lại nhiều lần cho đến khi vi khuẩn bị tiêu diệt hoặc loại bỏ hoàn toàn. Có thể cần phải phẫu thuật cắt bỏ mô bị nhiễm trùng hoặc mô chết trong một số trường hợp. Đối với những bệnh nhân có nhiều vị trí nhiễm trùng, việc chọc hút hoặc phẫu thuật cắt bỏ không được thực hiện vì thủ thuật này ngày càng khó khăn và nguy hiểm. Đối với những bệnh nhân này, chỉ sử dụng liệu pháp kháng sinh. Điều trị bằng steroid còn gây tranh cãi nhưng có thể được chỉ định trong một số trường hợp.

Tiên lượng

Ngay cả khi được điều trị kịp thời, áp xe não vẫn gây tử vong trong khoảng 20% trường hợp. Khoảng một nửa số người sống sót có một số vấn đề về thần kinh còn sót lại, bao gồm cả co giật ở nhiều bệnh nhân.

Có một số lý do khiến bệnh nhân bị áp xe não có thể có tiên lượng xấu. Bệnh có thể không được chẩn đoán chính xác hoặc chẩn đoán chính xác có thể mất thêm thời gian. Bệnh nhân có thể nhận được một loại kháng sinh không phù hợp với sinh vật gây bệnh. Đôi khi nhiễm trùng có thể không giới hạn ở một khu vực xác định trong não, khiến việc chẩn đoán và điều trị trở nên khó khăn. Một số ít trường hợp do nhiễm nấm có thể mất thêm thời gian để chẩn đoán. Bệnh nhân cũng có thể có tiên lượng xấu vì có nhiều hơn một ổ áp xe, vị trí ổ áp xe có thể nằm sâu trong não hoặc nhiễm trùng có thể đã di chuyển đến nhiều vị trí trong não. Các biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra do áp xe não, bao gồm đau phổi và vỡ não. Trong 80-100% trường hợp vỡ não, bệnh nhân tử vong.

Phòng ngừa

Áp xe não có thể phòng ngừa được bằng cách điều trị kịp thời và tích cực các bệnh nhiễm trùng gây ra bệnh, đặc biệt là nhiễm trùng xoang và tai.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Sinh thiết- Lấy mẫu mô để kiểm tra.

Khát vọng-Loại bỏ chất lỏng từ một không gian kín thông qua kim.

Tài nguyên

SÁCH

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

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

Rolak, Loren A. "Áp xe não và cột sống." Trong Thực hành Thần kinh học tại Văn phòng, Ed. Martin Samuels và Steven Feske. New York: Churchill Livingstone, 1996.

Wispelwey, Brian và Carole A. Sable. "Suppura nội sọ- sụ." Trong liệu pháp điều trị bệnh truyền nhiễm hiện nay, Ed. David Schlossberg. St. Louis: Sách Mosby-Year, 1996.

Richard Robinson

Chứng phình động mạch não xem Chứng phình động mạch não

Sinh thiết não

Sự định nghĩa

Sinh thiết não là việc loại bỏ một mảnh mô não nhỏ để chẩn đoán các bất thường của não, chẳng hạn như bệnh Alzheimer, khối u, nhiễm trùng hoặc viêm.

Mục đích

Bằng cách kiểm tra mẫu mô dưới kính hiển vi, mẫu sinh thiết cung cấp cho bác sĩ những thông tin cần thiết để hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.

Các biện pháp phòng ngừa

Hình ảnh não được thực hiện để xác định vị trí chính xác của kim để đi vào não.

Sự miêu tả

Khi nghỉ ngơi có bất thường ở não, sinh thiết não bằng kim Stereotactic (thăm dò trong ba chiều) được thực hiện và hướng dẫn chính xác bởi hệ thống máy tính để tránh các biến chứng nghiêm trọng. Một lỗ nhỏ là

hỗn

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Bệnh Alzheimer-Một căn bệnh thoái hóa thần kinh tiến triển, đặc trưng bởi sự mất chức năng và chết của các tế bào thần kinh ở một số vùng não, dẫn đến mất các chức năng tâm thần như trí nhớ và khả năng học tập.

Chụp cắt lớp trực vi tính (CT)-Chụp cắt lớp trực vi tính (CT) là một kỹ thuật chụp X-quang có khả năng chụp ảnh mô mềm, xương và mạch máu.

Cortex- Bề mặt mỏng phức tạp của não bao gồm chủ yếu là các thân tế bào thần kinh.

MRI-Chụp cộng hưởng từ là một kỹ thuật hình ảnh sử dụng sóng vô tuyến, từ trường và phân tích máy tính để hình dung các mô và cấu trúc của cơ thể.

Sinh thiết não bằng kim lập thể-Trong quy trình này, máy tính sử dụng thông tin từ CT hoặc MRI để tạo bản đồ ba chiều của vị trí phẫu thuật nhằm hướng dẫn kim tốt hơn để thực hiện sinh thiết.

được khoan vào hộp sọ và một cây kim được đưa vào mô não được hướng dẫn bởi kỹ thuật chụp ảnh có sự hỗ trợ của máy tính (chụp CT hoặc MRI). Trong lịch sử, đầu của bệnh nhân được giữ trong một khung cứng để hướng dẫn dò vào não; tuy nhiên kể từ đầu những năm 1990, người ta đã có thể thực hiện những cuộc sinh thiết này mà không cần khung. Vì khung được gắn vào hộp sọ bằng ốc vít nên tiến bộ này ít xâm lấn hơn và bệnh nhân dung nạp tốt hơn. Bác sĩ (nhà nghiên cứu bệnh học) chuẩn bị mẫu để phân tích và nghiên cứu sâu hơn dưới kính hiển vi.

Sự chuẩn bị

Quét não CT hoặc MRI được thực hiện để tìm vị trí thực hiện sinh thiết. Trước khi sinh thiết, bệnh nhân được gây mê toàn thân.

Chăm sóc sau

Bệnh nhân được theo dõi trong phòng hồi sức trong vài giờ và thường phải nằm viện vài ngày vì cần phải gây mê toàn thân.

Rủi ro

Thủ tục này có tính xâm lấn và bao gồm các rủi ro liên quan đến gây mê và phẫu thuật. Chấn thương sọ não có thể xảy ra

do loại bỏ mô não. Vết sẹo để lại trên não có khả năng gây ra cơn động kinh.

Kết quả bình thường

Sau khi kiểm tra trực tiếp mô não, không phát hiện bất thường.

Kết quả bất thường

Nhiều bất thường về não có thể được chẩn đoán bằng cách phân tích mẫu mô dưới kính hiển vi. Nhà nghiên cứu bệnh học (bác sĩ) được đào tạo về cách bệnh ảnh hưởng đến các mô của cơ thể) tìm kiếm sự phát triển bất thường, những thay đổi trong màng tế bào và/hoặc tập hợp tế bào bất thường. Trong bệnh Alzheimer, vỏ não chứa các tập hợp mảng bám bất thường. Nếu nghi ngờ nhiễm trùng, sinh vật truyền nhiễm có thể được nuôi cấy từ mô và xác định.

Việc phân loại khối u cũng có thể thực hiện được sau khi sinh thiết.

Tài nguyên**SÁCH**

Zaret, BL Hướng dẫn xét nghiệm y tế cho bệnh nhân của Trường Y thuộc Đại học Yale. Trường Y thuộc Đại học Yale và GS Sharpe Communications Inc., 1997.

TỔ CHỨC

Hiệp hội bệnh Alzheimer. 919 Đại lộ Bắc Michigan, Suite 1100 Chicago, IL 60611-1676. (800) 272-3900 <<http://www.alz.org/chapter/>>.

Hiệp hội khối u não Hoa Kỳ. Phòng Suite 2720 River Road 146, Des Plaines, IL 60018-4110. (800) 886-2282. <<http://www.abta.org/>>.

Viện Rối loạn Thần kinh và Đột quỵ Quốc gia, Viện Thần kinh NIH. P.O Box 5801 Bethesda, MD 20824. (800) 352-9424. <<http://www.ninds.nih.gov/index.htm>>.

Bonny McClain, MS

Quét tuần hoàn não xem Xuyên sọ**siêu âm Doppler****Nhiễm trùng não xem Viêm não**

Chấn thương sọ não xem Chấn thương đầu

Phẫu thuật não xem Phẫu thuật sọ não

U não**Sự định nghĩa**

U não là sự phát triển bất thường của mô trong não. Không giống như các khối u khác, khối u não lây lan theo đường địa phương

lan rộng và hiếm khi di căn (lây lan) ra ngoài não. Một khối u não lành tính bao gồm các tế bào không phải ung thư và không di căn ra ngoài phần não nơi nó bắt nguồn. Một khối u não được coi là ác tính nếu nó chứa các tế bào ung thư hoặc nếu nó bao gồm các tế bào vô hại nằm ở khu vực mà nó ức chế một hoặc nhiều chức năng quan trọng.

Sự miêu tả

Mỗi năm, hơn 17.000 khối u não được chẩn đoán ở Hoa Kỳ. Khoảng một nửa số khối u não nguyên phát là lành tính nhưng ở những vị trí nguy hiểm đến tính mạng.

Phản còn lại là ác tính và xâm lấn.

Khối u não lành tính

Các khối u não lành tính, bao gồm các tế bào vô hại, có ranh giới xác định rõ ràng, thường có thể được loại bỏ hoàn toàn và không có khả năng tái phát. Các khối u não lành tính không xâm nhập vào các mô lân cận nhưng có thể gây đau dữ dội, tổn thương não vĩnh viễn và tử vong. Các khối u não lành tính đôi khi trở thành ác tính.

Các khối u não ác tính

Các khối u não ác tính không có ranh giới rõ ràng.

Chúng có xu hướng phát triển nhanh chóng, làm tăng áp lực trong não (IICP) và có thể lan rộng trong não hoặc túy sống vượt quá điểm chúng bắt nguồn. Việc các khối u não ác tính lan rộng ra ngoài hệ thống thần kinh trung ương (CNS) là điều hết sức bất thường.

Khối u não nguyên phát

Các khối u não nguyên phát bắt nguồn từ não. Chúng chiếm khoảng 1% tổng số ca ung thư và 2,5% tổng số ca tử vong do ung thư.

Các khối u não di căn hoặc thứ phát

Khoảng 25% bệnh nhân ung thư phát triển khối u não thứ phát hoặc di căn khi tế bào ung thư lan từ bộ phận khác của cơ thể đến não. Các khối u não thứ cấp thường xảy ra nhất ở những bệnh nhân có:

- ung thư vú.
- ung thư ruột kết.
- ung thư thận.
- ung thư phổi.
- khối u ác tính (ung thư) ở da. Những khối u não di căn này có thể phát triển trên bất kỳ phần nào của não hoặc túy sống.

• ung thư trong đường mũi và/hoặc cổ họng theo đường thần kinh vào hộp sọ và di căn lên não.

Ai bị u não

Các khối u não có thể phát triển ở mọi lứa tuổi, nhưng phổ biến nhất ở trẻ em trong độ tuổi từ 3-12 và người lớn ở độ tuổi 55-65. Ung thư não nguyên phát là nguyên nhân phổ biến thứ hai gây tử vong do ung thư trong độ tuổi từ sơ sinh đến 34 tuổi và là nguyên nhân phổ biến thứ tư gây tử vong do ung thư ở nam giới trong độ tuổi 35-54. Các khối u nguyên phát của não và hệ thần kinh trung ương thường liên quan đến nhiễm HIV. Đàn ông và người da trắng có nguy cơ phát triển khối u não cao hơn. Các yếu tố nguy cơ khác đang được nghiên cứu bao gồm trẻ em có tiền sử xạ trị ung thư ở đầu; cha mẹ mắc một số bệnh ung thư (hệ thần kinh, tuyến nước bọt, ruột kết); có một người cha lớn tuổi; có cha mẹ được giáo dục tốt; phơi nhiễm nghề nghiệp với vinyl clorua, chi và thuốc trừ sâu; tiền sử bệnh động kinh; tiền sử mắc một số bệnh di truyền (xơ cứng cù, u xơ thần kinh, von Hippel Lindau, polyp gia đình, Osler-Weber-Rendu, Li-Fraumeni).

Đặt tên và phân loại khối u não

Tên của khối u não mô tả nơi nó bắt nguồn, nó phát triển như thế nào và nó chứa loại tế bào nào. Khối u ở người trưởng thành cũng được phân loại hoặc phân giai đoạn theo:

- mức độ ác tính của nó
- tốc độ phát triển của nó và khả năng xâm lấn các mô khác

- tế bào của nó giống tế bào bình thường đến mức nào. (Tế bào khối u trong càng bất thường thì khả năng phát triển càng nhanh)

Các khối u não ở mức độ thấp thường có đường viền được xác định rõ. Một số khối u não mức độ thấp hình thành hoặc được bao bọc (đóng gói) trong các u nang. Các khối u não cấp độ thấp phát triển chậm, nếu có. Chúng có thể lây lan khắp não nhưng hiếm khi di căn sang các bộ phận khác của cơ thể.

Các khối u ở mức độ trung bình và cao phát triển nhanh hơn các khối u ở mức độ thấp. Được mô tả là "thực sự ác tính", những khối u này thường xâm nhập vào các mô khỏe mạnh. Mô hình tăng trưởng gây khó khăn cho việc loại bỏ toàn bộ khối u và những khối u này tái phát thường xuyên hơn các khối u ở mức độ thấp.

Một khối u não có thể chứa nhiều loại tế bào khác nhau. Cấp độ của khối u được xác định bởi tế bào có cấp độ cao nhất (ác tính nhất) được phát hiện dưới kính hiển vi, ngay cả khi hầu hết các tế bào trong khối u ít ác tính hơn. Khối u thâm nhiễm là khối u ở bất kỳ cấp độ nào phát triển vào mô xung quanh.

Hảo

Các loại khối u não

Glioma là thuật ngữ dùng để chỉ các khối u não nguyên phát phổ biến nhất. U thần kinh đệm phát sinh từ mô thần kinh đệm, hỗ trợ và nuôi dưỡng các tế bào gửi thông điệp từ não đến các bộ phận khác của cơ thể. Những khối u này có thể là ác tính hoặc lành tính. U tế bào hình sao, u màng não thất và u thần kinh đệm hỗn hợp là ba trong số các u thần kinh đệm phổ biến nhất.

U TẾ BÀO. Được đặt tên theo hình dạng giống như ngôi sao của các tế bào, u tế bào hình sao có thể phát triển trên bất kỳ phần nào của não hoặc tuy sống. U tế bào hình sao không xâm lấn phát triển chậm và hiếm khi lan sang các mô lân cận. U tế bào hình sao thoái hóa mức độ nhẹ đến trung bình với đường viền biệt hóa tốt không phát triển chậm như u tế bào hình sao không xâm lấn và chúng có lan sang các mô xung quanh.

U tế bào hình sao thoái hóa, còn được gọi là u tế bào hình sao độ III, trống bát thường hơn và phát triển nhanh hơn các khối u không xâm lấn hoặc thoái hóa nhẹ đến trung bình.

U tế bào hình sao độ IV còn được gọi là khối u glioblastoma multiforme (GBM). Chiếm 30% trong số tất cả các khối u não nguyên phát, GBM là khối u não phổi biến nhất ở người trung niên. GBM là loại u não ác tính nhất. Bởi vì chúng chứa nhiều hỗn hợp tế bào hơn bất kỳ khối u não nào khác nên chúng khó điều trị nhất.

EPENDYOMMAS. Còn được gọi là khối u biểu mô, u biểu mô chiếm 9% tổng số u thần kinh đệm và 5% tổng số khối u nội sọ. Những khối u này phổi biến nhất ở trẻ em và thanh thiếu niên, bắt đầu ở những màng rất mỏng giúp hình thành dịch não tủy (CSF) và lót các khoang não (tâm thắt) chứa nó.

U màng não thất thường lành tính, có đường viền khác biệt rõ ràng, giống tế bào bình thường và phát triển rất chậm. Các tế bào của u màng não thất biệt (ác tính) trông bát thường và phát triển nhanh hơn các tế bào của khối u lành tính.

GLIOMA HỖN HỢP. Những khối u không đồng nhất này chứa các thành phần của u tế bào hình sao, u màng não thất và/hoặc u thần kinh đệm ít nhánh. Đây là những khối u hiếm gặp thường xảy ra ở người trung niên, phát triển chậm và thường không lan ra ngoài phần não nơi chúng bắt nguồn. Các u thần kinh đệm hỗn hợp hoạt động giống như các khối u bao gồm các tế bào cao cấp nhất mà chúng chứa.

Khối u não không thần kinh đệm

Các khối u não phổi biến nhất không phát triển từ tế bào thần kinh đệm là u nguyên bào tủy, u màng não và u Schwannomas.

TUYẾN TUYẾN. Các nhà khoa học từng cho rằng u nguyên bào tủy (MDL) phát triển từ các tế bào thần kinh đệm.

Những khối u ác tính, phát triển nhanh này hiện được cho là bắt nguồn từ các tế bào đang phát triển không thường có trong cơ thể sau khi sinh. Đôi khi chúng được gọi là khối u thần kinh nguyên thủy (PNET).

Khối u MDL phổ biến nhất ở trẻ em và phổi biến ở bé trai hơn bé gái. Chỉ có 30% khối u MDL xảy ra ở người lớn. Các khối u MDL thường bắt nguồn từ tiêu não (phần não kiểm soát sự phối hợp và một số hoạt động của cơ) và thường được dịch não tủy đưa đến các phần khác của não.

Khối u MDL hiếm khi di căn ra ngoài não và tuy sống.

U MÀNG NÃO. U màng não, chiếm hơn 20% trong số tất cả các khối u não nguyên phát, bắt nguồn từ các màng bao quanh não và tuy sống (màng não). Những khối u này thường lành tính và thường xảy ra ở phụ nữ trong độ tuổi 30-50. Menin-giomas phát triển chậm đến mức não đôi khi có thể quen với sự hiện diện của chúng. U màng não chèn ép, thay vì xâm lấn, mô não và có thể phát triển khá lớn trước khi bất kỳ triệu chứng nào xuất hiện.

SCHWANNOMAS. Schwannomas bắt nguồn từ các tế bào Schwann. Những tế bào này tạo ra myelin, chất liệu bảo vệ dây thần kinh thính giác, điều khiển thính giác.

Những khối u lành tính này phổi biến ở phụ nữ gấp đôi so với nam giới và thường được chẩn đoán ở những bệnh nhân trong độ tuổi từ 30-60.

Schwannomas phát triển rất chậm và nhiều người thích nghi với tình trạng mất thính giác nhẹ và các vấn đề về thăng bằng là những triệu chứng sớm nhất của khối u. Schwannoma hình quả lê có thể gây mất thính giác đột ngột hoặc dần dần ở tai. Khi khối u phát triển, nó có thể đè lên các dây thần kinh kiểm soát chuyển động và cảm giác ở mặt, gây đau đầu, tê hoặc ngứa ran ở mặt. Bệnh nhân có thể gặp khó khăn khi di lại, nuốt hoặc kiểm soát chuyển động của mắt và cảm giác vị giác có thể bị ảnh hưởng. Schwannoma phát triển đủ lớn để đè lên thân não có thể gây tử vong.

KHỐI U NÃO TRẺ EM. Các khối u não xảy ra ở trẻ em được mô tả là u não trên lèu (ở phần trên của não) hoặc dưới lèu (ở phần thấp nhất của não). U tế bào hình sao và u màng não thất là những khối u trên lèu phổi biến. Các khối u dưới lèu bao gồm u nguyên bào tủy, u tế bào hình sao và ependy-

mệ dài.

Nguyên nhân và triệu chứng Nguyên

nhân của khối u não nguyên phát vẫn chưa được biết rõ, nhưng những người làm việc với cao su và một số hóa chất có nguy cơ phát triển chúng cao hơn mức trung bình. Có

không có bằng chứng nào cho thấy chấn thương đầu gây ra khối u não, nhưng các nhà nghiên cứu đang cố gắng xác định mối quan hệ, nếu có, giữa khối u não và virus, tiền sử gia đình và việc tiếp xúc lâu dài với trường điện tử.

Các triệu chứng thường không xuất hiện cho đến khi khối u phát triển đủ lớn để di dời, làm tổn thương hoặc phá hủy mô não mỏng manh. Khi điều đó xảy ra, bệnh nhân có thể cảm thấy:

- nhức đầu ngày càng đau và

đau nhất khi nằm

- buồn nôn và nôn mửa hoặc những cơn nôn mửa đột ngột không kèm theo buồn nôn

- co giật

- chóng mặt, mắt phối hợp hoặc thăng bằng

- thay đổi tính cách

- mất thị lực đột ngột

- mất trí nhớ •

vấn đề về giọng nói

- thay đổi cảm giác

- suy giảm tinh thần •

suy nhược hoặc tê liệt một bên cơ thể

Bác sĩ cần được thông báo bất cứ khi nào bệnh nhân trải qua xuất hiện một hoặc nhiều triệu chứng.

Chẩn đoán

Mặc dù các triệu chứng của khối u não giống với triệu chứng của nhiều bệnh khác, nhưng sự hiện diện của khối u não có thể được biểu hiện bằng:

- nhức

đầu dai dẳng kèm theo nôn mửa hoặc co giật • thị giác, lời

nói, thính giác, xúc giác ngày càng suy giảm; hoặc suy giảm khả năng sử dụng cánh tay, bàn tay, bàn chân hoặc chân

Khi bệnh nhân gặp một hoặc nhiều triệu chứng trên, bác sĩ chăm sóc chính sẽ thực hiện khám sức khỏe toàn diện, hỏi bệnh sử chi tiết và tiến hành khám kinh cơ bản để đánh giá:

- thăng bằng và phối hợp

- tư duy và trí nhớ trừu tượng

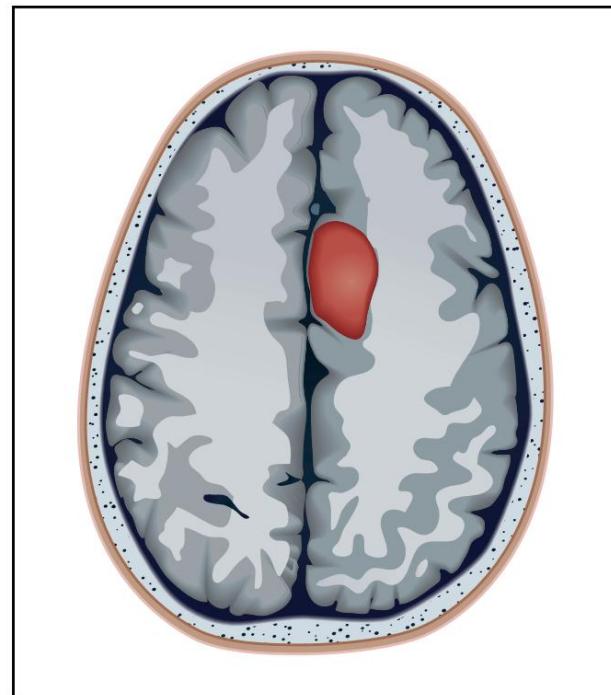
- chuyển động của mắt

- thính giác, xúc giác và khứu giác

- phản xạ

- kiểm soát các cơ mặt và chuyển động của đầu và lưỡi

- nhận thức



Quét não với khối u nầm ở phần trung tâm bên phải của não.
(Minh họa của Argosy Inc.)

Nếu kết quả của những cuộc kiểm tra này cho thấy bệnh nhân có thể bị u não, bác sĩ thần kinh sẽ khuyên nghị một số hoặc tất cả các xét nghiệm chẩn đoán bổ sung sau:

- chụp cắt lớp vi tính (CT scan) để phát hiện những bất thường ở não

- chụp cộng hưởng từ (MRI) để phát hiện khối u bên dưới xương sọ

- các kỹ thuật chụp ảnh phức tạp như chụp cắt lớp phát xạ Positron (quét PET), chụp cắt lớp phát xạ đơn photon (quét SPECT)

- Điện não đồ (EEG) để đo hoạt động điện trong não

- Đo từ điện não đồ (quét MEG) để đo từ trường do tế bào thần kinh tạo ra và dòng điện của chúng

- chụp X-quang để phát hiện bất kỳ biến dạng nào trong xương sọ

- chụp động mạch để phác thảo khối u và các mạch máu dẫn đến khối u đó

- quét não để xác định và ghi lại vị trí của các tế bào bất thường trong não

- xạ hình não bằng hạt nhân phóng xạ để xem các mao mạch nuôi dưỡng khối u sau khi đánh dấu chúng bằng chất phóng xạ

hỗn

- chụp tủy sống (chụp X quang cột sống) để phát hiện tủy sống khối u
- chọc dò tủy sống (tủy sống) để lấy dịch tủy sống, trong đó có thể chứa các tế bào khối u.
- chụp ảnh ba chiều kỹ thuật số để xem bản đồ ba chiều hoàn chỉnh của khối u và các cấu trúc não xung quanh

Việc giải thích những hình ảnh này và kết quả phân tích trong phòng thí nghiệm cho phép các nhà thần kinh học xác định liệu có khối u hay không, nhưng kiểm tra bằng kính hiển vi mô khối u (sinh thiết) là cách duy nhất để xác định loại tế bào mà nó chứa.

Sự đối đãi

Các khối u não được điều trị bởi đội ngũ đa ngành gồm các chuyên gia có tay nghề cao. Các quyết định của họ dựa trên:

- kết quả xét nghiệm chẩn đoán
- kích thước, vị trí và mô hình phát triển của khối u
- bệnh sử và tình trạng y tế hiện tại của bệnh nhân
- mong muốn của bệnh nhân và gia đình

Ca phẫu thuật

Phẫu thuật là phương pháp điều trị được lựa chọn cho các khối u não có thể tiếp cận được và có thể được loại bỏ mà không gây tổn thương thần kinh nghiêm trọng. Thủ thuật thường được thực hiện nhất là phẫu thuật cắt sẹo, nhưng mục tiêu của bất kỳ loại phẫu thuật khối u não nào đều bao gồm:

- loại bỏ
- càng nhiều khối u càng tốt (gọi là cắt bỏ khối u)

- loại bỏ mô khối u để phân tích dưới kính hiển vi
- cho phép các bác sĩ phẫu thuật thần kinh nhìn thấy chính xác vị trí của khối u và nó đang phát triển như thế nào
- tạo khe tiếp cận cho thuốc hóa trị và các dạng phóng xạ được cấy vào não

Tùy thuộc vào loại khối u não, vị trí và kích thước của nó, một số kỹ thuật khác nhau có thể được sử dụng để phẫu thuật cắt bỏ nó. Các kỹ thuật phẫu thuật bao gồm:

- phẫu thuật cổ điển
- vi phẫu laser (sử dụng nhiệt độ cao để làm bay hơi

Tế bào khối u

- chọc hút siêu âm (sử dụng sóng siêu âm để phá vỡ khối u thành các mảnh nhỏ hơn có thể được "hút chân không")

ngoài

Trước khi tiến hành phẫu thuật não, bệnh nhân thường được cho:

- steroid để giảm sưng mô não
- thuốc chống co giật để ngăn ngừa hoặc kiểm soát cơn động kinh

- phương pháp điều trị bằng tia xạ để giảm kích thước khối u

Những bệnh nhân có khối u não lành tính có thể được loại bỏ hoàn toàn có thể không cần bất kỳ điều trị bổ sung nào, nhưng việc kiểm tra thể chất và thần kinh định kỳ và chụp CT hoặc MRI đôi khi được khuyến nghị để xác định xem khối u có quay trở lại hay không. Vì các bác sĩ phẫu thuật không thể chắc chắn rằng phần của khối u xâm nhập hoặc di căn đã được cắt bỏ nên xạ trị và hóa trị được sử dụng để tiêu diệt các tế bào có thể thoát khỏi dao mổ.

Nếu không thể cắt bỏ hoàn toàn khối u, việc cắt bỏ một phần khối u (debulking) có thể làm giảm các triệu chứng của bệnh nhân, nâng cao cảm giác khỏe mạnh và tăng hiệu quả của các phương pháp điều trị khác.

Xạ trị

Xạ trị ngoài, thường được thực hiện trên cơ sở ngoại trú, hướng bức xạ đến khối u và khu vực xung quanh nó. Liệu pháp xạ trị cấy ghép bao gồm việc đặt những mảnh chất phóng xạ nhỏ vào não. Đèn nguyễn tại chỗ vĩnh viễn hoặc trong thời gian ngắn, những viên phóng xạ này giải phóng liều lượng phóng xạ đó được mỗi ngày. Kỹ thuật này được gọi là liệu pháp áp sát. Bệnh nhân thường nhập viện trong những ngày các viên thuốc hoạt động mạnh nhất.

Phẫu thuật xạ trị lập thể liên quan đến việc lắp cho bệnh nhân một khung để ổn định đầu, sử dụng kỹ thuật hình ảnh để xác định vị trí chính xác của tế bào khối u và sử dụng một dụng cụ phức tạp để truyền bức xạ chính đến điểm đó. Các dụng cụ dùng để phát bức xạ bao gồm dao gamma, máy gia tốc tuyến tính thích ứng (LINAC) và cyclotron.

Nhiều loại thuốc cũng có thể được sử dụng trong quá trình xạ trị, để bảo vệ tế bào não khỏi tác động của bức xạ (thuốc bảo vệ bức xạ), để tăng độ nhạy cảm của tế bào khối u với bức xạ (chất nhạy cảm với bức xạ) hoặc để tăng cường tác dụng của bức xạ (chất tăng cường bức xạ).

Hóa trị

Một hoặc nhiều loại thuốc chống ung thư có thể được dùng bằng đường uống hoặc tiêm vào mạch máu, cơ hoặc dịch não tủy. Hóa trị có thể được sử dụng kết hợp với xạ trị và phẫu thuật như một phần của quá trình điều trị ban đầu cho bệnh nhân hoặc được sử dụng riêng lẻ để điều trị các khối u tái phát ở cùng một vị trí hoặc ở một bộ phận khác của cơ thể. Phác đồ hóa trị thông thường cho khối u não là phương pháp kết hợp, phổ biến nhất là sử dụng procarbazine, CCNU và vincristine.

Các phương pháp mới cung cấp hóa trị liệu đang được áp dụng cũng được sử dụng. Bao gồm các:

- hóa trị kê được thực hiện tại thời điểm phẫu thuật. Một tấm wafer ngâm hóa chất được đặt vào khoang còn lại sau khi cắt bỏ khối u.

- Hóa trị nội tuy mạc sẽ truyền thuốc ngay vào dịch tuy sống.
- Hóa trị nội động mạch sử dụng các ống thông nhỏ để truyền hóa chất liều cao trực tiếp vào các động mạch não.
- Các loại thuốc hóa trị có khả năng gây độc có thể được bọc trong các vỏ bọc sinh học đặc biệt gọi là liposome, để cho phép thuốc được đưa đến khối u mà không ảnh hưởng xấu đến các mô khỏe mạnh khác trong quá trình vận chuyển.
- Điện hóa trị liệu sử dụng điện áp để vận chuyển các chất hóa trị vào não.

Khi trẻ nhó bị u não, hóa trị thường được sử dụng để loại bỏ hoặc trì hoãn nhu cầu xạ trị.

Phương pháp điều trị khác

Nếu khối u não không thể chữa khỏi, việc điều trị được thiết kế để giúp bệnh nhân cảm thấy thoải mái nhất có thể và bảo tồn được nhiều chức năng thần kinh nhất có thể. Bác sĩ của bệnh nhân có thể kê toa:

- thuốc giảm đau để giảm đau
- thuốc chống ung thư để hạn chế sự phát triển của khối u

- thuốc chống co giật để kiểm soát cơn động kinh
- steroid để giảm sưng tấy mô não

Liệu pháp tiềm năng

Các nhà khoa học đang nghiên cứu cách cho phép các loại thuốc hóa học có khả năng xuyên qua hàng rào máu não (bảo vệ hệ thần kinh trung ương bằng cách tách não khỏi máu lưu thông khắp cơ thể) và tấn công các tế bào ung thư đã xâm nhập vào mô bên trong nó. Các tác nhân đang được nghiên cứu bao gồm cả mannitol và các chất được gọi là chất thẩm thấu qua trung gian thụ thể

Các nhà nghiên cứu khối u não cũng đang điều tra:

- Các thủ thuật phẫu thuật ít xâm lấn hơn.
- Kháng thể đơn dòng, kết hợp kháng thể với chất phóng xạ. Các kháng thể được hướng dẫn để tìm và gắn vào các tế bào khối u, lúc này chất phóng xạ sẽ tiêu diệt tế bào khối u.
- Interleukin và interferon, là những chất được hệ thống miễn dịch của con người sản xuất một cách tự nhiên có tác dụng tiêu diệt tế bào khối u. Các nhà khoa học tìm cách sản xuất những chất này trong phòng thí nghiệm và kết hợp việc sử dụng chúng trong điều trị khối u não.
- Tế bào lympho T cũng được hệ thống miễn dịch của con người sản xuất bình thường và đang được sử dụng để tiêm trực tiếp vào vị trí khối u trong khi phẫu thuật và truyền vào máu sau phẫu thuật với hy vọng sẽ tăng cường khả năng của hệ thống miễn dịch. chống lại các tế bào khối u.

- Vắc-xin khối u sử dụng các thành phần của tế bào khối u để kích thích hệ thống miễn dịch của bệnh nhân.
- Phương pháp kết hợp thuốc hóa trị vào cơ thể tế bào khối u để giảm nhu cầu bức xạ.
- Các kỹ thuật xét nghiệm cho phép bác sĩ lựa chọn các loại thuốc hóa trị có khả năng tiêu diệt các loại khối u cụ thể nhất.
- Liệu pháp gen trong đó vật liệu biến đổi gen được vận chuyển đến các tế bào khối u bằng vi-rút lây nhiễm vào các tế bào khối u và biến chúng thành tế bào bình thường, ngăn chặn sự phát triển của chúng hoặc tiêu diệt chúng.

Điều trị thay thế

Các phương pháp điều trị thay thế chưa được chứng minh là có thể chữa khỏi u não và không bao giờ được thay thế bằng liệu pháp thông thường. Tuy nhiên, các liệu pháp bổ sung (được sử dụng cùng với chứ không phải thay thế cho các phương pháp điều trị tiêu chuẩn) có thể giúp một số bệnh nhân đối phó với căng thẳng do bệnh tật và tác dụng phụ của việc điều trị.

Phản hồi sinh học có thể dạy bệnh nhân tác động và kiểm soát nhịp tim, độ căng cơ và các chức năng cơ thể liên quan đến căng thẳng khác. Một số bệnh nhân cho rằng hình ảnh có hướng dẫn (trực quan hóa) giúp họ cảm thấy khỏe mạnh hơn và kiểm soát được bệnh tật của mình nhiều hơn.

Xoa bóp, thiền và bấm huyệt giúp một số bệnh nhân thư giãn; trong khi yoga được cho là có tác dụng làm dịu cơ thể, tinh thần và tâm trí. Thủy tri liệу sử dụng nước đá, chát lỏng và hơi nước để cải thiện tuần hoàn và giảm đau. Các bác sĩ tri liệu bằng cảm ứng cho biết họ có thể giảm đau và các triệu chứng khác bằng cách di chuyển tay theo chuyển động chậm, nhịp nhàng cách cơ thể bệnh nhân vài inch.

Các liệu pháp thực vật, điều trị vi lượng đồng căn, điều trị y học cổ truyền Trung Quốc, tập trung dinh dưỡng vào chế độ ăn uống và thực phẩm bổ sung, và giải độc cũng có thể được kết hợp như các liệu pháp bổ sung.

Tiên lượng

Tiên lượng của bệnh nhân phụ thuộc vào vị trí của khối u, loại tế bào chứa trong đó, kích thước của khối u và ảnh hưởng của nó lên các cấu trúc não lân cận. Một bệnh nhân được phát hiện sớm và cắt bỏ hoàn toàn khối u có thể hồi phục hoàn toàn, nhưng bản thân phẫu thuật có thể gây tổn hại hoặc phá hủy mô não bình thường và gây ra:

- vấn đề về suy nghĩ, lời nói và phối hợp
- co giật
- yếu đuối
- thay đổi tính cách

hỗn

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Hệ thần kinh trung ương (CNS)–Bộ phận của hệ thần kinh bao gồm não và tủy sống.

Dịch não tủy (CSF)–Chất lỏng trong suốt lắp đầy các khoang não và bảo vệ não và tủy sống.

Đao Gamma - Xạ trị liều cao điều trị khối u nội sọ.

Nội sọ–Nằm bên trong hoặc trên bề mặt của não.

Mặc dù những vấn đề sau phẫu thuật này ban đầu có thể nghiêm trọng hơn các triệu chứng do khối u gây ra nhưng chúng có thể sẽ giảm bớt hoặc biến mất theo thời gian.

Liệu pháp nghề nghiệp có thể dạy cho bệnh nhân và gia đình họ những cách mới để tiếp cận công việc hàng ngày. Vật lý trị liệu có thể mang lại lợi ích cho những bệnh nhân gặp khó khăn trong việc giữ thẳng bằng, diễn đạt suy nghĩ, nói hoặc nuốt. Trẻ em có thể cần người dạy kèm đặc biệt trước và sau khi trở lại trường học. Đối với những bệnh nhân có khối u não không thể chia nhỏ, dịch vụ chăm sóc cuối đời có thể được cung cấp. Nhà chăm sóc cuối đời cung cấp một môi trường hỗ trợ và giúp bệnh nhân kiểm soát cảm đau ở tuổi tác và duy trì sự thoải mái.

Hậu quả của xạ trị

Các tế bào bị tiêu diệt bởi bức xạ có thể tập trung lại trong não, giống như các khối u. Chúng có thể gây đau đầu, co giật và mất trí nhớ. Trẻ em được điều trị bằng bức xạ có thể bị mất một phần thị lực và gặp các vấn đề về học tập. Tồn thương do bức xạ đối với tuyến yên có thể cần thời kỳ tăng trưởng và phát triển bình thường.

Hậu quả của hóa trị

Một số loại thuốc dùng để điều trị u não có thể gây tổn thương thận và gây ngứa tạm thời hoặc vĩnh viễn ở các ngón tay và ú tai.

Khối u không thể phẫu thuật

Các khối u não không thể loại bỏ có thể gây tổn thương não không thể phục hồi và tử vong.

Phòng ngừa

Nguyên nhân gây u não nguyên phát chưa được xác định xác định, vì vậy không có cách nào biết để ngăn chặn chúng.

Cách tốt nhất để ngăn ngừa thứ phát hoặc di căn khối u não là để loại bỏ các yếu tố nguy cơ như:

- dinh dưỡng kém và chế độ ăn ít chất xơ; vì những điều này góp phần vào sự phát triển của bệnh ung thư đường ruột
- hút thuốc gây ung thư phổi
- sử dụng quá nhiều rượu, có liên quan đến gan bệnh ung thư
- tiếp xúc quá nhiều với ánh nắng mặt trời, có thể gây ra khối u ác tính (một dạng ung thư da chết người).

Tự kiểm tra vú và tinh hoàn hàng tháng có thể phát hiện ung thư vú và tinh hoàn ở giai đoạn sớm nhất, có thể chữa khỏi nhất.

Tài nguyên**SÁCH**

Các biên tập viên của Time-Life Books, Inc. Có vấn y tế: Hướng dẫn đầy đủ về phương pháp điều trị thông thường và thay thế. Alexandria, VA: Time-Life, Inc., 1996.

ĐỊNH KÝ

Moullignier, Antoine, và công sự, "Khối u thần kinh dặm não và Nhiễm vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người-1: Không chỉ là một mối liên hệ tình cảm." Ung thư 74, không. 2 (15/7/1994): 686-87.

TỔ CHỨC

Hiệp hội khối u não Hoa Kỳ. 2770 Đường River, Des Plaines, IL 60018. (847) 827-9918, (800) 886-2289. <<http://www.abta.org>>

Tổ chức Ung thư Não cho Trẻ em, Inc. Chu vi 2231 Park Drive, Suite 9, Atlanta, GA 30341. (404) 454-5554.

Dịch vụ thông tin về khối u não. Box 405, Phòng J341, Đại học Bệnh viện Chicago, 5841 S. Đại lộ Maryland, Chicago, IL 60637. (312) 684-1400.

MedHelp Quốc tế. 6300 N. Wickham, Suite 130, Box 188, Melbourne, FL 32940. (407) 253-9048. <<http://www.medhelp.netusa.net>>

Tổ chức Ung thư Não Quốc gia. 785 Phố Chợ, #1600, San Francisco, CA 94103. <<http://www.oncolink.penn.edu>> tâm lý xã hội.

KHÁC

Khối u não người lớn. <http://cancernet.nci.nih.gov/clinpdq/pif/Adult_brain_tumor_Patient.html> (tháng 5 năm 2001).

Khối u não, nguyên phát. Dịch vụ thông tin Nidus, Kết nối tốt, 2001.

"Khối u não," Goldman: Sách giáo khoa y khoa Cecil, tái bản lần thứ 21, Bản quyền (c) 2000 WB Saunders Company "Khối u não," Abeloff: Ung thư lâm sàng, tái bản lần thứ 2, Bản quyền (c) 2000 Churchill Livingstone, Inc.

Khối u não thời thơ ấu. <http://cancernet.nci.nih.gov/clinpdq/pif/Childhood_brain_tumor_Patient.html> (tháng 5 năm 2001).

Sơ lược về khối u não. <<http://neurosurgery.mgh.harvard.edu/abta/primer.htm>> (12 tháng 3 năm 1998).

Câu hỏi: Dao Gamma là gì? <http://oncolink.upenn.edu/specialty/med_phys/gamma.html> (13 tháng 4 năm 2001).

Những điều bạn cần biết về khối u não. <http://rex.nci.nih.gov/WTNK_PUBS/brain/index.htm (28 tháng 9 năm 1998).

Rosalyn Carson-DeWitt, MD

Sinh thiết vú

Sự định nghĩa

Sinh thiết vú là việc lấy mô vú để bác sĩ giải phẫu bệnh kiểm tra. Điều này có thể được thực hiện bằng phẫu thuật hoặc bằng cách rút mô qua kim.

Mục đích

Sinh thiết được khuyến khích khi phát hiện thấy sự bất thường đáng kể, khi khám thực thể và/hoặc bằng xét nghiệm hình ảnh. Ví dụ về những bất thường có thể bao gồm cảm giác có khối u ở vú khi tự khám sức khỏe hoặc những thay đổi về mô được nhận thấy khi chụp quang tuyến vú. Trước khi thực hiện sinh thiết, điều quan trọng là phải đảm bảo rằng mỗi đe dọa ung thư không thể bị bác bỏ hoặc loại trừ bằng một cuộc kiểm tra đơn giản hơn, ít xâm lấn hơn. Một khối u rõ ràng có thể vô hại khi được kiểm tra bằng siêu âm. Nếu điều này không mang tính quyết định thì sự hiện diện của bệnh ung thư hoặc nhiều tình trạng lành tính ở vú có thể được xác định bằng cách sử dụng sinh thiết.

Các biện pháp phòng ngừa

Loại sinh thiết được đề nghị nên được xem xét. Điều này sẽ phụ thuộc vào việc có thể cảm nhận được khu vực đó hay không, có thể nhìn thấy nó rõ ràng như thế nào trên chụp quang tuyến vú hoặc siêu âm và cảm giác hoặc biểu hiện đáng ngờ của nó như thế nào. Cần có thiết bị chuyên dụng cho các loại sinh thiết khác nhau và tinh sẵn có có thể khác nhau. Nói chung, sinh thiết bằng kim ít xâm lấn hơn sinh thiết phẫu thuật. Nó phù hợp với hầu hết, nhưng không phải tất cả các tình huống. Tuy nhiên, một số bác sĩ phẫu thuật cảm thấy nó kém chính xác hơn nhiều.

Sự miêu tả

Sinh thiết phẫu thuật

Nếu không cảm thấy bất thường khi tự khám, có những dấu hiệu cho thấy cần được chăm sóc y tế. Bao gồm các:

- đau vú dữ dội •
- thay đổi kích thước vú hoặc núm vú
- thay đổi hình dạng của cả vú và núm vú

- da vú bị rõ, lõm hoặc đỏ
- núm vú đỏ, kích ứng hoặc tụt núm vú
- những thay đổi trong kiểu vân có thể nhìn thấy trên bề mặt của vú
- một số loại dịch tiết ở núm vú

Nếu không cảm nhận được sự bất thường, việc định vị kim phải được thực hiện trước khi phẫu thuật thực sự. Sau khi dùng thuốc gây tê cục bộ, một sợi dây mảnh sẽ được đặt vào vùng cần quan tâm. Hướng dẫn sử dụng tia X hoặc siêu âm. Bệnh nhân tĩnh và thường ngồi dậy.

Có hai loại sinh thiết vú được xem xét ở đây, cắt bỏ và rạch. Sinh thiết cắt bỏ là một thủ tục phẫu thuật, trong đó toàn bộ khu vực cần quan tâm và một số mô xung quanh được cắt bỏ. Nó thường được thực hiện như một thủ tục ngoại trú, trong bệnh viện hoặc trung tâm phẫu thuật độc lập. Bệnh nhân có thể tỉnh và đôi khi được cho dùng thuốc để gây buồn ngủ. Khu vực được phẫu thuật sẽ được gây tê cục bộ. Ít khi gây mê toàn thân được sử dụng.

Sinh thiết cắt bỏ thường mất dưới một giờ. Tổng thời gian lưu trú tại cơ sở phụ thuộc vào loại thuốc gây mê được sử dụng, liệu việc định vị kim có được thực hiện hay không và mức độ của phẫu thuật.

Nếu khối lượng rất lớn, có thể thực hiện sinh thiết bằng vết mổ. Trong trường hợp này chỉ một phần của khu vực được lấy ra và gửi đi phân tích. Thủ tục này giống như sinh thiết cắt bỏ ở các khía cạnh khác.

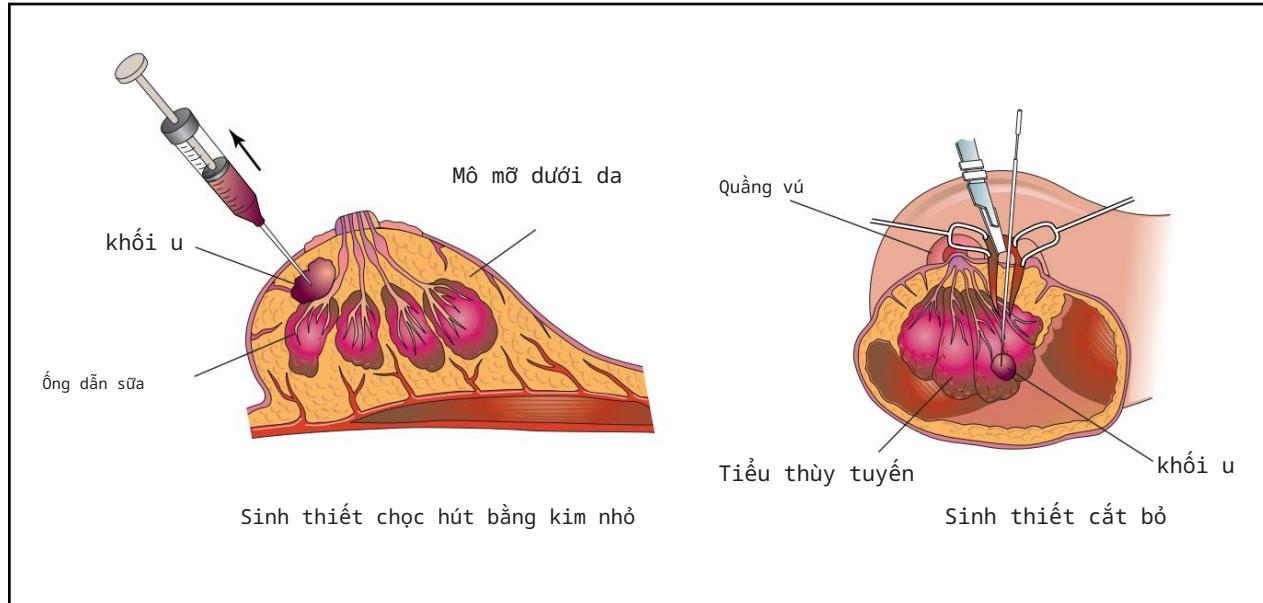
Sinh thiết kim

Sinh thiết bằng kim sẽ loại bỏ một phần vùng nghi ngờ để kiểm tra. Có hai loại, sinh thiết chọc hút (sử dụng kim nhỏ) và sinh thiết kim lõi lớn. Một trong hai cách này có thể được gọi là sinh thiết kim qua da. Percutaneous đề cập đến một thủ tục được thực hiện qua da.

Sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ sử dụng kim rất mỏng để rút chất lỏng và tế bào có thể nghiên cứu được. Nó có thể được thực hiện tại văn phòng bác sĩ, phòng khám hoặc bệnh viện. Có thể sử dụng thuốc gây tê cục bộ nhưng đôi khi không được thực hiện vì nó có thể gây đau hơn kim sinh thiết. Khu vực đặt kim có thể được xác định bằng cách chạm. Không cần thiết bị chuyên dụng. Tuy nhiên, sử dụng hướng dẫn siêu âm cho phép bác sĩ cảm nhận và nhìn thấy tổn thương cùng một lúc. Việc rút chất lỏng và tế bào thực tế có thể được hình dung khi nó xảy ra. Điều này giúp đảm bảo rằng mẫu vật được lấy từ đúng nơi.

Sinh thiết kim lõi lớn sử dụng kim có đường kính lớn hơn để loại bỏ các mảnh mô nhỏ, có kích thước bằng hạt gạo. Nó có thể được thực hiện tại một phòng khám hoặc bệnh viện có cơ sở vật chất phù hợp. Gây tê cục bộ là thường quy-

Hình ảnh



Sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ sử dụng một cây kim rất mỏng để lấy chất lỏng và tế bào ra khỏi vú để kiểm tra. Sinh thiết cắt bỏ là một thủ tục phẫu thuật trong đó toàn bộ khu vực cần quan tâm và một số mô xung quanh được lấy ra để phân tích. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

được sử dụng. Siêu âm hoặc tia X được sử dụng để hướng dẫn sinh thiết bằng kim lõi lớn.

Nếu khu vực nghi ngờ được nhìn rõ nhất bằng tia X, thiết bị chiến thuật âm thanh nổi sẽ được sử dụng. Điều này có nghĩa là tia X được chụp từ nhiều góc độ. Thông tin này được đưa vào máy tính, máy tính sẽ phân tích dữ liệu và hướng kim đến đúng vị trí. Bệnh nhân có thể ngồi dậy hoặc có thể nằm sấp, với ngực được đặt qua một khe hở trên bàn. Vú được giữ chắc chắn nhưng thoải mái giữa một tấm nhựa và một tấm kim loại, tương tự như tấm dùng để chụp quang tuyến vú (một bộ tia X chụp mặt trước và mặt bên của vú). Có thể chụp X-quang trước, trong và sau khi mô được rút vào kim để xác nhận rằng sinh thiết đúng vị trí. Thủ tục này cũng có thể được gọi là sinh thiết lõi lập thể hoặc phẫu thuật cắt bỏ vú.

Siêu âm được sử dụng để hướng dẫn vị trí kim cho một số tổn thương. Bệnh nhân nằm ngửa hoặc nằm nghiêng. Sau khi vùng bị tê, gel vô trùng sẽ được áp dụng. Bác sĩ đặt một đầu dò, một dụng cụ có kích thước bằng máy cạo râu điện, lên da. Điều này tạo ra một hình ảnh từ sự phản xạ của sóng âm thanh. Một cây kim đặc biệt, thường nằm trong một thiết bị có lò xo, được sử dụng để lấy mô. Thủ tục được quan sát trên màn hình khi nó đang diễn ra.

Sự chuẩn bị

Sinh thiết vú bằng phẫu thuật có thể yêu cầu bệnh nhân không ăn uống gì trong một khoảng thời gian trước khi thực hiện.

hoạt động. Việc này thường sẽ diễn ra từ nửa đêm hôm trước, nếu có kế hoạch gây mê toàn thân. Không cần hạn chế thực phẩm cho sinh thiết bằng kim. Nên ăn nhẹ trước khi thực hiện thủ thuật. Điều này đặc biệt quan trọng nếu bệnh nhân nằm sấp để sinh thiết định vị.

Chăm sóc sau

Sau khi sinh thiết phẫu thuật, vết mổ sẽ được đóng lại bằng các mũi khâu và được băng lại. Băng thường có thể được gỡ bỏ sau một hoặc hai ngày. Các mũi khâu được lấy ra khoảng một tuần sau đó. Tùy thuộc vào mức độ hoạt động, các hoạt động bình thường có thể được tiếp tục sau khoảng một đến ba ngày. Tập thể dục mạnh mẽ có thể bị hạn chế trong một đến ba tuần.

Việc mở da để sinh thiết bằng kim là tối thiểu. Nó có thể được đóng lại bằng băng mỏng, trong suốt, được gọi là dải steri hoặc được phủ bằng băng đô và băng gạc nhỏ. Bệnh nhân có thể trở lại sinh hoạt bình thường ngay sau khi sinh thiết. Hoạt động gắng sức hoặc nâng vật nặng không được khuyến khích trong 24 giờ. Bất kỳ loại băng nào cũng có thể được tháo ra một hoặc hai ngày sau khi sinh thiết.

Rủi ro

Nhiễm trùng luôn có khả năng xảy ra khi da bị rách, mặc dù điều này hiếm khi xảy ra. Đỏ, sưng tấy hoặc đau dữ dội ở vị trí sinh thiết có thể là dấu hiệu

sự nhiễm trùng. Một hậu quả khác có thể xảy ra của sinh thiết vú là khói máu tụ. Đây là một bộ sưu tập máu tại vị trí sinh thiết. Nó thường được cơ thể hấp thụ một cách tự nhiên.

Nếu nó rất lớn và không thoái mái, nó có thể cần phải được dẫn lưu. Sinh thiết vú bằng phẫu thuật có thể tạo ra vết sẹo nhìn thấy được trên vú. Đôi khi điều này có thể làm cho việc chụp quang tuyến vú trong tương lai khó diễn giải chính xác hơn.

Một báo cáo bệnh lý âm tính giả là một nguy cơ khác. Điều này có nghĩa là không có bệnh ung thư được tìm thấy khi có bệnh ung thư. Tỷ lệ mắc bệnh này thay đổi tùy theo kỹ thuật sinh thiết. Nói chung, sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ có tỷ lệ kết quả âm tính giả cao nhất, nhưng có thể có sự khác biệt về kết quả giữa các cơ sở.

Kết quả bình thường

Một báo cáo bệnh lý bình thường cho thấy không có khói u ác tính. Mẫu mô có thể được phân loại thêm là tình trạng vú lành tính, chẳng hạn như khói u vú (u xơ tuyển) hoặc mô liên kết giống như sợi (xơ hóa). Các nghiên cứu đã chứng minh rằng khoảng 80% tổng số sinh thiết vú cho kết quả bệnh lý lành tính.

Kết quả bất thường

Một báo cáo bệnh lý bất thường cho thấy có bệnh ung thư. Nếu sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ được thực hiện, nhà nghiên cứu bệnh học sẽ xem từng tế bào dưới kính hiển vi để xem liệu chúng có biểu hiện ung thư hay không. Sinh thiết kim lõi lớn và sinh thiết phẫu thuật sẽ có thể cung cấp thêm thông tin. Điều này bao gồm loại ung thư, liệu nó có xâm lấn các mô xung quanh hay không và khả năng lây lan nhanh chóng như thế nào. Có một số tình trạng không ác tính nhưng cho thấy nguy cơ cao phát triển ung thư vú trong tương lai. Nếu những điều này được xác định, việc giám sát khu vực thường xuyên hơn có thể được khuyến nghị.

Tài nguyên

SÁCH

Nam tước-Faust, Rita. Ung thư vú: Những điều mọi phụ nữ nên biết. New York: Sách Hearst, 1995.

Yêu, Susan và Karen Lindsey. Cuốn sách về vú của Tiến sĩ Susan Love. tái bản lần thứ 2. Reading, MA: Addison-Wesley, 1995.

ĐỊNH KÝ

Bassett, Lawrence và cộng sự. "Sinh thiết kim lõi lập thể của vú." CA: Tạp chí dành cho bác sĩ lâm sàng 47 (tháng 5/tháng 6 năm 1997): 171-190.

Cady, Blake và cộng sự. "Đánh giá các vấn đề thường gặp về vú: Hướng dẫn dành cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính." CA: Tạp chí dành cho bác sĩ lâm sàng 48 (tháng 1/tháng 2 năm 1998): 49-63.

Người quản lý lâu dài, Michael. "Tin tức về ung thư vú có thể Cứu cuộc đời bạn." Vòng tròn Gia đình, 11 (13/5/1997): 60-65.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ- Thủ thuật sử dụng một cây kim mỏng để lấy chất lỏng và tế bào ra khỏi khói u ở vú.

Sinh thiết bằng kim lõi lớn- Thủ tục sử dụng kim dày hơn để lấy lõi mô, có kích thước bằng hạt gạo, ra khỏi vú.

Weber, Ellen. "Hỏi Đáp Về Ung Thư Vú

Chẩn đoán." Tạp chí Điều dưỡng Hoa Kỳ 97 (10/1997): 34-38.

TỔ CHỨC

Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ. 1599 Clifton Rd., NE, Atlanta, GA 30329-4251. (800) 227-2345. <<http://www.cancer.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>>.

Ellen S. Weber, MSN

Ung thư vú

Sự định nghĩa

Ung thư vú là do sự phát triển của các tế bào ác tính ở vú. Các tế bào ác tính có nguồn gốc từ niêm mạc tuyến sữa hoặc ống dẫn sữa (biểu mô ống dẫn sữa), xác định khói u ác tính này là ung thư.

Tế bào ung thư được đặc trưng bởi sự phân chia không kiểm soát được dẫn đến sự phát triển bất thường và khả năng các tế bào này xâm lấn mô bình thường cục bộ hoặc lan rộng khắp cơ thể, trong một quá trình gọi là di căn.

Sự miêu tả

Ung thư vú phát sinh từ các tuyến sản xuất sữa của mô vú. Các nhóm tuyến trong mô vú bình thường được gọi là tiều thùy. Sản phẩm của các tuyến này được tiết vào hệ thống ống dẫn đến núm vú.

Tùy thuộc vào vị trí trong đơn vị tuyến hoặc ống của vú mà ung thư phát sinh, nó sẽ phát triển một số đặc điểm nhất định được sử dụng để phân loại ung thư vú thành các loại. Nhà nghiên cứu bệnh học sẽ biểu thị loại phụ tại thời điểm đánh giá bằng kính hiển vi. Ung thư biểu mô ống bắt đầu trong các ống dẫn, ung thư biểu mô tiều thùy có mô hình liên quan đến các tiều thùy hoặc tuyến. Việc phân loại quan trọng hơn có liên quan đến khả năng của khói u được đánh giá

Ung thư

xâm lấn, vì đặc điểm này xác định căn bệnh này là một bệnh ung thư thực sự. Giai đoạn trước khi ung thư xâm lấn được gọi là tại chỗ, nghĩa là khối u ác tính ban đầu vẫn chưa có khả năng xâm lấn. Vì vậy, ung thư biểu mô ác tính tại chỗ được coi là ung thư vú mức độ nhẹ.

Ung thư vú lây lan như thế nào

Khoi u nguyên phát bắt đầu ở vú nhưng một khi đã xâm lấn, nó có thể tiến triển ra ngoài vú đến các hạch bạch huyết khu vực hoặc di căn (di căn) đến các hệ cơ quan khác trong cơ thể và mang tính hệ thống.

Bạch huyết là chất lỏng trong suốt, giàu protein, thẩm sâu vào các tế bào khắp cơ thể. Bạch huyết sẽ quay trở lại dòng máu thông qua các kẽm nhỏ được gọi là bạch huyết.

Trên đường đi, bạch huyết được lọc qua các trạm tế bào được gọi là nút, do đó chúng được gọi là hạch bạch huyết.

Gần như tất cả các cơ quan trong cơ thể đều có một nhóm hạch bạch huyết chính lọc mô hoặc bạch huyết đến từ cơ quan đó. Ở vú, các hạch bạch huyết chính nằm ở dưới nách hoặc nách. Về mặt cổ điển, khối u nguyên phát bắt đầu ở vú và nơi đầu tiên nó có khả năng lây lan là các hạch bạch huyết khu vực. Ung thư, khi xâm lấn ngay từ nơi xuất phát, cũng có thể xâm nhập vào các mạch máu. Nếu ung thư xâm nhập vào các mạch máu, các mạch máu sẽ tạo ra một con đường khác để ung thư lây lan sang các cơ quan khác của cơ thể.

Ung thư vú diễn ra theo tiến trình kinh điển này mặc dù nó thường trở nên toàn thân hoặc lan rộng ngay từ giai đoạn đầu của bệnh. Vào thời điểm người ta có thể sờ thấy một khối u ở vú, nó thường có kích thước 0,4 inch hoặc 1 cm và chứa khoảng một triệu tế bào. Người ta ước tính rằng một khối u có kích thước này có thể mất từ 1 đến 5 năm để phát triển.

Trong thời gian đó, ung thư có thể di căn hoặc lây lan theo đường bạch huyết hoặc máu đến các khu vực khác trong cơ thể.

Khi ung thư vú nguyên phát lan rộng, đầu tiên nó có thể lan đến các hạch bạch huyết vùng dưới nách, các hạch nách. Nếu điều này xảy ra, có sự di căn khu vực. Nếu nó tiến triển đến nơi khác bằng đường bạch huyết hoặc đường máu, bệnh nhân sẽ phát triển di căn toàn thân có thể liên quan đến một số cơ quan khác trong cơ thể. Các vị trí ưa thích liên quan đến hệ thống đôi với ung thư vú là phổi, xương, gan, da và mô mềm. Hóa ra, sự hiện diện và số lượng thực tế của các hạch bạch huyết khu vực chứa ung thư vẫn là chỉ số tốt nhất về việc liệu ung thư có di căn rộng rãi hay không. Bởi vì các xét nghiệm phát hiện di căn ở các cơ quan khác có thể không đủ nhạy để phát hiện các cặn nhỏ, việc đánh giá nách để tìm di căn vùng trời nên rất quan trọng trong việc đưa ra quyết định điều trị cho căn bệnh này.

Nếu ung thư vú lây lan sang các cơ quan quan trọng khác của cơ thể, sự hiện diện của nó sẽ làm tổn hại đến chức năng của các cơ quan đó.

Nội tạng. Cái chết là kết quả của sự tổn hại nghiêm trọng đến chức năng cơ quan quan trọng.

Nhân khẩu học

Mỗi phụ nữ đều có nguy cơ mắc bệnh ung thư vú. Nếu bà sống đến 85 tuổi thì có 1/9 khả năng bà sẽ mắc bệnh này vào lúc nào đó trong đời. Khi phụ nữ già đi, nguy cơ phát triển ung thư vú tăng lên đáng kể bắt kể tiền sử gia đình. Nguy cơ ung thư vú của phụ nữ 25 tuổi chỉ là 1 trong số 19.608; ở tuổi 45, tỷ lệ này là 1 trên 93. Trên thực tế, chưa đến 5% trường hợp được phát hiện trước 35 tuổi và phần lớn các trường hợp ung thư vú được phát hiện ở phụ nữ trên 50 tuổi.

Năm 1999, có 180.000 trường hợp ung thư vú mới được chẩn đoán.

Khoảng 45.000 phụ nữ chết vì ung thư vú mỗi năm, chiếm 16% số ca tử vong do ung thư ở phụ nữ. Lần đầu tiên, tỷ lệ tử vong giảm trung bình 1,7% mỗi năm từ năm 1995 đến năm 1999, phản ánh việc chẩn đoán sớm hơn và cải thiện các liệu pháp điều trị.

Nguyên nhân và triệu chứng

Có một số yếu tố nguy cơ dẫn đến sự phát triển của ung thư vú, bao gồm:

- Tiền sử gia đình mắc bệnh ung

thư vú ở mẹ hoặc chị gái

- bắt đầu có kinh sớm và mãn kinh muộn
- tiền sử sinh sản: phụ nữ không có con hoặc có con sau 30 tuổi và phụ nữ chưa bao giờ cho con bú sữa mẹ có nguy cơ cao hơn
- tiền sử sinh thiết vú bất thường

Mặc dù đây là những yếu tố nguy cơ đã được công nhận nhưng điều quan trọng cần lưu ý là hơn 70% phụ nữ mắc bệnh ung thư vú không hề biết đến các yếu tố nguy cơ. Việc có một số yếu tố nguy cơ có thể làm tăng nguy cơ phát triển ung thư vú ở phụ nữ, nhưng sự tương tác giữa các yếu tố nguy cơ rất phức tạp. Ngoài những yếu tố được chấp nhận nêu trên, một số nghiên cứu cho thấy chế độ ăn nhiều chất béo, béo phì hoặc sử dụng rượu có thể góp phần tạo ra nguy cơ.

Một yếu tố khác có thể góp phần vào nguy cơ của phụ nữ là liệu pháp thay thế hormone (HRT).

HRT giúp giảm đáng kể các triệu chứng mãn kinh, ngăn ngừa loãng xương và có thể bảo vệ khỏi bệnh tim mạch và đột quỵ. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy có nguy cơ phát triển ung thư vú tăng lên khi sử dụng HRT. Vì vậy, việc sử dụng liệu pháp thay thế hormone nên dựa trên các yếu tố nguy cơ cá nhân.

Tổng tất cả các yếu tố rủi ro được liệt kê ở trên, tiền sử gia đình là quan trọng nhất. Trong Cơ sở sinh học của bệnh ung thư, các tác giả ước tính rằng có lẽ khoảng một nửa số gia đình

Các trường hợp ung thư vú thứ phát (gia đình có tỷ lệ mắc ung thư vú cao) có đột biến ảnh hưởng đến gen ức chế khối u BRCA-1. Một gen khác (BRCA-2) thường như cũng gây ra tính dễ bị tổn thương di truyền đối với bệnh ung thư vú khởi phát sớm. Tuy nhiên, ung thư vú do di truyền chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ trong các trường hợp ung thư vú; chỉ 5%-10% trong số tất cả các trường hợp ung thư vú là phụ nữ được thừa hưởng tính nhạy cảm thông qua gen của họ. Tuy nhiên, khi tiền sử gia đình có nhiều khả năng phát triển bệnh ung thư vú thì nguy cơ mắc bệnh ở phụ nữ sẽ tăng lên.

Không phải tất cả các khối u được phát hiện ở vú đều là ung thư. Những thay đổi về sợi ở vú là cực kỳ phổ biến. Còn được gọi là tình trạng u xơ vú, những thay đổi về u xơ là nguyên nhân hàng đầu gây ra các khối u không phải ung thư ở vú. Những thay đổi về sợi nang cũng gây ra các triệu chứng đau, sưng tấy hoặc tiết dịch và có thể biểu hiện rõ ràng đối với bệnh nhân hoặc bác sĩ dưới dạng một khối u rắn hoặc chứa đầy dịch. Đánh giá chẩn đoán đầy đủ về bất kỳ bất thường đáng kể nào ở vú là bắt buộc vì mặc dù phụ nữ thường phát triển các thay đổi về u xơ, ung thư vú cũng rất phổ biến và các dấu hiệu và triệu chứng của các thay đổi ở u xơ cũng giống với ung thư vú.

Chẩn đoán

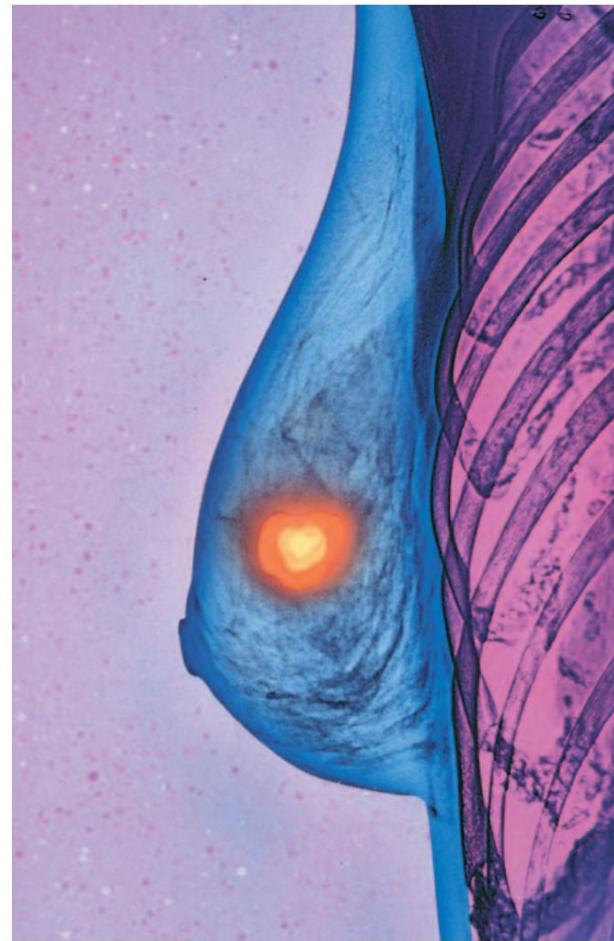
Chẩn đoán ung thư vú được thực hiện bằng sinh thiết bất kỳ khối u đáng ngờ nào hoặc bất thường trên nhũ ảnh đã được xác định. (Sinh thiết là việc loại bỏ mô để bác sĩ giải phẫu bệnh kiểm tra. Chụp quang tuyến vú là phương pháp kiểm tra vú bằng tia X, 2 góc nhìn, liều lượng thấp.) Bệnh nhân có thể được nhắc đến gặp bác sĩ khi tìm thấy khối u trong vú. vú, hoặc cô ấy có thể nhận thấy da bị lõm xuống, núm vú bị co rút hoặc có dịch tiết ra từ núm vú. Hoặc, bệnh nhân có thể không nhận thấy điều gì bất thường và chỉ phát hiện được khối u qua chụp quang tuyến vú.

Khi bệnh nhân không có dấu hiệu hoặc triệu chứng

Sàng lọc bao gồm việc đánh giá những phụ nữ không có triệu chứng hoặc dấu hiệu của vấn đề về vú, vì vậy khi chụp quang tuyến vú để đánh giá, bệnh nhân không có triệu chứng và có thể không có bất kỳ dấu hiệu bất thường nào khi khám vú. Chụp nhũ ảnh rất hữu ích trong việc phát hiện bệnh ung thư vú mà người ta không thể xác định được khi khám thực thể. Tuy nhiên, 10%-13% ung thư vú không xuất hiện trên chụp X-quang tuyến vú và một số lượng tương tự bệnh nhân ung thư vú có kết quả chụp X-quang tuyến vú bất thường và khám thực thể bình thường. Những số liệu này nhấn mạnh sự cần thiết của việc kiểm tra như một phần của quá trình sàng lọc.

Sàng lọc

Chúng tôi khuyên phụ nữ nên tập thói quen tự kiểm tra vú hàng tháng để phát hiện bất kỳ vấn đề nào.



Chụp quang tuyến vú cho thấy một khối u ở trung tâm vú.
(Chris Björnberg, Nhà nghiên cứu ảnh. Được phép sao chép lại.)

vón cục ở giai đoạn đầu. Nếu phát hiện thấy sự không chắc chắn hoặc có khối u, nên đánh giá bởi bác sĩ có kinh nghiệm và chụp X-quang tuyến vú. Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (ACS) đã đưa ra khuyến nghị về việc sử dụng phương pháp chụp nhũ ảnh trên cơ sở sàng lọc. Đã có tranh cãi về thời điểm và tần suất chụp X-quang tuyến vú thích hợp khi được sử dụng làm công cụ sàng lọc, nhưng các khuyến nghị của ACS như sau: Phụ nữ nên chụp X-quang tuyến vú hàng năm sau tuổi 40. Những người có tiền sử gia đình đáng kể (một hoặc nhiều những người thân thế hệ thứ nhất đã được điều trị ung thư vú), nên bắt đầu chụp quang tuyến vú hàng năm trễ hơn 10 tuổi so với người thân trê nhất khi cô ấy được chẩn đoán, nhưng không sớm hơn 35 tuổi.

Do nhận thức ngày càng cao về bệnh ung thư vú trong những năm gần đây nên việc đánh giá sàng lọc bằng khám nghiệm và chụp nhũ ảnh được thực hiện thường xuyên hơn nhiều so với trước đây. Kết quả là số ca ung thư vú được chẩn đoán tăng lên nhưng bệnh lại được chẩn đoán ở giai đoạn sớm hơn trước. Giai đoạn càng sớm

Uống

bệnh tại thời điểm biểu hiện thì kết quả lâu dài sau khi điều trị hoặc tiên lượng sẽ càng tốt hơn.

Khi bệnh nhân có dấu hiệu hoặc triệu chứng thực thể

Một phát hiện rất phổ biến dẫn đến chẩn đoán là sự hiện diện của một khối u trong vú. Da lõm xuống, nút vú bị co rút hoặc nút vú chảy dịch là những dấu hiệu ban đầu ít gặp hơn khiến phải sinh thiết. Mặc dù nút vú chảy máu là điều đáng lo ngại nhưng nguyên nhân thường gặp nhất là do bệnh lành tính. Da lõm hoặc nút vú co rút khi khám có khối u bên dưới vú là một phát hiện nặng hơn. Sự tồn thương thực sự trên da, kèm theo phù nề hoặc loét da, là những phát hiện muộn.

Một dấu hiệu rất phổ biến là sự hiện diện của một khối u ở vú. Nếu nghi ngờ có khối u và đến thời điểm này bệnh nhân chưa chụp quang tuyến vú, thì nên thực hiện kiểm tra trên cả hai vú trước bất kỳ điều gì khác để có thể nghiên cứu các đặc điểm ban đầu của tồn thương. Vú đối diện cũng cần được đánh giá bằng chụp X-quang tuyến vú để xác định xem có vấn đề nào khác tồn tại mà không được phát hiện khi khám thực thể hay không.

Cho dù kết quả chụp X-quang tuyến vú bất thường hay một trong các dấu hiệu nêu trên, sau đó là chụp X-quang tuyến vú dẫn đến nghi ngờ, chẩn đoán được xác định bằng cách lấy mô bằng sinh thiết khu vực. Có nhiều loại sinh thiết khác nhau, mỗi loại được sử dụng với chỉ định riêng tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân. Nếu đã có dấu hiệu di căn lan rộng, sinh thiết di căn có thể giúp chẩn đoán.

Sinh thiết

Tùy thuộc vào tình huống, các loại sinh thiết khác nhau có thể được thực hiện. Các loại bao gồm sinh thiết vết mổ và cắt bỏ. Trong sinh thiết vết mổ, bác sĩ lấy một mẫu mô và trong sinh thiết cắt bỏ, khối lượng sẽ được cắt bỏ. Sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ và sinh thiết bằng kim lõi là các loại sinh thiết qua vết mổ.

Sinh thiết hút kim mìn. Trong sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ, một cây kim cỡ nhỏ có thể được đưa vào tồn thương và các tế bào từ khu vực được hút vào kim có thể được chuẩn bị nhanh chóng để đánh giá bằng kính hiển vi (tế bào học). (Bệnh nhân bị chảy dịch nút vú cũng có thể lấy mẫu dịch tiết ra để đánh giá tế bào học.) Chọc hút bằng kim nhỏ là một thủ thuật đơn giản có thể được thực hiện dưới gây tê tại chỗ và sẽ cho biết liệu tồn thương có phải là u nang chứa đầy chất lỏng hay không hoặc nó có rắn chắc không.

Mẫu thu được sẽ mang lại nhiều thông tin chẩn đoán. Sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ là một kỹ thuật tuyệt vời khi khối u có thể sờ thấy được và bác sĩ có thể dễ dàng đâm vào mục tiêu bằng kim. Nếu tồn thương là một nang đơn giản, chất dịch sẽ được thoát ra ngoài và khối u sẽ

biến mất. Nếu nó rắn, có thể đạt được chẩn đoán.

Tuy nhiên, phải cẩn thận vì nếu khối đặc và mẫu vật không ác tính thì việc loại bỏ hoàn toàn tồn thương có thể là điều cần thiết để đảm bảo chắc chắn.

SINH THIẾT KIM LÕI. Sinh thiết kim lõi cũng được thực hiện đơn giản bằng cách gây tê tại chỗ. Mảnh mô lớn hơn thu được với cấu trúc được bảo quản của nó có thể hữu ích trong việc xác nhận chẩn đoán nếu không phẫu thuật cắt bỏ. Sinh thiết vết mổ mở hiếm khi cần thiết để chẩn đoán vì kỹ thuật kim. Nếu vẫn còn câu hỏi về chẩn đoán, có thể cần phải thực hiện sinh thiết phẫu thuật mở hoàn chỉnh.

SINH HỌC ĐỘC QUYỀN. Khi được thực hiện, sinh thiết cắt bỏ (cắt bỏ hoàn toàn) là một thủ tục ngoại trú tối thiểu thường được thực hiện dưới hình thức gây tê cục bộ.

TỔN THƯƠNG KHÔNG SẠM ĐƯỢC. Khi sàng lọc tăng lên, các tổn thương không sờ thấy chỉ được chứng minh bằng chụp X-quang tuyến vú đang trở nên phổ biến hơn. Việc sử dụng tia X và máy tính để hướng dẫn kim sinh thiết hoặc đặt điểm đánh dấu cho bác sĩ phẫu thuật thực hiện sinh thiết cắt bỏ thường được sử dụng. Một số tồn thương lành tính có thể được loại bỏ hoàn toàn bằng sinh thiết lõi đa hướng. Những kỹ thuật này rất hấp dẫn vì chúng ít xâm lấn; tuy nhiên, bác sĩ cần phải cẩn thận để lấy được mẫu tốt.

Các xét nghiệm khác

Nếu một tồn thương không sờ thấy được và có đặc điểm nang đơn giản trên chụp nhũ ảnh, siêu âm có thể được sử dụng để xác định đó là u nang và hướng dẫn sơ tán nó. Siêu âm cũng có thể được sử dụng trong một số trường hợp để hướng dẫn sinh thiết bằng kim nhỏ hoặc lõi của vú.

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan, CAT scan) và chụp cộng hưởng từ (MRI), chỉ được sử dụng rất thường xuyên trong việc đánh giá các tồn thương ở vú.

Sự đối đãi

Dàn dựng

Sau khi chẩn đoán được xác định, trước khi điều trị, nhiều xét nghiệm sẽ được thực hiện để xác định xem ung thư có lan ra ngoài vú hay không. Những xét nghiệm này bao gồm chụp X-quang ngực và công thức máu cùng với xét nghiệm chức năng gan. Cùng với chức năng gan được đo bằng mẫu máu, mức độ phosphatase kiềm, một loại enzyme từ xương cũng được xác định. Quét xương hạt nhôm phóng xạ có thể được yêu cầu. Xét nghiệm này xem xét những nơi trong cơ thể mà ung thư vú thường di căn. Chụp CT cũng có thể được yêu cầu. Bác sĩ sẽ khám kỹ lưỡng vùng nách để đánh giá khả năng di căn vùng nhưng tiếc là việc khám này không chính xác lắm. Từ

tình trạng hạch nách là sự phản ánh tốt nhất có thể bệnh lan rộng, các nút này một phần hoặc toàn bộ sẽ bị loại bỏ tại thời điểm điều trị phẫu thuật.

Sử dụng kết quả của những nghiên cứu này, giai đoạn lâm sàng được xác định được xác định cho bệnh nhân. Điều này giúp xác định phác đồ điều trị và tiên lượng. Sau khi điều trị bằng phẫu thuật, bước cuối cùng, hoặc bệnh lý, giai đoạn được xác định là hạch nách thực sự trạng thái nút đã được biết. Tiêu chí phân giai đoạn chi tiết có sẵn từ Ủy ban Hỗn hợp Ung thư Hoa Kỳ

Hướng dẫn sử dụng và được khái quát ở đây:

- Giai đoạn 1—Ung thư không lớn hơn 2 cm (0,8 in) và không có tế bào ung thư được tìm thấy trong các hạch bạch huyết.
- Giai đoạn 2—Ung thư có kích thước từ 2 cm đến 5 cm, và ung thư đã lan đến các hạch bạch huyết.
- Giai đoạn 3A—Khối u lớn hơn 5 cm (2 in) hoặc nhỏ hơn 5 cm nhưng đã lan đến các hạch bạch huyết, khiến đã trưởng thành vào nhau.
- Giai đoạn 3B—Ung thư đã lan đến các mô gần vú, (xâm lấn cục bộ) hoặc đến các hạch bạch huyết bên trong ngực tưởng, dọc theo xương ức.
- Giai đoạn 4—Ung thư đã lan đến da và hạch bạch huyết vượt ra ngoài nách hoặc đến các cơ quan khác của cơ thể.

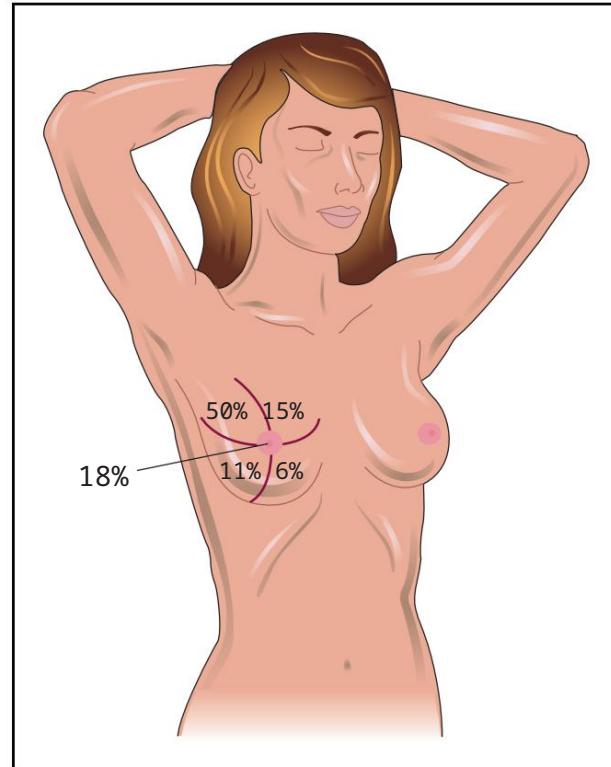
Sự đổi mới

Phẫu thuật, xạ trị và hóa trị đều được sử dụng trong điều trị ung thư vú. Tùy thuộc vào giai đoạn, chúng sẽ được sử dụng trong các kết hợp khác nhau hoặc trình tự để thực hiện một chiến lược thích hợp cho loại và giai đoạn bệnh đang được điều trị.

CA PHẪU THUẬT. Trong lịch sử, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ nội dung của vú và nách cùng với các cơ xuống thành ngực được thực hiện như một liệu pháp đơn độc (cắt bỏ vú tận gốc). Trong hai mươi lăm năm qua, vì người ta đã đánh giá cao rằng ung thư vú thường mang tính hệ thống ở giai đoạn đầu của nó, vai trò của phẫu thuật vẫn là chủ yếu nhưng mức độ ngày càng ít đi.

Ngày nay, điều trị phẫu thuật được coi là tốt nhất kết hợp cắt bỏ khối u nguyên phát và làm cố định các hạch bạch huyết ở nách. Nếu toàn bộ vú được loại bỏ cùng với toàn bộ nội dung ở nách, nhưng cơ thành ngực không phải, gốc biến đổi phẫu thuật cắt bỏ vú đã được thực hiện.

Nếu khối u có kích thước nhỏ hơn 1,5 in (4 cm) và được đặt ở vị trí sao cho có thể gỡ bỏ mà không phá hủy vẻ ngoài thẩm mỹ hợp lý của phần vú còn lại, chỉ có khối u nguyên phát và một phần mô bình thường sẽ được LOẠI BỎ. Các hạch nách vẫn sẽ được cắt bỏ mục đích dàn dựng, thường là thông qua một vết mổ riêng biệt. Vì có nguy cơ tái phát ở vú còn lại mô, bức xạ được sử dụng để làm giảm nguy cơ nhiễm trùng cục bộ



Hình minh họa này cho thấy tần suất ung thư vú phát triển ở bốn góc phần tư của vú và núm vú. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

sự tái xuất. Loại trị liệu chính này được gọi là cắt bỏ khối u (hoặc cắt bỏ vú từng phần) và cắt bỏ nách mô xé.

Hiện nay mức độ cẩn thận của việc mổ xé vùng nách đang được đặt câu hỏi. Sinh thiết hạch gác, một kỹ thuật xác định các nút trong cổng nách khối u, đã được phát triển để cung cấp việc lấy mẫu có chọn lọc và làm giảm hơn nữa mức độ chấn thương do phẫu thuật kinh nghiệm của bệnh nhân.

Khi bệnh nhân được lựa chọn phù hợp dựa trên giai đoạn lâm sàng trước phẫu thuật, tất cả các giai đoạn phẫu thuật này các phương pháp tiếp cận đã được chứng minh là mang lại kết quả tương tự. Khi lập kế hoạch điều trị phẫu thuật ban đầu, điều bắt buộc là Hoạt động được điều chỉnh để phù hợp với hoàn cảnh lâm sàng của bệnh nhân.

Giai đoạn bệnh lý được xác định sau phẫu thuật điều trị xác định hoàn toàn các thông số cục bộ. TRONG Ngoài giai đoạn, còn có những xét nghiệm khác rất cần thiết để hỗ trợ đưa ra quyết định liên quan đến điều trị. Xử lý do đó mẫu phẫu thuật là rất quan trọng. Mô cần được phân tích về sự hiện diện hay vắng mặt của thụ thể hormone và thụ thể có tên HER-2. Sự hiện diện của các thụ thể này sẽ ảnh hưởng đến việc điều trị bổ sung.

Uống

bánh nướng. Đánh giá bằng kính hiển vi cũng có thể bao gồm đánh giá sự xâm lấn bạch huyết hoặc mạch máu như những điều này dự đoán một kết quả tồi tệ hơn. DNA của khối u các tế bào được phân tích định lượng để giúp quyết định mức độ xâm lấn sinh học của khối u. Các thông số này sẽ được được sử dụng chung cùng với hạch bạch huyết ở nách trạng thái để xác định mức độ xâm lấn dự đoán của bệnh ung thư. Đánh giá này, cùng với độ tuổi và tình trạng chung của bệnh nhân, sẽ được xem xét khi lập kế hoạch các liệu pháp hỗ trợ. Điều trị hỗ trợ là phương pháp điều trị được sử dụng sau lần điều trị đầu tiên để giúp đảm bảo rằng không có bệnh vi mô tồn tại và giúp kéo dài thời gian của bệnh nhân thời gian sinh tồn.

SỰ BỨC XẠ. Giống như liệu pháp phẫu thuật, xạ trị là một phương pháp cực bộ-nó xử lý các mô tiếp xúc với nó chứ không phải phần còn lại của cơ thể. Bức xạ thường được cung cấp sau phẫu thuật khi vết thương phẫu thuật đã lành. Các giai đoạn bệnh lý của khối u nguyên phát hiện đã được biết đến và điều này hỗ trợ trong việc lập kế hoạch điều trị. Phạm vi của địa phương phẫu thuật cũng ảnh hưởng đến việc lập kế hoạch. Bức xạ có thể không hoàn toàn cần thiết sau phẫu thuật cắt bỏ vú triết để đã được sửa đổi cho bệnh ở giai đoạn I, nhưng hầu như luôn được sử dụng khi thực hiện phẫu thuật bảo tồn vú. Nếu khối u lan rộng hoặc có nhiều hạch bị ảnh hưởng, vùng mô tiếp xúc sẽ thay đổi tương ứng. Bức xạ được sử dụng như một hỗ trợ cho điều trị phẫu thuật và được coi là một biện pháp quan trọng phương pháp đạt được sự kiểm soát cục bộ của khối u. Việc sử dụng Xạ trị không ảnh hưởng đến quyết định điều trị hỗ trợ sự đổi mới. Trước đây, bức xạ được sử dụng như một giải pháp thay thế thỉnh thoảng phải phẫu thuật. Tuy nhiên, hiện nay các phác đồ phẫu thuật bảo tồn vú đã được phát triển, cơ bản điều trị bức xạ của khối u không còn được thực hiện. Bức xạ cũng có vai trò quan trọng trong điều trị bệnh nhân mắc bệnh lan truyền, đặc biệt nếu nó liên quan đến bộ xương. Xạ trị có thể gây đau kiểm soát và ngăn ngừa gãy xương trong trường hợp này.

ĐIỀU TRỊ THUỐC. Nhiều bệnh ung thư vú, đặc biệt là những bệnh có nguồn gốc ở phụ nữ sau mãn kinh, là đáp ứng với hormone. Những bệnh ung thư này có thụ thể trên tế bào của họ sản xuất estrogen và progesterone. Một phần của chính Đánh giá khối u sau khi cắt bỏ khối u là đánh giá sự hiện diện của các estrogen và progesterone này. thụ thể. Nếu chúng hiện diện trên các tế bào ung thư, sẽ làm thay đổi tình trạng hormone của bệnh nhân sẽ ức chế khối u tăng trưởng và có tác động tích cực đến sự sống còn. Thuốc tamoxifen liên kết các thụ thể này trên tế bào ung thư để rằng hormone không thể có tác dụng và khi làm như vậy, ức chế sự phát triển của khối u. Nếu bệnh nhân có những thụ thể này Hiện tại, tamoxifen thường được kê đơn trong 5 năm như một liệu pháp bổ sung cho điều trị ban đầu. Hormon hỗ trợ điều trị bằng tamoxifen có ít tác dụng phụ nhưng chúng có cần được ghi nhớ, đặc biệt là nhu cầu đánh giá tử cung hàng năm. Các tác nhân khác nhằm mục đích thay đổi nội tiết tố

môi trường mone đang được nghiên cứu. Vì những điều này thuốc, hiếm khi cần phải phẫu thuật cắt bỏ các tuyến sản xuất hormone, chẳng hạn như buồng trứng hoặc tuyến thượng thận, điều đó đôi khi là cần thiết trong quá khứ.

Ngay sau khi phẫu thuật cắt bỏ vú triệt để sửa đổi thay thế phẫu thuật cắt bỏ vú triệt để như phẫu thuật chính điều trị, người ta đánh giá cao khả năng sống sót sau khi điều trị tại chỗ điều trị ung thư vú giai đoạn II được cải thiện nhờ bổ sung hóa trị. Hóa trị hỗ trợ cho khoảng thời gian từ bốn đến sáu tháng hiện là điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân mắc bệnh giai đoạn II. Việc bổ sung liệu pháp toàn thân vào điều trị tại chỗ ở những bệnh nhân không có bằng chứng về bệnh tật được thực hiện trên cơ sở một số bệnh nhân có di căn hiện chưa được chứng minh rõ ràng vì chúng rất nhỏ. Bằng cách xử lý toàn bộ bệnh nhân sớm, trước khi bệnh lan rộng được chẩn đoán, điều trị hỗ trợ cải thiện tỷ lệ sống sót từ khoảng 60% cho giai đoạn II đến khoảng 75% sau 5 năm điều trị. Phác đồ chuẩn của cytoxan, methotrexate, và 5-flourouracil, (CMF), được dùng trong sáu tháng và dung nạp tốt. Phác đồ dùng cytoxan, adriamycin (doxorubicin) và 5-flourouracil, (CAF), độc hơn một chút nhưng chỉ cần bốn tháng. (Adriamycin và cytoxin cũng có thể được sử dụng một mình mà không cần dùng fluorouracil.) hai phương pháp có kết quả tương đương nhau. Chất hỗ trợ Liệu pháp hormone có thể được thêm vào liệu pháp hóa trị hỗ trợ khi chúng hoạt động theo các con đường khác nhau.

Đúng như người ta mong đợi, những kết quả đáng khích lệ từ liệu pháp hỗ trợ ở bệnh giai đoạn II đã dẫn đến nghiên cứu điều trị tương tự ở bệnh giai đoạn I. Các kết quả không kịch tính nhưng chúng có thật. Hiện nay bệnh đang ở giai đoạn I chia thành loại a, b, c căn cứ vào khối u kích cỡ. Giai đoạn Ia có đường kính nhỏ hơn một centimet. Nội tiết tố hoặc hóa trị hỗ trợ hiện nay thường được khuyến dùng cho bệnh nhân giai đoạn Ib và Ic. Đặc tính của việc điều trị phải được cân nhắc riêng biệt cho bệnh nhân mắc bệnh giai đoạn I có tỷ lệ sống sót trên 80% mà không cần hóa trị hỗ trợ.

Nếu bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh ở giai đoạn IV hoặc trong mặc dù được điều trị, tiến triển đến tình trạng bệnh lan rộng, hóa trị liệu toàn thân vẫn được sử dụng theo cách phổ biến hơn. thời trang táo bạo. Ngoài các phác đồ có chứa adriamycin, các taxol (docetaxel và paclitaxel) đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc gây ra sự thuyên giảm.

Tiên cơ sở các yếu tố tiên lượng như tổng số nút liên quan trên 10, DNA lệch bài có giá trị tổng hợp cao, hoặc những phát hiện tích cực khi đánh giá bằng kính hiển vi, một số bệnh nhân mắc bệnh ở giai đoạn II hoặc III có thể được dự đoán là sẽ có kết quả kém. Nếu hiệu suất của họ tình trạng cho phép, họ có thể được xem xét điều trị bằng hóa trị liệu rất tích cực. Đặc tính là như vậy sẽ dẫn đến suy túy xương. Để vượt qua sự chống đối này

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Liệu pháp bổ trợ –Điều trị bằng xạ trị, hóa trị (điều trị bằng thuốc), hoặc liệu pháp hormone, hoặc kết hợp cả ba liệu pháp này sau lần điều trị đầu tiên đối với khả năng bệnh còn sót lại trên kính hiển vi.

Aneuploid –Một số lượng nhiễm sắc thể bất thường trong một tế bào.

Sinh thiết hút –Việc loại bỏ các tế bào trong chất lỏng hoặc mô từ một khối u nang bằng cách sử dụng kim để kiểm tra và chẩn đoán bằng kính hiển vi.

Lành tính –Không ác tính, không ung thư.

Sinh thiết –Một thủ thuật trong đó mô đáng ngờ được loại bỏ và được bác sĩ giải phẫu bệnh kiểm tra để tìm bệnh ung thư hoặc bệnh khác. Đôi với sinh thiết vú, mô có thể được lấy bằng phẫu thuật mở hoặc qua kim.

Xét nghiệm thụ thể estrogen – Xét nghiệm để xem liệu ung thư vú có cần estrogen để phát triển hay không.

Nội tiết tố –Các hóa chất được tạo ra bởi các tuyến trong cơ thể lưu thông trong máu và kiểm soát hoạt động của các tế bào và cơ quan. Estrogen là hormone ảnh hưởng đến sự phát triển của ung thư vú.

Để khắc phục tác dụng phụ của liệu pháp điều trị tích cực, bệnh nhân sẽ được cấy ghép tế bào gốc của chính họ (các tế bào sẽ tạo ra tủy mới) hoặc sẽ phải ghép tủy xương theo phương pháp truyền thống.

Liệu pháp này có thể là một thủ tục có nguy cơ cao đối với bệnh nhân. Nó được đưa ra với rủi ro đã biết đối với những bệnh nhân được dự đoán là có kết quả kém và chỉ khi họ cảm thấy có thể chịu đựng được. Hầu hết bệnh nhân nhận được liệu pháp này đều nhận nó như một phần của thử nghiệm lâm sàng. Hiện tại, vẫn chưa rõ liệu liệu pháp điều trị tích cực như vậy có thể hợp lý hay không và nó đang được nghiên cứu.

Đối với những bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh tại chỗ tiến triển, phẫu thuật có thể được thực hiện trước bằng hóa trị và xạ trị. Căn bệnh thoái lui cục bộ, cho phép điều trị bằng phẫu thuật truyền thống cho những người không thể điều trị bằng phương pháp khác. Hóa trị và đôi khi xạ trị sẽ tiếp tục sau phẫu thuật.

Các phác đồ thuộc loại này được gọi là liệu pháp bổ trợ mới. Điều này đã được chứng minh là có hiệu quả ở bệnh giai đoạn III. Liệu pháp bổ trợ mới hiện đang được nghiên cứu ở những bệnh nhân có khối u lớn ở giai đoạn II nhằm nỗ lực có thể bảo tồn vú cho những bệnh nhân này.

Một loại thuốc được gọi là Herceptin (trastuzumab), một kháng thể đơn dòng, hiện đang được sử dụng để điều trị những người mắc bệnh toàn thân. Sản phẩm của Con Người

Liệu pháp hormone –Điều trị ung thư bằng cách thay đổi sự cân bằng hormone của cơ thể, thay vì sử dụng thuốc tiêu diệt tế bào.

Cắt bỏ khối u –Một thủ tục phẫu thuật trong đó chỉ cắt bỏ khối u ung thư ở vú, cùng với một viền mô bình thường.

Hạch bạch huyết –Các khối mô nhỏ, hình hạt đậu nằm rải rác dọc theo hệ bạch huyết có tác dụng như bộ lọc và theo dõi miễn dịch, loại bỏ chất lỏng, vi khuẩn hoặc tế bào ung thư di chuyển qua hệ thống bạch huyết. Các tế bào ung thư vú trong các hạch bạch huyết dưới cánh tay hoặc ở ngực là dấu hiệu cho thấy ung thư đã lan rộng và có thể tái phát.

Ác tính – Ung thư.

Chụp nhũ ảnh–Hình ảnh X-quang của vú thường có thể phát hiện các tổn thương ở mô quá nhỏ hoặc quá sâu để có thể cảm nhận được.

Oncogene –Một gen có liên quan đến việc điều hòa sự phát triển của ung thư. Một sự bất thường có thể tạo ra bệnh ung thư.

Gen Yếu tố tăng trưởng biểu bì 2, (HER-2) bị biểu hiện quá mức ở 25%-30% trường hợp ung thư vú. Herceptin liên kết với các thụ thể HER-2 trên tế bào ung thư, dẫn đến việc ngăn chặn sự phát triển của các tế bào này.

Tiên lượng

Tiên lượng của bệnh ung thư vú phụ thuộc vào loại và giai đoạn ung thư. Trên 80% bệnh nhân giai đoạn I được chữa khỏi bằng các phương pháp điều trị hiện nay. Bệnh nhân ở giai đoạn II sống sót tổng cộng khoảng 70% thời gian, những người bị tổn thương hạch bạch huyết rộng hơn có tình trạng tài tệ hơn những người mắc bệnh chỉ giới hạn ở vú. Khoảng 40% bệnh nhân ở giai đoạn III sống sót sau 5 năm và khoảng 20% bệnh nhân ở giai đoạn IV sống sót được như vậy.

Đối phó với điều trị ung thư

Phẫu thuật điều trị ung thư vú được bệnh nhân dung nạp tốt về mặt thể chất, đặc biệt là những người trải qua phẫu thuật tối thiểu ở nách. Hầu hết bệnh nhân có thể trở lại lối sống bình thường trong vòng một tháng sau khi phẫu thuật. Các bài tập có thể giúp bệnh nhân lấy lại sức mạnh và sự linh hoạt. Các bài tập về cánh tay, vai và ngực sẽ giúp ích và dự kiến sẽ phục hồi hoàn toàn hoạt động.

Uống

Khoảng 5-7% bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ hạch nách như một phần của liệu pháp điều trị có thể phát triển phù bạch huyết có ý nghĩa lâm sàng hoặc sưng tấy ở cánh tay ở phía tham gia. Nếu có, có thể cần nâng cao và xoa bóp không liên tục. Mặc dù thường không nghiêm trọng, đôi khi biến chứng này có thể cản trở sự phục hồi thể chất hoàn toàn. Tai nạn phù bạch huyết ít hơn khi phẫu thuật nách ít hơn. Đây là lý do khiến sinh thiết nút trọng điểm được ưa chuộng như vậy quá trình dàn dựng phẫu thuật ở nách.

Tình trạng này thường xảy ra sau khi điều trị ung thư vú. Chán nản hoặc ủ rũ, khóc lóc, chán ăn, cảm thấy không xứng đáng hoặc ít hứng thú với tình dục. Vú có liên quan đến một danh tính của người phụ nữ và việc mất nó có thể gây lo ngại. Vì một số, tư vấn hoặc một nhóm hỗ trợ có thể giúp ích. Nhiều phụ nữ đã tìm thấy một nhóm hỗ trợ những người sống sót sau ung thư vú là sự trợ giúp vô giá trong giai đoạn này. Sự tham gia của các tình nguyện viên từ chi hội địa phương của Reach vào chương trình Recovery có thể rất hữu ích.

Gần như tất cả bệnh nhân đều trải qua một số hình thức hỗ trợ liệu pháp điều trị ung thư vú. Mức độ độc tính của những liệu pháp hỗ trợ này thường nhỏ và nhiều bệnh nhân nhận được hóa trị liệu trên cơ sở này có khả năng bình thường hoạt động trong thời gian này. Chắc chắn, những người tiến tới bệnh tiến triển được điều trị bằng các chế độ hóa trị liệu độc hại hơn nhằm cố gắng làm bệnh thuyên giảm.

Các thử nghiệm lâm sàng

Việc sử dụng tamoxifen và các thuốc khác làm thay đổi tình trạng hormone của bệnh nhân đang được nghiên cứu. Các Dự án phẫu thuật hỗ trợ vú và ruột quốc gia (NSABP) với sự hỗ trợ của Viện Ung thư Quốc gia đã bắt đầu một nghiên cứu vào năm 1992 (được gọi là Thủ nghiệm Phòng ngừa Ung thư Vú, hay BCPT) nghiên cứu việc sử dụng tamoxifen phòng ngừa ung thư vú cho phụ nữ có nguy cơ cao. Các kết quả thu được từ nghiên cứu cho thấy tamoxifen làm giảm đáng kể nguy cơ ung thư vú, và Cơ quan Thực phẩm Hoa Kỳ và Cục Quản lý Dược đã phê duyệt việc sử dụng tamoxifen để giảm nguy cơ ung thư vú cho những bệnh nhân có nguy cơ cao ở 1998. Một nghiên cứu khác của NSABP, được gọi là STAR, đang tìm hiểu xem liệu một loại thuốc khác, raloxifene, có hiệu quả như tamoxifen trong việc giảm nguy cơ ung thư vú ở những bệnh nhân có nguy cơ cao hay không. Nghiên cứu đó được bắt đầu vào năm 1999 và những người tham gia sẽ được theo dõi trong 5 năm.

Liệu pháp hỗ trợ mới cho phép sử dụng vú bảo tồn ở những người mắc bệnh cục bộ tiến triển hơn đang được điều tra.

Các liệu pháp miễn dịch cho đến nay vẫn chưa hữu ích mặc dù có những loại vắc xin đang được phát triển chống lại protein như loại do HER-2 sản xuất và có thể có lợi trong tương lai.

Hóa trị liều cao cứu túy xương vẫn còn gây tranh cãi. Có thể xác định được các yếu tố dự đoán một số bệnh nhân sẽ phát triển bệnh di căn. Cái này phương pháp điều trị đã được cung cấp cho nhóm bệnh nhân chọn lọc này nhưng độc tính đến mức phải xác định được dấu hiệu rõ ràng cho điều trị này vẫn đang được nghiên cứu.

Phòng ngừa

Như đã đề cập ở trên, do kết quả mang lại từ thử nghiệm lâm sàng BCPT, tamoxifen hiện có thể được kê đơn cho những phụ nữ có nguy cơ cao để giúp ngăn ngừa ung thư vú.

Và mặc dù hầu hết bệnh ung thư vú đều không thể ngăn ngừa được, nhưng nó có thể được chẩn đoán từ chụp quang tuyến vú ở giai đoạn đầu khi nó có thể điều trị được tốt nhất. Kết quả nhận thức và sàng lọc định kỳ đã cho phép chẩn đoán sớm hơn, điều này mang lại tiên lượng tốt hơn cho những người được phát hiện.

Mối quan tâm đặc biệt

Mặc dù liệu pháp bảo tồn vú đang được thực hiện nhiều hơn thường xuyên hơn những năm trước, phẫu thuật cắt bỏ vú triệt để đã được sửa đổi vẫn là một lựa chọn khi lựa chọn liệu pháp điều trị ban đầu khỏi u. Tùy chọn này có thể cho phép điều trị mà không cần bức xạ ở những bệnh nhân ở giai đoạn sớm hơn, hoặc có thể cần thiết nếu sự hiện diện của khối u không cho phép bảo tồn vú. Sự mất mát của vú đang bị biến dạng và nhiều bệnh nhân đã được điều trị mong muốn tái tạo lại vú. Tái tạo vú được thực hiện tại thời điểm phẫu thuật ban đầu (ngay lập tức) hoặc có thể bị trì hoãn. Các lựa chọn thay thế bao gồm việc bơm trί cấy ghép hoặc xoay các vật cờ từ bụng hoặc quay lại. Hầu hết đều đồng ý rằng bảo tồn vú mang lại hiệu quả cao hơn dẫn đến bất kỳ hình thức tái thiết nào. Khi vú bị được loại bỏ như một phần của liệu pháp điều trị ban đầu, những sự tái tạo này đều có sẵn và mang lại kết quả rất hợp lý.

Tài nguyên

SÁCH

Abelhoff, Armitage, Lichten, Niederhuber. Ung thư lâm sàng Thư viện. Philadelphia: Churchill Livingstone 1999.
Ủy ban hỗn hợp về ung thư của Mỹ. Giai đoạn lâm sàng AJCC
Thủ công. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.
Yêu, Susan và Karen Lindsey. Cuốn sách về vú của Tiến sĩ Susan Love. Reading, MA: Addison-Wesley, 1995.
Mayers, Musa. Giữ chặt, buông bỏ: Sống chung với di căn
Ung thư vú. Sebastopol, CA: O'Reilly & Cộng sự, 1997.
McKinnell, Robert G., Ralph E. Parchment, Alan O. Perantoni,
và G. Barry Pierce. Cơ sở sinh học của bệnh ung thư. Mới
York: Nhà xuất bản Đại học Cambridge, 1998.
Schwartz, Spencer, Galloway, Shires, Daly, Fischer. Nguyên tắc
của Phẫu thuật. New York: Đồi McGraw, 1999.

ĐỊNH KỲ

Esteva và Hortobagyi. "Liệu pháp hệ thống hỗ trợ cho bệnh ung thư vú nguyên phát." Phòng khám phẫu thuật của Bắc Mỹ
Tập 79 số 5 (tháng 10 năm 1999) tr 1075-1090.

Krag và cộng sự, "Nút canh gác trong bệnh ung thư vú." Tiếng Anh mới-Tạp chí Y học đất Tập 339 số 14 (1/10/1998), tr 941-946.

Margolese, RG, MD "Cân nhắc phẫu thuật đổi với bệnh ung thư vú xâm lấn." Phòng khám phẫu thuật Bắc Mỹ Tập 79 số 5 (tháng 10 năm 1999), trang 1031-1046.

Munster và Hudis. "Liệu pháp hỗ trợ cho bệnh ung thư vú có thể cắt bỏ." Phòng khám Ung thư Huyết học Bắc Mỹ Tập 13 Số 2 (tháng 4 năm 1999) trang 391-413.

Shuster và cộng sự. "Chăm sóc đa ngành cho bệnh nhân ung thư vú." Phòng khám phẫu thuật Bắc Mỹ Tập 80 số 2 (tháng 4 năm 2000) trang 505-533.

TÔI CHỨC

Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ. (800) ACS-2345. <<http://www.ungthu.org>>.

Chương trình Tiếp cận Phục hồi của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ: <<http://www2.cancer.org/bcn/reach.html>>.

Công ty Chăm sóc Ung thư (800) 813-HOPE. <<http://www.cancercareinc.org>>.

Dịch vụ thông tin ung thư của NCI. 1-800-4-CANCER.

<<http://www.cancerinfo.nci.nih.gov>>.

Liên minh quốc gia của các tổ chức ung thư vú. 9 East 37th St., tầng 10, New York, NY 10016. (888) 80-NABCO.

Liên minh Quốc gia về Người sống sót sau Ung thư. 1010 Wayne Ave., Tầng 5, Silver Spring, MD 20910. (301) 650-8868.

Trung tâm tài nguyên sức khỏe phụ nữ quốc gia. 2425 L St. NW, tầng 3, Washington, DC 20037. (202) 293-6045.

KHÁC

Ung thư vú trực tuyến. <<http://www.bco.org>>.

Liên minh quốc gia của các tổ chức ung thư vú. <<http://www.nabco.org>>.

Viện ung thư quốc gia. <http://rex.nci.nih.gov/PATIENTS/INFO_PEOPLES_DOC.html>.

Richard A. McCartney, MD

Nâng ngực xem Cây ghép vú

Cho con bú xem phần Cho con bú

Cây ghép vú

Sự định nghĩa

Cây ghép vú là một thủ tục phẫu thuật để mở rộng vú. Các bao tải hình ngực được làm bằng vỏ ngoài hình nón sili và chứa đầy gel silicone hoặc nước muối (nước muối), được gọi là mô cây, được sử dụng.

Mục đích

Cây ghép vú thường được thực hiện để làm cho bộ ngực bình thường lớn hơn vì mục đích thẩm mỹ. Đôi khi một phụ nữ được tái tạo vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú sẽ cần làm to vú đối diện để làm cho



Một cây ghép vú silicone. (Ảnh của Dale O'Dell, Thị trưởng chứng khoán. Được phép sao chép lại.)

ngực cân đối hơn. Bộ ngực có kích thước rất không đồng đều do chấn thương hoặc dị tật bẩm sinh cũng có thể được điều chỉnh bằng thủ thuật mở rộng.

Các biện pháp phòng ngừa

Một phụ nữ có sức khỏe kém hoặc mắc bệnh mãn tính nặng bệnh không phải là ứng cử viên tốt cho thủ tục này.

Mô tả Phẫu

thuật nâng ngực thẩm mỹ thường là một thủ thuật ngoại trú. Nó có thể được thực hiện dưới hình thức gây mê cục bộ hoặc gây mê toàn thân, tùy thuộc vào sở thích của bệnh nhân và bác sĩ. Vết mổ được thực hiện qua nách, dưới vú hoặc xung quanh quầng vú (vùng săm màu xung quanh núm vú). Những kỹ thuật này tạo ra những vết sẹo khó thấy nhất. Túi độn được đặt giữa mô vú và cơ ngực bên dưới hoặc dưới cơ ngực.

Các hoạt động mắt khoảng một đến hai giờ. Chi phí của một thủ thuật thẩm mỹ hiếm khi được bảo hiểm chi trả.

ance. Tuy nhiên, nếu việc mở rộng vú là một phần của quá trình tái tạo vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú, các chương trình bảo hiểm y tế có thể chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí đó. Phí của bác sĩ phẫu thuật dao động từ \$ 2,700- \$ 4,200 trở lên. Thủ tục này cũng có thể được gọi là nâng ngực hoặc nâng ngực.

Vết

Sự chuẩn bị

Trước khi thực hiện phẫu thuật, người phụ nữ phải hiểu rõ bộ ngực mới của mình sẽ trông như thế nào. Cô ấy và bác sĩ của cô ấy nên đồng ý về kết quả cuối cùng mong muốn. Nhiều bác sĩ phẫu thuật thấy hữu ích khi yêu cầu bệnh nhân xem xét các hình ảnh trước và sau để làm rõ những mong đợi.

Chăm sóc sau

Lái xe và các hoạt động bình thường có thể bị hạn chế trong tối đa một tuần. Các mũi khâu thường được cắt bóc sau 7 đến 10 ngày. Thông thường, một phụ nữ có thể tiếp tục tất cả các hoạt động thường ngày, bao gồm cả việc tập thể dục mạnh trong khoảng ba tuần. Các vết sẹo sẽ có màu đỏ trong khoảng một tháng nhưng sẽ mờ dần trong vòng một hoặc hai năm.

Rủi ro

Những rủi ro thường gặp đối với bất kỳ thủ tục phẫu thuật nào bao gồm chảy máu, nhiễm trùng, phản ứng gây mê hoặc để lại sẹo không mong muốn. Việc nở ngực cũng có thể dẫn đến giảm cảm giác ở vú hoặc cần trở việc cho con bú. Cấy ghép cũng có thể làm cho việc đọc và giải thích ảnh chụp X quang tuyến vú trở nên khó khăn hơn, có thể làm trì hoãn việc phát hiện ung thư vú. Ngoài ra, bản thân bộ phận cấy ghép có thể bị vỡ và rò rỉ hoặc bị dịch chuyển. Một vết sẹo dài thường hình thành xung quanh mô cấy, được gọi là bao xơ, có thể trở nên rất cứng. Điều này được gọi là co thắt bao xơ và có thể dẫn đến đau và/hoặc hình dạng vú bị thay đổi. Bộ cấy càng cũ thì khả năng xảy ra những vấn đề này càng lớn.

Đã có những thông tin không liên tục về những rủi ro sức khỏe có thể xảy ra từ việc cấy ghép vú. Hầu hết các mối quan tâm đều tập trung vào túi độn chứa đầy gel silicone. Kể từ năm 1992, Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã hạn chế sử dụng loại mô cấy này và yêu cầu nghiên cứu sâu hơn. Ngày nay chỉ có túi độn chứa đầy nước muối mới được sử dụng trong phẫu thuật thẩm mỹ vú. Các nghiên cứu gần đây không cho thấy bằng chứng nào về nguy cơ sức khỏe lâu dài do cấy ghép silicone. Tuy nhiên, nghiên cứu về mối liên hệ có thể có giữa các thiết bị cấy ghép này và các bệnh về mô liên kết hoặc tự miễn dịch vẫn đang được tiếp tục.

Kết quả bình thường

Bộ ngực có kích thước và hình dáng như mong đợi sẽ là kết quả bình thường của cuộc phẫu thuật này.

Ellen S. Weber, MSN

Tài nguyên

SÁCH

Yêu, Susan M., với Karen Lindsey. Cuốn sách về vú của Tiến sĩ Susan Love. tái bản lần thứ 2. Reading, MA: Addison-Wesley, 1995.

ĐỊNH KỲ

"Cập nhật về cấy ghép vú." Đồng hồ sức khỏe phụ nữ Harvard 5 (Tháng 9 năm 1997): 7.

TỔ CHỨC

Hiệp hội bác sĩ phẫu thuật thẩm mỹ và tái tạo Hoa Kỳ. 44 E. Algonquin Rd., Arlington Heights, IL 60005. (847) 228-9900. <<http://www.plasticsurgery.org>>.

Nhiễm trùng vú xem Viêm vú

Chụp X quang vú xem Chụp X quang vú

Tái tạo vú

Sự định nghĩa

Tái tạo vú là một loạt các thủ tục phẫu thuật được thực hiện để tái tạo vú. Việc tái tạo thường được thực hiện sau khi cắt bỏ một hoặc cả hai vú để điều trị ung thư vú. Ngoài ra, vú có thể cần được chỉnh sửa lại vì những lý do khác, chẳng hạn như chấn thương hoặc những bất thường xảy ra trong quá trình phát triển vú.

Mục đích

Nhiều cơ quan chức năng coi tái thiết là một phần không thể thiếu trong liệu pháp điều trị ung thư vú. Một bộ ngực trông tự nhiên mang lại cảm giác trọn vẹn và bình thường, điều này có thể hỗ trợ quá trình phục hồi tâm lý sau bệnh ung thư vú. Nó giúp loại bỏ sự cần thiết của một bộ phận giả bên ngoài (vú giả), điều mà nhiều phụ nữ cảm thấy khó chịu cũng như bất tiện về mặt thể chất.

Các biện pháp phòng ngừa

Không phải tất cả phụ nữ đều là ứng cử viên sáng giá cho việc tái tạo vú. Sức khỏe thể chất kém nói chung hoặc các vấn đề cụ thể như hút thuốc lá, béo phì, huyết áp cao hoặc tiểu đường sẽ làm tăng nguy cơ biến chứng. Ngoài ra, có thể dẫn đến thời gian phục hồi khó khăn và/hoặc kéo dài hoặc thất bại trong quá trình tái thiết. Khả năng thể chất của người phụ nữ để đối phó với cuộc phẫu thuật lớn và quá trình hồi phục cũng cần được xem xét.

Mô tả Tái tạo

vú được thực hiện theo hai giai đoạn, với mục tiêu cuối cùng là tạo ra một bộ ngực trông tự nhiên nhất có thể. Điều quan trọng cần nhớ là

Mặc dù kết quả tốt có thể gần giống với vú bình thường nhưng chắc chắn sẽ có sẹo và mất cảm giác. Vú được tái tạo không thể giống hệt như ban đầu.

Bước đầu tiên là hình thành một cấu trúc gọi là gó vú. Điều này có thể được thực hiện bằng cách sử dụng vật liệu nhân tạo gọi là mô cây ngực hoặc bằng cách sử dụng mô từ các bộ phận khác trên cơ thể người phụ nữ. Bước thứ hai liên quan đến việc tạo ra sự cân bằng giữa bầu ngực mới được xây dựng và bầu vú bên đối diện. Khu phức hợp núm vú và quầng vú (vùng sẫm màu hơn xung quanh núm vú) được tái tạo. Việc này thường được thực hiện vài tháng sau khi gó vú được tạo ra để giảm sưng tấy. Các thủ thuật khác có thể cần thiết, chẳng hạn như nâng ngực đối diện (mastopexy) hoặc làm cho nó lớn hơn hoặc nhỏ hơn để phù hợp với vú đã được tái tạo.

Thời gian, tái thiết ngay lập tức hoặc trì hoãn

Mặc dù tái tạo ngay lập tức (IR) không được khuyến nghị đối với những phụ nữ mắc bệnh ung thư vú cần thực hiện các phương pháp điều trị khác quan trọng hơn, nhưng việc tái tạo vú có thể được thực hiện hầu như bất cứ lúc nào. Nó thậm chí có thể được thực hiện trong cùng một quy trình như phẫu thuật cắt bỏ vú, hoặc có thể bị trì hoãn. IR có những lợi ích về mặt tâm lý. Khả năng trở lại các hoạt động và thói quen bình thường thường được nâng cao khi quá trình tái thiết diễn ra ngay sau phẫu thuật cắt bỏ vú. Một diện mạo tốt hơn có thể là kết quả của IR. Ít phải loại bỏ da hơn, thường dẫn đến sẹo ngắn hơn. Bác sĩ phẫu thuật có khả năng bảo tồn tốt hơn các ranh giới bình thường của vú, do đó, việc ghép vú đối diện sẽ dễ dàng hơn.

Chi phí của IR nhìn chung thấp hơn chi phí tái thiết bị trì hoãn (DR). Số lần phẫu thuật và thời gian nằm viện ít hơn. Lệ phí của bác sĩ phẫu thuật có thể thấp hơn đối với một thủ tục kết hợp so với hai ca phẫu thuật riêng biệt.

IR cũng có những nhược điểm. Bản thân cuộc phẫu thuật kéo dài hơn, gây ra nhiều thời gian gây mê hơn. Đau đớn sau phẫu thuật và thời gian phục hồi sẽ lớn hơn so với chi phẫu thuật cắt bỏ vú.

Các nhà chức trách khác cho rằng việc tái thiết bị trì hoãn (DR) mang lại những lợi ích khác nhau về thể chất và tâm lý. Chỉ riêng thủ thuật cắt bỏ vú ban đầu sẽ mất ít thời gian hơn, thời gian phục hồi ngắn hơn và ít đau hơn so với phẫu thuật cắt bỏ vú và IR. Bệnh nhân có nhiều thời gian hơn để điều chỉnh chấn đoán và hồi phục sau khi điều trị болезнь. Có áy có khả năng nghiên cứu các lựa chọn của mình tốt hơn và hình thành các mục tiêu thực tế cho việc tái thiết. Một số phẫu thuật tái tạo đòi hỏi phải truyền máu. Với DR, bệnh nhân có thể hiến máu của chính mình trước (truyền máu tự thân) và/hoặc sắp xếp để già đình và bạn bè hiến máu cho họ sử dụng (hiến trực tiếp).

Tâm lý cảng thẳng khi sống không có vú là một bất lợi của DR. Thủ tục DR bồi sung đòi hỏi chi phí cao hơn. Mặc dù thời gian phục hồi ban đầu nhanh hơn,

cần có thêm thời gian phục hồi sau thời gian trì hoãn hoạt động.

Kiểu tái thiết

Có hai lựa chọn cơ bản để tái tạo vú. Mô vú có thể được thay thế bằng mô cây hoặc vú được tạo ra bằng cách sử dụng một số mô của chính người phụ nữ (tái tạo tự thân).

Cây ghép nhân tạo. Nhìn chung, quy trình cây ghép mất ít thời gian hơn và ít tổn thương so với cây ghép tự thân. Cây ghép là túi hình vú. Chúng được làm bằng lớp vỏ ngoài bằng silicon, có thể mịn hoặc có kết cấu. Bên trong có thể chứa gel silicone, nước muối (nước muối) hoặc kết hợp cả hai.

Bộ phận cây ghép có thể là loại thắt cố định, không thể thay đổi kích thước của nó. Các mô cây có khả năng được lắp đầy sau khi đưa vào được gọi là thiết bị giãn nở mô. Đây có thể là tạm thời hoặc vĩnh viễn.

Quy trình ban đầu cho bất kỳ việc cây ghép mô cây nào đều sử dụng vết mổ cắt bỏ vú để tạo ra một túi mô, thường là bên dưới cơ thành ngực. Trong DR, vết sẹo sau phẫu thuật cắt bỏ vú có thể được mở lại và sử dụng cho mục đích này hoặc có thể thực hiện một vết mổ thẩm mỹ hơn. Bộ cây được đưa vào túi, da được kéo căng khi cần thiết và được khâu kín.

Nếu không có đủ mô để đạt được kích thước mong muốn hoặc muốn có một bộ ngực chảy xệ tự nhiên thì nên sử dụng thiết bị giãn nở mô. Nó giống như một quả bóng xì hơi một phần, có gắn một van hoặc cổng để có thể bơm nước muối vào.

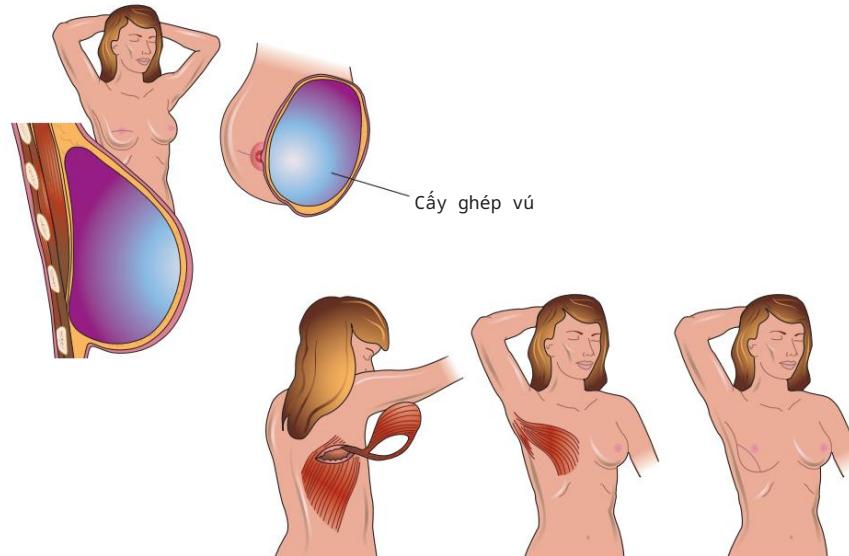
Sau khi vết mổ phẫu thuật ban đầu lành lại, người phụ nữ quay lại phòng khám của bác sĩ hàng tuần hoặc hai tuần một lần để tiêm một lượng nhỏ nước muối. Việc tiêm có thể tiếp tục trong khoảng sáu đến tám tuần, cho đến khi đạt được kích thước mong muốn. Trong một số trường hợp, nó có thể được lắp đầy quá mức và sau đó xì hơi một phần để mang lại kết quả tự nhiên, dẻo dai hơn.

Thiết bị giãn nở mô tạm thời sẽ được loại bỏ sau vài tháng và thay thế bằng thiết bị cây ghép vĩnh viễn.

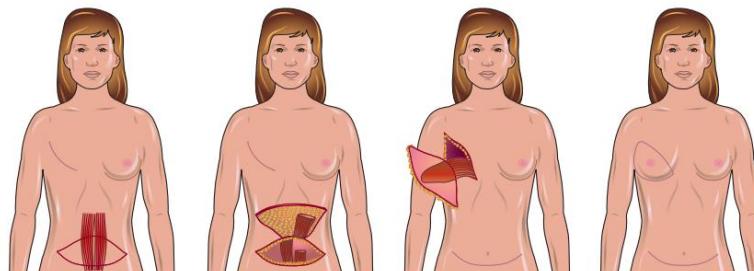
Phẫu thuật IR sử dụng thiết bị cây ghép mất khoảng hai đến ba giờ và thường phải nằm viện tối đa ba ngày. Phẫu thuật cây ghép, như một phần của DR, kéo dài từ một đến hai giờ và đôi khi có thể được thực hiện như một bệnh nhân ngoại trú, hoặc có thể phải nhập viện qua đêm.

TÁI XÂY DỤNG AUTOLOGUS. Vật đinh kèm và vật tự do là hai loại phẫu thuật trong đó mô của phụ nữ được sử dụng để tái thiết. Một vật gắn liền sử dụng da, cơ và mỡ, để lại các mạch máu gắn liền với nguồn máu ban đầu của chúng. Vật được di chuyển đến vị trí tái tạo, giữ nguồn cung cấp máu ban đầu để nuôi dưỡng. Điều này cũng có thể được gọi là vật bàn chân. Loại phẫu thuật thứ hai được gọi là vật miễn phí. Phương pháp này cũng sử dụng da, cơ và mỡ nhưng cắt đứt các mạch máu và

Vết



Thủ tục Latissimus dorsi



Thủ thuật vạt TRAM

Phẫu thuật tái tạo vú có thể được thực hiện bằng cách chèn một chất nhân tạo hoặc cấy ghép để thay thế mô vú.

Tái tạo tự thân, trong đó các mô của chính người phụ nữ được sử dụng, bao gồm vạt cơ rộng, nơi da và cơ lấy từ lưng được xoay quanh vùng ngực và vạt TRAM, trong đó mỡ bụng và cơ được đào hầm dưới da đến vùng ngực. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

gắn chúng vào các mạch khác nơi sẽ tạo ra bộ ngực mới. Bác sĩ phẫu thuật sử dụng kính hiển vi để thực hiện nhiệm vụ tinh vi này là khâu các mạch máu lại với nhau. Đôi khi thuật ngữ vi phẫu được sử dụng để chỉ các thủ thuật vạt tự do. Một trong hai loại phẫu thuật cũng có thể được gọi là vạt cơ da, đề cập đến da và cơ được sử dụng.

Da và cơ được sử dụng trong quá trình tái tạo tự thân có thể đến từ một trong nhiều vị trí trên cơ thể, bao gồm bụng (vạt TRAM hoặc "căng bụng"), lưng (vạt cơ lưng rộng) hoặc mông (không có cơ mông lớn). đậm nhạt).

Hoàn tất việc tái tạo Các thủ tục

Khác có thể cần thiết để đạt được mục tiêu là bộ ngực cân đối. Có thể cần thiết phải thực hiện

ngực đối diện lớn hơn (nâng lên), nhỏ hơn (thu nhỏ) hoặc cao hơn (mastopexy). Những điều này hoặc bất kỳ sự chỉnh sửa nào khác phải được hoàn thành trước khi tạo ra núm vú và quầng vú. Mô để hình thành núm vú mới có thể đến từ chính vú đã được tái tạo, vú đối diện hoặc từ vị trí hiến tặng ở xa hơn, chẳng hạn như đùi trong hoặc sau tai.

Cấu trúc núm vú và quầng vú thường là một thủ thuật ngoại trú. Bước cuối cùng, thường được thực hiện tại phòng khám của bác sĩ, là xăm núm vú và quầng vú mới để trùng màu nhất có thể với núm vú và quầng vú đối diện.

Bảo hiểm

Bảo hiểm cho việc tái tạo vú rất khác nhau. Một số chính sách sẽ cho phép thực hiện các thủ thuật trên phần vú bị ảnh hưởng nhưng từ chối trả tiền cho những thay đổi ở bên ngực đối diện.

nhũ hoa. Các chương trình khác có thể chi trả chi phí cho một bộ phận giả bên ngoài hoặc phẫu thuật tái tạo, nhưng không phải cả hai. Tính đến tháng 1 năm 1998, 25 bang đã có luật khác nhau về yêu cầu bảo hiểm cho việc tái thiết sau phẫu thuật cắt bỏ vú.

Cáy ghép có thể gây ra thêm mối lo ngại về bảo hiểm.

Một số công ty sẽ rút bảo hiểm cho phụ nữ với bộ phận cáy ghép hoặc thêm tuyên bố từ chối trách nhiệm đối với các vấn đề liên quan đến bộ phận cáy ghép trong tương lai. Đọc kỹ hợp đồng bảo hiểm, bao gồm việc kiểm tra nhu cầu phê duyệt trước và/hoặc ý kiến thứ hai, được khuyến khích mạnh mẽ.

Sự chuẩn bị

Chuẩn bị trước phẫu thuật thông thường, chẳng hạn như dùng không cần ăn hoặc uống vào đêm trước khi phẫu thuật để thực hiện các thủ tục tái tạo. Truyền máu là thường cần thiết cho các phẫu thuật tái tạo tự thân.

Bệnh nhân có thể hiến máu của chính mình và/hoặc nhờ gia đình và bạn bè hiến máu vài tuần trước khi phẫu thuật.

Việc chuẩn bị về mặt cảm xúc cũng rất quan trọng. Nhũ hoa tái thiết sẽ không giải quyết được vấn đề tâm lý người phụ nữ đã có trước khi phẫu thuật cắt bỏ vú, cũng như không có tình trạng không ổn định mối quan hệ mạnh mẽ. Kỳ vọng về sự hoàn hảo về thể chất là không thực tế. Một người phụ nữ viện dẫn bất kỳ lý do nào trong số này cho việc tái thiết cho thấy cô ấy chưa được thông tin và chuẩn bị đầy đủ. Sự hiểu biết đầy đủ về lợi ích và hạn chế của phẫu thuật này là cần thiết cho một kết quả thỏa đáng.

Chăm sóc sau

Thời gian nằm viện, thời gian phục hồi và tần suất đến gặp bác sĩ sau phẫu thuật thay đổi đáng kể tùy theo các hình thức tái thiết khác nhau. Nói chung, các thủ thuật tự thân đòi hỏi phải nằm viện lâu hơn và thời gian hồi phục nhanh hơn so với thủ thuật cáy ghép implant. Bang và ống dẫn lưu được giữ nguyên ít nhất một ngày trong tất cả các ca phẫu thuật. Vật vi phẫu hoặc vật tự do được theo dõi chặt chẽ nhất trong một hoặc hai ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Sự tuần hoàn tại vú có thể được kiểm tra thường xuyên mỗi giờ. Hoàn thành tái tạo vú cần ít nhất một lần nữa phẫu thuật để tạo nút vú và quẳng vú. Sẹo có thể vẫn còn đỏ và nuôi trong một tháng hoặc lâu hơn. Sự xuất hiện thực sự, cuối cùng của vú sẽ không được nhìn thấy trong ít nhất một năm.

Rủi ro

Một số phụ nữ đã báo cáo có nhiều loại rủi ro loạn mô liên kết liên quan đến hệ miễn dịch tự miễn. thuộc tính của việc cáy ghép của họ thường liên quan đến gel silicone cáy ghép. Các vụ kiện đã được đệ trình chống lại các nhà sản xuất thiết bị cáy ghép. Hướng dẫn của Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm ban hành năm 1992 hiện hạn chế sử dụng cho những phụ nữ cần thay thế túi độn chứa đầy gel silicone hiện có,

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Tự thân-Từ cùng một người. Tái tạo vú tự thân sử dụng chính cơ thể của người phụ nữ. Truyền máu tự thân là truyền máu được loại bỏ rồi truyền lại cho cùng một người vào một thời điểm sau đó.

Co thắt bao xơ- mõ seo dày xung quanh túi độn ngực, có thể bị căng và gây khó chịu và/hoặc cứng.

Vật-Một phần mô được di chuyển từ một vùng trên cơ thể cơ thể này sang cơ thể khác.

Vật tự do-Một phần mô tách ra khỏi nó cung cấp máu, di chuyển đến bộ phận khác của cơ thể, và được gắn lại bằng vi phẫu vào máu mới cung cấp.

Mastopexy-Thủ tục phẫu thuật để nâng ngực.

Có thể được sử dụng ở vú đôi diện để đạt được vẻ ngoài cân đối với vú đã được tái tạo.

Vật cuồng - Còn được gọi là vật kèm theo. Một phần mô còn được cung cấp máu nguyên vẹn, được chuyển sang bộ phận khác của cơ thể.

đã phẫu thuật ung thư vú hoặc có kết quả y tế tình trạng dẫn đến bắt thường nghiêm trọng ở vú. TRONG Ngoài ra, bệnh nhân phải ký giấy đồng ý trong đó nêu chi tiết những rủi ro tiềm ẩn của cáy ghép chứa đầy gel silicone, và được ghi danh vào một nghiên cứu dài hạn. Nước muối đầy cáy ghép được phép sử dụng cho mọi mục đích sử dụng, mặc dù các nhà sản xuất phải thu thập dữ liệu về những rủi ro có thể xảy ra.

FDA ban hành báo cáo hiện trạng về Túi độn ngực An toàn vào năm 1995 và sửa đổi nó vào tháng 3 năm 1997. Nó ghi nhận nghiên cứu cho đến nay vẫn chưa cho thấy sự gia tăng nghiêm trọng về nguy cơ mắc các bệnh tự miễn được công nhận ở phụ nữ bằng túi độn ngực chứa đầy gel silicone. Nó cũng giải quyết mối quan ngại về các biến chứng khác và nhấn mạnh cần phải nghiên cứu thêm về vấn đề này.

Có một số rủi ro thường gặp đối với bất kỳ cuộc phẫu thuật nào thủ thuật như chảy máu, nhiễm trùng, phản ứng gây mê hoặc để lại sẹo bất ngờ. Khối máu tụ (tích tụ máu tại vị trí phẫu thuật), hoặc huyết thanh (tập hợp dịch tại chỗ phẫu thuật) có thể làm chậm quá trình lành vết thương nếu không được dẫn lưu. Bất kỳ sự tái tạo vú nào cũng có nguy cơ bắt đối xứng và/hoặc nhu cầu chỉnh sửa phẫu thuật ngoài kế hoạch. Đau dai dẳng là một biến chứng tiềm ẩn khác có thể xảy ra với tất cả các loại tái tạo vú.

Bộ cáy ghép có một số vấn đề đặc biệt có thể phát triển. Một vết sẹo dày, còn gọi là bao, hình thành xung quanh

Giảm

thiết bị cấy ghép, như một phần phản ứng bình thường của cơ thể với chất lạ. Co thắt bao xơ xảy ra khi vết sẹo trở nên cứng hoặc chắc hơn. Điều này có thể gây đau và/hoặc thay đổi kết cấu và hình dáng của vú.

Bộ phận cấy ghép có thể bị vỡ và rò rỉ, xẹp xuống hoặc bị dịch chuyển. Khả năng bị co thắt hoặc vỡ bao xơ tăng theo tuổi của túi độn. Những biến chứng này thường có thể được khắc phục bằng phẫu thuật ngoại trú để nói lòng bao xơ hoặc tháo và/hoặc thay thế mô cấy khi cần thiết. Có một số bằng chứng cho thấy việc sử dụng túi độn có bề mặt nhám có thể làm giảm tỷ lệ mắc các vấn đề này. Túi độn có xu hướng duy trì sự vững chắc vô thời hạn. Nó sẽ không lớn hơn hoặc nhỏ hơn khi cân nặng của người phụ nữ thay đổi. Sự bất đồng xứng có thể phát triển nếu người phụ nữ tăng hoặc giảm cân quá nhiều.

Tất cả các thủ thuật tự thân đều có nguy cơ hỏng vặt - mất nguồn cung cấp máu cho mô hình thành vú mới. Nếu phần lớn vặt vặt được cung cấp máu không đủ thì có thể cần đến một kỹ thuật tái tạo khác. Phẫu thuật vặt TRAM có thể dẫn đến giảm trương lực cơ và yếu cơ vùng bụng và/hoặc thoát vị bụng. Yếu cánh tay có thể xảy ra sau phẫu thuật vặt cơ lưng rộng.

Kết quả bình thường

Kết quả bình thường của tái tạo vú phụ thuộc vào mục tiêu và mong đợi của người phụ nữ. Nó sẽ không giống với bộ ngực mà nó thay thế.

Nhìn chung, nó phải có kích thước và hình dạng tương tự như vú đối diện nhưng sẽ có ít cảm giác và ít di động hơn so với vú tự nhiên. Việc tái tạo bằng cấy ghép thường sẽ cứng hơn và tròn hơn so với bên vú còn lại. Nó có thể cảm thấy mát hơn khi chạm vào, tuy thuộc vào lượng mô trên đó. Sẹo là điều không thể tránh khỏi nhưng phải càng kín đáo càng tốt.

Tài nguyên

SÁCH

Berger, Karen và John Bostwick III. Quyết định của phụ nữ: Chăm sóc, điều trị và tái tạo ngực. St. Louis: Nhà xuất bản Y tế Chất lượng, Inc., 1994.

Yêu, Susan M., với Karen Lindsey. Cuốn sách về vú của Tiến sĩ Susan Love. tái bản lần thứ 2. Reading, MA: Addison-Wesley, 1995.

ĐỊNH KÝ

Bostwick III, John. "Tái tạo vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú." CA: Tạp chí Ung thư dành cho bác sĩ lâm sàng 45 (Tháng 9/Tháng 10 năm 1995): 289-303.

"Cập nhật về cấy ghép vú." Đồng hồ sức khỏe phụ nữ Harvard 5 (Tháng 9 năm 1997): 7.

TỔ CHỨC

Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ. 1599 Clifton Rd., NE, Atlanta, GA 30329-4251. (800) 227-2345. <<http://www.cancer.org>>.

Hiệp hội bác sĩ phẫu thuật thẩm mỹ và tái tạo Hoa Kỳ. 44 E. Algonquin Rd., Arlington Heights, IL 60005. (847) 228-9900.
<<http://www.plasticsurgery.org>>.

Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ, Văn phòng Vấn đề Người tiêu dùng. 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. (800) 532-4440.
<<http://www.fda.gov/fdahomepage.html>>.

Ellen S. Weber, MSN

Giảm vú

Sự định nghĩa

Thu nhỏ ngực là một thủ thuật phẫu thuật được thực hiện nhằm mục đích thu nhỏ kích thước của ngực.

Mục đích

Phụ nữ có bộ ngực rất lớn (macromastia hoặc vú tăng sản) tìm cách thu nhỏ ngực để giảm đau ở lưng, vai và cổ. Họ cũng có thể cảm thấy không thoải mái về kích thước ngực của mình và gặp khó khăn trong việc tìm quần áo vừa vặn. Ngoài ra, có thể cần phải thu nhỏ ngực sau phẫu thuật tái tạo sau phẫu thuật cắt bỏ mô vú bị ung thư (phẫu thuật cắt bỏ vú), để làm cho ngực cân đối hơn.

Những nam giới có bộ ngực to (gynecomastia) cũng có thể là ứng cử viên cho phương pháp thu nhỏ ngực. Tuy nhiên, uống quá nhiều rượu, hút cần sa hoặc sử dụng steroid đồng hóa có thể gây ra chứng vú to ở nam giới và không nên phẫu thuật đổi với những nam giới tiếp tục sử dụng các sản phẩm này.

Các biện pháp phòng ngừa

Thu nhỏ ngực không được khuyến khích đổi với những phụ nữ có ngực chưa phát triển đầy đủ hoặc dự định cho con bú.

Mô tả Thu nhỏ

ngực còn có thể được gọi là thu gọn vú. Nó thường được thực hiện trong bệnh viện, dưới hình thức gây mê toàn thân. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy rằng thủ thuật ngoại trú, sử dụng thuốc gây tê cục bộ và thuốc an thần nhẹ có thể phù hợp với một số bệnh nhân. Các hoạt động mắt khoảng hai đến bốn giờ. Đường rạch thường được thực hiện nhất là bao quanh quầng vú (vùng săn màu xung quanh núm vú) và kéo dài xuống phía dưới và xung quanh mặt dưới của vú. Điều này tạo ra vết sẹo ít dễ thấy nhất. Các mô, mỡ và da thừa sẽ được loại bỏ, đồng thời núm vú và quầng vú được đặt lại vị trí.

Trong một số trường hợp nhất định, hút mỡ (hút mỡ) được sử dụng để

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Gynecomastia— Ngực phát triển quá mức hoặc to ở nam giới.

Macromastia— Ngực có kích thước quá lớn.

Tăng sản vú—Tăng kích thước của vú.

loại bỏ mỡ thừa vùng nách. Có thể cần phải nằm viện tối ba ngày để hồi phục.

Nếu được coi là cần thiết về mặt y tế, việc thu nhỏ ngực sẽ được một số chương trình bảo hiểm chi trả. Tuy nhiên, có thể cần phải loại bỏ một lượng mô vú nhất định để đủ điều kiện được bảo hiểm. Phí của bác sĩ phẫu thuật dao động từ \$ 4,800- \$ 6,500 trở lên.

Chuẩn bị Việc tư

vấn giữa bác sĩ phẫu thuật và bệnh nhân là rất quan trọng để đảm bảo rằng người phụ nữ hiểu và đồng ý với kết quả cuối cùng dự kiến của thủ thuật. Có thể thực hiện đo lường và chụp ảnh. Nhiều bác sĩ cũng khuyên nên chụp quang tuyến vú trước khi phẫu thuật để đảm bảo không có ung thư.

Chăm sóc sau

Sau phẫu thuật, một miếng băng thun hoặc áo lót hỗ trợ đặc biệt sẽ được đặt lên trên băng gạc và ống dẫn lưu.

Băng và ống sẽ được tháo ra sau một hoặc hai ngày. Áo ngực sẽ cần được mặc suốt ngày đêm trong vài tuần.

Các mũi khâu được cắt bỏ từ một đến ba tuần sau khi phẫu thuật. Các hoạt động bình thường, bao gồm cả quan hệ tình dục có thể bị hạn chế trong vài tuần. Sẹo thường vẫn còn màu đỏ và có thể sần sùi trong vài tháng, nhưng sẽ dần và ít nhìn thấy hơn. Có thể mất đến một năm trước khi ngực đạt được vị trí và kích thước cuối cùng.

Rủi ro

Rủi ro thường gặp đối với bất kỳ ca phẫu thuật nào bao gồm chảy máu, nhiễm trùng, phản ứng gây mê hoặc để lại sẹo bất ngờ.

Thu nhỏ ngực có thể dẫn đến giảm cảm giác ở vú hoặc núm vú và/hoặc suy giảm khả năng cho con bú.

Khi quá trình lành vết thương hoàn tất, ngực có thể hơi không đều hoặc núm vú có thể không đổi xứng.

Kết quả bình thường

Nên đạt được kích thước ngực nhỏ hơn và cùng với đó, cơn đau và khó chịu đi kèm sẽ được giảm bớt.

Tài nguyên**SÁCH**

Yêu, Susan M., với Karen Lindsey. Cuốn sách về vú của Tiến sĩ Susan Love. Reading, MA: Addison-Wesley, 1995.

TỔ CHỨC

Hiệp hội bác sĩ phẫu thuật thẩm mỹ và tái tạo Hoa Kỳ. 44 E.

Algonquin Rd., Arlington Heights, IL 60005. (847)

228-9900. <<http://www.plasticsurgery.org>>.

Ellen S. Weber, MSN

Tự khám vú**Sự định nghĩa**

Tự kiểm tra vú (BSE) là cuộc kiểm tra do một người phụ nữ của bộ ngực của mình để phát hiện ung thư vú.

Mục đích

BSE là một trong ba xét nghiệm mà Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ khuyến nghị để giúp phát hiện ung thư vú ở giai đoạn sớm nhất. Bằng cách thường xuyên kiểm tra ngực của chính mình, người phụ nữ có nhiều khả năng phát hiện ra bất kỳ thay đổi nào có thể đã xảy ra. Thời điểm tốt nhất để thực hiện BSE là khoảng một tuần sau khi phụ nữ kết thúc kỳ kinh, khi ngực của cô ấy không căng hoặc sưng lên. Nếu kinh nguyệt của cô ấy không đều, thì BSE phải được hoàn thành vào cùng một ngày hàng tháng. BSE cũng phải được hoàn thành thường xuyên bởi những phụ nữ đang mang thai, cho con bú hoặc cấy ghép vú. Bằng cách kết hợp BSE với chụp quang tuyến vú và khám lâm sàng vú, người phụ nữ có cơ hội tốt nhất để giảm nguy cơ tử vong do ung thư vú thông qua việc phát hiện sớm. Gần 90% bệnh ung thư vú được phát hiện thông qua bệnh BSE. Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ khuyến cáo bắt đầu từ tuổi 20, phụ nữ nên hoàn thành BSE mỗi tháng bằng cách sờ xem có cục u hoặc bất cứ điều gì đáng ngờ, cũng như quan sát ngực của mình cẩn thận trong gương xem có bất kỳ thay đổi nào về đường viền, sưng tấy, lumps đồng tiền hay không. nếp nhăn của da, hoặc những thay đổi ở núm vú.

Sự miêu tả

Để hoàn thành BSE hàng tháng:

- Khi nằm kê một chiếc gối dưới vai phải và đặt cánh tay phải ra sau đầu. Dùng đầu ngón tay của ba ngón giữa bên tay trái kiểm tra toàn bộ vùng ngực. Sử dụng các vòng tròn nhỏ và thực hiện theo hình lèn xuống đồng thời ấn đủ mạnh để biết cảm giác của vú từ tháng này sang tháng khác. Bài kiểm tra này sau đó nên được lặp lại ở bên trái

Giá

vú bằng miếng đệm ngón tay của bàn tay phải với chiếc gối dưới vai trái.

- Khi đứng trước gương, cần kiểm tra mọi thay đổi về hình dạng hoặc vẻ ngoài của ngực. Để quan sát bất kỳ thay đổi nào trên da hoặc nút vú chẳng hạn như lúm đồng tiền hoặc tiết dịch ở nút vú, trước tiên, cánh tay phải được đặt ở hai bên rồi đưa lên trên. Sau đó, hai tay đặt chắc chắn lên hông để uốn cong cơ ngực, sau đó cơ thể uốn cong về phía trước.

- Khi tắm nên giơ tay phải lên.

Bằng cách sử dụng bàn tay và ngón tay xà phòng, có thể kiểm tra vú phải và phần bên ngoài của vú. Các vòng tròn nhỏ và mô hình lên xuống tương tự được sử dụng khi nằm nên được sử dụng ở tư thế thẳng đứng.

Lặp lại ở ngực trái.

Sự chuẩn bị

Trước khi bắt đầu BSE hàng tháng, ngực của phụ nữ phải được bọc lộ hoàn toàn.

Kết quả bình thường

Vú của mỗi người phụ nữ đều có hình dáng và cảm giác bình thường riêng. Bằng cách hoàn thành BSE mỗi tháng, người phụ nữ có thể xác định điều gì là bình thường đối với mình và kiểm tra những thay đổi có thể phát sinh. Hiện tượng nổi cục thường xuyên ở ngực là điều bình thường.

Kết quả bất thường

Nếu nhận thấy bất kỳ thay đổi nào trong quá trình BSE hàng tháng, chẳng hạn như một khối u cứng mới ở vú hoặc nách, bác sĩ nên kiểm tra khu vực đó ngay lập tức. Các dấu hiệu xác rối khác không nên bỏ qua

bao gồm:

- thay đổi kích thước

hoặc hình dạng vú • da lõm xuống

hoặc nhăn nheo • mẩn đỏ, sưng tấy hoặc nóng không biến mất • đau ở một vùng không thay đổi theo từng đợt điều trị. chу

kỳ hàng tháng của

người phụ nữ • nút vú tụt vào trong • nút vú chảy ra đột ngột và chỉ xuất hiện ở một bên vú

• một nút vú có vùng ngứa, đau hoặc đóng vảy

Beth A. Kapes

Tài nguyên**SÁCH**

Altman, Roberta và Michael J. Sarg. "Tự khám vú." Từ điển Ung thư. Sách đánh dấu, 2000.

TỔ CHỨC

Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ. (800) 227-2345. <<http://www.ung thư.org>>.

Quỹ Komen. 5005 LBJ Freeway, Suite 250, Dallas, Texas 75244. (972) 855-1600. <<http://www.komen.org>>.

KHÁC

"Cách tự kiểm tra vú." Phụ nữ.com. Ngày 5 tháng 5 năm 2001 <<http://www.women.com>>.

Siêu âm vú xem Siêu âm vú**Siêu âm vú****Sự định nghĩa**

Siêu âm vú (hoặc siêu âm) là một kỹ thuật hình ảnh để chẩn đoán bệnh vú, chẳng hạn như ung thư.

Nó sử dụng sóng âm thanh tần số cao, vô hại để tạo thành hình ảnh (siêu âm). Sóng âm thanh đi qua vú và phản xạ trở lại hoặc vang vọng từ các mô khác nhau để tạo thành hình ảnh của các cấu trúc bên trong. Nó không xâm lấn và không liên quan đến bức xạ.

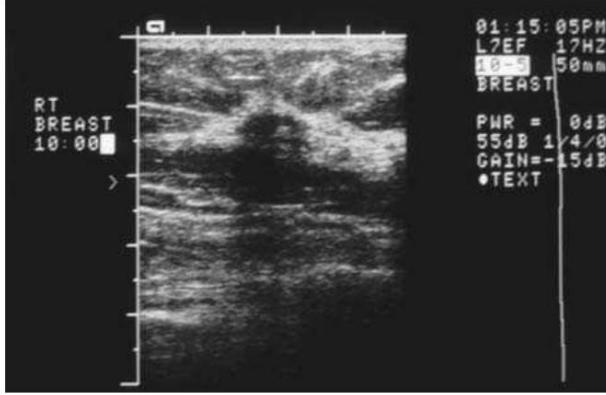
Mục đích

Siêu âm vú có thể được sử dụng theo nhiều cách. Ứng dụng phổ biến nhất là điều tra một khu vực cụ thể của vú nơi nghi ngờ có vấn đề. Một khối u sờ thấy được và/hoặc khối u hoặc mật độ được phát hiện bằng tia X (chụp quang tuyến vú) có thể được đánh giá thêm bằng siêu âm. Nó đặc biệt hữu ích trong việc phân biệt giữa u nang chứa đầy chất lỏng và khối rắn. Nó cũng có thể xác định các tổn thương nhỏ quá nhão để có thể cảm nhận được.

Siêu âm vú thường là nghiên cứu đầu tiên được thực hiện để đánh giá khối lượng ở phụ nữ dưới 35 tuổi mà ảnh chụp X quang tuyến vú có thể khó diễn giải do mật độ mô vú của họ. Việc thiếu bức xạ được sử dụng trong siêu âm khiến nó trở nên lý tưởng để nghiên cứu các bất thường ở vú ở phụ nữ đang mang thai. Đánh giá túi đệm ngực xem có bị rỗ rỉ hoặc vỡ hay không là một cách khác để sử dụng siêu âm. Viêm vú, nơi có thể hình thành các túi nhiễm trùng hoặc áp xe, có thể được chẩn đoán và theo dõi bằng siêu âm.

Da vú dày và sưng lên có thể là dấu hiệu của ung thư vú dạng viêm. Siêu âm đòi hỏi có thể xác định sự phát triển ung thư trong vú khiến da dày lên. Những trường hợp này thường được thực hiện bằng sinh thiết lõi dưới hướng dẫn của siêu âm (mô tả bên dưới).

Siêu âm vú được sử dụng để quan sát và hướng dẫn kim cho một số thủ tục can thiệp. Chúng bao gồm chọc hút u nang, chọc hút kim nhỏ, chọc hút kim lõi lớn



Hình ảnh siêu âm vú. (Ảnh y tế tùy chỉnh.)

Được sao chép dưới sự cho phép.)

sinh thiết (là bước đầu tiên trong việc xác định phương pháp điều trị tổn thương có khả năng là ung thư) và định vị kim trong phẫu thuật sinh thiết vú. Sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm có những ưu điểm khác biệt. Siêu âm hướng dẫn kim để có thể loại bỏ tổn thương để sinh thiết. Bệnh nhân thường thấy rằng thủ thuật này ít gây chấn thương và thoải mái hơn so với sinh thiết phẫu thuật. Siêu âm được biết đến với độ chính xác trong việc xác định mức độ phát triển của ung thư đến các mô xung quanh ở những tổn thương không thể cảm nhận được. Sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm thường ít tổn kém hơn so với sinh thiết phẫu thuật. Ngoài ra, nếu có thể nhìn thấy những bất thường cần phải sinh thiết trên cả chụp quang tuyến vú và siêu âm, thì sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm thường mang lại cảm giác thoải mái hơn cho bệnh nhân vì không cần phải ép.

Sự miêu tả

Siêu âm có thể được thực hiện tại phòng khám của bác sĩ hoặc cơ sở ngoại trú khác, chẳng hạn như bệnh viện hoặc trung tâm chẩn đoán hình ảnh.

Bệnh nhân cởi bỏ quần áo từ thắt lưng trở lên và mặc áo khoàng bệnh viện, hở phía trước. Cô ấy nằm ngửa hoặc nằm nghiêng trên bàn khám. Một loại gel giúp tăng cường truyền âm thanh được phết lên khu vực cần kiểm tra. Sau đó, kỹ thuật viên sẽ đặt một đầu dò, một dụng cụ có kích thước bằng máy cạo râu điện, lên da. Hình ảnh từ sóng âm phản xạ xuất hiện trên màn hình điều khiển.

Khó có thể thu được kết quả siêu âm tốt nếu bệnh nhân không thể giữ yên ở một tư thế. Béo phì có thể cản trở việc quan sát rõ ràng các cấu trúc bên trong và độ chính xác của nghiên cứu siêu âm phụ thuộc rất nhiều vào kỹ năng của người thực hiện kiểm tra.

Hình ảnh được ghi lại khác nhau tùy theo góc và áp suất của đầu dò cũng như cách đặt thiết bị. Quá trình kiểm tra có thể kéo dài từ 30 đến 45 phút. Hầu hết các chương trình bảo hiểm đều chi trả chi phí khám siêu âm.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

U nang-Một cấu trúc lành tính có thành mỏng, chứa đầy chất lỏng ở vú.

Ung thư biểu mô óng dẫn sữa-Một loại ung thư chiếm tới 80% các ca ung thư vú.

Những khối u này có cảm giác lớn hơn so với khi nhìn trên siêu âm hoặc chụp quang tuyến vú.

U xơ tuyến-Một khối u vú lành tính được tạo thành từ mô sợi. Đây là khối phổ biến nhất ở phụ nữ dưới 35 tuổi và được tìm thấy ở cả hai vú trong 3% trường hợp.

Ung thư biểu mô tiều thùy xâm nhập-Một loại ung thư chiếm 8% đến 10% các ca ung thư vú. Ở những bộ ngực đặc biệt dày đặc, siêu âm có thể hữu ích trong việc xác định những khối này.

Vị vôi hóa-Những đóm nhỏ quá nhỏ để có thể cảm nhận được. Chúng là những dấu hiệu quan trọng của bệnh ung thư xuất hiện trên siêu âm và chụp quang tuyến vú.

Giống ung thư biểu mô túy trong siêu âm và chụp quang tuyến vú, nhưng thường ảnh hưởng đến phụ nữ lớn tuổi.

Không thể sờ thấy-Không thể cảm nhận được bằng tay. Trong bệnh ung thư, những khối u không thể sờ thấy là quá nhỏ để có thể cảm nhận được nhưng có thể nhìn thấy được trên siêu âm hoặc chụp quang tuyến vú.

Ung thư biểu mô nhù-Một loại ung thư vú chủ yếu xảy ra ở phụ nữ lớn tuổi. Trên siêu âm, loại khối u này có thể trông giống như một khối xám hoặc phức tạp, hoặc nó có thể xuất hiện dưới dạng mô xám nhô vào một u nang.

Ung thư biểu mô óng-Một loại ung thư chiếm khoảng 1% đến 2% số ca ung thư vú. Có thể xuất hiện nhỏ trên siêu âm hoặc chụp quang tuyến vú.

Kết quả bình thường

Kiểm tra siêu âm có thể tiết lộ mô bình thường hoặc tình trạng lành tính như u nang. Siêu âm có thể chẩn đoán chắc chắn một cấu trúc lành tính có những đặc điểm nhất định của một u nang đơn giản. Trong trường hợp u nang đơn giản không có triệu chứng, thường không cần điều trị bổ sung ngoài việc tiếp tục theo dõi.

Kết quả bất thường

Một khối u có khả năng ác tính có thể được xác định bằng siêu âm vú. Kết quả bất thường rơi vào các trường hợp sau

loại: nốt xơ lành tính, u nang phúc tạp, tổn thương đáng ngờ và tổn thương gợi ý nhiều đến ung thư. Trong trường hợp siêu âm cho thấy sự hiện diện của một u nang phúc tạp hoặc các nốt xơ, sinh thiết là hợp lý vì 10% đến 15% các khối u này là ác tính. Các tổn thương thuộc hai loại cuối (nghi ngờ hoặc có nhiều khả năng gợi ý đến ung thư) có nguy cơ bị ung thư cao hơn và cần được điều tra thêm bằng sinh thiết hoặc phẫu thuật.

Các bệnh ung thư vú như sau có thể được xác định trên siêu âm: ung thư biểu mô óng, ung thư biểu mô tiếu thùy thâm nhiễm, ung thư biểu mô tủy, ung thư biểu mô nhầy (chất keo), ung thư biểu mô óng và ung thư biểu mô nhú. Trên siêu âm, hình dạng của tổn thương và loại bờ của nó đôi khi có thể cho biết nó lành tính hay ung thư, nhưng vẫn có những trường hợp ngoại lệ. Ví dụ, u xơ lành tính thường có hình bầu dục và một số bệnh ung thư có thể có hình dạng tương tự.

Các khối u ung thư thường có các cạnh lõm chõm, nhưng một số khối u lành tính cũng có thể có các cạnh này. Siêu âm không phải là một xét nghiệm dứt khoát. Chẩn đoán mô thường được yêu cầu.

Tài nguyên

SÁCH

Yêu, Susan M., với Karen Lindsey. Cuốn sách về vú của Tiến sĩ Susan Love. tái bản lần thứ 2. Reading, MA: Addison-Wesley, 1995.
Rumack, Carol M. và cộng sự, eds. Siêu âm chẩn đoán St. Louis: Mosby-Year-Book, Inc., 1998.

ĐỊNH KÝ

Jackson, Valerie. "Vai trò hiện nay của siêu âm trong chụp ảnh vú." Phòng khám X quang Bắc Mỹ 33 (tháng 11 năm 1995): 1161-70.
Rubin, Eva và cộng sự. "Giảm chi phí chẩn đoán ung thư biểu mô vú: Tác động của siêu âm và sinh thiết có hướng dẫn bằng hình ảnh đối với thực hành lâm sàng vú." Ung thư 91 (tháng 1 năm 2001): 324-31.
Smith, LaNette F. và cộng sự. "Sinh thiết vú dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong phẫu thuật." Tạp chí Phẫu thuật Hoa Kỳ 180 (tháng 12 năm 2000): 419-23.
Velez, Nitzet và cộng sự. "Siêu âm chẩn đoán và can thiệp cho bệnh vú." Tạp chí Phẫu thuật Hoa Kỳ 180 (tháng 10 năm 2000): 284-7.

Ellen S. Weber

X quang vú xem Chụp X-quang tuyển vú

Sinh ngôi mông

Sự định nghĩa

Sinh ngôi ngược là việc sinh thai nhi (thai nhi) ở phần sau đầu tiên. Khoảng 3-4% thai nhi sẽ bắt đầu chuyển dạ ở tư thế ngôi mông, đây là một tình huống tiềm ẩn nguy hiểm.

Mô tả Trong hầu

Hết thời kỳ mang thai, thai nhi đang phát triển hoàn toàn tự do di chuyển trong tử cung. Từ tuần thứ 32 đến tuần thứ 36, khối u trở nên lớn đến mức cử động bị hạn chế. Thai nhi khó lật mình hơn nhiều, do đó, bất kỳ tư thế nào mà thai nhi cảm nhận vào thời điểm này đều có thể giống với tư thế của thai nhi khi bắt đầu chuyển dạ.

Vì những lý do chưa được hiểu đầy đủ, hầu hết tất cả trẻ sơ sinh đều ổn định ở tư thế cúi đầu xuống. Thai nhi lộn ngược trong tử cung, đầu sẽ dẫn đường trong quá trình sinh nở.

Thật không may, một số bào thai không hợp tác. Hầu hết trong số này đều ở vị trí ngôi mông. Mông dẫn đường ra khỏi tử cung, hai chân gặp về phía trước cơ thể (ngôi mông). Việc giao hàng từ vị trí ngôi mông có nhiều rủi ro hơn so với giao hàng đầu (vị trí đỉnh).

Phần lớn nhất của cơ thể thai nhi thường là đầu. Nếu đầu vừa với xương chậu của người mẹ thì phần còn lại của cơ thể thai nhi sẽ trượt ra ngoài khá dễ dàng. Nếu thai nhi chào đời ở phần dưới trước, có thể cơ thể sẽ lọt qua xương chậu của mẹ nhưng đầu bé sẽ bị kẹt ở mức cằm. Tình trạng này, được gọi là đầu bị mắc kẹt, rất nguy hiểm.

Khi đầu của em bé ra trước, em bé có cơ hội "nắn" trong quá trình chuyển dạ. Xương sọ của em bé chưa được gắn chặt với nhau như hộp sọ của trẻ em hoặc người lớn, nghĩa là xương sọ của em bé có thể di chuyển. Trong thời gian dài chuyển dạ, hộp sọ có thể thay đổi hình dạng để phù hợp với xương chậu dễ dàng hơn, đó là lý do tại sao nhiều em bé sinh ra có "đầu hình nón". Nếu trẻ sinh ra ở tư thế ngôi ngược, hộp sọ không có cơ hội thay đổi hình dạng để phù hợp với xương chậu, thậm chí còn dễ bị kẹt.

Nếu đầu bé bị kẹt thì khả năng bị thương rất cao. Khi cơ thể em bé được sinh ra, dây rốn thường ngừng đập (giống như khi sinh thường). Điều này cắt đứt nguồn cung cấp oxy từ mẹ sang con. Nếu đầu của em bé vẫn còn trong tử cung thì em bé chưa thể tự thở được. Vì vậy, điều cần thiết là phải sinh em bé càng nhanh càng tốt.

Những nỗ lực cứu sống để đỡ đầu em bé có thể gây thương tích cho cổ hoặc đầu của em bé, dẫn đến tàn tật vĩnh viễn. Trong những trường hợp cực đoan, nếu không thể sinh được em bé trong vòng vài phút, em bé có thể chết. Rõ ràng, điều quan trọng là phải tránh một cú giao mông với đầu bị mắc kẹt.

Tất nhiên, nhiều em bé được sinh ra từ tư thế ngôi mông một cách an toàn. Có một số yếu tố nhất định khiến việc sinh ngôi mông có nhiều khả năng thành công hơn: nếu cực kỳ

Âm thanh (kỹ thuật sử dụng sóng âm để hình dung thai nhi) cho thấy thai nhi ở tư thế ngồi mông thẳng, đầu thai nhi tựa vào ngực, thai nhi không to nên ít có khả năng bị kẹt đầu.

Trong số những trẻ ngồi ngược sinh sau đủ 9 tháng, những trẻ nhỏ hơn thường phát triển tốt hơn. Điều này không đúng với trẻ sinh non. Trẻ sinh non dễ bị mắc kẹt đầu hơn vì cơ thể của trẻ sinh non thường nhỏ hơn đầu của trẻ rất nhiều. Trẻ sinh non thường không được sinh ở tư thế ngồi mông.

Có thể tránh được những rủi ro của việc sinh ngồi ngược qua đường âm đạo bằng cách sinh em bé thông qua một thủ tục phẫu thuật (mổ lấy thai, còn được gọi là sinh mổ). Trong hai mươi năm qua, mổ lấy thai đã được khuyến khích khi thai nhi ngồi mông. Gần đây hơn, nhiều nhà cung cấp đã đưa ra lựa chọn phiên bản, cố gắng đưa thai nhi trong tử cung về vị trí đầu trước khi bắt đầu chuyển dạ.

Phiên bản được dựa trên một ý tưởng rất đơn giản. Nếu thai nhi ở tư thế ngồi mông thực hiện động tác lộn nhào, đầu của nó sẽ hướng xuống dưới. Trong một phiên bản, bác sĩ sản khoa cố gắng làm cho thai nhi lộn nhào.

Một phiên bản chỉ nên thực hiện ở bệnh viện, có máy siêu âm dùng để hướng dẫn bác sĩ sản khoa xoay thai nhi. Thai nhi cần được theo dõi bằng máy theo dõi thai nhi trước và sau phiên bản. Một số bác sĩ sản khoa cho người mẹ tiêm thuốc để làm giãn tử cung của người mẹ và ngăn ngừa bất kỳ cơn co thắt nào.

Trong quá trình thực hiện, bác sĩ sản khoa đặt tay lên bụng mẹ để cảm nhận vị trí mông và đầu của thai nhi. Mông hơi nâng lên và bác sĩ ấn vào đầu trẻ để khuyến khích trẻ thực hiện động tác lộn nhào. Có thể phải mất vài lần thử trước khi thai nhi hợp tác, nhưng cuối cùng hơn một nửa sẽ quay đầu lại.

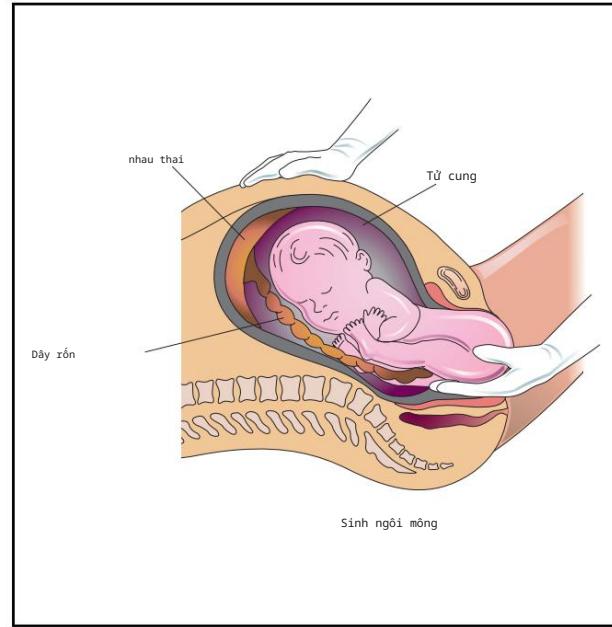
Một phiên bản không phù hợp với mọi thai nhi ở tư thế mông vào cuối thai kỳ. Nó chỉ có thể được thử nếu có một thai nhi trong tử cung, nếu nhau thai không nằm phía trước thai nhi và nếu dây rốn dường như không quấn quanh thai nhi ở bất kỳ điểm nào.

Nguyên nhân và triệu chứng

Nguyên nhân sinh ngồi mông không được biết rõ. Nhìn chung không có triệu chứng nhận dạng. Tuy nhiên, một số phụ nữ có thể biết được vị trí của thai nhi bằng cách cảm thấy thai nhi đang đạp. Hầu hết phụ nữ không thể biết thai nhi đang ở vị trí nào tại bất kỳ thời điểm nào.

Chẩn đoán

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thường có thể xác định vị trí của thai nhi bằng cách cảm nhận nó qua thành cơ thể của người mẹ.



Khoảng 3-4% trẻ sơ sinh sẽ bắt đầu chuyển dạ ở tư thế mông (mông trước). Mặc dù đây là một tình huống tiềm ẩn nguy hiểm nhưng nhiều trẻ đủ tháng vẫn có thể được sinh ra từ tư thế ngồi mông một cách an toàn. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

bụng. Một manh mối khác về vị trí này là vị trí mà nhịp tim được nghe rõ nhất. Nếu nhịp tim của thai nhi được nghe rõ nhất dưới mức rốn của người mẹ thì có khả năng thai nhi sẽ ở vị trí đầu trước. Mặt khác, nếu nhịp tim được nghe rõ nhất ở trên mức rốn thì có khả năng là ngồi mông.

Tuy nhiên, cách duy nhất để thực sự chắc chắn là làm siêu âm. Sử dụng kỹ thuật này rất dễ dàng để biết được vị trí của thai nhi.

Sự đối đãi

Nếu thai nhi ở tư thế ngồi mông trong những tuần cuối của thai kỳ, có ba cách hành động có thể xảy ra: mổ lấy thai, phiên bản cố gắng hoặc sinh ngồi mông qua đường âm đạo.

Sinh mổ là cách phổ biến nhất để sinh con ngồi mông. Thủ tục phẫu thuật này mang lại nhiều rủi ro hơn cho người mẹ, nhưng nhiều phụ nữ thích mạo hiểm tự mình phẫu thuật hơn là để em bé đổi mặt với rủi ro khi sinh ngồi mông.

Phiên bản đang trở nên phổ biến. Phiên bản là một thủ tục y tế trong đó bác sĩ sản khoa cố gắng xoay thai ngược về vị trí đầu. Phiên bản thành công hơn 50% thời gian. Tuy nhiên, một số trẻ được xoay người thành công sẽ quay trở lại tư thế ngồi mông sau khi thủ thuật hoàn tất.

Hán

Một số phụ nữ chọn sinh ngược qua đường âm đạo. Điều này chỉ nên được thực hiện nếu siêu âm cho thấy thai nhi ở tư thế ngồi mông thuận lợi. Hầu hết các em bé sẽ sinh nở rất tốt khi sinh ngồi mông, nhưng luôn có khả năng thai nhi sẽ bị thương, thậm chí có thể nghiêm trọng.

Phòng ngừa

Không có cách nào để ngăn cản thai nhi ổn định ở tư thế ngồi mông vào cuối thai kỳ. Một phụ nữ đã từng có một thai ngồi ngược có nhiều khả năng có một thai ngồi ngược hơn mức trung bình.

Amy B. Tuteur, MD

Tài nguyên

SÁCH

"Kỹ thuật sinh ngồi mông." Trong Sản khoa Williams. tái bản lần thứ 20 Ed. F. Gary Cunningham và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

Trình bày ngồi mông xem ngồi mông sinh

Bệnh Brill-Zinsser xem Bệnh sốt phát ban

Bệnh xương giòn xem Sự tạo xương bất toàn

Mũi gãy xem Chấn thương mũi

Giãn phế quản

Sự định nghĩa

Giãn phế quản là tình trạng một vùng trong ống phế quản bị giãn ra (giãn ra) vĩnh viễn và bất thường, kèm theo nghiêm trọng.

Mô tả ống phế

quản là mạng lưới các ống phân nhánh đưa không khí đến các túi nhô của phổi (phế nang). Trong bệnh giãn phế quản, đường kính của phế quản lớn bất thường. Kiểm tra thành ống phế quản cho thấy sự phá hủy các thành phần cấu trúc bình thường và thay thế bằng mô sẹo. Mù tích tụ trong phế quản và dòng oxy bình thường vào phổi và carbon dioxide ra khỏi phổi (trao đổi không khí) bị suy giảm.

Phế quản có dấu hiệu viêm, sưng tấy và bị nhiều loại tế bào miễn dịch xâm lấn. Các vùng bị viêm có dấu hiệu tăng sinh mạch máu. Vùng phổi cần được phục vụ bởi ống phế quản bị bệnh cũng dễ bị viêm và nghiêm trọng.

Nguyên nhân và triệu chứng

Triều khi sử dụng rộng rãi các biện pháp chủng ngừa, bệnh giãn phế quản thường là kết quả của nhiễm trùng nghiêm trọng với bệnh sởi hoặc gà. Hiện nay, các loại vi-rút gây bệnh cúm (cúm) hoặc hội chứng giang cùm cũng như một số vi khuẩn có thể phát triển trước bệnh giãn phế quản. Những bệnh nhân đã bị nhiễm bệnh lao hoặc vi-rút gây bệnh AIDS (HIV hoặc vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người) cũng có nguy cơ mắc bệnh giãn phế quản cao hơn.

Một số tình trạng bệnh lý có sẵn có thể khiến một người dễ bị nhiễm trùng hơn bình thường, làm tăng nguy cơ phát triển bệnh giãn phế quản.

Những tình trạng này bao gồm rối loạn lồng mao và rối loạn miễn dịch.

Cilia là những sợi lông nhỏ thường nằm dọc theo ống phế quản. Lông mao vẫn liên tục, quét sạch các vi khuẩn hoặc virus xâm nhập vào ống phế quản, đồng thời làm sạch các chất tiết dư thừa (chất nhầy, đờm) có thể do phế quản tạo ra. Khi những lông mao này bất thường hoặc vắng mặt khi mới sinh, nhiều loại vi khuẩn hoặc virus xâm nhập khác nhau có thể tồn tại trong đường hô hấp, nhân lên và gây nhiễm trùng nghiêm trọng.

Rối loạn miễn dịch bao gồm giảm sản xuất một số hóa chất miễn dịch nhất định (globulin miễn dịch) thường dùng để chống lại nhiễm trùng do sự xâm nhập của vi khuẩn hoặc virus. Khi các globulin miễn dịch này không được sản xuất với số lượng đủ lớn, vi khuẩn và virus xâm nhập không bị tiêu diệt một cách hiệu quả và nhiễm trùng xảy ra.

Các nguyên nhân khác gây giãn phế quản bao gồm đường thở bị tắc nghẽn (tắc nghẽn) bất thường. Điều này có thể là do khối u phát triển trong ống phế quản hoặc do trẻ vô tình hít phải một vật nhô làm tắc nghẽn ống phế quản. Những người mắc căn bệnh được gọi là xơ nang (CF) thường có ống phế quản bị tắc nghẽn bởi chất nhầy dày và dinh, dày là dấu hiệu đặc trưng của CF.

Phơi nhiễm chất độc (ví dụ như hít phải amoniac) có thể gây hại cho phế quản và dẫn đến giãn phế quản. Phản ứng dị ứng cực độ của hệ thống miễn dịch với sự hiện diện của một số loại nấm (đặc biệt là nấm Aspergillus) cũng có thể làm hỏng ống phế quản đến mức dẫn đến giãn phế quản.

Các triệu chứng của bệnh giãn phế quản bao gồm ho liên tục và tiết ra đờm nghiêm trọng (đờm là hỗn hợp của chất nhầy và mủ), có thể có máu. Trong một số trường hợp, có thể có thở khò khè và khó thở.

Tình trạng nghiêm trọng ở mức độ thấp, liên tục có thể bùng phát, dẫn đến tăng tiết đờm, ho và sốt nặng hơn. Vùng phổi được phục vụ bởi ống phế quản bị ảnh hưởng có thể bị nhiễm trùng nặng, dẫn đến viêm phổi.



Hình ảnh phế quản màu của phổi - cây bên phải hầu như không có cấu trúc do viêm mạn tính. (Mehau Kulyk, Nhà nghiên cứu ảnh. Được phép sao chép lại.)

Chẩn đoán

Chụp X quang ngực có thể phát hiện bằng chứng của bệnh gián phế quản, và chụp CT đặc biệt hữu ích trong việc phát hiện các thành phế quản dày và giãn của bệnh gián phế quản. Đờm sẽ cần phải được thu thập và nuôi cấy (được nuôi cấy trong đĩa thí nghiệm), để kiểm tra bằng kính hiển vi để tìm loại sinh vật cụ thể gây nhiễm trùng. Việc tìm kiếm cần thận các bệnh tiềm ẩn khác là rất quan trọng, đặc biệt là tim kiếm các bất thường về đường mật, xơ nang hoặc thiếu hụt globulin miễn dịch.

Sự đối đãi

Việc điều trị cần bao gồm những nỗ lực để giải quyết bất kỳ rối loạn cơ bản nào. Nhiễm trùng sẽ cần dùng kháng sinh, tắc nghẽn có thể phải loại bỏ vật lạ hoặc khối u. Hiện có sẵn các loại thuốc giúp làm loãng đờm để có thể ho ra ngoài hiệu quả hơn. Vỗ tay nhịp nhàng vào ngực và lưng, trong khi bệnh nhân đàm nhận một số tư thế (chủ yếu là cúi đầu xuống), có thể giúp phổi thoát khí hiệu quả hơn. Đây được gọi là vật lý trị liệu ngực, hoặc bộ gõ và dẫn lưu tư thế.

Khi một vùng cụ thể của phổi bị nhiễm trùng liên tục và nghiêm trọng, có thể cần phải phẫu thuật để loại bỏ nó. Khi chảy máu xảy ra do ống phế quản bị kích thích và mạch máu phế quản phát triển quá mức, có thể cần phải phẫu thuật để cắt bỏ một phần của ống phế quản hoặc tiêm vật liệu vào mạch máu đang chảy máu để cầm máu.

Ở một số bệnh nhân, gián phế quản cuối cùng dẫn đến lượng oxy trong máu liên tục thấp, mặc dù đã có các phương pháp điều trị khác. Những bệnh nhân này thường có sự tăng kích thước bên phải của tim, cùng với việc giảm khả năng bơm máu qua phổi của tim. Một số bệnh nhân có triệu chứng cực kỳ nghiêm trọng và tàn tật đã được điều trị bằng ghép phổi.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Phế quản-Mạng lưới các ống dẫn không khí đến phổi và cho phép không khí thoát ra khỏi phổi.

Cilia-Những phần nhô ra giống như tóc chạy dọc theo các ống phế quản (cũng xuất hiện ở các vùng khác của cơ thể). Lông mao bình thường đậm đặn, quét sạch vi khuẩn, vi rút và chất nhầy trong phế quản.

Tiên lượng

Tiên lượng rất khác nhau, tùy thuộc vào mức độ lan rộng hoặc khu trú của bệnh gián phế quản và sự hiện diện của các rối loạn tiềm ẩn khác.

Tài nguyên

SÁCH

Vi sinh y tế Sherris: Giới thiệu về các bệnh truyền nhiễm. tái bản lần thứ 3. Ed. Kenneth J. Ryan. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1994.

Weinberger, Steven. "Gián phế quản." Trong Nguyên tắc Nội khoa của Harrison, ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

ĐỊNH KỲ Marwah,

Onkarjit S., và Om P. Sharma. "Gián phế quản: Cách xác định, điều trị và phòng ngừa." Y học sau đại học 97 (02/1995): 149+.

Nicotra, M. Brooke và cộng sự. "Đặc điểm lâm sàng, sinh lý bệnh và vi sinh của bệnh gián phế quản ở một nhóm người già." Rường 108 (10/1995): 955+.

Weinberger, Steven E. và Ann Giudici Fettner. "Bệnh ở Ngụy trang: Gián phế quản." Thư Y tế Harvard 21 (tháng 2 năm 1996): 6+.

TỔ CHỨC

Hiệp hội Phổi Hoa Kỳ. 1740 Broadway, New York, NY 10019. (800) 586-4872. <<http://www.lungusa.org>>.

Rosalyn Carson-DeWitt, MD

Viêm tiểu phế quản xem **Nhiễm virus hợp bào hô hấp**

Viêm phế quản

Sự định nghĩa

Viêm phế quản là tình trạng viêm đường dẫn khí giữa mũi và phổi, bao gồm cả khí quản hoặc

Haben

khí quản và các ống dẫn khí lớn hơn của phổi đưa không khí từ khí quản (phế quản) vào. Viêm phế quản có thể diễn ra trong thời gian ngắn (cấp tính) hoặc kéo dài (mãn tính).

Viêm phế quản cấp tính thường do nhiễm virus, nhưng cũng có thể do nhiễm vi khuẩn và có thể lành mà không có biến chứng. Viêm phế quản mãn tính là dấu hiệu của bệnh phổi nghiêm trọng, có thể thuỷ phân giảm nhưng không thể chữa khỏi.

Mô tả Mặc dù

viêm phế quản cấp tính và mãn tính đều là tình trạng viêm đường dẫn khí nhưng nguyên nhân và cách điều trị của chúng là khác nhau. Viêm phế quản cấp tính phổ biến nhất vào mùa đông. Nó thường xảy ra sau nhiễm virus, chẳng hạn như cảm lạnh hoặc cúm, và có thể kèm theo nhiễm trùng thứ phát do vi khuẩn. Viêm phế quản cấp tính sẽ khởi trong vòng hai tuần, mặc dù ho có thể kéo dài hơn. Viêm phế quản cấp tính, giống như bất kỳ quá trình viêm đường hô hấp trên nào, có thể làm tăng khả năng mắc bệnh viêm phổi ở một người.

Bất cứ ai cũng có thể bị viêm phế quản cấp tính, nhưng trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ và người già có nhiều khả năng mắc bệnh hơn vì những người ở những nhóm tuổi này thường có hệ miễn dịch yếu hơn. Những người hút thuốc và những người mắc bệnh tim hoặc các bệnh về phổi khác cũng có nguy cơ mắc bệnh viêm phế quản cấp tính cao hơn. Những người tiếp xúc với khói hóa chất hoặc mức độ ô nhiễm không khí cao cũng có nguy cơ mắc bệnh viêm phế quản cấp tính cao hơn.

Viêm phế quản mãn tính là nguyên nhân chính gây tàn tật và tử vong ở Hoa Kỳ. Hiệp hội Phổi Hoa Kỳ ước tính có khoảng 14 triệu người Mỹ mắc bệnh này. Giống như viêm phế quản cấp tính, viêm phế quản mãn tính là tình trạng viêm đường hô hấp kèm theo ho và khạc đờm. Trong viêm phế quản mãn tính, các triệu chứng này xuất hiện ít nhất ba tháng trong hai năm liên tiếp.

Viêm phế quản mãn tính là do hít phải chất kích thích phế quản, đặc biệt là khói thuốc lá. Cho đến gần đây, nam giới mắc bệnh viêm phế quản mãn tính nhiều hơn nữ giới, nhưng khi số phụ nữ hút thuốc ngày càng tăng thì tỷ lệ mắc bệnh viêm phế quản mãn tính cũng tăng theo. Vì bệnh này tiến triển chậm nên người trung niên trở lên dễ được chẩn đoán mắc bệnh viêm phế quản mãn tính hơn.

Viêm phế quản mãn tính là một trong nhóm bệnh được gọi là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Các bệnh khác thuộc loại này bao gồm khí thũng và viêm phế quản hen mãn tính. Viêm phế quản mãn tính có thể tiến triển thành khí thũng hoặc có thể xuất hiện cả hai bệnh cùng nhau.

Nguyên nhân và triệu chứng

Viêm phế quản cấp

Viêm phế quản cấp tính thường bắt đầu bằng các triệu chứng cảm lạnh, chẳng hạn như sổ mũi, hắt hơi và ho khan.

Tuy nhiên, cơn ho sẽ sớm trở nên sâu và đau đớn.

Ho có đờm hoặc đờm màu vàng xanh.

Những triệu chứng này có thể đi kèm với sốt lên tới 102°F (38,8°C). Khò khè sau khi ho là tình trạng phổ biến.

Trong viêm phế quản cấp tính không biến chứng, sốt và hầu hết các triệu chứng khác, ngoại trừ ho, sẽ biến mất sau ba đến năm ngày. Ho có thể tiếp tục trong vài tuần. Viêm phế quản cấp tính thường phức tạp do nhiễm trùng do vi khuẩn, trong trường hợp đó sốt và cảm giác bệnh tật vẫn tồn tại. Để khỏi bệnh, nhiễm trùng do vi khuẩn phải được điều trị bằng kháng sinh.

Viêm phế quản mãn tính

Viêm phế quản mãn tính là do hít phải chất kích thích đường hô hấp. Chất gây kích ứng phổ biến nhất là khói thuốc lá. Hiệp hội Phổi Hoa Kỳ ước tính rằng 80-90% trường hợp COPD là do hút thuốc. Các chất kích thích khác bao gồm khói hóa chất, ô nhiễm không khí và các chất kích thích môi trường, chẳng hạn như nấm mốc hoặc bụi.

Viêm phế quản mãn tính phát triển chậm theo thời gian. Các tế bào lót trong hệ hô hấp chứa các phần phát triển mịn giống như lông từ tế bào gọi là lông mao. Thông thường, lông mao của nhiều tế bào đậm nhạt để di chuyển chất nhầy dọc theo đường thở. Khi hít phải khói hoặc các chất kích thích khác, lông mao sẽ bị tê liệt hoặc đứt ra. Khi điều này xảy ra, lông mao không còn khả năng di chuyển chất nhầy và đường thở bị viêm, thu hẹp và tắc nghẽn. Điều này dẫn đến khó thở và có thể tiến triển thành bệnh khí thũng đe dọa tính mạng.

Ho nhẹ, đôi khi được gọi là ho của người hút thuốc, thường là dấu hiệu đầu tiên của viêm phế quản mãn tính.

Ho gây ra đờm, mặc dù số lượng thay đổi đáng kể ở mỗi người. Khò khè và khó thở có thể đi kèm với ho. Các xét nghiệm chẩn đoán cho thấy chức năng phổi bị suy giảm. Khi bệnh tiến triển, hơi thở trở nên khó khăn và hoạt động giảm dần. Cơ thể không nhận đủ oxy, dẫn đến thay đổi thành phần máu.

Chẩn đoán

Chẩn đoán ban đầu về viêm phế quản dựa trên việc quan sát các triệu chứng và tiền sử bệnh của bệnh nhân. Bác sĩ sẽ nghe lồng ngực của bệnh nhân bằng ống nghe để tìm những âm thanh cụ thể cho thấy tình trạng viêm phổi, chẳng hạn như rales ẩm và tiếng tanh tách, và thở khò khè, cho thấy đường thở bị thu hẹp. Rales ẩm là âm thanh sùi bọt được nghe bằng ống nghe do dịch tiết ra trong ống phế quản.

Có thể thực hiện nuôi cấy đờm, đặc biệt nếu đờm có màu xanh hoặc có máu, để xác định xem có nhiễm vi khuẩn hay không và xác định bệnh-

gây bệnh để có thể lựa chọn kháng sinh thích hợp. Thông thường, bệnh nhân sẽ được yêu cầu ho sâu, sau đó nhổ chất thoát ra từ phổi (đờm) vào cốc. Mẫu này sau đó được nuôi cấy trong phòng thí nghiệm để xác định sinh vật nào có mặt. Kết quả sẽ có sau hai đến ba ngày, ngoại trừ xét nghiệm bệnh lao, có thể mất tới hai tháng.

Đôi khi, để chẩn đoán rối loạn phổi mãn tính, mẫu đờm được thu thập bằng thủ thuật gọi là nội soi phế quản. Trong thủ tục này, bệnh nhân được gây tê cục bộ và một ống được đưa vào đường thở để lấy mẫu đờm.

Xét nghiệm chức năng phổi rất quan trọng trong chẩn đoán viêm phế quản mãn tính và các biến thể khác của COPD.

Thử nghiệm này sử dụng một dụng cụ gọi là phế dung kê để đo thể tích không khí đi vào và đi ra khỏi phổi.

Xét nghiệm được thực hiện tại phòng khám của bác sĩ và không gây đau đớn. Nó liên quan đến việc hít thở vào ống ngậm máy đo phế dung kê một cách bình thường hoặc mạnh mẽ. Thể tích nhỏ hơn 80% giá trị bình thường cho thấy bệnh phổi tắc nghẽn.

Để xác định rõ hơn loại bệnh phổi tắc nghẽn mà bệnh nhân mắc phải, bác sĩ có thể chụp X-quang ngực, điện tâm đồ (ECG) và xét nghiệm máu. Điện tâm đồ là một dụng cụ được sử dụng để đo hoạt động điện của tim và rất hữu ích trong chẩn đoán bệnh tim. Các xét nghiệm khác có thể được sử dụng để đo lường hiệu quả trao đổi oxy và carbon dioxide trong phổi.

Sự đối đãi

Viêm phế quản cấp

Khi không có nhiễm trùng thứ cấp, viêm phế quản cấp tính được điều trị giống như cảm lạnh thông thường.

Chăm sóc tại nhà bao gồm uống nhiều nước, nghỉ ngơi, không hút thuốc, tăng độ ẩm trong không khí bằng máy tạo độ ẩm phun sương mát và dùng acetaminophen (Datril, Tylenol, Panadol) để hạ sốt và giảm đau. Không nên dùng aspirin cho trẻ em vì nó có thể gây ra bệnh nặng, hội chứng Reye.

Thuốc giảm ho chỉ được sử dụng khi ho khan và không có đờm. Nếu người bệnh ho ra đờm thì nên cho phép ho tiếp tục. Mục đích của việc ho là để thải thêm chất nhầy và chất kích thích ra khỏi phổi. Khi cơn ho bị kìm nén, chất nhầy sẽ tích tụ trong đường thở bị tắc và có thể trở thành nơi sinh sản của vi khuẩn gây viêm phổi.

Thuốc trị ho, không giống như thuốc giảm ho, không làm giảm cơn ho. Thay vào đó, chúng được dùng để làm loãng chất nhầy trong phổi, giúp bạn dễ ho hơn. Loại thuốc ho này có thể hữu ích cho những người bị viêm phế quản. Những người không chắc chắn về điều gì

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Cấp tính-Bệnh hoặc tình trạng đặc trưng bởi sự xuất hiện nhanh chóng của các triệu chứng nghiêm trọng.

Phế quản- Các ống dẫn khí lớn hơn của phổi đưa không khí từ khí quản vào.

Mãn tính-Bệnh hoặc tình trạng đặc trưng bởi sự khởi phát chậm trong một thời gian dài.

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) - Một thuật ngữ dùng để mô tả các bệnh phổi mãn tính, như viêm phế quản mãn tính, khí phế thũng và hen suyễn.

Khí thũng-Một trong nhiều bệnh được gọi là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, khí thũng-ma liên quan đến việc phá hủy thành túi khí để hình thành các túi khí lớn bất thường làm giảm khả năng trao đổi khí và có xu hướng giữ không khí trong phổi. Các triệu chứng bao gồm khó thở, không có khả năng đầy không khí ra khỏi phổi một cách mạnh mẽ và tăng khả năng bị nhiễm trùng đường hô hấp.

loại thuốc có trong xi-xô ho không kê đơn nên hỏi được sĩ để được giải thích.

Nếu có nhiễm trùng thứ phát do vi khuẩn, nhiễm trùng sẽ được điều trị bằng kháng sinh. Người bệnh cần uống đủ lượng kháng sinh được kê đơn. Việc ngừng dùng kháng sinh sớm có thể khiến nhiễm trùng quay trở lại.

Tetracycline hoặc ampicillin thường được sử dụng để điều trị cho người lớn. Các khả năng khác bao gồm trimethoprim/sulfamethoxazole (Bactrim hoặc Septra) và các loại thuốc giống erythromycin mới hơn, chẳng hạn như azithromycin (Zithromax) và clarithromycin (Biaxin). Trẻ em dưới 8 tuổi thường được dùng amoxicillin (Amoxil, Pentamox, Sumox, Tri-mox), vì tetracycline làm mất màu các răng vĩnh viễn chưa mọc.

Viêm phế quản mãn tính

Việc điều trị viêm phế quản mãn tính rất phức tạp và phụ thuộc vào giai đoạn viêm phế quản mãn tính cũng như các vấn đề sức khỏe khác. Thay đổi lối sống, chẳng hạn như bỏ hút thuốc và tránh hút thuốc thụ động hoặc không khói ô nhiễm, là bước quan trọng đầu tiên. Việc tập thể dục có kiểm soát được thực hiện thường xuyên cũng rất quan trọng.

Điều trị bằng thuốc bắt đầu bằng thuốc giãn phế quản. Những loại thuốc này làm thư giãn các cơ của ống phế quản và cho phép tăng lưu lượng không khí. Chúng có thể được dùng bằng đường uống hoặc hít bằng máy phun sương. Máy phun sương là một thiết bị đưa dòng thuốc được điều chỉnh vào đường thở.

Thuốc giãn phế quản thông thường bao gồm albuterol (Ventolin, Proventil, Apo-Salvent) và metaproterenol (Alupent, Orciprenaline, Metaprel, Dey-Dose).

Thiên nhiên
Thuốc chống viêm được thêm vào để giảm sưng mô đường thở. Corticosteroid, chẳng hạn như prednisone, có thể dùng bằng đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch. Các steroid khác được hít vào. Sử dụng steroid lâu dài có thể có tác dụng phụ nghiêm trọng. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như ipratropium (Atro-vent), được dùng để giảm lượng chất nhầy được tạo ra.

Khi bệnh tiến triển, bệnh nhân có thể cần bổ sung oxy. Biến chứng của COPD rất nhiều và thường phải nhập viện ở giai đoạn sau của bệnh.

Điều trị thay thế

Các học viên thay thế tập trung vào việc phòng ngừa bằng cách áp dụng một chế độ ăn uống lành mạnh giúp tăng cường hệ thống miễn dịch và thực hành quản lý căng thẳng. Viêm phế quản có thể trở nên nghiêm trọng nếu tiến triển thành viêm phổi, do đó có thể cần dùng thuốc kháng sinh. Tuy nhiên, ngoài ra, có vô số loại thuốc thực vật và thảo dược có thể được bào chế để điều trị viêm phế quản. Một số ví dụ bao gồm hít tinh dầu khuynh diệp hoặc các loại tinh dầu khác trong hơi nước ấm.

Các nhà thảo dược khuyên dùng một loại trà làm từ mullein (Verbascum thapsus), colts feet (Tussilago farfara) và hạt hồi (Pimpinella anisum). Thuốc vi lượng đồng cǎn và y học cổ truyền Trung Quốc cũng có thể rất hữu ích cho bệnh viêm phế quản và liệu pháp thủy sinh có thể góp phần làm sạch lồng ngực và kích thích phản ứng miễn dịch.

Tiên lượng

Khi được điều trị, viêm phế quản cấp tính thường khởi sau một đến hai tuần mà không có biến chứng, mặc dù họ có thể tiếp tục vài tuần nữa. Một khác, sự tiến triển của viêm phế quản mãn tính có thể bị chậm lại và có thể đạt được sự cải thiện ban đầu về các triệu chứng. Tuy nhiên, thật không may là không có cách chữa khỏi bệnh viêm phế quản mãn tính và bệnh thường có thể dẫn đến hoặc cùng tồn tại với bệnh khí thũng. Tổng hợp lại, tất cả các dạng COPD đều là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu.

Phòng ngừa

Cách tốt nhất để ngăn ngừa viêm phế quản là không bắt đầu hút thuốc hoặc ngừng hút thuốc. Những người hút thuốc có nguy cơ tử vong vì COPD cao gấp 10 lần so với những người không hút thuốc. Những người ngừng hút thuốc cho thấy chức năng phổi được cải thiện. Các bước phòng ngừa khác bao gồm tránh các chất kích thích hóa học và môi trường, chẳng hạn như ô nhiễm không khí và duy trì sức khỏe tổng thể tốt. Tiêm chủng chống lại một số loại bệnh viêm phổi (cũng như cúm) là một bước quan trọng trước

biện pháp thông khí cho bất kỳ ai mắc bệnh về phổi hoặc hệ thống miễn dịch.

Tài nguyên

SÁCH

Shayevits, Myra, Bertron Shayevits và các biên tập viên của Consumer Reports Books. Sóng khỏe mạnh với bệnh hen suyễn mãn tính, viêm phế quản và khí thũng. Sách Báo cáo Người tiêu dùng, 1991.

ĐỊNH KÝ

Tipel, Brian L. "Quản lý bệnh COPD bằng Pul-
Phục hồi chức năng Monary." Rường 112, không. 6 (tháng 12 năm 1997): 1630-1657.

TỔ CHỨC

Hiệp hội Phổi Hoa Kỳ. 1740 Broadway, New York, NY 10019. (800) 586-4872. <<http://www.lungusa.org>>.
Viện Tim, Phổi và Máu Quốc gia. P0 Box 30105, Bethesda, MD 20824-0105. (301) 251-1222. <<http://www.nhlbi.nih.gov>>.

Trung tâm Miễn dịch học và Hô hấp Do Thái Quốc gia. 1400 Jackson St., Denver, CO 80206. (800) 222-5864. <<http://www.nationaljewish.org/main.html>>.

Tish Davidson

Thuốc giãn phế quản

Sự định nghĩa

Thuốc giãn phế quản là thuốc giúp mở các ống phế quản (đường thở) của phổi, cho phép nhiều không khí đi qua chúng hơn.

Mục đích

Người mắc bệnh hen suyễn khó thở vì đường thở của họ bị viêm và bị thu hẹp. Thông thường, không khí di chuyển trơn tru từ miệng và mũi qua đường thở và vào các túi khí nhỏ của phổi khi một người hít vào. Việc thở ra (thở ra) diễn ra tự động khi người đó ngừng hít vào. Ở người mắc bệnh hen suyễn, hít vào (hít vào) không phải là vấn đề. Không khí đi vào có thể trượt xung quanh chỗ tắc nghẽn vì hành động hít vào làm cho đường thở mở rộng. Vấn đề xảy ra khi người mắc bệnh hen suyễn cố gắng thở ra. Không khí không thể vượt qua chỗ tắc nghẽn được nữa và nó vẫn bị mắc kẹt trong phổi. Người đó sau đó chỉ có thể hít thở nồng. Thuốc giãn phế quản hoạt động bằng cách thư giãn các cơ trơn dọc theo đường thở. Điều này làm cho đường thở mở rộng hơn và cho phép không khí rời khỏi phổi. Những loại thuốc này cũng được sử dụng để làm giảm các vấn đề về hô hấp liên quan đến khí thũng, viêm phế quản mãn tính và các bệnh về phổi khác.

Sự miêu tả

Một số thuốc giãn phế quản được dùng bằng đường hít, sử dụng máy phun sương hoặc bình xịt hít. Những loại khác được dùng dưới dạng tiêm hoặc uống. Hầu hết chỉ được bán theo đơn, nhưng một số ít, chẳng hạn như ephedrine, có thể mua được mà không cần đơn của bác sĩ. Ví dụ về thuốc giãn phế quản là albuterol (Proventil, Ventolin), epinephrine (Primatene), ipratropium (Atrovent), metaproterenol (Alupent, Metaprel) và terbutaline (Brethine).

Liều lượng khuyến nghị

Liều lượng khuyến cáo tùy thuộc vào loại thuốc giãn phế quản và có thể khác nhau đối với những bệnh nhân khác nhau. Kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc hoặc được bác sĩ đã kê đơn thuốc để biết liều lượng chính xác.

Các biện pháp phòng ngừa

Thuốc giãn phế quản đi kèm với hướng dẫn cho bệnh nhân. Hãy nhớ đọc kỹ chúng trước khi sử dụng thuốc. Nếu có bất kỳ nhầm lẫn nào về cách sử dụng thuốc, hãy hỏi ý kiến bác sĩ hoặc dược sĩ. Luôn sử dụng các loại thuốc này đúng theo chỉ dẫn. Dùng thuốc lớn hơn liều khuyến cáo hoặc sử dụng thuốc quá thường xuyên có thể dẫn đến các tác dụng phụ nghiêm trọng và thậm chí tử vong.

Nếu các triệu chứng không cải thiện hoặc trở nên tồi tệ hơn sau khi sử dụng thuốc giãn phế quản, hãy gọi bác sĩ ngay.

Mặc dù một số thuốc giãn phế quản được bán không cần đơn của bác sĩ, nhưng không nên sử dụng những loại thuốc này trừ khi bác sĩ chẩn đoán tình trạng bệnh nhân là hen suyễn.

Một số chuyên gia về bệnh hen suyễn tin rằng việc lạm dụng thuốc giãn phế quản có thể khiến bệnh hen suyễn trở nên nặng hơn. Họ khuyên bệnh nhân và bác sĩ của họ nên cân nhắc việc kiểm soát bệnh hen suyễn bằng các thuốc chống viêm bao gồm cả steroid dạng hít như beclomethasone dipropionate (Becloment, Vanceril), flunisolide (AeroBid) hoặc triamcinolone acetonide (Azmacort). steroid dạng hít được sử dụng cùng với thuốc giãn phế quản. Steroid dạng hít càng kiểm soát được tình trạng viêm gây ra bệnh hen suyễn thì bệnh nhân càng cần ít thuốc giãn phế quản hơn vì các triệu chứng đã được kiểm soát.

Những người mắc bệnh tiểu đường nên biết rằng bệnh phế quản thuốc giãn mạch epinephrine có thể làm tăng lượng đường trong máu của họ.

Bệnh nhân đang sử dụng thuốc giãn phế quản khi dung và dạng khí dung của ipratropium hoặc corticosteroid như beclomethasone dipropionate (Becloment, Vanceril) nên sử dụng thuốc giãn phế quản trước, sau đó đợi 5 phút trước khi sử dụng loại thuốc khác. Kiểm tra với một

bác sĩ trước khi sử dụng bất kỳ loại thuốc hít hoặc thuốc trị hen suyễn nào khác. Bác sĩ phải xác định khoảng thời gian thích hợp giữa các liều.

Một số sản phẩm thuốc giãn phế quản có chứa sulfites, gây ra phản ứng dị ứng ở một số người. Bất cứ ai bị dị ứng với sulfit nên đọc kỹ nhãn hoặc kiểm tra với bác sĩ hoặc được sĩ trước khi sử dụng thuốc giãn phế quản. Gọi bác sĩ ngay lập tức nếu xảy ra bất kỳ dấu hiệu nào của phản ứng dị ứng với sulfite:

- màu da hơi xanh
- mặt hoặc da đỏ bừng hoặc đỏ bừng
- ngất xỉu
- chóng mặt trầm trọng
- thở khò khè nhiều hơn hoặc các vấn đề về hô hấp khác
- phát ban da, nổi mề đay hoặc ngứa
- sưng mặt, môi hoặc mí mắt

Điều kiện đặc biệt

Những người mắc một số bệnh trạng nhất định hoặc đang dùng một số loại thuốc khác có thể gặp vấn đề nếu họ sử dụng thuốc giãn phế quản. Trước khi sử dụng các loại thuốc này, hãy nhớ cho bác sĩ biết về bất kỳ tình trạng nào sau đây:

DỊ ỨNG. Bất kỳ ai từng có phản ứng bất thường với bất kỳ loại thuốc giãn phế quản nào hoặc dạng hít của bất kỳ loại thuốc nào khác trước đây nên cho bác sĩ biết trước khi dùng lại thuốc. Bác sĩ cũng nên được thông báo về bất kỳ dị ứng nào với thực phẩm, thuốc nhuộm, chất bảo quản hoặc các chất khác.

Những bệnh nhân bị dị ứng với đậu nành, lecithin đậu nành, đậu phộng hoặc thuốc dựa trên atropine không nên sử dụng thuốc giãn phế quản ipratropium (Atrovent).

THAI KỲ. Trong các nghiên cứu trên động vật thí nghiệm, một số thuốc giãn phế quản gây dị tật bẩm sinh hoặc sẩy thai khi động vật được dùng liều cao gấp nhiều lần liều thông thường ở người. Liều những loại thuốc này có gây ra vấn đề như vậy ở người hay không vẫn chưa được biết. Bất kỳ phụ nữ nào đang mang thai hoặc dự định có thai nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi sử dụng thuốc giãn phế quản.

NUÔI CON BÚ. Một số thuốc giãn phế quản truyền vào sữa mẹ. Các bà mẹ cho con bú nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi sử dụng thuốc giãn phế quản.

CÁC ĐIỀU KIỆN Y TẾ KHÁC. Trước khi sử dụng thuốc giãn phế quản, những người có bất kỳ vấn đề y tế nào sau đây nên đảm bảo rằng bác sĩ của họ biết về tình trạng của họ:

- bệnh tăng nhãn áp
- tần thương não

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Chóng viêm-Thuốc dùng để giảm sưng, đau và các triệu chứng viêm khác.

Viêm phế quản-Viêm đường dẫn khí của phổi.

Mãn tính-Một từ dùng để mô tả một tình trạng kéo dài. Các tình trạng mãn tính thường phát triển dần dần và có những thay đổi chậm.

Khí thũng-Một bệnh phổi khiến việc thở trở nên khó khăn.

Viêm-Dau, đỏ, sưng và nóng thường xuất hiện khi bị thương hoặc bị bệnh. ness.

Máy phun sương-Một thiết bị biến dạng thuốc lỏng thành dạng xịt mịn có thể hít vào.

Sulfite-Một loại chất bảo quản gây ra phản ứng dị ứng ở một số người.

- co giật (co giật)-gần đây hoặc bất cứ lúc nào trong quá khứ
- bệnh tâm thần

• bệnh Parkinson

• bệnh tiểu đường

• bệnh tim hoặc mạch máu

• nhịp tim nhanh hoặc không đều •

huyết áp cao

• tuyến giáp hoạt động quá

mức • tuyến tiền liệt phi đại

• tắc nghẽn cổ bàng quang

SỬ DỤNG MỘT SỐ THUỐC. Sử dụng thuốc giãn phế quản với một số loại thuốc khác có thể ảnh hưởng đến cách thức hoạt động của thuốc hoặc có thể làm tăng nguy cơ tác dụng phụ.

Phản ứng phụ

Một số bệnh nhân bị khô họng, kích ứng hoặc khô miệng sau khi sử dụng thuốc giãn phế quản. Để giúp ngăn ngừa những vấn đề này, hãy súc miệng và súc miệng hoặc uống một ngụm nước sau mỗi liều.

Tác dụng phụ thường gặp nhất là hồi hộp hoặc bồn chồn và run rẩy.

Những vấn đề này thường biến mất khi cơ thể thích ứng với thuốc và không cần điều trị y tế. Các tác dụng phụ ít gặp hơn, chẳng hạn như có mùi vị khó chịu trong miệng, ho, chóng mặt hoặc choáng váng-

Cảm giác khó chịu, buồn ngủ, nhức đầu, đổ mồ hôi, nhịp tim nhanh hoặc đậm mạnh, chuột rút hoặc co giật cơ, buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, khó ngủ và suy nhược cũng có thể xảy ra và không cần chăm sóc y tế trừ khi chúng không biến mất hoặc gây trở ngại. với các hoạt động bình thường.

Các tác dụng phụ nghiêm trọng hơn không phổ biến nhưng có thể xảy ra. Nếu xảy ra bất kỳ tác dụng phụ nào sau đây, hãy kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc càng sớm càng tốt:

- đau ngực hoặc khó chịu • nhịp tim không đều hoặc rung
- bầm tím bất thường
- nổi mề đay hoặc phát ban
- sưng tấy
- thở khò khè hoặc các vấn đề về hô hấp khác
- tê ở tay hoặc chân
- mờ mắt

Các tác dụng phụ khác có thể xảy ra. Bất cứ ai có triệu chứng bất thường sau khi sử dụng thuốc giãn phế quản nên liên hệ với bác sĩ của mình.

Tương tác

Thuốc giãn phế quản có thể tương tác với một số 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. Bất cứ ai dùng những loại thuốc này nên cho bác sĩ biết tất cả các loại thuốc khác mà mình đang dùng. Trong số các loại thuốc có thể tương tác với thuốc giãn phế quản là:

- thuốc ức chế monoamine oxidase (chất ức chế MAO) như phenelzine (Nardil) và tranylcypromine (Parnate), dùng để điều trị trầm cảm

- thuốc giãn phế quản khác
- thuốc chống trầm cảm ba vòng như amitriptyline (Elavil) và imipramine (Tofranil)
- Thuốc chẹn beta như propranolol (Inderal) và atenolol (Tenormin), dùng để kiểm soát huyết áp cao
- thuốc digitalis, dùng để điều trị bệnh tim, chẳng hạn như digoxin (Lanoxin)
- các loại thuốc, chẳng hạn như thuốc lợi tiểu (thuốc nước), làm giảm nồng độ kali
- mesolates ergoloid như Hydergine, dùng để điều trị các triệu chứng của bệnh Alzheimer hoặc nhiều cơn đột quỵ nhỏ
- ergotamine (Cafergot, Ergostat và các nhãn hiệu khác), dùng để điều trị chứng đau nửa đầu và đau đầu từng cơn
- thuốc chống trầm cảm maprotiline (Ludiomil)

Danh sách trên không bao gồm mọi loại thuốc có thể tương tác với thuốc giãn phế quản. Hãy chắc chắn kiểm tra với bác sĩ hoặc dược sĩ trước khi kết hợp thuốc giãn phế quản với bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc không kê đơn (không kê đơn) nào khác.

Tài nguyên

ĐỊNH KÝ

Fackelmann, Kathy A. "Thuốc chống viêm có thể dập tắt bệnh hen suyễn." *Tin khoa học* (26/09/1992): 197.

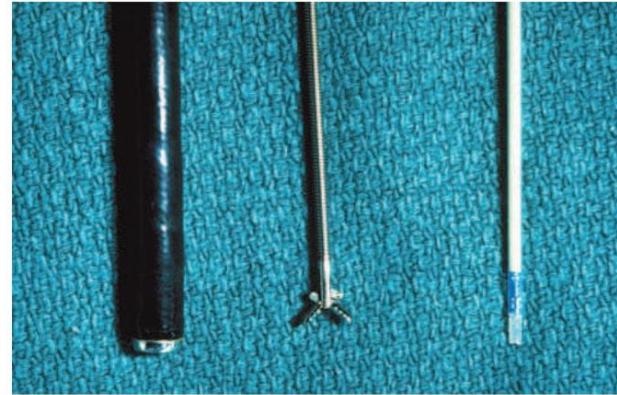
TỔ CHỨC Tổ chức Hen suyễn và

Đại ống Hoa Kỳ. 1233 Đường 20, NW, Suite 402, Washington, DC 20036. (800) 727-8462. <<http://www.aafa.org>>.

Học viện Dị ứng, Hen suyễn và Miễn dịch học Hoa Kỳ. 611 East Wells St., Milwaukee, WI 53202. (800) 822-2762. <<http://www.aaaai.org>>.

Viện Tim, Phổi và Máu Quốc gia. PO Box 30105, Bethesda, MD 20824-0105. (301) 251-1222. <<http://www.nhlbi.nih.gov>>.

Nancy Ross-Flanigan



Dụng cụ dùng trong thủ thuật nội soi phế quản. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

lần được gọi là ống mở hoặc ống soi phế quản thông khí và ống sợi quang linh hoạt hơn. Ống này có bốn đường dẫn nhỏ-hai đường cho ánh sáng đi qua, một đường để nhìn xuyên qua và một đường có thể chứa các dụng cụ y tế có thể được sử dụng để sinh thiết hoặc hút, hoặc thuốc có thể được truyền qua.

Nội soi phế quản có thể được sử dụng cho các mục đích sau:

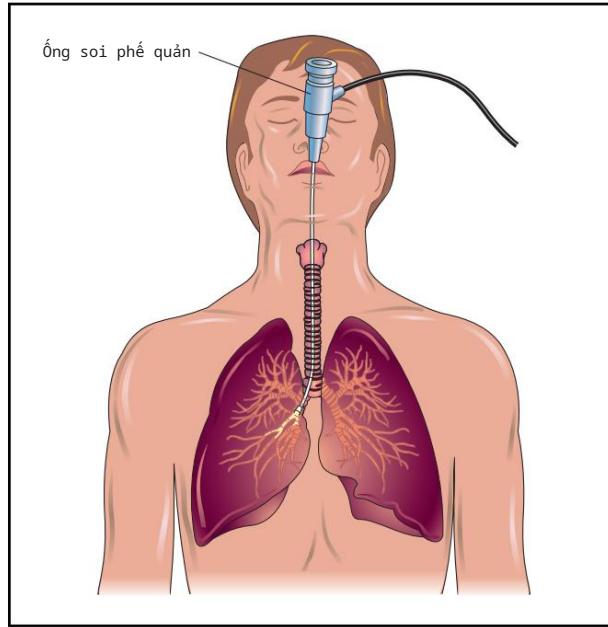
- để chẩn đoán ung thư, bệnh lao, nhiễm trùng phổi hoặc bệnh phổi khác
- để kiểm tra dị vật di truyền của phổi • để loại bỏ dị vật trong phổi, chẳng hạn như nút nhảy, khối u hoặc dịch tiết quá mức • để loại bỏ các mảng mô, còn được gọi là sinh thiết, để kiểm tra tế bào ung thư, giúp xác định giai đoạn sự tiến triển của ung thư phổi hoặc để điều trị khối u bằng liệu pháp laser • cho phép kiểm tra khối u nghỉ ngơi, tắc nghẽn, dịch tiết, chảy máu hoặc dị vật trong đường thở • để xác định nguyên nhân gây ho dai dẳng, thở khò khè hoặc khó thở ho có máu trong đờm
- để đánh giá hiệu quả điều trị ung thư phổi

Các biện pháp phòng ngừa

Bệnh nhân không tự thở đầy đủ do suy hô hấp nặng có thể cần thở máy trước khi nội soi phế quản. Có thể không thích hợp để thực hiện nội soi phế quản ở bệnh nhân có tình trạng tim không ổn định. Tất cả bệnh nhân phải được theo dõi liên tục trong khi nội soi phế quản để có thể xử lý ngay lập tức mọi phản ứng bất thường.

Mô tả Có hai loại

Ống soi phế quản, ống cứng và ống sợi quang. Do tính linh hoạt của nó, sợi quang



Nội soi phế quản là một thủ thuật trong đó ống rỗng, linh hoạt được đưa vào đường hô hấp, cho phép bác sĩ kiểm tra trực quan đường hô hấp dưới, bao gồm thanh quản, khí quản, phế quản và tiêu phế quản. Nó cũng có thể được sử dụng để thu thập mẫu vật nuôi cấy vi khuẩn để chẩn đoán các bệnh truyền nhiễm như bệnh lao. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

ống tịc thường được ưa thích. Tuy nhiên, nếu mục đích của thủ thuật là để loại bỏ dị vật mắc trong khí quản hoặc phổi của trẻ thì phải sử dụng ống cứng hơn vì kích thước lớn hơn. Bệnh nhân sẽ nằm ngửa hoặc ngồi thẳng trên ghế. Bệnh nhân thường được dùng thuốc để giảm tiết dịch, giảm bớt lo lắng và thư giãn trước khi thực hiện thủ thuật. Khi thở bằng mũi, thuốc mê được phun vào miệng hoặc mũi để làm tê. Sẽ mất từ một đến hai phút để thuốc mê có hiệu lực. Khi điều này xảy ra, ống nội soi phế quản sẽ được đưa vào miệng hoặc mũi của bệnh nhân và di chuyển xuống cổ họng. Trong khi ống nội soi phế quản đang di chuyển xuống cổ họng, thuốc gây mê bỗng sung sẽ được đưa vào ống nội soi phế quản để làm tê phần dưới của đường thở.

Sau đó, bác sĩ sẽ sử dụng thị kính quan sát khí quản và phế quản cũng như niêm mạc của các lối đi này, tìm kiếm bất kỳ dấu hiệu bất thường nào có thể xuất hiện.

Nếu mục đích của nội soi phế quản là lấy mẫu mô hoặc sinh thiết thì dùng kep hoặc bàn chải phế quản để lấy tế bào. Nếu mục đích là để xác định tác nhân gây nhiễm, có thể sử dụng phương pháp rửa phế quản phế nang (BAL) để thu thập chất lỏng cho mục đích nuôi cấy. Ngoài ra, nếu tìm thấy bất kỳ vật lạ nào trong đường thở, nó có thể được loại bỏ.

Một thủ tục khác sử dụng nội soi phế quản được gọi là nội soi phế quản cùm hoặc huỳnh quang. Điều này có thể được sử dụng để phát hiện trước

tế bào ung thư hiện diện trong đường thở. Bằng cách sử dụng ánh sáng huỳnh quang trong ống nội soi phế quản, mô tiền ung thư sẽ có màu đỏ sẫm, trong khi mô khỏe mạnh sẽ có màu xanh lục. Kỹ thuật này có thể giúp phát hiện ung thư phổi ở giai đoạn đầu để có thể bắt đầu điều trị sớm.

Thủ tục thay thế

Tùy thuộc vào mục đích của nội soi phế quản, các lựa chọn thay thế có thể bao gồm chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc không cần thủ thuật nào cả. Nội soi phế quản thường được thực hiện để điều tra những bất thường xuất hiện trên phim chụp X quang ngực hoặc chụp CT. Nếu mục đích là lấy mẫu sinh thiết, một lựa chọn là thực hiện phẫu thuật, việc này mang lại nhiều rủi ro hơn. Một lựa chọn khác là sinh thiết qua da (qua da) được hướng dẫn bằng chụp cắt lớp vi tính.

Chuẩn bị Bác sĩ

phải được thông báo về bất kỳ dị ứng nào và tất cả các loại thuốc mà bệnh nhân hiện đang dùng. Bác sĩ có thể hướng dẫn bệnh nhân không dùng các loại thuốc như aspirin hoặc thuốc chống viêm có tác dụng cản trở quá trình đông máu trong một khoảng thời gian trước khi thực hiện thủ thuật. Bệnh nhân cần nhịn ăn từ 6 đến 12 giờ trước khi thực hiện thủ thuật và không uống bất kỳ chất lỏng nào trong ngày thực hiện thủ thuật. Nội soi phế quản mất khoảng 45 đến 60 phút và kết quả thường có trong một ngày. Trước khi nội soi phế quản, một số xét nghiệm có thể được thực hiện, bao gồm chụp X quang ngực và xét nghiệm máu. Đôi khi nội soi phế quản được thực hiện dưới gây mê toàn thân. Bệnh nhân thường có đường truyền tĩnh mạch (IV) ở cánh tay. Nhiều khả năng, thủ thuật sẽ được thực hiện dưới hình thức gây tê cục bộ, được xịt vào mũi hoặc miệng. Điều này là cần thiết để giảm phản xạ bịt miệng. Thuốc an thần cũng có thể được sử dụng để giúp bệnh nhân thư giãn. Điều quan trọng là bệnh nhân phải hiểu rằng đường thở sẽ không bị tắc nghẽn và oxy có thể được cung cấp qua ống nội soi phế quản. Một mẫu đơn đồng ý có chữ ký là cần thiết cho thủ tục này.

Chăm sóc sau

Sau khi nội soi phế quản, bệnh nhân sẽ được theo dõi các dấu hiệu quan trọng như nhịp tim, huyết áp và nhịp thở khi nằm trên giường. Đôi khi bệnh nhân có phản ứng bất thường với thuốc mê. Tất cả nước bọt phải được nhổ vào một cái chậu để có thể kiểm tra sự hiện diện của máu. Nếu sinh thiết, bệnh nhân không nên ho hoặc hắng giọng vì điều này có thể đánh bật bất kỳ cục máu đông nào đã hình thành và gây chảy máu. Không nên ăn hoặc uống trong khoảng hai giờ sau khi làm thủ thuật hoặc cho đến khi thuốc mê hết tác dụng. Chế độ ăn kiêng được tiến triển dần dần từ đá bào và chất lỏng trong sáng đến chế độ ăn thường xuyên của bệnh nhân. Cũng sẽ có tình trạng đau họng tạm thời và khàn giọng có thể kéo dài trong vài ngày.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Gây mê—Một loại thuốc dùng để mất cảm giác. Nó được sử dụng để giảm bớt sự đau đớn của phẫu thuật và các thủ tục y tế.

Phế quản—Mạng lưới các ống dẫn không khí đến phổi và cho phép không khí thoát ra khỏi phổi.

Tiểu phế quản—Các đường dẫn khí nhỏ kéo dài từ phế quản đến thùy phổi.

Rửa phế quản phế nang—Rửa tê bào tử các túi khí ở cuối tiểu phế quản.

Khí quản—Khí quản.

Rủi ro

Tác dụng phụ nhỏ phát sinh từ ống nội soi phế quản gây mài mòn niêm mạc đường thở. Điều này dẫn đến một số vết sưng và viêm, cũng như khàn giọng do dây thanh bị mài mòn. Nếu sự mài mòn này nghiêm trọng hơn, nó có thể dẫn đến khó thở hoặc chảy máu niêm mạc đường thở. Một nguy cơ nghiêm trọng hơn khi thực hiện nội soi phế quản là xảy ra tràn khí màng phổi do thủng phổi, khiến không khí thoát vào khoảng trống giữa phổi và thành ngực. Những rủi ro này lớn hơn khi sử dụng ống soi phế quản cứng so với ống soi phế quản sợi quang.

Nếu sử dụng ống cứng cũng có nguy cơ bị sứt mẻ răng.

Kết quả bình thường

Hình dạng khí quản bình thường bao gồm cơ trơn với các vòng sụn hình chữ C cách đều nhau. Khí quản và phế quản được lót bằng màng nhầy.

Kết quả bất thường

Những phát hiện bất thường qua nội soi phế quản có thể liên quan đến những bất thường của thành phế quản như viêm, sưng tấy, loét hoặc bất thường về giải phẫu.

Nội soi phế quản cũng có thể tiết lộ sự hiện diện của các chất bất thường trong khí quản và phế quản. Nếu lấy mẫu, kết quả có thể chỉ ra bệnh ung thư, tác nhân gây bệnh hoặc bệnh phổi khác. Những bất thường khác bao gồm co thắt hoặc thu hẹp (hẹp), chèn ép, giãn mạch hoặc phân nhánh bất thường của phế quản. Các chất bất thường có thể được tìm thấy trong đường thở bao gồm máu, dịch tiết hoặc chất nhầy. Bất kỳ sự bất thường nào sẽ được thảo luận với bệnh nhân.

Tài nguyên**SÁCH**

Xương, Roger C., biên tập. Y học chăm sóc phổi & quan trọng. St. Louis, MO: Sách Mosby-Year, Inc., 1998.

Loeb, S., biên tập. Hướng dẫn minh họa cho các xét nghiệm chẩn đoán. Spring-house, PA: Tập đoàn Springhouse, 1994.

ĐỊNH KÝ

"Công nghệ nội soi phế quản huỳnh quang được sử dụng để phát hiện sớm." Cancer Weekly Plus (03/02/1997): 17.

TỔ CHỨC

Trưởng Cao đẳng Bác sĩ Lồng ngực Hoa Kỳ. 3300 Dundee Rd., North-brook, IL 60062. (800) 343-2227. <www.chestnet.org>.

Cindy L. Jones, tiến sĩ

Bệnh Brucellosis**Sự định nghĩa**

Brucellosis là một bệnh do vi khuẩn gây ra bởi các thành viên thuộc chi Brucella, có thể lây nhiễm sang người nhưng chủ yếu lây nhiễm cho vật nuôi. Các triệu chứng của bệnh bao gồm sốt từng cơn, sốt hói, ớn lạnh, đau nhức và suy nhược tinh thần. Bệnh có thể trở thành mãn tính và tái phát, đặc biệt nếu không được điều trị.

Sự miêu tả

Còn được gọi là sốt kéo dài, sốt Malta, sốt Gibraltar, bệnh Bang hoặc sốt Địa Trung Hải, bệnh brucellosis rất có thể xảy ra ở những người thường xuyên làm việc với vật nuôi. Căn bệnh này bắt nguồn từ vật nuôi nhưng đã lây sang các loài động vật hoang dã, bao gồm cả nai sừng tấm và trâu ở miền Tây Hoa Kỳ. Ở người, bệnh brucellosis tiếp tục lây lan qua sữa chưa tiệt trùng thu được từ những con bò bị nhiễm bệnh hoặc do tiếp xúc với chất thai của gia súc và dê trong quá trình sản thai. Ở những khu vực trên thế giới nơi sữa không được tiệt trùng, chẳng hạn như ở Châu Mỹ Latinh và Địa Trung Hải, căn bệnh này vẫn lây lan do ăn phải các sản phẩm sữa chưa tiệt trùng. Tuy nhiên, tại Hoa Kỳ, việc thanh trùng sữa rộng rãi và gần như loại trừ hoàn toàn bệnh nhiễm trùng ở gia súc đã làm giảm số ca mắc bệnh ở người từ 6.500 ca năm 1940 xuống còn khoảng 70 ca năm 1994.

Nguyên nhân và triệu chứng

Bệnh này do một số loài vi khuẩn ký sinh khác nhau thuộc chi Brucella gây ra. *B. abortus* được tìm thấy ở gia súc và có thể khiến bò sẩy thai.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

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 lợn được gọi là kháng nguyên.

Mẫn tính—Bệnh hoặc tình trạng đặc trưng bởi sự khởi phát chậm trong một thời gian dài.

Ký sinh trùng—Một sinh vật sống bên trong hoặc bên trên và lấy chất dinh dưỡng từ một sinh vật khác.

Thanh trùng—Quá trình sử dụng nhiệt, thường là đôi với sữa hoặc pho mát, nhằm mục đích tiêu diệt hoặc làm chậm sự phát triển của vi khuẩn gây bệnh.

B. suis thường được tìm thấy nhiều nhất ở lợn và nguy hiểm hơn khi con người nhiễm bệnh so với sinh vật được tìm thấy ở gia súc. *B. melitensis* được tìm thấy ở dê và cừu và gây bệnh nặng nhất ở người. *B. rangiferi* lây nhiễm sang tuần lộc và tuần lộc, còn *B. canis* được tìm thấy ở chó.

Con người mắc bệnh do tiếp xúc với động vật bị nhiễm bệnh và để vi khuẩn xâm nhập vào vết cắt, hít phải vi khuẩn hoặc do uống sữa chưa tiệt trùng hoặc pho mát dê tươi thu được từ động vật bị ô nhiễm. Tại Hoa Kỳ, căn bệnh này chủ yếu xảy ra ở công nhân lò mổ.

Các nhà khoa học không đồng ý về việc liệu bệnh brucellosis có thể lây truyền từ người này sang người khác hay không, mặc dù một số người đã bị nhiễm bệnh do truyền máu nhiễm độc hoặc ghép tủy xương. Trẻ sơ sinh cũng bị nhiễm bệnh từ mẹ trong khi sinh. Hiện nay, người ta tin rằng bệnh brucellosis cũng có thể lây truyền qua đường tình dục.

Căn bệnh này thường không gây tử vong, nhưng những cơn sốt ngắn quãng (nguồn gốc của biệt danh là "sốt không ngừng") có thể khiến người bệnh kiệt sức. Các triệu chứng thường xuất hiện từ năm ngày đến một tháng sau khi tiếp xúc và bắt đầu bằng một cơn sốt cao kèm theo run rẩy, đau nhức và đổ mồ hôi kéo dài trong vài ngày. Các triệu chứng khác có thể bao gồm đau đầu, kinh ăn, đau lưng, suy nhược và trầm cảm. Trầm cảm tâm thần có thể nghiêm trọng đến mức bệnh nhân có thể tự tử.

Trong những trường hợp hiếm gặp, không được điều trị, bệnh có thể trở nên nghiêm trọng đến mức dẫn đến các biến chứng gây tử vong, chẳng hạn như viêm phổi hoặc viêm màng não do vi khuẩn. *B. melitensis* có thể gây sảy thai, đặc biệt là trong ba tháng đầu của thai kỳ. Tình trạng này cũng có thể xảy ra ở dạng mẫn tính, trong đó các triệu chứng tái phát trong khoảng thời gian vài tháng hoặc nhiều năm.

Chẩn đoán

Bệnh Brucellosis thường được chẩn đoán bằng cách phát hiện một hoặc nhiều loài *Brucella* trong mẫu máu hoặc nước tiểu. Vì khuẩn có thể được xác định rõ ràng bằng phương pháp sinh hóa hoặc sử dụng kỹ thuật mà trong đó, nếu có trong mẫu, vi khuẩn brucellosis sẽ phát huỳnh quang.

Bệnh Brucellosis cũng có thể được chẩn đoán bằng cách nuôi cấy và phân lập vi khuẩn từ một trong các mẫu trên. Các mẫu máu cũng sẽ cho thấy nồng độ kháng thể tăng cao hoặc lượng protein được sản xuất trực tiếp để đáp ứng với nhiễm vi khuẩn brucellosis tăng lên.

Sự đôi đai

Điều trị kéo dài bằng kháng sinh, bao gồm tetracycline (với streptomycin), co-trimoxazole và sulfonamid, có hiệu quả. Nghỉ ngơi tại giường cũng là điều bắt buộc. Ở dạng bệnh brucellosis mẫn tính, các triệu chứng có thể tái phát, cần phải điều trị lần thứ hai.

Tiêm lượng

Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là điều cần thiết để ngăn ngừa nhiễm trùng mẫn tính. Nếu không được điều trị, bệnh có thể kéo dài nhiều năm nhưng hiếm khi gây tử vong. Tái phát cũng có thể xảy ra.

Phòng ngừa

Không có vắc-xin cho bệnh brucellosis ở người, nhưng con người có thể được bảo vệ bằng cách kiểm soát bệnh ở vật nuôi. Sau khi kiểm tra để đảm bảo rằng con vật chưa bị nhiễm bệnh và tiêu hủy những con bị nhiễm bệnh, tất cả vật nuôi phải được chủng ngừa. Những người bán thịt và những người làm việc trong lò mổ nên đeo kính và quần áo bảo hộ, đồng thời bảo vệ vùng da bị tổn thương khỏi bị nhiễm trùng.

Một số chuyên gia gợi ý rằng người mắc bệnh nên hạn chế quan hệ tình dục không an toàn cho đến khi khỏi bệnh. Bạn tình của người bị nhiễm bệnh cũng cần được theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu nhiễm trùng.

Tài nguyên

SÁCH

Adams, L. Garry, biên tập. Những tiến bộ trong nghiên cứu bệnh Brucellosis. Texas
Nhà xuất bản Đại học A&M, 1990.

Bệnh truyền nhiễm. Ed. Barbara A. Bannister và cộng sự.
Oxford, Anh: Blackwell Scientific, Inc., 1996.

Madkour, M. Monir. Bệnh Brucellosis. Butterworth-Heinemann,
1989.

Nielsen, Klaus và Robert J. Duncan. Bệnh Brucella ở động vật.
Nhà xuất bản CRC, 1990.

Van De Graaff, Kent. Khảo sát các bệnh truyền nhiễm và ký sinh trùng. New York: Đội McGraw, 1996.

Wilks, David, Mark Farrington và David Rubenstein. Các
cẩm nang bệnh truyền nhiễm. Oxford, Anh: Blackwell
Scientific, Inc., 1995.

ĐỊNH KÝ

Ruben, Bruce và cộng sự. "Lây truyền Brucella melitensis từ người sang người." The Lancet 337 (5/1/1991): 8732.

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>>.

Viện Dị ứng và Bệnh Truyền nhiễm Quốc gia, Khoa Vi sinh và Bệnh Truyền nhiễm. Tòa nhà 31, Phòng 7A-50, 31 Center Drive MSC 2520, Bethesda, MD 20892. <<http://www.niaid.nih.gov>>.

Tổ chức Y tế Thế giới, Phòng Giám sát và Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm mới nổi và khác.

Đại lộ Appia 20, 1211 Geneva 27, Thụy Sĩ. (+00 41 22) 791 21 11. <<http://www.who.int>>.

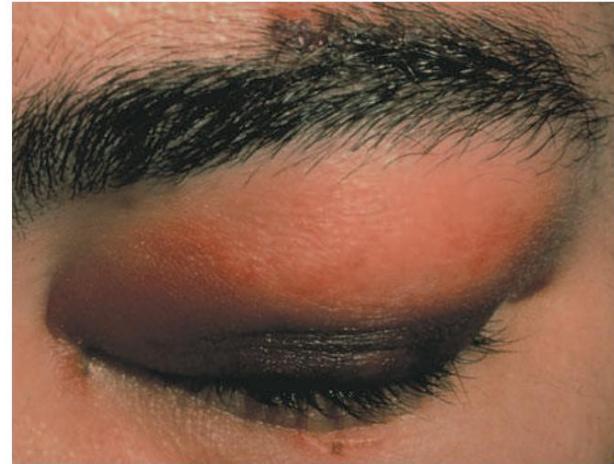
KHÁC

"Bệnh do vi khuẩn." Trang trực tuyến Healthtouch. <<http://www.healthtouch.com>>.

Trung tâm kiểm soát dịch bệnh. <<http://www.cdc.gov/nccdp/dt/ddthome.htm>>.

Carol A. Turkington

Bệnh giun chỉ Brugian xem Bệnh phù chân voi



Cận cảnh mắt trái bị bầm tím của người phụ nữ. (Ảnh Kho y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

thực ra được tạo thành từ những vũng máu nhỏ, vì vậy máu ở nơi này có thể chảy xuống dưới sau một thời gian và xuất hiện ở nơi khác. Ví dụ, vết bầm tím ở phía sau bụng cuối cùng có thể xuất hiện ở háng; vết bầm tím ở đùi hoặc đầu gối sẽ lan xuống mắt cá chân.

Nguyên nhân và triệu chứng

Những người khỏe mạnh có thể bị bầm tím do bất kỳ vết thương nào không xuyên qua da. Tập thể dục mạnh cũng có thể gây ra vết bầm tím do gây ra những vết rách nhỏ trên thành mạch máu. Trong tình trạng được gọi là ban xuất huyết đơn giản, có xu hướng dễ bị bầm tím do mạch máu ngày càng dễ vỡ. Vết bầm tím cũng dễ phát triển ở người cao tuổi, vì da và mạch máu có xu hướng trở nên mỏng hơn và mỏng manh hơn khi về già, đồng thời việc sử dụng các loại thuốc gây cảm trớ hệ thống động máu ngày càng tăng. Trong tình trạng được gọi là ban xuất huyết già, người cao tuổi sẽ bị bầm tím do tiếp xúc tối thiểu và có thể mất đến vài tháng để lành hoàn toàn.

vết bầm tím**Sự định nghĩa**

Vết bầm tím hay bầm tím là tình trạng da hoặc màng nhầy bị đổi màu và bong tróc do máu rò rỉ từ mạch máu bị tổn thương vào các mô. Pupura đề cập đến vết bầm tím do tình trạng bệnh. Một vết bầm rất nhỏ được gọi là đóm xuất huyết. Những vết này thường xuất hiện dưới dạng nhiều chấm đỏ nhỏ tụ lại với nhau và có thể cho thấy một vấn đề nghiêm trọng.

Sự miêu tả

Vết bầm tím thay đổi màu sắc theo thời gian theo kiểu có thể dự đoán được, do đó có thể ước tính thời điểm xảy ra chấn thương dựa vào màu sắc của vết bầm tím. Ban đầu, vết bầm tím sẽ có màu đỏ, màu của máu dưới da. Sau một đến hai ngày, hồng cầu bắt đầu phân hủy và vết bầm tím sẽ chuyển sang màu xanh hoặc tím.

Màu này chuyển sang màu xanh lục vào khoảng ngày thứ sáu. Vào khoảng ngày thứ tám hoặc thứ chín, vùng da trên vùng bị bầm tím sẽ có màu nâu hoặc hơi vàng và sẽ dần dần trở lại màu sắc bình thường.

Đứng lâu sẽ khiến máu tích tụ ở vết bầm tím thâm qua các mô. vết bầm tím

Việc sử dụng thuốc chống viêm không steroid như ibuprofen (Advil) và naproxen (Aleve) có thể làm tăng vết bầm tím. Aspirin, thuốc chống trầm cảm, thuốc trị hen suyễn và thuốc cortisone cũng có tác dụng này. Các loại thuốc chống đông máu còn được gọi là thuốc làm loãng máu, đặc biệt là thuốc Warfarin (Coumadin), có thể là nguyên nhân gây ra vết bầm tím đặc biệt nghiêm trọng.

Đôi khi vết bầm tím có liên quan đến các bệnh nghiêm trọng hơn. Có một số bệnh gây chảy máu quá nhiều hoặc chảy máu do vết thương quá nhẹ không gây hậu quả ở người khỏe mạnh. Xu hướng chảy máu bất thường có thể là do rối loạn chảy máu di truyền, một số loại thuốc theo toa, các bệnh về cơ thể.

máu như bệnh bạch cầu và các bệnh làm tăng tính dễ vỡ của mạch máu. Nếu có những vết bầm tím trên diện rộng hoặc vết bầm tím phát triển rất dễ dàng, điều này có thể báo trước một vấn đề. Các nguyên nhân khác cần được loại trừ bao gồm bệnh gan, nghiện rượu, nghiện ma túy và hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS). Vết bầm tím quanh rốn có thể là dấu hiệu của tình trạng chảy máu bên trong nguy hiểm; bầm tím sau tai, gọi là dấu hiệu Battle, có thể do gây xương sọ; và vết bầm tím có thể chỉ ra bệnh tự miễn dịch.

Chẩn đoán Bầm

Tím thường là một vấn đề nhỏ, không cần chẩn đoán y tế. Tuy nhiên, đối với trường hợp bầm tím trên diện rộng, bầm tím không có nguyên nhân rõ ràng hoặc bầm tím ở một số vị trí nhất định, bác sĩ sẽ tiến hành đánh giá bao gồm một số xét nghiệm máu. Nếu vùng vết bầm trở nên cứng, có thể cần phải chụp X-quang.

Sự đối đãi

Bản thân vết bầm tím không cần điều trị y tế. Người ta thường khuyên nên chườm và tháo túi nước đá trong 24 giờ đầu bị thương để giảm vết bầm tím.

Sau đó, nên chườm nóng, đặc biệt là chườm nóng ấm để tăng cường tuần hoàn và chữa lành các mô bị thương. Nghi ngơi, nâng cao phần bị ảnh hưởng và nén bằng băng cũng sẽ làm chậm quá trình tích tụ máu. Hiếm khi, nếu vết bầm quá lớn khiến cơ thể không thể hấp thụ hoàn toàn hoặc nếu vết bầm tím bị nhiễm trùng thì có thể phải phẫu thuật cắt bỏ.

Điều trị thay thế

Một số loại bôi tại chỗ thường được khuyên dùng để tăng tốc độ chữa lành và giảm cơn đau liên quan đến vết bầm tím. Kem vitamin K có thể được bôi trực tiếp lên vết thương. Có thể sử dụng các loại thảo dược làm se như cây phỉ, Hamamelis virginiana. Điều này sẽ thắt chặt các mô và do đó làm giảm vết bầm tím.

Phương pháp điều trị vi lượng đồng căn bằng đường uống cũng có thể làm giảm vết bầm tím, đau và sưng. Arnica montana, ở mức 30 ml (1 oz), uống một đến hai lần mỗi ngày là rất được khuyến khích. Đối với ledum, 30 ml (1 oz) một đến hai lần mỗi ngày cũng rất hữu ích.

Tiên lượng

Máu dưới da gây ra sự đổi màu của vết bầm tím phải được cơ thể tái hấp thu hoàn toàn sau ba tuần hoặc ít hơn. Khi đó, màu da sẽ hoàn toàn trở lại bình thường.

Đôi khi, vết bầm tím có thể trở nên rắn chắc và tăng kích thước thay vì tan ra. Điều này có thể cho thấy máu bị mắc kẹt trong các mô và có thể cần phải được dẫn lưu.

Điều này được gọi là tụ máu. Ít phổ biến hơn, cơ thể có thể phát triển cặn canxi tại vị trí tổn thương trong một quá trình gọi là cát hóa dị dưỡng.

Phòng ngừa

Vitamin K thúc đẩy quá trình đông máu bình thường trong máu và do đó có thể giúp giảm xu hướng dễ bị bầm tím. Các loại rau lá xanh, có linh lăng, bông cải xanh, rong biển và dầu gan cá là nguồn cung cấp vitamin K. Các loại thực phẩm tốt khác nên ăn là những thực phẩm có chứa bioflavonoid, chẳng hạn như quả mọng màu xanh đỏ. Những thứ này có thể hỗ trợ tăng cường mô liên kết, làm giảm sự lây lan của máu và vết bầm tím. Bổ sung kẽm và vitamin C cũng được khuyến khích cho việc này.

Tài nguyên

SÁCH

Biên tập viên của Sách Y tế Tạp chí Phòng chống, eds. Sách của bác sĩ về các biện pháp khắc phục tại nhà. Sách Y tế Phòng ngừa, 2000.

Williams, William J. Williams' Huyết học. New York: McGraw-Hill, 1995.

Feinstein, Alice, biên tập. Phòng ngừa chữa bệnh bằng vitamin: Phương pháp điều trị bằng vitamin và khoáng chất hiệu quả nhất cho các vấn đề sức khỏe hàng ngày và bệnh tật nghiêm trọng. Sách Y tế Phòng ngừa, 1998.

Nghịch lý kiên nhẫn

Bệnh agammaglobulinemia của Bruton xem liên kết với X thiếu gammaglobulin máu

bệnh nghiến răng

Sự định nghĩa

Bruxism là thói quen nghiến răng và nghiến răng. Nó thường xảy ra vào ban đêm khi ngủ, nhưng cũng có thể xảy ra vào ban ngày. Đó là một hành vi vô thức, có lẽ được thực hiện để giải phóng sự lo lắng, hung hăng hoặc tức giận.

Sự miêu tả

Nghiến răng là một trong những chứng rối loạn lâu đời nhất được biết đến và khoảng 1 trong 4 người trưởng thành mắc phải chứng bệnh này. Hầu hết mọi người đều không nhận thức được điều đó trước khi răng của họ bị tổn thương.

Nguyên nhân và triệu chứng

Mặc dù chứng nghiến răng thường liên quan đến căng thẳng, nhưng nó cũng có thể được gây ra bởi sự tắc nghẽn bất thường (cách răng trên và dưới khớp với nhau), hoặc răng khớp khẽo hoặc bị mất.

Các triệu chứng của chứng nghiến răng bao gồm: đau đầu âm ỉ; cơ mặt đau và mệt mỏi; đau tai; răng nhạy cảm; và khóa, bật và nhấp vào hàm.

Khi khám răng, nha sĩ có thể nhận ra những tổn thương do nghiến răng, bao gồm: mắt men răng ở bề mặt nhai của răng; bề mặt răng phẳng; răng lung lay; và gây răng và trám răng. Nếu không được điều trị, chứng nghiến răng có thể dẫn đến mất răng và rối loạn chức năng hàm.

Chẩn đoán

Cần phải có lịch sử y tế và nha khoa cũng như các cuộc kiểm tra để phân biệt chứng nghiến răng với các tình trạng khác có thể gây ra cơn đau tương tự, chẳng hạn như nhiễm trùng tai, nhiễm trùng răng và rối loạn chức năng khớp thái dương hàm (TMJ). Tuy nhiên, tình trạng răng mòn bất thường gợi ý chẩn đoán bệnh nghiến răng.

Sự đối đãi

Để ngăn ngừa tổn thương thêm cho răng, bệnh nghiến răng được điều trị bằng cách đặt một thiết bị nhả có thể tháo rời, lắp đặt tùy chỉnh được gọi là miếng bảo vệ ban đêm giữa răng trên và răng dưới. Mặc dù hành vi nghiến và nghiến có thể tiếp tục nhưng các răng sẽ làm mòn nhựa thay vì lão hóa.

Trong một số trường hợp, khớp cắn bất thường có thể được điều chỉnh và loại bỏ các điểm cao để các răng khớp với nhau ở vị trí thoải mái hơn. Răng bị mất có thể được thay thế và răng khớp khẽo có thể được nắn thẳng bằng điều trị chỉnh nha để loại bỏ các nguyên nhân cơ bản có thể gây ra chứng nghiến răng. Trong trường hợp cơ hàm rất căng, nha sĩ có thể kê đơn thuốc giãn cơ.

Điều trị thay thế

Các kỹ thuật quản lý căng thẳng và điều chỉnh hành vi có thể hữu ích để phá bỏ thói quen nghiến răng. Cơ hàm căng cứng có thể được thư giãn bằng cách chườm ấm lên hai bên mặt.

Thuốc giãn cơ thảo dược cũng có thể hữu ích. Liệu pháp xoa bóp và sắp xếp lại các mô său, bao gồm cả động tác xoay, có thể hỗ trợ giải phóng kiểu siết chặt. Đây là một phương pháp điều trị thay thế lâu dài hơn cho chứng nghiến răng.

Tiên lượng

Nghiến răng có thể gây tổn thương vĩnh viễn cho răng và đau hàm mãn tính trừ khi được chẩn đoán đúng và kịp thời.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Men– Bề mặt cứng ngoài cùng của răng.

Điểm cao– Một vùng răng hoặc vùng phục hình có cảm giác bất thường hoặc khó chịu vì nó chạm vào răng đối diện trước khi các răng khác gặp nhau.

Dụng cụ bảo vệ ban đêm– Một khí cụ bằng nhựa có thể tháo rời, được lắp đặt tùy chỉnh, vừa khít giữa răng trên và răng dưới để ngăn chúng nghiến vào nhau.

Tắc nghẽn– Cách răng trên và dưới khớp với nhau trong quá trình cắn và nhai.

Rolfing– Dựa trên niềm tin rằng việc điều chỉnh các bộ phận khác nhau của cơ thể là cần thiết cho sức khỏe thể chất và tinh thần, rolfing sử dụng các bài tập vận động và xoa bóp mô său nhằm cố gắng đưa cơ thể vào đúng vị trí.

Khớp thái dương hàm (TMJ)– Khớp hàm được hình thành bởi xương hàm dưới (xương hàm dưới) di chuyển chống lại xương thái dương của hộp sọ.

được điều trị. Hành vi này có thể được loại bỏ nếu nguyên nhân cơ bản của nó được tìm thấy và giải quyết.

Phòng ngừa

Nhận thức được nâng cao ở những bệnh nhân có xu hướng lo lắng, hung hăng hoặc tức giận có thể ngăn ngừa thói quen nghiến răng phát triển.

Tài nguyên

TỔ CHỨC

Học viện Nha khoa tổng hợp. Suite 1200, 211 Đại lộ Đông Chicago, Chicago, IL 60611.(312) 440-4300. <<http://www.agd.org>>.

Hiệp hội Nha khoa Hoa Kỳ. 211 E. Chicago Ave., Chicago, IL 60611. (312) 440-2500. <<http://www.ada.org>>.

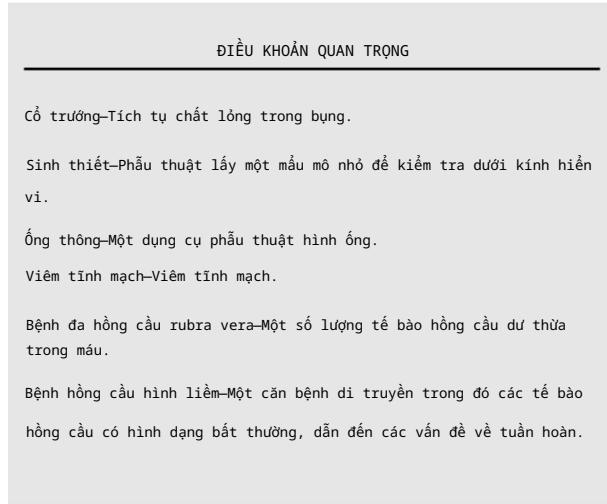
Bethany Thivierge

Bệnh dịch hạch xem Bệnh dịch hạch

Hội chứng Budd-Chiari

Sự định nghĩa

Hội chứng Budd-Chiari là một vấn đề hiếm gặp do máu đông trong tĩnh mạch chảy ra khỏi gan



(tĩnh mạch gan). Áp lực máu cao trong các tĩnh mạch này dẫn đến gan to và tích tụ chất lỏng trong bụng, gọi là cỗ trưởng.

Sự miêu tả

Gan, cơ quan nội tạng lớn nhất trong cơ thể con người, chịu trách nhiệm cho nhiều quá trình sinh lý quan trọng. Lưu lượng máu qua gan nuôi dưỡng gan, mang theo những chất mà gan sẽ xử lý và mang đi những chất mà gan đã sản xuất. Khi máu không thể chảy ra ngoài tự do từ gan, huyết áp sẽ tăng lên trong các tĩnh mạch ở gan, dẫn đến hình thành cục máu đông trong gan. Ngoài ra, một số huyết tương có thể rò rỉ qua thành tĩnh mạch và tích tụ trong bụng (cỗ trưởng).

Nguyên nhân và triệu chứng

Các triệu chứng chính bao gồm đau ở phần trên bên phải của bụng và tích tụ dịch trong bụng. Tại Hoa Kỳ, rối loạn máu là nguyên nhân phổ biến nhất. Trong số những rối loạn này có bệnh da hồng cầu rubra vera (tăng số lượng hồng cầu) và bệnh hồng cầu hình liềm. Ở những nơi ung thư gan phổ biến trên thế giới, một dạng ung thư gan là nguyên nhân thường gặp nhất.

Các nguyên nhân khác đôi khi bao gồm:

- một số bệnh nhiễm trùng
- sử dụng thuốc tránh thai • Những thay đổi của cơ thể khi mang thai và thời kỳ hậu sản • viêm tĩnh mạch (viêm tĩnh mạch)
- chấn thương vùng bụng •
- màng màng (đặc biệt ở Châu Á)

Chẩn đoán

Chẩn đoán hội chứng Budd-Chiari có thể được thực hiện bởi bác sĩ nội khoa (chuyên gia về các bệnh về cơ quan nội tạng), bác sĩ tiêu hóa (chuyên gia về các bệnh về hệ tiêu hóa) hoặc bác sĩ phẫu thuật tổng quát. Khi khám thực thể, bác sĩ sẽ nhận thấy gan lớn hơn bình thường. Thông thường, siêu âm gan sẽ cho thấy những bất thường về kích thước của gan, hình dạng bất thường của các tĩnh mạch trong gan và các bất thường khác. Chụp CT thường sẽ cho thấy những bất thường tương tự.

Một khi những bất thường này được xác nhận, xét nghiệm quan trọng được gọi là đặt ống thông tĩnh mạch gan. Trong thử nghiệm này, một ống hẹp được luồn qua cơ thể cho đến khi đến tĩnh mạch gan. Một dụng cụ ở đầu ống thông có thể đo áp lực trong từng đoạn của tĩnh mạch gan.

Trong một số trường hợp, một lượng nhỏ chất phóng xạ được tiêm vào bệnh nhân và sau đó có thể phát hiện ra dạng phóng xạ bất thường trong gan. Trong các trường hợp khác, sinh thiết gan cho phép bác sĩ kiểm tra các tế bào từ chính gan. Các tế bào bị tổn thương do hội chứng Budd-Chiari có hình dạng đặc trưng dễ dàng được bác sĩ xác định.

Sự đối đãi

Ca phẫu thuật

Hầu hết bệnh nhân mắc hội chứng Budd-Chiari đều phải phẫu thuật. Bác sĩ phẫu thuật sẽ định tuyến lại dòng máu xung quanh tĩnh mạch gan bị đông máu vào một tĩnh mạch lớn gọi là tĩnh mạch chủ. Kỹ thuật chính xác sẽ phụ thuộc vào vị trí cụ thể của cục máu đông và các yếu tố khác. Ở một số bệnh nhân, các kỹ thuật phẫu thuật khác có thể được sử dụng. Đối với những bệnh nhân có lẽ chỉ còn sống được dưới sáu tháng, việc ghép gan đôi khi được thực hiện.

Ở một số bệnh nhân, một "ống thông bóng" có thể thông các mạch máu bị tắc mà không cần phải phẫu thuật lớn.

Thuốc

Đôi khi, thuốc chống đông máu như urokinase có thể được sử dụng cho những bệnh nhân bị đông máu đột ngột trong tĩnh mạch gan. Những loại thuốc này dường như không có tác dụng khi cục máu đông đã hình thành.

Tiên lượng

Nếu phẫu thuật được thực hiện trước khi tổn thương gan vĩnh viễn xuất hiện thì bệnh nhân có thể sống sót lâu dài. Trong những trường hợp này, các tế bào gan bị tổn thương thực sự có thể phục hồi. Nếu bệnh nhân đã bị bệnh gan nặng, phẫu thuật có thể không hữu ích.

Phòng ngừa

Cách tiếp cận tốt nhất để phòng ngừa là kiểm soát cẩn thận các rối loạn về máu có thể dẫn đến hội chứng Budd-Chiari.

Tài nguyên

SÁCH

Gadacz, Thomas R. và John L. Cameron. "Hội chứng Budd-Chiari và Phẫu thuật mạch máu gan." Trong Phẫu thuật đường tiêu hóa của Shackelford. tái bản lần thứ 3. Tập. 3. Ed. JG Turcotte. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1991.

Richard H. Lampert

bệnh Buerger

Sự định nghĩa

Bệnh Buerger là tình trạng viêm động mạch, tĩnh mạch và dây thần kinh ở chân, chủ yếu dẫn đến hạn chế lưu lượng máu. Nếu không được điều trị, bệnh Buerger có thể dẫn đến hoại tử ở những vùng bị ảnh hưởng. Bệnh Buerger còn được gọi là bệnh viêm tắc mạch huyết khối.

Nguyên nhân và triệu chứng

Nguyên nhân chính xác của bệnh Buerger vẫn chưa được biết. Nó thường gặp nhất ở nam giới trẻ đến trung niên (20-40 tuổi), những người nghiện thuốc lá nặng. Các trường hợp mắc bệnh này ở những người không hút thuốc là rất hiếm, do đó hút thuốc lá được coi là một yếu tố gây bệnh. Khoảng 40% bệnh nhân có tiền sử viêm tĩnh mạch (viêm tĩnh mạch), có thể đóng vai trò trong sự phát triển bệnh Buerger. Bệnh chủ yếu xuất hiện ở chân của người bị ảnh hưởng, nhưng cũng có thể xuất hiện ở cánh tay của họ. Các triệu chứng ban đầu bao gồm giảm lượng máu cung cấp (thiếu máu cục bộ động mạch) và viêm tĩnh mạch nóng (gần bề mặt da). Triệu chứng chính là đau ở vùng bị ảnh hưởng. Bệnh khởi phát từ từ và dần dần xảy ra ở bàn chân hoặc bàn tay. Tình trạng viêm xảy ra ở các động mạch và tĩnh mạch cỡ vừa và nhỏ gần bề mặt của chi. Trong trường hợp nặng, mạch máu ở các bộ phận khác của cơ thể có thể bị ảnh hưởng. Có sự giảm dần lưu lượng máu đến các khu vực bị ảnh hưởng. Mạch ở động mạch ở bàn chân yếu hoặc không thể phát hiện được. Việc thiếu lưu lượng máu có thể dẫn đến hoại thư, đó là sự phân hủy mô do nguồn cung cấp máu bị hạn chế. Bàn tay nhạy cảm với cảm giác lạnh, tương tự như bệnh Raynaud, có thể phát triển. Trong trường hợp này, bàn tay chuyển sang màu trắng, xanh lam và sau đó là đỏ khi tiếp xúc với nhiệt độ lạnh.

Chẩn đoán

Chẩn đoán thường dựa vào các triệu chứng lâm sàng. Bệnh nhân thường phàn nàn về cảm giác tê, ngứa ran hoặc nóng rát ở vùng bị ảnh hưởng trước khi có bằng chứng rõ ràng về tình trạng viêm mạch máu.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Chứng hoại thư- Sự phân hủy của mô ở một bộ phận cơ thể khiến lưu lượng máu bị hạn chế.

Viêm-Một phản ứng cục bộ đối với kích ứng, tổn thương hoặc nhiễm trùng, đặc trưng bởi đau, sưng, tấy đỏ và đau khi mất chức năng.

Thiếu máu cục bộ-Sự giảm lượng máu cung cấp đến một vùng cơ thể do tắc nghẽn hoặc co thắt mạch máu.

Viêm tĩnh mạch-Viêm tĩnh mạch.

Sự đôi đai

Không có thuốc hoặc phẫu thuật hiệu quả cho căn bệnh này. Bệnh nhân phải ngừng hút thuốc để ngăn chặn các triệu chứng phát triển thêm. Thuốc giãn mạch, thuốc làm tăng đường kính mạch máu, có thể được sử dụng nhưng có thể không hiệu quả. Nên tránh tiếp xúc các khu vực bị ảnh hưởng với nhiệt độ nóng hoặc lạnh. Cần tránh chấn thương bàn chân và các vùng bị ảnh hưởng khác và nhiễm trùng phải được điều trị kịp thời.

Tiêu lượng

Bệnh tiến triển ở người bệnh không cai thuốc lá. Những vùng bị hoại tử phải được phẫu thuật cắt bỏ.

Phòng ngừa

Hút thuốc là tác nhân gây bệnh duy nhất được biết đến đối với căn bệnh này và nên tránh.

Tài nguyên

SÁCH

Berkow, R., chủ biên. Cẩm nang Merck. tái bản lần thứ 17. Rahway, NJ: Merck và Công ty, 1997.

John T. Lohr, Tiến sĩ

Mắt lồi nhìn thấy Exphthalos

chứng cuồng ăn tâm thần

Sự định nghĩa

Chứng cuồng ăn là một chứng rối loạn ăn uống nghiêm trọng và đôi khi đe dọa tính mạng, chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ nhỏ.

phụ nữ. Những người mắc chứng cuồng ăn, còn gọi là chứng cuồng ăn, tiêu thụ một lượng lớn thức ăn (cơn say) và sau đó có gắng loại bỏ thức ăn và calo (tẩy) bằng cách nhín ăn, tập thể dục quá sức, nôn mửa hoặc sử dụng thuốc nhuận tràng. Hành vi này thường giúp giảm căng thẳng và giảm bớt lo lắng. Bởi vì chứng cuồng ăn là kết quả của sự quan tâm quá mức tới việc kiểm soát cân nặng và hình ảnh bản thân, đồng thời thường đi kèm với trầm cảm nên nó cũng được coi là một bệnh tâm thần.

Mô tả Bulimia

nervosa là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng đối với hơn hai triệu bé gái vị thành niên và phụ nữ trẻ ở Hoa Kỳ. Hoạt động ăn uống vô độ và tẩy rửa liên quan đến chứng rối loạn này có thể gây ra tổn thương nghiêm trọng, thậm chí tử vong, mặc dù nguy cơ tử vong không cao như chứng chán ăn tâm thần, một chứng rối loạn ăn uống dẫn đến giảm cân quá mức.

Trong một số trường hợp hiếm hoi, việc ăn uống vô độ có thể khiến dạ dày bị vỡ. Trong trường hợp thanh lọc, suy tim có thể xảy ra do mất các khoáng chất quan trọng như kali.

Nôn mửa gây ra các vấn đề nghiêm trọng khác, bao gồm sẹo ở ngón tay do axit (nếu dùng để gây nôn) và tổn thương men răng. Ngoài ra, ống dẫn thức ăn từ miệng đến dạ dày (thực quản) thường bị viêm và tuyến nước bọt có thể bị sưng lên. Kinh nguyệt không đều cũng có thể xảy ra và hưng thú với tình dục có thể giảm đi.

Hầu hết những kẻ bắt nạt đều khó ngăn chặn hành vi của mình nếu không có sự trợ giúp chuyên nghiệp. Nhiều người thường nhận ra rằng hành vi đó là không bình thường nhưng cảm thấy mất kiểm soát. Một số kẻ bắt nạt phải vật lộn với các hành vi cưỡng bức, nguy hiểm khác như lạm dụng ma túy và rượu. Nhiều người cũng mắc các bệnh tâm thần khác, bao gồm trầm cảm lâm sàng, lo lắng và rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD).

Hầu hết những người bắt nạt là phụ nữ ở độ tuổi thiếu niên hoặc đầu tuổi 20. Nam giới chỉ chiếm 5-10% tổng số trường hợp. Mọi người thuộc mọi chủng tộc đều mắc chứng rối loạn này, nhưng hầu hết những người được chẩn đoán đều là người da trắng.

Hành vi bắt nạt thường được thực hiện một cách bí mật, kèm theo cảm giác tội lỗi hoặc xấu hổ. Bên ngoài, nhiều người mắc chứng cuồng ăn có vẻ khỏe mạnh và thành công, nhưng bên trong họ lại có cảm giác bất lực và lòng tự trọng thấp.

Nguyên nhân và triệu chứng

nguyên nhân

Nguyên nhân của chứng cuồng ăn vẫn chưa được biết. Các nhà nghiên cứu tin rằng nó có thể được gây ra bởi sự kết hợp của các yếu tố di truyền và môi trường. Bulimia có xu hướng chạy theo những lời nói dối trong gia đình. Nghiên cứu cho thấy một số chất hóa học trong não, được gọi là chất dẫn truyền thần kinh, có thể hoạt động bất thường trong giai đoạn cấp tính.

bệnh nhân bị bệnh cuồng ăn. Các nhà khoa học cũng tin rằng có thể có mối liên hệ giữa chứng cuồng ăn và các vấn đề tâm thần khác, chẳng hạn như trầm cảm và OCD. Ảnh hưởng của môi trường bao gồm việc tham gia vào công việc hoặc các môn thể thao nhấn mạnh đến vóc dáng gầy gò, chẳng hạn như làm người mẫu, khiêu vũ hoặc thể dục dụng cụ. Áp lực gia đình cũng có thể đóng một vai trò nào đó. Một nghiên cứu cho thấy những bà mẹ cực kỳ quan tâm đến sức hấp dẫn thể chất và cân nặng của con gái mình có thể góp phần gây ra chứng cuồng ăn. Ngoài ra, những cô gái mắc chứng rối loạn ăn uống còn có xu hướng bị bố, anh trai chỉ trích cân nặng của mình.

Triệu chứng

- Theo Hiệp hội Chán ăn/Bulimia của Mỹ, Inc., các dấu hiệu cảnh báo chứng cuồng ăn bao gồm:
- ăn một lượng lớn thức ăn không kiểm soát (say xưa) • nôn mửa, lạm dụng thuốc nhuận tràng hoặc thuốc lợi tiểu, hoặc nhịn ăn, ăn kiêng hoặc tập thể dục mạnh (tẩy ruột)
 - bận tâm đến trọng lượng cơ thể • đi vệ sinh thường xuyên sau bữa ăn • trầm cảm hoặc thay đổi tâm trạng • kinh nguyệt không đều
 - bắt đầu có vấn đề về răng miệng, sưng má hoặc sưng tay,Ợ chua hoặc đầy hơi

Chẩn đoán

Chứng cuồng ăn được điều trị thành công nhất khi được chẩn đoán sớm. Nhưng vì kẻ bắt nạt có thể phủ nhận rằng mình có vấn đề nên việc nhận trợ giúp y tế thường bị trì hoãn. Khám sức khỏe toàn diện để loại trừ các bệnh khác là bước đầu tiên để chẩn đoán.

Theo Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, việc chẩn đoán chứng cuồng ăn đòi hỏi một người phải có tất cả các triệu chứng sau:

- các đợt ăn uống vô độ tái diễn (trung bình tối thiểu hai lần ăn uống vô độ một tuần trong ít nhất ba tháng)
- cảm giác mất kiểm soát việc ăn uống trong lúc say xưa
- thường xuyên sử dụng một hoặc nhiều cách sau để ngăn ngừa tăng cân: tự gây nôn, sử dụng thuốc nhuận tràng hoặc thuốc lợi tiểu, ăn kiêng hoặc nhịn ăn nghiêm ngặt, hoặc tập thể dục mạnh
- thường xuyên quan tâm quá mức đến hình dáng và cân nặng của cơ thể

Sự đối đãi

Điều trị sớm là rất quan trọng nếu không chứng cuồng ăn có thể trở thành mãn tính, gây hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe. Cần phải có một kế hoạch điều trị toàn diện để giải quyết sự tương tác phức tạp giữa thể chất và tâm lý.

vấn đề logic trong chứng cuồng ăn. Sự kết hợp giữa thuốc và liệu pháp hành vi thường được sử dụng.

Các phương pháp tiếp cận hành vi bao gồm trị liệu tâm lý cá nhân, trị liệu nhóm và trị liệu gia đình. Liệu pháp nhận thức-hành vi, dạy bệnh nhân cách thay đổi những suy nghĩ và hành vi bất thường, cũng được sử dụng. Từ vấn dinh dưỡng và các nhóm tự lực thường hữu ích.

Thuốc chống trầm cảm thường được sử dụng để điều trị chứng cuồng ăn bao gồm desipramine (Norpramin), imipramine (Tofranil) và fluoxetine (Prozac). Những loại thuốc này cũng có thể điều trị bất kỳ chứng trầm cảm nào cũng tồn tại.

Ngoài việc điều trị chuyên môn, sự hỗ trợ của gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc giúp đỡ người mắc chứng cuồng ăn. Sự khuyến khích và chăm sóc có thể mang lại sự hỗ trợ cần thiết để thuyết phục người bệnh nhận sự giúp đỡ, tiếp tục điều trị hoặc thử lại sau thất bại. Các thành viên trong gia đình có thể giúp tìm các nguồn lực, chẳng hạn như phòng khám rối loạn ăn uống tại bệnh viện địa phương hoặc các chương trình điều trị tại các trường đại học được thiết kế dành cho sinh viên.

Điều trị thay thế

Liệu pháp ánh sáng-tiếp xúc với ánh sáng nhân tạo tưới sáng-có thể hữu ích trong việc giảm các cơn cuồng ăn, đặc biệt là trong những tháng mùa đông đen tối. Một số người cảm thấy rằng mát-xa có thể tỏ ra hữu ích, giúp mọi người tiếp xúc với thực tế cơ thể của họ và điều chỉnh những quan niệm sai lầm về hình ảnh cơ thể. Liệu pháp thôi miên có thể giúp giải quyết các vấn đề vô thức góp phần gây ra hành vi bất常态.

Tiên lượng

Chứng cuồng ăn có thể trở thành mẫn tính và dẫn đến các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, bao gồm co giật, nhịp tim không đều và xương mòn. Trong một số ít trường hợp, nó có thể gây tử vong.

Liệu pháp và thuốc kịp thời có thể kiểm soát chứng rối loạn một cách hiệu quả và giúp người mắc chứng cuồng ăn hướng tới một cuộc sống bình thường, hữu ích và trọn vẹn.

Phòng ngừa

Không có phương pháp nào được biết đến để ngăn ngừa chứng cuồng ăn.

Tài nguyên

SÁCH

Cassell, Dana K. Bách khoa toàn thư về béo phì và rối loạn ăn uống. New York: Thông tin về File, Inc., 1994.

Jablow, Martha M. Hướng dẫn dành cho phụ huynh về Rối loạn ăn uống và Béo phì. New York: Nhà xuất bản Dell, 1992.

Kubersky, Rachel. Mọi điều bạn cần biết về Rối loạn ăn uống. New York: Tập đoàn xuất bản Rosen, Inc., 1992.

ĐỊNH KÝ

Berg, Frances M. "Rối loạn ăn uống ảnh hưởng đến cả tâm trí và cơ thể." Tạp chí Cân nặng Khỏe mạnh số 9, không. 2 (1995): 27-31.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Ăn vô độ- Ăn một lượng lớn thức ăn một cách không kiểm soát trong một khoảng thời gian ngắn.

Thuốc lợi tiểu- Một loại thuốc thúc đẩy sự hình thành và bài tiết nước tiểu.

Chất dẫn truyền thần kinh- Một số chất hóa học trong não có thể hoạt động bất thường ở những bệnh nhân bị bệnh cuồng ăn cấp tính.

Rối loạn ám ảnh cuồng ché (OCD)- Một rối loạn có thể đi kèm với chứng cuồng ăn, đặc trưng bởi xu hướng thực hiện các hành động hoặc nghi lễ lặp đi lặp lại để giảm bớt lo lắng.

Thanh lọc- Đề loại bỏ thức ăn và calo khỏi cơ thể, thường bằng cách nôn mửa hoặc sử dụng thuốc nhuận tràng.

Cismoski, Janet và cộng sự. "Dinh dưỡng thanh thiếu niên." Con của ai? Lũ trẻ của chúng tôi! KHÔNG. 6 (1995).

Levine, Michael P. "10 điều đàn ông có thể làm và sẵn sàng giúp đỡ Ngăn ngừa chứng rối loạn ăn uống." Tạp chí Cân nặng Khỏe mạnh số 9, số 1 (1995): 15.

TỔ CHỨC

Hiệp hội Chán ăn/Chứng ăn vô độ Hoa Kỳ, Inc., 293 Central Park West, Suite IR, New York, NY 10024. (212) 501-8351.

Chán ăn Nervosa và Rối loạn ăn uống liên quan, Inc., PO Box 5102, Eugene, OR 97405. (541) 344-1144.

Trung tâm Nghiên cứu Chứng biếng ăn và Chứng hau ăn, 1 W. 91st St., New York, NY 10024. (212) 595-3449.

Nhận thức & Phòng ngừa Rối loạn Ăn uống, Inc., 603 Stewart St., Suite 803, Seattle, WA 98101. (206) 382-3587.

Hiệp hội Quốc gia về chứng biếng ăn Nervosa và các bệnh liên quan đơn đặt hàng, Hộp 7, Highland Park, IL 60035. (708) 831-3438.

Tổ chức Rối loạn Ăn uống Quốc gia, 6655 South Yale Ave, Tulsa, OK 74136. (918) 481-4044.

Jennifer Lamb

Bulla xem Tổn thương da

Bumetanide xem Thuốc lợi tiểu

BUN xem xét nghiệm nitơ urê máu

Khối nhánh nhánh

Sự định nghĩa

Khối nhánh bó (BBB) là sự gián đoạn trong dòng xung điện bình thường điều khiển nhịp tim.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Điện tâm đồ- Mô hình xung điện của tim cho biết thứ tự và tình trạng của các thành phần trong tim.

QRS-Một mẫu nhìn thấy trong điện tâm đồ cho biết các xung trong nhịp tim và thời gian của chúng. Các biến thể từ mẫu QRS bình thường cho thấy bệnh tim.

Sự miêu tả

Khối nhánh bó thuộc về một nhóm các vấn đề về tim được gọi là khiami khuyết dẫn truyền não thất (IVCD).

Có hai nhánh bó, phải và trái. Bó bên phải mang các xung thần kinh gây co bóp tâm thất phải (buồng dưới của tim) và bó bên trái mang các xung thần kinh gây co bóp tâm thất trái. Hai bó ban đầu ở cùng nhau tại một điểm nối gọi là bó His. Các xung thần kinh đi qua nút xoang của tim đến bó His rồi đi vào nhánh bó phải và bó trái.

Khối nhánh bó là sự chậm lại hoặc gián đoạn các xung thần kinh. Một vấn đề có thể tồn tại ở bất kỳ gói nào trong ba gói.

Bệnh nhân mắc BBB thường không có triệu chứng trừ khi bệnh đủ nghiêm trọng để gây ra block AV dưới nút hoàn toàn và nhịp tim rất chậm. Ở những bệnh nhân bị block nhánh phải (RBBB), xung thần kinh được dẫn truyền chậm hoặc hoàn toàn không dẫn truyền. Tâm thất phải cuối cùng nhận được xung động thông qua sự lan truyền từ cơ đến cơ, bên ngoài đường thần kinh thông thường. Cơ chế truyền xung động này chậm và dẫn đến sự co bóp chậm của tâm thất phải. Có một số loại block nhánh trái (LBBB), mỗi loại có cơ chế hứ hỏng đặc trưng riêng. Trong mỗi trường hợp, xung thần kinh bị chặn hoặc bị trì hoãn. Bệnh nhân LBBB có thể mắc bệnh tâm thất trái hoặc bệnh cơ tim.

Nguyên nhân và triệu chứng

Block nhánh trái thường xảy ra do hậu quả của các bệnh khác như xơ cứng động mạch, sốt thấp khớp, bệnh tim bẩm sinh, viêm cơ tim, nhồi máu cơ tim, u tim di căn hoặc các xâm lấn khác vào mô tim. Block nhánh phải ít xảy ra hơn do bệnh tim tiềm ẩn.

Chẩn đoán

Việc phát hiện BBB thường diễn ra khi khám sức khoẻ bình thường . Khối xuất hiện dưới dạng

âm thanh tim thứ hai mở rộng. Xác nhận BBB có được bằng điện tâm đồ (ECG). Hình ảnh nhìn thấy trong điện tâm đồ biểu thị các xung trong nhịp tim và thời gian của chúng. Thời lượng QRS lớn hơn 110 mili giây là dấu hiệu chẩn đoán của BBB.

Có một mẫu ECG duy nhất cho các khối trong mỗi gói trong số ba gói.

Sự đôi đãi

Không có liệu pháp cụ thể cho BBB. Bệnh nhân thường được điều trị các bệnh tim liên quan.

Tiên lượng

Tiên lượng tắc nghẽn ở bất kỳ nhánh nào trong số ba nhánh bó phụ thuộc vào tiên lượng của bệnh tim liên quan. Các bệnh liên quan quyết định kết quả sức khỏe của bệnh nhân. Đôi khi, sự gián đoạn của các nhánh bó dẫn đến block AV dưới nút hoàn toàn, tình trạng tắc nghẽn xung thần kinh nghiêm trọng hơn. Khoảng 2% bệnh nhân mắc BBB bị tắc nghẽn AV dưới nút và những bệnh nhân này thường cần dùng máy tạo nhịp tim nhân tạo.

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.

John T. Lohr, Tiến sĩ

Bunion**Sự định nghĩa**

Bunion là sự mở rộng bất thường của khớp (khớp metatarsophalangeal đầu tiên, hoặc MTPJ) ở gốc ngón chân cái hoặc ngón chân cái (hallux). Nguyên nhân là do viêm và thường là kết quả của sự kích thích và áp lực mãn tính từ giày dép không vừa vặn.

Sự miêu tả

Sự dịch chuyển của hai xương chính của bàn chân (hal-lux valgus) gây ra búi tóc, mặc dù không phải ai bị dịch chuyển này cũng sẽ bị sưng khớp và xương phát triển quá mức, đặc trưng của chứng búi tóc. Một trong những xương liên quan được gọi là xương bàn chân thứ nhất. Xương này dài và mảnh, một bên có ngón chân cái dính vào

dầu còn dầu kia nối với xương bàn chân gần mắt cá chân hơn. Xương bàn chân này bị dịch chuyển theo hướng của bốn xương bàn chân khác nối với các ngón chân. Xương còn lại có liên quan là ngón chân cái, bị lệch về phía các ngón chân nhỏ hơn. Khi ngón chân cái tiếp tục di chuyển về phía các ngón chân nhỏ hơn, nó có thể bị lệch xuống phía dưới hoặc phía trên ngón chân thứ hai. Sự dịch chuyển của hai xương bàn chân này gây ra sự nhô ra của xương ở phần bên trong của bàn chân trước. Phần da trên phần nhô ra này thường bị viêm do cọ xát với giày và có thể hình thành vết chai.

Khớp chứa một túi nhỏ (túi hoạt dịch) chứa đầy chất lỏng có tác dụng đệm xương và giúp khớp cử động trơn tru. Khi búi tóc hình thành, túi này sẽ bị viêm và dày lên. Sưng khớp gây thêm đau và áp lực ở ngón chân.

Nguyên nhân và triệu chứng

Bunions có thể hình thành do chuyển động bất thường của bàn chân khi đi hoặc chạy. Một ví dụ phổ biến về chuyển động bất thường là áp lực quá mức đặt lên bên trong bàn chân. Điều này dẫn đến ma sát và kích ứng các cấu trúc liên quan. Tuổi tác cũng được coi là một yếu tố dẫn đến việc phát triển búi tóc, một phần là do sự dịch chuyển xương cơ bản trở nên trầm trọng hơn theo thời gian trừ khi các biện pháp khắc phục được thực hiện.

Mang giày không vừa chân, đặc biệt là những đôi giày có mũi hẹp và gót cao quá mức thường gây ra tình trạng búi tóc. Biến dạng bàn chân trước này thường thấy ở phụ nữ nhiều hơn nam giới. Tần suất cao hơn ở phụ nữ có thể liên quan đến mối liên hệ chặt chẽ giữa kiểu dáng giày dép và búi tóc. Trên thực tế, trong một cuộc khảo sát gần đây với hơn 350 phụ nữ, gần 90% đi giày có ít nhất một cõi quá nhỏ hoặc quá hẹp.

Bởi vì các yếu tố di truyền có thể khiến con người mắc chứng lệch xương hallux valgus, nên tiền sử gia đình mắc bệnh bunions có thể làm tăng khả năng phát triển chứng rối loạn bàn chân này. Các tình trạng viêm khớp khác nhau và một số bệnh về di truyền và thần kinh cơ, chẳng hạn như hội chứng Down và hội chứng Marfan, gây ra tình trạng mất cân bằng cơ có thể tạo ra búi tóc do dịch chuyển xương bàn chân thứ nhất và ngón chân cái. Các nguyên nhân có thể khác gây ra chứng vẹo ngón chân cái là sự chênh lệch về chiều dài của chân, với búi tóc xuất hiện ở chân dài hơn và chấn thương xảy ra ở khớp ngón chân cái.

Các triệu chứng của búi tóc bao gồm các dấu hiệu viêm phổ biến như đỏ, sưng và đau. Cảm giác khó chịu chủ yếu nằm dọc bên trong bàn chân, ngay sau ngón chân cái. Do ma sát, mô săo có thể phát triển trên búi tóc. Nếu cho phép các ngón chân chồng lên nhau, sẽ xảy ra thêm sự cọ xát và đau đớn.



Bàn chân phải của người phụ nữ bị sưng tấy ở ngón chân cái.
(Ảnh của Wedgworth, Kho ảnh Y tế Tùy chỉnh. Được sao chép theo mỗi nhiệm vụ.)

Viêm vùng này làm giảm khả năng vận động kèm theo cảm giác khó chịu ở khớp giữa ngón chân cái và xương bàn chân thứ nhất. Nếu để tình trạng này trở nên trầm trọng hơn, vùng da trên búi tóc có thể bị rách, gây loét, đồng thời gây ra nguy cơ nhiễm trùng tiềm ẩn. (Loét bàn chân có thể đặc biệt nguy hiểm đối với những người mắc bệnh tiểu đường, những người có thể khó cảm nhận được vết loét hình thành và lành lại nếu bị nhiễm trùng.)

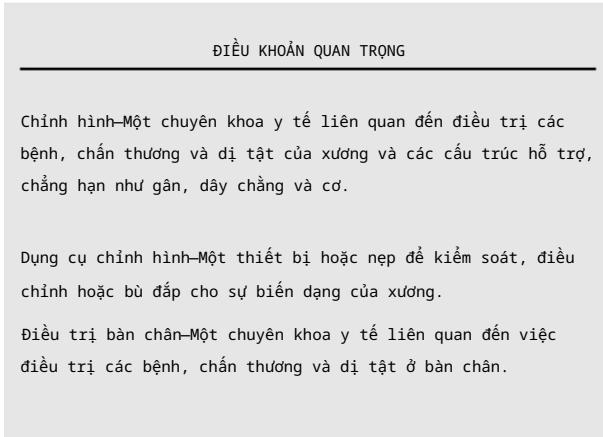
Chẩn đoán

Bệnh sử kỹ lưỡng và khám thực thể của bác sĩ luôn cần thiết để chẩn đoán chính xác bệnh viêm ngón chân cái và các tình trạng bàn chân khác. Tia X có thể giúp xác nhận chẩn đoán bằng cách cho thấy sự dịch chuyển của xương, sưng khớp và trọng một số trường hợp, sự phát triển quá mức của xương đặc trưng cho búi tóc. Các bác sĩ cũng sẽ xem xét khả năng cơn đau khớp là do hoặc phức tạp do viêm khớp (gây phá hủy sụn khớp), bệnh gút (gây ra sự tích tụ tinh thể axit uric trong khớp), gãy xương nhỏ, xương ở bàn chân (gãy xương do căng thẳng) hoặc nhiễm trùng và có thể yêu cầu các xét nghiệm bổ sung để loại trừ những khả năng này.

Sự đối đãi

Thận trọng

Bước đầu tiên trong việc điều trị búi tóc là loại bỏ càng nhiều áp lực khỏi khu vực đó càng tốt. Những người bị búi tóc nên đi giày có dù chõ ở ngón chân để chứa búi tóc và tránh đi giày cao gót và tất hoặc tất bó sát. Băng và miếng đệm giúp bảo vệ búi tóc khỏi áp lực thêm của giày. Việc sử dụng nẹp hoặc miếng lót giày tùy chỉnh (dụng cụ chỉnh hình) để điều chỉnh sự thẳng hàng của khớp ngón chân cái có hiệu quả đối với nhiều búi tóc. Hầu hết bệnh nhân đều được hướng dẫn

Bóng

nghỉ ngơi hoặc chọn các bài tập ít gây căng thẳng hơn cho đôi chân của họ, ít nhất là cho đến khi tình trạng lệch khớp được khắc phục. Trong một số trường hợp, bác sĩ còn tiêm steroid gây tê cục bộ quanh búi tóc để giảm viêm.

Ca phẫu thuật

Nếu điều trị bảo tồn không thành công, có thể cần phải phẫu thuật cắt bỏ búi tóc để điều chỉnh biến dạng. Thủ tục này được gọi là phẫu thuật cắt bỏ ngón chân cái và có nhiều biến thể trong phẫu thuật, thường được thực hiện bởi bác sĩ phẫu thuật chuyên điều trị các bệnh về xương (chỉnh hình) hoặc bởi bác sĩ chuyên điều trị bàn chân (bàn chân). Các bác sĩ phẫu thuật sẽ xem xét góc độ lệch của xương, tình trạng của bao hoạt dịch và sức bền của xương khi họ chọn sử dụng quy trình nào. Hầu hết các ca phẫu thuật cắt bỏ ngón tay đều liên quan đến việc loại bỏ một phần xương và chèn ghim để nối lại xương. Đôi khi bác sĩ phẫu thuật có thể di chuyển dây chằng (nối xương với xương trong khớp) hoặc gân (nối xương với cơ) để sắp xếp lại xương. Sau thủ thuật này, xương và các mô khác sẽ được giữ cố định trong khi chúng lành lại bằng cách băng nén hoặc bó bột ngắn. Cá nhân phải hạn chế tập thể dục mạnh mẽ trong sáu tuần.

Điều trị thay thế

Kỹ thuật xoa bóp ma sát sâu của chuyên gia vật lý trị liệu hoặc xoa bóp có thể hữu ích để tăng cường lưu thông, giảm viêm và ngăn ngừa sự tích tụ mô mềm. Vật lý trị liệu cũng cung cấp các phương pháp hữu ích như siêu âm để giúp làm chậm hoặc đảo ngược quá trình hình thành búi tóc. Các kỹ thuật băng khác nhau có thể hữu ích để cản chỉnh lại ngón chân và giảm ma sát và cọ xát có thể xảy ra. Muối mỏ vi lượng đồng cǎn Calcarea photphorica có thể hữu ích trong việc cân bằng quá trình hình thành/tái tạo xương.

Tiên lượng

Thông thường, việc sửa đổi giày dép sẽ mang lại tiến triển tốt mà không cần phẫu thuật. Nếu cần phẫu thuật, việc lành vết thương hoàn toàn mà không có biến chứng cần khoảng 4 đến 6 tuần. Ngay cả sau khi phẫu thuật điều chỉnh lại tình trạng lệch xương, bệnh nhân vẫn thường được hướng dẫn tiếp tục đi giày đế thấp, rộng rãi để ngăn ngừa búi tóc hình thành.

Phòng ngừa

Phòng ngừa bắt đầu bằng việc mang giày chân đúng cách. Giày có hộp ngón chân rộng và sâu là tốt nhất. Không nên mang giày cao gót trong thời gian dài. Nếu có búi tóc và bị viêm, nên nâng cao bàn chân bằng cách chườm túi nước đá lên vùng bị đau không quá 20 phút mỗi giờ. Nếu vẫn tiếp tục bị đau và sưng, bạn nên liên hệ với bác sĩ chuyên khoa chân hoặc bác sĩ.

Tài nguyên**SÁCH**

Các vấn đề về chân thường gặp trong chăm sóc ban đầu. tái bản lần thứ 2. Ed.

Richard B. Birrer và cộng sự. Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc., 1998.

Nguyên tắc và thực hành của Y học Nhi khoa. Ed. Leonard A.

Levy và Vincent J. Hetherington. New York: Churchill Livingstone, 1990.

TỔ CHỨC

Hiệp hội chỉnh hình bàn chân và mắt cá chân Hoa Kỳ. 222 Triển vọng phía Nam, Park Ridge, IL 60068.

Hiệp hội Y khoa Bàn chân Hoa Kỳ. 9312 Đường Old Georgetown, Bethesda, MD 20814.

KHÁC

Griffith, H. Mùa đông. "Hướng dẫn đầy đủ về các triệu chứng, bệnh tật và Ca phẫu thuật." Phát triển mạnh trực tuyến. <<http://thriveonline.oxygen.com>>.

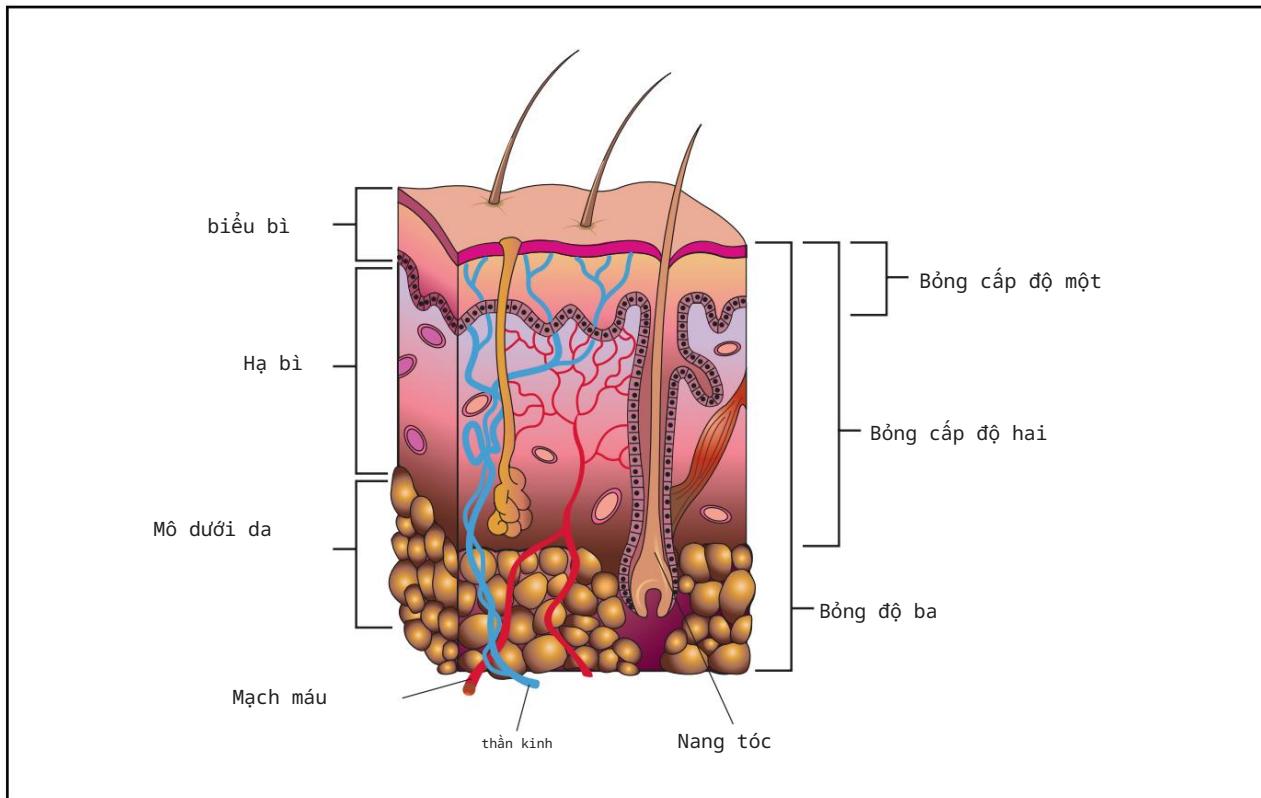
Jeffrey P. Larson, RPT

Ung thư hạch Burkitt xem U lympho ác tính**Bóng****Sự định nghĩa**

Bóng là tổn thương mỏ do nhiệt, ma sát, điện, bức xạ hoặc hóa chất.

Sự miêu tả

Bóng được đặc trưng bởi mức độ, dựa trên mức độ nghiêm trọng của tổn thương mỏ. Nguyên nhân gây bóng cấp độ một



Có ba loại bỏng: bỏng cấp độ một, cấp độ hai và cấp độ ba. (Minh họa bởi Nhóm minh họa điện tử.)

đỏ và sưng ở lớp ngoài cùng của da (biểu bì). Bỏng cấp độ hai bao gồm mẩn đỏ, sưng tấy và phồng rộp, tổn thương có thể lan rộng bên dưới lớp biểu bì đến các lớp da sâu hơn (lớp hạ bì). Vết bỏng cấp độ ba, còn gọi là vết bỏng toàn thân, phá hủy toàn bộ độ sâu của da, gây ra sẹo đáng kể. Thiệt hại cũng có thể lan đến mỡ, cơ hoặc xương bên dưới.

Mức độ nghiêm trọng của vết bỏng cũng được đánh giá bằng diện tích bề mặt cơ thể (BSA) liên quan. Nhân viên y tế sử dụng "quy tắc số chín" để xác định tỷ lệ phần trăm tuổi BSA bị ảnh hưởng ở bệnh nhân trên 9 tuổi: mỗi cánh tay có bàn tay chiếm 9% BSA; mỗi chân bằng chân là 18%; phía trước thân là 18%; phần sau thân, kể cả mông là 18%; đầu và cổ là 9%; và vùng sinh dục (đáy chậu) là 1%. Quy tắc này không thể áp dụng cho tỷ lệ cơ thể của trẻ nhỏ, vì vậy BSA được ước tính bằng cách sử dụng lòng bàn tay của bệnh nhân làm thước đo diện tích 1%.

Mức độ nghiêm trọng của vết bỏng sẽ quyết định không chỉ loại điều trị mà còn cả nơi bệnh nhân bỏng cần được điều trị. Các vết bỏng nhẹ có thể được điều trị tại nhà hoặc tại phòng khám của bác sĩ. Đây được định nghĩa là bỏng cấp độ một hoặc cấp độ hai bao phủ dưới 15% cơ thể người lớn hoặc dưới 10% cơ thể trẻ em hoặc bỏng cấp độ ba

trên dưới 2% BSA. Bỏng vừa phải cần được điều trị tại bệnh viện. Đây được định nghĩa là bỏng cấp độ một hoặc cấp độ hai bao phủ 15%-25% cơ thể người lớn hoặc 10%-20% cơ thể trẻ em hoặc bỏng cấp độ ba trên 2%-10% BSA. Các vết bỏng nghiêm trọng hoặc nghiêm trọng là loại bỏng nghiêm trọng nhất và cần được điều trị tại khoa bỏng chuyên khoa của bệnh viện.

Đây được định nghĩa là bỏng cấp độ một hoặc cấp độ hai bao phủ hơn 25% cơ thể người lớn hoặc hơn 20% cơ thể trẻ em hoặc bỏng cấp độ ba trên 10% BSA. Ngoài ra, bỏng ở tay, chân, mặt, mắt, tai hoặc bộ phận sinh dục được coi là nghiêm trọng. Các yếu tố khác ảnh hưởng đến mức độ điều trị cần thiết, bao gồm các thương tích liên quan như gãy xương và hít phải khói, mắc bệnh mãn tính hoặc có tiền sử bị lạm dụng. Ngoài ra, trẻ em và người già dễ bị biến chứng do bỏng hơn và cần được chăm sóc đặc biệt hơn.

Nguyên nhân và triệu chứng Bỏng

có thể xảy ra ngay cả khi tiếp xúc trong thời gian ngắn với nhiệt độ cao hơn 120°F (49°C). Nguồn nhiệt này có thể là mặt trời (gây cháy nắng), chất lỏng nóng, hơi nước, lửa, điện, ma sát (gây bỏng thẩm và bỏng dây) và hóa chất (gây bỏng da khi tiếp xúc).

Bóng**Phân loại vết bóng**

Cấp độ thứ nhất (NhỎ)	Chỗ bị bóng rất đau. Da bên ngoài ửng đỏ. Có hiện tượng sưng nhẹ.
Cấp hai (Trung bình)	Chỗ bị bóng rất đau. Lớp da dưới bị ảnh hưởng. Mụn nước có thể hình thành. Khu vực này có thể có vệt ẩm ướt, súng bóng do mồ hôi lộ ra ngoài.
Cấp ba (Quan trọng)	Vùng bị bóng không còn nhạy cảm do các dây thần kinh bị phá hủy. Da bị phá hủy. Các mô cơ và xương bên dưới có thể bị tổn thương. Khu vực này có thể có màu cháy, trắng hoặc xám.

Dấu hiệu của vết bóng là đỏ, sưng và đau cục bộ. Vết bóng nặng cũng sẽ phòng rộp. Da cũng có thể bong tróc, tráng hoặc cháy thành than và có cảm giác tê. Vết bóng có thể gây đau đần và sốt. Bóng rộng có thể gây sốc, các triệu chứng là ngất xỉu, suy nhược, mạch và thở nhanh, da nhợt nhạt và ẩm ướt, môi và móng tay hơi xanh.

Chẩn đoán

Bác sĩ sẽ chẩn đoán vết bóng dựa trên kiểm tra trực quan và cũng sẽ hỏi bệnh nhân hoặc thành viên gia đình các câu hỏi để xác định phương pháp điều trị tốt nhất. Người đó cũng có thể kiểm tra tình trạng hít phải khói, ngộ độc carbon monoxide, ngộ độc xyanua, chấn thương khác liên quan đến sự kiện hoặc, nếu nghi ngờ, có thêm bằng chứng về lạm dụng trẻ em.

Sự đối đãi

Điều trị bóng bao gồm giảm đau, ngăn ngừa nhiễm trùng và duy trì chất lỏng, chất điện giải và lượng calo trong cơ thể trong khi cơ thể lành lại. Điều trị bóng hóa chất hoặc bóng điện hơi khác so với điều trị bóng nhiệt nhưng mục tiêu thì giống nhau.

Điều trị bóng nhiệt

Hành động đầu tiên của xử lý bóng nhiệt là dừng quá trình đốt cháy. Điều này có thể được thực hiện bằng cách để nước mát chảy qua vùng bị bóng hoặc ngâm trong nước mát (không lạnh). Không bao giờ nên chườm đá lên vết bóng. Chườm ướt mát (không lạnh) có thể giúp giảm đau khi chườm lên những vùng nhỏ bị bóng độ một và độ hai. Không bao giờ được bôi bơ, mỡ hoặc các loại thuốc mỡ tương tự lên vết bóng vì nó ngăn nhiệt thoát ra ngoài và đẩy quá trình bóng vào sâu hơn trong da.

Nếu vết bóng nhẹ, có thể làm sạch nhẹ nhàng bằng xà phòng và nước. Các mụn nước không nên vỡ. Nếu da của vùng bị bóng không bị tổn thương và không có khả năng bị kích ứng thêm do áp lực hoặc ma sát thì nên để vết bóng tiếp xúc với không khí để thúc đẩy quá trình lành vết thương. Nếu da bị rách hoặc dễ bị tổn thương, vùng bị bóng phải được phủ nhẹ một lớp thuốc mỡ kháng khuẩn và băng lại bằng băng vô trùng. Có thể dùng aspirin, acetaminophen (Tylenol) hoặc ibuprofen (Advil) để giảm đau

và giảm viêm. Nên tham khảo ý kiến bác sĩ nếu xuất hiện những dấu hiệu nhiễm trùng này: nóng hơn, tấy đỏ, đau hoặc sưng tấy; mủ hoặc dịch tương tự chảy ra từ vết thương; sưng hạch bạch huyết; hoặc những vết đỏ lan ra từ vết bóng.

Trong trường hợp một người bị bóng vừa hoặc nghiêm trọng, các biện pháp cứu sinh được ưu tiên hơn điều trị bóng và phải gọi hỗ trợ y tế khẩn cấp. Người bị bóng nặng có thể ngừng thở và phải tiến hành hô hấp nhân tạo (còn gọi là hồi sức bằng miệng hoặc thở cấp cứu) ngay lập tức. Ngoài ra, một người bị bóng trên 12% BSA có khả năng bị sốc; Tình trạng này có thể được ngăn ngừa bằng cách đặt người nằm phẳng và nâng cao bàn chân lên khoảng 12 inch (30 cm). Cánh tay và bàn tay bị bóng cũng phải giữ cao hơn tim người.

Trong các cuộc giải cứu, một chiếc chăn có thể được sử dụng để dập tắt mọi ngọn lửa khi người đó được đưa ra khỏi nguy hiểm. Người bị cháy quần áo phải “dừng lại, thả người xuống và lăn” hoặc được hỗ trợ nằm phẳng trên mặt đất và lăn để dập lửa. Sau đó, chỉ nên cởi bỏ những quần áo bị cháy, dễ bong ra; không nên xáo trộn bất kỳ quần áo nào dính vào vết bóng. Cởi bỏ quần áo đang cháy âm ỉ và phủ lên người một miếng vải nhẹ, mát, ướt, chẳng hạn như một tấm khăn trải giường chứ không phải chăn hoặc khăn tắm, sẽ ngăn chặn quá trình cháy.

Tại bệnh viện, nhân viên sẽ tiếp tục điều trị y tế. Một ông hỗ trợ hô hấp có thể được lắp vào nồng đường thở hoặc phổi của bệnh nhân bị tổn thương, như có thể xảy ra khi xảy ra vụ nổ hoặc hỏa hoạn trong không gian kín. Ngoài ra, do vết bóng làm cơ thể cạn kiệt chất lỏng nên chất lỏng thay thế sẽ được tiêm vào tĩnh mạch. Bệnh nhân cũng được tiêm thuốc kháng sinh vào tĩnh mạch để ngăn ngừa nhiễm trùng và cũng có thể được tiêm ph่อง uốn ván, tùy thuộc vào lịch sử tiêm chủng của họ. Sau khi vùng bị bóng được làm sạch và điều trị bằng kem hoặc thuốc mỡ kháng sinh, nó sẽ được băng lại bằng băng vô trùng và thay băng này hai lần một ngày. Phẫu thuật loại bỏ mô chết (debridement) cũng diễn ra. Khi vết bóng lành lại, hình thành vảy dày, căng (vảy) mà bác sĩ có thể phải cắt bỏ để cải thiện lưu lượng máu đến các mô khỏe mạnh dần hồi phục dưới. Bệnh nhân cũng sẽ phải chịu đựng về thể chất và

liệu pháp lao động để giữ cho vùng bị bóng không bị mất linh hoạt và giảm thiểu sẹo.

Trong trường hợp da bị tổn thương đến mức không thể lành lại, việc ghép da thường được thực hiện. Ghép da bao gồm việc lấy một mảnh da từ phần cơ thể chưa bị cháy (tự ghép) và ghép nó vào vùng bị bóng. Khi các bác sĩ không thể sử dụng ngay da của bệnh nhân, việc ghép tạm thời sẽ được thực hiện bằng cách sử dụng da của người hiến tặng (allograft), còn sống hoặc đã chết, hoặc da của động vật (xenograft), thường là da lợn.

Nạn nhân bóng cũng có thể được đặt trong buồng cao áp, nếu có. Trong buồng cao áp (có thể là phòng chuyên dụng hoặc không gian kín), bệnh nhân được tiếp xúc với oxy nguyên chất dưới áp suất cao, có thể hỗ trợ quá trình chữa lành. Tuy nhiên, để liệu pháp này có hiệu quả, bệnh nhân phải được đưa vào buồng trong vòng 24 giờ sau khi bị bóng.

Điều trị bóng hóa chất

Vết bóng do hóa chất lỏng phải được rửa bằng nước mát ít nhất 15 phút để ngừng quá trình cháy. Bất kỳ vết bóng nào vào mắt cũng phải được rửa sạch bằng nước. Trong trường hợp bóng do hóa chất khô như vôi, bột phải được phùi sạch hoàn toàn trước khi rửa sạch vùng da đó. Bất kỳ quần áo nào có thể đã hấp thụ hóa chất phải được loại bỏ. Vết bóng

sau đó nên quần lỏng lẻo bằng một miếng gạc vô trùng và đưa người bệnh đến bệnh viện để tiếp tục điều trị.

Bác sĩ có thể trung hòa hóa chất vi phạm bằng một hóa chất khác trước khi xử lý vết bóng như vết bóng nhiệt có mức độ nghiêm trọng tương tự.

Điều trị bóng điện

Trước khi xử lý bóng điện tại chỗ

tai nạn thì phải ngắt nguồn điện nếu có thể và nạn nhân phải di chuyển ra xa để người sơ cứu không bị điện giật. Các biện pháp cứu sinh lại được ưu tiên hơn điều trị bóng nên phải kiểm tra và hỗ trợ hơi thở nếu cần thiết. Vết bóng điện cần được băng nhẹ bằng miếng gạc vô trùng và đưa người bệnh đến bệnh viện để điều trị thêm.

Điều trị thay thế

Ngoài phương pháp điều trị bóng tuyệt vời bằng y học cổ truyền, một số phương pháp thay thế cũng có thể hữu ích. (Các vết bóng nặng phải luôn được bác sĩ điều trị.) Các phương pháp điều trị vi lượng đồng căn *Cantharis* và *Causticum* có thể hỗ trợ chữa lành vết bóng. Một số phương thuốc thực vật được bôi tại chỗ cũng có thể giúp vết bóng mau lành. Chúng bao gồm lô hội

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Debridement- Phẫu thuật cắt bỏ mô chết kiện.

Hạ bì- Lớp cơ bản của da; nó chứa máu và mạch bạch huyết, dây thần kinh, tuyến và nang lông.

Biểu bì- Phần bên ngoài của da, được tạo thành từ bốn hoặc năm lớp bề mặt.

Sốc- Một tình trạng bất thường do thể tích máu thấp do xuất huyết hoặc mất nước.

Các dấu hiệu sốc bao gồm nhịp tim và nhịp thở nhanh, da mát, ẩm và nhợt nhạt.

(*Aloe barbadensis*), dầu St.-John's-wort (*Hypericum perforatum*), *calendula* (*Calendula officinalis*), comfrey (*Symphytum officinale*) và dầu cây trà (*Melaleuca spp.*).

Bổ sung chế độ ăn uống vitamin C, vitamin E và kẽm cũng có lợi cho việc chữa lành vết thương.

Tiên lượng

Tiên lượng phụ thuộc vào mức độ bóng, diện tích bề mặt cơ thể được bao phủ, liệu các bộ phận quan trọng của cơ thể có bị ảnh hưởng hay không, có thêm vết thương hoặc biến chứng nào như nhiễm trùng hay không và sự kịp thời của việc điều trị y tế. Các vết bóng nhẹ có thể lành sau 5 đến 10 ngày mà không để lại sẹo. Vết bóng vừa phải có thể lành sau 10-14 ngày và có thể để lại sẹo. Các vết bóng nghiêm trọng hoặc nghiêm trọng phải mất hơn 14 ngày mới lành và sẽ để lại sẹo đáng kể. Mô sẹo có thể hạn chế khả năng di chuyển và chức năng, nhưng vật lý trị liệu có thể khắc phục những hạn chế này. Trong một số trường hợp, có thể nên phẫu thuật bổ sung để loại bỏ mô sẹo và khôi phục lại vẻ ngoài.

Phòng ngừa

Bóng thường xảy ra trong các vụ cháy khu dân cư. Các thiết bị bảo hộ được đặt và hoạt động đúng cách kết hợp với các kế hoạch sơ tán nhanh chóng sẽ giảm thiểu sự tiếp xúc của một người với khói và ngọn lửa trong trường hợp hỏa hoạn. Trẻ em phải được dạy không bao giờ chơi với diêm, bật lửa, pháo hoa, xăng và chất lỏng tẩy rửa.

Có thể ngăn ngừa bóng do bóng bằng nước nóng hoặc các chất lỏng khác bằng cách đặt bộ điều nhiệt của máy nước nóng không cao hơn 120°F (49°C), kiểm tra nhiệt độ của nước tắm trước khi vào bồn và xoay tay cầm nồi trên bếp ra ngoài. trong tầm tay của trẻ em. Cần cẩn thận khi tháo nắp ra khỏi chảo.

hấp thực phẩm và khi đậy hoặc mở thực phẩm được hâm nóng trong lò vi sóng.

Bóng nhiệt thường xảy ra từ các thiết bị điện. Cần cẩn thận xung quanh bếp lò, máy sưởi, bàn là và máy uốn tóc.

Có thể tránh được vết cháy nắng bằng cách sử dụng rộng rãi kem chống nắng có chứa thành phần hoạt chất mờ đục như oxit kẽm hoặc titan dioxide hoặc thành phần hoạt chất không đục như PABA (axit para-aminobenzoic) hoặc benzophenone. Mũ, quần áo rộng và ô cũng có tác dụng bảo vệ, đặc biệt là trong khoảng thời gian từ 10 giờ sáng đến 3 giờ chiều khi tia cực tím có hại nhất hiện diện dưới ánh nắng trực tiếp.

Có thể ngăn ngừa bóng điện bằng cách che các ống cảm điện không sử dụng bằng phích cắm an toàn và giữ dây điện tránh xa trẻ sơ sinh và trẻ mới biết đi vì chúng có thể nhai chúng. Mọi người cũng nên tìm nơi trú ẩn trong nhà khi có giông bão để tránh bị sét đánh.

Bóng hóa chất có thể được ngăn ngừa bằng cách mặc quần áo bảo hộ, bao gồm găng tay và kính che mắt. Các chất hóa học phải luôn được sử dụng theo hướng dẫn của nhà sản xuất và được bảo quản đúng cách khi không sử dụng.

Tài nguyên

SÁCH

Cẩm nang chẩn đoán và điều trị của Merck. tái bản lần thứ 17. Ed. Robert Berkow. Rahway, NJ: Phòng thí nghiệm nghiên cứu Merck, 1997.

TỔ CHỨC

Bệnh viện Nhi đồng Shriners 2900 Rocky Point Drive, Tampa, FL 33607-1435. (813) 281-0300. <<http://www.Shrinershq.org>>.

KHÁC

Câu trả lời về sức khỏe.com. <<http://www.healthanswers.com>>.

Bethany Thivierge

Viêm bao hoạt dịch

Sự định nghĩa

Viêm bao hoạt dịch là tình trạng viêm đau ở bao hoạt dịch, một túi giống như miếng đệm được tìm thấy ở những khu vực chịu ma sát. Bursae đệm chuyển động giữa xương, gân và cơ gần khớp. Viêm bao hoạt dịch thường do chuyển động lặp đi lặp lại và được gọi bằng một số tên phổ biến bao gồm mông thợ dệt, đầu gối giáo sĩ và khuỷu tay thợ mộc, tùy thuộc vào nghề nghiệp và vùng thương tích của cá nhân bị ảnh hưởng.

Sự miêu tả

Có hơn 150 bursae trong cơ thể con người. Thông thường bao hoạt dịch có từ khi sinh ra, nhưng chúng có thể hình thành để đáp ứng với áp lực lặp đi lặp lại. Mỗi túi chứa một lượng nhỏ chất lỏng hoạt dịch, một chất lỏng trong suốt hoạt động như chất bôi trơn. Viêm gây đau khi cử động. Vị trí viêm bao hoạt dịch xảy ra phổ biến nhất là vai (subdeltoid), nhưng nó cũng được thấy ở khuỷu tay (olecranon), hông (trochanteric), đầu gối, gót chân (Achilles) và ngón chân. Khu vực bị ảnh hưởng có thể được gọi là "đóng băng" vì khả năng di chuyển rất hạn chế. Ở đầu gối có bốn túi hoạt dịch và tất cả đều có thể bị viêm nếu hoạt động quá mức.

Nguyên nhân và triệu chứng

Nguyên nhân phổ biến nhất của viêm bao hoạt dịch là hoạt động thể chất lặp đi lặp lại, nhưng nó có thể bùng phát mà không rõ lý do. Nó cũng có thể do chấn thương, viêm khớp dạng thấp, bệnh gút và nhiễm trùng cấp tính hoặc mãn tính.

Đau và nhức là những triệu chứng phổ biến. Nếu khớp bị ảnh hưởng ở gần da, chẳng hạn như gần vai, đầu gối, khuỷu tay hoặc gân Achilles, bạn sẽ thấy sưng và đỏ và vùng đó có thể có cảm giác ấm khi chạm vào. Bao hoạt dịch xung quanh khớp hông sâu hơn và không thấy rõ tình trạng sưng tấy. Chuyển động có thể bị hạn chế và đau đớn. Ở vai, có thể khó nâng cánh tay ra khỏi cơ thể. Mặc áo khoác hay chải tóc trở thành một hoạt động rắc rối.

Trong viêm bao hoạt dịch cấp tính, các triệu chứng xuất hiện đột ngột; với viêm bao hoạt dịch mãn tính, đau, nhức và hạn chế cử động sẽ xuất hiện trở lại sau khi tập thể dục hoặc căng thẳng.

Chẩn đoán Khi

bệnh nhân bị đau khớp, cần phải khám thực thể cẩn thận để xác định loại cử động nào bị ảnh hưởng và có bị sưng tấy hay không. Viêm bao hoạt dịch sẽ không xuất hiện trên phim X-quang, mặc dù đôi khi cũng có thể nhìn thấy cặn canxi trong khớp. Chèn một cây kim mỏng vào bao hoạt dịch bị ảnh hưởng và loại bỏ (hút) một số dịch khớp để kiểm tra có thể xác nhận chẩn đoán. Trong hầu hết các trường hợp, chất lỏng sẽ không trong. Nó có thể được kiểm tra sự hiện diện của vi sinh vật, điều này cho thấy sự nhiễm trùng và các tinh thể, điều có thể cho thấy bệnh gút. Trong trường hợp khó chẩn đoán, thuốc gây tê cục bộ (một loại thuốc làm tê vùng đó) sẽ được tiêm vào chỗ đau. Nếu cảm giác khó chịu tạm thời dừng lại thì viêm bao hoạt dịch có lẽ là chẩn đoán chính xác.

Sự đối đãi

Điều trị bảo tồn viêm bao hoạt dịch thường có hiệu quả. Việc áp dụng nhiệt, nghỉ ngơi và cố định

khu vực khớp bị ảnh hưởng là bước đầu tiên. Có thể sử dụng dây đeo khi bị chấn thương ở vai; một cây gậy rất hữu ích cho các vấn đề về hông. Bệnh nhân có thể dùng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) như aspirin, ibuprofen và naproxen.

Chúng có thể được mua mà không cần đơn thuốc và có tác dụng giảm đau và giảm viêm. Khi cơn đau giảm đi, các bài tập ở vùng bị ảnh hưởng có thể bắt đầu. Nếu các cơ gần đó bị yếu do bệnh tật hoặc do bất động kéo dài thì tốt nhất nên tập các bài tập để tăng cường sức mạnh và cải thiện khả năng vận động. Bác sĩ hoặc nhà trị liệu vật lý có thể kê toa một chế độ điều trị hiệu quả.

Nếu viêm bao hoạt dịch có liên quan đến tình trạng viêm như viêm khớp hoặc bệnh gút, thì cần phải kiểm soát bệnh đó để kiểm soát viêm bao hoạt dịch.

Khi viêm bao hoạt dịch không đáp ứng với điều trị bảo tồn, việc tiêm vào khớp một chế phẩm corticosteroid tác dụng kéo dài, như prednisone, có thể mang lại hiệu quả giảm đau ngay lập tức và lâu dài. Corticosteroid là một chất nội tiết tố là loại thuốc hiệu quả nhất để giảm viêm. Thuốc được trộn với thuốc gây tê cục bộ và có tác dụng lên khớp trong vòng năm phút. Thông thường chỉ cần một mũi tiêm là đủ.

Phẫu thuật cắt bỏ bao hoạt dịch bị tổn thương có thể được thực hiện trong những trường hợp nặng.

Nếu viêm bao hoạt dịch là do nhiễm trùng thì cần phải điều trị bổ sung. Viêm bao hoạt dịch nhiễm khuẩn là do sự hiện diện của sinh vật tạo mù, thường là tụ cầu vàng. Điều này được xác nhận bằng cách kiểm tra một mẫu chất lỏng trong bao hoạt dịch và cần điều trị bằng thuốc kháng sinh uống, tiêm vào cơ hoặc vào tĩnh mạch (tiêm tĩnh mạch). Tùy hoạt dịch cũng sẽ cần được dẫn lưu bằng kim hai hoặc ba lumen trong tuần điều trị đầu tiên.

Khi bệnh nhân bị nhiễm trùng nặng như vậy, có thể có nguyên nhân cơ bản. Có thể có bệnh tiêu đường chưa được phát hiện hoặc hệ thống miễn dịch hoạt động kém hiệu quả do nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV).

Điều trị thay thế

Các phương pháp điều trị thay thế có tính đến vai trò của chế độ ăn uống trong việc gây ra viêm bao hoạt dịch. Việc cơ thể sử dụng canxi không đúng cách, thiếu magiê và dị ứng thực phẩm có thể có vai trò. Thay đổi chế độ ăn uống và bổ sung vitamin có thể hữu ích. Việc sử dụng các loại thảo mộc, vi lượng đồng căn, trị liệu bằng dầu thơm và thủy liệu pháp có thể giúp giảm các triệu chứng. Gừng rất hữu ích trong việc giảm viêm.

Châm cứu đã được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị đau hông và vai do viêm bao hoạt dịch và các tình trạng khác. Các liệu pháp khác giải quyết hiệu quả các vấn đề về cơ xương khớp (liên quan đến cơ và xương), cũng có thể hữu ích, chẳng hạn như tập thể hình, trị liệu từ trường, thuốc trị liệu tự nhiên, trị liệu chỉnh hình và vận động học ứng dụng.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Viêm khớp-Viêm khớp có thể dẫn đến thay đổi cấu trúc của khớp. Nó gây đau và sưng tấy. Viêm khớp dạng thấp là một bệnh mãn tính dẫn đến biến dạng té liệt.

Đái tháo đường-Một bệnh chuyển hóa do thiếu hụt insulin, insulin cần thiết để xử lý carbohydrate trong cơ thể.

Bệnh gút-Một bệnh chuyển hóa di truyền là một dạng viêm khớp và gây viêm khớp. Nó phổ biến hơn ở nam giới.

Viêm—Phản ứng của mô đối với chấn thương.

Kinesiology—Khoa học hoặc nghiên cứu về chuyển động.

Tiêu lượng

Viêm bao hoạt dịch thường đáp ứng tốt với điều trị, nhưng nó có thể phát triển thành tình trạng mãn tính nếu nguyên nhân cơ bản không được điều trị.

Phòng ngừa

Cần loại bỏ các yếu tố làm nặng thêm để ngăn ngừa viêm bao hoạt dịch. Nên tránh tập thể dục quá sức hoặc lặp lại một chuyển động gây ra tình trạng này. Thực hiện các bài tập để tăng cường sức mạnh cho các cơ xung quanh khớp cũng sẽ giúp ích. Khi thực hiện các công việc lặp đi lặp lại, nên nghỉ lao thường xuyên và xen kẽ hoạt động này với các hoạt động khác sử dụng các bộ phận khác nhau của cơ thể. Để đảm các khớp, nên sử dụng ghế có đệm khi ngồi và miếng đệm đầu gối bằng xốp cho đầu gối. Nên tránh chống khuỷu tay, quỳ hoặc ngồi trên bề mặt cứng trong thời gian dài. Không đi giày cao gót có thể giúp ngăn ngừa viêm bao hoạt dịch ở gót chân, cũng như có thể thay giày chạy bộ mới ngay khi giày cũ bị mòn.

Tài nguyên

SÁCH

Bennett, J. Claude và Fred Plum, biên tập. Sách giáo khoa y khoa của Cecil.

Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.

Bennett, Robert M. "Viêm bao hoạt dịch, viêm gân, đau dây chằng và đau cơ xơ hóa."

Trong liệu pháp hiện tại của Conn. biên tập. Robert E.

Rakel. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.

Tập đoàn Burton Goldberg. Thuốc thay thế: Hướng dẫn dứt khoát. Fife, WA: Nhà xuất bản Y học Tương lai, 1995.

ĐỊNH KÝ

"Viêm bao hoạt dịch." Bản tin Y tế của Phòng khám Mayo (tháng 6 năm 1995.)

"Viêm bao hoạt dịch hông." Bản tin Y tế của Phòng khám Mayo (tháng 9 năm 1997):

Munson, Marty. "Túi dịch lớn." Phòng ngừa (tháng 5 năm 1996): 63-65.

KHÁC

"Viêm bao hoạt dịch." Câu trả lời về sức khỏe.com. 1998 <<http://www.healthcouncil.com>>.

Karen Ericson, RN

Phẫu thuật bắc cầu xem Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

bệnh Byssinosis

Sự định nghĩa

Byssinosis là tình trạng đường hô hấp bị hẹp mẫn tính giống như bệnh hen suyễn. Còn được gọi là bệnh phổi nâu, bệnh bụi phổi là do hít phải các hạt bông, lanh, gai dầu hoặc đay.

Sự miêu tả

Mặc dù hít phải bụi bông được xác định là nguồn gây bệnh hô hấp từ hơn 300 năm trước, bệnh bụi phổi byssinosis mới được công nhận là mối nguy hiểm nghiêm trọng đối với công nhân dệt may trong vòng chưa đầy 50 năm. Hơn 800.000 công nhân trong ngành sản xuất bông, lanh và dây thừng tại nơi làm việc bị phơi nhiễm với các hạt trong không khí có thể gây ra bệnh bụi phổi. Chỉ những công nhân trong các nhà máy sản xuất sợi, chỉ hoặc vài mồi có nguy cơ tử vong đáng kể vì căn bệnh này.

Tại Hoa Kỳ, bệnh byssinosis hầu như chỉ giới hạn ở những công nhân xử lý bông chưa qua chế biến. Hơn 35.000 công nhân dệt may đã bị tàn tật do bệnh bụi rậm và 183 người chết từ năm 1979 đến năm 1992. Hầu hết những người tử vong do bệnh bụi rậm đều sống ở các vùng sản xuất dệt may ở Bắc và Nam Carolina.

Nguyên nhân và triệu chứng Thở

khò khè, khó thở và cảm giác tức ngực đôi khi xảy ra trong giai đoạn đầu của bệnh. Các triệu chứng thường rõ ràng hơn khi trở lại làm việc sau ngày cuối tuần, ngày lễ hoặc kỳ nghỉ và giảm dần khi người lao động đã quen với môi trường.

Có tới 25% công nhân mắc bệnh byssinosis có các triệu chứng tiếp tục hoặc tái phát trong suốt tuần làm việc. Các vấn đề về hô hấp nghiêm trọng hơn thường như là do tiếp xúc với lượng bụi cao và do tiếp xúc với bụi lâu hơn. Những công nhân cũng hút thuốc lá bị suy giảm sức khỏe nghiêm trọng nhất.

ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Khò khè—Một âm thanh huýt sáo được tạo ra bởi luồng không khí tốc độ cao đi qua đường thở bị thu hẹp.

Khò khè là triệu chứng của một số bệnh về đường hô hấp bao gồm bệnh bụi phổi và hen suyễn.

Chẩn đoán

Các xét nghiệm phát hiện dung tích phổi giảm trong ngày làm việc được sử dụng để chẩn đoán bệnh bụi phổi. Các dạng tắc nghẽn có thể xảy ra ở những bệnh nhân có triệu chứng tái phát trong hơn 10 năm.

Sự đối đãi

Điều trị bệnh byssinosis giai đoạn đầu tập trung vào việc đảo ngược tình trạng thu hẹp đường thở. Thuốc kháng histamine có thể được kê đơn để giảm tức ngực. Thuốc giãn phế quản (thuốc dùng để thư giãn đường thở và cải thiện luồng không khí) có thể được sử dụng cùng với ống hít hoặc dùng dưới dạng viên nén.

Giảm phơi nhiễm là điều cần thiết. Bất kỳ công nhân nào có triệu chứng bệnh bụi phổi hoặc khó thở nên chuyển đến khu vực ít ô nhiễm hơn.

Tiên lượng

Hút thuốc, suy giảm chức năng phổi và có tiền sử dị ứng đường hô hấp làm tăng nguy cơ mắc bệnh byssinosis của công nhân dệt may. Tiếp xúc kéo dài khiến bệnh nhân thở khò khè thường xuyên hơn và có thể gây viêm phế quản mẫn tính. Nó không dẫn đến bệnh phổi bị tàn tật vĩnh viễn.

Phòng ngừa

Loại bỏ việc tiếp xúc với bụi dệt là cách chắc chắn nhất để ngăn ngừa bệnh byssinosis. Sử dụng máy hút mùi, cải thiện hệ thống thông gió và áp dụng quy trình làm ướt là những phương pháp rất thành công trong việc kiểm soát mức độ bụi nhằm ngăn ngừa bệnh bụi rậm. Thiết bị bảo hộ cần thiết trong một số quy trình nhất định cũng ngăn ngừa việc tiếp xúc với mức độ ô nhiễm vượt quá tiêu chuẩn hiện hành của Hoa Kỳ về tiếp xúc với bụi bông.

Tài nguyên

SÁCH

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

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

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.

TỔ CHỨC

Hiệp hội Phổi Hoa Kỳ. 1740 Broadway, New York, NY 10019. (800) 586-4872.
<<http://www.lungusa.org>>.
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>>.

KHÁC

"Bệnh phổi nghề nghiệp." Trang Hiệp hội Phổi Hoa Kỳ. Ngày 27 tháng 5
năm 1998 <<http://www.lungusa.org>>.
"Báo cáo giám sát thế giới năm 1996: Những dữ liệu nổi bật được chọn lọc."
Trung tâm kiểm soát dịch bệnh. Ngày 27 tháng 5 năm 1998. Ngày 27
tháng 5 năm 1998 <http://www.cdc.gov/niosh/w7_high.html>.

Maureen Haggerty