

HỘI Y DƯỢC HỌC HÀ NỘI
TRUNG TÂM KHÁM CHỮA BỆNH & TƯ VẤN SỨC KHỎE
NGỌC KHÁNH

KỶ YẾU

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

Chủ biên

GS. ĐẶNG PHƯƠNG KIỆT

SỐ 1



HÀ NỘI - 1999

TRUNG TÂM KHÁM CHỮA BỆNH & TƯ VẤN SỨC KHỎE
NGỌC KHÁNH

CHUYÊN ĐỀ

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

CHỦ BIÊN

GS. Đặng Phương Kiệt

Nhi khoa - Tâm lý lâm sàng

CỘNG TÁC

- Bs Trương Quý Bình
- Bs Nguyễn Quốc Căn
- Bs Phạm Đình Châu
- Bs Nguyễn Thị Chiến
- Bs Nguyễn Thị Phương Dung
- Bs Hoàng Thu Hà
- Gs Vũ Đình Hải
- Bs Vũ Thị Hậu
- Bs Nguyễn Trọng Khiết
- Bs Nguyễn Minh Phương
- Bs Trần Tấn Thắng
- Bs Nguyễn Thế Thịnh
- Gs Bùi Tung

Nội khoa
Xquang
Ngoại - Thẩm mỹ
Sản phụ
Sản phụ
Siêu âm
Tim mạch
Thần kinh - Điện não
Nội khoa
Siêu âm
Nội khoa
Chuyên khoa trị
Phục hồi chức năng

THƯ KÝ

- Ds Nguyễn Thị Minh Đức
- Ds Khuất Thị Mỹ Lâm

BIÊN TẬP & SỬA BẢN IN : Đặng Phương Kiệt

LƯU HÀNH NỘI BỘ

CLINICAL STUDIES

The Ngoc Khanh General Clinic & Health Counselling center
Nº 9 Ngoc Khanh St., Ba Dinh Dist., Hanoi
Tel : 8.312087 Fax : (84-4) 8.353032
Editor : Pr. KIET DANG PHUONG

SỐ 1

FOR WORDS :

└ CLINICAL STUDIES

- The Viral Hepatitis B at the N-K Center
- Epilepsia without seizures in children
- Reproductive health & family planning services
- Management of Herpes zoster
- A case study of Kahler disease
- Neurofibromatosis type 2
- Ventricle myxoma associated with absence of the tricuspid valve
- Pseudocyst of the Pancreas
- Management of the Shoulder periarthritis
- Gastroesophageal refflux
- Nephrolithiasis associated with hypertension
- Treatment of Hemorrhoids by high frequency wave device associated with infection of sclerosing solutions
- Absess of the lower extremity of the kidney
- A mistake in the treatment of the infury of the Spinal Column
- Treatment of Phimosiis

Khiet Nguyen Trong
Kiet Dang Phuong - Hau Vu Thi
Dung N. Phuong - Chien N.T
Tung Bui
Khiet Nguyen Trong
Kiet Dang Phuong

Binh Truong Quy - Ha Hoang Thu
Phuong Nguyen Minh
Tung Bui
Binh Truong Quy - Can Nguyen Quoc
Binh Truong Qui

Thinh Nguyen The
Thang Tran Tan
Khiet Nguyen Trong
Chau Pham Dinh

└ ON COUNSELLING

- Clinical psychological counselling
- A case study of Phobia associated with œdipe complex
- Activities of the club for "Sexuality & Reproductive Health"

Kiet Dang Phuong
Kiet Dang Phuong - Cuc Van Kim

Chau Pham Dinh



TRUNG TÂM KHÁM CHỮA BỆNH VÀ TƯ VẤN SỨC KHỎE

NGỌC KHÁNH

Số 9 Phố Ngọc Khánh (Nhà C5 trong Triển lãm Giảng Võ)

Tel : 8.312038 - 8.312087

TRUNG TÂM GIỚI THIỆU

1. KHÁM CHUYÊN KHOA TIM MẠCH : Do GS Vũ Đình Hải đảm nhiệm. Vào các sáng thứ 5 hàng tuần. Khám, chữa và theo dõi dài hạn các bệnh về **tim mạch** (tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, suy mạch vành, rối loạn nhịp tim v.v...).

2. KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VÀ TRỊ LIỆU VẬT LÝ : do Giáo sư Bùi Tung đảm nhiệm :

* Chữa các chứng sưng đau, co cứng gân cơ, các khớp chân tay, cột sống bằng **xoa bóp, bấm huyệt, châm cứu** kết hợp **trị liệu vật lý** (điện phân, điện xung, điện cao tần) và **tập vận động** với các dụng cụ thích hợp.

* Khám chữa các **chấn thương mới** (gãy xương nhỏ, sai khớp, bong gân) và **chấn thương cũ có di chứng** (đau, sưng nề, cứng khớp, teo cơ, ngắn lệch chi) và các **Bệnh** hoặc **Tật** về gân, cơ, xương, khớp chân tay và cột sống.

* Khám và chỉ định làm DUNG CỤ CHỈNH HÌNH (nẹp, giày co, áo chỉnh hình, chân giả) cho các dạng bệnh, tật tứ chi và cột sống

3. KHOA THẦN KINH : Do BSCK II Vũ Thị Hậu đảm nhiệm, nhận khám chẩn đoán, tư vấn và điều trị.

Điện não đồ vi tính : máy EEG - 7410k Nihon Kohden (Nhật)

* Chẩn đoán và theo dõi các thể, cơn vắng ý thức, các cơn co giật, điều chỉnh thuốc chống động kinh.

* Các bệnh u não, nhũn não, nhồi máu não, teo não.

* Rối loạn, thiếu năng tuần hoàn não, tai biến mạch máu não, di chứng chấn thương não ...

4. CHUYÊN ĐIỀU TRỊ U XƠ TUYẾN TIỀN LIỆT bằng nội khoa có theo dõi diễn biến, do BS CKII Nguyễn Trọng Khiết đảm nhiệm. Nam giới tuổi từ 50 - 55 trở lên nên đi khám sớm khi có một hay nhiều triệu chứng : * Không đái được ngay * Nước tiểu ra yếu * Đái són (rớt ra quần) * Đái vật (nhiều lần)

5. CHUYÊN ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG (tiểu đường), do BS CKII Nguyễn Trọng Khiết đảm nhiệm, chưa hoặc đã có những triệu chứng : tim mạch, gan, thận ... Có theo dõi bệnh lâu dài. Nên đi khám ngay khi có các triệu chứng : Sút cân, uống nhiều, hay khát

6. KHÁM, CHỮA VÀ TƯ VẤN : Do GS Đặng Phương Kiệt đảm nhiệm :

* Khám và chữa bệnh cấp tính và mãn tính cho trẻ em, đánh giá tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe.

* Chuyên trị một số chứng bệnh : trẻ em nôn, bỏ bú, chán ăn, gầy còm, béo phì, tiêu chảy kéo dài, ho dai dẳng, đau bụng tái phát, hen suyễn, đái dầm, động kinh, chậm nói, chậm khôn.

* Tư vấn tâm lý : trẻ học kém, bỏ học lưu ban, ăn cắp, nói dối, bạo hành, gây gỗ, thủ dâm, nghiện hút.

* Tư vấn gia đình : mâu thuẫn vợ chồng, ly thân, ly hôn, xung đột cha con, trẻ con mồ côi, trẻ tật nguyền.

7. SẢN PHỤ KHOA, do Bs. CK II Nguyễn Thị Chiến & Nguyễn Phương Dung đảm nhiệm

* Khám chữa các bệnh phụ khoa

* Phát hiện sớm ung thư cổ tử cung và ung thư vú

* Điều trị vô sinh, tư vấn thực hiện kế hoạch hoá gia đình

* Phát hiện thai sớm và điều trị giữ thai cho những người đã sảy thai nhiều lần

* Khám Phụ khoa định kỳ cho các đơn vị có nhu cầu

8. KHÁM CÁC THỂ BỆNH TRĨ (nội, ngoại, chảy máu, nhiễm trùng) chữa bằng máy **cao tần** kết hợp **gây xơ** teo búi trĩ, không đau và khỏi nhanh.

Ngoài ra còn có các chuyên khoa : Nội-Tiêu hoá, Tim mạch ... Ngoại - Thẩm mỹ, Nhi, RHM, TMH và Tư vấn sức khỏe, tâm lý và quan hệ tình dục. Để phục vụ cho việc khám và điều trị, Trung tâm có các khoa cận lâm sàng : Xét nghiệm, X quang, Siêu âm. Điện tim ... chính xác, nhanh chóng và thuận tiện.

Giờ làm việc của Trung tâm : Sáng từ 8h đến 12h . Chiều từ 14h đến 18h 30, CN từ 8h đến 12h

TRUNG TÂM KHÁM CHỮA BỆNH & TƯ VẤN SỨC KHỎE NGỌC KHÁNH

Nhà C5 Trung tâm Triển lãm Giảng Võ, 9 Ngọc Khánh - Ba Đình - Hà Nội

Giám đốc : Gs. Bs. ĐẶNG PHƯƠNG KIỆT

ĐT : 8.312038 - 8.312087 Fax : (84-4) 8353032

MỤC LỤC

		Trang
Lời nói đầu		2
PHẦN I: CÁC NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG		3
1. Viêm gan virus B tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh	BS. Nguyễn Trọng Khiết	4
2. Động kinh không co giật ở trẻ em	GS. Đặng Phương Kiệt BS. Vũ Thị Hậu	8
3. Dịch vụ sức khoẻ sinh sản và kế hoạch hoá gia đình	BS. Nguyễn Phương Dung BS. Nguyễn Thị Chiến	16
4. Điều trị bệnh Zona (điểm lại 9 bệnh án)	GS. Bùi Tung	19
5. Về một trường hợp bệnh KAHLER	BS. Nguyễn Trọng Khiết	25
6. Bệnh u xơ thần kinh typ 2	GS. Đặng Phương Kiệt	27
7. U tâm thất và tật khuyết van ba lá	BS. Trương Quý Bình BS. Hoàng Thu Hà	32
8. Nang giả đầu tụy	BS. Nguyễn Minh Phương	35
9. Điều trị viêm bao quanh khớp vai	GS. Bùi Tung	37
10.Luồng trào ngược dạ dày - thực quản	BS.Trương Quý Bình BS. Nguyễn Quốc Căn	40
11.Sỏi thận và cao huyết áp	BS.Trương Quý Bình BS. Hoàng Thu Hà	42
12.Điều trị trĩ bằng sóng cao tần	BS. Nguyễn Thế Thịnh	44
13.Áp xe cực dưới thận	BS. Trần Tấn Thắng	46
14.Phát hiện một thiếu sót trong điều trị chấn thương cột sống	BS. Nguyễn Trọng Khiết	49
15.Hẹp bao qui đầu	BS. Phạm Đình Châu	51
PHẦN II: TƯ VẤN LÂM SÀNG		52
1. Tư vấn tâm lý lâm sàng	GS. Đặng Phương Kiệt	53
2. Ám sợ và phức cảm Oedipe	GS. Đặng Phương Kiệt Văn Kim Cúc	57
3. CLB "Giới tính và sức khoẻ sinh sản"	BS. Phạm Đình Châu	62
PHẦN III: THỜI SỰ Y HỌC		65
1. Vữa xơ động mạch trong lâm sàng	GS. Vũ Đình Hải	66
2. Tự đánh giá nguy cơ tim mạch	GS. Vũ Đình Hải	68
3. Hướng tiếp cận mới trong y học tâm thể	GS. Đặng Phương Kiệt	73

LỜI NÓI ĐẦU

*Trăm năm tính cuộc vương tròn
Phải dò cho đến ngọn nguồn lạch sông
Nguyễn Du (Truyện Kiều)*

Hai câu thơ này của đại thi hào Nguyễn Du, xét cho cùng, cũng khá "ứng nghiệm" với NGHỀ CHỮA BỆNH

Nghề chữa bệnh không chỉ là một khoa học đòi hỏi phải có những kiến thức và kỹ thuật y - sinh hiện đại, mà hơn thế còn phải hiểu sâu sắc những **"ngọn nguồn" căn bệnh**, các yếu tố môi trường gây ra và duy trì bệnh. Khám bệnh không chỉ dừng lại ở những quan sát lâm sàng, những thay đổi hoá sinh, tế bào.. trong cơ thể mà còn cần hiểu sâu thêm cả một **quá trình trải nghiệm** của người bệnh trong tác động qua lại với môi trường văn hoá xã hội mà người bệnh sinh sống. Mỗi người bệnh, không xem là một con bệnh chung chung, mà là một con người **độc nhất vô nhị**, có những **bản chất riêng**, tuy mang cùng một mầm bệnh nhưng lại có **những nỗi đau riêng, nỗi khổ riêng**. Người bệnh khi tìm đến thầy thuốc, không phải chỉ để nhận được một toa thuốc "vô tình" mà rất nhiều khi họ cần được chia sẻ, được giải toả những chứng bệnh riêng và nhất là những nỗi niềm riêng. Họ mong muốn nhận được những lời "tư vấn" chữa trị riêng thích hợp với cuộc sống của họ.

Đó là những **thách thức không nhỏ** đòi hỏi với bất cứ thầy thuốc lâm sàng nào, bất luận cương vị cao thấp hoặc môi trường hoạt động ra sao.

Những thầy thuốc lâm sàng đang phục vụ tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh - một cơ sở Y tế tư nhân mới ra đời hai năm nay đều có tâm nguyện vượt qua những thử thách đó-bằng chính **tài năng và tình người** và thực sự đã chinh phục được niềm tin của nhiều người bệnh xa gần.

Tập kỷ yếu "Nghiên cứu lâm sàng" này là một phần minh chứng cho điều tâm nguyện nói trên của các **tác giả - thầy thuốc** thực sự đã giúp người bệnh phần nào giải toả được những nỗi đau và nỗi khổ từng chịu đựng nhiều tháng thậm chí nhiều năm, mặc dầu số đông đã hơn một lần kinh qua hầu hết các cơ sở điều trị tuyến cao nhất.

Những mong bạn đọc sẵn sàng chia sẻ niềm vui và lòng tin với các tác giả - những thầy thuốc lâm sàng tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh .

Mùa xuân năm Kỷ Mão
Chủ biên

PHẦN I

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

VỀ VIÊM GAN VI RÚT B TẠI TRUNG TÂM KCB & TVSK NGỌC KHÁNH

Nguyễn Trọng Khiết và
Đặng Phương Kiệt

TRÍCH YẾU

Phân tích 58 trong số 218 bệnh nhân có HBsAg (+) đến khám tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc Khánh, các tác giả nêu lên những nhận xét về lâm sàng, labô, đồng thời bàn tới một số khía cạnh về khả năng phát hiện bệnh sớm dựa trên những triệu chứng ít mang tính kinh điển, về tỷ lệ cao hiện diện song hành HBsAg (+) và anti HBs (+), về nguồn lây và vấn đề điều trị trong tương lai.

Trong vòng 12 tháng (từ tháng 11/1997 đến tháng 12/1998), tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc Khánh đã phát hiện 218 trường hợp HBsAg (+) (trên tổng số 911 lần xét nghiệm, 23,9%, và trên tổng số 10.731 lần khám, 2,03%)

Bài này chỉ nêu lên mấy nhận xét trên 58 trường hợp HBsAg (+) (đến khám từ tháng 3/1998 đến tháng 11/1998) đã được quan sát có hệ thống về mặt lâm sàng (trong bối cảnh một cơ sở khám chữa bệnh ngoại trú) và được kiểm tra về mặt labô hoá sinh (ngay tại Trung tâm) trong điều kiện cho phép.

Đối tượng và phương pháp

- Đối tượng là những bệnh nhân lần đầu đến khám tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc Khánh vì những lý do ít trực tiếp liên quan đến viêm gan (VG), trừ 9 trường hợp (15%) trước đây đã được chẩn đoán là VG.
- Có chỉ định thử HBsAg là những trường hợp chỉ có một hoặc kết hợp nhiều trong các triệu chứng cơ năng như: táo, phân nát, lỏng, chán ăn, bụng ậm ạch; và thực thể: bờ gan chạm tay dưới hạ sườn, gõ đục, tức trước vùng gan và hạ sườn phải.
- Thử nghiệm HBsAg tại chỗ
- Một số được kiểm tra Trung tâm Labô Hoá sinh của Trường Đại học Y Hà nội (Giám đốc: GS Phan Thị Phi Phi)
- Một số được chụp siêu âm gan.

Những quan sát lâm sàng

Tuổi và giới

Tuổi	Nam	Nữ
16 - 20	2	2
21 - 30	6	6
31 - 40	10	9
41 - 50	9	6
51 - 60	4	1
> 70	2	1
Tổng	33	25

Triệu chứng hoặc dấu hiệu lâm sàng:

Sốt: Có 6/58 (10,3%)
Vàng da: Có 5/58 (8,6%)
Một hoặc nhiều triệu chứng kết hợp rối loạn tiêu hoá (táo, phân nát, long
chán ăn, bụng ậm ạch) 28/58 (48,27%)
Sờ thấy gan chạm tay dưới hạ sườn phải bờ không mềm 12/58 (20,68%)
Gõ trước vùng gan và dưới hạ sườn phải tức, đau 24/58 (41,37%)
Lách to 2/58 (3,44%)
Tuần hoàn bàng hệ : không có

CÁC PHÁT HIỆN LABÔ

Chụp siêu âm gan mật
- 7 ca có tăng sóng phản hồi hoặc hình ảnh kiểu nhiễm mỡ
- 4 ca có sỏi hoặc nang gan.
Thử nghiệm miễn dịch học
- HBsAg(+) : 58/58
13 bệnh nhân trong số này được kiểm tra tại Labô Đại học Y Hà nội cho kết quả:
HBsAg (+) :10/13 (76.92%)
Trong số 3 ca còn lại HBsAg (-) thì 2 ca có kháng thể HBsAb (+)
21 bệnh nhân được kiểm tra HBsAb cho kết quả (+) 16/21 chiếm 76,59%
25 bệnh nhân được kiểm tra HBeAg cho kết quả (+) 6/25 chiếm 24%
Chức năng gan
Các men:SGOT tăng 20/50 chiếm 40%
SGPT tăng 23/50 chiếm 46%
Bilirubin máu toàn phần tăng 16/48 - 33,33%

LỜI BÀN

- Về lâm sàng
Hầu hết bệnh nhân tuy có HBsAg (+) song tổng trạng tương đối bình thường không thấy bộc lộ các triệu chứng đặc hiệu của viêm gan đang hoạt động, ngoại trừ 24/58 có dấu hiệu gõ đau tức vùng trước gan.

Trong số 28 bệnh nhân (48,27%) có các triệu chứng rối loạn tiêu hoá như táo bón hoặc phân lỏng, chán ăn... thì một số có kèm sỏi, nang gan - mật , viêm đại tràng..., cần được phân biệt chẩn đoán. Những dấu hiệu và triệu chứng trên đây nên chăng là gợi ý để thăm dò về HBV

- Về thể bệnh
Không thấy thể cấp tính, bán cấp, tối cấp, ngược lại hầu hết được xem là mãn tính tồn tại, không có mãn tính thể xâm lấn hoặc tấn công, không thấy xơ gan điển hình

Thay đổi chức năng gan
Chưa tới 50% có tăng hoạt độ men SGOT và SGPT, chỉ có khoảng một phần ba số trường hợp tăng bilirubin máu toàn phần. Một ca làm điện di protit máu thấy có rối loạn nhẹ

Thay đổi miễn dịch
Sự xuất hiện kháng thể anti HBs song song với sự hiện diện HBsAg bình thường ra hiếm được phát hiện ở bệnh nhân HBV cấp, song 10 đến 20% những người có nhiễm trùng HBV mãn có thể chứa một nồng độ thấp kháng thể HBs. Kháng thể này không trực tiếp chống lại yếu tố chung quyết định kháng nguyên a, mà chống lại yếu tố quyết định tít phụ mang tính dị tít (heterotypic subtype determinant), nghĩa là HBsAg tít ad với anti HBs tít phụ Y

Trong nghiên cứu này sự xuất hiện song song anti HBs và HBsAg với một tỷ lệ khá cao tới 76.16% (16/21) là điều cần được làm sáng tỏ
Tỷ lệ HBeAg (+) 42% (6/25) được xem là chỉ báo tính nhiễm trùng tương đối (relative infectivity), luôn hiện diện trong HBV thời kỳ đầu, những đối tượng có HBeAg (+) này rất cần được theo dõi xu hướng tiến triển thành viêm gan mạn

- Về dịch tễ học
Trong công trình này có 25/28 (43.10%) tuy HBsAg (+) nhưng trên lâm sàng hầu như không có triệu chứng gì, nhất là vàng da, chán ăn, kể cả men gan cũng không thay đổi, thì liệu có thể xem đó là những thể viêm gan nhẹ hoặc đó là những người lành mang bệnh được chăng? Tỷ lệ trong dân cư nói chung (thuộc các nước đang phát triển, kể cả ở Châu á) có thể nên tới 15%. Mặt khác trong số 58 HBsAg (+) được kiểm tra lại sau một thời gian thấy 3 trở thành HBsAg (-), tuy không dùng biện pháp interferon

- Về nguồn lây
Ở đây ghi nhận được 2 trường hợp trước đây một vài năm có được tiêm truyền trong Viện. Vậy, phải chăng trong đại đa số các trường hợp HBsAg (+) còn lại có thể một trong các nguồn lây là qua đường tình dục? Rất tiếc điều này không được quan tâm

- Về điều trị
INTERFERON, bản chất là cytokine vừa có tác dụng ức chế các hoạt tính của nhiều virus vừa là tác nhân điều ứng miễn dịch và chống tăng sản tế bào, được xem là liệu pháp đặc hiệu với viêm gan mạn, được sử dụng rộng rãi trong hơn một thập kỷ qua và đã mang lại kết quả đáng mong đợi ít nhất tới 40%. Song liệu pháp này đòi hỏi kỹ thuật định lượng ADN của HBV là những dấu tích cho phép đánh giá chính xác mức thương tổn tế bào và giúp tiên lượng trong tiến trình điều trị. Đây là một vấn đề rất đáng quan tâm

Tham khảo

1. Phạm Song: Nhiễm virus Viêm gan (1996)
Đề tài quốc gia, mã số KY - 01 - 09 - Bộ khoa học công nghệ và môi trường
2. Fules L. Dienstag, Kurt J. Isselbacher: Acute Viral hepatitis
Harrison's Principles of Internal Medicine, Internal Ed. 1998: 1677 - 92
3. Nishioka Ket al (eds): Viral hepatitis and Liver Disease
New York, SpringerVerlag, 1994
4. Niederaw C et al: Long - term follow up of HBeAg - positive patients treated with interferon alfa for chronic hepatitis B N. Engl J Med 1996, 334: 1485

BỆNH ĐỘNG KINH KHÔNG CÓ GIẬT Ở TRẺ EM**Đặng Phương Kiệt - Vũ Thị Hậu****TRÍCH YẾU**

Ở trẻ em, bệnh động kinh (BĐK) thường biểu hiện dưới dạng những cơn động kinh cục bộ (CĐKCB) đơn thuần (không suy giảm ý thức) nên dễ bị bỏ qua. Trong bài này, các tác giả mô tả một số trường hợp CĐKCB thường không có những triệu chứng đặc hiệu, hầu hết đã bị bỏ qua, qua nhiều lần thăm khám trước đây kể cả các phòng khám chuyên khoa (như viện nhi Thụy Điển, chẳng hạn).

Nhờ khai thác kỹ tiền sử và bệnh sử, thành nhân bệnh nhi đã cố gắng nhớ lại và mô tả nhiều triệu chứng tuy không đặc hiệu nhưng lại có ý nghĩa "gợi ý" như mộng du, đãng trí, đau bụng đau đầu dai dẳng... Máy ghi điện não (có xử lý bằng vi tính) đã giúp khẳng định chẩn đoán với những hình ảnh rất đa dạng

Phần bàn luận đề cập tới khái niệm cơn động kinh và điềm lại qua y văn những triệu chứng rất đa dạng của cơn động kinh cục bộ đơn thuần

MÔ TẢ LÂM SÀNG

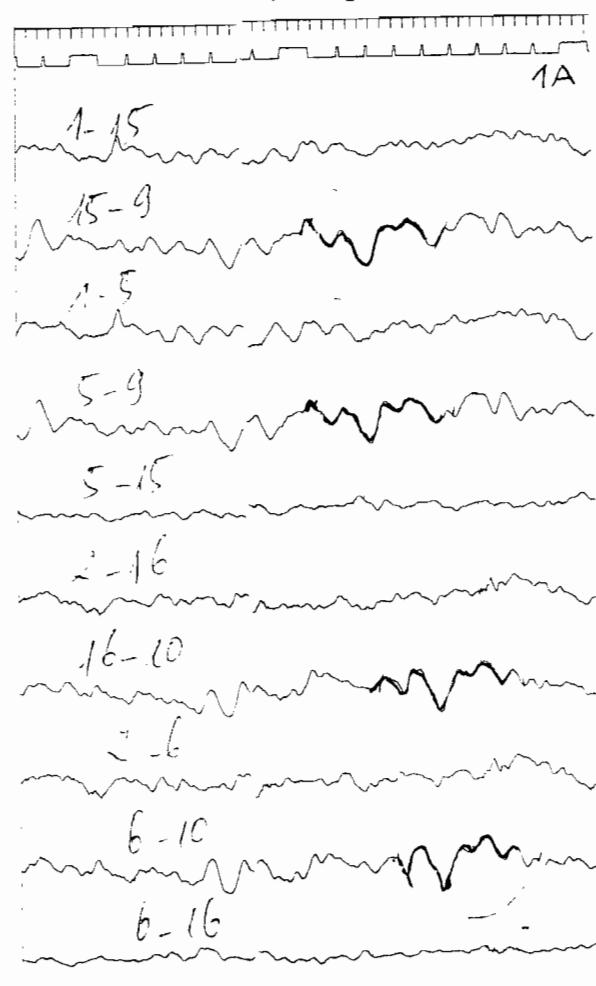
Bệnh án 1. Doãn minh M (nữ) 10 tuổi

Khám lần 1. 31-7-98 Lý do đến khám: mộng du và đãng trí. Mấy tháng gần đây, giữa giấc ngủ ban đêm tự nhiên bệnh nhi thức dậy từ trên giường nằm đến ngồi trên ghế bành, có khi đi mấy bước quanh phòng ngủ, ít phút sau lại lên giường ngủ, sáng hôm sau tỉnh dậy như thường lệ và không hay biết điều gì đã xảy ra hôm qua. Đó là lời kể lại của ông nội, người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân. Ngoài ra, cũng theo lời kể của ông, cô giáo phản nản là bệnh nhi tiếp thu bài chậm thỉnh thoảng tỏ ra đãng trí trong giờ học ở lớp, đang nghe cô giảng bài, tự nhiên nhìn ra cửa sổ chừng vài giây, mặc dù ngoài đó không có sự kiện gì diễn ra cả. Theo lời bệnh nhi kể: ở nhà đôi khi bà sai lấy cái bát thì mang đĩa đến cho bà, sai lấy cái muối thì mang đĩa...

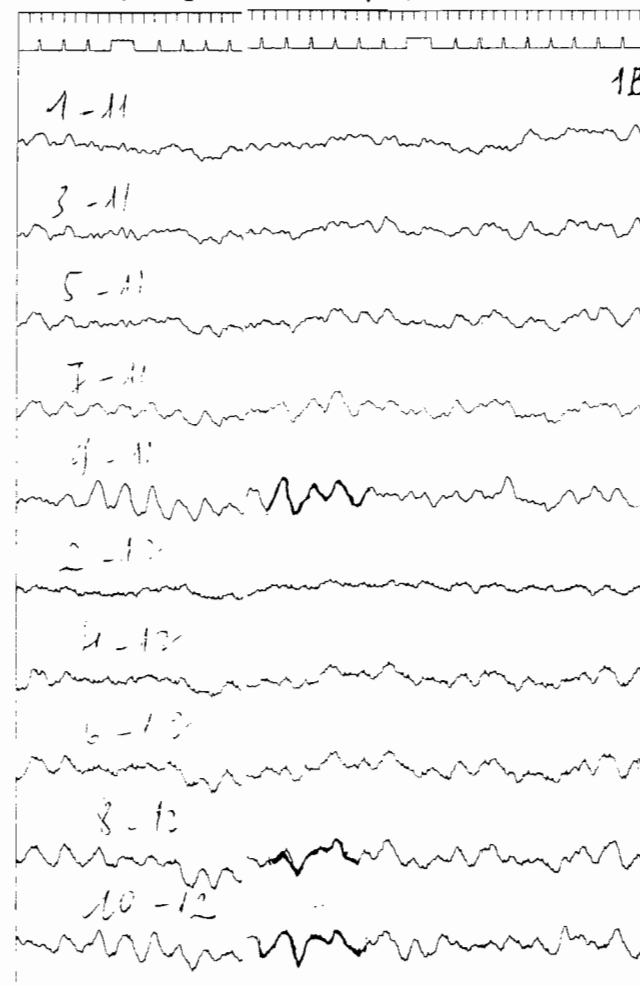
Tiền sử sản khoa, dinh dưỡng, phát triển tâm vận động bình thường. Từ nhỏ đến giờ chưa mắc bệnh nào liên quan đến hệ thần kinh, không có cơn co giật, không có chấn thương. Hiện nay thể lực tốt, đang học lớp 5, học lực khá, đồng thời đang tập võ. Khám lâm sàng nhi khoa: không có triệu chứng gì bất thường, về cảm xúc và trí lực hoàn toàn bình thường.

Chụp tim phổi, ghi điện tim, thử công thức máu hoàn toàn bình thường. Điện não đồ (DND) 1A. Trên cơ sở nhịp alpha 7c/s, chỉ số 10-20%, xuất hiện những phức hợp nhọn sóng với sóng chậm 60 -100 microvolt dạng ngoài cơn của Động

kinh cơn nhỏ. Tiến triển: uống Deparkin trung bình 600mg / ngày liên tục 3 tháng 20 ngày, kết quả: Không còn mộng du, không còn đăng trí trong lớp. Cô giáo ghi vào sổ liên lạc tiếp thu bài nhanh (trước khi điều trị, tiếp thu bài chậm)



1A. (trước điều trị) 31-7-98
- Nhịp alpha 7c/s, chỉ số 10 - 20%
- Phức hợp nhọn - sóng chậm 60 - 100 microvolt động kinh cơn nhỏ (ngoài cơn)



1B (sau 40 ngày uống Deparkine 600mg/ng)
- Không còn phức hợp nhọn - sóng chậm
- Còn rải rác sóng nhọn chậm biên độ thấp

Điện não đồ 1B.(ĐNĐ1B) (10-9-98): không còn phức hợp sóng nhọn- chậm kịch phát (như lần đầu), còn rải rác vài phức hợp sóng nhọn chậm biên độ thấp (hình 2)

Điện não đồ 1C (ĐNĐ1C) (19-11-98): nhịp alpha 8-9 c/s, biên độ 30-49 micro V, chỉ số 60% không còn sóng chậm bệnh lý

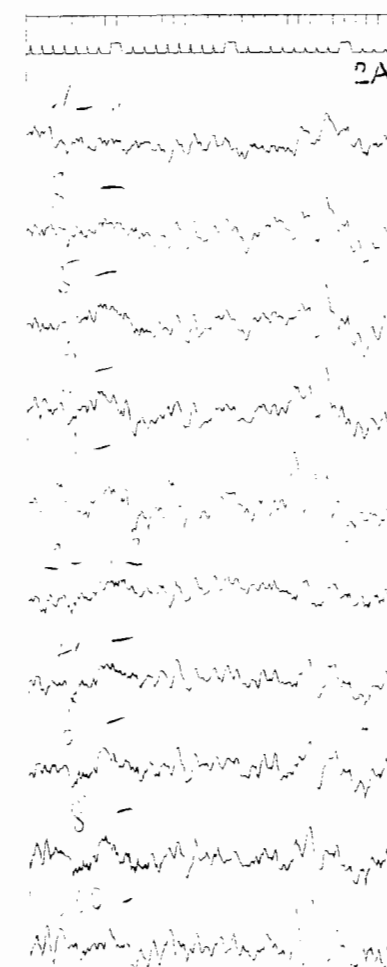
Bệnh án 2. Trần Thị Ngọc 8 tuổi, Hải Phòng khám ngày 6-10-98

- Lý do đến khám: đau bụng dai dẳng nhiều năm (3 năm)

Từ lúc 5 tuổi, thường kêu đau bụng, chỉ đau ở quanh rốn có khi đau nơi khác; cơn đau mơ hồ, thoáng qua, không kèm bất cứ triệu chứng nào khác

8 tháng nay, đau tăng lên, vẫn ở các vị trí không rõ rệt trong khoang bụng, gần đây kêu nhức đầu; đau bụng và đau đầu thường diễn ra song song nhau. Ngoài ra, trẻ hay đăng trí trong giờ học ở lớp, tuy sức học khá

Khám thực thể: không phát hiện được gì
Bệnh nhân đã được chụp dạ dày, thử phân và uống thuốc tẩy giun nhiều lần (tại bệnh viện nhi Hải Phòng) nhưng không hết đau
Ghi điện não đồ (6-10-98) (hình 2)



2A: nhịp cơ sở Alpha biên độ 40-60 microvolt chỉ số 60% có phối hợp sóng gai nhọn



2B: Sau thở gắng sức 3' xuất hiện phức hợp sóng nhọn và sóng chậm (100-150microvolt) lan toả

Kết luận: Điện não đồ kiểu động kinh dạng phức hợp, chủ yếu cơn lớn (ổ động kinh tập trung ở vùng chẩm)

Bệnh án 3. Vũ Quang N.. nam 9 tuổi, P102 B8 Ngọc Khánh, Hà Nội

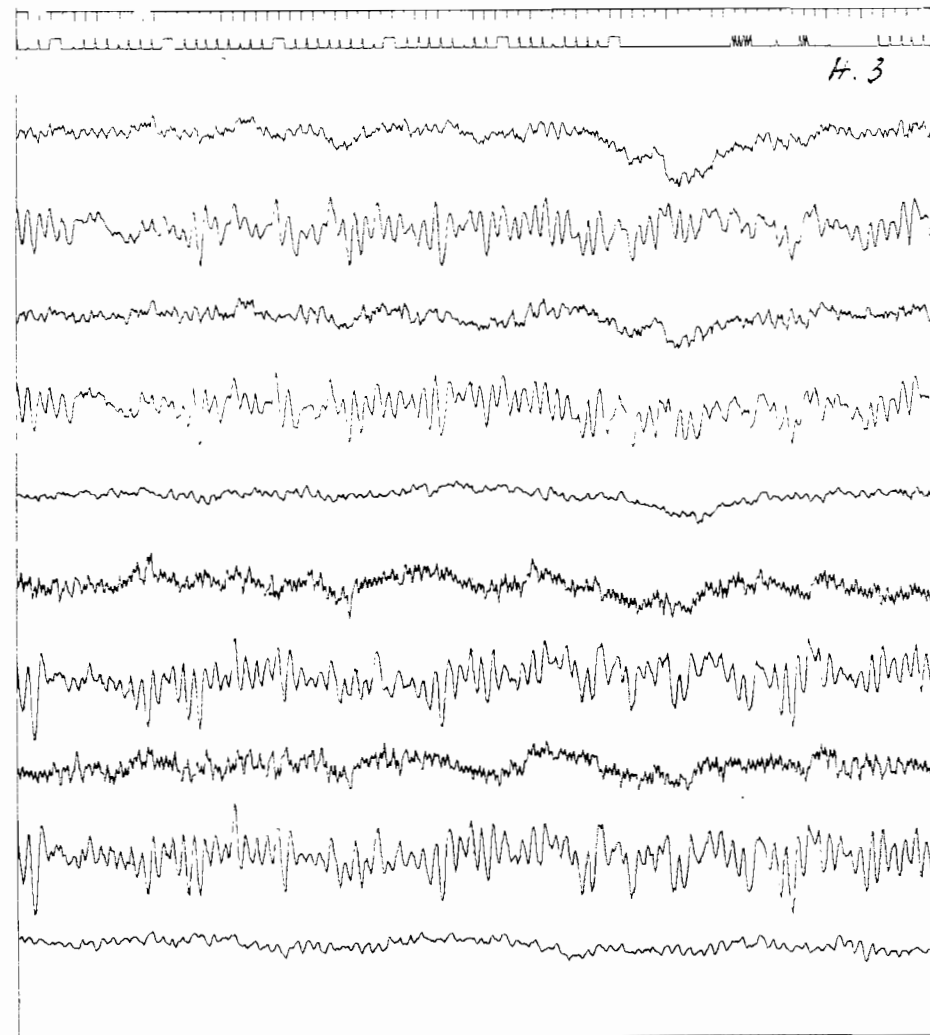
Đến khám (15-10-98) vì viêm họng cấp

Ngoài ra, theo lời khai của người mẹ, bệnh nhi khi ngủ hay giật mình, mê sảng có khi vãi nước tiểu, có khi chạy từ phòng này sang phòng khác, lúc tỉnh dậy gia đình thấy trẻ ngơ ngác: một kiểu mộng du không nhớ gì về điều đã xảy ra ban đêm

Khám thực thể: không phát hiện thêm được gì

Trẻ vẫn sinh hoạt, học giỏi, học ở lớp chuyên Pháp ngữ

Điện não đồ: Động kinh dạng phức hợp, chủ yếu cơn lớn (hình 3)



Bệnh án 4. Lê Anh Đ. Nam- 2 tuổi

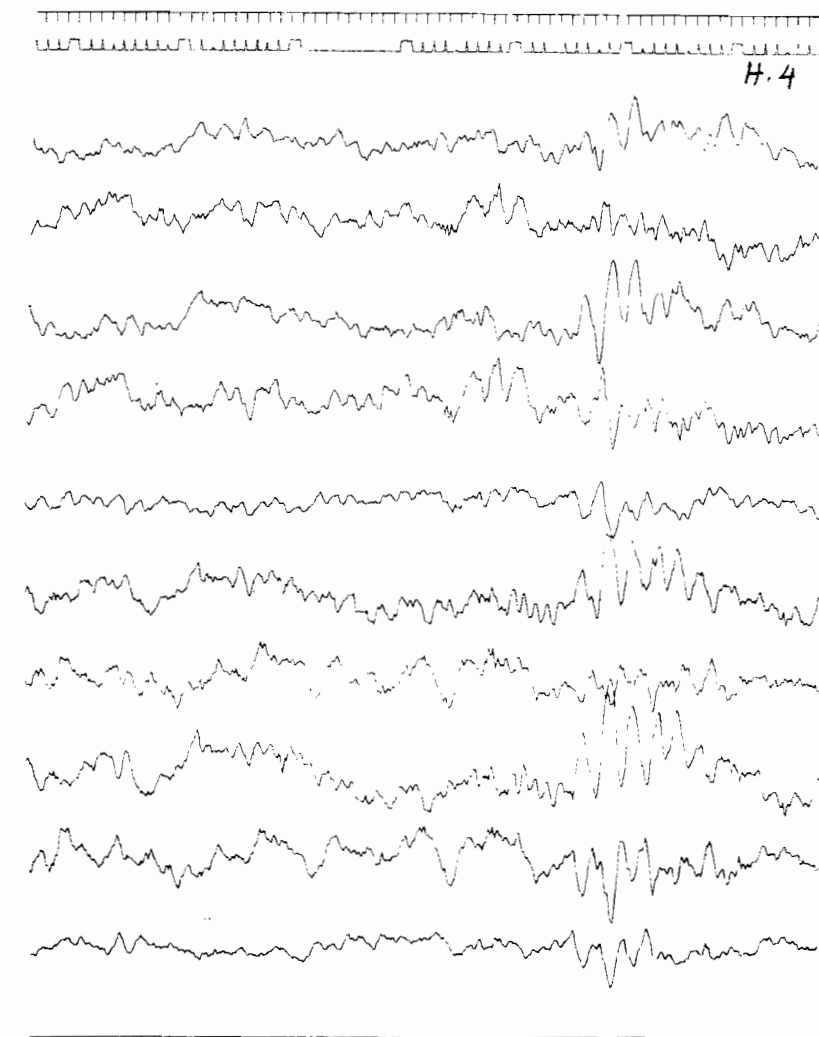
- Đến khám: Ngày 3-11-98 vì lý do: Trẻ vẩy tay lúc ngủ

Theo lời kể của ông nội: lúc thức trẻ sinh hoạt bình thường không có một biểu hiện nào về tâm - vận động.

Chỉ khi ngủ thấy: tự nhiên vẩy hai tay trong ít giây, tiếp theo cánh tay thấy cứng đờ trong vài phút. Tiền sử sản khoa, tình trạng dinh dưỡng và phát triển tâm thần vận động bình thường.

Khám lâm sàng nhi khoa: không phát hiện được gì về bệnh lý

- Điện não đồ: (ghi cùng ngày) (hình 4)



Trên cơ sở các sóng chậm delta đa dạng biên độ 50-60microvolt lan toả hai bán cầu não, thấy xuất hiện những đợt kịch phát ngắn kéo dài một chu kỳ dạng liên gai với biên độ trên 100microvolt và các phức hợp nhọn - sóng chậm, kiểu Động kinh toàn thể dạng phức hợp, chủ yếu cơn lớn

Bệnh án 5. Đặng Thu Ng. 6 tuổi - 16 Hàng Bồ

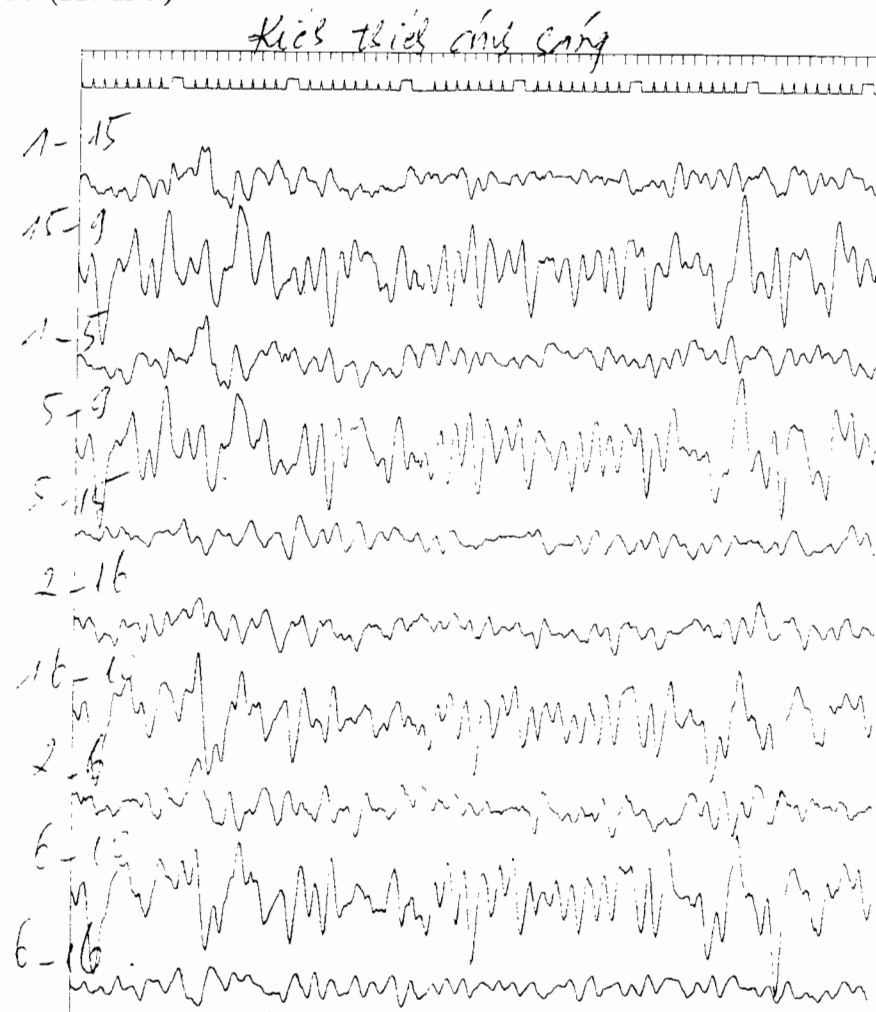
Đến khám (2-12-98) vì đau bụng

Tự nhiên kêu đau bụng quanh rốn từ 3 ngày nay, không sốt, không nôn, kêu đau từng cơn, không dữ dội.

Đã chụp siêu âm ổ bụng, đã uống thuốc tẩy giun, chụp bụng không chuẩn bị, khám viện Nhi (cho Spasmaverine..) đêm có cơn đau lúc 2 giờ sáng phải thức dậy

Khám thực thể: toàn trạng khoẻ mạnh, linh hoạt, nặng 19kg lúc đến khám không kêu đau: hỏi chỉ đau quanh rốn bụng mềm; tất cả các bộ phận khác đều bình thường

Điện não đồ (Hình 5)



Sóng alpha 7c/s, biên độ 40microvolt, chỉ số >30%

Sóng chậm delta 1-3c/s biên độ 30-70microvolt lan toả đỉnh chằm hai bên

Có các phức hợp sóng nhọn + sóng chậm ở vùng đỉnh chằm

Sau thử gắng sức, xuất hiện sóng nhọn + gai + chậm 80-120microvolt lan toả hai bên đỉnh chằm bán cầu não, rõ nhất sau kích thích ánh sáng

Kết luận: Động kinh cơn nhỏ (rối loạn điện não ngoài cơn)

LỜI BÀN

1. Cơn động kinh (Seizures) và bệnh động kinh (Epilepsy)

Cơn động kinh (CDK) là một sự kiện kịch phát do những phóng lực (discharges) không bình thường, quá mạnh, quá đồng bộ từ một khối các nơron của hệ thần kinh trung ương (HTKTU). Tuỳ thuộc sự phân bố các phóng lực, hoạt tính bất thường này của HTKTU có thể có đủ loại các biểu hiện, từ một cơn co giật đầy kịch tính đến những hiện tượng mang tính trải nghiệm mà một nhà quan sát không dễ gì nhận ra được. Mặc dầu có đủ loại các yếu tố ảnh hưởng đến chỉ số mới mắc (incidence) và chỉ số lưu hành (prevalence) các CDK, song chừng 5-10% dân số có ít nhất 1 CDK trong cuộc đời của mình, mà chỉ số mới mắc cao nhất ở thời kỳ đầu tuổi thiếu niên và thời kỳ cuối tuổi trưởng thành.

Ý nghĩa của thuật ngữ CDK cần được phân biệt rõ với bệnh động kinh (BĐK). BĐK mô tả một tình trạng trong đó một người có những CDK tái diễn do một quá trình cơ bản, mãn tính. Định nghĩa này hàm ý rằng một người chỉ có một CDK duy nhất hoặc nhiều CDK tái diễn do những tình huống có thể sửa chữa hoặc tránh được thì không nhất thiết mắc BĐK. BĐK chỉ một hiện lâm sàng thay vì một thực thể bệnh đơn nhất là vì có nhiều hình thái và nhiều nguyên nhân khác nhau của BĐK.

Nếu chấp nhận định nghĩa BĐK được xem là từ hai CDK tự phát trở lên thì chỉ số mắc mới BĐK là chừng 0,3 đến 0,5% trong các cư dân khác nhau trên khắp thế giới, và chỉ số lưu hành BĐK được ước lượng là từ 5 đến 10 cho một nghìn người dân.

2. Cơn động kinh cục bộ (CDKCB: partial seizures)

Các CDKCB diễn ra bên trong các vùng kín của não. Nếu trạng thái tâm thần vẫn được bảo toàn đầy đủ trong CDK thì các biểu hiện lâm sàng được xem là tương đối đơn thuần và được mang tên một CDKCB đơn thuần (a simple - partial seizure).

Nếu ý thức bị ảnh hưởng thì bằng triệu chứng phức tạp hơn và CDK được gọi là CDKCB phức hợp (complex - partial seizure). Có một nhóm phụ đáng kể bao gồm những CDK khởi sự là những CDKCB và sau đó khuếch tán khắp vỏ não, nghĩa là các CDKCB tiếp theo là CDK toàn thể.

Những bệnh án trình bày trên đây có kèm các dấu hiệu điện não đồ đặc trưng của BĐK có thể được xem là những cơn động kinh cục bộ đơn thuần. Những CDKCB này gây ra các triệu chứng vận động (bệnh án 4), triệu chứng cảm giác (bệnh án 2), triệu chứng hệ thần kinh tự chủ (bệnh án 2-5) hoặc triệu chứng tâm thần (bệnh án 1-3) mà không có ảnh hưởng chút nào đến ý thức cả.

Người ta có nói tới một bệnh nhân có CDKCB vận động khởi phát từ vỏ não vận động sơ cấp bên phải gần vùng kiểm soát cử động bàn tay sẽ ghi nhận sự khởi phát các cử động không tự chủ của bàn tay bên kia, bàn tay trái - Là vì vùng vỏ não kiểm soát vùng cử động bàn tay kề sát ngay vùng kiểm soát sự biểu hiện nét mặt, nên CDK cũng có thể gây ra những cử động bất thường trên mặt, đồng bộ với các cử động bàn tay. Điện não đồ (ĐNĐ) ghi với các điện cực đặt trên da đầu trong lúc đang có cơn (nghĩa là ĐNĐ trong cơn) có thể cho thấy những phóng lực không bình thường tại một vùng rất hạn hẹp tương ứng của vỏ não nếu ổ phát cơn nằm ở bề mặt lồi của vỏ não thì thường cơn không ghi lại được bằng ĐNĐ chuẩn, mà cần đặt các điện cực nội sọ mới có thể phát hiện được.

Có ba đặc điểm quan trọng cần được ghi nhận thêm trong các CDK vận động cục bộ.

1. Ở một số bệnh nhân, các cử động vận động bất thường có thể bắt đầu từ một bộ phận rất hạn hẹp như các ngón tay chẳng hạn rồi tiến triển từ từ (sau nhiều giây tới nhiều phút) để bao trùm cả một vùng rộng hơn của chi - Hiện tượng này lần đầu tiên được Hughlings Jackson mô tả nên gọi là "tiến triển kiểu Jackson" (Jacksonian march) được xem là sự bành trướng hoạt tính CDK tuần tiến lan ra một vùng rộng lớn hơn của vỏ não vận động.

2. Một số bệnh nhân có thể trải nghiệm một tình trạng liệt nhẹ cục bộ (liệt kiểu Todd) từ mấy phút đến nhiều giờ tại một vùng nào đó tiếp theo cơn động kinh.

3. Trong một số ít trường hợp, CĐK có thể tiếp diễn trong nhiều giờ hoặc nhiều ngày. Trường hợp này được gọi bằng Bệnh động kinh cục bộ tiếp diễn (Epilepsia partialis continua)

Những hình thái khác của CĐKCB đơn thuần gồm những hình thái có thể gây ra những thay đổi trong cảm giác thân thể (ví dụ dị cảm), thị giác (những tia chớp) hoặc những ảo giác thể cân bằng (cảm giác ngã hoặc chóng mặt), hoặc những thay đổi trong chức năng tự chủ (đỏ mặt, vã mồ hôi, dựng đứng chân lông) Những CĐKCB đơn thuần xuất phát từ vỏ não thái dương hoặc trán cũng có thể gây ra những thay đổi trong thính giác, khứu giác hoặc chức năng cao cấp của vỏ não (các triệu chứng tâm thần). Có thể là những cảm giác bất thường về mùi vị, âm thanh hoặc một cảm giác vùng thượng vị xuất phát từ dạ dày hoặc lồng ngực bốc lên đầu. Một số bệnh nhân mô tả những cảm giác kỳ quặc trong nội tâm như sợ hãi, một ý nghĩ sắp thay đổi, sắp phải tách ra, cảm nghĩ lệch lạc về bản thân, nhớ lại điều gì nhưng chưa xảy ra hoặc những hư giác về những vật trở nên bé lại (micropsia) hoặc to ra (macropsia). Khi có những triệu chứng như vậy xuất hiện trước một CĐKCB phức hợp hoặc CĐK toàn thể thì những CĐKCB đơn thuần này đóng vai trò tiền triệu (aura)

THAM KHẢO

1. Bare - MA; Burnstine - TH:
Electroencephalographic changes during simple partial seizures
Epilepsia, 1994 Jul - Aug; 35 (4): 715 - 20
2. Nair - KP; Jayakumar - PN
CT in simple partial seizures in children: a clinical and computed tomography study
Acta - Neurol - Scand - 1997, Apr; 97 (4): 197-200
3. Inoue - Y; Mihara - T
Awareness and responsiveness during partial seizures
Epilepsia, 1998; 39 suppl 5: 7-10
4. Daniel H. Lowenstein
Seizures and Epilepsy
Harrison's PRINCIPLES of INTERNAL MEDICINE, 1998: 23/1 - 2325

DỊCH VỤ

SỨC KHOẺ SINH SẢN & KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

Tại trung tâm KCB & TVSK Ngọc khánh

Nguyễn Phương Dung & Nguyễn Thị Chiến
Đặng Phương Kiệt

Trong vòng 2 năm (từ tháng 1 năm 1997 đến 12 năm 1998). Trung tâm KCB & TVSK Ngọc khánh đã tiếp nhận 6926 phụ nữ đến khám và tư vấn, chiếm 15,65% tổng số (44.231) đến khám bao gồm các chuyên khoa.

1. Nhu cầu dịch vụ khám chữa phụ khoa và KHHGD đứng hàng thứ hai.

Trong vòng 2 năm (từ tháng 1 năm 1997 đến tháng 12 năm 1998), tại Trung tâm KCB & TVSK Ngọc khánh có tới 44.231 người đến khám chữa bệnh và tư vấn, gồm đủ loại các chuyên khoa, theo thống kê dưới đây. (Bảng 1)

Chuyên khoa	Số người khám	%
Nội	16.558	37,43
Sản phụ	6.926	15,63
RHM	5.869	13,26
TMH	5.298	11,97
Nhi	4.086	9,23
Ngoại - Thăm mý	3.014	6,80
Cấp cứu	1.017	2,29
Phục hồi chức năng	1.002	2,26
Tư vấn	385	0,87
Trĩ	76	0,1
	44.231	99,91

2. Tính đa dạng của bệnh lý phụ khoa.

Bảng 2 Mô tả các bệnh lý đã gặp trong 786 phụ nữ đến khám

Bệnh lý	Số ca	%
Viêm bộ phận sinh dục	605	76,97
U (các loại)	65	8,20
Vô sinh	53	6,70
Rối loạn kinh	39	4,96
Liên quan đến vú	24	3,05
Cộng	786	99,88

3. Viêm nhiễm đường sinh dục là bệnh lý chiếm ưu thế vượt trội trong các bệnh lý phụ khoa (76,97%)

Bảng 3 Viêm nhiễm đường sinh dục theo phân bố giải phẫu

Vị trí giải phẫu	Số ca	%
Viêm âm đạo	401	66,28

Viêm lộ tuyến cổ tử cung	146	24,13
Viêm phần phụ	43	7,10
Viêm niêm mạc tử cung	6	0,99
Viêm tuyến Bartholin	5	0,82
Viêm âm hộ	4	0,66
Cộng	605	99,88

Có vẻ như tình trạng viêm nhiễm này chủ yếu liên quan đến điều kiện vệ sinh cá nhân và có trách nhiệm không nhỏ đến nguyên nhân vô sinh.

Thử nghiệm vi sinh — tế bào 401 mẫu phiên đồ âm đạo thấy:

Bảng 4 Các tác nhân nhiễm trùng đường âm đạo

<u>Vi sinh - tế bào</u>	<u>Số ca</u>	<u>%</u>
Nấm	238	59,35
Tạp khuẩn	43	10,72
Nấm + tinh trùng	21	5,20
Trùng roi (Trichomonas)	18	4,48

Ngoài ra, có tới 22,94% (92/401) số mẫu thấy bạch cầu +++ trở lên. Điều đáng chú ý là có tới 5,2% (21 mẫu) vừa có nấm vừa có tinh trùng, có nghĩa là nhiễm trùng ở đây có liên quan đến quan hệ tình dục.

4. Phân loại các u(bệnh lý tăng sinh) đường sinh dục

Bảng 5: Phân loại các u

. U xơ tử cung	23
. U nang buồng trứng	13
. Polyp cổ tử cung	13
. Nang cơ nang buồng trứng	11
. U để cổ tử cung	1
. Ung thư nội mạc tử cung	1

Ngoài ra, phát hiện: Chửa ngoài tử cung (3), sa sinh dục (3), sùi mào gà (2).

Quan sát 158 phiên đồ âm đạo thấy:

. Dị sản	3
. Loạn sản	3
. Loạn dưỡng tế bào	1
. Loạn sản + dị sản	1

Như vậy có tới 5% (8/158) trong số này cần theo dõi dài hạn

5. Các rối loạn kinh cũng đáng được chú ý:

Ngoài rong huyết (17), còn gặp:

. Rong kinh	9
. Vô kinh thứ phát	5
. Kinh thưa	2
. Vô kinh nguyên phát	1
. Đa kinh	1

6. Các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình đã được thực hiện (nội trong hơn 2 tháng) gồm:

. Hút điều hoà kinh nguyệt	132
. Đặt vòng	8
. Thuốc viên và thuốc tiêm	6
. Tư vấn	16

Ngoài ra, làm thuốc âm đạo cho 511 lần

* * *

Thực tiễn trên lâm sàng trong 2 năm qua tại TTKCB-TVSK Ngọc Khánh - một cơ sở y tế tư nhân phục vụ tại cộng đồng cho thấy:

1. Nhu cầu khám chữa bệnh sản phụ khoa và KHHGĐ của nhân dân tại cộng đồng đứng hàng thứ hai sau các bệnh nội khoa.
2. Khoa sản phụ của Trung tâm KCB và TVSK Ngọc Khánh thực sự đa chinh phục được lòng tin của nhân dân địa phương (kể cả một số địa phương ngoài Hà nội): số lượng khám năm 1998 (4566) tăng gấp 2 lần so với năm 1997 (2360)
3. Việc chuẩn đoán bệnh có thể được xem là đạt tới một trình độ đáng tin cậy:

Phân loại lâm sàng chi tiết hầu như gần đủ những bệnh thường gặp: nhiễm trùng, các u, các rối loạn nội tiết, những biến loạn tế bào...

Các thử nghiệm labo được thực hiện nhất loạt (vi sinh, tế bào) đã giúp nâng cao tính chính xác của chuẩn đoán.

Các kỹ thuật điều trị chuyên khoa được thực hiện ở đây tỏ ra đáp ứng thoả đáng nhu cầu chăm sóc các bệnh thông thường với hiệu quả đáng mong đợi.

4. Tuy vậy, nên được trang bị thêm một số phương tiện như máy soi cổ tử cung, máy đốt điện...nhằm nâng cao chất lượng khám và chữa.
5. Tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục ở mức cao đáng kinh ngạc (76,99% tổng số đến khám, bảng 2), mà phổ biến nhất là nấm Albicans (59,35% số lần thử, bảng 4) diễn ra trong giới phụ nữ thủ đô (đã kết hôn hoặc chưa kết hôn) đặt ra vấn đề cần xem xét điều kiện (môi trường) và tập quán vệ sinh ở số đối tượng này.
6. Tình trạng hút thai, có tới xấp xỉ 40% trong số này là những thanh thiếu nữ chưa kết hôn (tuổi ít nhất là 18), thậm chí nhiều trường hợp hút 2-3 lần, chúng tỏ việc cung cấp các thông tin về sức khoẻ sinh sản và kế hoạch hoá gia đình cho các đối tượng này chưa đạt hiệu quả mong muốn. Dịch vụ tư vấn trong lĩnh vực này, nhất là vị thành niên, cần được mở rộng và nâng cao chất lượng hơn nữa.

ĐIỀU TRỊ BỆNH ZONA

(Điểm lại 9 bệnh án)

Bùi Tung
& tổ Vật lý trị liệu

TRÍCH YẾU

Chín bệnh nhân Zona được điều trị tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh trong 6 tháng cuối năm 1998 bằng thuốc giảm đau (chủ yếu là Efferalgan C) kết hợp với vật lý trị liệu (chủ yếu là điện xung dòng thấp tần.

Kết quả:

+ 7 trường hợp đến sớm trong tuần đầu khởi nhanh (10 - 19 ngày) so với ngày khởi thông lệ trung bình (4 - 6 tuần).

+ 2 trường hợp đến muộn (1 tháng - 4 tháng) lại có sẵn bệnh khác (có thể làm giảm sức miễn dịch) đều chịu di chứng đau dai dẳng.

Theo tác giả, không nên điều trị Zona một cách thụ động mà cần phát hiện bệnh sớm và chủ động tích cực điều trị sớm (thuốc giảm đau kết hợp điện xung, sóng ngắn..) thì có thể rút ngắn được thời gian điều trị, giảm bớt đau đớn và tránh được di chứng đau dai dẳng cho bệnh nhân



5. Các rối loạn kinh cũng đáng được chú ý:

Ngoài rong huyết (17), còn gặp:

Rong kinh

Vô kinh thứ phát

Kinh thưa

Vô kinh nguyên phát

Đa kinh

Bệnh án số 9: Các nốt phỏng bột đỏ, không mọc tiếp đợt mới sau 10 ngày điều trị sóng ngắn

A: Ngực B: Vai

Trong hoạt động của một Phòng khám bệnh thông thường, Zona không thuộc loại bệnh thường gặp hàng ngày, nhưng cũng không thuộc loại bệnh quá hiếm. Chẩn đoán bệnh Zona không khó, nhất là bệnh nhân đến ở giai đoạn toàn phát với những triệu chứng đặc trưng đã xuất hiện như:

1. Đau rát bỏng trên một khoảng da có giới hạn to nhỏ nhất định tùy theo vị trí và số hạch rễ sau của tuỷ sống bị thương tổn,
2. Rồi những quang, mảng da nổi đỏ xuất hiện rải rác trong phạm vi đó, và tiếp đến là
3. Những đám mụn phỏng nước (giống như mụn thủy đậu) mọc theo từng đợt trên những mảng da nổi đỏ.

Trung bình sau 4 - 6 tuần, các mụn xẹp khô, tróc vảy, đau rát bỏng trên vùng da thương tổn cũng giảm dần và bệnh thường có thể tự khỏi, ít khi phát sinh các biến chứng nặng như viêm màng não hay viêm đa dây rễ thần kinh. Tuy nhiên một số không ít những trường hợp còn để lại di chứng đau rát bỏng trên những vùng sẹo xơ cứng kéo dài dai dẳng nhiều tháng, thậm chí hàng năm không dứt. Bởi vậy, đối với bệnh Zona mối quan tâm chính của người thầy thuốc lâm sàng là cố gắng phát hiện bệnh sớm (trước giai đoạn toàn phát) và tìm cách điều trị nhằm rút ngắn được thời gian đau đớn của bệnh nhân, không để bệnh nhân chịu di chứng đau rát bỏng kéo dài.

Trong thời gian 6 tháng cuối năm 1998, Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh đã điều trị ngoại trú 9 bệnh nhân Zona bằng thuốc giảm đau kết hợp với điều trị lý liệu. Số liệu còn ít nhưng chúng tôi điểm lại để có những gợi ý có thể giúp ích cho phương hướng và cách thức điều trị bệnh nhân Zona trong thời gian tới.

MÔ TẢ LÂM SÀNG

(Xem bảng trích ngang tóm tắt 9 bệnh án Zona)

- Số bệnh nhân: 9

- Giới: 5 nam

4 nữ

- Tuổi: > 50 tuổi: 5 bệnh nhân (bệnh nhân cao tuổi nhất: 74 tuổi)

< 50 tuổi: 4 bệnh nhân (bệnh nhân ít tuổi nhất: 22 tuổi)

Theo kinh điển, bệnh nhân Zona thường là người có tuổi (trên 50 tuổi). Ở đây 4/9 bệnh nhân Zona của trung tâm còn ở tuổi từ 22 - 47.

Về triệu chứng lâm sàng:

+ 7/9 bệnh nhân đến Trung tâm 4 - 7 ngày sau khi cảm thấy đau rát một vùng bên mạng sườn (6 bệnh nhân), đau sau tai (1 bệnh nhân), trong đó một bệnh nhân khi đến mới chỉ có rải rác mấy mảng da nổi đỏ, hai ngày sau mới xuất hiện mụn phỏng nước (bệnh án thứ 9), còn lại 6 bệnh nhân đều có đủ 3 triệu chứng đau rát, mảng da nổi đỏ và các đám mụn phỏng nước.

+ 1 bệnh nhân đến Trung tâm muộn (tuần thứ tư sau khởi bệnh) có mảng da nổi thâm tím che phủ gần kín hết mấy gian sườn 6,7,8 trái., nhiều nốt phỏng to dài khoảng 4 x 5cm mọng dịch thâm nâu, một số nốt đã vỡ trên một nền da thâm đen xơ cứng (BA. thứ 5). Bệnh nhân có thể tạng béo phì và huyết áp cao.

+ 1 bệnh nhân đến Trung tâm sau hơn 4 tháng, không còn các mụn phỏng, chỉ còn đau rất (nhất là về đêm) trên mảng da xơ sẹo dày cứng chạy dài gần kín mấy gian sườn 6,7,8. Thấy thể trạng suy mòn gây khô, được phát hiện bệnh lao phổi đang tiến triển (bệnh án thứ 2).

+ Các triệu chứng khác: chỉ thấy có hạch nách nhỏ, ít đau ở một trường hợp (bệnh án thứ 5) và khi đến Trung tâm cũng chỉ có một bệnh nhân còn sốt nhẹ (bệnh án thứ 3).

+ Vị trí thương tổn ở tuỷ sống: căn cứ vào vị trí vùng đau rất và các mảng da nổi mụn nước, thấy ở 8/9 trường hợp có virus xâm nhiễm hạch rễ sau đoạn tuỷ sống lưng: 5 trường hợp ở vùng rễ L6,7,8. 3 trường hợp ở vùng rễ L1,2,3,4 và C7 cũng bị ảnh hưởng (2 trường hợp có rải rác các mảng da nổi mụn nước ở mặt ngoài sau cánh tay), còn lại 1 trường hợp hạch gối trái (Ganglion géniculé) bị xâm nhiễm.

Về điều trị và kết quả điều trị

Để điều trị cho bệnh nhân Zona, chúng tôi vẫn dùng những biện pháp thông thường: thuốc giảm đau (Efferalgan, PH8, Vitamin 3B) kết hợp với vật lý trị liệu (dòng điện cao tần, thấp tần, điện phân) với mục đích chống viêm, giảm đau và cải thiện chuyển hoá tế bào tại chỗ. Ngoài ra, chấm Xanh metylen vào các mụn đã vỡ nước để phòng tránh bội nhiễm.

Kết quả:

7 bệnh nhân điều trị sớm (trong tuần đầu) đều có diễn biến khởi nhẹ nhàng, trong thời gian 10-19 ngày (tính từ ngày khởi bệnh):

- Sau một đợt 5 ngày điều trị (5 bệnh nhân)
- Sau một đợt 10 ngày điều trị (1 bệnh nhân)
- Sau một đợt 15 ngày điều trị (1 bệnh nhân)

Sau thời gian điều trị, các mụn nước đóng vảy khô, một số tróc vảy, đặc biệt hầu như không còn cảm giác đau rất, bệnh nhân có thể ngừng điều trị và không cần tiếp tục dùng thuốc giảm đau.

2 bệnh nhân đến muộn (bệnh án thứ 2 và thứ 5) đều không đạt kết quả, bệnh nhân vẫn đau rất nhiều, đỡ không đáng kể và không bền:

- 1 bệnh nhân sau 7 ngày điều trị được chuyển về địa phương để kết hợp điều trị lao phổi (bệnh án 2).

- Một bệnh nhân sau 10 ngày điều trị không đỡ, vì nhà ở xa được giới thiệu về một cơ sở điều trị vật lý tư nhân, chạy thêm 2 đợt 5 ngày sóng ngắn, điện xung và uống thuốc giảm đau liên tục cho tới nay, đã hơn 6 tháng, bệnh nhân có thấy đau dịu bớt nhưng vẫn chưa bỏ hẳn được thuốc giảm đau.

NHẬN XÉT

Điểm lại 9 bệnh án Zona trong 6 tháng vừa qua, có thể gợi ý ra mấy ý kiến sau:

1. Về mầm gây bệnh Zona, ý kiến còn chưa dứt khoát có đúng là virus thủy đậu tái hoạt (réactivé) hoặc đây chỉ là do một loại virus khác nhưng lại có hình giống virus thủy đậu. Số bệnh nhân Zona của Trung tâm cho chúng tôi một nhận xét liên quan gián tiếp có thể có lợi chút ít cho ý kiến thứ hai: Virus thủy đậu thường gây bệnh về mùa đông, còn 8/9 trường hợp Zona của Trung tâm đều phát sinh vào thời tiết còn nóng và độ ẩm thường cao nhất trong năm.
2. Các bệnh nhân đến sớm trong tuần đầu đều khởi nhanh so với ngày khởi trung bình và không bị di chứng đau dai dẳng cho thấy điều cần thiết trước tiên là phát hiện được sớm bệnh Zona ngay trong mấy ngày đầu, khi bệnh nhân mới có cảm giác mệt mỏi và nhức nhối đau rất khó chịu mơ hồ trên một vùng da ở một bên nửa thân người, để bệnh nhân có thể được điều trị càng sớm càng tốt.
3. Điều trị Zona không nên thụ động chỉ cho thuốc giảm đau, chấm các nốt phỏng đã vỡ bằng Xanh metylen, và chờ cho tới ngày nào mụn tróc vảy khô, hết đau là khỏi, mà cần chủ động tác động tích cực nhằm rút ngắn ngày điều trị, giảm bớt đau đớn cho bệnh nhân và ngăn chặn biến chứng.
4. Đối với bệnh nhân Zona khoẻ mạnh, miễn dịch tốt, điều trị sớm ngay từ thời kỳ đầu (chưa hoặc vừa mới xuất hiện lác đác nốt phỏng) bằng thuốc giảm đau kết hợp với vật lý trị liệu (sóng ngắn, điện xung) không những giúp chống viêm, giảm đau tốt mà còn có khả năng làm nhẹ bớt quá trình mọc các nốt phỏng, rút ngắn được ít nhiều thời gian khỏi bệnh (còn 10 - 19 ngày so với thời gian khởi trung bình được thừa nhận là 4 - 6 tuần)
5. Tuy chỉ gặp 2/9 trường hợp có di chứng đau dai dẳng kéo dài, nhưng cũng gợi ý cảnh giác đối với số bệnh nhân cao tuổi, lại vốn có sẵn các bệnh khác có thể làm suy giảm sức đề kháng miễn dịch. Điều trị những trường hợp này đòi hỏi thời gian (tính bằng tháng, năm) và tính kiên nhẫn của cả thầy thuốc và bệnh nhân. Ngoài việc dùng thuốc và vật lý trị liệu giảm đau, còn cần làm cho các mảng da xơ cứng mềm mại dần trở lại, điều trị các bệnh khác vốn có và nâng dần sức đề kháng miễn dịch của bệnh nhân.

TÓM TẮT BỆNH ÁN 9 BỆNH NIÊN ZONA

TT	Họ tên (Số Bệnh án)	Giới Tuổi	Thời gian bệnh trước khi đến Trung tâm	Ngày đến TT điều trị	Triệu chứng lâm sàng					Điều trị		Kết quả	
					Đau (bong rất)	Vàng da mẩn đỏ Mụn nước	Hạch	Triệu chứng khác	Bệnh khác kèm	Thuốc	Lý liệu pháp kết hợp	Khỏi (số ngày điều trị)	Biến chứng, di chứng
1	Vũ H. Số BA. 37/7	Nam 74T	5 ngày	16/7/98	++	Ngực, lưng, cánh tay P, Hạch rễ sau C7+L1,2,3,4	0	0	0	Effergan C 4v x5 ngày	Cao tần 30w/10'x 5ngày	K5 ngày	0
2	Phạm Thị T. BA. 47/7	Nữ 64 T	> 4 tháng	20/7/98	+++	Mảng seo thâm mầu từ lưng xang ngực P, Hạch rễ sau L6 - L8	0	Toàn thân suy kiệt	Lao phổi tiến triển	Eferalgan C 4v x5 ngày Vit. 3B 4v x5 ngày	Thấp tần điện xung % x7 ngày	Không đỡ đau	Đau kéo dài về địa phương tiếp tục 0 kết hợp với 0 lao phổi
3	Nguyễn Văn S. BA. 88/7	Nam 30 T	6 ngày	28/7/98	++	Ngực lưng P L6 - L8	0	Sốt nhẹ (37,7)	0	PH8 4vx 5 ngày Vit. 3B 4v x5 ngày	Thấp tần: điện xung CKN+CKD 6' x 5 ngày	K5 ngày	0
4	Nguyễn Thị T. BA. 99/7	Nữ 47 T	4 ngày	31/7/98	++	Ngực lưng T Hạch rễ sau L6 - L8	0	0	0	Effergan C 4v x 5 ngày Vit. 3B 4v x5 ngày	Thấp tần: điện xung CKN+CKD 6' x 5 ngày	K5 ngày	0
5	Hoàng Thị Ch. BA. 07/8	Nữ 57 T	> 3 Tuần	03/8/98	+++	Mảng thâm tím to từ lưng sang ngực T. Nhiều nốt phồng lớn ĐK 4 - 5cm Hạch rễ sau L6 - L8	+ Hạch nhỏ ít đau ở nách	0	Cao huyết áp béo phì	Effergan C 4v x 2 đợt 5 ngày Vit. 3B 4v x 2 đợt 5 ngày	Thấp tần điện xung CKN+ CKD 6' x 2 đợt 5 ngày	Không đỡ đau	Đau kéo dài, vì nhà xa, về 0 tiếp tại 1 cơ sở lý liệu gần nhà. Tới nay đã > 6 tháng vẫn còn đau rất nhất là về đêm

Nghiên cứu lâm sàng

- 23 -

TT KCB và TVSK Ngọc Khánh

6	Phạm Thị PH. BA. 18/8	Nữ 38 T	7 ngày	04/8/98	++	Ngực, lưng T. Hạch rễ sau L6 - L9	0	0	0	Effergan C 4v x5 ngày Vit. 3B 4v x 5 ngày	Thấp tần điện xung CKN +CKD 6' x 2 đợt 5 ngày	K10 ngày	0
7	Nguyễn H. BA. 45/8	Nam 62 T	5 ngày	11/8/98	+++	Vùng cổ hàm dưới và sau tai T. (hạch gối)	0	Đau vùng sau tai T	0	Effergan C 4v x5 ngày Vit 3B 4v x5 ngày	Thấp tần: điện xung CKN +CKD 6' x 5 ngày	K5 ngày	0
8	Hoàng H. BA. 36/9	Nam 22 T	7 ngày	11/9/98	++	Ngực lưng T Hạch rễ sau C7 + L1,2,3,4	0	0	0	Effergan C 4v x 5 ngày Vit. 3B 4v x5 ngày	Thấp tần: điện xung CKN+ CKD 6, x 5 ngày	K5 ngày	0
9	Bùi Ch. BA. 16/12	Nam 66 T	4 ngày	16/12/98	++	Ngực lưng cánh tay P. Hạch rễ sau L1,2,3,4 Mụn nước xuất hiện 18/12	0	0	0	Effergan C 4v x 12 ngày Vit. 3B 4v x 10 ngày	Điện phân CaCl2 5 ngày Cao tần 5ngày Thấp tần 5 ngày	K15 ngày	0

Nghiên cứu lâm sàng

- 24 -

TT KCB và TVSK Ngọc Khánh

Ghi chú:

- CKN +CKD = Chu kỳ ngắn + Chu kỳ dài
- K = Khỏi bệnh.
- 0 = Điều trị

VỀ MỘT TRƯỜNG HỢP BỆNH KAHLER

Nguyễn Trọng Khiết

TRÍCH YẾU

Một phụ nữ 55 tuổi, tiền sử khoẻ mạnh 5 tháng gần đây xuất hiện đau dai dẳng tại lồng ngực, cột sống và khung chậu có cảm giác buồn và mỗi hai chi dưới, mất ngủ, toàn thân gần như suy sụp, đã chữa tại nhiều cơ sở Y tế Trung ương mà không tìm ra bệnh, được phát hiện là bệnh u tủy (đa tủy) tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh dựa vào tổn thương đặc trưng chụp Xquang và chụp CT các xương lồng ngực, đốt sống xương chậu...

Bệnh nhân nữ N. Tr. 55 tuổi, đến khám (27/11/98) vì đau lưng dai dẳng, mất ngủ vì cảm giác buồn hai chi dưới

DIỄN BIẾN BỆNH

Trong tiền sử không mắc bệnh gì đặc biệt, bệnh nhân là một dược sĩ làm cán bộ giảng dạy.

Chùng 5 - 6 tháng nay, sức khoẻ chung thấy suy giảm. Ba tháng gần đây, bắt đầu đau ngực trái, sưng đỏ một vùng sau đó hết sưng. Tiếp theo đau lưng, đau nhiều cả ngày lẫn đêm rồi đau vùng xương chậu, nhất là bên phải. Bệnh nhân cảm thấy khổ sở vì cảm giác buồn và mỗi hai chi dưới, không ngủ được, thỉnh thoảng ho, không có đờm, khi ho đau ngực và cột sống tăng. Đã khám nhiều nơi, dùng thuốc đông y, thuốc giảm đau, cả kháng sinh, bệnh không thuyên giảm, chưa rõ chẩn đoán

KHÁM LÂM SÀNG

Da - niêm mạc hơi nhạt màu

Bụng chướng hơi nhẹ, không có điểm đau

Lưỡi mặt gai và lác đác trắng kiểu nấm

Cột sống: nắn gõ đau nhiều nơi dọc cột sống nhất là khoảng D3, D5, D7, D9

Tim phổi: chưa thấy gì đặc biệt

Nắn các xương sườn 3 - 4 - 5 đường nách trước gây đau

CÁC PHÁT HIỆN LABÔ

Xét nghiệm

Bạch cầu 17.400. Trung tính 86,2%

Hồng cầu 3,07 triệu. Hemoglobin 86g/L

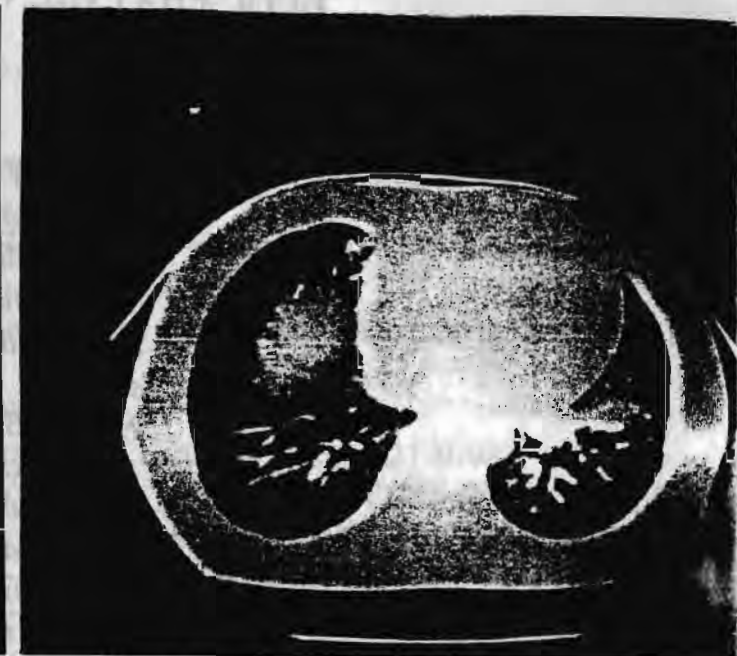
Máu lắng giờ đầu: 115 Giờ thứ 2: 130

Chụp siêu âm khoang bụng: các tạng bình thường, thấy hình ảnh nang dạng bì buồng trứng phải 7,3 x 8,9cm

Chụp X quang



Hình 1



Hình 2

Xương chậu (hình 1) cột sống thắt lưng

Nhiều ổ mất vôi ở cánh chậu hai bên hình tròn 1 - 2cm

Nhiều ổ mất vôi ở ụ ngồi hai bên, ở cổ xương đùi bên phải

Một ổ mất vôi cánh xương cùng bên phải sát với khớp cùng chậu

Chụp CT lồng ngực (hình 2)

Xương lồng ngực: hai ổ tiêu xương nhỏ thân đốt sống D7 và D10: nhiều ổ tiêu xương nhỏ kèm phòng xương ở hạ sườn V và VII cùng sau bên phải và trái.

Trung thất: một hạch đường kính 1,5cm cạnh khí quản bên phải sát chạc ba, có hạch 1cm trước phế quản gốc phải

Nhu mô phổi: ổ mờ kiểu thâm nhiễm ở phân thùy đáy bên phổi trái, không thấy thâm nhiễm dưới màng phổi

Khám chuyên khoa ung thư (Viện K)

Không thấy dấu hiệu ung thư tử cung hoặc ung thư vú

LỜI BÀN

Triệu chứng lâm sàng đặc hiệu là đau ở hệ xương: lồng ngực, cột sống, xương chậu... đau dai dẳng, không đáp ứng với các thuốc giảm đau, ngoài ra có tình trạng thiếu hồng cầu (Hb 83g/L), lắng máu cao (115/130mm), bạch cầu trung tính tăng..

Thương tổn đặc trưng nhất là các ổ tiêu xương trên hình ảnh chụp X quang và CT rải rác hầu khắp hệ xương: xương sườn, đốt sống, cánh chậu, cổ xương đùi... Những ổ tiêu xương này, thực chất là những u tủy xương (myeloma) nguyên phát chứ không phải là di căn vì đã loại trừ các khả năng ung thư nguyên phát mà thường gặp nhất là tử cung và vú.

BỆNH U XƠ THẦN KINH TYP 2 (NF 2) ĐƯỢC PHÁT HIỆN Ở MỘT TRẺ 4 TUỔI

Đặng Phương Kiệt

TRÍCH YẾU

Một bé trai 4 tuổi hoàn toàn khoẻ mạnh tự nhiên "điếc đặc" (điếc hoàn toàn) tuần tiến trong chừng một tháng, đồng thời liệt mắt và liệt nửa người, đã được nằm điều trị và thăm khám tại một số Viện Trung ương: Nhi Thụy Điển, Tai Mũi Họng, Bạch Mai..., được chụp não vi tính (CT) nhưng không xác định được chẩn đoán.

Cuối cùng bệnh nhi được thăm khám tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc Khánh được tiến hành chụp não cộng hưởng từ, được xác định là một U Xơ Thần Kinh TYP 2 (NF 2) và được xác nhận chẩn đoán qua giải phẫu tại Bệnh viện Saint Paul

Có lẽ đây là trường hợp NF2 rất hiếm gặp trên thế giới và lần đầu tiên được chẩn đoán ở Việt Nam, tại một cơ sở y tế tư nhân.

Ngoài việc mô tả, tác giả có bàn thêm về phân biệt giữa NF1 với NF2

MÔ TẢ LÂM SÀNG

H.K.H nam, 4 tuổi cha làm nghề thợ mộc, mẹ là nông dân, quê ở Yên Thành Nghệ An. Đến khám tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc Khánh ngày 22.9.98. Con 1/2 - tiền sử sản khoa bình thường, phát triển tâm vận động hoàn toàn bình thường.

Cách đây một tháng không rõ sốt, tự nhiên thấy đi hơi loạng choạng, hai ngày sau xuất hiện nôn kêu đau đầu và bắt đầu giảm sức nghe, nôn giảm dần nhưng nghe ngày càng kém tới mức hoàn toàn không còn nghe thấy gì, mặc dầu vẫn nói và nhận biết bình thường bằng các chức năng tri giác khác... ngoại trừ thính giác.

Khám (tại Viện Nhi Thụy Điển) ngày 10.9.98:

Không nôn, không kêu đau đầu, đi loạng choạng, chân phải hơi nhỏ hơn, vận động kém chân trái.

Trẻ hoàn toàn không đáp ứng bằng thính giác (điếc đặc).

Liệt mắt phải, phản xạ gân xương các chi phải tăng

Dấu Babinski âm tính (hai bên), không có rối loạn cảm giác, không rối loạn cơ tròn không rõ hội chứng tiểu não. Các cơ quan khác không có gì đặc biệt

Soi đáy mắt bình thường

Chụp Xquang xương sọ: khớp sọ giãn nhẹ, không rõ vết ấn ngón tay

Khám Tai mũi họng (viện TMH) màng nhĩ tai phải xung huyết nhẹ, mũi họng không viêm

Chụp CT não: hệ não thất bình thường

Khám tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc Khánh (21- 9 -98)

Những nhận xét lâm sàng như trên

Labo: sinh hoá máu. Glucose 4,58mmol/lit, Protit toàn phần 64g/l. A/G 11,07; cholesterol 5,23 mmol/l

Công thức máu: Bạch cầu 8.500, L 40%, Bạch cầu hạt 51

Nước tiểu: tỷ trọng 1.020, protein (-), bạch cầu rải rác

Chẩn đoán lâm sàng: Nghi U dây thần kinh số tám (chưa thấy dấu hiệu chèn ép thân não)

Chỉ định chụp não cộng hưởng từ

Kết quả chụp cộng hưởng từ MRI tại bệnh viện Hữu Nghị, ngày 21-9-98

Trên T₁WI thấy hai khối giảm cường độ tín hiệu gắn vào giây VIII hai bên, bên trái lớn hơn bên phải. Các khối này xuất hiện trên ảnh T₂W là hình đồng tính hiệu (isointense).

T₁WI sau tiêm thuốc thấy hai khối u giây VIII cả hai bên ngấm thuốc mạnh, bên trái lớn hơn bên phải. Tại thân não xuất hiện một ổ ngấm thuốc nhẹ hình vòng trên ảnh coronal, các hướng cắt không thấy rõ - có hình ngấm thuốc màng não thất và một số nhỏ dưới màng não thất thuộc hai não thất bên.

Kết luận: Hình ảnh Schwanoma dây VIII hai bên và nghi ngờ tổn thương nhỏ mới phát hiện ở thân não, dạng u xơ thần kinh typ II, kèm một số ổ nhỏ ở thân não thất ở dạng xo củ - Người đọc phim: Giáo sư Hoàng Đức Kiệt.

Bệnh nhi đã được tiến hành giải phẫu tại khoa phẫu thuật thần kinh bệnh viện Saint Paul:

Rạch da hình cong từ sau tai phải (P) qua u chẩm ngoài xuống giữa gáy đến C₂ khoan găm bờ xương chẩm P tới ngang xoang tĩnh mạch bên P - màng cứng bình

thường, mở màng cứng để lộ toàn bộ tiểu não P, ven tiểu não P vào trong và lên trên đi sát xương não P tới lỗ rách trước: thấy tổ chức u màu hồng nhạt sùi lấp hết lỗ rách trước xương đá - được xác định là u giây thần kinh số VIII phải.

Bóc tách cắt lấy tổ chức u bám vào màng cứng quanh lỗ rách trước xương đá, nạo vét hết tổ chức u, cầm máu, đã kiểm tra: hết chảy máu, để hở màn cứng

Người giải phẫu: Giáo sư Nguyễn Quang Bài.

LỜI BÀN:

Trong trường hợp này các dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh về thương tổn giải phẫu hoàn toàn đáp ứng các tiêu chuẩn của BỆNH U XƠ THẦN KINH TYP 2 (NF2 Neurofibromatosis Type 2) - nét đặc trưng của NF2 là u tế bào Schwan (Schwanomas) xuất hiện ở hai bên giây thần kinh thính giác ở hơn 90% số người mang gen này, gây điếc tuần tiến hoàn toàn cả hai bên.

Người ta còn nhận thấy những người mắc bệnh NF2 có một bẩm chất dễ xuất hiện các u màng não, u thần kinh đệm và các u tế bào Schwan của các giây thần kinh số và tủy sống: bệnh nhi này có dấu hiệu liệt mắt và liệt nhẹ vận động bên phải.

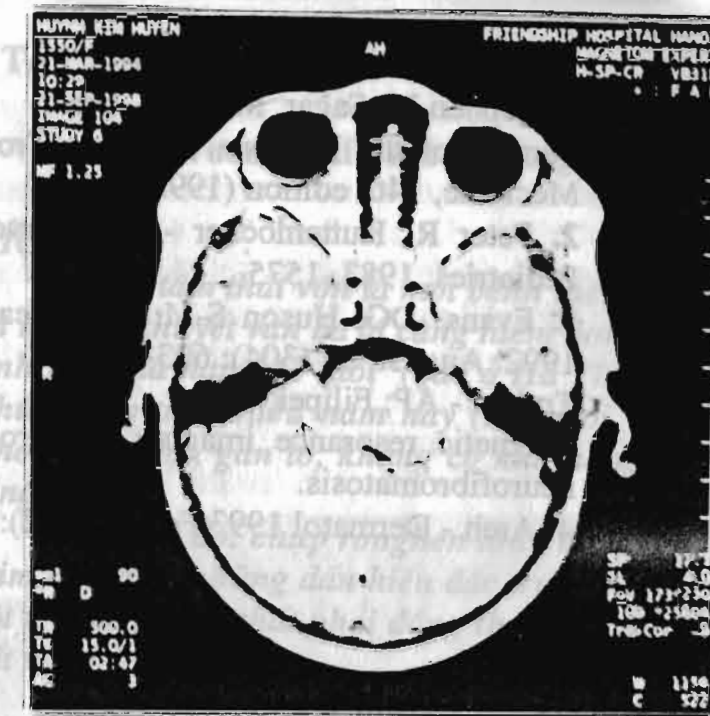
Ngoài ra có một tít đặc trưng đục thể thủy tinh - mờ thể thủy tinh dưới bao sau ở tuổi thiếu niên cũng thấy xuất hiện trong NF2.

Nên nhớ trong U XƠ THẦN KINH TÝP 1 (NF1), u tế bào Schwann và u tế bào xơ non (fibroblast) là những u lành xuất hiện trong những giầy thần kinh ngoại vi, thể hiện bằng những thương tổn sắc tố ngoài da gọi là các đốm màu cà phê sữa (Cafe au lait spots) đồng thời các u xơ thần kinh (Neurofibromas) thường xuất hiện ở các giầy thần kinh dưới da dưới dạng nhiều u nhỏ sờ thấy được, dai như cao su. Những u này thường không gây ra triệu chứng gì, trừ phi u phát triển trong một khoang kín như lỗ liên đốt sống chẳng hạn có thể gây hội chứng chèn ép rễ thần kinh. Người ta cho rằng nếu có ít nhất sáu đốm màu cà phê sữa đường kính trên 1,5cm thì có giá trị chẩn đoán NF1. NF1 còn mang tên bệnh Von Recklinghausen. Ngày nay người ta biết gen đột biến nằm trên thể nhiễm sắc 17, mã hoá một protein gọi là neurofibromin, enzym GTPase và là một gen ngăn chặn u. Do vậy bệnh nhân NF1 (đột biến gen NF1) dễ có nguy cơ xuất hiện các u ác tính của hệ thần kinh. Còn gen NF2 nằm trên thể nhiễm sắc 22q và có những tên gọi khác nhau: neurofibrin2, schwanomin.

Thông thường NF2 hay xuất hiện ở tuổi 30, trường hợp này ở trẻ 4 tuổi là thật sự hiếm, có lẽ là trường hợp đầu tiên (nhờ chụp cộng hưởng từ MRI) được phát hiện ở Việt Nam.



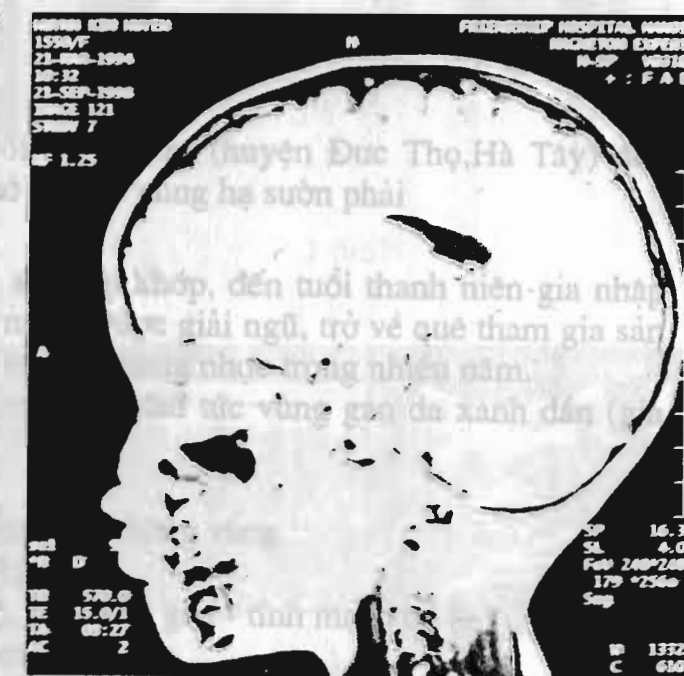
Hình 1



Hình 2



Hình 3



Hình 4

Hình 1: H-K-H + tuổi

Hình 2.3.4: Chụp cộng hưởng từ hai khối giả u thần kinh VIII (đỏ) và khối giả u nhỏ nằm ở thân não (xanh).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Stephen M. Sagar, Mark A. Israel.
Tumors of the Nervous System - Trong: Harrison; Principlé of International Mecicine, 14th edition (1998): 2004.
2. Peter R. Huttenlocher - The nervous system, trong Nelson's Textbook ở Pediatrics, 1983, 1575
3. Evans -DG, Huson S-M: A clinical of type 2 neurofibromatosis Q.J-Med. 1992 August; 84 (304): 603-18
Truhan - AP; Filipek - PA
Magnetic resorance imaging - Its role in the neuroradiologic evaluation of neurofibromatosis.
4. Arch - Dermatol 1993 Feb.; 129 (2): 219 -26

U TÂM THẤT & TẬT KHUYẾT VAN BA LÁ

Trương Quý Bình - Hoàng Thu Hà

TRÍCH YẾU

U nhầy tâm thất vốn là một bệnh hiếm gặp, lại kết hợp tật khuyết van ba lá càng hiếm hơn.

Bệnh nhân là nam, 43 tuổi (quê ở Hà Tĩnh) có hội chứng suy tim nhiều năm nay (mệt mỏi, phù, khó thở nhiều đợt, gan to, không có khả năng lao động nặng)

Các thăm dò: chụp ronghen lồng ngực, ghi điện tim cho thấy những dấu hiệu đặc trưng hướng về một u (nhày) tâm thất phải đồng thời có một tật khuyết van ba lá

Tác giả nêu lên giả thuyết: phải chăng sự kết hợp (ngẫu nhiên) tật khuyết van ba lá với quá trình hình thành một u nhày thất phải đã trở thành một cơ chế bù trừ về mặt huyết động khiến hội chứng suy tim (một hậu quả tất yếu do không được điều trị giải phẫu) xuất hiện muộn hơn.

MÔ TẢ LÂM SÀNG

Bệnh nhân N. S. N, nam 43 tuổi, nông dân (huyện Đức Thọ. Hà Tây) đến khám vì: mệt mỏi, hay phù mắt, khó thở và đau vùng hạ sườn phải

Bệnh sử

Ở tuổi thiếu niên không có tiền sử thấp khớp. đến tuổi thanh niên gia nhập quân đội làm nghĩa vụ quân sự trong 9 năm. Được giải ngũ, trở về quê tham gia sản xuất nông nghiệp, đảm nhiệm nhiều công việc nặng nhọc trong nhiều năm. Mấy năm gần đây, dần cảm thấy mệt mỏi, rồi đau tức vùng gan da xanh dần (gia đình cứ nghĩ là bệnh gan)

Khám thực thể

Thể trạng chung: dáng mệt mỏi, da niêm mạc không vàng

Mạch 100L/phút, huyết áp 110/70mmHg

Bụng: mềm, tức vùng gan, rung gan (+), phản hồi gan - tĩnh mạch cổ (+)

Nghe tim: tiếng thổi choán hết cả thì tâm thu

Chụp Xquang lồng ngực (Hình 1)

Rốn phổi hai bên đậm

Bóng tâm thất to cả 2 bên nhất là bên trái, mỏm tim đẩy lên cao

Tỷ lệ tim ngực 56%

Điện tâm đồ

Nhịp xoang nhanh tần số 105V/phút, góc $\alpha = -35^\circ$ trục trung gian, sóng Q nhỏ nhĩ phải, Bloc nhánh phải hoàn toàn.

Chụp siêu âm

Gan trái: Kích thước 11,8 x 6,3cm, gan phải 14,1cm nhu mô đều, túi mật kích thước bình thường, thành túi mật dày, trong ổ bụng có dịch

Tim (các hình 2,3 và 4)

Van động mạch chủ và van 2 lá bình thường, có khối đậm âm kích thước 5,0 x 4,5cm, $V = 45\text{cm}^3$ bám từ sàn nhĩ - thất tới vách liên thất, nằm gọn trong thất phải, đẩy vách liên thất sang trái, buồng thất phải dẫn Nhĩ phải 47 mm

Vận động nghịch thường vách liên thất rõ. Không thấy hình ảnh van ba lá Đường ra thất phải 22mm - Gốc động mạch phổi 21mm

Kết luận chụp siêu âm (5.11.1998)

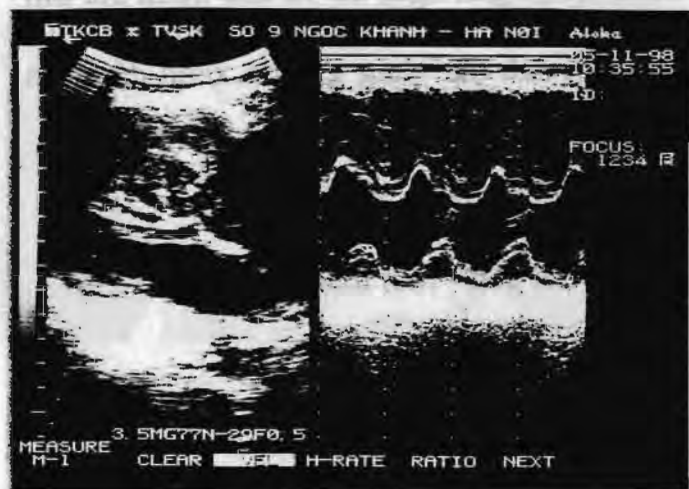
Khối u thất phải (có thể là u nhày) kèm tật khuyết van ba lá



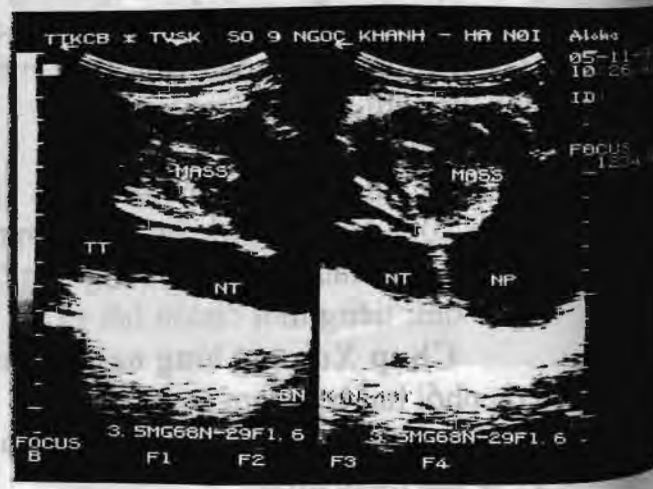
Hình 1



Hình 2



Hình 3



Hình 4

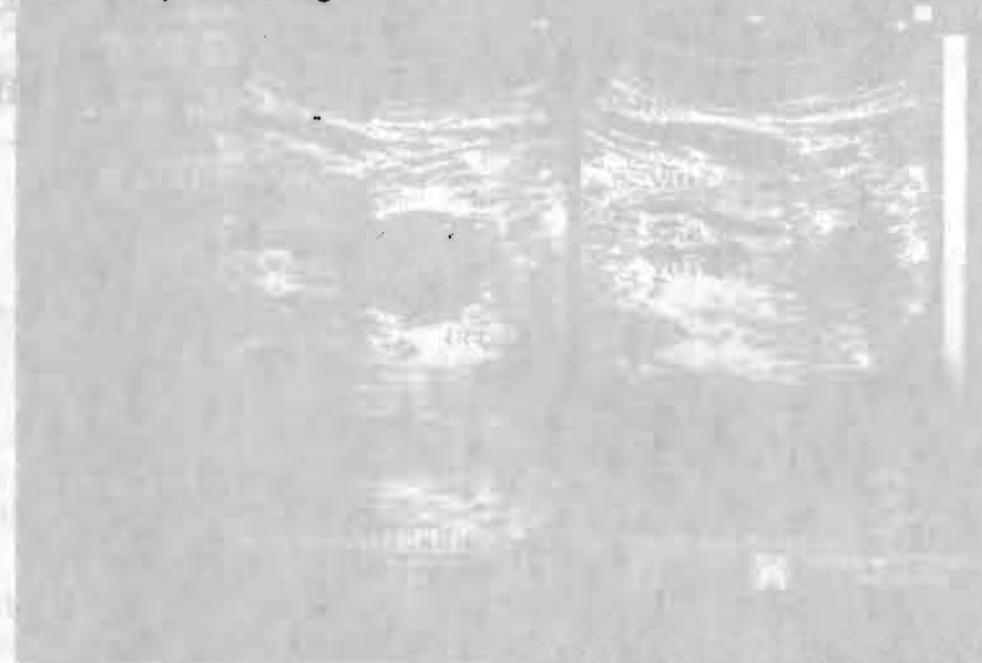
BÀN LUẬN

U nhày tâm thất là loại u hiếm gặp ở tim, ngược lại u nhày ở nhĩ thường gặp nhiều hơn, khó chẩn đoán, nếu chỉ dựa vào lâm sàng và phần lớn chỉ chẩn đoán được nhờ siêu âm được chỉ định trước một bệnh cảnh suy tim mà nguyên nhân chưa xác định

Trường hợp này không có tiền sử gì đặc biệt: từ nhỏ lớn lên bình thường, đến tuổi thanh niên nhập quân ngũ làm nhiệm vụ quân sự trong 9 năm, không lần nào phải vào viện. Sau giải ngũ, trở về quê làm nông nghiệp, xây dựng gia đình, đã sinh được 4 con

Mãi gần đây, không còn khả năng lao động nặng, người mệt mỏi, sức khoẻ suy sụp dần, tức vùng hạ sườn phải (triệu chứng ứ huyết ở gan), phù, khó thở từng đợt...là những triệu chứng đặc trưng của suy tim, người bệnh mới đi khám. Nhờ thăm dò hệ thống, nhất là kỹ thuật chụp siêu âm tim, nên phát hiện có u nhày tâm thất phải đồng thời có tật khuyết van ba lá.

Các u nhày ở tim chỉ có thể xử lý bằng giải phẫu, thế nhưng bệnh này đã tồn tại hơn 40 năm, trước đây vẫn sinh hoạt, lao động bình thường, sinh con đẻ cái, mãi gần đây mới dần dần xuất hiện hội chứng suy tim. Điều đáng chú ý nữa là, cũng qua chụp siêu âm tim lại phát hiện "không có van ba lá" Vậy phải chăng đây là một "cơ chế bù trừ" ngẫu nhiên? Vấn đề cần được làm sáng tỏ.



NANG GIẢ ĐẦU TUY (Phát hiện bằng chụp siêu âm)

Nguyễn Minh Phương

Bệnh nhân N. T. Ng. nữ 35 tuổi, C5 Giảng võ, đến khám ngày 10 - 1 - 1997 vì đau bụng

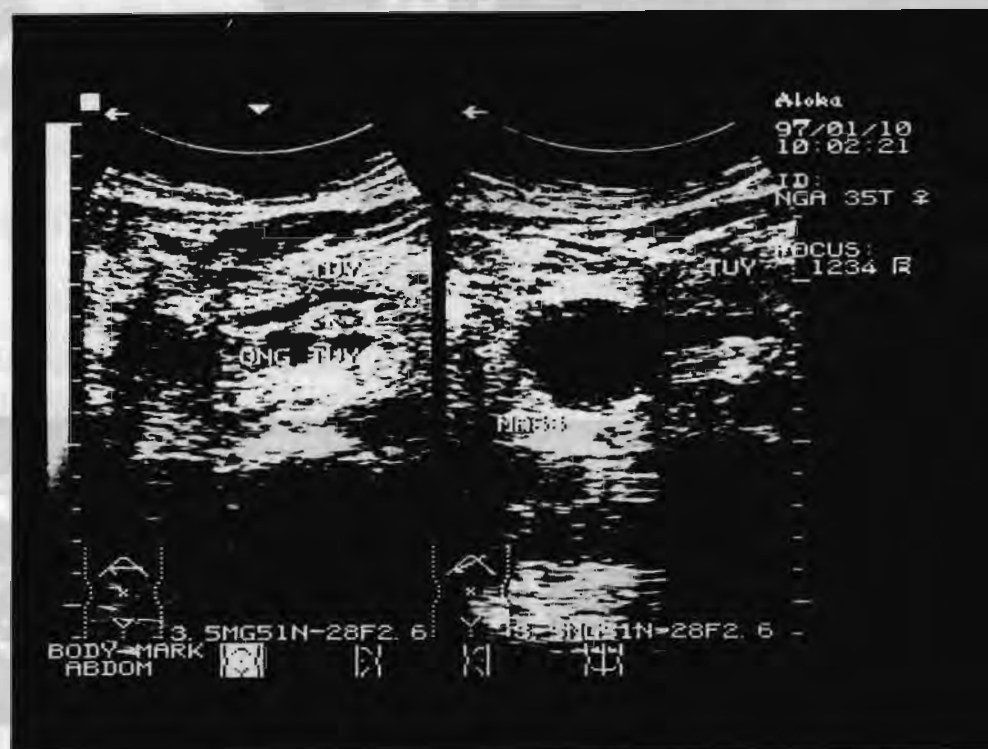
BỆNH SỬ

Bệnh nhân thấy đau bụng 3 ngày nay, đau từ bên trái vùng thượng vị xuyên ra sau lưng trái, đau liên tục mức độ vừa, ăn uống vào thấy đau tăng, ợ hơi nhiều, trung tiện bình thường, đại tiện không có máu mũi, ngày một lần
Tiền sử: cách đây 2 tháng mổ đẻ đồng thời mổ u xơ tử cung

KHÁM LÂM SÀNG

Da, niêm mạc bình thường, mạch 80 lần/ phút, thân nhiệt 37°C
Thành bụng mềm đều, nhiều hơi, quai ruột mức độ vừa. ấn đau vùng thượng vị sát mũi ức, khó xác định bờ gan (có vết sẹo thành bụng, đường trắng giữa dưới rốn)
Chưa xác định được nguyên nhân đau, dựa vào lâm sàng

CHỤP SIÊU ÂM CÁC TẠNG Ổ BỤNG



Gan: Kích thước và nhu mô bình thường, trong gan không có hình ảnh bất thường, túi mật và đường mật không dẫn. Tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch trên gan không dẫn

Tụy: Đầu và thân kích thước trong giới hạn bình thường, nhu mô giảm âm vang hơn bình thường, sát đầu tụy thấy một khối trống âm vang, kích thước gần 3,5cm x 3,6cm, thành rõ

Ống tụy chính dẫn 7mm

Đuôi tụy không xem rõ do nhiều hơi trong ác quai ruột

Hai thận hình ảnh bình thường

Ổ bụng không có dịch

Kết luận chụp siêu âm: U nang đầu tụy

THỬ NGHIỆM HOÁ SINH

Amylas máu: 471đv/L

Amylase niệu: 2380đv/L

Chuyển bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Ngày 12.1 1997: Amylase máu 557đv/L

Amylase niệu 8260đv/L

CHỤP KIỂM TRA SIÊU ÂM (NGÀY 13.1.1997)

Tụy to toàn bộ, đầu tụy 3,4cm, thân 3cm, đuôi 3,3cm

Bờ tụy gồ ghề, nhu mô ít âm hơn bình thường

Ống tụy dẫn 8mm, vùng đầu tụy có hình khối dịch 3,3cm, thành rõ

Gan, đường mật, túi mật bình thường

Khoang Morrison, khoang lách - thận, túi cùng Douglas không có dịch

Kết luận: Viêm tụy, có nang giả đầu tụy

Ngày 16.1.1997: Amylase máu 175đv/L,

Amylase niệu 1064đv/L

CHẨN ĐOÁN RA VIỆN: Viêm tụy cấp ổn định

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘT TRƯỜNG HỢP VIÊM BAO QUANH KHỚP VAI

Bùi Tung

TRÍCH YẾU

Viêm bao quanh khớp vai (VBQKV) có nhiều thể, dạng: VBQKV có nốt vôi hoá ở gân cơ trên gai gần điểm bám tận, VBQKV có xơ cơ khối cơ delta, VBQKV có viêm quanh gân cơ nhị đầu trong, rãnh nhị đầu là chủ yếu, VBQKV có rách gân cơ xoay vai v.v.

Về điều trị VBQKV có thể có nhiều phương pháp cho kết quả tốt (hết đau, khôi phục được vận động khớp) như: điều trị bằng tia X, bằng siêu âm, bằng corticoid tại chỗ v.v.

Nhưng dù là phương pháp nào thì thời gian điều trị trung bình cũng không thể ngắn hơn vài ba tháng với điều kiện là bệnh nhân kết hợp tốt với thấy thuốc, điều trị tích cực và thường xuyên.

Dưới đây xin giới thiệu một trường hợp VBQKV đã được điều trị khỏi trong một thời gian không dài bằng phương thức điều trị kết hợp đơn giản: dùng thuốc NSAID (một thuốc chống viêm không Steroid), điện phân, điện xung và vận động khớp vai từng bước phù hợp với khả năng cố gắng của bệnh nhân:

Bệnh nhân Bùi Thị Ph., 49 tuổi, ở tập thể công ty sơn Thanh trì, đến khám tại trung tâm ngày 17.9.1998, với lý do đau và hạn chế cử động khớp vai trái.

Từ 1.5.98 bệnh nhân đã thấy đau và cử động khớp vai trái khó khăn, không dơ tay trái lên cao được, không ngoái tay được ra sau lưng. Chẩn đoán của một bệnh viện ở thành phố Hồ Chí Minh: viêm quanh khớp vai. Bệnh nhân được điều trị một đợt không rõ những thuốc gì, thấy có đỡ, nhưng vừa hết thuốc lại hoàn đau như cũ.

Sau trở về Hà Nội, vào viện Quân y 103 điều trị một đợt thuốc với cùng chẩn đoán như trên, kết quả vẫn là hết thuốc lại đau và cử động vai khó khăn trở lại.

Ngày 17.9.98 đến khám tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc Khánh: bệnh nhân đau toàn bộ vùng vai trái, đau lan toả xuống cánh tay trái. Một số động tác khớp vai trái bị hạn chế: dạng vai (dùng cả xương bả vai) chỉ được 70° do đó không đưa tay sờ tới đầu được nếu để cổ thẳng; - Không ngoái tay được ra sau lưng.

XQ: Không có hình nốt vôi hoá ở gân cơ quanh khớp.

Thừa xương nhẹ ở vùng máu chuyển lớn

Chẩn đoán: Viêm quanh khớp vai trái gây đau và hạn chế cử động khớp vai (đã kéo dài trên 4 tháng)

Điều trị

Không muốn dùng Corticoid tại chỗ ngay vì có một tỷ lệ không an toàn, nên đã dùng cho bệnh nhân

1. Lý liệu: Điện phân Canxi clorua 1% vùng vai (4mA - 20 phút) rồi điện xung (Chu kỳ ngắn + chu kỳ dài - 6' - điện cực đặt mặt trước - ngoài khớp vai trái) thời gian 5 ngày liền.

2. Thuốc: 5 ngày Apranax viên x 550mg 1v x 2lần/ ngày

Coltiamyl 2v x 2 lần/ ngày

Calcium 1000mg x 1v/ ngày

Vit. 3b 2v x 2lần/ ngày

3. Bệnh nhân được hướng dẫn tập các động tác vai trong mức đau chịu được (đưa tay ra trước + dơ tay lên cao, dạng ngang + đưa lên cao, xoay ngoái người ra sau lưng), tập chủ động là chính. Bệnh nhân không có điều kiện đi bơi để tập các động tác dưới nước.

Kết quả

Hết đợt 5 ngày điều trị, bệnh nhân thấy gần như hết hẳn đau.

Ngày 22/ 9, bệnh nhân được phép ngừng điều trị lý liệu và thuốc về nhà tiếp tục vận động khớp vai

7 tuần sau (ngày 26/11/ 98) bệnh nhân được kiểm tra lại

Kết quả: hết hẳn đau vùng vai, đã dễ dàng làm các động tác vùng vai, đưa tay lên cao, ngoái tay ra sau lưng (xem ảnh)

(Vì những lý do riêng, bệnh nhân chỉ đồng ý cho phép chụp ảnh từ phía sau)



Khoa Phục hồi chức năng
Trung tâm khám chữa bệnh và
tư vấn sức khoẻ Ngọc Khánh
Bệnh nhân Bùi Thị Ph. 49 tuổi
Viêm bao quanh khớp vai trái
(trên 4 tháng)
Các cử động khớp vai đã phục
hồi sau 5 ngày điều trị



LUỒNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN & VIÊM LOÉT GÂY XƠ CHÍT HẸP LỖ TÂM VỊ

Trương Quý Bình - Nguyễn Quốc Căn

TRÍCH YẾU

Một bệnh nhân nam, L.H. V. 43 tuổi được chẩn đoán là loét lỗ tâm vị (qua nội soi) được điều trị nội khoa liên tục ba năm tại nhiều bệnh viện (Bách Mai, Trung tâm y học công nghệ cao Hàng Quạt...) tốn phí nhiều nhưng ít thuyên giảm, ảnh hưởng ngày càng nặng đến sức khoẻ thể chất và tâm thần.

Lần cuối cùng bệnh nhân được chẩn đoán là hẹp tâm vị tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh và được khuyên điều trị bằng giải phẫu. Ba tháng sau khi giải phẫu sức khoẻ bệnh nhân được hồi phục gần như hoàn toàn.

MÔ TẢ LÂM SÀNG

Bệnh nhân L. H. V. 43 tuổi, lái xe, huyện Gia Lâm, bị chứng nuốt nghẹn và thỉnh thoảng nôn ra ít thức ăn kéo dài đã 3 năm, thời gian gần đây sút tới 4 kg đã đi khám lần lượt qua nhiều bệnh viện và cơ sở Y tế: Bạch Mai, Viện quân Y 108, bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, phòng khám Lương Y Trung Quốc (Hàng Bài) được tiến hành nội soi tiêu hoá nhiều lần.

Riêng năm 1998, bệnh nhân được tiến hành nội soi thực quản dạ dày 3 lần tại bệnh viện Hữu nghị, với chẩn đoán: Viêm loét lỗ tâm vị, viêm hang vị - hành tá tràng.

Hai tháng gần đây, bệnh nhân đến khám tại Trung tâm Y học công nghệ cao (Hàng Quạt) cũng bằng điều trị nội khoa như các bệnh viện trước. Bệnh nhân chỉ thấy được thăm khám bằng nội soi mà chưa lần nào được chụp dạ dày - thực quản.

Bệnh nhân đến khám tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh ngày 4/9/1998 được tiến hành chụp thực quản - dạ dày (sau uống thuốc cản quang) kết quả cho thấy:

Toàn bộ thực quản giãn to, nhu động kém, tâm vị chít hẹp
(có lẽ do viêm loét xơ hoá)

Túi hơi dạ dày giãn to, gục ra sau, niêm mạc dạ dày và hành tá tràng có hình ảnh viêm, thuốc qua môn vị tốt (Hình 1)

SỎI THẬN VÀ CAO HUYẾT ÁP

Trương Quý Bình - Hoàng Thu Hà

Bệnh nhân Đ. V. H. nam, 38 tuổi, là một sĩ quan Công an, phục vụ tại một trại chup dạ dày tại bệnh giam P.Y, tỉnh Sơn La, có tiền sử Viêm dạ dày tá tràng hơn một năm (chup dạ dày tại Viện Quân Y 108 cho kết quả viêm hành tá tràng), đồng thời có tiền sử cao huyết áp (có lúc huyết áp 150/110 mmHg).

Gần đây có triệu chứng rối loạn tiêu hoá, ngày đại tiện 3 - 4 lần, phân lỏng nhón, một tháng nay kêu đau vùng gáy.

KHÁM LÂM SÀNG.

Tổng trạng bình thường, mạch 80, HA 140/90 mmHg, nghe tim phổi không phát hiện được gì, sờ bụng: mềm, dấu hiệu rung thận (Paternas ky) +++

CÁC THỬ NGHIỆM LABÔ

Công thức máu: trong giới hạn bình thường

Nước tiểu: pH 5, Protein (-), Glucoza (-),

Hồng cầu +++, bạch cầu +++, Tinh thể phosphat+++,

Sinh hoá máu: Bun 3,9 milimol/l, Creatinine 85 mcromol/l

Điện tâm đồ: nhịp xoang, trục xu hướng trái. T dẹt ở D3, AVL

Theo dõi thiếu năng mạch vành

Chup siêu âm: Thận trái dẫn to, nhiều sỏi ở đài bể thận

Thận phải: dẫn bể thận, có nhiều sỏi

Chup ronghen: Dạ dày - tá tràng: loét hành tá tràng

Cột sống cổ: thoái hoá cột sống cổ, hẹp khe khớp C4 - C5,

Gai xương C4 - C5, vôi hoá C4 - C5

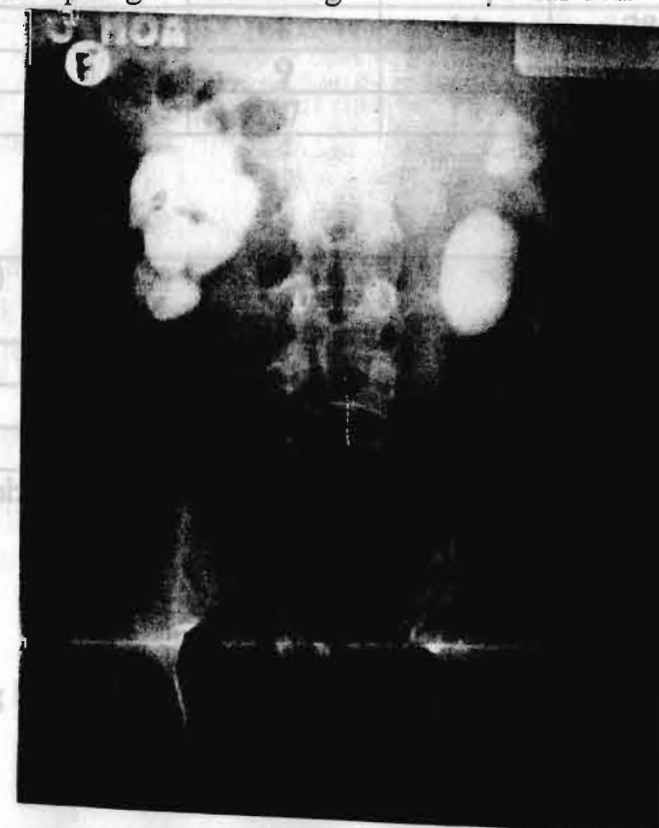
Ổ bụng: nhiều hình cản quang to nằm trong đài bể thận hai bên

Giới	Loại	III	IV	Tổng
Nam	4			
Nữ	0			
Tổng số	4			

Bảng 2: Phân loại theo tuổi bệnh

Tuổi	20 - 40
Chup ronghen bụng tại	
Trung tâm Ngọc khánh:	12
Hình ảnh sỏi thận hai bên	7
Tổng số	19

Biểu chứng: Chảy máu thứ ph
Nhiễm trùng
Hẹp hạn môn
Triệu phát
Không hết qua
Các triệu chứng



Hình 1 (trước mổ)



Hình 2 (sau mổ)

Bệnh nhân được tiến hành giải phẫu tại bệnh viện Giao thông (ngày 21/9/1998), theo phương pháp Heller (mở thông tâm vị thực quản - esophagocardiomyotomy) Ba tháng sau mổ bệnh nhân mất hoàn toàn triệu chứng nghẹn và nôn, tăng thể trọng 4kg, sức khỏe phục hồi tốt.

Chup lại thực quản: thực quản co bóp tốt, nhu động tăng, không còn hình ảnh dẫn như trước khi mổ (Hình 2)

LỜI BÀN

Nuốt nghẹn (dysphagia) là một triệu chứng đặc trưng của hẹp do loét (peptic stricture) thực quản. Nôn tự phát ra một ít thức ăn phản ánh luồng trào ngược dạ dày - thực quản (gastroesophageal reflux). Soi trực tiếp nhiều lần đều cho thấy lỗ tâm vị viêm loét. Kết quả chup ronghen là một hình ảnh đặc trưng của loét tâm vị xơ hoá (do viêm mạn tính) làm chít hẹp tâm vị và dẫn thực quản

Sau khi tiến hành giải phẫu bằng thủ thuật mở thông tâm vị - thực quản (phương pháp Heller), các triệu chứng nuốt nghẹn và nôn ra thức ăn không còn nữa.

Có lẽ đây là một ca điển hình luồng trào ngược dạ dày - thực quản và viêm thực quản gây xơ chít hẹp lỗ tâm vị

LỜI BÀN

Bệnh nhân Đ. V. H. từ lâu đã mang trong mình nhiều thực thể bệnh lý

- Cao huyết áp
- Sỏi thận
- Loét tá tràng
- Thoái hoá cột sống

Nhưng mãi đến nay mới khám phá được đầy đủ. Phải chăng việc thăm khám tại các cơ sở y tế trước đây sơ sài chưa vận dụng các kỹ năng lâm sàng và các kỹ thuật labo có thể có trong tay?

Trong bốn thực thể bệnh lý nói trên, ít ra cũng có hai: cao huyết áp và loét tá tràng hiện nay được nhiều nhà y học xếp vào khung các chứng bệnh tâm thể (psychomatic disorders),

Ngoài ra, các triệu chứng rối loạn tiêu hoá gần đây, theo lời khai của bệnh nhân (đại tiện nhiều lần, phân lỏng nhão...) có thể được xem là hội chứng ruột kết (colopa thie chronique) hội chứng này cũng được xếp vào chứng tâm thể.

Bệnh nhân là một cán bộ công an đang phục vụ tại một trại giam ở một tỉnh biên giới phía bắc, vậy liệu điều kiện nghề nghiệp này có thể gây ra một stress mạn tính khả dĩ dẫn tới các chứng bệnh tâm thể như trên được chăng?

Rất tiếc, câu hỏi này chưa có lời đáp, vì chưa có điều kiện khai thác đầy đủ tiền sử bệnh, các yếu tố tâm lý - xã hội và môi trường mà bệnh nhân đã trải nghiệm.

Có thể lý giải như thế nào trên cùng một người bệnh lại thấy xuất hiện các bệnh lý nói trên? cái gì là tiên phát, cái gì là thứ phát? Cao huyết áp là một phản ứng hay một bệnh? Liệu có liên quan đến sỏi thận không, trong khi chưa có dấu hiệu suy thận.

Nhiều vấn đề còn bỏ ngỏ...

ĐIỀU TRỊ TRĨ BẰNG SÓNG CAO TẦN KẾT HỢP TIÊM GÂY XƠ HOẠI TỬ TRĨ

Nguyễn Thế Thịnh

Trĩ là một bệnh phổ biến - gọi là TRĨ NỘI vì liên quan đến đám rối tĩnh mạch trĩ trên, TRĨ NGOẠI liên quan đến đám rối tĩnh mạch trĩ dưới. Do nhiều nguyên nhân khác nhau, chủ yếu do các tập quán sinh hoạt (cuộc sống tĩnh tại, táo bón, thuốc lá...) trĩ có thể gây nhiều biến chứng gây trở ngại cho sinh hoạt hoặc sức khỏe như sa trĩ, chảy máu, nhồi máu, nhiễm trùng, loét..

Về mặt điều trị đã có nhiều phương pháp như: đông y, uống thuốc làm bền mạch, cầm máu, đặt thuốc tại chỗ, tiêm huyết thanh nóng, bôi khô trĩ, thắt vòng cao su... Phương pháp phẫu thuật cắt bỏ búi trĩ, thắt trĩ gây hoại tử tuy đem lại kết quả ngoạn mục, ít tái phát song lại có nhiều phiền phức: đau đớn, chăm sóc hậu phẫu nặng nề, lành bệnh kéo dài, chưa kể một số biến chứng như hẹp hậu môn, chảy máu sau mổ, hậu môn ướt, đại tiện không tự chủ...

Đó là lý do khiến chúng tôi ứng dụng một phương thức trị liệu mới là dùng máy cao tần (WD-II) kết hợp tiêm xơ gây hoại tử trĩ. Có 43 trường hợp bệnh trĩ (từ độ I đến độ IV) đã được điều trị bằng kỹ thuật nói trên, tại Phòng điều trị Trĩ của Trung tâm Khám chữa bệnh và Tư vấn sức khỏe Ngọc Khánh từ tháng 8 đến tháng 12 năm 1998

KẾT QUẢ:

Bảng 1: Phân loại bệnh (tổng số 43)

Loại bệnh	I	II	III	IV	Tổng
Giới					
Nam	4	2	8	14	28
Nữ	0	6	9	0	15
Tổng số	4	8	17	14	43

Bảng 2: Phân loại theo tuổi bệnh

Tuổi	20 - 40	41 - 60	> 60
Giới			
Nam	12	13	3
Nữ	7	6	2
Tổng số	19	19	5

<u>Biến chứng:</u>	Chảy máu thứ phát	01
	Nhiễm trùng	0
	Hẹp hậu môn	0
	Trĩ tái phát	01
	Không kết quả	01
	Các triệu chứng khác	chưa gặp

Phương pháp điều trị:

Dùng máy WD -II đơn thuần 23 ca
 Máy WD -II + tiêm xơ hoại tử 20 ca
 Số lần điều trị 2 -12 lần. Trung bình từ 6 - 8 lần
 Kết quả điều trị: Khỏi 40
 Không khỏi 3

NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

Phương pháp dùng máy cao tần và tiêm xơ gây hoại tử điều trị trĩ là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện và có thể áp dụng cho mọi loại trĩ và mọi lứa tuổi

Ít gây phiền hà, người bệnh vẫn sinh hoạt bình thường, không phải nằm viện, thời gian điều trị nhanh, một lần điều trị 10 - 20 phút

Sau thủ thuật thường bệnh nhân không đau, nếu có thì bệnh nhân vẫn chịu đựng được. Không cần dùng thuốc tê, giảm đau hay bất cứ một phương pháp giảm đau nào khác.

Ít hoặc không gặp các biến chứng thường gặp trong điều trị trĩ như các phương pháp ngoại khoa khác. Tuy nhiên vẫn khó tránh một số biến chứng như:

01 trường hợp chảy máu thứ phát

Bệnh nhân nam 37 tuổi chẩn đoán trĩ độ 2, chảy máu kéo dài, phương pháp điều trị: máy cao tần + tiêm hoại tử, đã được xử lý khâu cầm máu. Nguyên nhân là do tiêm hoại tử vào trĩ còn non, tổ chức xơ hoá ít, tiêm sâu: kết quả gây hoại tử sâu dẫn đến chảy máu.

02 trường hợp không kết quả và tái phát do điều kiện bệnh nhân ở xa (trên 70km), bệnh nhân không điều trị liên tục. Hơn nữa sau khi làm thủ thuật bệnh nhân lại đi một quãng đường dài như vậy (thường ít hoặc không kết quả).

MỘT CA HIỂM GẶP**ÁP XE CỤC DƯỚI THẬN****Trần Tấn Thắng****TRÍCH YẾU**

Một bệnh nhân nữ 30 tuổi, có triệu chứng đau vùng đại tràng lên, đã được điều trị tại một cơ sở điều trị tại Hải Phòng được chẩn đoán lâm là áp xe gan và không phát hiện được sỏi thận.

Bệnh nhân đến khám tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh, được chẩn đoán là áp xe cục dưới thận phải, kèm sỏi thận nhờ vận dụng tốt kỹ năng lâm sàng kết hợp với các kỹ thuật hình ảnh có hiệu quả (chụp siêu âm đồng thời chụp Xquang).

Bệnh nhân bắt đầu được cải thiện nhờ liệu pháp kháng sinh đặc hiệu

GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

Bệnh nhân Trần Thị B. , nữ 34 tuổi, giáo viên cấp I tại huyện Cát Hải (Hải Phòng), tạm trú tại 311/A4 Nam Thành Công, đến khám vì lý do đau vùng đại tràng lên.

Bệnh sử: Bệnh nhân nằm điều trị 25 ngày tại viện Quân Y 7, Hải Phòng, ra viện đầu tháng 11/1998, được chẩn đoán là áp xe gan (dựa vào chẩn đoán chụp siêu âm của bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng)

Khám lâm sàng (ngày 1/12/1998)

Đau tại vùng đại tràng lên, không xác định được điểm đau rõ rệt tại vùng này cũng như vùng hố thất lưng. Nếu cho là "Áp xe gan" thì vị trí đau này có vẻ thấp hơn

Khám gan: không to, rung gan không đau

Khám tim phổi: bình thường

Các test labô

Công thức máu: bạch cầu không cao, Hemoglobin 191g/L

Tiểu cầu 456.000, tốc độ máu lắng 115/130

Sinh hoá máu: SGOT, SGPT, Bili trực tiếp, Glu, Bili toàn phần, Cretinine đều bình thường, HBsAg (-)

Nước tiểu: Protein 30mg/L, Bạch cầu 10/μl

Chụp Xquang ngực bình thường

Chụp siêu âm khoang bụng, phát hiện một ổ áp xe tại cực dưới thận phải và sỏi thận hai bên. Hình ảnh gan bình thường



Hình ảnh một ổ áp xe tại cực dưới thận phải

ĐIỀU TRỊ

Zinacef 1500mg x 5 ngày

Mictasol bleu 5 viên x 10 ngày

Khám lại ngày 7/12/1998

Bệnh nhân cảm thấy đỡ đau (tới 7/ 10), không còn đau khi vận động, ngồi hoặc nằm, tuy vẫn còn đau khi ấn vào vị trí cũ.

Chụp lại siêu âm: hình ảnh tương tự như lần trước

Chụp rơnghen bụng không chuẩn bị

Tư thế thẳng: không phát hiện thấy gì

Tư thế nghiêng phải: thấy một hình ảnh cản quang tại ngay bờ trên và trước L3 khoảng 1,5cm, có khả năng một sỏi thận

Bệnh nhân được tiếp tục dùng trị liệu kháng sinh.

LỜI BÀN

1. Dấu hiệu lâm sàng: đau tại vùng đại tràng lên (gan không to, rung gan âm tính) kết hợp với chụp siêu âm và chụp rơnghen cho phép khẳng định đây là một áp xe cực dưới thận phải có kèm sỏi thận. Điều ngộ nhận là áp xe gan trước đây tại các cơ sở điều trị tại Hải Phòng có lẽ là do không nhận định đúng về lâm sàng và về hình ảnh chụp siêu âm

2. Người ta đã nói tới mối liên quan giữa sỏi thận và áp xe thận theo Dori F.Zalenik và cộng sự⁽¹⁾ thì có tới 20 đến 60% số bệnh nhân áp xe quanh thận thấy có sỏi

(¹) Harsison's PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE, International Edition, 1998: 795 - 796

thận. Trước kỷ nguyên kháng sinh hầu hết các áp xe thận và quanh thận đều xuất phát từ đường máu, tác nhân chính là tụ cầu vàng. Ngược lại, hiện nay hơn 75% các áp xe thận và quanh thận là xuất phát từ một nhiễm trùng đường tiết niệu ban đầu. Nhiễm trùng đi lên từ bàng quang tới thận, trước hết gây ra viêm bể thận, từ đó vi khuẩn có thể xâm nhập trực tiếp nhu mô thận từ tuỷ đến vỏ thận.

Người ta cho rằng những kênh mạch máu tại chỗ cũng có thể tạo thuận lợi cho sự chuyển vận các vi khuẩn.

Trong trường hợp này, sự hiện diện của prtein - niệu và bạch cầu - niệu là bằng chứng của nhiễm trùng đường tiết niệu.

PHÁT HIỆN MỘT THIẾU SÓT TRONG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

Nguyễn Trọng Khiết

Bệnh nhân Ng. T. V. . nữ 62 tuổi đến khám ngày 13.3.1998, vì đau lưng

BỆNH SỬ

Ngày 31.10.1997, nạn nhân bị một chiếc xe máy (Honda) đâm ngang vào mông. bệnh nhân ngã ngồi trên mặt đường nền nhựa. Nạn nhân tỉnh nhưng đau lưng dữ dội, không ngồi dậy được, được đưa vào một bệnh viện, tại đây được chụp cột sống thắt lưng (CSTL) và được xử lý:

Nằm bất động

Cho thuốc giảm đau và thuốc chống phù nề

Sáu ngày sau, nạn nhân xin ra viện.

Thăm khám tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc Khánh (5 tháng sau)
(ngày 13.3.1998)

KHÁM LÂM SÀNG:

Nắn vùng L2 đau nhiều

Thử vận động CSTL đau tăng

Nửa thân dưới chưa có

rối loạn cảm giác, vận động

Chụp ronghen CSTL:

Sơ sánh với phim cũ chụp ngày
31.10.1997 (trước đó 5 tháng) thấy

Đốt L2

- Vỡ một phần ở phía trước

- Xẹp nhiều hơn

- Còn một mảnh xương rời gắn vào
phía trước L2

Cán L3 có một mảnh xương nửa trên
phim chụp ngày 31.10.1997 nay đã tiêu
(có lẽ vì không được nuôi dưỡng)

Tóm lại: tình trạng L2 xấu, xẹp nhanh
và nhiều hơn, có thể xẹp L2 được
giới thiệu về điều trị theo tuyến

Tại bệnh viện này, bệnh nhân đã được
hội chẩn có sự hiện diện của một

"chuyên gia chấn thương" và được điều trị bằng
Liệu pháp vật lý



Hình 1
Hình ảnh chụp ronghen
CSTL tại Ngọc Khánh

Chống loãng xương nhưng không bất động

Ba tuần sau được ra viện, tuy còn rất đau

Tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc Khánh bệnh nhân được chỉ định bất động CSTL và lưng bằng khuôn chất dẻo. Từ đó bệnh nhân đỡ đau, vận động bình thường

KẾT LUẬN

Lẽ ra nạn nhân cần được bất động và cố định sớm hơn, nhằm ngăn chặn L2 không tiến triển xấu hơn, với nguy cơ có thể bị xẹp hoàn toàn gây tàn phế.

HỆP BAO QUI ĐẦU

Phạm Đình Châu

Đầu dương vật (DV) giống hệt đầu con rùa nên gọi là qui đầu, bao giờ nó cũng được phủ kín hoàn toàn bằng một lớp da, khi kéo lớp da này lên, qui đầu dần dần lộ ra. Khi lộ hoàn toàn thấy một ngấn hay một rãnh vòng tròn. Từ rãnh đó đến lỗ đái là qui đầu. Người lớn tự quan sát sẽ dễ dàng nhận ra.

Một số trẻ em, khi kéo da lên thấy một lỗ nhỏ xíu, có khi chỉ bằng đầu tăm gọi là hẹp bao qui đầu. Khi chít hẹp, nếu không được xử trí sớm có nguy cơ nhiễm trùng dai dẳng, khi xơ dính chít hẹp nhiều hơn.

Nhiều trẻ em lúc đẻ ra đã hẹp bao qui đầu nhưng bố mẹ không biết, không để ý nên không phát hiện được. Nhiều thầy thuốc khám trẻ em ít quan sát bao qui đầu nên đã bỏ qua. Chỉ khi có một vài triệu chứng như trẻ khó chịu mỗi lần tiểu tiện, sốt dai dẳng do nhiễm trùng đường tiết niệu, lúc bấy giờ mới để ý tới.

Nhiều thanh niên, mãi đến khi kết hôn, vào tuần trăng mật, khi DV cương cứng, qui đầu lộn ra nhưng không thể lộn lại được, đau rát khi giao hợp hoặc chảy máu do rách bao quy đầu mới tới khám. Một số ung thư DV ở người lớn có tiền sử hẹp bao qui đầu do không được xử trí.

Việc điều trị không phức tạp:

- Với trẻ dưới 3 tuổi, chỉ cần gây tê tách rộng sau đó mở rộng tới khi nào lộn da lên trên dễ dàng. Rửa sạch, ngâm "chim" trong nước ấm, dùng thuốc chống nhiễm trùng, tập lộn dần dần để tránh dính trở lại.
- Ở trẻ lớn và người lớn, khi da dính vào mặt trong qui đầu, cần tiến hành cắt bỏ phần da thừa. Phẫu thuật thật đơn giản, cuộc mổ kéo dài chừng 30 phút, 6 ngày sau cắt chỉ

Trong 16 tháng, tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh 81 ca hẹp bao qui đầu đến điều trị ở các lứa tuổi khác nhau:

3 tháng - 2 tuổi: 18 ca
 3 tuổi - 6 tuổi: 21 ca
 7 tuổi - 14 tuổi: 16 ca
 >15 tuổi: 26 ca

Trong đó dưới 20% đến sớm, 50% đến muộn và 30% quá muộn. Tuy vậy 100% đã được xử trí với kết quả tốt. Một trường hợp cháu bé 8 tháng tuổi sốt kéo dài 4 tháng, điều trị bằng đủ loại kháng sinh, cấy nước tiểu, cấy máu nhưng "quên" không khám và không phát hiện được chít hẹp da bao qui đầu - nguyên nhân của nhiễm trùng đường tiết niệu. Sau khi tách rộng phần da hẹp, cháu hết sốt và khỏi hoàn toàn.

PHẦN II TƯ VẤN TÂM LÝ LÂM SÀNG

TƯ VẤN TÂM LÝ LÂM SÀNG

Đặng Phương Kiệt

Tư vấn tâm lý lâm sàng (Clinical Psychological Counselling) là một dịch vụ lần đầu tiên được thực hiện tại một cơ sở y tế tư nhân - Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh

Bài này trình bày những trải nghiệm của tác giả về loại dịch vụ này, trong khoảng thời gian 1997 - 1998

1. Tổng quát các lứa tuổi, nam và nữ (Bảng 1)

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Chung
≤ 12 tháng	5	2	7
2 - 5 tuổi	18	5	23
6 - 15 tuổi	22	11	33
18 - 20 tuổi	4	4	8
21 - 30 tuổi	45	23	68
31 - 40 tuổi	23	8	31
41 - 50 tuổi	11	5	16
51 - 60 tuổi	10	3	13
61 - 70 tuổi	3	1	3
> 70 tuổi	4	1	5
Tổng cộng	145	62	207

Chung cho các lứa tuổi, nam nhiều gấp hơn hai lần nữ, trẻ em từ 15 tuổi trở xuống chiếm chừng một phần ba bệnh nhân, gần một nửa (99/207) thuộc lứa tuổi trưởng thành còn trẻ (21 - 40 tuổi)

2. Những dịch vụ tư vấn liên quan đến trẻ em.

- Nhóm tuổi dưới 12 tháng: cha mẹ quan tâm đến nguyên nhân suy dinh dưỡng không phải do thiếu ăn, đến một số dị tật như Down (9 tháng), tắc mật (3 tháng), thận đa nang (3 tháng) gây lo hãi cho các bà mẹ.

- Nhóm từ 2 - 5 tuổi: đáng kể là những trường hợp chậm phát triển tâm thần, vận động, chậm lớn, chậm phát triển giao tiếp bằng ngôn ngữ. Một bé gái 3 tuổi thuộc cả một bài hát nhưng không thích giao tiếp ngôn ngữ với bố mẹ vì bố mẹ đi làm cả ngày để con một mình trước màn truyền hình nhiều giờ. Một ca béo phì 3 tuổi cân nặng lúc đẻ 3 kg, hiện nay 22,5kg. Một bé trai 3,5 tuổi tự gây khoái cảm tình dục (masturbation) thích cưỡi lên lưng bố, hoặc cưỡi lên thành ghế làm các động tác giống như giao hợp, "chim cứng lên" toát mồ hôi² khiến bố mẹ rất lo sợ

² Giống nhân vật "Em chã" trong tiểu thuyết: "Số đỏ" của Vũ Trọng Phụng (1936): "Trên lưng người đàn bà (người vú nuôi - ĐPK), cậu bé khổng lồ ấy còn ngày ngó rún rẩy bắt chước người cưỡi ngựa miệng kêu: "Nhong! Nhong! Nhong!" (trang 31)

Một em bé 4 tuổi có các cơn hoảng sợ ban đêm, một em khác 5 tuổi có biểu hiện tự toả (Autism).. Ngoài ra một vài trường hợp nôn dài dằng, chán ăn có thể do nguyên nhân căng thẳng tâm lý.

- Nhóm tuổi 6 - 15: Ngoài 3 ca béo phì (9 tuổi: 42,5kg) 11 tuổi nặng 52kg có kèm tăng huyết áp 140/90 mmHg; 23 tuổi nặng 68kg và hai trường hợp gầy sút (không phải do thiếu ăn) 7 tuổi nặng 17kg; 13 tuổi nặng 22 kg, thì nổi bật là những biểu hiện tâm thể (5 ca) với chứng đau bụng dai dẳng, trong số này một em 7 tuổi bị loét dạ dày, một em gái 8 tuổi được xem là do sốc văn hoá (vì thay đổi đột ngột hai môi trường văn hoá khác nhau là Hoa Kỳ và Việt Nam). Hầu hết các chứng tâm thể này đều bắt nguồn từ sức ép phải học tập quá căng thẳng do bố mẹ áp đặt.

Một em trai 16 tuổi bỏ nhà theo băng nhóm, uống rượu vì lý do xung đột giữa hai cha mẹ và bị người cha xúc phạm

Một em trai mười tuổi được mẹ quá chiều, gần bó quá chặt với mẹ, có những biểu hiện phức cảm Oedipe như luôn bám lấy mẹ, đêm phải ngủ với mẹ, sờ "tì" mẹ

Một số trường hợp khác: háu động, thủ dâm, đái dầm, mộng du, dậy thì sớm.. gây lo lắng cho các bậc cha mẹ

Một em trai 15 tuổi có biểu hiện loạn tâm thể hưng cảm, đẻ non 2000

3. Những dịch vụ tư vấn liên quan đến phụ nữ

Nổi lên hàng đầu là các chứng trầm nhược (depression) chiếm tới hơn 30% (23/62) các trường hợp đến tư vấn.

- Lý do chính đến tư vấn là chứng đau nhức mãn tính dai dẳng (có khi hàng chục năm) tại nhiều bộ phận như đầu đầu, đau ngực (kèm những cơn đánh trống ngực) đau mình mẩy, đau cơ, xương, khớp, đau bụng đã thăm khám tại hầu hết các trung tâm Y khoa (bệnh viện Bạch Mai, Việt Đức, Hữu Nghị, Đông Y..) thực hiện đủ các kỹ thuật la bô hiện đại (hoá sinh, siêu âm, chụp CT, MRI..) nhưng không phát hiện được thương tổn thực thể nào

- Ngoài các biểu hiện "đau chức năng" nói trên mà hiện nay được xem là các chứng tâm thể (psychosomatic disorders), còn có các triệu chứng: mất ngủ (có khi thường xuyên phải uống thuốc ngủ hàng tháng, hàng năm), giảm trí nhớ, giảm năng xuất lao động, giảm mọi hứng thú cá nhân kể cả hứng thú tình dục, giảm sức thèm ăn dẫn tới sụt cân nghiêm trọng (trung bình giảm 20% thể trọng vốn có) có khi giảm tới 40% (bệnh nhân N. N. L. 44 tuổi, giảm tới 26kg, trước đây nặng 64kg)

- Một số trường hợp vì căng thẳng (stress) mãn tính kéo dài không được giải toả, đã trở nên cáu gắt, giận dữ, thậm chí đập phá các đồ dùng trong nhà..

- Nguyên nhân phổ biến là lao động quá căng thẳng để bắt kịp nhịp độ khẩn trương của cơ chế thị trường trong cuộc mưu sinh cho gia đình. Nhiều trường hợp nguyên do chính lại là tình trạng lo lắng căng thẳng trong đời sống nội tâm bắt nguồn từ những bất hoà xung đột, khi ngấm ngấm lúc dữ dội, trong cuộc sống hôn nhân (nhiều trường hợp có chồng ngoại tình, nhất là khi người vợ đã sang tuổi mãn kinh nhưng không biết cách hấp dẫn người chồng), có trường hợp bị chồng hành hạ thường xuyên nhưng vẫn sống cam phận

Lý do thứ hai dẫn đến tư vấn là những trở ngại trong quan hệ tình dục: không thấy có khoái cảm, thường do chồng xuất tinh sớm, không được chồng đáp ứng nhu cầu tình dục và nhược dương (impotent), thậm chí có những trường hợp tuổi xấp xỉ 30,

tuy đã có con nhưng sống ly thân, tìm đến một người đàn ông khác (ngoại tình) rồi ly hôn.

Một số trường hợp khác là những cặp vợ chồng trẻ mới kết hôn hoặc phụ nữ sắp kết hôn hỏi về các biện pháp tránh thai, muốn đẻ con (trai) theo ý muốn, hoặc mới có thai nhưng mắc một bệnh nghi do virus có nên huỷ thai không? Chồng đã ngừng thuốc chống ung thư có nên có thai nữa không? Người yêu có HBsAg (+) có nên kết hôn không?..

4. Những lý do tư vấn liên quan đến nam giới

- Sáu mươi phần trăm nam giới (61/100), tuổi từ 18 đến 76 (70% trong số này: 67/100 thuộc lứa tuổi từ 21 - 40) đến tư vấn về đủ loại các lý do, ngoại trừ quan hệ tình dục

Tương đối thường gặp nhất (14 trường hợp) là trạng thái trầm nhược do stress mạn tính nghề nghiệp (work stress) gây ra các chứng bệnh tâm thể (tương tự như ở nữ giới đã mô tả ở trên)

Tiếp theo là các chứng nhiễu tâm (neurosis): ám sợ, tự ty và phức cảm Cedipe (một thanh niên 23 tuổi, quá gần bó với mẹ, mẹ che chở quá mức, bố không đóng vai trò đồng nhất hoá cho con trai, trong vô thức nảy sinh muốn lấy mẹ là vợ khi bố chết đi)

Ba trường hợp nghiện ma túy (tuổi 20 đến 22) gia đình đưa đến xin tư vấn chống tái nghiện; một ca nghiện rượu (38 tuổi) vì bất mãn sâu sắc với số phận (đối xử bất công)

Bốn thanh niên chưa kết hôn (tuổi từ 22 đến 34) đã quan hệ với gái mãi dâm: 2 mắc bệnh viêm niệu đạo, 2 yêu cầu kiểm tra lại HIV trong máu (sau 1 - 2 tháng tiếp xúc)

Một trường hợp khác có rối loạn giấc ngủ thường có các cơn ác mộng (một ông già 76 tuổi) số giờ ngủ rất ít không quá 4 giờ/ một đêm (2 người đều 40 tuổi)

Hai thanh niên chưa kết hôn muốn biết người yêu có thai hay chưa, một muốn biết còn màng trinh hay không?

- Tư vấn về quan hệ tình dục (QHTD) chiếm xấp xỉ 40% số trường hợp nam giới (39/100) đến tư vấn

15 trường hợp chủ yếu vì "bất lực", còn gọi là nhược dương (impotent) mà thực chất là yếu cương cứng³, 2/3 trong số này thuộc lứa tuổi 26 - 30, 1/3 tuổi từ 51 - 60 phần lớn đã kết hôn. Có hai trường hợp bất lực tiên phát, đều chưa kết hôn (tuổi từ 27 đến 28) số còn lại là bất lực thứ phát (tất cả đều đã kết hôn và đã sinh con), trong số này 4 người vừa bất lực vừa kèm xuất tinh sớm, một số trường hợp định lượng testosterone trong máu thấy ở mức thấp (0,41 đến 5,31 mmol/L)

Trong số 34 trường hợp xuất tinh sớm, thì một nửa thuộc lứa tuổi 21 - 30 chưa kết hôn và hầu hết trong số này có quan hệ tình dục một hoặc nhiều lần với gái mãi dâm (ở trong nước, cũng như ở nước ngoài như Nga, Tiệp, Đức trong thời gian đi lao động hợp tác)

³ thường được gọi là Erectile Dysfunction (thuật ngữ tiếng anh)

- Một thanh niên 22 tuổi một lần cùng với một người bạn lần lượt QHTD với một gái mãi dâm tại một chòi canh hoa màu một vùng ven đô, một lần khác QHTD với một bạn tình trên một mô đất bên hồ Hoàn Kiếm vào lúc 2 giờ sáng cả hai lần lượt đều xuất tinh sớm
- Một đàn ông 28 tuổi, có vợ một con đến tư vấn và xuất tinh sớm: Vợ chồng anh sống chung trong một căn phòng diện tích chừng hơn 15m², cùng với hai bố mẹ và một cặp vợ chồng người anh (ở một góc). Hai vợ chồng anh ta ngủ trên gác xép, luôn có tâm trạng lo hãi vì gây ra tiếng động trong cả căn buồng khi "quan hệ" với nhau khiến tinh thần bị ức chế và xuất tinh nhanh.

Có 3 trường hợp tính dục đồng giới (homosexual) một 19 tuổi được mẹ quá chiều và mâu thuẫn với bố, một là sinh viên Y khoa (20 tuổi)⁴, một 38 tuổi có vợ và 2 con

LỜI BÀN

- Những dịch vụ tư vấn được mô tả khái quát trên đây, diễn ra tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh, trong vòng 2 năm gần đây phản ánh trong một chừng mực nhất định, những nhu cầu của người dân muốn được giải toả những căng thẳng tâm lý, đã tồn tại nhiều tháng thậm chí nhiều năm, ảnh hưởng ít nhiều nghiêm trọng đến sức khoẻ thể chất và tâm thần, đến chất lượng cuộc sống, không chỉ cho từng cá nhân mà phần lớn cho cả cuộc sống gia đình, nhưng các cơ sở khám chữa bệnh hiện nay chưa đáp ứng được, kể cả trong khu vực Y tế nhà nước.
- Thực trạng trên đây, thông qua các lý do đến tư vấn, có thể được xem là một bức tranh thu nhỏ mô tả những nét đặc trưng, không phải của các bệnh tâm thần theo ý nghĩa kinh điển, mà là những phản ứng tâm lý xã hội, như các chứng tâm thể, các biểu hiện nhiễu tâm, trầm nhược phần lớn bắt nguồn sâu xa từ những stress mãn tính, dai dẳng diễn ra ở tầm cá nhân, gia đình và xã hội không những gắn với bước ngoặt phát triển, còn gọi là những khúc quanh của cuộc đời (developmental crisis) (như tuổi vị thành niên, tuổi trung niên, tuổi mãn kinh..) mà trong nhiều trường hợp là hậu quả khó tránh của một môi trường xã hội đang biến chuyển nhanh chóng từ một cơ chế bao cấp sang cơ chế thị trường.
- Kinh nghiệm thực hiện các dịch vụ tư vấn nói trên tuy không đơn giản, dễ dàng, nhưng thực tế không đến nỗi quá phức tạp như phải sử dụng các test tâm lý hoặc kỹ thuật phân tâm (psychanalyse) chẳng hạn.
- Phương pháp trị liệu được sử dụng ở đây chủ yếu là trị liệu nhận thức - ứng xử (cognitive behavioral therapy). Tuy vậy, để đạt kết quả đáng mong đợi hơn nữa, nên triển khai thêm các kỹ thuật chơi và vẽ (cho trẻ em), phương pháp phân tâm, thư giãn, các trị liệu cá nhân, trị liệu nhóm (group therapy) cho vị thành niên, trị liệu gia đình (family therapy), trị liệu hôn nhân (marital therapy) và trị liệu tình dục (sex therapy)....

⁴ Trường hợp này có hội chẩn với Giáo sư Đặng Văn Chung

HIỆU QUẢ TƯ VẤN TÂM LÝ MỘT TRƯỜNG HỢP ÁM SỢ VÀ PHỨC CẢM OEDIPE

Đặng Phương Kiệt
Văn Thị Kim Cúc

TRÍCH YẾU:

Một nam thanh niên hai mươi ba tuổi, mắc chứng ám sợ (phobia) kéo dài nhiều năm đồng thời có phức cảm Oedipe (trong vô thức muốn lấy mẹ làm vợ) đã đi khám và chữa nhiều nơi (Viện đông y, Viện tâm thần...) nhưng không có hiệu quả. Sau khi được tư vấn (3 buổi) tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh, ứng dụng phương pháp phân tâm (psychoanalysis) và dùng trị liệu nhận thức ứng xử (Cognitive behavioral therapy) cho cá nhân và gia đình, đã đạt được kết quả mong muốn.

MÔ TẢ LÂM SÀNG

H. nam, 23 tuổi (sinh năm 1975) trong vòng 3 năm trở lại đây luôn có những ám sợ (phobias): sợ bị giết, sợ nghe tên của một người đã chết, sợ nghe tên của một kẻ sát nhân như PonPót chẳng hạn, sợ không dám nhìn lâu một vật nào đó. Đỉnh điểm của nỗi ám sợ là có lúc cảm thấy mất dần ý thức đến nỗi phải uống thuốc an thần (Seduxen).

H. là con 2/2 của một gia đình trí thức, cả hai bố mẹ đều đã tốt nghiệp đại học và là cán bộ nghiên cứu văn học. Anh trai hơn năm tuổi, đã tốt nghiệp đại học và được học thêm ở nước ngoài.

Quá lo lắng về bệnh tình của con, trong vòng hai năm nay, bố mẹ đã đưa con đi khám nhiều bệnh viện, kể cả viện bảo vệ sức khoẻ tâm thần nhưng chứng ám sợ không hề thuyên giảm. Cuối cùng, một chuyên gia tại Viện tâm thần giới thiệu đến " Tư vấn" tại Trung Tâm Ngọc Khánh và ngay từ đầu cuộc tiếp xúc với chuyên gia tư vấn diễn ra trong bầu không khí thoải mái, tin tưởng và cởi mở.

Năm 1975 H ra đời trong sự trông đợi của cha mẹ, bố mới ở nước ngoài trở về. Cuộc sinh đẻ và phát triển bình thường. Khác với người anh là có phong cách tự chủ từ hồi còn nhỏ - thời gian bố đi học ở nước ngoài - giúp đỡ mẹ nhiều việc trong gia đình, H. được bố mẹ rất nuông chiều, không phải làm việc gì như anh trước kia được dành thời gian hoàn toàn vào việc học tập. Hồi nhỏ H. tỏ ra nghịch ngợm hiếu động và có cá tính mạnh (theo lời mẹ kể).

Khi học lên cấp III (1989) gia đình chuyển chỗ ở tới một nơi riêng biệt từ đó hạn chế dần việc tiếp xúc với người khác, không có bạn mới và hầu như không về thăm nơi ở cũ nữa. Năm 1996 sau khi tốt nghiệp đại học, xin tuyển vào một cơ quan không đạt, phải học thêm một năm.

Mẹ H. là một phụ nữ rất mực chiều con và có phần che chở con quá mức (overprotection) có phần lo lắng quá mức cho con, muốn con được đáp ứng mọi nhu cầu và mong muốn H. không phải lo lắng bất cứ điều gì trong cuộc sống đời thường, có lẽ một phần muốn bù đắp lại những tình cảm bà đã bị thiếu hụt từ tấm bé, do mẹ bà mất sớm.

Bố H. tự nhận mình là người cha mong muốn con sớm có cuộc sống độc lập, tự chủ, nên trái với người mẹ, ông ít quan tâm tới con hơn, tuy không phải lạnh lùng.

Về phần H. em nhìn nhận và suy nghĩ về gia đình ra sao?
Theo H. kể, bố là người thụ động không kiếm thêm tiền ngoài đồng lương quá thấp của mình. Những lúc H. đau ốm, trái với người mẹ luôn lo lắng quần quýt bên đứa con, ông bố tỏ ra ít quan tâm, thường nói "bố biết con mắc bệnh gì rồi hãy mạnh mẽ lên!.."

Với người mẹ, H. cho là một người đàn bà giỏi giang, tháo vát, kiếm thêm được tiền, chủ động quán xuyến và lo toan mọi việc trong gia đình, đồng thời cũng là người có quyền lực ở cơ quan.

Đối với H., điều khiến mình khổ tâm nhất có lẽ là tình yêu thương chăm sóc quá mức của người mẹ đến mức bà thường có nhiều hành vi can thiệp vào những sở thích riêng của con, mặc dầu H. không còn là đứa trẻ con nữa, bà luôn luôn nhắc nhở phải ăn như thế này, phải mặc như thế kia, thường khi bà ra phố, đi lễ chùa cũng yêu cầu H. cùng đi, có khi hai mẹ con cùng đến thăm một người thân, bà bắt H. phải mặc cho bằng được một chiếc áo bà thích cho con mặc, nhưng thâm tâm thì H. lại chẳng muốn, nể lời mẹ H. miễn cưỡng phải mặc nhưng khi đến nhà người thân thì H. lại cởi ra..

Anh trai đi học ở nước ngoài lúc H. vừa bước vào cấp III (1988 -1989). Có thời gian H. mong anh đừng trở về sợ đảo lộn cuộc sống gia đình và có thể gây trở ngại cho cuộc sống của mình. Song cũng theo lời kể của H. từ khi anh trai trở về nước (1992) thì mọi chuyện vẫn yên ổn, tuy có phần nản là anh hay phê phán mình. H. chưa hề có người yêu, tuy một vài lần có tình yêu thầm (một tình yêu đơn phương). Nhưng lúc này, H. thấy mình lâm vào một trạng thái kỳ lạ; tim đập nhanh, chân tay run rẩy H. tự bảo mình "yêu mà khổ như thế này ư ? Thôi quên đi..."

Năm 1990 H. 15 tuổi, bố lâm bệnh, tự nhiên H. nghĩ nếu bố chết thì H. sẽ lấy mẹ làm vợ, cùng mẹ đẻ một em bé (trước đó, H. thường được biết bố mẹ có ý định có thêm một đứa em nữa)

Kể từ 1992 (H. 17 tuổi) H. luôn có nỗi ám sợ như đã mô tả ở phần đầu. Những lúc đó H. thường có những cảm giác như; dẫm chân nhiều lần tại chỗ, mở tủ nhiều lần (nghĩ có người nấp trong đó giết mình), sờ tay nhiều lần lên một vật hay một đồ vật, rửa tay nhiều lần liên tục, không dám nhìn lâu vào một vật nào đó... Mặc dầu biết rõ những nỗi ám sợ đó thật là vô lý, có cái gì thuộc về tâm lý, chứ không có cái gì là sự thực, thế nhưng H. không có cách nào thoát ra khỏi chúng.

H. kể thêm; hồi còn nhỏ 4 - 5 tuổi, có lần nhìn thấy người đàn bà đang ngồi trong buồng vệ sinh (khu nhà tập thể) thấy nảy sinh một cảm giác vừa sợ hãi vừa thích thú, những ấn tượng này cứ theo đuổi mãi và dường như chỉ gợi nên một cảm giác thích thú mà thôi.

Tóm lại, từ tuổi dậy thì (tuổi 15), ở H. đã xuất hiện một mặc cảm kiểu Oedipe đi kèm nỗi ám sợ gây ra một tình trạng nhiễu tâm (neurosis) kéo dài nhiều năm.

DIỄN GIẢI THEO QUAN ĐIỂM PHÂN TÂM HỌC

H. là một cậu bé có năng lượng tính dục rất mạnh (thích làm gì làm bằng được) và có vẻ được bộc lộ rất sớm (4 -5 tuổi). Song quá trình đồng nhất hoá (identification) của H. không thành công, do không tìm được mô hình lý tưởng nơi người bố (ông vốn thụ động, không kiếm được tiền, và "lép vế" so với người vợ). Ngược lại mẹ H. đã đổi vai trò làm bố, vừa che chở con quá mức vừa áp đặt uy quyền nên vừa trở thành đối tượng đồng nhất hoá của H. vừa gắn bó quá chặt với H. ngay cả ở lứa tuổi thanh niên mà lẽ ra cần được tách ra (detachment) để thực hiện nhu cầu tự chủ. Đó có thể là lý do khiến mặc cảm Oedipe không được giải toả: H. mong bố chết để lấy mẹ làm vợ...

Mặc cảm Oedipe ở tâm vô thức không được giải toả, đã tạo ra mặc cảm tội lỗi nơi H. khiến tạo ra một trạng thái nhiễu tâm (neurosis) thể hiện bằng những ám sợ đủ loại như đã mô tả ở trên... Trớ trêu thay, phản ứng nhiễu tâm đó tưởng có thể giải toả được mặc cảm tội lỗi (muốn lấy mẹ làm vợ là một viễn tưởng loạn luân mà cái siêu tôi - một thứ đạo lý xã hội kịch liệt chống lại), song các hành vi ám sợ lại tạo ra một cái vòng luẩn quẩn tai hại khiến nhiễu tâm càng trầm trọng thêm (mặc dầu đã nhiều ngày uống thuốc an thần) vì nó không được bộc lộ, chia sẻ, lời ra tiếng ý thức để được "phê phán". Mặc cảm đó chỉ được giải toả khi H. đến chia sẻ bộc lộ với nhà tư vấn thông qua kỹ thuật phân tâm mặc dầu ở trình độ sơ đẳng.

Ngoài ra, vì gắn bó quá chặt với mẹ, năng lượng tính dục hầu như hoàn toàn đầu tư (investment) vào đối tượng người mẹ, nên H. không còn đủ năng lượng đầu tư vào một người khác giới ngoài gia đình; như H. đã kể, mỗi lần đứng trước một người định yêu thì "tim đập nhanh, tay chân run rẩy" một tâm trạng lo hãi và cho đến nay H. một chàng trai 23 tuổi, thông minh khoẻ mạnh, nhưng vẫn chưa một lần được trải nghiệm tình yêu.

TƯ VẤN VÀ HIỆU QUẢ

- Dịch vụ tư vấn được diễn ra qua ba buổi.

(1) Với mẹ H. và H: mô tả tiền sử và lý do đến tư vấn.

(2) Với một mình H. (phân tâm)

(3) Với cả bố mẹ và H. đều có mặt.

- Nội dung tư vấn và trị liệu tâm lý.

Thân chủ (chủ thể) quan trọng nhất là H. : gọi cho H. cố nhớ lại và lần lượt kể ra những sự kiện có ý nghĩa quan trọng nhất bản thân đã trải nghiệm qua các thời kỳ: thơ ấu (4 - 5 tuổi), lúc đến trường và đặc biệt từ 15 tuổi trở đi (8 năm nay), về những cảm nghĩ riêng, về ứng xử của những người thân trong gia đình (mẹ, bố, anh).

Giải thích cho H. rõ những lý do đã dẫn tới ám sợ và mặc cảm tội lỗi; khuyên nên xoá bỏ mọi mặc cảm huyền tưởng, hãy tự tin, tự chủ, dần thân vào con đường tự lập, chủ động dần dần tách khỏi những ràng buộc với mẹ, tìm bạn gái, tăng giao tiếp, chấp nhận thử thách...

Với người mẹ: giải thích rõ về tác hại về thái độ che chở quá mức (overprotection), khuyên giảm bớt "bao cấp" đối với H., tôn trọng và khuyến khích lòng tự tin, tính tự chủ và nhu cầu tự lập của H..

Hiệu quả trị liệu.

Ngay sau buổi (thứ 2) H. được "phân tâm" kéo dài chừng 90 phút H. đã tỏ ra giải toả được mọi mặc cảm, hiểu rõ lý do ám sợ, tỏ ra phấn khởi và chấp nhận những lời khuyên của nhà tư vấn.

Thái độ phấn khởi bộc lộ ngay khi H. trở về nhà sau buổi tư vấn. Sự chuyển động tâm lý đó của H. có tác động mạnh mẽ đến người mẹ. Chỉ vài ngày sau, bà gửi đến Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh một lá thư (đề ngày 22/2/98) có đoạn:

"Thưa giáo sư,

Sau hôm cháu đến gặp giáo sư, được giáo sư khơi gợi nói lên những điều sâu kín trong đáy lòng, ra về cháu... rất phấn khởi và thấy lòng nhẹ nhàng hơn trước nhiều do được giải toả phần nào tâm lý nặng nề lâu nay..." Mấy tháng sau, H. đã có việc làm, và giải toả được hoàn toàn những mặc cảm và ám sợ trước kia.

LỜI BÀN

Theo huyền thoại Hy Lạp, Oedipe là con vua thành Thebes. Được thần linh báo hiệu, vua biết là con lớn lên sẽ giết bố, nên nhà vua đem con bỏ ở sa mạc. Oedipe được vua xứ Corinth đem về nuôi, lớn lên Oedipe phân vân về bố mẹ thật của mình, nhất là sau khi được thần linh báo là anh sẽ giết bố và lấy mẹ làm vợ, liền bỏ nhà ra đi. Đến gần thành Thébes, gặp một ông già cản đường Oedipe giận giết lão ấy, sau đó gặp con quái tinh Sphinx Oedipe giải đúng bài đố của con quái để ra và giết luôn con Sphinx, giải thoát cho nhân dân cả vùng. (Bài đố: con gì sáng đi bốn chân, trưa đi hai chân, chiều đi ba chân). Nhân dân tôn Oedipe lên làm vua thành Thebes, và lấy hoàng hậu goá. Oedipe vẫn không hết phân vân, về sau một người đầy tớ già cho biết, chính ông lão mà Oedipe đã giết là bố mình, và hoàng hậu là mẹ. Như vậy, lời báo của thần linh đã thành sự thật. Để tự trừng phạt, Oedipe tự móc mắt, đuổi hai đứa con rồi lại bỏ đi, về sau biến thành nửa người nửa thần...

Theo phân tâm học - mà Freud là nhà sáng lập - đứa con trai nào đến 2 - 3 tuổi cũng muốn giành lấy mẹ, thành đối thủ của bố, và trong vô thức có ý muốn giết bố, nên sinh ra mặc cảm Oedipe. Ngược lại ông bố nào cũng ghen tị với con trai: trong vô thức muốn đẩy con đi khỏi nhà. Vì vậy, tâm tư vô thức của con người không ổn định, cho đến lúc tìm ra cái chân tính của mình, là một con người có giới tính rõ ràng (Oedipe đi lang thang đó đây để tìm ra chân tính), biết yêu một con người khác giới, ở ngoài gia đình, không phải là bố mẹ. Lúc ấy phức cảm Oedipe được giải toả, phức cảm này không mang tính bệnh hoạn mà là một quá trình bình thường, trừ phi có bế tắc (chẳng hạn như trường hợp H. mẹ quá ôm ấp, bố thì nhu nhược không có quyền uy, không đóng được vai trò cho con trai đồng nhất hoá, không phải là thần tượng của cậu con. Ngược lại, mẹ đã đóng vai trò áp đặt uy quyền lên con trai, là một điều kiện tạo ra lo hãi ám sợ H. không giải toả được, đến 6 - 7 tuổi sơ bộ được giải toả, đến hết tuổi vị thành niên thì hoàn toàn được giải toả)

Một số học giả cho rằng phức cảm này chỉ có trong một xã hội nào đó, như các xã hội phương Tây chẳng hạn.

Trường hợp này, có lẽ lần đầu tiên được đề cập tới chính thức ở Việt Nam, là một minh chứng ngược lại, nói lên tính phổ quát của một nét trong đời sống vô thức của con người bất luận nền văn hoá nào, ảnh hưởng đến sức khoẻ và học tập của H., đồng thời tạo ra một tâm trạng lo hãi (về sức khoẻ của H.) cho cả gia đình, khiến phải đi chạy chữa nhiều nơi (kể cả Viện tâm thần trung ương), nhưng vẫn không giải toả được.

THAM KHẢO

(1) Nguyễn Khắc Viện - Từ điển tâm lý.

Nhà xuất bản thế giới - Trung tâm nghiên cứu tâm lý trẻ em, 1995

(2) David Saffod - Clark - "Ce que Freud a vraiment dit"

L.V Luyện và Huyền Giang dịch sang tiếng Việt, NXB Thế giới, 1998

Lời nói đầu Nguyễn Khắc Viện.

(3) Roger Perron & Michele Person - Borelli

Le complexe d'Oedipe - Presses Universitaires de France, 1996

(4) Nguyễn Khắc Viện - Sức khoẻ, bệnh tật và tâm lý - Nhà xuất bản trẻ, 1997.

HOẠT ĐỘNG CÂU LẠC BỘ KHOA HỌC
"GIỚI TÍNH VÀ SỨC KHOẺ SINH SẢN"
Tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh

Phạm Đình Châu

Sức khoẻ sinh sản và sức khoẻ tính dục là những mục tiêu quan trọng trong chiến lược DÂN SỐ VÀ PHÁT TRIỂN, nhằm góp phần nâng cao CHẤT LƯỢNG cuộc sống cho nhân dân trong tiến trình hiện đại hoá đất nước và hội nhập cộng đồng thế giới.

Vì những điều kiện hạn chế của lịch sử ở Việt Nam, cho đến nay chưa hình thành một ngành khoa học đích thực về giới tính (sexuality), về tính dục học (sexology) và về tâm tính dục (psychosexuality)

Nhằm góp phần vào việc xây dựng bộ môn khoa học mới mẻ này ở nước ta, một số thành viên, giáo sư, bác sỹ, được sỹ đang phục vụ tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh được sự cộng tác của nhiều chuyên gia khác trong các lĩnh vực y khoa, tâm lý, tâm thần, văn học, sử học, nhân học... đã thành lập một câu lạc bộ khoa học về "Giới tính và sức khoẻ sinh sản"

Sau đây là thống kê nội dung các buổi sinh hoạt từ tháng 8 năm 1997 cho đến nay.

21 - 8 - 1997	Nhu cầu tư vấn tính dục Đặng Phương Kiệt - Giáo sư nhi khoa và tâm lý
4 - 9 - 1997	Tâm tính dục và nhân học Kiên Giang - Nghiên cứu nhân học
18 - 9 - 1997	Bất lực và nguyên tắc điều trị Bác sỹ Phạm Đình Châu Nguyên giảng viên trường Đại học Y khoa Hà Nội
2 - 10 - 1997	Thảo luận lâm sàng Ly thân và ly hôn (Khái niệm Filiation và affiliation) Bác sỹ R. Berghozzi (Paris)
3 - 10 - 1997	Đào tạo chuyên khoa tư vấn tình dục Bác sỹ J. Ibanes - Marseille

20 - 10 - 1997	Thầy thuốc lâm sàng và tính dục học Giáo sư Đặng Văn Chung
4 - 12 - 1997	Giới thiệu sách "Nghệ thuật mê ly tình dục" của Margo Ananor Vũ Đình Hải - Giáo sư tim mạch
18 - 12 - 1997	Điều trị xuất tinh sớm bằng phóng bế Novocaine vùng đuôi ngựa Trần Quán Anh - Ngô Quang Kỳ Giáo sư tiết niệu
3 - 1 - 1998	Cơ chế cương cứng Bác sỹ Nguyễn Trọng Khiết - Chuyên gia nội khoa
17 - 1 - 1998	Thơ Hồ Xuân Hương và văn hoá phồn thực Phó tiến sỹ Đỗ Lai Thuý
14 - 2 - 1998	Kết quả điều trị rối loạn cương cứng bằng Andriol (Erectile dysfunction) Giáo sư Trần Quán Anh
28 - 2 - 1998	Điều trị xuất tinh sớm Giáo sư Nguyễn Khắc Hiền - Nội khoa
13 - 3 - 1998	Một số vấn đề tư vấn tình dục tại Trung tâm KCB và TVSK Ngọc khánh Giáo sư Đặng Phương Kiệt
27 - 3 - 1998	Y học cổ truyền và chứng bất lực Giáo sư Hoàng Bảo Châu Nguyên viện trưởng viện Y học cổ truyền
11 - 4 - 1998	Điều tra dịch tễ học E. D Phó tiến sỹ Phạm Văn Trịnh Giảng viên trường Đại học y khoa Hà Nội
15 - 4 - 1998	Thảo luận lâm sàng " Một ca phức cảm Cedipe" Bác sỹ Marie Hofet (Paris)
25 - 5 - 1998	Tính dục học và người Trung hoa cổ đại Nhà sử học Đào Hùng

- 9 - 5 - 1998 **Đông y và chứng bất lực**
Cụ Thiên Tích - chủ tịch hội Đông y Việt Nam
- 5 - 9 - 1998 **Tiếp xúc với một số gái mãi dâm tại Hà Nội**
Đỗ Ngọc Yên
- 19 - 9 - 1998 **Giới thiệu một số máy hút chân không**
Cost. T. VAC điều trị E. D
Dược sỹ Trần Bá Châu
Đại diện Công ty TNHH Việt - Ý tại Hà Nội
- 3 - 10 - 1998 **Hoạt động tình dục người bệnh tim mạch**
Giáo sư Vũ Đình Hải
- 17 - 10 - 1998 **Điều trị E.D bằng CAVERJECT**
Giáo sư Trần Quán Anh - Nguyễn Quang Kư
- 31 - 10 - 1998 & 11 - 11 - 1998 **Khủng hoảng căn tính đàn ông**
Kiên Giang - Nhà nghiên cứu nhân học
- 25 - 11 - 1998 **Dương vật nhỏ**
Bác sỹ Phạm Đình Châu
- 12 - 12 - 1998 **Phương pháp tiếp cận vấn đề gái mãi dâm**
Giáo sư Đặng Phương Kiệt
- 2 - 1 - 1999 **VIAGRA tác dụng qua lại với bệnh tim**
và các thuốc tim mạch
Giáo sư Trần Đỗ Trinh
- 16 - 1 - 1999 **Fre d và Vũ Trọng Phụng**
Giáo sư Hoàng Thiếu Sơn

PHẦN III

THỜI SỰ Y HỌC

VỮA XƠ ĐỘNG MẠCH TRONG LÂM SÀNG

Vũ Đình Hải

Bệnh của mạch máu có nhiều, nhưng trong thực hành lâm sàng, quan trọng nhất rõ ràng là vữa xơ động mạch (VXĐM), vì rất hay gặp, gây tử lệ tàn phế và tử vong cao. Cần phân biệt với xơ cứng động mạch (arterosclerosis) ít tai hại hơn nhiều và hay gặp ở lách, tụy, thận.

Bệnh sinh của XVĐM không phải là thoái hoá mà gồm 3 hiện tượng:

1. Tích lũy ở nội mạc (áo trong, intima) nhiều tế bào cơ trơn, cùng với đại thực bào và tế bào limpho T.
2. Các tế bào cơ trơn đó tạo thêm mô liên kết, gồm collagen, sợi chun và các proteoglycan.
3. Tích lũy lipit, nhất là trong tế bào và mô liên kết.

Quá trình XVĐM bắt đầu từ tuổi trẻ (N. V. Tảo mỗ tử thi 1977 - 1980) thấy: Dưới 30 tuổi, 27% nam giới đã có VXĐM nhẹ, sau 30 tuổi 100% có và nặng hơn.

VXĐM ở người được coi là không có bệnh mãn tính: (< 40 tuổi)

Lớp tuổi	Số lượng	Mức độ VXĐM			Vị trí VXĐM			Tỉ lệ có VXĐM
		I	II	III	Chủ	Não	Vành	
18-24	91	21			21			23%
25-29	20	9	1		10			50%
30-34	7	5	2		7			100%
35-39	2	1	1		2			100%

VXĐM ở người có bệnh mãn tính: (>40 tuổi)

Lớp tuổi	Mức độ VXĐM				Vị trí VXĐM			Số lượng
	I	II	III	IV	Chủ	Não	Vành	
40-49		36	9	5	50	27	14	Tất cả 100 ca đã theo dõi
50-59		31	6	3	40	33	29	
>60		5	3	2	10	9	8	

Ở các nước cũng vậy: mỗ xác lính Mỹ chết trận ở Triều tiên, tuổi trung bình 22, cũng thấy 77% có VXĐM nhìn được bằng mắt thường

Vị trí VXĐM chủ yếu ở các động mạch lớn và trung bình của đại tuần hoàn, hay gặp là ở:

1. Động mạch vành, nhất là centimet đầu của nhánh liên thất trước.
2. Động mạch cảnh hay bị chõ phân nhánh, các động mạch nền, động mạch sống.
3. Động mạch chi thường là động mạch chậu, động mạch đùi hoặc khoeo.
4. Động mạch chủ ít gặp hơn, đoạn dưới thận, các động mạch mạc treo.

Các bệnh cảnh tương ứng là:

1. Bệnh tim thiếu máu cục bộ: Đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, và chết đột ngột, suy tim, loạn nhịp tim.

2. Tai biến mạch não: Thể thiếu máu và thể chảy máu.
3. Đau cách hồi: Hoại tử thiếu máu, hội chứng Raynaud.
4. Tăng huyết áp do mạch thận; nhồi máu mạc treo hoặc ruột non...

Yếu tố nguy cơ gây VXĐM

Khái niệm này bắt đầu từ cuối những năm 40 sau Đại chiến thế giới 2, nhất là sau những nghiên cứu dịch tễ học ở Framingham (Massachusetts) bắt đầu với 5000 cư dân năm 1949 và ngày càng tỏ ra giá trị trong điều trị dự phòng và giúp phân nào cho chẩn đoán nữa.

Cho đến nay, hầu hết các nhà tim mạch đều nhất trí công nhận những yếu tố nguy cơ (YTNC) của bệnh nhân tim mạch, có thể hiểu là của VXĐM (Hypertension control WHO 1996)

1. Tuổi già
 2. Giới (nam)
 3. Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch quá sớm: <55 tuổi với nam và <60 tuổi với nữ
 4. * Tăng huyết áp tâm thu: >140mmHg
 5. * Tăng huyết áp tâm trương: >90mmHg
 6. Hút thuốc lá
 7. * Cholesterol toàn phần và LDL tăng trong huyết thanh: >6,2mmol/L và >4,1 mmol/L
 8. * Cholesterol HDL giảm trong huyết thanh: <0,9mmol/L
 9. Phì đại thất trái
 10. * Tiền sử có sự cố tim mạch
 11. * Đái tháo đường
 12. Bệnh thận
 13. Vi Albumin niệu (30 - 300mg/L)
 14. * Béo phì
 15. Sống tĩnh tại ít vận động
- (* Những YTNC có dấu này hợp thành Hội chứng Reaven)

JNC VI (1997) lọc ra những YTNC chính ở người tăng huyết áp gồm:

1. Hút thuốc lá
2. Rối loạn Lipid
3. Đái tháo đường
4. Tuổi trên 60
5. Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm: Nữ dưới 65 tuổi và nam dưới 55 tuổi.

Nghĩa là vẫn những yếu tố 1,2,3,4,6,7,8 và 11 của TCYTTG. Còn những yếu tố 9, 10, 12 được nói đến trong mục tổn thương cơ quan mục tiêu bệnh tim mạch lâm sàng, cùng với tai biến mạch não, bệnh động mạch ngoại vi, bệnh võng mạc. Có thể thấy trong các YTNC trên HCX chuyển hoá (Reaven 1988) khá rõ gồm 4 thành phần:

1. Béo phì (YTNC số 14)
2. Tăng huyết áp và bệnh vành (YTNC số 4,5 và 10)
3. Rối loạn Lipid (YTNC số 8 và 8)
4. Kháng insulin (YTNC số 11)

Dự phòng VXĐM

Từ những YTNC trên, trong thực tiễn để chống VXĐM cần:

Phòng và chữa bệnh tăng huyết áp, bệnh thận, bệnh đái tháo đường.

Nên bỏ thuốc lá, tăng hoạt động thể dục thể thao, ăn uống hợp lý để chống béo và chống các rối loạn Lipid (TCYTTG 1994).

Đối với các nước đang phát triển, TCYTTG (1989) khuyên nên tập trung vào 4 nội dung:

1. Cải tiến cách ăn uống: ít mỡ, ít muối, ít calo.
2. Chống hút thuốc lá
3. Phòng và chữa tăng huyết áp
4. Tăng hoạt động thể lực và chống béo

Về điều trị và dự phòng VXĐM, Peter Libby

(Harrison 1998) đưa ra bảng sau:

YTNC	Điều trị	Kết quả dựa trên chứng cứ
LDL cao	Statin	Ngừa sự cố vành và tai biến mạch máu não, giảm tử vong toàn bộ
Lp(a) cao	Ac. Nicotinic	Có thể tăng tử vong không do tim
Triglycerid cao	Dẫn xuất ac. Fibric	Có thể tăng tử vong không do tim
HDL thấp	Ac. Nicotinic	Hiệu quả nhưng không giảm bệnh tật/tử vong
Tăng huyết áp	Thiazid	Giảm sự cố vành
Tăng glucose huyết	Insulin	Giảm biến chứng vi mạch
Tăng homocystein	Ac. Folic	Hiệu quả nhưng không bớt VXĐM
Fibrinogen cao	Dẫn xuất ac. fibric	Có thể tăng tử vong không do tim

Ngoài ra người ta còn nghiên cứu thuốc tác dụng lên các YTNC trên. Trong đó có Sulodexide là một loại Glycosaminoglycan có hy vọng giảm Lipid toàn phần, Cholesterol toàn phần, Triglyceride đồng thời tăng HDL. Đồng thời các thông số về đông máu và quánh máu cũng được cải thiện theo nghiên cứu Cospie. Đây là một hướng nên đi sâu thêm.

Tóm lại, VXĐM là tai họa lớn cho sức khỏe con người ở thế kỷ XX và chắc chắn ở thế kỷ XXI nữa. Nhưng phòng bệnh VXĐM qua việc xóa bỏ hoặc hạn chế các yếu tố nguy cơ, đã tỏ ra rất hiệu quả ở nhiều nước, và cho phép hi vọng cải thiện nhiều sức khỏe nhân dân.

TỰ ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH

Vũ Đình Hải

Từ sau đại chiến Thế giới lần thứ II, các nhà tim mạch học chú ý nhiều đến vữa xơ động mạch (VXĐM), đó là bệnh gây tử vong hàng đầu, vì đưa đến hai tai biến nguy hiểm nhất là tai biến mạch máu não và bệnh tim thiếu máu cục bộ (còn gọi là bệnh vành tim như nhồi máu cơ tim chẳng hạn)

Điều đáng lo ngại hơn nữa là các bệnh do vữa xơ động mạch vẫn ngày càng tăng rất rõ ở Việt Nam

Nhưng VXĐM lại không có nguyên nhân rõ rệt. Người ta đành theo dõi rất lâu, một số rất lớn đối tượng có những đặc điểm riêng, để xem những người như thế nào thì hay mắc VXĐM hơn. Nghiên cứu đầu tiên theo hướng này bắt đầu năm 1949, theo dõi khoảng 5.000 người cư dân của Framingham, là một thành phố nhỏ thuộc bang Massachusetts (Mỹ)

Những nghiên cứu tiếp tục sau này, đi đến kết quả là tìm ra được những đặc tính dễ đưa đến bệnh tim mạch hơn, gọi là những "yếu tố" hoặc "nhân tố nguy cơ tim mạch". Đó có thể là một trạng thái tâm lý như tuổi, giới, di truyền hoặc một trạng thái bệnh lý như tăng huyết áp, rối loạn lipid trong máu, đái tháo đường hoặc một thói quen như hút thuốc lá, cách ăn, ít hoạt động thể lực.

Căn cứ vào tính toán những YTNC tim mạch đó, người ta đã tìm cách tính mức độ nguy cơ của từng người bằng nhiều cách:

1. Đưa vào chương trình những máy tính chuyên dùng, như máy CRC - 8 (cardiovascular risk calculator có 8 thông số)

Trên mặt máy tính này có 32 nút bấm, chỉ cần đưa 8 thông số: tuổi, nồng độ cholesterol trong máu, huyết áp tâm thu, nồng độ lipoprotein có tỷ trọng cao, thuốc lá, phì đại thất trái, đái tháo đường, giới tính. Vài giây sau trên màn hình sẽ xuất hiện tỷ lệ % nguy cơ mắc bệnh tim mạch cho người đó.

2. Một cách nữa để có thể mỗi người có thể tự đánh giá nguy cơ tim mạch cho mình bằng Bảng dự báo nguy cơ của Hội tim Hoa Kỳ, mà bạn có thể thấy ở trang sau:

Thí dụ: bạn là nam giới, 55 tuổi, xem bảng là 12 điểm. Viết số 12 vào phần 2 chỗ tuổi (12). Nếu là nữ 55 tuổi, thì chỉ có 8 điểm.

Rồi đến HDL - cholesterol. Đến bệnh viện xét nghiệm máu và cho điểm theo kết quả. Nếu không làm được cho 0 điểm

Cholesterol TP nhất thiết phải xét nghiệm và cho điểm theo bảng, cũng viết số điểm vào phần 2, chỗ cholesterol TP (....)

Với huyết áp tâm thu cũng cho điểm như vậy. Không tính HA tâm trương.

Về thuốc lá, có thể cho từ 0 (không hút), đến 4 (hút hàng ngày trên 20 điếu)

ĐĐT: phải ghi điện tim, và nhờ bác sĩ đọc.

Tính tổng điểm ghi phần 2.

Cuối cùng, lấy xác suất của mình, so sánh với xác suất trung bình 10 năm ở phần 4.

3. Bảng tự cho điểm "Đánh giá nguy cơ tim mạch" theo Richard Shields để áp dụng hơn: Có 10 thông số, mỗi thông số được cho một điểm vào ô vuông cuối dòng.

Thí dụ: kết quả cholesterol là 6 mmol/L, thì cho 5 điểm, ghi 5.

Về huyết áp, cho một số điểm, nhưng căn cứ vào HA thu riêng và HA trương riêng.

Thí dụ: HA là 160/90, số điểm HA sẽ là $6 + 2 = 8$, ghi 8 vào trong ô trống.

Về cân nặng, tính BMI bằng cách: lấy số cân (kg) chia cho bình phương của chiều cao tính bằng mét. Thí dụ: 60 kg và cao 1,7 m, thì $BMI = 60/1,7^2 = 60/2,89 = 21$: cho 0 điểm

Về tiền sử gia đình, NMCT = nhồi máu cơ tim, TBMN = tai biến mạch não. Nếu bố mẹ hoặc ông bà có NMCT hoặc TBMN khi tuổi chưa đến 55 thì cho 8 điểm, nếu sau 65 tuổi thì cho 3 điểm.

Về tiền sử ĐTN = đau thắt ngực, do bác sĩ chẩn đoán.

Về tập luyện, nếu tập 20 phút, mỗi tuần 3 lần thì cho 0, nếu tuần 1 -2 lần thì cho 2, tập không đều cho 5.

Về căng thẳng, tự đánh giá xem đời sống của mình có căng thẳng ít hay nhiều so với xã hội nói chung, mà cho điểm.

Cuối cùng, tổng cộng và xem nguy cơ thấp hay cao.

Bảng cho trên đây, không những giúp ta dự đoán xem có dễ mắc bệnh tim mạch không, còn nhắc nhở cách tránh các YTNC: ăn uống hợp lý để cholesterol khỏi tăng, khỏi béo, hạ huyết áp xuống, bỏ thuốc lá, tập luyện đều, và chữa đái tháo đường, tất cả đều hạ được tổng điểm của bạn.

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH

(Theo Richard Shields, 07.11.1996)

1. Cholesterol	mmol/l	a. <5 b. 5-5,9 c. 6-6,9 d. ≥ 7	0 2 5 12
2. Huyết áp	mmHg	a. <130 b. 130-150 c. > 150	0 2 6 0 2 6 0 2 6 12
	Thu	a. ≤ 85 b. 86-90 c. > 90	0 2 6 0 2 6 0 2 6 12
3. Thuốc lá		a. Không hút b. Trước có hút c. Nay < 20 /ngày d. Nay > 20 ngày	0 2 6 0 2 6 0 2 6 12
4. Cân nặng	BMI	a. Bình thường b. Quá nặng c. Béo	0 2 5 0 1 2 4 7 0 3 5 8 0 10 20
5. Tuổi		a. < 29 b. 30-39 c. 40-49 d. 50-59 e. ≥ 60	0 2 5 0 1 2 4 7 0 3 5 8 0 10 20
6. Tiền sử gia đình		a. Không NMCT/TBMN b. NMCT, TBMN, cầu nối sau 65 tuổi c. NMCT, TBMN, ở 55-65 tuổi d. NMCT, TBMN, < 55 tuổi	0 2 5 0 1 2 4 7 0 3 5 8 0 10 20
7. Tiền sử bản thân		a. Không bệnh tim b. Cầu nối, ĐTN, nong vành c. NMCT	0 2 5 0 1 2 4 7 0 3 5 8 0 10 20
8. Đái tháo đường		a. Không b. Có	0 2 5 0 1 2 4 7 0 3 5 8 0 10 20
9. Tập luyện		a. 20 phút x 3 lần/tuần b. 20 phút x 1-2 lần/tuần c. Không đều a. Ít b. Trung bình c. Nhiều	0 2 5 0 1 2 4 7 0 3 5 8 0 10 20
10. Căng thẳng			0 2 5 0 1 2 4 7 0 3 5 8 0 10 20

Tổng điểm	0 - 9	10 - 17	18 - 25	26 - 34	≥ 35
Nguy cơ	Thấp	Dưới trung bình	Trung bình	Hơi cao	Cao

Bảng dự báo nguy cơ (của Hội Tim Hoa kỳ)

Cục An toàn Hàng không Dân dụng

1. Cho điểm từng YTNC															
Tuổi (nữ)				Tuổi (nam)				HDL-Cholesterol		Cholesterol TP		H.A tâm thu		Khác	Điểm
Tuổi	Điểm	Tuổi	Điểm	Tuổi	Điểm	Tuổi	Điểm	HDL-C	Điểm	Total-C		SBP	Điểm		
30	-12	47 - 48	5	30	-2	57 - 59	13	0.65 - 0.67	7	3.60 - 3.91	-3	98-104	-2	Thuốc lá	4
31	-11	49 - 50	6	31	-1	60 - 61	14	0.70 - 0.75	6	3.94 - 4.30	-2	105-112	-1	Đái tháo đường nam	3
32	-9	51 - 52	7	32 - 33	0	62 - 64	15	0.78 - 0.83	5	4.33 - 4.72	-1	113-120	0	Đái tháo đường nữ	6
33	-8	53 - 55	8	34	1	65 - 67	16	0.85 - 0.91	4	4.74 - 5.16	0	121-129	1	PDIT trên ĐTD	9
34	-6	56 - 60	9	35 - 36	2	68 - 70	17	0.93 - 0.98	3	5.18 - 5.67	1	130-139	2		
35	-5	61 - 67	10	37 - 38	3	71 - 73	18	1.01 - 1.09	2	5.70 - 6.19	2	140-149	3		
36	-4	68 - 74	11	39	4	74	19	1.11 - 1.19	1	6.22 - 6.79	3	150-160	4		
37	-3			40 - 41	5			1.22 - 1.30	0	6.81 - 7.46	4	161-172	5		
38	-2			42 - 43	6			1.32 - 1.42	-1	7.49 - 8.16	5	173-185	6		
39	-1			44 - 45	7			1.44 - 1.55	-2	8.19 - 8.55	6				
40	0			46 - 47	8			1.58 - 1.71	-3						
41	1			48 - 49	9			1.74 - 1.89	-4						
42 - 43	2			50 - 51	10			1.92 - 2.07	-5						
44	3			52 - 54	11			2.10 - 2.25	-6						
45 - 46	4			55 - 56	12			2.28 - 2.49	-7						

2. Cộng điểm cho tất cả YTNC															
Tuổi () + HDL -C () + Chol.TP () + H.A thu () + Hút thuốc () + Đái tháo đường () + PDIT trên ĐTD () = Tổng điểm ()															
Chú ý: Trừ những điểm âm															

3. Tính nguy cơ tương ứng với tổng điểm										4. So sánh với nguy cơ trung bình 10 năm					
Sắc xuất			Sắc xuất			Sắc xuất			Sắc xuất			Sắc xuất			
Điểm	5 năm	10 năm	Điểm	5 năm	10 năm	Điểm	5 năm	10 năm	Điểm	5 năm	10 năm	Tuổi	Nữ	Nam	
≤ 1	< 1%	< 2%	10	2%	6%	19	8%	16%	28	19%	33%	30-34	< 1%	3%	
2	1%	2%	11	3%	6%	20	8%	18%	29	20%	36%	35-39	< 1%	5%	
3	1%	2%	12	3%	7%	21	9%	19%	30	22%	38%	40-44	2%	6%	
4	1%	2%	13	3%	8%	22	11%	21%	31	24%	40%	45-49	5%	10%	
5	1%	3%	14	4%	9%	23	12%	23%	32	25%	42%	50-54	8%	14%	
6	1%	3%	15	5%	10%	24	13%	25%				55-59	12%	16%	
7	1%	4%	16	5%	12%	25	14%	27%				60-64	13%	21%	
8	2%	4%	17	6%	13%	26	16%	29%				65-69	9%	30%	
9	2%	5%	18	7%	14%	27	17%	31%				70-74	12%	24%	

HƯỚNG TIẾP CẬN MỚI TRONG Y HỌC TÂM THỂ: TÂM LÝ - THẦN KINH - MIỄN DỊCH HỌC

Đặng Phương Kiệt

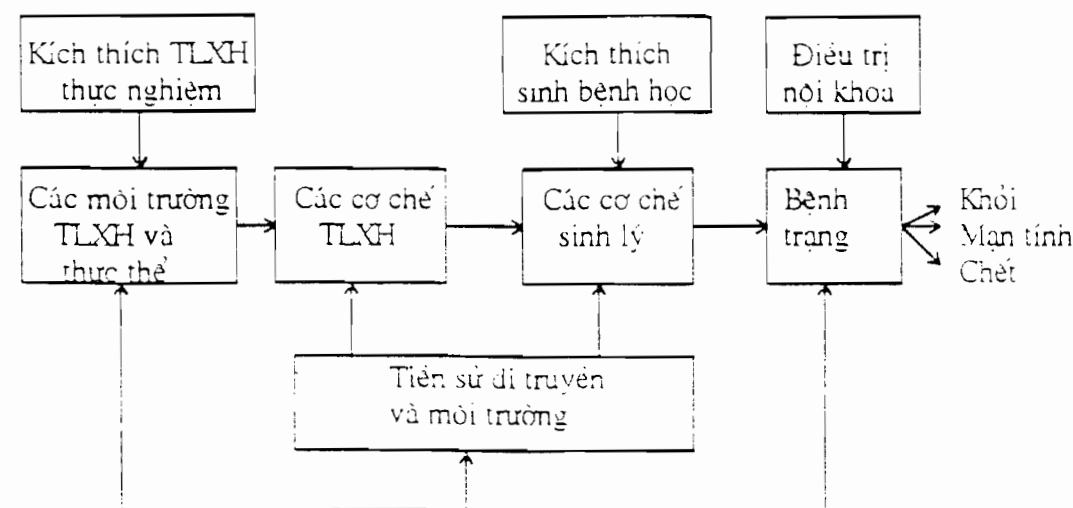
I. MỞ ĐẦU

Khái niệm các yếu tố tâm lý thúc đẩy hoặc gây ra bệnh bắt nguồn từ thời xa xưa. Tuy vậy, tư tưởng gần đây chịu ảnh hưởng sâu sắc của những quan sát của Alexander (1950). Ông đưa ra các yếu tố tâm lý liên quan đến bảy thực thể bệnh lý: loét dạ dày - tá tràng, viêm loét đại tràng, ưu năng giáp, viêm ruột non cục bộ, viêm khớp dạng thấp, tăng huyết áp vô căn và hen phế quản. Người ta cho rằng một sự xung đột tâm lý đặc hiệu đã là cơ sở cho mỗi bệnh kể trên. Theo Dunbar (1943), xung đột không mang tính đặc hiệu, thay vì một típ nhân cách có thể định rõ được (definable) đã là yếu tố có ý nghĩa quan trọng về mặt bệnh căn và bà đã mô tả các chân dung nhân cách có liên quan đến bệnh. Cả hai nhà nghiên cứu này đều có một quan niệm chung cho là yếu tố tâm lý đặc hiệu

gây ra hoặc là bản chất của các bệnh đặc hiệu, do vậy xuất hiện "học thuyết về tính đặc hiệu". Rồi dần dà người ta đi đến quan niệm rằng các bệnh tâm thể khác các bệnh thực thể. Nhưng cả hai đều luôn luôn bị thử thách.

Engel, năm 1954, phát triển chi tiết khái niệm căn nguyên đa yếu tố của bệnh và hơn hai chục năm sau (1977) ông thiết lập một mô hình tâm - sinh học - xã hội (biopsychosocial) của bệnh. Từ đó bệnh được xem là do nhiều yếu tố quyết định và, trong phần lớn các trường hợp, việc tìm kiếm một nguyên nhân đơn độc của một bệnh được xem là một việc làm quá phiến diện.

Bất luận một yếu tố căn nguyên nào - kể cả yếu tố tâm lý - xã hội (TLXH) - tham gia quá trình bệnh tới mức nào đều phải được cứu xét trong khuôn khổ một mô hình "Tiếp cận đa yếu tố" (Hình 1).



Hình 1: Các yếu tố phải cứu xét trong một cách tiếp cận đa biến số để nghiên cứu các ảnh hưởng TLXH đối với sức đề kháng với bệnh nhân nhiễm trùng - Theo S. Michael Plant và CS. 1981.

Trước hết, một số bệnh có thể chịu ảnh hưởng các yếu tố TLXH dễ dàng hơn các bệnh khác. Chẳng hạn, không có hoặc ít có bằng chứng nói rằng các u não trẻ em chịu ảnh hưởng của các yếu tố đó. Tuy vậy, cần nhận mạnh rằng nhìn bề ngoài thấy thiếu một mối liên quan như vậy, song điều này có thể là do chưa có các công trình nghiên cứu khả năng này.

Thứ đến, giống hệt như độc lực của một vi khuẩn ảnh hưởng đến tính nghiêm trọng của bệnh, kích thích tâm lý cũng vậy, tùy cường độ hoặc hình thái mà tác động đến bệnh.

Thứ ba là, những khác biệt về yếu tố gen và kinh nghiệm sống từng người sẽ làm thay đổi tác động của yếu tố căn nguyên đến tình trạng mỗi người.

Thứ tư, có những yếu tố thời gian hoặc giai đoạn phát triển cũng có thể ảnh hưởng đến vai trò của kích thích TLXH đối với bệnh.

II. BỆNH NHIỄM TRÙNG: MỘT HIỆN TƯỢNG TÂM THỂ?

Vai trò căn nguyên khả dĩ của các yếu tố TLXH trong bệnh nhiễm trùng không phải là một ý niệm mới mẻ, mà có lẽ Dubos (1955, 1961), hơn bất cứ tác giả nào khác, đã đề xướng một giả thuyết như vậy: Ông nhận mạnh rằng một tác nhân nhiễm trùng, riêng mình nó, thường không đủ gây ra bệnh, mà thay vì phải xem xét nhiều yếu tố khác nữa. Các yếu tố này bao gồm sự tiếp xúc với vi khuẩn trước đó và sự triển khai tính miễn dịch, tình trạng dinh dưỡng của vật chủ, sự hiện diện của bệnh khác và đủ loại các yếu tố gen học. Ở thai và trẻ còn bú, các yếu tố của người mẹ như sự truyền kháng thể qua rau thai, chẳng hạn, có một ảnh hưởng có ý nghĩa đối với sự đáp ứng của vật chủ đối với các tác nhân nhiễm trùng. Dubos còn tập chú vào vai trò quan trọng của các yếu tố khác kể cả ảnh hưởng của các điều kiện kinh tế xã hội (KTXH) và tình hình y tế.

Tuy vậy, cần nhận mạnh liều lượng của các tác nhân bệnh lý có ý nghĩa quan trọng đặc biệt trong việc hiểu biết mối liên quan giữa một tác nhân nhiễm trùng với mô hình tâm - sinh học xã hội của bệnh. Ví dụ, theo thực nghiệm của Friedman và cộng sự (1965), hiệu quả của kích thích môi trường (bật sáng trước khi gây sốc điện) gây bệnh nhiễm trùng do virus Cocksackie B ở chuột trưởng thành chỉ thể hiện rõ trong một phạm vi liều lượng tương đối hẹp: liều virus thấp không gây được bệnh trong bất cứ điều kiện thực nghiệm nào, trái lại, liều cao thì gây bệnh mà không phụ thuộc thao tác thực nghiệm.

Điều này cho thấy ảnh hưởng khả biến của các yếu tố môi trường không hủy bỏ được vai trò bệnh căn của các yếu tố TLXH và sự thể này gợi ra điều có thể chờ đợi trong thực hành lâm sàng. Điều có thể dự đoán là các yếu tố TLXH sẽ đóng vai trò quan trọng nhất nếu mối quan hệ vật chủ - ký sinh vật ở trong thể cân bằng tế nhị hiệu theo nghĩa hoặc vật chủ loại trừ sinh vật hoặc bệnh sẽ xuất hiện.

Các yếu tố tâm lý không ảnh hưởng đến bệnh theo một cách huyền bí, mà đúng ra tình trạng sinh lý của vật chủ đã bị ảnh hưởng theo một cách nào đấy. Có nhiều công trình chứng minh rõ là kích thích tâm lý có thể có một ảnh hưởng sâu sắc đến một loạt các quá trình sinh lý cả trong thực nghiệm lẫn ở người.

Người ta cho rằng những đổi thay sinh lý này tác động riêng lẻ hay phối hợp là những cơ chế cơ bản liên quan đến tính nhạy cảm dễ mắc bệnh. Các yếu tố sinh lý ảnh hưởng đến một loạt các đáp ứng sinh lý, nội tiết và hóa sinh, và ảnh hưởng đến cả bệnh sử tự nhiên của nhiều bệnh.

Liệu những biến cố TLXH có thể ảnh hưởng tới mức nào đến một bệnh nhiễm trùng?

2.1- Bệnh nhiễm trùng hô hấp trẻ em và ảnh hưởng của điều kiện gia đình

Nhiễm trùng hô hấp (NTHH) chiếm gần hai phần ba toàn bộ các bệnh trong cộng đồng, chiếm tới 40% các bệnh ở trẻ em và là nguyên nhân của hơn một phần ba số trường hợp trẻ em phải nghỉ học. Mặc dầu đã có nhiều thành tựu đạt được trong lĩnh vực vi sinh học của bệnh hô hấp, song tại sao và bằng cách nào đứa trẻ mắc bệnh thì chưa được biết. Trong hơn một nửa số bệnh NTHH, người ta hoàn toàn thất bại không tìm được nguyên nhân vi sinh. Ngược lại, 30% số học sinh có thể cư trú liên cầu A nhưng bệnh lại không xuất hiện, và 3/4 số trẻ trước khi tới trường có nhiễm Mycoplasma Pneumoniae mà không có triệu chứng và có tới 42% số trường hợp nuôi cấy đường hô hấp trên của trẻ khỏe mạnh lại phân lập được phế cầu. Ngoài ra, chưa có cách lý giải thỏa đáng nào khả dĩ cắt nghĩa được sự thể một số trẻ có **bẩm chất** dễ mắc NTHH và mắc bệnh nặng.

Khả năng có giới hạn của vi sinh học trong việc tìm kiếm căn nguyên NTHH khiến gia tăng mối quan tâm tìm kiếm ảnh hưởng các yếu tố xã hội đối với bệnh này ở trẻ em. Không nghi ngờ gì, **gia đình** là bối cảnh xã hội quan trọng bậc nhất trong đó nảy sinh bệnh tật và thật không ngạc nhiên đã có nhiều công trình nghiên cứu mối liên quan giữa bệnh tật trẻ em với các **động thái** (dynamics) gia đình. Heisel J.S. và cộng sự (1973) nhận thấy có sự tích lũy những biến cố quan trọng trong gia đình một năm trước khi đứa trẻ phải vào viện. Một số tác giả khác phát hiện tần suất cao những vấn đề TLXH trong các gia đình có trẻ em bị tai nạn nhiều lần (Husband P. và cs., 1972) hoặc ngộ độc (Sibert S., 1975).

W. Thomas Boyce và cộng sự (Đại học Tổng hợp Carolina Bắc - 1977) theo dõi 58 trẻ em tuổi trung bình 4, 3 năm:

- Mỗi trẻ được khám mỗi tuần 5 lần ghi nhận các triệu chứng NTHH: 2 tuần một lần cấy dịch họng (phân lập vi khuẩn và virus) hoặc bất cứ khi nào có triệu chứng NTHH.

- Cuối năm, mỗi gia đình được phỏng vấn về những **biến cố** (life events) đã xảy ra và tính điểm theo thang đo của Holmes và Rahe (1967).

- Các mô hình gia phong (family routines) được đánh giá theo 12 phạm trù (categories), kết quả cho thấy:

- Tâm mức quan trọng của biến cố gia đình có ảnh hưởng rõ rệt đến thời gian mắc bệnh trung bình. Mặc dầu các yếu tố xã hội được đánh giá là không ảnh hưởng đáng kể đến tần suất của bệnh, song biến cố gia đình là chỉ báo có giá trị nhất tiên đoán thời gian đứa trẻ lâm bệnh.

- Mức độ nghiêm trọng của bệnh có liên quan mật thiết đến sự **kết hợp** giữa biến cố gia đình với tính nghiêm ngặt của gia phong. Nói khác đi, biến cố nghiêm trọng xảy ra trong một gia đình mà gia phong khắc nghiệt (nghỉ thức cao độ) (highly ritualized family) sẽ là **bẩm chất** cho tính nghiêm trọng của bệnh.

- Những mối liên quan nói trên giữa yếu tố xã hội với bệnh NTHH không hề chịu ảnh hưởng thông qua vai trò trung gian của các thông số vi sinh học. Các thang đo biến cố gia đình và gia phong không có ảnh hưởng gì đến sự sinh sản của các vi khuẩn gây bệnh tìm thấy ở đường hô hấp ở trẻ lành cũng như trẻ mắc bệnh cả.

Tác giả đưa ra kết luận:

Những trẻ sống trong các gia đình với các lễ thói nghiêm ngặt thì tương đối dễ bị stress thay vì được bảo vệ bởi các lễ thói (routines) đó nếu xảy ra một biến cố nghiêm trọng. Ngược lại, tính thích nghi có được do phải đối phó với một đời sống hàng ngày trong quá trình dễ thay đổi và linh hoạt thì, theo một phương cách nào đấy, lại có giá trị bảo vệ thoát

khỏi những hậu quả xấu do những biến cố khủng hoảng tiếp theo.

Liệu có một cơ chế nào được hình thành giữa các biến cố TLH với quá trình phát sinh bệnh tật?

III./ MỘT KHÁI NIỆM MỚI: TÂM LÝ - THẦN KINH - MIỄN DỊCH HỌC

Stress môi trường và mối liên quan của nó với nhiễm trùng đã là đối tượng của nhiều công trình nghiên cứu rất phong phú.

Jemmott và cộng sự (1983) chứng minh rằng nồng độ các globulin miễn dịch IgA trong dịch chế tiết ở họng các sinh viên đã giảm đi do tác động của stress qua các kỳ thi. Hơn nữa, ông còn xác định mối tương tác giữa một số cá tính hay nhân cách với các phản ứng sinh học đặc thù. Chẳng hạn, những người có nhu cầu cao về quyền lực thì bộc lộ tính phản ứng mạnh đối với stress khi thi. Xin nói thêm: IgA chế tiết ở họng là một trong các trận tuyến hàng đầu của sự phòng vệ chống các bệnh nhiễm trùng.

Một số công trình nghiên cứu các đáp ứng sinh lý học và lâm sàng đối với stress được liệt kê trong bảng 1.

Các catecholamin và cortisol rõ là có vai trò chủ chốt trong các đáp ứng với stress ở người và có thể là chất trung gian trong một số bệnh đôi khi xuất hiện sau stress.

Frankenhauer (1982) đã tiến hành các công trình nhằm làm sáng tỏ các mối liên quan tâm - sinh lý của các hormon thượng thận.

Bảng 1. - Các mô hình nghiên cứu tương quan sinh học của stress

TÁC GIẢ	ĐỐI TƯỢNG/ CHỦ ĐỀ	PHƯƠNG PHÁP
Friedman (1963)	Cha mẹ các trẻ em bạch cầu cấp/ máu người thân	Nồng độ cortison trong nước tiểu
Kiecolt - Glaser (1986)	Sinh viên/ stress thi cử/ tâm trạng cô độc	Kháng thể ecpet
Bartrop (1977)	Các cặp vợ chồng/ máu người thân	Tế bào limphô
Boyce (1977)	Các gia đình/ gia phong	Nhiễm trùng hô hấp cấp
Jemmott (1982)	Sinh viên/ stress học tập	IgA chế tiết

Chẳng hạn, trong tình trạng căng thẳng tâm lý mà không nguy kịch (ví dụ trạng thái vui vẻ hoặc sung sướng) thì nồng độ catecholamin tăng nhưng nồng độ cortison giảm. Nếu căng thẳng đồng thời nguy kịch thì cả catecholamin lẫn cortison đều tăng. Trong trạng thái nguy kịch nhưng không căng thẳng (ví dụ tình trạng không được hỗ trợ lúc gặp khó khăn) thì chỉ tăng cortison mà thôi.

Ngoài ra, tác giả còn làm rõ sự khác biệt theo giới tính. Phụ nữ tỏ ra **đáp ứng các nhu cầu không đầy đủ bằng nam giới**. Khi gắng sức chẳng hạn, có hoặc không có nguy kịch thì nồng độ các catecholamin ở nữ giới không cao bằng ở nam giới.

Một số công trình khá hấp dẫn nghiên cứu những thay đổi chuyển hóa của bạch cầu do ảnh hưởng của stress tâm lý, nói cách khác: liên quan giữa **cảm xúc và miễn dịch**.

Trước đây, người ta đã chứng minh phần lớn các tác nhân gây ung thư (carcinogens) là do làm thương tổn ADN trong tế bào và tạo ra những tế bào đột biến (Miller, 1987). Do vậy, năng lực của cơ thể **tái tạo ADN** đã bị thương tổn trở nên đặc biệt **khủng hoảng** là vì có bằng chứng cho thấy **sự tái tạo ADN đột biến** đi kèm với sự gia tăng có ý nghĩa tỷ lệ **ung thư**. (Setlow,

1978; Takebe, 1983). Sự tái tạo sai lầm ADN đã bị thương tổn cũng có thể dẫn tới những suy biến quan trọng trong sự tăng trưởng tế bào, phân chia tế bào, tính biểu hiện gen cũng như làm chết tế bào.

Gần đây có các bằng chứng về các cơ chế sinh lý học theo đó những biến cố TLXH có thể trực tiếp liên quan đến tần suất gia tăng ung thư hay các bệnh nhiễm trùng.

Janice K. và cộng sự (1985) phát hiện những khác biệt tái tạo ADN trong các tế bào limphô giữa nhóm người bệnh tâm thần nguy kịch nặng (high distress) với người bệnh tâm thần ít nguy kịch (low distress) và so với nhóm chứng (không mắc bệnh tâm thần). Mức độ nguy kịch tâm thần được đánh giá bằng thang điểm tổng kê nhân cách nhiều mặt Minnesota (MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory); mức độ tái tạo ADN trong tế bào limphô được đánh giá bằng tỷ lệ phân trăm tốc độ lắng của các nucleoit từ các tế bào limphô được tia xạ bằng quang tuyến X so với các tế bào limphô không được tia xạ của cùng người bệnh.

Thực nghiệm cho thấy sự tái tạo ADN trong các tế bào limphô thuộc nhóm nguy kịch kém hẳn so với nhóm ít nguy kịch. Do vậy, mức nguy kịch cao của người bệnh tâm

thần thể hiện có liên quan với những khác biệt có ý nghĩa về loạn chức năng ở tâm phân tử khả dĩ có những hệ lụy nghiêm trọng đối với sức khỏe.

Ta biết rằng, các tế bào limphô, bình thường ra, đáp ứng với kích thích kháng nguyên hoặc kích thích phân bào bằng cách tăng tổng hợp ADN và tái tạo tế bào. Nếu sự đáp ứng của tế bào limphô đối với kích thích kháng nguyên hay kích thích phân bào bị suy giảm và do đó kém hiệu năng thì khả năng đáp ứng miễn dịch chống các bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn hay virus bị ảnh hưởng. Mặt khác, nếu các tế bào limphô bị giảm năng lực tái tạo các trình tự sắp xếp ADN - chúng chẳng những mã hóa những gen đặc thù mà còn có vai trò điều hòa trong sự biểu hiện của chúng - thì những người lâm vào tình trạng nguy kịch tâm thần cao như vậy dễ mắc bệnh ung thư.

VI. STRESS VÀ MIỄN DỊCH

4.1- Nhắc lại những khái niệm cơ bản

Stress là gì?

Theo nguyên ngữ tiếng Anh, Stress (S) có nghĩa là *"sức mạnh, cưỡng chế, căng thẳng"*. J. Delay định nghĩa *"S là trạng thái căng thẳng cấp diễn của cơ thể buộc phải huy động các khả năng phòng vệ để đối phó với một tình huống đang đe dọa"*.

Thuật ngữ S trong thực tế vừa chỉ một phản ứng không đặc hiệu của cơ thể trước một xâm kích (agression) bất kể loại gì (chấn thương, độc tố, nhiễm trùng, cả tâm lý nữa) vừa chỉ tác nhân xâm kích đó. Thuật ngữ này được thông dụng trong y học bắt đầu từ các công trình của Selye. Theo quan niệm của Selye, một cách giản lược, thì *"Hội chứng S"* hay *"Hội chứng thích nghi toàn thân"* - (General Adaptation Syndrome - GAS) diễn ra như sau:

"Bắt đầu sốc tác động lên hệ thần kinh thực vật truyền lập tức các mệnh lệnh tới vùng dưới đồi và thùy trước tuyến yên. Tuyến nội tiết này phản ứng bằng cách chế tiết một lượng lớn hormone thúc vỏ thượng thận, gây hưng phấn vỏ thượng thận và giải phóng các hormone steroid, đặc biệt là 11-oxisteroit. Về mặt sinh học, hoạt tính quá mức này thể hiện bằng tác dụng dị hóa protein, ảnh hưởng đến chuyển hóa nước và muối, do vậy sức đề kháng của cơ thể gia tăng" (De Genies)

Như vậy là có một giai đoạn báo động đầu tiên (sốc và chống sốc), rồi một giai đoạn đề kháng; song sự lặp lại xâm kích có thể dẫn tới một giai đoạn thứ ba được mệnh danh là giai đoạn **kiệt sức**, có nghĩa là sự tiêu kiệt khả năng chế tiết của vỏ thượng thận và khả năng đề kháng của cơ thể. Sự lệch lạc và biến chất của chu trình này chính là nguyên nhân tạo ra cái gọi là các bệnh thích nghi.

Điều cần nhấn mạnh là vai trò quan trọng của vùng dưới đồi và tuyến yên: nếu bị tổn thương hay bị hủy hoại thì cả phản ứng thích nghi sẽ bị xóa bỏ (Bard, Hume). Mặt khác, nên lưu ý là trong giai đoạn đề kháng, các khả năng phòng vệ của cơ thể được gia tăng chống lại tác nhân xâm kích thúc đẩy phản ứng này nhưng bị sụt giảm trước các tác nhân bệnh lý khác tình cờ xuất hiện.

Mỗi giai đoạn tạo ra trong cơ thể những biến đổi sinh học và những biểu hiện lâm sàng mang tính đặc trưng định hình thể hiện sự giao động của các cơ chế **điều hòa thể cân bằng sinh học (hằng định nội môi)** đã bị S phá vỡ như: giảm huyết áp động mạch, nhịp tim nhanh, hạ rồi tăng thân nhiệt, thiếu niệu, cô đặc máu, tăng tế bào limphô rồi giảm bạch cầu, thay đổi tính thấm thành mạch, thay đổi đường huyết, dự trữ kiềm, nồng độ Clo và Natri - máu. Về sáu, nhiều tác giả đã nghiên cứu các cơ chế tâm lý của sự phát sinh cảm xúc trong các biểu hiện

bệnh lý như rối loạn thần kinh thực vật, rối loạn chức năng tiêu hóa, nội tiết, v.v...

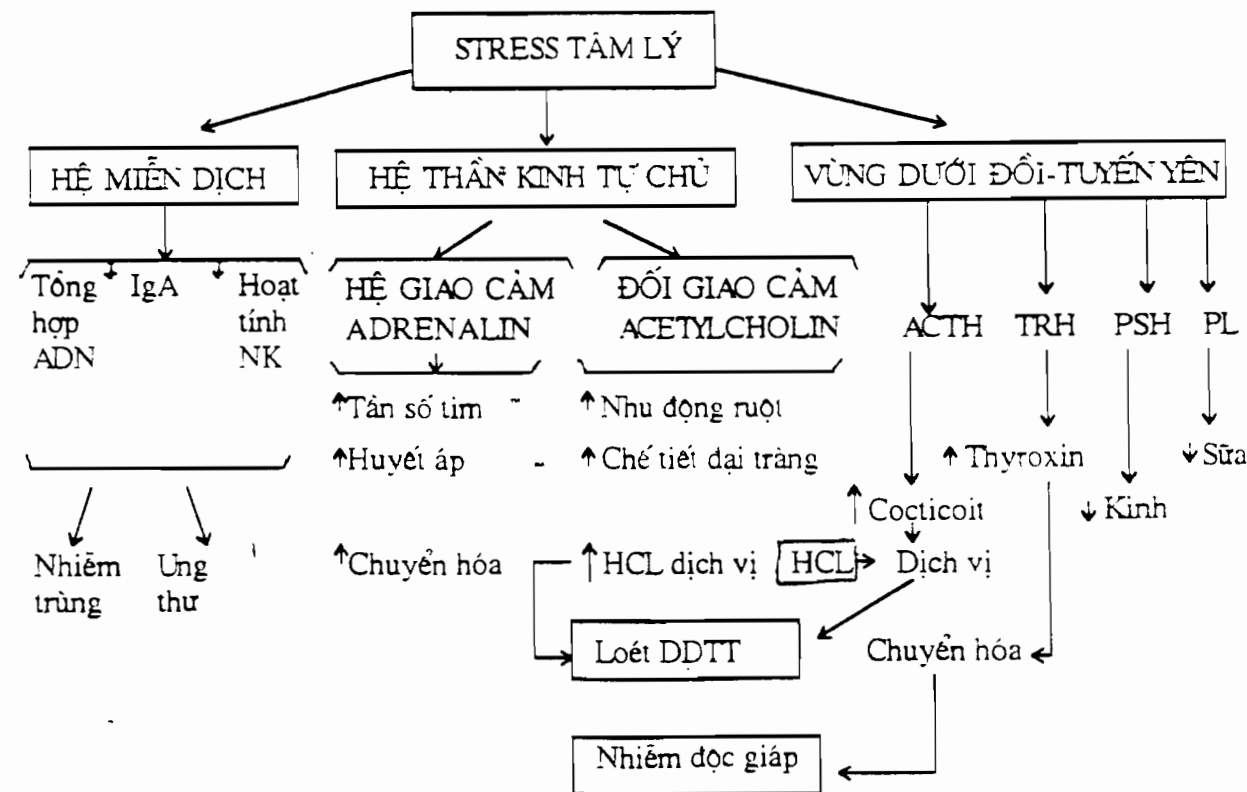
Dường như có những nét tương đồng giữa các biểu hiện tuân tủy tâm thần học với những rối loạn tâm thần biểu hiện trong sốc mà Selye mô tả, chẳng hạn: lú lẫn, hoang tưởng lú lẫn, hoang tưởng cấp diễn, hoang tưởng dữ dội, suy nhược thần kinh. Tính đa nguyên bệnh căn và tính đơn điệu biểu hiện bệnh lý trong phản ứng với xâm kích nói trên đã cho phép quan niệm những biểu hiện đó như những phương thức riêng mang tính tâm thần học của hội chứng Selye.

Giả thuyết này có thể được xem như một luận cứ đáng tin cậy khả dĩ giải thích được các cơ chế sinh học trong S và trong thực tế người ta có dùng liệu pháp ACTH hay cortison trong một số trường hợp như hoang tưởng cấp diễn, mê sảng, hội chứng lú lẫn và có đem lại kết quả.

Sau cùng, Stress cũng được xem là một yếu tố bệnh căn trong tâm thần phân liệt, theo học thuyết Indol của Hoffer về các bệnh tâm thần. Theo ông, tâm thần phân liệt thể hiện một tình trạng nhiễm độc do nhân indol, một dân chất bệnh lý của adrenalin được tuyến thượng thận sản xuất ra trong một điều kiện lệch lạc chuyển hóa.

Song, trong Stress, dấu phản ứng tuyến yên - thượng thận có quan trọng tới mức nào đi chăng nữa, nó vẫn chỉ là "một mắt xích" trong cả một chuỗi các phản ứng vô tận, phức tạp hơn nữa mà thôi, mà miễn dịch học là lĩnh vực ngày càng được quan tâm.

Có thể phác họa các cơ chế "thực thể hóa" (somatisation) trong Stress tâm lý theo một giản đồ như sau (Hình 2)



Hình 2

Chú thích: ACTH: Hocmon kích thích vỏ thượng thận

TRH : Hocmon kích thích tuyến giáp

FSH : Hocmon kích thích buồng trứng

PL : Hocmon kích thích tuyến sữa

NK : Tế bào tiêu diệt tự nhiên (Natural killer cells)

DDTT: Dạ dày tá tràng

Hệ miễn dịch

Hệ miễn dịch (MD) có chức năng duy trì tính toàn vẹn của cơ thể trong mối liên quan với các chất lạ như vi khuẩn, virus và tác nhân ung thư. Hệ MD hoạt động theo hai phương thức chính: MD qua trung gian tế bào và MD qua thể dịch. Đơn vị tế bào cơ bản chung cho cả MD tế bào lẫn MD thể dịch là tế bào limphô. Tế bào LT trước hết liên quan đến MD qua trung gian tế bào, còn LB liên quan đến MD thể dịch. Cả LT lẫn LB đều phát sinh từ tủy xương và LT được trưởng thành trong tuyến hung.

Tế bào LT có nhiều nhóm: T hỗ trợ, T ức chế và T tiêu diệt. Ngoài LT và LB ra còn có một số tủy tế bào khác cũng có vai trò trong miễn dịch gồm tế bào đơn nhân, đại thực bào, tế bào bôn và tế bào trung tính. Trong quá trình triển khai một đáp ứng MD, các kháng nguyên (KN) - các chất được thừa nhận là ngoại lai - gắn vào các tế bào limphô. Mỗi tế bào limphô có nhiệm vụ nhận biết một KN mục tiêu đặc hiệu gắn vào thụ thể trên bề mặt tế bào đó và do vậy nó kích thích tế bào này. Các tế bào B và T lúc đầu chứa cùng một lượng thông tin di truyền như bất cứ tế bào nào khác trong cơ thể. Mỗi tế bào tự nó có nhiệm vụ tạo ra một thụ thể đặc hiệu bằng cách sắp xếp lại cấu trúc ADN theo một chương trình gen học mã hóa với cấu trúc của thụ thể. Kết quả là ta có một hệ MD với tính đa dạng cực kỳ phong phú khiến các tế bào LT và LB (ở người và các súc vật khác) có thể nhận biết được tới 10 triệu cấu trúc KN khác nhau. Khi một KN

gắn vào bề mặt một tế bào limphô đặc hiệu thì một quá trình phân chia và biệt hóa tế bào diễn ra dẫn tới kết quả làm tăng thường xuyên con số các tế bào limphô lưu hành gắn KN đặc hiệu. Sự sinh sản dòng (clones) tế bào này tạo ra một phản ứng thứ cấp mau lẹ hơn và mạnh mẽ hơn nếu lại tiếp xúc lần nữa với KN. Hệ MD cho ta một khả năng hết sức phong phú với tính đặc hiệu rất nhạy bén.

Trong MD thể dịch, các tế bào LB được cảm ứng sau khi hoạt hóa nhờ các tín hiệu phát ra từ các đại thực bào và các tế bào T hỗ trợ, sẽ tăng sản và biệt hóa thành các tế bào tương, chúng tổng hợp các kháng thể (KT) mang tính đặc hiệu của KN. Các KT là các globulin gồm 5 lớp chính: IgA, IgG, IgM, IgE, và IgD. Các globulin IgM và IgG được sản xuất ra để đáp ứng với đủ loại KN. IgM được sản xuất tương đối ít hơn ngay sau khi có kích thích KN, nhưng IgG được sản xuất với lượng lớn.

IgA có chức năng bảo vệ các mặt ngoài của cơ thể, hiện diện trong các chất chế tiết của các niêm mạc đường ruột, đường thở, trong sữa (kể cả sữa non). KT IgE là một phản ứng tố gắn vào các tế bào bôn và khi một KN đặc hiệu tổ hợp với IgE thì các tế bào bôn giải phóng ra các chất trung gian của tính tăng mẫn cảm tức thì, các chất trung gian này gồm histamin, kinin và leucotrien.

Chức năng bảo vệ hàng đầu của MD thể dịch là chống lại các bệnh nhiễm trùng do các vi khuẩn có vỏ bọc (như phế cầu, liên cầu chẳng hạn). Tuy vậy, đôi khi đáp ứng

này có thể mang tính bệnh lý như trong sốc phản vệ, hen và hãn hữu, trong đáp ứng với các mô tế bào của chính cơ thể mình như trong các bệnh được gọi là **tự miễn**.

Trong **miễn dịch qua trung gian tế bào**, các LT khi đi qua các mô tế bào được cảm ứng với một KN đặc hiệu ở ngoại vi rồi, nó tiến dần đến một hạch limphô đi vào vùng tự do của vỏ nang. LT tăng sản và chuyển dạng thành các nguyên Limphô bào lớn hơn. Sau nhiều ngày, chúng trở nên có hoạt tính MD. LT **tác động** (effector) có vai trò trong tính cảm ứng chậm (tiếp xúc hoá học hay trong phản ứng tuberculin chẳng hạn), **tế bào tiêu diệt** (T killer cells) nhận dạng, gắn và dung giải các tế bào mục tiêu mang KN lạ gây phản ứng. Ngoài ra LT còn giải phóng **limphokine** - yếu tố ức chế di chuyển thực bào - các yếu tố hóa ứng động và **interferon** có vai trò phá hủy KN.

Tóm lại, chức năng MD qua trung gian tế bào có nhiệm vụ chống các bệnh nhiễm trùng do virus, nấm, nhiễm khuẩn nội tế bào, có vai trò trong phản ứng ghép và chống lại ung thư nữa.

Người ta còn khám phá ra **Interleukin** (IL - I) có lẽ do đại thực bào sản xuất ra có tác dụng **hoạt hóa** các LT, và **Interleukin II** kích thích sự tăng sản tế bào T, và một nhóm phụ tế bào mang tên **tế bào tiêu diệt tự nhiên** (natural killer cells) có khả năng tự động nhận dạng và tiêu diệt một cách chọn lọc một số tế bào bị nhiễm virus hay tế bào ung thư.

4.2- Stress và rối loạn miễn dịch

Mãi gần đây, các thành tựu MD học và kỹ thuật MD mới cho phép tiến hành các công trình nghiên cứu mối liên hệ trực tiếp giữa các trạng thái ứng xử với hệ MD, trong khi người ta biết rõ ảnh hưởng của Stress đối với các mô hình bệnh tại trong đó chức năng MD có đóng một vai trò quan trọng.

Hen phế quản và viêm mũi dị ứng, chẳng hạn, là những quá trình bệnh lý dính líu tới tính tăng sản cảm ứng thì - là một đáp ứng thể dịch. Người ta thấy sự phát sinh và tiến triển của các bệnh này gắn với cả những kinh nghiệm Stress đã trải qua trong cuộc sống lẫn các khả năng tâm lý - xã hội vốn có đang đối phó với chính các Stress đó, người ta cũng có bằng chứng nói rằng các trạng thái tâm lý có thể ảnh hưởng đến tính thụ cảm bệnh nhiễm trùng và đồng thời tới cả tính MD nữa.

Meyer và Haggerty (1962) nghiên cứu định hướng một nhóm các gia đình trong thời gian một năm và nhận thấy các thành viên trong các gia đình có Stress ở mức độ cao thì bị nhiễm trùng do liên cầu nhiều hơn, có nồng độ KT kháng Streptolysin O gia tăng và có biểu hiện lâm sàng.

Người ta cũng mô tả các hậu quả của Stress đối với nhiều chứng bệnh trong đó có vai trò của tính MD qua trung gian tế bào. Chẳng hạn, từ lâu (Day, 1951; Hawkins, 1957) đã có các công trình chứng minh rằng các biến cố Stress trong đời sống, trạng thái tâm lý và sự hỗ trợ của cộng đồng, xã hội có thể làm thay đổi sức đề kháng với bệnh lao và ảnh hưởng đến tiến triển của bệnh.

Hacobs (1969) đưa ra các dữ liệu cho thấy những kinh nghiệm trong cuộc sống gây giận dữ hoặc trầm cảm thấy có liên quan đến sự xuất hiện các bệnh nhiễm trùng hô hấp.

Rasmussen (1969) thực nghiệm trên súc vật thấy tính nhạy cảm với đủ loại các bệnh nhiễm trùng do virus gia tăng sau khi tiếp xúc với một Stress cấp diễn. Theo Wistar và Hildemann (1960), ảnh hưởng của Stress đến phản ứng loại bỏ mảnh ghép thấy nhất quán với các nhận xét lâm sàng quan sát trên người bệnh loại bỏ mảnh ghép diễn ra sau Stress.

Đối với **ung thư**, các kinh nghiệm Stress trong cuộc sống thấy có liên quan đến sự khởi phát và diễn biến của bệnh. Người ta

không phủ nhận điều là có nhiều khó khăn trong việc xác lập các liên quan nhân quả trong lĩnh vực nghiên cứu này khiến việc nhận định bị giới hạn và cần đề dặt. Tuy vậy, các nghiên cứu lâm sàng đã gợi ra những giây liên hệ đặc hiệu giữa các trạng thái ứng xử với sự khởi phát bệnh bạch cầu cấp và bệnh u tế bào limphô (Gveene, 1966) và ung thư phổi (Kissen, 1977), nhưng không thấy mối liên hệ này trong ung thư vú và ung thư bàng quang. Song hai công trình nghiên cứu dài hạn cho thấy các nét cảm xúc đặc trưng phát hiện ở các đối tượng tại một trường Y khoa (Thomas và Green street, 1973) và lúc nhận việc làm (Shekelle, 1981) đã có ý nghĩa tiên đoán nguy cơ ung thư gia tăng theo dõi trong vòng 30 năm.

4.3. Kinh nghiệm thời tằm bé và hệ miễn dịch

Các kinh nghiệm thời tằm bé ở người và đặc biệt, ở súc vật được chứng minh là có những hậu quả, cả trước mắt lẫn lâu dài, đến cung cách ứng xử và tình trạng sức khỏe (Hofer, 1981). Nhiều nghiên cứu đã xem xét khả năng các biến cố thời tằm bé có thể ảnh hưởng tới hệ MD, dẫn tới những thay đổi tồn tại mãi tới tuổi trưởng thành như thế nào.

Steven J. Schleifer và cs. (1986) nghiên cứu hậu quả việc tách mẹ sớm và vĩnh viễn các con chuột đối với các quá trình MD qua trung gian tế bào. Kết quả cho thấy việc cách ly sớm đã làm giảm có ý nghĩa số lượng tế bào Limphô máu ngoại vi ở cả chuột đực lẫn chuột cái, kích thích bằng PHA thấy chiều hướng đáp ứng của các tế bào limphô ngoại vi ở con vật cách ly sớm giảm đi nhiều so với nhóm chứng. Các tác giả còn thấy: hậu quả việc cách ly sớm đối với chức năng MD, cả thể dịch lẫn tế bào, có thể thông qua vai trò trung gian là vùng dưới đồi đã bị thương tổn biểu hiện bằng hoạt tính thần kinh - nội tiết bị rối loạn. Các con chuột cách ly sớm được theo dõi tới 100 ngày, thấy phần lớn chết vì viêm phổi,

nhưng thương tổn giải phẫu bệnh lại không chúng tỏ có nhiễm trùng.

Thực nghiệm trên loài linh trưởng, Laudeuslayer và cộng sự (1982) báo cáo một tình trạng giảm sút kích thích tế bào limphô bằng PHA và con. A ở hai con khi đầu đàn trong thời gian hai tuần tách mẹ. Hoạt tính tế bào limphô lại trở về mức bình thường sau khi lại cho chúng sống chung với mẹ. Trong một thực nghiệm khác, đem nhốt riêng một nhóm 4 con khi trong năm đầu, thấy các đáp ứng phản bào nguyên nhiễm ở tuổi trưởng thành thấp hơn có ý nghĩa so với 5 con khi con đối chứng (Laudenslager, 1985).

Nhiều báo cáo đưa ra bằng chứng nói rằng kinh nghiệm lúc mới đẻ có thể ảnh hưởng đến sự khởi phát và tiến triển của phát triển u thực nghiệm ở con vật trưởng thành. Chẳng hạn, Levin và Cohen (1959) nhốt hàng ngày các con chuột trước khi cai sữa đã làm giảm số chuột sống sót sau khi ghép một bạch cầu cấp dạng limphô vào lúc 7 tuần tuổi. Ader và Friedman (1965) cũng thấy kết quả tương tự khi gây cacinosacôm thực nghiệm cho chuột đem nhốt hoặc gây sốc điện.

Tuy các nghiên cứu trên đây gợi ý rằng sự phát triển của hệ MD có thể chịu ảnh hưởng của các biến cố của cuộc sống đời thường song những khác biệt chủng loại trong mức độ thành thực của các quá trình MD lúc đẻ không thể áp dụng cho người được. Người ta thấy ở người, lúc mới đẻ, mức thành thực MD cao hơn so với các loài chuột, có thể là do tính nhạy cảm thấp hơn của hệ MD ở trẻ còn bú đối với những hậu quả lâu dài do chấn thương cảm xúc hay thực thể thời thơ ấu gây ra. Đây là một lĩnh vực quan trọng cần được tiếp tục nghiên cứu.

4.4- Mất người thân và chức năng tế bào limphô

Thực nghiệm cách ly sớm các con chuột nhắt, chuột đồng và linh trưởng cho thấy sự phá vỡ các mối liên hệ mất thiết thời non trẻ

có thể để lại những hậu quả nghiêm trọng cho hệ MD.

Mất đối tượng trong cuộc sống người trưởng thành cũng được chú ý rất nhiều. **Mất người hôn phối** là trong số các biến cố thường gặp gây Stress mạnh mẽ nhất và thấy có liên quan đến tình trạng tử vong gia tăng.

Helsing và cs. (1981) trong một nghiên cứu định hướng thấy **người góa vợ** có nguy cơ **tử vong cao** hơn so với nhóm chứng. Bartrop và cs. (1977) đưa ra bằng chứng một nhóm **người góa** giảm chức năng tế bào **limphô** so với nhóm chứng.

Schleifer và cs. (1981) tiến hành một công trình nghiên cứu dài hạn những người **chồng có vợ mắc bệnh ung thư vú** tiến triển. Có 20 đối tượng được theo dõi trong 3 năm: mỗi đối tượng được theo dõi định kỳ 6-8 tuần khi bệnh đang tiến triển. 15 trong số này được xét nghiệm tế bào **limphô** chừng 2 tháng đầu sau khi vợ chết và 12 trong số 15 người này được theo dõi tiếp 4-14 tháng sau nữa. Các đối tượng này tuổi trung bình 57, kết hôn trung bình năm 30 tuổi, bệnh của vợ được chẩn đoán trung bình 2.5 năm trước khi tiến hành nghiên cứu. Các đối tượng được quan sát trung bình 6 tháng từ khi bắt đầu nghiên cứu cho đến khi vợ chết.

Với 15 đối tượng, các đáp ứng kích thích phản bào của tế bào limphô bằng PHA, con. A và PWM. Hai tháng sau khi vợ chết thấy **suy giảm** có ý nghĩa so với đáp ứng này của chính bản thân trước khi vợ chết. Số lượng các tế bào limphô máu ngoại vi và tỷ lệ và số lượng tuyệt đối tế bào T và B giai đoạn trước khi góa vợ khác nhau có ý nghĩa so với giai đoạn sau khi góa vợ.

Người ta cho rằng ảnh hưởng của cái chết của người vợ hay chồng đối với chức năng tế bào limphô có thể bắt nguồn từ hậu quả của Stress thông qua vai trò trung gian là hệ **thần kinh trung ương**. Những kinh nghiệm Stress trong cuộc sống có thể liên quan đến những thay đổi trong hoạt động

của hệ thần kinh trung ương xuất hiện sau các trạng thái tâm lý như **trầm cảm** chẳng hạn, mà như Clayton và Parker (1972) mô tả, những người góa thường có nét đặc thù là biểu hiện **khí chất trầm cảm**. Hiện có bằng chứng nói rằng chức năng tế bào limphô cũng có những thay đổi tương tự ở những người bệnh trầm cảm.

4.5- Rối loạn trầm cảm và hệ MD

Những phát hiện thay đổi hệ MD do Stress gây ra, nhất là sau khi góa vợ hay chồng, cùng nhiều bằng chứng thay đổi chức năng thần kinh - nội tiết ở những người có rối loạn cảm xúc gợi ý rằng các rối loạn trầm cảm có thể gây ra thay đổi tính MD.

Tần số các **kháng thể kháng nhân**, một dữ kiện khả dĩ phản ánh quả tính tự miễn, đã được nhiều tác giả (Debert và cs. 1976; Johnstene và haley - 1975; Shopsin và cs. 1973) báo cáo là **gia tăng** ở những người bệnh trầm cảm.

Gần đây, các nhà nghiên cứu bắt đầu đánh giá các phương pháp định lượng tổng quát chức năng tế bào limphô trong tình trạng trầm cảm. Cappel và cs. (1978) báo cáo các đáp ứng kích thích của tế bào **limphô** đối với PHA trong một nhóm người **loạn thần trầm cảm** giai đoạn **cấp diễn** thấy **giảm sút** hơn có ý nghĩa so với giai đoạn lui bệnh quan sát trên lâm sàng.

Nhận xét này phù hợp với những bằng chứng do Shekelle và cs. (1981) đưa ra nói rằng tỷ lệ **ung thư cao** liên quan chặt chẽ đến nhóm những người **bệnh trầm cảm** có thang điểm MMPI cao, trong một công trình theo dõi hơn 2000 người trong vòng 17 năm: Fox (1978) cũng đưa ra bằng chứng tương tự: những người bệnh tâm thần phải vào **viện điều trị** có thể có tỷ lệ **chết vì ung thư cao** hơn so với dân số nói chung.

4.6- Stress tác động đến hệ miễn dịch như thế nào?

Có đủ loại yếu tố sinh học có thể dính líu tới vai trò trung gian trong các mối liên kết giữa các trạng thái ứng xử với hệ MD. Hệ **nội tiết** có tính đáp ứng nhạy bén cả đối với các **kinh nghiệm trong cuộc sống** lẫn đối với **trạng thái tâm lý** và có một ảnh hưởng đáng kể, mặc dầu phức tạp, đối với các quá trình MD. Các hormone được nghiên cứu rộng rãi nhất là hormone của trục dưới **đôi - tuyến yên - thượng thận**. Có một loạt các kinh nghiệm gây Stress có khả năng phòng thích **cocticoit**, mặt khác chế tiết **coctisol** gia tăng thấy xuất hiện trong rối loạn trầm cảm nặng.

Các **cocticoit** có tác động mạnh mẽ và một cách phức tạp lên hệ MD. Điều đáng chú ý là có bằng chứng cho thấy liều lượng được lý của **cocticoit** làm **giảm kích thích** tế bào **limphô** do tác nhân phản bào gây ra và khiến tế bào limphô T phân phối lại từ máu lưu hành tới tủy xương. Nhiều báo cáo đã chứng minh sự lưu hành trở lại của tế bào **limphô** ở người dễ chịu ảnh hưởng của **cocticoit** nội sinh và biến đổi tùy theo các nồng độ **coctisol** nội sinh, giống như đáp ứng do kích thích bằng PHA.

Chế tiết **cocticoit** từ lâu đã được xem là cơ chế của **điều biến tính miễn dịch** do Stress gây ra và các quá trình bệnh liên quan. Tuy vậy, sự điều hòa chức năng MD trong đáp ứng với stress có thể không chỉ giới hạn ở **cocticoit**, thay vì là một hiện tượng phức tạp liên quan đến nhiều cơ chế. Stein và cs. (1981) cho thấy những thay đổi trong hormone **tuyến giáp**, hormone **tăng trưởng** và các **steroit giới tính** có liên quan để sự tiếp xúc với các tác nhân gây Stress và tác giả cho rằng mỗi hệ hormone này đều có nhiệm vụ điều biến chức năng MD. Ngoài ra phải kể tới vai trò của đủ loại các **peptit**, như **endocphrin-beta** chẳng hạn, trong sự điều hòa chức năng MD liên quan đến Stress. Các tác giả Keiler (1980), Stein (1982), Cross (1982) đã chứng minh vùng dưới **đôi**, vốn đóng một vai trò trung tâm

trong chức năng thần kinh - nội tiết cũng có khả năng điều biến cả tính MD thể dịch lẫn tính MD qua trung gian tế bào.

Còn phải kể đến những ảnh hưởng khác, ngoài hormone, cũng dính líu đến điều hòa tính MD, trong hệ thần kinh trung ương. Chẳng hạn, **thương tổn phần trước vùng dưới đôi** làm tăng số lượng các tế bào **tuyến ức** và làm **giảm** các **đáp ứng phản bào** ở các con chuột thực nghiệm đã cắt bỏ tuyến yên.

4.7- Bối cảnh sinh học giữa hệ thần kinh trung ương (TKTU) và hệ MD.

Về mặt giải phẫu, K. Bullock và Moore, Giron, William (1980) cho thấy sự phân bố thần kinh từ các nhân lõi mờ (nucleus ambiguus) trực tiếp tới tuyến ức là cơ sở trưởng thành - "nơi đào tạo" - các tế bào **limphô T**, là thành viên chủ yếu trong **đáp ứng MD** tế bào và kiểm soát **đáp ứng MD**. Về mặt bào thai học, tuyến ức có nguồn gốc phôi từ **mào thần kinh**, mầm mống phát triển hệ thần kinh trung ương. Thật ra, không chỉ riêng tuyến ức mà toàn bộ cơ sở vật chất của bộ máy miễn dịch như tủy xương, lách, hạch **limphô** đều được phân bố các **mat đoạn thần kinh** rất phong phú. Không những thế, các **mat đoạn thần kinh** này còn truyền trực tiếp các thông tin cho chúng dưới dạng các chất dẫn truyền thần kinh như **enkephalin**, **cholescystokinin** các **peptit** hoạt hóa mạch của ruột (**peptide intestinale vaso-active**), đảm bảo truyền đạt thông tin vô não - nội tạng và ngược lại.

Nghiên cứu thực nghiệm thấy **thương tổn vô não trái** làm giảm số lượng tế bào **limphô T** ở chuột cái và giảm cả hoạt tính sinh học của tế bào này. Kết quả ngược lại được quan sát thấy khi **thương tổn vô não phải**. N. Geshwind (1985) đưa ra bằng chứng là những người thuận tay trái dễ rối loạn tự MD hơn. Như vậy, rõ là có mối liên kết giữa hai kiểu thông tin thần kinh và nội tiết và vô não động vật có xương sống cao cấp đóng

một vai trò trong kiểm soát hoạt động MD và điều hòa mạng lưới MD. Phá hủy hạch giao cảm bằng tiêm một hóa chất 6-hydroxydopamin chẳng hạn, sẽ ảnh hưởng sâu sắc đến số lượng tế bào limphô, tới khả năng đáp ứng kích thích kháng nguyên và tới cả bản chất phân tử bề mặt của chúng.

Một khái niệm mới được hình thành, xuất phát từ các dữ kiện thu được từ nhiều labô, là trục thần kinh - miễn dịch, theo đó liên lạc giữa hai hệ thống được đảm bảo nhờ các tín hiệu được hình thành thông qua các hocmôn được xem là kinh điển (như corticosteroid, hocmôn sinh dục...) và qua các chất dẫn truyền thần kinh như acetylcholin, no-adrenalin, serotonin... và một loạt các phân tử khác được mệnh danh dưới một thuật ngữ chung là **hocmôn thần kinh**.

Tương nên nhắc lại những nhận định được xem là kinh điển: các hocmôn steroid (corticoid và androgen) làm giảm phản ứng MD trong thực nghiệm. Ngược lại, các hocmôn khác như hocmôn tăng trưởng, hocmôn giáp trạng và insulin lại kích thích phản ứng MD, tăng cường khả năng hoạt động của tế bào limphô.

Một phát hiện mới đây làm kinh ngạc các nhà miễn dịch học: phần lớn các tế bào limphô đều có cơ quan cảm thụ (thụ thể) với các hocmôn thần kinh đủ loại và việc gắn các hocmôn đó vào cơ quan cảm thụ chính là cơ sở của hoạt động điều biến MD.

D.G.Payan và cs. (1985) phát hiện chất P^(*) kích thích mạnh hoạt tính của lymphô bào còn hocmôn tăng trưởng có ảnh hưởng ngược lại. Peptit huyết mạch ruột non (VIP) có chức năng làm giãn mạch trong điều kiện bình thường đồng thời kiểm soát hoạt tính của các tế bào NK. Trong thực nghiệm, J.B. Blalock nhận thấy các hocmôn thần kinh.

(*) Chất P là một peptit hiện diện trong thần tế bào sừng tủy sống lưng bị enkephalin ức chế không được phóng thích ở tằm dây sống và thần não để ngăn chặn sự truyền cảm giác đau.

đặc biệt endocphin anpha cản trở mạnh quá trình sản xuất kháng thể, còn endocphin beta lại có tác dụng tăng sinh tế bào limphô, và một số hocmôn thần kinh khác ngăn cản sự di chuyển của tế bào limphô T tới địa điểm mục tiêu. (S.L. Brown và cs., 1985).

Tóm lại, các tế bào limphô chẳng những có năng lực nhận dạng các kháng nguyên, có khả năng tiếp nhận những thông tin miễn dịch cả về lượng lẫn về chất (chẳng hạn yếu tố phát triển của tế bào limphô B, các interleukin, interferon...) mà còn có bộ máy cảm thụ các hocmôn, kể cả hocmôn thần kinh nữa. Như vậy, tế bào miễn dịch cũng một lúc **chính hợp** nhiều chủng loại phân tử thông tin khác nhau một số mang tính thuần túy MD, số khác là các hocmôn thần kinh, đặc biệt trong đáp ứng kích thích đau và cảm xúc. C.B. Pect (1985) khẳng định rằng nếu các peptit thần kinh mang thông điệp của **mạng lưới tâm thể** thì tác động của chúng phải thông qua **mạng lưới miễn dịch**.

Mặt khác, kết quả thực nghiệm (Besadovsky, 1983) chứng minh đáp ứng MD có một tác động ức chế đối với các neuron trung ương giải phóng adrenalin như là kết quả các chất dẫn truyền trung gian do các tế bào có thẩm quyền MD giải phóng ra. Ngoài ra, còn có bằng chứng rằng tế bào limphô có thể chế tiết một chất giống ACTH sau một bệnh nhiễm trùng do virut (Smith, 1982).

Các phát hiện này gợi lên ý niệm sự hiện diện một quá trình hoàn ngược thần kinh - nội tiết - miễn dịch kết hợp với các mạch giải phóng amin trong hệ thần kinh trung ương.

V./ THAY LỜI KẾT

Hiện đã có bằng chứng về mối liên quan giữa ứng xử và tính MD. Tuy vậy, bản

chất mối liên quan này chưa đủ tính đặc trưng khả dĩ đưa ra những kết luận tổng quát dưới góc độ những ý nghĩa và phạm vi các ảnh hưởng MD.

Những ảnh hưởng ứng xử đối với hệ MD có thể bắt nguồn từ "**một thương tổn đơn độc**" trong hệ MD, như trên một dân số phụ tế bào limphô, ví dụ T hỗ trợ chẳng hạn. Hoặc giả có thể có rất nhiều ảnh hưởng đối với một loạt các chức năng MD kết hợp với các trạng thái ứng xử hay tâm lý khác nhau làm phát sinh những thay đổi phức tạp trong các quá trình MD. Các ảnh hưởng đối với các tế bào limphô T và tế bào NK chẳng hạn có thể thông qua vai trò trung gian của nhiều cơ chế khác nhau và có thể dễ nhạy cảm với các điều kiện gây ứng xử khác nhau. Do vậy, trong tương lai cần có các công trình đánh giá đồng thời một loạt các thông số MD hoặc trong mối liên quan với các điều kiện ứng xử.

Nên xem xét một số vấn đề phương pháp luận trong việc nghiên cứu ứng xử và tính miễn dịch, phương pháp **nghiên cứu** dọc với các thử nghiệm labô thực hiện định kỳ sẽ có giá trị đáng tin cậy lớn. Một yêu cầu nữa là tìm các đối tượng nghiên cứu **không dùng thuốc và không mắc bệnh** khả dĩ ảnh hưởng đến hệ MD. Là vì mỗi bệnh có liên quan đến MD có tần số thấp trong dân số khỏe mạnh, nên các công trình

thường đòi hỏi các mẫu lớn và theo dõi một thời gian dài, vừa tốn phí vừa khó tiến hành nên có thể tiến hành thực nghiệm trên súc vật để có kết quả bổ sung.

Dẫu sao, cũng cần nhấn mạnh sự cần thiết mở rộng việc nghiên cứu các ảnh hưởng của não và ứng xử đối với tính MD trong thời kỳ đang phát triển, là vì những dữ kiện thu được cho đến nay gợi ra rằng những biến cố ứng xử thời tằm bé có thể để lại những hậu quả khó lường đối với năng lực MD sau này. Ảnh hưởng của Stress trong đời thương và các rối loạn tâm lý trong mối liên quan đến chức năng MD ở lứa tuổi trẻ em có thể sẽ khác người lớn, và ngay cả mô hình thay đổi MD giữa trẻ em với người cao tuổi có rối loạn trầm cảm nặng cũng rất khác nhau, nên cần thiết phải có những nghiên cứu các chức năng MD ở trẻ em có rối loạn tâm thần và ứng xử.

Y học tâm thể đang đứng trước những thử thách mới nhưng cũng hứa hẹn nhiều triển vọng mới với phương pháp tiếp cận sinh học - tâm lý - xã hội (biopsychosocial approach).

VI./ TÀI LIỆU THAM KHẢO (CHÍNH)

1. Lacas - Mondsain. - Stress trong Manuel alphabétique de Psychiatrie - Antoine Porot. 1985.
2. S.Michael Plaut. - Psychosocial factors in infectious disease. Psychoneuroimmunology - 1981.
3. J.K.Kiecolt-Glaser,... - Distress and DNA Repair in Human Lymphocytes - Jour. Begav. Med. 1985 - Vol. 8 No4.
4. J.B.Jemmott.. - Academic Stress, Power motivation and decrease in secretion rate of salivary secretory. Immuglobulina - The Lancet. June 25, 1983.