



SỐNG KHỎE

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM



NGẮT:

NGUYÊN NHÂN &
CÁCH SƠ CỨU
BAN ĐẦU



NGẮT: NGUYÊN NHÂN & CÁCH SƠ CỨU
BAN ĐẦU



NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM DO
ĐỘC TỔ BOTULINUM

Kính biểu



NGND GS TS BS
Nguyễn Đình Hối
Giám đốc đầu tiên

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM®

Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM trực thuộc Đại học Y Dược TPHCM, được xây dựng trên mô hình tiên tiến của sự kết hợp Trường – Viện trong điều trị, đào tạo và nghiên cứu y học, là nơi hội tụ hơn 1.000 thầy thuốc gồm các Giáo sư, Tiến sĩ, Thạc sĩ, Bác sĩ là giảng viên Đại học Y Dược TPHCM.

BAN GIÁM ĐỐC



PGS TS BS
Nguyễn Hoàng Bắc
Giám đốc



GS TS BS
Trương Quang Bình
Phó Giám đốc



TS BS
Phạm Văn Tấn
Phó Giám đốc

TẦM NHÌN

Trở thành bệnh viện đại học dẫn đầu Việt Nam và đạt chuẩn quốc tế

SỨ MỆNH

Mang đến giải pháp chăm sóc sức khỏe tối ưu bằng sự tích hợp giữa điều trị, nghiên cứu và đào tạo

GIÁ TRỊ CỐT LÕI

Tiên phong - Thấu hiểu
- Chuẩn mực - An toàn

SLOGAN

Thấu hiểu nỗi đau -
Niềm tin của bạn

HOẠT ĐỘNG THEO MÔ HÌNH TIÊN TIẾN CỦA SỰ KẾT HỢP TRƯỜNG - VIỆN.
BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM LUÔN ĐƯỢC SỰ THAM VẤN THƯỜNG XUYÊN VỀ CHUYÊN MÔN CỦA CÁC THẦY, CÔ CÓ NHIỀU NĂM KINH NGHIỆM THUỘC NHIỀU LĨNH VỰC NHƯ:

GS TS BS Nguyễn Thanh Bảo
Chuyên khoa Vi sinh

GS TS BS Đặng Vạn Phước
Chuyên khoa Tim mạch

GS TS BS Trần Ngọc Sinh
Chuyên khoa Tiết niệu

GS TS BS Nguyễn Sào Trung
Chuyên khoa Giải phẫu bệnh

PGS TS BS Phạm Thọ Tuấn Anh
Chuyên khoa Ngoại lồng ngực - Tim mạch

PGS TS BS Đỗ Trọng Hải
Chuyên khoa Ngoại Tiêu hóa

BS CKII Lê Minh
Chuyên khoa Thần kinh

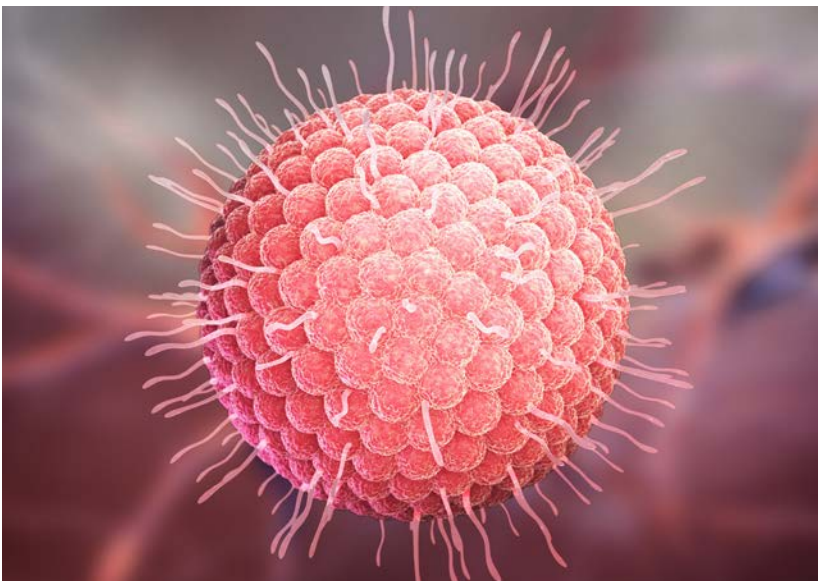
ThS BS Lê Thị Kiều Dung
Chuyên khoa Sản phụ khoa

ThS BS Dương Phước Hưng
Chuyên khoa Ngoại Tổng quát



BỆNH THỦY ĐẬU

BS Nguyễn Chí Hiếu – Khoa Cấp cứu



Hình 1. Vi rút Varicella zoster (Nguồn: ILEXX/ISTOCK/GETTY IMAGES PLUS).

VÌ SAO BỊ NHIỄM BỆNH?

Vi rút được lây truyền từ người sang người qua đường hô hấp (nước mũi, giọt bắn khi ho, hắt hơi) hoặc tiếp xúc trực tiếp với dịch tiết của người bệnh (dịch mụn nước) sau đó đưa vào mũi miệng. Vi rút sẽ xâm nhập vào các tế bào biểu bì niêm mạc của đường thở trên. Từ biểu mô niêm mạc đường hô hấp trên, vi rút lan vào các hạch bạch huyết và các tổ chức có chức năng phòng vệ nhiễm trùng tại chỗ, nơi có các tế bào miễn dịch (gọi là tế bào T) đồn trú. Các tế bào T nhiễm vi rút này sẽ đi vào dòng máu và được đưa đến da gây nên các biểu hiện điển hình của bệnh như

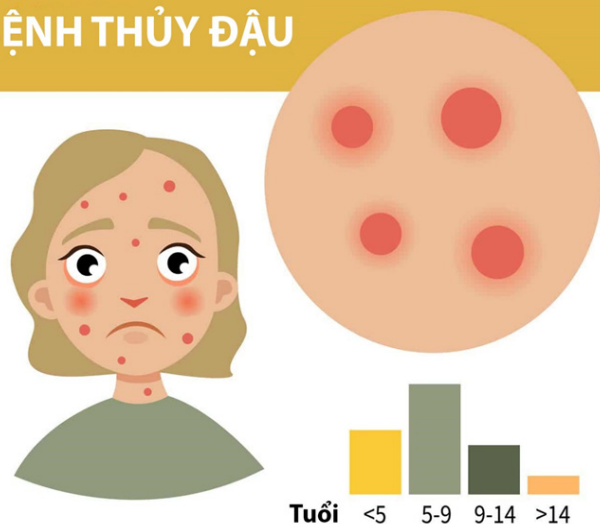
THỦY ĐẬU LÀ BỆNH GÌ?

Thủy đậu là bệnh nhiễm trùng cấp tính do vi rút *Varicella zoster* (Hình 1) gây ra với biểu hiện đặc trưng là sốt và nổi mụn nước toàn thân.

Bệnh có thể tự giới hạn trong một tuần đối với người có cơ địa khỏe mạnh bình thường. Tuy nhiên, đối với người bị suy giảm miễn dịch hay giảm sức đề kháng, bệnh có thể gây nhiều biến chứng nặng như viêm phổi, viêm não, nhiễm trùng da cũng như để lại di chứng nặng nề về sau.

Bệnh thủy đậu có thể lây lan thành dịch nếu không được chẩn đoán, điều trị và có những biện pháp phòng ngừa kịp thời, đúng đắn.

BỆNH THỦY ĐẬU



Hình 2. Lứa tuổi có nguy cơ mắc bệnh thủy đậu (Nguồn <https://kidcarepediatrics.com/>).



nổi ban trên da toàn thân, mệt mỏi, sốt và ngứa.

Bệnh có thể mắc phải ở cả **trẻ em và người lớn** tuy nhiên trẻ em là đối tượng dễ bị bệnh thủy đậu nhất (Hình 2). Những yếu tố làm tăng nguy hiểm bệnh gồm:

- Chưa tiêm ngừa thủy đậu.
- Chưa từng bị bệnh.
- Tiếp xúc gần **qua đường hô hấp khi người bệnh nói, ho, hắt hơi** hoặc tiếp xúc trực tiếp **dịch tiết** của người bệnh.

Thời gian lây bệnh là **2 ngày trước nổi mụn nước và trong khoảng 1 tuần sau khi bắt đầu nổi mụn nước**. Bệnh thường kết thúc lây vào thời điểm mụn nước đã đóng mào.

BIỂU HIỆN CỦA BỆNH NHƯ THẾ NÀO?

Bệnh thủy đậu thường biểu hiện với các triệu chứng sốt, nhức đầu, ho và nổi ban da (Hình 3).

- Sang thương da theo trình tự: dát sẩn ứng đỏ, sau đó hình thành các mụn nước rải rác toàn thân không theo trình tự và số lượng cũng tăng dần theo thời gian, thường không đau, một số trường hợp có ngứa. Tại cùng một thời điểm luôn có đầy đủ mụn nước nhiều thể hệ: kích thước to nhỏ khác nhau, độ căng chùn khác nhau. Mụn nước càng lâu càng chùn lại, lõm ở trung tâm và hóa dịch đục nên thường bị lầm là mụn mủ (Hình 4).

Vào thời kỳ hồi phục, mụn nước tự hấp thu, đóng mào, lành và không để lại sẹo. Trường hợp mụn nước vỡ có thể để lại sẹo vĩnh viễn.

BIẾN CHỨNG NẶNG CỦA BỆNH BIỂU HIỆN NHƯ THẾ NÀO?

- Viêm phổi: sốt, ho, khó thở, đau ngực.
- Viêm não: sốt cao, đau đầu, nôn ói, thay đổi tri giác, xuất hiện các dấu hiệu thần kinh định vị.
- Nhiễm trùng da: mụn nước chuyển thành mụn mủ.
- Các biến chứng nặng này thường xảy ra ở những người bệnh lớn tuổi, người mắc các bệnh nội khoa mạn tính hoặc người bị suy giảm miễn dịch.

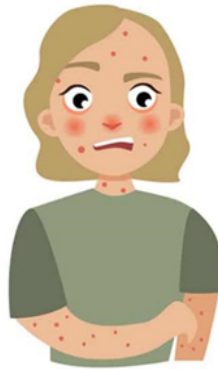
CÁC BIỂU HIỆN BỆNH



Sốt



Nhức đầu



Nổi ban da



Ho

Hình 3. Các biểu hiện thường gặp của bệnh thủy đậu
(Nguồn <https://kidcarepediatrics.com/>).



Hình 4. Các biểu hiện trên da của bệnh thủy đậu
(Nguồn: [microbewiki](https://microbewiki.com/)).

ĐIỀU TRỊ BỆNH THỦY ĐẬU NHƯ THẾ NÀO?

Khi có dấu hiệu sốt, nổi mụn nước trên da thì cần đến ngay cơ sở y tế để được khám và chữa bệnh càng sớm càng tốt. Những trường hợp nhẹ có thể điều trị ngoại trú. Những trường hợp nặng hoặc có biến chứng sẽ được nhập viện theo chỉ định của bác sĩ (Hình 5).



INFOGRAPHICS BỆNH THỦY ĐẬU



Nổi ban da



Ho

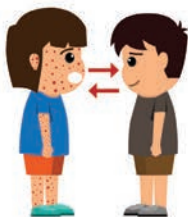


Nhức đầu



Sốt

NGUY CƠ



Lây truyền qua
không khí

ĐIỀU TRỊ



Cách ly người bệnh



Đi khám bệnh

Hình 5. Infographics bệnh thủy đậu.



- Không tiếp xúc gần với người lành trong khoảng thời gian lây bệnh.
- Vệ sinh cơ thể bằng cách tắm sạch với xà phòng hoặc thoa xanh Methylen lên sang thương da để tránh bội nhiễm. Đối với trẻ nhỏ nên cắt ngắn móng tay nhằm hạn chế gãi gây vỡ mụn nước.
- Uống nhiều nước.
- Hạ sốt khi có sốt.
- Dùng thuốc đặc trị Acyclovir theo chỉ định của bác sĩ.

LÀM GÌ ĐỂ PHÒNG BỆNH?

Không tiếp xúc gần với người bệnh trong khoảng thời gian lây bệnh.

Có thể phòng bệnh chủ động bằng cách tiêm ngừa vắc-xin. Vắc-xin bệnh thủy đậu đã ra đời từ lâu, phổ biến rộng khắp ở các trung tâm y tế dự phòng tỉnh, thành phố và tại Phòng tiêm ngừa vắc-xin của Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Vắc-xin cho hiệu quả miễn dịch cao, kéo dài và bền vững (Hình 6).

Lịch chủng ngừa bệnh tùy theo độ tuổi:

- Trẻ nữ nhi: theo lịch của Chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia.
- Trẻ lớn dưới 13 tuổi: tiêm 1 mũi duy nhất.
- Người từ 13 tuổi trở lên: tiêm

2 mũi cách nhau từ 4 – 8 tuần.

- Người suy giảm miễn dịch và phụ nữ có thai: không có chỉ định tiêm ngừa.

NHỮNG ĐIỀU CẦN NHỚ

Thủy đậu là một bệnh truyền nhiễm, lây truyền qua đường hô hấp và tiếp xúc trực tiếp, nên có biện pháp bảo vệ bằng cách mang khẩu trang, hạn chế tiếp xúc gần người bệnh và vệ sinh tay đúng cách.

Bệnh hoàn toàn có thể khỏi và không để lại di chứng nếu phát hiện sớm và đến cơ sở y tế để điều trị đúng kịp thời.

Nên phòng bệnh chủ động bằng cách tiêm ngừa vắc-xin.



Hình 6. Các phương cách phòng tránh bệnh thủy đậu.



BỆNH GIUN ĐỪA CHÓ

BS CKI Trần Thanh Hiền - Khoa Cấp cứu

BỆNH GIUN ĐỪA CHÓ LÀ GÌ?

Bệnh giun đũa là một loại bệnh do nhiễm ký sinh trùng ở người. Người mắc bệnh là do nhiễm phải ấu trùng giun đũa chó (*Toxocara canis*). Tác nhân ít gặp hơn là ấu trùng giun đũa mèo (*Toxocara cati*) và giun đũa lợn (*Ascaris suum*), vốn không phải ký sinh vật tự nhiên ở người.

Các biểu hiện lâm sàng chủ yếu là do ấu trùng di chuyển trong cơ thể người đến các nội tạng, mắt. Đôi khi nhiễm giun đũa chó (Hình 1) không gây nên biểu hiện nào đáng kể và chỉ được phát hiện tình cờ qua kiểm tra sức khỏe hoặc xét nghiệm tầm soát.

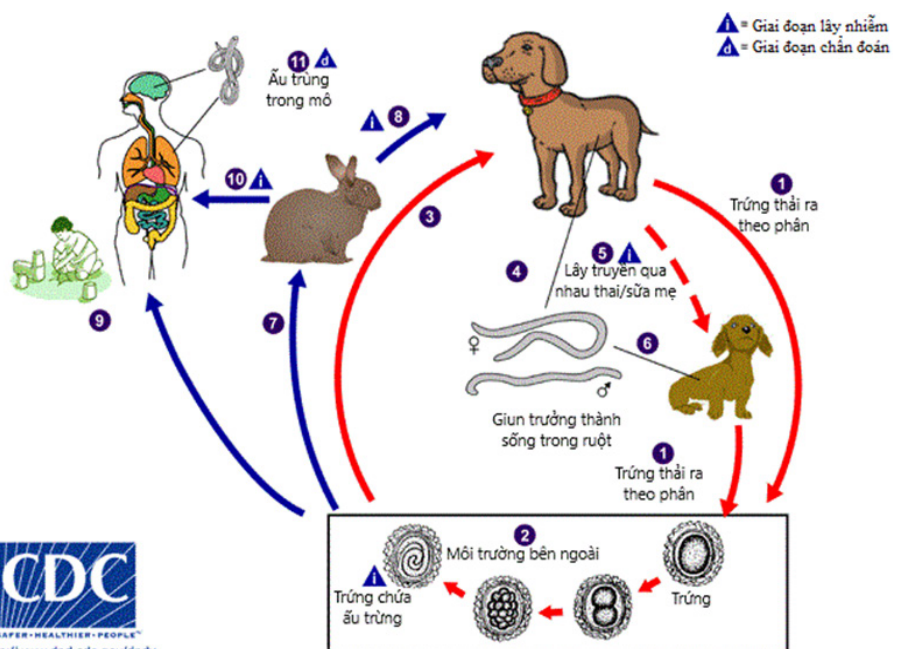


Hình 1. Giun đũa chó trưởng thành (Nguồn: wikipedia).

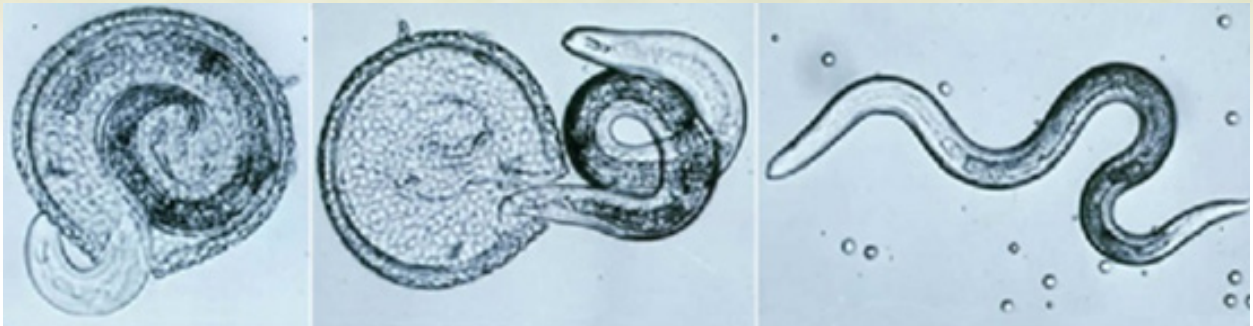
VÒNG ĐỜI CỦA GIUN ĐỪA CHÓ DIỄN RA NHƯ THẾ NÀO?

Chó là vật chủ chính của giun đũa chó nên vòng đời của giun xảy ra ở vật nuôi quen thuộc này. Tỷ lệ nhiễm giun đũa chó cao nhất ở chó con.

Trứng giun đũa được thải ra theo phân của chó. Trong môi trường bên ngoài, trứng sẽ phát triển thành phôi, có khả năng gây nhiễm bệnh sau khoảng 3 tuần và tồn tại đến vài năm. Sau khi chó ăn phải trứng bị nhiễm bệnh, ấu trùng sẽ nở trong ống tiêu hóa rồi xuyên qua thành ruột, đến phổi, cây phế quản, thực



Hình 2. Vòng đời của giun đũa chó.



Hình 3. Các giai đoạn nở của ấu trùng giun đũa chó.

quản. Ấu trùng giun ở thực quản sẽ được nuốt vào ruột để phát triển thành giun trưởng thành và sau đó lại đẻ trứng ở ruột non. Ở chó trưởng thành, ấu trùng giun đũa chó xuyên qua thành ruột và tồn tại trong các mô, sau đó tạo thành kén. Kén ấu trùng có thể tái hoạt động ở chó cái trong giai đoạn cuối thai kỳ và truyền

bệnh cho chó con qua nhau thai hoặc qua sữa mẹ (Hình 2). Giun đũa chó cũng có thể lây truyền qua vật chủ trung gian như thỏ. Trứng nhiễm bệnh được vật chủ trung gian ăn vào, trứng nở ra và ấu trùng xuyên qua thành ruột, di chuyển đến các mô tạo thành kén. Khi chó ăn phải thịt vật chủ trung gian chứa kén ấu

trùng, ấu trùng sẽ phát triển thành giun trưởng thành và đẻ trứng ở ruột non của chó (Hình 3).

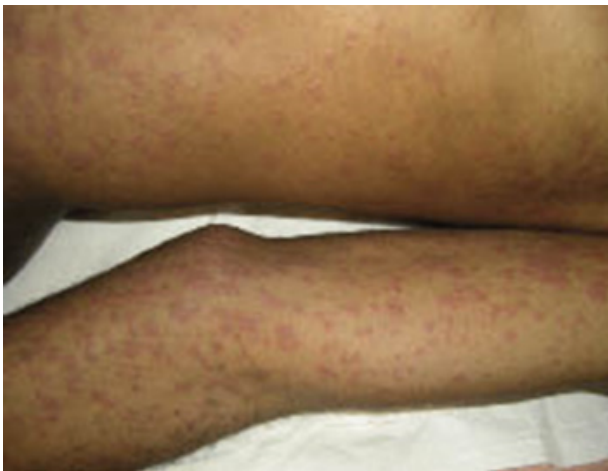
NGƯỜI BỊ NHIỄM BỆNH GIUN Đũa CHÓ NHƯ THẾ NÀO?

Người được xem là vật chủ tình cờ của giun đũa chó. Khi người ăn phải thực phẩm bị nhiễm



trứng giun đũa trong đất hoặc thức ăn bị ô nhiễm hoặc ăn phải kén ấu trùng có trong mô của vật chủ trung gian chưa được nấu chín. Sau khi ăn vào, trứng nở ra, ấu trùng xâm nhập vào thành ruột và theo máu đến nhiều cơ quan khác nhau như gan, tim, phổi, não, cơ, mắt.

Vì lạc chỗ đến các cơ quan bên ngoài ống tiêu hóa nên ấu trùng giun đũa chó không phát triển thêm được nữa. Tuy nhiên ấu trùng này không chết đi mà tồn tại ở đó và gây ra các phản ứng viêm.



Hình 4. Phát ban ở da do nhiễm giun đũa chó.

bụng, chán ăn, buồn nôn, nôn ói, gan lách to, phát ban, ho, khó thở, nhức đầu, rối loạn hành vi, rối loạn giấc ngủ v.v... Trong trường hợp rất nặng, người bệnh còn có thể bị hôn mê.

Ngoài ra, mày đay mạn tính là biểu hiện da thường gặp nhất, và đây cũng là một trong các triệu chứng phổ biến làm cho người bệnh phải đi khám bệnh (Hình 4).

Về diễn biến, thông thường các triệu chứng sẽ tự giới hạn trong vòng 6 đến 18 tháng, nếu người bệnh không tiếp tục tiếp xúc với nguồn lây. Cá



Hình 5. Nhiễm giun đũa chó ở mắt.

Chính các phản ứng viêm do ấu trùng lạc chỗ ở các tổ chức bên ngoài ống tiêu hóa mới gây nên các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh giun đũa chó.

AI DỄ MẮC BỆNH GIUN ĐŨA CHÓ?

Bệnh giun đũa chó có thể xảy ra ở khắp nơi trên thế giới, nhưng thường gặp ở vùng nhiệt đới nhiều hơn ở vùng ôn đới, ở nông thôn nhiều hơn ở thành thị, và thường hay gặp ở các cộng đồng có thói quen ăn uống, sinh hoạt kém vệ sinh.

Ngoài ra, các số liệu thống kê còn cho thấy, trẻ em mắc bệnh nhiều hơn người lớn, đặc biệt thường gặp ở trẻ từ 2 đến 5 tuổi.

BỆNH GIUN ĐŨA CHÓ THƯỜNG BIỂU HIỆN NHƯ THẾ NÀO?

Bệnh giun đũa chó có biểu hiện đa dạng, với các mức độ từ nhẹ đến nặng, tùy thuộc vào cơ quan bị ấu trùng xâm nhập.

Các triệu chứng thường gặp bao gồm: sốt, đau

biệt, một số người bệnh có thể tử vong, do ấu trùng xâm nhập vào não và tim, tuy nhiên biến chứng này hiếm gặp.

Bệnh giun đũa chó ở mắt (Hình 5) thường xảy ra một cách khu trú, đơn độc, ít khi có biểu hiện triệu chứng toàn thân hoặc có biểu hiện rất nhẹ. Bệnh thường gặp ở trẻ lớn và thanh thiếu niên. Tổn thương ở mắt thường là giảm thị lực một bên mắt, sau đó lác mắt và mù mắt. Ngoài ra, còn có thể có các biểu hiện khác như viêm màng bồ đào và có thể chẩn đoán nhầm với u nguyên bào võng mạc.

BỆNH GIUN ĐŨA CHÓ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN NHƯ THẾ NÀO?

Bệnh giun đũa chó được chẩn đoán dựa vào:

Tiền sử có tiếp xúc với chó, đặc biệt là chó con thường gây nhiễm bệnh nhiều hơn, hoặc tiếp xúc với đất cát, nước bị ô nhiễm.

Các biểu hiện lâm sàng của người bệnh và các xét nghiệm công thức máu cho thấy tăng số lượng bạch cầu và có nhiều bạch cầu ái toan trong máu.



Ngoài ra, còn có thể làm thêm các xét nghiệm như IgE, huyết thanh chẩn đoán, xét nghiệm dịch não tủy, các chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT scan), cộng hưởng từ (MRI)...

KHI NÀO CẦN ĐIỀU TRỊ BỆNH GIUN ĐŨA CHÓ?

Bệnh giun đũa chó có thể tự giới hạn và khỏi trong vòng vài tuần do vậy đối với các trường hợp nhẹ thì không cần phải điều trị đặc hiệu mà chỉ cần điều trị triệu chứng.

Đối với các trường hợp bệnh trung bình đến nặng như trường hợp gây bệnh ở đường hô hấp, cơ tim và thần kinh trung ương thì cần phải điều trị bằng thuốc tẩy giun phối hợp với thuốc kháng viêm corticoid hoặc không.

Bệnh giun đũa chó biểu hiện ở mắt cần phải được điều trị bằng corticoid và thuốc tẩy giun với thời gian kéo dài hơn. Một số trường hợp có thể còn cần phải kết hợp can thiệp phẫu thuật tại chỗ bởi bác sĩ chuyên khoa.

PHÒNG NGỪA BỆNH GIUN ĐŨA CHÓ NHƯ THẾ NÀO?

Giữ vệ sinh tốt, xử lý phân vật nuôi kịp thời, tẩy giun định kỳ cho vật nuôi là những chiến lược quan trọng phòng ngừa bệnh giun đũa chó ở người.

Rửa tay sau tiếp xúc vật nuôi và đất cát bị ô nhiễm phân vật nuôi. Không ăn thịt vật nuôi chưa nấu chín.



NGẤT: NGUYÊN NHÂN & CÁCH SƠ CỨU BAN ĐẦU

ThS BS Nguyễn Khánh Dương – Khoa Cấp cứu



Hình 1. Ngất do nhiều nguyên nhân và thường gặp ở người cao tuổi.



Ngất được định nghĩa là tình trạng mất ý thức thoáng qua do giảm tưới máu não, đặc trưng bởi 3 đặc điểm: khởi phát nhanh, kéo dài trong khoảng thời gian ngắn, tự phục hồi hoàn toàn. Phần lớn các trường hợp ngất là lành tính. Tuy nhiên, ngất có thể là dấu hiệu của một bệnh lý tiềm ẩn đe dọa tính mạng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời (Hình 1).

NGẤT CÓ THƯỜNG GẶP HAY KHÔNG?

Ngất chiếm khoảng 3-5% trường hợp nhập cấp cứu, trong đó tỉ lệ nhập viện khoảng 40%, thời gian nằm viện trung bình 5,5 ngày.

Tỉ lệ tái phát 35%, 29% trường hợp chấn thương liên quan đến ngất, trong đó 4% trường hợp chấn thương nặng.

Tỉ lệ ngất tăng cao ở đối tượng người cao tuổi. Ở người trên 70 tuổi, tỉ lệ chấn thương do ngất tăng lên đến 43%.

NGUYÊN NHÂN GÂY NGẤT

Có nhiều nguyên nhân gây ngất, phần lớn thuộc 3 nhóm nguyên nhân chính sau đây:

Ngất do phản xạ thần kinh phó giao cảm: Thường gặp nhất, chiếm khoảng 20-40% trường hợp và thường lành tính. Nguyên nhân này có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở người trẻ, xuất hiện trong các trường hợp rối loạn cảm xúc, sợ hãi, đau, hoặc xuất hiện sau các tình huống ho mạnh, hắt hơi, nuốt, đại tiện, tiểu tiện, sau tập thể dục.

Ngất do tụt huyết áp tư thế: Xuất hiện khi thay đổi nhanh từ tư thế nằm hoặc ngồi sang đứng. Huyết áp giảm đột ngột (huyết áp tâm thu giảm $\geq 20\text{mmHg}$) khi bệnh nhân thay đổi nhanh tư thế. Nguyên nhân



Hình 2. Gọi ngay cấp cứu hoặc cơ sở y tế gần nhất khi phát hiện ra người bị ngất.

do thuốc thường gặp nhất (thuốc lợi tiểu, giãn mạch, thuốc chống trầm cảm...), ngoài ra còn do nguyên nhân giảm thể tích (tiêu chảy, nôn ói, xuất huyết). Ngất do tụt huyết áp tư thế cũng thường xuất hiện trên nhóm đối tượng có bệnh nền đái tháo đường, tổn thương tủy sống, suy thận.

Ngất do nguyên nhân tim mạch: Là nguyên nhân nguy hiểm nhất, có thể dẫn đến đột tử nếu không phát hiện và xử trí cấp cứu kịp thời. Nhóm nguyên nhân này bao gồm:

Rối loạn nhịp: rối loạn nhịp nhanh, rối loạn nhịp chậm, bệnh hệ thống dẫn truyền nhĩ thất.

Bệnh tim cấu trúc: nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh cơ tim phì đại, u nhầy nhĩ, tràn dịch màng ngoài tim, hẹp động mạch chủ, rối loạn chức năng van tim nhân tạo.

Các bệnh lý mạch máu: bóc tách động mạch chủ, tăng áp động mạch phổi, thuyên tắc phổi.

Ngoài ra có khoảng 36% trường hợp ngất không tìm được nguyên nhân.

BIỂU HIỆN CỦA NGẤT THỂ NÀO?

Ngất diễn hình trải qua 3 giai đoạn: giai đoạn tiền ngất, ngất thật sự và hồi phục.

Giai đoạn tiền ngất: Thường có các triệu chứng báo hiệu trước như là choáng váng, mắt tối sầm lại. Bệnh nhân cũng có thể có cảm giác buồn nôn và có khi nôn, mặt tái nhợt và toát mồ hôi lạnh. Các triệu chứng này có thể giúp người bệnh có thời gian để nằm xuống tránh được các chấn thương do té ngã. Giai đoạn tiền ngất thường xảy ra rất nhanh, hiếm khi kéo dài quá 30 giây.

Giai đoạn ngất thực sự: Mức độ và thời gian kéo dài của tình trạng mất ý thức trong giai đoạn ngất thì khác nhau ở mỗi cá nhân, giai đoạn này kéo dài từ vài giây đến vài phút.

Giai đoạn phục hồi: Thường thì ý thức phục hồi ngay nhưng ở một số bệnh nhân vẫn còn cảm thấy yếu và việc đứng dậy quá sớm có



thể gây ra một cơn ngất khác.

Lưu ý: Trong một số trường hợp chẳng hạn như do rối loạn nhịp tim thì ngất có thể xảy ra đột ngột mà không có dấu hiệu báo trước.

CÓ NÊN ĐI ĐẾN GẶP BÁC SĨ KHÔNG?

Tất cả các trường hợp bị ngất đều phải đi đến cơ sở y tế để khám và tìm nguyên nhân. Một số trường hợp ngất là do một bệnh lý nguy hiểm có thể dẫn đến tử vong cần được chẩn đoán và điều trị sớm. Trao đổi với bác sĩ những gì đã xảy ra trước, trong và sau khi ngất. Nếu có người chứng kiến, người đó có thể tường thuật lại cho bạn biết chuyện gì đã xảy ra.

Một số thông tin hữu ích người bệnh cần cung cấp cho nhân viên y tế:

- Bạn đã làm gì trước khi ngất?
- Bạn cảm thấy thế nào trước lúc bị ngất?
- Bạn đã bất tỉnh bao lâu?
- Bạn đã phục hồi như thế nào?
- Bạn đã từng bị ngất hay không?
- Danh sách các loại thuốc bạn đang sử dụng?

XỬ TRÍ KHI NGƯỜI KHÁC BỊ NGẤT NHƯ THẾ NÀO?

Khi gặp một người bị ngất, cần tránh cho nạn nhân bị chấn thương và bảo đảm là nạn nhân vẫn đang tự thở. Nếu người bệnh không tự thở hoặc thở ngáp cá, tím tái... thì phải gọi ngay cấp cứu. Nếu nạn nhân tự thở được và không chấn thương, cần để bệnh nhân nằm dưới nền cứng và phẳng rồi từ từ nâng nhẹ chân lên cao, tuyệt đối không đỡ bệnh nhân dậy ngay (Hình 2).

Nếu nhận thấy ai đó sắp ngất, cố gắng giữ và giúp bệnh nhân từ từ nằm xuống vì khi ngất nạn





nhân không thể dùng tay bảo vệ mình lúc ngã. Giúp nạn nhân không bị va đập với mặt đất để tránh được chấn thương đầu hay những chấn thương nghiêm trọng khác.

Đặt nạn nhân nằm ngửa, vỗ hay lay nhẹ người bị nạn để biết liệu họ có đang phục hồi ý thức hay chưa. Trong hầu hết trường hợp, người ngất có thể nhanh chóng khôi phục ý thức (thường dưới 1-2 phút).

TỰ XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG BỊ NGẤT NHƯ THẾ NÀO?

Học cách nhận biết dấu hiệu sắp bị ngất

Nếu biết trước bản thân sắp, bạn có thể thực hiện những biện pháp để phòng thích hợp và tránh được những chấn thương nghiêm trọng. Dấu hiệu cho thấy có khả năng bạn sắp ngất bao gồm: buồn nôn, chóng mặt, cảm giác xây xẩm, mờ mắt, cảm thấy rất nóng hoặc đổ mồ hôi, bao tử khó chịu...

Tìm nơi nào đó nằm xuống nếu có cảm giác sắp ngất

Nâng chân, tạo điều kiện để máu lên não. Nếu không thể nằm xuống thì cần phải ngồi xuống và đặt đầu giữa hai gối. Nghỉ ngơi tĩnh lặng từ 10 – 15 phút.

Gọi giúp đỡ

Gọi giúp đỡ là việc nên làm, bởi nó cảnh báo người khác về tình trạng của bạn. Họ có thể giữ bạn khi ngã, đặt bạn ở tư thế giúp cho việc hồi phục và gọi bác sĩ khi cần thiết.

Cố gắng giữ an toàn khi bị ngất

Nếu nhận thấy sắp ngất, điều quan trọng nhất là tránh xa những mối nguy hiểm tiềm ẩn (máy móc đang vận hành, vật cứng hoặc sắc nhọn, ao hồ, lò đang nóng...) để giảm thiểu mức độ nghiêm trọng của cơn ngất.

LÀM GÌ ĐỂ PHÒNG TRÁNH ĐỂ KHÔNG BỊ NGẤT TRONG TƯƠNG LAI

Trong một số trường hợp, ngất có thể phòng bằng cách thực hiện biện pháp ngăn ngừa và tránh yếu tố có thể khởi phát tình trạng ngất. Các biện pháp này có thể bao gồm:

Duy trì tình trạng đủ nước và dinh dưỡng: Duy trì tình trạng đủ nước bằng cách uống nhiều nước và chất lỏng khác. Điều này rất quan trọng, đặc biệt là trong ngày nắng nóng để tránh mất nước.

Tránh các tình huống căng thẳng: Với một số người, ngất bắt nguồn từ những tình huống căng thẳng, buồn hay lo lắng. Do đó, giữ bình tĩnh bằng cách tránh những tình huống trên là việc quan trọng cần làm.

Tránh rượu bia và thuốc lá: Các chất này chứa nhiều độc chất không tốt cho sức khỏe nói chung và gây ngất ở một số người.

Tránh thay đổi tư thế nhanh: Ngất đôi khi bắt nguồn từ việc di chuyển đột ngột như đứng dậy quá nhanh từ tư thế ngồi hoặc nằm. Hãy đứng dậy từ từ và nếu có thể, vịn vào vật chắc chắn nào đó để giữ thăng bằng.

Những lưu ý quan trọng:

Ngất là hiện tượng thường gặp, có thể xuất hiện trên cả 2 giới nam lẫn nữ và có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Đặc biệt tỉ lệ ngất tăng cao ở đối tượng người cao tuổi. Có nhiều nguyên nhân gây ngất, trong đó có những nguyên nhân nguy hiểm, có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, thậm chí đe dọa tính mạng nếu không phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Do vậy, tất cả trường hợp ngất cần phải đến cơ sở y tế để tầm soát nguyên nhân và điều trị, đồng thời mỗi người dân cần phải được trang bị kiến thức về cách sơ cứu ban đầu khi tiếp cận một bệnh nhân ngất, cũng như các biện pháp phòng ngừa biến cố ngất xảy ra.





NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM DO ĐỘC TỐ BOTULINUM

ThS BS Võ Huy Văn – Khoa Tiêu hóa

Trong thời gian gần đây, thông tin trên báo đài rộ lên về những trường hợp ngộ độc thực phẩm nặng làm người bệnh bị yếu liệt cơ, đặc biệt là cơ hô hấp, dẫn đến suy hô hấp và tử vong. Sau các cuộc điều tra và phân tích, thủ phạm cuối cùng được xác định là ngộ độc botulinum trong các hộp thực phẩm pate chay được chế biến và bảo quản không đúng cách. Tình trạng ngộ độc thực phẩm không phải hiếm xảy ra, nếu không muốn nói là thường gặp hàng ngày tại nước ta, khi mà tình trạng vệ sinh an toàn thực phẩm chưa được bảo đảm và quan tâm đúng mức. Tuy nhiên, hiếm khi chúng ta nghe thấy thông tin bệnh lý này gây tử vong và để lại các di chứng về sau. Lý do vì ngộ độc thực phẩm tuy thường gây triệu chứng rầm rộ, ảnh hưởng đến nhiều người cùng lúc khiến họ phải nhập viện điều trị cấp cứu nhưng đây là bệnh lý dễ nhận biết, điều trị được và thường tự giới hạn. Như vậy, ngộ độc thực phẩm do độc tố botulinum có gì khác biệt so với những ngộ độc thực phẩm thông thường mà khiến tình trạng ngộ độc loại độc tố này lại đáng sợ đến như vậy. Trong bài viết



Hình 1. Vi khuẩn *Clostridium botulinum*.

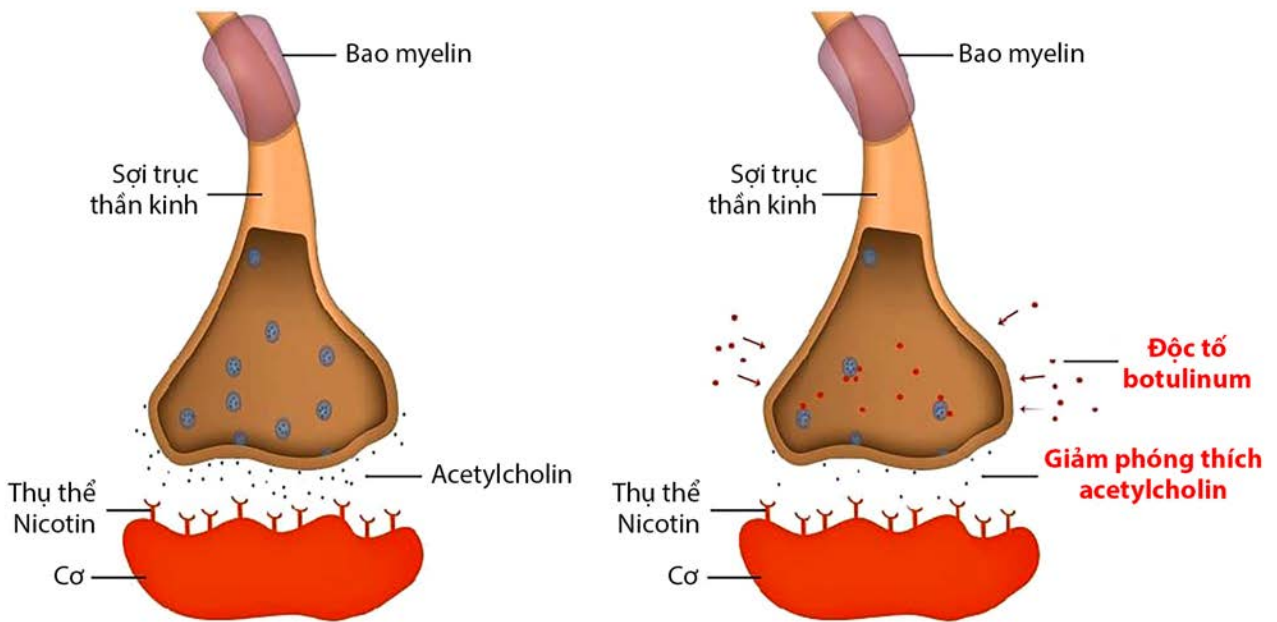
này, chúng tôi sẽ cung cấp các kiến thức liên quan đến ngộ độc botulinum để quý độc giả có đầy đủ thông tin về bệnh nhằm biết cách phòng ngừa hiệu quả cho bản thân và gia đình.

NGỘ ĐỘC BOTULINUM LÀ GÌ?

Ngộ độc thực phẩm do độc tố

botulinum thường hiếm gặp, xảy ra khi ăn uống phải các thực phẩm có sẵn độc tố botulinum do các chủng vi khuẩn *Clostridium* sinh ra (thường gặp nhất là *Clostridium botulinum*).

Clostridium botulinum (Hình 1) là trực khuẩn gram dương, kỵ khí tuyệt đối, sinh nha bào (spore). Nha bào tồn tại nhiều trong đất,



Hình 2: Cơ chế tác dụng của độc tố Botulinum tại synapse thần kinh-cơ.

không khí, nước biển, ruột hải sản, chịu được điều kiện đun sôi 100°C ở điều kiện áp suất 1 atmosphere trong vài giờ. Ngoài ra các chủng vi khuẩn khác thuộc họ *Clostridium* như *Clostridium butyricum* and *Clostridium baratii* cũng có thể sinh độc tố botulinum. Triệu chứng chính của ngộ độc botulinum là liệt ngoại biên đối xứng hai bên kiểu lan từ trên xuống dưới, liệt toàn bộ các cơ với các mức độ khác nhau, người bệnh vẫn tỉnh táo, không có rối loạn cảm giác. Ngộ độc nặng dẫn tới liệt cơ hô hấp, suy hô hấp và tử vong. Trường hợp bệnh nhân qua khỏi nhưng có thể phải chịu nhiều di chứng sau này do tình trạng liệt cơ nặng kéo dài.

Các vụ ngộ độc botulinum có thể xảy ra trên nhiều người cùng lúc. Tuy nhiên, cũng có thể gặp các trường hợp ngộ độc riêng lẻ, không rõ yếu tố dịch tễ, diễn biến nhanh, không thể khai thác triệu chứng đặc trưng, dẫn tới bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm với bệnh khác.

ĐỘC TỐ BOTULINUM GÂY BỆNH NHƯ THẾ NÀO?

Chỉ có các ngoại độc tố botulinum loại A, B, E, F gây ngộ độc trên người. Bệnh nhân có thể ngộ độc do một hoặc nhiều loại độc tố cùng một lúc. Độc tố botulinum có bản chất là protein, trọng lượng phân tử khoảng 150K Dalton, dễ bị phá hủy bởi nhiệt độ sôi (do đó ăn thức ăn mới nấu chín không bị ngộ độc).

Độc tố botulinum không bị phá hủy bởi acid dịch vị và các men tiêu hóa, được hấp thu chủ yếu ở tá tràng và hồng tràng vào máu tới cơ quan đích là các synapse cholinergic (khớp nối thần kinh) thuộc hệ vận động ở thần kinh ngoại biên, các đầu tận dây thần kinh phó giao cảm và các hạch tự động, vào bên trong tế bào thần kinh.

Cơ chế tác dụng (Hình 2): Botulinum gắn không hồi phục vào đầu tận ở tiền synapse, ngăn cản quá trình phóng thích acetylcholine vào khe synapse, ngăn cản dẫn truyền thần kinh ở các dây vận động, phó giao cảm và hạch tự động gây ra tình trạng liệt cơ. Hệ

thần kinh trung ương và cảm giác không bị ảnh hưởng.

LOẠI THỰC PHẨM NÀO DỄ NHIỄM ĐỘC BOTULINUM?

Môi trường thuận lợi để vi khuẩn *Clostridium botulinum* phát triển là môi trường với nồng độ oxy thấp, độ acid thấp (pH cao), nồng độ muối thấp. Đa số ngộ độc botulinum thường xảy ra trên các bệnh nhân sử dụng các thực phẩm đóng hộp tại nhà không đảm bảo hoặc các thực phẩm lên men không đúng cách dẫn tới nha bào phát triển nhanh chóng thành vi khuẩn và sinh ngoại độc tố gây ngộ độc. Tuy nhiên, các báo cáo cũng ghi nhận có thể gặp các trường hợp ngộ độc botulinum trên các thực phẩm sản xuất công nghiệp và thậm chí tại các nhà hàng.

Hiện nay, xu hướng ngộ độc botulinum tăng lên trên thế giới và Việt Nam do trào lưu sử dụng túi hút khí chứa đựng thực phẩm, bảo quản thực phẩm không an toàn, sử dụng tủ lạnh không đúng, hâm lại không đủ chín trước khi ăn.

Một trong các dấu hiệu có thể giúp chúng ta phân biệt được loại thực



Hình 3: Cơ chế tác dụng của độc tố Botulinum tại synapse thần kinh-cơ.

phẩm đóng hộp nào có nguy cơ ngộ độc botulinum, đó là tình trạng trương phồng lên của các loại đồ hộp do vi khuẩn *Clostridium botulinum* phát triển và sinh hơi trong đồ hộp (Hình 3). Nếu phát hiện có dấu hiệu trên, chúng ta tuyệt đối không được sử dụng và phải loại bỏ ngay.

TRIỆU CHỨNG NGỘ ĐỘC BOTULINUM LÀ GÌ?

Thời gian khởi phát bệnh: thường là 12-36 giờ sau ăn, phần lớn trong ngày đầu tiên.

Người bệnh thường tỉnh táo, không sốt (trừ khi có nguyên nhân khác), huyết áp có thể tụt trong khi mạch/ nhịp tim có xu hướng không nhanh.

Triệu chứng tiêu hóa: thường xuất hiện sớm buồn nôn, chóng mặt, đau bụng, sau đó liệt ruột cơ năng, táo bón.

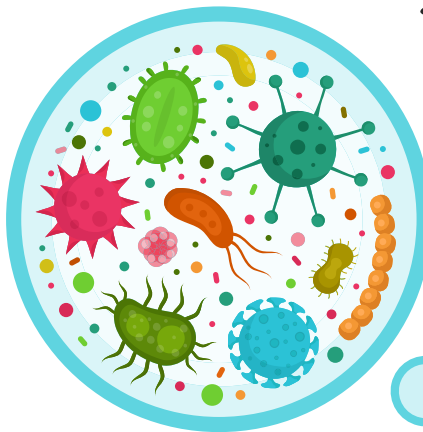
Triệu chứng thần kinh: liệt đối xứng hai bên, xuất phát từ vùng đầu mặt, cổ lan xuống chân. Từ liệt dây thần kinh sọ (sụp mí, nhìn đôi, nhìn mờ, đau họng, khó nói, khó nuốt, khan tiếng, khô miệng), sau đó liệt tay, liệt các cơ vùng ngực, bụng và liệt hai chân. Phản xạ gân xương thường giảm hoặc mất. Đồng tử có thể giãn hai bên. Không có rối loạn cảm giác.

Mức độ liệt: từ nhẹ (mệt mỏi, mỗi cơ tương tự suy nhược cơ thể, không làm được các động tác

gắng sức bình thường) đến liệt nặng (ứ đọng đàm, ho khạc kém, dễ sặc, suy hô hấp).

Hô hấp: có thể suy hô hấp, biểu hiện ứ đọng đàm, ho khạc kém, thở yếu, thở nhanh nông do liệt cơ liên sườn, cơ hoành.

Tiết niệu: bệnh nhân thường bị bí tiểu.



LÀM SAO CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC NGỘ ĐỘC BOTULINUM?

Bệnh nhân sử dụng loại thực phẩm nghi ngờ nhiễm độc botulinum: các loại thực phẩm đã nêu trên, thực phẩm không được nấu chín trước ăn hoặc đã nấu chín nhưng để lâu.

Yếu tố dịch tễ: có nhiều người cùng biểu hiện tương tự sau khi ăn, uống cùng một loại thực phẩm. Tuy nhiên, có thể gặp các trường hợp đơn độc hoặc riêng lẻ ở các nơi khác nhau.

Người bệnh sẽ được thực hiện các xét nghiệm máu thường quy, chụp CT scan hoặc MRI não và đo điện cơ để loại trừ các nguyên nhân khác gây triệu chứng bệnh tương tự như: bệnh nhược cơ, đột quỵ, hội chứng Guillain-Barré...

Xét nghiệm chẩn đoán bệnh dựa vào phân lập được vi khuẩn gây bệnh chủng *Clostridium* hoặc độc tố botulinum:





- Nuôi cấy kỵ khí tìm các chủng vi khuẩn Clostridium gây ngộ độc. Mẫu bệnh phẩm nuôi cấy bao gồm: mẫu thực phẩm nghi ngờ, chất nôn, dịch hút dạ dày, dịch ruột, phân của bệnh nhân.
- Phát hiện độc tố botulinum trong máu.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC BOTULINUM?

Nguyên tắc

Gây nôn và sử dụng than hoạt: nếu bệnh nhân mới ăn thực phẩm nghi ngờ nhiễm độc.

Cấp cứu và hồi sức hô hấp là chính: phát hiện sớm tình trạng liệt cơ hô hấp, kiểm soát đường thở, thở máy và các vấn đề hồi sức kèm theo.

Dùng thuốc giải độc tố đặc hiệu càng sớm càng tốt khi có chỉ định. Giải độc tố là các mảnh kháng thể hoặc kháng thể giúp trung hòa độc tố botulinum. Về lý thuyết, thuốc chỉ có tác động với các độc tố còn tự do, không có tác dụng với các độc tố đã gắn tại thần kinh, do đó không thể ngay lập tức đảo ngược

lại các triệu chứng liệt đã xảy ra. Tuy nhiên, thuốc có thể ngăn bệnh tiến triển nặng lên và giảm đáng kể thời gian ngộ độc, thời gian thở máy, hồi sức và thời gian nằm viện. Thuốc giải độc tố thường có hiệu quả tốt nhất trước khi bệnh chuyển sang giai đoạn nặng, tuy nhiên thuốc cũng được chỉ định khi tình trạng bệnh nhân còn nặng.

TIỀN LƯỢNG VÀ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC BOTULINUM NHƯ THẾ NÀO?

Tiền lượng

Thời gian trước đây, các trường hợp ngộ độc botulinum có tỷ lệ tử vong khá cao, có thể lên đến 50%. Tuy nhiên, hiện nay với sự phát hiện ra kháng độc tố botulinum và các biện pháp hồi sức hiện đại, tỷ lệ này giảm xuống <5%.

Biến chứng

Nhiễm trùng bệnh viện, đặc biệt viêm phổi và các biến chứng của thở máy.

Các biến chứng do bất động, nằm kéo dài, loét.

LÀM SAO ĐỂ PHÒNG NGỪA NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM DO BOTULINUM?

Chọn sản phẩm có nguồn gốc xuất xứ rõ ràng, có tiêu chuẩn chất lượng và an toàn được công nhận. Thận trọng với các thực phẩm đóng hộp nhưng bị thay đổi hình dạng bên ngoài hoặc có mùi, màu sắc lạ. Không nên nếm thử nếu thấy thực phẩm có màu và mùi lạ. Không nên tự đóng gói các thực phẩm và để kéo dài trong điều kiện không phải đông đá (chỉ có nhiệt độ đông đá mới làm vi khuẩn ngừng phát triển và không sinh độc tố)

Ưu tiên sử dụng các thực phẩm mới chế biến, nấu chín vì thực phẩm được nấu chín sẽ phá hủy độc tố botulinum.

Với các thực phẩm lên men, đóng gói hoặc che đậy kín theo cách truyền thống (như dưa muối, măng, cà muối...) cần phải đảm bảo đủ độ chua, mặn. Khi thực phẩm hết chua thì không nên ăn.



NHỮNG TIẾN BỘ CỦA **NỘI SOI** TRONG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN

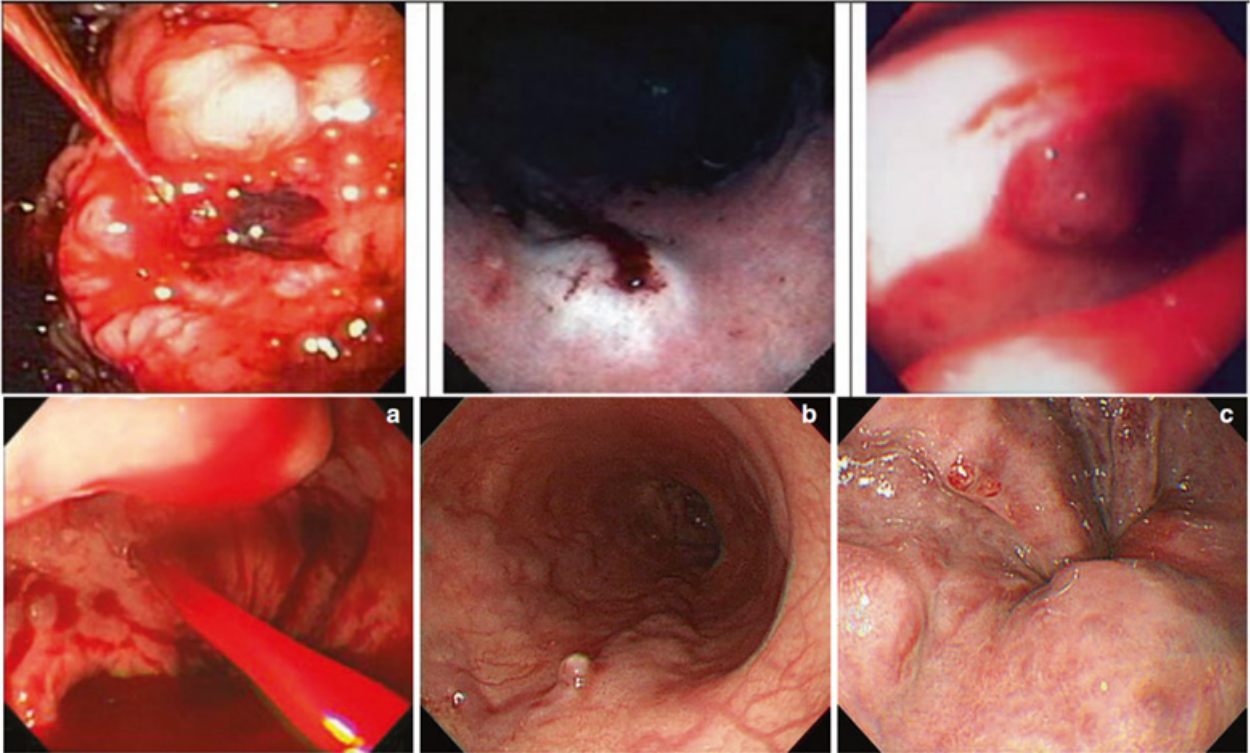
ThS BS Phạm Công Khánh - Khoa Nội soi





TỔNG QUAN

Xuất huyết tiêu hóa trên (XHTHT) là chảy máu đường tiêu hóa có nguồn gốc từ thực quản, dạ dày và tá tràng. XHTHT được chia thành hai nhóm: XHTHT không do tăng áp cửa (do loét dạ dày tá tràng, viêm dạ dày, hội chứng Mallory – Weiss, dị dạng mạch máu...) và XHTHT do tăng áp cửa (xơ gan mất bù do viêm gan hay do rượu) (Hình 1).



Hình 1. Xuất huyết tiêu hóa trên do loét dạ dày – tá tràng và vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản.

XHTHT là một cấp cứu nội và ngoại khoa với nhiều biến chứng và có thể gây tử vong. Trong những năm gần đây, tỉ lệ nhập viện do XHTHT giảm đến 20% và tỉ lệ tử vong do XHTHT từ 4,5% giảm xuống còn 2,1%. Sự thay đổi tích cực này là nhờ giảm tỉ lệ loét dạ dày tá tràng và những tiến bộ lớn của nội soi tiêu hóa. Chiến lược điều trị XHTHT tập trung vào 3 giai đoạn: trước nội soi, trong nội soi và sau nội soi.

Điều trị trước nội soi bao gồm điều trị nội khoa (thuốc ức chế bơm proton nhằm giảm axit dạ dày, thuốc co mạch trong điều trị XHTHT do tăng áp cửa và kháng sinh dự phòng), truyền máu và các chế phẩm máu. Hiện nay, chiến lược truyền máu hạn chế được khuyến cáo vì hiệu quả

giảm tỉ lệ chảy máu tái phát và tử vong. Thời điểm nội soi phù hợp nhất là trong vòng 24 giờ sau nhập viện, trừ những trường hợp đặc biệt như huyết động không ổn định, nôn ra máu lượng nhiều và nghi ngờ XHTHT do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản hay phình vị. Với những tình huống nặng, người bệnh cần được nội soi sớm sau khi hồi sức nội khoa tích cực.

Điều trị sau nội soi bao gồm truyền tĩnh mạch liên tục 72 giờ thuốc ức chế bơm proton trở thành điều trị tiêu chuẩn và giảm tỉ lệ chảy máu tái phát do loét dạ dày tá tràng. Đối với XHTHT do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản hay phình vị, kháng sinh và thuốc co mạch nên được sử dụng liên tục đến ngày thứ 7 sau nội soi. Mặc dù điều trị trước và sau

nội soi có ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị XHTHT nhưng **điều trị trong nội soi** vẫn giữ vai trò quan trọng nhất. Những thập niên gần đây, nội soi đã có nhiều tiến bộ đáng kể về kỹ thuật và trang thiết bị trong điều trị XHTHT.

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN KHÔNG DO TĂNG ÁP CỬA

XHTHT không do tăng áp cửa chủ yếu do loét dạ dày tá tràng. Điều trị kinh điển qua nội soi bao gồm chích cầm máu, cầm máu bằng nhiệt và kẹp cầm máu bằng các loại clip (kẹp) nhỏ. Sự phối hợp giữa ít nhất 2 phương pháp với nhau giúp tăng tỉ lệ thành công và giảm chảy máu tái phát.



NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TIÊU CHUẨN

Chích cầm máu

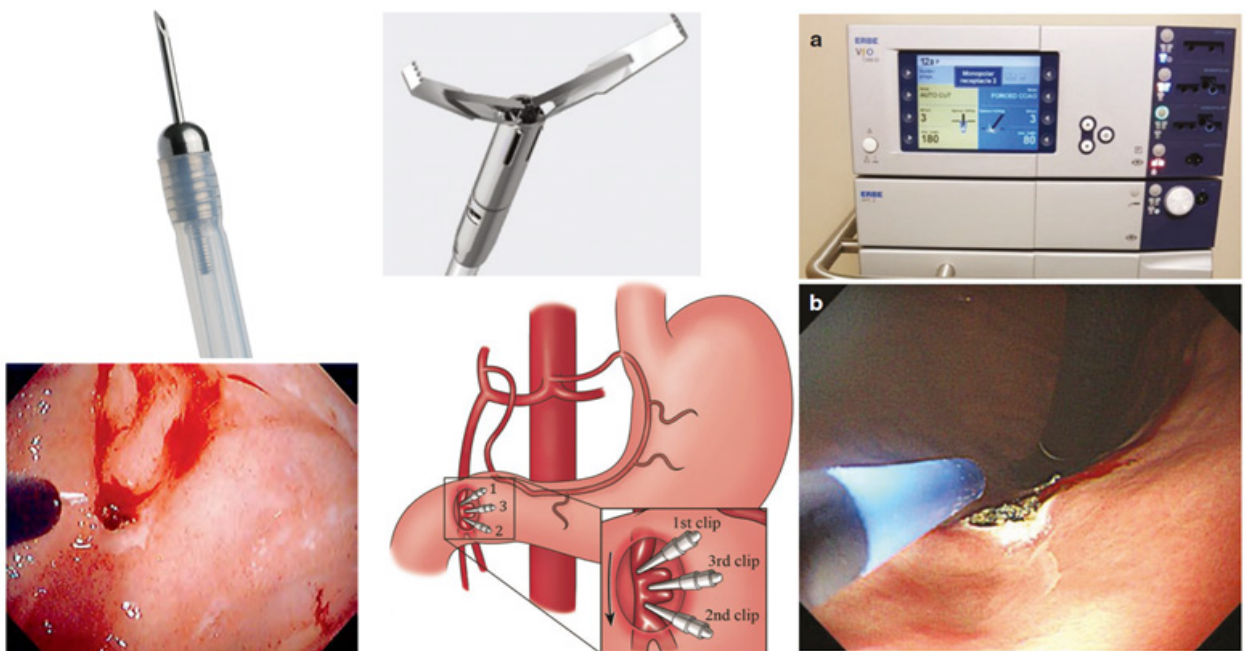
Chích cầm máu bằng epinephrine (adrenaline) pha loãng quanh ổ loét chảy máu sẽ giúp cầm máu tạm thời và quan sát rõ tổn thương do hiệu quả chèn ép, co mạch tạm thời và phản ứng viêm thứ phát gây tắc mạch máu. Đây là phương pháp đơn giản và phổ biến nhất trong điều trị XHTHT qua nội soi. Tuy nhiên, kỹ thuật này cần được phối hợp với đốt cầm máu hay kẹp clip để tăng hiệu quả điều trị (Hình 2).

Cầm máu bằng nhiệt

Cầm máu bằng nhiệt được chia thành 2 nhóm: tiếp xúc (đốt điện đơn cực và lưỡng cực) và không tiếp xúc (argon plasma và sóng cao tần). Các nghiên cứu cho thấy cầm máu bằng nhiệt hiệu quả hơn chích cầm máu, giảm tỉ lệ chảy máu tái phát và can thiệp phẫu thuật cũng như tử vong do XHTHT. Tuy nhiên, cầm máu bằng nhiệt có nguy cơ thủng đường tiêu hóa và chảy máu muộn. Cầm máu bằng argon plasma là phương pháp mới có độ an toàn cao hơn đốt điện đơn cực, nhất là những trường hợp chảy máu nhiều vị trí (dị sản mạch máu do tăng áp cửa, viêm dạ dày xuất huyết...).

Cầm máu cơ học bằng clip

Cầm máu bằng các loại clip có thể đưa qua kênh thao tác của ống soi là một phương pháp quan trọng trong điều trị XHTHT. Các clip hiện nay đã có nhiều cải tiến về kích thước, khả năng xoay theo hướng mong muốn và có thể đóng mở nhiều lần. Các nghiên cứu cho thấy cầm máu bằng clip hiệu quả cao hơn chích cầm máu và tỉ lệ thành công tương đương với cầm máu bằng nhiệt. Ngoài ra, clip cầm máu không gây thủng muộn như cầm máu bằng nhiệt nên thường được áp dụng đối với những trường hợp XHTHT có rối loạn đông máu hay chảy máu tái phát.



Hình 2. Các phương pháp cầm máu kinh điển.

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ MỎI QUA NỘI SOI

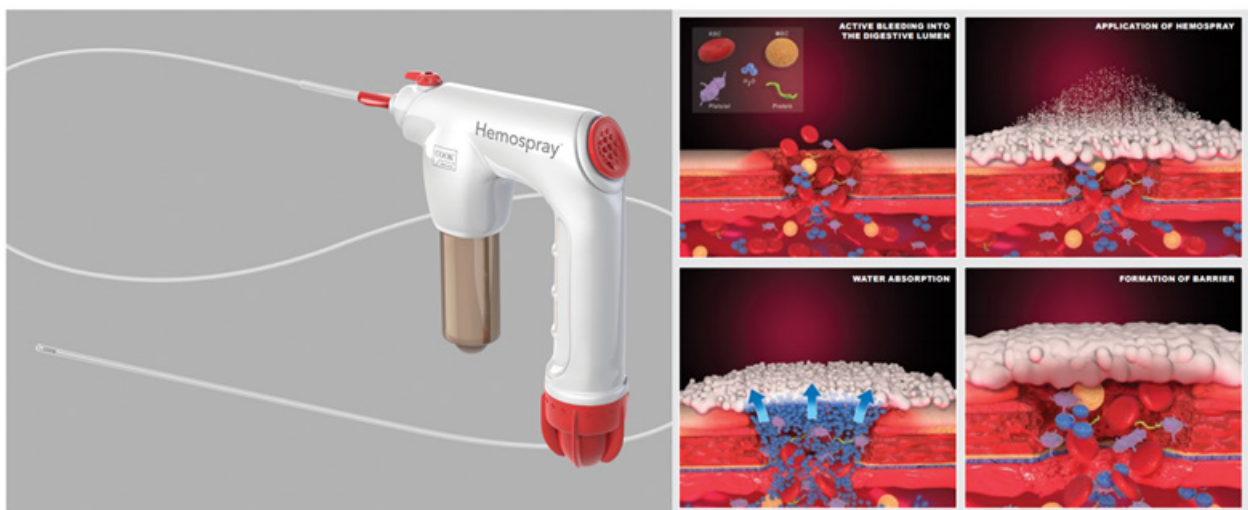
Những phương tiện cầm máu mới bao gồm: clip có kích thước lớn (OTSC/over-the-scope clip), bột cầm máu và các dụng cụ khâu qua nội soi. Những dụng cụ này mang lại kết quả điều trị đầy triển vọng và có thể mở rộng chỉ định điều trị của nội soi nhằm giảm tỉ lệ XHTHT phải phẫu thuật.

Clip cầm máu có kích thước lớn

OTSC là clip có kích thước lớn làm từ hợp kim nitinol (hợp kim của nickel và titanium), có khả năng đàn hồi cao và nhớ hình dạng, được sử dụng để đóng lại một vùng niêm mạc lớn với độ sâu bám mô dày đến toàn bộ thành ống tiêu hóa (Hình 3). Các nghiên cứu cho thấy hiệu quả cầm máu của OTSC đạt trên



Hình 3. Clip OTSC và kỹ thuật cầm máu bằng OTSC.



Hình 4. Kỹ thuật cầm máu qua nội soi bằng Hemospay.



80% đối với những ổ loét có nguy cơ cao chảy máu tái phát và tỉ lệ chảy máu tái phát sau khi cầm máu bằng OTSC thấp hơn đáng kể so với các phương pháp cầm máu kinh điển. Hiện nay, OTSC thường được sử dụng khi XHTHT thất bại với các phương pháp cầm máu thông thường hoặc có thể sử dụng như phương pháp cầm máu đầu tiên với hiệu quả 88 – 100%.

Bột cầm máu

Bột cầm máu Hemospray là một loại bột vô cơ và không hấp thụ, có tác dụng rút ngắn thời gian đông máu bằng cách tạo hàng rào cơ học và kích hoạt sự tập trung các yếu tố đông máu tại vị trí chảy máu để tăng hiệu quả cầm máu.

Hemospray có thể được sử dụng trong điều trị XHTH trên và dưới do nhiều nguyên nhân với hiệu quả 95 – 100%. Ưu điểm của phương pháp này là dễ sử dụng, an toàn và hiệu quả cao.

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN KHÔNG DO TĂNG ÁP CỬA

Nội soi điều trị tiêu chuẩn

XHTHT do tăng áp cửa thường xảy ra ở người bệnh xơ gan mất bù. Tình trạng tăng áp cửa có

thể gây chảy máu do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản hay tĩnh mạch phình vị. XHTHT do tăng áp cửa thường nặng hơn và tỉ lệ tử vong cao hơn XHTHT không do tăng áp cửa. Người bệnh cần được truyền máu để ổn định huyết động và điều chỉnh rối loạn đông máu và tiến hành nội soi can thiệp cầm máu. Kháng sinh dự phòng và thuốc co mạch được sử dụng thường quy để cải thiện kết quả điều trị (Hình 2).

Thắt tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su

Thắt tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su là phương pháp điều trị đầu tiên và hiệu quả nhất đối với chảy máu do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản. Phương pháp này sử dụng các vòng cao su để thắt lại các búi tĩnh mạch dẫn (dẫn độ 2, 3, hay có các dấu hiệu nguy cơ chảy máu như dấu chấm son hay nút tiểu cầu). Các nghiên cứu cho thấy phương pháp này cũng hiệu quả hơn, tỉ lệ tử vong và biến chứng (loét, hẹp thực quản) thấp hơn chích xơ (Hình 5).

Chích keo tĩnh mạch phình vị

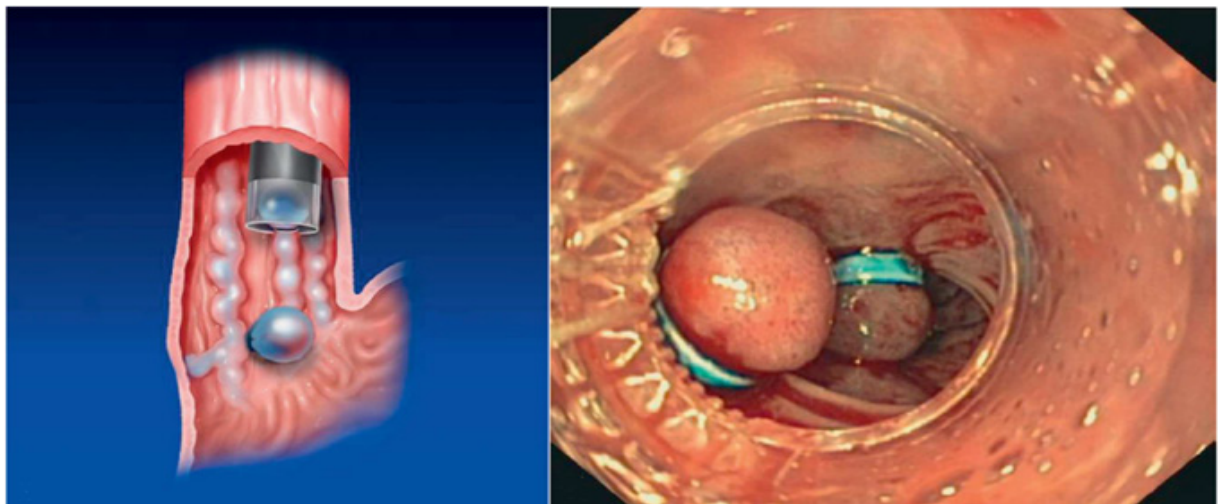
Chích keo vào tĩnh mạch phình vị bằng N-butyl-2-cyanoacrylate (Histoacryl) là phương pháp điều

trị chảy máu do vỡ dẫn tĩnh mạch phình vị. Các nghiên cứu cho thấy phương pháp này cầm máu hiệu quả hơn (87% so với 45%) và tỉ lệ chảy máu tái phát thấp hơn so với thắt tĩnh mạch bằng vòng cao su. Tuy nhiên, biến chứng thuyên tắc phổi hay huyết khối tĩnh mạch lách và tĩnh mạch cửa có thể xảy ra với tỉ lệ thấp khi áp dụng phương pháp này (Hình 6).

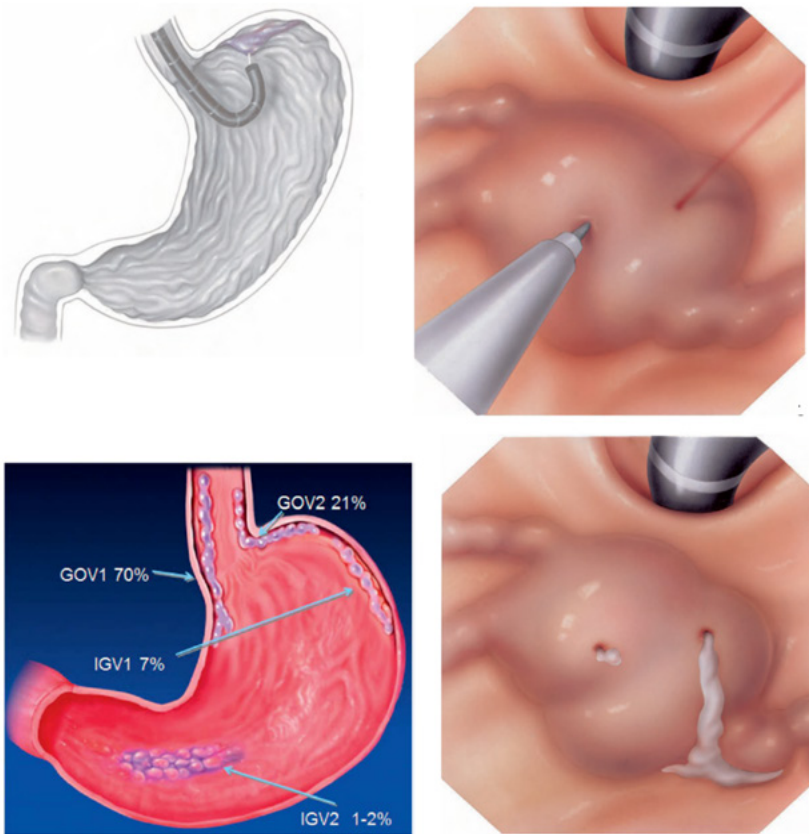
CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ MỚI QUA NỘI SOI

Nội soi siêu âm điều trị dẫn tĩnh mạch phình vị

Dẫn tĩnh mạch phình vị do tăng áp lực tĩnh mạch cửa trong bệnh cảnh xơ gan có thể gây biến chứng xuất huyết tiêu hóa nặng và nguy cơ tử vong cao. Nội soi siêu âm với ưu điểm sử dụng siêu âm màu mạch máu giúp quan sát dễ dàng búi tĩnh mạch chảy máu, phát hiện búi tĩnh mạch có nguy cơ chảy máu và phát hiện các thông nối mạch máu, đặc biệt có thể theo dõi hiệu quả tắc mạch trong lúc thực hiện, từ đó tăng tỉ lệ thành công của thủ thuật, giảm tỉ lệ chảy máu tái phát so với chích keo qua nội soi. Nội soi siêu âm có thể tắc tĩnh mạch phình vị bằng coil (cuộn sợi có kích thước rất nhỏ)



Hình 5. Thắt tĩnh mạch thực quản dẫn bằng vòng cao su.

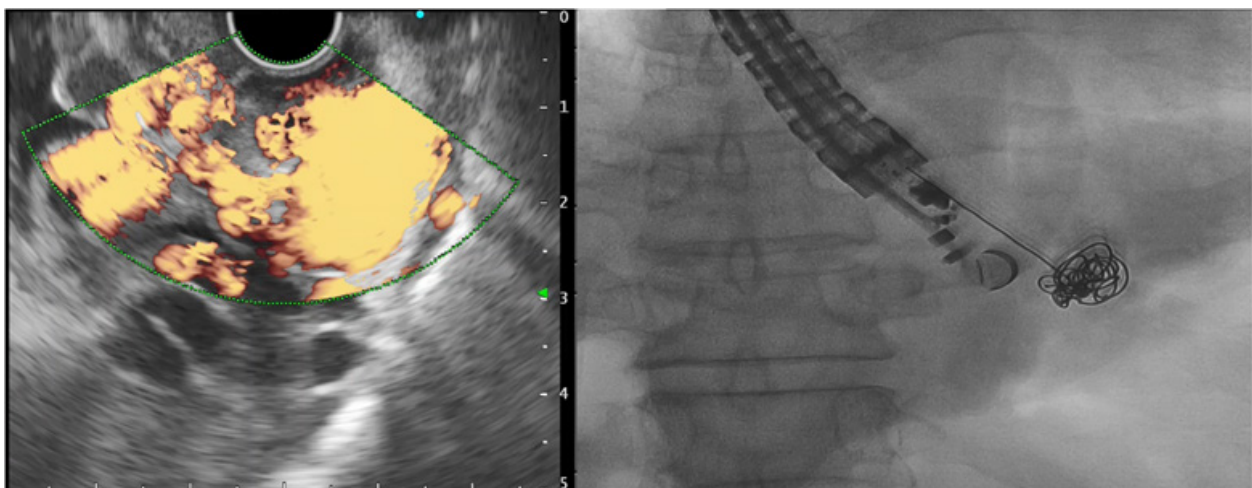


Hình 6. Chích keo tĩnh mạch phình vị.

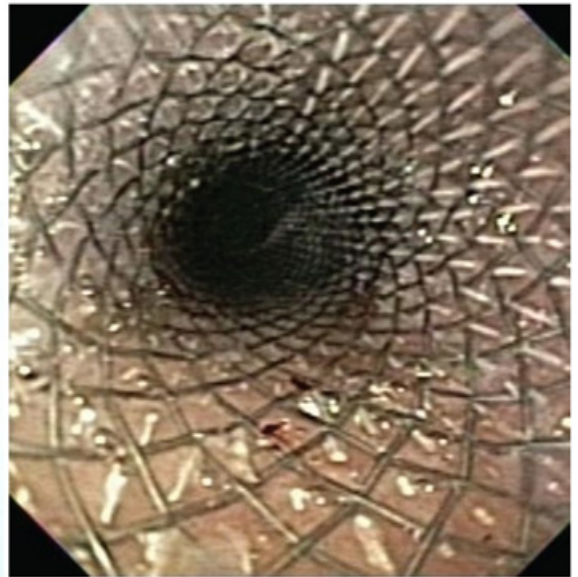
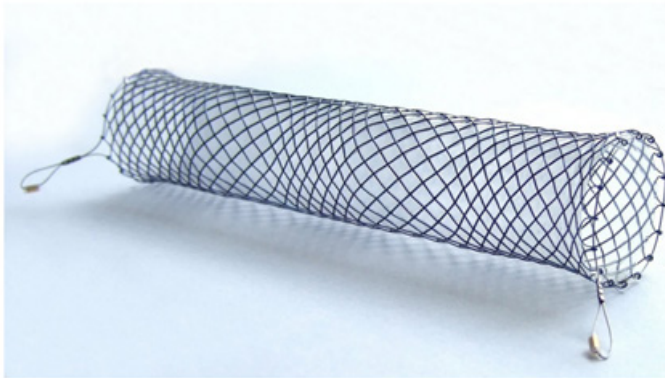
đơn thuần hay phối hợp chích keo tăng cường để tăng hiệu quả điều trị và giảm tỉ lệ biến chứng (Hình 7).

Stent kim loại có vỏ bao (Hình 8)

Thắt tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su là phương pháp điều trị đầu tiên và quan trọng nhất đối với XHTHT do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản nhưng phương pháp này sẽ thất bại đối với những trường hợp chảy máu trên nền các sẹo thắt cũ và tĩnh mạch thực quản đã được thắt thun nhiều lần. Trước đây, thông Sengstaken-Blakemore là giải pháp sau cùng cho những trường hợp này. Tuy nhiên, đặt thông này có nguy cơ rách thực quản, thiếu máu niêm mạc, hoại tử thực quản và viêm phổi do hít sặc. Gần đây, các nghiên cứu cho thấy stent kim loại có vỏ bao được đặt qua nội soi để tạo hiệu ứng chèn ép tạm thời, là phương pháp có tỉ lệ cầm máu thành công cao hơn và biến chứng thấp hơn so với thông Sengstaken-Blakemore. Như vậy, XHTHT do tăng áp cửa (vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản và tĩnh mạch phình vị) không còn là vấn đề nan giải. Những tiến bộ về trang thiết bị và kỹ thuật đã góp phần tăng tỉ lệ điều trị thành công, giảm biến chứng và tử vong đối với XHTHT do tăng áp cửa.



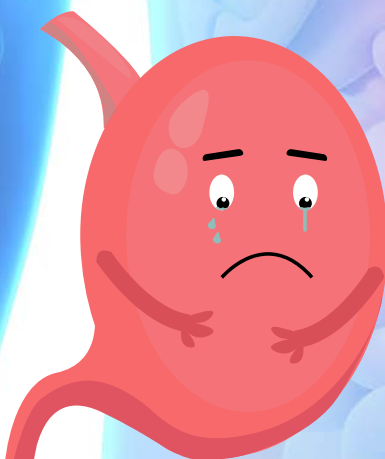
Hình 7. Nội soi siêu âm tắc tĩnh mạch phình vị bằng coil.



Hình 8. Điều trị XHTHT do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản bằng stent kim loại có vỏ bao.

KẾT LUẬN

Kết quả điều trị XHTHT đã cải thiện đáng kể trong những năm gần đây nhờ những tiến bộ trong điều trị trước và sau nội soi, đặc biệt là những thành tựu mới từ các phát minh về trang thiết bị và kỹ thuật điều trị qua nội soi. Bên cạnh những phương pháp cầm máu kinh điển không thể thay thế thì các phương pháp điều trị mới với dụng cụ mới qua nội soi đã góp phần thay đổi đáng kể kết quả điều trị XHTHT.





NHẬN DẠNG, SƠ CỨU VÀ PHÒNG NGỪA **RẮN ĐỘC CẢN**

BS CKI Tăng Tuấn Phong – Khoa Cấp cứu

NHẬN DẠNG RẮN ĐỘC CẢN NHƯ THẾ NÀO?

Tổng quan về rắn độc

Ở nước ta, có khoảng 140 loài rắn độc, trong đó có 31 loài gây độc nguy hiểm, bao gồm 18 loài trên cạn và 13 loài dưới nước. Các loài rắn độc thường gặp ở nước ta được chia làm 2 nhóm chính.

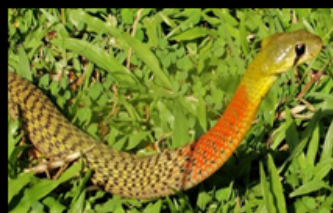
- **Nhóm gây rối loạn đông máu:** gồm có rắn lục, rắn chàm quạp và rắn sài cổ đỏ



Rắn Lục



Rắn Chàm Quạp



Rắn Sài Cổ Đỏ



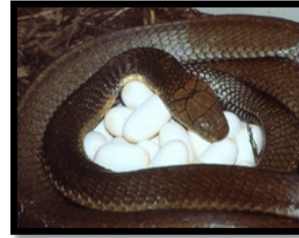
• **Nhóm gây nhiễm độc thần kinh:** gồm có rắn hổ đất, rắn hổ mèo, rắn hổ chúa, rắn cạp nong, rắn cạp nia và rắn biển



Rắn Hổ Đất



Rắn Hổ Mèo



Rắn Hổ Chúa



Rắn Cạp Nong

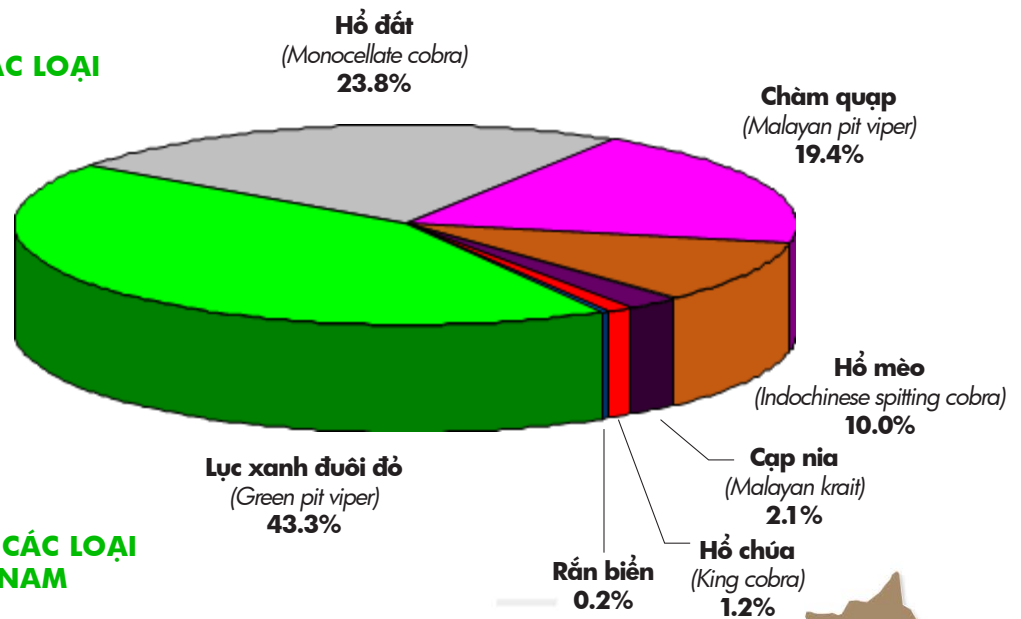


Rắn Cạp Nia

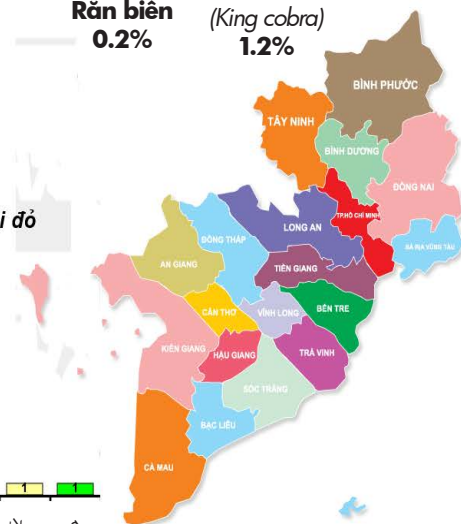
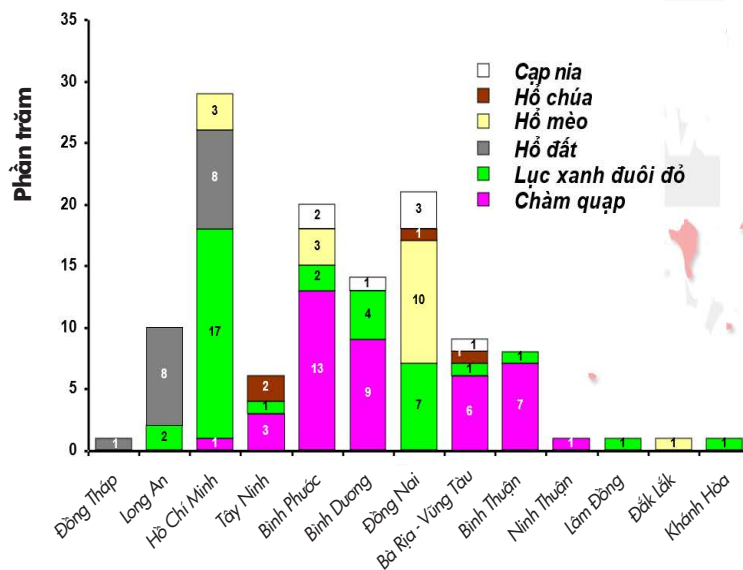


Rắn Biển

TỶ LỆ PHÂN BỐ CÁC LOẠI RẮN ĐỘC CẦN



DỊCH TẾ PHÂN BỐ CÁC LOẠI RẮN ĐỘC Ở PHÍA NAM



Các tỉnh phía Nam



Cách thức nhận dạng rắn độc cắn: dựa vào 4 đặc điểm sau

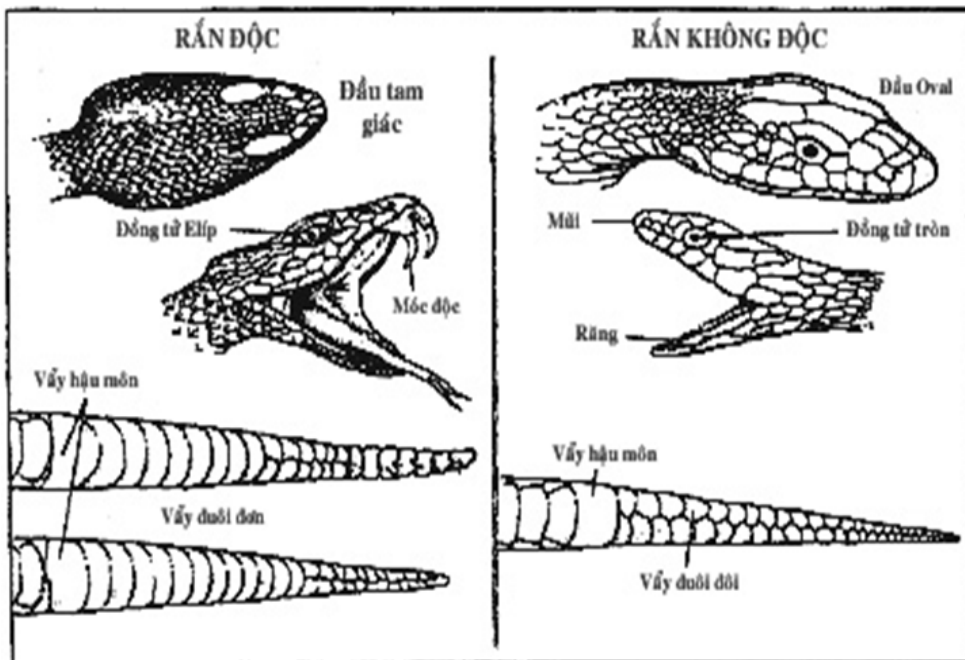
- Hình dạng rắn: dựa vào màu sắc, hình dạng đầu, mắt, răng và vảy đuôi.

RẮN ĐỘC

- Đầu to, cổ nhỏ,
- Đồng tử 2 mắt hình Elip,
- Răng nanh thường nằm trước (ngoại trừ rắn sài cổ đỏ có 2 răng nanh nằm phía trong),
- Vảy đuôi đơn.

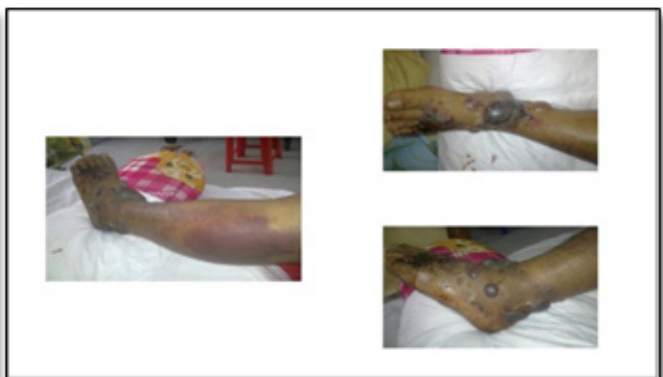
RẮN KHÔNG ĐỘC

- Đầu thon thả hình bầu dục,
- Đồng tử 2 mắt hình tròn,
- Không có răng nanh hoặc răng nanh nằm sát trong cùng,
- Vảy đuôi đôi.



Vết thương tại chỗ do rắn độc cắn

- Thường có 2 dấu răng độc, ngoại trừ do rắn sài cổ đỏ cắn thì có nhiều dấu răng nhỏ nằm phía trước và 2 dấu răng lớn nằm phía sau.
- Vết thương thường sưng nề kiểu viêm mô tế bào hoặc kiểu xuất huyết trong cơ.
- Đặc biệt, vết thương do rắn cạp nia hoặc cạp nong cắn sẽ không sưng nề tại chỗ, thậm chí không nhìn thấy dấu răng, nhưng sẽ có biểu hiện nhiễm độc thần kinh toàn thân.



Triệu chứng toàn thân:

- Khi bị rắn độc thuộc nhóm gây rối loạn đông máu cắn, nạn nhân có thể có các biểu hiện như: chảy máu vết cắn, xuất huyết da cơ, chảy máu răng, tiểu máu, tiêu máu, ói máu, xuất huyết nội, xuất huyết não.
- Khi bị rắn độc thuộc nhóm gây nhiễm độc thần kinh cắn, nạn nhân có thể bị: sụp mi mắt, nói ngọng, yếu liệt tay chân, ngưng thở, dẫn ngừng tim.

Bất thường xét nghiệm máu:

Khi nạn nhân được nhập viện, bác sĩ sẽ kiểm tra xét nghiệm máu để có thêm các thông tin giúp chẩn đoán loại rắn cắn, đồng thời giúp theo dõi quá trình điều trị. Các bất thường về mặt xét nghiệm thường gặp bao gồm:

- Rối loạn đông máu: giảm tiểu cầu, giảm fibrinogen; PT, APTT kéo dài.
- Tăng men cơ, men tim.
- Xuất hiện myoglobin niệu: khi bị rắn hổ mèo hay hổ chúa cắn.

SƠ CỨU KHI BỊ RẮN ĐỘC CẮN

Nguyên tắc

- Hạn chế sự phát tán độc tố.
- Không gây tác động có hại thêm lên vết thương.
- Vận chuyển nạn nhân an toàn.
- Không cố gắng bắt được rắn bằng mọi cách vì điều đó sẽ gây nguy hiểm, đồng thời làm chậm trễ thời gian vận chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế. Khi nạn nhân nhập viện, bác sĩ sẽ chẩn đoán được loại rắn cắn thông qua đặc điểm dịch tễ, vết thương tại chỗ, triệu chứng toàn thân và các xét nghiệm

máu mà không cần thiết nạn nhân phải đưa cho bác sĩ xem con rắn đã cắn mình.

Ví dụ: trường hợp một nạn nhân nam 20 tuổi, ở tại tỉnh Đồng Tháp, cách nhập viện 6 giờ, lúc đang đưa tay vào hang bắt cua thì đột ngột bị con gì cắn không rõ, sau bị cắn bàn tay phải sưng nề đến 1/3 giữa cẳng tay, có dấu hoại tử da nhỏ tại vết thương, cảm giác buồn ngủ, rồi sụp mi và nói ngọng. Trong trường hợp này, bác sĩ dễ dàng nhận biết nạn nhân bị rắn hổ đất cắn mà không cần người bệnh đưa cho bác sĩ con rắn đã cắn mình.

Các bước sơ cứu

- Trấn an nạn nhân không nên quá lo lắng.
- Hạn chế sự phát tán của nọc rắn: hạn chế vận động, băng ép, bất động chi bằng nẹp.
- Không tác động làm xấu vết thương thêm: nặn, rạch, chọc hút...
- Vận chuyển nạn nhân an toàn đến cơ sở y tế, đảm bảo sinh hiệu, hô hấp khi vận chuyển.
- Chú ý: không mở băng ép cho đến khi nạn nhân được chăm sóc ở nơi có đầy đủ phương tiện hồi sức và khả năng điều trị bằng huyết thanh kháng nọc rắn.

KỸ THUẬT BĂNG ÉP BẤT ĐỘNG



① Dùng băng rộng khoảng 10cm và dài. Có thể là băng chun giãn, vải hoặc tạo từ khăn, áo quần. Lưu ý không cố gắng cởi bỏ áo quần của nạn nhân khi sơ cứu.



② Dùng nẹp cứng để cố định chân bị cắn. Nẹp có thể là gỗ, que, gậy, miếng bìa đủ cứng,....



③ Tiến hành băng tương đối chặt nhưng không quá mức. Sao cho khi sờ vẫn thấy mạch đập, đủ để luồn 1 ngón tay giữa vết nẹp băng.



④ Hoàn thành. Tiếp tục quan sát nạn nhân và đưa đến cơ sở y tế gần nhất.



⑤ Bắt đầu từ ngón chân, đến hết toàn bộ chân.



Đối với vết cắn ở tay, ngón tay, cẳng tay:

- Băng ép bàn tay, cẳng tay.
- Dùng nẹp cố định bàn tay và cẳng tay.
- Dùng khăn khoác dây treo quàng lên cổ nạn nhân.

Lưu ý: Không sử dụng kỹ thuật này khi bị họ rắn lục cắn.



Các biện pháp sơ cứu không nên thực hiện

- Ga-rô động tĩnh mạch: có thể gây hoại tử chi nếu để lâu quá thời gian cho phép. Đặc biệt, khi tháo Ga-rô có thể sẽ dẫn đến giải phóng đột ngột các độc tố vào hệ tuần hoàn và gây nguy hiểm cho người bệnh. Hơn nữa, Ga-rô động tĩnh mạch thực ra là không cần thiết vì độc tố rắn chủ yếu di chuyển theo đường bạch huyết. Vì vậy, chỉ cần băng ép là cũng đủ để hạn chế sự phóng thích độc tố từ vết cắn vào hệ tuần hoàn của nạn nhân.
- Rạch, nặn vết cắn: có thể gây gây chảy máu, tăng nguy cơ nhiễm trùng và tăng khả năng nọc rắn xâm nhập vào cơ thể. Ngoài ra còn gây trì hoãn việc cấp cứu, vận chuyển nạn nhân.
- Đắp lá cây hay các thuốc cổ truyền: có thể gây hại nhiều hơn là có lợi, như làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết thương và làm chậm trễ việc vận chuyển nạn nhân.

PHÒNG NGỪA RẮN ĐỘC CẮN

Nguyên tắc

- Tất cả các loại rắn hầu hết đều sợ con người, thông thường chúng chỉ cắn con người khi bị hoảng sợ, hoặc trong trường hợp tự vệ hay bị khiêu khích.
- Nên hiểu biết về dịch tễ rắn tại địa phương, đặc điểm hoạt động của các loại rắn thường gặp để tránh vô ý bị rắn cắn.

Phương pháp phòng ngừa

- Biết được tập quán sinh sống của các loại rắn ở địa phương.
- Cảnh giác với rắn vào mùa mưa lũ, khi gặt hái, khi làm việc ở những nơi rắn có thể cư ngụ.
- Đi giày, ủng, mặc quần áo dài, dùng gậy xua đuổi rắn trước khi đi vào bụi rậm, bụi cỏ.
- Chiếu sáng khi đi trong đêm.
- Tránh ngủ trên nền nhà và nên ngủ có mùng nếu xung quanh nhà có nhiều cây cối, vì đặc tính của rắn cạp nong và cạp nia là thường vào nhà để kiếm ăn nên nạn nhân có thể vô tình nằm đè

- lên rắn trong lúc ngủ.
- Tránh bắt rắn bằng tay.

KẾT LUẬN

- Chúng ta có thể nhận dạng rắn độc cắn qua hình dạng rắn, vết thương tại chỗ, triệu chứng toàn thân và xét nghiệm máu nếu nạn nhân được nhập viện. Đồng thời có thể chẩn đoán được các loài rắn độc cắn thông qua sự hiểu biết về dịch tễ các loài rắn độc, vết thương tại chỗ, triệu chứng toàn thân và xét nghiệm máu mà không cần thiết nạn nhân phải đưa cho bác sĩ xem con rắn đã cắn mình.
- Trong khi sơ cứu rắn độc cắn, điều quan trọng nhất là cần phải hạn chế sự phát tán của độc tố, tránh những phương pháp gây hại thêm cho vết thương và vận chuyển nạn nhân an toàn đến cơ sở y tế.
- Ngoài ra, nên có những hiểu biết về đặc điểm hoạt động của rắn ở địa phương để có cách phòng ngừa rắn cắn phù hợp.



K

3 - 30

IẾN THỨC Y KHOA

- 3 Bệnh thủy đậu
- 7 Bệnh giun đũa chó
- 11 Ngất: nguyên nhân và cách sơ cứu ban đầu
- 15 Ngộ độc thực phẩm do độc tố botulinum
- 19 Những tiến bộ của nội soi trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên
- 26 Nhận dạng, sơ cứu và phòng ngừa rắn độc cắn

MỤC LỤC

SỐNG KHỎE BVĐHYD TPHCM

SỐ 39



Chủ biên
PGS TS BS Nguyễn Hoàng Bắc

Chịu trách nhiệm biên soạn
GS TS BS Trương Quang Bình
PGS TS BS Lê Minh Khởi
ThS BS Nguyễn Đức Thành
TS BS Nguyễn Hữu Thịnh

Thực hiện và phát hành
Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM
Địa chỉ: 215 Hồng Bàng, Q. 5, TPHCM
ĐT: (028) 3855 4269
Fax: (028) 3950 6126
Website: www.bvdaihoc.com.vn
Email: bvdhyd@umc.edu.vn

Thiết kế sống khỏe:
Công ty CP Quảng cáo Tư vấn và Truyền thông Khuê Vũ

Thư từ, bài vở, góp ý xin gửi về
khoahocdaotao@umc.edu.vn
Giấy phép xuất bản số 33/GP-STTTT ngày 30 tháng
8 năm 2021

In 5.000 cuốn, khổ 20 x 28 cm
Chế bản và in tại Công ty TNHH MTV In
Quân Đội 2.
65 Hồ Văn Huê, P9, Q Phú Nhuận

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM

215 Hồng Bàng, P.11, Q.5, TPHCM

ĐT: (028) 3855 4269 - Fax: (028) 3950 6126

Website: www.bvdaihoc.com.vn

