

11/2015

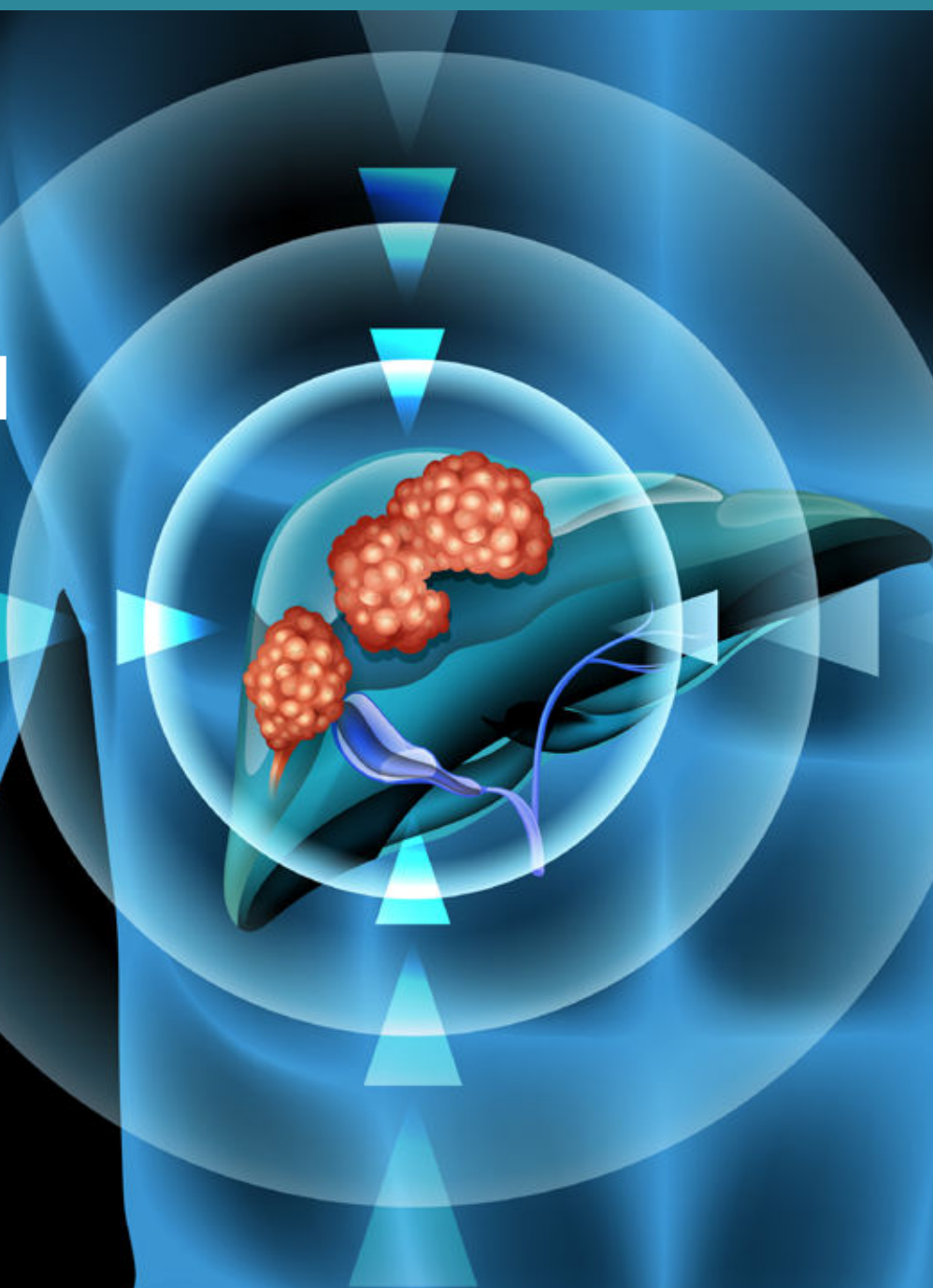


12

SỐNG KHỎE

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM

XÉT NGHIỆM PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ GAN



XOẮN TINH HOÀN
ĐỪNG ĐỂ QUÁ MUỘN



BỆNH TẮC ĐỘNG MẠCH
MẠN TÍNH CHI DƯỚI



CHỨNG CHẬM TĂNG
TRƯỜNG CHIỀU CAO



NHÀ XUẤT BẢN HỒNG ĐỨC



GS TS BS
Nguyễn Đình Hồi
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 700 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

MỤC TIÊU

- Phát huy thế mạnh của một Trung tâm chẩn đoán và điều trị chuyên khoa sâu có chất lượng cao.
- Là nơi nghiên cứu khoa học trong sự nghiệp phát triển y học nước nhà.
- Đào tạo nâng cao và chuyển giao kỹ thuật cho các cơ sở y tế trong nước và các nước trong khu vực.



PGS TS BS
Trương Quang Bình
Phó Giám đốc

SỨ MỆNH

- Với đội ngũ bác sĩ chuyên môn cao và trang thiết bị y tế hiện đại, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM luôn khẳng định trách nhiệm của mình trong việc phục vụ và chăm sóc sức khỏe nhân dân với chất lượng cao nhất.



TS BS
Phạm Văn Tấn
Phó Giám đốc

HOÀI BÃO

- Là bệnh viện hàng đầu tại Việt Nam.
- Điều trị chuyên khoa sâu.
- Đạt tiêu chuẩn quốc tế.



HOẠT ĐỘNG THEO MÔ HÌNH TIỀN TIẾN CỦA SỰ KẾT HỢP TRƯỜNG - VIỆN, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM LÀ NƠI HỘI TỤ HƠN **700 THẦY THUỐC, GỒM CÁC GIÁO SƯ, PHÓ GIÁO SƯ, TIẾN SĨ, THẠC SĨ, BÁC SĨ LÀ CHUYÊN GIA ĐẦU NGÀNH CỦA ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM**. VỚI THẾ MẠNH ẤY, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM LUÔN ĐƯỢC SỰ THAM VẤN THƯỜNG XUYỀN VỀ CHUYÊN MÔN CỦA CÁC THẦY, CÔ CÓ NHIỀU NĂM KINH NGHIỆM THUỘC NHIỀU LĨNH VỰC NHƯ:



PGS BS Nguyễn Mậu Anh
Chuyên khoa Ngoại Tiêu hóa



GS TS BS Đặng Văn Phước
Chuyên khoa Tim mạch



PGS TS BS Nguyễn Thy Khuê
Chuyên khoa Nội tiết



GS TS BS Nguyễn Sào Trung
Chuyên khoa Giải phẫu bệnh



GS TS BS Nguyễn Thanh Bảo
Chuyên khoa Vi sinh



PGS TS BS Phạm Thọ Tuấn Anh
Chuyên khoa Ngoại lồng ngực - Mạch máu



PGS TS BS Lê Chí Dũng
Chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình



GS TS BS Trần Ngọc Sinh
Chuyên khoa Tiết niệu



PGS TS BS Võ Tấn Sơn
Chuyên khoa Ngoại Thần kinh



PGS TS BS Nguyễn Thị Bay
Chuyên khoa Y học cổ truyền



GS TS BS Trần Thiện Trung
Chuyên khoa Ngoại Tổng quát



BỆNH TẮC ĐỘNG MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI

ThS BS Trần Minh Bảo Luân

Bệnh tắc động mạch mạn tính (BTĐMMT) còn được gọi là bệnh động mạch ngoại biên (BĐMNB), bệnh mạch ngoại biên (BMNB có thể xảy ra cho cả tĩnh mạch), bệnh tắc động mạch ngoại biên... và thường được hiểu là một căn bệnh của các chi, nhất là chi dưới, vì đó là nơi bệnh xảy ra nhiều nhất. Tuy nhiên, cũng không nên hiểu bệnh này chỉ là của các chi mà nó có thể ảnh hưởng đến các động mạch của toàn cơ thể, ví dụ động mạch thận (gây ra cao huyết áp do mạch thận), các động mạch não (gây ra

đột quỵ và các cơn thiếu máu não thoáng qua), các động mạch của nhiều tạng khác trong ổ bụng... Bài này chỉ đề cập đến BTĐMMT của chi dưới.

Tắc động mạch mạn tính chi dưới là tình trạng một động mạch nào đó cung cấp máu cho chi dưới bị hẹp hay bị tắc hoàn toàn, làm giảm hoặc không có máu đến nuôi chi dẫn đến tổn thương và hoại tử chi. Nguyên nhân chính của bệnh hầu hết là do xơ - mỡ động mạch. BTĐMMT của các chi chiếm tỷ

lệ 12 - 14% trong dân số chung, gặp ở 20% những người trên 70 tuổi. Bệnh không có triệu chứng ở giai đoạn sớm trong 70 - 80% các trường hợp. Tỷ lệ lâm sàng có triệu chứng tăng theo tuổi và chỉ một thiểu số là phải can thiệp phục hồi mạch (khoảng 7%) hay cắt đoạn chi (khoảng 4%). Trong khi đó, những người mắc BTĐMMT có nguy cơ đặc biệt cao về đột quỵ và biến cố động mạch vành, có tỷ lệ tử vong trước 5 năm ước tính là 30% (so với 10% ở nhóm chứng). Bệnh kết hợp nhiều nhất với đái

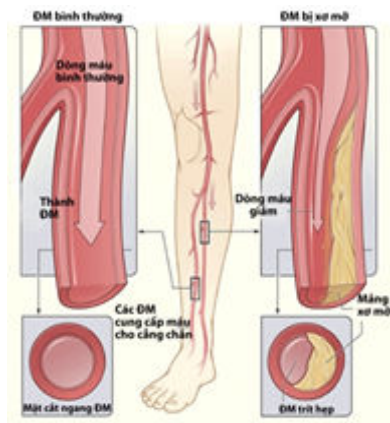
tháo đường, gặp ở 1/3 số người đái tháo đường trên 50 tuổi.

Năm 2010, trên thế giới có khoảng 202 triệu người mắc BTĐMMT của các chi. Năm 2013, số tử vong vào khoảng 41.000 người (so với năm 1990 – khoảng 16.000 người).

Cách tốt nhất để phòng bệnh là kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ và người mắc bệnh phải biết giữ gìn bàn chân cẩn thận để ngăn ngừa các biến chứng nhiễm trùng và hoại thư.

Triệu chứng

Giai đoạn sớm của bệnh triệu



Xơ - mỡ động mạch gây hẹp

chúng rất nghèo nàn và thường dễ nhầm lẫn với bệnh khác. Biểu hiện sớm nhất của bệnh là tình trạng đau thường là ở bắp chân và khớp khiêng cách hồi (*) (người bệnh sau khi đi bộ được một đoạn đường cảm thấy đau hoặc có cảm giác chân bị bó chặt do máu đi xuống không cung cấp đủ oxy cho các cơ gây ra đi khớp khiêng, phải dừng lại nghỉ thì bớt đau và sau đó có thể đi tiếp được một đoạn đường tương tự thì đau và khớp khiêng trở lại). Triệu chứng này thường bị nhầm lẫn với đau do thoái hóa cột sống thắt lưng hay thoát vị đĩa đệm. Vì vậy, người bệnh ở giai đoạn này thường không được chẩn đoán và điều trị chính xác.

Giai đoạn trễ hơn: người bệnh có

thể đau chân thường xuyên và liên tục ngay cả khi nghỉ ngơi, đặc biệt cơn đau thường nặng vào lúc giữa khuya hay rạng sáng; khi thả lỏng chân, cơn đau có thể dịu hơn nên người bệnh thường mất ngủ hoặc ngủ trong tư thế ngồi thẳng chân. Muộn hơn nữa, phần xa của chi (các ngón chân hoặc bàn chân) sẽ có những vết loét hay hoại tử xuất hiện tự nhiên làm người bệnh hay nhầm lẫn với các bệnh về da liễu. Phần chi hoại tử nếu không được điều trị kịp thời sẽ hoại tử tăng dần và lan đến cẳng chân thậm chí cả vùng đùi.

Các triệu chứng và dấu hiệu nội khoa của BTĐMMT chi dưới do tuổi máu không đủ, bao gồm:

- Đau bó chặt ở háng, đùi hoặc các cơ bắp chân sau hoạt động như đi lại hay leo cầu thang (khập khiễng cách hồi).
- Thay đổi màu sắc và nhiệt độ - xanh tím và lạnh so với chân kia.
- Chứng nghiệm Buerger: tái nhợt khi gao chân và hồng lại khi đổi sang ngồi, để đánh giá suy động mạch.
- Rụng lông và chậm dài các móng ở bên chi bị bệnh.
- Tê bì hay yếu cẳng chân.
- Mạch cổ chân - bàn chân yếu hoặc không bắt được.
- Các dấu hiệu của thiếu máu chi trầm trọng ở giai đoạn muộn: các ổ loét ở bàn chân - cẳng chân do suy động mạch, đau, chậm lành hoặc không lành và hoại thư ở các đầu ngón lan dần lên cao.

Khi BTĐMMT nặng lên, đau có thể xảy ra cả khi nghỉ hay khi nằm (đau thiếu máu khi nghỉ). Gây mất ngủ. Phải thả lỏng các cẳng chân ra ngoài giường hay đi lại trong phòng có thể tạm thời giảm đau.

Căn nguyên

Nguyên nhân của tắc động mạch mạn tính chi dưới là chứng xơ - mỡ gây tắc (**) chiếm trên 95% các trường hợp. Số còn lại bao gồm các bệnh: viêm tắc động mạch

do huyết khối hay bệnh Buerger (***), các dạng khác của viêm động mạch, thiếu máu mạn do thuyên tắc động mạch ở chi sau cơn cấp, chấn thương động mạch, huyết khối các phình động mạch, các túi phình động mạch bóc tách, giải phẫu không bình thường của các dây chằng và các cơ hoặc do phơi nhiễm phóng xạ.

Các yếu tố nguy cơ

Bao gồm: hút thuốc; đái tháo đường; béo phì; cao huyết áp; cholesterol cao; tất cả những người 50 - 69 tuổi và có nguy cơ bệnh tim mạch (nhất là đái tháo đường, hút thuốc); tuổi dưới 50 kèm các nguy cơ khác của xơ - mỡ; trong gia đình có người bị BTĐMMT, bệnh tim hay đột quỵ; người được biết là có xơ - mỡ động mạch vành, động mạch cảnh, hay bệnh động mạch thận; tất cả những người bị cơn đau thắt ngực trước đó; tất cả những người có Framingham risk score 10% - 20% (đây là một công cụ để đánh giá nguy cơ trước 10 năm của bệnh tim - mạch).

Người hút thuốc hoặc đái tháo đường có nguy cơ bị BTĐMMT lớn nhất, do dòng máu giảm.



Hoại thư các ngón chân.

Biến chứng

Khi BTĐMMT của bạn gây ra bởi các mảng xơ - mỡ của thành mạch, bạn cũng có nguy cơ bị:

- Thiếu máu chi trầm trọng. Tình trạng này bắt đầu bằng các vết loét không lành, một tổn thương hay một nhiễm trùng ở bàn chân - cẳng chân. Tình trạng thiếu máu trầm trọng xảy ra khi các tổn

thương hay các nhiễm trùng này tiến triển và có thể gây ra hoại thư, đôi khi phải cắt đoạn chi.

- Đột quỵ hay cơn đau thắt tim do mỡ cũng có thể lắng đọng ở các động mạch nuôi tim và não.

Chẩn đoán

Việc chẩn đoán chính xác bệnh và giai đoạn bệnh thường dựa vào:

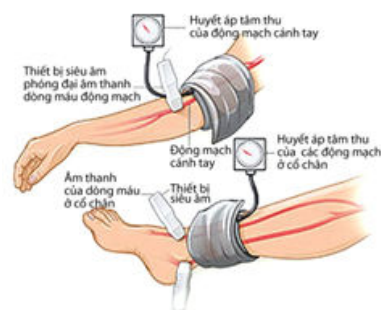
- Khám lâm sàng. Mạch yếu hoặc không sờ được ở phía dưới nơi động mạch bị hẹp, nghe như tiếng gió rít qua ống nghe đặt trên các động mạch, huyết áp giảm bên chi bị bệnh, các tổn thương tại vùng thiếu máu như teo cơ, lạnh chi, tím đầu chi hoặc thậm chí hoại tử ngón chi.

- Xác định vị trí mạch máu bị tắc, đánh giá mức độ tưới máu phần xa của chi bằng cách đo chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay (CSCC-CT). Chỉ số này bình thường là 1,00 – 1,40. Chẩn đoán là BTDMMT khi chỉ số này $\leq 0,90$. Khi $< 0,40$ thì gợi ý một BTDMMT nặng.

- Ở người nghi bị BTDMMT nhưng CSCC-CT bình thường khi nghỉ, cần đo chỉ số này sau khi cho người bệnh tập trên máy chạy bộ đến khi xuất hiện cơn đau khớp khiêng hoặc đo sau chạy tối đa 5 phút. Nếu chỉ số giảm 15% - 20% thì có thể chẩn đoán là bị BTDMMT.

- Siêu âm. Giúp đánh giá dòng máu và xác định vị trí động mạch bị tắc hay hẹp.

- Chụp mạch máu kỹ thuật số xóa



nền là tiêu chuẩn vàng, giúp xác định chính xác tổn thương và kết hợp điều trị can thiệp nội mạch khi có chỉ định.

- Các kỹ thuật chụp động mạch

khác, kể cả phương pháp chụp qua catête.



Chụp động mạch (các mũi tên chỉ các chỗ hẹp).

Phân loại thiếu máu mạn tính của các chi:

Thay cho phân loại trước đây của Fontaine (1954), ngày nay người ta sử dụng nhiều hơn phân loại của Rutherford - Baker (1997) với 4 cấp độ và 7 loại:

- Cấp độ 0, Loại 0 - Không triệu chứng.

- Cấp độ I, Loại 1 - Khập khiễng nhẹ

- Cấp độ I, Loại 2 - Khập khiễng trung bình.

- Cấp độ I, Loại 3 - Khập khiễng nặng.

- Cấp độ II, Loại 4 - Đau cả khi nghỉ.

- Cấp độ III, Loại 5 - Mất mô nhỏ: Loét thiếu máu không lớn hơn loét các ngón chân.

- Cấp độ IV, Loại 6 - Mất mô lớn: Các loét thiếu máu nghiêm trọng hay hoại thư thực sự.

Điều trị

Thay đổi nếp sống:

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ: bỏ hút thuốc, kiểm soát đái tháo đường, kiểm soát cao huyết áp.

- Dùng các thuốc chống tiểu cầu (aspirin, clopidogrel dự phòng nghẽn mạch huyết khối) và các statins (giúp hạ cholesterol, giảm các tai biến tim-mạch).

- Luyện tập đều đặn, ví dụ tập trên

máy chạy bộ (35 - 50 phút, 3 - 4 lần/tuần) giúp mở các mạch máu nhỏ (dòng phụ cận), cải thiện việc đi lại và giảm các sự cố tim-mạch.

Thuốc:

Cilostazol hay pentoxifylline có thể cải thiện triệu chứng rối loạn mạch ngoại biên (khập khiễng cách hời) và thiếu máu cục bộ (loét, hoại thư cẳng chân...).

Folate và vitamin B-12 có hiệu quả đối với tăng homocystein - máu (homocystein được cho là một yếu tố nguy cơ về mạch máu).

Phục hồi mạch máu:

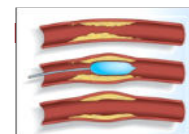
- Tạo hình mạch (tạo hình qua da - trong lòng mạch) cho các mạch lớn, ví dụ động mạch đùi hay các động mạch chậu. Kết quả có thể không được lâu dài.

- Cắt bỏ mảng xơ-mỡ phía trong thành mạch.

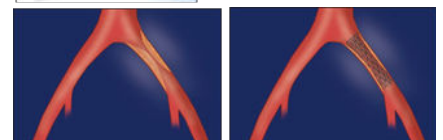
- Nối tắt mạch, dùng tĩnh mạch hiển lớn hay các đoạn ghép nhân tạo.

- Khi bị hoại thư chi, phải cắt đoạn chi để phòng ngừa nhiễm trùng đe dọa đến tính mạng.

- Làm tan hoặc cắt bỏ cục máu đông trong các trường hợp huyết khối hay thuyên tắc động mạch.



Nong động mạch.



Nong và đặt stent động mạch.

- Cách tốt nhất để phòng bệnh là giữ được nếp sống lành mạnh, kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ và nhất là việc giữ gìn bàn chân. Cần lưu ý tránh dùng một số thuốc chữa cảm lạnh có chứa pseudoephedrine, gây co mạch làm nặng thêm các triệu chứng của BDMNB.

Giữ gìn bàn chân cẩn thận:

- Rửa chân hàng ngày, giữ khô hoàn toàn và đề phòng các vết nứt dễ đưa đến nhiễm trùng.

- Mang giày vừa khít, dày, khô ráo.

- Cẩn thận khi cắt móng chân.

- Không để chân trần khi đi lại.

- Khám thầy thuốc ngay khi có dấu hiệu đầu tiên của đau hay tổn thương ở da

(*) Khập khiễng cách hời (Intermittent claudication): claudication có gốc từ tiếng Latinh là "claudicare: có nghĩa là đi khập khiễng.

(**) atherosclerosis obliterans (***) thromboangitis obliterans

ĐAU CỔ

TS BS Nguyễn Minh Anh

1. Định nghĩa về đau cổ

Đau cổ được xác định về mặt vị trí giải phẫu là đau sau cổ gáy từ đường gáy trên (là đường cong ở dưới đường cao nhất của xương chẩm) lan xuống vai đến mỏm gai đốt sống ngực 1, lan ra hai bên đến vùng trên đòn, thường ít gặp hơn đau lưng. Tuy nhiên, hàng triệu người có ít nhất một lần trong đời bị đau cổ có kèm hoặc không với đau lan xuống tay. Phần lớn các trường hợp đau cổ có thể tự giới hạn trong thời gian ngắn với điều trị nội khoa. Tuy nhiên, một số trường hợp đi kèm với triệu chứng cần phải thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán tích cực hơn.

Đau cổ kèm theo dấu thần kinh khu trú tiến triển (đau có yếu hay dị cảm tay hoặc chân).

Đau cổ đi kèm với các triệu chứng sụt cân nhiều, ớn lạnh, sốt.



2. Phân loại

Phân loại tương đối về mặt thời gian diễn biến, người ta chia làm hai loại đau cổ: cấp tính và mạn tính.

Đau cổ cấp: thường do tổn thương cơ cơ và dây chằng, xuất hiện do tổn thương sau chấn thương hoặc do căng dãn cơ quá mức như ngủ nằm sai tư thế, khuân vác các vật nặng.

Phần lớn các tổn thương nhỏ của cân cơ dây chằng sẽ lành trong khoảng vài ngày đến vài tuần do nguồn dinh dưỡng từ máu đến cân cơ tương đối nhiều. Có thể kết hợp điều trị với chườm nóng hoặc lạnh, vật lý trị liệu giúp giảm đau trong quá trình lành các tổn thương cân cơ.

Đau cổ mạn tính: những trường hợp đau cổ kéo dài hơn 2 tuần thường đi kèm các dấu hiệu báo động như đau lan về một tay kèm theo các triệu chứng tê và dị cảm. Khi có những triệu chứng biểu hiện do các tổn thương thực thể, cần phải thực

hiện các cận lâm sàng chuyên biệt để chẩn đoán.

3. Nguyên nhân

Đau thường do đầu để lâu ở một tư thế, ví dụ như khi lái xe hay làm việc trên máy tính do cơ bị căng hay co thắt, giảm khả năng vận động đầu thường có triệu chứng đau đầu đi kèm.

Các trường hợp đau cổ lan xuống tay có đi kèm với tê và dị cảm ở tay tăng dần theo thời gian, thường liên quan đến bệnh lý thoát vị đĩa đệm cổ. Phần lớn các trường hợp đáp ứng với điều trị nội khoa. Thời gian điều trị nội khoa trung bình từ

6 đến 12 tuần, nếu không đáp ứng có thể xét đến chỉ định phẫu thuật.

Đau cổ có liên quan đến hoạt động và tư thế đầu cổ. Đau thường xuất hiện từ từ trong nhiều năm. Thường liên quan đến các hoạt động gắng sức dồn dọc trục cột sống, gặp trong nhóm bệnh lý hẹp lỗ liên hợp cột sống cổ.

Đau cổ liên quan đến hoạt động vùng vòm của tay, đau lan xuống tay, giảm khả năng phối hợp vận động tay và chân, giảm khả năng thực hiện các động tác tinh vi, thường xuất hiện chậm và tăng dần theo thời gian. Tổn thương bệnh lý do chèn ép tủy. Điều trị nội khoa đôi khi có thể giúp giảm đau, tuy nhiên, điều trị phẫu thuật được ưu tiên khi có chèn ép tủy.

Đau cổ xuất hiện thay đổi trong ngày: thường xuất hiện vào sáng sớm khi thức dậy và có thể giảm dần trong ngày, người bệnh cảm thấy dễ chịu hơn sau một vài cử động cổ, cũng có thể xuất hiện khi thay đổi thời tiết và thường liên quan đến nhóm bệnh viêm khớp xương.

Các nguyên nhân khác của đau cổ

- Chấn thương.
- Viêm màng não.
- Ung thư, các u.

Khi nào cần đi khám bác sĩ

- Đa số sẽ khỏi dần với điều trị tại nhà. Nếu không khỏi, người bệnh cần đi khám bác sĩ.
- Cần đi khám ngay khi bị đau cổ nặng do chấn thương, ví dụ sau tai nạn xe cộ, ngã lao đầu, ngã từ trên cao xuống.
- Không duỗi được tay chân.
- Kèm đau đầu, tê bì, cảm giác kiến bò, yếu tay chân.

4. Chẩn đoán

- X-quang. Phát hiện hẹp khe giữa hai đốt sống, các bệnh giống viêm khớp, các u, trượt các đĩa đệm, hẹp ống sống, cột sống gầy và không vững, các thay đổi do thoái hóa.

- Chụp cắt lớp - cho thấy các chi tiết bên trong của cổ trên nhiều mặt cắt ngang.
- Chụp cộng hưởng từ - giúp phát hiện chi tiết các yếu tố liên quan đến tủy sống và các dây thần kinh, các dây chằng và gân.
- Chụp tủy sống - đôi khi được sử dụng thay thế hoặc bổ sung cho chụp cộng hưởng từ.
- Ghi điện cơ và tốc độ dẫn truyền thần kinh đôi khi được dùng trong chẩn đoán đau cổ, tê bì hoặc kiến bò.

5. Điều trị

Điều trị đau cổ tùy vào nguyên nhân cụ thể sẽ có những phương pháp điều trị thích hợp. Điều này đồng nghĩa với việc cần phải có sự thăm khám của bác sĩ chuyên khoa để loại trừ các nguyên nhân cần phải can thiệp phẫu thuật.

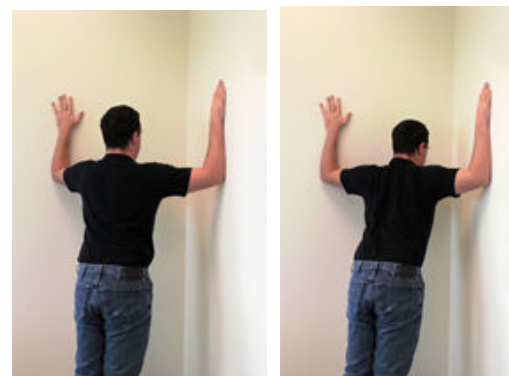
Điều trị nội khoa kết hợp thuốc kháng viêm không corticoid và vật lý trị liệu. Vai trò vật lý trị liệu rất quan trọng trong điều trị bao gồm các bài luyện tập kéo căng cơ và tăng sự dẻo dai của các cơ cổ.

Các phương pháp điều trị

- Dùng thuốc: chống viêm (ibuprofen, naproxen), chống đau (acetaminophen), thư giãn cơ, chống suy nhược. Chườm nóng, chườm đá.
- Tiêm tại chỗ corticosteroid để giảm đau: tiêm cạnh rễ thần kinh, tiêm vào các mặt khớp đốt sống cổ, tiêm vào cơ, tiêm vào khớp vai trong viêm khớp vai.
- Điều trị vật lý. Để có được tư thế đứng, thẳng, chườm nóng hay chườm đá hay kích thích điện để giảm đau và phòng tái phát. Kéo cột sống cổ bằng sức nặng, ròng rọc hay đeo túi hơi quanh cổ.
- Bất động ngắn hạn với túi hơi quanh cổ.
- Các bài tập cho đau khi vận động cổ vai, tăng sức mạnh các cơ của cổ vai.
- Phẫu thuật có thể được lựa chọn để giải ép cho rễ thần kinh hay tủy sống.

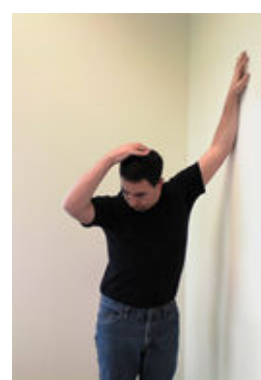
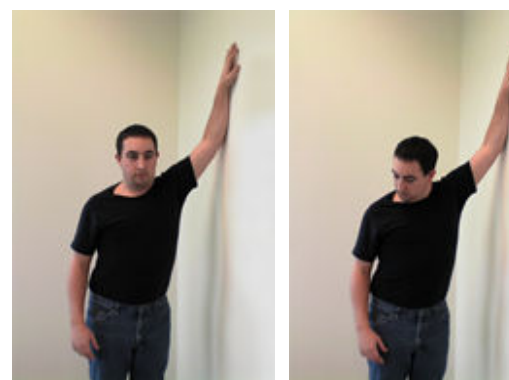
Bài tập kéo căng cơ 1

Người bệnh đứng xoay mặt vào góc tường, hai chân đứng thẳng, hai tay nâng lên áp căng tay vào hai bức tường, khuỷu tay hơi thấp hơn hoặc ngang bằng vai. Hai cẳng tay chịu lực chống lại đẩy mặt về hướng góc tường, giữ 30 giây. Có thể lặp lại khoảng 10 lần trong một lần tập và 3 đến 5 lần tập một ngày.



Bài tập kéo căng cơ 2

Người bệnh đứng thẳng, tay đưa lên cao và áp cẳng tay vào sát tường. Đầu xoay hướng ngược lại và nhìn xuống đất. Sau đó, dùng tay còn lại đặt lên đầu kéo theo chiều xoay của đầu và ra trước, giữ trong 30 giây.



XOẮN TINH HOÀN ĐỪNG ĐỂ QUÁ MUỘN

BS CK1 Lê Phúc Liên

BỆNH ÁN

Ngày 18/9/2015, khoa Cấp cứu bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM tiếp nhận bệnh nhân nam 15 tuổi, vào viện với tình trạng đau hố chậu và bìu trái khoảng một ngày. Bệnh nhân được khám và chẩn đoán xoắn tinh hoàn trái. Bệnh nhân có chỉ định mổ cấp cứu với hy vọng có thể tháo xoắn, cứu được tinh hoàn. Tuy nhiên, cuối cùng phải cắt bỏ tinh hoàn trái do cuống tinh hoàn bị xoắn 360° làm tinh hoàn bị thiếu máu nuôi, hoại tử nên không thể bảo tồn được. Nhiều trường hợp tương tự cũng thỉnh thoảng gặp tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. Vậy xoắn tinh hoàn là gì và cách chẩn đoán sớm cũng như phòng ngừa như thế nào?

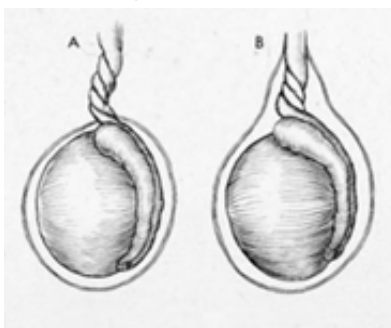


Hình chụp tinh hoàn trái trong lúc mổ.

ĐỊNH NGHĨA

Xoắn tinh hoàn xảy ra khi tinh hoàn xoay làm xoắn thừng tinh (trong có cuống mạch máu của tinh hoàn), thường gây đau dữ dội và phù nề. Xoắn tinh hoàn thường xảy ra ở trẻ em từ 12 - 16 tuổi nhưng có thể gặp ở bất cứ tuổi nào, kể cả trước khi sinh. Tần suất mắc bệnh là 1/4.000 ở người trẻ dưới 25 tuổi.

Xoắn tinh hoàn cần phải được chẩn đoán và can thiệp sớm mới cứu được tinh hoàn vì tình trạng thiếu máu lâu sẽ làm cho tinh hoàn bị hoại tử cần phải cắt bỏ.



Hai dạng giải phẫu xoắn tinh hoàn: A. Xoắn ngoài tinh mạc - hay gặp ở trẻ sơ sinh; B. Xoắn trong tinh mạc - hay gặp ở trẻ mới lớn.

TRIỆU CHỨNG

Các dấu hiệu và triệu chứng của xoắn tinh hoàn bao gồm:

- Đau đột ngột và dữ dội ở trong bìu, lan lên ống bẹn và hố chậu. Đau liên tục, ngày càng tăng.
- Phù nề da bìu tăng dần và có thể lan sang bên đối diện.
- Da có thể đỏ hay bầm tím.
- Tinh hoàn nằm cao hơn bình thường.
- Có thể có cảm giác buồn nôn và nôn.
- Tiểu tiện đau buốt.
- Sốt (có thể có do phản ứng).

Trẻ nhỏ xoắn tinh hoàn điển hình bị thức dậy lúc giữa đêm hay về sáng vì đau trong bìu.

Bạn có thể từng lúc bị đau tinh hoàn đột ngột rồi tự khỏi, cần đi khám ngay và thường là phải mổ để đề phòng tái phát.

NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân xoắn tinh hoàn chưa được biết rõ. Đa số nam giới bị xoắn tinh hoàn thường là do đặc điểm di truyền làm cho tinh hoàn xoay dễ dàng bên trong bìu và thường cho cả hai bên. Người ta cho rằng tinh hoàn nặng lên sau dậy thì, cũng như sự co thắt đột ngột của các cơ bìu (chen vào thừng tinh theo hình xoắn ốc) cũng có thể là tác nhân gây xoắn tinh hoàn cấp. Xoắn tinh hoàn thường xảy ra vài giờ sau một hoạt động mạnh, một chấn thương nhẹ của tinh hoàn hoặc khi đang ngủ. Thời tiết lạnh, rối loạn thần kinh thực vật cũng có thể có vai trò.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tuổi. Hay gặp nhất ở trẻ mới lớn (12 - 16 tuổi), sau đến trẻ sơ sinh.
- Xoắn tinh hoàn trước đó. Nếu bạn từng có những lúc đau tinh hoàn rồi tự khỏi (xoắn và tháo xoắn từng lúc), bạn có thể bị lại. Nếu bị đau nhiều lần thì nguy cơ bị lại càng cao.
- Gia đình có người bị xoắn tinh hoàn.

BIẾN CHỨNG

Xoắn tinh hoàn có thể bị các biến chứng sau:

- Tổn thương hay hoại tử tinh hoàn. Thường gặp khi xoắn tinh hoàn không được điều trị phẫu thuật sau vài giờ.
- Không thể có con. Một số trường hợp tổn thương hay mất tinh hoàn đưa đến biến chứng này.

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xoắn tinh hoàn thường được xác định qua thăm khám vùng bìu, tinh hoàn, bụng.

Thử các phản xạ. Cọ hay cấu véo phía trong đùi bên bị đau, khi bình thường thì tinh hoàn co lên nhưng nếu tinh hoàn bị xoắn thì có thể mất phản xạ này.

Siêu âm vùng bìu. Để đánh giá tình trạng tưới máu: giảm hoặc mất tưới

máu tinh hoàn là một dấu hiệu của xoắn tinh hoàn. Nhưng siêu âm không phải bao giờ cũng phát hiện được giảm tưới máu, do đó, siêu âm có thể không loại trừ được xoắn tinh hoàn.

Khi đã chẩn đoán xoắn tinh hoàn, bệnh nhân cần được phẫu thuật ngay để bảo tồn được tinh hoàn.

ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất khi nghi ngờ xoắn tinh hoàn. Phẫu thuật nhằm để tháo xoắn tinh hoàn nếu tinh hoàn còn tốt hoặc cắt bỏ nếu tinh hoàn đã bị hoại tử do thiếu máu lâu. Tiến hành dưới gây mê, rạch một đường nhỏ của bìu, tháo xoắn thừng tinh, nếu cần thì khâu dính một hay hai tinh hoàn vào phía trong bìu để phòng ngừa bị xoắn về sau.

TIỀN LƯỢNG

Thành công của phẫu thuật, khả năng bảo tồn và hồi phục chức năng tinh hoàn sau mổ phụ thuộc vào thời gian từ lúc bắt đầu đau cho đến khi được phẫu thuật:

- Dưới 6 giờ: 90 - 100% bảo tồn được tinh hoàn.
- 12 - 24 giờ: 20 - 50% bảo tồn được tinh hoàn.
- Trên 24 giờ: 0 - 10% bảo tồn được tinh hoàn.

KHI NÀO CẦN KHÁM

Hãy đi khám ngay khi bạn đau đột ngột vùng bìu, đau liên tục ngày càng tăng và đau lan lên vùng bẹn, hố chậu. Ngoài ra, nếu bạn bị đau tinh hoàn đột ngột nhưng sau đó tự hết mà không cần điều trị thì vẫn nên đi khám chuyên khoa Tiết Niệu. Tình trạng này có thể là do tinh hoàn bị xoắn và tự tháo xoắn nên cần được khám và phẫu thuật (khâu dính một hay cả hai tinh hoàn vào mặt trong bìu) để phòng ngừa xoắn tinh hoàn tái diễn.



CHỨNG CHẬM TĂNG TRƯỞNG CHIỀU CAO

ThS BS Huỳnh Thị Vũ Quỳnh

DẪN NHẬP

Ngày nay, trên thế giới người ta dùng rộng rãi cụm từ “vóc người thấp” hay “tăng trưởng hạn chế” và không còn dùng từ “lùn” nữa. Chiều cao của những người này từ khoảng 81 cm (2 ft 8

in) đến 142 cm (4 ft 8 in). Ở Hoa Kỳ, họ chiếm khoảng 2,3% dân số.

Vóc người thấp được quy cho những người có chiều cao thấp dưới mức điển hình, mức độ này là bao nhiêu thì không có quy định thống nhất.

Định nghĩa chung nhất để chỉ những đứa bé “vóc người thấp” là khi chúng có chiều cao ≥ 2 độ lệch chuẩn dưới số trung bình của những trường hợp cùng giới và cùng tuổi (và lý tưởng là cùng dòng giống-tộc người). Trong đó, một số tác giả còn phân ra một nhóm có “vóc người quá thấp” hay “thấp nặng” khi chiều cao ≥ 3 độ lệch chuẩn dưới số trung bình theo tuổi và giới.

Những người có vóc dáng thấp được chia thành 2 dạng: cân đối và không cân đối.

Vóc người thấp có thể là một biến thể của sự tăng trưởng bình thường hoặc do bệnh lý gây ra. Các nguyên nhân thường gặp nhất của vóc người thấp sau 1 - 2 tuổi là vóc người thấp do gia đình (di truyền) và tăng trưởng muộn do thể tạng, đó là những biến thể bình thường không do bệnh lý của sự tăng trưởng. Mục đích đánh giá đứa bé có vóc người thấp là nhận biết nhóm trẻ thấp do các nguyên nhân bệnh lý (ví dụ hội chứng Turner, bệnh viêm ruột hay một bệnh toàn thân nào khác hoặc thiếu hormone tăng trưởng). Đồng thời đánh giá mức độ nặng của vóc người thấp cùng quỹ đạo tăng trưởng chắc đúng, tạo điều kiện thuận lợi cho việc can thiệp điều trị thích hợp.

NGUYÊN NHÂN

CÁC BIẾN THỂ BÌNH THƯỜNG CỦA SỰ TĂNG TRƯỞNG

- **Vóc người thấp do gia đình hay di truyền:** Là một biến thể bình thường hay gặp nhất. Những cá thể này thường có tốc độ tăng trưởng bình thường ở mức thấp suốt đời. Tốc độ tăng trưởng bình thường theo một cách khác giúp phân biệt những đứa trẻ này với những đứa trẻ có vóc dáng thấp do nguyên nhân bệnh lý. Tuổi xương của chúng luôn phù hợp với tuổi theo thời gian, giúp phân biệt với những đứa trẻ chậm tăng trưởng do thể tạng.

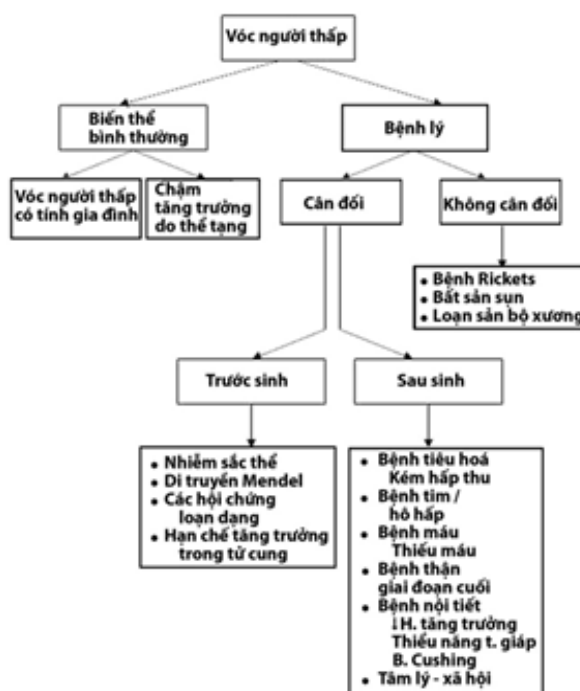
- **Tăng trưởng và dậy thì muộn do thể tạng:** Đôi khi được gọi là vóc người thấp do thể tạng ở các đứa bé chậm dậy thì, có vóc người thấp ở tuổi thơ ấu nhưng khi trưởng thành thì có chiều cao tương đối bình thường. Những đứa bé này thường có kích thước bình thường khi sinh ra. Đến 3 - 6 tháng tuổi thì tốc độ tăng trưởng bắt đầu giảm từ từ, đến 3 - 4 tuổi thì tốc độ tăng trưởng mới dần trở lại bình thường ở mức thấp (khoảng 4 - 5 cm/năm ở các bé gái trước tuổi trưởng thành và 3,5 - 4,5 cm/năm ở bé trai trước tuổi trưởng thành). Đi kèm là phát triển dậy thì muộn nên có sự khác biệt rõ rệt về chiều cao trong những năm đầu tuổi teen so với những người cùng tuổi. Nhưng sau đó, trẻ có thể đạt được chiều cao bình thường khi kết thúc giai đoạn dậy thì.

- **Những trẻ thấp nhỏ vì sinh non:** Đa số sẽ đuổi kịp tăng trưởng lúc lên hai tuổi và chỉ một số nhỏ (khoảng 10%) là tăng trưởng có thể chậm nhưng qua tuổi thơ ấu sẽ đạt được gần với chiều cao dự đoán (dựa theo chiều cao của cha mẹ).

- **Vóc người thấp không rõ bệnh căn:** Được định nghĩa là chiều cao thấp dưới 2 độ lệch chuẩn của số trung bình theo tuổi, khi không có một bất thường nào về nội tiết, chuyển hóa hay một bệnh nào khác. Những đứa trẻ này có tốc độ tăng trưởng bình thường (thường là ở mức thấp), các cận lâm sàng đều bình thường kể cả các xét nghiệm tầm soát về nội tiết và hormone tăng trưởng.

CÁC NGUYÊN NHÂN BỆNH LÝ CỦA KÉM TĂNG TRƯỞNG

Hầu hết các bệnh toàn thân nặng đều có thể có các hiệu quả thứ phát trên sự tăng trưởng, người ta thống kê có tất cả trên 200 nguyên nhân tất cả. Dưới đây là một số nguyên nhân thường gặp:



+ Các bệnh chuyển hóa và nội tiết.

Điển hình là chứng thiếu hormone tăng trưởng của tuyến yên, có thể xảy ra bất cứ lúc nào ở tuổi thơ ấu và tuổi niên thiếu với triệu chứng rõ ràng nhất là sự chậm lớn. Sự thiếu hụt của hormone này có thể do di truyền, cha mẹ thấp thường con họ cũng có chiều cao dưới trung bình. Nguyên nhân: các u sọ - hầu làm phá hủy tuyến yên gây ra thiếu hormone này và có thể kèm theo thiếu nhiều hormone khác của thùy trước tuyến yên; hiếm khi do đột biến gây bất hoạt thụ thể của hormone tăng trưởng, di truyền qua nhiễm sắc thể thân thể lặn. Điều trị bằng thay thế hormone tăng trưởng, kết quả rất ấn tượng, cũng có thể phẫu thuật cắt u.

Các nguyên nhân nội tiết khác gây chậm tăng trưởng chiều cao: suy tuyến giáp, hội chứng Cushing, tăng sản thượng thận bẩm sinh...

[Hội chứng Cushing: hầu hết gặp ở phụ nữ trẻ, béo phì ở mặt, cổ, thân, bất lực về sinh dục; bệnh do tăng tiết các hormone của vỏ thượng thận, liên quan với một u tuyến ái kiềm của tuyến yên].

+ **Các bất thường nhiễm sắc thể.** Trong số trẻ em không thiếu hormone tăng trưởng, vóc người thấp có thể do các bất thường về nhiễm sắc thể mà cũng có thể do di truyền. Ví dụ như hội chứng Turner, hội chứng Prader - Willi.

[Hội chứng Turner: gặp ở trẻ nữ do sai lệch nhiễm sắc thể, chỉ có một nhiễm sắc thể giới tính X (45 XO), vóc người thấp thuộc dạng trẻ con, hai buồng trứng bất sản hoàn toàn hoặc chỉ ở dạng phôi thai, có một số dị dạng của ngực, mặt, cổ, các chi, khi trẻ lớn hơn sẽ có các vấn đề về hệ sinh dục như vô kinh hay không dậy thì, chiều cao trung bình khi trưởng thành thấp khoảng 20 cm dưới dự kiến (theo chiều cao trung bình của cha mẹ)].

[Hội chứng Prader - Willi: rất hiếm gặp, ở nữ nhi, béo phì và ăn nhiều, giảm trương lực cơ, chậm vận động, kém trí tuệ, các dị dạng

của mặt và xương khớp, các tuyến sinh dục hoạt động kém - giảm kích dục].

+ **Suy dinh dưỡng:** dinh dưỡng rất quan trọng cho sự tăng trưởng của trẻ. Trẻ suy dinh dưỡng mạn tính sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển chiều cao. Can thiệp về dinh dưỡng giúp cải thiện chiều cao cho trẻ.

+ **Bệnh mạn tính, bệnh hệ thống:** suy gan, suy thận... có thể dẫn đến chậm phát triển thể chất. Điều trị tốt bệnh lý nền có thể cải thiện sự tăng trưởng về thể chất cho trẻ.

+ **Sang chấn về tâm lý:** trẻ bị ngược đãi, lạm dụng... có thể ảnh hưởng đến tăng trưởng. Trẻ cần có một môi trường lành mạnh để đạt được sự tăng trưởng tốt.

+ **Các loạn sản của bộ xương:** Chứng loạn sản của bộ xương dẫn đến vóc người thấp là do đột biến gen - thường do nguyên nhân di truyền nhưng cũng có thể là tự phát, gây ra vóc người thấp không cân đối (với các chi ngắn không cân đối với thân mình hoặc ngược lại). Các loạn sản của bộ xương bao gồm: bất sản sụn (thường do di truyền thể trội), loạn sản đốt sống - đầu xương và loạn sản gây vẹo vọ (thường do di truyền thể lặn).

[Loạn sản gây vẹo vọ - tạm dịch từ 'diastrophic dysplasia', là một rối loạn nhiễm sắc thể thân, ảnh hưởng đến sự phát triển của sụn và xương. "Diastrophism" là một từ chung chỉ sự xoắn vặn - twisting, gây ra do đột biến của gen SLC26A2].

CHẨN ĐOÁN

Một số dạng vóc người thấp có biểu hiện rõ ràng ngay khi sinh hay từ thời thơ ấu mà có thể chẩn đoán qua X-quang và khám thực thể. Chẩn đoán các loạn sản của bộ xương có thể được xác định qua các thử nghiệm gen. Có khi cần thử trước sinh cho những trường hợp đặc biệt.

Đôi khi, chứng vóc người thấp xuất hiện muộn, cần tìm các triệu chứng và dấu hiệu bao gồm:

- Chậm phát triển một số kỹ năng vận động như ngồi lên hay đi lại.
- Dễ có nhiễm khuẩn tai.
- Các vấn đề hô hấp.
- Các vấn đề về cân nặng.
- Cong vẹo cột sống.
- Cẳng chân hình cung.
- Cứng các khớp và viêm khớp.
- Đau lưng thấp hay tê bì, cẳng chân.
- Răng mọc chen chúc.

ĐIỀU TRỊ

Chẩn đoán và điều trị sớm có thể giúp đề phòng hay làm giảm một số vấn đề liên quan với vóc người thấp. Người thiếu hormone tăng trưởng có thể điều trị với các hormone này.



Nhiều trường hợp, người có vóc người thấp bị các biến chứng về chỉnh hình và nội khoa. Điều trị những biến chứng này bao gồm:

- Đặt ống dẫn lưu nước não - tủy, giảm áp lực trong sọ
- Mở khí quản cải thiện hô hấp qua đường thở hẹp
- Phẫu thuật sửa chữa các khiếm khuyết như khe hở vòm miệng, chân vẹo, cẳng chân hình cung.
- Phẫu thuật cắt amidan để cải thiện hô hấp khi amidan to.
- Phẫu thuật mở rộng ống tủy làm giảm chèn ép tủy.

Các điều trị khác:

- Tập thể lực tăng sức mạnh cơ và tăng tầm vận động các khớp.
- Nẹp hay đeo bao lưng để cải thiện độ cong gù cột sống.
- Dẫn lưu tại giữa để phòng ngừa nhiễm khuẩn tại giữa tái đi tái lại.
- Chỉnh răng để giảm chen chúc răng do hàm nhỏ.
- Hướng dẫn về dinh dưỡng và làm các bài tập để phòng béo phì gây ra vấn đề cho bộ xương.

TÓM TẮT

• Vóc người thấp được định nghĩa là có chiều cao ≥ 2 độ lệch chuẩn dưới số trung bình cho những trẻ cùng giới và cùng tuổi.

• Hai nguyên nhân hay gặp nhất của vóc người thấp là vóc người thấp do gia đình (di truyền), tăng trưởng và dậy thì muộn do thể tạng, cả hai đều là những biến thể bình thường của sự tăng trưởng. Các dạng tăng trưởng này thường có thể phân biệt với nhau, nhưng ở một số trẻ có các đặc điểm của cả hai.

• Hầu hết các bệnh toàn thân nặng đều có thể gây ra kém tăng trưởng, ví dụ kém dinh dưỡng, điều trị glucocorticoid, bệnh tiêu hóa (nhất là bệnh Crohn và bệnh celiac) và bệnh thận.

[Bệnh celiac là một bệnh của người lớn và nhất là của trẻ em, không dung nạp được protein của lúa mì, lúa mạch, lúa mạch đen (gluten)].

• Nhiều hội chứng về gen và các dị dạng bẩm sinh đi kèm với vóc người thấp. Hội chứng Turner đặc biệt quan trọng vì vóc người thấp và/hay không có phát triển dậy thì có thể là nét đặc biệt được biểu thị với có hay không các đặc điểm lâm sàng khác.



PHARMEDIC



Bim bim - Actiso - Rau đắng đất



*Thuốc lợi
gan mật*

Công thức: - Bột Bim Bim: 75mg - Cao Actiso: 100mg - Cao Rau đắng đất: 75mg - Tá dược vừa đủ 1 viên bao đường. Chỉ định: Các chứng bệnh thuộc về gan như: mụn nhọt, ngứa, nổi mề đay, viêm gan cấp và mãn tính, vàng da, chống táo bón. Chống chỉ định: Phụ nữ có thai và cho con bú, viêm tắc mật, người đường huyết, tỷ vi hư hàn, tiêu chảy do hàn, người tiểu đường. Liều dùng: Người lớn: 2-4 viên 1 lần, ngày 3 lần. Trẻ em: 1-2 viên 1 lần, ngày 3 lần. Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng.

Số phiếu tiếp nhận HSDKQC của Cục GLDHYT: 0614/10/GLD-TT, Ngày 24-09-2010

CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC PHẨM DƯỢC LIỆU PHARMEDIC
 367 Nguyễn Trãi, Quận 1, TP.Hồ Chí Minh - ĐT: (08)39200300 - FAX: (08)39200096

Sản phẩm này là thuốc, không phải thực phẩm chức năng
 Theo công văn số 10574/QĐ-DK ngày 24/06/2014 của Cục Quản Lý Dược - Bộ Y tế đã đồng ý để Công ty Pharmedic, được đổi tên thành Rau đắng đất.

XÉT NGHIỆM PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ GAN

PGS TS BS Nguyễn Thị Băng Suong



Ung thư gan là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ 5 ở nam giới và thứ 7 ở nữ giới với hơn nửa triệu trường hợp mắc bệnh mới được chẩn đoán mỗi năm trên toàn thế giới. Đây cũng là nguyên nhân đứng hàng thứ 3 gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới sau ung thư phổi và dạ dày. Vào năm 2010, ước tính có khoảng 754.000 người tử vong do ung thư gan. Carcinom tế bào gan⁽¹⁾ (thường gọi tắt là HCC) là dạng ung thư gan phổ biến nhất - chiếm 80% trường hợp mắc ung thư gan.

Trên 80% trong số các trường hợp ung thư gan được tìm thấy ở các quốc gia ở châu Á và khu vực châu Phi cận Sahara.

Nguyên nhân dẫn đến ung thư gan chủ yếu là viêm gan mạn tính do vi-rút viêm gan C (HCV) và vi-rút viêm gan B (HBV) dẫn đến xơ gan. Trong thực tế lâm sàng người ta nhận thấy 70 – 80% ung thư gan phát triển trên nền xơ gan. Các nguyên nhân và dịch tễ của ung thư gan có liên quan chặt chẽ với các nguyên nhân và dịch tễ của xơ gan. Ngoài ra,

còn có các nguyên nhân khác như nghiện rượu, độc tố aflatoxin bài tiết từ nấm *Aspergillus flavus* thường có trong ngũ cốc.

Việt Nam là quốc gia nằm trong vùng dịch tễ có tỷ lệ viêm gan cao. Theo nghiên cứu điều tra dịch tễ ở Hà Nội, Bắc Giang thì tỷ lệ nhiễm HBV và HCV tại 2 địa bàn này lần lượt là 8,0 % và 2,7%. Theo số liệu ghi nhận ung thư quần thể năm 2004, ở Tp Hồ Chí Minh trong 10 loại ung thư thường gặp thì ung thư gan đứng hàng thứ nhất ở nam (tần

suất 38,2 trường hợp trên 100.000 dân mỗi năm) và đứng hàng thứ 6 ở nữ (tần suất 8,3 trường hợp trên 100.000 dân mỗi năm). Ở Hà Nội, ung thư gan đứng hàng thứ 3 ở nam giới và hàng thứ 7 ở nữ giới. Trong những năm gần đây, trung bình mỗi năm Việt Nam có trên 10.000 ca mắc ung thư gan mới và trở thành quốc gia có tỷ lệ người mắc bệnh ung thư gan đứng hàng đầu thế giới.

Tỷ lệ sống nói chung của bệnh ung thư gan trong vòng 5 năm sau khi chẩn đoán là khoảng 9%. Khi ung thư gan được phát hiện trong giai đoạn đầu, khoảng 19% bệnh nhân có khả năng sống từ 5 năm trở lên. Tuy nhiên, chỉ có khoảng 30% số bệnh nhân được phát hiện bệnh ở giai đoạn đầu. Khoảng 26% trường hợp được chẩn đoán khi bệnh đã ở vào giai đoạn thứ 2. Ở giai đoạn này, ung thư đã bắt đầu lan rộng, tuy nhiên mới chỉ xuất hiện ở các hạch bạch huyết. Tiên lượng sống cho ung thư gan giai đoạn 2 là khoảng 6,5% bệnh nhân có khả năng sống trong 5 năm. Gần 22% trường hợp ung thư gan được chẩn đoán đã ở vào giai đoạn cuối, ung thư đã bắt đầu xâm nhập tới các tạng xa. Tỷ lệ sống sau 5 năm đối với ung thư gan di căn là khoảng 3,5%. Nếu bệnh được phát hiện ở giai đoạn đầu, phẫu thuật triệt để hoặc ghép gan là phương pháp điều trị mang lại kết quả rất tốt, với tỷ lệ sống lên đến 80%. Tuy nhiên, ở các nước đang phát triển, bệnh ung thư gan thường được chẩn đoán ở giai đoạn cuối nên ghép gan không đạt được kết quả tốt. Khi đó, ung thư đã xuất hiện tại các tạng khác và nó có khả năng lây lan vào gan mới ghép nên tỷ lệ sống sau 5 năm thấp (dưới 10%).

Ung thư gan tiến triển thầm lặng nên đa số người bệnh thường được phát hiện muộn, giai đoạn sớm thường không có triệu chứng gì. Vì vậy, với những người có yếu tố nguy cơ cao như bệnh viêm gan B, C, xơ gan, người uống rượu nhiều hoặc trong gia đình từng có người ung thư gan, thì nên thường xuyên kiểm tra để phát hiện bệnh sớm. Hiện nay, các phương pháp phát hiện ung thư gan chủ yếu là các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm. Đây là phương pháp đơn giản, ít tốn kém, không gây hại, có thể phát hiện khối u > 1cm, siêu âm có vai trò rất quan trọng trong việc tầm soát và phát hiện sớm ung thư gan, ngoài ra còn giúp phát hiện các bệnh lý đi kèm như xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Các phương pháp khác như chụp cắt lớp điện toán (CT-scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) sẽ giúp thấy khối u rõ hơn. Người bệnh cần được làm sinh thiết gan để kiểm tra chắc chắn kết quả chẩn đoán ung thư gan.

Tuy nhiên, kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh chỉ phát hiện ung thư khi đã xuất hiện các khối u. Vì vậy, nhu cầu tìm ra các chỉ dấu sinh học, miễn dịch (do tế bào ung thư tiết ra) giúp phát hiện ung thư sớm, trước khi xuất hiện

khối u, để có được chẩn đoán sớm là vấn đề cấp thiết trên toàn thế giới. Điều này sẽ giúp cho người bệnh được điều trị sớm, theo dõi tiến triển của ung thư và nâng cao tỷ lệ sống thêm của người bệnh. Các chỉ dấu hiện nay được sử dụng tại Việt Nam gồm:

1. α -fetoprotein (AFP)

Trong số các chất chỉ dấu ung thư gan hiện nay thì AFP đã được ứng dụng rộng rãi trong xét nghiệm tầm soát HCC. AFP là glycoprotein có một chuỗi đơn, trọng lượng phân tử 70 kDa và carbohydrat chiếm 4%. AFP được tổng hợp chính ở gan phôi thai và túi noãn hoàng, rồi vào dịch ối, đi qua rau thai và vào máu mẹ. Ở người mang thai, AFP được thải trừ mạnh qua thận nhưng vẫn tiếp tục tăng lên cho đến tuần thứ 32. Ở người lớn và trẻ con, nồng độ AFP rất khác nhau giữa các tài liệu: < 50, < 10, < 5 ng/mL. Trẻ mới sinh có nồng độ AFP vào khoảng 40 - 50 ng/mL, sau đó nhanh chóng giảm xuống mức bình thường qua 1 tuổi, và sau 2 tuổi thì theo một tài liệu, nồng độ của AFP ở dưới mức của người lớn (0 - 6 ng/mL). Ở người lớn khỏe mạnh, nồng độ AFP - huyết thanh là 0 - 7 ng/mL.

Nồng độ AFP - huyết thanh 20 ng/mL là giá trị ngưỡng thường được sử dụng nhiều nhất để phân biệt bệnh nhân có và không có HCC. Với giá trị ngưỡng này, xét nghiệm AFP có độ nhạy là 41 - 65% và độ đặc hiệu là 80 - 90% trong phát hiện HCC. AFP - huyết thanh có tương quan thuận có ý nghĩa với kích thước của khối u HCC, có thể được sử dụng như một chỉ dấu có giá trị để phát hiện HCC và đánh giá giai đoạn của bệnh. Theo khuyến cáo của Hội nghiên cứu Gan học châu Á - Thái Bình Dương và Mạng lưới ung thư quốc gia Mỹ thì người bệnh có nguy cơ cao bị HCC cần thực hiện kiểm tra AFP kết hợp siêu âm định kỳ mỗi 6 tháng.

AFP ở phụ nữ mang thai được đo qua máu của người đó hay qua dịch ối, được xem là một test tầm soát các dị dạng của thai nhi, ví dụ như: thoát vị rốn, HCC/u gan, các khiếm khuyết của ống thần kinh, các u tế bào mầm không phải tinh bào⁽²⁾, u túi noãn hoàng, thất điều do giãn mạch⁽³⁾.

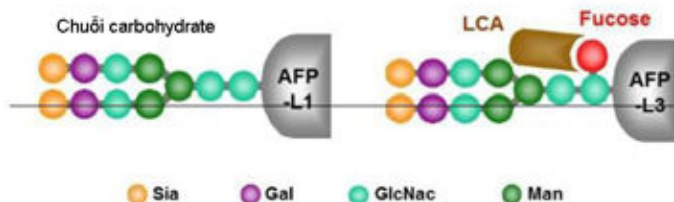
Ở người lớn, AFP nồng độ cao (> 500 ng/mL) chỉ thấy ở một số trường hợp bệnh như: HCC, các u mầm bào (của tinh hoàn, buồng trứng), ung thư di căn của gan, thất điều do giãn mạch.

Tuy nhiên, có một số người bệnh không bị ung thư gan nhưng có nồng độ AFP tăng, ví dụ những người bệnh bị bệnh gan mạn, viêm gan, xơ gan, u quái tinh hoàn, phụ nữ có thai. Trong khi đó, cũng có một số người bệnh ung thư gan nhưng AFP không tăng. Do vậy, các nhà khoa học đã tiếp tục nghiên cứu tìm các chỉ dấu chẩn đoán ung thư gan hiệu quả hơn. Kết quả là các tác giả Nhật Bản đã phát hiện được hai chỉ dấu giúp

phát hiện ung thư gan sớm quan trọng khác là AFP - L3 và DCP hay còn được gọi là PIVKA-II.

2. AFP - L3

AFP-L3 được sản xuất bởi các tế bào gan ung thư, gắn vào LCA với ái lực cao, và là một dạng của glycoprotein lớn gần đồng nhất với AFP tìm thấy ở những người bị HCC. Ba dạng AFP được phân biệt bởi mức độ fucosyl - hóa⁽⁴⁾ của chuỗi đường gắn với N-acetylglucosamine. Các dạng



Hình 1: Quá trình gắn thêm đường fucose vào phân tử AFP-L3 (không có trong AFP-L1).

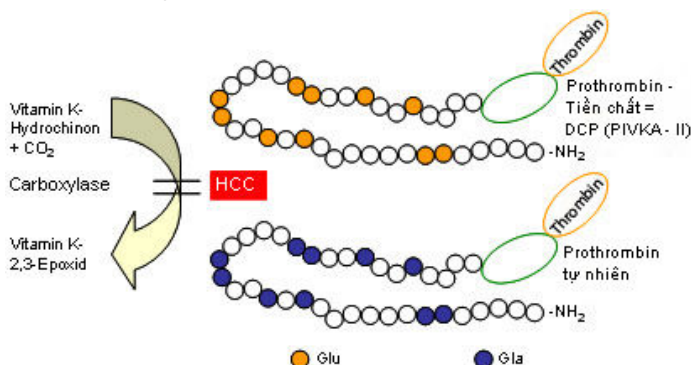
này có khả năng gắn vào một protein đặc biệt là Lens culinaris agglutinin (LCA) với các ái lực khác nhau. AFP-L1 là loại không gắn LCA, là dạng chủ yếu được thấy ở những người bị bệnh gan lành tính như viêm gan B mạn tính hoặc xơ gan. AFP - L2 có khả năng gắn LCA với ái lực vừa và là dạng chủ yếu được sản xuất bởi các khối u túi noãn hoàng. AFP - L3 được sản xuất bởi các tế bào gan ác tính, gắn vào LCA với áp lực cao và là dạng chủ yếu được thấy ở các người bệnh bị HCC. AFP-L3% hay $[(\text{AFP-L3}/\text{AFP toàn phần}) \times 100]$ là tỷ lệ phần trăm giữa AFP-L3 với AFP toàn phần ở trong huyết thanh, nay được xem là một chỉ dấu tin cậy để chẩn đoán sớm, đánh giá hiệu quả điều trị và dự báo tiên lượng của HCC. AFP-L3 đã được chứng minh là tăng cao ở người bệnh HCC. AFP-L3% được thừa nhận trong thực hành lâm sàng là có độ đặc hiệu cao hơn so với nồng độ AFP trong HCC. Giá trị ngưỡng của AFP-L3 trong phát hiện HCC được xác định là 10%, xét nghiệm có độ nhạy 56% và độ đặc hiệu 90%. Người có giá trị $\text{AFP-L3} \geq 10\%$ thì nguy cơ xuất hiện HCC tăng gấp 7 lần trong vòng 21 tháng tiếp sau đó cho những người bệnh bị bệnh gan mạn tính.

AFP-L3 có thể báo động cho sự phát triển sớm của HCC trước khi có thể phát hiện bằng hình ảnh học. AFP-L3 có thể phát hiện trong huyết thanh của khoảng 35% người bệnh có HCC nhỏ ($< 2 \text{ cm}$). Hội Gan học Nhật Bản khuyến cáo dùng siêu âm và các chỉ dấu sinh học (AFP-L3, AFP và DCP) để theo dõi HCC trong thực hành lâm sàng. Ngày nay AFP-L3% được xem là 1 chỉ dấu sinh học u chính thức cho các nước ở Bắc Mỹ.

3. DCP hay PIVKA-II

Prothrombin là một yếu tố đông máu được sản xuất bởi

gan. DCP (Des-gamma carboxyprothrombin) là một dạng prothrombin bất thường được tạo ra trong tình trạng thiếu vitamin K, gặp ở những người dinh dưỡng tồi hay kém hấp thu hoặc ở người dùng warfarin hay một thứ thuốc nào khác ức chế hoạt động của vitamin K. DCP còn được gọi là PIVKA-II (prothrombin induced by vitamin K absence or antagonist-II). DCP có thể được sản xuất bởi các khối u gan và mức độ thường tăng lên khi bị HCC. Nồng độ DCP bình thường là 0 - 7,5 ng/ml. Với giá trị ngưỡng là 25 ng/mL thì xét nghiệm DCP có độ nhạy là 87% và độ đặc hiệu là 85% trong các trường hợp HCC. Nhiều nghiên cứu cho thấy sự tăng DCP thường phản ánh tình trạng của bệnh, kích thước khối u, sự xâm lấn tĩnh mạch cửa. Ngoài ra, sau phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc sau điều trị ung thư gan bằng phương pháp khác, nồng độ DCP giảm nhanh. Sự tăng DCP trở lại sau điều trị thể hiện bệnh tái phát hoặc thất bại của điều trị.



Hình 2: Sơ đồ của tích lũy DCP trong HCC.

Phần lớn các nghiên cứu bệnh chứng so sánh AFP với DCP trong chẩn đoán HCC cho thấy độ nhạy của DCP cao hơn AFP. Các nghiên cứu khẳng định sự kết hợp của DCP và AFP làm tăng rõ rệt độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán sớm HCC.

Từ năm 2008, Hiệp hội Gan học Nhật Bản đã đưa ra bảng chỉ dẫn tầm soát HCC bằng cách sử dụng 3 chỉ dấu DCP, AFP và AFP-L3. Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM là một trong những bệnh viện đầu tiên tại Việt Nam đã đưa bộ ba xét nghiệm này vào ứng dụng để tầm soát ung thư gan cho người bệnh, nhất là những người bị viêm gan B và viêm gan C. Sự phối hợp hiệu quả này sẽ giúp phát hiện sớm và điều trị sớm tích cực cho người bệnh có nguy cơ bị ung thư gan, từ đó có thể hy vọng làm giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng và tử vong ở các đối tượng này.

- (1) Carcinom tế bào gan (hepatocellular carcinoma – HCC)
- (2) U mầm bào không phải tinh bào (nonseminatous germ cell tumors)
- (3) Thất điều do giãn mạch (ataxia telangiectasia)
- (4) Fucosyl - hóa (fucosylation): là một dạng của glycosyl - hóa (glycosylation), là một quá trình gắn thêm các lượng đường fucose vào protein đích.



● năm đặt trọn niềm tin

Chỉ phẫu thuật kháng khuẩn Plus

Đánh dấu 10 năm sản phẩm
chỉ phẫu thuật có chất kháng khuẩn
cùng đồng hành với phẫu thuật viên
trong việc nâng cao chất lượng điều trị



Công Ty TNHH Johnson & Johnson (Việt Nam)

TP. Hồ Chí Minh:

5/F Tòa nhà Harbour View, 35 Nguyễn Huệ, Quận 1, TP. Hồ Chí Minh
Tel: (+84-8) 3 914 8278 | Fax: (+84-8) 3 821 4819

Hà Nội:

18F, Capital Tower, 109 Trần Hưng Đạo, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội
Tel: (+84-4) 3 934 9049 | Fax: (+84-4) 3 934 9044

“ĐƠN VỊ ĐIỀU TRỊ ĐAU MẠN TÍNH & PHÒNG KHÁM ĐAU MẠN TÍNH”

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM



1. Mở đầu

Đau là một cảm giác gây khó chịu, xuất hiện cùng lúc với sự tổn thương của các mô tế bào. Đau là một yếu tố có liên quan mật thiết đến sự sinh tồn, từng cảm giác về mỗi loại đau là dấu hiệu của bệnh tật và phải tìm nguyên nhân để chữa. Đau mạn tính là chứng đau dai dẳng tái đi tái lại nhiều lần, làm cho cơ thể bị hư hại cả về thể lực và tâm lý.

Việc chăm sóc và điều trị người bệnh trong một đơn vị đau được tổ chức chặt chẽ, chuyên môn hóa cao và phối hợp nhiều chuyên khoa là một biện pháp được đánh giá cao về tính hiệu quả và tính khả thi của nó, cho cá nhân cũng như cộng đồng.

Người bệnh đau mạn tính thường đã đi điều trị nhiều nơi, đến với nhiều thầy thuốc và đã tiếp cận nhiều phương pháp điều trị khác nhau nhưng cuối cùng chứng đau vẫn không khỏi hay thuyên giảm. Điều đó làm cho bệnh nhân lo lắng, mất niềm tin và làm cho bệnh tình ngày càng trầm trọng hơn.

Xuất phát từ những nhu cầu thực tế, bệnh viện ĐHYD TPHCM đã quyết định thành lập đơn vị Điều trị đau mạn tính và đưa vào hoạt động phòng khám Đau mạn tính nhằm góp phần điều trị đau một cách toàn diện cho những bệnh nhân có vấn đề đau mạn tính.

2. Đối tượng người bệnh

Phòng khám Đau mạn tính thực hiện thăm khám và điều trị cho tất cả các bệnh nhân có vấn đề về đau

và đặc biệt là những bệnh nhân đau mạn tính, tức là đau kéo dài từ 3 tháng trở lên hoặc không còn hiệu quả với điều trị thuốc

Cụ thể trên các bệnh nhân sau

- Các bệnh nhân có vấn đề về đau cột sống, đau lưng, đau chi, khớp cùng - chậu.
- Bệnh nhân đau sau đoạn chi.
- Bệnh nhân đau trong bệnh tiểu đường.
- Bệnh nhân đau dây thần kinh số V.
- Bệnh nhân đau sau phẫu thuật cột sống.
- Bệnh nhân đau do di chứng sau chấn thương sọ não và cột sống.
- Bệnh nhân đau sau bệnh zona.
- Bệnh nhân đau trong bệnh tắc động mạch mạn tính, không có chỉ định phẫu thuật.

3. Phương pháp điều trị

Đơn vị điều trị và phòng khám Đau mạn tính bệnh viện ĐHYD TPHCM thực hiện điều trị chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân có các vấn đề về đau. Tại đây, bệnh nhân sẽ được thăm khám và đánh giá toàn diện về bệnh và sẽ được tư vấn tâm lý nhằm giúp cho quá trình lành bệnh tốt về cả thực thể lẫn tinh thần.

Với phương châm điều trị đa mô thức cho nhóm bệnh lý đau mạn tính, phòng khám hoạt động phối hợp nhiều chuyên khoa (Nội Thần kinh, Ngoại Thần kinh, Gây mê - Hồi sức) nhằm thực hiện điều trị nội khoa tích cực, cũng như kết hợp với các chuyên gia các nước (Thụy Sĩ, Pháp...) trong việc thực hiện các thủ thuật mới trong điều trị đau như:

- Tiêm thẩm mặt khớp dưới sự hướng dẫn của C-arm trong điều trị đau cột sống.
- Đốt dây thần kinh bằng sóng cao tần điều trị đau cột sống, đau khớp cùng chậu, đau dây thần kinh số V.
- Xử lý nhân đệm bằng sóng cao tần.
- Đặt điện cực kích thích dây thần kinh ngoại biên.
- Đặt điện cực kích thích tủy điều trị đau.
- Đặt điện cực kích thích vỏ não cho các bệnh nhân đau do nguyên nhân trung ương.
- Đặt bom phóng thích chậm Baclofen trong điều trị đau do co cứng cơ.

4. Kết luận

Với đội ngũ bác sĩ của ĐHYD TPHCM có nhiều kinh nghiệm và kiến thức cũng như uy tín của bệnh viện ĐHYD TPHCM, chúng tôi cam kết sẽ đem lại chất lượng điều trị tốt nhất, góp phần làm giảm nhẹ gánh nặng bệnh tật cho những bệnh nhân có các vấn đề về đau mạn tính.



QUY TRÌNH KHÁM BỆNH (CÓ BHYT)

1 ĐIỀN THÔNG TIN VÀO Ô BHYT TRÊN
PHIẾU GHI THÔNG TIN NGƯỜI
BỆNH TẠI BÀN HƯỚNG DẪN

2 ĐÓNG TIỀN & NHẬN SỐ THỨ TỰ
KHÁM CHUYÊN KHOA TẠI CÁC
QUẦY ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH

3 KHÁM CHUYÊN KHOA TẠI CÁC
PHÒNG KHÁM THEO SỐ THỨ TỰ

4 THỰC HIỆN CÁC CẬN
LÂM SÀNG (NẾU CÓ)

5 TRỞ LẠI PHÒNG KHÁM
& NHẬN TOA THUỐC

6 XÁC NHẬN & THANH TOÁN BHYT
TẠI QUẦY BHYT (QUẦY 15 - 20 KHU
VỰC ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH TẦNG
TRỆT KHU A)

7 NHẬN THUỐC TẠI
NHÀ THUỐC BỆNH VIỆN

QUY TRÌNH KHÁM BỆNH (KHÔNG CÓ BHYT)

1 ĐIỀN THÔNG TIN VÀO PHIẾU GHI
THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH TẠI BÀN
HƯỚNG DẪN

2 ĐÓNG TIỀN & NHẬN SỐ THỨ TỰ
KHÁM CHUYÊN MÔN TẠI CÁC
QUẦY ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH

3 KHÁM CHUYÊN KHOA TẠI CÁC
PHÒNG KHÁM THEO SỐ THỨ TỰ

4 THỰC HIỆN CÁC CẬN
LÂM SÀNG (NẾU CÓ)

5 TRỞ LẠI PHÒNG KHÁM
& NHẬN TOA THUỐC

ĐỂ ĐƯỢC TƯ VẤN VÀ PHỤC VỤ, VUI LÒNG LIÊN HỆ:
BỘ PHẬN CHĂM SÓC KHÁCH HÀNG - ĐIỆN THOẠI: (08) 3952 5353



MỘT SỐ DỊCH VỤ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM

1 DỊCH VỤ CHĂM SÓC KHÁCH HÀNG

- Dịch vụ đăng ký khám bệnh qua điện thoại (dành cho người bệnh đã điều trị nội trú tại bệnh viện).
 - Dịch vụ đưa đón người bệnh bằng xe cứu thương chuyên dụng.
 - Dịch vụ phiên dịch miễn phí (tiếng Anh, Hoa, Hàn Quốc, Campuchia).
 - Tư vấn và cung cấp thông tin y tế, kiến thức sức khỏe cộng đồng.
 - Giới thiệu khách sạn, nhà trọ, giặt ủi, vận chuyển (xe, tàu, máy bay).
- Bộ phận Chăm sóc khách hàng bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM với đội ngũ nhân viên chuyên nghiệp và tận tâm, không ngừng cải tiến và hoàn thiện các dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của khách hàng.
- Điện thoại: **(08) 5405 1010 / 3952 5353 / 3952 5355**



2 DỊCH VỤ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ



Nhằm phục vụ nhu cầu tầm soát sức khỏe của người dân, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM thành lập đơn vị Khám sức khỏe cung cấp các dịch vụ khám, tầm soát, theo dõi và chăm sóc sức khỏe dành cho cá nhân và các đơn vị một cách nhanh chóng và chuyên nghiệp.

- Khám, tầm soát, chăm sóc và theo dõi sức khỏe nhân viên các đơn vị (theo hợp đồng).
 - Tư vấn trước và sau khi khám sức khỏe.
 - Phát hiện các bất thường và tư vấn điều trị chuyên sâu.
 - Tư vấn bệnh nghề nghiệp, các loại bệnh lý.
 - Khám và chăm sóc sức khỏe cho người nước ngoài.
 - Tầm soát ung thư, các loại bệnh lý theo yêu cầu...
- Điện thoại: **(08) 5405 1212/ (08) 3952 5351**

3 HUẤN LUYỆN KỸ NĂNG SO CẤP CỨU VÀ TƯ VẤN BỆNH NGHỀ NGHIỆP

Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM thường xuyên tổ chức các lớp bồi dưỡng, huấn luyện kỹ năng sơ cấp cứu, các buổi tư vấn về bệnh nghề nghiệp và các bệnh thường gặp cho các cá nhân, cơ quan/công ty có nhu cầu. Với đội ngũ giảng viên là các Giáo sư, Tiến sĩ, Bác sĩ đầu ngành của Đại học Y Dược TPHCM, chúng tôi tin sẽ đem đến sự hài lòng cho khách hàng.

- Sơ cấp cứu: xử trí vết thương, chấn thương, xử trí đột quỵ, nhồi máu cơ tim, ngộ độc thực phẩm, điện giật, bỏng...
- Bệnh nghề nghiệp: bệnh về đường hô hấp, cai thuốc lá, các bệnh về tai-mũi-họng, các bệnh về mắt, trĩ...



- Bệnh thường gặp: cao huyết áp, tim mạch, tiểu đường, loãng xương, viêm gan...
 - Bệnh lý nam khoa, phụ khoa...
- Điện thoại: **(08) 3952 5352**

4 DỊCH VỤ TƯ VẤN SỬ DỤNG THUỐC

Người bệnh sau khi khám được kê toa thuốc điều trị, dù trên toa thuốc đã có những hướng dẫn cụ thể rõ ràng nhưng không ít người bệnh vẫn cảm thấy bối rối và khó khăn trong việc sử dụng thuốc theo toa. Hiểu được điều này, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM đã triển khai dịch vụ tư vấn sử dụng thuốc. Các dược sĩ giàu kinh nghiệm của bệnh viện sẽ tư vấn kỹ càng về công dụng, cách dùng, liều dùng... của từng loại thuốc.

Điện thoại: **(08) 3952 5295**





01

HƠN 600 BÁC SĨ THAM DỰ HỘI NGHỊ “XU HƯỚNG MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH TIM MẠCH HIỆN NAY”

Trong hai ngày 12-13/10/2015, tại trung tâm hội nghị The Adora Grand View đã diễn ra hội nghị “Xu hướng mới trong điều trị bệnh tim mạch hiện nay” do Đại học Y Dược TPHCM, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM phối hợp cùng Đại học Harvard (Hoa Kỳ) tổ chức.

Phát biểu khai mạc Hội nghị, PGS TS BS Trần Diệp Tuấn – Hiệu trưởng Đại học Y Dược TPHCM gửi lời chào đón nồng nhiệt đến tất cả khách mời là các chuyên gia về tim mạch trong và ngoài nước. Khẳng định Hội nghị là diễn đàn quốc tế về lĩnh vực tim mạch, PGS TS BS Trần Diệp Tuấn mong rằng Hội nghị sẽ là cơ hội để các bác sĩ, nhà nghiên cứu lâm sàng đến từ các viện – trường, bệnh viện trong nước và quốc tế giao lưu, chia sẻ về những nghiên cứu, kỹ thuật cũng như phát minh mới trong lĩnh vực tim mạch - một trong những chuyên ngành phát triển mạnh của y khoa.

Tại Hội nghị, hơn 70 bài báo cáo về xu hướng mới trong điều trị bệnh lý tim mạch đã được trình bày một cách khoa học như: Tăng huyết áp; Phẫu thuật tim bẩm sinh; Hội chứng vành cấp; Can thiệp qua da; Hội



chứng vành cấp; Tim mạch tổng quát; Can thiệp tim bẩm sinh; Suy tim; Phẫu thuật tim ít xâm lấn; Tim mạch can thiệp; Rối loạn nhịp tim; Tim mạch chuyển hóa; Điều trị các bệnh lý động mạch chủ... Từng chủ đề đã được các chuyên gia hàng đầu về tim mạch luân phiên trình bày như: GS Đặng Văn Phước (Việt Nam), GS Leonard Stuart Lilly (Hoa Kỳ), GS Shunji Sano (Nhật), GS Thomas Theologou (Anh), GS A. Kalangos (Thụy Sĩ), GS Sim Kheng Leng (Singapore)...

Có thể nói, không chỉ cập nhật, chia sẻ những xu hướng mới trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tim mạch, Hội nghị còn mang đến cách nhìn tổng quan về thực trạng của bệnh lý tim mạch trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Tại Hội nghị, nhiều kinh nghiệm từ chẩn đoán và điều trị hay thực tế lâm sàng cũng được các báo cáo viên đưa ra khuyến cáo.

Với nội dung phong phú, mang tính thực tiễn cao và công tác tổ chức chuyên nghiệp, hội nghị “Xu hướng mới trong điều trị bệnh tim mạch hiện nay” đã thành công tốt đẹp, thu hút sự tham dự của 19 báo cáo viên là giáo sư, bác sĩ đến từ Hoa Kỳ, Anh Quốc, Thụy Sĩ, Đức, Nhật Bản, Singapore, Thái Lan, Malaysia và hơn 600 bác sĩ đến từ các tỉnh, thành trên cả nước. Với thành công của Hội nghị, đó là một minh chứng thực tế cho thấy sự hiệu quả trong hợp tác toàn diện giữa Đại học Y Dược TPHCM, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM và Đại học Harvard về các lĩnh vực đào tạo nghiên cứu khoa học.

Ban Tổ chức Hội nghị trân trọng gửi lời cảm ơn đến Quý đồng nghiệp và các đơn vị tài trợ đã đồng hành cùng chúng tôi để đem đến sự thành công tốt đẹp của Hội nghị.

02

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM: VÔ ĐỊCH GIẢI SUNPHARMA CUP LẦN VI

Ngày 25/10/2015, tại sân bóng đá Cần Thơ đã diễn ra trận đấu chung kết giữa đội bóng của bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM và đội bóng của trung tâm Tim mạch An Giang.



Bằng sự tự tin và tinh thần đoàn kết, các đội bóng đã bước vào trận đấu với lòng quyết tâm cao mang chiến thắng về cho đơn vị mình. Và trận chung kết diễn ra với thế trận giằng co và đầy kịch tính: nếu trong hiệp 1, thế trận diễn ra cân bằng thì đến đầu hiệp 02, đội bạn đã vượt lên dẫn trước 1 - 0. Tuy nhiên, khi trận đấu chỉ còn 2 phút, bằng 3 đợt tấn công liên tiếp, đội bóng của bệnh viện

Đại học Y Dược TPHCM đã san bằng tỷ số.

Với sự cố gắng hết mình của cả 2 đội, tỷ số của trận đấu đã tiếp tục hòa sau 2 hiệp phụ, trận đấu buộc phải được phân định bằng loạt sút luân lưu. Kết thúc với kết quả chung cuộc, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM đã giành chiến thắng ngoạn mục 3 - 1 trước đội bóng của trung tâm Tim mạch An Giang.

Không chỉ thành công bằng những

bàn thắng ngoạn mục mà đội bóng bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM còn để lại cho các cổ động viên cũng như địa phương những hình ảnh đẹp, những ấn tượng khó phai về một tinh thần fairplay, đoàn kết trong thi đấu cũng như sự chuyên nghiệp trong khâu tổ chức. Kết quả này sẽ là nền tảng để đội bóng của Bệnh viện tiếp tục tham gia thi đấu và giới thiệu hình ảnh của mình tại Thái Lan năm 2016 do công ty Sunpharma tổ chức.

03

NÂNG CAO Ý THỨC VỆ SINH TAY, HẠN CHẾ NGUY CƠ LÂY NHIỄM BỆNH

Hưởng ứng Ngày thế giới rửa tay với nước và xà phòng 15/10, khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM tổ chức chương trình "Sức mạnh từ đôi tay" nhằm tuyên truyền và nâng cao nhận thức về những lợi ích từ việc rửa sạch tay của nhân viên y tế. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, có 4,6% mầm bệnh hiện diện trên bàn tay của mỗi nhân viên y tế với nhiều loại vi sinh vật gây bệnh: *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumo-nia*, *Staphylococcus aureus*... gây nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn tiết niệu, đường hô hấp, đường máu; 30% vi khuẩn thường trú của người bệnh vẫn còn trên bàn tay của nhân viên y tế dù có mang găng tay, do các tác nhân gây bệnh xâm nhập vào tay nhân viên y tế qua các lỗ nhỏ ở găng; 90% các ca nhiễm khuẩn bệnh viện có nguyên nhân do lây truyền qua đường tiếp xúc - trong đó bàn tay là nơi tiếp xúc thường xuyên nhất giữa nhân viên y tế và người bệnh. Vì vậy, thực hiện vệ sinh tay luôn quan trọng ở tất cả các khu vực như Hồi sức, Cấp cứu, phòng khám, phòng bệnh.... Do đó, vệ sinh tay bằng cách rửa tay với xà phòng và nước hay sát khuẩn tay với dung dịch sát khuẩn có chứa cồn để loại bỏ các mầm bệnh được xem là liệu vắc-xin tự chế, rất đơn giản, dễ thực



hiện, hiệu quả về chi phí cũng như có thể cứu sống hàng triệu người.

Với nhiều hoạt động phong phú như: chọn thời điểm vệ sinh tay đúng, rửa tay với nước và xà phòng, dán nhãn decal cam kết tuân thủ vệ sinh tay... Chuỗi hoạt động của chương trình đã thu hút gần 300 nhân viên y tế đến từ các phòng, khoa như Phẫu thuật Tim Mạch, Hồi sức, Khám bệnh, Ngoại Tổng hợp, Hành chính, Kế hoạch phát triển, Tài chính - Kế toán, Kế hoạch tổng hợp, Quản trị tòa nhà, Điều dưỡng tham dự một cách hào hứng và cuồng nhiệt. Đặc biệt, nổi bật là trò chơi "Chọn thời điểm vệ sinh tay đúng" được bắt đầu với hoạt động chọn ngẫu nhiên 1 tấm hình thể hiện những thời điểm nên rửa tay như trước khi tiếp xúc người bệnh; trước khi thực hiện thủ thuật vô khuẩn; sau khi tiếp xúc với dịch, máu cơ thể; sau khi tiếp xúc với người bệnh; sau khi tiếp xúc vùng xung quanh người bệnh; trước khi ăn; sau khi ho hoặc hắt mũi; sau khi đi vệ sinh... đã góp phần mang đến cho nhân viên y tế ý thức rõ hơn về trách nhiệm cũng như nghĩa vụ của mình trong việc giữ gìn vệ sinh tay, góp phần hạn chế nguy cơ truyền nhiễm bệnh. Đây cũng là một trong những hoạt động thường niên của khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM trong hoạt động tuyên truyền nâng cao ý thức của nhân viên y tế trong việc giữ gìn vệ sinh tay và phòng ngừa lây nhiễm trong bệnh viện.

04

**ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM - BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM:
PHONG TẶNG TIẾN SĨ DANH DỰ CHO CHỦ TỊCH HIỆP HỘI “TRÁI TIM VÌ TRÁI TIM”
TIẾP NHẬN MÁY CHỤP MẠCH MÁU KỸ THUẬT SỐ XÓA NỀN DSA**

Ngày 12/11/2015, tại TPHCM, Đại học Y Dược, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM đã long trọng tổ chức lễ phong tặng bằng tiến sĩ danh dự cho ông Erich Johann LeJeune - Chủ tịch hiệp hội “Trái tim vì trái tim” - một tổ chức thiện nguyện của Cộng hòa liên bang Đức đã có nhiều đóng góp trong lĩnh vực tim mạch cho ngành Y tế Việt Nam nói chung và Đại học Y Dược TPHCM, bệnh



viện Đại học Y Dược TPHCM nói riêng.

Phát biểu khai mạc tại lễ phong tặng, PGS TS BS Trần Diệp Tuấn – Hiệu trưởng Đại học Y Dược TPHCM gửi lời chúc mừng và cảm ơn chân thành đến ông Erich Johann LeJeune - Chủ tịch hiệp hội “Trái tim vì trái tim” và các cộng sự vì những đóng góp của Hiệp hội dành cho Đại học Y Dược TPHCM, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM trong thời gian qua. Tại buổi lễ, PGS TS BS Trần Diệp Tuấn cam kết sẽ thực hiện đúng tôn chỉ trong công tác thiện nguyện mà các mạnh thường quân đã tin tưởng nhằm mang lại lợi ích tốt nhất có thể cho trẻ em nghèo bị



bệnh tim bẩm sinh và các hoạt động đào tạo khác.

Đón nhận bằng tiến sĩ danh dự trong sự xúc động, ông Erich Johann LeJeune - Chủ tịch hiệp hội “Trái tim vì trái tim” gửi lời cảm ơn đến Ban lãnh đạo Đại học Y Dược, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM cùng tất cả các vị quan khách tham dự chương trình và gửi lời chúc mừng đến ông cùng Hiệp hội. Chủ tịch hiệp hội

“Trái tim vì trái tim” cũng bày tỏ sự vui mừng khi sự hợp tác giữa Hiệp hội và Đại học Y Dược, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM bước đầu đã mang lại nhiều hiệu quả tích cực và tin rằng, trong tương lai, mối quan hệ này sẽ ngày càng phát triển và bền vững.

Đánh giá cao những đóng góp của Hiệp hội “Trái tim vì trái tim” dành cho nền y tế Việt Nam nói chung và ngành tim mạch nói riêng, thay mặt Bộ Y tế, PGS TS BS Lương Ngọc Khuê gửi lời cảm ơn đến ông Erich Johann LeJeune - Chủ tịch Hiệp hội và khẳng định nhân dân Việt Nam nói chung, nền Y tế Việt Nam luôn trân trọng ghi nhận những hợp tác của các tổ chức trong và ngoài nước. Với ý nghĩa đó, PGS TS BS Lương Ngọc Khuê tin rằng sự hợp tác giữa Hiệp hội và Đại học Y Dược TPHCM, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM sẽ thực sự mang đến những thành quả như mong đợi cho ngành Y tế Việt Nam.

Tại lễ phong tặng tiến sĩ danh dự, bà Evi Brandl - một cộng sự thuộc Hiệp hội “Trái tim vì trái tim” cũng trao tặng bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM máy chụp mạch máu kỹ thuật số xóa nền DSA. Đây là hệ thống chụp mạch máu xóa nền hiện đại nhất cho phép thực hiện các kỹ thuật chẩn đoán và điều trị can thiệp tim, mạch máu... giúp bác sĩ chẩn đoán cũng như đưa ra quyết định điều trị chính xác hơn từ giai đoạn đầu.

Không chỉ là cầu nối cho sự hợp tác đào tạo lâu dài giữa Đại học Y Dược TPHCM và Đại học Munich (Đức), trước đó, tổ chức “Trái tim vì trái tim” còn tài trợ cho bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM một phòng thông tim can thiệp, hỗ trợ điều trị miễn phí cho trẻ em nghèo mắc bệnh tim bẩm sinh ở các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long, Tây Nguyên và một số vùng sâu, vùng xa khác. Trong tương lai, Hiệp hội “Trái tim vì trái tim” sẽ tiếp tục có nhiều hoạt động hợp tác về đào tạo, phát triển nguồn nhân lực ngành tim mạch can thiệp cũng như tài trợ các dụng cụ cho lĩnh vực can thiệp tim bẩm sinh tại Đại học Y Dược và bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM.

05

HƠN 3000 HỌC VIÊN THAM DỰ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC

Sáng ngày 30/11/2015, tại Hội trường 3A, bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM đã diễn ra lễ khai mạc chương trình Đào tạo Y khoa liên tục lần thứ 1- năm 2015.

Phát biểu tại lễ khai mạc, PGS TS BS Trương Quang Bình – Phó Giám đốc bệnh viện ĐHYD TPHCM cho biết, bên cạnh nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng, bệnh viện



Đại học Y Dược TPHCM còn có vai trò đào tạo và nghiên cứu khoa học. Đặc biệt, số lượng học viên được đào tạo tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM không ngừng gia tăng, như từ hơn 4.300 học viên là bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, dược sĩ năm 2011 tăng lên gần 5.000 học viên năm 2014. Tuần lễ Đào tạo Y khoa liên tục lần 1 do bệnh viện ĐHYD TPHCM tổ chức đã diễn ra từ ngày 30/11/2015 – 4/12/2015 gồm nhiều chủ đề đi sát với thực tiễn ở các chuyên khoa: Hóa trị liệu ung thư, Tai - Mũi - Họng, Hô hấp, Tạo hình - Thẩm mỹ, Ngoại Tiêu hóa & Dinh dưỡng, Mắt, Tiêu hóa, Ngoại Thần kinh, Nội soi, Lão khoa, Chăm sóc giảm nhẹ, Nội tiết, Kiểm soát nhiễm khuẩn, Phẫu thuật Hàm Mặt,

Xét nghiệm, Tiết niệu, Chấn thương chỉnh hình, Điều dưỡng...

Có thể nói, chương trình đã đáp ứng kịp thời nhu cầu cập nhật thông tin, xu hướng mới trong chẩn đoán và điều trị, đồng thời góp phần tạo điều kiện cho đội ngũ y bác sĩ hoàn thành số giờ đào tạo y khoa liên tục theo quy định của Bộ Y tế. Với lượng học viên tham dự vượt ngoài dự kiến, hơn 3000 bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên... đến từ các bệnh viện trên khắp cả nước - chương trình đã thành công tốt đẹp, tạo bước đệm bền vững cho chương trình đào tạo y khoa liên tục của Bệnh viện vào những năm sau.



HỎI

Thưa bác sĩ, mẹ em năm nay 74 tuổi, bị loãng xương nên khi bị té ngồi và xẹp đốt sống lưng thì đau nhiều. Mẹ em đã điều trị bằng phương pháp bơm xi măng thì giảm đau được một năm. Tuy nhiên, hiện nay, mẹ em bị đau lại nhiều ở vùng ngang ngực, nằm ngửa thì đau ít nhưng khi ngồi dậy lại đau nhiều. Mẹ em cũng từng được bác sĩ tiêm canxi tĩnh mạch nhưng không thấy thuyên giảm. Mong bác sĩ tư vấn giúp, trường hợp của mẹ em phải điều trị bằng phương pháp gì, có điều trị hết không? Xin cảm ơn.

Bạn đọc Võ Trọng Thọ

ĐÁP

Chào bạn,

Theo những gì bạn mô tả, chúng tôi nghĩ mẹ của bạn có khả năng bị bệnh loãng xương và bị gãy xương đốt sống do té ngã, đã được bơm xi măng điều trị. Cơ bản là phải điều trị chống loãng xương, bệnh này cần điều trị lâu dài nếu không muốn nói là suốt đời. Như vậy, mẹ của bạn có 2 vấn đề chính là: gãy cũ cột sống nay bị đau lại và bệnh loãng xương (bệnh cũng là tác nhân quan trọng gây đau). Nếu có điều kiện, bạn có thể đưa mẹ mình đến khám bệnh tại phòng khám xương khớp để được các bác sĩ kiểm tra lại cột sống cùng với tình trạng loãng xương toàn thân và tư vấn cụ thể hơn.

Thân ái.

TS BS Bùi Hồng Thiên Khanh - Phụ trách phòng khám Xương khớp

HỎI

Nhờ bác sĩ cho tôi hỏi: 6 tháng trước trong 1 lần khám sức khỏe, tôi xét nghiệm máu thì phát hiện Anti HCV (+). Vừa qua, ngày 5/10/2015, tôi có đến một bệnh viện khác kiểm tra thì có kết quả như sau: Xét nghiệm định lượng HCV RNA (-); Các chỉ số men gan bình thường; Siêu âm gan: bề mặt thô, kém đều. Trước giờ chưa sử dụng thuốc. Bác sĩ cho tôi hỏi: - Tôi có bị nhiễm virus viêm gan C không và có cần làm các xét nghiệm khác không? - Kết quả siêu âm như thế có phải gan tôi đã bị tổn thương không? Xin cho hỏi, vậy tình trạng sức khỏe của tôi đã ổn chưa? Chân thành cảm ơn.

Bạn đọc Võ Thị Diệu Minh

ĐÁP

Chào bạn,

Với kết quả trên cho thấy bạn đã từng nhiễm siêu vi viêm gan C nhưng đã tự khỏi (HCV RNA âm tính). Siêu âm bụng có gan thô, mặt kém đều có thể có xơ hóa gan mức độ chưa rõ.

Bạn có thể làm thêm siêu âm đàn hồi mô gan để đo độ cứng gan thì độ tin cậy sẽ cao hơn. Bạn cũng nên thực hiện HCV RNA một lần nữa nếu có điều kiện để bảo đảm HCV RNA âm tính, nghĩa là bệnh đã tự khỏi. Khi tự khỏi bệnh, tình trạng xơ hóa gan sẽ cải thiện dần. Vì vậy, bạn nên tiếp tục đến cơ sở y tế có phòng khám viêm gan để theo dõi khám viêm gan định kỳ và để được giải thích rõ thêm.

Thân ái.

TS BS Phạm Thị Lệ Hoa - Phụ trách phòng khám Viêm gan

HỎI

Chào bác sĩ, từ năm 2008, tôi thỉnh thoảng bị đau nhức bên trong hốc mũi (giữa hai mắt). Sau đó, đau lan lên vùng trán. Không bị nghẹt mũi hay sổ mũi. Nếu trùm mền (không quạt hay máy lạnh) nằm nghỉ khoảng 3 - 4 tiếng thì bình thường trở lại. Gần đây, ngoài các triệu chứng trên thì còn bị chóng mặt, buồn ói và ói. Tần suất bị tình trạng như vậy không thường xuyên, đau nhức cách nhau khoảng 1 tuần, 10 ngày, 1 tháng... Nếu trùm mền nằm nghỉ thì vẫn bình thường trở lại. Tôi có đi khám nhưng có nơi bảo bị viêm xoang, có nơi bảo bị nhức đầu vận mạch. Xin hỏi với triệu chứng như vậy tôi bị bệnh gì? Cảm ơn bác sĩ.

Bạn đọc Đào Hiền

ĐÁP

Chào bạn,

Viêm xoang thường không gây đau nếu không sốt và chảy đàm, chảy mũi.

Dù viêm xoang rất dễ chẩn đoán nhưng khách quan và chắc chắn nhất là chụp CT-xoang. Trong khi đó, các nguyên nhân đau đầu khác thì phải khám kỹ và điều trị lâu dài. Do đó, bạn nên đi khám chuyên khoa thần kinh để chẩn đoán nguyên nhân đau đầu và điều trị phù hợp. Sau đó, nếu còn nghi ngờ về viêm xoang, bác sĩ sẽ cho bạn chụp CT để khẳng định có hay không có viêm xoang và nếu có viêm xoang thì đó có phải là nguyên nhân gây đau đầu hay không?

Thân mến.

ThS BS Nguyễn Bá Thắng - Phòng khám Thần kinh

HỎI

Thưa bác sĩ, tôi năm nay 59 tuổi, khi đi khám bệnh tim mạch được bác sĩ chẩn đoán cao huyết áp vô căn, bệnh tim thiếu máu cục bộ, nhanh xoang, ngoại tâm thu nhĩ. Bác



sĩ chỉ định cho tôi uống Diltiazem 30 mg ngày 2 lần (1/2 viên/lần), nitroglycerin 2.5 mg ngày 2 lần (1 viên/lần). Tôi về uống đúng theo toa nhưng vẫn còn bị đau, nặng ngực và mệt. Nhờ bác sĩ tư vấn giúp: tôi có nên tiếp tục dùng thuốc đến ngày tái khám hay không? Tình trạng bệnh của tôi có nặng không? Trong chế độ sinh hoạt, thể dục hàng ngày, tôi có nên kiêng cử gì không? Cảm ơn bác sĩ.

Bạn đọc Nguyễn Hoài An

ĐÁP

Chào bạn,

Với chẩn đoán bệnh và 2 loại thuốc bạn đang dùng, nếu triệu chứng vẫn còn sau 1 - 2 tuần điều trị, bạn có thể tái khám trước hẹn nhưng cần mang đủ xét nghiệm đã làm trước đó.

Hai loại thuốc bạn đang dùng sẽ giúp ổn định huyết áp, nuôi cơ tim tốt hơn, nhịp tim về bình thường. Nếu chưa được, sẽ tăng loại thuốc, tăng liều thuốc lên dần dần. Khi vẫn chưa hiệu quả, sẽ xem xét can thiệp thủ thuật, phẫu thuật. Tuy nhiên, đây là trường hợp ít phải áp dụng. Bên cạnh đó, việc thay đổi thời tiết cũng góp phần làm bệnh lâu thuyên giảm. Vì vậy, ngoài việc sử dụng thuốc, bạn cần có sự điều chỉnh trong lối sống hàng ngày như giảm ăn muối, cữ mỡ dầu - bia rượu - thuốc lá, ăn 200 g rau cải - 200g trái cây mỗi ngày và nên ăn cá hơn 2 lần mỗi tuần. Trong thời gian sử dụng thuốc mà huyết áp ổn và hết mệt ngực thì nên tập thể dục hay tăng dần mức độ vận động có thể hơn 30 phút mỗi ngày. Bạn cần tránh tâm trạng lo buồn, mất ngủ.

PGS TS BS Trần Kim Trang - Phòng khám Tim mạch

HỎI

Xin chào bác sĩ. Tôi có 2 con: bé 3 tuổi và bé 10 tháng. Bác sĩ cho tôi hỏi ở độ tuổi này, 2 bé nhà tôi có thể làm xét nghiệm trên da để tìm dị ứng được chưa? Trước đây, bé đã từng làm xét nghiệm máu để tìm dị ứng nhưng kết quả không có dị ứng. Tuy nhiên, ở bé 10 tháng tuổi vẫn thường hay xảy ra tình trạng nổi mẩn đỏ và ngứa. Ngoài ra, do kết quả xét nghiệm máu của tôi bị nhiễm HP nên tôi muốn đưa 2 bé đi xét nghiệm HP luôn thì có được hay không?

Bạn đọc Lê Thị Hồng Thắm

ĐÁP

Chào chị,

Test lấy da tìm nguyên nhân gây dị ứng có thể thực hiện ở mọi độ tuổi, tuy nhiên khuyến cáo là không nên thực hiện ở các bé quá nhỏ vì 1 số lý do như: không hợp tác thực hiện, tình trạng da dễ kích ứng nên không cho kết quả chính xác. Với bé 3 tuổi thì có thể thực hiện được, nhưng với bé 10 tháng tuổi thì chị có thể đưa bé đến cho bác sĩ chuyên khoa Dị ứng đánh giá tình trạng lâm sàng, tình trạng da của bé để có chỉ định thích hợp. Ngoài ra, bác sĩ có thể chỉ định cho 2 bé thực hiện xét nghiệm tìm vi trùng *Helicobacter Pylori*. Chị có thể liên hệ phòng khám Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM để được tư vấn thêm. Thân ái.

BS Trần Thiên Tài - Phòng khám Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng



HỎI

Thưa bác sĩ, em năm nay 22 tuổi, em đã mổ u trực tràng nghi ung thư được 1 tháng. Sau phẫu thuật, em vẫn còn đau bụng nhiều như trước khi mổ. Sau xuất viện 2 tuần, em đi tái khám thì bác sĩ nói vết mổ còn sưng. Hai tuần tiếp theo, em vẫn còn đau bụng mỗi ngày. Liệu vết thương của em có còn tình trạng viêm hay vẫn còn u bên trong không? Và trong thời gian sau khi mổ này, em có cần kiêng cử gì trong chế độ ăn uống hay sinh hoạt vợ chồng? Cảm ơn bác sĩ.

Bạn đọc Bùi Quang Thái

ĐÁP

Chào bạn,

Bạn không cho biết phương pháp phẫu thuật điều trị cho bạn là gì? Cắt đoạn đại trực tràng nối lại hay phẫu thuật Miles hay phẫu thuật Hartmann... nên rất khó tư vấn cho bạn. Đau bụng sau mổ là triệu chứng thường gặp sau phẫu thuật vùng bụng, vấn đề là đau bụng nhưng bạn vẫn trung và đại tiện bình thường hàng ngày thì không sao. Việc kiêng ăn thì không cần thiết, chỉ cần tránh ăn những thức ăn sống hay loại thức ăn tẩm nhiều gia vị, thức uống có gaz hay có cồn. Riêng vấn đề sinh hoạt vợ chồng thì tùy thuộc nhiều vào phương pháp mổ, nên kiêng cử đến khi bệnh hồi phục hoàn toàn.

Thân ái,

ThS BS Dương Phước Hưng

Phụ trách phòng khám Hậu môn - Trực tràng

Bạn đọc cần tư vấn về sức khỏe vui lòng gửi câu hỏi về địa chỉ email: giaidap@umc.edu.vn

Cấy ghép tử cung giúp tăng cơ hội làm mẹ

Trong vài tháng tới, một phụ nữ sẽ được cấy ghép tử cung tại bệnh viện Cleveland Clinic, bang Ohio (Hoa Kỳ) để có thể mang thai và sinh con như người bình thường. Theo New York Times, người được cấy ghép thuộc nhóm đối tượng không có tử cung bẩm sinh hoặc đã phải cắt bỏ do bị tổn thương. Tử cung cấy ghép sẽ có thể được lấy ra sau khi người phụ nữ sinh được một hoặc hai con, nhằm giúp họ không phải tiếp tục dùng thuốc chống đào thải.

Phẫu thuật cấy ghép tử cung từ lâu đã là vấn đề gây tranh cãi cả về mặt y khoa lẫn đạo đức. Tuy nhiên nếu ca phẫu thuật tới đây tại bệnh viện Cleveland Clinic thành công, nhiều phụ nữ sẽ có cơ hội làm mẹ. Ở Hoa Kỳ, ước tính khoảng 50.000 phụ nữ có nhu cầu này.

Tuy nhiên, những nguy cơ liên quan đến phẫu thuật này cũng không ít. Người được cấy ghép tử cung phải chấp nhận những rủi ro trong quá trình tiến hành cấy ghép và những tác dụng phụ của các loại thuốc chống đào thải sau phẫu thuật.

Đã có 8 phụ nữ bắt đầu các thử nghiệm tại bệnh viện Cleveland Clinic với hy vọng được chọn là người cấy ghép tử cung đầu tiên. Tử cung để cấy ghép được lấy từ nguồn hiến tặng. Trong điều kiện bảo quản lạnh, tử cung có thể "sống" ngoài cơ thể từ 6 - 8 giờ. Bệnh viện Cleveland Clinic dự kiến sẽ tiến hành 10 ca phẫu thuật dạng này trong giai đoạn thử nghiệm.

Có thể sửa chữa gen bằng CRISPR vào năm 2017!

Ý tưởng này được người điều hành công ty sinh học Editas Medicine, Katrine Bosley, đưa ra tại một hội nghị mới đây ở Cambridge, Massachusetts (Hoa Kỳ). Theo đó, các nhà khoa học sẽ thử nghiệm một hình thức sửa chữa gen gây tranh cãi có tên CRISPR để điều trị bệnh Leber, là một bệnh mù di truyền hiếm gặp với tỷ lệ 1/50.000 người.

Ra đời cách đây ba năm, không giống những công cụ ngăn cản tác động di truyền khác, CRISPR tấn công chất liệu nguồn của hệ di truyền và làm "câm lặng" gen ở cấp độ DNA. Trong bệnh Leber, bệnh nhân có một sai sót về di truyền dẫn đến tổn thương võng mạc. Lâu nay các nhà khoa học muốn giải quyết tận gốc bệnh bằng sửa chữa về di truyền, nhưng vấn đề ở đây là liệu tác động trên DNA có gây ra hiệu quả phụ hay không. Với phương pháp CRISPR, người ta bơm vào võng mạc bệnh nhân một loạt virut được huấn luyện tiêu huỷ chính xác khoảng 1.000 ký tự DNA trong một gen gọi là CEP290.

Nếu thành công, đây có thể là lần đầu tiên y học sử dụng CRISPR để sửa chữa DNA trên người sống. Trước đây, một nhóm nhà khoa học đã dùng CRISPR để sửa chữa phôi thai người. Cũng năm đó, các con khi Trung Quốc, mang tên Ningning và Mingming cũng trở thành những con linh trưởng đầu tiên được thay đổi di truyền khi chào đời bằng công cụ "cắt dán" DNA. CRISPR được xem là một giải pháp có tiềm năng để điều trị hàng ngàn bệnh di truyền khác nhau ở người.

Nhật Bản phát triển nhiệt kế siêu mỏng chỉ bằng 1/4 sợi tóc

Các nhà nghiên cứu Nhật Bản đã phát minh ra một thiết bị cảm biến nhiệt độ siêu mỏng có thể gắn trực tiếp trên da, giúp dễ dàng kiểm tra sức khỏe của trẻ sơ sinh hay tạo ra các bộ quần áo thể thao với nhiều tiện ích.

Nhóm nghiên cứu cho biết thiết bị được tích hợp trong một màng siêu mảnh và có thể đo được nhiệt độ từ 25 - 50 độ C. Nghiên cứu này được thực hiện tại phòng thí nghiệm thuộc Đại học Texas Hoa Kỳ.

Giáo sư Takao Someya của Đại học Tokyo, người đứng đầu nhóm nghiên cứu cho biết mạch điện tử của cảm biến trên gồm than chì và cấu trúc bán tinh thể polyme acrylate (nhựa dẻo) chỉ mỏng 15 micro mét, bằng một phần tư sợi tóc và có thể bám chắc trên da để đo nhiệt độ của con người.

Ông Takao Someya đưa ra một số ứng dụng của cảm biến như: khi gắn cảm biến này trực tiếp lên một vết thương sau khi phẫu thuật, nó có thể đưa ra cảnh báo nhiễm trùng thông qua phát hiện những thay đổi nhiệt độ do các biến đổi bên trong vết thương gây ra; hoặc khi gắn cảm biến trên lên da của trẻ sơ sinh cũng có thể dễ dàng kiểm tra được nhiệt độ cơ thể hay những thay đổi nhiệt độ của trẻ, từ đó có thể giúp tạo ra nhiều tiện ích phù hợp chẳng hạn như quần áo.

Theo ông Takao Someya, nguyên liệu tạo ra cảm biến trên là những nguyên liệu rẻ, được sử dụng rộng rãi trong ngành chế tạo và cảm biến có thể dễ dàng thương mại hóa trong khoảng 3 năm tới.



K

IẾN THỨC Y KHOA

- 4 Tắc động mạch mạn tính chi dưới
- 7 Đau cổ
- 10 Xoắn tinh hoàn - Đừng để quá muộn
- 12 Chứng chậm tăng trưởng chiều cao
- 16 Xét nghiệm sớm tầm soát UT Gan

T

Ự GIỚI THIỆU

- 20 Đơn vị điều trị Đau và phòng khám Đau mạn tính

T

HÔNG TIN CẦN BIẾT

- 22 Một số dịch vụ tại BV ĐHYD TPHCM
- 23 Chính sách chất lượng

S

Ự KIỆN - HOẠT ĐỘNG

- Hơn 600 bác sĩ tham dự Hội nghị "Xu hướng mới trong điều trị bệnh tim mạch hiện nay"
- Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM:
Vô địch giải SunPharma Cup lần VI
- Nâng cao ý thức vệ sinh tay, hạn chế nguy cơ lây nhiễm bệnh
- Phong tặng tiến sĩ danh dự cho Chủ tịch Hiệp hội "Trái tim vì trái tim" - Tiếp nhận máy chụp mạch máu kỹ thuật số xóa nền (DSA)
- Hơn 3000 học viên tham dự chương trình đào tạo y khoa liên tục

24 - 27

H

ỎI - ĐÁP

28 - 29

T

HÀNH TỰU Y HỌC

30

MỤC LỤC



Hội đồng cố vấn
GS TS BS Nguyễn Đình Hối
PGS BS Nguyễn Mậu Anh

Chủ biên
PGS TS BS Nguyễn Hoàng Bắc

Thực hiện và phát hành
Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM
Địa chỉ: 215 Hồng Bàng, Q. 5, TPHCM
ĐT: (08) 3855 4269
Fax: (08) 3950 6126
Website: www.bvdaihoc.com.vn
Email: bvdh@umc.edu.vn

Thiết kế
Công ty CP TM DV QC TV TK TT Nam Á

Thư từ, bài vở, góp ý xin gửi về
phongkhpt@umc.edu.vn

Nhà Xuất bản Hồng Đức
65 Tràng Thi, Q. Hoàn Kiếm, Hà Nội
Chịu trách nhiệm xuất bản
GD. Bùi Việt Bắc
Chịu trách nhiệm nội dung
TBT. Lý Bá Toàn
Biên tập: TS Khát Duy Kim Hải
Đối tác liên kết: Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

In 5.000 cuốn, khổ 20 x 28 cm
Chế bản in tại Công ty TNHH MTV In Quân đội 2
65 Hồ Văn Huê, P. 9, Q. Phú Nhuận

Số ĐKKHB 676-2015 /CXBIPH/169 - 18/HĐ
QĐXB số 270/QĐ-NXBHĐ cấp ngày 28/11/2015
In xong và nộp lưu chiểu năm 2015

Kính biểu



Tã giấy người lớn

Caryn®

Yêu thương cuộc sống

Vì cuộc sống là
một bản nhạc tuyệt đẹp



Vì Diana tin rằng cuộc sống là một bản nhạc tuyệt đẹp, chúng tôi đã tạo ra tã giấy người lớn Caryn ứng dụng **công nghệ Air-Active* thế hệ mới** với **màng đáy dạng vải mềm mại siêu thoáng khí**, cho phép hơi ẩm dễ dàng thoát ra ngoài, tránh hăm bí cho da; đồng thời **thấm hút cực nhanh**, để bạn tiếp tục tận hưởng bản nhạc cuộc đời tuyệt đẹp bên những người thân yêu!

Caryn Lifree. Yêu thương cuộc sống.

*Nhân hiệu tã giấy người lớn số 1 Nhật Bản. Nguồn: INTAGE SRI, doanh số tã giấy người lớn từ 1/2011 đến 6/2014

