

ngay lập tức. Chuyển sang một loại thuốc chống sốt rét khác có thể là một giải pháp thay thế và có thể giúp chấm dứt các tác dụng phụ.

Bất kỳ ai đang dùng thuốc chống sốt rét để phòng ngừa bệnh sốt rét mà bị sốt hoặc có các triệu chứng giống cúm khi dùng thuốc hoặc trong vòng hai đến ba tháng sau khi đi du lịch đến khu vực thường mắc bệnh sốt rét nên gọi bác sĩ ngay lập tức.

Nếu thuốc đang được dùng để điều trị bệnh sốt rét mà các triệu chứng không thay đổi hoặc trở nên trầm trọng hơn, hãy kiểm tra với bác sĩ kê đơn thuốc.

Những bệnh nhân dùng thuốc này trong thời gian dài cần được bác sĩ kiểm tra định kỳ để phát hiện những tác dụng phụ không mong muốn.

Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ đặc biệt nhạy cảm với thuốc chống sốt rét chloroquine. Họ không chỉ dễ gặp phải tác dụng phụ của thuốc mà còn có nguy cơ bị tổn hại cao hơn do dùng thuốc quá liều. Một viên thuốc 300 mg có thể giết chết một đứa trẻ. Giữ thuốc này ra khỏi tầm với của trẻ em. Sử dụng lọ an toàn.

#### 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 dùng thuốc chống sốt rét. Trước khi dùng các loại thuốc này, hãy nhớ cho bác sĩ biết về bất kỳ tình trạng nào sau đây:

**DỊ ỨNG.** Bất cứ ai từng có phản ứng bất thường với thuốc chống sốt rét hoặc các loại thuốc liên quan 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.

**THAI KỲ.** Trong các nghiên cứu trên động vật trong phòng thí nghiệm, một số loại thuốc chống sốt rét có thể gây dị tật bẩm sinh. Nhưng phụ nữ mang thai cũng có nguy cơ mắc bệnh sốt rét. Bệnh sốt rét không được điều trị có thể gây sinh non, thai chết lưu và sảy thai. Khi dùng liều thấp để ngăn ngừa bệnh sốt rét, thuốc chống sốt rét chưa được báo cáo là gây dị tật bẩm sinh ở người. Nếu có thể, phụ nữ mang thai nên tránh đi du lịch đến những vùng có thể mắc bệnh sốt rét. Nếu việc đi lại là cần thiết, phụ nữ đang mang thai hoặc có thể mang thai nên kiểm tra với bác sĩ về việc sử dụng thuốc chống sốt rét.

**NUÔI CON BÚ.** Một số loại thuốc chống sốt rét truyền vào sữa mẹ. Mặc dù không có vấn đề gì được báo cáo ở trẻ bú mẹ có mẹ dùng thuốc chống sốt rét, nhưng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ đặc biệt nhạy cảm với một số loại thuốc này. Phụ nữ đang cho con bú nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi sử dụng thuốc chống sốt rét.

**CÁC ĐIỀU KIỆN Y TẾ KHÁC.** Trước khi sử dụng thuốc chống sốt rét, những người có bất kỳ vấn đề y tế nào sau đây (hoặc đã từng mắc phải trước đây) nên đảm bảo rằng bác sĩ của họ biết về tình trạng của họ:

- bệnh máu
- bê nh gan
- bệnh hoặc rối loạn thần kinh hoặc não, bao gồm cả co giật (co giật)
- rối loạn tâm thần trong quá khứ hoặc hiện tại
- bệnh dạ dày hoặc đường ruột
- thiếu enzyme glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD), enzyme này đóng vai trò quan trọng trong quá trình phân hủy đường trong cơ thể
- thiếu hụt enzyme nicotinamide adenine dinucleotide (NADH) methemoglobin reductase
- bệnh vẩy nén
- bệnh tim
- tiền sử gia đình hoặc cá nhân mắc chứng bệnh di truyền favism (một tình trạng dị ứng di truyền) • tiền sử cá nhân hoặc gia đình mắc bệnh thiếu máu tán huyết, một tình trạng khiến hồng cầu bị phá hủy
- ban xuất huyết
- hạ đường huyết (lượng đường trong máu thấp)
- sốt nước đen (một biến chứng nghiêm trọng của một loại bệnh sốt rét)
- bệnh nhược cơ (một bệnh về dây thần kinh và cơ bắp)

**SỬ DỤNG MỘT SỐ THUỐC.** Dùng thuốc chống sốt rét 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

Lиều cao thuốc chống sốt rét pyrimethamine có thể gây ra các vấn đề về máu, cảm trễ quá trình lành vết thương và làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Những người dùng thuốc này nên cẩn thận để không làm tổn thương nướu khi đánh răng, dùng chỉ nha khoa hoặc dùng tăm. Nếu có thể, nên hoãn lại công việc nha khoa cho đến khi điều trị xong và máu trở lại bình thường.

Tác dụng phụ thường gặp nhất của thuốc chống sốt rét là tiêu chảy, buồn nôn hoặc nôn, co thắt hoặc đau dạ dày, chán ăn, nhức đầu, ngứa, khó tập trung, chóng mặt, choáng váng và khó ngủ. Những vấn đề này thường biến mất khi cơ thể thích ứng với thuốc và không cần điều trị y tế.

Tác dụng phụ ít gặp hơn, chẳng hạn như rụng tóc hoặc mất màu trên tóc; phát ban da; hoặc sự đổi màu xanh đen của da, móng tay hoặc bên trong miệng cũng có thể

xảy ra và không cần chăm sóc y tế trừ khi chúng kéo dài.

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 ngay với bác sĩ đã kê đơn thuốc:

- mờ mắt hoặc mất kỳ thay đổi nào khác về thị lực
- co giật (co giật)
- thay đổi tâm trạng hoặc tinh thần
- ảo giác
- sự lo lắng
- lú lẫn
- suy nhược hoặc mệt mỏi bất thường
- bầm tím hoặc chảy máu bất thường
- mắt thịnh giác hoặc ù tai hoặc ù tai
- sốt, có hoặc không có đau họng
- nhịp tim chậm
- đau ở lưng hoặc chân
- Nước tiểu đậm
- da nhợt
- nhạt • thay đổi vị giác • đau nhức, sưng tấy hoặc cảm giác nóng rát ở lưỡi

Các tác dụng phụ hiếm gặp khác có thể xảy ra. Bất cứ ai có các triệu chứng bất thường sau khi dùng thuốc chống sốt rét nên liên hệ với bác sĩ của mình.

### Tương tác

Một số loại thuốc chống sốt rét có thể tương tác với các 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 thuốc chống sốt rét nên cho bác sĩ biết tất cả các loại thuốc khác mà mình đang dùng. Trong số các loại thuốc có tương tác với một số loại thuốc chống sốt rét là:

- thuốc chẹn beta như atenolol (Tenormin), propranolol (Inderal) và metoprolol (Lopressor)

- thuốc chẹn kênh canxi như diltiazem (Cardizem), nicardipine (Cardene) và nifedipine (Procardia) • các loại thuốc chống sốt rét khác •

quinidine, dùng để điều trị nhịp tim bất thường •

thuốc chống động kinh như dẫn xuất axit valproic (Depakote hoặc Depakene)

- Vắc-xin thường hàn

đường uống • Thuốc trị tiêu đường dạng

uống • sulfonamid (thuốc sulfa)

- vitamin K

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Glucose**—Một loại đường đơn giản đóng vai trò là nguồn năng lượng chính của cơ thể.

**Hạ đường huyết**—Nồng độ glucose trong máu thấp bất thường.

**Sinh vật**—Một cá thể của một số loại dạng sống, chẳng hạn như thực vật hoặc động vật.

**Ký sinh trùng**—Một sinh vật sống và ăn trong hoặc trên một sinh vật khác (vật chủ) và không làm gì có lợi cho vật chủ.

**Động vật nguyên sinh**—Các sinh vật đơn bào, giống động vật, một số gây bệnh ở người.

**Bệnh vẩy nến**—Một bệnh ngoài da khiến người bệnh có các mảng đỏ, bong vẩy, ngứa trên da.

**Ban xuất huyết**—Một vết phát ban màu tía dạng đám hoặc loang lỗ do chảy máu dưới bề mặt da.

- thuốc chống ung

thu • thuốc điều trị tuyến giáp hoạt

động quá mức • thuốc kháng vi-rút như zidovudine (Retrovir)

Danh sách trên không bao gồm mọi loại thuốc có thể tương tác với mọi loại thuốc chống sốt rét. Hãy chắc chắn kiểm tra với bác sĩ hoặc dược sĩ trước khi kết hợp thuốc chống sốt rét với bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc không kê đơn (không kê đơn) nào khác.

Tài nguyên

**ĐỊNH KỲ**

Schmidt, Elizabeth B. "Con đường đến Illville." Thư Y tế Harvard 19 (tháng 11 năm 1993): 6.

**KHÁ C**

"Bạn có nên dùng Lariam không?" Trang thông tin sức khỏe du lịch. <<http://travelhealth.com/lariam.htm>>.

Nancy Ross-Flanigan

**Thuốc kháng sinh xem Thuốc kháng sinh**

### Thuốc chống đau nửa đầu

**Sự định nghĩa**

Thuốc chống đau nửa đầu là thuốc dùng để ngăn ngừa hoặc giảm mức độ nghiêm trọng của chứng đau nửa đầu.

## Mục đích

Đau nửa đầu thường gây đau nhói ở một bên đầu. Buồn nôn, nôn, chóng mặt, tăng độ nhạy cảm với ánh sáng và âm thanh và các triệu chứng khác có thể đi kèm với cơn đau. Các cơn có thể kéo dài vài giờ hoặc một ngày hoặc hơn và có thể xảy ra thường xuyên vài lần một tuần. Một số người bị chứng đau nửa đầu có những tín hiệu cảnh báo trước khi cơn đau đầu bắt đầu, chẳng hạn như bồn chồn, ngứa ran ở cánh tay hoặc chân hoặc nhìn thấy các kiều đèn nhấp nháy. Tập hợp tín hiệu này được gọi là hào quang. Các loại thuốc chống đau nửa đầu được thảo luận trong phần này được dùng ngay khi cơn đau bắt đầu để giảm đau và các triệu chứng khác. Các loại thuốc khác, chẳng hạn như thuốc chống động kinh, thuốc chống trầm cảm, thuốc chẹn kênh canxi và thuốc chẹn beta, đôi khi được kê đơn để ngăn ngừa các cơn đau nửa đầu ở những người bị chứng đau nửa đầu rất nặng hoặc thường xuyên.

## Sự miêu tả

Chứng đau nửa đầu được cho là do sự mất cân bằng điện và hóa học ở một số phần của não. Sự mất cân bằng này ảnh hưởng đến các mạch máu trong não-dầu tiên là thắt chặt chúng, sau đó mở rộng chúng. Khi các mạch máu mở rộng, chúng kích thích giải phóng các chất hóa học làm tăng độ nhạy cảm với cơn đau và gây viêm và sưng tấy. Thuốc chống đau nửa đầu được cho là có tác dụng bằng cách điều chỉnh sự mất cân bằng và thắt chặt các mạch máu.

Ví dụ về các loại thuốc trong nhóm này là ergotamine (Cafergot), naratriptan (Amerge), sumatriptan (Imitrex), rizatriptan (Maxalt) và zolmitriptan (Zomig). Methy-sergide maleate (Sansert) có thể được sử dụng cho những bệnh nhân bị đau đầu không được kiểm soát bởi các loại thuốc khác, trong khi một số bệnh nhân lại cảm thấy tốt hơn khi dùng các loại thuốc khác. Ví dụ, sự kết hợp ergotamine và caffeine có thể rất hiệu quả. Caffeine hoạt động bằng cách làm co mạch máu để giảm đau đầu. Đôi khi, thuốc giảm đau như acetaminophen, caffeine và barbiturat có tác dụng như thuốc an thần, được kết hợp, như trong Fioricet và các hợp chất tương tự. Những loại thuốc này chỉ được bán khi có đơn thuốc của bác sĩ và có nhiều dạng. Ergotamine có sẵn dưới dạng viên nén và thuốc đặt trực tràng; sumatriptan dưới dạng viên nén, thuốc tiêm và thuốc xịt mũi; và zolmitriptan dưới dạng viên nén.

Thuốc chống đau nửa đầu được sử dụng để điều trị chứng đau đầu khi chúng đã bắt đầu. Không nên dùng những loại thuốc này để ngăn ngừa chứng đau đầu.

## Liều lượng khuyến nghị

Liều lượng khuyến cáo tùy thuộc vào loại thuốc. Liều lượng khuyến cáo điển hình cho người lớn được đưa ra dưới đây cho từng loại thuốc.

### Ergotamine

Nhận biết dấu hiệu đầu tiên của cơn đau nửa đầu. Bệnh nhân nhận được tín hiệu cảnh báo (aura) có thể dùng thuốc ngay khi biết cơn đau đầu sắp xảy ra.

**MÁ Y TÍ NH BÀNG.** Không quá sáu viên cho bất kỳ cuộc tấn công nào.

Không quá 10 viên mỗi tuần.

**VIÊN ĐẶNG.** Không quá hai viên đạn cho bất kỳ cuộc tấn công nào.

Không quá năm viên đạn mỗi tuần.

### Naratriptan

Uống ngay khi cơn đau hoặc các triệu chứng đau nửa đầu khác bắt đầu. Cũng có hiệu quả nếu dùng bất cứ lúc nào trong một cuộc tấn công. Không dùng thuốc cho đến khi cơn đau thực sự bắt đầu vì không phải tất cả các cơn đau đều dẫn đến chứng đau nửa đầu.

**MÁ Y TÍ NH BÀNG.** Liều thông thường là một viên 1 mg uống với nước hoặc chất lỏng khác.

Có thể sử dụng liều 2,5 mg nhưng chúng có thể gây ra nhiều tác dụng phụ hơn.

Nếu cơn đau đầu quay trở lại hoặc nếu chỉ đáp ứng một phần, có thể lặp lại liều một lần sau 4 giờ, với liều tối đa 5 mg trong khoảng thời gian 24 giờ. Liều lớn hơn thường như không mang lại bất kỳ lợi ích nào.

### sumatriptan

Uống ngay khi cơn đau hoặc các triệu chứng đau nửa đầu khác bắt đầu. Cũng có hiệu quả nếu dùng bất cứ lúc nào trong một cuộc tấn công. Không dùng thuốc cho đến khi cơn đau thực sự bắt đầu vì không phải tất cả các cơn đau đều dẫn đến chứng đau nửa đầu.

**MÁ Y TÍ NH BÀNG.** Liều thông thường là một viên 25 mg, uống với nước hoặc chất lỏng khác.

Các liều nêu cách nhau ít nhất hai giờ.

Người bị bệnh gan nên tham khảo ý kiến bác sĩ bác sĩ để có liều lượng thích hợp.

**TIÊM.** Không quá 6 mg mỗi liều, tiêm dưới da.

Không quá hai mũi tiêm 6 mg mỗi ngày. Các liều này nên uống cách nhau ít nhất 1 giờ.

### Zolmitriptan

Dùng ngay khi các triệu chứng bắt đầu.

**MÁ Y TÍ NH BÀNG.** Liều thông thường là 1-5 mg. Liều bổ sung có thể được thực hiện trong khoảng thời gian hai giờ.

Không quá 10 mg mỗi 24 giờ.

<b>Thuốc trị đau nửa đầu</b>	
Tên thương hiệu (Tên chung)	Các tác dụng phụ thường gặp có thể xảy ra bao gồm:
cà phêrgot	Buồn nôn, tăng huyết áp, giữ nước, tê, tăng nhịp tim, cảm giác ngứa ran
Imitrex (sumatriptan succinate)	Đổ, đổ bừng, đau cổ, viêm tại chỗ tiêm, đau họng, cảm giác ngứa ran
Inderal (propranolol hydrochloride)	Táo bón hoặc tiêu chảy, nhức đầu, buồn nôn, phát ban
Midrin	Chóng mặt, phát ban

Lời khuyên chung về liều lượng

Luôn dùng thuốc chống đau nửa đầu đúng theo chỉ dẫn.

Không bao giờ dùng liều lớn hơn hoặc thường xuyên hơn và không dùng thuốc lâu hơn chỉ dẫn.

Nếu có thể, hãy nằm xuống và thư giãn trong phòng tối, yên tĩnh trong vài giờ sau khi uống thuốc.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Những loại thuốc này chỉ nên được sử dụng để điều trị loại đau đầu mà chúng được kê đơn. Bệnh nhân không nên sử dụng chúng để điều trị những cơn đau đầu khác, chẳng hạn như do căng thẳng hoặc uống quá nhiều rượu, trừ khi có chỉ định của bác sĩ.

Bất kỳ ai bị đau đầu không giống bất kỳ cơn đau đầu nào trước đó nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi dùng các loại thuốc này. Nếu cơn đau đầu tệ hơn nhiều so với bất kỳ cơn đau đầu nào khác, bạn nên tìm cách điều trị y tế khẩn cấp ngay lập tức.

Dùng quá nhiều thuốc chống đau nửa đầu ergota-mine (Cafergot), có thể dẫn đến ngộ độc nấm cựa gà. Các triệu chứng bao gồm nhức đầu, đau cơ, tê, lạnh và ngón tay, ngón chân nhợt nhạt bất thường. Nếu không được điều trị, tình trạng này có thể dẫn đến hoại thư (chết mô).

Sumatriptan (Imitrex), naratriptan (Amerge), riza-triptan (Maxalt) và zolmitriptan (Zomig) có thể tương tác với ergotamine. Không nên dùng những loại thuốc này trong vòng 24 giờ sau khi dùng bất kỳ loại thuốc nào có chứa ergotamine.

Một số loại thuốc chống đau nửa đầu hoạt động bằng cách thắt chặt các mạch máu trong não. Bởi vì những loại thuốc này cũng ảnh hưởng đến mạch máu ở các bộ phận khác của cơ thể, những người mắc bệnh tim mạch vành, các vấn đề về tuần hoàn hoặc huyết áp cao không nên dùng những loại thuốc này trừ khi có chỉ định của bác sĩ.

#### Điều kiện đặc biệt

Những người mắc một số bệnh lý khác hoặc đang dùng một số loại thuốc khác có thể gặp vấn đề nếu họ dùng thuốc chống đau nửa đầu. Trước khi dùng các loại thuốc này, hãy nhớ cho bác sĩ biết về bất kỳ tình trạng nào sau đây:

**DỊ ỨNG.** Bất cứ ai có phản ứng bất thường với ergotamine, caffeine, sumatriptan, zolmitriptan hoặc

các loại thuốc chống đau nửa đầu khác trước đây 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.

**THAI KỲ.** Phụ nữ đang mang thai không nên dùng ergotamine (Cafergot). Tác dụng của các loại thuốc chống hạt khác trong thai kỳ chưa được nghiên cứu kỹ. Bất kỳ phụ nữ nào đang mang thai hoặc dự định có thai nên cho bác sĩ biết trước khi kê đơn thuốc chống hạt.

**NÚÔI CON BÚ.** Một số loại thuốc chống đau nửa đầu có thể truyền vào sữa mẹ và có thể gây ra vấn đề nghiêm trọng ở trẻ bú mẹ. Phụ nữ đang cho con bú nên hỏi bác sĩ về việc có nên ngừng cho con bú trong khi dùng thuốc hay không.

**CÁC ĐIỀU KIỆN Y TẾ KHÁC.** Trước khi sử dụng thuốc chống đau nửa đầu, những người có bất kỳ vấn đề y tế nào sau đây nên đảm bảo bác sĩ biết về tình trạng của họ:

- bệnh tim mạch vành •
- đau thắt ngực (đau thắt ngực)
- các vấn đề về tuần hoàn hoặc bệnh mạch máu •
- huyết áp cao
- vấn đề về gan
- vấn đề về thận
- bất kỳ bệnh nhiễm trùng nào
- những vấn đề về mắt

**SỬ DỤNG MỘT SỐ THUỐC.** Dùng thuốc chống đau nửa đầu 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

Tác dụng phụ thường gặp nhất là giữ nước, đổ bừng mặt; huyết áp cao; nhịp tim nhanh hoặc chậm bất thường; tê; ngứa ran; ngứa; buồn nôn; nôn mửa; yếu đuối; đau cổ hoặc hàm và cứng khớp; cảm giác căng cứng, nặng nề, ấm áp hoặc lạnh lẽo; đau họng; và khó chịu ở miệng và lưỡi.

Các tác dụng phụ nghiêm trọng hơn không phổ biến nhưng có thể xảy ra. Nếu bất kỳ tác dụng phụ nào sau đây xảy ra, hãy gọi bác sĩ ngay lập tức:

- tức ngực • da hơi xanh • tay và chân lạnh • có dấu hiệu hoại tử, chẳng hạn như lạnh, khô và cơ thắt teo lại hoặc đèn phản

- chóng mặt
- buồn ngủ
- khó thở hoặc thở khò khè
- phát ban da
- sưng mí mắt hoặc mặt

Các tác dụng phụ khác có thể xảy ra với bất kỳ loại thuốc chống đau nửa đầu nào. Bất cứ ai có triệu chứng bất thường sau khi dùng thuốc này nên liên hệ với bác sĩ của mình.

### Tương tác

Thuốc chống đau nửa đầu có thể tương tác với các 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 chống đau nửa đầu là:

- Thuốc chẹn beta như atenolol (Tenormin) và propranolol (Inderal)
- thuốc thắt mạch máu như epinephrine (EpiPen) và pseudoephedrine (Sudafed) • nicotine như thuốc lá hoặc Nicoderm, Habitrol và các loại thuốc cai thuốc lá khác
- một số loại thuốc kháng sinh, chẳng hạn như erythromycin và clarithromycin (Biaxin)
- chất ức chế monoamine oxidase như phenelzine (Nardil) và tranylcypromine (Parnate)
- một số thuốc chống trầm cảm nhất định, chẳng hạn như sertraline (Zoloft), fluoxetine (Prozac), và paroxetine (Paxil)
- fluvoxamine (Luvox), được kê đơn cho chứng rối loạn ám ảnh cưỡng chế hoặc đau mẫn tính

Hãy nhớ naratriptan, sumatriptan, rizatriptan và zolmitriptan có thể tương tác với ergotamine. Không nên dùng những loại thuốc này trong vòng 24 giờ sau khi dùng bất kỳ loại thuốc nào có chứa ergotamine.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Duckro, Paul N., William D. Richardson và Janet E. Mar-nen. Kiểm soát cơn đau đầu của bạn: Làm thế nào để có được

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Aura**—Một tập hợp các triệu chứng cảnh báo, chẳng hạn như nhìn thấy đèn nhấp nháy, mà một số người có 10-30 phút trước khi lên cơn đau nửa đầu.

**Viêm-Đau**, đỏ, sưng và nóng thường xuất hiện do chấn thương hoặc bệnh tật.

Điều trị bạn cần. New York, NY: Nhà xuất bản Guilford, 1995.

### TỔ CHỨC

Hội đồng Giáo dục Nhức đầu Hoa Kỳ (ACHE). 19 Đường Man-tua, Mt. Royal, NJ 08061. (800) 255-2243. <<http://www.achenet.org>>.

Quỹ đau đầu quốc gia. 428 W. St. James Place, Chicago, IL 60614. (800) 843-2256. <<http://www.headaches.org>>.

Viện rối loạn thần kinh và đột quỵ quốc gia. P.O. Hộp 5801, Bethesda, MD 20824. (800) 352-9424. <<http://www.ninds.nih.gov>>.

Nancy Ross-Flanigan

### Xét nghiệm kháng thể kháng cơ tim

#### Sự định nghĩa

Xét nghiệm tim kháng thể kháng cơ tim được thực hiện khi đánh giá một người về tổn thương tim hoặc bệnh tim.

#### Mục đích

Kháng thể kháng cơ tim là tự kháng thể. Kháng thể bình thường là các protein đặc biệt được cơ thể tạo ra để bảo vệ chống lại vật chất lạ xâm nhập vào cơ thể. Tự kháng thể cũng là các protein do cơ thể tạo ra, nhưng thay vì tấn công vật chất lạ, chúng tấn công các tế bào của chính cơ thể một cách không thích hợp. Kháng thể kháng cơ tim tấn công cơ tim hoặc cơ tim của một người.

Xét nghiệm này có thể được thực hiện trên người vừa bị chấn thương tim, chẳng hạn như phẫu thuật tim hoặc nhồi máu cơ tim (đau tim). Nó cũng có thể được thực hiện đối với người mắc bệnh tim, chẳng hạn như bệnh cơ tim hoặc sốt thấp khớp.

Mặc dù sự hiện diện của kháng thể kháng cơ tim không chẩn đoán được tổn thương hoặc bệnh tim, nhưng có mối liên hệ giữa sự hiện diện của các kháng thể này và tổn thương tim. Tuy nhiên, mức độ thiệt hại không thể dự đoán được bằng lượng kháng thể.

kiểm

Những kháng thể này thường xuất hiện sau phẫu thuật tim hoặc khi bắt đầu bệnh, nhưng chúng có thể xuất hiện trước khi phẫu thuật hoặc khi bệnh khởi phát. Ở 30% số người bị nhồi máu cơ tim và 70% số người được phẫu thuật tim, kháng thể kháng cơ tim sẽ xuất hiện trong vòng hai đến ba tuần và tồn tại trong ba đến tám tuần.

#### Mô tả Một mẫu máu

tĩnh mạch 5-10 mL được lấy từ cánh tay của bệnh nhân ở vùng khuỷu tay trong. Kháng thể kháng cơ quay được phát hiện bằng cách kết hợp huyết thanh của bệnh nhân (chất lỏng trong, loãng, dinh trong máu) với các tế bào từ mô tim động vật, thường là của khỉ. Kháng thể kháng cơ quay số trong huyết thanh liên kết với các tế bào mô tim. Sau đó, thuốc nhuộm huỳnh quang được thêm vào hỗn hợp. Thuốc nhuộm này sẽ gắn vào bất kỳ kháng thể nào và các tế bào mô tim liên kết với nhau. Hỗn hợp cuối cùng được nghiên cứu dưới kính hiển vi được thiết kế để hiển thị huỳnh quang. Nếu tế bào huỳnh quang được nhìn thấy dưới kính hiển vi, kết quả xét nghiệm là dương tính.

Khi xét nghiệm dương tính, bước tiếp theo là tìm hiểu xem có bao nhiêu kháng thể. Huyết thanh của bệnh nhân được pha loãng hoặc chuẩn độ và xét nghiệm được thực hiện lại. Huyết thanh sau đó được pha loãng thêm và xét nghiệm được lặp lại cho đến khi huyết thanh loãng đến mức không còn nhìn thấy huỳnh quang. Độ pha loãng cuối cùng cho thấy huỳnh quang là hiệu giá được báo cáo.

#### Chuẩn bị Không

cần nhịn ăn hoặc chuẩn bị đặc biệt. Trước xét nghiệm đã được thực hiện cần được giải thích cho bệnh nhân.

#### Chăm sóc sau

Cảm giác khó chịu hoặc bầm tím có thể xảy ra tại vị trí đâm thủng sau khi lấy máu 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 lên vết thủng giúp giảm bớt sự khó chịu.

#### Kết quả bình thường

Kháng thể kháng cơ tim thường không thấy ở người khỏe mạnh.

#### Kết quả bất thường

Kết quả dương tính có nghĩa là có kháng thể kháng cơ tim và có khả năng mắc bệnh tim hoặc tổn thương. Có thể cần phải xét nghiệm thêm vì các tự kháng thể khác cũng có thể xuất hiện, gây ra kết quả xét nghiệm bất thường sai.

#### Tài nguyên

#### SÁCH

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

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**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.

**Kháng thể kháng cơ tim**—Một tự kháng thể tấn công cơ tim của chính một người, hoặc cơ tim ứm.

**Tự kháng thể**—Một kháng thể tấn công các tế bào hoặc mô của chính cơ thể.

**Nhồi máu cơ tim**—Sự tắc nghẽn nguồn cung cấp máu đến tim, dẫn đến tình trạng thường được gọi là đau tim.

**Cơ tim**—Là lớp cơ ở giữa của tim.

**Titer**—Sự pha loãng của một chất với một lượng chất lỏng đã biết chính xác. Ví dụ, một phần huyết thanh được pha loãng với bốn phần nước muối sẽ có hiệu giá 1:4.

Hướng dẫn xét nghiệm và chẩn đoán trong phòng thí nghiệm. tái bản lần thứ 5. Ed. Cà hồi Francis. Philadelphia: Lippincott, 1996.

Phòng thí nghiệm y tế Mayo. Sổ tay diễn giải.

Rochester, MN: Phòng thí nghiệm y tế Mayo, 1997.  
Pagana, Kathleen Deska. Cẩm nang chẩn đoán và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm của Mosby. Louis: Mosby, Inc., 1998.

Nancy J. Nordenson

#### Thuốc chống buồn nôn

##### Sự định nghĩa

Thuốc chống buồn nôn là thuốc kiểm soát cơn buồn nôn—cảm giác buồn nôn hoặc buồn nôn trong dạ dày kèm theo cảm giác muộn nôn. Những loại thuốc này cũng ngăn ngừa hoặc ngừng nôn mửa. Thuốc kiểm soát nôn mửa được gọi là thuốc chống nôn.

##### Mục đích

Thuốc được mô tả ở đây, prochlorperazine (Comp-pazine), kiểm soát cả buồn nôn và nôn. Prochlorperazine đôi khi cũng được kê đơn cho các triệu chứng rối loạn tâm thần, chẳng hạn như tâm thần phân liệt.

##### Mô tả

Prochlorperazine chỉ được bán khi có đơn thuốc của bác sĩ. Nó được bán ở dạng xi-rô, viên nang, viên nén, thuốc tiêm và thuốc đặt.

## Thuốc chống buồn nôn

Tên thương hiệu (Tên chung)	Các tác dụng phụ thường gặp có thể xảy ra bao gồm:
Compazine (phochlorperazine)	Co thắt cơ không tự chủ, chóng mặt, buồn chán, nhảm miệng
Phenergan (promethazine hydrochloride)	Chóng mặt, khô miệng, buồn nôn và nôn, phát ban
Reglan (metoclopramide hydrochloride)	Mệt mỏi, buồn ngủ, buồn chán
Tigan (trimethobenzamid hydrochloride)	Mờ mắt, tiêu chảy, chuột rút, nhức đầu
Zofan (ondansetron hydrochloride)	Táo bón, nhức đầu, mệt mỏi, đau bụng

## Liều lượng khuyến nghị

nóng trong khi dùng thuốc nên kiểm tra với bác sĩ của mình.

Để kiểm soát buồn nôn và nôn ở người lớn, liều thông thường là:

- viên nén: một viên 5 mg hoặc 10 mg ba đến bốn lần một ngày
- viên nang giải phóng kéo dài: uống một viên 15 mg vào buổi sáng hoặc một viên 10 mg mỗi 12 giờ
- Thuốc dạng: 25 mg, hai lần một ngày • Xirô: 5-10 mg, ba đến bốn lần một ngày • Thuốc tiêm: 5-10 mg tiêm vào cơ ba đến bốn lần một ngày Liều dùng cho trẻ em phải được xác định bởi bác sĩ.

## Các biện pháp phòng ngừa

Prochlorperazine có thể gây rối loạn vận động gọi là rối loạn vận động muộn. Dấu hiệu của chứng rối loạn này là những cơn co giật và co thắt cơ ở mặt và cơ thể một cách không chủ ý và cử động thè ra hoặc của lưỡi. Tình trạng này có thể là vĩnh viễn. Người lớn tuổi, đặc biệt là phụ nữ, đặc biệt có nguy cơ mắc phải vấn đề này khi dùng prochlorperazine.

Một số người cảm thấy buồn ngủ, chóng mặt, choáng váng hoặc kém tinh táo khi sử dụng thuốc này. Thuốc cũng có thể gây mờ mắt và các vấn đề về vận động. Vì những lý do này, bất kỳ ai dùng thuốc này không nên lái xe, sử dụng máy móc hoặc làm bất cứ điều gì khác có thể nguy hiểm cho đến khi họ phát hiện ra thuốc ảnh hưởng đến mình như thế nào.

Prochlorperazine làm cho một số người ít đỏ mồ hôi hơn, điều này có thể khiến cơ thể quá nóng. Thuốc cũng có thể làm cho da và mắt nhạy cảm hơn với ánh nắng mặt trời.

Những người đang dùng prochlorperazine nên cố gắng tránh nhiệt độ quá cao và tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Khi ra ngoài trời, họ nên mặc quần áo bảo hộ, đội mũ, bôi kem chống nắng có chỉ số bảo vệ da (SPF) ít nhất là 15 và đeo kính râm ngăn tia cực tím (UV). Nên tránh xông hơi, đèn chiếu nắng, buồng tắm nắng, giường tắm nắng, tắm nước nóng và bồn tắm nước nóng khi dùng thuốc này. Bất cứ ai phải tiếp xúc với trực

Thuốc này làm tăng tác dụng của rượu và

các loại thuốc khác làm chậm hệ thống thần kinh trung ương, chẳng hạn như thuốc kháng histamine, thuốc cảm lạnh và cúm, thuốc an thần, thuốc hỗ trợ giấc ngủ, thuốc gây mê, một số loại thuốc giảm đau và thuốc giãn cơ. Không uống rượu trong khi dùng prochlorperazine và kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc trước khi kết hợp với bất kỳ loại thuốc nào khác.

Đừng ngừng dùng thuốc này mà không kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn. Ngừng thuốc đột ngột có thể chóng mặt, buồn nôn, nôn, run và các tác dụng phụ khác. Khi ngừng thuốc có thể cần giảm liều dần dần.

Prochlorperazine có thể gây ra kết quả thử thai giả.

Phụ nữ đang mang thai (hoặc dự định có thai) hoặc đang cho con bú nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi sử dụng thuốc này.

Trước khi sử dụng prochlorperazine, những người có bất kỳ vấn đề y tế nào sau đây nên đảm bảo bác sĩ biết về tình trạng của họ:

- trước đây nhạy cảm hoặc phản ứng dị ứng với prochlorperazine
- bệnh tim
- bệnh tăng nhãn áp • khối u não
- tắc ruột • tình trạng máu bất thường, chẳng hạn như bệnh bạch cầu • tiếp xúc với thuốc trữ sâu.

## Phản ứng phụ

Nhiều tác dụng phụ có thể xảy ra với thuốc này, bao gồm nhưng không giới hạn ở táo bón, chóng mặt, buồn ngủ, giảm tiết mồ hôi, khô miệng, nghẹt mũi, khó vận động, thay đổi chu kỳ kinh nguyệt, tăng độ nhạy cảm với ánh nắng mặt trời và sưng hoặc đau ở ngực. . Bất cứ ai có các triệu chứng bất thường hoặc khó chịu sau khi dùng prochlorperazine nên liên hệ với bác sĩ của mình.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Thuốc gây mê–Thuốc gây mất cảm giác, đặc biệt là đau đớn. Một số thuốc gây mê cũng gây mất ý thức.

Thuốc kháng histamine–Thuốc ngăn ngừa hoặc làm giảm các triệu chứng dị ứng.

Hệ thần kinh trung ương– Não, tủy sống và các dây thần kinh khắp cơ thể.

Cơ thắt–Căng cơ hoặc một nhóm cơ đột ngột, không chủ ý.

Thuốc an thần–Thuốc có tác dụng làm dịu và được sử dụng để điều trị chứng lo âu và căng thẳng tinh thần.

**Tương tác**

Prochlorperazine có thể tương tác với các loại thuốc khác. Khi điều này xảy ra, tác dụng của một hoặc cả hai loại thuốc có thể thay đổi hoặc nguy cơ tác dụng phụ có thể lớn hơn. Trong số các loại thuốc có thể tương tác với prochlorperazine là thuốc chống động kinh như phenytoin (Dilantin) và carbamazepine (Tegretol), thuốc chống đông máu như warfarin (Coumadin) và các thuốc làm chậm hệ thần kinh trung ương như alprazolam (Xanax), diazepam (Valium) và secobarbital (Seconal). Không phải mọi loại thuốc tương tác với prochlorperazine đều được liệt kê ở đây. Hãy chắc chắn kiểm tra với bác sĩ hoặc dược sĩ trước khi dùng bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc không kê đơn (không kê đơn) nào khác với Prochlorperazine.

Nancy Ross-Flanigan

**Xét nghiệm kháng thể kháng nhân****Sự định nghĩa**

Xét nghiệm kháng thể kháng nhân (ANA) là xét nghiệm được thực hiện sớm để đánh giá một người mắc bệnh tự miễn hoặc bệnh thấp khớp, đặc biệt là bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE).

**Mục đích**

Trong các bệnh tự miễn, cơ thể tạo ra các kháng thể hoạt động chống lại tế bào hoặc mô của chính nó. Bệnh thấp khớp (bệnh ánh hưởng đến mô liên kết, bao gồm khớp, xương và cơ) cũng liên quan đến

những kháng thể này. Tự kháng thể là các protein do cơ thể tạo ra, nhưng thay vì bảo vệ chống lại các vật chất lạ (bao gồm vi khuẩn, virus và nấm) như các kháng thể thông thường, chúng tấn công các tế bào của chính cơ thể.

Các bệnh tự miễn dịch và thấp khớp có thể khó chẩn đoán. Những người mắc cùng một bệnh có thể có những triệu chứng rất khác nhau. Một chiến lược hữu ích trong việc chẩn đoán những bệnh này là tìm và xác định tự kháng thể trong máu của người đó.

Xét nghiệm kháng thể kháng nhân tìm kiếm một nhóm tự kháng thể tấn công các chất được tìm thấy ở trung tâm (nhân) của tất cả các tế bào.

Nó rất hữu ích trong việc sàng lọc nhiều tự kháng thể liên quan đến các bệnh ánh hưởng đến toàn bộ cơ thể (bệnh hệ thống).

Xét nghiệm này đặc biệt hữu ích khi chẩn đoán một người có triệu chứng của SLE, một căn bệnh ánh hưởng đến nhiều cơ quan và mô của cơ thể. Nếu kết quả xét nghiệm âm tính thì người đó khó có thể mắc SLE; nếu xét nghiệm dương tính, nhiều xét nghiệm hơn sẽ được thực hiện để xác nhận xem người đó có mắc SLE hay bệnh liên quan khác hay không. Các bệnh khác, chẳng hạn như xơ cứng bì, hội chứng Sjögren, bệnh Raynaud, viêm khớp dạng thấp và viêm gan tự miễn, thường có kết quả xét nghiệm dương tính với kháng thể kháng nhân.

**Sự miêu tả**

Cần 5 đến 10 mL máu cho xét nghiệm này. Xét nghiệm kháng thể kháng nhân được thực hiện bằng cách thêm huyết thanh của một người vào các tế bào thường mại được gắn trên một phiến kính hiển vi. Nếu kháng thể kháng nhân có trong huyết thanh, chúng sẽ liên kết với nhân tế bào trên phiến kính. Tiếp theo, chất kháng thể thứ hai được thêm vào hỗn hợp. Kháng thể này được “gắn thẻ” bằng thuốc nhuộm huỳnh quang để có thể nhìn thấy được. Kháng thể thứ hai gắn vào bất kỳ kháng thể và tế bào nào liên kết với nhau và do “thẻ” huỳnh quang nêu các khu vực có kháng thể kháng nhân dương như phát sáng hoặc phát huỳnh quang khi quan sát bản kính dưới kính hiển vi tia cực tím.

Nếu nhìn thấy tế bào huỳnh quang thì kết quả xét nghiệm là dương tính. Khi dương tính, huyết thanh sẽ được pha loãng hoặc chuẩn độ và xét nghiệm được thực hiện lại. Các bước này được lặp lại cho đến khi huyết thanh loãng đến mức không còn cho kết quả dương tính nữa. Độ pha loãng cuối cùng cho thấy huỳnh quang là hiệu giá được báo cáo.

Mô hình huỳnh quang trong tế bào cung cấp cho bác sĩ manh mối về căn bệnh có thể xảy ra. Kết quả kiểm tra bao gồm hiệu giá và mẫu.

Xét nghiệm này còn được gọi là xét nghiệm kháng thể kháng nhân huỳnh quang hoặc FANA. Kết quả sẽ có trong vòng một đến ba ngày.

**Sự chuẩn bị**

Không cần chuẩn bị đặc biệt hoặc thay đổi chế độ ăn uống trước khi một người trải qua xét nghiệm kháng thể kháng nhân.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Kháng thể**—Một loại protein đặc biệt được hệ thống miễn dịch tạo ra để bảo vệ chống lại vật chất lạ xâm nhập vào cơ thể.

**Tự kháng thể**—Một kháng thể tấn công các tế bào hoặc mô của chính cơ thể.

**Kháng thể kháng nhân**—Các kháng thể tự động tấn công các chất được tìm thấy ở trung tâm hoặc nhân của tất cả các tế bào.

**Bệnh tự miễn dịch**—Bệnh trong đó cơ thể tạo ra kháng thể chống lại tế bào hoặc mô của chính mình.

**Titer**—Sự pha loãng của một chất với một lượng chất lỏng đã biết chính xác. Ví dụ, một phần huyết thanh được pha loãng với bốn phần nước muối sẽ có hiệu giá 1:4.

**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 âm làm giảm sự khó chịu.

**Kết quả bình thường**

Kết quả bình thường sẽ là âm tính, không có kháng thể kháng nhân.

**Kết quả bất thường**

Xét nghiệm dương tính ở người có triệu chứng của bệnh tự miễn hoặc bệnh thấp khớp sẽ giúp bác sĩ chẩn đoán. Hơn 95% số người mắc bệnh SLE có xét nghiệm ANA dương tính. Xơ cứng bì có tỷ lệ dương tính 60-71%; Bệnh Sjögren, 50-60% và viêm khớp dạng thấp, 25-30%.

Một số yếu tố phải được xem xét khi giải thích kết quả xét nghiệm dương tính. Các bệnh khác ngoài bệnh tự miễn có thể gây ra tự kháng thể. Một số người khỏe mạnh có kết quả xét nghiệm dương tính. Nhiều xét nghiệm hơn được thực hiện sau khi xét nghiệm dương tính để xác định các kháng thể riêng lẻ liên quan đến các bệnh khác nhau.

**Tài nguyên****SÁ CH**

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

Lehman, Craig A. Saunders Cẩm nang Khoa học Phòng thí nghiệm Lâm sàng. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1998.

Hướng dẫn xét nghiệm và chẩn đoán trong phòng thí nghiệm. tái bản lần thứ 5. Ed. Cá hồi Francis. Philadelphia: Lippincott, 1996.

Phòng thí nghiệm y tế Mayo. Sổ tay diễn giải.

Rochester, MN: Phòng thí nghiệm y tế Mayo, 1997.

Pagana, Kathleen Deska. Cẩm nang chẩn đoán và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm của Mosby. Louis: Mosby, Inc., 1998.

**ĐỊNH KỲ**

Slater, Cindi S., Roger B. Davis và Robert H. Shmerling.

"Thử nghiệm kháng thể kháng nhân. Một nghiên cứu về tiện ích lâm sàng." Lưu trữ Nội khoa (tháng 7 năm 1996): 1421-1425.

Ward, Michael M. "Thử nghiệm trong phòng thí nghiệm đối với các bệnh thấp khớp toàn thân." Y khoa sau đại học (tháng 2 năm 1998): 93-100.

Nancy J. Nordenson

**Thuốc điều trị bệnh Parkinson****Sự định nghĩa**

Thuốc chống bệnh Parkinson là thuốc làm giảm các triệu chứng của bệnh Parkinson và các dạng bệnh Parkinson khác.

**Mục đích**

Thuốc chống bệnh Parkinson được sử dụng để điều trị các triệu chứng của bệnh Parkinson, một nhóm rối loạn có bốn triệu chứng chính: run hoặc run ở bàn tay, cánh tay, chân, hàm và mặt; độ cứng hoặc độ cứng của cánh tay, chân và thân; chuyển động chậm (bradykinesia); và sự cân bằng và phối hợp kém. Bệnh Parkinson là dạng bệnh Parkinson phổ biến nhất và xuất hiện thường xuyên hơn khi tuổi càng cao. Các dạng rối loạn khác có thể là kết quả của nhiễm virus, độc tố môi trường, ngộ độc carbon monoxide và ảnh hưởng của việc điều trị bằng thuốc chống loạn thần.

**Nguyên nhân trực tiếp của bệnh Parkinson hoặc**

Hội chứng giống Parkinsonia là tình trạng thiếu chất dẫn truyền thần kinh dopamine trong não. Điều trị bằng thuốc có thể có nhiều dạng, bao gồm thay thế dopamine, ức chế chuyển hóa dopamine để tăng tác dụng của dopamine hiện có hoặc làm nhẹ cảm giác thụ thể dopamine. Thuốc có thể được sử dụng đơn lẻ hoặc kết hợp.

**Sự miêu tả**

Levodopa (Larodopa) là trụ cột trong điều trị bệnh Parkinson.

Thuốc vượt qua hàng rào máu não và chuyển hóa thành dopamin. Thuốc có thể được dùng đơn độc hoặc kết hợp với carbidopa (Lodosyn) để

Thuốc điều trị bệnh Parkinson	
Tên thương hiệu (Tên chung)	Các tác dụng phụ thường gặp có thể xảy ra bao gồm:
Artan (trihexyphenidyl hydrochloride)	Khô miệng, hồi hộp, mờ mắt, buồn nôn
Benadryl (diphenhydramine hydrochloride)	Chóng mặt, buồn ngủ, đau bụng, giảm khả năng phối hợp
Cogentin (benztropine mesylate)	Táo bón, khô miệng, buồn nôn và nôn, phát ban
Eldepryl (selegiline hydrochloride)	Đau bụng và đau lưng, buồn ngủ, giảm khả năng phối hợp
Parlodel (bromocriptine mesylate)	Táo bón, tụt huyết áp, đau bụng
Sinemet CR	Chuyển động cơ thể không tự chủ, lú lẫn, buồn nôn, ảo giác

ức chế enzyme chịu trách nhiệm phá hủy lev-dopa. Hạn chế của levodopa hoặc levodopa-carbidopa điều trị là sau khoảng hai năm điều trị, thuốc không còn tác dụng đáng tin cậy nữa. Điều này đã được mệnh danh là "hiện tượng bất tắt." Chiến lược điều trị bổ sung đã được phát triển để làm chậm sự tiến triển của hội chứng Parkinson hoặc để tìm ra các phương pháp điều trị thay thế.

Thuốc kháng cholinergic làm giảm một số triệu chứng bệnh Parkinson và giảm tái hấp thu dopamine, từ đó duy trì hoạt động của hormone thần kinh tự nhiên. Chúng có thể có hiệu quả trong tất cả các giai đoạn của bệnh. Tất cả các loại thuốc có đặc tính kháng cholinergic, tự nhiên xuất hiện các alcaloid belladonna (atropine, scopolamine, hyoscyamine), một số thuốc kháng histamine có tác dụng kháng cholinergic tính chất và chất tổng hợp như benztropine (Cogentin), procyclidine (Kemadrin) và biperiden (Akineton) là thành viên của nhóm này. Mặc dù thuốc kháng cholinergic Thuốc chỉ có tác dụng hạn chế đối với bệnh Parkinson nhưng chúng rất hữu ích ở giai đoạn đầu và có thể phối hợp với levodopa khi bệnh tiến triển.

Amantadine (Symmerel), được phát triển để phòng ngừa nhiễm virus cúm, nhưng có đặc tính chống Parkinson. Cơ chế hoạt động của nó không được biết đến.

Bromocriptine (Parlodel) là chất ức chế prolactin, được sử dụng cho nhiều chỉ định khác nhau bao gồm vô kinh/chảy sữa, vô sinh ở phụ nữ, và To đâm chi. Nó dường như hoạt động bằng cách kích thích trực tiếp các thụ thể dopamin. Bromocriptine được sử dụng muộn hỗ trợ cho liệu pháp levodopa và có thể cho phép giảm liều lượng levodopa. Pergolide (Permax) tương tự như bromocriptine, nhưng chưa được nghiên cứu rộng rãi ở Bệnh Parkinson.

Entacapone (Comtan) dường như hoạt động bằng cách duy trì mức độ dopamine thông qua sự ức chế enzyme. Nó được sử dụng như một thuốc bổ sung cho levodopa khi bệnh nhân bắt đầu trải nghiệm hiệu ứng bất tắt. Tolcapone (Tasmar) là một tác nhân tương tự, nhưng đã chứng minh được tiềm năng gây suy gan nặng. Như vậy, tolcapone là dành riêng cho những trường hợp tất cả các liệu pháp bổ trợ khác đã thất bại hoặc bị chống chỉ định.

Selegeline (Carbex, Eldepryl) là thuốc chọn lọc tuy nhiên chất ức chế monoamine oxidase B (MAO-B) cơ chế tác dụng của bệnh Parkinson vẫn chưa rõ ràng, vì các thuốc khác có tác dụng ức chế MAO-B không cho thấy tác dụng chống bệnh Parkinson tương tự. Selegeline được sử dụng chủ yếu như một thuốc bổ sung cho levodopa, mặc dù một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng thuốc có thể hữu ích trong giai đoạn đầu các giai đoạn của bệnh Parkinson và có thể trì hoãn sự tiến triển của căn bệnh này.

Pramipexole (Mirapex) và ropinirole (Requip) là được cho là hoạt động bằng cách kích thích trực tiếp các thụ thể dopamine trong não. Chúng có thể được sử dụng một mình trong bệnh Parkinson giai đoạn đầu bệnh hoặc dùng như thuốc hỗ trợ cho levodopa ở giai đoạn nặng.

#### Lиều lượng khuyến nghị

Liều lượng thuốc chống bệnh Parkinson phải được mang tính cá nhân hóa cao. Tất cả các liều lượng phải được chuẩn độ cẩn thận. Tham khảo tài liệu tham khảo cụ thể.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Có một số lượng lớn các loại thuốc và nhóm thuốc được sử dụng để điều trị bệnh Parkinson và nên tham khảo ý kiến cá nhân.

Thuốc kháng cholinergic có nhiều tác dụng phụ tất cả đều liên quan đến phương thức hoạt động chính của chúng. Của họ Các tác dụng trên tim mạch bao gồm nhịp tim nhanh, đánh trống ngực, hạ huyết áp, hạ huyết áp tư thế và nhịp tim chậm nhẹ. Chúng cũng có thể gây ra nhiều rối loạn thần kinh trung ương các hiệu ứng hệ thống, bao gồm mất phương hướng, nhầm lẫn, mất trí nhớ, ảo giác, rối loạn tâm thần, kích động, căng thẳng, ảo tưởng, mê sảng, hoang tưởng, hưng phấn, phản khích, chóng mặt, chóng mặt, nhức đầu, bơ phờ, trầm cảm, buồn ngủ, yếu đuối và ham chơi. Khô miệng, khô mắt và rối loạn tiêu hóa

là những vấn đề thường gặp. Thuốc an thần đã được báo cáo với một số loại thuốc trong nhóm này, nhưng điều này có thể có lợi trong những bệnh nhân mắc chứng mất ngủ. Yếu tố nguy cơ khi mang thai là C. Vì thuốc kháng cholinergic có thể ức chế tiết sữa sản xuất, việc sử dụng chúng trong thời gian cho con bú không được khuyến khích. Bệnh nhân nên được cảnh báo rằng thuốc kháng cholinergic

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Chán ăn–Thiếu hoặc chán ăn.**

**Anticholingerinc–Một tác nhân ngăn chặn các dây thần kinh phó giao cảm và hoạt động của chúng.**

**Bradykinesia– Chuyển động cực kỳ chậm.**

**Nghiên răng–Cắt nghiên răng hoặc nghiên chặt răng, đặc biệt là vào ban đêm.**

**Carbon monoxide–Một loại khí không màu, không mùi, rất độc.**

**Hệ thần kinh trung ương– Não, tủy sống và các dây thần kinh khắp cơ thể.**

**Mãn tính–Một từ dùng để mô tả một tình trạng kéo dài. Các bệnh mãn tính thường phát triển dần dần và có những thay đổi chậm.**

**Ảo giác– Nhận thức sai lệch hoặc bị bóp méo về đồ vật, âm thanh hoặc sự kiện có vẻ như thật. Ảo giác thường là do ma túy hoặc rối loạn tâm thần.**

**Đột quy do nhiệt–Một tình trạng nghiêm trọng do tiếp xúc lâu với nhiệt độ cao. Sốc nhiệt cản trở khả năng điều chỉnh nhiệt độ của cơ thể và có thể dẫn đến suy sụp và hôn mê.**

**Bệnh Parkinson–Một nhóm bệnh có những triệu chứng sau: run, cứng cơ, cử động chậm, thăng bằng và phối hợp kém.**

**Phân loại thuốc mang thai–Một hệ thống phân loại thuốc theo nguy cơ đã được xác định khi sử dụng trong thời kỳ mang thai. Loại A: Các nghiên cứu có đối chứng ở người cho thấy không có nguy cơ đối với thai nhi. Loại B: Các nghiên cứu trên động vật cho thấy không có nguy cơ đối với thai nhi, nhưng không có nghiên cứu trên người; hoặc tác dụng phụ ở động vật, nhưng không có trong các nghiên cứu được kiểm soát tốt ở người. Loại C: Không có nghiên cứu đầy đủ trên người hoặc động vật; hoặc tác dụng phụ có hại cho thai nhi trong các nghiên cứu trên động vật, nhưng không có dữ liệu trên người. Loại D: Có bằng chứng về nguy cơ đối với thai nhi nhưng lợi ích nhiều hơn nguy cơ. Loại X: Bằng chứng về nguy cơ đối với thai nhi. Rủi ro lớn hơn bất kỳ lợi ích nào.**

**Động kinh–Một cơn co thắt, hoặc co giật đột ngột.**

**Co thắt–Căng cơ hoặc một nhóm cơ đột ngột, không chủ ý.**

**Run rẩy–Rung lắc hoặc run rẩy.**

thuốc sẽ ức chế mồ hôi, vì vậy nên tránh tập thể dục trong thời gian có nhiệt độ cao.

**Levodopa có nhiều tác dụng phụ.**

Chán ăn, chán ăn xảy ra ở khoảng một nửa số bệnh nhân sử dụng thuốc này. Các triệu chứng khó chịu ở đường tiêu hóa, chẳng hạn như buồn nôn và nôn, đã được báo cáo ở 80% trường hợp. Các tác động khác được báo cáo bao gồm tăng run tay; đau đầu; chóng mặt; tê; điếm yếu và ngất xỉu; chứng nghiên răng; lú lẫn; mất ngủ; những cơn ác mộng; ảo giác và ảo tưởng; kích động và lo lắng; khó chịu; mệt mỏi và hưng phấn. Levodopa chưa được liệt kê vào danh mục yếu tố nguy cơ khi mang thai nhưng nên thận trọng khi sử dụng. Cho con bú không được khuyến khích.

Amantadine thường được dung nạp tốt nhưng có thể gây chóng mặt và buồn nôn. Nó được phân loại là lịch trình mang thai C. Vì amantadine được bài tiết qua sữa mẹ nên không nên cho con bú trong khi dùng amantidine.

Pergolide và bromocriptine nhìn chung được dung nạp tốt. Hạ huyết áp thể đứng là vấn đề thường gặp và bệnh nhân phải được hướng dẫn từ từ rời giường. Vấn đề này có thể được giảm thiểu bằng liều ban đầu thấp và tăng liều nhỏ. Ảo giác có thể là một vấn đề. Bromocriptine chưa được đánh giá về nguy cơ mang thai, trong khi pergolide thuộc loại B. Vì cả hai đều

thuốc có thể ức chế tiết sữa, không nên cho con bú trong khi dùng các thuốc này.

Pramipexole và ropinirole gây hạ huyết áp thể đứng, ảo giác và chóng mặt. Hai loại thuốc này thuộc loại C khi mang thai. Ở động vật, ropinirole đã được chứng minh là có tác dụng phụ đối với sự phát triển của phôi thai, bao gồm tác dụng gây quái thai, giảm trọng lượng cơ thể của thai nhi, tăng tỷ lệ tử vong của thai nhi và dị dạng ngón tay. Vì những thuốc này ức chế bài tiết prolactin nên không nên dùng khi đang cho con bú.

**Phản ứng phụ**

Các tác dụng phụ thường gặp nhất có liên quan đến hệ thần kinh trung ương, bao gồm chóng mặt, choáng váng, thay đổi tâm trạng và ảo giác. Các vấn đề về đường tiêu hóa, bao gồm buồn nôn và nôn, cũng rất phổ biến.

**Tương tác**

Tất cả các phác đồ điều trị bệnh Parkinson cần được xem xét cẩn thận về các tương tác thuốc có thể xảy ra. Lưu ý rằng liệu pháp kết hợp với các thuốc chống bệnh Parkinson bản thân nó là việc sử dụng các tương tác bổ sung và tăng cường giữa

thuốc, do đó cần điều chỉnh liều lượng cần thận mỗi khi thêm hoặc bớt thuốc.

#### Tài nguyên

##### TỔ CHỨC

Hiệp hội bệnh Parkinson Hoa Kỳ. 60 Bay Street, Suite 401, Đảo Staten, NY 10301. (800) 223-2732.

Viện rối loạn thần kinh và đột quỵ quốc gia. PO  
Hộp 5801, Bethesda, MD 20824. (800) 352-9424.  
Quỹ Parkinson Quốc gia, Inc. 1501 NW Đại lộ số 9, Miami, FL  
33136-1494. (800) 327-4545.

Samuel Uretsky, PharmD

### Thuốc chống tiêu cầu xem Thuốc chống đông máu và thuốc chống tiêu cầu

#### Thuốc chống động vật nguyên sinh

##### Sự định nghĩa

Thuốc chống động vật nguyên sinh là thuốc điều trị nhiễm trùng do động vật nguyên sinh gây ra.

##### Mục đích

Thuốc chống động vật nguyên sinh được sử dụng để điều trị nhiều loại bệnh do động vật nguyên sinh gây ra. Động vật nguyên sinh là động vật đơn bào, giống động vật, chẳng hạn như amip. Một số là ký sinh trùng gây nhiễm trùng trong cơ thể. Bệnh ngủ châu Phi, bệnh giardia, bệnh amip, bệnh viêm phổi do *Pneumocystis carinii* (PCP) và bệnh sốt rét là những ví dụ về các bệnh do động vật nguyên sinh gây ra.

##### Sự miêu tả

Thuốc chống động vật nguyên sinh có ở dạng lỏng, dạng viên, dạng tiêm và chỉ được cung cấp khi có đơn thuốc của bác sĩ. Một số loại thuốc chống động vật nguyên sinh thường được sử dụng là metronidazole (Flagyl), eflornithine (Ornidyl), fura-zolidone (Furoxone), hydroxychloroquine (Plaquenil), iodoquinol (Diquinol, Yodoquinol, Yodoxin) và pen-tamidine (Pentam 300).

##### Liều lượng khuyến nghị

Liều lượng khuyến cáo tùy thuộc vào loại thuốc chống động vật nguyên sinh, độ mạnh của nó và vấn đề y tế mà nó đang được sử dụng. Kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc hoặc được sĩ đã điền đơn thuốc để biết liều lượng chính xác. Luôn dùng thuốc chống động vật nguyên sinh đúng theo chỉ dẫn.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Một số người cảm thấy chóng mặt, lú lẫn, choáng váng hoặc kém tinh túng khi sử dụng các loại thuốc này. Thuốc cũng có thể gây mờ mắt và các vấn đề về thị lực khác. Vì những lý do này, bất kỳ ai sử dụng các loại thuốc này không nên lái xe, sử dụng máy móc hoặc làm bất cứ điều gì khác có thể gây nguy hiểm cho đến khi họ phát hiện ra thuốc ảnh hưởng đến mình như thế nào.

Thuốc chống động vật nguyên sinh furazolidone có thể gây ra tác dụng phụ rất nguy hiểm khi dùng chung với một số loại thực phẩm hoặc đồ uống. Tương tự như vậy, metronidazole (Flagyl) có thể gây tổn thương gan nghiêm trọng nếu dùng chung với rượu. Kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc hoặc được sĩ đã kê đơn để biết danh sách các sản phẩm cần tránh khi dùng các loại thuốc này.

Bất cứ ai đã từng có phản ứng bất thường với thuốc chống động vật nguyên sinh hoặc các loại thuốc liên quan 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.

Một số loại thuốc chống động vật nguyên sinh có thể gây ra vấn đề về máu. Điều này có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hoặc chảy máu quá nhiều. Bệnh nhân dùng các loại thuốc này nên cẩn thận để không làm tổn thương nướu khi đánh răng, dùng chỉ nha khoa hoặc dùng tăm. Họ nên kiểm tra với bác sĩ trước khi thực hiện bất kỳ công việc nha khoa nào.

Cũng cần cẩn thận để tránh bị đứt do dao cạo, bầm móng tay, dao làm bếp, hoặc dụng cụ gia đình. Bất cứ ai có bất kỳ triệu chứng nào trong số này khi dùng thuốc chống động vật nguyên sinh nên gọi bác sĩ ngay lập tức:

- sốt hoặc ớn lạnh
- dấu hiệu cảm lạnh hoặc cúm
- dấu hiệu nhiễm trùng, chẳng hạn như mẩn đỏ, sưng tấy hoặc viêm giao phối
- bầm tím hoặc chảy máu bất thường
- phân đen như hắc ín
- có máu trong nước tiểu hoặc phân
- xác định các đám đốm trên da
- mệt mỏi hoặc suy nhược bất thường.

Bất cứ ai dùng thuốc này cũng nên kiểm tra với bác sĩ ngay nếu có bất kỳ triệu chứng nào sau đây xảy ra: • mờ mắt hoặc các thay đổi khác về thị lực • nổi mẩn da, nổi mề đay

hoặc ngứa

- sưng cổ
- vụng về hoặc không vững
- tê, ngứa ran, đau hoặc yếu ở tay hoặc bàn chân
- đi tiểu ít

Trẻ em đặc biệt nhạy cảm với tác dụng của một số loại thuốc chống động vật nguyên sinh. Không bao giờ đưa thuốc này cho trẻ trừ khi có chỉ định của bác sĩ và luôn để thuốc này xa tầm tay trẻ em. Sử dụng lợt an toàn.

Tác dụng của thuốc chống động vật nguyên sinh đối với phụ nữ mang thai chưa được nghiên cứu. Tuy nhiên, trong các thí nghiệm với động vật thí nghiệm đang mang thai, một số loại thuốc chống động vật nguyên sinh có thể gây dị tật bẩm sinh hoặc tử vong cho thai nhi. Phụ nữ đang mang thai hoặc dự định có thai nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi dùng thuốc chống động vật nguyên sinh. Các bà mẹ đang cho con bú cũng nên kiểm tra với bác sĩ về sự an toàn khi dùng những loại thuốc này.

Trước khi sử dụng thuốc chống động vật nguyên sinh, những người có bất kỳ vấn đề y tế nào sau đây nên đảm bảo bác sĩ biết về tình trạng của họ:

- thiếu máu hoặc các vấn đề về máu khác
- bệnh thận
- bệnh tim
- huyết áp thấp
- bệnh tiểu đường
- hạ đường huyết (lượng đường trong máu thấp)
- bênh gan
- bệnh dạ dày hoặc đường ruột
- bệnh hoặc rối loạn thần kinh hoặc não, bao gồm co giật (co giật)
- bệnh vẩy nến (một bệnh về da)
- mất thính lực
- thiếu enzyme glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) • các vấn đề về mắt hoặc thị lực • bệnh tuyền giáp

### Phản ứng phụ

Các tác dụng phụ thường gặp nhất là tiêu chảy, buồn nôn, nôn và đau dạ dày. 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 hiếm gặp khác có thể xảy ra. Bất kỳ ai có các triệu chứng bất thường sau khi dùng thuốc chống động vật nguyên sinh nên liên hệ với bác sĩ của mình.

### Tương tác

Thuốc chống động vật nguyên sinh có thể tương tác với các 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 thuốc chống động vật nguyên sinh nên để

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Bệnh amip-Một bệnh nhiễm trùng do amip, một loại động vật nguyên sinh gây ra.

Thai nhi-Một em bé đang phát triển bên trong bụng mẹ.

Bệnh Giardia-Một tình trạng trong đó ruột bị nhiễm Giardia lamblia, một loại vi khuẩn nguyên sinh zoon.

Viêm-Đau, đỏ, sưng và nóng thường xuất hiện do chấn thương hoặc bệnh tật.

Ký sinh trùng-Một sinh vật sống và ăn trong hoặc trên một sinh vật khác (vật chủ) và không làm gì có lợi cho vật chủ.

Viêm phổi do Pneumocystis carinii -Một bệnh nhiễm trùng phổi nghiêm trọng do động vật nguyên sinh ký sinh gây ra. Căn bệnh này chủ yếu ảnh hưởng đến những người có hệ thống miễn dịch yếu, chẳng hạn như những người mắc bệnh AIDS.

bác sĩ biết tất cả các loại thuốc khác mà họ đang dùng. Trong số các loại thuốc có thể tương tác với thuốc chống động vật nguyên sinh là:

- rượu bia
- thuốc chống ung thư • thuốc điều trị tuyền giáp hoạt động quá mức • thuốc kháng vi-rút như zidovudine (Retrovir)
- thuốc kháng sinh
- thuốc dùng để giảm đau hoặc viêm • amphetamine • thuốc giảm cân

(thuốc ức chế cảm giác thèm ăn) • thuốc ức chế monoamine oxidase (thuốc ức chế MAO) như phenelzine (Nardil) và tranylcypromine (Parnate), dùng để điều trị các tình trạng bao gồm trầm cảm và bệnh Parkinson

- thuốc chống trầm cảm ba vòng như amitriptyline (Elavil) và imipramine (Tofranil)
- thuốc thông mũi như phenylephrine (Neo-Synephrine) và pseudoephedrine (Sudafed)
- các loại thuốc chống động vật nguyên sinh khác

Danh sách trên không bao gồm mọi loại thuốc có thể tương tác với thuốc chống nấm. Hãy chắc chắn kiểm tra với bác sĩ hoặc được sĩ trước khi kết hợp thuốc chống nấm với bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc không kê đơn (không kê đơn) nào khác.

Nancy Ross-Flanigan

## Thuốc chống ngứa xem Thuốc chống loạn thần

### Thuốc chống loạn thần

#### Sự định nghĩa

Thuốc chống loạn thần là nhóm thuốc dùng để điều trị rối loạn tâm thần và các tình trạng tâm thần và cảm xúc khác.

#### Mục đích

Rối loạn tâm thần được định nghĩa là "một rối loạn tâm thần nghiêm trọng (như bệnh tâm thần phân liệt) được đặc trưng bởi khiêm khuyết hoặc bị mất tiếp xúc với thực tế thường bằng ảo giác hoặc ảo tưởng." Rối loạn tâm thần là một tình trạng ở giai đoạn cuối phát sinh từ một nhiều nguyên nhân có thể xảy ra. Kiểm soát thuốc chống loạn thần các triệu chứng rối loạn tâm thần và trong nhiều trường hợp có hiệu quả trong việc kiểm soát các triệu chứng của các rối loạn khác có thể dẫn đến rối loạn tâm thần, bao gồm rối loạn tâm trạng lưỡng cực (trước đây gọi là hung trầm cảm), trong đó bệnh nhân chu kỳ từ trầm cảm nặng đến cảm giác cực đoan sự kích thích. Nhóm thuốc này có thành phần chủ yếu là các loại thuốc an thần chính; tuy nhiên, lithium cacbonat, một loại thuốc chủ yếu dành riêng cho chứng rối loạn tâm trạng lưỡng cực, là thường được xếp vào nhóm thuốc chống loạn thần.

#### Sự miêu tả

Thuốc chống loạn thần có thể được chia theo nhóm hóa chất. Phenothiazin là nhóm lâu đời nhất và bao gồm chlorpromazine (Thorazine), mesoridazine (Serentil), prochlorperazine (Compazine) và thioridazine (Mellaril). Những loại thuốc này về cơ bản có tác dụng tương tự và các tác dụng phụ. Chúng cũng có thể được sử dụng làm thuốc chống nôn, mặc dù prochlorperazine là loại thuốc thường được sử dụng nhất. Được sử dụng cho chỉ định này.

Các phenylbutylpiperadin là haloperidol (Haldol) và pimozide (Orap). Họ tìm thấy công dụng chính trong việc kiểm soát Hội chứng Tourette. Haloperidol đã cực kỳ hữu ích trong việc kiểm soát hành vi hung hăng.

Các dẫn xuất debenzepine, clozapine (Clozaril), loxapine (Loxitane), olanzapine (Zyprexa) và quetiapine (Seroquel), có hiệu quả trong việc kiểm soát các triệu chứng tâm thần không đáp ứng với các thuốc khác. Các nhóm thuốc.

Nhóm benzisoxidil bao gồm risperidone (Risperidal) và ziprasidone (Geodon). Risperidone có được cho là hữu ích trong việc kiểm soát rối loạn tâm trạng lưỡng cực, trong khi ziprasidone được sử dụng chủ yếu như phương pháp điều trị bậc hai cho bệnh tâm thần phân liệt.

Ngoài những loại thuốc này, nhóm thuốc chống loạn thần các tác nhân bao gồm lithium cacbonat (Eskalith, Lithonate), được sử dụng để kiểm soát rối loạn tâm trạng lưỡng cực, và thiothixene (Navane), được sử dụng trong điều trị rối loạn tâm thần.

#### Lиều lượng khuyến nghị

Lиều lượng thay đổi tùy theo loại thuốc, tình trạng bệnh đang được điều trị, và phản ứng của bệnh nhân. Xem tài liệu tham khảo cụ thể.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Hội chứng ác tính thần kinh (NMS). NMS là một sự kết hợp hiếm gặp, đặc ứng của các triệu chứng ngoại tháp (EPS), tăng thân nhiệt và rối loạn thần kinh tự chủ.

Khởi phát có thể vài giờ đến vài tháng sau khi bắt đầu dùng thuốc, nhưng một khi đã bắt đầu, tiến triển nhanh chóng trong vòng 24 đến 72 giờ. Nó là thường liên quan nhất đến haloperidol, tác dụng kéo dài fluphenazine, nhưng đã xảy ra với thiothixene, thioridazine và clozapine, và có thể xảy ra với các thuốc khác.

NMS có khả năng gây tử vong và cần điều trị triệu chứng tích cực và ngừng ngay việc điều trị thuốc ức chế thần kinh. Không có điều trị được thiết lập.

Hầu hết bệnh nhân phát triển NMS sẽ có biểu hiện giống nhau và cần điều trị được khởi động lại.

Rối loạn vận động muộn (TD). Rối loạn vận động muộn là một hội chứng cử động không chủ ý có thể xuất hiện ở bệnh nhân được điều trị bằng thuốc an thần kinh. Mặc dù tỷ lệ TD cao nhất ở người lớn tuổi, đặc biệt là phụ nữ, nhưng không thể dự đoán bệnh nhân nào

có khả năng phát triển hội chứng. Cần nguy cơ phát triển TD và khả năng nó sẽ trở nên không thể đảo ngược tăng lên khi dùng liều cao hơn và thời gian dùng kéo dài hơn. Sự đổi mới. Hội chứng có thể phát triển sau thời gian điều trị ngắn ở liều thấp. Thuốc kháng cholinergic có thể làm trầm trọng thêm những ảnh hưởng này. Clozapine đôi khi được hữu ích trong việc kiểm soát TD do các thuốc chống loạn thần khác gây ra.

#### Mất bạch cầu hạt có liên quan đến clozapine.

Đây là phản ứng có khả năng gây tử vong nhưng có thể phòng ngừa được với sự theo dõi cẩn thận về số lượng bạch cầu. Ở đó không có yếu tố nguy cơ rõ ràng nào gây ra bệnh agranulocytosis, và vì vậy tất cả bệnh nhân được điều trị bằng thuốc này phải tuân theo Hệ thống quản lý bệnh nhân clozapine. Vì biết thêm thông tin, hãy gọi 1-800-448-5938.

Tác dụng kháng cholinergic, đặc biệt là khô miệng, đã được báo cáo với tất cả các phenothiazin, và có thể nghiêm trọng đến mức khiến bệnh nhân phải ngừng thuốc của họ.

#### Nhạy cảm với ánh sáng là phản ứng phổ biến với clo-promazine.

Bệnh nhân phải được hướng dẫn sử dụng các biện pháp phòng ngừa khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời.

## Thuốc chống loạn thần

Tên thương hiệu (Tên chung)	Các tác dụng phụ thường gặp có thể xảy ra bao gồm:
Clozaril (clozapine)	Động kinh, mất bạch cầu hạt, chóng mặt, tăng huyết áp
Compaazine (prochlorperazine)	Co thắt cơ không tự chủ, chóng mặt, buồn chán, nhảm miệng
Haldol (haloperidol)	Co thắt cơ không tự chủ, mờ mắt, mất nước, nhức đầu, nhảm miệng
Mellaril (thioridazine)	Co thắt cơ không tự chủ, táo便 và tiêu chảy, nhạy cảm với ánh sáng
Navane (thiothixene)	Co thắt cơ không tự chủ, khô miệng, phát ban, nổi mề đay
Risperdal (risperidone)	Co thắt cơ không tự chủ, đau bụng và ngực, sốt, nhức đầu
Stelazine (trifluoperazine hydrochloride)	Co thắt cơ không tự chủ, buồn ngủ, mệt mỏi
Thorazine (chlorpromazine)	Co thắt cơ không tự chủ, khó thở, sốt, nhảm miệng
Triavil	Co thắt cơ không tự chủ, mất phương hướng, dễ bị kích động, chóng mặt

Lithium cacbonat thường gây tăng tần suất đi tiểu.

Thuốc chống loạn thần là loại thuốc mang thai C.

(Clozapine thuộc loại B.) Các loại thuốc thuộc nhóm này xuất hiện Nói chung là an toàn khi thỉnh thoảng sử dụng ở liều thấp trong thời kỳ mang thai, nhưng nên tránh sử dụng gần thời điểm sinh nở. Mặc dù thuốc dường như không gây quái thai, khi sử dụng gần thời hạn, chúng có thể đi qua nhau thai và có tác dụng phụ đối với trẻ sơ sinh, bao gồm cả gây ra những chuyển động không tự chủ. Không có thông tin về sự an toàn trong việc cho con bú.

Nhìn chung, các loại thuốc chống loạn thần có rất nhiều tác dụng phụ tiềm ẩn, trong đó có nhiều tác dụng phụ nghiêm trọng. Cần tham khảo các tài liệu tham khảo cụ thể.

## Tương tác

Vì phenothiazine có tác dụng kháng cholinergic tác dụng, chúng không nên được sử dụng kết hợp với các loại thuốc khác có thể có tác dụng tương tự.

Vì các thuốc thuộc nhóm này có thể gây hạ huyết áp hoặc tụt huyết áp nên nên dùng chung với hết sức thận trọng kết hợp với thuốc hạ huyết áp.

Thuốc chống loạn thần có số lượng lớn tương tác. Tham khảo tài liệu tham khảo cụ thể.

Samuel D. Uretsky, PharmD

## Thuốc chống loạn thần, không điển hình

### Sự định nghĩa

Các thuốc chống loạn thần không điển hình, đôi khi được gọi là thuốc chống loạn thần "mới" là một nhóm thuốc khác về mặt hóa học với các loại thuốc cũ được sử dụng

để điều trị bệnh tâm thần. Thuốc chống loạn thần "thông thường" Thuốc được phân loại theo cấu trúc hóa học của chúng là phenothiazin, thioxanthines (về mặt hóa học rất giống với phenothiazines), butyrophenones, diphenylbutylpiperidine và indolone. Tất cả các thuốc chống loạn thần không điển hình được phân loại về mặt hóa học là dibenzepin. Chúng được coi là không điển hình hoặc mới lạ vì chúng có tác dụng phụ khác với các thuốc chống loạn thần thông thường. Các loại thuốc không điển hình còn rất xa ít có khả năng gây ra tác dụng phụ ngoại tháp (EPS), các chuyển động không tự nguyện do thuốc gây ra, hơn là những người lớn tuổi thuốc. Các thuốc chống loạn thần không điển hình cũng có thể có hiệu quả trong một số trường hợp kháng thuốc cũ.

Các thuốc thuộc nhóm này là clozapine (Clozaril), loxapine (Loxitane), olanzapine (Zyprexa) và quetiapine (Seroquel).

## Mục đích

Thuốc chống loạn thần được sử dụng để điều trị bệnh nặng rối loạn cảm xúc. Mặc dù có thể có sự khác biệt tên cho những rối loạn này, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng và các triệu chứng kéo dài bao lâu, rối loạn tâm thần tất cả gây ra ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- hoang tưởng
- ảo giác
- lời nói vô tổ chức
- hành vi hết sức vô tổ chức hoặc căng trương lực

Loxapine cũng đã được sử dụng để điều trị chứng lo âu bằng tinh thần suy sụp.

## Liều lượng khuyến nghị

Liều khuyến cáo tùy thuộc vào loại thuốc, bệnh nhân và tình trạng đang được điều trị. Bình thường Thực hành là bắt đầu cho mỗi bệnh nhân với liều thấp và tăng dần liều cho đến khi có đáp ứng thỏa đáng. đạt được. Ose nên được giữ ở mức thấp nhất mang lại kết quả khả quan.

Clozapine thường cần liều từ 300 đến 600 miligam mỗi ngày, nhưng một số người cần tới 900 miligam/ngày. Không nên dùng liều cao hơn 900 miligam/ngày.

Loxapine thường có hiệu quả ở liều 60-100 miligam/ngày, nhưng có thể dùng liều cao tới 250 mg/ngày nếu cần.

Liều Olanzapine thay đổi tùy theo tình trạng bệnh được điều trị. Liều tối đa thông thường là 20 miligam/ngày.

Quetiapine có thể được dùng với liều lượng từ 150-750 miligram/ngày, tùy thuộc vào mức độ đáp ứng của bệnh nhân.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Mặc dù các thuốc chống loạn thần không điển hình nói chung là an toàn nhưng clozapine có liên quan đến tình trạng mất bạch cầu hạt nghiêm trọng, thiếu hụt bạch cầu. Vì lý do này, những người có thể được điều trị bằng clozapine nên xét nghiệm công thức máu trước khi bắt đầu dùng thuốc, công thức máu mỗi tuần trong thời gian họ đang sử dụng clozapine và công thức máu mỗi tuần trong bốn tuần đầu tiên sau khi họ ngừng dùng clozapine. Nếu có bất kỳ bằng chứng nào về việc giảm lượng bạch cầu khi sử dụng clozapine thì nên ngừng thuốc.

Thuốc chống loạn thần không điển hình không nên được sử dụng ở những bệnh nhân bị tổn thương gan, các vấn đề về não hoặc tuần hoàn hoặc một số loại vấn đề về máu.

#### Điều ứng

Những người đã có phản ứng dị ứng với một trong những thuốc chống loạn thần không điển hình không nên sử dụng lại thuốc đó. Tuy nhiên, đôi khi có thể sử dụng một loại thuốc khác cùng nhóm một cách an toàn.

#### Mang thai

Thuốc chống loạn thần không điển hình chưa được chứng minh là an toàn trong thai kỳ. Chúng chỉ nên được sử dụng khi thực sự cần thiết và khi lợi ích tiềm năng lớn hơn những nguy cơ tiềm ẩn đối với thai nhi. Những loại thuốc này chưa được báo cáo trong sữa mẹ.

#### Phản ứng phụ

Mặc dù thuốc chống loạn thần không điển hình ít gây ra các cử động không chủ ý hơn các thuốc chống loạn thần cũ nhưng chúng vẫn có nhiều tác dụng phụ.

Danh sách sau đây chưa đầy đủ. Xem xét từng loại thuốc riêng lẻ để biết danh sách đầy đủ các tác dụng phụ có thể xảy ra.

- huyết áp cao

- huyết áp thấp • tim đập nhanh

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Lo lắng**—Một cảm giác lo lắng và sợ hãi bất thường và tràn ngập thường được đánh dấu bằng các dấu hiệu sinh lý (như đốt mồ hôi, căng thẳng và mạch đập nhanh), nghĩ ngờ về thực tế và bản chất của mối đe dọa, và bởi sự nghi ngờ bản thân về năng lực của một người. để đối phó với nó.

**Ảo tưởng**—Một niềm tin sai lầm về bản thân, con người hoặc đồ vật bên ngoài bản thân vẫn tồn tại bất chấp sự thật.

**Trầm cảm**—Một trạng thái trầm cảm được biểu hiện đặc biệt bằng nỗi buồn, không hoạt động, khó suy nghĩ và tập trung, tăng hoặc giảm đáng kể cảm giác thèm ăn và thời gian ngủ, cảm giác chán nản và vô vọng, và đôi khi có ý nghĩ tự tử hoặc có gắng tự tử.

**Glucocorticoid**—Bất kỳ nhóm corticosteroid nào (như hydrocortison hoặc dexamethasone) có tác dụng chống viêm và ức chế miễn dịch và được sử dụng rộng rãi trong y học (như làm giảm các triệu chứng của viêm khớp dạng thấp).

**Rối loạn tâm thần**—Một rối loạn tâm thần nghiêm trọng được đặc trưng bởi khiêm khuyết hoặc mất liên lạc với thực tế, thường kèm theo ảo giác hoặc ảo tưởng.

- kích động •
- mất trí nhớ • lú lẩn
- chóng mặt
- mệt mỏi
- đau đầu
- rối loạn giấc ngủ •
- nói lắp •
- da khô
- buồn nôn
- táo bón
- sôt
- tăng cân
- rối loạn thị giác

#### Tương tác

Dùng thuốc chống loạn thần không điển hình 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. Trong khi dùng thuốc chống loạn thần, không dùng bất kỳ đơn thuốc nào khác hoặc

thuốc không kê đơn (không kê đơn) mà không cần kiểm tra trước với bác sĩ.

Vì thuốc chống loạn thần không điển hình có thể gây hạ huyết áp nên cần thận trọng khi dùng thuốc này cùng lúc với các thuốc hạ huyết áp khác.

Quetiapin có nhiều tương tác. Nên điều chỉnh liều cần thận khi sử dụng quetiapin với keto-conazol, itraconazol, fluconazol, erythromycin, carbamazepin, barbiturat, rifampin hoặc glucocorticoid bao gồm prednisone, dexamethasone và methylprednisolone.

Những loại thuốc này cũng sẽ cần điều chỉnh liều lượng khi sử dụng cùng với thuốc chống bệnh Parkinson.

#### Tài nguyên

#### SÁ CH

**Khái niệm cơ bản về não:** Phương pháp tiếp cận sinh học tích hợp để hiểu và đánh giá hành vi của con người. Phoenix: Viện Tâm thần-Sinh học, tháng 6 năm 1999.

**Điều trị rối loạn tâm thần đương đại:** Chữa lành các mối quan hệ trong "Thập kỷ của bộ não". Northvale: Jason-Aronson-Nhà xuất bản, tháng 5 năm 1996.

#### ĐỊNH KỲ

McDougle, CJ "Một nghiên cứu mù đói, có đối chứng giả dược về việc bổ sung risperidone trong chứng rối loạn ám ảnh cưỡng chế-ức chế tái hấp thu serotonin-khả năng điều trị." Archive of General Psychiatry (tháng 8 năm 2000): 794.

Samuel David Uretsky, PharmD

## Thuốc kháng virus

### Sự định nghĩa

Thuốc kháng vi-rút ức chế sự sinh sản của retrovirus-vi-rút bao gồm RNA chứ không phải DNA. Nổi tiếng nhất trong nhóm này là HIV, virus gây suy giảm miễn dịch ở người, tác nhân gây bệnh AIDS.

### Mục đích

Thuốc kháng vi-rút là tác nhân diệt vi-rút ngăn chặn các bước trong quá trình nhân lên của vi-rút. Thuốc không có tác dụng chữa bệnh; tuy nhiên việc tiếp tục sử dụng thuốc, đặc biệt là trong phác đồ phối hợp nhiều loại thuốc, sẽ làm chậm đáng kể sự tiến triển của bệnh.

### Sự miêu tả

Có ba loại thuốc kháng vi-rút chính, mặc dù chỉ có hai bước trong quá trình nhân lên của vi-rút

bị chặn. Các chất tương tự nucleoside hoặc chất ức chế men sao chép ngược nucleoside (NRTI), chẳng hạn như didanosine (ddI, Videx), lamivudine (3TC, Epivir), stavudine (d4T, Zerit), zalcitabine (ddC, Hivid) và zidovudine (AZT, Retrovir), hoạt động bằng cách ức chế enzyme sao chép ngược.

Vì retrovirus bao gồm RNA nên virus phải tạo ra chuỗi DNA để tự sao chép. Phiên mã ngược là một enzyme cần thiết để tạo bản sao DNA. Các chất ức chế men sao chép ngược nucleoside được tích hợp vào chuỗi DNA. Đây là một phân tử DNA bị lỗi, không có khả năng sinh sản.

Các chất ức chế men sao chép ngược không nucleoside (NNRTI), chẳng hạn như delavirdine (Rescriptor), loviride và nevirapine (Viramune) hoạt động bằng cách liên kết trực tiếp với phân tử men sao chép ngược, ức chế hoạt động của nó.

Các chất ức chế protease, chẳng hạn như indinavir (Crixivan), nelfinavir (Viracept), ritonavir (Norvir) và saquinavir (Invirase) tác động lên enzyme protease, chất cần thiết để virus phá vỡ protein trong tế bào bị nhiễm bệnh.

Nếu không có bước thiết yếu này, vi-rút sẽ tạo ra các bản sao chưa trưởng thành của chính nó và không có khả năng lây nhiễm.

Vì HIV dễ dàng biến đổi nên virus có thể phát triển khả năng đề kháng với liệu pháp điều trị bằng thuốc đơn lẻ. Tuy nhiên, điều trị bằng phối hợp thuốc đường như tạo ra phản ứng lâu dài. Điều trị thích hợp có thể làm chậm sự tiến triển của nhiễm HIV và giảm tần suất nhiễm trùng cơ hội.

### Liều lượng khuyến nghị

Liều lượng phải được cá nhân hóa dựa trên bệnh nhân và việc sử dụng các loại thuốc tương tác. Sự kết hợp tối ưu của các loại thuốc vi-rút chưa được xác định và cũng chưa có sự thống nhất về giai đoạn nhiễm trùng để bắt đầu điều trị.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Mặc dù thuốc kháng vi-rút được chia thành ba nhóm, mỗi loại thuốc có một dạng tác dụng phụ và tương tác thuốc khác nhau. Vì thuốc được sử dụng theo nhiều cách kết hợp khác nhau nên tần suất và mức độ nghiêm trọng của tác dụng phụ sẽ khác nhau tùy theo cách kết hợp. Mặc dù hầu hết các phối hợp thuốc đều cho thấy tỷ lệ tác dụng phụ cao hơn so với điều trị bằng thuốc đơn lẻ, một số mô hình không thể dự đoán trước được. Ví dụ, indinavir đã được báo cáo là gây mất ngủ ở 3% bệnh nhân, tuy nhiên, khi dùng kết hợp với zidovudine, chỉ có 1,5% bệnh nhân phản ứng về khó ngủ.

Tác dụng phụ nghiêm trọng nhất liên quan đến thuốc ức chế protease là độc tính thận và gan. Bệnh nhân cũng đã báo cáo về hội chứng chướng bụng

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Thuốc kháng vi-rút** – Thuốc chữa khỏi hoặc kiểm soát nhiễm vi-rút.

**Sinh khả dụng** – Thuốc do lượng thuốc được hấp thu thực sự từ một liều lượng nhất định.

**Hệ thống miễn dịch** – Khả năng phòng vệ tự nhiên của cơ thể chống lại bệnh tật và nhiễm trùng.

**Viêm** – Đau, đỏ, sưng và nóng thường xuất hiện do chấn thương hoặc bệnh tật.

**Mất ngủ** – Một chứng rối loạn giấc ngủ đặc trưng bởi việc không thể ngủ hoặc duy trì giấc ngủ.

**Đột biến** – Trải qua một sự thay đổi tự phát trong cấu tạo của gen hoặc nhiễm sắc thể.

**Tuyến tụy** – Một tuyến nằm bên dưới dạ dày.

**Tuyến tụy** sản xuất nước ép giúp phân hủy thức ăn và tiết ra insulin giúp cơ thể sử dụng đường làm năng lượng.

**Phân loại thuốc mang thai** – Một hệ thống phân loại thuốc theo nguy cơ đã được xác định khi sử dụng trong thời kỳ mang thai. Loại A: Các nghiên cứu có đối chứng ở người cho thấy không có nguy cơ đối với thai nhi. Loại B: Các nghiên cứu trên động vật cho thấy không có nguy cơ đối với thai nhi, nhưng không có nghiên cứu trên người; hoặc tác dụng phụ ở động vật, nhưng không có trong các nghiên cứu được kiểm soát tốt ở người. Loại C: Không có nghiên cứu đầy đủ trên người hoặc động vật; hoặc tác dụng phụ có hại cho thai nhi trong các nghiên cứu trên động vật, nhưng không có dữ liệu trên người. Loại D: Có bằng chứng về nguy cơ đối với thai nhi nhưng lợi ích nhiều hơn nguy cơ. Loại X: Bằng chứng về nguy cơ đối với thai nhi. Rủi ro lớn hơn bất kỳ lợi ích nào.

**Retrovirus** – Một loại virus bao gồm axit ribonucleic (RNA) thay vì axit deoxyribonucleic (DNA).

**Virus** – Một hạt nhỏ gây bệnh chỉ có thể sinh sản trong tế bào sống.

và tăng mùi cơ thể, có thể hạn chế về mặt xã hội.

Bệnh nhân mắc bệnh máu khó đông đã báo cáo xu hướng chảy máu tăng lên khi dùng thuốc ức chế protease. Thuốc thuộc loại B dành cho phụ nữ mang thai. Chưa có nghiên cứu có đối chứng về độ an toàn trong thai kỳ. Các bà mẹ nhiễm HIV được khuyến khích nên cho con bú để tránh lây truyền virus sang trẻ sơ sinh.

Các chất ức chế men sao chép ngược nucleoside có mức độ độc tính đáng kể. Nghiêm axit lactic mà không có tình trạng thiếu oxy và gan to nặng kèm theo nhiễm mỡ đã được báo cáo với zidovudine và zalcitabine và có khả năng gây tử vong. Các trường hợp suy gan hiếm gặp, được coi là có thể liên quan đến đơn trị liệu viêm gan B và zalcitabine tiềm ẩn, đã được báo cáo.

Abacavir có liên quan đến các phản ứng quá mẫn gây tử vong. Didanosine có liên quan đến viêm tụy nặng. Thuốc ức chế men sao chép ngược nucleoside được xếp vào loại C trong thai kỳ. Có rất ít thông tin về sự an toàn khi mang thai. Zidovudine đã được sử dụng trong thời kỳ mang thai để giảm nguy cơ nhiễm HIV cho trẻ sơ sinh. Các bà mẹ nhiễm HIV được khuyên không nên cho con bú để tránh lây truyền virus sang trẻ sơ sinh.

Efavirenz có liên quan đến tần suất phát ban da cao, 27% ở người lớn và 40% ở trẻ em. Nevirapine có liên quan đến tổn thương gan nghiêm trọng và phản ứng da. Tất cả các chất ức chế men sao chép ngược không nucleoside đều thuộc loại C dành cho phụ nữ mang thai, dựa trên các nghiên cứu trên động vật.

Do nguy cơ phát triển kháng virus cao nên sử dụng kết hợp các thuốc kháng retrovirus. Nếu phải ngừng sử dụng một loại thuốc trong nhóm, thì nên ngừng tất cả các liệu pháp kháng vi-rút cho đến khi có thể tiếp tục chế độ điều trị nhiều loại thuốc. Đặc biệt không nên sử dụng các chất ức chế men sao chép ngược không nucleoside một mình.

**Tương tác**

Do tần suất tương tác thuốc liên quan đến điều trị AIDS cao nên cần tham khảo các tài liệu tham khảo chuyên ngành.

Saquinavir được bán trên thị trường ở cả dạng viên nang gelatin cứng và mềm. Do saquinavir trong công thức viên nang gelatin cứng (Invirase) có sinh khả dụng kém nên chỉ nên sử dụng công thức này kết hợp với các thuốc khác có tương tác làm tăng nồng độ saquinavir trong máu. Viên nang gelatin mềm Saquinavir (Fortovase) là dạng bào chế ưa thích của loại thuốc này.

**Tài nguyên****ĐỊNH KÝ**

Lipsky, James J. "Thuốc kháng vi-rút điều trị bệnh AIDS." Đầu ngắn 348 (21/09/1996): 800.

Williams, Ann B. "Những chân trời mới: Liệu pháp kháng vi-rút ở 1997." Tạp chí của Hiệp hội Điều dưỡng Chăm sóc bệnh nhân AIDS 8 (tháng 7-tháng 8 năm 1997): 26.

**TỔ CHỨC**

Thông tin dự án. 205 Đường 13, #2001, San Francisco, CA 94103. (415) 558-8669. <<http://www.projinf.org>>.

**KHÁ C**

Trang web của Dịch vụ Thông tin Thủ nghiệm Lâm sàng AIDS và các kênh truyền hình đường dây thông tin điện thoại. Được tài trợ bởi Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm, Viện Điều ứing và Bệnh Truyền nhiễm Quốc gia và Thư viện Y khoa Quốc gia. 800-THỦ-A (800-874-2572). <<http://actis.org>>.

Trang web và dài truyền hình của Dịch vụ Thông tin Điều trị HIV/AIDS đường dây thông tin điện thoại. Được tài trợ bởi Cơ quan Nghiên cứu và Chính sách Chăm sóc Sức khỏe, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh, Quản lý Tài nguyên và Dịch vụ Y tế, Dịch vụ Y tế Án Độ, Viện Y tế Quốc gia và Cơ quan Quản lý Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần và Lạm dụng Chất gây nghiện. 800-HIV-0440 (800-448-0440). <<http://www.hivatis.org>>.

Dự án Thông báo Đường dây nóng Điều trị HIV/AIDS Quốc gia. 800-822-7422.

Samuel Uretsky, PharmD

## Thuốc chống thấp khớp

### Sự định nghĩa

Thuốc chống thấp khớp là thuốc dùng để điều trị viêm khớp dạng thấp.

### Mục đích

Viêm khớp dạng thấp là một dạng viêm khớp tiến triển có tác động tàn phá đến khớp và sức khỏe nói chung. Nó được phân loại là bệnh tự miễn dịch vì căn bệnh này là do hệ thống miễn dịch của cơ thể hoạt động chống lại chính cơ thể. Các triệu chứng bao gồm đau, cứng, sưng khớp, sốt, mệt mỏi và chán ăn.

Trong những năm gần đây, quan điểm về điều trị viêm khớp dạng thấp đã có nhiều thay đổi. Các bác sĩ hiện nay sử dụng Thuốc chống thấp khớp điều trị bệnh (DMARD) ngay từ giai đoạn đầu của bệnh và ít có xu hướng chờ đợi các giai đoạn tê liệt trước khi dùng đến các loại thuốc mạnh hơn. Sự hiểu biết đầy đủ hơn về tác dụng phụ của thuốc chống viêm không steroid (NSAID) cũng đã kích thích sự phụ thuộc vào các loại thuốc chống thấp khớp khác.

### Sự miêu tả

Các nhóm thuốc chống thấp khớp chính bao gồm:

- Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs).
- Các loại thuốc thuộc nhóm này giúp giảm triệu chứng cảm giác đau, nhưng có tác dụng hạn chế đối với tình trạng mất xương và sụn tiền triển liên quan đến viêm khớp dạng thấp. Chúng hành động bằng cách làm chậm quá trình

cơ thể sản xuất prostaglandin. Các NSAID phổ biến bao gồm: ibuprofen (Motrin, Nuprin hoặc Advil), naproxen (Naprosyn, Aleve) và indomethacin (Indocin).

- Corticosteroid. Những loại thuốc này là chất chống viêm rất mạnh. Chúng là chất tương tự tổng hợp của cortisone, được cơ thể sản xuất. Corticosteroid được sử dụng để giảm viêm và ức chế hoạt động của hệ thống miễn dịch. Các loại thuốc được kê toa phổ biến nhất là prednisone và dexamethasone.

- Thuốc chống thấp khớp điều trị bệnh (DMARD).

DMARD ảnh hưởng đến chính quá trình bệnh và không chỉ điều trị các triệu chứng, do đó có tên như vậy. DMARD cũng có tác dụng chống viêm và hầu hết được sử dụng để điều trị các bệnh khác, chẳng hạn như ung thư và sốt rét. Thuốc chống sốt rét DMARD bao gồm chloroquine (Aralen) và hydroxychloroquine (Plaquenil). DMARD mạnh bao gồm: methotrexate (Rheumatrex), sul-fasalazine, cyclosporine, azathioprine (Imuran) và cyclophosphamide (Cytoxan), azathioprine, sulfasalazine, penicillamine và các hợp chất vàng hữu cơ như aurothioglucose (Solganol), natri vàng thiomalate (Aurolate) và auranofin (Ridaura).

- Thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm (SAARD). SAARD là một loại DMARD đặc biệt và tác dụng của những loại thuốc này là tác dụng chậm và không rõ ràng nhanh như NSAID. Ví dụ như hydroxychloroquine và aurothioglucose.

- Thuốc gây độc tế bào ức chế miễn dịch. Nhóm thuốc này được sử dụng nếu điều trị bằng NSAID và SAARD không có tác dụng. Thuốc ức chế miễn dịch có tác dụng ổn định hệ thống miễn dịch. Vì tình trạng viêm liên quan đến viêm khớp mãn tính là do trực tiếp của hệ thống miễn dịch nên việc sử dụng nhóm thuốc này cũng đã được chứng minh là có lợi trong điều trị viêm khớp dạng thấp. Ví dụ như: methotrexate, mechlorethamine, cyclophosphamide, chlorambucil và azathioprine.

### Liều lượng khuyến cáo Liều lượng

khuyến cáo tùy thuộc vào loại thuốc.

Bác sĩ kê đơn hoặc dược sĩ cung cấp thông tin về liều lượng chính xác. Thuốc phải được dùng đúng theo chỉ dẫn.

Khi dùng methotrexate để điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp, chỉ nên uống một hoặc hai lần một tuần theo chỉ định, không nên uống hàng ngày. Dùng nó mỗi ngày có thể dẫn đến quá liều gây tử vong.

### Các biện pháp phòng ngừa

Nhiều loại thuốc chống thấp khớp như aza-thioprine (Imuran) và methotrexate (Rheumatrex), rất

Kháng

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Thuốc chống viêm**—Một nhóm thuốc làm giảm viêm và bao gồm NSAID và corticosteroid.

**Viêm khớp**—Một tình trạng đau đớn liên quan đến tình trạng viêm ở một hoặc nhiều khớp.

**Thụ thai**—Sự kết hợp giữa trứng và tinh trùng để hình thành bào thai.

**Corticosteroid**—Một nhóm thuốc là phiên bản tổng hợp của cortisone do cơ thể sản xuất.

Chúng được xếp hạng trong số các chất chống viêm mạnh nhất.

**Cortisone**—Glucocorticoid được sản xuất bởi vỏ thượng thận để đáp ứng với căng thẳng. Cortisone là một steroid có đặc tính chống viêm và ức chế miễn dịch.

**Thuốc gây độc tế bào**—Thuốc hoạt động bằng cách phá hủy tế bào.

**Thuốc chống thấp khớp điều trị bệnh (DMARD)**—Một nhóm thuốc có chức năng.

**Viêm**—Một quá trình xảy ra trong các mô của cơ thể, đặc trưng bởi sự tăng tuần hoàn và sự tích tụ của các tế bào bạch cầu. Viêm cũng xảy ra trong các rối loạn như viêm khớp và gây ra những tác hại.

**Viêm**—Liên quan đến chứng viêm.

**Phản ứng miễn dịch**—Phản ứng sinh lý của cơ thể được kiểm soát bởi hệ thống miễn dịch

liên quan đến việc sản xuất kháng thể để chống lại các chất hoặc tác nhân lạ (kháng nguyên) cụ thể.

**Hệ thống miễn dịch**—Tổng hợp các cơ chế bảo vệ của cơ thể để bảo vệ cơ thể chống lại các chất và sinh vật lạ gây nhiễm trùng.

**Thuốc ức chế miễn dịch**—Bất kỳ tác nhân nào ngăn chặn phản ứng miễn dịch của một cá nhân.

**Thuốc gây độc tế bào**—Ức chế miễn dịch—Một nhóm thuốc hoạt động bằng cách phá hủy tế bào và ức chế phản ứng miễn dịch.

**Methotrexate**—Một loại thuốc cản trở sự phát triển của tế bào và được sử dụng để điều trị viêm khớp dạng thấp cũng như các loại ung thư khác nhau. Các tác dụng phụ có thể bao gồm lở miệng, rối loạn tiêu hóa, nổi mẩn da và rụng tóc.

**Không chứa steroid**—Không chứa steroid hoặc cortisone. Thường đề cập đến một nhóm thuốc gọi là **Thuốc chống viêm không steroid (NSAID)**.

**Thuốc chống viêm không steroid (NSAID)**—Một nhóm thuốc được sử dụng để giảm đau và các triệu chứng viêm, chẳng hạn như ibuprofen và ketoprofen.

**Viêm xương khớp**—Một dạng viêm khớp xảy ra chủ yếu ở người lớn tuổi và liên quan đến sự thoái hóa dần dần của sụn khớp.

**Prostaglandin**—Prostaglandin được cơ thể sản xuất và chịu trách nhiệm gây ra các triệu chứng viêm như sưng, đau, cứng khớp, đỏ và nóng.

thuốc mạnh. Chúng thường được kê đơn trong những trường hợp nặng, khi tất cả các phương pháp điều trị khác đều thất bại. Vì vậy, chúng có thể có tác dụng phụ nghiêm trọng, vì vậy điều quan trọng là phải được bác sĩ theo dõi chặt chẽ khi dùng bất kỳ loại thuốc nào trong số này.

### Phản ứng phụ

Hydroxychloroquine (Plaquenil) có thể gây ra các vấn đề về thị lực. Bất cứ ai dùng thuốc nên đến gặp bác sĩ nhãn khoa (bác sĩ chuyên điều trị mắt) để khám mắt kỹ lưỡng sáu tháng một lần.

Methotrexate và penicillamine có thể gây dị tật bẩm sinh. Phụ nữ dùng các loại thuốc này phải ngừng dùng thuốc trong thời kỳ mang thai và vài tháng trước khi có kế hoạch mang thai. Methotrexate cũng có thể gây tổn thương phổi hoặc các vấn đề về sinh sản và không nên dùng.

bất cứ ai bị bệnh thận hoặc gan nghiêm trọng hoặc bởi bất cứ ai uống rượu.

Azathioprine có thể gây dị tật bẩm sinh nếu người đàn ông hoặc phụ nữ sử dụng nó vào thời điểm thụ thai. Bất cứ ai sử dụng thuốc này và có hoạt động tình dục nên tham khảo ý kiến bác sĩ về phương pháp ngừa thai hiệu quả.

Các tác dụng phụ thường gặp khác của thuốc chống thấp khớp bao gồm đau bụng, tiêu chảy, chóng mặt, chán ăn, nhức đầu, buồn nôn, nôn, sốt, ớn lạnh và lở miệng. Một loạt các tác dụng phụ khác có thể xảy ra. Bất cứ ai có triệu chứng bất thường khi dùng thuốc chống thấp khớp nên thông báo cho bác sĩ điều trị.

Các hợp chất vàng có thể gây ra các vấn đề nghiêm trọng về máu bằng cách làm giảm khả năng sản xuất tế bào máu của các cơ quan tạo máu. Những loại thuốc này có thể làm giảm số lượng

của bạch cầu, hồng cầu hoặc cả hai. Bệnh nhân dùng các loại thuốc này phải có công thức máu đều đặn.

Entanercept (Enbrel) cũng có thể gây ra các vấn đề về máu và một số bệnh nhân dùng thuốc này đã phát triển các vấn đề về mắt và bệnh đa xơ cứng. Người ta không chắc liệu những phản ứng này có phải do entanercept gây ra hay không, nhưng bệnh đa xơ cứng đã được thấy ở những bệnh nhân dùng các loại thuốc khác có tác dụng chống lại yếu tố hoại tử khói u.

#### Tương tác

Thuốc chống thấp khớp có thể tương tác với nhiều loại thuốc khác hoặc thuốc chống thấp khớp 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 loại thuốc này nên thông báo cho bác sĩ kê đơn về bất kỳ loại thuốc nào khác mà họ đang dùng.

Trong số các loại thuốc có thể tương tác với thuốc chống thấp khớp có phenytoin (Dilantin), aspirin, thuốc sulfa như Bactrim và Gantrisin, tetracycline và một số kháng sinh khác và cimetidine (Tagamet). Các NSAID như ibuprofen (Motrin, Advil) cũng được biết là có tương tác với các nhóm thuốc chống thấp khớp khác.

#### Tài nguyên

**TỔ CHỨC QUỸ VIỆM KHỚP.**

1300 W. Peachtree St., Atlanta, GA 30309. (800) 283-7800. <<http://www.arthritis.org>>.

Nancy Ross-Flanigan

## Thuốc sát trùng

#### Sự định nghĩa

Thuốc sát trùng là chất có tác dụng ức chế sự sinh trưởng và phát triển của vi sinh vật. Đối với các mục đích thực tế, thuốc sát trùng thường được coi là tác nhân bôi tại chỗ, để bôi lên da, màng nhầy và các vật vô tri, mặc dù định nghĩa chính thức bao gồm các tác nhân được sử dụng bên trong, chẳng hạn như thuốc sát trùng đường tiết niệu.

#### Thuốc sát

trùng có mục đích là một nhóm thuốc đa dạng được bôi lên bề mặt da hoặc màng nhầy để có tác dụng chống nhiễm trùng. Điều này có thể là diệt khuẩn hoặc kim khuẩn. Công dụng của chúng bao gồm làm sạch da và bề mặt vết thương sau chấn thương, chuẩn bị bề mặt da trước khi tiêm hoặc phẫu thuật, và khử trùng khoang miệng định kỳ như một phần của chương trình chăm sóc răng miệng.

vệ sinh. Thuốc sát trùng cũng được sử dụng để khử trùng các đồ vật vô tri, bao gồm cả dụng cụ và bề mặt đồ nội thất.

Các chất khử trùng thường được sử dụng để làm sạch da bao gồm benzalkonium chloride, chlorhexidine, hexachlorophine, hợp chất iốt, hợp chất thủy ngân, rượu và hydro peroxide. Các chất khác đã được sử dụng cho mục đích này nhưng phần lớn đã được thay thế bằng các chất hiệu quả hơn hoặc an toàn hơn, bao gồm axit boric và các loại dầu dễ bay hơi như methyl salicylate (dầu lộc đê xanh).

Chlorhexidine cho thấy mức độ an toàn cao khi bôi lên màng nhầy và đã được sử dụng trong nước súc miệng và nước rửa toàn thân trước khi phẫu thuật.

Benzalkonium clorua và hexachlorophine được sử dụng chủ yếu làm chất tẩy rửa tay hoặc rửa mặt. Benzalkonium cũng có thể được ứng dụng làm chất khử trùng cho dụng cụ và ở nồng độ thấp làm chất bảo quản cho thuốc, bao gồm cả dung dịch nhỏ mắt. Benzalkonium chloride bị bắt hoạt bởi các hợp chất hữu cơ, kể cả xà phòng, và không được bôi lên những vùng chưa được rửa sạch hoàn toàn.

Các hợp chất iốt bao gồm cồn iốt và hợp chất iốt povidone. Các hợp chất iốt có phổ rộng nhất trong số tất cả các loại thuốc chống nhiễm trùng tại chỗ, có tác dụng chống lại vi khuẩn, nấm, vi rút, bào tử, động vật nguyên sinh và nấm men. Cồn iốt có hiệu quả cao nhưng thành phần cồn của nó gây khô và cực kỳ khó chịu khi bôi lên vùng da bị trầy xước (cạo hoặc cọ xát). Povidone iốt, một hợp chất hữu cơ, ít gây kích ứng và ít độc hơn nhưng không hiệu quả bằng. Povidone iốt đã được sử dụng để chà tay và khử trùng các vị trí phẫu thuật. Dung dịch nước iốt cũng được sử dụng làm chất khử trùng, nhưng kém hiệu quả hơn dung dịch cồn và ít thuận tiện hơn khi sử dụng hợp chất povidone iốt.

Hydrogen peroxide hoạt động thông qua việc giải phóng khí oxy. Mặc dù hoạt tính kháng khuẩn của hydrogen peroxide tương đối yếu nhưng việc giải phóng bong bóng oxy tạo ra tác dụng sủi bọt, có thể hữu ích trong việc làm sạch vết thương thông qua việc loại bỏ các mảnh vụn mô. Hoạt động của hydrogen peroxide có thể bị giảm do có máu và mủ. Nồng độ thích hợp của hydrogen peroxide để sử dụng sát trùng là 3%, mặc dù hiện có nồng độ cao hơn.

Thimerosal (Mersol) là một hợp chất thủy ngân có hoạt tính chống lại vi khuẩn và nấm men. Sử dụng kéo dài có thể gây ngộ độc thủy ngân.

#### Liều lượng khuyến cáo Liều lượng

thay đổi tùy theo sản phẩm và mục đích sử dụng. Tham khảo tài liệu tham khảo cá nhân.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Các biện pháp phòng ngừa khác nhau tùy theo từng sản phẩm và cách sử dụng. Tham khảo tài liệu tham khảo cá nhân.

tbống

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Thuốc kháng sinh**– Một loại thuốc dùng để điều trị nhiễm trùng.

**Vi khuẩn**– Các dạng sống đơn bào, nhỏ bé gây ra nhiều bệnh tật và nhiễm trùng.

**Màng nhầy**– Màng ẩm của khoang hoặc cấu trúc cơ thể, chẳng hạn như miệng hoặc mũi.

**Dư lượng**– Đầu vết côn sót lại sau khi phần lớn vật liệu còn lại đã biến mất.

Phản ứng quá mẫn nên được xem xét với các hợp chất hữu cơ như chlorhexidine, benza-lkonium và hexachlorophine.

Tình trạng khô và kích ứng da nên được xem xét với tất cả các sản phẩm, đặc biệt là những sản phẩm có chứa cồn.

Độc tính toàn thân có thể do ăn phải hợp chất chứa iốt hoặc hợp chất thủy ngân.

Không nên nhổ chlorhexidine vào tai.

Có một báo cáo giải thoát về tình trạng điếc sau khi sử dụng chlorhexidine ở một bệnh nhân bị thủng màng nhĩ. Sự an toàn khi mang thai và cho con bú chưa được báo cáo, tuy nhiên có một báo cáo giải thoát về nhịp tim chậm ở trẻ sơ sinh dường như có liên quan đến việc mẹ sử dụng chlorhexidine.

Các hợp chất iốt nên được sử dụng một cách tiết kiệm trong thời kỳ mang thai và cho con bú do nguy cơ hấp thu iốt ở trẻ sơ sinh kèm theo những thay đổi về chức năng tuyến giáp.

**Tương tác**

Thuốc sát trùng không được biết là có tương tác với bất kỳ loại thuốc nào khác. Tuy nhiên, chúng không nên được sử dụng cùng với bất kỳ loại kem, dung dịch hoặc thuốc mỡ bôi nào khác.

**Tài nguyên****ĐỊNH KÝ**

Farley, Dixie. "Trợ giúp các vết cắt, vết xước và vết bong." Người tiêu dùng FDA (tháng 5 năm 1996):12.

Samuel Uretsky, PharmD

**Thuốc chống co thắt****Sự định nghĩa**

Thuốc chống co thắt làm giảm chuột rút hoặc co thắt dạ dày, ruột và bàng quang.

**Mục đích**

Thuốc chống co thắt đã được sử dụng để điều trị chứng đau bụng. Theo truyền thống, chúng được sử dụng để điều trị loét dạ dày, nhưng với mục đích này, chúng phần lớn được thay thế bằng các hợp chất ức chế axita, thuốc ức chế thụ thể H-2 như cimetidine và ranitidine và thuốc ức chế bơm proton như omeprazole, lansopra-zole, và rabeprazole.

Hầu hết các loại thuốc được sử dụng cho mục đích này đều được gọi là thuốc kháng cholinergic, vì chúng chống lại tác dụng của hormone thần kinh acetylcholine. Một số loại thuốc này có nguồn gốc từ cây belladonna, còn được gọi là Deadly Nightshade. Ngoài ra còn có nhóm thuốc có hoạt tính tương tự nhưng không lấy từ nguồn thực vật. Thuốc chống choleric làm giảm cả nhu động của dạ dày và ruột cũng như sự tiết ra axit dạ dày và các enzym tiêu hóa. Chúng có thể được sử dụng cho các mục đích khác bao gồm điều trị bệnh Parkinson và cấp cứu bàng quang. Vì những thuốc này ức chế bài tiết nên gây khô miệng, khô mắt do giảm tiết nước bọt và chảy nước mắt. Dicyclomine là thuốc chống co thắt có tác dụng rất ít đối với dịch tiết. Nó được sử dụng để điều trị hội chứng ruột kích thích.

**Sự miêu tả**

Dicyclomine chỉ được bán theo toa và được bán dưới dạng viên nang, viên nén (dạng phỏng thích thường và phỏng thích kéo dài) và xi-rô.

**Liều lượng khuyến nghị**

Liều thông thường cho người lớn là 20 mg, bốn lần một ngày. Tuy nhiên, bác sĩ có thể khuyên bạn nên bắt đầu với liều lượng thấp hơn và tăng dần liều lượng để giảm nguy cơ mắc các tác dụng phụ không mong muốn.

Liều dùng cho trẻ em tùy thuộc vào độ tuổi của trẻ.

Kiểm tra với bác sĩ của trẻ để biết liều lượng chính xác.

**Các biện pháp phòng ngừa**

Dicyclomine làm cho một số người dễ mồ hôi ít hơn, khiến cơ thể quá nóng và có thể dẫn đến kiệt sức vì nóng (sốt và say nắng). Bất cứ ai dùng thuốc này nên có găng tránh nhiệt độ quá cao. Nếu không thể, hãy kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc. Nếu xuất hiện hiện tượng kiệt sức do nhiệt, hãy ngừng dùng thuốc và gọi bác sĩ ngay lập tức.

Thuốc này có thể gây buồn ngủ và mờ mắt hoặc nhìn đôi. Những người dùng thuốc này không nên lái xe, sử dụng máy móc hoặc làm bất cứ điều gì khác có thể nguy hiểm cho đến khi họ phát hiện ra thuốc ảnh hưởng đến họ như thế nào.

Không nên dùng Dicyclomine cho trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ trừ khi bác sĩ quyết định việc sử dụng thuốc này là cần thiết. Dicyclomine không nên được sử dụng bởi những phụ nữ đang cho con bú. Phụ nữ đang mang thai hoặc dự định có thai nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi sử dụng thuốc này.

Bất kỳ ai có các tình trạng bệnh lý sau đây không nên dùng dicyclomine trừ khi có chỉ định của bác sĩ: • nhạy cảm hoặc phản ứng dị ứng trước đó với dicyclomine • bệnh tăng nhãn áp • nhược cơ • tắc nghẽn đường tiêu niệu, dạ dày hoặc ruột • viêm loét đại tràng nặng

• viêm thực quản trào ngược

Ngoài ra, những bệnh nhân mắc các bệnh này nên hỏi bác sĩ trước khi sử dụng dicyclomine: • bệnh gan

• bệnh thận • huyết áp cao • vấn đề về tim •

tuyên tắc liệt phì đại • thoát vị gián đoạn

• bệnh thần kinh tự trị (rối loạn thần kinh) •

cường giáp

### Phản ứng phụ

Các tác dụng phụ thường gặp nhất là chóng mặt, buồn ngủ, choáng váng, buồn nôn, hồi hộp, mờ mắt, khô miệng và suy nhược. Các tác dụng phụ khác có thể xảy ra. Bất cứ ai có triệu chứng bất thường sau khi dùng dicyclomine nên liên hệ với bác sĩ của mình.

### Tương tác

Dicyclomine có thể tương tác với các loại thuốc khác. Khi điều này xảy ra, tác dụng của một hoặc cả hai loại thuốc có thể thay đổi hoặc nguy cơ tác dụng phụ có thể lớn hơn. Trong số các loại thuốc có thể tương tác với Dicyclomine là:

- thuốc kháng axit như Maalox
- thuốc kháng histamine như clemastine fumarate (Tavist) • thuốc giãn phế quản (thuốc mở đường thở) như albuterol (Proventil, Ventolin)
- corticosteroid như prednisone (Deltasone) • thuốc ức chế monoamine oxidase (chất ức chế MAO) như phenelzine (Nardil) và tranylcypromine (Parnate) • thuốc an thần như diazepam (Valium) và alprazolam (Xanax)

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Đột quỵ do nhiệt-Một tình trạng nghiêm trọng do tiếp xúc với nhiệt độ cực cao. Cơ thể mất khả năng tự làm mát. Có thể xảy ra nhức đầu dữ dội, sốt cao và da khô, nóng. Trong trường hợp nghiêm trọng, người bị say nắng có thể suy sụp hoặc hôn mê.

Thoát vị gián đoạn- Tình trạng một phần của dạ dày nhô ra qua cơ hoành.

Bệnh cường giáp - Tuyên giáp tiết ra quá nhiều hormone tuyên giáp.

Viêm-Dau, đỏ, sưng và nóng thường xuất hiện do chấn thương hoặc bệnh tật.

Bệnh nhược cơ- Tình trạng trong đó một số cơ nhất định bị suy yếu và có thể bị tê liệt.

Viêm thực quản trào ngược - Viêm thực quản dưới do trào ngược dạ dày nội dung.

Co thắt-Sự căng thẳng đột ngột, không chủ ý của một cơ hoặc một nhóm cơ Viêm loét đại tràng

-Viêm đại tràng kéo dài và lặp đi lặp lại cùng với sự phát triển của các vết loét.

Danh sách trên không bao gồm mọi loại thuốc có thể tương tác với dicyclomine. Hãy chắc chắn kiểm tra với bác sĩ hoặc dược sĩ trước khi kết hợp dicyclomine với bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc không kê đơn (không kê đơn) nào khác.

Nancy Ross-Flanigan

Hiệu giá kháng streptolysin O (ASO) xem

Xét nghiệm kháng thể liên cầu khuẩn

Thiểu hụt antitrombin III xem

Rối loạn tăng đông máu

## Thuốc chống lao

Sự định nghĩa

Thuốc chống lao là thuốc dùng để điều trị bệnh lao, một bệnh truyền nhiễm có thể ảnh hưởng đến phổi và các cơ quan khác.

## Mục đích

Bệnh lao là một căn bệnh do *Mycobacterium tuberculosis* gây ra, một loại vi khuẩn lây truyền giữa người với người qua không khí. Bệnh có thể được chữa khỏi bằng liệu pháp dùng thuốc thích hợp, nhưng vì vi khuẩn có thể trở nên kháng lại bất kỳ loại thuốc nào nên thường cần phải kết hợp các loại thuốc chống lao để điều trị bệnh lao (TB) để điều trị hiệu quả. Vào đầu thế kỷ 20, bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong phổ biến nhất ở Hoa Kỳ, nhưng hầu như đã được loại bỏ nhờ điều kiện sống tốt hơn. Nó phổ biến nhất ở những khu vực đồng đúc và thông gió kém, chẳng hạn như khu đô thị đồng đúc và nhà tù. Ở một số vùng, đại dịch AIDS đi kèm với sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh lao.

Một số loại thuốc chống lao cũng được sử dụng để điều trị hoặc ngăn ngừa các bệnh nhiễm trùng khác như phức hợp *Mycobacterium avium* (MAC), gây bệnh khấp cơ thể của người bị AIDS hoặc các bệnh khác của hệ thống miễn dịch.

## Sự miêu tả

Thuốc chống lao chỉ được cung cấp khi có đơn thuốc của bác sĩ và có dạng viên, viên nang, chất lỏng và dạng tiêm. Một số loại thuốc chống bệnh lao thường được sử dụng là cycloserine (Seromycin), ethambutol (Myambutol), ethionamide (Trecator-SC), isoniazid (Nydrazid, Laniazid), pyrazinamide, rifabutin (Mycobutin) và rifampin (Rifadin, Rimactane).

## Liều lượng khuyến nghị

Liều lượng khuyến cáo tùy thuộc vào loại thuốc chống lao và có thể khác nhau đối với các 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 thích hợp. Bác sĩ có thể tăng dần liều lượng trong quá trình điều trị. Hãy chắc chắn làm theo hướng dẫn của bác sĩ. Bệnh nhân nhiễm HIV thường phải dùng nhiều loại thuốc kết hợp trong thời gian dài hơn mức cần thiết đối với những bệnh nhân có hệ miễn dịch không bị suy giảm.

Một số loại thuốc chống lao phải được dùng cùng với các loại thuốc khác. Nếu dùng riêng lẻ, chúng có thể khuyến khích vi khuẩn gây bệnh lao trở nên kháng thuốc dùng để điều trị bệnh. Khi vi khuẩn trở nên kháng thuốc, việc điều trị bệnh trở nên khó khăn hơn.

Để loại bỏ hoàn toàn bệnh lao, phải dùng thuốc chống lao trong thời gian dài theo chỉ dẫn. Điều này có thể có nghĩa là phải dùng thuốc mỗi ngày trong một hoặc hai năm hoặc thậm chí lâu hơn. Các triệu chứng có thể cải thiện rất nhanh sau

bắt đầu điều trị bằng thuốc này. Tuy nhiên, chúng có thể tái phát nếu dừng thuốc quá nhanh. Dừng ngừng dùng thuốc chỉ vì các triệu chứng được cải thiện.

Bởi vì mọi người có thể bỏ bê việc dùng thuốc điều trị bệnh lao, nên các trung tâm bệnh lao thường xây dựng chương trình Trị liệu được quan sát trực tiếp (DOT.)

Trong các chương trình này, bệnh nhân đến bệnh viện hoặc phòng khám và uống thuốc trước mặt người quan sát. Những chương trình này có thể gây khó chịu cho bệnh nhân nhưng được biện minh bằng những rủi ro đối với sức khỏe cộng đồng nếu vi trùng bệnh lao đã kháng thuốc lây lan.

Cycloserine hoạt động tốt nhất khi nó ở mức không đổi trong máu. Để giúp duy trì mức độ ổn định, hãy dùng thuốc với liều lượng cách đều nhau cả ngày lẫn đêm.

Dừng bỏ lỡ bất kỳ liều nào. Nếu uống thuốc vào ban đêm ảnh hưởng đến giấc ngủ hoặc nếu khó nhở uống thuốc vào ban ngày, hãy hỏi chuyên gia chăm sóc sức khỏe để có gợi ý.

Không dùng thuốc kháng axit có chứa nhôm, chẳng hạn như Maalox, trong vòng 1 giờ sau khi dùng isoniazid, vì điều này có thể khiến thuốc không có tác dụng.

### Các biện pháp phòng ngừa

Gặp bác sĩ thường xuyên trong khi dùng thuốc chống lao là điều quan trọng. Bác sĩ sẽ kiểm tra để đảm bảo thuốc hoạt động bình thường và theo dõi các tác dụng phụ không mong muốn. Những lần thăm khám này cũng sẽ giúp bác sĩ biết liệu có cần thay đổi liều lượng hay không.

Các triệu chứng sẽ bắt đầu cải thiện trong vòng vài tuần sau khi bắt đầu điều trị bằng thuốc chống lao.

Nếu không, hoặc nếu chúng trở nên tồi tệ hơn, hãy kiểm tra với bác sĩ.

Một số người cảm thấy buồn ngủ, chóng mặt, lú lẫn hoặc kém tinh táo khi sử dụng các loại thuốc này. Một số cũng có thể gây ra thay đổi thị lực, vung về hoặc đứng không vững. Vì những vấn đề có thể xảy ra này, bất kỳ ai dùng thuốc chống lao không nên lái xe, sử dụng máy móc hoặc làm bất kỳ việc gì khác có thể nguy hiểm cho đến khi họ phát hiện ra thuốc ảnh hưởng đến mình như thế nào.

Liều pyridoxine (vitamin B6) hàng ngày có thể làm giảm hoặc ngăn ngừa một số tác dụng phụ của ethionamide hoặc isoniazid.

Nếu bác sĩ kê đơn thuốc khuyến nghị điều này, hãy nhớ uống pyridoxine mỗi ngày.

Một số loại phô mai (như phô mai Thụy Sĩ và Cheshire) và cá (như cá ngừ và cá ngừ vằn) có thể gây ra phản ứng bất thường ở những người dùng isoniazid. Các triệu chứng của phản ứng này bao gồm nhịp tim nhanh hoặc đập mạnh, đỏ mồ hôi hoặc cảm giác nóng, ớn lạnh hoặc cảm giác ớn lạnh, nhức đầu, choáng váng và da đỏ hoặc ngứa. Phản ứng này rất

hiếm. Tuy nhiên, nếu bất kỳ triệu chứng nào xảy ra, hãy kiểm tra với bác sĩ càng sớm càng tốt.

Rifabutin và rifampin sẽ làm nước bọt, mồ hôi, nước mắt, nước tiểu, phân và da chuyển sang màu đỏ cam đến nâu đỏ. Điều này không có gì phải lo lắng. Tuy nhiên, nước mắt bị đổi màu có thể làm óc vĩnh viễn kinh áp tròng mềm (nhưng không làm óc kinh áp tròng cứng). Để tránh làm hỏng kính áp tròng, không đeo kính áp tròng mềm khi dùng các loại thuốc này.

Rifampin có thể tạm thời làm giảm số lượng bạch cầu. Bởi vì các tế bào bạch cầu rất quan trọng trong việc chống nhiễm trùng nên tác dụng này làm tăng nguy cơ bị nhiễm trùng. Thuốc này cũng có thể làm giảm số lượng tiểu cầu có vai trò quan trọng trong quá trình đông máu. Để giảm nguy cơ chảy máu và nhiễm trùng trong miệng khi dùng thuốc này, hãy đặc biệt cẩn thận khi đánh răng và dùng chỉ nha khoa. Hãy hỏi bác sĩ hoặc nha sĩ để biết những gợi ý về cách giữ răng miệng sạch sẽ mà không gây thương tích. Hãy tạm dừng công việc nha khoa cho đến khi số lượng máu trở lại bình thường.

Rifampin có thể ảnh hưởng đến kết quả của một số xét nghiệm y tế. Trước khi làm các xét nghiệm y tế, bất kỳ ai dùng thuốc này nên thông báo cho chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ trách.

Những người mắc một số bệnh trạng nhất định có thể gặp vấn đề nếu họ dùng thuốc chống lao. Ví dụ:

- Cycloserine hoặc isoniazid có thể làm tăng nguy cơ co giật (co giật) ở những người có tiền sử co giật.
- liều lượng cycloserine có thể cần được điều chỉnh đối với người mắc bệnh thận.
- Ethambutol hoặc pyrazinamide có thể gây ra hoặc làm trầm trọng thêm các cơn bệnh gút ở những người dễ mắc bệnh này.
- Ethambutol có thể gây ra hoặc làm tổn thương mắt trầm trọng hơn.
- bệnh tiêu đường có thể khó kiểm soát hơn ở những bệnh nhân dùng ethionamid.
- isoniazid có thể gây ra kết quả sai trong một số xét nghiệm đường trong nước tiểu, và pyrazinamide có thể gây ra kết quả sai trong xét nghiệm ketone trong nước tiểu. Bệnh nhân tiêu đường sử dụng một trong hai loại thuốc này nên thảo luận về khả năng có kết quả xét nghiệm sai với bác sĩ của họ.
- Những người mắc bệnh gan hoặc có tiền sử lạm dụng rượu có thể dễ bị viêm gan hơn khi dùng isoniazid và dễ gặp các tác dụng phụ ảnh hưởng đến gan hơn khi dùng rifampin.
- Ở những người mắc bệnh thận, ethambutol, ethionamide hoặc isoniazid có thể dễ gây ra tác dụng phụ hơn.
- Tác dụng phụ cũng dễ xảy ra hơn ở những người bị bệnh gan dùng pyrazinamide.

Trước khi dùng thuốc chống lao, hãy nhớ cho bác sĩ biết về những vấn đề này hoặc bất kỳ vấn đề y tế nào khác.

Trong các thử nghiệm trong phòng thí nghiệm trên động vật mang thai, liều cao của một số loại thuốc chống lao đã gây ra dị tật bẩm sinh và các vấn đề khác ở thai nhi hoặc trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, phụ nữ mang thai mắc bệnh lao cần phải dùng thuốc chống lao để khỏi bệnh. Biết rằng nhiều phụ nữ đã sinh con khỏe mạnh sau khi dùng các loại thuốc này trong thời kỳ mang thai có thể khiến họ yên tâm hơn. Phụ nữ mang thai cần dùng thuốc này và lo lắng về dị tật bẩm sinh hoặc các vấn đề khác nên nói chuyện với bác sĩ.

Bất kỳ ai từng có phản ứng bất thường với thuốc chống lao hoặc với niacin nên cho bác sĩ biết trước khi dùng bất kỳ loại thuốc chống lao nào. 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.

Những bệnh nhân đang áp dụng chế độ ăn kiêng đặc biệt, chẳng hạn như chế độ ăn ít natri hoặc ít đường, nên cho bác sĩ biết. Một số loại thuốc chống lao có thể chứa natri, đường hoặc rượu.

## Phản ứng phụ

### Cycloserine

Ở một số người, thuốc này gây trầm cảm và có ý định tự tử. Nếu điều này xảy ra, hãy kiểm tra với bác sĩ ngay lập tức. Việc chuyển sang loại thuốc khác thường sẽ chấm dứt những suy nghĩ và cảm giác rắc rối này. Đồng thời, hãy cho bác sĩ biết ngay về bất kỳ thay đổi nào khác về tâm trạng hoặc tinh thần; chẳng hạn như lo lắng, ác mộng, lo lắng, bối rối hoặc cău kinh; và về các triệu chứng như co giật cơ, co giật hoặc các vấn đề về giọng nói.

Nhức đầu là một tác dụng phụ phổ biến thường mất khi cơ thể thích nghi với loại thuốc này. Vấn đề này không cần chăm sóc y tế trừ khi nó tiếp tục hoặc ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày.

### Ethambutol

Thuốc này có thể gây đau mắt hoặc thay đổi thị lực, bao gồm mất thị lực hoặc thay đổi khả năng nhìn màu. Kiểm tra với bác sĩ ngay lập tức nếu bất kỳ vấn đề nào phát triển.

Ngoài ra, bất kỳ ai có bất kỳ triệu chứng nào sau đây khi dùng ethambutol nên kiểm tra với bác sĩ ngay lập tức:

- đau hoặc sưng khớp, đặc biệt là ở đầu gối, mắt cá chân hoặc ngón chân cái
- cảm giác căng, nóng ở da trên các khớp bị đau hoặc sưng tấy

**Tháng**

- ớn lạnh

Các tác dụng phụ khác có thể xảy ra nhưng không cần chăm sóc y tế trừ khi chúng gây khó chịu hoặc không biến mất khi cơ thể thích nghi với thuốc. Chúng bao gồm: nhức đầu, nhầm lẫn, buồn nôn và nôn, đau dạ dày và chán ăn.

**Ethionamid**

Kiểm tra với bác sĩ ngay nếu đau mắt, mờ mắt hoặc các thay đổi về thị lực khác xảy ra khi dùng thuốc này.

Các triệu chứng như đứng không vững, vụng về và đau đớn, tê, ngứa ran hoặc nóng rát ở tay hoặc chân có thể là dấu hiệu đầu tiên của các vấn đề về thần kinh và có thể trở nên nghiêm trọng hơn. Nếu bất kỳ triệu chứng nào xảy ra, hãy kiểm tra với bác sĩ ngay lập tức. Các tác dụng phụ khác cần được bác sĩ chú ý ngay lập tức bao gồm mắt hoắt da vàng và tâm trạng hoặc thay đổi tâm thần như trầm cảm hoặc lú lẫn.

Các tác dụng phụ ít nghiêm trọng hơn như chóng mặt, buồn nôn hoặc nôn, chán ăn, đau miệng hoặc có vị kim loại cũng có thể xảy ra. Những vấn đề này thường biến mất khi cơ thể thích nghi với thuốc. Họ không cần chăm sóc y tế trừ khi họ tiếp tục hoặc họ can thiệp vào các hoạt động bình thường.

**Isoniazid**

Thuốc này có thể gây tổn thương gan nghiêm trọng, đặc biệt ở những người trên 40 tuổi. Tuy nhiên, việc dùng thuốc điều trị bệnh lao là rất quan trọng đối với người mắc bệnh. Bất cứ ai mắc bệnh lao và được khuyên dùng thuốc này nên thảo luận kỹ lưỡng về các lựa chọn điều trị với bác sĩ của mình.

Nhận biết sớm các dấu hiệu tổn thương gan và thần kinh có thể giúp ngừa vấn đề trở nên tồi tệ hơn. Nếu bất kỳ triệu chứng nào xảy ra, hãy kiểm tra với bác sĩ ngay lập tức:

- mệt mỏi hoặc suy nhược bất thường
- vụng về hoặc không vững
- đau, tê, ngứa ran hoặc nóng rát ở tay và chân
- ăn mất ngon
- nôn mửa

Thuốc này cũng có thể gây ra tác dụng phụ ít nghiêm trọng hơn như tiêu chảy và đau dạ dày. Những triệu chứng này thường biến mất khi cơ thể thích ứng với thuốc và không cần chăm sóc y tế trừ khi chúng tiếp tục.

Nếu đau mắt, mờ mắt hoặc các thay đổi về thị lực khác xảy ra khi dùng thuốc này, hãy kiểm tra với bác sĩ ngay lập tức.

**Pyrazinamit**

Kiểm tra với bác sĩ ngay nếu đau khớp xảy ra.

**Rifabutin**

Kiểm tra với bác sĩ ngay nếu phát ban da xảy ra.

Buồn nôn và nôn là những tác dụng phụ khác có thể xảy ra của thuốc này. Những vấn đề này thường biến mất khi cơ thể thích nghi với thuốc. Nếu không, hãy kiểm tra với bác sĩ.

**Rifampin**

Ngừng dùng rifampin và kiểm tra với bác sĩ ngay nếu xảy ra bất kỳ triệu chứng nào sau đây.

Những triệu chứng này có thể là dấu hiệu sớm của các vấn đề có thể trở nên nghiêm trọng hơn. Nhận được sự chăm sóc y tế kịp thời có thể ngăn chúng trở nên tồi tệ hơn.

- mệt mỏi hoặc suy nhược bất thường
- buồn nôn hoặc nôn mửa
- ăn mất ngon

Ngoài ra, bất kỳ ai có bất kỳ triệu chứng nào sau đây khi dùng rifampin nên kiểm tra với bác sĩ ngay lập tức: • khó thở

- sốt

- ớn lạnh
- run rẩy
- đau đầu
- chóng mặt
- ngứa
- phát ban hoặc đỏ da
- đau cơ và xương

Các tác dụng phụ khác, chẳng hạn như tiêu chảy và đau dạ dày, có thể xảy ra với thuốc này nhưng sẽ hết khi cơ thể thích nghi với thuốc. Điều trị y tế là không cần thiết trừ khi những vấn đề này tiếp tục.

Các tác dụng phụ khác có thể xảy ra với bất kỳ loại thuốc chống lao nào. Bất cứ ai có các triệu chứng bất thường khi dùng thuốc chống lao nên liên hệ với bác sĩ của mình.

**Tương tác**

Dùng cycloserine và ethionamide cùng nhau có thể làm tăng nguy cơ co giật và các vấn đề về hệ thần kinh khác. Những tác dụng phụ này và các tác dụng phụ khác cũng nhiều hơn

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Vi khuẩn-** Các dạng sống đơn bào, nhỏ bé gây ra nhiều bệnh tật và nhiễm trùng.

**Phân-(Còn gọi là phân.)** Chất thải rắn còn sót lại sau khi thức ăn được tiêu hóa. Phân hình thành trong ruột và ra khỏi cơ thể qua hậu môn.

**Thai nhi-**Một em bé đang phát triển bên trong bụng mẹ.

**Bệnh gút-**Một căn bệnh trong đó axit uric, một chất thải thường thải ra khỏi cơ thể qua nước tiểu, tích tụ ở khớp và thận. Điều này gây ra viêm khớp và sỏi thận.

**Hệ thống miễn dịch-** Khả năng phòng vệ tự nhiên của cơ thể chống lại bệnh tật và nhiễm trùng.

**Vi sinh vật-**Một sinh vật (dạng sống) được quá nhỏ để có thể nhìn thấy bằng mắt thường.

**Tiêu cầu-**Vật thể hình đĩa trong máu quan trọng trong quá trình đông máu.

**Động kinh-**Một cơn co thắt, hoặc co giật đột ngột.

có thể xảy ra ở những người uống rượu trong khi dùng cycloserine. Để tránh những vấn đề này, không uống rượu trong khi dùng cycloserine và hỏi ý kiến bác sĩ trước khi kết hợp cycloserine và ethionamide.

Uống rượu thường xuyên có thể ngăn ngừa isoniazid hoạt động bình thường và có thể làm tăng nguy cơ tổn thương gan. Bất cứ ai dùng thuốc này nên hạn chế nghiêm ngặt việc sử dụng rượu. Hãy hỏi chuyên gia chăm sóc sức khỏe để được tư vấn về lượng rượu có thể được sử dụng một cách an toàn.

Nhiều loại thuốc có thể tương tác với isoniazid hoặc rifampin, tăng nguy cơ tổn thương gan hoặc mặt khác các hiệu ứng. Trong số các loại thuốc này có acetaminophen (Tylenol), thuốc tránh thai và các loại thuốc khác có chứa nội tiết tố nữ và thuốc chống động kinh divalproex (Depakote) và axit valproic (Depakene). Để có danh sách đầy đủ các loại thuốc có thể có tác dụng này, hãy kiểm tra với дược sĩ.

Isoniazid cũng có thể làm giảm tác dụng của thuốc chống nấm ketoconazol (Nizoral) và thuốc chống lao rifampin (Rifadin).

Rifampin có thể làm cho nhiều loại thuốc kém hiệu quả hơn. Trong số các loại thuốc có thể bị ảnh hưởng là thuốc trị tiêu đường dạng uống (thuốc hạ đường huyết đường uống), thuốc digitalis, thuốc tim, nhiều loại thuốc chống nấm và thuốc tránh thai. Bởi vì nó làm cho thuốc tránh thai kém hiệu quả hơn, dùng rifampin có thể làm tăng nguy cơ trớ thành

có thai. Những phụ nữ dùng thuốc này cùng với thuốc tránh thai nên sử dụng thêm hình thức sinh nở khác điều khiển. Để có danh sách đầy đủ các loại thuốc có thể bị ảnh hưởng bằng rifampin, hãy hỏi dược sĩ.

Sử dụng rifabutin với thuốc kháng vi-rút zidovudine (AZT, Retrovir) có thể làm cho zidovudine kém hiệu quả hơn. Tham khảo ý kiến bác sĩ nếu cả hai loại thuốc được kê đơn.

Không phải mọi loại thuốc có thể tương tác với thuốc chống lao đều được liệt kê ở đây. Hãy chắc chắn kiểm tra với bác sĩ hoặc dược sĩ trước khi kết hợp thuốc chống lao với bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc không kê đơn nào khác (thuốc không kê đơn).

**Tài nguyên****ĐỊNH KÝ**

Cornwall, Janet. "Bệnh lao: Một vấn đề lâm sàng có tầm quan trọng quốc tế." The Lancet (30/8/1997): 660.

Nancy Ross-Flanigan

**Thuốc chống loét****Sự định nghĩa**

Thuốc chống loét là một nhóm thuốc, không bao gồm chất kháng khuẩn, dùng để điều trị loét dạ dày và phần trên của ruột non.

**Mục đích**

Loét dạ dày, tá tràng tái phát là do Nhiễm vi khuẩn Helicobacter pylori và được điều trị bằng phương pháp điều trị kết hợp kháng sinh với sự ức chế axit dạ dày. Ngoài ra bismut hợp chất đã được sử dụng. Nhóm thuốc chính được sử dụng để ức chế axit dạ dày là bơm proton thuốc ức chế, omeprazole, lansoprazole, pantoprazole và rabeprazole. Các chất ức chế thụ thể H-2, cimetidine, famotidine, nizatidine và ranitidine đã được sử dụng cho mục đích này, nhưng hiện nay được sử dụng rộng rãi hơn để điều trị duy trì sau khi điều trị bằng bơm proton chất ức chế. Sucralfate, hoạt động bằng cách tạo thành một lớp bảo vệ phủ lên tổn thương loét, cũng được sử dụng trong điều trị loét và có thể thích hợp cho những bệnh nhân có các bệnh lý khác. Các nhóm thuốc không được chỉ định, hoặc những thuốc có tác dụng dạ dày loét do thuốc chống viêm không steroid gây ra thuốc (NSAID) thay vì nhiễm H. pylori.

**Sự miêu tả**

Thuốc ức chế bơm proton ngăn cản sự bài tiết của axit dạ dày bởi các tế bào thành dạ dày. Mức độ ảnh hưởng

## Thuốc chống loét

Tên thương hiệu (Tên chung)	Các tác dụng phụ thường gặp có thể xảy ra bao gồm:
Axit (nizatidine)	Tiêu chảy, nhức đầu, buồn nôn và nôn, đau họng
Carafate (sucralfate)	Táo bón, mất ngủ, nỗi mè day, đau bụng, nôn mửa
Cytotec (misoprostol)	Chuột rút, tiêu chảy, buồn nôn, đầy hơi, nhức đầu, rối loạn kinh nguyệt (bao gồm chảy máu nhiều và chuột rút nghiêm trọng)
Pepcid (famotidine)	Táo bón hoặc tiêu chảy, chóng mặt, mệt mỏi, sốt
Prilosec (omeprazole)	Buồn nôn và nôn, nhức đầu, tiêu chảy, đau bụng
Tagamet (cimetidine)	Đau đầu, vú phát triển ở nam giới, trầm cảm và mất phương hướng
Zantac (ranitidine hydrochloride)	Nhức đầu, táo bón hoặc tiêu chảy, đau khớp

sự tiết axit có liên quan đến liều lượng. Trong một số trường hợp, sự tiết axit gas-tric bị tắc nghẽn hoàn toàn trong hơn 24 giờ trên một liều duy nhất. Ngoài vai trò điều trị bệnh loét dạ dày, thuốc ức chế bom proton được sử dụng để điều trị Hội chứng tiết acid quá mức (Zollinger-Ellison) Hội chứng) và bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD).

Thuốc chẹn thụ thể histamine H-2 ngăn chặn hoạt động của histamine trên tế bào thành dạ dày, ức chế sự tiết axit dạ dày. Những loại thuốc này kém hiệu quả hơn so với thuốc ức chế bom proton, nhưng có thể làm giảm 75-79% lượng axit tiết ra. Tỷ lệ ức chế axit cao hơn có thể đạt được khi dùng thuốc theo đường tiêm tĩnh mạch. Thuốc chẹn thụ thể H-2 cũng có thể được sử dụng để điều trị chứng ợ nóng và hội chứng tăng tiết. Khi được dùng trước khi phẫu thuật, thuốc ức chế thụ thể H-2 rất hữu ích trong phòng ngừa viêm phổi hít.

Sucralfate (Carafate), một phân tử đường thay thế không có giá trị dinh dưỡng, không ức chế axit dạ dày, nhưng đúng hơn là phản ứng với axit dạ dày hiện có để tạo thành một lớp dày lớp phủ bao phủ bề mặt vết loét, bảo vệ khu vực mở khói thiêt hại thêm. Một tác dụng phụ là hoạt động như một chất ức chế enzyme tiêu hóa pepsin. Sucralfate không liên kết với niêm mạc dạ dày bình thường. Thuốc đã được sử dụng để ngăn ngừa loét do căng thẳng, loại gấp ở những bệnh nhân bị căng thẳng về thể chất như bóng và phẫu thuật. Nó không có tác dụng toàn thân.

### Liều lượng khuyến nghị

Liều lượng thuốc ức chế bom proton và H-2 thuốc chẹn thụ thể khác nhau tùy thuộc vào loại thuốc và tình trạng được điều trị. Tham khảo tài liệu tham khảo cá nhân.

Liều sucralfate để điều trị loét cấp tính là 1 gram bốn lần một ngày. Sau khi vết loét đã lành, có thể tiếp tục điều trị duy trì ở mức 1 gram, hai lần mỗi ngày.

Các biện pháp phòng ngừa

Các thuốc ức chế bom proton nhìn chung được dung nạp tốt và tác dụng phụ thường gặp nhất là tiêu chảy,

ngứa, phát ban da, chóng mặt và nhức đầu. Cơ bắp đau nhức và tỷ lệ nhiễm trùng đường hô hấp cao hơn bình thường nằm trong số các phản ứng bất lợi khác được báo cáo.

Omeprazole làm tăng tỷ lệ tử vong bào thai trong các nghiên cứu trên động vật. Người ta chưa biết liệu những thuốc này có được bài tiết qua sữa mẹ nhưng do có báo cáo về tác dụng phụ đối với trẻ sơ sinh trong các nghiên cứu trên động vật, người ta khuyên rằng proton thuốc ức chế bom không được sử dụng bởi các bà mẹ đang cho con bú.

Thuốc chẹn thụ thể H-2 rất khác nhau về tác dụng phụ. Mặc dù nhìn chung chúng được dung nạp tốt nhưng cimetidine có thể gây nhầm lẫn ở bệnh nhân cao tuổi, và có tác dụng kháng androgen có thể gây ra tình dục rối loạn chức năng ở nam giới. Famotidine đã được báo cáo gây đau đầu ở 4,7% bệnh nhân. Đó là điều nên làm bà mẹ không dùng thuốc chẹn thụ thể H-2 khi cho con bú.

Sucralfate được dung nạp tốt. Nó được hấp thu kém, và tác dụng phụ thường gặp nhất của nó là táo bón ở 2% số bệnh nhân, người bệnh. Tiêu chảy, buồn nôn, nôn, khó chịu ở dạ dày, khó tiêu, đầy hơi, khô miệng, phát ban, ngứa (ngứa), đau lưng, nhức đầu, chóng mặt, buồn ngủ và chóng mặt đã được báo cáo, cũng như các phản ứng dị ứng hiếm gặp. Vì sucralfate giải phóng một lượng nhỏ nhôm vào hệ thống nên cần thận trọng khi sử dụng trong

bệnh nhân suy thận. Không có thông tin có sẵn về sự an toàn của sucralfate trong việc cho con bú.

### Tương tác

Thuốc ức chế bom proton có thể làm tăng độ pH của cái bụng. Điều này sẽ vô hiệu hóa một số loại thuốc chống nấm cần môi trường axit để có hiệu quả, đặc biệt là itra-conazol và ketoconazol.

Các chất ức chế thụ thể H-2 có số lượng lớn tương tác thuốc. Tham khảo tài liệu tham khảo cá nhân.

Không nên dùng sucralfate với các thuốc kháng acid có chứa nhôm vì có nguy cơ tăng hấp thu nhôm. Sucralfate có thể ức chế sự hấp thu và giảm nồng độ thuốc chống đông máu, digoxin, quinidin, ketoconazol, quinolon và phenytoin.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Thuốc kháng sinh-Thuốc dùng để điều trị nhiễm trùng.

**Enzyme**-Một loại protein, được sản xuất trong cơ thể, mang lại hoặc tăng tốc độ phản ứng hóa học.

**Đường tiêu hóa**- Dạ dày, ruột non và ruột già.

**Tăng tiết**- Cơ thể sản xuất quá nhiều chất bài tiết. Hội chứng tăng tiết phổ biến nhất của dạ dày là hội chứng Zollinger-Ellison, một hội chứng bao gồm loét dạ dày khó chữa, tăng tiết dạ dày và tăng tiết axit, và sự xuất hiện của u tiết gastrin ở tế bào tụy của đảo Langerhans.

**Viêm-Đau**, đỏ, sưng và nóng thường xuất hiện khi bị thương hoặc bị bệnh.

ness.

**Chất nhầy**-Chất lỏng đặc được tạo ra bởi các màng ẩm lót nhiều khoang và cấu trúc của cơ thể.

**Thuốc chống viêm không steroid (NSAID)** - Một loại thuốc dùng để giảm đau, sưng và các triệu chứng viêm khác, chẳng hạn như ibuprofen hoặc ketoprofen.

**Tài nguyên****TỔ CHỨC**

Liên minh quốc gia về bệnh tiêu hóa. 507 Capitol Court NE, Suite 200, Washington, DC 20003. (202) 544-7497.

Cơ quan thông tin thông tin về bệnh tiêu hóa quốc gia. 2 Đường thông tin, Bethesda, MD 20892-3570. nddic@aerie.com. <<http://www.niddk.nih.gov/Brochures/NDDIC.htm>>.

**KHÁ C**

Tờ thông tin về bệnh loét tá tràng. Thông tin Y tế Johns Hopkins Cố vấn Y tế Người lớn. Có sẵn tại <<http://csi.intelihealth.com>>.

Viện Tiêu đường và Bệnh tiêu hóa và Thận Quốc gia. <<http://www.niddk.nih.gov>>.

Trung tâm Bệnh tiêu hóa của PharmInfoNet. <<http://pharminfo.com/disease.gastro.html>>.

Loét dạ dày và tá tràng. Tờ thông tin. Viện Tiêu đường, Bệnh Tiêu hóa và Thận Quốc gia, tháng 1 năm 1995 (Ấn bản NIH số 95-38).

**Loét dạ dày (Loét dạ dày).** Tờ thông tin. Johns Hopkins Thông tin sức khỏe Cố vấn sức khỏe người lớn. Có sẵn trên trang web tại <<http://csi.intelihealth.com>>.

Samuel Uretsky, PharmD

**Thuốc kháng virus****Sự định nghĩa**

Thuốc kháng vi-rút là thuốc chữa khỏi hoặc kiểm soát nhiễm vi-rút.

**Mục đích**

Thuốc kháng vi-rút được sử dụng để điều trị các bệnh nhiễm trùng do vi-rút gây ra. Không giống như các loại thuốc kháng khuẩn, có thể bao phủ nhiều loại mầm bệnh, thuốc chống vi-rút có xu hướng có phô hép và có hiệu quả hạn chế.

**Sự miêu tả**

Ngoài trừ các thuốc kháng vi-rút được sử dụng trong điều trị HIV (AIDS), hiện chỉ có 11 loại thuốc kháng vi-rút có sẵn, bao gồm bốn loại vi-rút. Acyclovir (Zovirax), famciclovir (Famvir) và valacyclovir (Val-trex) có hiệu quả chống lại herpesvirus, bao gồm herpes zoster và herpes sinh dục. Chúng cũng có thể có giá trị trong các tình trạng do mụn rộp gây ra, chẳng hạn như thủy đậu và bệnh zona. Những loại thuốc này không có tác dụng chữa bệnh nhưng có thể làm giảm cơn đau khi bùng phát mụn rộp và rút ngắn thời gian phát tán virus.

Amantadine (Symmetrel), oseltamivir (Tamiflu), rimantidine (Flumadine) và zanamivir (Relenza) rất hữu ích trong điều trị vi-rút cúm. Amantadine, rimantadine và oseltamivir có thể được sử dụng trong suốt mùa cúm để phòng ngừa cho những bệnh nhân không thể tiêm vắc-xin vi-rút cúm.

Cidofovir (Vistide), foscarnet (Foscavir) và ganci-clovir (Cytovene) có lợi trong điều trị cytomegalovirus ở bệnh nhân bị ức chế miễn dịch, chủ yếu là bệnh nhân dương tính với HIV và người được ghép tạng. Ribavirin (Virazole) được sử dụng để điều trị virus hợp bào hô hấp. Khi kết hợp với interferon, ribavirin đã cho thấy một số hiệu quả chống lại bệnh viêm gan C và đã có những báo cáo giao thoại về tác dụng chống lại các loại bệnh nhiễm virus khác.

Với tư cách là một nhóm, thuốc chống vi-rút không có tác dụng chữa bệnh và phải được sử dụng để phòng ngừa hoặc sớm khi nhiễm trùng phát triển. Cơ chế hoạt động của chúng thường là vô hiệu hóa các enzyme cần thiết cho sự nhân lên của virus. Điều này sẽ làm giảm tốc độ phát triển của virus nhưng sẽ không làm virus hiện diện bất hoạt. Điều trị bằng thuốc kháng vi-rút thường phải được bắt đầu trong vòng 48 giờ kể từ khi bắt đầu nhiễm trùng để mang lại lợi ích. Thuốc dùng điều trị cúm có thể được sử dụng trong suốt mùa cúm ở những bệnh nhân có nguy cơ cao hoặc trong vòng 48 giờ sau khi tiếp xúc với người mang mầm bệnh đã biết. Thuốc chống Herpetic nên được sử dụng khi có dấu hiệu đầu tiên của đợt bùng phát. Thuốc chống cytomegalovirus phải được sử dụng thường xuyên như một phần của chương trình điều trị dự phòng thứ phát (duy trì).

Tháng

liệu pháp tài chính sau phản ứng ban đầu) để ngừa tái nhiễm ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch.

#### Liệu lượng khuyến nghị

Liệu dùng thay đổi tùy theo loại thuốc, tuổi và tình trạng của bệnh nhân, đường dùng và các yếu tố khác. Xem tài liệu tham khảo cụ thể.

Các biện pháp phòng ngừa

Ganciclovir có ở dạng tiêm tĩnh mạch, uống viên nang, và chèn nội nhãn. Các viên nang nên được dành riêng cho việc sử dụng dự phòng ở bệnh nhân ghép tạng, hoặc cho những bệnh nhân nhiễm HIV không thể điều trị bằng thuốc tiêm tĩnh mạch. Hồ sơ độc tính của thuốc này khi dùng một cách có hệ thống bao gồm giảm bạch cầu hạt, thiếu máu và giảm tiểu cầu. Thuốc này thuộc loại C dành cho phụ nữ mang thai nhưng đã gây ra những dị tật đáng kể cho thai nhi trong các nghiên cứu trên động vật bao gồm hở hàm ếch và các cơ quan. Khiêm khuyết. Cho con bú không được khuyến khích.

Cidofovir gây độc thận ở 53% bệnh nhân. Bệnh nhân cần được cung cấp đủ nước và chức năng thận nên được kiểm tra thường xuyên. Tác hại thông thường khác tác dụng phụ là buồn nôn và nôn ở 65% hoặc bệnh nhân, suy nhược ở 46% và nhức đầu và tiêu chảy, cả hai đều được báo cáo trong 27% trường hợp. Thuốc được phân loại C trong thời kỳ mang thai do những bất thường của bào thai trong các nghiên cứu trên động vật. Cho con bú không được khuyến khích.

Foscarnet được sử dụng trong điều trị bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch do nhiễm cytomegalovirus và trong virus herpes simplex kháng acyclovir. Tiểu học nguy hiểm là độc tính trên thận. Sự thay đổi nồng độ chất điện giải có thể gây co giật. Foscarnet thuộc loại C trong thời kỳ mang thai. Thuốc đã gây ra các bất thường về xương ở bào thai đang phát triển. Người ta không biết foscarnet có phải là được bài tiết vào sữa mẹ, tuy nhiên thuốc xuất hiện ở sữa mẹ trong các nghiên cứu trên động vật.

Valaciclovir được chuyển hóa thành acyclovir, do đó nguy cơ của hai loại thuốc này rất giống nhau. Nhìn chung chúng được dung nạp tốt nhưng thường gặp buồn nôn và nhức đầu. tác dụng phụ. Cả hai đều thuộc loại thai kỳ B. Mặc dù chưa có báo cáo nào về các bất thường ở bào thai do thuốc này nhưng số lượng nhỏ các trường hợp được báo cáo khiến không thể đưa ra kết luận về tính an toàn trong thai kỳ. Acyclovir được tìm thấy trong sữa mẹ, nhưng không có tác dụng phụ nào được báo cáo ở trẻ sơ sinh. Famciclovir có tác dụng và tác dụng phụ tương tự nhau.

Ribavirin được sử dụng dưới dạng khí dung để điều trị cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nhập viện bị nhiễm trùng đường hô hấp dưới nghiêm trọng do virus hợp bào hô hấp (Trả lời). Khi dùng bằng đường uống, thuốc đã được sử dụng ở người lớn để điều trị các bệnh do virus khác bao gồm cảm lạnh và

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Suy nhược-Yếu cơ.

Cytomegalovirus (CMV)-Một loại vi-rút tấn công và phóng to một số tế bào trong cơ thể. Các virus cũng gây bệnh ở trẻ sơ sinh.

Herpes simplex-Một loại vi-rút gây vết loét trên môi (vết loét lạnh) hoặc trên bộ phận sinh dục (herpes sinh dục).

HIV-Từ viết tắt của tình trạng suy giảm miễn dịch ở người virus, loại virus gây ra bệnh AIDS.

Bệnh Parkinson-Một nhóm bệnh mà tất cả đều mắc phải. Những triệu chứng điển hình này có điểm chung: run, cứng đơ, cử động chậm, thăng bằng và phối hợp kém.

Phân loại mang thai-Một hệ thống phân loại thuốc theo nguy cơ đã được xác định khi sử dụng trong khi mang thai. Loại A: Con người bị kiểm soát các nghiên cứu đã chứng minh không có nguy cơ cho thai nhi. Loại B: Các nghiên cứu trên động vật cho thấy không có nguy cơ đối với thai nhi, nhưng không có trong các nghiên cứu được kiểm soát tốt ở người. Loại C: Không có nghiên cứu đầy đủ trên người hoặc động vật, hoặc có tác dụng phụ tác dụng lên thai nhi trong các nghiên cứu trên động vật, nhưng không có sẵn dữ liệu của con người. Loại D: Bằng chứng về nguy cơ đối với thai nhi, nhưng lợi ích lớn hơn rủi ro. Loại X: Bằng chứng về nguy cơ thai nhi. Rủi ro lớn hơn bất kỳ lợi ích nào.

Phòng ngừa-Bảo vệ hoặc ngăn ngừa lây lan hoặc xuất hiện bệnh hoặc nhiễm trùng.

Retrovirus-Một nhóm virus có chứa RNA và enzyme phiên mã ngược. Nhiều loại virus trong họ này gây ra khối u. Loại virus gây ra bệnh AIDS là một loại retrovirus.

Bệnh zona-Một căn bệnh gây ra bởi nhiễm trùng virus Herpes zoster, cùng loại virus gây ra thủy đậu. Các triệu chứng của bệnh zona bao gồm đau và mẩn nước dọc theo một dây thần kinh, thường là ở mặt, ngực, bụng hoặc lưng.

Virus-Một cấu trúc nhỏ gây bệnh có thể chỉ sinh sản trong tế bào sống và gây ra nhiều loại của các bệnh truyền nhiễm.

viêm gan mãn tính, herpes sinh dục, sởi và Lassa sốt, tuy nhiên có tương đối ít thông tin về những công dụng này. Trong một số ít trường hợp, việc bắt đầu điều trị bằng ribavirin có khiến chức năng hô hấp của trẻ bị suy giảm. Giám sát cẩn thận là điều cần thiết để sử dụng an toàn.

Các loại thuốc chống cúm nhím chung được dung nạp tốt. Amantadine cũng được sử dụng để điều trị bệnh

Bệnh Parkinson, có thể biểu hiện các tác dụng thần kinh trung ương thường xuyên hơn, bao gồm an thần và chóng mặt. Việc ngừng nhăn amantidine có thể làm tăng các triệu chứng Parkinson ở những bệnh nhân sử dụng thuốc cho mục đích đó. Tất cả đều là lịch trình C cho thai kỳ. Trong các nghiên cứu trên động vật, chúng đã gây dị tật thai nhi với liều lượng cao hơn nhiều lần so với liều bình thường ở người. Hãy thận trọng trong việc cho con bú.

## Tương tác

Tham khảo tài liệu tham khảo cụ thể để biết thông tin về thuốc tương tác.

**Đặc biệt thận trọng** ở những bệnh nhân dương tính với HIV, vì những bệnh nhân này thường sử dụng phác đồ đa thuốc với tần suất tương tác cao. Ganciclovir không nên được sử dụng cùng với các thuốc khác gây độc tính trên huyết học và không nên sử dụng cidofovir với các thuốc khác có thể gây tổn thương thận.

## Tài nguyên

ĐỊNH KÝ Grey, Mary

Ann. "Thuốc kháng virus." Điều dưỡng Chính hình 15 (11-12/1996): 82.

Samuel D. Uretsky, PharmD

## Sự lo lắng

### Sự định nghĩa

Lo lắng là một phản ứng đa hệ thống đối với một mối đe dọa hoặc nguy hiểm được nhận thức. Nó phản ánh sự kết hợp của những thay đổi sinh hóa trong cơ thể, lịch sử và trí nhớ cá nhân của bệnh nhân cũng như hoàn cảnh xã hội. Theo những gì chúng tôi biết, lo âu là một trải nghiệm độc nhất của con người. Các loài động vật khác rõ ràng biết sợ hãi, nhưng sự lo lắng của con người liên quan đến khả năng sử dụng trí nhớ và trí tưởng tượng để di chuyển lùi và tiến theo thời gian, điều mà các loài động vật đường như không có. Sự lo lắng xảy ra trong các hội chứng sau chấn thương cho thấy trí nhớ của con người là một chức năng tâm thần phức tạp hơn nhiều so với trí nhớ của động vật. Hơn nữa, phần lớn sự lo lắng của con người được tạo ra bởi sự dự đoán về các sự kiện trong tương lai. Nếu không có cảm giác về tính liên tục của cá nhân theo thời gian, con người sẽ không có "nguyên liệu thô" của sự lo lắng.

Điều quan trọng là phải phân biệt giữa lo âu như một cảm giác hoặc trải nghiệm và rối loạn lo âu như một chẩn đoán tâm thần. Một người có thể cảm thấy lo lắng mà không bị rối loạn lo âu. Ngoài ra, một người phải đối mặt với một mối nguy hiểm rõ ràng và hiện tại hoặc một nỗi sợ hãi thực tế thường không được coi là đang ở trạng thái lo lắng. Ngoài ra, sự lo lắng

thường xảy ra như một triệu chứng trong các loại rối loạn tâm thần khác.

### Mô tả Mặc dù lo

Lắng là một trải nghiệm phổ biến mà mọi người đôi khi gặp phải, nhưng rất khó để mô tả cụ thể vì nó có rất nhiều nguyên nhân tiềm ẩn và mức độ cường độ khác nhau. Các bác sĩ đôi khi phân loại lo lắng như một cảm xúc hoặc một cảm xúc tùy thuộc vào việc nó được mô tả bởi người có nó (cảm xúc) hay bởi một người quan sát bên ngoài (ánh hưởng). Từ cảm xúc thường được sử dụng để chỉ những thay đổi sinh hóa và trạng thái cảm giác làm nền tảng cho cảm giác lo lắng bên trong của một người. Ánh hưởng được sử dụng để mô tả trạng thái cảm xúc của một người từ góc nhìn của người quan sát. Nếu bác sĩ nói rằng bệnh nhân có ánh hưởng lo lắng, bác sĩ đó có nghĩa là bệnh nhân đó tỏ ra lo lắng hoặc lo lắng hoặc phản ứng với người khác một cách lo lắng (ví dụ: cá nhân run rẩy, run rẩy, v.v.).

Mặc dù lo lắng có liên quan đến sợ hãi nhưng nó không giống nhau. Sợ hãi là một phản ứng trực tiếp, tập trung đối với một sự kiện hoặc đối tượng cụ thể và con người nhận thức được điều đó một cách có ý thức. Hầu hết mọi người sẽ cảm thấy sợ hãi nếu ai đó chia sẻ đã nạp đạn vào họ hoặc nếu họ nhìn thấy một cơn lốc xoáy đang hình thành ở phía chân trời. Họ cũng sẽ nhận ra rằng họ sợ hãi. Mặt khác, lo lắng thường không tập trung, mơ hồ và khó xác định nguyên nhân cụ thể. Ở dạng này, nó được gọi là lo âu thả nổi. Đôi khi nỗi lo âu đang trôi qua ở hiện tại có thể xuất phát từ một sự kiện hoặc một người đã gây ra nỗi đau và sợ hãi trong quá khứ, nhưng người lo lắng không nhận thức được nguồn gốc ban đầu của cảm giác đó. Chính khía cạnh xa xôi của nỗi lo lắng đã khiến mọi người khó có thể so sánh trải nghiệm của họ về nó. Trong khi hầu hết mọi người sẽ sợ hãi trong những tình huống nguy hiểm về thể chất và có thể đồng ý rằng nỗi sợ hãi là một phản ứng thích hợp khi có nguy hiểm, thì sự lo lắng thường được kích hoạt bởi những đồ vật hoặc sự kiện đặc thù và cụ thể đối với một cá nhân. Một cá nhân có thể lo lắng vì một ý nghĩa đặc biệt hoặc ký ức bị kích thích bởi hoàn cảnh hiện tại, chứ không phải vì một mối nguy hiểm trước mắt nào đó. Một cá nhân khác nhìn người lo lắng từ bên ngoài có thể thực sự bối rối về lý do khiến người đó lo lắng.

### Nguyên nhân và triệu chứng Lo

Lắng có thể có một số nguyên nhân khác nhau. Đó là một phản ứng đa chiều đối với các kích thích trong môi trường của con người hoặc phản ứng với một kích thích bên trong (ví dụ, phản ứng của kẻ nghiện bệnh đối với tiếng kêu àm ĩ của dạ dày) do sự kết hợp của các quá trình tâm lý sinh học và cá nhân nói chung.

### Về thể chất

Trong một số trường hợp, lo âu được tạo ra bởi những phản ứng của cơ thể đối với căng thẳng, hoặc bởi một số quá trình bệnh hoặc do thuốc.

Lê

HỆ THỐNG THẦN KINH TỰ ĐỘNG (ANS). Hệ thống thần kinh của con người được "căng cứng" để phản ứng trước những mối nguy hiểm hoặc đe dọa. Những phản hồi này không phụ thuộc vào sự kiểm soát có ý thức, và ở con người cũng giống như ở động vật bậc thấp. Chúng đại diện cho sự thích nghi tiến hóa trước những kẻ săn mồi động vật và những mối nguy hiểm khác mà tất cả động vật, bao gồm cả con người nguyên thủy, đã phải đương đầu. Các phản ứng quen thuộc nhất thuộc loại này được gọi là phản ứng "chiến đấu hay bỏ chạy". Phản ứng này là "cảnh báo đỏ" tự động của cơ thể con người trong tình huống đe dọa tính mạng.

Đó là một trạng thái hưng phấn về sinh lý và cảm xúc được đánh dấu bằng sự căng cơ cao và cảm giác mạnh mẽ về sợ hãi hay giận dữ. Khi một người có phản ứng chiến đấu hoặc bỏ chạy, mức độ hormone căng thẳng trong máu của họ sẽ tăng lên. Họ trở nên tinh táo và chú ý hơn, mắt họ giãn ra, nhịp tim của họ tăng lên, nhịp thở của họ tăng lên, và quá trình tiêu hóa của chúng chậm lại, cho phép nhiều năng lượng hơn để có sẵn cho cơ bắp.

Phản ứng khẩn cấp này được điều chỉnh bởi một phần của hệ thống thần kinh được gọi là hệ thống thần kinh tự trị, hoặc ĐÁP. ANS được điều khiển bởi vùng dưới đồi, một phần đặc biệt của não nằm trong nhôm cầu trúc được gọi là hệ thống limbic. Hệ thống limbic kiểm soát cảm xúc của con người thông qua các kết nối của nó với các tuyến và cơ; nó cũng kết nối với ANS và các trung tâm não "cao hơn", chẳng hạn như các phần của vỏ não. Một vấn đề với sự sắp xếp này là hệ viền không thể phân biệt được sự khác biệt giữa thực tế mối đe dọa về thể chất và một suy nghĩ hoặc ý tưởng gây lo lắng. Vùng dưới đồi có thể kích hoạt tuyến yên giải phóng hormone gây căng thẳng, ngay cả khi không có mối nguy hiểm bên ngoài và khách quan. Vấn đề thứ hai là gây ra bởi các tác dụng phụ sinh hóa của quá nhiều "giả báo động" trong ANS. Khi một người phản ứng với một thực tế nguy hiểm, cơ thể họ sẽ loại bỏ các hormone gây căng thẳng bằng cách bỏ chạy hoặc đánh nhau. Tuy nhiên, trong cuộc sống hiện đại, mọi người thường có phản ứng chiến đấu hoặc bỏ chạy trong các tình huống mà họ không thể bỏ chạy cũng như không thể tấn công. Kết quả là cơ thể họ phải hấp thụ tất cả những thay đổi sinh hóa của tình trạng hưng phấn quá mức, thay vì giải phóng chúng. Những thay đổi sinh hóa này có thể tạo ra cảm giác lo lắng, cũng như căng cơ và các triệu chứng thể chất khác liên quan đến lo âu. Họ thậm chí có thể sản xuất những thay đổi vĩnh viễn trong não, nếu quá trình này xảy ra nhiều lần. Hơn nữa, các rối loạn thể chất mãn tính, chẳng hạn như bệnh động mạch vành, có thể trở nên trầm trọng hơn do lo lắng, vì chứng hưng phấn mãn tính gây căng thẳng quá mức cho tim, dạ dày và các cơ quan khác.

**BỆNH VÀ RỐI LOẠN.** Lo lắng có thể là triệu chứng của một số tình trạng bệnh lý. Một số bệnh này là những rối loạn của hệ thống nội tiết, chẳng hạn như Hội chứng Cushing (sản xuất quá mức cortisol do cơ thể sản xuất quá nhiều vỏ thượng thận), và bao gồm hoạt động quá mức hoặc kém hoạt động của

tuyến giáp. Các điều kiện y tế khác có thể tạo ra lo lắng bao gồm hội chứng suy hô hấp, bệnh van hai lá sa van, rối loạn chuyển hóa porphyrin và đau ngực do cung cấp máu không đủ cho tim (đau thắt ngực).

#### THUỐC VÀ SỬ DỤNG CHẤT CHẤT

Nhiều thuốc có thể gây ra các triệu chứng giống lo lắng như một tác dụng phụ tác dụng. Chúng bao gồm thuốc tránh thai; một số tuyến giáp hoặc thuốc trị hen suyễn; một số thuốc hướng tâm thần; thỉnh thoảng, thuốc gây tê cục bộ; corticosteroid; hạ huyết áp ma túy; và các thuốc chống viêm không steroid (như flurbiprofen và ibuprofen).

Mặc dù mọi người thường không nghĩ caffeine là một loại thuốc, nó có thể gây ra các triệu chứng giống như lo âu khi dùng với số lượng vừa đủ. Những bệnh nhân tiêu thụ thực phẩm và đồ uống giàu caffeine như sô cô la, ca cao, cà phê, trà hoặc nước ngọt có ga (đặc biệt là cola đồ uống), đôi khi có thể làm giảm các triệu chứng lo lắng của họ chỉ đơn giản bằng cách giảm lượng tiêu thụ những chất này.

Việc ngừng sử dụng một số loại thuốc theo toa, thuốc chẹn beta sơ cấp và corticosteroid có thể gây lo lắng. Việc cai nghiện ma túy, bao gồm cả LSD, cocaine, rượu và thuốc phiện cũng có thể gây lo lắng.

#### Hiệp hội đã học

Một số khía cạnh của sự lo lắng dường như là không thể tránh khỏi sản phẩm phụ của quá trình phát triển của con người. Con người là loài động vật độc nhất ở chỗ chúng dành thời gian thời gian dài đời dài bất thường trong hoàn cảnh tương đối bất lực và cảm giác bất lực có thể dẫn đến lo âu. Khoảng thời gian kéo dài sự phụ thuộc của con người vào người lớn có nghĩa là mọi người có thể nhớ và học cách đoán trước những trải nghiệm đáng sợ hoặc khó chịu từ rất lâu trước đó. Họ có đủ khả năng để cảm nhận được cảm giác làm chủ môi trường của họ. Ngoài ra, thực tế là chứng rối loạn lo âu thường xảy ra trong gia đình cho thấy trẻ em có thể học hỏi những thái độ và hành vi không lành mạnh từ cha mẹ, cũng như những người khỏe mạnh. Ngoài ra, các rối loạn tái phát trong gia đình có thể chỉ ra rằng có một thành phần di truyền hoặc di truyền trong một số chứng rối loạn lo âu. Ví dụ, có được phát hiện là có tỷ lệ rối loạn lo âu cao hơn (hoảng loạn) ở những cặp song sinh giống hệt nhau hơn là ở những cặp song sinh khác nhau.

#### PHÁT TRIỂN TRẺ EM VÀ LO LẮNG

Các nhà nghiên cứu về phát triển tuổi thơ coi sự lo lắng trong cuộc sống trưởng thành như một tàn dư của ký ức tuổi thơ sự phụ thuộc. Con người học hỏi trong năm đầu đời rằng họ không thể tự túc và sự sống còn cơ bản của họ phụ thuộc vào sự quan tâm của người khác. Người ta cho rằng đây trải nghiệm sớm về sự bất lực là nền tảng cho những lo lắng phổ biến nhất của cuộc sống trưởng thành, bao gồm nỗi sợ bất lực và sợ không được yêu thương. Vì vậy, người lớn có thể được thực hiện lo lắng bởi những mối đe dọa mang tính biếu tượng đối với ý thức về năng lực của họ

và/hoặc những mối quan hệ quan trọng, mặc dù họ không còn là những đứa trẻ bắt lực.

**BIỂU TƯỢNG.** Mô hình phân tâm học coi trọng khía cạnh biểu tượng của sự lo lắng của con người; các ví dụ bao gồm rối loạn ám ảnh, ám ảnh, cưỡng chế và các dạng lo âu khác mang tính cá nhân hóa cao. Độ dài của quá trình trưởng thành của con người mang lại nhiều cơ hội cho trẻ em và thanh thiếu niên kết nối trải nghiệm của chúng với những đồ vật hoặc sự kiện nhất định có thể mang lại cảm xúc trong cuộc sống sau này. Ví dụ, một người khi còn nhỏ từng sợ một người đàn ông cao deo kính có thể cảm thấy hoảng sợ nhiều năm sau bởi điều gì đó khiến anh ta nhớ đến người hoặc trải nghiệm đó mà không biết tại sao một cách có ý thức.

Freud cho rằng sự lo lắng là kết quả của những xung đột nội tâm của một người. Theo lý thuyết của ông, mọi người cảm thấy lo lắng khi một mặt họ cảm thấy bị giằng xé giữa ham muốn hoặc thôi thúc thực hiện một số hành động nhất định và mặt khác là những hạn chế về mặt đạo đức. Trong một số trường hợp, sự lo lắng của một người có thể gắn liền với một đối tượng tượng trưng cho sự xung đột nội tâm. Ví dụ, một người cảm thấy lo lắng về tiền bạc có thể bị giằng co giữa mong muốn ăn trộm và niềm tin rằng ăn trộm là sai trái. Tiền trở thành biểu tượng cho sự xung đột nội tâm giữa việc làm những gì được cho là đúng và làm những gì mình muốn.

**PHOBIAS.** Ám ảnh sợ là một loại phản ứng lo âu đặc biệt, trong đó sự lo lắng của một người tập trung vào một đối tượng hoặc tình huống cụ thể mà người đó có gắng tránh né. Trong hầu hết các trường hợp, nỗi sợ hãi của một người hoàn toàn không liên quan đến "nguyên nhân" của nó. Trước Cảm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần, ấn bản thứ 4 (DSM-IV), những nỗi ám ảnh cụ thể này được gọi là nỗi ám ảnh đơn giản. Người ta ước tính rằng 10-11% dân số sẽ mắc chứng ám ảnh trong đời. Một số nỗi ám ảnh, chẳng hạn như chứng sợ khoảng trống (sợ không gian rộng mở), chứng sợ bị vây kín (sợ không gian nhỏ hoặc chật hẹp) và ám ảnh sợ xã hội, được chia sẻ bởi rất nhiều người. Những vấn đề khác ít phổ biến hơn hoặc chỉ xảy ra với bệnh nhân.

#### Các yếu tố gây căng thẳng về xã hội và môi trường

Lo lắng thường có khía cạnh xã hội vì con người là sinh vật xã hội. Mọi người thường xuyên báo cáo cảm giác lo lắng cao độ khi họ dự đoán và do đó sợ mất đi sự chấp thuận hoặc tình yêu của xã hội. Ám ảnh sợ xã hội là một chứng rối loạn lo âu cụ thể được biểu hiện bằng mức độ lo lắng hoặc sợ xấu hổ cao độ trong các tình huống xã hội.

Một yếu tố gây căng thẳng xã hội khác là thành kiến. Những người thuộc các nhóm là mục tiêu của sự thiên vị có nguy cơ mắc chứng rối loạn lo âu cao hơn. Ví dụ, một số chuyên gia cho rằng tỷ lệ ám ảnh và rối loạn hoảng sợ cao hơn ở phụ nữ phản ánh mức độ dễ bị tổn thương về kinh tế và xã hội của họ.

Một số nghiên cứu gây tranh cãi chỉ ra rằng sự gia tăng các hình ảnh và câu chuyện bạo lực hoặc gây khó chịu trong các bản tin và giải trí có thể làm tăng mức độ lo lắng của nhiều người. Các chương trình quản lý căng thẳng và lo lắng thường đề nghị bệnh nhân giảm tiếp xúc với các kích thích khó chịu.

Lo lắng cũng có thể do các yếu tố môi trường hoặc nghề nghiệp gây ra. Những người phải sống hoặc làm việc xung quanh những tiếng động lớn hoặc ngọt, đèn sáng hoặc nhấp nháy, hơi hóa chất hoặc những phiền toái tự nhiên tự mà họ không thể tránh hoặc kiểm soát, có thể phát triển mức độ lo lắng cao hơn.

#### Lo lắng hiện sinh

Một yếu tố khác hình thành nên trải nghiệm lo lắng của con người là kiến thức về tỷ lệ tử vong cá nhân. Con người là loài động vật duy nhất nhận thức được tuổi thọ hữu hạn của mình. Một số nhà nghiên cứu cho rằng nhận thức về cái chết ánh hưởng đến trải nghiệm lo lắng kể từ khi một người đủ lớn để hiểu về cái chết.

#### Triệu chứng lo âu

Để hiểu được chẩn đoán và điều trị chứng lo âu, việc hiểu biết cơ bản về các triệu chứng của nó là rất hữu ích.

**DẠNG CƠ THỂ.** Các triệu chứng cơ thể hoặc thể chất của lo âu bao gồm đau đầu, chóng mặt hoặc choáng váng, buồn nôn và/hoặc nôn mửa, tiêu chảy, ngứa ran, nước da nhợt nhạt, đỏ mồ hôi, tê, khó thở và cảm giác tức ngực, cổ, vai hoặc bàn tay. Những triệu chứng này được tạo ra bởi các phản ứng nội tiết tố, cơ bắp và tim mạch liên quan đến phản ứng chiến đấu hoặc bỏ chạy.

**HÀNH VI.** Các triệu chứng hành vi của lo âu bao gồm đi lại lại, run rẩy, bồn chồn nói chung, thở gấp, nói năng gây áp lực, vặn tay hoặc gõ ngón tay.

**NHẬN THỨC.** Các triệu chứng nhận thức của lo âu bao gồm những suy nghĩ tái diễn hoặc ám ảnh, cảm giác diệt vong, những suy nghĩ hoặc ý tưởng gây bệnh tật hoặc sợ hãi, và sự nhầm lẫn hoặc không có khả năng tập trung.

**XÚC ĐỘNG.** Các trạng thái cảm giác liên quan đến lo lắng bao gồm căng thẳng hoặc bồn chồn, cảm giác "siêu phản khích" hoặc "bị kích động" và cảm giác không thực tế, hoảng sợ hoặc kinh hãi.

**CƠ CHẾ PHÒNG VỆ.** Trong lý thuyết phân tâm học, các triệu chứng lo âu ở người có thể phát sinh hoặc kích hoạt một số cơ chế phòng vệ vô thức.

Vì những cơ chế phòng vệ này, một người có thể lo lắng mà không ý thức được điều đó hoặc tỏ ra lo lắng với người khác. Những biện pháp phòng vệ tâm lý này bao gồm:

- Đàn áp. Người đó đẩy những suy nghĩ lo lắng hoặc những ý tưởng xuất phát từ nhận thức có ý thức.
- Sự dịch chuyển. Sự lo lắng từ một nguồn được gắn liền với một nguồn đối tượng hoặc sự kiện khác nhau. Nỗi ám ảnh là một ví dụ về cơ chế dịch chuyển trong lý thuyết phân tâm học.
- Hợp lý hóa. Người này biện minh cho cảm giác lo lắng bằng cách nói rằng bất kỳ người bình thường nào cũng sẽ cảm thấy lo lắng trong hoàn cảnh của họ.
- Cơ thể hóa. Sự lo lắng xuất hiện dưới dạng những lời phàn nàn về thể chất và bệnh tật, chẳng hạn như những cơn đau tái đi tái lại, nhức đầu, đau dạ dày, hoặc đau cơ và khớp.

• Hình thành ảo tưởng. Người đó biến những cảm giác lo lắng thành những thuyết âm mưu hoặc những ý tưởng tương tự mà không cần thử nghiệm thực tế. Sự hình thành ảo tưởng có thể liên quan đến các nhóm cũng như các cá nhân.

Các nhà lý thuyết khác cho rằng một số chứng nghiệm ma túy là do mong muốn làm giảm các triệu chứng lo lắng. Hầu hết các chứng nghiệm họ lập luận rằng, bắt nguồn từ việc sử dụng các chất hoặc hành vi làm thay đổi tâm trạng để "điều trị" cảm giác lo lắng.

## Chẩn đoán

**Chẩn đoán lo âu rất khó khăn và phức tạp**  
bởi vì sự đa dạng của các nguyên nhân và tính chất cá nhân hóa cao độ của việc hình thành triệu chứng.  
Không có xét nghiệm y tế nào có thể được sử dụng để chẩn đoán sự lo lắng của chính nó. Khi bác sĩ khám cho một người lo lắng bệnh nhân, trước tiên họ sẽ loại trừ các tình trạng thể chất và bệnh có triệu chứng lo lắng. Ngoài những điều này  
ngoài trừ, việc khám thực thể thường không đưa ra kết luận. Một số bệnh nhân lo lắng có thể bị huyết áp  
hoặc nhịp tim bị ảnh hưởng bởi sự lo lắng, hoặc có thể trông nhợt nhạt hoặc khó thở, nhưng những người khác có thể trông hoàn toàn bình thường. Bình thường. Sau đó bác sĩ sẽ cho bệnh nhân uống thuốc,  
lịch sử chế độ ăn uống và nghề nghiệp để xem liệu họ có đang dùng thuốc theo toa có thể gây lo lắng, nếu chúng  
lạm dụng rượu hoặc các loại thuốc làm đổi tâm trạng, nếu họ tiêu thụ một lượng lớn caffeine hoặc nếu nói làm việc của họ ôn ào hoặc nguy hiểm. Trong hầu hết các trường hợp, điều quan trọng nhất  
Nguồn thông tin chẩn đoán là tiền sử tâm lý và xã hội của bệnh nhân. Bác sĩ có thể đưa ra một bản tóm tắt  
kiểm tra tâm lý để giúp đánh giá cường độ của  
sự lo lắng của bệnh nhân và một số tính năng của nó. Một số xét nghiệm mà thường được đưa ra bao gồm Thang đo lo âu Hamilton và  
Lịch phỏng vấn Rối loạn lo âu (ADIS). Nhiều bác sĩ sẽ kiểm tra một số yếu tố hóa học trong máu,  
chẳng hạn như mức độ hormone tuyến giáp và lượng đường trong máu.

## Sự đối đãi

Không phải tất cả bệnh nhân lo âu đều cần điều trị, nhưng đối với những trường hợp nặng hơn, nên điều trị.

Bởi vì lo âu thường có nhiều hơn một nguyên nhân và được trải nghiệm theo những cách rất riêng biệt, việc điều trị nó thường đòi hỏi nhiều hơn một loại trị liệu. Ngoài ra, không có cách nào để biết trước bệnh nhân sẽ như thế nào đáp ứng với một loại thuốc hoặc liệu pháp cụ thể. Đôi khi bác sĩ sẽ cần thử các loại thuốc hoặc phương pháp điều trị khác nhau. Điều trị trước khi tìm ra sự kết hợp tốt nhất cho bệnh nhân cụ thể. Thường mất khoảng sáu đến tám tuần để bác sĩ đánh giá hiệu quả của thuốc

phác đồ điều trị.

## Thuốc

Thuốc thường được kê đơn để làm giảm các triệu chứng lo âu về thể chất và tâm lý. Hầu hết các đại lý hoạt động bằng cách chống lại các phản ứng sinh hóa và cơ bắp những thay đổi liên quan đến phản ứng chiến đấu hoặc bỏ chạy. Một số tác động trực tiếp lên các chất hóa học trong não được cho là nền tảng cho sự lo lắng.

**GIẢM GIÁ**. Thuốc giải lo âu đôi khi được gọi là thuốc an thần. Hầu hết các loại thuốc giải lo âu là benzodi-azepines hoặc barbiturat. Barbiturate, từng phổ biến được sử dụng, hiện nay hiếm khi được sử dụng trong thực hành lâm sàng. Tỷ lệ Barbitu hoạt động bằng cách làm chậm quá trình truyền thần kinh xung động từ não đến các bộ phận khác của cơ thể. Họ bao gồm các loại thuốc như phenobarbital (Luminal) và pen-toobarbital (Nembutal). Các thuốc benzodiazepin hoạt động bằng cách làm thư giãn các cơ xương và làm dịu hệ thống limbic. Chúng bao gồm các loại thuốc như chlordiazepoxide (Librium) và diazepam (Valium). Cả barbiturat và benzodi-azepines đều có khả năng hình thành thói quen và có thể gây ra các triệu chứng cai thuốc, nhưng các thuốc benzodiazepin thì ít hơn nhiều có khả năng gây ra sự phụ thuộc về thể chất hơn barbiturat. Cả hai loại thuốc này cũng làm tăng tác dụng của rượu và không bao giờ nên được thực hiện kết hợp với nó.

Hai loại thuốc giải lo âu khác bao gồm meprobamate (Equanil), hiện nay hiếm khi được sử dụng, và buspirone (BuSpar), một loại thuốc giải lo âu mới xuất hiện làm việc bằng cách tăng cường hiệu quả hoạt động của cơ thể hóa chất não điều chỉnh cảm xúc. Buspirone có nhiều ưu điểm hơn các thuốc giải lo âu khác. Nó không gây ra vấn đề phụ thuộc, không tương tác với rượu, và không ảnh hưởng đến khả năng lái xe hoặc vận hành của bệnh nhân mệt mỏi. Tuy nhiên, buspirone không có tác dụng chống lại một số loại lo lắng, chẳng hạn như rối loạn hoảng sợ.

**THUỐC GIẢM GIÁ VÀ CHẶN BETA.** Đôi với một số rối loạn lo âu, chẳng hạn như rối loạn ám ảnh cưỡng chế và lo âu kiềm hoảng loạn, một loại thuốc dùng để điều trị trầm cảm, thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI; chẳng hạn như Prozac và Paxil), là phương pháp điều trị sự lựa chọn. Bởi vì lo lắng thường tồn tại cùng với các triệu chứng của trầm cảm, nhiều bác sĩ kê đơn thuốc chống trầm cảm cho bệnh nhân lo âu/trầm cảm. Trong khi SSRI là

phổ biến hơn, thuốc chống trầm cảm đôi khi được kê đơn trước, bao gồm cả thuốc chống trầm cảm ba vòng như imipramine (Tofranil) hoặc thuốc ức chế monoamine oxidase (chất ức chế MAO) như phenelzine (Nardil).

Thuốc chẹn beta là thuốc hoạt động bằng cách ngăn chặn phản ứng của cơ thể với các hormone gây căng thẳng được giải phóng trong phản ứng chiến đấu hoặc bỏ chạy. Chúng bao gồm thuốc như propranolol (Inderal) hoặc atenolol (Tenormin). Thuốc chẹn beta đôi khi được dùng cho bệnh nhân có triệu chứng lo âu sau chấn thương. Thông thường hơn, thuốc chẹn beta được dùng cho những bệnh nhân có rối loạn xã hội nhẹ. Lo lắng ám ảnh, chẳng hạn như sợ nói trước đám đông.

#### Tâm lý trị liệu

Hầu hết bệnh nhân lo âu sẽ được cung cấp một số hình thức tâm lý trị liệu cùng với thuốc. Nhiều bệnh nhân được hưởng lợi từ các liệu pháp định hướng sâu sắc, đó là được thiết kế để giúp họ khám phá những xung đột vô thức và cơ chế bảo vệ để hiểu làm thế nào họ các triệu chứng phát triển. Bệnh nhân vô cùng lo lắng có thể được hưởng lợi từ liệu pháp tâm lý hỗ trợ, nhằm mục đích giảm triệu chứng hơn là tái cấu trúc nhận thức.

Hai cách tiếp cận mới hơn có tác dụng tốt với những người lo lắng bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp nhận thức hành vi (CBT), và rèn luyện thư giãn. Trong CBT, bệnh nhân được dạy cách xác định những suy nghĩ và tình huống kích thích sự lo lắng của họ và nhìn nhận chúng một cách thực tế hơn. Trong hành vi là một phần của chương trình, bệnh nhân được tiếp xúc với đối tượng, tình huống hoặc kích thích bên trong gây lo lắng (như một nhịp tim nhanh) theo từng giai đoạn dần dần cho đến khi bệnh nhân quen với điều đó. Huấn luyện thư giãn, đôi khi được gọi là đào tạo quản lý lo âu, bao gồm cả việc thở các bài tập và kỹ thuật tương tự nhằm giúp bệnh nhân ngăn chặn tình trạng tăng khát và giảm đau cơ căng thẳng liên quan đến phản ứng chiến đấu hoặc bỏ chạy. Cả hai CBT và huấn luyện thư giãn có thể được sử dụng trong liệu pháp nhóm cũng như điều trị riêng lẻ. Ngoài CBT, các nhóm hỗ trợ thường hữu ích cho những bệnh nhân lo lắng, bởi vì họ cung cấp một mạng lưới xã hội và giảm bớt sự bối rối thường đi kèm với các triệu chứng lo âu.

#### Phẫu thuật tâm lý

Phẫu thuật não rất hiếm khi được khuyến khích cho bệnh nhân lo lắng; tuy nhiên, một số bệnh nhân bị nặng trường hợp rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD) có đã được giúp đỡ nhờ một cuộc phẫu thuật trên một phần não tham gia vào OCD. Thông thường, thao tác này được thực hiện sau khi tất cả các phương pháp điều trị khác đã thất bại.

#### Điều trị thay thế

Các phương pháp điều trị thay thế cho chứng lo âu bao gồm nhiều loại cách tiếp cận. Việc rèn luyện thiền định và chánh niệm là

được cho là có lợi cho bệnh nhân mắc chứng ám ảnh và rối loạn hoảng sợ. Thủ liệu pháp hữu ích cho một số bệnh nhân lo lắng bởi vì nó thúc đẩy sự thư giãn chung của hệ thần kinh. Liệu pháp yoga, aikido, thái cực quyền và khiêu vũ giúp ích cho bệnh nhân làm việc với những căng thẳng về thể chất cũng như cảm xúc điều đó thúc đẩy sự lo lắng hoặc được tạo ra bởi sự lo lắng.

Vì lượng đồng căn và y học cổ truyền Trung Quốc tiếp cận sự lo lắng như một triệu chứng của rối loạn hệ thống. Những người thực hành vi lượng đồng căn lựa chọn một phương pháp điều trị dựa trên các triệu chứng liên quan khác và thể trạng chung của bệnh nhân. Y học Trung Quốc coi sự lo lắng là một sự tắc nghẽn khí, hay sinh lực, bên trong cơ thể bệnh nhân mạnh mẽ nhất có khả năng ảnh hưởng đến dòng chảy kinh tuyến của phổi và ruột già. Người hành nghề Trung y chọn vị trí huyệt đạo và/hoặc liệu pháp thảo dược để vận chuyển khí và cân bằng lại toàn bộ hệ thống liên quan đến phổi và ruột già.

Liệu pháp mùi hương sử dụng tinh dầu cũng có thể có hiệu quả trong việc điều trị bệnh nhân lo âu. Dầu đi trực tiếp lên não thông qua dây thần kinh khứu giác (điều khiển mùi) và có thể tác động trực tiếp đến việc làm dịu hệ thần kinh.

#### Tiên lượng

Tiên lượng cho việc giải quyết lo âu phụ thuộc vào rối loạn cụ thể và nhiều yếu tố khác nhau, bao gồm tuổi tác, giới tính, sức khỏe chung, hoàn cảnh sống, hệ thống tín ngưỡng, mạng lưới hỗ trợ xã hội và phản ứng với các loại thuốc và hình thức giải lo âu khác nhau của liệu pháp.

#### Phòng ngừa

Con người có quyền kiểm soát đáng kể đối với suy nghĩ, và do đó, có thể học cách ngăn chặn sự lo lắng bằng cách thay đổi những ý tưởng và niềm tin phi lý. Con người cũng có một số sức mạnh đối với sự lo lắng phát sinh từ các điều kiện xã hội và môi trường. Tuy nhiên, các dạng lo âu khác được xây dựng trong cơ thể con người và vòng đời của nó, và không thể ngăn chặn hoặc loại bỏ được.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

- "Rối loạn lo âu." Trong Sổ tay chẩn đoán và thống kê của Rối loạn tâm thần. tái bản lần thứ 4. Washington, DC: Người Mỹ Hiệp hội Tâm thần, 1994.
- Clark, R. Barkley. "Các khía cạnh tâm lý xã hội của Nhi khoa & Rối loạn tâm thần." Trong Chẩn đoán nhi khoa hiện tại & Điều trị, biên tập. William W. Hay Jr., và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.
- Corbman, Gene R. "Rối loạn lo âu." Trong chẩn đoán hiện tại. Tập. 9. Biên tập. Rex B. Conn và cộng sự. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Ảnh hưởng**—Một biểu hiện cảm xúc được quan sát hoặc phản ứng. Trong một số tình huống, sự lo lắng sẽ được coi là một tác động không phù hợp.

**Thuốc giải lo âu**—Một loại thuốc giúp giảm bớt sự lo lắng.

**Hệ thống thần kinh tự trị (ANS)**—Một phần của hệ thống thần kinh cung cấp các dây thần kinh trong mạch máu, tim, ruột, các tuyến và các cơ trơn và điều khiển các hoạt động không chủ ý của chúng hoạt động. Hệ thống thần kinh tự trị là chịu trách nhiệm về những thay đổi sinh hóa liên quan trong những trải nghiệm lo lắng.

**Tuyến nội tiết**—Một tuyến không có óc dẫn, chẳng hạn như tuyến yên, tuyến giáp hoặc tuyến thượng thận tiết ra sản phẩm trực tiếp vào máu hoặc bạch huyết.

**Lo lắng trôi nổi**—Lo lắng thiếu trọng tâm hoặc nội dung xác định.

**Hyperarousal**—Một trạng thái hoặc tình trạng của cơ bắp và căng thẳng cảm xúc do hormone tạo ra được giải phóng trong phản ứng chiến đấu hoặc bỏ chạy.

**Vùng dưới đồi**—Một phần của não điều khiển hệ thần kinh tự trị, giải phóng hormone từ tuyến yên, chu kỳ giấc ngủ, và nhiệt độ cơ thể.

**Hệ thống limbic**—Một nhóm cấu trúc trong não bao gồm vùng dưới đồi, amygdala và hôi hàn mĩ. Hệ thống limbic đóng vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh tâm trạng và cảm xúc của con người. Nhiều rối loạn tâm thần có liên quan đến trực trặc của hệ thống limbic.

**Nỗi ám ảnh**—Trong lý thuyết phân tâm học, một biện pháp bảo vệ tâm lý chống lại sự lo lắng trong đó bệnh nhân chuyển cảm giác lo lắng sang một vật thể bên ngoài, hoạt động, hoặc tình huống.

Bác sĩ Ronald M. và Ada P. Kahn. *Bách khoa toàn thư về thành kiến, sợ hãi và lo lắng*. New York: Sự kiện trong hồ sơ, 1989.

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

Gaylin, Willard. *Cảm giác: Dấu hiệu quan trọng của chúng tôi*. New York: Ballantine Books, 1979.

Kabat-Zinn, Jon. *Cuộc sống đầy thám họa: Sử dụng trí tuệ của Cơ thể và Tâm trí của Bạn để Đối mặt với Căng thẳng, Đau đớn và Bệnh tật*. New York: Tập đoàn xuất bản Bantam Doubleday Dell, Inc., 1990.

Rebecca J. Frey

## Rối loạn lo âu

### Sự định nghĩa

Rối loạn lo âu là một nhóm rối loạn tâm thần được đặc trưng bởi lo âu như một triệu chứng trung tâm hoặc cốt lõi. Mặc dù lo lắng là một trải nghiệm thông thường nhưng không phải tất cả những người trải qua nó đều mắc chứng rối loạn lo âu. Lo lắng có liên quan đến nhiều loại bệnh tật về thể chất, tác dụng phụ của thuốc và các rối loạn tâm thần khác.

Việc sửa đổi *Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần* (DSM) diễn ra sau Năm 1980 mang lại những thay đổi lớn trong việc phân loại rối loạn lo âu. Trước năm 1980, các nhà tâm thần học đã phân loại bệnh nhân trên cơ sở lý thuyết nhân quả xác định lo lắng là kết quả của những xung đột vô thức trong tâm trí bệnh nhân. DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) và DSM-IV (1994) đã giới thiệu và cải tiến một cách phân loại mới có tính đến những khám phá gần đây về nguồn gốc sinh hóa và hậu chấn thương của một số loại của sự lo lắng. Các định nghĩa hiện tại dựa trên các mô hình triệu chứng bên ngoài và được báo cáo của các chứng rối loạn. Hơn là các lý thuyết về nguồn gốc của chúng.

### Sự miêu tả

Rối loạn lo âu là dạng phổ biến nhất của rối loạn tâm thần trong dân chúng Hoa Kỳ. Nó là ước tính có 28 triệu người mắc chứng lo âu rối loạn hàng năm. Những rối loạn này là một vấn đề nghiêm trọng đối với toàn xã hội vì sự can thiệp của chúng với công việc, học tập và cuộc sống gia đình của bệnh nhân. Họ cũng góp phần làm tăng tỷ lệ rượu và chất kích thích lạm dụng ở Hoa Kỳ. Rối loạn lo âu là một vấn đề bổ sung đối với các chuyên gia y tế vì các triệu chứng thể chất của lo âu thường xuyên đưa người ta đến bác sĩ chăm sóc ban đầu hoặc phòng cấp cứu.

DSM-IV định nghĩa 12 loại rối loạn lo âu trong dân số trưởng thành. Chúng có thể được nhóm lại dưới bảy tiêu đề:

- **Rối loạn hoảng sợ** có hoặc không có chứng sợ khoảng trống. Các đặc điểm chính của rối loạn hoảng sợ là sự xuất hiện của các cơn hoảng loạn cùng với nỗi lo sợ chúng sẽ tái diễn. Trong môi trường lâm sàng, chứng sợ khoảng trống thường không phải là một chứng rối loạn mà thường liên quan đến một số dạng bệnh của chứng rối loạn hoảng sợ. Bệnh nhân mắc chứng sợ khoảng trống sợ hãi về những địa điểm hoặc tình huống mà họ có thể hoảng sợ tấn công và không thể rời đi hoặc tìm kiếm sự giúp đỡ. Về 25% bệnh nhân mắc chứng rối loạn hoảng sợ sẽ mắc chứng rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD).
- **Nỗi ám ảnh**. Chúng bao gồm những nỗi ám ảnh cụ thể và xã hội nỗi ám ảnh. Nỗi ám ảnh là nỗi sợ hãi phi lý mãnh liệt về một

đối tượng hoặc tình huống cụ thể buộc bệnh nhân phải tránh nó. Một số nỗi ám ảnh liên quan đến các hoạt động hoặc đồ vật có một số rủi ro (ví dụ: bay hoặc lái xe) nhưng nhiều nỗi ám ảnh tập trung vào động vật vô hại hoặc các đồ vật khác.

Nỗi ám ảnh xã hội liên quan đến nỗi sợ bị sỉ nhục, đánh giá hoặc xem xét kỹ lưỡng. Nó biểu hiện ở việc sợ thực hiện một số chức năng nhất định trước sự chứng kiến của người khác, chẳng hạn như nói trước công chúng hoặc sử dụng nhà vệ sinh công cộng.

- Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD). Rối loạn này được đánh dấu bằng những suy nghĩ không mong muốn, xâm lấn, dai dẳng hoặc các hành vi lặp đi lặp lại phản ánh sự lo lắng hoặc nỗ lực kiểm soát nó của bệnh nhân. Nó ảnh hưởng đến khoảng 2-3% dân số và phổ biến hơn nhiều so với suy nghĩ trước đây.
- Rối loạn căng thẳng. Chúng bao gồm rối loạn căng thẳng sau chấn thương (PTSD) và rối loạn căng thẳng cấp tính. Rối loạn căng thẳng là những phản ứng có triệu chứng trước những sự kiện gây sang chấn trong cuộc sống của bệnh nhân.
- Rối loạn lo âu lan tỏa (GAD). GAD là chứng rối loạn lo âu được chẩn đoán phổ biến nhất và xảy ra thường xuyên nhất ở người trẻ tuổi.

- Rối loạn lo âu do nguyên nhân thực thể đã biết. Chúng bao gồm các tình trạng bệnh lý nói chung hoặc lạm dụng chất gây nghiện.
- Rối loạn lo âu không được chỉ định khác. Loại cuối cùng này không phải là một loại rối loạn riêng biệt mà được đưa vào để bao gồm các triệu chứng không đáp ứng tiêu chí DSM-IV cụ thể đối với các chứng rối loạn lo âu khác.

Tất cả các chẩn đoán rối loạn lo âu DSM-IV đều bao gồm tiêu chí về mức độ nghiêm trọng. Sự lo lắng phải đủ nghiêm trọng để ảnh hưởng đáng kể đến chức năng nghề nghiệp hoặc giáo dục, hoạt động xã hội hoặc mối quan hệ thân thiết của bệnh nhân và các hoạt động thường thường khác.

Các rối loạn lo âu rất khác nhau về tần suất xuất hiện trong dân số nói chung, độ tuổi khởi phát, mô hình gia đình và phân bố giới tính. Các rối loạn căng thẳng và rối loạn lo âu do tình trạng bệnh lý hoặc lạm dụng chất gây ra ít cự thể hơn về độ tuổi và giới tính.

Trong khi OCD ảnh hưởng đến nam và nữ như nhau thì GAD, rối loạn hoảng sợ và nỗi ám ảnh cụ thể đều ảnh hưởng đến phụ nữ thường xuyên hơn nam giới. GAD và rối loạn hoảng sợ có nhiều khả năng phát triển ở người trẻ tuổi, trong khi nỗi ám ảnh và OCD có thể bắt đầu từ thời thơ ấu.

#### Rối loạn lo âu ở trẻ em và thanh thiếu niên

DSM-IV định nghĩa một chứng rối loạn lo âu là đặc trưng cho trẻ em, đó là chứng rối loạn lo âu chia ly. Rối loạn này được định nghĩa là sự lo lắng về việc phải xa nhà hoặc gia đình quá mức hoặc không phù hợp với độ tuổi của trẻ. Ở một số trẻ, lo lắng về sự xa cách có dạng triền khische.

Trẻ em và thanh thiếu niên cũng có thể được chẩn đoán mắc chứng rối loạn hoảng sợ, ám ảnh, rối loạn lo âu tổng quát và hội chứng căng thẳng sau chấn thương.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Nguyên nhân gây lo âu bao gồm nhiều yếu tố cá nhân và xã hội chung, và có thể gây ra các triệu chứng về thể chất, nhận thức, cảm xúc hoặc hành vi. Nền tảng dân tộc hoặc văn hóa của bệnh nhân cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng dễ bị tổn thương của họ đối với một số dạng lo âu nhất định. Các yếu tố di truyền dẫn đến những bất thường về sinh hóa cũng có thể đóng một vai trò nào đó.

Lo lắng ở trẻ em có thể do bị lạm dụng cũng như do các yếu tố gây lo lắng ở người lớn.

#### Chẩn đoán

Việc chẩn đoán rối loạn lo âu rất phức tạp do có nhiều nguyên nhân gây lo âu và nhiều loại rối loạn có thể bao gồm lo lắng như một triệu chứng. Nhiều bệnh nhân mắc chứng rối loạn lo âu có những đặc điểm hoặc triệu chứng của nhiều chứng rối loạn. Những bệnh nhân có lo âu được cho là do rối loạn tâm thần khác, chẳng hạn như tâm thần phân liệt hoặc trầm cảm nặng, không được chẩn đoán mắc chứng rối loạn lo âu. Bác sĩ khám cho một bệnh nhân lo lắng thường sẽ bắt đầu bằng cách loại trừ các bệnh được biết là gây lo lắng và sau đó tiến hành xem xét tiền sử dùng thuốc của bệnh nhân để loại trừ tác dụng phụ của thuốc theo toa. Hầu hết các bác sĩ sẽ hỏi về việc tiêu thụ caffeine để xem liệu thói quen ăn kiêng của bệnh nhân có phải là một yếu tố hay không. Công việc và hoàn cảnh gia đình của bệnh nhân cũng sẽ được thảo luận. Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm về lượng đường trong máu và chức năng tuyến giáp cũng rất phổ biến

#### Xét nghiệm chẩn đoán lo âu

Không có xét nghiệm nào có thể chẩn đoán chứng lo âu, mặc dù bác sĩ có thể yêu cầu một số xét nghiệm cụ thể để loại trừ tình trạng bệnh. Mặc dù không có bài kiểm tra tâm thần nào có thể đưa ra chẩn đoán xác định về chứng rối loạn lo âu, nhưng có một số cuộc phỏng vấn trả lời ngắn hoặc bảng liệt kê triệu chứng mà bác sĩ có thể sử dụng để đánh giá cường độ lo âu của bệnh nhân và một số triệu chứng liên quan, đặc trưng. Các biện pháp này bao gồm Thang đo lo âu Hamilton và Lịch phỏng vấn rối loạn lo âu (ADIS).

#### Sự đối đãi

Đối với chứng rối loạn lo âu tương đối nhẹ, chỉ cần trị liệu tâm lý là đủ. Nhìn chung, các bác sĩ thích sử dụng kết hợp thuốc và liệu pháp tâm lý với những bệnh nhân lo lắng nghiêm trọng hơn. Hầu hết bệnh nhân đáp ứng tốt hơn với sự kết hợp của các phương pháp điều trị hơn là dùng thuốc.

diều trị hoặc trị liệu tâm lý một cách biệt lập. Bởi vì nhiều loại thuốc và phương pháp điều trị khác nhau dùng để điều trị rối loạn lo âu, bác sĩ không thể dự đoán được trước sự kết hợp nào sẽ hữu ích nhất cho bệnh nhân cụ thể. Trong nhiều trường hợp bác sĩ sẽ cần phải thử một loại thuốc hoặc phương pháp điều trị mới trong vòng sáu đến tám tuần thời gian để đánh giá hiệu quả của nó. Thủ nghiệm điều trị không nhất thiết có nghĩa là bệnh nhân không thể được giúp đỡ hoặc bác sĩ không đủ năng lực.

Mặc dù rối loạn lo âu không phải lúc nào cũng dễ dàng điều trị chẩn đoán, có một số lý do tại sao nó quan trọng đối với bệnh nhân có triệu chứng lo âu nghiêm trọng để được giúp đỡ. Sự lo lắng không phải lúc nào cũng tự biến mất; nó thường tiến triển thành các cơn hoảng loạn, ám ảnh và các giai đoạn trầm cảm. Rối loạn lo âu không được điều trị cuối cùng có thể dẫn đến chẩn đoán trầm cảm nặng hoặc cần trở kháng nhận thức của bệnh nhân. trình độ học vấn hoặc khả năng giữ được việc làm. Ngoài ra, nhiều bệnh nhân lo lắng có thể nghiên cứu túy hoặc rượu khi họ cố gắng "điều trị" các triệu chứng của mình. Hơn nữa, kể từ khi trẻ em học cách đối phó với sự lo lắng từ cha mẹ, những người lớn nhận được sự giúp đỡ về chứng rối loạn lo âu sẽ ở vị trí tốt hơn để giúp gia đình họ đối phó với các yếu tố dẫn đến lo lắng hơn những người không được điều trị.

### Điều trị thay thế

Các phương pháp điều trị thay thế cho chứng lo âu bao gồm nhiều loại cách tiếp cận. Việc rèn luyện thiền định và chánh niệm là được cho là có lợi cho bệnh nhân mắc chứng ám ảnh và rối loạn hoảng sợ. Thủ thuật pháp hữu ích cho một số bệnh nhân lo lắng bởi vì nó thúc đẩy sự thư giãn chung của hệ thần kinh. Liệu pháp yoga, aikido, thái cực quyền và khiêu vũ giúp ích cho bệnh nhân làm việc với những căng thẳng về thể chất cũng như cảm xúc điều đó thúc đẩy sự lo lắng hoặc được tạo ra bởi sự lo lắng.

**Vi lượng đồng căn và y học cổ truyền Trung Quốc**  
tiếp cận sự lo lắng như một triệu chứng của rối loạn hệ thống. Những người thực hành vi lượng đồng căn lựa chọn một phương pháp điều trị dựa trên các phương pháp khác các triệu chứng liên quan và thể trạng chung của bệnh nhân. Y học Trung Quốc coi sự lo lắng là sự tắc nghẽn của khí, hoặc lực sống, bên trong cơ thể bệnh nhân có nhiều khả năng nhất ảnh hưởng đến dòng chảy kinh tuyễn của phổi và ruột già. Người hành nghề Trung y chọn huyệt đạo địa điểm và/hoặc liệu pháp thảo dược để di chuyển khí và tái cân bằng toàn bộ hệ thống liên quan đến phổi và ruột già.

Liệu pháp mùi hương sử dụng tinh dầu cũng có thể có hiệu quả trong việc điều trị bệnh nhân lo âu. Dầu đi trực tiếp lên não thông qua dây thần kinh khứu giác (điều khiển mùi) và có thể tác động trực tiếp đến việc làm dịu hệ thần kinh.

### Tiên lượng

Tiên lượng phục hồi phụ thuộc vào tình trạng cụ thể rối loạn, mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng của bệnh nhân,

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Chứng sợ khoảng rộng- Lo lắng bất thường về nơi công cộng những địa điểm hoặc tình huống mà bệnh nhân có thể muốn chạy trốn hoặc trong trường hợp đó họ sẽ bắt lực trong trường hợp lên cơn hoảng loạn.

Cưỡng bức-Một hành vi lặp đi lặp lại hoặc mang tính nghỉ lễ mà một người thực hiện để giảm bớt lo lắng. Sự ép buộc thường phát triển như một cách để kiểm soát hoặc "hủy bỏ" những suy nghĩ ám ảnh.

Nỗi ám ảnh-Một suy nghĩ lặp đi lặp lại hoặc dai dẳng, ý tưởng hoặc xung lực được coi là không phù hợp và đau khổ.

Cơn hoảng loạn-Một khoảng thời gian căng thẳng có giới hạn nỗi sợ hãi đi kèm với thể chất và nhận thức triệu chứng. Cơn hoảng loạn có thể xảy ra bất ngờ hoặc được kích hoạt bởi các tín hiệu cụ thể.

nguyên nhân chính của sự lo lắng và mức độ lo lắng của bệnh nhân kiểm soát những nguyên nhân này.

### Phòng ngừa

Lo lắng là một đặc điểm không thể tránh khỏi trong sự tồn tại của con người. Tuy nhiên, con người có một số quyền lực đối với phản ứng với các sự kiện và tình huống gây lo âu. Liệu pháp nhận thức và thiền định hoặc đào tạo chánh niệm dưỡng như có ích trong việc giúp mọi người hạ thấp mức độ lo lắng lâu dài.

### Tài nguyên

#### SÁCH

- "Rối loạn lo âu." Trong Sổ tay chẩn đoán và thống kê của Rối loạn tâm thần. tái bản lần thứ 4. Washington, DC: Người Mỹ Hiệp hội Tâm thần, 1994.
- Clark, R. Barkley. "Các khía cạnh tâm lý xã hội của Nhi khoa & Rối loạn tâm thần." Trong Chẩn đoán nhi khoa hiện tại & Điều trị, biên tập. William W. Hay Jr., và cộng sự. Stamford: Apple-ton & Lange, 1997.
- Corbman, Gene R. "Rối loạn lo âu." Trong chẩn đoán hiện tại. Tập 9. Biên tập. Rex B. Conn và cộng sự. Philadelphia: Công ty WB Saun-ders, 1997.
- Bác sĩ Ronald M. và Ada P. Kahn. Bách khoa toàn thư của Ám ảnh, sợ hãi và lo lắng. New York: Sự kiện trong hồ sơ, 1989.
- Gaylin, Willard. Cảm giác: Dấu hiệu quan trọng của chúng tôi. New York: Ballantine Books, 1979.
- Nemiah, John C. "Rối loạn tâm thần kinh." Trong Hướng dẫn mới về Tâm thần học của Harvard, ed. Armand M. Nicholi Jr. Cambridge, MA: Nhà xuất bản Belknap của Nhà xuất bản Đại học Harvard, 1988.

"Rối loạn tâm thần: Lo âu thầm kinh." Trong Cẩm nang Chẩn đoán và Trị liệu của Merck. tái bản lần thứ 16 Ed. Robert Berkow. Rahway, NJ: Phòng thí nghiệm nghiên cứu Merck, 1992.

Rebecca J. Frey

Thuốc giải lo âu xem Thuốc chống lo âu

Phình động mạch chủ



## Phình động mạch chủ

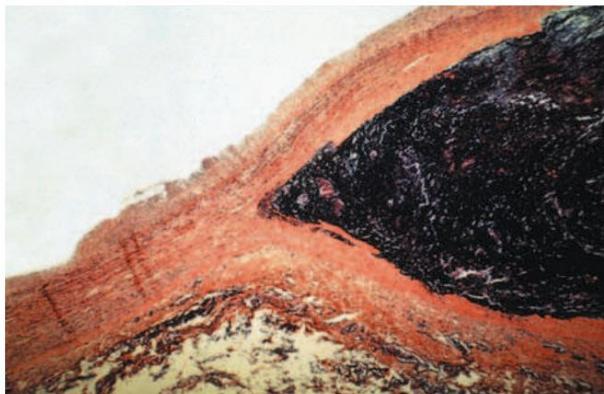
### Sự định nghĩa

Chứng phình động mạch là tình trạng phồng lên hoặc sưng tấy bất thường của một phần mạch máu. Động mạch chủ, có thể phát triển những chỗ phình ra bất thường này, là mạch máu lớn mang máu giàu oxy từ tim đến phần còn lại của cơ thể.

### Sự miêu tả

Động mạch chủ mang máu giàu oxy đến cơ thể nên được gọi là động mạch. Vì động mạch chủ là động mạch nên thành của nó được tạo thành từ ba lớp; một lớp mỏng bên trong, một lớp cơ ở giữa (giúp mạch linh hoạt dưới áp lực của máu đổ đầy) và một lớp bên ngoài giống như sợi giúp mạch có sức mạnh không bị vỡ khi tim bơm máu đi khắp cơ thể.

Phình động mạch chủ xảy ra khi một phần thành động mạch chủ bị yếu; ba loại cơ bản thường được tìm thấy. Nếu cả ba lớp mạch đều bị ảnh hưởng và điểm yếu phát triển dọc theo một khu vực mở rộng của mạch thì vùng bị suy yếu sẽ xuất hiện dưới dạng một vùng mạch máu lớn, phồng lên; đây được gọi là chứng phình động mạch hình thoi. Nếu như



Chứng phình động mạch đang tiến triển. Chứng phình động mạch là tình trạng phồng lên hoặc sưng tấy bất thường của một phần mạch máu. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

Phẫu thuật đang được thực hiện để điều trị chứng phình động mạch chủ. (Ảnh Kho y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

điểm yếu phát triển giữa các lớp bên trong và bên ngoài của thành động mạch chủ, tạo ra một chỗ phình ra khi máu từ bên trong mạch máu bị đẩy xung quanh vùng bị tổn thương trên thành động mạch và tích tụ giữa các lớp này. Đây được gọi là chứng phình động mạch mỏ xè vì một lớp bị "mỏ xè" hoặc tách ra khỏi lớp khác. Nếu tổn thương chỉ xảy ra ở lớp giữa (cơ) của mạch máu thì có thể hình thành một khói phòng giống như cái bao; do đó, đây là chứng phình động mạch túi.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Phình động mạch chủ xảy ra ở các phần khác nhau của động mạch chủ, bắt đầu ở ngực (ở tim) và di chuyển xuống bụng. Chứng phình động mạch được tìm thấy ở vùng động mạch chủ trong ngực được gọi là chứng phình động mạch chủ ngực. Chứng phình động mạch xảy ra ở phần động mạch chủ trong bụng được gọi là động mạch chủ bụng

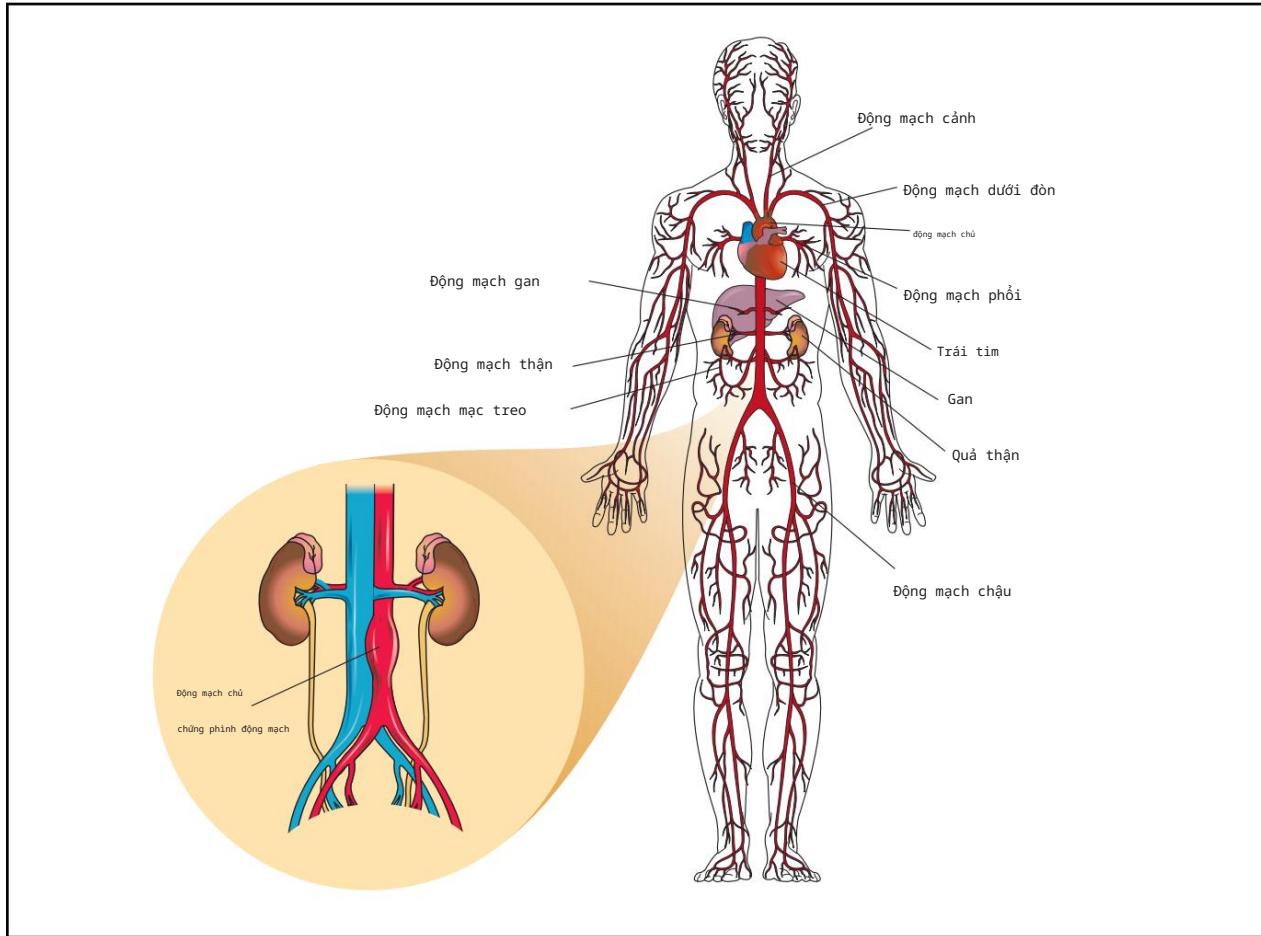
chứng phình động mạch.

Phình động mạch chủ ngực thường không gây ra bất kỳ triệu chứng đáng chú ý nào. Tuy nhiên, khi chứng phình động mạch trở nên lớn hơn, có thể dẫn đến đau ngực, vai, cổ, lưng dưới hoặc bụng. Chứng phình động mạch chủ bụng xảy ra thường xuyên hơn ở nam giới và những chứng phình động mạch này có thể gây đau ở lưng dưới, hông và bụng. Chứng phình động mạch chủ bụng gây đau đớn thường có nghĩa là chứng phình động mạch có thể vỡ rất sớm.

Hầu hết chứng phình động mạch chủ bụng là do xơ vữa động mạch, một tình trạng xảy ra khi chất béo (chủ yếu là cholesterol) mang trong máu tích tụ ở thành trong của động mạch chủ. Khi ngày càng có nhiều chất béo bám vào thành động mạch chủ, thành động mạch chủ trở nên yếu bão hòa thường và thường dẫn đến chứng phình động mạch hoặc phình ra.

Chứng phình động mạch chủ cũng xảy ra do sự phá vỡ lớp cơ giữa của thành động mạch, do huyết áp cao, do chấn thương trực tiếp ở ngực và mặc dù hiếm gặp, do vi khuẩn có thể lây nhiễm vào động mạch chủ.

Hình



Phình động mạch chủ xảy ra khi một phần thành động mạch chủ bị yếu đi. Động mạch chủ là mạch máu lớn mang máu giàu oxy từ tim đến phần còn lại của cơ thể. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

#### Chẩn đoán

Chứng phình động mạch thầm lặng, ổn định thường được phát hiện khi một người chụp X-quang như một phần của cuộc kiểm tra định kỳ hoặc vì lý do y tế khác. Một khác, khi đau ngực, bụng hoặc lưng nghiêm trọng, nghi ngờ phình động mạch chủ và nghiên cứu chụp X-quang (X quang) có thể xác nhận hoặc loại trừ tình trạng đó.

#### Sự đối đãi

Phình động mạch chủ là tình trạng có khả năng đe dọa tính mạng. Các chứng phình động mạch nhỏ cần được theo dõi về tốc độ phát triển của chúng và các chứng phình động mạch lớn cần được xem xét để phẫu thuật sửa chữa. Phương pháp sửa chữa phẫu thuật phổ biến nhất là cắt bỏ phần phình ra của thành động mạch và khâu vật liệu sợi Dacron vào vị trí của nó trong thành "màng phình động mạch và các rỗi loạn mạch máu khác." Trong Sách

không được điều trị và cuối cùng bị vỡ, chưa đến một nửa số người bị phình động mạch vỡ sẽ sống sót. Thủ thách đối với bác sĩ là quyết định khi nào hoặc có nên thực hiện phẫu thuật phòng ngừa hay không.

#### Phòng ngừa

Chứng phình động mạch có thể phát triển ở những người bị xơ vữa động mạch. Huyết áp cao cũng có thể dẫn đến tình trạng này. Mặc dù không có biện pháp phòng ngừa rõ ràng nhưng thay đổi lối sống và chế độ ăn uống giúp giảm huyết áp và lượng chất béo trong máu có thể làm chậm sự phát triển của chứng phình động mạch.

#### Tài nguyên

SÁ CH  
"Bệnh động mạch và các rỗi loạn mạch máu khác." Trong Sách nguồn về Bệnh tim mạch và Rối loạn, ed. Karen Bellendir và Peter D. Dresser. Detroit: Omnipress, Inc., 1995.  
Dzau, Victor J., và Mark A. Creager. "Bệnh của động mạch chủ." Trong Nguyên tắc Nội khoa của Harrison, ed. Anthony S. Fauci, và cộng sự. New York: Đồi McGraw, 1997.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Xơ vữa động mạch-Sự tích tụ chất béo trên thành trong của động mạch. Chất béo này phần lớn được tạo thành lượng cholesterol được vận chuyển trong máu.

Dacron-Một loại sợi polyester tổng hợp được sử dụng để phẫu thuật sửa chữa các phần bị hư hỏng của thành mạch máu.

Lindsay, Joseph L., Michael E. DeBakey và Arthur C. Beall. "Chẩn đoán và điều trị các bệnh về động mạch chủ." TRONG Trái tim của Hurst, biên tập. Robert C. Schlant và cộng sự. New York: Đài McGraw, 1994.

**ĐỊNH KÝ**  
van der Vleit, J. Adam và Albert Thủ tướng Boll. "Chứng phình động mạch chủ bụng." The Lancet 349 (22/03/1997): 863.

**TỔ CHỨC**  
Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 7320 Đại lộ Greenville Dallas, TX 75231. (214) 373-6300. <http://www.americanheart.org>. Viện Tim, Phổi và Máu Quốc gia. Hộp thư bưu điện 30105, Bethesda, MD 20824-0105. (301) 251-1222. <http://www.nhlbi.nih.gov>.

Dominic De Bellis, Tiến sĩ

**Bóc tách động mạch chủ****Sự định nghĩa**

Bóc tách động mạch chủ là một tình trạng hiếm gặp nhưng có khả năng gây tử vong, trong đó máu đi qua lớp lót bên trong và giữa các lớp động mạch chủ. Động mạch chủ đang bị tách thường không rõ nhưng có kẽm thứ hai bắt thường bên trong nó.

**Sự miêu tả**

Một khiếm khuyết ở lớp lót bên trong động mạch chủ cho phép mở hoặc rách để phát triển. Động mạch chủ là động mạch chính của cơ thể và là vùng có huyết áp cao. Khi một khiếm khuyết phát triển, huyết áp có thể buộc vết rách mở ra và cho phép máu đi qua. Vì máu ở dưới áp lực, cuối cùng nó phân chia (mở xé) lớp giữa mạch máu, tạo ra một kẽm dẫn máu mới. Độ dài của kẽm tăng dần theo thời gian và có thể dẫn đến trong việc đóng cửa các điểm kết nối với các động mạch khác. Điều này có thể dẫn đến đau tim, đột quỵ, đau bụng, và tổn thương thần kinh. Máu có thể chảy ra từ vết mở và thu thập trong ngực và xung quanh trái tim.

Cơ chế thứ hai dẫn đến bóc tách động mạch chủ là xuất huyết giữa. Xuất huyết giữa xảy ra ở lớp giữa của mạch máu và tràn qua lớp lót bên trong của thành động mạch chủ. Việc mở này sau đó cho phép máu từ động mạch chủ đi vào thành mạch và bắt đầu mở xé. Khoảng 2.000 trường hợp bóc tách động mạch chủ xảy ra hàng năm ở Hoa Kỳ.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

Bóc tách động mạch chủ là do tình trạng suy thoái của lớp lót bên trong của động mạch chủ. Có một số điều kiện có thể khiến một người phát triển các khuyết tật về lớp lót bên trong, bao gồm huyết áp cao, bệnh Marfan, hội chứng Ehlers-Danlos, bệnh mô liên kết và các khuyết tật về phát triển tim bắt đầu trong quá trình phát triển của thai nhi. Việc bóc tách cũng có thể xảy ra tình cờ sau khi đặt ống thông, chấn thương hoặc ca phẫu thuật. Triệu chứng chính là đau đột ngột, dữ dội. Các cơn đau có thể dữ dội đến mức khiến bệnh nhân bất động và khiến anh ngã xuống đất. Cơn đau thường xuyên cảm thấy ở cả ngực và lưng, giữa hai bả vai. Mức độ đau tỷ lệ thuận với chiều dài của quá trình mở xé.

**Chẩn đoán**

Cơn đau mà bệnh nhân trải qua là triệu chứng đầu tiên của bóc tách động mạch chủ và là triệu chứng duy nhất. Cơn đau thường là được bệnh nhân mô tả là "xé, xé hoặc đâm". Điều này trái ngược với nỗi đau liên quan đến trái tim các cuộc tấn công. Bệnh nhân thường bị giảm hoặc không có mạch ở tứ chi. Có thể nghe thấy tiếng thì thầm nếu mở xé gần với trái tim. Động mạch chủ phì đại thường xuất hiện khi chụp X quang ngực và siêu âm hầu hết bệnh nhân. Việc sử dụng thuốc nhuộm máu trong chụp động mạch và/hoặc chụp CT (chụp cắt lớp vi tính) sẽ hỗ trợ trong chẩn đoán và hình dung mở xé.

**Sự đối đãi**

Do tính chất có thể gây tử vong của bóc tách động mạch chủ nên bệnh nhân cần được điều trị ngay lập tức. Thuốc là dùng để giảm huyết áp và nhịp tim. Nếu vết mở nhỏ có thể chỉ điều trị bằng thuốc đã sử dụng. Trong các trường hợp khác, phẫu thuật được thực hiện. Trong ca phẫu thuật, phần động mạch chủ bị tổn thương sẽ được cắt bỏ và mảnh ghép tổng hợp thường được sử dụng để tái tạo lại mạch bị tổn thương.

**Tiền lượng**

Tùy theo tính chất và mức độ mở xé, cái chết có thể xảy ra trong vòng vài giờ kể từ khi bắt đầu mở xé. Khoảng 75% số người không được điều trị sẽ chết vì-

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Giải phẫu**—Một vết cắt hoặc chia cắt.

**Xuất huyết** – Chảy máu nhiều, chảy máu nhiều.

Hình ảnh

trong hai tuần kể từ khi bắt đầu mổ xé. Trong số những người được điều trị, 40% sống sót sau hơn 10 năm. Bệnh nhân thường được điều trị lâu dài bằng thuốc để giảm huyết áp, ngay cả khi họ đã phẫu thuật.

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.

Braunwald, E. *Bệnh tim*. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.

John T. Lohr, Tiến sĩ

**Suy van động mạch chủ** xem **Suy van động mạch chủ**

**Hở van động mạch chủ** xem **Suy van động mạch chủ**

**Hẹp van động mạch chủ** xem **Hẹp van động mạch chủ**

## Suy van động mạch chủ

Sự định nghĩa

Van động mạch chủ ngăn cách tâm thất trái của tim (buồng bơm lớn nhất của tim) với động mạch chủ, động mạch lớn mang máu giàu oxy ra khỏi tâm thất trái đến phần còn lại của cơ thể. Khi bị suy van động mạch chủ, van động mạch chủ bị hở, khiến máu chảy ngược vào tâm thất trái.

Sự miêu tả

Suy van động mạch chủ xảy ra khi van này không thể đóng lại đúng cách sau khi máu rời khỏi tâm thất trái đi vào động mạch chủ. Với mỗi cơn co bóp của tim, lượng máu chảy trở lại vào cơ thể ngày càng nhiều hơn.

tâm thất trái, khiến tâm thất bị quá tải.

Lượng máu lớn hơn bình thường tích tụ trong tâm thất trái gây áp lực lên thành tim, khiến cơ tim tăng độ dày (*hyper-trophy*). Nếu tình trạng dày lên này tiếp tục, tim có thể bị tổn thương vĩnh viễn.

Suy van động mạch chủ còn được gọi là **hở van động mạch chủ** do dòng máu chảy ngược bất thường rò rỉ qua van hoạt động kém.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Van động mạch chủ hoạt động bị lỗi có thể do dị tật bẩm sinh; do động mạch chủ giãn rộng bất thường (có thể do huyết áp rất cao và nhiều tình trạng í phổi biến khác); do nhiều bệnh khác nhau gây sưng tủy (viêm) ở nhiều vùng khác nhau trên cơ thể, như sỏi tháp khớp; và, mặc dù hiếm gặp, do bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh giang mai.

Khoảng 75% người bị suy van động mạch chủ là nam giới. Bệnh thấp khớp (viêm) là nguyên nhân chính gây ra tình trạng này ở cả nam và nữ.

Suy van động mạch chủ có thể không được chú ý trong 10 đến 15 năm. Trong trường hợp suy nặng, một người có thể nhận thấy nhiều triệu chứng khác nhau, bao gồm tim đập thình thịch khó chịu khi nằm, tim đập rất nhanh hoặc mạnh (đánh trống ngực), khó thở, đau ngực và nếu không được điều trị thì rất nặng. lâu ngày sưng gan, mắt cá chân, bụng.

### Chẩn đoán

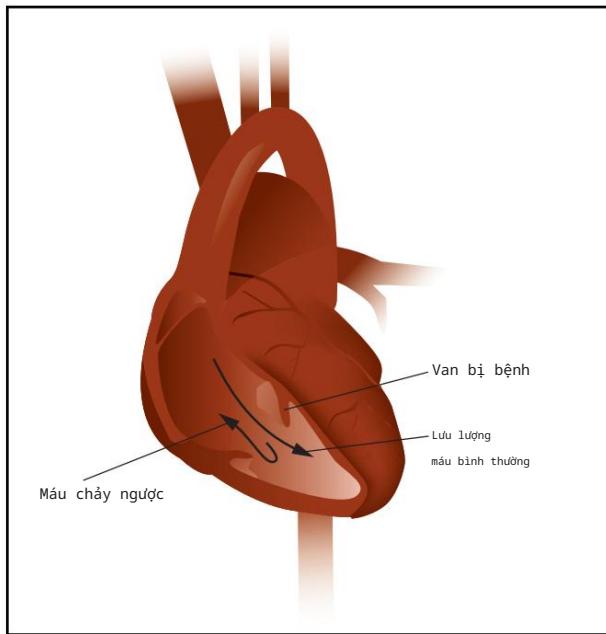
Van động mạch chủ hoạt động kém hoặc không đủ chức năng có thể được xác định khi bác sĩ nghe tim khi khám sức khỏe. Chụp X quang ngực, điện tâm đồ (ECG, bản in điện của nhịp tim), cũng như siêu âm tim (một xét nghiệm sử dụng sóng âm thanh để tạo ra hình ảnh của tim và các van của nó), có thể đánh giá hoặc xác nhận thêm. điều kiện.

### Sự đối đãi

Suy động mạch chủ thường được khắc phục bằng cách phẫu thuật thay van bị lỗi. Tuy nhiên, một hoạt động như vậy được thực hiện trong trường hợp nghiêm trọng. Trước khi tình trạng trở nên trầm trọng hơn, một số loại thuốc có thể được sử dụng để giúp kiểm soát tình trạng này.

Các loại thuốc loại bỏ nước khỏi cơ thể, thuốc hạ huyết áp và thuốc giúp tim đập hiệu quả hơn đều có thể được sử dụng cho tình trạng này.

Giảm lượng muối trong chế độ ăn cũng giúp giảm lượng chất lỏng trong cơ thể và có thể giúp tim hoạt động hiệu quả hơn.



Tim người có van bị bệnh không đóng mở đúng cách, khiến máu chảy ngược về tim.  
(Minh họa của Argosy, Inc.)

Trong trường hợp van bị trực tiếp nghiêm trọng và không được điều trị trong thời gian dài, phẫu thuật là phương pháp điều trị được lựa chọn, đặc biệt nếu tim không hoạt động bình thường. Van tim người có thể được thay thế bằng van nhân tạo hoặc bằng van lấy từ tim lợn.

#### Tiên lượng

Mặc dù điều trị bằng thuốc có thể giúp giảm nhu cầu thay van bằng phẫu thuật, nhưng điều quan trọng là phải thay van bị lỗi trước khi cơ tim bị tổn thương đến mức không thể hồi phục.

#### Tài nguyên

**SÁ CH**  
Braunwald, Eugene. "Bệnh hở van tim." Trong Nguyên tắc Nội khoa của Harrison, ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: Đồi McGraw, 1997.  
"Phẫu thuật van tim." Trong Sách Nguồn về Bệnh tim mạch và Rối loạn, ed. Karen Bellendir và Peter D. Dresser. Detroit: Omnipress, Inc., 1995.

**ĐỊNH KÝ**  
Carabello, Blase A., và Fred A. Crawford Jr. "Bệnh van tim." Tạp chí Y học New England 337 (3/7/1997): 32-41.

Condos Jr., William R. "Thuốc tim mạch hàng thập kỷ có thể có tác dụng Sử dụng mới." Tạp chí Kinh doanh San Diego 18 (21/7/1997): 24.

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Sốt thấp khớp-Một căn bệnh được cho là do vi khuẩn có tên streptococcus nhóm A gây ra. Vi khuẩn này gây ra chứng "viêm họng liên cầu khuẩn" và cũng có thể dẫn đến sốt. Nhiễm trùng do vi khuẩn này cũng có thể làm hỏng tim và các van của nó, nhưng điều này xảy ra như thế nào vẫn chưa được hiểu rõ ràng.

#### TỔ CHỨC

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 7320 Đại lộ Greenville Dallas, TX 75231. (214) 373-6300. <<http://www.americanheart.org>>.  
Viện Tim, Phổi và Máu Quốc gia. PO Box 30105, Bethesda, MD 20824-0105. (301) 251-1222. <<http://www.nhlbi.nih.gov>>.

Dominic De Bellis, Tiến sĩ

## Hẹp van động mạch chủ

#### Sự định nghĩa

Khi xảy ra tình trạng hẹp van động mạch chủ, van động mạch chủ nằm giữa động mạch chủ và tâm thất trái của tim sẽ hẹp hơn kích thước bình thường.

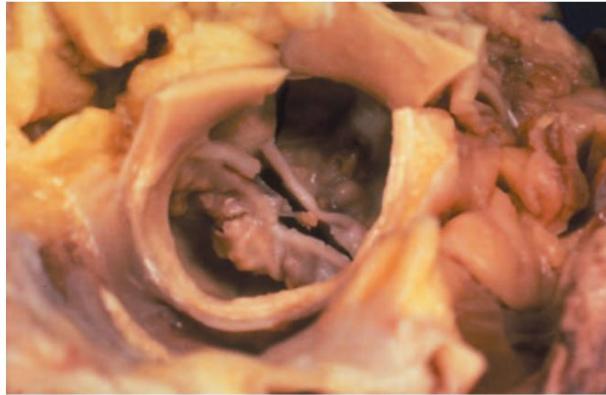
#### Sự miêu tả

Van động mạch chủ bình thường khi mở sẽ cho phép máu chảy tự do từ tâm thất trái đến động mạch chủ. Khi van thu hẹp lại, giống như chứng hẹp van, lưu lượng máu bị cản trở. Bởi vì máu chảy qua van khó khăn hơn nên tim sẽ bị căng thẳng hơn. Điều này có thể khiến tâm thất trái to ra và gấp trực tiếp, dẫn đến giảm lượng máu cung cấp cho cơ tim và cơ thể, cũng như chất lỏng tích tụ trong phổi.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Hẹp van động mạch chủ có thể xảy ra do dị tật bẩm sinh trong quá trình hình thành van. Sự tích tụ canxi có thể hình thành trên van khi bị lão hóa, khiến van trở nên cứng và hẹp. Hẹp cũng có thể xảy ra do sốt thấp khớp. Hẹp động mạch chủ nhẹ có thể không gây ra triệu chứng gì cả. Các triệu chứng phổ biến nhất, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh, là đau ngực, ngất xỉu và khó thở.

Hình



Cận cảnh tình trạng hẹp van động mạch chủ do vôi hóa.  
(Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

### Chẩn đoán

Sử dụng ống nghe, bác sĩ có thể nghe thấy tiếng thổi và các âm thanh bất thường khác ở tim. ECG, còn được gọi là điện tâm đồ, ghi lại hoạt động điện của tim. Kỹ thuật này và chụp X-quang ngực có thể cho thấy bằng chứng cho thấy tâm thất trái đã to ra. Chụp X-quang cũng có thể phát hiện cặn canxi trên van cũng như tình trạng tắc nghẽn trong phổi. Siêu âm tim có thể phát hiện độ dày của van, kích thước tim và liệu van có hoạt động bình thường hay không. Đây là một thủ tục trong đó sóng âm thanh tần số cao bật ra khỏi các cơ quan trong cơ thể một cách vô hại. Đặt ống thông tim, trong đó thuốc nhuộm tương phản được tiêm vào động mạch bằng ống thông, là công cụ chính để xác nhận tình trạng hẹp và đánh giá mức độ nghiêm trọng của nó.

### Sự đối đãi

Điều trị phụ thuộc vào các triệu chứng và chức năng của tim bị ảnh hưởng như thế nào. Van có thể được mở mà không cần phẫu thuật bằng cách sử dụng ống thông bóng, nhưng đây thường là giải pháp tạm thời. Thủ tục này bao gồm việc chèn một quả bóng xi hơi vào cuối ống thông qua các động mạch đến van. Thổi phồng quả bóng nên mở rộng van. Trong trường hợp nặng, nên thay van tim, thường liên quan đến phẫu thuật tim hở. Van có thể được thay thế bằng van cơ học, van từ lợn hoặc bằng cách di chuyển van tim (van phổi) còn lại của bệnh nhân vào vị trí của van động mạch chủ và sau đó thay van phổi bằng van cơ học. Bất cứ ai bị hẹp động mạch chủ đều cần dùng thuốc kháng sinh (amoxicillin, ery-thromycin hoặc clindamycin) trước khi thực hiện thủ thuật nha khoa và một số thủ thuật phẫu thuật khác để ngăn ngừa nhiễm trùng van tim.

### Tiên lượng

Tiên lượng bệnh hẹp van động mạch chủ phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh. Với việc sửa chữa bằng phẫu thuật, bệnh

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Động mạch chủ**—Động mạch lớn nhất trong cơ thể, đưa máu từ tim thất trái đến phần còn lại của cơ thể.

**ECG**—Còn được gọi là điện tâm đồ, nó ghi lại hoạt động điện của tim.

**Siêu âm tim**—Một thủ thuật trong đó sóng âm thanh tần số cao bật ra khỏi các cơ quan trong cơ thể một cách vô hại, cung cấp hình ảnh để người ta có thể xác định cấu trúc và chức năng của chúng.

**Đặt ống thông tim**—Một thủ thuật trong đó thuốc nhuộm được tiêm qua một ống hoặc ống thông vào động mạch để dễ dàng quan sát các van hoặc mạch máu nhìn thấy trên tia X hơn.

**Tâm thất trái**—Một trong những buồng dưới của tim, có chức năng bơm máu đến động mạch chủ.

**Tiếng thổi**—Một âm thanh bất thường của tim có thể phản ánh tình trạng rối loạn chức năng của van.

**Sốt thấp khớp**—Một bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn thường gây viêm tim.

**Van phổi**—Van nằm giữa động mạch phổi và tâm thất phải, đưa máu đến phổi.

sự dễ dàng có thể chữa được. Bệnh nhân bị hẹp nhẹ thường có thể có cuộc sống bình thường; một số ít bệnh nhân tiến triển đến bệnh nặng. Bất cứ ai bị hẹp vừa phải nên tránh hoạt động thể chất mạnh mẽ. Hầu hết những bệnh nhân này đều mắc một số loại bệnh tim mạch vành trong khoảng thời gian 10 năm. Vì là bệnh tiến triển nên hẹp vừa và nặng sẽ được điều trị cuối cùng bằng phẫu thuật. Bệnh nặng, nếu không được điều trị, sẽ dẫn đến tử vong trong vòng 2 đến 4 năm sau khi các triệu chứng bắt đầu.

### Phòng ngừa

Không có cách nào để ngăn ngừa hẹp động mạch chủ.

### Tài nguyên

#### SÁ CH

Bender, Jeffrey R. "Bệnh van tim." Trong Sách Tim mạch của Tường Y thuộc Đại học Yale, ed. Barry L. Zaret và cộng sự. New York: Sách Hearst, 1992.

Braunwald, E. "Hẹp động mạch chủ." Trong bệnh tim: Sách giáo khoa về tim mạch. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.

McGoon, Michael D. "Hẹp động mạch chủ." Tại phòng khám tim Mayo Sách. New York: William Morrow và Co., 1993.

KHÁ C

"Hẹp động mạch chủ." Viện Tim và Mạch máu Ochsner.

<<http://www.ochsner.org/pedcard/as.htm>>.

Rahimtoola, Aly. "Hẹp động mạch chủ." Trang Hệ thống Y tế Đại học Loyola. <<http://www.luhs.org>>.

Jeanine Barone, Nhà sinh lý học

## Xét nghiệm Apgar

### Sự định nghĩa

Xét nghiệm Apgar là đánh giá màu sắc, nhịp tim, phản ứng kích thích, trương lực cơ và nhịp thở của trẻ sơ sinh theo thang điểm từ 0 đến 2, để đạt điểm tối đa có thể là 10. Xét nghiệm này được thực hiện hai lần, lần đầu tiên là một phút và sau đó lặp lại vào năm phút sau khi sinh.

### Mục đích

Thang điểm Apgar ban đầu được phát triển vào những năm 1950 bởi bác sĩ gây mê Virginia Apgar để hỗ trợ các bác sĩ tham gia ca sinh quyết định xem trẻ sơ sinh có cần hồi sức hay không. Việc sử dụng phương pháp tính điểm sẽ thúc đẩy tính nhất quán và tiêu chuẩn hóa giữa những người thực hành khác nhau. Một nghiên cứu tháng 2 năm 2001 được công bố trên Tạp chí Y học New England đã điều tra xem liệu điểm Apgar có còn phù hợp hay không.

Các nhà nghiên cứu kết luận rằng "Hệ thống tính điểm Apgar vẫn phù hợp để dự đoán khả năng sống sót của trẻ sơ sinh ngày nay cũng như gần 50 năm trước".

### Sự miêu tả

Năm lĩnh vực được tính điểm như sau:

- Hình dáng hoặc màu sắc: 2 nếu da toàn thân hồng hào; 1 đối với bệnh acrocyanosis, trong đó thân và đầu có màu hồng, nhưng tay và chân có màu xanh; và 0 nếu toàn bộ cơ thể có màu xanh. Trẻ sơ sinh có màu da sẫm tự nhiên sẽ không có màu hồng. Tuy nhiên, tình trạng xanh xao vẫn dễ nhận thấy, đặc biệt là ở lòng bàn chân và lòng bàn tay. Màu sắc có liên quan đến khả năng cung cấp oxy cho cơ thể và các chi của trẻ sơ sinh, đồng thời phụ thuộc vào nhịp tim và hô hấp. Một đứa trẻ sơ sinh hoàn toàn khỏe mạnh thường sẽ nhận được điểm 9 vì tay và chân hơi xanh.
- Mạch (nhịp tim): 2 cho mạch trên 100 nhịp mỗi phút (bpm); 1 cho nhịp tim dưới 100 bpm; 0 không có xung. Nhịp tim được đánh giá bằng cách nghe tim trẻ sơ sinh bằng ống nghe và đếm số nhịp đậm.
- Nhịp thở: 2 nhịp thở và tiếng khóc; 1 là nhịp thở chậm, yếu, không đều; 0 là ngưng thở hoặc không thở. Một đứa trẻ sơ sinh khóc có thể cung cấp đầy đủ oxy cho phổi. Đánh giá nhịp thở tốt nhất bằng cách quan sát sự lên xuống của bụng trẻ sơ sinh, vì trẻ sơ sinh thở bằng cơ hoành.
- Sức khỏe phản xạ: 2 phản xạ co giật mạnh; 1 phản xạ co giật yếu; 0 không có phản xạ. Phản xạ co giật là phản ứng tự động của cơ thể để bảo vệ bản thân. Khi trẻ sơ sinh bị đặt dưới nước, chúng sẽ co giật mạnh để tránh bị nuốt nước.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Chứng xanh tím đầu chi - Chứng xanh tím nhẹ hoặc xanh tím ở bàn tay và bàn chân ở trẻ sơ sinh được coi là bình thường. Khả năng cung cấp oxy đầy đủ cho các chi bị suy giảm là do hệ thống tuần hoàn chưa trưởng thành vẫn đang hoạt động.

Nước ối - Túi chất lỏng bảo vệ bao quanh thai nhi khi phát triển trong tử cung.

Sơ sinh - Thuật ngữ dùng để chỉ trẻ sơ sinh, từ khi sinh ra cho đến một tháng tuổi.

Bác sĩ sơ sinh - Một bác sĩ chuyên về các vấn đề của trẻ sơ sinh.

Xanh xao - Màu da cực kỳ nhợt nhạt.

(chẳng hạn như hút mũi, vuốt lưng để đánh giá các bất thường ở cột sống hoặc gõ nhẹ vào bàn chân); 1 là khóc nhẹ hoặc nhăn mặt khi bị kích thích; 0 vì không có phản hồi.

- Hoạt động, hay trương lực cơ: 2 đối với những cử động mạnh mẽ của tay và chân; 1 cho một số chuyển động; 0 là không cử động, khập khiễng.
- Nhịp thở: 2 nhịp thở và tiếng khóc; 1 là nhịp thở chậm, yếu, không đều; 0 là ngưng thở hoặc không thở. Một đứa trẻ sơ sinh khóc có thể cung cấp đầy đủ oxy cho phổi. Đánh giá nhịp thở tốt nhất bằng cách quan sát sự lên xuống của bụng trẻ sơ sinh, vì trẻ sơ sinh thở bằng cơ hoành.

Các chữ cái đầu tiên kết hợp trong năm lĩnh vực này đánh dấu là Apgar.

### Sự chuẩn bị

Không cần chuẩn bị để thực hiện bài kiểm tra. Tuy nhiên, khi mới sinh ra, trẻ sơ sinh có thể được hút mũi và miệng để loại bỏ chất nhầy và nước ối. Điều này có thể được thực hiện khi đầu của trẻ sơ sinh đã ra ngoài an toàn, trong khi người mẹ nghỉ ngơi trước khi tiếp tục rặn.

### Chăm sóc sau

Vì xét nghiệm chủ yếu mang tính chất quan sát nên không cần chăm sóc sau. Tuy nhiên, xét nghiệm có thể báo hiệu sự cần thiết phải can thiệp ngay lập tức hoặc theo dõi kéo dài.

### Kết quả bình thường

Điểm tối đa có thể là 10, tối thiểu là 0. Rất hiếm khi nhận được điểm 10 thực sự, vì một số bệnh acrocyanosis ở

## DR. APGAR VIRGINIA (1909-1974)



(AP/Ảnh thế giới rộng. Được sao chép theo sự cho phép.)

Là một trong số rất ít nữ sinh viên y khoa tại Đại học Bác sĩ và Bác sĩ phẫu thuật Đại học Columbia ở New York vào đầu những năm 1930 và là một trong những nơi đầu tiên phụ nữ tốt nghiệp trường y, Apgar biết rằng mục tiêu trở thành bác sĩ phẫu thuật của cô ấy sẽ không phải là đạt được dễ dàng trong một nghề do nam giới thống trị. Bất chấp điều đó, cô chuyển chuyên ngành y sang gây mê, cô đón nhận lĩnh vực mới với trí thông minh diệu hồn.

và năng lượng. Vào thời điểm này, gây mê là một phương pháp tương đối lĩnh vực mới, hầu hết được các bác sĩ để lại cho sự chú ý của các y tá. Apgar nhận ra ngay lập tức như thế nào rất cần nhân sự được đào tạo một cách khoa học một phần quan trọng của phẫu thuật, và cô ấy đặt mục tiêu biến khoa gây mê trở thành một chuyên ngành y tế riêng biệt. Đến năm 1937, bà đã trở thành bác sĩ thứ 50 được chứng nhận là bác sĩ bác sĩ gây mê ở Hoa Kỳ. Năm tiếp theo cô ấy được bổ nhiệm làm giám đốc khoa gây mê ở bệnh viện Trung tâm Y tế Columbia-Presbyterian, trở thành người phụ nữ đầu tiên đứng đầu một bộ phận tại tổ chức đó.

Với tư cách là bác sĩ gây mê đã hỗ trợ trong quá trình sinh hàng ngàn em bé trong những năm này, Apgar nhận ra rằng trẻ sơ sinh đã chết vì các biến chứng về hô hấp hoặc tuần hoàn mà việc điều trị sớm có thể ngăn ngừa được. Apgar quyết định mang theo những kỹ năng nghiên cứu đáng kể của mình vấn đề nan giải khi sinh nở này, và nghiên cứu cẩn thận của cô đã dẫn đến trong ấn phẩm của bà về Hệ thống Điểm Apgar năm 1952.

trẻ sơ sinh được coi là bình thường và do đó không phải là một gầy lo ngại. Hầu hết trẻ sơ sinh đều đạt điểm từ 7 đến 10. Những trẻ sơ sinh này được kỳ vọng sẽ có kết quả xuất sắc. Điểm 4, 5 hoặc 6 cần can thiệp ngay lập tức, thường là dưới hình thức hỗ trợ thở oxy và hô hấp, hoặc có lẽ chỉ cần hút nếu hơi bị cản trở bởi chất nhầy. Trong khi hút, nguồn oxy có thể được đặt gần nhưng không được phía trên mũi của trẻ sơ sinh. và miệng. Dạng oxy này được gọi là oxy thổi qua. Điểm trong khoảng 4-6 cho thấy trẻ sơ sinh đang gặp khó khăn trong việc thích nghi với cuộc sống ngoài tử cung. Điều này có thể là do người mẹ dùng thuốc khi chuyển dạ khó khăn, hoặc vào giai đoạn cuối của cuộc chuyển dạ, khi những thuốc này có tác dụng quá mức đối với trẻ sơ sinh.

### Kết quả bất thường

Với điểm 0-3, trẻ sơ sinh không phản ứng, ngừng thở, xanh xao, khập khiễng và có thể không có mạch. Các biện pháp can thiệp để hồi sức sẽ bắt đầu ngay lập tức. Bài kiểm tra là lặp lại vào năm phút sau khi sinh và cả hai điểm số đều được ghi lại. Nếu nỗ lực hồi sức tiếp tục trong khoảng thời gian năm phút, các biện pháp can thiệp sẽ không dừng lại ở để thực hiện bài kiểm tra. Điểm số một phút cho thấy

sự cần thiết phải can thiệp khi sinh. Nó giải quyết sự sống còn và ngăn ngừa các biến chứng liên quan đến sinh nở do cung cấp oxy không đủ. Quá trình oxy hóa kém có thể là do sự kiểm soát hô hấp không đầy đủ về mặt thần kinh và/hoặc hóa học. Tỷ số năm phút dưỡng như có một giá trị tiên đoán hơn về tỷ lệ mắc bệnh và sự phát triển bình thường, mặc dù các nghiên cứu về vấn đề này không nhất quán trong kết luận của họ.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Doenges, Marilynn E., và Mary Frances Moorhouse. Feinbloom, Richard I. Mang thai, sinh nở và những tháng đầu đời. Cambridge, MA: Nhà xuất bản Perseus, 2000.

Pilitteri, Adele. Điều dưỡng Bà mẹ & Trẻ em; Chăm sóc gia đình sinh con và nuôi con. Phiên bản thứ 3. Philadelphia: Lippincott, 1999.

Spencer, Paula. Nuôi dạy con cái: Hướng dẫn Mang thai và Sinh con. New York: Sách Ballantine, 1998.

#### ĐỊNH KỲ

Casey, BM, DD McIntire và KJ Leveno. "Giá trị liên tục của điểm Apgar trong đánh giá trẻ sơ sinh Trẻ sơ sinh". Tạp chí Y học New England số 344 (tháng 2 15, 2000): 467-71.

## KHÁ C

Apgar, Virginia. Đè xuất về phương pháp đánh giá mới đối với trẻ sơ sinh. <[http://www.apgarfamily.com/Apgar\\_Paper.html](http://www.apgarfamily.com/Apgar_Paper.html)>.

Ủy thác Sinh sản Quốc gia. <<http://www.nctpregnancyandbabycare.com>>.

Mang thaiWeekly.com <<http://www.pregnancyweekly.com>>.

Esther Csapo Rastegari, RN, BSN, EdM

## Chứng mất ngôn ngữ

## Sự định nghĩa

Aphasia là tình trạng đặc trưng bởi mất một phần hoặc toàn bộ khả năng giao tiếp bằng lời nói hoặc sử dụng từ viết. Người mắc chứng mất ngôn ngữ có thể gặp khó khăn khi nói, đọc, viết, nhận biết tên đồ vật hoặc hiểu những gì người khác nói. Chứng mất ngôn ngữ là do chấn thương não, có thể xảy ra trong một tai nạn chấn thương hoặc khi não bị thiếu oxy trong một cơn đột quỵ. Nó cũng có thể do khối u não, một căn bệnh như bệnh Alzheimer hoặc nhiễm trùng như viêm não gây ra. Chứng mất ngôn ngữ có thể là tạm thời hoặc vĩnh viễn. Chứng mất ngôn ngữ không bao gồm các trở ngại về lời nói do mất kiểm soát cơ.

## Sự miêu tả

Để hiểu và sử dụng ngôn ngữ một cách hiệu quả, một cá nhân dựa vào bộ nhớ từ-thông tin được lưu trữ về ý nghĩa của một số từ, cách kết hợp chúng lại với nhau cũng như cách thức và thời điểm sử dụng chúng đúng cách. Đối với đa số mọi người, những chức năng này và các chức năng ngôn ngữ khác đều nằm ở bên trái (bán cầu) của não. Tồn thương ở bên não này thường liên quan nhất đến sự phát triển của chứng mất ngôn ngữ. Tuy nhiên, điều thú vị là những người thuận tay trái thường như có vùng ngôn ngữ ở cả bán cầu não trái và phải và do đó, có thể mắc chứng mất ngôn ngữ do tồn thương ở cả hai bên não.

Đột quỵ là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra chứng mất ngôn ngữ ở Hoa Kỳ. Khoảng 500.000 người bị đột quỵ mỗi năm và 20% trong số này mắc một số dạng mất ngôn ngữ. Các nguyên nhân khác gây tổn thương não bao gồm chấn thương đầu, u não và nhiễm trùng. Khoảng một nửa số người có dấu hiệu mất ngôn ngữ mắc chứng mất ngôn ngữ tạm thời hoặc thoảng qua và hồi phục hoàn toàn trong vòng vài ngày. Ước tính có khoảng một triệu người Mỹ mắc chứng mất ngôn ngữ vĩnh viễn.

Cho đến nay, không có mối liên hệ nào giữa chứng mất ngôn ngữ và tuổi tác, giới tính hoặc chủng tộc được tìm thấy.

Chứng mất ngôn ngữ đôi khi bị nhầm lẫn với các tình trạng khác ảnh hưởng đến khả năng nói, chẳng hạn như chứng khó nói và chứng apraxia. Tình trạng này ảnh hưởng đến các cơ sử dụng khi nói hơn là chức năng ngôn ngữ. Chứng khó phát âm là tình trạng rối loạn ngôn ngữ do thiếu khả năng kiểm soát các cơ sử dụng khi nói, có thể do tổn thương thần kinh. Chứng mất ngôn ngữ là một rối loạn ngôn ngữ trong đó khả năng hiểu ngôn ngữ và kiểm soát cơ được giữ lại nhưng trí nhớ về cách sử dụng các cơ để tạo thành từ thì không.

## Nguyên nhân và triệu chứng

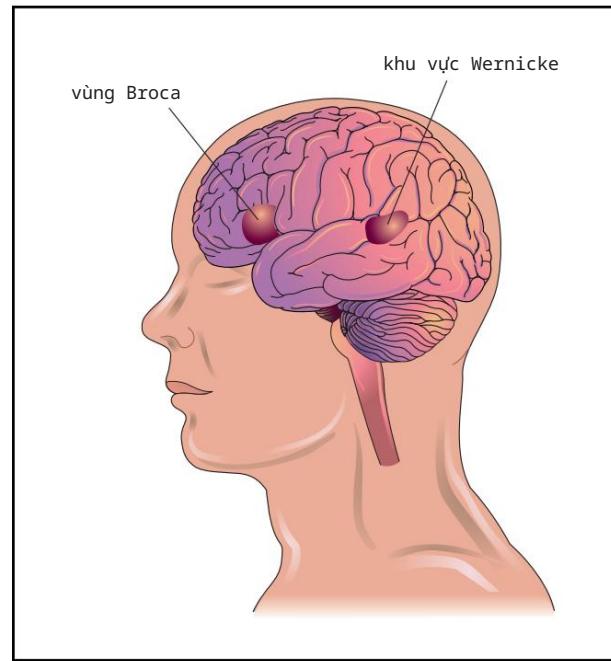
Chứng mất ngôn ngữ có thể phát triển sau khi một người bị chấn thương não do đột quỵ, chấn thương đầu, khối u hoặc nhiễm trùng, chẳng hạn như viêm não do mụn rộp. Kết quả của tổn thương này là con đường hiểu hoặc sản xuất ngôn ngữ bị gián đoạn hoặc bị phá hủy. Đối với hầu hết mọi người, điều này có nghĩa là bán cầu não trái bị tổn thương. (Ở 95 đến 99% người thuận tay phải, trung tâm ngôn ngữ nằm ở bán cầu não trái, và có tới 70% người thuận tay trái cũng có ngôn ngữ ở bán cầu não trái chiếm ưu thế.) Theo cách phân loại truyền thống, mỗi dạng mất ngôn ngữ đều có là do tổn thương một phần khác của bán cầu não trái. Thiệt hại này ảnh hưởng đến một hoặc nhiều chức năng ngôn ngữ cơ bản: lời nói, đặt tên (khả năng xác định một đồ vật, màu sắc hoặc vật phẩm khác bằng một từ hoặc thuật ngữ thích hợp), sự lặp lại (khả năng lặp lại các từ, cụm từ và câu), nghe hiểu (khả năng hiểu ngôn ngữ nói), đọc (khả năng hiểu từ viết và ý nghĩa của chúng) và viết (khả năng giao tiếp và ghi lại các sự kiện bằng văn bản).

Cách phân loại truyền thống bao gồm tám loại chứng mất ngôn ngữ:

- Chứng

mất ngôn ngữ Broca, còn gọi là chứng mất ngôn ngữ vận động, là kết quả của tổn thương ở phần trước hoặc thùy trán của vùng não sử dụng ngôn ngữ chiếm ưu thế. Những người mắc chứng mất ngôn ngữ Broca có thể hoàn toàn không thể sử dụng lời nói (câm) hoặc có thể sử dụng các câu nói một từ hoặc thậm chí cả câu đầy đủ, mặc dù những câu này có thể đòi hỏi rất nhiều nỗ lực để xây dựng. Những từ nhỏ, chẳng hạn như liên từ (và, hoặc, nhưng) và mạo từ (the, an, a), có thể bị bỏ qua, dẫn đến giọng nói có tính chất "điếc báo". Khả năng nghe hiểu thường không bị ảnh hưởng nên họ có thể hiểu được lời nói và cuộc trò chuyện của người khác và có thể làm theo mệnh lệnh. Thông thường, họ có thể cảm thấy yếu ở bên phải cơ thể, điều này có thể gây khó khăn khi viết. Khả năng đọc bị suy giảm và trẻ có thể gặp khó khăn trong việc tìm từ thích hợp khi nói. Những người mắc chứng mất ngôn ngữ Broca có thể trở nên thất vọng và chán nản vì họ nhận thức được những khó khăn về ngôn ngữ của mình.

- Chứng mất ngôn ngữ Wernicke xảy ra do tổn thương phần bên hoặc thùy thái dương của vùng ngôn ngữ chiếm ưu thế



Chứng mất ngôn ngữ Broca là do tổn thương thùy trán của vùng não chỉ phối ngôn ngữ. Các cá nhân có chứng mất ngôn ngữ của Broca có thể bị cảm hoặc có thể sử dụng được câu nói có một từ hoặc câu đầy đủ, mặc dù nó có thể đòi hỏi nỗ lực rất lớn. Chứng mất ngôn ngữ của Wernicke là do tổn thương tới thùy thái dương của vùng ngôn ngữ chiếm ưu thế não. Những người mắc bệnh này nói những câu dài, không ngắt quãng, nhưng những từ được sử dụng thường không cần thiết và không thể hiểu được. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

của não. Người mắc chứng mất ngôn ngữ Wernicke có thể nói chuyện bằng những câu dài, không ngắt quãng; tuy nhiên, những lời được sử dụng thường xuyên không cần thiết hoặc thậm chí là bịa đặt. Họ gặp rất nhiều khó khăn trong việc hiểu lời nói của người khác, đôi khi đến mức không thể hiểu được hiểu được ngôn ngữ nói chút nào. Khả năng đọc là giảm sút, và mặc dù khả năng viết vẫn được giữ lại, những gì được viết có thể là bất thường. Không có triệu chứng thực thể, chẳng hạn như yếu nửa người bên phải. Chứng mất ngôn ngữ của Broca thường được quan sát thấy. Ngoài ra, trái ngược với chứng mất ngôn ngữ của Broca, những người mắc chứng mất ngôn ngữ Wernicke chứng mất ngôn ngữ không nhận thức được lỗi ngôn ngữ của mình.

- Chứng mất ngôn ngữ toàn bộ được gây ra bởi tổn thương lan rộng ở vùng ngôn ngữ của bán cầu não trái. Kết quả là, tất cả chức năng ngôn ngữ cơ bản bị ảnh hưởng, nhưng một số lĩnh vực có thể bị ảnh hưởng nhiều hơn những người khác. Ví dụ, một người có thể gặp khó khăn khi nói nhưng có thể viết tốt. Cá nhân có thể gặp phải sự yếu đuối và mất cảm giác ở bên phải cơ thể.
- Chứng mất ngôn ngữ dẫn truyền, còn gọi là chứng mất ngôn ngữ kết hợp, là khá bất thường. Những người mắc chứng mất ngôn ngữ dẫn truyền không thể lặp lại các từ, câu và cụm từ.

Lời nói khá liền mạch, mặc dù các cá nhân có thể thường xuyên tự sửa và các từ có thể bỏ qua hoặc lặp lại. Mặc dù có thể hiểu được ngôn ngữ nói nhưng cá nhân đó cũng có thể gặp khó khăn.

mắc chứng mất ngôn ngữ dẫn truyền để tìm từ thích hợp để mô tả một người hoặc đồ vật. Tác động của tình trạng này lên khả năng đọc và viết là khác nhau. Như với khác các loại chứng mất ngôn ngữ, yếu bên phải hoặc mất cảm giác có thể có mặt.

- Chứng mất ngôn ngữ danh nghĩa hoặc mất ngôn ngữ chủ yếu ảnh hưởng đến khả năng khả năng của cá nhân để tìm đúng tên cho một người hoặc đối tượng. Kết quả là, một đối tượng có thể được mô tả khó hơn là được đặt tên. Khả năng nghe hiểu, lặp lại, đọc và viết không bị ảnh hưởng, ngoại trừ điều này không thể tìm được tên phù hợp. Lời nói trôi chảy, ngoại trừ tạm dừng khi cá nhân cố gắng nhớ lại quyền tên. Các triệu chứng thực thể rất khác nhau và một số cá nhân không có triệu chứng yếu một bên hoặc mất cảm giác.
- Chứng mất ngôn ngữ xuyên vỏ não là do tổn thương các vùng ngôn ngữ của bán cầu não trái bên ngoài bán cầu não nguyên phát các lĩnh vực ngôn ngữ. Có ba loại chứng mất ngôn ngữ: chứng mất ngôn ngữ vận động xuyên vỏ não, chứng mất ngôn ngữ cảm giác xuyên vỏ não và chứng mất ngôn ngữ xuyên vỏ não hỗn hợp. Tất cả các chứng mất ngôn ngữ xuyên vỏ não được phân biệt với các loại khác bởi khả năng lặp lại các từ, cụm từ hoặc câu của cá nhân. Các chức năng ngôn ngữ khác cũng có thể bị suy giảm ở các mức độ khác nhau, tùy thuộc vào mức độ và vị trí cụ thể của tổn thương não.

Khi các nhà nghiên cứu tiếp tục tìm hiểu thêm về cấu trúc và chức năng của não, các loại chứng mất ngôn ngữ mới là được công nhận. Một loại chứng mất ngôn ngữ mới được công nhận, chứng mất ngôn ngữ dưới vỏ, bắt đầu từ các triệu chứng của các loại chứng mất ngôn ngữ truyền thống khác nhưng liên quan đến rối loạn ngôn ngữ đó không phải là điển hình. Loại mất ngôn ngữ này có liên quan với những tổn thương ở các vùng não thường không được xác định với ngôn ngữ và xử lý ngôn ngữ.

## Chẩn đoán

Sau chấn thương não, đánh giá đầu giường ban đầu là được thực hiện để xác định xem chức năng ngôn ngữ có được ảnh hưởng. Nếu cá nhân gặp khó khăn trong giao tiếp, các nỗ lực sẽ được thực hiện để xác định xem khó khăn này xuất phát từ khả năng hiểu ngôn ngữ kém hay do suy giảm khả năng nói. Một cuộc kiểm tra điển hình bao gồm nghe lời nói tự phát và đánh giá khả năng nhận biết và gọi tên đồ vật, hiểu của cá nhân những gì được nghe và lặp lại các từ và cụm từ mẫu. Các cá nhân cũng có thể được yêu cầu đọc to văn bản và giải thích đoạn văn có ý nghĩa gì. Ngoài ra, khả năng viết còn được đánh giá bằng việc sao chép, chép chính tả từng văn bản. Nhấn tin và viết một cái gì đó mà không cần nhắc.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Chứng mất ngôn ngữ**—Một tình trạng đặc trưng bởi mất một phần hoặc toàn bộ khả năng nhớ lại tên người hoặc vật do đột quỵ, chấn thương đầu, u não hoặc nhiễm trùng.

**Chứng mất ngôn ngữ của Broca**—Một tình trạng đặc trưng bởi sự mất một phần hoặc toàn bộ khả năng diễn đạt bản thân, thông qua lời nói hoặc chữ viết. Khả năng nghe hiểu không bị ảnh hưởng. Tình trạng này có thể do đột quỵ, chấn thương đầu, u não hoặc nhiễm trùng.

**Chụp cắt lớp vi tính (CT)**—Một kỹ thuật hình ảnh sử dụng tia X cắt ngang của cơ thể để tạo ra hình ảnh ba chiều về cấu trúc bên trong cơ thể.

**Chứng mất ngôn ngữ dẫn truyền**—Một tình trạng đặc trưng bởi việc không thể lặp lại các từ, câu hoặc cụm từ do đột quỵ, chấn thương đầu, u não hoặc nhiễm trùng.

**Thùy trán**—Phần lớn nhất, hướng về phía trước nhất của mỗi bên hoặc bán cầu não.

**Chứng mất ngôn ngữ toàn bộ**—Một tình trạng có đặc điểm là mất một phần hoặc toàn bộ khả năng giao tiếp bằng lời nói hoặc sử dụng từ viết do tổn thương lan rộng ở các vùng ngôn ngữ của não. Tình trạng này có thể do đột quỵ, chấn thương đầu, u não hoặc nhiễm trùng. Khả năng ngôn ngữ chính xác bị ảnh hưởng khác nhau tùy thuộc vào vị trí và mức độ tổn thương.

**Bán cầu**—Một trong hai nửa hoặc hai bên trái và phải của não.

**Chụp cộng hưởng từ (MRI)**—Một kỹ thuật chụp ảnh sử dụng 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.

**Chứng mất ngôn ngữ dưới vỏ não**—Một tình trạng đặc trưng bởi sự mất một phần hoặc toàn bộ khả năng giao tiếp bằng lời nói hoặc sử dụng từ viết do tổn thương ở các vùng não không bị ngôn ngữ chi phối. Tình trạng này có thể do đột quỵ, chấn thương đầu, u não hoặc nhiễm trùng.

**Thùy thái dương**—Phần mỗi bên hoặc bán cầu não nằm ở một bên đầu, gần tai nhất.

**Chứng mất ngôn ngữ xuyên vỏ não**—Một tình trạng được đặc trưng bởi sự mất một phần hoặc toàn bộ khả năng giao tiếp bằng lời nói hoặc khả năng lặp lại các từ, cụm từ và câu của một cá nhân.

**Chứng mất ngôn ngữ Wernicke**—Một tình trạng đặc trưng bởi sự mất một phần hoặc toàn bộ khả năng hiểu những gì đang được nói hoặc đọc. Cá nhân vẫn duy trì khả năng nói, nhưng lời nói có thể chứa những từ không cần thiết hoặc bịa đặt.

Một nhà nghiên cứu bệnh học về ngôn ngữ hoặc nhà tâm lý học thần kinh có thể được yêu cầu tiến hành các cuộc kiểm tra sâu rộng hơn bằng cách sử dụng các bài kiểm tra chuyên sâu, tiêu chuẩn. Các bài kiểm tra thường được sử dụng bao gồm Kiểm tra chứng mất ngôn ngữ chẩn đoán Boston, Pin Apha-sia của phương Tây và có thể là Chỉ số khả năng nói của Hiến

Kết quả của các xét nghiệm này cho thấy mức độ nghiêm trọng của chứng mất ngôn ngữ và cũng có thể cung cấp thông tin về vị trí chính xác của tổn thương não. Thủ nghiệm rộng rãi này cũng được thiết kế để cung cấp thông tin cần thiết để thiết kế một chương trình trị liệu ngôn ngữ cho từng cá nhân.

Thông tin thêm về vị trí tổn thương có được thông qua việc sử dụng công nghệ hình ảnh, chẳng hạn như chụp cộng hưởng từ (MRI) và chụp cắt lớp vi tính (CT).

## Sự đối đãi

Ban đầu, nguyên nhân cơ bản của chứng mất ngôn ngữ phải được điều trị hoặc ổn định. Để lấy lại chức năng ngôn ngữ, liệu pháp

phải bắt đầu càng sớm càng tốt sau chấn thương.

Mặc dù hiện tại không có thủ tục y tế hoặc phẫu thuật nào để điều trị tình trạng này, nhưng chứng mất ngôn ngữ do đột quỵ hoặc chấn thương đầu có thể cải thiện thông qua việc sử dụng liệu pháp ngôn ngữ. Tuy nhiên, đối với hầu hết các cá nhân, trọng tâm chính là tận dụng tối đa khả năng ngôn ngữ còn sót lại và học cách sử dụng các phương tiện giao tiếp khác để bù đắp cho khả năng ngôn ngữ đã mất.

Trị liệu ngôn ngữ được điều chỉnh để đáp ứng nhu cầu cá nhân, nhưng các hoạt động và công cụ thường được sử dụng bao gồm:

- Luyện tập và luyện tập. Các cơ bị yếu được luyện tập bằng cách lặp đi lặp lại một số từ nhất định hoặc thực hiện các biểu cảm trên khuôn mặt, chẳng hạn như mím cười.
- Thủ hình. Hình ảnh về các đồ vật hàng ngày được sử dụng để cải thiện khả năng ghi nhớ từ và tăng vốn từ vựng. Các

tên của các đồ vật cũng có thể được nói to lặp đi lặp lại như một phần của bài tập và thói quen luyện tập.

- **Bảng tranh.** Hình ảnh về các đồ vật và hoạt động hàng ngày được đặt cùng nhau và cá nhân chỉ vào một số hình ảnh nhất định để truyền đạt ý tưởng và giao tiếp với người khác.
- **Sách bài tập.** Bài tập đọc và viết được sử dụng để rèn luyện khả năng nhớ từ và lấy lại khả năng đọc và viết. Khả năng nghe hiểu cũng được phát triển lại bằng cách sử dụng các bài tập này.
- **Máy tính.** Phần mềm máy tính có thể được sử dụng để cải thiện khả năng nói, đọc, nhớ lại và nghe hiểu bằng cách, ví dụ, hiển thị hình ảnh và yêu cầu cá nhân tìm từ thích hợp.

#### Tiên lượng

Mức độ mà một cá nhân có thể phục hồi khả năng ngôn ngữ phụ thuộc nhiều vào mức độ tổn thương não xảy ra cũng như vị trí và nguyên nhân của chấn thương não ban đầu. Các yếu tố khác bao gồm tuổi tác, sức khỏe chung, động lực và sự sẵn sàng tham gia trị liệu ngôn ngữ của cá nhân và liệu cá nhân đó thuận tay trái hay tay phải. Vùng ngôn ngữ có thể nằm ở cả bán cầu não trái và phải ở những người thuận tay trái.

Do đó, những người thuận tay trái có nhiều khả năng mắc chứng mất ngôn ngữ sau chấn thương não, nhưng vì họ có hai trung tâm ngôn ngữ nên có thể phục hồi hoàn toàn hơn vì khả năng ngôn ngữ có thể được phục hồi ở cả hai bên não. Cường độ điều trị và thời gian từ khi chẩn đoán đến khi bắt đầu điều trị cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng.

#### Phòng ngừa

Bởi vì không có cách nào để biết khi nào đột quỵ, chấn thương đầu hoặc bệnh tật sẽ xảy ra nên có rất ít cách để ngăn ngừa chứng mất ngôn ngữ. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, mức độ hồi phục có thể bị ảnh hưởng bởi sự sẵn lòng hợp tác và tham gia trị liệu ngôn ngữ của một cá nhân ngay sau khi bị thương.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Kinh tốt, Harold. Hiểu về chứng mất ngôn ngữ. San Diego: Học viện báo chí emic, 1993.

Kirshner, Howard S., chủ biên. Cẩm nang về lời nói thần kinh và rối loạn ngôn ngữ. New York: Marcel Dekker, Inc., 1995.

LaPointe, Leonard L., biên tập. Chứng mất ngôn ngữ và các rối loạn ngôn ngữ thần kinh liên quan. tái bản lần thứ 2. New York: Thieme, 1997.

Lyon, Jon G. và Marianne B. Simpson. Đối phó với chứng mất ngôn ngữ. San Diego: Nhóm xuất bản số ít, 1998.

#### TỔ CHỨC

Hiệp hội mất ngôn ngữ quốc gia. 156 5th Ave., Suite 707, New York, NY 10010. (800) 922-4622. <<http://www.aphasia.org>>.

Viện Quốc gia về Điều trị và các Bệnh Giao tiếp Khác  
đơn đặt hàng. Viện Y tế Quốc gia, 31 Center Drive, MSC 2320,  
Bethesda, MD USA 20892-2320. (800) 241-1044. <<http://www.nidcd.nih.gov>>.

Julia Barrett

#### Apheres xem Truyền máu

#### Thiểu máu không tái tạo

##### Sự định nghĩa

Thiểu máu bất sản là một rối loạn trong đó tuy xương giảm đáng kể hoặc ngừng sản xuất tế bào máu.

##### Sự miêu tả

Tủy xương (mô mềm nằm bên trong lớp vỏ cứng bên ngoài của xương) chịu trách nhiệm sản xuất tất cả các loại tế bào máu. Dạng trưởng thành của những tế bào này bao gồm hồng cầu, mang oxy đi khắp cơ thể; tế bào bạch cầu chống nhiễm trùng; và tiểu cầu, có liên quan đến quá trình đông máu. Trong bệnh thiểu máu bất sản, cấu trúc cơ bản của tuy xương nên bất thường và những tế bào chịu trách nhiệm tạo ra các tế bào máu (tế bào tạo máu) bị giảm đáng kể về số lượng hoặc vắng mặt. Những tế bào tạo máu này được thay thế bằng một lượng lớn chất béo.

Hàng năm, bệnh thiểu máu bất sản tấn công khoảng 5-10 người trên 1 triệu người. Mặc dù bệnh thiểu máu bất sản xảy ra ở cả nam và nữ ở mọi lứa tuổi nhưng có hai nhóm tuổi có nguy cơ cao hơn. Cả thanh niên (từ 15-30 tuổi) và người già (trên 60 tuổi) đều có tỷ lệ thiểu máu bất sản cao hơn so với dân số nói chung. Trong khi chứng rối loạn này xảy ra trên toàn thế giới, thanh niên ở châu Á có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn dân số ở Bắc Mỹ và châu Âu.

##### Nguyên nhân và triệu chứng

Thiểu máu bất sản được chia thành ba loại cơ bản, dựa trên nguồn gốc nguyên nhân: vô căn, mắc phải và di truyền.

Tương khoảng 60% trường hợp, thiểu máu bất sản được coi là vô căn, nghĩa là không rõ nguyên nhân của chứng rối loạn này.

Thiểu máu bắt sán mắc phải để cập đến những trường hợp mà các yếu tố môi trường và điều kiện thể chất nhất định dường như có liên quan đến sự phát triển của bệnh.

Thiểu máu bắt sán mắc phải có thể liên quan đến:

- tiếp xúc với thuốc, đặc biệt là thuốc chống ung thư, thuốc kháng sinh, thuốc chống viêm, thuốc điều trị động kinh và thuốc kháng giáp (thuốc dùng để ngăn chặn hoạt động của tuyến giáp hoạt động quá mức)

• tiếp xúc với bức xạ

• tiếp xúc với hóa chất (đặc biệt là dung môi hữu cơ benzen và một số loại thuốc trừ sâu)

• nhiễm một số loại vi-rút (đặc biệt là những vi-rút gây viêm gan vi-rút, cũng như vi-rút Epstein-Barr, parvovirus và HIV, loại vi-rút có thể gây ra bệnh AIDS)

• thai kỳ

• một số chứng rối loạn khác, bao gồm một căn bệnh gọi là tiểu huyết sắc tố kịch phát về đêm, một phản ứng tự miễn gọi là bệnh mảnh ghép chống lại vật chủ (xảy ra khi hệ thống miễn dịch của cơ thể tấn công và phá hủy các tế bào của chính cơ thể), và một số bệnh mô liên kết nhất định

Bệnh thiếu máu bắt sán di truyền tương đối hiếm, nhưng xảy ra trong bệnh thiếu máu Fanconi, hội chứng Shwachman-Diamond và rối loạn sừng hóa bẩm sinh.

Các triệu chứng của bệnh thiếu máu bắt sán có xu hướng giống với các bệnh thiếu máu khác, bao gồm mệt mỏi, suy nhược, các vết nhô màu đỏ-tím (xuất huyết) trên da (bằng chứng xuất huyết tùng điêm trên da), bằng chứng về vết bầm tím bất thường và chảy máu từ nướu, mũi, ruột hoặc âm đạo. Bệnh nhân có thể có vẻ nhợt nhạt. Nếu tình trạng thiếu máu tiến triển, lượng oxy lưu thông trong máu giảm có thể dẫn đến tăng nhịp tim và xuất hiện đột ngột tiếng thở mới ở tim.

## Chẩn đoán

Công thức máu trong bệnh thiếu máu bắt sán sẽ tiết lộ số lượng thấp của tất cả các tế bào máu được hình thành. Các tế bào hồng cầu sẽ có kích thước và màu sắc bình thường nhưng số lượng giảm đi rất nhiều. Các tế bào được gọi là hồng cầu lười (hồng cầu còn rất trẻ, thường được tùy xướng sản xuất với số lượng lớn để bù đắp cho tình trạng thiếu máu trầm trọng) sẽ có số lượng rất thấp.

Tiểu cầu và bạch cầu cũng sẽ giảm về số lượng dù cấu trúc vẫn bình thường.

Một mẫu tuy xương của bệnh nhân sẽ cần được lấy ra bằng kim (thường là từ xương hông) và kiểm tra dưới kính hiển vi. Nếu thiếu máu bắt sán được ghi trước, cuộc kiểm tra này sẽ phát hiện rất ít hoặc không có tế bào tạo máu và thay thế bằng chất béo.

## Sự đổi đãi

Bước đầu tiên trong điều trị thiểu máu bắt sán liên quan đến việc ngừng tiếp xúc với bất kỳ chất nào có thể gây ra rối loạn. Mặc dù có vẻ như việc truyền máu sẽ hữu ích trong căn bệnh này nhưng trên thực tế, chúng chỉ có tác dụng tạm thời và có thể làm phức tạp thêm những nỗ lực ghép tuy xương trong tương lai.

Phương pháp điều trị thành công nhất cho bệnh thiếu máu bắt sán là ghép tuy xương. Để làm được điều này, phải xác định được người hiến tuy (thường là anh chị em ruột). Có một số dấu hiệu mô phải được kiểm tra để xác định xem việc hiến tuy xương có khả năng tương thích với hệ thống miễn dịch của bệnh nhân hay không. Khả năng tương thích là cần thiết để tránh các biến chứng, bao gồm cả việc hệ thống miễn dịch của chính bệnh nhân phá hủy tuy của người hiến tặng.

Những bệnh nhân không thể ghép tuy xương có thể được điều trị bằng một số thuốc, bao gồm globulin kháng té bào tuyển ức (ATG), cyclophosphamide, steroid và cyclosporine. Những tác nhân này đều có khả năng gây ra một số tác dụng phụ rắc rối.

Hơn nữa, không phải tất cả bệnh nhân đều đáp ứng đầy đủ với các thuốc này. Tuy nhiên, ngay cả trong số những bệnh nhân có phản ứng tốt, nhiều người sau đó lại bị tái phát (tái phát) bệnh thiếu máu bắt sán.

## Tiền lượng

Thiểu máu bắt sán là một căn bệnh đe dọa tính mạng. Nếu không điều trị, bệnh gần như chắc chắn sẽ tiến triển đến tử vong. Khả năng sống sót phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh khi được chẩn đoán, loại điều trị mà bệnh nhân dù điều kiện và loại phản ứng của cơ thể họ đối với phương pháp điều trị đó. Loại thiếu máu bắt sán có tiền lượng xấu nhất là loại có liên quan đến số lượng rất thấp của một loại tế bào bạch cầu cụ thể. Những bệnh nhân này có nguy cơ tử vong cao do nhiễm vi khuẩn quá mức. Trên thực tế, 80% bệnh nhân chỉ được điều trị bằng truyền máu sẽ chết trong vòng 18 tháng đến 2 năm. Những bệnh nhân được ghép tuy xương có 60-90% cơ hội khỏi bệnh.

Tài nguyên

SÁ CH

Castro-Malaspina, Hugo và Richard J. O'Reilly. "Bắt sán

Thiểu máu và Hội chứng rối loạn sinh tuy." Trong Nguyên tắc Nội khoa của Harrison, ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

ĐỊNH KÝ

Doney, Kristine và cộng sự. "Điều trị ban đầu các aplas mắc phải Thiếu máu tíc: Kết quả của việc cấy ghép tuy xương và liệu pháp ức chế miễn dịch." Biên niên sử nội khoa 126 (15/01/1997): 107+.

CẤT RUỘT

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Tủy xương—Một chất được tìm thấy trong các khoang xương, đặc biệt là xương dài và xương ức (xương ức). Tủy xương chứa các tế bào chịu trách nhiệm sản xuất các tế bào máu (hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu).

Ghép tủy xương—Một thủ thuật trong đó một lượng tủy xương được lấy ra thông qua kim từ người hiến tặng, sau đó được truyền vào bệnh nhân để thay thế tủy xương bị bệnh hoặc không có của bệnh nhân.

Tế bào tạo máu —Những tế bào nằm trong tủy xương và chịu trách nhiệm sản xuất các tế bào lưu thông trong máu (hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu).

Trẻ, Neal. "Thiểu máu bất sản." *The Lancet* 346 (22/7/1995): 228+.

Young, Neal và Jaroslaw Maciejewski. "Sinh lý bệnh của bệnh thiếu máu bất sản mắc phải." *Tạp chí Y học New England* 336 (8 tháng 5 năm 1997): 1365+.

**TỔ CHỨC**

Tổ chức thiếu máu bất sản của Mỹ. PO Box 613, Annapolis, MD 21404. (800) 747-2820. <<http://www.aplastic.org>>.

Rosalyn Carson-DeWitt, MD

Khủng hoảng bất sản xem Bệnh thứ năm

## Cắt ruột thừa

**Sự định nghĩa**

Cắt ruột thừa là phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa. Ruột thừa là một túi rỗng hình con sâu gắn vào manh tràng, phần đầu của ruột già.

**Mục đích**

Phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa được thực hiện để điều trị viêm ruột thừa, một ruột thừa bị viêm và nhiễm trùng.

Các biện pháp phòng ngừa

Vì viêm ruột thừa xảy ra phổ biến nhất ở nam giới trong độ tuổi từ 10-14 và ở nữ giới trong độ tuổi

từ 15-19 tuổi, phẫu thuật cắt ruột thừa thường được thực hiện nhất trong thời gian này. Chẩn đoán viêm ruột thừa khó khăn nhất ở trẻ nhỏ (dưới hai tuổi) và ở người già.

**Sự miêu tả**

Cắt ruột thừa được coi là một phẫu thuật lớn. Vì vậy, bác sĩ phẫu thuật tổng quát phải thực hiện ca phẫu thuật này trong phòng mổ của bệnh viện. Một bác sĩ gây mê cũng có mặt trong quá trình phẫu thuật để tiêm thuốc gây mê. Thông thường, bác sĩ gây mê sử dụng kỹ thuật gây mê tổng quát, theo đó bệnh nhân được đưa vào giấc ngủ và không bị đau bằng cách tiêm thuốc vào tĩnh mạch hoặc bằng các chất hít qua ống đặt trong khí quản. Đôi khi có thể sử dụng thuốc gây mê tự sống.

Sau khi bệnh nhân được gây mê, bác sĩ phẫu thuật tổng quát có thể cắt bỏ ruột thừa bằng cách sử dụng phương pháp mổ mở truyền thống (trong đó rạch một đường 2-3 [5-7,6 cm] ở bụng) hoặc qua nội soi ổ bụng (trong đó 4 vết mổ 1 in). [2,5 cm] vết mổ được thực hiện ở bụng).

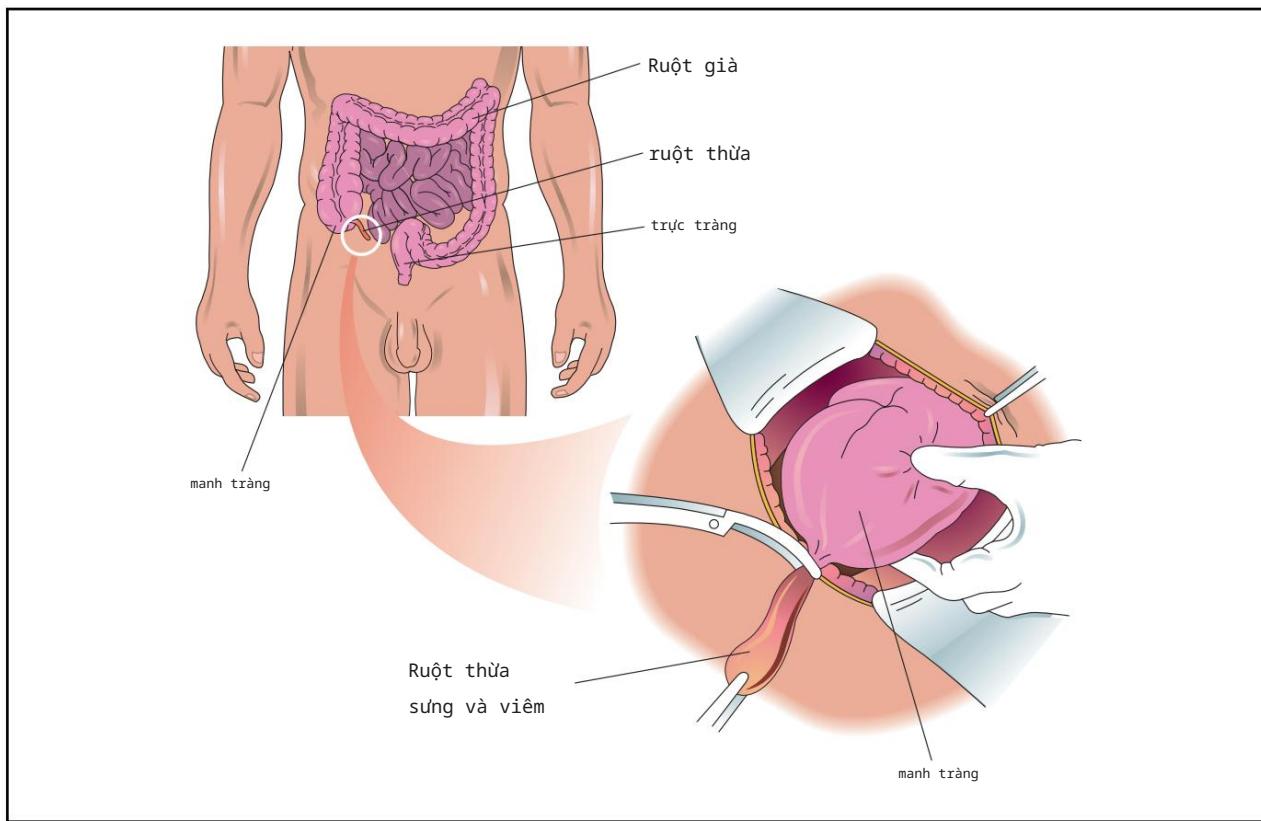
**Phẫu thuật cắt ruột thừa mở truyền thống**

Khi bác sĩ phẫu thuật sử dụng phương pháp mở, anh ta sẽ rạch một đường ở phần dưới bên phải của bụng. Hầu hết các vết mổ đều có chiều dài dưới 3 inch (7,6 cm). Sau đó, bác sĩ phẫu thuật sẽ xác định tất cả các cơ quan trong bụng và kiểm tra chúng để tìm bệnh hoặc các bất thường khác. Ruột thừa được định vị và đưa vào vết thương. Bác sĩ phẫu thuật sẽ tách ruột thừa ra khỏi tất cả các mô xung quanh và phần gần của nó với manh tràng rồi cắt bỏ nó. Vị trí mà trước đây ruột thừa được gắn vào, manh tràng, được đóng lại và quay trở lại bụng. Các lớp cơ và sau đó là da được khâu lại với nhau.

**Cắt ruột thừa nội soi**

Khi bác sĩ phẫu thuật tiến hành phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi, sẽ thực hiện bốn vết mổ, mỗi vết dài khoảng 1 in (2,5 cm). Một vết mổ ở gần rốn, và một vết mổ ở giữa rốn và xương mu. Hai vết mổ khác nhỏ hơn và nằm ở bên phải bụng dưới. Sau đó, bác sĩ phẫu thuật sẽ đưa một máy ảnh và các dụng cụ đặc biệt qua các vết mổ này. Với sự hỗ trợ của thiết bị này, bác sĩ phẫu thuật sẽ kiểm tra trực quan các cơ quan trong ổ bụng và xác định ruột thừa. Tương tự, phụ lục được giải phóng khỏi tất cả các tệp đính kèm và bị xóá. Nói mà ruột thừa trước đây được gắn vào, manh tràng, được khâu lại. Ruột thừa được cắt bỏ thông qua một trong các vết mổ. Các dụng cụ được lấy ra và sau đó tất cả các vết mổ được đóng lại.

Các nghiên cứu và ý kiến về ưu điểm và nhược điểm tương đối của từng phương pháp được chia ra. Một bác sĩ phẫu thuật lành nghề có thể thực hiện một trong những thủ tục này trong



Phẫu thuật cắt ruột thừa mở truyền thống. Sau khi bác sĩ phẫu thuật rạch một đường ở phần dưới bên phải của bụng, anh ấy/cô ấy sẽ kéo ruột thừa lên, tách nó ra khỏi các mô xung quanh và phần dính vào manh tràng rồi cắt bỏ. (Minh họa của Electronic Illustrators Group.)

ít hơn một giờ đồng hồ. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi (LA) luôn mất nhiều thời gian hơn phẫu thuật cắt ruột thừa truyền thống (TA). Thời gian cần thiết để thực hiện LA tăng lên làm tăng khả năng tiếp xúc của bệnh nhân với thuốc gây mê, làm tăng nguy cơ biến chứng. Yêu cầu về thời gian tăng lên cũng làm tăng phí mà bệnh viện tính cho thời gian trong phòng mổ và bác sĩ gây mê. Vì LA cũng yêu cầu thiết bị chuyên dụng nên phí sử dụng cũng làm tăng viện phí. Bệnh nhân của một trong hai ca phẫu thuật đều có nhu cầu dùng thuốc giảm đau tương tự nhau, bắt đầu ăn kiêng vào những thời điểm tương đương và nằm viện trong khoảng thời gian tương đương. LA có lợi ích đặc biệt ở những phụ nữ khó chẩn đoán và các bệnh phụ khoa (như lạc nội mạc tử cung, bệnh viêm vùng chậu, vỡ nang buồng trứng, vỡ u nang buồng trứng và mang thai ở ổ bụng) có thể là nguyên nhân gây đau chứ không phải viêm ruột thừa. Nếu LA được thực hiện ở những bệnh nhân này, các cơ quan vùng chậu có thể được kiểm tra kỹ lưỡng hơn và chẩn đoán xác định được đưa ra trước khi cắt bỏ ruột thừa. Hầu hết các bác sĩ phẫu thuật chọn TA hoặc LA dựa trên nhu cầu cá nhân và hoàn cảnh của bệnh nhân.

Các chương trình bảo hiểm sẽ chỉ trả chi phí cắt ruột thừa. Bệnh viện và cơ quan y tế sẽ tính phí một cách độc lập.

các bác sĩ. Phí bệnh viện bao gồm phí sử dụng phòng mổ và phòng hồi sức, phí chẩn đoán và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, cũng như phí phòng bệnh thông thường. Phí phẫu thuật khác nhau tùy theo từng vùng và dao động trong khoảng từ \$250- \$750. Phí của bác sĩ gây mê phụ thuộc vào sức khỏe của bệnh nhân và thời gian phẫu thuật.

#### Chuẩn bị Sau

khi chẩn đoán viêm ruột thừa và quyết định thực hiện phẫu thuật cắt ruột thừa, bệnh nhân phải trải qua quá trình chuẩn bị tiêu chuẩn cho ca phẫu thuật.

Quá trình này thường chỉ mất từ một đến hai giờ và bao gồm việc ký giấy đồng ý phẫu thuật, thủ tục nhận dạng bệnh nhân, đánh giá của bác sĩ gây mê và chuyển bệnh nhân đến phòng mổ của bệnh viện. Đôi khi, nếu bệnh nhân bị ốm trong thời gian dài hoặc bị nôn mửa kéo dài, có thể cần trì hoãn vài giờ để truyền dịch và kháng sinh cho bệnh nhân.

#### Chăm sóc sau

Phục hồi sau phẫu thuật cắt ruột thừa cũng tương tự như các phẫu thuật khác. Bệnh nhân được phép ăn khi dạ dày

Các

và ruột bắt đầu hoạt động trở lại. Thông thường, bữa ăn đầu tiên là chế độ ăn lỏng trong suốt-nước dùng, nước trái cây, soda và gelatin. Nếu bệnh nhân dung nạp được bữa này thì bữa tiếp theo thường là bữa ăn bình thường. Bệnh nhân được yêu cầu đi bộ và tiếp tục các hoạt động thể chất bình thường càng sớm càng tốt. Nếu TA được thực hiện, các lớp học thể dục và lao động có thể bị hạn chế trong suốt ba tuần sau khi phẫu thuật. Nếu LA được thực hiện, hầu hết bệnh nhân có thể trở lại làm việc và hoạt động gắng sức trong vòng một đến ba tuần sau phẫu thuật.

### Rủi ro

Một số rủi ro nhất định sẽ xuất hiện khi bất kỳ ca phẫu thuật nào đều cần gây mê toàn thân và mở khoang bụng.

Viêm phổi và xẹp đường hô hấp nhỏ (atelectasis) thường xảy ra. Những bệnh nhân hút thuốc có nguy cơ cao mắc các biến chứng này. Viêm tắc tĩnh mạch hoặc viêm tĩnh mạch hiếm gặp nhưng có thể xảy ra nếu bệnh nhân phải nghỉ ngơi trên giường kéo dài. Chảy máu có thể xảy ra nhưng hiếm khi phải truyền máu. Dính (kết nối bất thường với các cơ quan bụng bằng mỏ sợi mỏng) là một biến chứng đã biết của bất kỳ thủ thuật bụng nào như cắt ruột thừa. Những chất kết dính này có thể dẫn đến tắc nghẽn đường ruột, ngăn cản dòng chảy bình thường của chất chứa trong ruột. Thoát vị là một biến chứng của bất kỳ vết mổ nào, tuy nhiên, chúng hiếm khi được nhìn thấy sau khi cắt ruột thừa vì thành bụng rất chắc chắn ở khu vực vết mổ cắt ruột thừa tiêu chuẩn.

Tỷ lệ biến chứng chung của phẫu thuật cắt ruột thừa phụ thuộc vào tình trạng của ruột thừa tại thời điểm cắt bỏ. Nếu ruột thừa chưa vỡ tỷ lệ biến chứng chỉ khoảng 3%. Tuy nhiên, nếu ruột thừa bị vỡ thì tỷ lệ biến chứng tăng lên gần 59%. Nhiễm trùng vết thương có thể xảy ra và phổ biến hơn nếu ruột thừa bị nặng, tiến triển nặng hoặc bị vỡ. Áp xe có thể hình thành ở bụng do biến chứng của viêm ruột thừa.

Đôi khi, ruột thừa sẽ vỡ ra trước khi được cắt bỏ, làm tràn các chất bên trong vào khoang bụng.

Viêm phúc mạc hoặc nhiễm trùng toàn thân ở vùng bụng sẽ xảy ra. Điều trị viêm phúc mạc do ruột thừa bị vỡ bao gồm cắt bỏ phần còn lại của ruột thừa, đặt ống dẫn lưu (ống cao su thúc đẩy dòng chảy nhiễm trùng từ trong bụng ra ngoài bụng).

cơ thể) và kháng sinh. Sự hình thành lỗ rò (một kết nối bất thường giữa manh tràng và da) hiếm khi xảy ra. Nó chỉ được phát hiện nếu ruột thừa đính rộng vào manh tràng và viêm ruột thừa đã tiến xa gây ra sự phá hủy manh tràng.

### Kết quả bình thường

Hầu hết bệnh nhân cảm thấy khỏe hơn ngay sau khi phẫu thuật viêm ruột thừa. Nhiều bệnh nhân được xuất viện trong vòng 24 giờ sau khi cắt ruột thừa.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Áp xe-Một tập hợp mủ nằm sâu trong các mô hoặc trong khoang cơ thể.

Bác sĩ gây mê-Một bác sĩ được đào tạo đặc biệt và có chuyên môn về cung cấp thuốc gây mê.

Thuốc gây mê-Thuốc hoặc phương pháp được sử dụng để làm cho một vùng cơ thể không còn cảm giác hoặc đau đớn.

Cecum-Phần đầu của ruột già và là nơi ruột thừa gắn vào đường ruột.

Bác sĩ phẫu thuật tổng quát-Một bác sĩ được đào tạo đặc biệt và có chuyên môn về thực hiện nhiều loại phẫu thuật.

Các cơ quan vùng chậu-Các cơ quan bên trong cơ thể nằm trong giới hạn của xương chậu. Điều này bao gồm bàng quang và trực tràng ở cả hai giới và tử cung, buồng trứng và ống dẫn trứng ở nữ giới.

Xương mu-Phần trước của xương chậu nằm ở vùng bụng trước.

Viêm tĩnh mạch huyết khối-Viêm tĩnh mạch, thường ở chân, gây sưng tấy và tê bì ở vùng bị ảnh hưởng.

Rốn-Rôle.

Những người khác có thể yêu cầu ở lại lâu hơn-ba đến năm ngày. Hầu như tất cả bệnh nhân đều trở lại hoạt động bình thường trong vòng ba tuần.

Tỷ lệ tử vong do viêm ruột thừa đã giảm đáng kể theo thời gian. Hiện nay, tỷ lệ tử vong được ước tính là từ 1 đến 2 trên 1.000.000 trường hợp viêm ruột thừa.

Tử vong thường do viêm phúc mạc, áp xe trong ổ bụng hoặc nhiễm trùng nặng sau khi vỡ.

Các biến chứng liên quan đến việc cắt ruột thừa không được chẩn đoán, chẩn đoán sai hoặc chẩn đoán muộn là rất đáng kể. Chẩn đoán viêm ruột thừa là khó khăn và không bao giờ chắc chắn. Điều này đã khiến các bác sĩ phẫu thuật thực hiện phẫu thuật cắt ruột thừa bất cứ lúc nào họ cảm thấy chẩn đoán là viêm ruột thừa. Hầu hết các bác sĩ phẫu thuật cảm thấy rằng khoảng 20% bệnh nhân của họ sẽ cắt bỏ ruột thừa bình thường. Tỷ lệ thấp hơn nhiều so với con số này thường như cho thấy việc chẩn đoán viêm ruột thừa thường bị bỏ sót.

Tài nguyên

SÁ CH

Schwartz, Seymour I. "Phụ lục." Trong Nguyên tắc Phẫu thuật, ed. Seymour Schwartz và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1994.

Im lặng đi, William. "Viêm ruột thừa cấp." Trong Nguyên tắc Nội khoa của Harrison, ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

#### ĐỊNH KỲ

McCall, JL, K. Sharples và F. Jafallah. "Đánh giá có hệ thống về thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng so sánh nội soi ổ bụng với phẫu thuật cắt ruột thừa mở." Tạp chí Phẫu thuật Anh 84, không. 8 (tháng 8 năm 1997): 1045-1050.  
Minne, L., và cộng sự. "Cắt ruột thừa nội soi và mở mở." Nghiên cứu ngẫu nhiên về kết quả." Lưu trữ Phẫu thuật 132 (tháng 7 năm 1997): 708-711.

#### KHÁ C

"Cắt ruột thừa." Phát triển mạnh trực tuyến. <<http://thriveonline.oxygen.com>>.  
"Phụ lục." Phòng khám Mayo trực tuyến. <<http://www.mayohealth.org>>.

Mary Jeanne Krob, MD, FACS

## ■ Viêm ruột thừa

### Sự định nghĩa

Viêm ruột thừa là tình trạng viêm ruột thừa, là túi hình con sâu gắn vào manh tràng, phần đầu của ruột già. Ruột thừa không có chức năng gì trong cơ thể nhưng nó có thể bị bệnh.

Viêm ruột thừa là một trường hợp cấp cứu y tế và nếu không được điều trị, ruột thừa có thể vỡ và gây nhiễm trùng có thể gây tử vong.

### Sự miêu tả

Viêm ruột thừa là trường hợp cấp cứu bụng thường gặp nhất ở trẻ em và thanh niên. Cứ 15 người thì có một người bị viêm ruột thừa trong đời. Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở nam giới từ 10-14 tuổi và ở nữ giới từ 15-19 tuổi. Nhiều nam giới mắc bệnh viêm ruột thừa hơn nữ giới trong độ tuổi dậy thì và 25 tuổi. Bệnh này hiếm gặp ở người già và trẻ em dưới hai tuổi.

Triệu chứng đặc trưng của viêm ruột thừa là đau bụng ngày càng trầm trọng. Vì nhiều tình trạng khác nhau có thể gây đau bụng nên việc chẩn đoán chính xác viêm ruột thừa có thể khó khăn. Tuy nhiên, việc chẩn đoán kịp thời là rất quan trọng vì sự chậm trễ có thể dẫn đến thủng hoặc vỡ ruột thừa. Khi điều này xảy ra, phần ruột thừa bị nhiễm trùng sẽ tràn vào bụng, có khả năng gây nhiễm trùng bụng nghiêm trọng gọi là viêm phúc mạc.

Các tình trạng khác có thể có triệu chứng tương tự, đặc biệt ở phụ nữ. Chúng bao gồm viêm vùng chậu



Viêm ruột thừa

Một phụ lục được trích xuất. (Ảnh của Lester V. Bergman, Corbis Images. Được sao chép lại với sự cho phép.)

bệnh, vỡ nang buồng trứng, vỡ u nang buồng trứng, mang thai ở ống dẫn trứng và lạc nội mạc tử cung. Nhiều dạng khó chịu ở dạ dày và viêm ruột cũng có thể giống viêm ruột thừa.

Phương pháp điều trị viêm ruột thừa cấp tính (đột ngột, nặng) là cắt ruột thừa, phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa. Do khả năng ruột thừa bị vỡ đe dọa tính mạng nên những người nghi ngờ bị viêm ruột thừa thường được đưa đi phẫu thuật trước khi chẩn đoán chắc chắn.

### Nguyên nhân và triệu chứng Nguyên

nhân gây viêm ruột thừa chưa được hiểu rõ, nhưng người ta cho rằng nó xảy ra do một hoặc nhiều yếu tố sau: tắc nghẽn trong ruột thừa, phát triển vết loét (một sự thay đổi bất thường ở mô kèm theo cái chết của tế bào) trong ruột thừa và sự xâm nhập của vi khuẩn.

Trong những điều kiện này, vi khuẩn có thể nhân lên trong ruột thừa. Ruột thừa có thể bị sưng và chứa đầy mủ (chất lỏng hình thành trong mô bị nhiễm trùng, bao gồm các tế bào máu và mảnh vụn tế bào), và cuối cùng có thể bị vỡ. Các dấu hiệu vỡ bao gồm các triệu chứng xuất hiện trong hơn 24 giờ, sốt, số lượng bạch cầu cao và nhịp tim nhanh. Rất hiếm,

tình trạng viêm và các triệu chứng của viêm ruột thừa có thể biến mất nhưng sau đó lại tái phát.

Triệu chứng phân biệt của viêm ruột thừa là cơn đau bắt đầu xung quanh hoặc phía trên rốn. Cơn đau có thể dữ dội hoặc chỉ nhức nhối và khó chịu, cuối cùng di chuyển vào góc dưới bên phải của bụng.

Ở đó, nó trở nên ổn định hơn và nghiêm trọng hơn, và thường tăng lên khi cử động, ho, v.v.

Bụng thường trở nên cứng và mềm khi chạm vào. Tăng độ cứng và đau cho thấy khả năng thủng và viêm phúc mạc tăng lên.

Mất cảm giác ngon miệng là rất phổ biến. Buồn nôn và nôn mửa có thể xảy ra ở khoảng một nửa số trường hợp và đôi khi có thể bị táo bón hoặc tiêu chảy. Nhiệt độ có thể bình thường hoặc tăng nhẹ. Sự hiện diện của sốt có thể cho thấy ruột thừa đã vỡ.

#### **Chẩn đoán**

Khám cẩn thận là cách tốt nhất để chẩn đoán viêm ruột thừa. Ngay cả các bác sĩ có kinh nghiệm cũng khó có thể phân biệt được triệu chứng của viêm ruột thừa với các bệnh lý bụng khác. Vì vậy, việc đặt câu hỏi thật cụ thể và khám sức khỏe toàn diện là rất quan trọng. Bác sĩ nên đặt các câu hỏi, chẳng hạn như cơn đau tập trung ở đâu, cơn đau có di chuyển hay không và cơn đau bắt đầu từ đâu. Bác sĩ nên ấn vào bụng để đánh giá vị trí đau và mức độ đau.

Chuỗi triệu chứng điển hình xuất hiện trong khoảng 50% trường hợp. Trong nửa trường hợp còn lại, có thể thấy các mô hình ít điển hình hơn, đặc biệt ở phụ nữ mang thai, bệnh nhân lớn tuổi và trẻ sơ sinh. Ở phụ nữ mang thai, viêm ruột thừa dễ bị che lấp bởi sự xuất hiện thường xuyên của đau bụng nhẹ và buồn nôn do các nguyên nhân khác. Bệnh nhân cao tuổi có thể cảm thấy ít đau và nhạy cảm hơn hầu hết các bệnh nhân, do đó làm chậm trễ việc chẩn đoán và điều trị, dẫn đến vỡ trong 30% trường hợp. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ thường bị tiêu chảy, nôn mửa, sốt kèm theo đau đớn.

Trong khi các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm không thể thiết lập chẩn đoán, số lượng bạch cầu tăng lên có thể chỉ ra viêm ruột thừa. Phân tích nước tiểu có thể giúp loại trừ nhiễm trùng đường tiết niệu có thể giống viêm ruột thừa.

Những bệnh nhân có triệu chứng và khám thực thể phù hợp với chẩn đoán viêm ruột thừa thường được đưa ngay đến phẫu thuật, trong đó thực hiện phẫu thuật nội soi (phẫu thuật thăm dò vùng bụng) để xác nhận chẩn đoán. Trong trường hợp chẩn đoán còn nghi vấn, các xét nghiệm khác, chẳng hạn như chụp cắt lớp vi tính (CT) có thể được thực hiện để tránh phẫu thuật không cần thiết. Khám siêu âm bụng có thể giúp xác định ruột thừa bị viêm hoặc tình trạng khác.

sẽ giải thích các triệu chứng. Chụp X-quang bụng không có nhiều giá trị trừ khi ruột đã vỡ.

Thông thường, chẩn đoán không chắc chắn cho đến khi phẫu thuật được thực hiện. Để tránh vỡ ruột thừa, phẫu thuật có thể được khuyến khích ngay lập tức nếu các triệu chứng chỉ ra rõ ràng là viêm ruột thừa. Nếu các triệu chứng không rõ ràng, phẫu thuật có thể bị hoãn lại cho đến khi chúng tiến triển đủ để xác nhận chẩn đoán.

Khi nghỉ ngơi viêm ruột thừa ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, đôi khi nên thực hiện nội soi ổ bụng chẩn đoán (kiểm tra bên trong bụng) trước khi cắt ruột thừa để chắc chắn rằng có vấn đề phụ khoa, chẳng hạn như vỡ ống nang buồng trứng, không gây ra sự đau đớn. Trong thủ tục này, một ống quan sát có đèn được đưa vào bụng thông qua một vết mổ nhỏ quanh rốn.

Ruột thừa bình thường được phát hiện ở khoảng 10-20% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi vì nghỉ ngơi viêm ruột thừa. Đôi khi bác sĩ phẫu thuật sẽ cắt bỏ ruột thừa bình thường như một biện pháp bảo vệ khỏi viêm ruột thừa trong tương lai. Trong quá trình phẫu thuật, một nguyên nhân cụ thể khác gây ra cơn đau và các triệu chứng của viêm ruột thừa được tìm thấy ở khoảng 30% số bệnh nhân này.

#### **Sự đối đãi**

Việc điều trị viêm ruột thừa là cắt ruột thừa ngay lập tức. Điều này có thể được thực hiện bằng cách mở bụng bằng kỹ thuật cắt ruột thừa mở tiêu chuẩn hoặc thông qua nội soi. Trong nội soi, một vết mổ nhỏ hơn được thực hiện qua rốn. Cả hai phương pháp đều có thể thực hiện thành công việc loại bỏ phụ lục. Không chắc chắn rằng nội soi ổ bụng có bất kỳ lợi thế nào so với phẫu thuật cắt ruột thừa mở. Khi ruột thừa bị vỡ, bệnh nhân được phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi có thể phải chuyển sang phương pháp cắt ruột thừa mở để điều trị thành công vết vỡ. Nếu ruột thừa bị vỡ không được điều trị, tình trạng này sẽ gây tử vong.

#### **Tiêm lượng**

Viêm ruột thừa thường được điều trị thành công bằng phẫu thuật cắt ruột thừa. Trừ khi có biến chứng, bệnh nhân sẽ bình phục mà không gặp vấn đề gì thêm. Tỷ lệ tử vong ở những trường hợp không có biến chứng là dưới 0,1%. Khi ruột thừa bị vỡ hoặc nhiễm trùng nặng phát triển, khả năng xảy ra biến chứng cao hơn, khả năng hồi phục chậm hơn hoặc tử vong vì bệnh tật. Tỷ lệ tử vong và tử vong cao hơn ở trẻ em và người già.

#### **Phòng ngừa**

Viêm ruột thừa có lẽ không thể phòng ngừa được, mặc dù có một số dấu hiệu cho thấy chế độ ăn nhiều rau xanh và cà chua có thể giúp ngăn ngừa viêm ruột thừa.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Cắt ruột thừa (hoặc cắt ruột thừa)–Phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa.

Phụ lục– Túi hình con giun gần vào mảnh tràng, phần đầu của ruột già.

Phẫu thuật nội soi– Phẫu thuật rạch vào vùng thắt lưng, giữa xương sườn và xương chậu, giúp bác sĩ phẫu thuật có thể quan sát bên trong khoang bụng.

Viêm phúc mạc–Viêm phúc mạc, màng lót thành bụng vùng chậu.

**Tài nguyên****SÁ CH**

Carter, David C. "Bụng cấp tính." Trong Các bệnh về đường tiêu hóa và gan, ed. David JC Shearman, và cộng sự. New York: Churchill Livingstone, 1997.

Mulholland, Michael W. "Phương pháp tiếp cận bệnh nhân cấp tính Bụng." Trong Sách giáo khoa Tiêu hóa, ed. Tadataka Yamada và cộng sự. Philadelphia: JB Lippincott, 1995.

Im lặng đi, William. "Viêm ruột thừa cấp." Trong Nguyên tắc Nội khoa của Harrison, ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

**ĐỊNH KỲ**

Van Der Meer, Antonia. "Bạn có biết các dấu hiệu cảnh báo viêm ruột thừa không?" Tạp chí Phụ huynh, tháng 4 năm 1997, 49.

Wagner JM và cộng sự. "Bệnh nhân này có bị viêm ruột thừa không?" Tạp chí của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ 276 (1996): 1589-1594.

Caroline Andrews Helwick

**Cắt bỏ ruột thừa xem Cắt ruột thừa****Vận động học ứng dụng****Sự định nghĩa**

Vận động học ứng dụng (AK) là nghiên cứu về cơ bắp và mối quan hệ giữa sức mạnh cơ bắp với sức khỏe. Nó kết hợp một hệ thống kiểm tra và trị liệu cơ bằng tay. AK dựa trên lý thuyết cho rằng rối loạn chức năng của các cơ quan đi kèm với tình trạng yếu cơ cụ thể.

Bệnh được chẩn đoán thông qua quá trình kiểm tra cơ và sau đó được điều trị. AK không giống như kinesiology, hay cơ chế sinh học, là nghiên cứu khoa học về chuyển động.

**Mục đích**

AK không được thiết kế cho thuốc điều trị khủng hoảng. Ví dụ, một học viên AK không thể chữa khỏi bệnh ung thư, viêm khớp, tiểu đường, bệnh tim hoặc nhiễm trùng. Liệu pháp này được thiết kế để trở thành một phần của phương pháp tiếp cận toàn diện đối với y tế dự phòng. Mục tiêu của AK là (1) khôi phục chức năng thần kinh bình thường, (2) đạt được các chức năng nội tiết, miễn dịch, tiêu hóa và các cơ quan nội tạng bình thường khác, (3) can thiệp sớm vào quá trình thoái hóa để ngăn ngừa hoặc trì hoãn các tình trạng bệnh lý và để (4) khôi phục lại sự cân bằng tư thế, điều chỉnh tình trạng suy giảm đáng đi (đi bộ) và cải thiện phạm vi chuyển động.

**Sự miêu tả****Nguồn gốc**

AK dựa trên các nguyên tắc về thần kinh chức năng, giải phẫu, sinh lý học, cơ sinh học và hóa sinh cũng như các nguyên tắc của y học Trung Quốc, châm cứu và xoa bóp. Nó được phát triển từ kinesiology truyền thống vào năm 1964 bởi George G. Goodheart, một bác sĩ chỉnh hình đến từ Detroit, Michigan. Ông quan sát thấy rằng mỗi cơ lớn đều liên quan đến một cơ quan trong cơ thể. Cơ yếu có thể có nghĩa là cơ quan liên quan có vấn đề. Goodheart nhận thấy rằng bằng cách điều trị cơ và làm cho nó khỏe trở lại, ông cũng có thể cải thiện chức năng của cơ quan này. Ví dụ, nếu một loại thực phẩm bổ sung dinh dưỡng cụ thể được cung cấp cho bệnh nhân và cơ bắp được kiểm tra khỏe mạnh thì đó là loại thực phẩm bổ sung phù hợp cho bệnh nhân. Nếu cơ vẫn yếu thì không. Các phương pháp điều trị khác có thể được đánh giá theo cách tương tự. Lòng tốt cũng vậy

phát hiện ra rằng các nốt đau (vết sưng nhỏ) có thể liên quan đến cơ yếu. Bằng cách xoa bóp sâu vào cơ, anh ấy có thể cải thiện sức mạnh của nó. Những phát hiện của Goodheart vào năm 1964 đã dẫn đến phương pháp xử lý nguồn gốc và chèn vào, phương pháp đầu tiên được phát triển ở AK. Các thủ tục chẩn đoán và điều trị khác đã được phát triển cho các phần xạ khác nhau được mô tả bởi các bác sĩ và bác sĩ nắn khớp xương khác. Goodheart đã kết hợp liệu pháp kinh tuyến châm cứu vào AK sau khi đọc các bài viết của Felix Mann, MD

Goodheart coi AK là một công cụ trị liệu kết hợp phản hồi từ cơ thể. Ông nói rằng "kinesiology ứng dụng dựa trên thực tế là ngôn ngữ cơ thể không bao giờ nói dối". Anh cảm thấy cơ bắp của cơ thể là dấu hiệu của sự bất hòa. Một khi tình trạng yếu cơ đã được xác định chắc chắn, vấn đề có thể được giải quyết bằng nhiều cách khác nhau. Ông tin rằng nếu một bác sĩ tiếp cận vấn đề một cách chính xác, đưa ra chẩn đoán và điều trị thích hợp và đầy đủ thì kết quả sẽ làm hài lòng cả bác sĩ và bệnh nhân.

Theo AK, mỗi cơ trong cơ thể liên quan đến một đường kinh tuyến hoặc năng lượng cụ thể (châm cứu

## GEORGE GOODHEART (1918- )

Tiến sĩ George Goodheart sinh ra ở Detroit, Michi-gan, vào năm 1918 và trở thành bác sĩ trị liệu chỉnh hình thế hệ thứ hai. Ông tốt nghiệp trường Cao đẳng Chiropractic Quốc gia năm 1939 và được công nhận là người sáng lập và phát triển Kinesiology Ứng dụng. Sau khi gia nhập Lực lượng Không quân Hoa Kỳ với tư cách là học viên hàng không trong Thế chiến thứ hai, anh được thăng cấp thiếu tá ở tuổi 22. Anh là người trẻ nhất từng đạt được cấp bậc đó. Ông phục vụ tại ngũ từ năm 1941-1946 và tiếp tục là thành viên của Lực lượng Dự bị Không quân cho đến giữa những năm 1950.

Tiến sĩ Goodheart đã giữ nhiều vị trí nổi bật trong sự nghiệp của mình, bao gồm giám đốc Công ty Bảo hiểm Tương hỗ Chiropractic Quốc gia và giám đốc Trường Cao đẳng Vận động học Ứng dụng Quốc tế Hoa Kỳ. Ông cũng giảng dạy và giảng dạy trên khắp Hoa Kỳ, Nhật Bản, Châu Âu, và Úc; và ông là bác sĩ chính thức về nắn khớp xương cho Thế vận hội Olympic mùa đông Lake Placed vào năm 1980. Ông thường xuyên đóng góp cho nhiều án phẩm thương mại.

Năm 1998, Tiến sĩ Goodheart nhận được Giải thưởng Thành tựu trọn đời từ Trường Cao đẳng Vận động học Quốc tế. Trước đó, vào năm 1987, ông đã được vinh danh với Giải thưởng Leonardo da Vinci từ Viện Thành tựu Tiềm năng Con người, và ông đã được khen thưởng cho nghiên cứu của mình bởi Trường Cao đẳng Chiropractic Logan và Palmer. Ông đại diện cho Bang Michigan với tư cách là đại biểu của Hiệp hội Chiropractic Hoa Kỳ và là thành viên của Trường Cao đẳng Chiropractic Quốc tế. Anh sống với vợ mình, JoAnn ở Grosse Pointe Woods, Michigan, nơi anh thích trượt tuyết và quần vợt.

dòng) trong cơ thể. Những kinh tuyến này cũng liên quan đến các cơ quan hoặc tuyến, cho phép các cơ cung cấp thông tin về chức năng và năng lượng của cơ quan hoặc tuyến. Năm lĩnh vực chẩn đoán và điều trị cho bác sĩ vận động ứng dụng là (1) hệ thần kinh, (2) hệ bạch huyết, (3) hệ thống mạch máu (mạch máu), (4) hệ thống não tuy và (5) hệ thống kinh tuyến.

Phản đầu tiên của AK là kiểm tra cơ, được sử dụng để giúp chẩn đoán bộ phận nào của cơ thể hoạt động bất thường. Kiểm tra cơ bao gồm việc đưa cơ thể vào một tư thế đòi hỏi một cơ nhất định phải tiếp tục co lại, sau đó tạo áp lực lên cơ đó. Việc kiểm tra không do lưỡng sức mạnh mà nhằm mục đích phát hiện sự căng thẳng và mất cân bằng trong cơ thể thông qua sự căng thẳng của cơ. Bài kiểm tra đánh giá khả năng của hệ thống kiểm soát (như hệ thần kinh) trong việc điều chỉnh cơ để đáp ứng áp lực thay đổi trong bài kiểm tra của người kiểm tra. Các học viên AK cũng kiểm tra các yếu tố cấu trúc như tư thế, dáng đi và phạm vi chuyển động. Một số chiro-

các bác sĩ sử dụng AK để giúp họ đánh giá sự thành công của việc điều chỉnh cột sống. Cơ chân được kiểm tra sức mạnh hay điểm yếu để xác định xem những điều chỉnh được thực hiện có phù hợp hay không.

Theo AK, nguyên nhân bên trong phổ biến gây ra yếu cơ bao gồm:

- rối loạn chức năng cung cấp thần kinh (can thiệp dây thần kinh giữa cột sống và cơ)
- suy giảm khả năng thoát bạch huyết • giảm cung cấp máu • áp lực bất thường trong dịch não ánh hưởng đến mối quan hệ thần kinh với cơ
- tắc nghẽn kinh mạch châm cứu
- mất cân bằng hóa chất
- rối loạn chức năng của các cơ quan hoặc tuyến
- thừa hoặc thiếu dinh dưỡng

Các phản ứng sinh lý đối với hóa chất, bao gồm cả những phản ứng liên quan đến dinh dưỡng và dị ứng, cũng có thể được đánh giá bằng AK. Quy trình của AK để kiểm tra các hợp chất hóa học là đặt chất này lên lưỡi của bệnh nhân để bệnh nhân nếm thử chất đó và các phản ứng hóa học bình thường khi nuốt phải bắt đầu. Trong một số trường hợp, các chất này được hít qua mũi. Sau đó, người thực hành AK sẽ kiểm tra mô hình cơ quan liên quan để xác định xem điểm mạnh hay điểm yếu ở đâu hoặc ở đâu.

Bệnh nhân không cần phải nuốt chất này để xác định sự thay đổi về sức mạnh hay điểm yếu. David S.

Walther, một nhà ngoại giao của Trường Cao đẳng Vận động Ứng dụng Quốc tế, đã chỉ ra rằng "có thể hệ thống thần kinh trung ương nhận ra hợp chất đang được ăn vào, chuyển thông tin đến các cơ quan và tuyến chuẩn bị sử dụng hợp chất. Nếu hợp chất được công nhận là có lợi, mô hình năng lượng sẽ ngay lập tức được tăng cường, không chỉ ảnh hưởng đến cơ quan hoặc tuyến mà còn cả cơ liên quan."

AK đã được sử dụng như một công cụ chẩn đoán sức khỏe cho nhiều tình trạng khác nhau.

### Sức khỏe của xương

- đau cổ / đau thắt lưng và đau thần kinh tọa •
- chấn thương cột sống
- vai dolore cứng

### Sức khỏe chung

- hội chứng ống cổ tay • viêm khớp (bao gồm cả viêm khớp dạng thấp)
- các chấn thương trong thể thao

### Sức khỏe cơ bắp

- chấn thương khuya tay

• gai gót	• đau, nỗi cục ở vú • chuẩn
chân • chữa lành	bị sinh con • đau âm đạo •
vết thương • đau cách hồi (đau khi đi lại) • chân	đau sau bệnh
bồn chồn	zona • bắt lực và vô sinh
• chuột rút	
Sức khỏe hệ thống mạch máu	Sức khỏe da
• đau nhức giãn tĩnh mạch	• đau sau phẫu thuật •
• đánh trống	vết sẹo đau, nỗi bặt • nếp
ngực • huyết áp cao	nhăn hoặc khuôn mặt rộng thùng thình
Sức khỏe hệ thần kinh •	• mụn
Chứng đau nửa đầu và các chứng đau đầu	• bệnh vẩy nến và bệnh chàm (bệnh về da)
khác • Đau dây thần kinh sinh ba và các chứng đau mặt	• mụn nhọt
khác • Bệnh bại	• mồ hôi quá nhiều
liệt • lo lắng	• bệnh trĩ
• trầm cảm	• vết loét miệng
• sợ hãi	• ngứa
• nghiện (như hút thuốc) • sợ	Sức khỏe hệ thống miễn
bị nhốt	dịch • viêm amidan tái phát (viêm amidan) •
• Rối loạn Meniere	suy nhược dai dẳng sau một trận ốm nặng
• đau dây thần kinh (đau dữ dội, đau nhói)	Sức khỏe cơ quan cảm giác
• say xe	• ù tai (ù tai) • mồi mắt
• mệt mỏi	• viêm võng
• đau chí ảo • tê liệt	mạc sác tố và viêm võng mạc pterygium (các bệnh về võng mạc)
chân hoặc tay sau đột quy	
Sức khỏe hô hấp • sốt cỏ	Sức khỏe hệ tiêu hóa
khô • viêm	• táo bón
mũi (viêm đường mũi)	• viêm đại tràng hoặc viêm ruột khác
• bệnh hen suyễn	• loét
• viêm phế quản	• bệnh tiêu chảy
• khí thũng (bệnh phổi)	• béo phì
Sức khỏe hệ tiết niệu	Phản thứ hai của AK liên quan đến giai đoạn điều trị.
• viêm bàng quang (viêm bàng quang), đặc biệt ở người già • phì	Goodheatz và các học viên khác của AK đã điều chỉnh nhiều phương
đại tuyến tiền liệt sớm • viêm	pháp điều trị cho các vấn đề được chẩn đoán bằng xét nghiệm cơ.
niệu đạo không đặc hiệu (viêm ống tử bàng quang) • dài dàm	Ví dụ về các phương pháp điều trị bao gồm chế độ ăn đặc biệt,
	chế độ ăn bổ sung, thao tác nắn khớp xương, kỹ thuật nắn xương
Sức khỏe cơ quan sinh sản	sọ, châm cứu/liệu pháp kinh tuyến, bấm huyệt, xoa bóp cơ sâu và
• đau bụng kinh •	các quy trình phối hợp hệ thần kinh. Ví dụ, một học viên AK có
kinh nguyệt không đều hoặc quá nhiều • đau	thể điều trị bệnh hen suyễn bằng cách tìm kiếm những điểm yếu
vùng chậu và lạc nội mạc tử cung •	ở cơ lưng dưới và cơ chân cụ thể có chung mối liên hệ với tuyến
bốc hỏa khi mãn kinh	thượng thận. Người tập sẽ tăng cường các cơ này và giúp tuyến
	thượng thận sản xuất thuốc giãn phế quản, hóa chất giúp thư giãn
	hoặc mở đường dẫn khí trong phổi.

Hàng

Việc thực hành động học đòi hỏi nó phải được sử dụng kết hợp với các phương pháp chẩn đoán tiêu chuẩn khác bằng chuyên gia được đào tạo về chẩn đoán lâm sàng. Hầu hết những người hành nghề AK đều là bác sĩ trị liệu nắn khớp xương, nhưng các nhà trị liệu bằng thiên nhiên, y tá bác sĩ, nha sĩ, bác sĩ nắn xương, chuyên gia dinh dưỡng, nhà vật lý trị liệu, nhà trị liệu xoa bóp, bác sĩ chữa bệnh về chân, bác sĩ tâm thần và các học viên y tá cũng tham gia. Năm 1991, 37,2% 4.835 bác sĩ trị liệu nắn khớp xương toàn thời gian ở Hoa Kỳ đã trả lời một cuộc khảo sát của Ủy ban Giám định Chiro-thực hành Quốc gia (NBCE) cho biết họ đã sử dụng AK trong luyện tập. Các cuộc khảo sát tiếp theo của NBCE chỉ ra rằng 31% bác sĩ nắn khớp xương ở Canada, 60% ở Úc và 72% ở New Zealand sử dụng AK.

Hầu hết những người thực hành AK đều sử dụng cách tiếp cận toàn diện và đánh giá một người từ góc độ sức khỏe dựa trên bộ ba. Nói chung, các bác sĩ trị liệu nắn khớp xương tiếp cận sức khỏe và sự chữa lành từ cơ sở cấu trúc, các bác sĩ y khoa nói chung dựa trên cơ sở hóa học, và các bác sĩ tâm thần và nhà tâm lý học dựa trên cơ sở tinh thần hoặc cảm xúc. Các nhà trị liệu kinesiol ứng dụng cố gắng làm việc với cả ba lĩnh vực sức khỏe và trong một số trường hợp, bao gồm cả khía cạnh tâm linh.

Việc sử dụng AK thường được bao gồm trong độ tuổi bảo hiểm nếu hợp đồng bảo hiểm chi trả cho các quyền lợi của bác sĩ nắn khớp xương. Giá của kỳ thi AK tương tự như chi phí của các phương pháp thực hành chính hình khác.

#### Các biện pháp phòng ngừa

AK chỉ nên được sử dụng bởi các chuyên gia được đào tạo có chuyên môn cần thiết để thực hiện các công việc cụ thể và các bài kiểm tra chính xác. Nên kết hợp thi AK với chẩn đoán thể chất tiêu chuẩn, thường bao gồm xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, chụp X-quang, lịch sử sức khỏe và chế độ ăn uống, và các xét nghiệm đặc biệt khác. Bài kiểm tra AK sẽ nâng cao khả năng chẩn đoán tiêu chuẩn, không thay thế nó. Tổng chẩn đoán nên tiến hành xét nghiệm để xác định chẩn đoán cuối cùng.

Việc sử dụng phương pháp kiểm tra cơ bằng tay để đánh giá dinh dưỡng đặc biệt là một vấn đề nếu nó được thực hiện bởi một người bán dinh dưỡng bình thường như một công cụ để bán sản phẩm của mình. Người đó phải có trình độ học vấn để đánh giá nhu cầu dinh dưỡng cũng như có trình độ hiểu biết cao trong việc sử dụng các kỹ thuật kiểm tra cơ thích hợp.

#### Phản ứng phụ

Nếu AK được thực hiện bởi một học viên đã được đào tạo với trình độ trình độ học vấn phù hợp, tác dụng phụ từ các thủ tục kiểm tra cơ nên ở mức tối thiểu.

#### Nghiên cứu và chấp nhận chung

AK là một công cụ được nhiều chuyên gia chăm sóc sức khỏe sử dụng và đặc biệt là các bác sĩ nắn khớp xương. Một nền văn học

đánh giá được xuất bản năm 1999 bởi các nhà nghiên cứu từ Trường Y tại Đại học Bắc Carolina tại Đồi Chapel và Quỹ Nghiên cứu Trị liệu Bảo thủ Đồng minh ở Đồi Chapel đã tuyên bố rằng, mặc dù AK có vẻ là một phương pháp đầy hứa hẹn, thiếu kết quả nghiên cứu liên quan đến lâm sàng thực hành và kết quả của việc chăm sóc AK. Họ tìm thấy cái này thiếu kết quả đáng ngạc nhiên, vì chi phí, sự hài lòng, cách sử dụng và những thay đổi về triệu chứng là quan trọng kết quả thực hành lâm sàng. Ngoài ra, họ xác định rằng một số nghiên cứu được cho là đánh giá các thủ tục AK đã không thực sự sử dụng lâm sàng thực tiễn và nguyên tắc của AK. Tuy nhiên, từ những nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc của AK và sử dụng các tiêu chuẩn được đào tạo bởi những học viên được đào tạo bài bản, họ đã tuyên bố có một số bằng chứng cho thấy AK là một hiện tượng có thể kiểm chứng một cách khách quan. Họ gợi ý rằng "các nghiên cứu trong tương lai của AK nên tập trung vào kết quả chăm sóc, bao gồm triệu chứng, chức năng, chi phí và an toàn. Chỉ những nghiên cứu được thiết kế tốt mới giải thích được bản chất cá nhân chẩn đoán và điều trị AK và bảo quản đúng cách bối cảnh lâm sàng của điều trị AK sẽ mang lại nhiều thông tin." Tìm hiểu từng thành phần riêng biệt của quá trình điều trị AK vẫn còn quan trọng. Học giải quyết việc xác nhận các thủ tục AK bị cô lập cần để đáp ứng những thách thức về phương pháp nghiên cứu các chủ đề thích hợp phản ánh thực tiễn và hiểu biết hiện tại về AK. Đánh giá sâu hơn về các hiện tượng sinh lý cơ bản liên quan và mối tương quan của kết quả kiểm tra cơ thủ công AK cũng sẽ nâng cao hiểu biết về hệ thống chẩn đoán và điều trị này."

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Chờ đã, Anne. Vận động học: Kiểm tra cơ bắp và cân bằng năng lượng để có sức khỏe và hạnh phúc. Rockport, MA: Yêu túc, 1997.

Valentine, Tom, Carol Valentine và DP Hetrick. Đã áp dụng Vận động học. Rochester, VT: Nhà xuất bản nghệ thuật chữa bệnh, 1989.

##### TỔ CHỨC

Trường Cao đẳng Vận động Ứng dụng Quốc tế. 6405 Metcalf Ave., Suite 503, Shawnee Mission, KS 66202. 913-384-5336. <<http://www.icakusa.com> và <<http://www.icak.com>>.

Judith Sims

#### APSGN xem Hậu liên cầu cấp tính viêm cầu thận

APTT xem Thời gian Thromboplastin một phần  
Arachnodactyly xem hội chứng Marfan

## Viêm não Arbovirus

### Sự định nghĩa

Viêm não là tình trạng viêm não nghiêm trọng.

Viêm não Arbovirus là do một loại virus thuộc nhóm Arbovirus gây ra. Thuật ngữ arbovirus là viết tắt của virus Arthro-pod-borne vì những virus này được truyền sang người bởi các thành viên của ngành Arthropoda (bao gồm côn trùng và nhện).

### Sự miêu tả

Trong số lượng lớn arbovirus được biết hiện đang tồn tại, có khoảng 80 loại gây bệnh cho con người. Ngoài virus, thường còn có hai loại sinh vật sống khác tham gia vào chu trình dẫn đến bệnh tật ở người. Khi có một lượng lớn vi rút trong động vật chân đốt (thường là ve hoặc muỗi), vi rút sẽ được truyền sang chim hoặc động vật có vú nhỏ khi động vật chân đốt cố gắng hút máu của sinh vật đó. Virus phát triển mạnh mẽ trong vật chủ mới, đôi khi gây bệnh, đôi khi không. Nhiều bọ ve hoặc muỗi bị nhiễm virus hơn khi chúng hút máu vật chủ. Cuối cùng, bọ ve hoặc muỗi đốt người và vi-rút sẽ được truyền đi. Chỉ một số loại arbovirus chỉ luôn chuyển giữa động vật chân đốt và con người, không có điểm dừng trung gian ở chim hoặc động vật có vú nhỏ.

Bởi vì arbovirus cần có động vật chân đốt để truyền chúng sang người, nên thời điểm phổ biến nhất trong năm đối với những căn bệnh này bao gồm mùa hè và mùa thu, khi muỗi và bọ ve phổ biến nhất. Môi trường ẩm ướt tạo điều kiện cho số lượng muỗi lớn và do đó cũng làm tăng nguy cơ nhiễm arbovirus.

Nguyên nhân chính gây viêm não arbovirus bao gồm các thành viên của họ virus alphavirus (gây viêm não ngựa phương Đông, viêm não ngựa phương Tây và viêm não ngựa Venezuela), flavivirus (gây viêm não St. Louis, viêm não Nhật Bản, viêm não do ve truyền, Murray) Viêm não thung lũng, viêm não xuân hè Nga và Powassan), và bunyavirus (gây viêm não California).

Tại Hoa Kỳ, các loại viêm não do arbovirus quan trọng nhất bao gồm viêm não ngựa phương Tây (WEE), viêm não ngựa phương Đông (EEE), viêm não St. Louis và viêm não California. WEE đặc biệt tấn công trẻ nhỏ với 5% nguy cơ tử vong vì căn bệnh này. Trong số những người sống sót, khoảng 60% bị tổn thương não vĩnh viễn. EEE tấn công trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, khiến 20% nguy cơ tử vong và tỷ lệ tổn thương não vĩnh viễn cao ở những người sống sót. Bệnh viêm não St. Louis có xu hướng tấn công người lớn trên 40 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi có xu hướng có tỷ lệ tử vong cao hơn

và tàn tật lâu dài do nhiễm trùng. Virus California chủ yếu tấn công trẻ em từ 5-18 tuổi, với mức độ tổn thương não vĩnh viễn thấp hơn.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Viêm não xảy ra do các arbovirus cụ thể có đặc điểm sinh hóa khiến chúng bị thu hút đặc biệt bởi các tế bào não và dây thần kinh. Loại virus này gây chết tế bào và gây viêm, gây sốt và sưng tấy trong não và dây thần kinh. Lớp màng bao phủ của não và tủy sống (màng não) cũng có thể bị viêm, tình trạng này gọi là viêm màng não. Não bị sưng và xuất hiện các mảng xuất huyết khắp não và tủy sống.

Bệnh nhân bị viêm não bị đau đầu, sốt, buồn nôn và nôn, cứng cổ và buồn ngủ.

Khi bệnh tiến triển, các triệu chứng nghiêm trọng hơn sẽ xuất hiện, bao gồm run, lú lẫn, co giật, hôn mê và tê liệt. Mất chức năng xảy ra khi các vùng thần kinh cụ thể bị tổn thương và/hoặc bị chết.

### Chẩn đoán

giai đoạn đầu của bệnh, xét nghiệm máu trong phòng thí nghiệm có thể cho thấy sự hiện diện của arbovirus. Kỹ thuật thông thường được sử dụng để xác minh sự hiện diện của arbovirus bao gồm việc tiêm máu của bệnh nhân vào não của một con chuột sơ sinh, sau đó chờ xem chuột có bị viêm não hay không. Chẩn đoán thường dựa trên các triệu chứng của bệnh nhân, tiền sử bị bọ ve hoặc muỗi đốt và biết rằng bệnh nhân đã từng ở khu vực được biết là có chứa arbovirus.

### Sự đối đãi

Điều trị chủ yếu mang tính hỗ trợ, nghĩa là hướng trực tiếp vào việc cải thiện các triệu chứng nhưng không rút ngắn quá trình bệnh. Mối quan tâm chính của việc điều trị bao gồm hạ sốt, điều trị cơn đau, tránh mất nước hoặc mất cân bằng hóa học khác và giảm sưng não bằng steroid.

### Tiêm luetong

Tiêm luetong phụ thuộc vào loại arbovirus cụ thể gây bệnh, độ tuổi và tình trạng sức khỏe trước đó của bệnh nhân. Tỷ lệ tử vong lên tới 20% đối với bệnh viêm não do arbovirus và tỷ lệ ảnh hưởng suốt đời do tổn thương não lên tới 60% đối với một số loại arbovirus.

### Phòng ngừa

Phòng ngừa bao gồm việc tránh tiếp xúc với động vật chân đốt mang những loại virus này. Điều này có nghĩa là mặc

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Động vật chân đốt-Một tên ngành đề cập đến một số côn trùng (kể cả muỗi và ve) và nhện.

Viêm não- Tình trạng não sưng lên.

thuốc chống côn trùng thích hợp và mặc quần áo đúng cách những khu vực được biết là bị nhiễm khuẩn. Thuốc trừ sâu và tránh tích tụ nước đọng (là biện pháp tốt nơi sinh sản của động vật chân đốt) cũng có hiệu quả trong việc giảm quần thể động vật chân đốt.

Hiện có sẵn các loại thuốc chủng ngừa chống lại EEE và TÙẦN. Chúng chủ yếu được sử dụng để bảo vệ những công nhân trong phòng thí nghiệm thường xuyên tiếp xúc với những loại vi-rút này.

**Tài nguyên****SÁCH**

Ray, C. George. "Arthropod-Borne và các loại virus gây bệnh từ động vật sang người khác." Trong Vi sinh y học Sherris: Giới thiệu về Bệnh truyền nhiễm, tái bản lần thứ 3. Ed. Kenneth J. Ryan. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1994.

Stoffman, Phyllis. Hướng dẫn Gia đình Phòng ngừa và Điều trị 100 Bệnh Truyền nhiễm. New York: John Wiley & Con trai, 1995.

Rosalyn Carson-DeWitt, MD

## ARDS xem Suy hô hấp ở người lớn hội chứng

### Liệu pháp hương thơm

**Sự định nghĩa**

Trị liệu bằng hương thơm là việc sử dụng các loại tinh dầu thơm có nguồn gốc từ thực vật để thúc đẩy thể chất và tâm lý lành mạnh. Nó đôi khi được sử dụng kết hợp với xoa bóp và các kỹ thuật trị liệu khác như một phần của phương pháp điều trị toàn diện.

**Mục đích**

Liệu pháp hương thơm mang lại nhiều lợi ích về thể chất và tâm lý, tùy thuộc vào loại tinh dầu hoặc loại tinh dầu sự kết hợp và phương pháp ứng dụng được sử dụng. Một số đặc tính y học phổ biến của tinh dầu được sử dụng trong liệu pháp trị liệu bằng hương thơm bao gồm: giảm đau, kháng khuẩn, sát trùng,

chống viêm, làm se, an thần, chống co thắt, long đờm, lợi tiểu và an thần. Tình dầu là được sử dụng để điều trị một loạt các triệu chứng và tình trạng, bao gồm nhưng không giới hạn ở sự khó chịu ở đường tiêu hóa, tình trạng da, đau bụng kinh và kinh nguyệt không đều, các tình trạng liên quan đến căng thẳng, rối loạn tâm trạng, các vấn đề về tuần hoàn, nhiễm trùng đường hô hấp và vết thương.

**Sự miêu tả****Nguồn gốc**

Cây thơm đã được sử dụng vì tác dụng chữa bệnh, bảo quản và tạo cảm giác dễ chịu trong suốt lịch sử được ghi lại ở cả phương Đông và phương Tây. Ngay từ khi 1500 năm trước Công Nguyên người Ai Cập cổ đại đã sử dụng nước, dầu, hương, nhựa và thuốc mỡ có mùi thơm từ thực vật nghi lễ tôn giáo của họ.

Có bằng chứng cho thấy người Trung Quốc có thể đã nhận ra nhiều lợi ích của các phương thuốc thảo dược và hương thơm. sớm hơn thế này. Văn bản thảo dược lâu đời nhất được biết đến, Shen Nung's Pen Ts'ao (khoảng 2700-3000 TCN) liệt kê hơn 200 thực vật. Ayurveda, một tập tục truyền thống của Ấn Độ y học có niên đại hơn 2.500 năm cũng sử dụng các loại thảo dược thơm để điều trị.

Người La Mã nổi tiếng với việc sử dụng nước hoa. Họ tắm bằng thực vật và tinh hợp họ vào trạng thái và nghi lễ tôn giáo của họ. Cái đó cũng vậy Người Hy Lạp cũng có nhận thức ngày càng tăng về đặc tính chữa bệnh của các loại thảo mộc. bác sĩ và bác sĩ phẫu thuật Hy Lạp Pedanios Dioscorides, người có văn bản thảo dược nổi tiếng De Materia Medica (60 AD) là sách giáo khoa tiêu chuẩn cho Y học phương Tây trong 1.500 năm, đã viết rất nhiều về giá trị dược liệu của chất thơm thực vật. Medica chứa thông tin chi tiết về hơn 500 nhà máy và 4.740 công dụng chữa bệnh riêng biệt của chúng, bao gồm cả toàn bộ phần về chất thơm.

Ghi chép về việc chưng cất thảo dược được tìm thấy sớm nhất như thế kỷ thứ nhất sau Công nguyên và khoảng năm 1000 sau Công nguyên, ghi nhận Bác sĩ và nhà tự nhiên học người Ả Rập Avicenna đã mô tả quá trình chưng cất dầu hoa hồng từ cánh hoa hồng và đặc tính chữa bệnh của tinh dầu trong các bài viết của ông. Tuy nhiên, nó đã không cho đến năm 1937, khi nhà hóa học người Pháp René-Maurice Gattefossé đã xuất bản Aromatherapie: Les Huiles essentielles, hormones végétales, xông liều pháp hương thơm, hay liều pháp mùi hương, là được giới thiệu ở châu Âu như một ngành y tế. Gattefossé, người được một nhà sản xuất nước hoa người Pháp thuê, đã phát hiện ra Đặc tính chữa bệnh của dầu oải hương khá tinh cờ khi anh ta bị bỏng nặng khi làm việc và phải dùng chất lỏng gần nhất có sẵn, dầu oải hương, để ngâm nó.

Vào cuối thế kỷ 20, bác sĩ người Pháp Jean Valnet đã sử dụng chất thơm thực vật làm phương pháp điều trị hàng đầu cho thương binh trong Thế chiến thứ hai. Anh ấy đã viết về việc sử dụng của mình

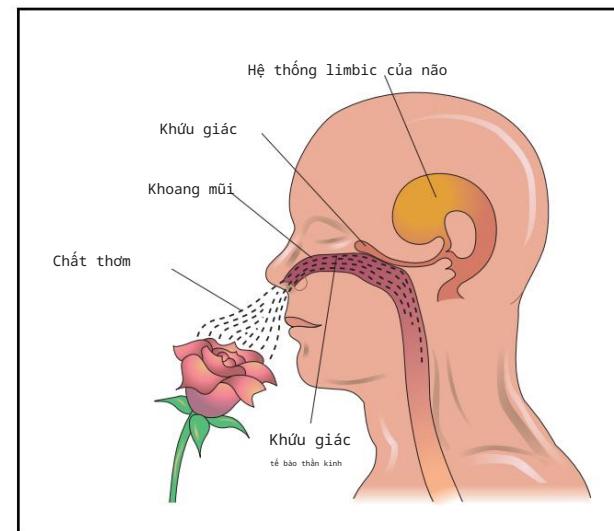
của tinh dầu và đặc tính chữa bệnh và sát trùng của chúng, trong cuốn sách Aromatherapie, traitement des maladies xuất bản năm 1964 của ông par les Essences des plantes, đã phổ biến việc sử dụng tinh dầu để điều trị y tế và tâm thần trên khắp nước Pháp. Sau này, nhà hóa sinh người Pháp Mauguierite Maury phổ biến những lợi ích thẩm mỹ của tinh dầu, và trong 1977 Robert Tisserand viết ngôn ngữ tiếng Anh đầu tiên cuốn sách về chủ đề này, Nghệ thuật trị liệu bằng hương thơm, trong đó giới thiệu massage như một phương pháp điều trị bổ sung cho liệu pháp hương thơm và đã gây ra sự nổi tiếng của nó ở Vương quốc Anh.

Trong liệu pháp mùi hương, tinh dầu được lựa chọn kỹ lưỡng vì đặc tính chữa bệnh của chúng. Như tinh dầu là được hấp thụ vào máu thông qua việc sử dụng qua da hoặc qua đường hô hấp, các thành phần hoạt động của chúng sẽ kích hoạt một số tác dụng được lý (ví dụ, giảm đau).

Ngoài những lợi ích về thể chất, liệu pháp hương thơm còn có lợi ích tâm lý mạnh mẽ. Sự biến động của dầu, hoặc tốc độ nó bay hơi ngoài trời được cho là được liên kết với tác dụng tâm lý cụ thể của một loại dầu. BÀNG Theo nguyên tắc chung, các loại dầu bay hơi nhanh được coi là nâng cao tinh thần, trong khi các loại dầu bay hơi chậm được coi là có tác dụng nâng cao tinh thần, được cho là có tác dụng làm dịu.

Tinh dầu thường được sử dụng trong trị liệu bằng hương thơm tâm bao gồm:

- Hoa cúc la mã (*Chamaemelum nobilis*). Một chất chống viêm và giảm đau. Hữu ích trong điều trị viêm tai giữa, phương tiện truyền thông (đau tai), tình trạng da, đau bụng kinh và trầm cảm.
- Cây xô thơm (*Salvia sclarea*). Chất làm se tự nhiên này là không chỉ được sử dụng để điều trị da và tóc nhờ mà còn được cho là có ích trong việc điều hòa chu kỳ kinh nguyệt, cải thiện tâm trạng và kiểm soát huyết áp cao. Clary cây xô thơm không nên được sử dụng bởi phụ nữ mang thai.
- Hoa oải hương (*Lavandula officinalis*). Một loại dầu thơm phổ biến có thể kết hợp tốt với hầu hết các loại tinh dầu, hoa oải hương có nhiều loại dược phẩm và mỹ phẩm ứng dụng, bao gồm điều trị vết côn trùng cắn, bong, nhiễm trùng đường hô hấp, khó chịu ở đường ruột, buồn nôn, đau nứa đầu, mất ngủ, trầm cảm và căng thẳng.
- Cây sâm (*Myrtus communis*). Myrtle là một loại thuốc diệt nấm, khử trùng và kháng khuẩn. Nó thường được sử dụng trong hơi nước phương pháp trị liệu bằng hương thơm để giảm bớt các triệu chứng của ho gà, viêm phế quản và các bệnh về đường hô hấp khác nhiễm trùng.
- Neroli (cam đắng), (*Citrus aurantium*). Dầu cam quýt được chiết xuất từ vỏ và hoa cam đắng và dùng để điều trị đau họng, mất ngủ và các tình trạng liên quan đến căng thẳng và lo lắng.
- Cam ngọt (*Citrus sinensis*). Một loại tinh dầu dùng để điều trị các khuyết ngại về dạ dày và được biết đến với báo cáo khả năng nâng cao tinh trạng trong khi giảm bớt căng thẳng.



Là một liệu pháp toàn diện, liệu pháp hương thơm được cho là có lợi cả tâm trí và cơ thể. Ở đây các chất thơm từ một bông hoa kích thích khứu giác và tế bào thần kinh phản ứng cảm xúc mong muốn (chẳng hạn như thư giãn) được kích hoạt từ hệ thống limbic của não. (Minh họa bởi Electronic-tronic Illustrators Group.)

- Bạc hà (*Mentha piperita*). Thư giãn và làm dịu cơ dạ dày và đường tiêu hóa. Tác dụng của bạc hà như một chất chống viêm, sát trùng và kháng khuẩn cũng làm cho nó trở thành một phương pháp điều trị da hiệu quả, và hữu ích trong việc chống lại các triệu chứng cảm lạnh và cúm.
- Hương thảo (*Rosmarinus officinalis*). Tinh dầu kích thích dùng để điều trị các chứng bệnh về cơ và khớp, cũng như huyết áp thấp, rối loạn tiêu hóa, vấn đề và đau đầu.
- Cây chè (*Melaleuca alternifolia*). Có tác dụng diệt khuẩn đặc tính diệt virus, diệt nấm và chống viêm. Điều đó làm cho nó trở thành một lựa chọn tốt để chống nhiễm trùng. Được khuyên dùng để điều trị viêm họng và hô hấp nhiễm trùng, nhiễm trùng âm đạo và bàng quang, vết thương và một loạt các tình trạng da.
- Ngọc lan tây (*Cananga odorata*). Một loại tinh dầu an thần. đôi khi được sử dụng để điều trị tăng huyết áp và nhịp tim nhanh. Tinh dầu có chứa các hoạt chất có thể có tác dụng vật lý mạnh mẽ. Trong khi một số liệu pháp mùi hương cơ bản Các phương pháp điều trị tại nhà có thể tự thực hiện, liệu pháp trị liệu bằng dầu thơm y tế phải luôn được thực hiện dưới sự hướng dẫn của chuyên gia trị liệu bằng hương thơm, nhà thảo dược, nhà trị liệu xoa bóp, y tá, hoặc bác sĩ.

#### Hít vào

Phương pháp cơ bản nhất để sử dụng aromatherapy là hít tinh dầu trực tiếp hoặc gián tiếp. Có thể nhỏ vài giọt tinh dầu lên khăn giấy hoặc

## Dầu thơm

Tên	Sự miêu tả	Điều kiện được điều trị
nguyệt quế	Sát trùng, lợi tiểu, an thần, v.v.	Các vấn đề về tiêu hóa, viêm phế quản, cảm lạnh thông thường, cúm, ghê và con chí. LUU Y: Không sử dụng nếu có thai.
cây xô thơm Clary	Thư giãn, chống co giật, chống viêm và sát trùng	Các triệu chứng kinh nguyệt và mẩn kinh, bong, chàm và lo lắng. LUU Y: Không sử dụng nếu có thai.
bạch đàn	Sát trùng, kháng khuẩn, làm se, long đờm và giảm đau	Nhẹt, nổi mụn, ho, cảm lạnh thông thường, cúm và viêm xoang. THẬN TRỌNG: Không được dùng bằng đường uống.
Hoa cúc	Thuốc an thần, chống viêm, sát trùng và giảm đau	Sốt, bong, mụn trứng cá, viêm khớp, các vấn đề về tiêu hóa, chảy nước và các triệu chứng mẩn kinh và mẩn kinh.
Hoa oải hương	Giảm đau, sát trùng, làm dịu/làm dịu	Nhức đầu, trầm cảm, mất ngủ, căng thẳng, bong gân và buồn nôn.
bạc hà	Thuốc giảm đau	Khó tiêu, buồn nôn, nhức đầu, say tàu xe và đau cơ.
cây mê diệt	Sát trùng, kích thích và lợi tiểu	Khó tiêu, đầy hơi, viêm phế quản, ứ nước và cúm. THẬN TRỌNG: Đừng sử dụng nếu đang mang thai hoặc bị động kinh hoặc tăng huyết áp.
lá lõi gai thơm	Thuốc lợi tiểu, nhuận tràng, chống co thắt và kích thích	Các triệu chứng kinh nguyệt và mẩn kinh, đầy hơi và khó tiêu. THẬN TRỌNG: Không sử dụng nếu có thai.
Cây chè	Sát trùng và làm dịu	Cảm lạnh thông thường, viêm phế quản, áp xe, mụn trứng cá, viêm âm đạo và bong.
xạ hương	Kích thích, sát trùng, kháng khuẩn và chống co thắt	Ho, viêm thanh quản, tiêu chảy, đầy hơi và giun đường ruột. THẬN TRỌNG: Đừng sử dụng nếu có thai hoặc bị tăng huyết áp.

khăn tay và nhẹ nhàng hít vào. Một lượng nhỏ tinh dầu cũng có thể được thêm vào một bát nước nóng và được sử dụng như một phương pháp xử lý hơi nước. Kỹ thuật này được khuyến khích sử dụng khi liệu pháp hương thơm được sử dụng để điều trị bệnh hô hấp và/hoặc tình trạng da. Các thiết bị xông hơi trị liệu bằng hương thơm cũng có sẵn về mặt thương mại. Tấm nước ẩm có chứa tinh dầu có thể có tác dụng tương tự như liệu pháp xông hơi, với lợi ích bổ sung là thúc đẩy thư giãn. Khi sử dụng trong bồn tắm, nước nên ấm hơn là nóng để làm chậm quá trình bay hơi của dầu.

Máy khuếch tán tinh dầu, máy hót hơi và bóng đèn vòng có thể được sử dụng để phân tán tinh dầu trên một diện tích lớn khu vực. Những thiết bị này có thể đặc biệt hiệu quả trong liệu pháp trị liệu bằng hương thơm sử dụng tinh dầu để thúc đẩy một cơ thể khỏe mạnh hơn, môi trường gia đình. Ví dụ, bạch đàn và cây trà dầu được biết đến với tính chất sát trùng và thường được sử dụng để khử trùng phòng bệnh, sả và phong lữ có thể hữu ích trong việc xua đuổi côn trùng.

### Ứng dụng trực tiếp

Do có tác dụng mạnh nên tinh dầu được pha loãng trong một loại dầu vận chuyển hoặc kem dưỡng da trước khi thoa lên da ngăn ngừa phản ứng dị ứng da. Dầu vận chuyển có thể là một loại làm từ thực vật hoặc ô liu, chẳng hạn như mầm lúa mì hoặc bơ. Các loại dầu nhẹ như dầu rum, hạnh nhân ngọt, hạt nho, hạt phi, hạt mơ hoặc hạt dẻ có thể được da hấp thụ dễ dàng hơn. Các dung dịch chuẩn pha loãng tinh dầu trong dầu vận chuyển dao động từ 2-10%. Tuy nhiên, một số loại dầu có thể được sử dụng ở nồng độ cao hơn và một số loại khác nên được pha loãng hơn nữa để sử dụng an toàn và hiệu quả. Loại dầu vận chuyển được sử dụng và công dụng chữa bệnh của loại dầu này ứng dụng cũng có thể ảnh hưởng đến cách sử dụng tinh dầu. Trộn. Mọi người nên tìm kiếm sự hướng dẫn từ cơ quan y tế-

chăm sóc chuyên nghiệp và/hoặc nhà trị liệu bằng hương thơm khi pha loãng tinh dầu.

Massage là một phương pháp trị liệu phổ biến được sử dụng trong kết hợp với liệu pháp mùi hương để vừa thư giãn cơ thể và quản lý triệt để việc điều trị bằng tinh dầu. Tinh dầu còn có thể chườm nóng hoặc chườm lạnh và ngâm để điều trị đau nhức cơ bắp (ví dụ như hoa oải hương và gừng). Là một phương thuốc chữa đau họng, sát trùng và các loại tinh dầu nhẹ nhàng (ví dụ: cây trà và cây xô thơm) có thể trộn kỹ với nước và dùng làm nước súc miệng hoặc nước súc miệng.

### Lưu hành nội bộ

Một số loại tinh dầu có thể được sử dụng nội bộ trong cồn thuốc, thuốc tiêm truyền hoặc thuốc đặt để điều trị một số bệnh triệu chứng hoặc tình trạng; tuy nhiên, cách điều trị này nên không bao giờ được tự quản lý. Tinh dầu chỉ nên thực hiện nội bộ dưới sự giám sát của một chuyên gia có trình độ chuyên gia y tế.

Là chế phẩm thực vật không kê đơn, tinh dầu được sử dụng trong liệu pháp mùi hương thường không được trả tiền cho bằng bảo hiểm y tế. Tính chất tự quản lý của liệu pháp kiểm soát chi phí ở một mức độ nào đó. Liệu pháp hương thơm các buổi trị liệu từ chuyên gia trị liệu bằng hương thơm chuyên nghiệp trong hầu hết các trường hợp không được bảo hiểm y tế chi trả, mặc dù liệu pháp mùi hương được thực hiện kết hợp với vật lý trị liệu, điều dưỡng, xoa bóp trị liệu hoặc các hoạt động khác có thể có các dịch vụ y tế được dài hạn. Các cá nhân nên kiểm tra với nhà cung cấp bảo hiểm của họ để tìm hiểu về phạm vi bảo hiểm cụ thể của họ.

Câu ngạn ngữ “Tiền nào của nầy” thường áp dụng khi mua tinh dầu, vì dầu giá hời

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Khử trùng-Úc ché sự phát triển của vi sinh vật.**

**Diệt khuẩn-Một tác nhân tiêu diệt vi khuẩn (ví dụ, Staphylococcus aureus, Streptococci pneumoniae, Escherichia coli, Salmonella enteritidis).**

**Dầu nền-Một loại dầu dùng để pha loãng tinh dầu dùng trong mát-xa và các ứng dụng chăm sóc da khác.**

**Viêm da tiếp xúc-Kích ứng da do tiếp xúc với chất lạ.**

**Tinh dầu-Một loại dầu dễ bay hơi được chiết xuất từ lá, quả, hoa, rễ hoặc các thành phần khác của cây và được sử dụng trong liệu pháp mùi hương, nước hoa, thực phẩm và đồ uống.**

**Toàn diện-Một phương pháp thực hành y học tập trung vào toàn bộ bệnh nhân và giải quyết các vấn đề xã hội, cảm xúc.**

nhu cầu tinh thần và tinh thần của bệnh nhân cũng như việc điều trị thể chất của họ.

**Quang độc-Gây ra phản ứng có hại cho da khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời.**

**Thuốc giải độc-Một số loại thực phẩm, đồ uống, thuốc kê đơn, hợp chất thơm và các yếu tố môi trường khác làm mất tác dụng của các biện pháp vi lượng đồng căn.**

**Chưng cất bằng hơi nước-Một quá trình chiết xuất tinh dầu từ các sản phẩm thực vật thông qua quá trình làm nóng và bay hơi.**

**Dễ bay hơi-Thứ gì đó bốc hơi hoặc bay hơi nhanh khi tiếp xúc với không khí.**

thường bị tạp nhiễm, pha loãng hoặc tổng hợp. Tinh dầu nguyên chất có thể đắt tiền; và giá thành của một loại dầu sẽ khác nhau tùy thuộc vào chất lượng và tính sẵn có của nó.

### Chuẩn bị

**Phương pháp chiết xuất tinh dầu khác nhau tùy theo loại cây.** Các phương pháp phổ biến bao gồm chưng cất bằng nước hoặc hơi nước và ép lạnh. Tinh dầu chất lượng phải không pha tạp và được chiết xuất từ thực vật nguyên chất.

Nhiều loại dầu thơm trên thị trường là loại dầu tổng hợp và/hoặc pha loãng, chứa dung môi hoặc được chiết xuất từ thực vật được trồng bằng thuốc trừ sâu hoặc thuốc diệt cỏ. Để đảm bảo kết quả tốt nhất, tinh dầu nên được làm từ thực vật hữu cơ nguyên chất và được dán nhãn theo tên thực vật đầy đủ của chúng. Dầu phải luôn được bảo quản trong chai tối màu, tránh ánh sáng trực tiếp.

Trước khi sử dụng tinh dầu lên da, mọi người nên thực hiện thử nghiệm trên da bằng cách bôi một lượng nhỏ dầu pha loãng ra sau cổ tay và dùng băng hoặc vải che lại trong tối đa 12 giờ. Nếu xảy ra mẩn đỏ hoặc kích ứng, dầu nên được pha loãng hơn nữa và thực hiện kiểm tra da lần thứ hai hoặc nên tránh hoàn toàn. Mọi người không bao giờ nên bôi tinh dầu nguyên chất lên da trừ khi được chuyên gia chăm sóc sức khỏe đã qua đào tạo khuyên làm như vậy.

Các biện pháp phòng ngừa

Các cá nhân chỉ nên dùng tinh dầu trong nội bộ dưới sự hướng dẫn và giám sát chặt chẽ của chuyên gia chăm sóc sức khỏe. Một số loại dầu như khuynh diệp, ngài cừu,

và cây xô thơm, không bao giờ được dùng nội bô. Nhiều loại tinh dầu có độc tính cao và không bao giờ được sử dụng trong liệu pháp mùi hương. Chúng bao gồm (nhưng không giới hạn) hạnh nhân đắng, pennyroyal, mù tạt, sassafras, rue và Mugwort.

Các loại tinh dầu có nguồn gốc từ cam quýt, bao gồm cam đắng và cam ngọt, chanh, chanh, bưởi và quýt, là chất gây độc quang và nên tránh tiếp xúc với ánh sáng mặt trời trực tiếp trong ít nhất bốn giờ sau khi sử dụng.

Các loại tinh dầu khác, chẳng hạn như lá quế, hạt tiêu đen, cây bách xù, chanh, long não trắng, bạch đàn xanh, gừng, bạc hà, lá thông và húng tây có thể cực kỳ gây kích ứng da nếu bôi ở nồng độ đủ cao hoặc không có dầu vận chuyển. hoặc kem dưỡng da. Phải luôn thận trọng khi bôi tinh dầu tại chỗ. Mọi người không bao giờ nên bôi tinh dầu nguyên chất lên da trừ khi được hướng dẫn làm như vậy bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe đã được đào tạo và/hoặc nhà trị liệu bằng hương thơm.

Những người sử dụng các biện pháp vi lượng đồng căn nên tránh dùng tinh dầu tiêu đen, long não, bạch đàn và bạc hà. Những loại dầu này có thể hoạt động như một phương thuốc chống lại việc điều trị vi lượng đồng căn.

Trẻ em chỉ nên được điều trị bằng liệu pháp hương thơm dưới sự hướng dẫn của chuyên gia trị liệu bằng hương thơm hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe đã được đào tạo. Một số loại tinh dầu có thể không phù hợp để điều trị cho trẻ em hoặc có thể cần pha loãng thêm trước khi sử dụng cho trẻ em.

Một số loại tinh dầu không nên được sử dụng bởi phụ nữ mang thai hoặc cho con bú hoặc những người mắc bệnh hoặc tình trạng thể chất cụ thể. Các cá nhân mắc phải bất kỳ

**Lập**

tình trạng sức khỏe mẫn tính hoặc cấp tính nên thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của họ trước khi bắt đầu điều trị bằng bất kỳ loại tinh dầu nào.

Những người mắc bệnh hen suyễn không nên sử dụng phương pháp xông hơi để trị liệu bằng tinh dầu vì nó có thể làm tình trạng của họ trở nên trầm trọng hơn.

Tinh dầu dễ cháy nên cần để xa nguồn nhiệt.

### Phản ứng phụ

Tác dụng phụ khác nhau tùy theo loại tinh dầu được sử dụng.

Tinh dầu có nguồn gốc từ cam quýt có thể làm tăng độ nhạy cảm với ánh sáng mặt trời. Tinh dầu cũng có thể gây viêm da tiếp xúc, một phản ứng dị ứng đặc trưng bởi mẩn đỏ và kích ứng. Bất cứ ai gặp phải phản ứng dị ứng với tinh dầu nên ngừng sử dụng và liên hệ với chuyên gia chăm sóc sức khỏe của họ để được hướng dẫn thêm. Mọi người nên thực hiện một thử nghiệm nhỏ trên da với các loại tinh dầu mới trước khi sử dụng rộng rãi (xem "Ché phảm" ở trên).

### Nghiên cứu và sự chấp nhận chung Tinh chất sát

trùng và diệt khuẩn của một số loại tinh dầu (như cây trà và bạc hà) cũng như giá trị của chúng trong việc chống nhiễm trùng đã được trình bày chi tiết rộng rãi trong cả tài liệu y học cổ đại và hiện đại.

Nghiên cứu gần đây trong tài liệu y khoa chính thống cũng đã chỉ ra rằng liệu pháp mùi hương cũng có tác động tâm lý tích cực đến bệnh nhân. Một số nghiên cứu lâm sàng liên quan đến cả đối tượng sau phẫu thuật và bệnh mẫn tính cho thấy rằng xoa bóp bằng tinh dầu có thể hữu ích trong việc cải thiện tình cảm và do đó thúc đẩy quá trình chữa bệnh.

Ngày nay, việc sử dụng liệu pháp hương thơm toàn diện được chấp nhận rộng rãi ở Châu Âu, đặc biệt là ở Anh, nơi nó thường được sử dụng kết hợp với massage như một công cụ chữa bệnh tâm lý và sinh lý. Tại Hoa Kỳ, nơi liệu pháp hương thơm thường bị hiểu nhầm là một phương pháp điều trị thẩm mỹ, cộng đồng y tế chính thống đã chậm chấp nhận nó hơn.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Vô luật pháp, Julia. Hướng dẫn minh họa đầy đủ về Aromatherapy. Rockport, MA: Element Books Ltd, 1997.

Schnaubelt, Kurt. Liệu pháp hương thơm y tế: Chữa bệnh bằng tinh dầu. Berkeley, CA: Công ty TNHH Frog, 1999.

#### TỔ CHỨC

Hiệp hội quốc gia về liệu pháp hương thơm toàn diện. 836 Hanley Tòa án Công nghiệp, St. Louis, MO 63144. 888-ASK-NAHA. <<http://www.naha.org>>.

Paula Ford Martin

## Rối loạn nhịp tim

### Sự định nghĩa

Rối loạn nhịp tim là sự bất thường trong nhịp tim hoặc kiệu nhịp tim. Nhịp tim có thể quá chậm, quá nhanh, có nhịp đập thừa, lỡ nhịp hoặc đập không đều.

### Mô tả Rối loạn

Nhịp tim là sự sai lệch so với nhịp tim bình thường, khiến tim bơm máu không đúng cách. Nhịp tim bình thường bắt đầu ở tim nhĩ phải, nơi máy điều hòa nhịp tim tự nhiên của tim (nút xoang) gửi tín hiệu điện đến trung tâm tim đến nút nhĩ thất. Nút nhĩ thất sau đó sẽ gửi tín hiệu vào buồng bơm chính để làm cho tim thất co lại. Chứng loạn nhịp tim xảy ra khi nhịp tim bắt đầu ở một phần của tim không phải nút xoang, tốc độ hoặc nhịp điệu bất thường phát triển ở nút xoang hoặc "khỏi" dẫn truyền tim ngăn cản tín hiệu điện truyền xuống con đường bình thường.

Hơn bốn triệu người Mỹ mắc chứng rối loạn nhịp tim, hầu hết đều vô hại. Người trung niên thường bị rối loạn nhịp tim. Khi mọi người già đi, khả năng bị rối loạn nhịp tim tăng lên. Chứng loạn nhịp tim thường xảy ra ở những người không mắc bệnh tim. Ở những người mắc bệnh tim, thường nguy hiểm là bệnh tim chứ không phải rối loạn nhịp tim. Chứng loạn nhịp tim thường xảy ra trong và sau cơn đau tim. Một số loại rối loạn nhịp tim, chẳng hạn như nhịp nhanh thất, rất nghiêm trọng và thậm chí đe dọa tính mạng. Tại Hoa Kỳ, rối loạn nhịp tim là nguyên nhân chính gây tử vong đột ngột do tim, gây ra hơn 350.000 ca tử vong mỗi năm.

Nhịp tim chậm (dưới 60 nhịp mỗi phút) được gọi là nhịp tim chậm, trong khi nhịp tim nhanh (trên 100 nhịp mỗi phút) được gọi là nhịp tim nhanh. Nhịp tim chậm có thể dẫn đến lưu thông máu kém và do đó thiếu oxy khắp cơ thể, đặc biệt là não.

Nhịp tim nhanh cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng bơm máu hiệu quả của tim vì tim thất không có đủ thời gian để lắp đầy hoàn toàn.

Chứng loạn nhịp tim được đặc trưng bởi vị trí xuất phát của chúng: tim nhĩ hoặc tim thất. Rối loạn nhịp trên thất xảy ra ở vùng trên của tim và ít nghiêm trọng hơn rối loạn nhịp thất. Rung tim thất là chứng rối loạn nhịp tim nghiêm trọng nhất và gây tử vong trừ khi được trợ giúp y tế ngay lập tức.

### Nguyên nhân và triệu chứng

nhiều trường hợp, nguyên nhân gây rối loạn nhịp tim vẫn chưa được biết rõ. Nguyên nhân gây rối loạn nhịp tim được biết đến bao gồm tim

bệnh tật, căng thẳng, caffeine, thuốc lá, rượu, thuốc giảm cân, và thuốc thông mũi trong thuốc ho và cảm lạnh.

Các triệu chứng của rối loạn nhịp tim bao gồm nhịp tim nhanh, cảm giác ngực đập thình thịch hoặc rung rinh, tim đập nhanh, choáng váng, chóng mặt, ngất xỉu, khó thở khó thở và đau ngực.

## Chẩn đoán

Kiểm tra bằng ống nghe, điện tâm đồ và nghiên cứu điện sinh lý được sử dụng để chẩn đoán rối loạn nhịp tim. Đôi khi rối loạn nhịp tim có thể được xác định bằng lắng nghe trái tim bệnh nhân qua ống nghe, nhưng, vì rối loạn nhịp tim không phải lúc nào cũng xuất hiện nên chúng có thể không xảy ra trong quá trình kiểm tra thẻ chất.

Điện tâm đồ (ECG) cho thấy tim hoạt động và có thể biểu hiện tình trạng thiếu oxy do tuần hoàn kém (thiếu máu cục bộ). Điện cực được bọc bằng dây dẫn thạch được đặt trên ngực, cánh tay và chân của bệnh nhân. Chúng gửi các xung động về hoạt động của tim thông qua một máy theo dõi hoạt động điện (máy hiện sóng) đến máy ghi âm dấu vết của chúng trên giấy. Việc kiểm tra mất khoảng 10 phút và được thực hiện tại phòng khám của bác sĩ. Khác loại ECG, thường được gọi là cường độ tập thể dục kiểm tra, đo lường phản ứng của tim và mạch máu gắng sức khi bệnh nhân đang tập thể dục trên máy chạy bộ hoặc một chiếc xe đạp cố định. Thử nghiệm này được thực hiện tại văn phòng bác sĩ hoặc phòng thí nghiệm tập thể dục và mất 15-30 phút. Các loại ECG khác bao gồm ECG 24 giờ giám sát và giám sát qua điện thoại. Trong 24 giờ Theo dõi ECG (Holter), bệnh nhân đeo một thiết bị nhỏ, máy ghi âm cầm tay kết nối với dĩa trên ngực ghi lại nhịp tim trong các hoạt động hàng ngày. Giám sát qua điện thoại có thể xác định chứng rối loạn nhịp tim xảy ra không thường xuyên. Tương tự như giám sát Holter, giám sát qua điện thoại có thể tiếp tục trong nhiều ngày hoặc tuần và cho phép bệnh nhân gửi ECG qua điện thoại đến trạm theo dõi khi cảm thấy rối loạn nhịp tim, hoặc bệnh nhân có thể lưu trữ thông tin vào máy ghi âm và truyền tải nó sau này.

Nghiên cứu điện sinh lý là thủ tục xâm lấn được thực hiện tại bệnh viện để xác định nguồn gốc của bệnh nghiêm trọng rối loạn nhịp tim và đáp ứng với các phương pháp điều trị khác nhau. Họ liên quan đến việc đặt ống thông tim, trong đó ống thông gắn các điện cực được truyền từ tĩnh mạch ở cánh tay hoặc chân qua mạch máu vào tim. Các điện cực ghi lại các xung động trong tim, làm nổi bật vị trí rối loạn nhịp tim bắt đầu. Trong quá trình thực hiện, các bác sĩ có thể kiểm tra tác dụng của nhiều loại thuốc khác nhau bằng cách kích thích rối loạn nhịp tim thông qua các điện cực và cố gắng khác nhau thuốc. Quá trình này mất từ một đến ba giờ, trong thời gian bệnh nhân tinh táo nhưng được an thần nhẹ. Địa phương thuốc gây mê được tiêm vào vị trí đặt ống thông.

## Sự đôi đãi

Nhiều chứng rối loạn nhịp tim không cần điều trị. Vì rối loạn nhịp tim nghiêm trọng, điều trị bệnh tim tiềm ẩn đôi khi kiểm soát chứng loạn nhịp tim. Trong một số trường hợp, Bản thân rối loạn nhịp tim được điều trị bằng thuốc, sốc điện (chuyển hướng ô tô), máy khử rung tim cấy ghép tự động, máy nhân tạo máy điều hòa nhịp tim, cắt bỏ ống thông, hoặc phẫu thuật. Rối loạn nhịp trên thất thường có thể được điều trị bằng liệu pháp dùng thuốc. Rối loạn nhịp tĩnh mạch phức tạp hơn để điều trị.

Điều trị bằng thuốc có thể kiểm soát được nhiều chứng loạn nhịp tim, nhưng việc tìm đúng loại thuốc và liều lượng cần phải được chăm sóc và có thể thực hiện thỉnh thoảng. Các loại thuốc thông dụng điều trị rối loạn nhịp tim bao gồm thuốc chẹn beta, thuốc chẹn kênh canxi, quinidine, chẹn phasm digitalis và Procainamide. Bởi vì về các tác dụng phụ nghiêm trọng tiềm tàng của chúng, các loại thuốc mạnh hơn, giảm mẫn cảm chỉ được sử dụng để điều trị các bệnh đe dọa tính mạng. Rối loạn nhịp tim. Tất cả các loại thuốc dùng để điều trị rối loạn nhịp tim có thể có tác dụng phụ, từ các biến chứng nhẹ với thuốc chẹn beta và thuốc chẹn kênh canxi cho đến tác dụng nghiêm trọng của thuốc giảm mẫn cảm, có thể gây rối loạn nhịp tim hoặc làm bệnh nặng hơn một cách nghịch lý. Đáp ứng với thuốc thường được đo bằng ECG, Holter theo dõi hoặc nghiên cứu điện sinh lý.

Trong các tình huống khẩn cấp, chuyển nhịp hoặc khử rung tim (sử dụng sốc điện vào ngực) thường được sử dụng. Chuyển nhịp tim phục hồi tim về nhịp bình thường. Tiếp theo là điều trị bằng thuốc để ngăn ngừa tái phát rối loạn nhịp tim.

Máy tạo nhịp tim nhân tạo gửi tín hiệu điện đến làm cho tim đập bình thường có thể được cấy dưới da trong một hoạt động đơn giản. Các dây dẫn từ máy điều hòa nhịp tim được neo vào phía bên phải của tim. Máy tạo nhịp tim được sử dụng để điều chỉnh nhịp tim chậm và đôi khi được sử dụng sau phẫu thuật hoặc cắt bỏ qua ống thông.

Máy khử rung tim cấy ghép tự động điều chỉnh rối loạn nhịp thất để dọa tính mạng bằng cách nhận biết chúng và sau đó khôi phục nhịp tim bình thường bằng cách tạo nhịp tim tim hoặc làm nó bị điện giật. Chúng được cấy ghép trong thành ngực mà không cần phẫu thuật lớn và lưu trữ thông tin để bác sĩ đánh giá trong tương lai. Máy khử rung tim cấy ghép tự động đã được chứng minh là có hiệu quả hơn có hiệu quả cao mang sống hơn là chỉ sử dụng thuốc. Họ thường xuyên được sử dụng kết hợp với điều trị bằng thuốc.

Cắt bỏ, một thủ tục để thay đổi hoặc loại bỏ trái tim mô gây rối loạn nhịp tim để ngăn ngừa tái phát có thể được thực hiện thông qua ống thông hoặc phẫu thuật. Nhịp tim nhanh trên thất có thể được điều trị thành công với sự cắt bỏ. Việc cắt bỏ qua ống thông được thực hiện trong phòng thí nghiệm đặt ống thông với bệnh nhân đang được gây mê. Một ống thông được trang bị một thiết bị lập bản đồ đường dẫn điện của tim được đưa vào tĩnh mạch và

luồn vào tim. Sau đó, sóng vô tuyến tần số cao được sử dụng để loại bỏ (các) con đường gây ra chứng rối loạn nhịp tim. Về nguyên tắc, phẫu thuật cắt bỏ cũng tương tự nhưng được thực hiện tại bệnh viện, sử dụng đầu dò lạnh thay vì sóng vô tuyến để phá hủy mô. Phương pháp điều trị cắt bỏ được sử dụng khi thuốc thất bại.

Phẫu thuật mè cung điều trị chứng rung tâm nhĩ bằng cách thực hiện nhiều vết mổ qua tâm nhĩ để cho phép các xung điện di chuyển hiệu quả. Điều này thường được khuyến nghị cho những bệnh nhân không đáp ứng với thuốc hoặc chuyển hướng ô tô.

### Điều trị thay thế

Vì một số chứng rối loạn nhịp tim có thể đe dọa tính mạng nên trước tiên bạn phải tham khảo ý kiến bác sĩ y khoa thông thường. Châm cứu có thể điều chỉnh một số lượng không đáng kể (1,5%) trường hợp rung tâm nhĩ. Đối với chứng rối loạn nhịp tim nhẹ, mới xuất hiện, châm cứu có thể có hiệu quả lên tới 70% trường hợp, nhưng con số này có thể không khác nhiều so với liệu pháp giả dược. Cá phương pháp điều trị bằng thảo dược của phương Tây và Trung Quốc cũng được sử dụng trong điều trị rối loạn nhịp tim. Vì táo gai (*Crataegus laevigata*) làm giãn mạch máu và kích thích cơ tim nên nó có thể giúp ổn định chứng loạn nhịp tim. Nó nhẹ nhàng và thích hợp để sử dụng tại nhà, không giống như mao địa hoàng (*Digitalis purpurea*), một loại thảo dược có tác động lên tim quá mạnh để sử dụng mà không có sự giám sát của bác sĩ có trình độ. Các bác sĩ vi lượng đồng căn có thể kê toa các loại thuốc chữa bệnh như Lachesis và aconite hoặc tu hành (*Aconitum napellus*) để điều trị chứng rối loạn nhịp tim nhẹ.

### Tiêm lượng

Những tiến bộ trong kỹ thuật chẩn đoán, thuốc mới và công nghệ y tế đã kéo dài cuộc sống của nhiều bệnh nhân bị rối loạn nhịp tim nghiêm trọng. Kỹ thuật chẩn đoán cho phép bác sĩ xác định chính xác tình trạng rối loạn nhịp tim, trong khi các loại thuốc mới, tiến bộ trong công nghệ máy điều hòa nhịp tim, sự phát triển của máy khử rung tim cấy ghép và tiến bộ trong kỹ thuật cắt bỏ mang lại phương pháp điều trị hiệu quả cho nhiều loại rối loạn nhịp tim.

### Phòng ngừa

Một số chứng loạn nhịp tim có thể được ngăn ngừa bằng cách kiểm soát căng thẳng, kiểm soát sự lo lắng và tránh dùng caffeine, rượu, thuốc thông mũi, cocaine và thuốc lá.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ

Hướng dẫn Điều trị, Phục hồi và Phòng ngừa Đau tim. New York: Sách thời gian, 1996.

DeBakey, Michael E., và Antonio M. Gotto Jr. "Chứng loạn nhịp tim" và "Kiểm soát chứng loạn nhịp tim: Máy tạo nhịp tim, Cắt bỏ và

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Nhip tim chậm- Nhịp tim chậm. Nhịp tim chậm là một trong hai loại rối loạn nhịp tim. Điện tâm đồ-Một xét nghiệm

sử dụng cảm biến điện đặt trên cơ thể để theo dõi nhịp tim.

Nghiên cứu điện sinh lý-Một xét nghiệm sử dụng thông tim để kích thích dòng điện gây rối loạn nhịp tim. Xét nghiệm xác định nguồn gốc của chứng loạn nhịp tim và được sử dụng để kiểm tra hiệu quả của thuốc chống loạn nhịp.

Nhip tim nhanh- Nhịp tim nhanh. Nhịp tim nhanh là một trong hai loại rối loạn nhịp tim.

Ca phẫu thuật." Trong Trái Tim Sống Mới. Holbrook, MA:

Tập đoàn truyền thông Adams, 1997.

Notelovitz, Morris và Diane Tonnessen. "Các tình trạng tim mạch khác." Trong cuốn sách Trái tim thiết yếu dành cho phụ nữ. New York: Nhà xuất bản St. Martin, 1996.

Viện tim Texas. "Chứng loạn nhịp tim." Ở Viện Tim Texas

Sổ tay chủ sở hữu trái tim. New York: John Wiley & Sons, 1996.

#### TỔ CHỨC

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 7320 Đại lộ Greenville Dallas, TX 75231. (214) 373-6300. <<http://www.americanheart.org>>.

Viện Tim, Phổi và Máu Quốc gia. P.O Box 30105, Bethesda, MD 20824-0105. (301) 251-1222. <<http://www.nhlbi.nih.gov>>.

Viện tim Texas. Dịch vụ thông tin về tim. Hộp thư bưu điện 20345, Houston, TX 77225-0345. <<http://www.tmc.edu/thi>>.

#### KHÁC

"Việc điều chỉnh nhịp tim bất thường." Thế giới sức khỏe

Trực tuyến. Ngày 3 tháng 3 năm 1998 <<http://www.health.net/library/books>>.

"Máy khử rung tim được cấy ghép cứu được nhiều mạng sống hơn thuốc." Phòng khám Mayo trực tuyến. Ngày 26 tháng 2 năm 1998. Ngày 3 tháng 3 năm 1998 <<http://www.mayohealth.org>>.

Lori De Milto

### Phân tích khí máu động mạch xem Phân tích khí máu

### Thuyên tắc động mạch

#### SỰ ĐỊNH NGHĨA

Thuyên tắc là cục máu đông, mảnh mỏ hoặc khối u, bong bóng khí hoặc dị vật khác lưu thông trong dòng máu cho đến khi nó bị mắc kẹt trong mạch máu.

## Sự miêu tả

Khi cục máu đông phát triển trong động mạch và vẫn còn nguyên tại chỗ, nó được gọi là huyết khối. Nếu toàn bộ hoặc một phần chỗ tắc nghẽn vỡ ra và mắc kẹt ở phần khác của động mạch thì được gọi là tắc mạch. Sự tắc nghẽn động mạch theo cách này có thể là kết quả của cục máu đông, tê bào mờ hoặc bong bóng khí.

Khi một khối thuyên tắc làm tắc nghẽn dòng máu trong động mạch, các mô bên ngoài nút bị mất lưu lượng máu và oxy bình thường. Điều này có thể gây tổn thương nghiêm trọng và thậm chí tử vong các mô liên quan.

Thuyên tắc có thể ảnh hưởng đến bất kỳ bộ phận nào của cơ thể. Các vị trí thường gặp nhất là chân và bàn chân. Khi não bị ảnh hưởng, nó được gọi là đột quỵ. Khi tim bị tổn thương, nó được gọi là cơn đau tim hoặc nhồi máu cơ tim (MI).

## Nguyên nhân và triệu chứng

Nguyên nhân phổ biến gây tắc mạch là khi động mạch có lớp lót dày lên hoặc bị tổn thương, thường là do tuổi tác, khiến cholesterol tích tụ dễ dàng hơn bình thường trên thành động mạch. Nếu một phần cholesterol bị vỡ ra, nó sẽ tạo thành tắc mạch. Thuyên tắc cũng thường hình thành từ cục máu đông trong tim bị tổn thương do đau tim hoặc khi tim co bóp bất thường do rung động mạch.

Các nguyên nhân khác được biết đến là tê bào mờ xâm nhập vào máu sau khi bị gãy xương lớn, tê bào máu bị nhiễm trùng, tê bào ung thư xâm nhập vào dòng máu và bong bóng khí nhỏ.

Các triệu chứng của thuyên tắc có thể bắt đầu đột ngột hoặc phát triển từ từ theo thời gian, tùy thuộc vào lượng máu bị tắc nghẽn.

Nếu thuyên tắc ở cánh tay hoặc chân, sẽ có cảm giác đau cơ, tê hoặc ngứa ran, màu da nhợt nhạt, nhiệt độ ở chi thấp hơn và yếu hoặc mất chức năng cơ. Nếu nó xảy ra ở một cơ quan nội tạng, thường gây đau và/hoặc mất chức năng của cơ quan đó.

## Chẩn đoán

Các thử nghiệm sau đây có thể được sử dụng để xác nhận áp suất Hậu quả của thuyên tắc động mạch:

- Điện tâm đồ, còn được gọi là EKG hoặc ECG. Đối với thử nghiệm này, các miếng vá phát hiện xung điện từ tim sẽ được gắn vào ngực và các chi. Thông tin được hiển thị trên màn hình điều khiển hoặc bằng giấy dưới dạng sóng. Việc giảm lượng máu và oxy cung cấp cho tim biểu hiện bằng sự thay đổi hình dạng của các sóng.

- Xét nghiệm máu không xâm lấn. Chúng liên quan đến việc đo huyết áp ở các bộ phận khác nhau của cơ thể và so sánh kết quả từ từng vị trí. Khi có một

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Rung động mạch- Rối loạn nhịp tim; sự run rẩy hỗn loạn của các động mạch.

Huyết khối-Sự tắc nghẽn trong mạch máu hình thành và tồn tại ở một chỗ.

huyết áp vượt quá mức bình thường giữa hai điểm, được cho là có sự tắc nghẽn.

- Chụp động mạch.** Trong thủ tục này, một chất lỏng có màu (thuốc nhuộm hoặc chất tương phản) có thể nhìn thấy bằng tia X được tiêm vào dòng máu thông qua một ống nhỏ gọi là ống thông. Khi thuốc nhuộm lấp đầy các động mạch, chúng có thể dễ dàng được nhìn thấy trên hình ảnh chuyển động của tia X. Nếu có sự tắc nghẽn trong động mạch, nó sẽ biểu hiện dưới dạng sự chuyển động đột ngột của chất cản quang. Chụp động mạch là một thủ tục tốn kém và có một số rủi ro. Ống thông có thể hình thành cục máu đông, cản trở lưu lượng máu. Ngoài ra còn có nguy cơ chọc ống thông qua động mạch hoặc cơ tim. Một số người có thể bị dị ứng với thuốc nhuộm. Nguy cơ xảy ra bất kỳ thương tích nào trong số này là nhỏ.

## Sự đối đãi

Thuyên tắc động mạch có thể được điều trị bằng thuốc hoặc phẫu thuật, tùy thuộc vào mức độ và vị trí tắc nghẽn.

Thuốc làm tan cục máu đông thường được truyền trực tiếp qua ống thông vào động mạch bị ảnh hưởng. Nếu thuyên tắc là do cục máu đông, thuốc làm loãng máu sẽ giúp giảm nguy cơ tắc mạch khác.

Bác sĩ phẫu thuật có thể loại bỏ huyết khối bằng cách rạch một đường ở động mạch phía trên chỗ tắc nghẽn và sử dụng ống thông đưa qua khối thuyên tắc, kéo nó ra qua vết mổ.

Nếu tình trạng nghiêm trọng, bác sĩ phẫu thuật có thể chọn bắc cầu mạch bị tắc bằng cách ghép một mạch mới vào vị trí của nó.

## Tiêm lượng

Thuyên tắc động mạch là tình trạng nghiêm trọng và cần được điều trị kịp thời để tránh tổn thương vĩnh viễn ở vùng bị ảnh hưởng. Kết quả của bất kỳ phương pháp điều trị nào đều phụ thuộc vào vị trí và mức độ nghiêm trọng của tắc mạch. Thuyên tắc động mạch mới có thể hình thành ngay cả sau khi điều trị thành công lần đầu tiên.

## Phòng ngừa

Phòng ngừa có thể bao gồm thay đổi chế độ ăn uống để giảm mức cholesterol, dùng thuốc làm loãng máu và thực hiện lối sống năng động, lành mạnh.

Hép

## Tài nguyên

### SÁCH

McGoon, Michael D., chủ biên. Cuốn sách Tim mạch của Phòng khám Mayo: Điều trị thường bạn đời Hướng dẫn về sức khỏe tim mạch. New York: William Morrow và Co., Inc., 1993.

### TỔ CHỨC

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 7320 Đại lộ Greenville Dallas, TX 75231. (214) 373-6300. <<http://www.americanheart.org>>.

### KHÁC

"Thuyên tắc động mạch." Câu trả lời về sức khỏe.com. <[http://www.chữa\\_lành\\_thanswers.com](http://www.chữa_lành_thanswers.com)>.

Dorothy Elinor Đá

## Chụp động mạch xem Chụp động mạch

## Chụp động mạch xem Chụp động mạch

## Xơ cứng động mạch xem xơ vữa động mạch

## Hỗc động mạch

### Sự định nghĩa

Rò động tĩnh mạch là một kênh bất thường hoặc đi giữa động mạch và tĩnh mạch.

### Sự miêu tả

Lỗ rò động tĩnh mạch là sự gián đoạn dòng máu bình thường. Thông thường, máu giàu oxy sẽ chảy đến mô qua động mạch và mao mạch. Sau khi giải phóng oxy vào các mô, máu sẽ quay trở lại tim theo tĩnh mạch. Rò động tĩnh mạch là sự kết nối bất thường giữa động mạch và tĩnh mạch. Máu đi qua các mao mạch và mô ròi trở về tim. Máu động mạch có huyết áp cao hơn tĩnh mạch và gây sưng tấy các tĩnh mạch liên quan đến lỗ rò. Mặc dù cả động mạch và tĩnh mạch vẫn giữ được kết nối bình thường, nhưng lỗ rò mới giữa hai động mạch sẽ khiến một lượng máu động mạch chảy vào tĩnh mạch do chênh lệch huyết áp.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Có hai loại rò động tĩnh mạch là bẩm sinh và mắc phải. Lỗ rò động tĩnh mạch bẩm sinh là lỗ rò được hình thành trong quá trình phát triển của thai nhi. Đó là một khuyết tật bẩm sinh.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Bẩm sinh-Có vào thời điểm sinh ra.

Trong các lỗ rò bẩm sinh, các mạch máu ở chi dưới thường xuyên bị ảnh hưởng hơn các vùng khác của cơ thể.

Rò bẩm sinh không phổ biến. Lỗ rò động mạch-tĩnh mạch mắc phải là lỗ rò phát triển sau khi một người được sinh ra.

Nó thường xảy ra khi một động mạch và tĩnh mạch nằm cạnh nhau bị tổn thương và quá trình chữa lành khiến cả hai trở nên liên kết với nhau. Sau khi đặt ống thông, rò động tĩnh mạch có thể xảy ra do biến chứng của thủng động mạch ở chân hoặc cánh tay. Đường rò cũng hình thành mà không có nguyên nhân rõ ràng. Đối với bệnh nhân chạy thận nhân tạo, bác sĩ thực hiện phẫu thuật để tạo lỗ rò. Những bệnh nhân này nhận được nhiều kim tiêm để bơm máu qua máy lọc máu và xét nghiệm phân tích máu định kỳ. Các tĩnh mạch được sử dụng có thể bị sẹo và khó sử dụng. Phẫu thuật được sử dụng để nối động mạch và tĩnh mạch để huyêt áp động mạch và tốc độ dòng chảy làm giãn tĩnh mạch và giảm nguy cơ hình thành cục máu đông bên trong tĩnh mạch.

Các triệu chứng chính của lỗ rò động tĩnh mạch gần bề mặt da là các tĩnh mạch phồng lên và đổi màu.

Trong một số trường hợp, tĩnh mạch phồng lên có thể bị nhầm lẫn với chứng giãn tĩnh mạch. Các lỗ rò khác có thể gây ra vấn đề nghiêm trọng hơn tùy thuộc vào vị trí của chúng và các mạch máu liên quan.

### Chẩn đoán

Sử dụng ống nghe, bác sĩ có thể phát hiện âm thanh của mạch trong tĩnh mạch bị ảnh hưởng (tiếng thổi). Âm thanh là một âm thanh đặc biệt. Thuốc nhuộm vào máu có thể được theo dõi bằng tia X để xác nhận sự hiện diện của lỗ rò.

### Sự đối đãi

Rò động tĩnh mạch nhỏ có thể được điều trị bằng phẫu thuật. Các lỗ rò ở não hoặc mắt rất khó điều trị. Nếu phẫu thuật không thể thực hiện được hoặc rất khó khăn, liệu pháp tiêm có thể được sử dụng. Liệu pháp tiêm là tiêm các chất làm đông máu tại chỗ tiêm. Trong trường hợp rò động tĩnh mạch, cục máu đông sẽ ngăn chặn dòng máu từ động mạch đến tĩnh mạch. Phẫu thuật thường được sử dụng để điều chỉnh các lỗ rò mắc phải sau khi chúng được chẩn đoán.

### 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.

Braunwald, E. Bệnh tim. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.

John T. Lohr, Tiến sĩ

## Dị dạng động tĩnh mạch

### Sự định nghĩa

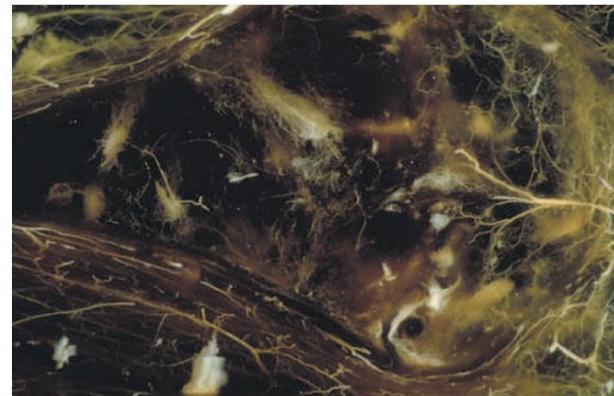
Dị tật động tĩnh mạch là dị tật mạch máu xảy ra trước khi sinh khi thai nhi đang phát triển trong tử cung (phát triển trước khi sinh). Các mạch máu xuất hiện dưới dạng một khối động mạch và tĩnh mạch rỗng rắn. Chúng không có lớp mao mạch (mạch máu rất mịn) thường tồn tại ở khu vực chung nơi các động mạch và tĩnh mạch nằm gần nhau (giao diện động mạch-tĩnh mạch). Dị dạng động tĩnh mạch (AVM) có thể xuất huyết hoặc chảy máu, dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng có thể đe dọa tính mạng.

### Sự miêu tả

AVM đại diện cho một giao diện bất thường giữa động mạch và tĩnh mạch. Thông thường, các động mạch mang máu giàu oxy đến các mô của cơ thể thông qua các mạch máu nhỏ dần. Nhỏ nhất là các mao mạch, tạo thành một mạng lưới mạch máu (lưới mao mạch) xuyên qua các mô của cơ thể. Máu động mạch di chuyển qua các mô bằng những con đường nhỏ này, trao đổi lượng oxy và chất dinh dưỡng lấy carbon dioxide và các chất thải khác do tế bào cơ thể tạo ra (chất thải tế bào). Máu được mang đi dần dần bởi các mạch máu lớn hơn, các tĩnh mạch. AVM thiếu giường mao mạch và máu động mạch được chuyển trực tiếp từ động mạch vào tĩnh mạch.

AVM có thể xảy ra ở bất cứ đâu trong cơ thể và được tìm thấy ở cánh tay, bàn tay, chân, bàn chân, phổi, tim, gan và thận. Tuy nhiên, 50% các dị tật này nằm ở não, thận não và tủy sống. Do có khả năng xuất huyết, các AVM như vậy có nguy cơ bị đột quỵ, liệt và mất khả năng nói, trí nhớ hoặc thị lực. Một AVM xuất huyết có thể gây tử vong.

Khoảng 3 trong số 100.000 người mắc AVM não và khoảng 40-80% trong số họ sẽ bị chảy máu từ các mạch máu bất thường vào một thời điểm nào đó. Nguy cơ xuất huyết AVM hàng năm được ước tính vào khoảng 1-4%. Sau 55 tuổi, nguy cơ chảy máu giảm. Huyết áp cao hoặc hoạt động thể chất cường độ cao đã có từ trước dưỡng như không liên quan đến AVM



Dị dạng động tĩnh mạch. (Ảnh y tế tùy chỉnh.  
Được sao chép dưới sự cho phép.)

xuất huyết, nhưng việc mang thai và chuyển dạ có thể gây vỡ hoặc vỡ mạch máu. Xuất huyết AVM không nguy hiểm bằng vỡ phình động mạch. (Phình động mạch là một mạch máu sưng lên, chứa đầy máu, nơi áp lực của máu làm cho thành mạch phình ra ngoài.)

Có tỷ lệ tử vong xấp xỉ 10% liên quan đến xuất huyết AVM, so với tỷ lệ tử vong 50% đối với chứng phình động mạch bị vỡ.

Mặc dù AVM là dị tật bẩm sinh, nghĩa là một người sinh ra đã mắc bệnh này nhưng chúng hiếm khi được phát hiện trước tuổi 20. Người ta đã đề xuất mối liên hệ di truyền đối với một số AVM, nhưng các nghiên cứu chỉ mang tính gợi ý chứ không mang tính tích cực. Phần lớn AVM được phát hiện ở những người trong độ tuổi 20-40. Các nhà nghiên cứu y khoa ước tính rằng các dị tật được tạo ra trong những ngày thứ 45-60 của quá trình phát triển của thai nhi. Giả thuyết thứ hai cho rằng AVM là những cấu trúc nguyên thủy còn sót lại từ thời kỳ hệ thống tuần hoàn máu của thai nhi bắt đầu phát triển.

Dù hình thành như thế nào, AVM vẫn có các mạch máu mỏng manh bất thường. Các động mạch nuôi dưỡng khối dị tật bị sưng lên và có thành mỏng bất thường. Họ thiếu lượng mao mạch và dàn hồi, một loại mao mạch kết dạng sợi thông thường. Những mạch máu này thường tích tụ muối canxi và hyaline. Phần tĩnh mạch của dị tật nhận máu trực tiếp từ động mạch. Nếu không có lớp mao mạch xen vào, các tĩnh mạch sẽ nhận máu ở áp suất cao hơn mức chúng được thiết kế để xử lý. Phần dị tật này cũng bị sưng lên (giãn ra) và có thành mỏng. Có nguy cơ có thể do lưỡng được về chứng phình động mạch hình thành gần AVM, làm tăng nguy cơ xuất huyết, tổn thương não và tử vong. Khoảng 10-15% AVM có kèm theo chứng phình động mạch hình túi, một loại chứng phình động mạch trông giống như một túi nhỏ gắn vào thành ngoài của mạch máu.

Mặc dù bản thân dị tật không có mao mạch nhưng thường có sự tăng sinh bất thường của các mao mạch bên cạnh khuyết tật. Những mạch máu này ăn vào khối dị tật, khiến nó phát triển lớn hơn trong một số trường hợp. Khi AVM nhận được nhiều máu hơn thông qua việc "đánh cắp" này, các mô não lân cận sẽ không nhận đủ máu. Những khu vực này cho thấy sự phát triển tế bào thần kinh bất thường, tế bào chết và sự lắng đọng canxi ở khu vực đó (vôi hóa). Các tế bào thần kinh trong khối dị tật có thể phát triển bất thường và được cho là không có chức năng.



### Nguyên nhân và triệu chứng

Hầu hết mọi người không nhận ra rằng họ bị AVM trừ khi nó xuất huyết đú dề gây ra các triệu chứng.

AVM nhỏ có nhiều khả năng xuất huyết hơn. Nếu xuất huyết xảy ra, nó sẽ gây ra cơn đau đầu đột ngột và dữ dội.

Cơn đau đầu có thể tập trung ở một khu vực cụ thể hoặc có thể lan rộng hơn. Nó có thể bị nhầm lẫn với chứng đau nửa đầu trong một số trường hợp. Nhức đầu đi kèm với các triệu chứng khác, chẳng hạn như nôn mửa, cứng cổ, buồn ngủ, thở ơ, lú lẫn, khó chịu hoặc yếu ở bất cứ đâu trên cơ thể. Động kinh xảy ra trong khoảng một phần tư trường hợp AVM. Một người có thể bị giảm thị lực, nhìn đôi hoặc mờ. Xuất huyết do AVM thường ít nguy hiểm hơn xuất huyết do phình động mạch, với tỷ lệ sống sót là 80-90%.

Các triệu chứng khác xảy ra ít thường xuyên hơn nhưng đôi khi xuất hiện cùng với các triệu chứng chính như đau đầu dữ dội đột ngột. Các dấu hiệu cảnh báo khác của AVM chảy máu là suy giảm khả năng nói hoặc khứu giác, ngất xỉu, liệt mặt, sụp mí mắt, chóng mặt và ù tai hoặc ù tai.

Mặc dù các AVM lớn ít có khả năng xuất huyết hơn nhưng chúng có thể gây ra các triệu chứng chỉ dựa vào khối lượng của chúng. Các AVM lớn gây áp lực lên mô não, gây ra sự phát triển bất thường ở mô não xung quanh và làm chậm hoặc chặn lưu lượng máu. Não ứng thay, tình trạng sưng mô não do chất lỏng tích tụ, có thể phát triển. Các dấu hiệu cảnh báo liên quan đến AVM lớn không chảy máu tương tự như các triệu chứng của một dị tật nhỏ đang chảy máu. Nhức đầu, co giật, chóng mặt và các triệu chứng thần kinh không rõ nguyên nhân, chẳng hạn như thay đổi cảm giác, là những tín hiệu cần được chăm sóc y tế.

### Chẩn đoán Dựa

trên các triệu chứng lâm sàng như đau đầu dữ dội và các vấn đề về thần kinh, sau khi khám thần kinh toàn diện, chụp cắt lớp vi tính (CT) đầu sẽ được thực hiện. Trong một số trường hợp, có thể nghe thấy thanh vù vù từ động mạch ở cổ, trên mắt hoặc hàm (gọi là tiếng thổi), bằng ống nghe. CT

quét sê tiết lộ liệu có chảy máu trong não hay không và có thể xác định AVM lớn hơn 1 inch (2,5 cm).

Chụp cộng hưởng từ (MRI) cũng được sử dụng để xác định AVM. Chọc dò thắt lưng hoặc chọc dò tủy sống có thể xảy ra sau khi chụp MRI hoặc CT. Chọc dò thắt lưng liên quan đến việc loại bỏ một lượng nhỏ dịch não tủy từ phần dưới của cột sống. Các tế bào máu hoặc các sản phẩm phân hủy của máu trong dịch não tủy cho thấy đang chảy máu.

Để xác định chính xác nơi máu đến, chụp động mạch não được thực hiện. Thủ tục này sử dụng tia X để vạch ra các mạch máu trong não, bao gồm cả các mạch máu nuôi dưỡng dị tật. Thông tin thu được từ chụp động mạch bổ sung cho MRI và giúp phân biệt vị trí chính xác của AVM.

### Sự đối đãi

Các bác sĩ phẫu thuật thần kinh xem xét một số yếu tố trước khi quyết định lựa chọn điều trị. Có một số tranh luận về việc có nên điều trị AVM chưa rõ và không gây ra bất kỳ triệu chứng nào hay không. Những rủi ro và lợi ích của việc tiến hành điều trị cần phải được do lường trên cơ sở từng cá nhân, có tính đến các yếu tố như tuổi tác và sức khỏe chung của người đó, cũng như quy mô và vị trí của AVM. Hiện có một số lựa chọn điều trị cho cả AVM có triệu chứng hoặc không có triệu chứng. Những lựa chọn điều trị này có thể được sử dụng một mình hoặc kết hợp.

### Cơ phẫu thuật

Loại bỏ AVM là cách chắc chắn nhất để ngăn nó gây ra các sự cố trong tương lai. Cả AVM nhỏ và lớn đều có thể được xử lý bằng phẫu thuật. Phẫu thuật được khuyến khích cho các AVM bề ngoài, nhưng có thể quá nguy hiểm đối với các AVM sâu hoặc rất lớn. Trừ khi đó là tình huống khẩn cấp, AVM bị xuất huyết sẽ được điều trị bảo tồn trong vài tuần. Điều trị bảo tồn bao gồm việc kiểm soát các triệu chứng ngay lập tức và cho phép tình trạng của bệnh nhân ổn định. Phẫu thuật đòi hỏi phải gây mê toàn thân và thời gian hồi phục lâu hơn bất kỳ lựa chọn điều trị nào khác.

### Sự bức xạ

Bức xạ đặc biệt hữu ích để điều trị các dị tật nhỏ (dưới 1 inch) nằm sâu trong não. Bức xạ ion hóa hướng vào dị tật, phá hủy AVM mà không làm tổn thương các mô xung quanh. Việc điều trị bằng tia xạ được thực hiện trong một lần duy nhất và không cần thiết phải mở hộp sọ. Tuy nhiên, thành công chỉ có thể được đo lường trong khoảng thời gian hai năm tiếp theo. Một năm sau thủ thuật, 50-75% AVM được điều trị bị tắc nghẽn hoàn toàn; hai năm sau khi xạ trị, tỷ lệ này tăng lên 85-95%.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Chứng phình động mạch**—Một điểm yếu trong mạch máu nơi áp lực của máu khiến thành mạch phình ra bên ngoài.

**Chụp động mạch**—Một bản đồ các mạch máu của não, sử dụng hình ảnh X-quang.

**Giường mao mạch**—Một mạng lưới dày đặc gồm các mạch máu nhỏ giúp máu đi vào mô hoặc cơ quan.

**Não úng thủy**—Sưng não do tích tụ chất lỏng.

**Chọc dò thắt lưng**—Một thủ tục chẩn đoán trong đó một cây kim được đưa vào cột sống dưới để rút một lượng nhỏ dịch não tủy.

Chất lỏng này được kiểm tra để đánh giá chấn thương não.

**Chứng phình động mạch hình túi** — Một loại chứng phình động mạch giống như một túi máu nhỏ gắn vào bề mặt bên ngoài của mạch máu bởi một cỗ mòng.

**Thuyên tắc**

Thuyên tắc liên quan đến việc cầm quyền truy cập vào hình dạng sai lệch. Kỹ thuật này không yêu cầu mở hộp sọ để lộ não và có thể được sử dụng để điều trị AVM sâu. Sử dụng hình ảnh X-quang làm hướng dẫn, một ống thông được luồn qua động mạch ở đùi (động mạch đùi) đến vùng bị ảnh hưởng. Bệnh nhân vẫn tỉnh táo trong suốt quá trình và có thể dùng thuốc để ngăn ngừa sự khó chịu. Mạch máu dẫn vào AVM được đánh giá về tầm quan trọng của nó đối với phần còn lại của não trước khi bóng hoặc chất chặn khác được đưa vào qua ống thông. Khối này làm tắc nghẽn nguồn cung cấp máu cho dị tật. Có thể bị nhức đầu nhẹ hoặc buồn nôn khi thực hiện thủ thuật, nhưng bệnh nhân có thể tiếp tục hoạt động bình thường sau khi rời bệnh viện. Thông thường cần ít nhất hai đến ba thủ tục tắc mạch trong khoảng thời gian từ hai đến sáu tuần. Thời gian nằm viện ít nhất ba ngày có liên quan đến mỗi lần tắc mạch.

**Tiền lượng**

Khoảng 10% trường hợp AVM tử vong. Động kinh và thay đổi thần kinh có thể là vĩnh viễn ở 10-30% trường hợp với AVM khác. Nếu AVM chảy máu một lần thì có khoảng 20% khả năng nó sẽ chảy máu lần nữa trong năm tiếp theo. Khi thời gian trôi qua kể từ lần xuất huyết đầu tiên, nguy cơ xuất huyết tiếp theo giảm xuống còn khoảng 3-4%. Nếu AVM không chảy máu, có thể xảy ra nhưng không đảm bảo là sẽ không bao giờ chảy máu.

AVM không được điều trị có thể phát triển lớn hơn theo thời gian và hiếm khi tự biến mất. Sau khi AVM được loại bỏ và mỗi

con trai đã bình phục sau phẫu thuật thì sẽ không còn triệu chứng nào liên quan đến dị tật đó nữa.

Tài nguyên

SÁ CH

Camarate, PJ và RC Heros. "Dị tật động tĩnh mạch của não."

Trong Phẫu thuật thần kinh. Tập. 2.

Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.

ĐỊNH KÝ

Henning, Mast. "Nguy cơ xuất huyết tự phát sau khi chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch não." Các

Lancet 350 (11/10/1997): 1065.

TỔ CHỨC

Hiệp hội đau мān tính Hoa Kỳ. PO Box 850, Rocklin, CA 95677-0850. (916) 632-0922. <http://members.tripod.com/~widdy/ACPA.html>.

Nhóm hỗ trợ dị tật động tĩnh mạch. 168 Đường Six Mile Canyon, Dayton, NV 89403. (702) 246-0682.

Hiệp hội tiếp cận đau мān tính quốc gia, Inc. PO Box 274, Millboro, VA 24460. (540) 997-5004.

Julia Barrett

**Viêm khớp** xem **Viêm khớp vị thành niêm**;

**Viêm xương khớp**; **Viêm khớp vảy nến**;

**Viêm khớp dạng thấp**

**Chọc dịch khớp** xem **Phân tích dịch khớp**

**Arthrogram** xem **Arthrography**

## Nhân học

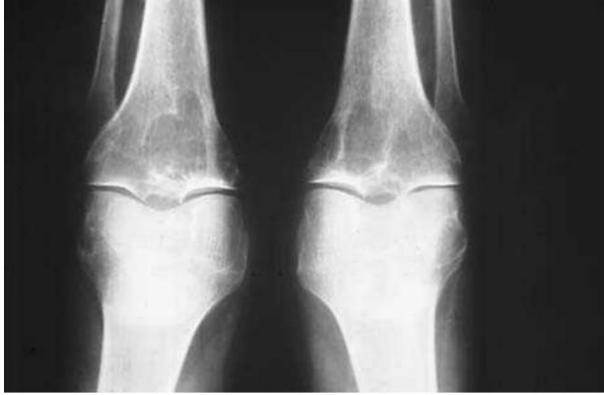
Sự định nghĩa

Chụp khớp là một thủ tục liên quan đến nhiều tia X của khớp bằng cách sử dụng máy soi huỳnh quang hoặc một thiết bị chụp X-quang đặc biệt hiển thị hình ảnh X-quang ngay lập tức. Một chất tương phản (trong trường hợp này là dung dịch iốt tương phản) được tiêm vào vùng khớp giúp làm nổi bật cấu trúc của khớp.

Mục đích

Thông thường, chụp khớp được chỉ định để xác định nguyên nhân gây đau khớp không rõ nguyên nhân. Quy trình soi huỳnh quang này có thể cho thấy hoạt động bên trong của các khớp cụ thể và phác thảo các cấu trúc mô mềm. Thủ tục này cũng có thể được tiến hành để xác định các vấn đề với dây chằng, sụn, gân hoặc bao khớp ở hông, vai, đầu gối, mắt cá chân hoặc cổ tay. Thủ thuật chụp khớp có thể xác định vị trí các u nang ở vùng khớp, đánh giá các vấn đề về sự sắp xếp và chức năng của khớp hoặc chỉ ra tình trạng

## Nhận



Hình ảnh chụp X-quang đầu gối của một bệnh nhân bị u nang do viêm khớp dạng thấp. Các u nang xuất hiện dưới dạng vùng sẫm màu ngay dưới khớp gối. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được phép sao chép lại.)

nhu cầu thay khớp (chân già). Các khớp được nghiên cứu phổ biến nhất là đầu gối và vai.

### Các biện pháp phòng ngừa

Bệnh nhân đang mang thai hoặc có thể đang mang thai không nên thực hiện thủ thuật này trừ khi lợi ích của kết quả thu được lớn hơn nguy cơ phơi nhiễm phóng xạ. Những bệnh nhân được biết là dị ứng với iốt cần thảo luận về biến chứng này với bác sĩ. Những bệnh nhân bị dị ứng với động vật có vỏ có nhiều khả năng bị dị ứng với chất cản quang iốt.

### Mô tả Khoa học

Khớp có thể được gọi là "chụp X quang khớp" hoặc "chụp x quang khớp". Thuật ngữ chụp ảnh khớp có thể được sử dụng thay thế cho chụp ảnh khớp. Vùng khớp sẽ được làm sạch và gây tê cục bộ sẽ được tiêm vào các mô xung quanh khớp để giảm đau. Tiếp theo, nếu chất lỏng đã được đưa vào khớp, bác sĩ có thể hút chúng ra (tốc độ hút) bằng kim. Những chất lỏng này có thể được gửi đến phòng thí nghiệm để nghiên cứu thêm. Sau đó, chất cản quang được tiêm vào khớp qua cùng một vị trí bằng cách gắn kim hút vào ống tiêm chứa chất cản quang.

Mục đích của chất tương phản trong quy trình chụp X-quang là giúp làm nổi bật các chi tiết của khu vực đang được nghiên cứu bằng cách làm cho chúng trở nên mờ đục. Các chất dùng cho chụp khớp nói chung là thuốc nhuộm hòa tan trong không khí và nước, phổ biến nhất có chứa iốt. Không khí và iốt có thể được sử dụng cùng nhau hoặc độc lập. Sau khi tiêm thuốc cản quang, vị trí tiêm sẽ được bít kín và bệnh nhân có thể được yêu cầu di chuyển khớp xung quanh để phân phối thuốc cản quang.

Trước khi chất tương phản có thể được khớp tự hấp thụ, một số phim sẽ nhanh chóng được chụp dưới sự hướng dẫn của đèn huỳnh quang. Bệnh nhân sẽ được yêu cầu

di chuyển khớp vào một loạt vị trí, giữ yên giữa các vị trí. Đôi khi, bệnh nhân sẽ cảm thấy ngứa ran hoặc khó chịu trong quá trình thực hiện, điều này là bình thường và do độ tương phản. Sau khi theo dõi độ tương phản bằng huỳnh quang, các tia X tiêu chuẩn của khu vực cũng có thể được chụp. Toàn bộ thủ tục sẽ kéo dài khoảng một giờ.

### Chuẩn bị Điều

quan trọng là phải thảo luận về bất kỳ sự nhạy cảm nào đã biết với thuốc gây tê cục bộ hoặc iốt trước khi thực hiện thủ thuật này. Bác sĩ nên giải thích quy trình và những rủi ro liên quan đến thuốc cản quang và yêu cầu bệnh nhân ký giấy đồng ý. Nếu tiêm thuốc cản quang iốt, bệnh nhân có thể được hướng dẫn không ăn trước khi khám. Thời gian nhịn ăn có thể kéo dài chỉ từ 90 phút trước khi thi cho đến đêm hôm trước.

Không có sự chuẩn bị nào khác cần thiết.

### Chăm sóc sau

Khớp bị ảnh hưởng phải được nghỉ ngơi trong khoảng 12 giờ sau khi thực hiện thủ thuật. Khớp có thể được quấn bằng băng đần hồi và bệnh nhân cần được hướng dẫn cách chăm sóc và thay băng. Những tiếng ồn trong khớp như nứt hoặc kêu lách cách là bình thường trong vài ngày sau khi chụp khớp. Những tiếng động này là kết quả của chất lỏng trong khớp. Sưng cũng có thể xảy ra và có thể được điều trị bằng cách chườm đá hoặc túi lạnh. Có thể sử dụng thuốc giảm đau nhẹ để giảm đau trong vài ngày đầu. Tuy nhiên, nếu bất kỳ triệu chứng nào kéo dài hơn vài ngày, bệnh nhân nên liên hệ với bác sĩ.

### Rủi ro

Ở một số bệnh nhân, iốt có thể gây phản ứng dị ứng, từ buồn nôn nhẹ đến biến chứng nghiêm trọng về tim mạch hoặc hệ thần kinh. Vì thuốc nhuộm tương phản được đưa vào khớp chứ không phải vào tĩnh mạch nên hiếm khi xảy ra phản ứng dị ứng. Các cơ sở được cấp phép thực hiện kiểm tra độ tương phản phải đáp ứng các yêu cầu về thiết bị, vật tư và đào tạo nhân viên để xử lý phản ứng nghiêm trọng có thể xảy ra. Nhiễm trùng hoặc tổn thương khớp có thể xảy ra, mặc dù không thường xuyên, nhưng là biến chứng của chụp khớp.

### Kết quả bình thường

Một cuộc kiểm tra chụp khớp thông thường sẽ cho thấy vị trí thích hợp của thuốc nhuộm hoặc chất cản quang trên khắp các cấu trúc khớp, không gian khớp, sụn và dây chằng.

### Kết quả bất thường

Vị trí bất thường của thuốc nhuộm có thể chỉ ra bệnh viêm khớp dạng thấp, u nang, trật khớp, vỡ khớp.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Hút—Loại bỏ chất lỏng bằng cách hút, thường là bằng kim.

Chất cản quang (tác nhân, môi trường)—Một chất được tiêm vào cơ thể để chiếu sáng các cấu trúc nhất định mà khó có thể nhìn thấy trên ảnh X quang (phim).

Máy đo huỳnh quang—Một thiết bị được sử dụng trong một số quy trình chụp X quang cung cấp hình ảnh và chuyển động ngay lập tức trên màn hình giống như những gì nhìn thấy ở trạm an ninh hành lý sân bay.

Bác sĩ X quang—Một bác sĩ y khoa được đào tạo đặc biệt về giải thích X quang (x quang) và cách sử dụng nó trong chẩn đoán bệnh tật và thương tích.

Tia X—Một dạng bức xạ điện từ có bước sóng ngắn hơn ánh sáng bình thường. Tia X có thể xuyên qua hầu hết các cấu trúc.

chóp xoay, rách dây chằng và các tình trạng khác. Toàn bộ lớp lót của khớp trở nên mờ đục sau kỹ thuật này, cho phép bác sĩ X quang nhìn thấy những bất thường trong hoạt động phức tạp của khớp. Trong trường hợp trật khớp vai tái phát, kết quả chụp khớp có thể được sử dụng để đánh giá mức độ tổn thương. Bệnh nhân có khớp háng giả có thể được chụp khớp để đánh giá vị trí hoặc chức năng thích hợp của khớp giả.

**Tài nguyên****SÁ CH**

Juhl, John H., và Andrew B. Crummary. Những điều cơ bản về hình ảnh phóng xạ của Paul và Juhl. Philadelphia: Công ty JB Lippincott, 1993.

**TÔ CHỨC**

Đại học X quang Hoa Kỳ. 1891 Preston White Drive, Reston, VA 22091. (800) 227-5463. <<http://www.acr.org>>. Tổ chức Viêm khớp. 1300 W. Peachtree St., Atlanta, GA 30309. (800) 283-7800. <<http://www.arthritis.org>>.

Teresa Norris, RN

**phẫu thuật khớp****Sự định nghĩa**

Phẫu thuật tạo hình khớp là phẫu thuật nhằm giảm đau và phục hồi phạm vi chuyển động bằng cách sắp xếp lại hoặc tái tạo lại khớp.

**Mục đích**

Mục tiêu của phẫu thuật khớp là khôi phục chức năng của khớp bị cứng và giảm đau. Có hai loại phẫu thuật tạo hình khớp. Cắt bỏ khớp bao gồm việc loại bỏ một phần xương khỏi khớp bị cứng, tạo ra khoảng trống giữa xương và ổ cắm, để cải thiện phạm vi chuyển động.

Mô seо cuối cùng sẽ lắp đầy khoảng trống. Cơn đau giảm bớt và cử động được phục hồi nhưng khớp kém ổn định hơn.

Tái tạo xen kẽ là phẫu thuật để định hình lại khớp và thêm một đĩa đệm giả vào giữa hai xương tạo thành khớp. Bộ phận giả có thể được làm bằng nhựa và kim loại hoặc từ mô cơ thể như màng và da.

Khi tái tạo khớp nối không thành công, có thể cần phải thay khớp toàn bộ. Thay khớp còn được gọi là phẫu thuật khớp toàn phần.

Trong những năm gần đây, thay khớp đã trở thành phẫu thuật được lựa chọn cho hầu hết các vấn đề về đầu gối và hông. Các khớp khuỷu tay, vai, mắt cá chân và ngón tay có nhiều khả năng được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ khớp hoặc tái tạo khớp xen kẽ.

Phẫu thuật tạo hình khớp được thực hiện trên những người bị đau nặng và bị cứng khớp do viêm xương khớp hoặc viêm khớp dạng thấp. Việc cắt bỏ khớp, thay vì thay khớp, có nhiều khả năng được thực hiện ở những người bị viêm khớp dạng thấp, đặc biệt là khi có liên quan đến khớp khuỷu tay. Thay khớp toàn bộ thường được dành riêng cho những người trên 60 tuổi.

**Các biện pháp phòng ngừa**

Nếu cả xương và ổ khớp đều bị tổn thương, thay khớp thường là phương pháp điều trị ưu tiên.

**Sự miêu tả**

Phẫu thuật tạo hình khớp được thực hiện dưới hình thức gây mê toàn thân hoặc gây mê vùng tại bệnh viện bởi bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình. Một số trung tâm y tế chuyên về phẫu thuật khớp và có xu hướng có tỷ lệ thành công cao hơn các trung tâm ít chuyên môn hơn.

Khi cắt bỏ khớp, bác sĩ phẫu thuật sẽ rạch một đường ở khớp, sau đó cẩn thận loại bỏ lượng xương tối thiểu cần thiết để cho phép cử động tự do. Càng có nhiều xương thì khớp càng ổn định. Các phần đính kèm dây chằng được bảo tồn càng nhiều càng tốt. Trong tái tạo xen kẽ, cả hai xương của khớp đều được định hình lại và một đĩa vật liệu được đặt giữa các xương để ngăn chúng cọ xát với nhau. Thời gian nằm viện tùy thuộc vào khớp nào được điều trị, nhưng thông thường chỉ vài ngày.

**Sự chuẩn bị**

Trước khi phẫu thuật khớp, tất cả các xét nghiệm máu và nước tiểu tiêu chuẩn trước phẫu thuật đều được thực hiện. Bệnh nhân gặp

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Cân– Mô liên kết mỏng bao phủ hoặc ngăn cách các cơ và các cơ quan nội tạng của cơ thể.

Viêm khớp dạng thấp–Một bệnh khớp không rõ nguồn gốc có thể bắt đầu từ khi còn nhỏ, gây biến dạng và mất chức năng ở khớp.

với bác sĩ gây mê để thảo luận về bất kỳ tình trạng đặc biệt nào ảnh hưởng đến việc gây mê.

**Chăm sóc sau**

Những bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật tạo hình khớp phải cẩn thận để không bị căng thẳng quá mức hoặc làm mất ổn định khớp. Vật lý trị liệu được bắt đầu ngay lập tức. Thuốc kháng sinh được đưa ra để ngăn ngừa nhiễm trùng.

**Rủi ro**

Việc cắt bỏ khớp và tái tạo khớp nói không phải lúc nào cũng mang lại kết quả thành công, đặc biệt ở những bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp. Có thể cần phẫu thuật lại hoặc thay khớp toàn bộ. Giống như bất kỳ cuộc phẫu thuật lõi nào, luôn có nguy cơ xảy ra phản ứng dị ứng với thuốc gây mê hoặc cục máu đông sẽ vỡ ra và làm tắc nghẽn động mạch.

**Kết quả bình thường**

Hầu hết bệnh nhân hồi phục với phạm vi chuyển động được cải thiện ở khớp và giảm đau.

**Tài nguyên****SÁCH**

"Thay thế khớp." Trong Mọi điều bạn cần biết về Điều trị y tế. Springhouse, PA: Tập đoàn Springhouse, 1996.

**KHÁC**

"Thủ tục của Darrach." Trang sách giáo khoa chính hình của Wheeless. <<http://www.medmedia.com/ooal/119.htm>>.

Tish Davidson

**Phẫu thuật nội soi khớp****Sự định nghĩa**

Phẫu thuật nội soi khớp là một thủ thuật để hình dung, chẩn đoán và điều trị các vấn đề về khớp. Tên có nguồn gốc

từ tiếng Hy Lạp *arthron*, có nghĩa là khớp, và *skopein*, có nghĩa là nhìn vào.

**Mục đích**

Phẫu thuật nội soi khớp được sử dụng để xác định, theo dõi và chẩn đoán chấn thương và bệnh khớp; hoặc để loại bỏ xương hoặc sụn hoặc sửa chữa gân hoặc dây chằng. Phẫu thuật nội soi khớp chẩn đoán được thực hiện khi bệnh sử, khám thực thể, chụp X-quang và các xét nghiệm khác như MRI hoặc CT không đưa ra chẩn đoán xác định.

**Các biện pháp phòng ngừa**

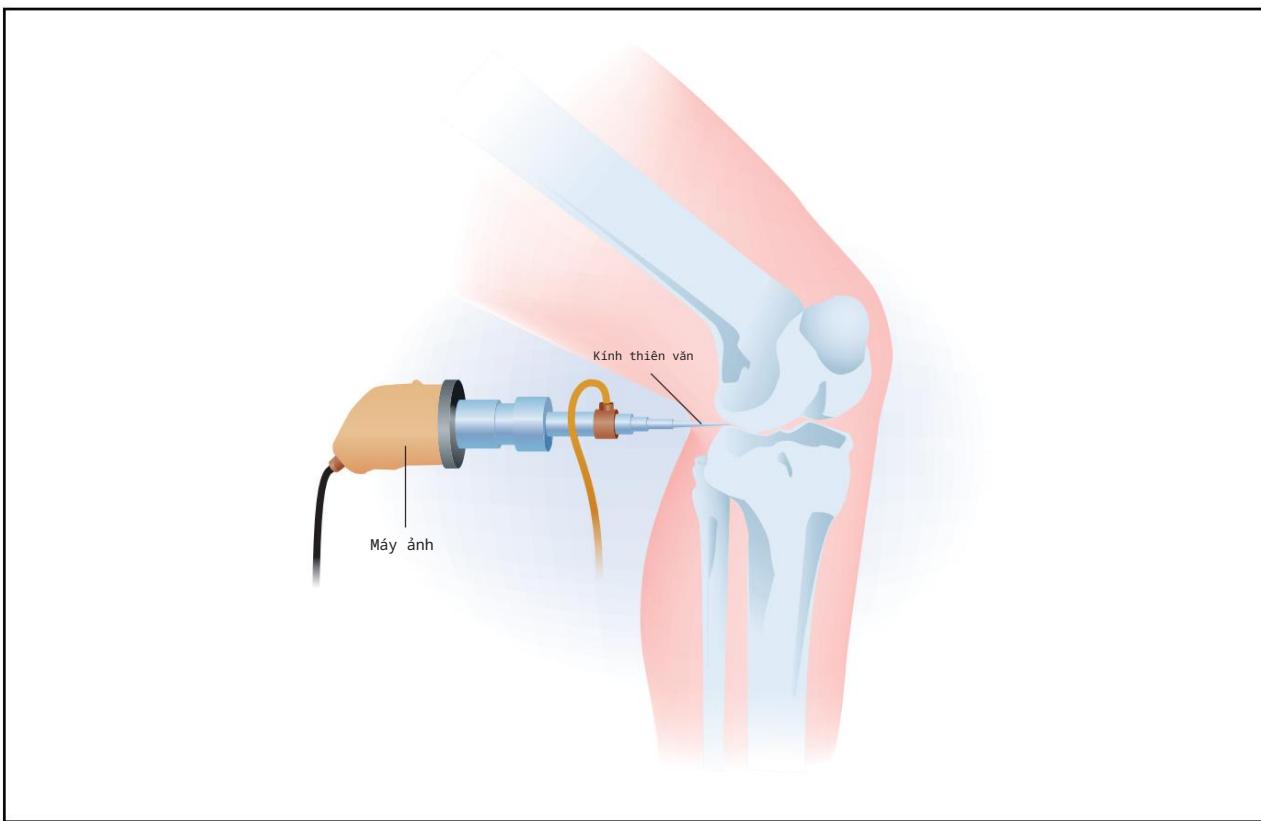
Phẫu thuật nội soi chẩn đoán không nên được thực hiện trừ khi điều trị bảo tồn không khắc phục được vấn đề.

**Sự miêu tả**

Trong phẫu thuật nội soi khớp, bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình sử dụng máy soi khớp, một dụng cụ sợi quang, để xem bên trong khớp. Sau khi rách một đường có kích thước bằng lỗ khuyết trên da bệnh nhân, dung dịch natri clorua vô trùng sẽ được tiêm để làm căng khớp. Máy soi khớp, một dụng cụ có kích thước bằng bút chì, sau đó được đưa vào khớp. Máy soi khớp có một thấu kính và hệ thống chiếu sáng qua đó các cấu trúc bên trong khớp được truyền tới một camera truyền hình thu nhỏ gắn ở đầu của máy soi khớp. Bác sĩ phẫu thuật sử dụng phương pháp tươi và hút để loại bỏ máu và mảnh vụn khỏi khớp trước khi kiểm tra. Các vết mổ khác có thể được thực hiện để xem các phần khác của khớp hoặc để chèn thêm dụng cụ. Nhìn vào bên trong khớp trên màn hình tivi, bác sĩ phẫu thuật có thể xác định số lượng hoặc loại tổn thương và, nếu cần, lấy mẫu sinh thiết hoặc sửa chữa hoặc khắc phục vấn đề. Phẫu thuật nội soi có thể được sử dụng để loại bỏ các mảnh sụn nổi và điều trị các vết rách nhỏ cũng như các rối loạn khác. Khi thủ thuật kết thúc, ống nội soi khớp sẽ được lấy ra và khớp được tươi nước. Vị trí vết mổ được băng bó.

Phẫu thuật nội soi khớp được sử dụng để chẩn đoán và điều trị các vấn đề về khớp, phổ biến nhất là ở đầu gối, ngoài ra còn ở vai, khuỷu tay, mắt cá chân, cổ tay và hông. Một số vấn đề về khớp thường gặp nhất khi sử dụng máy soi khớp là:

- viêm ở đầu gối, vai, khuỷu tay, cổ tay hoặc mắt cá chân
- chấn thương ở vai (rách gân chớp xoay, hội chứng chèn ép và trật khớp tái diễn), đầu gối (rách sụn, mòn hoặc chấn thương đệm sụn và rách dây chằng chéo trước gây mất ổn định) và cổ tay (hội chứng óng cổ tay)
- xương và/or sụn lồng léo ở đầu gối, vai, khuỷu tay, mắt cá chân hoặc cổ tay



Máy nội soi khớp sử dụng sợi quang để tạo thành hình ảnh của sụn bị tổn thương, gửi đến màn hình tivi giúp bác sĩ phẫu thuật thực hiện phẫu thuật. (Minh họa của Argosy Inc.)

Phẫu thuật nội soi khắc phục được thực hiện với các dụng cụ được đưa vào qua các vết mổ bỏ sung. Viêm khớp đôi khi có thể được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khớp. Một số vấn đề được điều trị bằng sự kết hợp giữa phẫu thuật nội soi khớp và phẫu thuật tiêu chuẩn.

Còn được gọi là nội soi khớp, thủ thuật này được thực hiện tại bệnh viện hoặc cơ sở phẫu thuật ngoại trú. Loại gây tê (cục bộ, cột sống hoặc toàn thân) và độ dài của thủ thuật phụ thuộc vào khớp được phẫu thuật và mức độ phức tạp của vấn đề nghỉ ngơi. Phẫu thuật nội soi khớp hiếm khi mất hơn một giờ. Hầu hết bệnh nhân được phẫu thuật nội soi khớp đều được xuất viện ngay trong ngày; một số bệnh nhân ở lại bệnh viện qua đêm.

Được coi là sự phát triển chính hình quan trọng nhất trong thế kỷ 20, phẫu thuật nội soi khớp được sử dụng rộng rãi. Việc sử dụng phẫu thuật nội soi khớp đối với các vận động viên nổi tiếng đã được công bố rộng rãi. Người ta ước tính rằng 80% bác sĩ phẫu thuật chính hình thực hành phẫu thuật nội soi khớp. Phẫu thuật nội soi ban đầu là một công cụ chẩn đoán được sử dụng trước khi phẫu thuật mở, nhưng khi các dụng cụ và kỹ thuật tốt hơn được phát triển, nó bắt đầu được sử dụng để thực sự điều trị nhiều vấn đề về khớp. Các kỹ thuật mới hiện đang được phát triển có khả năng dẫn đến các khớp khác

được điều trị bằng phẫu thuật nội soi trong tương lai.

Gần đây, tia laser đã được đưa vào phẫu thuật nội soi khớp và các nguồn năng lượng mới khác đang được khám phá. Laser và bức xạ điện từ có thể sửa chữa thay vì cắt bỏ vết thương và có thể tiết kiệm chi phí hơn so với các dụng cụ.

#### Chuẩn bị Trước

khi thực hiện thủ thuật, các nghiên cứu về máu, nước tiểu và chụp X-quang khớp sẽ được tiến hành.

#### Chăm sóc sau

Ngay sau khi làm thủ thuật, bệnh nhân sẽ ở trong phòng hồi sức vài giờ. Một túi nước đá sẽ được chườm lên khớp đã được phẫu thuật trong tối đa 48 giờ sau khi thực hiện thủ thuật. Thuốc giảm đau, kê đơn hoặc không kê đơn, sẽ được cung cấp. Buổi sáng sau phẫu thuật, băng có thể được tháo ra và thay thế bằng dải dính. Bệnh nhân nên gọi cho bác sĩ khi cảm thấy đau nhiều hơn, sưng tấy, tấy đỏ, chảy dịch hoặc chảy máu tại chỗ phẫu thuật, có dấu hiệu nhiễm trùng (đau đầu, đau cơ, chóng mặt, sốt) hoặc buồn nôn hoặc nôn.

kiến

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Khớp-** Nơi xương gặp nhau. Phẫu thuật nội soi được sử dụng cho các vấn đề về khớp.

**Laser-**Một thiết bị tập trung bức xạ điện từ thành một chùm tia hẹp và xử lý mô nhanh chóng mà không làm nóng các khu vực xung quanh.

**Chỉnh hình-** Chuyên khoa y tế liên quan đến việc bảo tồn, phục hồi và phát triển hình thức và chức năng ở các chi, cột sống và các cấu trúc khác bằng các phương pháp y tế, phẫu thuật và vật lý. Phẫu thuật nội soi khớp được thực hiện bởi các bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình.

Phải mất vài ngày để vết thương thủng lành lại và vài tuần để khớp hồi phục hoàn toàn.

Nhiều bệnh nhân có thể tiếp tục các hoạt động hàng ngày, bao gồm cả việc quay trở lại làm việc, trong vòng vài ngày sau khi thực hiện thủ thuật. Một chương trình phục hồi chức năng, bao gồm vật lý trị liệu, có thể được đề xuất để tăng tốc độ phục hồi và cải thiện chức năng của khớp trong tương lai.

**Rủi ro**

Các biến chứng rất hiếm khi xảy ra trong phẫu thuật nội soi khớp, xảy ra ở dưới 1% bệnh nhân. Chúng bao gồm nhiễm trùng và viêm, cục máu đông, tổn thương mạch máu hoặc dây thần kinh và gãy dụng cụ.

**Tài nguyên****SÁCH**

Andrews, James R, và Laura A. Timmerman. Nội soi khớp chẩn đoán và phẫu thuật. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.

Brillhart, Allen T., chủ biên. Phẫu thuật Laser đốt khớp: Ứng dụng lâm sàng. New York: Springer-Verlag, 1995.

Ấn phẩm y tế Oxford. Sách giáo khoa Y học thể thao Oxford. New York: Nhà xuất bản Y khoa Oxford, 1994.

**ĐỊNH KỲ**

"Phẫu thuật khớp gối nội soi." Đồng hồ sức khỏe phụ nữ Harvard 4 (tháng 12 năm 1996): 4.

Pierce, Michael W. "Phẫu thuật nội soi khớp." Scientific American 276 (tháng 2 năm 1997): 108.

"Bạn có nên nằm trong phạm vi không?" Phòng ngừa (tháng 8 năm 1997): 82.

Wilkinson, Todd. "Bắp, rắc, tách." Thể thao & Thể hình Nữ (tháng 4 năm 1998): 68.

**KHÁC**

"Nội soi khớp." Học viện phẫu thuật chỉnh hình Hoa Kỳ.

Ngày 15 tháng 4 năm 1998. <[http://www.aos.org/wordhtml/pat\\_educ/arthrosc.htm](http://www.aos.org/wordhtml/pat_educ/arthrosc.htm)>.

"Nội soi khớp." Phát triển mạnh trực tuyến. Ngày 15 tháng 4 năm 1998.

<<http://thrive online.oxygen.com>>.

"Nội soi khớp gối." Trung tâm Chỉnh hình và Y học Thể thao. Ngày 15 tháng 4 năm 1998. <<http://www.arthro sccopy.com/spo4002.htm>>.

Lori De Miltos

**nội soi khớp****Sự định nghĩa**

Nội soi khớp là việc kiểm tra khớp, đặc biệt là các cấu trúc bên trong. Thủ tục được thực hiện bằng cách đưa một thiết bị chiếu sáng được thiết kế đặc biệt vào khớp thông qua một vết mổ nhỏ. Dụng cụ này được gọi là máy nội soi khớp. Thủ tục nội soi khớp chủ yếu liên quan đến quá trình chẩn đoán. Tuy nhiên, khi việc sửa chữa thực sự được thực hiện, thủ thuật này được gọi là phẫu thuật nội soi khớp.

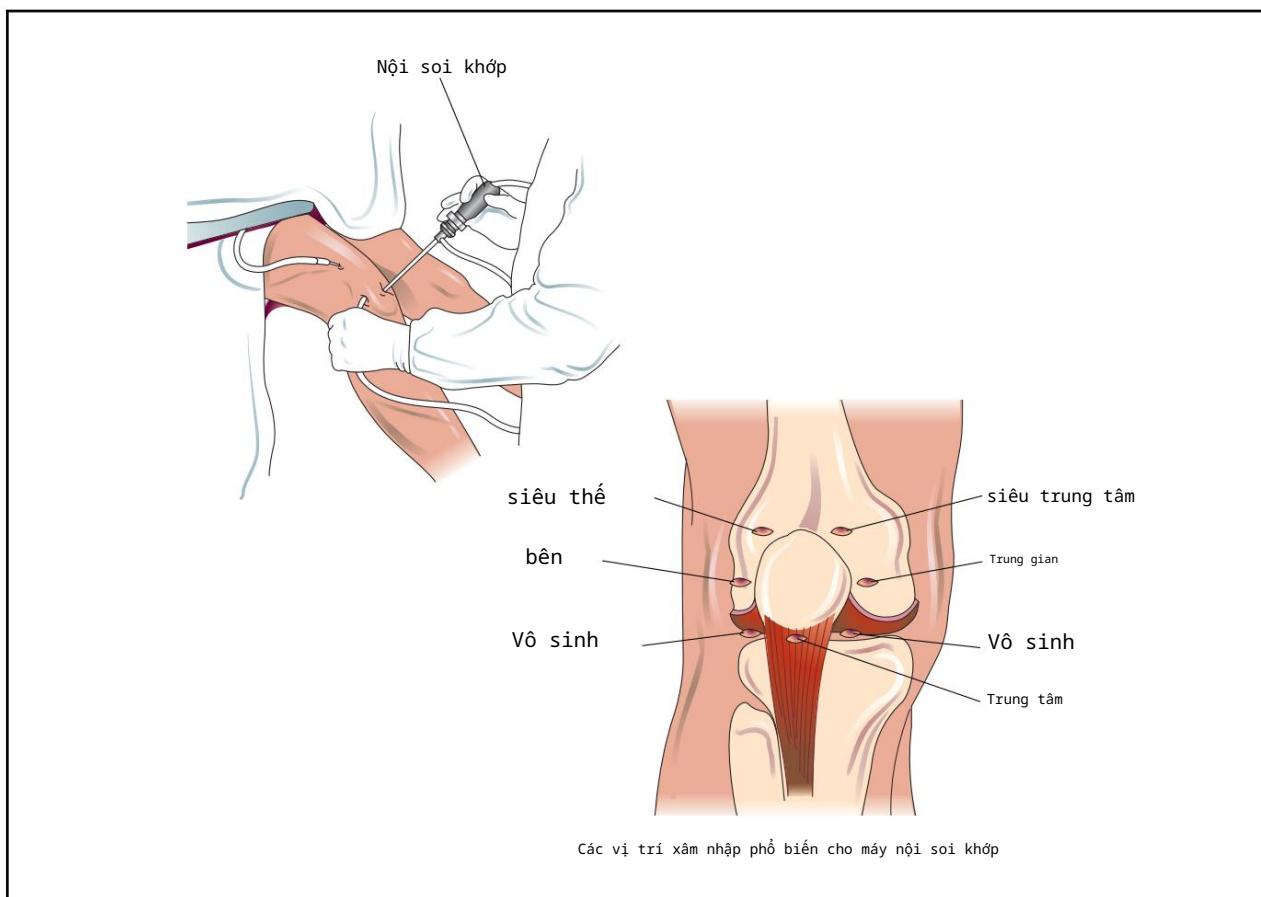
**Nội soi**

Khớp mục đích được sử dụng chủ yếu bởi các bác sĩ chuyên điều trị các rối loạn về xương và các cấu trúc liên quan (chỉnh hình) để giúp chẩn đoán các vấn đề về khớp. Từng được mô tả là cần thiết cho những người chủ yếu chăm sóc chấn thương thể thao, nội soi khớp hiện là một kỹ thuật thường được các bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình sử dụng để điều trị cho bệnh nhân ở mọi lứa tuổi. Thủ tục này được sử dụng phổ biến nhất để chẩn đoán các vấn đề về đầu gối và vai, mặc dù khuỷu tay, hông, cổ tay và mắt cá chân cũng có thể được kiểm tra bằng kính soi khớp.

Một khớp là một hệ thống phức tạp. Trong khớp, dây chằng gắn xương với xương khác, gân gắn cơ với xương, đường sụn và giúp bảo vệ các đầu xương, và một chất lỏng đặc biệt (dịch khớp) đệm và bôi trơn các cấu trúc. Nhìn vào bên trong khớp cho phép bác sĩ biết chính xác cấu trúc nào bị tổn thương. Nội soi khớp cũng cho phép chẩn đoán sớm hơn nhiều loại vấn đề về khớp vốn khó phát hiện trong những năm trước.

**Các biện pháp phòng ngừa**

Hầu hết các thủ thuật nội soi khớp ngày nay đều được thực hiện tại các trung tâm phẫu thuật trong ngày, nơi bệnh nhân được nhập viện ngay trước khi phẫu thuật. Vài giờ sau thủ thuật, bệnh nhân được phép trở về nhà, mặc dù thông thường người khác phải lái xe. Tùy thuộc vào loại thuốc gây mê được sử dụng, bệnh nhân có thể được yêu cầu không ăn gì trong vài giờ trước khi đến. Trước khi thực hiện thủ thuật, bác sĩ gây mê sẽ hỏi bệnh nhân có bị dị ứng với thuốc gây mê cục bộ hoặc toàn thân hay không. Tắc nghẽn đường thở luôn có thể xảy ra ở bất kỳ bệnh nhân nào được khám tổng quát.



Nội soi khớp chủ yếu được sử dụng để giúp chẩn đoán các vấn đề về khớp. Thủ tục này thường liên quan nhất đến đầu gối và các vấn đề về vai, cho phép kiểm tra và chẩn đoán chính xác các dây chằng, bìu mặt khớp bị tổn thương và các khớp liên quan khác cấu trúc. Hình minh họa ở trên chỉ ra các vị trí hoặc cổng vào phổi biển nhất trong nội soi khớp gối. (Minh họa bởi Electronic-tronic Illustrators Group.)

gây tê. Vì vậy, phải có sẵn thiết bị oxy, máy hút và thiết bị theo dõi. Tim của bệnh nhân trạng thái phải luôn được theo dõi trong trường hợp có bất kỳ các bất thường về tim phát sinh trong quá trình nội soi khớp.

### Sự miêu tả

Máy soi khớp là một dụng cụ dùng để nhìn trực tiếp vào khớp. Nó chứa các thấu kính phóng đại và các sợi được bọc thủy tinh gửi ánh sáng tập trung vào khớp. Một Camera gắn vào máy soi khớp cho phép bác sĩ phẫu thuật nhìn thấy hình ảnh rõ ràng của khớp. Hình ảnh này sau đó được chuyển tới màn hình đặt trong phòng mổ thời điểm nội soi khớp. Công nghệ video này cũng quan trọng đối với việc ghi lại quá trình nội soi khớp. Ví dụ, nếu bác sĩ phẫu thuật quyết định sau khi kiểm tra bằng nội soi khớp rằng phương pháp thông thường để phẫu thuật bộc lộ hoặc “mở” khớp (phẫu thuật cắt khớp) phải được thực hiện. Được sử dụng, một bản ghi ảnh tốt sẽ có ích khi bác sĩ phẫu thuật quay lại để thực hiện kế hoạch phẫu thuật cuối cùng.

Thủ tục này đòi hỏi bác sĩ phẫu thuật phải thực hiện một số những vết rạch nhỏ (cửa) xuyên qua bề mặt da vào khớp. Thông qua một hoặc hai cổng, một lỗ khoan lớn kim, gọi là ống thông, được gắn vào ống và đưa vào vào khớp. Khớp được bơm căng bằng nước muối vô trùng giải pháp nong khớp và đảm bảo nội soi khớp rõ ràng đang xem. Thông thường, sau một chấn thương gần đây đối với một khớp, chất lỏng tự nhiên của khớp có thể bị đặc, khiến việc quan sát bên trong khớp khó khăn. Trong điều kiện này, cần phải có dòng dung dịch muối liên tục. Dòng tiền vào này dung dịch muối có thể được truyền qua ống thông với chảy ra qua ống soi khớp, hoặc các vị trí có thể đảo ngược. Máy soi khớp được đặt thông qua một trong những cổng thông tin để xem và đánh giá tình trạng của khớp.

### Sự chuẩn bị

Trước khi nội soi khớp có thể diễn ra, bác sĩ phẫu thuật hoàn thành một bệnh sử và đánh giá kỹ lưỡng. Điều quan trọng đối với tính chính xác của quy trình chẩn đoán này là

Bệnh sử và đánh giá y tế có thể phát hiện ra các rối loạn khác của khớp hoặc các bộ phận cơ thể, chứng minh quy trình không cần thiết. Đây luôn là bước khởi đầu quan trọng, bởi vì cơn đau thường có thể được chuyển từ khớp này sang khớp khác vùng của cơ thể. Các mô hình và hình ảnh giải phẫu là những công cụ hỗ trợ hữu ích để giải thích cho bệnh nhân về phương pháp nội soi khớp được đề xuất, và những gì bác sĩ phẫu thuật có thể đang xem xét cụ thể.

Việc che phủ bộ phận cơ thể đúng cách là rất quan trọng để ngăn ngừa ô nhiễm từ các dụng cụ được sử dụng trong nội soi khớp, chẳng hạn như máy ảnh, dây đèn, luồng vào và luồng ra công thoát nước được đặt trong các cổng. Gói treo được sử dụng trong nội soi khớp bao gồm áo choàng và màn giấy dùng một lần có lớp nền dính. Bác sĩ phẫu thuật cũng có thể đặt mộtгарô phia trên khớp để tạm thời chặn lưu lượng máu đến khu vực trong quá trình khám nội soi khớp.

Gây mê toàn thân hoặc cục bộ có thể được sử dụng trong quá trình nội soi khớp. Gây tê cục bộ thường được sử dụng vì nó giảm nguy cơ biến chứng về phổi và tim và cho phép bệnh nhân về nhà sớm hơn. Thuốc gây tê cục bộ có thể được tiêm một lượng nhỏ ở nhiều vị trí trong da và các mô khớp trong một quá trình gọi là thẩm nhiễm. TRONG các trường hợp khác, thuốc gây mê được tiêm vào tủy sống hoặc một dây thần kinh chính cung cấp cho khu vực này. Quá trình này được gọi là một "khối" và nó chặn mọi cảm giác bên dưới cảm giác chính thân của dây thần kinh. Ví dụ, gây tê xương đùi từ đùi trở xuống (tên của nó xuất phát từ từ xương đùi, xương đùi). Hầu hết bệnh nhân đều cảm thấy thoải mái khi da, cơ và các mô khác xung quanh khớp bị tê do thuốc gây mê; tuy nhiên, một số bệnh nhân cũng được cho thuốc an thần nếu họ tỏ ra lo lắng về thủ tục. (Điều quan trọng là bệnh nhân phải vẫn đứng yên trong quá trình kiểm tra nội soi khớp.)

Gây mê toàn thân, trong đó bệnh nhân trơ nêu bất tỉnh, có thể được sử dụng nếu thủ thuật phức tạp hoặc đau đớn bất thường. Ví dụ, những người có các khớp tương đối "chặt" có thể là ứng cử viên cho gây mê toàn thân vì thủ thuật có thể mất nhiều thời gian hơn và gây ra nhiều khó chịu hơn.

#### Chăm sóc sau

Các cẳng được đóng lại bằng các dải băng nhỏ hoặc các mũi khâu và được phủ bằng băng và băng. Bệnh nhân dành một khoảng thời gian ngắn trong phòng hồi sức sau nội soi khớp. Hầu hết bệnh nhân có thể về nhà sau khoảng một giờ ở phòng hồi sức. Thuốc giảm đau có thể được kê đơn trong một thời gian ngắn; tuy nhiên, nhiều bệnh nhân thấy đủ loại thuốc giảm đau không kê đơn.

Sau khi phẫu thuật, bệnh nhân cần để nhận biết các dấu hiệu nhiễm trùng, bao gồm đỏ, nóng, đau quá mức và sưng tấy. Nguy cơ của nhiễm trùng tăng lên nếu vết mổ bị ướt quá sớm

sau phẫu thuật. Vì lý do này, đây là một thực hành tốt để che khớp bằng nhựa (ví dụ: túi nhựa) trong khi tắm sau khi nội soi khớp.

Việc sử dụng nạng là điều phổ biến sau khi nội soi khớp, cùng với sự tiến triển đến việc đi lại độc lập trên "như được chấp nhận" bởi bệnh nhân. Nói chung là phục hồi chức năng chương trình, được giám sát bởi một nhà trị liệu vật lý, diễn ra ngay sau khi nội soi khớp để giúp bệnh nhân lấy lại khả năng vận động và sức mạnh của khớp và chi bị ảnh hưởng.

#### Rủi ro

Tỷ lệ biến chứng thấp so với số lượng lớn các thủ tục nội soi khớp được thực hiện mỗi năm. Các biến chứng có thể xảy ra bao gồm nhiễm trùng, sưng tấy, tổn thương các mô ở khớp, cục máu đông trong tĩnh mạch ở chân (viêm tắc tĩnh mạch), rò rỉ máu vào khớp (xuất huyết), cục máu đông di chuyển đến phổi (thuyên tắc phổi) và tổn thương dây thần kinh xung quanh khớp.

#### Kết quả bình thường

Mục tiêu của nội soi khớp là chẩn đoán vấn đề về khớp gây đau và/hoặc hạn chế chức năng khớp bình thường. Ví dụ, nội soi khớp có thể là một công cụ hữu ích trong xác định vị trí vết rách trên bề mặt khớp gối hoặc xác định vị trí dây chằng vai bị rách. Khám nội soi khớp thường được thực hiện sau phẫu thuật nội soi khớp để khắc phục vấn đề bằng các công cụ nội soi khớp thích hợp. Kết quả cuối cùng là giảm đau, tăng khả năng vận động của khớp và từ đó cải thiện chất lượng tổng thể của khớp. hoạt động sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân.

#### Kết quả bất thường

Kết quả kém tối ưu hơn có thể cần điều trị thêm bao gồm viêm bao xơ dính. Trong điều kiện này, bao khớp hình thành tự nhiên xung quanh khớp trở nên dày lên, tạo thành chất kết dính. Điều này dẫn đến một khớp cứng và ít di động. Vấn đề này thường xuyên xảy ra được điều chỉnh bằng cách thao tác và huy động khớp với bệnh nhân được gây mê toàn thân.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Casscells, Ward S. Nội soi khớp: Thực hành chẩn đoán và phẫu thuật. Philadelphia: Lea và Febiger, 1984.

McGinty, John B. "Biến chứng của nội soi khớp và phẫu thuật nội soi khớp." Trong Phẫu thuật nội soi, ed. Serge J. Parisien. New York: Đồi McGraw, 1988.

Parisien, Serge J., và Dzenis Peteris. "Phát triển các kỹ thuật nội soi khớp hiện đại, Nguyên tắc cơ bản của ống nội soi, Thiết bị cơ bản để chẩn đoán phẫu thuật." TRONG

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Xuất huyết khớp- Tình trạng máu trong khớp.

Thuyên tắc phổi -Tắc nghẽn động mạch phổi do vật lạ như mõi, khói u, mô hoặc cục máu đông có nguồn gốc từ tĩnh mạch.

Viêm tĩnh mạch huyết khối-Viêm tĩnh mạch với sự hình thành huyết khối hoặc cục máu đông.

Phẫu thuật nội soi khớp, ed. Serge J. Parisien. New York: Đài McGraw, 1988.

Scott, Norman W. Nội soi khớp đầu gối. Philadelphia: WB  
Công ty Saunders, 1990.

Smith, Genevieve L. và Phyllis E. Davis. Thuật ngữ y tế: Một văn bản được lập trình. New York: John Wiley và Sons, Inc., 1988.

**ĐỊNH KỲ**

Người thủy tinh, Scott. "Những tiến bộ trong điều trị chấn thương vai."  
Tạp chí nâng cao dành cho các nhà vật lý trị liệu, tháng 12 năm 1997, 10-12.

Mattson, Patricia và Thomas Moore. "Quản lý trước và sau phẫu thuật phẫu thuật chi dưới."

Phòng khám Vật lý trị liệu Chỉnh hình Bắc Mỹ (tháng 3 năm 1993): 87-92.

Jeffrey P. Larson, RPT

## **Thụ tinh nhân tạo xem Điều trị vô sinh**

### **Liệu pháp nghệ thuật**

#### **Sự định nghĩa**

Liệu pháp nghệ thuật, đôi khi được gọi là liệu pháp nghệ thuật sáng tạo hoặc liệu pháp nghệ thuật biểu cảm, khuyến khích mọi người thể hiện và hiểu cảm xúc thông qua biểu hiện nghệ thuật và thông qua quá trình sáng tạo.

#### **Mục đích**

Liệu pháp nghệ thuật cung cấp cho khách hàng-nghệ sĩ cái nhìn sâu sắc về cảm xúc, suy nghĩ và cảm xúc. Những lợi ích chính của quá trình trị liệu nghệ thuật bao gồm:

- Tự khám phá. Ở mức độ thành công nhất, liệu pháp nghệ thuật có thể khơi dậy cảm xúc.

• Hoàn thiện bản thân. Việc tạo ra một phản thường hữu hình có thể xây dựng sự tự tin và nuôi dưỡng cảm giác về giá trị bản thân. Sự thỏa mãn cá nhân xuất phát từ cả thành phần sáng tạo và phân tích của quá trình nghệ thuật.

• Trao quyền. Liệu pháp nghệ thuật có thể giúp mọi người thể hiện trực quan những cảm xúc và nỗi sợ hãi mà họ không thể thể hiện bằng các phương tiện thông thường và có thể mang lại cho họ cảm giác kiểm soát được những cảm xúc này.

• Thư giãn, giảm căng thẳng. Căng thẳng mãn tính có thể gây hại cho cả tâm trí và cơ thể. Căng thẳng có thể làm suy yếu và tổn hại hệ thống miễn dịch, có thể gây mất ngủ, trầm cảm và có thể gây ra các vấn đề về tuần hoàn (như huyết áp cao và nhịp tim không đều). Khi được sử dụng riêng lẻ hoặc kết hợp với các kỹ thuật thư giãn khác như hình ảnh có hướng dẫn, liệu pháp nghệ thuật có thể làm giảm căng thẳng một cách hiệu quả.

• Giảm triệu chứng và phục hồi thể chất. Liệu pháp nghệ thuật cũng có thể giúp bệnh nhân đối phó với cơn đau. Liệu pháp này có thể thúc đẩy quá trình chữa lành sinh lý khi bệnh nhân xác định và vượt qua sự tức giận, oán giận và các tác nhân gây căng thẳng cảm xúc khác. Nó thường được kê đơn đi kèm với liệu pháp kiểm soát cơn đau cho bệnh nhân mắc bệnh mãn tính và giai đoạn cuối.

#### **Sự miêu tả**

#### **Nguồn gốc**

Con người đã thể hiện mình bằng các biểu tượng trong suốt lịch sử. Mật ngã, đồ gỗm nghỉ lễ, trang phục, các đồ vật khác được sử dụng trong nghi lễ, hình vẽ trong hang động, chữ tượng hình Ai Cập, nghệ thuật và biểu tượng của người Celtic đều là những ghi chép trực quan về sự tự thể hiện và giao tiếp thông qua nghệ thuật. Nghệ thuật cũng gắn liền với sức mạnh tâm linh, và các hình thức nghệ thuật như mandala của Ấn Độ giáo và Phật giáo cũng như tranh cát của người Mỹ bản địa được coi là công cụ chữa bệnh mạnh mẽ.

Vào cuối thế kỷ 19, các nhà tâm thần học người Pháp Ambrose Tardieu và Paul-Max Simon đều công bố những nghiên cứu về những đặc điểm và biểu tượng tương tự trong tác phẩm nghệ thuật của người bệnh tâm thần. Tardieu và Simon xem liệu pháp nghệ thuật như một công cụ chẩn đoán hiệu quả để xác định các loại bệnh tâm thần hoặc sự kiện chấn thương tâm lý cụ thể.

Sau đó, các nhà tâm lý học sẽ sử dụng khía cạnh chẩn đoán này để phát triển các bài kiểm tra về tâm lý (bài kiểm tra Vẽ một người, Bảng câu hỏi Vẽ một người [DAP.Q]) và các bài kiểm tra tính cách phóng chiếu liên quan đến nhận dạng biểu tượng trực quan (ví dụ: Bài kiểm tra vết mực Rorschach, Bài kiểm tra nhận thức The-matic [TAT] và Bài kiểm tra vết mực Holtzman [HIT]).

Sự phổ biến ngày càng tăng của các liệu pháp môi trường tại các viện tâm thần trong thế kỷ 20 là một yếu tố quan trọng trong sự phát triển của liệu pháp nghệ thuật trong thế kỷ 20.



Hoa Kỳ. Các liệu pháp môi trường (hoặc liệu pháp môi trường) tập trung vào việc đưa bệnh nhân vào một môi trường xã hội trị liệu có kiểm soát, mang đến cho bệnh nhân những cơ hội để có được sự tự tin và tương tác với bạn bè theo hướng tích cực. Các hoạt động khuyến khích sự tự khám phá và trao quyền như nghệ thuật, âm nhạc, khiêu vũ và viết lách là những thành phần quan trọng của phương pháp này.

Nhà giáo dục và trị liệu Margaret Naumburg là người theo cả Freud và Jung, và đã kết hợp nghệ thuật vào tâm lý trị liệu như một phương tiện để bệnh nhân của bà hình dung và nhận ra vô thức. Bà thành lập Trường Walden vào năm 1915, nơi bà sử dụng các tác phẩm nghệ thuật của học sinh để tư vấn tâm lý. Cô đã xuất bản rộng rãi về chủ đề này và giảng dạy các cuộc hội thảo về kỹ thuật này tại Đại học New York vào những năm 1950. Ngày nay, bà được coi là người sáng lập ra liệu pháp nghệ thuật ở Hoa Kỳ.

Vào những năm 1930, Karl, William và Charles Menninger đã giới thiệu một chương trình trị liệu bằng nghệ thuật tại bệnh viện tâm thần Menninger có trụ sở tại Kansas của họ. Phòng khám Menninger đã tuyển dụng một số nghệ sĩ cư trú trong những năm tiếp theo và cơ sở này cũng được coi là cơ sở đi đầu trong phong trào trị liệu nghệ thuật trong suốt những năm 1950 và 60. Những người tiên phong về trị liệu nghệ thuật được chú ý khác nổi lên trong thập niên 50 và 60 bao gồm Edith Kramer, Hanna Yaxa Kwiatkowska (Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia) và Janie Rhyne.

Liệu pháp nghệ thuật, đôi khi được gọi là nghệ thuật biểu cảm hoặc tâm lý nghệ thuật, khuyến khích sự khám phá bản thân và phát triển cảm xúc. Đó là một quá trình gồm hai phần, bao gồm cả việc sáng tạo nghệ thuật và việc khám phá ý nghĩa của nó. Bắt nguồn từ lý thuyết về tiềm thức và vô thức của Freud và Jung, liệu pháp nghệ thuật dựa trên giả định rằng các biểu tượng và hình ảnh trực quan là hình thức giao tiếp tự nhiên và dễ tiếp cận nhất đối với trải nghiệm của con người.

Bệnh nhân được khuyến khích hình dung, sau đó tạo ra những suy nghĩ và cảm xúc mà họ không thể nói ra. Sau đó, tác phẩm nghệ thuật tạo ra sẽ được xem xét và ý nghĩa của nó được bệnh nhân giải thích.

Việc “phân tích” tác phẩm nghệ thuật được tạo ra trong liệu pháp nghệ thuật thường cho phép bệnh nhân hiểu rõ hơn về cảm xúc của họ ở một mức độ nào đó và cho phép họ giải quyết những vấn đề này theo cách mang tính xây dựng. Liệu pháp nghệ thuật thường được thực hiện bằng liệu pháp tâm lý cá nhân, nhóm hoặc gia đình (liệu pháp trò chuyện). Mặc dù nhà trị liệu có thể đưa ra những hướng dẫn quan trọng cho những hoạt động này, nhưng đặc điểm chính của liệu pháp nghệ thuật hiệu quả là bệnh nhân/nghệ sĩ, chứ không phải nhà trị liệu, chỉ đạo việc diễn giải tác phẩm nghệ thuật.

Liệu pháp nghệ thuật có thể là một công cụ điều trị đặc biệt hữu ích cho trẻ em, những trẻ thường có kỹ năng ngôn ngữ hạn chế. Bằng cách vẽ hoặc sử dụng các phương tiện trực quan khác để thể hiện cảm giác khó chịu, những bệnh nhân trẻ tuổi hơn có thể bắt đầu giải quyết những vấn đề này, ngay cả khi họ không thể xác định hoặc gọi tên.

những cảm xúc này bằng lời nói. Liệu pháp nghệ thuật cũng có giá trị đối với thanh thiếu niên và người lớn không thể hoặc không muốn nói về suy nghĩ và cảm xúc.

Ngoài việc sử dụng nó trong điều trị sức khỏe tâm thần, liệu pháp nghệ thuật còn được sử dụng cùng với y học cổ truyền để điều trị các bệnh và tình trạng hưu cơ. Mỗi liên hệ giữa sức khỏe tinh thần và thể chất đã được ghi chép rõ ràng và liệu pháp nghệ thuật có thể thúc đẩy quá trình chữa lành bằng cách giảm bớt căng thẳng và cho phép bệnh nhân phát triển các kỹ năng đối phó.

Trị liệu nghệ thuật theo truyền thống tập trung vào các phương tiện trực quan, như tranh vẽ, điêu khắc và hình vẽ. Một số nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần hiện đã mở rộng định nghĩa để bao gồm âm nhạc, phim, khiêu vũ, viết lách và các loại hình biểu đạt nghệ thuật khác.

Liệu pháp nghệ thuật thường là một phần của chương trình điều trị tâm thần nội trú hoặc ngoại trú và có thể diễn ra trong các buổi trị liệu cá nhân hoặc nhóm. Các buổi trị liệu nghệ thuật nhóm thường diễn ra tại bệnh viện, phòng khám, nơi tạm trú và các chương trình cộng đồng. Những buổi trị liệu nhóm này có thể có thêm lợi ích từ sự tương tác xã hội tích cực, sự đồng cảm và hỗ trợ từ những người cùng lứa tuổi. Khách hàng-nghệ sĩ có thể biết rằng những người khác cũng có những mối quan tâm và vấn đề tương tự.

## Chuẩn bị

Trước khi bắt đầu liệu pháp nghệ thuật, nhà trị liệu có thể có buổi giới thiệu với khách hàng-nghệ sĩ để thảo luận về các kỹ thuật trị liệu nghệ thuật và cho khách hàng cơ hội đặt câu hỏi về quy trình. Sự thoải mái của khách hàng-nghệ sĩ với quá trình nghệ thuật là rất quan trọng để trị liệu nghệ thuật thành công.

Nhà trị liệu đảm bảo rằng có sẵn vật liệu và không gian thích hợp cho khách hàng-nghệ sĩ, cũng như có đủ thời gian cho buổi trị liệu. Nếu cá nhân nghệ sĩ khám phá nghệ thuật như một liệu pháp trị liệu mà không có sự hướng dẫn của nhà trị liệu đã qua đào tạo thì vật liệu, không gian và thời gian đầy đủ vẫn là những yếu tố quan trọng tạo nên trải nghiệm sáng tạo thành công.

Các vật dụng được sử dụng trong liệu pháp nghệ thuật chỉ bị giới hạn bởi trí tưởng tượng của nghệ sĩ (và/hoặc nhà trị liệu). Một số vật liệu thường được sử dụng bao gồm giấy, vải, bảng áp phích, các loại sơn, mực, bút đánh dấu, bút chì, than, phấn, vải, dây, chất kết dính, đất sét, gỗ, men, dây, kim loại có thể uốn cong và các vật phẩm tự nhiên (như vỏ, lá, v.v.).

Việc cung cấp cho các nghệ sĩ nhiều loại vật liệu với nhiều màu sắc và kết cấu khác nhau có thể nâng cao sự quan tâm của họ đối với quá trình này và có thể dẫn đến việc khám phá cảm xúc của họ phong phú hơn, đa dạng hơn trong tác phẩm nghệ thuật tạo ra. Các dụng cụ thích hợp như kéo, bàn chải, tẩy, giá vẽ, khay đựng đồ, súng bắn keo, áo khoác hoặc tạp dề và vật liệu làm sạch cũng rất cần thiết.

Cần có một không gian làm việc thích hợp để sáng tạo nghệ thuật. Lý tưởng nhất, đây phải là một nơi sáng sủa, yên tĩnh, thoải mái, có bàn, quầy tính tiền lớn hoặc các vật dụng khác.

các bề mặt phù hợp. Không gian có thể đơn giản như căn bếp hay bàn làm việc, hoặc cầu kỳ như studio của một nghệ sĩ chuyên biệt.

Nghệ sĩ phải có đủ thời gian để cảm thấy thoải mái và khám phá quá trình sáng tạo. Điều này đặc biệt đúng đối với những người không coi mình là "nghệ sĩ" và có thể không thoải mái với khái niệm này. Nếu được thực hiện trong một nhóm trị liệu hoặc buổi trị liệu riêng lẻ, nhà trị liệu nghệ thuật phải sẵn sàng trả lời các câu hỏi chung về vật liệu và/hoặc quy trình sáng tạo. Tuy nhiên, nhà trị liệu nên cẩn thận để không ảnh hưởng đến việc sáng tạo hoặc giải thích tác phẩm.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Vật liệu và kỹ thuật nghệ thuật phải phù hợp với độ tuổi và khả năng của khách hàng. Những người bị suy yếu, chẳng hạn như chấn thương sọ não hoặc bệnh lý thần kinh hưu cơ, có thể gặp khó khăn với phần tự khám phá của quá trình trị liệu nghệ thuật tùy thuộc vào mức độ hoạt động của họ. Tuy nhiên, họ vẫn có thể được hưởng lợi từ liệu pháp nghệ thuật thông qua sự kích thích giác quan mà nó mang lại và niềm vui mà họ có được từ việc sáng tạo nghệ thuật.

Mặc dù tất cả mọi người đều có thể tiếp cận nghệ thuật (có hoặc không có nhà trị liệu hướng dẫn quá trình), nhưng có thể khó khai thác hết tiềm năng của phần diễn giải trong liệu pháp nghệ thuật nếu không có nhà trị liệu hướng dẫn quá trình. Khi liệu pháp nghệ thuật được chọn làm công cụ trị liệu để đối phó với tình trạng thể chất, nó phải được coi là một liệu pháp bổ sung chứ không phải là sự thay thế cho các phương pháp điều trị y tế thông thường.

#### Nghiên cứu và chấp nhận chung

Một lượng lớn tài liệu ủng hộ việc sử dụng liệu pháp nghệ thuật trong khả năng sức khỏe tâm thần. Và khi mối liên hệ giữa tâm trí và cơ thể giữa sức khỏe tâm lý và sức khỏe thể chất được ghi nhận thêm bởi các nghiên cứu trong lĩnh vực này, liệu pháp nghệ thuật được y học chính thống chấp nhận nhiều hơn như một kỹ thuật điều trị bệnh hưu cơ.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Fausek, Diane. Hướng dẫn thực hành về trị liệu nghệ thuật. Binghamton, New York: Nhà xuất bản Haworth, 1997.

Ganim, Barbara. Nghệ thuật và Chữa bệnh: Sử dụng nghệ thuật biểu cảm để chữa lành cơ thể, tâm trí và tinh thần của bạn. New York: Nhà xuất bản Three Rivers, 1999.

Malchiodi, Cathy A. Sách nguồn trị liệu nghệ thuật. Los Angeles: Nhà Lowell, 1998.

McNiff, Shaun. Nghệ thuật như thuốc: Tạo ra một liệu pháp tương ứng. Boston: Shambhala, 1992.

##### TỔ CHỨC

Hiệp hội Trị liệu Nghệ thuật Hoa Kỳ. 1202 Allanson Rd., Mundelein, IL 60060-3808. 888-290-0878 hoặc 847-949-

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Catharsis**—Giải tỏa căng thẳng cảm xúc bằng cách nhớ lại các sự kiện trong quá khứ.

**Mandala**—Một thiết kế, thường có hình tròn, xuất hiện trong tôn giáo và nghệ thuật. Trong Phật giáo và Ấn Độ giáo, mandala có mục đích nghi lễ tôn giáo và phục vụ như một yantra (một biểu tượng hình học hoặc công cụ chiêm niệm).

**Bệnh hữu cơ**—Một căn bệnh có nguồn gốc từ thể chất, sinh học.

6064. Fax: 847-566-4580. arttherapy@ntc.net. <<http://www.arttherapy.org>>.

Paula Ford Martin

#### Bệnh bụi phổi amiăng

##### Sự định nghĩa

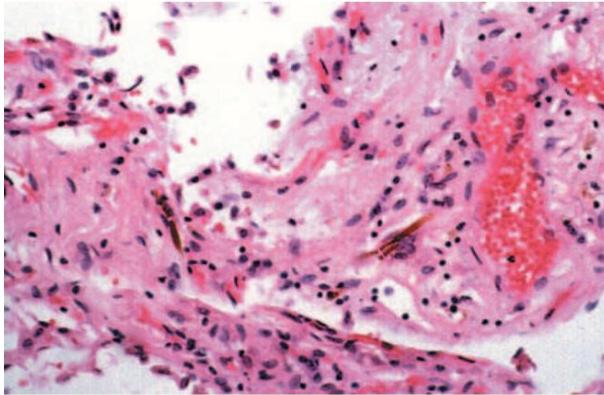
Bệnh bụi phổi amiăng là tình trạng viêm mãn tính, tiến triển của phổi. Nó không lây nhiễm.

##### Sự miêu tả

Bệnh bụi phổi amiăng là hậu quả của việc tiếp xúc kéo dài với số lượng lớn amiăng, một loại vật liệu từng được sử dụng rộng rãi trong xây dựng, cách nhiệt và sản xuất. Khi hít phải amiăng, các sợi sẽ xâm nhập vào đường thở và gây kích ứng, lắp đầy, viêm và tạo sẹo cho mô phổi. Trong bệnh bụi phổi amiăng tiến triển, phổi co lại, cứng lại và trở thành dạng rỗ tò ong (có nhiều lỗ nhỏ).

Pháp luật đã giảm việc sử dụng amiăng ở Hoa Kỳ, nhưng những công nhân xử lý lót giày phanh ô tô, cách nhiệt nồi hơi, gạch cách âm trần nhà, thiết bị điện và vật liệu chống cháy vẫn tiếp xúc với chất này. Amiăng được sử dụng trong sản xuất sơn và nhựa. Một lượng đáng kể có thể được thải vào khí quyển khi các tòa nhà hoặc tàu thuyền cũ bị san bằng hoặc tu sửa.

Bệnh bụi phổi amiăng phổ biến nhất ở nam giới trên 40 tuổi đã từng làm các công việc liên quan đến amiăng. Những người hút thuốc hoặc nghiên rượu nặng có nguy cơ mắc bệnh này cao nhất. Từ năm 1968 đến năm 1992, hơn 10.000 người Mỹ trên 15 tuổi đã chết vì bệnh amiăng. Gần 25% số người chết sống ở California hoặc



Ảnh vi mô của sợi amiăng nhúng trong mô phổi.  
(Ảnh của Tiến sĩ E. Walker, Khoa Y tế Tùy chỉnh.  
Được sao chép dưới sự cho phép.)

New Jersey, và hầu hết họ đều từng làm việc trong ngành xây dựng hoặc đóng tàu.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Phơi nhiễm nghề nghiệp là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra bệnh bụi phổi amiăng, nhưng tình trạng này cũng xảy ra với những người hít phải sợi amiăng hoặc những người tiếp xúc với chất thải từ các nhà máy gần nhà. Các thành viên trong gia đình có thể mắc bệnh do hít phải các hạt bụi amiăng bám vào quần áo của công nhân.

Bệnh bụi phổi amiăng hiếm khi phát triển ở những người không tiếp xúc thường xuyên với lượng lớn amiăng trong ít nhất 10 năm. Các triệu chứng của bệnh thường không xuất hiện cho đến 15-20 năm sau lần đầu tiên tiếp xúc với amiăng.

Triệu chứng đầu tiên của bệnh bụi phổi amiăng thường là khó thở sau khi tập thể dục hoặc hoạt động thể chất khác. Giai đoạn đầu của bệnh còn có đặc điểm là ho khan và cảm giác bệnh toàn thân.

Khi bệnh tiến triển và tổn thương phổi ngày càng tăng, tình trạng khó thở xảy ra ngay cả khi bệnh nhân nghỉ ngơi. Nhiễm trùng đường hô hấp tái phát và ho ra máu là phổ biến. Sưng bàn chân, mắt cá chân hoặc bàn tay cũng vậy. Các triệu chứng khác của bệnh bụi phổi amiăng tiến triển bao gồm đau ngực, khàn giọng và ngủ không yên. Những bệnh nhân mắc bệnh bụi phổi amiăng thường có ngón tay dùi trống (dày ra và dày lên). Các biến chứng tiềm ẩn khác bao gồm suy tim, xẹp phổi (xẹp) và viêm màng phổi (viêm màng bảo vệ phổi).

#### Chẩn đoán

Việc sàng lọc những người lao động có nguy cơ có thể phát hiện tình trạng viêm phổi và các tổn thương đặc trưng của bệnh bụi phổi amiăng. Thuốc của bệnh nhân

lịch sử có thể xác định nghề nghiệp, sở thích hoặc các tình huống khác có thể liên quan đến việc tiếp xúc với sợi amiăng.

Tia X có thể cho thấy các bóng hoặc đám trên phổi hoặc đường viền không rõ ràng hoặc xù xì của tim cho thấy sự hiện diện của bệnh bụi phổi amiăng. Xét nghiệm máu được sử dụng để đo nồng độ oxy và carbon dioxide. Các xét nghiệm chức năng phổi có thể được sử dụng để đánh giá khả năng hút vào và thở ra của bệnh nhân, đồng thời chụp cắt lớp vi tính (CT) phổi có thể cho thấy các mảng phổi, nhô cao liên quan đến bệnh bụi phổi amiăng tiến triển.

#### Sự đối đãi

Mục tiêu của việc điều trị là giúp bệnh nhân thở dễ dàng hơn, ngăn ngừa cảm lạnh và các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp khác, đồng thời kiểm soát các biến chứng liên quan đến bệnh tiến triển. Máy tạo độ âm siêu âm, phun sương mát hoặc ho có kiểm soát có thể làm lỏng dịch tiết phế quản.

Tập thể dục thường xuyên giúp duy trì và cải thiện dung tích phổi. Mặc dù có thể khuyến nghị nghỉ ngơi tạm thời tại giường nhưng bệnh nhân vẫn được khuyến khích tiếp tục các hoạt động thường ngày ngay khi có thể.

Thuốc kháng sinh có thể được kê toa để chống nhiễm trùng. Aspirin hoặc acetaminophen (Tylenol) có thể làm giảm sự khó chịu nhẹ và thuốc giãn phế quản dạng nuốt hoặc hít có thể giúp thư giãn và mở rộng đường thở.

Thuốc lợi tiểu (thuốc làm tăng sản xuất và bài tiết nước tiểu) hoặc digitalis glycoside (Digitalis purpurea) được kê đơn cho một số bệnh nhân. Những người khác có thể cần sử dụng oxy bổ sung hoặc sử dụng ít muối hơn.

Bất kỳ ai phát triển các triệu chứng của bệnh bụi phổi amiăng nên đến gặp bác sĩ gia đình hoặc chuyên gia về bệnh phổi. Cần thông báo cho bác sĩ nếu người được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi amiăng: • ho ra máu • tiếp tục sụt cân

- khó thở
- bị đau ngực
- lèn cơn sốt đột ngột từ 101°F (38,3°C) trở lên • xuất hiện các triệu chứng lâ, không giải thích được

#### Tiêu lượng

Bệnh bụi phổi amiăng không thể chữa khỏi nhưng các triệu chứng của nó có thể được kiểm soát. Các bác sĩ không biết tại sao sức khỏe của một số bệnh nhân lại xấu đi và tình trạng của những người khác vẫn như cũ, nhưng họ tin rằng sự khác biệt có thể là do mức độ phơi nhiễm amiăng ở những mức độ khác nhau. Những người mắc bệnh bụi phổi amiăng hút thuốc, đặc biệt là những người hút nhiều hơn bao thuốc lá mỗi ngày, có nguy cơ mắc bệnh cao hơn.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Amiăng**—Một khoáng chất silicat (có chứa silica) tồn tại ở nhiều dạng khác nhau; nó được đặc trưng bởi cấu trúc dạng sợi và khả năng chống cháy.

phát triển ung thư phổi và nên được khuyên nên bỏ thuốc lá.

**Phòng ngừa**

Công nhân trong các ngành liên quan đến bệnh bụi phổi amiăng nên chụp X quang thường xuyên để xác định xem phổi của họ có khỏe mạnh hay không. Một người có hình ảnh chụp X quang phổi có bóng nên loại bỏ tiếp xúc với amiăng ngay cả khi không có triệu chứng nào của tình trạng này xuất hiện.

Bất cứ ai làm việc với amiăng phải đeo mặt nạ phòng hộ hoặc đội mũ trùm có nguồn cung cấp không khí sạch và tuân theo các quy trình được khuyến nghị để kiểm soát bụi amiăng. Bất kỳ ai có nguy cơ mắc bệnh bụi phổi amiăng nên:

- không hút thuốc
- tiêm phòng cúm và viêm phổi • tập thể dục thường xuyên để duy trì sức khỏe tim phổi • tránh đám đông và những người bị nhiễm trùng đường hô hấp
- ý kiến

Người mắc bệnh bụi phổi amiăng nên tập thể dục thường xuyên  
Cuối cùng, hãy thư giãn và tiết kiệm lượng khí cần thiết.

**Tài nguyên****SÁ CH**

Bennett, J. Claude và Fred Plum, biên tập. Sách giáo khoa y khoa của Cecil. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.

Burton, George G., John E. Hodgkin, và Jeffrey J. Ward, biên tập.  
Chăm sóc hô hấp: Hướng dẫn thực hành lâm sàng. tái bản lần thứ 4.  
Philadelphia: Lippincott, 1997.

Farzan, Sattar. Cẩm nang ngắn gọn về các bệnh hô hấp. tái bản lần thứ 4. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

**TÔ CHỨC**

Hiệp hội Phổi Hoa Kỳ. 1740 Broadway, New York, NY 10019. (800) 586-4872.  
<http://www.lungusa.org>.

**KHÁ C**

"Bệnh amiăng." Phát triển mạnh trực tuyến. Ngày 1 tháng 5 năm 1998. <http://thriveonline.oxy.com>.

"Báo cáo Thế giới năm 1996: Tỷ lệ tử vong do bệnh bụi phổi amiăng." Trung tâm kiểm soát dịch bệnh. Ngày 1 tháng 5 năm 1998. <http://www.cdc.gov/niosh/w7asbt9.html>.

Maureen Haggerty

**Bệnh giun đũa xem Nhiễm giun tròn**

Viêm đường mật tăng dần xem Viêm đường mật

Chụp tinh mạch tương phản tăng dần xem

Tinh mạch

**Cỗ trướng****Sự định nghĩa**

Cỗ trướng là sự tích tụ chất lỏng bất thường trong bụng.

**Sự miêu tả**

Cỗ trướng phát triển nhanh chóng (cấp tính) có thể xảy ra do biến chứng của chấn thương, thủng loét, viêm ruột thừa hoặc viêm đại tràng hoặc cơ quan hình ống khác (viêm túi thừa). Tình trạng này cũng có thể phát triển khi dịch ruột, mật, dịch tụy hoặc vi khuẩn xâm nhập hoặc làm viêm màng mịn, trong suốt lót bên trong bụng (phúc mạc). Tuy nhiên, cỗ trướng thường liên quan đến bệnh gan và các tình trạng kéo dài (mãn tính) khác.

**Các loại cỗ trướng**

Xơ gan, nguyên nhân gây ra 80% các trường hợp cỗ trướng ở Hoa Kỳ, gây ra một loạt các thay đổi gây bệnh làm suy yếu khả năng bài tiết natri qua nước tiểu của thận.

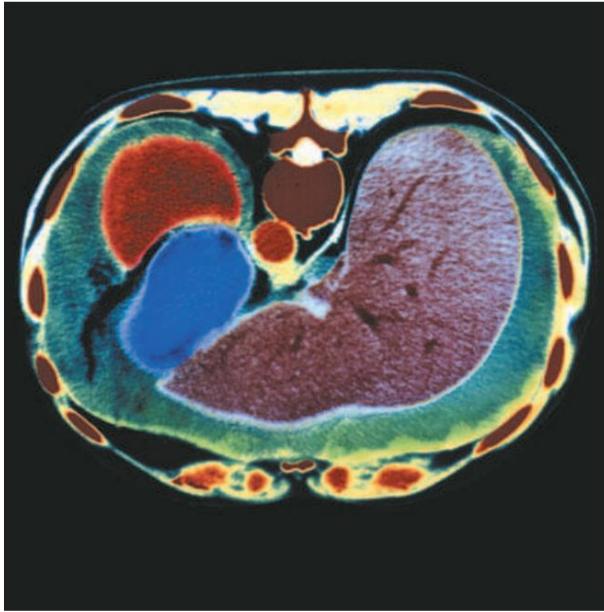
Cỗ trướng tuy phát triển khi một u nang có thành dày, xơ (nang giả) vỡ ra và tạo điều kiện cho dịch tụy đi vào khoang bụng.

Cỗ trướng đường chấp có màu trắng đục do bạch huyết rò rỉ vào khoang bụng.  
Mặc dù cỗ trướng đường tráp đôi khi do chấn thương, phẫu thuật bụng, bệnh lao hoặc nhiễm trùng quanh âm đạo khác gây ra, nhưng nó thường là triệu chứng của ung thư hạch hoặc một số bệnh ung thư khác.

Ung thư gây ra 10% các trường hợp cỗ trướng ở Hoa Kỳ. Nó thường là hậu quả của tình trạng khó chịu bắt nguồn từ phúc mạc (carci-nomatosis phúc mạc) hoặc ung thư lây lan (di căn) từ một bộ phận khác của cơ thể.

Cỗ trướng nội tiết và thận là những rối loạn hiếm gặp.  
Cỗ trướng nội tiết, đôi khi là triệu chứng của rối loạn hệ thống nội tiết, cũng ảnh hưởng đến những phụ nữ đang dùng thuốc hỗ trợ sinh sản. Cỗ trướng thận phát triển khi nồng độ albumin trong máu giảm xuống dưới mức bình thường. Albumin là protein chính

tương



Chụp cắt lớp vi tính (CT) quét một phần trực qua bụng, cho thấy cỗ trưởng. Bên phải là gan chiếm phần lớn bụng; dạ dày và lá lách cũng được nhìn thấy. Xung quanh các cơ quan này có chất lỏng dẫn đến tình trạng này. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

trong huyết tương. Nó có chức năng giữ chất lỏng bên trong mạch máu.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

nguyên nhân

Hai yếu tố quan trọng nhất trong quá trình sản xuất cỗ trưởng do bệnh gan mãn tính là:

- Nồng độ albumin trong máu thấp gây ra sự thay đổi áp suất cần thiết để ngăn cản sự trao đổi chất lỏng (áp suất thẩm thấu). Sự thay đổi áp suất này cho phép chất lỏng thẩm thấu ra khỏi mạch máu.
  - Tăng áp lực trong các nhánh của tĩnh mạch cửa chạy qua gan (tăng áp lực tĩnh mạch cửa).
- Tăng huyết áp cổ động thông tin là do sẹo xảy ra trong bệnh xơ gan. Máu không thể chảy qua gan do áp lực tăng lên sẽ rò rỉ vào bụng và gây cỗ trưởng.

Các điều kiện khác góp phần phát triển cỗ trưởng-tâm bao gồm:

- viêm gan
- suy tim hoặc suy thận
- viêm và xơ cứng của túi chứa tim (viêm màng ngoài tim co thắt)

Những người mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống nhưng không mắc bệnh gan hoặc tăng áp lực tĩnh mạch cửa đôi khi bị cỗ trưởng. Hoạt động tuyển giáp bị suy giảm đôi khi gây ra cỗ trưởng rõ rệt, nhưng tình trạng viêm tuyển tụ (viêm tụ) hiếm khi gây ra sự tích tụ chất lỏng đáng kể.

#### Triệu chứng

Một lượng nhỏ chất lỏng trong bụng thường không gây ra triệu chứng. Tích lũy nhiều có thể gây ra:

- tăng cân nhanh

- khó chịu và chướng bụng
- hụt hơi
- mất cá nhân bị sưng

#### Chẩn đoán Da

căng căng khắp bụng và chứa một lượng lớn chất lỏng. Rốn phồng lên hoặc nầm phẳng, chất lỏng phát ra âm thanh rè rè khi bác sĩ chạm vào bụng. Dịch bàng có thể làm cho hai bên sườn phình ra.

Khám thực thể thường giúp bác sĩ phân biệt cỗ trưởng với thai kỳ, khí đường ruột, béo phì hoặc khối u buồng trứng. Siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT) có thể phát hiện ngay cả một lượng nhỏ chất lỏng. Phân tích trong phòng thí nghiệm về chất lỏng được chiết xuất bằng cách đâm kim qua thành bụng (chẩn đoán cận lâm sàng) có thể giúp xác định nguyên nhân gây ra sự tích tụ.

#### Sự đối đãi

Nầm ngừa giúp giảm thiểu lượng muối mà thận hấp thụ, vì vậy việc điều trị thường bắt đầu bằng việc nghỉ ngơi tại giường và chế độ ăn ít muối. Thuốc tạo nước tiểu (thuốc lợi tiểu) có thể được kê đơn nếu điều trị ban đầu không hiệu quả. Cân nặng và lượng nước tiểu của bệnh nhân sử dụng thuốc lợi tiểu phải được theo dõi cẩn thận để phát hiện các dấu hiệu:

- giảm thể tích

máu (mất nhiều máu hoặc chất lỏng) • tăng nitơ huyết

(nồng độ các chất mang nitơ trong máu cao bất thường) • mất cân bằng kali • nồng độ

natri cao. Nếu bệnh nhân

tiêu thụ nhiều muối hơn lượng muối bài tiết qua thận, nên tăng liều thuốc lợi tiểu.

Sự tích tụ chất lỏng từ trung bình đến nặng được điều trị bằng cách dẫn lưu một lượng lớn chất lỏng (chọc dịch thể tích lớn) từ bụng bệnh nhân. Thủ tục này an toàn hơn liệu pháp lợi tiểu. Nó gây ra ít biến chứng hơn và cần thời gian nằm viện ngắn hơn.

Chọc dịch với khối lượng lớn cũng là phương pháp điều trị ưu tiên đối với cỗ trưởng lượng lớn. Thuốc lợi tiểu đôi khi

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Chụp cắt lớp vi tính (CT)**—Một kỹ thuật hình ảnh trong đó các tia X cắt ngang của cơ thể được tổng hợp để tạo ra hình ảnh ba chiều về các cấu trúc bên trong cơ thể.

**Interferon**—Một loại protein được hình thành khi tế bào tiếp xúc với vi-rút. Interferon làm cho các tế bào không bị nhiễm bệnh khác phát triển protein ức chế dịch mã (TIP). TIP ngăn chặn virus lây nhiễm vào các tế bào mới.

**Chọc dịch màng phổi**—Một thủ thuật trong đó dịch được dẫn lưu ra khỏi khoang cơ thể bằng một ống thông đặt qua một vết mổ trên da.

**Lupus ban đỏ hệ thống**—Một bệnh viêm ảnh hưởng đến nhiều hệ thống cơ thể, bao gồm da, mạch máu, thận và hệ thần kinh. Nó được đặc trưng một phần bởi chứng viêm khớp, phát ban trên da, suy nhược và mệt mỏi.

**Siêu âm**—Một xét nghiệm sử dụng sóng âm thanh để đo lưu lượng máu. Gel được bôi lên một đầu dò cầm tay được ép vào cơ thể bệnh nhân. Hình ảnh được hiển thị trên màn hình.

được sử dụng để ngăn chặn sự tích tụ chất lỏng mới và quy trình này có thể được lặp lại định kỳ.

### Điều trị thay thế

Thay đổi chế độ ăn uống, tập trung vào việc giảm lượng muối ăn vào, nên là một phần của việc điều trị. Trong những trường hợp ít nghiêm trọng hơn, thuốc lợi tiểu tháo được như bồ công anh (*Taraxacum officinale*) có thể giúp loại bỏ chất lỏng dư thừa và cung cấp kali. Thực phẩm giàu kali như sữa chua ít béo, cá thu, dưa đỗ và khoai tây nướng giúp cân bằng lượng natri dư thừa.

### Tiên lượng

Tiên lượng phụ thuộc vào tình trạng gây ra cỗ trưởng. Cỗ trưởng do ung thư gây ra có tiên lượng rất xấu. Tuy nhiên, hạn chế muối và dùng thuốc lợi tiểu có thể kiểm soát cỗ trưởng do bệnh gan gây ra trong nhiều trường hợp.

Việc điều trị cũng nên hướng tới căn bệnh tiềm ẩn gây ra cỗ trưởng. Xơ gan nên được điều trị bằng cách kiêng rượu và chế độ ăn uống thích hợp. Các tác nhân interferon mới có thể hữu ích trong việc điều trị bệnh viêm gan mãn tính.

### Phòng ngừa

Việc sửa đổi hoặc hạn chế sử dụng muối có thể ngăn ngừa hầu hết trường hợp cỗ trưởng tái phát.

### Tài nguyên

#### SÁ CH

Bennett, J. Claude và Fred Plum, biên tập. Sách giáo khoa y khoa của Cecil. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.  
Berkow, Robert, chủ biên. Cẩm nang Thông tin Y tế của Merck. Trạm Whitehouse, NJ: Phòng thí nghiệm Nghiên cứu Merck, 1997.

Những lựa chọn mới trong chữa bệnh tự nhiên. Ed. Bill Gottlieb và cộng sự. Emmaus, PA: Nhà xuất bản Rodale, 1995.

#### ĐỊNH KÝ

Jaffe, DL, RT Chung và LS Friedman. "Quản lý tăng huyết áp cổng thông tin và các biến chứng của nó." Phòng Khám Y tế Bắc Mỹ 80 (1996): 1021-34.

#### TỔ CHỨC

Tổ chức Gan Hoa Kỳ. 1425 Đại lộ Pompton, Cedar Grove, NJ 07009. (800) 223-0179. <<http://www.liverfoundation.org>>.

#### KHÁ C

"Rối loạn gan và gan." Trang Meck. Ngày 20 tháng 4 năm 1998. <<http://www.merck.com>>.

Maureen Haggerty

### Thiếu axit ascorbic xem Bệnh Scurvy

### ASD xem Thông liên nhĩ

Sức khỏe người Mỹ gốc Á xem sức khỏe người thiểu số  
Cúm châu Á xem Cúm

## Xét nghiệm aspartate aminotransferase

### Sự định nghĩa

Xét nghiệm Aspartate aminotransferase đo mức AST, một loại enzyme được giải phóng vào máu khi một số cơ quan hoại tử, đặc biệt là gan và tim, bị thương. Aspartate aminotransferase (AST) còn được gọi là transaminase glutamic oxaloacetic huyết thanh (SGOT).

### Mục đích

Việc xác định nồng độ AST chủ yếu hỗ trợ chẩn đoán bệnh gan. Trước đây, xét nghiệm AST được sử dụng để chẩn đoán cơn đau tim (nhồi máu cơ tim hoặc MI) nhưng xét nghiệm máu chính xác hơn phần lớn đã thay thế xét nghiệm này cho mục đích tim mạch.

### Mô tả AST được

xác định bằng cách phân tích mẫu máu, thường được lấy từ vị trí tiêm tĩnh mạch ở chỗ uốn cong của khuỷu tay.

AST được tìm thấy trong tim, gan, cơ xương, thận, tuyến tụy, lá lách, phổi, hông cầu và mô não. Khi bệnh tật hoặc chấn thương ảnh hưởng đến các mô này, các tế bào sẽ bị phá hủy và AST được giải phóng vào máu. Lượng AST liên quan trực tiếp đến số lượng tế bào bị ảnh hưởng bởi bệnh tật hoặc chấn thương, nhưng mức độ tăng cao phụ thuộc vào khoảng thời gian xét nghiệm máu sau chấn thương. Nồng độ AST huyết thanh tăng cao sau 8 giờ sau tổn thương tế bào, đạt đỉnh điểm sau 24-36 giờ và trở lại bình thường sau 3-7 ngày. Nếu tổn thương tế bào là mãn tính (đang diễn ra), nồng độ AST sẽ vẫn ở mức cao.

Một trong những ứng dụng quan trọng nhất của việc xác định AST trước đây là chẩn đoán cơn đau tim, hay MI. AST có thể hỗ trợ xác định thời gian và mức độ của cơn nhồi máu cơ tim gần đây, mặc dù nó ít đặc hiệu hơn creatine phosphokinase (CPK), CKMB, myoglobin, troponin và lactic dehydrogenase (LDH). Giả sử không xảy ra tổn thương tim nữa, nồng độ AST sẽ tăng trong vòng 6-10 giờ sau cơn cấp tính, đạt đỉnh điểm sau 12-48 giờ và trở lại bình thường sau 3-4 ngày. Chấn thương cơ tim như đau thắt ngực (đau ngực) hoặc viêm màng ngoài tim (viêm màng ngoài tim, màng quanh tim) không làm tăng nồng độ AST.

AST cũng là một phương pháp hỗ trợ có giá trị trong chẩn đoán bệnh gan. Mặc dù không đặc hiệu cho bệnh gan nhưng nó có thể được sử dụng kết hợp với các enzyme khác để theo dõi diễn biến của các rối loạn gan khác nhau. Viêm gan thâm lặng, mãn tính (viêm gan C) đôi khi là nguyên nhân khiến AST tăng cao. Trong viêm gan do rượu, do uống quá nhiều rượu, giá trị AST thường tăng vừa phải; trong bệnh viêm gan siêu vi cấp tính, nồng độ AST có thể tăng lên hơn 20 lần bình thường. Tắc nghẽn cấp tính ngoài gan (ngoài gan) (ví dụ như sỏi mật), tạo ra nồng độ AST có thể nhanh chóng tăng lên gấp 10 lần bình thường và sau đó giảm nhanh chóng. Trong trường hợp xơ gan, mức AST có liên quan đến mức độ viêm gan đang hoạt động. Việc xác định AST cũng hỗ trợ nhận biết sớm bệnh viêm gan nhiễm độc do tiếp xúc với các thuốc gây độc cho gan, như acetaminophen và thuốc giảm cholesterol.

Các rối loạn hoặc bệnh khác mà việc xác định AST có thể có giá trị bao gồm viêm tụy cấp, bệnh cơ, chấn thương, bong nặng và bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng.

### Sự chuẩn bị

Bác sĩ có thể yêu cầu ngừng bất kỳ loại thuốc nào có thể ảnh hưởng đến xét nghiệm. Những loại này bao gồm các loại thuốc như thuốc hạ huyết áp (để điều trị huyết áp cao), thuốc chống đông máu loại coumarin (thuốc làm loãng máu), digitalis, erythromycin (một loại kháng sinh), thuốc uống.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Xơ gan—Bệnh gan do tổn thương mãn tính ở các tế bào của gan.

Nhồi máu cơ tim—Thường được gọi là cơn đau tim. Sự chết đột ngột của một phần cơ tim, trong hầu hết các trường hợp, đặc trưng bởi cơn đau ngực dữ dội, không thuyên giảm.

chất đánh dấu, và thuốc phiện, trong số những loại khác. Bệnh nhân cũng có thể cần phải tạm thời cắt giảm các hoạt động gắng sức vì tập thể dục cũng có thể làm tăng AST trong một hoặc hai ngày.

### Rủi ro

Rủi ro đối với xét nghiệm này là rất nhỏ nhưng có thể bao gồm chảy máu nhẹ ở vị trí lấy máu, ngất xỉu hoặc cảm thấy choáng váng sau khi tiêm tĩnh mạch hoặc tụ máu (máu tích tụ dưới vị trí lấy máu).

### Kết quả bình thường

Phạm vi bình thường của AST tùy thuộc vào từng phòng thí nghiệm, nhưng có thể dao động từ 3-45 đơn vị/L (đơn vị trên lit).

### Kết quả bất thường

Mức tăng đáng kể của AST (400-4000 đơn vị/L) được tìm thấy ở hầu hết các dạng hoại tử gan cấp tính, chẳng hạn như viêm gan siêu vi và ngộ độc carbon tetrachloride. Ở người nghiện rượu, ngay cả liều lượng vừa phải của thuốc giảm đau acetaminophen cũng gây tăng cao (1.960-29.700 đơn vị/L). Mức tăng vừa phải của AST được thấy trong bệnh vàng da, xơ gan và ung thư biểu mô di căn. Khoảng 80% bệnh nhân mắc bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng có mức tăng trong khoảng 100-600 đơn vị/L.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Jacobs, David S., và cộng sự. Sổ tay thử nghiệm trong phòng thí nghiệm. tái bản lần thứ 4. Mới York: Lexi-Comp Inc., 1996.  
Pagana, Kathleen Deska. Cẩm nang chẩn đoán và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm của Mosby. Louis: Mosby, Inc., 1998.

Janis O. Flores

### Hội chứng Asperger xem Rối loạn phát triển lan tỏa

### Aspergilloma xem Aspergillosis

## bệnh Aspergillosis

### Sự định nghĩa

Aspergillosis đề cập đến một số dạng bệnh do một loại nấm thuộc chi *Aspergillus* gây ra. Nhiễm nấm Aspergillo-sis có thể xảy ra ở ống tai, mắt, mũi, khoang xoang và phổi. Ở một số cá nhân, nhiễm trùng thậm chí có thể xâm nhập vào xương và màng bao quanh não và tủy sống (viêm màng não).

### Sự miêu tả

Aspergillosis chủ yếu là một bệnh nhiễm trùng phổi do hít phải bào tử nấm *Aspergillus* trong không khí. Bào tử là những hạt nhỏ mà hầu hết các loại nấm sử dụng để sinh sản. Mặc dù hầu như tất cả mọi người đều tiếp xúc với loại nấm này trong môi trường hàng ngày nhưng nó hiếm khi gây bệnh. Tuy nhiên, khi *Aspergillus* gây bệnh, nó thường xảy ra ở những người có hệ miễn dịch yếu (suy giảm miễn dịch) hoặc những người có tiền sử bệnh về đường hô hấp. Bởi vì nó không biểu hiện các triệu chứng đặc biệt nên bệnh aspergillosis thường được cho là chưa được chẩn đoán và báo cáo đầy đủ. Hơn nữa, nhiều bệnh nhân mắc các dạng aspergillosis nặng hơn có xu hướng gặp nhiều vấn đề sức khỏe phức tạp, chẳng hạn như AIDS hoặc rối loạn máu như bệnh bạch cầu, điều này có thể làm phức tạp thêm việc chẩn đoán và điều trị.

Từng được coi là đặc biệt hiếm gặp, tỷ lệ mắc bệnh aspergillosis được báo cáo đã tăng lên phần nào cùng với sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán phức tạp hơn và những tiến bộ đạt được trong các lĩnh vực y học khác, chẳng hạn như việc tăng cường sử dụng một số loại thuốc hóa trị liệu và corticosteroid cực kỳ nguy hiểm. Hỗn hợp trong việc điều trị nhiều loại ung thư nhưng lại làm giảm phản ứng miễn dịch của cá nhân, khiến họ dễ mắc các bệnh khác như bệnh aspergillosis.

Khả năng tiên tiến của chúng tôi trong việc thực hiện cấy ghép mô và nội tạng cũng đã làm tăng số lượng người dễ bị nhiễm nấm. Những người được cấy ghép, đặc biệt là những người được ghép tủy xương hoặc tim, rất dễ bị nhiễm *Aspergillus*, loại vi khuẩn này có thể lưu hành trong không khí bệnh viện.

Aspergillosis có thể là một mối đe dọa nghiêm trọng, có khả năng gây tử vong vì hai lý do chính:

- Aspergillosis thường xảy ra ở những người đã bị bệnh hoặc có hệ thống miễn dịch yếu, chẳng hạn như những bệnh nhân đã trải qua hóa trị trong một thời gian dài.
- bệnh ung thư.

- Không có loại thuốc chống nấm nào hiện có có hiệu quả đáng tin cậy đối với *Aspergillus*.

### Nguyên nhân và triệu chứng

*Aspergillus* là một loại nấm được tìm thấy ở hầu hết mọi nơi, đặc biệt là trong đất, nước, thảm thực vật mục nát và ngũ cốc được lưu trữ. Loại nấm này cũng đã được nuôi cấy từ hệ thống thông gió và có thể bị phát tán trong quá trình cải tạo tòa nhà. Loài thường được xác định nhất ở những bệnh nhân đã xác nhận mắc bệnh là *A. fumigatus* và *A. flavus*.

Các bào tử *Aspergillus* trong không khí xâm nhập vào cơ thể chủ yếu qua đường hô hấp nhưng cũng có thể bám vào tai hoặc mắt.

Các hệ thống miễn dịch hoạt động bình thường thường có thể đối phó mà không phát triển bệnh aspergillosis.

Điều quan trọng là phải phân biệt được các dạng aspergillosis khác nhau, vì việc điều trị và tiên lượng bệnh khác nhau đáng kể giữa các loại. Chẩn đoán Aspergillosis bao gồm ba dạng chung:

- Aspergillosis phế quản phổi dị ứng (ABPA) gặp ở những

bệnh nhân hen suyễn lâu năm, đặc biệt ở những bệnh nhân dùng corticosteroid đường uống trong thời gian dài. Đây thường là dạng ít nghiêm trọng nhất và có thể điều trị được.

• Aspergilloma đề cập đến khói được hình thành khi các bào tử nấm định cư hoặc xâm chiếm các vùng phổi bị rỗ và có sẹo do bệnh lao hoặc viêm phổi trước đó. Có một số phương pháp điều trị hiện có, mặc dù tỷ lệ thành công thay đổi theo từng phương pháp điều trị.

• Nhiễm nấm xâm lấn đề cập đến những trường hợp hiếm gặp trong đó nấm lây lan khắp cơ thể qua đường máu và xâm nhập vào các hệ cơ quan khác. Một khi đã hình thành, nhiễm nấm xâm lấn là cực kỳ khó chữa và do đó, tỷ lệ tử vong liên quan là cực kỳ cao.

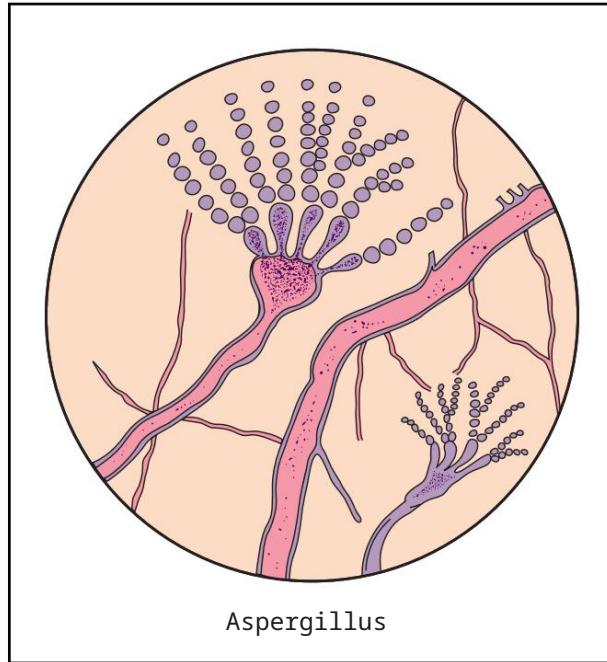
Nhiễm *Aspergillus* ở tai (được gọi là otomycosis), có thể gây ngứa và chảy dịch, đôi khi được nhận thấy dưới dạng một đốm trên gối. Nhiễm nấm giác mạc ở người nhạy cảm có thể dẫn đến mù lòa nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

### Chẩn đoán

Aspergillosis có thể khá khó chẩn đoán vì các triệu chứng, chẳng hạn như ho và thở khò khè, nếu có, đều phổ biến ở nhiều bệnh rối loạn hô hấp. Hơn nữa, cấy máu và đờm không hữu ích lắm. Sự hiện diện của *Aspergillus* rất phổ biến, ngay cả ở bệnh nhân hen, đến nỗi chỉ cấy vi khuẩn dương tính thôi là không đủ để chẩn đoán. Các công cụ sàng lọc khác, có khả năng hữu ích hơn, bao gồm kiểm tra mẫu thu được sau khi rửa nhiều lần ống phế quản của phổi bằng nước (rửa phế quản), nhưng kiểm tra mẫu mỏ (sinh thiết) là công cụ chẩn đoán đáng tin cậy nhất.

Các nhà nghiên cứu hiện đang cố gắng phát triển một phương pháp thực hành

Aspergillosis



Aspergillosis là một bệnh nhiễm trùng phổi do hít phải bào tử nấm Aspergillus trong không khí. (Minh họa của Electronic Illustrators Group).

xét nghiệm máu cal, cụ thể và nhanh chóng sẽ xác nhận Nhiễm Aspergillus.

Các dấu hiệu của ABPA bao gồm tình trạng phế quản xấu đi, hen suyễn kèm theo sốt nhẹ. Đồm nâu hoặc có thể thấy các cục trong đồm. Xét nghiệm chức năng phổi có thể cho thấy lưu lượng máu giảm, gợi ý tắc nghẽn trong phổi. Nồng độ trong máu tăng cao của một kháng thể được tạo ra để đáp ứng với Aspergillus và của một số tế bào hệ thống miễn dịch nhất định có thể chỉ ra một phản ứng cụ thể của hệ thống miễn dịch loại dị ứng.

Một khối nấm (aspergilloma) trong phổi thường không tạo ra các triệu chứng rõ ràng và thường được chẩn đoán khi nhìn thấy trên tia X ngực. Tuy nhiên, 70% trở lên bệnh nhân nhổ máu từ phổi (ho ra máu) vào lúc ít nhất một lần và điều này có thể trở nên lặp đi lặp lại và nghiêm trọng. Ho ra máu là một dấu hiệu khác cho thấy bệnh nhân có thể đang bị bệnh aspergilloma.

Ở những bệnh nhân có hệ miễn dịch suy giảm đang ở nguy cơ phát triển bệnh aspergillosis xâm lấn, bác sĩ có thể sử dụng kết hợp cây máu với các kỹ thuật chẩn đoán bằng hình ảnh, chẳng hạn như chụp cắt lớp vi tính (CT) và chụp X quang để đưa ra chẩn đoán phù hợp.

#### Sự đối đãi

Phương pháp điều trị được lựa chọn phụ thuộc vào hình thức của bệnh aspergillosis. ABPA thường có thể được điều trị bằng nhiều

các loại thuốc tương tự được sử dụng để điều trị bệnh hen suyễn, chẳng hạn như thuốc toàn thân steroid. Tuy nhiên, có thể cần phải điều trị lâu dài để ngăn ngừa tái phát. Thuốc chống nấm không được khuyến cáo trong điều trị ABPA. Trong trường hợp nhiễm aspergillo-ma, có thể cần phải phẫu thuật cắt bỏ hoặc giảm kích thước của khối nấm, đặc biệt nếu bệnh nhân tiếp tục ho ra máu. Trong trường hợp nhiễm aspergillosis ảnh hưởng mũi và xoang mũi, cũng có thể phải phẫu thuật.

Trong những trường hợp không có ABPA, việc sử dụng thuốc chống nấm có thể được chỉ định. Trong những trường hợp như vậy, amphotericin B (Fungizone) là liệu pháp đầu tay. Liều lượng quy định sẽ phụ thuộc vào tình trạng của bệnh nhân nhưng thường bắt đầu bằng một chi tiết nhỏ liều thử nghiệm và sau đó leo thang. Ít hơn một phần ba bệnh nhân có khả năng đáp ứng với amphotericin B và tác dụng phụ thường hạn chế việc sử dụng nó. Đối với những bệnh nhân không đáp ứng với amphotericin B đường uống, một lựa chọn khác là công thức khác của cùng một loại thuốc gọi là liposomal amphotericin B.

Đối với những bệnh nhân không đáp ứng hoặc không thể dung nạp amphotericin B, một loại thuốc khác gọi là itraconazole (Sporanox), dùng liều 400-600 mg mỗi ngày, cũng đã được tán thành. Điều trị thường kéo dài khoảng 3 tháng. Dùng itraconazol có thể gây phản ứng bất lợi nếu được kê đơn kết hợp với một số loại thuốc khác. tăng nồng độ của cả hai loại thuốc trong máu và tạo ra tình huống nguy hiểm đến tính mạng. Thậm chí thuốc kháng axit có thể ảnh hưởng đáng kể đến nồng độ itraconazol. Như một Kết quả là nồng độ thuốc phải được theo dõi liên tục để đảm bảo rằng sự hấp thụ đang diễn ra ở mức chấp nhận được.

Hai phương pháp điều trị khác đang được nghiên cứu: nhổ thuốc chống nấm trực tiếp vào phổi và sử dụng thuốc chống nấm bằng máy phun sương. Nhổ hoặc tiêm amphotericin B hoặc itraconazole trực tiếp vào khoang phổi hoặc vào bóng nấm (aspergilloma) bên thân nó đã có tác dụng trong việc ngăn chặn các đợt ho ra máu, nhưng không ngăn ngừa được bệnh trong tương lai tái phát. Hơn nữa, nhiều bệnh nhân mắc aspergillomas có ít rủi ro khi phẫu thuật vì chức năng phổi của họ đã bị tổn hại. Kết quả là, việc tháo nhuần một Tác nhân nấm chỉ nên được xem xét ở những người có tình trạng ho ra máu đáng kể.

Một phương pháp phổ biến để điều trị một số bệnh về đường hô hấp là thêm dạng lỏng vào chất lỏng mang khác và khử dung hóa hoặc tạo ra một màn sương mịn có thể hít vào phổi thông qua một thiết bị gọi là máy phun sương. Tuy nhiên, điều này vẫn chưa được chứng minh là cải thiện tình trạng của bệnh nhân trong các trường hợp nhiễm aspergillosis, có thể do thuốc không đạt đến aspergilloma.

Tại thời điểm này, liệu pháp phòng ngừa bệnh aspergillosis là không được đề xuất cho những người dễ bị tổn thương, chủ yếu vì việc lạm dụng các loại thuốc dùng để chống nhiễm nấm có thể dẫn đến sự phát triển của các bệnh kháng thuốc.

aspergillosis mà các loại thuốc chống nấm hiện nay không còn hiệu quả.

#### Tiên lượng

Khả năng phục hồi từ bệnh aspergillosis phụ thuộc vào bất kỳ tình trạng bệnh lý tiềm ẩn nào, sức khỏe chung của bệnh nhân và loại bệnh aspergillosis cụ thể. Nếu vấn đề dựa trên phản ứng dị ứng, như trong ABPA, bệnh nhân có thể sẽ đáp ứng tốt với steroid toàn thân.

Những bệnh nhân cần phẫu thuật phổi, đặc biệt là những người có vấn đề về ho ra máu, có tỷ lệ tử vong khoảng 7-14% và các biến chứng hoặc tái phát có thể dẫn đến tỷ lệ tử vong chung cao hơn. Tuy nhiên, bằng cách điều trị bệnh aspergilloma bằng các phương pháp không phẫu thuật khác, nguy cơ đó tăng lên 26%, khiến phẫu thuật trở thành lựa chọn tốt hơn trong một số trường hợp.

Thật không may, tiên lượng cho dạng nghiêm trọng nhất, aspergillosis xâm lấn, khá kém, phần lớn là do những bệnh nhân này có ít khả năng phục hồi do các rối loạn tiềm ẩn của họ. Tỷ lệ tử vong dao động từ khoảng 50% trong một số nghiên cứu đến cao tới 95% đối với người nhận tủy xương và bệnh nhân AIDS. Diễn biến của bệnh có thể nhanh chóng, dẫn đến tử vong trong vòng vài tháng sau khi được chẩn đoán.

#### Phòng ngừa

Nhiễm nấm Aspergillus là một thách thức lớn, đặc biệt ở những bệnh nhân có hệ thống miễn dịch bị ức chế (suy giảm miễn dịch). Các bệnh viện và cơ quan y tế chính phủ liên tục tìm cách giảm thiểu phơi nhiễm cho bệnh nhân nhập viện. Những đòn xuất thực tế rất ít nhưng bao gồm cả việc di chuyển đồng lá ra khỏi nhà. Thực không may, việc tránh loại nấm này nói chung là không thể vì nó hiện diện trong môi trường hầu như ở khắp mọi nơi. Những nỗ lực nghiên cứu đang hướng tới việc tăng cường sức đề kháng của bệnh nhân đối với Aspergillus thay vì cố gắng loại bỏ khả năng tiếp xúc với loại nấm này. Với số lượng ngày càng tăng của những người bị rối loạn miễn dịch hoặc hệ thống miễn dịch của họ bị ức chế trong quá trình điều trị một căn bệnh khác, nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng về các thuốc chống nấm mới sẽ ngày càng quan trọng trong tương lai.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Bonadio, GR Ô nhiễm không khí của con người do vi khuẩn, vui nhộn-gus và Nấm mốc trong gia đình, văn phòng và bệnh viện: Chỉ mục thông tin mới với tác giả và chủ đề. Hiệp hội các nhà xuất bản ABBE của Washington, DC, 1995.

##### ĐỊNH KÝ

Greenberger, PA "Các khía cạnh miễn dịch của bệnh phổi và bệnh xơ nang." Tạp chí của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ 278 (10/12/1997):1924-1930.

#### 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 lạ được gọi là kháng nguyên.

**Aspergilloma**—Một quả bóng hoặc khối làm từ nấm Aspergillus có thể hình thành trong phổi của những bệnh nhân có hệ miễn dịch bị ức chế.

**Rửa phế quản**—Một thủ thuật liên quan đến việc rửa nhiều lần bên trong ống phế quản của phổi.

**Ho ra máu**—Khạc ra máu từ phổi hoặc đờm dính máu.

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

**Viêm màng não**—Viêm màng bao phủ não và tủy sống, được gọi là màng não.

**Máy phun sương**—Một thiết bị tạo ra sương mù cực kỳ mịn dễ dàng hít vào.

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

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

#### TỔ CHỨC

Trường Cao đẳng Dị ứng, Hen suyễn và Miễn dịch học Hoa Kỳ. 85

Đường Tây Algonquin, Suite 550, Arlington Heights, IL 60005.  
<http://allergy.mcg.edu>.

#### KHÁC

"Các bệnh về phổi, dị ứng và miễn dịch: Dị ứng nấm mốc: Kỹ thuật phòng ngừa." Nghiên cứu và Y tế Do Thái Quốc gia. <http://nationaljewish.org/main.html>.

Văn phòng Bệnh hiếm gặp (ORD) tại Viện Y tế Quốc gia, Bldg. 31, 1803, Bethesda, MD 20892-2082. (301) 402-4336 <http://rarediseases.info.nih.gov/ord>.

Jill S. Lasker

#### Aspirin

##### Sự định nghĩa

Aspirin là thuốc giảm đau và hạ sốt.

**Mục đích**

Aspirin được sử dụng để làm giảm nhiều loại đau nhức nhẹ như nhức đầu, đau răng, đau cơ, chuột rút ở nam giới, đau khớp do viêm khớp và đau nhức do cảm lạnh và cúm. Một số người dùng aspirin hàng ngày để giảm nguy cơ đột quỵ, đau tim hoặc các vấn đề về tim khác.

**Mô tả Aspirin-**

còn được gọi là axit acetylsalicylic—được bán không cần kê đơn và có nhiều dạng, từ dạng viên màu trắng quen thuộc đến kẹo cao su và thuốc đặt trực tràng. Có sẵn các dạng phỏng thích được phủ, nhai, đệm và kéo dài. Nhiều loại thuốc không kê đơn khác có chứa aspirin. Ví dụ, thuốc giảm đau sủi bọt gốc Alka-Seltzer có chứa aspirin để giảm đau và natri bicarbonate để giảm chứng khó tiêu do axit,Ợ chua và chua dạ dày.

Aspirin thuộc nhóm thuốc gọi là salicylates. Các thành phần khác của nhóm này bao gồm natri salicylate, salicylate choline và magie salicylate. Những loại thuốc này đắt hơn và không hiệu quả hơn aspirin. Tuy nhiên, chúng dễ chịu hơn một chút đối với dạ dày.

Aspirin nhanh chóng được hấp thu vào máu và giúp giảm đau nhanh chóng và tương đối lâu dài. Aspirin cũng làm giảm viêm. Các nhà nghiên cứu tin rằng những tác động này xảy ra do aspirin ngăn chặn việc sản xuất các chất gây đau gọi là prostaglandin.

Ngoài tác dụng giảm đau và giảm viêm, aspirin còn hạ sốt bằng cách tác động lên phản ứng miễn dịch nhiệt độ. Sau đó, não sẽ ra tín hiệu cho các mạch máu giãn ra, giúp nhiệt thoát ra khỏi cơ thể nhanh hơn.

**Liều lượng khuyến nghị****Người lớn**

**ĐỂ GIẢM ĐAU HOẶC GIẢM SỐT.** một đến hai viên mỗi ba đến bốn giờ, tối đa sáu lần mỗi ngày.

**ĐỂ GIẢM NGUY CƠ ĐỘT QUỴ.** một viên bốn lần một ngày hoặc hai viên hai lần một ngày.

**ĐỂ GIẢM NGUY CƠ ĐAU TIM.** Kiểm tra với bác sĩ để biết liều lượng thích hợp và số lần mỗi tuần nên dùng aspirin.

**Những đứa trẻ****Kiểm tra với bác sĩ.****Các biện pháp phòng ngừa**

Không bao giờ được dùng aspirin—ngay cả aspirin dành cho trẻ em—cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên có các triệu chứng giống cúm hoặc

thủy đậu. Aspirin có thể gây ra hội chứng Reye, một tình trạng đe dọa tính mạng ảnh hưởng đến hệ thần kinh và gan. Có tới 30% trẻ em và thanh thiếu niên mắc hội chứng Reye đều tử vong. Những người sống sót có thể bị tổn thương não vĩnh viễn.

Kiểm tra với bác sĩ trước khi dùng aspirin cho trẻ dưới 12 tuổi vì bệnh viêm khớp, thấp khớp hoặc bất kỳ tình trạng nào cần sử dụng thuốc lâu dài.

Không ai nên dùng aspirin trong hơn 10 ngày liên tục trừ khi bác sĩ yêu cầu làm như vậy. Bất cứ ai bị sốt không nên dùng aspirin quá 3 ngày mà không có sự đồng ý của bác sĩ. Không dùng nhiều hơn liều lượng khuyến cáo hàng ngày.

Những người thuộc các trường hợp sau không nên sử dụng aspirin mà không hỏi ý kiến bác sĩ trước:

- Phụ nữ có thai.

Aspirin có thể gây ra vấn đề chảy máu ở cả mẹ và thai nhi đang phát triển. Aspirin cũng có thể khiến cân nặng của trẻ sơ sinh quá thấp khi mới sinh.

- Phụ nữ đang cho con bú. Aspirin có thể truyền vào sữa mẹ và có thể ảnh hưởng đến em bé.
- Những người có tiền sử bệnh chảy máu.
- Những người đang dùng thuốc làm loãng máu, chẳng hạn như warfarin (Coumadin).

- Người có tiền sử loét.
- Người có tiền sử hen suyễn, polyp mũi hoặc cả hai.

Những người này có nhiều khả năng bị dị ứng với aspirin.

Những người bị dị ứng với fenoprofen, ibuprofen, indo-methacin, ketoprofen, meclofenamate natri, naprox-en, sulindac, tolmetin hoặc tar-trazine có màu thực phẩm màu cam. Họ cũng có thể bị dị ứng với aspirin.

Những người mắc bệnh AIDS hoặc bệnh phổi tạng liên quan đến AIDS đang dùng AZT (zidovudine). Aspirin có thể làm tăng nguy cơ chảy máu ở những bệnh nhân này.

Người đang dùng một số loại thuốc khác (được thảo luận trong phần Tương tác).

Người bị tổn thương gan hoặc suy thận nặng.

Không nên dùng aspirin trước khi phẫu thuật vì nó có thể làm tăng nguy cơ chảy máu quá nhiều. Bất kỳ ai được lên lịch phẫu thuật nên kiểm tra với bác sĩ phẫu thuật của mình để biết thời gian trước khi phẫu thuật là bao lâu để tránh dùng aspirin.

Aspirin có thể gây kích ứng dạ dày. Để giảm khả năng xảy ra vấn đề đó, hãy dùng aspirin cùng với thức ăn hoặc sữa hoặc uống một ly nước đầy 8 oz với nó. Dùng aspirin bọc hoặc đệm cũng có thể hữu ích. Cần lưu ý rằng uống rượu có thể khiến tình trạng kích ứng dạ dày trở nên trầm trọng hơn.

Hãy ngừng dùng aspirin ngay lập tức và gọi bác sĩ nếu xuất hiện bất kỳ triệu chứng nào sau đây:

- Ợ tai
- Hoặc ợ tai

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Thuốc lợi tiểu**—Thuốc làm tăng lượng nước tiểu được sản xuất và làm giảm sự tích tụ chất lỏng dư thừa trong các mô cơ thể. Thuốc lợi tiểu có thể được sử dụng để điều trị huyết áp cao, bệnh phổi, hội chứng tiền kinh nguyệt và các tình trạng khác.

**Viêm–Đau**, đỏ, sưng và nóng thường xuất hiện do chấn thương hoặc bệnh tật.

**NSAID**—Thuốc chống viêm không steroid.

Các loại thuốc như ketoprofen và ibuprofen có tác dụng giảm đau và giảm viêm.

**Polyp**—Một khối mô nhô ra từ niêm mạc của một cơ quan, chẳng hạn như mũi, bàng quang hoặc ruột. Polyp đôi khi có thể chặn đường đi mà chúng được tìm thấy.

**Prostaglandin**—Một chất hóa học giống hormone được sản xuất trong cơ thể. Prostaglandin có nhiều tác dụng khác nhau và có thể là nguyên nhân gây ra một số loại đau và viêm.

**Hội chứng Reye**—Một căn bệnh đe dọa tính mạng ảnh hưởng đến gan và não và đôi khi xảy ra sau khi bị nhiễm vi-rút, chẳng hạn như cúm hoặc thủy đậu. Trẻ em hoặc thanh thiếu niên được dùng aspirin để điều trị bệnh cúm hoặc thủy đậu có nguy cơ mắc hội chứng Reye cao hơn.

**Viêm mũi**—Viêm màng bên trong mũi.

**Salicylates**—Một nhóm thuốc bao gồm aspirin và các hợp chất liên quan. Salicylat được sử dụng để giảm đau, giảm viêm và hạ sốt.

- mắt thính lực
- chóng mặt
- đau bụng không thuyên giảm

Không dùng aspirin có mùi dấm. Đó là dấu hiệu cho thấy aspirin đã quá cũ và không còn hiệu quả. Đổ aspirin xuống bồn cầu.

Vì aspirin có thể làm tăng nguy cơ chảy máu quá nhiều, không nên dùng aspirin hàng ngày trong thời gian dài—chẳng hạn như để giảm nguy cơ đột quỵ hoặc đau tim—trừ khi được bác sĩ khuyên làm như vậy.

**Phản ứng phụ**

Các tác dụng phụ thường gặp nhất bao gồm đau dạ dày, ợ nóng, chán ăn và xuất hiện một lượng nhỏ máu trong cơ thể.

phân. Tác dụng phụ ít gặp hơn là phát ban, nổi mề đay, sốt, các vấn đề về thị lực, tổn thương gan, khát nước, loét dạ dày và chảy máu. Những người bị dị ứng với aspirin hoặc những người mắc bệnh hen suyễn, viêm mũi hoặc polyp mũi có thể khó thở sau khi dùng aspirin.

**Tương tác**

Aspirin có thể tăng, giảm hoặc thay đổi tác dụng của nhiều loại thuốc. Aspirin có thể làm cho các loại thuốc như methotrexate (Rheumatrex) và axit valproic (Depakote, Depakene) trở nên độc hại hơn. Nếu dùng chung với thuốc làm loãng máu, chẳng hạn như warfarin (Coumadin) và dicumarol, aspirin có thể làm tăng nguy cơ chảy máu quá nhiều.

Aspirin chống lại tác dụng của các loại thuốc khác, chẳng hạn như thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACE) và thuốc chẹn beta, làm giảm huyết áp và các thuốc dùng để điều trị bệnh gút (probenecid và sulfipyrazone).

Huyết áp có thể giảm bất ngờ và gây ngất xỉu hoặc chóng mặt nếu dùng aspirin cùng với viên nitroglycerin. Aspirin cũng có thể tương tác với thuốc lợi tiểu, thuốc trị tiểu đường, thuốc chống viêm không steroid khác (NSAID), thuốc chống động kinh và steroid.

Bất cứ ai đang dùng những loại thuốc này nên hỏi bác sĩ của mình xem họ có thể dùng aspirin một cách an toàn hay không.

**Tài nguyên****ĐỊNH KÝ**

"Cách cho trẻ uống thuốc" (Bao gồm bài viết liên quan về nguy cơ sức khỏe của aspirin đối với trẻ em). Người tiêu dùng FDA (tháng 1/tháng 2 năm 1996): 6.

"Thuốc thần kỲ trong tủ thuốc của bạn." Người Mỹ Sức khỏe (tháng 1/tháng 2 năm 1996): 67.

"Không dùng Aspirin, làm ơn." Sức khỏe hiện tại (12/1992): 12.

"Thuốc giảm đau tốt nhất là gì? Phụ thuộc vào nỗi đau của bạn. Báo cáo mùa hè, tháng 5 năm 1996, 62.

Nancy Ross-Flanigan

**AST** xem xét nghiệm Aspartate aminotransferase  
**Astemizole** xem Thuốc kháng histamine

**Hen suyễn****Sự định nghĩa**

Ngày nay bệnh hen suyễn được xem là một bệnh viêm mãn tính (kéo dài) của đường hô hấp. Ở những người dễ mắc bệnh hen suyễn, tình trạng viêm này khiến đường thở bị thu hẹp theo chu kỳ.

Điều này dẫn đến thở khò khè và khó thở, đôi khi đến mức bệnh nhân

thở hồn hồn vì không khí. Sự tắc nghẽn luồng không khí hoặc tự nhiên dừng lại hoặc đáp ứng với nhiều phương pháp điều trị khác nhau, nhưng tình trạng viêm tiếp tục khiến đường thở trở nên siêu phản ứng với các kích thích như không khí lạnh, tập thể dục, mạt bụi, chất ô nhiễm trong không khí và thậm chí cả căng thẳng và lo lắng.

### Sự miêu tả

Khoảng 10 triệu người Mỹ mắc bệnh hen suyễn và con số này dường như đang gia tăng. Giữa những năm 1982-1992, tỷ lệ này thực tế đã tăng 42%. Bệnh hen suyễn không chỉ trở nên thường xuyên hơn mà còn là một căn bệnh nghiêm trọng hơn trước, bắt chấp các phương pháp điều trị bằng thuốc hiện đại. Trong cùng khoảng thời gian 10 năm đó, tỷ lệ tử vong do hen suyễn ở Hoa Kỳ đã tăng 35%.

Những thay đổi diễn ra trong phổi của người bệnh hen làm cho đường hô hấp ("ống thở" hay phế quản và các tiêu phế quản nhỏ hơn) phản ứng quá mức với nhiều loại kích thích khác nhau mà không ảnh hưởng đến lá phổi khỏe mạnh. Trong cơn hen suyễn, các mô cơ trong thành phế quản bị co thắt và các tế bào lót đường dẫn khí sưng lên và tiết ra chất nhầy vào các khoảng không khí.

Cả hai hành động này đều làm cho phế quản bị thu hẹp lại (co thắt phế quản). Kết quả là người bệnh hen phải nỗ lực nhiều hơn để hít vào và tổng không khí ra ngoài.

Các tế bào trong thành phế quản, được gọi là tế bào mast, giải phóng một số chất làm cho cơ phế quản co lại và kích thích hình thành chất nhầy. Những chất này, bao gồm histamine và một nhóm hóa chất gọi là leukotriene, cũng đưa các tế bào bạch cầu đến khu vực này, đây là một phần quan trọng của phản ứng viêm. Nhiều bệnh nhân mắc bệnh hen suyễn có xu hướng phản ứng với các chất "lạ" như phấn hoa, mạt bụi nhà hoặc lông động vật; chúng được gọi là chất gây dị ứng. Một khác, bệnh hen suyễn ảnh hưởng đến nhiều bệnh nhân không bị "dị ứng" theo cách này.

Bệnh hen suyễn thường bắt đầu ở thời thơ ấu hoặc thanh thiếu niên, nhưng nó cũng có thể xuất hiện lần đầu tiên ở tuổi trưởng thành. Mặc dù các triệu chứng có thể giống nhau nhưng một số khía cạnh quan trọng của bệnh hen suyễn lại khác nhau ở trẻ em và người lớn.

### Hen suyễn khởi phát ở trẻ em

Khi bệnh hen suyễn bắt đầu ở thời thơ ấu, nó thường xảy ra ở một đứa trẻ, vì lý do di truyền, có khả năng trở nên nhạy cảm với các "chất gây dị ứng" thông thường trong môi trường (người bị dị ứng). Khi những đứa trẻ này tiếp xúc với mạt bụi nhà, protein động vật, nấm hoặc các chất gây dị ứng tiềm ẩn khác, chúng sẽ tạo ra một loại kháng thể nhằm mục đích nhấn chìm và tiêu diệt các vật chất lạ. Điều này có tác dụng làm cho các tế bào đường thở trở nên nhạy cảm với các vật liệu cụ thể. Tiếp xúc nhiều hơn có thể nhanh chóng dẫn đến

phản ứng hen suyễn. Tình trạng dị ứng này hiện diện ở ít nhất một phần ba và tới một nửa dân số nói chung. Khi trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ thở khò khè do nhiễm virus, sự hiện diện của dị ứng (ở trẻ hoặc người lớn) là dấu hiệu cho thấy bệnh hen suyễn có thể tiếp tục kéo dài suốt thời thơ ấu.

### Hen suyễn khởi phát ở người lớn

Các chất gây dị ứng cũng có thể đóng vai trò quan trọng khi người lớn bị hen. Bệnh hen suyễn thực sự có thể bắt đầu ở mọi lứa tuổi và trong nhiều tình huống khác nhau. Nhiều người lớn không bị dị ứng nhưng lại mắc các bệnh như viêm xoang hoặc polyp mũi hoặc họ có thể nhạy cảm với aspirin và các loại thuốc liên quan. Một nguyên nhân chính khác của bệnh hen suyễn ở người lớn là tiếp xúc tại nơi làm việc với các sản phẩm động vật, một số dạng nhựa, bụi gỗ hoặc kim loại.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Trong hầu hết các trường hợp, bệnh hen suyễn là do hít phải chất gây dị ứng gây ra chuỗi thay đổi sinh hóa và mô dẫn đến viêm đường thở, co thắt phế quản và thở khò khè. Bởi vì tránh (hoặc ít nhất là giảm thiểu) phơi nhiễm là cách điều trị hen suyễn hiệu quả nhất, điều quan trọng là xác định chất gây dị ứng hoặc chất kích thích nào gây ra các triệu chứng ở một bệnh nhân cụ thể. Một khi bệnh hen suyễn xuất hiện, các triệu chứng có thể xuất hiện hoặc trở nên trầm trọng hơn nếu bệnh nhân cũng bị viêm mũi (viêm niêm mạc mũi) hoặc viêm xoang. Vì một lý do nào đó, axit dạ dày trào ngược lên thực quản (trào ngược axit), điều này cũng có thể làm cho bệnh hen suyễn nặng hơn. Nhiễm virus đường hô hấp cũng có thể gây ra phản ứng hen suyễn. Aspirin và một loại thuốc gọi là thuốc chẹn beta, thường dùng để điều trị huyết áp cao, cũng có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng hen suyễn.

Các chất gây dị ứng hít vào quan trọng nhất làm phát sinh các cơn hen suyễn là:

- lông động vật
- mạt trong bụi nhà
- nấm (mốc) mọc trong nhà • chất gây dị ứng gián

### Phản ứng

- phấn hoa
- tiếp xúc nghề nghiệp với hóa chất, khói hoặc các hạt vật liệu công nghiệp trong không khí

Hít phải khói thuốc lá, bằng cách hút thuốc hoặc ở gần những người đang hút thuốc, có thể gây kích ứng đường hô hấp và gây ra cơn hen. Các chất gây ô nhiễm không khí có thể có tác động tương tự. Ngoài ra, có ba yếu tố quan trọng thường xuyên gây ra các cơn hen ở một số bệnh nhân hen và đôi khi chúng có thể là nguyên nhân duy nhất gây ra các triệu chứng. Họ đang:

- hít phải không khí lạnh (hen suyễn do lạnh)
- Bệnh hen suyễn do tập thể dục (ở một số trẻ em, bệnh hen suyễn đơn giản do tập thể dục gây ra)
- căng thẳng hoặc mức độ lo lắng cao

Khó khè thường rất rõ ràng, nhưng cơn hen nhẹ có thể được xác nhận khi bác sĩ nghe lồng ngực của bệnh nhân bằng ống nghe. Ngoài thở khó khè và khó thở, bệnh nhân có thể ho và có cảm giác "tức ngực". Trẻ có thể bị ngứa ở lưng hoặc cổ khi bắt đầu lên cơn. Khó khè thường to nhất khi bệnh nhân thở ra, nhằm cố gắng tổng không khí đã sử dụng qua đường thở bị thu hẹp. Một số bệnh nhân hen hầu như không có triệu chứng nhưng đôi khi có thể khó thở trong một thời gian ngắn. Những người khác dành phần lớn thời gian trong ngày (và cả đêm) để ho và thở khó khè cho đến khi được điều trị đúng cách. Khóc hoặc thậm chí cười có thể gây ra một cuộc tấn công.

Các đợt bệnh nặng thường xảy ra khi bệnh nhân bị nhiễm trùng đường hô hấp do virus hoặc tiếp xúc với lượng lớn chất gây dị ứng hoặc chất kích thích. Các cơn hen có thể chỉ kéo dài vài phút hoặc có thể kéo dài hàng giờ, thậm chí nhiều ngày (tình trạng này gọi là tình trạng hen suyễn).

Khó thở có thể khiến bệnh nhân trở nên rất lo lắng, ngồi thẳng, nghiêng người về phía trước và sử dụng các cơ ở cổ và thành ngực để giúp thở. Bệnh nhân có thể chỉ nói được vài từ mỗi lần trước khi dừng lại để thở. Sự lú lẫn và da hơi xanh là những dấu hiệu cho thấy nguồn cung cấp oxy quá thấp và cần phải điều trị khẩn cấp. Trong một cơn nặng kéo dài một thời gian, một số túi khí trong phổi có thể vỡ ra khiến không khí tích tụ trong ngực. Điều này khiến việc hít thở dù không khí càng trở nên khó khăn hơn. Hầu như luôn luôn, ngay cả những bệnh nhân bị cơn nặng nhất cũng sẽ hồi phục hoàn toàn.

## Chẩn đoán

Ngoài việc lắng nghe tiếng ngực của bệnh nhân, người khám nên quan sát độ giãn nở của ngực tối đa khi hít vào không khí. Gù vai và co cơ cổ là những dấu hiệu khác của đường thở bị thu hẹp. Polyp mũi hoặc tăng lượng dịch tiết ở mũi thường được ghi nhận ở bệnh nhân hen. Những thay đổi ở da, như viêm da dị ứng hoặc chàm, là dấu hiệu cho thấy bệnh nhân có vấn đề về dị ứng.

Hỏi về tiền sử gia đình mắc bệnh hen suyễn hoặc dị ứng có thể là một dấu hiệu có giá trị về bệnh hen suyễn. Chẩn đoán có thể được gợi ý rõ ràng khi có các triệu chứng và dấu hiệu điển hình. Một xét nghiệm gọi là đo phế dung đo tốc độ không khí thở ra và lượng khí được giữ lại trong phổi. Lặp lại xét nghiệm sau khi bệnh nhân hít một loại thuốc làm giãn đường thở (thuốc giãn phế quản) sẽ cho thấy

liệu tình trạng thu hẹp đường thở có hồi phục được hay không, đây là một dấu hiệu rất điển hình ở bệnh hen suyễn. Thông thường bệnh nhân sử dụng một dụng cụ liên quan, gọi là máy đo lưu lượng đỉnh, để theo dõi mức độ nghiêm trọng của bệnh hen suyễn khi ở nhà.

Thông thường, rất khó để xác định nguyên nhân gây ra cơn hen suyễn. Có thể sử dụng xét nghiệm dị ứng da, mặc dù phản ứng dị ứng da không phải lúc nào cũng có nghĩa là chất gây dị ứng đang được xét nghiệm gây ra bệnh hen suyễn. Ngoài ra, hệ thống miễn dịch của cơ thể tạo ra kháng thể để chống lại chất gây dị ứng và lượng kháng thể có thể được đo bằng xét nghiệm máu. Điều này sẽ cho thấy mức độ nhạy cảm của bệnh nhân với một chất gây dị ứng cụ thể. Nếu chẩn đoán vẫn còn ngờ ngờ, bệnh nhân có thể hít phải chất gây dị ứng nghỉ ngơi trong khi sử dụng phép dung ké để phát hiện tình trạng thu hẹp đường thở. Thủ nghiệm Spirometry cũng có thể được lặp lại sau một đợt tập thể dục nếu có khả năng xảy ra hen suyễn do tập thể dục. Chụp X-quang ngực sẽ giúp loại trừ các rối loạn khác.

## Sự đối đãi

Bệnh nhân nên được kiểm tra định kỳ và đo chức năng phổi bằng phương pháp đo phép dung để đảm bảo đạt được mục tiêu điều trị. Những mục tiêu này là ngăn ngừa các triệu chứng khó chịu, duy trì chức năng phổi gần mức bình thường nhất có thể và cho phép bệnh nhân tiếp tục các hoạt động bình thường, kể cả những hoạt động cần gắng sức. Phương pháp điều trị bằng thuốc tốt nhất là phương pháp kiểm soát các triệu chứng hen suyễn đồng thời gây ra ít hoặc không gây ra tác dụng phụ.

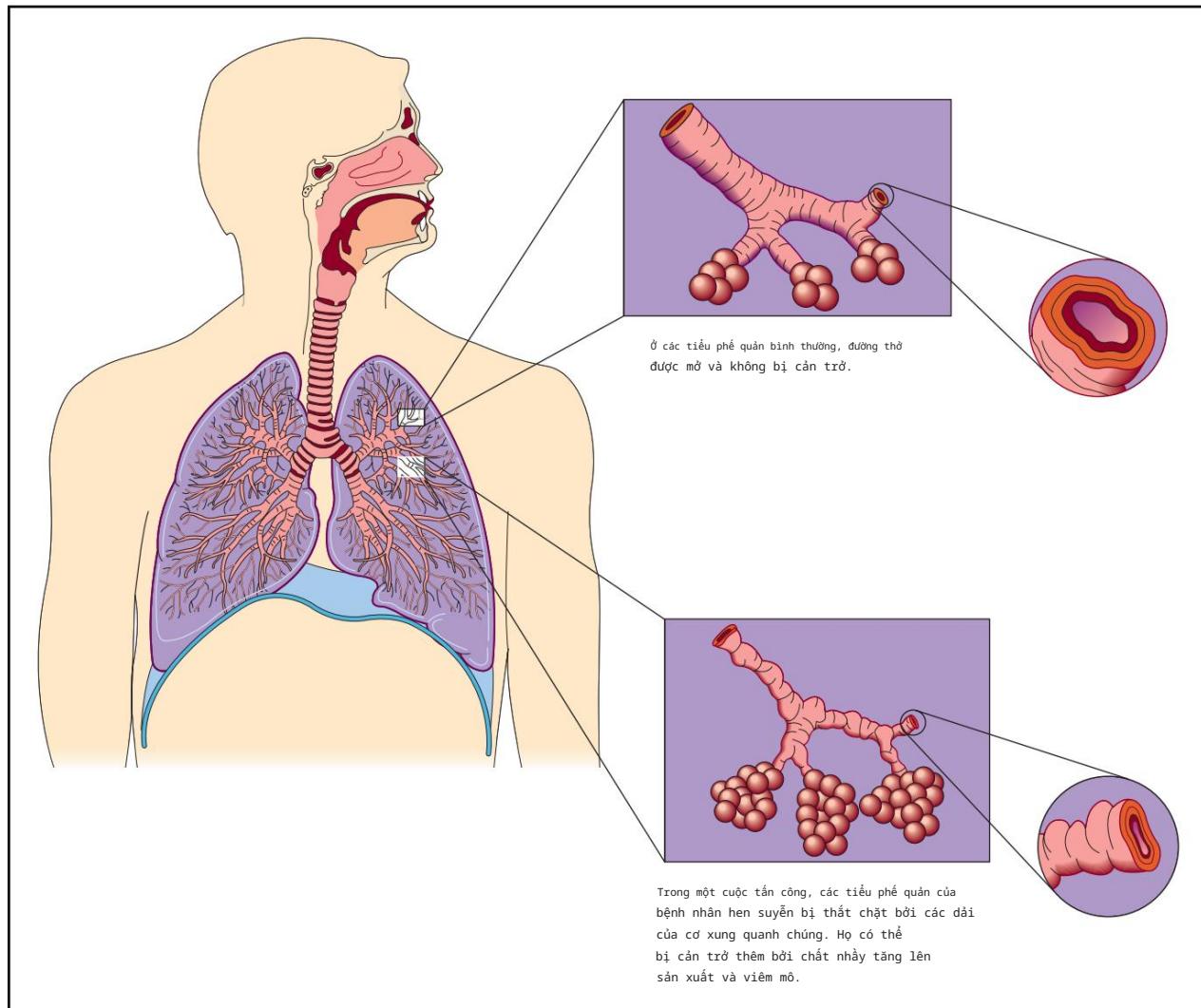
## Thuốc

**METHYXANTHINE.** Thuốc methylxanthine chính là theophylline. Nó có thể có tác dụng chống viêm và đặc biệt hữu ích trong việc kiểm soát các triệu chứng hen suyễn vào ban đêm. Vì một lý do nào đó, bệnh nhân không thể sử dụng ống hít để duy trì khả năng kiểm soát lâu dài thì theophylline phóng thích kéo dài là một lựa chọn thay thế tốt. Nồng độ thuốc trong máu phải được đo định kỳ, vì liều quá cao có thể gây nhịp tim bất thường hoặc co giật.

**CHẤT CHỦ ĐỒNG THU THỂ BETA.** Những loại thuốc này, là thuốc giãn phế quản, là lựa chọn tốt nhất để làm giảm các cơn hen suyễn đột ngột và ngăn ngừa các cơn hen suyễn do tập thể dục. Một số chất chủ vận, chẳng hạn như albuterol, hoạt động chủ yếu ở tế bào phổi và ít ảnh hưởng đến các cơ quan khác, chẳng hạn như tim. Những loại thuốc này thường bắt đầu phát huy tác dụng trong vòng vài phút nhưng tác dụng của chúng chỉ kéo dài từ 4 đến 6 giờ (mặc dù các dạng tác dụng kéo dài hơn đang được phát triển). Chúng có thể được dùng bằng đường uống, hít hoặc tiêm.

**STEROID.** Những loại thuốc này giống với hormone tự nhiên của cơ thể, ngăn chặn tình trạng viêm và cực kỳ hiệu quả trong việc làm giảm các triệu chứng hen suyễn. Khi sử dụng steroid qua đường hô hấp trong thời gian dài, bệnh hen suyễn

Hẹn



So sánh tiểu phế quản bình thường và tiểu phế quản của bệnh nhân hen suyễn. (Minh họa của Hans & Cassady.)

các cuộc tấn công trớn í thường xuyên hơn khi đường thở trớn ít hơn nhạy cảm với chất gây dị ứng. Đây là liều thuốc mạnh nhất cho hen suyễn và có thể kiểm soát ngay cả những trường hợp nặng trong thời gian dài dài hạn và duy trì chức năng phổi tốt. Steroid có thể

Tuy nhiên, gây ra nhiều tác dụng phụ, bao gồm chảy máu dạ dày, mắt canxi từ xương,

đục thủy tinh thể ở mắt và trạng thái giống như bệnh tiểu đường. Người bệnh sử dụng steroid trong thời gian dài cũng có thể gây khó khăn cho việc chữa lành vết thương, có thể tăng cân và có thể mắc các vấn đề về tâm thần. Ở trẻ em, sự tăng trưởng có thể bị chậm lại.

Ngoài việc hít vào, steroid có thể được dùng bằng đường uống hoặc tiêm, để nhanh chóng kiểm soát cơn hen nặng.

**CHẤT SỦA LEUKOTRIENE.** Chất biến đổi leukotriene là một loại thuốc mới có thể được sử dụng thay thế cho steroid, dành cho trẻ lớn hơn hoặc người lớn bị bệnh nhẹ mức độ hen suyễn kéo dài. Chúng hoạt động bằng cách chống lại

ing leukotrienes, là những chất được giải phóng bởi màu trắng các tế bào máu trong phổi làm cho đường dẫn khí co lại và thúc đẩy tiết chất nhầy.

**CÁC LOẠI THUỐC KHÁC.** Cromolyn và nedocromil là thuốc chống viêm thường được sử dụng điều trị ban đầu để phòng ngừa cơn hen suyễn lâu dài ở trẻ em.

Họ cũng có thể ngăn chặn các cuộc tấn công khi được đưa ra trước khi tập thể dục hoặc khi không thể tránh tiếp xúc với chất gây dị ứng. Những cái này là những loại thuốc an toàn nhưng đắt tiền và phải dùng thường xuyên ngay cả khi không có triệu chứng. Thuốc kháng cholinergic, chẳng hạn như atropine, rất hữu ích trong việc kiểm soát các cuộc tấn công nghiêm trọng khi thêm vào thuốc chủ vận thụ thể beta dạng hít. Họ giúp mở rộng đường hô hấp và ức chế sản xuất chất nhầy.

Nếu bệnh hen suyễn của bệnh nhân là do chất gây dị ứng gây ra không thể tránh được và rất khó kiểm soát triệu chứng bằng thuốc, liệu pháp miễn dịch có thể đáng thử-

ing. Thông thường, lượng chất gây dị ứng được tiêm vào sẽ ngày càng tăng trong khoảng thời gian từ 3 đến 5 năm để cơ thể có thể tạo ra phản ứng miễn dịch hiệu quả. Có nguy cơ là bản thân phương pháp điều trị này có thể khiến đường thở bị thu hẹp và gây ra cơn hen.

Không phải tất cả các chuyên gia đều hào hứng với liệu pháp miễn dịch, mặc dù một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng nó làm giảm các triệu chứng hen suyễn do tiếp xúc với mạt bụi nhà, phấn hoa có phấn hương và mèo.

#### Kiểm soát cơn hen suyễn Cơn hen nặng

cần được điều trị càng nhanh càng tốt. Điều quan trọng nhất đối với bệnh nhân bị cơn cấp tính là được cung cấp thêm oxy. Hiếm khi, có thể cần phải sử dụng máy thở cơ học để giúp bệnh nhân thở. Thuốc chủ vận thụ thể beta được hít lặp lại hoặc liên tục. Nếu bệnh nhân không đáp ứng kịp thời và hoàn toàn, thuốc steroid sẽ được tiêm. Một đợt điều trị bằng steroid được thực hiện sau khi cơn bệnh kết thúc sẽ ít có khả năng tái phát hơn.

#### Duy trì sự kiểm soát Điều

tri hen suyễn lâu dài dựa trên việc hít chất chủ vận thụ thể beta bằng cách sử dụng một ống hít đặc biệt để đo liều lượng. Bệnh nhân phải được hướng dẫn sử dụng ống hít đúng cách để đảm bảo rằng nó sẽ cung cấp đúng lượng thuốc. Khi bệnh hen suyễn đã được kiểm soát trong vài tuần hoặc vài tháng, bạn nên cố gắng cắt giảm việc điều trị bằng thuốc, nhưng việc này phải được thực hiện dần dần. Thuốc cuối cùng được thêm vào phải là thuốc đầu tiên được giảm bớt. Bệnh nhân nên được khám lại từ 1 đến 6 tháng một lần, tùy thuộc vào tần suất các cơn bệnh.

Bắt đầu điều trị tại nhà thay vì ở bệnh viện sẽ giúp giảm thiểu sự chậm trễ và giúp bệnh nhân có được cảm giác kiểm soát được bệnh. Tất cả bệnh nhân nên được dạy cách theo dõi các triệu chứng của mình để biết khi nào cơn hen bắt đầu và những người mắc bệnh hen suyễn ở mức độ trung bình hoặc nặng nên biết cách sử dụng máy đo lưu lượng.

Họ cũng nên có một "kế hoạch hành động" bằng văn bản để tuân theo nếu các triệu chứng đột nhiên trở nên tồi tệ hơn, bao gồm cách điều chỉnh thuốc và thời điểm cần tìm kiếm sự trợ giúp y tế. Nếu cần điều trị mạnh hơn thì nên tiếp tục trong vài ngày. Nên tránh những "biện pháp chữa trị" không kê đơn. Khi quyết định liệu một bệnh nhân có nên nhập viện hay không, tiền sử các cơn cấp tính trong quá khứ, mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng, loại thuốc hiện tại và liệu có hỗ trợ tốt tại nhà hay không đều phải được tính đến.

#### Việc giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa hen suyễn nên được xem xét nếu:

- đã từng lên cơn hen suyễn để dọa tính mạng hoặc hen suyễn nặng, dai dẳng
- điều trị từ ba đến sáu tháng vẫn chưa đạt được mục tiêu • một số tình trạng khác, chẳng hạn như polyp mũi hoặc bệnh phổi mãn tính, đang làm biến chứng bệnh hen suyễn

- Cần có các xét nghiệm đặc biệt, chẳng hạn như xét nghiệm dị ứng da hoặc thử thách chất gây dị ứng • Cần phải điều trị bằng steroid chuyên sâu

#### Nhóm dân số đặc biệt TRẺ

**SƠ SINH VÀ TRẺ EM.** Điều đặc biệt quan trọng là phải theo dõi chặt chẽ diễn biến bệnh hen suyễn ở bệnh nhân trẻ tuổi. Việc điều trị sẽ bị cắt giảm khi có thể và nếu không có sự cải thiện rõ ràng thì nên thử một số phương pháp điều trị khác. Nếu nhiễm virus dẫn đến các triệu chứng hen nặng, steroid có thể giúp ích. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nên viết ra kế hoạch điều trị bệnh hen suyễn cho trường học của trẻ. Trẻ bị hen suyễn thường cần dùng thuốc ở trường để kiểm soát các triệu chứng cấp tính hoặc ngăn ngừa các cơn hen do tập thể dục. Sự quản lý phù hợp thường sẽ cho phép trẻ tham gia vào các hoạt động vui chơi. Chỉ có biện pháp cuối cùng là hạn chế các hoạt động.

**NGƯỜI GIÀ.** Người lớn tuổi thường mắc các loại bệnh phổi tắc nghẽn khác, chẳng hạn như viêm phế quản mãn tính hoặc khí thũng. Điều này rất quan trọng để biết các triệu chứng do bệnh hen suyễn gây ra ở mức độ nào. Cho dùng steroid trong hai đến ba tuần có thể giúp xác định điều này. Tác dụng phụ của thuốc chủ vận thụ thể beta (bao gồm tim đập nhanh và run) có thể phổ biến hơn ở bệnh nhân lớn tuổi.

Những bệnh nhân này có thể được hưởng lợi từ việc dùng thuốc kháng choline-gic, cùng với chất chủ vận thụ thể beta. Nếu dùng theophylline thì nên hạn chế liều lượng vì bệnh nhân lớn tuổi ít có khả năng loại bỏ thuốc này khỏi máu.

Nên tránh sử dụng steroid vì chúng thường khiến bệnh nhân cao tuổi bối rối và kích động. Steroid cũng có thể làm xương yếu hơn.

#### Tiêu lượng

Hầu hết bệnh nhân hen suyễn đều đáp ứng tốt khi tìm được loại thuốc hoặc sự kết hợp thuốc tốt nhất và họ có thể có cuộc sống tương đối bình thường. Hơn một nửa số trẻ em bị ảnh hưởng ngừng lên cơn khi chúng được 21 tuổi. Nhiều người khác bị các cơn tấn công ít thường xuyên hơn và ít nghiêm trọng hơn khi họ lớn lên. Các biện pháp khẩn cấp để kiểm soát cơn hen và điều trị liên tục để ngăn ngừa cơn hen đều quan trọng như nhau. Một số ít bệnh nhân sẽ ngày càng khó thở hơn và có nguy cơ bị suy hô hấp và phải được điều trị tích cực.

#### Phòng ngừa

##### Giảm thiểu tiếp xúc với các chất gây dị ứng

Có một số cách để giảm thiểu việc tiếp xúc với các chất gây dị ứng và kích thích phổ biến gây ra cơn hen hoặc tránh chúng hoàn toàn:

bản

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Chất gây dị ứng**—Một chất lạ, chẳng hạn như bọ ve trong bụi nhà hoặc lông động vật, khi hit phải sẽ làm cho đường thở bị thu hẹp và gây ra các triệu chứng hen suyễn.

**Cơ địa dị ứng**—Một trạng thái khiến con người có nhiều khả năng phát triển các phản ứng dị ứng dưới bất kỳ hình thức nào, bao gồm cả tình trạng viêm và hẹp đường thở điển hình của bệnh hen suyễn.

**Quá mẫn cảm**—Tình trạng mà ngay cả một lượng nhỏ chất gây dị ứng cũng có thể khiến đường thở co lại và gây ra cơn hen.

**Đo phế dung**—Một xét nghiệm sử dụng một dụng cụ gọi là phế dung để cho thấy bệnh nhân hen suyễn khó thở như thế nào. Được sử dụng để xác định mức độ nghiêm trọng của bệnh hen suyễn và xem nó đáp ứng với điều trị tốt như thế nào.

- Nếu bệnh nhân nhạy cảm với vật nuôi trong gia đình, hãy đưa con vật đó ra hoặc ít nhất là giữ nó ra khỏi phòng ngủ (đóng cửa phòng ngủ). Giữ thú cưng tránh xa thảm và đồ nội thất bọc nệm. Loại bỏ tất cả lông.
- Để giảm tiếp xúc với mạt bụi nhà, hãy loại bỏ thảm phủ kín tường, giảm độ ẩm và sử dụng vỏ gối, nệm đặc biệt. Cắt giảm đồ chơi nhồi bông và giặt chúng mỗi tuần bằng nước nóng.
- Nếu chất gây dị ứng giàn gây ra cơn hen suyễn, hãy tiêu diệt giàn (dùng thuốc độc, bẫy hoặc axit boric thay vì dùng hóa chất). Cần thận không để thức ăn hoặc rác thải tiếp xúc.
- Giữ sạch không khí trong nhà bằng cách hút bụi thảm một hoặc hai lần một tuần (khi bệnh nhân vắng mặt), tránh sử dụng máy tạo độ ẩm và sử dụng điều hòa khi thời tiết ẩm áp (để có thể đóng cửa sổ).
- Tránh tiếp xúc với khói thuốc lá.
- Không tập thể dục ngoài trời khi mức độ ô nhiễm không khí cao.
- Khi bệnh hen suyễn liên quan đến phổi nhiễm tại nơi làm việc, hãy thực hiện mọi biện pháp phòng ngừa, kể cả đeo khẩu trang và, nếu cần, sấp xếp làm việc ở khu vực an toàn hơn.

Tài nguyên

SÁ CH

Gershwin, M. Eric, EL Klinghofer. Hen suyễn: Hết đau khổ, bắt đầu sống. tái bản lần thứ 2. Reading, MA: Công ty xuất bản Addison-Wesley, 1992.

Haas, Francois và Sheila S Haas. Bệnh hen suyễn thiết yếu

Sách: Cẩm nang dành cho bệnh nhân hen ở mọi lứa tuổi. New York: Sách Ivy, 1987.

TỔ CHỨC

Tổ chức Hen suyễn và Dị ứng của Hoa Kỳ. 1233 Đường 20, NW, Suite 402, Washington, DC 20036. (800) 727-8462. <<http://www.aafa.org>>.

Mothers of Asthmatics, Inc. 3554 Đường Chain Bridge, Suite 200, Fairfax, VA 22030. (800) 878-4403.

Chương trình giáo dục về bệnh hen suyễn quốc gia. 4733 Đại lộ Bethesda, Suite 350, Bethesda, MD 20814. 301-495-4484.

Trung tâm nghiên cứu và y tế Do Thái quốc gia. 1400 Jackson St., Denver, CO 80206. 800-222-LUNG.

David A. Cramer, MD

## loạn thị

Sự định nghĩa

Loạn thị là kết quả của việc giác mạc không thể tập trung hình ảnh vào võng mạc một cách chính xác. Kết quả là một hình ảnh mờ.

### Sự miêu tả

Giác mạc là phần ngoài cùng của mắt. Nó là một lớp trong suốt bao phủ phần màu của mắt (móng mắt), đồng tử và thấu kính. Giác mạc bẻ cong ánh sáng và giúp tập trung nó vào võng mạc nơi các tế bào chuyên biệt (thụ thể ánh) phát hiện ánh sáng và truyền các xung thần kinh qua dây thần kinh thị giác đến não nơi hình ảnh được hình thành.

Giác mạc có hình vòng. Bất kỳ hình dạng giác mạc không chính xác nào cũng dẫn đến sự tập trung ánh sáng không chính xác đi qua phần giác mạc đó. Sự bẻ cong ánh sáng được gọi là khúc xạ và các vấn đề về hội tụ ánh sáng ở giác mạc được gọi là bệnh khúc xạ hoặc rối loạn khúc xạ. Loạn thị là hiện tượng biến dạng hình ảnh do giác mạc có hình dạng không đúng. Thông thường giác mạc có hình cầu, giống như quả bóng chày. Tuy nhiên, trong loạn thị, giác mạc có hình elip, giống quả bóng đá hơn. Có kính tuyển dài và kính tuyển ngắn.

Hai kính tuyển này thường có độ cong không đổi và thường vuông góc với nhau (loạn thị đều). Loạn thị không đều có thể có nhiều hơn hai kính tuyển tiêu điểm và chúng có thể cách nhau không 90°. Do đó, một điểm sáng đi qua giác mạc loạn thị sẽ có hai điểm hội tụ, thay vì một hình ảnh sắc nét đẹp trên võng mạc. Điều này sẽ khiến người đó bị mờ mắt. Độ mờ trông như thế nào sẽ phụ thuộc vào mức độ và hướng của loạn thị. Người bị cận thị (cận thị) hoặc viễn thị

(hyperopia) có thể nhìn thấy một dấu chấm như một vòng tròn mờ. Một người bị loạn thị có thể nhìn thấy dấu chấm giống như một hình mờ hình bầu dục hoặc hình mờ.

Một số trường hợp loạn thị là do thủy tinh thể của mắt có vấn đề. Những thay đổi nhỏ về độ cong của thấu kính có thể tạo ra mức độ loạn thị nhỏ (loạn thị dạng thấu kính). Ở những bệnh nhân này, giác mạc thường có hình dạng bình thường. Trẻ sơ sinh, như một nhóm, có mức độ loạn thị ít nhất. Chứng loạn thị có thể gia tăng trong thời thơ ấu khi mắt đang phát triển.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Triệu chứng chính của loạn thị là nhìn mờ. Mọi người cũng có thể bị đau đầu và mỏi mắt. Cha mẹ có thể nhận thấy rằng trẻ có thể bị loạn thị khi trẻ có thể nhìn thấy một phần nào đó của hình ảnh hoặc hình ảnh rõ ràng hơn những phần khác. Ví dụ, các đường đi ngang có vẻ rõ ràng hơn các đường đi lên và đi xuống.

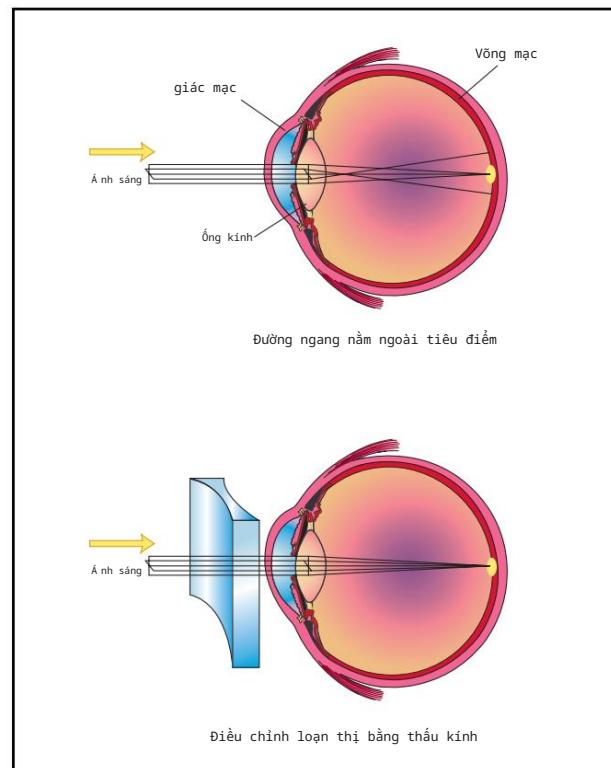
Loạn thị thường xuyên có thể do trọng lượng của mí mắt trên đè lên nhau tạo ra biến dạng, vết mổ phẫu thuật ở giác mạc, chấn thương hoặc sẹo giác mạc, sự hiện diện của khối u ở mí mắt hoặc yếu tố phát triển tâm thần. Loạn thị không đều có thể do vòng sẹo hoặc giác mạc hình chóp gây ra. Keratoconus là tình trạng giác mạc mỏng đi và trở thành hình nón. Nó thường xảy ra vào khoảng tuổi dậy thì và phổ biến hơn ở phụ nữ.

Mặc dù nguyên nhân của bệnh keratoconus vẫn chưa được biết rõ nhưng nó có thể là do di truyền hoặc là kết quả của việc dụi mắt mẩn tính, như ở những người bị dị ứng. Tâm của hình nón có thể không thẳng hàng với tâm giác mạc. Bệnh tiêu đường có thể đóng một vai trò trong sự phát triển của chứng loạn thị. Lượng đường trong máu cao có thể gây ra những thay đổi về hình dạng trong thủy tinh thể của mắt. Quá trình này thường xảy ra chậm và thường chỉ được chú ý khi bệnh nhân tiêu đường bắt đầu điều trị để kiểm soát lượng đường trong máu. Việc trở lại mức đường huyết bình thường cho phép thủy tinh thể trở lại bình thường và sự thay đổi này đôi khi được bệnh nhân nhận thấy là viễn thị.

Vì lý do này, bệnh nhân tiêu đường nên đợi cho đến khi lượng đường trong máu được kiểm soát ít nhất một tháng để thị lực ổn định trước khi đo kính mắt.

### Chẩn đoán

Bệnh nhân tìm cách điều trị vì mờ mắt. Một loạt các xét nghiệm có thể được sử dụng để phát hiện loạn thị trong quá trình khám mắt. Bệnh nhân có thể được yêu cầu mô tả mặt số loạn thị, một loạt các đường tòra từ trung tâm. Những người bị loạn thị sẽ nhìn thấy một số đường rõ ràng hơn những đường khác. Một dụng cụ chẩn đoán được sử dụng là keratometer. Điều này đo độ cong của giác mạc trung tâm. Nó đo số lượng và hướng của độ cong. Một nhà địa hình giác mạc có thể đo được một



Loạn thị có thể được điều trị bằng cách sử dụng thấu kính hình trụ. Các thấu kính được tạo hình để chống lại hình dạng của các phần giác mạc gây khó khăn. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

diện tích giác mạc lớn hơn. Nó có thể đeo khu vực trung tâm và ngoại vi giữa của giác mạc. Máy soi giác mạc chiếu một loạt vòng ánh sáng đồng tâm lên giác mạc. Các vùng giác mạc có hình dạng sai lệch được phát hiện bằng cách chú ý đến các vùng có kiểu ánh sáng không đồng tâm trên giác mạc. Bởi vì những dụng cụ này đang đo giác mạc nên điều quan trọng là phải đo khúc xạ trong trường hợp thấu kính cũng góp phần gây ra loạn thị. Khúc xạ do quang học hoặc tình trạng thị giác của mắt và kết quả là chỉ định kính mắt. Khúc xạ là khi bệnh nhân nhìn vào biểu đồ mắt và bác sĩ đặt các thấu kính khác nhau trước mắt bệnh nhân và hỏi cái nào trông đẹp hơn.

### Sự đối đãi

Loạn thị có thể được điều trị bằng cách sử dụng thấu kính hình trụ. Chúng có thể ở trong kính đeo mắt hoặc kính áp tròng. Đơn vị đo mô tả công suất của hệ thấu kính hoặc thấu kính được gọi là diop (D). Thấu kính được tạo hình để chống lại hình dạng của các phần giác mạc gây khó khăn. Bởi vì sự điều chỉnh theo một hướng nên nó được viết theo trực mà sự điều chỉnh đó hướng tới. Ví dụ, trên đơn thuốc, nó có thể ghi -1,00D 180°.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Kinh tuyển-Một phần của một hình cầu. Ví dụ: kinh độ hoặc vĩ độ trên địa cầu. Hoặc, trên đồng hồ, một phần trải qua 12:00-6:00 hoặc 3:00-9:00, v.v.

**Khúc xạ-Sự biến dạng hoặc bẻ cong của sóng ánh sáng khi ánh sáng truyền từ môi trường này hoặc lớp này sang môi trường khác. Trong mắt, nó có nghĩa là khả năng của mắt bẻ cong ánh sáng để hình ảnh tập trung vào võng mạc.**

Xi lanh điều chỉnh loạn thị, hình cầu trừ điều chỉnh cận thị và hình cầu cộng điều chỉnh viễn thị.

Có một số tranh luận về việc liệu những người mắc chứng loạn thị rất nhỏ có nên được điều trị hay không. Nói chung, nếu thị lực tốt và bệnh nhân không có triệu chứng rõ ràng thì không cần điều trị. Khi điều trị lượng loạn thị lớn hơn hoặc lần đầu tiên điều trị loạn thị, bác sĩ có thể không khắc phục được hoàn toàn tình trạng loạn thị. Việc điều chỉnh hình trụ trong kính mắt có thể làm cho sàn nhà có vẻ nghiêng, do đó gây khó khăn cho bệnh nhân lúc đầu. Thông thường, bác sĩ sẽ đặt kính vào khung thử để bệnh nhân thử đơn thuốc trước khi khám. Có thể mắt khoảng một tuần để làm quen với kính, tuy nhiên, nếu bệnh nhân gặp vấn đề, họ nên liên hệ với bác sĩ, người có thể muốn kiểm tra lại đơn thuốc.

Kính áp tròng được sử dụng để điều chỉnh loạn thị được gọi là thấu kính toric. Khi một người chớp mắt, kính áp tròng sẽ quay. Trong thấu kính toric, điều quan trọng là thấu kính phải trở về vị trí cũ mỗi lần. Ống kính có vùng móng, hoặc vùng bị cắt (cắt ngắn) hoặc có cách khác để xoay và trở về đúng vị trí. Thấu kính toric mềm có nhiều loại theo đơn thuốc, chất liệu và thậm chí cả màu sắc. Bệnh nhân nên hỏi bác sĩ về khả năng sử dụng thấu kính toric.

Năm 1997, Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã phê duyệt phương pháp điều trị loạn thị bằng laser. Bệnh nhân cần nhắc điều này nên đảm bảo rằng bác sĩ phẫu thuật có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật và thảo luận về các tác dụng phụ hoặc rủi ro có thể xảy ra với bác sĩ. Trong trường hợp giác mạc hình chóp, việc ghép giác mạc sẽ được thực hiện nếu chứng loạn thị không thể điều chỉnh được bằng kính áp tròng cứng.

### Tiên lượng

Loạn thị là một tình trạng có thể xuất hiện ngay từ khi sinh ra. Nó cũng có thể xảy ra nếu có thứ gì đó làm biến dạng giác mạc. Tầm nhìn nói chung có thể được điều chỉnh bằng kính mắt

hoặc kính áp tròng. Những rủi ro chính của phẫu thuật (ngoài những rủi ro của phẫu thuật) là việc điều chỉnh loạn thị và điều trị loạn thị. Không có cách chữa trị cho việc sửa chữa quá mức. Đang điều chỉnh có thể được giải quyết bằng cách lặp lại thao tác.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Albert, DM và FA Jakobiec. Nguyên tắc và thực hành nhãn khoa.

New York: Công ty WB Saunders, 1994.

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

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

Newell, Frank W. Nhãn khoa: Nguyên tắc và khái niệm.

tái bản lần thứ 8. Thành Louis: Mosby, 1996.

John T. Lohr, Tiến sĩ

## Hoa tiết Aston

### Sự định nghĩa

Aston-Patterning là một hệ thống tích hợp gồm giáo dục chuyên động, tập thể hình, điều chỉnh công thái học và rèn luyện thể lực nhằm nhận biết mối quan hệ giữa cơ thể và tâm trí đối với sức khỏe. Nó giúp những người đang tìm kiếm phương pháp chữa trị cơn đau cấp tính hoặc mãn tính bằng cách dạy họ cải thiện các kiểu tư thế và chuyển động.

### Mục đích

của Aston-Patterning hỗ trợ mọi người tìm ra những cách hiệu quả hơn và ít căng thẳng hơn để thực hiện các động tác đơn giản trong cuộc sống hàng ngày nhằm làm tiêu tan căng thẳng trong cơ thể. Điều này được thực hiện thông qua massage, thay đổi môi trường và rèn luyện thể lực.

### Mô tả Tím cách

giải quyết các vấn đề về chuyển động, Aston-Patterning giúp tận dụng tối đa các kiểu cơ thể độc đáo của riêng họ thay vì cố gắng buộc họ phải tuân theo một lý tưởng. Không giống như Rolfing, nó không cố gắng thử đổi xứng tuyền tính. Thay vào đó, nó hoạt động với sự bất đối xứng trong cơ thể con người để phát triển các mô hình liên kết và chuyển động phù hợp với từng cá nhân. Aston cũng đưa ra ý tưởng làm việc theo mô hình cột sống ba chiều.

Các buổi học Aston-Patterning có bốn thành phần chung. Họ đang:

- Lịch sử cá nhân giúp người hành nghề đánh giá nhu cầu của khách hàng.
- Thủ nghiệm trước, trong đó người thực hiện và khách hàng khám phá các mô hình chuyển động và khả năng cải thiện.

## JUDITH ASTON

Judith Aston sinh ra ở Long Beach, California. Cô tốt nghiệp Đại học California tại Los Angeles với bằng Cử nhân và MFA về khiêu vũ. Sở thích vận động của cô này sinh từ việc làm vũ công. Năm 1963, Aston thành lập chương trình giáo dục phong trào đầu tiên dành cho các vũ công, diễn viên và vận động viên tại trường Cao đẳng Thành phố Long Beach.

Năm năm sau, khi đang hồi phục vết thương trong hai vụ tai nạn ô tô liên tiếp, Aston đã gặp Ida Rolf, nhà phát triển Rolfining. Aston bắt đầu làm việc cho Rolf, giảng dạy một chương trình giáo dục chuyển động có tên Rolf-Aston Structural Patterning, nhấn mạnh việc sử dụng cơ thể với nỗ lực tối thiểu và độ chính xác tối đa.

Theo thời gian, quan điểm của Rolf và Aston về chuyển động đã khác nhau và mối quan hệ đối tác bị giải thể vào năm 1977. Aston thành lập công ty riêng của mình có tên là Aston Paradigm Corporation ở Lake Tahoe, California. Công ty này cung cấp đào tạo và cấp chứng chỉ cho các học viên của Aston. Cô cũng bắt đầu khám phá xem điều kiện môi trường ảnh hưởng như thế nào đến chuyển động của cơ thể, báo trước phong trào công thái học tại nơi làm việc phát triển vào những năm 1990. Theo thời gian, Aston đã mở rộng công việc vận động của mình để bao gồm chương trình thể dục dành cho người lớn tuổi. Ngày nay, Judith Aston giữ chức vụ giám đốc của Aston Paradigm Corporation.

- Giáo dục chuyển động và tập thể hình, bao gồm massage, giải phóng cơ mặt và vận động khớp, để giúp giải phóng căng thẳng và tạo ra các kiểu chuyển động mới dễ dàng hơn.
- Sau thử nghiệm, khi các hoạt động trước thử nghiệm được lặp lại, cho phép khách hàng cảm nhận được những thay đổi đã diễn ra và hòa nhập chúng vào cuộc sống hàng ngày.

Aston-Patterning đòi hỏi sự tham gia của khách hàng nhiều hơn nhiều kỹ thuật trên thân xe. Khía cạnh mát-xa của Aston-Patterning được thiết kế xoay quanh cảm ứng ba chiều, không né, giúp giải phóng các mô hình căng thẳng trong cơ thể. Nó nhẹ nhàng hơn Rolfining.

Myokinetic sử dụng cảm ứng để giải phóng căng thẳng ở mặt và cổ. Arthrokinetic giải quyết căng thẳng ở xương và khớp. Việc xoa bóp này đi kèm với việc giáo dục về cách hình thành các mô hình chuyển động mới.

Ngoài các buổi học Tạo mẫu Aston, khách hàng cũng được giúp kiểm tra môi trường của họ để tìm các yếu tố, chẳng hạn như sắp xếp chỗ ngồi hoặc chỗ ngủ, có thể hạn chế chức năng cơ thể của họ và gây căng thẳng. Cuối cùng, họ có thể chọn tham gia chương trình đào tạo thể hình của Aston bao gồm các kỹ thuật thả lỏng dựa trên việc tự xoa bóp, làm săn chắc cơ thể, kéo dãn và rèn luyện tim mạch.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Rolfining-Được phát triển bởi Tiến sĩ Ida Rolf (1896-1979), Rolfining là một cách tiếp cận có hệ thống để giảm bớt các dạng căng thẳng và rối loạn chức năng trong cấu trúc của cơ thể thông qua việc thao tác với mô cơ mặt (liên kết) rất dẻo. Nó hỗ trợ cơ thể sắp xếp lại các phân đoạn chính của nó thành sự thẳng hàng theo chiều dọc.

### Chuẩn bị Không

cần chuẩn bị đặc biệt.

### Các biện pháp phòng ngừa

Không cần có biện pháp phòng ngừa đặc biệt nào khi tham gia.

### Phản ứng phụ

Không có tác dụng phụ không mong muốn được báo cáo. Thông thường, khách hàng cho biết tình trạng căng thẳng giảm đi, chuyển động của cơ thể được cải thiện và cảm giác khỏe khoắn hơn.

### Nghiên cứu và sự chấp nhận chung Aston-Patterning

là sự phát triển vượt bậc của Rolfining, đã được chứng minh là có lợi trong một số nghiên cứu có kiểm soát. Rất ít nghiên cứu có kiểm soát đã được thực hiện về lợi ích hoặc hạn chế của Aston-Patterning. Những tuyên bố của nó chưa được chứng minh cũng như không bị bác bỏ, mặc dù theo giao thoại, nhiều khách hàng báo cáo rằng họ đã giảm đau và căng thẳng cũng như cải thiện chuyển động của cơ thể.

### Tài nguyên

#### TỔ CHỨC

Trung tâm đào tạo Aston PO Box 3568, Làng Incline, NV 89450.  
775-831-8228. Astonpat@aol.com <<http://www.aston-patterning.com>>.

Tish Davidson

### U tết bào hình sao xem Khối u não

## Ataxia-telangiectasia

### Sự định nghĩa

Ataxia-telangiectasia (AT), còn gọi là hội chứng Louis-Bar, là một rối loạn thần kinh di truyền hiếm gặp ở trẻ em.

Mũ trùm đầu dần dần phá hủy một phần vùng điều khiển vận động của não, dẫn đến mất thăng bằng và phối hợp. AT cũng ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch và làm tăng nguy cơ mắc bệnh bạch cầu và ung thư hạch ở những người bị ảnh hưởng.

#### Mô tả Rối loạn

này lần đầu tiên xuất hiện trong tài liệu y khoa vào giữa những năm 1920, nhưng không được đặt tên cụ thể cho đến năm 1957.

Tên này là sự kết hợp của hai tình trạng bất thường được công nhận: mắt điều hòa (thiếu kiểm soát cơ) và giãn mao mạch (sự giãn nở bất thường của các mao mạch thường dẫn đến khói u và tổn thương da đỏ). Tuy nhiên, AT không chỉ liên quan đến tổng của hai phát hiện này. Các vấn đề AT liên quan khác bao gồm thiếu hụt hệ thống miễn dịch, cực kỳ nhạy cảm với bức xạ và ung thư máu.

Các nhà nghiên cứu y học ban đầu nghi ngờ rằng có nhiều gen (đơn vị chịu trách nhiệm về các đặc điểm di truyền) có liên quan. Tuy nhiên, vào năm 1995, đột biến ở một gen lớn được xác định là nguyên nhân gây ra AT. Các nhà nghiên cứu đặt tên là gen ATM cho AT, bị đột biến. Nghiên cứu sau đó cho thấy ATM có vai trò quan trọng trong việc điều hòa sự phân chia tế bào. Các triệu chứng liên quan đến AT phản ánh vai trò chính của gen ATM, đó là tạo ra một số phản ứng của tế bào đối với tổn thương DNA, chẳng hạn như ngăn chặn việc tái tạo DNA bị hư hỏng. Khi gen ATM bị đột biến thành ATM, mang tín hiệu bị ảnh hưởng và tế bào không còn phản ứng chính xác để giảm thiểu thiệt hại.

AT rất hiếm nhưng xảy ra ở mọi nhóm dân cư trên toàn thế giới, với tần suất ước tính từ 1/40.000 đến 1/100.000 ca sinh sống. Nhưng người ta tin rằng nhiều trường hợp AT, đặc biệt là những người chết khi còn trẻ, không bao giờ được chẩn đoán chính xác. Vì vậy, căn bệnh này thực sự có thể phổ biến hơn nhiều. Theo Tổ chức Dự án AT, ước tính có khoảng 1% (2,5 triệu người ở Hoa Kỳ) dân số nói chung mang gen AT khiết khuyết. Người mang một bản sao của gen này không phát triển AT nhưng có nguy cơ mắc bệnh ung thư tăng lên đáng kể. Điều này làm cho gen AT trở thành một trong những gen liên quan đến ung thư quan trọng nhất được xác định cho đến nay.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Gen ATM là gen lặn hiếm sắc thể thường, nghĩa là bệnh chỉ xảy ra nếu gen khiết khuyết được thừa hưởng từ cả bố và mẹ. Trẻ sơ sinh bị AT ban đầu thường có vẻ ngoài rất khỏe mạnh. Vào khoảng hai tuổi, chứng mất điều hòa và những bất thường về hệ thần kinh trở nên rõ ràng. Nguyên nhân sâu xa của chứng mất điều hòa liên quan đến AT là do tế bào chết trong não, đặc biệt là các tế bào phân nhánh lớn của hệ thần kinh (tế bào Purkinje) nằm trong tiểu não. Trẻ mới biết đi trở nên vụng về, dễ mất thăng bằng và thiếu khả năng kiểm soát cơ bắp. Lời nói trở nên ngọng và khó khăn hơn, đồng thời các triệu chứng ngày càng trầm trọng hơn.

Giữa hai tuổi

và tám, telangiectase, hay tĩnh mạch hình mạng nhện nhỏ màu đỏ, xuất hiện trên má, tai và trong mắt.

Đến 10-12 tuổi, trẻ mắc AT không còn có thể kiểm soát được cơ bắp của mình. Sự thiếu hụt hệ thống miễn dịch trở nên phổ biến và những người bị ảnh hưởng cực kỳ nhạy cảm với bức xạ. Sự thiếu hụt hệ thống miễn dịch khác nhau tùy theo từng cá nhân nhưng bao gồm mức protein thấp hơn bình thường có chức năng như kháng thể (globulin miễn dịch) và tế bào bạch cầu (tế bào máu không chứa protein "sắt"). Tuy nhiên, cơ quan hỗ trợ phát triển hệ thống miễn dịch của cơ thể, bị thiếu hoặc phát triển bất thường. Trí thông minh là bình thường, nhưng sự tăng trưởng có thể bị chậm lại do hệ thống miễn dịch hoặc thiếu hụt nội tiết tố. Những người mắc bệnh AT đôi khi cũng mắc bệnh tiêu đường, tóc bạc sớm và khó nuốt.

Khi trẻ lớn lên, hệ thống miễn dịch trở nên yếu hơn và ít có khả năng chống lại nhiễm trùng. Ở giai đoạn sau, nhiễm trùng đường hô hấp tái phát và ung thư máu, chẳng hạn như bệnh bạch cầu hoặc ung thư hạch, là phổ biến.

#### Chẩn đoán Chẩn

đoán dựa vào việc nhận biết các dấu hiệu đặc trưng của AT: mắt điều hòa tiến triển và giãn mao mạch. Tuy nhiên, điều này có thể khó khăn vì các triệu chứng mất điều hòa xuất hiện trước các triệu chứng giãn mao mạch vài năm. Các triệu chứng khác có thể khác nhau giữa các cá nhân; ví dụ, 70% người mắc AT có tỷ lệ nhiễm trùng đường hô hấp cao, 30% thì không. Việc xác định gen ATM làm tăng hy vọng rằng việc sàng lọc và có lẽ là điều trị có thể thực hiện được.

#### Sự đối đãi

Hiện tại không có cách chữa trị AT và việc điều trị tập trung vào việc kiểm soát nhiều triệu chứng của từng cá nhân. Vật lý trị liệu và trị liệu ngôn ngữ có thể giúp bệnh nhân điều chỉnh chứng mất điều hòa. Tiêm gamma globulin, hoặc chiết xuất từ máu người có chứa kháng thể, được sử dụng để tăng cường hệ thống miễn dịch bị suy yếu. Việc sử dụng vitamin liều cao cũng có thể được kê toa.

Nghiên cứu tiếp tục ở nhiều nước để tìm ra phương pháp điều trị hiệu quả. Các cá nhân và gia đình sống chung với chứng rối loạn này có thể được hưởng lợi từ việc tham gia các nhóm hỗ trợ.

#### Tiền lượng

AT là một tình trạng gây tử vong. Trẻ em mắc bệnh AT bị khuyết tật về thể chất khi còn ở tuổi thiếu niên và thường chết vào đầu những năm 20 tuổi, thường là do các bệnh ung thư máu và khối u ác tính liên quan. Trong những trường hợp xác suất, những người mắc bệnh AT có thể tiến triển chậm hơn và tuổi thọ dài hơn một chút, sống sót đến độ tuổi 30. Người mang mầm bệnh AT có nguy cơ mắc một số bệnh ung thư cao gấp 5 lần so với người không mang mầm bệnh, đặc biệt là ung thư vú.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**U mạch máu**—Một khối u (chẳng hạn như u mạch máu hoặc u bạch huyết) chủ yếu bao gồm các mạch máu hoặc mạch bạch huyết.

**Kháng thể**—Bất kỳ số lượng lớn protein nào được sản xuất bởi các tế bào máu chuyên biệt sau khi được kích thích bởi kháng nguyên và có tác dụng đặc biệt chống lại kháng nguyên trong phản ứng miễn dịch.

**Kháng nguyên**—Bất kỳ chất nào (chẳng hạn như chất độc hoặc enzyme) có khả năng kích thích phản ứng miễn dịch trong cơ thể.

**Mất điều hòa**—Không có khả năng kiểm soát chuyển động cơ tự nguyện, thường gặp nhất là do rối loạn ở não hoặc tủy sống.

**Nhiễm sắc thể thường**—Liên quan đến bất kỳ nhiễm sắc thể nào ngoại trừ X và Y, nhiễm sắc thể giới tính.

**Tiêu não**—Phần não chịu trách nhiệm điều phối các chuyển động có chủ ý.

**Gamma-globulin**—Một chiết xuất từ máu người có chứa kháng thể.

**Phản ứng miễn dịch**—Phản ứng của cơ thể với một kháng nguyên xảy ra khi kháng nguyên được xác định là ngoại lai và điều đó tạo ra các kháng thể và tế bào lympho có khả năng tiêu diệt kháng nguyên hoặc làm cho nó trở nên vô hại.

**Globulin miễn dịch**—Một loại protein trong máu là thành phần của kháng thể.

**Bệnh bạch cầu**—Một loại ung thư tế bào máu đặc trưng bởi sự gia tăng bất thường số lượng tế bào bạch cầu trong các mô. Có nhiều loại bệnh bạch cầu và chúng được phân loại theo loại tế bào bạch cầu liên quan.

**Ung thư hạch**—Một loại ung thư máu trong đó các tế bào lympho, một loại tế bào bạch cầu, phát triển với tốc độ nhanh bất thường.

**Đột biến**—Bất kỳ sự thay đổi nào trong vật chất di truyền của gen.

**Tế bào Purkinje**—Tế bào phân nhánh lớn của hệ thần kinh.

**Tính trạng lặn**—Tạo ra ít hoặc không có ảnh hưởng về kiểu hình khi xảy ra ở trạng thái dị hợp tử với một allele tương phản.

**Telangiectases**—Tổn thương da do mạch máu giãn nở.

**Telangiectasia**—Sự giãn nở bất thường của các mạch máu mao mạch dẫn đến sự hình thành các telangiectases hoặc u mạch.

**Tuyến ức**—Một tuyến nằm ở phía trước cổ điền phổi sự phát triển của hệ thống miễn dịch.

**Phòng ngừa**

Các nhà nghiên cứu y tế đang nghiên cứu các phương pháp sàng lọc những cá nhân có thể mang gen khiếm khuyết. Có thể thực hiện xét nghiệm AT trước khi sinh nhưng không được thực hiện thường xuyên vì các xét nghiệm sàng lọc thường mại vẫn chưa được phát triển.

**Tài nguyên****ĐỊNH KỲ**

Lavin, Martin F. và Yosef Shiloh. "Khiếm khuyết di truyền ở Ataxia-Telangiectasia." Đánh giá hàng năm về Miễn dịch học 15 (1997): 177.

**TỔ CHỨC**

Dự án trẻ em AT. 1 W. Camino Real, Suite 212, Boca Raton, FL 33432-5966. (561) 395-2621 hoặc (800) 543-5728. <<http://www.med.jhu.edu/ataxia/>>.  
Quỹ nghiên cứu y tế AT. 5241 Round Meadow Rd., Hidden Hills, CA 91302. (818) 704-8146.  
Dự án AT. 3002 Enfield Rd., Austin, TX 78703. (512) 472-3417.

Hiệp hội Ataxia-Telangiectasia của Vương quốc Anh, <<http://www.atsociety.org.uk>>.

Quỹ Ataxia quốc gia. 2600 Fernbrook Ln., Suite 119, Minneapolis, MN 55447-4752. (61) 553-0020. <[http://www.ataxia.org](http://www.ataxia.org/)>.

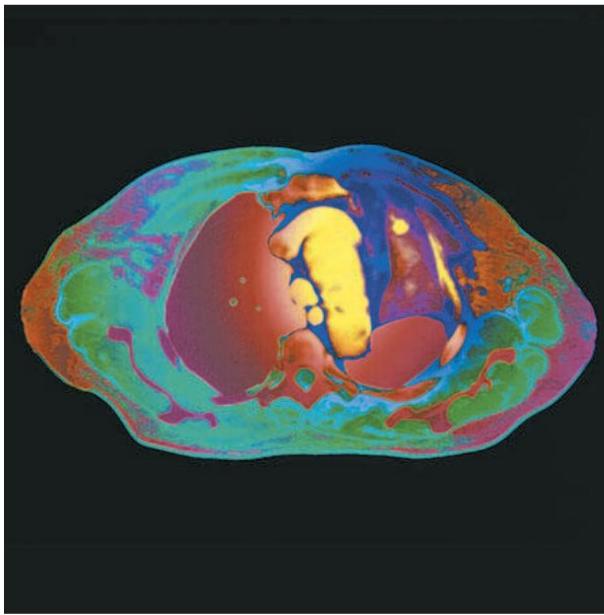
Tổ chức quốc gia về rối loạn hiếm gặp. Hộp thư bưu điện 8923, mới Fairfield, CT 06812-1783. (203) 746-6518 hoặc (800) 999-6673.

Bethanne đén

**Ataxia xem Rối loạn vận động****Xếp phổi****Sự định nghĩa**

Xếp phổi là tình trạng mô phổi bị xẹp, ảnh hưởng đến một phần hoặc toàn bộ một phổi. Tình trạng này ngăn cản sự hấp thụ oxy bình thường đến các mô khỏe mạnh.

Xem



Chụp cắt lớp vi tính (CT) quét qua ngực của bệnh nhân. Phổi bị xẹp xuất hiện ở bên phải hình ảnh.  
(Ảnh Các nhà nghiên cứu, Inc. Được sao chép theo sự cho phép.)

### Sự miêu tả

Xẹp phổi có thể là kết quả của sự tắc nghẽn (tắc nghẽn) của đường thở ảnh hưởng đến các vách khí nhỏ gọi là phế nang. Alveoli có thành rất mỏng và chứa nguồn cung cấp máu dồi dào. Chúng rất quan trọng đối với chức năng của phổi vì mục đích của chúng là trao đổi oxy và carbon dioxide.

Khi đường thở bị chặn bởi một "nút" nhầy, vật lạ hoặc khối u, các phế nang không thể lắp đầy không khí và mô phổi có thể bị xẹp ở khu vực bị ảnh hưởng. Xẹp phổi là một biến chứng tiềm ẩn sau phẫu thuật, đặc biệt ở những người đã trải qua phẫu thuật ngực hoặc bụng dẫn đến đau bụng hoặc đau ngực khi thở. Xẹp phổi bẩm sinh có thể là do phổi không thể nở ra khi mới sinh. Tình trạng bẩm sinh này có thể khu trú hoặc có thể ảnh hưởng đến toàn bộ phổi.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Nguyên nhân gây xẹp phổi bao gồm trẻ sơ sinh có gãy hông không đủ, tắc nghẽn phế quản hoặc thiếu chất hoạt động bề mặt (một chất do phế nang tiết ra để duy trì sự ổn định của mô phổi bằng cách giảm sức căng bề mặt của chất lỏng bao phủ phổi). Việc thiếu chất hoạt động bề mặt này làm giảm diện tích bề mặt sẵn có để trao đổi khí hiệu quả, khiến nó bị sụp đổ nếu nghiêm trọng. Áp lực lên phổi từ chất lỏng hoặc không khí có thể gây ra tình trạng xẹp phổi cũng như tắc nghẽn đường dẫn khí của phổi do chất nhầy dày do các bệnh nhiễm trùng và bệnh phổi khác nhau. Khối u và

các vật hít vào cũng có thể gây tắc nghẽn đường thở, dẫn đến xẹp phổi.

Bất cứ ai trải qua phẫu thuật ngực hoặc bụng bằng cách gây mê toàn thân đều có nguy cơ bị xẹp phổi vì hơi thở thường nông sau phẫu thuật để tránh đau do vết mổ. Bất kỳ sự giảm đáng kể nào về luồng không khí đến phế nang đều góp phần tích tụ các chất tiết, do đó có thể gây nhiễm trùng. Chấn thương ở ngực gây thở nông, bao gồm gây xương sườn, có thể gây xẹp phổi. Các triệu chứng thường gặp của xẹp phổi bao gồm khó thở và giảm độ giãn nở của thành ngực. Nếu xẹp phổi chỉ ảnh hưởng đến một vùng nhỏ của phổi thì các triệu chứng thường rất ít. Nếu tình trạng này ảnh hưởng đến một vùng rộng lớn của phổi và phát triển nhanh chóng, người bệnh có thể chuyển sang màu xanh lam (tim tái) hoặc xanh xao, khó thở cực độ và cảm thấy đau như dao đâm ở bên bị ảnh hưởng. Sốt và nhịp tim tăng có thể được báo trước nếu nhiễm trùng đi kèm với xẹp phổi.

### Chẩn đoán

Để chẩn đoán xẹp phổi, bác sĩ bắt đầu bằng cách ghi lại các triệu chứng của bệnh nhân và thực hiện khám sức khỏe toàn diện. Khi bác sĩ nghe phổi qua ống nghe (nghe chẩn đoán), có thể nghe thấy âm thanh hơi thở phế quản hoạc giảm dần. Bằng cách gõ vào ngực (bô gõ) trong khi nghe qua ống nghe, bác sĩ thường có thể biết phổi có bị xẹp hay không. Chụp X quang ngực cho thấy vùng không có không khí trong phổi giúp xác nhận chẩn đoán xẹp phổi. Nếu nghi ngờ tắc nghẽn đường thở, chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc nội soi phế quản có thể được thực hiện để xác định nguyên nhân gây tắc nghẽn.

### Sự đối đãi

Nếu xẹp phổi là do tắc nghẽn đường thở, bước đầu tiên trong điều trị là loại bỏ nguyên nhân gây tắc nghẽn. Điều này có thể được thực hiện bằng cách ho, hút hoặc soi phế quản. Nếu khối u là nguyên nhân gây xẹp phổi, có thể cần phải phẫu thuật để loại bỏ nó. Thuốc kháng sinh thường được sử dụng để chống lại nhiễm trùng thường đi kèm với bệnh xẹp phổi. Trong trường hợp nhiễm trùng tái phát hoặc kéo dài gây tàn tật hoặc xảy ra chảy máu đáng kể, phần phổi bị ảnh hưởng có thể được phẫu thuật cắt bỏ.

### Tiên lượng

Nếu xẹp phổi do chất nhầy dày "nút" hoặc hít phải dị vật, bệnh nhân thường hồi phục hoàn toàn khi tắc nghẽn được loại bỏ. Nếu nguyên nhân là do khối u, kết quả sẽ phụ thuộc vào bản chất của khối u liên quan. Nếu xẹp phổi là kết quả của phẫu thuật, các tình trạng và/hoặc biến chứng sau phẫu thuật khác sẽ ảnh hưởng đến tiên lượng.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Phé nang-** Các túi khí nhỏ trong phổi nơi trao đổi khí diễn ra giữa không khí nang và máu phổi trong các mao mạch Phé quản -Liên quan đến các đường dẫn khí đến và đi từ phổi bao gồm các phé quản và các phé quản.

**Nội soi phé quản-**Một thủ thuật trong đó một ống rỗng, linh hoạt được đưa vào đường thở để cho phép kiểm tra trực quan thanh quản, khí quản, phế quản và tiêu phế quản. Nó cũng được sử dụng để thu thập mẫu vật để sinh thiết hoặc nuôi cấy và loại bỏ tắc nghẽn đường thở.

**Máy đo phé dung khuyễn khích-**Một thiết bị thở cung cấp phản hồi về hiệu suất để khuyến khích thở sâu.

**Chất nhầy-Màng mỏng,** trơn do màng nhầy và các tuyến tiết ra.

**Dẫn lưu theo tư thế -**Các kỹ thuật giúp loại bỏ chất nhầy dư thừa bằng các tư thế cụ thể của cơ thể (làm giảm tác động của trọng lực) kết hợp với gõ và rung bằng tay trên các phần khác nhau của phổi.

**Chất hoạt động bè mặt-Một chất** được tiết ra bởi phé nang trong phổi làm giảm sức căng bè mặt của dịch phổi, cho phép trao đổi khí và giúp duy trì tính đàn hồi của mô phổi.

**Khỏi u-Sự phát triển bất thường** của mô do sự nhân lên không kiểm soát được của các tế bào.

### Phòng ngừa

Khi hồi phục sau phẫu thuật, việc thay đổi tư thế thường xuyên trên giường cùng với việc ho và thở sâu là điều quan trọng. Nên ho và thở sâu mỗi một đến hai giờ sau bắt kỳ cuộc phẫu thuật nào bằng gây mê toàn thân. Các bài tập thở và sử dụng các thiết bị thở, chẳng hạn như máy đo phé dung kê khuyến khích, cũng có thể giúp ngăn ngừa tình trạng xẹp phổi.

Mặc dù những người hút thuốc có nguy cơ bị xẹp phổi cao hơn sau phẫu thuật, nhưng việc ngừng hút thuốc từ sáu đến tám tuần trước khi phẫu thuật có thể giúp giảm nguy cơ.

Tăng lượng chất lỏng nạp vào khi bị bệnh về đường hô hấp sau phẫu thuật (bằng đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch) giúp dịch tiết ở phổi không bị lỏng. Tăng độ ẩm cũng có thể có lợi.

Kỹ thuật dẫn lưu tư thế có thể được học từ bác sĩ trị liệu hô hấp hoặc vật lý trị liệu và là một công cụ hữu ích cho bắt kỳ ai mắc bệnh hô hấp có thể gây xẹp phổi. Vì các vật lạ chặn đường thở có thể gây xẹp phổi nên điều quan trọng là phải giữ các vật nhỏ có thể hít vào xa xỉ nhở.

### Tài nguyên

#### SÁ CH

Banasik, Jacquelyn L. "Rối loạn phổi hạn chế." Trong quan điểm về sinh lý bệnh. Ed. Lee-Ellen C. Cop-stead.

Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1994.

Chandrasoma, Parakrama và Clive R. Taylor. Pathol ngắn gọn. Đông Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1991.

### TỔ CHỨC

Viện Tim, Phổi và Máu Quốc gia. P.O. Box 30105, Bethesda, MD 20824-0105. (301) 251-1222. <<http://www.nhlbi.nih.gov>>.

Jeffrey P. Larson, RPT

### Atenolol xem Thuốc chẹn Beta

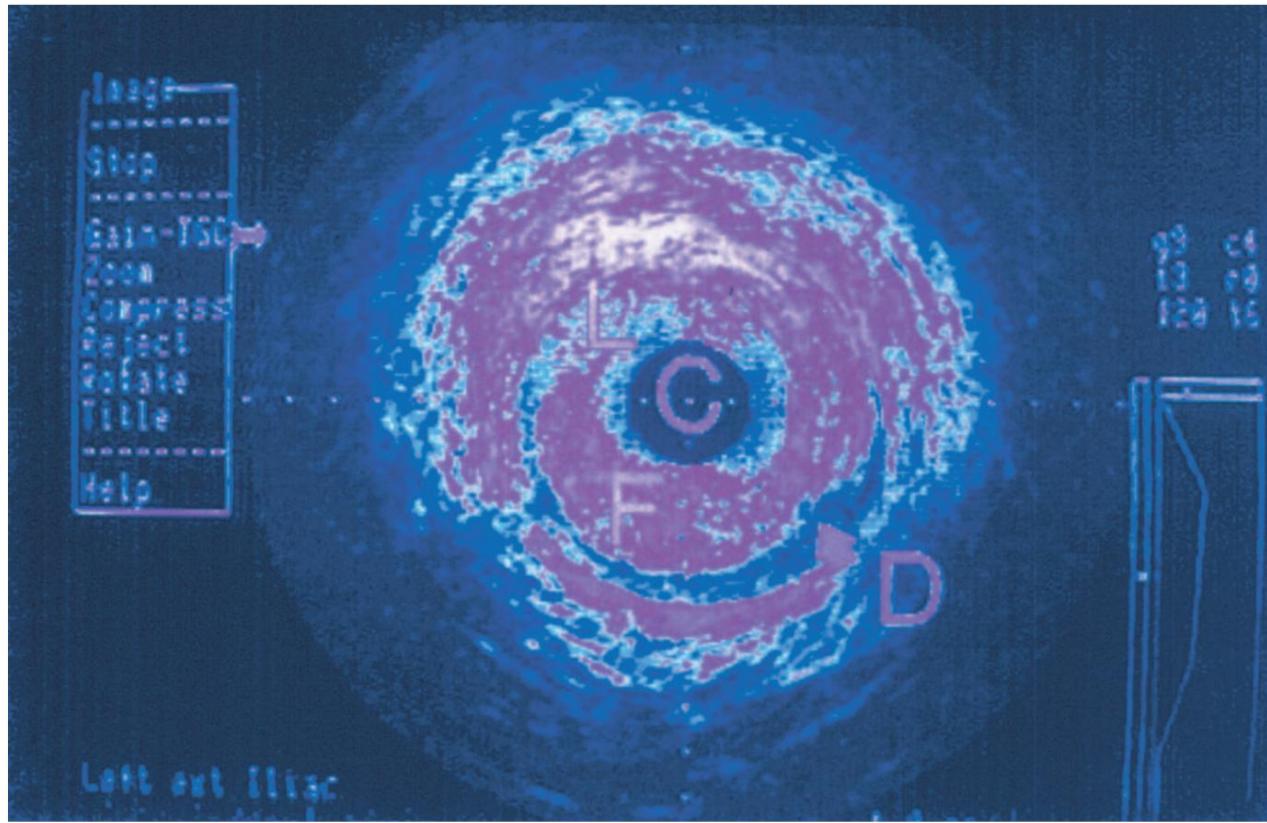
#### Phẫu thuật xơ vữa động mạch

##### Sự định nghĩa

Phẫu thuật xơ vữa động mạch là một thủ thuật không phẫu thuật để thông các động mạch vành hoặc tĩnh mạch bị tắc nghẽn bằng cách sử dụng một thiết bị ở đầu ống thông để cắt hoặc cao bồi mảng xơ vữa động mạch (mỡ và các chất khác tích tụ trong niêm mạc động mạch). tường).

##### Mục đích

Phẫu thuật xơ vữa động mạch được thực hiện để khôi phục lưu lượng máu giàu oxy đến tim, giảm đau ngực và ngăn ngừa các cơn đau tim. Nó có thể được thực hiện trên những bệnh nhân bị đau ngực không đáp ứng với các liệu pháp y tế khác và trên một số người có thể thực hiện nong mảng vành bóng (một thủ thuật phẫu thuật trong đó ống thông bóng bóng được sử dụng để làm phẳng mảng bám trên một khói u). thành động mạch) hoặc phẫu thuật ghép bắc cầu động mạch vành. Nó là



Trong siêu âm số hóa mạch máu này, C là ống thông, D là bóc tách và F là vật xơ vữa động mạch. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

đôi khi được thực hiện để loại bỏ mảng bám tích tụ sau phẫu thuật ghép bắc cầu động mạch vành.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Không nên thực hiện phẫu thuật cắt bỏ mảng xơ vữa khi mảng bám nằm ở vị trí mạch máu chia thành các nhánh, khi mảng bám có góc cạnh hoặc nằm trong một góc của mạch máu, trên bệnh nhân có thành mạch yếu, tồn thương loét hoặc xơ cứng do canxi, hoặc tắc nghẽn. qua đó dây dẫn sẽ không đi qua.

#### Sự miêu tả

Phẫu thuật cắt bỏ mảng xơ vữa sử dụng máy cạo quay hoặc thiết bị khác đặt ở đầu ống thông để cắt bỏ hoặc phá hủy mảng bám. Khi bắt đầu thủ thuật, các loại thuốc để kiểm soát huyết áp, làm giãn động mạch vành và ngăn ngừa cục máu đông sẽ được sử dụng. Bệnh nhân tĩnh nhưng vẫn an thần. Ống thông được đưa vào động mạch ở háng, chân hoặc cánh tay và luồn qua các mạch máu vào động mạch vành bị tắc. Đầu cắt được đặt sát vào mảng bám và được kích hoạt, mảng bám được nghiền nát hoặc hút ra ngoài.

Các loại phẫu thuật cắt bỏ xơ vữa động mạch là bóc tách theo chiều quay, định hướng và xuyên qua. Phẫu thuật cắt bỏ xơ vữa động mạch sử dụng máy cạo quay tốc độ cao để nghiền nát mảng bám. Phẫu thuật xơ vữa định hướng là loại đầu tiên được phê duyệt, nhưng không còn được sử dụng phổ biến nữa; nó cạo mảng bám vào một lỗ ở một bên của ống thông. Phẫu thuật cắt bỏ mảng xơ vữa động mạch vành bằng phương pháp xuyên thấu sử dụng một thiết bị cắt mảng bám trên thành mạch và hút nó vào chai. Nó được sử dụng để xóa các mảng ghép bắc cầu.

Được thực hiện trong phòng thí nghiệm đặt ống thông tim, phẫu thuật cắt bỏ mảng xơ vữa còn được gọi là loại bỏ mảng bám khỏi động mạch vành. Nó có thể được sử dụng thay thế hoặc cùng với nong mạch bằng bóng. Phẫu thuật cắt bỏ xơ vữa thành công khoảng 95%. Mảng bám hình thành trở lại ở 20-30% bệnh nhân.

#### Chuẩn bị Một

ngày trước khi phẫu thuật xơ vữa động mạch, bệnh nhân dùng thuốc chống đông máu và có thể được yêu cầu tắm, gội đầu bằng chất làm sạch da có tính sát trùng.

#### Chăm sóc sau

Sau thủ thuật, bệnh nhân sẽ ở lại khu vực theo dõi tim của bệnh viện vài ngày. Trong ít nhất 20

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Mảng xơ vữa động mạch - Sự tích tụ chất béo và các chất khác tích tụ trong lớp lót của thành động mạch.

Tạo hình mạch bằng bóng-Một thủ tục phẫu thuật trong đó một ống thông bóng được sử dụng để làm phẳng mảng bám trên thành động mạch.

Động mạch vành- Hai động mạch chính cung cấp máu cho tim. Các động mạch vành bao quanh tim như một chiếc vương miện, nhô ra khỏi động mạch chủ, uốn cong xuống phía trên tim và chia thành hai nhánh. Đây là những động mạch nơi xảy ra bệnh động mạch vành.

Khỏi máu tụ-Một khói máu tụ cục bộ, thường đông lại, do thành mạch máu bị vỡ.

phút, áp lực được áp dụng cho băng trên vị trí chèn. Trong giờ đầu tiên, điện tâm đồ và theo dõi chật chẽ được tiến hành; Các dấu hiệu sinh tồn được kiểm tra 15 phút một lần. Sau đó thuốc giảm đau được dùng. Vị trí đâm thủng được kiểm tra mỗi giờ một lần hoặc hơn. Trong hầu hết 24 giờ đầu tiên, bệnh nhân vẫn nằm trên giường.

### Rủi ro

Đau ngực là biến chứng thường gặp nhất của phẫu thuật cắt bỏ mảng xơ vữa. Các biến chứng thường gặp khác là tổn thương niêm mạc mạch máu, mảng bám hình thành lại, cục máu đông (tụ máu) và chảy máu tại vị trí chèn. Các biến chứng nghiêm trọng hơn nhưng ít gặp hơn là thủng mạch máu, rách thành mạch máu hoặc giảm lưu lượng máu đến tim.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Chẩn đoán và Điều trị Y tế Hiện tại, 1998. tái bản lần thứ 37. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

DeBakey Michael E và Antonio M. Gotto Jr. "Quy trình trị liệu." Trong Trái Tim Sóng Mới. Holbrook, MA: Tập đoàn truyền thông Adams, 1997.

Viện tim Texas. "Bệnh động mạch vành, đau thắt ngực và đau tim." Trong Sổ tay dành cho người sở hữu trái tim của Viện Tim Texas. New York: John Wiley & Sons, 1996.

#### ĐỊNH KỲ

Bittl, John A., và Patricia Thomas. "Bên ngoài khinh khí cầu." Thư Y tế Harvard 21, không. 3 (tháng 1 năm 1996): 4.

### TỔ CHỨC

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 7320 Đại lộ Greenville Dallas, TX 75231. (214)

373-6300. <<http://www.americanheart.org>>.

Viện tim Texas. Dịch vụ thông tin về tim. Hộp thư bưu điện 20345, Houston, TX 77225-0345. <<http://www.tmc.edu/thi>>.

### KHÁC

"Cắt bỏ xơ vữa động mạch." Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 1997. Ngày 30 tháng 3 năm 1998 <<http://www.americanheart.org>>.

Lori De Milto

Phẫu thuật cắt bỏ xơ vữa xem nong mạch vành

## Xơ vữa động mạch

### Sự định nghĩa

Xơ vữa động mạch là sự tích tụ của mảng sáp bên trong mạch máu.

Trong tiếng Hy Lạp, *atherosclerosis* có nghĩa là cháo và *skleros* có nghĩa là cứng. Xơ vữa động mạch thường được gọi là xơ cứng động mạch. Xơ cứng động mạch (từ tiếng Hy Lạp *arteria*, có nghĩa là động mạch) là một thuật ngữ chung chỉ tình trạng xơ cứng động mạch. Xơ cứng động mạch có thể xảy ra dưới nhiều hình thức, bao gồm xơ vữa động mạch.

### Sự miêu tả

Xơ vữa động mạch, một quá trình tiến triển gây ra hầu hết các bệnh về tim, là một loại xơ cứng động mạch hoặc xơ cứng động mạch. Động mạch được tạo thành từ nhiều lớp: lớp lót bên trong gọi là nội mô, mảng dày hồi cho phép động mạch giãn nở và co lại, một lớp cơ trơn và một lớp mô liên kết. Xơ cứng động mạch là một thuật ngữ rộng bao gồm tình trạng xơ cứng lớp bên trong và lớp giữa của động mạch. Nó có thể được gây ra bởi sự lão hóa bình thường, do huyết áp cao và do các bệnh như tiểu đường. Xơ vữa động mạch là một loại xơ cứng động mạch chỉ ảnh hưởng đến lớp lót bên trong của động mạch. Nó được đặc trưng bởi sự lắng đọng mảng bám làm tắc nghẽn dòng máu.

Mảng bám được tạo thành từ các chất béo, cholesterol, chất thải từ tế bào, canxi và fibrin, một chất dạng sợi giúp đông máu. Quá trình hình thành mảng bám kích thích các tế bào của thành động mạch sản sinh ra các chất tích tụ ở lớp bên trong. Chất béo tích tụ bên trong các tế bào này và xung quanh chúng, tạo thành mô liên kết và canxi. Lớp bên trong của thành động mạch dày lên, đường kính của động mạch giảm, lưu lượng máu và cung cấp oxy giảm.

Các mảng bám có thể vỡ hoặc nứt ra, gây ra sự hình thành cục máu đông (huyết khối) đột ngột. Xơ vữa động mạch

có thể gây ra cơn đau tim nếu nó chặn hoàn toàn lưu lượng máu trong động mạch tim (mạch vành). Nó có thể gây đột quỵ nếu nó chặn hoàn toàn các động mạch não (động mạch cảnh).

Xơ vữa động mạch cũng có thể xảy ra ở các động mạch ở cổ, thận, dùi và cánh tay, gây suy thận hoặc hoại thư và cắt cụt chi.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Xơ vữa động mạch có thể bắt đầu ở tuổi thiếu niên nhưng thường phải mất nhiều thập kỷ mới gây ra các triệu chứng. Một số người bị chứng xơ vữa động mạch tiến triển nhanh chóng ở độ tuổi ba mươi, những người khác ở độ tuổi năm mươi hoặc sáu mươi. Xơ vữa động mạch rất phức tạp. Nguyên nhân chính xác của nó vẫn chưa được biết. Người ta cho rằng xơ vữa động mạch là do phản ứng tổn thương nội mô do cholesterol cao, huyết áp cao và hút thuốc lá. Một người có cả ba yếu tố nguy cơ này có nguy cơ mắc chứng xơ vữa động mạch cao gấp 8 lần so với người không có.

Ít hoạt động thể chất, tiêu đường và béo phì cũng là những yếu tố nguy cơ gây xơ vữa động mạch. Mức độ cao của axit amin homocysteine và mức độ bất thường của chất béo bọc protein gọi là lipoprotein cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh động mạch vành. Những chất này là mục tiêu của nhiều nghiên cứu hiện nay. Vai trò của chất béo trung tính, một loại chất béo khác lưu thông trong máu, trong việc hình thành các mảng xơ vữa động mạch vẫn chưa rõ ràng. Nồng độ chất béo trung tính cao thường liên quan đến bệnh tiểu đường, béo phì và nồng độ lipoprotein mật độ cao (cholesterol HDL) thấp. Càng nhiều cholesterol HDL ("tốt") trong máu thì càng ít có khả năng mắc bệnh động mạch vành. Những yếu tố rủi ro này đều có thể sửa đổi được. Các yếu tố nguy cơ không thể điều chỉnh được là di truyền, giới tính và tuổi tác.

#### Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được:

- Khói thuốc lá/thuốc lá-Hút thuốc làm tăng cả nguy cơ phát triển chứng xơ vữa động mạch và nguy cơ tử vong vì bệnh tim mạch vành. Hút thuốc thụ động cũng có thể làm tăng nguy cơ.

- Cholesterol trong máu cao-Cholesterol, một chất mầm, như sáp, có trong thực phẩm như thịt, trứng và các sản phẩm động vật khác và được sản xuất ở gan. Tuổi tác, giới tính, di truyền và chế độ ăn uống ảnh hưởng đến cholesterol. Tổng lượng cholesterol trong máu được coi là cao ở mức trên 240 mg/dL và ở mức giới hạn ở mức 200-239 mg/dL. Mức lipoprotein mật độ thấp (LDL cholesterol) có nguy cơ cao bắt đầu ở mức 130-159 mg/dL.

- Chất béo trung tính cao-Hầu hết chất béo trong thực phẩm và trong cơ thể đều ở dạng chất béo trung tính. Mức chất béo trung tính trong máu trên 400 mg/dL có liên quan đến bệnh động mạch vành ở một số người. Tuy nhiên, chất béo trung tính gần như không có hại như cholesterol LDL.

- Huyết áp cao-Huyết áp từ 140 trên 90 trở lên khiến tim phải làm việc nhiều hơn và theo thời gian, cả hai đều làm tim yếu đi và gây hại cho động mạch.

- Ít hoạt động thể chất-Thiếu tập thể dục làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch.

- Đái tháo đường-Nguy cơ phát triển chứng xơ vữa động mạch tăng lên nghiêm trọng đối với bệnh nhân tiểu đường và có thể giảm xuống bằng cách kiểm soát bệnh tiểu đường. Hầu hết bệnh nhân tiểu đường đều chết vì đau tim do xơ vữa động mạch. • Béo phì-Trọng lượng dư thừa làm tăng căng thẳng cho tim và tăng nguy cơ phát triển chứng xơ vữa động mạch ngay cả khi không có yếu tố nguy cơ nào khác.

#### Các yếu tố rủi ro không thay đổi:

- Di truyền-Những người có cha mẹ mắc bệnh động mạch vành, xơ vữa động mạch hoặc đột quỵ khi còn nhỏ có nguy cơ cao hơn. Tỷ lệ cao huyết áp nặng ở người Mỹ gốc Phi khiến họ có nguy cơ cao hơn. • Giới tính-Trước 60 tuổi, nam giới có nhiều khả năng bị đau tim hơn nữ giới. Sau 60 tuổi, nguy cơ mắc bệnh là như nhau giữa nam và nữ.

- Tuổi-Nguy cơ cao hơn ở nam giới từ 45 tuổi trở lên và phụ nữ từ 55 tuổi trở lên.

Các triệu chứng khác nhau tùy thuộc vào vị trí của xơ vữa động mạch.

- Ở động mạch vành (tim): Đau ngực, đau tim hoặc đột tử.

- Ở động mạch cảnh (não): Chóng mặt đột ngột, suy nhược yếu, mất khả năng nói hoặc mù lòa.

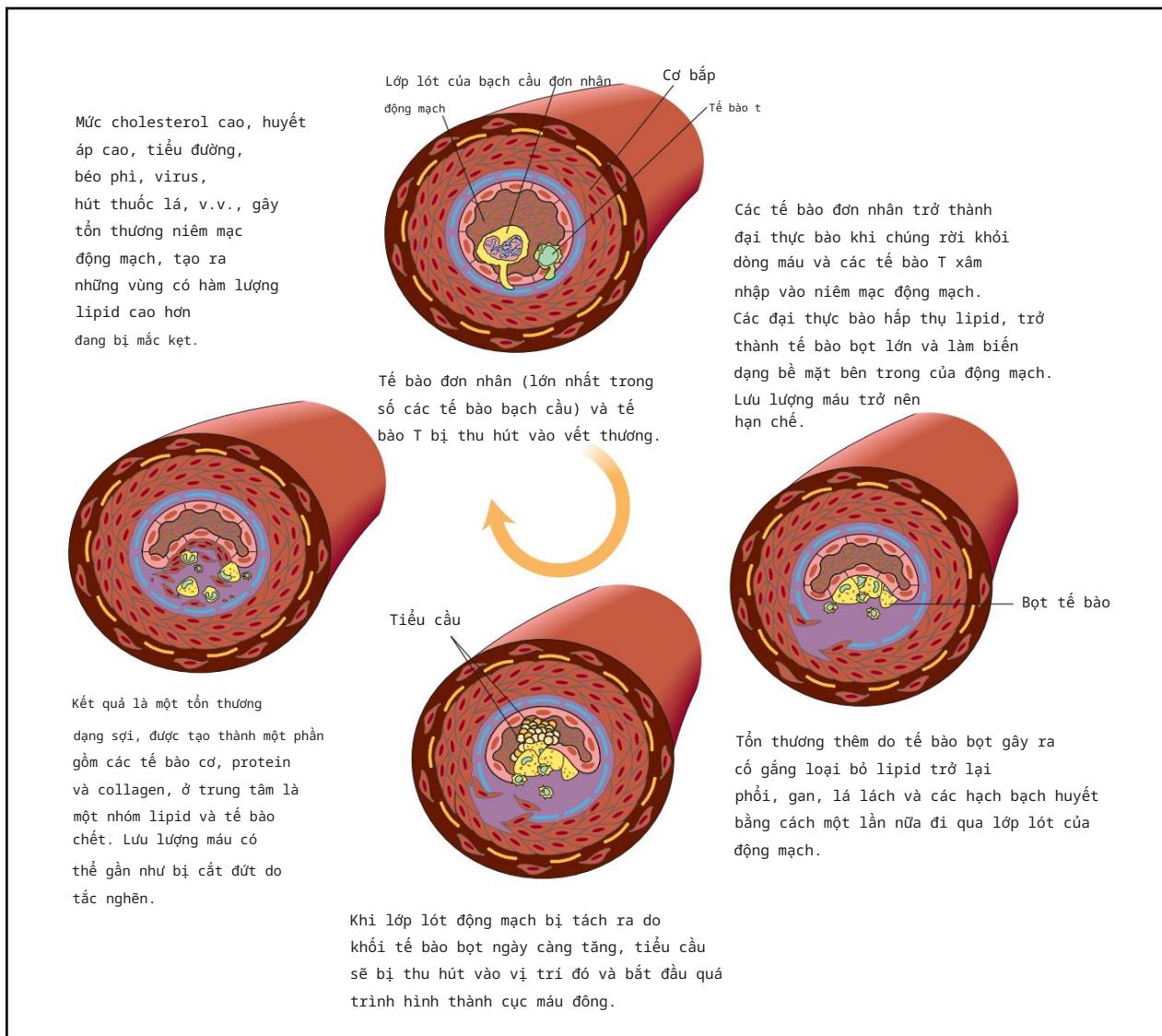
- Ở động mạch dùi (chân): Bệnh mạch máu ở các phần bên ngoài cơ thể (bệnh mạch máu ngoại biên) gây ra chuột rút và mỏi ở bắp chân khi đi lại.

- Ở động mạch thận (thận): Huyết áp cao khó điều trị.

### Chẩn đoán

Các bác sĩ có thể chẩn đoán xơ vữa động mạch khi khám thực thể bằng ống nghe và thăm dò nhẹ nhàng các động mạch bằng tay (pal-pation). Các xét nghiệm xác định hơn là điện tâm đồ, siêu âm tim hoặc siêu âm động mạch (ví dụ, động mạch cảnh), quét hạt nhân phóng xạ và chụp động mạch.

Điện tâm đồ cho thấy hoạt động của tim. Các điện cực được phủ thạch dẫn điện được đặt trên cơ thể bệnh nhân. Họ gửi các xung động của tim đến một máy ghi âm. Xét nghiệm này mất khoảng 10 phút và được thực hiện tại phòng khám của bác sĩ. Điện tâm đồ gắng sức (kiểm tra gắng sức) được tiến hành trong khi bệnh nhân tập thể dục trên máy chạy bộ



Sự tiến triển của chứng xơ vữa động mạch. (Minh họa của Hans &amp; Cassady.)

hoặc một chiếc xe đạp cố định. Nó được thực hiện tại phòng khám của bác sĩ hoặc phòng tập thể dục và mất 15-30 phút.

**Siêu âm tim, siêu âm tim, sử dụng âm thanh sóng để tạo ra hình ảnh của buồng tim và van. Kỹ thuật viên bôi gel vào đầu dò cầm tay, ấn nó vào ngực bệnh nhân và hình ảnh sẽ được hiển thị. hiển thị trên một màn hình. Kỹ thuật này không thể đánh giá trực tiếp động mạch vành. Chúng quá nhỏ và chuyển động theo trái tim. Bệnh động mạch vành nặng, tuy nhiên, có thể gây ra chuyển động tim bất thường được phát hiện bằng siêu âm tim. Thực hiện tại khoa tim mạch phòng thí nghiệm chẩn đoán ngoại trú, xét nghiệm mất 30-60 phút. Siêu âm cũng được sử dụng để đánh giá động mạch của cổ và đùi.**

Chụp động mạch hạt nhân phóng xạ và quét thallium (hoặc ses-tamibi) cho phép bác sĩ nhìn thấy lưu lượng máu qua động mạch vành và buồng tim.

Chất phóng xạ được tiêm vào máu. Một thiết bị sử dụng tia gamma để tạo ra hình ảnh của chất phóng xạ (máy ảnh gamma) ghi lại hình ảnh của trái tim. Chụp mạch máu phóng xạ thường được thực hiện trong khoa y học hạt nhân của bệnh viện và mất 30-60 phút. Việc quét thallium thường được thực hiện sau khi test gắng sức hoặc sau khi tiêm thuốc giãn mạch, thuốc làm giãn mạch máu, như dipyridamole (Per-santine). Thallium được tiêm vào và quá trình quét được thực hiện sau đó và lặp lại bốn giờ (và có thể là 24 giờ) sau đó. Quét Thallium thường được thực hiện trong phòng thí nghiệm hạt nhân của bệnh viện khoa y học. Mỗi lần quét mất 30-60 phút.

Chụp động mạch vành là phương pháp chẩn đoán chính xác nhất và là phương pháp duy nhất cần đưa vào cơ thể (thủ thuật xâm lấn). Bác sĩ tim mạch sẽ chèn một ống thông được trang bị thiết bị quan sát vào mạch máu ở chân hoặc cánh tay và dẫn nó vào tim. Bệnh nhân đã được tiêm thuốc nhuộm tương phản để làm cho tim có thể nhìn thấy được khi chụp X quang. Hình ảnh chuyển động được chụp bằng thuốc nhuộm tương phản chảy qua động mạch. Các mảng bám và tắc nghẽn, nếu có, được xác định rõ ràng. Bệnh nhân tỉnh nhưng đã được cho thuốc an thần. Chụp động mạch vành được thực hiện trong phòng thí nghiệm thông tim và mất từ 30 phút đến hai giờ.

### Sự đổi mới

Điều trị bao gồm thay đổi lối sống, dùng thuốc hạ lipid máu, nong mạch vành qua da và phẫu thuật bắc cầu động mạch vành. Xơ vữa động mạch cần được chăm sóc suốt đời.

Những bệnh nhân bị xơ vữa động mạch ít nghiêm trọng hơn có thể đạt được sự kiểm soát đầy đủ thông qua thay đổi lối sống và điều trị bằng thuốc. Nhiều thay đổi trong lối sống giúp ngừa sự tiến triển của bệnh-chế độ ăn ít chất béo, ít cholesterol, giảm cân (nếu cần), tập thể dục, kiểm soát huyết áp và không hút thuốc—cũng giúp ngừa ngứa bệnh.

Hầu hết các loại thuốc được kê đơn điều trị chứng xơ vữa động mạch đều nhằm mục đích giảm cholesterol. Nhiều loại thuốc hạ lipid máu phổ biến có thể làm giảm LDL-cholesterol trung bình 25-30% khi kết hợp với chế độ ăn ít chất béo, ít cholesterol. Thuốc hạ lipid bao gồm nhựa axit mật, "statin" (thuốc có tác dụng HMG-CoA reductase, một loại enzyme kiểm soát quá trình xử lý cholesterol), niacin và các dẫn xuất của axit fibrat như gemfibrozil (Lobid). Aspirin giúp ngăn ngừa huyết khối và nhiều loại thuốc khác có thể được sử dụng để điều trị hậu quả của chứng xơ vữa động mạch.

Phẫu thuật bắc cầu và nong mạch vành qua da là những thủ thuật xâm lấn giúp cải thiện lưu lượng máu trong động mạch vành. Tạo hình mạch vành qua da (nồng mạch vành) là một thủ thuật không phẫu thuật, trong đó một ống thông có đầu bóng được luồn từ mạch máu ở đùi vào động mạch bị tắc. Quả bóng được bơm căng lên, nén mảng bám để làm giãn mạch máu và làm thông động mạch bị tắc. Phẫu thuật nong mạch vành được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch tại bệnh viện và thường phải nằm viện một hoặc hai ngày. Nó thành công trong khoảng 90% trường hợp, nhưng đối với một phần ba số bệnh nhân, động mạch sẽ thu hẹp lại sau sáu tháng. Nó có thể được lặp lại và một "ống đỡ động mạch" có thể được đặt vào động mạch để giúp giữ cho động mạch luôn thông thoáng (xem bên dưới).

Trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (phẫu thuật bắc cầu), một đường vòng được tạo xung quanh chỗ tắc nghẽn bằng tĩnh mạch hoặc động mạch khỏe mạnh, sau đó cung cấp máu giàu oxy cho động mạch vành.

trái tim. Đây là cuộc phẫu thuật lớn thích hợp cho những bệnh nhân bị tắc nghẽn hai hoặc ba động mạch vành chính hoặc động mạch vành trái bị thu hẹp nghiêm trọng và những người không đáp ứng với các phương pháp điều trị khác. Nó được thực hiện trong bệnh viện dưới hình thức gây mê toàn thân và sử dụng máy tim phổi. Khoảng 70% bệnh nhân thấy thuyên giảm hoàn toàn; giảm nhẹ khoảng 20%.

Ba phương pháp phẫu thuật bán thử nghiệm khác có thể được sử dụng để điều trị chứng xơ vữa động mạch. Trong phẫu thuật cắt bỏ mảng xơ vữa, bác sĩ tim mạch sẽ cạo và loại bỏ các mảng bám khỏi động mạch bị tắc nghẽn. Trong nong mạch bằng laser, một ống thông có đầu laser được đưa vào để đốt cháy hoặc phá vỡ mảng bám. Một cuộn dây kim loại gọi là stent có thể được cấy ghép vĩnh viễn để giữ cho động mạch bị tắc thông thoáng.

### Điều trị thay thế

Các liệu pháp thay thế tập trung vào chế độ ăn uống và lối sống có thể giúp ngừa, làm chậm hoặc đẩy lùi chứng xơ vữa động mạch. Các liệu pháp thảo dược có thể hữu ích bao gồm: táo gai (*Crataegus laevigata*), rễ tam thất (*Panax notoginseng*), tỏi (*Allium sativum*), gừng (*Zingiber officinale*), ớt đỏ hoặc ớt cay, yarrow (*Achillea millefolium*), và cỏ linh lăng (*Medicago sativum*). Các kỹ thuật thư giãn bao gồm yoga, thiền, tưởng tượng có hướng dẫn, phản hồi sinh học, tư vấn và các liệu pháp "nói chuyện" khác cũng có thể hữu ích để ngăn ngừa hoặc làm chậm sự tiến triển của bệnh. Sữa đổi chế độ ăn uống tập trung vào việc ăn thực phẩm ít chất béo (đặc biệt là chất béo bão hòa), cholesterol, đường và protein động vật, đồng thời có nhiều chất xơ và chất chống oxy hóa (có trong trái cây và rau quả tươi). Nên sử dụng nhiều hành và tỏi cũng như ăn cá sống và cá chín, đặc biệt là các loại cá nước lạnh như cá hồi.

Nên tránh hút thuốc, uống rượu và các chất kích thích như cà phê. Liệu pháp thải sắt, sử dụng thuốc chống đông máu và chất dinh dưỡng để hòa tan mảng bám và đẩy nó qua thận, đang gây tranh cãi. Các biện pháp điều trị lâu dài có thể được kê đơn bởi các chuyên gia về y học Ayurvedic, kết hợp chế độ ăn uống, thuốc thảo dược, thư giãn và tập thể dục, và vì lượng đồng căn, điều trị bệnh bằng liều lượng nhỏ thuốc gây ra các triệu chứng của bệnh.

### Tiêu lượng

Xơ vữa động mạch có thể được điều trị thành công nhưng không thể chữa khỏi. Các nghiên cứu lâm sàng gần đây đã chỉ ra rằng xơ vữa động mạch có thể bị tri hoãn, dừng lại và thậm chí đảo ngược bằng cách giảm mạnh cholesterol LDL. Các kỹ thuật chẩn đoán mới cho phép các bác sĩ xác định và điều trị chứng xơ vữa động mạch ở giai đoạn sớm nhất. Các công nghệ mới và các thủ tục phẫu thuật đã kéo dài sự sống của nhiều bệnh nhân mà lẽ ra đã chết. Nghiên cứu tiếp tục.

## Phòng ngừa

Một lối sống lành mạnh - ăn uống hợp lý, tập thể dục thường xuyên, duy trì cân nặng khỏe mạnh, không hút thuốc và kiểm soát cholesterol tăng huyết áp - có thể làm giảm nguy cơ phát triển chứng xơ vữa động mạch, giúp bệnh không tiến triển và đôi khi khiến bệnh thuyên giảm.

- Ăn uống hợp lý-Một chế độ ăn uống lành mạnh làm giảm lượng cholesterol LDL và chất béo trung tính dư thừa. Nó bao gồm nhiều loại thực phẩm ít chất béo và cholesterol và nhiều chất xơ; nhiều trái cây và rau quả; và hạn chế natri. Theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ, chất béo không nên chiếm quá 30% và chất béo bão hòa không quá 8-10% trong tổng lượng calo hàng ngày. Choles-terol nên được giới hạn ở mức khoảng 300 miligam mỗi ngày và natri ở mức khoảng 2.400 miligam. Kim tự tháp "Hướng dẫn Thực phẩm" do Bộ Nông nghiệp, Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ phát triển cung cấp các hướng dẫn hàng ngày: 6-11 phần bánh mì, ngũ cốc, gạo và mì ống; 3-5 phần rau; 2-4 phần trái cây; 2-3 phần sữa, sữa chua và phô mai; và 2-3 phần ăn gồm thịt, gia cầm, cá, đậu khô, trứng và các loại hạt.

Chất béo, dầu và đồ ngọt nên được sử dụng một cách tiết kiệm. Các loại dầu không bão hòa đơn như ô liu và hạt cải dầu (Canola) là những lựa chọn thay thế tốt để sử dụng trong nấu ăn.

- Tập thể dục thường xuyên-Tập thể dục nhịp điệu có thể hạ huyết áp, giúp kiểm soát cân nặng và tăng cholesterol HDL ("tốt"). Nó có thể giúp cho các mạch máu linh hoạt hơn. Theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh và Trường Cao đẳng Y học Thể thao Hoa Kỳ, nên tập thể dục nhịp điệu từ vừa phải đến cường độ cao kéo dài khoảng 30 phút (hoặc ba lần tập thể dục, mỗi lần 10 phút), bốn lần trở lên mỗi tuần.

Tập thể dục nhịp điệu bao gồm đi bộ, chạy bộ và đạp xe, làm vườn năng động, leo cầu thang hoặc làm việc nhà nhanh. Nên tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi tập thể dục nếu một người bị xơ vữa động mạch hoặc có nguy cơ cao mắc bệnh này.

- Duy trì trọng lượng cơ thể mong muốn-Giảm cân có thể giúp giảm cholesterol toàn phần và cholesterol LDL, giảm triglyceride và tăng cholesterol HDL. Nó cũng có thể làm giảm huyết áp. Ăn uống đúng cách và tập thể dục là hai thành phần quan trọng để duy trì trọng lượng cơ thể mong muốn.
- Không hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá-Hút thuốc có nhiều ảnh hưởng xấu đến tim nhưng việc bỏ thuốc có thể khắc phục được tốt thường. Những người đã từng hút thuốc phải đổi mới với nguy cơ mắc bệnh tim tương tự như những người không hút thuốc trong vòng 5 đến 10 năm sau khi bỏ thuốc. Hút thuốc là điều tồi tệ nhất mà một người có thể làm đối với tim và phổi của họ.
- Tim cách điều trị bệnh tăng huyết áp-Huyết áp cao có thể được kiểm soát thông qua thay đổi lối sống-giảm natri và chất béo, tập thể dục, kiểm soát căng thẳng, bỏ thuốc lá

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Xơ cứng động mạch-Xơ cứng động mạch. Nó bao gồm chứng xơ vữa động mạch, nhưng hai thuật ngữ này thường được sử dụng đồng nghĩa.

**Cholesterol**-Một chất giống như chất béo được cơ thể con người tạo ra và được ăn trong các sản phẩm động vật. Cholesterol được sử dụng để hình thành màng tế bào, xử lý hormone và vitamin D. Nồng độ cholesterol cao góp phần phát triển chứng xơ vữa động mạch.

**Cholesterol HDL** - Khoảng một phần ba hoặc một phần tư tổng lượng cholesterol là lipoprotein cholesterol mật độ cao. Mức HDL cao, còn được gọi là cholesterol "tốt", làm giảm nguy cơ xơ vữa động mạch.

**Cholesterol LDL** - Choles-terol lipoprotein mật độ thấp là phân tử cholesterol chính. Nồng độ LDL cao, còn được gọi là cholesterol "xấu", làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch

**Mảng bám**-Mảng mỡ và các chất khác tích tụ trong lớp lót của thành động mạch.

**Triglyceride**-Chất béo có nguồn gốc từ thực phẩm hoặc được tạo ra từ các nguồn năng lượng khác trong cơ thể. Mức độ chất béo trung tính cao góp phần vào sự phát triển của chứng xơ vữa động mạch.

hút thuốc và uống rượu điều độ-và dùng thuốc. Các loại thuốc mang lại hiệu quả điều trị là: thuốc lợi tiểu, thuốc chẹn beta, thuốc ức chế thần kinh giao cảm, thuốc giãn mạch, thuốc ức chế men chuyển angiotensin và thuốc đối kháng canxi. Tăng huyết áp thường có triệu chứng nên phải kiểm tra mới biết được. Giống như cholesterol, tăng huyết áp được gọi là "kẻ giết người thầm lặng".

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. "Sức mạnh của sự phòng ngừa." TRONG

Hướng dẫn Điều trị, Phục hồi và Phòng ngừa Đau tim. New York: Sách thời gian, 1996.

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ.

Sóng Khỏe, Sóng Khỏe. New York: Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ, 1996.

"Xơ vữa động mạch." Trong Hướng dẫn Gia đình Hoàn chỉnh về Y học Thay thế, ed. C. Norman Shealy. New York: Sách Barnes & Noble, 1996.

"Cơ chế cơ bản của chứng xơ vữa động mạch." Trong tim mạch Y học, biên tập. JT Willerson và J. Cohn. New York: Churchill Livingstone, 1995.

đến

DeBakey Michael E., và Antonio M. Gotto Jr. "Xơ vữa động mạch-sis."

Trong Trái Tim Sống Mới. Holbrook, MA: Tập đoàn truyền thông Adams, 1997.

Các biên tập viên của Time-Life Books. "Xơ vữa động mạch." Bên trong

Cố vấn thay thế: Hướng dẫn đầy đủ về liệu pháp tự nhiên và phương pháp điều trị thay thế. Alexandria, VA: Sách về cuộc sống thời gian, 1997.

Viện tim Texas. "Bệnh động mạch vành, đau thắt ngực và đau tim" và "Các bệnh về động mạch và tĩnh mạch ngoại biên". Trong bàn tay của chủ sở hữu trái tim của Viện Tim Texas - sách. New York: John Wiley & Sons, 1996.

#### ĐỊNH KÝ

"Nghiên cứu mang tính bước ngoặt cho thấy việc phòng ngừa bệnh tim phải bắt đầu sớm." Sức Khỏe Quốc Gia (03/1997): 13.

Morgan, Peggy. "Trái tim bạn mong muốn bạn biết gì về Cholesterol." Phòng ngừa, tháng 9 năm 1997, 96.

#### TỔ CHỨC

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 7320 Đại lộ Greenville Dallas, TX 75231. (214) 373-6300. <<http://www.americanheart.org>>.

Viện Tim, Phổi và Máu Quốc gia. PO Box 30105, Bethesda, MD 20824-0105. (301) 251-1222. <<http://www.nhlbi.nih.gov>>.

Viện tim Texas. Dịch vụ thông tin về tim. Hộp thư bưu điện 20345, Houston, TX 77225-0345. <<http://www.tmc.edu/thi>>.

Lori De Milto

#### Athetosis xem Rối loạn vận động



Nấm chân của vận động viên ở lòng bàn chân của bệnh nhân.  
(Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

vì tình trạng nhiễm trùng thường xảy ra ở những vận động viên thường xuyên sử dụng những khu vực này.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Bàn chân của vận động viên là do nhiễm nấm thường ảnh hưởng đến móng ngón chân thứ tư và thứ năm. *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes* và *Epidermophyton floccosum*, những loại nấm gây bệnh nấm bàn chân của vận động viên, khác thường ở chỗ chúng chỉ sống trên mô cơ thể chết (tóc, lớp da bên ngoài và móng tay). Nấm phát triển tốt nhất ở những nơi ẩm ướt, tối tăm, không gió kém. Vấn đề này không xảy ra ở những người thường đi chân đất.

Nhiều người mang nấm trên da. Tuy nhiên, nó sẽ chỉ phát triển mạnh đến mức gây bệnh nấm chân nếu có điều kiện thích hợp. Nhiều người cho rằng bệnh nấm bàn chân rất dễ lây lan, đặc biệt là ở các bể bơi và phòng tắm công cộng. Tuy nhiên, nghiên cứu đã chỉ ra rằng rất khó bị nhiễm trùng chỉ bằng cách đi chân trần trên sàn ẩm ướt bị ô nhiễm. Chính xác tại sao một số người phát triển tình trạng này còn những người khác thì không vẫn chưa được hiểu rõ.

Đỗ mò hôi chân, đi giày chật, tất tổng hợp không hút ẩm tốt, khí hậu ẩm áp và không làm khô chân sau khi bơi hoặc tắm đều góp phần khiến nấm phát triển quá mức.

Các triệu chứng của bệnh nấm bàn chân của vận động viên bao gồm ngứa, đau da ở ngón chân, đóng vảy, nứt, viêm và phồng rộp. Các mụn nước vỡ ra, để lộ các mảng mô thô có thể gây đau và sưng tấy. Khi nhiễm trùng lan rộng, ngứa và rát có thể trở nên tồi tệ hơn.

Nếu không được điều trị, bệnh nấm bàn chân của vận động viên có thể lan đến lòng bàn chân và móng chân. Nhiễm trùng móng chân cứng đầu có thể xuất hiện cùng lúc với tình trạng móng bị bong tróc, bong tróc và dày lên và rụng móng. Nhiễm trùng có thể lan rộng hơn nếu bệnh nhân gãi và sau đó chạm vào người khác.

#### Chân của vận động viên

##### Sự định nghĩa

Một bệnh nhiễm trùng nấm thông thường giữa các ngón chân, khiến da bị ngứa và đau, nứt nẻ và bong tróc. Bệnh nấm bàn chân của vận động viên (còn được gọi là nấm bàn chân hoặc nấm ngoài da) có thể điều trị được nhưng có thể dai dẳng và khó chữa khỏi hoàn toàn.

##### Mô tả Bệnh bàn

Chân của vận động viên là tình trạng rất phổ biến gây ngứa, bong tróc da ở bàn chân. Trên thực tế, nó phổ biến đến mức hầu hết mọi người đều sẽ gặp phải ít nhất một lần trong đời. Bệnh này ít gặp hơn ở phụ nữ và trẻ em dưới 12 tuổi. (Các triệu chứng giống như bệnh bàn chân của vận động viên ở trẻ nhỏ rất có thể là do một số tình trạng da khác gây ra).

Vì nấm phát triển tốt ở những khu vực ẩm áp, ẩm ướt nên chúng phát triển mạnh trong và xung quanh bể bơi, phòng tắm và phòng thay đồ. *Tinea pedis* có tên chung



Nấm chân của vận động viên trên ngón chân của bệnh nhân. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

ở đâu (đặc biệt là ở hông hoặc dưới cánh tay). Cũng có thể lây nhiễm sang các bộ phận khác của cơ thể thông qua ga trải giường hoặc quần áo bị ô nhiễm.

### Chẩn đoán

Bác sĩ da liễu có thể chẩn đoán tình trạng này bằng cách khám thực thể và bằng cách kiểm tra vết xước trên da dưới kính hiển vi. Thử nghiệm này, được gọi là chế phẩm KOH, xử lý mẫu mô được cạo từ vùng bị nhiễm trùng bằng nhiệt và kali hydroxit (KOH). Phương pháp xử lý này hòa tan một số chất trong mẫu mô, giúp có thể nhìn thấy nấm dưới kính hiển vi.

### Sự đối đãi

Bàn chân của vận động viên có thể kháng thuốc và không nên bỏ qua. Những trường hợp đơn giản thường đáp ứng tốt với kem hoặc thuốc xịt chống nấm (clotrimazole, ketoconazole, miconazole nitrat, sulconazole nitrat hoặc tolnaftate). Nếu nhiễm trùng kháng lại điều trị tại chỗ, bác sĩ có thể kê đơn thuốc chống nấm đường uống.

Bệnh nấm bàn chân của vận động viên không được điều trị có thể dẫn đến nhiễm trùng thứ phát do vi khuẩn ở các vết nứt trên da.

### Điều trị thay thế

Nước ngâm chân có chứa quế đã được chứng minh là làm chậm sự phát triển của một số loại nấm móc và được cho là rất hiệu quả trong việc làm sạch bàn chân của vận động viên. Để làm bồn tắm:

- đun sôi bồn cốc nước • thêm 8 đến 10 thanh quế gãy
- giảm nhiệt và đun nhỏ lửa trong năm phút
- Lấy ra và để hỗn hợp ngâm trong 45 phút cho đến khi ấm áp
- ngâm chân

Các phương pháp điều trị bằng thảo dược khác được sử dụng bên ngoài để điều trị bệnh nấm chân bao gồm: ngâm chân hoặc bột có chứa Goldenseal (*Hydrastis canadensis*); dầu cây trà (*Melaleuca spp.*); hoặc kem calendula (*Calendula officinalis*) để giúp chữa lành da nứt nẻ.

### Tiên lượng

Bàn chân của vận động viên thường đáp ứng tốt với điều trị, nhưng điều quan trọng là phải dùng tất cả các loại thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ da liễu, ngay cả khi da có vẻ không còn nấm móc. Nếu không, nhiễm trùng có thể quay trở lại. Tuy nhiên, nhiễm trùng móng chân có thể đi kèm với bệnh nấm bàn chân của vận động viên thường rất khó điều trị hiệu quả.

### Phòng ngừa

Vệ sinh cá nhân tốt và một số biện pháp phòng ngừa đơn giản có thể giúp ngăn ngừa bệnh bàn chân của vận động viên. Để ngăn chặn sự lây lan của bệnh nấm bàn chân của vận động viên:

- rửa chân hàng ngày
- lau khô chân thật kỹ (đặc biệt là giữa các ngón chân) • tránh đi giày chật (đặc biệt là vào mùa hè) • mang dép khi thời tiết ẩm áp • mang tất cotton và thay thường xuyên nếu bị ẩm
- không mang tất làm từ chất liệu tổng hợp • đi chân trần ngoài trời khi có thể • mang giày tắm khi tắm công cộng hoặc dưới vòi sen khu vực
- sử dụng bột chà chân chất lượng tốt • không mang giày thể thao mà không đi tất
- giặt kỹ khăn tắm, sàn nhà bị ô nhiễm và buồng tắm với sen bằng nước xà phòng nóng nếu có người trong gia đình bị bệnh nấm chân

### Tài nguyên

#### SÁCH

- Donahue, Peggy Jo. Giảm các vấn đề về da mẫn cảm. Mới York: Nhà xuất bản Dell, 1992.  
Orkin, Milton, Howard Maibach và Mark Dahl. Dermatology. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1991.  
Stoffman, Phyllis. Hướng dẫn Gia đình Phòng ngừa và Điều trị 100 Bệnh Truyền nhiễm. New York: John Wiley & Sons, 1995.

Thompson, tháng 6 và công sự. Điều dưỡng lâm sàng của Mosby. Thành Louis: Mosby, 1998.

#### TỔ CHỨC

Hiệp hội Y khoa Nhi khoa Hoa Kỳ. 9312 Lão George- Đường thị trấn, Bethesda, MD 20814-1698. (301) 571-9200. <<http://www.apma.org>>.

Hình ảnh

Carol A. Turkington

## Hội chứng tim thề thao

### Sự định nghĩa

Hội chứng tim thề thao là sự thích ứng của trái tim vận động viên để đáp ứng với những căng thẳng sinh lý của quá trình rèn luyện thể chất vất vả. Có thể khó phân biệt một tình trạng bệnh lý quan trọng với một trái tim khỏe mạnh.

### Sự miêu tả

Tim thích ứng với nhu cầu thể chất bằng cách mở rộng, đặc biệt là tâm thất trái. Sự mở rộng làm tăng cung lượng tim, lượng máu được bơm theo mỗi nhịp tim. Loại thích ứng chính xác phụ thuộc vào bản chất của nhu cầu vật chất. Có hai loại nhu cầu, tĩnh và động. Nhu cầu tĩnh liên quan đến các nhóm cơ nhỏ hơn dưới sức đề kháng cực độ trong thời gian ngắn. Một ví dụ là nâng tạ.

Huấn luyện năng động bao gồm các nhóm cơ lớn hơn với sức đề kháng thấp hơn trong thời gian dài. Ví dụ như tập luyện aerobic và quần vợt. Sự mở rộng của tim có liên quan đến việc tập luyện năng động. Phản ứng của tim khi luyện tập tĩnh là phi đại, làm dày thành cơ tim. Khi thành tim thích nghi, sẽ có những thay đổi trong hệ thống dẫn điện của tim. Do lượng máu được bơm theo mỗi nhịp tim lớn hơn nên nhịp tim khi nghỉ ngơi giảm xuống dưới mức bình thường đối với những người không phải vận động viên.

Đột tử bất ngờ (SUD) là cái chết của một vận động viên, thường là trong hoặc ngay sau khi hoạt động thể chất. Thông thường, không có cảnh báo nào cho thấy người đó sẽ gặp phải SUD, mặc dù trong một số trường hợp, các dấu hiệu cảnh báo xuất hiện khiến người đó phải tìm tư vấn y tế. Điều quan trọng là các trường hợp tử vong xảy ra trong khi hoạt động thể chất không phải do hội chứng tim thề thao mà do rối loạn tim không được chẩn đoán.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Hội chứng tim thề thao là hậu quả của sự thích ứng bình thường của tim với hoạt động thể chất tăng lên.

Sự thay đổi của hệ thống dẫn điện

tim có thể được phát hiện và chẩn đoán, nhưng không gây ra vấn đề gì. Trong trường hợp SUD, có liên quan đến các vấn đề về tim khác. Trong 85-97% trường hợp SUD, khiếm khuyết cấu trúc cơ bản của tim đã được ghi nhận.

### Chẩn đoán

Những thay đổi trong nhịp tim do hệ thống dẫn điện của tim gây ra có thể được phát hiện trên điện tâm đồ. Nhiều thay đổi trong hội chứng tim thề thao bắt chước những thay đổi của các bệnh tim khác nhau.

Phải kiểm tra cẩn thận để phân biệt bệnh tim với hội chứng tim thề thao.

### Tiền lương Tý

lệ xuất hiện SUD hàng năm ở những người dưới 35 tuổi là dưới 7 ca trên 100.000. Trong số tất cả các trường hợp SUD, chỉ có khoảng 8% là liên quan đến tập thể dục. Trên phạm vi quốc gia, điều này có nghĩa là mỗi năm có khoảng 25 vận động viên gặp phải SUD. Ở những người trên 35 tuổi, tỷ lệ mắc SUD là khoảng 55 trên 100.000, chỉ có 3% trường hợp xảy ra khi tập thể dục.

### Tài nguyên

#### SÁ CH

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

Braunwald, E. Bệnh tim. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.

Gibler, WB và TP Aufderheide. Chăm sóc tim khẩn cấp.

Thánh Louis: Mosby, 1994.

John T. Lohr, Tiến sĩ

## chế độ ăn kiêng Atkins

### Sự định nghĩa

Chế độ ăn kiêng Atkins là chế độ ăn giàu protein, nhiều chất béo và rất ít carbohydrate. Nó nhấn mạnh vào thịt, pho mát và trứng, đồng thời không khuyến khích các loại thực phẩm như bánh mì, mì ống, trái cây và đường. Nó là một hình thức của chế độ ăn ketogen.

### Mục đích

Lợi ích chính của chế độ ăn kiêng là giảm cân nhanh chóng và đáng kể. Bằng cách hạn chế lượng carbohydrate, cơ thể sẽ đốt cháy nhiều chất béo được lưu trữ trong cơ thể. Vì không có giới hạn về lượng calo hoặc số lượng thực phẩm được phép trong chế độ ăn kiêng nên bạn sẽ ít cảm thấy đói giữa các bữa ăn.

Theo Atkins, chế độ ăn kiêng có thể làm giảm bớt các triệu chứng của bệnh

## DR. ROBERT C. ATKINS (1930- )



(AP/Ảnh thế giới rộng. Được sao chép theo sự cho phép.)

Tiến sĩ Robert C. Atkins tốt nghiệp Đại học của Michigan vào năm 1951 và nhận bằng y khoa từ Trường Y Đại học Cornell năm 1955 với bằng

chuyên khoa tim mạch. Là bác sĩ nội khoa và tim mạch ông đã phát triển Chế độ ăn kiêng Atkins vào đầu những năm 1970. Chế độ ăn kiêng là chế độ ăn ketogenic-một chế độ ăn giàu protein, nhiều chất béo và rất chế độ ăn ít carbohydrate dẫn đến ketosis. Nó nhấn mạnh vào kích thước thịt, phô mai và trứng, đồng thời không khuyến khích các loại thực phẩm chẳng hạn như bánh mì, miếng, trái cây và đường. Nó lần đầu tiên được công chúng chú ý vào năm 1972 với việc xuất bản cuốn sách của Tiến sĩ Atkins. Cuộc cách mạng ăn kiêng. Cuốn sách nhanh chóng trở thành sách bán chạy nhưng không giống như hầu hết các cuốn sách ăn kiêng đang thịnh hành khác, cuốn sách này có vẫn phổ biến. Lần đếm cuối cùng, nó đã được tái bản 28 lần và bán được hơn 10 triệu bản trên toàn thế giới. Kể từ đó, Atkins là tác giả của một số cuốn sách khác về chủ đề ăn kiêng của ông, bao gồm Chế độ ăn kiêng mới của Tiến sĩ Atkins (1992), Chế độ ăn kiêng mới nhanh chóng và dễ dàng của Tiến sĩ Atkins Sách dạy nấu ăn (1997) và Giải pháp dinh dưỡng Vita: Câu trả lời của Thiên nhiên đối với Ma túy (1998).

Atkins đã khám cho khoảng 60.000 bệnh nhân hơn 30 năm hành nghề. Ông cũng đã xuất hiện trên nhiều chương trình trò chuyện trên đài phát thanh và truyền hình, có chương trình phát thanh tổng hợp của riêng mình, Your Health Choices, và là tác giả của cuốn sách, bản tin hàng tháng Những tiết lộ về sức khỏe của Tiến sĩ Atkins. Atkins đã nhận được Giải thưởng Thành tựu của Tổ chức Y học Thay thế Thế giới và được vinh danh là Người đàn ông của năm của Liên đoàn Y tế Quốc gia. Ông là giám đốc của Trung tâm bổ sung Atkins Y học mà ông thành lập vào đầu những năm 1980. Trung tâm tọa lạc tại 152 E. 55th St., New York, NY 10022.

các tình trạng như mệt mỏi, khó chịu, đau đầu, trầm cảm và một số loại đau khớp và cơ.

### Sự miêu tả

Phác đồ này là chế độ ăn ít carbohydrate hoặc ketogenic chế độ ăn uống, đặc trưng bởi sự giảm cân nhanh chóng ban đầu, thường do mất nước. Giảm mạnh lượng carbohydrate nạp vào sẽ gây mất glycogen ở gan và cơ, có tác dụng lợi tiểu mạnh nhưng tạm thời. Giảm cân lâu dài xảy ra do với một lượng thấp lượng carbohydrate, cơ thể sẽ đốt cháy chất béo dự trữ để lấy năng lượng.

Chế độ ăn kiêng bốn bước bắt đầu bằng việc bắt đầu thực hiện trong hai tuần chương trình được thiết kế để cân bằng lại quá trình trao đổi chất của một cá nhân. Không giới hạn lượng chất béo và protein được phép nhưng lượng carbohydrate được giới hạn ở mức 15-20 gram mỗi ngày. Thực phẩm được phép bao gồm bơ, dầu, thịt, thịt gia cầm, cá, trứng, phô mai và kem. Lượng carbohydrate được phép hàng ngày tương đương với khoảng ba cốc rau trộn salad, chẳng hạn như rau diếp, dưa chuột và cà rốt.

Giai đoạn thứ hai là giảm cân liên tục. Nó cho phép 15-40 gram carbohydrate mỗi ngày. Khi mà

cá nhân nặng khoảng 10 pound so với cân nặng mong muốn của họ, họ bắt đầu giai đoạn tiền bảo trì. Điều này dần dần thêm một đến ba phần ăn mỗi tuần với hàm lượng carbohydrate cao thực phẩm, chẳng hạn như một miếng trái cây hoặc một lát lúa mì nguyên hạt bánh mỳ. Khi đạt được trọng lượng mong muốn, giai đoạn bảo trì sẽ bắt đầu. Nó cho phép 40-60 gam carbohydrate mỗi ngày.

Ý kiến từ cộng đồng y tế nói chung vẫn được trộn lẫn trong chế độ ăn kiêng Atkins, nhưng nhìn chung là không thuận lợi. Chưa có nghiên cứu khoa học dài hạn đáng kể nào về chế độ ăn kiêng. Một số chuyên gia y tế hàng đầu và các tổ chức y tế, bao gồm cả American Medical Hiệp hội, Hiệp hội Dinh dưỡng Hoa Kỳ và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ phản đối nó. Nó khác biệt hoàn toàn so với chế độ ăn kiêng được khuyến nghị bởi Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ và Viện Y tế Quốc gia. Phần lớn sự phản đối là do chế độ ăn uống thiếu một số vitamin và chất dinh dưỡng, và vì nó có nhiều chất béo. Trong phiên điều trần trước Quốc hội Mỹ ngày 24/2/2000, đại diện ADA gọi chế độ ăn kiêng Atkins là "nguy hiểm" và nói rằng nó thiếu khoa học. Độ tin cậy thực sự.

## Chuẩn bị

Không cần chuẩn bị trước để thực hiện chế độ ăn kiêng. Tuy nhiên, giống như hầu hết các chế độ ăn kiêng, việc tham khảo ý kiến bác sĩ và đánh giá thể chất trước khi bắt đầu chế độ dinh dưỡng như vậy thường được coi là phù hợp. Việc đánh giá nên bao gồm xét nghiệm máu để xác định mức cholesterol, chất béo trung tính, glucose, insulin và axit uric. Một xét nghiệm dung nạp glucose cũng được khuyến khích.

### Các biện pháp phòng ngừa

Tuân thủ chế độ ăn kiêng Atkins có thể dẫn đến thiếu vitamin và thiếu khoáng chất. Trong sách của mình, Atkins khuyến nghị nhiều loại thực phẩm bổ sung dinh dưỡng, bao gồm cả vitamin tổng hợp. Trong số các khuyến nghị của mình, Atkins gợi ý liều lượng hàng ngày sau: 300-600 microgam (mcg) crom picolinate, 100-400 miligam (mg) pantetheine, 200 mcg selen và 450-675 mcg biotin.

Chế độ ăn kiêng này không được khuyến khích cho người ăn chay lacto-ovo vì nó không thể được thực hiện thành công nếu không có protein có nguồn gốc từ các sản phẩm động vật. Ngoài ra, theo Atkins, những người ăn chay không thể tuân theo chế độ ăn kiêng này vì chế độ ăn thuần chay có quá nhiều carbohydrate. Thay vào đó, ông khuyến nghị những người ăn chay có vấn đề nghiêm trọng về cân nặng nên từ bỏ việc ăn chay, hoặc ít nhất là đưa cá vào chế độ ăn của họ.

## Phản ứng phụ

Theo Atkins, chế độ ăn kiêng không gây ra tác dụng phụ bất lợi. Nhiều chuyên gia chăm sóc sức khỏe không đồng ý. Trong một tờ thông tin trên trang web Kiểm tra thực tế chăm sóc sức khỏe (<http://www.hcrc.org>), Ellen Coleman, một chuyên gia dinh dưỡng và tác giả đã đăng ký, cho biết chế độ ăn kiêng này có thể có tác dụng phụ nghiêm trọng đối với một số người. Cô cho biết các biến chứng liên quan đến chế độ ăn kiêng bao gồm chứng ketosis, mất nước, mất chất điện giải, suy giảm canxi, suy nhược, buồn nôn và các vấn đề về thận. Cô nói: "Chắc chắn sẽ có nhiều rủi ro hơn đối với những người thừa cân có các vấn đề về sức khỏe như bệnh tim, cao huyết áp, bệnh thận và tiểu đường so với những người thừa cân không có vấn đề về sức khỏe".

Những người mắc bệnh tiểu đường dùng insulin có nguy cơ bị hạ đường huyết nếu không ăn carbohydrate thích hợp. Ngoài ra, những người tập thể dục thường xuyên có thể gặp phải mức năng lượng thấp và mệt cơ do lượng carbohydrate thấp.

## Tài nguyên

### SÁCH

Atkins, Tiến sĩ Robert C. Cuộc cách mạng ăn kiêng mới của Tiến sĩ Atkins. Mới Thành phố York: Sách Avon. 1992.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Biotin-** Vitamin B phức hợp, được tìm thấy tự nhiên trong men, gan và lòng đỏ trứng.

**Carbohydrate-** Các hợp chất trung tính của cacbon, hydro và oxy có trong đường, tinh bột và xenlulo.

**Tăng huyết áp -** Huyết áp động mạch cao bất thường, nếu không được điều trị có thể dẫn đến bệnh tim và đột quỵ.

**Chế độ ăn ketogenic-Một chế độ ăn kiêng cung cấp lượng chất béo cao bất thường và một lượng nhỏ carbohydrate và protein.**

**Ketosis-Sự gia tăng bất thường của xeton trong cơ thể, thường thấy ở những người bị đái tháo đường không kiểm soát được.**

**Pantetheine-Một chất yếu tố tăng trưởng cần thiết cho con người và là thành phần của coenzym A.**

**Triglyceride-Một loại lipid mỡ trong máu làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim.**

Atkins, Tiến sĩ Robert C. Tiến sĩ Giải pháp dinh dưỡng Vita của Atkins: Câu trả lời của Thiên nhiên đối với Thuốc. New York: Simon & Schuster. 1998.  
Atkins, Tiến sĩ Robert C. Cuộc cách mạng khỏe của Tiến sĩ Atkins: Làm thế nào Thuốc bổ sung có thể kéo dài tuổi thọ của bạn. New York: Sách Bantam. 1990.

Atkins, Tiến sĩ Robert C. Cuộc cách mạng ăn kiêng thách thức tuổi tác của Tiến sĩ Atkins. New York: Nhà xuất bản St. Martin. 1999.

Atkins, Tiến sĩ Robert C. Cuộc cách mạng ăn kiêng của Tiến sĩ Atkins: Cách nạp nhiều calo để luôn gầy. New York: Sách Bantam. 1989.

## ĐỊNH KỲ

Alger, Alexandra. "Thịt gợn gàng." Forbes (11/08/1997): 129.

Carroll, Joanne. "Chế độ ăn ketogen: Hướng dẫn thực hành cho Người chăm sóc." Tạp chí của Hiệp hội Dinh dưỡng Hoa Kỳ (tháng 3 năm 1998): 316-321.

Cray, Dan và cộng sự. "Cơn sốt ăn kiêng Low-Carb." Thời gian (01/11/1999): 72-79.

Gotthardt, Melissa Meyers. "Cơn sốt ăn kiêng Low-Carb mới." Cosmopolitan (tháng 2 năm 2000): 148.

Võng, Delia. "Tiến sĩ. Cuộc cách mạng ăn kiêng mới của Atkins." Dịch vụ dự phòng tốt (tháng 6 năm 1997): 127.

Chào, Maggy. "Số cân dư thừa." Cuộc sống miền quê (tháng 11 năm 1995): 60-61.

Merrell, Woodson. "Làm thế nào tôi trở thành một tín đồ Low-Carb." Thời gian (01/11/1999): 80.

Turner, Richard. "Chế độ ăn kiêng hợp thời trang hấp dẫn." Newsweek ngày 6 tháng 9 năm 1999): 60.

## KHÁ C

Trung tâm y học bồi sung Atkins. 152 E. Đường 55,  
New York, NY 10022. 212-758-2110. <<http://www.atkinstrungtâm.com>>.

Ken R. Wells

## ■ Viêm da dị ứng

### Sự định nghĩa

Bệnh chàm là một thuật ngữ chung được sử dụng để mô tả một loạt các tình trạng gây phát ban da ngứa, viêm.

Viêm da dị ứng, một dạng bệnh chàm, là một rối loạn không lây nhiễm, đặc trưng bởi tình trạng da bị viêm mãn tính và đôi khi ngứa không thể chịu đựng được.

### Sự miêu tả

Viêm da dị ứng đề cập đến một loạt các bệnh thường liên quan đến căng thẳng và rối loạn dị ứng liên quan đến hệ hô hấp, như hen suyễn và sôcô khô. Mặc dù viêm da dị ứng có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi nhưng phổ biến nhất là ở trẻ em và thanh niên.

Các triệu chứng thường thuyên giảm trước 25 tuổi và không ảnh hưởng tới sức khỏe chung của người bệnh.

Khoảng 1/10 trẻ sơ sinh mắc một dạng viêm da dị ứng gọi là bệnh chàm ở trẻ sơ sinh. Đặc trưng bởi làn da rỉ nước và đóng vảy, bệnh chàm ở trẻ sơ sinh thường xảy ra nhất ở mặt và da đầu. Tình trạng này thường cải thiện trước sinh nhật thứ hai của trẻ và việc chăm sóc y tế có thể kiểm soát các triệu chứng cho đến thời điểm đó.

Khi viêm da dị ứng phát triển sau giai đoạn sơ sinh, tình trạng viêm, phồng rộp, rỉ nước và đóng vảy ít rõ rệt hơn. Các vết loét của người bệnh trở nên khô, chuyển từ màu đỏ sang màu nâu xám, da có thể dày lên và đóng vảy. Ở những người có làn da sẫm màu, tình trạng này có thể khiến da sáng hoặc tối hơn. Ngứa liên quan đến tình trạng này thường nặng nhất vào ban đêm. Nó có thể dữ dội đến mức bệnh nhân gãi cho đến khi vết loét chảy máu, đôi khi gây sẹo và nhiễm trùng.

Viêm da dị ứng ảnh hưởng đến khoảng 3% dân số Hoa Kỳ và khoảng 80% những người mắc bệnh này có một hoặc nhiều người thân mắc bệnh tương tự hoặc bệnh tương tự. Các triệu chứng có xu hướng nghiêm trọng nhất ở phụ nữ. Viêm da dị ứng có thể bùng phát ở bất kỳ vùng da nào và các mảng dày, đóng vảy trên ngón tay, lòng bàn tay hoặc lòng bàn chân có thể tồn tại trong nhiều năm. Ở thanh thiếu niên và thanh niên, viêm da dị ứng thường xuất hiện ở một hoặc nhiều vùng sau:

- nếp nhăn ở khuỷu tay
- mặt sau đầu gối



Cận cảnh bệnh viêm da dị ứng ở khuỷu tay của bệnh nhân 12 tuổi. (Ảnh y tế tùy chỉnh.)

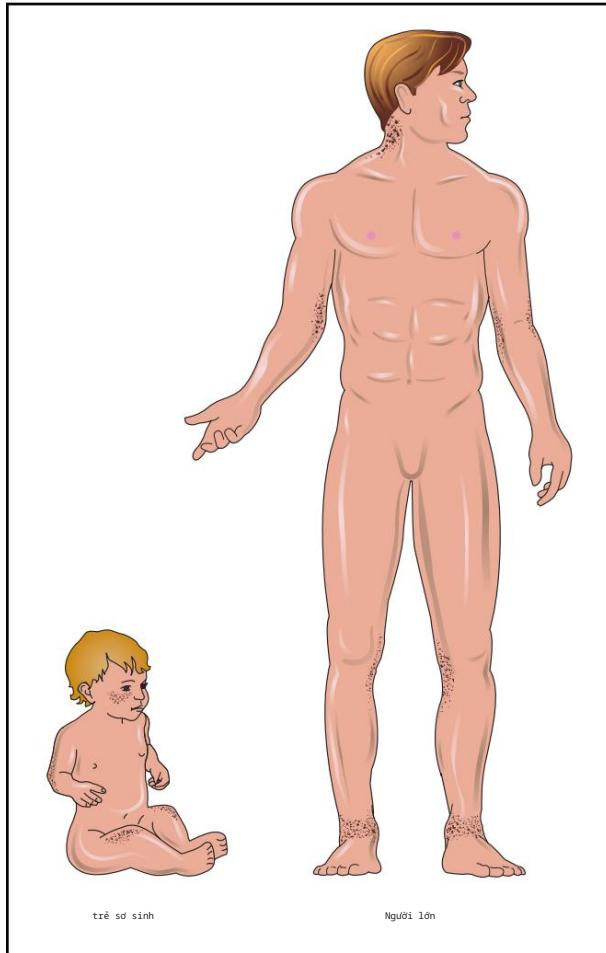
Được sao chép dưới sự cho phép.)

- mắt cá chân
- cổ tay
- khuôn mặt
- cổ
- ngực trên
- lòng bàn tay và giữa các ngón tay

### Nguyên nhân và triệu chứng

Trong khi các phản ứng dị ứng thường gây ra viêm da dị ứng, tình trạng này được cho là kết quả của hệ thống miễn dịch hoạt động quá mức do di truyền hoặc khiếm khuyết di truyền khiến da mất đi lượng ẩm lớn bất thường. Tình trạng có thể trở nên trầm trọng hơn bởi một chu kỳ phát triển trong đó ngứa da, bệnh nhân gãi, tình trạng trở nên trầm trọng hơn, ngứa trầm trọng hơn, bệnh nhân gãi, v.v. Chu kỳ này phải được phá vỡ bằng cách giảm ngứa để da có thời gian lành lại. . Nếu da trở nên

Về



Viêm da dị ứng có thể bùng phát ở bất kỳ phần nào của da. Ở trẻ sơ sinh, nó thường xuất hiện ở mặt, da đầu và đầu gối, trong khi nó phát triển ở khuỷu tay, cổ, mặt sau đầu gối và mắt cá chân ở người lớn. (Minh họa bởi Electronic Illustrators Group.)

bị vỡ còn có nguy cơ bị nhiễm trùng da, nếu không được nhận biết và điều trị kịp thời có thể sẽ trở nên nghiêm trọng hơn.

Các triệu chứng của viêm da dị ứng bao gồm:

- phát ban ngứa và da khô, dày ở những vùng trên cơ thể nơi hơi ẩm có thể bị giữ lại
- gãi liên tục
- mệt mỏi mẫn tính do ngứa ngáy làm gián đoạn giấc ngủ

Một cá nhân có nhiều nguy cơ mắc bệnh này hơn nếu có tiền sử cá nhân hoặc gia đình mắc bệnh viêm da dị ứng, sốt có khô, hen suyễn hoặc các dị ứng khác. Việc tiếp xúc với bất kỳ điều nào sau đây có thể gây bùng phát:

- nhiệt độ nóng hoặc lạnh
- vải len và vải tổng hợp
- chất tẩy rửa, chất làm mềm vải và hóa chất

- sử dụng thuốc ức chế hoạt động của hệ miễn dịch

Một số loại thực phẩm như đậu phộng, sữa bò, trứng và cá có thể gây ra các triệu chứng viêm da dị ứng. Một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân bị viêm da dị ứng nhận thấy các triệu chứng của họ trở nên trầm trọng hơn sau khi tiếp xúc với bụi, gối lông vũ, vải có kẽm cầu thô hoặc các vật liệu khác mà bụi bám vào.

## Chẩn đoán

Chẩn đoán viêm da dị ứng thường dựa trên các triệu chứng của bệnh nhân và tiền sử sức khỏe cá nhân và gia đình. Xét nghiệm da thường không cung cấp thông tin đáng tin cậy về tình trạng này.

## Sự đối đãi

Viêm da dị ứng không thể chữa khỏi nhưng mức độ nghiêm trọng và thời gian của các triệu chứng có thể được kiểm soát. Nên tham khảo ý kiến bác sĩ da liễu khi các triệu chứng xuất hiện lần đầu tiên và có thể khuyên bạn nên tắm nước ấm để làm bong lớp da đóng vảy, sau đó bôi dầu hỏa hoặc rút ngắn thực vật để ngăn độ ẩm tự nhiên của da thoát ra ngoài.

Các steroid hoặc chế phẩm bôi ngoài da (tại chỗ) có chứa hắc ín than đá có thể làm giảm nhẹ, nhưng hắc ín than đá có mùi khó chịu, làm ô quẩn áo và có thể làm tăng nguy cơ ung thư da. Việc sử dụng quá nhiều kem steroid ở trẻ nhỏ có thể làm thay đổi sự tăng trưởng. Phụ nữ mang thai không nên sử dụng sản phẩm có chứa nhựa than đá. Steroid bôi tại chỗ có thể gây ngứa, rát, mụn trứng cá, vết rạn da vĩnh viễn, làm mỏng và dòn da. Bôi steroid tại chỗ vào vùng quanh mắt có thể gây ra bệnh tăng nhãn áp.

Thuốc kháng histamine đường uống, chẳng hạn như diphenhydramine (Benadryl), có thể làm giảm các triệu chứng viêm da dị ứng liên quan đến dị ứng. Nên dùng steroid tại chỗ đậm đặc hơn cho các triệu chứng dai dẳng. Thuốc an thần nhẹ có thể được kê đơn để giảm căng thẳng và giúp bệnh nhân ngủ, đồng thời dùng thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm trùng thứ phát.

Thuốc mỡ Cortisone nên được sử dụng một cách tiết kiệm và không bao giờ được bôi các chế phẩm mạnh lên mặt, háng, nách hoặc vùng trực tràng. Nên theo dõi y tế thường xuyên đối với những bệnh nhân sử dụng thuốc mỡ hoặc thuốc bôi cortisone để kiểm soát các triệu chứng lan rộng. Cortisone uống có thể được kê đơn nếu bệnh nhân không đáp ứng với các phương pháp điều trị khác, nhưng những bệnh nhân dùng thuốc trong hơn hai tuần có nguy cơ phát triển các triệu chứng nghiêm trọng cao hơn mức trung bình khi ngừng điều trị.

Các mũi tiêm dị ứng hiếm khi cải thiện tình trạng viêm da dị ứng và đôi khi làm nặng thêm các triệu chứng. Vì dị ứng thực phẩm có thể gây viêm da dị ứng nên bác sĩ có thể đề nghị

loại bỏ một số loại thực phẩm khỏi chế độ ăn nếu các phương pháp điều trị khác tỏ ra không hiệu quả.

Nếu các triệu chứng cực kỳ nghiêm trọng, liệu pháp tia cực tím có thể được chỉ định và nên quần ướt cơ thể để giúp da giữ được độ ẩm. Kỹ thuật này, được sử dụng thường xuyên nhất với trẻ em, bao gồm việc ngủ trong phòng ấm áp trong khi mặc bộ đồ ngủ ướt dưới quần áo khô, áo mưa hoặc bộ đồ thấm nước bằng nylon. Khuôn mặt của bệnh nhân có thể được che bằng gạc ướt và quần bằng thun, và bàn tay của họ được bọc trong tất ướt và tất khô.

Cần thông báo cho bác sĩ nếu tình trạng này lan rộng hoặc không thể điều trị, hoặc da rỉ dịch, đóng vảy hoặc có mùi vì điều này có thể cho thấy tình trạng nhiễm trùng.

### Điều trị thay thế

Các liệu pháp thay thế đôi khi có thể giúp giảm bớt hoặc giải quyết tình trạng viêm da dị ứng khi các liệu pháp thông thường không giúp ích được gì. Nếu tình trạng ngày càng lan rộng hoặc bị nhiễm trùng, bạn nên tham khảo ý kiến bác sĩ.

Các phương pháp điều trị thay thế hữu ích cho bệnh viêm da dị ứng có thể bao gồm:

- Đè bộ nhanh thường xuyên, sau đó tắm trong nước ấm có pha tinh dầu oải hương (*Lavandula officinalis*); Dầu oải hương hoạt động như một chất thư giãn thần kinh cho toàn bộ cơ thể bao gồm cả da
- Bổ sung vào khẩu phần ăn hàng ngày kẽm, dầu cá, vitamin A, vitamin E, dầu hoa anh thảo (*Oenothera biennis*)—tất cả các nguồn dinh dưỡng tốt cho da
- Giảm hoặc loại bỏ thịt đỏ khỏi chế độ ăn • Loại bỏ hoặc luân chuyển các thực phẩm có khả năng gây dị ứng như sữa bò, đậu phộng, lúa mì, trứng và đậu nành
- Thực hiện các kỹ thuật giảm căng thẳng trong cuộc sống hàng ngày.

Liệu pháp thảo dược cũng có thể hữu ích trong điều trị viêm da dị ứng. Các phương thuốc thảo dược phương Tây được sử dụng trong điều trị tình trạng này bao gồm cây ngưu bàng (*Arctium lappa*) và Ruta (*Ruta Graveolens*). Liệu pháp thảo dược lâu dài cần được theo dõi và phải được hướng dẫn bởi bác sĩ có kinh nghiệm.

Các kỹ thuật thay thế khác có thể hữu ích trong điều trị viêm da dị ứng bao gồm:

- Bấm huyệt (châm cứu không dùng kim) để giảm căng thẳng có thể gây bùng phát
- Trị liệu bằng hương thơm, sử dụng các loại tinh dầu như hoa oải hương, húng tây (*Thymus Vulgaris*), hoa nhài (*Jasminum officinale*) và hoa cúc (*Matricaria recutita*) trong nước nóng, để tạo thêm hương thơm êm dịu cho không khí

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Corticosteroid**—Một loại hormone steroid do tuyến thượng thận sản xuất hoặc dưới dạng hợp chất tổng hợp có tác dụng giảm viêm, mẩn đỏ, phát ban và kích ứng.

Viêm da - Viêm da.

- Mát-xa và bấm huyệt Shiatsu, được thực hiện bởi các học viên được cấp phép, nhằm giảm bớt các triệu chứng bằng cách khôi phục lại sự cân bằng tự nhiên của cơ thể
- Vì lượng đồng căn, có thể tạm thời làm trầm trọng thêm các triệu chứng trước khi giảm bớt và cần được giám sát bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe thay thế đã được đào tạo
- Thủy tri lý liệu, sử dụng nước, nước đá, chất lỏng và hơi nước để kích thích hệ thống miễn dịch
- Liệu pháp nước trái cây giúp thanh lọc gan và giảm tắc nghẽn ruột
- Yoga

mang lại cảm giác thanh thản.

### Tiên lượng

Viêm da dị ứng là không thể đoán trước. Mặc dù các triệu chứng xảy ra ít thường xuyên hơn theo độ tuổi và đôi khi biến mất hoàn toàn nhưng chúng có thể tái phát mà không báo trước. Viêm da dị ứng làm giảm khả năng chống nhiễm trùng và làm tăng nguy cơ phát triển đục thủy tinh thể. 60% bệnh nhân viêm da dị ứng sẽ bị bùng phát và thuyên giảm trong suốt cuộc đời.

### Phòng ngừa

Nghiên cứu cho thấy trẻ được cai sữa mẹ sữa trước khi được bốn tháng tuổi có nguy cơ mắc bệnh chàm tái phát cao gấp ba lần so với những trẻ khác. Cho trẻ dưới một tuổi ăn trứng hoặc cá có thể kích hoạt các triệu chứng và trẻ cần được bảo vệ khỏi các chất kích thích như ve, nấm mốc, lông thú cưng và khói.

Các cách có thể để ngăn ngừa cơn bùng phát bao gồm những cách sau: \*

- loại bỏ các hoạt động gây đổ mồ hôi • bôi trơn da thường xuyên • tránh dùng len, nước hoa, chất làm mềm vải, xà phòng làm khô da và các chất kích thích khác
- tránh thay đổi nhiệt độ đột ngột.
- Cần thông báo cho bác sĩ bất cứ khi nào xảy ra bất kỳ trường hợp nào sau đây:
- sốt hoặc ngứa không ngừng khi cơn bùng phát

- phát ban không rõ nguyên nhân phát triển ở người có tiền sử cá nhân hoặc gia đình mắc bệnh chàm hoặc hen suyễn • tình trạng viêm không giảm sau bảy ngày điều trị bằng chế phẩm không kê đơn có chứa nhựa than đá hoặc steroid
  - lớp vỏ màu vàng, xám nồng hoặc nâu hoặc mụn nước dày mủ xuất hiện trên vết phát ban hiện tại •
- người bị viêm da dị ứng tiến triển xúc với người bị mụn rộp, mụn rộp sinh dục hoặc bệnh da do vi-rút khác

#### Tài nguyên

##### SÁ CH

Các biên tập viên của Time-Life Books. Có vấn y tế:

Hướng dẫn đầy đủ về các phương pháp điều trị thay thế và thông thường. Alexandria, VA: Time Life, Inc., 1996.

##### 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>>.

Maureen Haggerty

## Nhịp ngoại tâm nhĩ

#### Sự định nghĩa

Nhịp đập ngoài tâm nhĩ (AEB) đề cập đến sự co bóp của buồng tim trên xảy ra trước khi dự kiến. Nhịp đập ngoài tâm nhĩ còn được gọi là nhịp nhĩ sớm, phức hợp nhĩ sớm (PAC) hoặc ngoại tâm thu nhĩ.

#### Mô tả AEB thường

Là một rối loạn vô hại trong nhịp tim bình thường. Nó có thể chỉ xảy ra thỉnh thoảng, theo kiểu đều đặn, hoặc nhiều lần có thể xảy ra tuần tự rồi biến mất. Thông thường, người đó không biết về sự kiện này.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Khi con người già đi, nhịp đập tăng thêm có xu hướng xảy ra thường xuyên hơn ngay cả ở những người hoàn toàn khỏe mạnh. AEB có thể được kích hoạt hoặc tăng lên do căng thẳng, caffeine, hút thuốc và một số loại thuốc. Thuốc cảm lạnh có chứa ephedrine hoặc pseudoephedrine đã được biết là làm tăng tỷ lệ nhịp đập ngoài tâm nhĩ. AEB cũng có thể là kết quả của tâm nhĩ mở rộng, bệnh phổi hoặc kết quả của việc giảm cung cấp máu đến vùng tim đó.

Nếu một người biết về sự kiện này, triệu chứng đầu tiên của AEB thường là cảm giác tim lờ nhịp hoặc lờ nhịp. Điều này thường đi kèm với cảm giác tim đập mạnh hoặc đập mạnh trong lồng ngực. Tiếng đập mạnh hoặc dồn dập là do khi có AEB, khoảng dừng trước nhịp tiếp theo thường dài hơn bình thường. Nhịp tiếp theo phải mạnh hơn bình thường để bom máu tích tụ ra khỏi buồng.

#### Chẩn đoán Chẩn

đoán AEB thường bị nghi ngờ dựa trên mô tả của bệnh nhân về tình trạng xảy ra. Điện tâm đồ (ECG) có thể xác nhận chẩn đoán. Điện tâm đồ cho thấy nhịp tim có ba dạng sóng. Sóng đầu tiên được gọi là P, sóng thứ hai được gọi là QRS và sóng cuối cùng là T. Nhịp ngoại tâm nhĩ sẽ hiển thị trên ECG dưới dạng sóng P xảy ra gần hơn bình thường với sóng T trước đó.

#### Sự đối đãi

Nhịp đập ngoài tâm nhĩ thường không cần điều trị. Nếu việc điều trị là cần thiết vì nhịp đập xảy ra thường xuyên và gây khó chịu không thể chịu đựng được, bác sĩ có thể kê đơn thuốc.

#### Tiền lượng

AEB thỉnh thoảng thường không có ý nghĩa. Nếu chúng tăng dần số, chúng có thể dẫn đến nhịp tim nhanh hoặc rung nhĩ và làm giảm cung lượng tim.

#### Phòng ngừa

AEB thường không thể ngăn ngừa được. Các yếu tố làm nặng thêm có thể được giải quyết, như chất kích thích quá mức và rối loạn phổi không kiểm soát được.

#### Tài nguyên

##### SÁ CH

McGoon, Michael D., chủ biên. Cuốn sách Tim mạch của Phòng khám Mayo: Điều trị thường ban đầu Hướng dẫn về sức khỏe tim mạch. New York: William Morrow và Co., Inc., 1993.

##### TỔ CHỨC

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 7320 Đại lộ Greenville Dallas, TX 75231. (214) 373-6300. <<http://www.americanheart.org>>.

Dorothy Elinor Đá

Ngoại tâm thu nhĩ xem Nhịp đập ngoài tâm nhĩ

## Rung tâm nhĩ và rung

### Sự định nghĩa

Rung tâm nhĩ và rung là nhịp tim bất thường trong đó tim nhĩ hoặc buồng trên của tim không đồng bộ với tim thất hoặc buồng dưới của tim. Trong rung nhĩ, tim nhĩ "run rẩy" hỗn loạn và tim thất đậm không đều. Trong cơn cuồng nhĩ, tim nhĩ đậm đều và nhanh hơn tim thất.

### Sự miêu tả

Rung tâm nhĩ và rung là hai loại rối loạn nhịp tim, nhịp tim không đều. Theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ, gần 2 triệu người Mỹ mắc chứng rung tim nhĩ. Nó là phổ biến nhất

rối loạn nhịp tim mạn tính. Cuồng nhĩ ít phổ biến hơn, nhưng cả hai loại rối loạn nhịp tim này đều có thể khiến cục máu đông hình thành trong tim. Điều này có thể dẫn đến đột quỵ hoặc tắc nghẽn do dòng máu (tắc mạch) gây ra ở bất kỳ vị trí nào trong động mạch của cơ thể. Rung tim nhĩ chịu trách nhiệm cho khoảng 15% số ca đột quỵ.

Tâm nhĩ là hai buồng nhỏ phía trên của tim. Trong rung tim nhĩ, nhịp tim hoàn toàn không đều. Cơ tim nhĩ co bóp rất nhanh và không đều; tim thất, hai buồng lớn phía dưới của tim, đậm không đều nhưng không nhanh bằng tim nhĩ. Khi tim nhĩ rung muộn, máu không được bơm hết ra ngoài có thể dừng lại và tạo thành cục máu đông. Trong cơn cuồng nhĩ, nhịp tim thường rất nhanh nhưng ổn định. Tâm nhĩ đậm nhanh hơn tim thất.

Rung tâm nhĩ thường xảy ra ở những người mắc nhiều loại bệnh tim. Rung tâm nhĩ cũng có thể do viêm màng ngoài tim, chấn thương hoặc phẫu thuật ngực, bệnh phổi và một số loại thuốc. Rung tâm nhĩ phổ biến hơn ở người lớn tuổi; khoảng 10% số người trên 75 tuổi mắc bệnh này. Rung tim nhĩ và rung nhĩ thường xảy ra ở những người bị bệnh tim tăng huyết áp hoặc bệnh mạch vành và các loại rối loạn tim khác.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Trong hầu hết các trường hợp, nguyên nhân gây rung tim nhĩ và rung nhĩ có thể được tìm thấy, nhưng thường thì không thể. Nguyên nhân của những bất thường về nhịp tim bao gồm:

- nhiều loại bệnh tim • căng thẳng
- và lo lắng • caffeine

- rượu bia

- thuốc lá

- thuốc ăn kiêng

- một số loại thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn • phẫu thuật tim hở

Các triệu chứng, khi xuất hiện, bao gồm:

- cảm giác rung ở ngực • nhịp tim có cảm giác như tim đang đậm nhanh, đậm nhanh, nhảy dựng lên hoặc không đều
- năng lượng thấp • cảm giác ngắt xìu hoặc chóng mặt • tức ngực hoặc khó chịu ở ngực
- hụt hơi
- sự lo lắng.

### Chẩn đoán

Bác sĩ đôi khi có thể nghe thấy những rối loạn nhịp tim này bằng cách sử dụng một dụng cụ (ống nghe) để nghe âm thanh trong lồng ngực. Rung tâm nhĩ và rung nhĩ thường được chẩn đoán thông qua điện tim đồ (EKG), bài kiểm tra gắng sức, máy theo dõi Holter EKG 24 giờ hoặc máy theo dõi tim qua điện thoại. Điện tim đồ cho thấy hoạt động của tim và có thể cho thấy tình trạng thiếu oxy (thiếu máu cục bộ). Các điện cực phủ thạch dán điện được đặt trên ngực, cánh tay và chân của bệnh nhân. Các điện cực gửi các xung hoạt động của tim thông qua một màn hình (gọi là máy hiển sóng) đến một máy ghi để theo dõi mô hình của các xung trên giấy. Cuộc kiểm tra mất khoảng 10 phút và được thực hiện tại phòng khám của bác sĩ.

Bài kiểm tra gắng sức ghi nhận do lưỡng cách tim và mạch máu phản ứng với công việc khi bệnh nhân tập thể dục trên máy chạy bộ hoặc xe đạp cố định. Bài kiểm tra này được thực hiện tại phòng khám của bác sĩ trong phòng thí nghiệm tập thể dục và mất 15-30 phút.

Trong quá trình theo dõi EKG (Holter) 24 giờ, bệnh nhân đeo một máy ghi âm nhỏ, di động được kết nối với các đĩa trên ngực để ghi lại nhịp tim trong các hoạt động bình thường. Một EKG được gọi là giám sát qua điện thoại xác định chứng rối loạn nhịp tim xảy ra không thường xuyên.

Giống như giám sát Holter, giám sát qua điện thoại tiếp tục trong nhiều ngày hoặc nhiều tuần và cho phép bệnh nhân gửi EKG qua điện thoại đến trạm theo dõi khi cảm thấy rối loạn nhịp tim hoặc lưu trữ thông tin trong máy ghi và truyền nó sau. Các bác sĩ cũng có thể sử dụng sóng âm thanh tần số cao (siêu âm tim) để xác định cấu trúc và chức năng của tim. Phương pháp chẩn đoán này thường hữu ích để đánh giá bệnh tim tiềm ẩn.

### Sự dõi theo

Rung tâm nhĩ và rung nhĩ thường được điều trị bằng thuốc và/hoặc sốc điện (chuyển nhịp). TRONG

một số trường hợp, cắt bỏ một phần nhỏ của tim (cắt bỏ), cấy máy điều hòa nhịp tim hoặc máy điều hòa nhịp tim  
máy khử rung tim hoặc phẫu thuật mề cung là cần thiết.

Nếu nhịp tim không thể được kiểm soát nhanh chóng, có thể sử dụng chuyển nhịp bằng điện. Chuyển nhịp, sóc điện vào thành ngực, thường được thực hiện trong trường hợp cấp cứu. Thiết bị này tạm dừng hoạt động của tim trong thời gian ngắn và cho phép nó trở lại nhịp đập bình thường.

Sự cắt bỏ sẽ phá hủy mô tim gây ra rối loạn nhịp tim. Mô này có thể bị phá hủy bằng cách đặt ống thông hoặc phẫu thuật. Cắt bỏ ống thông tần số vô tuyến, được thực hiện trong phòng thí nghiệm đặt ống thông tim, có thể chữa cuồng nhĩ và kiểm soát nhịp tim trong rung nhĩ. Bệnh nhân tĩnh nhưng vẫn an thần. Một ống mỏng gọi là ống thông được đưa vào tĩnh mạch và được luồn vào trái tim. Ở cuối ống thông, một thiết bị sẽ lập bản đồ đường dẫn điện của tim. Một bác sĩ tim mạch, một bác sĩ chuyên khoa tim, sử dụng bản đồ này để xác định (các) con đường gây ra chứng loạn nhịp tim, và sau đó loại bỏ chúng bằng các đợt sóng vô tuyến tần số cao. Phẫu thuật cắt bỏ được thực hiện trong phẫu thuật phòng dưới gây mê toàn thân. Lập bản đồ trên máy vi tính kỹ thuật được kết hợp với đầu dò lạnh để tiêu diệt mô gây rối loạn nhịp tim. Ablation nói chung là thành công. Khi cắt bỏ được sử dụng cho rung nhĩ, nó thường được theo sau bởi việc cấy máy tạo nhịp tim như điều trị bằng thuốc.

Máy điều hòa nhịp tim là một thiết bị chạy bằng pin kích thước của một hộp diêm được phẫu thuật cấy ghép gần xương đòn để điều hòa nhịp tim. Dây dẫn được luồn vào phía bên phải của tim cung cấp năng lượng điện để tạo nhịp cho tim nhĩ và tim thất. Máy khử rung tim được cấy ghép trên ô tô là một phương pháp điều trị chứng rối loạn nhịp tim nghiêm trọng. Thiết bị chạy bằng pin cảm nhận được điều bất thường nhịp tim và tự động cung cấp điện (các) cù súc. (Các) cù súc làm ngừng hoạt động của tim và sau đó cho phép tim bắt đầu nhịp đập bình thường. Dây điện cực trên thiết bị được gắn vào tim. Một số các điện cực được gắn bên ngoài tim và một số được gắn vào bên trong trái tim thông qua tĩnh mạch. Máy khử rung tim cấy ghép mới nhất có thể được cấy vào thành ngực và không cần phải phẫu thuật mở ngực. Những thiết bị này nặng hơn 10 oz và thường kéo dài bảy hoặc tám năm. MỘT máy khử rung tim cấy ghép thường được sử dụng bằng liệu pháp dùng thuốc, nhưng số lượng thuốc giảm. Trong phẫu thuật mề cung, thường là biện pháp cuối cùng, các bác sĩ phẫu thuật tạo ra một mề cung các mũi khâu (mũi khâu) giúp ích cho tim xung điện truyền đi hiệu quả.

Hầu hết các loại thuốc được sử dụng để điều trị đều có tác dụng phụ tiềm ẩn và cần được theo dõi cẩn thận bởi bác sĩ. Một bác sĩ. Mục tiêu điều trị là kiểm soát tỷ lệ

và nhịp tim và ngăn ngừa sự hình thành của cục máu đông. Nếu rối loạn nhịp tim là do tim bệnh, bệnh tim cũng sẽ được điều trị. Các Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ khuyến cáo tích cực sự đổi mới.

Thuốc digitalis, phổ biến nhất là digoxin, thường được quy định để kiểm soát nhịp tim. Thuốc Digitalis chậm xung điện của tim, giúp khôi phục lại nhịp đập và nhịp đập bình thường. Những loại thuốc này cũng làm tăng khả năng co bóp và bơm máu của lớp cơ tim. Thuốc chẹn beta và thuốc chẹn kênh canxi cũng có thể được sử dụng cho mục đích này. Thuốc chẹn beta làm chậm quá trình tốc độ của xung điện qua tim. Một số chất chẹn kênh canxi làm giảm phản ứng của tim đối với xung điện thất thường.

Để ngăn ngừa cục máu đông, aspirin hoặc warfarin (Coumadin) được sử dụng. Tuy nhiên, Warfarin có tác dụng phụ chảy máu tiềm ẩn, đặc biệt là ở người lớn tuổi người bệnh. Amiodarone khá hiệu quả đối với chứng cuồng nhĩ. Thuốc này thường có khả năng duy trì hoạt động bình thường của tim nhịp đập và cũng có thể giúp kiểm soát nhịp tim khi rung lắc xảy ra.

## Tiên lượng

Bệnh nhân rung nhĩ và cuồng nhĩ có thể sống lâu hơn cuộc sống bình thường trong nhiều năm miễn là chứng loạn nhịp tim không còn nữa các cục máu đông được kiểm soát và ngăn ngừa nghiêm trọng.

## Phòng ngừa

Rung tâm nhĩ và rung nhĩ đôi khi có thể được ngăn ngừa trước khi nguyên nhân được xác định và kiểm soát.

Tùy thuộc vào nguyên nhân, việc phòng ngừa có thể bao gồm:

- điều trị bệnh tim tiềm ẩn
- giảm căng thẳng và lo lắng
- giảm hoặc ngừng tiêu thụ caffeine, rượu, hoặc thuốc lá; và/hoặc
- ngừng dùng thuốc giảm cảm hoặc các loại thuốc khác (không kê đơn hoặc theo toa)

## Tài nguyên

### SÁ CH

Chẩn đoán và Điều trị Y tế Hiện tại, 1998. tái bản lần thứ 37. Ed, Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

DeBakey, Michael E., và Antonio M. Gotto Jr. Trái tim sống mới. Holbrook, MA: Tập đoàn truyền thông Adams, 1997.

Falk, Rodney H., và Philip J. Podrid, biên tập. Rung tâm nhĩ: Cơ chế và quản lý. tái bản lần thứ 2. New York: Lippincott-Raven, 1997.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Chứng loạn nhịp tim**—Một biến thể trong nhịp tim bình thường. Rung tâm nhĩ và rung là hai loại rối loạn nhịp tim.

**Tâm nhĩ**—Hai buồng nhỏ phía trên của tim nhận máu từ phổi và cơ thể.

**Đột quỵ**—Một cơn đau nǎo do sự gián đoạn đột ngột của dòng máu lên não, trong trường hợp này là do cục máu đông.

**Tâm thất**—Hai buồng lớn phía dưới của tim bơm máu đến phổi và các phần còn lại của cơ thể.

Viện Tim Texas. "Chứng loạn nhịp tim." Ở Viện Tim Texas Số tay chủ sở hữu trái tim. New York: John Wiley & Sons, 1996.

Waldo, Albert L., và Paul Touboul, biên tập. Rung tâm nhĩ:

Những tiến bộ trong cơ chế và quản lý. Armonk, NY: Công ty xuất bản Futura, Inc., 1996.

**ĐỊNH KÝ**

Kosinski, Daniel và cộng sự. "Cắt bỏ qua ống thông cho rung tâm nhĩ và rung tim: Một giải pháp thay thế hiệu quả cho liệu pháp điều trị y tế ày." Y học sau đại học 103, không. 1 (tháng 1 năm 1998): 103-110.

**TỔ CHỨC**

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 7320 Đại lộ Greenville Dallas, TX 75231. (214) 373-6300. <<http://www.americanheart.org>>.

Viện Tim, Phổi và Máu Quốc gia. PO Box 30105, Bethesda, MD 20824-0105. (301) 251-1222. <<http://www.nhlbi.nih.gov>>.

Viện Tim Texas. Dịch vụ thông tin về tim. Hộp thư bưu điện 20345, Houston, TX 77225-0345. <<http://www.tmc.edu/thi>>.

**KHÁ C**

"Rung nhĩ" và "Quản lý bệnh nhân rung nhĩ." Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 1997. Ngày 30 tháng 3 năm 1998 <<http://www.americanheart.org>>.

"Sự thật về chứng loạn nhịp tim/Rối loạn nhịp địu." Viện Y tế Quốc gia. Ngày 30 tháng 3 năm 1998 <<http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/cardio/other/gp/arrhythm.htm>>.

"Hiểu về chứng rối loạn nhịp tim của bạn." Tim và phổi Deborah Trung tâm. Ngày 30 tháng 3 năm 1998 <<http://www.deborah.org/consumer/arrtrial.html>>.

Lori De Milto

**Rung tâm nhĩ xem rung tâm nhĩ và rung nhĩ****Thông liên nhĩ****Sự định nghĩa**

Thông liên nhĩ là một lỗ hở bất thường trên thành ngăn cách các buồng trên bên trái và bên phải (tâm nhĩ) của tim.

**Sự miêu tả**

Trong quá trình phát triển bình thường của tim thai nhi, có một lỗ hở trên thành (vách ngăn) ngăn cách các buồng trên bên trái và bên phải của tim. Thông thường, lỗ này đóng lại trước khi sinh, nhưng nếu không, đứa trẻ sinh ra sẽ có một lỗ giữa tâm nhĩ trái và phải.

Lỗ mở bất thường này được gọi là thông liên nhĩ và khiến máu từ tâm nhĩ trái chảy vào tâm nhĩ phải.

Các loại khuyết tật thông liên nhĩ khác nhau có thể xảy ra và chúng được phân loại theo vị trí của thành ngăn cách mà chúng được tìm thấy. Thông liên nhĩ thường gặp nhất xảy ra ở giữa vách liên nhĩ và chiếm khoảng 70% trong tất cả các thông liên nhĩ.

Các lỗ hở bất thường cũng có thể hình thành ở phần trên và phần dưới của vách ngăn tâm nhĩ.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

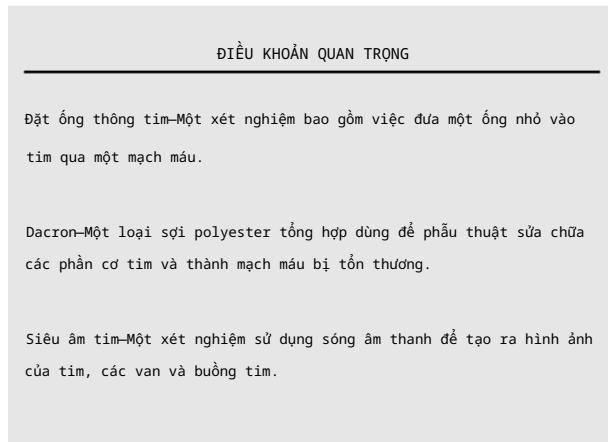
Những lỗ hở bất thường ở vách liên nhĩ xảy ra trong quá trình phát triển của bào thai và phổ biến ở nữ giới gấp đôi so với nam giới. Những bất thường này có thể không được chú ý nếu lỗ hở nhỏ, không gây ra triệu chứng bất thường. Nếu lỗ thông lớn, lượng máu chảy từ tâm nhĩ trái sang tâm nhĩ phải lớn sẽ khiến tâm nhĩ phải sưng lên để giữ lượng máu dư thừa.

Những người mắc bệnh thông liên nhĩ bẩm sinh có thể không có triệu chứng gì cho đến tuổi 20, nhưng ở tuổi 40, hầu hết những người mắc bệnh này đều có các triệu chứng bao gồm khó thở, tim nhĩ đập nhanh bất thường (rung nhĩ) và cuối cùng là suy tim.

**Chẩn đoán**

Thông liên nhĩ có thể được xác định bằng nhiều phương pháp khác nhau. Có thể nghe thấy những thay đổi bất thường trong âm thanh của nhịp tim khi bác sĩ nghe tim bằng ống nghe. Ngoài ra, chụp X quang ngực, điện tim đồ (ECG, bản in điện của nhịp tim) và siêu âm tim (một xét nghiệm sử dụng sóng âm thanh để tạo thành hình ảnh chi tiết của tim) cũng có thể được sử dụng để xác định tình trạng này. .

Thông liên nhĩ cũng có thể được chẩn đoán bằng cách sử dụng một xét nghiệm gọi là đặt ống thông tim. Thủ nghiệm này bao gồm

**(HKD)**

chèn một ống rất mỏng (ống thông) vào buồng tim để đo lượng oxy có trong máu trong tim. Nếu tim có lỗ thông giữa tâm nhĩ, máu giàu oxy từ tâm nhĩ trái sẽ đi vào tâm nhĩ phải. Thông qua đặt ống thông tim, các bác sĩ có thể phát hiện lượng oxy-gen cao hơn bình thường trong tâm nhĩ phải, tâm thất phải và các mạch máu lớn đưa máu đến phổi, nơi máu thường nhận được oxy sau đó.

#### Sự đổi đãi

Thông liên nhĩ thường tự khỏi mà không cần điều trị y tế khi trẻ được hai tuổi. Nếu liều này không xảy ra, phẫu thuật sẽ được thực hiện bằng cách khâu kín lỗ hoặc khâu một miếng vải Dacron hoặc một mảnh túi bao quanh tim (màng ngoài tim), phía trên lỗ.

Một số bệnh nhân có thể khắc phục khuyết điểm bằng cách đặt một nút hình con sò lên trên lỗ hở. Nút này là một thiết bị nhân tạo được đặt vào vị trí thông qua một ống thông đưa vào tim.

#### Tiên lượng

Những người có khiếm khuyết nhô có thể sống một cuộc sống bình thường, nhưng những khiếm khuyết lớn hơn cần phải phẫu thuật chỉnh sửa. Ít hơn 1% số người dưới 45 tuổi chết vì phẫu thuật chỉnh hình. Năm đến mươi phần trăm bệnh nhân có thể chết vì phẫu thuật nếu họ trên 40 tuổi và có các vấn đề khác liên quan đến tim. Khi thông liên nhĩ được sửa chữa trong vòng 20 năm đầu đời, trẻ sẽ có cơ hội tuyệt vời để sống bình thường.

#### Tài nguyên

#### SÁ CH

"Bệnh tim bẩm sinh." Tại Viện Tim Texas Tim

Sổ tay chủ sở hữu. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1996.

"Nếu con bạn bị khuyết tật tim bẩm sinh." Trong Sách nguồn về Rối loạn và Bệnh tim mạch, ed. Karen Bel-lenir và Peter D. Dresser. Detroit: Omnigraphics, Inc., 1995.

Friedman, William F. và John S. Child. "Trái tim bẩm sinh Bệnh ở người lớn." Trong Nguyên tắc Nội khoa của Harrison, ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: Đài McGraw, 1997.

Nugent, Elizabeth W., và cộng sự. "Bệnh lý, sinh lý bệnh, nhận biết và điều trị bệnh tim bẩm sinh." Trong Trái tim của Hurst, biên tập. Robert C. Schlant và cộng sự. New York: Đài McGraw, 1994.

#### TÔ CHỨC

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 7320 Đại lộ Greenville Dallas, TX 75231. (214) 373-6300. <<http://www.americanheart.org>>.

Dominic De Bellis, Tiến sĩ

#### Khối nhĩ thất xem Khối tim

#### Attapulgite xem Thuốc tiêu chảy

## Rối loạn tăng động thái chú ý chú ý (ADHD)

#### Sự định nghĩa

Rối loạn tăng động/giảm chú ý (ADHD) là một rối loạn phát triển đặc trưng bởi tính mất tập trung, hiểu động thái quá, hành vi bốc đồng và không có khả năng tập trung vào nhiệm vụ hoặc hoạt động.

#### Sự miêu tả

ADHD, còn được gọi là rối loạn tăng động (HKD) bên ngoài Hoa Kỳ, được ước tính ảnh hưởng đến 3-9% trẻ em và ảnh hưởng đến bé trai thường xuyên hơn bé gái.

Mặc dù khó đánh giá ở trẻ sơ sinh và trẻ mới biết đi, các dấu hiệu ADHD có thể bắt đầu xuất hiện sớm ở độ tuổi hai hoặc ba, nhưng hình ảnh triệu chứng sẽ thay đổi khi đến tuổi thiếu niên. Nhiều triệu chứng, đặc biệt là tăng động, giảm dần ở tuổi trưởng thành sớm, nhưng các vấn đề về tính bốc đồng và thiếu chú ý vẫn tồn tại với tới 50% số người mắc ADHD trong suốt cuộc đời trưởng thành của họ.

Trẻ bị ADHD có khả năng tập trung ngắn, dễ trở nên buồn chán và hoặc thắt vọng với các nhiệm vụ.

Mặc dù họ có thể khá thông minh nhưng việc thiếu tập trung thường dẫn đến điểm kém và gặp khó khăn ở trường.

Trẻ ADHD hành động bốc đồng, hành động trước và suy nghĩ sau. Trẻ liên tục di chuyển, chạy, leo trèo, vặn vẹo và bồn chồn nhưng thường gặp khó khăn với các kỹ năng vận động thô và tinh, và kết quả là có thể

thể chất vung về và vung về. Sự vung về của họ có thể kéo dài đến cả lĩnh vực xã hội, nơi đôi khi họ bị xa lánh do hành vi bốc đồng và xâm phạm.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Nguyên nhân của ADHD chưa được biết. Tuy nhiên, dường như di truyền đóng vai trò chính trong sự phát triển của ADHD. Trẻ em có cha mẹ hoặc anh chị em bị ADHD có nhiều khả năng tự mắc chứng rối loạn này hơn.

Trước khi sinh, trẻ ADHD có thể đã phải tiếp xúc với chế độ dinh dưỡng kém của người mẹ, nhiễm virus hoặc lạm dụng chất gây nghiện của người mẹ. Trong thời thơ ấu, việc tiếp xúc với chì hoặc các chất độc khác có thể gây ra các triệu chứng giống như ADHD. Chấn thương sọ não hoặc rối loạn thần kinh cũng có thể gây ra các triệu chứng ADHD. Mặc dù nguyên nhân chính xác của ADHD vẫn chưa được biết, nhưng sự mất cân bằng của một số chất dẫn truyền thần kinh, các chất hóa học trong não truyền thông điệp giữa các tế bào thần kinh, được cho là cơ chế đằng sau các triệu chứng ADHD.

Một nghiên cứu được công bố rộng rãi do Tiến sĩ Ben Feingold thực hiện vào đầu những năm 1970 cho thấy dị ứng với một số loại thực phẩm và phụ gia thực phẩm gây ra tình trạng tăng động đặc trưng ở trẻ ADHD. Mặc dù một số trẻ có thể có phản ứng bất lợi với một số loại thực phẩm có thể ảnh hưởng đến hành vi của chúng (ví dụ, phát ban có thể tạm thời khiến trẻ bị phân tâm khỏi các nhiệm vụ khác), các nghiên cứu tiếp theo được kiểm soát cẩn thận đã không phát hiện ra mối liên hệ nào giữa thực phẩm, dị ứng và ADHD. Một quan niệm sai lầm phổ biến khác về thực phẩm và ADHD là việc tiêu thụ đường gây ra hành vi hiếu động thái quá.

Một lần nữa, các nghiên cứu cho thấy không có mối liên hệ nào giữa lượng đường tiêu thụ và ADHD. Tuy nhiên, điều quan trọng cần lưu ý là chế độ ăn cân bằng dinh dưỡng rất quan trọng cho sự phát triển bình thường ở tất cả trẻ em.

Các nhà tâm lý học và các chuyên gia sức khỏe tâm thần khác thường sử dụng các tiêu chí được liệt kê trong Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần, Phiên bản thứ tư (DSM-IV) làm hướng dẫn để xác định sự hiện diện của ADHD. Để chẩn đoán ADHD, DSM-IV yêu cầu phải có ít nhất sáu trong số các triệu chứng thiếu chú ý sau đây hoặc sáu hoặc nhiều triệu chứng hiếu động thái quá và bốc đồng kết hợp:

#### Không chú ý:

- không chú ý đến từng chi tiết hoặc mắc lỗi bất cẩn trong bài tập ở trường hoặc các hoạt động khác
- gặp khó khăn trong việc duy trì sự chú ý trong các nhiệm vụ hoặc hoạt động • có vẻ không lắng nghe khi được nói chuyện • không làm theo hướng dẫn và không hoàn thành nhiệm vụ
- gặp khó khăn trong việc tổ chức các nhiệm vụ và hoạt động

- tránh né hoặc không thích những công việc đòi hỏi nỗ lực trí óc liên tục (ví dụ: làm bài tập về nhà)
- dễ bị phân tâm
- hay quên trong các hoạt động hàng ngày

#### Tăng động:

- bồn chồn tay chân hoặc vặn vẹo trên ghế • không ngồi yên khi được yêu cầu
- chạy hoặc leo trèo quá mức khi không phù hợp (ở thanh thiếu niên và người lớn, cảm giác bồn chồn)
- khó chơi lặng lẽ • thường xuyên di chuyển
- nói quá nhiều

#### Tỉnh bốc đồng:

- buột miệng trả lời trước khi câu hỏi được hoàn thành

- gặp khó khăn khi chờ đến lượt mình
- làm gián đoạn và/hoặc xâm phạm người khác

DSM-IV cũng yêu cầu một số triệu chứng phát triển trước bảy tuổi và chúng làm suy giảm đáng kể chức năng ở hai môi trường trở lên (ví dụ: ở nhà và trường học) trong thời gian ít nhất sáu tháng. Những trẻ đáp ứng các tiêu chí về triệu chứng thiếu chú ý nhưng không có triệu chứng tăng động/bốc đồng được chẩn đoán mắc chứng Rối loạn thiếu chú ý/tăng động, Loại thiếu chú ý chủ yếu, thường được gọi là THÊ M. (Những cô gái trẻ mắc chứng ADHD có thể không được chẩn đoán vì họ chủ yếu mắc loại rối loạn này.)

#### Chẩn đoán

Bước đầu tiên để xác định xem trẻ có bị ADHD hay không là tham khảo ý kiến bác sĩ nhi khoa. Bác sĩ nhi khoa có thể đưa ra đánh giá ban đầu về mức độ trưởng thành phát triển của trẻ so với những trẻ khác cùng lứa tuổi. Bác sĩ cũng nên thực hiện kiểm tra thể chất toàn diện để loại trừ bất kỳ nguyên nhân hữu cơ nào gây ra các triệu chứng ADHD, chẳng hạn như tuyến giáp hoạt động quá mức hoặc các vấn đề về thị giác hoặc thính giác.

Nếu không tìm thấy vấn đề hữu cơ nào, nhà tâm lý học, bác sĩ tâm thần, nhà thần kinh học, nhà tâm lý học thần kinh hoặc chuyên gia học tập thường được tư vấn để thực hiện đánh giá ADHD toàn diện. Lịch sử y tế, gia đình, xã hội, tâm thần và giáo dục đầy đủ được tổng hợp từ hồ sơ y tế và trường học hiện có cũng như từ các cuộc phỏng vấn với phụ huynh và giáo viên. Các cuộc phỏng vấn cũng có thể được tiến hành với trẻ, tùy thuộc vào độ tuổi của trẻ. Cùng với những cuộc phỏng vấn này, một số bản kiểm kê lâm sàng cũng có thể được sử dụng, chẳng hạn như Thang đánh giá Conners (Bảng câu hỏi dành cho giáo viên và Câu hỏi dành cho phụ huynh).

### Thuốc dùng để điều trị ADHD

Tên thương hiệu (Tên chung)	Các tác dụng phụ thường gặp có thể xảy ra bao gồm:
Cylert (pemoline)	Mất ngủ
Dexedrin (dextroamphetamine sulfat)	Kích thích quá mức, bồn chồn
Ritalin (methylphenidate hydrochloride)	Mất ngủ, căng thẳng, chán ăn

tionnaire), Danh sách kiểm tra hành vi trẻ em (CBCL) và Thang đánh giá hành vi trẻ em Achenbach. Những kiểm kê này cung cấp những thông tin có giá trị về hành vi của trẻ trong những hoàn cảnh và tình huống khác nhau. Ngoài ra, Thang đánh giá của Wender Utah đã được điều chỉnh để sử dụng trong chẩn đoán ADHD ở người lớn.

Điều quan trọng cần lưu ý là các rối loạn tâm thần như trầm cảm và rối loạn lo âu có thể gây ra các triệu chứng tương tự như ADHD. Đánh giá tâm thần đầy đủ và toàn diện là rất quan trọng để phân biệt ADHD từ các rối loạn tâm trạng và hành vi có thể khác. Ví dụ, rối loạn lưỡng cực có thể bị chẩn đoán sai vì ADHD.

Các trường công lập được yêu cầu bởi luật pháp liên bang để cung cấp xét nghiệm ADHD miễn phí theo yêu cầu. Bác sĩ nhi khoa cũng có thể cung cấp giấy giới thiệu đến nhà tâm lý học hoặc chuyên gia nhi khoa đánh giá ADHD. Cha mẹ nên kiểm tra với con chương trình bảo hiểm để xem các dịch vụ này có được chi trả hay không.

### Sự dối dại

Trị liệu tâm lý xã hội, thường kết hợp với thuốc, là phương pháp điều trị được lựa chọn để giảm bớt triệu chứng ADHD. Thuốc kích thích tâm thần, chẳng hạn như dextroamphetamine (Dexedrine), pemoline (Cylert) và methyl-phenidate (Ritalin) thường được kê đơn để kiểm soát hành vi hiếu động và bốc đồng và tăng khả năng chú ý. Chúng hoạt động bằng cách kích thích sản xuất một số chất dẫn truyền thần kinh trong não. Bên cạnh tác dụng của chất kích thích bao gồm căng thẳng thần kinh, nhịp tim không đều, chán ăn và mất ngủ. Tuy nhiên, thuốc thường được dung nạp tốt và an toàn trong hầu hết các trường hợp.

Ở những trẻ không đáp ứng tốt với liệu pháp kích thích, thuốc chống trầm cảm ba vòng như desipramine (Nor-pramim, Pertofane) và amitriptyline (Elavil) thường được khuyên dùng. Tác dụng phụ được báo cáo của những điều này bao gồm khô miệng dài ngày, an thần, mất phương hướng và rối loạn nhịp tim (đặc biệt với desipramine). Các loại thuốc khác được kê toa cho ADHD là liệu pháp bao gồm bupropion (Wellbutrin), thuốc chống trầm cảm; fluoxetine (Prozac), thuốc chống trầm cảm SSRI; và carbamazepine (Tegretol, Atretol), thuốc chống co giật thuốc. Clonidine (Catapres), một loại thuốc hạ huyết áp, cũng đã được sử dụng để kiểm soát sự hung hăng và tăng huyết áp.

hoạt động ở một số trẻ ADHD, mặc dù điều đó không nên được sử dụng với Ritalin. Phản ứng của trẻ với thuốc sẽ thay đổi theo tuổi tác và sự trưởng thành, vì vậy các triệu chứng ADHD cần được theo dõi chặt chẽ và kẽ đơn điều chỉnh cho phù hợp.

Liệu pháp điều chỉnh hành vi sử dụng hệ thống khen thưởng để củng cố hành vi tốt và hoàn thành nhiệm vụ và có thể được thực hiện ở lớp cũng như ở nhà. Một phần thường hữu hình như nhãn dán có thể được trao cho trẻ mỗi khi anh ta hoàn thành một nhiệm vụ hoặc cư xử theo cách chấp nhận được. Một hệ thống biểu đồ có thể được sử dụng để hiển thị nhãn dán và minh họa trực quan sự tiến bộ của trẻ. Khi thu thập được một số lượng nhãn dán nhất định, trẻ có thể đổi chúng để lấy phần thưởng lớn hơn chẳng hạn như một chuyến đi đến sở thú hoặc một ngày ở bãi biển. Hệ thống khen thưởng vẫn được giữ nguyên cho đến khi hành vi tốt trở nên an sâu.

Một biến thể của kỹ thuật này, nhận thức-hành vi trị liệu, có tác dụng làm giảm hành vi bốc đồng bằng cách giúp trẻ nhận ra mối liên hệ giữa suy nghĩ và hành vi, và thay đổi hành vi bằng cách thay đổi các kiểu suy nghĩ tiêu cực.

Liệu pháp tâm lý cá nhân có thể giúp ích cho trẻ ADHD xây dựng lòng tự trọng, cho họ một nơi để thảo luận về những lo lắng và lo lắng của họ, đồng thời giúp họ hiểu rõ hơn về những lo lắng của mình. hành vi và cảm xúc. Trị liệu gia đình cũng có thể có ích trong việc giúp các thành viên trong gia đình phát triển kỹ năng đối phó và trong việc vượt qua cảm giác tội lỗi hoặc tức giận của cha mẹ có thể đang gặp phải.

Trẻ ADHD hoạt động tốt hơn trong môi trường quen thuộc, thói quen nhất quán và có cấu trúc với sự cung cấp tích cực cho hành vi tốt và hậu quả thực sự cho hành vi xấu. Gia đình, bạn bè và người chăm sóc đều phải được giáo dục về nhu cầu và hành vi đặc biệt của trẻ ADHD. Giao tiếp giữa phụ huynh và giáo viên đặc biệt quan trọng để đảm bảo trẻ ADHD có môi trường học tập phù hợp.

### Điều trị thay thế

Hiện có một số phương pháp điều trị thay thế cho ADHD. Mặc dù thiếu các nghiên cứu có kiểm soát để chứng minh hiệu quả của chúng, những người ủng hộ báo cáo rằng chúng thành công trong việc kiểm soát các triệu chứng ở một số bệnh nhân ADHD. Một số trong số các phương pháp điều trị thay thế phổ biến hơn bao gồm:

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Rối loạn hành vi-Một rối loạn hành vi và cảm xúc ở thời thơ ấu và thanh thiếu niên. Trẻ mắc chứng rối loạn hành vi có hành vi không phù hợp, xâm phạm quyền của người khác và vi phạm các chuẩn mực xã hội.

**Giật giật thầm kín**-Một hành động lặp đi lặp lại, không chủ ý, chẳng hạn như co giật cơ hoặc chớp mắt liên tục.

Rối loạn thách thức chống đối-Một chứng rối loạn được đặc trưng bởi hành vi thù địch, cố ý tranh cãi và thách thức đối với các nhân vật có thẩm quyền.

- Phản hồi sinh học EEG (điện não đồ) . Bằng cách đo hoạt động sóng não và dạy cho bệnh nhân ADHD loại sóng não nào có liên quan đến sự chú ý, phản hồi sinh học EEG có gắng huấn luyện bệnh nhân tạo ra hoạt động sóng não mong muốn.
- Liệu pháp ăn kiêng. Một phần dựa trên chế độ ăn kiêng dị ứng thực phẩm Feingold, liệu pháp ăn kiêng tập trung vào kế hoạch dinh dưỡng giàu protein và carbohydrate phức tạp, không chứa đường trắng và thực phẩm chứa salicylate như dầu tẩy, cà chua và nho.
- Liệu pháp thảo dược. Liệu pháp thảo dược sử dụng nhiều biện pháp tự nhiên khác nhau để giải quyết các triệu chứng của ADHD, chẳng hạn như bạch quả (Ginkgo biloba) để tăng cường trí nhớ và tinh thần minh mẫn và chiết xuất hoa cúc (Matricaria recutita) để xoa dịu. Sự an toàn của các phương thuốc thảo dược chưa được chứng minh trong các nghiên cứu có kiểm soát. Ví dụ, người ta biết rằng bạch quả có thể ảnh hưởng đến quá trình đông máu, nhưng các nghiên cứu có kiểm soát vẫn chưa đánh giá được nguy cơ của tác dụng này.
- Thuốc vi lượng đồng căn. Đây có lẽ là liệu pháp thay thế hiệu quả nhất cho ADD và ADHD vì nó điều trị toàn bộ con người ở cấp độ cốt lõi. Chăm sóc vi lượng đồng căn theo hiến pháp là thích hợp nhất và cần có sự tư vấn của một vi lượng đồng căn được đào tạo bài bản, người có kinh nghiệm làm việc với các cá nhân ADD và ADHD.

**Tiên lượng**

Nếu không được điều trị, ADHD ảnh hưởng tiêu cực đến hoạt động xã hội và giáo dục của trẻ và có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến lòng tự trọng của trẻ. Trẻ ADHD có mối quan hệ suy giảm với bạn bè cùng lứa và có thể bị coi là những kẻ bị xã hội ruồng bỏ. Họ có thể bị coi là người học chậm hoặc là người gây rối trong lớp học. Anh chị em và thậm chí cả cha mẹ có thể nảy sinh cảm giác bức bối đối với trẻ ADHD.

Một số trẻ ADHD cũng phát triển vấn đề rối loạn hành vi . Đối với những thanh thiếu niên vừa mắc ADHD vừa mắc chứng rối loạn hành vi, có tới 25% tiếp tục phát triển chứng rối loạn nhân cách chống đối xã hội và hành vi tội phạm, lạm dụng chất gây nghiện và tỷ lệ cố gắng tự tử cao có triệu chứng của bệnh này. Trẻ được chẩn đoán mắc chứng ADHD cũng có nhiều khả năng bị rối loạn học tập, rối loạn tâm trạng như trầm cảm hoặc rối loạn lo âu.

Khoảng 70-80% bệnh nhân ADHD được điều trị bằng thuốc kích thích cảm thấy các triệu chứng giảm đáng kể, ít nhất là trong thời gian ngắn. Gần một nửa số trẻ ADHD thường như “thoát khỏi” chứng rối loạn này ở tuổi thiếu niên hoặc đầu tuổi trưởng thành; nửa còn lại sẽ giữ lại một số hoặc tất cả các triệu chứng của ADHD khi trưởng thành. Với việc xác định và can thiệp sớm, tuân thủ cẩn thận chương trình điều trị cũng như môi trường gia đình và trường học hỗ trợ và nuôi dưỡng, trẻ ADHD có thể phát triển về mặt xã hội và học tập.

**Tài nguyên****SÁCH**

Alexander-Roberts, Colleen. *Cẩm nang nuôi dạy con cái ADHD: Lời khuyên thiết thực dành cho cha mẹ từ các bậc cha mẹ*. Dallas: Nhà xuất bản Taylor, 1994.

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.

Hallowell, Edward M., và John J. Ratey. *Dẫn đến sự phân tâm*. New York: Sách Pantheon, 1994.

Kennedy, Patricia, Leif Terdal và Lydia Fusetti. *Sách Trẻ em siêu năng động*. New York: Nhà xuất bản St. Martin, 1993.

Maxmen, Jeirrold S., và Nicholas G. Ward. "Các rối loạn thường được chẩn đoán lần đầu tiên ở trẻ nhỏ, thời thơ ấu hoặc thanh thiếu niên." *Tổng lý học thiết yếu và cách điều trị nó*. tái bản lần thứ 2. New York: WW Norton, 1995.

Osman, Betty B. *Khuyết tài học tập và ADHD: Hướng dẫn gia đình để cùng chung sống và học tập*. New York: John Wiley & Sons, 1997.

**ĐỊNH KÝ**

Glicken, Anita D. "Rối loạn thiếu chú ý và bệnh nhân nhi: Đánh giá." *Trợ lý bác sĩ* 21, không. 4 (tháng 4 năm 1997):101-11.

Hallowell, Edward M. "Những gì tôi học được từ ADD" *Psychology Today* 30, không. 3 (tháng 5/tháng 6 năm 1997): 40-6.

Swanson, JM và cộng sự. "Rối loạn tăng động giảm chú ý và Rối loạn tăng động." *The Lancet* 351 (7 tháng 2 năm 1997): 429-33.

**TỔ CHỨC**

Học viện Tâm thần Trẻ em và Vị thành niên Hoa Kỳ. (AACAP). 3615 Đại lộ Wisconsin NW, Washington, DC 20016. (202) 966-7300. <<http://www.aacap.org>>

Trẻ em và người lớn mắc chứng rối loạn thiếu tập trung

(CH.THE M). 8181 Địa điểm chuyên nghiệp, Suite 201, Planta-tion, FL 33317. (800) 233-4050. <<http://www.chadd.org>>.

Bản tin



Một nhà thính học đang tiến hành kiểm tra thính giác. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

**Hiệp hội Rối loạn Thiếu chú ý Quốc gia.** (THÊM)  
9930 Đường Johnny Cake Ridge, Suite 3E, Mentor, OH  
44060. (800) 487-2282. <<http://www.add.org>>

Paula Anne Ford-Martin

Rối loạn thiếu chú ý xem Chú ý-

rối loạn thiếu hụt/tăng động (ADHD)

**Nhiễm trùng mycobacteria không điển hình xem**  
**Nhiễm Mycobacteria, không điển hình**

**Viêm phổi không điển hình xem** **Nhiễm trùng**  
**Mycoplasma**

có thể chỉ định loại trị liệu phù hợp, có thể bao gồm máy trợ thính, phẫu thuật chỉnh sửa hoặc trị liệu ngôn ngữ.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Việc kiểm tra bằng thiết bị đo thính lực rất đơn giản và không gây đau đớn. Không có biện pháp phòng ngừa đặc biệt được yêu cầu.

#### Mô tả Một nhà

Thính học được đào tạo (chuyên gia phát hiện tình trạng mất thính lực) sử dụng máy đo thính lực để tiến hành kiểm tra thính lực. Thiết bị này phát ra âm thanh hoặc âm sắc, như nốt nhạc, ở nhiều tần số hoặc cao độ khác nhau và ở các âm lượng hoặc mức âm lượng khác nhau. Việc kiểm tra thường được thực hiện trong phòng kiểm tra cách âm.

Người được kiểm tra đeo một bộ tai nghe có chức năng chặn các âm thanh gây mất tập trung khác và truyền âm thanh kiểm tra đến từng tai một. Khi nghe thấy âm thanh, bệnh nhân giơ tay hoặc ngón tay lên để biểu thị rằng âm thanh đã được phát hiện. Chuyên gia thính học giảm âm lượng và lặp lại âm thanh cho đến khi bệnh nhân không thể phát hiện ra nó nữa.

Quá trình này được lặp lại trên nhiều âm sắc hoặc tần số khác nhau, từ những âm thanh rất trầm, rất trầm, như nốt trầm nhất được chơi trên kèn tuba, đến những âm thanh rất cao, như tiếng ping của một hình tam giác. Mỗi tai được kiểm tra riêng biệt. Không có gì lạ khi mức độ nhạy cảm với âm thanh ở mỗi tai khác nhau là khác nhau.

Loại kiểm tra thính lực thứ hai sử dụng băng đô thay vì tai nghe. Băng đô được đeo bằng những miếng nhựa hình chữ nhật nhỏ vừa vặn sau tai để dẫn âm thanh qua xương sọ. Bệnh nhân được kiểm tra sẽ cảm nhận được âm thanh được truyền dưới dạng rung động qua xương đến tai trong. Giống như tai nghe, âm thanh được lặp lại ở nhiều tần số và âm lượng khác nhau.

Kết quả kiểm tra thính lực có thể được ghi lại trên lưới hoặc biểu đồ gọi là thính lực đồ. Biểu đồ này thường được thiết lập với tần số hoặc âm thấp ở một đầu và âm cao ở đầu kia, giống như bàn phím đàn piano. Các nốt thấp được biểu thị ở bên trái và các nốt cao ở bên phải. Biểu đồ cũng biểu thị âm lượng của các âm được sử dụng; từ những âm thanh nhẹ nhàng, yên tĩnh ở đầu biểu đồ đến những âm thanh lớn ở phía dưới. Thính giác được đo bằng đơn vị gọi là decibel. Hầu hết các âm thanh liên quan đến kiểu nói bình thường thường được nói trong phạm vi 20-50 decibel. Một người trưởng thành có thính giác bình thường có thể phát hiện các âm thanh trong khoảng 0-20 decibel.

## Đo thính lực

### Sự định nghĩa

Đo thính lực là việc kiểm tra khả năng nghe các tần số âm thanh khác nhau của một người. Bài kiểm tra được thực hiện bằng cách sử dụng thiết bị điện tử gọi là máy đo thính lực. Việc kiểm tra này thường được thực hiện bởi một kỹ thuật viên được đào tạo gọi là chuyên gia thính học.

### Mục đích đo

Thính lực được sử dụng để xác định và chẩn đoán mất thính lực. Thiết bị này được sử dụng trong các chương trình sàng lọc sức khỏe, chẳng hạn như ở các trường tiểu học, để phát hiện các vấn đề về thính giác ở trẻ em. Nó cũng được sử dụng trong phòng khám bác sĩ hoặc khoa thính học của bệnh viện để chẩn đoán các vấn đề về thính giác ở trẻ em, người lớn và người già. Với chẩn đoán chính xác về dạng khiếm thính cụ thể của một người,

đo thính lực lời nói là một loại xét nghiệm khác sử dụng một loạt các từ được ghi âm đơn giản được nói ở nhiều mức âm lượng khác nhau vào tai nghe mà bệnh nhân đang được kiểm tra đeo. Bệnh nhân lặp lại từng từ cho chuyên gia thính học khi nghe được. Một người trưởng thành có thính giác bình thường sẽ có thể nhận biết và lặp lại được 90-100% từ ngữ.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Thính lực đồ-Một biểu đồ hoặc đồ thị về kết quả kiểm tra** thính giác được thực hiện bằng thiết bị đo thính lực. Biểu đồ phản ánh những âm thanh nhỏ nhất (âm lượng thấp nhất) có thể nghe được ở nhiều tần số hoặc cao độ khác nhau.

**Decibel -** Đơn vị đo độ to của âm thanh. Lời nói bình thường thường được nói trong phạm vi khoảng 20-50 decibel.

**Máy soi tai-Một dụng cụ cầm tay có đèn nhỏ và một phụ kiện hình phễu được gọi là mỏ vịt tai, được sử dụng để kiểm tra ống tai và màng nhĩ.**

### Chuẩn bị Tai có

thể được kiểm tra bằng ống soi tai trước khi đo thính lực để xác định xem có bất kỳ tắc nghẽn nào trong ống tai do ráy tai hoặc vật liệu khác hay không.

### Kết quả bình thường

Một người có thính giác bình thường sẽ có thể nhận biết và phản hồi tất cả các tần số âm thanh được cung cấp ở các mức âm lượng khác nhau ở cả hai tai bằng bài kiểm tra thính lực. Một người trưởng thành có thính giác bình thường có thể phát hiện nhiều âm thanh có cường độ thấp và cao được phát ra nhẹ nhàng trong khoảng gần 0-20 decibel. Lời nói bình thường thường được nói trong phạm vi 20-50 decibel.

### Kết quả bất thường

Kết quả đo thính lực được coi là bất thường nếu có sự khác biệt đáng kể hoặc không giải thích được giữa mức âm thanh nghe được giữa hai tai hoặc nếu người được kiểm tra không thể nghe được ở cả hai tần số và âm lượng bình thường. Nhà thính học có thể sử dụng mẫu phản hồi hiển thị trên thính lực đồ để xác định xem có bị mất thính lực đáng kể hay không và liệu bệnh nhân có thể được hưởng lợi từ máy trợ thính hoặc thiết bị điều chỉnh thính giác hay không.

ca phẫu thuật.

### Tài nguyên

#### SÁ CH

"Đánh giá lâm sàng các khiếm năng liên quan đến tai." Trong Cẩm nang Merck. tái bản lần thứ 17. Ed. Robert Berkow. Rahway NJ: Merck & Co., Inc., 1996.

"Đo thính lực thuần âm." Trong bệnh nhân của Đại học Yale Hướng dẫn kiểm tra y tế, ed. Barry L. Zaret và cộng sự. Boston: Công ty Houghton Mifflin, 1997.

### TỔ CHỨC

Học viện thính học Hoa Kỳ. 8201 Greensboro Drive, Suite 300, McLean, VA 22102. (703) 610-9022. <<http://audiology.org>>.

Chiến dịch nâng cao nhận thức thính học. 3008 Millwood Ave., Columbia, SC 29205. (800) 445-8629.

### KHÁ C

"Cách đọc bài kiểm tra thính lực của bạn." Liên minh thính giác của Mỹ ca. <<http://www.earinfo.com>>.

"Hiểu thính lực đồ của bạn." Liên đoàn dành cho những người khó tính thính giác. <<http://www.lhh.org>>.

Altha Roberts Edgren

## Đào tạo tích hợp thính giác

### Sự định nghĩa

Đào tạo tích hợp thính giác, hay AIT, là một loại liệu pháp âm nhạc/thính giác cụ thể dựa trên công trình của các bác sĩ tai mũi họng người Pháp, Tiến sĩ Alfred Tomatis và Tiến sĩ Guy Berard.

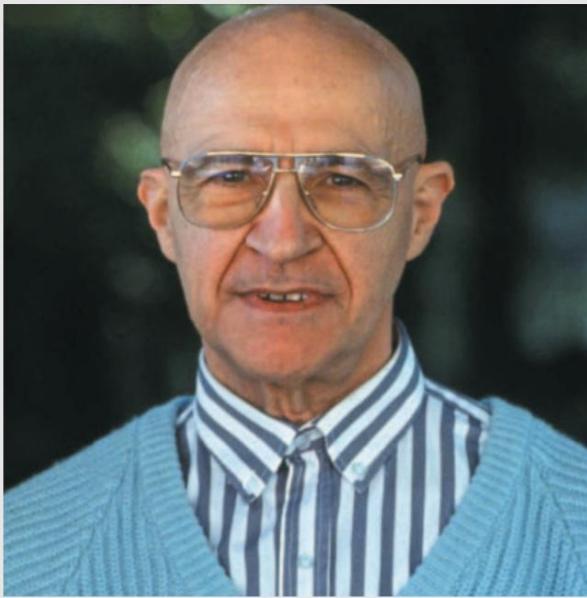
### Nguồn gốc

Tiền đề mà hầu hết các chương trình tích hợp thính giác đều dựa vào là sự biến dạng trong cách nghe mọi thứ sẽ góp phần gây ra các chứng rối loạn hành vi hoặc học tập thường thấy ở trẻ em. Một số rối loạn này bao gồm rối loạn tăng động/giảm chú ý (ADHD), chứng tự kỷ, chứng khó đọc và rối loạn xử lý thính giác trung tâm (CAPD). Huấn luyện bệnh nhân lắng nghe có thể kích thích tổ chức trung ương và vỏ não.

Tích hợp thính giác là một khía cạnh của cái mà các nhà thính học gọi là quá trình xử lý thính giác trung tâm. Định nghĩa đơn giản nhất về xử lý thính giác trung tâm, hay CAP, là của Giáo sư Thính học Jack Katz tại Đại học Buffalo, đó là: "Chúng ta làm gì với những gì chúng ta nghe thấy". Sự tích hợp thính giác trung tâm thực chất là khả năng nhận biết âm thanh, bao gồm khả năng chú ý đến âm thanh, ghi nhớ, lưu giữ nó trong cả trí nhớ dài hạn và ngắn hạn, có thể nghe âm thanh một cách có chọn lọc và định vị nó.

Guy Berard đã phát triển một trong những chương trình được sử dụng phổ biến. Khóa đào tạo tích hợp thính giác của Berard bao gồm 20 buổi học kéo dài nửa giờ để nghe âm thanh âm nhạc thông qua hệ thống âm thanh nối. Âm nhạc được phát ngẫu nhiên, với tần số được lọc và người dùng nghe qua tai nghe. Những sóng âm thanh này rung động và tác động lên các cấu trúc trong tai giữa. Điều này thường được thực hiện trong các phiên hai lần một ngày trong 10 ngày.

## CÀ CHUA ALFRED (1920- )



(Ảnh của V. Brynner. Gamma Liaison. Được phép sao chép lại.)

Bác sĩ tai mũi họng, nhà tâm lý học, nhà giáo dục và nhà phát minh người Pháp nổi tiếng quốc tế Alfred Tomatis đã sớm nhận thức được tầm quan trọng của âm thanh và thính giác trong sự nghiệp của mình. Ông lấy bằng Tiến sĩ Y khoa của Đại học Paris và chuyên ngành tai mũi họng. Con trai của hai ca sĩ opera, Tomatis

thời kỳ đầu trong sự nghiệp của anh ấy đã chữa trị cho một số ca sĩ opera đồng nghiệp của cha mẹ anh ấy. Từ những trải nghiệm với âm thanh của âm nhạc, ông đã phát triển nguyên tắc được gọi là Hiệu ứng Tomatis, tức là giọng nói của con người chỉ có thể hát những gì nó nghe được.

Tomatis được mệnh danh là Einstein của đôi tai. Chính nghiên cứu của ông đã khiến thế giới biết rằng tai của trẻ sơ sinh trong tử cung đã hoạt động khi được 4 tháng rưỡi tuổi. Giống như dây rốn cung cấp chất dinh dưỡng cho cơ thể thai nhi, Tomatis cho rằng âm thanh giọng nói của người mẹ cũng là một chất dinh dưỡng mà thai nhi có thể nghe được. Âm thanh này thực sự mang lại năng lượng và kích thích sự phát triển của não.

Tomatis đã đưa điều này đi xa hơn, vào lĩnh vực ngôn ngữ. Tomatis kết luận rằng nhu cầu giao tiếp và được thấu hiểu là một trong những nhu cầu cơ bản nhất của chúng ta. Ông là người tiên phong trong việc nhận thức rằng vấn đề ngôn ngữ có thể chuyển thành vấn đề xã hội đối với con người. "Ngôn ngữ là thứ tạo nên tính cách của con người và khiến anh ta khác biệt với những sinh vật khác"

Tomatis được trích dẫn nói. Các kỹ thuật mà ông đã phát triển để dạy mọi người cách lắng nghe hiệu quả là những công cụ được quốc tế tôn trọng, được sử dụng trong điều trị bệnh tự kỷ, rối loạn giảm chú ý và các khuyết tật học tập khác.

Chương trình nghe của ông, việc phát minh ra Tai Điện tử và công trình ứng dụng âm thanh và âm nhạc trong trị liệu trong 50 năm qua đã khiến Tomatis được cho là chuyên gia về tai nỗi tiếng nhất và thành công nhất trên thế giới. Có hơn hai trăm Trung tâm Tomatis trên toàn thế giới, điều trị rất nhiều vấn đề liên quan đến khả năng nghe.

Alfred Tomatis cũng là người phát minh ra Tai điện tử. Thiết bị này hoạt động thông qua một loạt bộ lọc và thiết lập lại ưu thế của tai phải trong thính giác. Cơ sở công việc của Tomatis là một loạt các nguyên tắc sau:

- Mục đích quan trọng nhất của tai là điều chỉnh sóng âm thanh thành tín hiệu truyền đến não.

- Âm thanh được truyền qua cả không khí và xương. Nó có thể được coi là thứ nuôi dưỡng hệ thần kinh, hoặc kích thích hoặc hủy kích thích nó.
- Cũng như thấy không giống như nhìn, nghe không giống như nghe. Thính giác là thụ động. Lắng nghe đang hoạt động.
- Khả năng lắng nghe của một người ảnh hưởng đến mọi sự phát triển ngôn ngữ của người đó. Quá trình này ảnh hưởng đến mọi khía cạnh của hình ảnh bản thân và sự phát triển xã hội.
- Khả năng nghe có thể được thay đổi hoặc cải thiện thông qua kích thích thính giác bằng âm thanh và âm thanh ở tần số cao.

- Giao tiếp bắt đầu từ trong bụng mẹ. Ngay từ đầu tam cá nguyệt thứ hai, thai nhi đã có thể nghe được âm thanh. Những âm thanh này thực sự khiến não và hệ thần kinh của em bé phát triển.

### Sự miêu tả

Một bộ tư lôi CAP đã được xác định có thể làm thay đổi bất lợi cách mỗi người xử lý âm thanh.

Trong số này có:

- Giải mã ngữ âm, một vấn đề xảy ra khi não giải mã không chính xác những gì đang được nghe. Âm thanh không thể nhận ra được, thường là do người nói nói quá nhanh.
- Trí nhớ bị suy giảm dung sai, một tình trạng có khả năng chịu đựng rất ít hoặc kém đối với âm thanh nền.
- Sự tích hợp thính giác liên quan đến khả năng của một người kết hợp những điều nghe được với những điều nhìn thấy, đặc trưng-

ly có sự chậm trễ phản hồi lâu và rắc rối với phát âm hoặc nhận dạng các ký hiệu cho âm thanh.

- Vấn đề thứ tư, thường được gọi là tổ chức thính giác, chồng chéo lên ba vấn đề trước đó. Nó được đặc trưng bởi sự vô tổ chức trong việc xử lý thông tin thính giác và các thông tin khác.

Một số xét nghiệm thính giác nhất định được thực hiện để xem liệu người đó có vấn đề về CAP hay không và nếu có thì mức độ nghiêm trọng như thế nào. Các xét nghiệm khác cung cấp thông tin cụ thể hơn về bản chất của vấn đề CAP. Chúng bao gồm:

- Kiểm tra ngưỡng dẫn truyền không khí Puretone, đo lường mức độ mât thính lực ngoại biên. Nếu phát hiện mâu, thì việc kiểm tra dẫn truyền xương hoặc đánh giá độ rung của xương nhỏ ở tai trong cũng được thực hiện.
  - Điểm phân biệt từ ngữ (WDS) quyết định khả năng nghe rõ lời nói lý tưởng của một người. Điều này được thực hiện bằng cách trình bày 25-50 từ ở mức 40 decibel trên ngưỡng âm thanh trung bình của mỗi người ở mỗi tai. Điểm kiểm tra bằng tỷ lệ phần trăm từ nghe đúng.
  - Test miễn nhiễm gồm 2 phần, đánh giá tình trạng và cơ chế bảo vệ của tai giữa.
  - Kiểm tra từ rời rạc so le (SSW) cung cấp 40 từ ghép theo cách chồng chéo ở mức 50 decibel trên ngưỡng cho mỗi tai của người được kiểm tra.
- Thử nghiệm này cung cấp thông tin mở rộng giúp có thể chia các vấn đề CAP thành bốn loại cơ bản.
- Kiểm tra khả năng phân biệt giọng nói trong tiếng ồn (SN) tương tự như kiểm tra Từ lẻ tẻ so le ngoại trừ tiếng ồn khác cũng được thêm vào và tỷ lệ phần trăm đúng trong điều kiện yên tĩnh được so sánh với tỷ lệ chính xác khi có thêm tiếng ồn.
  - Tổng hợp âm vị (PS) xác định các vấn đề học tập nghiêm trọng. Các loại lỗi mắc phải khi phát âm các từ viết hoặc liên kết các chữ viết với âm thanh mà chúng thể hiện sẽ giúp xác định loại và mức độ nghiêm trọng của các vấn đề về CAP.

## Mục đích

Sau khi hoàn thành chương trình đào tạo tích hợp thính giác, thính giác của người đó phải có khả năng nhận biết tất cả các tần số ở cùng mức hoặc gần. Sự cải thiện toàn diện nhờ liệu pháp này, cả về thính giác và hành vi, có thể mất tới một năm.

## Nghiên cứu và chấp nhận chung

Đào tạo tích hợp thính giác dựa trên thông tin mới học được về não. Mặc dù cấu trúc và kết nối của não được xác định trước, có thể bởi

di truyền, một yếu tố khác gọi là tính dẻo cũng phát huy tác dụng. Việc học, như chúng ta biết, tiếp tục từ khi sinh ra cho đến khi chết. Tính dẻo là khả năng của bộ não thực sự thay đổi cấu trúc và kết nối của nó thông qua quá trình học tập.

Các vấn đề về xử lý thính giác hiện được coi là có tác động lan rộng đến xã hội của chúng ta. Người ta ước tính rằng 30-40% trẻ em bắt đầu đi học có kỹ năng học ngôn ngữ có thể được mô tả là kém.

Những khó khăn về CAP là một yếu tố gây ra một số khuyết tật học tập khác nhau. Chúng không chỉ ảnh hưởng đến thành công trong học tập mà còn ảnh hưởng đến hầu hết mọi khía cạnh của khó khăn xã hội. Một ví dụ để minh họa điều này là một nghiên cứu của Đại học Buffalo năm 1989, trong đó các vấn đề về CAP được phát hiện ở 97% tù nhân thanh thiếu niên trong một cơ sở cải huấn ở ngoại ô New York.

## Tài nguyên

### SÁCH

Katz, Jack, Tiến sĩ, Wilma Laufer Gabbay, MS, Deborah S.

Ungerleider, MA và Lorin Wilde, Cẩm nang thính học lâm sàng của MS. Báo chí Waverly, Inc., 1985.

### ĐỊNH KỲ Katz,

Jack, Ph.D. "Đánh giá xử lý thính giác trung tâm." (1996).

Thạc sĩ, M. Gay. "Quản lý ngôn ngữ và lời nói của CAPD." (1996).

Musiek, Frank, Tiến sĩ. "Huấn luyện thính giác: Một phương pháp chiết trung tiếp cận." Tạp chí Thính học Hoa Kỳ (1995).

### KHÁC

Cooper, Rachel. "Đào tạo Tích hợp Thính giác là gì?" <<http://www.vision3d.com/adhd/>>. (Tháng 12 năm 2000).

Dejean, Valerie. Giới thiệu về Phương pháp Tomatis, 1997.

Trung tâm phổ đào tạo thính giác Tomatis, Bethesda, MD.

Masters, M. Gay và Jack Stecker Katz, Rối loạn xử lý thính giác trung tâm của NA: Những khó khăn đặc trưng. Hội thảo nhỏ, 1994.

Trung tâm Quang phổ. "Tích hợp thính giác và Alfred Toma-tis." <<http://listeningtraining.com/>>. (Tháng 12 năm 2000).

Joan Schonbeck

## Xem Viêm gan liên quan đến kháng nguyên Úc

### Bệnh viêm gan B

## Tự kỷ

### Sự định nghĩa

Tự kỷ là một rối loạn nghiêm trọng về chức năng não được đánh dấu bởi các vấn đề về tiếp xúc xã hội, trí thông minh và

ngôn ngữ, cùng với hành vi mang tính nghi thức hoặc cưỡng chế và những phản ứng kỳ quái với môi trường.



### Sự miêu tả

Tự kỷ là một chứng rối loạn suốt đời làm cản trở khả năng hiểu những gì được nhìn, nghe và chạm vào. Điều này có thể gây ra những vấn đề sâu sắc trong hành vi cá nhân và khả năng liên hệ với người khác. Người mắc chứng tự kỷ phải học cách giao tiếp bình thường và cách liên hệ với mọi người, đồ vật và sự kiện. Tuy nhiên, không phải tất cả bệnh nhân đều có mức độ suy giảm như nhau. Có đầy đủ các triệu chứng, có thể từ nhẹ đến nặng.

Bệnh tự kỷ xảy ra ở khoảng một hoặc hai trên 1.000 trẻ em. Nó được tìm thấy thường xuyên hơn bốn lần ở các bé trai (thường là con đầu lòng) và xảy ra trên khắp thế giới ở mọi chủng tộc và hoàn cảnh xã hội. Bệnh tự kỷ thường biểu hiện rõ ràng trong ba năm đầu đời, mặc dù ở một số trẻ rất khó để biết khi nào vấn đề phát triển. Đôi khi tình trạng này không được chẩn đoán cho đến khi trẻ đi học.

Trong khi một người mắc chứng tự kỷ có thể có các triệu chứng từ nhẹ đến nặng, khoảng 10% có khả năng phi thường trong một lĩnh vực, chẳng hạn như toán học, trí nhớ, âm nhạc hoặc nghệ thuật. Những đứa trẻ như vậy được gọi là "những nhà bác học tự kỷ" (trước đây gọi là "những nhà bác học ngốc nghếch").

### Nguyên nhân và triệu chứng

Tự kỷ là một chứng rối loạn não ảnh hưởng đến cách não sử dụng hoặc truyền tải thông tin. Các nghiên cứu đã tìm thấy những bất thường ở một số phần của não gần như chắc chắn xảy ra trong quá trình phát triển của thai nhi. Vấn đề có thể tập trung vào các phần não chịu trách nhiệm xử lý ngôn ngữ và thông tin từ các giác quan.

Đường như có một cơ sở di truyền mạnh mẽ cho bệnh tự kỷ. Những cặp song sinh giống hệt nhau có nhiều khả năng bị ảnh hưởng hơn so với những cặp song sinh khác (không giống nhau về mặt di truyền). Trong một gia đình có một trẻ tự kỷ, nguy cơ sinh thêm một đứa trẻ tự kỷ là khoảng 1 trên 20, cao hơn nhiều so với người bình thường. Đôi khi, người thân của trẻ tự kỷ có những hành vi nhẹ trông rất giống chứng tự kỷ, chẳng hạn như hành vi lặp đi lặp lại và các vấn đề về giao tiếp hoặc xã hội. Nghiên cứu cũng phát hiện ra rằng một số rối loạn cảm xúc (chẳng hạn như hung cảm trầm cảm) xảy ra thường xuyên hơn ở những gia đình có trẻ tự kỷ.

Ít nhất một nhóm nhà nghiên cứu đã tìm thấy mối liên hệ giữa gen bất thường và bệnh tự kỷ. Gen này có thể chỉ là một trong ít nhất 3-5 gen tương tác theo cách nào đó để gây ra tình trạng này. Các nhà khoa học ngờ rằng một hoặc nhiều gen bị lỗi có thể khiến một người dễ mắc chứng tự kỷ khi có các yếu tố khác, chẳng hạn như

mất cân bằng hóa học, virus hoặc hóa chất, hoặc thiếu oxy khi sinh.

Tình trạng một số trường hợp, hành vi tự kỷ là do một bệnh lý dễ dàng như:

- bệnh rubella ở bà mẹ mang thai
- bệnh xơ cứng cử
- hội chứng X dễ vỡ
- viêm não
- bệnh phenylketon niệu không được điều trị.

Mức độ nghiêm trọng của tình trạng này khác nhau tùy từng cá nhân, từ mức độ nghiêm trọng nhất (cực kỳ bất thường, lặp đi lặp lại, hành vi tự gây thương tích và hung hăng) đến rất nhẹ, giống như rối loạn nhân cách kèm theo một số khuyết tật về khả năng học tập.

Những vấn đề sâu sắc về tương tác xã hội là những triệu chứng phổ biến nhất của bệnh tự kỷ. Trẻ sơ sinh mắc chứng rối loạn trật tự sẽ không ôm ấp; họ tránh giao tiếp bằng mắt và đường như không muốn hoặc không cần tiếp xúc cơ thể hoặc tình cảm. Chúng có thể trở nên cứng nhắc hoặc mềm nhũn khi được bế, khóc khi được bế lên và ít quan tâm đến việc tiếp xúc với con người. Một đứa trẻ như vậy không mỉm cười hay giơ tay lên chờ đợi được bế lên. Anh ta không có sự gắn bó với cha mẹ và cũng không thể hiện bắt kỳ sự lo lắng bình thường nào đối với người lạ. Anh ấy không học những trò chơi điển hình của thời thơ ấu, chẳng hạn như ú òa.

### Vấn đề ngôn ngữ

Trẻ tự kỷ có thể không nói được gì cả; nếu anh ấy làm vậy, nó thường chỉ bằng những từ đơn lẻ. Anh ta có thể lặp lại không ngừng các từ hoặc cụm từ được nói đến với mình và có thể đảo ngược các đại từ ("Bạn đi ngủ đi" thay vì "Tôi muốn đi ngủ").

### Sở thích và hoạt động bị hạn chế

Thông thường trẻ tự kỷ gặp nhiều khó khăn khi chơi đùa bình thường. Trẻ có thể sẽ không đóng vai người lớn trong thời gian chơi và thay vì thích thú với trò chơi tưởng tượng, trẻ có thể chỉ đơn giản là bắt chước hành động của người khác nhiều lần. Các kiểu hành vi kỳ lạ rất phổ biến ở trẻ tự kỷ và có thể bao gồm các hành vi phức tạp, la hét, lắc lư nhịp nhàng, vỗ tay, vận véo ngón tay và khóc không ra nước mắt. Trẻ tự kỷ có thể nghịch nước bọt, phun hoặc nước tiểu của chính mình. Trẻ có thể tự hủy hoại bản thân, tự cắn tay, khoét mắt, giật tóc hoặc đập đầu.

### Vấn đề về cảm giác

Thế giới giác quan đặt ra một vấn đề thực sự đối với nhiều trẻ tự kỷ, những trẻ thường như bị choáng ngợp bởi các giác quan của chính mình. Trẻ tự kỷ có thể phớt lờ đồ vật hoặc



Đứa trẻ tự kỷ này được khuyến khích tương tác với chuột lang nhằm nỗ lực cải thiện khả năng tương tác xã hội của mình. (Helen B. Senisi. Ảnh Nhà nghiên cứu, Inc. Được sao chép dưới sự cho phép.)

trở nên bị ám ảnh bởi chúng, liên tục quan sát đồ vật hoặc chuyển động của ngón tay trên nó. Nhiều trẻ trong số này có thể phản ứng với âm thanh bằng cách đậm đà hoặc vỗ ngón tay. Một số người trưởng thành mắc chứng tự kỷ chức năng cao đã viết sách về trải nghiệm thời thơ ấu của họ cho biết rằng âm thanh thường gây đau đớn tột cùng cho họ, buộc họ phải rút lui khỏi môi trường hoặc cố gắng đổi phó bằng cách rút lui vào thế giới cảm giác và chuyển động của riêng mình.

#### Vấn đề trí tuệ

Hầu hết trẻ tự kỷ đều có biểu hiện chậm phát triển trí tuệ ở mức độ vừa phải. Chúng có thể cười khúc khích hoặc khóc vô cớ, không sợ nguy hiểm thực sự nhưng lại tỏ ra sợ hãi trước những đồ vật vô hại.

#### Chẩn đoán

Không có xét nghiệm y tế nào cho bệnh tự kỷ. Bởi vì các triệu chứng của bệnh tự kỷ rất đa dạng nên tình trạng này có thể không được chẩn đoán trong một thời gian (đặc biệt ở những người mắc bệnh nhẹ hoặc nếu có kèm theo các khuyết tật khác). Nó có thể bị nhầm lẫn với các bệnh khác, chẳng hạn như hội chứng X dẽ vỡ, bệnh xơ cứng cù và bệnh phenylketon niệu không được điều trị.

Bệnh tự kỷ được chẩn đoán bằng cách quan sát hành vi, kỹ năng giao tiếp và tương tác xã hội của trẻ. Các xét nghiệm y tế nên loại trừ các nguyên nhân có thể khác gây ra các triệu chứng tự kỷ. Tiêu chí mà các chuyên gia sức khỏe tâm thần sử dụng để chẩn đoán bệnh tự kỷ bao gồm:

- vấn đề phát triển tình bạn
- vấn đề với trò chơi giả tạo hoặc trò chơi xã hội
- các từ hoặc chuỗi từ lặp đi lặp lại vô tận
- khó khăn trong việc tiếp tục cuộc trò chuyện
- nỗi ám ảnh về các nghi lễ hoặc khuôn mẫu hạn chế
- bận tâm đến các bộ phận của đồ vật

Một số trẻ có một số triệu chứng của bệnh tự kỷ nhưng chưa đủ để được chẩn đoán là mắc bệnh tự kỷ ở dạng "cô diễn". Trẻ có hành vi tự kỷ nhưng không có vấn đề về ngôn ngữ có thể được chẩn đoán mắc "hội chứng Asperger". Những đứa trẻ ban đầu có vẻ bình thường nhưng bắt đầu biểu hiện hành vi tự kỷ khi lớn lên có thể được chẩn đoán mắc "rối loạn phân hủy thời thơ ấu" (CDD). Những vấn đề này đôi khi được gọi là "rối loạn phổ tự kỷ". Điều quan trọng nữa là loại trừ các vấn đề khác có vẻ tương tự như chứng tự kỷ.



## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Thuốc chống trầm cảm**—Một loại thuốc dùng để điều trị trầm cảm; đôi khi nó cũng được sử dụng để điều trị bệnh tự kỷ.

**Hội chứng Asperger**—Trẻ có hành vi tự kỷ nhưng không có vấn đề về ngôn ngữ.

**Viêm não**—Một tình trạng viêm não hiếm gặp do nhiễm virus. Nó có liên quan đến sự phát triển của bệnh tự kỷ.

**Hội chứng nhiễm sắc thể X dễ gãy**—Một tình trạng di truyền liên quan đến nhiễm sắc thể X ảnh hưởng đến sự phát triển về tinh thần, thể chất và giác quan.

**Thuốc an thần chính**—Nhóm thuốc bao gồm thuốc hướng tâm thần hoặc thuốc an thần kinh, đôi khi được sử dụng để giúp đỡ người tự kỷ. Chúng có nguy cơ gây tác dụng phụ đáng kể, bao gồm bệnh Parkinson và rối loạn vận động, và cần thận trọng khi kê đơn.

**Thuốc chẹn thuỷ phân**—Một loại thuốc ngăn chặn

tác dụng của thuốc phiện tự nhiên trong hệ thống. Điều này làm cho một số người, kể cả một số người mắc chứng tự kỷ, tỏ ra phản ứng nhanh hơn với môi trường của họ.

**Phenylketon niệu (PKU)**—Sự thiếu hụt enzyme xuất hiện khi mới sinh làm gián đoạn quá trình trao đổi chất và gây tổn thương não. Khuyết di truyền hiếm gặp này có thể liên quan đến sự phát triển của bệnh tự kỷ.

**Rubella**—Còn được gọi là bệnh sởi Đức. Khi người phụ nữ mắc bệnh rubella khi mang thai, đứa trẻ đang phát triển của cô ấy có thể bị tổn thương. Một trong những vấn đề có thể xảy ra là chứng tự kỷ.

**Thuốc kích thích**—Một nhóm thuốc, bao gồm Ritalin, được sử dụng để điều trị cho những người mắc chứng tự kỷ. Chúng có thể khiến trẻ bình tĩnh hơn và có khả năng tập trung tốt hơn nhưng cũng có thể hạn chế sự phát triển hoặc gây ra các tác dụng phụ khác.

**Bệnh xơ cứng cù**—Một bệnh di truyền gây ra các vấn đề về da, co giật và chậm phát triển trí tuệ. Nó có thể bị nhầm lẫn với bệnh tự kỷ.

cũng có thể diễn ra tại bệnh viện tâm thần, trường chuyên khoa hoặc chương trình chăm sóc ban ngày.

### Thuốc

Chưa có loại thuốc nào được chứng minh là có hiệu quả cao đối với các đặc điểm chính của bệnh tự kỷ. Tuy nhiên, nhiều loại thuốc có thể kiểm soát hành vi tự gây thương tích, hung hăng và các hành vi khó khăn khác. Thuốc cũng có thể kiểm soát chứng động kinh, căn bệnh ảnh hưởng đến 20% số người mắc chứng tự kỷ.

Năm loại thuốc đôi khi được kê toa để giúp giải quyết các vấn đề về hành vi của người mắc chứng tự kỷ:

- chất kích thích, chẳng hạn như methylphenidate (Ritalin)
- thuốc chống trầm cảm, chẳng hạn như fluvoxamine (Luvox) •
- thuốc chẹn thuỷ phân, chẳng hạn như naltrexone (ReVia)
- thuốc chống loạn thần
- thuốc an thần

Ngày nay, hầu hết các chuyên gia đều khuyên nghị một phác đồ điều trị phức tạp nên bắt đầu sớm và tiếp tục trong suốt tuổi thiêng niên. Liệu pháp hành vi được sử dụng kết hợp với thuốc.

### Điều trị thay thế

Nhiều bậc cha mẹ báo cáo thành công với liệu pháp vitamin tổng hợp. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng vitamin B6 cải thiện

### Điều trị bằng giáo dục hoặc hành vi

Thông thường, các kỹ thuật hành vi được sử dụng để giúp trẻ phản ứng và giảm các triệu chứng. Điều này có thể bao gồm sự cung cấp tích cực (thức ăn và phần thưởng) để tăng cường các kỹ năng ngôn ngữ và xã hội. Chương trình đào tạo này bao gồm hướng dẫn cấu trúc, định hướng kỹ năng được thiết kế để nâng cao khả năng ngôn ngữ và xã hội. Việc đào tạo cần phải bắt đầu càng sớm càng tốt, vì sự can thiệp sớm thường như ảnh hưởng đến sự phát triển của não bộ.

Hầu hết các chuyên gia tin rằng phương pháp điều trị hiện đại có hiệu quả nhất khi được thực hiện tại nhà, mặc dù việc điều trị

Tin  
Lý

giao tiếp bằng mắt và lời nói và làm giảm hành vi giận dữ. Vitamin B6 gây ra ít tác dụng phụ hơn các loại thuốc khác và được coi là an toàn khi sử dụng với liều lượng thích hợp.

Tuy nhiên, không nhiều chuyên gia y tế ủng hộ việc sử dụng nó trong điều trị bệnh tự kỷ, với lý do rằng các nghiên cứu cho thấy lợi ích của nó còn thiếu sót.

#### DMG (dimethylglycine)

Hợp chất này, có bán ở nhiều cửa hàng thực phẩm sức khỏe, được phân loại hợp pháp là thực phẩm, không phải vitamin hay thuốc. Một số nhà nghiên cứu cho rằng nó cải thiện khả năng nói ở trẻ tự kỷ. Những người đáp ứng với phương pháp điều trị này thường sẽ làm như vậy trong vòng một tuần. Một lần nữa, nhiều bác sĩ không cảm thấy rằng các nghiên cứu này là đủ để thúc đẩy phương pháp điều trị này.

#### Bài tập

Một nhà nghiên cứu phát hiện ra rằng tập thể dục cường độ cao (20 phút hoặc lâu hơn, ba hoặc bốn ngày một tuần) dường như làm giảm tính hiếu động, hung hăng, tự gây thương tích và các triệu chứng tự kỷ khác.

#### Tiên lượng

Mặc dù không có cách chữa trị nhưng nếu được điều trị thích hợp, các hành vi tiêu cực của bệnh tự kỷ có thể được cải thiện. Các thế hệ trước đã đưa trẻ tự kỷ vào các cơ sở chăm sóc; ngày nay, ngay cả trẻ em khuyết tật nặng cũng có thể được giúp đỡ trong một môi trường ít hạn chế hơn để phát triển hết tiềm năng của mình. Nhiều người cuối cùng có thể trở nên phản ứng nhanh hơn với người khác khi họ học cách hiểu thế giới xung quanh và một số có thể có cuộc sống gần như bình thường.

Người mắc chứng tự kỷ có tuổi thọ bình thường.

Một số người mắc chứng tự kỷ có thể xử lý được công việc; họ làm tốt nhất với những công việc có cấu trúc liên quan đến mức độ lặp lại.

#### Phòng ngừa

Cho đến khi nguyên nhân gây bệnh tự kỷ được phát hiện thì việc phòng ngừa là không thể.

#### Tài nguyên

##### SÁCH

Barron, Sean và Judy Barron. Có Một Cậu Bé Ở Đây. Mới York: Simon & Schuster, 1992.

Bratt, Berneen. Không có thời gian cho thách. Cambridge, MA: Sách Brookline, 1989.

Cohen, Donald J. và Fred R. Volkmar. Cẩm nang về bệnh tự kỷ và rối loạn phát triển lan tỏa. John Wiley & Các con trai, 1997.

Cohen, Shirley. Nhóm mục tiêu vào bệnh tự kỷ: Những điều chúng tôi biết, chưa biết và có thể làm để giúp trẻ nhỏ mắc chứng tự kỷ và các rối loạn liên quan. Berkeley: Nhà xuất bản Đại học California, 1998.

Grandin, Dền Thờ. Sự xuất hiện: Được dân nhân Tự kỷ. Novato, Ca: Nhà xuất bản Arena, 1986.

Greenfield, Josh. Một đứa trẻ tên là Nô-è. New York: Holt, Rinehart và Winston, 1971.

Hart, Charles. Hướng dẫn dành cho phụ huynh về bệnh tự kỷ: Câu trả lời cho những câu hỏi phổ biến nhất. New York: Sách bỏ túi, 1993.

Kaufman, Barry Neil. Son-Rise. New York: Harper & Row, 1976.

Williams, Donna. Không có ai ở đâu cả. New York: Times Books/Ngôi nhà ngẫu nhiên, 1992.

##### ĐỊNH KÝ

Cook, EH, et. al. "Điều trị bằng Fluoxetine ở trẻ em và Người lớn mắc chứng Rối loạn Tự kỷ và Chậm phát triển Tâm thần."

Tạp chí Tâm thần học Trẻ em và Vị thành niên của Học viện Hoa Kỳ 31 (1992): 739-45.

"Làm thế nào để nhận biết bệnh Asperger từ chứng tự kỷ." Thư về Hành vi Trẻ em và Vị thành niên của Đại học Brown 1/12 (tháng 1 năm 1996): 1-2.

Rimland, Bernard. "DMG, Chất chuyển hóa không độc hại, và Bệnh tự kỷ." Tạp chí Nghiên cứu Tự kỷ Quốc tế 4/2 (1996).

Roeder, Jason. "Thuốc có thể thay đổi hành vi ở bệnh tự kỷ không?" Cha Mẹ Đặc Biệt 25/11 (11/1995): 50-54.

Shapiro, Joseph. "Beyond the Rain Main: Một người phụ nữ cá biệt thay đổi ngành chăn nuôi gia súc và hình ảnh của chúng ta về bệnh tự kỷ." US News & World Report 120/21 (27 tháng 5 năm 1996): 78-79.

Cánh, Lorna. "Tự kỷ." The Lancet 350/9093 (13 tháng 12 năm 1997): 1761-1767.

##### TỔ CHỨC

Hiệp hội tự kỷ của Mỹ. 7910 Đại lộ Woodmont, Suite 300, Bethesda, Maryland 20814-3067. (800) 328-8476. <<http://www.autism-society.org>>.

Mạng lưới Tự kỷ Quốc tế. PO Box 448, Syracuse, NY 13210.

Viện nghiên cứu bệnh tự kỷ. 4182 Adams Ave., San Diego, CA 92116. (619) 281-7165.

Đường dây nóng về bệnh tự kỷ quốc gia. c/o Trung tâm Dịch vụ Tự kỷ, PO Box 507, 605 Ninth St., Huntington, WV 25710. (304) 525-8014.

Quỹ X mong manh quốc gia. PO Box 190488, San Francis-co, CA 94119. (800) 688-8765. <<http://www.nfxf.org>>.

Viện rối loạn thần kinh và đột quỵ quốc gia. PO Box 5801, Bethesda, MD 20824. (800) 352-9424. <<http://www.ninds.nih.gov/index.htm>>.

Liên minh quốc gia về nghiên cứu bệnh tự kỷ. <[naar@naar.org](mailto:naar@naar.org)>.

##### KHÁC

Hiệp hội tự kỷ của Mỹ. 7910 Đại lộ Woodmont. <<http://www.autism-society.org>>.

Liên minh quốc gia về nghiên cứu bệnh tự kỷ (NAAR). <<http://www.naar.org>>.

Trung tâm thông tin quốc gia về trẻ em và thanh thiếu niên khuyết tật khả năng. <<http://www.nichcy.org/transitn.htm>>.

Carol A. Turkington

#### Ghép tự thân xem Ghép da

## Rối loạn tự miễn dịch

### Sự định nghĩa

Rối loạn tự miễn dịch là tình trạng hệ thống miễn dịch của một người tấn công các tế bào của chính cơ thể, gây phá hủy nó.



### Sự miêu tả

Tự miễn dịch được chấp nhận là nguyên nhân của một loạt các rối loạn và nó bị nghi ngờ là nguyên nhân của nhiều rối loạn khác. Các bệnh tự miễn dịch được phân loại là bệnh chung, trong đó phản ứng tự miễn dịch diễn ra đồng thời ở một số mô hoặc cơ quan cụ thể, trong đó phản ứng tự miễn dịch nhắm vào một cơ quan duy nhất.

Rối loạn tự miễn dịch bao gồm những điều sau đây:

- Lupus ban đỏ hệ thống. Một bệnh tự miễn dịch tổng quát trong đó các kháng thể tấn công một số mô khác nhau. Bệnh tái phát theo chu kỳ và gặp chủ yếu ở phụ nữ trẻ và trung niên.

- Viêm khớp dạng thấp. Xảy ra khi hệ thống miễn dịch tấn công và phá hủy các mô bao quanh khớp xương và sụn. Bệnh xảy ra khắp cơ thể, mặc dù một số khớp có thể bị ảnh hưởng nhiều hơn những khớp khác.

- Hội chứng Goodpasture. Xảy ra khi kháng thể lắng đọng trên màng của cả phổi và thận, gây ra cả viêm cầu thận (viêm cầu thận) và chảy máu phổi. Đây thường là căn bệnh của nam giới trẻ tuổi.

- Bệnh Grave. Nguyên nhân là do một kháng thể liên kết với các tế bào cụ thể trong tuyến giáp, khiến chúng sản xuất quá nhiều hormone tuyến giáp.

- Bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto. Gây ra bởi một kháng thể liên kết với các tế bào trong tuyến giáp. Tuy nhiên, không giống như bệnh Grave, hoạt động của kháng thể này dẫn đến việc tạo ra ít hormone tuyến giáp hơn.

- Pemphigus thông thường. Nhóm rối loạn tự miễn dịch điều đó ảnh hưởng đến lèn da.

- Bệnh nhược cơ. Tình trạng hệ thống miễn dịch tấn công một thụ thể trên bề mặt tế bào cơ, ngăn cơ nhận các xung thần kinh và dẫn đến yếu cơ nghiêm trọng.

- Xơ cứng bì. Còn được gọi là hội chứng CREST hoặc bệnh xơ cứng hệ thống tiền triều, xơ cứng bì ảnh hưởng đến mô liên kết.

- Thiểu máu tán huyết tự miễn. Xảy ra khi cơ thể sản xuất kháng thể bao phủ các tế bào hồng cầu.

- Ban xuất huyết giảm tiêu cầu tự miễn. Rối loạn trong đó hệ thống miễn dịch nhắm mục tiêu và phá hủy tiểu cầu trong máu.

- Viêm da cơ và viêm da cơ. Rối loạn miễn dịch ảnh hưởng đến hệ thần kinh cơ.

- Thiểu máu ác tính. Rối loạn trong đó hệ thống miễn dịch tấn công niêm mạc dạ dày khiến cơ thể không thể chuyển hóa vitamin B12.

- Hội chứng Sjogren. Xảy ra khi các tuyến ngoại tiết bị hệ thống miễn dịch tấn công, dẫn đến tình trạng khô da quá mức. • Viêm cột sống dinh khớp. Hệ

thống miễn dịch gây ra thoái hóa khớp và mô mềm của cột sống.

- Viêm mạch. Một nhóm rối loạn tự miễn dịch trong đó hệ thống miễn dịch tấn công và phá hủy các mạch máu. • Đái tháo đường тип I. Có thể do một kháng thể tấn công và phá hủy các tế bào đảo tụ sản xuất insulin.

- Bệnh xơ cứng teo cơ một bên. Còn được gọi là bệnh Lou Gehrig. Một rối loạn miễn dịch làm chết các tế bào thần kinh dẫn đến mất dần khả năng kiểm soát cơ bắp.

- Hội chứng Guillain Barre. Còn được gọi là viêm đa dây thần kinh truyền nhiễm. Thường xảy ra sau khi bị nhiễm trùng hoặc tiêm chủng (cụ thể là cúm lợn), bệnh ảnh hưởng đến vỏ myelin, bao bọc các tế bào thần kinh. Nó gây ra tình trạng yếu cơ và tê liệt tiến triển. • Bệnh đa xơ cứng. Một rối loạn tự miễn dịch có thể liên quan đến virus, ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương, gây mất khả năng phối hợp và kiểm soát cơ.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Để hiểu rõ hơn về các rối loạn tự miễn dịch, việc hiểu rõ hoạt động của hệ thống miễn dịch là rất hữu ích. Mục đích của hệ thống miễn dịch là bảo vệ cơ thể chống lại sự tấn công của các vi khuẩn truyền nhiễm (vi trùng) và các vật thể lạ. Khi hệ thống miễn dịch tấn công kẻ xâm lược, nó rất đặc hiệu-một tế bào của hệ thống miễn dịch cụ thể sẽ chỉ nhận biết và nhắm mục tiêu vào một loại kẻ xâm lược.

Để hoạt động bình thường, hệ thống miễn dịch không chỉ phải phát triển kiến thức chuyên biệt về từng kẻ xâm lược mà còn phải học cách nhận biết và không tiêu diệt các tế bào thuộc về chính cơ thể. Mỗi tế bào đều mang các dấu hiệu protein trên bề mặt để xác định nó theo một trong hai cách: đó là loại tế bào nào (ví dụ: tế bào thần kinh, tế bào cơ, tế bào máu, v.v.) và tế bào đó thuộc về ai. Những dấu hiệu này được gọi là phức hợp khả năng tương thích mô học chính (MHC). Khi hoạt động bình thường, các tế bào của hệ thống miễn dịch sẽ không tấn công bất kỳ tế bào nào khác bằng các dấu hiệu xác định nó thuộc về

thân hình. Ngược lại, nếu các tế bào của hệ thống miễn dịch không nhận ra tế bào là "bản thân", chúng tự gắn mình vào nó và đưa ra tín hiệu rằng cơ thể đã bị xâm chiếm, từ đó kích thích sản xuất các chất

chẳng hạn như các kháng thể nhán chim và tiêu diệt vật thể lạ vật rất nhỏ. Trong trường hợp rối loạn tự miễn dịch, hệ thống miễn dịch hệ thống không thể phân biệt giữa các tế bào "tự" và tế bào xâm lược. Kết quả là, hoạt động phá hoại tương tự được thực hiện trên các tế bào của chính cơ thể mà thông thường sẽ được thực hiện trên vi khuẩn, vi rút và các loại khác các thực thể có hại.

Lý do tại sao hệ thống miễn dịch trở nên rối loạn chức năng theo cách này vẫn chưa được hiểu rõ. Tuy nhiên, hầu hết các nhà nghiên cứu đều đồng ý rằng sự kết hợp giữa di truyền, các yếu tố môi trường và nội tiết tố đóng vai trò tự miễn dịch. Các nhà nghiên cứu cũng suy đoán rằng một số cơ chế nhất định có thể kích hoạt khả năng tự miễn dịch. Đầu tiên, một thường chỉ giới hạn ở một bộ phận của cơ thể và do đó thường không tiếp xúc với hệ thống miễn dịch, là được thay sang các khu vực khác nơi nó bị tấn công. Thứ hai, hệ thống miễn dịch có thể nhầm lẫn một thành phần của body cho một thành phần nước ngoài tương tự. Thứ ba, tế bào cơ thể có thể bị thay đổi theo cách nào đó, hoặc bằng thuốc, nhiễm trùng hoặc một số yếu tố môi trường khác, do đó họ không còn được nhận biết là "bản thân" đối với hệ thống miễn dịch hệ thống. Thứ tư, bản thân hệ thống miễn dịch có thể bị hỏng, chẳng hạn như do đột biến gen và do đó không thể hoạt động bình thường.

### Triệu chứng

Các triệu chứng của rối loạn trên bao gồm:

- Lupus ban đỏ hệ thống. Các triệu chứng bao gồm sốt, ớn lạnh, mệt mỏi, sụt cân, phát ban trên da (đặc biệt là phát ban hình con bướm cổ điển trên mặt), viêm mạch, đau nhiều khớp, rụng tóc từng mảng, lở loét trong miệng hoặc mũi, sưng hạch bạch huyết, các vân đè về dạ dày, và, ở phụ nữ, kinh nguyệt không đều. Khoảng một nửa số người bị bệnh lupus phát triển các vân đè về tim phổi, và một số cũng có thể phát triển các vân đè về tiết niệu. Lupus còn có thể tác động lên hệ thần kinh trung ương, gây co giật, trầm cảm và rối loạn tâm thần.
- Viêm khớp dạng thấp. Ban đầu có thể được đặc trưng bởi một sốt nhẹ, chán ăn, sụt cân và đau khớp toàn thân. Cơn đau khớp sau đó trở nên cùi thể hơn, thường bắt đầu ở ngón tay, sau đó lan sang các vùng khác như cổ tay, khuỷu tay, đầu gối, mắt cá chân. Khi bệnh tiến triển, chức năng khớp giảm sút rõ rệt và xuất hiện các biến dạng, đặc biệt là hiện tượng cong ngón tay "cổ thiên nga".
- Hội chứng Goodpasture. Triệu chứng cũng tương tự như vậy thiếu máu do thiếu sắt, bao gồm mệt mỏi và xanh xao

lor. Các triệu chứng liên quan đến phổi có thể dao động từ ho có đờm có máu đến xuất huyết hoàn toàn. Các triệu chứng liên quan đến hệ tiết niệu bao gồm máu trong nước tiểu và/hoặc sưng tấy.

- Bệnh Grave. Bệnh này được đặc trưng bởi một tuyến giáp phì đại, giảm cân mà không giảm thèm ăn, đồ mồ hôi, tim đập nhanh, hồi hộp, và không có khả năng chịu nhiệt.
- Bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto. Rối loạn này thường không có triệu chứng.
- Pemphigus thông thường. Bệnh này có đặc điểm là mụn nước và tổn thương sâu trên da.
- Bệnh nhược cơ. Đặc trưng bởi sự mệt mỏi và yếu cơ mà lúc đầu có thể chỉ giới hạn ở một số nhóm cơ, nhưng sau đó có thể tiến triển đến mức chất liệt. Bệnh nhân nhược cơ thường có khuôn mặt không biểu cảm cũng như khó nhai và nuốt. Nếu bệnh tiến triển đến hệ hô hấp, có thể phải hô hấp nhân tạo.
- Xơ cứng bì. Rối loạn thường xảy ra trước hiện tượng Raynaud. Các triệu chứng tiếp theo bao gồm đau, sưng và cứng khớp và da có vẻ ngoài săn chắc, sáng bóng. Hệ thống tiêu hóa cũng tham gia dẫn đến giảm cân, thèm ăn mất nước, tiêu chảy, táo bón và chướng bụng. Khi bệnh tiến triển, tim, phổi, và thận bị ảnh hưởng và tăng huyết áp ác tính gây tử vong trong khoảng 30% trường hợp.
- Thiếu máu tán huyết tự miễn. Có thể cấp tính hoặc mãn tính. Các triệu chứng bao gồm mệt mỏi và căng tức bụng do lá lách to.
- Ban xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn. Đặc trưng bởi những chấm đỏ cỡ đầu dinh trên da, không rõ nguyên nhân vết bầm tím, chảy máu từ mũi và nướu răng, và máu trong cái ghê dầu.
- Viêm đa cơ và viêm da cơ. Trong bệnh viêm đa cơ, các triệu chứng bao gồm yếu cơ, đặc biệt là ở vai hoặc xương chậu, khiến bệnh nhân không thể thực hiện các hoạt động hàng ngày. Trong bệnh viêm da cơ, tình trạng yếu cơ tương tự kèm theo phát ban xuất hiện ở phần trên cơ thể, cánh tay và đầu ngón tay. Phát ban cũng có thể xuất hiện trên mí mắt và vùng xung quanh mắt có thể bị sưng.
- Thiếu máu ác tính. Dấu hiệu thiếu máu ác tính bao gồm suy nhược, đau lưng, chảy máu nướu răng và ngứa ran ở tứ chi. Vì bệnh gây ra hiện tượng giảm axit dạ dày, buồn nôn, nôn mửa, chán ăn, thèm ăn, sụt cân, tiêu chảy và táo bón là có thể. Ngoài ra, vì Vitamin B12 rất cần thiết đối với chức năng của hệ thần kinh, sự thiếu hụt của nó do căn bệnh này gây ra có thể dẫn đến một loạt các bệnh trung tính

các vấn đề về sinh lý, bao gồm suy nhược, thiếu phổi hợp, mờ mắt, mất kỹ năng vận động tinh, mất vị giác, ù tai và mất kiểm soát bằng quang.

- Hội chứng Sjogren. Đặc trưng bởi tình trạng khô miệng và mất quá mức.

-  Viêm cột sống dinh khớp. Thường bắt đầu bằng cảm đau lưng dưới lan dần lên cột sống. Cảm đau cuối cùng có thể trở nên tê liệt.

- Viêm mạch. Các triệu chứng phụ thuộc vào nhóm tĩnh mạch bị ảnh hưởng và có thể dao động rất nhiều.

- Đái tháo đường тип I. Đặc trưng bởi sự mệt mỏi và lượng đường trong máu cao bất thường (tăng đường huyết).

- Bệnh xơ cứng teo cơ một bên. Đầu hiệu đầu tiên là vấp ngã và khó leo cầu thang. Sau đó, có thể quan sát thấy chuột rút và co giật cơ cung như yếu tay khiến việc buông nút hoặc xoay chìa khóa trở nên khó khăn. Lời nói có thể bị chậm lại hoặc bị ngắt quãng. Cũng có thể gặp khó khăn khi nuốt. Khi cơ hô hấp bị teo, nguy cơ hít sặc hoặc nhiễm trùng phổi sẽ tăng lên.

- Hội chứng Guillain Barre. Tình trạng yếu cơ ở chân xảy ra trước tiên, sau đó là ở cánh tay và mặt. Đị cảm (cảm giác châm chích, ngứa ran) cũng được cảm nhận. Rối loạn này ảnh hưởng đến cả hai bên cơ thể và có thể gây tê liệt và các cơ kiểm soát hơi thở.

- Bệnh đa xơ cứng. Giống như bệnh Lou Gehrig, triệu chứng đầu tiên có thể là vụng về. Điểm yếu hoặc kiệt sức thường được báo cáo, cũng như mờ mắt hoặc nhìn đôi.

Có thể bị chóng mặt, trầm cảm, mất kiểm soát bằng quang và yếu cơ nghiêm trọng đến mức bệnh nhân phải ngồi xe lăn.

## Chẩn đoán

Một số xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán bệnh tự miễn, tùy thuộc vào bệnh cụ thể; ví dụ như xét nghiệm máu, phân tích dịch não tủy, điện tâm đồ (đo chức năng cơ) và chụp cộng hưởng từ của não. Thông thường, những cuộc kiểm tra này sẽ xác định vị trí và mức độ thiệt hại hoặc mức độ liên quan. Chúng rất hữu ích trong việc lập biểu đồ tiến triển của bệnh và làm cơ sở cho việc điều trị.

Tuy nhiên, công cụ chính để xác định bệnh tự miễn là xét nghiệm kháng thể. Các xét nghiệm như vậy liên quan đến việc đo mức độ kháng thể được tìm thấy trong máu và xác định xem chúng có phản ứng với các kháng thể cụ thể có thể dẫn đến phản ứng tự miễn dịch hay không. Lượng kháng thể tăng cao cho thấy phản ứng miễn dịch đang diễn ra. Vì kháng thể tăng cao

mức độ cũng được thấy trong các bệnh nhiễm trùng thông thường, chúng phải được loại trừ là nguyên nhân làm tăng nồng độ kháng thể.

Kháng thể cũng có thể được phân loại theo lớp. Có năm loại kháng thể và chúng có thể được phân tách trong phòng thí nghiệm. Lớp IgG thường liên quan đến các bệnh tự miễn dịch. Thật không may, kháng thể lớp IgG cũng là lớp kháng thể chính được thấy trong các phản ứng miễn dịch bình thường.

Các xét nghiệm kháng thể hữu ích nhất liên quan đến việc đưa kháng thể của bệnh nhân vào các mẫu mô của chính họ, thường là mô tuyến giáp, dạ dày, gan và thận. Nếu kháng thể liên kết với mô "tự", đó là chẩn đoán rõ ràng tự miễn dịch. Các kháng thể từ một người không bị rối loạn tự miễn dịch sẽ không phản ứng với mô "của chính mình".

## Sự đối đãi

Việc điều trị các bệnh tự miễn là dành riêng cho từng bệnh và thường tập trung vào việc giảm bớt hoặc ngăn ngừa các triệu chứng hơn là điều trị nguyên nhân cơ bản. Ví dụ, nếu một tuyến liên quan đến phản ứng tự miễn dịch không sản xuất ra một loại hormone như insulin thì cần phải sử dụng loại hormone đó.

Tuy nhiên, việc sử dụng một loại hormone sẽ khôi phục chức năng của tuyến bị tổn thương do bệnh tự miễn.

Khía cạnh khác của điều trị là kiểm soát bản chất viêm và tăng sinh của phản ứng miễn dịch. Điều này thường được thực hiện với hai loại thuốc. Các hợp chất steroid được sử dụng để kiểm soát tình trạng viêm. Có nhiều loại steroid khác nhau, mỗi loại đều có tác dụng phụ. Bản chất tăng sinh của phản ứng miễn dịch được kiểm soát bằng thuốc ức chế miễn dịch.

Những loại thuốc này hoạt động bằng cách ức chế sự sao chép của tế bào và do đó cũng ức chế các tế bào không miễn dịch dẫn đến tác dụng phụ như thiếu máu.

Liệu pháp enzyme toàn thân là một phương pháp điều trị mới đang cho thấy kết quả đối với bệnh viêm khớp dạng thấp, bệnh đa xơ cứng, viêm cột sống dinh khớp và các bệnh viêm nhiễm khác. Sự kết hợp các enzyme của pancreatin, trypsin, chymotrypsin, bromelain và papain giúp kích thích khả năng phòng vệ của cơ thể, đẩy nhanh quá trình viêm nhằm giảm sưng tấy và cải thiện tuần hoàn, đồng thời phá vỡ các phức hợp miễn dịch trong máu. Các triệu chứng đã giảm đi khi sử dụng phương pháp điều trị này.

Các phương pháp điều trị khác có nhiều hứa hẹn là chiếu xạ lá lách và liệu pháp gen. Chiếu xạ lá lách được quảng cáo là phương pháp thay thế an toàn cho những bệnh nhân mắc các bệnh về máu tự miễn, đặc biệt là thiếu máu tan máu tự miễn hoặc những người khác có hệ thống miễn dịch bị tổn thương, chẳng hạn như bệnh nhân HIV và người già. Nó được báo cáo là có ít tác dụng phụ và dường như đang có tác dụng.

## Cytokine

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Tự kháng thể—Một kháng thể được tạo ra bởi một người phản ứng với các mô của chính họ.

Dị cảm—Một cảm giác châm chích, ngứa r่า.

và các gen ức chế cytokine được tiêm trực tiếp vào mô cơ cũng có vẻ có hiệu quả trong điều trị bệnh đái tháo đường тип I, bệnh lupus ban đỏ hệ thống, viêm tuyến giáp và viêm khớp.

**Tiên lượng**

Tiên lượng phụ thuộc vào bệnh lý của từng bệnh tự miễn.

**Phòng ngừa**

Hầu hết các bệnh tự miễn không thể ngăn ngừa được.

Mặc dù các cơ chế liên quan đến việc những căn bệnh này ảnh hưởng đến cơ thể như thế nào đã được biết đến nhưng vẫn chưa rõ tại sao cơ thể lại tự hoạt động. Vì nhiều phụ nữ hơn nam giới thường bị ảnh hưởng bởi một số rối loạn này (ví dụ như bệnh lupus), nên một số nhà nghiên cứu đang xem xét hormone như một yếu tố. Điều này và liệu pháp gen có thể là biện pháp phòng ngừa trong tương lai.

**Tài nguyên****SÁCH**

Abbas, AK, AH Lichtman và JS Pober. Miễn dịch tế bào và phân tử.

Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.

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

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

Roit, Miễn dịch học thiết yếu của IM Roitt. Oxford: Công ty TNHH Khoa học Blackwell, 1997.

**ĐỊNH KÝ**

Cichoke, Anthony J. "Cứu trợ tự nhiên cho những người mắc chứng rối loạn tự miễn dịch." Dinh dưỡng tốt hơn. (Tháng 6 năm 2000)62(6): 24.

Henderson, Charles W. "Liệu pháp gen sử dụng vectơ mã hóa Cytokine hoặc chất ức chế Cytokine (để điều trị rối loạn tự miễn dịch)." Liệu pháp miễn dịch hàng tuần. (27/09/2000): pNA.

Riccio, Nina M. "Rối loạn tự miễn dịch: Khi cơ thể tự mình tấn công." Sức khỏe hiện tại 2. (Tháng 1 năm 2000)26(5): 13. "Chiếu xạ lách là một lựa chọn cho bệnh nhân mắc chứng rối loạn tự miễn dịch và những người nhiễm HIV." AIDS hàng tuần. (09/04/2001): pNA.

Janie F. Franz

**Viêm gan tự miễn xem Viêm gan, bệnh tự miễn**

**Truyền máu tự thân xem Truyền máu**

**Ghép tự thân xem Ghép tủy xương**

**Máy khử rung tim cây ghép tự động xem Máy khử rung tim cây ghép**

**Khám nghiệm tử thi****Sự định nghĩa**

Khám nghiệm tử thi là việc đánh giá hoặc khám nghiệm tử thi sau khi chết để xác định nguyên nhân cái chết. Việc khám nghiệm tử thi được thực hiện bởi một bác sĩ được đào tạo về bệnh lý học.

**Mục đích**

Hầu hết các cuộc khám nghiệm tử thi đều nâng cao kiến thức y khoa và cung cấp bằng chứng cho hành động pháp lý. Về mặt y học, khám nghiệm tử thi xác định nguyên nhân và hoàn cảnh chính xác của cái chết, khám phá đường đi của bệnh và cung cấp thông tin có giá trị được sử dụng trong việc chăm sóc người sống. Khi nghỉ ngơi có hành vi chơi xấu, nhân viên điều tra của chính phủ hoặc giám định viên y tế sẽ tiến hành khám nghiệm tử thi để sử dụng hợp pháp. Nhánh nghiên cứu y học này được gọi là y học pháp y. Các chuyên gia pháp y điều tra những cái chết do bạo lực hoặc xảy ra trong những hoàn cảnh đáng ngờ.

Lợi ích của nghiên cứu tử thi khám nghiệm tử thi bao gồm việc tạo ra thông tin y tế mới về các bệnh như hội chứng sốc nhiễm độc, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS). Hiện tượng, có khả năng cứu sống những bệnh nhân khác, cũng là một lợi ích khác của việc khám nghiệm tử thi.

**Các biện pháp phòng ngừa**

Khi được thực hiện vì lý do y tế, việc khám nghiệm tử thi cần có sự cho phép chính thức của các thành viên trong gia đình hoặc người giám hộ hợp pháp. (Cần phải khám nghiệm tử thi vì lý do pháp lý khi nghỉ ngơi có hành vi phạm tội không cần sự đồng ý của người thân.) Trong quá trình khám nghiệm tử thi, phải lập các ghi chú và tài liệu rất ngắn gọn vì cả lý do y tế và pháp lý. Một số nhóm tôn giáo cấm khám nghiệm tử thi.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phái (AIDS)–Nhóm bệnh do nhiễm trùng virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV). Người nhiễm HIV dần mất khả năng miễn dịch chức năng, trở nên ít có khả năng chống lại các chất dinh dưỡng và ung thư, cuối cùng dẫn đến tử vong.

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan)–Kỹ thuật được sử dụng trong nghiên cứu chẩn đoán các cơ quan bên trong cơ thể cấu trúc trong việc phát hiện khối u hoặc nỗi chấn phình động mạch. Xét nghiệm chẩn đoán này bao gồm phân tích trên máy tính một loạt các ảnh quét cắt ngang được thực hiện dọc theo một trục duy nhất của cấu trúc cơ thể hoặc mô được sử dụng để xây dựng một không gian ba chiều hình ảnh của cấu trúc đó

Bệnh Creutzfeld-Jakob–Một căn bệnh hiếm gặp, thường gây tử vong ở não, đặc trưng bởi tình trạng mất trí nhớ dần dần và mất kiểm soát cơ xảy ra nhiều nhất.

thường ở tuổi trung niên và do virus chậm gây ra.

**Viêm gan**–Viêm gan do tác nhân truyền nhiễm hoặc độc hại và được đặc trưng bởi vàng da, sốt, gan to và đau bụng nỗi đau.

Chụp cộng hưởng từ (MRI)–Chẩn đoán công cụ sử dụng năng lượng từ trường hạt nhân trong tạo ra hình ảnh của các nguyên tử và cấu trúc phân tử cụ thể trong chất rắn, đặc biệt là tế bào người, mô, cơ quan.

Sau khi chết–Sau khi chết.

**Sự miêu tả**

Khám nghiệm tử thi có thể được mô tả là việc kiểm tra một xác người đã chết cùng với việc khám nghiệm chi tiết hài cốt của người đó. Thủ tục này có từ thời La Mã thời đại mà rất ít cuộc mổ xé con người được thực hiện; Tuy nhiên, việc khám nghiệm tử thi đã được sử dụng để xác định nguyên nhân của tử vong trong các vụ án hình sự. Khi bắt đầu quy trình, phần thân bên ngoài được kiểm tra và sau đó phần bên trong được kiểm tra. Các cơ quan được loại bỏ và nghiên cứu. Một số nhà bệnh lý học lập luận rằng nhiều cuộc khám nghiệm tử thi được thực hiện hơn mức cần thiết. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy khám nghiệm tử thi có thể phát hiện những phát hiện quan trọng về tình trạng của một người không được bị nghi ngờ khi người đó còn sống. Và sự phát triển nhận thức về ảnh hưởng của yếu tố di truyền đến bệnh tật cũng đã nhấn mạnh tầm quan trọng của khám nghiệm tử thi.

Bất chấp sự hữu ích của khám nghiệm tử thi, ít khám nghiệm tử thi hơn đã được biểu diễn ở Hoa Kỳ trong thời gian qua

10-20 năm. Một lý do có thể cho sự suy giảm này là mối lo ngại về các vụ kiện sơ suất của bác sĩ điều trị. Các lý do có thể khác là các bệnh viện thực hiện ít ca khám nghiệm tử thi hơn vì chi phí hoặc bởi vì công nghệ hiện đại, chẳng hạn như chụp CT và chụp cộng hưởng từ, thường có thể cung cấp đủ thông tin chuẩn đoán. Tuy nhiên, các cơ quan quản lý liên bang và các nhóm bệnh lý đã bắt đầu thiết lập các hướng dẫn mới nhằm tăng số lượng và chất lượng của khám nghiệm tử thi đang được thực hiện.

Nhiều chuyên gia lo ngại rằng nếu số lượng khám nghiệm tử thi tăng, bệnh viện có thể buộc phải tính phí gia đình phải trả một khoản phí cho thủ tục này vì việc khám nghiệm tử thi thường không được các công ty bảo hiểm hoặc Medicare chi trả. Chưa, Theo một số nhà nghiên cứu bệnh học, lợi ích của thủ tục này đối với gia đình và bác sĩ đã chứng minh được chi phí. TRONG khám nghiệm tử thi, các bác sĩ vẫn thận trọng chỉ khám nghiệm phần cơ thể được cho phép theo mong muốn của gia đình. Điều quan trọng cần lưu ý là khám nghiệm tử thi cũng có thể mang lại sự yên tâm cho gia đình tang quyền trong những hoàn cảnh nhất định.

**Sự chuẩn bị**

Nếu khám nghiệm tử thi y tế đang được thực hiện, văn bản cho sứ mệnh được bảo đảm khỏi gia đình của người đã khuất

**Chăm sóc sau**

Sau khi hoàn tất khám nghiệm tử thi, thi thể sẽ được chuẩn bị cho những sắp xếp cuối cùng theo sự đồng ý của gia đình mong muốn

**Rủi ro**

Có một số nguy cơ lây truyền bệnh từ người chết. Trên thực tế, một số bác sĩ có thể từ chối làm khám nghiệm tử thi trên những bệnh nhân cụ thể vì sợ mắc các bệnh lây nhiễm như AIDS, viêm gan hoặc bệnh Creutzfeld-Jakob.

**Kết quả bình thường**

Trong hầu hết các tình huống, nguyên nhân cái chết được xác định từ thủ tục khám nghiệm tử thi mà không có bất kỳ sự lây truyền bệnh nào.

**Kết quả bất thường**

Kết quả bất thường sẽ bao gồm các kết quả không thuyết phục từ việc khám nghiệm tử thi và truyền bệnh truyền nhiễm trong quá trình khám nghiệm tử thi.

**Tài nguyên****SÁCH**

Van de Graaff, Kent M. và Stuart I. Fox. Các khái niệm về giải phẫu con người và sinh lý học. Dubuque, IA: Vàng. Nhà xuất bản C. Brown 1986.

**TỔ CHỨC**

Hiệp hội y tế hoa kỳ. 515 N. State St., Chicago, IL 60612. (312) 464-5000.  
<http://www.ama-assn.org>.

**KHÁC**

"Khi nào và tại sao một cuộc khám nghiệm tử thi được yêu cầu sau khi chết." Thư Y tế Trọn đời của Đại học Texas số 9, số 5 (tháng 5 năm 1997): 4-5.

Jeffrey P. Larson, RPT

## Y học hàng không

**Sự định nghĩa**

Còn được gọi là y học hàng không vũ trụ, y học bay hoặc y học vũ trụ, y học hàng không là một chuyên ngành y tế tập trung vào các tình trạng thể chất và tâm lý liên quan đến việc bay và du hành vũ trụ.

**Mục đích**

Vì việc bay máy bay và tàu vũ trụ có rủi ro lớn và nhu cầu vật chất, chẳng hạn như thay đổi trọng lực và oxy, phi công và phi hành gia cần các chuyên gia y tế để bảo vệ sự an toàn của họ và an toàn của công chúng.

**Sự miêu tả****Thay đổi áp suất**

Tại Hoa Kỳ, Cơ quan Quản lý Hàng không Liên bang (FAA) yêu cầu tất cả phi công bay ở độ cao trên 14.500 ft (4.420 m) phải chuẩn bị cho những thay đổi áp suất do nồng độ oxy thấp hơn ở độ cao lớn. Phi công phải có cabin điều áp hoặc có mặt nạ dưỡng khí.

Nếu không có những biện pháp bảo vệ này, họ có thể bị thiếu oxy hoặc say độ cao. Tình trạng thiếu oxy làm giảm lượng oxy trong não, gây ra các triệu chứng như chóng mặt, khó thở và rối loạn tâm thần.

Những triệu chứng này có thể khiến phi công mất kiểm soát máy bay. Tình trạng thiếu oxy có thể được điều trị bằng liệu pháp oxy.

Độ cao tăng nhanh có thể gây đau do có túi khí ở phần giữa tai. Để cân bằng áp suất trong tai, các bác sĩ thường khuyên phi công và hành khách nên làm sạch xoang bằng cách bịt mũi và thở cho đến khi màng nhĩ "bụp". Các lựa chọn khác bao gồm ngáp, nuốt hoặc

kéo cao su. Đối với những người bị cảm lạnh hoặc tắc nghẽn tai giữa nghiêm trọng, việc sử dụng thuốc thông mũi, thuốc kháng histamine hoặc thuốc xịt mũi có thể hữu ích. Nếu không thực hiện các bước để cân bằng áp suất, màng nhĩ có thể bị vỡ, gây giảm tính lực, chóng mặt, choáng váng và buồn nôn.

**Tác động của trọng lực**

Phi công lái máy bay chiến đấu lái máy bay phản lực hiệu suất cao có thể gặp các vấn đề về sức khỏe khi tăng tốc nhanh và khi thực hiện những cú xê ngoặt ở tốc độ cao. Trong những lần di chuyển này, phi công phải trải qua những điều kiện trọng lực cực độ có thể rút máu ra khỏi não và tim và đi vào phần dưới cơ thể. Điều này có thể khiến phi công bị giảm tầm nhìn hoặc bất tỉnh. Để ngăn chặn những tình huống có thể gây chết người này, quân đội yêu cầu phi công chiến đấu phải mặc bộ đồ bay đặc biệt, hoặc bộ đồ G, có các ngăn chứa đầy không khí hoặc chất lỏng để ngăn máu tụ lại ở phần dưới cơ thể.

Một số phi công, như Blue Angels, sử dụng một kỹ thuật gọi là Valsalva Maneuver thay vì bộ đồ G để tránh bị mất điện khi bay hiệu suất cao. Thao tác Val-salva bao gồm việc rên rỉ và siết chặt cơ bụng để ngăn máu tụ lại ở những bộ phận không phù hợp trên cơ thể.

**CHĂM SÓC PHÒNG NGỪA.** Vì bất kỳ vấn đề sức khỏe thông thường nào ảnh hưởng đến phi công đều có thể khiến hàng trăm người thiệt mạng, các chuyên gia y tế hàng không làm việc cho các hãng hàng không thương mại và quân đội đặc biệt quan tâm đến việc giáo dục phi công về chế độ ăn uống, tập thể dục phù hợp và các công cụ y tế phòng ngừa. Ví dụ, các bác sĩ có thể thường xuyên sàng lọc phi công về những thay đổi về thị lực do bệnh tăng nhãn áp hoặc đục thủy tinh thể. Họ cũng sẽ kiểm tra tình trạng mắt thính giác và khuyến khích phi công đeo nút tai hoặc tai nghe để giảm tiếng ồn động cơ. Để theo dõi bệnh tim, bác sĩ sẽ kiểm tra huyết áp và có thể yêu cầu các xét nghiệm chẩn đoán như đo điện tâm đồ hoặc kiểm tra mức độ căng thẳng.

**Say tàu xe**

Nhiều người cảm thấy buồn nôn, chóng mặt và mất phương hướng khi lần đầu tiên đến vũ trụ. Điều này xảy ra do sự thay đổi chất lỏng ở tai trong, vốn nhạy cảm với trọng lực và ảnh hưởng đến cảm giác định hướng không gian của chúng ta. Các triệu chứng thường减轻 sau vài ngày nhưng thường tái phát khi phi hành gia quay trở lại Trái đất. Để điều trị tình trạng này, các bác sĩ cho các phi hành gia dùng thuốc chống say tàu xe, chẳng hạn như lorazepam.

**Mắt xương và cơ**

Trong điều kiện không trọng lực, các phi hành gia bị mất khỏi lượng xương và cơ bắp. Trên trái đất, lực cản tự nhiên của trọng lực giúp xây dựng cơ và xương khỏe mạnh hơn trong quá trình hoạt động bình thường.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Bộ đồ G –Bộ đồ bay đặc biệt, được mặc bởi các phi công chiến đấu, có các ngăn chứa đầy không khí hoặc chất lỏng để giữ cho máu không bị ứ đọng ở phần dưới cơ thể khi tăng tốc nhanh và quay vòng gấp.

Thiếu oxy - Thiếu oxy, hay say độ cao, làm giảm lượng oxy trong não gây ra các triệu chứng như chóng mặt, khó thở và rối loạn tâm thần.

Màng nhĩ-Một cấu trúc ở tai giữa có thể bị vỡ nếu áp suất trong tai không được cân bằng trong quá trình máy bay cất cánh và hạ cánh.

Thao tác Valsalva-Phi công cào nhau và siết chặt cơ bụng để tránh bị ngất xỉu khi bay hiệu suất cao.

các hoạt động chịu sức nặng như đi bộ hoặc thậm chí ngồi vào bàn làm việc. Tuy nhiên, trong không gian, các phi hành gia phải làm việc chăm chỉ hơn để ngăn ngừa tình trạng mất xương và cơ. Tập thể dục là một điều trị quan trọng. Các thành viên phi hành đoàn có thể sử dụng máy tập thể dục hoặc dây cao su điện tử để giữ dáng. Các bác sĩ cũng có thể cho họ dùng thuốc để ngăn ngừa mất xương và kê đơn bổ sung dinh dưỡng, chẳng hạn như hỗn hợp các axit amin thiết yếu và carbohydrate, để hạn chế teo cơ.

**Sự bức xạ**

Một mối đe dọa sức khỏe khác đối với du hành vũ trụ là bức xạ. Các tia có hại có thể làm thay đổi DNA trong tế bào người và gây ung thư. Bức xạ quá mức cũng có thể làm suy yếu hệ thống miễn dịch. Để ngăn chặn những vấn đề này, các bác sĩ có thể cung cấp chất bổ sung dinh dưỡng cho các phi hành gia. Ví dụ, nghiên cứu đã chỉ ra rằng axit béo n-3 có trong dầu cá làm giảm tổn thương DNA.

**Các vấn đề về tim mạch**

Khi các phi hành gia trở về trái đất sau một nhiệm vụ dài, họ có xu hướng cảm thấy chóng mặt và bất tỉnh. Các nhà khoa học lo ngại về vấn đề nan giải này vì nó có thể nguy hiểm nếu các thành viên phi hành đoàn cần thoát hiểm khẩn cấp. Một cách để ngăn ngừa vấn đề này, nguyên nhân do tụt huyết áp, là yêu cầu các phi hành gia uống thêm nước và tăng lượng muối để tăng thể tích máu. Bác sĩ cũng có thể kê đơn thuốc làm co mạch máu. Để đề phòng khác, các phi hành gia cũng mặc bộ đồ bảo hộ bay, hay còn gọi là bộ đồ G, trước khi quay trở lại bầu khí quyển trái đất.

**Tài nguyên****SÁCH**

Dehart, Roy L. Nguyên tắc cơ bản của Y học Hàng không Vũ trụ.

Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1996.

**ĐỊNH KÝ**

Y học hàng không, vũ trụ và môi trường. Tạp chí được bình duyệt

hàng tháng do Hiệp hội Y khoa Hàng không Vũ trụ xuất bản.

Liên hệ với người biên tập: 3212 Swandale Dr., San Antonio, TX

78230-4404. (210) 342-5670. ASEMJournal@worldnet.att.net.

**TỔ CHỨC**

Hiệp hội y tế hàng không vũ trụ. 320 S. Henry St., Alexandria, VA 22314-3579. (703) 739-2240. <<http://www.asma.org>>.

Viện nghiên cứu y sinh vũ trụ quốc gia. One Baylor Plaza, NA-425, Houston, TX 77030. (713) 798-7412. info@www.nsbsri.org. <<http://www.nsbsri.org>>.

Chương trình Y học Hàng không Vũ trụ của Đại học Bang Wright. P.O. Box 92, Dayton, Ohio 45401-0927. (937) 276-8338. <<http://www.med.wright.edu>>.

**KHÁC**

Danh mục trực tuyến của Hiệp hội bác sĩ phẫu thuật chuyên bay USAF. <<http://www.sam.brooks.af.mil/ram/rammain.htm>>.

Cục Quản lý Hàng không Liên bang Văn phòng Y học Hàng không. <<http://www.faa.gov/avr/aamhome.htm>>.

Cơ quan Hàng không và Vũ trụ Quốc gia Y học hàng không vũ trụ. <<http://spacelink.msfc.nasa.gov>>.

Melissa Knopper

**AVM xem dị dạng động tĩnh mạch****Xem thêm Rối loạn nhân cách né tránh****Rối loạn nhân cách****Giật gân nhìn thấy vết thương****Thuốc Ayurvedic****Sự định nghĩa**

Y học Ayurvedic là một hệ thống chữa bệnh có nguồn gốc từ Ấn Độ cổ đại.

Trong tiếng Phạn, ayur có nghĩa là cuộc sống hay sự sống, và veda có nghĩa là kiến thức, vì vậy Ayurveda được định nghĩa là “kiến thức về cuộc sống” hay “khoa học về tuổi thọ”. Y học Ayurvedic sử dụng các kỹ thuật ăn kiêng, giải độc và thanh lọc, các liệu pháp thảo dược và khoáng chất, yoga, các bài tập thở, thiền và liệu pháp xoa bóp như các phương pháp chữa bệnh toàn diện. Y học Ayurvedic được áp dụng rộng rãi ở Ấn Độ hiện đại và đang dần thu hút được nhiều người theo dõi ở phương Tây.

## DEEPAK CHOPRA (1946- )



(AP/Ảnh thế giới rộng. Được sao chép theo sự cho phép.)

Deepak Chopra sinh ra ở Ấn Độ và học y khoa tại Viện Khoa học Y tế Toàn Ấn Độ. Anh ấy đã đi nhà của ông ở Hoa Kỳ vào năm 1970 và hoàn thành cư trú trong nội khoa và nội tiết. Anh ta tiếp tục giảng dạy tại các cơ sở y tế lớn-

trường y khoa của Đại học Tufts và Đại học Boston—đồng thời thành lập một cơ sở hành nghề tư nhân rất thành công. Lúc 35 tuổi, Chopra đã trở thành giám đốc bệnh viện New England Memorial.

Bản khoán trước sự phụ thuộc của y học phương Tây vào thuốc, ông bắt đầu tìm kiếm các giải pháp thay thế và phát hiện ra một trong những lời dạy của Maharishi Mahesh Yogi, một Nhà tâm linh Ấn Độ đã đạt được sự sùng bái trong cuối những năm sáu mươi giảng dạy Thiền Siêu Việt (TM). Chopra bắt đầu luyện tập TM một cách nhiệt thành và cuối cùng đã gặp được Maharishi. Năm 1985 Chopra thành lập Ayurvedic Trung tâm Y tế Quản lý Căng thẳng và Hành vi Y học ở Lancaster, Massachusetts, nơi ông bắt đầu thực tiễn của ông trong việc tích hợp những khía cạnh tốt nhất của phương Đông và Thuốc tây.

Năm 1993, ông xuất bản cuốn Tạo sự sung túc: Sự giàu có Ý thức trong lĩnh vực mọi khả năng và cuốn sách bán chạy vô cùng thành công, Cơ thể không tuổi, Vượt thời gian Tâm trí. Trong phần sau, ông trình bày luận điểm cấp tiến nhất của mình: rằng Lão hóa không phải là sự suy thoái không thể tránh khỏi của các cơ quan và hãy nhớ rằng theo truyền thống chúng ta được dạy phải nghĩ về nó BẰNG. Đó là một quá trình có thể bị ảnh hưởng, làm chậm lại, và thậm chí đảo ngược với các loại trị liệu phù hợp, hầu hết đều là tự học hoặc tự học.

Ông dạy rằng việc áp dụng một chế độ cân bằng dinh dưỡng, thiền định và cảm xúc trong sáng được đặc trưng bởi những yếu tố như học cách diễn đạt dễ dàng và nhanh chóng. Ví dụ, sự tức giận có thể dẫn đến tăng tuổi thọ lên tới 120 năm.

### Mục đích

Theo các văn bản gốc, mục tiêu của Ayurveda là phòng ngừa cũng như tăng cường sức khỏe của cơ thể khả năng duy trì và cân bằng. Phương pháp điều trị Ayurvedic không xâm lấn và không độc hại nên có thể sử dụng một cách an toàn như một liệu pháp thay thế hoặc cùng với các liệu pháp thông thường. Các bác sĩ Ayurvedic cho rằng phương pháp của họ cũng có thể giúp cải thiện các tình trạng liên quan đến căng thẳng, trao đổi chất và mãn tính. Ayurveda đã được sử dụng để điều trị mụn trứng cá, dị ứng, hen suyễn, lo lắng, viêm khớp, hội chứng mệt mỏi mãn tính, cảm lạnh, viêm đại tràng, táo bón, trầm cảm, tiểu đường, cúm, bệnh tim, tăng huyết áp, các vấn đề về miễn dịch, viêm nhiễm, mất ngủ, rối loạn thần kinh, béo phì, các vấn đề về da và loét.

Các bác sĩ Ayurvedic tìm cách khám phá nguồn gốc của một bệnh trước khi nó tiến triển đến mức cần phải có những phương pháp điều trị triệt để hơn. Vì vậy, Ayurveda dường như bị hạn chế trong điều trị các bệnh trạng nặng, chấn thương chấn thương, đau cấp tính, và các tình trạng và thương tích cần

Phẫu thuật xâm lấn. Kỹ thuật Ayurvedic cũng đã được sử dụng cùng với hóa trị và phẫu thuật để hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình phục hồi và chữa bệnh.

### Sự miêu tả

#### Nguồn gốc

Y học Ayurvedic có nguồn gốc từ nền văn minh sơ khai của Ấn Độ khoảng 3.000-5.000 năm trước. Nó được đề cập đến trong kinh Vệ Đà, văn bản tôn giáo và triết học cổ xưa, là tác phẩm văn học lâu đời nhất còn tồn tại ở thời kỳ này. Điều này làm cho y học Ayurvedic trở thành hệ thống chữa bệnh tồn tại lâu đời nhất. Theo các văn bản, Ayurveda được các nhà thông thái giác ngộ quan niệm như một hệ thống sống hài hòa và duy trì cơ thể để nhận thức về tinh thần và tâm linh có thể xảy ra. Các nhà sử học y học tin rằng các ý tưởng Ayurvedic đã được truyền từ Ấn Độ cổ đại sang Trung Quốc và là công cụ trong sự phát triển của y học Trung Quốc.

## Các loại cơ thể Ayurvedic

	Vata	Pitta	Kapha
Tính chất vật lý	Gầy Tinh năng nỗi bất Da khô, mát Táo bón chuột rút buồn rầu hoạt bát giàu trí tưởng tượng Nhiệt tính Trực giác	Cấu hình trung bình Tóc thừa và móng Da ẩm và ấm Loét, ợ nóng và bệnh trĩ Mụn Mạnh liệt Nóng này Thông minh Thương khôp nói	Xây dựng lớn Tóc dày, gợn sóng Da nhợt nhạt, mát, nhờn Béo phì, dị ứng và các vấn đề về xoang Cholesterol cao Thư giãn
Đặc điểm cảm xúc	Thời gian ngủ và ăn không cố định Rối loạn thần kinh Sự lo lắng	Có trật tự Cấu trúc giờ ngủ và bữa ăn Người cầu toàn	Không dễ nổi giận tinh cảm Chấp thuận Thương xót Chậm rãi, duyên dáng Ngủ lâu và ăn chậm Sự trì hoãn
Đặc điểm hành vi			

Ngày nay, thuốc Ayurvedic được 80% dân số sử dụng. dân số ở Ấn Độ. Được hỗ trợ bởi những nỗ lực của Deepak Chopra và Maharishi, nó ngày càng trở nên phổ biến chấp nhận phương pháp điều trị y tế thay thế ở Mỹ trong thời gian hai thập kỷ qua. Chopra là một MD đã viết một số sách bán chạy nhất dựa trên ý tưởng Ayurvedic. Anh cũng đã giúp phát triển Trung tâm Y học Tâm trí/Cơ thể ở La Jolla, California, một trung tâm Ayurvedic lớn đào tạo các bác sĩ theo nguyên tắc Ayurvedic, sản xuất thảo dược biện pháp khắc phục, đồng thời tiến hành nghiên cứu và ghi chép các kỹ thuật chữa bệnh của nó.

## Ý tưởng chính

Để hiểu phương pháp điều trị Ayurvedic, cần phải có ý tưởng về cách hệ thống Ayurvedic nhìn nhận cơ thể. Sinh lực cơ bản trong cơ thể là prana, cũng là được tìm thấy trong các yếu tố và tương tự như tiếng Trung Quốc khái niệm chi. Như Swami Vishnu Devananda, một hành giả yoga và chuyên gia nói: "Prana có trong không khí nhưng không phải là oxy, cũng như bất kỳ thành phần hóa học nào của nó. Nó có trong thức ăn, nước uống, và trong ánh sáng mặt trời, nhưng nó không phải là vitamin, nhiệt hay tia sáng. Thức ăn, nước uống, không khí, v.v. chỉ là phương tiện truyền thông qua nơi prana được mang theo."

Trong Ayurveda, có năm yếu tố cơ bản chứa prana: đất, nước, lửa, không khí và ether. Những yếu tố này tương tác và được tổ chức sâu hơn trong cơ thể con người. cơ thể thành ba loại chính hoặc sinh lý cơ bản các nguyên tắc trong cơ thể chi phối mọi hoạt động của cơ thể được gọi là doshas. Ba doshas là vata, pitta, và kapha. Mỗi người có một sự pha trộn độc đáo của ba doshas, được gọi là prakriti của con người, đó là lý do tại sao Điều trị Ayurvedic luôn được cá nhân hóa. TRONG Ayurveda, bệnh tật được coi là tình trạng mất cân bằng trong một hoặc nhiều doshas của một người và Ayurvedic bác sĩ có gắng điều chỉnh và cân bằng chúng bằng cách sử dụng một nhiều kỹ thuật khác nhau.

Vata dosha được liên kết với không khí và ether, và trong cơ thể thúc đẩy sự chuyển động và nhẹ nhàng. Người Vata nhìn chung có thể chất gầy và nhẹ, da khô, và rất tràn đầy năng lượng và tinh thần bồn chồn. Khi vata là mất thăng bằng thường có vấn đề về thần kinh, tăng động, mất ngủ, đau lưng và đau đầu.

Pitta gắn liền với lửa và nước. Trong cơ thể, nó chịu trách nhiệm cho quá trình trao đổi chất và tiêu hóa. Đặc điểm của Pitta là thân hình trung bình, nước da trắng, khỏe mạnh tiêu hóa tốt và khả năng tập trung tinh thần tốt. Sự mất cân bằng Pitta biểu hiện dưới dạng sự tức giận, hung hăng và các tình trạng liên quan đến căng thẳng như viêm dạ dày, loét, các vấn đề về gan và tăng huyết áp.

Kapha dosha gắn liền với nước và đất. Những người có đặc điểm là kapha thường to lớn hoặc nặng nề với làn da nhiều dầu hơn. Họ có xu hướng chậm chạp, Bình tĩnh và yên bình. Rối loạn Kapha biểu hiện về mặt cảm xúc như lòng tham và tính chiếm hữu, còn về mặt thể chất là béo phì, mệt mỏi, viêm phế quản và các vấn đề về xoang.

## Chẩn đoán

Trong y học Ayurveda, bệnh tật luôn được coi là một sự mất cân bằng trong hệ thống dosha, do đó quá trình chẩn đoán cố gắng xác định doshas nào kém hoạt động hoặc hoạt động quá mức trong cơ thể. Việc chẩn đoán thường được thực hiện qua một trong nhiều ngày để bác sĩ Ayurvedic có thể xác định chính xác nhất bộ phận nào trên cơ thể bị ảnh hưởng. Để chẩn đoán vấn đề, các bác sĩ Ayurvedic thường sử dụng các bảng câu hỏi và phỏng vấn dài để xác định mô hình dosha của một người và thể chất và lịch sử tâm lý. Các bác sĩ Ayurveda cũng quan sát tì mỉ mạch, lưỡi, môi, mắt và móng tay để phát hiện những bất thường hoặc kiểu mẫu mà họ tin rằng có thể chỉ ra những vấn đề sâu sắc hơn trong hệ thống nội bộ. Một số bác sĩ Ayurvedic cũng sử dụng các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm để hỗ trợ chẩn đoán.

## Sự đối đãi

Điều trị Ayurvedic nhằm mục đích thiết lập lại sự cân bằng và hòa hợp trong hệ thống của cơ thể. Thông thường, phương pháp điều trị đầu tiên bao gồm một số loại giải độc và làm sạch cơ thể, với niềm tin rằng chất độc tích lũy phải được loại bỏ trước khi bắt kỳ phương pháp điều trị nào khác có hiệu quả. Các phương pháp giải độc bao gồm điều trị nôn mửa, thuốc nhuận tràng, thuốc thút rửa, nhịn ăn và làm sạch xoang. Nhiều phòng khám Ayurvedic kết hợp tất cả các phương pháp thanh lọc này thành các buổi trị liệu chuyên sâu được gọi là panchakarma. Panchakarma có thể mất vài ngày hoặc thậm chí vài tuần và chúng không chỉ là liệu pháp loại bỏ. Chúng cũng bao gồm massage dầu thảo dược và trị liệu bằng nhiệt thảo dược. Sau khi thanh lọc, các bác sĩ Ayurveda cũng sử dụng các phương pháp điều trị bằng thảo dược và khoáng chất để cân bằng cơ thể. Y học Ayurvedic chứa đựng kiến thức sâu rộng về việc sử dụng thảo dược để điều trị các vấn đề sức khỏe cụ thể.

Y học Ayurvedic cũng nhấn mạnh đến cách mọi người sống cuộc sống hàng ngày của họ, tin rằng lối sống và thói quen phù hợp sẽ làm nổi bật sự cân bằng, nghỉ ngơi, ăn kiêng và phòng ngừa. Ayurveda khuyến nghị tập yoga như một hình thức tập thể dục để xây dựng sức mạnh và sức khỏe, đồng thời khuyên dùng liệu pháp xoa bóp và tự xoa bóp như những cách tăng cường tuần hoàn và giảm căng thẳng. Kỹ thuật thở yoga và thiền định cũng là một phần của chế độ Ayurvedic lành mạnh, giúp giảm căng thẳng và cải thiện năng lượng tinh thần.

Tuy nhiên, trong tất cả các phương pháp điều trị, chế độ ăn kiêng là một trong những liệu pháp cơ bản và được sử dụng rộng rãi nhất trong hệ thống Ayurvedic. Chế độ ăn kiêng Ayurvedic có thể là một chế độ ăn kiêng được lên kế hoạch rất tốt và được cá nhân hóa. Theo Ayurveda, có sáu vị cơ bản: ngọt, chua, mặn, cay, đắng và se. Một số mùi vị và thực phẩm nhất định có thể làm dịu hoặc làm trầm trọng thêm một dosha cụ thể. Ví dụ, vị ngọt, chua và mặn làm giảm các vấn đề về vata và tăng kapha. Chua, mặn và cay có thể làm tăng pitta. Sau khi bác sĩ Ayurvedic xác định hồ sơ dosha của một người, họ sẽ đề xuất một chế độ ăn uống cụ thể để điều chỉnh sự mất cân bằng và tăng cường sức khỏe. Chế độ ăn kiêng Ayurvedic chủ yếu nhấn mạnh vào thực phẩm chay có chất lượng cao và tươi ngon, phù hợp với mùa và thời gian trong ngày. Thực phẩm giải nhiệt được ăn vào mùa hè và thực phẩm sưởi ấm vào mùa đông, luôn đáp ứng nhu cầu dosha của một người. Trong thói quen hàng ngày, bữa ăn nặng nhất trong ngày nên là bữa trưa và bữa tối nên ăn kỹ trước khi đi ngủ để cơ thể tiêu hóa hoàn toàn. Ngoài ra, việc ăn uống một cách bình tĩnh, nhai kỹ và giữ tinh thần thoải mái cũng như kết hợp các loại thực phẩm đúng cách và tránh ăn quá nhiều cũng rất quan trọng.

## Trị giá

Chi phí của các phương pháp điều trị Ayurvedic có thể khác nhau, với chi phí tư vấn ban đầu dao động từ \$40 đến hơn \$100,

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Dosha**—Một trong ba loại hiền pháp, vata, pitta hoặc kapha, được tìm thấy trong y học Ayurvedic.

**Thiền** - Kỹ thuật làm dịu tâm trí.

**Panchakarma**—Chương trình thanh lọc và giải độc Ayurvedic chuyên sâu.

**Prakriti**—Mẫu dosha đặc đáo của một cá nhân.

**Prana**—Năng lượng sống cơ bản được tìm thấy trong các nguyên tố.

**Yoga**—Hệ thống các bài tập về cơ thể và hơi thở.

với các lần khám tiếp theo có chi phí ít hơn. Các phương pháp điều trị bằng thảo dược có thể có giá từ \$10 đến \$50 mỗi tháng và thường có sẵn ở các cửa hàng thực phẩm tốt cho sức khỏe hoặc các cửa hàng thảo mộc số lượng lớn. Một số phòng khám cung cấp panchakarma, phương pháp điều trị giải độc Ayurvedic chuyên sâu, có thể bao gồm việc ở lại qua đêm tới vài tuần. Giá cho các chương trình này có thể thay đổi đáng kể, tùy thuộc vào dịch vụ và thời gian lưu trú. Việc hoàn trả bảo hiểm có thể phụ thuộc vào việc bác sĩ chính có phải là bác sĩ đa khoa được cấp phép hay không

## Các chế phẩm

Ayurveda là một hệ thống sức khỏe tâm trí/cơ thể chưa đựng một số ý tưởng xa lạ với mô hình khoa học phương Tây. Những người đang xem xét Ayurveda nên tiếp cận nó với tinh thần cởi mở và sẵn sàng thử nghiệm. Ngoài ra, vì Ayurveda là một hệ thống chữa bệnh và sức khỏe toàn thân nên sự kiên nhẫn và kỷ luật rất hữu ích, vì một số tình trạng và bệnh tật được cho là do thói quen xấu về sức khỏe gây ra trong nhiều năm và cần thời gian và nỗ lực để sửa chữa. Cuối cùng, triết lý Ayurveda tin rằng mỗi người đều có khả năng tự chữa lành vết thương, vì vậy những người xem xét Ayurveda nên sẵn sàng chịu trách nhiệm và tham gia vào việc điều trị.

## Các biện pháp phòng ngừa

Một học viên Ayurvedic phải luôn được tư vấn.

## Phản ứng phụ

Trong các chương trình giải độc Ayurvedic, một số người cho biết họ cảm thấy mệt mỏi, đau nhức cơ và đau ốm nói chung. Ngoài ra, khi Ayurveda tìm cách giải tỏa căng thẳng tinh thần và các vấn đề tâm lý cho bệnh nhân, một số người có thể bị rối loạn tâm thần và tiềm cảm trong quá trình điều trị, và tư vấn tâm lý có thể là một phần của chương trình hợp lý.

## Nghiên cứu và chấp nhận chung

Bởi vì Ayurveda đã nằm ngoài hệ thống khoa học phương Tây trong nhiều năm nay nghiên cứu ở Hoa Kỳ vẫn còn mới mẻ. Một khía cạnh khác trong việc ghi chép phát sinh vì việc điều trị Ayurvedic rất mang tính cá nhân hóa; hai người mắc cùng một căn bệnh nhưng kiểu dosha khác nhau có thể được điều trị khác nhau. Nhiều nghiên cứu khoa học hơn đã được tiến hành trong nhiều thập kỷ qua ở Ấn Độ.

Nhiều nghiên cứu ở Hoa Kỳ đang được hỗ trợ bởi tổ chức Maharishi Ayur-Ved, chuyên nghiên cứu các sản phẩm Ayurvedic mà tổ chức này bán và các thực hành lâm sàng của nó.

Một số hỗn hợp thảo dược Ayurvedic đã được chứng minh là có đặc tính chống oxy hóa cao, mạnh hơn nhiều so với vitamin A, C và E, và một số cũng đã được chứng minh trong các thử nghiệm trong phòng thí nghiệm là làm giảm hoặc loại bỏ khối u ở chuột và ức chế sự phát triển ung thư ở chuột. tế bào khối u phổi của con người. Trong một nghiên cứu năm 1987 tại MIT, một phương pháp điều trị bằng thảo dược Ayurvedic đã được chứng minh là làm giảm đáng kể bệnh ung thư ruột kết ở chuột. Một nghiên cứu khác được thực hiện ở Hà Lan với các sản phẩm Maharishi Ayur-Ved. Một nhóm bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính, bao gồm hen suyễn, viêm phế quản mãn tính, tăng huyết áp, chàm, bệnh vẩy nến, táo bón, viêm khớp dạng thấp, đau đầu và tiêu đường không phụ thuộc insulin, đã được điều trị Ayurvedic. Kết quả rõ ràng đã được quan sát thấy, với gần 80% bệnh nhân được cải thiện và một số bệnh mãn tính được chữa khỏi hoàn toàn.

Các nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng liệu pháp Ayurvedic có thể làm giảm đáng kể lượng cholesterol và huyết áp trong các vấn đề liên quan đến cẳng thẳng. Bệnh tiểu đường, mụn trứng cá và dị ứng cũng đã được điều trị thành công bằng phương pháp chữa bệnh Ayurvedic. Các sản phẩm Ayurvedic đã được chứng minh là tăng trí nhớ ngắn hạn và giảm đau đầu. Ngoài ra, các biện pháp Ayurvedic đã được sử dụng thành công để hỗ trợ quá trình chữa bệnh cho bệnh nhân đang hóa trị, vì những biện pháp này đã được chứng minh là làm tăng hoạt động của hệ miễn dịch.

Tài nguyên

SÁCH

Gerson, Scott MD Ayurveda: Nghệ thuật chữa bệnh cổ xưa của Ấn Độ. Boston: Sách yêu tố, 1993.

Thưa bác sĩ Vasant. Ayurveda: Khoa học tự chữa bệnh. Nhược điểm: Lotus Press, 1984.

Thưa bác sĩ Vasant. Cuốn sách hoàn chỉnh về các biện pháp chữa trị tại nhà theo phương pháp Ayurvedic. Minneapolis: Nhà xuất bản Three Rivers, 1999.

Tiwari, Maya. Ayurveda: Một cuộc sống cân bằng. Vermont: Chữa bệnh Nhà xuất bản nghệ thuật, 1995.

TỔ CHỨC

Viện nghiên cứu Vệ đà Hoa Kỳ. PO Box 8357, Santa Fe, NM 87504. (505) 983-9385

Trung tâm toàn diện Ayurveda. Bayville, Đảo Long, NY. (516)759-7731 mail@Ayurvedahc.com <<http://www.Ayurvedahc.com>>.

Viện Ayurvedic. 11311 Menaul, NE Albuquerque, New Mexico 87112. (505)291-9698. info@Ayurveda.com <<http://www.Ayurveda.com>>.

Phòng khám y tế Ayurvedic và Naturopathic. 10025 NE 4th Street, Bellevue, WA 98004. (206)453-8022.

Đại học Khoa học Sức khỏe Tự nhiên Bastyr. 144 NE 54th Street, Seattle, WA 98105. (206)523-9585.

Trung tâm Y học Tâm trí/Cơ thể. PO Box 1048, La Jolla, CA 92038. (619)794-2425.

Trường Cao đẳng Maharishi Ayur-Ved, Đại học Quốc tế Maharishi. 1000 Đường 4, Fairfield, IA 52557. (515)472-7000.

Viện Y học Ayurvedic Quốc gia. (914)278-8700. drgerson@erols.com <<http://www.niam.com>>.

Viện Yoga và Ayurveda của Rocky Mountain. PO Box 1091, Boulder, CO 80306. (303)443-6923.

KHÁC

"Bên trong Ayurveda: Một tạp chí độc lập về chăm sóc sức khỏe Ayurvedic." PO Box 3021, Quincy, CA 95971. <<http://www.Insideayurveda.com>>.

Douglas Dupler

**Azithromycin xem Erythromycin**

**AZT xem Thuốc kháng vi-rút**

# B

Số lượng tế bào B xem Phân loại tế bào lympho

## bệnh Babesiosis

### Sự định nghĩa

Babesiosis là một bệnh nhiễm trùng hồng cầu do ký sinh trùng đơn bào, Babesia microti, lây sang người qua vết cắn của bọ ve.

### Sự miêu tả

Babesiosis là một bệnh hiếm gặp, lây truyền qua bọ ve, thường do ký sinh trùng đơn bào Babesia microti gây ra. Đến năm 1995, có ít hơn 500 trường hợp mắc bệnh Babesiosis được báo cáo ở Hoa Kỳ. Bệnh xảy ra chủ yếu ở New England và New York, đặc biệt là ở các đảo ven biển. Tuy nhiên, các trường hợp đã xảy ra ở các vùng khác của Hoa Kỳ. Do hoạt động của bọ ve nên nguy cơ mắc bệnh Babesiosis cao nhất vào tháng 6 và tháng 7.

Bọ ve là loài nhện nhỏ hút máu. Mặc dù một số bọ ve mang sinh vật gây bệnh nhưng hầu hết thì không. Babesia microti lây sang người qua vết cắn của bọ ve Ixodes scapularis (còn gọi là Ixodes dammini). Ixodes scapularis, còn gọi là ve hươu chán đen, thường ăn hươu và chuột. Một con ve nhặt ký sinh trùng bằng cách ăn một con chuột bị nhiễm bệnh và sau đó truyền chúng bằng cách cắn vật chủ mới, có thể là con người. Để truyền ký sinh trùng, bọ ve phải bám trên da trong 36-48 giờ. Khi vào máu, Babesia microti xâm nhập vào tế bào hồng cầu, sinh sản bằng cách phân chia tế bào và phá hủy tế bào. Người bị nhiễm Babesia microti tạo ra kháng thể có thể hữu ích trong việc chẩn đoán nhiễm trùng.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Babesia microti sống và phân chia trong tế bào hồng cầu, phá hủy tế bào và gây thiếu máu. Các

phản lớn những người bị nhiễm bệnh không có triệu chứng rõ ràng. Ở những người bị bệnh, các triệu chứng xuất hiện từ một đến sáu tuần sau khi bị bọ ve cắn. Vì bọ ve nhỏ nên nhiều bệnh nhân không nhớ gì về vết cắn của bọ ve. Các triệu chứng giống như cảm và bao gồm mệt mỏi, chán ăn, sốt, đờ mờ hối và đau cơ. Buồn nôn, nôn, nhức đầu, ớn lạnh, tiêu ra máu và trầm cảm có thể xảy ra.

Những người trên 40 tuổi, đã cắt bỏ lá lách (cắt lá lách) và/hoặc mắc một căn bệnh nghiêm trọng (ung thư, AIDS, v.v.) có nguy cơ mắc bệnh Babesiosis nặng cao hơn. Trong những trường hợp bệnh Babesiosis nặng, có tới 85% tế bào máu có thể bị nhiễm trùng. Điều này gây ra tình trạng thiếu máu nghiêm trọng, có thể gây tử vong.

### Chẩn đoán Bệnh

Babesiosis có thể được chẩn đoán bằng cách kiểm tra mẫu máu bằng kính hiển vi và phát hiện sự hiện diện của Babesia microti trong tế bào máu. Máu cũng có thể được kiểm tra sự hiện diện của kháng thể đối với ký sinh trùng.

### Sự đối đãi

Trong những trường hợp nghiêm trọng, bệnh Babesiosis được điều trị bằng sự kết hợp giữa clindamycin (Cleocin) và quinine. Clin-damycin được tiêm bằng cách tiêm và quinine được dùng bằng đường uống ba đến bốn lần một ngày trong bốn đến bảy ngày. Để giảm số lượng ký sinh trùng trong máu, những bệnh nhân bị bệnh nặng đã được điều trị bằng truyền máu.

### Tiêm lượng

Nếu không bệnh nhân khỏe mạnh sẽ hồi phục hoàn toàn. Babesiosis có thể kéo dài vài tháng nếu không điều trị và là một bệnh nặng, có khả năng gây tử vong ở những bệnh nhân bị cắt lá lách.

### Phòng ngừa

Cách phòng ngừa bệnh Babesiosis duy nhất là giảm thiểu tiếp xúc với bọ ve bằng cách đi trên đường mòn khi đi bộ

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Thiếu máu-** Số lượng tế bào hồng cầu trong máu dưới mức bình thường.

**Ký sinh trùng-Một sinh vật sống trên hoặc bên trong một sinh vật khác.**

xuyên rứng, tránh những bã cỏ cao, mặc áo dài tay và nhét ống quần vào tất, bôi thuốc chống côn trùng và kiểm tra bọ ve sau khi đi chơi. Loại bỏ bọ ve càng sớm càng tốt bằng cách dùng nhíp kẹp bọ ve và kéo nhẹ.

Những người đã cắt lách nên tránh các vùng ven biển phía đông bắc trong mùa bọ ve.

**Tài nguyên****SÁ CH**

Máu: Sách giáo khoa về huyết học. tái bản lần thứ 2. Ed. James H. Jandl. Boston: Little, Brown và Co., 1996.

Chiodini, Peter L. "Bệnh Babesiosis." Trong vùng nhiệt đới Manson  
địu di. tái bản lần thứ 20 Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1996.  
Nhiễm trùng và bệnh tật. tái bản lần thứ 2. Ed. Sherood L. Gorbach, John G.  
Bartlett và Neil R. Blacklow. Philadelphia: WB  
Công ty Saunders, 1997.

**KHÁ C**

Phòng khám Mayo trực tuyến. Ngày 5 tháng 3 năm 1998 <<http://www.mayohealth.org>>.

Belinda Rowland, Tiến sĩ

**Xem bài thuốc Bạch hoa****Bệnh u mạch trực khuẩn****Sự định nghĩa**

Một bệnh nhiễm trùng đe dọa tính mạng nhưng có thể chữa được, gây ra các tổn thương màu tím trên hoặc dưới da giống như bệnh sarcoma Kaposi. Nhiễm trùng hầu như chỉ xảy ra ở bệnh nhân AIDS, có thể là biến chứng của bệnh mèo cà.

**Sự miêu tả**

Bệnh u mạch trực khuẩn là một bệnh nhiễm trùng tái phát do vi khuẩn giống hệt hoặc có liên quan chặt chẽ với bệnh thường gây ra cho hàng nghìn binh sĩ trong Thế chiến thứ nhất. Ngày nay, căn bệnh này gây ra bởi hai phiên bản của bệnh

cùng một loại vi khuẩn, có liên quan đến những bệnh nhân AIDS vô gia cư và những người mắc bệnh mèo cà.

Ngày nay, bệnh hiếm gặp ở những bệnh nhân không nhiễm HIV. Theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC), một bệnh nhân HIV được chẩn đoán mắc bệnh u mạch trực khuẩn được coi là đã tiến triển thành bệnh AIDS toàn phát.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

Các nhà khoa học gần đây đã phân lập được hai loại vi khuẩn Bartonella là nguyên nhân gây bệnh u mạch trực khuẩn: Bartonella (trước đây là Rochalimaequintana) và B. henselae (gây bệnh mèo cà).

Nhiễm trùng B. quintana thường được gọi là sốt rãnh và là bệnh nhiễm trùng liên quan đến chảy rận trên cơ thể khiến quân đội châu Âu bị bệnh trong Thế chiến thứ nhất. Chảy mang vi khuẩn và có thể truyền bệnh sang người.

Tỷ lệ mắc bệnh sốt rãnh được cho là đã giảm dần sau khi Thế chiến thứ nhất kết thúc. Bệnh này không được chẩn đoán ở Hoa Kỳ cho đến năm 1992, khi có 10 trường hợp được báo cáo trong số những người dân ông vô gia cư ở Seattle.

Loại vi khuẩn có liên quan B. henselae lần đầu tiên được xác định cách đây vài năm là nguyên nhân gây ra bệnh sốt mèo cà. Nó cũng có thể dẫn đến bệnh u mạch máu trực khuẩn ở bệnh nhân AIDS.

Bệnh u mạch trực khuẩn do vi khuẩn này gây ra được truyền sang bệnh nhân AIDS từ bọ chét mèo.

Hai loại vi khuẩn khác nhau này đều gây ra bệnh u mạch trực khuẩn, một căn bệnh được đặc trưng bởi các mạch máu tăng sinh mạnh mẽ tạo thành các khối giống như khối u trên da và các cơ quan. Các nốt xuất hiện trong bệnh u mạch trực khuẩn thường chắc và không chuyển sang màu trắng khi ấn vào. Các tổn thương có thể xảy ra ở bất cứ đâu trên cơ thể, với số lượng từ 1 đến 100. Chúng hiếm khi được tìm thấy ở lòng bàn tay, lòng bàn chân hoặc trong miệng.

Khi số lượng tổn thương tăng lên, bệnh nhân có thể sốt cao, sốt mèo cà, ớn lạnh, chán ăn, nôn mửa và sụt cân. Nếu không được điều trị, nhiễm trùng có thể gây tử vong.

Ngoài quá trình bệnh cơ bản, hai loại vi khuẩn khác nhau còn gây ra một số triệu chứng hơi khác nhau. Bệnh nhân nhiễm B. henselae cũng có các u nang chứa đầy máu trong gan và chức năng gan bất thường, trong khi bệnh nhân B. quintana có thể có khối u phát triển trong xương.

**Chẩn đoán**

Nhiễm trùng đe dọa tính mạng nhưng có thể chữa được này thường bị chẩn đoán sai vì nó có thể bị nhầm lẫn với các tình trạng bệnh lý khác (chẳng hạn như bệnh sarcoma Kaposi). Một xét nghiệm máu được CDC phát triển vào năm 1992 đã phát hiện ra kháng thể đối với vi khuẩn. Nó có thể được xác nhận bằng cách xem xét các triệu chứng, lịch sử

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Bệnh mèo cào–Một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lây truyền qua bọ chét mèo thông thường gây ra tình trạng nhiễm trùng nhẹ, tự giới hạn ở người khỏe mạnh.**

**Sarcoma Kaposi–Một tình trạng ác tính bắt đầu bằng những tổn thương mềm màu nâu hoặc tím trên da, thường xảy ra nhất ở nam giới mắc bệnh AIDS.**

và các xét nghiệm âm tính đối với các bệnh khác gây sưng hạch bạch huyết. Không cần thiết phải sinh thiết một mẫu nhỏ hạch bạch huyết trừ khi nghĩ ngờ có ung thư hạch hoặc một số bệnh khác.

**Sự đối đãi**

Nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng thuốc kháng sinh được sử dụng để điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội khác của HIV có thể vừa ngăn ngừa vừa điều trị bệnh u mạch trực khuẩn. Điều trị thường được thực hiện cho đến khi các tổn thương biến mất, thường mất ba hoặc bốn tuần. Một hạch bạch huyết hoặc vết phồng rộp bị ảnh hưởng nghiêm trọng có thể phải được dẫn lưu và một miếng đệm sưởi ấm có thể giúp các tuyến bạch huyết bị sưng và mềm. Acetaminophen (Tylenol) có thể làm giảm đau, nhức và sốt trên 101°F (38,3°C).

**Tiền lượng**

Trong hầu hết các trường hợp, điều trị bằng kháng sinh kịp thời ở bệnh nhân AIDS đã chữa khỏi bệnh nhiễm trùng do một trong hai loại vi khuẩn gây ra và bệnh nhân có thể tiếp tục cuộc sống bình thường. Chẩn đoán sớm là rất quan trọng để chữa bệnh.

**Phòng ngừa**

Các nghiên cứu cho thấy kháng sinh có thể ngăn ngừa bệnh xoa dịu. Bệnh nhân cũng nên chắc chắn điều trị bọ chét cho mèo.

**Tài nguyên****ĐỊNH KỲ**

Koehler, JE "Zoonoses: Mèo, Bọ chét và Vi khuẩn." Tạp chí của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ 271 (1994): 531-535.

Tsang, WY và JK Chan. "Bệnh u mạch trực khuẩn: Một bệnh mới" Bệnh có phạm vi bệnh lý lâm sàng mở rộng."

Mô học và Mô bệnh học 7 (tháng 1 năm 1992): 143-52.

Carol A. Turkington

**Bệnh ly trực khuẩn xem Shigellosis****Bacitracin xem Thuốc kháng sinh, thuốc bôi****Nhiễm khuẩn huyết****Sự định nghĩa**

Nhiễm khuẩn huyết là sự xâm nhập vào máu của vi khuẩn.

**Sự miêu tả**

Nhiễm khuẩn huyết xảy ra khi vi khuẩn xâm nhập vào dòng máu.

Điều này có thể xảy ra thông qua vết thương hoặc nhiễm trùng, hoặc thông qua thủ thuật phẫu thuật hoặc tiêm. Nhiễm khuẩn huyết có thể không gây ra triệu chứng và tự khỏi mà không cần điều trị, hoặc có thể gây sốt và các triệu chứng nhiễm trùng khác.

Trong một số trường hợp, nhiễm khuẩn huyết dẫn đến sốc nhiễm trùng, một tình trạng có thể đe dọa tính mạng.

**Nguyên nhân và triệu chứng****nguyên nhân**

Một số loại vi khuẩn sống trên bề mặt da hoặc xâm chiếm các lớp lót ẩm của đường tiết niệu, đường tiêu hóa dưới và các bề mặt bên trong khác. Những vi khuẩn này thường vô hại miễn là chúng được kiểm soát bởi các rào cản tự nhiên của cơ thể và hệ thống miễn dịch. Những người có sức khỏe tốt với hệ miễn dịch tốt hiếm khi bị nhiễm khuẩn huyết. Tuy nhiên, khi vi khuẩn được đưa trực tiếp vào hệ tuần hoàn, đặc biệt ở người bị bệnh hoặc đang điều trị y tế tích cực, hệ thống miễn dịch có thể không đủ khả năng đối phó với sự xâm nhập và các triệu chứng nhiễm khuẩn huyết có thể phát triển. Vì lý do này, nhiễm khuẩn huyết thường gặp nhất ở những người đã bị ảnh hưởng hoặc đang được điều trị một số vấn đề y tế khác. Ngoài ra, việc điều trị y tế có thể khiến một người tiếp xúc với các loại vi khuẩn mới có tính xâm lấn cao hơn những loại vi khuẩn đã cư trú trong cơ thể người đó, làm tăng thêm khả năng nhiễm vi khuẩn.

Các điều kiện làm tăng nguy cơ phát triển bệnh nhiễm khuẩn huyết bao gồm:

- Suy giảm miễn dịch do nhiễm HIV hoặc do điều trị bằng thuốc
- liệu pháp kháng sinh làm thay đổi sự cân bằng của các loại vi khuẩn trong cơ thể • bệnh nặng hoặc kéo dài
- nghiện rượu hoặc lạm dụng ma túy khác
- suy dinh dưỡng
- bệnh hoặc điều trị bằng thuốc gây loét ở ruột, ví dụ như hóa trị ung thư

Các nguyên nhân trực tiếp gây nhiễm khuẩn huyết bao gồm:

- dẫn lưu ở áp xe, bao gồm cả rãnh bị áp xe. • nhiễm trùng đường tiết niệu, đặc biệt khi có ống thông bàng quang.

• loét tư thế nằm (loét do áp lực). • Các thủ

thuật tiêm tĩnh mạch sử dụng kim tiêm không được khử trùng, bao gồm cả việc sử dụng thuốc qua đường tĩnh mạch.

• đặt kim IV kéo dài. • sử dụng ống

thông hậu môn, bao gồm mở thông dạ dày (phẫu thuật tạo một lỗ mới vào dạ dày), mở thông hông tràng (phẫu thuật tạo một lỗ thông từ thành bụng vào hông tràng) và hậu môn giả (phẫu thuật tạo một lỗ thông nhân tạo vào đại tràng).

Các vi khuẩn có khả năng gây nhiễm khuẩn huyết cao nhất bao gồm các chủng Staphylococcus, Streptococcus, Pseudo-monas, Haemophilus và Escherichia coli (E. coli) .

#### Triệu chứng

Các triệu chứng của nhiễm khuẩn huyết có thể bao gồm:

- sốt trên 101°F (38,3°C)

- ớn lạnh

- khó chịu

- đau bụng

- buồn nôn

- nôn mửa

- bệnh tiêu chảy

- sự lo lắng

- hụt hơi

- lú lẫn

Không phải tất cả các triệu chứng này thường xuất hiện. Ở người cao tuổi, lú lẫn có thể là triệu chứng nổi bật duy nhất. Nhiễm khuẩn huyết có thể dẫn đến sốc nhiễm trùng, với các triệu chứng bao gồm giảm ý thức, nhịp tim và nhịp thở nhanh và suy đa cơ quan.

#### Chẩn đoán

Nhiễm khuẩn huyết được chẩn đoán bằng cách nuôi cấy máu để tìm vi khuẩn. Các mẫu có thể cần được kiểm tra nhiều lần trong vài giờ. Phân tích máu cũng có thể cho thấy số lượng bạch cầu tăng cao. Huyết áp được theo dõi chặt chẽ; huyết áp giảm có thể là dấu hiệu khởi phát của sốc nhiễm trùng.

#### Sự đối đãi

Thuốc kháng sinh là phương pháp điều trị chính và thường được bắt đầu trước khi xác định được vi khuẩn. Cần quan sát chặt chẽ để đề phòng

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Mở thông ruột kết-Phẫu thuật tạo hậu môn nhân tạo trên thành bụng bằng cách cắt vào ruột kết và đưa nó lên bề mặt.

Phẫu thuật cắt dạ dày-Phẫu thuật tạo một lỗ nhân tạo vào dạ dày qua thành bụng để cho phép nuô ăn bằng ống.

Mở thông hông tràng-Phẫu thuật tạo một lỗ thông ở phần giữa của ruột non (hông tràng), xuyên qua thành bụng.

Sốc nhiễm trùng-Tình trạng tụt huyết áp đe dọa tính mạng do nhiễm vi khuẩn.

sốc nhiễm trùng. Vì nhiễm khuẩn huyết thường liên quan đến nhiễm trùng hiện có ở nơi khác trong cơ thể nên việc phát hiện và điều trị nhiễm trùng này là một phần quan trọng trong điều trị.

Nhiễm khuẩn huyết có thể không gây ra triệu chứng, nhưng có thể được phát hiện thông qua xét nghiệm máu để tìm một tình trạng khác. Trong tình huống này, có thể không cần điều trị, ngoại trừ ở những bệnh nhân đặc biệt có nguy cơ nhiễm trùng, chẳng hạn như những người bị khuyết tật van tim hoặc hệ thống miễn dịch bị ức chế.

#### Tiên lượng

Liệu pháp kháng sinh kịp thời thường thành công trong việc loại bỏ vi khuẩn khỏi máu. Sự tái phát có thể chỉ ra một vị trí nhiễm trùng chưa được phát hiện. Vì khuẩn trong máu không được điều trị có thể lây lan, gây nhiễm trùng tim (viêm nội tâm mạc hoặc viêm màng ngoài tim) hoặc nhiễm trùng màng bao phủ hệ thần kinh trung ương (viêm màng não).

#### Phòng ngừa

Nhiễm khuẩn huyết có thể được ngăn ngừa bằng cách ngăn ngừa các bệnh nhiễm trùng thường xảy ra trước đó. Vệ sinh cá nhân tốt, đặc biệt là khi bị bệnh do virus, có thể làm giảm nguy cơ phát triển nhiễm trùng do vi khuẩn. Điều trị nhiễm trùng do vi khuẩn nhanh chóng và triệt để có thể giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm. Trong các thủ tục y tế, gánh nặng đặt lên vai các chuyên gia y tế là giảm thiểu số lượng và thời gian của các thủ tục xâm lấn, giảm sự tiếp xúc của bệnh nhân với các nguồn vi khuẩn khi điều trị và sử dụng kỹ thuật cẩn thận.

#### Tài nguyên

#### SÁCH

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

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

## KHÁ C

Trang Meck. Ngày 13 tháng 4 năm 1998 <<http://www.merck.com>>.

Richard Robinson

Viêm màng não do vi khuẩn xem Viêm màng não

Viêm âm đạo do vi khuẩn xem Viêm âm đạo

Nhiễm trùng Bacteroides xem Nhiễm trùng khí

## **hơi thở hôi**

### Sự định nghĩa

Hôi miệng, đôi khi còn được gọi là chứng hôi miệng, là một tình trạng hơi thở có mùi khó chịu.

### Sự miêu tả

Hầu hết người lớn thỉnh thoảng có thể gặp phải tình trạng hôi miệng. Hơi thở có mùi, dù là thật hay tưởng tượng, đều có thể tác động đáng kể đến đời sống xã hội và nghề nghiệp của một người.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Hơi thở hôi có thể được gây ra bởi một số vấn đề.

Các bệnh về răng miệng, quá trình lão hóa của các mảnh thức ăn trong miệng, nhiễm trùng xoang và răng già không sạch đều có thể góp phần gây ra mùi hôi miệng. Nhiều bệnh không phải răng miệng, chẳng hạn như nhiễm trùng phổi, suy thận hoặc bệnh gan nặng, cũng có thể gây hôi miệng, mặc dù hiếm gặp. Nhiều người cho rằng hôi miệng có thể bắt nguồn từ dạ dày hoặc ruột; điều này cực kỳ hiếm. Thực quản thường bị xẹp và đóng lại, và mặc dù hơi thở có thể mang mùi hôi từ dạ dày lên nhưng khả năng hôi miệng do không khí liên tục thoát ra khỏi dạ dày là rất xa. Khói thuốc lá có thể gây hôi miệng không chỉ ở người hút thuốc lá mà còn ở người thường xuyên tiếp xúc với khói thuốc thụ động.

### Chẩn đoán

Cách dễ nhất để xác định xem một người có hơi thở hôi hay không là hỏi một người đáng tin cậy và kín đáo. Điều này thường không quá khó khăn. Một phương pháp khác, riêng tư hơn để xác định xem một người có bị hôi miệng hay không là liếm cổ tay, đợi cho đến khi khô rồi ngửi khu vực đó. Cạo phần sau của lưỡi bằng thiếc nhưa, sau đó ngửi thiếc là một phương pháp khác mà người ta có thể sử dụng để đánh giá hơi thở có mùi.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Chứng hôi miệng—Thuật ngữ y học cho chứng hôi miệng.

### Sự đổi mới

Cách điều trị hôi miệng hiệu quả nhất là điều trị nguyên nhân. Về sinh răng miệng kém có thể được cải thiện bằng cách đánh răng và dùng chỉ nha khoa thường xuyên cũng như kiểm tra răng miệng thường xuyên. Chải lưỡi nhẹ nhàng nên là một phần của vệ sinh răng miệng hàng ngày. Ngoài việc vệ sinh răng miệng tốt, việc sử dụng nước súc miệng hợp lý cũng rất hữu ích. Khô miệng xảy ra vào ban đêm hoặc khi nhịn ăn hoặc do một số loại thuốc và tình trạng bệnh lý có thể góp phần gây ra hơi thở có mùi. Có thể tránh tình trạng khô da bằng cách uống đủ lượng nước. Nhai kẹo cao su có thể có lợi.

Như đã đề cập, một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc trị cao huyết áp, có thể gây khô miệng. Nếu vấn đề này nghiêm trọng, việc thay đổi thuốc dưới sự giám sát của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể cải thiện tình trạng khô miệng. Nhiễm trùng miệng hoặc xoang, một khi được chẩn đoán, có thể được điều trị bằng thuốc, thường bằng thuốc kháng sinh. Tắt nhiên, nhiễm trùng phổi và các vấn đề về thận hoặc gan sẽ cần được điều trị y tế.

### Điều trị thay thế

Tùy thuộc vào nguyên nhân, có thể sử dụng vô số biện pháp điều trị thay thế. Ví dụ, viêm xoang có thể được điều trị bằng cách xông tinh dầu và/hoặc thảo mộc.

### Tiên lượng

Hầu hết chứng hôi miệng có thể được điều trị thành công bằng cách vệ sinh răng miệng tốt và/hoặc chăm sóc y tế. Đôi khi, đối với những bệnh nhân cảm thấy những liệu pháp này không thành công, một số kiểu hành vi ào tòng hoặc ám ảnh có thể tồn tại và việc tư vấn sức khỏe tâm thần có thể phù hợp.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Berkow, Robert, chủ biên. *Cẩm nang Merck*. tái bản lần thứ 16 Rahway, NJ: Phòng thí nghiệm nghiên cứu Merck Sharp & Dohme, 1992.

#### ĐỊNH KÝ

Rosenberg, M. "Đánh giá lâm sàng về chứng hôi miệng." tạp chí của Hiệp hội Nha khoa Hoa Kỳ (tháng 4 năm 1996): 475-481.

#### TỔ CHỨC

Hiệp hội Nha khoa Hoa Kỳ. 211 E. Chicago Ave., Chicago, IL 60611. (312) 440-2500. <<http://www.ada.org>>.

Hiệp hội y tế hoa kì. 515 N. State St., Chicago, IL  
60612. (312) 464-5000. <<http://www.ama-assn.org>>.

Hiệp sĩ Joseph, PA

## Kiểm tra thăng bằng và phối hợp

### Sự định nghĩa

Cân bằng là khả năng duy trì một vị trí. Sự phối hợp là khả năng di chuyển thông qua một tập hợp phức tạp các sự di chuyển. Sự cân bằng và phối hợp phụ thuộc vào sự tương tác của nhiều cơ quan và hệ thống trong cơ thể bao gồm mắt, tai, não và hệ thần kinh, hệ tim mạch và cơ bắp. Kiểm tra hoặc kiểm tra bất kỳ hoặc tất cả các cơ quan hoặc hệ thống này có thể cần thiết để xác định nguyên nhân gây mất thăng bằng, chóng mặt hoặc không có khả năng phối hợp chuyển động hoặc hoạt động.

### Mục đích

Các bài kiểm tra về sự cân bằng và phối hợp cũng như kiểm tra các cơ quan và hệ thống ảnh hưởng đến sự cân bằng và phối hợp, có thể giúp xác định nguyên nhân gây chóng mặt, ngất xỉu, té ngã hoặc mất phối hợp.

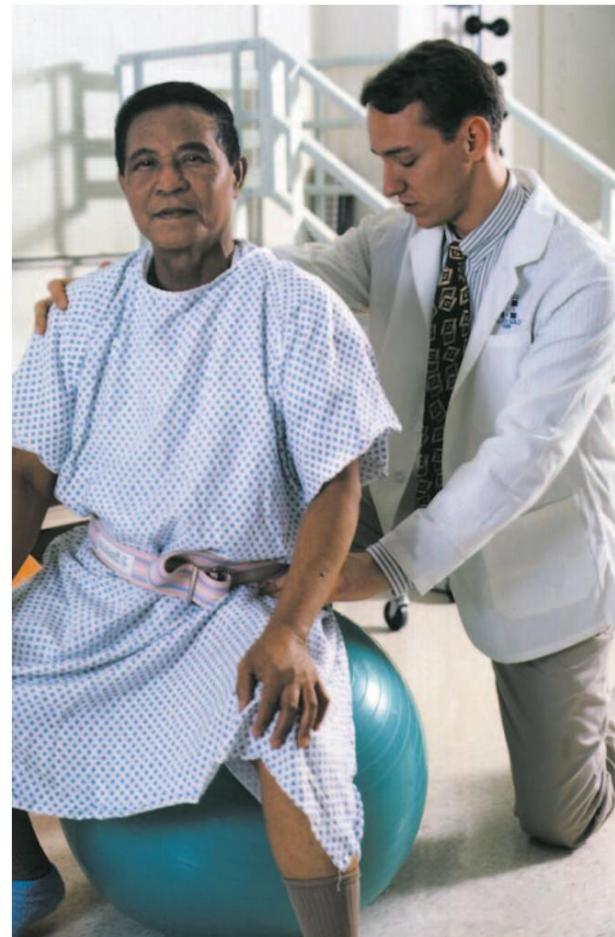
### Các biện pháp phòng ngừa

Các bài kiểm tra về thăng bằng và phối hợp phải được tiến hành ở khu vực an toàn và có kiểm soát, nơi bệnh nhân sẽ không bị thương nếu họ bị chóng mặt hoặc ngã.

### Sự miêu tả

Đánh giá sự cân bằng và phối hợp có thể bao gồm thảo luận về bệnh sử của bệnh nhân và khám thực thể toàn diện bao gồm đánh giá tình trạng tim, đầu, mắt và tai. Mạch hoặc nhịp tim chậm, hoặc huyết áp rất thấp có thể là dấu hiệu của vấn đề về hệ tuần hoàn, có thể gây chóng mặt hoặc ngất xỉu. Trong quá trình khám, bệnh nhân có thể được yêu cầu xoay đầu từ bên này sang bên kia khi ngồi dậy hoặc khi nằm cuộn xuống với đầu và cổ kéo dài qua mép bàn khám. Nếu các xét nghiệm này gây chóng mặt hoặc sự co giật nhanh chóng của nhãn cầu (chứng giật nhãn cầu), bệnh nhân có thể bị rối loạn tai trọng, đó là chịu trách nhiệm duy trì sự cân bằng.

Việc kiểm tra mắt và tai cũng có thể cho biết mạnh mồi cho các cơn chóng mặt hoặc mất phối hợp. Các bệnh nhân có thể được yêu cầu tập trung vào một ánh sáng hoặc một vật ở xa điểm hoặc vật thể, và chỉ nhìn lên, xuống, trái và phải bằng cách di chuyển mắt trong khi kiểm tra mắt. Các vấn đề



Một bệnh nhân ngồi trên một quả bóng, tập giữ thăng bằng. Anh ấy mặc một chiếc thắt lưng để nhà tri liệu vật lý có thể đỡ anh ta nếu anh ta thua THẮNG BẰNG. (Ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép theo sự cho phép.)

với tầm nhìn, bản thân chúng có thể góp phần vào sự cân bằng và rối loạn phối hợp, hoặc có thể biểu hiện nghiêm trọng hơn vấn đề của hệ thống thần kinh hoặc chức năng não. Mất thính giác, dịch tai trọng hoặc nhiễm trùng tai có thể chỉ ra nguyên nhân của các vấn đề về thăng bằng và phối hợp.

Các xét nghiệm vật lý khác nhau cũng có thể được sử dụng. Một bệnh nhân có thể được yêu cầu đi theo đường thẳng, đứng bằng một chân, hoặc chạm ngón tay vào mũi để giúp đánh giá sự cân bằng. Các bệnh nhân có thể được yêu cầu bóp hoặc đẩy vào bàn tay của bác sĩ, ngồi xổm xuống, cuộn xuống, đứng trên nhón chân hoặc đứng trên gót chân. Các khía cạnh quan trọng của những bài kiểm tra này bao gồm việc giữ các tư thế trong một số giây nhất định, lặp lại thành công các chuyển động và số lần nhất định và lặp lại bài kiểm tra một cách chính xác khi nhắm mắt. Phần xạ của bệnh nhân cũng có thể được thử nghiệm. Ví dụ, bác sĩ có thể gõ nhẹ vào đầu gối, mắt cá chân và khuỷu tay bằng một cái vò cao su nhỏ để kiểm tra hoạt động của hệ thần kinh. Những xét nghiệm này có thể tiết lộ

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Bệnh Meniere-Một tình trạng bất thường ở tai trong gây chóng mặt, ù tai và giảm thính lực.

yếu cơ hoặc các vấn đề về hệ thần kinh có thể góp phần gây ra sự mất phối hợp.

### Chuẩn bị Không

cần chuẩn bị đặc biệt trước khi thực hiện các bài kiểm tra thăng bằng và phối hợp. Bệnh nhân có thể được yêu cầu cởi quần áo và mặc áo khám để bác sĩ dễ dàng quan sát các cơ và phản ứng phản xạ hơn.

### Chăm sóc sau

Nói chung không cần chăm sóc đặc biệt sau đó, tuy nhiên, một số xét nghiệm có thể gây ra các cơn chóng mặt hoặc mất phối hợp. Bệnh nhân có thể cần thận trọng khi trở lại hoạt động bình thường nếu họ gặp bất kỳ triệu chứng chóng mặt, choáng váng hoặc yếu sức nào.

### Rủi ro

Những bài kiểm tra cân bằng và phối hợp đơn giản này thường vô hại.

### Kết quả bình thường

Trong điều kiện bình thường, xét nghiệm này sẽ không gây chóng mặt, mất thăng bằng hoặc mất phối hợp.

### Kết quả bất thường

Sự xuất hiện chóng mặt, choáng váng, mất khả năng phối hợp, cử động mắt bất thường, yếu cơ hoặc suy giảm phản xạ là những kết quả bất thường và có thể chỉ ra vấn đề gây mất thăng bằng hoặc mất phối hợp. Trong một số trường hợp, có thể cần xét nghiệm bổ sung để chẩn đoán nguyên nhân gây ra các vấn đề về thăng bằng hoặc phối hợp.

### Tài nguyên

#### SÁ CH

Blakley, BW và ME Siegel. "Tim ra nguyên nhân gây chóng mặt, chóng mặt." Trong Cẩm giác chóng mặt: Hiểu và điều trị chóng mặt, chóng mặt và các rối loạn thăng bằng khác. New York: Nhà xuất bản Macmillan, 1995.  
"Đánh giá lâm sàng các khiếu nại liên quan đến tai." TRONG Cẩm nang Merck. tái bản lần thứ 16 Ed. Robert Berkow. Rahway, NJ: Merck & Co., Inc., 1992.

Shaw, Michael, biên tập. Mọi điều bạn cần biết về Dis-diu đi. Springhouse, PA: Tập đoàn Springhouse, 1996.

#### ĐỊNH KÝ

Bowen, J. "Chóng mặt: Một câu đố chẩn đoán." Bệnh viện Medirap chiếu phim 34, không. 1 (1998): 39-44.

#### TỔ CHỨC

Học viện Tai mũi họng Hoa Kỳ-Đầu và Cổ

Phẫu thuật, Inc. One Prince St., Alexandria VA 22314-3357.  
(703) 836-4444. <<http://www.entnet.org>>.

Quỹ tai. 1817 Patterson St., Nashville, TN 37203. (800) 545-4327. <<http://www.earfoundation.org>>.

Hiệp hội rối loạn tiền đình (VEDA). Hộm thư 4467, Portland, HOẶC 97208-4467. (800) 837-8428 hoặc (503) 229-7705 (điện thoại); (503) 229-8064 (FAX).

Altha Roberts Edgren

## Viêm quy đầu

### Sự định nghĩa

Viêm Balan là tình trạng viêm ở đầu và da trước của dương vật.

### Sự miêu tả

Viêm Balan thường ánh hưởng đến nam giới không cắt bao quy đầu. Đây là những người đàn ông có bao quy đầu, tức là "mũ trùm" bằng da mềm che một phần đầu dương vật. Khi bị viêm quy đầu, đầu và bao quy đầu trở nên đỏ và viêm. (Ở nam giới cắt bao quy đầu, không có bao quy đầu, những triệu chứng này chỉ ánh hưởng đến đầu dương vật.) Tình trạng này thường xảy ra do nấm Candida albicans, cùng loại sinh vật gây nhiễm trùng nấm âm đạo ở phụ nữ. Viêm Balan (còn được gọi là viêm balanoposth) có thể do nhiều loại bệnh nhiễm nấm hoặc vi khuẩn khác gây ra hoặc có thể xảy ra do phản ứng nhạy cảm với các tác nhân hóa học thông thường.

Đàn ông không cắt bao quy đầu có nhiều nguy cơ bị viêm quy đầu hơn do có bao quy đầu. Bao quy đầu vữa khít quanh đầu dương vật có xu hướng tạo ra môi trường ẩm ướt, ấm áp, khuyến khích sự phát triển của vi sinh vật. Hầu hết các sinh vật liên quan đến viêm quy đầu đều có mặt trên dương vật nhưng với số lượng rất nhỏ. Tuy nhiên, nếu khu vực giữa đầu và bao quy đầu không được làm sạch kỹ lưỡng thường xuyên, những sinh vật này có thể sinh sôi và dẫn đến nhiễm trùng.

Bệnh tiêu đường có thể làm tăng nguy cơ phát triển tình trạng này.

### Nguyên nhân và triệu chứng Viêm

quy đầu thường là kết quả của việc vệ sinh kém, chẳng hạn như không tắm rửa trong vài ngày. Một thất bại

để rửa (hoặc xả) đúng cách khu vực giữa đầu và bao quy đầu có thể dẫn đến sự phát triển của nhiễm nấm hoặc vi khuẩn gây ra tình trạng này. Trong các trường hợp khác, viêm quy đầu có thể xảy ra do phản ứng dị ứng: Một số nam giới có thể nhạy cảm với các hóa chất có trong xà phòng mạnh, chất tẩy giặt khô hoặc kem tránh thai. Những người đàn ông mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD) như bệnh trichomonas cũng có thể phát triển các triệu chứng.

Các triệu chứng của viêm quy đầu chỉ giới hạn ở da quy đầu và đầu dương vật (ở nam giới đã cắt bao quy đầu, chỉ có đầu bị ảnh hưởng). Chúng bao gồm tấy đỏ, viêm, đau, chảy mủ, đau hoặc ngứa da và khó rút bao quy đầu lại.

### Chẩn đoán

Viêm Balan thường được chẩn đoán dựa trên một cuộc kiểm tra thể chất ngắn gọn. Việc này có thể được tiến hành bởi người thường xuyên của bạn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc bởi bác sĩ tiết niệu, loại bác sĩ người chuyên về những rối loạn như vậy. Bác sĩ có thể lấy một mẫu chất thải (nếu có) để xác định tính chất của nhiễm trùng có thể xảy ra. Xét nghiệm nước tiểu có thể được đề nghị để đánh giá nồng độ glucose (đường) trong nước tiểu. Viêm quy đầu điều trị thường được bảo hiểm y tế chi trả.

### Sự đối đãi

Việc điều trị viêm quy đầu phụ thuộc vào tình trạng cụ thể nguyên nhân, có thể khác nhau tùy từng trường hợp. Thuốc kháng sinh là được sử dụng để điều trị nhiễm trùng do vi khuẩn, trong khi thuốc chống nấm tại chỗ như clotrimazole có thể chống lại bệnh viêm quy đầu do Candida. Nếu phản ứng dị ứng gây ra các triệu chứng, Mục tiêu là xác định tác nhân hóa học chịu trách nhiệm. Thuốc mỡ hoặc kem có thể được sử dụng để giảm kích ứng da.

Cho dù nguyên nhân là gì, điều quan trọng là phải vệ sinh dương vật kỹ lưỡng hàng ngày để giảm bớt các triệu chứng. Nếu tình trạng này tiếp tục xảy ra hoặc nếu tình trạng viêm đang cản trở việc đi tiểu, cắt bao quy đầu có thể được tư vấn.

### Điều trị thay thế

Theo những người hành nghề y học thay thế, một số loại thảo mộc có thể có hiệu quả trong việc kiểm soát hoặc ngăn ngừa nhiễm trùng nấm men-một nguyên nhân phổ biến gây viêm quy đầu. Những biện pháp khắc phục này bao gồm tỏi, calendula và goldenseal. Ăn sữa chua có chứa acidophilus cũng có thể giúp làm sạch nhiễm trùng Candida.

### Tiên lượng

Hầu hết các trường hợp sẽ khỏi nhanh chóng khi nguyên nhân được xác định và điều trị. Tuy nhiên, những cơn viêm quy đầu thường xuyên có thể dẫn đến hẹp niệu đạo.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Acidophilus-Một loại vi khuẩn được cho là có khả năng chống lại nấm men nhiễm trùng.

Cắt bao quy đầu-Phẫu thuật cắt bỏ phần da bao quy đầu.

Hẹp niệu đạo - Thu hẹp niệu đạo (óng nước tiểu).

### Phòng ngừa

Vệ sinh đúng cách là cách tốt nhất để tránh viêm quy đầu.

Cắt bao quy đầu đôi khi được thực hiện để ngăn ngừa trường hợp tái phát.

### Tài nguyên

#### SÁ CH

Smith, Tiết niệu tổng quát của Donald R. Smith. tái bản thứ 14 Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1995.

Tierney, Lawrence M., và cộng sự. Chẩn đoán y tế hiện tại và Điều trị McGraw-Hill, 2000.

#### ĐỊNH KÝ

Edwards S. "Viêm quy đầu và viêm bao quy đầu: một bài đánh giá."

Y học Genitourinary 72 (tháng 6 năm 1996): 155-9.

Mayser, P. "Nhiễm nấm dương vật." Andrologia 31

Phụ lục 1 (1999): 13-6.

#### TỔ CHỨC

Thư viện Y khoa Quốc gia Hoa Kỳ. 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894. (888) 346-3656. <<http://www.nlm.nih.gov>>.

Greg Annussek

### Bệnh Balantidia

#### Sự định nghĩa

Bệnh Balantidosis là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn vi sinh vật đơn bào (động vật nguyên sinh) gọi là Balantidium coli lây nhiễm vào đường tiêu hóa. Nó chủ yếu là một bệnh của vùng nhiệt đới, mặc dù nó cũng được tìm thấy ở vùng mát hơn, Khí hậu ôn đới. Hầu hết những người mắc bệnh balantida đều làm không biểu hiện bất kỳ triệu chứng đáng chú ý nào (không có triệu chứng), nhưng một số ít sẽ bị tiêu chảy ra máu và chất nhầy và viêm đại tràng (viêm đại tràng).

#### Sự miêu tả

Bệnh Balantidosis là do Balantidium coli, một loại động vật nguyên sinh ký sinh lây nhiễm vào ruột già. B. coli là

là động vật nguyên sinh lớn nhất và duy nhất, có cấu trúc giống như lông mao hoặc lông, có khả năng gây bệnh ở người. Bệnh Balantidosis xảy ra phổ biến nhất ở những khu vực có điều kiện vệ sinh kém và ở những nơi con người sống tiếp xúc gần gũi với lợn, cừu hoặc dê.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Bệnh Balantidosis lây truyền chủ yếu qua việc ăn thực phẩm hoặc nước uống đã bị ô nhiễm bởi phân người hoặc động vật có chứa nang *B. coli*. Trong vòng đời của mình, sinh vật này tồn tại ở hai dạng rất khác nhau: u nang lây nhiễm hoặc dạng nang, không thể di chuyển nhưng có thể tồn tại bên ngoài cơ thể con người nhờ lớp vỏ bảo vệ dày; và dạng sinh bệnh, thể tư dưỡng, mặc dù có khả năng di chuyển nhưng không thể tồn tại một khi được bài tiết qua phân và do đó, không thể lây nhiễm sang người khác. Trong đường tiêu hóa, các nang được vận chuyển đến ruột nơi thành của các nang bị vỡ ra do dịch tiêu hóa tiết ra, giải phóng các thể tư dưỡng di động. Sau khi được giải phóng trong ruột, trophozoites nhân lên bằng cách ăn vi khuẩn đường ruột hoặc xâm nhập vào niêm mạc ruột già. Trong niêm mạc ruột già, thể tư dưỡng tiết ra một chất phá hủy màng ruột và tạo ra vết loét (loét) hoặc áp xe. Thể tư dưỡng cuối cùng hình thành các nang mới được đưa qua đường tiêu hóa và bài tiết qua phân. Trong điều kiện nhiệt độ và độ ẩm thuận lợi, bào xác có thể tồn tại trong đất hoặc nước hàng tuần đến hàng tháng, sẵn sàng bắt đầu lại chu kỳ.

Hầu hết những người mắc bệnh balantida không có triệu chứng đáng chú ý. Mặc dù những người này có thể không cảm thấy bị bệnh nhưng họ vẫn có khả năng lây nhiễm cho người khác qua tiếp xúc giữa người với người hoặc làm ô nhiễm thức ăn hoặc nước bằng các u nang mà người khác có thể ăn vào, chẳng hạn như chuẩn bị thức ăn khi tay chưa rửa sạch.

Các triệu chứng phổ biến nhất của bệnh balantidzheim là tiêu chảy mãn tính hoặc viêm đại tràng nặng với đau bụng, đau và phân có máu. Các biến chứng có thể bao gồm thủng ruột khiến thành ruột bị rách nhưng vi khuẩn không lây lan sang các bộ phận khác của cơ thể theo dòng máu.

### Chẩn đoán

Chẩn đoán bệnh balantida, cũng như các bệnh tương tự khác, có thể phức tạp, một phần vì có thể có hoặc không có triệu chứng. Chẩn đoán bệnh balantida có thể được xác định khi bệnh nhân bị tiêu chảy kết hợp với tiền sử có thể gần đây đã tiếp xúc với bệnh amip do đi du lịch, tiếp xúc với người bị nhiễm bệnh hoặc giao hợp qua đường hậu môn.

Cụ thể, chẩn đoán bệnh balantida được thực hiện bằng cách tìm thấy các nang *B. coli* hoặc thể tư dưỡng trong phân của bệnh nhân.

hoặc bằng cách tìm các thể tư dưỡng trong các mẫu mô (sinh thiết) lấy từ ruột già. Một xét nghiệm máu chẩn đoán vẫn chưa được phát triển.

### Khám phân

Xét nghiệm này bao gồm việc kiểm tra bằng kính hiển vi mẫu phân để tìm sự hiện diện của u nang và/hoặc thể tư dưỡng của *B. coli*.

### Soi đại tràng sigma

Để lấy mẫu mô từ ruột già, một thủ tục gọi là soi đại tràng sigma được thực hiện. Trong quá trình soi đại tràng sigma, một dụng cụ mỏng, linh hoạt được sử dụng để kiểm tra trực quan niêm mạc ruột và lấy các mẫu mô nhỏ.

### Sự đối đãi

Bệnh nhân mắc bệnh balantidosis được điều trị bằng thuốc theo toa, thường bao gồm một đợt điều trị 10 ngày bằng tetracycline hoặc metronidazole. Các loại thuốc thay thế đã được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị bệnh balantida bao gồm iodoquinol hoặc paromomycin.

### Tiên lượng

Mặc dù phần nào phụ thuộc vào sức khỏe tổng thể của bệnh nhân, nhưng nhìn chung, tiên lượng đối với hầu hết bệnh nhân mắc bệnh balantidzheim là tốt. Bệnh nhân nhiễm bệnh nặng đôi khi tử vong do vết rách ở thành ruột (thủng ruột) và hậu quả là mất máu.

### Phòng ngừa

Không có quy trình tiêm chủng hoặc thuốc nào có thể được thực hiện trước khi có khả năng tiếp xúc với bệnh balantidosis để ngăn ngừa bệnh. Hơn nữa, những người đã mắc bệnh có thể bị tái nhiễm. Phòng bệnh đòi hỏi vệ sinh cá nhân và cộng đồng hiệu quả. Các biện pháp bảo vệ cụ thể bao gồm:

- Lọc nước uống. Nước có thể được làm sạch bằng cách lọc, đun sôi hoặc xử lý bằng iốt.

- Xử lý thực phẩm đúng cách. Các biện pháp bao gồm bảo vệ thực phẩm khỏi bị ruồi lây nhiễm, nấu thức ăn đúng cách, rửa tay sau khi đi vệ sinh và trước khi nấu ăn, đồng thời tránh những thực phẩm không thể nấu chín hoặc bóc vỏ khi đi du lịch ở những quốc gia có tỷ lệ mắc bệnh balantida cao.

- Xử lý cần thận phân người. • Theo dõi những người tiếp xúc với bệnh nhân nhiễm balantidosis. Phân của các thành viên trong gia đình và bạn tình của người bị nhiễm bệnh nên được kiểm tra sự hiện diện của u nang và/hoặc thể tư dưỡng.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Không có triệu chứng-Những người mang bệnh và thường có khả năng truyền bệnh nhưng không biểu hiện các triệu chứng của bệnh được cho là không có triệu chứng.

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

Có lông-Được bao phủ bởi những phần nhô ra ngắn, giống như lông, giống như *B. coli* và một số động vật nguyên sinh khác. Các lông mao hoặc lông giúp cơ thể di chuyển.

Viêm đại tràng- Viêm ruột già xảy ra trong một số trường hợp mắc bệnh balantida. Nó được đánh dấu bằng cơn đau quặn và chảy ra chất nhầy có máu.

Động vật nguyên sinh-Một sinh vật đơn bào, thường có kích thước cực nhỏ, chẳng hạn như *B. coli*, là sinh vật nhân chuẩn và do đó, khác với vi khuẩn (nhân sơ).

Nội soi đại tràng sigma-Một thủ tục trong đó một dụng cụ mỏng, linh hoạt, có ánh sáng, được gọi là ống soi sigmoid, được sử dụng để kiểm tra trực quan phần dưới của ruột già.

**Tài nguyên****SÁCH**

- Goldsmith, Robert S. "Bệnh truyền nhiễm: Đơn bào & Giun sán." Trong Chẩn đoán và Điều trị Y tế Hiện tại, 1998. tái bản lần thứ 37. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.
- Gumprecht, Jeffrey P., và Murray Wittner. "Ruột khác Ký sinh trùng." Trong Chẩn đoán hiện tại. Tập. 9. Biên tập. Rex B. Conn và cộng sự. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1997.
- Weinberg, Adriana và Myron J. Levin. "Nhiễm trùng: Ký sinh trùng & Nấm." Trong Chẩn đoán & Điều trị Nhi khoa Hiện tại, ed. William W. Hay Jr., và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

Rebecca J. Frey

**Hỏi đầu xem rụng tóc****Nong mạch bằng bóng xem Angioplasty****Tạo hình van bằng bóng****Sự định nghĩa**

Tạo hình van bằng bóng là một thủ thuật trong đó van tim hẹp được kéo căng mở bằng một thủ thuật không cần phẫu thuật tim hở.

**Mục đích**

Có bốn van trong tim, nằm ở lối ra của mỗi buồng trong số bốn buồng tim. Chúng được gọi là van động mạch chủ, van phổi, van hai lá và van ba lá. Các van mở và đóng để điều chỉnh lưu lượng máu từ buồng này sang buồng tiếp theo. Chúng rất quan trọng đối với hoạt động hiệu quả của tim.

Ở một số người, van quá hẹp (một tình trạng gọi là hẹp van). Tạo hình van bằng bóng được thực hiện ở trẻ em và người lớn để cải thiện chức năng van và lưu lượng máu bằng cách mở rộng lỗ van. Nó là một phương pháp điều trị hẹp động mạch chủ, van hai lá và phổi. Tạo hình van bằng bóng có kết quả tốt nhất trong điều trị van phổi hẹp. Kết quả điều trị hẹp van hai lá nhìn chung là tốt. Nó khó thực hiện hơn và ít thành công hơn trong điều trị chứng hẹp van động mạch chủ.

**Sự miêu tả**

Tạo hình van tim bằng bóng là một thủ thuật trong đó một ống mỏng (ống thông) có một quả bóng nhỏ đã xi hơi ở đầu được đưa qua da ở vùng háng vào mạch máu, sau đó được luồn vào lỗ hở của trái tim hẹp van. Quả bóng được bơm căng lên làm van mở ra. Thủ tục này chưa được nhiều tác nghiên cứu. Nó còn được gọi là sự phì đại bóng của van tim bị thu hẹp.

Thủ tục này được thực hiện trong phòng thí nghiệm đặt ống thông tim và mắt tối bốn giờ. Bệnh nhân thường tĩnh táo nhưng được gây mê cục bộ để làm tê vùng đặt ống thông. Sau khi chuẩn bị và gây mê vị trí đặt ống thông, bác sĩ tim mạch sẽ đưa ống thông vào mạch máu thích hợp, sau đó đưa ống thông có đầu bóng qua ống thông đầu tiên. Được hướng dẫn bởi màn hình video và tia X, bác sĩ từ từ luồn ống thông vào tim. Quả bóng xi hơi được đặt vào lỗ van, sau đó được bơm căng lên nhiều lần. Quả bóng được bơm căng sẽ mở rộng lỗ mở của van bằng cách tách các lá van ra. Sau khi van được mở rộng, ống thông có đầu bóng sẽ được tháo ra. Ống thông còn lại được giữ nguyên trong 6 đến 12 giờ vì trong một số trường hợp, quy trình này phải được lặp lại.

**Sự chuẩn bị**

T้อง ít nhất sáu giờ trước khi nong bóng van tim, bệnh nhân sẽ phải tránh ăn hoặc uống bất cứ thứ gì. Một đường truyền tĩnh mạch được đưa vào để có thể truyền thuốc. Vùng háng của bệnh nhân được cạo và làm sạch bằng thuốc sát trùng. Khoảng một giờ trước khi thực hiện thủ thuật, bệnh nhân được cho uống thuốc an thần như diazepam (Valium).

### Chăm sóc sau

Sau khi nong van bằng bóng, bệnh nhân được đưa đến phòng hồi sức trong vài giờ, nơi họ được theo dõi các dấu hiệu sinh tồn (như mạch, nhịp thở) và âm thanh của tim. Điện tâm đồ, ghi lại các xung điện trong tim, được thực hiện. Chân nới đặt ống thông tạm thời bị ngăn không cho cử động. Tình trạng da được theo dõi. Vị trí chèn, sẽ được bao phủ bởi một bao cát, được quan sát xem có chảy máu cho đến khi ống thông được tháo ra hay không. Dịch truyền tĩnh mạch sẽ được truyền để giúp loại bỏ thuốc nhuộm tia X; Có thể dùng thuốc làm loãng máu tiêm tĩnh mạch hoặc các loại thuốc khác để làm giãn động mạch vành. Thuốc giảm đau có sẵn.

Trong ít nhất 30 phút sau khi tháo ống thông, áp lực trực tiếp được đặt vào vị trí đặt ống thông; sau đó sẽ áp dụng băng ép. Sau khi xuất viện, bệnh nhân thường có thể tiếp tục các hoạt động bình thường. Sau nong van bằng bóng, việc theo dõi suốt đời là cần thiết vì van đôi khi bị thoái hóa hoặc hẹp tái phát nên cần phải phẫu thuật.

### Rủi ro

Tạo hình van bằng bóng có thể có những biến chứng nghiêm trọng. Ví dụ, van có thể bị biến dạng khiến nó không đóng hoàn toàn, khiến tình trạng trở nên tồi tệ hơn. Thuyên tắc mạch, khi các mảnh van vỡ ra và di chuyển đến não hoặc phổi, là một nguy cơ khác có thể xảy ra. Nếu thủ thuật gây tổn thương nghiêm trọng cho các lá van thì cần phải phẫu thuật ngay lập tức. Các biến chứng ít gặp hơn là chảy máu và tụ máu (tụ máu cục bộ) tại vị trí đâm thẳng, nhịp tim bất thường, giảm lưu lượng máu, đau tim, thủng tim, nhiễm trùng và các vấn đề về tuần hoàn.

### Tài nguyên

#### SÁCH

"Bong bóng Valvuloplasty." Trong Phòng khám Mayo Thực hành Tim mạch. tái bản lần thứ 3. Ed. Emilio R. Giuliani và cộng sự. Thành Louis: Mosby, 1996.

Viện tim Texas. "Bệnh tim bẩm sinh" và "Bệnh làm dịu van tim." Trong Sổ tay dành cho người sở hữu trái tim của Viện Tim Texas. New York: John Wiley & Sons, 1996.  
"Bệnh van tim" và "Hẹp phổi". Trong Chẩn đoán và Điều trị Y tế Hiện tại, 1998. tái bản lần thứ 37. Ed. Stephen McPhee và cộng sự. Stamford: Appleton & Lange, 1997.

#### ĐỊNH KÝ

Latson, Larry A. "Phẫu thuật' hạn chế bệnh tim bẩm sinh không có sẹo ở ngực." Lâm sàng Nhi khoa 36 (tháng 3 năm 1997): 125.

#### TỔ CHỨC

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 7320 Đại lộ Greenville Dallas, TX 75231. (214) 373-6300. <<http://www.americanheart.org>>.

Hôn mê do barbiturate gây ra

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Đặt ống thông tim**—Một kỹ thuật dùng để đánh giá tim và khắc phục một số vấn đề. Đặt ống thông ít xâm lấn hơn nhiều so với phẫu thuật truyền thống.

**Hẹp-Sự thu hẹp** của bất kỳ van nào, đặc biệt là một trong các van tim hoặc lỗ thông vào động mạch phổi từ tim thất phái.

**Van-Mô** trong các lối đi giữa buồng trên và buồng dưới của tim, kiểm soát sự lưu thông của máu và ngăn ngừa trào ngược.

### KHÁC

"**Phương pháp điều trị bệnh tim bẩm sinh.**" Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ. 1997. Ngày 9 tháng 4 năm 1998 <<http://www.americanheart.org>>.

Lori De Milto

Bệnh giun chỉ Bancroftian xem Bệnh phù chân voi

Bệnh Bang xem Bệnh Brucellosis

## Hôn mê do barbiturate gây ra

#### Sự định nghĩa

Hôn mê do barbiturat gây ra, hay hôn mê do barb, là trạng thái bất tỉnh tạm thời do dùng một liều thuốc an thần có kiểm soát, thường là pentobarbital hoặc thiopental.

#### Mục đích

Hôn mê barbiturat được sử dụng để bảo vệ não trong quá trình phẫu thuật não lớn, chẳng hạn như cắt bỏ dị tật động mạch-tĩnh mạch hoặc chứng phình động mạch. Hôn mê cũng có thể được gây ra để kiểm soát tăng huyết áp nội sọ do chấn thương não.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Hôn mê do barbiturat gây ra được sử dụng khi liều pháp thông thường nhằm giảm tăng áp lực nội sọ thất bại. Liều lượng barbiturat hướng tới việc ngăn chặn sự bùng nổ - nghĩa là làm giảm hoạt động của não được đo bằng điện não đồ. Sự giảm hoạt động não này phải được cân bằng với các tác dụng phụ tiềm ẩn của thuốc an thần, bao gồm phản ứng dị ứng và ảnh hưởng lên hệ tim mạch.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

**Chứng phình động mạch**—Một khối phồng lên hoặc hình dạng giống như cái bao từ một mạch máu.

**Dị dạng động tĩnh mạch**—Một tình trạng rối loạn bất thường của động mạch và tĩnh mạch trong đó động mạch nuôi dưỡng trực tiếp vào tĩnh mạch mà không có lớp mao mạch can thiệp thông thường.

**Thuốc lợi tiểu**—Một loại thuốc làm tăng lượng nước tiểu thải ra.

**Điện não đồ**—Việc ghi lại các điện thế do não tạo ra. Những cái này

tiềm năng cho thấy hoạt động của não.

**Tăng thông khí**—Một liệu pháp hô hấp liên quan đến thở sâu hơn và/hoặc nhanh hơn để giữ carbon áp suất dioxide trong máu dưới mức bình thường.

**Tăng huyết áp nội sọ**—Máu cao bất thường áp lực bên trong hộp sọ.

**Liệu pháp thẩm thấu**—Tiêm tĩnh mạch hoặc uống sử dụng một tác nhân gây mất nước. Mục đích của việc khử nước là làm giảm lượng chất lỏng tích lũy trong não.

**Steroid**—Một loại thuốc dùng để giảm sưng tấy.

### Sự miêu tả

Một trong những mối nguy hiểm lớn nhất liên quan đến não thương là tăng áp lực nội sọ. Chấn thương sọ não có thể do vô tình bị thương ở đầu hoặc do tình trạng bệnh lý, chẳng hạn như đột quy, khối u hoặc nhiễm trùng. Khi bộ não bị thương, chất lỏng tích tụ trong não, khiến não bị tổn thương. sưng lên. Hộp sọ không cho phép mở rộng não; trên thực tế, não trở nên bị nén.

Nếu áp lực không giảm, máu đã được oxy hóa có thể không đến được tất cả các vùng của não. Ngoài ra, mô não có thể bị ép vào các cạnh cứng, xương ở bên trong hộp sọ. Trong cả hai trường hợp, mô não có thể chết, gây ra tổn thương não vĩnh viễn hoặc tử vong.

Barbiturat làm giảm tốc độ trao đổi chất của mô não cũng như lưu lượng máu não. Với sự giảm thiểu này, các mạch máu trong não bị thu hẹp, giảm mức độ sưng tấy trong não. Với tình trạng sưng tấy nhẹ nhõm, áp lực giảm và một số hoặc toàn bộ não thiệt hại có thể được ngăn chặn.

Tuy nhiên vẫn còn nhiều tranh cãi về lợi ích của sử dụng barbiturat để kiểm soát tăng huyết áp nội sọ. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng hôn mê do barbiturat gây ra có thể làm giảm tăng áp lực nội sọ nhưng không cần thiết

ngăn ngừa tổn thương não một cách hiệu quả. Hơn nữa, việc giảm trong tăng huyết áp nội sọ có thể không được duy trì.

### Sự chuẩn bị

Gây hôn mê barbiturat thường được duy trì trong dự phòng cho những trường hợp điều trị thông thường cho việc kiểm soát tăng áp lực nội sọ đã thất bại. Trước khi gây hôn mê, tăng áp lực nội sọ có thể được điều trị bằng cách tăng thông khí; bằng cách tạo điều kiện cho máu chảy từ não; bằng các thủ tục phẫu thuật giải nén, chẳng hạn như hút chất lỏng dư thừa từ bên dưới hộp sọ hoặc từ các buồng trong não (âm thắt); hoặc bằng liệu pháp dùng thuốc, bao gồm liệu pháp thẩm thấu, thuốc lợi tiểu tác nhân hoặc steroid.

### Rủi ro

Ước tính có khoảng 25% số ca hôn mê do barbiturat gây ra là kèm theo những tác dụng phụ nặng nề. Tác dụng phụ của Barbiturate, đặc biệt là tác dụng ức chế hệ thống tim mạch, có thể quá nguy hiểm đối với một số bệnh nhân. Các tác dụng phụ khác bao gồm rối loạn tiêu hóa khả năng vận động và phản ứng miễn dịch bị suy giảm và nhiễm trùng. Vì barbiturate làm suy giảm hoạt động của não nên các phép đo hoạt động của não có thể không đáng tin cậy. Cần theo dõi chặt chẽ bệnh nhân để đảm bảo dinh dưỡng nhu cầu đang được đáp ứng và để phòng những rắc rối, chẳng hạn như nhiễm trùng phổi, sốt hoặc cục máu đông tĩnh mạch sâu.

### Kết quả bình thường

Ở nhiều bệnh nhân không đáp ứng với liệu pháp thông thường, tình trạng hôn mê do barbiturat gây ra có thể đạt được hiệu quả kiểm soát cần thiết tăng áp lực nội sọ.

### Tài nguyên

#### ĐỊNH KÝ

Lee, Michael W., và cộng sự. "Hiệu quả của hôn mê barbiturate trong quản lý tăng huyết áp nội sọ không kiểm soát được sau chấn thương phẫu thuật thần kinh." Tạp chí Chấn thương thần kinh 11, không. 3 (1994): 325.

Myles, Geraldine L., và những người khác. "Định lượng việc chăm sóc điều dưỡng trong tình trạng hôn mê do barbiturat gây ra bằng can thiệp trị liệu Hệ thống tĩnh điểm." Tạp chí Điều dưỡng Thần kinh số 27, không. 1 (1995): 35.

Schwab, Stefan và cộng sự. "Hôn mê barbiturat trong đột quỵ bán cầu nặng: Hữu ích hay lỗi thời?" Thần kinh học 48 (1997): 1608.

Julia Barrett

### Rút tiền barbiturate xem Rút tiền hội chứng

## Thuốc an thần

### Sự định nghĩa

Barbiturat là thuốc tác động lên hệ thần kinh trung ương, gây buồn ngủ và có thể kiểm soát cơn động kinh.

### Mục đích

Barbiturat nằm trong nhóm thuốc được gọi là thuốc ức chế hệ thần kinh trung ương (CNS). Còn được gọi là thuốc an thần-gây ngủ, barbiturat làm cho người ta rất thư giãn, bình tĩnh và buồn ngủ. Những loại thuốc này đôi khi được sử dụng để giúp bệnh nhân thư giãn trước khi phẫu thuật. Một số cũng có thể được sử dụng để kiểm soát cơn động kinh (co giật). Mặc dù barbiturates đã được sử dụng để điều trị chứng lo âu và các vấn đề về giấc ngủ nhưng chúng thường được thay thế bằng các loại thuốc khác cho những mục đích này.

Những loại thuốc này có thể hình thành thói quen và không nên dùng để làm giảm lo lắng và căng thẳng hàng ngày hoặc để điều trị chứng mất ngủ trong thời gian dài.

### Mô tả Barbiturat

chỉ được bán khi có đơn thuốc của bác sĩ và được bán ở dạng viên nang, viên nén, chất lỏng và dạng tiêm. Một số loại thuốc an thần thường được sử dụng là phenobarbital (Barbita) và secobarbital (Seconal).

### Liều khuyến cáo Liều khuyến cáo

tùy thuộc vào loại barbiturate và các yếu tố khác như tuổi của bệnh nhân và tình trạng dùng thuốc. Kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc hoặc dược sĩ đã kê đơn thuốc để biết liều lượng chính xác.

Luôn dùng thuốc an thần đúng theo chỉ dẫn. Không bao giờ dùng liều lớn hơn hoặc thường xuyên hơn và không dùng thuốc lâu hơn chỉ dẫn. Nếu thuốc dừng như không có tác dụng, thậm chí sau khi dùng thuốc trong vài tuần, dừng tăng liều. Thay vào đó, hãy kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc.

Đừng ngừng dùng thuốc này đột ngột mà không kiểm tra trước với bác sĩ đã kê đơn. Có thể cần phải giảm liều dần dần để giảm nguy cơ xuất hiện các triệu chứng cai. Nếu cần thiết phải ngừng dùng thuốc, hãy hỏi bác sĩ để được hướng dẫn cách ngừng thuốc.

### Các biện pháp phòng ngừa

Gặp bác sĩ thường xuyên trong khi dùng thuốc an thần. Bác sĩ sẽ kiểm tra để đảm bảo thuốc hoạt động bình thường và sẽ lưu ý những tác dụng phụ không mong muốn.

Vì barbiturat hoạt động trên hệ thần kinh trung ương nên chúng có thể làm tăng thêm tác dụng của rượu và các loại thuốc khác làm chậm hệ thần kinh trung ương, như thuốc kháng histamine, thuốc cảm, thuốc dị ứng, thuốc hỗ trợ giấc ngủ, thuốc trị co giật, thuốc an thần, một số loại thuốc giảm đau. thuốc giảm đau và thuốc giãn cơ. Chúng cũng có thể làm tăng thêm tác dụng của thuốc gây mê, kể cả những thuốc dùng trong thủ thuật nha khoa. Tác dụng kết hợp của barbiturat và rượu hoặc các thuốc ức chế thần kinh trung ương khác (thuốc làm chậm hệ thần kinh trung ương) có thể rất nguy hiểm, dẫn đến bất tỉnh hoặc thậm chí tử vong. Bất cứ ai dùng barbiturate không nên uống rượu và nên kiểm tra với bác sĩ trước khi dùng bất kỳ loại thuốc nào được phân loại là thuốc ức chế thần kinh trung ương.

Dùng quá liều barbiturat hoặc kết hợp barbiturat với rượu hoặc các thuốc ức chế hệ thần kinh trung ương khác có thể gây bất tỉnh và thậm chí tử vong.

Bất cứ ai có dấu hiệu quá liều hoặc phản ứng khi kết hợp thuốc an thần với rượu hoặc các loại thuốc khác nên được trợ giúp y tế khẩn cấp ngay lập tức. Các dấu hiệu bao gồm:

- buồn ngủ trầm trọng
- vấn đề về hô hấp
- nói ngọng • loạn
- choạng
- nhịp tim chậm
- nhầm lẫn nghiêm trọng
- Điếc nghiêm trọng

Barbiturat có thể thay đổi kết quả của một số xét nghiệm y tế. Trước khi làm các xét nghiệm y tế, bất kỳ ai dùng thuốc này nên thông báo cho chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ trách.

Mọi người có thể cảm thấy buồn ngủ, chóng mặt, choáng váng hoặc kém tỉnh táo khi sử dụng các loại thuốc này. Những tác dụng này thậm chí có thể xảy ra vào buổi sáng sau khi dùng thuốc an thần trước khi đi ngủ. Vì những tác dụng có thể xảy ra này, bất kỳ ai sử dụng các loại thuốc này không nên lái xe, sử dụng máy móc hoặc làm bất kỳ việc gì khác có thể nguy hiểm cho đến khi họ phát hiện ra tác dụng của thuốc đối với mình.

Barbiturat có thể gây lệ thuộc về thể chất hoặc tinh thần khi dùng trong thời gian dài. Bất cứ ai có những dấu hiệu phụ thuốc này nên kiểm tra ngay với bác sĩ của mình:

- nhu cầu dùng thuốc với liều lượng ngày càng lớn hơn để đạt được hiệu quả tương tự
- mong muốn mạnh mẽ tiếp tục dùng thuốc
- các triệu chứng cai thuốc, chẳng hạn như lo lắng, buồn nôn hoặc nôn mửa, co giật, run rẩy hoặc khó ngủ khi ngừng thuốc

Trẻ em có thể đặc biệt nhạy cảm với barbiturat. Điều này có thể làm tăng nguy cơ tác dụng phụ như hưng phấn bất thường.

**Người lớn tuổi cũng có thể nhạy cảm hơn những người khác với tác dụng của thuốc này.** Ở người lớn tuổi, tỷ lệ barbitu có thể dễ gây lú lẫn, trầm cảm và hưng phấn bất thường. Những ảnh hưởng này cũng dễ xảy ra hơn ở những người bị bệnh nặng.

#### 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 dùng thuốc an thần. Trước khi dùng các loại thuốc này, hãy nhờ cho bác sĩ biết về bất kỳ tình trạng nào sau đây:

**DỊ ỨNG.** Bất cứ ai từng có phản ứng bất thường với thuốc an thần 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.

**THAI KỲ.** Dùng thuốc an thần khi mang thai làm tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh và có thể gây ra các vấn đề khác như chuyển dạ kéo dài và tác dụng phụ ở trẻ sau khi sinh. Phụ nữ mang thai phải dùng thuốc an thần trong các tình trạng nghiêm trọng hoặc đe dọa tính mạng nên thảo luận kỹ lưỡng với bác sĩ về lợi ích và rủi ro của việc dùng thuốc này.

**NUÔI CON BÚ.** Barbiturat truyền vào sữa mẹ và có thể gây ra các vấn đề như buồn ngủ, khó thở hoặc nhịp tim chậm ở trẻ bú mẹ có mẹ dùng thuốc. Phụ nữ đang cho con bú nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi sử dụng barbiturat.

**CÁC ĐIỀU KIỆN Y TẾ KHÁC.** Trước khi sử dụng barbiturates, những người có bất kỳ vấn đề y tế nào sau đây nên đảm bảo bác sĩ của họ biết về tình trạng của họ: • lạm dụng rượu hoặc ma túy • trầm

cảm • hiếu động thái quá (ở

trẻ em) • đau

nhức • bệnh thận

• bê nh gan

• bệnh tiểu đường

• tuyến giáp hoạt động

quá mức • tuyến thượng thận hoạt

động kém • các bệnh phổi mãn tính như hen suyễn hoặc khí thũng

• thiếu máu trầm trọng

• rối loạn chuyển hóa porphyrin

**SỬ DỤNG MỘT SỐ THUỐC.** Dùng thuốc an thần 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

Các tác dụng phụ thường gặp nhất là chóng mặt, choáng váng, buồn ngủ và vụng về hoặc không vững.

Những vấn đề này thường biến mất khi cơ thể thích nghi với thuốc và không cần điều trị y tế trừ khi chúng tồn tại dai dẳng hoặc cản trở 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 ngay với bác sĩ đã kê đơn thuốc:

- sốt
- đau cơ hoặc khớp
- đau họng
- đau ngực hoặc tức ngực
- thở khò khè
- các vấn đề về da, chẳng hạn như phát ban, nổi mề đay hoặc da đỏ, dày hoặc có vảy
- vết loét chảy máu trên môi
- vết loét hoặc đốm trắng đau đớn trong miệng • mí mắt, mặt hoặc môi sưng tấy

Ngoài ra, hãy kiểm tra với bác sĩ càng sớm càng tốt nếu xảy ra lú lẫn, trầm cảm hoặc hưng phấn bất thường sau khi dùng thuốc an thần.

Bệnh nhân dùng thuốc an thần trong thời gian dài hoặc ở liều cao có thể nhận thấy tác dụng phụ trong một thời gian sau khi ngừng dùng thuốc. Những tác dụng này thường xuất hiện trong vòng 8-16 giờ sau khi người bệnh ngừng dùng thuốc. Kiểm tra với bác sĩ nếu những triệu chứng này hoặc một số triệu chứng rắc rối khác xảy ra sau khi ngừng điều trị bằng barbiturat:

- chóng mặt, choáng váng hoặc ngất xỉu • lo lắng
- hoặc bồn chồn
- ảo giác
- vấn đề về thị lực
- buồn nôn và ói mửa • co giật cơ
- giật (co giật) • co giật cơ
- hoặc run tay
- yếu đuối
- khó ngủ, gặp ác mộng hoặc mơ nhiều hơn

Các tác dụng phụ khác có thể xảy ra. Bất kỳ ai có các triệu chứng bất thường trong hoặc sau khi điều trị bằng barbiturate nên liên hệ với bác sĩ của mình.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Tuyến thương thận–Hai tuyến nầm cạnh thận. Tuyến thương thận sản xuất các hormone epinephrine và norepinephrine và các hormone corticosteroid (giống cortisone).

Thiếu máu– Thiếu huyêt sắc tố–hợp chất trong máu mang oxy từ phổi đi khắp cơ thể và đưa chất thải carbon dioxide từ tế bào đến phổi, nơi nó được thải ra.

Hệ thần kinh trung ương– Não, tủy sống và các dây thần kinh khắp cơ thể.

Ảo giác– Nhận thức sai lệch hoặc bị bóp méo về đồ vật, âm thanh hoặc sự kiện có vẻ như thật. Ảo giác thường là do ma túy hoặc rối loạn tâm thần.

Thôi miên–Một loại thuốc gây buồn ngủ.

Porphyria–Một chứng rối loạn trong đó porphyrin tích tụ trong máu và nước tiểu.

Porphyrin–Một loại sắc tố được tìm thấy trong các sinh vật sống, chẳng hạn như chất diệp lục làm cho cây có màu xanh và huyêt sắc tố làm cho máu có màu đỏ.

Thuốc an thần–Thuốc có tác dụng làm dịu và có thể được sử dụng để điều trị chứng lo lắng hoặc bồn chồn.

Động kinh–Một cơn co thắt, hoặc co giật đột ngột.

Triệu chứng cai thuốc–Một nhóm các triệu chứng về thể chất hoặc tinh thần có thể xảy ra khi một người đột nhiên ngừng sử dụng một loại thuốc mà họ đã trở nên lệ thuộc.

**Tương tác**

Thuốc tránh thai có thể không hoạt động bình thường khi dùng trong khi đang dùng thuốc an thần. Để tránh mang thai, hãy sử dụng các phương pháp ngừa thai bổ sung hoặc bổ sung trong khi dùng thuốc an thần.

Barbiturat cũng có thể tương tác với các 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 thuốc an thần 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 barbiturat là:

- Các thuốc ức chế hệ thần kinh trung ương (CNS) khác như thuốc trị dị ứng, cảm lạnh, sốt có khô và hen suyễn; thuốc an thần; thuốc an thần; thuốc giảm đau theo toa; thuốc giãn cơ; thuốc điều trị động kinh; hỗ trợ giấc ngủ; thanh-biturat; và thuốc gây mê.

- Chất làm loãng máu.
- Adrenocorticoid (thuốc giống cortisone). • Thuốc chống động kinh như axit valproic (Depakote và Depakene), và carbamazepine (Tegretol).

Danh sách trên không bao gồm mọi loại thuốc có thể tương tác với barbiturat. Hãy chắc chắn kiểm tra với bác sĩ hoặc dược sĩ trước khi kết hợp thuốc an thần với bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc không kê đơn (không kê đơn) nào khác.

**Tài nguyên****ĐỊNH KÝ**

Miller, Norman S. "Thuốc an thần- thôi miên: Được lý và cách sử dụng." Tạp chí Thực hành Gia đình số 29 (12/1989): 665.

Nancy Ross-Flanigan

**thuốc xổ bari****Sự định nghĩa**

Thuốc xổ bari, còn được gọi là xét nghiệm GI dưới (tiêu hóa-tinh hoàn), là xét nghiệm sử dụng phương pháp chụp X-quang để quan sát ruột già. Có hai loại xét nghiệm này: kỹ thuật tương phản đơn trong đó bari sulfat được tiêm vào trực tràng để có được hình ảnh mặt cắt của ruột già; và kỹ thuật tương phản kép (hoặc "tương phản không khí") trong đó không khí được đưa vào trực tràng.

**Mục đích**

Thuốc xổ bari có thể được thực hiện vì nhiều lý do, bao gồm để hỗ trợ chẩn đoán ung thư ruột kết và trực tràng (hoặc ung thư đại trực tràng) và bệnh viêm nhiễm. Xét nghiệm này cũng có thể phát hiện các polyp (sự phát triển lành tính trong mô niêm mạc của đại tràng và trực tràng), túi thừa (túi đầy ra khỏi đại tràng) và những thay đổi về cấu trúc trong ruột già. Thuốc xổ bari tương phản kép là phương pháp tốt nhất cho phát hiện các khối u nhỏ (như polyp), bệnh viêm sớm và chảy máu do loét.

Quyết định thực hiện thuốc xổ bari dựa trên lịch sử thay đổi thói quen đại tiện của một người. Chúng có thể bao gồm tiêu chảy, táo bón, bất kỳ cơn đau bụng dưới nào mà họ hiện đang biểu hiện, máu, chất nhầy hoặc mủ trong phân của họ. Người ta cũng khuyến nghị nên thực hiện kỹ thi này từ 5 đến 10 năm một lần để sàng lọc ung thư đại trực tràng cho những người khỏe mạnh, loại khối u nguy hiểm thứ hai ở Hoa Kỳ. Những người có người thân mắc bệnh ung thư đại trực tràng hoặc từng có polyp tiền ung thư được coi là

có nguy cơ mắc bệnh cao hơn và cần được kiểm tra thường xuyên hơn để tìm kiếm những bất thường.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Mặc dù thuốc xổ bari là một phương pháp sàng lọc hiệu quả trong việc phát hiện các triệu chứng và có thể giúp chẩn đoán kịp thời một số bệnh, nhưng đây không phải là phương pháp duy nhất để thực hiện điều này. Tính đến năm 1997, một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng thủ thuật nội soi được thực hiện bởi các bác sĩ tiêu hóa có kinh nghiệm là công cụ chẩn đoán ban đầu chính xác hơn để phát hiện các dấu hiệu sớm của ung thư đại trực tràng. Nội soi là cách chính xác nhất để bác sĩ kiểm tra toàn bộ đại tràng và trực tràng để tìm polyp. Nếu thấy bất thường vào thời điểm này, thủ thuật sẽ được đi kèm với sinh thiết. Một số bác sĩ sử dụng phương pháp nội soi sigmoid cộng với thuốc xổ bari thay vì nội soi.

#### Sự miêu tả

Để bắt đầu thụt bari, bệnh nhân sẽ nằm ngửa trên bàn chụp X quang nghiêng để chụp X quang bụng. Sau khi được hỗ trợ ở một vị trí khác, một ống trực tràng được bôi trơn tốt sẽ được đưa vào qua hậu môn. Ống này cho phép bác sĩ hoặc trợ lý truyền bari từ từ vào ruột. Trong khi quá trình làm đầy này được theo dõi chặt chẽ, điều quan trọng là bệnh nhân phải giữ hậu môn co chặt vào ống trực tràng để giúp duy trì vị trí của nó và ngăn chặn barium rò rỉ. Bước này được nhấn mạnh với bệnh nhân do có thể xảy ra sự thiếu chính xác nếu bari bị rò rỉ. Một quả bóng trực tràng cũng có thể được bơm căng để giúp giữ lại bari. Bàn có thể bị nghiêng hoặc bệnh nhân được chuyển sang vị trí khác để hỗ trợ quá trình đổ đầy.

Khi bari lấp đầy ruột, chụp X quang bụng để phân biệt các phát hiện quan trọng. Có nhiều cách để thực hiện thụt bari. Một cách là ngay sau khi làm đầy, ống trực tràng sẽ được cắt bỏ và bệnh nhân sẽ thải ra càng nhiều bari càng tốt. Sau khi hoàn thành việc này, một tia X bổ sung sẽ được thực hiện và có thể dùng thuốc xổ tương phản kép. Nếu điều này được thực hiện ngay lập tức, một mảng bari mỏng sẽ vẫn còn trong ruột và sau đó không khí sẽ được bơm từ từ để mở rộng lồng ruột.

Đôi khi không chụp X-quang cho đến sau khi bơm khí vào.

#### Sự chuẩn bị

Để tiến hành xét nghiệm thuốc xổ bari chính xác nhất, bệnh nhân phải tuân theo hướng dẫn về chế độ ăn uống và chuẩn bị ruột theo quy định trước khi xét nghiệm. Ngoài ra, việc chuẩn bị này thường bao gồm hạn chế ăn các sản phẩm nhạt ký và chế độ ăn lỏng trong 24 giờ trước khi thử nghiệm.

uống nhiều nước hoặc chất lỏng trong suốt 12-24 giờ trước khi thử nghiệm. Bệnh nhân cũng có thể được cho thuốc nhuận tràng và được yêu cầu dùng thuốc xổ để làm sạch.

Ngoài chế độ ăn kiêng và chuẩn bị ruột theo quy định trước khi xét nghiệm, bệnh nhân có thể mong đợi những điều sau đây khi thụt bari:

- Họ

sẽ được mặc áo choàng kỹ càng khi được cố định vào bàn chụp X-quang nghiêng.

- Khi bari hoặc không khí được tiêm vào ruột, họ có thể bị đau quặn hoặc muốn đi đại tiện.
- Bệnh nhân sẽ được hướng dẫn hít thở chậm và sâu bằng miệng để giảm bớt cảm giác khó chịu.

#### Chăm sóc sau

Bệnh nhân nên làm theo một số bước ngay sau khi thụt bari, bao gồm:

- Uống nhiều nước để giúp chống lại tác dụng khử nước của quá trình chuẩn bị ruột và xét nghiệm.

• Dành thời gian để nghỉ ngơi. Thuốc xổ bari và việc chuẩn bị ruột được thực hiện trước khi có thể khiến bạn kiệt sức.

• Có thể dùng thuốc xổ làm sạch để loại bỏ bari còn sót lại. Phân có màu nhạt sẽ phô biến trong 24-72 giờ tiếp theo sau xét nghiệm.

#### Rủi ro

Mặc dù thuốc xổ bari được coi là một xét nghiệm sàng lọc an toàn được sử dụng thường xuyên nhưng nó có thể gây ra các biến chứng ở một số người. Cần lưu ý các chỉ định sau đây trước khi thực hiện thuốc xổ bari:

- Những người có nhịp tim nhanh, viêm loét đại tràng nặng, chứng phình đại tràng nhiễm độc hoặc được cho là thủng ruột không nên thụt bari.
  - Xét nghiệm có thể được thực hiện một cách thận trọng nếu bệnh nhân bị tắc ruột, viêm loét đại tràng, viêm túi thừa hoặc tiêu chảy ra máu nghiêm trọng.
  - Các biến chứng có thể xảy ra do xét nghiệm bao gồm thủng ruột két, nhiễm độc nước, u hạt bari (các nốt viêm) và phản ứng dị ứng.
- Tất cả đều rất hiếm.

#### Kết quả bình thường

Khi bệnh nhân được thụt một chất cản quang, ruột của họ sẽ được bơm đầy bari đều đặn để phân biệt các dấu hiệu của đại tràng. Kết quả bình thường hiển thị sự lấp đầy đại tràng đồng nhất. Khi bari bị tống ra ngoài, thành ruột sẽ xẹp xuống. Kết quả bình thường trên phim X quang sau khi đại tiện sẽ cho thấy niêm mạc ruột có hình dạng chuẩn, có lông.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Bari sulfat-Một hợp chất bari được sử dụng trong quá trình thụt bari để chặn sự đi qua của tia X trong quá trình thăm khám.

Lòng ruột- Khoảng trống bên trong ruột.

Nội soi đại tràng-Việc kiểm tra phần trên của trực tràng được thực hiện bằng ống nội soi hoặc mỏ vịt kéo dài.

Túi thừa - Túi thừa đại tràng là một túi hoặc túi ở thành đại tràng thường không có triệu chứng (không có triệu chứng) nhưng có thể gây khó khăn nếu nó bị viêm.

Viêm túi thừa-Một tình trạng của túi thừa của đường ruột, đặc biệt là ở đại tràng, nơi tình trạng viêm có thể gây ra các túi căng phòng kéo dài từ đại tràng và gây đau.

Viêm loét đại tràng - Loét hoặc xói mòn niêm mạc đại tràng.

Soi trực tràng sigmoid- Kiểm tra trực quan trực tràng và đại tràng sigma bằng cách sử dụng ống soi sigmoido.

Theo đó, thuốc xổ tương phản kép sẽ mở rộng ruột vốn đã được lót một lớp bari-um mỏng, nhưng có không khí để hiển thị hình ảnh chi tiết của mô niêm mạc. Các tư thế thay đổi của bệnh nhân cho phép bari tích tụ trên thành ruột nhờ trọng lực.

**Kết quả bất thường**

Thuốc xổ bari cho phép các bất thường xuất hiện trên tia X có thể hỗ trợ chẩn đoán một số tình trạng khác nhau. Mặc dù hầu hết các bệnh ung thư đại tràng xảy ra ở vùng trực tràng-sigmoid, hoặc phần trên của trực tràng và phần liền kề của đại tràng sigma, và được phát hiện tốt hơn bằng một xét nghiệm khác gọi là soi trực tràng sigma, thuốc xổ có thể xác định các dấu hiệu ung thư sớm khác.

Việc xác định các polyp, bệnh túi thừa, bệnh viêm nhiễm, chằng hạn như viêm túi thừa và viêm loét đại tràng có thể đạt được thông qua chụp X quang bari. Những thay đổi về cấu trúc ở ruột, viêm dạ dày ruột và một số trường hợp viêm ruột thừa cấp tính cũng có thể được thấy rõ khi xem tia X này.

**Tài nguyên****SÁCH**

Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các xét nghiệm y tế. Ed. Barry L. Zaret và cộng sự.

Boston: Houghton Mifflin, 1997.

**ĐỊNH KỲ**

"Phát hiện ung thư ruột kết: Nội soi đại tràng tốt hơn thuốc xổ Barium." Lão

khoa (tháng 4 năm 1997): 101.

"Xét nghiệm sàng lọc." US News & World Report 10 (tháng 2 năm 1997): 64.

**TỔ CHỨC**

Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ. 1599 Clifton Rd., NE, Atlanta, GA 30329-4251. (800)

227-2345. <<http://www.cancer.org>>.

Beth A. Kapes

**Barium nuốt xem bài kiểm tra GI trên****Hội chứng Barlow xem Sa van hai lá****U nang tuyến Bartholin****Sự định nghĩa**

U nang tuyến Bartholin là một khối sưng tấy chứa đầy chất lỏng phát triển do tắc nghẽn một trong các tuyến Bartholin, là những tuyến nhỏ nằm ở hai bên lỗ vào âm đạo. U nang và áp xe tuyến Bartholin thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, chiếm khoảng 2% tổng số phụ nữ.

**Mô tả Các tuyến**

Bartholin nằm ở môi âm hộ che kín cửa âm đạo. Các tuyến (thường có kích thước bằng hạt đậu) cung cấp độ ẩm cho vùng âm hộ.

U nang tuyến Bartholin có thể hình thành trong chính tuyến đó hoặc trong ống dẫn lưu tuyến. U nang thường không gây đau, phát triển chậm và có thể biến mất mà không cần điều trị. Nó thường có kích thước từ 0,4-1,2 in (1-3 cm), mặc dù một số có thể phát triển lớn hơn nhiều.

Nếu bị nhiễm trùng, u nang tuyến Bartholin có thể hình thành áp xe, tăng kích thước trong vài ngày và rất đau đớn. Để chữa lành, u nang tuyến Bartholin thường phải được dẫn lưu.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

nang tuyến Bartholin xảy ra nếu ống tuyến bị tắc vì bất kỳ lý do gì, chẳng hạn như nhiễm trùng, chấn thương hoặc viêm mãn tính. Rất hiếm khi u nang là do ung thư, thường chỉ xảy ra ở phụ nữ trên 40 tuổi. Trong nhiều trường hợp, nguyên nhân gây ra u nang tuyến Bartholin vẫn chưa được xác định rõ.

Các triệu chứng của u nang tuyến Bartholin không bị nhiễm trùng bao gồm một khối u không đau ở một bên âm hộ (triệu chứng phổ biến nhất) và đỏ hoặc sưng ở vùng âm hộ.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Tạo túi - Cắt một phần của thành u nang và khâu lại để u nang không thể tái diễn.

Tấm Sitz-Một bồn tắm nước ấm trong đó chỉ ngâm mông và vùng sinh dục trong nước; được sử dụng để giảm đau và hỗ trợ chữa bệnh ở vùng sinh dục.

Thao tác bằng cửa sổ-Cắt một mảnh lớn hình bầu dục của thành u nang và khâu các đường khâu để tạo cửa sổ để u nang không thể tái phát.

Óng thông từ-Một óng thông cao su nhỏ có đầu bóng bơm hơi được đưa vào vết mổ trong u nang, sau khi các chất bên trong u nang đã được dẫn lưu.

Các triệu chứng của áp xe tuyén Bartholin bao gồm:

- đau xẩy ra khi đi, ngồi, hoạt động thể chất, hoặc quan hệ tình dục
- sốt và ớn lạnh
- vùng âm hộ bị sưng tấy nhiều hơn trong khoảng thời gian từ hai đến bốn ngày
- dịch thoát ra từ u nang, thường xảy ra từ 4 đến 5 ngày sau khi bắt đầu sưng tấy

Áp xe có thể do vi khuẩn lây truyền qua đường tình dục, chẳng hạn như vi khuẩn gây nhiễm chlamydia hoặc lậu cầu, trong khi những vi khuẩn khác thường xuất hiện trong âm đạo. Hơn 60 loại vi khuẩn đã được tìm thấy trong áp xe tuyén Bartholin.

**Chẩn đoán**

U nang hoặc áp xe tuyén Bartholin được chẩn đoán bằng khám phụ khoa vùng chậu. Nếu u nang có vẻ bị nhiễm trùng, việc nuôi cấy thường được thực hiện để xác định loại vi khuẩn gây ra áp xe.

**Sự đối đãi**

Việc điều trị tình trạng này phụ thuộc vào kích thước của u nang, mức độ đau và u nang có bị nhiễm trùng hay không.

Nếu u nang không bị nhiễm trùng, các lựa chọn điều trị bao gồm:

- người phụ nữ và chuyên gia chăm sóc sức khỏe của cô ấy thận trọng chờ đợi.
- chuyên nghiệp

- ngâm vùng sinh dục bằng khăn ấm • ngâm vùng sinh dục trong bồn tắm ngồi

- sử dụng thuốc giảm đau không cần kê toa để giảm bớt cơn đau nhẹ khó chịu

Nếu tuyén Bartholin bị nhiễm trùng thì có nhiều nguyên nhân phương pháp điều trị có sẵn để điều trị áp xe, bao gồm:

- ngâm vùng sinh dục trong bồn tắm ngồi
- điều trị bằng kháng sinh
- sử dụng thuốc giảm đau theo toa hoặc không theo toa
- rạch và dẫn lưu, tức là cắt vào nang và dẫn lưu dịch (thường không thành công vì u nang thường tái phát)
- đặt ống dẫn lưu (ống thông Word) vào u nang trong hai đến bốn tuần để chất lỏng có thể chảy ra và ngăn ngừa u nang tái phát
- sự có túi
- thao tác cửa sổ
- sử dụng tia laser carbon dioxide để mở u nang và làm nóng mô thành nang để u nang không thể hình thành túi và tái phát
- rạch và dẫn lưu, sau đó điều trị bằng bạc nitrat để đốt thành nang để u nang không thể hình thành túi và tái phát
- Cắt bỏ toàn bộ u nang tuyén Bartholin, nếu u nang tái phát nhiều lần sau khi sử dụng các phương pháp điều trị khác

Trong quá trình điều trị phẫu thuật, vùng điều trị sẽ được gây tê cục bộ để giảm đau. Gây mê toàn thân có thể được sử dụng để điều trị áp xe vì thủ thuật này có thể gây đau đớn.

Ở phụ nữ mang thai, việc điều trị phẫu thuật các u nang không có triệu chứng nên được trì hoãn cho đến sau khi sinh để tránh khả năng chảy máu quá nhiều.

Tuy nhiên, nếu tuyén Bartholin bị nhiễm trùng và phải dẫn lưu thì thuốc kháng sinh và gây tê cục bộ thường được coi là an toàn.

Nếu u nang là do ung thư, tuyến này phải được cắt bỏ và người phụ nữ phải được chăm sóc bởi bác sĩ phụ khoa quen thuộc với việc điều trị loại bệnh này.

bệnh ung thư.

**Điều trị thay thế**

Nếu u nang tuyén Bartholin không có hoặc có triệu chứng nhẹ hoặc tự mở ra để thoát nước, người phụ nữ có thể quyết định sử dụng phương pháp chờ đợi thận trọng, tắm nước ấm tại chỗ và dùng thuốc giảm đau không kê đơn. Nếu các triệu chứng trở nên tồi tệ hơn hoặc không cải thiện, thì nên tham khảo ý kiến của chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

Các tuyến Bartholin bị nhiễm trùng cần được chuyên gia chăm sóc sức khỏe đánh giá và điều trị.

### Tiên lượng

U nang tuyến Bartholin sẽ đáp ứng với điều trị trong vài ngày. Nếu áp xe cần phẫu thuật, quá trình lành vết thương có thể mất vài ngày đến vài tuần, tùy thuộc vào kích thước của áp xe và loại thủ thuật phẫu thuật được sử dụng. Hầu hết các thủ thuật phẫu thuật, ngoại trừ rách và dẫn lưu, đều có hiệu quả trong việc ngăn ngừa nhiễm trùng tái phát.

### Phòng ngừa

Có một số cách để ngăn ngừa sự hình thành u nang hoặc áp xe tuyến Bartholin. Tuy nhiên, vì áp xe tuyến Bartholin có thể do bệnh lây truyền qua đường tình dục gây ra nên việc thực hành tình dục an toàn được khuyến khích. Vệ sinh tốt, tức là lau từ trước ra sau sau khi đi tiểu, cũng được khuyến khích để ngăn vi khuẩn từ ruột làm nhiễm trùng vùng âm đạo.

### Tài nguyên

#### SÁCH

Toth, PP "Quản lý u nang và áp xe tuyến Bartholin." Trong Sổ tay Thực hành Y khoa Saunders. Philadelphia: WB Saunders, 2000.

#### ĐỊNH KÝ

Hill, DA và JJ Lense. "Văn phòng quản lý u nang và áp xe tuyến Bartholin." Bác sĩ gia đình người Mỹ 57, không. 7 (1998): 1611-1616.

Judith Sims

Nhiễm trùng *Bartonella bacilliformis* xem

Bệnh Bartonellosis

## Bệnh Bartonellosis

### Sự định nghĩa

Bartonellosis là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn có dạng cấp tính (khởi phát đột ngột và diễn biến ngắn) và dạng mãn tính (khởi phát từ từ và kéo dài hơn). Bệnh lây truyền qua ruồi cát và xảy ra ở miền Tây Nam Mỹ. Đặc trưng bởi một dạng thiếu hồng cầu (thiếu máu tán huyết) và sốt, dạng cấp tính có khả năng gây tử vong được gọi là sốt Oroya hoặc bệnh Carrion. Dạng mãn tính được xác định bằng các tổn thương da đau đớn.

### Sự miêu tả

Dạng cấp tính của bệnh được đặt tên theo một đợt bùng phát xảy ra vào năm 1871 gần La Oroya, Peru.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Cấp tính-Đề cập đến diễn biến của bệnh hoặc một giai đoạn của bệnh, trải nghiệm ngắn hạn về các triệu chứng nổi bật.

Mãn tính-Đề cập đến diễn biến của bệnh hoặc một giai đoạn của bệnh, trải nghiệm lâu dài về các triệu chứng nổi bật.

Hồng cầu- Hồng cầu.

Thiếu máu tán huyết-Một dạng thiếu hồng cầu do hồng cầu bị phá hủy.

Vật chủ-Sinh vật chứa chấp hoặc nuôi dưỡng một sinh vật khác (ký sinh trùng). Trong bệnh bartonellosis, người bị nhiễm *Bartonella bacilliformis*.

Vector-Một sinh vật, chẳng hạn như côn trùng hoặc động vật gặm nhấm, có thể truyền bệnh cho con người.

Hơn 7.000 người thiệt mạng. Một số người sống sót sau đó đã phát triển một căn bệnh về da, được gọi là verruga peruviana (mụn cóc Peru-vian). Những tổn thương da này đã được quan sát thấy trước đợt bùng phát năm 1871 - có lẽ từ thời tiền Colombia - nhưng mối liên hệ với cơn sốt Oroya vẫn chưa được biết rõ. Năm 1885, một nhà nghiên cứu y học trẻ, Daniel Carrion, đã tự tiêm máu từ vết thương để nghiên cứu diễn biến của bệnh ngoài da. Khi anh bị bệnh sốt Oroya, mối liên hệ giờ mới rõ ràng.

Cơn sốt Oroya thường được gọi là bệnh Carrion để vinh danh thí nghiệm chết người của ông.

Vi khuẩn *Bartonella bacilliformis* được Alberto Barton phân lập vào năm 1909 nhưng không được xác định là nguyên nhân gây sốt cho đến năm 1940. Chi *Bartonella* bao gồm ít nhất 11 loài vi khuẩn, 4 trong số đó gây bệnh cho người, trong đó có bệnh mèo cào, và bệnh u mạch trực khuẩn. Tuy nhiên, bệnh bartonellosis chỉ đề cập đến căn bệnh do *B. bacilliformis* gây ra. Bệnh chỉ giới hạn ở một khu vực nhỏ thuộc dãy núi Andes ở phía tây Nam Mỹ; gần như tất cả các trường hợp đều xảy ra ở Peru, Colombia và Ecuador. Một đợt bùng phát lớn liên quan đến hàng nghìn người xảy ra vào năm 1940-41, nhưng bệnh bartonellosis kể từ đó đã xảy ra lẻ tẻ. Việc kiểm soát ruồi cát, loài mang mầm bệnh (vectơ) duy nhất được biết đến, được cho là đã kiểm soát được bệnh này.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Bệnh Bartonellosis lây truyền qua ruồi cát sống về đêm và phát sinh do nhiễm *B. bacilliformis*. Ruồi cát, *Lutzomyia verrucarum*, ăn máu người và khi làm như vậy, có thể tiêm vi khuẩn vào máu. Các

ruồi cát chỉ được tìm thấy ở một số khu vực nhất định trên dãy Andes Peru; các vectơ khác chưa được xác định bị nghi ngờ ở Ecuador và Colombia.

Khi vào máu, vi khuẩn bám vào các tế bào hồng cầu (hồng cầu), xâm nhập vào tế bào và sinh sản. Trong quá trình này, có tới 90% hồng cầu của vật chủ bị phá hủy, gây thiếu máu tán huyết nghiêm trọng. Thiếu máu kèm theo sốt cao, đau cơ và khớp, mệt mỏi và cảm giác hàn mè.

Hai đến tám tuần sau giai đoạn cấp tính, người bị nhiễm bệnh sẽ phát triển bệnh mụn cóc bàn chân. Tuy nhiên, mỗi cá nhân có thể biểu hiện các tổn thương đặc trưng mà không hề trải qua giai đoạn cấp tính. Nếu không được điều trị, các tổn thương có thể kéo dài nhiều tháng hoặc nhiều năm. Những tổn thương này giống như mụn nước chứa đầy máu, đường kính lên tới 1,6 inch (4 cm) và xuất hiện chủ yếu ở đầu và tay chân. Chúng có thể gây đau khi chạm vào và có thể chảy máu hoặc loét.

#### Chẩn đoán

Bệnh Bartonellosis được xác định bằng các triệu chứng và tiền sử của bệnh nhân, chẳng hạn như việc đi du lịch gần đây đến những khu vực xảy ra bệnh Bartonellosis. Phân lập *B. bacilliformis* từ máu hoặc tổn thương có thể xác nhận chẩn đoán.

#### Sự đối đãi

Thuốc kháng sinh là trụ cột trong điều trị bệnh bartonellosis. Vì khuẩn nhạy cảm với một số loại kháng sinh, bao gồm chloramphenicol, penicillin và aminoglycoside. Truyền máu có thể cần thiết để điều trị bệnh thiếu máu do bartonellosis.

#### Tiêm lượng

Thuốc kháng sinh đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong liên quan đến bệnh bartonellosis. Trước khi phát triển thuốc kháng sinh, sốt gây tử vong ở 40% trường hợp. Với điều trị bằng kháng sinh, tỷ lệ đó đã giảm xuống còn 8%. Tử vong có thể do các biến chứng liên quan đến thiếu máu nặng và nhiễm trùng thứ cấp. Một khi quá trình lây nhiễm bị dừng lại, một cá nhân có thể hồi phục hoàn toàn.

#### Phòng ngừa

Tránh bị ruồi cát là biện pháp phòng ngừa chính. Các chương trình tiêu diệt ruồi cát rất hữu ích trong việc giảm số lượng ruồi cát và thuốc chống côn trùng có thể có hiệu quả trong việc ngăn chặn ruồi cát cắn.

#### Tài nguyên

#### SÁCH

Daly, Jennifer S. "Loài Bartonella." Trong các bệnh truyền nhiễm. tái bản lần thứ 2. Ed. Sherwood F. Gorbach, John S. Bartlett và Neil R. Blacklow. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1998.

#### ĐỊNH KÝ

Alexander, Bruce. "Đánh giá về bệnh Bartonellosis ở Ecuador và Colombia." Tạp chí Y học Nhiệt đới và Vệ sinh Hoa Kỳ 52, không. 4 (1995): 354.

Maurin, M., R. Birtles và D. Raoult. "Kiến thức hiện tại về các loài Bartonella." Tạp chí Vi sinh lâm sàng và Bệnh truyền nhiễm Châu Âu 16, không. 7 (1997): 487.

Nosal, Jane M. "Bệnh u mạch trực khuẩn, bệnh mèo cà và bệnh Bartonellosis: Mỗi liều hệ là gì?" Quốc tế Tạp chí Da liễu 36 (1997): 405.

Julia Barrett

Ung thư tế bào đáy xem Ung thư da, không phải khối u ác tính

Xét nghiệm bài tiết cơ bản của dạ dày xem Axit dạ dày sự quyết tâm

## Hội chứng trẻ bị đánh đập

#### Sự định nghĩa

Hội chứng trẻ em bị đánh đập đề cập đến những thương tích mà trẻ phải gánh chịu do bị lạm dụng thể chất, thường do người lớn chăm sóc gây ra. Các thuật ngữ thay thế bao gồm: em bé lắc; hội chứng em bé bị rung lắc; lạm dụng trẻ em; và chấn thương không do tai nạn (NAT).

#### Sự miêu tả

Chấn thương bên trong, vết cắt, vết bong, vết bầm tím và xương bị gãy hoặc gãy đều là những dấu hiệu có thể có của hội chứng trẻ bị đánh đập. Tổn thương tinh thần đối với trẻ cũng thường là sản phẩm phụ của việc lạm dụng trẻ em, có thể dẫn đến các vấn đề hành vi nghiêm trọng như lạm dụng chất gây nghiện hoặc lạm dụng thể chất người khác. Khoảng 14% trẻ em ở Hoa Kỳ bị lạm dụng thể chất mỗi năm và ước tính có khoảng 2.000 trẻ em chết do bị lạm dụng. Từ năm 1994-1995, 1,1 triệu trường hợp lạm dụng trẻ em đã được ghi nhận ở Hoa Kỳ; trong số đó, 55% nạn nhân dưới một tuổi.

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Hội chứng trẻ em bị đánh đập (BCS) được tìm thấy ở mọi tầng lớp trong xã hội, mặc dù tỷ lệ mắc bệnh có thể cao hơn ở các hộ gia đình có thu nhập thấp, nơi người lớn chăm sóc trẻ phải chịu nhiều căng thẳng và khó khăn xã hội hơn mà không được hưởng lợi từ giáo dục đại học. Ké bạo hành trẻ em thường làm tổn thương trẻ trong lúc nóng giận và bẩn thỉu cũng thường bị bạo hành khi còn nhỏ. Tiếng khóc không ngừng của một

trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ có thể gây ra sự lạm dụng. Các triệu chứng có thể bao gồm việc trẻ bị thương phải đến phòng cấp cứu muộn; lời giải thích không hợp lý về nguyên nhân thương tích của trẻ; vết bầm tím có hình dạng như bàn tay, nắm tay hoặc thất lồng; bóng thuốc lá; vết bong; dấu cắn; Đôi mắt đen; bất tỉnh; vết bầm tím quanh cổ; và thóp phòng ở trẻ sơ sinh.

## Chẩn đoán

Hội chứng trẻ bị đánh đập thường được chẩn đoán bởi bác sĩ phòng cấp cứu hoặc bác sĩ nhi khoa hoặc bởi giáo viên hoặc nhân viên xã hội. Khám thực thể sẽ phát hiện vết bầm tím, vết bong, sưng tấy, xuất huyết võng mạc. Tia X và các kỹ thuật hình ảnh khác, chẳng hạn như MRI hoặc quét có thể xác nhận gãy xương hoặc các chấn thương bên trong khác. Sự hiện diện của chấn thương ở các giai đoạn lành vết thương khác nhau (tức là xảy ra ở những thời điểm khác nhau) gần như luôn là dấu hiệu của BCS. Việc xác định chẩn đoán thường bị cản trở bởi sự thận trọng quá mức của người chăm sóc hoặc do thực tế che giấu nguồn gốc thực sự của thương tích ở trẻ, do sợ hãi, xấu hổ và cơ chế trốn tránh hoặc phủ nhận.

## Sự đối đãi

Việc điều trị y tế cho hội chứng trẻ em bị đánh đập sẽ khác nhau tùy theo loại thương tích phát sinh. Việc tư vấn và thực hiện kế hoạch can thiệp cho cha mẹ hoặc người giám hộ của trẻ là cần thiết. Ké bạo hành trẻ em có thể bị tống giam và/hoặc đưa trẻ bị bạo hành bị đưa ra khỏi nhà để ngăn ngừa tổn hại thêm. Báo cáo tình trạng lạm dụng trẻ em cho chính quyền là bắt buộc đối với bác sĩ, giáo viên và nhân viên chăm sóc trẻ em ở hầu hết các bang như một cách để ngăn chặn tình trạng lạm dụng tiếp tục. Cả liệu pháp vật lý và tâm lý thường được khuyến khích để điều trị cho trẻ bị lạm dụng.

## Tiên lượng

Tiên lượng cho hội chứng trẻ bị đánh đập sẽ phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của thương tích, hành động của cơ quan chức năng để đảm bảo an toàn trong tương lai cho trẻ bị thương và sự sẵn lòng của cha mẹ hoặc người giám hộ trong việc tìm kiếm sự tư vấn cho bản thân họ cũng như cho trẻ.

## Phòng ngừa

Nhận thức được khả năng lạm dụng trẻ em trong một tình huống và tìm kiếm hoặc đề nghị can thiệp và tư vấn trước khi hội chứng trẻ bị đánh đập xảy ra là cách tốt nhất để ngăn chặn điều đó. Các dấu hiệu cho thấy sự lạm dụng thể chất có thể sắp xảy ra bao gồm việc cha mẹ lạm dụng rượu hoặc chất kích thích; hành vi ngược đãi trước đây đối với đứa trẻ hoặc anh chị em của đứa trẻ; tiền sử các vấn đề về tâm thần hoặc cảm xúc ở cha mẹ; cha mẹ thường cho đến khi trẻ 6 tuổi.

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Fontanel—Điểm mềm trên đỉnh hộp sọ của trẻ sơ sinh.

Tụ máu dưới màng cứng—Chảy máu trên não.

Xuất huyết nhiều võng mạc—Chảy máu ở phía sau mắt.

bị lạm dụng khi còn nhỏ; thiếu vắng tình yêu thương hoặc sự quan tâm rõ ràng của cha mẹ dành cho đứa trẻ; việc vệ sinh của trẻ bị bỏ bê.

## Tài nguyên

### SÁ CH

Lukefahr, James L. "Điều trị lạm dụng trẻ em." Baltimore, MD: Nhà xuất bản Đại học Johns Hopkins, 2000.

Helper, Mary Edna, Kempe, Ruth S. và Krugman, Richard D.

Đứa trẻ bị đánh đập, tái bản lần thứ 5." Chicago, IL, và London, Anh: Nhà xuất bản Đại học Chicago, 1997.

### ĐỊNH KỲ

Mulryan, Kathleen, "Bảo vệ trẻ em." Điều dưỡng (tháng 7 năm 2000)

### TỔ CHỨC

Đường dây nóng quốc gia về lạm dụng trẻ em. (800)422-4453.

Mary Jane Tenerelli

## Bệnh loạn dưỡng cơ Becker xem Bệnh loạn dưỡng cơ Becker

## Đái dầm

### Sự định nghĩa

Đái dầm là tình trạng nước tiểu chảy ra không chủ ý (không chủ ý) trong đêm. Mặc dù hầu hết trẻ em trong độ tuổi từ ba đến năm tuổi bắt đầu tiểu khô vào ban đêm, nhưng độ tuổi mà trẻ sẵn sàng về mặt thể chất và tinh thần để duy trì kiểm soát bàng quang hoàn toàn lại khác nhau. Đái dầm là một thuật ngữ kỹ thuật để cập đến tình trạng đi tiểu liên tục, thường là không chủ ý, vào ban đêm hoặc ngày sau độ tuổi cần kiểm soát.

### Sự miêu tả

Hầu hết trẻ em thỉnh thoảng té dầm, và các định nghĩa về độ tuổi cũng như tần suất té dầm trở thành một vấn đề y tế có phần khác nhau. Nhiều nhà nghiên cứu coi việc đái dầm là bình thường cho đến khi trẻ 6 tuổi.

## Đái dầm

Khoảng 10% trẻ 6 tuổi té dầm khoảng một tháng một lần. Nhiều bé trai hơn bé gái gặp phải vấn đề này.

Tuy nhiên, Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ định nghĩa đái dầm là tình trạng tiêu nhiều lần vào giường hoặc quần áo khi trẻ từ 5 tuổi trở lên. Việc làm ướt thường là vô ý nhưng trong một số trường hợp là cố ý. Để chẩn đoán đái dầm, việc đái dầm phải xảy ra hai lần một tuần trong ít nhất ba tháng mà không có nguyên nhân sinh lý tiềm ẩn.

Đái dầm cả ban đêm (ban đêm) và ban ngày (ban ngày), ở trẻ 5 tuổi ảnh hưởng đến 7% bé trai và 3% bé gái. Đến 10 tuổi, nó ảnh hưởng đến 3% bé trai và 2% bé gái; chỉ có 1% thanh thiếu niên bị đái dầm.

Đái dầm được chia thành hai loại. Một đứa trẻ bị đái dầm nguyên phát chưa bao giờ kiểm soát được bằng quang. Trẻ bị đái dầm thứ phát bắt đầu ướt sau một thời gian khô ráo kéo dài. Một số trẻ bị đái dầm cả ban đêm và ban ngày.

### Nguyên nhân và triệu chứng Nguyên

nhân gây đái dầm không hoàn toàn được biết đến. Nó có xu hướng di truyền trong gia đình. Hầu hết trẻ em mắc chứng đái dầm nguyên phát đều có người thân - cha mẹ, cô hoặc chú - cũng mắc chứng rối loạn này. Khoảng 70% trẻ có cả bố và mẹ đái dầm cũng sẽ làm ướt giường. Các nghiên cứu về các cặp song sinh đã chỉ ra rằng cả hai cặp song sinh giống hệt nhau đều bị đái dầm thường xuyên hơn cả hai cặp song sinh khác nhau.

Đôi khi đái dầm có thể do một vấn đề y tế nghiêm trọng như tiểu đường, thiếu máu hồng cầu hình liềm hoặc động kinh. Ngày và các đợt thở bị gián đoạn trong khi ngủ (ngưng thở khi ngủ) đôi khi góp phần gây ra vấn đề đái dầm. Adenoids mở rộng có thể gây ra những tình trạng này. Các vấn đề sinh lý khác, chẳng hạn như nhiễm trùng đường tiết niệu, táo bón nặng hoặc chấn thương tủy sống, có thể gây đái dầm.

Trẻ em đái dầm thường xuyên có thể có dung tích bằng quang hoạt động nhỏ hơn bình thường. Dung tích chức năng của bằng quang là lượng nước tiểu mà một người có thể giữ trong bằng quang trước khi cảm thấy buồn tiểu. Khi khả năng hoạt động kém, bằng quang sẽ không chứa được hết lượng nước tiểu thải ra trong đêm.

Các xét nghiệm cho thấy kích thước bằng quang ở những trẻ này là bình thường. Tuy nhiên, họ thường xuyên cảm thấy muốn đi tiểu. Những đứa trẻ như vậy đi tiểu thường xuyên vào ban ngày và có thể tiểu nhiều lần vào ban đêm. Mặc dù dung tích bằng quang chức năng nhỏ có thể là do chậm phát triển, nhưng cũng có thể thói quen đi tiểu của trẻ thường xuyên làm chậm sự phát triển của bằng quang.

Các bậc cha mẹ thường cho biết rằng đứa trẻ đái dầm của họ ngủ rất say và khó đánh thức. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy trẻ đái dầm có kiểu ngủ bình thường và việc đái dầm có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào của giấc ngủ.

Nghiên cứu y học gần đây đã phát hiện ra rằng nhiều trẻ đái dầm có thể bị thiếu hụt một loại hormone quan trọng được gọi là hormone chống bài niệu (ADH).

ADH giúp cơ đặc nước tiểu trong giờ ngủ, nghĩa là nước tiểu chứa ít nước hơn và do đó chiếm ít không gian hơn. Lượng nước giảm này thường giúp bàng quang của trẻ không bị đầy vào ban đêm, trừ khi trẻ uống nhiều ngay trước khi đi ngủ. Thử nghiệm trên nhiều trẻ đái dầm cho thấy những trẻ này không có mức tăng ADH thông thường trong khi ngủ. Do đó, trẻ em làm ướt giường thường tiết ra nhiều nước tiểu trong giờ ngủ hơn mức bàng quang có thể chứa được. Nếu trẻ không thức dậy, bàng quang sẽ tiết ra nước tiểu dư thừa và trẻ sẽ làm ướt giường.

Nghiên cứu chứng minh rằng trong hầu hết các trường hợp, việc đái dầm không có nghĩa là trẻ có vấn đề về thể chất hoặc tâm lý. Trẻ đái dầm thường có bàng quang kích thước bình thường và cách ngủ không khác gì trẻ không đái dầm.

Đôi khi căng thẳng về cảm xúc, chẳng hạn như sự ra đời của anh chị em, cái chết trong gia đình hoặc sự xa cách khỏi gia đình, có thể liên quan đến việc bắt đầu đái dầm ở trẻ đã được tập đi vệ sinh trước đó. Tuy nhiên, tình trạng ướt vào ban ngày có thể cho thấy vấn đề có nguyên nhân vật lý.

Trong khi hầu hết trẻ em không gặp vấn đề lâu dài do đái dầm, một số trẻ có thể phát triển các vấn đề về tâm lý. Lòng tự trọng thấp có thể xảy ra khi những đứa trẻ này, vốn đã cảm thấy xấu hổ, lại càng bị sỉ nhục bởi những bậc cha mẹ tức giận hoặc thất vọng, những người trưởng phạt chúng hoặc những người quá hung hăng trong việc huấn luyện đi vệ sinh.

Vấn đề có thể trở nên trầm trọng hơn khi bạn cùng chơi trêu chọc hoặc khi tránh các hoạt động xã hội như cắm trại ngủ xa vì sợ bị trêu chọc.

## Chẩn đoán

Nếu trẻ tiếp tục té dầm sau sáu tuổi, cha mẹ có thể cảm thấy cần phải tìm đến bác sĩ gia đình hoặc bác sĩ chuyên khoa nhi (bác sĩ nhi khoa) để đánh giá và chẩn đoán. Thông thường, trước khi bác sĩ có thể chẩn đoán, bệnh nhân sẽ phải hỏi bệnh sử kỹ lưỡng. Sau đó, đứa trẻ sẽ được khám sức khỏe, xét nghiệm thích hợp trong phòng thí nghiệm, bao gồm xét nghiệm nước tiểu (phân tích nước tiểu) và, nếu cần thiết, nghiên cứu X quang (chẳng hạn như chụp X quang).

Nếu đứa trẻ khỏe mạnh và không có vấn đề gì về thể chất, trường hợp này xảy ra trong 90% trường hợp, bác sĩ có thể không đề nghị điều trị mà có thể cung cấp cho cha mẹ và đứa trẻ sự trấn an, thông tin và lời khuyên.

## Sự đối đãi

Đôi khi bác sĩ sẽ xác định rằng vấn đề này đủ nghiêm trọng để cần điều trị. Tiêu chuẩn

phương pháp điều trị dài đàm bao gồm luyện tập bằng quang bài tập, liệu pháp tạo động lực, liệu pháp dùng thuốc, liệu pháp tâm lý và liệu pháp ăn kiêng.

Bài tập luyện bằng quang dựa trên lý thuyết rằng những người dài đàm có chức năng bằng quang nhỏ dung tích. Trẻ em được yêu cầu uống một lượng lớn nước và cố gắng kéo dài thời gian giữa các lần đi tiểu. Những bài tập này được thiết kế để tăng bằng quang nhưng chỉ thành công trong việc giải quyết tình trạng dài đàm ở một số ít bệnh nhân.

Trong liệu pháp tạo động lực, cha mẹ cố gắng khuyến khích trẻ chống lại tình trạng tè đàm, nhưng trẻ phải muốn đạt được thành công. Củng cố tích cực, chẳng hạn như khen ngợi hoặc khen thưởng vì đã khô ráo có thể giúp cải thiện hình ảnh bản thân và giải quyết tình trạng này. Hình phạt cho "uớt" ban đêm sẽ cản trở lòng tự trọng và sự phức tạp của trẻ. vẫn đè.

Các kỹ thuật tạo động lực sau đây thường được sử dụng:

- Sửa đổi hành vi. Phương pháp trị liệu này được nhằm giúp trẻ chịu trách nhiệm về hành vi của mình kiểm soát bằng quang vào ban đêm bằng cách dạy những hành vi mới. Ví dụ, trẻ em được dạy sử dụng phòng tắm trước khi đi ngủ và tránh uống nước sau bữa tối. Trong khi việc sửa đổi hành vi thường tạo ra kết quả tốt, điều trị lâu dài.
- Báo động. Hình thức trị liệu này sử dụng một cảm biến được đặt trong bộ đồ ngủ của trẻ hoặc trên một tấm đệm giường. Cảm biến này kích hoạt âm thanh báo động đánh thức trẻ khi có dấu hiệu ướt đầu tiên. Nếu đứa trẻ bị đánh thức, nó có thể đi tới đi vệ sinh và đi tiểu xong. Mục đích là để tạo điều kiện cho phản ứng thức tỉnh khi bằng quang đầy. Báo động dài đàm đòi hỏi động lực của cả hai cha mẹ và con cái. Họ được coi là nhất Hiện đã có phương pháp điều trị hiệu quả.

Một số loại thuốc cũng được sử dụng để điều trị chứng dài đàm. Những loại thuốc này thường có tác dụng nhanh; trẻ em thường xuyên đáp ứng với họ trong tuần đầu tiên điều trị. Giữa các loại thuốc thường được sử dụng là thuốc xịt mũi desmo-pressin acetate (DDAVP), một chất tương tự như hormone giúp điều hòa việc sản xuất nước tiểu; và imipramine hydrochloride, một loại thuốc giúp tăng khả năng bằng quang. Các nghiên cứu cho thấy imipramine có hiệu quả đối với nhiều như 50% số bệnh nhân. Tuy nhiên trẻ thường xuyên dài đàm một lần nữa sau khi ngừng thuốc và nó có một số tác dụng phụ các hiệu ứng. Dài đàm có nguyên nhân cơ bản nguyên nhân có thể được điều trị bằng phẫu thuật. Những nguyên nhân này bao gồm các adenoids mở rộng gây ra chứng ngưng thở khi ngủ, và thể chất khiêm khuyết trong hệ thống tiết niệu, hoặc một khối u cổ sống.

Liệu pháp tâm lý được chỉ định khi trẻ có biểu hiện dấu hiệu đau khổ tinh thần nghiêm trọng để đáp ứng với các sự kiện

chẳng hạn như một cái chết trong gia đình, sự ra đời của một đứa trẻ mới, một thay đổi trường học hoặc ly hôn. Trị liệu tâm lý cũng được chỉ định nếu trẻ có dấu hiệu thiếu tự tin hoặc trầm cảm kéo dài.

Trong một số ít trường hợp, dị ứng hoặc không dung nạp với một số thực phẩm-chẳng hạn như các sản phẩm từ sữa, các sản phẩm từ cam quýt hoặc sôcôla muộn-có thể gây dài đàm. Khi trẻ được ăn nhẹ cảm, dài đàm có thể được giúp đỡ bằng cách khám phá các chất gây ra phản ứng dị ứng và loại bỏ các chất này khỏi chế độ ăn của trẻ.

### Điều trị thay thế

Một số phương pháp điều trị thay thế có sẵn cho dài đàm.

#### Mát xa

Theo những người thực hiện kỹ thuật này, áp lực tác dụng lên các điểm khác nhau trên cơ thể có thể giúp giảm bớt tình trạng này. Bấm huyệt hoặc xoa bóp khi thực hiện xong bởi một nhà trị liệu được đào tạo, cũng có thể hữu ích trong việc làm ướt giường do một vấn đề thần kinh gây ra.

#### Các biện pháp thảo dược và vi lượng đồng căn

Một số bài thuốc thảo dược như cỏ đuôi ngựa (*Equisetum arvense*) cũng đã được sử dụng để điều trị chứng dài đàm. Một bác sĩ vi lượng đồng căn được đào tạo, làm việc ở cấp hiến pháp, sẽ tìm cách tái cân bằng các chức năng quan trọng của trẻ. lực, loại bỏ hành vi mất cân bằng của việc làm ướt giường. Các biện pháp vi lượng đồng căn phổ biến được sử dụng trong phương pháp điều trị này bao gồm *Causticum*, *Lycopodium* và *Pulsatilla*.

#### Thôi miên

Thôi miên là một phương pháp khác đang được các học viên được đào tạo về liệu pháp này sử dụng thành công. Nó luyện tập đứa trẻ thức dậy và đi vệ sinh khi bằng quang của cô ấy cảm thấy đầy. Thôi miên ít tổn thương, ít hơn tồn thời gian và ít nguy hiểm hơn hầu hết cách tiếp cận; nó hầu như không có tác dụng phụ. Các nghiên cứu y học gần đây cho thấy liệu pháp thôi miên có thể có tác dụng nhanh chóng-trong vòng bốn đến sáu phiên.

### Tiên lượng

Thỉnh thoảng dài đàm không phải là bệnh và nó có không có "thuốc chữa". Nếu đứa trẻ không có bệnh lý cơ bản hoặc vấn đề tâm lý gây ra chứng dài đàm, trong hầu hết các trường hợp, người đó sẽ khỏi bệnh nếu không điều trị. Khoảng 15% số người dài đàm trở nên khô năm sau 6 tuổi. Nếu dài đàm thường xuyên, kèm theo do làm ướt ban ngày, hoặc rơi vào bệnh Tâm thần Hoa Kỳ Định nghĩa chẩn đoán dài đàm của Hiệp hội, bác sĩ

vết

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Bấm huyệt**—Một kỹ thuật sử dụng áp lực lên các điểm khác nhau trên cơ thể để giảm bớt các vấn đề về sức khỏe.

**ADH**—hormone chống bài niệu, hay hormone giúp cô đặc nước tiểu vào ban đêm.

**Sửa đổi hành vi**—Các kỹ thuật được sử dụng để thay đổi các kiểu hành vi có hại.

**Bàng quang**—Túi cơ hoặc vật chứa chứa nước tiểu cho đến khi nước tiểu được thải ra khỏi cơ thể qua ống dẫn nước tiểu từ bàng quang ra bên ngoài cơ thể (niệu đạo).

**DDAVP**—Desmopressin axetat, một loại thuốc dùng để điều hòa sản xuất nước tiểu.

**Thôi miên**—Kỹ thuật mà một chuyên gia được đào tạo chuyên nghiệp sử dụng để làm cho bạn ngủ và sau đó đặt câu hỏi hoặc đưa ra gợi ý.

**Imipramine hydrochloride**—Một loại thuốc dùng để tăng dung tích bàng quang.

**Thận**—Một cặp cơ quan nằm ở mỗi bên cột sống ở vùng lưng dưới. Họ bài tiết hoặc loại bỏ nước tiểu.

**Đái dầm về đêm**—Tiểu tiện không chủ ý vào ban đêm.

**Phân tích nước tiểu**—Xét nghiệm nước tiểu.

**Nước tiểu**—Chất dịch được thận bài tiết, dự trữ trong bàng quang, sau đó thải ra khỏi cơ thể qua ống dẫn nước tiểu từ bàng quang ra bên ngoài cơ thể (niệu đạo).

**Vô hiệu**—Để làm trống bàng quang.

nên được tư vấn. Nếu điều trị được chỉ định, nó thường giải quyết thành công vấn đề. Sự cải thiện rõ rệt được thấy ở khoảng 75% trường hợp được điều trị bằng cảm giác báo ấm ướt.

### Phòng ngừa

Mặc dù không phải lúc nào cũng có thể trẻ làm ướt giường nhưng cha mẹ có thể thực hiện các bước để giúp trẻ giữ cho giường khô ráo vào ban đêm. Các bước này bao gồm:

- Khuyến khích và khen ngợi trẻ vì đã khô ráo thay vì trừng phạt khi trẻ ướt.
- Nhắc trẻ đi tiểu trước khi đi ngủ nếu trẻ cảm thấy cần thiết.

• Hạn chế uống chất lỏng ít nhất hai giờ trước khi đi ngủ-thời gian.

### Tài nguyên

#### SÁ CH

Cảm nang chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần của Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ . DSM-IV. tái bản lần thứ 4. Washington, DC: Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, 1994.

Arnold, Samuel J. Không còn dài dàm: Làn thê nào để giúp bạn Trẻ em luôn khỏe ráo. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1997. Kagan, Jerome, biên tập. Bách khoa toàn thư về thời thơ ấu và thanh thiếu niên của Gale. Detroit: Nghiên cứu Gale, 1998.

#### ĐỊNH KÝ

Gosnell, John. "Bệnh dài dàm-Nguyên nhân không dám nói tên." Tạp chí Y khoa Anh 315 (16/08/1997): 435.

Schmitt, Barton D. "Tè dàm về đêm." Tạp chí Nhi khoa 18 (tháng 6 năm 1997): 6.

Ullom-Minnich, Marla R. "Chẩn đoán và quản lý Đái dàm về đêm." Bác sĩ Gia đình Mỹ 54 (15/11/1996): 2259-2267.

White, Kevin và Ray D. Wallace. "Thử thách của sự không tự chủ." Phụ huynh Đặc biệt 27 (tháng 8 năm 1997): 361-363.

#### TỔ CHỨC

Hiệp hội Chăm sóc Sức khỏe Trẻ em (ACCH). 7910 Woodmont Ave., Suite 300, Bethesda, MD 20814. 800-808-2224.

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

Hiệp hội đái dàm quốc gia. 7777 Forest Lane, Suite C-737, Dallas, TX 75230-2518. (800) 697-8080. <<http://www.peds.umn.edu/Centers/NES>>.

Genevieve Slomski, Tiến sĩ

### Beclomethasone xem Corticosteroid

## vết loét

### Sự định nghĩa

Vết loét khi nằm còn được gọi là loét do tư thế nằm, loét do áp lực hoặc loét do áp lực. Những mảng da mềm hoặc viêm này phát triển khi da bao phủ bộ phận chịu trọng lượng của cơ thể bị ép giữa xương và bộ phận cơ thể khác hoặc giường, ghế, nệm hoặc vật cứng khác.

### Sự miêu tả

Mỗi năm, khoảng một triệu người ở Hoa Kỳ phát triển các vết loét do nằm lâu, từ viêm nhẹ đến vết thương sâu liên quan đến cơ và xương. Tình trạng thường gây đau đớn này thường bắt đầu bằng làn da đỏ bong, nhanh chóng phồng rộp và thoái hóa thành vết loét hở có thể gây nhiễm trùng đe dọa tính mạng.

Lở loét không phải là ung thư hoặc truyền nhiễm. Chúng có nhiều khả năng xảy ra nhất ở những người phải sử dụng xe lăn hoặc những người phải nằm trên giường. Năm 1992, Cơ quan Nghiên cứu và Chính sách Chăm sóc Sức khỏe liên bang đã báo cáo rằng vết loét do nằm giường gây ra:

- 10% bệnh nhân nhập viện
- 25% người ở viện dưỡng lão • 60%

người bị liệt tứ chi

Cơ quan cũng lưu ý rằng 65% người cao tuổi nhập viện vì gãy xương hông sẽ phát triển thành vết loét do nằm liệt giường và phí bác sĩ điều trị vết loét do nằm liệt giường lên tới 2.900 USD mỗi người.



Các vết lở loét có khả năng phát triển nhất trên:

- mắt cá chân
- sau đầu
- giày cao gót
- hông
- đầu gối
- thấp hơn trước
- bả vai
- xương sống

Những người trên 60 tuổi có nhiều khả năng hơn những người trẻ hơn người phát triển bệnh lở loét. Rủi ro cũng tăng lên bởi:

- xơ vữa động mạch (xơ cứng động mạch)
- bệnh tiểu đường hoặc các tình trạng khác khiến da trở nên khó chịu hơn dễ bị nhiễm trùng
- giảm cảm giác hoặc thiểu cảm giác • vấn đề về tim • không tự chủ

(không có khả năng kiểm soát nhu động bằng quang hoặc ruột)

- suy dinh dưỡng
- béo phì
- tê liệt hoặc bất động •

tuần hoàn kém • nghi

ngơi trên giường kéo dài, đặc biệt là trong điều kiện không vệ sinh hoặc với tấm trải giường ướt hoặc nhăn nheo

- chấn thương tủy sống

#### Nguyên nhân và triệu chứng

Các vết lở loét thường phát triển khi áp lực liên tục chèn ép các mạch máu nhỏ cung cấp oxy và chất dinh dưỡng cho da. Khi da bị thiếu oxy và chất dinh dưỡng chỉ trong một giờ, các vùng mô có thể chết và vết loét có thể hình thành.

Bệnh lở loét. (Ảnh của Michael English, MD, Kho ảnh y tế tùy chỉnh. Được sao chép lại theo sự cho phép.)

Chà xát hoặc ma sát nhẹ vào da có thể gây lở loét do áp lực nhẹ. Chúng cũng có thể phát triển khi bệnh nhân kéo giãn hoặc uốn cong các mạch máu bằng cách trượt sang một vị trí khác trên giường hoặc ghế.

Nước tiểu, phân hoặc độ ẩm khác làm tăng nguy cơ nhiễm trùng da và những người không thể di chuyển hoặc nhận ra các tín hiệu bên trong để thay đổi vị trí có nguy cơ phát triển vết loét do nằm lâu hơn mức trung bình.

Các yếu tố rủi ro khác bao gồm:

- suy dinh dưỡng
- thiếu máu (thiểu hồng cầu)
- teo diuse (mất cơ hoặc yếu cơ do không được sử dụng)
- sự nhiễm trùng

#### Chẩn đoán

Khám thực thể, tiền sử bệnh, quan sát bệnh nhân và người chăm sóc là cơ sở để chẩn đoán.

Phải đặc biệt chú ý đến các vấn đề về thể chất hoặc tinh thần, như tiểu không tự chủ hoặc lú lẫn, có thể làm phức tạp quá trình hồi phục của bệnh nhân.

Vết loét thường trải qua sáu giai đoạn:

- đỏ da
- mẩn đỏ, sưng tấy và có thể bong tróc lớp ngoài của da
- da chết, vết thương chảy nước và lớp mờ lộ ra
- mõi chết qua da và mõi tái cơ
- chết mõi và cơ bên trong
- phá hủy xương, xương, nhiễm trùng, gãy xương và máu

Vết

## Sự đói đói

Chăm sóc y tế kịp thời có thể ngăn ngừa vết loét do áp lực đè nén sâu vào tình trạng nhiễm trùng nghiêm trọng hơn. Đối với các vết loét nhẹ, việc điều trị bao gồm giảm áp lực, giữ cho vết thương sạch sẽ và ẩm ướt, đồng thời giữ cho vùng xung quanh vết loét sạch sẽ và khô ráo. Thuốc sát trùng, xà phòng mạnh và các chất làm sạch da khác có thể làm hỏng mô mới, vì vậy nên sử dụng dung dịch nước muối để làm sạch vết thương bắt cứ khi nào bằng vết thương mới không dinh.

Bác sĩ của bệnh nhân có thể kê đơn thuốc kháng sinh chống nhiễm trùng, bằng đặc biệt hoặc chất làm khô, hoặc thuốc bôi hoặc thuốc mỡ để bôi lên vết thương dưới dạng màng mỏng ba hoặc bốn lần một ngày. Phương pháp điều trị bằng xoáy nước ám đồi khi được khuyến dùng cho các vết loét ở cánh tay, bàn tay, bàn chân hoặc chân.

Trong một thủ tục gọi là cắt bỏ vết thương, dao mổ có thể được sử dụng để loại bỏ mô chết hoặc các mảnh vụn khác khỏi vết thương. Các vết loét sâu, loét không đáp ứng với các liệu pháp khác có thể cần phải ghép da hoặc phẫu thuật thẩm mỹ.

Bác sĩ cần được thông báo bắt cứ khi nào một người:

- sẽ phải nằm liệt giường hoặc bất động trong thời gian dài
- rất yếu hoặc không thể di chuyển
- phát triển các vết loét

Cần được chăm sóc y tế ngay lập tức bắt cứ khi nào:

- da chuyển sang màu đen hoặc bị viêm, mềm, sưng tấy, hoặc ấm khi chạm vào.
- bệnh nhân bị sốt trong quá trình điều trị.
- vết loét có mùi hoặc chảy dịch có mùi hôi.

Nếu được điều trị thích hợp, vết loét sẽ bắt đầu lành từ hai đến bốn tuần sau khi bắt đầu điều trị.

## Điều trị thay thế

Phức hợp kẽm và vitamin A, C, E và B giúp da phục hồi vết thương và giữ sức khỏe, nhưng không bao giờ nên sử dụng liều lượng lớn vitamin hoặc khoáng chất mà không có sự chấp thuận của bác sĩ.

Một loại thuốc đắp được làm từ các phần bằng nhau của bột cây duơn (Ulmus fulva), cây cầm quỳ (Althaea officinalis) và cây cúc dại (Echinacea spp.) trộn với một lượng nhỏ nước nóng có thể làm giảm chứng viêm nhẹ. Có thể thực hiện rửa sạch chống nhiễm trùng bằng cách pha loãng hai giọt tinh dầu tràm trà (Melaleuca spp.) trong 8 ounce nước. Một loại trà thảo dược làm từ hoa cúc Calendula (Calendula officinalis) có thể hoạt động như một chất khử trùng và chữa lành vết thương. Kem Calendula cũng có thể được sử dụng.

Các ứng dụng cục bộ nóng và lạnh tương phản có thể làm tăng lưu thông đến khu vực và giúp loại bỏ các chất thải, đẩy nhanh quá trình chữa bệnh. Nhiệt độ

nên cực kỳ (nóng nóng và lạnh như đá), nhưng vẫn có thể chịu được cho da. Nên chườm nóng trong ba phút, sau đó chườm lạnh trong 30 giây, lặp lại chu trình ba lần. Chu kỳ phải luôn kết thúc bằng việc chườm lạnh.

## Phòng ngừa

Thông thường có thể ngăn chặn tình trạng lở loét phát triển hoặc trầm trọng hơn. Bệnh nhân cần được kiểm tra thường xuyên; nên tắm hoặc tắm với sen hàng ngày, dùng nước ấm và xà phòng nhẹ; và nên tránh không khí lạnh hoặc khô. Bệnh nhân nằm liệt giường nên được thay đổi tư thế ít nhất hai giờ một lần khi tĩnh. Người sử dụng xe lăn nên thay đổi trọng lượng của mình sau mỗi 10 hoặc 15 phút hoặc được giúp đỡ để định vị lại tư thế của mình ít nhất một lần một giờ. Điều quan trọng là phải nâng chữ không phải kéo một người đang được định vị lại. Những phần xương của cơ thể không nên được xoa bóp. Ngay cả ma sát nhẹ cũng có thể loại bỏ lớp da trên cùng và làm hỏng các mạch máu bên dưới nó.

Nếu bệnh nhân nằm liệt giường, các bộ phận nhạy cảm của cơ thể có thể được bảo vệ bằng cách:

- miếng lót bằng da cừu
- những chiếc đệm đặc biệt đặt trên nệm
- nệm chứa đầy nước
- nệm có áp suất thay đổi có các phần có thể được bơm phồng hoặc xép xuống riêng lẻ để phân phối lại áp suất

Gối hoặc đệm xốp có thể giúp đỡ cá chân của bệnh nhân nằm liệt giường không bị kích thích lẫn nhau, và gối đặt dưới chân từ giữa bắp chân đến mắt cá chân có thể nâng gót chân lên khỏi giường. Nâng đầu giường lên một chút và nhanh chóng có thể giúp giảm đau, nhưng nâng đầu giường lên quá 30 độ có thể khiến bệnh nhân bị trượt, từ đó gây tổn thương da và các mạch máu nhỏ.

Người sử dụng xe lăn nên được khuyến khích ngồi thẳng càng tốt. Gối phía sau đầu và giữa hai chân có thể giúp ngăn ngừa lở loét do nằm lâu, cũng như một chiếc đệm đặc biệt đặt trên ghế có thể giúp ích. Không nên sử dụng đệm hình bánh xán vì chúng hạn chế lưu lượng máu và khiến các mô sưng lên.

## Tiên lượng

Bệnh lở loét thường có thể chữa khỏi nhưng khoảng 60.000 ca tử vong mỗi năm là do các biến chứng do bệnh lở loét gây ra. Vết loét có thể chậm lành. Nếu không được điều trị thích hợp, chúng có thể dẫn đến:

- hoại thư (mô chết) • viêm
- túy xương (nhiễm trùng xương bên dưới giường-dau)
- nhiễm trùng huyết (nhiễm trùng do vi khuẩn phá hủy mô)

- các bệnh nhiễm trùng cục bộ hoặc toàn thân khác làm chậm quá trình chữa lành, tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian nằm viện hoặc viện dưỡng lão hoặc gây tử vong

#### Tài nguyên

##### SÁ CH

Các biên tập viên của Time-Life Books. Có vấn y tế:

Hướng dẫn đầy đủ về các phương pháp điều trị thay thế và thông thường. Alexandria, VA: Time Life, Inc., 1996.

##### TỔ CHỨC

Hiệp hội quốc tế về trị liệu đường ruột. 27241 Đường La Paz, Suite 121, Laguna Niguel, CA 92656. (714) 476-0268.

Ban có vấn loét áp lực quốc gia. SUNY tại Buffalo, Beck Hall, 3435 Main St., Buffalo, NY 14214. (716) 881-3558. <<http://www.npuap.org>>.

##### KHÁ C

"Lở loét trên giường." Bộ Y tế và Thảo dược Hoa Kỳ. Ngày 15 tháng 3 năm 1998 <<http://www.healthherbs.com>>.

"Phá vỡ kết nối giữa OR và loét áp lực."

Trang SpringNet. Ngày 16 tháng 3 năm 1998 <<http://www.springnet.com/top.shtml>>.

"Lở loét do áp lực." Phát triển mạnh trực tuyến. Ngày 14 tháng 3 năm 1998 <<http://thrive online.oxygen.com>>.

"Ngăn ngừa lở loét do áp lực." Trang sức khỏe.org. 15 tháng 3 năm 1998 <<http://www.healthpages.org/AHP/LIBRARY/HLTHTOP/MISC/bedsore.htm>>.

"Điều trị vết loét trên giường." Bộ Y tế Hoa Kỳ và Dịch vụ con người. Ngày 15 tháng 3 năm 1998 <<http://www.os.dhhs.gov>>.

Maureen Haggerty

#### Nhiễm sán dây bò xem bệnh sán dây

#### Trị liệu hành vi xem Trị liệu nhận thức hành vi

## hội chứng Behcet

### Sự định nghĩa

Một nhóm các triệu chứng ảnh hưởng đến nhiều hệ thống cơ thể, bao gồm cơ xương, đường tiêu hóa và hệ thần kinh trung ương. Những triệu chứng này bao gồm loét miệng hoặc vùng sinh dục, tổn thương da và viêm màng bồ đào (khu vực xung quanh đồng tử của mắt).

### Sự miêu tả

Hội chứng Behcet là một bệnh mãn tính liên quan đến nhiều hệ thống cơ thể. Bệnh được đặt tên theo một người Thổ Nhĩ Kỳ

bác sĩ da liễu, Hulusi Behcet, người đầu tiên báo cáo một bệnh nhân bị loét miệng và bộ phận sinh dục tái phát cùng với viêm màng bồ đào vào năm 1937. Căn bệnh này xảy ra trên toàn thế giới, nhưng phổ biến nhất ở Nhật Bản, Trung Đông và khu vực Địa Trung Hải. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn nữ giới với tỷ lệ từ 2 đến 1.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Nguyên nhân của hội chứng Behcet vẫn chưa được biết rõ. Các triệu chứng bao gồm loét tái phát ở miệng hoặc vùng sinh dục, tổn thương da, viêm khớp chủ yếu ảnh hưởng đến đầu gối và mắt cá chân, đau và kích ứng ở mắt và sốt. Các vết loét ở miệng và bộ phận sinh dục có xu hướng xảy ra thành nhiều đợt và có thể khá đau đớn. Trong miệng, những vết loét này thường được tìm thấy trên lưỡi, nướu và bên trong môi hoặc hàm. Ở vùng sinh dục, vết loét thường xuất hiện ở dương vật, bìu ở nam và ở âm hộ của nữ. Viêm mắt có thể dẫn đến mù lòa.

### Chẩn đoán

Vì hội chứng Behcet là một bệnh đa cơ quan nên rất khó chẩn đoán. Tiêu chuẩn quốc tế đã được đề xuất để hỗ trợ việc phân loại bệnh này. Không có một đặc điểm chẩn đoán nào cho bệnh này, vì vậy việc chẩn đoán phụ thuộc vào việc nhóm đủ các triệu chứng lại với nhau để xác định bệnh. Các triệu chứng của hội chứng Behcet cũng xảy ra ở các bệnh khác, vì vậy cần loại trừ các bệnh khác trước khi có thể đạt được chẩn đoán xác định.

### Sự đối đãi

Một số loại thuốc hiện nay được sử dụng để điều trị hội chứng Behcet bao gồm:

- corticosteroid
- cyclosporin
- azathioprine
- cloramycin
- interferon alpha
- thalidomide
- levamisole
- mạch cyclophosphamide • cyclosporine

### Tiên lượng

Tiên lượng cho hội chứng Behcet nói chung là kém. Đã có một trường hợp được ghi nhận là Behcet tồn tại được 17 năm. Mặc dù căn bệnh này được coi là đau đớn nhưng không gây tử vong nhưng khi hệ thần kinh trung ương bị ảnh hưởng thường gây ra tình trạng tàn tật nặng và tử vong thường xảy ra. Tình trạng này thường là mãn tính, mặc dù có thể thuyên giảm trong quá trình bệnh.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Sự thuyên giảm-Khi các triệu chứng thực sự của bệnh mẫn tính không còn nữa.

Viêm màng bồ đào-Viêm vùng mắt xung quanh đồng tử.

Không có phương pháp nào có thể dự đoán được để xác định bệnh nhân nào sẽ tiến triển thành các triệu chứng nghiêm trọng hơn và bệnh nhân nào có thể thuyên giảm.

**Phòng ngừa**

Không có cách phòng ngừa hội chứng Behcet.

**Tài nguyên****SÁ CH**

Berkow, Robert. Cẩm nang Thông tin Y tế của Merck.

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

Ruddy, Shaun. Sách giáo khoa về thấp khớp của Kelley. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 2001.

Tierney, Lawrence, và al. Chẩn đoán y tế hiện tại và Sự đối đãi. Los Altos: Án phẩm y tế Lange, 2001.

**ĐỊNH KÝ**

Okada, AA "Liệu pháp dùng thuốc trong bệnh Behcet." Miễn dịch học và Viêm mắt (tháng 6 năm 2000): 85-91.

Shed, LP "Khả năng đáp ứng với Thalomid ở trẻ sơ sinh với Hội chứng Behcet." Nhi khoa (tháng 6 năm 1999): 1295-1297.

**TỔ CHỨC**

Hiệp hội bệnh Behcet của Mỹ. Hộp thư bưu điện 280240, Memphis, TN 38168-0240. <<http://www.behcets.com>>.

Tổ chức toàn cầu của Behcet, Trụ sở chính. PO Box 27, Watchet, Somerset TA23 0YJ, Vương quốc Anh. <<http://www.behcets.org>>.

Viện Mắt Quốc gia. Viện Y tế Quốc gia. Tòa nhà. 31, Rm. 6A32, Bethesda, MD 30892-2510. (800) 869-2020. <<http://www.nei.nih.gov>>.

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

Kim Sharp, M.LN.

**Bejel****Sự định nghĩa**

Bejel, còn được gọi là bệnh giang mai đặc hữu, là một căn bệnh mẫn tính nhưng có thể chữa được, chủ yếu gặp ở trẻ em ở những vùng khô cằn.

vùng. Không giống như bệnh giang mai hoa liễu được biết đến nhiều hơn, bệnh giang mai đặc hữu không phải là bệnh lây truyền qua đường tình dục.

**Sự miêu tả**

Bejel có nhiều tên khác tùy theo địa phương: siti, dichuchwa, njovera, belesh và skerljevo là một số tên. Nó thường được tìm thấy nhiều nhất ở Trung Đông (Syria, Ả Rập Saudi, Iraq), Châu Phi, Trung Á và Úc. Bejel có liên quan đến bệnh ghé cổ và bệnh pinta, nhưng có các triệu chứng khác nhau.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

Treponema pallidum, vi khuẩn gây bệnh bejel, có liên quan rất chặt chẽ với vi khuẩn gây bệnh giang mai lây truyền qua đường tình dục, nhưng cách lây truyền rất khác nhau. Ở Bejel, lây truyền là do tiếp xúc trực tiếp, qua vết thương trên da hoặc tay bị nhiễm bẩn, hoặc gián tiếp qua việc dùng chung đồ uống và dụng cụ ăn uống. T. pallidum lây truyền chủ yếu giữa trẻ em sống trong cảnh nghèo khó, môi trường rất mất vệ sinh và vệ sinh kém.

Da, xương và màng nhầy bị ảnh hưởng bởi bejel. Các vết loét và vết loét thường gặp ở miệng, cổ họng và đường mũi. Tổn thương nướu có thể hình thành, thậm chí phá vỡ vòm miệng. Những phát hiện khác có thể bao gồm một vùng hạch bạch huyết sưng lên và đau xương sâu ở chân. Cuối cùng, xương có thể bị biến dạng.

**Chẩn đoán**

T. pallidum có thể được phát hiện bằng cách nghiên cứu dưới kính hiển vi các mẫu lấy từ vết loét hoặc dịch bạch huyết. Tuy nhiên, vì xét nghiệm kháng thể không phân biệt được các loại bệnh giang mai nên việc chẩn đoán cụ thể loại bệnh giang mai phụ thuộc vào tiền sử, triệu chứng và môi trường của bệnh nhân.

**Sự đối đãi**

Liều lớn benzathine penicillin G được tiêm vào cơ có thể chữa khỏi bệnh này ở bất kỳ giai đoạn nào, mặc dù có thể mất nhiều thời gian hơn và cần dùng thêm liều ở các giai đoạn sau. Nếu không thể dùng penicillin, lựa chọn thay thế là tetracycline. Vì tetracycline có thể làm mất màu vĩnh viễn các răng mới đang hình thành nên thường không được kê đơn cho trẻ em trừ khi không có giải pháp thay thế khả thi nào.

**Tiên lượng**

Bejel hoàn toàn có thể chữa khỏi bằng điều trị bằng kháng sinh.

**Phòng ngừa**

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã làm việc với nhiều quốc gia để ngăn ngừa bệnh này và các bệnh khác, và

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Bệnh lưu hành-Một bệnh truyền nhiễm có xảy ra thường xuyên ở một khu vực địa lý cụ thể miền địa phương. Bệnh thường xảy ra theo chu kỳ. Cúm-za là một ví dụ về một căn bệnh lưu hành.

Bạch huyết-Đây là chất lỏng trong suốt, không màu được tìm thấy trong mạch và hạch bạch huyết. Các hạch bạch huyết chứa các sinh vật tiêu diệt vi khuẩn và các sinh vật gây bệnh khác (còn gọi là mầm bệnh).

Bệnh giang mai- Bệnh này xảy ra dưới hai dạng. Một là một bệnh lây truyền qua đường tình dục do vi khuẩn gây ra. Dạng thứ hai không lây truyền qua đường tình dục, nhưng được truyền qua tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân hoặc thông qua việc sử dụng chung dĩa và dụng cụ ăn uống.

số lượng các trường hợp đã giảm đi phần nào. Việc sử dụng xông rãnh penicillin đã góp phần làm giảm số lượng các trường hợp hiện có, nhưng cách duy nhất để loại bỏ Bejel là bằng cách cải thiện điều kiện sống và vệ sinh.

Tài nguyên

SÁ CH

Nguyên tắc nội khoa của Harrison. Ed. Anthony S. Fauci và cộng sự. New York: McGraw-Hill, 1997.

Jill S Lasker

## Bell bị liệt

### Sự định nghĩa

Bệnh bại liệt của Bell mô tả một điểm yếu không giải thích được hoặc tê liệt các cơ ở một bên mặt. Những người bị ảnh hưởng có thể không thể nhắm mắt làm ngơ bên mặt bị ảnh hưởng và cũng có thể bị chảy nước mắt, chảy nước dãi và thính giác quá nhạy cảm. Sự khởi đầu có thể xảy ra khá đột ngột, đôi khi xảy ra qua đêm. Mặc dù bệnh bại liệt của Bell rất đáng lo ngại và bất tiện, nhưng nó thường không phải là dấu hiệu của một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Các tình trạng yếu cơ và liệt được giải quyết hoàn toàn trong phần lớn các trường hợp.

### Sự miêu tả

Bệnh bại liệt của Bell được mô tả là một chẩn đoán của loại trừ vì một số rối loạn khác có biểu hiện tương tự

triệu chứng. Liệt mặt có liên quan đến tình trạng chảng hạn như bệnh Lyme, nhiễm trùng tai, viêm màng não, giang mai, sởi Đức (rubella), quai bị, thủy đậu (varicella) và nhiễm vi rút Epstein-Barr (ví dụ, bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng). Bệnh bại liệt của True Bell là một liệt mặt vô căn, nghĩa là không thể xác định được nguyên nhân gốc rễ xác định. Mặc dù bệnh bại liệt của Bell không nguy hiểm đến tính mạng nhưng nó có thể biểu hiện các triệu chứng tương tự như tình trạng thực sự nghiêm trọng, chảng hạn như đột quỵ, vỡ phình động mạch hoặc khối u.

Hàng năm có khoảng 40.000-65.000 người Mỹ đang bị bệnh bại liệt của Bell. Trên thế giới, có một tỷ lệ mắc hàng năm là 20-30 trường hợp trên 100.000 cá nhân. Một cá nhân có thể bị ảnh hưởng ở mọi lứa tuổi, nhưng còn trẻ và người lớn tuổi trung niên có nhiều khả năng bị ảnh hưởng nhất. Nó là bất thường khi thấy bệnh bại liệt ở người dưới 10 tuổi cũ. Bệnh bại liệt của Bell có thể ảnh hưởng đến cả hai bên khuôn mặt và thường như cả hai giới đều có nguy cơ cao hơn. Phụ nữ mang thai và những người mắc bệnh tiểu đường, cúm, cảm lạnh hoặc nghiêm trọng đường hô hấp trên thường như có nguy cơ cao hơn. Mặc dù nó không thể được coi là một tình trạng nghiêm trọng do xét về mặt sức khỏe, nó có thể gây căng thẳng tột độ, bối rối và bất tiện cho những người bị ảnh hưởng.

Trong phần lớn các trường hợp (80-85%), vùng da mặt yếu đuối hoặc tê liệt chỉ là tạm thời. Tuy nhiên, các cá nhân những người bị tê liệt hoàn toàn thường như có sức khỏe kém hơn tỷ lệ phục hồi chỉ có 60% trở lại bình thường. Khoảng 4-6% trong số tất cả các trường hợp liệt Bell dẫn đến bệnh liệt vĩnh viễn. biến dạng khuôn mặt, và 10-15% khác gặp phải các vấn đề vĩnh viễn như co thắt, co giật hoặc co rút cơ. Từ 2% đến 7,3% số người có

bệnh bại liệt của Bell sẽ tái phát. Tình trạng bình, lần tái phát đầu tiên xảy ra sau lần đầu tiên là 9,8 năm. tập phim; lần thứ hai, 6,7 năm sau. Một lần tái phát là rất hiếm và một giây là cực kỳ hiếm.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Các triệu chứng của bệnh bại liệt Bell phát sinh từ tình trạng viêm hoặc sưng dây thần kinh sọ thứ bảy, hay còn gọi là dây thần kinh mặt. Hai bên khuôn mặt đều có dây thần kinh mặt điều khiển các cơ ở bên đó khuôn mặt. Đường đi của dây thần kinh mặt đi qua một ống xương trong hộp sọ. Khi dây thần kinh trở nên sưng lên, nó bị nén vì kênh không cho phép cho bất kỳ sự mở rộng nào. Khi tình trạng sưng thêm làm tăng lực nén, việc dẫn truyền tín hiệu thần kinh bị cản trở hoặc thậm chí bị ngăn chặn. Sự can thiệp vào các tín hiệu thần kinh được nhìn thấy trong việc mất kiểm soát cơ và trương lực.

Tại sao dây thần kinh mặt bị viêm ở Bell's bệnh bại liệt là một vấn đề gây tranh cãi và các nhà nghiên cứu y học và các bác sĩ không hoàn toàn đồng ý. Bằng chứng được hỗ trợ tốt nhất cho thấy virus herpes simplex (HSV), nguyên nhân gây ra vết loét lạnh và sốt



Tình trạng liệt mặt của cậu bé này là do bệnh viêm màng não do ve gây ra. (Ảnh Các nhà nghiên cứu, Inc. Được sao chép theo sự cho phép.)

rộp. Nhiễm HSV đã được phát hiện ở 70% trường hợp liệt Bell. Hầu hết mọi người đều chứa virus này, mặc dù họ có thể không biểu hiện triệu chứng.

Triệu chứng chính của bệnh bại liệt Bell là yếu hoặc liệt một bên mặt. Khả năng kiểm soát cơ không đầy đủ hoặc mất hoàn toàn. Cũng có thể có những cử động không chú ý trên khuôn mặt, chẳng hạn như co giật, đi kèm với một số nét mặt nhất định. Những người bị bệnh thường gặp khó khăn trong việc nhắm mắt bị bệnh và có thể không nhắm được mắt.

## Chẩn đoán

Mặc dù bệnh bại liệt của Bell không nguy hiểm đến tính mạng nhưng nó có các triệu chứng chung với các tình trạng nghiêm trọng, chẳng hạn như đột quỵ. Vì vậy, việc chăm sóc y tế khẩn cấp là biện pháp phòng ngừa khôn ngoan và cần thiết. Bệnh liệt Bell ảnh hưởng đến dây thần kinh mặt, không giống như hầu hết các cơn đột quỵ liên quan đến yếu cơ mặt ảnh hưởng đến các trung tâm thần kinh cao hơn, cuối cùng cung cấp cho dây thần kinh mặt. Hai rối loạn này có thể được phân biệt trên lâm sàng vì hầu hết các cơn đột quỵ không gây yếu cơ trán hoặc cơ mí mắt.

Thực tế bệnh bại liệt của Bell là một chẩn đoán loại trừ nên rõ ràng trong quá trình khám bệnh.

- phương thức khám thông thường là loại trừ các rối loạn khác cho đến khi chỉ còn lại bệnh liệt Bell. Các rối loạn cần được loại trừ bao gồm bệnh mất myelin (ví dụ, bệnh đa xơ cứng), đột quỵ, khối u, nhiễm trùng do vi khuẩn hoặc virus và gãy xương.

Trong quá trình khám sức khỏe, người bị ảnh hưởng sẽ được hỏi về các bệnh tật, tai nạn, nhiễm trùng gần đây và bất kỳ triệu chứng nào khác. Kiểm tra thị giác về tai, cổ họng và xoang được thực hiện và kiểm tra thính giác. Mức độ của các triệu chứng được đánh giá bằng cách phân loại mức độ đối xứng của khuôn mặt khi nghỉ ngơi và trong các chuyển động có chủ ý, chẳng hạn như nhăn trán, mí mắt và nhắm mắt bị ảnh hưởng. Các chuyển động không tự nguyện được đánh giá kết hợp với các chuyển động có chủ ý. Khám thần kinh được thực hiện để loại trừ sự liên quan của các bộ phận khác của hệ thần kinh ngoại trừ cơ mặt, điều này sẽ loại trừ chẩn đoán bệnh liệt Bell.

Để đáp ứng với bệnh sử của cá nhân, xét nghiệm máu và có thể phân tích dịch não tủy (CSF) sẽ được yêu cầu. Kết quả của các xét nghiệm này giúp xác định sự hiện diện của nhiễm trùng do vi khuẩn hoặc virus hoặc bệnh viêm nhiễm. Các xét nghiệm điện sinh lý, trong đó cơ hoặt dây thần kinh được kích thích nhân tạo, có thể được sử dụng để đánh giá tình trạng của cơ mặt và

dây thần kinh mặt. Các xét nghiệm thông thường bao gồm đo điện cơ, đo chuyển động cơ tự nguyện và tốc độ dẫn truyền thần kinh, xác định mức độ thoái hóa thần kinh. Các xét nghiệm X quang cũng có thể được bao gồm, chẳng hạn như chụp X-quang, cũng như các xét nghiệm hình ảnh, chẳng hạn như chụp cộng hưởng từ (MRI) và chụp cắt lớp vi tính. Những xét nghiệm này đặc biệt là MRI-cho phép có cái nhìn rõ ràng về chính dây thần kinh.

Khi tất cả các khả năng khác đã cạn kiệt, chẩn đoán bệnh bại liệt của Bell sẽ được thực hiện. Những tuần tiếp theo là khoảng thời gian thận trọng chờ đợi. Kiểm tra thêm được thực hiện để theo dõi sự phục hồi. Kết quả từ các xét nghiệm dẫn truyền thần kinh có thể được sử dụng để dự đoán kết quả. Tuy nhiên, việc sử dụng này bị một số bác sĩ và nhà nghiên cứu y tế nghi ngờ vì bằng chứng về giá trị tiên đoán của chúng là không thuyết phục.

Nếu cử động trên khuôn mặt, dù chỉ một chút, không quay trở lại trong vòng 3-4 tháng, có thể cần phải đánh giá lại chẩn đoán bệnh liệt Bell.

## Sự đối đãi

Nhiều bác sĩ kê đơn thuốc kháng vi-rút và/hoặc steroid cho bệnh bại liệt của Bell, nhưng vẫn còn một số tranh cãi về việc liệu những loại thuốc này có thực sự hữu ích hay không. Ý kiến đồng thuận dường như là, mặc dù thuốc có thể không cần thiết nhưng chúng không nguy hiểm và có thể giúp ích trong một số trường hợp.

trường hợp, đặc biệt nếu bị liệt hoàn toàn. Nếu sử dụng thuốc, cần phải dùng thuốc càng sớm càng tốt ngay sau khi xuất hiện triệu chứng. Thuốc kháng vi-rút, chẳng hạn như acyclovir, famciclovir hoặc valacyclovir, được kê đơn để tiêu diệt vi-rút tích cực nhân lên và ngăn ngừa tổn thương thêm cho dây thần kinh mặt. Steroid, chẳng hạn như prednisone, được cho là hữu ích trong việc giảm sưng tấy và do đó làm giảm sự chèn ép lên dây thần kinh.

Trước đây, phẫu thuật được thực hiện để giảm bớt sự chèn ép lên dây thần kinh. Tuy nhiên, phương án điều trị này hiện nay rất ít được sử dụng vì nó không đảm bảo khả năng phục hồi và có nguy cơ tổn thương thần kinh vĩnh viễn.

Nhu cầu bảo vệ mắt bị ảnh hưởng được khuyến khích rộng rãi. Vì người bệnh không thể hạ mí mắt bị ảnh hưởng xuống nên mắt có thể bị khô, đặc biệt là vào ban đêm. Khô quá mức có thể làm hỏng giác mạc. Điều trị ban ngày bao gồm nước mắt nhân tạo và có thể bao gồm miếng che mắt hoặc các biện pháp bảo vệ khác. Điều trị vào ban đêm đòi hỏi nỗ lực mạnh mẽ hơn trong việc bảo vệ mắt. Chất bôi trơn mắt hoặc thuốc mỡ nhớt, cùng với việc nhâm mắt lại, thường được khuyên dùng.

Trong trường hợp tổn thương thần kinh vĩnh viễn, các lựa chọn điều trị thẩm mỹ, chẳng hạn như tiêm chất độc gây ngộ độc hoặc phẫu thuật, có thể được tìm kiếm hoặc đề xuất.

### Điều trị thay thế

Những người hành nghề y học cổ truyền Trung Quốc trong lịch sử đã sử dụng châm cứu để điều trị bệnh liệt Bell. Cũng có một số dấu hiệu cho thấy xoa bóp mặt và thao tác nắn khớp xương có thể giúp điều trị các triệu chứng và cải thiện kết quả. Cũng có những tuyên bố về giá trị điều trị khi tiêm tại chỗ hoặc uống chất bổ sung vitamin B12.

### Tiên lượng

Hầu hết những người mắc bệnh bại liệt Bell bắt đầu nhận thấy tình trạng của họ được cải thiện trong vòng 2-3 tuần kể từ khi xuất hiện các triệu chứng. Ít nhất 80% trong số đó sẽ được phục hồi hoàn toàn trong vòng ba tháng. Trong số 20% số người mắc bệnh còn lại, các triệu chứng có thể mất nhiều thời gian hơn để giải quyết hoặc có thể tồn tại vĩnh viễn. Những người bị tổn thương thần kinh vĩnh viễn có thể không lấy lại được khả năng kiểm soát các cơ ở bên mặt bị ảnh hưởng. Những cơ này có thể vẫn yếu hoặc bị tê liệt. Nếu dây thần kinh phục hồi không hoàn hảo, họ có thể bị co giật hoặc co thắt cơ mặt không tự nguyện đi kèm với các biểu cảm bình thường trên khuôn mặt.

### Phòng ngừa

Bệnh bại liệt của Bell không thể phòng ngừa được.

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Thuốc kháng vi-rút-Một loại thuốc ngăn chặn vi-rút nhân lên và do đó ngăn chặn sự lây nhiễm.

Chụp cắt lớp vi tính –Các tia X cắt ngang của cơ thể được tổng hợp để tạo ra hình ảnh ba chiều của các cấu trúc bên trong cơ thể.

Điện cơ–Một bản ghi lại hoạt động điện được tạo ra trong cơ.

Dây thần kinh mặt– Dây thần kinh sọ não điều khiển các cơ trên mặt.

Chụp cộng hưởng từ (MRI)–Kỹ thuật chụp ảnh này 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.

Tốc độ dẫn truyền thần kinh–Một bản ghi về mức độ dẫn truyền xung điện của dây thần kinh.

Steroid–Một loại thuốc dùng để giảm sưng tấy và tích tụ chất lỏng.

### Tài nguyên

#### ĐỊNH KÝ

Billue, Joyce S. "Bệnh Bell: Thông tin cập nhật về bệnh liệt mặt vô căn." Y tá hành nghề 22, không. 8 (1997): 88.  
Kakaiya, Ram. "Bệnh Bell: Cập nhật về nguyên nhân, nhận biết và quản lý." Tư vấn 37, không. 8 (1997): 2217.

#### TỔ CHỨC

Quỹ nghiên cứu bệnh bại liệt của Bell. 9121 E. Tanque Verde, Suite 105-286, Tucson, AZ 85749. (520) 749-4614.

Julia Barrett

### Benazepril xem thuốc ức chế men chuyển angiotensin

### Xét nghiệm protein Bence Jones

#### Sự định nghĩa

Protein Bence Jones là các protein nhỏ (chuỗi nhẹ của immunoglobulin) được tìm thấy trong nước tiểu. Việc xét nghiệm các protein này được thực hiện để chẩn đoán và theo dõi bệnh đa u túy và các bệnh tương tự khác.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Protein Bence Jones- Protein nhỏ, bao gồm một chuỗi nhẹ của globulin miễn dịch, được tạo ra bởi các tế bào plasma.

**Đa u tủy**-Một khối u của tế bào plasma.

**Tế bào plasma**-Một loại tế bào bạch cầu.

**Mục đích**

Protein Bence Jones được coi là dấu hiệu khối u đầu tiên. Chất đánh dấu khối u là một chất do cơ thể tạo ra, có liên quan đến một loại ung thư hoặc bệnh ác tính nhất định.

Protein Bence Jones được tạo ra bởi các tế bào plasma, một loại tế bào bạch cầu. Sự hiện diện của các protein này trong nước tiểu của một người có liên quan đến bệnh ác tính của tế bào plasma.

**Đa u tủy**, một khối u của tế bào plasma, là căn bệnh thường liên quan đến protein Bence Jones. Lượng protein Bence Jones trong nước tiểu cho biết có bao nhiêu khối u hiện diện. Các bác sĩ sử dụng xét nghiệm protein Bence Jones để chẩn đoán bệnh cũng như kiểm tra xem bệnh đáp ứng với điều trị tốt như thế nào.

Các bệnh khác liên quan đến ung thư hoặc sự phát triển quá mức của tế bào plasma hoặc các tế bào tương tự như tế bào plasma có thể gây ra protein Bence Jones trong nước tiểu. Những bệnh này bao gồm: bệnh macroglobulin máu của Waldenström, một số u lympho và bệnh bạch cầu, sarcoma tạo xương, bệnh cryoglobulin máu, bệnh tế bào B ác tính, bệnh amyloid, bệnh chuỗi nhẹ và ung thư đã lan đến xương.

**Sự miêu tả**

Nước tiểu là mẫu vật tốt nhất để tìm kiếm protein Bence Jones. Protein thường quá lớn để di chuyển qua thận khỏe mạnh, từ máu vào nước tiểu. Protein Bence Jones là một ngoại lệ. Chúng đủ nhỏ để di chuyển nhanh chóng và dễ dàng qua thận vào nước tiểu.

Phân tích nước tiểu định kỳ sẽ không phát hiện được protein Bence Jones. Có một số phương pháp được các phòng thí nghiệm sử dụng để phát hiện và đo lường các protein này. Phản ứng cổ điển của Bence Jones liên quan đến việc đun nóng nước tiểu đến 140°F (60°C). Ở nhiệt độ này, protein Bence Jones sẽ kết tụ lại. Sự vón cục sẽ biến mất nếu nước tiểu tiếp tục được đun nóng đến sôi và xuất hiện trở lại khi nước tiểu nguội đi. Các quy trình đông tụ khác sử dụng muối, axit và các hóa chất khác cũng được sử dụng để phát hiện các protein này. Những loại này

thử nghiệm sẽ tiết lộ liệu protein Bence Jones có hiện diện hay không, nhưng không biết hiện diện bao nhiêu.

Một quy trình phức tạp hơn được thực hiện để đo lượng protein Bence Jones chính xác. Thủ tục này-điền di miễn dịch-thường được thực hiện trên nước tiểu đã được thu thập trong 24 giờ.

Xét nghiệm này được bảo hiễm chỉ trả khi cần thiết về mặt y tế. Kết quả thường có trong vòng vài ngày.

**Sự chuẩn bị**

Nước tiểu thường được thu thập trong khoảng thời gian 24 giờ. Một người được phát một thùng lớn để đựng nước tiểu. Nước tiểu phải được bảo quản lạnh cho đến khi được mang đến phòng thí nghiệm hoặc phòng khám của bác sĩ.

**Kết quả bình thường**

Protein Bence Jones thường không có trong nước tiểu.

**Kết quả bất thường**

Protein Bence Jones hiện diện ở 50-80% số người mắc bệnh đa u tủy. Những người mắc các bệnh ác tính khác cũng có thể có kết quả xét nghiệm protein Bence Jones dương tính, nhưng ít thường xuyên hơn.

Một số bệnh không ác tính, chẳng hạn như viêm khớp dạng thấp, bệnh lupus ban đỏ hệ thống và suy thận mãn tính, có thể có protein Bence Jones trong nước tiểu. Dùng penicillin hoặc aspirin liều cao trước khi lấy nước tiểu có thể cho kết quả dương tính giả.

**Tài nguyên****SÁ CH**

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.

Pagana, Kathleen Deska. Cẩm nang chẩn đoán và xét nghiệm trong phòng thí nghiệm của Mosby. Louis: Mosby, Inc., 1998.

Nancy J. Nordenson

**Thử nghiệm Bender-Gestalt****Sự định nghĩa**

Bài kiểm tra Bender Visual Motor Gestalt (hoặc Bender-Gestalt) là một đánh giá tâm lý được sử dụng để đánh giá

ăn chức năng vận động thị giác, kỹ năng nhận thức thị giác, suy giảm thần kinh và rối loạn cảm xúc ở trẻ em và người lớn từ ba tuổi trở lên.

### Mục đích

Bender-Gestalt được sử dụng để đánh giá sự trưởng thành về vận động thị giác và sàng lọc trẻ em về tình trạng chậm phát triển về mặt phát triển. Xét nghiệm này cũng được sử dụng để đánh giá tổn thương não và các khiếm khuyết về thần kinh. Những cá nhân bị chấn thương não có thể được sử dụng Bender-Gestalt như một phần của các biện pháp hoặc xét nghiệm tâm lý thần kinh.

Bender-Gestalt đôi khi được sử dụng kết hợp với các bài kiểm tra tinh cách khác để xác định sự hiện diện của các rối loạn cảm xúc và tâm thần như tâm thần phân liệt.

### Các biện pháp phòng ngừa

Kiểm tra tâm lý đòi hỏi phải được đào tạo lâm sàng giám khảo. Bài kiểm tra Gestalt Bender Visual Motor Motor sẽ được quản lý và giải thích bởi một nhà tâm lý học được đào tạo hoặc bác sĩ tâm thần. Bender-Gestalt phải luôn luôn như vậy được sử dụng như một phần tử duy nhất của một cục pin hoàn chỉnh các bài kiểm tra tâm lý hoặc phát triển, và không bao giờ nên được sử dụng một mình làm cơ sở duy nhất để chẩn đoán.

### Sự miêu tả

Bài kiểm tra Bender Visual Motor Gestalt ban đầu là được phát triển vào năm 1938 bởi bác sĩ tâm thần Lauretta Bender. Ở đó hiện nay có một số phiên bản khác nhau của bài kiểm tra Bender-Gestalt (ví dụ: bài kiểm tra Bender-Gestalt; Phiên bản sửa đổi của bài kiểm tra Bender-Gestalt dành cho trẻ mẫu giáo và tiểu học). Trẻ em đi học; Sự thích ứng Hutt của bài kiểm tra Bender-Gestalt; bài kiểm tra Bender Visual Motor Gestalt cho Những đứa trẻ; bài kiểm tra Bender-Gestalt dành cho trẻ nhỏ; các Hệ thống chấm điểm Watkins Bender-Gestalt; Canter Quy trình can thiệp cơ bản cho thử nghiệm Bender-Gestalt). Tất cả đều sử dụng các tài liệu kiểm tra cơ bản giống nhau, nhưng khác nhau trong phương pháp tính điểm và giải thích của họ.

Bài kiểm tra Bender Visual Motor Gestalt tiêu chuẩn gồm có chín hình, mỗi hình nắn trên một thẻ 3x5. Một Giám khảo trình bày từng hình cho đối tượng kiểm tra lần lượt thời gian và yêu cầu đối tượng sao chép nó vào một mảnh giấy giấy trắng. Hướng dẫn duy nhất được đưa ra cho chủ đề này là rằng anh ta hoặc cô ta nên tạo ra sự tái tạo tốt nhất của hình có thể. Bài kiểm tra không tính thời gian, mặc dù tiêu chuẩn thời gian dùng thường là 10-20 phút. Sau đó quá trình kiểm tra hoàn tất, kết quả được tính điểm dựa trên độ chính xác và tính tổ chức. Việc giải thích phụ thuộc vào hình thức kiểm tra đang được sử dụng. Những đặc điểm chung được xem xét trong đánh giá các bản vẽ là xoay, biến dạng, đối xứng

### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Kiểm tra tâm lý thần kinh-Một bài kiểm tra hoặc đánh giá được đưa ra để chẩn đoán rối loạn hoặc bệnh não.

Kiên trì- Sự kiên trì của một công việc lặp đi lặp lại phản ứng sau khi nguyên nhân của phản ứng đã được bị xóa hoặc phản hồi tiếp tục khác sự kích thích.

Kỹ năng vận động thị giác -Phối hợp tay-mắt; TRONG bài kiểm tra Bender-Gestalt, kỹ năng vận động thị giác là được đo bằng khả năng của đối tượng trong việc nhận thức chính xác và sau đó tái tạo các số liệu.

Kỹ năng nhận thức thị giác- Năng lực của trí óc và con mắt để “nhìn thấy” thứ gì đó một cách khách quan tồn tại.

cố gắng và kiên trì. Ví dụ như một bệnh nhân mắc chấn thương thùy trán có thể tái tạo mô hình tương tự trở lên (kiên trì)

Bender-Gestalt cũng có thể được sử dụng theo cách cài đặt nhóm. Trong thử nghiệm nhóm, các số liệu được hiển thị cho đối tượng kiểm tra bằng máy chiếu slide, trong tập sách kiểm tra hoặc trên phiên bản lớn hơn của các thẻ kiểm tra riêng lẻ. Đánh giá Bender-Gestalt do cá nhân và nhóm thực hiện có thể diễn ra ở môi trường ngoại trú hoặc bệnh viện. Bệnh nhân nên kiểm tra với chương trình bảo hiểm của mình để xác định xem các dịch vụ này hoặc các dịch vụ sức khỏe tâm thần khác có được chi trả hay không.

### Kết quả bình thường

Trẻ em thường tiến bộ trong bài kiểm tra này khi chúng lớn lên, nhưng, do sự phức tạp của quá trình tính điểm, kết quả của Bender-Gestalt chỉ nên được diễn giải bởi một nhà tâm lý học hoặc bác sĩ tâm thần được đào tạo lâm sàng.

### Tài nguyên

#### SÁ CH

Maddox, Taddy. Các bài kiểm tra: Tài liệu tham khảo toàn diện để đánh giá về Tâm lý học, Giáo dục và Kinh doanh. tái bản lần thứ 4. Austin, TX: Pro-ed, 1997.

Bờ biển, Milton F., và cộng sự. Khi con bạn cần kiểm tra. Mới York: Nhà xuất bản Crossroad, 1992.

Wodrich, David L. Kiểm tra tâm lý trẻ em: Hướng dẫn dành cho các nhà phi tâm lý học. Baltimore: Nhà xuất bản Paul H. Brookes, 1997.

#### ĐỊNH KỲ

Piotrowski, C. “Đánh giá về việc sử dụng lâm sàng và nghiên cứu của bài kiểm tra Bender-Gestalt.” Kỹ năng vận động trí giác 81, không. 3, điểm. 2 (tháng 12 năm 1995): 1271-74.

## TỔ CHỨC

Hiệp hội Tâm lý Hoa Kỳ (APA). 750 First St. NE,  
Washington, DC 20002-4242. (202) 336-5700. <http://  
www.apa.org>.

Paula Anne Ford-Martin

Uốn cong nhìn thấy Bệnh giải nén

lành tính xem u xơ tử cung

Tăng sản tuyến tiền liệt lành tính xem phì đại  
tuyến tiền liệt

Phì đại tuyến tiền liệt lành tính xem phì đại tuyến  
tiền liệt

Benzocain xem Thuốc sát trùng

## Thuốc benzodiazepin

### Sự định nghĩa

Benzodiazepin là thuốc giúp giảm căng thẳng, lo lắng và các triệu chứng khác bằng cách làm chậm hệ thần kinh trung ương.

### Mục đích

Benzodiazepin là một loại thuốc chống lo âu.

Trong khi lo lắng là một phản ứng bình thường trước những tình huống căng thẳng, một số người lại có mức độ lo lắng cao bất thường và có thể cảm trở cuộc sống hàng ngày. Đối với những người này, thuốc benzodiazepin có thể giúp kiểm soát cảm xúc của họ. Thuốc cũng có thể làm giảm các triệu chứng lo âu đáng lo ngại, chẳng hạn như nhịp tim đập thình thịch, khó thở, khó chịu, buồn nôn và ngất xỉu.

Các bác sĩ đôi khi có thể kê toa những loại thuốc này cho các tình trạng khác, chẳng hạn như co thắt cơ, động kinh và các rối loạn co giật khác, ám ảnh, rối loạn hoảng sợ, cai rượu và khó ngủ. Tuy nhiên, không nên sử dụng thuốc này hàng ngày đối với những trường hợp khó ngủ kéo dài hơn vài ngày. Nếu dùng theo cách này, thuốc sẽ mất tác dụng trong vòng vài tuần.

Không nên sử dụng các thuốc benzodiazepin để làm giảm cơn đau, lo lắng và căng thẳng của cuộc sống bình thường hàng ngày.

### Mô tả Nhóm thuốc

chống lo âu được gọi là benzodi-azepines bao gồm alprazolam (Xanax), chlordiazepoxide (Librium), diazepam (Valium) và lorazepam (Ativan).

Những loại thuốc này có tác dụng khá nhanh, bắt đầu phát huy tác dụng trong vòng một giờ sau khi uống. Các thuốc benzodiazepin là

chỉ có sẵn khi có đơn thuốc của bác sĩ và có sẵn ở dạng viên nén, viên nang, chất lỏng hoặc dạng tiêm.

### Liều lượng khuyến nghị

Liều lượng khuyến cáo tùy thuộc vào loại thuốc benzodiazepine, nồng độ của nó và tình trạng sử dụng thuốc. Liều 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 chính xác.

Luôn dùng thuốc benzodiazepin đúng theo chỉ dẫn.

Không bao giờ dùng liều lớn hơn hoặc thường xuyên hơn và không dùng thuốc lâu hơn chỉ dẫn. Nếu thuốc dường như không có tác dụng, hãy kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn. Không tăng liều hoặc ngừng dùng thuốc trừ khi bác sĩ yêu cầu làm như vậy. Ngừng thuốc đột ngột có thể gây ra các triệu chứng cai thuốc, đặc biệt nếu dùng thuốc với liều lượng lớn hoặc trong thời gian dài. Những người đang dùng thuốc điều trị rối loạn co giật có thể bị co giật nếu họ ngừng dùng thuốc đột ngột. Nếu cần thiết phải ngừng dùng thuốc, hãy hỏi bác sĩ để được hướng dẫn cách dừng thuốc. Bác sĩ có thể đề nghị giảm liều dần dần để giảm nguy cơ mắc các triệu chứng cai thuốc hoặc các vấn đề khác.

### Các biện pháp phòng ngừa

Gặp bác sĩ thường xuyên trong khi dùng thuốc benzodi-azepines là điều quan trọng, đặc biệt là trong vài tháng đầu điều trị. Bác sĩ sẽ kiểm tra để đảm bảo thuốc hoạt động bình thường và sẽ lưu ý những tác dụng phụ không mong muốn.

Những người dùng thuốc benzodiazepin để giảm bớt lo lắng, căng thẳng hoặc các triệu chứng rối loạn hoảng sợ nên kiểm tra với bác sĩ hai đến ba tháng một lần để đảm bảo rằng họ vẫn cần tiếp tục dùng thuốc.

Những bệnh nhân đang dùng thuốc benzodiazepin để điều trị các vấn đề về giấc ngủ nên kiểm tra với bác sĩ nếu họ không ngủ ngon hơn trong vòng 7-10 ngày. Vấn đề về giấc ngủ kéo dài hơn thời gian này có thể là dấu hiệu của một vấn đề y tế khác.

Những người dùng thuốc này để giúp họ ngủ có thể khó ngủ khi ngừng dùng thuốc. Hiệu ứng này chỉ kéo dài một vài đêm.

Một số người, đặc biệt là người lớn tuổi, cảm thấy buồn ngủ, chóng mặt, choáng váng hoặc kém tỉnh táo khi sử dụng thuốc benzodi-azepines. Thuốc cũng có thể gây ra tình trạng vụng về hoặc mắt thăng bằng. Khi dùng thuốc trước khi đi ngủ, những tác dụng này thậm chí có thể xảy ra vào sáng hôm sau. Bất cứ ai sử dụng các loại thuốc này không nên lái xe, sử dụng máy móc hoặc làm bất cứ điều gì khác có thể nguy hiểm cho đến khi họ phát hiện ra thuốc ảnh hưởng đến mình như thế nào.

Các thuốc benzodiazepin cũng có thể gây ra những thay đổi hành vi ở một số người, tương tự như những thay đổi ở những người hành động khác khi họ uống rượu. Những thay đổi cực đoan hơn, chẳng hạn như lú lẫn, kích động và ảo giác, cũng có thể xảy ra. Bất cứ ai bắt đầu có những suy nghĩ hoặc hành vi kỳ lạ hoặc bất thường khi dùng thuốc này nên liên hệ với bác sĩ của mình.

Vì các thuốc benzodiazepin tác động lên hệ thần kinh trung ương nên chúng có thể làm tăng thêm tác dụng của rượu và các loại thuốc khác làm chậm hệ thần kinh trung ương, chẳng hạn như thuốc kháng histamine, thuốc cảm, thuốc dị ứng, thuốc hỗ trợ giấc ngủ, thuốc điều trị động kinh, thuốc an thần, một số thuốc an thần, thuốc giảm đau, giãn cơ. Chúng cũng có thể làm tăng thêm tác dụng của thuốc gây mê, bao gồm cả những thuốc được sử dụng trong thủ thuật nha khoa. Những tác dụng này có thể kéo dài vài ngày sau khi kết thúc điều trị bằng thuốc benzodiazepin. Tác dụng kết hợp của thuốc benzodiazepin và rượu hoặc các thuốc ức chế thần kinh trung ương khác (thuốc làm chậm hệ thần kinh trung ương) có thể rất nguy hiểm, dẫn đến bất tỉnh hoặc hiếu khí tử vong. Bất cứ ai dùng thuốc benzodiazepin không nên uống rượu và nên kiểm tra với bác sĩ trước khi sử dụng bất kỳ thuốc ức chế thần kinh trung ương nào. Dùng quá liều benzodiazepin cũng có thể gây bất tỉnh và có thể tử vong. Bất cứ ai có dấu hiệu quá liều hoặc bị ảnh hưởng bởi việc kết hợp thuốc benzodiazepin với rượu hoặc các loại thuốc khác nên được trợ giúp khẩn cấp ngay lập tức. Các dấu hiệu cảnh báo bao gồm nói ngọng hoặc lú lẫn, buồn ngủ nghiêm trọng, loạng choạng và suy nhược trầm trọng.

Một số thuốc benzodiazepin có thể làm thay đổi kết quả của một số xét nghiệm y tế. Trước khi làm các xét nghiệm y tế, bất kỳ ai dùng thuốc này nên báo cho chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ trách.

Trẻ em thường nhạy cảm hơn người lớn với tác dụng của thuốc benzodiazepin. Sự nhạy cảm này có thể làm tăng nguy cơ tác dụng phụ.

Người lớn tuổi nhạy cảm hơn người trẻ tuổi với tác dụng của thuốc này và có thể có nguy cơ bị tác dụng phụ cao hơn. Những người lớn tuổi dùng những loại thuốc này để giúp họ ngủ có thể bị buồn ngủ vào ban ngày. Người lớn tuổi cũng tăng nguy cơ té ngã và bị thương khi dùng những loại thuốc này.

#### Điều kiện đặc biệt

Những người mắc một số bệnh trạng nhất định đang dùng một số loại thuốc khác có thể gặp vấn đề nếu họ dùng thuốc benzodiazepin. Trước khi dùng các loại thuốc này, hãy nhớ cho bác sĩ biết về bất kỳ tình trạng nào sau đây:

**DỊ ỨNG.** Bất kỳ ai trước đây từng có phản ứng bất thường với thuốc benzodiazepin hoặc các loại thuốc làm thay đổi tâm trạng khác 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.

**THAI KỲ.** Một số thuốc benzodiazepin làm tăng khả năng dị tật bẩm sinh. Sử dụng các loại thuốc này trong thời kỳ mang thai cũng có thể khiến em bé trở nên phụ thuộc vào chúng và có các triệu chứng cai thuốc sau khi sinh.

Khi dùng vào cuối thai kỳ hoặc gần thời điểm chuyển dạ và sinh nở, những loại thuốc này có thể gây ra các vấn đề khác ở trẻ sơ sinh, chẳng hạn như suy nhược, khó thở, nhịp tim chậm và các vấn đề về nhiệt độ cơ thể.

Phụ nữ đang mang thai hoặc có thể mang thai không nên sử dụng thuốc benzodiazepin trừ khi sự lo lắng của họ nghiêm trọng đến mức đe dọa đến thai kỳ của họ. Bất kỳ phụ nữ nào phải dùng thuốc này khi đang mang thai phải thảo luận kỹ lưỡng về những rủi ro và lợi ích của thuốc với bác sĩ.

**NUÔI CON BÚ.** Các thuốc benzodiazepin có thể truyền vào sữa mẹ và gây ra vấn đề ở trẻ sơ sinh có mẹ dùng thuốc. Những vấn đề này bao gồm buồn ngủ, khó thở và nhịp tim chậm. Phụ nữ đang cho con bú không nên sử dụng thuốc này mà không hỏi ý kiến bác sĩ.

**CÁC ĐIỀU KIỆN Y TẾ KHÁC.** Trước khi sử dụng thuốc benzodiazepin, 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:

- hiện tại hoặc quá khứ lạm dụng ma túy hoặc rượu • trầm cảm
- bệnh tâm thần nặng
- động kinh hoặc rối loạn co giật khác •
- vấn đề về nuốt
- bệnh phổi mãn tính như khí thũng, hen suyễn, hoặc viêm phế quản mãn tính
- bệnh thận
- bê nh gan
- bệnh về não
- bệnh tăng nhãn áp
- hiếu động thái

quá • bệnh nhược cơ

• rối loạn chuyển hóa

porphyrin • ngừng thở khi ngủ

**SỬ DỤNG MỘT SỐ THUỐC.** Dùng thuốc benzodiazepine 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

Các tác dụng phụ thường gặp nhất là chóng mặt, choáng váng, buồn ngủ, vụng về, đứng không vững và

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Lo lâng**—Lo lâng hoặc căng thẳng để phản ứng với căng thẳng, nguy hiểm hoặc kinh hoàng có thật hoặc tưởng tượng.

Các phản ứng vật lý như mạch nhanh, thở nhanh, run rẩy, mệt mỏi và suy nhược có thể đi kèm với lo lâng.

**Hen suyễn**—Một căn bệnh trong đó đường dẫn khí của phổi bị viêm và thu hẹp.

**Viêm phế quản**—Viêm đường dẫn khí của phổi.

**Hệ thần kinh trung ương**— Não, tủy sống và các dây thần kinh khắp cơ thể.

**Mẫn tính**—Một từ dùng để mô tả một tình trạng kéo dài. Các bệnh mẫn tính thường phát triển dần dần và có những thay đổi chậm.

**Khí phế thũng**—Một bệnh phổi không hồi phục, trong đó việc thở ngày càng trở nên khó khăn.

**Động kinh**—Một chứng rối loạn não có các triệu chứng bao gồm co giật.

**Bệnh tăng nhãn áp**—Một tình trạng trong đó áp lực trong mắt cao bất thường. Nếu không được điều trị, bệnh tăng nhãn áp có thể dẫn đến mù lòa.

**Bệnh nhược cơ**—Một căn bệnh mẫn tính có các triệu chứng bao gồm yếu cơ và đôi khi bị tê liệt.

**Rối loạn hoảng sợ**—Một chứng rối loạn trong đó con người có những cơn lo âu đột ngột và dữ dội trong một số tình huống nhất định. Các triệu chứng như khó thở, thở nhanh, chóng mặt, đau ngực và sợ hãi tột độ thường đi kèm với các cơn bệnh.

**Ám ảnh**—Một nỗi sợ hãi mãnh liệt, bất thường hoặc phi logic về một điều gì đó cụ thể, chẳng hạn như độ cao hoặc không gian rộng mở.

**Porphyria**—Một chứng rối loạn trong đó porphyrin tích tụ trong máu và nước tiểu.

**Porphyrin**—Một loại sắc tố được tìm thấy trong sinh vật sống.

**Động kinh**—Một cơn co thắt, hoặc co giật đột ngột.

**Chứng ngưng thở khi ngủ**—Tình trạng một người tạm thời ngừng thở trong khi ngủ.

**Triệu chứng cai thuốc**—Một nhóm các triệu chứng về thể chất hoặc tinh thần có thể xảy ra khi một người đột nhiên ngừng sử dụng một loại thuốc mà họ đã trở nên lệ thuộc.

nói lắp. Những vấn đề này thường biến mất khi cơ thể thích nghi với thuốc và không cần điều trị y tế trừ khi chúng dai dẳng hoặc ảnh hưởng đến 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:

- thay đổi hành vi
- vấn đề về trí nhớ
- khó tập trung
- lú lẫn
- trầm cảm
- co giật (co giật)
- áo giác
- các vấn đề về giấc ngủ
- tăng lo lắng, dễ bị kích động hoặc khó chịu
- chuyển động không chủ ý của cơ thể, bao gồm cả mắt
- huyết áp thấp

• suy nhược hoặc mệt mỏi bất thường

• nổi mẩn da hoặc ngứa

• chảy máu hoặc bầm tím bất thường

• da hoặc mắt vàng

• đau họng

• vết loét trong miệng hoặc cổ họng

• sốt và ớn lạnh

Bệnh nhân dùng thuốc benzodiazepin trong thời gian dài hoặc với liều cao có thể gặp tác dụng phụ trong vài tuần sau khi ngừng dùng thuốc. Họ nên kiểm tra với bác sĩ nếu những triệu chứng này hoặc các triệu chứng rắc rối khác xảy ra:

• cáu gắt

• lo lắng

• các vấn đề về giấc ngủ

Các tác dụng phụ hiếm gặp khác có thể xảy ra. Bất kỳ ai có các triệu chứng bất thường trong hoặc sau khi điều trị bằng thuốc benzo-diazepin nên liên hệ với bác sĩ của mình.

## Tương tác

Benzodiazepin có thể tương tác với nhiều loại thuốc khác. Khi điều này xảy ra, tác dụng của một hoặc cả hai loại thuốc có thể thay đổi hoặc nguy cơ tác dụng phụ có thể lớn hơn. Bất cứ ai dùng thuốc benzodiazepin nên cho bác sĩ biết tất cả các loại thuốc khác mà họ đang dùng. Trong số các loại thuốc có thể tương tác với benzodi-azepines là:

- Thuốc ức chế hệ thần kinh trung ương (CNS) như thuốc trị dị ứng, cảm lạnh, sốt có khò và hen suyễn; thuốc an thần; thuốc an thần; thuốc giảm đau theo toa; thuốc giãn cơ; thuốc điều trị động kinh; hỗ trợ giấc ngủ; thuốc an thần; và thuốc gây mê.

Các loại thuốc khác ngoài những loại được liệt kê ở trên có thể tương tác với các thuốc benzodiazepin. Hãy nhớ kiểm tra với bác sĩ hoặc được sĩ trước khi kết hợp thuốc benzodiazepin với bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc không kê đơn (không kê đơn) nào khác.

Tài nguyên

KHÁC

"Thuốc." Trang Viên Sức khỏe Tâm thần Quốc gia. 1995  
<http://www.nimh.nih.gov>.

Nancy Ross-Flanigan

**Benzoyl peroxide xem Thuốc trị mụn**

**Benztropine xem Thuốc điều trị bệnh Parkinson**

**Bệnh Berger xem nguyên phát vô căn**  
**hội chứng tiêu máu/protein niệu thận**

bệnh beriberi

## Sự định nghĩa

Beriberi là một căn bệnh do thiếu hụt thi-amine (vitamin B1) ảnh hưởng đến nhiều hệ thống của cơ thể, bao gồm cơ, tim, dây thần kinh và hệ tiêu hóa. Beriberi có nghĩa đen là "Tôi không thể, tôi không thể" trong tiếng Sing-halese, điều này phản ánh tác động tê liệt mà nó gây ra đối với các nạn nhân của nó. Nó phổ biến ở các vùng Đông Nam Á, nơi gạo trắng là thực phẩm chính. Tại Hoa Kỳ, bệnh beriberi chủ yếu gặp ở những người mắc chứng nghiện rượu mẫn tính.

## Sự miêu tả

Beriberi khiến các chuyên gia y tế bối rối trong nhiều năm vì nó tàn phá mọi lứa tuổi ở châu Á. Các bác sĩ cho rằng đó là

gây ra bởi một cái gì đó trong thực phẩm. Mãi đến đầu những năm 1900, các nhà khoa học mới phát hiện ra rằng cám gạo, lớp vỏ bên ngoài được loại bỏ để tạo ra loại gạo trắng bóng được người châu Á ưa chuộng, thực sự chứa thứ gì đó có thể ngăn ngừa bệnh tật. Thiamine là vitamin đầu tiên được xác định. Vào những năm 1920, chiết xuất từ gạo được sử dụng để điều trị bệnh.

Ở người lớn, có nhiều dạng bệnh beriberi khác nhau, được phân loại theo hệ thống cơ thể bị ảnh hưởng nhiều nhất. Bệnh beriberi không liên quan đến hệ thần kinh; bệnh beriberi ướt ảnh hưởng đến tim và tuần hoàn. Cả hai loại thường xảy ra ở cùng một bệnh nhân, với một nhóm triệu chứng chiếm ưu thế.

Một dạng bệnh tim mạch ít phổ biến hơn, hay bệnh beriberi thè ướt, được gọi là "shoshin". Tình trạng này liên quan đến sự xuất hiện nhanh chóng của các triệu chứng và suy tim cấp tính. Nó có tỷ lệ tử vong cao và được biết là gây ra cái chết đột ngột ở những lao động nhập cư trẻ tuổi ở châu Á có chế độ ăn chủ yếu là gạo trắng.

Bệnh beriberi não, còn được gọi là hội chứng Wernicke-Korsakoff, thường xảy ra ở những người nghiện rượu mẫn tính và ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương (não và tủy sống). Nó có thể được gây ra bởi một tình huống làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu thiamine mẫn tính, chẳng hạn như say rượu hoặc nôn mửa nghiêm trọng.

Bệnh beriberi ở trẻ sơ sinh được thấy ở trẻ sơ sinh bú sữa mẹ của những bà mẹ thiếu thi-amine, sống ở các quốc gia đang phát triển.

Mặc dù bệnh beriberi nghiêm trọng không phổ biến ở Hoa Kỳ nhưng tình trạng thiếu hụt thiamine ít nghiêm trọng hơn vẫn xảy ra. Khoảng 25% số người nghiện rượu nhập viện ở Hoa Kỳ có một số bằng chứng về tình trạng thiếu thiamine.

## Nguyên nhân và triệu chứng

Thiamine là một trong những vitamin B và đóng vai trò quan trọng trong chuyển hóa năng lượng và xây dựng mô.

Nó kết hợp với photphat để tạo thành coenzym thi-amine pyrophosphate (TPP), chất cần thiết trong các phản ứng tạo ra năng lượng từ glucose hoặc chuyển đổi glucose thành chất béo để lưu trữ trong các mô. Khi chế độ ăn không có đủ thiamine, các chức năng năng lượng cơ bản này sẽ bị xáo trộn, dẫn đến các vấn đề khắp cơ thể.

Các tình huống đặc biệt, chẳng hạn như quá trình trao đổi chất hoạt động quá mức, sút kéo dài, mang thai và cho con bú, có thể làm tăng nhu cầu thiamine của cơ thể và dẫn đến các triệu chứng thiếu hụt. Tiêu chảy kéo dài hoặc bệnh gan mẫn tính có thể khiến cơ thể không thể duy trì mức bình thường của nhiều chất dinh dưỡng, bao gồm cả thiamine. Những người khác có nguy cơ là bệnh nhân bị suy thận khi chạy thận và những người có vấn đề về tiêu hóa nghiêm trọng không thể hấp thụ chất dinh dưỡng.

Người nghiện rượu dễ bị tổn thương vì họ có thể thay thế rượu bằng thức ăn và việc uống rượu thường xuyên làm giảm khả năng hấp thụ thiamine của cơ thể.

Các hệ thống sau đây bị ảnh hưởng nhiều nhất bởi bệnh beriberi:

- Hệ tiêu hóa. Khi các tế bào của cơ trơn trong hệ thống tiêu hóa và các tuyến không nhận đủ năng lượng từ glucose, chúng không thể sản xuất thêm glucose từ quá trình tiêu hóa thức ăn thông thường.

Chán ăn, khó tiêu, táo bón nặng và thiếu axit clohydric trong dạ dày.

- Hệ thần kinh. Glucose cần thiết để hệ thần kinh trung ương hoạt động bình thường. Các triệu chứng thiếu hụt sớm là mệt mỏi, khó chịu và trí nhớ kém. Nếu tình trạng thiếu hụt tiếp tục, dây thần kinh ngoại biên sẽ bị tổn thương, gây mất cảm giác và yếu cơ, gọi là bệnh lý thần kinh ngoại biên. Chân bị ảnh hưởng nhiều nhất. Các ngón chân tê và bàn chân có cảm giác nóng rát; cơ chân bị đau và cơ bắp chân bị chuột rút. Người bệnh đi lại không vững và gặp khó khăn khi đứng dậy từ tư thế ngồi xổm. Cuối cùng, các cơ co lại (teo) và mất phản xạ ở đầu gối và bàn chân; bàn chân có thể khập khiễng (bước chân).

- Hệ tim mạch. Có nhịp tim nhanh và đỗ mò hồi. Cuối cùng cơ tim yếu đi.

Do cơ trơn trong mạch máu bị ảnh hưởng nên động mạch và tĩnh mạch giãn ra, gây sưng tấy ở chân, gọi là phù nề.

- Hệ thống cơ xương. Đau cơ lan rộng do thiếu TPP trong mô cơ.

Trẻ sơ sinh được mẹ thiếu thiamine bú sữa mẹ thường xuất hiện các triệu chứng thiếu hụt trong khoảng từ tháng thứ hai đến tháng thứ tư của cuộc đời. Họ xanh xao, bồn chồn, không ngủ được, dễ bị tiêu chảy, teo cơ và phù nề ở tay và chân. Chúng có đặc điểm là đôi khi im lặng, khóc và phát triển bệnh suy tim và tổn thương thần kinh.

#### Chẩn đoán Khám

Thực thể sẽ tiết lộ nhiều triệu chứng ban đầu của bệnh beriberi, chẳng hạn như mệt mỏi, khó chịu, buồn nôn, táo bón và trí nhớ kém, nhưng những triệu chứng thiếu hụt có thể khó xác định. Thông tin về chế độ ăn uống và sức khoẻ nói chung của cá nhân cũng cần thiết.

Có nhiều xét nghiệm sinh hóa dựa trên quá trình chuyển hóa thiamine hoặc chức năng của TPP có thể phát hiện tình trạng thiếu thiamine. Nồng độ thiamine có thể được đo trong máu và nước tiểu và sẽ giảm nếu thiếu hụt. Nước tiểu có thể được thu thập trong 24 giờ để đo mức độ bài tiết thiamine. Một xét nghiệm đáng tin cậy khác do lưỡng tác động của TPP đối với hoạt động của hồng cầu vì tất cả các dạng bệnh beriberi đều ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa của hồng cầu.

Điện não đồ (EEG), đo hoạt động điện trong não, có thể được thực hiện để loại trừ các nguyên nhân khác gây ra thay đổi thần kinh. Quan sát sự cải thiện ở bệnh nhân sau khi bổ sung thiamine cũng sẽ xác nhận chẩn đoán.

#### Sự điều trị

Điều trị bằng thiamine sẽ đảo ngược tình trạng thiếu hụt trong cơ thể và làm giảm hầu hết các triệu chứng. Tình trạng thiếu hụt thi-amine nghiêm trọng được điều trị bằng thiamine liều cao bằng cách tiêm vào cơ (tiêm bắp) hoặc dung dịch đi vào tĩnh mạch (tiêm tĩnh mạch) trong vài ngày. Sau đó có thể dùng liều nhỏ hơn bằng cách tiêm hoặc dưới dạng thuốc viên cho đến khi bệnh nhân hồi phục. Thông thường có những thiếu sót khác về vitamin B cũng cần được điều trị.

Các triệu chứng tim mạch của bệnh beriberi ướt có thể đáp ứng với điều trị trong vòng vài giờ nếu chúng không quá nghiêm trọng. Suy tim có thể cần điều trị bổ sung bằng thuốc lợi tiểu giúp loại bỏ chất lỏng dư thừa và bằng các thuốc tăng cường tim như digitalis.

Quá trình phục hồi sau bệnh lý thần kinh ngoại biên và các triệu chứng khác của bệnh beriberi khô có thể mất nhiều thời gian hơn và bệnh nhân thường nản lòng. Họ nên duy trì hoạt động; vật lý trị liệu cũng sẽ giúp phục hồi.

Bệnh beriberi ở trẻ sơ sinh được điều trị bằng cách cung cấp thiamine cho cả trẻ sơ sinh và bà mẹ đang cho con bú cho đến khi mức độ bình thường.

Trong hội chứng Wernicke-Korsakoff, thiamine nên được tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm lúc đầu vì sự hấp thu thiamine ở ruột có thể bị suy giảm và bệnh nhân bị bệnh nặng. Hầu hết các triệu chứng sẽ thuyên giảm khi điều trị, mặc dù có thể bị mất trí nhớ.

Thiamine dư thừa sẽ được cơ thể bài tiết qua nước tiểu và hiếm khi có phản ứng tiêu cực với quá nhiều thiamine.

Thiamine không ổn định trong dung dịch kiềm nên không nên dùng chung với thuốc kháng axit hoặc thuốc an thần.

#### Điều trị thay thế

Các phương pháp điều trị thay thế cho bệnh beriberi trước hết là khắc phục tình trạng thiếu hụt thiamine. Giống như các phương pháp điều trị thông thường, các phương pháp điều trị thay thế cho bệnh beriberi nhấn mạnh đến chế độ ăn giàu thực phẩm cung cấp thiamine và các vitamin B khác, chẳng hạn như gạo lứt, ngũ cốc nguyên hạt, trái cây và rau sống, các loại đậu, hạt, quả hạch và sữa chua. Nên tránh uống nhiều hơn một ly chất lỏng trong bữa ăn vì điều này có thể làm trôi đi các vitamin trước khi cơ thể hấp thụ. Thiamine nên được dùng hàng ngày, với liều lượng tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh.

bệnh tật. Bổ sung thêm vitamin B, phức hợp vitamin tổng hợp và khoáng chất, và Vitamin C cũng được khuyến khích. Các liệu pháp thay thế khác có thể giúp làm giảm các triệu chứng của người bệnh sau khi tình trạng thiếu hụt thiamine được khắc phục.

## Tiên lượng

Beriberi có thể gây tử vong nếu không được điều trị và tình trạng thiếu hụt càng tồn tại lâu thì người bệnh càng ôm nặng. Hầu hết các triệu chứng có thể được cải thiện và có thể phục hồi hoàn toàn khi nồng độ thiamine trở lại bình thường và có chế độ ăn uống cân bằng và bổ sung vitamin khi cần thiết.

## Phòng ngừa

Một chế độ ăn uống cân bằng có chứa tất cả các chất dinh dưỡng thiết yếu sẽ ngăn ngừa tình trạng thiếu thiamine và sự phát triển của bệnh beriberi. Những người tiêu thụ một lượng lớn đồ ăn vặt như soda, bánh quy xoắn, khoai tây chiên, kẹo và thực phẩm có hàm lượng carbohydrate cao làm từ bột mì không được làm giàu có thể bị thiếu thiamine và các chất dinh dưỡng quan trọng khác. Họ có thể cần phải bổ sung vitamin và nên cải thiện chế độ ăn uống của mình.

### Yêu cầu về chế độ ăn uống

Nhu cầu thiamine của cơ thể gắn liền với quá trình chuyển hóa carbohydrate-carbohydrate và được biểu thị dưới dạng tổng lượng calo nạp vào. Mức trợ cấp chế độ ăn uống được khuyến nghị hiện tại (RDA) là 0,5 mg cho mỗi 1.000 calo, với mức tiêu thụ tối thiểu hàng ngày là 1 mg ngay cả đối với những người ăn ít hơn 2.000 calo mỗi ngày. RDA cho trẻ em và thanh thiếu niên cũng giống như đối với người lớn: 1,4 mg mỗi ngày đối với nam trên 11 tuổi và 1,1 mg đối với nữ. Trong thời kỳ mang thai, cần tăng liều lên 1,5 mg mỗi ngày.

Do nhu cầu năng lượng tăng lên và sự tiết thiamine qua sữa mẹ nên bà mẹ đang cho con bú cần 1,5 mg mỗi ngày. Ở trẻ sơ sinh, nên dùng 0,4 mg.

### Nguồn thực phẩm

Nguồn thực phẩm cung cấp thiamine tốt nhất là thịt lợn nạc, thịt bò, gan, men bia, đậu Hà Lan và các loại đậu, ngũ cốc nguyên hạt hoặc ngũ cốc giàu dinh dưỡng và bánh mì. Thực phẩm càng tinh chế, như gạo trắng, bánh mì trắng và một số loại ngũ cốc thì lượng thiamine càng thấp. Nhiều sản phẩm thực phẩm được làm giàu thiamine, cùng với riboflavin, niacin và sắt, để ngăn ngừa tình trạng thiếu hụt chế độ ăn uống.

Trong quá trình xay xát, gạo được đánh bóng và toàn bộ vitamin ở lớp cám bên ngoài bị mất đi. Luộc gạo trước khi xay sẽ bảo quản được vitamin bằng cách phân phối chúng khắp hạt. Các chương trình làm giàu thực phẩm đã loại bỏ bệnh beriberi ở Nhật Bản và Philippines

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Vitamin B- Họ vitamin này bao gồm thi-amine (B1), riboflavin (B2), niacin (B3), axit pantothenic (B5), pyridoxine (B6), biotin, axit folic (B9) và cobalamin (B12). Chúng phụ thuộc lẫn nhau và tham gia vào việc chuyển đổi glucose thành năng lượng.

Coenzym-Một chất cần thiết cho enzym để tạo ra nhiều phản ứng chuyển hóa năng lượng và protein trong cơ thể.

Phù-Sự tích tụ quá nhiều chất lỏng trong tế bào và mô.

Enzyme-Một loại protein hoạt động như một chất xúc tác để tạo ra những thay đổi hóa học ở các chất khác mà bản thân chúng không bị biến đổi.

Trao đổi chất-Tất cả những thay đổi vật lý và hóa học diễn ra trong cơ thể sinh vật.

Bệnh thần kinh ngoại biên-Một căn bệnh ảnh hưởng đến phần hệ thần kinh bên ngoài não và tủy sống. Một hoặc nhiều dây thần kinh có thể bị ảnh hưởng, gây mất cảm giác, yếu cơ và co rút, giảm phản xạ.

Thiamine pyrophosphate (TPP)-Coenzym chứa thiamine cần thiết trong việc chuyển hóa glucose thành năng lượng.

Giống như tất cả các vitamin B, thiamine hòa tan trong nước, có nghĩa là nó dễ dàng hòa tan trong nước. Nó sẽ rỉ ra trong quá trình nấu trong nước và bị phá hủy bởi nhiệt độ cao và nấu quá chín.

### Tài nguyên

#### SÁ CH

Anderson, Jean và Barbara Deskins. Kinh thánh dinh dưỡng.

New York: William Morrow, 1997.

Tập đoàn Burton Goldberg. Thuốc thay thế: Hướng dẫn dứt khoát. Fife, WA:

Nhà xuất bản Y học Tương lai, 1995.

Rivlin, Richard. "Thiếu vitamin." Trong hiện tại của Conn

Trị liệu, 1996, chủ biên. Robert E. Rakel. Philadelphia: WB  
Công ty Saunders, 1996.

Williams, Sue Rodwell. Những điều cần thiết về dinh dưỡng và chế độ ăn kiêng py. Philadelphia: Mosby, 1997.

#### ĐỊNH KÝ

Ryan, Ruth và cộng sự. "Beriberi bắt ngờ." Tâm lý học

(tháng 5/tháng 6 năm 1997):191-294.

Karen Ericson, RN

Chứng phình động mạch Berry xem Chứng phình động mạch não

## bệnh beriliosis

### Sự định nghĩa

Berylliosis là tình trạng viêm phổi do hít phải bụi hoặc khói có chứa nguyên tố kim loại berili.

Được tìm thấy trong đá, than, đất và bụi núi lửa, berili được sử dụng trong ngành hàng không vũ trụ và trong nhiều loại hình sản xuất nhân tạo. Bệnh Berylliosis xảy ra ở cả dạng cấp tính và mãn tính. Trong một số trường hợp, bệnh có thể xuất hiện muộn tới 20 năm sau khi tiếp xúc với berili.

### Mô tả Vào những

năm 1930, các nhà khoa học phát hiện ra rằng berili có thể làm cho bóng đèn huỳnh quang có tuổi thọ cao hơn. Trong thập kỷ tiếp theo, kim loại cứng, màu xám được xác định là nguyên nhân gây ra một căn bệnh có khả năng gây suy nhược, đôi khi gây tử vong, đặc trưng bởi khó thở và viêm, sưng tấy và sẹo phổi.

Việc sản xuất bóng đèn huỳnh quang không còn là nguồn phơi nhiễm berili nữa, nhưng các mối nguy hiểm nghiêm trọng về sức khỏe có liên quan đến bất kỳ môi trường hoặc quy trình làm việc nào trong đó khói hoặc các hạt berili bay vào không khí. Làn việc với berili tinh khiết, các hợp chất berili (ví dụ oxit berili) hoặc hợp kim berili gây ra phơi nhiễm nghề nghiệp. Các công việc liên quan đến:

- thiết bị điện tử
- sợi quang •
- sản xuất gốm sứ, khung xe đạp, gậy golf,  
gương và lò vi sóng • khai thác mỏ
- vũ khí
- hạt nhân và lò phản ứng • thu hồi  
kim loại phế liệu • kỹ thuật
- vũ trụ và nguyên tử. • công nghệ nha  
khoa và phòng thí nghiệm

Bụi và khói berili được Cơ quan Bảo vệ Môi trường (EPA) phân loại là chất gây ô nhiễm không khí độc hại. Người ta ước tính rằng 2-6% công nhân tiếp xúc với các chất gây ô nhiễm này cuối cùng sẽ phát triển bệnh berylliosis.

### Nguyên nhân và triệu chứng Ho,

khó thở và sụt cân bắt đầu đột ngột có thể là triệu chứng của bệnh berylliosis cấp tính. Tình trạng này là do ô nhiễm không khí berili gây viêm phổi khiến phổi trớ nên cứng nhắc; nó có thể ảnh hưởng đến mắt và da. Những người mắc bệnh berylliosis cấp tính thường bị bệnh nặng. Hầu hết đều hồi phục, nhưng một số chết vì căn bệnh này.

Bệnh berylliosis mãn tính là một phản ứng dị ứng khi tiếp xúc lâu dài với bụi hoặc khói berili ở mức độ thấp. Một bệnh hệ thống gây ra sự hình thành

mô phổi bất thường và sưng hạch bạch huyết, bệnh berylliosis mãn tính cũng có thể ảnh hưởng đến các bộ phận khác của cơ thể. Các triệu chứng của bệnh berylliosis mãn tính phần lớn giống như những triệu chứng của bệnh berylliosis cấp tính, nhưng chúng phát triển chậm hơn.

### Chẩn đoán Ban

đầu nghi ngờ bệnh Berylliosis nếu bệnh nhân có các triệu chứng của bệnh có tiền sử phơi nhiễm berili. X quang ngực cho thấy những thay đổi đặc trưng ở phổi.

Tuy nhiên, vì những thay đổi này có thể giống với những thay đổi do các bệnh phổi khác gây ra nên có thể cần phải xét nghiệm thêm.

Xét nghiệm tăng sinh tế bào lympho berili (BeLPT), một xét nghiệm máu có thể phát hiện độ nhạy cảm với berili (tức là phản ứng dị ứng với berili), được sử dụng để sàng lọc những cá nhân có nguy cơ phát triển bệnh berylliosis. Khi kết quả sàng lọc cho thấy mức độ nhạy cảm cao, BeLPT sẽ được thực hiện trên các tế bào được rửa sạch từ phổi. Xét nghiệm này hiện được coi là xét nghiệm chẩn đoán chính xác nhất đối với bệnh berylliosis.

### Sự đối đãi

Những người nhạy cảm với berili hoặc bệnh berili giai đoạn đầu nên được chuyển khỏi các nhiệm vụ liên quan đến phơi nhiễm berili và kiểm tra thường xuyên để xác định xem bệnh có tiến triển hay không.

Bệnh berylliosis cấp tính là một căn bệnh nghiêm trọng đôi khi có thể gây tử vong. Máy thở có thể giúp bệnh nhân mắc bệnh berylliosis cấp tính thở. Cần điều trị bằng corticosteroid kịp thời để giảm viêm phổi.

Bệnh berili mãn tính là không thể chữa được. Liệu pháp Corticosteroid thường được kê đơn, nhưng không chắc chắn rằng steroid có thể làm thay đổi sự tiến triển của bệnh và chúng không có tác dụng làm sẹo mô phổi. Làm sạch phổi bằng berili là một quá trình chậm, do đó có thể cần phải điều trị lâu dài. Liệu pháp thải sắt hiện đang được nghiên cứu như một phương pháp điều trị căn bệnh này.

### Tiêu lượng

Hầu hết bệnh nhân mắc bệnh berylliosis cấp tính đều hồi phục hoàn toàn 7-10 ngày sau khi bắt đầu điều trị và bệnh thường không gây ra di chứng.

Những bệnh nhân có phổi bị tổn thương nghiêm trọng do bệnh berylliosis mãn tính có thể bị suy tim gây tử vong do tim bị căng thẳng.

### Phòng ngừa

Loại bỏ việc tiếp xúc với berili là cách chắc chắn nhất để ngăn ngừa bệnh berylliosis. Sàng lọc những công nhân tiếp xúc với khói hoặc bụi berili hoặc những người có phản ứng dị ứng với những chất này là một cách hiệu quả để kiểm soát các triệu chứng và ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Beryllium**—Một khoáng chất kim loại, màu xám thép được sử dụng trong ngành công nghiệp hàng không vũ trụ và hạt nhân cũng như trong nhiều quy trình sản xuất.

**Liệu pháp chelat**—Một phương pháp điều trị sử dụng các chất chelat, các hợp chất bao quanh và liên kết với các chất mục tiêu cho phép chúng được bài tiết ra khỏi cơ thể.

**Corticosteroid**—Một nhóm thuốc chống viêm.

**Tài nguyên****SÁ CH**

Thoene, Jess G., chủ biên. Hướng dẫn của bác sĩ về các bệnh hiếm gặp. tái bản lần thứ 2. Montvale, NJ: Nhà xuất bản Dowden, 1995.

**TỔ CHỨC**

Hiệp hội Phổi Hoa Kỳ. 1740 Broadway, New York, NY 10019. (800) 586-4872. <<http://www.lungusa.org>>.

Nhóm hỗ trợ berili. PO Box 2021, Broomfield, CO 80038-2021. (303) 412-7065. <<http://www.chieu.com/~mhj>>.

Trung tâm Y tế Môi trường. 1025 Connecticut Ave., NW, Washington, DC 20036 (202) 293-2270.

**KHÁ C**

"Chất nền hóa học Beryllium." Trang Trung tâm Y tế Môi trường. Ngày 28 tháng 5 năm 1998 <<http://www.nsc.org/ehc/ew/chems/berylliu.htm>>.

"Bệnh berili: Giảm thiểu rủi ro." Trang Trung tâm Nghiên cứu Y học Do Thái Quốc gia. Ngày 28 tháng 5 năm 1998 <<http://www.nationaljewish.org/main.html>>.

Epler, Gary R. Trang chủ. Ngày 29 tháng 5 năm 1998. "Bệnh phổi do môi trường và nghề nghiệp." <<http://www.epler.com/occu2.html>>.

Maureen Haggerty

**Bệnh viêm phổi do berili xem Bệnh berylliosis**

**Ngộ độc berili xem Bệnh berylliosis**

**Thuốc chẹn beta-adrenergic xem Thuốc chẹn beta  
Beta-thalassemia xem Thalassemia**

**Xét nghiệm Beta2-microglobulin****Sự định nghĩa**

Beta2-microglobulin là một loại protein được tìm thấy trên bề mặt của nhiều tế bào. Việc kiểm tra được thực hiện chủ yếu khi đánh giá

ăn thịt một người vì một số loại ung thư ánh hưởng đến tế bào bạch cầu bao gồm bệnh bạch cầu lymphocytic mãn tính, ung thư hạch không Hodgkin và bệnh đa u túy hoặc bệnh thận.

**Mục đích**

Beta2-microglobulin có rất nhiều trên bề mặt bạch cầu. Việc tăng sản xuất hoặc phá hủy các tế bào này khiến nồng độ Beta2-microglobulin trong máu tăng lên. Sự gia tăng này được thấy ở những người mắc bệnh ung thư liên quan đến bạch cầu, nhưng nó đặc biệt có ý nghĩa ở những người mới được chẩn đoán mắc bệnh đa u túy. Đa u túy là một bệnh ác tính (ung thư) của một loại tế bào bạch cầu nhất định, được gọi là tế bào plasma. Tại thời điểm chẩn đoán, nồng độ Beta2-microglobulin phản ánh mức độ tiến triển của bệnh và khả năng tiên lượng cho người đó.

Khi nghĩ ngở mắc bệnh thận, việc so sánh nồng độ trong máu và nước tiểu sẽ giúp xác định vị trí thận bị tổn thương. Beta2-microglobulin thường được lọc ra khỏi máu bởi các cầu thận của thận (một khối tròn gồm các vòng mao mạch dẫn đến mỗi ống thận), chỉ được tái hấp thu một phần trở lại vào máu khi nó đến ống thận. Trong bệnh thận cầu thận, các cầu thận không thể lọc nó ra khỏi máu, do đó nồng độ chất này tăng trong máu và giảm trong nước tiểu. Trong bệnh thận ống, các ống thận không thể tái hấp thu nó vào máu, do đó lượng nước tiểu tăng và lượng máu giảm. Sau khi ghép thận, nồng độ trong máu tăng có thể là dấu hiệu sớm của sự đào thải.

Nồng độ nước tiểu tăng cao được thấy ở những người bị tổn thương thận do tiếp xúc nhiều với kim loại nặng cadmium và thủy ngân. Việc kiểm tra định kỳ những công nhân tiếp xúc với các kim loại này giúp phát hiện tổn thương thận ban đầu.

Nồng độ Beta2-microglobulin cũng tăng lên trong quá trình nhiễm một số loại vi-rút, bao gồm vi-rút cytomegalovirus và vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV). Các nghiên cứu cho thấy rằng khi bệnh HIV tiến triển, nồng độ beta2-microglobulin cũng tăng lên.

**Sự miêu tả**

Các phương pháp xét nghiệm khác nhau, nhưng hầu hết đều liên quan đến việc thêm huyết thanh của người đó–phản ứng lắng, màu vàng của máu–hoặc nước tiểu vào một hoặc nhiều chất liên kết với beta2-microglobulin trong huyết thanh hoặc nước tiểu. Lượng chất liên kết với beta2-microglobulin được đo và lượng beta2-microglobulin ban đầu được xác định.

Xét nghiệm được bảo hiểm chi trả khi có vấn đề về mặt y tế cần thiết. Kết quả thường có vào ngày hôm sau.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Beta2-microglobulin**—Một loại protein được tìm thấy trên bề mặt của nhiều tế bào, đặc biệt là tế bào bạch cầu.

Bệnh bạch cầu lymphocytic mãn tính—Một loại ung thư tế bào máu được đặc trưng bởi số lượng lớn tế bào bạch cầu trưởng thành, ung thư và các hạch bạch huyết mở rộng.

**Bệnh thận cầu thận**—Bệnh thận ảnh hưởng đến cầu thận, một phần của thận có chức năng lọc một số chất ra khỏi máu.

**Đa u túy**—Một khối u ác tính (ung thư) của một loại tế bào bạch cầu nhất định, được gọi là tế bào plasma.

**Ung thư hạch không Hodgkin**—Ung thư bắt nguồn từ hệ bạch huyết và thường lây lan khắp cơ thể.

**Bệnh thận hình ống**—Bệnh thận ảnh hưởng đến các ống thận, một phần của thận cho phép một số chất được tái hấp thu trở lại vào máu.

**Sự chuẩn bị**

Xét nghiệm máu cần 5 mL máu. Nhân viên y tế buộc dây garô trên cánh tay trên của người bệnh, xác định vị trí 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.

Nước tiểu có thể được thu thập một lần hoặc được thu thập trong khoảng thời gian 24 giờ. Nước tiểu phải được làm lạnh cho đến khi được đưa đến phòng thí nghiệm và không được có tính axit.

**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. Chườm ấm lên vết thủng giúp giảm bớt sự khó chịu.

**Kết quả bình thường**

- **Huyết thanh:** nhỏ hơn hoặc bằng 2,7 g/mL
- **Nước tiểu:** dưới 1 mg/24 giờ hoặc 0-160 g/L

**Kết quả bất thường**

Ý nghĩa của kết quả bất thường thay đổi tùy theo tình trạng lâm sàng của người được xét nghiệm. Ở một người có

đa u túy, mức độ cao hơn có nghĩa là tiên lượng xấu hơn mức độ thấp hơn. Ở người mắc bệnh thận, nồng độ trong máu tăng có nghĩa là vấn đề nằm ở ống thận chứ không phải cầu thận. Ở bệnh nhân ghép thận, sự gia tăng này có thể là dấu hiệu của sự đào thải, lượng thuốc chống thải ghép độc hại hoặc nhiễm virus. Mức độ tăng cao ở người công nhân tiếp xúc với cadmium hoặc thủy ngân có thể báo hiệu tổn thương thận bắt đầu và ở người nhiễm HIV, bệnh đang tiến triển.

**Tài nguyên****SÁ CH**

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.

Lehmann, Craig A. Saunders Cẩm nang Khoa học Phòng thí nghiệm Lâm sàng. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1998.

**ĐỊNH KÝ**

Bethea, Marc và Donald R. Forman. "Beta2-Microglobulin: Ý nghĩa và tính hữu ích lâm sàng của nó." Biên niên sử Khoa học Lâm sàng và Phòng thí nghiệm (tháng 5/tháng 6 năm 1990): 163-168.

Henne, V., P. Frei và PL Burgisser. "Xác định nhanh chóng và tự động Beta2-microglobulin-A cho nhiều ứng dụng lâm sàng." Nghiên cứu chống ung thư (tháng 7/tháng 8 năm 1997): 2915-2918.

Nancy J. Nordenson

**Thuốc chẹn beta****Sự định nghĩa**

Thuốc chẹn beta là thuốc ảnh hưởng đến phản ứng của cơ thể đối với các xung thần kinh nhất định. Điều này làm giảm lực và tốc độ co bóp của tim, làm giảm huyết áp và giảm nhu cầu oxy của tim.

**Mục đích**

Công dụng chính của thuốc chẹn beta là điều trị huyết áp cao. Một số cũng được sử dụng để làm giảm cơn đau ngực gọi là đau thắt ngực hoặc để ngăn ngừa cơn đau tim ở những người đã từng bị đau tim. Những loại thuốc này cũng có thể được kê đơn cho các tình trạng khác, chẳng hạn như chứng đau nửa đầu, run và nhịp tim không đều. Ở dạng thuốc nhỏ mắt, chúng được sử dụng để điều trị một số loại bệnh tăng nhãn áp.

**Sự miêu tả**

Thuốc chẹn beta, còn được gọi là thuốc chẹn beta-adrenergic, chỉ được cung cấp khi có đơn thuốc của bác sĩ.

Thuốc có dạng viên nang, viên nén, dạng lỏng và dạng tiêm. Một số thuốc chẹn beta phổ biến là atenolol (Tenormin), metoprolol (Lopressor), nadolol (Corgard), propranolol (Inderal) và timolol (Blocadren). Timolol và một số thuốc chẹn beta khác cũng được bán dưới dạng thuốc nhỏ mắt để điều trị bệnh tăng nhãn áp. Thuốc nhỏ mắt có chứa thuốc chẹn beta bao gồm betaxolol (Betoptic), carteolol (Ocupress) và timolol (Timoptic).

#### Liều lượng khuyến nghị

Liều lượng khuyến cáo tùy thuộc vào loại, cường độ, dạng thuốc chẹn beta và tình trạng bệnh được kê đơn. Kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn thuốc hoặc được sĩ đã điền đơn thuốc để biết liều lượng chính xác.

Thuốc này có thể mất vài tuần để giảm huyết áp đáng kể. Dùng nó đúng theo chỉ dẫn là điều quan trọng.

Dừng ngừng dùng thuốc này mà không kiểm tra với bác sĩ đã kê đơn. Một số tình trạng có thể trở nên tồi tệ hơn khi bệnh nhân ngừng dùng thuốc chẹn beta đột ngột. Điều này cũng có thể làm tăng nguy cơ đau tim ở một số người. Vì những tác dụng phụ có thể xảy ra này, điều quan trọng là phải dự trữ đủ thuốc để dùng trong những ngày cuối tuần, ngày lễ và kỳ nghỉ.

Các bác sĩ có thể khuyên bệnh nhân nên kiểm tra mạch trước và sau khi dùng thuốc này. Nếu mạch trở nên quá chậm, các vấn đề về tuần hoàn có thể xảy ra.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Gặp bác sĩ thường xuyên trong khi dùng thuốc chẹn beta là điều quan trọng. Bác sĩ sẽ kiểm tra để đảm bảo thuốc hoạt động bình thường và theo dõi các tác dụng phụ không mong muốn. Những người bị huyết áp cao thường cảm thấy hoàn toàn khỏe mạnh. Tuy nhiên, họ nên tiếp tục đến gặp bác sĩ ngay cả khi họ cảm thấy khỏe để bác sĩ có thể theo dõi chặt chẽ tình trạng của họ. Bệnh nhân cũng cần tiếp tục dùng thuốc ngay cả khi họ cảm thấy khỏe.

Thuốc chẹn beta sẽ không chữa được bệnh cao huyết áp nhưng sẽ giúp kiểm soát tình trạng này. Để tránh những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng mà huyết áp cao có thể gây ra, bệnh nhân có thể phải dùng thuốc suốt đời. Hơn nữa, chỉ dùng thuốc thôi có thể không đủ. Bệnh nhân bị huyết áp cao cũng có thể cần tránh một số loại thực phẩm và kiểm soát cân nặng. Chuyên gia chăm sóc sức khỏe đang điều trị tình trạng này có thể đưa ra lời khuyên về những biện pháp cần thiết.

Bệnh nhân đang điều trị huyết áp cao không nên thay đổi chế độ ăn uống mà không hỏi ý kiến bác sĩ.

Bất kỳ ai đang dùng thuốc chẹn beta để điều trị huyết áp cao không nên dùng bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc thuốc không kê đơn nào khác mà không hỏi ý kiến bác sĩ trước. Một số loại thuốc có thể làm tăng huyết áp.

Bất kỳ ai đang dùng thuốc chẹn beta phải báo cho chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ trách trước khi thực hiện bất kỳ thủ thuật phẫu thuật hoặc nha khoa nào hoặc nhận điều trị khẩn cấp.

Một số thuốc chẹn beta có thể thay đổi kết quả của một số xét nghiệm y tế nhất định. Trước khi làm các xét nghiệm y tế, bất kỳ ai dùng thuốc này nên báo cho chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ trách.

Một số người cảm thấy buồn ngủ, chóng mặt hoặc choáng váng khi dùng thuốc chẹn beta. Bất cứ ai sử dụng các loại thuốc này không nên lái xe, sử dụng máy móc hoặc làm bất cứ điều gì khác có thể nguy hiểm cho đến khi họ phát hiện ra thuốc ảnh hưởng đến mình như thế nào.

Thuốc chẹn beta có thể làm tăng độ nhạy cảm với cảm lạnh, đặc biệt ở người lớn tuổi hoặc những người có hệ tuần hoàn kém. Người dùng thuốc này nên mặc ấm khi trời lạnh và cẩn thận không để bị cảm lạnh quá lâu.

Những người thường bị đau ngực khi tập thể dục hoặc gắng sức có thể không bị đau khi dùng thuốc chẹn beta. Điều này có thể khiến họ hoạt động nhiều hơn mức cần thiết. Bất cứ ai dùng thuốc này nên hỏi bác sĩ của mình mức độ tập thể dục và hoạt động là an toàn.

Người lớn tuổi có thể nhạy cảm một cách bất thường với tác dụng của thuốc chẹn beta. Điều này có thể làm tăng nguy cơ tác dụng phụ.

Các bác sĩ có thể khuyên những người dùng thuốc chẹn beta đeo hoặc mang theo giấy tờ tùy thân y tế cho biết họ đang dùng thuốc này.

#### 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 dùng thuốc chẹn beta. Trước khi dùng các loại thuốc này, hãy nhớ cho bác sĩ biết về bất kỳ tình trạng nào sau đây:

**Dị ứng.** Bất cứ ai từng có phản ứng bất thường với thuốc chẹn beta 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 vết côn trùng đốt, thuốc, thực phẩm, thuốc nhuộm, chất bảo quản hoặc các chất khác. Ở những người bị dị ứng với thuốc, thực phẩm hoặc vết đốt của côn trùng, thuốc chẹn beta có thể làm cho phản ứng dị ứng trở nên nghiêm trọng hơn và khó điều trị hơn. Bất cứ ai có phản ứng dị ứng khi dùng thuốc chẹn beta nên được chăm sóc y tế ngay lập tức và phải đảm bảo rằng



Vì thuốc Tenormin LS (atenolol), một loại thuốc ngăn chặn thụ thể beta hoặc thuốc chẹn beta. Loại thuốc này được sử dụng rộng rãi để điều trị chứng đau thắt ngực, hạ huyết áp hoặc điều chỉnh nhịp tim bất thường. (Ảnh của Adam Hart-Davis, Photo Studies, Inc. Được sao chép dưới sự cho phép.)

bác sĩ phụ trách biết rằng họ đang dùng thuốc này.

Thuốc chẹn beta cũng có thể gây ra phản ứng nghiêm trọng ở những người tiêm ngừa dị ứng. Bất cứ ai dùng thuốc này phải chắc chắn thông báo cho bác sĩ trước khi tiêm bất kỳ mũi dị ứng nào.

**BỆNH TIỀU ĐƯỜNG.** Thuốc chẹn beta có thể làm tăng lượng đường trong máu và có thể che giấu một số triệu chứng của lượng đường trong máu thấp. Bệnh nhân tiểu đường nên thảo luận những vấn đề có thể xảy ra với bác sĩ của họ.

**THAI KỲ.** Một số nghiên cứu về thuốc chẹn beta cho thấy những loại thuốc này gây ra vấn đề ở trẻ sơ sinh có mẹ sử dụng chúng trong thời kỳ mang thai. Các nghiên cứu khác không cho thấy tác dụng như vậy. Phụ nữ đang mang thai hoặc có thể mang thai nên kiểm tra với bác sĩ về việc sử dụng thuốc chẹn beta.

**NUÔI CON BÚ.** Một số thuốc chẹn beta truyền vào sữa mẹ và có thể gây ra các vấn đề về hô hấp, nhịp tim chậm và huyết áp thấp ở trẻ bú mẹ có mẹ dùng thuốc. Những phụ nữ cần dùng thuốc chẹn beta và muốn cho con bú bằng sữa mẹ nên hỏi ý kiến bác sĩ.

**CÁC ĐIỀU KIỆN Y TẾ KHÁC.** Thuốc chẹn beta có thể làm tăng các vấn đề về hô hấp hoặc làm cho phản ứng dị ứng trở nên nghiêm trọng hơn ở những người bị dị ứng, viêm phế quản hoặc khí thũng.

Ở những người có tuyến giáp hoạt động quá mức, việc ngừng thuốc chẹn beta đột ngột có thể làm tăng các triệu chứng.

Ngoài ra, dùng thuốc này có thể làm giảm nhịp tim nhanh, đây là một trong những triệu chứng của tuyến giáp hoạt động quá mức.

Tác dụng của những loại thuốc này có thể lớn hơn ở những người mắc bệnh thận hoặc gan vì thuốc được đào thải khỏi cơ thể chậm hơn.

Thuốc chẹn beta cũng có thể làm cho các tình trạng bệnh lý sau đây trở nên tồi tệ hơn:

- Bệnh tim hoặc mạch máu
- Nhịp tim chậm bất thường (nhịp tim chậm)
- Bệnh nhược cơ (bệnh mẫn tính gây yếu cơ và có thể bị tê liệt)
- Bệnh vẩy nến (ngứa, bong vẩy, có mảng da đỏ) • Trầm cảm (hiện tại hoặc trước đây).

Trước khi sử dụng thuốc chẹn beta, những người có bất kỳ vấn đề y tế nào được liệt kê trong phần này phải đảm bảo rằng bác sĩ của họ biết về tình trạng của họ.

**SỬ DỤNG MỘT SỐ THUỐC.** Dùng thuốc chẹn beta 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

Các tác dụng phụ thường gặp nhất là chóng mặt, buồn ngủ, choáng váng, khó ngủ, mệt mỏi hoặc suy nhược bất thường và giảm khả năng tình dục. Ở nam giới, điều này có thể xảy ra do bất lực hoặc xuất tinh chậm.

Những vấn đề này thường biến mất khi cơ thể thích ứng với thuốc và không cần điều trị y tế trừ khi chúng dai dẳng hoặc ảnh hưởng đến các hoạt động bình thường.

Tác dụng phụ nghiêm trọng hơn có thể xảy ra. Nếu xảy ra bất kỳ tác dụng phụ nào sau đây, hãy liên hệ với bác sĩ đã kê đơn thuốc càng sớm càng tốt:

- Vấn đề về hô hấp

- Nhịp tim chậm
- Lạnh tay chân
- Sưng mắt cá chân, bàn chân hoặc cẳng chân.
- Tinh thần suy sụp.

Các tác dụng phụ khác có thể xảy ra. Bất cứ ai có các triệu chứng bất thường sau khi dùng thuốc chẹn beta nên liên hệ với bác sĩ của mình.

### Tương tác

Thuốc chẹn beta 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 thuốc chẹn beta 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 chẹn beta là:

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Đau thắt ngực–Cảm giác tức ngực, nặng nề hoặc đau ở ngực do thiếu oxy trong thành cơ tim.**

**Bệnh tăng nhãn áp–Một tình trạng trong đó áp lực trong mắt cao bất thường. Nếu không được điều trị, bệnh tăng nhãn áp có thể dẫn đến mù lòa.**

**Chứng đau nửa đầu–Một cơn đau đầu nhức nhối thường chỉ ảnh hưởng đến một bên đầu. Buồn nôn, nôn, tăng độ nhạy cảm với ánh sáng và các triệu chứng khác thường đi kèm với chứng đau nửa đầu.**

- Thuốc chẹn kênh canxi và huyết áp khác thuốc. Sử dụng những loại thuốc này với thuốc chẹn beta có thể gây ra tác dụng không mong muốn trên tim.
- Thuốc insulin và thuốc trị tiểu đường dùng đường uống. bản thử nghiệm thuốc chẹn gây ra lượng đường trong máu cao hoặc che giấu các triệu chứng của lượng đường trong máu thấp.
- Thuốc ức chế monoamine oxidase (MAO) như phenel-zine (Nardil) hoặc tranylcypromine (Parnate), dùng để điều trị các tình trạng bao gồm trầm cảm và bệnh Parkinson. Dùng thuốc chẹn beta cùng lúc hoặc trong hai tuần dùng thuốc ức chế MAO có thể gây ra tình trạng nghiêm trọng huyết áp cao.
- Thuốc mở đường thở (thuốc giãn phế quản) như aminophylline (Somophyllin), dyphylline (Lufyillin) oxtriphylline (Choledyl), hoặc theophylline (Somo-phyllin-T). Khi kết hợp với thuốc chẹn beta, tác dụng của cả thuốc chẹn beta và thuốc mở đường thở có thể bị giảm đi.
- Cócain. Huyết áp cao, nhịp tim nhanh và tim ván đè có thể xảy ra khi cocaine và thuốc chẹn beta được kết hợp. Ngoài ra, cocaine có thể ảnh hưởng đến tác dụng của thuốc chẹn beta.
- Chích ngừa dị ứng hoặc xét nghiệm dị ứng da. Thuốc chẹn beta có thể tăng nguy cơ phản ứng nghiêm trọng với những thuốc này.

Danh sách trên có thể không bao gồm mọi loại thuốc tương tác với thuốc chẹn beta. Hãy chắc chắn kiểm tra với bác sĩ hoặc dược sĩ trước khi kết hợp thuốc chẹn beta với bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc không kê đơn (không kê đơn) nào khác.

Nancy Ross-Flanigan

**Betamethasone xem Corticosteroid****Teo ống mật xem Teo đường mật****Ung thư ống mật****Sự định nghĩa**

Ung thư ống mật, hay ung thư đường mật, là một khối u ác tính của ống mật trong gan (trong gan), hoặc dẫn từ gan đến ruột non (extrahepat-ic). Đây là một khối u hiếm gặp với kết quả kém đối với hầu hết bệnh nhân.

**Sự miêu tả**

Mật là một chất do gan sản xuất ra hỗ trợ quá trình tiêu hóa thức ăn. Ông mật là những kênh vận chuyển mật từ gan xuống ruột non. Giống các nhánh sông, các ống mật nhỏ ở gan hội tụ thành hai ống mật lớn gọi là trái và phải ống gan. Chúng thoát ra khỏi gan và tham gia để tạo thành ống gan chung. Túi mật có nhiệm vụ cô đặc và dự trữ mật, đổ vào túi mật chung ống gan để tạo thành ống mật chung. Cuối cùng, điều này ống lớn nối với ruột non nơi chứa mật có thể giúp tiêu hóa thức ăn. Nói chung, mạng lưới mật này ống dẫn được gọi là đường mật.

Ung thư ống mật bắt nguồn từ các tế bào lót bì mật bên trong của ống mật. Khối u có thể phát sinh bất cứ nơi nào dọc theo đường mật, trong hoặc ngoài của gan. Các khối u ống mật thường phát triển chậm các khối u lây lan bằng cách xâm lấn cục bộ sang các vùng lân cận cấu trúc và thông qua các kênh bạch huyết.

Ung thư ống mật là một bệnh ác tính hiếm gặp. Bên trong Hoa Kỳ, khoảng một trường hợp phát sinh trên 100.000 người mỗi năm, nhưng phổ biến hơn ở vùng Đông Nam Bộ Châu Á. Nó xảy ra ở nam giới chỉ thường xuyên hơn một chút so với ở phụ nữ, và nó thường được chẩn đoán ở những người ở tuổi 50 và 60 của họ.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

Một số yếu tố nguy cơ có liên quan đến

Sự phát triển của ung thư ống mật:

- Viêm đường mật xơ cứng nguyên phát. Bệnh này có đặc điểm là sẹo rộng ở đường mật, đôi khi liên quan đến bệnh viêm ruột.
- U nang ống mật chủ. Đây là sự giãn nở bất thường của đường mật thường hình thành trong quá trình phát triển của thai nhi. Có bằng chứng cho thấy những u nang này hiếm khi phát sinh khi trưởng thành.
- Bệnh sỏi gan. Đây là điều kiện hình thành sỏi trong gan (không bao gồm sỏi túi mật).
- Sán lá gan. Nhiễm ký sinh trùng với một số loại giun là được cho là ít nhất chịu trách nhiệm một phần về mức độ cao hơn tỷ lệ mắc ung thư ống mật ở Đông Nam Á.

Hàng

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

**Chụp động mạch-Kiểm tra chụp X quang mạch máu sau khi tiêm thuốc nhuộm đặc biệt**

**Chụp đường mật- Kiểm tra chụp X quang ống mật sau khi tiêm thuốc nhuộm đặc biệt**

**Chụp cắt lớp vi tính - Kiểm tra bằng chụp X quang để thu được hình ảnh các mặt cắt ngang của cơ thể**

**Vàng da - Da và mắt có màu vàng do dư thừa bilirubin trong máu**

**Bạch huyết-Liên quan đến bạch huyết, chất lỏng trong suốt được thu thập từ các mô, chảy qua các mạch đặc biệt và tham gia vào tuần hoàn tĩnh mạch**

**Di căn-Sự lây lan của các tế bào khối u từ bộ phận này sang bộ phận khác của cơ thể**

**Cắt bỏ-Để phẫu thuật cắt bỏ một phần cơ thể**

**Stent-ống thông hoặc que rỗng mảnh được đặt bên trong mạch máu để tạo sự hỗ trợ hoặc duy trì sự thông thoáng**

**Siêu âm-Kỹ thuật chụp ảnh X quang sử dụng sóng âm tần số cao**

- Thuốc cản quang.** Đây là một loại hóa chất trước đây đã được tiêm vào tĩnh mạch trong một số loại tia X. Nó không còn được sử dụng nữa.

**Việc tiếp xúc với Thorotrust có liên quan đến sự phát triển bệnh ung thư gan cũng như ống mật.**

**Triệu chứng**

**Vàng da là triệu chứng đầu tiên ở 90% bệnh nhân.**

Điều này xảy ra khi khối u ống mật gây tắc nghẽn dòng chảy bình thường của mật từ gan đến ruột non. Bilirubin, một thành phần của mật, tích tụ trong gan và được hấp thụ vào máu với số lượng quá mức. Điều này có thể được phát hiện trong xét nghiệm máu, nhưng nó cũng có thể biểu hiện dưới dạng da và mắt chuyển sang màu vàng. Bilirubin trong máu cũng làm cho nước tiểu có màu sẫm. Ngoài ra, bệnh nhân có thể bị ngứa toàn thân do sự lắng đọng của các thành phần mật trong da. Thông thường, một phần mật được bài tiết qua phân; mật thực sự làm cho phân có màu nâu. Nhưng khi đường mật bị tắc nghẽn bởi khối u, phân có thể có màu nhạt.

**Đau bụng , mệt mỏi, sụt cân và kém ăn là những triệu chứng ít gặp hơn.** Đôi khi, nếu tắc nghẽn đường mật làm cho túi mật

sưng to nhưng không gây đau, bác sĩ có thể sờ thấy túi mật khi khám sức khỏe. Đôi khi đường mật có thể bị nhiễm trùng, nhưng đây thường là hậu quả hiếm gặp của các xét nghiệm xâm lấn. Nhiễm trùng gây sốt, ớn lạnh và đau ở phần trên bên phải của bụng.

**Chẩn đoán**

Một số xét nghiệm máu trong phòng thí nghiệm có thể hỗ trợ chẩn đoán. Điều quan trọng nhất là xét nghiệm nồng độ bilirubin trong máu tăng cao. Mức độ phosphatase kiềm và CA 19-9 cũng có thể tăng cao.

Khi các triệu chứng, dấu hiệu thực thể và xét nghiệm máu cho thấy sự bất thường của đường mật, bước tiếp theo là xét nghiệm X quang. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính (CT scan) không xâm lấn và nhanh chóng. Những xét nghiệm này thường có thể phát hiện khối u thực tế cũng như sự giãn nở của đường mật bị tắc nghẽn. Nếu những xét nghiệm này cho thấy sự hiện diện của một khối u thì cần phải thực hiện chụp đường mật. Thủ tục này bao gồm việc tiêm thuốc nhuộm vào đường mật để thu được hình ảnh giải phẫu của ống mật và khối u. Chuyên gia thực hiện xét nghiệm này cũng có thể chèn các ống nhỏ hoặc ống đỡ động mạch vào phần bị tắc nghẽn một phần của ống mật để ngăn chặn sự tắc nghẽn thêm do khối u phát triển. Điều này cực kỳ quan trọng vì đây có thể là biện pháp can thiệp duy nhất khả thi ở một số bệnh nhân. Chụp đường mật là một xét nghiệm xâm lấn có nguy cơ nhiễm trùng đường mật nhỏ.

Mục tiêu của các xét nghiệm X quang này là xác định kích thước và vị trí của khối u, cũng như mức độ lan rộng đến các cấu trúc lân cận.

**Việc điều trị các khối u ống mật thường không bị ảnh hưởng bởi loại tế bào ung thư cụ thể tạo nên khối u. Vì lý do này, một số bác sĩ đã bỏ qua việc sinh thiết khối u.**

**Sự đối đãi**

Việc điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ (cắt bỏ) khối u và tất cả các cấu trúc liên quan. Thật không may, đôi khi ung thư đã lan quá xa khi chẩn đoán được thực hiện. Vì vậy, trong điều trị ung thư ống mật, câu hỏi đầu tiên cần trả lời là liệu khối u có thể được cắt bỏ an toàn bằng phẫu thuật với lợi ích hợp lý cho bệnh nhân hay không. Nếu ung thư liên quan đến một số mạch máu hoặc đã lan rộng khắp gan thì việc cắt bỏ có thể không thực hiện được. Đôi khi cần phải xét nghiệm xâm lấn thêm.

**Chụp động mạch có thể xác định xem các mạch máu có liên quan hay không.** Nội soi ổ bụng là một thủ tục phẫu thuật cho phép bác sĩ phẫu thuật đánh giá trực tiếp khối u và các hạch bạch huyết gần đó mà không cần rạch một đường lớn ở bụng. Chỉ có khoảng 45% bệnh ung thư ống mật cuối cùng có thể cắt bỏ được.

Nếu khối u có thể cắt bỏ được và bệnh nhân đủ sức khỏe để chịu đựng được cuộc phẫu thuật thì loại phẫu thuật cụ thể được thực hiện sẽ phụ thuộc vào vị trí của khối u.

Đối với các khối u trong gan hoặc ở vị trí cao trong đường mật, có thể cần phải cắt bỏ một phần gan. Các khối u ở phần giữa của đường mật có thể được loại bỏ một mình. Các khối u ở phần dưới của đường mật có thể cần phải cắt bỏ một phần tuyến tuy, ruột non và dạ dày để đảm bảo cắt bỏ hoàn toàn.

Thật không may, đôi khi ung thư có vẻ như có thể cắt bỏ được bằng tất cả các xét nghiệm X quang và xâm lấn, nhưng lại được phát hiện là không thể cắt bỏ được trong quá trình phẫu thuật. Trong trường hợp này, phẫu thuật bắc cầu có thể làm giảm tắc nghẽn đường mật nhưng không loại bỏ được khối u. Điều này không tạo ra cách chữa trị nhưng nó có thể mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân.

Hóa trị và xạ trị chưa được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị ung thư ổ mật.

#### Tiên lượng

Tiên lượng phụ thuộc vào giai đoạn và khả năng cắt bỏ khối u. Nếu bệnh nhân không thể phẫu thuật cắt bỏ thì tỷ lệ sống sót thường dưới một năm. Nếu khối u được cắt bỏ, tỷ lệ sống sót sẽ được cải thiện, với 20% số bệnh nhân này sống sót sau 5 năm.

#### Các thử nghiệm lâm sàng

Các nghiên cứu về phương pháp điều trị mới ở bệnh nhân được gọi là thử nghiệm lâm sàng. Những thử nghiệm này tìm cách so sánh phương pháp chăm sóc tiêu chuẩn với một phương pháp mới hoặc các thử nghiệm có thể nhằm mục đích xác định liệu một phương pháp điều trị có lợi hơn cho một số bệnh nhân so với những phương pháp khác hay không. Đôi khi, một phương pháp điều trị mới chưa được cung cấp trên quy mô rộng có thể được cung cấp cho những bệnh nhân tham gia thử nghiệm lâm sàng, nhưng việc tham gia thử nghiệm có thể tiềm ẩn một số rủi ro. Để tìm hiểu thêm về các thử nghiệm lâm sàng, bệnh nhân có thể gọi đến Viện Ung thư Quốc gia (NCI) theo số 1-800-4-CANCER hoặc truy cập trang web NCI dành cho bệnh nhân tại <http://www.cancertrials.nci.nih.gov>.

#### Phòng ngừa

**Khác với việc tránh nhiễm trùng do gan**  
sán lá gan, không có biện pháp phòng ngừa nào được biết đến đối với bệnh ung thư này.

#### Tài nguyên

#### SÁCH

Ahrendt, Steven A. và Henry A. Pitt. "Đường mật." Trong Sách giáo khoa Phẫu thuật Sabiston, do Courtney Townsend Jr. biên tập, tái bản lần thứ 16. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 2001, trang 1076-1111.

Callery, Mark P. và William C. Meyers. "Ung thư ổ mật."

Trong Liệu pháp phẫu thuật hiện tại, do John L. Cameron biên tập, tái bản lần thứ sáu. St Louis: Mosby, 1998, tr.455-161.

"Ung thư đường mật." Trong Ung thư lâm sàng, được biên tập bởi Abeloff, Martin D., tái bản lần thứ hai. New York: Churchill Livingstone, 2000, tr.1722-1723.

#### TỔ CHỨC

Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ. 1-800-ACS 2345. <<http://www.ungthu.org>>.

Dịch vụ thông tin ung thư của Viện Ung thư Quốc gia. 1-800-4-

BỆNH UNG THƯ. <<http://www.nci.nih.gov>>.

Tổ chức Gan Hoa Kỳ. 1-800-GO-LIVER (1-800-465-4837). <<http://www.liverfoundation.org>>.

Kevin O. Hwang, MD

#### Nhiễm trùng ổ mật xem Viêm đường mật

#### Tắc nghẽn dòng mật xem Ú mật

#### Bệnh bilharzz xem bệnh sán máng

## Hẹp đường mật

#### Sự định nghĩa

Hẹp đường mật là tình trạng thai nhi không phát triển được đường dẫn thích hợp để mật chảy từ gan xuống ruột.

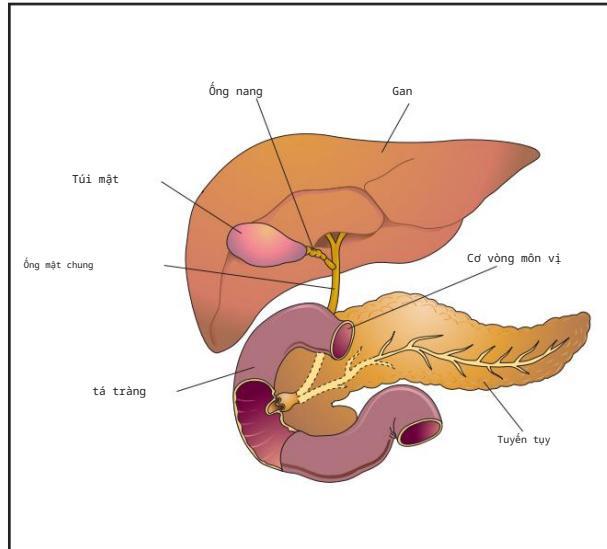
#### Mô tả Teo đường

mật là bệnh gan gây tử vong phổ biến nhất ở trẻ em, xảy ra cứ 10.000-15.000 ca sinh sống một lần. Một nửa số ca ghép gan được thực hiện vì lý do này.

Giải phẫu bình thường của hệ thống mật bắt đầu từ gan, nơi có hàng ngàn ống dẫn mật nhỏ thu thập mật từ tế bào gan. Các ống dẫn này hợp nhất thành các kênh lớn hơn và lớn hơn, giống như dòng suối chảy vào sông, cho đến khi tắt cả đổ vào một ống dẫn duy nhất đổ vào bộ đôi (phản đầu tiên của ruột non). Giữa gan và tá tràng, ống này có một kênh bên nối với túi mật. Túi mật lưu trữ mật và có đặc tính, loại bỏ phần lớn lượng nước trong nó.

Sau đó, khi thức ăn đến dạ dày, túi mật sẽ co bóp và làm rỗng chất chứa bên trong.

Mật là hỗn hợp các chất thải mà gan loại bỏ khỏi hệ tuần hoàn và bài tiết qua hệ thống mật vào ruột. Trên đường ra ngoài, mật hỗ trợ tiêu hóa một số chất dinh dưỡng. Nếu mật không thể thoát ra ngoài do các kênh không có hoặc bị tắc nghẽn, nó sẽ chảy ngược vào gan và cuối cùng đi vào phần còn lại của cơ thể. Sắc tố chính trong mật là một chất hóa học gọi là bilirubin, có màu vàng. Bilirubin là sản phẩm phân hủy của huyết sắc tố (hóa chất màu đỏ trong máu mang oxy). Nếu cơ thể tích tụ quá nhiều bilirubin,



Hẹp đường mật là một tình trạng bẩm sinh trong đó đường dẫn mật từ gan xuống ruột không được phát triển. Đây là bệnh gan gây tử vong phổ biến nhất ở trẻ em. (Minh họa của Electronic Illustrators Group).

nó chuyển sang màu vàng (vàng da). Mật cũng làm phân có màu nâu. Không có nó, phân sẽ có màu như đất sét.

#### Nguyên nhân và triệu chứng Có

thì nguyên nhân gây ra bệnh này là do nhiễm virus, nhưng bằng chứng vẫn chưa thuyết phục. Nguyên nhân vẫn chưa được biết.

Trẻ sơ sinh bị ảnh hưởng sẽ xuất hiện bình thường khi sinh và trong thời kỳ sơ sinh. Sau hai tuần, bệnh vàng da bình thường của trẻ sơ sinh sẽ không biến mất và phân có thể sẽ có màu đất sét. Lúc này, tình trạng bệnh sẽ được bác sĩ chú ý. Nếu không, bụng của trẻ sẽ bắt đầu sưng lên và trẻ sẽ ngày càng ốm nặng hơn. Gần như tất cả trẻ em không được điều trị sẽ chết vì suy gan trong vòng hai năm.

#### Chẩn đoán Tình

trạng vàng da dai dẳng sau tuần thứ hai ở trẻ sơ sinh có phân màu đất sét là dấu hiệu chắc chắn của sự tắc nghẽn dòng chảy của mật. Đánh giá ngay lập tức bao gồm xét nghiệm máu và hình ảnh hệ thống mật sẽ xác nhận chẩn đoán.

#### Sự đối đãi

Phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất. Bằng cách nào đó, bác sĩ phẫu thuật phải tạo ra một con đường thích hợp để mật thoát khỏi gan vào ruột. Giải phẫu thay đổi của hệ thống mật là khác nhau trong mỗi trường hợp, đòi hỏi sự

#### ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Tá tràng- Phần đầu tiên của ruột non, bắt đầu từ cửa ra của dạ dày.

Hemoglobin- Hóa chất màu đỏ chứa sắt trong máu mang oxy đến các mô.

Bệnh vàng da- Màu vàng xảy ra ở bệnh nhân có gan không thể bài tiết bilirubin. Một tình trạng bình thường trong tuần đầu tiên của cuộc đời do khả năng xử lý một số chất thải nhất định của trẻ sơ sinh bị chậm lại.

Kernicterus-Một căn bệnh có khả năng gây tử vong ở trẻ sơ sinh do sự tích tụ quá mức sắc tố mật bilirubin.

kỹ năng và kinh nghiệm của geon để lựa chọn và thực hiện phương án hiệu quả nhất trong số nhiều phương án. Nếu tắc nghẽn chỉ nằm giữa túi mật và ruột thì có thể gắn một đoạn ruột trực tiếp vào túi mật. Nhiều khả năng là hệ thống đường mật trên cũng không đủ khả năng và bác sĩ phẫu thuật sẽ gắn một đoạn ruột trực tiếp vào gan-thủ thuật Kasai. Bằng trí tuệ của mình, cơ thể sẽ phát hiện ra rằng các ống mật nhỏ ở phần gan đó đang thải mật trực tiếp vào ruột. Mật sẽ bắt đầu chảy theo hướng đó và các kênh sẽ dần dần mở rộng. Tỷ lệ sống sót của thủ thuật Kasai thường là 50% sau 5 năm và 15% sau 10 năm. Bệnh gan dai dẳng dần dần phá hủy cơ quan này.

Việc ghép gan phải được dự đoán trước ở tất cả mọi người, ngoại trừ một số ít bệnh nhân tiếp tục tiến triển tốt sau thủ thuật Kasai. Kinh nghiệm tích lũy và các kỹ thuật ghép gan mới hơn đang mang lại những kết quả ban đầu rất đáng hài lòng.

#### Tiền lượng

Trước khi có phương pháp cấy ghép gan, ngay cả phẫu thuật nhanh chóng và hiệu quả cũng không thể chữa khỏi toàn bộ vấn đề. Việc dẫn lưu đường mật thường có thể được thực hiện, nhưng bệnh nhân vẫn có hệ thống đường mật bị khiếm khuyết khiến bệnh tiến triển và thường dẫn đến tử vong sớm. Hiện nay, việc cấy ghép đạt tỷ lệ sống sót sau một năm lên tới 90% và hứa hẹn ngăn ngừa căn bệnh mãn tính từng xảy ra với các thủ tục trước đó.

#### Phòng ngừa

Nguyên nhân cụ thể của dị tật bẩm sinh này vẫn chưa được biết rõ, vì vậy tất cả những gì phụ nữ có thể làm là thực hiện nhiều biện pháp phòng ngừa chung, ngay cả trước khi họ thụ thai.

**Tài nguyên****SÁCH**

Balistreri, William F. "Úmật." Trong sách giáo khoa Nelson của Nhi Khoa, ed. Richard E. Behrman. Philadelphia: WB Công ty Saunders, 1996.

Feldman, Mark và cộng sự. "Các bệnh về óng mật." Slesinger & Bệnh gan và đường tiêu hóa của Fordtran. Philadelphia: Công ty WB Saunders, 1998.

**ĐỊNH KÝ**

Ryckman, F., R. Fisher, và S. Pedersen và cộng sự. "Cải thiện khả năng sống sót ở bệnh nhân teo đường mật trong kỷ nguyên ghép gan hiện nay." Tạp chí Phẫu thuật Nhi Khoa 28 (1993): 382.

J. Ricker Polsdorfer, MD

**Ung thư óng mật xem thêm Ung thư túi mật****Ung thư đường mật xem Ung thư đường mật****Xét nghiệm bilirubin xem Xét nghiệm chức năng gan**

## Chứng cuồng ăn

**Sự định nghĩa**

Rối loạn ăn uống vô độ (BED) được đặc trưng bởi sự mất kiểm soát đối với hành vi ăn uống. Người ăn vô độ tiêu thụ một lượng lớn thức ăn một cách bất thường trong một khoảng thời gian ngắn, nhưng không giống như người ăn vô độ, người này không thường xuyên thực hiện bất kỳ hành vi giảm cân không phù hợp nào (ví dụ: tập thể dục quá mức, nôn mửa, uống thuốc nhuận tràng) sau các cơn ăn vô độ.

**Mô tả BED**

Thường tấn công các cá nhân vào khoảng giữa tuổi thiếu niên và đầu tuổi đôi mươi. Do tính chất của chứng rối loạn này, hầu hết bệnh nhân BED đều thừa cân hoặc béo phì. Các nghiên cứu về các chương trình giảm cân đã chỉ ra rằng trung bình 30% số người đăng ký tham gia các chương trình này cho biết có hành vi ăn uống vô độ.

**Nguyên nhân và triệu chứng**

Những giải đoạn ăn uống vô độ có thể đóng vai trò như một sự giải tỏa tâm lý cho tình trạng căng thẳng cảm xúc quá mức. Các hoàn cảnh khác có thể khiến một cá nhân mắc BED bao gồm di truyền và rối loạn cảm xúc, chẳng hạn như trầm cảm nặng.

Bệnh nhân BED cũng có nhiều khả năng mắc bệnh đi kèm hoặc được chẩn đoán đồng thời về các hành vi bốc đồng (ví dụ: mua hàng cuồng bức), rối loạn căng thẳng sau chấn thương (PTSD), rối loạn hoảng sợ hoặc rối loạn nhân cách.

Những người phát triển BED thường xuất thân từ những gia đình nhấn mạnh một cách không tự nhiên vào tầm quan trọng của thực phẩm, chẳng hạn như nguồn an ủi trong những lúc đau khổ về mặt cảm xúc. Khi còn nhỏ, bệnh nhân BED có thể đã được dạy phải dọn sạch đĩa của mình bất kể họ có thèm ăn hay việc ăn xong bữa ăn khiến họ trở thành một cô gái hay chàng trai "ngoan". Thái độ văn hóa đối với vẻ đẹp và sự gầy gò cũng có thể là một yếu tố trong phương trình BED.

Trong những cơn say sưa, bệnh nhân BED có cảm giác mất kiểm soát rõ ràng đối với việc ăn uống của mình. Họ ăn nhanh và đến mức khó chịu ngay cả khi không đói. Họ thường say sưa một mình hai lần trở lên mỗi tuần và thường cảm thấy chán nản và tội lỗi sau khi cơn bệnh kết thúc.

**Chẩn đoán**

Chứng rối loạn ăn uống vô độ thường được chẩn đoán và điều trị bởi bác sĩ tâm thần và/hoặc nhà tâm lý học. Ngoài cuộc phỏng vấn với bệnh nhân, bản kiểm kê tính cách và hành vi, chẳng hạn như Bản kiểm kê nhân cách đa pha Minnesota (MMPI), có thể được quản lý như một phần của quy trình đánh giá. Một trong số các bảng kiểm kê lâm sàng hoặc thang đo cũng có thể được sử dụng để đánh giá các triệu chứng trầm cảm, bao gồm Thang đo trầm cảm Hamilton (HAM-D) hoặc Bảng kiểm kê trầm cảm Beck (BDI). Những xét nghiệm này có thể được thực hiện ở bệnh viện hoặc bệnh viện ngoại trú.

**Sự đối đãi**

Nhiều người BED say sưa sau một thời gian dài hạn chế ăn kiêng quá mức; liệu pháp giúp bình thường hóa mô hình này. Mục tiêu ban đầu của điều trị BED là dạy bệnh nhân kiểm soát hành vi ăn uống của mình bằng cách tập trung vào việc ăn uống bình thường và tránh ăn vặt. Liệu pháp hành vi nhận thức, trị liệu nhóm hoặc trị liệu tâm lý giữa các cá nhân có thể được sử dụng để khám phá động cơ cảm xúc, suy nghĩ lệch lạc và mô hình hành vi đãng sau việc ăn uống vô độ.

Vì tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân BED cao nên điều trị tâm sinh lý bằng thuốc chống trầm cảm cũng có thể được chỉ định. Khi hành vi ăn uống vô độ được hạn chế và các triệu chứng trầm cảm được kiểm soát, các triệu chứng thể chất của BED có thể được giải quyết. Bệnh nhân BED thừa cân có thể được áp dụng một chương trình tập thể dục vừa phải và chuyên gia dinh dưỡng có thể được tư vấn để hướng dẫn bệnh nhân về các lựa chọn thực phẩm lành mạnh và chiến lược giảm cân.

**Tiêu lượng**

Thói quen ăn uống kém và béo phì là triệu chứng của BED có thể dẫn đến các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, chẳng hạn như huyết áp cao, đau tim và tiểu đường, nếu không được áp dụng.

Hàm

## ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG

Chứng cuồng ăn-Một chứng rối loạn ăn uống đặc trưng bởi việc ăn uống vô độ và hành vi bù đắp không phù hợp, chẳng hạn như nôn mửa, lạm dụng thuốc nhuộm tràng hoặc tập thể dục quá mức.

Trị liệu hành vi nhận thức-Một liệu pháp đặc biệt chú ý đến hành vi và quá trình suy nghĩ của bệnh nhân hơn là các nguyên nhân tâm lý cơ bản của một hoạt động.

không được chọn. BED là một tình trạng mãn tính cần được quản lý y tế và tâm lý liên tục. Để mang lại sự giảm đau lâu dài cho bệnh nhân BED, điều quan trọng là phải giải quyết các nguyên nhân tâm lý tiềm ẩn đằng sau hành vi ăn uống vô độ. Có vẻ như có tới 50% bệnh nhân BED sẽ ngừng say sưa với liệu pháp hành vi nhận thức (CBT).

### Tài nguyên

#### SÁCH

Áp-rá-ham, Suzanne và Derek Llewellyn-Jones. Rối loạn ăn uống: Sự thật. tái bản lần thứ 4. Oxford, Anh: Nhà xuất bản Đại học Oxford, 1997.

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.

Siegel, Michele, Judith Brisman và Margot Weinshel. Sóng sót sau chứng Rối loạn Ăn uống: Chiến lược dành cho Gia đình và Bạn bè. tái bản lần thứ 2. New York: Harper lâu năm, 1997.

ĐỊNH KÝ Brewerton,

Timothy D. "Rối loạn ăn uống vô độ: Nhận biết, chẩn đoán và điều trị." Medscape Sức khỏe tâm thần 2, không. 5 (1997).

"Rối loạn ăn uống vô độ xuất hiện từ tủ quần áo: Các chuyên gia cho biết yếu tố gây béo phì hàng đầu đã bị bỏ qua từ lâu."

Thư về Chế độ ăn uống & Dinh dưỡng của Đại học Tufts, 14, không. 11 (01/1997): 4-5.

#### TỔ CHỨC

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

Hiệp hội Tâm lý Hoa Kỳ (APA). 750 First St. NE, Washington, DC 20002-4242. (202) 336-5700. <<http://www.apa.org>>.

Nhận thức và phòng ngừa rối loạn ăn uống. 603 Stewart St., Suite 803, Seattle, WA 98101. (206) 382-3587.

Tổ chức Rối loạn Ăn uống Quốc gia (NEDO). 6655 Đại lộ Nam Yale, Tulsa, OK 74136. (918) 481-4044.

Văn phòng dịch vụ thế giới ăn danh của những người ăn quá nhiều. 6075 Zenith Ct. DB, Rio Rancho, NM 87124. (505) 891-2664. <<http://www.overeatersanonymous.org>>.

Paula Anne Ford-Martin

## Phản hồi sinh học

### Sự định nghĩa

Phản hồi sinh học, hay phản hồi tâm sinh lý được áp dụng, là một phương pháp điều trị do bệnh nhân hướng dẫn, dạy cho một cá nhân cách kiểm soát căng cơ, đau, nhiệt độ cơ thể, sóng não cũng như các chức năng và quy trình khác của cơ thể thông qua thư giãn, hình dung và các phản hồi nhận thức khác. kỹ thuật troll. Tên phản hồi sinh học đề cập đến các tín hiệu sinh học được phản hồi hoặc trả lại cho bệnh nhân để bệnh nhân phát triển các kỹ thuật điều khiển chúng.

### Mục đích

Phản hồi sinh học đã được sử dụng để điều trị thành công một số rối loạn và triệu chứng của chúng, bao gồm rối loạn khớp thái dương hàm (TMJ), đau mãn tính, hội chứng ruột kích thích (IBS), hội chứng Raynaud, động kinh, rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD), đau nửa đầu, đau đầu, lo lắng, trầm cảm, chấn thương sọ não và rối loạn giấc ngủ.

Những căn bệnh có thể được gây ra ít nhất một phần do căng thẳng cũng được nhắm đến bằng liệu pháp phản hồi sinh học. Một số loại đau đầu, huyết áp cao, nghiên răng (nghiên răng), rối loạn căng thẳng sau chấn thương, rối loạn ăn uống, lạm dụng chất gây nghiện và một số rối loạn lo âu có thể được điều trị thành công bằng cách dạy cho bệnh nhân khả năng thư giãn và giải phóng cả cơ bắp và tinh thần. căng thẳng.

Phản hồi sinh học thường chỉ là một phần của chương trình điều trị toàn diện đối với một số rối loạn này.

NASA đã sử dụng các kỹ thuật phản hồi sinh học để điều trị cho các phi hành gia bị chứng say tàu vũ trụ nghiêm trọng, trong đó hệ thống thần kinh tự trị bị gián đoạn. Các nhà khoa học tại Đại học Tennessee đã áp dụng những kỹ thuật này để điều trị cho những người bị buồn nôn và nôn mửa nghiêm trọng cũng bắt nguồn từ rối loạn chức năng hệ thần kinh tự trị.

Nghiên cứu gần đây cũng chỉ ra rằng phản hồi sinh học có thể là một công cụ hữu ích trong việc giúp bệnh nhân tiêu không tự chủ lấy lại khả năng kiểm soát bằng quang. Những người học các bài tập tăng cường sức mạnh cơ sàn chậu có thể kiểm soát tốt hơn các cơ này bằng cách sử dụng phản hồi sinh học. Các cảm biến được đặt trên các cơ để giúp bệnh nhân biết vị trí của chúng và thời điểm diễn ra các cơn co thắt thích hợp.

### Sự miêu tả

#### Nguồn gốc

Năm 1961, Neal Miller, một nhà tâm lý học thực nghiệm, cho rằng các phản ứng của hệ thần kinh tự chủ (ví dụ:

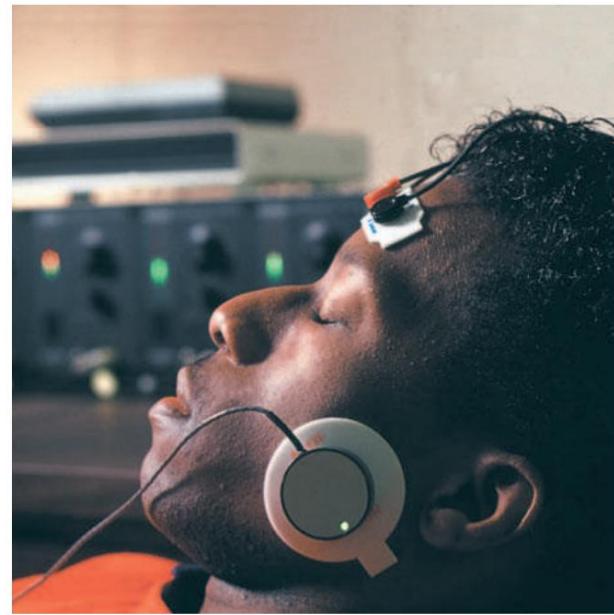
dụ, nhịp tim, huyết áp, hoạt động của đường tiêu hóa, lưu lượng máu vùng) có thể được kiểm soát tự nguyện. Kết quả của các thí nghiệm của mình là ông đã chỉ ra rằng các quá trình tự trị như vậy có thể kiểm soát được. Công việc này đã dẫn đến việc tạo ra liệu pháp phản hồi sinh học. Công việc của Willer đã được các nhà nghiên cứu khác mở rộng. Sau đó, nghiên cứu được thực hiện vào những năm 1970 bởi nhà nghiên cứu UCLA, Tiến sĩ Barry Sterman, đã chứng minh rằng cả mèo và khỉ đều có thể được huấn luyện để kiểm soát các kiểu sóng não của chúng. Sterman sau đó đã sử dụng các kỹ thuật nghiên cứu của mình trên bệnh nhân mắc bệnh động kinh, nơi ông có thể giảm 60% cơn động kinh bằng cách sử dụng kỹ thuật phản hồi sinh học. Trong suốt những năm 1970, các nhà nghiên cứu khác đã công bố các báo cáo về việc sử dụng phản hồi sinh học trong điều trị rối loạn nhịp tim, đau đầu, hội chứng Raynaud và axit dạ dày dư thừa cũng như một công cụ để dạy thư giãn sâu. Kể từ công trình đầu tiên của Miller và Sterman, phản hồi sinh học đã phát triển thành phương pháp điều trị hành vi hàng đầu cho nhiều loại rối loạn và triệu chứng hơn nữa.

Trong quá trình phản hồi sinh học, các cảm biến đặc biệt được đặt trên cơ thể. Những cảm biến này đo chức năng cơ thể gây ra các triệu chứng có vấn đề cho bệnh nhân, chẳng hạn như nhịp tim, huyết áp, độ căng cơ (EMG hoặc phản hồi điện cơ), sóng não (EEG hoặc phản hồi điện não đồ), hô hấp và nhiệt độ cơ thể ( phản hồi nhiệt) và chuyển thông tin thành thông số đọc bằng hình ảnh và/hoặc âm thanh, chẳng hạn như đồ vẽ trên giấy, màn hình hiển thị ánh sáng hoặc một loạt tiếng bip.

Trong khi bệnh nhân xem phản hồi tức thời từ máy theo dõi phản hồi sinh học, họ bắt đầu nhận ra những suy nghĩ, nỗi sợ hãi và hình ảnh tinh thần nào ảnh hưởng đến phản ứng thể chất của họ. Bằng cách theo dõi mối quan hệ giữa tâm trí và cơ thể, bệnh nhân có thể sử dụng chính những suy nghĩ và hình ảnh tinh thần này như những tín hiệu tinh tế, vì chúng đóng vai trò như lời nhắc nhở để trở nên thư giãn sâu sắc, thay vì lo lắng. Những lời nhắc này cũng có tác dụng điều khiển nhịp tim, kiểu sóng não, nhiệt độ cơ thể và các chức năng cơ thể khác. Điều này đạt được thông qua các bài tập thư giãn, tưởng tượng tinh thần và các kỹ thuật trị liệu nhận thức khác.

Khi phản ứng phản hồi sinh học diễn ra, bệnh nhân thực sự có thể nhìn thấy hoặc nghe thấy kết quả nỗ lực của họ ngay lập tức thông qua cảm biến đọc trên thiết bị phản hồi sinh học. Sau khi học được những kỹ thuật này và bệnh nhân có thể nhận ra trạng thái thư giãn hoặc hình dung cần thiết để giảm bớt các triệu chứng thì bản thân thiết bị phản hồi sinh học không còn cần thiết nữa. Sau đó, bệnh nhân sẽ có một công cụ điều trị mạnh mẽ, di động và tự sử dụng để giải quyết các triệu chứng có vấn đề.

Phản hồi sinh học chuyên đọc và thay đổi sóng não đôi khi được gọi là phản hồi thần kinh. Não tạo ra bốn loại sóng não riêng biệt—delta, theta, alpha và beta-tất cả đều hoạt động ở tần số khác nhau.



Một bệnh nhân đang trải qua liệu pháp phản hồi sinh học. (Ảnh Các nhà nghiên cứu, Inc. Được sao chép theo sự cho phép.)

sự quen thuộc. Delta, sóng tần số chậm nhất, là dạng sóng não liên quan đến giấc ngủ. Sóng beta, xảy ra ở trạng thái thức bình thường, có thể dao động từ 12-35 Hz. Các vấn đề bắt đầu phát triển khi mức trung bình của sóng beta rơi vào mức thấp (dưới kích thích) hoặc mức cao (quá kích thích) của phổi đó. Đánh thức quá mức có thể xuất hiện trong các tình trạng như trầm cảm hoặc rối loạn thiêu tập trung, còn đánh thức quá mức có thể là dấu hiệu của chứng rối loạn lo âu, rối loạn ám ảnh cưỡng chế hoặc căng thẳng quá mức. Phản hồi thần kinh bằng sóng beta tập trung vào việc bình thường hóa mẫu sóng beta đó thành giá trị tối ưu khoảng 14 Hz. Loại phản hồi thần kinh thứ hai, alpha-theta, tập trung vào việc phát triển các sóng alpha (8-13 Hz) và theta (4-9 Hz) thư giãn hơn, thường liên quan đến trạng thái thiền định sâu sắc và đã được sử dụng với một số người. thành công trong điều trị lạm dụng chất gây nghiện.

Qua thao tác sóng não, phản hồi thần kinh có thể hữu ích trong việc điều trị nhiều loại rối loạn bị nghi ngờ hoặc được chứng minh là có tác động đến các dạng sóng não, chẳng hạn như động kinh, rối loạn thiêu tập trung, đau nửa đầu, lo âu, trầm cảm, chấn thương sọ não và rối loạn giấc ngủ. Thiết bị được sử dụng để phản hồi thần kinh thường sử dụng màn hình làm thiết bị đầu ra. Màn hình hiển thị các mẫu cụ thể mà bệnh nhân cố gắng thay đổi bằng cách tạo ra loại sóng não thích hợp. Hoặc, máy theo dõi có thể thường cho bệnh nhân vì đã tạo ra sóng não thích hợp bằng cách tạo ra chất cung cấp tích cực hoặc phản thường. Ví dụ: trẻ em có thể được thường bằng một loạt nước đi thành công trong trò chơi điện tử được hiển thị.

Tùy thuộc vào loại phản hồi sinh học, các cá nhân có thể cần tới 30 buổi với một chuyên gia được đào tạo để tìm hiểu các kỹ thuật cần thiết để kiểm soát các triệu chứng của họ trên cơ sở lâu dài. Các nhà trị liệu thường khuyên rằng bệnh nhân của họ thực hành cả phản hồi sinh học và thư giãn tự mình thực hiện các kỹ thuật ở nhà.

### Chuẩn bị

Trước khi bắt đầu điều trị phản hồi sinh học, bác sĩ trị liệu và bệnh nhân sẽ được tư vấn ban đầu để ghi lại bệnh sử và quá trình điều trị của bệnh nhân và thảo luận về mục tiêu điều trị.

Trước phiên phản hồi thần kinh, điện não đồ sẽ được thực hiện từ bệnh nhân để xác định kiểu sóng não cơ bản của họ.

Phản hồi sinh học thường được thực hiện một cách yên tĩnh và bầu không khí thoải mái với chỗ ngồi thoải mái cho kiên nhẫn. Tùy thuộc vào loại và mục tiêu của phản hồi sinh học đang được thực hiện, một hoặc nhiều cảm biến sẽ được gắn vào cơ thể bệnh nhân bằng gel dẫn điện và/hoặc chất kết dính.

Chúng có thể bao gồm:

- Cảm biến điện cơ (EMG). Cảm biến EMG đo hoạt động điện trong cơ, đặc biệt là độ căng cơ. Khi điều trị TMJ hoặc chứng nghiến răng, những cảm biến này sẽ được đặt dọc theo các cơ hàm.

Đau mạn tính có thể được điều trị bằng cách theo dõi điện năng lượng ở các nhóm cơ khác.

- Cảm biến phản ứng da Galvanic (GSR). Đây là những điện cực đặt trên ngón tay để theo dõi mồ hôi, hoặc tuyến mồ hôi, hoạt động. Đây cũng có thể được gọi là da mức độ dẫn điện (SCL).
- Cảm biến nhiệt độ. Cảm biến nhiệt độ hoặc nhiệt đo nhiệt độ cơ thể và sự thay đổi lưu lượng máu.
- Cảm biến điện não đồ (EEG). Những điện cực này được áp vào da đầu để đo điện hoạt động của não hoặc sóng não.
- Cảm biến nhịp tim. Máy đo nhịp tim được đặt trên ngón tay tip có thể theo dõi nhịp tim.
- Cảm biến hô hấp. Cảm biến hô hấp theo dõi lượng oxy-gen đưa vào và lượng carbon dioxide thải ra.

#### Các biện pháp phòng ngừa

Những người sử dụng máy điều hòa nhịp tim hoặc các thiết bị khác các thiết bị điện cần ghép nên thông báo cho họ nhà trị liệu phản hồi sinh học trước khi bắt đầu điều trị, vì một số loại cảm biến phản hồi sinh học nhất định có khả năng can thiệp vào các thiết bị này.

Phản hồi sinh học có thể không phù hợp với một số bệnh nhân. Bệnh nhân phải sẵn sàng đóng một vai trò rất tích cực trong việc

Quy trình xử lý. Và bởi vì phản hồi sinh học tập trung vào nghiêm túc về việc thay đổi hành vi, những bệnh nhân mong muốn hiểu rõ hơn về các triệu chứng của họ bằng cách kiểm tra quá khứ của họ có thể được phục vụ tốt hơn bằng liệu pháp tâm động học.

Phản hồi sinh học cũng có thể không phù hợp với những người bị suy giảm nhận thức, chẳng hạn như những bệnh nhân mắc bệnh bệnh não hữu cơ hoặc chấn thương sọ não, tùy thuộc vào mức độ hoạt động của họ.

Bệnh nhân có triệu chứng đau cụ thể chưa rõ nguồn gốc phải trải qua một cuộc kiểm tra y tế kỹ lưỡng trước khi bắt đầu điều trị phản hồi sinh học để loại trừ bất kỳ bệnh nền trầm trọng. Một khi đã có chẩn đoán được thực hiện, phản hồi sinh học có thể được sử dụng đồng thời với điều trị thông thường.

Phản hồi sinh học có thể chỉ là một phần của kế hoạch điều trị toàn diện. Đối với các bệnh và triệu chứng được biểu hiện từ một quá trình bệnh hữu cơ, chẳng hạn như ung thư hoặc tiểu đường, phản hồi sinh học nên là một biện pháp hỗ trợ (bổ sung) chứ không phải thay thế cho phương pháp điều trị y tế thông thường.

### Phản ứng phụ

Không có tác dụng phụ nào được biết đến khi sử dụng đúng cách các phiên phản hồi sinh học hoặc phản hồi thần kinh cần được thực hiện.

### Nghiên cứu và chấp nhận chung

Nghiên cứu sơ bộ được công bố vào cuối năm 1999 đã chỉ ra rằng phản hồi thần kinh có thể là một công cụ mới đầy hứa hẹn trong việc điều trị bệnh tâm thần phân liệt. Các nhà nghiên cứu báo cáo rằng bệnh nhân tâm thần phân liệt đã sử dụng phản hồi thần kinh để mô phỏng các dạng sóng não mà thuốc chống loạn thần tạo ra trong não. Cần nghiên cứu thêm để xác định xem điều này có thể có tác động gì đến việc điều trị tâm thần phân liệt.

Việc sử dụng các kỹ thuật phản hồi sinh học để điều trị một loạt các bệnh rối loạn đã được mô tả rộng rãi trong tài liệu y khoa. Các nghiên cứu có kiểm soát đối với một số ứng dụng còn hạn chế, chẳng hạn như để điều trị các triệu chứng mẩn kinh và rối loạn tiền kinh nguyệt (PMS). Cũng có một số tranh luận về hiệu quả của phản hồi sinh học trong điều trị ADHD, và thiếu các nghiên cứu có kiểm soát về ứng dụng đó. Trong khi nhiều nhà trị liệu, cố vấn và chuyên gia sức khỏe tâm thần đã báo cáo thành công lớn trong việc điều trị chứng ADHD của họ. bệnh nhân với kỹ thuật phản hồi thần kinh, một số nhà phê bình cho rằng tác động điều trị tích cực này là do hiệu ứng giả dược.

Cũng có thể có một số tranh luận giữa các nhà tâm lý các chuyên gia y tế về việc liệu có nên thực hiện phản hồi sinh học hay không được coi là phương pháp điều trị đầu tay đối với một số bệnh tâm thần và ở mức độ nào các phương pháp điều trị khác, chẳng hạn như dùng thuốc, nên được sử dụng như một liệu pháp bổ trợ.

**ĐIỀU KHOẢN QUAN TRỌNG**

Hệ thần kinh tự chủ–Phản hệ thần kinh kiểm soát cái gọi là hoạt động không tự nguyện các chức năng như nhịp tim, bài tiết tuyến nước bọt, chức năng hô hấp và giãn đồng tử.

Nghiến răng–Thói quen, thường bất tỉnh, nghiến răng của răng.

**Động kinh**–Một rối loạn thần kinh đặc trưng bởi sự xuất hiện đột ngột của cơn động kinh.

Hiệu ứng giả dược –Hiệu ứng giả dược xảy ra khi một phương pháp điều trị hoặc một loại thuốc không có tác dụng điều trị được biết đến. giá trị (giả dược) được dùng cho bệnh nhân và các triệu chứng của bệnh nhân được cải thiện. Bệnh nhân tin tưởng và kỳ vọng rằng việc điều trị sẽ thành công làm việc, nó là vậy. Hiệu ứng giả dược cũng là một yếu tố ở một mức độ nào đó trong các liệu pháp có hiệu quả lâm sàng, và giải thích tại sao bệnh nhân phản ứng tốt hơn những người khác với điều trị mặc dù có các triệu chứng và bệnh tật tương tự.

**Hội chứng Raynaud**–Một bệnh về mạch máu hoặc tuần hoàn hệ thống, rối loạn được đặc trưng bởi bàn tay và bàn chân lạnh bất thường. Hiệu ứng làm lạnh này là do sự co thắt mạch máu ở tủy chi, và xảy ra khi bàn tay và bàn chân được tiếp xúc với thời tiết lạnh. Căng thẳng cảm xúc có thể cũng gây ra các triệu chứng cảm lạnh.

**Tâm thần phân liệt**–Tâm thần phân liệt là một rối loạn tâm thần gây ra những biến dạng trong nhận thức (hoang tưởng và ảo giác), tâm trạng không thích hợp và hành vi, và thiếu tổ chức hoặc không mạch lạc lời nói và hành vi.

Rối loạn khớp thái dương hàm –Viêm, kích ứng và đau hàm do mở và đóng khớp thái dương hàm không đúng cách. Các triệu chứng khác bao gồm tiếng kêu lách cách của hàm và phạm vi chuyển động hạn chế.

**Tài nguyên****SÁCH**

Robbins, Jim. Bản giao hưởng trong não: Sự tiến hóa của phản hồi sinh học sóng não mới. Boston, MA: Đại Tây Dương Báo chí hàng tháng, 2000.

**ĐỊNH KÝ**

Burgio, KL và cộng sự. "Hành vi so với điều trị bằng thuốc khi bị thôi thúc Tiểu không tự chủ ở phụ nữ lớn tuổi: Một nghiên cứu thử nghiệm có kiểm soát." Tạp chí của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ 280 (Tháng 12 năm 1998): 1995-2000.

Robbins, Jim. "Trên đường đưa với phản hồi thần kinh." Tuần tin tức 135, không. 25 (tháng 6 năm 2000): 76.

**TỔ CHỨC**

Hiệp hội trị liệu tâm lý ứng dụng và phản hồi sinh học.

10200 W. Đại lộ 44, Suite 304, Wheat Ridge, CO

80033-2840. (303) 422-8436. <<http://www.aapb.org>>

Viện chứng nhận phản hồi sinh học của Mỹ. 10200 W. 44th

Đại lộ, Suite 310, Wheat Ridge, CO 80033. (303) 420-2902.

Paula Ford Martin

**Sinh thiết xem Sinh thiết xương; Tủy xương**

khát vọng và sinh thiết; Sinh thiết não;

Sinh thiết vú; khoét cổ tử cung; sinh thiết dưới hướng dẫn của CT; Sinh thiết nội mạc tử cung; Chung sinh thiết; Sinh thiết thận; Sinh thiết gan; Phổi sinh thiết; Sinh thiết hạch bạch huyết; cơ tim sinh thiết; Sinh thiết màng phổi; Sinh thiết tuyến tiền liệt; Sinh thiết da; Sinh thiết ruột non; Sinh thiết tuyến giáp

**Rối loạn lưỡng cực****Sự định nghĩa**

Rối loạn lưỡng cực hay hưng trầm cảm là một rối loạn tâm trạng gây ra những thay đổi căn bản về cảm xúc và tâm trạng. dao động, từ mức cao hưng cảm đến mức thấp trầm cảm. Phần lớn những người lưỡng cực trải qua các giai đoạn xen kẽ của chấn hưng cảm và trầm cảm.

**Sự miêu tả**

Chỉ riêng ở Hoa Kỳ, chứng rối loạn lưỡng cực đang ảnh hưởng gần hai triệu người với chi phí hàng năm trên 45 USD tỷ USD, theo báo cáo của Viện Nghiên cứu Quốc gia Sức khỏe tinh thần. Độ tuổi trung bình khởi phát rối loạn lưỡng cực là từ tuổi thanh thiếu niên đến đầu tuổi 20. Tuy nhiên, do sự phức tạp của rối loạn này, một phương pháp đúng chẩn đoán có thể bị trì hoãn trong vài năm hoặc hơn. trong một khảo sát bệnh nhân lưỡng cực được thực hiện bởi National Hiệp hội trầm cảm và hưng cảm (MDMRA), một nửa số người được hỏi cho biết đã ghé thăm ba chuyên gia trước khi nhận được câu trả lời đúng chẩn đoán, và hơn một phần ba báo cáo phải đợi mười năm hoặc nhiều hơn trước khi chúng được chẩn đoán chính xác.

Sở tay chẩn đoán và thống kê bệnh tâm thần Rối loạn, Phiên bản thứ tư (DSM-IV), tiêu chuẩn chẩn đoán dành cho các chuyên gia sức khỏe tâm thần ở Hoa Kỳ, định nghĩa bốn loại rối loạn lưỡng cực riêng biệt: lưỡng cực I, lưỡng cực II, cyclothymia và lưỡng cực không được chỉ định khác (NOS).

Lương

Rối loạn lưỡng cực I được đặc trưng bởi hứng cảm giai đoạn "đỉnh cao" của chu kỳ hứng cảm-trầm cảm. MỘT bệnh nhân lưỡng cực bị hứng cảm thường có cảm giác tầm quan trọng của bản thân, sự phấn khởi, nói nhiều, khả năng giao tiếp xã hội tăng lên và mong muốn bắt tay vào các hoạt động có mục tiêu, cùng với các đặc điểm cáu kỉnh, thiếu kiên nhẫn, bốc đồng, hiếu động thái quá và giảm khả năng ngủ. Thông thường giai đoạn hứng cảm này được theo sau bởi một giai đoạn trầm cảm, mặc dù một số cá nhân lưỡng cực có thể không trải qua giai đoạn trầm cảm nặng. Các trạng thái hỗn hợp, trong đó có cả triệu chứng hứng cảm hoặc hứng cảm nhẹ và các triệu chứng trầm cảm xảy ra cùng một lúc, xảy ra thường xuyên với bệnh nhân lưỡng cực I (ví dụ, trầm cảm với những suy nghĩ điên cuồng). Ngoài ra, chứng hứng cảm khó chịu cũng phổ biến (hứng cảm đặc trưng bởi sự tức giận và sự khó chịu).

Rối loạn lưỡng cực loại II được đặc trưng bởi các giai đoạn trầm cảm nặng xen kẽ với các giai đoạn hứng cảm nhẹ, một dạng hứng cảm nhẹ hơn. Trầm cảm lưỡng cực có thể khó phân biệt với trầm cảm đơn cực tập phim. Bệnh nhân trầm cảm lưỡng cực có xu hướng năng lượng cực kỳ thấp, tinh thần và thể chất chậm phát triển quá trình và sự mệt mỏi sâu sắc hơn (ví dụ, chứng mất ngủ; một chứng rối loạn giấc ngủ được đánh dấu bằng nhu cầu ngủ nhiều hoặc buồn ngủ khi thức) so với đơn cực trầm cảm.

Cyclothymia đề cập đến chu kỳ của hứng cảm nhẹ các giai đoạn trầm cảm không đạt đến mức độ trầm cảm nặng. Một phần ba số bệnh nhân mắc chứng cyclothymia sẽ phát triển rối loạn lưỡng cực I hoặc II sau này trong cuộc sống.

Một hiện tượng gọi là đạp xe nhanh xảy ra ở phía trên đến 20% bệnh nhân lưỡng cực I và II. Khi đạp xe nhanh, các giai đoạn hứng cảm và trầm cảm phải xen kẽ thường xuyên; ít nhất 4 lần trong 12 tháng; để đáp ứng định nghĩa chẩn đoán. Trong một số trường hợp "đi xe đạp cực nhanh", bệnh nhân có thể này lên giữa trạng thái hứng cảm và trầm cảm lần trong khoảng thời gian 24 giờ. Điều kiện này rất khó phân biệt với các trạng thái hỗn hợp.

NOS lưỡng cực là một phạm trù dành cho các trạng thái lưỡng cực không phù hợp rõ ràng với chẩn đoán lưỡng cực I, II hoặc cyclothymia mũi.

### Nguyên nhân và triệu chứng

Nguồn gốc của rối loạn lưỡng cực chưa được xác định rõ ràng được xác định. Bởi vì hai phần ba số bệnh nhân lưỡng cực có tiền sử gia đình bị rối loạn cảm xúc hoặc cảm xúc, các nhà nghiên cứu đã tìm kiếm mối liên hệ di truyền với chứng rối loạn này. Một số nghiên cứu đã phát hiện ra một số khả năng kết nối di truyền với khuynh hướng rối loạn lưỡng cực. Một nguyên nhân sinh học khác đang được nghiên cứu là sự tích tụ quá nhiều canxi trong cơ thể.

tế bào của bệnh nhân lưỡng cực. Ngoài ra, dopamine và các chất khác dẫn truyền thần kinh hóa học dưỡng như có liên quan đến rối loạn lưỡng cực và những điều này đang được điều tra kỹ lưỡng.

Hơn một nửa số bệnh nhân được chẩn đoán mắc chứng rối loạn lưỡng cực có tiền sử lạm dụng chất gây nghiện. Có tỷ lệ cao mối liên quan giữa lạm dụng cocaine và rối loạn lưỡng cực. Một số nghiên cứu cho thấy có tới 30% những kẻ bạo hành gặp tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lưỡng cực. Mức độ lén xuống về mặt cảm xúc và thể chất của việc sử dụng cocaine tương ứng với trầm cảm hứng cảm của bệnh nhân lưỡng cực, làm cho rối loạn rối loạn khó chẩn đoán.

Đối với một số bệnh nhân lưỡng cực, hứng cảm và trầm cảm các tập trùng với sự thay đổi theo mùa. trầm cảm các giai đoạn diễn hình trong mùa đông và mùa thu, và hứng cảm các đợt có nhiều khả năng xảy ra vào mùa xuân và mùa hè tháng.

Các triệu chứng của giai đoạn trầm cảm lưỡng cực bao gồm mức năng lượng thấp, cảm giác tuyệt vọng, khó tập trung, cực kỳ mệt mỏi và chậm phát triển tâm thần vận động (làm chậm khả năng tinh thần và thể chất). Phản kháng các giai đoạn được đặc trưng bởi cảm giác hứng phấn, thiếu của sự ức chế, suy nghĩ dồn dập, nhu cầu giảm sút ngủ, nói nhiều, chấp nhận rủi ro và cáu kỉnh. TRONG trường hợp cực đoan, hứng cảm có thể gây ảo giác và các triệu chứng loạn thần khác như ảo giác hoành tráng.

### Chẩn đoán

Rối loạn lưỡng cực thường được chẩn đoán và điều trị bằng bác sĩ tâm thần và/hoặc nhà tâm lý học có hỗ trợ y tế. Ngoài cuộc phỏng vấn, một số thông tin hoặc thang đo lâm sàng có thể được sử dụng để đánh giá tình trạng tâm thần của bệnh nhân. trạng thái và xác định sự hiện diện của các triệu chứng lưỡng cực. Chúng bao gồm Bản kiểm kê đa trực lâm sàng Millon III (MCMII-III), Tính cách đa nhân cách của Minnesota Khoảng không quảng cáo II (MMPI-2), Thang đo trạng thái nội bộ (ISS), Bản kiểm kê hứng cảm tự báo cáo (SRMI) và Thanh niên Thang đánh giá hứng cảm (YMRS). Các bài kiểm tra là bằng lời nói và/hoặc được viết và quản lý ở cả bệnh viện và cơ sở điều trị ngoại trú.

Các nhà tâm lý học và bác sĩ tâm thần thường sử dụng các tiêu chí được liệt kê trong Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê của Rối loạn tâm thần, Phiên bản thứ tư (DSM-IV) là hướng dẫn chẩn đoán rối loạn lưỡng cực và các rối loạn tâm thần khác bệnh tật. DSM-IV mô tả giai đoạn hứng cảm là một tâm trạng tăng cao bất thường hoặc cáu kỉnh kéo dài một thời gian ít nhất một tuần được phân biệt bởi ít nhất ba trong số các triệu chứng hứng cảm: lòng tự trọng tăng cao, giảm nhu cầu ngủ, nói nhiều, suy nghĩ dồn dập, mắt tập trung, tăng cường hoạt động có mục tiêu hoặc tham gia quá mức vào các hoạt động vui thú có tác dụng kích thích. có khả năng gây hậu quả đau đớn cao. Nếu tâm trạng của