



SỐNG KHỎE

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM



CÁC BIẾN CHỨNG TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



MỐI NGUY HIỂM CỦA
VI KHUẨN ĐA ĐỀ KHÁNG



PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN
ĐIỀU TRỊ BỆNH TIM Ở TRẺ EM

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



Phó Giám đốc

GS TS BS
Trương Quang Bình



Giám đốc

PGS TS BS
Nguyễn Hoàng Bắc



Phó Giám đốc

TS BS
Phạm Văn Tấn

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 - Mạch máu

PGS TS BS Đỗ Trọng Hải
Chuyên khoa Ngoại tiêu hóa

PGS TS BS Lê Thị Tuyết Lan
Chuyên khoa Hô hấp

TS BS Lê Hữu Thiện Biên
Chuyên khoa Hồi sức cấp cứu

TS BS Thân Hà Ngọc Thê
Chuyên khoa Lão khoa

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



CÁC BIẾN CHỨNG TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

BS CKI Lê Hoàng Bảo, TS BS Trần Quang Nam
Khoa Nội tiết - Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM



1. MỞ ĐẦU

Đái tháo đường là bệnh lý gia tăng lượng đường glucose trong máu kéo dài. Nếu không được kiểm soát tốt, đái tháo đường có thể gây ra biến chứng trên nhiều cơ quan khác nhau. Trong số đó, các biến chứng tim mạch rất thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Theo thống kê của các nghiên cứu trên thế giới, gần 70% số trường hợp tử vong ở người bệnh đái tháo đường là do bệnh tim mạch. Trong đó 40% là do bệnh động mạch vành, 15% do các bệnh tim mạch khác (chủ yếu là suy tim) và khoảng 10% do đột quỵ. Bài viết sau đây sẽ cung cấp cho bạn đọc những thông tin cơ bản về nguyên nhân, biểu hiện, các phương pháp điều trị và phòng ngừa biến chứng tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường.

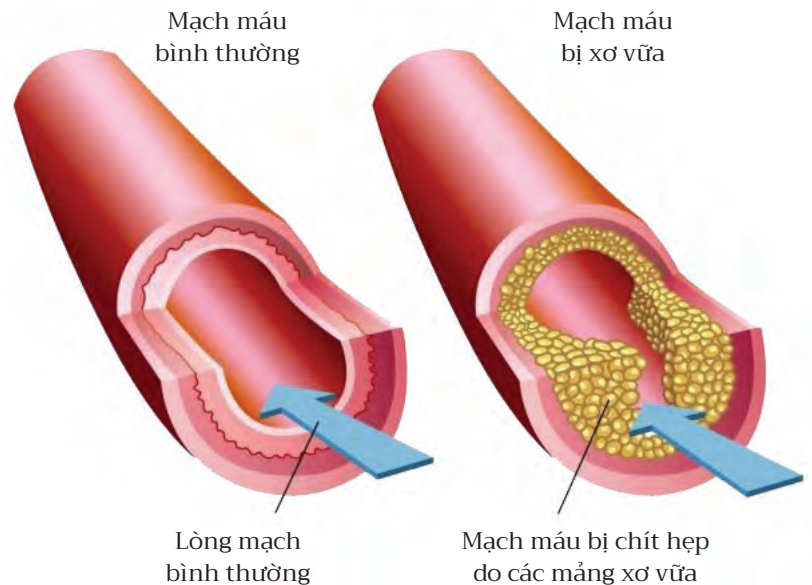


2. CÁC BIẾN CHỨNG TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

2.1. Nguyên nhân

Biến chứng tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường xảy ra chủ yếu do tình trạng xơ vữa động mạch. Tăng đường huyết gây ra tổn thương ở những tế bào nằm lót bên trong thành mạch máu, gọi là tế bào nội mạc. Khi tế bào nội mạc bị rối loạn chức năng, nó sẽ để cho các phân tử cholesterol và tế bào bạch cầu dễ dàng chui qua lớp nội mạc vào trong, hình thành nên mảng xơ vữa động mạch. Mảng xơ vữa phát triển lớn dần, dẫn đến hẹp lòng mạch máu, gây nên thiếu máu cục bộ mạn tính ở cơ quan.

Đôi khi lớp nội mạc mạch máu tổn thương bị tế bào tiểu cầu kết dính vào, hình thành nên cục máu đông trong lòng mạch, làm tắc nghẽn mạch máu cấp tính. Tùy theo vị trí của mạch máu bị ảnh hưởng sẽ có các hậu quả khác nhau. Tắc nghẽn mạch máu ở tim đưa đến cơn đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim, đột tử. Tắc nghẽn mạch máu ở não gây ra cơn thoáng thiếu máu não, nhồi máu não. Tắc nghẽn mạch máu nuôi chi dưới dẫn đến thiếu máu chi nguy kịch. Tắc



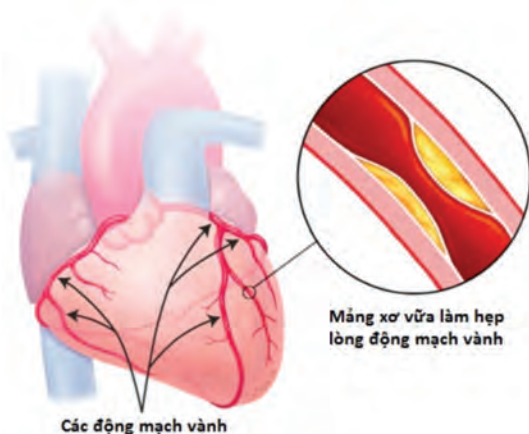
Hình 1. Xơ vữa động mạch.

nghẽn mạch máu ở mắt gây ra giảm thị lực và mù lòa. Tắc nghẽn mạch máu ở thận gây tăng huyết áp và suy thận, v.v...

Người ta nhận thấy có nhiều yếu tố nguy cơ khi kết hợp với đái tháo đường sẽ làm gia tăng biến chứng tim mạch, bao gồm: Trên 60 tuổi, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, béo phì, hút thuốc lá, ít vận động, tiền sử gia đình có người chết vì bệnh tim mạch. Trong số này, ngoài 2 yếu tố tuổi cao và tiền sử gia đình không thể tác động được; các yếu tố còn lại đều có thể tác động để cải thiện kết cục tim mạch ở người bệnh đái tháo đường.

2.2. Biểu hiện

Bệnh lý tim mạch do xơ vữa động mạch ở người đái tháo đường bao gồm: Bệnh mạch vành, đột quỵ và bệnh động mạch ngoại biên chi dưới.



Hình 2. Mảng xơ vữa làm hẹp lòng động mạch vành.

2.2.1. Bệnh mạch vành

Mạch vành là hệ thống mạch máu phức tạp dẫn máu đến nuôi trái tim. Bệnh mạch vành xảy ra khi hệ thống mạch vành bị hẹp lại, khiến tim bị thiếu máu nuôi. Điều không may là rất nhiều bệnh nhân đái tháo đường có bệnh mạch vành nhưng lại hoàn toàn không có triệu chứng. Vì thế, bệnh nhân đái tháo đường cần phải tái khám đúng hạn để được bác sĩ kiểm tra tim mạch định kỳ và phát hiện sớm các dấu hiệu của thiếu máu cục bộ cơ tim. Tuy nhiên, một số bệnh nhân lại có biểu hiện đầu tiên của bệnh mạch vành là cơn đau thắt ngực (cơn đau thắt sau xương ức, đau có cảm giác như bóp nghẹt tim, lan lên vai trái, cằm



hoặc cánh tay trái, xảy ra khi gắng sức); hoặc nặng hơn là nhồi máu cơ tim cấp (con đau xảy ra đột ngột, ngay khi nghỉ ngơi, cường độ tăng dần, kèm hồi hộp, khó thở, vã mồ hôi). Trên người đái tháo đường, bệnh mạch vành cùng với tăng huyết áp và béo phì có thể dẫn đến suy tim. Suy tim là khi tim không đủ sức co bóp đưa máu đến các cơ quan, gây ra triệu chứng khó thở, phù chân, giảm khả năng gắng sức, lâu ngày còn dẫn đến rối loạn nhịp tim và có thể đột tử. Trước tất cả các dấu hiệu bất thường, dù là rất nhỏ, người bệnh luôn cần được khám xét kỹ lưỡng về tim mạch. Tùy từng tình huống, bệnh nhân có thể được chỉ định làm các biện pháp thăm dò cần thiết để chẩn đoán bệnh mạch vành như điện tâm đồ lúc nghỉ, điện tâm đồ liên tục 24 giờ, siêu âm tim, nghiệm pháp gắng sức, xạ hình tưới máu cơ tim, chụp cắt lớp mạch vành hoặc chụp động mạch vành kỹ thuật số xóa nền để phát hiện vị trí động mạch vành tắc nghẽn.

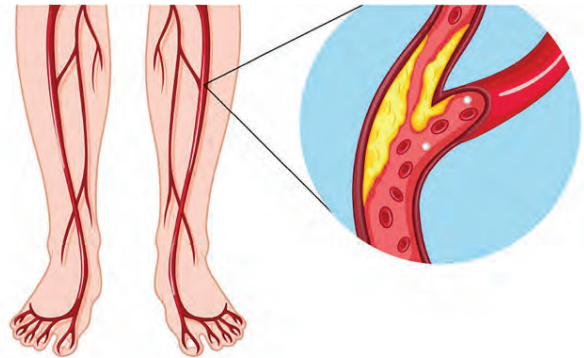
2.2.2. Bệnh lý mạch máu não



Hình 3. Hẹp tắc động mạch não.

Quan trọng nhất là tai biến mạch máu não (hay còn gọi là đột quỵ). Đột quỵ xảy ra khi lượng máu đến nuôi bộ não bị giảm đột ngột do cục máu đông trong lòng mạch máu (nhồi máu não), hoặc do mạch máu bị vỡ (xuất huyết não). Bệnh nhân đột quỵ có thể bị một hoặc nhiều triệu chứng sau: Đột ngột yếu hoặc liệt nửa người, méo miệng, nói chuyện không rõ tiếng, buồn nôn, nôn, lú lẫn, ngủ nhiều, lơ mơ, co giật, hôn mê. Các biểu hiện lâm sàng cũng có thể thoáng qua rồi tự hết, sau đó có thể tái phát hoặc diễn biến nặng, cũng có thể bị nặng ngay từ đầu, để lại di chứng tàn phế hoặc có thể tử vong. Khi người bệnh có các biểu hiện trên, cần nhanh chóng vào cấp cứu để được thăm khám tỉ mỉ và chụp cắt lớp vi tính (CT scan) sọ não để xác định tổn thương là nhồi máu não hay xuất huyết não để có phương pháp điều trị phù hợp. Một số bệnh nhân có các biểu hiện sớm của bệnh lý mạch máu não như chóng mặt nhẹ, mất thăng bằng, rối loạn giấc ngủ, rối loạn cảm giác, giảm sút trí nhớ. Trong trường hợp đó, bác sĩ sẽ khám và có thể chỉ định một số cận lâm sàng cần thiết như: Siêu âm Doppler động mạch cảnh – đốt sống, điện não đồ, MRI sọ não, v.v... để phát hiện các bất thường và can thiệp phòng ngừa thích hợp.

2.2.3. Bệnh động mạch ngoại biên chi dưới



Hình 4. Hẹp tắc động mạch chi dưới.

Hệ thống mạch máu nuôi chân bị hẹp khiến chân bị thiếu máu nuôi kéo dài. Biểu hiện sớm của bệnh lý này là dấu hiệu “đau cách hồi”, nghĩa là người bệnh thấy đau, mỗi chân hay chuột rút khi đi bộ một lúc, triệu chứng sẽ giảm nhanh sau khi nghỉ ngơi, bệnh nhân lại có thể tiếp tục đi được cho đến khi xuất hiện lại các triệu chứng trên. Lúc đầu, quãng đường đi bộ còn dài, sau đó người bệnh sẽ thấy quãng đường này bị rút ngắn dần, nặng nề nhất là xảy ra triệu chứng ngay cả khi nghỉ ngơi. Khi bác sĩ thăm khám có thể phát hiện rung lòng bàn chân, da khô, teo dẹt, chi lạnh và da tái màu khi nâng chân lên cao, sờ mạch có thể thấy mạch mu chân mất hoặc yếu. Ngoài ra, còn gặp các dấu hiệu khác như vết loét hay hoại tử đầu ngón chân. Thiếu máu nuôi chi cũng là nguyên nhân khiến cho vết thương ở chân lâu lành và tăng nguy cơ cắt cụt chân. Bệnh nhân có thể được bác sĩ chỉ định đo chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay (ABI), siêu âm Doppler mạch máu chi dưới, chụp cắt lớp mạch máu chi dưới hoặc chụp mạch máu chi dưới kỹ thuật số xóa nền để phát hiện tổn thương động mạch và có các biện pháp điều trị phù hợp.



2.3. Điều trị

Sau khi đã có chẩn đoán xác định, bệnh nhân sẽ được áp dụng phác đồ điều trị nội khoa phù hợp bao gồm nhiều loại thuốc khác nhau. Bên cạnh đó, bệnh nhân có các biến chứng tim mạch xơ vữa cấp tính còn được điều trị tái thông mạch máu bị tắc nghẽn. Đối với nhồi máu cơ tim, bệnh nhân được nong, đặt giá đỡ (stent) hoặc mổ bắc cầu, hoặc dùng thuốc tiêu sợi huyết để tái tưới máu cho cơ tim. Đối với nhồi máu não, bệnh nhân được can thiệp nội mạch loại bỏ cục máu đông hoặc dùng thuốc tiêu sợi huyết để phục hồi lưu lượng máu não. Đối với bệnh động mạch ngoại biên, bệnh nhân được can thiệp nong, đặt stent hoặc mổ



bắc cầu để tưới máu chi dưới trước khi cắt lọc và chăm sóc vết thương. Như vậy, bệnh nhân mắc các biến chứng này cần phải được điều trị, theo dõi và chăm sóc tích cực tại

các trung tâm chuyên sâu có nhiều kinh nghiệm, đầy đủ nhân sự và trang thiết bị.

Thế mạnh của Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM là có đầy đủ các chuyên khoa sâu như Nội tiết, Tim mạch, Phẫu thuật tim, Thần kinh, lồng ngực – Mạch máu, Chẩn đoán hình ảnh và Hình ảnh học can thiệp, cũng như trang bị đầy đủ các phương tiện cận lâm sàng cần thiết. Sự phối hợp đa chuyên khoa là điểm nổi trội, giúp người bệnh được chẩn đoán bệnh nhanh chóng, chính xác, điều trị kịp thời, hiệu quả và đã cứu sống rất nhiều bệnh nhân trong thời gian vừa qua.



2.4. Phòng ngừa

Mặc dù các biến chứng tim mạch rất nguy hiểm, có thể đưa đến tàn phế và tử vong, nhưng điều may mắn là bạn hoàn toàn có thể phòng ngừa các bệnh lý này, bằng cách:

2.4.1. Giữ đường huyết trong giới hạn bình thường

Đa số bệnh nhân cần đạt HbA1c (chỉ số đường huyết

trung bình trong 3 tháng qua) dưới 7%, bằng cách dùng thuốc theo chỉ dẫn, ăn uống lành mạnh và tập thể dục đều đặn. Tuy nhiên mỗi bệnh nhân sẽ có một mục tiêu HbA1c hơi khác nhau, và bác sĩ sẽ thảo luận với bạn về điều này. Với những bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao hoặc rất cao, bác sĩ có thể chỉ định các nhóm thuốc đái tháo đường mới như

ức chế kênh SGLT-2 và đồng vận thụ thể GLP-1 để giảm nguy cơ xuất hiện biến cố cho bệnh nhân.

2.4.2. Giữ huyết áp trong giới hạn bình thường

Nên giữ huyết áp 120/70 – 130/80 mmHg, bằng cách ăn giảm muối, tập thể dục và uống thuốc đầy đủ, nếu bạn đang dùng thuốc hạ huyết áp.



Nếu bạn có tăng huyết áp kèm theo bệnh tim mạch hoặc bệnh thận, bác sĩ thường ưu tiên sử dụng nhóm thuốc ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể angiotensin II để vừa kiểm soát huyết áp, vừa phòng ngừa biến cố tim mạch cho bạn. Bạn cần có máy đo huyết áp tại nhà để đo huyết áp thường xuyên và mang bảng theo dõi huyết áp cho bác sĩ xem trong mỗi lần tái khám.

2.4.3. Điều chỉnh mỡ máu

Bác sĩ sẽ cho bạn xét nghiệm mỡ máu lúc đói và cho bạn biết bạn nên giữ trị số mỡ máu của mình ở mức nào là phù hợp. Bên cạnh việc ăn uống lành mạnh (hạn chế mỡ, thức ăn chế biến chiên, xào, da, nội tạng, lòng đỏ trứng), đa số bệnh nhân đái tháo đường cần dùng thuốc hạ mỡ máu. Nếu bạn trên 40 tuổi hoặc có nhiều nguy cơ bệnh lý tim mạch (ví dụ: tăng mỡ máu, tăng huyết áp, béo phì, hoặc tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch), bác sĩ sẽ yêu cầu bạn uống statin. Statin giúp phòng ngừa nguy cơ nhồi máu cơ tim, đột quỵ và đột tử cho bạn.

2.4.4. Chống kết tập tiểu cầu

Bác sĩ có thể chỉ định thuốc chống kết tập tiểu cầu, tùy vào

tình trạng sức khỏe của bạn. Bệnh nhân đái tháo đường đã có biến chứng tim mạch (con đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, đột quỵ hoặc tắc nghẽn mạch máu ngoại biên chi dưới) sẽ phải dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu (ví dụ: aspirin) hàng ngày. Aspirin có thể gây chảy máu, thường nhất là chảy máu ở dạ dày, nên bác sĩ sẽ thảo luận với bạn về ích lợi và nguy cơ khi dùng thuốc này.

2.4.5. Bỏ hút thuốc lá, nếu đang hút

Mặc dù rất khó khăn, đây là một trong những điều quan trọng nhất bạn phải làm để cải thiện sức khỏe và giảm nguy cơ bệnh tim mạch.

2.4.6. Giữ cân nặng hợp lý

Tình trạng thừa cân và béo phì làm cho biến chứng tim mạch trở nên nặng nề hơn.

Cân nặng hợp lý có thể tính theo công thức Bruck (Nhật Bản) như sau:

Cân nặng lý tưởng (kg) = $(\text{Chiều cao (cm)} - 100) \times 0,9$
 Như vậy: Một người cao 170 cm sẽ có cân nặng lý tưởng là $(170 - 100) \times 0,9 = 63$ kg.

2.4.7. Tập thể dục thường xuyên

Mỗi bệnh nhân sẽ được bác sĩ tư vấn một chế độ tập luyện phù hợp, tùy vào tình trạng bệnh đái tháo đường và những biến chứng đã có. Thời gian tối ưu bạn nên dành để tập thể dục là 30 phút mỗi ngày và ít nhất 05 ngày mỗi tuần. Bạn có thể chia nhỏ thời gian tập trong ngày tùy theo khả năng của mình và hãy đảm bảo thực hiện các bài tập mà bạn yêu thích. Tập luyện đúng cách giúp giữ cân nặng hợp lý, ổn định đường huyết, huyết áp, mỡ máu và giúp tim hoạt động tốt hơn.

2.4.8. Kiểm soát căng thẳng/stress và ngủ đủ giấc

Sức khỏe tinh thần là cực kỳ quan trọng đối với bệnh nhân đái tháo đường có kèm bệnh tim mạch. Các nội tiết tố tạo ra khi căng thẳng có thể dẫn đến tăng huyết áp, tăng nhịp tim và đường huyết khó kiểm soát hơn.

2.4.9. Tái khám định kỳ

Ở mỗi lần tái khám, bác sĩ sẽ điều chỉnh các loại thuốc để kiểm soát tất cả bệnh lý của bạn, cũng như tầm soát và phát hiện sớm các biến chứng tim mạch cho bạn, nhờ đó có thể điều trị kịp thời, đạt hiệu quả cao.

3. KẾT LUẬN

Sống với bệnh đái tháo đường có thể là một thử thách, nhưng hầu hết bệnh nhân có thể thích nghi và kiểm soát bệnh thành công. Việc điều trị toàn diện, không chỉ kiểm soát đường huyết mà còn phải kết hợp xử lý các yếu tố nguy cơ đi kèm, đặc biệt là tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu và hút thuốc lá là điểm mấu chốt để phòng ngừa các biến chứng tim mạch. Bác sĩ sẽ đồng hành cùng bạn trong việc theo dõi thường xuyên và định kỳ, kịp thời phát hiện các biến chứng để xử trí sớm và triệt để.



MỐI NGUY HIỂM CỦA VI KHUẨN ĐA ĐỀ KHÁNG

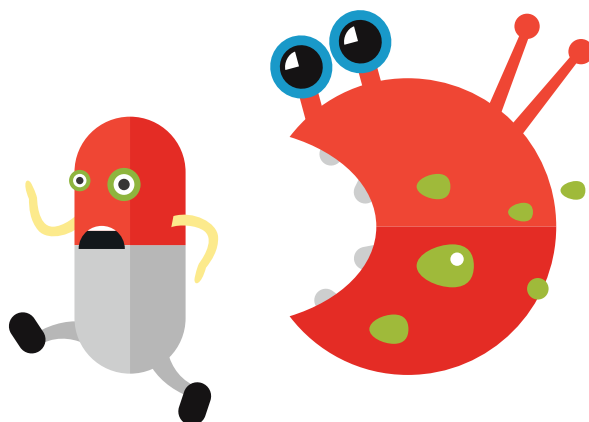
ThS BS Phan Vũ Anh Minh

Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Những người bệnh bị nhiễm khuẩn nặng có thể nguy hiểm đến tính mạng. Đặc biệt, nếu tác nhân gây ra nhiễm khuẩn là vi khuẩn đa đề kháng thì mức độ nguy hiểm tăng thêm rất nhiều, tỉ lệ tử vong cao hơn, thời gian nằm viện và chi phí điều trị cũng tăng thêm đáng kể. Hiện nay, vấn đề nhiễm vi khuẩn đa đề kháng trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam đều đang ở mức báo động.

1. THẾ NÀO LÀ VI KHUẨN ĐA ĐỀ KHÁNG THUỐC KHÁNG SINH

Bệnh nhiễm khuẩn là bệnh gây ra bởi sự xâm nhập của các vi sinh vật, bao gồm vi khuẩn, siêu vi (virus), ký sinh trùng và vi nấm, vào cơ thể người bệnh. Các tác nhân này có thể đi vào cơ thể qua nhiều đường khác nhau, tạo nên các bệnh cảnh khác nhau, ví dụ như các vi sinh vật xâm nhập vào phổi gây bệnh viêm phổi, vào đường tiểu gây bệnh nhiễm khuẩn đường tiết niệu, vào hệ thần kinh trung ương gây viêm não - viêm màng não,... Sau khi xâm nhập vào cơ thể người bệnh, chúng bắt đầu sinh sôi nảy nở, có thể khu trú một cơ quan nhưng cũng có thể đi vào máu và di chuyển khắp nơi trong cơ thể. Hệ miễn dịch của người bệnh sẽ tạo ra những phản ứng để chống lại sự xâm nhập này, tuy nhiên, đôi khi những phản ứng này lại quá mức và bị mất kiểm soát, hậu quả làm tình trạng bệnh nặng nề thêm. Bệnh nhiễm khuẩn có nhiều mức độ khác nhau, từ nhẹ đến nặng, thậm chí rất nặng như sốc nhiễm khuẩn, có thể dẫn đến tử vong sau thời gian ngắn mắc bệnh. Tuy nhiên càng nguy hiểm hơn nữa



khi các vi sinh vật này có thể lây lan từ người này sang người khác dẫn đến tình trạng lây nhiễm chéo. Trong lịch sử thế giới đã ghi nhận hàng loạt đại dịch do sự lây lan của các vi sinh vật, làm thiệt mạng rất nhiều người.

Trước khi thuốc kháng sinh ra đời, con người gần như bất lực trước các bệnh nhiễm khuẩn. Thứ nhất, chúng ta không thể nhìn thấy các vi sinh



vật này bằng mắt thường nên không biết các bệnh lý này do chúng gây ra. Thứ hai, chúng ta không có vũ khí nào thực sự hiệu quả để tiêu diệt các vi sinh vật này. Đến cuối thế kỉ XIX, chúng ta bắt đầu có những khái niệm đầu tiên về các vi sinh vật nhỏ bé gây bệnh này. Đến năm 1928, Alexander Flemming tìm ra kháng sinh đầu tiên, penicillin, đánh dấu bước ngoặt lịch sử của nhân loại trong cuộc chiến chống lại vi khuẩn.

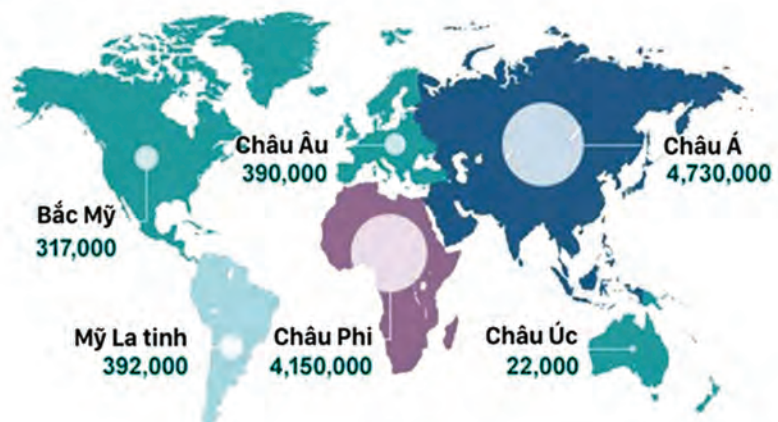
Thuốc kháng sinh (KS), trước đây thường được gọi là trụ sinh, là những chất được chiết xuất từ các vi sinh vật, nấm, được tổng hợp hoặc bán tổng hợp, có khả năng tiêu diệt vi khuẩn hay kìm hãm sự phát triển của vi khuẩn một cách đặc hiệu. Ước tính đến nay, con người biết được khoảng 8.000 loại KS, trong đó khoảng 100 loại được sử dụng trong y học. Tuy nhiên, hiệu quả của thuốc KS ngày càng giảm, chủ yếu là do hiện tượng kháng KS. Kháng KS là khả năng của các vi sinh vật như vi khuẩn, virus, vi nấm hoặc ký sinh trùng vẫn còn khả năng sinh trưởng mặc dù có sự hiện diện của một loại thuốc mà thông thường có thể giết chết hoặc hạn chế sự

phát triển của chúng. Điều này dẫn đến việc điều trị các bệnh nhiễm khuẩn gặp rất nhiều khó khăn, thời gian điều trị lâu hơn, chi phí điều trị tăng thêm, nhưng khả năng không thể chữa khỏi bệnh, dẫn đến tử vong là rất cao. Đặc biệt, song hành với sự phổ biến của hiện tượng kháng KS, càng ngày càng xuất hiện nhiều chủng vi khuẩn cùng lúc kháng nhiều loại thuốc KS khác nhau, gọi là vi khuẩn đa đề kháng (VKĐĐK). Theo Trung tâm phòng ngừa và kiểm soát bệnh tật của Châu Âu (ECDC) và Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật của Hoa Kỳ (USCDC), vi khuẩn gọi là đa đề kháng thuốc (multidrug-resistant) khi không còn nhạy với ít nhất 1 KS thuộc ít nhất 3 nhóm KS khác nhau. Thậm chí, đã bắt đầu xuất hiện những siêu vi khuẩn ("superbug") với khả năng kháng toàn bộ tất cả các KS ở tất cả các nhóm KS hiện có, gọi là vi khuẩn toàn kháng (pandrug-resistant). Các vi khuẩn này khiến cho những bệnh nhiễm trùng thường gặp như viêm phổi, lao, viêm ruột, nhiễm trùng tiểu,... có thể trở nên bất trị.

2. NHỮNG CON SỐ BIẾT NÓI

Đề kháng KS hiện đang là một vấn đề nhức nhối toàn cầu. Theo thống kê của tác giả O'Neill năm 2016, mỗi năm trên toàn thế giới có hơn 700.000 ca tử vong vì nhiễm vi khuẩn kháng thuốc, trong đó gần 200.000 trường hợp là do VKĐĐK. Nếu không có biện pháp gì can thiệp vào tình trạng này, dự tính đến năm 2050, số ca tử vong trong một năm do nhiễm vi khuẩn kháng thuốc có thể lên đến 10.000.000 (Hình 1). Vào năm 2015, một chiến dịch nhằm nâng cao nhận

**10 triệu người sẽ chết mỗi năm
vì kháng kháng sinh vào năm 2050**



Hình 1. Số trường hợp tử vong ước đoán mỗi năm do nhiễm vi khuẩn kháng kháng sinh tại các lục địa trên toàn thế giới vào năm 2050.

thức của cộng đồng về tình trạng kháng thuốc KS toàn cầu đã đưa ra những con số thống kê thực sự gây choáng váng: khoảng 25.000 người bệnh chết mỗi năm do vi khuẩn kháng thuốc ở Châu Âu; còn ở Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 2.000.000 người bệnh nhiễm vi khuẩn kháng KS, trong đó có khoảng 23.000 ca tử vong; ở Ấn Độ, cứ mỗi 9 phút có 1 trẻ em tử vong do bệnh nhiễm khuẩn gây ra bởi VKĐĐK. Đến năm 2019, ở Hoa Kỳ ghi nhận đến 35.000 trường hợp tử vong trong một năm do vi khuẩn kháng thuốc.

Năm 2017, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đưa ra danh sách những VKĐĐK nguy hiểm nhất với 3 mức độ ưu tiên quan tâm nghiên cứu, nhằm tìm ra những loại thuốc mới giúp điều trị hiệu quả các vi khuẩn này (Bảng 1). Từ danh sách này, chúng ta có thể thấy các vi khuẩn *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, các vi khuẩn họ *Enterobacteriaceae* là những vi khuẩn vô cùng nguy hiểm, vì chúng đã đề kháng với KS nhóm carbapenem, nhóm thuốc được xem là “lựa chọn KS cuối cùng” khi người bệnh bị nhiễm khuẩn nặng hoặc nghi ngờ nhiễm khuẩn kháng

thuốc. Thực tế tại Việt Nam theo báo cáo của PGS. Đoàn Mai Phương (Nguyên Trưởng Khoa Vi Sinh, bệnh viện Bạch Mai) tại hội nghị khoa học của Hội Hồi Súc Cấp Cứu và Chống Độc Việt Nam năm 2017, tỉ lệ *Enterobacteriaceae* kháng carbapenem là 5 - 29%, tỉ lệ *Acinetobacter baumannii* kháng carbapenem là 48 - 90%, còn *Pseudomonas aeruginosa* kháng carbapenem chiếm 10 - 80%. Ngoài ra, chủng *Staphylococcus aureus* kháng methicillin cũng rất thường gặp với tỉ lệ nhiễm 47 - 68%.

Ưu tiên 1: KHẨN	Ưu tiên 2: CAO	Ưu tiên 3: TRUNG BÌNH
• <i>Acinetobacter baumannii</i> kháng carbapenem • <i>Pseudomonas aeruginosa</i> kháng carbapenem • <i>Enterobacteriaceae</i> kháng carbapenem, tiết ESBL	• <i>Enterococcus faecium</i> kháng vancomycin • <i>Staphylococcus aureus</i> kháng methicillin, kháng và nhạy trung gian với vancomycin • <i>Helicobacter pylori</i> kháng clarithromycin • <i>Campylobacter spp.</i> kháng fluoroquinolone • <i>Salmonellae</i> kháng fluoroquinolone • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> kháng cephalosporin, kháng fluoroquinolone	• <i>Streptococcus pneumoniae</i> không nhạy penicillin • <i>Haemophilus influenzae</i> kháng ampicillin • <i>Shigella spp.</i> kháng fluoroquinolone

Bảng 1. Danh sách các vi khuẩn đề kháng kháng sinh cần được ưu tiên quan tâm nghiên cứu theo Tổ chức Y tế Thế giới.

Ngoài các vi khuẩn đã được WHO nêu trên, còn một số chủng VKĐĐK thường gặp ở trên thế giới cũng như tại Việt Nam như vi khuẩn gây bệnh lao, *Clostridium difficile*, *Neisseria gonorrhoeae* (vi khuẩn gây bệnh lậu),... Tỉ lệ kháng thuốc của các nhóm vi khuẩn này ngày càng tăng, dẫn việc điều trị chúng ngày càng kém hiệu quả. Năm 2013, toàn thế giới có 480.000 người bệnh nhiễm lao đa kháng. Năm 2019, ở Mỹ có 223.900 ca nhiễm *Clostridium difficile*, trong đó có 12.800 trường hợp tử vong. Cũng trong năm 2019, tỉ lệ

nhiễm bệnh lậu kháng KS ở Mỹ tăng 124%. Rõ ràng tình trạng nhiễm VKĐĐK ngày càng tiến triển rõ hơn, thể hiện sự “lộng hành” của các chủng vi khuẩn này. Tất cả khiến cho việc điều trị những bệnh nhiễm trùng đơn giản nhất cũng trở nên vô cùng phức tạp, với chi phí điều trị rất cao nhưng tỉ lệ tử vong lại ngày càng leo thang. “Hiện tượng kháng thuốc KS có thể ảnh hưởng đến bất kỳ ai, ở bất kỳ nhóm tuổi nào, tại bất kỳ quốc gia nào. Có thể tưởng tượng được trong một vài thập kỷ nữa, các phương pháp điều trị như hóa trị



bệnh ung thư và phẫu thuật đơn giản sẽ trở nên không thể thực hiện được do phụ thuộc vào thuốc KS để bảo vệ bệnh nhân chống nhiễm khuẩn. Chúng ta đang đối mặt với một tương lai khi mà triệu chứng ho hay một vết cắt cũng lại có thể gây tử vong.” - Bác sĩ Lokky Wai, Đại diện của WHO tại Việt Nam, giải thích.

Thật vậy, theo thống kê của CDC, ở Hoa Kỳ, mỗi năm có ít nhất 1,7 triệu trường hợp nhiễm khuẩn huyết; 1,2 triệu bà mẹ được phẫu thuật mổ bắt

con; hơn 30 triệu người bệnh đái tháo đường với nguy cơ cao bị nhiễm khuẩn; hơn 33.000 ca mổ ghép tạng; hơn 500.000 người bệnh chạy thận định kỳ; và khoảng 650.000 bệnh nhân ung thư đang được hóa trị. Tất cả những bệnh nhân này cần được bảo vệ bởi thuốc KS. Nếu không còn thuốc KS nào hữu dụng, chỉ riêng ở Mỹ đã có hàng triệu người bệnh mỗi năm không còn được bảo vệ an toàn và có thể bị nguy hiểm đến tính mạng.

3. TẠI SAO XUẤT HIỆN VI KHUẨN ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH?

Hiện nay, tình trạng đề kháng KS ngày càng nhiều và lan rộng, chủ yếu do những nguyên nhân sau đây:

- **Lạm dụng thuốc KS:** người dân chưa nhận thức được rõ vai trò của KS cũng như mối nguy hại của VKĐĐK. Bất kể mắc bệnh gì, khi có biểu hiện của nhiễm khuẩn (sốt, sưng đỏ,...) cũng uống KS để chữa bệnh, ví dụ những trường hợp cảm cúm do siêu vi (là những sinh vật không thể bị tiêu diệt bởi KS) cũng mua KS uống. Thậm chí nhiều người dân còn có quan niệm uống nhiều loại KS cho mau khỏi bệnh. Ngoài ra, vấn đề quản lý KS ở nhiều nơi vẫn chưa được chặt chẽ, người dân vẫn có thể mua KS mà không cần có toa thuốc của bác sĩ. Vấn đề lạm dụng kháng sinh không chỉ xảy ra trong cộng đồng dân chúng, mà còn ở các cơ sở y tế và các bệnh viện. Rất nhiều trường hợp chỉ định KS chưa phù hợp. Và vấn đề quản lý sử dụng KS tại các cơ sở y tế và các bệnh viện vẫn gặp rất nhiều khó khăn. Theo thống kê của WHO, tại các bệnh viện ở Việt Nam, một phần ba số người bệnh nội trú đã được chỉ định thuốc KS không hợp lý trong quá trình nhập viện. Ngoài ra, WHO cũng ghi nhận KS chiếm hơn 50% các thuốc được sử dụng cho người bệnh và chủ yếu được bán tại các nhà thuốc, 88 - 97% các nhà thuốc tại Việt Nam kê KS mà không có toa thuốc của bác sĩ (mặc dù điều này đã bị cấm theo luật pháp Việt Nam).
- **Không tuân thủ tốt điều trị:** nhiều trường hợp nhiễm khuẩn cần uống KS đủ liều lượng theo y lệnh của bác sĩ để tiêu diệt sạch toàn bộ vi khuẩn, nhưng sau khi uống thuốc một thời gian, người bệnh thấy giảm các triệu chứng lại tự ý ngưng thuốc sớm, không dùng đủ liều thuốc. Điều này dẫn đến hiện tượng vi khuẩn không bị tiêu diệt hoàn toàn, mà lại có cơ hội tiếp xúc với KS liều thấp, nên dễ dàng thích nghi, phát sinh

đột biến kháng lại các KS này.

- **Sử dụng KS rộng rãi và tùy tiện** trong các ngành chăn nuôi, nuôi trồng thủy hải sản và trồng trọt: mặc dù động vật và thực vật vẫn cần được dùng KS để điều trị khi chúng bị bệnh, nhưng hiện nay chỉ định KS trong các ngành chăn nuôi và nông nghiệp khá tùy tiện. KS dùng để dự phòng nhiều hơn là để điều trị, thậm chí nhiều nơi còn dùng KS với mục đích thúc đẩy tăng trưởng. Hơn 45 loại KS đang được người dân sử dụng cách rộng rãi trong các ngành này. Việc tiếp xúc nhiều giữa các vi khuẩn trong môi trường với KS sẽ làm gia tăng khả năng đề kháng KS của các vi khuẩn. Bản thân các động vật và cây trồng bị tăng nguy cơ nhiễm VKĐĐK, và môi trường cũng bị ô nhiễm bởi các chủng vi khuẩn này. Con người sẽ có nguy cơ nhiễm các vi khuẩn kháng thuốc khi tiếp xúc với môi trường ô nhiễm và thực phẩm làm từ các loại động thực vật mang VKĐĐK này.

- **Kiểm soát nhiễm khuẩn trong môi trường y tế** vẫn chưa được thực hiện tốt: các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm chéo các VKĐĐK vẫn chưa được tuân thủ tốt (vệ sinh tay, mặc các phương tiện phòng hộ,...). Nhiều cơ sở y tế vẫn chưa quản lý tốt các vấn đề vệ sinh môi trường trong và xung quanh cơ sở, nhất là vấn đề vệ sinh bề mặt các trang thiết bị y tế.

- **Khó khăn trong việc tạo ra một loại KS mới**, cũng như tiếp cận được các KS mới: một sự thật là từ năm 1962 đến năm 2000, không hề có bất kỳ một nhóm KS mới nào được phát triển thành công. Đến năm 2022, một số loại KS mới ra đời lại có chi phí rất cao. Việc tiếp cận với các loại KS này gần như bất khả thi đối với người bệnh ở các nước nghèo và các nước đang phát triển.



Các mầm bệnh tuy rất nhỏ bé, nhưng có lẽ cũng nhờ cấu trúc sinh học rất đơn giản của mình, chúng dễ dàng biến đổi để thoát khỏi sự tấn công và tiêu diệt của các loại KS. Trong lịch sử loài người, từ khi KS ra đời đến nay, chỉ một thời gian ngắn sau khi con người tìm ra loại KS mới là vi khuẩn đã tìm được cách đối phó và miễn nhiễm với các loại KS ấy. Một số cách thức mà vi khuẩn đã thực hiện để chống lại KS bao gồm (Hình 2):

- Hạn chế sự xâm nhập của KS: các mầm bệnh hạn chế sự xâm nhập của KS vào bên trong cơ thể của chúng bằng cách biến đổi các đường vào của thuốc hoặc giảm thiểu số cổng vào của thuốc. Ví dụ như các vi khuẩn Gram âm có lớp màng ngoài (outer layer/ membrane) giúp bảo vệ chúng khỏi sự tác động của môi trường bên ngoài. Chúng có thể dùng lớp màng này để hạn

chế các KS vào bên trong cơ thể chúng.

- Tổng KS ra ngoài: các vi sinh vật sử dụng những hệ thống bơm đẩy trên vách tế bào để đẩy KS ra ngoài cơ thể của chúng. Ví dụ một số vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* có thể tạo ra bơm đẩy để đưa nhiều loại KS quan trọng ra ngoài, bao gồm *fluoroquinolones*, *beta-lactams*, *chloramphenicol*, và *trimethoprim*. Hoặc một số chủng *Candida* tạo được bơm đẩy có khả năng tổng các thuốc kháng nấm thuộc nhóm azoles ra ngoài.

- Làm biến đổi hoặc phá hủy KS: các vi khuẩn có thể gây biến đổi, phá hủy các loại KS nhờ vào các enzymes, proteins có khả năng tiêu hủy các loại KS. Ví dụ vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* sản xuất được các enzymes tên là *carbapenemases*, có khả năng phá hủy các KS nhóm *carbapenem*

NGUYÊN NHÂN CỦA KHÁNG THUỐC KHÁNG SINH



Kháng thuốc kháng sinh diễn ra khi vi khuẩn thay đổi và trở nên kháng với kháng sinh đã sử dụng để chữa trị lây nhiễm do chúng gây ra.



Kê kháng sinh qua nhiều, không hợp lý



Người bệnh không dùng hết liều



Lạm dụng kháng sinh trong chăn nuôi và nuôi trong thủy sản



Kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện và phòng khám chưa tốt



Thiếu vệ sinh và hệ thống vệ sinh yếu kém



Chưa có kháng sinh mới

Hình 2. Các nguyên nhân dẫn đến kháng thuốc kháng sinh.
(Nguồn: <https://trungtamytequan6.medinet.gov.vn/truyen-thong-gdsk/>)

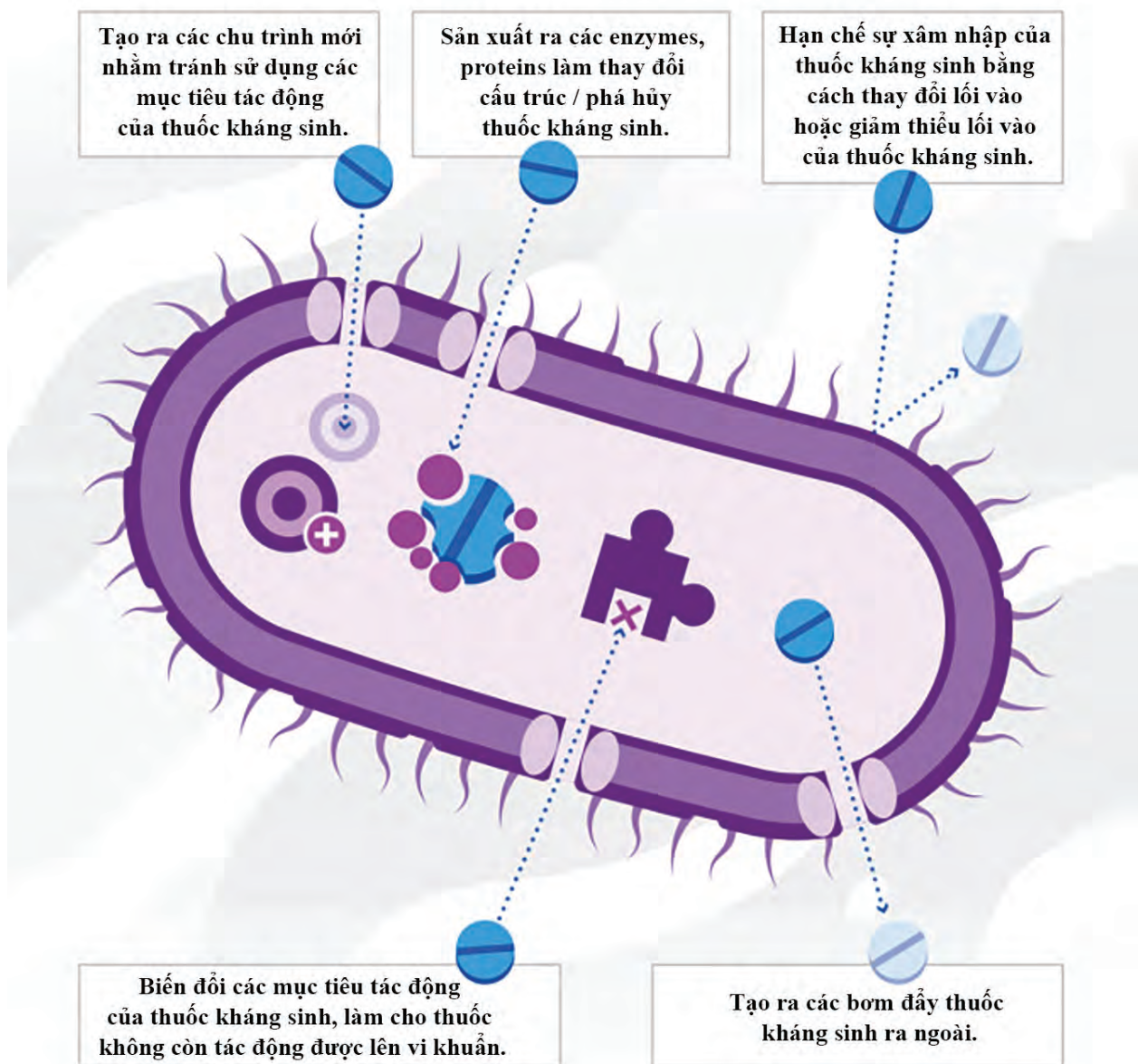
và hầu hết các KS *beta-lactam*.

- Thay đổi mục tiêu tác động của KS: nhiều loại KS có cơ chế hoạt động là phân lập và phá hủy một bộ phận riêng biệt (mục tiêu) nào đó của vi khuẩn. Khi vi khuẩn có khả năng biến đổi các mục tiêu này, KS sẽ không thể nào tác động lên vi khuẩn này được nữa. Ví dụ vi khuẩn *Escherichia coli* mang gen *mcr-1* có thể thêm một hợp chất vào mặt ngoài vách tế bào khiến cho KS *colistin* không thể nào bám vào vi khuẩn này được nữa.

- Qua một các KS: các mầm bệnh phát triển các chu trình tế bào mới, trong đó không sử dụng các mục tiêu tác động của KS, làm cho các KS không còn tác động lên các vi khuẩn này được

nữa. Ví dụ như một vài vi khuẩn *Staphylococcus aureus* có thể thoát khỏi các tác động của KS trimethoprim nhờ cách này.

Như vậy, để đối phó với các KS, các loại vi sinh vật đã tự cải trang, tự trang bị cho mình những bộ giáp chắc chắn hơn, hoặc tự chế tạo được vũ khí riêng (bom đẩy và các enzymes). Các phương thức đối phó của các vi khuẩn ngày càng tinh vi hơn, ngày càng mạnh mẽ hơn và ngày càng khiến cho con người chúng ta phải run sợ. Cuộc chiến giữa loài người và các vi sinh vật gây bệnh có thể sẽ kéo dài mãi không có hồi kết, nhưng hiện nay phần thắng có vẻ như đang thuộc về những giống loài nhỏ bé kia.



Hình 3. Các cơ chế vi khuẩn tạo sự đề kháng với thuốc kháng sinh.



4. CẦN LÀM GÌ ĐỂ HẠN CHẾ TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH?

Tình trạng đáng báo động của đề kháng KS đã nhận được nhiều sự quan tâm trên toàn thế giới. Tháng 9/2016, Đại Hội Đồng Liên Hiệp Quốc đã triệu tập cuộc họp cấp cao tại New York với chủ đề “Kháng thuốc kháng sinh”. Tại đây, các nước thành viên của Liên Hiệp Quốc, bao gồm cả Việt Nam, đã cam kết thực hiện các phương pháp tiếp cận toàn diện, có phối hợp để xử lý nguyên nhân gốc rễ của tình trạng kháng thuốc KS xuyên suốt nhiều ngành, đặc biệt là y tế, thú y và nông nghiệp. Đây là lần thứ tư một vấn đề về y tế được Đại Hội Đồng Liên Hiệp Quốc quan tâm xử lý. Ngoài ra, từ năm 2015, WHO đã thông qua kế hoạch hành động toàn cầu nhằm giải quyết vấn đề bức thiết về kháng KS. Một trong những mục tiêu chính của kế hoạch này là nâng cao ý thức và hiểu biết về hiện tượng kháng kháng sinh thông qua truyền thông hiệu quả, giáo dục và đào tạo. Tuần lễ Nhận thức về Kháng sinh trên Thế giới (World Antimicrobial Awareness Week – WAAW) được tổ chức từ 18 - 24/11 hàng năm, với mục đích nhắc nhở và nâng cao nhận thức về vấn đề kháng thuốc KS trên toàn cầu.

Từ năm 2013, Việt Nam đã thông qua Kế hoạch hành động quốc gia về kháng thuốc KS, và là quốc gia đầu tiên trong Khu vực Tây Thái Bình Dương của WHO thực hiện điều này. Bộ Y tế cũng đã phát động tuần lễ nhận thức về KS lần đầu tiên vào năm 2015 với chủ đề “*Không hành động hôm nay, ngày mai không còn thuốc chữa*” nhằm nâng cao nhận thức của người dân cũng như cán bộ viên chức thuộc các ngành y tế, thú y, nông nghiệp, dược phẩm, môi trường, công thương trong việc phối hợp hành động phòng chống đề kháng KS.

Ngoài những hành động mang tầm vĩ mô với các chiến lược lâu dài kể trên, bản thân mỗi người dân cũng cần ý thức vai trò của mình trong công tác phòng chống đề kháng KS. Những biện pháp đã được CDC đề xuất bao gồm:

- Hiểu rõ nguy cơ bị nhiễm khuẩn của bản thân mỗi người. Những người có các bệnh nền như đái tháo đường, bệnh tim,... cần tự chăm sóc sức khỏe bản thân thật tốt. Nếu có thắc mắc về nguy cơ mắc các bệnh nhiễm khuẩn, cần hỏi kỹ các bác sĩ khi đi khám bệnh.
- Vệ sinh tay thường xuyên.
- Chích ngừa vaccine đầy đủ.
- Chú ý theo dõi các dấu hiệu bất thường về sức

khỏe của bản thân, đặc biệt các dấu hiệu gợi ý bệnh nhiễm khuẩn. Đi khám ngay khi có dấu hiệu bị nhiễm khuẩn, tránh để bệnh diễn tiến nặng đến tình trạng nhiễm khuẩn huyết, có thể nguy hiểm đến tính mạng.

- Sử dụng KS hợp lý. Cần trao đổi kỹ càng với bác sĩ hoặc bác sĩ thú y về thuốc KS điều trị cho bản thân, cho những người thân trong gia đình, cũng như cho vật nuôi của mình. Cần ghi nhớ việc sử dụng thuốc KS bừa bãi có thể gây nhiều tác dụng phụ cho chúng ta, đồng thời gây nên hiện tượng đề kháng KS.

- Chú ý vệ sinh tay sau khi sờ, ôm, cho ăn, và chăm sóc vật nuôi. Giữ vật nuôi sạch sẽ.

- Thực hiện nghiêm túc các biện pháp vệ sinh an toàn thực phẩm, phòng tránh nhiễm khuẩn đường tiêu hóa.

- Chú ý giữ gìn sức khỏe khi đi ra nước ngoài. Tiêm ngừa vaccine đầy đủ. Cẩn thận với các thực phẩm không đảm bảo vệ sinh.

- Quan hệ tình dục an toàn. Thực hiện các biện pháp phòng ngừa các bệnh lây lan qua đường tình dục. Nếu bị mắc bệnh, cần điều trị sớm cho cả bản thân và bạn tình để tránh bị tái nhiễm.

Ngoài ra, chúng ta cũng cần lưu ý một số nguyên tắc chung trong phòng ngừa sự phát triển của VKĐĐK, bao gồm:

- KS chỉ có tác dụng đối với vi khuẩn, không được dùng KS để điều trị các bệnh cảm cúm thông thường.

- Không tự ý mua KS để dùng, chỉ dùng KS khi thực sự cần thiết và phải theo toa của bác sĩ.

- Tuân thủ điều trị theo y lệnh bác sĩ: đúng liều lượng và đủ thời gian. Dù các triệu chứng bệnh đã giảm nhiều hoặc hết hẳn, không được tự ý giảm liều thuốc và không được tự ý ngưng KS. Ngược lại, nếu tình trạng bệnh không cải thiện hoặc nặng hơn, cần đi khám ngay để được điều chỉnh thuốc phù hợp, không được tùy tiện tăng liều thuốc, tự mua thêm thuốc KS loại khác, hay kéo dài thời gian sử dụng thuốc KS.

Tóm lại, mỗi người dân cần nhận thức được tình trạng kháng KS đang bùng nổ hiện nay, hiểu rõ mối nguy hiểm của VKĐĐK, và tích cực chung tay phòng chống đề kháng KS. Vai trò của mỗi cá nhân là rất quan trọng trong ngăn cản vi khuẩn đột biến kháng thuốc cũng như phòng ngừa sự lây lan của VKĐĐK.



PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN ĐIỀU TRỊ BỆNH TIM Ở TRẺ EM

BS Nguyễn Võ Tấn Danh

Khoa Phẫu thuật Tim trẻ em - Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Cứ 1.000 trẻ em được sinh ra và sống thì có đến 8-12 trẻ em mắc bệnh tim bẩm sinh. Bệnh tim bẩm sinh được định nghĩa là một dị tật ở tim hoặc mạch máu lớn xuất hiện ngay trước khi trẻ được sinh ra đời. Bệnh tim bẩm sinh là dị tật bẩm sinh thường gặp nhất ở trẻ em và cũng là nguyên nhân bẩm sinh gây chết nhiều nhất ở nhóm tuổi này. Hiện nay, tiên lượng của một trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh đã tốt hơn rất nhiều nhờ những tiến bộ trong chăm sóc sơ sinh, hồi sức, can thiệp và đặc biệt là phẫu thuật. Trước đây, các cuộc phẫu thuật thường phải mở toàn bộ xương ức gây đau đớn sau mổ và để lại một vết sẹo dài gây hạn chế về mặt chức năng lẫn thẩm mỹ. Nhờ vào những tiến bộ y khoa, phẫu thuật ít xâm lấn (PTIXL) điều trị bệnh tim ở trẻ em ngày càng trở nên phổ biến, đem lại nhiều lợi ích hơn cho bệnh nhân.

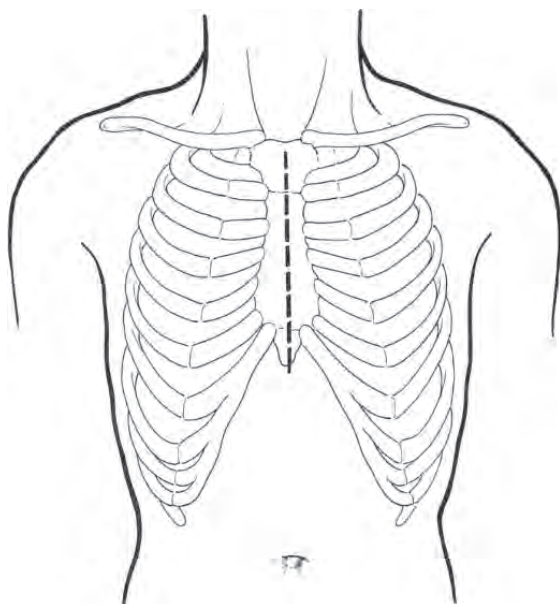


1. SỰ XUẤT HIỆN CỦA PHẪU THUẬT TIM ÍT XÂM LẤN

PTIXL điều trị bệnh lí tim mạch được định nghĩa là phẫu thuật tim thông qua những đường mổ ngực có đường rạch da nhỏ và bảo tồn một phần hoặc toàn bộ cấu trúc của xương ức.

Từ trước đến nay, phẫu thuật điều trị các bệnh lí tim ở trẻ em phần lớn được thực hiện qua đường mổ ngực kinh điển là đường giữa xương ức. Cụ thể hơn, qua đường rạch da giữa ngực, bác sĩ sẽ mổ toàn bộ xương ức để bộc lộ phẫu trường và tiếp cận trái tim. Đường mổ ngực giữa xương ức từ lâu đã là một tiêu chuẩn kinh điển trong mổ tim, vì khả năng bộc lộ rõ ràng các cấu trúc tim mạch giúp cho cuộc phẫu thuật tiến hành nhanh chóng và thuận lợi. Tuy nhiên, đường mổ này cũng gây những bất lợi sau mổ như nguy cơ chảy máu nhiều, gây đau nhiều, lành xương chậm và nhiễm trùng xương ức. Ngoài ra, vết sẹo đường giữa ngực cũng gây phiền toái cho bệnh nhân. Cùng với lí do thẩm mỹ thì vết sẹo mổ ấy cũng mang đến những định kiến xã hội cho bệnh nhân, nhất là ở những bệnh nhân nữ. Từ những lí do trên, những đường mổ thay thế đã ra đời mà vẫn đảm bảo cho việc điều trị triệt để và an toàn các bệnh lí tim bẩm sinh nhưng mang tính chất ít xâm lấn hơn, nghĩa là các bệnh nhân sẽ có một vết sẹo mổ ngắn hơn, dễ dàng che khuất hơn và có thể bảo tồn được một phần hoặc toàn bộ xương ức.

PTIXL điều trị bệnh tim ở trẻ em bắt đầu phát triển từ những năm 90 của thế kỷ trước từ những kinh nghiệm thu thập được từ phẫu thuật tim ở người lớn. Nhờ những tiến bộ y khoa, những dụng cụ hỗ trợ cho phẫu thuật tim ít xâm lấn cũng ra đời để đáp ứng nhu cầu ấy, từ những hệ thống kéo nâng xương ức đến những hệ thống tim phổi nhân tạo thiết lập tại các mạch máu ngoại biên. Ở trẻ em, kích thước lồng ngực tương đối nhỏ làm cho các cấu trúc tim mạch thường sẽ nằm gần thành ngực hai bên hơn so với người lớn do đó tạo thuận lợi cho các đường mổ ngực ít xâm lấn. Việc lựa chọn các đường mổ ngực sẽ dựa trên tuổi, giới, cân nặng, dị tật tim, và những yếu tố chuyên biệt khác nhằm cân bằng giữa mức độ an toàn, độ hiệu quả của phẫu thuật và sự hài lòng của người bệnh sau mổ. Cũng xin nói rõ rằng không phải tất cả các bệnh tim bẩm sinh đều có thể mổ được theo phương pháp ít xâm lấn này. Hiện nay, chỉ có một số bệnh thường gặp như thông liên thất và thông liên nhĩ thì phương pháp này mới được sử dụng ở trẻ em. Phần lớn các bệnh tim khác thì phẫu thuật cần phải xẻ xương ức để có thể tiếp cận và sửa chữa những tổn thương phức tạp. Bài viết này sẽ cho thấy một số hình ảnh và thông tin sơ bộ về những đường mổ ngực ít xâm lấn trong phẫu thuật điều trị bệnh tim bẩm sinh ở trẻ em.



Hình 1: Theo phẫu thuật kinh điển thì đường mổ ngực giữa toàn bộ xương ức sẽ bị chẻ đôi theo đường thẳng đứt đoạn trong hình vẽ.

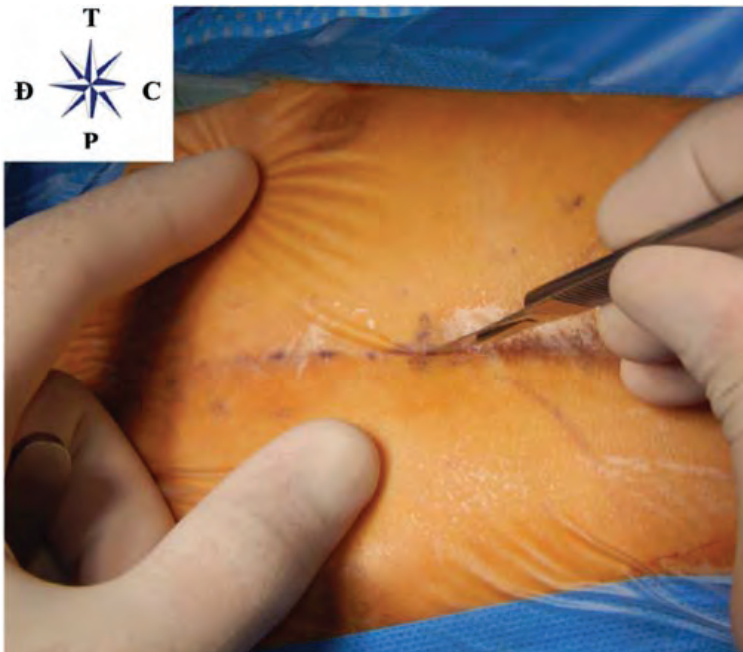


2. CÁC ĐƯỜNG MỔ NGỰC ÍT XÂM LẤN

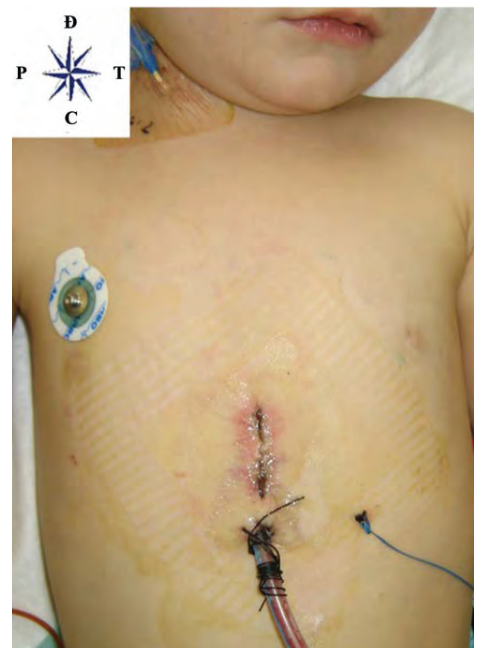
2.1. Đường mổ ngực nửa dưới xương ức

Đây là đường mổ thường được sử dụng để điều trị các bệnh tim bẩm sinh đơn giản như: thông liên nhĩ, thông liên thất và kênh nhĩ thất bán phần. Tuy nhiên đường mổ ngực này cũng có thể sử dụng để mổ những tật tim phức tạp hơn, như kênh nhĩ thất toàn phần, tứ chứng Fallot, hẹp dưới van động mạch chủ và một số bệnh khác.

Đường mổ sẽ được thực hiện bằng cách rạch da khoảng 3-4 cm đường giữa xương ức bắt đầu từ dưới đường nối hai núm vú 2 cm. Xương ức sẽ được cưa tách ở 1/3 đến 1/2 dưới (chỉ gồm mòm mũi kiếm và 1-2 cm thân ức) và sau đó sẽ được nâng kéo để bộc lộ động mạch chủ. Xương ức của bệnh nhân sau mổ sẽ được khâu lại bằng chỉ tự tiêu ở những bé nhẹ hơn 10 kg và với chỉ thép ở những trẻ lớn hơn.



Hình 2: Đường rạch da trong mổ ngực nửa dưới xương ức. Hình 1a bàn nhỏ chỉ hướng nằm của bệnh nhân trên giường mổ (Đ: Đầu; C: Chân; T: Trái; P: Phải).

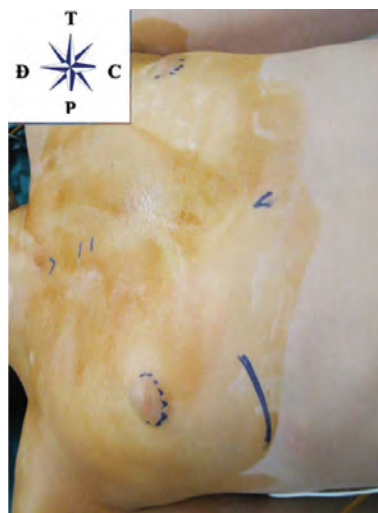


Hình 3: Vết mổ sau phẫu thuật tim ít xâm lấn mổ ngực nửa dưới xương ức điều trị thông liên thất (Đ: Đầu; C: Chân; T: Trái; P: Phải).

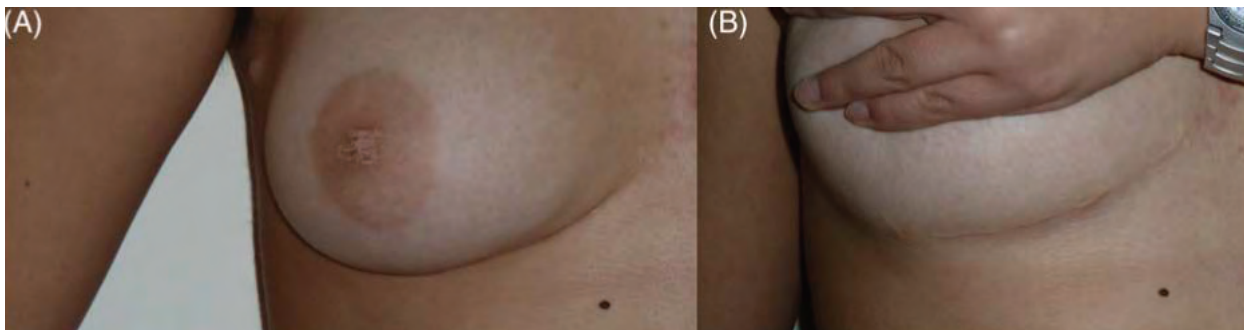
2.2. Đường mổ ngực bên phải

2.2.1. Đường mổ ngực trước

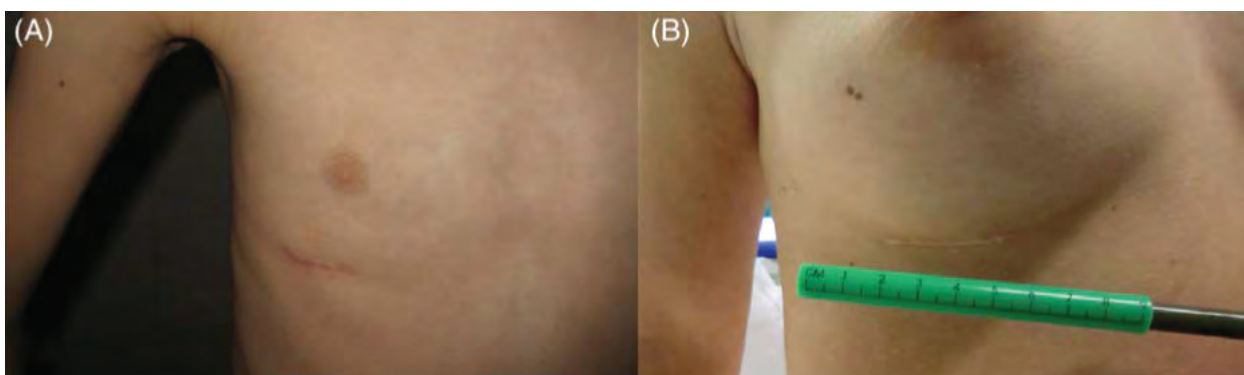
Nhằm tránh những điểm bất lợi về thẩm mỹ từ đường mổ ngực đường giữa xương ức, đường mổ ngực bên phải đã được dùng trong phẫu thuật tim ít xâm lấn từ lâu, nhất là ở những bệnh nhân nữ. Ở những bệnh nhân đó, sau khi lành vết mổ sẽ được giấu ở nếp lằn vú. Đường mổ ngực này thường dùng để điều trị thông liên nhĩ lỗ thứ phát và kênh nhĩ thất bán phần, nhất là ở bệnh nhân nữ. Đường rạch da 3-4 cm nằm ở rãnh vú phải ở bệnh nhân nữ lớn hoặc dưới núm vú phải cách xa vị trí của mô vú ở những bệnh nhân nữ trước dậy thì.



Hình 4: Vị trí đánh dấu vết mổ của đường mổ ngực trước bên phải (Đ: Đầu; C: Chân; T: Trái; P: Phải).



Hình 5: Sẹo mổ của đường mổ ngực trước bên phải tương quan so với mô vú của bệnh nhân sau khi bệnh nhân dậy thì.



Hình 6: Sẹo mổ của đường mổ ngực trước ở bệnh nhân trước dậy thì (A) và sau dậy thì (B).

2.2.2. Đường mổ ngực bên

So với đường mổ ngực bên phải phía trước, thì đường rạch da khoảng 3-4 cm sẽ di chuyển ra phía bên ngoài hơn, ở phía dưới hố nách. Vết sẹo sẽ được che khi người bệnh khép cánh tay lại.



Hình 7: Vị trí đánh dấu đường rạch da của mổ ngực bên (Đ: Đầu; C: Chân; P: Phải; T: Trái).



Hình 8: Vết sẹo mổ đường mổ ngực bên phải.



2.3. Đường mổ ngực nửa trên xương ức

Đường mổ ngực này được sử dụng nhiều trong phẫu thuật điều trị bệnh lý về van động mạch chủ và động mạch chủ ngực. Đường rạch da đường giữa xương ức thường sẽ bắt đầu từ khớp nối giữa cán và thân xương ức đến

đường nối 2 núm vú, thường khoảng 4-5 cm. Xương ức sẽ được cưa dọc theo đường giữa từ đầu trên đến khoảng liên sườn 3 hoặc 4, sau đó sẽ được cưa hình chữ T ngược sang bên nhằm dễ dàng cho việc bộc lộ cấu trúc.



Hình 9: Đường rạch da trong mổ ngực nửa trên xương ức.



Hình 10: Sẹo mổ của đường mổ ngực nửa trên xương ức.

3. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tim với đường mổ ngực ít xâm lấn điều trị bệnh tim ở trẻ em là một lựa chọn thay thế tốt cho việc mổ ngực chia đôi toàn bộ xương ức như thường lệ. Với vết sẹo mổ ngắn hơn, dễ che khuất và tác động tối thiểu đến xương ức, bệnh nhân sẽ có được sự hồi phục nhanh hơn, giảm nguy cơ biến chứng và hoà nhập tự tin hơn trở lại với cuộc sống thường nhật. Tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, PTIXL đã được ứng dụng điều trị bệnh tim bẩm sinh từ năm 2015 và đạt được nhiều kết quả khả quan.

Tuy nhiên, PTIXL cũng có những hạn chế riêng, bao gồm phẫu trường nhỏ, khó thao tác để bộc lộ rõ ràng tổn thương tim và những biến chứng trên mạch máu ngoại biên (nơi

thiết lập hệ thống tim phổi nhân tạo trong mổ tim). Bệnh nhân cũng có thể chịu nguy cơ phải chuyển đổi sang đường mổ ngực giữa xương ức ngay trong cuộc mổ do việc bộc lộ hạn chế dẫn tới không giải quyết được hết tổn thương trong tim.

Vì thế, từ những thông tin từ bệnh nhân như tuổi, giới, cân nặng, tổng trạng và mức độ phức tạp của dị tật tim, sự đồng thuận giữa bác sĩ và thân nhân là hết sức quan trọng trong việc lựa chọn đường mổ ngực phù hợp cho bé. Từ đó đảm bảo ưu tiên quan trọng nhất của phẫu thuật tim chính là giải quyết hiệu quả tổn thương trong tim và an toàn của bệnh nhân sau phẫu thuật.



CHĂM SÓC BÀN CHÂN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

CNDD Võ Thị Cẩm Nhung
Phòng Điều dưỡng - Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý bàn chân đái tháo đường (ĐTĐ) là bàn chân của người bệnh ĐTĐ có loét, nhiễm khuẩn và/hoặc phá hủy mô sâu kết hợp với bất thường thần kinh và bệnh mạch máu ngoại biên ở chi dưới.

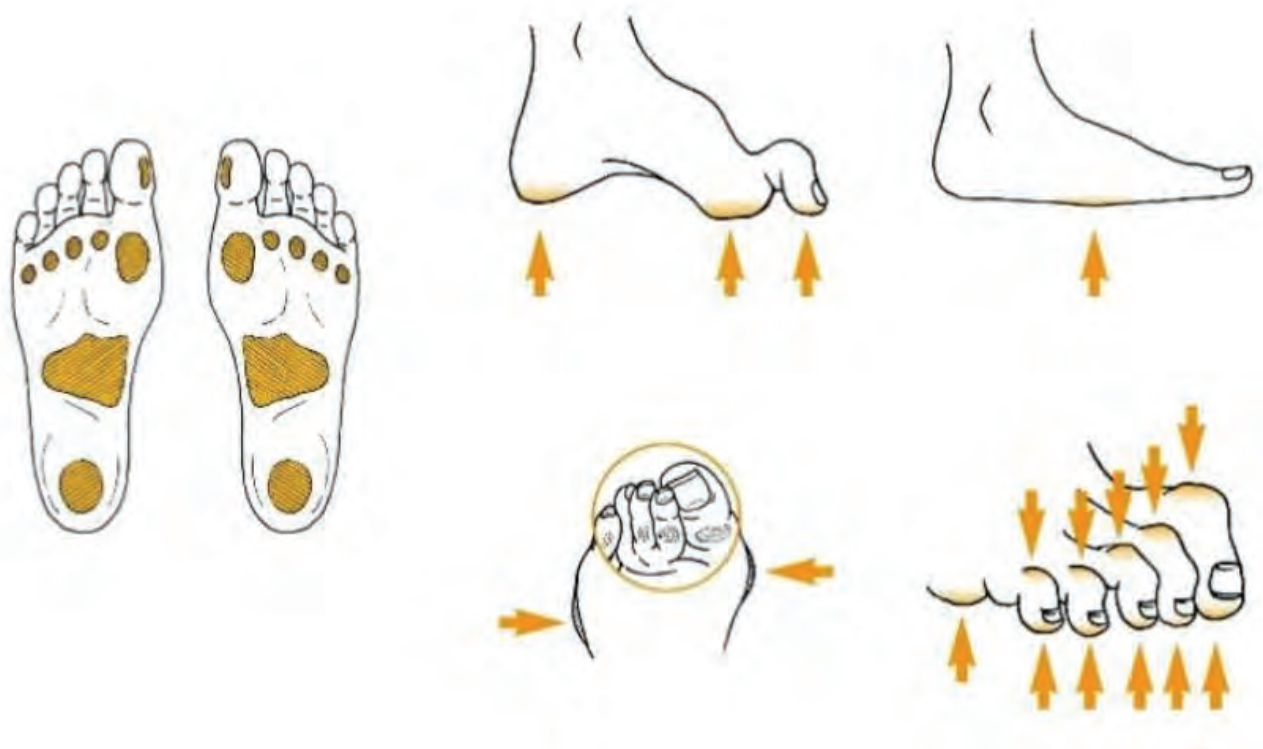
Trên Thế giới, cứ mỗi 20 giây thì có một người bệnh bị đoạn chi do ĐTĐ. Bệnh lý bàn chân ĐTĐ (hay còn được gọi là loét bàn

chân ở người bệnh ĐTĐ) rất thường gặp với tỷ lệ mới mắc hàng năm là 2%, tỷ lệ tái loét là 40% trong vòng một năm và 65% trong vòng 5 năm. Do đó, việc phòng ngừa biến chứng này là rất quan trọng, góp phần giảm nguy cơ cho người bệnh và giảm gánh nặng kinh tế cho xã hội.



2. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Bệnh thần kinh ĐTĐ: bệnh ĐTĐ nếu không được kiểm soát có thể dẫn đến tổn thương dây thần kinh ở chân và bàn chân, làm giảm cảm giác; người bệnh có thể không nhận biết cảm giác nóng, lạnh hoặc đau.
- Bệnh mạch máu ngoại biên: gây giảm lưu lượng máu, mất nhiều thời gian hơn để vết loét lành lại, nguy cơ bị dẫn đến hoại tử.
- Tiền sử loét bàn chân, cắt cụt bàn chân hoặc đoạn chi.
- Yếu tố khác:
 - + Chấn thương (bảo vệ chân kém, đi chân trần, vật lạ trong giày);
 - + Dị tật bàn chân: đầu xương bàn chân nhô ra, ngón chân hình búa, bàn chân cong vòm, dị dạng móng...);
 - + Vết chai sần tại các vị trí nguy cơ cao có thể gây loét (Hình 1);
 - + Giới hạn vận động khớp;
 - + ĐTĐ thời gian dài;
 - + Tăng đường huyết không kiểm soát được.



Hình 1. Các vùng da có nguy cơ loét ở bàn chân người bệnh ĐTĐ.

3. PHÂN ĐỘ VÀ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1 Phân độ

Phân độ	Đặc điểm	Phân độ	Đặc điểm
Độ 0 Không có tổn thương nhưng có các yếu tố nguy cơ		Độ 3 Có viêm mô tế bào, đôi khi hình thành ổ áp xe, có thể có viêm xương	
Độ 1 Loét nông ở những nơi chịu sự chà xát		Độ 4 Hoại tử ngón, phần trước của bàn chân hoặc gót chân	
Độ 2 Loét sâu có nhiễm trùng tại chỗ, có tổn thương thần kinh nhưng chưa tổn thương xương		Độ 5 Hoại tử nặng sâu, đôi khi lan rộng cả bàn chân	

Bảng 1. Phân độ loét bàn chân theo Wagner.

3.2 Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng tại chỗ:
 - + Mất cảm giác hoặc cảm giác đau nhẹ, tê, ngứa;
 - + Có bóng nước, vết phồng rộp hoặc các vết thương khác nhưng không cảm thấy đau;
 - + Đổi màu da và thay đổi nhiệt độ cơ thể;
- + Vết thương có hoặc không có chảy dịch;
- + Teo cơ.
- Triệu chứng toàn thân (nếu có nhiễm khuẩn):
 - sốt, ớn lạnh, không kiểm soát được lượng đường trong máu, run, đỏ da, sốc.



4. CHĂM SÓC BÀN CHÂN NGƯỜI BỆNH ĐTĐ TẠI BỆNH VIỆN VÀ TẠI NHÀ

4.1 Tại bệnh viện

- Giảm áp lực cho bàn chân ĐTĐ và bảo vệ vết loét: sử dụng dụng cụ giảm áp lực hoặc sửa đổi giày dép phù hợp, đệm lót giữa các ngón chân và lựa chọn dụng cụ phù hợp (Hình 2)
- Theo dõi tưới máu:
 - + Quan sát, so sánh màu sắc của 2 bàn chân;
 - + Kiểm tra độ ẩm của 2 chân.
- Kiểm soát nhiễm khuẩn: theo dõi sử dụng thuốc kháng sinh và các kết quả cấy tìm vi khuẩn.
- Kiểm soát đường huyết và theo dõi các bệnh lý đi kèm.

– Chăm sóc tại chỗ:

- + Kiểm tra vết loét thường xuyên, tần suất phụ thuộc vào mức độ, lượng dịch tiết và biện pháp điều trị vết thương đã sử dụng;
- + Cắt lọc vết loét và loại bỏ da chai xung quanh;
- + Sử dụng băng gạc để kiểm soát tiết dịch quá mức và duy trì môi trường cân bằng ẩm trên vết loét;
- + Liệu pháp oxy cao áp hoặc liệu pháp áp lực âm nên được sử dụng đối với các vết loét không nhiễm trùng nhưng không lành sau 4 - 6 tuần mặc dù đã được chăm sóc lâm sàng tối ưu (Hình 3).



Hình 2. Dụng cụ hỗ trợ giảm áp lực lên bàn chân người bệnh ĐTĐ.



Hình 3. Liệu pháp áp lực âm sau khi loại bỏ mô chết và làm sạch vết thương.

4.2 Tại nhà

4.2.1 Chăm sóc cá nhân:

- Bảo vệ bàn chân bằng cách không đi chân trần, không mang dép đế mỏng.
- Mang giày, dép phù hợp với hình dạng bàn chân, đặc biệt là người bệnh ĐTĐ có loét bàn chân đã lành cần có giày dép trị liệu theo chỉ định, giúp giảm áp lực lên bàn chân khi đi bộ.
- Kiểm tra toàn bộ bề mặt da cả hai bàn chân (kề chân, kẽ móng xem có vết xước, vết chai sạn, vết rộp, da có bị khô nứt, bị đỏ, nóng hay bị căng



Hình 4. Tự kiểm tra bàn chân bằng gương.



khi sờ bất cứ vùng nào bàn chân) và bên trong giày dép trước khi sử dụng (Hình 4).

- Cắt ngang móng chân, không lấy khước (Hình 5).
- Theo dõi nhiệt độ da chân mỗi ngày để phát hiện dấu hiệu sớm của phản ứng viêm, chênh lệch nhiệt độ giữa hai chân, các bóng nước, vết phỏng.
- Dùng nước ấm (khoảng 37°C) và xà phòng dịu nhẹ để rửa chân mỗi ngày, nên dùng khăn lau khô, đặc biệt là các kẽ chân.



Hình 5. Kỹ thuật cắt móng chân đúng cách.

4.2.2. Quản lý bệnh ĐTD

- Thực hiện theo lời khuyên của bác sĩ về chế độ dinh dưỡng, tập thể dục và thuốc.
- Theo dõi và duy trì lượng đường máu trong giới hạn cho phép.
- Không hút thuốc lá.
- Giữ cho mạch máu được lưu thông dễ dàng hơn: nâng cao chân khi nằm, không bắt chéo chân khi ngồi, cử động ngón chân thường xuyên 2 - 3 lần/ngày.
- Khám sức khỏe tổng quát định kỳ, khám toàn diện bàn chân ít nhất 1 lần/năm để đánh giá các yếu tố nguy cơ gây loét và đoạn chi.
- Đối với người bệnh đang có loét bàn chân ĐTD:
 - + Cần nghỉ ngơi và bất động chi bằng dụng cụ khi có vết thương;
 - + Sử dụng gạc không dính để băng vết thương.

5. KẾT LUẬN

Việc điều trị, chăm sóc loét bàn chân ĐTD mất nhiều thời gian, công sức và chi phí. Vì vậy, người bệnh ĐTD cần tuân thủ chế độ điều trị của bác sĩ, hướng dẫn chăm sóc của điều dưỡng trong giai đoạn nằm viện cũng như sau khi ra viện. Việc kiểm soát tốt đường huyết, bảo vệ bàn chân tránh các tổn thương, kiểm tra bàn chân mỗi ngày và duy trì lịch kiểm tra sức khỏe tổng quát định kỳ sẽ giúp người bệnh phát hiện sớm, điều trị kịp thời loét bàn chân ĐTD và giảm các biến chứng liên quan.

Các tổn thương loét bàn chân dẫn đến nhiễm trùng bàn chân và cắt cụt chi ở người bệnh ĐTD đang trở thành một gánh nặng cho người bệnh, gia đình và xã hội. Về lâu dài, tổn thương này còn làm giảm khả năng lao động của người bệnh. Tại Bệnh viện Đại học

Y Dược TPHCM, Đơn vị Bàn chân Đái tháo đường được thành lập từ năm 2005, bao gồm các chuyên khoa Nội tiết, Chấn thương chỉnh hình, Phẫu thuật lồng ngực – Mạch máu và Đơn vị Chăm sóc vết thương. Đơn vị là địa chỉ uy tín hàng đầu trong lĩnh vực điều trị bàn chân ĐTD với đầy đủ các phương tiện kỹ thuật hiện đại và chuyên biệt phục vụ cho chẩn đoán, điều trị và chăm sóc. Hoạt động chăm sóc, điều trị các vết loét bàn chân ĐTD bao gồm cắt lọc các vết chai, vết loét, tư vấn người bệnh phòng ngừa các biến chứng do bàn chân ĐTD và hướng dẫn sử dụng các sản phẩm chăm sóc vết thương tiên tiến. Đặc biệt, hàng tuần, Đơn vị tổ chức buổi tư vấn về bàn chân ĐTD nhằm trang bị những kiến thức cần thiết cho người bệnh và người nhà người bệnh.



SA SÚT TRÍ TUỆ

“NHẬN DIỆN NGAY- BẢO VỆ SỚM”

BS CKII Tổng Mai Trang
Khoa Thần kinh - Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

1. SA SÚT TRÍ TUỆ LÀ GÌ?

Sa sút trí tuệ là một rối loạn của não bộ. Người bị sa sút trí tuệ gặp khó khăn trong ghi nhớ, học tập và giao tiếp. Sa sút trí tuệ cũng có thể làm người bệnh thay đổi khí sắc và cá tính. Sau một thời gian, bệnh sẽ làm cho họ không tự săn sóc được bản thân.

Thông thường độ tuổi mắc bệnh từ 65 tuổi trở lên, nhưng cũng có những trường hợp hiếm khởi phát ở tuổi 40 và 50 thậm chí sớm hơn.

Ngày nay, sa sút trí tuệ được xem là đại dịch của nhân loại vì cứ mỗi 3 giây thì ở đâu đó trên thế giới có một người mới mắc bệnh.

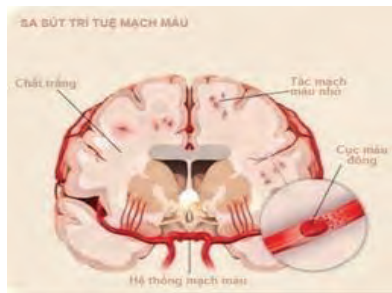
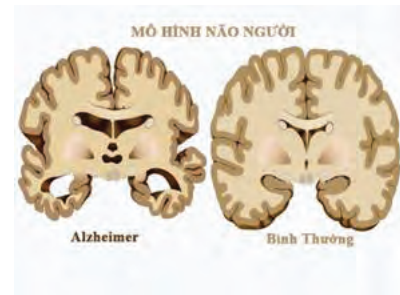




2. SA SÚT TRÍ TUỆ HAY GẶP Ở NGƯỜI BỆNH NÀO?

Các nguyên nhân thường gặp

- Bệnh Alzheimer: Đây là nguyên nhân thường gặp nhất, do tế bào não chết dần theo thời gian. Người bệnh biểu hiện ban đầu là giảm trí nhớ sau đó giảm dần đến các lĩnh vực nhận thức khác: ngôn ngữ, tính toán, khả năng sắp xếp cuộc sống, lập kế hoạch...



- Các bệnh lý liên quan đến mạch máu: Một phần của não không được cung cấp máu đầy đủ do nghẽn mạch não bởi cục máu đông hoặc tình trạng xơ vữa thành mạch bởi tình trạng tăng huyết áp và đái tháo đường... Đây là nguyên nhân thường gặp ở người bệnh đã đột quỵ hoặc có yếu tố nguy cơ mắc đột quỵ.

- Bệnh Parkinson: Bệnh Parkinson là các rối loạn ở não bộ gây ảnh hưởng vận động bao gồm các triệu chứng: run khi nghỉ, đo cứng, chậm vận động... Khi tình trạng bệnh Parkinson trở nên nặng dần thì người bệnh có thể bị mắc sa sút trí tuệ kèm theo.

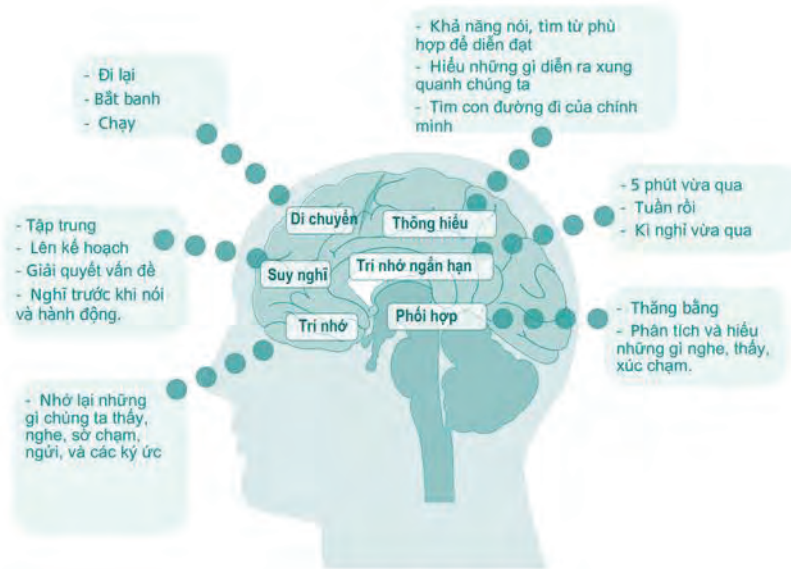


- Rượu (bao gồm hội chứng Korsakoff): Rượu có thể làm hư hại bộ não, cụ thể là phần não kiểm soát trí nhớ gần hoặc trí nhớ ngắn hạn bị ảnh hưởng nếu uống nhiều trong nhiều năm.

3. BỘ NÃO HOẠT ĐỘNG NHU THẾ NÀO?

Bộ não kiểm soát mọi thứ, giúp chúng ta phân tích và rút ra các kinh nghiệm từ các tình huống thấy, nghe và gặp phải trong cuộc sống. Bộ não giúp cơ thể di chuyển và biết cách làm một việc cụ thể nào đó. Hơn thế nữa, đây là kho chứa tất cả các ký ức, ước mơ và mọi thứ tạo nên con người bạn.

Không ai hiểu tất cả các chi tiết về cách bộ não hoạt động nhưng chúng ta biết rằng nó được tạo thành từ một mạng lưới gồm hàng triệu tế bào não được kết nối với nhau. Mỗi khi bạn có ý nghĩ, dịch chuyển một bộ phận của cơ thể bạn hoặc bạn nhìn thấy thứ gì đó, những tế bào này sẽ gửi thông điệp tới những tế bào khác trong bộ não của bạn.



Hình: Chức năng của bộ não.

Nguồn: Mental Health Foundation www.mentalhealth.org.uk

4. ĐIỀU GÌ XẢY RA VỚI NGƯỜI BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ?

Các kết nối giữa các tế bào thần kinh ở người bệnh sa sút trí tuệ bị hỏng dần, điều này có nghĩa là những thông tin truyền đạt giữa các tế bào bị gián đoạn, do đó người bệnh có thể biểu hiện hay quên, khó nhận dạng khuôn mặt hoặc đồ vật, khó tìm từ.

Những vấn đề mà một người bị sa sút trí tuệ gặp phải tùy thuộc vào vùng não bị hư. Hầu hết người bệnh sa sút trí tuệ dần dần mất trí nhớ, đặc biệt là trí nhớ ngắn hạn, ví dụ có thể quên những gì họ vừa ăn trưa, nhưng nhớ đầy đủ chi tiết về đám cưới cách đây 40 năm.

Người bệnh sa sút trí tuệ dần quên cách làm

những việc hàng ngày như nấu ăn hoặc mặc quần áo, họ cần giúp đỡ để nhớ khi nào và làm thế nào để thực hiện những điều này. Họ có thể nhầm lẫn về thời gian hoặc bị lạc ngay cả ở một nơi quen thuộc.

Một số người bệnh có thể có sự thay đổi trong tính cách. Điều này có thể là do não bị tổn thương hoặc do phản ứng của người đó đối với các vấn đề mà họ đang gặp phải, đối phó. Họ có thể bực bội và tức giận vì những điều nhỏ nhặt, có vẻ buồn và chán nản, hoặc mất hứng thú với mọi thứ.

5. SA SÚT TRÍ TUỆ KHÔNG PHẢI LÀ HIỆN TƯỢNG TỰ NHIÊN CỦA TUỔI GIÀ MÀ LÀ TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ CẦN PHẢI ĐIỀU TRỊ

Lão hóa là hiện tượng sinh lý tự nhiên không thể đảo ngược trong chu kỳ sống của con người, ở đó tế bào não không có hiện tượng chết dần hoặc nếu có thì chỉ là rất ít, tối thiểu, không đáng kể. Trong tiến trình lão hóa, tế bào thần kinh có sự biến đổi về hình dạng và suy giảm chức năng dẫn đến việc "chậm" kết nối với nhau để truyền tín hiệu hay xử lý thông tin. Do đó, các phản ứng đối với các kích thích của môi trường bị chậm lại đối với người bị lão hóa nhưng họ vẫn có thể thực hiện một cách độc lập các công việc trong sinh hoạt hằng ngày.

Ngược lại, trong các bệnh lý thoái hóa

thần kinh gây sa sút trí tuệ cụ thể như bệnh Alzheimer, các tế bào não bị chết hàng loạt do có sự hiện diện bất thường của các mảng amyloid và đám rối tơ sợi thần kinh ban đầu ở vùng chuyên về chức năng trí nhớ sau đó lan dần qua các vùng não chức năng khác gây ảnh hưởng chức năng ngôn ngữ, lập kế hoạch, ra quyết định, tập trung chú ý, thị giác không gian, kiểm soát hành vi... Người bệnh mất dần khả năng độc lập trong sinh hoạt hằng ngày mà cần phải có người hỗ trợ.

Sau đây là bảng mô tả đặc điểm của tình trạng suy giảm nhận thức do tuổi già và bệnh lý.



Dấu hiệu sớm của sa sút trí tuệ	Lão hóa bình thường
- Quên tên của những người ở gần mình	- Quên tên của những người ít gặp
- Quên nhiều hơn trước đây	- Quên một phần của những sự việc đã trải qua
- Lặp đi lặp lại một câu hỏi hoặc một câu chuyện trong cùng hoàn cảnh	- Dùng từ không thích hợp
- Thay đổi khí sắc không đoán trước được	- Thay đổi khí sắc theo hoàn cảnh, nguyên nhân cụ thể
- Giảm hứng thú với các hoạt động và khó khăn khi ra quyết định	- Thay đổi sở thích

- Quan niệm sai lầm giảm trí nhớ là hiện tượng tự nhiên của tuổi già đã khiến nhiều người bệnh đến khám và được chẩn đoán ở giai đoạn muộn của bệnh khi đã có sự chết tế bào não lan rộng ở nhiều vùng khác nhau của bộ não làm cho việc điều trị rất khó khăn.

- Chúng ta phải lưu ý rằng bộ não có nhiều chức năng khác nhau như: trí nhớ, học tập, vận động, ngôn ngữ do các vùng khác nhau trong não phụ trách. Các vùng não khác nhau này không “già” đi cùng một lúc, sự khác biệt này tùy vào việc sử dụng và tập luyện mà chúng ta thực hiện đối với từng vùng trong suốt quá trình sống, chẳng hạn như người họa sĩ, nhạc sĩ, tài xế, nhà điêu khắc, luật sư... vì đặc tính nghề nghiệp của mình mà cách sử dụng các vùng chức năng trong não khác nhau. Vì lý do đó, hai người khác nhau có thể có quá trình lão hóa não rất khác nhau. Do

đó, lối sống là yếu tố quyết định quá trình lão hóa. Ngoài ra, điều thú vị là não bộ vốn một cơ quan rất linh hoạt, có thể uốn nắn và thay đổi liên tục do tương tác của nó với thế giới. Với đặc điểm đó thì để làm chậm sự lão hóa cho bộ não chúng ta phải thường xuyên hoạt động trí óc với các hoạt động phong phú, đa dạng để kích hoạt được nhiều vùng não. Các nhà khoa học cũng đã ghi nhận những gì tốt cho tim, tốt cho người đi bộ thì cũng tốt cho bộ não, như vậy bên cạnh các hoạt động trí óc thì cần tăng cường tập thể dục, chế độ ăn uống lành mạnh: nhiều rau xanh, giảm đường, giảm béo, giảm tinh bột...kết hợp với việc thăm khám sức khỏe định kỳ sẽ giúp cho bác sĩ phát hiện ở giai đoạn sớm nhất của các tình trạng bệnh lý để điều chỉnh.

6. NHỮNG TRIỆU CHỨNG BAN ĐẦU CỦA SA SÚT TRÍ TUỆ Ở NGƯỜI LỚN TUỔI LÀ GÌ?

Chức năng nhận thức của con người rất đa dạng bao gồm: trí nhớ, ngôn ngữ, tính toán, tập trung chú ý, thị giác không gian... Do đó, chỉ cần suy giảm một trong các lĩnh vực nhận thức trên gây khó khăn trong sinh hoạt hằng ngày cũng được xem là bệnh lý sa sút trí tuệ.

Sau đây là 10 dấu hiệu thường gặp cảnh báo về tình trạng sa sút trí tuệ:

1. Giảm trí nhớ



Người bệnh thường quên và không nhớ lại được. Họ có thể hỏi bạn lặp đi lặp lại một câu hỏi, mỗi lần họ đều quên rằng bạn vừa mới trả lời.

2. Khó khăn trong việc thực hiện các công việc quen thuộc



Người bệnh có thể không còn nhớ ăn uống thế nào cho đúng cách hoặc không thể tự ăn uống.



3. Có các vấn đề về ngôn ngữ



Người bệnh có thể quên những từ đơn giản hoặc dùng từ không đúng. Điều này làm cho người khác khó hiểu được ý họ muốn nói.

4. Rối loạn định hướng



Người bệnh có thể bị lạc ở một nơi đã từng rất quen thuộc với họ, hoặc không nhớ được làm sao họ đến được nơi đó hoặc làm sao quay trở về nhà.

5. Giảm khả năng đánh giá



Người bệnh đôi khi chọn quần áo hoàn toàn không phù hợp với thời tiết hoặc với hoàn cảnh.

6. Có các vấn đề về tư duy



Người bệnh có thể không nhận ra được các con số hoặc không thực hiện được các phép tính đơn giản.

7. Quên vị trí đồ vật



Người bệnh có thể để đồ vật vào chỗ hoàn toàn không thích hợp. Họ có thể cho bàn ủi vào trong tủ lạnh hoặc để đồng hồ đeo tay vào chén đường.

8. Thay đổi khí sắc



Người bệnh có thể thay đổi khí sắc một cách nhanh chóng, từ bình tĩnh sang khóc lóc âu sầu sang giận dữ trong vòng vài phút.

9. Thay đổi cá tính



Sa sút trí tuệ làm cá tính người bệnh thay đổi trầm trọng. Họ có thể trở nên dễ kích động, nghi ngờ hoặc sợ sệt những điều không có thật.

10. Mất tính chủ động



Người bệnh có thể trở nên thụ động. Họ có thể mất đi sự say mê công việc, không quan tâm đến các thú vui của mình.

7. QUI TRÌNH TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN NGƯỜI BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ

Khi có các triệu chứng liên quan đến giảm trí nhớ hoặc các chức năng nhận thức khác như sử dụng ngôn ngữ, tính toán, lập kế hoạch, tập trung chú ý... người bệnh cần đến các cơ sở y tế để được đánh giá đủ các bước:



Bác sĩ hoặc điều dưỡng sẽ khai thác chi tiết các triệu chứng, tiền sử bệnh lý, dùng thuốc và các chất gây nghiện.



Thăm khám lâm sàng.



Thực hiện các bài test về trí nhớ, tính toán, khả năng dùng ngôn ngữ, tập trung chú ý, tư duy logic...



Đường huyết, công thức máu, chức năng gan, thận, định lượng nồng độ vitamin B12, Các xét nghiệm tổng quát.



Khảo sát CT - scan hoặc MRI sọ não nếu cần thiết.

8. ĐIỀU TRỊ SA SÚT TRÍ TUỆ

NHẬN DIỆN NGAY - BẢO VỆ SỚM

Là một khẩu hiệu quan trọng, giúp tăng khả năng quản lý và điều trị bệnh hiệu quả, lúc tổn thương não chưa lan rộng và còn đáp ứng với các phương pháp tập luyện, kích thích nhận thức.

Tùy vào nguyên nhân gây sa sút trí tuệ và giai đoạn bệnh mà bác sĩ sẽ có các chiến lược điều trị khác nhau. Nếu bạn mắc Alzheimer, việc sử dụng nhóm thuốc kháng men (Galantamine, Donepezil, Rivastigmin..) và nhóm điều hòa thụ thể NMDA (N-methyl-D-aspartate-Memantine) có thể giúp kiểm soát triệu chứng. Nếu bạn mắc sa sút trí tuệ mạch máu, bác sĩ ngoài việc dùng những nhóm thuốc trên còn cần kiểm soát huyết áp, rối loạn lipid máu, đường huyết ở mức tối đa nhằm hạn chế thêm các tổn thương cho não.

Ngoài ra, còn có các phương pháp tập luyện não để cải thiện các chức năng nhận thức. Một số phương pháp tập luyện não thường được áp dụng bao gồm:

1/ Kích thích nhận thức

- Người bệnh được tập hợp lại thành từng nhóm nhỏ dưới sự hướng dẫn của chuyên viên hoạt động trị liệu và thực hiện các hoạt động để kích thích suy nghĩ, trí nhớ như thảo luận nhóm, chơi ô chữ, chơi nhạc cụ...

- Tại Bệnh viện Đại học Y Dược có các lớp tập hoạt động trị liệu theo nhóm vào các ngày thứ 3, thứ 6 và thứ 7 hằng tuần.



2/ Tập luyện nhận thức: Các chức năng nhận thức cơ bản sẽ được biến chuyển thành từng bài tập cụ thể để rèn luyện các lĩnh vực như trí nhớ, tính toán, chức năng điều hành, thị giác, kỹ năng giải quyết vấn đề.

3/ Phục hồi nhận thức: Phương pháp này tập trung vào việc xác định và giải quyết nhu cầu và mục tiêu của từng cá nhân trong sinh hoạt hằng ngày dựa trên mức nền khiếm khuyết nhận thức của người bệnh.

HÃY PHÁT HIỆN BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ SỚM NGAY TỪ KHI MỚI BẮT ĐẦU HAY QUÊN. ĐIỀU TRỊ BỆNH CÀNG SỚM THÌ CÀNG HIỆU QUẢ.

Mọi chi tiết, thắc mắc xin liên hệ: ĐƠN VỊ TRÍ NHỚ VÀ SA SÚT TRÍ TUỆ - KHOA THẦN KINH
(028) 3952 5417 | trinho-sasuttritue@umc.edu.vn

K

3-30

IỂN THỨC Y KHOA

- 3. CÁC BIẾN CHỨNG TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG
- 8. MỐI NGUY HIỂM CỦA VI KHUẨN ĐA ĐỀ KHÁNG
- 15. PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN ĐIỀU TRỊ BỆNH TIM Ở TRẺ EM
- 20. CHĂM SÓC BÀN CHÂN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG
- 25. SA SÚT TRÍ TUỆ “NHẬN DIỆN NGAY - BẢO VỆ SỚM”

MỤC LỤC

SỐNG KHỎE BVĐHYD TPHCM

SỐ 42

SỐNG KHỎE
BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM



Chủ biên
PGS TS BS Nguyễn Hoàng Bắc

Chịu trách nhiệm biên soạn
GS TS BS Trương Quang Bình
PGS TS BS Lê Minh Khôi
PGS TS DS Đặng Nguyễn Đoàn Trang
TS BS Phạm Công Khánh

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.edu.vn
Email: bvdhyd@umc.edu.vn

Thiết kế sống khỏe:
Công ty TNHH Một Thành Viên Lê Quang Lộc

Thư từ, bài vở, góp ý xin gửi về
khoa.hocdaotao@umc.edu.vn
Giấy phép xuất bản số 59/GP-STTTT
ngày 23 tháng 11 năm 2022

In 5.000 cuốn, khổ 20 x 28 cm
Chế bản và in tại
Công ty TNHH Một Thành Viên Lê Quang Lộc
161 Lý Chính Thắng, P. Võ Thị Sáu, Quận 3

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

