

Các triệu chứng ở Nhà thuốc

Hướng dẫn xử lý
các bệnh thông thường

BẢN THỨ BẢY



Alison Blenkinsopp, Paul Paxton
và John Blenkinsopp

WILEY Blackwell

Sách này được dịch để làm tài liệu tra cứu cá nhân và chuẩn bị tài liệu cho biên soạn một quyển sách mới về tư vấn dùng thuốc tại nhà thuốc ở Việt Nam. Việc dịch sách CHƯA xin phép tác giả và nhà xuất bản gốc, do đó **KHÔNG AI ĐƯỢC PHÉP CHIA SẺ CÔNG KHAI TÀI LIỆU NÀY DƯỚI MỌI HÌNH THỨC.**

Các thành viên tham gia dịch, hiệu đính sách:

Nguyễn Phú Lộc, Phạm Quỳnh Hương, Phùng Phương Thảo, Lê Thị Quỳnh Giang, Đặng Thị Huyền Trang, Nguyễn Quang Việt, Dương Ngọc Công Khanh, Ngô Xuân Tịnh, Đậu Thị Tố Nga, Nguyễn Phi Toàn, Đàm Thị Thanh Hương, Hoàng Anh Thư, Nguyễn Hà Tuyên, Lê Thị Thảo, Lê Công Tuấn Anh, Trần Thị Hồng Nhung, Chu Thị Như Quỳnh, Thái Nguyễn Thu Trang, Vũ Thị Trà, Hoàng Thị Hồng Thanh, Nguyễn Mai Hương, Trương Ngọc Khánh Châu, Bùi Kế Nghiệp, Võ Hoàng Sơn, Hồ Thị Minh Xuân, Nguyễn Thị Nga, Vũ Tư Thương, Nguyễn Văn Chiến, Nguyễn Chánh Trị, Võ Thị Hà, Bùi Thanh Hà, Nguyễn Hoàng Phương Khanh, Nguyễn Thị Mai Loan, Phạm Hoài Trung, Nguyễn Phạm Quỳnh Anh, Nguyễn Thị Tuyết Nhung, Giang.

Sách: Alison Blenkinsopp, Paul Paxton and John Blenkinsopp (2014). *Symptoms in the Pharmacy - A Guide to management of common illnesses* 7th.

Mục lục

BÀI 1. PHƯƠNG PHÁP TƯ VẤN TẠI NHÀ THUỐC.....	2
1. Đồng hành với bệnh nhân	3
2. Làm thế nào để cuộc trao đổi thành công từ góc nhìn của bệnh nhân:.....	3
3. Đáp ứng với một yêu cầu mua một thuốc đã biết bởi bệnh nhân	4
Quy trình xử lý khi bệnh nhân yêu cầu mua một thuốc đã biết	4
4. Đáp ứng với trường hợp bệnh nhân xin lời khuyên về các triệu chứng	5
a. Thu thập thông tin.....	5
b. Ra quyết định.....	6
5. Điều trị	7
Hiệu quả điều trị:	8
6. Phát triển kỹ năng thảo luận.....	9
7. Cấu trúc của cuộc thảo luận	9
Phương pháp với 4 câu hỏi:.....	10
Phương pháp thứ hai là ASMETHOD	11
A: Tuổi và biểu hiện bên ngoài	11
8. Sự riêng tư trong nhà thuốc.....	14
9. Các dịch vụ cho nhóm bệnh nhân tại nhà thuốc	15
10. Hoạt động với các cộng sự	16
Với các bác sĩ gia đình và các đồng nghiệp y tá trong chăm sóc sức khỏe ban đầu	16
BÀI 2. CẢM (COLD) VÀ CÚM (FLU)	17
BÀI 3. HO	29
BÀI 4. ĐAU HỌNG	38
BÀI 5. VIÊM MŨI DỊ DỨNG	46
BÀI 6. CÁC DẤU HIỆU HÔ HẤP CẦN LẬP TỨC ĐI KHÁM	53
BÀI 7. LOÉT MIỆNG.....	56
BÀI 8. Ợ NÓNG.....	61
BÀI 9. CHỨNG KHÓ TIÊU	68
BÀI 10. BUỒN NÔN VÀ NÔN.....	75
BÀI 11. SAY TÀU XE VÀ PHÒNG NGỪA	78
BÀI 12. TÁO BÓN.....	81

BÀI 13. TIÊU CHẢY	89
BÀI 14. HỘI CHỨNG KÍCH THÍCH RUỘT	98
BÀI 15. BỆNH TRĨ	104
BÀI 16: ECZEMA (VIÊM DA)	112
BÀI 17. MỤN TRÚNG CÁ	119
BÀI 18. NẤM KỄ CHÂN	124
BÀI 19. MỤN RỘP (HERPES RỘP MÔI)	132
BÀI 20. MỤN CỜM (MỤN CỐC)	136
BÀI 21. BỆNH GHỀ	141
BÀI 22. GÀU	144
BÀI 23. BỆNH VẢY NÉN	147
BÀI 24. ĐAU ĐẦU	151
BÀI 25. VẤN ĐỀ CƠ XƯƠNG	164
BÀI 26: VIÊM BÀNG QUANG	173
BÀI 27. ĐAU BỤNG KINH	181
BÀI 28. RONG KINH	188
BÀI 29. NẤM ÂM ĐẠO	190
BÀI 30. THUỐC TRÁNH THAI KHẨN CẤP	197
BÀI 31. TRIỆU CHỨNG THƯỜNG GẶP TRONG THỜI KỲ MANG THAI	205
BÀI 33. RỤNG TÓC	207
BÀI 34: CÁC VẤN ĐỀ VỀ MẮT VÀ TAI	210
BÀI 35. VẤN ĐỀ THÔNG THƯỜNG CỦA TAI	218
BỆNH 36. NHỮNG BỆNH ẢNH HƯỞNG ĐẾN TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ EM DƯỚI 16 TUỔI	223
BÀI 37. HỘI CHỨNG TRẺ SƠ SINH KHÓC NHIỀU	229
BÀI 38. MỌC RĂNG	231
BÀI 39. HẫM TÃ	232
BÀI 40. CHẤY RẠN	236
BÀI 41: GIUN KIM	240
BÀI 42: NẤM CANDIDA	243
BÀI 43. MẮT NGỦ	246
BÀI 44. PHÒNG CHỐNG BỆNH TIM MẠCH	254

BÀI 1. PHƯƠNG PHÁP TƯ VẤN TẠI NHÀ THUỐC

Mỗi ngày, mọi người đến các quầy thuốc cộng đồng để xin lời khuyên điều trị các bệnh nhẹ. Một nhà thuốc trung bình tiếp nhận tối thiểu 10 yêu cầu như thế mỗi ngày; với một số nhà thuốc, con số này còn cao hơn nhiều. Với khối lượng công việc của các bác sĩ ngày càng tăng, điều này có vẻ là nguyên nhân làm cho quầy thuốc cộng đồng sẽ là địa chỉ đầu tiên mà bệnh nhân ghé tới đối với các bệnh thông thường.

Người dân tới quầy thuốc thường có 3 trường hợp:

- Xin lời khuyên về các triệu chứng
- Hỏi mua một thuốc đã biết
- Xin lời khuyên về sức khoẻ tổng quát (ví dụ như về các thực phẩm thức ăn)

Dược sĩ có vai trò quan trọng trong việc nhận biết các triệu chứng, đưa ra các lời khuyên liên quan đến thuốc không kê đơn và đòi hỏi có kiến thức, kỹ năng liên quan đến nhiều bệnh và cách thức điều trị chúng. Thêm vào đó, dược sĩ có trách nhiệm đảm bảo rằng nhân viên bán hàng của họ cung cấp các lời khuyên và khuyến cáo phù hợp.

Nghiên cứu về tính hợp lý của các lời khuyên đưa ra tại các quầy thuốc cộng đồng cho thấy một nhóm các tiêu chí mà các dược sĩ có thể dùng để đánh giá hoạt động quầy thuốc của họ:

- Kỹ năng giao tiếp chung
- Thông tin gì các nhân viên quầy thuốc thu nhận từ bệnh nhân?
- Bằng cách nào các nhân viên quầy thuốc thu thập được thông tin?
- Các yếu tố/vấn đề gì được nhân viên quầy thuốc cân nhắc trước khi đưa ra lời khuyên
- Nội dung hợp lý của các lời khuyên đưa ra bởi nhân viên quầy thuốc đưa ra
- Các lời khuyên được đưa ra như thế nào?
- Lựa chọn thuốc hợp lý bởi nhân viên quầy thuốc
- Giới thiệu bệnh nhân đi khám bác sĩ

Các kỹ năng chính gồm:

- Phân biệt giữa các triệu chứng nhẹ và các triệu chứng nghiêm trọng hơn
- Kỹ năng lắng nghe
- Kỹ năng đặt câu hỏi
- Lựa chọn điều trị dựa trên bằng chứng về hiệu quả
- Khả năng truyền đạt các kỹ năng này thông qua làm mẫu cho các nhân viên khác

1. Đồng hành với bệnh nhân

Trong quyển sách này, chúng tôi dùng từ bệnh nhân để gọi tất cả những người tìm kiếm lời khuyên về các triệu chứng tại quầy thuốc. Cần chú ý là trong một số trường hợp, nhiều người trong các “bệnh nhân” này thực tế là những người khỏe mạnh (ví dụ, bố mẹ đi mua thuốc điều trị cho con cái). Chúng tôi dùng từ “bệnh nhân” vì chúng tôi cảm thấy rằng từ “khách hàng” không phản ánh đúng mức đích của việc trao đổi thông tin về bệnh tật.

Các dược sĩ cần có kỹ năng và kiến thức về thuốc và các nguyên nhân khả dĩ của bệnh tật. Quan niệm trong quá khứ xem dược sĩ là chuyên gia và bệnh nhân là người được lợi từ việc nhận thông tin và lời khuyên của dược sĩ. Nhưng khi thực bệnh nhân không phải là những trang giấy trắng mà họ là các chuyên gia về sức khỏe của bản thân họ và con cái của họ. Vì bệnh nhân:

- Có thể đã trải qua tình trạng bệnh giống hoặc tương tự trong quá khứ.
- Có thể đã thử nhiều liệu pháp điều trị khác nhau.
- Sẽ có các nhận định riêng của họ về các nguyên nhân có thể gây bệnh.
- Sẽ có những nhìn nhận, đánh giá riêng về các loại điều trị khác nhau.
- Có thể có những ưu tiên/ura thích đối với các cách điều trị nhất định.

Dược sĩ cần lưu ý các điều trên trong quá trình thảo luận với bệnh nhân và giúp họ diễn đạt những quan điểm và ưu tiên của họ. Không phải bệnh nhân nào cũng muốn tham gia vào việc đưa ra quyết định về lựa chọn phương pháp điều trị nhưng nghiên cứu cho thấy rằng nhiều bệnh nhân có mong muốn như thế. Trái lại, một số bệnh nhân đơn giản chỉ muốn dược sĩ đưa ra quyết định lựa chọn thay cho họ. Những gì dược sĩ cần làm là tìm và làm theo điều mà bệnh nhân mong muốn.

Làm sao để có một cuộc tư vấn thành công? Muốn thiết lập mối quan hệ với bệnh nhân, cán bộ y tế cần lắng nghe những gì bệnh nhân thực tế phải nói. Danh sách những điều cần làm dưới đây được trích từ một nghiên cứu về các yếu tố giúp cho buổi trao đổi y khoa giữa bác sĩ và bệnh nhân và nó cũng đúng với cuộc tư vấn giữa dược sĩ và bệnh nhân.

2. Làm thế nào để cuộc trao đổi thành công từ góc nhìn của bệnh nhân:

- Tự giới thiệu bản thân với các bệnh nhân chưa biết.
- Giữ tiếp xúc bằng mắt
- Từ tốn, không tỏ ra vội vã
- Tránh chủ quan, định kiến – giữ tư duy cởi mở.
- Đối xử với bệnh nhân như một con người, không phải chỉ đơn thuần là một tập hợp các triệu chứng.
- Quan tâm đến các yếu tố tâm lý - xã hội của bệnh nhân
- Quan tâm bệnh nhân một cách nghiêm túc

- Lắng nghe – không ngắt lời bệnh nhân.
- Thể hiện lòng trắc ẩn, biết cảm thông
- Trung thực nhưng không thô lỗ.
- Tránh từ ngữ chuyên môn, kiểm tra xem bệnh nhân hiểu không.
- Tránh xao lãng
- Cung cấp các nguồn thông tin bổ sung đáng tin cậy (tờ rơi, địa chỉ trang web)

Hãy dùng danh sách trên để đối chiếu trong và sau khi tiến hành các cuộc thảo luận của bạn với bệnh nhân về các bệnh nhẹ, cố tự cảm nhận xem cuộc thảo luận diễn ra như thế nào từ góc nhìn của bệnh nhân.

Đọc và lắng nghe những lời tường thuật của bệnh nhân về các trải nghiệm của chính bệnh nhân có thể cung cấp những thông tin giá trị. Các trang web và blog nơi bệnh nhân giải bày về bệnh và điều trị của họ có thể cung cấp cho bạn cái nhìn về các vấn đề phổ biến, những câu hỏi của bệnh nhân và giúp nhìn thấu được quan điểm của bệnh nhân, và cũng có thể cho thấy các phương tiện thông tin đại chúng mạnh mẽ như thế nào trong việc chia sẻ kinh nghiệm và thông tin (Netmums là một ví dụ tốt, www.netmums.com). Không nên xem nhẹ mạng truyền thông không chuyên này, sao không dùng chúng để hỗ trợ hoạt động chuyên môn của bạn cơ chứ?

3. Đáp ứng với một yêu cầu mua một thuốc đã biết bởi bệnh nhân

Khi bệnh nhân yêu cầu mua một thuốc cụ thể, dược sĩ cần cân nhắc xem người đưa ra yêu cầu đó có phải là một người dùng có nhiều hiểu biết hay không. Chúng tôi định nghĩa người dùng hiểu biết là người trước đây đã từng dùng thuốc đó cho một tình trạng giống hoặc tương tự và quen thuộc với thuốc đó. Trong khi dược sĩ và các nhân viên bán hàng cần đảm bảo rằng thuốc được yêu cầu là phù hợp, họ cũng cần lưu ý đến kiến thức và trải nghiệm đã có của người mua với thuốc đó.

Nghiên cứu cho thấy rằng phần đông các khách hàng của nhà thuốc không cảm thấy phiền hà khi được hỏi về quyết định mua thuốc của họ. Trừ trường hợp những người mong muốn mua một thuốc họ đã từng sử dụng nhưng không thích bị làm phiền bởi những câu hỏi giống nhau lặp lại mỗi khi họ yêu cầu được phẩm đó. Có hai điểm mấu chốt mà dược sĩ cần phải nắm: thứ nhất, cần giải thích nhẹ nhàng lý do vì sao các câu hỏi đó là cần thiết, và thứ hai, cần đặt câu hỏi ít hơn khi khách hàng hỏi mua một biệt dược đã sử dụng trước đây so với các trường hợp thông thường.

Quy trình xử lý khi bệnh nhân yêu cầu mua một thuốc đã biết

Hỏi xem người đó đã từng sử dụng thuốc này trước đây chưa, và nếu câu trả lời là có, hỏi xem còn thông tin nào cần bổ sung hay không. Kiểm tra nhanh xem bệnh nhân có đang sử dụng các thuốc khác. Nếu người đó chưa sử dụng thuốc này trước đây, chúng ta cần đặt nhiều câu hỏi hơn. Có thể áp dụng "Quy trình xử lý với trường hợp bệnh nhân xin lời khuyên về các triệu chứng" bên dưới. Hỏi xem vì sao người đó yêu cầu mua loại thuốc đó cũng có thể có ích, ví dụ, có thể bắt nguồn từ một mẫu quảng cáo? Bạn bè hoặc người thân đã gợi ý về thuốc đó?

Các dược sĩ sẽ phải dùng khả năng chuyên môn của mình để giải quyết các trường hợp khách hàng thường xuyên của quầy thuốc, khi đó DS cũng nắm rõ hơn tiền sử dùng thuốc của bệnh nhân. Nếu dược sĩ lưu "Hồ sơ dùng thuốc cho bệnh nhân" ở quầy thuốc thì đây sẽ là nguồn thông tin truy hỏi rất giá trị đối với các khách hàng quen thuộc. Tuy nhiên, nếu đó là những khách hàng mới, khi những thông tin như thế không được biết, DS có thể phải đặt nhiều câu hỏi hơn.

4. **Đáp ứng với trường hợp bệnh nhân xin lời khuyên về các triệu chứng**

Thu thập thông tin: nhờ xây dựng mối quan hệ, lắng nghe và đặt câu hỏi để khai thác thông tin về các triệu chứng, ví dụ, xác định những vấn đề cần phải giới thiệu bệnh nhân đi khám bác sĩ; những biện pháp điều trị nào (nếu có) đã áp dụng hữu hiệu trước đó; các thuốc nào đang được dùng thường xuyên; các ý kiến, mối quan tâm và mong đợi của bệnh nhân về vấn đề của họ và liệu pháp có thể.

Ra quyết định: có cần giới thiệu bệnh nhân đi khám bác sĩ không?

Điều trị: lựa chọn các liệu pháp khả thi, phù hợp và hiệu quả (nếu cần), giới thiệu các lựa chọn cho bệnh nhân và tư vấn về cách sử dụng.

Hiệu quả: nhắc nhở bệnh nhân những việc cần làm nếu các triệu chứng không được cải thiện.

a. **Thu thập thông tin**

Đa số thông tin cần thiết để ra quyết định và gợi ý trị liệu có thể được góp nhặt từ việc lắng nghe bệnh nhân. Quá trình này nên bắt đầu với các câu hỏi mở và có thể cần một lời giải thích vì sao dược sĩ lại đặt các câu hỏi đó. Một số bệnh nhân không thể hiểu ngay tại sao dược sĩ cần đặt những câu hỏi trước khi tư vấn điều trị.

Một ví dụ có thể:

Bệnh nhân: Anh có thể bán cho tôi một thuốc gì đó để điều trị bệnh trĩ của tôi không?

Dược sĩ: Chắc chắn rồi! Để tôi có thể đưa ra lời khuyên tốt nhất, tôi cần thêm một số thông tin từ chị, do đó tôi cần hỏi chị một vài câu hỏi. Chị có phiền không?

Bệnh nhân: Được.

Dược sĩ: Chị có thể kể thêm cho tôi biết chị đang gặp những vấn đề gì với bệnh trĩ của chị?

Hy vọng rằng điều này sẽ tạo cơ hội cho bệnh nhân mô tả chi tiết các triệu chứng cần thiết để dược sĩ có thể đánh giá. Những hình thức khác của câu hỏi mở có thể bao gồm các câu hỏi sau đây: "*Căn bệnh ảnh hưởng đến anh/chị như thế nào? Bệnh đó gây ra những vấn đề gì?*" Bằng cách lắng nghe cẩn thận và tổng hợp từ những gì bệnh nhân mô tả, dược sĩ có thể tái hiện một hình ảnh hoàn chỉnh hơn về bệnh.

Bệnh nhân: Vâng, tôi bị nhiều con chảy máu và đau. Chúng kéo dài nhiều năm nay.

Dược sĩ: Chị nói nhiều năm là sao?

Bệnh nhân: Vâng, chúng lặp lại trong 20 năm nay kể từ khi tôi mang thai lần cuối. Tôi đã gặp bác sĩ riêng nhiều lần và đã được tiêm thuốc, nhưng nó vẫn tái phát. Bác sĩ của tôi nói rằng tôi có thể phải phẫu thuật nhưng tôi không muốn; anh cho tôi một số thuốc đặt để cắt cơn chảy máu được không?

Dược sĩ: Chảy máu...?

Bệnh nhân: Vâng, mỗi lần tôi đi vệ sinh máu vương ra quanh bồn, màu đỏ tươi.

Hình thức lắng nghe này có thể được hỗ trợ với việc hỏi các câu hỏi giúp làm rõ thông tin: "*Tôi không chắc tôi hiểu chính xác khi chị nói...*", hoặc "*Tôi không hoàn toàn hiểu ý chị muốn nói...*" Một kỹ thuật hữu dụng khác là tóm tắt thông tin: "*Tôi chỉ muốn bảo đảm rằng tôi đã hiểu đúng. Chị nói rằng chị đã gặp vấn đề này từ...*"

Dù áp dụng hình thức thu thập thông tin bằng câu hỏi mở, sẽ vẫn có trường hợp nhiều thông tin cụ thể bị bỏ sót. Lúc này cần chuyển sang dùng một số câu hỏi trực tiếp.

Dược sĩ: Đường ruột của chị thế nào... Có bất kỳ thay đổi nào không?

(Câu hỏi này rất quan trọng để loại trừ một nguyên nhân gây bệnh nghiêm trọng hơn có thể cần phải giới thiệu đi khám bác sĩ.)

Bệnh nhân: Không, chúng ổn, luôn bình thường.

Dược sĩ: Chị có thể nói cho tôi biết chị đã dùng các phương pháp điều trị nào trong quá khứ, và hiệu quả của chúng ra sao?

Những câu hỏi khác có thể bao gồm: "*Liệu pháp nào chị đã thử dùng?*" "*Loại liệu pháp nào chị muốn mua hôm nay?*" "*Chị có đang dùng các nhóm thuốc nào khác ?*" "*Chị có bị dị ứng với yếu tố nào không?*"

b. Ra quyết định

Phân loại bệnh theo mức độ nghiêm trọng của tình trạng hiện có là hành động quan trọng. Hành động này cần sự phối hợp của việc phân loại ưu tiên (được dùng trong khoa cấp cứu) và đánh giá lâm sàng. Các dược sĩ cộng đồng cần xây dựng các quy trình thu thập thông tin khi tiếp nhận các yêu cầu tư vấn nhằm xác định khi nào vấn đề đó có thể được kiểm soát tại quầy thuốc và khi nào cần chuyển bệnh nhân đi khám bác sĩ. Sử dụng các câu hỏi để thu thập những thông tin cần thiết sẽ được thảo luận dưới đây. Thêm vào đó, trong lúc đánh giá lâm sàng, các dược sĩ sử dụng các kiến thức về quản lý bệnh để đưa ra lời khuyên.

Tại nhiều nước, việc sử dụng các phác đồ và nguyên tắc điều trị là phổ biến trong quá trình phân loại bệnh, các hệ thống hỗ trợ quyết định được vi tính hóa cũng đang được sử dụng ngày càng rộng rãi. Trong tương lai, các công cụ hỗ trợ quyết định được vi tính hóa có thể sẽ được ứng dụng trong các cuộc thảo luận trực tiếp giữa cán bộ y tế - bệnh nhân, thậm chí ngay cả tại các quầy thuốc cộng đồng.

Nếu thông tin sau được thu thập, có thể cần khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ:

Dược sĩ: Chị có thể kể cho tôi nghe chị đang gặp phải vấn đề gì với bệnh trĩ của chị không?

Bệnh nhân: Vâng, tôi bị những cơn chảy máu và đau. Nó kéo dài nhiều năm qua, dù lần này có vẻ nặng hơn...

Dược sĩ: Ý chị là sao khi nói nó nặng hơn?

Bệnh nhân: Vâng... ruột tôi không khỏe và tôi đang bị một số cơn tiêu chảy... tôi đi ngoài ba hoặc bốn lần một ngày... và điều này tiếp diễn khoảng 2 tháng nay.

Để có thông tin đầy đủ hơn về khi nào cần giới thiệu bệnh nhân đi khám bác sĩ, hãy đọc phần “Các triệu chứng nguy hiểm” trong đoạn được kí hiệu ASMETHOD bên dưới.

5. Điều trị

Dựa trên các kiến thức nền tảng về dược lý, điều trị và bào chế, dược sĩ có thể đưa ra những chọn lựa điều trị hợp lý căn cứ theo nhu cầu của cá nhân người bệnh, cũng như dựa vào các đặc điểm của thuốc liên quan. Bên cạnh tính hiệu quả của các thành phần hoạt tính trong chế phẩm thuốc, dược sĩ sẽ còn cần phải cân nhắc về các tương tác có khả năng, các thận trọng, chống chỉ định và thông tin về tác dụng không mong muốn của từng thành phần. Thực hành dựa trên bằng chứng khoa học yêu cầu dược sĩ cần suy nghĩ thấu đáo về hiệu lực của phương pháp điều trị mà họ khuyên dùng, phối hợp với kinh nghiệm của bản thân và bệnh nhân.

Tư vấn cách dùng các thuốc OTC có vai trò quan trọng và dược sĩ cần nắm và bàn luận về các lựa chọn điều trị sau khi đã cân nhắc ý kiến/ưu thích của bệnh nhân. Một số dược sĩ đã tự lập các danh mục thuốc OTC riêng của họ với các liệu pháp được ưu tiên dùng bởi các dược sĩ và nhân viên quầy thuốc. Một số khu vực, các bác sĩ và y tá địa phương thảo luận cùng dược sĩ quầy thuốc để chuyển bệnh nhân sau khi khám ở phòng khám sang quầy thuốc để mua thuốc.

Việc lưu hồ sơ dùng thuốc của bệnh nhân tại quầy thuốc có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ để xử lý trường hợp bệnh nhân ghé nhiều lần quầy thuốc để được tư vấn về các triệu chứng. Nghiên cứu cho thấy rằng chỉ một trong bốn dược sĩ có lưu các thông tin về thuốc OTC vào hệ thống hồ sơ dùng thuốc của bệnh nhân. Cho đến nay, những ghi chép như vậy có thể giúp cung cấp thông tin để hoàn chỉnh hồ sơ dùng thuốc của bệnh nhân và xem lại các thuốc trị liệu đang dùng đồng thời có thể giúp nhận diện các tương tác thuốc và các tác dụng có hại. Thêm vào đó, việc lưu trữ các ghi chép này có thể đóng góp quan trọng vào quản lý nhà nước về hoạt động lâm sàng. Những áp dụng công nghệ thông tin ở các quầy thuốc sẽ giúp cho việc lưu trữ các thông tin thường quy này trở nên khả thi hơn. Việc lưu trữ các thông tin cho các nhóm bệnh nhân đặc biệt, như người già, sẽ được triển khai trong thời gian tới.

Dược cộng đồng tại Anh và xứ Wales đã yêu cầu dược sĩ quầy thuốc lưu giữ các thông tin liên quan đến tư vấn và bán thuốc OTC cho bệnh nhân từ năm 2005:

Đối với các bệnh nhân mà đội ngũ nhân viên quầy thuốc biết rõ, các lời khuyên được đưa ra, các thuốc được bán hoặc những tư vấn giới thiệu bệnh nhân đi khám bác sĩ được thực hiện sẽ được ghi chép vào "một hồ sơ của bệnh nhân tại nhà thuốc" khi dược sĩ nhận thấy việc đó là có ý nghĩa lâm sàng. Không phải tất cả các hệ thống máy tính cho quầy thuốc đều tích hợp phần mềm lưu thông tin này nên đa số các ghi chép phải được lưu trữ dưới dạng văn bản giấy. Điều này gây khó khăn cho các dược sĩ khi truy xuất thông tin hồ sơ trong tương lai.

Hiệu quả điều trị:

Các dược sĩ và đội ngũ nhân viên bán hàng, mọi lúc có thể, cần đưa ra lời khuyên dựa vào các khuyến cáo và bằng chứng khoa học. Đối với các thuốc mới được phép lưu hành và các thuốc được chuyển từ danh mục thuốc kê đơn sang thuốc được phép bán tại quầy thuốc, thường có bằng chứng khoa học đầy đủ. Với một số thuốc, đặc biệt các thuốc cũ, có thể có ít hoặc không có bằng chứng. Lúc này, các dược sĩ cần hiểu rằng thiếu bằng chứng khoa học tự thân nó không có nghĩa rằng thuốc đó thiếu hiệu quả. Hiện nay các bằng chứng cập nhật về hiệu quả điều trị được tóm tắt tại chuyên luận riêng trong "Danh mục thuốc Quốc gia vương quốc Anh" (British National Formulary - BNF). Ta có thể truy cập BNF tại địa chỉ www.bnf.org.uk. Những trang web hữu ích cung cấp các hướng dẫn lâm sàng bao gồm: NHS Evidence (<https://www.evidence.nhs.uk/>) giới thiệu những tóm tắt kiến thức lâm sàng của NHS (Clinical Knowledge Summaries), Scottish Inter-Collegiate Guideline Network - SIGN tại www.sign.ac.uk và National Institute for health and Care Excellence - NICE tại www.nice.org.uk. Trang web NHS Choices tại www.nhs.uk cung cấp ứng dụng kiểm tra triệu chứng (Symptoms Checkers) và các lời khuyên về quản lý những bệnh nhẹ. NHS là National Health Service - cơ quan quản lý dịch vụ y tế quốc gia của Anh.

Những tương tác thuốc chủ yếu giữa các thuốc OTC và thuốc khác được trình bày trong mỗi bài của quyển sách này. BNF cung cấp một danh sách theo alphabet về các thuốc và tương tác thuốc, cùng với mức độ ý nghĩa lâm sàng của tương tác thuốc. Trong quyển sách này, các tên thuốc generic sẽ được in nghiêng.

Đối với các triệu chứng được thảo luận trong quyển sách này, mục "Quản lý" bao gồm những thông tin ngắn gọn về hiệu lực, ưu điểm và khuyết điểm của những tùy chọn điều trị. Ngoài ra còn có mục "Các lưu ý thực hành" cung cấp các thông tin hữu ích cho bệnh nhân về sử dụng các thuốc OTC.

Kết quả

Đa số triệu chứng được xử trí bởi dược sĩ cộng đồng thường nhẹ, tiến triển có giới hạn và sẽ khỏi sau vài ngày. Tuy nhiên, điều này đôi khi không đúng và dược sĩ có trách nhiệm đảm bảo bệnh nhân biết cần làm gì nếu không thấy khỏe hơn. Trong cuốn sách này, một tiến trình điều trị xác định được đưa ra (trong mục "Tiến trình điều trị" ở mỗi bài), để khi tư vấn, dược sĩ có thể biết chính xác từ thời điểm nào thì bệnh nhân cần đi khám bác sĩ nếu bệnh không cải thiện. "Tiến trình điều trị" trong quyển sách này thay đổi tùy theo triệu chứng và đôi khi theo tuổi của bệnh nhân, nhưng thường ít hơn 1 tuần. Sau khoảng thời gian này, bệnh không khỏi thì bệnh nhân cần đi khám bác sĩ.

Vai trò của các dược sĩ cộng đồng ngày càng tăng trong việc giúp quản lý các bệnh mạn tính kéo dài. Lúc này, việc theo dõi tiến trình điều trị là quan trọng và một loạt các cuộc trao đổi với bệnh nhân sẽ được thực hiện thay vì chỉ trao đổi một lần.

6. Phát triển kỹ năng thảo luận

Các kỹ năng thảo luận hiệu quả là chìa khóa để xác định điều bệnh nhân mong muốn và quyết định xem bạn có thể kiểm soát các triệu chứng hay không, hay cần tư vấn bệnh nhân đi khám bác sĩ. Một khung các yếu tố cần xem xét để cải thiện các kỹ năng thảo luận của bạn được soạn thảo bởi Roger Neighbour.

A	Kết nối	Chúng ta đã thiết lập mối quan hệ với nhau chưa?	Kỹ năng thiết lập mối quan hệ
B	Tóm tắt (tiến trình lâm sàng)	Tôi có thể chứng tỏ cho bệnh nhân thấy tôi đã hiểu lí do vì sao bệnh nhân ghé quầy thuốc?	Lắng nghe và các kỹ năng giúp làm rõ thông tin (tìm hiểu tiền sử và tóm tắt lại thông tin cho bệnh nhân)
C	Xử lý	Bệnh nhân có chấp nhận kế hoạch điều trị mà chúng ta đã thống nhất ?	Kỹ năng tìm sự đồng thuận của bệnh nhân
D	Mạng lưới an toàn	Tôi có dự kiến tất cả các kết quả có thể xảy ra?	Các kế hoạch khả dĩ
E	Tự đánh giá bản thân	Tôi có trong tình trạng tốt để tư vấn cho bệnh nhân kế tiếp không?	Tự chăm sóc chính mình

Tự đánh giá bản thân: là lúc mà dược sĩ tự nhìn nhận lại bản thân và các phản ứng của mình trong cuộc thảo luận vừa qua. Nó có thể thông qua một cuộc trò chuyện ngắn với một đồng nghiệp, hoặc ít nhất là một vài phút tự nhận thức về bản thân, về những ảnh hưởng mà cuộc thảo luận vừa qua đã mang lại.

7. Cấu trúc của cuộc thảo luận

Các dược sĩ cần phát triển một phương pháp khai thác thông tin hiệu quả. Không phải là vấn đề đúng sai ở đây mà là cần tìm một phương pháp hiệu quả, phù hợp cho từng dược sĩ. Một số dược sĩ nhận thấy các phương pháp ghi nhớ dùng kí hiệu viết tắt (như hai phương pháp giới thiệu bên dưới) có thể hữu ích, tuy nhiên cần hiểu rằng điều đó không đồng nghĩa là dược sĩ lặp đi lặp lại những câu hỏi giống nhau mà không cân nhắc đến các thông tin liên quan của từng trường hợp để thay đổi câu hỏi cho phù hợp. Lắng nghe tốt sẽ giúp thu thập nhiều thông tin cần thiết. Một từ viết tắt có thể giúp ghi nhớ để đảm bảo tất cả thông tin cần thiết đã được thu thập. Thiết lập một mối quan hệ với bệnh nhân là điều thiết yếu để thu nhận tốt thông tin vì chỉ đọc một danh sách các câu hỏi có thể tạo ra khoảng cách với bệnh nhân và phản tác dụng.

Phương pháp với 4 câu hỏi:

Ai - Bệnh nhân là ai và các triệu chứng là gì?

Khi nào- Các triệu chứng này đã xuất hiện khi nào?

Làm gì - Các hành động xử lý nào đã được thực hiện?

Thuốc gì- Các thuốc nào đang được dùng?

Ai: Dược sĩ trước hết phải xác định ai là bệnh nhân: người ghé quầy thuốc có thể chỉ để mua thuốc cho người khác. Cần xác định đặc điểm chính xác của các triệu chứng: những bệnh nhân thường tự chẩn đoán bệnh tật cho mình và dược sĩ không được mặc định chấp nhận chúng mà không xác minh lại.

Bao lâu: Thời gian tồn tại của các triệu chứng có thể là một chỉ điểm quan trọng cho việc có cần thiết phải khuyên bệnh nhân khám bác sĩ hay không. Nói chung, quãng thời gian này càng dài, khả năng càng cao đó là một trường hợp nghiêm trọng. Đa số những trường hợp nhẹ thường tự giới hạn và tự hết trong vòng vài ngày.

Làm gì: Mọi hành động đã được bệnh nhân thực hiện đều cần được xác minh, bao gồm cả việc tự sử dụng thuốc để điều trị các triệu chứng. Trung bình một trong hai bệnh nhân đã từng thử ít nhất một liệu pháp điều trị trước khi đến gặp dược sĩ xin lời khuyên. Liệu pháp có thể bao gồm các thuốc OTC được mua từ nhà thuốc hoặc một nơi khác; các thuốc khác được chỉ định bởi bác sĩ cho chính trường hợp đó hoặc một tình trạng bệnh tương tự; hoặc các thuốc mượn được từ bạn bè, người thân hoặc tìm thấy trong tủ thuốc gia đình. Các bài thuốc từ tự nhiên hoặc dược liệu có thể đã được sử dụng. Các truyền thống mang tính văn hóa của người dân từ nhiều vùng dân tộc khác nhau chứa đựng cách dùng của các liệu pháp điều trị đa dạng, mà liệu pháp này đôi khi không được xem là thuốc. Nếu bệnh nhân đã dùng một hay nhiều liệu pháp có vẻ thích hợp mà vẫn không cải thiện, cần khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ.

Thuốc gì: Việc xác định những thuốc nào bệnh nhân dùng thường xuyên là quan trọng vì hai lý do: các tương tác có thể xảy ra và các tác dụng không mong muốn tiềm ẩn. Những thuốc này sẽ thường được chỉ định bởi bác sĩ, nhưng có thể bao gồm các sản phẩm không cần kê đơn (OTC). Dược sĩ cần biết về tất cả các thuốc được dùng của bệnh nhân vì nguy cơ tương tác thuốc với các liệu pháp khác mà dược sĩ có thể đề nghị.

Dược sĩ cộng đồng đóng vai trò ngày càng quan trọng trong việc phát hiện các phản ứng có hại của thuốc và đánh giá khả năng những triệu chứng của bệnh nhân có thể là một tác dụng có hại do thuốc gây ra. Ví dụ như, liệu các triệu chứng dạ dày như khó tiêu có thể là do dùng một thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID) được kê đơn hoặc một triệu chứng ho có thể là do một thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACE) được dùng bởi bệnh nhân. Khi dược sĩ nghi ngờ một phản ứng có hại là do một thuốc được kê đơn, dược sĩ nên thảo luận với bác sĩ những việc nên thực hiện (có thể thực hiện báo cáo Thẻ Vàng (Yellow Card report) cho Ủy ban về Thuốc dùng cho người (Commission on Human Medicines), có thể được thực hiện bởi dược sĩ hoặc bệnh nhân) và bác sĩ có thể yêu cầu bệnh nhân cần tái khám để có thể xem xét lại việc điều trị.

Phương pháp thứ hai là ASMETHOD

Phương pháp này được phát triển bởi Derek Balon, một dược sĩ cộng đồng ở London:

A: Age and appearance - Tuổi và bề ngoài

S: Self or someone else - Bệnh nhân tự mua thuốc hay mua thuốc cho người khác

M: Medication - Thuốc đang dùng

E: Extra medicines - Thuốc bổ sung

T: Time persisting - Thời gian tồn tại triệu chứng

H: History - Bệnh sử

O: Other symptoms - Các triệu chứng khác

D: Danger symptoms - Các triệu chứng nguy hiểm

Một số mục trên của danh sách ASMETHOD đã được trình bày ở trên. Ở đây, chỉ giới thiệu những mục còn lại.

A: Tuổi và biểu hiện bên ngoài

Biểu hiện bên ngoài của bệnh nhân có thể là một chỉ điểm hữu dụng xác định liệu các triệu chứng liên quan đến một tình trạng nhẹ hay nghiêm trọng của bệnh. Nếu bệnh nhân trông có vẻ yếu, ví dụ như, xanh xao, ẩm ướt, gương mặt nóng đỏ hoặc xám, dược sĩ nên xem xét việc chuyển bệnh cho bác sĩ. Đối với trẻ nhỏ, vẻ bề ngoài cũng quan trọng, nhưng thêm vào đó dược sĩ có thể hỏi bố mẹ trẻ liệu trẻ thường có khỏe không. Một đứa trẻ vui vẻ và năng động thì khả năng cao đang gặp một vấn đề không nghiêm trọng, nhưng nếu bé im lặng và thụ động, hoặc dễ bị tổn thương, dễ cáu gắt và đang bị sốt, có thể cần được bác sĩ tư vấn.

Độ tuổi của bệnh nhân là một yếu tố quan trọng vì một số triệu chứng có tiềm năng nghiêm trọng hơn theo các độ tuổi khác nhau. Ví dụ, tiêu chảy cấp đối với một người trưởng thành khỏe mạnh có thể được điều trị bởi dược sĩ. Tuy nhiên, những triệu chứng như vậy đối với trẻ nhỏ có thể gây mất nước nhanh hơn; các bệnh nhân lớn tuổi cũng có nguy cơ bị mất nước cao hơn. Nhiễm khuẩn miệng thường gặp ở trẻ sơ sinh, trong khi ít gặp hơn ở trẻ lớn và người trưởng thành; quyết định của dược sĩ về điều trị hay chuyển bệnh do đó có thể bị ảnh hưởng tùy theo độ tuổi mà triệu chứng xuất hiện.

Độ tuổi cũng đóng vai trò quan trọng trong việc xác định liệu pháp điều trị bởi dược sĩ. Một số thuốc hoàn toàn không được khuyến cáo cho trẻ dưới 12 tuổi, như loperamide. Hydrocortisone dạng kem hoặc thuốc mỡ không nên được đề nghị cho trẻ dưới 16 tuổi; thuốc xịt vùng miệng corticoid và omeprazole không nên được đề nghị cho người dưới 18 tuổi. Những thuốc khác phải được dùng giảm liều hoặc theo một công thức liều giảm cho nhi khoa và dược sĩ do đó phải xem xét cẩn thận trước khi đưa ra lời khuyên.

Các thuốc OTC khác có một độ tuổi tối thiểu nhất định để được phép dùng mà không cần kê đơn, ví dụ, 16 tuổi cho biện pháp hormone tránh thai khẩn cấp, 12 tuổi cho liệu pháp thay thế nicotine (NRT) và 18 tuổi cho các liệu pháp trị nấm âm đạo. Các dược sĩ thường quen với việc phán đoán độ tuổi của bệnh nhân và không thường dò hỏi đúng tuổi của họ, trừ khi có một lý do đặc biệt để làm việc đó.

S: Xác định rõ ai là bệnh nhân

M: Các thuốc thường dùng, kể cả thuốc kê đơn và OTC

E: Những liệu pháp khác được thử dùng để chữa các triệu chứng hiện có

T: Thời gian tồn tại của triệu chứng

H: Bệnh sử

Có hai quan niệm về khái niệm “bệnh sử” liên quan đến việc giải quyết triệu chứng: thứ nhất là tình huống khi triệu chứng xuất hiện và thứ hai là tiền sử các bệnh trước đây. Ví dụ bệnh nhân có bị tiểu đường, cao huyết áp hay hen suyễn hay không? Các hồ sơ thuốc của bệnh nhân tại quầy thuốc nên được dùng để ghi nhận lại các tình trạng bệnh liên quan cùng tồn tại.

Truy vấn về bệnh sử của một tình trạng có thể hữu ích; vấn đề xuất hiện khi nào và như thế nào, nó diễn biến như thế nào. Nếu bệnh nhân đã từng gặp vấn đề này trước đây, những trường hợp trước nên được tìm hiểu để xác định bệnh nhân đã dùng liệu pháp nào và mức độ thành công của nó. Ví dụ với các vết loét vùng họng tái phát, những vết loét hiện tại có giống với các vết loét trước đây hay không, bệnh nhân có đi khám bác sĩ hoặc nha sĩ hay không, bệnh nhân có được kê đơn hay mua thuốc OTC hay không, và nếu có, chúng có hiệu quả không?

Khi hỏi về bệnh sử, thời điểm của các triệu chứng cụ thể có thể cho những căn cứ có giá trị về những nguyên nhân có thể. Các cơn ợ nóng xuất hiện sau khi đi ngủ hay khi gặp người hoặc khi cúi xuống thì rất có khả năng liên quan đến trào ngược, trong khi các cơn xuất hiện khi gắng sức như tập thể dục hoặc làm việc nặng thì không.

Tìm hiểu bệnh sử là đặc biệt quan trọng khi đánh giá bệnh da liễu. Dược sĩ thường nghĩ một cách sai lầm rằng nhận diện qua biểu hiện bên ngoài của bệnh da liễu là yếu tố quan trọng nhất để xử trí những triệu chứng này. Thực tế, nhiều bác sĩ da liễu đã tin rằng việc nắm bắt bệnh sử là quan trọng hơn bởi vì một số bệnh da có biểu hiện tương đồng. Thêm vào đó, biểu hiện da có thể thay đổi trong quá trình bệnh. Như việc sử dụng không hợp lý corticosteroid dùng ngoài trên da nhiễm khuẩn hoặc nhiễm ký sinh trùng có thể thay đổi rất nhiều biểu hiện của da; dị ứng với các thành phần như của thuốc tê tại chỗ có thể tạo một vấn đề mới thêm vào triệu chứng có sẵn. Dược sĩ do đó phải biết được những loại kem nào, thuốc mỡ nào, lotion nào đã được sử dụng.

O: Các triệu chứng khác

Nhìn chung, bệnh nhân có xu hướng than phiền về những triệu chứng làm họ khó chịu nhất. Dược sĩ nên hỏi thăm liệu bệnh nhân có nhận thấy các triệu chứng khác hay bất kỳ thay đổi nào so với bình thường hay không; vì, do nhiều nguyên nhân, bệnh nhân có thể không chủ động trình bày tất cả các thông tin quan trọng. Lo lắng, bối rối có thể là một triệu chứng như thế tuy nhiên bệnh nhân đang trải qua xuất huyết đại tràng có thể chỉ lưu ý rằng họ bị trĩ hoặc táo bón.

Bệnh nhân có thể không nhận định được tính quan trọng hoặc nghiêm trọng của triệu chứng, như những bệnh nhân bị táo bón do tác dụng phụ của thuốc chống trầm cảm ba vòng có thể sẽ không quan tâm đến chứng khô miệng vì họ cảm thấy không có mối liên kết giữa hai triệu chứng này.

D: Các triệu chứng nghiêm trọng

Đây là những triệu chứng hoặc tổng hợp các triệu chứng báo động cho các dược sĩ cần chuyển bệnh nhân cho bác sĩ. Máu trong đờm, chất nôn, nước tiểu hoặc phân là những ví dụ cho nhóm triệu chứng này, cũng như chứng sụt cân không rõ lý do. Những triệu chứng nguy hiểm đã được đề cập và thảo luận trong từng mục của quyển sách này giúp dược sĩ có thể hiểu được tầm quan trọng của chúng.

Ra quyết định: đánh giá nguy cơ

Để ra quyết định, dược sĩ đánh giá những nguy cơ có thể xảy ra cho bệnh nhân khi sử dụng những con đường điều trị khác nhau. Những lý do để dược sĩ chuyển bệnh nhân cho bác sĩ bao gồm:

- Những dấu hiệu hoặc triệu chứng “nguy hiểm”
- Thông tin không hoàn chỉnh (ví dụ một bất thường ở tai nhưng không thăm khám được)
- Thời gian tồn tại hoặc tái diễn của triệu chứng.

Như một quy tắc chung, các yếu tố sau thể hiện nguy cơ cao cho một tình trạng nghiêm trọng và dược sĩ nên xem xét cần bác sĩ tư vấn:

- Triệu chứng kéo dài
- Triệu chứng tái phát hoặc diễn tiến xấu hơn
- Đau nặng
- Điều trị thất bại (đã dùng một hoặc nhiều hơn các thuốc phù hợp nhưng không cải thiện)
- Các phản ứng có hại nghi ngờ do thuốc (với cả thuốc kê đơn hay OTC)
- Những triệu chứng nguy hiểm

Trong mỗi mục của quyển sách này, có đưa ra mốc thời gian của mà khi triệu chứng kéo dài hơn, dược sĩ phải cân nhắc chuyển bệnh ngay lập tức được định nghĩa trong mục “Chuyển bệnh khi nào”. Thêm vào đó, trong mỗi mục của quyển sách đều có mục “Thời hạn điều trị” - đây là thời gian mà triệu chứng phải được chữa khỏi, nếu không bệnh nhân cần đi khám bác sĩ. Hiện nay một số dược sĩ cộng đồng dùng biểu mẫu chuyển bệnh như là một công cụ bổ sung để truyền đạt thông tin cho bác sĩ đi cùng với bệnh nhân.

Những cuộc thảo luận với các bác sĩ gia đình tại địa phương có thể hỗ trợ để xây dựng các phác đồ và hướng dẫn cho việc chuyển bệnh, và chúng tôi khuyến cáo các dược sĩ cần nắm bắt cơ hội này để xây dựng những hướng dẫn như thế này cùng với các bác sĩ và y tá đồng nghiệp của họ trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Những cuộc thảo luận đa phương dạng này có thể hình thành các hệ thống chuyển bệnh hai chiều và những đồng thuận địa phương về các liệu trình điều trị ưu tiên.

Những tai nạn và chấn thương

Các dược sĩ thường được yêu cầu cho lời khuyên về các chấn thương, đa phần là chấn thương nhẹ không cần thiết phải chuyển bệnh. Danh sách dưới đây chỉ ra những dạng chấn thương có thể được phân loại là “nhẹ”.

- Vết cắt, trầy xước và vết bầm
- Những vết thương, bao gồm cả những vết thương có thể cần được khâu lại.
- Những vết bỏng nhẹ
- Vật lạ trong mắt, mũi hoặc tai
- Tiêm ngừa uốn ván sau chấn thương
- Các bệnh nhẹ về mắt
- Vết côn trùng hoặc động vật khác cắn đốt.
- Những chấn thương nhẹ vùng đầu mà không gây bất tỉnh hoặc buồn nôn
- Những chấn thương nhẹ ở cẳng chân và ở cẳng tay mà bệnh nhân vẫn có thể đứng hoặc vận động các ngón tay
- Chảy máu mũi nhẹ

Các dược sĩ cần phải quen với việc đánh giá và điều trị các chấn thương nhẹ để quyết định khi nào cần chuyển bệnh. Trong những trường hợp cụ thể, dược sĩ có thể cần xem xét việc chuyển bệnh đến đơn vị cấp cứu. Danh sách dưới đây cung cấp hướng dẫn chung về khi nào cần chuyển một người đến đơn vị cấp cứu ngay lập tức.

- Có chấn thương nghiêm trọng ở đầu gây chảy nhiều máu
- Người đó bất tỉnh
- Có xương gãy hoặc thoát vị
- Người đó đang bị đau ngực nặng hoặc khó thở
- Người đó đang bị đau bụng nặng nhưng không chữa được bằng các thuốc OTC.
- Có xuất huyết nặng trong bất kỳ bộ phận nào của cơ thể

Ít nhất 20% những ca nhập viện vào đơn vị cấp cứu là các trường hợp có thể được xử trí bằng chăm sóc sức khỏe ban đầu và khoảng 8% có thể được xử trí tại nhà thuốc. Trong khi đó, mỗi ca nhập viện vào đơn vị cấp cứu tốn khoảng 60 bảng Anh, các nhà thuốc do đó có vai trò quan trọng trong công tác giáo dục bệnh nhân sử dụng hợp lý dịch vụ này.

8. Sự riêng tư trong nhà thuốc

Các nhà thuốc cộng đồng tại Anh và xứ Wales hầu hết đều có khu vực thảo luận riêng dành cho bệnh nhân. Nghiên cứu cho thấy đa số khách hàng của nhà thuốc cảm thấy rằng mức độ riêng tư hiện hữu cho việc thảo luận tại nhà thuốc là chấp nhận được. Một số chứng cứ thể hiện sự khác biệt giữa quan điểm của bệnh nhân và dược sĩ về sự riêng tư.

Các dược sĩ nhận thấy rằng một số bệnh nhân sẵn sàng thảo luận cả những chủ đề tương đối nhạy cảm tại nhà thuốc. Trong khi điều này chỉ đúng cho một số bệnh nhân, những người còn lại thì ngưng cuộc thảo luận do thiếu riêng tư.

Dược sĩ nên luôn nhớ về tầm quan trọng của bảo đảm tính riêng tư cho bệnh nhân và khi có thể cần tạo không gian riêng tư để thảo luận những vấn đề nhạy cảm với bệnh nhân. Bằng phán đoán chuyên môn và kinh nghiệm cá nhân, dược sĩ có thể tìm kiếm những dấu hiệu của sự ngập ngừng hay ngại ngùng của bệnh nhân và có thể đưa ra gợi ý dời đến một nơi yên tĩnh hơn trong nhà thuốc hoặc đến khu vực thảo luận để tiếp tục cuộc trò chuyện.

9. Các dịch vụ cho nhóm bệnh nhân tại nhà thuốc

Dịch vụ cho nhóm bệnh nhân (Patient Group Direction - PGD) là một khuôn khổ pháp lý cho phép cung cấp thuốc an toàn cho những nhóm bệnh nhân riêng biệt. Các PGD được sử dụng rộng rãi trong hệ thống y tế Anh, và trong một số khu vực các nhà thuốc cộng đồng được chỉ định cung cấp một số dịch vụ này, thông dụng nhất là các dịch vụ cai thuốc lá, cung cấp thuốc tránh thai hormone khẩn cấp, và cung cấp vaccine cúm. Các PGD cũng có thể được dùng trong các cơ sở tư nhân. Những nhà thuốc cung cấp PGD cần phải đáp ứng các tiêu chí đặc thù về chất lượng và độ an toàn của dịch vụ cung cấp. Những yêu cầu này thường bao gồm các minh chứng cho năng lực hoạt động, và việc bảo quản các ghi chép cụ thể.

Danh sách dưới đây cho thấy phạm vi của các PGD mà ta có thể bắt gặp trong các nhà thuốc cộng đồng.

- Rối loạn cương dương
- Chống sốt rét
- Vaccine cúm và viêm gan B
- Vaccine viêm màng não
- Cai thuốc lá (varencicline)
- Rụng tóc
- Tránh thai khẩn cấp
- Thuốc hít Salbutamol (đa liều)
- Tránh thai đường uống
- Chữa viêm bàng quang (trimethoprim)
- Sụt cân (orlistat 120 mg)

10. Hoạt động với các cộng sự

Với các bác sĩ gia đình và các đồng nghiệp y tá trong chăm sóc sức khỏe ban đầu

Các nhà thuốc cộng đồng là nơi "gác cổng" quan trọng để chuyển bệnh tiếp vào hệ thống chăm sóc y tế thông qua chức năng sàng lọc triệu chứng, và chuyển bệnh đến bác sĩ cộng đồng khi cần thiết. Việc sàng lọc này được gọi chính xác hơn là phân loại bệnh (triaging) và kỹ năng này góp phần sử dụng tốt nhất năng lực của dược sĩ và y tá.

Nhiều dược sĩ cộng đồng hiện nay đang hoạt động gần gũi hơn với các bác sĩ đa khoa địa phương và các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu bằng việc tham gia vào hệ thống điều trị bệnh nhẹ của NHS. Khoảng một phần tư các nhà thuốc tại Anh cung cấp dịch vụ này. Các y tá hoạt động trong các phòng khám bệnh đa khoa, các trung tâm chẩn đoán và các cơ sở khác như các đơn vị điều trị chấn thương nhẹ và các đơn vị cấp cứu để cung cấp dịch vụ chăm sóc các bệnh nhẹ.

Có rất nhiều hoạt động phối hợp trong lĩnh vực thuốc OTC mà dược sĩ quầy thuốc có thể tham gia. Chúng tôi gợi ý rằng các dược sĩ có thể xem xét các bước sau đây:

- Xây dựng các hướng dẫn đồng thuận cho việc chuyển bệnh với các bác sĩ gia đình tại địa phương, có thể bao gồm các phản hồi từ bác sĩ đa khoa đến dược sĩ về hiệu quả của chuyển bệnh. Việc chuyển bệnh hai chiều với các trung tâm chẩn đoán cũng có ích.
- Sử dụng hồ sơ thuốc của bệnh nhân tại quầy thuốc để lưu giữ thông tin về các khuyến cáo OTC cho bệnh nhân.
- Duy trì thông tin với các bác sĩ gia đình và y tá tại địa phương về những thay đổi thuốc kê đơn sang thuốc chỉ dùng tại quầy thuốc.
- Dùng các mẫu chuyển bệnh khi đề nghị bệnh nhân đi gặp bác sĩ.
- Đồng thuận một danh mục OTC với các bác sĩ đa khoa và y tá tại địa phương.
- Đồng thuận với các bác sĩ đa khoa quy trình xử trí phản ứng có hại nghi ngờ do thuốc.

Những hoạt động như vậy sẽ giúp cải thiện việc giao tiếp, gia tăng sự tin tưởng của các bác sĩ đa khoa và y tá về những đóng góp mà dược sĩ có thể thực hiện để chăm sóc bệnh nhân và đồng thời hỗ trợ cho sự tham gia của dược sĩ vào đội ngũ chăm sóc sức khỏe ban đầu.

BÀI 2. CẢM (COLD) VÀ CÚM (FLU)

Cảm cúm thông thường bao gồm hỗn hợp nhiều triệu chứng của viêm đường hô hấp trên do virus. Thông thường chúng sẽ tự khỏi, nhưng một số người bệnh muốn dùng các thuốc không kê đơn (OTC) để giảm bớt các triệu chứng. Một số thành phần của những thuốc này có thể tương tác với các thuốc đang dùng, thậm chí có thể gây nên những hậu quả nghiêm trọng. Do đó, cần thận trọng xem xét tiền sử dùng thuốc và lựa chọn sản phẩm phù hợp cho người bệnh.

Bạn cần biết

- Tuổi tác (khoảng xấp xỉ)
 - Trẻ em, người lớn
- Diễn biến bệnh/triệu chứng
 - Chảy mũi/ nghẹt mũi
 - Cảm hè
 - Hắt hơi/ ho
 - Những cơn đau chung chung/ đau đầu
 - Thân nhiệt cao
 - Đau tai
 - Đau mặt/ đau vùng trán
 - Cúm
 - Hen suyễn
- Tiền sử bệnh như:
 - Viêm mũi dị ứng
 - Viêm phế quản
 - Bệnh lý tim mạch
- Các thuốc đang dùng

Sự quan trọng của các câu hỏi và câu trả lời

Tuổi tác

Cần xác định tuổi tác của người bệnh, trẻ em hay người lớn. Điều này sẽ giúp dược sĩ nhanh chóng đưa ra quyết định về việc có cần điều trị bởi bác sĩ và các lựa chọn điều trị. Trẻ em thường nhạy cảm với hội chứng viêm nhiễm đường hô hấp trên hơn so với người lớn.

Diễn tiến bệnh

Người bệnh có thể mô tả những triệu chứng xuất hiện cấp tính hoặc triệu chứng đã tiến triển từ từ kéo dài nhiều giờ đồng hồ. Nếu trường hợp đầu thì có vẻ là cúm (flu), còn trường hợp sau thì có vẻ là cảm lạnh (cold). Những hướng dẫn chẩn đoán như vậy mang tính chất đại khái chung chung hơn là chẩn đoán khẳng định. Triệu chứng của cảm thông thường sẽ kéo dài từ 7 -14 ngày. Những triệu chứng như ho có thể kéo dài sau khi khỏi bệnh.

Triệu chứng

Chảy mũi/ nghẹt mũi

Hầu hết người bệnh đều bị chảy nước mũi. Ban đầu, nước mũi chảy ra trong suốt, dần dần, các chất nhầy được sản xuất dày hơn và nhiều hơn. Sự giãn nở của các mạch máu khiến các niêm mạc mũi sưng lên gây tắc nghẽn mũi. Điều này làm hẹp đường mũi, đặc biệt khi tăng sản xuất các chất nhầy.

Cảm hè

Đối với cảm hè, triệu chứng chủ yếu là nghẹt mũi, hắt hơi và chảy nước mắt do kích ứng. Những triệu chứng trên rất giống với viêm mũi dị ứng.

Hắt hơi/ ho

Hắt hơi thường xảy ra do đường mũi bị nghẹt và kích thích. Người bệnh có thể bị ho vì thanh quản bị kích thích (ho, ho khan) hoặc là kết quả của việc chất lỏng từ mũi xuống hầu họng, phế quản gây kích thích.

Đau/ đau đầu và nhức mỏi

Đau đầu cũng sẽ xảy ra do tình trạng viêm và kích thích niêm mạc mũi và xoang. Con đau ở vùng trán (đau ở vùng trên và dưới mắt) có thể do viêm xoang. Người bị cúm thường hay bị đau nhức cơ và khớp hơn so với bị cảm thông thường.

Sốt

Người bệnh thường than phiền vì cảm giác nóng nhưng thông thường, thân nhiệt thực sự của họ sẽ không cao. Con sốt thường là dấu hiệu của bệnh cúm hơn là cảm lạnh.

Viêm họng

Người bệnh thường cảm thấy họng nóng, viêm trong suốt thời gian bị bệnh và đây có thể là triệu chứng đầu tiên của cơn cảm.

Đau tai

Đau tai là một biến chứng thường gặp của bệnh cảm cúm, đặc biệt là ở trẻ em. Khi chảy nước mũi, người bệnh có thể cảm thấy tai bị nghẽn. Điều này là do sự tắc nghẽn của ống Eustach, ống nối tai giữa với mặt sau của khoang mũi. Bình thường, tai giữa là một khoang chứa không khí. Tuy nhiên, nếu ống Eustach bị chặn, âm thanh nghe không còn rõ ràng khi nuốt, có thể khó chịu và điếc. Tình trạng này thường khỏi một cách tự nhiên, nhưng dùng thuốc thông mũi và thuốc dạng hít có thể có tác dụng (xem phần 'Quản lý' ở dưới). Đôi khi tình hình xấu đi khi tai giữa đầy chất lỏng. Đây là điều kiện lý tưởng gây nhiễm trùng thứ phát. Khi tình trạng này xảy ra, tai bị đau và gọi là viêm tai giữa cấp tính. Viêm tai giữa cấp tính là một nhiễm trùng thường gặp ở trẻ nhỏ. Các bằng chứng cho việc sử dụng kháng sinh là mâu thuẫn nhau, một số thử nghiệm cho thấy có lợi trong khi một số thử nghiệm khác lại cho thấy không có lợi ích gì từ việc dùng thuốc kháng sinh. Trong khoảng 80% trẻ em, viêm tai giữa cấp tính sẽ khỏi một cách tự nhiên trong khoảng 3 ngày mà không cần thuốc kháng sinh. Thuốc kháng sinh cũng đã được chứng minh là làm tăng nguy cơ nôn mửa, tiêu chảy và phát ban.

Tóm lại, dược sĩ có thể kiểm soát bước đầu của cơn đau tai. Cả paracetamol và ibuprofen đều có bằng chứng là phương pháp điều trị hiệu quả cho viêm tai giữa cấp tính. Tuy nhiên, nếu đau tai tồn tại hay là phối hợp với việc trẻ không khỏe (ví dụ sốt cao, bồn chồn hoặc bơ phờ, nôn), cần hướng dẫn đến trung tâm y tế địa phương.

Đau mặt / đau đầu vùng trán

Đau mặt hoặc đau đầu vùng trán có thể là biểu hiện của viêm xoang. Xoang là không gian thông khí bởi cấu trúc xương tiếp giáp với mũi (hàm trên xoang) và trên mắt (xoang trán). Khi lạnh, bề mặt lót của xoang bị viêm và sưng lên, sản xuất dịch. Dịch tiết này chảy vào khoang mũi. Nếu việc di chuyển dịch tiết này bị tắc nghẽn, chất lỏng tích tụ trong các xoang và có thể trở thành viêm nhiễm thứ cấp (do vi khuẩn). Nếu điều này xảy ra, vùng xoang sẽ bị đau dai dẳng. Các xoang hàm trên thường hay mắc hơn. Một tổng quan tài liệu hệ thống gần đây đã chỉ ra việc dùng kháng sinh kể cả khi viêm xoang đã kéo dài hơn 7 ngày chỉ mang lại lợi ích khiêm tốn. Tuy nhiên, kháng sinh nên được đề nghị dùng nếu các triệu chứng của viêm xoang: kéo dài quá 10 ngày; biểu hiện nghiêm trọng với sốt, đau mặt, chảy mũi quá 3-4 ngày; hay khi triệu chứng viêm xoang tiến triển sau một đợt cảm lạnh gần đây và cảm lạnh đã bắt đầu ổn định.

Cúm

Cần phân biệt giữa cảm và cúm để đưa ra quyết định về việc điều trị. Bệnh nhân ở nhóm 'nguy cơ' có thể xem xét điều trị kháng virus. Thường có khả năng là cúm nếu:

- nhiệt độ 38°C hoặc cao hơn (37,5°C ở người già);
- có tối thiểu một triệu chứng hô hấp như ho, đau họng, nghẹt mũi hoặc chảy mũi; hoặc là
- tối thiểu một triệu chứng như đau đầu, mệt mỏi, đau cơ, ra mồ hôi / ớn lạnh, kiệt quệ.

Cúm thường bắt đầu đột ngột với mồ hôi và ớn lạnh, đau nhức cơ bắp và đau ở các chi, đau họng khô, ho và nhiệt độ cao. Có người mắc bệnh cúm bị nằm liệt giường và không thể hoạt động bình thường. Người bệnh thường hay mệt mỏi, suy yếu đi kèm với các triệu chứng. Ho khan thỉnh thoảng kéo dài.

Cúm thật sự không thường xuyên xảy ra so với các viêm nhiễm khác có triệu chứng giống cúm. Cúm thường gây cảm giác khó chịu hơn, mặc dù cả hai trường hợp thường tự khỏi mà không cần điều trị.

Cúm có thể trở nên phức tạp bởi nhiễm trùng phổi thứ phát (viêm phổi). Các biến chứng có thể xảy ra ở trẻ nhỏ, người già và những người từng mắc bệnh tim, bệnh lý hô hấp (bệnh hen suyễn hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)), bệnh thận, hệ miễn dịch yếu hoặc đái tháo đường. Chú ý các biến chứng có thể tiến triển bởi tình trạng ho nặng, sốt cao kéo dài, đau ngực kiểu viêm phế mạc hoặc mê sảng.

Hen suyễn

Cơn hen có thể xảy ra bởi viêm nhiễm virus đường hô hấp. Hầu hết người bị hen suyễn học cách bắt đầu dùng hoặc tăng liều thuốc của họ để ngăn chặn cơn hen xảy ra. Tuy nhiên, nếu biện pháp này không hiệu quả, cần điều trị chính thức.

Tiền sử bệnh

Những người có tiền sử viêm phế quản mãn tính, như COPD cần được khuyến khích đi khám bác sĩ. COPD cần được xem xét ở những bệnh nhân ở độ tuổi trên 35 có yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, và những người có khó thở khi tập thể dục, ho lâu dài, khạc đàm thường xuyên, và thường xuyên viêm phế quản mùa lạnh hoặc thở khò khè. Những bệnh nhân này được khuyến khích tới bác sĩ nếu họ bị nhiễm lạnh hoặc cúm, vì nó thường gây ra một đợt cấp của viêm phế quản. Trong trường hợp này, bác sĩ có

thể tăng liều lượng thuốc kháng cholinergic đường hít, chủ vận β_2 và kê toa thuốc kháng sinh. Một số thuốc nên tránh dùng ở những người có bệnh tim, cao huyết áp và tiểu đường.

Thuốc điều trị

Dược sĩ cần biết chắc chắn về các thuốc mà người bệnh đang sử dụng. Điều cần nhớ là các tương tác thuốc có thể xảy ra với các thành phần thường được dùng trong các thuốc OTC.

Nếu các thuốc giảm đau hay làm giảm triệu chứng không có tác dụng hoặc các biện pháp điều trị thích hợp trong thời gian phù hợp không có hiệu quả, cần cân nhắc gặp bác sĩ. Trong hầu hết trường hợp cảm và cúm, điều trị bằng các thuốc OTC thường thích hợp.

Cần điều trị khi:

- Đau tai không đáp ứng với thuốc giảm đau
- Trẻ con
- Người lớn tuổi
- Người mắc bệnh lý tim mạch, phổi như COPD, bệnh thận, đái tháo đường, bệnh lý miễn dịch.
- Có sốt kéo dài và ho có đờm
- Có mê sảng
- Đau ngực kể viêm phế mạc
- Hen suyễn

Thời gian điều trị

Nếu cảm không cải thiện với khuyến cáo điều trị của dược sĩ sau 10-14 ngày, người bệnh cần khám bác sĩ.

Quản lý

Việc sử dụng thuốc OTC trong điều trị cảm lạnh và cúm là rất phổ biến, và những thuốc này được quảng cáo rộng rãi tới cộng đồng. Việc điều trị triệu chứng thích hợp có thể làm cho người bệnh cảm thấy tốt hơn; hiệu ứng giả dược cũng đóng một vai trò quan trọng ở đây. Đối với một số loại thuốc được sử dụng trong việc điều trị các bệnh cảm lạnh, đặc biệt thuốc cũ, có rất ít bằng chứng sẵn có chứng minh hiệu quả của chúng.

Vai trò của người dược sĩ là lựa chọn thuốc điều trị thích hợp dựa trên các triệu chứng của người bệnh và những bằng chứng sẵn có, và cũng cần xét đến sở thích của bệnh nhân. Kê đơn nhiều thuốc rất phổ biến và người bệnh không nên được điều trị quá mức. Những thảo luận về thuốc sau đây là dựa trên quan điểm cá nhân; dược sĩ có thể quyết định liệu một sự kết hợp của hai hay nhiều loại thuốc có cần thiết.

Ủy ban Hội đồng Thuốc Anh (CHM) đưa ra khuyến nghị trong năm 2009 về việc sử dụng an toàn hơn các loại thuốc ho và cảm lạnh cho trẻ dưới 12 tuổi. Kết quả là, Cơ quan quản lý về thuốc và sản phẩm chăm sóc sức khỏe Anh (MHRA) khuyến rằng các thuốc OTC trị ho và cảm lạnh không nên dùng cho trẻ em dưới 6 tuổi.

Thuốc giảm ho: dextromethorphan và pholcodine

Thuốc long đờm: guaifenesin và ipecacuanha

Thuốc thông mũi: ephedrine, oxymetazolin, phenylephrine, pseudoephedrine và xylometazoline

Thuốc kháng histamine: brompheniramine, Chlorpheniramine, diphenhydramine, doxylamine, promethazine và triprolidine

Trẻ em trong độ tuổi từ 6-12 vẫn có thể sử dụng các chế phẩm này, nhưng cần khuyến nên hạn chế điều trị trong 5 ngày hoặc ít hơn. MHRA lý luận rằng với trẻ em trên 6 tuổi, "nguy cơ từ các thuốc trên giảm vì: trẻ trên 6 tuổi bị ho và cảm lạnh ít thường xuyên hơn, do đó nhu cầu các loại thuốc ít thường xuyên hơn; Tuổi lớn và kích thích cơ thể tăng, trẻ dung nạp các loại thuốc tốt hơn nếu các loại thuốc này hiệu quả".

Thuốc làm giảm sung huyết

Thuốc cường giao cảm

Thuốc cường giao cảm (ví dụ pseudoephedrine) có thể có hiệu quả trong việc giảm nghẹt mũi. Thuốc làm giảm sung huyết mũi làm hậu co thắt các mạch máu bị giãn ở niêm mạc mũi. Các niêm mạc mũi bị thu hẹp một cách hiệu quả, vì vậy các chất nhầy và sự lưu thông của không khí được cải thiện và làm giảm cảm giác nghẹt mũi. Những loại thuốc này có thể được uống hoặc dùng tại chỗ. Dạng viên nén, xirô để uống, hay như thuốc xịt mũi và nhỏ mũi đều có sẵn. Nếu các thuốc xịt mũi/nhỏ mũi được dùng, dược sĩ nên khuyến bệnh nhân không nên sử dụng các sản phẩm hơn 7 ngày. Hiện tượng “Sung huyết bật lại” (viêm mũi do thuốc) có thể xảy ra với thuốc cường giao cảm dùng tại chỗ mà không xảy ra với dạng đường uống. Các tác dụng chống sung huyết của các sản phẩm dùng tại chỗ có chứa oxymetazolin hoặc xylometazoline dài hơn (lên đến 6 h) so với một số thuốc khác như ephedrine. Dược sĩ có thể đưa ra lời khuyên hữu ích về cách dùng đúng các thuốc nhỏ mũi và thuốc xịt.

Các vấn đề

Ephedrine và pseudoephedrine, khi uống, về mặt lý thuyết nó giữ cho bệnh nhân tỉnh táo vì tác động kích thích trên hệ thần kinh trung ương. Nói chung, ephedrine có nhiều khả năng tạo hiệu ứng này hơn pseudoephedrine. Một tổng quan hệ thống cho thấy nguy cơ mất ngủ của pseudoephedrin là nhỏ so với giả dược. Thuốc cường giao cảm có thể gây ra sự kích thích tim, tăng huyết áp và có thể ảnh hưởng đến việc kiểm soát bệnh đái tháo đường bởi vì tác động làm tăng nồng độ đường máu. Các thuốc này nên được dùng thận trọng ở người bệnh tiểu đường, những người có bệnh tim hoặc cao huyết áp và những người có cường giáp (theo BNF). Tim của người bị cường giáp có nhiều bất thường, do đó không nên để tim bị kích thích.

Thuốc cường giao cảm có nhiều khả năng gây ra những tác dụng không mong muốn khi dùng bằng đường uống và đường như không gây ra những tác dụng không mong muốn đó khi sử dụng tại chỗ. Thuốc nhỏ mũi và thuốc xịt có chứa hoạt chất cường giao cảm được khuyến khích cho người bệnh không phù hợp để dùng thuốc đường uống. Những bệnh nhân này có thể có lựa chọn khác là dùng thuốc nhỏ mũi hoặc thuốc xịt khí dung mũi chứa nước muối sinh lý.

Sự tương tác giữa thuốc cường giao cảm và thuốc ức chế monoamine oxidase (IMAO) có khả năng gây hậu quả đặc biệt nghiêm trọng; gây ra tăng huyết áp nghiêm trọng và có một số trường hợp tử vong đã xảy ra. Sự tương tác này có thể xảy ra trong vòng 2 tuần sau khi một bệnh nhân đã ngừng dùng thuốc IMAO, vì vậy các dược sĩ phải biết về các thuốc đã ngưng gần đây. Các thuốc cường giao cảm dùng tại chỗ cũng có thể gây ra tương tác với IMAO. Do đó nên tránh cả uống và dùng tại chỗ thuốc cường giao cảm ở người bệnh dùng thuốc IMAO.

Lưu ý:

- Bệnh tiểu đường
- Bệnh tim
- Tăng huyết áp
- Cường giáp

Tương tác thuốc: Tránh dùng chung với

- *IMAO (ví dụ phenelzine)*
- *Các chất ức chế thuận nghịch monoamine oxidase A (ví dụ moclobemide)*
- *Chẹn beta*
- *Thuốc chống trầm cảm ba vòng (ví dụ amitriptyline) - sự tương tác về mặt lý thuyết này dường như không là vấn đề trong thực tế lâm sàng.*

Hạn chế về việc bán pseudoephedrine và ephedrine

Để đối phó với những lo ngại về việc chiết xuất pseudoephedrin và ephedrin từ các sản phẩm OTC để sử dụng trong sản xuất methamphetamine (crystal meth), quy định hạn chế bán *pseudoephedrine* và *ephedrine* đã được ban hành vào năm 2007. Các thuốc có sẵn chỉ trong gói có kích thước nhỏ, và giới hạn một gói cho một khách hàng, và việc bán thuốc phải được thực hiện bởi dược sĩ.

Thuốc kháng histamine

Thuốc kháng histamin làm giảm một số triệu chứng của cảm lạnh về mặt lý thuyết như: chảy nước mũi và hắt hơi. Các hiệu ứng này là do tác động kháng cholinergic của thuốc kháng histamine. Các thuốc cũ (ví dụ chlorpheniramine, promethazine) có tác động kháng acetylcholin nhiều hơn so với các thuốc kháng histamin không gây ngủ (Ví dụ như loratadin, cetirizine, acrivastine). Thuốc kháng histamine không quá hữu hiệu để giảm nghẹt mũi. Một số hoạt chất (ví dụ diphenhydramine) cũng có thể bổ sung trong thuốc chữa cảm do tác động giảm ho hoặc gây ngủ (sản phẩm kết hợp dùng vào ban đêm). Bằng chứng cho thấy rằng việc thuốc kháng histamin đơn độc không có lợi ích trong điều trị cảm lạnh thông thường nhưng các thuốc này cung cấp các lợi ích hạn chế cho người lớn khi kết hợp với thuốc thông mũi, thuốc giảm đau và ức chế ho.

Tương tác thuốc: Các vấn đề trong việc sử dụng thuốc kháng histamin, đặc biệt là các thuốc cũ (ví dụ Chlorpheniramine), là thuốc có thể gây buồn ngủ. Rượu làm tăng tác động này, cũng như các loại thuốc như benzodiazepin hoặc phenothiazin có khả năng gây buồn ngủ hoặc ức chế thần kinh trung ương. Thuốc kháng histamin có tác dụng an thần, không nên đề nghị cho bất cứ ai đang lái xe, hoặc người đang làm những thao tác cần sự tập trung (ví dụ như vận hành các máy móc thiết bị tại nơi làm việc).

Do hoạt tính kháng acetylcholin, thuốc kháng histamin cũ có các tác dụng phụ như các loại thuốc kháng cholinergic (ví dụ: khô miệng, nhìn mờ, táo bón và bí tiểu). Những tác dụng này tăng nếu thuốc kháng histamin được dùng đồng thời với thuốc kháng cholinergic như hyoscine hoặc với các thuốc có tác dụng kháng cholinergic như thuốc chống trầm cảm ba vòng.

Thuốc kháng histamin nên tránh dùng ở người bệnh phì đại tuyến tiền liệt và glaucom góc đóng vì tác dụng phụ kháng cholinergic. Ở người bệnh glaucom góc đóng, thuốc có thể gây ra tăng nhãn áp.

Thuốc kháng cholinergic thỉnh thoảng gây bí tiểu cấp tính ở bệnh nhân, ví dụ, ở đàn ông có phì đại tuyến tiền liệt.

Tuy xác suất các tác dụng phụ nghiêm trọng như vậy là thấp, dược sĩ nên cẩn thận về các tác dụng phụ có thể có từ thuốc OTC.

Ở liều cao, thuốc kháng histamin gây kích thích hơn là gây trầm cảm ở thần kinh trung ương. Đã có báo cáo thường xuyên của các cơn kích thích được gây ra khi dùng liều rất cao của thuốc kháng histamine, do đó, cần tránh dùng thuốc kháng histamine ở người bệnh động kinh. Tuy nhiên, điều này chỉ mang tính lý thuyết.

Tương tác thuốc:

- Rượu
- Thuốc ngủ
- Thuốc an thần
- Betahistine
- Thuốc kháng cholinergic

Tác dụng phụ:

- Buồn ngủ (lái xe, nguy cơ nghề nghiệp)
- Táo bón
- Mờ mắt

Thận trọng:

Glaucom góc đóng
Phì tuyến tiền liệt
Động kinh
Bệnh gan

Kẽm

Hai tổng quan hệ thống đã cho thấy bằng chứng hạn chế về việc dùng viên ngậm kẽm gluconate hay acetate trong việc làm giảm các triệu chứng kéo dài trong 7 ngày so với giả dược.

Echinacea

Một tổng quan hệ thống các thử nghiệm đã chỉ ra rằng một số chế phẩm chiết xuất từ thực vật họ Cúc (echinacea) có thể tốt hơn so với giả dược hoặc không dùng gì cả trong việc phòng ngừa và điều trị cảm lạnh. Tuy nhiên, do sự đa dạng trong các chế phẩm chứa echinacea, không có đủ bằng chứng để đề nghị một sản phẩm cụ thể. Echinacea đã được báo cáo gây phản ứng dị ứng và phát ban.

Vitamin C

Một tổng quan hệ thống phát hiện ra rằng liều cao vitamin C (trên 1 g / ngày) giúp dự phòng giảm thời gian bị cảm lạnh khoảng 8%.

Thuốc ho

Xem bài trị HO.

Thuốc giảm đau

Xem bài về các thuốc giảm đau.

Chế phẩm cho bệnh viêm họng

Xem bài các chế phẩm để điều trị viêm họng.

Một số điểm quan trọng trong thực hành

Thuốc dạng khí dung (dạng hít)

Chúng có thể là hữu ích trong việc làm giảm nghẹt mũi và làm thông đường thở, đặc biệt nếu có ho. Thuốc hít có thể được tẩm vào khăn tay, khăn tắm và gối. Chúng thường chứa các thành phần thơm như khuynh diệp. Những sản phẩm như vậy có thể hữu ích trong việc làm giảm một số triệu chứng, nhưng không hiệu quả như đang thuốc hít dạng hơi nước làm ẩm đường hô hấp.

Thuốc xịt mũi hoặc nhỏ giọt

Thuốc xịt mũi thích hợp cho người lớn và trẻ em trên 6 tuổi vì các giọt nhỏ trong sương phun tạo một diện tích bề mặt lớn. Thuốc nhỏ giọt dễ bị nuốt, làm tăng nguy cơ gây tác dụng toàn thân.

Đối với trẻ em dưới 6 tuổi, việc nhỏ giọt được ưa thích vì mũi trẻ không đủ rộng để cho phép sử dụng các thuốc xịt hiệu quả. Dùng dạng thuốc nhỏ giọt giành cho trẻ em nên ưu tiên sử dụng. Nước muối sinh lý dạng nhỏ mũi hoặc thuốc xịt là một lựa chọn hữu ích để cân nhắc trong trường hợp nghẹt mũi ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Phòng chống cúm

Dược sĩ nên khuyến khích những người trong nhóm nguy cơ tiêm phòng bệnh cúm mỗi năm một lần. Ở Anh, các dịch vụ y tế hiện nay cung cấp tiêm phòng cho tất cả các bệnh nhân trên 65 tuổi và những người có tuổi có bệnh về đường hô hấp mãn tính (bao gồm suyễn), bệnh tim mạn tính, suy thận mãn tính, đái tháo đường hoặc suy giảm miễn dịch do bệnh hoặc do điều trị. Dược sĩ cộng đồng đang ở trong một vị trí tốt để tra cứu và sử dụng hồ sơ sử dụng thuốc của người bệnh (PMRs) nhằm nhắc nhở người bệnh cần tiêm chủng vào mỗi mùa thu.

Một loại xịt mũi có chứa một loại gel nhớt được bán trên thị trường với khẳng định rằng nó ngăn chặn sự tiến triển những dấu hiệu đầu tiên của cảm lạnh. Khi các triệu chứng xuất hiện, dùng bốn lần một ngày. Cơ sở lý thuyết cho tác động của nó là các gel hơi axit (các virus thích một môi trường kiềm) và chất nhớt của nó giúp bẫy virus. Tuy nhiên không có thử nghiệm nào công bố hiệu quả của chúng.

Cần tăng ý thức của mọi người về việc phòng lây nhiễm virus cúm. Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng và nước làm giảm sự lây truyền virus cảm và cúm. Dung dịch vệ sinh tay trở nên phổ biến bởi vì đôi khi không tiện dùng nước và xà phòng. Sự lây nhiễm virus cảm lạnh hoặc cảm cúm thường xảy ra trực tiếp từ người này sang người khác khi người bị nhiễm bệnh ho hoặc hắt hơi. Những giọt dịch tiết đường hô hấp có thể tiếp xúc với màng nhầy miệng và mũi người khác. Dung dịch vệ sinh tay có

còn được sử dụng rộng rãi trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe và góp phần làm giảm sự lây truyền các bệnh cảm lạnh và cúm. Virus cúm nhạy cảm với công thức có 60-95% ethanol. Lý do là các virus trong giọt nước có thể tồn tại trong 24-48 h trên các bề mặt cứng, không xốp, 8-12 h trên vải, giấy và các mô và 5 phút trên tay. Chạm tay vào bề mặt, các đối tượng nhiễm có thể truyền virus.

Đại dịch cúm

Đã có ba đại dịch cúm trong thế kỷ qua, vào năm 1918, 1957 và 1968. Hiện có những lo ngại về một đại dịch tiềm năng xảy ra do các chủng mới nổi của cúm từ động vật hoặc chim (zoonoses). Năm 1997, một chủng virus cúm gia cầm H5N1 xuất hiện với có một tỷ lệ tử vong cao. Mặc dù virus là có độc lực cao, nó không lây lan dễ dàng qua người. Gần như tất cả, nếu không phải tất cả, các trường hợp lây truyền do tiếp xúc giữa con người và gia cầm mắc bệnh. Các lo ngại rằng virus có thể biến đổi, làm tăng khả năng lây truyền qua người. Vì không có khả năng miễn dịch tự nhiên với virus này, một đại dịch có thể xảy ra, và nếu độc lực vẫn không thay đổi, nó có thể là cực kỳ nguy hiểm sau đó. Không thể dự đoán kịch bản này sẽ như thế nào. Một vi-rút cúm H₁N₁ lây từ lợn trong năm 2009. Xem thêm thông tin có sẵn từ Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tại www.who.int

Bộ Y tế đã ban hành nhiều ấn phẩm chi tiết có cơ sở bằng chứng để đối phó với đại dịch, cụ thể là kiến nghị về việc tiêm chủng, sử dụng các loại thuốc kháng virus và kháng sinh, sử dụng các loại mặt nạ. Bất cứ ai mắc các triệu chứng của bệnh cúm sẽ được khuyên nên ở nhà. Các tư vấn khác có thể được tìm thấy tại <http://www.dh.gov.uk>

Thuốc kháng virus

Hiệu quả của thuốc chống virus trong một đại dịch không được biết đến cho đến khi nó được sử dụng trong một tình huống như vậy và chỉ có thể được dự đoán dựa trên kinh nghiệm trị cúm theo mùa và ở những người bị nhiễm cúm gia cầm. Người ta tin rằng chúng có khả năng làm giảm nguy cơ phát triển các biến chứng, giảm tỉ lệ tử vong và rút ngắn thời gian phục hồi sau nhiễm trùng. Có thể sử dụng thuốc kháng virus cho các thành viên không bị nhiễm bệnh của một hộ gia đình khi một thành viên khác có nhiễm trùng có thể làm giảm sự lây lan của đại dịch. Sự đề kháng đối với các thuốc kháng virus còn chưa rõ ràng trong đại dịch virus.

Ba sản phẩm chống virus được cấp phép sử dụng: oseltamivir, zanamivir và amantadine. Chi oseltamivir và zanamivir - các chất ức chế neuraminidase được khuyến cáo của Bộ Y tế Anh và WHO để sử dụng trong dịch bệnh. Viện quốc gia chăm sóc sức khỏe Anh (NICE) không có các khuyến cáo dùng các thuốc này khi có dịch bệnh nhưng ủng hộ việc sử dụng các chất ức chế neuraminidase cho những người trong các nhóm có nguy cơ cao trong đợt bùng phát cúm theo mùa, nếu điều trị bắt đầu trong vòng 48 giờ sau khởi phát. Amantadine nói chung là không được khuyến cáo vì hiệu quả thấp hơn, tác dụng phụ, và sự đề kháng nhanh chóng khi sử dụng.

Khẩu trang y tế

Bộ Y tế và WHO đã xem xét các bằng chứng có liên quan đến việc sử dụng khẩu trang y tế trong dịch bệnh cúm. Khẩu trang y tế có thể được sử dụng nhưng không khuyến khích. Không có đủ bằng chứng để hỗ trợ việc sử dụng chúng. Tuy nhiên, chúng được khuyến cáo trong cơ sở y tế, và có giá trị trong các hộ gia đình bị nhiễm cả đối với người có triệu chứng và thành viên không bị nhiễm bệnh và người chăm sóc, và cho những người có triệu chứng bên ngoài ngôi nhà. Có lo ngại rằng khẩu trang có

thể không được sử dụng một cách an toàn; ví dụ đeo khẩu trang quá lâu và quá ướt và do đó không hiệu quả; đeo thỉnh thoảng quanh cổ, không che mũi miệng đúng, và không rửa tay sau khi chạm vào mặt nạ. Người ta cũng lo ngại về việc người có triệu chứng bệnh mang khẩu trang tiếp tục ra ngoài gặp những người khác trong khi họ tốt nhất nên được cách ly tại nhà.

Thuốc kháng sinh

Một biến chứng nghiêm trọng của bệnh cúm viêm phổi và điều này có thể trực tiếp do virus cúm hoặc do vi khuẩn thứ cấp bội nhiễm. Trong trường hợp viêm phổi do virus, kháng sinh là không có giá trị mặc dù về mặt lâm sàng rất khó để chẩn đoán phân biệt giữa viêm phổi do virus và viêm phổi do vi khuẩn, và thuốc kháng sinh thường được sử dụng trong bệnh viện với những bệnh nghiêm trọng. Dịch cúm gia cầm thường phức tạp do viêm phổi do virus.

Hầu hết các bệnh nhiễm trùng không biến chứng trong cộng đồng không cần dùng thuốc kháng sinh. Khuyến khích dùng kháng sinh cho những người có nguy cơ, chẳng hạn như người đã từng hoặc đang bị COPD, suy yếu miễn dịch, đái tháo đường, bệnh lý tim hoặc bệnh phổi. Trong những trường hợp này, nếu không có cải thiện trong vòng 48 giờ từ lúc dùng thuốc kháng sinh, thì người bệnh nên đến trung tâm y tế.

Các triệu chứng cúm điển hình bao gồm ho, khó chịu vùng xương ức, thờ khò khè và có đờm (các triệu chứng của viêm phế quản cấp tính), và không cần dùng kháng sinh ở người không thuộc nhóm nguy cơ. Tuy nhiên, nếu những triệu chứng xấu đi sốt, đau ngực kiểu viêm phế mạc hoặc khó thở kéo dài hoặc tái phát (định kỳ), sau đó viêm phổi. Trong trường hợp này, đi khám tại trung tâm y tế là cần thiết và việc điều trị bằng kháng sinh trong cộng đồng hoặc bệnh viện nên được tuân thủ.

Cảm và cúm trong thực tế

Ca lâm sàng 1

Bà A., một khách hàng thường xuyên ở tuổi 60, tới quầy thuốc để tìm lời khuyên cho chồng bà. Ông bị cảm nghiêm trọng với các triệu chứng tồi tệ như nghẹt mũi và đau họng. Mặc dù ông cảm thấy cổ họng rất đau, nhưng sáng nay bà ấy thấy nó chỉ đỡ nhẹ. Chồng bà đã có những triệu chứng kể từ đêm qua và không sốt. Ông ấy không có đau tai nhưng có than phiền đau đầu. Khi được sĩ hỏi bà ấy về những loại thuốc mà ông đang sử dụng, bà nói ông ấy đang dùng một vài thuốc cho bệnh tim. Bà ấy không thể nhớ tên của chúng. Dược sĩ kiểm tra hồ sơ sử dụng thuốc của người bệnh và thấy rằng ông ta đang dùng aspirin 75 mg, ramipril 5 mg, bisoprolol 10 mg và simvastatin 40 mg mỗi ngày. Bà A. hỏi dược sĩ có nên hay không cho chồng bà dùng vitamin vì bà đã nghe thấy điều này là tốt cho bệnh cảm. Bà tự hỏi liệu đây có phải giải pháp tốt hơn so với việc dùng nhiều thuốc.

Quan điểm của dược sĩ

Triệu chứng của bệnh nhân chỉ bị cảm lạnh hơn là bệnh cúm. Triệu chứng đáng quan tâm nhất là nghẹt mũi và viêm họng. Ông ấy đang dùng một số loại thuốc và tốt hơn là nên tránh các thuốc dùng đường uống. Bạn có thể đề nghị ông dùng thuốc giảm đau cho tình trạng viêm họng và một loại thuốc thông mũi tại chỗ hoặc loại hít để tránh nghẹt mũi. Có thể mất một tuần để chấm dứt các triệu chứng. Bạn cung cấp các lựa chọn thay thế cho bà A. để xem những gì bà ấy nghĩ rằng chồng bà có thể thích. Bạn giải thích rằng dùng vitamin C có thể làm giảm thời gian điều trị khoảng nửa ngày. Bạn chỉ cho bà

ấy một số sản phẩm vitamin C và nói về chi phí của chúng. Bạn nên hỏi ông A. về việc tiêm ngừa cúm vì ông thuộc nhóm người bệnh nguy cơ cần tiêm chủng.

Quan điểm của bác sĩ

Những lời khuyên của dược sĩ là hợp lý. Một thuốc giảm đau đơn giản như paracetamol như vậy có thể giúp cả đau đầu và đau cổ họng. Sự phát triển của viêm xoang ở giai đoạn sớm trong một bệnh nhiễm trùng sẽ khó xảy ra nhưng sẽ khôn ngoan hơn khi hỏi liệu cảm cúm của ông ấy thường không có biến chứng khác không và hỏi kỹ hơn về vị trí đau đầu.

Quan điểm của bệnh nhân

Tôi đến nhà thuốc vì chúng tôi không muốn làm phiền các bác sĩ. Dược sĩ hỏi tôi về những triệu chứng mà chồng tôi cho là vấn đề lớn nhất và dược sĩ đưa ra những sản phẩm để lựa chọn sử dụng. Tôi muốn biết dược sĩ nghĩ gì về việc dùng vitamin C và dược sĩ nói với tôi là nó có thể rút ngắn thời gian bị cảm. Cuối cùng, tôi quyết định không mua Vitamin vì nó khá đắt so với các loại thuốc khác trong khi hiệu quả rút ngắn thời gian bị cảm của nó không đáng kể. Tôi nghĩ tôi sẽ cho chồng tôi dùng nước cam tươi để thay thế.

Ca lâm sàng 2

A. đi vào hiệu thuốc chỉ sau lễ giáng sinh để hỏi về một số thuốc ho cho vợ. Ông nói rằng các loại thuốc cần không có đường vì vợ ông bị đái tháo đường. Bà ấy bị ho khủng khiếp đến nỗi không thể ngủ được vào ban đêm. Triệu chứng của bà đã kéo dài trên 5 ngày trước khi bà tỉnh dậy vào buổi sáng, phàn nàn về việc đau nhức và sau đó ớn lạnh, sốt và ho vào buổi tối. Bởi vì nhiệt độ của bà cứ tăng giảm hoài, bà cảm thấy mệt và không thể ra khỏi giường quá lâu. Bà dùng glipizide và metformin trị bệnh đái tháo đường và khi ông kiểm tra đường máu cho bà ấy thì chỉ số đều từ 8 đến 11 - cao hơn bình thường một chút. Các chỉ định điều trị khác của bà là atorvastatin; bà không dùng bất kỳ thuốc hạ huyết áp nào. Ông ấy nói rằng năm sau bà ấy sẽ 70 tuổi.

Quan điểm của dược sĩ

Tiền sử bệnh cho thấy bà bị cúm. Người phụ nữ này nên đến trung tâm y tế khám. Bà đã ốm 5 ngày và đã không thể rời giường suốt thời gian này. Bà ấy có nguy cơ cao bị cúm. Tôi sẽ đề nghị rằng ông A. nên gọi bác sĩ để khám cho bà ấy, nếu bà không đủ khỏe để đi. Đôi khi người ta không muốn gọi bác sĩ vì họ cảm thấy họ 'làm phiền' bác sĩ một cách không cần thiết. Sự hỗ trợ từ các dược sĩ thường hữu ích.

Quan điểm của bác sĩ

Nhiễm trùng này có khả năng là cúm. Người bệnh thuộc nhóm có nguy cơ cao phát triển các biến chứng (tuổi tác và bệnh tiểu đường), vì vậy việc đi khám bác sĩ là hợp lý. Hầu hết các trường hợp cúm thường hết trong vòng 7 ngày. Các biến chứng có thể bao gồm viêm tai giữa cấp, viêm xoang do vi khuẩn, viêm phổi vi khuẩn và, ít phổ biến, viêm phổi do virus và suy hô hấp.

Trên toàn thế giới có khoảng 3-5 triệu trường hợp nghiêm trọng của bệnh cúm trong mùa dịch với kết quả từ 250.000 đến 500.000 người chết mỗi năm, hầu hết các trường hợp tử vong xảy ra trên 65 tuổi (WHO, 2009, www.who.int).

Trong trường hợp này, các bác sĩ sẽ yêu cầu kiểm tra ngược của người bệnh về các dấu hiệu của một nhiễm trùng thứ cấp. Sốt dai dẳng dẫn tới sự phát triển của biến chứng. Bệnh nhân này ít có cơ sở để

kê một thuốc kháng virus, ví dụ, zanamivir, vì nó chỉ có hiệu quả nếu bắt đầu trong vòng 2 ngày từ khi có triệu chứng. Một báo cáo chứng minh về hiệu quả của thuốc kháng virus trong việc giảm thời gian của các triệu chứng cúm khoảng 1 ngày nếu bắt đầu đủ sớm. Việc kiểm tra xem liệu chồng bà ấy có tiêm ngừa cúm hay không được khuyến khích. Thời gian ủ bệnh của cúm là 1-4 ngày và người lớn bị lây nhiễm từ ngày trước khi các triệu chứng bắt đầu cho đến 5 ngày sau khi khởi phát triệu chứng.

BÀI 3. HO

Ho là một phản ứng bảo vệ cơ thể xuất hiện khi đường thở bị kích thích hay tắc nghẽn. Mục đích của ho là làm sạch đường dẫn khí để hoạt động hô hấp có thể trở lại bình thường. Biểu hiện ho phần lớn được gây ra bởi sự nhiễm khuẩn đường hô hấp trên do virus. Chúng thường xuất hiện kèm với các triệu chứng khác của cảm. Bằng chứng ủng hộ việc sử dụng thuốc ức chế ho hoặc long đờm không mạnh, tuy nhiên nhiều bệnh nhân vẫn cảm thấy thuốc có hiệu quả.

Điều cần biết

- Tuổi (xấp xỉ)
 - Trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, người lớn
- Thời gian dùng thuốc
- Bản chất của ho
 - Ho khan hay có đờm
- Các triệu chứng kèm theo
 - Cảm, viêm họng, sốt
 - Ho ra đờm
 - Đau ngực
 - Khó thở
 - Thở khò khè
- Tiền sử
 - COPD (viêm phế quản mạn tính, tràn khí màng phổi, bệnh tắc nghẽn đường thông khí mạn tính)
 - Hen phế quản
 - Đái tháo đường
 - Bệnh tim
 - Trào ngược dạ dày- thực quản
 - Thói quen hút thuốc
- Thuốc dùng hiện nay

NHỮNG CÂU HỎI VÀ CÂU TRẢ LỜI QUAN TRỌNG

Tuổi

Việc xác định bệnh nhân là ai- trẻ nhỏ hay người lớn – sẽ ảnh hưởng đến việc lựa chọn cách điều trị và có cần thiết phải đi khám bác sỹ không.

Thời gian điều trị

Phần lớn, các trường hợp ho sẽ tự hết và trở nên tốt hơn trong vòng vài ngày cho dù có điều trị hay không. Nói chung, 1 đợt ho kéo dài hơn 2 tuần không cải thiện thì nên gặp bác sỹ để thăm dò thêm.

Các bệnh nhân thường quan tâm đợt ho sẽ kéo dài đến bao giờ, với họ, đó sẽ 1 khoảng thời gian dài. Họ có thể lo lắng rằng ho không khỏi nghĩa là họ đã mắc một căn bệnh nặng.

Bản chất của ho

Ho khan, ho kích ứng

Trong trường hợp ho khan, không có đờm tiết ra. Những cơn ho như thế này thường do nhiễm virus và tự khỏi.

Ho có đờm (chesty or loose)

Đờm thường được tiết ra. Chính sự bài tiết đờm quá mức dẫn đến ho. Tình trạng này có thể do kích thích đường thở bởi nhiễm khuẩn, dị ứng, vv..., hay khi hệ vi nhung mao không hoạt động bình thường (ví dụ ở những người hút thuốc). Đờm không màu (trong hoặc hơi trắng) là đờm không bị nhiễm khuẩn và được xem như là trường hợp chất nhày bình thường.

Đôi khi đờm có màu là biểu hiện cho sự nhiễm trùng như bệnh viêm phế quản, viêm phổi và cần đến gặp bác sĩ. Trong những trường hợp này, đờm được mô tả là đặc quánh, có màu xanh, màu vàng hay màu gỉ sắt, và tình trạng bệnh nhân xấu hơn có thể có sốt, run rẩy và toát mồ hôi. Đôi khi có máu xuất hiện trong đờm (bệnh ho ra máu), máu có thể từ hồng đến đỏ đậm. Ho ra máu có thể chỉ đơn giản do vỡ mao mạch sau 1 cơn ho dữ dội của 1 đợt nhiễm trùng cấp, nhưng có thể là dấu hiệu cảnh báo những bệnh nghiêm trọng hơn. Khi bệnh nhân ho ra máu, cần phải đi khám ngay.

Thông thường, không chỉ định kháng sinh cho viêm phế quản cấp ở bệnh nhân có tiền sử khỏe mạnh trước đó. Phần lớn các trường hợp viêm phế quản cấp được gây ra bởi virus, vì vậy kháng sinh không có tác dụng. Hai nghiên cứu tổng quan hệ thống đã nhận thấy sử dụng kháng sinh cho viêm phế quản cấp chỉ đem lại lợi ích rất nhỏ, chỉ có thể làm giảm thời gian điều trị khoảng nửa ngày. Một số người mắc bệnh hen có xu hướng tiến triển thành viêm phế quản cơ thắt khi nhiễm virus đường hô hấp. Ở những bệnh nhân này, có thể điều trị bằng các thuốc dạng hít hoặc khí dung thường dùng trong điều trị hen.

Nếu một người bị viêm phế quản lặp lại qua nhiều năm, họ có thể mắc COPD (biểu hiện: ho mạn tính, có đờm, khó thở, khó khè, với yếu tố nguy cơ như hút thuốc, khi những nguyên nhân khác của ho mạn tính đã được loại bỏ). Vì vậy việc hỏi bệnh cẩn thận là quan trọng để xác định điều này.

Có 1 sự thống nhất chung rằng nên cân nhắc kê kháng sinh cho người cao tuổi, bệnh nhân có giảm khả năng đề kháng với nhiễm khuẩn, có sẵn bệnh lý mắc kèm (như đái tháo đường hay suy tim) Hoặc khi tình trạng lâm sàng xấu đi.

Trường hợp suy tim và hẹp van 2 lá, đờm đôi khi có màu hồng và có bọt hoặc có màu đỏ tươi. Triệu chứng xác định là khó thở (đặc biệt là khi ngủ vào ban đêm) và sưng mắt cá chân.

Bệnh lao

Cho dù đã từng được coi là căn bệnh của quá khứ, số lượng ca mắc bệnh lao ngày càng tăng lên ở Anh và ngày càng có nhiều lo ngại về các chủng lao kháng thuốc. Ho mạn tính và ho ra máu kèm sốt, ra mồ hôi trộm là những triệu chứng cơ bản. Bệnh lao là 1 bệnh phổ biến ở người nghèo và đặc biệt ở những khu vực kém phát triển. Ở Anh, phần lớn ca lao phổi gặp ở nhóm các dân tộc thiểu số, đặc biệt là người gốc Ấn và người gốc Phi. nhiễm virus HIV làm suy giảm miễn dịch ở người là 1 yếu tố nguy cơ đáng kể cho sự phát triển của bệnh lao phổi.

Bệnh viêm thanh-khí quản cấp

Bệnh thường xảy ra ở những trẻ sơ sinh. Tiếng ho khô rát. Bệnh phát triển khoảng 1 ngày sau khi xuất hiện của các triệu chứng giả cảm. Triệu chứng kèm theo thường có khó thở và tiếng thở khò khè ở thì hít vào. Với những trường hợp này thì đến gặp bác sĩ chuyên khoa là việc cần thiết.

Ho gà (ho lâu ngày)

Ho gà bắt đầu với triệu chứng sổ mũi. Dấu hiệu đặc trưng của ho gà là không biểu hiện trong giai đoạn đầu của sự nhiễm khuẩn. Tiếng ho gà xuất hiện khi bệnh nhân thở sau cơn ho bộc phát. Các cơn ho gây khó khăn trong việc thở và tiếng ho gà biểu hiện cho hiện tượng thờ gắng sức. Với những trường hợp này thì đến gặp bác sĩ chuyên khoa là cần thiết.

Các triệu chứng kèm theo

Cảm, viêm họng và sổ mũi có thể kèm theo ho. Thường thì có sốt và có biểu hiện đau mũi. Triệu chứng này xuất hiện khi nhiễm virus và sẽ tự khỏi. Đau ngực, khó thở, hoặc thở khò khè là những biểu hiện cho thấy cần phải đến gặp bác sĩ chuyên khoa. (xem trang 62).

Chảy nước mũi

Chảy nước mũi là 1 nguyên nhân phổ biến của ho, và có thể là do viêm xoang. (xem trang 21)

Tiền sử

Một số loại thuốc ho không nên sử dụng ở những bệnh nhân đái tháo đường, và những người có tiền sử bệnh tim hay tăng huyết áp. (xem trang 40)

Viêm phế quản mạn tính

Việc hỏi bệnh có thể tìm ra tiền sử bệnh viêm phế quản mạn tính đã được bác sĩ chỉ định kháng sinh. Trong tình huống này, có thể điều trị thêm với thuốc ho thích hợp

Bệnh hen suyễn

Ho lặp lại thường kì vào ban đêm là dấu hiệu cho biết bệnh hen, đặc biệt là ở trẻ em, và nên được đưa đến bác sĩ. Bệnh hen đôi khi có thể biểu hiện giống như ho mạn tính không kèm tiếng thở khò khè. Nên hỏi bệnh nhân tiền sử gia đình về bệnh chàm, dị ứng theo mùa và bệnh hen. Những bệnh nhân có tiền sử gia đình như vậy có xu hướng ho kéo dài hơn sau khi mắc nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.

Bệnh tim mạch

Ho có thể là 1 triệu chứng của bệnh tim (xem trang 65). Nếu có tiền sử về bệnh tim, đặc biệt với 1 đợt ho dai dẳng thì nên tìm đến bác sĩ chuyên khoa.

Trào ngược dạ dày- thực quản

Trào ngược dạ dày thực quản có thể là nguyên nhân gây ra ho. Đôi khi sự trào ngược không có triệu chứng nào ngoài ho ra. Một số bệnh nhân cảm nhận được acid trào vào họng họ vào ban đêm khi ngủ.

Thói quen hút thuốc

Hút thuốc sẽ làm tăng mức độ nặng của cơn ho và có thể gây ra ho do kích ứng phổi. 1/3 số người hút thuốc thời gian dài sẽ tiến triển thành ho mạn tính. Nếu cơn ho tái phát và dai dẳng, người dược sĩ nên đưa ra lời khuyên giáo dục sức khỏe về lợi ích của việc dừng hút thuốc, đề nghị liệu pháp thay thế nicotin nếu thích hợp.

Tuy nhiên, trong quá trình bỏ thuốc, cơn ho ban đầu có thể trở nên tồi tệ hơn. Do hệ thống vi nhung mao hoạt động mạnh trở lại. Điều này cần được tư vấn trước cho bệnh nhân. Những người hút thuốc có thể cho rằng ho là vô hại. Vì vậy, cần phải nhấn mạnh với bệnh nhân bất

kì sự thay đổi nào về tính chất cơn ho có thể là do một bệnh lý nghiêm trọng (xem “ Cai thuốc” trong chương “ Phòng chống bệnh tim”)

Thuốc dùng hiện nay

Luôn luôn cần chú ý tới các thuốc bệnh nhân hiện tại đang sử dụng, bao gồm cả thuốc kê đơn, thuốc không kê đơn, được vay mượn từ bạn bè hay được tìm thấy trong tủ thuốc gia đình. Việc đánh giá tương tác thuốc của các thuốc này với thuốc ho là rất quan trọng.

Cũng cần phải biết thuốc ho nào bệnh nhân đã từng sử dụng trước đây. Người dược sĩ có thể phát hiện ra bệnh nhân đã sử dụng thuốc không thích hợp trước đó ví dụ, thuốc ức chế ho dùng khi ho có đờm. Nếu 1 hay nhiều thuốc đã được dùng trong 1 khoảng thời gian dài mà không hiệu quả thì nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa.

Thuốc ức chế men chuyển angiotensin

Ho mạn tính có thể xảy ra ở nhiều bệnh nhân, đặc biệt là phụ nữ, sử dụng thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACEI) như enalapril, captopril, lisinopril và ramipril. Các bệnh nhân có thể tiến triển ho trong vài ngày đầu điều trị hoặc sau khoảng thời gian vài tuần hay thậm chí vài tháng. Hiện chưa rõ tỷ lệ chính xác bệnh nhân gặp phải phản ứng này, ước tính dao động từ 2 %- 10 % số bệnh nhân sử dụng ACEI. Thuốc này ức chế sự giải phóng bradykinin và các kinin khác ở phổi, là những chất có thể gây ra ho. Cơn ho điển hình do ACEI là ho khan và ho dai dẳng, ho kích ứng. Tất cả các ACEI đều có thể gây ho, do đó, việc đổi giữa các thuốc cùng nhóm ACEI thường không có hiệu quả. Cơn ho có thể chấm dứt hoặc dai dẳng ; ở 1 số bệnh nhân, Ho làm họ cảm thấy quá khó chịu và lo âu tới mức phải ngừng thuốc. Bất kỳ bệnh nhân nào có nghi ngờ ho do thuốc cần đi khám bác. Thuốc đối vận trên receptor angiotensin-2, có tác dụng tương tự các thuốc ACEI và không gây tích lũy bradykinin, có thể được sử dụng thay thế nếu không hết ho.

Khi nào cần đi khám bác sĩ

Ho kéo dài 2 tuần hoặc nhiều hơn và không cải thiện
Có đờm (vàng, xanh, màu rỉ sắt, hoặc có vết máu)
Đau ngực
Khó thở
Khò khè
Ho gà hoặc viêm tắc thanh quản
Ho lặp lại về đêm
Nghi ngờ do phản ứng bất lợi của thuốc.
Thất bại trong dùng thuốc

Sau 1 loạt câu hỏi, Dược sĩ nên đưa ra quyết định liệu việc điều trị hay giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa là giải pháp tốt nhất.

Khoảng thời gian điều trị

Dựa trên thời gian bệnh nhân bắt đầu ho và khi dược sĩ đã đưa ra cách điều trị phù hợp, bệnh nhân nên đến gặp bác sĩ sau 2 tuần bị ho nếu tình trạng không cải thiện

Điều trị

Các dược sĩ nhận thấy sự bàn cãi về hiệu quả lâm sàng của các liệu pháp điều trị ho không kê đơn. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống đã kết luận rằng “Hiện không có bằng chứng đủ mạnh để ủng hộ hoặc phản đối hiệu quả của các thuốc không kê đơn (OTC) trong điều trị ho cấp tính”. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn tìm đến dược sĩ bởi họ muốn giảm bớt triệu chứng và, trong khi hiệu quả lâm sàng của các thuốc trị ho đang được bàn cãi, “hiệu ứng giả dược” vẫn có thể có ích cho bệnh nhân.

Sự lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào kiểu ho. Các chất ức chế ho (như pholcodine) được dùng để điều trị ho khan, trong khi đó các thuốc kích thích tiết đờm như guaifenesin được dùng trong điều trị ho có đờm. Dược sĩ nên kiểm tra lại liều lượng thuốc có trong chế bởi 1 số sản phẩm ho hiện nay chứa thành phần với liều lượng thấp hơn nhiều liều điều trị. Thuốc giảm viêm như Simple lintus làm dịu họng được sử dụng phổ biến ở trẻ em và phụ nữ mang thai vì chúng không chứa hoạt chất.

BNF đưa ra các chỉ dẫn như sau:

Thuốc long đờm được sử dụng với mục đích tăng cường tổng dịch phế quản ra ngoài, nhưng không có bằng chứng nào cho thấy bất cứ thuốc nào thực sự hỗ trợ cho sự khạc đờm.

Thuốc ức chế : Khi không xác định được nguyên nhân ho (nguyên nhân bệnh lý gây ho) các thuốc ức chế ho có thể hữu ích, đặc biệt là khi mất ngủ vì ho

Thuốc giảm viêm : Các thuốc như Simple Lintus có nhiều lợi ích vì an toàn và giá rẻ. Simple Lintus đặc biệt tốt khi dùng cho trẻ em.

Các chế phẩm nhiều thành phần được bán trong cộng đồng để điều trị ho và cảm nhưng không nên dùng cho trẻ dưới 6 tuổi. Cơ sở của việc kết hợp các thành phần trong những thuốc này cũng không rõ ràng.. Cần chú ý để sử dụng thuốc với liều lượng hợp lý và không kết hợp nhiều chế phẩm với nhau.

Ho có đờm không nên điều trị bằng thuốc ức chế ho bởi sự tích tụ và ứ đọng chất nhày trong phổi có thể tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, đặc biệt ở bệnh nhân viêm phế quản mạn tính.

Không sử dụng thuốc kích thích tiết đờm (tăng cường cơn ho) và thuốc ức chế ho (làm giảm cơn ho) cùng với nhau vì chúng có tác dụng đối lập nhau. Do đó, các sản phẩm thuốc có chứa cả 2 chất thì không có hiệu quả điều trị. UK CHM đã đưa ra khuyến cáo vào năm 2009 về sự an toàn của việc sử dụng thuốc ho và cảm cho trẻ em dưới 12 tuổi (xem trang 23).

Thuốc ức chế cơn ho

Các thử nghiệm được kiểm soát không xác nhận bất cứ hiệu quả đáng kể nào của các thuốc ức chế ho so với giả dược trong việc làm giảm triệu chứng.

Codein/ pholcodine

Pholcodine có 1 vài ưu điểm hơn codein vì codein có 1 vài tác dụng phụ (thậm chí tại liều không kê đơn, codein có thể gây táo bón và tại liều cao ức chế hô hấp) và pholcodine ít có khả năng bị lạm dụng. Cả pholcodine và codein có thể gây tình trạng buồn ngủ, mặc dù đây không phải là vấn đề lớn trong thực hành. Tuy nhiên, vẫn cần đưa ra lời 1 lời cảnh báo hợp lí. Codein là 1 thuốc có thể bị lạm dụng và nhiều dược sĩ thường không khuyến cáo thuốc này cho bệnh nhân. Việc kinh doanh thuốc này phải được hạn chế bởi vì kiến thức hay khả năng về sự lạm dụng này. MHRA/CHM khuyến cáo rằng những thuốc ho chứa codein không nên sử dụng cho trẻ em dưới 18 tuổi. Pholcodine có thể dùng được cho trẻ trên 6 tuổi với liều 5mg (5 mg pholcodine có chứa trong 5 ml Pholcodine Linctus BP). Người lớn có thể tăng

liều dùng tới 15mg 3 -4 lần /ngày. Thuốc có thời gian bán thải dài và có thể dùng 2 lần/ngày.

Dextromethophan

Dextromethophan hiệu lực thấp hơn pholcodine và codein. Thuốc này không có tác dụng an thần và có 1 vài tác dụng phụ. Đôi khi, tác dụng gây ngủ được nói đến nhưng cũng giống như Pholcodine, đây không phải là 1 vấn đề trong thực hành điều trị. Dextromethorphan được dùng cho trẻ em từ 6 tuổi trở lên. Dextromethorphan nhìn chung ít có nguy cơ bị lạm dụng thuốc. Tuy nhiên, cũng đã từng có vài báo cáo về chứng gây nghiện do lạm dụng thuốc và tiêu thụ 1 số lượng thuốc rất lớn, và dược sĩ nên chú ý tới khả năng này nếu bệnh nhân thường xuyên mua Dextromethorphan.

Thuốc giảm viêm

glycerin, chanh, và mật ong hay siro trị ho là những bài thuốc phổ biến và hữu ích cho tác dụng làm dịu họng. Chúng không chứa hoạt chất và được xem như an toàn với trẻ em và phụ nữ có thai. Các thuốc này chính là sự lựa chọn điều trị cho trẻ em dưới 6 tuổi.

Thuốc tiêu đờm

Có 2 cơ chế tiêu đờm. Cơ chế trực tiếp bằng cách kích thích bài tiết dịch phế quản, dẫn đến làm loãng đờm, làm đờm được ho ra ngoài dễ dàng hơn. Một cơ chế khác là hoạt động gián tiếp thông qua kích thích đường tiêu hóa, từ đó tác động gián tiếp trên đường hô hấp, kết quả là tăng bài tiết chất nhầy. Cơ chế gián tiếp này có ít bằng chứng ủng hộ hơn cơ chế trực tiếp

Guaifenesin (Guaiphenesin)

Guaifenesin được sử dụng phổ biến trong trị ho. Ở người lớn, liều được yêu cầu để kích thích bài tiết đờm là 100-200 mg, vì vậy, để đạt được hiệu quả như lý thuyết, chế phẩm sử dụng cần phải có đủ liều điều trị. Một số thuốc không kê đơn chứa liều lượng thấp hơn mức liều điều trị. Ở Mỹ, Cục quản lý an toàn thực phẩm dược phẩm đã kiểm tra các thuốc OTC, và bằng chứng từ các nghiên cứu cho thấy guaifenesin đủ tiêu chuẩn theo FDA kiểm chứng là đáng tin cậy với hiệu quả điều trị của nó.

Các thuốc điều trị ho khác

Thuốc kháng Histamin

Một số thuốc kháng histamin thường có trong các chế phẩm OTC trị ho là *diphenhydramine* và *promethazine*. Về lý thuyết, những thuốc này làm giảm tần suất ho và có hiệu quả chống tiết chất nhầy, nhưng trong thực tế thì chúng cũng gây buồn ngủ. Sự kết hợp của thuốc kháng histamine với thuốc tiêu đờm là không hợp lý và nên tránh. Sự kết hợp giữa 1 thuốc kháng histamine và một thuốc ức chế ho có thể hữu ích do thuốc kháng histamine có thể giúp ức chế sự bài tiết chất nhầy và sự kết hợp này có thể được chỉ định dùng vào ban đêm nếu ho làm gián đoạn giấc ngủ. Đây là một trong những trường hợp hiếm gặp khi tác dụng phụ lại hữu ích cho bệnh nhân. Các thuốc kháng histamine không an thần kém hiệu quả hơn trong điều trị triệu chứng ho và cảm do không có hoạt tính kháng cholinergic.

Tương tác thuốc: Các thuốc kháng histamine truyền thống không nên được sử dụng cho bệnh nhân đang dùng các thuốc phenothiazine và thuốc chống trầm cảm 3 vòng bởi nó làm tăng thêm tác dụng kháng cholinergic và an thần. Tác dụng an thần cũng tăng lên khi dùng chung với các thuốc có tác dụng ức chế thần kinh trung ương hoặc rượu. Xem trang 57-58 để biết thêm thông tin tương tác thuốc, tác dụng phụ, chống chỉ định của thuốc kháng histamine.

Thuốc kích thích thần kinh giao cảm

Pseudoephedrine được sử dụng trong điều trị ho và cảm (xem trang 24 và trang 25 với những thông tin về các hạn chế trong việc kinh doanh) do tác dụng giãn phế quản và chống sung huyết. Về lý thuyết, thuốc có tác dụng kích thích, dẫn đến mất ngủ ban đêm nếu được sử dụng vào thời điểm đi ngủ. Nó có thể phù hợp cho bệnh nhân bị ngạt mũi trong khi bị ho và kết hợp với thuốc long đờm hoặc chống sung huyết có thể hữu ích với các trường hợp ho có đờm. Thuốc kích thích thần kinh giao cảm có thể gây tăng huyết áp, kích thích hoạt động tim, những biến đổi trong kiểm soát bệnh đái tháo đường. Thận trọng khi sử dụng thuốc kích thích thần kinh giao cảm đường uống cho các bệnh nhân sau:

- Đái tháo đường
- Bệnh mạch vành (ví dụ : đau thắt ngực)
- Tăng huyết áp
- Bệnh cường tuyến giáp

Tương tác thuốc: Tránh sử dụng trong các trường hợp đang dùng :

Các thuốc ức chế enzyme MAO (ví dụ: phenelzine)

Thuốc ức chế thuận nghịch enzyme MAO-A (ví dụ: Moclobemide)

Thuốc chẹn beta giao cảm

Thuốc chống trầm cảm ba vòng (ví dụ amitriptyline)- Tương tác về mặt lý thuyết, nhưng không có nhiều ý nghĩa trên lâm sàng

Theophylline

Theophylline đôi khi dùng để trị ho do tác dụng chống giãn phế quản. Không dùng chung các chế phẩm chứa theophyllin (kê đơn và không kê đơn) do làm tăng nồng độ thuốc trong máu, tăng tính. Một số thuốc làm tăng tác dụng của Theophylline như cimetidine và erythromycin.

Nồng độ của theophylline trong máu có thể bị giảm trong trường hợp hút thuốc và các thuốc như carbamazepine, phenytoin, và rifampicin gây cảm ứng các enzyme gan, vì thế chuyển hóa của theophylline tăng lên và nồng độ trong huyết thanh thấp hơn.

Các tác dụng phụ bao gồm: kích ứng đường tiêu hóa, buồn nôn, hồi hộp, mất ngủ và đau đầu. Liều dành thông thường cho người lớn là 120 mg, 3-4 lần/ ngày. Thuốc không khuyến nghị dùng cho trẻ em.

Lưu ý trong thực hành

Bệnh đái tháo đường

Trong giai đoạn cấp tính, lượng đường trong các thuốc trị ho thường không có ý nghĩa lớn. Việc kiểm soát đái tháo đường thường bị ảnh hưởng trong khi bị nhiễm trùng, và lượng đường thêm vào được xem như không phải là vấn đề chính. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân đái tháo đường có thể thích sản phẩm không đường hơn, cũng như nhiều khách hàng khác cũng mong muốn giảm dung nạp đường cho chính họ và con cái., và nhiều sản phẩm như vậy thì hiện nay cũng sẵn có trên thị trường. Với vai trò đóng góp 1 phần vào việc cải thiện sức khỏe răng miệng, các dược sĩ có thể đảm bảo rằng họ cung cấp và đưa ra đủ các loại thuốc không đường.

Xông hơi

Biện pháp này có thể hữu ích, đặc biệt trong các trường hợp ho có đờm. Một tổng quan hệ thống cho thấy hiện nay không đủ bằng chứng để kết luận về hiệu quả của phương pháp này.

Hơi nước giúp hóa lỏng dịch tiết ở phổi và cung cấp không khí ẩm khiến bệnh nhân cảm thấy dễ chịu. Một số người thích xông hơi cùng Methol, tinh dầu trà... tuy nhiên hiện chưa có bằng chứng việc thêm các chất khác vào có hiệu quả hơn so với xông hơi với nước đơn thuần. Một thìa café đầy khí xông nên được thêm vào với 500ml nước nóng (chưa sôi) và hơi nước được hít vào. Ngoài nguy cơ gây bỏng, nước sôi cũng làm bay hơi các thành phần quá nhanh. Một mảnh vải hay khăn có thể được đặt trên đầu để giữ hơi.

Lượng dịch

Uống nhiều nước giúp giữ cho phổi đủ ẩm, và nước uống nóng có thể làm dịu họng. Lời khuyên chung dành cho các bệnh nhân bị ho và cảm là nên uống nhiều nước

Các trường hợp ho trong thực hành lâm sàng

Ca 1:

Patel, 1 cô gái hơn 20 tuổi, yêu cầu bạn đưa ra lời khuyên cho trường hợp ho của con trai cô ấy. Khi đặt câu hỏi, bạn phải nhận ra rằng, con trai cô ấy, Dillip, 4 tuổi, bị ho và đã kéo dài trong 1 vài tuần. Cậu bé thường bị ho vào ban đêm, và điều này làm cản trở giấc ngủ của cậu bé, mặc dù cậu bé dường như không gặp khó khăn gì suốt cả ngày. Cô ấy đã đưa Dillip đến bác sĩ cách đây khoảng 3 tuần, và bác sĩ có giải thích rằng không cần thiết phải dùng kháng sinh và tình hình sẽ tự chuyển biến tốt lên. Cậu bé bị ho khan và cô ấy đã từng đưa một số Simple linctus trước khi cậu đi ngủ nhưng ho không đỡ hơn. Dillip không uống với bất kỳ thuốc nào khác. Cậu bé không đau khi thở hoặc thở gấp. Gần đây cậu cũng gặp phải 1 đợt cảm lạnh.

Quan điểm của dược sĩ

Đây là trường hợp một đứa trẻ 4 tuổi bị ho vào ban đêm kéo dài suốt vài tuần. Lời khuyên của bác sĩ phù hợp với thời điểm Dillip đến khám. Tuy nhiên, nên khuyên cậu bé đi khám lại, bởi ho chỉ xảy ra vào ban đêm. Con ho lặp lại thường kì vào ban đêm đối với 1 đứa trẻ có thể là triệu chứng của bệnh hen suyễn, thậm chí ngay cả khi không xuất hiện thở khò khè. Đây có thể là trường hợp ho là hệ quả của sự kích thích phế quản phổi do nhiễm virus đường hô hấp trên. Con ho có thể kéo dài lên tới 6 tuần và xảy ra ở những người bị hen hoặc có tiền sử gia đình bị dị ứng (Có khuynh hướng nhạy cảm với các dị nguyên phổ biến như bụi nhà, lông động vật và phấn hoa). Mặc dù vậy, ho tồn tại trong vòng vài tuần mà không có sự cải thiện thì nên đi khám

Quan điểm của bác sĩ

Bệnh hen là một khả năng rõ ràng. Cần hỏi xem nếu ai đó khác trong gia đình bị bệnh hen, cảm mạo hay chàm, và Dillip đã từng bị cảm mạo hay chàm hay chưa. Các yếu tố trên đây sẽ giúp khẳng định chẩn đoán. Bệnh hen suyễn nhẹ cơ thể tồn tại mà không có các triệu chứng thường thấy như khó thở và khò khè.

Một chẩn đoán khác vẫn là nhiễm virus đường hô hấp trên. Phần lớn các cơn ho khó chịu và thấy rõ rệt hơn suốt đêm. Điều này khiến phụ huynh hiểu nhầm rằng bé chỉ ho buổi tối. Lưu ý rằng cả 2 chẩn đoán đều có thể cùng đúng, trong trường hợp nhiễm virus là nguyên nhân khởi phát cho bệnh hen. Bởi vì chẩn đoán là không chắc chắn và steroid hít có thể thích hợp, nên đến gặp bác sĩ chuyên khoa.

Nếu, sau khi khai thác tiền sử và thăm khám ban đầu, bác sĩ cho rằng bệnh nhân có thể bị hen, việc điều trị sẽ được dựa trên guidelines của British Thoracic Society mà đã được tổng hợp trong BNF (British National Formulary). Bình thường thì điều này chỉ được thực hiện sau trao đổi và được sự đồng ý của phụ huynh. Nhiều phụ huynh không muốn chấp nhận

rằng con họ bị hen. Vấn đề tiếp theo là lựa chọn dụng cụ hít thích hợp cho 1 đứa trẻ 4 tuổi. Có thể dùng bình xịt (spacer) hoặc bình hít (breath-actuated) hay thiết bị phun bột khô (dry-powder). Thông thường nên thử chế độ liều 2 lần một ngày trong vòng 2-3 tuần và sau đó đánh giá lại để điều chỉnh cho phù hợp.

Quan điểm bệnh nhân

Tôi đã hi vọng dược sĩ có thể cho tôi loại thuốc nào đó nhưng cô ấy lại cho rằng Dillip nên đến gặp bác sĩ mà chả giải thích được là tại sao

Ca 2

Một người thanh niên 25 tuổi muốn bạn có thể đưa ra 1 lời khuyên cho trường hợp ho của anh ấy. Giọng anh ấy nghe như thể bị cảm nặng và trông anh ấy hơi nhợt nhạt. Bạn nhận thấy rằng anh ấy bị ho được vài ngày, bị ngạt mũi, viêm họng. Anh ta không thấy đau khi thở hoặc thấy khó thở. Lúc đầu, ho có đờm, nhưng sau đó là ho khan và ho kích ứng. Anh ấy chưa dùng bất kì thuốc nào và hiện tại cũng không uống bất cứ thuốc kê đơn nào cả.

Quan điểm người dược sĩ

Bệnh nhân này có các triệu chứng của cảm thông thường và không có dấu hiệu nguy hiểm nào kèm với ho, do đó không cần phải đi khám bác sĩ. Anh ấy chưa sử dụng thuốc nào, vì vậy có rất nhiều sự lựa chọn cho bạn. Bạn có thể giới thiệu thuốc để điều trị triệu chứng ngạt mũi cũng như là tình trạng ho của anh ấy, ví dụ, một chất ức chế ho và 1 chất kích thích thần kinh giao giảm. Simple Linctus và một thuốc chống xung huyết toàn thân hoặc tại chỗ cũng có thể là 1 sự lựa chọn. Nếu thuốc chống xung huyết tại chỗ được chỉ định dùng, anh ấy nên được cảnh báo sử dụng thuốc này không được quá 1 tuần để tránh khả năng bị xung huyết trở lại.

Quan điểm của bác sĩ

Các lời khuyên của dược sĩ hoàn toàn hợp lý. Có thể giải thích thêm rằng anh ấy đang bị nhiễm virus, do đó sẽ tự khỏi và cải thiện tốt hơn trong vòng vài ngày. Nếu bệnh nhân là một người hút thuốc, đây sẽ là lúc thích hợp để khuyến khích anh ấy từ bỏ thuốc.

BÀI 4. ĐAU HỌNG

Hầu hết mọi người bị đau họng không đi khám bác sĩ- chỉ khoảng 5% là có đi khám bác sĩ và nhiều người sẽ chọn tham khảo ý kiến của dược sĩ. Hầu hết đau họng đến nhà thuốc gây ra bởi nhiễm virus (90%), chỉ 1/10 các trường hợp là do nhiễm vi khuẩn, vì vậy điều trị bằng kháng sinh là không cần thiết trong hầu hết các trường hợp. Về mặt lâm sàng hầu như không thể phân biệt giữa 2 dạng trên. Phần lớn các nhiễm trùng là tự khỏi. Đau họng thường phối hợp với triệu chứng khác của cảm lạnh.

Một khi dược sĩ đã loại trừ được các tình trạng nghiêm trọng hơn, một thuốc OTC thích hợp có thể được khuyến dùng.

Những điều bạn cần biết

- Tuổi (xấp xỉ)
 - Trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, người lớn
- Thời gian
- Mức độ nghiêm trọng
- Các triệu chứng liên quan
 - Lạnh, nghẹt mũi, ho
 - Khó nuốt
 - Khàn tiếng
 - Sốt
- Tiền sử bệnh
- Thói quen hút thuốc
- Thuốc dùng hiện tại

Ý nghĩa của câu hỏi và câu trả lời

Tuổi

Xác định bệnh nhân là ai sẽ ảnh hưởng đến lựa chọn điều trị và liệu rằng đến thăm khám bác sĩ chuyên khoa có cần thiết hay không. Nhiễm trùng họng do liên cầu (Vi khuẩn) thường gặp hơn ở trẻ em độ tuổi đến trường.

Thời gian

Hầu hết đau họng là tự khỏi và sẽ đỡ hơn trong vòng 7-10 ngày. Nếu đau họng trong thời gian dài hơn thì bệnh nhân nên được chuyển đến bác sĩ để được tư vấn thêm.

Mức độ nghiêm trọng

Nếu đau họng được mô tả là cực kì đau, đặc biệt không có các triệu chứng lạnh, ho, triệu chứng xuất tiết thì thăm khám bác sĩ chuyên khoa nên được khuyến cáo khi bệnh không cải thiện trong vòng 24-48 giờ.

Các triệu chứng liên quan

Lạnh, xuất tiết, ho có thể liên quan đến đau họng. Có thể có sốt và đau nhức chung chung. Những triệu chứng đó phù hợp với nhiễm trùng nhẹ do virus có khả năng tự khỏi.

Khàn tiếng kéo dài hơn 3 tuần và khó khăn trong việc nuốt (khó nuốt) đều là dấu hiệu để đến thăm khám bác sĩ chuyên khoa.

Tiền sử bệnh

Có những cơn tái phát nhiễm trùng (viêm amidan) thì có nghĩa là việc đến thăm khám bác sĩ chuyên khoa là tốt nhất.

Thói quen hút thuốc

Hút thuốc sẽ làm trầm trọng thêm đau họng, và nếu bệnh nhân có hút thuốc thì dược sĩ sau đó nên cung cấp lời khuyên và thông tin về việc cai thuốc lá.

Khảo sát cho thấy rằng hai phần ba những người hút thuốc muốn cai thuốc (Xem thêm “Cai nghiện thuốc lá” trong chương “Phòng tránh các bệnh tim mạch”).

Thuốc dùng hiện tại

Dược sĩ nên xác minh liệu thuốc nào bệnh nhân đã sử dụng để điều trị triệu chứng. Nếu một hoặc nhiều thuốc đang sử dụng mà không cải thiện thì nên xem xét giới thiệu bệnh nhân đến gặp bác sĩ.

Các đơn thuốc hiện tại bệnh nhân đang dùng rất quan trọng và dược sĩ nên hỏi bệnh nhân cẩn thận về các đơn thuốc đó. Thuốc xịt chứa steroid (ví dụ *beclometason* hoặc *budesonid*) có thể gây ra khàn tiếng và nhiễm *Candida* họng và miệng. Nói chung, chúng có xu hướng gây ra triệu chứng đó khi sử dụng các thuốc đó ở liều cao. Nhiễm trùng này có thể ngăn ngừa bằng cách súc miệng với nước sau khi sử dụng thuốc xịt steroid. Kiểm tra xem kỹ thuật hít của bệnh nhân đã đúng chưa cũng rất quan trọng. Kỹ thuật không tốt với ống hít định liều có thể dẫn đến một lượng lớn thuốc hít vào lắng đọng ở mặt sau họng. Nếu bạn nghi ngờ vấn đề này, thảo luận với bác sĩ để xem liệu có cần bán cho bệnh nhân thiết bị hỗ trợ hít hoặc có lẽ đổi dạng hít khác có thể cần thiết.

Bất kì bệnh nhân nào dùng *carbimazol* và có biểu hiện đau họng nên được đến thăm khám bác sĩ chuyên khoa ngay lập tức. Một tác dụng không mong muốn hiếm gặp của *carbimazol* là mất bạch cầu hạt (ức chế sản xuất tế bào bạch cầu trong tủy xương). Nguyên tắc khuyến bệnh nhân đi khám bác sĩ cũng áp dụng cho bất kì thuốc nào có thể gây mất bạch

cầu hạt. Đau họng ở những bệnh nhân này có thể là dấu hiệu đầu tiên của một nhiễm trùng đe dọa tính mạng.

Các triệu chứng cần ngay lập tức khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ

Khàn tiếng

Khàn tiếng là do viêm dây thanh ở thanh quản (viêm dây thanh quản). Viêm dây thanh quản thường gây ra bởi một nhiễm trùng virus có thể tự khỏi. Viêm dây thanh quản thường kết hợp đau họng và khàn, giảm âm lượng giọng nói. Kháng sinh không có giá trị và nên đưa ra các tư vấn để giảm triệu chứng (Xem phần “Quản lí” phía dưới) bao gồm hạn chế nói. Nhiễm trùng này thường được giải quyết trong vài ngày và thăm khám bác sĩ là không cần thiết.

Khi nhiễm trùng này xảy ra ở trẻ em, trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, nó có thể gây ra viêm thanh khí phế quản cấp tính và gây khó khăn trong việc thở và thở rít. Trong tình huống này, thăm khám bác sĩ là cần thiết.

Khàn tiếng kéo dài hơn 3 tuần, đặc biệt là khi nó không liên quan đến một nhiễm trùng cấp tính, thăm khám bác sĩ là cần thiết. Có nhiều nguyên nhân gây nên khàn tiếng kéo dài, một số trong đó là nghiêm trọng. Ví dụ trong ung thư thanh quản, khàn tiếng có thể là triệu chứng sớm duy nhất. Một bác sĩ thường giới thiệu bệnh nhân đến một chuyên gia tai mũi họng để được chuẩn đoán chính xác hơn.

Khó nuốt

Khó khăn trong việc nuốt có thể xảy ra trong nhiễm trùng họng nặng. Nó có thể xảy ra khi có một áp xe phát triển trong khu vực amidan (viêm amidan mũ) là một biến chứng của viêm amidan. Điều này thường dẫn đến phải nhập viện, phẫu thuật dẫn lưu từ ổ áp xe có thể cần thiết và có thể dùng được kháng sinh liều cao đường tiêm. Chứng viêm các tuyến bạch cầu (tăng bạch cầu đa nhân do nhiễm trùng) là do virus và gây đau họng, bệnh thường tạo ra sự khó chịu đáng kể và có thể gây ra khó nuốt. Nếu nghi ngờ nguyên nhân này, đến thăm khám bác sĩ là cần thiết để chuẩn đoán chính xác.

Hầu hết đau họng nghiêm trọng sẽ gây khó chịu khi nuốt nhưng không khó khăn thực sự và không cần thiết thăm khám bác sĩ chuyên khoa trừ khi có những lí do khác liên quan. Khó nuốt, khi không liên quan đến đau họng, thăm khám bác sĩ chuyên khoa luôn luôn cần thiết.

Biểu hiện tại họng

Thường xuất hiện các đốm trắng, dịch tiết hoặc mũ trên amidan là một dấu hiệu để đến thăm khám bác sĩ hoặc có ý nghĩa trong việc phân biệt giữa nhiễm trùng do virus và do vi khuẩn tuy nhiên điều này không phải luôn như vậy. Thật không may, biểu hiện tại họng có thể như nhau trong cả 2 loại nhiễm trùng và đôi khi họng có thể gần như bình thường không có dịch tiết trong nhiễm khuẩn do liên cầu (Vi khuẩn).

Bệnh tưa miệng (nhiễm nấm *Candida*)

Một ngoại lệ không thể quên là nhiễm nấm *Candida* (bệnh tưa miệng) tạo các mảng trắng. Tuy nhiên, chúng rất hiếm khi chỉ ở họng và thường gặp nhất ở trẻ em hoặc người cao tuổi. Bệnh tưa miệng là bệnh nhiễm trùng bất thường ở người trưởng thành trẻ tuổi và có thể liên quan đến những rối loạn nghiêm trọng hơn làm giảm hệ thống miễn dịch của cơ thể, ví dụ ung thư máu, HIV và hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), hoặc do sử dụng liệu pháp điều trị ức chế miễn dịch (ví dụ các steroid). Các mảng có thể nhìn thấy trong họng, trên lưỡi và lợi. Khi chúng được lấy ra, bề mặt bị trầy xước và viêm. Nên khuyên bệnh nhân đến thăm khám bác sĩ nếu nghi ngờ bệnh tưa miệng và họng có đau nhức.

Chứng viêm các tuyến bạch cầu

Chứng viêm các tuyến bạch cầu là nhiễm trùng họng do virus gây ra bởi virus *Epstein-Barr*. Nó được biết đến là virus có xu hướng làm bệnh nhân suy nhược sau vài tháng và liên quan đến hội chứng mệt mỏi mãn tính. Các bệnh nhiễm trùng thường xảy ra ở trẻ vị thành niên và người trưởng thành trẻ tuổi, với tỉ lệ mắc cao nhất trong độ tuổi từ 14 đến 21. Nó được biết đến là “Bệnh gây ra do hôn nhau”. Đau họng nặng có thể xảy ra sau 1 hoặc 2 tuần khó chịu chung chung. Họng có thể có viêm đi kèm dịch tiết dạng kem. Có thể có khó nuốt vì họng bị đau. Các tuyến (hạch lympho) ở cổ và vùng nách có thể phì đại và mềm. Chẩn đoán có thể xác định bằng xét nghiệm máu mặc dù kết quả sẽ không dương tính cho đến khi 1 tuần sau khi khởi phát bệnh. Kháng sinh không có giá trị điều trị; thực vậy nếu dùng *Ampicillin* trong khi nhiễm bệnh, ban đỏ dạng sởi có thể xuất hiện trên 80% bệnh nhân. Điều trị nhằm mục tiêu giảm triệu chứng.

Thăm khám bác sĩ khi

- Đau họng kéo dài 1 tuần hoặc hơn
- Có những cơn nhiễm trùng tái phát
- Khàn tiếng kéo dài suốt 3 tuần
- Khó khăn trong việc nuốt (Khó nuốt)
- Dùng thuốc thất bại

Khoảng thời gian điều trị

Bệnh nhân nên khám bác sĩ sau 1 tuần nếu đau họng không được cải thiện.

Quản lý

Hầu hết đau họng đều do virus và tự khỏi, với 90% bệnh nhân sẽ đỡ hơn trong vòng 1 tuần sau khi khởi phát triệu chứng. Dược sĩ có thể cung cấp cho bệnh nhân lựa chọn trong các phương pháp điều trị nhằm làm giảm khó chịu và đau đớn cho đến khi nhiễm trùng giảm xuống. Thuốc giảm đau đường uống là lựa chọn đầu tay. Một tổng quan hệ thống cho thấy rằng các thuốc giảm đau thông thường (*paracetamol*, *aspirin* và *ibuprofen*) giảm đau rất hiệu quả trong đau họng. Các viên ngậm và kẹo ngậm có tác dụng làm dịu. Có một số bằng chứng cho rằng *Bình xịt benzydamin* có tác dụng giảm đau trong đau họng.

Thuốc giảm đau đường uống

Paracetamol, *aspirin* và *ibuprofen* đã được chứng minh trong các thử nghiệm lâm sàng giảm đau nhanh và hiệu quả trong đau họng. Một tổng quan hệ thống cho biết không có lợi ích khi thêm các thuốc giảm đau khác. Bệnh nhân có thể được khuyên dùng thuốc giảm đau thường xuyên để duy trì giảm đau. (Thảo luận về liều, tác dụng không mong muốn, thận trọng và chống chỉ định cho thuốc giảm đau thông thường, xem bài giảm đau). Các viên ngậm *flurbiprofen* được cấp phép dùng cho đau họng ở người lớn và trẻ em từ 12 trở lên. Chúng chứa 8,75 mg *flurbiprofen* và một viên ngậm được mút hoặc hòa tan trong miệng mỗi 3-6 giờ nếu cần, dùng tối đa 5 viên ngậm. Viên ngậm *flurbiprofen* có thể được sử dụng đến 3 ngày cho mỗi đợt điều trị.

Nước súc miệng và Bình xịt

Thuốc chống viêm (Ví dụ *benzydamin*)

Benzydamin là tác nhân chống viêm hấp thu được qua da và niêm mạc và được chứng minh có hiệu quả giảm đau và chống viêm ở miệng và họng. Các tác dụng không mong muốn thỉnh thoảng được báo cáo bao gồm tê và cảm giác kim châm trong miệng và họng. *Bình xịt benzydamin* có thể dùng cho trẻ em từ 6 tuổi trở lên, trong khi các nước súc miệng chỉ có thể được khuyến cáo cho trẻ trên 12 tuổi.

Gây tê tại chỗ (Ví dụ *benzocain*)

Benzocain và *Lidocain* có dưới dạng các thuốc xịt họng

Viên ngậm và kẹo ngậm

Viên ngậm và kẹo ngậm có thể được chia thành 3 loại

Khử trùng (Ví dụ *Cetylpyridinium*)

Chống nấm (Ví dụ *Dequalinium*)



Gây tê tại chỗ (Ví dụ *Benzocain*)

Viên ngậm và kẹo ngậm là dạng OTC phổ biến để điều trị đau họng, và nguyên nhân gây ra là virus, việc sử dụng chủ yếu các chế phẩm kháng khuẩn và kháng nấm là để làm dịu và làm ẩm họng. Viên ngậm có chứa *Cetylpyridinium chlorid* được biết có tác dụng kháng khuẩn.

Viên ngậm gây tê tạo chỗ sẽ làm tê lưỡi và họng và có thể giúp giảm đau nhức. *Benzocain* có thể gây ra mất cảm và các phản ứng tương tự thỉnh thoảng được báo cáo.

Chú ý: Các viên ngậm trong họng có chứa Iod nên tránh sử dụng cho phụ nữ có thai vì chúng có khả năng ảnh hưởng đến tuyến giáp của thai nhi.

Các điểm quan trọng trong thực hành

Đái tháo đường

Nước súc miệng và thuốc súc miệng là phù hợp và có thể được khuyến cáo dùng. Trên thị trường có các chế phẩm kẹo ngậm không chứa đường, tuy nhiên hàm lượng đường không được xem là quan trọng khi sử dụng ngắn hạn.

Nước súc miệng và thuốc súc miệng

Bệnh nhân nên được nhắc rằng các loại nước súc miệng và thuốc súc miệng không được nuốt. Độc tính tiềm tàng của các thuốc không kê đơn loại này thấp và dường như nó sẽ không gây vấn đề khi nuốt chỉ một lượng nhỏ thuốc. Tuy nhiên, có nguy cơ nhỏ là nhiễm độc toàn thân khi nuốt chế phẩm có chứa iod. Các khuyến cáo của nhà sản xuất về việc sử dụng nước súc miệng này cần hay không cần pha loãng phải được xác minh trước khi dùng và dược sĩ cần tư vấn hợp lý cho bệnh nhân.

Đau họng trong thực hành

Ca 1

Một phụ nữ hỏi tư vấn về việc họng con trai chị ấy rất đau. Cậu bé 15 tuổi và đang nằm tại giường ở nhà. Chị ấy nói cậu bé có sốt và rằng chị ấy có thể nhìn thấy chất trắng kem ở mặt sau họng. Cậu bé lờ đờ và không ăn được vì họng rất đau. Đau họng bắt đầu từ 5 ngày trước và cậu bé nằm trên giường từ hôm qua. Các tuyến ở cổ của cậu bé có sưng.

Quan điểm của dược sĩ

Con trai của chị ấy nên được đến thăm khám bác sĩ là tốt nhất. Các triệu chứng ở thể nặng và cậu bé ốm đến mức nằm trên giường. Bệnh viêm các tuyến bạch cầu rất phổ biến ở độ tuổi này và là có thể là nguyên nhân gây bệnh. Đồng thời, bạn có thể xem xét đề xuất

Paracetamol ở dạng dung dịch hoặc siro dễ bé dễ nuốt. Các thuốc giảm đau hạ sốt sẽ rất hữu ích trong các trường hợp này.

Quan điểm của bác sĩ

Dược sĩ khuyến cáo đến khám bác sĩ là hợp lí. Mô tả cho thấy là một viêm amidan nặng, sẽ có thể gây ra bởi nhiễm virus hoặc vi khuẩn. Nếu là do virus, rất có khả năng là do bệnh viêm tuyến bạch cầu. Bác sĩ nên kiểm tra các ý kiến, mối lo lắng và mong muốn của cả mẹ và con, sau đó giải thích các nguyên nhân có khả năng và điều trị. Thường không thể loại trừ nhiễm vi khuẩn (Liên cầu) ở giai đoạn này và kê đơn an toàn nhất là *Penicillin* đường uống hoặc *Erythromycin* nếu bệnh nhân dị ứng với *Penicillin*. Nếu có các xét nghiệm sẵn có, bác sĩ có thể dùng một miếng gạc quét dịch họng của cậu bé để xác định vi khuẩn nào gây bệnh. Nếu nhiễm trùng duy trì trong gần 1 tuần, xét nghiệm máu có thể xác định có tăng bạch cầu đơn nhân do nhiễm khuẩn hay không (Bệnh viêm các tuyến bạch cầu). Mặc dù không có biện pháp điều trị đặc hiệu cho bệnh viêm các tuyến bạch cầu, nhưng việc cho bệnh nhân biết cái gì đang xảy ra và khi nào thì có thể hồi phục hoàn toàn là hữu ích.

Ca 2

Một cô bé thiếu niên đi với mẹ vào quầy thuốc. Cô bé bị đau họng từ hôm qua. Họng có đỏ nhẹ. Mẹ cô bé nói với bạn rằng cô bé có sốt nhẹ suốt đêm. Cô bé cũng bị ngạt mũi và cảm thấy đau. Cô bé không gặp khó khăn khi nuốt và không dùng bất kì thuốc kê đơn hay OTC nào.

Quan điểm của dược sĩ

Có vẻ như cô bé này bị một bệnh đường hô hấp nhẹ. Các triệu chứng được mô tả có thể thuyên giảm trong vài ngày. Trong khoảng thời gian này, khuyên dùng một thuốc giảm đau toàn thân là hợp lí, có lẽ nên kết hợp với thuốc thông mũi.

Quan điểm của bác sĩ

Đánh giá của dược sĩ dường như là chính xác. Bởi vì cô bé có nghẹt mũi, nhiễm trùng do virus là có khả năng nhất. Nhiều bệnh nhân đến khám bác sĩ với triệu chứng tương tự với hi vọng chữa trị nhanh chóng bệnh bằng kháng sinh dù kháng sinh không có ý nghĩa trong bệnh nhiễm trùng như vậy.

Ca 3

Một người phụ nữ trung niên đến hỏi tư vấn về việc chồng bà cảm thấy khó chịu tại họng. Giọng nói chồng bà khàn khàn khoảng 1 tháng nay và đã thử nhiều loại viên ngậm và kẹo ngậm khác nhau nhưng không thành công. Chồng bà nghiện thuốc lá nặng (ít nhất một gói một ngày) hơn 20 năm và làm nghề lái xe buýt.



Quan điểm của dược sĩ

Người phụ nữ nên khuyên chồng đi khám bác sĩ. Các triệu chứng được mô tả không phải các dạng của nhiễm trùng họng nhẹ. Vì thời gian bị bệnh kéo dài và điều trị bằng các thuốc OTC đã không thành công, tốt nhất là ông chồng nên đến gặp bác sĩ để kiểm tra thêm.

Quan điểm của bác sĩ

Sự thay đổi liên tục giọng nói cùng với khàn tiếng, là một dấu hiệu để đến thăm khám chuyên gia tai mũi họng. Ông chồng nên kiểm tra dây thanh quản, việc kiểm tra đòi hỏi kỹ năng và thiết bị đặc biệt mà nhất là bác sĩ đa khoa không có thiết bị này. Có thể ông chồng có ung thư ở dây thanh quản, đặc biệt ông chồng nghiện hút thuốc nặng.

BÀI 5. VIÊM MŨI DỊ ỨNG

Viêm mũi dị ứng theo mùa (sốt mùa cỏ khô – tên tiếng anh "hay fever", viết tắt VMDU) ảnh hưởng tới 10-15% người Mỹ, và hàng triệu bệnh nhân cần thuốc OTC để điều trị. Các triệu chứng viêm mũi dị ứng xảy ra sau một đáp ứng viêm, liên quan đến giải phóng histamin do lắng đọng các dị nguyên gây dị ứng ở niêm mạc mũi. Các kháng nguyên đóng vai trò là tác nhân gây VMDU ở đây gồm các loại phấn hoa, bào tử nấm mốc. VMDU mạn tính là thể bệnh kéo dài nhiều năm và nguyên nhân gây bệnh thường do khói bụi, lông các loại động vật. Trong số đó, ở một vài BN, bệnh thường nặng lên vào mùa hè.

Những điều bạn cần biết
<ul style="list-style-type: none">• Tuổi<ul style="list-style-type: none">○ Trẻ sơ sinh, trẻ em, người già• Thời gian mắc bệnh• Triệu chứng<ul style="list-style-type: none">○ Chảy nước mũi○ Xung huyết mũi○ Ngứa mũi○ Mắt đẫm nước○ Kích ứng mắt○ Chảy nước mắt○ Hắt hơi• Tiền sử• Bệnh mắc kèm<ul style="list-style-type: none">○ Eczema○ Hen suyễn• Thuốc

Hỏi và trả lời

Tuổi

Các triệu chứng của VMDU có thể khởi phát ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhưng thường ở trẻ em và người trẻ tuổi hơn (lứa tuổi hay mắc bệnh nhất từ 20-30 tuổi). Có mối liên quan giữa tiền sử gia đình dị ứng và bệnh. Do đó, con cái những bệnh nhân VMDU có nguy cơ mắc bệnh cao hơn bình thường. Nguy cơ mắc bệnh cũng giảm dần theo độ tuổi. Do đó, yếu tố tuổi tác phải được xem xét khi chỉ định thuốc cho bệnh nhân. Với những đối tượng trẻ tuổi thường phải lo học hành, thi cử, kiểm tra nên cần cân nhắc các thuốc điều trị, tốt nhất nên tránh dùng thuốc có thể gây buồn ngủ trên các bệnh nhân này.

Thời gian mắc bệnh

Nhiều bệnh nhân mô tả bị VMDU theo mùa khi mà lượng phấn hoa phát tán nhiều hơn. Các triệu chứng bệnh có thể bắt đầu vào tháng 4 khi mà phấn hoa phát tán, và mùa dễ mắc VMDU ở miền nam nước Anh có thể sớm hơn 1 tháng so với miền bắc. Cao điểm bệnh VMDU là vào giữa tháng 5 tới tháng 7- khoảng thời gian phấn hoa rộ nhiều nhất trong năm và điều kiện thời tiết thuận lợi cho phát triển bệnh. Vì thế rất nhiều BN tìm đến các Dược sĩ

đề được tư vấn. Một vài bệnh nhân bị cảm lạnh mùa hè, có lẽ trong vài tuần, có thể là do VMDU. Bào tử nấm cũng là một nguyên nhân nhưng gây bệnh hơi muộn hơn, thường vào tận tháng 12. Bệnh nhân có thể mắc những triệu chứng như cảm nhẹ trong một thời gian dài mà không hề biết họ bị VMDU mạn tính.

Phân loại VMDU gồm:

VMDU gián đoạn: Bệnh kéo dài ít hơn 4 ngày trong 1 tuần hoặc ít hơn 4 tuần.

VMDU dai dẳng: Kéo dài hơn 4 ngày 1 tuần và trên 4 tuần

VMDU mức độ nhẹ: BN ngủ nghỉ, hoạt động, làm việc ... bình thường; các triệu chứng không đáng lo ngại.

VMDU mức độ trung bình: một hay nhiều các hoạt động như ngủ nghỉ, làm việc, học tập ... không được như bình thường, các triệu chứng đáng lo ngại.

Triệu chứng:

Chảy nước mũi

Là triệu chứng thường gặp của bệnh. Nước mũi thường loãng, trong, nhiều nước, nhưng cũng có thể chuyển sang đặc hơn, có màu và có mủ. Những triệu chứng này gợi ý tới một nhiễm trùng thứ phát, mặc dù việc điều trị bệnh không có gì thay đổi. Và không cần thiết phải sử dụng kháng sinh để điều trị nhiễm trùng thứ phát này.

Nghẹt mũi

Đáp ứng viêm gây ra bởi tác nhân gây dị ứng, gây xung huyết, làm giãn các mao mạch mũi, kết quả là gây nghẹt mũi. Nếu tình trạng nghẹt mũi nghiêm trọng có thể dẫn đến đau đầu, và đôi khi là đau tai. Nhiễm trùng thứ phát như viêm tai giữa, viêm xoang có thể xảy ra. (xem trang 21)

Ngứa mũi

Ngứa mũi thường xảy ra. Đôi khi còn có thể bị kích ứng, ngứa ở vòm miệng.

Các biểu hiện ở mắt

Mắt có thể bị kích ứng, chảy nước mắt; do tắc ống lệ. Nguyên nhân cũng là do bị kích ứng bởi phấn hoa, gây đáp ứng viêm tại chỗ. Những kích ứng tại mũi do phấn hoa có thể cũng góp một phần gây ra các biểu hiện như trên tại mắt. Một số bệnh nhân có các biểu hiện viêm mũi dị ứng trầm trọng có thể tăng nhạy cảm với ánh sáng, vì vậy nên đeo kính râm để tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng.

Hắt hơi

Trong VMDU, đáp ứng bệnh thường bắt đầu bằng triệu chứng hắt hơi, sau đó đến chảy nước mũi, và tiếp đến là ngạt mũi. Các triệu chứng bệnh thường tăng lên về sáng và tối, bởi vì phấn hoa sẽ lơ lửng trong không khí cả ngày, sau khi được phát tán vào buổi sáng và dần lắng xuống vào buổi tối. Một số bệnh nhân cũng có thể mô tả lại rằng bệnh của họ nặng hơn vào những ngày nhiều gió - khi phấn hoa được phát tán nhiều hơn; giảm khi trời mưa, hoặc là sau mưa, khi không khí trở nên trong lành và ít phấn hoa bay lơ lửng. Ngược lại, với những bệnh nhân mắc do dị ứng nấm mốc, các triệu chứng sẽ nặng thêm trong điều kiện thời tiết ẩm ướt.

Tiền sử

VMDU trở nên phổ biến vào vài năm trở lại đây. Bệnh có thể xảy ra ở bất kì độ tuổi nào, vì vậy không quan trọng là bệnh nhân đã có tiền sử mắc VMDU chưa. Số ca mắc VMDU tăng lên trong suốt thập kỷ qua. Tình trạng ô nhiễm, đặc biệt là ô nhiễm ở khu đô thị đã góp phần to lớn gây nên vấn nạn này. Viêm mũi mạn tính và viêm mũi dị ứng theo mùa có thể được phân biệt bởi thời gian xuất hiện triệu chứng và diễn biến bệnh. Bệnh nhân có tiền sử mắc VMDU trước đó cần được dược sĩ tư vấn, khi các triệu chứng nặng thêm vào những tháng mùa hè.

Các dấu hiệu nguy hiểm và yếu tố liên quan

Khi xuất hiện các biểu hiện như: tức ngực, thở khò khè, khó thở hay ho, bệnh nhân được khuyên nên lập tức gặp bác sĩ. Bởi những dấu hiệu này có thể báo trước cho một cơn hen khởi phát.

Thở khò khè

Các biểu hiện như khó thở, có thể kèm theo ho là gợi ý sẽ dẫn đến một cơn hen sau đó. Một số bệnh nhân chỉ bị hen trong mùa mắc VMDU (hen theo mùa). Giai đoạn này có thể khá nghiêm trọng và yêu cầu cần được tư vấn. Bệnh hen theo mùa thường không có thuốc điều trị đầu tay thích hợp bởi các cơn hen xuất hiện không thường xuyên, vì vậy, những bệnh nhân này có nguy cơ cao hơn bị cơn hen do không dùng thuốc phòng.

Đau tai mặt

Tương tự như cảm lạnh và cảm cúm (xem trang 21), VMDU hoàn toàn có thể dẫn đến một nhiễm trùng thứ phát ở tai giữa (viêm tai giữa), hoặc ở xoang (viêm xoang). Cả 2 nhiễm trùng thứ phát này đều gây đau dai dẳng kéo dài.

Viêm kết mạc mắt

Chảy nước mắt và kích ứng mắt thường đi kèm với VMDU. Đôi khi, viêm kết mạc do dị ứng rất phức tạp và là một nhiễm trùng thứ phát; với những biểu hiện như: đau mắt (cảm giác như mắt có sạn), mắt đỏ hơn, nước mắt bình thường trong biến thành có màu và dính (có mũ). Trong trường hợp này, BN cần thông báo với nhân viên y tế.

Thuốc:

Dược sĩ phải luôn hỏi tiền sử dùng thuốc của BN, tất cả thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn. Nhờ đó mới có thể phát hiện ra tương tác thuốc tiềm tàng giữa các thuốc được dùng và các kháng histamin điều trị. Cần thiết phải tìm hiểu những thuốc mà BN đã dùng để điều trị triệu chứng bệnh, đặc biệt trong trường hợp BN có tiền sử VMDU. Bên cạnh đó người DS cần nhận biết các tương tác thuốc làm tăng các tác dụng phụ như lơ mơ, ngủ gà do dùng kháng histamin phối hợp các thuốc khác. Tác dụng không mong muốn gây buồn ngủ này có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân làm một số ngành nghề nhất định, hay trong khi lái xe.

Thất bại trong điều trị

Nếu điều trị bằng các thuốc OTC không kiểm soát tốt các triệu chứng bệnh, lúc này bệnh nhân cần tới thăm khám bác sĩ, để giúp bệnh nhân tin tưởng điều trị và có thêm hiểu biết về VMDU, từ đó kiểm soát bệnh tốt hơn. Đồng thời cũng giúp BN chuẩn bị tốt cho mình nếu BN tái phát VMDU vào mùa sau.

Khi nào cần đi khám bệnh

Khò khè, khó thở
Tức ngực
Viêm tai
Viêm xoang
Viêm kết mạc có mủ
Thất bại điều trị

Thời gian điều trị

Nhanh chóng điều trị để cải thiện triệu chứng ngay trong những ngày đầu. Nếu sau 5 ngày, tình trạng bệnh không có tiến triển, bệnh nhân cần lập tức tới khám bệnh để được bác sĩ điều trị thích hợp.

Quản lý bệnh

Quản lý bệnh phụ thuộc các triệu chứng mang tính chất liên tục hay gián đoạn, mức độ nhẹ hay trung bình. Điều trị gồm: kháng histamin, steroid dùng theo đường mũi, Natri cromoglycat dạng bào chế cho mắt và mũi. Các kháng histamin không kê đơn và thuốc xịt mũi steroid khá có hiệu quả trong điều trị VMDU. Lựa chọn thuốc điều trị phải phù hợp và căn cứ vào các triệu chứng bệnh và tiền sử bệnh nhân. Nhiều trường hợp bệnh nhân VMDU có thể chỉ cần điều trị bằng thuốc OTC với sự tư vấn của dược sĩ. Nếu bệnh nhân đã dùng thuốc OTC trên nhưng không có đáp ứng tốt, cần tới bác sĩ để được khám bệnh trực tiếp. Lúc này người dược sĩ lại có vai trò quan trọng trong việc tư vấn, hướng dẫn để đảm bảo bệnh nhân sử dụng chính xác các thuốc đã được bác sĩ kê đơn (ví dụ như: hướng dẫn dùng các thuốc steroid dạng xịt, loại thuốc phải được dùng thường xuyên để làm giảm các triệu chứng VMDU cho BN)

Các kháng histamin

Nhiều dược sĩ dùng kháng histamin như chỉ định đầu tay trong điều trị VMDU từ nhẹ đến trung bình, kể cả VMDU gián đoạn hay liên tục. Các kháng histamin tác dụng tốt trong điều trị làm giảm nhẹ các triệu chứng hắt hơi, sổ mũi; nhưng lại ít có tác dụng làm giảm ngạt mũi. Một vài kháng histamin không gây buồn ngủ sẵn có trong danh mục thuốc OTC gồm: acrivastin, cetirizin và loratadin. Tất cả các thuốc này đều có tác dụng giảm nhẹ triệu chứng khó chịu của VMDU và có ưu điểm ít gây buồn ngủ hơn các kháng histamin thế hệ cũ.

Cetirizin và loratadin chỉ dùng 1 lần/1 ngày, trong khi acrivastin lại dùng 3 lần/1 ngày. Loratadin không kê đơn có thể dùng cho trẻ em trên 2 tuổi, cetirizin chỉ định được cho trẻ em trên 6 tuổi và acrivastin là trên 12 tuổi.

Cả 3 thuốc trên hầu như không gây tác dụng phụ buồn ngủ, có thể khuyên bệnh nhân thử điều trị trong vòng 1 ngày trước khi lái xe hay vận hành máy móc. Loratadin có tác dụng an thần hơn 2 thuốc còn lại, tuy nhiên rất hiếm xảy ra tai nạn do tác dụng gây buồn ngủ của thuốc này. Acrivastin, cetirizin và loratadin có thể được chỉ định trong một số trường hợp dị ứng da khác như dị ứng da kéo dài, mề đay.

Các kháng histamin thế hệ cũ như promethazin và diphenhydramin có thể gây tác dụng an thần gây ngủ. Quả thực, trong thực tế, ở Mỹ các thuốc này được bán không kê đơn một cách rộng rãi để điều trị chứng rối loạn giấc ngủ nhất thời (xem trang 318). Thời gian bán thải

(t_{1/2}) của diphenhydrazin là 5-8 giờ ngắn hơn so với t_{1/2} của promethazin là 8-12 giờ, nên ít gây tích lũy thuốc, do đó ít gây buồn ngủ hơn promethazin.

Một số thuốc kháng histamine thế hệ cũ khác tương đối ít tác dụng an thần, như chlorphenamine (chlorpheniramine). Có thể do bệnh nhân dung nạp với tác dụng an thần của thuốc. Nhìn chung tác dụng kháng cholinergic của histamin thế hệ mới là ít hơn thế hệ cũ.

Tương tác thuốc

Tác dụng an thần gây ngủ của các kháng histamine thế hệ cũ tăng lên khi BN uống rượu, dùng kèm các thuốc gây ngủ, giảm đau, an thần. Do đó cần khuyến cáo cho BN.

Nồng độ trong huyết tương của các kháng histamin thế hệ mới có thể bị tăng bởi ritonavir. Amprenavir và cimetidin có thể làm tăng nồng độ loratadine trong máu. Về mặt lý thuyết, các histamine bị đối kháng tác dụng bởi betahistine.

Tác dụng phụ

TDKMM lớn nhất của các kháng histamine thế hệ cũ là gây buồn ngủ. Ngoài ra, do cơ chế kháng cả hệ cholinergic nên các kháng histamin thế hệ cũ còn có thể gây khô miệng, nhìn mờ, táo bón, bí tiểu. Những TDKMM này sẽ gia tăng nếu BN dùng kèm theo các thuốc kháng cholinergic khác như: thuốc chống trầm cảm 3 vòng, thuốc an thần.

Ở nồng độ rất cao, các kháng histamine có thể gây tác dụng kích thích thần kinh trung ương hơn là tác dụng ức chế, và thường hay gặp ở trẻ em hơn. Ở nồng độ gây độc, cũng đã có những báo cáo ca lâm sàng được báo cáo. Theo như kết quả chỉ ra, kháng histamine có thể được chỉ định cho bệnh nhân động kinh, tuy nhiên về mặt lý thuyết lại có thể gây ra nhiều nguy cơ khác.

Kháng histamin chống chỉ định tuyệt đối cho bệnh nhân glaucom góc hẹp và glaucom góc đóng, bởi vì cơ chế kháng cholinergic của thuốc có thể gây tác dụng tăng nhãn áp. Thận trọng dùng thuốc cho người bị bệnh gan và người phì đại tuyến tiền liệt.

Các thuốc có tác dụng làm thông mũi:

Dùng uống hay nhỏ các thuốc có tác dụng làm thông mũi một cách đơn độc hoặc phối hợp với kháng histamin trong thời gian ngắn để điều trị triệu chứng nghẹt mũi. Với những bệnh mới bắt đầu điều trị, dùng các thuốc như corticosteroid đường mũi (VD: betaclomethason) hay Natri cromoglicat có tác dụng tốt do giúp làm thông mũi, nhờ đó thuốc có thể phân bố vào niêm mạc mũi. Tuy nhiên các thuốc dùng tại chỗ này có thể gây hiện tượng “đội ngược” (làm tăng nghẹt mũi), đặc biệt nếu dùng kéo dài; do đó khuyến cáo không dùng quá 1 tuần. Các thuốc tác dụng thông mũi đường uống thường có chứa thành phần pseudoephedrin. Cách dùng, tương tác thuốc, TDKMM xem trong phần bệnh “Cảm lạnh và cảm cúm” (trang 24-25)

Các thuốc nhỏ mắt

Thành phần gồm 1 kháng histamin phối hợp với 1 chất cường giao cảm và rất sẵn có trên thị trường, tác dụng điều trị các triệu chứng khó chịu ở mắt khá tốt đặc biệt với những trường hợp các triệu chứng này là gián đoạn. Tác dụng cường giao cảm như co mạch, làm giảm kích ứng và giảm đỏ mắt. Cũng chính bởi tác dụng gây co mạch này, một số bệnh nhân có thể cảm thấy đau nhói, châm chích lần đầu dùng thuốc. Các thuốc nhỏ mắt có thành phần gây co mạch như trên không nên chỉ định cho người bệnh tăng nhãn áp hoặc những người đeo kính áp tròng.

Thuốc xịt mũi steroid

Thuốc xịt mũi beclomethason (dạng xịt nước hơn là dạng phun mù) và bình xịt mũi định liều fluticasone có thể chỉ định trong điều trị bệnh VMDU theo mùa. Thuốc xịt mũi steroid được lựa chọn điều trị thường xuyên trong các trường hợp VMDU từ trung bình tới nặng. Thuốc làm giảm các triệu chứng viêm do đáp ứng dị ứng. Bệnh nhân cần sử dụng thuốc này thường xuyên trong suốt thời gian bệnh để đạt tác dụng tốt nhất. Nếu xuất hiện các dấu hiệu VMDU, bệnh nhân cần dùng thuốc trong vài ngày để đạt được tác dụng đầy đủ.

TDKMM của thuốc bao gồm: khô và kích ứng mũi họng, chảy máu cam; các tác dụng phụ khác rất hiếm xảy ra. Thuốc xịt mũi clometasone và beclometasone có thể dùng cho người trên 18 tuổi tối đa trong 3 tháng. Khuyến cáo không nên dùng thuốc cho phụ nữ có thai và bệnh nhân glaucom.

Cần cảnh báo cho bệnh nhân dùng steroid đường uống tác dụng mạnh do TDKMM có thể xảy ra. Do đó, người dược sĩ cần giải thích cho bệnh nhân về thuốc cũng như các tác động của nó tới cơ thể.

Natri cromoglicat:

Natri cromoglicat là thuốc bán không kê đơn phổ biến, có dạng bào chế nhỏ mũi, xịt mũi và nhỏ mắt. Nếu dùng đúng, thuốc cho hiệu quả điều trị rất tốt. Bệnh nhân nên dùng thuốc ít nhất 1 tuần trước mùa bệnh và dùng thường xuyên sau đó. Thuốc hầu như không gây tác dụng phụ, có thể chỉ gây kích ứng mũi nhẹ.

Thuốc nhỏ mắt cromoglicat có tác dụng làm giảm nhẹ các triệu chứng khó chịu ở mắt ngay cả khi bệnh nhân không đáp ứng với kháng histamine. Nên nhỏ thuốc thường xuyên 4 lần/1 ngày để có hiệu quả tốt nhất. Thành phần thuốc nhỏ mắt cromoglicat có chứa chất sát khuẩn benzalkonium, và không nên dùng cho người đeo kính áp tròng.

Các kháng histamin dùng tại chỗ

Điều trị tại chỗ niêm mạc mũi

Azelastrin là 1 dạng thuốc xịt dùng điều trị VMDU. BNF đưa ra gợi ý nên bắt đầu dùng thuốc trước từ 2-3 tuần trước mùa bệnh. Đây được coi là thuốc điều trị thay thế cho người cao tuổi và trẻ em trên 5 tuổi. Lưu ý khi xịt thuốc, BN nên giữ thẳng đầu, tránh để thuốc xuống họng gây vị khó chịu.

Lời khuyên

1. Đóng cửa kính ô tô và thông gió khi lái xe, nếu không phấn hoa có thể bay vào bên trong, với mật độ lớn, có thể gây dị ứng.

2. Bụi bẩn là một nguy cơ gây VMDU. Do đó, thường xuyên lau dọn nhà cửa sạch sẽ, giảm bụi bẩn tới mức thấp nhất có thể giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh. Tốt nhất nên sử dụng máy hút bụi, loại máy này cũng được bán rộng rãi trên thị trường.

Ca lâm sàng VMDU

Ca 1

Một nam thanh niên đến khám vào cuối tháng 3. Anh ta muốn bạn có thể tư vấn thêm cho mình về VMDU. Khi được hỏi, anh ta nói chưa từng bị VMDU trước đó, nhưng một vài người bạn của anh ấy đã mắc VMDU và anh ấy nghĩ mình cũng bị tương tự. Bệnh nhân bị chảy nước mắt nhẹ, nước mắt trong, thờ khờ khờ mấy hôm nay. Ngoài ra còn chảy nước mũi

và hơi nghẹt mũi. Dù không phải lái xe, nhưng anh ta còn là sinh viên và có kỳ thi vào tuần tới. Bệnh nhân chưa dùng bất cứ thuốc gì.

Quan điểm của dược sĩ

Bệnh nhân lần đầu tiên mắc VMDU với những triệu chứng điển hình. Trong đó các biểu hiện ở mũi gây khó chịu nhất: chảy nước mũi, ngạt mũi, vì vậy khuyên người bệnh nên dùng thuốc xịt mũi corticosteroid, cân nhắc đã đủ 18 tuổi hay chưa. Nếu bệnh nhân này dưới 18 tuổi, có thể dùng kháng histamin uống hay dùng tại chỗ, lưu ý cậu thanh niên này sắp thi, nên tránh kháng histamin thế hệ cũ gây buồn ngủ là tốt nhất. Mắt bệnh nhân bị kích ứng nhẹ, không đáng quan ngại lắm. Bệnh nhân chưa dùng bất cứ thuốc điều trị gì từ trước, do đó có thể khuyên dùng acrivastin, loratadine hoặc cetirizine. Nếu sau vài ngày, các triệu chứng không được cải thiện, khuyên bệnh nhân đi gặp bác sĩ.

Quan điểm của bác sĩ

Với trường hợp này, thuốc xịt mũi corticosteroid có hiệu quả hơn cả. Nếu bệnh nhân chưa đủ 18 tuổi, không được sử dụng thuốc OTC này, có thể thử điều trị bằng acrivastine, loratadine hoặc cetirizine. Mặc dù thông thường các thuốc trên đều không gây buồn ngủ, tuy nhiên trên một số bệnh nhân, tác dụng phụ này vẫn có thể xảy ra. Do đó, khuyên bệnh nhân không uống liều đầu tiên ngay trước kì thi. Nếu các triệu chứng không cải thiện, cần cân nhắc lại lựa chọn điều trị. Đồng thời, nếu dùng kháng histamin không kiểm soát tốt các triệu chứng kích ứng ở mắt, có thể cho BN dùng thêm thuốc nhỏ mắt natri cromoglicat sẽ tốt hơn. Chú ý cân nhắc chọn kháng histamin thế hệ cũ vì một số BN không bị tác dụng phụ gây buồn ngủ của thuốc.

Ca 2

Một phụ nữ gần 30 tuổi muốn được tư vấn. Bệnh nhân giới thiệu bị VMDU, ngạt mũi, khó thở. Khai thác tiền sử cho thấy bệnh nhân đã mắc các triệu chứng trên trong vài ngày, ngày một nặng thêm. Bệnh nhân bị VMDU suốt mùa hè và luôn phải uống chlorphenamin dạng viên nén để kiểm soát triệu chứng, hiện tại vẫn đang dùng thuốc này. BN bị eczema khá nặng từ lúc nhỏ, thỉnh thoảng vẫn mắc lại. Vài ngày trước bệnh nhân có thở khò khè, nhưng không ho: cả ho khan hay ho có đờm. Bệnh nhân chưa dùng bất cứ thuốc gì khác ngoài chlorphenamin để điều trị.

Ý kiến của dược sĩ

Bệnh nhân có tiền sử VMDU, được điều trị tốt bằng chlorphenamin uống. Tuy nhiên vài ngày lại đây, bệnh nặng hơn và có thở khò khè. BN không có vẻ là có một nhiễm trùng vùng ngực là nguyên nhân của những triệu chứng tăng nặng trên. Bệnh nhân nên đi khám bác sĩ ngay, trước khi có thể gặp các biểu hiện gợi ý đến tình trạng nguy hiểm hơn như hen phế quản.

Ý kiến của bác sĩ

Nên khám bác sĩ ngay. Gần như chắc chắn phụ nữ này mắc bệnh hen theo mùa. Bên cạnh điều trị VMDU theo tư vấn của dược sĩ, bệnh nhân có thể dùng 1 steroid dạng hít như beclomethason sẽ có hiệu quả tốt. Ngoài ra, phụ thuộc vào mức độ bệnh, có thể chỉ định thuốc cường β -adrenergic như salbutamol dạng hít. Tuy nhiên, sẽ khó khăn cho bác sĩ khi trong vòng khoảng 10 phút vừa phải thăm khám, cung cấp thông tin cho bệnh nhân, giải thích vấn đề, lý do phải điều trị và kĩ thuật sử dụng dạng thuốc hít.

BÀI 6. CÁC DẤU HIỆU HÔ HẤP CẦN LẬP TỨC ĐI KHÁM

1. Đau ngực

a. Nguyên nhân tại đường hô hấp

Đau như dao đâm là đặc trưng trong viêm màng phổi; đau cục bộ và tăng thêm khi hít thở hay ho. Nguyên nhân thường do nhiễm trùng đường hô hấp và có thể liên quan đến viêm phổi dưới. Ngoài ra một số ít trường hợp có thể do nhồi máu phổi (cục máu đông từ tuần hoàn chung có thể vỡ ra; 1 phần di chuyển theo lòng mạch tới động mạch phổi và gây tắc động mạch phổi).

Đau ngực trong viêm màng phổi có thể phát sinh do sự căng cơ giữa các xương sườn sau khi ho, hoặc cũng có thể do nứt, gãy xương sườn sau chấn thương hoặc một cơn ho cấp nguy hiểm. Một nguyên nhân gây đau ngực ít phổ biến khác có thể do tràn khí màng phổi, do một “lỗ rò rỉ” ở phổi gây ra tràn khí.

Giai đoạn đầu của nhiễm virus cấp gây viêm khí quản, phần trước ngực phía trên rất đau. Nhiễm virus có thể kết hợp với tình trạng đau cơ không đặc hiệu.

b. Nguyên nhân ngoài đường hô hấp

Ợ chua

Nguyên nhân do acid dịch vị từ dạ dày trào ngược lên thực quản qua tâm vị. Cảm giác đau như bỏng rát, đau ngực lên phía cổ họng. Thỉnh thoảng, cảm giác cực kỳ đau, như cơn đau tim giả.

Đau tim

Cơn đau thắt ngực điển hình được mô tả âm ỉ, đau như kim châm, đau như bóp nghẹt trước ngực. Đau từ giữa ngực, lan xuống 1 hoặc cả 2 cánh tay. Đôi khi đau lan cả lên cổ. Đau tăng lên khi hoạt động thể lực, giảm đi khi nghỉ ngơi. Đau thắt ngực có thể do một biến cố mạch vành như nhồi máu cơ tim, các biểu hiện tương tự như trên nhưng đau nặng và kéo dài hơn; có thể xảy ra cả khi nghỉ ngơi.

Lo âu

Lo âu là một nguyên nhân thường gặp gây đau ngực; có thể do tăng thông khí phổi. Chẩn đoán trong trường hợp này khó khăn do tình trạng tăng thông khí có thể biểu hiện không rõ ràng.

c. Khó thở

Khó thở có thể do bệnh lý tim mạch hay hô hấp; có thể khó chẩn đoán phân biệt. Khó thở thường báo hiệu bệnh đang có chiều hướng diễn biến nghiêm trọng, mặc dù đôi khi cũng có thể do lo lắng quá mức.

d. Nguyên nhân do hô hấp

Hen suyễn

Độ tuổi hay mắc hen đa phần là thanh thiếu niên hoặc trung niên, thỉnh thoảng có thể gặp ở người cao tuổi. Dấu hiệu đặc trưng của hen phế quản bao gồm khó thở kèm theo khò khè, một số trường hợp hen nhẹ có thể chỉ có ho thường xuyên về đêm. Ngoài cơn hen, bệnh nhân thở bình thường. Cơn hen thường xảy ra sau nhiễm virus, cảm lạnh. Ở một số bệnh nhân, tình trạng bệnh diễn biến xấu đi vào mùa viêm mũi dị ứng, một số nặng thêm do hít phải lông thú hay khói bụi. Khó thở thường về đêm.

Viêm phế quản mạn và khí phế thũng

Nguyên nhân thường do hút thuốc lá, gây khó thở từng xuyên. Khó thở tăng khi gắng sức, sau ho. Tình trạng bệnh cũng nặng hơn khi viêm, nhiễm trùng phát triển. Cùng với đó là tăng tiết đờm đặc dính, có màu.

e. Nguyên nhân tim mạch

Suy tim

Suy tim có thể tiến triển dần dần hoặc kịch phát (thường vào nửa đêm). Suy tim (nhồi máu cơ tim), có thể gây khó thở thường xuyên; đi kèm là tình trạng phù nề các mắt cá chân và hay gặp ở người cao tuổi. Khó thở đột ngột trong suy thất trái cấp tính; bệnh nhân cảm giác khó thở dữ dội, phải ngồi thẳng dậy để thở; có thể kèm theo ho có đờm lẫn bọt rõ ràng.

f. Các nguyên nhân khác

Hội chứng tăng thông khí phổi

Hội chứng tăng thông khí phổi phát sinh khi tình trạng hô hấp quá mức so với nhu cầu của cơ thể. Dấu hiệu thường gặp là khó thở; BN than phiền rằng khó thở sâu. Tình trạng này có thể khiến bệnh nhân hoảng loạn nhưng không nguy hiểm. Đi kèm với đó là các triệu chứng khác như ngứa ran ở tay và bàn chân, tê xung quanh miệng, chóng mặt và nhức mỏi cơ bắp khác nhau. Tình trạng này cũng có thể xảy ra do lo âu quá mức.

2. Thở khò khè

Có thể nghe thấy tiếng thở khò khè trong cuồng họng ở đường hô hấp dưới và ít gây hậu quả. Ngoài ra tiếng thở khò khè có thể phát ra từ phổi. Ở giai đoạn muộn, thường kèm theo khó thở.

a. Khò khè mạn tính

Bệnh thở khò khè mạn tính thường mắc ở trẻ sơ sinh; nguyên nhân do nhiễm virus và hoàn toàn khác với viêm phế quản mạn tính ở người cao tuổi. Nhiễm trùng này có thể tự khỏi, nhưng yêu cầu cần chẩn đoán chính xác. Trẻ có tiền sử tái mắc bệnh thở khò khè nhiều lần rất dễ tiến triển thành hen.

b. Hen suyễn

Thở khò khè là một dấu hiệu đặc trưng của hen phế quản và kèm theo đó là tình trạng khó thở. Tuy nhiên trong trường hợp hen nhẹ, các triệu chứng này không biểu hiện rõ và bệnh nhân có thể chỉ bị ho. Nguy hiểm nhất, khi bệnh nhân lên cơn hen cấp, thông khí phổi hạn chế tới mức không nghe rõ tiếng thở khò khè.

c. Tim mạch

Thở khò khè có thể là triệu chứng gợi ý đến khó thở do suy tim.

3. Đờm

Đờm có thể đặc hay loãng, trong hay có màu. Đờm là chất tiết từ phổi do ho khạc ra và không lẫn với nước dãi hay dịch tiết niêm mạc mũi.

a. Viêm phế quản

Trong bệnh viêm phế quản mãn tính hay ở người hút thuốc lá thường xuyên thường ho khạc đờm đặc và trong. Đó là chất nhầy tự nhiên, được mô tả có màu trắng, xám hoặc trong và có lẫn màu đen. Viêm phế quản mãn tính sẽ trở nên trầm trọng hơn do thường xuyên tái đi tái lại viêm nhiễm, khi ấy, cơ thể sẽ tăng tiết đờm, đờm chuyển sang có màu vàng hoặc xanh.

b. Viêm phổi

Trong nhiều bệnh viêm nhiễm đường hô hấp khác cũng có thể xuất hiện đờm có màu ví dụ như viêm phổi. Đờm có màu gỉ sắt là đặc trưng trong viêm phổi (viêm phổi thùy) do phế cầu.

c. Tim mạch

Đờm đặc và trong có thể là dấu hiệu gợi ý đến suy tim (suy thất trái). Đó là kết quả của sự phù nề các mao mạch phổi, và khiến cho bệnh nhân thường thức giấc do khó thở về đêm.

d. Ho ra máu

Ho ra đờm có lẫn máu luôn luôn là dấu hiệu cảnh báo. Vết máu nhỏ có thể là kết quả do vỡ mao mạch gây ra bởi ho và không nguy hiểm. Tuy nhiên, đó cũng có thể là một triệu chứng của bệnh nguy hiểm như ung thư phổi hay lao phổi, và luôn nên cần được kiểm tra. Thỉnh thoảng, ho ra máu xảy ra sau chảy máu cam và không phải là hậu quả.

BÀI 7. LOÉT MIỆNG

Loét miệng rất phổ biến, ảnh hưởng tới 1/5 dân số, đối với một số bệnh nhân bệnh thường hay tái phát. Loét miệng được phân loại thành loét áp-tơ (còn gọi là bệnh nhiệt miệng) (nhỏ hoặc lớn) và loét miệng thể herpes. Đa số các trường hợp (hơn ba phần tư) là loét miệng áp-tơ nhỏ, tự giới hạn vết loét. Loét có thể do nhiều nguyên nhân như nhiễm trùng, chấn thương và dị ứng thuốc. Tuy nhiên, đôi khi bệnh nặng như ung thư biểu mô cũng xuất hiện các vết loét miệng. Dược sĩ nên nhận biết những dấu hiệu và đặc điểm gợi ý những tình trạng nghiêm trọng hơn.

Những điều bạn cần biết
<ul style="list-style-type: none"> • Tuổi <ul style="list-style-type: none"> ○ Trẻ em, người lớn • Bản chất vết loét <ul style="list-style-type: none"> ○ Kích thước, hình dạng, vị trí, số lượng ○ Khoảng thời gian mắc bệnh • Tiền sử • Những triệu chứng khác • Thuốc

Những điều đáng chú ý của những câu hỏi và trả lời

Tuổi

Bệnh nhân có thể mô tả tiền sử loét tái diễn, bắt đầu từ lúc nhỏ và tiếp tục bị bệnh. Loét áp-tơ nhỏ ở phụ nữ phổ biến hơn và hầu hết mắc trong khoảng từ 10 đến 40 tuổi.

Bản chất vết loét

Thường xuất hiện từ 1 đến 5 vết loét áp-tơ nhỏ. Những tổn thương có thể có đường kính lên đến 5 mm và xuất hiện với tâm màu trắng hoặc vàng và viền ngoài đỏ sưng viêm. Vị trí thường thấy là cạnh lưỡi, bên trong môi và má. Loét có xu hướng kéo dài 5 đến 14 ngày.

Bảng 1. Ba loại loét áp-tơ chính

Nhỏ	Lớn	Thể herpes
80% bệnh nhân	10-12% bệnh nhân	8-10% bệnh nhân
Đường kính 2-10 mm (thường 5-6 mm)	Đường kính thường trên 10 mm; có thể nhỏ hơn	Kích thước dạng đầu kim
Hình tròn hoặc ovan	Hình tròn hoặc ovan	Hình tròn hoặc ovan, kết hợp lại tạo hình dạng bất thường khi chúng to ra
Thường không quá đau	Loét đau và kéo dài; có thể xuất hiện những vấn đề lớn hơn – ăn uống trở nên khó khăn	Có thể rất đau

Những loại khác của vết loét miệng tái phát bao gồm áp-tơ lớn và thể herpes. Loét áp-tơ lớn không phổ biến, là thể nặng của những vết loét nhỏ. Vết loét có thể có đường kính lên đến 30 mm và có thể xảy ra một nhóm lên đến 10 vết. Vị trí xuất hiện thường ở môi, má, lưỡi, hầu và vòm miệng. Ở những người bị viêm loét đại tràng thường mắc loét áp-tơ lớn hơn.

Loét thể herpes thường nhiều vết hơn, nhỏ hơn, thêm vào đó là ở những vị trí có liên quan với loét áp-tơ, có thể ảnh hưởng tới sàn miệng và nướu răng. Bảng 1 tổng kết lại những đặc tính của ba loại loét áp-tơ chính.

Các bệnh toàn thân như hội chứng Behcet's và ban đỏ đa dạng có thể gây ra loét miệng, nhưng những triệu chứng khác sẽ thường có mặt (xem bên dưới).

Thời gian điều trị

Những vết loét áp-tơ nhỏ thường trị khỏi trong ít hơn một tuần; những vết loét áp-tơ lớn mất thời gian điều trị lâu hơn (10-30 ngày). Khi loét thể herpes xảy ra, những vết loét mới có xu hướng xuất hiện trước khi những vết loét ban đầu lành, khiến bệnh nhân nghĩ rằng loét đang tiếp tục.

Ung thư miệng

Bết kỳ vết loét miệng nào kéo dài dai dẳng hơn 3 tuần cần lập tức đến nha sĩ hoặc bác sĩ bởi vì một vết loét kéo dài lâu như vậy ngụ ý tình trạng bệnh học nghiêm trọng, như ung thư biểu mô. Phần lớn ung thư miệng là ung thư biểu mô có vảy, một phần ba ảnh hưởng môi và một phần tư ảnh hưởng lưỡi. Phát triển ung thư có thể được đoán trước bởi một tổn thương tiền ác tính, bao gồm cả hồng ban (màu đỏ) và bạch sản niêm (trắng) hoặc một bạch sản niêm lốm đốm. Ung thư biểu mô tế bào vảy có là một vết loét duy nhất với đường mép lớn lên và chai cứng (sần hay cứng rắn). Các vị trí phổ biến bao gồm mép bên của lưỡi, môi, sàng miệng và nướu. Điểm cần chú ý là một tổn thương mà đã kéo dài vài tuần hoặc lâu hơn. Ung thư miệng phổ biến hơn ở những người hút thuốc hơn so với người không hút thuốc.

Tiền sử

Bệnh có tính chất gia đình (ước tính 1/3 các trường hợp). Bệnh loét miệng nhỏ thường tái diễn, với các đặc điểm giống nhau: cùng kích thước, số lượng, hình dạng và thời gian mắc. Các vết loét có thể xuất hiện sau chấn thương bên trong miệng hoặc lưỡi, như cắn bên trong của má trong khi nhai thức ăn. Các đợt loét thường tái phát sau 1-4 tháng. Trám răng có thể gây loét và, nếu nghi ngờ nguyên nhân này, bệnh nhân nên đến nha sĩ để sửa lại các răng giả. Tuy nhiên, nguyên nhân không phải luôn luôn do bị chấn thương trước đó, nguyên nhân gây ra viêm bệnh nhiệt miệng nhỏ vẫn chưa rõ ràng. Ở phụ nữ, bệnh loét miệng nhỏ thường trước khi bắt đầu thời kỳ kinh nguyệt, có thể chấm dứt sau khi mang thai, cho thấy sự tham gia của hormon. Stress và yếu tố cảm xúc có thể gây ra sự tái phát hoặc chậm làm lành nhưng dường như không phải là nguyên nhân gây bệnh. Tình trạng thiếu sắt, folate, kẽm hay vitamin B12 có thể là một yếu tố góp phần trong bệnh nhiệt miệng và cũng có thể dẫn đến viêm lưỡi (một tình trạng mà lưỡi trở nên đau, đỏ và mịn) và viêm miệng góc (nơi các góc của miệng bị đau, nứt và đỏ).

Dị ứng thực phẩm đôi khi gây bệnh và nó là giá trị kiểm tra xem sự xuất hiện của các vết loét có phải do các loại thực phẩm cụ thể hay không.

Các triệu chứng khác

Triệu chứng đau ở bệnh nhân bị bệnh loét miệng thể lớn hoặc thể herpet có thể có nghĩa là bệnh nhân gặp khó khăn khi ăn, và hậu quả có thể dẫn đến giảm cân. Do đó giảm cân sẽ là một dấu hiệu để nhận biết.

Trong hầu hết các trường hợp loét miệng tái phát, bệnh có thể bùng phát sau một khoảng thời gian vài năm. Trong hội chứng Behcet, tiến triển bệnh liên quan với các vị trí loét ngoài miệng, thông thường nhất là âm hộ, âm đạo (vết loét sinh dục), mắt (viêm mống mắt) bị ảnh hưởng

Hội chứng Behcet có thể bị nhầm với các bệnh hồng ban khác, mặc dù sau đó thường có một ban đặc biệt trên da. Hồng ban đa dạng đôi khi xuất hiện do nhiễm trùng hoặc thuốc (sulphonamides là phổ biến nhất).

Loét miệng có thể liên quan đến các rối loạn viêm ruột hoặc bệnh celiac. Vì vậy nên chuyển đến viện nếu bệnh nhân bị tiêu chảy dai dẳng hoặc tái phát. Bệnh nhân có một trong những triệu chứng trên nên được khám bác sĩ

Loét hiếm khi liên quan với các rối loạn về máu bao gồm thiếu máu, số lượng bạch cầu thấp bất thường hoặc bệnh bạch cầu. Các trường hợp này sẽ dự đoán dựa trên những dấu hiệu khác của bệnh hiện tại và người bệnh sẽ trình bày trực tiếp với các bác sĩ.

Thuốc

Các dược sĩ nên xây dựng danh sách của bất kỳ loại thuốc hiện nay, do loét miệng có thể là một tác dụng phụ của thuốc điều trị. Thuốc đã được báo cáo gây ra loét miệng bao gồm aspirin và các thuốc kháng viêm không steroid khác (NSAID), thuốc độc tế bào, Nicorandil, thuốc chẹn beta và Sulphasalazine (sulfasalazine). Xạ trị cũng có thể gây loét miệng. Cũng cần chú ý về các loại thuốc thảo dược vì thứ cúc thơm dùng làm thuốc (sử dụng cho chứng đau nửa đầu) có thể gây loét miệng.

Cũng cần thiết phải hỏi bệnh nhân về bất kỳ thuốc điều trị trước đây hoặc trong thời gian này và mức độ hiệu quả đạt được. Các dược sĩ sau đó có thể giới thiệu một phương pháp điều trị thay thế thích hợp.

Cần khám bác sĩ khi loét:

- Kéo dài hơn 3 tuần
- Có giảm cân
- Có màng nhầy
- Phát ban
- Nghi ngờ do phản ứng có hại của thuốc
- Tiêu chảy

Khoảng thời gian điều trị

Nếu không có cải thiện sau 1 tuần, bệnh nhân nên đi khám bác sĩ.

Kiểm soát

Dược sĩ có thể điều trị triệu chứng loét aphthous nhỏ, làm giảm đau và giảm thời gian chữa bệnh. Các thuốc nên dùng bao gồm thuốc sát trùng, corticosteroid và thuốc tê tại chỗ. Có bằng chứng từ các thử nghiệm lâm sàng ủng hộ sử dụng corticoide tại chỗ và nước súc miệng chlorhexidine. Có thể sử dụng tẩm bông hoặc bông để bôi Gel và chất lỏng lên vết loét. Dược súc miệng có thể là hữu ích nếu vết loét ở vị trí khó bôi.

Nước súc miệng Chlorhexidine gluconate

Có một số bằng chứng cho thấy nước súc miệng chlorhexidine giảm thời gian và mức độ nghiêm trọng của loét. Lý do của việc sử dụng các tác nhân kháng khuẩn trong điều trị loét miệng là nhiễm khuẩn thứ phát thường xuyên xảy ra. Nhiễm trùng như vậy có thể làm tăng sự khó chịu và làm chậm lành vết thương. Chlorhexidine giúp ngăn ngừa nhiễm khuẩn thứ phát nhưng nó không ngăn chặn tái phát. Nước súc miệng có vị đắng và bạc hà. Thường xuyên sử dụng có thể dẫn đến răng nâu triệu chứng thường không vĩnh viễn. Tư vấn cho bệnh nhân để chải răng trước khi sử dụng nước súc miệng có thể làm giảm nâu răng. Súc miệng kỹ bằng nước một số thành phần trong kem đánh răng làm bất hoạt chlorhexidine Một ngày nên dùng nước súc miệng hai lần, mỗi lần dùng 10 mL súc miệng trong 1 phút và tiếp tục súc sau khi hết triệu chứng 48 giờ .

Corticosteroid Hydrocortisone tác động tại chỗ

Corticosteroid Hydrocortisone tác dụng tại chỗ trên vết loét để giảm viêm, đau, rút ngắn thời gian chữa bệnh, hiện có sẵn dạng viên nén cói tá dược dính để sử dụng cho người lớn và trẻ em trên 12 tuổi. Viên nén được đặt gần vết loét cho đến khi tan ra. Đây có thể là khó khăn khi vết loét ở vị trí không thể tiếp cận. Một viên nén được sử dụng bốn lần một ngày. Các dược sĩ nên giải thích rằng không nên ngâm viên nén thuốc bị hòa tan khi tiếp xúc với vết loét. Nên điều trị càng sớm càng tốt. Trước khi bị xuất hiện loét xuất hiện, các vùng bị ảnh hưởng cảm giác nhạy cảm và ngứa ran – các dấu hiệu báo trước – nên điều trị bắt đầu từ giai đoạn này. Corticosteroids không có tác dụng trong trường hợp tái phát.

Thuốc giảm đau tại chỗ

Nước súc miệng hoặc khí dung Benzydamine và gel nha khoa salicylate choline có tác dụng rất ngắn nhưng có thể hữu ích trong loét lớn, rất đau. Súc miệng 15 mL ba lần một ngày. Khi sử dụng benzydamine có thể xảy ra tê, ngứa ran và đau nhức. Pha loãng các nước súc miệng với nước trước khi sử dụng có thể làm giảm đau nhức. Không sử dụng nước súc miệng Benzydamine cho trẻ dưới 12 tuổi. Xịt 4 nhát Benzydamine dạng khí dung một lần, 3 lần 1 ngày vào nơi tổn thương. Mặc dù Aspirin không được khuyến khích cho trẻ em dưới 16 tuổi vì liên quan đến triệu chứng hội chứng Reye, nhưng gel nha khoa cholinesalicylate có thể làm giảm tác dụng của salicylate và do đó có thể được sử dụng ở trẻ em.

Gây tê tại chỗ (ví dụ như lidocaine (lignocaine) và benzocaine)

Bệnh nhân thường yêu cầu sử dụng gel gây tê tại chỗ. Mặc dù họ có hiệu quả trong giảm đau tạm thời, nhưng việc duy trì sự tiếp xúc giữa gel và chất lỏng với bề mặt loét là rất khó. Chỉ bôi lại các chế phẩm này khi cần thiết. Viên nén và viên ngậm có thể duy trì sự tiếp xúc với các vết loét gần lưỡi và có thể dùng trong trường hợp có một hoặc hai vết loét. Bất kỳ một thành phẩm nào có chứa chất gây tê tại chỗ đều khó sử dụng khi tổn thương nằm trong những nơi không thể tiếp cận. Cả lidocaine và benzocaine đã được báo cáo về sự nhạy cảm, nhưng hiếm khi có phản ứng chéo, có lẽ bởi vì hai thuốc này có nguồn gốc hóa học khác

nhau. Như vậy, nếu một bệnh nhân đã bị phản ứng đối với một thuốc trong quá khứ, có thể thử thay thế thuốc còn lại.

Phương pháp điều trị khác

Polyvinylpyrrolidone (PVP) với Hyaluronate Na (SH) có trong các công thức nước súc miệng, xịt và gel. Các bằng chứng hạn chế từ các nghiên cứu lâm sàng cho thấy SH có thể làm giảm đau. PVP tạo thành một hàng rào bảo vệ và có thể làm giảm thời gian để lành bệnh nhưng không có bằng chứng xác định.

Ca lâm sàng loét miệng

Ca 1

Một người đàn ông gần 50 tuổi hỏi bạn cách giảm đau do loét miệng. Bệnh nhân nói ông hiện đang có hai vết loét và có đôi khi bị triệu chứng này trong nhiều năm qua. Thông thường bệnh nhân bị một hoặc hai vết loét bên trong má, môi và tổn thương kéo dài khoảng 1 tuần. Bệnh nhân không dùng thuốc nào và không có các triệu chứng khác. Bạn yêu cầu cho xem các tổn thương và thấy có hai mảng trắng nhỏ có viền xung đỏ. Một vết loét nằm trên cạnh lưỡi và cái kia bên trong má. Bệnh nhân không thể nhớ bất kỳ chấn thương hoặc tổn thương miệng và đã bị loét một vài ngày. Trong những lần bị trước bệnh nhân đã sử dụng gel giảm đau và thấy có tác dụng.

Quan điểm của người dược sĩ

Từ những gì bệnh nhân đã nói, bệnh nhân này bị viêm loét aphthous nhỏ tái phát. Điều trị bằng thuốc hydrocortisone viên nén bầm dính niêm mạc (một viên thuốc hòa tan khi tiếp xúc với các vết loét 4 lần một ngày), hoặc bôi thuốc gây tê hay gel giảm đau tại chỗ khi cần sẽ giúp làm giảm sự khó chịu cho đến khi vết loét lành. Bệnh nhân nên gặp bác sĩ nếu các vết loét chưa lành trong vòng 3 tuần.

Quan điểm của bác sĩ

Bệnh nhân này rất có thể bị tái phát loét aphthous. Hỏi về sức khỏe nói chung của bệnh nhân, khám, đặc biệt khi bệnh nhân không có rối loạn ruột hoặc giảm cân tái phát. Có thể bôi steroid.

Trường hợp 2

Một trong những trợ lý của bạn yêu cầu bạn đề nghị một phương pháp điều trị mạnh đối với loét miệng cho một người phụ nữ đã thử nhiều phương pháp điều trị. Người phụ nữ nói với bạn rằng cô ấy có một vết loét mà đã kéo dài trong một vài tuần. Cô đã sử dụng một số viên ngậm chứa chất gây tê cục bộ và nước súc miệng sát khuẩn nhưng không có cải thiện.

Quan điểm của người dược sĩ

Người phụ nữ này nên gặp bác sĩ để kiểm tra thêm. Vết loét đã có trong một vài tuần, không có dấu hiệu cải thiện, cho thấy khả năng của một nguyên nhân nghiêm trọng.

Quan điểm của bác sĩ

Chuyển bệnh nhân đến bác sĩ là đúng. Có khả năng là các bác sĩ sẽ giới thiệu cô cho một bác sĩ phẫu thuật răng miệng cho đánh giá thêm và tiến hành sinh thiết xác định các vết loét có thể là ác tính. Ung thư miệng chiếm khoảng 2% của tất cả các bệnh ung thư của cơ thể ở Anh. Nó là phổ biến nhất sau khi thập kỷ thứ sáu và là phổ biến hơn ở nam giới, đặc biệt là ông hoặc xì gà hút thuốc. Ung thư miệng thường xuất hiện trên lưỡi hoặc môi dưới, có thể bệnh nhân không đau.

BÀI 8. Ợ NÓNG

Người dịch: DS. Đậu Thị Tố Nga, tốt nghiệp tại Trường Đại học Dược Hà Nội
Hiệu đính: ThS. DS. Võ Thị Hà, ĐHY Dược Huế

Các triệu chứng của ợ nóng được gây ra do sự trào ngược các chất, đặc biệt là acid từ dạ dày vào thực quản, gây kích ứng bề mặt niêm mạc nhạy cảm của thực quản. Bệnh nhân thường mô tả các triệu chứng của chứng ợ nóng điển hình gồm: cảm giác nóng khó chịu/đau ở dạ dày, lan ra sau xương ức. Bằng cách thăm hỏi kỹ càng, dược sĩ có thể nhận biết các tình trạng có nguy cơ nghiêm trọng hơn.

Các thông tin dược sĩ cần thu thập từ bệnh nhân
<ul style="list-style-type: none"> • Tuổi: người lớn, trẻ em • Các triệu chứng: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ợ nóng ○ Khó nuốt ○ Đầy hơi • Các yếu tố liên quan: <ul style="list-style-type: none"> ○ Phụ nữ có thai ○ Các yếu tố tăng nặng ○ Các yếu tố làm giảm ○ Cân nặng ○ Thói quen hút thuốc ○ Ăn uống • Thuốc <ul style="list-style-type: none"> ○ Các thuốc đã thử để điều trị ○ Các thuốc khác đang dùng

1. Tầm quan trọng của các thông tin thu thập

1.1. Tuổi

Các triệu chứng của trào ngược và viêm thực quản thường xảy ra hơn ở các bệnh nhân trên 55 tuổi. Ợ nóng thường không gặp ở trẻ nhỏ, mặc dù các triệu chứng có thể xảy ra ở người trưởng thành trẻ, đặc biệt ở phụ nữ có thai. Trẻ em với các triệu chứng ợ nóng do đó cần được yêu cầu đi khám bác sĩ.

1.2. Các triệu chứng/các yếu tố liên quan

- Cảm giác nóng khó chịu ở phần trên dạ dày (thượng vị) và cảm giác nóng di chuyển ra sau xương ức. Cảm giác đau có thể chỉ ở phần dưới dạ dày hoặc thỉnh thoảng ở phía trên bên phải dạ dày hướng tới họng, gây cảm giác vị acid ở miệng.
- Việc quyết định một bệnh nhân có cần được điều trị hay không khi bị chứng ợ nóng phụ thuộc vào các yếu tố làm giảm hoặc làm trầm trọng hơn triệu chứng đó. Chứng ợ nóng thường xảy ra khi gặp người hoặc khi nằm. Xảy ra nhiều hơn ở người thừa cân và tăng nặng hơn khi tăng cân. Có dễ xảy ra sau một bữa ăn no. Ợ hơi có thể gây ra

hoặc làm trầm trọng hơn chứng ợ nóng. Nhiều bệnh nhân có thói quen sợ nuốt để làm sạch cổ họng. Mỗi khi nuốt, không khí bị đẩy xuống dạ dày và làm căng dạ dày. Điều này gây cảm giác khó chịu và cảm giác khó chịu này giảm đi khi ợ xuất hiện sau đó, nhưng phản ứng ợ lại có khuynh hướng liên quan đến phản ứng trào ngược acid dạ dày.

a. Con đau nghiêm trọng

Thỉnh thoảng những cơn đau có thể đến bất ngờ và dữ dội, thậm chí lan ra sau lưng và tay. Trong những trường hợp này, những triệu chứng này khó phân biệt với một cơn đau tim, do đó nên khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ. Thỉnh thoảng có những bệnh nhân nhập viện với nghi ngờ đau tim nhưng hóa ra là bị viêm thực quản. Xem thêm thông tin ở bài Đau ngực.

b. Khó nuốt

Khó nuốt phải được xem là một triệu chứng nghiêm trọng. Khó nuốt có thể là cảm giác khó chịu khi nuốt thức ăn hoặc đồ uống hoặc cảm giác khi thức ăn hoặc chất lỏng dính vào thực quản/cổ họng. Cả 2 trường hợp này cần phải đề nghị đi khám (xem “ Khi nào cần đề nghị bệnh nhân đi khám bác sĩ” ở phía dưới). Có thể cảm giác khó chịu này là tình trạng thứ phát xảy ra sau trào ngược acid (bệnh trào ngược dạ dày-thực quản), đặc biệt xảy ra khi nuốt đồ uống nóng hoặc các chất lỏng có tính kích ứng như rượu, nước trái cây. Tiền sử có cảm giác dính thức ăn khi nuốt hoặc thức ăn dường như không rơi xuống dạ dày cần chỉ định được khám bác sĩ ngay lập tức. Nó có thể do tắc nghẽn thực quản, ví dụ bởi một khối u.

c. Sự trào ngược (Regurgitation)

Trào ngược có thể kèm chứng khó nuốt. Nó xảy ra khi thức ăn đã ăn bị dính vào thực quản và bị nôn/ợ trở lại mà không đi vào được dạ dày. Điều này xảy ra do sự tắc nghẽn cơ học trong thực quản. Triệu chứng này có thể gây ra bởi ung thư hoặc may mắn hơn bởi những nguyên nhân ít nghiêm trọng hơn như hẹp ống tiêu hóa. Hẹp ống tiêu hóa bị gây nên bởi tình trạng kéo dài của trào ngược acid cùng với viêm thực quản. Tình trạng viêm liên tục thực quản tạo các sẹo làm hẹp đường thực quản. Vấn đề này có thể được điều trị bằng làm giãn thực quản dùng nội soi sợi quang. Tuy nhiên, việc kiểm tra và xét nghiệm y khoa chuyên sâu hơn là cần thiết để xác định nguyên nhân gây lên sự trào ngược.

d. Phụ nữ có thai

Ước tính có khoảng hơn một nửa số phụ nữ có thai phải chịu đựng chứng ợ nóng. Các phụ nữ mang thai trên 30 tuổi có vẻ gặp vấn đề này nhiều hơn. Các triệu chứng xảy ra do tăng áp lực trong bụng và giảm khả năng co thắt của cơ vòng thực quản. Người ta cho rằng hormone, đặc biệt là progesterone, có vai trò quan trọng làm giảm trương lực cơ vòng. Chứng ợ nóng thường bắt đầu từ giữa đến cuối thai kỳ, nhưng cũng có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ. Vấn đề này có thể thỉnh thoảng xảy ra liên quan đến stress.

1.3. Thuốc

- Người dược sĩ nên xác định xem bệnh nhân đã dùng bất kỳ loại thuốc thuốc nào để điều trị các triệu chứng này hay không. Bất kỳ loại thuốc nào khác mà bệnh nhân đã sử dụng cũng nên được xác định; một số thuốc có thể gây nên các triệu chứng của ợ nóng, ví dụ nhóm kháng cholinergic như chống trầm cảm 3 vòng, chẹn kênh canxi, cafein trong hỗn hợp giảm đau hoặc khi được sử dụng như là một chất kích thích.

- Không đáp ứng với các thuốc kháng acid và cảm giác đau lan ra cánh tay có thể hàm nghĩa rằng đau không phải do trào ngược acid. Mặc dù nó vẫn có thể là một nguyên nhân, nhưng các nguyên nhân khác như bệnh tim thiếu máu cục bộ và bệnh túi mật nên được cân nhắc.

2. Khi nào cần khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ

- Không đáp ứng với các thuốc kháng acid.
- Cảm giác đau lan ra cánh tay.
- Khó nuốt
- Ợ/nôn
- Xảy ra trong thời gian dài
- Mức độ nặng tăng dần
- Trẻ em

3. Tiến độ điều trị

Nếu các triệu chứng không đáp ứng sau điều trị 1 tuần, bệnh nhân nên đi khám bác sĩ.

4. Quản lý

Các triệu chứng của ợ nóng đáp ứng tốt với điều trị bằng các thuốc không kê đơn, và dược sĩ đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp các lời khuyên thiết thực về các biện pháp để ngăn chặn sự tái phát. Các dược sĩ sẽ đánh giá chuyên môn để quyết định có cần hay không việc sử dụng các thuốc kháng acid/alginat, kháng H₂ hoặc ức chế bơm proton (PPI) (omeprazole, pantoprazole, rabeprazole) như điều trị đầu tay. Lựa chọn điều trị cũng nên căn cứ vào sở thích, ý kiến của bệnh nhân.

4.1. Thuốc kháng acid

Các kháng acid có thể có hiệu quả trong kiểm soát các triệu chứng của ợ nóng và trào ngược, và có tác dụng hơn khi kết hợp với một alginat. Dược sĩ lựa chọn kháng acid có thể dựa theo các hướng dẫn như trong bài chứng khó tiêu. Các sản phẩm có hàm lượng natri cao nên được tránh sử dụng cho những bệnh nhân có chế độ ăn hạn chế natri (ví dụ bệnh nhân suy tim hoặc có các vấn đề về gan, thận).

4.2. Thuốc Alginat

Thuốc alginat tạo thành các mảng nằm trên bề mặt dạ dày và ngăn cản sự trào ngược. Một số alginat chứa natri bicarbonate, khi kết hợp với acid sẽ giải phóng carbon dioxide trong dạ dày, làm nổi các mảng trên bề mặt dạ dày. Nếu bệnh nhân cần dùng các sản phẩm có hàm lượng natri thấp thì người dược sĩ có thể khuyên dùng một sản phẩm chứa kali carbonat để thay thế. Các sản phẩm alginat có lượng natri thấp sẽ hữu dụng cho việc điều trị ợ nóng ở các bệnh nhân đang có chế độ ăn hạn chế muối.

4.3. Kháng H₂ (famotidine và ranitidine)

Famotidin và ranitidine có thể được sử dụng trong điều trị ngắn hạn chứng khó tiêu, chứng tăng acid và ợ nóng ở người lớn và trẻ em trên 16 tuổi (xem bài Khó tiêu). Hạn chế điều trị được áp dụng để đảm bảo bệnh nhân không tự ý điều trị dài hạn. Người dược sĩ và các nhân viên bán hàng có thể hỏi bệnh nhân vẫn đang tiếp tục dùng thuốc hay chỉ dùng ngắt quãng khi bệnh nhân mua lại thuốc. Các kháng H₂ có tác dụng kéo dài (đến 8-9 tiếng) và khởi phát tác dụng lâu hơn các kháng acid. Ở những bệnh nhân mà thức ăn là yếu tố khởi

phát ợ nóng, kháng H2 nên được dùng trước ăn 1 tiếng. Các kháng H2 cũng có hiệu quả phòng bệnh ợ nóng về đêm. Đau đầu, chóng mặt, tiêu chảy và phát ban da đã được ghi nhận như là các tác dụng không mong muốn nhưng không phổ biến.

Các nhà sản xuất thông báo rằng bệnh nhân không nên sử dụng famotidine hoặc ranitidine OTC mà không có sự kiểm tra bởi bác sĩ nếu họ đang sử dụng các thuốc kê đơn khác.

Famotidin:

Famotidin được cấp phép là một thuốc OTC với liều tối đa là 10mg và liều tối đa hàng ngày là 20mg. Famotidin có dạng viên nén kết hợp với các kháng acid magie hydroxyd và canxi carbonat. Ý tưởng của dạng kết hợp này là giúp giảm nhanh các triệu chứng bằng các kháng acid và sau đó cung cấp tác dụng kéo dài bởi famotidin. Thời gian tối đa điều trị là 6 ngày.

Ranitidin

Ranitidin được cấp phép là một thuốc OTC được sử dụng với liều 75mg, liều tối đa hàng ngày là 300mg. Có thể được sử dụng lên tới 2 tuần.

d. Ức chế bơm proton (PPI)

Omeprazole, pantoprazole và rabeprazole có thể được sử dụng để làm giảm các triệu chứng của ợ nóng có kèm trào ngược ở người lớn. PPI được xem như là một trong số các thuốc có hiệu quả nhất làm giảm ợ nóng. Có thể mất một ngày hoặc hơn để đạt được hiệu quả đầy đủ. Trong thời gian này, bệnh nhân với các triệu chứng đang tiến triển có thể sử dụng đồng thời thuốc kháng acid. PPI hoạt động bằng cách cản trở sự tiết acid ở dạ dày. Chúng ức chế giai đoạn cuối của việc sản sinh acid dạ dày bằng cách ức chế enzyme ATPase Kali-Hydrogen ở tế bào thành dạ dày (còn được biết đến là bơm proton). Omeprazole và rabeprazole được cấp phép là một thuốc OTC ở dạng viên nén 10mg, pantoprazol 20mg, liều được thể hiện trên bảng sau:

Hàm lượng và liều dùng của các PPI dạng OTC

	Hàm lượng	Liều hàng ngày
Omeprazole	10 mg	20 mg
Pantoprazole	20 mg	20 mg
Rabeprazole	10 mg	20 mg

Những bệnh nhân đang dùng PPI nên được khuyên tránh dùng kháng H2 cùng lúc. Các viên thuốc nên được nuốt trọn với nhiều nước trước bữa ăn. Điều quan trọng là các viên thuốc không được bẻ hoặc nhai. Rượu và thức ăn không ảnh hưởng đến sự hấp thu của PPI. Nếu không làm giảm được triệu chứng trong 2 tuần, bệnh nhân nên được đề nghị đến khám bác sĩ. PPI không nên được sử dụng trong thời gian thai kì và cho con bú. Buồn ngủ, gây lơ mơ là ADR đã được ghi nhận nhưng hiếm gặp. Điều trị với PPI có thể gây kết quả âm tính giả khi test hơi thở để phát hiện vi khuẩn *Helicobacter*.

5. Những lưu ý thực hành

Béo phì:

Nếu bệnh nhân thừa cân, nên khuyên bệnh nhân giảm cân (xem mục “ Quản lý cân nặng ăng” trong bài "Phòng các bệnh về tim"). Có một số bằng chứng cho thấy việc giảm cân làm giảm các triệu chứng của ợ nóng.

Thức ăn

Các bữa ăn nhỏ, thường xuyên thì tốt hơn so với các bữa ăn lớn, vì giảm lượng thức ăn trong dạ dày sẽ làm giảm sự căng dạ dày, giúp ngăn cản sự trào ngược. Sự tháo rỗng dạ dày bị chậm lại khi có một lượng lớn thức ăn trong dạ dày, có thể làm trầm trọng các triệu chứng hơn. Đồ ăn giàu chất béo trì hoãn sự tháo rỗng của dạ dày. Tốt nhất nên ăn bữa tối trước khi đi ngủ vài tiếng.

Tư thế

Cong người, khom/gập, thậm chí ngồi sụp xuống có thể gây ra ợ nóng và nên tránh nếu có thể. Tốt hơn là nên ngồi xõm thay cho khom người xuống. Vì các triệu chứng thường nặng hơn khi bệnh nhân nằm, có bằng chứng cho rằng việc kê cao đầu giường có thể làm giảm cả tiết acid và số lần trào ngược.

Sử dụng thêm gối thường được khuyến dùng nhưng không hiệu quả bằng việc kê cao đầu giường khi ngủ. Nguyên nhân là việc sử dụng thêm gối chỉ nâng cao phần trên của cơ thể và gập người ở phần chỗ thắt lưng, có thể dẫn đến tăng áp lực ở dạ dày.

Quần áo

Quần áo chật, siết chặt, đặc biệt là có nịt, có thể là một yếu tố làm tăng nặng bệnh và nên tránh.

Các yếu tố tăng nặng khác

Hút thuốc, rượu, café, sô cô la tác động trực tiếp làm giảm trương lực cơ vòng tâm vị, do đó góp phần tăng triệu chứng. Người dược sĩ đóng vai trò quan trọng trong việc đưa ra lời khuyên giúp bệnh nhân ngừng hút thuốc, cung cấp sản phẩm cai thuốc khi cần (xem chương “ Phòng bệnh tim”). Nếu bệnh nhân biết việc ngừng thuốc lá giúp làm giảm sự khó chịu gây ra bởi chứng ợ nóng, thì bệnh nhân sẽ có thêm động lực để cai thuốc lá.

6. Các trường hợp ợ nóng trong thực hành

Quan điểm của bệnh nhân

Tôi đang gặp vấn đề với chứng ợ nóng. Thực tế thì đó là một trong những lý do khiến tôi muốn giảm cân. Tôi quen với việc bị nó trong một thời gian, nhưng sau đó thì nó xuất hiện thường xuyên hơn. Nó từng chỉ xảy ra ban đêm, nhưng sau đó thì xảy ra vào giữa ngày. Cảm giác nóng ở vùng ngực, lan vào cổ họng. Tạo vị khùng khiếp ở cổ họng. Vì nó xảy ra trong suốt cả ngày nên tôi mang các thuốc antacid theo mình trong túi. Tôi chưa đi khám bác sĩ. Tôi nhận thấy rằng khi cân nặng của mình giảm đến một mức độ nhất định (dưới ngưỡng béo phì) thì chứng ợ nóng hết. Có vẻ như tăng cân làm nó quay trở lại.

Ca 1

Bà A. là một phụ nữ khoảng 50 tuổi, muốn xin một vài lời khuyên về vấn đề dạ dày. Trong khi hỏi bệnh, bạn biết được bà ấy có cảm giác nóng chỉ ở phần xương ức và cổ họng, thường kèm theo vị đắng, giống như thể thức ăn bị trào ngược lại. Cảm giác khó chịu càng tệ hơn khi ngủ buổi đêm và khi cúi người trong khi làm vườn. Bà A. gặp vấn đề này khoảng 1 hoặc 2 tuần và chưa điều trị gì. Bà A. không uống bất kỳ loại thuốc nào từ bác sĩ. Nhìn sơ qua, bà A. bị béo phì. Bạn hỏi bà A. xem các triệu chứng tồi tệ hơn ở các thời điểm đặc biệt nào không và bà ấy cho biết những triệu chứng tồi tệ nhất xuất hiện một thời gian ngắn sau khi đi ngủ buổi tối.

Quan điểm của dược sĩ

Người phụ nữ này có những triệu chứng điển hình của chứng ợ nóng : đau ở vùng ức và trào ngược. Vấn đề trầm trọng hơn vào buổi tối sau khi ngủ thường gặp trong chứng ợ

nóng. Cô A. có các triệu chứng này trong khoảng 2 tuần và đang không sử dụng bất kỳ loại thuốc nào. Đó là lý do để khuyên bệnh nhân sử dụng một sản phẩm kháng acid-bao niêm mạc khoảng 1h sau ăn và trước khi đi ngủ, một kháng H2 hoặc một PPI. Lời khuyên có thể bao gồm cả lời khuyên một cách tế nhị rằng các triệu chứng của bà A. sẽ được cải thiện nếu bà ấy thực hiện giảm cân. Nếu nhà thuốc của bạn cung cấp một dịch vụ giúp cân nặng, bạn có thể hỏi cô A. có hứng thú tham gia không. Ngoài ra, lời khuyên về ăn uống và liên hệ với hội những người giảm cân khác có thể đưa ra. Bà A. có thể cũng nên giảm bớt việc uống trà, cafe, nếu đang hút thuốc, hãy dừng hút thuốc. Đó là danh sách các thay đổi lối sống có lợi. Có thể là một ý tưởng hay khi giải thích cho bà A. về các yếu tố giúp giảm tình trạng bệnh và có thể thảo luận với bà ấy xem nên bắt đầu áp dụng điều gì. Thành công sẽ đạt được và duy trì chỉ cần bà ấy quyết định thay đổi một lần. Phụ nữ mãn kinh thường gặp chứng ợ nóng hơn, và sự tăng cân ở giai đoạn này làm tăng nặng vấn đề hơn.

Quan điểm của bác sĩ

Lời khuyên của dược sĩ là hợp lý. Sự trào ngược acid có vẻ là lời giải thích cho các triệu chứng của cô ấy. Từ những thông tin cung cấp vẫn chưa rõ liệu bà A. đang muốn tìm một loại thuốc để điều trị bệnh hay chỉ đơn giản muốn biết nguyên nhân của triệu chứng, hay cả hai. Sẽ luôn là hữu ích nếu tìm hiểu những mong đợi của bệnh nhân để giúp cho kết quả tư vấn được hiệu quả hơn. Trong trường hợp này, khối lượng thông tin cần trao đổi giữa dược sĩ và bà A. là khá lớn vì lượng lớn thông tin cần được cung cấp, cả về việc giải thích nguyên nhân triệu chứng (cung cấp các mô tả dễ hiểu về thực quản, dạ dày, sự trào ngược) và lời khuyên về điều trị và lối sống. Có thể cần đề nghị một buổi thảo luận sau đó để kiểm tra tiến độ và củng cố lời khuyên cho bệnh nhân. Nếu chứng ợ nóng không được cải thiện, nên đề nghị bà ấy đến khám bác sĩ.

Bước tiếp theo của bác sĩ sẽ phụ thuộc nhiều vào các thông tin này. Nếu một tiền sử rõ ràng cho thấy chứng ợ nóng bị gây ra bởi chứng trào ngược, thì lời khuyên của dược sĩ về tư thế, cân nặng, chế độ ăn, hút thuốc, rượu sẽ là thích hợp. Nếu cần dùng thuốc, các kháng acid hoặc alginat nên được thử dùng. Nếu các triệu chứng nghiêm trọng, một kháng H2 hoặc một PPI sẽ là lựa chọn thích hợp. Trong các trường hợp các triệu chứng dai dẳng hoặc chẩn đoán không chắc chắn, việc giới thiệu đi nội soi sẽ là cần thiết. Vi khuẩn helicobacter pylori không được cho là đóng vai trò quan trọng trong quản lý chứng ợ nóng.

Ca 2

Bạn được yêu cầu đưa ra lời khuyên với chứng ợ nóng hỗn hợp nặng cho ông H., một người dân địa phương hơn 50 tuổi đang làm việc ở một nhà kho gần đó. Ông H. kể rằng ông có cảm giác ợ nóng tồi tệ và bác sĩ đã kê 1 số thuốc cách đây khoảng 1 tuần. Bạn nhớ đã bán một đơn thuốc pha chế một thuốc dung dịch bao niêm mạc. Chai thuốc bệnh nhân đã dùng hết và bệnh không cải thiện. Khi hỏi ông ấy về vị trí đau, ông H. chỉ vào ngực và siết tay lại khi mô tả cơn đau mà ông cảm giác rất nặng nề. Bạn hỏi rằng cảm giác đau có di chuyển không, ông H. kể rằng thỉnh thoảng có lan lên phần cổ và họng. Ông H. có hút thuốc và chưa dùng bất kỳ thuốc nào. Khi hỏi cơn đau có trầm trọng hơn không khi gặp người và nằm xuống, ông H. bảo không nhưng ông kể rằng ông thường bị đau khi đang làm việc, đặc biệt vào những ngày bận rộn.

Quan điểm của dược sĩ

Người đàn ông này nên đến gặp bác sĩ ngay. Các triệu chứng mà ông ấy mô tả không phải là những triệu chứng điển hình của chứng ợ nóng. Hơn nữa, ông ấy đang dùng sản phẩm bao niêm mạc nhưng không có hiệu quả. Các triệu chứng của ông H. là đáng lo ngại; chứng ợ nóng có liên quan đến gắng sức khi làm việc và hướng lan của vị trí đau lan gợi ý một nguyên nhân nghiêm trọng.

Quan điểm của bác sĩ

Miêu tả của ông H. gợi ý chứng đau thắt ngực. Ông ấy nên được khuyên là cần đi khám bác sĩ ngay. Bác sĩ sẽ hỏi thêm nhiều thông tin chi tiết hơn về cơn đau, như khoảng thời gian và đau có xuất hiện khi gắng sức hoặc không gắng sức. Nếu đau thường xuyên, kéo dài và không giảm khi nghỉ ngơi thì nên sắp xếp nhập viện ngay lập tức vì có đau thắt ngực tăng dần hoặc không ổn định.

Nếu không cần nhập viện nội trú khẩn cấp, bác sĩ sẽ tiến hành đánh giá đầy đủ hơn bao gồm các kiểm tra, điện tâm đồ (ECG), phân tích nước tiểu và máu. Và có thể phải sử dụng thuốc như aspirin, glyceryl trinitrate (GTN), chẹn beta, một nitrat tác dụng kéo dài hoặc một chẹn kênh canxi và cần giới thiệu gấp bệnh nhân ngoại trú đến thăm khám tại một bác sĩ tim mạch. Ông H. nên được khuyên ngừng hút thuốc. Các đánh giá chi tiết hơn có thể được thực hiện tại bệnh viện. Bao gồm các kiểm tra điện tim gắng sức và chụp động mạch vành. Chụp động mạch vành cho thấy hình ảnh các mạch máu cung cấp máu cho cơ tim và nên đánh giá em có cần phẫu thuật hay không.

BÀI 9. CHỨNG KHÓ TIÊU

Chứng khó tiêu là triệu chứng hay gặp ở các hiệu thuốc cộng đồng và thường được tự chẩn đoán bởi bệnh nhân, với các biểu hiện như đau vùng ngực và các triệu chứng phần bụng trên và phần bụng dưới. Nhiều bệnh nhân cho rằng chứng khó tiêu và ợ nóng là như nhau. Dược sĩ phải nhận biết liệu việc tự chẩn đoán của bệnh nhân có chính xác hay không và loại trừ khả năng các bệnh trầm trọng khác.

Những điều cần biết

- Các triệu chứng
- Tuổi tác
 - Người trưởng thành, trẻ em
- Thời gian kéo dài triệu chứng
- Tiền sử
- Đặc điểm đau
 - Nơi đau?
 - Tính chất đau?
 - Có liên quan đến thức ăn?
 - Đau liên miên hay đau thành cơn?
 - Có yếu tố nào làm giảm đau hoặc làm đau trầm trọng hơn?
 - Có đau lan sang nơi khác?
- Triệu chứng kèm theo
 - Chán ăn
 - Giảm cân
 - Buồn nôn/Nôn
 - Thay đổi thói quen đại tiện
- Chế độ ăn
 - Thay đổi gần đây trong chế độ ăn?
 - Sử dụng đồ uống có cồn
- Thói quen hút thuốc
- Thuốc
 - Thuốc đã sử dụng
 - Các thuốc khác đang sử dụng

TẦM QUAN TRỌNG CỦA CÁC CÂU HỎI VÀ TRẢ LỜI

Triệu chứng

Triệu chứng điển hình cho chứng khó tiêu bao gồm khó chịu vùng bụng trên (vùng giữa rốn và xương ức), có thể do một số loại thức ăn, bội thực, đồ uống có cồn hoặc thuốc (aspirin).

Tuổi tác

Chứng khó tiêu hiếm gặp ở trẻ em. Tuy nhiên, đau bụng lại hay gặp ở trẻ em và thường do nhiễm trùng. Dùng các thuốc không kê toa (OTC) không phù hợp trong trường hợp đau bụng không rõ nguyên nhân và nên hỏi ý kiến bác sĩ.

Thận trọng khi gặp bệnh nhân lần đầu mắc chứng khó tiêu từ 45 tuổi trở lên và nên khuyên đi khám bác sĩ đa khoa. Ung thư tiêu hóa, tuy hiếm gặp ở bệnh nhân trẻ, nhưng lại thường xảy ra ở những bệnh nhân trên 50 tuổi. Do đó việc hỏi tiền sử bệnh là vô cùng quan trọng ở trường hợp này.

Khoảng thời gian triệu chứng kéo dài/ Tiền sử bệnh

Chứng khó tiêu mà diễn ra dai dẳng hoặc tái diễn đều đặn nên đi khám bác sĩ. Những bệnh nhân có tiền sử bị các triệu chứng này mà không đáp ứng điều trị, hoặc có tình trạng tồi tệ hơn, nên đi thăm khám bác sĩ.

Đặc điểm đau/Triệu chứng kèm theo

Nếu như dược sĩ khai thác bệnh nhân mô tả được chi tiết triệu chứng đau, thì việc lựa chọn thuốc điều trị hoặc có nên khuyên đi khám bác sĩ sẽ dễ dàng hơn. Một số tình trạng lâm sàng có thể biểu hiện là chứng khó tiêu mà cần đi khám bác sĩ được miêu tả bên dưới.

Viêm loét

Viêm loét có thể xảy ra ở dạ dày hoặc ở tá tràng. Viêm loét tá tràng phổ biến hơn và có những triệu chứng khác so với viêm loét dạ dày. Trong viêm loét tá tràng, đau chủ yếu ở vùng bụng trên, hơi lệch về bên phải. Vị trí đau thường dễ dàng xác định bằng một ngón tay. Đau âm ỉ và hay xuất hiện khi dạ dày rỗng, đặc biệt vào ban đêm. Đau giảm khi ăn (thức ăn béo nhiều dầu mỡ gây đau nặng hơn) và khi dùng các thuốc kháng acid.

Đau trong viêm loét dạ dày cũng ở cùng vị trí thượng vị nhưng khó xác định chính xác. Đau tăng lên khi ăn và thường có buồn nôn và nôn. Bệnh nhân thường chán ăn và các triệu chứng khác kéo dài dai dẳng và ngày càng nặng. Cả 2 loại viêm loét đều có sự có mặt của vi khuẩn *H.pylori* và có thể trở nên trầm trọng thêm hoặc diễn biến nhanh do hút thuốc và dùng nhóm NSAID.

Sỏi mật

Một hoặc một vài viên sỏi có thể tạo ra ở túi mật, ở phía dưới gan. Túi mật chứa mật, và định kỳ bơm mật vào tá tràng thông qua ống dẫn mật để giúp tiêu hóa thức ăn, đặc biệt là chất béo. Sỏi mật có thể gây tắc ở ống dẫn mật khi tiết mật. Điều này gây ra những cơn đau vùng bụng trên ở rìa hạ sườn phải. Đau trong sỏi mật có thể bị nhầm với viêm loét tá tràng. Khẩu phần ăn nhiều dầu mỡ dễ dàng gây đau.

Trào ngược dạ dày – thực quản

Khi ăn, thức ăn qua thực quản xuống dạ dày. Acid được tiết ra giúp tiêu hóa thức ăn. Bề mặt dạ dày có khả năng chống lại tác dụng kích ứng của acid, tuy nhiên thực quản thì không. Cơ vòng (cơ thắt) thực quản hoạt động để ngăn chặn acid từ dạ dày trào ngược lên thực quản.

Khi cơ vòng này bị yếu, ví dụ như khi có thoát vị gián đoạn, hoặc khi trương lực cơ vòng thực quản này bị giảm do một số thuốc như nhóm thuốc chẹn beta, kháng cholinergic và chẹn kênh calci, acid từ dạ dày có thể rò rỉ lên thực quản. Triệu chứng xuất hiện được miêu tả như ợ nóng nhưng nhiều bệnh nhân nghĩ ợ nóng và khó tiêu là một. Ợ nóng là cảm giác đau ở bụng trên, đằng sau xương ức và vượt lên phía trên. Nó thường xuất hiện sau một bữa ăn lớn

hoặc bệnh nhân gập người hoặc nằm xuống. Ở nóng có thể điều trị bởi dược sĩ nhưng cũng có trường hợp cần hỏi ý kiến bác sĩ.

Hội chứng ruột kích thích

Hội chứng ruột kích thích là một tình trạng bệnh phổ biến, không nặng, nhưng rất khó chịu, bao gồm các triệu chứng gây ra do sự co thắt của đại tràng. Thường xuất hiện táo bón và tiêu chảy luân phiên nhau. Tiêu chảy thường tệ hơn vào buổi sáng. Có biểu hiện đau ở bụng dưới (bên dưới rốn, cả 2 phía), nhưng cũng có thể ở bụng trên, và do đó nhầm lẫn với chứng khó tiêu. Sự thay đổi thói quen đại tiện nếu kéo dài phải đi khám bác sĩ.

Đau thắt ngực không điển hình

Đau ngực là cảm giác đau bó nghẹt, thắt lại vùng giữa ngực. Có thể cảm nhận được cảm giác đau từ phía bụng trên hoặc vùng ngực dưới. Cơn đau thắt ngực có thể xuất hiện sau khi hoạt động nặng, gắng sức. Nếu điều này xảy ra, phải đi gặp bác sĩ.

Các bệnh nghiêm trọng khác

Đau bụng trên dai dẳng, đặc biệt khi kèm theo chán ăn và giảm cân bất thường, có thể báo hiệu một khối u ở dạ dày hoặc tụy. Viêm loét có thể dẫn đến chảy máu, với biểu hiện như có máu trong dịch nôn hoặc máu trong phân. Với trường hợp sau, phân sẽ có màu đen và nhầy. Cần gặp bác sĩ ngay.

Chế độ ăn

Đồ ăn nhiều dầu mỡ, chất béo và đồ uống có cồn có thể gây khó tiêu, làm trầm trọng thêm ổ viêm loét và tăng đau bụng do sỏi mật.

Thói quen hút thuốc

Hút thuốc có thể dẫn đến, và có thể gây ra, chứng khó tiêu và viêm loét. Tồn thương viêm loét lành lại chậm hơn và tái phát dễ dàng hơn khi điều trị ở người có hút thuốc. Dược sĩ có vai trò quan trọng trong việc khuyên người bệnh bỏ thuốc, và có thể đề nghị phương pháp trị liệu thay thế bằng nicotine (NRT-nicotine replacement therapy).

Thuốc

Thuốc đã sử dụng

Những bệnh nhân đã có sử dụng một hoặc nhiều loại thuốc điều trị phù hợp mà không có hiệu quả hoặc hiệu quả không được duy trì nên gặp bác sĩ

Các thuốc đang dùng khác

Rất nhiều thuốc có tác dụng không mong muốn lên hệ ruột – dạ dày, vì vậy dược sĩ cần phải xác định được các thuốc bệnh nhân đang sử dụng.

Nhóm NSAID có liên quan đến nguyên nhân gây ra viêm loét và chảy máu tại các ổ viêm loét. Độc tính tăng lên theo liều và đặc điểm của các thuốc trong nhóm NSAID là khác nhau. Thỉnh thoảng những loại thuốc này gây khó tiêu. Bệnh nhân lớn tuổi thường hay gặp vấn đề này, và dược sĩ cần ghi nhớ điều này. Nếu chứng khó tiêu kéo dài và nghiêm trọng ở những bệnh nhân đang sử dụng NSAID phải hỏi ý kiến bác sĩ. Chăm sóc đặc biệt là cần thiết cho bệnh nhân lớn tuổi, những người luôn cần ý kiến của bác sĩ. Một nghiên cứu về số ca cấp cứu ở 2 bệnh viện thuộc 2 khu vực ở Anh về bệnh dạ dày – ruột cho thấy số lượng ca cấp cứu có liên quan đến NSAID là khoảng 12.000 ca, với 2.500 ca tử vong.

Thuốc không kê toa (OTC) cũng cần cân nhắc: aspirin, ibuprofen, và sắt là một trong những thuốc có thể gây ra các triệu chứng khó tiêu. Một số thuốc có tương tác với những thuốc kháng acid (xem “Những tương tác với thuốc kháng acid” bên dưới).

Khi cần đi khám bác sĩ

- Trên 45 tuổi, các triệu chứng xuất hiện lần đầu tiên
- Các triệu chứng dai dẳng (kéo dài hơn 5 ngày), hoặc tái phát
- Đau kinh khủng
- Máu trong dịch nôn hoặc trong phân
- Đau nặng hơn dù đã can thiệp
- Nôn kéo dài
- Các thuốc điều trị không có hiệu quả
- Nghi ngờ phản ứng có hại của thuốc
- Có sụt cân
- Trẻ em

Thời gian biểu điều trị

Nếu các triệu chứng không thuyên giảm sau 5 ngày, bệnh nhân nên đi khám bác sĩ.

Điều trị

Một khi đã loại trừ được các bệnh nghiêm trọng, việc điều trị chứng khó tiêu bằng thuốc kháng acid hoặc kháng thụ thể H2 được khuyến dùng và thường có hiệu quả. Lựa chọn dạng bào chế của thuốc nên dựa trên các triệu chứng của từng bệnh nhân. Hút thuốc, đồ uống có cồn và ăn nhiều chất béo đều làm nặng thêm các triệu chứng, vì vậy dược sĩ phải đưa ra lời khuyên hợp lý.

Thuốc kháng acid

Nhìn chung dạng lỏng có hiệu quả hơn dạng rắn; nó dễ dàng sử dụng hơn, tác dụng nhanh hơn và có khả năng trung hòa được lượng acid nhiều hơn. Kích thước tiểu phân nhỏ của chúng cho phép có diện tích tiếp xúc lớn với dạ dày. Nhiều bệnh nhân lại thấy thuốc viên thuận tiện hơn và những viên thuốc này phải được nhai kỹ trước khi nuốt để có hiệu quả tốt nhất. Bệnh nhân cũng có thể dung cả 2 dạng; dạng viên có thể sử dụng suốt trong giờ hành chính vì thuận tiện, còn dạng lỏng được sử dụng trước và sau thời gian làm việc. Thuốc kháng acid được sử dụng tốt nhất khi sau ăn khoảng 1 h bởi vì tốc độ tháo rỗng dạ dày chậm và thuốc kháng acid sẽ tồn tại trong dạ dày lâu hơn. Uống vào thời điểm đó có thể kéo dài tác dụng đến 3 h so với việc nếu uống trước khi ăn chỉ có thể kéo dài tác dụng từ 30 phút đến 1h.

Natri bicarbonat

Natri bicarbonat là thuốc kháng acid hấp thụ duy nhất có ích trên lâm sàng. Nó tan trong nước, tác dụng nhanh và trung hòa acid hiệu quả và nhanh chóng. Nó thường có trong các công thức của các thuốc OTC để có thể đưa đến hiệu quả nhanh, cùng kết hợp với những thành phần có tác dụng kéo dài. Tuy nhiên, thuốc kháng acid có chứa natri bicarbonat không được sử dụng trên một số bệnh nhân cần hạn chế lượng natri đưa vào cơ thể (ví dụ bệnh nhân suy tim sung huyết). Natri bicarbonat làm tăng đào thải lithi, làm giảm nồng độ lithi trong máu. Do đó thành phần trong thuốc OTC cần được xem xét kỹ lưỡng, và dược sĩ cũng nên nhận biết được những thành phần có trong các công thức pha chế truyền thống. Những thành phần liên quan đến natri trong các thuốc kháng acid khác nhau có thể được tìm thấy trong “Dược thư Quốc gia Anh” (British National Formulary – BNF). Hơn nữa, sử dụng natri

bicarbonat kéo dài có thể dẫn tới nhiễm kiềm chuyển hóa và tổn thương ở thận. Tuy nhiên, sử dụng ngắn hạn natri bicarbonat lại có giá trị và hiệu quả tốt của một thuốc kháng acid. Sử dụng thuốc trong các trường hợp cấp tính phù hợp hơn trường hợp khó tiêu mạn tính.

Muối nhôm và magie (ví dụ: nhôm hydroxit, magie trisilicat)

Thuốc kháng acid nguồn gốc từ nhôm rất hiệu quả, chúng có khunh hướng làm rắn phân do vậy có thể dùng cho bệnh nhân bị tiêu chảy nhẹ. Ngược lại, nên tránh dùng cho bệnh nhân bị táo bón hoặc cao tuổi. Muối magie có hiệu quả kháng acid tốt hơn muối nhôm. Muối magie có xu hướng gây tiêu chảy thẩm thấu do tạo ra các muối magie không tan do đó được sử dụng cho các bệnh nhân táo bón. Các chế phẩm có chứa 2 loại muối gây khó chịu nhẹ ở ruột, do đó cần hỏi ý kiến dược sĩ khi sử dụng.

Calci carbonat

Calci carbonat được dùng phổ biến trong các công thức thuốc không kê toa. Chúng có tác dụng nhanh, kéo dài và hiệu quả trong việc trung hòa acid. Nó có thể gây nên tình trạng tăng acid “bật lại” (acid rebound), và nếu dùng kéo dài với liều cao có thể gây tăng calci máu vì vậy không nên sử dụng trong thời gian dài. Sử dụng đồng thời calci carbonat và natri bicarbonat với lượng lớn cùng với sữa gây ra hội chứng kiềm – sữa. Điều này liên quan đến việc tăng calci máu, nhiễm kiềm chuyển hóa, và tổn thương ở thận. Các triệu chứng bao gồm buồn nôn, nôn, chán ăn, đau đầu và rối loạn thần kinh.

Dimeticon (Dimethicon)

Dimethicon thỉnh thoảng được thêm vào trong công thức bào chế các thuốc kháng acid để ức chế tạo bọt khí. Nó làm giảm sức căng bề mặt và giúp cho sự đào thải khí bằng cách tạo hơi trong dạ dày hoặc việc ợ. Chưa có bằng chứng chắc chắn về lợi ích của thuốc.

Các tương tác với thuốc kháng acid

Bởi vì làm tăng pH dạ dày, các thuốc kháng acid có thể phá hỏng lớp vỏ bao của các thuốc dạng bao tan trong ruột. Hậu quả là việc giải phóng của các thuốc này sẽ trở lên không dự đoán được; tác dụng không mong muốn của thuốc có thể xảy ra nếu được chất tiếp xúc với dạ dày. Phần bao bên ngoài thuốc là để bảo vệ dược chất bên trong khỏi pH acid, nếu sử dụng đồng thời với thuốc kháng acid sẽ vô hiệu hóa việc bảo vệ này. Uống các thuốc khác và thuốc kháng acid cách nhau ít nhất 1 h để làm giảm tương tác xuống ít nhất có thể.

Thuốc kháng acid có thể làm giảm sự hấp thụ của một số kháng sinh và thuốc kháng nấm (các tetracyclin, azithromycin, itraconazol, ketoconazol, ciprofloxacin, norfloxacin, rifampicin). Sự hấp thụ của các thuốc ức chế men chuyển (ACE), các phenothiazin, gabapentin và phenytoin, có thể bị giảm (xem danh sách đầy đủ trong British National Formulary).

Natri bicarbonat làm tăng đào thải lithi và làm cho nồng độ lithi trong máu giảm, vì vậy xuất hiện triệu chứng của việc giảm nồng độ lithi. Thuốc kháng acid có chứa natri bicarbonat do đó không được sử dụng cho bệnh nhân đang dùng lithi.

Sự thay đổi pH sau khi sử dụng thuốc kháng acid có thể dẫn đến giảm hấp thu sắt nếu như uống cùng với sắt do sự tạo thành muối sắt không tan khi thay đổi pH. Sử dụng sắt và thuốc kháng acid vào 2 thời điểm khác nhau sẽ ngăn chặn vấn đề này. (xem danh sách đầy đủ tương tác với thuốc kháng acid trong British National Formulary).

Famotidin và ranitidin

Famotidin và ranitidin có thể dùng để điều trị khó tiêu và ợ nóng ngắn. Ranitidin được dùng tối đa trong 2 tuần, còn famotidin là 6 ngày.

Nên thảo luận việc sử dụng thuốc ức chế thụ thể H2 với bác sĩ.

Domperidon

Domperidon 10mg có thể được sử dụng để điều trị những triệu chứng của dạ dày sau bữa ăn như đầy bụng, buồn nôn, cảm giác căng đầy thượng vị và ợ hơi, thường có phối hợp với khó chịu vùng thượng vị và ợ nóng. Nó làm tăng tốc độ làm rỗng dạ dày và thời gian co bóp ở ruột non, và tăng trương lực cơ của cơ vòng thực quản. Domperidon có thể dùng cho bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên. Liều cao nhất mỗi lần uống là 10mg và liều cao nhất trong ngày là 40mg. *Domperidon* được dùng để điều trị buồn nôn và nôn là một chỉ định cần được kê đơn bởi bác sĩ, do đó, bệnh nhân với triệu chứng này cần hỏi ý kiến bác sĩ.

Trong năm 2012, Cục Quản lý thuốc và sản phẩm chăm sóc sức khỏe (Medicines and Healthcare Regulatory Agency - MHRA) đưa ra lời khuyên rằng những sản phẩm domperidon không cần kê toa chỉ nên sử dụng trên bệnh nhân với sự giám sát y tế trên bệnh lý tim mạch. Khuyến bệnh nhân gặp bác sĩ ngay khi xuất hiện triệu chứng như nhịp tim bất thường hoặc ngất khi sử dụng các chế phẩm domperidon.

Ca lâm sàng chứng khó tiêu

Ca 1

Bệnh nhân K., nữ, cao tuổi, có cảm giác khó tiêu và khó chịu vùng dạ dày. Sau khi hỏi, phát hiện ra bệnh nhân có triệu chứng này cách đây vài ngày; đau thượng vị và không có liên quan đến thức ăn. Bệnh nhân có cảm giác hơi buồn nôn. Khi hỏi về chế độ ăn, bệnh nhân cho biết gần đây không thay đổi chế độ ăn và ăn không nhiều. Bệnh nhân đang sử dụng 4 loại thuốc: thuốc tim mạch, thuốc tiết niệu, một số thuốc mới điều trị đau vùng hông (*diclofenac* dạng giải phóng thay đổi 100mg vào ban đêm). Tất cả thuốc được uống sau ăn, và bệnh nhân chưa sử dụng thêm bất cứ thuốc gì khác để làm giảm triệu chứng khó tiêu. Trước khi dùng *diclofenac* bệnh nhân có sử dụng *paracetamol*. Bệnh nhân có thói quen sử dụng *paracetamol* để giảm đau tại nhà. Bệnh nhân cho biết không thể dùng *aspirin* do nó gây khó chịu ở dạ dày.

Quan điểm của dược sĩ

Bệnh nhân đang có những triệu chứng về dạ dày – ruột do các thuốc NSAID. Những ảnh hưởng này thường gặp ở người già. Bệnh nhân uống thuốc sau ăn, giúp cho giảm thiểu tác dụng phụ của thuốc, như vậy tốt nhất nên khuyên đi khám. Sẽ rất có ích nếu biết được liều dùng và tần suất dùng *paracetamol* để xem liệu bệnh nhân đã uống đủ liều để gây tác dụng.

Quan điểm của bác sĩ

Đi khám lại là quyết định chính xác. Hầu hết có thể chắc chắn là các triệu chứng gây nên do dùng *diclofenac*. Một thử nghiệm lâm sàng lớn cho thấy các yếu tố nguy cơ gây những biến chứng nghiêm trọng khi dùng NSAID dạng uống bao gồm: từ 75 tuổi trở lên, tiền sử viêm loét tiêu hóa, tiền sử chảy máu dạ dày – ruột, và tiền sử bệnh tim mạch. Nếu bệnh nhân trên 75 tuổi và đang sử dụng thuốc tim mạch, thì có 2 yếu tố nguy cơ. Kết quả của thử nghiệm cho thấy với những bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ nào trong 4 yếu tố thì nguy cơ xuất hiện biến chứng sau 1 năm là 0,8%, còn những bệnh nhân có cả 4 yếu tố là 18%.

Bệnh nhân cần dùng *diclofenac*. Xét nghiệm máu tìm *H.pylori* rất có ích và trong khi chờ kết quả, bệnh nhân có thể bắt đầu dùng thuốc chẹn bơm proton (PPI). Nếu như test *H.pylori* dương tính, bệnh nhân cần phải điều trị kháng sinh để diệt vi khuẩn.

Điều trị cơn đau ở hông sẽ là một vấn đề khó khăn. NSAID phải được sử dụng ít nhất có thể. Có thể sử dụng chế phẩm phối hợp *paracetamol* và codeine hoặc *dihydrocodeine*. Nếu như cần phải dùng NSAIDs để điều trị đau mà có tiền sử viêm loét tiêu hóa, thì phải sử dụng

thêm thuốc ức chế bơm proton (PPI – proton pump inhibitor). Việc thất bại trong kiểm soát cơn đau ở hông do viêm khớp mạn tính thì cần cân nhắc đến phẫu thuật chỉnh hình để thay khớp hông.

Ca 2

Bệnh nhân nam, 50 tuổi, gặp vấn đề khó chịu ở dạ dày. Bệnh nhân có triệu chứng cách đây mấy tháng và có biểu hiện nặng lên. Bệnh nhân có cảm giác rất đau ở dạ dày; cách đây mấy tháng có xuất hiện cơn đau như vậy nhưng đã đỡ và bây giờ bị đau lại. Cơn đau giảm đi sau ăn; thỉnh thoảng nó làm ông ấy thức dậy vào ban đêm. Bệnh nhân đang sử dụng *Rennies* (chứa calcium carbonate và magnesium carbonate) để điều trị triệu chứng; thuốc đã có tác dụng nhưng bây giờ thì không còn tác dụng, mặc dù bệnh nhân tăng liều. Bệnh nhân cũng đang uống vài viên *ranitidin* không kê toa. Bệnh nhân không sử dụng thuốc gì kèm theo.

Quan điểm của dược sĩ

Bệnh nhân có tiền sử đau thượng vị, đã thuyên giảm và bây giờ tái phát. Lúc đầu, thuốc kháng acid có đáp ứng tốt nhưng bây giờ thì không dù đã tăng liều. Tiền sử bị bệnh lâu dài, triệu chứng ngày một nặng và thất bại với thuốc điều trị hiện tại là lý do để bệnh nhân cần gặp bác sĩ ngay.

Quan điểm của bác sĩ

Cần trao đổi với bác sĩ điều trị của bệnh nhân vì các thông tin có được chưa thể đưa ra chẩn đoán. Bệnh nhân này có thể bị viêm loét dạ dày, trào ngược acid hoặc thậm chí ung thư dạ dày, do đó cần thêm thông tin. Cần thăm khám và làm thêm xét nghiệm

Bác sĩ cần lắng nghe kỹ lưỡng, đầu tiên bằng hỏi những câu hỏi mở rồi hỏi những câu hỏi liên quan trực tiếp để tìm kiếm thêm thông tin; ví dụ như cơn đau ảnh hưởng đến cuộc sống như thế nào? Tính chất đau (bông rát, nhói, âm ỉ, hay đau quặn)? Đau có lan ra khu vực khác không? (ra sau lưng, ngực, dưới cánh tay, cổ/miệng)? Có các triệu chứng liên quan (buồn nôn, khó nuốt, chán ăn, sụt cân hoặc thờ ơ)? Có vấn đề nào khác nữa (táo bón hay đầy hơi)? Những yếu tố nào làm tăng/giảm nhẹ triệu chứng? Sức khỏe chung? Chế độ ăn? Bệnh có gây khó khăn gì về cá nhân và công việc? Hút thuốc? Đồ uống có cồn? Bệnh nhân nghĩ gì về tình trạng của mình? Bệnh nhân có kỳ vọng gì về kiểm soát và điều trị bệnh?

BÀI 10. BUỒN NÔN VÀ NÔN

Buồn nôn và nôn là những triệu chứng có thể gây ra bởi nhiều nguyên nhân. Từ quan điểm của người dược sĩ, trong khi có rất nhiều biện pháp điều trị hiện nay có thể ngăn cản tình trạng buồn nôn và nôn này, hiện vẫn chưa có thuốc OTC nào điều trị hiệu quả trừ khi triệu chứng nôn đã xuất hiện. Từ lý do đó, bài viết này sẽ giới thiệu ngắn gọn về một số nguyên nhân có thể gây nên các triệu chứng trên và ở bài tiếp theo chúng ta sẽ cân nhắc về các biện pháp phòng ngừa chúng say khi di chuyển, tình trạng mà dược sĩ có thể tư vấn các biện pháp điều trị hiệu quả giúp phòng tránh các vấn đề đó.

Những điều bạn cần biết
<ul style="list-style-type: none">• Độ tuổi<ul style="list-style-type: none">○ Trẻ từ 1 tuổi trở xuống, trẻ em, người trưởng thành, người già• Trong thời gian thai kì• Khoảng thời gian• Các triệu chứng liên quan<ul style="list-style-type: none">○ Đã bắt đầu nôn chưa?○ Đau bụng○ Tiêu chảy○ Táo bón○ Sốt○ Uống rượu• Thuốc<ul style="list-style-type: none">○ Thuốc kê đơn○ Thuốc không kê đơn (OTC)• Tiền sử bệnh<ul style="list-style-type: none">○ Chóng mặt/choáng váng

Những câu hỏi đáng chú ý và câu trả lời

Độ tuổi

Trẻ em và người già là những đối tượng có nguy cơ cao nhất bị mất nước do hậu quả của nôn. Hiện tượng nôn ra sữa ở trẻ dưới 1 tuổi có thể do nhiễm khuẩn hoặc do vấn đề từ cách cho trẻ ăn, hoặc hiếm khi là do tắc nghẽn gây nên ví dụ như hẹp môn vị. Sau đó, thành tế bào cơ xung quanh dày lên ở phần môn vị của dạ dày, từ đó sinh ra tắc nghẽn. Tình trạng này thường xảy ra ở những tuần tuổi đầu của bé trai mới sinh. Nôn vọt là nôn theo kiểu dịch nôn phun ra cách một khoảng cách đáng kể. Có thể chữa trị nôn bằng một cuộc phẫu thuật mở cơ môn vị, kết hợp sử dụng thuốc giảm đau thông thường có thời gian tác dụng khoảng nửa giờ. Người dược sĩ bằng cách hỏi bệnh nhân phải phân biệt được giữa nôn (hiện tượng các chất trong dạ dày bị tống ra ngoài theo đường miệng) và trào ngược (thức ăn dễ dàng trào lên từ họng và dạ dày). Đôi khi, trào ngược xảy ra ở trẻ sơ sinh, đó là một sự cố bình thường. Khi trào ngược xảy ra ở người lớn, nó có liên quan tới bệnh thực quản đi kèm khó nuốt và cần yêu cầu bệnh nhân đến gặp bác sĩ ngay. Buồn nôn có liên quan tới nôn nhưng không gây ra

trào ngược và có thể sử dụng đặc điểm này để hỏi bệnh nhân nhằm phân biệt hai triệu chứng trên.

Trong thời gian thai kì

Buồn nôn và nôn là những triệu chứng rất phổ biến trong thời gian thai kì, thường bắt đầu sau giai đoạn bỏ qua đầu tiên và xuất hiện sớm vào buổi sáng. Mang thai nên được coi là một trong những nguyên nhân có thể gây nên buồn nôn và nôn ở đối tượng phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, những người đến hiệu thuốc và phàn nàn về tình trạng buồn nôn và nôn. Buồn nôn và nôn xảy ra phổ biến trong giai đoạn đầu của thai kì hơn so với các giai đoạn tiếp theo.

Khoảng thời gian

Thông thường, bệnh nhân trưởng thành nên đến gặp bác sĩ nếu tình trạng nôn của họ kéo dài hơn 2 ngày. Với bệnh nhân là trẻ nhỏ dưới 2 tuổi thì nên đến gặp bác sĩ, bất kể khoảng thời gian là bao lâu vì điều này có thể dẫn tới nguy cơ mất nước. Bất cứ đối tượng nào có biểu hiện nôn mãn tính nên đến gặp bác sĩ bởi những triệu chứng đó có thể là dấu hiệu cảnh báo về sự hiện diện của một vết loét ở dạ dày hoặc ung thư dạ dày.

Các triệu chứng liên quan

Một nhiễm trùng cấp tính (viêm dạ dày ruột) thường là nguyên nhân gây ra nôn, và trong những trường hợp này có thể xuất hiện tiêu chảy. Hỏi cẩn thận và kỹ lưỡng về những thức ăn mà bệnh nhân đã ăn trong vòng 2 ngày trước đó có thể giúp cung cấp bằng chứng để tìm đến nguyên nhân gây nôn. Ở trẻ nhỏ, Rotavirus là nguyên nhân thường gặp nhất gây nên viêm dạ dày ruột; đây là một bệnh nhiễm khuẩn có tỷ lệ mắc cao và cũng không lạ gì khi trong một gia đình có nhiều hơn một đứa trẻ mắc bệnh này. Trong những tình huống như vậy, bệnh thường có liên quan tới các triệu chứng của cảm lạnh. Nôn ở các đối tượng nhỏ tuổi mà không kèm theo các triệu chứng khác có thể là do một nhiễm khuẩn nghiêm trọng như viêm màng não, và đó là dấu hiệu cần đưa đến khám bác sĩ ngay lập tức.

Nôn ra máu có thể là dấu hiệu cảnh báo các bệnh nghiêm trọng và phải đến khám bác sĩ bởi đó có thể bị gây ra do xuất huyết từ một vết loét dạ dày hoặc ung thư dạ dày. Đôi khi, chấn thương có thể gây nôn ra một vệt máu nhỏ, nguyên nhân là do một vết trợt rách trên niêm mạc ruột. Dịch nôn có mùi phân đồng nghĩa với việc đường tiêu hóa có thể bị tắc nghẽn và phải đến khám bác sĩ ngay lập tức.

Buồn nôn và nôn có thể liên quan tới chứng đau nửa đầu. Bất cứ tiền sử chóng mặt hay choáng váng nào cũng cần được lưu ý nó có thể dẫn tới bệnh tai trong, ví dụ viêm tai trong hay hội chứng Meniere là một nguyên nhân gây nôn.

Uống rượu

Những người uống một lượng rượu lớn có thể bị nôn, thường xảy ra vào buổi sáng. Điều này có thể do tình trạng uống rượu say thường xuyên hoặc nghiện rượu mãn tính. Những bệnh nhân nghiện rượu thường cảm thấy buồn nôn và nôn khan vào các buổi sáng. Hỏi bệnh nhân về tình trạng uống rượu của họ là một câu hỏi nhạy cảm và cần được tiếp cận một cách tế nhị, khéo léo. Hỏi về thói quen hút thuốc lá có thể là một cách mở đầu tốt để tiếp cận tới các thói quen xã hội khác.

Thuốc

Sử dụng các thuốc kê đơn và không kê đơn (OTC) có thể khiến cho bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi và điều quan trọng ở đây là phải xác định được những thuốc mà bệnh nhân đang sử dụng. Aspirin và các NSAIDs là những nguyên nhân phổ biến. Sử dụng một số kháng sinh có thể gây ra buồn nôn và nôn, ví dụ doxycycline. Oestrogen, các thuốc có dẫn xuất steroid và

các thuốc giảm đau narcotic cũng có thể gây ra các triệu chứng trên. Tình trạng buồn nôn và nôn có thể được cải thiện nếu sử dụng thuốc cùng với thức ăn, nhưng nếu như chúng vẫn còn tiếp diễn, bệnh nhân nên đến gặp bác sĩ. Ngộ độc digoxin có thể biểu lộ ra bên ngoài bằng các triệu chứng buồn nôn và nôn, và khi gặp những triệu chứng như vậy trên một bệnh nhân đang sử dụng digoxin, đặc biệt là bệnh nhân cao tuổi thì nên đến gặp bác sĩ ngay khi không có nguyên nhân rõ ràng về các triệu chứng đó. Nôn kèm theo nhiều dịch lỏng có thể dẫn tới mất cân bằng nước và điện giải, đó chính là vấn đề gặp phải ở những bệnh nhân cao tuổi khi họ sử dụng digoxin và thuốc lợi tiểu.

Tiền sử bệnh trước đó

Bất cứ tiền sử nào gợi ý đến tình trạng buồn nôn và nôn mãn tính thì đều nên đến thăm khám bác sĩ ngay.

Quản lý

Bệnh nhân bị nôn nên được đưa tới khám bác sĩ và họ có thể được kê đơn thuốc chống nôn nếu cần thiết. Dược sĩ có thể bắt đầu bằng liệu pháp bù nước trong thời gian chờ đợi.

BÀI 11. SAY TÀU XE VÀ PHÒNG NGỪA

Say tàu xe gây ra do sự xung đột của các luồng thông tin đến não, tại não trung tâm non nhận thông tin từ mắt, đường tiêu hóa và hệ thống tiền đình ở tai. Các triệu chứng say tàu xe gồm lợm giọng, đôi khi nôn mửa, tím tái và toát mồ hôi lạnh. Thường cha mẹ muốn được các chuyên gia về sức khỏe tư vấn về cách phòng ngừa say tàu cho trẻ em hay gặp vấn đề nhất. Mọi phương tiện giao thông như đường không, đường thủy và đường bộ đều có thể sinh ra các triệu chứng say tàu xe. Phương pháp điều trị dự phòng hiệu quả với thuốc OTC sẵn có được lựa chọn phù hợp với nhu cầu của mỗi người bệnh.

Bạn cần biết những gì

- Độ tuổi: trẻ sơ sinh, trẻ em, người lớn
- Tiền sử
- Phương thức đi lại: xe hơi, xe buýt, không khí, phà, vv...
- Khoảng thời gian đi lại

Ý nghĩa các câu hỏi và câu trả lời

Độ tuổi

Say tàu xe thường hay gặp ở trẻ nhỏ. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 2 năm tuổi hiếm khi bị say tàu xe vì vậy thường không cần điều trị. Tỷ lệ mắc say tàu xe hình như giảm đáng kể theo độ tuổi. Mặc dù vẫn có một số người lớn say tàu xe. Các sản phẩm thuốc phòng ngừa say tàu xe rất đa dạng phù hợp với nhiều lứa tuổi. Vì vậy trong một gia đình có một vài cháu nhỏ cần lựa chọn sản phẩm cẩn thận để có thể dùng một loại thuốc điều trị được tất cả mọi trường hợp.

Tiền sử

Dược sĩ phải tìm hiểu chắc chắn gia đình có các thành viên trước đây đã từng bị say tàu xe và có những điều trị cần thiết cho họ.

Phương thức và thời gian đi lại

Cần dự tính chi tiết cuộc hành trình sẽ thực hiện. Ước tính khoảng thời gian đi đường sẽ giúp các dược sĩ lựa chọn điều trị dự phòng. Thời gian trên tàu xe sẽ quyết định sử dụng các loại thuốc phù hợp.

Khi đã bị nôn có rất ít thuốc men hoặc điều trị có thể giúp cho người bị say tàu xe, do đó bất kỳ loại thuốc nào dược sĩ đã khuyến cáo phải sử dụng đúng hướng dẫn trước khi hành trình để đạt hiệu quả tối đa. Thực tế rất quan trọng là chính các bậc cha mẹ phải nắm được hiểu biết để có thể đề phòng trước bị khi các triệu chứng say tàu xe. Nếu cuộc hành trình kéo dài, có thể cần dùng thêm liều thuốc trước khi đi và lặp lại liều thuốc đã khuyến cáo.

Dược sĩ có thể tư vấn các kiến thức chung để giảm say tàu xe tùy theo phương tiện đi lại được sử dụng. Ví dụ, trẻ em có khả năng giảm cảm nhận hoặc giảm say tàu xe nếu các cháu được nhìn ra ngoài xe, vì vậy có thể kê cao ngò của trẻ nhỏ cho phù hợp. Điều này có vẻ hiệu quả trên thực tế và cho phép các con thấy gần với các đối tượng bên ngoài xe. Khả năng

tập trung vào đối tượng như vậy có thể giúp bộ não ổn định việc thu nhận các thông điệp mâu thuẫn.

Đối với bất kỳ phương pháp di chuyển nào, các trẻ này ít có khả năng bị các triệu chứng nếu các cháu được tiếp tục chơi với các trò chơi của mình do đó trẻ đang tập trung vào một điều đã quen. Tuy nhiên một lần nữa, có vẻ nhìn ra ngoài vào các đối tượng vẫn còn hữu ích và điều đó có thể coi là một trò chơi đơn giản, ví dụ trò chơi “Tôi làm thám tử” tốt hơn so với đọc sách trong lĩnh vực này. Trong thực tế, nhiều người bị say tàu xe, đọc sách làm trầm trọng thêm cảm giác buồn nôn.

Ngoài ra để kiểm tra bất kỳ loại thuốc kê đơn hoặc thuốc OTC hiện đang sử dụng, các dược sĩ cần phải hỏi về mọi phương pháp điều trị say tàu xe đã sử dụng trong quá khứ và tìm hiểu mức độ thành công hay thất bại của các phương pháp dùng thuốc và điều trị đã thực hiện.

Quản lý

Điều trị dự phòng say tàu xe dùng thuốc OTC rất có hiệu quả và thường là người bệnh không cần phải tới bác sỹ để thăm khám.

Hoạt tính kháng acetylcholin được áp dụng để phòng say tàu xe đồng thời hình thành cơ sở điều trị bằng thuốc kháng cholinergic (*hyoscin*) và thuốc kháng histamin có tác dụng kháng cholinergic (*cinnarizin* và *promethazin*).

Thuốc kháng histamin

Thuốc kháng histamin gồm *cinnarizin*, *meclizin* và *promethazin*. Tác dụng kháng acetylcholin được cho là gây ra hiệu quả kháng histamin trong phòng ngừa say tàu xe. Các loại thuốc này có khả năng gây buồn ngủ và *promethazin* có nhiều tác dụng an thần nhất. *Meclizin* và *promethazin theoclat* có thời gian tác dụng dài nên hữu ích cho những chuyến đi dài các thuốc chỉ cần uống một lần mỗi ngày. *Cinnarizin* và *promethazin theoclat* không nên dùng cho trẻ em dưới 5 tuổi, trong khi *meclizin* có thể cho những trẻ trên 2 năm tuổi. Các nhà sản xuất các sản phẩm thuốc có chứa các hoạt chất này khuyến nghị tránh dùng cho phụ nữ mang thai.

Tác nhân anticholinergic

Chỉ thuốc kháng acetylcholin *hyoscin hydrobromid* sử dụng rộng rãi trong phòng chống say tàu xe, có thể cho trẻ em trên 3 tuổi. Thuốc kháng cholinergic có thể có các tác dụng phụ như: gây buồn ngủ, nhìn mờ, khô miệng, táo bón và bí tiểu. Mặc dù các thuốc này thường không chắc có các tác dụng phụ như vậy ở liều sử dụng trong dạng thuốc OTC chống say tàu xe. Trẻ em có thể cho dùng dạng viên ngậm vị ngọt để chống khô miệng.

Hyoscin: có thời gian tác dụng ngắn (01-03 giờ). Do đó phù hợp với các hành trình ngắn và phải dùng 20 phút trước khi khởi hành. Thuốc kháng cholinergic và thuốc kháng histamin có tác dụng kháng acetylcholin tránh dùng cho người phì đại tuyến tiền liệt vì khả năng gây bí tiểu tiện, bệnh glaucom góc đóng vì gây tăng nhãn áp.

Dược sĩ cần ghi nhớ tác dụng phụ của thuốc kháng acetylcholin có thể tăng lên ở những người bệnh đã dùng thuốc có tác dụng kháng acetylcholin như thuốc chống trầm cảm ba vòng (*amitriptylin*), butyrophenon (*haloperidol*) và phenothiazin (*chlorpromazin*). Vì vậy dược sĩ

phải xác định được hiện nay người bệnh có đang dùng bất kỳ các loại thuốc nào đã đề cập không. Bảng 2 tóm tắt liều khuyến cáo và thời gian có hiệu lực để thảo luận điều trị.

Phương pháp tiếp cận thay thế cho say tàu xe

Gừng

Gừng đã được sử dụng cho nhiều năm để chống say tàu xe. Thử nghiệm lâm sàng thấy có mâu thuẫn trong điều trị say tàu xe. Không xác định được cơ chế tác dụng, nhưng gợi ý là gừng tác động chính lên đường tiêu hóa thay vì tác động lên trung tâm nôn ở não hoặc trên hệ thống tiền đình. Không có liều lượng gợi ý chính thức nhưng một số sản phẩm độc quyền có thành phần chứa gừng có sẵn trên thị trường. Gừng có thể có giá trị người lái xe bị say tàu xe, vì không gây buồn ngủ và có thể là lựa chọn giá trị khi sử dụng cho phụ nữ mang thai, những người cần chống nôn không sử dụng được các thuốc kháng cholinergic và thuốc kháng histamin. Gừng đã được chứng minh là có hiệu quả trong thử nghiệm nghiên cứu chống buồn nôn và nôn khi mang thai (xem chương về sức khỏe của phụ nữ).

Vòng đeo tay tác dụng lên huyết

Vòng tay đàn hồi tạo áp lực lên một điểm xác định trên bên trong của cổ tay. Bằng chứng hiệu quả không rõ ràng. Vòng tay này có thể hiệu quả cho người lái xe hoặc phụ nữ mang thai.

Bảng 2 Điều trị say tàu xe

Thành phần	Tuổi tối thiểu sử dụng (năm)	Liều trẻ em	Liều người lớn	Đầu tiên liên quan đến thời gian xuất phát hành trình	Liều khuyến cáo khoảng thời gian (giờ)
Cinnarizin	5	15 mg	30 mg	2 giờ trước khi đi	
Hyoscin hydrobromid	3	3-4 tuổi: 75 µg 4-7 tuổi: 150 µg 7-12 tuổi: 150-300 µg	300 µg	20 phút trước khi đi	
Meclozin	2	2-12 tuổi: 12.5 mg	25 mg	Tối hôm trước hay 1 giờ trước khi đi	24
Promethazin theoclat	5	5-10 tuổi: 12.5 mg Trên 10 tuổi: 25 mg	25 mg	Tối hôm trước hay 1 giờ trước khi đi	24

BÀI 12. TÁO BÓN

Táo bón là tình trạng bệnh lý khó định nghĩa và thường bệnh nhân tự chẩn đoán được. Nói chung táo bón có đặc trưng đi cầu phân khô, cứng; ít đi cầu hơn so với người bình thường. Điều quan trọng là dược sĩ cần tìm ra điều gì bệnh nhân phân nản do táo bón và xác minh những điều bất thường về thói quen đi cầu đã xảy ra khi nào.

BẠN CẦN BIẾT ĐIỀU GÌ

- Chi tiết thói quen đi cầu
- Số lần đi cầu và đặc điểm phân
- Lần cuối cùng đi cầu là khi nào?
- Thói quen đi cầu bình thường là gì?
- Táo bón khi nào?
- Trước đây từng bị táo bón chưa?
- Các triệu chứng liên quan:
 - Đau bụng/sự khó chịu/đầy hơi/chướng bụng.
 - Buồn nôn và nôn.
 - Đi cầu phân có máu.
- Chế độ ăn uống :
 - Gần đây có thay đổi nào về chế độ ăn uống không?
 - Chế độ ăn uống thông thường có giàu chất xơ không?
- Thuốc sử dụng:
 - Các thuốc hiện tại đang sử dụng
 - Có thay đổi thuốc
 - Sử dụng thuốc nhuận tràng trước đó

Ý nghĩa của câu hỏi và câu trả lời

Chi tiết về thói quen đi cầu

Nhiều người tin rằng với thói quen đi cầu hàng ngày là cần thiết để có sức khỏe tốt và sử dụng thuốc nhuận tràng thường xuyên dẫn đến lạm dụng sẽ là kết quả tất yếu. Trên thực tế số lần đi cầu bình thường dao động từ 3 lần/ 1 ngày đến 3 lần /1 tuần. Vì thế người dược sĩ có vai trò giáo dục cho bệnh nhân số lần đi cầu trong giới hạn ấy thì là bình thường. Người bệnh táo bón thường mô tả đi cầu phân rắn, khó đi cầu, số lần đi cầu ít hơn bình thường.

Việc xác định bất kỳ sự thay đổi nào về thói quen đi cầu là cần thiết, đặc biệt khi tình trạng đó kéo dài. Một sự thay đổi đột ngột kéo dài trên 2 tuần, sẽ là một dấu hiệu gợi ý cần phải đến cơ sở y tế khám.

Các triệu chứng liên quan

Táo bón thường đi kèm với các triệu chứng khó chịu ở bụng, đầy bụng và buồn nôn. Vài trường hợp, táo bón có thể gây hậu quả nghiêm trọng do gây tắc ruột. Tắc ruột này thường trở

nên rõ ràng khi có biểu hiện đau bụng, đầy bụng và nôn mửa. Khi thấy các triệu chứng gợi ý tắc ruột, cần đề nghị nhập viện khẩn cấp. Táo bón chỉ là một trong nhiều nguyên nhân gây tắc ruột. Các nguyên nhân khác như khối u trong ruột, xoắn ruột cần phải phẫu thuật cấp cứu.

Phân có máu

Phân có máu có thể liên quan tới táo bón, mặc dù không quá nghiêm trọng nhưng cần đưa đến cơ sở y tế để chẩn đoán tìm nguyên nhân. Trong những tình huống như vậy, máu có thể chảy ra do trĩ hoặc do một vết nứt nhỏ ở da - niêm mạc trên các cạnh của hậu môn (nứt hậu môn). Cả hai trường hợp trên đều có thể do ăn ít chất xơ. Triệu chứng đi cầu có máu thường được phát hiện khi bệnh nhân nhìn thấy máu trên giấy vệ sinh. Máu đỏ tươi có thể được nhìn thấy trên bề mặt phân (không trộn lẫn với phân) và vương vãi trong bồn cầu. Nếu có búi trĩ, thường có đau rát khi đi cầu. Búi trĩ có thể sa xuống và lòi ra ngoài hậu môn (trĩ ngoại). Nứt hậu môn có xu hướng ít chảy máu hơn nhưng đau nhiều hơn khi đi cầu. Tư vấn đi kiểm tra y tế khi có thêm những nguyên nhân nghiêm trọng gây ra phân có máu, đặc biệt khi máu được trộn với phân trong khi đi cầu.

Ung thư ruột

Ung thư đại tràng cũng có thể gặp làm thay đổi dần thói quen đi cầu. Bệnh lý này làm 16.000 người tử vong mỗi năm ở Anh. Chẩn đoán sớm và can thiệp sớm có thể cải thiện được tiên lượng bệnh. Nó có thể gặp ở cả bệnh nhân dưới 50 tuổi. Tỷ lệ gặp nhiều hơn ở Bắc Âu, Bắc Mỹ so với Nam Âu và châu Á. Độ tuổi trung bình thường gặp là 60 – 65.

Chế độ ăn uống

Ăn uống thiếu chất xơ là nguyên nhân phổ biến dẫn tới táo bón. Xác định xem bệnh nhân có ăn uống chất xơ bằng cách hỏi bệnh nhân những thức ăn mà bệnh nhân ăn hàng ngày, tìm hiểu xem có những thức ăn như: bột ngũ cốc, bánh mì, hoa quả tươi và rau trong bữa ăn hàng ngày. Sự thay đổi trong chế độ ăn và lối sống, ví dụ: thay đổi việc làm, mất việc, nghỉ hưu hay đi du lịch có thể dẫn tới táo bón. Ăn uống không đủ, ví dụ như người ốm cũng có thể dẫn tới táo bón.

Uống đủ nước là cần thiết để có sức khỏe tốt và tốt trong việc phòng và điều trị táo bón. Uống ít nước là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất gây táo bón. Nghiên cứu cho thấy rằng một người không đủ lượng dịch trong cơ thể nhưng khi uống nhiều nước sẽ tăng nhu động ruột. Đặc biệt hiệu quả khi tăng lượng nước uống chung với tăng lượng chất xơ trong chế độ ăn uống. Số lượng dịch khuyến cáo hàng ngày là 1,8 L cho nam và 1,6 L cho nữ và lượng nước uống được tính không chỉ từ "uống nước". Trà và cà phê có thể được tính vào lượng nước trong ngày.

Thuốc

Có một vài thuốc nhuận tràng được dùng để điều trị triệu chứng này. Khi sử dụng những thuốc này không có hiệu quả thì đi khám để được tư vấn là tốt nhất. Tiền sử sử dụng thuốc nhuận tràng có liên quan tới táo bón. Tiếp tục sử dụng thuốc nhuận tràng (đặc biệt là thuốc nhuận tràng kích thích) có thể dẫn tới vòng tròn lẫn quẩn về bài tiết chất ở ruột (mọi chất

trong lòng ruột được tống ra ngoài dẫn tới ngừng hoạt động của ruột trong 1 – 2 ngày). Tiếp theo sẽ khiến cho bệnh nhân hiểu lầm rằng tái phát táo bón và dùng nhiều thuốc nhuận tràng hơn, hậu quả là rơi vào vòng tròn lẫn lẩn.

Lạm dụng thuốc nhuận tràng kích thích kéo dài có thể dẫn tới mất trương lực của cơ trơn thành ruột (mất trương lực ruột) và tiếp tục bị táo bón. Nhiều loại thuốc có thể gây táo bón, một số thuốc được liệt kê trong bảng 3. Chi tiết các thuốc kê đơn và các thuốc OTC bệnh nhân đang sử dụng nên được lập ra .

Khi nào nên theo dõi kỹ
<ul style="list-style-type: none"> • Có sự thay đổi về thói quen đi cầu trên 2 tuần hoặc lâu hơn • Có đau bụng, nôn, chướng bụng • Có máu trong phân • Nghi một số thuốc kê đơn đang dùng gây ra triệu chứng này

Bảng 3. Các thuốc có thể gây táo bón

Nhóm thuốc	Tên thuốc
Giảm đau và các dẫn chất của thuốc phiện	<i>dihydrocodein, codein</i>
Kháng acid	<i>Muối aluminium</i>
Kháng đối giao cảm	<i>Hyoscin</i>
Thuốc chống trầm cảm	<i>Thuốc chống trầm cảm 3 vòng, SSRI</i>
Kháng histamin	<i>Chlopheniramin, promethazin</i>
Thuốc điều trị tăng huyết áp	<i>Clonidin, methyl dopa</i>
Thuốc điều trị Parkinson	<i>Levodopa</i>
Chẹn β giao cảm	<i>Propranolol</i>
Lợi tiểu	<i>Bendroflumethiazide</i>
Sắt	
Lạm dụng thuốc nhuận tràng	
Ức chế MAO	
Thuốc an thần kinh	<i>Chlorpromazin</i>

Liệu trình điều trị

Nếu trong 1 tuần dùng các thuốc OTC mà không cải thiện được triệu chứng, bệnh nhân nên đi khám. Nếu được sĩ thấy rằng chỉ cần tư vấn chế độ ăn uống hợp lý cho bệnh nhân thì cần tư vấn và theo dõi trong vòng 2 tuần xem triệu chứng có cải thiện không.

Quản lý

Táo bón không gây ra bởi một bệnh lý nghiêm trọng thường đáp ứng với phương pháp điều trị đơn giản bởi dược sĩ: Tăng lượng chất xơ, duy trì đủ lượng dịch trong cơ thể và tập thể dục thường xuyên. Dùng thuốc nhuận tràng trong thời gian ngắn có thể cải thiện vấn đề trước mắt.

Thuốc nhuận tràng kích thích (VD: Các Sennoside và Bisacodyl)

Cơ chế hoạt động là làm tăng nhu động ruột. Tất cả các thuốc nhuận tràng kích thích đều có thể có tác dụng quá mức gây ra cơn đau quặn bụng. Liều khuyến khích khi bắt đầu sử dụng là hơi thấp hơn so với liều được đề nghị, tăng liều khi cần thiết. Cường độ kích thích liên quan đến liều dùng. Thuốc nhuận tràng kích thích hiệu quả trong vòng 6-12 tiếng khi dùng bằng đường uống. Nên sử dụng thuốc nhuận tràng kích thích tối đa là 1 tuần. Viên tan trong ruột Bisacodyl nên được nuốt toàn bộ vì Bisacodyl kích thích dạ dày. Nếu dùng dạng thuốc đạn đặt hậu môn, thường đạt được hiệu quả trong vòng 1 tiếng sau khi đặt và đôi khi sớm hơn (khoảng 15 phút sau khi đặt). Natri Docusate có cả hai đặc tính: kích thích và làm mềm phân, có tác dụng trong khoảng một ngày.

Thuốc nhuận tràng tạo khối độn cho phân (VD: ispaghula, methylcellulose và sterculia)

Cơ chế hoạt động là sao chép các cơ chế sinh lý bình thường tham gia trong các quá trình bài tiết ở ruột và được nhiều người cân nhắc lựa chọn. Các thuốc này sẽ đặc biệt hữu ích với đối tượng là bệnh nhân không ăn được chất xơ hoặc không tăng chất xơ trong chế độ ăn uống. Sau khi sử dụng, các thuốc sẽ trương nở trong lòng ruột và làm tăng khối lượng phân do đó kích thích nhu động ruột. Có thể cần vài ngày để có tác dụng nhuận tràng.

Hàm lượng natri trong thuốc nhuận tràng tạo khối độn cho phân (như natri bicacbonat) nên được cân nhắc khi dùng ở đối tượng cần hạn chế natri. Khi giới thiệu sử dụng thuốc nhuận tràng tạo khối độn cho phân, các dược sĩ tư vấn sử dụng với nhiều nước là cần thiết. Dưới dạng bào chế hạt hoặc bột, nên trộn thuốc với một ly đầy nước (VD : nước ép trái cây hoặc nước lọc) trước khi uống. Nước ép trái cây có thể che dấu những mùi vị nhạt nhẽo của thuốc. Tắc ruột có thể xảy ra khi trộn không đủ lượng nước, đặc biệt là những người với ruột không hoạt động bình thường (là kết quả của lạm dụng thuốc nhuận tràng kích thích).

Thuốc nhuận tràng thẩm thấu (VD: Lactulose, macrogol,..)

Macrogol và *lactulose* tác động bằng cách duy trì lượng chất lỏng trong lòng ruột và có thể cần 1-2 ngày để có tác dụng .

Lactulose là thuốc dạng lỏng.

Macrogol dạng gói bột pha với nước trước khi uống. *Lactitol* có cấu trúc hóa học tương tự *lactulose* , có dạng gói bột, có thể rắc bột vào trong thức ăn hoặc uống với nước. Nên uống với 1 – 2 cốc nước . *Lactulose* và *lactitol* có thể gây chướng bụng, chuột rút và cảm giác khó chịu ở bụng.

Muối epsom (magnesium sulfat) là thuốc truyền thống, trong khi không còn được khuyến cáo sử dụng nhưng vẫn được một số khách hàng cao tuổi hỏi mua ở nhà thuốc. Nó hoạt động bằng cách hút nước vào trong lòng ruột, kết quả làm tăng áp lực trong lòng ruột, dẫn tới tăng nhu động ruột. Một liều thường làm bệnh nhân đi cầu trong vòng vài giờ sau khi dùng thuốc. Nếu sử dụng lặp đi lặp lại có thể dẫn đến mất nước.

Thuốc đạn glycerin có cả hai tác dụng: thẩm thấu và kích thích, thường có tác dụng trong

vòng 1 giờ. Khi dùng có thể gặp tình trạng khó chịu ở hậu môn. Làm ấm viên đạn trước sẽ dễ đặt hơn.

Táo bón ở trẻ em

Bố mẹ đôi khi hỏi mua thuốc nhuận tràng cho con cái của họ. Do bố mẹ thường có quan điểm đòi hỏi thói quen đi cầu của con phải bình thường nên bố mẹ hay mua thuốc điều trị táo bón. Có nhiều yếu tố có thể gây táo bón ở trẻ em, bao gồm thay đổi về chế độ ăn, các nguyên nhân về xúc cảm. Lời khuyên đơn giản là ăn uống đủ chất xơ, uống đủ nước là cần thiết cho tất cả các trường hợp. Nếu mới bị táo bón và không có dấu hiệu liên quan tới bệnh lý thực thể, thuốc đặt glycerin kết hợp với chế độ ăn là thích hợp. Nếu điều trị trên không có kết quả thì tốt nhất là gặp bác sĩ.

Táo bón ở phụ nữ có thai

Táo bón là triệu chứng thường xảy ra trong thai kỳ. Sự thay đổi nội tiết là nguyên nhân chính gây táo bón, người ta ước tính cứ 3 phụ nữ mang thai có 1 người bị táo bón. Chế độ ăn giàu chất xơ và uống đủ nước giúp cải thiện triệu chứng táo bón. Uống sắt, là thuốc thường được kê ở phụ nữ có thai, góp phần làm nặng thêm triệu chứng táo bón.

Thuốc nhuận tràng kích thích không được dùng trong thai kỳ, thuốc nhuận tràng tạo khối động cho phân là lựa chọn khả thi, mặc dù có thể gặp một vài triệu chứng khó chịu ở bụng khi sử dụng trong những tháng cuối của thai kỳ (xem chương sức khỏe phụ nữ).

Táo bón ở người cao tuổi

Táo bón là vấn đề thường gặp ở người cao tuổi do nhiều lý do khác nhau gây nên. Người cao tuổi ít có hoạt động thể lực hơn, họ thường có răng yếu hoặc răng giả nên thường tránh ăn những thức ăn có nhiều chất xơ vì khó nhai, người cao tuổi sử dụng nhiều loại thuốc khác nhau trong đó có những thuốc gây táo bón; những quan điểm bảo thủ tạo nên những thói quen đi cầu thường thấy ở người cao tuổi. Nếu sử dụng thuốc nhuận tràng tạo khối động cho phân ở người cao tuổi thì việc quan trọng của dược sĩ là đưa ra lời tư vấn uống đủ nước để ngừa tắc ruột.

Lạm dụng thuốc nhuận tràng

Hai nhóm bệnh nhân có khả năng lạm dụng thuốc nhuận tràng: Một nhóm bị táo bón mạn tính, bị cuốn vào vòng luẩn quẩn khi sử dụng thuốc nhuận tràng kích thích (xem tr.105) làm tổn thương đám rối thần kinh ở đại tràng, và một nhóm là những người sử dụng thuốc nhuận tràng để giảm cân, ví dụ, những người ăn kiêng, hoặc, nghiêm trọng hơn, có những phụ nữ có rối loạn ăn uống (chứng chán ăn hay chứng cuồng ăn) đã sử dụng với số lượng rất lớn thuốc nhuận tràng. Người dược sĩ nên đặt mình ở vị trí giám sát việc mua các sản phẩm nhuận tràng và tư vấn bệnh nhân cho phù hợp. Bất kỳ người nào sử dụng một số lượng lớn thuốc nhuận tràng đều cần phải hỏi ý kiến bác sĩ.

Ca lâm sàng về táo bón

Ca 1

Ông D. là một người trung niên thỉnh thoảng đến nhà thuốc của bạn. Ngày hôm nay ông ta phàn nàn về tình trạng táo bón đã kéo dài vài tuần nay. Vài ngày ông mới đi cầu một lần, bình thường mỗi ngày ông đều đi cầu. Mỗi lần đi cầu thấy đau và khó. Ông chưa sử dụng thuốc gì vì ông ta nghĩ tình trạng này sẽ tự khỏi. Trước đây chưa bao giờ ông ta bị táo bón. Ông đang uống atenelol 50 mg ngày một lần trong 1 năm. Ông không thấy có triệu chứng gì bất thường ngoại trừ cảm giác khó chịu thoáng qua ở bụng. Bạn hỏi ông về chế độ ăn, ông nói rằng từ khi bị sa thải cách đây 3 tháng, ông hình như ăn uống ít hơn bình thường, chế độ ăn của ông có vẻ ít chất xơ. Ông nói thêm rằng ông đang tìm công việc mới nhưng chưa thành công. Ông cảm thấy thật sự suy sụp và bắt đầu nghĩ rằng mình có thể không bao giờ kiếm được một công việc khác.

Nhìn nhận của dược sĩ

Triệu chứng của ông D. gần như chắc chắn là do thay đổi về lối sống và chế độ ăn. Hiện tại ông không đi làm, dường như ông ít hoạt động thể lực hơn và khẩu phần ăn của ông có thay đổi. Từ những gì ông khai, dường như ông đang bị trầm cảm vì không thành công trong tìm việc. Táo bón dường như có liên quan với trầm cảm, tình trạng này không liên quan với tác dụng phụ gây táo bón của một số thuốc trầm cảm.

Cần hỏi ông D. xem ông có ngủ ngon không (dấu hiệu của trầm cảm bao gồm rối loạn giấc ngủ : khó đi vào giấc ngủ hoặc khó dậy sớm và khó ngủ lại sau khi thức giấc). Cân nặng ở bệnh nhân mắc chứng trầm cảm có thể thay đổi. Một vài người ăn nhiều hơn trong khi đó có người lại thấy chán ăn. Tùy theo tình trạng cụ thể khi tiếp xúc cũng như mong muốn của ông D., bạn có thể cân nhắc việc tư vấn ông đi khám bác sĩ.

Để giải quyết các vấn đề về ăn uống, bạn có thể tư vấn cho ông ăn sáng với ngũ cốc nguyên hạt, và ăn ít nhất 4 lát bánh mỳ mỗi ngày. Đậu tương là nguồn thực phẩm rẻ, giàu chất xơ. Rau tươi cũng có nhiều chất xơ. Điều quan trọng nữa là khuyên bệnh nhân phải uống nhiều nước hơn. Chế độ ăn giàu chất xơ tức là bệnh nhân nên ăn nhiều chất xơ cho đến khi đi cầu phân nhiều và mềm mỗi ngày. Lượng chất xơ cần thiết là khác nhau giữa các bệnh nhân. Chế độ ăn giàu chất xơ cần thực hiện từ từ, nếu ăn quá nhanh, quá nhiều một lượng chất xơ sẽ gây ra đau quặn bụng, chướng bụng. Ông D. cũng cần phải chắc là ông uống lượng chất lỏng đề nghị trong ngày là 1,8L mỗi ngày. Tính tất cả các loại nước uống.

Để làm giảm triệu chứng, thuốc đặt glycerin hoặc bisacodyl có thể được sử dụng để tống tháo một cách nhanh chóng ở ruột hoặc dùng một thuốc nhuận tràng kích thích đường uống dùng lúc đi ngủ sẽ đi cầu dễ dàng ngày hôm sau, về lâu về dài, thay đổi chế độ ăn uống là chìa khóa để cải thiện vấn đề trên. Ông nên đi khám bác sĩ nếu thuốc đặt không có hiệu quả, nếu thuốc đặt có hiệu quả nhưng thay đổi chế độ ăn không cải thiện sau hai tuần, ông cũng nên đi khám bác sĩ. Thuốc ông đang dùng dường như không gây táo bón bởi vì, mặc dù chẹn β giao cảm đôi khi có thể gây táo bón nhưng ông đã dùng thuốc hơn 1 năm mà không có biểu hiện gì.

Nhìn nhận của bác sĩ

Lời khuyên của người dược sĩ là thiết thực. Có vẻ như tinh thần và sức khỏe của ông D. đã bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi trong cuộc sống của ông. Mất việc và thất nghiệp trong thời gian gần đây là nguyên nhân chính và tiếp tục làm ông bị stress. Thực tế người dược sĩ đã dành thời gian kiểm tra xem liệu pháp điều trị bằng cách thay đổi chế độ sinh hoạt có hiệu quả như thế nào. Sau đó dược sĩ khuyên ông đến gặp bác sĩ cũng là hợp lý. Nhiều người miễn cưỡng trình bày những vấn đề của mình với bác sĩ của họ nhưng một lời giới thiệu của người dược sĩ sẽ làm họ dễ trình bày các vấn đề với bác sĩ của họ hơn. Hy vọng, những lời tư vấn về bệnh táo bón ít nhất sẽ cải thiện được một phần chất lượng cuộc sống của ông. Nếu tình trạng táo bón không cải thiện trong vòng 2 tuần, ông nên đi khám bác sĩ.

Ca lâm sàng thứ 2

Nhân viên bán thuốc tại nhà thuốc của bạn nhờ bạn đưa ra lời tư vấn với một người phụ nữ trẻ X. đang ở tại nhà thuốc. Cô X. được các nhân viên bán thuốc nhận ra là thường xuyên mua thuốc nhuận tràng kích thích. Bạn nói với cô rằng bạn cần hỏi một vài câu hỏi vì khi sử dụng thuốc nhuận tràng thường xuyên có thể gây ra những rắc rối như là triệu chứng táo bón của bệnh nhân không cải thiện. Khi trả lời các câu hỏi của bạn, cô nói đã có chế độ ăn gần như liên tục và luôn luôn bị táo bón. Cân nặng của cô ta tương xứng với chiều cao. Bạn đưa cho cô xem biểu đồ BMI (chỉ số khối cơ thể) có ở nhà thuốc và tính toán chỉ số BMI của cô đang ở vị trí nào để củng cố nhận định ban đầu của bạn. Tuy nhiên cô ấy không đồng ý với lời tư vấn của bạn, và nói rằng cô ấy cần giảm cân nhiều hơn. Bạn hỏi về chế độ ăn của cô và cô nói với bạn rằng cô đã thực hiện nhiều biện pháp giảm cân, mà hầu hết là ăn rất ít.

Nhìn nhận của người dược sĩ

Đáng buồn thay, nội dung câu chuyện trên rất hay gặp trong các nhà thuốc ở cộng đồng, nhiều phụ nữ muốn có cân nặng dưới mức cho phép. Dược sĩ nên giải thích rằng táo bón thường xảy ra khi chế độ ăn nghèo nàn. Vì ăn thiếu chất xơ làm ruột không làm việc một cách bình thường. Có lẽ người dược sĩ nên gợi ý cô ấy tham gia một câu lạc bộ kiểm soát cân nặng ở địa phương hoặc nếu các nhà thuốc có kinh doanh dịch vụ này thì cung cấp nó. Bất chấp lời khuyên của dược sĩ, nhiều khách hàng vẫn muốn mua thuốc nhuận tràng và dược sĩ cần cân nhắc xem có từ chối bán hay không. Tự mua thuốc nhuận tràng kích thích chỉ làm nặng thêm triệu chứng táo bón và từ chối bán thuốc nhuận tràng cho khách hàng khi cần.

Nhìn nhận của người bác sĩ

Điều này rõ ràng là khó khăn cho dược sĩ. Người phụ nữ trẻ tiếp tục dùng thuốc nhuận tràng là không hợp lý và cô ấy cần được tư vấn. Tuy nhiên, một thách thức với người dược sĩ là người bệnh đó có thể mua thuốc nhuận tràng một cách đơn giản ở bất cứ nơi đâu. Nếu như cô ta gặp rối loạn về ăn uống, hay cô ấy đang rất tự ti về cân nặng của mình và từ chối vấn đề của cô ấy. Cả hai yếu tố trên đều gây khó khăn cho người dược sĩ để can thiệp hiệu quả sao cho tối ưu nhất. Một ý tưởng hay là gửi bệnh nhân tới nơi có chuyên môn sâu điều này còn phụ thuộc vào điều kiện của địa phương, nhưng người dược sĩ có thể khuyên người bệnh tới gặp bác sĩ hoặc có thể khuyên cô ấy tham khảo trên trang web về rối loạn ăn uống (www.b-eat.co.uk).

Nếu bác sĩ khám cho cô ấy, tiếp cận để hiểu bệnh bệnh nhân là cần thiết. Điều quan trọng là tạo cơ hội cho cô ấy nói tất cả những suy nghĩ về vấn đề của cô ấy, vấn đề đó làm cô ấy cảm giác thế nào và ảnh hưởng như thế nào tới cuộc sống. Thiết lập mối quan hệ hỗ trợ với sự tin tưởng giữa bệnh nhân và bác sĩ là mục tiêu chính khi tiếp xúc ban đầu. Một khi điều đó đạt được, phương hướng điều trị sau đó cho bệnh nhân có thể được thảo luận và quyết định cùng nhau.

Ca lâm sàng thứ 3

Một người đàn ông tới nhà thuốc hỏi mua một vài viên thuốc nhuận tràng tốt. Thông qua hỏi bệnh, người dược sĩ được biết là người đàn ông đó mua thuốc cho bố anh ấy, 72 tuổi. Anh ấy không biết nhiều chi tiết ngoại trừ một điều rằng bố anh ấy có phàn nàn về tình trạng táo bón ngày càng tăng kéo dài 2 – 3 tháng nay và đã thử dùng thuốc nhuận tràng *senna* nhưng không đỡ.

Nhìn nhận của người dược sĩ

Hỏi người thứ ba hoặc người mua giùm thuốc thường là một thách thức cho người dược hỏi vì người dược hỏi không biết toàn bộ thông tin của bệnh nhân. Tuy nhiên trong trường hợp này sự quyết định là khá rõ. Người bệnh nhân cần đến gặp bác sĩ vì tiền sử táo bón kéo dài và đã dùng thuốc nhuận tràng kích thích nhưng không kết quả.

Nhìn nhận của người bác sĩ

Giới thiệu bệnh nhân tới bác sĩ nên được khuyến khích trong tình huống này. Thuốc đặt glycerin là phương pháp điều trị an toàn để sử dụng trong thời điểm này. Rõ ràng cần thu thập thêm những thông tin khác là cần thiết để đưa ra ý kiến và chẩn đoán.

Sự biến đổi dai dẳng và nặng dần về thói quen đi cầu cần được giới thiệu đến bệnh viện để có những thăm dò chuyên sâu nhằm tầm soát ung thư ruột già. Bác sĩ nên tổng hợp thêm các triệu chứng của người bệnh và tiến hành thăm khám bụng và soi trực tràng. Các thủ thuật này nhằm xác nhận có sự xuất hiện của khối u trực tràng hay không. Sẽ rất hợp lý để chuyển khẩn cấp bệnh nhân tới nơi có điều kiện thăm khám chuyên sâu. Tại bệnh viện các thăm khám bao gồm soi đại tràng *sigma g* kết hợp với chụp XQ có thuốc cản quang bari và/hoặc nội soi đại tràng. Trong nội soi đại tràng, một ống mềm và/hoặc được luồn qua hậu môn và sau đó đưa lên và dò xung quanh toàn bộ ruột già đến manh tràng.

BÀI 13. TIÊU CHẢY

Dược sĩ cộng đồng có thể được bệnh nhân hỏi về cách điều trị bệnh tiêu chảy hiện có hoặc về những lời khuyên nên làm thế nào khi bị tiêu chảy, ví dụ khi đi du lịch . Tiêu chảy được định nghĩa là sự tăng tần suất bài tiết của ruột với sự thải ra phân mềm hoặc lỏng bất thường. Điều trị cơ bản của tiêu chảy là sự bù nước và chất điện giải; ngoài ra các thuốc chống tiêu chảy cũng hữu ích cho người lớn và trẻ lớn.

Những thông tin bạn cần tìm hiểu
<ul style="list-style-type: none"> • Tuổi <ul style="list-style-type: none"> ○ Trẻ sơ sinh, trẻ em, người trưởng thành, người già. • Thời gian • Mức độ nghiêm trọng • Triệu chứng, các triệu chứng liên quan <ul style="list-style-type: none"> ○ Buồn nôn / nôn ○ Sốt ○ Đau bụng ○ Đầy hơi • Các thành viên trong gia đình có bị ảnh hưởng không? • Tiền sử bệnh • Có đi du lịch gần đây hay không? • Các yếu tố nguyên nhân • Thuốc <ul style="list-style-type: none"> ○ Các thuốc đã thử để điều trị ○ Các thuốc khác hiện đang dùng

Ý nghĩa của các câu hỏi và trả lời

Tuổi

Cần lưu ý đặc biệt đối với trẻ nhỏ và người cao tuổi. Trẻ sơ sinh (dưới 1 tuổi) và người già là những đối tượng có nguy cơ cao bị mất nước.

Thời gian

Đa số các trường hợp tiêu chảy là cấp tính và sẽ tự khỏi. Chính vì sự nguy hiểm của tình trạng mất nước, trẻ sơ sinh bị tiêu chảy lâu hơn 1 ngày nên được chỉ dẫn đến gặp bác sĩ.

Mức độ nghiêm trọng

Mức độ nghiêm trọng của bệnh có liên quan đến tính chất và tần suất của số lần đi tiêu. Cả 2 khía cạnh này đều quan trọng, vì những hiểu lầm có thể phát sinh, đặc biệt trong tự chẩn đoán. Người cao tuổi than phiền về tiêu chảy trên thực tế có thể đang phải trải qua tình trạng tắc phân cục bộ. Họ có thể đi tiêu phân lỏng nhưng chỉ với 1 hoặc 2 lần đi tiêu trong 1 ngày.

Triệu chứng

Tiêu chảy cấp tính thường khởi phát rất nhanh và thường tiêu phân lỏng thường xuyên. Đau bụng, đầy hơi, mệt mỏi và cảm thấy khó chịu cũng có thể xảy ra. Buồn nôn và nôn mửa cũng có thể xảy ra chung với tiêu chảy, cũng như sốt. Dược sĩ luôn nên hỏi về tình trạng sốt và nôn mửa ở trẻ sơ sinh, vì cả 2 sẽ làm tăng khả năng mất nước ở trẻ. Một câu hỏi quan trọng khác cũng nên được xác định ở trẻ sơ sinh là liệu trẻ có được cho bú sữa và những thức uống khác như bình thường hay không. Giảm lượng nước đưa vào sẽ dẫn đến tình trạng mất nước.

Dược sĩ cũng nên hỏi về thức ăn mà bệnh nhân đã ăn cũng như hiện nay các thành viên khác trong gia đình và bạn bè của bệnh nhân có ai trải qua các triệu chứng giống bệnh nhân không vì tiêu chảy cấp thường bắt nguồn từ nhiễm khuẩn. Thường có những vùng viêm ruột nhỏ khu trú, và dược sĩ có thể được nhiều bệnh nhân khác nhau hỏi về cách điều trị và lời khuyên trong một khoảng thời gian ngắn. Các loại tiêu chảy do nhiễm trùng sẽ được thảo luận ở phần sau của chương này.

Sự hiện diện của máu và chất nhầy trong phân là một dấu hiệu cần phải được bác sĩ kiểm tra. Tiêu chảy có nôn mửa và sốt cao cũng cần được tư vấn của chuyên viên y tế.

Tiền sử bệnh

Bệnh nhân với tiền sử tiêu chảy hoặc có sự thay đổi về thói quen đi tiêu trong một thời gian dài nên được khuyên gặp bác sĩ để được khám kỹ hơn và người dược sĩ cần phân biệt rõ giữa tình trạng tiêu chảy cấp tính hay mạn tính. Tiêu chảy mạn tính (thời gian kéo dài hơn 3 tuần) có thể do các bệnh đường ruột gây ra (như bệnh Crohn, IBS hoặc viêm loét đại tràng), và cần tư vấn kỹ từ chuyên gia y tế.

Có đi du lịch gần đây hay không?

Những bệnh nhân tiêu chảy có đi du lịch gần đây cần được khuyên đến gặp bác sĩ vì có thể bị tiêu chảy do nhiễm trùng. Giardia thường được xem là tác nhân gây tiêu chảy du lịch cho những du khách vừa trở về từ Nam Mỹ hay vùng Viễn Đông.

NGUYÊN NHÂN GÂY TIÊU CHẢY:

Nhiễm trùng

Hầu hết các trường hợp tiêu chảy xảy ra trong thời gian ngắn và thói quen đi tiêu bình thường trước và sau tiêu chảy. Trong những tình huống này, có thể nghi ngờ nguyên nhân là nhiễm trùng (vi khuẩn hoặc virus).

Virus: Virus thường gây viêm đường ruột. Ở trẻ sơ sinh, các virus gây các vấn đề này thường xâm nhập vào cơ thể qua đường hô hấp (rotavirus). Các triệu chứng liên quan thường là cảm lạnh và có thể có ho. Các triệu chứng nhiễm trùng bắt đầu đột ngột và nôn thường thấy trước tiêu chảy. Giai đoạn cấp tính thường diễn ra trong vòng 2-3 ngày, mặc dù tiêu chảy có thể vẫn xảy ra sau đó. Đôi khi tiêu chảy có thể xảy ra lại khi trẻ được cho bú sữa lại. Điều này là do những enzyme tiêu hóa sữa tạm thời không hoạt động. Do đó sữa đi qua ruột mà không được tiêu hóa gây tiêu chảy. Những người chăm sóc sức khỏe hoặc bác sĩ cần phải cung cấp thêm lời khuyên trong những tình huống này.

Trong khi đó, hầu hết các nhiễm trùng thường không quá nghiêm trọng và tự khỏi, nhưng cũng nên nhớ rằng nhiễm rotavirus có thể dẫn đến tử vong. Tình trạng này thường gặp nhất ở trẻ suy dinh dưỡng, trẻ sống trong hoàn cảnh nghèo đói hoặc những trẻ không được nuôi dưỡng bằng sữa mẹ.

Norovirus cũng là một nguyên nhân phổ biến khác gây nên tình trạng viêm đường ruột ở mọi lứa tuổi. Có khoảng 1 triệu người bị ảnh hưởng mỗi năm ở Anh. Virus lan truyền thông qua tiếp xúc giữa người, thực phẩm nhiễm khuẩn và các bề mặt tiếp xúc. Sau 48h ủ bệnh, bệnh phát tác đột ngột với các triệu chứng nôn mửa, tiêu chảy và các triệu chứng giống cúm. Các triệu chứng thường tự hết nhanh chóng và việc điều trị cần kết hợp với việc bổ sung nước.

Vi khuẩn: Đây là những vi khuẩn lây nhiễm qua thức ăn mà trước đây gọi là ngộ độc thực phẩm. Có nhiều loại vi khuẩn khác nhau gây ra tình trạng nhiễm trùng này như: *Staphylococcus*, *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia coli* chủng gây bệnh, *Bacillus cereus* và *Listeria monocytogenes*. Các triệu chứng điển hình bao gồm tiêu chảy nặng và /hoặc nôn ói, có thể kèm theo đau bụng. Hai loại vi khuẩn thường gặp là *Campylobacter* và *Salmonella*, thường liên quan đến thịt gia cầm bị nhiễm khuẩn, mặc dù các loại thịt khác cũng có thể bị nhiễm. Trứng bị nhiễm bẩn cũng là 1 nguồn tìm thấy *Salmonella*. Nhà bếp sạch sẽ và nấu chín thức ăn có tầm quan trọng rất lớn trong việc ngăn ngừa nhiễm khuẩn.

Bảng 4 tóm tắt các đặc điểm tiêu biểu của các loại nhiễm trùng:

- Bệnh lỵ gây ra bởi trực khuẩn *Shigella*. Nó có thể xảy ra thành dịch ở những nơi đông dân hoặc có thể xảy ra với những du khách đến châu Phi hoặc châu Á.

- *B.cereus* thường liên quan tới cơm nấu chín, đặc biệt là nếu nó được giữ ấm hoặc hâm nóng. Triệu chứng lâm sàng có 2 loại, được thể hiện trong bảng 4.

- Nhiễm khuẩn *E.coli* ít phổ biến hơn nhưng có thể nghiêm trọng với độc tố phát tán trong cơ thể có thể gây suy thận.

- *L.monocytogenes* có thể gây viêm đường ruột hoặc bệnh lý giống cúm. Ở một số trường hợp có thể diễn tiến nặng hơn và gây ra nhiễm trùng huyết hoặc viêm màng não, với một tỉ lệ tử vong đáng kể. Phụ nữ mang thai dễ nhiễm phải vi khuẩn này, nhưng nó cũng là một bệnh hiếm với tần suất xảy ra là 1 trên 20.000 thai phụ. Nhiễm khuẩn trong quá trình mang thai có thể gây sẩy thai, thai chết lưu và nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh. Một số thực phẩm cần tránh trong quá trình mang thai là: phô mai chưa tiệt trùng, phô mai chín mềm, phô mai gân xanh, pate, thịt cắt để lạnh, cá hun khói. Cần cẩn thận khi lưu trữ, sử dụng thức ăn chế biến sẵn tại nhà. Phụ nữ có thai bị tiêu chảy hoặc sốt nên đưa đến ngay hộ sinh hoặc bác sĩ.

Kháng sinh thường không cần thiết vì hầu hết các trường hợp tiêu chảy do nhiễm trùng thực phẩm tự hết sau đó. Việc điều trị quan trọng nhất là bù đủ lượng nước mất đi do tiêu chảy. Kháng sinh được dùng trong trường hợp nhiễm trùng do *Shigella* hoặc các trường hợp nặng của *Salmonella* hoặc *Campylobacter*. Trong những trường hợp này Ciprofloxacin có thể được sử dụng.

- Nhiễm đơn bào tuy không phổ biến ở vùng Tây Âu nhưng có thể xảy ra cho những khách du lịch từ xa đến. Ví dụ như *Entamoeba histolytica* (lỵ amip) hoặc *Giardia lamblia* (*Giardia*). Chẩn đoán được thực hiện bằng cách gửi mẫu phân đến phòng xét nghiệm.

Tiêu chảy mạn tính

Tiêu chảy tái phát hay kéo dài có thể là do hội chứng ruột kích thích hoặc nặng hơn có thể là một khối u ở ruột, viêm ruột (ví dụ như viêm loét đại tràng hoặc bệnh Crohn) hoặc không có khả năng tiêu hóa hoặc hấp thu thức ăn (như hội chứng kém hấp thu, bệnh celiac) hoặc bệnh túi cùng của đại tràng.

Bảng 4: một số đặc điểm của tiêu chảy do nhiễm trùng:

Nhiễm trùng	Thời gian ủ bệnh	Thời gian bệnh	Triệu chứng
<i>Staphylococcus</i>	2-6h	6-24h	Nặng, nhanh khỏi, đặc biệt là nôn
<i>Salmonella</i>	12-24h	1-7 ngày	Chủ yếu là tiêu chảy
<i>Campylobacter</i>	2-7 ngày	2-7 ngày	Tiêu chảy kèm đau bụng
<i>B. cereus</i>	1-5h	6-24h	Nôn ói
<i>B. Cereus</i> (2 dạng nhiễm trùng)	8-16h	12-24h	Tiêu chảy
<i>L.monocytogenes</i>	3-70 ngày		Triệu chứng giống cảm, tiêu chảy

Hội chứng ruột kích thích (xem trang 124): Bệnh này không nghiêm trọng nhưng gây khó chịu cho bệnh nhân, và là một trong những nguyên nhân phổ biến gây rối loạn chức năng đường ruột tái diễn ở trẻ vị thành niên và thanh niên. Bệnh nhân thường mô tả triệu chứng dạng một lượng phân nhỏ khi đi tiêu hơn là tiêu chảy. Dạng phân khá đa dạng, thường rời hoặc nửa mềm. Nó có thể được diễn tả như phân thô hoặc có hình dạng cây bút chì. Tần suất nhu động ruột cũng thường xuyên thay đổi như tiêu chảy luân phiên với táo bón. Thông thường bệnh nhân có thói quen đi tiêu vài lần vào buổi sáng trước khi đi làm. Tình trạng này gặp nhiều hơn khi bị stress, có thể liên quan tới sự lo lắng và đôi khi có thể gây ra bởi nhiễm trùng đường ruột. Chế độ ăn uống không đủ chất xơ hoặc các chất xơ không được hòa tan cũng có thể gây ra tình trạng này. Có một số loại thực phẩm nhất định có thể kích ứng ruột, nhưng điều này chưa được chứng minh.

Đối với hội chứng ruột kích thích, đi tiêu thường không kèm với máu. Tiêu chảy ra máu có thể do viêm ruột hoặc có khối u ở ruột, và luôn cần tìm hiểu nguyên nhân kĩ hơn ở những trường hợp này. Nguyên nhân do khối u thường thấy hơn ở bệnh nhân cao tuổi (nhất là từ tuổi trung niên trở lên) và thường do thói quen đi tiêu thay đổi trong thời gian dài; trong trường hợp này tiêu chảy đôi khi có thể gặp luân phiên với táo bón.

Thuốc

Những thuốc đã thử dùng:

Dược sĩ nên tìm hiểu những thuốc bệnh nhân đã dùng để làm giảm triệu chứng nhằm đánh giá tính thích hợp của những loại thuốc này.

Các thuốc khác hiện đang uống:

Thông tin chi tiết của tất cả các thuốc đang được dùng (kể cả OTC lẫn thuốc kê đơn) đều cần thiết, vì một số thuốc khi uống có thể gây tiêu chảy (bảng 5). Việc sử dụng thuốc OTC nên được cân nhắc, một số thuốc thường dùng như thuốc kháng acid có chứa Mg và các chế phẩm chứa sắt có thể gây tiêu chảy. Lạm dụng thuốc nhuận trường cũng có thể là một nguyên nhân nên nghĩ đến.

Bảng 5. Một số thuốc có thể gây tiêu chảy

- Thuốc kháng acid: muối Mg
- Kháng sinh
- Thuốc hạ huyết áp: methyldopa , beta blocker (hiếm)
- Digoxin (liều độc)
- Thuốc lợi tiểu (furosemide)
- Các chế phẩm sắt
- Thuốc nhuận tràng
- Misoprostol
- Thuốc kháng viêm không steroid
- Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc

Khi nào thì khuyên bệnh nhân gặp bác sĩ?

- Tiêu chảy kéo dài lâu hơn
 - 1 ngày ở trẻ nhỏ hơn 1 tuổi
 - 2 ngày ở trẻ dưới 3 tuổi và người già
 - 3 ngày ở trẻ lớn và người lớn
- Liên quan đến nôn mửa và sốt nặng
- Vừa mới du lịch nước ngoài gần đây
- Nghi ngờ phản ứng phụ của thuốc do các thuốc kê đơn
- Có tiền sử thay đổi thói quen đi tiêu
- Có sự hiện diện có máu và chất nhầy trong phân
- Mang thai

Thời gian điều trị

Một ngày ở trẻ em, hoặc có thể lên đến 2 ngày

Điều trị

Liệu pháp bù nước đường uống

Nguy cơ mất nước do tiêu chảy cao nhất là ở trẻ em, và bù nước được xem là liệu pháp điều trị chuẩn cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị tiêu chảy cấp. Gói uống bù nước có thể dùng để trị tiêu chảy ở trẻ lớn và người lớn.

Vẫn có thể dùng liệu pháp bù nước ngay cả trong trường hợp cần đến gặp bác sĩ. Dạng gói bột để pha với nước có bán trên thị trường, những loại này chứa Na ở dạng muối clorid và bicarbonate, ngoài ra còn có đường glucose và kali. Việc hấp thu Natri sẽ tốt hơn khi có flucose. Các dạng gói này cũng rất đa dạng về mùi vị.

Dược sĩ nên hướng dẫn kỹ cách pha gói bột cho bệnh nhân, và lưu ý rằng chỉ nên dùng nước lọc để pha thuốc (không bao giờ dùng nước trái cây hoặc thức uống có gas); nước đun sôi để nguội nên được dùng ở trẻ dưới 1 tuổi. Dung dịch sau pha có thể giữ trong 24h trong tủ lạnh. Không nên dùng dung dịch đã pha cho ngày hôm sau. Nước có ga có đường không nên sử dụng để pha các dụng dịch bù nước, vì sẽ tạo thành 1 dụng dịch thẩm thấu làm nặng hơn

tình trạng tiêu chảy. Hàm lượng natri, cũng như hàm lượng glucose trong các thức uống đó cũng có thể cao.

Bảng 6: lượng dịch được đề nghị cung cấp cho bệnh nhân

Tuổi	Lượng dịch cần bù (sau mỗi lần tiêu chảy)
Dưới 1 tuổi	50ml (1 phần tư của ly thủy tinh)
1 đến 5 tuổi	100 ml (1 nửa ly thủy tinh)
6 đến 12 tuổi	200 ml (1 ly thủy tinh)
Người lớn	400 ml (2 ly thủy tinh)

Không nên tự làm dung dịch muối và đường ở nhà, vì nồng độ các chất điện giải có thể không chính xác, trong khi độ chính xác này là rất cần thiết đặc biệt với trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ hoặc người già. Muỗng định lượng chính xác có thể được sử dụng để tạo ra một nồng độ chính xác nhưng việc này chỉ nên áp dụng cho người lớn vì nồng độ chất điện giải không quá quan trọng.

Lượng dịch cần:

Cha mẹ đôi khi hỏi cần bù bao nhiêu nước cho trẻ. Các nguyên tắc đơn giản sau đây có thể dùng để hướng dẫn: lượng nước bù cho bệnh nhân sẽ dựa trên số lần tiêu chảy phân lỏng. Bảng 6 cung cấp thông tin lượng dịch cần sau mỗi lần tiêu phân lỏng.

Liệu pháp khác

Loperamid

Loperamid là 1 thuốc điều trị tiêu chảy rất hiệu quả cho trẻ lớn và người lớn. Khi chỉ định loperamid cho bệnh nhân, dược sĩ nên dặn bệnh nhân uống nhiều nước để bù dịch. Có thể dùng gói bột pha dung dịch bù nước. Loperamid không nên sử dụng cho trẻ dưới 12 tuổi.

Diphenoxylat/ atropin (Co-phenotrope)

Co -phenotrope có thể sử dụng như một liệu pháp hỗ trợ bù nước và trị tiêu chảy ở những bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên.

Kaolin

Kaolin được sử dụng như một liệu pháp trị tiêu chảy truyền thống trong nhiều năm qua. Tác dụng của Kaolin được cho là dựa trên khả năng hút nước, do đó hút cả các chất độc và vi khuẩn lên bề mặt của nó, từ đó loại chúng ra khỏi ruột. Tuy nhiên, về sau người ta đã chứng minh đây không phải cơ chế cho tác dụng này và cho đến nay hiệu quả của nó cũng còn là một câu hỏi. Liệu pháp bù dịch bằng đường uống hầu như đã thay thế các chế phẩm chứa kaolin tuy nhiên bệnh nhân vẫn tiếp tục yêu cầu các chế phẩm có chứa kaolin.

Morphin

Morphin và các dẫn chất, đã nằm trong phác đồ điều trị tiêu chảy từ nhiều năm. Nền tảng lý thuyết trị tiêu chảy của morphin và các dẫn chất gây nghiện khác như codein là làm chậm nhu động ruột, trên thực tế, táo bón là một tác dụng thường gặp của nhóm thuốc này. Tuy nhiên, liều trong hầu hết các chế phẩm OTC không chắc sẽ tạo ra được hiệu quả mong muốn. Kaolin và hỗn hợp chứa morphin vẫn là lựa chọn phổ biến của nhiều bệnh nhân, mặc dù chưa có dữ liệu khẳng định hiệu quả của nó.

Probiotic

Một nghiên cứu tổng quan hệ thống đã chỉ ra rằng khi sử dụng cùng với liệu pháp bù nước, các chế phẩm sinh học này sẽ làm giảm bớt số lần đi tiêu và rút ngắn thời gian tiêu

chảy do nhiễm trùng. Tuy nhiên những người tham gia trong các thử nghiệm đa phần là người khỏe mạnh. Các nhà nghiên cứu cũng chỉ ra rằng cần được nghiên cứu thêm trước khi có khuyến cáo về việc sử dụng probiotic.

Một số điểm khi thực hành:

1. Bệnh nhân bị tiêu chảy nên uống nhiều các chất lỏng không có màu trắng đục như nước hay nước trái cây pha loãng
2. Tổ chức tổng hợp kiến thức lâm sàng (CKS) thuộc Bộ y tế quốc gia (NHS) khuyên rằng bệnh nhân có thể được tư vấn để tiếp tục chế độ ăn uống bình thường của họ nhưng nên tránh các loại thực phẩm béo, các loại thực phẩm có hàm lượng đường cao vì chúng có thể không được dung nạp tốt.
3. Bú mẹ và bú bình nên được tiếp tục ở trẻ. Mức độ tiêu chảy và thời gian tiêu chảy không bị ảnh hưởng bởi việc tiếp tục dùng sữa. Mục tiêu đặt ra nên là trẻ được nuôi đầy đủ chất dinh dưỡng, đặc biệt là đối với trẻ sơ sinh không được cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng, và khi đó việc giảm lượng sữa cho bú sẽ bất lợi hơn ở trẻ được nuôi dưỡng tốt – khi đó việc ngừng cho bú tạm thời không quá ảnh hưởng. Các bác sĩ do đó tiếp tục tư vấn trẻ nên tạm thời ngừng uống sữa, đặc biệt là bú bình, trong suốt giai đoạn cấp tính.

Tình huống tiêu chảy trong thực hành lâm sàng:

Ca 1:

Cô Robinson nhờ bạn tư vấn thuốc dùng cho tiêu chảy. Con trai cô ấy -David - 11 tuổi bị tiêu chảy và cô ấy lo lắng rằng 2 con của cô ấy Natalie - 4 tuổi, và Tom - chỉ hơn 1 tuổi, cũng có thể bị tiêu chảy. David bắt đầu tiêu chảy từ hôm qua, đã đi tiêu 5 lần, có bị mệt nhưng giờ không còn mệt nữa. David có than đau, nhưng nhìn chung vẫn ổn và linh động. Hôm qua cậu bé đã ăn một chiếc bánh nướng và khoai tây chiên từ cửa hàng ăn nhanh cho bữa trưa tại trường. Các thành viên khác trong gia đình không ai dùng thức ăn giống như vậy. Cô Robinson chưa cho cậu bé uống bất kì thuốc nào.

Quan điểm của dược sĩ

Nghe có vẻ David đang bị 1 cơn tiêu chảy cấp tính gây ra bởi thức ăn đã ăn vào buổi trưa hôm qua. Cậu bé đã nôn một lần, nhưng bây giờ vấn đề là bệnh tiêu chảy. Ngoài ra cậu bé vẫn ổn. Cậu bé chỉ mới 11 tuổi nên liệu trình điều trị tốt nhất là thực hiện bù nước bằng đường uống và cùng với một số lời khuyên cho mẹ của cậu bé về cách dùng. Nếu 1 trong 2 trẻ còn lại của cô ấy bị tiêu chảy thì chúng vẫn có thể dùng liệu pháp này. David nên gặp bác sĩ vào ngày mai nếu tình trạng của cậu bé không cải thiện.

Quan điểm của bác sĩ

Tiêu chảy của David là do ngộ độc thực phẩm. Bù nước bằng đường uống là liệu pháp điều trị chính xác. Cậu bé cũng nên được khuyên là không nên ăn bất cứ thứ gì trong vòng 24h tới hoặc có thể lâu hơn cho đến khi không còn tiêu chảy. Nếu muốn bổ sung thêm các dung dịch lỏng khác ngoài dung dịch bù nước điện giải thì cậu bé nên tránh dùng sữa.

Triệu chứng của cậu bé sẽ giảm xuống trong vòng vài giờ tới. Nếu chúng vẫn còn tồn tại, hoặc cậu bé than đau bụng nặng hơn, đặc biệt là phía dưới bên phải của bụng, mẹ cậu bé nên liên hệ với bác sĩ. Bệnh đau ruột thừa cấp tính không điển hình có thể biểu hiện bằng một triệu chứng của bệnh nhiễm trùng đường ruột.

Ca 2 :

Bà Choudry đang chờ lấy thuốc mà bà dùng trong ngừa tăng huyết áp. Bạn hỏi thăm về cô ấy và gia đình cô ấy như thế nào, thì cô ấy nói rằng các thành viên trong gia đình cô ấy đều đang bị bệnh tiêu chảy. Bạn biết rằng gia đình họ vừa mới từ Ấn Độ về sau khi thăm họ hàng và tham dự một đám cưới. Sau khi được hỏi kỹ hơn, bà Choudry đã nói rằng vấn đề tiêu chảy bắt đầu sau khi họ đi du lịch về.

Quan điểm của dược sĩ

Giới thiệu bệnh nhân đến các bác sĩ cộng đồng là cần thiết vì tiêu chảy có thể liên quan đến chuyên du lịch gần đây.

Quan điểm của bác sĩ

Giới thiệu đến gặp bác sĩ là hợp lý ở đây. Rất rõ ràng, tìm hiểu sâu hơn về tình trạng bệnh là cần thiết, chẳng hạn như ngày bắt đầu có triệu chứng và ngày về đến vương quốc Anh. Nghe như không có vẻ đây là một bệnh tiêu chảy cấp nhưng cần đảm bảo không ai trong gia đình bị mất nước. Nếu bệnh tiêu chảy vẫn còn tồn tại, mẫu phân nên được gửi đến phòng thí nghiệm y học cộng đồng tại địa phương để phân tích. Có thể là họ bị nhiễm bệnh bởi Giardiasis và cần được điều trị bằng metronidazol. Đôi khi các mẫu phân cho kết quả là không có dấu hiệu nhiễm trùng, khi đó có thể xem đây là tiêu chảy do nhu động ruột bị kích thích sau khi nhiễm trùng. Trường hợp này thường tự khỏi mà không cần điều trị đặc hiệu.

Ca 3

Bà Jean Berry muốn mua một số loại thuốc trước khi gia đình bà đi du lịch nước ngoài lần đầu tiên, gia đình bà sẽ đi Tây Ban Nha vào tuần tới. Bà Berry có nghe nói có một số người đi du lịch bị tiêu chảy, nên bà ấy muốn bạn tư vấn về phương pháp điều trị tốt. Khi tìm hiểu bạn biết rằng, ông bà Berry và cả 2 con trai 10 và 14 tuổi của họ đều đi du lịch.

Quan điểm của dược sĩ

Tiêu chảy do du lịch thường được giải quyết một cách dễ dàng. Bà Berry nên mua một số viên nang loperamid, đó sẽ là lựa chọn thích hợp cho bà, ông Berry và cậu con trai 14 tuổi của họ. Ngoài ra bà ấy cũng nên mua một số gói bù nước đường uống cho cậu con trai nhỏ. Những gói thuốc này cũng có thể sử dụng cho các thành viên khác trong gia đình.

Dược sĩ cũng có thể đưa ra một số lời khuyên có ích về một số nguy cơ có thể tránh trong kỳ nghỉ đầu tiên của gia đình bà Berry. Trái cây tươi nên gọt vỏ trước khi ăn, thức ăn nóng không nên ăn ở những nơi khác ngoài nhà hàng. Tốt nhất nên tránh ăn đồ ăn ở những quầy ăn vặt bên đường. Các câu hỏi về chất lượng nước uống cũng nên được hỏi. Lời khuyên tốt nhất cho khách du lịch là nên kiểm tra với các đại diện của các công ty du lịch về khả năng thích ứng nước uống ở địa phương. Nếu nghi ngờ, có thể dùng nước khoáng đóng chai, và có thể dùng nước này để pha thuốc bột. Nước đá cũng nên tránh dùng, vì chất lượng nước đá phụ thuộc vào nguồn nước cung cấp.

Tiêu chảy do du lịch thường sẽ tự khỏi, nhưng nếu nó vẫn còn tồn tại sau vài ngày, thì cần được can thiệp y tế. Nếu tiêu chảy vẫn còn tồn tại hoặc tái diễn khi về đến nhà nên đến gặp bác sĩ. Cuối cùng, bệnh nhân nên cảnh giác với việc mua OTC ở nước ngoài. Ở một số nước, một lượng lớn kháng sinh và steroid đường uống có thể được mua như là thuốc OTC. Ví dụ mỗi năm, bệnh nhân trở về Anh với tác dụng phụ nghiêm trọng khi sử dụng chloramphenicol đường uống được kê đơn hoặc được mua.

Quan điểm của bác sĩ

Dược sĩ đã điếm qua hết những ý quan trọng. Khả năng gây tiêu chảy thường nhất là ngộ độc thức ăn và nước. Biện pháp tốt nhất trị tiêu chảy là ngừng ăn và dùng nước đón chai (có hoặc không có bột cung cấp điện giải). Sử dụng loperamid cũng có thể là 1 lựa chọn hợp lí.

Ca 4:

Ông Radcliffe là một cụ ông sống một mình. Hôm nay, người giúp việc nhà ông ấy nhờ bạn tư vấn tiêu chảy mà ông ấy đã bị trong 3 ngày qua. Ông đi tiêu phân lỏng khá thường xuyên và cảm thấy mệt mỏi, yếu. Ông đã nhờ người giúp việc ra hỏi giúp vì ông không dám ra khỏi nhà và không có nhà vệ sinh gần đó. Bạn kiểm tra hồ sơ dùng thuốc của bệnh nhân trong đó xác nhận ông đang dùng các loại thuốc sau: digoxin, furosemid và paracetamol. Tuần trước bạn có bán 1 toa thuốc có amoxicillin. Người nhà ông ấy nói rằng, ông ấy đã ăn uống bình thường và có vẻ như chế độ ăn uống không liên quan với những triệu chứng của ông ấy.

Quan điểm của dược sĩ

Tiêu chảy của ông Radcliffe có thể là do amoxicillin, kháng sinh mà ông đã sử dụng cách đây vài ngày. Tốt nhất là nên gọi cho bác sĩ của ông để thảo luận liệu pháp điều trị thích hợp vì những thuốc khác ông đang uống có thể làm mất cân bằng chất điện giải nếu ông bị mất nước nhiều, và có thể gây nguy hiểm cho ông. Bác sĩ có thể quyết định ngừng amoxicillin.

Quan điểm của bác sĩ

Tiêu chảy của ông Radcliffe có thể là do amoxicillin. Liệu pháp điều trị thích hợp là bổ sung nước và chất điện giải. Điều này đặc biệt quan trọng với người già và trẻ sơ sinh, những đối tượng có cơ thể kém thích nghi với tình trạng mất nước. Trong trường hợp của ông Radcliffe, vấn đề phức tạp hơn bởi những thuốc ông ấy đang dùng: furosemid và digoxin. Ông không dùng bất kì thuốc nào bổ sung kali hoặc thuốc lợi tiểu giữ kali. Mặc dù có thể có lý do hợp lý phía sau, nhưng furosemid có thể gây mất kali làm tăng độc tính của digoxin. Thật không may, kali cũng có thể mất khi bị tiêu chảy và làm trầm trọng thêm vấn đề này. Do đó, yêu cầu bác sĩ đến thăm khám và đánh giá tình trạng của ông. Ngoài ra tiêu chảy có thể bị gây ra bởi *Clostridium difficile* ở đại tràng. Có thể nghĩ rằng kháng sinh ông sử dụng (amoxicillin) đã làm đảo lộn hệ vi khuẩn đường ruột của ông làm cho *C.difficile* phát triển. Tình trạng này có thể gây ra bởi hầu hết các loại kháng sinh nhưng được báo cáo thường xuyên là clindamycin, amoxicillin, ampicillin và các cephalosporin. Tình trạng này thường xuyên xảy ra ở những bệnh nhân trên 65 tuổi. Tình trạng này bây giờ là phổ biến nhất ở bệnh viện, nơi mà sự nhiễm khuẩn được cho là lây nhiễm do người chăm sóc sức khỏe.

Tiêu chảy do *C.difficile* có thể ở mức độ nhẹ, tự khỏi, cũng có thể ở mức độ nặng, tái diễn, một số trường hợp có thể gây tử vong. Thường có sốt nhẹ, đau bụng có thể xảy ra. Những triệu chứng này thường xảy ra sau 1 tuần dùng kháng sinh những cũng có thể sau 6 tuần sau phác đồ có kháng sinh. Trong những trường hợp nặng nên được điều trị với *metronidazol* hoặc *vancomycin*.

BÀI 14. HỘI CHỨNG KÍCH THÍCH RUỘT

Hội chứng kích thích ruột (HCKTR) là một sự rối loạn mạn tính chức năng ruột mà trong đó cơn đau vùng bụng có liên quan đến tiêu chảy từng đợt, đôi khi liên quan đến táo bón, và cảm giác căng cứng bụng. HCKTR được ước tính ảnh hưởng 20% người trưởng thành ở các nước công nghiệp, trong đó 3 phần 4 số người bị không đi khám bác sĩ. Nữ giới mắc bệnh tìm đến bác sĩ nhiều hơn là nam giới và tỉ lệ mắc bệnh cao hơn ở nữ giới. Nguyên nhân chưa rõ. HCKTR đôi khi có thể xuất hiện sau khi bị viêm dạ dày ruột. Nguyên nhân có thể liên quan đến stress, lo âu và trầm cảm. Số ít có nguyên nhân là không dung nạp thức ăn.

Những điều cần biết
<ul style="list-style-type: none"> • Tuổi <ul style="list-style-type: none"> ○ Trẻ em, người lớn • Triệu chứng <ul style="list-style-type: none"> ○ Đau dạ dày ruột, đau vùng bụng ○ Căng cứng vùng bụng, đầy hơi ○ Rối loạn nhu động ruột; tiêu chảy và/hoặc táo bón ○ Buồn nôn • Các triệu chứng khác <ul style="list-style-type: none"> ○ Các triệu chứng về đường tiết niệu, đặc biệt là tiểu nhiều lần ○ Chứng đau khi giao hợp

Ý nghĩa của các câu hỏi và trả lời

Tuổi

Vì những khó khăn trong việc chẩn đoán đau vùng bụng ở trẻ em, tốt nhất là nên chuyển cho bác sĩ chuyên khoa.

HCKTR thường phát triển ở tuổi thanh niên. Nếu một người trung niên có chiều trứng bệnh lần đầu tiên mà không có tiền sử bệnh về ruột thì nên giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa.

Triệu chứng

HCKTR có 3 chiều trứng chính: đau bụng (có thể giảm nhẹ sau đi tiêu), căng cứng bụng/đầy hơi và rối loạn thói quen đi tiêu.

Đau bụng

Cơn đau có thể xuất hiện bất kì chỗ nào trong vùng bụng, thường là giữa bụng hoặc bên trái và có thể nghiêm trọng. Khi cơn đau xuất hiện ở vùng bụng trên, nó có thể bị nhầm lẫn với loét dạ dày tá tràng hoặc đau túi mật. Vị trí đau khác nhau có thể khác nhau giữa từng người, và một người có thể có nhiều vị trí đau khác nhau. Đôi khi, cơn đau đến sau khi ăn và có thể giảm nhẹ sau khi đi tiêu.

Đầy hơi

Cảm giác đầy hơi thường được báo cáo. Đôi khi nó trầm trọng đến nỗi phải nói lỏng quần áo.

Nhu động ruột

Tiêu chảy và táo bón có thể xuất hiện; đôi khi xen kẽ nhau. Thường thấy đi tiêu nhiều vào buổi sáng. Bệnh nhân cần phải đi tiêu nhiều lần sau khi thức dậy, trong và sau khi ăn sáng. Sau khi đi tiêu có thể có cảm giác phân vẫn còn. Phân thường được miêu tả là mềm chứ không phải lỏng. Đôi khi phân giống như viên đạn nhỏ hoặc từng cục như phân thỏ, hoặc có dạng bút chì. Có thể xuất hiện nhầy đi kèm, không bao giờ có máu.

Các triệu chứng khác

Buồn nôn thường xuất hiện. Nôn ít xuất hiện hơn.

Bệnh nhân có thể than phiền về những triệu chứng có vẻ không liên quan như: đau lưng, lơ mơ hoặc mệt mỏi. Triệu chứng đường tiết niệu có thể liên quan đến HCKTR như là tiểu nhiều, tiểu dắt và tiểu đêm. Một số phụ nữ đau khi giao hợp.

Thời gian bị

Bệnh nhân có thể đến với bạn khi triệu chứng đầu tiên xuất hiện hoặc miêu tả một chuỗi lặp lại những triệu chứng mà bắt đầu từ nhiều tháng hoặc nhiều năm. Nếu một người già có biểu hiện lần đầu tiên, tốt nhất là nên giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa.

Tiền sử bệnh

Bạn cần biết bệnh nhân đã khám bác sĩ chưa và những gì bác sĩ nói với bệnh nhân. Tiền sử du lịch nước ngoài và viêm dạ dày ruột đôi khi là nguyên nhân của HCKTR. Để loại bỏ những nhiễm trùng không giải quyết được, nên giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa. Bất kì tiền sử phẫu thuật ruột nào cũng cần giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa.

Những yếu tố làm trầm trọng bệnh

Stress đóng vai trò chính và có thể thúc đẩy nhanh và trầm trọng triệu chứng.

Caffein thường làm triệu chứng tồi tệ thêm do kích thích ruột và kích ứng dạ dày.

Chất làm ngọt sorbitol và fructose cũng được báo cáo làm trầm trọng HCKTR. Các thức ăn khác cũng được bao gồm: sữa và sản phẩm từ sữa, sô cô la, hành, tỏi, hẹ và tỏi tây.

Thuốc

Bệnh nhân có thể đã dùng thuốc kê đơn hoặc OTC để trị bệnh. Bạn cần biết thuốc gì đã được sử dụng và hiệu quả của các thuốc này. Biết những thuốc gì bệnh nhân đang sử dụng cũng rất quan trọng. Ở nhiều bệnh nhân, HCKTR liên quan đến lo âu và trầm cảm, nhưng không chắc rằng đây là nguyên nhân hay kết quả của bệnh.

Khi nào thì cần chuyển đến khám bác sĩ
<ul style="list-style-type: none">• Trẻ em• Người già không có tiền sử về HCKTR• Phụ nữ mang thai• Có máu trong phân• Giảm cân không nguyên nhân• Cảnh thận với bệnh nhân trên 45 tuổi với thói quen đi tiêu thay đổi• Dấu hiệu ruột bị tắc

- Không đáp ứng với điều trị thích hợp

Thời gian điều trị

Triệu chứng nên cải thiện trong vòng 1 tuần sau khi bắt đầu điều trị

Điều trị

Thuốc chống co thắt

Đây là thuốc chính của nhóm thuốc OTC điều trị HCKTR. Nghiên cứu lâm sàng cho thấy các thuốc giãn cơ trơn có cải thiện đau bụng. Có thể sử dụng *Alverine citrate*, *peppermint*, *mebeverine* và *hyoscine*. Thuốc tác dụng trực tiếp lên cơ trơn của ruột, làm giãn cơ và do đó giảm đau bụng. Bệnh nhân nên theo dõi tiến triển bệnh trong vài ngày nên được yêu cầu quay lại trong vòng 1 tuần để bạn có thể theo dõi tiến triển của bệnh. Nên thử các loại thuốc chống co thắt khác nếu thuốc đầu tiên không hiệu quả. Tác dụng phụ hiếm khi xảy ra.

Tất cả các thuốc chống co thắt đều chống chỉ định với chứng tắc liệt ruột (vd sau khi phẫu thuật bụng và trong viêm phúc mạc). Lúc này ruột không còn hoạt động và bị tắc. Triệu chứng bao gồm đau nặng, không đi tiêu và có thể nôn thức ăn tiêu hóa một phần. Cần ngay lập tức chuyển đến chuyên khoa.

Alverine citrate

Alverine citrate, liều 60-120mg (1 hoặc 2 viên nang), 1-3 lần/ ngày . Nhắc nhở bệnh nhân uống thuốc với nước và không nhai thuốc. Tác dụng phụ hiếm gặp, một số triệu chứng như buồn nôn, choáng váng, ngứa ngáy, phát ban và đau đầu thỉnh thoảng được báo cáo. Thuốc không nên dùng cho phụ nữ có thai hoặc cho con bú hoặc trẻ em. *Alverine citrate* còn được dùng trong phối hợp với cây trôm

Dầu bạc hà

Dầu bạc hà được dùng trong nhiều năm như một thuốc hỗ trợ tiêu hóa và có tác động chống co thắt cơ trơn. Sử dụng 1-2 viên nang chứa 0.2 ml dầu/lần, 3 lần một ngày, 15 – 30 phút trước bữa ăn. Thuốc được bào chế bao tan trong ruột, để dầu bạc hà qua được dạ dày và ruột non. Bệnh nhân nên được nhắc nhở không được nhai viên thuốc bởi vì nó không chỉ làm cho việc điều trị kém hiệu quả, mà còn gây kích ứng miệng và thực quản.

Thuốc này không nên dùng cho trẻ em. Đôi khi, dầu bạc hà còn gây ợ nóng và tốt nhất nên tránh đối với bệnh nhân đã bị ợ nóng. Hiếm gặp tình trạng dị ứng; phát ban, đau đầu và run cơ đã được báo cáo trong những ca tương tự. Một thử nghiệm lâm sàng gồm 110 người cho thấy sự tiến triển trong cơn đau vùng bụng, căng cứng bụng và đi tiêu nhiều lần.

Mebeverine hydrochloride

Mebeverine hydrochloride liều 135mg, 3 lần 1 ngày. Thuốc nên được dùng 20 phút trước khi ăn. Không nên dùng thuốc cho phụ nữ có thai và cho con bú, trẻ em dưới 10 tuổi hoặc bệnh nhân rối loạn chuyển hóa porphyrin.

Hyoscine

Hyoscine butylbromide viên nén 10 mg có thể được sử dụng ở người lớn và trẻ nhỏ trên 6 tuổi. Khi bắt đầu điều trị, người lớn nên dùng 1 viên 3 lần mỗi ngày, tăng liều lên 2-4 viên/ngày nếu cần. Tác dụng kháng cholinergic của *hyoscine* có thể làm tăng tác dụng của các thuốc kháng cholinergic khác.

Thuốc tạo khối

Thông thường, bệnh nhân với HCKTR được khuyên ăn thực đơn nhiều chất xơ, và cám thô lúa mì thường được khuyên dùng để tăng lượng chất xơ. Cám không còn được khuyên dùng trong HCKTR (xem “điểm thực hành: chế độ ăn uống”). Thuốc tạo khối như hạt mã đề chứa nhiều chất xơ có thể giúp bệnh nhân. Có thể cần đến nhiều tuần thử nghiệm để tìm được liều lượng thích hợp từng bệnh nhân. Nhắc bệnh nhân uống nhiều nước để đáp ứng đủ lượng chất xơ thêm vào. Thuốc tạo khối cũng có ở dạng phối hợp với thuốc chống co thắt. Bằng chứng của lợi ích thì không mạnh lắm, các nghiên cứu chỉ gồm một số lượng nhỏ bệnh nhân. Lợi ích đã được cho thấy ở vỏ hạt mã đề.

Thuốc chống tiêu chảy

Bệnh nhân than phiền về tiêu chảy (thường xuyên muốn đi tiêu), nhưng phân thường mềm và có hình dạng chứ không phải phân lỏng. Sử dụng thuốc trị tiêu chảy OTC như loperamid chỉ thích hợp cho một vài trường hợp, điều trị trong thời gian ngắn hạn. Trong 2 nghiên cứu gồm 100 bệnh nhân, loperamid cải thiện tiêu chảy, bao gồm đi tiêu nhiều, nhưng không giảm đau bụng hoặc căng cứng bụng.

Điểm thực hành

Chế độ ăn

Bệnh nhân với HCKTR nên tuân thủ những khuyến cáo cho một chế độ ăn tốt cho sức khỏe (ít béo, ít đường, nhiều xơ).

Thức ăn chứa nhiều chất xơ hòa tan được :

- yến mạch
- đại mạch
- lúa mạch đen
- trái cây như chuối hoặc táo
- củ như cà rốt hoặc khoai tây
- Hạt lanh

Thức ăn chứa chất xơ không hòa tan:

- Bánh mì nguyên hạt
- Cám mì
- Ngũ cốc
- Các loại hạt (trừ hạt lanh)

Bệnh nhân có HCKTR kèm theo tiêu chảy thường thấy dễ chịu hơn khi ăn ít chất xơ không hòa tan và khi tránh ăn phần vỏ, lõi xốp và hạt của trái cây và rau củ. Bệnh nhân có HCKTR kèm theo táo bón có thể tăng lượng chất xơ hòa tan và lượng nước uống vào

Cám mì (chứa chất xơ không hòa tan) từng được khuyến cáo rộng rãi nhưng nó có xu hướng lên men trong ruột và có thể dẫn đến cảm giác đầy hơi và khó chịu và có thể làm triệu chứng nặng thêm.

Một vài bệnh nhân thấy rằng không ăn những thức ăn mà họ biết có thể làm bệnh nặng thêm rất có ích (xem “yếu tố làm trầm trọng bệnh” ở trên). Chất làm ngọt sorbitol và fructose có thể làm triệu chứng trầm trọng thêm và chúng thường có trong nhiều loại thức ăn mà bệnh nhân cần kiểm tra thành phần ở siêu thị. Giảm lượng cà phê, sữa và các sản phẩm từ sữa có thể cần thiết. Mặc dù một vài bệnh nhân thấy có lợi từ việc ngừng dùng sữa và các sản

phẩm từ sữa, không có bằng chứng nào cũng việc giảm enzyme lactase trong HCKTR. Nhắc nhở bệnh nhân rằng caffein có trong nhiều loại nước ngọt và họ nên kiểm tra thành phần trước khi uống.

Liệu pháp bổ sung

Một vài bệnh nhân thấy liệu pháp thư giãn rất có ích. Băng hình và băng nghe đều có sẵn để dạy liệu pháp này.

Một số nghiên cứu cho thấy rằng liệu pháp thôi miên có lợi trong HCKTR. Nếu bệnh nhân muốn thử, họ nên tìm đến một nhà thôi miên có giấy phép hành nghề. Những bệnh nhân khác có thể thấy có lợi từ việc châm cứu, vật lý trị liệu, hương trị liệu hoặc phép chữa vi lượng đồng cân.

Ca lâm sàng HCKTR

Ca 1

Joanna Mathers là một phụ nữ 29 tuổi, yêu cầu được nói chuyện với dược sĩ. Cô ấy thấy một quảng cáo của thuốc chống co thắt ruột cho HCKTR và đang cân nhắc sử dụng nó. Trong lúc hồi bệnh, cô ấy nói rằng cô ấy có triệu chứng đau dạ dày ruột từ nhiều tháng nay, 2 hay 3 lần một tháng. Cô nghĩ rằng triệu chứng này có vẻ liên quan đến những bữa ăn giao dịch tại những buổi gặp mặt quan trọng và bao gồm đau bụng, cảm giác đầy bụng, tiêu chảy, buồn nôn và đôi khi nôn ói. Trong lúc trả lời những câu hỏi những câu hỏi của bạn về triệu chứng buổi sáng, Joanna nói rằng đôi khi cô cảm thấy điều đầu tiên phải làm vào buổi sáng là đi tiêu và có thể phải đi nhiều lần. Đôi khi cô đến chỗ làm trễ vì cô cảm thấy không thể rời khỏi nhà vì tiêu chảy. Joanna là trưởng phòng marketing và công việc của cô ấy rất áp lực khi có những hạn nộp các tài liệu lớn hay khi có những cuộc gặp với khách hàng. Joanna uống 6 hoặc 7 ly cà phê mỗi ngày và chế độ ăn của cô là những thứ gì có ở chỗ làm và một vài thứ trong tủ lạnh khi cô về nhà. Cô ấy hiện tại không dùng thuốc và chưa khám bác sĩ vì cô không muốn làm phiền bác sĩ.

Nhận xét của dược sĩ

Các triệu chứng cho thấy bệnh nhân bị HCKTR. Cô ấy có những triệu chứng chính và có liên quan với áp lực trong công việc. Nên thử một thuốc chống co thắt trong một tuần và yêu cầu bệnh nhân quay lại sau 1 tuần. Cần giải thích cẩn thận về những yếu tố làm trầm trọng HCKTR và giảm từ từ việc sử dụng cà phê trong vài ngày tới. Nếu không có tiến triển, nên sử dụng một thuốc chống co thắt khác trong 1 tuần tiếp theo, sau đó nếu cần thì chuyển qua chuyên khoa.

Nhận xét của bác sĩ

Joanna có tiền sử rõ ràng của HCKTR. Triệu chứng của cô ấy nhiều khả năng sẽ được chữa khỏi với lời khuyên cách điều trị của dược sĩ. Có đến 60% tỉ lệ đáp ứng với giả dược ở bệnh nhân với HCKTR, do đó sẽ rất ngạc nhiên nếu cô ấy không cải thiện ở lần tái khám. Nếu không có cải thiện, nên cân nhắc chuyển qua chuyên khoa. Bác sĩ hỏi bệnh, chẩn đoán và cho bệnh nhân những giải thích hợp lý về HCKTR. Bệnh nhân cũng nên suy nghĩ về cách đối phó với áp lực công việc. Có rất nhiều thông tin có sẵn trên những trang web mà cô ấy có thể được khuyến xem.

Ca 2

Jane Dawson yêu cầu gặp dược sĩ. Cô ấy khoảng 20 và nói rằng cô đang bị tình trạng đau bụng trên sau khi ăn. Cô ấy muốn thử một thuốc dạ dày. Trong quá trình hỏi bệnh, cô ấy nói rằng cô đã từng có HCKTR trước đây nhưng lần này thì khác, mặc dù cô ấy thừa nhận rằng ruột đang có vấn đề và cô để ý rằng mình đi tiểu nhiều. Jane nói rằng cô bị táo bón và cảm thấy đầy hơi. Năm ngoái, cô đã gặp bác sĩ và được chẩn đoán có HCKTR. Bác sĩ nói nguyên nhân do stress. Năm ngoái, cô đã có công việc mới và chuyển đến một nơi ở mới. Cô có chế độ ăn tốt và tập thể dục thường xuyên.

Nhận xét của dược sĩ

Vấn đề ở đây có vẻ rắc rối. Mặc dù triệu chứng của Jane chỉ rằng cô bị HCKTR, mà cô đã từng bị, triệu chứng lại khác ở lần bị này. Tốt nhất là nên giới thiệu cô cho một bác sĩ chuyên khoa.

Nhận xét của bác sĩ

Jane có thể có HCKTR nhưng không có đủ thông tin để chẩn đoán. Bị đau bụng trên khi có HCKTR là thường gặp nhưng những khả năng khác cũng cần được cân nhắc. Nghe có vẻ như Jane nghĩ rằng cơn đau xuất phát từ dạ dày. Cô ấy có thể sợ rằng mình bị loét dạ dày tá tràng. Cô ấy cũng nhắc đến việc tiểu nhiều, điều này khá liên quan đến HCKTR nhưng nó có thể là nhiễm trùng niệu. Việc giới thiệu cho bác sĩ chuyên khoa là cần thiết để đánh giá toàn diện các triệu chứng của cô ấy. Có nhiều khả năng là việc đánh giá chỉ bao gồm lắng nghe cô ấy miêu tả về vấn đề của mình, thu thập thông tin và khám nhanh vùng bụng của cô ấy. Xét nghiệm mẫu nước tiểu kiểm tra nhiễm trùng niệu. Nếu vẫn còn nghi ngờ về chẩn đoán, có thể giới thiệu cho một bác sĩ tiêu hóa ở bệnh viện địa phương. Bác sĩ tiêu hóa sẽ kết luận khoảng 20-50% trường hợp là HCKTR. Mục đích chính của việc chuyển đến chuyên khoa là để chẩn đoán chính xác.

Nếu bác sĩ nghĩ Jane có HCKTR, sự giải thích về triệu chứng sẽ giúp ích, cộng thêm việc xử lý lo lắng của cô ấy về bệnh loét dạ dày. Dù yếu tố tâm lý có gây ra HCKTR hay không, chắc chắn là áp lực cuộc sống có thể làm tình trạng bệnh tồi tệ. Do đó, người bệnh cần biết về mối liên quan để họ có thể cân nhắc việc giải quyết với áp lực. Giải pháp trên thường có hiệu quả. Tuy nhiên, nếu Jane vẫn muốn uống thuốc, nên cân nhắc một thuốc tạo khối để điều trị táo bón và một thuốc chống co thắt.

BÀI 15. BỆNH TRĨ

Bệnh trĩ có thể biểu hiện các triệu chứng như ngứa, bông rớt, đau, sưng và cảm giác khó chịu ở vùng cạnh hậu môn, hậu môn và xuất huyết trực tràng. Trĩ là do phình tĩnh mạch chứ không phải là suy tĩnh mạch, nằm bên trong ống hậu môn (trĩ nội). Chúng có thể phình quá nhiều và thông ra bên ngoài hậu môn (trĩ ngoại). Trĩ thường được hình thành hoặc bị nặng hơn do chế độ ăn thiếu chất xơ hoặc không cung cấp đủ nước. Dược sĩ cần phải đặt ra những câu hỏi cẩn thận để phân biệt giữa trĩ với những chẩn đoán khác để không làm nặng hơn tình trạng bệnh.

Những gì dược sĩ cần phải biết

- Diễn tiến và tiền sử bệnh
- Các triệu chứng
 - Ngứa, rát
 - Đau nhức
 - Sưng tấy
 - Đau
 - Máu trong phân
 - Táo bón
 - Thói quen đại tiện
 - Mang thai
- Các triệu chứng khác
 - Đau bụng/ nôn ói
 - Sụt cân
- Sử dụng thuốc

Ý nghĩa của các câu hỏi và câu trả lời

Thời gian và tiền sử bệnh

Các dược sĩ có thể xem xét thời gian điều trị bệnh trĩ lên đến 3 tuần. Điều này rất hữu ích để xác định bệnh trĩ cũng như để các bác sĩ xác định chẩn đoán. Trong một nghiên cứu gần đây, các bác sĩ đã chỉ ra những triệu chứng nghiêm trọng mà việc chỉ định thuốc của dược sĩ là rất cần thiết.

Triệu chứng

Thuật ngữ trĩ bao gồm trĩ nội và trĩ ngoại, có thể được phân thành nhiều nhóm như nhóm trĩ được giới hạn trong ống hậu môn và không thể nhìn thấy được; nhóm trĩ sa qua cơ thắt hậu môn do đại tiện và sau đó tự giảm hoặc bị đẩy trở lại thông qua cơ thắt sau khi bệnh nhân đại tiện xong; nhóm trĩ vẫn tiếp tục sa bên ngoài ống hậu môn. Ba nhóm trĩ này được gọi tương

ứng là độ 1, độ 2 và độ 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến bệnh trĩ bao gồm chế độ ăn, nghề nghiệp ít vận động và mang thai và yếu tố di truyền cũng được cho là một trong các yếu tố ảnh hưởng.

Đau

Đau không luôn hiện diện; nếu có đau, đó là một dạng đau âm ỉ và có thể tồi tệ hơn nếu bệnh nhân có tăng nhu động ruột. Đau nhiều khi đại tiện có thể là biểu hiện của nứt hậu môn, có thể có khối da thừa (một miếng da nhỏ ở bờ sau chỗ nứt) cần được chuyển đến khám bác sĩ. Vết nứt là một chỗ rách nhỏ trong da của ống hậu môn. Điều này thường do táo bón gây ra và có thể xử lý một cách tích cực bằng cách điều chỉnh và sử dụng một loại kem hoặc gel tác dụng tại chỗ. Trong một số trường hợp nặng, tiểu phẫu đôi khi là cần thiết.

Kích ứng

Các triệu chứng gây khó chịu nhất cho nhiều bệnh nhân là ngứa và kích ứng ở khu vực quanh hậu môn hơn là đau đớn. Kích ứng dai dẳng hay tái phát, mà không cải thiện, đôi khi liên quan với ung thư trực tràng cần được chuyển đến khám bác sĩ.

Xuất huyết

Máu đỏ tươi có thể dính vào phân khi phân đi qua ống hậu môn trong trường hợp trĩ nội. Đây là dấu hiệu đặc trưng, có thể nhìn thấy máu dính xung quanh bồn cầu, trên bề mặt phân hoặc trên giấy vệ sinh. Nếu máu đã được trộn lẫn với phân, máu phải xuất hiện từ đường tiêu hóa trên và sẽ có màu đen (máu đã biến đổi). Nếu xuất huyết trực tràng tại thời điểm hiện tại, các dược sĩ nên cho lời khuyên tốt nhất là đề nghị bệnh nhân đến gặp bác sĩ để tiến hành các kiểm tra để loại trừ các bệnh lý nghiêm trọng hơn như khối u hoặc polyp. Ung thư trực kết tràng có thể gây ra xuất huyết trực tràng. Bệnh ít gặp ở bệnh nhân dưới 50 tuổi và các dược sĩ nên cảnh giác với các bệnh nhân trung niên có dấu hiệu xuất huyết trực tràng. Điều này đặc biệt đúng nếu như có một thay đổi trong thói quen đại tiện.

Táo bón

Táo bón thường là một nguyên nhân hoặc yếu tố làm trầm trọng thêm bệnh trĩ. Chế độ ăn thiếu chất xơ và không uống nước đầy đủ có thể liên quan, và dược sĩ nên xem xét khả năng táo bón do sử dụng thuốc.

Sự biến dạng phân sẽ xảy ra nếu bệnh nhân bị táo bón, điều này làm tăng áp suất trong mạch máu trĩ ở ống hậu môn và có thể dẫn đến bệnh trĩ. Nếu trĩ gây đau, bệnh nhân thường cố tránh đại tiện nên sẽ làm cho táo bón nặng hơn.

Thói quen đại tiện

Thay đổi liên tục trong thói quen đại tiện là một dấu hiệu để khuyến bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa, do ung thư đại trực tràng có thể gây triệu chứng này. Sự thấm phân qua cơ vòng hậu môn (đi ngoài không tự chủ) có thể gây ra kích thích và ngứa ở vùng hậu môn và có thể do khối u gây ra.

Mang thai

Tỉ lệ phụ nữ mang thai mắc bệnh trĩ cao hơn so với phụ nữ không mang thai. Điều này được cho là do tăng áp lực mạch máu trĩ bởi tử cung tăng kích trong lúc mang thai. Táo bón trong thời kì mang thai cũng là một vấn đề phổ biến bởi vì nồng độ progesterol tăng cao gây giảm nhu động ruột. Như vậy, táo bón có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng của bệnh trĩ. Dược sĩ có thể đưa ra lời khuyên về chế độ ăn thích hợp (xem chương “Sức khỏe của phụ nữ”).

Triệu chứng khác

Các triệu chứng của bệnh trĩ biểu hiện khu trú ở hậu môn. Chúng không gây đau bụng, chướng bụng, hoặc nôn mửa. Bất kì triệu chứng nào khác như trên cần phải đến bác sĩ chuyên khoa. Mót rặn (cảm giác muốn đại tiện khi không có phân trong trực tràng) đôi khi xảy ra khi có một khối u trong trực tràng. Bệnh nhân có thể mô tả một cảm giác thường muốn đi ngoài nhưng không đi được. Triệu chứng này cần phải yêu cầu đến bác sĩ chuyên khoa ngay lập tức.

Thuốc

Bệnh nhân có thể đã thử một hoặc nhiều chế phẩm thuốc độc quyền để điều trị triệu chứng. Một số sản phẩm được quảng cáo rộng rãi, do các triệu chứng của bệnh có thể làm bệnh nhân xấu hổ nên quảng cáo có thể khuyến khích bệnh nhân sử dụng thuốc. Do đó, dược sĩ xác định chính xác diễn tiến tự nhiên của triệu chứng và thông tin chi tiết về bất kì sản phẩm nào bệnh nhân đã từng sử dụng là rất quan trọng. Nếu bệnh nhân đã bị táo bón, nên khuyến dùng sử dụng thuốc nhuận tràng.

Thuốc đang dùng

Trĩ có thể trầm trọng hơn bởi táo bón do thuốc và bệnh nhân cần được đặt câu hỏi một cách cẩn thận về thuốc đang dùng bao gồm cả thuốc theo toa và thuốc OTC. Một danh sách các loại thuốc có thể gây táo bón có thể được tìm thấy ở trang 105. Xuất huyết trực tràng ở bệnh nhân sử dụng warfarin hoặc bất kì thuốc chống đông nào khác là dấu hiệu chuyển đến bác sĩ chuyên khoa.

Khi nào chuyển đến bác sĩ chuyên khoa

- Thời gian điều trị kéo dài hơn 3 tuần
- Có máu trong phân
- Thay đổi thói quen đại tiện (thói quen dai dẳng thay thế cho thói quen đại tiện bình thường)
- Nghi ngờ táo bón do thuốc
- Kết hợp đau bụng/ói

Thời gian điều trị

Nếu triệu chứng không cải thiện sau 1 tuần, các bệnh nhân nên hỏi ý kiến bác sĩ.

Sự kiểm soát

Điều trị triệu chứng của bệnh trĩ có thể hỗ trợ giảm nhẹ sự khó chịu, nhưng nếu có, nguyên nhân của táo bón cũng phải được giải quyết. Các dược sĩ tư vấn các chế độ ăn uống, ngoài việc điều trị, để ngăn chặn sự tái phát của triệu chứng trong tương lai.

Gây tê tại chỗ (ví dụ benzocain và lidocain)

Gây tê tại chỗ có thể giúp làm giảm cảm giác đau và ngứa do trĩ. Thuốc gây tê tại chỗ có thể gây nhạy cảm và thời gian sử dụng thuốc tối đa là 2 tuần.

Các sản phẩm bảo vệ da

Nhiều sản phẩm kháng trĩ có tính êm dịu, các chế phẩm làm dịu có chứa yếu tố bảo vệ da (ví dụ kẽm oxide và kaolin). Những sản phẩm này có tính chất làm mềm và tính chất bảo vệ. Bảo vệ da quanh hậu môn là quan trọng, bởi vì phân có thể gây kích thích và ngứa. Các sản phẩm bảo vệ tạo một hàng rào trên bề mặt da, giúp ngăn chặn kích ứng da và mất nước từ da.

Các nhóm steroid tại chỗ

Thuốc mỡ và thuốc đạn có chứa hydrocortisone với yếu tố bảo vệ da là chế phẩm có sẵn. Steroid làm giảm nhiễm trùng và sưng hỗ trợ giảm ngứa và đau. Việc điều trị nên được sử dụng mỗi buổi sáng và ban đêm sau khi đại tiện. Việc sử dụng những sản phẩm như vậy được giới hạn với những bệnh nhân trên 18 tuổi. Việc điều trị không nên sử dụng liên tục quá 7 ngày.

Chất làm se niêm mạc

Chất làm se niêm mạc như là kẽm oxid, dịch chiết cây phỉ, các loại muối bismuth thường có trong các sản phẩm dựa trên cơ sở lý thuyết chúng sẽ gây ra sự kết tủa giữa các protein và màng nhầy hay da đã bị tổn thương hoặc phá hủy. Sau đó hình thành một lớp bảo vệ, giúp làm giảm sự kích ứng và viêm nhiễm. Một số chất làm se niêm mạc cũng có tác động bảo vệ và kháng khuẩn nhẹ (ví dụ bismuth).

Chất diệt khuẩn

Đây là một trong các thành phần của nhiều sản phẩm kháng trị, bao gồm cả giấy vệ sinh y tế. Chất diệt khuẩn không có tác động đặc hiệu trong điều trị bệnh trĩ. Resorcinol có tính chất kháng khuẩn, chống ngứa và tróc vảy. Tác động tróc vảy được cho là có ích bởi sự loại đi các tế bào da ở lớp sừng và làm tăng quá trình thấm của thuốc vào da. Resorcinol có thể được hấp thu vào hệ thống xuyên qua lớp da bị tổn thương nếu có một quá trình sử dụng lâu dài và tác động kháng giáp của nó có thể dẫn tới sự phát triển phù niêm (sự giảm hoạt động của tuyến giáp).

Tinh dầu

Tinh dầu như menthol đôi khi có trong các sản phẩm kháng trị dựa trên sự kích thích của chúng ở tận cùng dây thần kinh cho một cảm giác mát mẻ và ngứa ran, cảm giác này làm xao lãng cảm giác đau đớn. Menthol và phenol cũng có tác động chống ngứa.

Dầu gan cá mập/nấm men sống

Những tác nhân này được cho biết để thúc đẩy quá trình làm lành và tái tạo mô, nhưng không có bằng chứng khoa học để đưa ra lời khẳng định.

Thuốc nhuận tràng

Việc sử dụng ngắn hạn thuốc nhuận tràng để làm giảm táo bón có thể được xem xét. Có thể sử dụng thuốc nhuận tràng kích thích (ví dụ senna) trong 1 đến 2 ngày để giải quyết các vấn đề trước mắt trong khi đang tăng cường chế độ ăn chất xơ và chất lỏng. Đối với những bệnh nhân không thể hoặc không thích ứng với chế độ ăn, có thể sử dụng thuốc nhuận tràng lượng lớn trong thời gian dài.

Những lưu ý trong thực hành

Tự chẩn đoán

Bệnh nhân có thể nói rằng họ có bệnh trĩ hoặc nghĩ rằng họ có bệnh trĩ, nhưng câu hỏi cẩn thận của dược sĩ là cần thiết để kiểm tra sự tự chẩn đoán của bệnh nhân. Nếu có sự nghi ngờ, giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa là là việc làm tốt nhất.

Vệ sinh

Ngứa do trĩ có thể được cải thiện bằng vệ sinh tốt hậu môn, vì sự hiện diện của một lượng nhỏ phân có thể gây ngứa. Nên rửa bằng nước ấm khu vực quanh hậu môn mỗi lần đi vệ sinh. Xà phòng có xu hướng làm khô da và làm ngứa tồi tệ hơn, nhưng có thể thử một xà phòng nhẹ nếu bệnh nhân mong muốn làm như vậy. Ở những nơi không thể rửa nên sử dụng giấy vệ sinh ướt có sẵn. Nên áp giấy này hơn là chà xát vì điều đó có thể làm triệu chứng



nặng thêm. Nhiều người có bệnh trĩ nhận thấy rằng nước tắm ấm làm dịu đi cảm giác khó chịu của họ.

Việc tăng lượng chất xơ đưa vào cơ thể sẽ làm tăng lượng chất thải trong đường ruột, vì vậy bệnh nhân nên được khuyên làm sạch khu vực quanh hậu môn và sử dụng giấy vệ sinh mềm để tránh sự đau nhức sau khi làm sạch.

Cách sử dụng sản phẩm OTC

Thuốc mỡ và kem có thể được sử dụng cho trĩ nội và trĩ ngoại, và nên được sử dụng vào buổi sáng, buổi tối và sau mỗi lần đi vệ sinh. Nên tư vấn cho bệnh nhân cách sử dụng thuốc bôi tránh bất kì tổn thương thêm nào cho da quanh hậu môn.

Thuốc đặt có thể được khuyến cáo đối với trĩ nội. Sau khi lấy ra khỏi bao bì bằng kim loại hoặc nhựa (bệnh nhân đã được hướng dẫn), mỗi viên thuốc đạn nên được đặt vào buổi sáng, buổi tối và sau mỗi lần đi vệ sinh. Đặt thuốc rất dễ dàng nếu bệnh nhân đang cúi mình hoặc nằm xuống.

Ca lâm sàng

Ca lâm sàng 1

Ông H., một khách hàng mà bạn biết khá rõ, yêu cầu bạn cho lời khuyên một về vấn đề thường xuyên của ông. Bạn yêu cầu ông nói với bạn nhiều hơn về vấn đề đó: ông H. thỉnh thoảng bị bệnh trĩ; Trước đây bạn đã phát thuốc theo đơn có Anusol HC (hydrocortisone) và các sản phẩm tương tự và đã khuyên ông về chế độ ăn giàu chất xơ và cung cấp đủ chất lỏng. Ông đã có kì nghỉ 2 tuần và trong thời gian đó ông đã có chế độ ăn không giống khi ông ở nhà. Triệu chứng của ông là ngứa và kích ứng khu vực quanh hậu môn nhưng không đau và bị sưng nhẹ, trĩ thò xuống từ hậu môn sau khi ông đại tiện, nhưng có thể đẩy trở lại. Ông bị táo bón nhẹ nhưng không sử dụng bất kì thuốc nào.

Quan điểm của dược sĩ

Ông H. có tiền sử bệnh trĩ trước đây, đã được bác sĩ chẩn đoán và điều trị. Có khả năng sự thay đổi chế độ ăn tạm thời trong kì nghỉ của ông H. đã gây ra vấn đề hiện tại là làm tăng độ trĩ lên độ 2. Bạn có thể đề nghị sử dụng chế phẩm thuốc mỡ có chứa hydrocortisone và chế phẩm bảo vệ da trong 1 tuần và nhắc nhở ông H. nên giữ sạch sẽ, khô thoáng khu vực hậu môn. Bạn có thể cân nhắc một thuốc nhuận tràng để cải thiện vấn đề táo bón cho đến khi chế độ ăn của ông H. trở lại bình thường (bạn khuyên ông nên trở lại với chế độ ăn giàu chất xơ) và cung cấp đủ lượng nước hàng ngày cho cơ thể; có thể sử dụng một ít thuốc nhuận tràng (để làm nhão hoặc mềm phân). Sau 1 tuần nếu triệu chứng không cải thiện rõ ràng, ông nên đến gặp bác sĩ.

Quan điểm của bác sĩ

Nên theo những lời khuyên của dược sĩ trong 1 tuần. Đây là điều trị triệu chứng chứ không phải điều trị nguyên nhân. Nếu ông tiếp tục bị tái phát thường xuyên, nên xem xét giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa. Bác sĩ có thể tư vấn liệu có nên cho ông sử dụng thuốc tiêm hay loại bỏ các búi trĩ.

Ca lâm sàng 2

Ông B. là một nhân viên bán hàng tại địa phương gần 50 tuổi, ông muốn bạn cho lời khuyên về bệnh trĩ của ông. Ông nói với bạn rằng ông đã mắc bệnh trong một thời gian khá dài, cách đây vài tháng. Ông đã thử nhiều loại thuốc mỡ và thuốc đạn khác nhau, tất cả đều không có kết quả. Các vấn đề chính hiện nay là xuất huyết, điều này đã trở nên tồi tệ. Ông nói với bạn, đôi chút xấu hổ, ông đã dùng băng vệ sinh vì đây là cách duy nhất ông có thể ngăn ngừa quần áo của mình không bị nhuộm màu. Ông không bị táo bón và không đau.

Quan điểm của dược sĩ

Ông B. cần được giới thiệu tới bác sĩ ngay lập tức. Triệu chứng của ông đã xảy ra trong 2 tháng và có xuất huyết trực tràng khá nhiều, điều này có thể là do một căn bệnh nghiêm trọng hơn. Ông đã thử một số phương pháp điều trị OTC, và không thành công. Ở độ tuổi của ông, với các triệu chứng đã mô tả cần thiết để tiếp tục kiểm tra.

Quan điểm của bác sĩ

Ông B. nên được khuyên tới gặp bác sĩ. Đây là một dạng không điển hình của bệnh trĩ. Ông cần biết thêm thông tin chi tiết từ bác sĩ, và cần chẩn đoán phân biệt với bệnh ung thư đại tràng hoặc trực tràng. Trĩ có thể chảy máu tại thời điểm khác hơn là khi đại tiện, nhưng điều này không phổ biến. Các bác sĩ sẽ hỏi bệnh và khám để thu thập thêm thông tin. Thăm khám trực tràng để xác định xem hiện đang có một khối u trực tràng nào không. Rất có thể bác sĩ sẽ giới thiệu bệnh nhân đến bệnh viện ngoại trú để làm nội soi hậu môn và chụp hình quang tuyến.

Ca lâm sàng 3

Chị A. là một phụ nữ trẻ ở độ tuổi 20, chị là một nhà thiết kế đồ họa tại một phòng tranh nghệ thuật tại địa phương. Chị A. mong nhận được lời khuyên của bạn về một vấn đề hơi ngại ngùng: chị cảm thấy rất đau khi đi đại tiện. Chị nói với bạn rằng vấn đề này đã xuất hiện vài ngày nay và chị đã bị táo bón trong 2 tuần. Chế độ ăn của chị nghe có vẻ ít chất xơ và gần đây do bận việc chị đã ăn ít hơn nữa, chị hiếm khi tập thể dục. Chị đang sử dụng thuốc tránh thai nhưng không sử dụng bất kì loại thuốc nào và không có triệu chứng khác như xuất huyết trực tràng.



Quan điểm dược sĩ

Tốt nhất chị A. nên tới gặp bác sĩ, do các triệu chứng chị mô tả có thể do vết nứt hậu môn, mặc dù chúng có thể gây ra bởi bệnh trĩ.

Quan điểm bác sĩ

Nguyên nhân gây vấn đề của chị A có thể do nứt hậu môn. Bác sĩ nên khám để nhanh chóng xác định nguyên nhân. Điều chỉnh táo bón và chế độ ăn có thể giúp giải quyết tốt vấn đề này. Có thể làm giảm khó chịu bằng kem hoặc gel tác dụng tại chỗ có chứa thuốc gây tê. Nếu được bôi trước khi ruột có nhu động sẽ giảm khó chịu. Trong nhiều trường hợp nặng không giảm, giới thiệu tới bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật là điều cần thiết để làm giãn cơ trong cơ thắt với mục đích giảm nhanh cảm giác đau. Hiện nay, Nitrat tại chỗ (ví dụ thuốc mỡ glyceryl trinitrat (GTN) 0.2 – 0.3 %) được dùng tại bệnh viện chuyên khoa để điều trị vết nứt hậu môn (chỉ định không được phép).

BÀI 16: ECZEMA (VIÊM DA)

Eczema là một thuật ngữ được sử dụng tương đương với viêm da. Trong đó, viêm da do tiếp xúc thường được sử dụng khi viêm da xuất hiện khi có tác nhân kích ứng bên ngoài. Ban xuất hiện với hình dạng không đặc trưng, nhưng sự phân bố trên cơ thể có thể giúp cho chẩn đoán. Eczema thể tạng (viêm da cơ địa) xuất hiện ở 20% trẻ em, đa số trẻ với bệnh tự biến mất hoặc thuyên giảm nhiều theo tuổi, do đó chỉ 2-10% người lớn bị mắc bệnh. Cơ địa là một thuật ngữ dùng để mô tả nhóm bệnh có đặc tính di truyền như eczema, hen phế quản, sốt cỏ khô...

Ban điển hình trong eczema là vùng da khô ráp, có thể bị viêm và có các chấm đỏ (hình bên).

Vùng da có thể bị nứt nẻ và chảy nước, đôi khi trở thành các mảng da dày. Vùng ban gây cảm giác rất khó chịu và có thể gây ngứa nặng. Trong eczema nhẹ hoặc trung bình, nhiều trường hợp có thể được giải quyết tốt bởi bệnh nhân với sự hỗ trợ của dược sĩ.

1. Các thông tin cần khai thác

Sau đây là những gì bạn cần phải khai thác thông tin từ bệnh nhân:

- Tuổi
- Vị trí phân bố ban
- Nghề nghiệp/Tiếp xúc
- Tiền sử
- Tiền sử của sốt mùa cỏ khô/ hen phế quản
- Tác nhân kích ứng
- Thuốc



Plate 1 Typical eczema dermatitis rash.

Tầm quan trọng của các thông tin cần khai thác từ bệnh nhân:

1.1. Tuổi/Vị trí phân bố của ban

Sự phân bố của ban có xu hướng khác nhau theo tuổi. Ở trẻ 1 năm, vị trí thường xuất hiện là quanh vùng quấn tã, vùng cổ, mặt lưng của da đầu, mặt, nếp nhăn của chân - tay, mặt lưng của cổ tay.

Ở trẻ da trắng, ban đỏ nổi bật ở các nếp gấp: mặt sau đầu gối, mặt trong của khớp khuỷu tay, vòng quanh cổ tay, cũng như ở bàn tay, mắt cá, cổ và quanh mắt. Ở trẻ da đen và Châu Á, ban thường xuất hiện ở bề mặt duỗi của các khớp.

Ở người trưởng thành, cổ, mặt lưng bàn tay, háng, quanh hậu môn, mắt cá, và bàn chân là các vị trí hay gặp nhất. Hăm kẽ (rash of intertrigo) gây ra bởi nhiễm nấm và được tìm thấy ở các nếp gấp da hoặc ở các khu vực bị che đậy như dưới vú của phụ nữ và ở háng hay ở nách.

1.2. Nghề nghiệp/tiếp xúc

Viêm da tiếp xúc có thể do các chất gây kích ứng da hoặc gây phản ứng dị ứng. Viêm da tiếp xúc do kích ứng da thông thường là hậu quả của việc tiếp xúc thời gian dài với nước (do công việc liên quan đến nước). Công việc loại này thường là thợ lau chùi, thợ cắt tóc, bồi bàn, ngư dân, kỹ sư cơ khí. Trong đó các chất gây kích ứng bao gồm: tác nhân làm sạch Alkaline, chất tẩy dầu mỡ, các dung môi và dầu mỡ. Các chất đó có thể tác động trực tiếp, phá hủy da một cách nhanh chóng hoặc – trong trường hợp kích ứng yếu – làm hại da một cách từ từ sau một thời gian dài phơi nhiễm. Các ban vùng quần tả ở trẻ em (viêm da vùng tả lót) là một ví dụ của viêm da kích ứng và có thể biến chứng phức tạp thành nhiễm trùng, ví dụ: trẻ bị hăm do nấm candida.

Trường hợp khác, viêm da tiếp xúc có thể là kết quả của một đáp ứng miễn dịch của cơ thể với tác nhân kích thích như: muối chrome (xi măng, sơn chống gỉ), niken (đồ trang sức, kéo), cao su và nhựa (keo dán 2 mặt, nhựa colophan trong cao dán), thuốc nhuộm, thực vật (primula,...), tác nhân oxi hóa – khử (được dùng bởi thợ cắt tóc khi uốn tóc) và thuốc (gồm corticoid tại chỗ, lanolin và neomycin và cetyl stearic alcohol). Trang điểm mắt có thể cũng gây viêm da tiếp xúc.

Để khẳng định viêm da có phải do công việc/tiếp xúc gây ra hay không cần căn cứ vào: vị trí ban nổi, đặc thù công việc, sở thích của bệnh nhân, sự khởi phát của ban và sự cải thiện của ban do sau khi cách ly với công việc.

1.3. Tiền sử

Bệnh nhân có thể tìm đến Dược sĩ để chữa trị eczema, sau khi đã được chẩn đoán bởi Bác sĩ. Trong eczema nhẹ đến vừa, sẽ là hợp lý nếu Dược sĩ tư vấn dùng thuốc làm mềm da kèm lời khuyên về chăm sóc da. **Hydrocortisone** tại chỗ, **clobetasone** và **alclometasone** có thể được chỉ định trong điều trị eczema loại nhẹ đến vừa. Tuy nhiên, trong trường hợp eczema nặng hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng, dược sĩ nên khuyên bệnh nhân cần thăm khám bởi bác sĩ.

Thỉnh thoảng, theo lời khuyên của bác sĩ hoặc y tá, bệnh nhân tìm đến Dược sĩ để hỏi mua các loại thuốc không kê đơn (OTC) như **hydrocortisone** tại chỗ, **clobetasone**, **alclometasone**. Dược sĩ sẽ cảm thấy có chút khó khăn khi phải giải thích cho bệnh nhân hiểu rằng việc bán không cần đơn của các loại thuốc đó là không được phép để sử dụng trên mặt, vùng hậu môn, cơ quan sinh dục hoặc sử dụng cho eczema nặng. Dược sĩ có thể hạn chế tình huống này bằng cách trao đổi với các bác sĩ gia đình (đặc biệt là những bác sĩ trẻ đang thực tập) về sự giới hạn sử dụng của các thuốc đó. Nói chung, từng trường hợp cụ thể, Dược sĩ sẽ có cách giải quyết khác nhau tùy theo nhận định chuyên môn của mình.

1.3. Tiền sử của sốt mùa cỏ khô/ hen phế quản

Nhiều bệnh nhân bị eczema có liên quan với bệnh sốt mùa cỏ khô và/hoặc hen phế quản. Thông thường khoảng 80% bệnh nhân có tiền sử gia đình bị eczema, sốt mùa cỏ khô hoặc hen phế quản. Eczema trong trường hợp đó được gọi là eczema thể tạng (cơ địa). Người Dược sĩ có thể hỏi thăm về tiền sử gia đình ở các bệnh nhân trên.

1.4. Tác nhân làm trầm trọng bệnh

Eczema thể tạng có thể trở nên trầm trọng trong mùa sốt cỏ khô, bởi bụi bặm trong nhà hoặc các mảng nhỏ rụng ra từ da thú nuôi. Các tác nhân làm khô da như xà phòng hoặc chất tẩy rửa và gió lạnh có thể làm tình trạng bệnh xấu đi. Một số loại áo quần như loại làm bằng chất liệu len có thể kích ứng da. Ở một số bệnh nhân (ít hơn 5%), sữa bò, trứng và màu thực phẩm (tartazine) là các tác nhân đáng lưu tâm. Cảm xúc, lo âu, stress, đôi khi làm trầm trọng

eczema. Dung dịch sát khuẩn dùng trực tiếp lên da hay thêm vào bồn nước tắm có thể gây kích ứng da.

1.5. Thuốc

Viêm da tiếp xúc có thể bị phát sinh hoặc bị nặng lên bởi cơ thể nhạy cảm với các thuốc dùng tại chỗ. Dược sĩ nên hỏi bệnh nhân về các loại thuốc đã được dùng. Việc sử dụng tại chỗ các thuốc: gây tê tại chỗ, kháng histamine, kháng sinh, kháng khuẩn có thể gây ra viêm da dị ứng. Một số chất bảo quản có thể gây nhạy cảm. Thông tin về chế phẩm và thành phần của chúng có thể thu được từ Dược sĩ quầy thuốc hoặc nhà sản xuất. Sách *The British National Formulary (BNF)* cũng là một nguồn thông tin hữu ích, nó cung cấp danh sách các chất phụ gia và tá dược có khả năng gây nhạy cảm.

2. Trường hợp khuyên bệnh nhân gặp bác sĩ

Nếu như bệnh nhân sử dụng chế phẩm pha chế được dược sĩ lựa chọn, chế phẩm đó là hợp lí nhưng bệnh không cải thiện, lúc đó bệnh nhân nên được khuyên đến gặp bác sĩ.

Trường hợp khuyên bệnh nhân đến gặp Bác sĩ:

- Dấu hiệu của nhiễm trùng (rỉ nước, lan rộng, đóng vảy).
- Trầm trọng: da nứt nẻ, chảy máu
- Thất bại trong dùng thuốc
- Không xác định được nguyên nhân bệnh (trừ trường hợp đã được chẩn đoán eczema trước đó)
- Thời gian bệnh kéo dài trên 2 tuần.

3. Điều trị

Đa số trường hợp eczema thể tạng nhẹ tới vừa, viêm da tiếp xúc do kích ứng hay dị ứng sẽ đáp ứng với chế độ điều trị và chăm sóc da với các thuốc không cần kê đơn. Nếu không có dấu hiệu cải thiện sau 1 tuần, bệnh nhân nên được tư vấn đến gặp bác sĩ.

3.1. Quản lý bệnh

Thường khi có ban nổi trên da sẽ làm cho bệnh nhân lo lắng nhiều, gây ra các vấn đề tâm lý-xã hội nên nhiều trường hợp bệnh nhân sẽ tìm đến bác sĩ để được thăm khám. Do đó, Dược sĩ thường sẽ tham gia vào giai đoạn điều trị khi bệnh đã được chẩn đoán hoặc khi dấu hiệu bệnh mới xuất hiện, bệnh còn rất nhẹ.

Cùng với kiến thức ngày càng cao của bệnh nhân về xử lí eczema nhẹ đến vừa, và phần lớn việc xử lí bệnh liên quan đến cách dùng các sản phẩm làm mềm da, do đó, người dược sĩ đóng vai trò quan trọng trong việc giúp đỡ bệnh nhân điều trị bệnh. Khi dược sĩ xác định được nguyên nhân của viêm da kích thích/dị ứng thì các steroid tại chỗ ngăn ngừa có thể được sử dụng.

3.2. Thuốc làm mềm da

Thuốc làm mềm da là thuốc cơ bản để xử lí eczema, ở dạng kem hoặc thuốc mỡ dùng làm dịu da. Giảm kích ứng, ngăn da khô bị khô, tác động như một lớp bề mặt và sử dụng như chất thay thế xà phòng. Có thể sử dụng trực tiếp lên da hoặc thêm vào bồn nước để tắm.

Có rất nhiều loại chế phẩm khác nhau tùy thuộc vào mức độ làm mềm da. Chế phẩm làm mềm da: paraffin trắng mềm thông thường là loại hiệu quả nhất, đặc biệt khi sử dụng cho da

khô, nhưng lại có nhược điểm là gây cảm giác nhòn nhóp, khó chịu khi dùng. Sở thích, ý kiến của bệnh nhân đóng vai trò quan trọng trong việc tuân thủ chế độ điều trị bằng thuốc mềm da. Để hiểu khi bệnh nhân không sử dụng chế phẩm mà họ cảm thấy khó chịu khi dùng, và họ có thể cần phải thử một số sản phẩm trước khi lựa chọn chế phẩm phù hợp cho mình, cũng như cần một số chế phẩm khác (ví dụ, kem dưỡng ẩm, sữa tắm, sản phẩm thay thế xà phòng rửa tay). Chế phẩm làm mềm da nên được sử dụng thường xuyên để giữ cho da ẩm, do đó tùy trường hợp mà sử dụng vài lần hay nhiều hơn mỗi ngày.

Các loại xà phòng thường gây khô da và có thể sẽ làm eczema trầm trọng hơn. Các kem thân nước có thể được sử dụng như chất thay thế xà phòng. Nó nên được sử dụng cho da khô và rửa lại với nước. Thêm thuốc mỡ nhũ hóa hay dầu tắm vào nước để tắm cũng đem lại hiệu quả. Thuốc mỡ nhũ hóa trước khi dùng nên trộn với nước (một hoặc hai muỗng thuốc mỡ hòa trong một chén nước nóng để đảm bảo thuốc phân tán đều trong nước tắm). Một số bệnh nhân eczema lầm tưởng rằng việc tắm rửa sẽ làm eczema nặng hơn. Cần khuyên họ sử dụng sản phẩm làm mềm da, tránh dùng các xà phòng thông thường và nước hoa tắm, và việc tắm sẽ giúp loại bỏ mảnh vụn da bong ra.

3.3. Lời khuyên

Việc đưa ra lời khuyên có liên quan tới việc cần xác định các yếu tố gây kích ứng, làm nặng thêm bệnh. Nếu bệnh sử gợi ý tới một viêm da tiếp xúc do nghề nghiệp thì nên tư vấn bệnh nhân tới bác sĩ. Bác sĩ sẽ xem xét chuyển bệnh nhân qua gặp chuyên khoa da liễu, tại đây bệnh nhân có thể được làm test thượng bì xác định nguyên nhân viêm da.

Các lời khuyên tiếp theo được đưa ra nhằm khuyên bệnh nhân thay đổi việc sử dụng các xà phòng gây khô da trước đây bằng các chế phẩm thay thế. Trường hợp kem steroid đã được kê và thuốc mềm da đã dùng, thì dược sĩ có vai trò hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng chúng một cách hiệu quả nhất.

3.4. Các thuốc điều trị

a. Corticoid tại chỗ

Dạng kem và thuốc mỡ *hydrocortisone*, *alclometasone* 0.05%, *clobetasone* 0.05% có thể được bán ở dạng không kê đơn với một số giới hạn trong chỉ định. Hiệu lực của chúng từ nhẹ (*hydrocortisone*) và vừa (*alclometasone* và *clobetasone*). *Hydrocortisone* tại chỗ được sử dụng không kê đơn để điều trị viêm da kích ứng và dị ứng, côn trùng cắn, eczema từ nhẹ đến vừa. Chống chỉ định của loại này là da bị nhiễm trùng (ví dụ: trong bệnh nấm chân, mụn giộp ở môi, trên mặt, quanh hậu môn, và bộ phận sinh dục). Trẻ trên 10 tuổi và người trưởng thành có thể sử dụng, và liệu trình không nên quá 1 tuần.

Alclometasone 0.05% tại chỗ và *clobetasone* 0.05% tại chỗ được dùng trong liệu pháp ngắn ngày trị eczema và viêm da tiếp xúc ở người trên 12 tuổi. Không dùng cho viêm da bã nhờn.

Dạng corticoid tại chỗ không nên dùng vùng háng, vú, cơ quan sinh dục hoặc kẽ ngón chân, do những vị trí này thường là vùng nhiễm nấm. Hoặc vùng mặt vì chúng có thể gây nên viêm quanh miệng và mụn mủ trứng cá.

Tất cả đều phải được sử dụng cẩn thận, từng ít một. Bệnh nhân cần được tư vấn về cách dùng thuốc bằng đơn vị là ngón tay. Đơn vị ngón tay là lượng thuốc có thể bôi phủ từ đầu mút ngón tay đến vết gấp đầu tiên (1 đốt). Một nửa đơn vị ngón tay của thuốc có thể phủ đều kích thước của gan bàn tay.

b. Thuốc trị ngứa

Thuốc trị ngứa đôi khi có ích, mặc dù vẫn chưa có bằng chứng về hiệu quả khi dùng. Ngứa trong eczema không liên qua đến histamine, do đó việc sử dụng thuốc kháng histamine vào buổi tối là không cần thiết. *Calamine* hoặc *crotamiton* có thể dùng ở dạng kem hoặc nhũ tương. Trên thị trường có sản phẩm kết hợp giữa *crotamiton* với *hydrocortisone*. Chỉ định cho loại này là giống với *hydrocortisone* tại chỗ cho viêm da tiếp xúc, vết cắn/đốt của côn trùng, eczema nhẹ đến vừa. Chống chỉ định cũng tương tự như cho corticoid tại chỗ.

4. Một số ca lâm sàng

4.1. Quan điểm của bệnh nhân

Tôi bị eczema cả đời. Năm nay tôi 33 tuổi. Bố tôi bị eczema và hen phế quản. Đứa con út trong số 3 đứa con tôi cũng bị eczema. Tôi hiểu rõ sự rắc rối mà căn bệnh này mang lại. Tôi đã học cách kiểm soát eczema và đã trải qua một số lần dùng thử một vài thuốc, đương nhiên cũng đã hứng chịu tác dụng không mong muốn từ những lần dùng thử đó, để lựa chọn được loại thuốc hợp với mình nhất. Phụ huynh của những trẻ bị eczema cần phải lắng nghe con em mình, kiên nhẫn, quan tâm chúng vì thực sự chúng cảm thấy rất khó chịu giống như những gì lúc còn bé tôi phải trải qua.

Cho đến năm 18 - 19 tuổi, tôi gần như đã hết eczema. Da của tôi dù vẫn nhạy cảm và khá khô, nhưng nói chung là ổn. Có những giai đoạn ngắn, bệnh khởi phát ở sau đầu gối, ở cẳng tay, sau cổ, phần dưới của lưng. Những lúc đó, dùng kem dưỡng ẩm và *hydrocortisone* OTC tỏ ra hiệu nghiệm.

Đối phó với viêm da cơ địa cũng như chăm sóc cho chiếc xe ô tô. Lúc xe hư, bạn đưa xe đến tiệm sửa chữa, điều này cũng như lúc eczema phát tác, bạn dùng steroid tại chỗ để xử lý, sau đó mọi thứ trở lại như cũ. Nhưng bạn không được quên phải bảo dưỡng, xe vẫn cần thay dầu mỡ khi cần thiết, giống như da cũng cần bảo vệ. Tuy nhiên, dù bạn làm đúng mọi thứ thì xe vẫn có thể hư – bệnh vẫn có thể tái phát.

4.2. Ca 1

Chị L. tìm đến bạn vì bệnh eczema của đứa con gái 4 tuổi gần đây trở nên xấu đi. Cô ấy kể rằng cô cho trẻ dùng thuốc Bắc và tỏ ra khá hữu nghiệm cho đến khoảng tuần trước. Eczema phát tác ở tay và chân của bé. Cô ấy muốn mua một loại kem an toàn cho bé, nhưng không phải là loại chứa steroid vì cô sợ tác dụng phụ của nó. Bé gái không đi cùng với chị L.

a. Quan điểm của dược sĩ:

Cách chữa trị bằng thuốc bắc khá phổ biến cho eczema. Thành phần cũng như liều lượng của các thành phần có hoạt tính trong thuốc bắc khó có thể xác định được. Một số nghiên cứu cho thấy một số thành phần có hoạt tính trong thuốc bắc có thể có tác dụng của steroid. Bé gái nên đến khám lại bởi bác sĩ gia đình vì eczema đã khởi phát lại và bé không đi với mẹ nên khó để biết mức độ nặng nhẹ của bệnh. Qua lời kể của bà mẹ và tiền sử cho thấy việc thăm khám bác sĩ có thể hữu ích.

b. Quan điểm của bác sĩ:

Sự phát tác của eczema có thể dẫn đến nhiễm trùng. Da khô, nứt có thể là điều kiện tốt cho nhiễm khuẩn và nếu như vậy việc kiểm soát bệnh sẽ khó khăn hơn. Bé gái nên được chuyển đến gặp bác sĩ đa khoa, họ có thể sẽ tiến hành xem xét để xác nhận nhiễm khuẩn rồi cho dùng kháng sinh đường uống kết hợp kem bôi steroid. Trường hợp này nên chú trọng khuyên chị L. đồng ý cho con dùng kem steroid. Giải thích cho cô L. hiểu thuốc bắc dễ bị

dùng sai do chất lượng và liều lượng dùng không được quản lý, và có thể đưa đến tác hại cho gan.

4.3. Ca 2

Anh A., người địa phương, khoảng 34 – 35 tuổi và là một khách hàng quen thuộc của quầy thuốc. Hôm nay, anh tìm đến để mua kem **clobetasone** vì bệnh eczema của anh nặng lên. Anh bị eczema đã nhiều năm nay và thường mua thuốc theo đơn từ bác sĩ mỗi lần bệnh tái phát. Lúc nhỏ, anh A. bị hen phế quản, một số thành viên trong nhà cũng bị hen và sốt mùa cỏ khô. Anh đã thấy quảng cáo về **clobetasone trên tivi** và có ý định mua thuốc này từ quầy thuốc của bạn để tiết kiệm thời gian đến gặp bác sĩ. Eczema xuất hiện ở mắt cá, bàn tay, cẳng chân. Vùng da ở tay anh bị nứt và chảy nước.

a. Quan điểm của dược sĩ:

Anh A. cần đến gặp bác sĩ do vùng da ở bàn tay đã bị nhiễm trùng và steroid tại chỗ, bao gồm cả **clobetasone** không nên dùng ở những vùng da như vậy.

b. Quan điểm của bác sĩ:

Mô tả về bệnh gợi ý đến một eczema thể tạng lan rộng, kèm vùng da ở bàn tay bị nhiễm trùng. Mặc dù anh A. đã gặp phải vấn đề này trong nhiều năm, nhưng tư vấn anh tới gặp bác sĩ đa khoa, đặc biệt khi có nhiễm trùng như vậy là hợp lý. Bác sĩ đa khoa nên lắng nghe bệnh nhân về ý kiến, lo lắng, nguyện vọng của họ trong việc điều trị eczema. Nên xác định các yếu tố gây kích ứng như thú nuôi, xà phòng, bột giặt, môi trường làm việc và áp lực hằng ngày. Và cũng nên hỏi về loại thuốc làm mềm da đã dùng và hiệu quả của nó. Có thể sẽ phải cần lấy mẫu da để xác định nhiễm khuẩn, thông thường loại này là do tụ cầu vàng gây ra. Trong trường hợp đó, một liệu trình 10 ngày của **flucloxacillin** hoặc **erythromycin** nếu bệnh nhân nhạy cảm với **penicillin** sẽ được chỉ định. Nếu bệnh nhân dễ bị nhiễm khuẩn lặp lại, bệnh nhân nên thử dùng dầu tắm kháng khuẩn cùng thuốc làm mềm (làm ẩm). Sẽ làm hợp lý nếu kê một steroid tại chỗ - loại cần kê đơn, ví dụ như **betamethasone** 0.1% trị triệu chứng, sử dụng ngắn ngày, như vậy sẽ tốt hơn dùng loại corticoid hoạt lực yếu dùng dài ngày. Khi triệu chứng đã nằm trong tầm kiểm soát, anh A. có thể tiếp tục với một loại corticoid OTC khi cần, kèm thuốc làm ẩm.

4.4. Ca 3

Anh B., thanh niên, tìm đến bạn vì bàn tay anh trở nên đau và khô. Da đóng vảy nhưng không nứt ra và không có dấu hiệu của bội nhiễm như chảy nước hay mủ. Vấn đề đối với anh là sự lây lan của bệnh, bây giờ bệnh đã ảnh hưởng đến cánh tay. Trước đây thỉnh thoảng anh cũng có bị tương tự nhưng không nặng như lần này. Hỏi han thêm, bạn phát hiện anh đang làm tại nhà hàng và công việc chủ yếu là chùi rửa.

a. Quan điểm của dược sĩ:

Khả năng cao đây là một viêm da tiếp xúc gây ra do tiếp xúc nhiều với nước và chất tẩy rửa trong thời gian gần đây. Không có dấu hiệu của nhiễm khuẩn, sẽ là hợp lý nếu cho điều trị bằng **hydrocortisone** tại chỗ, **alclometasone**, hoặc **clobetasone**. Da bị khô, do đó nên dùng dạng bào chế thuốc mỡ. Mang găng tay cao su để bảo vệ khi làm việc và sử dụng thuốc làm ẩm thường xuyên có thể mang lại hiệu quả.

b. Quan điểm của bác sĩ:

Nếu da anh ta không cải thiện với cách điều trị của dược sĩ, nên tư vấn anh đến gặp bác sĩ đa khoa. Trong quá trình thăm khám, cần tìm hiểu kiến thức của bệnh nhân về bệnh, suy nghĩ của bệnh nhân về nguyên nhân cũng như những mối lo ngại của bệnh nhân. Ví dụ, bệnh

nhân có thể cho rằng đó là một nhiễm khuẩn có khả năng lây nhiễm. Bệnh nhân mong muốn dùng thuốc uống hơn là thuốc bôi tại chỗ và mong muốn bệnh được chữa khỏi hẳn. Việc tìm hiểu kiến thức, mong muốn, mối lo lắng của bệnh nhân sẽ giúp cho chọn biện pháp điều trị tốt hơn, bệnh nhân tuân thủ liệu pháp hơn và đạt kết quả điều trị tốt hơn. Trong trường hợp này, tình trạng có thể cải thiện nếu đổi qua dùng corticoid mạnh hơn **betametasone** 0.1% và thay đổi thuốc làm ẩm. Để ngăn ngừa bệnh tái phát sau này, tốt nhất nên bảo vệ da tránh tiếp xúc trực tiếp chất tẩy rửa.

4.5. Ca 4

Một bệnh nhân gọi điện thoại cho bạn hỏi về loại thuốc dạng kem mua ở quầy thuốc của bạn hôm nay. Cô ấy mua loại kem **clobetason** để trị cho vùng da nổi ban, gây ra bởi một loại chất khử mùi mới. Tuy nhiên, lúc về nhà, cô đọc tờ hướng dẫn sử dụng và nhận thấy đây là loại thuốc không nên dùng cho phụ nữ cho con bú. Cô có con 4 tháng tuổi và đang cho con bú.

a. Quan điểm của dược sĩ

Bạn không nhận ra tờ hướng dẫn có ghi như vậy, nên cuộc gọi đã đẩy bạn đến tình huống khó xử. Nhưng sau khi xem xét kỹ có thể thấy liệu trình điều trị là ngăn ngứa và lượng **corticoid** hấp thụ qua da là rất nhỏ. Tuy vậy, vẫn khá khó khăn khi giải thích cho bệnh nhân và liệu cô ấy có thật sự tin bạn, nhất là khi lời bạn nói khác với tờ hướng dẫn sử dụng. Cuối cùng, bạn đưa ra quyết định dựa trên kiến thức của mình. Bạn giải thích cho cô ấy hiểu kỹ hơn cảnh báo về loại thuốc đó, rằng hoàn toàn an toàn nếu chỉ dùng một lượng nhỏ trong ngăn ngứa, rồi chờ đợi phản hồi của cô ấy. Nếu cách đó không làm cô tin bạn, bạn có thể sẽ phải đổi thuốc khác cho cô ấy an tâm.

b. Quan điểm của bệnh nhân

Tôi thực sự lo lắng khi đọc được điều đó trên tờ hướng dẫn. Thật sự tôi không muốn dùng thuốc có ảnh hưởng lên con tôi. Sau khi nghe Dược sĩ dành thời gian giải thích. Và tôi quyết định lựa chọn giải pháp an toàn là chỉ dùng với một lượng thật nhỏ.

c. Quan điểm của bác sĩ

Corticoid đường như không gây ảnh hưởng gì đến đứa bé, nhất là chỉ điều trị ngăn ngứa. Khuyến cáo của *BNF* về corticoid và phụ nữ cho con bú là “liều **prednisolon** hằng ngày cho mẹ lên tới 40mg bằng đường uống dường như không ảnh hưởng đến trẻ từ 1 – 12 tháng tuổi”. Do đó, chỉ một ít lượng steroid hoạt lực trung bình là có khả năng thấm qua da, và rõ ràng sẽ không ảnh hưởng đến đứa bé. Do chưa có bằng chứng cụ thể cho những trường hợp sử dụng thuốc như thế này nên việc đưa vào tờ hướng dẫn khuyến cáo là có thể hiểu được.

BÀI 17. MỤN TRÚNG CÁ

Tỷ lệ mắc mụn trứng cá ở tuổi teen rất cao và ước tính hơn nửa số thanh thiếu niên lứa tuổi này bị mụn trứng cá ở nhiều mức độ khác nhau. Hầu hết người bị mụn trứng cá ban đầu đều tự điều trị. Mụn trứng cá nhẹ thường đáp ứng tốt khi sử dụng các phương pháp điều trị bằng các thuốc OTC. Mụn trứng cá có ảnh hưởng sâu sắc với người bệnh và dược sĩ phải ghi nhớ điều đó thậm chí cả các trường hợp mụn trứng cá nhẹ do bị coi là kém thẩm mỹ với tuổi teen. Mụn trứng cá từ trung bình đến nặng có thể là một vấn đề lớn và là một nguồn gây trầm cảm với nhiều thanh thiếu niên. Thông cảm với yêu cầu cần được giúp đỡ, cùng với lời mời trở lại và thông báo mức độ tiến triển, có thể cũng quan trọng như điều trị đã lựa chọn.

Bạn cần biết những gì

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Độ tuổi• Mức độ nghiêm trọng• Các vùng da bị ảnh hưởng nghiêm trọng• Thời gian dùng thuốc |
|--|

Ý nghĩa các câu hỏi và câu trả lời

Độ tuổi

Mụn trứng cá thường xảy ra trong những năm tuổi teen, khởi đầu phổ biến hầu hết ở tuổi dậy thì, mặc dù có thể bắt đầu để xuất hiện trong một năm hoặc lâu hơn. Mụn trứng cá có thể tồn tại do bất cứ điều gì kéo dài từ một vài tháng đến vài năm. Khởi đầu ở tuổi dậy thì mụn trứng cá có thể tiếp tục cho đến cuối tuổi teen hoặc thậm chí tới những năm đầu tuổi 20. Quá trình trao đổi hormon xảy ra ở tuổi dậy thì đặc biệt là tạo ra androgen, được cho là có liên quan tới nguyên nhân gây mụn trứng cá. Tăng keratin và bã nhờn sinh ra trong suốt thời thanh niên cũng được quy cho là các nhân tố góp phần quan trọng; Tăng lượng keratin dẫn đến tắc nghẽn các nang và hình thành những mụn trứng cá nhỏ. Mụn trứng cá nhỏ có thể phát triển thành thương tổn không viêm (comedon), có thể mở (mụn đầu đen) hoặc đóng (mụn đầu trắng) hoặc dẫn tới tổn thương có viêm (mụn, mụn nhú hoặc mụn mủ). Tiết bã nhờn quá mức tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển, *Propionibacterium acnes* tham gia vào phát triển tổn thương viêm. Mụn trứng cá có thể vì vậy tự viêm hoặc không tự viêm.²

Lứa tuổi rất trẻ

Mụn trứng cá rất hiếm thấy ở trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh và bất kỳ những ca nào như vậy cần giới thiệu đến bác sĩ để thăm khám, do trong quá trình tiết androgen (sản xuất hormon) có thể gây nên u mụn trứng cá.

Alison Blenkinsopp, Paul Paxton and John Blenkinsopp. *Symptoms in the Pharmacy: A Guide to the Management of Common Illness, Seventh Edition*. John Wiley & Sons, Ltd. Published 2014

Lứa tuổi lớn hơn

Đối với người bệnh bị mụn trứng cá bắt đầu muộn hơn những năm tuổi teen, nguyên nhân khác cần phải cân nhắc gồm cả điều trị bằng thuốc (thảo luận dưới đây) và các yếu tố nghề nghiệp. Dầu và mỡ bôi trơn sử dụng tại nơi làm việc có thể gây nên mụn trứng cá và sẽ có giá trị để hỏi xem người bệnh có tiếp xúc với các tác nhân như vậy. Mụn trứng cá nặng lên ngay trước hoặc trong khi kinh nguyệt ở một số phụ nữ; điều này cho là do thay đổi ở mức progesteron.

Mức độ nghiêm trọng

Có thể khuyến cáo điều trị mụn trứng cá nhẹ bằng các thuốc OTC. Mụn trứng cá có thể mở (mụn đầu đen) hoặc đóng (mụn đầu trắng); bã nhờn ở mụn trứng cá đóng không thể lan tới bề mặt da. Các nút sừng (plug of keratin) ở gốc nang một mụn trứng cá, ban đầu màu trắng (mụn đầu trắng), sau này trở thành sẫm màu do tích tụ melanin (mụn đầu đen). Tuy nhiên bã nhờn vẫn được tạo ra, vì vậy gây ra sừng và mụn trứng cá cuối cùng vỡ ra, chảy ra các chất ở dưới bề mặt da. Các bã nhờn thoát ra gây phản ứng viêm; nếu đáp ứng không nghiêm trọng, sẩn đỏ nhỏ xuất hiện. Khám thấy nhiều mụn trứng cá nghiêm trọng hơn, viêm đỏ mụn trứng cá mù, cần phải giới thiệu đến bác sĩ để điều trị thay thế như kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.

Các vùng da bị ảnh hưởng

Các vùng da bị ảnh hưởng mụn trứng cá có thể gồm mặt, cổ, giữa ngực, lưng và vai, đó là tất cả các vùng da có nhiều tuyến bã nhờn. Trứng cá đỏ là tình trạng da đôi khi nhầm lẫn với mụn trứng cá (mảng sừng 3). Quá trình này thường xảy ra ở người trẻ tuổi và trung niên. Mụn trứng cá đỏ có đặc tính mẩn đỏ đặc trưng, sẩn và mụn trứng cá mù. Thường chỉ có vùng da mặt bị ảnh hưởng.

Thời gian điều trị

Thông tin thu được cần xem xét cùng với yếu tố về thuốc (thuốc kê đơn hoặc thuốc OTC) thử dùng các loại thuốc đã có và các loại thuốc khác. Điều trị mụn trứng cá trong thời gian dài bằng một số chế phẩm thuốc OTC đã sử dụng chính xác mà không thành công cần giới thiệu đến bác sĩ.

Các dược sĩ nên thiết lập đặc tính của mọi điều trị đã thử và phương pháp sử dụng chữa bệnh. Sử dụng thuốc không phù hợp, ví dụ bôi thuốc không thường xuyên có thể ảnh hưởng đến thành công điều trị.

Thông tin về các liệu pháp hiện tại cũng quan trọng, vì mụn trứng cá đôi khi có thể do các loại thuốc gây ra: Lithium, phenytoin và progestogen, levonorgestrel và nor-ethisterone (có trong thuốc tránh thai kết hợp). Nếu mụn trứng cá bị nghi do điều trị bằng thuốc, người bệnh cần được tư vấn để nói điều này với bác sĩ của họ.

Khi nào khuyến bệnh nhân đi khám bác sĩ
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Mụn trứng cá nặng• Dùng thuốc không hiệu quả |
|---|

- Nghi ngờ trứng cá do thuốc

Thời gian điều trị

Người bệnh bị mụn trứng cá nhẹ không đáp ứng điều trị trong vòng 8 tuần nên giới thiệu đến bác sĩ.

Quản lý

Có hàng chục loại sản phẩm bán trên thị trường để điều trị mụn trứng cá. Dược sĩ có thể lựa chọn hợp lý dựa trên kiến thức về khả năng hiệu quả. Mục đích điều trị chung là loại bỏ nút nang để các chất bã nhờn có thể lưu thông tự do và giảm số lượng vi khuẩn trên da. Vì thế tác dụng điều trị cần giảm hình thành mụn trứng cá. Dạng thuốc hữu ích nhất là các loại thuốc bôi (dạng lỏng: nhũ dịch, hỗn dịch, kem thuốc, gel thuốc có các tá dược thân nước trong công thức bào chế), các loại kem thuốc và gel thuốc. Gel thuốc với cốt tá dược alcol khô nhanh có thể gây kích ứng. Những dạng bào chế này có cốt thân nước làm khô chậm hơn nhưng ít có khả năng gây kích ứng da. Kem dưỡng ẩm không gây mụn trứng cá có thể tốt nếu da bị khô do điều trị.

Benzoyl peroxid

Benzoyl peroxid có cả hoạt tính kháng khuẩn và chống mụn trứng cá và là dòng thuốc OTC đầu tiên điều trị mụn trứng cá có viêm hoặc không viêm. Hoạt tính kháng viêm có tác dụng ở mọi nồng độ. Hoạt tính chống mụn trứng cá thấp và có hiệu quả lớn nhất ở nồng độ cao hơn. *Benzoyl peroxid* có tác dụng làm bong lớp sừng làm tăng tốc độ thay thế tế bào da, giúp da bong vảy. Bôi thuốc đều đặn có thể có hiệu quả cải thiện các chứng cá nhẹ. Lúc đầu *benzoyl peroxid* thường có khả năng gây đỏ và đau nhức da và cần cảnh báo người bệnh về điều này (xem các quan điểm thực tiễn dưới đây). Điều trị nên bắt đầu với các sản phẩm 2,5% hoặc 5%, chuyển dần lên nồng độ 10% nếu cần thiết. Gel thuốc có thể hữu ích cho những người có làn da dầu và thuốc kem cho những người có da khô. Rửa sạch da bằng xà phòng nhẹ hoặc sản phẩm tẩy rửa, rửa lại bằng nước sạch trước khi bôi *benzoyl peroxid* có thể giúp giảm lượng bã nhờn trên da.

Benzoyl peroxid ngăn ngừa tổn thương mới hình thành chứ không phải là thu hẹp vùng da có mụn trứng cá. Bởi vậy cần bôi thuốc lên toàn bộ vùng da bị ảnh hưởng, không chỉ đối với mụn trứng cá riêng biệt và cần bôi đều nhất lên vùng da sau khi rửa sạch. Trong một vài ngày đầu sử dụng da có khả năng đỏ lên và cảm thấy hơi đau. Tiếp đến có thể đau nhức, khô và bong vảy. Cần cảnh báo tác dụng kích thích có thể xảy ra; Nếu không người bệnh có thể bỏ dở không tuân thủ điều trị.

Một cách giảm tấy đỏ và đau nhức da là bắt đầu với các chế phẩm có nồng độ thấp nhất và bôi kem thuốc, các loại thuốc bôi hoặc bôi một lượng tối thiểu gel thuốc và không bôi thường xuyên trong tuần đầu điều trị. Bôi thuốc một lần mỗi ngày hoặc cách ngày có thể thử trong một tuần và sau đó tần số sử dụng tăng lên hai lần mỗi ngày. Sau 2 hoặc 3 tuần có thể dùng các chế phẩm có nồng độ cao hơn. Nếu tác dụng kích ứng không cải thiện sau 1 tuần hoặc đau rất nặng hơn, nên ngưng sử dụng các sản phẩm.

Gây nhạy cảm

Thỉnh thoảng, mẫn cảm với *benzoyl peroxid* có thể xảy ra. Da bị tấy đỏ, viêm và đau và nên ngừng điều trị.

Gây tẩy trắng

Cần cảnh báo *benzoyl peroxid* có khả năng tẩy trắng quần áo và giường ngủ. Nếu dùng vào ban đêm, khăn trải giường trắng và áo gối trắng có tác dụng tốt nhất và có thể khuyên người bệnh mặc áo ngắn tay cũ hoặc áo sơ mi để giảm thiểu thiệt hại cho quần áo còn tốt. Tránh mắt, miệng và niêm mạc tiếp xúc với *benzoyl peroxid*.

Các chất có tác dụng làm bong lớp sừng

Các chất có tác dụng làm bong lớp sừng khác bao gồm kali quinolin hydroxy sulfat và acid salicylic. Các chất này là những phương pháp điều trị thứ hai.

Nicotinamid

Nicotinamid dùng ngoài có hoạt tính chống viêm nhẹ, cần bôi hai lần mỗi ngày. Có bằng chứng hạn chế về hiệu quả. Tác dụng phụ bao gồm tình trạng khô da và kích ứng. Có thể cần điều trị trong vài tuần để thấy hiệu quả đầy đủ.

Các chất kháng khuẩn

Rửa da bằng xà phòng có sẵn chứa chất khử trùng như chlorhexidin. Những sản phẩm này có thể có lợi với người bị mụn trứng cá nhờ tẩy dầu mỡ trên da và giảm các hệ vi khuẩn trên da. Có bằng chứng hiệu quả hạn chế.

Các quan điểm thực tiễn

Thông tin về mụn trứng cá cho các bé tuổi teen

Trang web này www.teenagehealthfreak.com là một nguồn thông tin hữu ích thiết thực cho thanh thiếu niên liên quan tới sức khỏe bao gồm cả mụn trứng cá. Cũng như giải thích những điều về mụn trứng cá và những phương pháp và thuốc có thể sử dụng để điều trị trứng cá, người sử dụng trang web có thể đọc thắc mắc của thanh thiếu niên về mụn trứng cá.

Chế độ ăn uống

Không có bằng chứng để liên quan chế độ ăn uống với mụn trứng cá, mặc nhiều người tin sô cô la và các loại thực phẩm nhiều chất béo gây ra mụn trứng cá hoặc làm cho chúng cá nặng hơn.

Ánh sáng mặt trời

Người ta thường tin tác dụng có lợi của ánh sáng mặt trời với mụn trứng cá, do tác dụng lột da mặt, giúp loại bỏ nang và làm khô da hay hiệu lực tẩy dầu mỡ của ánh sáng. Một tổng quan có hệ thống, hoặc đánh giá hệ thống (systematic reviews) về nội dung “còn đang thiếu bằng chứng thuyết phục trực tiếp về tác động tích cực của ánh sáng mặt trời có tác dụng và gây ảnh hưởng tới mụn trứng cá”.

Thuốc kháng sinh

P. acnes kháng với thuốc kháng sinh đang tăng. Các dược sĩ lợi thế trong đảm bảo sử dụng chính xác phương pháp điều trị mụn trứng cá. Điều trị kháng sinh đường uống thường gồm tetracyclin (minocyclin thường sử dụng để giảm bớt kháng thuốc, thuốc hấp thu tốt hơn và cần một liều duy nhất một lần mỗi ngày). Cần nhắc nhở người bệnh không ăn hoặc uống các sản phẩm sữa 1 giờ trước hoặc sau khi dùng kháng sinh. Cũng áp dụng cùng quy tắc đối

với thuốc kháng acid hoặc các chế phẩm có chứa sắt. Bằng chứng gợi ý rằng thất bại trong điều trị kháng sinh trị mụn trứng cá trong quá khứ có thể do những mức cận lâm sàng của thuốc kháng sinh bởi vì sự chelat hóa các ion kim loại trong các sản phẩm sữa hoặc thuốc kháng acid. Erythromycin cũng sử dụng trong trị mụn trứng cá. Vi khuẩn kháng erythromycin hiện giờ khá cao, vì vậy có thể không có hiệu quả.

Sử dụng các kháng sinh tại chỗ thay thế cho kháng sinh uống nhưng không có hiệu quả như uống. Các kháng sinh dùng tại chỗ chỉ hữu ích trong mụn trứng cá bị viêm. Erythromycin sử dụng tại chỗ kết hợp với benzoyl peroxid hoặc kẽm (oxid) có thể giảm vi khuẩn kháng thuốc hơn chỉ điều trị đường uống.

Điều trị liên tục

Mụn trứng cá đáp ứng khá chậm với điều trị và có thể cần thời gian tới 6 tháng để đạt lợi ích tối đa. Điều đó thường được các nhà chuyên môn đồng ý.

BÀI 18. NẤM KẼ CHÂN

Nấm kẽ chân (có tên tiếng anh athlete's foot, nghĩa là bàn chân của vận động viên) nhưng không chỉ xảy ra giới hạn ở các vận động viên như tên gọi của nó. Vì nấm gây bệnh phát triển nhanh trong điều kiện ẩm, ấm. Khoảng hở giữa các ngón chân có thể cung cấp môi trường phát triển tốt cho vi nấm và do đó có nguy cơ cao mắc bệnh. Bệnh phổ biến ở nam giới hơn nữ giới và đáp ứng tốt với các thuốc OTC.

Những điều bạn cần biết

- Thời gian diễn tiến
- Biểu hiện bên ngoài
- Mức độ nghiêm trọng
 - Nứt da
 - Cơn đau
 - Nhiễm trùng thứ phát
- Vị trí nhiễm trùng
- Tiền sử bệnh
- Thuốc đang dùng

1. Tầm quan trọng của các thông tin thu thập từ bệnh nhân

1.1. Thời gian diễn tiến

Được xem xét cùng với mức độ nghiêm trọng của triệu chứng, tình trạng bệnh kéo dài có thể khiến dược sĩ quyết định khuyên bệnh nhân khám bác sĩ. Tuy nhiên, đa số trường hợp nấm kẽ chân thường nhẹ và có thể được chữa hiệu quả với các thuốc OTC.

1.2. Biểu hiện bên ngoài

Nấm kẽ chân thường biểu hiện với vùng da ngứa, nứt nẻ trong khoảng giữa các ngón chân. Các vết nứt hoặc kết vảy trên da trở nên trắng, mụn và bắt đầu bong tróc. Bên dưới các vảy này, da thường đỏ lên, có thể có ngứa và đau. Da có thể khô và bong vảy hoặc ẩm ướt và chảy dịch (xem Ảnh 4).



Plate 4 Athlete's foot.

1.3. Mức độ nghiêm trọng

Nấm kẽ chân thường là một chứng nhiễm nấm nhẹ, nhưng đôi khi vùng da giữa các ngón trở nên mủn hơn và vỡ ra, các vết nứt sâu hơn và gây đau. Vùng da này khi đó có thể bị viêm và đau. Một khi da bị vỡ ra, nhiễm khuẩn thứ phát có điều kiện phát triển. Nếu có các dấu hiệu của nhiễm khuẩn như chảy dịch, mủ, hoặc mủn vàng thì nên khuyên bệnh nhân khám bác sĩ.

1.4. Vị trí

Trường hợp điển hình là các ngón chân bị ảnh hưởng, khoảng giữa ngón thứ tư và ngón út là nơi thường bị nhất. Những nhiễm trùng nghiêm trọng hơn có thể lan tỏa đến lòng bàn chân và thậm chí là mu bàn chân trong vài trường hợp. Dạng lan tỏa này có thể làm thay đổi biểu hiện của tình trạng bệnh và các trường hợp nặng tốt nhất là chuyển bệnh nhân cho bác sĩ để theo dõi thêm. Khi các vùng khác của bàn chân cũng bị ảnh hưởng, biểu hiện của bệnh có thể bị nhầm lẫn với bệnh viêm da dị ứng. Tuy nhiên, trong viêm da hay eczema, khoảng giữa các ngón thường không bị ảnh hưởng, ngược với nấm kẽ chân.

Nếu móng chân cũng bị ảnh hưởng, việc chuyển bệnh nhân cho bác sĩ có thể cần thiết tùy thuộc có bao nhiêu móng chân bị ảnh hưởng và mức độ nghiêm trọng của chúng. Các liệu pháp kháng nấm hệ thống có thể cần dùng để chữa trị nhiễm trùng móng khi các thuốc OTC không hiệu quả.

1.5. Tiền sử bệnh

Nhiều người thỉnh thoảng bị nấm kẽ chân nhiều lần. Dược sĩ nên hỏi về tiền sử bệnh và biện pháp đã được sử dụng để đối phó. Bất cứ bệnh nhân bị đái tháo đường đang bị nấm kẽ chân tốt nhất nên đi khám bác sĩ. Đái tháo đường có thể gây tổn thương hệ tuần hoàn và thần kinh ở bàn chân và nguy cơ nhiễm trùng thứ phát cao hơn vì các vết thương hở chậm lành.

1.6. Thuốc điều trị

Bệnh nhân có thể đã thử dùng một hoặc vài liệu pháp dùng ngoài da trước khi tìm kiếm lời khuyên từ dược sĩ. Do đó dược sĩ nên tìm hiểu xem bệnh nhân có dùng bất kỳ liệu pháp hay phương pháp điều trị nào không. Thất bại trong trị liệu có thể xảy ra chỉ đơn giản vì không được duy trì đủ lâu. Tuy nhiên, nếu một sản phẩm kháng nấm phù hợp được dùng chính xác mà triệu chứng không cải thiện thì bệnh nhân tốt nhất nên được khuyên đi khám bác sĩ, đặc biệt nếu triệu chứng kéo dài (trong nhiều tuần).

Trường hợp nào thì khuyên đi khám bác sĩ

- Bệnh nặng, ảnh hưởng những bộ phận khác của bàn chân
- Có các dấu hiệu của nhiễm khuẩn
- Không đáp ứng với liệu pháp được cho là phù hợp
- Bệnh nhân đái tháo đường
- Ảnh hưởng đến móng chân

2. Tiến trình quản lý bệnh

Nếu nấm kẽ chân không đáp ứng trị liệu trong 2 tuần, bệnh nhân nên đi khám bác sĩ.

3. Kiểm soát bệnh

Hiện có nhiều sản phẩm để điều trị nấm kẽ chân. Các dạng bào chế gồm kem, bột, dung dịch, thuốc xịt và thuốc bôi. Một tổng quan y văn hệ thống đã được tiến hành nhằm so sánh các bằng chứng lâm sàng giữa nhóm allylamine dùng ngoài (như **terbinafine**), nhóm azole (như **clotrimazole**, **miconazole**, **ketoconazole** và **bifonazole**), **acid undecenoic** và **tolnaftate**. Tất cả đều hiệu quả hơn giả dược. Các allylamine đã được thử nghiệm so sánh với các azole dùng ngoài; tỉ lệ lành bệnh là như nhau. Tuy nhiên, **terbinafine** có hiệu quả phòng ngừa tái phát cao hơn. **Terbinafine** và **ketoconazole** có thời gian trị liệu là 1 tuần, một số bệnh nhân rất thích điều này.

Dược sĩ nên hướng dẫn bệnh nhân cách thức để sử dụng liệu pháp một cách chính xác và các biện pháp khác có thể giúp ngăn ngừa tái phát (xem mục “Các lưu ý thực hành” bên dưới). Sử dụng thường xuyên các sản phẩm được khuyến cáo để vệ sinh, làm khô bàn chân là cần thiết, và việc điều trị phải được duy trì sau khi các triệu chứng đã hết để đảm bảo vi nấm được loại trừ hoàn toàn. Những dược phẩm thường ghi rõ thời gian điều trị và nhìn chung được khuyến dùng trong 1-2 tuần sau khi tất cả các dấu hiệu nhiễm trùng biến mất.

3.1. Nhóm azole (như clotrimazole, miconazole)

Các azole dùng ngoài có thể được dùng chữa trị nhiều bệnh nhiễm nấm ngoài da, bao gồm cả nấm kẽ chân. Chúng có phổ tác dụng rộng và được chứng minh có cả tác dụng kháng nấm lẫn kháng khuẩn (tác dụng thứ 2 hữu dụng khi xuất hiện nhiễm khuẩn thứ phát). Thuốc nên được dùng hai đến ba lần mỗi ngày. Những công thức bào chế hiện hành gồm có dạng kem, bột và dạng xịt. **Miconazole**, **clotrimazole**, **bifonazole** và **ketoconazole** đôi khi được ghi nhận gây kích ứng nhẹ trên da. **Ketoconazole** có thời gian trị liệu là 1 tuần.

3.2. Terbinafine

Terbinafine được lưu hành dạng kem, dung dịch, dạng xịt và gel. Các chỉ định được cấp phép và lịch điều trị được thể hiện trong bảng dưới. Có bằng chứng cho thấy **terbinafine** hiệu quả hơn nhóm azole trong ngăn ngừa tái phát, do đó hữu ích hơn khi bệnh nhân thường xuyên tái phát nấm kẽ chân. **Terbinafine** có thể làm da đỏ, ngứa và nhức; nên tránh tiếp xúc với mắt. Các sản phẩm chứa **terbinafine** không được khuyến cáo sử dụng cho trẻ em.

Loại nấm	Kem (16 trở lên)	Thuốc xịt (16 trở lên)	Dung dịch (18 trở lên)	Gel (16 trở lên)
Nấm kẽ chân	Dùng một hay hai lần mỗi ngày trong 1 tuần	Dùng một lần mỗi ngày trong 1 tuần	Dùng một lần giữa các ngón ra bàn chân và hai bên. Tránh tiếp xúc trong 24 giờ	Dùng một lần mỗi ngày trong 1 tuần
Nấm bẹn <i>Dhobi itch</i> (<i>jock itch</i>)	Dùng một hay hai lần mỗi ngày trong 1 - 2 tuần	Dùng một lần mỗi ngày trong 1 tuần	-	Dùng một lần mỗi ngày trong 1 tuần
Nấm đồng tiền <i>Ringworm</i>	-	Dùng một lần mỗi ngày trong 1 tuần	-	

3.3. Griseofulvin

Thuốc xịt Griseofulvin 1% có thể được bán không cần kê đơn để điều trị nấm kẽ chân. Thuốc có thể dùng một lần mỗi ngày và điều trị tối đa trong 4 tuần.

3.4. Tolnaftate

Tolnaftate được lưu hành dạng bột, kem, khí dung và dung dịch. Thuốc có hiệu quả chữa nấm kẽ chân. Thuốc cho tác dụng kháng nấm nhưng không cho tác dụng kháng khuẩn. Thuốc nên được dùng hai lần mỗi ngày và được duy trì tối đa 6 tuần. Tolnaftate có thể gây ngứa nhẹ khi dùng trên da nhiễm trùng.

3.5. Nhóm undecenoate (như kẽm undecenoate, acid undecenoic, methyl và propyl undecenoate)

Acid undecenoic là một tác nhân kháng nấm, đôi khi được bào chế với muối kẽm để tạo thêm tác dụng chống nhờn. Việc trị liệu nên được duy trì trong 4 tuần.

3.6. Hydrocortisone dạng kem hoặc thuốc mỡ

Hydrocortisone có thể được bán không cần kê đơn cho bệnh viêm da dị ứng, viêm da kích ứng, vết côn trùng cắn đốt và eczema nhẹ đến trung bình. **Hydrocortisone dùng ngoài** không thể dùng trong nấm kẽ chân, mặc dù thuốc có thể giảm triệu chứng viêm, vì khi được dùng đơn độc, thuốc không cho tác dụng kháng nấm, điều này có thể khiến bệnh nặng hơn. Tuy nhiên, những chế phẩm phối hợp chứa **hydrocortisone** với một tác nhân kháng nấm được lưu hành dạng không cần kê đơn để trị nấm kẽ chân và hăm da (được mô tả trên bao bì và tờ thông tin thuốc là “nổi ban do mồ hôi”). Dùng thuốc giới hạn trong 7 ngày.

4. Các lưu ý thực hành

4.1. Giày và tất

Mồ hôi từ bàn chân có thể tạo môi trường nóng, ẩm thuận lợi cho vi nấm phát triển. Tránh mặc những đôi giày quá chật hay được may bằng các vật liệu tổng hợp không cho phép thoát ẩm. Nếu được, bệnh nhân nên mang giày da, cho phép da được hô hấp, thông khí. Vào mùa hè, những đôi sandal có thể hữu ích và nên cởi ra khi có thể. Việc mang tất

cotton có thể cho phép thoát ẩm, trong khi tất nylon sẽ hạn chế việc này. 4.2. Vệ sinh bàn chân

Bàn chân nên được rửa sạch, làm khô hoàn toàn và cẩn thận, đặc biệt là các kẽ ngón chân, trước khi sử dụng thuốc kháng nấm. 4.3. Lây truyền nấm kẽ chân

Nấm kẽ chân dễ lây lan và được cho là dễ mắc phải do đi chân trần, ví dụ như trên nền của phòng thay đồ trong các công sở, trường học và câu lạc bộ thể dục thể thao. Không cần thiết phải kiêng thể thao nhưng cần dùng một số loại giày dép như sandal cao su.

4.4. Ngăn ngừa tái phát

Cần đảm bảo giày và tất không bị nhiễm nấm. Tất nên được thay và giặt thường xuyên. Giày có thể được phủ bột diệt nấm để loại trừ vi nấm. Việc sử dụng bột diệt nấm trên bàn chân và trong giày có thể là một biện pháp phòng ngừa hữu dụng đồng thời giúp hút ẩm và ngừa mụn da. Bệnh nhân nên được nhắc nhở vệ sinh tất cả giày dép vì các bào tử nấm có thể hiện diện trong đó.

4.5. Nấm đồng tiền

Nấm đồng tiền trên cơ thể (*tinea corporis*) là một bệnh nhiễm nấm, biểu hiện là một tổn thương da hình tròn, tan tủa chậm sau khi khởi phát thành một vết lác nhỏ màu đỏ. Thông thường chỉ có một vết tổn thương, đặc trưng bởi vùng trung tâm rõ ràng và viền đỏ tiến dần ra (Ảnh 5). Nhóm azole dùng ngoài như **miconazole** là liệu pháp hữu hiệu trị nấm đồng tiền.



Plate 5 Tinea corporis.

Nấm đồng tiền ở bẹn (nấm bẹn - *tinea cruris*) biểu hiện là một vùng ngứa màu đỏ gần với bộ phận sinh dục và thường lan tỏa trên mặt trong đùi. Bệnh phổ biến ở nam giới hơn ở nữ giới và thường được biết đến với tên "ngứa bẹn" (jock itch) ở Mỹ. Điều trị nấm bằng các thuốc kháng nấm dùng ngoài; dạng thuốc bột có thể có giá trị nhất định vì chúng giúp hấp thu mồ hôi.

Nấm đồng tiền trên da đầu (nấm da đầu - *tinea capitis*) thường gặp ở trẻ thiếu niên, mặc dù cũng có thể xuất hiện ở thanh niên và người lớn. Khi đó sẽ có tóc rụng tương ứng và tóc hư tổn dễ gãy (Ảnh 6). Điều trị bệnh bằng thuốc kháng nấm đường uống và cần khuyến bệnh nhân khám bác sĩ (xem thêm trong mục “Rụng tóc”).



Plate 6 Tinea capitis.

4.6. Nhiễm nấm móng (nấm móng - onychomycosis)

Nấm móng là tình trạng nhiễm nấm mà trường hợp nhẹ ảnh hưởng đến bản móng (nail plate) và đôi khi nền móng (nail bed) nằm bên dưới (Ảnh 7). Một loại sơn móng chứa 5% **amorolfine** có thể được dùng điều trị nhiễm trùng nhẹ trên một hoặc hai móng ở bệnh nhân trên 18 tuổi. Ảnh 8 thể hiện móng tay bị nhiễm nấm. Sơn móng có thể được dùng trên móng tay hoặc móng chân một lần hàng tuần. Thời gian điều trị là 6 tháng cho móng tay và 9 - 12 tháng cho móng chân. Chuyển bệnh nhân cho bác sĩ khi bệnh đi kèm tiểu đường, tuần hoàn ngoại biên bất thường và suy giảm miễn dịch. **Amorolfine** không nên được dùng cho phụ nữ mang thai và cho con bú. Các tác dụng có hại của thuốc được báo cáo gồm thay đổi màu móng và móng dòn hay gãy (Các triệu chứng này cũng có thể là do ảnh hưởng của bệnh). Các ADR hiếm gặp gồm cảm xúc nóng da, chứng viêm da tiếp xúc do **amorolfine**.

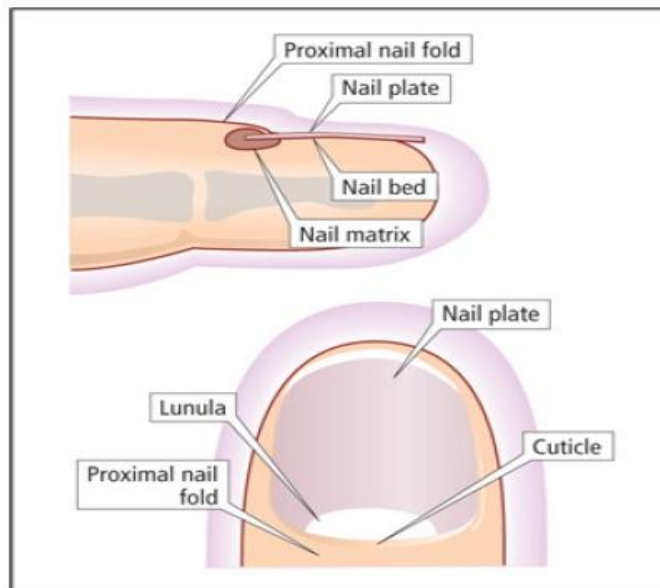


Plate 7 The nail.

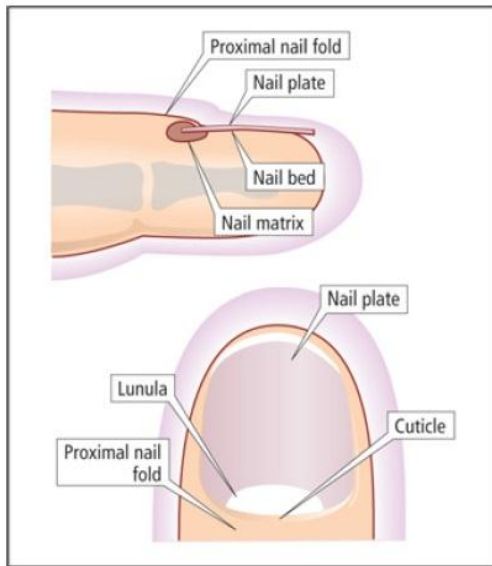


Plate 7 The nail.



Plate 8 Tinea of a fingernail.

5. Các trường hợp nhiễm nấm trong thực hành

Trường hợp 1

Q., hơn 20 tuổi, là thợ sửa nước và là đội trưởng cho đội bóng đá của địa phương thường đá vào sáng Chủ nhật. Hôm nay anh ta ghé quầy thuốc muốn mua thuốc trị bệnh nấm kẽ chân mà anh ta than là không thể chữa khỏi được. Bạn gái anh ta đã mua một ít kem vài ngày trước nhưng nó không hiệu quả. Da giữa ngón chân thứ ba - thứ tư và ngón chân thứ hai - thứ ba bị ảnh hưởng. Anh Q. cho biết phần da này ngứa và bong vảy. Anh Q. đã từng bị nấm kẽ chân trước đây và bệnh hay tái phát. Anh Q. mang giày thể thao phần lớn thời gian và đã sử dụng chủ yếu kem mà bạn gái anh mua.

Ý kiến dược sĩ

Từ những câu trả lời của anh Q. cho thấy rất có thể anh ấy đang nhiễm nấm kẽ chân. Một khi bạn đã xác định chính xác loại kem anh ta đang dùng, việc gợi ý sử dụng một thuốc trong **nhóm azole** hay **terbinafine** là phù hợp. Đồng thời bạn cũng cần khuyên anh ta vệ sinh bàn chân, giày và cách sử dụng thuốc đúng. Nếu bệnh không được chữa lành sau 2 tuần, anh S. nên khám bác sĩ.

Ý kiến của bác sĩ

Anh Q. có khả năng mắc phải nấm kẽ chân dù khoảng da giữa ngón thứ tư - thứ năm không bị ảnh hưởng là khá bất thường. Nấm kẽ chân thường khởi phát ở vùng da này. Nếu triệu chứng không đáp ứng với liệu trình mà dược sĩ gợi ý thì anh ta nên khám bác sĩ. Bác sĩ có thể xác nhận lại chẩn đoán. Sẽ hữu ích khi hỏi thêm liệu anh Q. có từng bị các bệnh da khác như eczema hay viêm da, và việc thăm khám bàn chân có vai trò quan trọng. Nếu chẩn đoán vẫn chưa chắc chắn, sinh thiết da có thể được thực hiện để xác định liệu đó có phải là bệnh nhiễm nấm hay không.

Trường hợp 2

Cô L. muốn xin bạn lời khuyên về nấm kẽ chân. Cô ấy kể rằng bệnh ảnh hưởng đến ngón chân, lòng và mu bàn chân, và cực kỳ ngứa. Khi được hỏi về da giữa các ngón chân, cô ấy không thấy có ban ngứa giữa các ngón chân. Cô ấy nói vùng da tổn thương khô, đỏ và cứ như thế trong nhiều ngày. Cô L. chưa từng dùng thuốc nào để chữa triệu chứng này.

Ý kiến của dược sĩ

Những triệu chứng mà cô L. mô tả không có vẻ là nấm kẽ chân. Da giữa các ngón không bị ảnh hưởng, nên có khả năng là viêm da. Thay vì khuyên dùng một thuốc trong khi chưa xác định nguyên nhân, tốt hơn nên khuyên cô L. khám bác sĩ.

Ý kiến của bác sĩ

Những mô tả mà dược sĩ ghi nhận không có vẻ là nấm kẽ chân vì bệnh thường ảnh hưởng đến khoảng kẽ giữa ngón chân thứ tư và thứ năm. Việc chuyển bệnh nhân cho bác sĩ để chẩn đoán là một quyết định khôn ngoan. Có thể cô L. mắc tổ đĩa (pompholyx) và/hoặc eczema. Có thể hữu ích khi biết cô ta có đang hoặc đã từng mắc phải bất kì bất thường về da nào khác trên cơ thể, ví dụ như vẩy nến (psoriasis) hay eczema. Tổ đĩa (pompholyx) cũng được biết đến như một dạng eczema có liên quan đến tuyến mồ hôi (vesicular eczema hay dyshidrosic eczema) ảnh hưởng đặc trưng trên bàn tay và bàn chân. Một dấu hiệu sớm của tổ đĩa là sự phì đại các tuyến mồ hôi sâu trong da ở lòng bàn tay hoặc ngón chân. Tổn thương này có thể tiến triển làm da bong vảy, nứt hay chai sạn. Khoảng một nửa các bệnh nhân tổ đĩa có tiền sử dị ứng hoặc eczema. Tổ đĩa xuất hiện nhiều hơn ở những điều kiện làm tăng tiết mồ hôi như thời tiết nóng, khí hậu nóng ẩm và căng thẳng. Bệnh có xu hướng xuất hiện rồi tự khỏi và thường không duy trì trong thời gian dài. Điều trị bệnh tương tự như với eczema điển hình và có thể kèm thêm thuốc làm dịu da (emollient), steroid dùng ngoài và kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân nếu có nhiễm trùng cơ hội.

Bệnh vẩy nến (psoriasis) cũng có thể ảnh hưởng đến lòng bàn chân và làm da khô, dày dẫn đến các vết nứt da sâu và gây đau. Chẩn đoán phân biệt có thể dễ dàng hơn khi xuất hiện dấu hiệu bệnh ở nơi khác như da dày, đỏ gàn đầu gối và khuỷu tay.

BÀI 19. MỤN RỘP (HERPES RỘP MÔI)

Mụn rộp (herpes rộp môi, tên tiếng Anh là cold sore hay Herpes labialis) gây ra bởi một trong những virus phổ biến nhất gây ảnh hưởng đến con người trên toàn thế giới. Loại virus gây ra bệnh này là virus herpes simplex (HSV), trong đó có hai chủng chính là: HSV1 và HSV2. HSV1 thường gây ra nhiễm xung quanh hoặc trong miệng, trong khi HSV2 gây nhiễm herpes đường sinh dục. Tuy nhiên, đôi khi, tình trạng này bị đảo ngược và HSV2 gây bệnh trên mặt và HSV1 gây bệnh vùng sinh dục.

Bạn cần nắm bắt những điểm chính nào
<ul style="list-style-type: none"> • Độ tuổi • Thời gian phát bệnh • Triệu chứng và biểu hiện <ul style="list-style-type: none"> ○ Đau nhói dây thần kinh ○ Đau • Vị trí phát bệnh (hiện tại và trước đó) • Các yếu tố thúc đẩy <ul style="list-style-type: none"> ○ Ánh nắng mặt trời ○ Nhiễm trùng ○ Stress • Tiền sử bệnh • Thuốc dùng

Ý nghĩa của câu hỏi và trả lời

Độ tuổi

Mặc dù nhiễm trùng đầu tiên, thường là biểu hiện cận lâm sàng và không được chú ý, xảy ra trong suốt thời thơ ấu, mụn rộp thường thấy nhiều nhất ở độ tuổi thiếu niên và người trưởng thành còn trẻ. Sau khi tấn công cơ thể lần đầu tiên, virus thường không bị loại trừ hoàn toàn và chúng ở dạng tiềm tàng ở rễ thần kinh cho đến khi được hoạt hóa trở lại ở giai đoạn sau. Mặc dù nhiễm herpes thường xảy ra trong thời thơ ấu, nhưng không phải tất cả những người bị nhiễm sau này đều biểu hiện mụn rộp miệng, và lý do của việc này vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn. Mặc dù mụn rộp miệng gặp ở bệnh nhân ở tất cả các độ tuổi, nhưng sự tái phát lại xảy ra ở 25% người trưởng thành và tần suất phát bệnh giảm dần theo tuổi. Tỷ lệ mắc ở nữ cao hơn ở nam giới một chút.

Trong nhiễm trùng herpes ở thời thơ ấu, bệnh cảnh điển hình là trẻ bị sốt kèm với những vết loét miệng rất đau và nổi hạch bạch huyết. Các tổn thương do herpes kéo dài trong vòng 3-6 ngày và có thể gồm cả tổn thương bề mặt ngoài da cũng như tổn thương trong miệng. Những bệnh nhân như vậy nên đi khám bác sĩ.

Kéo dài

Thời gian kéo dài các triệu chứng là quan trọng vì điều trị bằng acyclovir là có giá trị nhất nếu dùng sớm khi nhiễm virus (pha tiền nhiễm bệnh). Thường nhiễm trùng sẽ hết trong vòng 1-2 tuần. Bất kì tổn thương kéo dài lâu hơn cần đi khám bác sĩ.

Triệu chứng và biểu hiện

Những triệu chứng như khó chịu, đau nhói dây thần kinh hoặc bị kích ứng (giai đoạn tiền triệu), có thể xuất hiện trên da trong 6-24 giờ trước khi xuất hiện những vết mụn rộp. Mụn rộp miệng xuất hiện cùng với sự hình thành những nốt rộp nhỏ trên vùng da bị viêm, đỏ và nổi lên. Bên trong vết rộp có thể là các chất tiết màu trắng. Các vết rộp bị vỡ ra nhanh chóng để lại vùng da tổn thương kèm tiết dịch và kết vảy vào khoảng ngày thứ 4 kể từ ngày xuất hiện. Khoảng 1 tuần sau đó, hầu hết các tổn thương sẽ lành lại.

Các vết mụn rộp miệng rất đau đớn và đó là một trong những yếu tố chẩn đoán quan trọng. Bệnh *ung thư miệng* đôi khi có thể xuất hiện với các biểu hiện tương tự như các vết mụn rộp. Tuy nhiên các tổn thương do ung thư thì thường ít đau hơn và thời gian phát bệnh khác so với mụn rộp. Nguyên nhân khác gây ra những vết loét mà không có cảm giác đau đó là *nốt săng (loét) giang mai trong miệng (chancre of syphilis)*. Các nốt săng thường xuất hiện ở bộ phận sinh dục nhưng cũng có thể xuất hiện ở môi. Tỷ lệ mắc giang mai đã tăng từ năm 1997 tại những thành phố lớn của châu Âu, Bắc Mỹ và Australia. Trong đợt bùng phát ở Anh, bệnh đã xuất hiện ở Bristol, London, Manchester, Nottingham và Newcastle.

Khi một nốt mụn rộp miệng xuất hiện lần đầu tiên, nó có thể bị nhầm lẫn với *bệnh chốc lở (impetigo)*. Chốc lở thường lan rộng hơn, không khởi phát kèm theo các nốt rộp và vết chốc lở thường có vảy màu mật ong. Chốc lở có xu hướng lan rộng để tạo thành những nốt mới và chúng không có xu hướng xuất hiện gần môi. Chúng ít phổ biến hơn bệnh rộp miệng và có xu hướng gặp ở trẻ em. Vì chốc lở cần phải điều trị bằng kháng sinh đường uống và thuốc bôi ngoài, vì thế tình trạng bệnh không thể điều trị bởi dược sĩ. Nếu có bất cứ nghi ngờ gì về nguyên nhân dẫn đến các triệu chứng này, bệnh nhân nên đến khám bác sĩ.

Vị trí

Rộp miệng thường xuất hiện ở môi hoặc mặt. Các tổn thương bên trong miệng hoặc ảnh hưởng lên mắt cần được tư vấn về y tế.

Các yếu tố thúc đẩy

Ta biết rằng các yếu tố như ánh nắng, gió, sốt (trong khi bị sốt nhiễm khuẩn như cảm và cúm), thời kỳ kinh nguyệt, cơ thể suy nhược và chấn thương tại chỗ ở da là các yếu tố thúc đẩy sự khởi phát các nốt rộp miệng. Stress thể chất và cảm xúc cũng có thể là các yếu tố dẫn đến phát bệnh. Mặc dù thường không thể tránh một cách hoàn toàn các yếu tố trên, nhưng những thông tin này vẫn có ích đối với người bệnh.

Tiền sử bệnh

Thực tế là rộp miệng thường bị tái phát và điều này rất có ích về mặt chẩn đoán. Nếu một vết rộp liên tục xuất hiện một cách tương tự nhau ở cùng một vị trí so với lần trước, nó rất có thể là rộp miệng. Tất cả các bệnh nhân đều bị từ một đến ba đợt tái phát mỗi năm. Rộp miệng có thể bị bất kì thời điểm nào trong năm, và tỷ lệ phát bệnh có cao hơn một chút vào mùa đông. Những thông tin về tần suất và mức độ của các vết rộp miệng rất hữu ích khi bệnh nhân đến tham vấn bác sĩ, mặc dù bệnh thường được điều trị nhờ vào dược sĩ.

Với những bệnh nhân bị chàm da cơ địa (atopic eczema), tình trạng nhiễm herpes có thể trở nặng và lan rộng ra. Những bệnh nhân này nên đến thăm khám bởi bác sĩ điều trị của mình.

Thuốc điều trị

Sẽ rất có ích nếu tìm hiểu các loại kem bôi và dung dịch bôi đã được sử dụng từ trước đến nay, loại nào đã được dùng trong những lần phát bệnh trước và bất cứ sản phẩm nào hiệu quả với lần gần đây nhất.

Khi nào nên đến bác sĩ

- Trẻ mới sinh và trẻ em
- Thất bại trong việc xử lý các vết rộp này
- Vết rộp nặng hoặc trở nên trầm trọng hơn
- Có tiền sử bị tái phát nhiều lần
- Nốt rộp kéo dài hơn 2 tuần
- Bị rộp nhưng không đau
- Bệnh nhân bị chàm da cơ địa
- Bệnh xuất hiện ở mắt
- Chẩn đoán chưa chính xác
- Bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch

Ví dụ bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bệnh nhân đang điều trị hóa trị, có nguy cơ nhiễm nặng hơn và nên đến tham vấn bác sĩ.

Điều trị

Aciclovir và penciclovir

Aciclovir dạng kem bôi và penciclovir dạng kem bôi là các thuốc kháng virus làm rút ngắn thời gian lành vết thương xuống nửa ngày đến một ngày và làm giảm cảm giác đau ở vết thương. Việc điều trị cần được bắt đầu ngay khi cảm nhận thấy các triệu chứng và trước khi các tổn thương xuất hiện. Một khi các tổn thương xuất hiện, thì hiệu quả điều trị trở nên kém hơn. Do đó, việc điều trị sẽ rất có ích với những bệnh nhân hay bị tái phát biết trước các nốt rộp miệng cũ của mình sẽ xuất hiện lúc nào. Những bệnh nhân như vậy có thể được khuyến cáo rằng họ nên sử dụng các phương pháp điều trị ngay khi họ cảm nhận được cơn đau nhói dây thần kinh hoặc biểu hiện ngứa đặc trưng báo trước sự xuất hiện của các nốt rộp miệng.

Aciclovir dạng kem bôi có thể dùng cho người lớn và trẻ nhỏ và có thể bôi 4 giờ/lần vào ban ngày và tối trước khi ngủ (khoảng 5 lần/ngày) lên vùng bị tổn thương trong khoảng 5 ngày. Nếu vết thương không lành, có thể điều trị tiếp 5 ngày nữa, sau đó nếu vết rộp miệng không lặn mất thì nên tìm sự tư vấn về y tế. Penciclovir kem bôi có thể dùng cho trẻ từ 12 tuổi trở lên và bôi 2 giờ/lần vào ban ngày và tối trước khi ngủ (khoảng 8 lần/ngày) trong vòng 4 ngày. Một vài bệnh nhân có biểu hiện như bị kim đâm thoáng qua hoặc cảm giác bỏng rát sau khi bôi kem. Vùng da được bôi kem có thể bị khô và tróc ra.

Các loại kem có tính chất dịu nhẹ

Giữ ẩm vết rộp miệng sẽ bảo vệ các nốt này khỏi bị khô và nứt dẫn đến nhiễm khuẩn thứ phát. Với những bệnh nhân thi thoảng bị rộp, loại kem dịu nhẹ có thể chứa chất khử trùng có thể giúp giảm bớt cảm giác khó chịu.

Miếng dán hydrocolloid

Cần dán miếng dán này ngay lập tức khi các triệu chứng xuất hiện và thay miếng dán khi cần thiết. Miếng dán hydrocolloid mỏng được sử dụng vì tác dụng làm lành vết thương của nó. Bằng chứng về hiệu quả của miếng dán đối với rộp miệng vẫn còn hạn chế.

Các trị liệu bổ sung

Sản phẩm dưỡng chiết xuất bạc hà và dầu trà bôi lên các vết thương có thể có hiệu quả đối với cảm giác đau, khô và ngứa. Chưa có đầy đủ bằng chứng để đánh giá hiệu quả của những sản phẩm này trong việc làm lành vết thương, thời gian đóng vảy, mức độ nặng hoặc tỷ lệ tái phát. Ánh sáng năng lượng thấp, không nóng, bước sóng hẹp nằm trong vùng hồng ngoại có thể có tác dụng đối với rộp miệng, mặc dù chưa có đầy đủ bằng chứng.

Các điểm chính khi thực hành điều trị

Tránh nhiễm chéo

Bệnh nhân cần nhận thức được rằng HSV1 có thể truyền nhiễm và lây qua đường tiếp xúc trực tiếp. Bệnh nhân được khuyến cáo rửa tay sau khi bôi thuốc để điều trị rộp miệng. Phụ nữ cần cẩn thận khi trang điểm mắt khi họ đã bị rộp để tránh nhiễm chéo lên mắt. Không dùng chung dao kéo, khăn tắm, bàn chải hoặc khăn mặt đến khi các vết rộp khỏi hẳn. Quan hệ tình dục bằng miệng với người mắc rộp miệng dẫn tới nguy cơ nhiễm herpes sinh dục và cần được tránh cho đến khi bệnh khỏi hẳn.

Dùng kem chống nắng

Kem chống nắng (SPF 15 hoặc hơn) thoa quanh vùng môi khi bệnh nhân tiếp xúc với ánh nắng mặt trời (ví dụ khi đi trượt tuyết và đi biển) có thể là một biện pháp bảo vệ hữu dụng.

Stress

Có thể xem xét đến nguyên nhân gây stress trong cuộc sống để xem có thay đổi gì xảy ra với bệnh nhân không. Một cuộc nói chuyện với bác sĩ về vấn đề này có thể là hữu ích.

Viêm da dạng herpes (Thủy đậu dạng Kaposi)

Bệnh nhân bị eczema cơ địa rất nhạy cảm với nhiễm trùng do herpes và thể hiện các đáp ứng bất thường với virus kèm theo tổn thương diện rộng và thỉnh thoảng hệ thần kinh trung ương bị ảnh hưởng. Những bệnh nhân này nên tránh tiếp xúc với ai đang bị rộp miệng.

Chốc lở

Hiện nay, vài bộ phận các dược sĩ Anh bây giờ sử dụng bản Hướng dẫn về nhóm bệnh nhân (PGD) để đánh giá và điều trị chốc lở. Vết chốc lở khu trú và đóng vảy thường được điều trị bằng acid fusidic dạng bôi. Rửa tay sạch với xà phòng và nước sau khi bôi thuốc và không dùng chung khăn mặt, khăn tắm có thể giúp tránh sự lây lan bệnh.

BÀI 20. MỤN CƠM (MỤN CỐC)

Mụn cơm (mụn cóc) gây ra bởi một loại virus và thường gặp ở độ tuổi trẻ đến trưởng. Khi hệ miễn dịch đủ chống lại virus đó, thương tổn sẽ biến mất, tuy nhiên nhiều bệnh nhân cũng như các bậc phụ huynh vì lý do thẩm mỹ nên tìm đến các phương pháp điều trị. Nhiều chế phẩm tốt có sẵn ở dạng OTC, nhưng điều quan trọng là phải biết cách sử dụng nếu muốn bảo vệ vùng da xung quanh trong khi điều trị.

Điều cần biết

- Tuổi (trưởng thành, trẻ em)
- Hình dạng và số lượng của thương tổn
- Vị trí
- Thời gian mắc, tiền sử
- Thuốc sử dụng

Ý nghĩa của các câu hỏi và câu trả lời

1. Tuổi

Mụn cóc có thể gặp ở cả trẻ em và người lớn, nhưng thường gặp ở trẻ em hơn và độ tuổi hay mắc phải là từ 12 – 16 tuổi. Lý do là vì ở thời gian này, trẻ tiếp xúc với virus ở trường học hay các dụng cụ thể thao. Mụn cóc (mụn cơm) gây ra bởi virus HPV, có thể xuất hiện tại nhiều vị trí trên cơ thể.

2. Hình dạng

Mụn cóc là các thương tổn có bề mặt thô ráp và có màu của da (hồng, nâu, trắng). Mụn cơm bàn chân xuất hiện ở các bề mặt chịu lực của cơ thể - lòng bàn chân và gót, chúng có bề ngoài không giống với các mụn cơm ở vị trí khác vì áp lực của cơ thể đã đẩy thương tổn lún vào bên trong, và gây cảm giác đau khi đi lại. Mụn cơm có hệ thống các mao mạch, và các mao mạch đó có thể bị tắc nghẽn, gây huyết khối, hóa đen hoặc tạo các điểm chảy máu. Sự hiện diện của các mao mạch giúp phân biệt các vết chai với mụn cơm bàn chân: nếu đó là vết chai, sẽ không có các điểm hóa đen mà thay vào đó là lớp keratin trắng. Các mao mạch bị huyết khối, thỉnh thoảng bệnh nhân lại hiểu sai là gốc, rễ của mụn cóc, Dược sĩ cần đính chính lại hiểu lầm đó lúc giải thích mục đích và phương pháp điều trị.

Mụn cóc mọc thành đám:

Mụn cóc có thể là các thương tổn đơn độc hay mọc thành đám. U mềm lây có các thương tổn có thể giống với mụn cóc nhưng được gây ra bởi một loại virus khác. Thăm khám kỹ cho thấy thương tổn chứa hạt virus ở trung tâm – có thể loại bỏ bằng cách nặn ra. Vị trí của u mềm lây khác so với mụn cóc – mí mắt, mặt, nách, thân người là những nơi có thể bắt gặp. Nên tư vấn người bệnh bị u bệnh ở những vùng này đến gặp bác sĩ, tự chữa trị là không hợp lí.

3. Vị trí

Lòng bàn tay và mu bàn tay, quanh móng tay là các vị trí thông thường của mụn cóc. Những người có thói quen cắn móng tay, cắt da quanh móng tay thường dễ bị mụn cóc hơn. Bệnh đôi khi xảy ra ở mặt, và các trường hợp này nên tư vấn đến gặp bác sĩ, do các thuốc OTC tác dụng theo cơ chế phá hủy tự nhiên nên có thể làm bệnh nhân sợ không dám điều trị.

Những vùng da hay bị chấn thương hoặc chà xát có khả năng chịu sự tấn công của virus cao hơn, do da phá hủy tạo điều kiện cho virus xâm nhập. Mụn cóc bàn chân được tìm thấy ở lòng bàn chân và có thể ở dạng đơn độc hoặc tồn tại thành đám.

Mụn cóc sinh dục:

Được gây ra bởi nhiều chủng HPV và cần được bác sĩ khám, chẩn đoán và điều trị. Bệnh lây qua đường sinh dục và bệnh nhân có thể tự đến phòng khám tiết niệu để được điều trị.

4. Thời gian bệnh và bệnh sử

Cần biết rằng đa số mụn cóc sẽ biến mất trong khoảng thời gian từ 6 tháng đến 2 năm. Bệnh nhân càng trẻ, thương tổn càng nhanh giới hạn.

Bất cứ thay đổi nào về hình dạng của mụn cóc đều cần được chú ý, và nên khuyên đến gặp bác sĩ. Bệnh nhân thường nhầm ung thư da là mụn cóc, dược sĩ có thể tìm hiểu xem thương tổn đã xuất hiện bao lâu và có biến đổi nào xảy ra hay không. Các dấu hiệu liên quan ung thư da được mô tả ở phần sau.

5. Thuốc

Bệnh nhân đại tháo đường không nên sử dụng sản phẩm OTC để chữa mụn com hay mụn com bàn chân, vì sự suy giảm tuần hoàn có thể dẫn đến sự chậm lành vết thương, gây loét hay thậm chí hoại tử. Do bệnh lý thần kinh ngoại biên nên dù phá hủy diện tích da rộng cũng không gây cảm giác đau.

Mụn com có thể trở thành một vấn đề nếu hệ miễn dịch của bệnh nhân suy giảm do bệnh tật (nhiễm HIV, u lympho) hay do thuốc (*cyclosporin*: ngăn ngừa loại bỏ mảnh ghép).

Dược sĩ nên hỏi bệnh nhân đã được điều trị hay chưa, và nếu có thì phương pháp điều trị đó như thế nào. Thông thường, bệnh nhân sẽ không theo hết liệu trình dài điều trị do tâm lí luôn muốn một phương pháp sao cho mau khỏi bệnh của họ.

Trường hợp nên tư vấn đến gặp bác sĩ

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Sự thay đổi hình dạng của tổn thương: màu sắc, kích cỡ• Chảy máu• Ngứa• Mụn com ở cơ quan sinh dục• Mụn com ở mặt• Bệnh nhân có tổn thương hệ miễn dịch |
|--|

Điều trị:

Điều trị với các thuốc OTC cần đạt hiệu quả trong vòng 3 tháng, nếu không, bệnh nhân cần được tư vấn đến gặp bác sĩ.

Quản lý bệnh

Mục tiêu điều trị là giảm kích thước của tổn thương bằng việc phá hủy da từ từ. Có thể cần phải sử dụng thuốc trong vòng vài tuần hoặc vài tháng, giải thích điều thời gian điều trị với là rất quan trọng để bệnh nhân tuân thủ, đạt được hiệu quả điều trị. Phần da bình thường quanh phần thương tổn nên được bảo vệ trong khi điều trị.

1. Acid salicylic

Acid salicylic có thể xem xét là một sự lựa chọn cho việc điều trị mụn com, nó có tác dụng làm mềm và phá hủy da, do đó sẽ loại bỏ phần mô nhiễm virus. Hiện các thuốc có nhiều loại hàm lượng khác nhau dạng keo, base giữ *acid salicylic* tiếp xúc với mụn com lâu hơn. Một số chế phẩm có chứa thêm *acid lactic* với mục đích làm tăng hiệu lực của *acid salicylic*, làm phân giải keratin và có tác dụng kháng vi sinh vật. Có nhiều dạng bào chế như dạng thuốc mỡ, gel, miếng dán có chứa *acid salicylic*. Thuốc nên tránh cho tiếp xúc lên mắt và không sử dụng ngón tay để bôi thuốc (dùng các dụng cụ y tế thích hợp).

2. Liệu pháp lạnh

Dimethyl ete propan có thể dùng làm lạnh mụn com và thuốc có thể sử dụng tại nhà cho người trưởng thành và trẻ em trên 4 tuổi. Có rất ít bằng chứng chứng minh sự khác biệt hiệu quả khi tự sử dụng hay bác sĩ định điều trị bằng phương pháp này. Không nên sử dụng cho bệnh nhân đái tháo đường hoặc phụ nữ có thai. Mụn com sẽ suy giảm sau 10 ngày dùng thuốc.

3. Băng keo

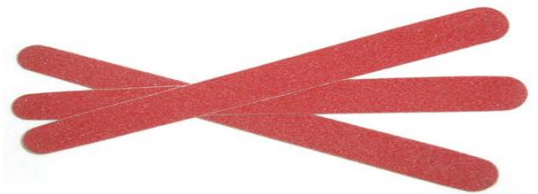
Việc sử dụng băng keo dán lên mụn com được sử dụng rộng rãi tại Hoa Kỳ và ít sử dụng ở Anh. Dán băng keo lên mụn com trong 6 ngày sau đó bóc băng keo ra, ngâm vùng có mụn cóc trong nước ấm 5 phút, rồi chà xát nhẹ nhàng mụn với que có gắn giấy nhám. Làm như vậy trong 8 tuần. Một *thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng* cho thấy dùng băng keo và liệu pháp lạnh có tác dụng tương đương.

4. Formaldehyde

Formaldehyde được dùng để trị mụn com bàn chân, không thích hợp dùng ở bàn tay do kích ứng da. Ở lòng bàn chân, lớp da dày đã ngăn cản tác dụng này. Hiện có chế phẩm dạng gel, bôi 2 lần/ ngày. Cả *formaldehyde* và *glutaraldehyde* đều có các tác động không dự đoán trước được và không được xem là sự lựa chọn hàng đầu để điều trị mụn com, mặc dù có thể hữu ích trong những trường hợp đề kháng.

5. Glutaraldehyde

Glutaraldehyde được dùng ở dạng gel hay dung dịch 5% hay 10% để trị mụn com. Không được sử dụng điều trị mụn com ở cơ quan sinh dục, dùng được cho mụn com bàn chân. Tác dụng của thuốc lên các loại virus rất khác nhau. Nên nhắc bệnh nhân là thuốc có thể làm da biến màu nâu, tuy nhiên tác động này sẽ giảm dần khi ngừng thuốc.



Ứng dụng điều trị

Dùng các thuốc chứa **acid salicylic** hàng ngày. Trước khi sử dụng thuốc nên ngâm vùng da chân, tay bị nhiễm trong nước ấm khoảng 5- 10 phút, mục đích là để lớp da mềm và hydrat hóa, do đó sẽ làm tăng tác dụng của **acid salicylic**. Loại bỏ lớp da chết bằng cách chà nhẹ vào đá bọt hay que giấy nhám thuốc bôi tiếp xúc được với bề mặt tổn thương. Dùng băng keo dính dán lên mụn com sẽ làm mềm lớp da, tạo điều kiện cho acid salicylic phát huy tối đa tác dụng.

Việc bảo vệ lớp da lành xung quanh là quan trọng và có thể thực hiện được bằng cách bôi lớp dầu nhớt lên để ngăn không cho thuốc tác dụng lên phần da lành.

Mụn com và ung thư da

Bệnh nhân đôi khi nhầm lẫn tổn thương ác tính và tiền ác tính với mụn com. Có nhiều kiểu ung thư da, chúng có thể chia làm 2 loại: không sắc tố (có màu của da) và loại sắc tố (có màu nâu).

Không sắc tố : ở nhóm này, thường xảy ra với người cao tuổi. Dấu hiệu có thể là một vết loét nhỏ tồn tại dai dẳng, hoặc gây đau, ngày càng mở rộng ra mà không có vẻ hồi phục. Đôi khi có một lớp vảy hình thành nhưng khi nó rơi ra, tổn thương vẫn còn. Trong trường hợp ung thư biểu mô tế bào đáy, tổn thương điển hình sẽ có tăng sinh tuần hoàn máu.

Sắc tố

Tổn thương sắc tố có thể trở thành ác tính, loại này thường xảy ra ở bệnh nhân thuộc nhóm tuổi trẻ hơn nhiều so với nhóm trên. Sự thay đổi bản chất hoặc hình dạng của tổn thương sắc tố da cần được tư vấn thăm khám kỹ bao gồm:

Tăng lên về kích thước.

Đường viền bất thường (bề mặt và ranh giới).

Thay đổi màu sắc, đặc biệt là chuyển màu đen.

Ngứa, chảy máu.

Tổn thương vệ tinh xung quanh (gần tổn thương gốc).

Hình 9 : U melanin

Hình 10: U melanin đang lây lan bề mặt.



Độ dài của đợt điều trị

Điều trị mụn cóc cần liên tục nhiều tuần đến 3 tháng. Bệnh nhân cần biết thời gian điều trị dài ngày, để không kỳ

vọng thành công trong thời gian ngắn. Dược sĩ cần yêu cầu bệnh nhân quay lại và thông tin về tiến trình để dễ kiểm soát điều trị cho bệnh nhân. Nếu điều trị không thành công trong 3 tháng, thì có thể chuyển đến bệnh viện sử dụng ni tơ lỏng để điều trị.

Mụn cơm bàn chân và bể bơi

Nhiều virus có khả năng thâm nhập qua da ẩm hơn da khô, dùng bể bơi thường xuyên thì khả năng mắc mụn cơm bàn chân cũng cao hơn. Về lý thuyết, đi chân trần với vết trầy ở da có thể nhiễm từ mụn cơm khi cọ xát vào sàn bể bơi. Vẫn còn tranh cãi về việc liệu mang vớ cao su có thể ngăn sự lây lan của mụn cơm bàn chân hay không. Cần nói thêm rằng, việc mang loại vớ này có thể chính nó sẽ tạo ra sự kì thị đối với trẻ bị bệnh.

BÀI 21. BỆNH GHỀ

Nhiễm bọ ghẻ *Sarcoptes scabiei* là nguyên nhân gây ngứa dữ dội, ngứa thường nặng hơn về đêm. Tình trạng ngứa do ghẻ có thể rất nặng và làm tổn thương da do gãi nhiều. Vì thế cần nắm rõ tiền sử bệnh ghẻ. Dịch ghẻ thường bùng phát từ 15 đến 20 năm 1 lần và sau đó lắng dịu, vì vậy các dược sĩ cần phải nắm được thời điểm bùng phát dịch.

Những điều dược sĩ cần biết

- Độ tuổi
 - Trẻ sơ sinh, trẻ em, người lớn
- Triệu chứng
 - Ngứa, phát ban
 - Xuất hiện những hốc nhỏ trên da
- Tiền sử bệnh
- Dấu hiệu nhiễm trùng
- Thuốc điều trị

Ý nghĩa của các câu hỏi và trả lời

Độ tuổi

Nhiễm bọ ghẻ có thể xảy ra tại bất kỳ độ tuổi nào từ trước thời kỳ sơ sinh. Dược sĩ cần nhận thấy rõ để chuyển ngay các trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cho bác sĩ nếu có nghi ngờ nhiễm bọ ghẻ.

Triệu chứng

Bọ ghẻ chui vào trong và sống ở dưới bề mặt da, gây phản ứng miễn dịch do lớp vỏ và dịch tiết của nó dẫn tới triệu chứng ngứa dữ dội, Ngứa dữ dội và nặng hơn về đêm, có thể gây mất ngủ là những đặc điểm đặc trưng của bệnh ghẻ.

Các hốc nơi bọ ghẻ sống đôi khi chỉ là một đường xám nhỏ như sợi chỉ lồi lên, gợn sóng và dài khoảng 5-10mm. Vị trí tấn công của bọ ghẻ bao gồm kẽ các ngón tay, ngón chân, cổ tay, nách, kẽ móng và các vùng sinh dục. Người bệnh có thể bị phát ban nhưng không phải lúc nào cũng xuất hiện ở nơi bị lây nhiễm. Vết phát ban có thể nhỏ và thưa hoặc dày đặc và đỏ. Các mảng phát ban thường được tìm thấy ở quanh cơ hoành, nách, móng đít, bên trong bắp đùi và quanh mắt cá chân.

Ở người trưởng thành, bệnh ghẻ hiếm bị ở da đầu và mặt, nhưng ở trẻ dưới 2 tuổi và người già, bệnh ghẻ ở đầu rất hay gặp, đặc biệt là sau vành tai.

Các hốc bọ ghẻ có thể không rõ ràng hoặc bị nhầm lẫn do các vết xước da do gãi. Bệnh ghẻ có thể có triệu chứng giống như các bệnh về da khác do không có triệu chứng đặc trưng. Tình trạng ngứa thường xảy ra trên diện rộng chứ không khu trú ở một vùng cụ thể nào. Ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch hoặc yếu (như người già), bệnh ghẻ có những triệu chứng rất khác. Vùng da bị ghẻ có thể trở nên mỏng và giòn. Những con bọ nhỏ dưới lớp da giòn đó và bất kỳ vị trí nào nếu bị nứt ra sẽ lây nhiễm cho các vùng khác.

Lịch sử bệnh

Ngứa trong bệnh ghẻ có thể kéo dài nhiều tuần (6-8) hoặc lâu hơn ở những người chưa từng bị nhiễm ghẻ. Bọ ghẻ lây truyền thông qua sự tiếp xúc gần gũi giữa người với người, vì vậy

phải khai thác xem bệnh nhân có bất kỳ người thân nào có triệu chứng tương tự hay không, ví dụ thành viên trong gia đình, bạn trai và bạn gái.

Dấu hiệu lây nhiễm

Trầy xước da có thể dẫn tới bong da, có thể xảy ra tình trạng tái nhiễm giống như bị bệnh chốc lở. Nếu có mụn vàng hoặc những vảy cứng thì đó là những yếu tố gợi ý cho hướng điều trị của bác sĩ.

Thuốc

Dược sĩ cần nắm được việc một thuốc điều trị nào đó đã được thử nghiệm hay chưa, nếu đã được thử nghiệm rồi thì cần có sự xác nhận. Cần thiết phải hỏi bệnh nhân về cách sử dụng thuốc để xác nhận xem thuốc đã được sử dụng đúng cách hay chưa do cách dùng không chính xác có thể dẫn tới thất bại trong điều trị. Sau khi điều trị thành công, ngứa trong bệnh ghẻ vẫn có thể tiếp tục trong vài ngày hoặc vài tuần, vì vậy, thực tế ngứa không giảm xuống không có nghĩa là điều trị không thành công.

Khi nào cần chuyển đi
<ul style="list-style-type: none">• Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ• Da bị nhiễm• Thất bại điều trị• Triệu chứng không rõ ràng

Điều trị

Có rất ít bằng chứng từ các thử nghiệm RCTs về thuốc điều trị bệnh ghẻ.. *Kem Permethrin* được chứng minh là hiệu quả với bệnh ghẻ và có thể dùng *malathion* thay thế *permethrin*. Có thể dùng phối hợp cả 2 thuốc, mỗi thuốc dùng cách nhau 7 ngày. Các dịch nước rửa được ưu tiên sử dụng hơn dạng cồn vì dạng cồn gây rát và kích thích bong da sau đó. Giám sát chặt chẽ việc sử dụng thuốc trong điều trị bệnh ghẻ ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi.

Thuốc được bôi toàn thân bao gồm cả cổ, mặt, da đầu và tai ở người lớn, đặc biệt chú ý tới các kẽ ngón tay, ngón chân và bàn chân, và ở dưới phần cuối các móng tay và móng chân.

Permethrin

Permethrin dạng kem được dùng trong điều trị bệnh ghẻ. Liệu trình đơn cho người lớn là 30-60 g kem (1-2 tuýp 30g). Thuốc được bôi toàn thân và để nguyên trong 8-18 tiếng trước khi rửa đi. Nếu nhờ rửa tay bằng xà phòng và nước trong khoảng thời gian 8 tiếng khi sử dụng thì nên bôi lại. Việc giám sát là rất cần thiết khi sử dụng ở trẻ em dưới 2 tuổi và ở người già (độ tuổi 70 trở lên). *Pemethrin* có thể là nguyên nhân ngứa và đỏ da.

Malathion

Malathion là thuốc có hiệu quả trong điều trị bệnh ghẻ và chấy rận (chấy rận đầu). Một liệu trình đơn là 100 ml dùng cho toàn thân. Nước rửa có thể được rót vào trong bát và bôi lên da sạch khô, lạnh bằng một mảnh cotton. Nước rửa được giữ trên da trong 24 giờ, không tắm,

sau đó rửa sạch đi. Nếu nhờ rửa tay bằng xà phòng và nước trong vòng 24h thì nên xoa lại. Thuốc đôi khi gây kích ứng da. Theo dõi chặt chẽ việc dùng thuốc ở trẻ dưới 6 tháng tuổi.

Các điểm đặc biệt

1. Tình trạng ngứa có thể tiếp diễn và tăng lên trong một vài ngày đầu tiên sau khi điều trị. Lý do là sự giải phóng các chất gây dị ứng từ các tế bào chết. Bệnh nhân cần hiểu rằng ngứa sẽ không thể hết ngay lập tức sau khi điều trị. Dạng kem Crotamiton hoặc dạng nước rửa có thể được dùng để làm giảm triệu chứng, cải thiện giúp da không bị bong tróc quá nặng. Một thuốc kháng histamin đường uống như *promethazine* có thể được xem xét nếu ngứa dữ dội.
2. Các loại thuốc điều trị nên được bôi lên vùng da mát và khô. Tốt nhất là nên bôi thuốc ngay trước khi đi ngủ (tăng thời gian kem được hấp thu hoặc nước rửa khô hết). Vì tay là nơi rất dễ bị ghen nên không được rửa tay sau khi dùng thuốc và thoa lại thuốc nếu có rửa trong thời gian dùng thuốc.
3. Tất cả các thành viên của gia đình hoặc người giúp việc nhà đều nên được điều trị, tốt nhất là cùng một lúc. Vì tình trạng ngứa do ghẻ có thể không xảy ra ngay mà tăng dần trong vài tuần sau lây nhiễm nên mọi người có thể đã bị lây ghẻ dù không có triệu chứng gì. người ta cho rằng bệnh nhân có thể không có triệu chứng gì cho tới 8 tuần sau khi bị lây. Thời kỳ ủ bệnh của bọ ghẻ là 3 tuần, vì vậy sự tái lây bọ có thể xảy ra từ các thành viên khác trong gia đình hoặc người giúp việc.
4. Bọ ghẻ chỉ có thể sống khoảng 1 ngày sau khi rời khỏi vật chủ nên sự lây nhiễm thường xảy qua sự tiếp xúc gần gũi giữa người với người. Ngoài ra có thể xảy ra sự tái lây bọ từ ga giường hoặc quần áo và tình trạng này có thể được phòng tránh bằng việc giặt giũ ở nhiệt độ tối thiểu 50⁰C sau khi điều trị.
5. Một số lây nhiễm bọ khác bao gồm bọ chét do bọ chét và rệp từ thú nuôi. Bọ chét từ thú nuôi là một nguyên nhân hay gặp, trên da bệnh nhân có thể có các lỗ nhỏ và đỏ, thường ở phần dưới chân và mắt cá chân là những nơi nơi có sự tiếp xúc với thú nuôi. Vấn đề có thể được phát hiện nếu xem xét thú nuôi chó hoặc mèo gần đây có bị lây nhiễm bọ hay không hay chúng đã được dùng các thuốc trừ bọ hay chưa. Việc kiểm tra bọ chét thường xuyên và dùng thuốc trừ bọ sẽ phòng ngừa sự lây nhiễm bọ xảy ra trong tương lai. Hiện nay có rất nhiều các sản phẩm có thể dùng cho cả thú nuôi hoặc giường và thảm. Điều trị lần 2 nên được thực hiện 2 tuần sau lần điều trị đầu để triệt để diệt bất kỳ con bọ đã nở sau lần điều trị đầu. Vết cắn bọ chét có thể được điều trị với *hydrocortison* dùng ngoài ở mọi đối tượng trên 10 tuổi. Ngoài ra, thuốc trị ngứa như *crotamiton* (cùng hoặc không cùng *hydrocortison*) hoặc *kem calamine* cũng có thể được khuyến cáo.

BÀI 22. GÀU

Gàu là một bệnh lý mãn tính của da đầu, sẽ thuyên giảm khi được điều trị nhưng có thể quay trở lại khi ngừng điều trị. Tình trạng này thường xuất hiện trong suốt thời kỳ dậy thì và xảy ra nhiều nhất ở độ tuổi trưởng thành. Theo ước tính, $\frac{1}{2}$ số người trong độ tuổi 20-30 và có tới 4/10 số người trong độ tuổi 30-40 bị nhiễm gàu. Gàu được coi là một dạng nhẹ của viêm da nhờn, nguyên nhân do men *Malassezia furfur*: các triệu chứng rất rõ ràng và chỉ cần điều trị bằng thuốc OTC.

Những điều cần biết

- Đặc điểm của mảng gàu
- Sự có mặt của vảy
- Màu và tổ chức cấu tạo của vảy
- Vị trí: da đầu, lông mày, khe mũi và các nơi khác
- Mức độ
- Tiền sử bệnh
 - Bệnh vảy nến
 - Viêm da bã nhờn
- Các yếu tố làm bệnh trầm trọng
- Thuốc điều trị

Ý nghĩa của hỏi và trả lời

Đặc điểm của mảng gàu

Gàu là mảng trắng xám hoặc các mảnh vảy trên da đầu hay một mảng da bị ngứa do sự đóng cặn quá nhiều. Trong bệnh gàu, tế bào biểu bì được thay thế với tốc độ nhanh gấp 2 lần bình thường. Tình trạng nhiễm gàu nặng có thể được chẩn đoán phân biệt với bệnh vảy nến như sau: trong các trường hợp viêm da nhờn nghiêm trọng, các mảng gàu hơi vàng và xám, thường hơi viêm đỏ (Biểu 11). Còn trong bệnh vảy nến thì vảy có màu trắng bạc và nguyên nhân do ban đỏ hệ thống và tình trạng viêm (Bảng 12).

Vị trí

Da đầu là vùng duy nhất bị bệnh gàu. Tuy nhiên do sự lan rộng của tình trạng viêm tăng tiết chất nhờn ở những vị trí có tuyến bã nhờn hoạt động mạnh mà gàu có thể xuất hiện ở cả lông mày, lông mi, râu, bên cánh tay, sau tai, gáy, chân và ngực.

Ở trẻ nhỏ rất hay gặp tình trạng viêm da nhờn trong 12 tuần đầu sau sinh.

Bệnh vảy nến cũng có thể bị ở da đầu và cả những vị trí khác như đầu gối và khuỷu tay trong khi mặt thì rất ít khi bị. Đây là những điểm giúp phân biệt bệnh vảy nến với viêm da nhờn thường gặp ở mặt.

Mức độ nghiêm trọng

Gàu nhìn chung là tình trạng bệnh nhẹ. Tuy nhiên, ngứa da đầu khiến bệnh nhân phải gãi nhiều dẫn đến tổn thương da, gây đau nhức và có thể bị nhiễm trùng. Nếu da đầu bị rít hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng (đóng vảy hoặc rỉ nước) thì cần được tư vấn

Tiền sử bệnh

Do gàu là tình trạng mãn tính thường xuyên tái phát nên bệnh nhân có tiền sử những triệu chứng bất thường. Các triệu chứng thường thay đổi theo mùa, mùa hè thường có triệu chứng rõ ràng hơn do ảnh hưởng của tia UVB. Chú ý rằng *M.furfur* không bị tác động bởi tia UVA.

Các yếu tố làm bệnh nặng hơn

Thuốc nhuộm và tóc xoắn gây kích ứng da đầu. Ngoài ra gội đầu không sạch, không xả hết dầu gội có thể dẫn tới kích ứng và ngứa.

Một số thuốc (ví dụ như *chloroquine*) có thể làm bệnh vảy nến nặng lên.

Thuốc điều trị

Rất nhiều loại thuốc khác nhau đã được thử nghiệm. Tuy nhiên, quan trọng nhất lại là sử dụng chúng như thế nào cho đúng. Các dầu gội trị gàu cần được xoa lên các mảng gàu và để nguyên ít nhất 5 phút để có hiệu quả tốt nhất. Tuy nhiên, nếu dùng đúng dầu gội trị gàu và đúng cách nhưng không có tiến triển thì cần tham khảo thêm ý kiến chuyên gia.

Khi nào nên đi khám bác sĩ
<ul style="list-style-type: none">• Nghi ngờ bệnh vảy nến• Biểu hiện của nhiễm trùng• Không đáp ứng liệu pháp điều trị

Thời gian điều trị

Tình trạng gàu nên được bắt đầu cải thiện trong vòng 12 tuần từ khi bắt đầu điều trị.

Điều trị

Mục tiêu của điều trị là giảm lượng *M.furfur* trên da đầu, bởi vậy phải sử dụng các chất kháng nấm như *Ketoconazole*, *selenium sulphide*, *zinc pyrithione* và hắc ín. Kết quả từ nghiên cứu chỉ ra rằng *ketoconazol* có tác dụng tốt nhất và hắc ín có tác dụng hạn chế nhất. Tất cả các loại dầu gội trị gàu phải được giữ trên đầu từ 3-5 phút để phát huy đầy đủ tác dụng.

Ketoconazole

Dùng dầu gội có chứa *Ketoconazole* 2% 2 lần một tuần trong 2-4 tuần, sau đó tần suất dùng giảm xuống hàng tuần hoặc hai tuần một lần để phòng sự tái phát lại. Đây được coi là bước đầu tiên trong điều trị tình trạng gàu từ vừa đến nặng.

Cũng có thể dùng dầu gội trong trường hợp viêm da bã nhờn. Khi gội đầu, có thể thoa bọt lên các vùng bị viêm khác và giữ nguyên trước khi rửa đi.

Ketoconazol không bị hấp thu qua da đầu và ít hiếm khi có tác dụng không mong muốn ngoại trừ đôi khi có các báo cáo về phản ứng dị ứng.

Zinc pyrithione

Zinc pyrithionec có hiệu quả chống lại gàu và tác động tới chu kỳ tế bào. Nên dùng 1 lần một tuần trong 2 tuần và sau đó một lần một tuần theo chỉ dẫn.

Selenium sulphide 2,5%

Selen sulphide cho thấy có hiệu quả làm giảm tốc độ thay thế tế bào mới (tác động vào chu kỳ tế bào). Dầu gội này nên được dùng 2 lần một tuần trong 2 tuần đầu, sau đó dùng 1 lần 1 tuần cho 2 tuần tiếp theo; có thể dùng tiếp nếu cần. Tóc và da đầu nên được xả thật sạch sau khi dùng dầu gội *selen sulphide*; nếu không các loại tóc vàng, xám hoặc tóc nhuộm có thể bị biến màu. Tuy nhiên, thường xuyên sử dụng có thể làm da đầu bị nhờn và vì vậy làm trầm trọng hơn tình trạng viêm da bã nhờn. Những sản phẩm có chứa *selen sulphide* không nên dùng trong 48h đầu sau khi nhuộm tóc hay làm xoăn, đôi khi có thể gặp tình trạng viêm da liên kết

Selenium sulphide không nên dùng cho vùng da bị viêm hoặc bị tổn thương.

Nhựa than đá (hắc ín)

Các nghiên cứu chỉ ra rằng nhựa than đá có hiệu quả trị gàu ít nhất trong số các chất điều trị bệnh gàu. Các sản phẩm hiện đại dễ sử dụng hơn các dạng truyền thống dù vẫn không che dấu được mùi khó chịu của hắc ín. Ngoài ra hắc ín có thể làm da nhạy cảm và mẫn cảm ánh sáng.

Các vấn đề điều trị

Điều trị tiếp tục

Bệnh nhân cần hiểu rằng chỉ điều trị trong một thời gian sẽ không thể chữa khỏi hẳn gàu và vì thế phải phòng ngừa gàu quay trở lại bằng cách sử dụng dầu gội trị gàu nhưng giảm tần số sử dụng so với giai đoạn điều trị.

Điều trị mảng da đầu (mảng vẩy gàu)

Mảng da đầu mới là thứ cần được điều trị chứ không phải tóc. Vì vậy, phải xoa dầu gội lên da đầu và sau đó mát xa nhẹ nhàng. Tất cả các sản phẩm phải được giữ trên da đầu 5 phút trước khi rửa sạch để phát huy hiệu quả đầy đủ.

Dầu gội chuẩn

Có một sự tranh cãi giữa các chuyên gia về gàu là nguyên nhân gây ra gàu có phải là việc ít gội đầu hay không và phần lớn đều thống nhất rằng, thói quen gội đầu thường xuyên (ít nhất 3 lần một tuần) là rất quan trọng trong việc giảm tình trạng gàu. Bệnh nhân vẫn có thể tiếp tục dùng các dầu gội bình thường của mình giữa những lần sử dụng dầu gội trị gàu do vài bệnh nhân vẫn muốn dùng dầu gội thông thường của họ trước khi sử dụng dầu gội trị gàu.

Sản phẩm chăm sóc tóc

Bệnh nhân có thể sử dụng Gel, mousse và thuốc xịt tóc mà không tác động bất lợi tới điều trị gàu.

BÀI 23. BỆNH VẢY NÉN

Bệnh nhân bị vảy nến thường đến gặp bác sĩ hơn là dược sĩ để được tư vấn. Khi lần đầu xuất hiện bệnh, bác sĩ là sự người thích hợp đầu tiên để giúp đỡ bệnh nhân và dược sĩ cần phải chuyển những trường hợp nghi ngờ và chưa được chẩn đoán vảy nến tới bác sĩ. Việc chẩn đoán không phải khi nào cũng dễ dàng và cần được khẳng định lại. Trong những trường hợp chuẩn đoán xác nhận có tính mãn tính, dược sĩ có thể đề nghị tiếp tục điều trị với các sản phẩm OTC có sẵn.

Đây là trường hợp bệnh mà dược sĩ có thể quản lý liên tục và kiểm soát bệnh và tư vấn bệnh nhân tái khám bác sĩ theo lịch hay khi có biểu hiện trầm trọng hơn. Hướng dẫn điều trị được thống nhất giữa cả bác sĩ và dược sĩ là có ý nghĩa trong trường hợp này.

Bệnh vảy nến xảy ra trên toàn cầu với tỷ lệ mắc bệnh khác nhau tùy theo chủng tộc. Tỷ lệ mắc phải đối với người da trắng châu Âu là 2%. Mặc dù bị ảnh hưởng của gen, nhưng các yếu tố môi trường được xem là quan trọng.

Bạn cần biết gì
<ul style="list-style-type: none">• Biểu hiện• Các yếu tố tâm lý• Chuẩn đoán• Thuốc

Ý nghĩa của các câu hỏi và trả lời

Biểu hiện

Trong hầu hết các dạng vảy nến thông thường, có xuất hiện mảng da nổi lên, rộng, đỏ, dạng vảy trên bề mặt cơ duỗi của khuỷu tay và đầu gối (Hình 12). Vảy là đối xứng và đôi khi có một mảng xuất hiện ở trên vùng da thấp ở lưng. Da đầu là thường bị ảnh hưởng (Hình 13). Bệnh vảy nến có thể ảnh hưởng đến gang bàn chân.



Plate 12 Psoriasis vulgaris.



Plate 13 Scalp psoriasis.

Hình 12. Vảy nến thông thường. Hình 13. Vảy nến ở da đầu

Các yếu tố tâm lý

Một số người, các vảy giữ nguyên lâu dài tại một vị trí và ít có biểu hiện thay đổi. Với những người khác, da thay đổi tẻ hơn và lan ra các phần khác của cơ thể, thường khi chịu sự tác động của sự kiện gây áp lực (stress). Đặc biệt đáng lo ngại khi những người này lại phải đối mặt với áp lực do bệnh vảy nến tái phát cũng các biến chứng đột ngột của nó, càng khiến cho bệnh trầm trọng hơn.

Ảnh hưởng tâm lý của việc bị bệnh mạn tính ở da như bệnh vảy nến không nên bị đánh giá thấp. Vẫn có một dấu hiệu có ý nghĩa liên kết với bệnh về da. Có thể có một niềm tin sai lầm là cho rằng các vết phát ban có thể lây lan. Lĩnh vực thời trang và truyền thông tạo áp lực cho cá nhân phải có một cơ thể hoàn hảo. Bệnh vảy nến có thể là nguyên nhân gây mất tự tin, ngưng ngừng và suy sụp. Tuy nhiên, mỗi người sẽ có cách phản ứng khác nhau với một số người thì bị ảnh hưởng tâm lý do một số vảy nhỏ trong khi những người khác thì không thấy có vấn đề gì kể cả khi có các vảy lớn. Tại Anh, nếu cần hỗ trợ thêm về thông tin có thể truy cập trang web sau: <https://www.psoriasis-association.org.uk/>.

Chuẩn đoán

Chuẩn đoán vảy nến có thể khó khăn. Trong những trường hợp điển hình được mô tả ở trên, có thể chẩn đoán ngay. Ngoài ảnh hưởng lên các cơ bề mặt, vảy nến điển hình thường ảnh hưởng tới da đầu (xem trang 177). Thường các móng tay cho thấy dấu hiệu vết lõm, nó là gợi ý chẩn đoán đầy đủ. Tuy nhiên, vảy nến có thể biểu hiện với các kiểu khác nhau, có thể bị nhầm lẫn với biểu hiện của các rối loạn khác ở da. Với thể các đám vảy nến, một vết phát ban lan rộng từ mảng vảy nhỏ phát triển bất ngờ, ảnh hưởng trên một vùng cơ thể rộng. Đây là biểu hiện điển hình nhất ở trẻ con hoặc người trẻ tuổi và có thể khởi phát do đau họng bởi liên cầu khuẩn *Streptococcus*. Trong thực hành, chẩn đoán phân biệt phổ biến nhất vảy nến là với vảy phấn hồng (pityriasis rose). Với bệnh vảy phấn hồng thì bệnh tự giới hạn và ổn định dưới 8 tuần.

Vảy nến có thể biểu hiện ở mặt ngoài cơ gấp, vùng kẽ, lòng bàn tay, gang bàn chân và móng. Những chẩn đoán thay thế khác phổ biến nhất trong các trường hợp này là nhiễm eczema hoặc nấm. 7% người bị vảy nến có biểu hiện viêm khớp, thường ảnh hưởng tới một khớp, và thường ảnh hưởng khớp tay và chân, nhưng có thể rất nặng và đồng nhất với bệnh viêm khớp dạng thấp.

Thuốc điều trị

Cần phải hỏi bệnh nhân xem có dùng thuốc hàng ngày chứa *lithium*, thuốc chẹn beta, thuốc chống viêm non-steroid và thuốc trị sốt rét vì các thuốc này có thể làm trầm trọng bệnh vảy nến.

Quản lý bệnh

Quản lý bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố, ví dụ, đặc điểm và mức độ nặng của bệnh vảy nến, hiểu về các mục tiêu điều trị, khả năng của bệnh nhân dùng được các thuốc kem và liệu bệnh nhân có mang thai hay không. (Một số thuốc điều trị có thể gây quái thai). Hiển nhiên, điều đặc biệt quan trọng là bác sĩ cần cân nhắc ý kiến, mối bận tâm và mong đợi của bệnh nhân để hiểu rõ cuộc sống của họ bị tác động bởi bệnh tình như thế nào để đưa ra sự giải thích hợp lý, thích hợp và để có sự đồng thuận với bệnh nhân về việc có cần điều trị hay không và nếu có thì điều trị như thế nào.

Thuốc bôi ngoài

Bác sĩ thường thích chỉ định các thuốc điều trị tại chỗ, thường là một thuốc làm mềm hoặc kết hợp với một liệu pháp tích cực. Thuốc làm mềm da là quan trọng để điều trị bệnh vảy nến và có thể chưa được chỉ định nhiều. Dược sĩ có thể hỏi bệnh nhân dùng thuốc từ khi nào và như thế nào.

Calcipotriol hoặc tacalcitol

Dẫn chất của Vitamin D có thể được sử dụng như *calcipotriol* hoặc *tacalcitol*. Thuốc không có mùi khó chịu hoặc gây ngứa và được dùng rộng rãi trong điều trị bệnh vảy nến mức độ trung bình tới nhẹ. Một hệ thống hệ thống y văn cho thấy hoạt lực điều trị của nó tương đương *dithranol*. Nếu dùng quá liều, có nguy cơ gây tăng calci huyết. Thuốc tồn tại dưới dạng thuốc bôi da đầu và thuốc mỡ.

Các steroid bôi ngoài

Các steroid bôi ngoài nên thường chỉ hạn chế dùng cho các kẽ hoặc trên da đầu. Mặc dù đem lại hiệu quả trên các mảng da của cơ thể, một lượng lớn steroid có thể được đòi hỏi theo thời gian khi tình trạng bệnh trở thành mãn tính, gây ra các tác dụng có hại nghiêm trọng (nhấn, teo da và suy tuyến vỏ thượng thận). Đồng thời, quá trình ngừng dùng steroid có thể dẫn tới sự bùng nổ nghiêm trọng bệnh vảy nến.

Có kem phối hợp *betamethasone* và *calcipotriol*, thuốc có hiệu quả nhưng chỉ cho phép dùng dưới 30% bề mặt cơ thể tối đa 4 tuần.

Dithranol

Dithranol là thuốc được dùng từ lâu, hiệu quả và an toàn cho bệnh vẩy nến, và có sẵn các loại biệt dược dạng kem (0,1-0,2%) được dùng trong một khoảng thời gian ngắn (30 phút) mỗi ngày và cách xa thời gian dùng thuốc làm mềm. Một số người rất nhạy cảm với *dithranol* vì nó có thể gây kích ứng da nghiêm trọng. Thường bắt đầu dùng với nồng độ thấp và tăng từ từ liều tới liều mạnh nhất có thể chịu được của người bệnh. Người dùng nên rửa sạch tay sau khi dùng. Không nên dùng trên mặt, kẽ tay chân hay bộ phận sinh dục. Một số người không thể chịu được khi dùng thuốc này.

Phác đồ điều trị thứ cấp (second-line)

Chuyển bệnh nhân từ bác sĩ đa khoa sang bác sĩ chuyên khoa da liễu có thể cần thiết khi chẩn đoán không chắc chắn hay trong các trường hợp bệnh nặng và điều trị thất bại. Phác đồ điều trị thứ cấp có thể bao gồm điều trị bằng quang tuyến hoặc liệu pháp hệ thống với *methotrexate*, *etretinate* hoặc *cilcoporin (cyclosporin)*. Đáng tiếc, tất cả các thuốc này đều có khả năng gây tác dụng có hại nghiêm trọng. *Methotrexat* được chứng minh là có hiệu quả trong các thử nghiệm không ngẫu nhiên nhưng bệnh tái phát trong vòng 6 tháng ngừng thuốc. Liệu trình điều trị *methotrexate* lâu dài gây nguy cơ phá hủy gan. Những người không đáp ứng với quang tuyến hay liệu pháp hệ thống có thể được kê đơn các thuốc sinh học (*etanercept*, *adalimumab* hoặc *ustekinumab*), nó có khả năng ức chế hệ thống miễn dịch gây phản ứng viêm.

BÀI 24. ĐAU ĐẦU

1. Đau đầu

Các chứng đau đầu phổ biến nhất mà dược sỹ cộng đồng thường gặp phải là: đau nửa đầu - đau đầu migraine, đau đầu do căng thẳng hoặc do viêm xoang. Việc đặt câu hỏi cẩn thận sẽ giúp phân biệt được các nguyên nhân nghiêm trọng, cần đến sự tư vấn của bác sỹ.

Những điều dược sỹ cần biết

- Tuổi
- Trẻ em hay người trưởng thành
- Thời gian kéo dài cơn đau
- Tính chất và vị trí đau
- Tần suất và thời điểm đau
- Tiền sử:
 - Các cơn đau, hoa mắt, ngất xỉu
- Các triệu chứng liên quan
 - Buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng
- Yếu tố dẫn đến đau đầu
 - Thức ăn, đồ uống có cồn, stress, hormon
- Các thương chấn và tổn thương gần đây
- Tê ngã
- Kết quả kiểm tra mắt gần đây
- Thuốc

Tầm quan trọng của từng mục thông tin ở trên:

1.1. Tuổi

Dược sỹ nên tư vấn đi khám bác sỹ trong tất cả các trường hợp đau đầu ở trẻ, đặc biệt khi liên quan đến việc sang chấn hoặc chấn thương đầu trước đó, ví dụ sau khi ngã. Những đứa trẻ bị đau ở phía sau đầu và cổ co cứng cần được đưa đến bác sỹ ngay lập tức. Bệnh nhân lớn tuổi đôi khi bị đau đầu một vài ngày sau khi ngã, điều này thường liên quan đến sự va đập ở đầu. Trường hợp này có thể là do chảy máu chậm trong não, tụ máu dưới màng cứng, và phải đưa đến bác sỹ ngay lập tức.

Sẽ là bất thường nếu bệnh nhân trên 40 tuổi trả lời đây là lần đầu tiên bị đau nửa đầu (migraine) , những bệnh nhân này nên được tư vấn đến gặp bác sỹ. Ở Mỹ, tỉ lệ cao nhất mắc migraine mà không có các triệu chứng báo trước xuất hiện ở nam giới từ 10 đến 11 tuổi, ở nữ giới từ 14 đến 17 tuổi. Tỉ lệ cao nhất mắc migraine mà có các triệu chứng báo trước xuất hiện ở trẻ nam tầm 5 tuổi, ở bé gái tầm giữa 12 và 13 tuổi.

1.2. Thời gian kéo dài cơn đau

Bất cứ trường hợp đau đầu nào mà không đáp ứng với các thuốc giảm đau không cần kê đơn (OTC) trong vòng 1 ngày đều cần tư vấn đến gặp bác sĩ.

1.3. Tính chất và vị trí đau

Đau đầu do căng thẳng là kiểu thường gặp nhất, thường được mô tả là đau xung quanh đầu và phần trên cổ. Thỉnh thoảng cơn đau lan rộng lên đỉnh đầu đến vùng trên mắt. Không kèm bất kì chứng cứng cổ nào. Các cơ dưới cằm có thể bị đau khi chạm vào. Cơn đau có thể được miêu tả như có một miếng băng quấn xung quanh đầu. Cơn đau thường âm ỉ hơn là kiểu đau nửa đầu (thường đau nhói hoặc đau dồn dập). Tuy nhiên tính chất của cơn đau là chưa đủ để chẩn đoán nguyên nhân gây đau đầu là nghiêm trọng hay không nghiêm trọng.

Nếu nằm xuống khiến cơn đau vốn ổn định và âm ỉ trở nên nặng hơn, đau sâu hơn, trầm trọng hơn thì cần tư vấn bệnh nhân đến gặp bác sĩ, vì nó có thể do tăng áp lực hộp sọ do u não, nhiễm trùng hoặc nguyên nhân khác. Điều này là hiếm và thường sẽ có thêm các triệu chứng liên quan khác như: thay đổi ý thức, mất thăng bằng, phối hợp động tác kém, trong trường hợp nhiễm trùng còn có sốt.

Đau nửa đầu (migraine) kinh điển là đau một bên, ảnh hưởng đến một bên đầu, đặc biệt là ở trên trán.

Một cơn đau nặng, đột ngột, xuất hiện ở phía sau đầu có thể là biểu hiện của xuất huyết dưới nhện dù trường hợp này thường hiếm. Tỷ lệ mắc xuất huyết dưới nhện trong dân số là 6/100.000 người một năm. Nó xảy ra khi một mạch máu nhỏ ở đáy não bộ bị rò rỉ máu vào dịch não tủy bao quanh não. Nó thường kèm tăng huyết áp. Can thiệp cấp cứu y tế là cần thiết. Thỉnh thoảng, những cơn đau đầu đột ngột ở sau đầu có thể liên quan đến việc tập luyện (đau đầu do gắng sức). Điều này không nguy hiểm nhưng cần phân biệt với xuất huyết thông qua chụp cắt lớp và cộng hưởng từ.

1.4. Thời gian và tần suất của các triệu chứng

Dược sĩ nên xem các trường hợp đau đầu tệ hơn vào buổi sáng và cải thiện hơn trong ngày là những trường hợp nghiêm trọng đặc biệt vì nó có thể là dấu hiệu của tăng áp lực nội sọ. Những cơn đau đầu này thường xảy ra hằng ngày trong 2-3 tháng và mỗi lần đau có thể lên đến 3 giờ. Một bệnh nhân có tần suất và mức độ đau đầu ngày càng tăng thì cần được tư vấn đi khám bác sĩ.

1.5. Tiền sử

Nếu bệnh nhân đã từng bị đau đầu tương tự trước đây thì dược sĩ có thể an tâm hơn. Nói cách khác, có thể có các đặc điểm tương tự về bản chất và vị trí cơn đau nhưng mức độ đau thì có thể khác năm trước. Trường hợp này ít khi là dấu hiệu đau đầu do một nguyên nhân nghiêm trọng gây ra. Trong khi đó, các kiểu đau đầu mới hoặc khác (đặc biệt ở người >45 tuổi) có thể là dấu hiệu cảnh báo cho một tình trạng nghiêm trọng hơn. Bệnh nhân đau nửa đầu (migraine) thường phải chịu đựng những cơn đau đầu thường xuyên. Trong một vài trường hợp, đau đầu có thể xảy ra thành từng chùm. Cơn đau có thể xuất hiện cả ngày trong 2-3 tuần và sau đó biến mất trong nhiều tháng đến nhiều năm.

1.6. Các triệu chứng liên quan

Trẻ em và người lớn bị đau đầu kèm mất thăng bằng hoặc cử động vụng về thì cần được can thiệp y tế ngay lập tức.

a. Đau nửa đầu (migraine)

Đau nửa đầu ảnh hưởng đến 15% dân số Anh, 2/3 trong số đó là nữ giới. Có hai kiểu chính: đau nửa đầu không có triệu chứng báo trước (kiểu thông thường) chiếm 75% trường hợp, đau nửa đầu có triệu chứng báo trước (kiểu cổ điển)

Đau nửa đầu kiểu cổ điển: thường kèm thay đổi thị lực trước khi đau đầu hay còn gọi là giai đoạn báo trước. Bệnh nhân có thể miêu tả nhìn thấy ánh sáng nhấp nháy hoặc các đường zig zac. Trong suốt giai đoạn báo trước, bệnh nhân có thể bị ngứa ran hoặc tê ở một bên cơ thể, ở môi, tay hoặc mặt. Đau nửa đầu cũng kèm theo buồn nôn hoặc thỉnh thoảng nôn. Bệnh nhân cảm thấy dễ chịu khi nằm trong phòng tối và ánh sáng làm mắt họ bị đau nhức. Tỷ lệ bị đau nửa đầu kiểu cổ điển ở nữ cao gấp 3 lần so với nam.

Đau nửa đầu kiểu thông thường: không có giai đoạn báo trước, đau đầu có thể ở một bên nhưng cả hai bên đầu có thể bị ảnh hưởng, và có thể có buồn nôn hoặc nôn.

Hiệp hội Đau đầu Quốc tế (International Headache Society) đã công bố các gợi ý chẩn đoán đau nửa đầu (migraine)

Các dấu hiệu chẩn đoán đau nửa đầu của Hiệp hội Đau đầu Quốc tế
<p>Đau nửa đầu kiểu thông thường</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ít nhất đã có 5 đợt đau đầu với giai đoạn tấn công kéo dài 4-72h - Ít nhất có 2 đặc điểm đau đầu sau: <ul style="list-style-type: none"> + Đau nhói/đau kiểu rung mạch (pulsating/throbbing) + Đau trung bình đến nặng + Đau tăng khi di chuyển + Đau nửa đầu - Ít nhất có một triệu chứng liên quan <ul style="list-style-type: none"> + Buồn nôn và/hoặc nôn + Sợ ánh sáng và sợ âm thanh
<p>Đau nửa đầu kiểu cổ điển</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ít nhất có 3 đặc điểm sau <ul style="list-style-type: none"> + Triệu chứng thần kinh khu trú báo trước thoáng qua một hoặc nhiều lần + Giai đoạn báo trước dần tiến triển trong 5 phút hoặc có vài triệu chứng liên tiếp nhau xuất hiện <ul style="list-style-type: none"> + Giai đoạn báo trước kéo dài từ 5- 60 phút + Đau đầu xuất hiện cùng giai đoạn báo trước hoặc sau đó, và kéo dài 60 phút

Trích từ The International Classification of Headache Disorders 2nd edition Cephalalgia, 2004; 24(Suppl. 1): 1-150

b. Đau đầu hàng ngày mạn tính

Đau đầu hàng ngày mạn tính (Chronic daily headache) được định nghĩa là đau đầu xuất hiện trong phần lớn các ngày, nhiều hơn 15 ngày một tháng, thường kéo dài 6 tháng hoặc lâu hơn, xảy ra hàng ngày và không thuyên giảm.

Ở một số bệnh nhân, đợt đau đầu mạn kéo dài ngắn hơn, có thể xảy ra ở trẻ em và người cao tuổi. Tỷ lệ đau đầu hàng ngày mạn tính ở nam cao gấp 2 lần so với nữ. Đau đầu hàng ngày mạn tính có đặc trưng là sự kết hợp giữa cơn đau mạn làm nền, cơ cơ mức độ thấp, thường có cứng cổ cùng triệu chứng đau nửa đầu xen vào. Đau đầu hàng ngày mạn tính có

thể do sử dụng hàng ngày các thuốc giảm đau đơn thuần hoặc kết hợp có chứa codein. Bất cứ một đau đầu kéo dài nào đều phải được giới thiệu tới bác sĩ đa khoa để được đánh giá.

c. Đau đầu chùm (trước đây được gọi là đau dây thần kinh dạng nửa đầu)

Đau đầu chùm (*Cluster headaches, previously called migraineous neuralgia*) đúng như tên gọi là đau đầu mà cơn này nối tiếp cơn khác. Triệu chứng điển hình là các đợt đau đầu diễn ra hàng ngày kéo dài hơn 2- 3 tháng, sau đó thuyên giảm không do tác động gì, có thể kéo dài đến 2 năm. Cơn đau có thể dữ dội và thường xuất hiện rất nhanh đến mức có thể làm bệnh nhân thức giấc khi đang ngủ. Thời gian của mỗi cơn đau từ 0,5- 3h, thường đau nửa đầu, đau ở mắt, má, thái dương. Đau đầu chùm thường đi kèm chảy nước mắt, đau mắt, chảy nước mũi hoặc nghẹt mũi ở cùng bên đầu bị đau. Bất kỳ trường hợp đau đầu nặng, kéo dài hoặc tái phát đều phải được giới thiệu tới bác sĩ để chẩn đoán.

d. Viêm xoang

Viêm xoang (*Sinusitis*) có thể làm phức tạp thêm các trường hợp nhiễm virus đường hô hấp (ví dụ cảm lạnh), hoặc dị ứng (ví dụ sốt mùa hè), gây viêm và sưng lớp niêm mạc của các xoang. Chất nhầy trong các xoang không thể thoát ra được gây nhiễm khuẩn thứ phát, tăng áp lực trong xoang, gây đau. Thường đau xung quanh hoặc sau mắt và thường chỉ đau một bên. Đau đầu có thể kèm sổ mũi, nghẹt mũi. Các xoang bị ảnh hưởng thường xuyên trở nên dễ chịu hơn khi ấn tạo áp lực lên vùng xoang đó. Triệu chứng thường trở nên tồi tệ hơn khi ngả người về phía trước hoặc nằm xuống.

e. Viêm động mạch thái dương (*Temporal arteritis*)

Viêm động mạch thái dương thường xảy ra ở các bệnh nhân lớn tuổi, khi các động mạch chạy qua thái dương bị viêm. Chỗ viêm có thể đỏ, bị đau và dày lên khi chạm vào. Tuy nhiên những dấu hiệu này không phải lúc nào cũng xuất hiện. Bất kỳ bệnh nhân cao tuổi nào có đau đầu vùng trán hoặc thái dương kéo dài và thường xuyên cảm giác không khỏe phải được giới thiệu ngay tới bác sĩ. Viêm động mạch thái dương có thể chữa được, chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị có thể dẫn đến mù, do các mạch máu đến mắt cũng có thể bị ảnh hưởng và viêm. Điều trị thường dùng steroid liều cao. Điều trị hiệu quả nếu bệnh nhân được chẩn đoán sớm.

1.7. Các yếu tố thúc đẩy

Đau đầu tâm lý và đau nửa đầu (migraine) có thể bị khởi phát bởi stress (ví dụ áp lực công việc, mâu thuẫn trong gia đình). Một số bệnh nhân bị đau nửa đầu sau một thời gian bị stress, ví dụ vào kì nghỉ hoặc cuối tuần. Một số thực phẩm được ghi nhận là yếu tố thúc đẩy gây cơn đau đầu, ví dụ sô-cô-la, phô-mai. Đau nửa đầu cũng có thể xuất hiện khi hormone thay đổi. Ở phụ nữ, đau nửa đầu có thể liên quan đến chu kì kinh nguyệt.

1.8. Các chấn thương và tổn thương gần đây

Bất kì bệnh nhân nào có đau đầu mà gần đây bị tổn thương hoặc chấn thương đầu nên được gặp bác sĩ ngay vì có thể có bầm tím hoặc chảy máu, làm tăng áp lực nội sọ. Các dược sĩ nên lưu ý đến triệu chứng buồn ngủ hoặc bất kỳ dấu hiệu suy giảm ý thức nào. Nôn dai dẳng sau chấn thương cũng là dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.

1.9. Kiểm tra mắt gần đây

Đau đầu xuất hiện khi đọc, viết và các việc liên quan có thể do suy giảm thị lực. Vì vậy kiểm tra mắt là cần thiết để xem có phải đeo kính hay không.

1.10. Thuốc

Cần nắm tắt cả các thuốc kê đơn được dùng bởi bệnh nhân vì đau đầu có thể là tác dụng phụ của thuốc, ví dụ các thuốc Nitrat được sử dụng để điều trị đau thắt ngực.

Ngoài ra, đau đầu cũng có thể do lạm dụng thuốc. Có tới 4% dân số bị đau đầu hàng ngày mạn tính- khi đau đầu xảy ra lớn 15 ngày/ 1 tháng. Thỉnh thoảng dùng quá nhiều thuốc cũng gây ra cơn đau đầu, vì nó có thể làm tăng dung nạp và sau đó gây hiện tượng đau đầu “bật lại”. Do đó, việc xác định bệnh nhân đã dùng thuốc gì, liều bao nhiêu, số lần dùng để điều trị đau đầu là rất quan trọng. Hướng dẫn điều trị NICE (CG150)- "Nhức đầu: Chẩn đoán và quản lý đau đầu ở người trẻ và người cao tuổi" đã viết:

“Tư vấn cho bệnh nhân ngừng dùng tất cả các thuốc bị lạm dụng để điều trị đau đầu cấp tính trong ít nhất 1 tháng, nên dừng đột ngột hơn là dừng dần dần. Lưu ý cho bệnh nhân rằng, triệu chứng đau đầu có thể tệ hơn trong một thời gian ngắn trước khi được cải thiện và rằng có thể có các triệu chứng cai thuốc xuất hiện. Dược sĩ nên theo dõi và hỗ trợ bệnh nhân trong thời gian này.”

Thuốc ngừa thai dạng viên nang

Bất kỳ người nào sử dụng viên thuốc ngừa thai dạng phối hợp, đường uống (COC), xuất hiện kiểu đau như đau nửa đầu, bị lần đầu tiên hoặc chứng đau nửa đầu trở nên nặng hơn thì phải báo ngay với bác sĩ. Vì đây có thể là triệu chứng sớm báo trước sự tổn thương mạch máu não.

Thỉnh thoảng, tăng huyết áp cũng gây ra cơn đau đầu tuy nhiên không phổ biến và chỉ xảy ra khi huyết áp rất cao. Tuy nhiên dược sĩ nên xem xét cẩn thận đến tiền sử dùng thuốc của bệnh nhân. Trong những tương tác thuốc làm tăng huyết áp, ví dụ giữa một thuốc cường giao cảm như Pseudoephederin hay IMAO, triệu chứng đau đầu có thể xảy ra.

Nên bệnh nhân đã dùng NSAID hoặc các thuốc giảm đau kê đơn khác thì nên tránh phối hợp các thuốc cùng nhóm với nhau vì có thể gây ra độc tính. Nếu điều trị bằng các thuốc OTC không hiệu quả thì nên giới thiệu đến bác sĩ.

2. Các trường hợp cần khuyên bệnh nhân gặp bác sĩ

Trường hợp cần khuyên bệnh nhân gặp bác sĩ

- Đau đầu liên quan đến tổn thương/ chấn thương
- Đau nặng kéo dài hơn 4 tiếng
- Đau đầu ở trẻ em nhỏ dưới 12 tuổi
- Đau đầu nặng ở thùy chẩm (ở phía sau đầu)
- Đau đầu tệ hơn vào buổi sáng và sau đó cải thiện trong ngày
- Kèm buồn ngủ, loạng choạng, rối loạn thị giác hoặc nôn
- Cứng cổ
- Đau nửa đầu đòi hỏi phải điều trị dự phòng
- Đau đầu thường xuyên, dai dẳng

3. Khoảng thời gian điều trị

Nếu đau đầu không đáp ứng với các thuốc giảm đau OTC trong vòng 1 ngày thì nên giới thiệu đến bác sĩ.

4. Điều trị

Lựa chọn thuốc giảm đau đường uống của dược sĩ gồm 3 nhóm chính: Paracetamol, nhóm NSAID (ibuprofen, diclofenac), Aspirin. Các nhóm này có thể phối hợp với các thành phần khác như codein, dihydrocodein, doxylamin và caffeine. Thuốc giảm đau OTC có sẵn với nhiều dạng bào chế, viên nang, viên nén, siro, viên nén hòa tan, và các dạng giải phóng chậm. Khi uống thuốc giảm đau dạng liều phân tán, nồng độ thuốc cao nhất trong máu Cmax đạt được sau 30 phút trong khi uống viên nén aspirin dạng truyền thống, Cmax đạt được sau 2 giờ. Thời điểm uống thuốc là quan trọng trong đau nửa đầu vì thuốc giảm đau nên được uống ngay khi có dấu hiệu đầu tiên của cơn đau, tốt nhất dùng dạng hòa tan vì cơn đau làm giảm nhu động ruột, ngăn việc hấp thu thuốc. Đôi khi điều trị phối hợp có thể có ích, ví dụ phối hợp thuốc giảm đau với thuốc chống sung huyết (toàn thân hoặc tại chỗ) trong viêm xoang.

Viên nén Sumatriptan 50mg có thể được sử dụng để giảm đau cấp trong đau nửa đầu có hoặc không có giai đoạn báo trước, đây được xem là một cách dễ dàng để “chẩn đoán trong đau nửa đầu”.

4.1. Paracetamol

Paracetamol có tác dụng giảm đau, hạ sốt nhưng không hoặc ít có tác dụng chống viêm. Con đường chính xác để paracetamol có tác dụng giảm đau vẫn chưa rõ ràng dù đã có nhiều nghiên cứu. Thuốc chắc chắn có tác dụng trong giảm đau, hạ sốt. Ít gây kích ứng dạ dày hơn aspirin vì vậy được khuyến khích sử dụng cho các bệnh nhân không sử dụng được aspirin. Paracetamol có thể sử dụng cho trẻ em từ 2 đến 3 tháng tuổi tùy vào giấy phép sản phẩm. Kiểm tra tờ hướng dẫn sử dụng để biết liều theo độ tuổi của trẻ. Có sẵn rất nhiều dạng bào chế dùng trong nhi khoa kể cả dạng siro không đường. Bằng chứng về tác dụng của paracetamol đối với đau nửa đầu (migraine) là hạn chế.

Độc tính ở gan

Ở liều cao, paracetamol có thể gây độc tính ở gan và tổn thương có thể không xuất hiện ngay mà sau vài ngày. Tất cả các trường hợp quá liều paracetamol nên được lưu ý và đưa ngay đến bệnh viện.

4.2. Nhóm NSAID (Ibuprofen, Diclofenac)

Ibuprofen, diclofenac có tác dụng giảm đau, chống viêm, hạ sốt, ít gây khó chịu hoặc tổn thương dạ dày hơn so với aspirin.

Ibuprofen: Liều giảm đau từ 200-400mg, liều chống viêm 300-600mg (tổng liều trong ngày 1.600-2.400mg). Liều tối đa dùng hàng ngày được cho phép khi sử dụng không kê đơn là 1.200mg và Ibuprofen dạng viên nén hoặc viên nang không nên sử dụng cho trẻ em nhỏ hơn 12 tuổi. Ibuprofen hỗn dịch 100mg/5ml là thuốc OTC. Sự khác biệt của các chế phẩm ở chỗ một vài hỗn dịch Ibuprofen có thể được sử dụng cho trẻ em từ 3 tháng tuổi trở lên. Kiểm tra tờ hướng dẫn sử dụng của sản phẩm để biết liều.

Viên nang diclofenac 12,5 mg có thể sử dụng ở người trưởng thành hoặc trẻ em từ 14 tuổi. Sử dụng 2 viên cho liều ban đầu, sau đó 1- 2 viên cách 4- 6 giờ nếu cần. Liều tối đa hàng ngày là 75 mg. Năm 2013, diclofenac bị chống chỉ định ở bệnh nhân có bệnh lý tim

mạch. Khi dự định cho bệnh nhân sử dụng diclofenac hoặc bệnh nhân yêu cầu mua, dược sĩ cần đưa ra các câu hỏi phù hợp để xác định bệnh nhân có bị bệnh tim mạch hay không.

Chứng khó tiêu

Nhóm NSAID có thể gây khó chịu cho dạ dày, gây khó tiêu, nôn, buồn nôn, tiêu chảy nhưng ít hơn so với Aspirin. Xuất huyết tiêu hóa có thể xảy ra. Vì những lý do trên, tốt nhất nên khuyên bệnh nhân uống thuốc nhóm NSAID trong hoặc sau khi ăn, tránh sử dụng ở bệnh nhân có tiền sử hoặc đang bị viêm loét dạ dày-tá tràng. Người cao tuổi có nguy cơ cao hơn. Nhóm NSAID có thể làm tăng thời gian chảy máu do ảnh hưởng đến tiểu cầu. Tác dụng này có thể hồi phục sau 24 giờ dùng thuốc (trong khi dùng aspirin sự hồi phục có thể xuất hiện sau vài ngày).

Ibuprofen và Diclofenac ít hoặc không có tác dụng trên thời gian đông máu hoặc thời gian prothrombin nhưng vẫn không nên sử dụng cho bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống đông máu vốn thích hợp dùng paracetamol hơn.

Phản ứng quá mẫn

Có sự mẫn cảm chéo giữa Aspirin và nhóm NSAID, vì vậy dược sĩ không nên cho bệnh nhân đã có tiền sử mẫn cảm với Aspirin sử dụng các NSAID. Nên thận trọng khi sử dụng các NSAID ở bệnh nhân hen vì nguy cơ cao xảy ra phản ứng quá mẫn.

Chống chỉ định

Nhóm NSAID có thể gây giữ muối và nước vì vậy nên tránh dùng ở các bệnh nhân suy tim sung huyết, suy thận hoặc phụ nữ có thai, đặc biệt là 3 tháng cuối của thai kỳ. Ibuprofen và diclofenac ít bài tiết qua sữa mẹ vì vậy có thể sử dụng cho phụ nữ đang cho con bú.

Tương tác

Có bằng chứng về tương tác giữa nhóm NSAID và Lithium. Các NSAID có thể ức chế tổng hợp Prostaglandin ở thận và giảm thải trừ Lithium. Vì vậy nồng độ Lithium trong huyết thanh tăng, gây tăng độc tính. Ngộ độc Lithium biểu hiện với các triệu chứng trên đường tiêu hóa, đa niệu, yếu cơ, thờ ơ, run rẩy.

Thận trọng

NSAID tốt nhất nên tránh dùng ở bệnh nhân mẫn cảm với Aspirin, nên dùng thận trọng ở bệnh nhân hen. Tác dụng phụ dễ xảy ra ở người cao tuổi vì vậy nên sử dụng paracetamol trong những trường hợp này.

4.3. Aspirin

Aspirin là thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm - nếu dùng liều > 4g/ 1 ngày. Sau 2 giờ dùng thuốc, khoảng một nửa số người đau nửa đầu có cơn đau được cải thiện đáng kể. Không nên sử dụng cho trẻ em dưới 16 tuổi vì có thể gây hội chứng Reye. Các báo cáo chỉ ra rằng nhiều phụ huynh không ý thức về chống chỉ định này. Các thuốc giảm đau thường được sử dụng trong gia đình và cần thiết phải nhắc nhở bậc cha mẹ về độ tuổi tối thiểu có thể dùng Aspirin. Ngoài tác dụng điều trị đau đầu, liều Aspirin dùng cách ngày còn có hiệu quả trong dự phòng đau nửa đầu nhưng các bằng chứng còn hạn chế.

Chứng khó tiêu

Sử dụng Aspirin đôi khi gây kích ứng đường tiêu hóa (khó tiêu, ợ nóng, buồn nôn hoặc nôn) vì vậy nên dùng thuốc trong hoặc sau ăn. Dạng viên nén phân tán ít gây tác dụng này. Không sử dụng tại chỗ, ví dụ đặt một viên nén hòa tan Aspirin tại chỗ răng đau sẽ gây viêm loét lợi.

Chảy máu

Aspirin có thể gây xuất huyết đường tiêu hóa và chống chỉ định đối với những bệnh nhân có tiền sử hoặc đang bị viêm loét dạ dày-tá tràng. Aspirin có ảnh hưởng lên tiểu cầu và quá trình đông máu, làm tăng thời gian chảy máu, vì vậy không nên sử dụng để giảm đau sau khi nhổ răng. Aspirin làm tăng tác dụng của thuốc chống đông máu vì thế không nên dùng đồng thời.

Rượu

Rượu làm tăng tác dụng phụ của Aspirin trên đường tiêu hóa và thời gian chảy máu. Vì vậy khi dùng Aspirin không nên uống rượu.

Có thai

Không sử dụng cho phụ nữ có thai.

Phản ứng quá mẫn

Phản ứng quá mẫn xảy ra ở một số người sử dụng Aspirin- khoảng 4% bệnh nhân hen. Không sử dụng Aspirin cho bệnh nhân có tiền sử hen. Khi những bệnh nhân này sử dụng Aspirin, họ có thể bị phát ban, nổi mề đay, đôi khi khó thở, co thắt phế quản, thậm chí cả cơn hen cấp.

4.4. Codein

Codein là thuốc giảm đau opioid, tổng quan hệ thống từ các thử nghiệm lâm sàng cho thấy cần ít nhất 15mg để thuốc có tác dụng giảm đau. Codein thường được thấy trong các chế phẩm phối hợp với Aspirin, Paracetamol hoặc cả hai. Táo bón là tác dụng phụ thường xảy ra ở người cao tuổi và những người dễ bị táo bón. Codein cũng gây buồn ngủ hoặc suy hô hấp nhưng ít xảy ra ở liều OTC. Các thuốc chứa Codein không được sử dụng cho trẻ em dưới 12 tuổi để giảm đau mức trung bình, và chỉ sử dụng khi không đáp ứng với Paracetamol và Ibuprofen. Codein không được sử dụng trong thời gian cho con bú bởi vì nó có thể qua sữa mẹ và gây độc.

4.5. Dihydrocodein

Dihydrocodein cùng loại với codein và có tác dụng giảm đau tương tự. Sản phẩm phối hợp giữa Paracetamol và Dihydrocodein ở dạng viên nén 7,46 mg dihydrocodein. Chỉ sử dụng cho người trưởng thành và trẻ em lớn hơn 12 tuổi. Tác dụng phụ: táo bón và buồn ngủ. Giống như codein, thuốc cũng gây suy hô hấp ở liều cao.

4.6. Caffein

Caffein có ở trong một số thuốc giảm đau phối hợp để tăng tính táo. Cần ít nhất liều 100 mg để có tác dụng trên, thuốc giảm đau OTC thường chứa 30-50 mg/1 viên nén. Một cốc cà phê cũng cho tác dụng tương tự. Nên tránh sử dụng thuốc chứa caffein trước khi đi ngủ vì tác dụng gây kích thích của nó. Caffein còn làm tăng tác dụng giảm đau tuy nhiên điều này vẫn chưa rõ ràng. Caffein gây kích ứng đường tiêu hóa.

4.7. Doxylamine succinate

Doxylamine là thuốc kháng histamin, có tác dụng an thần và thư giãn, được dùng để điều trị đau đầu do căng thẳng. Giống như các thuốc kháng histamin loại cũ, doxylamine có thể gây buồn ngủ, bệnh nhân nên được cảnh báo về điều này. Doxylamine không nên sử dụng cho trẻ em nhỏ hơn 12 tuổi.

4.8. Buclizine

Buclizine là thuốc kháng histamin, có trong thuốc giảm đau OTC điều trị đau nửa đầu do nó tác dụng chống nôn.

4.9. Sumatripan

Viên nén Sumatripan 50mg có thể được sử dụng như một thuốc OTC để giảm đau cấp trong trường hợp đau nửa đầu không hoặc có giai đoạn báo trước- đây được coi là một “chẩn đoán rõ ràng đau nửa đầu”. Sử dụng cho người từ 18- 65 tuổi. Khi bắt đầu một cơn đau nửa đầu thì nên uống càng sớm càng tốt 1 viên nén Sumatripan 50 mg. Liều thứ hai có thể được uống sau ít nhất 2 giờ kể từ liều đầu tiên nếu các triệu chứng trở lại. Liều thứ hai chỉ nên uống khi cơn đau đáp ứng với liều đầu.

Hướng dẫn điều trị từ Hiệp hội Dược sĩ hoàng gia Anh đề nghị rằng nếu trước đó bệnh nhân đã từng được kê đơn dùng Sumatripan và dược sĩ có ghi lại tiền sử dùng thuốc thì có thể cho bệnh nhân dùng Sumatripan OTC, và không có sự thay đổi nào trong chỉ định. Nếu bệnh nhân chưa từng sử dụng Sumatripan trước đó, dược sĩ nên xác định xem họ có phù hợp với điều trị hay không. Bệnh nhân phải có triệu chứng đau nửa đầu điển hình, đồng thời dược sĩ cũng cần tìm hiểu bất kỳ triệu chứng nào khác hoặc liên quan đến chỉ định của thuốc cũng như các thuốc khác.

Nếu có những điều sau đây bệnh nhân cần đến gặp bác sĩ:

- Tuổi dưới 18 hoặc trên 65 tuổi
- Lớn hơn 50 tuổi và lần đầu tiên có triệu chứng đau nửa đầu. Nếu bác sĩ có chẩn đoán xác định là đau nửa đầu thì có thể sử dụng sumatripan OTC.
- Những bệnh nhân đã từng có cơn đau nửa đầu lần đầu tiên 12 tháng trước
- Những bệnh nhân có ít hơn 5 cơn đau nửa đầu trong quá khứ
- Những bệnh nhân bị đau nửa đầu lớn hơn 4 lần/1 tháng. Dù bệnh nhân có thể thích hợp để dùng sumatripan OTC nhưng vẫn nên đến gặp bác sĩ để quản lý và đánh giá tốt hơn.
- Nếu cơn đau nửa đầu kéo dài hơn 24 tiếng và bệnh nhân có thể thích hợp để dùng Sumatripan OTC thì vẫn nên đến gặp bác sĩ để quản lý và đánh giá tốt hơn.
- Không đáp ứng với điều trị
- Bị đau đầu (bất kì loại nào) kéo dài 10 ngày hoặc hơn/1 tháng.
- Phụ nữ bị đau nửa đầu sau khi sử dụng thuốc tránh thai phối hợp đường uống (COC) sẽ tăng nguy cơ đột quỵ vì vậy nên đến gặp bác sĩ nếu cơn đau nửa đầu khởi phát 3 tháng gần đây hoặc cơn đau nửa đầu trở nên tệ hơn hoặc bệnh nhân bị đau nửa đầu có giai đoạn báo trước.
- Bệnh nhân không hoàn toàn hồi phục giữa các cơn đau đầu
- Người bị đau nửa đầu có thai hoặc cho con bú
- Bệnh nhân có trên 3 yếu tố nguy cơ trên tim mạch

(Nguồn: *Practice Guidance – OTC Sumatriptan. RPSGB, 2006*)

Thận trọng

Thận trọng khi sử dụng sumatriptan cho bệnh nhân có trên 3 yếu tố nguy cơ tim mạch: đàn ông lớn hơn 40 tuổi, phụ nữ mãn kinh, tăng cholesterol, hút thuốc thường xuyên > 10 điếu/1 ngày, béo phì với chỉ số BMI > 30 kg/m², đái tháo đường, tiền sử gia đình có người bị bệnh tim mạch sớm (bố hoặc anh em trai có nhồi máu cơ tim hoặc cơn đau thắt ngực trước 55 tuổi, hoặc mẹ hoặc chị em gái có nhồi máu cơ tim hoặc cơn đau thắt ngực trước 65 tuổi).

Chống chỉ định

Sumatriptan không được sử dụng để điều trị dự phòng. Không nên sử dụng ở bệnh nhân tăng huyết áp, tiền sử nhồi máu cơ tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh mạch máu ngoại vi, bệnh mạch vành, co thắt mạch/ đau thắt ngực Prinzmetal, loạn nhịp tim (bao gồm cả hội

chứng Wolf- Parkinson-White), suy gan hoặc suy thận, động kinh, có tiền sử động kinh, tiền sử tai biến mạch máu não hoặc cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua.

Tác dụng phụ

Tác dụng phụ thường bao gồm nôn, buồn nôn, rối loạn cảm giác (bao gồm cảm giác ngứa), chóng mặt, buồn ngủ, cơn đỏ bừng mặt, cảm giác nóng bức, yếu, nặng nề, đau hoặc khó chịu ở bất kỳ phần nào của cơ thể.

Tương tác

Tương tác với các thuốc IMAO (đang dùng hay dùng trong 2 tuần gần đây), nắm cựa lỏa mạch (ergot), St John's wort (một loại thảo dược - do làm tăng nồng độ serotonin trong máu). Có ý kiến cho rằng có sự tương tác giữa sumatriptan với các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc hoặc với thuốc ức chế tái hấp thu serotonin noradrenaline, gây ra hội chứng serotonin, một số trường hợp đã được báo cáo ở Mỹ.

4.10. Feverfew- một loại hoa cúc

Là một loại thảo dược *Tanacetum parthenium* - một loài thực vật có hoa trong họ Cúc, được sử dụng để dự phòng migrainee. Một số thử nghiệm lâm sàng được tiến hành để kiểm tra tác dụng của nó nhưng kết quả còn nhiều mâu thuẫn. Tác dụng phụ cũng được ghi nhận, bao gồm loét miệng-lưỡi và niêm mạc (xảy ra ở 10% bệnh nhân sử dụng), ợ nóng, ban da, cơn đau quặn bụng. Tác dụng này xảy ra ở cả dạng bào chế viên nang lẫn sử dụng trực tiếp lá dược liệu. Dược liệu có vị đắng, làm một số bệnh nhân khó dung nạp. Trước đây Feverfew được sử dụng như một thuốc gây phá thai nên không sử dụng cho phụ nữ có thai bị đau nửa đầu.

4.11. Điều trị đau đầu tại chỗ

Dùng cho trẻ em lớn hơn 12 tuổi và người trưởng thành bằng cách làm mát. Có thể làm mát ở trán, gáy, thái dương.

5. Các trường hợp lâm sàng trong thực tế

Quan điểm của một bệnh nhân bị đau nửa đầu

Tôi phải chịu đựng chứng đau nửa đầu (migrainee) 14 năm nay. Ban đầu, tôi không đi khám mà chỉ cố gắng tìm ra nguyên nhân gây đau nửa đầu. Tôi tự thấy mình ăn uống đều đặn vì bỏ bữa có thể làm xuất hiện cơn đau đầu. Tôi phải uống 1,6 lít nước/ 1 ngày và vào mùa hè thì sẽ nhiều hơn. Caffein cũng là tác nhân gây đau và hiện giờ tôi đã dừng uống cafe và trà mặc dù tôi rất thích các loại trà thảo dược. Tôi thử loại bỏ nhiều loại thức ăn (phomai, rượu vang đỏ) ra khỏi bữa ăn hàng ngày của tôi một thời gian ngắn để xác định xem chúng có là nguyên nhân gây đau nửa đầu hay không. Ngoài ra tôi còn biết rằng thiếu ngủ hoặc ngủ phải mùi nước hoa nồng nặc cũng làm tôi bị đau nửa đầu.

Nhiều người đều nghĩ đến đau đầu khi nghe thấy từ đau nửa đầu “Migrainee”. Nhưng những người bị Migrainee đều biết nó không phải là loại đau đầu thông thường. Cơn đau liên quan đến đau nửa đầu có thể giảm hoặc thậm chí là hết dù rất nhiều người, kể cả các chuyên gia y tế cũng không thể hiểu nổi lý do. Đôi khi tôi mong những người từng nghĩ đau nửa đầu chỉ đơn giản là cơn đau đầu tồi tệ, thử một lần bị đau nửa đầu để họ biết mình đã sai lầm như thế nào. Những bác sĩ hay dược sĩ đã từng điều trị cho bệnh nhân đau nửa đầu nếu bị đau nửa đầu một lần thì họ sẽ hiểu hơn những gì bệnh nhân phải chịu đựng.

Ca 1

Trong nhiều năm qua, cứ vài tháng, người mẹ trẻ X. lại phải dùng thuốc giảm đau để đối phó với cơn đau nửa đầu của mình. Từ khi còn bé cô đã bị đau nửa đầu. Giờ đây cô ấy hỏi

dược sĩ xem còn loại thuốc nào mạnh hơn những loại cô ấy đã dùng không vì chúng dường như không còn hiệu quả. Cô ấy đang không dùng bất kỳ thuốc kê đơn nào kể cả thuốc tránh thai đường uống. Cô X. báo với dược sĩ rằng cô ấy bị đau nửa đầu 2-3 lần/tháng và cuộc sống của cô ấy thật khổ sở. Cô ấy không có yếu tố kích thích hay làm cơn đau nửa đầu nặng hơn. Cô ấy có đọc qua về Feverfew và bản thảo không biết có nên thử không.

Quan điểm của dược sĩ

Bệnh nhân nữ này đáp ứng tốt với thuốc OTC trong một thời gian dài. Nhiều bệnh nhân cho biết rằng cơn đau đầu giảm khi họ dùng các thuốc OTC. Chứng đau nửa đầu của cô X. trở nên thường xuyên hơn mà không rõ lý do. Cô X. nên đến gặp bác sĩ để loại trừ các nguyên nhân nghiêm trọng trước khi có ý định điều trị xa hơn.

Quan điểm của bác sĩ

Bác sĩ điều trị của cô ấy nên xem xét lại tần suất đau đầu và sự ảnh hưởng của nó đến cuộc sống của bệnh nhân. Các thông tin chi tiết cơn đau nửa đầu của cô X. cũng như các triệu chứng liên quan là rất hữu ích, ví dụ triệu chứng về thị giác, vị trí và bản chất của cơn đau, thời gian cơn đau kéo dài, các thông tin có ích khác bao gồm sự hiểu biết của X. về đau nửa đầu, những mối quan tâm-lo lắng cụ thể của cô cũng như những loại điều trị mà cô X. sẵn sàng muốn áp dụng. Có vài bằng chứng cho thấy cơn đau đầu có thể cải thiện nhanh chóng nếu những mối quan tâm và kỳ vọng của bệnh nhân được giải quyết thích hợp khi thăm khám. Biết được mức độ stress của cô ấy cũng là một thông tin hữu ích. Nên có một số kiểm tra nhỏ như là đo huyết áp, soi đáy mắt để đề phòng trường hợp tăng áp lực hộp sọ.

Có thể điều trị dự phòng đau nửa đầu (ví dụ propranolol) ở những bệnh nhân có nhiều hơn 4 cơn đau/tháng. Các bằng chứng chưa rõ ràng về việc ủng hộ dùng Feverfew trong điều trị dự phòng đau nửa đầu. Đã có bằng chứng tốt về tác dụng của Natri valporat trong điều trị dự phòng đau nửa đầu tuy nhiên chỉ định này vẫn chưa được thông qua. Mặc dù điều trị dự phòng có thể làm giảm tần suất cơn đau nhưng có thể gây ra tác dụng phụ không thể chấp nhận được ở một số bệnh nhân. Natri valporat có thể gây dị tật thai nhi và các vấn đề khác khi dùng trong thời kỳ mang thai. Thuốc chủ vận 5HT₁, ví dụ sumatriptan, zolmitriptan và naratriptan có tác dụng điều trị cấp tính đau nửa đầu, giảm đau trong vòng 1 hoặc 2 giờ ở nhiều bệnh nhân, chống chỉ định ở những người bị bệnh tim thiếu máu cục bộ hoặc tăng huyết áp khó kiểm soát. Các bằng chứng nghiên cứu cho thấy cứ 3 bệnh nhân thì có một bệnh nhân đáp ứng tốt với sumatriptan đường uống.

Ca 2

M., một phụ nữ khoảng 30 tuổi, yêu cầu được nói chuyện với dược sĩ. Cô ấy muốn dược sĩ tư vấn nên sử dụng thuốc gì cho chứng đau đầu gần đây của mình. Dược sĩ yêu cầu cô M. miêu tả cơn đau và cô ấy nói cơn đau chạy dọc từ trán và đi ra sau đầu. Đau đầu thường xảy ra suốt buổi sáng, vài lần/tuần, trong vài tuần. Không có triệu chứng trên đường tiêu hóa và không ngạt mũi. Cô M. đang không dùng thuốc gì ngoại trừ một thuốc OTC có chứa aspirin-dùng để điều trị cơn đau đầu. Về sự thay đổi lối sống, gần đây, cô ấy vừa mới chuyển chỗ ở và bắt đầu công việc mới vào tháng trước. Trong quá khứ, thỉnh thoảng cô L. cũng bị đau đầu nhưng không thường xuyên như bây giờ. Cô L. không đeo kính và không có các vấn đề về thị lực. Cô ấy lo rằng đau đầu có thể do một vấn đề nghiêm trọng nào đó.

Quan điểm của dược sĩ

Từ những thông tin thu thập được, người phụ nữ này có thể bị đau đầu do căng thẳng. Vị trí đau cũng như các triệu chứng liên quan giúp đưa ra kết luận trên. Thời gian đau đầu cho thấy việc chuyển chỗ ở và công việc có thể gây ra đau đầu. Dược sĩ nên tìm hiểu các thông tin về mối liên quan giữa chứng đau đầu gần đây với tiền sử trong quá khứ. Bệnh nhân lo lắng rằng đây có thể là vấn đề nghiêm trọng nhưng các triệu chứng đều cho thấy không phải như vậy. Dược sĩ nên khuyên dùng paracetamol, ibuprofen hoặc diclofenac. Nếu triệu chứng không cải thiện sau 1 tuần, bệnh nhân nên đến gặp bác sĩ.

Quan điểm của bác sĩ

Đánh giá của dược sĩ là có lý. Nếu triệu chứng của bệnh nhân không cải thiện trong 1 tuần, cô ấy nên được khám bởi bác sĩ. Khía cạnh quan trọng nhất của việc khám bác sĩ là xác định được sự lo lắng của cô ấy về chứng đau đầu có đúng hay không: ví dụ một số người sợ rằng mình đau đầu là do bị u não. Hy vọng rằng, giải thích và cung cấp thông tin hợp lý sẽ giúp cô ấy hiểu và quản lý tốt cơn đau đầu của mình.

Ca 3

Cô A. là khách hàng thường xuyên của nhà thuốc. Cô ấy là bà mẹ trẻ, khoảng 25 tuổi, và hôm nay cô ấy muốn xin lời khuyên của dược sĩ cho chứng đau đầu gần đây của mình. Cơn đau đầu thuộc kiểu đau nửa đầu, rất dữ dội và đau ở một bên đầu. Cô A. đã sinh đứa con thứ hai cách đây vài tháng, và khi dược sĩ hỏi gần đây có dùng thuốc gì không thì cô ấy bảo rằng đang bắt đầu dùng thuốc tránh thai đường uống dạng phối hợp. Trong quá khứ cô ấy đã từng bị đau nửa đầu, nhưng chỉ thỉnh thoảng và không nghiêm trọng như lần này, cô ấy đã phải chịu đựng suốt những tuần qua. Cơn đau đầu xảy ra 1- 2 lần/ tuần trong khoảng 2 tuần. Cô ấy đã dùng paracetamol, nó có giảm đau một phần nhưng cô ấy muốn thử một thuốc mạnh hơn.

Quan điểm của dược sĩ

Cô A. nên đến gặp bác sĩ ngay lập tức. Vì tiền sử đau nửa đầu của cô A. có liên quan đến dùng thuốc tránh thai đường uống dạng phối hợp là một trường hợp cần được quan tâm, ngoài ra, cô ấy đã từng bị đau nửa đầu trước đây.

Quan điểm của bác sĩ

Dược sĩ nên khuyên bệnh nhân đến gặp bác sĩ ngay lập tức. Bất kì bệnh nhân nào đang dùng thuốc tránh thai đường uống dạng phối hợp và bắt đầu xuất hiện cơn đau nửa đầu nên dùng thuốc ngay. Nếu đã có tiền sử bị đau nửa đầu, đôi khi có thể sử dụng thuốc tránh thai đường uống dạng phối hợp nhưng nếu tần suất, mức độ hoặc bản chất (đặc biệt khởi phát triệu chứng thần kinh khu trú) của chứng đau nửa đầu xấu đi khi dùng thuốc thì nên ngưng thuốc. Khuyến như vậy là vì chứng đau nửa đầu có thể báo trước một cơn đột quỵ, và có thể ngăn ngừa bằng cách ngừng thuốc tránh thai.

Ca 4

Anh B., 35 tuổi, bị đau nửa đầu, hỏi dược sĩ xem có loại thuốc nào mạnh hơn không. Từ khi còn là thiếu niên, B. đã bị đau nửa đầu. Các cơn đau không thường xuyên nhưng mỗi khi xuất hiện thì không thể chịu đựng được. B. đặc biệt nhấn mạnh rằng mình phải di chuyển rất nhiều vì công việc - nhân viên tư vấn IT- nên không thể bị đau nặng khi đi làm xa nhà. Năm ngoái B. đi khám bác sĩ và được khuyến khích tiếp tục dùng paracetamol hòa tan, dùng thêm

domperidon để giảm cảm giác buồn nôn. Bác sĩ cũng có đề cập đến việc dùng một “triptan” nếu những thuốc trên không đáp ứng đủ.

Anh B. cho biết rằng cơn đau nửa đầu của mình bắt đầu bằng việc xuất hiện các gợn sóng vùng trung tâm của mắt, tiếp nửa giờ sau thì mắt trái bị đau nhói cùng với buồn nôn, nôn. Anh ấy cảm thấy tệ đến mức phải nằm trong một phòng tối. Sau đó anh B. sẽ rơi vào giấc ngủ tầm 1 tiếng và rồi ngủ chập chờn cho đến sáng hôm sau- khi này anh B. đã đỡ hơn.

Anh B. có lối sống lành mạnh, chơi thể thao thường xuyên, không hút thuốc và đang không dùng bất kỳ loại thuốc nào.

Quan điểm của dược sĩ

Tiền sử đau nửa đầu của bệnh nhân phù hợp với các triệu chứng điển hình và nằm trong chỉ định dùng thuốc sumatriptan OTC. Vì anh B. không có bất cứ dấu hiệu nào cần đến gặp bác sĩ nên việc cho anh ấy dùng thử Sumatriptan là hợp lý. Dược sĩ sẽ yêu cầu nh B. quay trở lại sau khi dùng thuốc để xem anh B. có đáp ứng với thuốc hay không.

Góc nhìn bác sĩ

Lời khuyên của dược sĩ là hợp lý vì anh B. không có vấn đề nào khác về sức khỏe và chứng đau nửa đầu của anh ấy đã được bác sĩ chẩn đoán.

Chú thích: *Viên nén phân tán (Dispersible tablet) là viên nén dạng bao phim hoặc không, có thể được phân tán vào dung dịch trước khi uống tạo thành một hệ phân tán đồng nhất.

BÀI 25. VẤN ĐỀ CƠ XƯƠNG

Các dược sỹ thường được yêu cầu đưa ra các lời khuyên về chấn thương cơ, căng cơ và bong gân. Lời khuyên đơn giản có giá trị là sử dụng phối hợp các thuốc OTC toàn thân hoặc tại chỗ. Thỉnh thoảng, có những bệnh nhân có vấn đề cơ xương đã dùng các thuốc kê đơn nhưng vẫn muốn được tư vấn bởi dược sỹ. Dưới đây là bảng các thông tin cần đánh giá cẩn thận để xác định thuốc cần dùng hoặc có cần đi khám bác sỹ hay không.

Những thông tin dược sỹ cần biết
<ul style="list-style-type: none"> • Tuổi: Trẻ em, người trưởng thành, người cao tuổi • Triệu chứng <ul style="list-style-type: none"> ○ Đau, sưng, vị trí, thời gian • Tiền sử • Chấn thương • Tình trạng sức khỏe • Các thuốc đang dùng

1. Tầm quan trọng của các thông tin thu thập

1.1. Tuổi

Tuổi sẽ ảnh hưởng đến sự lựa chọn của dược sỹ trong điều trị, ngoài ra còn có các lý do khác khiến tuổi là một thông tin quan trọng. Ở bệnh nhân cao tuổi, gãy xương có thể là kết quả của việc bị té ngã; phụ nữ cao tuổi đặc biệt có nguy cơ cao do bệnh loãng xương. Lời khuyên tốt nhất trong các trường hợp này là đến cơ sở y tế để chụp X- quang.

1.2. Tiền sử và triệu chứng

Chấn thương thường là kết quả của một cú ngã hoặc các sang chấn khác, trong quá trình vận động như mang vác vật nặng hoặc chơi thể thao. Dược sỹ nên tìm hiểu thông tin chi tiết chấn thương đã xảy ra như thế nào.

a. Bong gân và căng cơ

Bong gân

Là chấn thương liên quan đến sự căng dây chằng và/hoặc màng khớp, đôi khi còn kèm trầy xước, rách. Chứng bong gân phổ biến nhất thường liên quan đến dây chằng bên mắt cá chân. Trong trường hợp này tốt nhất nên đến gặp bác sỹ để được kiểm tra các vùng bị ảnh hưởng và xem xét dây chằng có bị rách không, đặc biệt trong chấn thương đầu gối. Vết rách một phần ở đầu gối thường sưng và đau dữ dội khi di chuyển. Rách hoàn toàn có thể liên quan đến việc rách cả màng khớp. Nếu điều này xảy ra, máu hoặc dịch có thể rò ra ngoài mô vì vậy đầu gối có thể không sưng.

Căng cơ

Căng cơ là chấn thương khi các sợi cơ bị tổn thương do rách hoặc căng quá mức. Đôi khi các sợi trong vỏ cơ bị rách hoặc chính vỏ cơ tự vỡ và gây chảy máu. Căng cơ phổ biến ở các cơ hoạt động qua hai khớp, ví dụ các chấn thương gân kheo. Khi căng cơ hết, các cơ có thể bị xơ hóa và ngắn lại. Vì thế sau này các cơ này càng dễ bị tổn thương hơn. Thực hiện vận động

sớm, các bài tập tăng cường, các bài tập phối hợp đều quan trọng sau khi xảy ra căng cơ và bong gân. Việc trở lại với các hoạt động hàng ngày cần diễn ra từ từ.

b. Đau cơ

Cứng và đau cơ có thể chỉ là hậu quả khi làm việc vất vả hoặc chưa quen, ví dụ: làm vườn, trang trí nhà cửa hoặc tập thể dục. Có thể khắc phục bằng điều trị với các thuốc OTC.

c. Bầm tím

Sau khi chấn thương xuất hiện các vết bầm tím là chuyện bình thường, có thể dùng các thuốc OTC để làm giảm bầm tím. Dược sĩ cần cảnh giác với các bầm tím xuất hiện mà không có chấn thương, hoặc bệnh nhân có tiền sử dễ bị bầm tím hơn so với bình thường, vì đó có thể cảnh báo một vấn đề nghiêm trọng. Tự nhiên bị bầm tím có thể là triệu chứng của chứng rối loạn máu, ví dụ giảm tiểu cầu hoặc bệnh bạch cầu, hoặc phản ứng có hại của thuốc hoặc do các nguyên nhân khác.

d. Chấn thương đầu

Nên xem xét kỹ lưỡng với những bệnh nhân bị đau sau khi chấn thương đầu, đặc biệt ở trẻ em, tốt nhất nên đến gặp bác sĩ để đánh giá kỹ hơn.

e. Viêm bao hoạt dịch

Các vấn đề cơ xương khác mà dược sĩ có thể phải tư vấn là viêm bao hoạt dịch. Đó là tình trạng viêm của bao hoạt dịch. Bao hoạt dịch là tên được đặt cho các mô xung quanh khớp và là nơi các xương chuyển động lên nhau. Chức năng của bao hoạt dịch là giảm ma sát khi chuyển động. Ví dụ về viêm bao hoạt dịch: viêm tại đầu gối của người giúp việc hay khuỷu tay của học sinh.

Đau cơ xơ hóa là chứng đau mạn tính phổ biến ở các cơ bắp nhưng không phải ở khớp. Các điểm đau có thể được phát hiện ở các cơ và có thể kèm rối loạn giấc ngủ. Nghiên cứu sóng não thường cho thấy bệnh nhân bị mất giai đoạn ngủ sâu. Tình trạng này có thể là sự kết hợp bởi căng thẳng tâm lý và chấn thương vật lý. Các triệu chứng có thể tương tự như viêm não. Nên khuyến khích bệnh nhân đến gặp bác sĩ. Sự thể hiện đồng cảm của các bác sĩ là quan trọng vì nhiều bệnh nhân cảm thấy bị từ chối hoặc các vấn đề của họ không được giải quyết nghiêm túc bởi các nhân viên y tế. Thuốc men (ví dụ: Các thuốc chống trầm cảm ba vòng, NSAID và gabapentin) đem lại các lợi ích hạn chế trong trường hợp này.

f. Tê cứng vai

Tê cứng vai là tình trạng thường gặp trong đó vai bị cứng và đau. Phổ biến ở các bệnh nhân lớn tuổi. Cơn đau vai thỉnh thoảng lan tỏa xuống cánh tay và nặng hơn vào ban đêm. Đôi khi liên quan đến các chấn thương, gắng sức hoặc tiếp xúc với lạnh nhưng tê cứng vai cũng có thể xảy ra mà không rõ nguyên nhân. Sự đau đớn và hạn chế khi cử động thường nghiêm trọng đến mức phải đến gặp bác sĩ.

g. Đau khớp

Đau xảy ra trong khớp (đau khớp) có thể do viêm khớp hoặc do nhiều nguyên nhân khác. Cơn đau có thể có sưng, viêm, cứng khớp, hạn chế vận động và khớp bị biến dạng. Nguyên nhân phổ biến của viêm khớp là do thoái hóa khớp - do khớp bị bào mòn. Điều này thường ảnh hưởng đến đầu gối và hông, đặc biệt ở người cao tuổi. Một hình thức khác của viêm khớp là viêm khớp dạng thấp, là căn bệnh phổ biến gây ra do phản ứng tự miễn của cơ thể. Các trường hợp viêm khớp khác có thể do bệnh gút hoặc nhiễm trùng, thường có dấu hiệu viêm và sưng. Nhiễm trùng khớp hiếm gặp và đôi khi dẫn đến tử vong. Nó thường rất

khó để phân biệt với các nguyên nhân khác vì thế cần thiết phải tham khảo ý kiến bác sĩ từ trường hợp nhẹ.

h. Đau lưng

Đau lưng vùng dưới thường ảnh hưởng đến 60- 80% người, xảy ra vào một số giai đoạn tuổi và thường tái phát. Đau lưng cấp tính không nghiêm trọng cần được điều trị sớm bằng vận động và tập thể dục, được cho là đặc biệt quan trọng trong dự phòng đau lưng dưới mạn tính. Nhìn chung đau lưng dưới cấp tính thường kéo dài dưới 6 tuần, bán cấp 6- 12 tuần, mạn tính kéo dài hơn 12 tuần. Những nguyên nhân chính gồm căng cơ hoặc các phần mềm khác (ví dụ dây chằng, gân) liên quan đến đốt sống. Đôi khi lớp đệm giữa các xương (đĩa đệm - intervertebral disc) bị căng, lồi ra (thoát vị - herniates) và ép lên các dây thần kinh gần đó (như trong đau dây thần kinh tọa). Nếu đau lưng dưới không nghiêm trọng và có thể chịu được, xuất hiện do căng cơ sau khi làm vườn, cúi người hoặc nâng đồ sai tư thế thì các dược sĩ có thể tư vấn điều trị cho bệnh nhân. Trong trường hợp đau lưng đơn giản không nên khuyên bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường. Lời khuyên đưa ra là duy trì vận động, sử dụng kèm thuốc giảm đau. Có bằng chứng từ các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy duy trì vận động như bình thường sẽ làm tăng khả năng hồi phục, giảm đau, giảm biến chứng, giảm thời gian phải nghỉ việc so với việc nghỉ ngơi. Nếu vẫn không có cải thiện trong 1 tuần thì nên đến gặp bác sĩ.

Khi cơn đau nặng hơn, gây khó khăn cho việc di chuyển, hoặc lan từ lưng xuống một hoặc cả hai chân thì cần khuyên đi khám bác sĩ. Đĩa đệm có thể gây tăng áp lực lên các dây thần kinh hông (đau dây thần kinh tọa), gây đau, đôi khi có cảm giác chân bị tê, như bị kim đâm. Đau lưng dưới kèm triệu chứng thay đổi cảm giác ở hậu môn, cơ quan sinh dục hoặc bàng quang cần khám bác sĩ ngay lập tức.

Đau lưng ở phần giữa đến phần trên của lưng ít phổ biến. Nếu đã bị đau lưng trong vài ngày thì nên đến gặp bác sĩ. Đau thận cũng có thể cảm nhận phía sau lưng, ở phần lưng giữa ở hai bên - ngay dưới lồng ngực. Nếu đau ở vùng thắt lưng kèm với nước tiểu bất thường (nước tiểu đổi màu, đau khi tiểu, thay đổi số lần đi tiểu) thì có thể bệnh nhân có vấn đề ở thận.

i. Chấn thương do vận động lặp đi lặp lại (*Repetitive strain disorder)**

Chấn thương do vận động lặp đi lặp lại bao gồm các triệu chứng ở cánh tay, chủ yếu ảnh hưởng đến cẳng tay. Viêm bao gân là thuật ngữ được sử dụng để chỉ tình trạng bệnh ở xung quanh cổ tay, đôi khi xảy ra ở người sử dụng nhiều máy tính. Các triệu chứng gồm sưng ở mặt sau của cẳng tay, có thể nghe tiếng lạo xạo khi vận động cổ tay. Đôi khi triệu chứng biến mất khi không làm việc nhưng tái phát ngay khi bắt đầu làm việc.

j. Chấn thương Whiplash (*Whiplash injuries*)

Là trường hợp đau cổ sau khi gặp tai nạn xe cộ kéo dài trong khoảng thời gian dài - một vài trường hợp lên đến 2 năm. Giữ đúng tư thế là rất quan trọng trong trường hợp này, giữ cả lưng và đầu thẳng được chứng minh là giúp giảm đau và nhanh hồi phục. Các nhà vật lý trị liệu còn đề nghị nên ngủ với chỉ một chiếc gối giúp kéo giãn cổ.

1.3. Các thuốc đang dùng

Thuốc kê đơn

Bệnh nhân, ví dụ người bị viêm khớp dạng thấp, đau lưng dưới mạn tính thường được bác sĩ kê các thuốc giảm đau hoặc các NSAID. Mặc dù khuyến cáo dùng thuốc giảm đau tại chỗ không gây ra vấn đề gì về tương tác thuốc, tuy nhiên nếu bệnh nhân bị đau thường xuyên và đáng kể dù đã sử dụng thuốc, hoặc cơn đau trở nên tệ hơn, thì nên đến bác sĩ khám lại.

Tác dụng phụ

Nên nhớ rằng ở những bệnh nhân cao tuổi, ngã có thể xảy ra do hạ huyết áp thể đứng, chóng mặt, lú lẫn hoặc do tác dụng phụ của thuốc. Bất kỳ bệnh nhân cao tuổi nào bị ngã đều nên được hỏi cẩn thận về tiền sử dùng thuốc gần đây và dược sĩ nên liên lạc với bác sĩ của bệnh nhân nếu nghi ngờ xảy ra phản ứng bất lợi của thuốc.

Tự ý dùng thuốc

Dược sĩ phải tìm hiểu về các chế phẩm mà bệnh nhân đã tự ý dùng cũng như mức độ hiệu quả của chúng.

2. Các trường hợp nên khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ

Khi nào nên đi khám bác sĩ
<ul style="list-style-type: none"> • Nghi ngờ gãy xương • Ngã hoặc bầm tím nghi ngờ do tác dụng bất lợi của thuốc • Chấn thương đầu • Thất bại điều trị • Viêm khớp • Đau lưng nặng • Đau lưng (và/ hoặc tê) lan tảo xuống chân • Đau lưng ở trên hoặc giữa lưng (đặc biệt là ở bệnh nhân cao tuổi)

3. Tiến trình điều trị

Tình trạng đau cơ, xương thường đáp ứng với thuốc trong vài ngày điều trị. Khuyến cáo tối đa là năm ngày điều trị, sau đó nếu không đỡ bệnh nhân nên đến gặp bác sĩ.

4. Điều trị

Có rất nhiều chế phẩm bao gồm cả giảm đau tại chỗ và toàn thân trên thị trường. Thuốc giảm đau đường uống nên lựa chọn là một NSAID, ví dụ ibuprofen, với điều kiện là không có chống chỉ định. Điều quan trọng khi sử dụng thuốc giảm đau thường xuyên là phải biết đầy đủ tác dụng của chúng, bệnh nhân cũng phải biết điều này. Các chế phẩm dùng tại chỗ bao gồm kem, thuốc mỡ, lotion, thuốc xịt và miếng dán.

4.1. Thuốc giảm đau tại chỗ

Hiệu ứng placebo là cao với thuốc giảm đau tại chỗ (tức dù dùng thuốc placebo tại chỗ cũng có tác dụng giảm đau cao). Điều này có thể do tác dụng của việc xoa bóp các vùng bị đau cùng với chế phẩm, làm tăng lưu lượng máu, kích thích các dây thần kinh, dẫn đến giảm đau.

4.2. Nhóm chất gây kích thích da và chất gây xung huyết da (Counterirritant và rubefacient)

Nhóm Chất kích thích da và chất gây xung huyết da gây giãn mạch, tạo cảm giác dễ chịu ở vùng được bôi thuốc. Chế phẩm Counterirritant gây kích ứng da nhẹ, Chất gây xung huyết da có thể làm da bị nóng đỏ. Lý thuyết giải thích cho tác dụng các thuốc giảm đau tại chỗ này là chúng gây ra các cảm giác khác tác động lên hệ thần kinh (làm ấm, kích thích), làm sao lãng sự chú ý của hệ thần kinh về cảm giác đau. Đơn giản chỉ cần xoa bóp hoặc cọ xát vùng bị đau sẽ sinh ra cảm giác ấm nóng, tạo áp lực, giúp giảm đau. Mát xa có thể làm cơ bắp thư giãn và làm tăng phân tán thuốc ở vùng bị đau do tăng lưu lượng máu. Tác dụng của thuốc

giảm đau tại chỗ gồm hai yếu tố: một là ảnh hưởng dựa vào sự hấp thu của các thuốc thông qua da, còn lại là lợi ích của việc mát xa. Không có bằng chứng được công bố về hiệu quả của nhóm Chất kích thích da và chất gây xung huyết da. Điều này cũng không quá ngạc nhiên vì các chế phẩm và hoạt chất này đã tồn tại nhiều năm nay.

Có rất nhiều chế phẩm trên thị trường, thường kết hợp các thành phần với những tính chất khác nhau. Hầu hết các dược sĩ và khách hàng đều có những sản phẩm yêu thích của riêng mình. Đối với bệnh nhân sống một mình, chế phẩm dạng xịt, không cần phải mát xa có thể được khuyến dùng cho những vùng như lưng và vai. Nhìn chung, bệnh nhân có thể được khuyến dùng chế phẩm giảm đau tại chỗ 4 lần/1 ngày.

Methyl salicylate

Hiện nay, *Methyl salicylate* là chất kích thích da được sử dụng rộng rãi nhất. Là hợp chất có trong cây Lộc Đề, ngoài ra cũng có thể được tổng hợp hóa học. Một tổng quan hệ thống y văn cho thấy Salicylate có hiệu quả trong giảm đau cấp tính tuy nhiên các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng được xem xét lại không được thiết kế tốt. Các chế phẩm thường được sử dụng ở nồng độ từ 10 đến 60% trong công thức giảm đau tại chỗ.

Nicotinate

Nicotinate (ví dụ ethyl nicotinate, hexyl nicotinate) được hấp thu qua da, làm da bị nóng đỏ, tăng lưu lượng máu. Methyl Nicotinate được sử dụng ở nồng độ 0.25-1%. Thường xuyên có các báo cáo về tác dụng phụ trên toàn thân của Nicotinate, như chóng mặt, ngất xỉu do tụt huyết áp quá mức sau giãn mạch. Tuy nhiên tác dụng phụ này thường hiếm và chỉ xảy ra ở những người nhạy cảm hoặc bôi thuốc trên diện tích bề mặt lớn.

Menthol

Menthol có tác dụng làm mát khi bôi lên da và hoạt động như một chất kích thích da nhẹ. Nồng độ ở dạng chế phẩm tại chỗ có thể lên tới 1%, menthol có tác dụng chống ngứa, nhưng ở nồng độ cao nó có tác dụng như một chất kích thích da. Khi bôi lên da, menthol mang lại cảm giác mát tiếp theo là ấm áp.

Capsaicin/Capsicum

Cảm giác cay nóng khi ăn ớt là do có sự kích thích thần kinh ở da, đường hô hấp, các cơ quan. Các chế phẩm Capsaicin, ví dụ Capsaicin capsicum, Capsicum oleoresin tạo cảm giác ấm áp khi bôi lên da. Các thuốc này không gây mẩn đỏ, do không tác động lên mao mạch hoặc các mạch máu khác. Capsaicin (thuốc kê đơn) là đối tượng nghiên cứu trong các thử nghiệm lâm sàng, được sử dụng là thuốc giảm đau sau khi bị Herpes và nghiên cứu này vẫn đang được thực hiện. Các nghiên cứu ở các bệnh nhân viêm khớp cũng cho thấy thuốc có hiệu quả. Capsaicin có ít tác dụng phụ. Chỉ cần bôi một lượng nhỏ lên vùng bị đau. Bệnh nhân nên rửa sạch tay sau khi sử dụng, nếu không họ có thể vô tình chạm vào mắt, gây nóng rát và bỏng mắt.

4.3. Tác nhân chống viêm tác dụng tại chỗ

Thuốc chống viêm tại chỗ như gel bôi, kem và thuốc mỡ có chứa NSAID được sử dụng rộng rãi tại Anh. Các nghiên cứu lâm sàng cho thấy chúng có tác dụng tương tự như NSAID đường uống trong giảm đau cơ, xương. Chưa có thử nghiệm so sánh với chất kích thích da và chất gây xung huyết da. Ibuprofen, felbinac, ketoprofen và piroxicam có trong rất nhiều chế phẩm dạng gel và kem. Thuốc được hấp thu vào máu và nồng độ thuốc tập trung ở vùng bị đau. Các NSAID dùng tại chỗ (trừ benzydamide) không nên sử dụng cho các bệnh nhân có phản ứng bất lợi với Aspirin, như hen suyễn, mày đay, viêm mũi. Do bệnh nhân hen dễ nhạy

cảm với Aspirin nên cần thận trọng khi tư vấn sử dụng NSAID tại chỗ. Đã có một vài báo cáo về việc co thắt phế quản sau khi sử dụng các chế phẩm này. Hiếm khi, tác dụng phụ trên đường tiêu hóa xảy ra, chủ yếu là rối loạn tiêu hóa, buồn nôn, tiêu chảy.

4.4. Heparinoid và hyaluronidase

Heparinoid và hyaluronidase là các enzyme có thể làm tiêu dịch phù nề ở các vùng bị sưng. Vì vậy có thể giảm sưng và bầm tím. Chế phẩm chứa Heparinoid và hyaluronidase được sử dụng để điều trị bầm tím, căng cơ và bong gân.

4.5. Glucosamine và chondroitin

Có các bằng chứng về việc glucosamine sulfate và chondroitin cải thiện triệu chứng trong thoái hóa khớp ở đầu gối và lợi ích của glucosamine trên các khớp. Nghiên cứu cũng cho thấy glucosamin có tác dụng tương tự như NSAID trong điều trị giảm đau. Tuy nhiên chất lượng của một số nghiên cứu còn thấp. Hầu hết thử nghiệm ở liều 1.500mg glucosamine hàng ngày. Tác dụng phụ không phổ biến bao gồm đau và khó chịu ở bụng, ợ nóng, tiêu chảy và buồn nôn. Không có đủ thông tin về chất lượng dược phẩm và hàm lượng glucosamine thực trong các chế phẩm thuốc để giúp dược sĩ có thể đưa ra lời khuyên chọn lựa giữa các chế phẩm. Một số chế phẩm có nguồn gốc tự nhiên (vỏ cua và các động vật giáp xác khác), trong khi một số khác được tổng hợp từ axit glutamic và glucose. Chế phẩm glucosamine được chấp nhận lưu hành từ năm 2007, ban đầu chỉ giới hạn sử dụng theo đơn. Hướng dẫn điều trị NICE 2008 gợi ý nếu bệnh nhân muốn dùng Glucosamine OTC thì nên được tư vấn đánh giá cơn đau trước khi sử dụng và đánh giá lại sau 3 tháng.

4.6. Châm cứu

Không có một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) nào về châm cứu trong điều trị đau lưng dưới cấp tính vì vậy không có bằng chứng về hiệu quả của nó. Trong đau lưng dưới mạn tính, 8 trên 11 RCT cho thấy châm cứu không có hiệu quả hơn dùng giả dược. Ở bệnh nhân thoái hóa khớp đầu gối, châm cứu cho thấy lợi ích trong giảm đau và cải thiện chức năng. Hiệu quả của châm cứu trong thoái hóa khớp đầu gối cũng tương tự như NSAID và tập thể dục.

5. Các lưu ý thực hành

5.1. Xử trí cấp cứu khi bong gân và căng cơ

Ưu tiên trong điều trị bong gân và chấn thương phần mềm là chườm lạnh, băng ép, nâng phần chấn thương cao hơn tim, duy trì trong ít nhất 48 giờ. Mặc dù trước đây chườm lạnh là ưu tiên hàng đầu tuy nhiên bằng chứng nghiên cứu mới nhất gợi ý rằng băng ép nên được thực hiện đầu tiên. Mục đích là để giảm sưng. Nếu sưng không giảm thì đau và áp lực gây hạn chế vận động, dẫn đến teo cơ, gây đau và chậm hồi phục. Chườm bằng túi đá sẽ làm giảm nhu cầu trao đổi chất của các mô, giảm lưu lượng máu, giảm tổn thương các mô và sưng nhưng không ngăn được xuất huyết. Vùng bong gân nên được quấn bằng băng gạc và được giữ bằng băng keo thun. Sau khi vết thương được băng bó và băng ép thì chườm lạnh bằng túi đá, nhằm gây co mạch, ngăn ngừa chảy máu từ các mao mạch bị tổn thương từ đó giảm thiểu vết bầm tím và sưng. Có thể sử dụng túi đá y khoa bán sẵn hoặc trong trường hợp cấp cứu có thể sử dụng cactúi tự chế. Ví dụ túi đậu Hà Lan đông lạnh là một túi đá chườm tuyệt vời cho đầu gối và mắt cá chân. Vì nó có thể đặt dễ dàng xung quanh các khớp bị ảnh hưởng.

Các chi bị tổn thương nên được nâng lên cao để giảm lưu lượng máu tới vùng tổn thương do tác động của trọng lực. Điều này làm giảm sưng do phù nề. Cuối cùng các chi bị

tổn thương cần được nghỉ ngơi để bình phục. Phương pháp R.I.C.E rất hữu ích trong xử trí bong gân và căng cơ

R - Rest (Nghỉ ngơi)

I - Ice (Chườm lạnh)

C - Compression (Băng ép)

E - Elevation (Nâng cao)

Chườm nóng

Chườm nóng có thể giảm đau. Tuy nhiên, không bao giờ được chườm nóng ngay khi gặp chấn thương, do sức nóng sẽ làm giãn mạch, tăng lưu lượng máu tới vùng tổn thương, gây phản tác dụng. Sau khi giai đoạn cấp tính đã qua (1 đến 2 ngày sau chấn thương), chườm nóng sẽ có tác dụng. Chườm nóng có thể tạo cảm giác dễ chịu và hiệu quả trong điều trị đau mạn tính ví dụ đau lưng. Bệnh nhân có thể đặt một chai nước nóng, túi giữ nhiệt hoặc đèn hồng ngoại lên vùng đau. Gói giữ nhiệt chứa hỗn hợp các chất hóa học tỏa nhiệt và chỉ dùng một lần. Giữ ấm các cơ và khớp có thể có ích vì vậy nên mặc quần áo ấm, đặc biệt là nhiều lớp mỏng để giữ nhiệt.

Phòng ngừa đau lưng tái phát

Giữ tư thế đúng, nâng đồ đúng cách, giảm cân khi thừa cân, dùng tấm nệm ngủ phù hợp có tác dụng trong phòng ngừa đau lưng tái phát. Nâng cao ý thức về giữ đúng tư thế và chăm sóc cơ thể là quan trọng, có thể tham gia các lớp học để có tư thế đúng (ví dụ kỹ thuật Feldenkrais** và Alexander***). Thừa cân sẽ tạo áp lực lên cột sống dẫn đến thay đổi cấu trúc và tổn thương (ví dụ chấn thương, đau dây thần kinh tọa). Phần lưng dưới đặc biệt dễ bị tổn thương do ảnh hưởng của béo phì, ít tập thể dục, làm kém dẻo dai và yếu cơ lưng.

Tác dụng kích ứng của thuốc giảm đau tại chỗ

Nên tránh chế phẩm chứa thuốc giảm đau tại chỗ tiếp xúc với vùng mắt, miệng, niêm mạc nhầy và bôi lên vùng vết thương hở. Sau khi tiếp xúc có thể gây kích ứng và đau dữ dội. Điều này là do sự xâm nhập của các chất giảm đau qua bề mặt niêm mạc và trực tiếp qua vùng da hở. Sự kích thích khi bôi chế phẩm bôi lên vùng da mỏng và nhạy cảm vì vậy nhiều nhà sản xuất khuyến cáo không nên sử dụng chế phẩm giảm đau tại chỗ cho trẻ em. Vì vậy trước khi sử dụng nên đọc kỹ hướng dẫn trước khi sử dụng. Bệnh nhân nên ngừng sử dụng counterirritant nếu sau khi dùng bị kích ứng - da phỏng rộp hoặc bị kích ứng dữ dội.

6. Các trường hợp điều trị vấn đề cơ xương trên thực tế

Ca 1

Anh C., hơn 20 tuổi, một khách hàng thường xuyên của quầy thuốc đến gặp dược sĩ. Anh ấy muốn được tư vấn về chứng đau lưng dưới của mình sau khi chơi đá bóng vào tuần trước. Anh C. nghĩ mình bị căng cơ và cho biết trước đây mình cũng từng bị như vậy tại cùng một vị trí. Sau khi hỏi thêm thông tin, dược sĩ biết rằng bệnh nhân chưa điều trị cũng như uống bất kỳ thuốc giảm đau nào. Anh C. đang không dùng bất kỳ loại thuốc nào khác.

Quan điểm của dược sĩ

Anh C. có thể dùng thuốc giảm đau đường uống thường xuyên cho tới khi giảm tình trạng khó chịu. Thuốc giảm đau tại chỗ có thể có ích nếu xoa bóp nhẹ nhàng tại chỗ đau. Vì phần lưng khó với tới, nên chế phẩm dạng phun thích hợp hơn dạng bôi. Bằng chứng cho thấy nghỉ ngơi tại chỗ không làm tăng tốc độ hồi phục, nên anh C. nên tiếp tục các thói quen như bình thường.

Quan điểm của bác sĩ

Chứng đau lưng dưới của bệnh nhân nên được theo dõi trong vài ngày. Nếu đau tái phát thì anh C. nên đến gặp bác sĩ. Các thông tin chi tiết về vấn đề của bệnh nhân bao gồm cả nghề nghiệp có thể có ích khi đánh giá. Tùy thuộc vào kết quả, anh C. có thể phải nắn xương hoặc thực hiện vật lý trị liệu. Tư thế và cách di chuyển của bệnh nhân có thể chưa đúng điều này làm tăng nguy cơ tái phát bệnh. Nếu như thế, anh C. nên tham gia lớp học về phương pháp Alexander hoặc Feldenkrais.

Ca 2

Một người đàn ông trung niên đến nhà thuốc. Bệnh nhân đi giày và mặc quần áo thể thao muốn dược sĩ tư vấn về chứng đau lưng. Sau khi hỏi, dược sĩ biết được người đàn ông hỏi thuốc cho vợ mình, ngày hôm qua bà vợ đã làm vườn vì thời tiết tốt, hiện giờ đang bị đau và cứng lưng. Con đau ở phần lưng dưới và đau hơn khi di chuyển. Người vợ không dùng thường xuyên bất kì thuốc nào, mới uống hai viên paracetamol vào tối qua để giảm đau.

Quan điểm của dược sĩ

Trường hợp này dược sĩ rất dễ bị nhầm lẫn người đàn ông là bệnh nhân, hóa ra ông ta hỏi thuốc cho vợ mình. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng trong việc xác định đúng bệnh nhân. Mô tả cho thấy: cứng cơ sau khi làm những việc không quen - trong trường hợp này là làm vườn. Dược sĩ nên đề nghị điều trị phối hợp tại chỗ và toàn thân. Nếu đã có đủ paracetamol ở nhà, người phụ nữ có thể tiếp tục sử dụng tối đa 2 viên/1 lần, 4 lần/1 ngày cho đến khi hết đau. Ngoài ra NSAID đường uống hoặc tại chỗ hoặc chế phẩm chứa chất kích thích da bôi hoặc xịt có thể được sử dụng. Người phụ nữ có thể gặp bác sĩ nếu triệu chứng không cải thiện sau 5 ngày.

Quan điểm của bác sĩ

Ca trên cho thấy đây chỉ là sự căng cơ đơn giản, nên làm theo lời khuyên của dược sĩ trong vài ngày. Nên hỏi thêm trước đây người phụ nữ đã từng bị đau lưng chưa, nếu có thì diễn ra như thế nào. Cũng cần kiểm tra cơn đau có lan tỏa xuống chân không. Nếu có bệnh nhân có thể bị lệch đĩa đệm và cần đi khám bác sĩ.

Ca 3

Một bệnh nhân nữ thường xuyên đến nhà thuốc, hỏi dược sĩ điều gì tốt nhất cho chứng "đau thấp khớp", hiện giờ nó đang tệ lên do thời tiết lạnh. Cơn đau ở các khớp, đặc biệt là ngón tay và đầu gối. Khi hỏi thêm, dược sĩ biết được bệnh nhân đã phải chịu đựng trong nhiều năm, thường xuyên gặp bác sĩ vì nhiều vấn đề. Xem lại hồ sơ bệnh nhân, dược sĩ thấy bệnh nhân đang sử dụng 5 loại thuốc một ngày. Các thuốc thường xuyên dùng bao gồm thuốc lợi tiểu, thuốc ngủ, thuốc giảm đau cho chứng viêm khớp (co-dydramol và một NSAID). Đau khớp trở nên tệ hơn khi thời tiết xấu.

Quan điểm của dược sĩ

Tốt nhất bệnh nhân nên đến gặp bác sĩ. Cô ấy đã sử dụng một vài loại thuốc, bao gồm thuốc giảm đau cho chứng viêm khớp. Vì vậy sẽ không thích hợp nếu dược sĩ tiếp tục đề nghị một thuốc chống viêm giảm đau vì tương tác hoặc chồng liều. Nên đi gặp bác sĩ vì tình trạng ngày càng tồi tệ hơn. Có thể người phụ nữ không dùng đủ tất cả các thuốc của mình, dược sĩ cần kiểm tra lại sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân trước khi khuyên cô ấy đi gặp bác sĩ.

Quan điểm của bác sĩ

Đền gặp bác sĩ là hợp lý. Bệnh nhân có thể bị thoái hóa khớp, viêm khớp dạng thấp hoặc thậm chí các dạng khác của viêm khớp và bác sĩ là người thích hợp nhất trong việc lựa chọn biện pháp điều trị. Bác sĩ sẽ đánh giá về chứng đau khớp. Thoái hóa khớp thường ảnh hưởng đến khớp cuối của ngón tay, trong khi viêm khớp dạng thấp ảnh hưởng đến các khớp nhỏ khác ở ngón tay hay đốt ngón tay. Đầu gối có thể bị ảnh hưởng bởi cả thoái hóa khớp và viêm khớp dạng thấp, trong khi đau hông thường là thoái hóa khớp. Một đặc trưng của viêm khớp dạng thấp là cứng khớp vào buổi sáng. Kiểm tra máu và chụp X- quang có thể giúp chẩn đoán. Khám bác sĩ có thể tạo điều kiện để đánh giá lại việc dùng thuốc của bệnh nhân. Cô ấy có thể không dùng thuốc thường xuyên. Sẽ rất có ích nếu biết được bệnh nhân có bị phản ứng bất lợi của thuốc không để điều chỉnh lại điều trị.

Chú thích của người hiệu đính:

* "Chấn thương do vận động lặp đi lặp lại" (RSI) là một thuật ngữ chung được sử dụng để mô tả cảm giác đau ở cơ bắp, thần kinh và dây chằng gây ra bởi chuyển động lặp đi lặp lại và lao động quá mức.

Chấn thương này còn được gọi là rối loạn chi trên do công việc, chủ yếu ảnh hưởng đến các bộ phận của cơ thể phía trên, chẳng hạn như cẳng tay, khuỷu tay, cổ tay, bàn tay, cổ và vai. Các triệu chứng có thể khác nhau, nhưng thường bao gồm: đau, cứng khớp, ngứa ran hoặc tê, chuột rút.

** Kỹ thuật Alexander là kỹ thuật sắp xếp lại tư thế của đầu, cổ, và vai. Được phát triển bởi diễn viên chuyên về kịch Shke Frederick Matthias Alexander (1869-1955), phương pháp các bài tập như nằm, ngồi, đứng và đi bộ. Học viên sẽ được học về nơi thường bị căng thẳng do tư thế. Tranh một số chuyển động, bạn sẽ giảm được đau lưng, sẽ cải thiện sức khỏe tổng quát, và cải thiện sức khỏe tâm thần qua việc tập trung tốt hơn và kiên nhẫn nhiều hơn.

*** Phương pháp Feldenkrais là phương pháp dùng sự vận động để dạy về quá trình tự nhận thức của bản thân và cải thiện chức năng vận động. Phương pháp này tin rằng sự vận động, suy nghĩ, lời nói và cảm xúc sẽ phản ánh quá trình tự nhận thức về bản thân. Phương pháp này được phát triển bởi Moshe Feldenkrais (1904-1984).

BÀI 26: VIÊM BÀNG QUANG

Viêm bàng quang là thuật ngữ dùng để miêu tả một tập hợp các triệu chứng đường tiết niệu bao gồm tiểu khó, thường xuyên hoặc đột xuất. Nước tiểu có thể có màu và nặng mùi, đây là những triệu chứng của viêm đường tiết niệu. 50% các trường hợp không tìm thấy vi khuẩn gây bệnh. Khi đã nhiễm trùng, vi khuẩn tìm thấy thường là *Escherichia coli* hoặc tụ cầu vàng (*Staphylococcus saprophyticus*) từ đường dạ dày - ruột. Khoảng một nửa các trường hợp khỏi sau 3 ngày mà không cần điều trị. Viêm bàng quang thường gặp ở phụ nữ nhưng hiếm gặp ở nam giới, khoảng hơn 50% phụ nữ gặp các triệu chứng của bệnh này trong cuộc đời. Các dược sỹ nên cảnh báo bệnh nhân về các dấu hiệu cho thấy diễn biến bệnh nặng lên. Các thuốc không kê đơn có thể có hiệu quả điều trị nhưng chỉ nên dùng khi các triệu chứng còn nhẹ, hoặc khi đã hỏi ý kiến bác sỹ.

Một số thông tin cần khai thác từ bệnh nhân

- Độ tuổi
 - Người trưởng thành, trẻ em
- Giới tính
 - Nam hoặc nữ
- Triệu chứng
 - Mót tiểu, tiểu thường xuyên, tiểu khó (đau khi đi tiểu), tiểu ra máu, chảy mủ âm đạo
- Triệu chứng liên quan
 - Đau lưng, đau vùng bụng dưới, sốt, ớn lạnh, buồn nôn, nôn
- Khoảng thời gian điều trị
- Tiền sử bệnh
- Thuốc

1. Tầm quan trọng của các thông tin khai thác từ bệnh nhân

1.1. Độ tuổi

Bất kỳ trẻ nào có triệu chứng viêm bàng quang đều nên được thăm khám bởi bác sỹ để có những chẩn đoán và điều trị cần thiết. Nhiễm trùng đường tiết niệu xảy ra ở trẻ em có thể gây tổn thương thận hoặc bàng quang, đặc biệt là sau những nhiễm trùng tái phát.

1.2. Giới tính

Viêm bàng quang xuất hiện ở nữ nhiều hơn ở nam vì 2 lý do:

- Viêm bàng quang xuất hiện khi vi khuẩn vượt qua niệu đạo, xâm nhập và nhân lên trong bàng quang. Do niệu đạo ở phụ nữ ngắn hơn nhiều so với nam giới, vi khuẩn vượt qua dễ dàng hơn. Ngoài ra, quan hệ tình dục góp phần khiến quá trình này dễ dàng hơn.

- Có bằng chứng cho thấy dịch tuyến tiền liệt có chứa chất tiêu diệt vi khuẩn, tạo ra hàng rào ngăn chặn vi khuẩn xâm nhập ở nam giới.

Giới thiệu bệnh nhân đi khám bác sĩ

Bất kì bệnh nhân nam nào có những triệu chứng viêm bàng quang cần được giới thiệu đi khám bác sĩ vì có khả năng bị các tình trạng nghiêm trọng hơn như sỏi thận, sỏi bàng quang hoặc những vấn đề về tuyến tiền liệt.

Phụ nữ có thai

Khi phụ nữ có thai có những dấu hiệu của viêm bàng quang, tốt nhất nên thăm khám bác sĩ do hệ vi khuẩn (bao gồm vi khuẩn đường tiết niệu) ở phụ nữ có thai có thể dẫn đến nhiễm trùng thận và những vấn đề khác.

1.3. Các triệu chứng

Những người bị viêm bàng quang thường cho biết, triệu chứng đầu tiên khi sắp có đợt bệnh tấn công là cảm giác ngứa hoặc như kim châm ở niệu đạo. Cảm giác mót tiểu thường xuyên hơn và phụ nữ bị viêm bàng quang thường cảm thấy mót tiểu cấp, nhưng chỉ tiểu ít và đau. Chứng khó tiểu (đau khi đi tiểu) là dấu hiệu kinh điển của viêm bàng quang. Sau khi đi tiểu, bàng quang không rỗng hoàn toàn mà có cảm giác căng. Nước tiểu có thể có vẩn đục, nặng mùi, đó là những dấu hiệu của nhiễm khuẩn.

Nhiễm trùng Chlamydia

Nhiễm *Chlamydia* là nhiễm trùng đường tình dục và phổ biến nhất ở phụ nữ độ tuổi 16-24. Khoảng 1 trong 10 phụ nữ độ tuổi dưới 25 mắc phải nó. Thật không may, phần lớn phụ nữ (khoảng 80%) mắc phải nhưng không có triệu chứng nào. Còn nếu bệnh nhân có triệu chứng thì chúng thường gồm là thay đổi chảy mủ âm đạo hoặc đau vùng bụng dưới. Nhiễm trùng *Chlamydia* có thể gây viêm vùng chậu và vô sinh. Việc phát hiện và điều trị bệnh rất quan trọng. Các chương trình sàng lọc phát hiện viêm bàng quang hiện nay rất phổ biến. Phụ nữ dưới 25 tuổi đến các phòng khám với bất cứ lý do gì (tránh thai, khám thông thường dịch vụ trước sinh,...) được đề nghị sàng lọc và ở một số vùng y tế công cộng đề nghị sàng lọc, và một số vùng quầy thuốc cũng cung cấp dịch vụ sàng lọc (thỉnh thoảng cả điều trị) viêm bàng quang. Mỗi phụ nữ được đề nghị làm các xét nghiệm nước tiểu và được cung cấp một miếng gạc âm đạo để tự lấy mẫu. Bệnh nhân chọn cách thức tiếp nhận kết quả, ví dụ qua điện thoại. Những người có kết quả dương tính được đề xuất điều trị bằng *azithromycin* và nên thông báo với bạn tình của họ. Sử dụng bao cao su có thể ngăn chặn nhiễm trùng lây lan.

Máu trong nước tiểu

Huyết niệu (sự có mặt của máu trong nước tiểu) là một dấu hiệu cho thấy cần thăm khám bác sĩ. Huyết niệu thường xảy ra trong viêm bàng quang khi có quá nhiều nhiễm trùng trong đường tiết niệu và bàng quang, tuy nhiên không nguy hiểm và đáp ứng nhanh với kháng sinh. Đôi khi máu trong nước tiểu có thể cho thấy những vấn đề khác, ví dụ như sỏi thận. Khi bị sỏi thận, đau ở vùng thắt lưng hoặc giữa thắt lưng và háng là dấu hiệu nổi trội. Khi có huyết niệu nhưng không có cơn đau, nên đến khám bác sĩ để loại trừ khả năng có khối u bàng quang hoặc thận.

Chảy mủ âm đạo

Sự xuất hiện mủ âm đạo có thể cho thấy nhiễm nấm hoặc nhiễm khuẩn, cần tham khảo ý kiến bác sĩ.

1.4. Các triệu chứng liên quan

Khi có các triệu chứng đường tiết niệu, tốt nhất nên chia làm hai phần: phần trên (thận và ống dẫn) và phần dưới (bàng quang và niệu đạo). Dược sĩ cần chú ý đến các triệu chứng đi kèm nhiễm trùng đường tiết niệu dưới vì chúng thường gợi ý các vấn đề nghiêm trọng hơn trong đường tiết niệu, do đó nên tư vấn bệnh nhân khám bác sĩ.

Triệu chứng nhiễm trùng đường tiết niệu trên

Sự triệu chứng toàn thân như sốt, buồn nôn, nôn, đau thắt lưng (loin pain) và nhạy cảm (tenderness) là chỉ điểm của các nhiễm trùng nghiêm trọng hơn như viêm thận, bể thận, và bệnh nhân với những triệu chứng này cần được thăm khám bởi bác sĩ.

Các triệu chứng khác

Viêm bàng quang có thể đi kèm với đau trên khớp mu (bụng dưới) và chứng nhạy cảm (tenderness).

1.5. Khoảng thời gian điều trị

Điều trị với các chế phẩm thuốc không kê đơn là hợp lý đối với viêm bàng quang nhẹ và trong khoảng thời gian ngắn (ít hơn 2 ngày).

1.6. Tiền sử bệnh

Phụ nữ bị viêm bàng quang tái phát nên đến khám bác sĩ. Một trong hai đợt bị đau của viêm bàng quang không có nhiễm trùng và hội chứng đau này được cho là do hội chứng của đường tiết niệu vô khuẩn (urethral syndrome). Sự lo lắng sợ bị viêm bàng quang tái phát được cho là yếu tố góp phần gây bệnh.

Khoảng một phần mười các trường hợp nhiễm trùng đường tiết niệu bị tái phát (cùng bởi một loại vi khuẩn) hoặc tái nhiễm trùng (nhiễm trùng tới một cơ quan khác). Chín phần mười các trường hợp còn lại không bị tái phát.

Đái tháo đường

Viêm bàng quang tái phát đôi khi xảy ra ở những bệnh nhân đái tháo đường và do đó những ai có tiền sử háo khát, tụt cân và đi tiểu thường xuyên hơn bình thường nên thăm khám bác sĩ.

Viêm bàng quang tuần trăng mật

Quan hệ tình dục có thể thúc đẩy một đợt đau (viêm bàng quang tuần trăng mật) do những tổn thương nhẹ hoặc là kết quả của sự nhiễm trùng do vi khuẩn được đẩy vào sâu hơn theo đường niệu đạo.

Những tác nhân thúc đẩy khác

Bao gồm những tác nhân kích thích dùng trong tắm rửa, vệ sinh (ví dụ bọt tắm, chất khử mùi âm đạo) và những hóa chất khác (ví dụ chất diệt tinh trùng, chất tẩy uế). Vệ sinh cá nhân kém không phải là nguyên nhân, trừ những trường hợp quá nặng.

Phụ nữ sau mãn kinh

Việc thiếu hụt oestrogen ở phụ nữ đã mãn kinh dẫn đến việc thành âm đạo mỏng hơn. Thiếu hụt chất bôi trơn khiến âm đạo và niệu đạo dễ bị tấn công bởi những tổn thương và

kích thích, có thể dẫn đến viêm bàng quang. Với những phụ nữ này, những cơn đau khi quan hệ tình dục có thể là vấn đề và có thể điều trị được bằng chất bôi trơn không cần kê đơn hoặc kê đơn (ví dụ kem oestrogen). Các sản phẩm không cần kê đơn có sẵn ở hiệu thuốc và những sản phẩm mới hơn có thể dùng một lần nhưng kéo dài tác dụng trong nhiều ngày. Nếu cách này không hiệu quả hoặc xuất hiện những triệu chứng khác, nên tham khảo ý kiến bác sĩ.

1.7. Thuốc

Viêm bàng quang có thể gây ra bởi những thuốc gây độc tế bào, ví dụ như cyclophosphamide.

2. Khi nào nên khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ

Khi nào nên khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ

Tất cả nam giới và trẻ em:

- Sốt, buồn nôn/nôn
- Đau hoặc nhạy cảm vùng thắt lưng
- Huyết niệu
- Chảy mủ âm đạo
- Kéo dài 2 ngày hoặc hơn
- Phụ nữ có thai
- Viêm bàng quang tái phát
- Điều trị thất bại

Do đó việc cần xác định các loại thuốc mà bệnh nhân đã dùng. Từ đó, dược sĩ mới biết liệu bệnh nhân đã sử dụng những liệu pháp điều trị thích hợp hay chưa. Khi điều trị thất bại nên khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ.

3. Tiến trình điều trị

Nếu các triệu chứng không thuyên giảm sau 2 ngày điều trị, bệnh nhân nên đi khám bác sĩ.

4. Quản lý

Để giảm đau, khuyên dùng paracetamol hoặc ibuprofen đến 2 ngày. Những thuốc này còn có tác dụng hạ nhiệt, nên nhớ rằng nhiệt độ cao hơn 38.5⁰C là đặc trưng cho viêm thận. Dược sĩ cũng có thể giới thiệu một sản phẩm làm kiểm hóa nước tiểu và làm giảm triệu chứng, mặc dù điều này chưa được chứng minh hiệu quả. Hiệu quả của những chế phẩm không kê đơn khác còn chưa được kiểm chứng. Ngoài phương pháp điều trị, dược sĩ cần đưa ra lời khuyên về việc uống nước (xem phần "Các lưu ý thực hành" bên dưới). Với những phụ nữ viêm bàng quang tái phát, những biện pháp tự thực hiện đôi khi có thể ngăn chặn tái phát. Do đó, dược sĩ cần cung cấp những thông tin liên quan.

4.1. Natri và kali citrat

Natri và kali citrat hoạt động do tác dụng kiềm hóa nước tiểu. Acid hóa nước tiểu do nhiễm khuẩn được cho là nguyên nhân gây ra chứng tiểu khó, do đó kiềm hóa nước tiểu làm giảm triệu chứng. Trong khi làm giảm sự khó chịu, việc kiềm hóa nước tiểu sẽ không có tác dụng diệt khuẩn, do đó cần thông báo với bệnh nhân rằng nếu các triệu chứng không thuyên giảm trong vòng 2 ngày, nên đi khám bác sỹ. Túi bột thường dễ dùng hơn *hỗn hợp Kali citrate*.

Chống chỉ định

Chống chỉ định với một số bệnh nhân sau: Kali citrat chống chỉ định ở những bệnh nhân đang sử dụng thuốc lợi tiểu có chứa kali, kháng aldosteron hoặc chất ức chế enzym chuyển angiotensin, do có thể gây tăng Kali máu. Natri citrat chống chỉ định với những bệnh nhân tăng huyết áp, có bệnh tim hoặc phụ nữ có thai.

Cảnh báo

Bệnh nhân nên được nhắc nhở không dùng quá liều đã chỉ định các chế phẩm chứa Kali citrat, nhiều trường hợp tăng Kali máu nghiêm trọng đã được báo cáo do bệnh nhân dùng *hỗn hợp Kali citrat* để làm giảm triệu chứng đường tiết niệu.

4.2. Biện pháp bổ sung

Nước ép *Cranberry* được khuyến cáo như một cách chữa trị dân gian từ nhiều năm cũng như một phương pháp hiệu quả làm giảm nhiễm trùng đường tiết niệu. Một tổng quan hệ thống các bằng chứng trong y văn cho thấy uống nước ép *Cranberry* với lượng cơ bản 300mL/ngày có tác dụng kìm hãm vi khuẩn. Cơ chế tác dụng chưa rõ và các áp dụng vào lâm sàng chưa thống nhất. Nước ép việt quất nam hoặc viên nang đường như không có tác dụng điều trị viêm bàng quang cấp tính. Những bệnh nhân sử dụng warfarin không nên sử dụng các sản phẩm có chứa *Cranberry*.

4.3. Azithromycin và nhiễm trùng chlamydial

Thời điểm viết cuốn sách này, người ta cho rằng azithromycin nên được bỏ quy định thuốc phải kê đơn thành thuốc không cần kê đơn để điều trị nhiễm trùng Chlamydia không triệu chứng sau khi có kết quả xét nghiệm dương tính (test khuếch đại acid nucleic). Dùng liều đơn duy nhất gồm hai viên azithromycin 500mg. Những trường hợp nhiễm Chlamydia có triệu chứng nên tham khảo ý kiến bác sỹ do có nguy cơ biến chứng. Một số dược sỹ đã cung cấp azithromycin cho các trường hợp nhiễm Chlamydia.

5. Các điểm lưu ý thực hành

Có ít bằng chứng ủng hộ việc áp dụng những lời khuyên truyền thống thường được đưa ra cho phụ nữ bị viêm bàng quang, và danh sách các lời khuyên dưới đây có thể thảo luận với phụ nữ để cân nhắc áp dụng.

(i). Uống nhiều nước trên lý thuyết có tác dụng trong viêm bàng quang do giúp làm rỗng bàng quang thường xuyên và hoàn toàn hơn nhờ quá trình bài tiết, do đó có thể giúp thải vi khuẩn gây bệnh ra khỏi bàng quang. Tuy nhiên, điều này có thể gây khó chịu khi bệnh nhân

bị chứng tiểu khó nặng và tốt hơn lời khuyên tốt hơn nên đưa ra trong giai đoạn để phòng ngừa tái phát hơn là trong giai đoạn điều trị. Trong khi điều trị, uống lượng nước vừa đủ là phù hợp hơn.

(ii). Trong quá trình đi tiểu nên tiểu hoàn toàn bằng cách đợi 20 giây sau khi kết thúc để giải phóng hết nước tiểu đến giọt cuối cùng. Ngả người về phía sau giúp làm rộng bàng quang tốt hơn là giữ nguyên tư thế đứng.

(iii). Sau khi đại tiện, đưa giấy từ trước ra sau có thể làm giảm nguy cơ lây lan vi khuẩn từ hậu môn sang niệu đạo và âm đạo.

(iv). Theo lý thuyết, đi tiểu ngay sau khi quan hệ tình dục có thể loại bỏ phần lớn vi khuẩn khỏi đường niệu đạo, tuy nhiên chưa có bằng chứng cho điều này.

Hạn chế café và rượu có thể có tác dụng bởi vì những chất này gây kích thích bàng quang ở một số bệnh nhân.

6. Các trường hợp viêm bàng quang trong thực hành

Ca 1

Chị A., một phụ nữ trẻ khoảng 20 tuổi, yêu cầu được nói chuyện riêng tư với bạn. Chị cho biết chị nghi ngờ mình bị viêm bàng quang. Qua tìm hiểu thông tin, bạn biết chị A. không đi tiểu nhiều hơn bình thường nhưng nước tiểu có màu và có mùi khó chịu. Hôm nay chị A. bị đau lưng và có cảm giác sốt. Chị đang không dùng thuốc nào từ bác sỹ và chưa từng thử điều trị triệu chứng.

Quan điểm của dược sỹ

Người phụ nữ này đã miêu tả những triệu chứng không phải là trường hợp bệnh nhẹ. Đặc biệt, sự xuất hiện của sốt và đau lưng cho thấy đã có nguy cơ cao nhiễm trùng đường tiết niệu. Chị A. nên đến khám bác sỹ càng sớm càng tốt.

Quan điểm của bác sỹ Bệnh nhân có thể có nhiễm trùng đường tiết niệu, có thể là ở thận. Tuy nhiên, vẫn chưa thể chẩn đoán chính xác do thiếu thông tin. Cần biết thêm có phải bệnh nhân bị đau khi đang tiểu tiện, vị trí và trạng thái đau. Trên thực tế, các triệu chứng được miêu tả có thể gây ra do nhiễm virus cúm, trong đó đau lưng là do viêm cơ, sự thay đổi của nước tiểu là do sự mất nước. Bác sỹ điều trị thường kiểm tra nước tiểu bằng que thử nước tiểu Multistix và gửi mẫu nước tiểu (lấy nước tiểu giữa dòng) đến phòng thí nghiệm để xét nghiệm dưới kính hiển vi và cấy vi khuẩn/nấm để tìm tác nhân gây bệnh. Nếu que thử multistix dương tính với bạch cầu và nitrit, có khả năng nhiễm trùng nước tiểu, bệnh nhân nên bắt đầu với kháng sinh trong khi chờ kết quả xét nghiệm tìm vi khuẩn. Bệnh nhân cũng nên yêu cầu những xét nghiệm sâu hơn về đường thận, ví dụ siêu âm thận và có thể chụp tia X tĩnh mạch. Nhiều trường hợp nhiễm trùng thận nặng yêu cầu cấp cứu tại bệnh viện dùng kháng sinh bằng đường tĩnh mạch.

Ca 2

Một nam thanh niên nhờ bạn tư vấn biện pháp điều trị cho bệnh viêm bàng quang. Khi được hỏi, bệnh nhân trả lời rằng bị đau khi đi tiểu từ ngày hôm qua. Ngoài ra không có triệu chứng nào khác. Anh ta chưa thử biện pháp điều trị nào khác và gần đây không sử dụng loại thuốc nào.

Quan điểm của dược sỹ

Anh ta nên đến gặp bác sỹ vì những triệu chứng của bệnh viêm bàng quang ở nam thường hiếm và có thể là kết quả của những tình trạng nghiêm trọng hơn.

Quan điểm của bác sỹ

Cần phải tư vấn bệnh nhân đi khám bác sỹ để được chẩn đoán chính xác. Cần thu thập mẫu nước tiểu để phân tích. Nếu kết quả phân tích cho thấy có nhiễm trùng đường tiểu, có thể điều trị với kháng sinh phù hợp và giới thiệu đến các bác sỹ chuyên khoa để chẩn đoán sâu hơn. Lý do cần phải giới thiệu đi khám bác sỹ là vì nhiễm trùng đường tiết niệu thường ít phổ biến ở nam so với nữ và có thể do những vấn đề về cấu trúc bên trong đường tiết niệu.

Nếu ngoài sự bất tiện khi đi tiểu, anh ta còn bị chảy mủ đường tiết niệu, anh ta có thể còn bị các bệnh nhiễm trùng qua đường tình dục, ví dụ nhiễm Chlamydia (trước đây được gọi là viêm niệu đạo không đặc trưng) hoặc bệnh lậu. Nhiễm Chlamydia thường gặp hơn lậu và có thể điều trị bằng azithromycin hoặc doxycycline. Nhiễm Chlamydia có thể trở nên phức tạp do nhiễm trùng xung quanh tinh hoàn, khi đó tinh hoàn có thể bị sưng to, đau và tấy đỏ. Điều này có thể làm giảm khả năng sinh sản. Một biến chứng khác của nhiễm Chlamydia là phát triển chứng viêm khớp hoạt động (Reiters), thường ảnh hưởng đến khớp gối và bàn chân, thường kèm chứng viêm màng kết.

Ca 3

Chiều thứ bảy, một phụ nữ không phải khách hàng quen thuộc đến quầy thuốc yêu cầu mua thuốc gì đó để điều trị viêm bàng quang. Sau khi hỏi thêm, phát hiện bệnh nhân gặp vấn đề này nhiều lần trước đây với các triệu chứng đau thường xuyên khi đi tiểu. Ngoài triệu chứng đó thì bệnh nhân ôn và nói rằng bác sỹ của cô ấy thường kê kháng sinh. Hiện tại bệnh nhân không sử dụng thuốc nào nữa.

Quan điểm của dược sỹ

Người phụ nữ này miêu tả một trường hợp thường thấy tại quầy thuốc. Cô ấy có những triệu chứng này từ trước và dường như cố ấy không thể đợi đến thứ 2 mới đi khám bác sỹ. Không khuyến cáo sử dụng kháng sinh mà không có xét nghiệm xác định vi khuẩn gây bệnh khi triệu chứng còn nhẹ. Bệnh nhân nên gặp bác sỹ vào thứ 2 nếu các triệu chứng chưa thuyên giảm và dược sỹ có thể đề nghị bệnh nhân mang theo mẫu nước tiểu khi đi khám, mặc dù trong thực hành, các bác sỹ có thể kê đơn mà không cần kết quả xét nghiệm nếu các triệu chứng trung bình hoặc nặng. Hiện tại, bệnh nhân cảm thấy không thoải mái, do đó có thể sử dụng thuốc kiềm hóa nước tiểu, ví dụ như natri hoặc kali citrat. Nên khuyên bệnh nhân uống nhiều nước nhưng hạn chế trà, café và rượu, những chất này có thể gây mất nước và khiến tình trạng bệnh nặng hơn.

Quan điểm của bác sỹ

Các triệu chứng gợi ý bị bệnh viêm bàng quang. Việc điều trị triệu chứng bằng kali citrat có thể có hiệu quả đến cuối tuần. Nên tìm hiểu xem những nhiễm trùng của bệnh nhân thường được điều trị như thế nào. Nếu những triệu chứng của bệnh nhân không giảm khi dùng thuốc kiềm hóa nước tiểu, nên khuyên bệnh nhân gọi dịch vụ bác sỹ online. Nếu bệnh nhân có những triệu chứng nặng, bắt đầu điều trị với kháng sinh là hợp lý. Nếu bệnh nhân mang theo mẫu nước tiểu, bác sỹ có thể kiểm tra ngay với que thử multistix giúp xác định sự có mặt của protein, tế bào hồng cầu, bạch cầu và nitrit trong nước tiểu. Bạch cầu và nitrit



dương tính rất có thể là dấu hiệu của nhiễm khuẩn. Do sự thay đổi tính kháng kháng sinh của vi khuẩn nên những kháng sinh điều trị đầu tay có thể thay đổi tùy theo địa phương.

BÀI 27. ĐAU BỤNG KINH

Ước tính cứ 2 người phụ nữ thì có 1 người bị đau bụng kinh (thống kinh - dysmenorrhoea). Trong số đó khoảng 10% có những triệu chứng nặng ảnh hưởng đến học tập hoặc công việc. Nhiều phụ nữ trong số này tự dùng thuốc và chỉ tìm đến bác sỹ khi những biện pháp đó không hiệu quả. Dược sỹ nên lưu ý rằng bệnh nhân có thể sẽ xấu hổ khi trao đổi những vấn đề về kinh nguyệt, do đó nên cố gắng tạo không khí trao đổi riêng tư.

Những thông tin dược sỹ cần biết

- Tuổi
- Tiền sử
- Mức độ thường xuyên và thời gian của chu kỳ kinh nguyệt
- Thời gian và mức độ đau
- Mối quan hệ với quá trình hành kinh
- Các triệu chứng khác
 - Đau đầu, đau lưng
 - Buồn nôn, nôn, táo bón
 - Choáng, chóng mặt, mệt mỏi
 - Các hội chứng tiền kinh nguyệt
- Thuốc

1. Tầm quan trọng của các thông tin thu thập

1.1. Tuổi

Phần lớn đau bụng kinh xảy ra ở phụ nữ độ tuổi từ 17 đến 25. Đau bụng kinh nguyên phát là những cơn đau khi không có bệnh vùng xương chậu, trong khi đó đau bụng kinh thứ phát là những cơn đau có thể do các bệnh khác sinh ra. Đau bụng kinh thứ phát thường phổ biến ở những phụ nữ trên 30 tuổi và hiếm gặp với phụ nữ dưới 25 tuổi. Những nguyên nhân thông thường của đau bụng kinh thứ phát bao gồm lạc nội mạc tử cung hoặc bệnh viêm vùng chậu. Đau bụng kinh nguyên phát hiếm gặp sau khi đã có con.

1.2. Tiền sử

Đau bụng kinh thường không xảy ra khi bắt đầu có kinh nguyệt. Đó là do trong những tháng đầu (đôi khi là những năm đầu) hành kinh chưa xảy ra sự rụng trứng. Những chu kỳ không rụng trứng này xảy ra thường xuyên nhưng không phải là luôn luôn, bệnh nhân không đau và do đó đôi khi bệnh nhân mô tả chỉ đau sau nhiều tháng hoặc nhiều năm hành kinh không đau. Dược sỹ nên xác nhận xem chu kỳ kinh nguyệt của bệnh nhân có đều không và độ dài của mỗi chu kỳ. Sau đó nên tập trung hỏi thời gian đau liên quan đến quá trình hành kinh.

1.3. Thời gian và đặc điểm cơn đau

Đau bụng kinh nguyên phát

Đau bụng kinh nguyên phát cổ điển biểu hiện bằng những cơn đau vùng bụng dưới thường xuất hiện trước khi chảy máu một ngày. Cơn đau giảm dần khi bắt đầu hành kinh và thường hết trước cuối ngày đầu tiên của hành kinh.

Đau bụng giữa kỳ kinh: Đau bụng giữa kỳ kinh là những cơn đau do rụng trứng xảy ra ở giữa chu kỳ, vào thời điểm rụng trứng. Cơn đau vùng bụng dưới thường kéo dài khoảng vài giờ, nhưng cũng có thể kéo dài nhiều ngày và có thể kèm theo chảy máu.

Đau bụng kinh thứ phát

Những cơn đau của đau bụng kinh thứ phát có thể xảy ra trong suốt những giai đoạn khác nhau của chu kỳ kinh nguyệt và có thể giảm hoặc tăng do quá trình hành kinh. Những cơn đau như vậy thường âm ỉ, nhức nhối chứ ít khi đau dữ dội, co thắt. Thường xảy ra trước khi hành kinh một tuần, cơn đau có thể nặng hơn khi bắt đầu chảy máu. Cơn đau có thể xảy ra khi quan hệ tình dục. Đau bụng kinh thứ phát thường gặp hơn ở phụ nữ lớn tuổi, đặc biệt những phụ nữ đã có con. Trong nhiễm khuẩn vùng chậu, việc chảy mủ âm đạo có thể là biểu hiện đi kèm với những cơn đau này. Nếu sau khi hồi bệnh và nghi ngờ đau bụng kinh thứ phát, được sỹ nên khuyên bệnh nhân đến thăm khám bác sỹ để có những can thiệp sâu hơn.

Lạc nội mạc tử cung

Bệnh lạc nội mạc tử cung thường xảy ra ở những phụ nữ độ tuổi từ 30 đến 45, nhưng cũng có thể ở độ tuổi 20. Tử cung (dạ con) có một lớp bề mặt đặc biệt (nội mạc tử cung). Trong bệnh lạc nội mạc tử cung, nhiều phần của lớp nội mạc này được tìm thấy ở ngoài tử cung. Những phần tách ra của nội mạc tử cung có thể nằm ở ngoài tử cung hoặc buồng trứng, hoặc bất kỳ đâu trong vùng chậu. Mỗi phần của nội mạc tử cung đều nhạy cảm với sự thay đổi hormon trong chu kỳ kinh nguyệt, chúng dày lên, bong ra, và chảy máu hàng tháng. Điều này gây ra những cơn đau ở những nơi tìm thấy tế bào nội mạc tử cung. Cơn đau thường bắt đầu một tuần trước khi hành kinh và ở cả bụng dưới và lưng dưới, có thể không theo chu kỳ và có thể xảy ra khi quan hệ tình dục (đau khi giao hợp). Lạc nội mạc tử cung có thể gây ra chứng khô vùng kín. Có thể chẩn đoán xác nhận bằng kỹ thuật soi bụng.

Bệnh viêm vùng chậu

Viêm vùng chậu có thể xảy ra và có thể là cấp tính hoặc mạn tính. Cần biết bệnh nhân có sử dụng các dụng cụ tránh thai đặt bên trong âm đạo hay không (đặt vòng). Vòng tránh thai có thể gây ra cảm giác khó chịu, làm cho hành kinh nhiều hơn và có thể gây nhiễm trùng. Nhiễm trùng vùng chậu cấp tính xảy ra khi vi khuẩn xâm nhập phát triển trong ống dẫn trứng, khi đó thường gây đau nặng, sốt và chảy mủ âm đạo. Những cơn đau này thường ở vùng bụng dưới và không liên quan đến quá trình hành kinh, có thể dễ nhầm lẫn với đau ruột thừa.

Bệnh viêm vùng chậu ác tính có thể bắt nguồn từ một nhiễm trùng cấp tính. Những cơn đau ít nghiêm trọng hơn, liên quan đến các chu kỳ và có thể xuất hiện trong khi quan hệ tình dục. Có ý kiến cho rằng sự bám dính phát triển xung quanh ống sau khi nhiễm trùng có thể là nguyên nhân gây ra các triệu chứng trên ở một số phụ nữ. Tuy nhiên, những ý kiến khác cho rằng không tìm thấy sự bất thường nào và cho rằng sự sung huyết vùng chậu là nguyên nhân. Trong trường hợp này, các yếu tố tâm lý cũng rất quan trọng.

1.4. Các triệu chứng khác

Những phụ nữ bị đau bụng kinh thường miêu tả các triệu chứng liên quan bao gồm buồn nôn, nôn, các bệnh đường tiêu hóa thông thường, táo bón, nhức đầu, đau lưng, mệt mỏi, chóng mặt.

Hội chứng tiền kinh nguyệt

Thuật ngữ hội chứng tiền kinh nguyệt (HCTMK) miêu tả một nhóm triệu chứng về thể chất và tâm lý liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt. Các triệu chứng diễn ra theo chu kỳ, thường từ 2 đến 14 ngày trước khi bắt đầu hành kinh và giảm bớt khi bắt đầu chảy máu kinh nguyệt. Đặc điểm xuất hiện có tính chu kỳ, thời gian tiến triển và sự giảm bớt các triệu chứng khi bắt đầu hành kinh đều là chỉ điểm quan trọng trong việc chẩn đoán xác định HCTMK. Một số phụ nữ có những triệu chứng nặng gây ảnh hưởng đến công việc và cuộc sống gia đình.

Những người có hội chứng này thường phàn nàn chướng bụng, tăng cân, sưng mắt cá chân và ngón chân, đau ngực, đau đầu. Các triệu chứng về tâm lý bao gồm một vài hoặc tất cả các triệu chứng kích thích, căng thẳng, trầm cảm, khó tập trung và mệt mỏi.

Nếu nghi ngờ có hội chứng tiền kinh nguyệt, khuyến bệnh nhân nên ghi chép những triệu chứng khi chúng xuất hiện và khi giảm bớt, đặc biệt thông tin này sẽ rất hữu ích nếu được sỹ quyết định khuyến bệnh nhân đi khám bác sỹ.

Việc điều trị những triệu chứng của hội chứng tiền kinh nguyệt là vấn đề còn gây nhiều tranh cãi và bệnh nhân có đáp ứng cao với giả dược, giúp giảm các triệu chứng như thay đổi tâm trạng, tức ngực, đau đầu khi placebo được sử dụng 2 tuần trước khi bắt đầu hoặc trong suốt chu kỳ hành kinh. Có một vài bằng chứng cho thấy *pyridoxine* có thể làm giảm các triệu chứng nhưng các thử nghiệm lâm sàng còn nghèo nàn và do đó chưa thể khẳng định. Cơ chế hoạt động của *pyridoxine* trong HCTMK chưa được biết. Tuy nhiên, nên khuyến phụ nữ dùng liều được khuyến cáo vì liều *pyridoxine* cao hơn đã được ghi nhận có thể dẫn đến các bệnh về thần kinh. Theo Dược thư Anh "British National formulary", việc sử dụng *pyridoxine* với liều 10mg hàng ngày được coi là an toàn, tuy nhiên việc sử dụng kéo dài liều 200mg hoặc hơn hàng ngày có liên quan đến các vấn đề thần kinh. Không đảm bảo an toàn nếu sử dụng *pyridoxine* với liều hơn 10mg hàng ngày.

Tinh dầu hoa anh thảo (*Evening primrose oil*) đã được sử dụng để điều trị chứng tức ngực liên quan đến HCTMK. Tuy nhiên, chưa có thử nghiệm lâm sàng được thiết kế tốt cho thấy tác dụng của nó và do đó hiệu quả trị bệnh này chưa được kiểm chứng. Cơ chế hoạt động của tinh dầu hoa anh thảo trong những trường hợp này được cho là liên quan đến tác dụng trên các prostaglandin, đặc biệt trong việc làm gia tăng nồng độ prostaglandin E, có tác dụng làm tan máu ở một số phụ nữ bị HCTMK. Thành phần có tác dụng của tinh dầu hoa anh thảo là *acid gamma-linolenic* (gamolenic), được cho là làm giảm tỷ lệ acid béo bão hòa thành acid béo không bão hòa. *Acid gamma linolenic* dường như làm giảm đáp ứng với các hormon và prolactin.

1.5. Thuốc

Đau bụng kinh được cho là có liên quan tới việc gia tăng hoạt động của prostaglandin, và nồng độ prostaglandin tăng được ghi nhận trong kinh nguyệt và máu lưu thông của phụ nữ bị đau bụng kinh. Do đó, việc sử dụng thuốc giảm đau ngăn chặn sự tổng hợp prostaglandin là hợp lý. Tuy nhiên, dược sỹ cần đảm bảo rằng bệnh nhân đã không sử dụng thuốc giảm đau chống viêm không steroid (NSAID).

Những phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai đường uống nhận thấy các triệu chứng của đau bụng kinh đồng thời giảm bớt hoặc được giới hạn, do đó những phụ nữ có những triệu chứng đau bụng kinh và đang uống thuốc tránh thai đường uống tốt nhất nên tham khảo ý kiến bác sỹ để có những đánh giá sâu hơn.

Trường hợp nào nên khuyên bệnh nhân khám bác sĩ

Xuất hiện dịch tiết âm đạo bất thường

- Chảy máu bất thường
- Các triệu chứng gợi ý đến đau bụng kinh thứ phát
- Đau nặng giữa kỳ kinh và chảy máu
- Không đáp ứng các liệu pháp chữa trị
- Đau giai đoạn muộn (có thể là chửa ngoài dạ con)
- Sốt

2. Tiến trình điều trị

Nếu những cơn đau do đau bụng kinh nguyên phát không cải thiện sau hai chu kỳ điều trị, nên tham khảo ý kiến bác sĩ.

3. Quản lý bệnh

Cần giải thích đơn giản giúp bệnh nhân hiểu tại sao những cơn đau xuất hiện theo chu kỳ, đồng thời thể hiện sự cảm thông và giúp bệnh nhân yên tâm hơn. Thuốc giảm đau thông thường thường rất hiệu quả trong đau bụng kinh.

3.1. NSAIDS (Ibuprofen, diclofenac, naproxen)-xem thêm bài Đau đầu

NSAID có thể được xem là sự lựa chọn cho điều trị đau bụng kinh miễn là nó phù hợp với bệnh nhân (ví dụ dược sĩ đã hỏi bệnh nhân về việc sử dụng aspirin trước đó, có gặp những rối loạn đường tiêu hóa hay bị hen khi sử dụng hay không). NSAID ngăn chặn sự tổng hợp prostaglandin, do đó việc sử dụng là có cơ sở hợp lý. Phần lớn các thử nghiệm đã nghiên cứu việc sử dụng NSAID vào giai đoạn đầu cơn đau. Một nghiên cứu nhỏ so sánh việc điều trị bắt đầu vào thời điểm tiền kinh nguyệt với việc điều trị khi bắt đầu xuất hiện những cơn đau cho thấy cả hai trường hợp cho hiệu quả như nhau. Cũng có thể sử dụng các dạng giải phóng kéo dài của ibuprofen.

Liều dùng cho ibuprofen và diclofenac ở bài Đau đầu. Diclofenac chống chỉ định với những bệnh nhân có bệnh tim mạch. Khi được yêu cầu bán diclofenac đường uống không kê đơn hoặc xem xét việc kê diclofenac, dược sĩ và nhân viên quầy thuốc cần đặt ra những câu hỏi thích hợp để xác định xem bệnh nhân có bệnh tim mạch hay không. Naproxen 250mg có thể sử dụng cho phụ nữ độ tuổi 15 đến 50 chỉ với đau bụng kinh nguyên phát. Ban đầu dùng 2 viên, sau 6-8 h dùng thêm 1 viên nếu cần. Liều tối đa là 750mg/ngày và dùng tối đa trong 3 ngày.

Chống chỉ định

NSAID có thể gây ra kích ứng đường tiêu hóa và không nên sử dụng cho những bệnh nhân đang hoặc đã bị loét đường tiêu hóa, do đó khi sử dụng cần hết sức lưu ý. Tất cả các bệnh nhân nên dùng NSAID trong hoặc sau bữa ăn để giảm thiểu các vấn đề trên đường tiêu hóa (xem thêm bài Đau đầu).

NSAIDs không nên sử dụng cho những ai nhạy cảm với aspirin và nên chú ý khi sử dụng cho những ai bị hen, bởi những bệnh nhân này thường nhạy cảm với NSAID. Đối với một người bị hen đã từng sử dụng NSAID trước đó, nếu họ dùng nhưng không gặp vấn đề gì thì có thể tiếp tục sử dụng.

3.2. Aspirin

Aspirin cũng ngăn chặn sự tổng hợp của prostaglandin nhưng ít có hiệu quả trong việc giảm các triệu chứng của đau bụng kinh so với *ibuprofen*. Một tổng quan y khoa cho thấy số bệnh nhân cần điều trị (number needed to treat*) đối với *aspirin* là 10 trong khi *ibuprofen* là 2.4. *Aspirin* có thể gây rối loạn đường tiêu hóa và kích thích dạ dày hơn NSAID. Với những triệu chứng đã gặp như buồn nôn, nôn trong đau bụng kinh, tốt nhất nên tránh sử dụng aspirin. Dạng hòa tan của aspirin có tác dụng nhanh hơn dạng viên truyền thống và ít gây ra các vấn đề dạ dày. Khuyến cáo bệnh nhân sử dụng aspirin trong hoặc sau bữa ăn. Dược sỹ nên xác minh xem bệnh nhân có tiền sử nhạy cảm với aspirin hay không trước khi khuyên dùng.

3.3. Paracetamol

Paracetamol không hoặc ít ảnh hưởng đến nồng độ prostaglandin vốn liên quan đến đau và viêm do đó theo lý thuyết, có ít hiệu quả trong việc điều trị đau bụng kinh so với NSAID hoặc aspirin. Tuy nhiên, *paracetamol* là một lựa chọn hiệu quả khi bệnh nhân không thể sử dụng NSAID hoặc aspirin do những tác dụng phụ trên dạ dày hoặc bị kích ứng. Paracetamol cũng có hữu ích khi bệnh nhân buồn nôn, nôn, đau vì nó không kích ứng dạ dày. Dược sỹ nên nhấn mạnh với bệnh nhân thông tin về liều dùng tối đa.

3.4. Hyoscine

Hyoscine, một thuốc giãn cơ trơn, được bán trên thị trường để điều trị đau bụng kinh trên cơ sở lý thuyết là tác dụng chống co thắt sẽ làm giảm những cơn quặn thắt của đau bụng kinh. Trên thực tế, liều dùng quá thấp (0.1mg hyoscine) khó gây ra tác dụng như vậy. Hyoscine có tác dụng kháng cholinergic, có nghĩa là nó bị chống chỉ định cho những phụ nữ có glaucoma góc hẹp. Thêm vào đó, tác dụng kháng cholinergic (khô miệng, táo bón, giảm tầm nhìn) có nghĩa là nên tránh sử dụng hyoscine nếu như bệnh nhân đang sử dụng các thuốc có tính kháng cholinergic khác.

3.5. Caffein

Có một vài bằng chứng (từ một thử nghiệm so sánh giữa kết hợp ibuprofen với cafein và ibuprofen riêng lẻ và cafein riêng lẻ) cho thấy cafein có thể làm tăng tác dụng giảm đau. Các sản phẩm thuốc không kê đơn (OTC) chứa 15-65 mg cafein trên 1 viên. Khi uống trà, café hoặc cola cũng tác dụng tương tự. Một cốc café hòa tan thường chứa khoảng 80 mg cafein, 1 cốc café pha nguyên chất chứa khoảng 130 mg; một cốc trà chứa 50 mg và 1 lon cola chứa khoảng 40-60 mg.

3.6. Điều trị không dùng thuốc

Một tổng quan y văn hệ thống các bằng chứng cho thấy điện trị liệu kích thích tần số cao qua da (high-frequency transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)) có thể có tác dụng. Cơ chế hoạt động có thể là thay đổi khả năng nhận hoặc cảm nhận các tín hiệu đau. Điện trị liệu tần số cao có xung khoảng 50-120 Hz ở cường độ thấp và khi so sánh với giả dược ở 7 thử nghiệm ngẫu nhiên nhỏ, đã cho thấy tác dụng giảm đau trong đau bụng kinh nguyên phát. Điện trị liệu tần số thấp cũng có thể giảm đau và có xung khoảng 1-4 Hz ở cường độ cao. Mặc dù điện trị liệu tần số thấp tốt hơn giả dược, các bằng chứng ít thuyết phục hơn so với tần số cao.

Thuật châm cứu có thể hữu ích và một thiết kế nhỏ nhưng được thiết kế hợp lý đã chỉ ra rằng châm cứu tốt hơn giả dược tương đương của nó (thuật châm cứu giả, trong đó các kim châm nằm xa vị trí châm cứu thật). Liệu pháp này được thực hiện 1 lần/mỗi tuần, 3 tuần/1

tháng trong 3 tháng. Những phụ nữ thực hiện châm cứu thật cho thấy tác dụng giảm đau đáng kể. Trong khi chờ những nghiên cứu sâu hơn để xác nhận tác dụng, nhiều phụ nữ muốn thử liệu pháp này.

Dùng hơi nóng mức độ thấp tại chỗ có thể giúp giảm đau. Các kết quả từ một nghiên cứu cho thấy kết hợp ibuprofen và đốt nóng từng vùng giúp rút ngắn đáng kể thời gian để đạt mức giảm đau so với khi dùng đơn độc ibuprofen.

Dầu cá (acid béo omega-3) được so sánh với giả dược trong một nghiên cứu đã cho thấy việc sử dụng tác dụng giúp giảm đau hơn ở nhóm điều trị. Có nhiều tác dụng phụ khi điều trị bằng dầu cá, nhưng không nghiêm trọng.

Pyridoxine khi sử dụng riêng và khi kết hợp với magie cho thấy một số lợi ích giúp giảm đau khi so sánh với giả dược.

4. Lưu ý thực hành

a. Luyện tập thể dục trong khi điều trị không gây hại mà còn có tác dụng tốt do làm tăng nồng độ endorphin, giảm đau và làm gia tăng cảm giác thoải mái. Có một số bằng chứng cho thấy những bài tập aerobic vừa phải giúp cải thiện các triệu chứng của HCTMK.

b. Có một số bằng chứng cho thấy chế độ ăn ít béo, nhiều carbohydrat giúp giảm đau và tức ngực.

c. Một số lời khuyên cho những phụ nữ sử dụng thuốc giảm đau trong đau bụng kinh:

(i). Dùng liều đầu tiên ngay khi cảm thấy đau hoặc ngay khi bắt đầu chảy máu, tùy theo cái nào xảy ra trước. Một số bác sĩ khuyến cáo bắt đầu uống những viên đầu tiên vào ngày trước khi bắt đầu chu kỳ, nhờ đó có thể giúp ngăn chặn cơn đau hình thành.

(ii). Uống thuốc thường xuyên, mỗi giai đoạn 2-3 ngày, hơn là đợi cơn đau tích tụ lại rồi mới uống thuốc.

(iii). Dùng liều mạnh vừa đủ. Nếu cơn đau không giảm, hỏi ý kiến bác sĩ hoặc dược sĩ xem liệu đang dùng đã là liều tối đa chưa. Có thể bạn chỉ cần tăng liều thuốc là được.

(iv). Thường ít gặp tác dụng phụ nếu chỉ dùng thuốc chống viêm vài ngày một lần, trong mỗi chu kỳ, nhưng hãy đọc tờ hướng dẫn sử dụng thuốc để biết được đầy đủ các tác dụng phụ có thể gặp phải.

5. Các trường hợp đau bụng kinh trong thực hành

Ca 1

Chị B. là một phụ nữ trẻ khoảng 26 tuổi, xin lời khuyên của bạn vì bị đau trong chu kỳ kinh. Sau khi hỏi, được biết chị B. bị đau vùng bụng dưới, đôi khi đau lưng, bắt đầu nhiều ngày trước khi bắt đầu chu kỳ. Chu kỳ kinh nguyệt của chị trước đây rất ổn định nhưng hiện nay hay thất thường, nhiều khi mỗi chu kỳ rút ngắn còn 3 tuần. Cơn đau kéo dài trong suốt chu kỳ kinh nguyệt và khá nặng. Chị đã thử uống aspirin nhưng không đỡ nhiều.

Ý kiến của dược sĩ

Chị B. dường như đang bị đau bụng kinh thứ phát. Cơn đau bắt đầu trước khi hành kinh và tiếp tục kéo dài trong khi hành kinh. Chu kỳ của chị trước đây ổn định nhưng hiện nay thì không và tuy đã thử dùng aspirin nhưng không giảm được đau. Chị nên đi khám bác sĩ.

Ý kiến của bác sĩ

Việc đi khám bác sĩ trong trường hợp này là cần thiết. Cần thu thập thêm thông tin từ tiền sử bệnh (những cơn đau kéo dài bao lâu và như thế nào, ảnh hưởng đến đời sống, việc có thai,

có sử dụng thuốc tránh thai hay không, bệnh sử nhiễm trùng vùng chậu nếu có, mối quan tâm-lo lắng và những ý kiến của chị B. về bệnh của mình, mong đợi của bệnh nhân...), kiểm tra sơ bộ và xét nghiệm. Có khả năng bệnh nhân bị lạc nội mạc tử cung và cần tham khảo ý kiến bác sỹ phụ khoa. Việc chẩn đoán lạc nội mạc tử cung có thể xác nhận bằng cách soi ổ bụng. Các lựa chọn điều trị bao gồm các NSAID khác, liệu pháp hormon và phẫu thuật. Liệu pháp hormon có thể sử dụng là progestogen, antiprogestogen, kết hợp thuốc tránh thai đường uống và thuốc tương tự hormon giải phóng (GnRH). Các chế phẩm GnRH ví dụ như goserelin hoạt động bằng cách kìm nén hormon để gây ra mãn kinh nhân tạo. Có thể sử dụng đến 6 tháng (không lặp lại) và có thể phải sử dụng liệu pháp hormon thay thế để điều trị các triệu chứng tương tự mãn kinh.

Ca 2

Một cô gái trẻ A. khoảng 18 tuổi, có vẻ khá ngượng ngùng khi hỏi bạn nên làm gì nếu bị đau bụng kinh. Cô A. cho biết bắt đầu hành kinh khoảng 5 năm trước và chưa từng bị đau bụng kinh cho tới gần đây. Các chu kỳ của A. đều đặn- khoảng 4 tuần, gần đây không dày hơn nhưng có những cơn đau xuất hiện khoảng vài tiếng trước khi hành kinh, đến cuối ngày đầu tiên của chu kỳ thì hết và không đau trong suốt khoảng thời gian còn lại của chu kỳ. Cô A. cho biết chưa từng dùng loại thuốc nào, hiện tại không dùng thuốc nào từ bác sỹ và thường uống aspirin mà không gặp vấn đề gì.

Ý kiến của dược sỹ

Sau khi hỏi han cho thấy cô A. đang bị đau bụng kinh nguyên phát. Có thể khuyên cô A. dùng NSAID. Nên khuyên bệnh nhân tuân thủ liệu trình điều trị trong 2 tháng, sau đó quay lại kiểm tra xem phương pháp điều trị có hiệu quả hay không.

Ý kiến của bác sỹ

Những cơn đau của chị A. phần lớn do đau bụng kinh nguyên phát. Nên giải thích điều này để bệnh nhân có thể yên tâm. Liệu pháp điều trị dược sỹ đưa ra là hợp lý. Nếu NSAID không có tác dụng, chị A. nên trao đổi thêm với bác sỹ điều trị của mình. Đôi khi việc dùng thuốc tránh thai đường uống dạng phối hợp có thể có tác dụng giảm đau bụng kinh.

Chú thích của người hiệu đính: *Số bệnh nhân cần điều trị (number needed to treat (NNT)) là một chỉ số dịch tễ học được dùng để chỉ hiệu quả của một can thiệp y tế, điển hình là điều trị bằng thuốc. Số bệnh nhân cần điều trị là số bệnh nhân trung bình cần được điều trị để phòng một sự cố xấu (ví dụ số bệnh nhân cần được điều trị để có một bệnh nhân được khỏi bệnh so với nhóm chứng không điều trị trong một thử nghiệm lâm sàng).

BÀI 28. RONG KINH

Rong kinh là hiện tượng mất máu kinh nguyệt quá nhiều xảy ra trong vài chu kỳ liên tiếp và có thể điều trị không cần kê đơn bằng acid tranexamic. Mặc dù một phần ba phụ nữ mô tả rằng những chu kỳ này rất “nặng nề” và phương pháp chẩn đoán rong kinh là dựa vào lượng máu mất đi 60-80 ml hoặc nhiều hơn trong mỗi chu kỳ (so với mức trung bình 30-40 mL) thì định nghĩa về rong kinh như vậy vẫn chưa phản ánh sát những khía cạnh của bệnh trên thực tế, mà phải là sự suy giảm chất lượng cuộc sống (thể chất, tâm lý, xã hội) do tình trạng mất máu nặng mới diễn tả chính xác những ảnh hưởng của rong kinh tới đời sống của bệnh nhân. Trong phần lớn các trường hợp, phụ nữ với các biểu hiện rong kinh không hề có một yếu tố bệnh nguyên nào. Cần tìm hiểu kỹ bệnh sử trước khi đưa ra quyết định nên điều trị hay cần tham khảo thêm ý kiến.

Những điều cần biết
<ul style="list-style-type: none"> • Tuổi • Chu kỳ kinh nguyệt- độ dài chu kỳ, số ngày hành kinh • Triệu chứng –hiện tượng chảy máu, những ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống • Tình trạng này xảy ra từ bao giờ • Đặc điểm các chu kỳ trước đây

Tuổi

Phần lớn bệnh nhân rong kinh ở độ tuổi trên 30. Nguyên nhân phổ biến nhất ở phụ nữ dưới 30 tuổi là những chu kỳ không rụng noãn và không xảy ra chảy máu ở những khoảng bình thường trong những trường hợp này.

Chu kỳ kinh nguyệt

Một chu kỳ bình thường kéo dài từ 21 đến 35 ngày và chênh lệch không quá 3 ngày so với 1 chu kỳ đơn lẻ. Nếu chu kỳ của một bệnh nhân đều đặn trong quá khứ và sau đó thay đổi thì cần xem xét đến yếu tố bệnh lý.

Triệu chứng

miêu tả chính xác các triệu chứng và ảnh hưởng của những triệu chứng này đến đời sống hàng ngày là rất cần thiết. Việc đặt những câu hỏi cụ thể khai thác những triệu chứng khác có thể giúp phát hiện một số những bệnh cơ sở như

- U xơ tử cung- đau bụng kinh, đau vùng chậu.
- Lạc nội mạc tử cung- đau bụng kinh, đau khi giao hợp, đau vùng chậu.
- Viêm vùng chậu, nhiễm trùng vùng chậu – sốt, chảy mủ âm đạo, đau vùng chậu, đau giữa kỳ kinh nguyệt và/hoặc sau khi quan hệ tình dục.
- Ung thư nội mạc tử cung – chảy máu sau khi quan hệ tình dục, chảy máu giữa chu kỳ, đau vùng chậu.

Acid tranexamic là thuốc có thể mua không cần đơn ở Thụy Điển hơn một thập kỷ nay tuy nhiên theo báo cáo thì tỷ lệ ung thư nội mạc tử cung không hề tăng.

Khi nào nên tham khảo thêm ý kiến

Xuất hiện chảy máu vùng bụng dưới

- Chảy máu giữa chu kỳ và/hoặc sau khi quan hệ tình dục
- Đau vùng chậu
- Đau trong khi quan hệ tình dục
- Đau bụng kinh
- Sốt

Giai đoạn điều trị

Nếu tình trạng rong kinh không được cải thiện sau ba chu kỳ điều trị, nên tham khảo ý kiến bác sỹ.

Điều trị

Dùng acid tranexamic, đây là thuốc OTC

Acid tranexamic

Sử dụng acid tranexamic đường uống làm giảm một nửa lượng máu kinh nguyệt mất đi do tác dụng chống tiêu fibrin, nhờ đó ổn định cục máu đông. Có thể sử dụng cho phụ nữ từ 18-45 tuổi có chu kỳ kinh nguyệt đều đặn (chu kỳ 21-35 ngày, chênh lệch không quá 3 ngày so với chu kỳ đơn lẻ). Việc điều trị có thể kéo dài 4 ngày trong mỗi chu kỳ, bắt đầu từ ngày đầu tiên. Liều thông thường là 1 gam (2 viên 500mg), uống 3 liều một ngày, có thể tăng lên đến 4 liều một ngày nếu chảy máu quá nhiều, liều tối đa mỗi ngày là 4 gam.

Chống chỉ định

Acid tranexamic không nên sử dụng cho những phụ nữ đã hoặc đang bị huyết khối tĩnh mạch, có bệnh sử gia đình với những bệnh này hoặc đang dùng thuốc chống đông hoặc thuốc tránh thai đường uống. Acid tranexamic thải trừ chủ yếu qua thận do đó không nên dùng cho những phụ nữ suy giảm chức năng thận mức độ nhẹ đến trung bình. Chống chỉ định với chứng huyết niệu (có máu trong nước tiểu) từ đường dẫn niệu trên vì cục nghẽn có thể gây tắc đường tiểu. Những yếu tố nguy cơ của ung thư nội mạc tử cung bao gồm béo phì, tiểu đường, chưa từng có thai, bệnh sử gia đình, hội chứng buồng trứng đa nang, các thuốc kháng estrogen hoặc tamoxifen, do đó không khuyến cáo sử dụng acid tranexamic không kê đơn trong những trường hợp này.

Cảnh báo

Phụ nữ cho con bú chỉ nên dùng acid tranexamic theo lời khuyên của bác sỹ vì thuốc có thể qua sữa mẹ.

Tác dụng phụ

Có thể có buồn nôn, nôn, ỉa chảy, những triệu chứng này có thể giảm khi giảm liều dùng. Nếu bị rối loạn thị giác, tham khảo ý kiến bác sỹ.

Lời khuyên khác

Chưa có bằng chứng cho thấy có thể giảm rong kinh bằng cách tập thể dục hoặc thay đổi chế độ ăn.

BÀI 29. NẤM ÂM ĐẠO

Phụ nữ thường tìm mua các sản phẩm để trị chứng ngứa ở nữ giới và có thể cảm thấy xấu hổ khi tìm lời khuyên hay trả lời các câu hỏi từ dược sĩ. Vòng tránh thai âm đạo, kem bôi âm đạo chứa thuốc kháng nấm *imidazole* và *fluconazole* đường uống là phương pháp điều trị hiệu quả. Trước khi đưa ra bất kỳ lời khuyên nào, điều quan trọng là phải đặt câu hỏi với bệnh nhân để xác định nguyên nhân có thể gây ra các triệu chứng đó. Việc có nhiều chương trình quảng cáo về điều trị nấm âm đạo trực tiếp tới cộng đồng, điều này có nghĩa người bệnh có thể đã biết được tên thuốc và tới nhà thuốc yêu cầu mua theo tên thuốc đã được quảng cáo. Điều quan trọng là dược sĩ cần xác minh sự phù hợp của lựa chọn chế phẩm nó.

Những điều bạn cần biết

- Tuổi
 - Trẻ em, người lớn, người già
- Thời gian
- Các triệu chứng
 - Ngứa
 - Đau
 - Sự chảy mủ (màu, đồng nhất, mùi)
 - Tiểu khó
 - Giao hợp đau
 - Giun kim
- Tiền sử bệnh
- Thuốc

Tầm quan trọng của câu hỏi và câu trả lời

Tuổi

Candida âm đạo (nấm âm đạo) phổ biến ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và mang thai và bệnh tiểu đường là yếu tố ảnh hưởng mạnh mẽ. Nhiễm khuẩn này rất hiếm ở trẻ em và phụ nữ sau mãn kinh do môi trường khác nhau trong âm đạo. Trái với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ - khi mà pH âm đạo nói chung có tính axit (pH thấp) và chứa glycogen; môi trường âm đạo của trẻ em và phụ nữ mãn kinh có xu hướng kiềm (pH cao) và không chứa một lượng lớn glycogen.

Estrogen, xuất hiện vào khoảng thời gian giữa tuổi dậy thì và mãn kinh, dẫn đến sự hiện diện của glycogen trong âm đạo và cũng góp phần phát triển một lớp hàng rào bảo vệ trên thành của âm đạo. Việc thiếu estrogen ở trẻ em và phụ nữ sau mãn kinh có nghĩa là hàng rào bảo vệ này không có, dẫn tới hậu quả là tăng xu hướng bị nhiễm trùng do vi khuẩn (nhưng không phải do nấm).

Ở Anh, Ủy ban dược phẩm (CHM) khuyến cáo rằng phụ nữ dưới 16 tuổi hoặc trên 60 tuổi phản nản về các triệu chứng bị bệnh nấm âm đạo nên đi khám bác sĩ. Trẻ em bị lạm dụng có thể là nguồn lây nhiễm âm đạo ở bé gái, làm cho việc khuyến nghị đi khám bác sĩ thậm chí

còn quan trọng hơn. Nấm âm đạo là hiếm gặp ở phụ nữ cao tuổi và những nguyên nhân khác gây nên các triệu chứng cần phải được loại trừ.

Thời gian

Một số phụ nữ trì hoãn tìm kiếm lời khuyên từ các dược sĩ hoặc bác sĩ vì sự xấu hổ về các triệu chứng của họ. Họ có thể đã thử dùng một sản phẩm OTC hoặc một loại thuốc theo đơn (xem phần “Thuốc” dưới đây).

Các triệu chứng

Ngứa

Viêm da dị ứng hoặc viêm da kích ứng có thể là nguyên nhân gây ngứa âm đạo. Cần hỏi liệu bệnh nhân gần đây đã sử dụng bất kỳ đồ dùng mới nào trong nhà tắm (ví dụ xà phòng, bồn tắm hoặc vòi sen). Chất khử mùi âm đạo đôi khi là nguồn gốc của các phản ứng dị ứng. Phụ nữ đôi khi sử dụng xà phòng thô, thuốc khử trùng và thụt rửa âm đạo khi làm sạch thái quá âm đạo. Rửa thường xuyên bằng nước ấm là tất cả những gì cần thiết phải làm để giữ sạch âm đạo và duy trì một môi trường âm đạo sạch sẽ.

Candida (nấm). Ngứa liên quan đến nấm thường dữ dội và cảm giác bỏng rát. Đôi khi da có thể bị xước và trầy do gãi khi ngứa trầm trọng.

Sự chảy mủ

Ở những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, âm đạo sản xuất một cách tự nhiên dịch tiết nước và chất nhầy từ cổ tử cung cũng được sản xuất, làm thay đổi tính chất của chất tiết ở các thời điểm khác nhau trong chu kỳ kinh nguyệt. Chất lỏng này có thể có nước hoặc hơi đặc, không có mùi. Một số phụ nữ lo lắng về những dịch tiết tự nhiên và nghĩ rằng họ bị một nhiễm trùng.

Nguyên nhân nhiễm trùng phổ biến nhất của âm đạo là nấm *Candida*. *Candida* âm đạo có thể (nhưng không phải luôn luôn) gắn liền với sự chảy mủ. Việc chảy mủ thường có màu kem cổ điển, đặc và đóng cục, hoặc có thể lỏng và chứa khá nhiều nước. Các nhiễm trùng âm đạo khác có thể là nguyên nhân gây mủ nhưng khác nhau rõ rệt so với nhiễm trùng gây ra bởi nấm. Việc chảy mủ liên quan đến nhiễm *Candida* thường không có mùi khó chịu, trái ngược với mủ gây ra do vi khuẩn. Nhiễm trùng dẫn đến chảy mủ được mô tả như màu vàng hoặc hơi xanh, nhiều khả năng do vi khuẩn gây ra, ví dụ viêm âm đạo do vi khuẩn, nhiễm *Chlamydia* hoặc bệnh lậu.

Triệu chứng của chồng

Đàn ông có thể bị nhiễm *Candida* mà không có bất kỳ triệu chứng nào. Triệu chứng điển hình cho nam giới là một phát ban khó chịu trên dương vật, đặc biệt là trên quy đầu.

Khó tiểu (đau khi tiểu tiện)

Có thể có tiểu khó và trầy xước da do gãi vì ngứa, mặc dù tiểu khó có thể xảy ra không kèm với gãi da. Đôi khi cơn đau khi tiểu có thể bị nhầm lẫn với viêm bàng quang của bệnh nhân. Nếu một phụ nữ than phiền viêm bàng quang, cần hỏi bệnh nhân các triệu chứng khác. CHM khuyên rằng đau bụng dưới và khó tiểu là dấu hiệu cho thấy cần đi khám bác sĩ vì có thể chúng liên quan với nhiễm trùng thận.

Đau khi giao hợp

Đau khi giao hợp có thể do nhiễm trùng hoặc một phản ứng tăng nhạy cảm nơi vùng âm hộ và âm đạo.

Giun kim

Thỉnh thoảng, giun kim có thể dẫn đến ngứa âm đạo và điều này đôi khi xảy ra ở trẻ em. Bệnh nhân bị ngứa hậu môn trong trường hợp như vậy. Các dược sĩ nên khuyên các bé gái ở độ tuổi dưới 16 đi khám bác sĩ trong bất kỳ trường hợp có triệu chứng âm đạo nào.

Tiền sử

Nấm tái phát là một vấn đề đối với một số phụ nữ, thường sau khi điều trị kháng sinh (xem phần dưới đây). Nhiễm trùng tái phát được định nghĩa là "có từ bốn đợt bị triệu chứng Candida hàng năm". Những lời khuyên của CHM là bất kỳ người phụ nữ nào đã có hơn hai đợt bị nấm trong 6 tháng trước đó đều nên đi khám bác sĩ. Nhiễm trùng tái phát có thể cho thấy một vấn đề tiềm ẩn hoặc khả năng miễn dịch bị thay đổi và cần được thăm khám kỹ hơn.

Mang thai

Trong thời gian mang thai, khoảng một trong năm phụ nữ sẽ có một đợt bị nấm Candida âm đạo. Tỷ lệ cao này được cho là do những thay đổi nội tiết tố với một hệ quả là thay đổi môi trường âm đạo dẫn đến sự hiện diện một lượng lớn glycogen. Bất kỳ người phụ nữ mang thai nào bị bệnh nấm nên được giới thiệu đến bác sĩ.

Đái tháo đường

Người ta cho rằng Candida có thể phát triển dễ dàng hơn trong bệnh nhân đái tháo đường vì nồng độ đường cao trong máu và các mô. Đôi khi tái phát nấm âm đạo có thể là một dấu hiệu của bệnh tiểu đường không được chẩn đoán hoặc với một bệnh nhân đã được chẩn đoán thì nó là dấu hiệu kiểm soát bệnh đái tháo đường kém.

Bệnh lây truyền qua đường tình dục

Ở Anh, CHM khẳng định rằng những phụ nữ trước đây đã có một nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục không nên được bán thuốc OTC để điều trị bệnh nấm âm đạo. Lý do cho quyết định này là với người có tiền sử bị bệnh lây truyền qua đường tình dục, các triệu chứng hiện tại có thể không phải là do nấm âm đạo hoặc có thể có một nhiễm trùng kép với một cơ quan khác.

Dược sĩ có thể lo lắng liệu bệnh nhân sẽ trả lời các câu hỏi cá nhân như thế nào. Tuy nhiên, dược sĩ có thể hỏi về các đợt trước đó mắc các triệu chứng tương tự một cách tế nhị, ví dụ, bằng cách hỏi "Bạn đã bao giờ bị như thế này trước đây chưa?" và nếu "Có", "Cho tôi biết về các triệu chứng đó. Liệu triệu chứng đó có giống như lần này?" và về chồng "Chồng của bạn có than phiền đến bất kỳ triệu chứng nào gần đây không?".

Steroid đường uống

Bệnh nhân dùng steroid đường uống có thể làm tăng nguy cơ nhiễm Candida âm đạo.

Bệnh nhân suy giảm miễn dịch

Bệnh nhân nhiễm HIV hoặc AIDS dễ bị nhiễm trùng nấm tái phát vì hệ thống miễn dịch không thể chống lại chúng. Bệnh nhân đang điều trị ung thư cũng có nguy cơ nhiễm trùng.

Thuốc

Thuốc tránh thai đường uống

Có gợi ý cho rằng thuốc tránh thai đường uống có liên quan đến nhiễm candida âm đạo; tuy nhiên, thuốc tránh thai đường uống không còn được coi là một yếu tố quan trọng.

Thuốc kháng sinh

Kháng sinh phổ rộng tiêu diệt các vi khuẩn thực vật tự nhiên (lactobacilli) trong âm đạo và có thể dẫn đến candida phát triển quá mức. Một số phụ nữ cho thấy bị nhiễm một đợt

nấm sau mỗi đợt họ dùng kháng sinh. Các bác sĩ có thể kê một loại thuốc chống nấm tại cùng thời điểm với kháng sinh trong các trường hợp như vậy.

Gây tê tại chỗ

Ngứa âm đạo thực sự có thể được gây ra bởi một số các sản phẩm sử dụng để giảm bớt các triệu chứng. Các loại kem, thuốc mỡ được quảng cáo trị ngứa ở “nữ giới” thường chứa thuốc tê tại chỗ - một nguyên nhân nổi tiếng gây phản ứng tăng nhạy cảm. Điều quan trọng là phải kiểm tra liệu bệnh nhân có dùng bất kì thứ gì để điều trị triệu chứng trước khi đến quầy thuốc tìm lời khuyên của bạn.

Các trường hợp phải đi khám bác sĩ

Theo danh sách CHM Anh:

- Lần đầu tiên xuất hiện các triệu chứng
- Mẫn cảm với imidazole hoặc các sản phẩm chống nấm âm đạo khác
- Mang thai hoặc nghi ngờ có thai
- Hơn hai lần bị bệnh trong 6 tháng trước
- Tiền sử trước đó bị bệnh nhiễm trùng lây qua đường sinh dục
- Quan hệ với đối tác bị bệnh nhiễm trùng lây qua đường sinh dục
- Bệnh nhân dưới 16 tuổi hoặc trên 60 tuổi
- Chảy máu âm đạo bất thường hoặc đột xuất
- Dịch tiết âm đạo có lẫn máu
- Loét viêm loét hoặc phỏng da âm hộ hoặc âm đạo
- Kèm đau bụng dưới hoặc khó tiểu
- Các tác dụng phụ (bị đỏ, rát hoặc sưng liên quan đến điều trị)
- Không cải thiện trong vòng 7 ngày điều trị

Quản lý

Chế phẩm *azole* đường uống hoặc đặt âm đạo một liều duy nhất là hiệu quả trong điều trị nấm candida âm đạo với 80-95% tỷ lệ chữa khỏi trên lâm sàng. Một tổng quan Cochrane cho thấy chúng có hiệu quả như nhau. Các chế phẩm tại chỗ giúp giảm triệu chứng nhanh hơn, có thể do chất dẫn thuốc. Nhưng chúng đôi khi có thể làm trầm trọng thêm cảm giác rát và khi đó điều trị bằng đường uống có thể được ưu tiên nếu âm hộ rất viêm. Phương pháp điều trị đường uống có hiệu quả, nhưng nó có thể mất 12-24 giờ trước khi các triệu chứng được cải thiện. Một số phụ nữ thấy điều trị đường uống thuận tiện hơn. Bệnh nhân cho rằng các sản phẩm đơn liều rất thuận tiện và tuân thủ điều trị là cao hơn so với phương pháp điều trị dùng trong vài ngày. Có thể hỏi các bệnh nhân là thích dùng một viên đặt âm đạo, kem bôi âm đạo hay dùng đường uống hơn. Một số chuyên gia cho rằng thuốc kháng nấm đường uống nên được dành cho các trường hợp kháng thuốc. Dược sĩ sẽ sử dụng chuyên môn của mình, đồng thời cân nhắc sở thích của bệnh nhân trong việc đưa ra các quyết định điều trị.

Các dược sĩ nên chắc chắn rằng bệnh nhân biết cách sử dụng sản phẩm như thế nào. Một cách hiệu quả để làm điều này là chỉ dẫn cho bệnh nhân tờ thông tin thuốc của nhà sản xuất. Trường hợp các triệu chứng bên ngoài cũng là một vấn đề, một kem bôi *azole* (*miconazole* hoặc *clotrimazole*) có thể được dùng bổ sung kèm với một thuốc bôi tại chỗ âm đạo hoặc một sản phẩm đường uống. Kem bôi nên dùng hai lần mỗi ngày, vào buổi sáng và ban đêm.

Các azole có thể gây ra phản ứng nhạy cảm nhưng điều này dường như hiếm xảy ra. *Fluconazole* dường như tương tác với một số loại thuốc: thuốc chống đông máu, các sulphonylurea đường uống, ciclosporin (cyclosporin), phenytoin, rifampicin và theophylline.

Sự khác nhau của việc dùng *fluconazole* với liều duy nhất so với dùng liên tục đến khả năng gây tương tác thuốc là không rõ. Về mặt lý thuyết, sử dụng đơn liều dường như không gây ra vấn đề nhưng trong một nghiên cứu nhỏ ở phụ nữ dùng warfarin đã ghi nhận thời gian prothrombin tăng lên.

Báo cáo tác dụng phụ từ *fluconazole* đường uống xảy ra ở khoảng 10% bệnh nhân, và thường nhẹ và thoáng qua. Chúng bao gồm buồn nôn, đau bụng, đầy hơi và tiêu chảy. *Fluconazole* đường uống không được khuyến cáo trong khi mang thai hoặc cho con bú bởi vì nó được bài tiết qua sữa mẹ.

Quan điểm thực tế

Sự riêng tư

Bệnh nhân tìm kiếm lời khuyên về các triệu chứng âm đạo có thể xấu hổ, sợ rằng cuộc trò chuyện của họ với dược sĩ sẽ bị nghe lỏm. Do đó, điều quan trọng là cố gắng đảm bảo sự riêng tư. Bệnh nhân có thể yêu cầu mua một sản phẩm với tên cụ thể có thể là một nỗ lực của bệnh nhân để tránh phải trao đổi với dược sĩ. Tuy nhiên, dược sĩ cần trao đổi với bệnh nhân để đảm bảo rằng sản phẩm bệnh nhân cần mua là phù hợp.

Điều trị cho chồng

Đàn ông có thể bị nhiễm *Candida* mà không biểu hiện bất kỳ triệu chứng nào. Triệu chứng điển hình cho nam giới là một phát ban khó chịu trên dương vật, đặc biệt là trên qui đầu. Trong khi ý kiến chuyên gia cho rằng các đối tác nam không có triệu chứng không nên được điều trị, điều này vẫn còn là một lĩnh vực tranh cãi. Nam giới có triệu chứng viêm quy đầu candida (nấm dương vật) và có đối tác nữ bị nấm âm đạo nên được điều trị. Một kem azole có thể sử dụng hai lần mỗi ngày vào các qui đầu của dương vật, bôi vào da bọc quy đầu trong 6 ngày. *Fluconazole* đường uống có thể được sử dụng.

Sữa chua “sống”

Sữa chua sống chứa lactobacilli, được cho là thay đổi môi trường âm đạo, làm cho *Candida* khó phát triển hơn. Người ta cho rằng phụ nữ dễ bị nấm nên thường xuyên ăn sữa chua sống để tăng nồng độ của lactobacilli trong ruột. Tuy nhiên, dữ liệu không hiện tại không thể khẳng định hiệu quả của việc dùng sữa chua có chứa *Lactobacillus*, dùng bằng đường uống hoặc bôi âm đạo, trong điều trị cũng như dự phòng bệnh nấm. Bôi trực tiếp sữa chua sống vào âm hộ hoặc bằng vệ sinh đã được khuyến cáo như là biện pháp điều trị bệnh nấm. Một số phụ nữ báo cáo bị đau nhức khi dùng, điều này không có gì ngạc nhiên nếu da đang bị trầy và đau. Nó vô hại, mặc dù thiếu các bằng chứng về hiệu quả.

Phòng ngừa

Nấm phát triển mạnh trong môi trường ẩm. Phụ nữ dễ bị nấm tấn công có thể tránh dùng đồ lót và quần bằng nylon và thay bằng đồ lót cotton có thể giúp ngăn chặn nấm tấn công trong tương lai.

Các lớp lót bảo vệ âm đạo bị tước đi do dùng bọt tắm, xà phòng và thụt rửa âm đạo, và tốt nhất nên tránh chúng. Chất khử mùi âm đạo tự chúng có thể gây ra phản ứng dị ứng và không nên được sử dụng. Nếu bệnh nhân muốn sử dụng xà phòng hoặc chất tẩy rửa, một sản phẩm nhẹ nhàng, không có mùi là tốt nhất.

Bởi vì *Candida* có thể lây qua giấy vệ sinh khi lau hậu môn sau khi đi cầu, lau từ trước ra sau sẽ giúp ngăn chặn điều này.

Nấm âm đạo trong thực tế

Ca 1

P. gọi điện cho nhà thuốc để xin tư vấn vì cô nghĩ rằng mình bị bệnh nấm âm đạo. Cô ấy nói với bạn rằng cô không muốn đến nhà thuốc vì cô lo ngại rằng các cuộc trò chuyện có thể bị nghe lén. Khi bạn hỏi tại sao cô ấy nghĩ rằng cô ấy có thể bị bệnh nấm, cô ấy nói với bạn rằng cô ấy gần đây đã được kê đơn một đợt metronidazole trong một tuần. Cô sinh đứa con đầu khoảng 6 tháng trước và bị kích ứng da sau khi rạch âm hộ. Khi cô quay trở lại khám với bác sĩ sau khi uống metronidazole, cô đã được kê đợt thứ hai metronidazole và amoxicillin trong 1 tuần và miếng gạc đã được lấy ra. Bác sĩ không liên lạc gì trong khoảng 2 tuần cho đến khi bác sĩ phẫu thuật điện hỏi liệu rằng cô ấy đã được thông báo kết quả của miếng gạc (Cô ấy đã không còn miếng gạc). Cô được yêu cầu tái khám để được kê một đơn thuốc từ bác sĩ phẫu thuật. Cô vẫn chưa đi lấy đơn thuốc đó nhưng cô biết đơn thuốc đó là viên đặt âm đạo.

Quan điểm của dược sĩ

Yêu cầu này của bệnh nhân là khó giải quyết bởi vì dược sĩ không có quyền truy cập thông tin chẩn đoán hoặc kết quả kiểm tra. Có vẻ như là có vấn đề truyền thông giữa bác sĩ và bệnh nhân, và kết quả kiểm tra đã đưa cho bệnh nhân chậm trễ. Tôi sẽ hỏi tên của thuốc đặt âm đạo trên đơn thuốc và sau đó giải thích nó được chỉ định với mục đích gì. Tôi sẽ giải thích cho bệnh nhân là bệnh nấm đôi khi xảy ra sau một đợt kháng sinh và thuốc đặt âm đạo có khả năng chữa trị nó.

Quan điểm của bác sĩ

Có lẽ sẽ là tốt nhất cho P. khi quay trở lại gặp bác sĩ của mình - người đã kê hai đợt điều trị của cô và lấy miếng gạc ra. Cô cần phải biết chính xác các bác sĩ đã điều trị cho cô bằng những thuốc gì, kết quả của miếng gạc là gì và giải thích các triệu chứng hiện tại cho bác sĩ của cô. Metronidazole thường kê đơn đối với viêm âm đạo nhiễm khuẩn. Có thể cho rằng cô cũng đã phát triển nấm, đặc biệt khi cô đã được dùng amoxicillin. Điều quan trọng không kém là cần cho bệnh nhân biết làm thế nào và khi nào họ có thể nhận được kết quả xét nghiệm. Thường bệnh nhân tự hiểu ngầm rằng nếu họ không thông tin gì từ bác sĩ phẫu thuật của mình, kết quả là âm tính hoặc bình thường. Điều này có thể là hiểu nhầm nguy. Trong tình huống này, người kê đơn cũng cần giải thích tầm quan trọng của việc đơn thuốc mà bệnh nhân chưa lấy tại bác sĩ phẫu thuật.

Ca 2

H. là một sinh viên tại trường đại học địa phương. Cô muốn mua một sản phẩm để điều trị nấm âm đạo. Bạn dẫn H. vào một khu vực yên tĩnh của cửa hàng - nơi cuộc trò chuyện của bạn sẽ không bị nghe lén. Ban đầu, H. chống cự khi thấy bạn hỏi những câu hỏi riêng tư. Sau đó bạn đã giải thích rằng bạn cần một số thông tin trước khi có thể bán các sản phẩm này và rằng, trong mọi trường hợp, bạn cần phải chắc chắn rằng cô ấy bị bệnh nấm âm đạo và không phải các nhiễm trùng khác, cô ấy có vẻ vui vẻ hơn.

Cô ấy đã không bị nấm hoặc bất kỳ triệu chứng tương tự trước đây, cô ấy đã mô tả triệu chứng của mình với một người bạn cùng phòng và cô bạn gái ấy đã chẩn đoán cô bị nấm âm đạo. Các triệu chứng tồi tệ nhất là ngứa, đặc biệt nghiêm trọng vào đêm qua. H. nhận thấy

một lượng nhỏ dịch tiết màu kem. Các lớp da âm hộ bị đau và đỏ. H. đã có bạn trai, nhưng anh ta đã không có bất kỳ triệu chứng nào. Cô không dùng bất cứ loại thuốc nào và hiện tại không có bất kỳ bệnh hoặc tình trạng nào khác. Kể từ nhập học trường đại học một vài tháng trước, cô đã không đăng ký khám tại trung tâm y tế của trường và do đó đã đi đến nhà thuốc với hy vọng mua thuốc để điều trị.

Quan điểm của dược sĩ

Các triệu chứng chính là ngứa và dịch tiết âm đạo màu kem nên nhiễm nấm âm đạo là khả năng xảy ra cao nhất. H. không có tiền sử bị tình trạng này trước đây, và thật không may, các quy định không cho phép dược sĩ khuyên dùng một sản phẩm azole âm đạo hoặc *fluconazole* đường uống trong trường hợp như vậy. Một kem azole sẽ giúp giảm ngứa và đau nhức vùng da âm hộ. Bạn trai của cô không trải qua các triệu chứng nên anh ấy không cần điều trị. Tuy nhiên, do chỉ điều trị tại chỗ đường như không có khả năng loại bỏ nhiễm trùng, sẽ tốt hơn cho H. nếu cô ấy đi khám bác sĩ.

Quan điểm của bác sĩ

Tiền sử gợi ý nấm và điều trị bao gồm một chế phẩm đặt âm đạo thích hợp. Trường hợp này cho thấy rõ một số khó khăn khi hỏi những câu hỏi cá nhân về cơ quan sinh dục và hoạt động tình dục. Những khó khăn này cũng có thể xảy ra đối với các bác sĩ phẫu thuật. Điều quan trọng là các bác sĩ cần trao đổi cẩn thận về những ý kiến, sự hiểu biết, quan tâm và mong muốn của bệnh nhân. Nhiều bác sĩ sẽ kê đơn mà không kiểm tra tiền sử bệnh nhân rõ ràng; bác sĩ chỉ kiểm tra và lấy mẫu vi sinh chỉ khi điều trị ban đầu thất bại.

BÀI 30. THUỐC TRÁNH THAI KHẨN CẤP³

Đáp ứng yêu cầu sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp dược sĩ cần có kỹ năng giao tiếp tế nhị. Nên tạo các điều kiện tư vấn riêng biệt và có khu vực hoặc phòng tư vấn rộng rãi và thuận tiện hơn sẽ cải thiện yêu cầu tư vấn này. Phải rất thận trọng trong sử dụng từ ngữ khi trao đổi với khách hàng. Khoảng 20% phụ nữ sẽ tới nhà thuốc khác chứ không phải nhà thuốc họ thường xuyên đến vì muốn giữ kín danh tính.

Những gì bạn cần biết

- Lứa tuổi
- Tại sao cần thuốc tránh thai khẩn cấp? Xác nhận đã có quan hệ tình dục không được bảo vệ hoặc đã thất bại trong các biện pháp tránh thai.
- Khi nào có quan hệ tình dục không được bảo vệ hay các biện pháp tránh thai thất bại?
- Người phụ nữ có thể đã có thai không?
- Các loại thuốc khác đang dùng

Ý nghĩa của câu hỏi và câu trả lời

Lứa tuổi

Có thể cung cấp thuốc tránh thai khẩn cấp như thuốc OTC theo danh mục thuốc chỉ bán ở nhà thuốc (P⁴ medicine) cho phụ nữ từ 16 tuổi trở lên. Đối với các cháu gái dưới 16 tuổi dược sĩ có thể giới thiệu tới phòng khám hoặc trung tâm dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Theo quy định của Cơ quan Dịch vụ Y tế Quốc gia (National Health Service)⁵, nhà thuốc có thể cung cấp thuốc tránh thai khẩn cấp theo một bộ văn bản pháp lý hướng dẫn (Patient Group Direction-PGD gọi tắt là văn bản hướng dẫn-VBHD). Theo các VBHD một số cơ sở y tế gồm cả các nhà thuốc cộng đồng được phép cung cấp thuốc tránh thai khẩn cấp cho các em gái dưới 16 tuổi.⁶

Tại sao cần thuốc tránh thai khẩn cấp

³ Alison Blenkinsopp, Paul Paxton and John Blenkinsopp, *Symptoms in the Pharmacy: A Guide to the Management of Common Illness, Seventh Edition 2014*, John Wiley & Sons, Ltd. Published

⁴ Nhóm thuốc không kê đơn chỉ bán ở nhà thuốc theo phân loại thuốc ở EU. Bạn đọc có thể tham khảo thêm bài viết VẤN ĐỀ NÓNG BÁN THUỐC Ở SIÊU THỊ <http://namudinsider.com/?p=12033> Chú giải của người dịch (CGND).

⁵ Cơ quan Dịch vụ Y tế Quốc gia (National Health Service) tại Vương Quốc Anh CGND.

⁶ Các VBHD quy định các điều kiện chi tiết cho phép cung ứng thuốc kê đơn cho người bệnh cụ thể không cần đơn thuốc và không thể xác định được danh tính trước khi điều trị theo phác đồ điều trị đã thỏa thuận tại mỗi địa phương theo một VBHD riêng. Ở Cơ quan Dịch vụ Y tế Quốc gia và ở một số khu vực có các VBHD các nhà thuốc cộng đồng được ủy quyền cung cấp một số dịch vụ trong đó có thuốc tránh thai khẩn cấp. Các dịch vụ này phải đáp ứng các tiêu chí an toàn và chất lượng. Để đáp ứng yêu cầu vừa nêu dược sỹ cộng đồng phải theo các khóa đào tạo, phải cập nhật kiến thức, phù hợp và phải sát hạch có đủ năng lực quản lý thuốc theo các VBHD và theo khuyến nghị của Bộ Y tế. Khi thực hành bắt buộc phải theo các quy trình thao tác chuẩn SOP (Standard operating procedure) và ghi chép và lưu trữ hồ sơ từ thao tác đến nhà cung cấp sản phẩm thuốc (xem thêm phần Giới thiệu Hướng dẫn sử dụng sách) CGND.

Những nguyên nhân phổ biến nhất cần đến thuốc tránh thai khẩn cấp gồm thất bại trong phương pháp tránh thai màng ngăn (rách bao cao su), quên uống thuốc tránh thai và có quan hệ tình dục không được bảo vệ. Khi khách hàng quên uống thuốc dực sĩ nên hướng dẫn họ làm theo các khuyến cáo của Đơn vị Hiệu quả Lâm sàng (Clinical Effectiveness Unit), Khoa Kế hoạch Gia đình và Chăm sóc sức khỏe Sinh sản (Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care), Đại học Sản Phụ Hoàng gia (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists).

(Hướng dẫn Tránh thai Khẩn cấp: Cập nhật 01/2012 tại trang web của Đơn vị Hiệu quả Lâm sàng, Khoa Kế hoạch Gia đình và Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản (KGCSS), Đại học Sản Phụ Hoàng gia www.ffprhc.org.uk).

Khuyến cáo của KGCSS sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp (2012)	
Biện pháp tránh thai đang áp dụng	Tình huống có thể gây có thai
Thuốc kết hợp	Nếu quên hai viên thuốc tránh thai có hoạt chất ethinyl estradiol trở lên trong tuần đầu tiên dùng vì thuốc (từ 1 tới 7 ngày bắt đầu uống thuốc) và có quan hệ tình dục không được bảo vệ trong một tuần hoặc không sử dụng thuốc trong tuần này.
Thuốc tránh thai chỉ có progestogen (Progestogen Only Pill) 7	Nếu quên một hoặc nhiều viên thuốc tránh thai có hoạt chất có progestogen trên 3 giờ hoặc muộn hơn (trên 12 giờ desogestrel) và có quan hệ tình dục không được bảo vệ sau 2 ngày quên thuốc.
Thuốc tránh thai chỉ có progestogen dạng tiêm	Nếu quên tiêm thuốc tránh thai (trên 14 tuần kể từ lần tiêm trước với thuốc tiêm hoạt chất medro-xyprogesterone acetate hoặc trên 10 tuần với thuốc tiêm hoạt chất norethisterone enanthate) và có quan hệ tình dục không được bảo vệ
Phương pháp màng ngăn	Nếu thất bại trong phương pháp tránh thai màng ngăn

Khi quan hệ tình dục không được bảo vệ hoặc thất bại trong tránh thai

Cần phải dùng thuốc tránh thai khẩn cấp trong vòng 72 giờ khi có quan hệ tình dục không được bảo vệ. Càng dùng thuốc sớm hiệu quả càng cao. Nếu quan hệ tình dục không được bảo vệ diễn ra từ 72 giờ đến 5 ngày trước đó, người phụ nữ có thể phải đặt vòng tránh thai (Intrauterine Device) như một phương pháp tránh thai khẩn cấp.⁸

Các yêu cầu này đôi khi dẫn tới việc mua thuốc tránh thai khẩn cấp để sử dụng sau (khi đi du lịch). Điều này sẽ đề cập tới ở phần dưới đây.

Có thể người phụ nữ đã có thai không?

⁷ Ở Việt Nam thuốc tránh thai chỉ có progestogen gọi là thuốc tránh thai cho người đang cho con bú CGND.

⁸ Ở Vương Quốc Anh và một số nước châu Âu ngoài dùng thuốc tránh thai khẩn cấp, người phụ nữ có thể đến phòng khám chuyên khoa sản hoặc Trung tâm Kế hoạch hóa Gia đình đặt vòng tránh thai tạm thời cho đến khi an toàn rồi tháo ra nếu muốn CGND.

Bất cứ khi nào khách hàng có quan hệ tình dục không được bảo vệ trong mọi giai đoạn của chu kỳ kinh nguyệt hiện tại đều cần quan tâm. Hãy hỏi khách hàng về chu kỳ kinh nguyệt có sớm hơn hoặc muộn hơn bình thường không. Nếu nghi ngờ được sĩ có thể đề nghị người phụ nữ tiến hành thử thai (dùng que thử thai). Thuốc tránh thai khẩn cấp không có hiệu quả nếu người phụ nữ đã mang thai. Không có bằng chứng thuốc tránh thai khẩn cấp có hại cho thai nhi.

Thuốc tránh thai khẩn cấp tương tác với các loại thuốc khác đang dùng

Các thuốc tác động tới men gan có khả năng làm tăng chuyển hóa levonorgestrel do đó làm giảm hiệu quả thuốc. Những phụ nữ đang uống các loại thuốc sau đây cần tìm biện pháp tránh thai khẩn cấp khác thay cho dùng thuốc tránh thai khẩn cấp:

Nhóm thuốc chống co giật (*carbamazepin, phenytoin, primidon, phenobarbital*)

Rifampicin, rifabutin và griseofulvin

*Ritonavir, Hypericum perforatum St John's wort*⁹

Tương tác giữa ciclosporin và levonorgestrel: progestogen ức chế chuyển hóa ciclosporin và dẫn tới tăng nồng độ thuốc. Nên tư vấn kỹ cho phụ nữ muốn dùng thuốc tránh thai khẩn cấp đang dùng ciclosporin.

Các giai đoạn điều trị

Phải sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp trong vòng 72 giờ sau khi có quan hệ tình dục không được bảo vệ.

Khi nào nên khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ

Dưới 16 tuổi

Trên 72 giờ sau khi có quan hệ tình dục không được bảo vệ

Dùng một loại thuốc tương tác với thuốc tránh thai khẩn cấp

Các yêu cầu sử dụng trong tương lai

Quản lý

Liều lượng

Thuốc tránh thai khẩn cấp Levonorgestrel dùng một lần một viên 1,5 mg sử dụng càng sớm càng tốt sau khi có quan hệ tình dục không được bảo vệ.

Tác dụng phụ

Buồn nôn tác dụng phụ hay gặp nhất, xảy ra ở khoảng 14% phụ nữ trong các thử nghiệm lâm sàng với thuốc tránh thai khẩn cấp levonorgestrel. Số phụ nữ thực sự bị nôn chỉ dưới (1%). Mặc dù ít khả năng bị nôn, hấp thụ levonorgestrel có thể bị ảnh hưởng nếu bị nôn trong vòng 3 giờ sau khi dùng thuốc. Cần uống thêm một liều thuốc càng sớm càng tốt.

Những phụ nữ nào không nên dùng thuốc tránh thai khẩn cấp

⁹ St John's wort Cây Ban Âu *Hypericum perforatum L.* Họ: Ban *Hypericaceae* cây nhập nội và đưa vào trồng tại các tỉnh miền núi phía Bắc từ năm 2004. Cây này được sử dụng như một loại thảo dược tại các nước châu Âu. Bộ phận sử dụng: Phần trên mặt đất thu hoạch khi cây bắt đầu ra hoa. Công dụng: Dùng điều trị bệnh trầm cảm. Ngoài ra được dùng làm thuốc trị bệnh gan, thuốc chống viêm, kháng khuẩn, chữa bỏng, chống virus, chống nghiện rượu CGND.

Giấy phép lưu hành thuốc P khuyên không dùng thuốc cho phụ nữ đang mang thai (vì không tác dụng), những người bị rối loạn chức năng gan nặng hoặc có rối loạn hấp thu nặng (bệnh Crohn).

Lời khuyên khi cung cấp thuốc tránh thai khẩn cấp

1. Dùng thuốc càng sớm càng tốt.
2. Khoảng 1/7 số phụ nữ cảm thấy buồn nôn sau khi uống thuốc tránh thai khẩn cấp levonorgestrel nhưng chỉ có 1 % thực sự bị nôn.
3. Nếu bị nôn trong vòng 3 giờ sau khi uống thuốc, cần phải uống lại liều thuốc khác.
4. Chu kỳ kinh nguyệt tiếp theo có thể sớm hơn hoặc muộn hơn bình thường. Nếu kinh nguyệt ít hơn, ngắn hơn hoặc nhiều hơn 3 ngày so với bình thường, người phụ nữ cần phải đi khám chuyên khoa, bác sĩ hoặc nhân viên y tế ở khoa sản phụ hoặc trung tâm kế hoạch gia đình sẽ khám và làm xét nghiệm chẩn đoán thai để xác định tình trạng có thai.
5. Nếu người phụ nữ uống thuốc tránh thai phối hợp (Combined Oral Contraceptive), nên sử dụng bao cao su và tiếp tục uống thuốc tránh thai liên tục 7 ngày.
6. Thuốc tránh thai khẩn cấp không bảo vệ người sử dụng phòng tránh được các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục.
- 7.

Quan điểm thực hành

Ở nhiều khu vực các VBHD trao quyền cho dược sĩ được cung ứng thuốc tránh thai khẩn cấp theo hướng dẫn của Cơ quan Dịch vụ Y tế Quốc gia. Cơ quan Dịch vụ Y tế Quốc gia ban hành các VBHD cho phép phụ nữ được tự do mua thuốc tránh thai khẩn cấp không phải theo quy định trong giấy phép lưu hành sản phẩm OTC (cháu gái dưới 16 tuổi) và một số phụ nữ gặp khó khăn liên quan đến chi phí bảo hiểm y tế khi sử dụng loại thuốc OTC này (khoảng £ 25) tiếp cận nhanh hơn với các loại thuốc tránh thai khẩn cấp. Dược sĩ được phép cung ứng theo các VBHD phải thực hiện theo một phác đồ điều trị quy định chặt chẽ và phải tiến hành theo SOP.

Ở một số khu vực danh mục thuốc trong VBHD cho nhà thuốc có acetat ulipristal (UPA, EllaOne®), thuốc tác dụng đối kháng chọn lọc trên thụ thể progesteron, phong bế hoạt tính progestogen có tác dụng tránh thai tới 5 ngày (120 giờ) sau khi có quan hệ tình dục không được bảo vệ. Ulipristal có hiệu quả hơn so với levo-norgestrel ở phụ nữ có chỉ số trọng lượng cơ thể và chiều cao (Body Mass Index) trên 30 và với phụ nữ trong thời gian dễ thụ thai (thời kỳ rụng trứng). Khác biệt giữa ulipristal và levonorgestrel ở tương tác thuốc.¹⁰

Dược sĩ cần nắm thông tin về các trung tâm dịch vụ kế hoạch hóa gia đình tại địa phương, giờ phục vụ của các trung tâm này để có thể tham khảo nếu có khách hàng không phù hợp với điều kiện cung ứng thuốc tránh thai khẩn cấp có nội tiết tố được phép bán tại nhà thuốc (thuốc tránh thai khẩn cấp thuộc nhóm P) dược sĩ có thể tư vấn cho khách hàng. Hiểu biết về các trung tâm dịch vụ tại địa phương rất quan trọng giúp việc tư vấn đầy đủ các thông tin

¹⁰ Trong nhóm này còn có mifepriston (biệt dược mifestad của Standa Việt Nam) tác dụng tránh thai khẩn cấp chỉ với một liều đơn nhất 10 mg CGND.

thường xuyên về phương pháp tránh thai và các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục cho những khách hàng mong muốn nhận được những điều hữu ích về sức khỏe sinh sản và tình dục lành mạnh.

Đối với việc cấp trước thuốc tránh thai khẩn cấp, Khoa Kế hoạch Gia đình và Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản, Đại học Sản Phụ Hoàng gia hướng dẫn các nhân viên y tế có thể xem xét việc cung cấp sẵn này trên cơ sở riêng biệt cho những phụ nữ có nguy cơ (phụ nữ sử dụng phương pháp tránh thai màng ngăn hoặc đi du lịch nước ngoài). Tuy nhiên các nghiên cứu cho thấy phụ nữ có thể cảm thấy miễn cưỡng khi được hỏi về việc cấp trước thuốc tránh thai khẩn cấp do những lo ngại tới việc bị phán xét và do đó Khoa Kế hoạch Gia đình và Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản, Đại học Sản Phụ Hoàng gia khuyến cáo nhân viên y tế nên chủ động hơn trong việc thông tin về sử dụng của tránh thai khẩn cấp cho các phụ nữ. Hiệp hội Dược phẩm Hoàng Gia Vương Quốc Anh (Royal Pharmaceutical Society) hướng dẫn nếu phải đối mặt với một yêu cầu cung ứng trước thuốc tránh thai khẩn cấp dược sĩ nên sử dụng khả năng chuyên môn để ra quyết định lâm sàng phù hợp với việc cung cấp. Hiệp hội Dược phẩm Hoàng Gia gợi ý:

Từ chối yêu cầu cấp lại để dùng về sau thuốc tránh thai khẩn cấp và tư vấn cho khách hàng tìm kiếm các phương pháp tránh thai đáng tin cậy hơn miễn là nhắc nhở đảm bảo mọi sử dụng tiềm tàng thuốc tránh thai khẩn cấp an toàn, hiệu quả, hợp lý.

Hiệp hội đề xuất đưa vào tư vấn những điểm sau đây:

(a) Đọc lại tờ hướng dẫn sử dụng thuốc trước khi dùng sản phẩm để đảm bảo thuốc tránh thai khẩn cấp vẫn còn thích hợp với bạn.

(b) Hiệu quả thuốc tránh thai khẩn cấp (levonorgestrel) giảm dần theo thời điểm sử dụng và sẽ chỉ có hiệu quả nếu sử dụng trong vòng 72 giờ (3 ngày) khi có quan hệ tình dục không được bảo vệ hay các phương pháp tránh thai bị thất bại.

(c) Đặt vòng tránh thai có thể có hiệu quả tới 120 giờ (5 ngày) sau khi quan hệ tình dục không được bảo vệ hoặc trong vòng 5 ngày kể từ ngày rụng trứng dự kiến.

(d) Thuốc tránh thai khẩn cấp chống chỉ định với phụ nữ có thai. Nếu bạn có quan hệ tình dục không được bảo vệ trên 72 giờ trước và xảy ra từ kỳ kinh trước của bạn, bạn có thể đã có thai và sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp sẽ không có hiệu quả. Hãy tham khảo ý kiến bác sĩ hoặc dược sĩ của bạn để được tư vấn.

Trong một thử nghiệm tiếp cận rộng hơn với thuốc tránh thai khẩn cấp trên 2000 phụ nữ, được cấp trước thuốc ở nhà có nhiều khả năng sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp khi cần thiết không thấy có ảnh hưởng tới sử dụng biện pháp tránh thai thường xuyên hoặc làm tăng hành vi tình dục có nguy cơ cao.

Thuốc tránh thai khẩn cấp trong thực hành

Ca lâm sàng 1

Bạn nhận ra một khách hàng thường xuyên tới nhà thuốc nói chuyện với dược sĩ. Người phụ nữ cảm thấy cần dùng thuốc tránh thai khẩn cấp và bạn mời khách hàng tới khu vực tư vấn riêng biệt ở nhà thuốc. Khi hỏi bạn biết khách hàng sử dụng thuốc tránh chỉ có progestogen nhưng sẽ đi công tác vào đầu tuần này và quên uống một viên vì không mang theo vỉ thuốc. Theo thông tin trên tờ hướng dẫn khách hàng phải áp dụng biện pháp tránh thai khác trong 7 ngày. Đêm qua khách hàng có quan hệ tình dục và không dùng bao cao su.

Khách không dùng bất cứ loại thuốc nào khác cũng như mọi loại thuốc thảo dược ngoài sử dụng thuốc tránh thai. Kỳ kinh gần đây bình thường và không có thêm quan hệ tình dục không được bảo vệ.

Quan điểm của dược sĩ

Nhiều phụ nữ yêu cầu thuốc tránh thai khẩn cấp có độ tuổi từ 20 đến 30 và sử dụng thường xuyên các biện pháp tránh thai nhưng đã có một sai sót nào đó. Người phụ nữ này cần phải dùng thuốc tránh thai khẩn cấp và dược sĩ có thể sử dụng các thông tin trong tờ hướng dẫn sử dụng để tư vấn cho khách hàng về thời gian dùng thuốc và phải làm gì nếu bị tác dụng. Các dược sĩ cũng có thể cung cấp bao cao su hoặc thuốc diệt tinh trùng và khuyến khích tiếp tục dùng các phương pháp tránh thai khác cho đến khi dùng đủ 7 ngày liên tục thuốc tránh thai chỉ có progestogen.

Quan điểm của bác sĩ

Cách tiếp cận của dược sĩ hợp lý. Có khả năng dễ thực hiện tư vấn hơn vì các dược sĩ đã có một mối quan hệ chuyên môn với người bệnh và sẽ dễ dàng hơn với người bệnh muốn tìm nơi đầu tiên nhận được lời khuyên. Sẽ có ích cho khách hàng khi muốn xem xét liệu có phù hợp với thuốc tránh thai chỉ có progestogen và cho dù trước đó khách hàng có quên uống thuốc. Khách hàng có thể được tư vấn đến bác sĩ kê đơn theo dõi các vấn đề liên quan.

Ca lâm sàng 2

Khoảng 16 giờ 30 một chiều thứ bảy một cô gái trẻ bước vào nhà thuốc, yêu cầu nhân viên bán hàng tư vấn sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp và được giới thiệu đến gặp bạn (dược sĩ phụ trách). Bạn mời khách hàng đến khu vực tư vấn ở nhà thuốc khi trao đổi bạn biết khách hàng có quan hệ với bạn trai lần đầu tiên đêm qua và không áp dụng các biện pháp tránh thai. Khách hàng không dùng bất cứ loại thuốc hoặc mọi loại thảo dược nào khác. Khách hàng có chu kỳ kinh nguyệt khá đều khoảng 30 ngày. Bạn đoán người khách có thể dưới 16 tuổi.

Quan điểm của dược sĩ

Cô gái này có quan hệ tình dục không được bảo vệ trong khoảng 12-18 giờ trước. Nếu dưới 16 tuổi mua thuốc tránh thai khẩn cấp ở nhà thuốc không phù hợp các điều khoản trong giấy phép sản phẩm và dược sĩ có thể hỏi tuổi khách hàng. Một số nhà thuốc có thể cung cấp thuốc tránh thai khẩn cấp theo quy định của Cơ quan Dịch vụ Y tế Quốc gia đối với người dưới 16 tuổi thông qua một VBHD cụ thể. Nếu ở khu vực không có VBHD phù hợp, dược sĩ sẽ phải xem xét các phương pháp tiếp cận khác có sẵn. Trung tâm walk-in¹¹, các thầy thuốc trung tâm đang ngoài giờ làm việc hoặc Khoa Tai nạn và Cấp cứu có thể vẫn tiếp cận được và khoảng thời gian sử dụng ulipristal đến 120 giờ, do đó hẹn gặp lại khách hàng vào ngày thứ hai để tiếp cận thuốc vẫn nằm trong phạm vi an toàn. Nếu tất cả những phương cách khác không khả thi, dược sĩ phải cân nhắc lợi ích và rủi ro tham khảo việc cung ứng thuốc không phù hợp các điều khoản của giấy phép lưu hành sản phẩm OTC. Trong khi thời gian bắt đầu phải dùng thuốc trong vòng 72 giờ sau khi có quan hệ tình dục không được bảo vệ, dùng càng sớm thuốc tránh thai khẩn cấp càng có hiệu quả. Dược sĩ phải khéo léo đề nghị khách hàng có

¹¹ Trung tâm walk-in. Trung tâm y tế cung cấp miễn phí các dịch vụ và nhanh chóng tiếp cận tư vấn chăm sóc sức khỏe và điều trị. Người dân ở Vương Quốc Anh khi thụ hưởng dịch vụ tại các trung tâm walk-in không cần đặt lịch hẹn trước. Trung tâm tư vấn và điều trị các thương tích nhẹ, bệnh tật và hướng dẫn về làm thế nào để sử dụng các dịch vụ Cơ quan Dịch vụ Y tế Quốc gia CGND.

thể được tư vấn về các biện pháp tránh thai thường xuyên và thảo luận xem khách hàng có muốn được các thầy thuốc đa khoa hoặc các trung tâm dịch vụ kế hoạch hóa gia đình tại địa phương tư vấn về điều này không.

Quan điểm của bác sĩ

Việc tham khảo phụ thuộc chính vào tuổi tác của khách hàng, có thể khó khăn khi xác định tuổi và có hay không VBHD tại địa phương cho phép thực hiện điều này. Một trong những vấn đề ở đây là ngày, giờ thực hiện. Không chắc các trung tâm dịch vụ kế hoạch hóa gia đình ở địa phương mở cửa vào cuối ngày thứ bảy. Khách hàng có thể phải đợi đến thứ hai, nhưng như vậy có thể sát tới thời hạn cuối cùng 72 giờ có hiệu quả đối với levonorgestrel mặc dù vẫn hiệu quả đối với ulipristal. Sẽ tốt hơn khi dùng thuốc tránh thai khẩn cấp càng sớm càng tốt. Phương án tối ưu đối với khách hàng là gọi điện thoại cho người trực dịch vụ của thầy thuốc. Điều này có thể có thể thực hiện tại các nhà thuốc và khách hàng có thể thảo luận về những gì cần làm với nhân viên trực của thầy thuốc hoặc điều dưỡng viên tại đó. Nếu khách hàng thực sự dưới 16 tuổi, bác sĩ phải khuyến khích cô bé nói sự thực với cha mẹ. Theo hướng dẫn Hội đồng Y khoa Bác sỹ Gia đình các bác sĩ trong hệ thống này có thể kê thuốc tránh thai cho những các bé gái dưới 16 tuổi không cần có sự đồng thuận hoặc hiểu biết của cha mẹ, miễn là:

- (a) Khách hàng hiểu tất cả các khía cạnh tư vấn và những điều liên quan.
- (b) Bạn không thể thuyết phục những người trẻ tuổi nói với cha mẹ họ hoặc cho phép bạn nói với cha mẹ họ.
- (c) Trong mối quan hệ giữa các biện pháp tránh thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục, những người trẻ rất có khả năng đã có quan hệ tình dục hoặc không được điều trị các chứng bệnh này.
- (d) Sức khỏe thể chất và tinh thần của họ có khả năng bị tổn thương trừ khi họ nhận được tư vấn hoặc điều trị như vậy.
- (e) Điều có lợi ích nhất đối với người trẻ tuổi là nhận được tư vấn và điều trị không cần cho cha mẹ họ biết hoặc sự đồng thuận từ cha mẹ họ.

Ca lâm sàng 3

Một phụ nữ muốn mua thuốc tránh thai khẩn cấp tìm đến nhà thuốc của bạn. Khách hàng nghĩ có thể đã mang thai vì 2 ngày trước quên uống một viên thuốc tránh thai kết hợp (Oral Contraceptive Pill) trong tuần thứ hai theo chỉ dẫn trên vỉ thuốc. Biệt dược thuốc cô uống chứa 20 microgam ethinylloestradiol. Khách hàng có quan hệ tình dục đêm qua. Kinh nguyệt gần đây bình thường.

Quan điểm của dược sĩ

Hướng dẫn của Khoa Kế hoạch Gia đình nói rõ không cần dùng thuốc tránh thai khẩn cấp trừ khi người phụ nữ quên uống hai hoặc nhiều viên thuốc trong tuần đầu tiên dùng thuốc tránh thai thông thường. Người phụ nữ nên sử dụng một biện pháp tránh thai khác như bao cao su cho đến khi dùng đủ thuốc 7 ngày liên tục. Nếu khách hàng tiếp tục quan tâm và vẫn muốn dùng thuốc tránh thai khẩn cấp, dược sĩ có thể cung cấp thuốc vì không có vấn đề mất an toàn. Thời gian kỳ kinh tiếp theo có thể bị biến đổi. Các dược sĩ cũng nên gợi ý khách hàng mua thêm bao cao su và thuốc diệt tinh trùng.

Quan điểm của bác sĩ

Tư vấn của dược sĩ hợp lý. Sẽ hữu ích cho khách hàng nếu biết được các vấn đề tương tự đã xảy ra trước đó. Khách hàng có thể được tư vấn những điều có lợi nhờ thảo luận với bác sĩ hoặc chuyên gia tư vấn tại phòng khám kế hoạch hóa gia đình và tránh thai dù có quyết định dùng thuốc tránh thai khẩn cấp ở thời gian này hay không.

Ca lâm sàng 4

Một khách hàng tới nhà thuốc kể lại: “Tuần trước tôi đi du lịch Nam Mỹ với bạn trai 6 tháng vào thời gian nghỉ phép trong năm. Chúng tôi đã sử dụng bao cao su nhưng tôi lo lắng khi một viên thuốc bị hỏng trong khi chúng tôi đi dã ngoại. Vì vậy, tôi đến nhà thuốc hỏi mua thuốc tránh thai khẩn cấp. Tôi không muốn đến bác sĩ khám bệnh”.

Người phụ nữ này đang thuốc hỏi mua thuốc tránh thai khẩn cấp ở nhà thuốc. Sử dụng biểu đồ dưới đây và ra quyết định theo hiểu biết chuyên môn của bạn để đáp ứng yêu cầu khách hàng.

Tiềm ẩn nguy hại cho người bệnh do không được cung cấp	Tiềm ẩn nguy cho người bệnh do được cung cấp	Lợi ích tiềm năng cho người bệnh do được cung cấp	Hậu quả đối với dược sĩ do cung cấp hoặc không cung cấp	Tôi sẽ làm gì nếu người bệnh là tôi hoặc chồng tôi hoặc mẹ tôi hoặc con tôi? Quyết định này có khác với một quyết định tôi đã ảnh hưởng tới người bệnh? Tại sao?
--	--	---	---	--

BÀI 31. TRIỆU CHỨNG THƯỜNG GẶP TRONG THỜI KỲ MANG THAI

Táo bón

Táo bón có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai do sự ảnh hưởng của sự thay đổi hormone. Những thay đổi này làm giảm tính co bóp của ruột, làm chậm lại sự vận chuyển các sản phẩm bài tiết. Điều này làm cho nhiều chất lỏng đi qua thành ruột, dẫn đến làm khô và cứng phân. Một số phụ nữ đang sử dụng các chế phẩm sắt đường uống để điều trị thiếu máu, điều này có thể làm nặng thêm tình trạng táo bón. Cần phải có ý thức cố gắng phòng ngừa vấn đề này bằng cách điều chỉnh chế độ ăn (hoa quả, rau, ngũ cốc nguyên hạt, đậu lăng và đậu) và uống nhiều nước. Nếu táo bón bị trầm trọng hơn do dùng viên nén sắt thì nên thảo luận với bác sĩ gia đình để thay đổi dạng bào chế khác.

Bệnh trĩ

Bệnh trĩ có thể bị làm trầm trọng thêm bởi táo bón, và trong thai kỳ, sự giãn các cơ trong tĩnh mạch hậu môn có thể dẫn tới giãn và sưng các búi tĩnh mạch (trĩ). Sự giãn các tĩnh mạch ảnh hưởng bởi các hormone thai kỳ. Giai đoạn cuối thai kỳ, khi mà đầu đứa bé đẩy xuống xương chậu, áp lực mạnh hơn tác động vào các tĩnh mạch làm trĩ nặng thêm. Trong kiểm soát bệnh trĩ, quan trọng là phải tránh táo bón, tập thể dục thường xuyên để tăng cường tuần hoàn, tránh ngồi lâu và thảo luận với dược sĩ, nữ hộ sinh hoặc bác sĩ gia đình về điều trị bằng thuốc OTC thích hợp.

Đau lưng

Khi trong thời kỳ mang thai, dây chằng của lưng dưới và xương chậu trở nên mềm hơn và giãn ra. Dáng người cũng thay đổi dẫn đến cột sống thắt lưng (dưới) cong nhiều về phía trước, gọi là tật ưỡn lưng. Sự thay đổi của dây chằng và tật ưỡn lưng có thể dẫn đến chứng đau lưng thấp. Những cách phòng tránh thông thường là tránh nâng các đồ vật nặng, tránh cúi xuống một cách bất tiện và vận mình, cũng có thể là dùng một tấm nệm tốt. Những sự trợ giúp tốt hơn nữa có thể là vật lý trị liệu sản khoa, chỉnh xương hoặc nắn xương.

Viêm bàng quang

Tăng số lần đi tiểu tiện rất thường gặp trong thời kỳ mang thai, mặc dù rất bất tiện nhưng nó thường không có ý nghĩa về mặt y khoa. Khi nó có kèm với bất cứ dấu hiệu nào của viêm bàng quang như là tiểu đau, nước tiểu mất màu hoặc có mùi khó chịu, cần phải hỏi ý kiến của bác sĩ gia đình. Khi bị viêm bàng quang ở thời kỳ mang thai, nhiễm trùng có thể di chuyển từ bàng quang đến thận, gây ra nhiễm khuẩn nghiêm trọng hơn. Nếu có bất cứ nghi ngờ gì về viêm bàng quang thì điều quan trọng là phải phân tích nước tiểu.

Đau đầu

Đau đầu có thể là một vấn đề rất thông thường ở phụ nữ trong thời kỳ mang thai. Tốt hơn hết là phải có một chế độ tập luyện, nghỉ ngơi và thư giãn cân bằng. Đôi khi vẫn có thể sử dụng paracetamol nhưng tốt hơn hết là tránh sử dụng thuốc trong thời kỳ mang thai. Thỉnh thoảng gặp đau đầu dai dẳng hoặc nặng có thể là do tăng huyết áp. Cần trao đổi với nữ hộ sinh hoặc bác sĩ gia đình để kiểm tra vấn đề này.

Ợ nóng

Ợ nóng là do sự giãn các cơ thực quản dưới khiến cho acid trào ngược trở lên. Trào ngược acid có thể dẫn đến viêm thực quản và ợ nóng. Nó có thể trầm trọng hơn trong khi mang thai do lực ép từ thai nhi đang phát triển lên dạ dày. Nó có thể giảm bằng cách gối cao đầu, ăn nhiều bữa nhỏ và không ăn trước khi đi ngủ. Một cốc sữa cũng có thể có tác dụng làm giảm điều này. Nếu cần phải điều trị, dược sĩ cần xem xét lượng natri và tránh các thuốc có nồng độ natri cao.

Buồn nôn/nôn (ốm nghén)

Buồn nôn và nôn rất phổ biến, đặc biệt là ở thời kì đầu mang thai : buồn nôn gặp ở 70% và nôn gặp ở 65% phụ nữ có thai. Nó thực sự có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong ngày. Nôn ngừng ở tuần thứ 16 ở 90% phụ nữ mang thai. Nguyên nhân có thể là sự thay đổi trong nồng độ hormone. Điều quan trọng là phải dành nhiều thời gian nghỉ ngơi, thức dậy vào buổi sáng từ từ, uống nhiều nước, tránh thức ăn và các mùi gây buồn nôn/nôn, và ăn thức ăn nhạt. Gừng có thể có hữu ích. Có một số thử nghiệm lâm sàng cho rằng gừng làm giảm nôn và buồn nôn nhưng những thử nghiệm này chỉ có ít người tham gia. Một thử nghiệm chéo đánh giá 27 phụ nữ với chứng buồn nôn nặng trong thai kì. Những người này được đưa 250 mg gừng 4 lần/ngày hoặc placebo trong vòng 4 ngày. Buồn nôn giảm đáng kể ở nhóm dùng gừng so với nhóm placebo. Bằng chứng cho việc bấm huyệt P6 vẫn chưa đưa ra được kết luận, với một số thử nghiệm thì đưa ra lợi ích còn một số khác thì cho thấy hiệu quả kém hơn placebo. Một thử nghiệm gần đây cho thấy châm cứu có hiệu quả tuy nhiên số lượng người tham gia quá ít để có một kết luận chắc chắn.

Dịch tiết âm đạo

Dịch tiết âm đạo xảy ra với hầu hết phụ nữ trong thai kì. Nếu dịch tiết này sạch, trắng, không có mùi thì nó là một phản ứng mang thai thông thường. Tuy nhiên nếu mà nó có mùi khó chịu, có màu hoặc đi kèm với một số triệu chứng như đau nhức hoặc khó chịu thì cần phải hỏi nữ hộ sinh hoặc bác sĩ gia đình. Nhiễm trùng thường gặp nhất là nấm và được điều trị bằng các azole ngoài da và âm đạo.

Kích ứng

Kích ứng da nhẹ thường gặp trong thời kì mang thai. Nó gây ra bởi sự tăng lưu lượng máu đến da và căng da bụng. Mặc quần áo rộng hoặc sử dụng một loại kem mềm da hoặc dưỡng ẩm sẽ có ích. Nếu ngứa rất trầm trọng thì có thể do một nguyên nhân nghiêm trọng là ứ mật sản khoa. Tình trạng này có thể đi kèm với vàng da và sẽ gây hại cho thai nhi. Cần phải xem xét các bệnh nhân bị ngứa trầm trọng.

BÀI 33. RỤNG TÓC

Hai loại chính của rụng tóc là rụng tóc phân tán và rụng tóc từng vùng (alopecia areata). Rụng tóc do androgen (alopecia androgenetica) (kiểu hói ở nam giới, đôi khi được biết là kiểu hói phổ biến bởi phụ nữ) là nguyên nhân phổ biến nhất gây rụng tóc phân tán. Các nguyên nhân khác của rụng tóc phân tán gồm rụng tóc do tóc ngừng phát triển, giảm năng tuyến giáp, thiếu sắt và protein nghiêm trọng. Đôi khi, rụng tóc phân tán do sau khi mang thai, suy thận mạn tính, do các thuốc hay hóa chất nhất định.

Rụng tóc do androgen có thể điều trị, nhưng rụng tóc từng vùng hiện tại chưa có phương pháp điều trị bằng dược phẩm. Mặc dù rụng tóc được quan tâm rất nhiều về vấn đề thẩm mỹ nhưng những ảnh hưởng tâm lý trên người bệnh cũng trọng yếu. Do đó một sự tiếp cận đồng cảm là cần thiết.

Những điều cần biết
<ul style="list-style-type: none"> • Nam giới hay nữ giới • Bệnh sử và tiến trình của rụng tóc • Vị trí và kích thước của vùng rụng tóc • Các triệu chứng khác • Yếu tố ảnh hưởng • Thuốc đang sử dụng

Hỏi đáp quan trọng

Nam giới hay nữ giới

Cả nam và nữ đều có thể mắc phải rụng tóc phân tán hay rụng tóc từng vùng. Rụng tóc từng vùng có thể xảy ra ở bất kỳ độ tuổi nào.

Bệnh sử và tiến trình của rụng tóc

Rụng tóc do androgen đặc trưng bởi việc khởi phát từ từ. Ở nam giới, việc rụng tóc theo kiểu suy giảm dần mép tóc ở trán và/hoặc rụng tóc trên đỉnh đầu. Ở nữ, rụng tóc diễn ra toàn diện và gia tăng chiều rộng đường rẽ ngôi tóc. Một kiểu rụng tóc khác ở nhóm phụ nữ trên 20 tuổi là có gia tăng sự thay tóc nhưng không có tăng độ rộng của đường rẽ ngôi. Kiểu rụng tóc sau thì không phải do androgen và nguyên nhân có thể là vấn đề dinh dưỡng. Rụng tóc ở phụ nữ ngày càng được nhìn nhận như là một vấn đề.

Rụng tóc từng vùng thường xảy ra đột ngột và kết quả tóc rụng loang lổ. Nguyên nhân vẫn chưa được biết nhưng được cho là do vấn đề tự miễn dịch của cơ thể.

Rụng tóc do tóc ngừng phát triển thường xuất hiện ở 2-3 tháng sau một cơn stress nghiêm trọng về thể chất hay tình cảm. Tỷ lệ tóc rụng tăng mạnh trong suốt giai đoạn trước khi tự khỏi và trở lại bình thường. Diễn hình của loại này là thường xuất hiện sau một cuộc phẫu thuật lớn hay bệnh nặng.

Vị trí và kích thước của vùng rụng tóc

Nếu vùng rụng tóc do androgen có đường kính nhỏ hơn 10cm thì điều trị có thể hữu hiệu.

Các triệu chứng khác

Rậm tóc và rụng tóc là kết quả của giảm năng tuyến giáp (phù niêm) nên có thể kèm các triệu chứng khác như: cảm giác mệt mỏi, suy nhược, trầm tiếng và tăng cân.

Nếu da đầu bị viêm nhiễm như nhiễm nấm ngoài da (bệnh nấm da đầu) cũng gây ra rụng tóc. Thì các triệu chứng khác là ngứa, da đầu nổi đỏ với những quầng đỏ lan rộng. Trường hợp này nên gặp bác sĩ.

Với phụ nữ, chảy máu quá nhiều trong thời kỳ kinh nguyệt (rong kinh) làm thiếu sắt và máu cũng có thể gây ra rụng tóc phân tán hay làm nặng thêm. Không có kinh hoặc kinh nguyệt rất không đều do bệnh đa u nang buồng trứng hay do mức prolactin cao thì cả 2 trường hợp đều có thể gây rụng tóc.

Yếu tố ảnh hưởng

Những thay đổi hormon trong và sau khi mang thai chỉ ra rằng rụng tóc thường xảy ra trong suốt thai kỳ và sau khi sinh. Điều này làm phụ nữ lo lắng nhưng nó hoàn toàn bình thường và đảm bảo tóc sẽ mọc lại sau đó. Điều trị là không cần thiết.

Sử dụng thuốc

Các thuốc gây độc tế bào gây ra việc rụng tóc. Các thuốc chống đông máu (nhóm *coumarin*), nhóm giảm lipid (*clofibrate*), và vitamin A (quá liều) cũng liên quan đến rụng tóc. Những trường hợp này cần tham khảo ý kiến bác sĩ. Các thuốc khác như *allopurinol*, nhóm beta-blocker, *bromocriptine*, *carbamazepine*, *colchicine*, *lithium* và *sodium valproate*.

Tham khảo ý kiến bác sĩ khi

- Rụng tóc từng vùng
- Nghi ngờ rụng tóc do thuốc
- Nghi ngờ giảm năng tuyến giáp
- Rối loạn kinh nguyệt
- Nghi ngờ thiếu máu

Thời gian điều trị

Điều trị với *minoxidil* có thể kéo dài đến 4 tháng để đạt hiệu quả hoàn toàn.

Quản lý

Minoxidil

Việc điều trị rụng tóc được cấp phép duy nhất là *minoxidil*, hiện có dạng thuốc nước 2% và 5% với dược chất được hòa tan trong dung dịch cồn. *Propylen glycol* được thêm vào để tăng tính hấp thụ. Cơ chế tác động của *minoxidil* trên rụng tóc vẫn chưa được biết. Càng điều trị bằng *minoxidil* sớm thì kết quả càng hiệu quả. Điều trị hiệu quả nhất khi vùng hói có đường kính nhỏ hơn 10cm, vẫn còn một ít tóc và khi những người rụng tóc chưa hơn 10 năm. Những nhà sản xuất *minoxidil* nói rằng thuốc điều trị tốt nhất trong các trường hợp rụng tóc do androgen: rụng tóc hay mỏng tóc tại đỉnh đầu ở nam giới và mỏng tóc toàn diện da đầu ở nữ. Gần một phần ba số người dùng trong những trường hợp như vậy phản hồi có mọc lại tóc

bình thường (không phải lông tơ) và làm ổn định rụng tóc. Một phần ba khác phản hồi có mọc lại một ít tóc mới (mảnh, như lông tơ). Một phần ba còn lại không đạt sự cải thiện nào.

Quan trọng là phải để cho người bệnh hiểu ra những yếu tố tăng hoặc giảm hiệu quả việc điều trị và tin tưởng rằng những mong đợi của họ là thực tế. Một vài bệnh nhân vẫn muốn thử điều trị, thậm chí khi cơ hội cải thiện thấp.

Sau 4-6 tuần, bệnh nhân có thể thấy sự giảm rụng tóc như mong đợi. Phải mất 4 tháng mới thấy tóc mọc lại, và một vài chuyên gia da liễu đề nghị tiếp tục sử dụng đến 1 năm trước khi chấm dứt điều trị. Ban đầu, tóc mới mọc sẽ mềm và nhỏ như lông tơ nhưng sẽ dày lên như tóc bình thường về kết cấu và hình dáng.

Dùng thuốc

Nên dùng thuốc 2 lần/ngày lên da đầu khô và mát-xa nhẹ nhàng vùng rụng tóc. Lau sạch và khô tóc, còn thuốc rửa thì để khô tự nhiên. Không nên gội đầu sau khi dùng thuốc ít nhất 1 giờ.

Chú ý

Kích thích và phản ứng dị ứng với alcohol/propylen glycon thỉnh thoảng xuất hiện. Một lượng nhỏ (tương đương 1.5%) được hấp thụ vào cơ thể và theo lý thuyết có khả năng làm giảm huyết áp, nhưng trên thực tế vẫn chưa thấy tác dụng không mong muốn này. *Minoxidil* cũng được biết gây ra đáp ứng tăng nhịp tim. Tuy đây chỉ là nguy cơ trên lý thuyết, nhưng một số ít gây ra nhịp tim nhanh và đánh trống ngực cũng đã được ghi nhận. Các nhà sản xuất khuyến cáo nên tránh sử dụng minoxidil ở những người tăng huyết áp, đau thắt ngực hoặc bệnh tim mà không có sự tư vấn của bác sĩ. Dù không có các vấn đề đặc biệt được báo cáo nhưng các nhà sản xuất khuyên tránh sử dụng khi mang thai hay cho con bú.

Rất quan trọng để giải thích cho bệnh nhân hiểu rằng họ cần có trách nhiệm lâu dài để việc điều trị thành công. Việc điều trị phải được liên tục không thời hạn; tóc mới mọc sẽ rụng ở 2-3 tháng sau khi dùng điều trị. Chi phí điều trị một năm tốn khoảng £350.

Minoxidil không nên sử dụng cho rụng tóc từng vùng hay rụng tóc liên quan tới thai kỳ.

BÀI 34: CÁC VẤN ĐỀ VỀ MẮT VÀ TAI

Bệnh về mắt: đau mắt đỏ

Nhiễm trùng mắt là một trong những nguyên nhân làm mắt bị đỏ và đau. Ngoài ra còn có nhiều nguyên nhân khác gây tình trạng mắt đỏ và đau và cũng nhiều nguyên nhân khác gây nhiễm trùng mắt. Chẩn đoán đúng những nguyên nhân này rất quan trọng và đòi hỏi kỹ năng và kiến thức chuyên môn. Dưới đây là tóm tắt một số nguyên nhân khiến mắt đỏ

Những điều bạn cần biết

Nguyên nhân của tình trạng mắt đỏ và đau

- Nhiễm trùng mắt
- Viêm nhiễm
- Dị ứng
- Loét giác mạc
- Viêm giác mạc
- Nguyên nhân khác
- Viêm màng mắt/viêm màng bồ đào
- Glaucoma
- Bị Một hay cả hai mắt?
- Hình ảnh của mắt hiện tại như thế nào?
- Có những triệu chứng nào-đau, cảm thấy cộm trong mắt, sợ ánh sáng?
- Có ảnh hưởng thị lực không?
- Có gì chảy ra từ mắt hay không-nước mắt, mủ?
- Bệnh nhân có đeo kính sát tròng hay không?

Những câu hỏi và câu trả lời

Viêm kết mạc

viêm kết mạc là tình trạng viêm của kết mạc mắt vốn là một bề mặt trong suốt bao phủ lên phần màu trắng của mắt. Nguyên nhân có thể do do nhiễm trùng, dị ứng hoặc kích ứng.

Nhiễm trùng kết mạc

Cả vi khuẩn và virus đều có thể là nguyên nhân gây viêm kết mạc. các triệu chứng bao gồm cảm giác đau, cộm và nhiều chất tiết. Chất tiết là mủ, rất dính trong viêm do vi khuẩn và lỏng hơn trong viêm do virus.

Bệnh thông thường xảy ra ở cả hai mắt. Viêm kết mạc xảy ra ở chỉ một bên mắt có thể do sự có mặt của kháng nguyên lạ hoặc các bệnh lý khác khiến mắt bị đỏ.

Điều trị : Viêm kết mạc cấp tính thường tự khỏi . Một nghiên cứu hệ thống chỉ ra rằng 65% trường hợp viêm kết mạc cấp tính hồi phục trong vòng từ 2-5 ngày khi được điều trị với giả dược. vì vậy, nên dù có phải điều trị bằng thuốc hay không thì giữ vệ sinh mắt bị nhiễm trùng cũng rất quan trọng.

Có một số bằng chứng rằng viêm kết mạc mắt được điều trị bằng thuốc nhỏ mắt kháng khuẩn và thuốc mỡ tra mắt sẽ hồi phục nhanh hơn. Thuốc nhỏ mắt Chloramphenicol 0.5% tra 2 giờ 1 lần trong 24 giờ đầu và sau đó 4 lần một ngày hoặc thuốc mỡ tra mắt 1% đều có thể sử dụng trong điều trị viêm kết mạc cấp tính do vi khuẩn ở người lớn và trẻ em trên 2 tuổi.

Người bị viêm kết mạc hoặc đang điều trị viêm kết mạc nên rửa tay thường xuyên và tránh dùng chung khăn và gối. không nên đeo kính áp tròng trong khi tình trạng viêm nhiễm chưa khỏi hoàn toàn và cho đến 24 giờ sau khi hoàn tất bất kỳ điều trị nào

Những tư vấn chuyên môn là rất cần thiết cần thiết nếu mắt đau nhiều hơn , sợ ánh sáng, mắt đỏ và thị lực bị ảnh hưởng. Tổ chức kiến thức lâm sàng NHS khuyên rằng nếu triệu chứng kéo dài hơn 2 tuần, cần phải tiến hành kiểm tra thật kỹ.

Những bệnh lý khác có triệu chứng tương tự

Viêm kết mạc dị ứng

Viêm kết mạc dị ứng gây ra kích ứng , khó chịu, khiến mắt tiết nhiều nước mắt, thường xảy ra trong mùa nóng, đôi khi rất khó phân biệt giữa nhiễm trùng và dị ứng, do đó sự tư vấn chuyên môn là rất cần thiết nếu có bất kỳ nghi ngờ nào.

Điều trị : Trong viêm kết mạc dị ứng, nhỏ thuốc kháng histamine và chống xung huyết có thể hữu ích và thuốc nhỏ mắt natri cromoglycat là liệu pháp hiệu quả và an toàn. Natri cromoglycat bản chất là chất ổn định tế bào mast giúp ngăn ngừa sự khởi phát phản ứng dị ứng bằng cách chặn đứng sự gắn các phức hợp miễn dịch/ dị ứng nguyên lên các tế bào mast. các thuốc này không làm giảm nhanh các triệu chứng như thuốc kháng histamine tại chỗ nhưng lại có hiệu quả khi sử dụng trong khoảng thời gian dài. Trong giai đoạn dị ứng tái phát theo mùa, sử dụng tác nhân ổn định tế bào mast trong vòng 4 tuần trước khi bắt đầu của mùa dị ứng là thích hợp

Trong viêm kết mạc dị ứng quanh năm i, nếu tiếp tục tiếp xúc với dị nguyên trong khoảng thời gian dài thì không nên tiếp tục sử dụng kháng histamine tại chỗ lại , thay vào đó nên dùng các loại thuốc chứa tác nhân ổn định tế bào mast như natri cromoglycate. Thuốc nhỏ mắt natri cromoglycate 2% là thuốc OTC được khuyến cáo dùng điều trị cả viêm kết mạc dị ứng theo mùa và viêm kết mạc dị ứng quanh năm. Cảnh báo bệnh nhân rằng họ có thể gặp phải cảm giác nóng rất nhẹ thoáng qua hoặc cảm giác châm đốt sau khi sử dụng những sản phẩm này.

Nhiều thể mạn tính của viêm kết mạc dị ứng được gọi là viêm giác-kết mạc mùa xuân, thường xảy ra ở những người có cơ địa dị ứng. việc chẩn đoán được bệnh này rất quan trọng

vì nếu bỏ qua không điều trị sẽ dẫn tới sẹo giác mạc. Bệnh này thường do các chuyên gia về mắt điều trị. Thuốc nhỏ mắt steroid có thể được sử dụng trong việc kiểm soát những trường hợp nghiêm trọng hơn.

Viêm bờ mi có thể xuất hiện các triệu chứng tương tự như viêm kết mạc dị ứng, tuy nhiên, triệu chứng ngứa nặng (mẫn ngứa) ít gặp hơn so với viêm kết mạc dị ứng, tương tự như vậy với hội chứng khô mắt (viêm kết -giác mạc khô). Chú ý rằng viêm bờ mi là tình trạng nhiễm trùng ở mép mí mắt, bệnh thường được khuyến cáo phải loại bỏ các yếu tố dễ gây kích ứng bám trên lông mi bằng bông mềm.

Loét giác mạc

Loét giác mạc có thể dẫn tới nhiễm trùng hoặc bong niêm mạc. Triệu chứng chính là đau, có thể viêm các vùng giác mạc xung quanh, tuy nhiên hiện tượng bong niêm mạc cũng có thể là do đeo kính áp tròng. Chẩn đoán sớm trong trường hợp này rất quan trọng vì giác mạc có thể bị sẹo vĩnh viễn, và dẫn đến mất thị lực. Nếu nghi ngờ có loét giác mạc thì mắt nên được thăm khám sau khi nhỏ fluorescein, thuốc này sẽ có màu và phát quang nếu có vết loét. Chú ý rằng giác mạc chính là một lớp trong suốt bao phủ phía trước mắt và những vết loét sớm trên giác mạc không thể nhìn thấy bằng mắt thường

Viêm giác mạc (viêm hoặc nhiễm trùng giác mạc) thường chỉ có ở một bên mắt, mắt bị đau và đỏ, nhạy cảm ánh sáng. Bệnh có thể do virus Herpes simplex hoặc thỉnh thoảng do vi khuẩn gây ra. Viêm giác mạc acanthamoeba hay gặp ở những người đeo kính áp tròng và liên quan đến vấn đề vệ sinh kính áp tròng, đeo kính áp tròng trong khi bơi.

Điều trị phụ thuộc nguyên nhân gây loét. Nên tham khảo ý kiến chuyên gia

Nguyên nhân khác

Viêm móng mắt/ viêm màng bồ đào

Viêm móng mắt là hiện tượng viêm ở móng mắt và các cấu trúc xung quanh. Bệnh có nguyên nhân có thể liên quan đến một số dạng của viêm khớp, bệnh tự miễn hoặc bệnh lao, bệnh cũng có thể không do 1 nguyên nhân nào. Viêm gây ra đau, cảm giác bên trong mắt đau nhiều hơn, chứ không giống cảm giác đau cộm như trong viêm kết mạc, và không có chất tiết. nếu mắt bị viêm đỏ, đồng tử nhỏ lại và có thể có bất thường thì nên tham khảo ngay ý kiến chuyên gia để chẩn đoán chính xác. Điều trị với steroids tại chỗ có thể làm giảm tình trạng viêm.

Glaucom

Glaucom xảy ra khi áp lực bên trong mắt cao bất thường. bệnh có thể khởi phát đột ngột, hoặc phát triển chậm và âm thầm; cần phải chú ý hai vấn đề bất thường. Đó là sự khởi phát đột ngột của bệnh (glaucom góc đóng cấp tính) làm mắt đỏ và đau. nhập viện cấp cứu là cần thiết trong trường hợp này để tránh mất thị lực vĩnh viễn. Con đau của glaucom cấp tính rất

nghiêm trọng và có thể cảm thấy cả bên trong mắt và xung quanh mắt. tuy nhiên tình trạng này cũng có thể do bệnh nhân bị nôn mửa. khi áp lực trong mắt tăng lên, giác mạc căng phồng lên, mắt nhìn mờ, suy giảm thị lực và xuất hiện một vòng xung quanh bóng đèn. Bệnh nhân thường được chỉ định phẫu thuật để giảm áp lực trong nhãn cầu, ngăn bệnh khỏi tái phát. Glaucoma góc đóng cấp tính rất hiếm, trong khi đó khoảng 2% người trên 40 tuổi mắc glaucoma góc mở tiên phát (glaucoma mạn tính đơn giản). Quá trình bệnh lý bắt đầu chậm và tiến triển âm thầm, không có triệu chứng báo trước. áp lực bên trong nhãn cầu tăng lên, gây tổn thương dây thần kinh thị giác, dẫn tới suy giảm thị lực và mù lòa nếu không được điều trị. Bệnh tăng nhãn áp mãn tính có thể được phát hiện bằng các test kiểm tra của bác sĩ nhãn khoa. Nếu gia đình có tiền sử mắc glaucoma thì nên thường xuyên kiểm tra, đặc biệt là ở những người trên 40 tuổi. hiện nay có các test kiểm tra mắt miễn phí dành cho những người ở độ tuổi trên 40 tuổi mà tiền sử gia đình có người mắc bệnh tăng nhãn áp.

Kính áp tròng

Có 2 loại kính áp tròng: loại cứng (thẩm khí) và mềm (dạng keo). Kính mềm là loại phổ biến nhất do không gây khó chịu cho mắt. Loại kính dùng 1 lần (chỉ dùng một lần, sau đó bỏ đi) đang ngày càng phổ biến. Tuy nhiên, điều này có thể dẫn tới việc bệnh nhân có thể giữ kính lại dùng cho những lần sau, chứ không bỏ đi ngay. Việc này dẫn đến những nguy cơ cao gặp phải các biến chứng như viêm loét giác mạc, viêm giác mạc và viêm kết mạc nhú.

Không nên đeo kính áp tròng nếu bệnh nhân có viêm kết mạc hoặc đang sử dụng thuốc nhỏ mắt. Kính áp tròng mềm có thể hấp thụ các chất bảo quản benzalkonium chloride được sử dụng trong thuốc nhỏ mắt. Do đó, kính áp tròng mềm không nên đeo trong vòng 24 h sử dụng thuốc nhỏ mắt có chứa chất bảo quản này.

Khô mắt

Khô mắt rất hay gặp, đặc biệt ở người lớn tuổi. Nước mắt rất cần thiết để duy trì trạng thái sinh lý bình thường của mắt, tạo điều kiện cho tầm nhìn rõ ràng, bao gồm có ba lớp: dầu, nước và chất nhầy. Các lớp nhờn giúp ngăn chặn sự bốc hơi của các lớp nước, và lớp nhầy giúp phủ đều nước mắt trên bề mặt của mắt. Trong bệnh lý khô mắt do có sự thay đổi số lượng hoặc thành phần của nước mắt, nước mắt có thể bị bốc hơi quá nhanh hoặc có thể không được phủ đều trên giác mạc. chú ý rằng sự bài tiết nước mắt giảm dần theo tuổi và bị ảnh hưởng bởi kích thích tố nữ nên bệnh này hay gặp ở phụ nữ hơn.

Những điều cần biết

Nguyên nhân gây khô mắt

- Môi trường
- Tình trạng bệnh tật
- Thuốc đang sử dụng
- Có những triệu chứng gì? Đau, cảm giác cộm trong mắt, sợ ánh sáng -
- Thị lực bị ảnh hưởng không?

- Bệnh nhân có đeo kính áp tròng không?

Ý nghĩa của câu hỏi và câu trả lời

Môi trường - gió, khí hậu khô làm tăng sự bốc hơi nước mắt, làm việc lâu trên màn hình máy tính có thể gây khô mắt do số lần nháy mắt ít đi, do đó sự phân phối lại của nước mắt trên bề mặt mắt xảy ra ít hơn.

Tình trạng bệnh tật - bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, tiểu đường hoặc các vấn đề về tuyến giáp có nhiều khả năng bị khô mắt.

Thuốc đang sử dụng - thuốc kháng histamin, thuốc chẹn beta, hóa trị, thuốc lợi tiểu, HRT, thuốc uống tránh thai, thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRIs), thuốc chống trầm cảm ba vòng (TCAs) có thể ảnh hưởng đến số lượng và thành phần của nước mắt. Chất bảo quản trong các thuốc tại chỗ cũng có thể góp phần gây khô mắt.

Triệu chứng - người bị khô mắt có thể bị kích ứng mắt, ngứa hoặc rát mắt, cảm giác có gì đó trong mắt, chảy nước mắt nhiều và nhìn mờ.

Thị lực - bệnh nhân khô mắt có thể bị mờ mắt khi vừa mới thức dậy vào buổi sáng.

Kính áp tròng - người đeo kính áp tròng có nhiều khả năng bị khô mắt.

Khi cần tham khảo ý kiến chuyên gia

Hầu hết với các trường hợp khô mắt nhẹ đến trung bình, bệnh nhân có thể tự theo dõi và tự điều trị tại nhà. Các trường hợp nặng hoặc những bệnh nhân không cải thiện sau khi tự điều trị nên đến khám bác sĩ (GP) hoặc chuyên viên đo mắt.

Điều trị

Nguyên tắc điều trị khô mắt là khôi phục lại hoặc duy trì lượng nước mắt bình thường để giảm thiểu tình trạng khô mắt. Có hai phương pháp điều trị chính: các chế phẩm bôi trơn mắt và phương pháp điều trị nhằm bổ sung lớp nhờn và giảm sự bay hơi của nước mắt. Các chế phẩm thuốc bôi trơn mắt được sử dụng bao gồm các thuốc nhỏ mắt, gel và thuốc mỡ. Những bệnh nhân đeo kính áp tròng nên sử dụng loại không có chất bảo quản. Các chế phẩm bổ sung lớp nhờn bao gồm thuốc nhỏ mắt có chứa guar gum tổng hợp hoặc thuốc xịt có chứa hạt mỡ (liposome). Thuốc phun hạt mỡ được xịt vào mí mắt khép kín. Khi mở mắt, các hạt mỡ sẽ trải đều trên bề mặt của mắt, tạo ra một lớp film nhờn mới.

Lời khuyên. có thể sử dụng các loại máy tạo độ ẩm ở nhà và nơi làm việc để giúp giữ ẩm không khí, mở cửa sổ, trong một thời gian ngắn cũng giúp không khí được thoáng đãng hơn và làm ẩm không khí. Đeo kính mát khi ra ngoài sẽ tránh tình trạng khô mắt dưới tác động của ánh nắng mặt trời và gió.

Vận dụng trên lâm sàng

Ca lâm sàng 1

Bệnh nhân Paul Greet - khoảng 40 tuổi tới nhà thuốc trên đường đi làm về muốn mua thuốc chữa o lệo ở mí mắt. Ông muốn được dược sĩ tư vấn .hôm đó là tối thứ sáu và bạn chuẩn bị đóng cửa nhà thuốc .Nhà thuốc của bạn ở trung tâm thành phố.bệnh nhân muốn mua thuốc mỡ tra mắt chloramphenicol mà bác sĩ của bạn vẫn hay kê cho bệnh nhân đơn mà OTC chloramphenicol chỉ được phép dùng điều trị viêm kết mạc cấp do vi khuẩn. Bạn sẽ làm gì?

Từ góc nhìn của dược sĩ

. Nếu bệnh nhân không gặp được bác sĩ điều trị cho ông ấy vào buổi sáng hôm sau thì bệnh nhân không thể có toa thuốc để mua được thuốc trước thứ hai, mà trong khoảng thời gian đó lệo ở mí mắt của bệnh nhân càng lúc càng nặng hơn . Tại các khu vực nơi dược sĩ cộng đồng có thể cung cấp thuốc mỡ tra mắt chloramphenicol thông qua một nhóm bệnh nhân, dược sĩ có thể tiến hành điều trị tình trạng mụn lệo ở mí mắt (hordeolum) theo một phác đồ sẵn có khi thích hợp. nếu trong khu vực có phòng khám , dược sĩ nên khuyên bệnh nhân tới đó để được bác sĩ điều trị. Nếu phòng khám của bác sĩ điều trị cho bệnh nhân có mở vào sáng hôm sau và bệnh nhân lấy được đơn thuốc của bác sĩ thì bệnh nhân có thể quay lại mua thuốc sau đó

Trong trường hợp đối hỏi sự khẩn cấp phải cung cấp thuốc cho bệnh nhân , dược sĩ sẽ là người quyết định xem trường hợp này có thực sự khẩn cấp hay không, dược sĩ phải cân nhắc đến vấn đề là trong trường hợp này thuốc kê đơn đó là rất cần thiết, mang tính khẩn cấp để điều trị bệnh của bệnh nhân nhưng bệnh nhân lại không thể có đơn kê thuốc đó ngay lập tức .tuy nhiên, quan điểm bệnh nhân và dược sĩ về mức độ khẩn cấp phải cung cấp thuốc cho bệnh nhân không phải lúc nào cũng trùng nhau. Dưới đây là một số gợi ý cho dược sĩ trong việc đưa ra những nhận định về mức độ khẩn cấp của việc cung cấp thuốc trong các trường hợp như trên

Hậu quả gây ra cho bệnh nhân nếu không cung cấp thuốc	Hậu quả gây ra cho bệnh nhân nếu cung cấp thuốc	Lợi ích bệnh nhân nếu cung cấp thuốc	Hậu quả cho dược sĩ nếu cung cấp / không cung cấp thuốc	Tôi sẽ làm gì nếu bệnh nhân là tôi / chồng (vợ) / mẹ của tôi / con tôi? Liệu quyết định trong trường hợp của bệnh nhân hay

Tuy nhiên, các dược sĩ sẽ phải cân nhắc xem xét đến các hậu quả nếu không cung cấp thuốc cho bệnh nhân, bao gồm cả sự suy giảm chất lượng cuộc sống và cả bất kỳ hậu quả nào có thể xảy ra nếu bệnh nhân không được điều trị kịp thời.

Từ góc nhìn của của bác sĩ

Hầu hết, lệo mắt đều tự khỏi, lệo mắt có thể ở bên ngoài, nguyên nhân do sự nhiễm trùng các nang lông ở rìa mí mắt; hoặc lệo có thể ở bên trong t, nguyên nhân do nhiễm trùng tuyến sụn mi ở bề mặt bên trong của mí mắt.

Staphylococcus aureus là tác nhân gây tình trạng nhiễm trùng mắt trong gần như tất cả các trường hợp. Nếu không được chữa trị, các lệo ở mí mắt sẽ sưng lên và vỡ ra và tự khỏi. Các lệo ở mí mắt có thể được kích thích để nhanh khỏi hơn dưới tác động của nhiệt lặp đi lặp lại nhiều lần. Trên thực tế người ta hay nhúng một ít bông len trong nước nóng và sau đó nhẹ nhàng ấn lên các mụn lệo ở mí mắt. thông thường thuốc mỡ chloramphenicol hay được kê để bảo vệ mắt khỏi các dịch tiết chứ không phải để điều trị các mụn lệo ở mí mắt. những điều này có thể sẽ giúp bệnh nhân hiểu được các giai đoạn diễn biến của bệnh lệo mắt, mặc dù trước kia nếu ông đã từng sử dụng thuốc mỡ chloramphenicol thì ông ta cũng không thể khỏi hẳn bệnh. điều này sẽ giúp bác sĩ của ông ta lưu tâm và xem xét đến tình trạng tái phát lệo mắt của bệnh nhân. Đôi khi tình trạng lệo tái phát có thể do nguyên nhân viêm bờ mi, tiểu đường hoặc tăng lipid.

Nếu có triệu chứng viêm xung quanh lệo trên mí mắt thì nên tham khảo ý kiến bác sĩ, khi đó các kháng sinh tác dụng toàn thân có thể được chỉ định. lệo cũng rất hay được rạch và dẫn lưu để đẩy nhanh tốc độ hồi phục.

Ca lâm sàng 2

Khách hàng Kate Cosattis, hơn 30 tuổi, đã có con, muốn được tư vấn về vấn đề với mắt của con gái mình. Cả hai mắt của Ellie (con gái, 18 tháng tuổi) xuất hiện chất màu vàng rất dính có cảm giác bị vào buổi sáng ngày hôm qua và hôm nay. Mắt bệnh nhân và rất khó chịu do phải liên tục dụi mắt.

Từ góc nhìn của dược sĩ

Là dược sĩ, tôi không thể khuyến cáo dùng chloramphenicol cho bệnh nhân này bởi vì bệnh nhân chưa đầy 2 tuổi. Trong mọi trường hợp, việc dùng chloramphenicol không đem lại bất kỳ lợi ích nào trong việc điều trị viêm kết mạc nhiễm trùng ở trẻ em. Vì vậy, tôi phải giải thích cho khách hàng rằng nếu cố ý giữ gìn vệ sinh cho mắt bằng cách rửa mắt rửa

mắt một cách nhẹ nhàng trong vài ngày tới thì tình trạng nhiễm trùng sẽ tự hết . nếu cô ấy muốn được điều trị tích cực thì tôi khuyên cô ấy nên đến khám bác sĩ, v

Từ góc nhìn của bác sĩ

Tôi đồng ý với ý kiến của dược sĩ. Các bằng chứng cho thấy rằng việc dùng thuốc nhỏ mắt chloramphenicol không hề mang lại lợi ích nào so với giả dược ngay cả với những người sau đó được phát hiện có nhiễm vi khuẩn bằng các xét nghiệm. Nói cách khác, hầu hết các viêm nhiễm đều có khả năng tự khỏi..Trong trường hợp của Ellie thì việc hiểu được ý kiến và mong muốn của người mẹ về tình trạng bệnh tật của con gái cũng rất quan trọng.người mẹ có thể khẳng khái muốn con gái được sử dụng thuốc và nhiều bác sẽ chiều theo mong muốn đó , , đặc biệt khi thời gian tư vấn rất eo hẹp . Dành thời gian lắng nghe những mong muốn của bà mẹ có thể giúp tránh được việc kê đơn và sử dụng thuốc không hợp lý và việc lặp lại trường hợp như thế sau này

Từ góc nhìn của người mẹ

Tôi không hài lòng với lời khuyên của dược sĩ.Tôi đến đây rất nhiều để được tư vấn và bình thường lời tư vấn của anh ấy thực sự rất hữu ích .Nhưng lần này, anh ấy nói với tôi rằng bệnh có thể sẽ tự khỏi mà không cần điều trị. Và anh ấy nói anh ấy không thể bán cho tôi bất cứ loại thuốc gì và khuyên tôi nên đưa Ellie đến bác sĩ.Tôi đã rất lo lắng rằng bệnh có thể sẽ nặng hơn hoặc thậm chí gây tổn đến hại thị lực của Ellie sau này .Dù sao thì bác sĩ cũng đã kê cho tôi một số thuốc mỡ mắt và bệnh đã lui trong một vài ngày.Tôi không biết tại sao các dược sĩ không làm giống như bác sĩ ngay từ đầu.

BÀI 35. VẤN ĐỀ THÔNG THƯỜNG CỦA TAI

Mặc dù việc điều trị các vấn đề thông thường của tai là đơn giản (straightforward), nhưng nó phụ thuộc vào việc chẩn đoán chính xác và có thể đòi hỏi dùng thuốc theo đơn. Không phải lúc nào cũng có thể xác định được vấn đề là gì qua những thông tin mà bệnh nhân cung cấp. Một vấn đề quan trọng đối với các dược sĩ là nguy cơ dược sĩ không kiểm tra được bên trong tai và nhìn thấy được chúng. Trừ khi các dược sĩ được đào tạo về kiểm tra lâm sàng tai, nếu không thì chẩn đoán tốt nhất nên được thực hiện bởi các bác sĩ vì bác sĩ có thể kiểm tra các tai bằng kính soi tai (auriscope) hoặc ống soi tai (otoscope). Vì vậy, các vấn đề thông thường về tai nên được tư vấn đi khám bác sĩ. Các vấn đề thông thường về tai được mô tả dưới đây.

Những thông tin dược sĩ cần biết

- Ráy tai Viêm tai ngoài
- Viêm tai giữa
- Viêm tai giữa kèm tràn dịch (Glue ear)
- Một hoặc cả hai tai bị ảnh hưởng?
- Triệu chứng: đau, ngứa
- Có mất thính giác?

1. Tầm quan trọng của các thông tin thu thập

1.1. Ráy tai

Các triệu chứng

Ráy tai gây tắc nghẽn tai là một trong những nguyên nhân phổ biến gây điếc tạm thời. Nó cũng có thể gây cảm giác khó chịu và cảm giác tai bị nghẽn.

Quản lý

Thuốc nhỏ tai: Tai có thể được giải toả bằng cách sử dụng thuốc nhỏ tai như dầu ô liu và nhiều chế phẩm nhỏ tai khác có chứa urê và hydrogen peroxide. Một bài tổng quan y văn cho thấy các chế phẩm thân dầu và các chế phẩm thân nước có hiệu quả làm sạch và làm mềm ráy tai như nhau trước khi ráy tái được hút ra. Thuốc nhỏ nên được giữ ấm trước khi sử dụng (tốt nhất ở nhiệt độ cơ thể). Đầu cúi nghiêng khi nhỏ và nên nhỏ khoảng 5 giọt. Một nút bông nên được chèn vào tai để giúp giữ lại phần chất lỏng và giữ như thế ít nhất 1 giờ hoặc qua đêm. Quá trình này nên được lặp đi lặp lại ít nhất hai lần/một ngày trong 3-5 ngày. Việc giọt các chất lỏng này ban đầu có thể làm trầm trọng thêm tình trạng điếc nên cần đưa ra cảnh báo thích hợp cho bệnh nhân để bệnh nhân an tâm. Không nên sử dụng tăm bông để chọc vào tai vì chỉ đẩy thêm ráy tai vào trong và nó có thể làm hỏng màng nhĩ.

Làm sạch tai: Nếu vẫn còn bất kỳ ráy mặc dù đã sử dụng phương pháp trên thì nên khuyên bệnh nhân khám bác sĩ hay y tá. Bác sĩ hay y tá sẽ sử dụng một thiết bị rửa tai điện tử, trong đó một luồng áp lực nước trực tiếp được phun vào tai. Trước đây có sử dụng bơm tiêm kim loại nhưng chúng đôi khi gây ra nhiễm trùng (OE). Việc sử dụng các thuốc nhỏ tai trong 3-5 ngày để làm mềm ráy tai trước khi tiến hành làm sạch tai được khuyên dùng để quá trình điều trị đạt hiệu quả.

1.2. Viêm tai ngoài

Viêm tai ngoài (VTN) liên quan đến viêm và nhiễm trùng da ở ống tai (meatus). Cứ 10 người thì có một người bị viêm tai ngoài ít nhất một lần trong đời. VTN có thể chỉ khu trú hoặc lan tỏa. Với loại VTN khu trú (do mụn nhọt hay u nhọt), triệu chứng chính là đau tai; còn loại VTN lan tỏa có sự phối hợp của một số hoặc tất cả các triệu chứng: đau, ngứa, mất thính lực và tiết dịch. Đôi khi đó là vị trí của eczema, có thể bị nhiễm trùng thứ cấp sau đó. VTN có xảy ra bất thành linh do tai bị chấn thương (trầy xước, vật thể bên ngoài và sử dụng tăm bông), bơi lội (đặc biệt là trong nước bị ô nhiễm), hóa chất (keo xịt tóc, thuốc nhuộm tóc, dầu gội đầu và chất làm tan ráy tai) và tình trạng da (eczema, viêm da tăng tiết bã nhờn và bệnh vẩy nến). Tần suất gặp VTN gấp năm lần ở những người bơi lội so với người không bơi lội. Xảy ra thường xuyên hơn khi sống trong môi trường nóng và ẩm ướt và phổ biến hơn 10 lần trong mùa hè so với mùa đông.

Các triệu chứng

Các triệu chứng của VTN thường gồm đau và tiết dịch. Cần đi khám bác sĩ để chẩn đoán chính xác. Có thể có triệu chứng tương tự phát sinh từ một nhiễm trùng tai giữa (viêm tai giữa) kèm thủng màng nhĩ. Tình hình này, thường xảy ra ở trẻ, nhiễm trùng tai giữa thường kèm một nhiễm trùng đường hô hấp trên. Khi nhiễm trùng tai giữa tiến triển, thì đau cũng tăng dần. Cơn đau thường dữ dội và duy trì như vậy cho đến khi thủng màng nhĩ để giảm áp lực, đau đốn và dẫn đến phóng thích dịch.

Kiểm soát

Cần hỏi kỹ tiền sử bệnh, bao gồm các câu hỏi về bất kỳ VTN trước đó và đi du lịch gần đây (liên quan đến đi bơi). Bệnh nhân bị VTN nên được khuyên đến khám tại một bác sĩ hay y tá tại địa phương, nơi họ có thể được thăm khám. Một số phòng khám sử dụng tăm bông tẩm kháng sinh có khả năng diệt những chủng vi khuẩn nhạy cảm (kháng sinh đặc hiệu) thay vì dùng kháng sinh kinh nghiệm (thử và thay đổi) giúp rút ngắn thời gian điều trị. Làm sạch triệt để ống tai ngoài là cần thiết trong nhiều trường hợp VTN. Điều này được thực hiện bằng cách sử dụng máy hút nhỏ hoặc tăm bông khô dưới sự quan sát trực tiếp bằng mắt.

Viêm tai ngoài khu trú cấp tính

Viêm tai ngoài khu trú cấp tính được gây ra bởi một u nhọt ở một phần ba ngoài của ống tai ngoài. Nếu có kèm viêm mô tế bào liên quan tiến triển thì nên bắt đầu điều trị bằng một kháng sinh toàn thân và flucloxacillin có thể là sự lựa chọn điều trị. Dùng thuốc giảm đau thường xuyên là hữu ích và giảm đau hiệu quả có thể đạt được bằng cách sử dụng

paracetamol. Có thể kết hợp với codein khi đau nặng hơn, mặc dù các bằng chứng về lợi ích của việc phối hợp này chưa rõ ràng. Dùng nhiệt bằng cách giữ một mảnh vải (flannel) nóng áp vào tai có thể giúp giảm đau.

Viêm tai ngoài lan tỏa

Khoảng 90% các trường hợp viêm tai ngoài lan tỏa là do vi khuẩn. Nhiễm khuẩn do *Pseudomonas* chiếm hai phần ba các trường hợp, tiếp theo là tụ cầu khuẩn. Còn lại 10% các trường hợp là do nhiễm nấm và nhiễm *Aspergillus* là loại phổ biến nhất. Phương pháp điều trị tại chỗ bằng một kháng sinh đơn trị hoặc kết hợp với một corticosteroid là có hiệu quả. Đối với những người dễ bị tái phát VTN, các lời khuyên sau đây là hữu ích:

- Cố gắng không để cho xà phòng hoặc dầu gội đầu vào trong ống tai của bạn. Trong khi tắm vòi sen, bạn có thể tránh điều này bằng cách nhét một miếng bông gòn bọc paraffin trắng mềm (ví dụ như Vaseline) ở tai ngoài.
- Dùng nút tai cao su bằng silicone có thể hữu ích để giữ tai khô trong khi bạn bơi.
- Không sử dụng các đầu mép của khăn hoặc tăm bông để làm khô nước trong ống tai. Điều này chỉ đẩy càng đẩy mọi thứ vào thêm trong tai. Hãy để cho nó khô một cách tự nhiên.
- Cố gắng không để xước hoặc chọc ống tai bằng ngón tay, nút bằng len - cotton, khăn, vv
- Không làm sạch ống tai bằng que tăm bông. Chúng có thể làm xước, kích thích và đẩy ráy tai hoặc bụi bẩn vào tai. Tai có khả năng tự làm sạch và sớm muộn gì ráy tai cũng sẽ tự rơi ra ngoài.

1.3. Viêm tai giữa

Viêm tai giữa là một bệnh nhiễm trùng khoang tai giữa. Tai giữa nằm giữa ống tai ngoài và tai trong. Giữa tai ngoài và tai giữa ngăn cách bởi màng nhĩ. Tai giữa thường là một khoang chứa không khí, được niêm phong từ bên ngoài bởi một ống nhỏ (vòi nhĩ), đến mặt sau của cổ họng. Trong tai giữa có những xương rất nhỏ để truyền sự rung động sóng âm thanh của màng nhĩ đến tai trong.

Sự nhiễm trùng thường bắt đầu bằng một cảm lạnh thông thường, đặc biệt là ở trẻ em, dẫn đến sự tắc nghẽn của vòi nhĩ và hình thành chất lỏng trong tai giữa. Các chất lỏng sau đó có thể bị nhiễm trùng thứ cấp do nhiễm vi khuẩn.

Các triệu chứng

Các triệu chứng của viêm tai giữa gồm đau và điếc tạm thời. Đôi khi sự lây nhiễm xảy ra quá nhanh khiến thủng màng nhĩ, giải phóng dịch viêm nhiễm. Khi điều này xảy ra, chất dịch được giải phóng và cơn đau được giảm bớt đáng kể. Như với VTN, khuyên bệnh nhân khám bác sĩ là cần thiết để có thể kiểm tra màng nhĩ. Điều trị có thể bao gồm một liệu trình kháng sinh đường uống (ví dụ: amoxicillin hoặc erythromycin). Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc kháng sinh ngày càng trở nên nghi vấn. Bởi vì có nhiều trường hợp viêm tai giữa khỏi một cách tự nhiên và hiệu quả của việc dùng thuốc kháng sinh mang lại lợi ích trong việc giảm

các triệu chứng sau 24 h đầu tiên chỉ khi các triệu chứng đã được giải quyết. Một phân tích meta các nghiên cứu đánh giá giá trị của kháng sinh cho thấy cần điều trị 7 bệnh nhân để có một bệnh nhân được điều trị thành công (the number needed to treat). Nói cách khác, sáu trong số bảy trẻ em được điều trị viêm tai giữa không cần thuốc kháng sinh hoặc không không phản ứng với thuốc. Dược sĩ có thể giải thích điều này với cha mẹ trẻ. Mọi quan ngại khác với việc sử dụng thuốc kháng sinh là nguy cơ tăng sức đề kháng của vi khuẩn và tác dụng phụ của thuốc như tiêu chảy, xảy ra ở khoảng 10% các trường hợp. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng trì hoãn việc dùng kháng sinh 72 h đầu là hợp lý và chỉ bắt đầu sử dụng kháng sinh khi triệu chứng không giảm sau 72h đầu. Thỉnh thoảng thuốc thông mũi (decongestant) tại chỗ hoặc đường uống được sử dụng kèm thuốc kháng sinh. Điều này có thể là hữu ích nếu dự định đi máy bay sau khi bị nhiễm khuẩn. Nếu vòi nhĩ vẫn bị nghẽn trong suốt chuyến bay, có thể bệnh nhân sẽ bị đau do sự thay đổi áp suất không khí khi bay. Thuốc thông mũi sẽ giúp hạn chế điều này xảy ra.

Ráy tai

Một số trẻ em bị viêm tai giữa tái phát hình thành ráy tai trong tai. Điều này xảy ra bởi vì các chất lỏng hình thành trong tai giữa không thoát ra ngoài hoàn toàn. Các chất lỏng trở nên dai và dính. Một phương pháp đối phó với vấn đề phổ biến này là một thủ thuật nhỏ trong đó chất lỏng được hút ra ngoài qua màng nhĩ. Sau này thường chèn một ống dẫn lưu tai nhỏ vào lỗ trong màng nhĩ. Ống dẫn lưu tai có một lỗ nhỏ ở giữa, cho phép bất kỳ chất lỏng hình thành có thể chảy ra ngoài từ tai giữa. Ống dẫn lưu tai thường rơi ra ngoài sau một vài tháng và lỗ nhỏ ở màng nhĩ khép lại. Hiệu quả dài hạn của phương pháp này còn là vấn đề gây tranh cãi.

Nút bịt tai: Một số trẻ em được khuyên không nên để nước thấm vào tai sau khi chèn một ống dẫn lưu tai. Một phương pháp được sử dụng là dùng nút bịt tai có thể mua từ các hiệu thuốc. Tuy nhiên, điều này thường là không cần thiết, tắm và bơi lội có thể được thực hiện mà không cần sử dụng nút bịt tai, tuy nhiên cần tránh lặn sâu do nước có thể vào tai giữa dưới áp lực thủy tĩnh, điều đó sẽ làm suy giảm thính giác và có thể dẫn đến nhiễm trùng.

3. Các trường hợp trong thực tế

Trường hợp 1

Cô S. là một người phụ nữ 20 tuổi. Cô và cha mẹ cô là khách hàng thường xuyên của quầy thuốc trong nhiều năm và bạn biết rằng mới đây cô đã đi Kenya vào kỳ nghỉ. Vào buổi chiều thứ bảy và S. báo với bạn rằng vấn đề tai của cô lại tái phát. Cô đã dùng thuốc kháng sinh để điều trị nó bốn lần trong 3 năm qua. Cô ấy cho biết là cô ấy nhận ra các dấu hiệu bệnh. Khuôn mặt của cô bắt đầu sưng lên sáng nay. Cô ấy cảm thấy bị sưng tai ngoài và đau cảm khi cô di chuyển nó. Cô ấy nhận biết từ kinh nghiệm rằng nếu cô ấy có thể dùng một số thuốc kháng sinh trong vòng 24 h đầu, nhiễm trùng tai sẽ không bị xấu đi. Trong quá khứ, các bác sĩ đã gặp trở ngại khi nhét kính soi tai vì bên trong tai cô đã bị sưng tấy và đau đớn. Vấn đề này gây ra một cảm giác tạo áp lực dữ dội bên trong tai và sau đó có dịch chảy ra từ tai,

mà đường điều này làm giảm bớt đau. Khi bạn kiểm tra hồ sơ bệnh nhân, bạn biết rằng bạn đã phân phát bốn đợt điều trị bằng erythromycin cho cô S. trong 3 năm qua.

Quan điểm của dược sĩ

Đó là một trường hợp điển hình xảy ra vào một buổi chiều thứ bảy, do đó không dễ dàng để tư vấn bệnh nhân đi khám bác sĩ (bác sĩ thường không làm việc vào cuối tuần). Có thể khuyên cô S. đến khám tại khoa cấp cứu. Sau khi cân nhắc các hướng giải quyết được trình bày trong cuốn sách này, tôi có thể biết được tôi cần làm gì. Không thể để cô S. đợi đến thứ hai mới đi khám bác sĩ.

Tác hại đến bệnh nhân nếu bệnh nhân không được thăm khám	Thiệt hại cho đến bệnh nhân nếu được thăm khám	Lợi ích cho bệnh nhân nếu bệnh nhân được thăm khám	Kết quả cho dược sĩ nếu tư vấn/không tư vấn bệnh nhân đi khám	Tôi sẽ làm gì nếu bệnh nhân là tôi / chồng (vợ) / mẹ của tôi / con tôi? Liệu quyết định khi đó có khác Tại sao?
--	--	--	---	---

Quan điểm của bác sĩ

Cô S. cần được giới thiệu đến khoa cấp cứu. Có vẻ như cô ấy bị viêm tai giữa tái phát kèm viêm mô tế bào. Cô ấy có thể cần điều trị với kháng sinh liều cao. Vì đây là lần thứ năm tái phát trong 3 năm qua, cô ấy cần được theo dõi, có thể với một bác sĩ phẫu thuật tai mũi họng. Nếu trong khi giải quyết nhiễm trùng này, có sự hiện diện của dịch tiết và các mảnh vỡ trong ống tai ngoài, làm sạch tai bằng máy hút nhỏ có thể có ích. Điều này sẽ làm giảm khả năng tái phát.

BỆNH 36. NHỮNG BỆNH ẢNH HƯỞNG ĐẾN TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ EM DƯỚI 16 TUỔI

Những vấn đề lúc trẻ còn nhỏ dễ tạo ra sự lo lắng đáng kể đối với cha mẹ. Điều này có thể ảnh hưởng đến việc trao đổi với dược sĩ. Nếu dược sĩ có con nhỏ thì quá trình này sẽ dễ nắm bắt hơn. Dù cho các dược sĩ có hay không chắc chắn với các vấn đề của trẻ em thì phương pháp quan trọng nhất trong xử lý việc này là lắng nghe tốt, không chỉ là căn bệnh đang mắc mà còn là những bận tâm cụ thể của bố mẹ. Vì có những lúc mọi người sẽ tự cởi mở về những bận tâm của họ và cũng có những lúc cần phải hỏi thêm về mối bận tâm ấy. Chỉ khi được chia sẻ thì mới có thể thật sự giảm bớt những ngộ nhận của bố mẹ về vấn đề này và làm cho phần còn lại của buổi tư vấn với dược sĩ đạt hiệu quả hơn.

NHỮNG PHÁT BAN PHỔ BIẾN Ở TRẺ EM

Hầu hết những phát ban ở trẻ em có liên quan nhiễm virus tự giới hạn. Một trong số những phát ban này khớp với các hình ảnh lâm sàng đã được mô tả rõ (như bệnh sởi...) và cũng được mô tả sau đây. Những trường hợp khác thì khó nhận ra hơn. Chúng có thể xuất hiện như những chấm nhỏ, màu đỏ, thời gian tồn tại ngắn, bằng phẳng hoặc hơi sần (nốt sần), thường ở trên thân người. Những đốm này không bị mất đi khi dè (ban đỏ). Bệnh này thường kết hợp với ho, cảm lạnh, tăng nhiệt độ. Những bệnh tương đối thứ yếu này xảy ra những năm đầu đời và tự khỏi mà không cần điều trị. Bất kỳ phát ban nào trong thời thơ ấu, đặc biệt là trong năm đầu tiên, có thể điều báo động và đáng sợ đối với cha mẹ. Việc tư vấn, trấn an, giới thiệu đến các bác sĩ là rất cần thiết.

Bạn cần biết gì

- Khi nào nó bắt đầu?
- Nó bắt đầu ở đâu?
- Nó lan rộng ra ở đâu?
- Những triệu chứng khác?
- Những bệnh nhiễm khuẩn
- Thủy đậu
- Bệnh sởi
- Ban đào ở trẻ sơ sinh
- Bệnh thứ năm
- Bệnh sởi Đức
- Viêm màng não
- Phát ban mà không mất đi khi ò

THỦY ĐẬU (còn được biết đến là varicella)

Đây là một căn bệnh phổ biến ở trẻ em dưới 10 tuổi. Nó cũng có thể xảy ra ở người lớn nhưng không phổ biến. Thời gian ủ bệnh (tức thời gian giữa tiếp xúc và tiến triển việc phát ban) thường là khoảng 2 tuần (11 – 21 ngày). Đôi khi nổi ban trước một ngày và cảm thấy không khỏe vì sốt. Phát ban rất đặc trưng và khó có thể nhận ra khi mới có một vài nốt xuất hiện. Thông thường nó bắt đầu với những nốt sùng có màu đỏ rồi nhanh chóng phát triển thành những nốt phồng rộp có chứa dịch (mụn nước). Các mụn nước sau đó vỡ tạo thành những đốm vảy trong vài ngày tới. Phần lớn những đốm này xuất hiện trên thân người, mặt nhưng có thể lan ra đến màng nhầy ở miệng. Chúng có xu hướng nổi thành đám trên da cho đến 5 ngày. Chúng phát ban thường khó chịu. Một khi tất cả các đốm được đóng vảy thì những cá nhân này không còn lây bệnh được. Những tóm tắt kiến thức lâm sàng NHS khuyên rằng không nên đến trường hoặc làm việc trong 6 ngày kể từ khi xuất hiện vết phát ban lần đầu. Tất cả nhiễm trùng diễn ra trong 1 tuần nhưng nó có thể dài hơn và nghiêm trọng hơn ở người lớn. Đôi khi các đốm có thể bị nhiễm trùng sau khi gãi, vì vậy lời khuyên hữu ích là nên cắt ngắn móng tay của trẻ nhỏ để giảm thiểu nguy cơ này.

BỆNH SỞI

Đây là một bệnh nhiễm trùng ít phổ biến ở các nước phát triển nhưng là nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở trẻ em trên quy mô lớn ở các nước đang phát triển. Vaccine kết hợp sởi quai bị, rubella (MMR) được dùng cho trẻ trong độ tuổi từ 12- 15 tháng. Năm 2006 tỷ lệ sử dụng NMR ở Anh là 85%. Tỷ lệ tiêu chuẩn là khoảng 95% . Năm 2012, ở Anh và xứ Wales, con số tạm thời xác nhận là 2030 ca mắc sởi. Nhiều trường hợp là trẻ em chưa được tiêm chủng, trong đó bao gồm các cộng đồng di cư (xem bảng 1 về bản chất và nguy cơ về các biến chứng của bệnh sởi). Tại thời điểm giới thiệu vaccine MMR thì có khoảng 86000 trường hợp mắc sởi mỗi năm.

Bệnh sởi có thời gian ủ bệnh khoảng 10 ngày. Phát ban sởi diễn ra trước 3 – 4 ngày với các triệu chứng lạnh, ho, viêm kết mạc và sốt. Sau 2 ngày của giai đoạn báo trước này, những đốm nhỏ màu trắng (đốm Koplik), nhìn giống như những hạt muối, có thể được nhìn thấy ở bên trong má và nướu răng. Phát ban sởi diễn ra ngay sau đó. Nó bắt đầu phía sau tai,

lan ra mặt và thân. Các đốm là những mảng nhỏ, đỏ và mất đi nếu bị dè. Đôi khi có rất nhiều đốm kết hợp với nhau tạo những mảng lớn đỏ.

Trong hầu hết các trường hợp thì phát ban mất dần sau 3 ngày, cùng với lúc mà sốt dần lắng xuống. Tuy nhiên, nếu sốt kéo dài, họ có thể nặng hơn hoặc có thể gặp khó khăn trong việc thở hoặc đau tai thì sự chăm sóc y tế sau đó cần hướng đến những biến chứng có thể xảy ra. Trong vòng 5 ngày sau khi phát ban xuất hiện thì một số người mắc sởi có thể gây lây nhiễm.

Bảng 1: Bản chất và nguy cơ về các biến chứng của bệnh sởi

Biến chứng	Nguy cơ
Bệnh tiêu chảy	1/6
Nhiễm trùng tai	1/20
Viêm phổi/nhiễm trùng ngực	1/25
Ngất xỉu	1/200
Viêm màng não/viêm não	1/1000
Tử vong	1/2500 – 5000
Biến chứng não nghiêm trọng sau nhiều năm (viêm não xơ hóa bán cấp tiến triển)	1/8000 (với những trẻ bị sởi dưới 2 tuổi)

Nguồn: www.medinfo.co.uk.

Bệnh ban đào ở trẻ sơ sinh

Đây là bệnh nhiễm virus phổ biến nhất xảy ra trong năm đầu đời (thường từ 3 tháng đến 4 tuổi). Nó có thể bị nhầm lẫn với đợt tấn công nhẹ của bệnh sởi. Có khoảng thời gian báo trước là sốt 3 – 4 ngày, sau đó là đợt phát ban như sởi nhưng chủ yếu giới hạn ở ngực và bụng. Ngược lại với bệnh sởi thì sau khi phát ban xuất hiện thường có các dấu hiệu cải thiện và quá trình phát ban chỉ kéo dài trong khoảng 24 giờ.

Bệnh thứ năm (ban đỏ nhiễm khuẩn)

Bệnh thứ năm là một bệnh nhiễm virus khác (do parvovirus B19) mà thường ảnh hưởng đến trẻ em. Nó thường không gây khó chịu toàn thân nhưng có thể gây sốt, nhức đầu và đau khớp thì hiếm gặp hơn. Các phát ban đặc trưng bắt đầu trên mặt. Nó đặc biệt ảnh hưởng đến má và xuất hiện ở những đứa trẻ đi ra ngoài gió lạnh. Bệnh thứ năm đôi khi còn được gọi là “má bị tát” vì sự xuất hiện của má bị ửng đỏ. Sau đó phát ban xuất hiện ở tay chân và thân như những đốm nhỏ màu đỏ, mất đi nếu bị dè. Các nhiễm trùng thường ngăn.

Bệnh thứ năm có thể gây nên tác dụng phụ trong thời kỳ mang thai. Nếu nhiễm trùng xảy ra trong 20 tuần đầu tiên của thai kỳ sẽ làm tăng nguy cơ sảy thai và nguy cơ thấp là đứa bé lớn lên sẽ bị thiếu máu.

Bệnh sởi Đức (rubella)

Bệnh sởi Đức là một bệnh nhiễm virus mà thường rất nhẹ, vấn đề chính của nó là sẽ ảnh hưởng đến thai nhi nếu người mẹ bị nhiễm trùng trong giai đoạn đầu mang thai. Thời gian ủ bệnh là 12 – 23 ngày. Phát ban xảy ra trước các triệu chứng viêm nhẹ và mở rộng ra

các tuyến ở mặt sau cổ. Nó thường bắt đầu trên mặt, lan rộng ra thân và tay chân. Thường thì các đốm đỏ, nhỏ, không tụ lại như trong bệnh sởi và mất đi nếu bị đè. Ở người lớn, rubella có thể liên quan đến đau khớp. Phát ban rubella kéo dài trong 3 – 5 ngày.

Viêm màng não

Viêm màng não là một nhiễm trùng rất nghiêm trọng có thể gây ra bởi vi khuẩn, virus, nấm. Nguyên nhân do vi khuẩn như não mô cầu, Haemophilus và nhiễm khuẩn pneumococcus thì nghiêm trọng hơn nguyên nhân do virus. Tại Anh, hiện đã có vaccine thường được dùng đối với não mô cầu C, Haemophilus influenzae B và phế cầu khuẩn. Vaccine B não mô cầu A thì sẵn có nhưng thông thường không được dùng. Não mô cầu có thể gây nhiễm trùng huyết (nhiễm khuẩn lan rộng khắp cơ thể theo đường máu), ngoài ra còn viêm màng não đơn độc gây phát ban điển hình. Nhiễm trùng máu do não mô cầu thường biểu hiện với triệu chứng giống như cúm, diễn tiến bệnh có thể xấu đi nhanh chóng (xem bảng 2). Có thể có những phát ban liên quan đến việc xuất hiện những vết hoặc những vết bầm nhỏ màu đỏ tía (vết bầm nhỏ và lớn hơn được gọi là xuất huyết, ban xuất huyết và vết máu bầm). Những vết bầm tím không bị mất đi nếu bị đè. Những đốm sẽ bắt đầu với một vài chấm nhỏ, dần dần lan rộng thành mảng lớn hơn rồi kết hợp lại với nhau. Cốc hoặc tấm kính thủy tinh có thể dùng để kiểm tra phát ban có nghiêm trọng hay không. Một bên của cốc thủy tinh được ép vào da. Nếu các đốm là những vết bầm nhỏ của nhiễm khuẩn huyết, nó sẽ mất đi khi bị đè vào da. Bất kì sự nghi ngờ nào về tình trạng này đều phải yêu cầu sự trợ giúp y tế khẩn cấp.

Bảng 2: Triệu chứng cảnh báo

Triệu chứng viêm màng não ở trẻ sơ sinh	Triệu chứng viêm màng não ở trẻ em và người lớn
Nhiệt độ cao, sốt, có thể tay chân lạnh	Nhiệt độ cao, sốt, có thể tay chân lạnh
Nôn mửa hoặc bỏ ăn	Nôn mửa, đôi khi tiêu chảy
Rên rỉ the thé, khóc thút thít	Cứng cổ (không thể chạm cằm vào ngực)
Vô cảm hoặc mất nhìn chăm chăm	Đau khớp hoặc cơ bắp, thỉnh thoảng co thắt dạ dày
Da đầy những vết loang nhợt nhạt	Không thích ánh sáng
Giảm trương lực cơ, có thể không thích được giúp đỡ, có thể cúi kính.	Buồn ngủ
Khó đánh thức hoặc hôn mê	Ngất xỉu
Phần thóp (chỗ mềm) có thể căng ra hoặc lồi lên	Lẫn lộn hoặc mất phương hướng
Có thể có phát ban	Có thể có phát ban

Nguồn: Meningitis Trust website (<http://www.meningitis-trust.org/>). (Trên đây không phải là các triệu chứng xuất hiện cho từng trường hợp riêng lẻ. Không phải tất cả các triệu chứng đều được đề cập ở đây, có thể có những triệu chứng khác không được nhắc đến.)

Phát ban mà không mất đi khi đè

Như một quy luật chung của tất cả các phát ban mà không mất đi khi đè (kiểm tra bằng cách sử dụng cốc thủy tinh như mô tả trong bệnh viêm màng não) nên được chuyển đến

bác sĩ. Những phát ban là do máu rò rỉ ra khỏi mao mạch có thể gây ra bởi một rối loạn máu. Nó có thể là dấu hiệu đầu tiên của bệnh bạch cầu hoặc một tình trạng ít nghiêm trọng hơn. Việc các dấu phát ban mất đi khi đi thường không phải là một khái niệm quen thuộc với các cha mẹ. Điều quan trọng là phải giải thích ý nghĩa và đưa ra cách để cha mẹ kiểm tra nó.

Khi nào cần hỏi ý kiến
<ul style="list-style-type: none"> • Nghi ngờ viêm màng não (xem Bảng 2) • Triệu chứng giống cúm • Nôn • Đau đầu • Cứng cổ • Phát ban • Những đốm nhỏ lan rộng hoặc những vết bầm tím mà không mất đi khi đi. • Phát ban mà không mất đi khi đi

QUẢN LÝ

Sốt

Sốt vừa phải (nhiệt độ tăng từ bình thường là 36.5°C – 37.5 °C lên đến 40°C) thường không gây hại và một số chuyên gia thì tin rằng nó có tác dụng tích cực với một số bệnh. Câu hỏi liệu rằng có hay không và khi nào thì nên dùng thuốc hạ sốt vẫn là một vấn đề gây nhiều tranh luận. Viện y tế Quốc gia và chăm sóc vượt trội về những hướng dẫn bệnh sốt ở trẻ em đã đưa ra lời khuyên chống lại thói quen sử dụng thuốc hạ sốt chỉ để giảm nhiệt độ khi trẻ con không khỏe và khuyến cáo:

Paracetamol hoặc ibuprofen được xem xét khi một đứa trẻ đang sốt trong tình trạng kiệt sức, nhưng không phải với mục đích duy nhất là giảm nhiệt độ cơ thể. Khi nào thì sử dụng một trong hai thuốc cho trẻ em bị sốt:

1. Chỉ sử dụng nếu mà đứa trẻ ở trong tình trạng kiệt sức
2. Xem xét thay đổi thuốc khác nếu tình trạng của đứa trẻ không giảm bớt.
3. Không dùng cả 2 thuốc cùng một lúc.
4. Chỉ thay đổi thuốc nếu tình trạng kiệt sức vẫn còn hoặc tái diễn trước khi đến liều kế tiếp.

Bố mẹ thì thường muốn giảm nhiệt độ của trẻ khi bị sốt. Không có bằng chứng rõ ràng cho việc giảm nhiệt khi nhiệt độ tăng là có hại và làm như vậy có thể giảm sự khó chịu cùng với tình trạng kiệt sức của trẻ.

Việc lau người bằng miếng bọt biển với nước ấm được khuyến nghị như một phương pháp làm giảm sốt nhưng nó có thể là nguyên nhân gây ra tình trạng nổi da gà, run rẩy và hiện tại được xem xét là nguyên nhân tiềm tàng cho sự cáu bẳn ở trẻ.

Paracetamol hoặc *ibuprofen* có thể được sử dụng nếu trẻ có nhiệt độ cao.

Nhiều trẻ có nhiệt độ tăng sau khi tiêm phòng. Một số chế phẩm chứa *paracetamol* hoặc *ibuprofen* có thể được sử dụng như thuốc không kê đơn (OTC) để giảm sốt sau tiêm phòng. Các sản phẩm có giấy phép khác nhau vì vậy cần phải kiểm tra nhãn.

Ngứa

Ngứa gây ra bởi phát ban ở trẻ nhỏ như thủy đậu có thể gây ra tình trạng đau nhức. Và dược sĩ có thể đề nghị sử dụng thuốc kem, thuốc mỡ, kem dưỡng da chống ngứa với một quan điểm đúng đắn. *Kem có chứa crotamiton* hoặc kem dưỡng da có thể làm dịu da bị ngứa. *Kem chứa calamine* hay được sử dụng nhưng hiện nay người ta cho rằng dư lượng bột còn thừa trên da khô lại gây kích ứng da, làm da khô ngứa. Nếu ngứa là rất nghiêm trọng, *chlorpheniramine* có thể có tác dụng giảm ngứa, được dùng cho trẻ em từ 1 tuổi trở lên và được cấp phép sử dụng như thuốc không kê đơn trong phát ban thủy đậu. Điều trị như vậy có thể khiến trẻ buồn ngủ nhưng lại hữu ích vào ban đêm. Một sản phẩm y tế có sẵn có chứa gel thẩm thấu thành phần glycerol. Chất này có tác dụng kéo lớp nước từ hạ bì đến bề mặt da tạo tác dụng làm mát da. Chưa có nghiên cứu nào công bố về hiệu quả này.

BÀI 37. HỘI CHỨNG TRẺ SƠ SINH KHÓC NHIỀU

Nguyên nhân gây hội chứng trẻ sơ sinh khóc nhiều (Hội chứng colic ở trẻ sơ sinh) vẫn chưa được biết rõ và nó xảy ra khoảng 1/20 đến 1/5 số trẻ. Mặc dù HC này không gây hại gì, nhưng nó gây ra stress cho cả trẻ và cha mẹ. HC này thường xuất hiện trong những tuần đầu tiên sau khi trẻ ra đời và giảm dần cho đến khi trẻ được 3-4 tháng tuổi.

Bạn cần nắm bắt những điểm chính nào

- Độ tuổi
- Triệu chứng
- Việc ăn uống của trẻ
- Người mẹ có hút thuốc không?
- Đã tìm được sự tư vấn nào chưa?

Độ tuổi

HC trẻ sơ sinh khóc nhiều thường bắt đầu từ những tuần đầu tiên và có thể kéo dài đến khi trẻ 3-4 tháng tuổi.

Triệu chứng

Các bà mẹ thường mô tả trẻ khóc vào buổi chiều muộn và tối, khi trẻ cảm thấy không thoải mái, mặt đỏ và trẻ có thể co đầu gối lên bụng. Những triệu chứng như trung tiện và khó đi ngoài có thể xuất hiện.

Việc nhận thức được rằng hội chứng trẻ sơ sinh khóc nhiều không phải là nguyên nhân duy nhất làm bé khóc và khó chịu là rất quan trọng. Nếu bé vẫn không dứt khóc và không thấy thoải mái, cha mẹ nên tham khảo ý kiến của các bác sĩ đa khoa. Hiếm xảy ra, các vấn đề như xoắn ruột có thể xuất hiện và làm cho trẻ khóc lớn, dai dẳng không dứt.

Chế độ dinh dưỡng

Xác định xem trẻ bú mẹ hay ăn sữa ngoài (hoặc kết hợp cả 2) và loại sữa công thức được sử dụng.

Người mẹ có hút thuốc không?

Có vẻ có mối liên quan giữa người mẹ hút thuốc và HC trẻ sơ sinh khóc nhiều.

Đã được tư vấn nào chưa?

Việc hỏi xem bố mẹ trẻ đã tìm lời khuyên từ các cán bộ y tế hoặc các nguồn khác chưa là rất có ích. Dược sĩ có thể đánh giá sự đúng đắn của các lời khuyên đã được cung cấp.

Điều trị

Vẫn chưa có những bằng chứng tốt để ủng hộ các phương pháp thông thường mà mọi người thử dùng để kiểm soát HC này. Cần phải nhắc lại với các bậc cha mẹ rằng HC này xảy ra không phải là lỗi ở họ và con họ rồi sẽ vượt qua chuyện này.

Simethicone

Simethicone được dùng phổ biến để điều trị HC trẻ sơ sinh khóc nhiều và thường có nhiều biệt dược. Tuy nhiên, chỉ có 3 thử nghiệm nhỏ được tìm thấy trong các bài tổng quan hệ thống, và bằng chứng về lợi ích của thuốc này vẫn chưa chắc chắn. Có thể dùng thử

simethicone nhỏ giọt trong vòng 1 tuần khi các biện pháp khác không hiệu quả và khi cha mẹ muốn điều trị.

Chế độ dinh dưỡng

Với trẻ bú mẹ, việc bà mẹ cân nhắc loại bỏ sữa bò khỏi thực đơn hàng ngày của mình là rất có ý nghĩa. Có cơ sở lý thuyết hợp lý giải thích cho điều này đó là sữa của bà mẹ có uống sữa bò thì cũng chứa protein sữa bò dạng chưa bị biến đổi. Tuy nhiên, chưa có bằng chứng về lợi ích của việc này. Có thể thử loại bỏ sữa bò ra khỏi thực đơn hàng ngày trong vòng 1 tuần. Điều đó có nghĩa rằng người mẹ cần phải ngừng ăn các sản phẩm bơ sữa một cách hoàn toàn. Nếu thấy có bất kỳ sự cải thiện nào ở trẻ thì cần đến gặp chuyên viên sản phụ - trẻ em để xin lời khuyên và tư vấn thích hợp về chế độ ăn.

Với trẻ dùng sữa ngoài, khi các triệu chứng trở nên trầm trọng hơn và không thuyên giảm, người mẹ có thể tham khảo thử dùng sữa bột công thức ít dị ứng (*caseinogen (casein) hydrolysate*). Các nghiên cứu chỉ ra rằng việc này có thể giảm hơn 20% trẻ gặp HC này. Có thể đề nghị sử dụng những loại sữa trên trong vòng 1 tuần. Nếu trẻ có biểu hiện đáp ứng, cần đến gặp chuyên viên sản phụ - trẻ em để xin lời khuyên và tư vấn thích hợp. Có ít bằng chứng mạnh đối với sử dụng sữa công thức *whey hydrolysate* (whey là protein được tách từ sữa trong khi chế biến). Bằng chứng chứng minh hiệu quả sử dụng sữa đậu nành làm giảm quấy khóc ở trẻ là rất hạn chế. Không có bằng chứng chứng minh lợi ích sử dụng của các loại sữa ít lactose hoặc giàu chất xơ.

Các thực phẩm bổ sung

Một nghiên cứu về dùng trà thảo dược đối với HC này đã cho thấy tỷ lệ giảm đáng kể quấy khóc ở trẻ nhưng vẫn còn những nghi ngại về thiết kế nghiên cứu. Hơn nữa, tính an toàn của trà thảo dược với trẻ sơ sinh vẫn còn bị nghi ngờ, có thể vì các vấn đề quanh việc chuẩn hóa các thành phần trong trà và những nghi ngờ về sự có mặt của các thành phần khác nữa trong trà.

Những cách điều trị bằng hành vi

Trước đây, người ta nghĩ rằng việc trẻ bị kích thích quá mức có thể là nguyên nhân gây trẻ khóc nhiều. Tuy nhiên, có vài nghiên cứu đánh giá hiệu quả của việc tránh không bế hoặc ôm trẻ khi không cần thiết và không can thiệp quá khắt khe khi trẻ khóc. Những nghiên cứu trên đã không chỉ ra được hiệu quả của các hành động này.

Mát xa cho trẻ

Mặc dù việc mát xa cho trẻ có vẻ là cách phổ biến để xoa dịu cơn quấy khóc, nhưng bằng chứng cho lợi ích của việc này vẫn chưa chắc chắn.

Những chuyên gia y tế khác.

Các chuyên viên sản phụ - trẻ em có thể đưa ra lời khuyên và hỗ trợ các gia đình về chế độ ăn của trẻ sơ sinh cũng như các vấn đề khác nữa.

BÀI 38. MỌC RĂNG

Mọc răng có thể bắt đầu sớm nhất là lúc trẻ 3 tháng tuổi và tiếp tục đến năm 3 tuổi. Mối liên quan giữa sự khó chịu và thay đổi sinh lý khi mọc răng là một vấn đề còn đang gây tranh cãi. Một số chuyên gia y tế và cha mẹ không đúng khi cho rằng các triệu chứng lo âu, sốt và tiêu chảy gắn với mọc răng. Một nghiên cứu cho thấy rằng số lượng các triệu chứng bị gán với mọc răng. Quan điểm hiện đại hơn cho rằng mọc răng là một hiện tượng tại chỗ, có thể là chảy nước dãi, đỏ má, viêm nướu, hay cắn và dễ nổi cáu, nhưng không phải tự nó là một nguyên nhân gây ra nhiễm trùng. Một giả thuyết cho rằng các em bé bú bình nhận được kháng thể ít hơn những bé được nuôi bằng sữa mẹ, và điều này có thể dẫn đến một sự liên quan giữa mọc răng và các triệu chứng toàn thân. Một điểm quan trọng về sự liên quan giữa các triệu chứng toàn thân với mọc răng là có thể có nguyên nhân khác nghiêm trọng hơn đã bị bỏ qua.

Việc thích hợp cần làm khi bé mọc răng là giảm cảm giác khó chịu tại chỗ bằng phương pháp làm lạnh và sử dụng các thuốc giảm đau (hỗn dịch paracetamol) hay gel bôi. Có một sản phẩm vi lượng đồng căn có sẵn dưới dạng các hạt, và một số phụ huynh lại ưa thích sản phẩm bổ sung hơn. Cha mẹ cần được khuyến khích làm sạch răng sữa cho bé ngay từ khi răng mới nhú bằng một bàn chải đánh răng cho bé. Nên tránh dùng núm ti giả, nhưng nếu sử dụng thì điều quan trọng là không nhúng núm ti giả hay cái gặm nướu vào mật ong, nước ép trái cây hoặc siro. Tham khảo thêm các chuyên gia chăm sóc sức khỏe nếu cần thêm tư vấn về cách phòng chống các vấn đề răng miệng.

BÀI 39. HẫM TÃ

Phần lớn trẻ đều bị hăm tã ở vài giai đoạn trong suốt thời ấu thơ. Yếu tố nguy cơ bao gồm sự tiếp xúc giữa nước tiểu và phân với da trẻ, sự kích ứng gây ra bởi xà phòng, nước tẩy rửa, chất tạo bọt tắm, da ẩm ướt do không được thay tã thường xuyên và chăm sóc da không hợp lý. Nên hỏi ý kiến dược sĩ trong việc chữa trị và phòng ngừa hăm tã tái phát.

Bạn cần biết:

- Bản chất và vị trí hăm
- Mức độ nghiêm trọng
- Phần da bị tổn thương
- Dấu hiệu nhiễm trùng
- Thời gian mắc bệnh
- Tiền sử bệnh
- Các triệu chứng khác
- Tác nhân thúc đẩy
- Tình trạng chăm sóc và vệ sinh da
- Thuốc

Bản chất và vị trí hăm

Hăm tã, đôi khi được gọi là viêm da vùng tã, là một vùng phát ban hồng ở vùng mông trẻ. Các khu vực khác của cơ thể không bị ảnh hưởng, trái ngược với viêm da tiết bã ở trẻ sơ sinh, nơi da đầu cũng có thể bị ảnh hưởng (cứt trâu). Ở chứng eczema sơ sinh, các bộ phận khác cũng thường bị ảnh hưởng. Việc điều trị hăm tã ban đầu là giống nhau trong mỗi trường hợp.

Mức độ nghiêm trọng

Nói chung, nếu da không có vết thương hở và không có dấu hiệu nhiễm trùng thứ cấp do vi khuẩn, nên xem xét có cần điều trị không. Sự hiện diện của nhiễm trùng do vi khuẩn có thể biểu hiện bằng sự rỉ nước hoặc vảy vàng. Nhiễm nấm thứ cấp phổ biến ở bệnh viêm da vùng tã và sự hiện diện của các nốt sần vệ tinh (những tổn thương nhỏ màu đỏ ở xung quanh vùng bị ảnh hưởng) là dấu hiệu của nhiễm trùng. Nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn, hãy đến gặp bác sĩ, việc dùng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân có thể là cần thiết. Nhiễm nấm thứ cấp có thể được điều trị bằng một trong các thuốc bôi nhóm azol chống nấm do các dược sĩ tư vấn.

Thời gian mắc bệnh

Nếu tình trạng này đã kéo dài hơn 2 tuần, các dược sĩ có thể quyết định giới thiệu đến bác sĩ là lựa chọn tốt nhất, tùy theo bản chất và mức độ nghiêm trọng của phát ban.

Tiền sử bệnh

Các dược sĩ nên hỏi xem các triệu chứng này đã xảy ra trước đó chưa, nếu có, thì đã từng can thiệp gì, ví dụ, điều trị bằng các sản phẩm OTC.

Các triệu chứng khác

Viêm da vùng tả đôi khi xảy ra trong hoặc sau khi bị tiêu chảy, khi da quanh hậu môn trở nên đỏ và đau. Do đó các dược sĩ nên hỏi về tình trạng tiêu chảy hiện tại hoặc gần đây. Tiêu chảy có thể xảy ra như là một tác dụng phụ của điều trị kháng sinh và điều này có thể là nguyên nhân. Đôi khi bệnh nấm ở khu vực tả có thể liên quan đến nấm miệng gây ra đau mồm hoặc cổ họng (xem trang 323). Nếu nghi ngờ, nên giới thiệu đến bác sĩ.

Tác nhân thúc đẩy

Chăm sóc da và vệ sinh

Xưa kia viêm da vùng tả được cho là một bệnh viêm da kích ứng đơn giản do amoniac, là một sản phẩm phân hủy của nước tiểu trong tả lót bẩn. Tuy nhiên, các yếu tố khác đang được biết đến cũng đóng góp một phần. Chúng bao gồm các chất kích ứng trong phân và nước tiểu, phản ứng nhạy cảm với xà phòng và chất tẩy rửa và khử trùng còn lại trong tả tái sử dụng sau khi giặt không sạch và phản ứng nhạy cảm với các thành phần trong một số chế phẩm dùng tại chỗ, ví dụ, trong khăn lau em bé. Các yếu tố chính được cho là ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc hăm tả là da bị ướt liên tục và tái ngấm khi da tiếp xúc với tả lót bẩn. Da bị thấm ướt làm tăng khả năng xâm nhập của các chất kích thích qua da và gây tổn thương da. Mặc quần làm bằng chất dẻo kín làm trầm trọng thêm tình trạng này. Cần thiết phải thường xuyên thay tả và vệ sinh (xem “Lưu ý” dưới đây).

Thuốc

Việc lựa chọn và tính hiệu quả của bất kỳ chế phẩm nào sử dụng cho tình trạng hiện tại hoặc bất kỳ tình trạng trước đó, hoặc là kê đơn hoặc OTC, cần được xác định bởi các dược sĩ. Các dược sĩ cần xem xét khả năng xuất hiện phản ứng nhạy cảm với một thành phần trong sản phẩm bôi, đặc biệt là nếu hăm tả trở nên nặng hơn.

Khi nào cần đi khám

- Da bị vết thương hở, phát ban nặng
- Các dấu hiệu của nhiễm trùng
- Các khu vực khác của cơ thể bị ảnh hưởng

Khoảng thời gian điều trị

Một bệnh nhi bị hăm tả mà không đáp ứng với việc chăm sóc da và các sản phẩm OTC trong vòng 1 tuần cần được đi khám bác sĩ.

Điều trị

Điều trị và phòng ngừa các đợt hăm tả có thể đạt được bằng cách kết hợp điều trị bằng các sản phẩm OTC và tư vấn chăm sóc da khu vực tả.

Chế phẩm làm mềm da

Chế phẩm làm mềm da là phương pháp điều trị chính. Việc dùng một chất không thấm nước như dimethicon là hữu ích trên lý thuyết nhưng không có bằng chứng thuyết phục rằng các sản phẩm này có hiệu quả. Lựa chọn sản phẩm đôi khi có thể phụ thuộc vào sở thích của khách hàng và nhiều chế phẩm có hiệu quả như nhau. Hầu hết các dược sĩ sẽ có một sản

phẩm yêu thích đặc biệt mà họ thường khuyên. Một số thành phần có trong chế phẩm cho việc điều trị và phòng ngừa hăm tã được mô tả dưới đây.

Kẽm

Kẽm có tác dụng làm dịu.

Lanolin

Lanolin giữ ẩm cho da. Nó đôi khi có thể gây ra phản ứng nhạy cảm, mặc dù lanolin tinh chế chất lượng cao được sử dụng trong nhiều sản phẩm hiện nay có thể làm giảm vấn đề này.

Dầu thầu dầu/dầu gan cá tuyết

Dầu thầu dầu và dầu gan cá tuyết tạo ra một lớp chống thấm nước trên da.

Chất kháng khuẩn (ví dụ clorhexidin gluconat)

Có thể hữu ích trong việc giảm số lượng vi khuẩn trên da. Một số chất kháng khuẩn đã được báo cáo rằng gây ra phản ứng nhạy cảm.

Chất kháng nấm

Nhiễm trùng thứ cấp với Candida phổ biến ở bệnh viêm da vùng tã và các thuốc kháng nấm nhóm azol sẽ có hiệu quả. Các dược sĩ có thể tư vấn dùng miconazol hoặc clotrimazol bôi hai lần mỗi ngày và tham khảo ý kiến bác sĩ nếu vết hăm không được cải thiện trong vòng 5 ngày. Nếu dùng kem kháng nấm, tiếp tục điều trị cho tới 4 hoặc 5 ngày sau khi các triệu chứng đã hết hoàn toàn. Một loại kem làm mềm hoặc thuốc mỡ vẫn có thể dùng cùng các sản phẩm kháng nấm.

LƯU Ý

1. Tã nên được thay thường xuyên khi cần thiết. Trẻ cho đến 3 tháng tuổi có thể đi tiêu nhiều đến 12 lần một ngày.

2. Nên tháo tã ra bất cứ khi nào có thể để không khí có thể lưu thông vào da, giúp chỗ da bị tổn thương hồi phục và khô ráo. Đặt em bé trên tã bông hoặc khăn bông với một tấm chống thấm nước bên dưới để tránh làm bẩn đồ đạc hoặc giường.

3. Mỗi khi thay tã, nên rửa sạch da bằng nước ấm hoặc sử dụng kem dưỡng da đặc hiệu hoặc khăn lau. Cần chăm sóc da cẩn thận và làm khô hoàn toàn. Việc sử dụng bột talc có thể hữu ích, nhưng bột gây bít da đôi khi có thể gây kích thích hơn nữa. Bột Talc luôn luôn bôi trên da khô và cần được rắc nhẹ trên vùng tã. Việc thường xuyên sử dụng các loại kem làm mềm da hoặc thuốc mỡ, dùng làm da khô sạch, có thể giúp bảo vệ da chống lại các chất kích thích.

Hăm tã trong thực tế

Ca 1

Jane Simmonds, một người mẹ trẻ, yêu cầu bạn giới thiệu một loại kem tốt cho tình trạng hăm tã của con gái cô. Em bé (Sarah) 3 tháng tuổi và bà Simmonds nói với bạn rằng mông em bé bị nổi mẩn đỏ. Da bé không bị vết thương hở và không bị rỉ nước hay vảy vàng. Khi hỏi thêm, bạn thấy rằng ban cũng xuất hiện trên lưng và cổ và có dấu hiệu xuất hiện quanh cổ tay. Các vết ban có vẻ gây ngứa, vì Sarah luôn cố gắng gãi vào vùng đó. Bà Simmonds sử dụng tã lót dùng một lần, cô thường xuyên thay tã, và cô bôi kem chứa kẽm và dầu thầu dầu mỗi khi thay tã, sau khi làm sạch da. Em bé không có triệu chứng gì khác và không dùng bất cứ loại thuốc nào khác.

Quan điểm của dược sĩ

Bà Simmonds thay tã và chăm sóc da thường xuyên có vẻ đầy đủ, nhưng em bé bị hăm tã và ban ảnh hưởng đến các vùng khác của cơ thể. Có thể Sarah đã bị eczema sơ sinh và việc giới thiệu đến khám bác sĩ sẽ là hành động hợp lý nhất.

Quan điểm của bác sĩ

Có khả năng Sarah bị eczema, mà đó có thể là nguyên nhân gây ra hăm tã. Nó cũng có thể là một dạng ban eczema thể phức tạp do một nhiễm trùng thứ cấp. Giới thiệu đến các bác sĩ hoặc chuyên gia y tế để đánh giá thêm sẽ là khôn ngoan. Vấn đề về da như vậy có thể làm người mẹ buồn phiền và điều quan trọng là bà Simmonds cần được tạo cơ hội để bộc lộ sự hiểu biết và mối quan tâm của cô ấy về các vấn đề và ngược lại, bác sĩ nên giải thích một cách phù hợp. Việc điều trị bao gồm tất cả các điểm lưu ý bên trên và có thể kê đơn một steroid tại chỗ yếu, chẳng hạn hydrocortison 1%, kèm theo hoặc không có chất kháng nấm hoặc kháng khuẩn.

Ca 2

Cô Lesley Tibbs lo lắng về tình trạng hăm tã ở con trai nhỏ của mình, cô ấy nói với bạn rằng dường như tình trạng đó đã xuất hiện trong vài ngày qua. Da hơi đỏ và trông đau và cô ấy đã được sử dụng một loại kem đặc hiệu, nhưng vết hăm thậm chí còn tồi tệ hơn. Em bé khoảng 5 tháng tuổi và chưa bao giờ bị hăm tã trước đó. Bà Tibbs sử dụng tã tái sử dụng và gần đây đã thay đổi loại bột giặt, theo đề nghị của một người bạn. Các ban chỉ ảnh hưởng đến khu vực tã và em bé không có các triệu chứng khác.

Quan điểm của dược sĩ

Tiền sử cho hai manh mối về nguyên nhân của vấn đề. Em bé này không bị hăm tã trước đó và lần bị này trùng với sự thay đổi chất tẩy rửa, vì vậy nó có thể là một phản ứng nhạy cảm do dư lượng chất tẩy rửa trong tã lót sau khi giặt. Yếu tố thứ hai là kem mà bà Tibbs đã được sử dụng để điều trị, nhưng không thành công. Các thành phần của sản phẩm phải được xem xét kỹ lưỡng bởi các dược sĩ để xem nếu có khả năng gây nhạy cảm.

Tư vấn ban đầu cho bà Tibbs là dùng lại chất tẩy rửa trước đó và sử dụng phương pháp điều trị khác. Tư vấn về thói quen thay tã có thể được đưa ra và nếu hăm tã không hết trong vòng 1 tuần, hoặc trở nên tồi tệ hơn, nên giới thiệu đến các bác sĩ.

Quan điểm của bác sĩ

Những lời khuyên được đưa ra bởi dược sĩ đã làm sáng tỏ vấn đề. Nó khá hợp lý khi giới thiệu bà Tibbs và em bé đến gặp các chuyên gia sức khỏe để được tư vấn thêm nếu tình trạng hăm không cải thiện.

BÀI 40. CHẤY RẬN

DS. Nguyễn Văn Chiến, tốt nghiệp ĐH Dược HN

Chấy rận thường xảy ra ở trẻ em. Hiện nay có nhiều thuốc điều trị hiệu quả, tuy nhiên, điều trị có thể thất bại nếu các thuốc được sử dụng không đúng cách. Do hiện nay nhiều bệnh nhân được chỉ tới dược sĩ để tư vấn về sử dụng thuốc nên các dược sĩ có vai trò quan trọng trong việc hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thuốc sao cho đúng. Dược sĩ còn có vai trò lớn trong việc giải thích cách kiểm tra tình trạng nhiễm chấy rận và kêu gọi ngừng sử dụng thuốc diệt bọ để dự phòng chấy rận. Các bậc phụ huynh thường cảm thấy xấu hổ khi cần tìm kiếm lời khuyên, đặc biệt nếu trẻ có chấy rận. Dược sĩ có thể khẳng định với các phụ huynh rằng tình trạng chấy rận là phổ biến và không phải bất kì trường hợp nào cũng là do thiếu vệ sinh. Thuật ngữ nhiễm trùng được ưa thích hơn thuật ngữ “xâm nhiễm” bởi vì hình ảnh xấu xí liên quan đến xâm nhiễm.

Những điều cần biết

- Tuổi
 - Trẻ em, người lớn
- Dấu hiệu của chấy rận
- Sự có mặt của chấy còn sống
- Kiểm tra sự có mặt của chấy rận
 - Trứng chấy rận
 - Ngứa da đầu
- Tiền sử có chấy rận
- Điều trị
- Các liệu pháp đã sử dụng

Các câu hỏi và câu trả lời cần thiết

Tuổi

Chấy rận thường xuất hiện ở trẻ em, đặc biệt từ 4 đến 11 tuổi. Tình trạng này xảy ra ở nữ nhiều hơn nam. Trẻ trên 11 tuổi và người lớn gần như không có chấy rận. Ở người trưởng thành, nữ có thể có chấy rận, nhưng nam thì rất hiếm. Cũng có thể đàn ông có thể rụng tóc như hội chứng hói đầu ở nam giới, do đó chấy rận ít có nơi để trú ẩn.

Các dấu hiệu có chấy rận

Trừ khi bác sĩ hoặc y tá đã kiểm tra bằng cách chải tóc ướt hoặc kiểm tra da đầu và xác định có chấy rận, dược sĩ nên hỏi bệnh nhân đã được kiểm tra hay chưa để xác định sự có mặt của chấy rận. Các bậc phụ huynh thường lo lắng rằng con cái của họ có thể có chấy rận và họ muốn dược sĩ tư vấn điều trị dự phòng. Không nên dùng thuốc trừ bọ trong trường hợp này, vì điều này có thể gây ra tình trạng kháng thuốc. Chỉ tiến hành điều trị trong các trường hợp có chấy rận trên đầu.

Kiểm tra sự có mặt chấy rận

Chải tóc ướt có hiệu quả hơn so với kiểm tra da đầu để phát hiện sự có mặt của chấy rận. Các ba mẹ có thể dễ dàng kiểm tra bằng cách chải tóc trẻ và hứng vào một miếng giấy màu trắng hoặc màu sáng, sử dụng bàn chải 9 răng (khoảng cách giữa hai răng liên tiếp nhỏ hơn 0,3mm). Trước tiên làm ẩm tóc để việc chải tóc dễ dàng hơn và ít đau hơn. Tóc khô có thể làm cho chấy rận bị đẩy ra khỏi lược, và do đó khả năng phát hiện giảm đi. Sau mỗi lượt chải, nên lau lược trên khăn giấy hoặc vải trắng. Mỗi lần chải tóc trên một khu vực khác nhau. Khu vực gáy và sau tai nên kiểm tra thường xuyên hơn, vì những khu vực này là nơi ưa thích của chấy rận. Vùng gáy và sau tai giữ ẩm và che chở tương đối cho chấy rận. Ví dụ như kiểm tra một tuần một lần, và có thể thường xuyên hơn nếu bạn bè của trẻ ở trường hoặc trong nhóm có chấy rận. Nếu có mặt của chấy rận còn sống, một số sẽ bị chải ra ngoài và rơi vào giấy. Chúng như những đốm nhỏ màu be, đen, xám hoặc nâu. Chúng bỏ vỏ khi trưởng thành và có màu vàng. Phân của chấy rận như những đốm đen nhỏ rơi trên gối và cổ áo.

Trứng chấy rận

Có thể tìm thấy trứng rỗng màu trắng hoặc màu kem gắn với da đầu, tóc khi mà không còn chấy rận trừ khi chúng còn sống. Cha mẹ có thể nghĩ rằng điều trị thất bại vì vẫn thấy trứng trên tóc. Do đó, dược sĩ phải giải thích cho bệnh nhân rằng các vỏ rỗng đó gắn chắc chắn vào tóc, da đầu và không bị trôi đi khi sử dụng các loại dầu gội để điều trị. Sử dụng lược 9 răng mới có thể loại bỏ được trứng sau khi điều trị.

Ngứa

Trái với suy nghĩ của mọi người, khi có chấy rận thì không phải tất cả mọi người đều bị ngứa. Sự thật là, chỉ có một trong 5 trường hợp nhiễm chấy rận có ngứa, có lẽ là bởi vì do trường hợp đó được phát hiện nhiễm chấy rận ở giai đoạn sớm hơn so với các trường hợp còn lại. Ngứa có thể là do đáp ứng dị ứng với một lượng nhỏ nước dãi của chấy rận khi chúng ăn để lại trên da đầu. Sự nhạy cảm không xảy ra lập tức và cần phải mất vài tuần để gây ra ngứa. Người ta ước lượng rằng phải sau hàng nghìn vết cắn của chấy rận thì đáp ứng dị ứng mới xảy ra. Không có triệu chứng ngứa thì không có nghĩa là không có chấy rận. Ở những người mà đã từng bị nhiễm chấy rận và bị tái phát có thể xuất hiện ngứa sớm hơn.

Tiền sử có chấy rận

Dược sĩ nên xác định rằng liệu đứa trẻ đã bị nhiễm chấy rận trước đó hay chưa. Cụ thể là xem xét liệu đứa trẻ gần đây có nhiễm chấy rận do tái nhiễm từ các thành viên trong gia đình hay không nếu toàn bộ gia đình không được điều trị cùng một lúc. Sự tiếp xúc gần gũi giữa các thành viên trong gia đình và giữa những trẻ khi chúng chơi đùa là nguyên nhân mà chấy rận có thể truyền từ người này sang người khác. Ví dụ dược sĩ có thể hỏi liệu ba mẹ có nắm được liệu con mình có tiếp xúc với trẻ bị chấy rận hay không nếu hiện nay ở trường của trẻ đang có dịch chấy rận

Thuốc điều trị

Nếu một thuốc trừ bọ được sử dụng đúng cách thì không có khả năng xảy ra thất bại điều trị (Xem phần Quản lý phía dưới).

Cần phải khai thác kỹ để xác định xem việc sử dụng thuốc đã thực sự thất bại hay chưa. Nên xác định rõ xem sử dụng thuốc nào và cách dùng ra sao

Điều trị

Khi đã có chẩn đoán rõ ràng bệnh nhân có nhiễm chấy rận, dược sĩ sẽ khuyến cáo một thuốc điều trị thích hợp. Chỉ những người thực sự có chấy rận trên đầu mới được sử dụng

thuốc, và tất cả những ai trong gia đình bị nhiễm chấy rận đều nên được điều trị cùng một lúc. Phụ thuộc vào ý kiến của cha mẹ và tiền sử sử dụng thuốc, có thể điều trị bằng cách:

- chải đầu ướt với dimethicone hoặc isopropyl myristate phối hợp với cyclomethicone
- xịt có chứa hoạt chất từ nhánh có hoa cây dứa, hồi, và ngọc lan tây (ylang ylang)
- dung dịch malathion 0,5%

Dimethicone và isopropyl myristate/cyclomethicone

Có bằng chứng từ các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên về tác dụng của dimethicone thấm vào côn trùng và ngăn cản côn trùng bài tiết dịch quá mức. Dimethicone được dùng trên tóc khô và để sau 8 tiếng rồi rửa sạch. Sử dụng lần hai sau 7 ngày. Khuyến cáo kiểm tra sự có mặt của chấy rận ngày thứ 4 và ngày 8-10. Dimethicone khá an toàn. Các phản ứng có hại thường ít gặp, bao gồm: ngứa hoặc bong da đầu, gây kích thích nếu vào mắt. Dimethicone có thể sử dụng cho người bị hen hoặc eczema. Dung dịch Isopropyl myristate/cyclomethicone cũng có tác dụng vật lý lên chấy rận, thuốc được sử dụng khi tóc khô và sau 10 phút thì rửa sạch.

Phương pháp chải ướt (Bug Busting)

Hiệu quả của phương pháp này phụ thuộc vào tần suất sử dụng trong khoảng hơn 2 tuần. Các bước thực hiện: Gội đầu bình thường; làm khô tóc một cách tự nhiên (làm cho chấy rận mất bám dính vào tóc); chải bằng lược 5 răng từ chân tóc dọc theo chiều dài của tóc đến hết và sau mỗi lần chải, kiểm tra sự có mặt của chấy rận và làm sạch lược. Thực hiện một cách cẩn thận toàn bộ đầu ít nhất 30 phút; gội sạch đầu bình thường; lặp lại ba ngày một lần trong khoảng ít nhất 2 tuần (Chải ướt nên được tiếp tục cho đến khi không còn thấy chấy rận trưởng thành trong 3 lần chải liên tiếp)

(Nguồn: NHS Clinical Knowledge Summaries)

Xịt có hoa dứa, cây hồi và ngọc lan tây (ylang ylang)

Phương pháp này có thể sử dụng cho trẻ em trên 2 tuổi và ủ trên tóc khoảng 15 phút. Sau đó gội sạch đầu bằng dầu gội đầu. Chải đầu một cách có hệ thống với lược 5 răng để loại chấy rận. Sử dụng lần hai sau 7 ngày. Phương pháp này không phù hợp với người bị hen hoặc các vấn đề về da như eczema.

Malathion

Dung dịch malathion được dùng trên tóc khô và để yên tối thiểu 12 tiếng (hoặc qua đêm). Sử dụng lần hai sau 7 ngày. Việc sử dụng lần hai sẽ giết chết bất kỳ chấy rận nào mà được sinh ra từ trứng trong thời gian đó. Các quả trứng cần khoảng 7 ngày để nở ra con. Kiểm tra sự có mặt của chấy rận ở ngày thứ 4 và ngày thứ 8-10. Malathion có sẵn trong các dung dịch kem có cồn. Các công thức dựa trên cồn là không phù hợp với mọi bệnh nhân vì chúng có thể gây ra hai vấn đề. Thứ nhất, cồn gây ra cảm giác xót, đau khi chạm vào vết xước, ví dụ như eczema. Thứ hai, ở bệnh nhân hen phế quản, tránh xa các dung dịch nước có cồn là tốt nhất, vì cồn có thể đi vào phổi và gây ra các cơn hen, có lẽ ngay cả các hạt sương cũng có thể gây ra cơn hen. Những phản ứng trên rất hiếm khi xảy ra, tuy nhiên cũng cần phải thận trọng. Malathion nên được chải nhẹ nhàng lên tóc khô và đảm bảo rằng đồng đều toàn bộ da đầu; sau đó chải tóc. Phương pháp hiệu quả nhất là chải từng phần da đầu một cách liên tục và sau đó nhỏ một vài giọt thuốc lên rãnh lược đang chải và dàn đều thuốc dọc theo rãnh lược, khu vực da đầu đang chải và dọc theo ngọn tóc. Mỗi lần thực hiện cần khoảng 50-55 ml dung dịch thuốc, người có tóc dày và dài có thể cần nhiều hơn. Đặt một cái khăn hoặc áo che

mắt và khuôn mặt để bảo vệ khỏi dung dịch bắn vào. Khi sử dụng chế phẩm, cần đặc biệt để ý đến các khu vực sau gáy và sau tai vì ở đó chấy rận thường có nhiều. Để khô tóc một cách tự nhiên. Không nên sử dụng các dụng cụ làm khô tóc vì malathion bị mất hoạt động bởi nhiệt. Khi sử dụng dung dịch có cồn, cần tránh xa lửa. Malathion có thể có tác dụng không mong muốn. Nó cần nhiều giờ tiếp xúc để xuất hiện và mức độ phản ứng rất khác nhau giữa mỗi người. Một khi xảy ra tác dụng không mong muốn, nó có thể kéo dài nhiều tuần. Tiếp xúc với nước clo khi tắm sẽ làm giảm bất kì dấu hiệu phản ứng có hại nào hoặc có thể sử dụng nhiệt qua máy sấy tóc.

Các phương pháp bổ sung

Điều trị bằng các thảo dược (ví dụ như dầu cây trà) và xoa bóp bằng dầu thơm đã được sử dụng, tuy nhiên rất ít bằng chứng khi sử dụng phương pháp này có hiệu quả.

Một số điểm khác

Các dược sĩ, nhân viên chăm sóc sức khỏe cộng đồng và các y tá (đặc biệt là những người có liên quan đến việc chẩn đoán) làm việc nhóm với nhau là rất quan trọng để đảm bảo thông tin điều trị và khuyến cáo một cách chính xác. Các dược sĩ có thể giữ liên lạc với các nhân viên y tế và y tá trong trường học để trao đổi và đảm bảo các thông tin đưa ra là chính xác và cập nhật.

Thực hành

Một người mẹ trẻ thường xuyên tới hỏi dược sĩ cho lời khuyên và mua thuốc cho con, hỏi về một thuốc điều trị chấy rận. Con cô ấy không có chấy rận, nhưng cô ấy muốn dùng thuốc để đề phòng. Bạn biết rằng đứa trẻ khoảng 5-7 tuổi và không có dấu hiệu của chấy như ngứa da đầu. Đứa trẻ vẫn chưa được kiểm tra xem có bị chấy rận thật hay không và cô ấy cũng không biết cách kiểm tra, cũng không có bất kì thông tin nào về việc các học sinh bị chấy rận ở trường học hay không.

Dược sĩ

Chỉ điều trị khi có bằng chứng của nhiễm chấy rận.

Từ những điều người mẹ nói, dường như con cô ấy không có chấy rận và không có thông tin về vấn đề chấy rận ở trường. Tuy nhiên, chấy rận có thể dễ dàng di chuyển từ người này sang người khác, đặc biệt là những đứa trẻ cùng trường. Dược sĩ có thể giải thích cách kiểm tra chấy rận hàng tuần bằng cách chải ướt với lược 5 răng và tờ giấy sáng màu. Cũng cần phải giải thích rằng chấy rận và việc giữ vệ sinh là không có mối liên hệ. Nếu phát hiện thấy chấy rận thì cần điều trị ngay.

Bác sĩ

Lời khuyên từ dược sĩ là rất hữu ích. Việc sử dụng thuốc để diệt chấy rận rõ ràng nhanh chóng và thuận tiện hơn nhưng lại không đúng theo nguyên tắc chỉ dùng thuốc khi thực sự có chấy rận. Hi vọng rằng, thông tin mà dược sĩ đưa ra sẽ làm giảm bớt mối lo của người mẹ đối với vấn đề chấy rận và việc giữ vệ sinh. Điều này chứng tỏ vai trò quan trọng của việc tư vấn ở các nhà thuốc.

BÀI 41: GIUN KIM

Nguyễn Văn Chiên

Giun kim là bệnh khá phổ biến ở trẻ em. Cũng như chấy rận ở trẻ em, nhiều bậc ba mẹ cảm thấy xấu hổ khi con cái họ bị giun kim hoặc khi nhắc tới vấn đề này. Dược sỹ nên trấn an họ rằng giun kim là một bệnh lý rất phổ biến. Ngoài việc kê thuốc OTC để điều trị, dược sỹ cũng nên tư vấn về vấn đề giữ gìn vệ sinh để ngăn ngừa khả năng tái nhiễm.

Những điều cần biết

- Tuổi
- Dấu hiệu của giun kim
- Ngứa hậu môn
- Sự có mặt của giun kim
- Các triệu chứng khác
- Thời gian mắc
- Các chuyến du lịch gần
- Các thành viên trong gia đình
- Điều trị

Những câu hỏi và trả lời quan trọng

Tuổi

Giun kim rất phổ biến ở trẻ em trong độ tuổi đến trường.

Dấu hiệu nhiễm giun kim

Thông thường, biểu hiện đầu tiên có thể thấy là ngứa vùng hậu môn. Ngứa hậu môn là triệu chứng điển hình của nhiễm giun kim. Điều đó do phản ứng dị ứng với giun kim và trứng của chúng. Các phản ứng miễn dịch cần có thời gian thì mới gây tới những triệu chứng trên lâm sàng, do đó, trong các trường hợp nhiễm giun kim lần đầu, có thể không có dấu hiệu ngứa hậu môn. Triệu chứng ngứa này càng nặng hơn vào ban đêm. Bởi vì, vào ban đêm giun cái sẽ bò ra và đẻ trứng xung quang vùng hậu môn. Khi đẻ trứng, chúng tiết ra một chất lỏng dính kích thích vùng da hậu môn. Ngứa dai dẳng có thể dẫn đến nhiễm khuẩn thứ phát. Nếu vùng da hậu môn bị tổn thương và có dấu hiệu rỉ nước, khi đó khuyên bệnh nhân đến khám bác sỹ và cân nhắc việc sử dụng kháng sinh. Mất ngủ do ngứa vào ban đêm có thể dẫn đến trạng thái mệt mỏi và hay cáu gắt. Ngứa mà không có dấu hiệu điển hình của nhiễm giun kim có thể là do nguyên nhân khác, ví dụ như dị ứng hoặc bị viêm da kích thích do xà phòng hoặc các phương pháp điều trị ngứa truyền thống. Ở một số bệnh nhân, ngứa hậu môn có thể là do nấm hoặc ghẻ.

Sự hiện diện của giun kim

Giun kim có thể thấy trong phân với hình dạng giống sợi chỉ màu trắng hoặc màu kem, dài khoảng 10mm, tiết diện khoảng 0,5mm. Kích thước giun đực nhỏ hơn so với giun cái. Giun kim có thể tồn tại được bên ngoài vật chủ trong một thời gian ngắn và do đó, chúng ta có thể nhìn thấy chúng di chuyển được. Đôi khi có thể nhìn thấy khi chúng nhô đầu ra ngoài vùng hậu môn.

Các triệu chứng khác

Một số trường hợp nặng, bệnh nhân có thể bị tiêu chảy, ở nữ giới có thể ngứa âm đạo.

Thời gian mắc bệnh

Khi đã xác nhận bệnh nhân bị nhiễm giun kim, dược sỹ cần biết các triệu chứng đã xuất hiện được bao lâu rồi để xem xét các hướng điều trị.

Chuyến du lịch gần đây

Khi nghi ngờ nhiễm trùng mà không phải là do giun kim, bệnh nhân nên đi khám bác sĩ. Nếu bệnh nhân vừa mới đi du lịch về, thông tin này rất có ích để xác định loại giun mà bệnh nhân mắc phải.

Các thành viên khác trong gia đình

Dược sỹ nên hỏi liệu có thành viên nào trong gia đình đã từng mắc các triệu chứng tương tự chưa. Tuy nhiên, không có dấu hiệu ngứa hậu môn hoặc không nhìn thấy giun kim trong phân không có nghĩa là không bị nhiễm giun kim. Cần phải nhớ rằng, trong giai đoạn mới nhiễm, các triệu chứng này có thể không có.

Thuốc điều trị

Dược sỹ nên hỏi rõ về các thuốc đã sử dụng để điều trị các triệu chứng mắc phải. Với bất kỳ thuốc trị giun nào, để điều trị thành công thì việc sử dụng thuốc đúng cách là rất quan trọng. Dược sỹ cũng nên hỏi xem thuốc đó được sử dụng như thế nào để xác định đâu là nguyên nhân dẫn đến điều trị thất bại.

Điều trị

Khi đưa ra khuyến cáo điều trị, điều quan trọng là dược sỹ phải nhấn mạnh vào cách sử dụng và thời gian sử dụng thuốc cho bệnh nhân thuốc được sử dụng khi nào và như thế nào. Ngoài ra, dược sỹ cần đưa ra cách phòng tránh tái nhiễm được nêu trong mục “Các điểm quan trọng” phía dưới. Mebendazole được dược thư Anh khuyến cáo là thích hợp để điều trị cho mọi lứa tuổi. Nếu các triệu chứng không giảm sau khi sử dụng đúng thuốc và đúng cách thì bệnh nhân nên đi khám bác sĩ.

Mebendazole

Mebendazole là thuốc hiệu quả để điều trị giun kim, thuốc sử dụng một liều duy nhất. Mebendazole cũng có tác dụng đối với các loại giun tóc, giun móc và giun đũa. Bệnh nhân dễ dàng tuân thủ điều trị vì thuốc chỉ sử dụng một liều duy nhất. Mebendazole được bào chế dưới dạng hỗn dịch hoặc viên nén có thể sử dụng cho trẻ em từ 2 tuổi trở nên, sử dụng liều thứ hai sau 2 đến 3 tuần để phòng tình trạng tái nhiễm. Đôi khi xảy ra tác dụng không mong muốn như tiêu chảy và đau bụng. Không khuyến cáo sử dụng Mebendazole cho phụ nữ có thai.

Piperazine

Piperazine rất hiệu quả đối với giun kim và giun đũa. Piperazine được bào chế thành dạng cốm. Cơ chế tác dụng có thể là làm tê liệt giun kim trong ổ bụng, sau đó, thuốc nhuận tràng phối hợp trong công thức (senna) có tác dụng thải trừ chúng ra khỏi cơ thể qua phân.

Cách sử dụng

Chỉ cần sử dụng 2 liều. Sử dụng liều thứ hai sau 2 tuần để diệt hoàn toàn số giun nở và phát triển sau lần sử dụng đầu tiên.

Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn của piperazine bao gồm buồn nôn, nôn, tiêu chảy và đau bụng, nhưng các triệu chứng này không phổ biến. Các phản ứng có hại ở thần kinh trung ương bao gồm đau đầu và chóng mặt, nhưng hiếm khi xảy ra.

Chống chỉ định

Piperazine có thể sử dụng cho trẻ từ 3 tháng tuổi trở nên mà không cần đơn của bác sĩ. Không khuyến cáo sử dụng trên phụ nữ có thai. mặc dù không có mối quan hệ nhân quả trực tiếp, nhưng có một số báo cáo trường hợp dị tật thai nhi.

Piperazine chống chỉ định cho bệnh nhân động kinh do khả năng gây ra các cơn động kinh lớn trên những bệnh nhân này. Ở một số nước châu Âu, piperazine bị thu hồi khỏi thị trường do các phản ứng có hại.

Tác dụng không mong muốn phổ biến nhất là buồn nôn, nôn và tiêu chảy.

Điều trị không dùng thuốc

Một số bà mẹ có thể ưu tiên sử dụng các phương pháp không dùng thuốc hơn. Các phương pháp loại bỏ trứng giun bao gồm rửa vùng hậu môn vào buổi sáng và rửa hoặc lau ướt hậu môn trong toàn bộ ngày. Lý tưởng nhất là 3 tiếng một lần, nhưng thực tế nhất là 2 lần một ngày.

Các điểm quan trọng

1. Các bậc ba mẹ thường cảm thấy lo lắng và xấu hổ khi con cái họ bị nhiễm giun do họ nghĩ rằng việc thiếu vệ sinh gây ra. Dược sĩ cần khẳng định với họ rằng: nhiễm giun kim là vô cùng phổ biến và bất kì đứa trẻ nào cũng có thể mắc phải. Nhiễm giun kim không phải là biểu hiện của việc thiếu chăm sóc và thiếu vệ sinh.
2. Cần điều trị cho tất cả các thành viên trong gia đình cùng một lúc, ngay cả khi chỉ có một người có triệu chứng bệnh. Điều này do các thành viên khác có thể mới mắc lần đầu mà không có triệu chứng. Nếu không, tái nhiễm có thể xảy ra.
3. Có thể ngăn chặn sự lây nhiễm hoặc tái nhiễm giun kim bằng các phương pháp sau:
 - a. Cắt ngắn móng tay để ngăn ngừa lây nhiễm trứng giun. Phải rửa tay và móng tay sạch sẽ sau khi đi vệ sinh và trước khi chuẩn bị ăn uống hoặc khi ăn uống. Đường lây nhiễm từ tay lên miệng rất phổ biến. Trứng có thể lây nhiễm từ ngón tay trong khi ăn hoặc trên bề mặt thức ăn trong quá trình chuẩn bị. Trứng giun kim có thể tồn tại ngoài sinh trong vòng 1 tuần.
 - b. Trẻ em mặc đồ ngủ để chúng không gãi trực tiếp lên da được vào ban đêm. Có thể mặc quần lót bên trong quần áo ngủ.

Những người liên quan nên tắm vào mỗi buổi sáng để loại sạch trứng giun bám vào trong đêm trước.

BÀI 42: NẤM CANDIDA

DS. Nguyễn Văn Chiến, ĐH Y Dược HN

Nấm candida ở miệng, ben trẻ em và vùng âm đạo là tình trạng phổ biến (xem trang 246). Nấm Candida miệng ở trẻ em có thể được dược sỹ điều trị.

Những điều cần biết

- Tuổi: Trẻ sơ sinh, trẻ em, người lớn, người già
- Vùng nhiễm nấm
- Sự xuất hiện
- Tiền sử
- Điều trị

Tuổi

Trẻ em rất dễ nhiễm nấm miệng, đặc biệt là vài tuần đầu sau khi sinh. Nguyên nhân do sự truyền nhiễm từ mẹ sang con trong quá trình sinh. Đối với trẻ em và người trưởng thành, nấm miệng rất hiếm xảy ra, tuy nhiên nấm miệng có thể xảy ra đối với những người sau khi sử dụng kháng sinh hoặc điều trị bằng steroid dạng khí dung (xem phần “Thuốc điều trị” phía dưới). Những đối tượng này có dấu hiệu suy giảm miễn dịch nên cần phải đi khám bác sĩ.

Những khu vực bị nhiễm nấm

Nấm miệng thường xảy ra ở bề mặt lưỡi và phía trong má.

Sự xuất hiện

Nấm miệng

Khi bề mặt niêm mạc bị nhiễm nấm, các mảng trắng được hình thành, trông giống với các hạt sữa. Do đó, chúng thường bị nhầm lẫn là các sữa mẹ khi trẻ bị nhiễm nấm miệng. Đặc điểm phân biệt với các mảng nấm Candida là chúng rất khó bị loại bỏ ra khỏi bề mặt niêm mạc miệng, và khi loại bỏ được, thì chúng để lại một vùng niêm mạc đỏ và đau bên dưới, đôi khi gây chảy máu.

Vùng da kích ứng dưới tã sơ sinh

Ở những vùng da dưới tã sơ sinh, trẻ có thể nhiễm nấm candida có các đặc điểm rất khác so với da bị kích thích, đặc trưng bởi các sẩn đỏ ở mép ngoài vùng kích ứng hay còn gọi là “sẩn vệ tinh”. Đặc điểm khác biệt nữa là bệnh thường xuất hiện ở vùng da gần nếp gấp tã. Nhiễm nấm candida được coi là một yếu tố quan trọng gây kích ứng da vùng dưới tã. (xem trang 307).

Tiền sử

Tái nhiễm nấm ở trẻ ít khi xảy ra. Đôi khi trẻ bị tái nhiễm là do từ núm vú mẹ trong quá trình bú hoặc từ núm vú bình sữa tiệt trùng không đầy đủ. Bệnh nhi bị tái nhiễm nên đi khám bác sĩ để được tư vấn thêm.

Nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người

Nhiễm nấm candida ở miệng và/hoặc ở vùng da dưới tã dai dẳng sau giai đoạn sơ sinh có thể là dấu hiệu của nhiễm HIV

Các thuốc sử dụng

Kháng sinh

Một số thuốc dẫn tới sự phát triển của nấm candida. Ví dụ, các kháng sinh phổ rộng có thể tiêu diệt hệ vi khuẩn chí, do đó tạo điều kiện thuận lợi cho hệ nấm phát triển. Với những bệnh nhân đã sử dụng một đợt kháng sinh trước đó sẽ có nguy cơ nhiễm nấm hơn.

Suy giảm miễn dịch

Bất kì thuốc nào gây suy giảm miễn dịch đều làm tăng khả năng nhiễm khuẩn, nhiễm nấm. Các bệnh nhân suy giảm miễn dịch có khả năng nhiễm nấm candida lớn hơn. Các phác đồ steroids và liệu pháp gây độc tế bào cũng có thể dẫn tới nấm candida. Các bệnh nhân sử dụng corticoids đường thở vì corticoid bị lắng đọng lại trong miệng, đặc biệt là dụng cụ không đạt chuẩn, tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn, nấm miệng phát triển. Do đó, cần phải súc miệng sạch sau khi sử dụng corticoids đường thở. Dược sĩ nên xác định các phương pháp điều trị mà bệnh nhân đã sử dụng. Ở bệnh nhân tái nhiễm nấm candida, rất hữu ích khi hỏi về phác đồ điều trị trước đó và sự hiệu quả của nó.

Thời gian điều trị

Đáp ứng phải nhanh chóng. Nếu các triệu chứng không hết sau 1 tuần, bệnh nhân nên đi khám bác sĩ

Điều trị

Các tác nhân chống nấm

Miconazole

Chế phẩm đặc biệt duy nhất đang sẵn có thuộc loại OTC để điều trị nấm miệng là miconazole dạng gel. Các chế phẩm có chứa nystatin cũng có hiệu quả, tuy nhiên thuốc này bị hạn chế thành thuốc chỉ kê đơn. Miconazole gel là chế phẩm có vị cam, dùng 1 ngón tay sạch bôi thuốc lên các vùng nấm 4 lần/ngày sau bữa ăn ở người trưởng thành và trẻ em trên 6 tuổi, và 2 lần/ngày ở trẻ em dưới 6 tuổi và trẻ sơ sinh. Ở trẻ em dưới 6 tuổi, có thể bôi trực tiếp lên các nốt sần. Cần phải giữ gel trong miệng càng lâu càng tốt. Cần phải duy trì điều trị liên tục thêm 2 ngày sau khi các triệu chứng biến mất để đảm bảo hiệu quả. Khuyến cáo không sử dụng Miconazole gel cho bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống đông. Bằng chứng cho thấy warfarin tương tác với miconazole gây ra tăng thời gian chảy máu.

Các điểm lưu ý

Nấm candida miệng và phát ban vùng da dưới tả

Dược sĩ cần kiểm tra liệu có phát ban vùng da dưới tả không nếu trẻ bị nhiễm nấm candida miệng.

Khi mà trẻ vừa nhiễm nấm miệng, vừa bị phát ban vùng da dưới tả, cần phải điều trị đồng thời cả hai. Có thể sử dụng thuốc chống nấm dạng kem có chứa miconazole hoặc clotrimazole cho vùng da phát ban dưới tả.

Cho con bú

Khi cho con bú, nên bôi một ít miconazole lên đầu vú sẽ tiêu diệt sạch nấm có mặt ở đó. Với những bình sữa tiệt trùng cho trẻ, cần vệ sinh sạch sẽ bình và các núm vú.

Thực hành

Case 1

Helen Jones đưa con gái bà là Jane đến gặp bạn.

Bà muốn bạn đưa ra lời khuyên cho tình trạng của con bà, Jane có các mảng trắng trên lưỡi và phía trong má. Jane 8 tuổi và đang không sử dụng bất kì thuốc gì. Gần đây cô ấy

không sử dụng kháng sinh hoặc các thuốc kê đơn nào khác. Jane cũng không có bất kì triệu chứng nào khác.

Dược sĩ

Jane nên đi khám bác sĩ do nấm candida rất hiếm khi xảy ra ở trẻ em. Do bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như sử dụng kháng sinh vì vậy nên đi khám bác sĩ để tư vấn thêm.

Bác sĩ

Helen Jones được khuyên đưa Jane đến gặp bác sĩ. Các triệu chứng rất giống bệnh nấm miệng. Nếu có bất kì nghi ngờ nào về chẩn đoán, thì tiến hành lấy mẫu để xét nghiệm. Nếu Jane thực sự bị nấm miệng thì cho điều trị bằng miconazole dạng gel đường uống hoặc nystatin hỗn dịch uống. Để tăng cường hiệu quả của thuốc nên làm sạch các mảng trắng bằng bông trước khi điều trị. Mọi quan tâm tiếp theo là xác định nguyên nhân

Tiến hành hỏi về tình hình sức khỏe tổng quan của Jane. Tiền sử bệnh lý, sự truyền máu và tiền sử gia đình. Kiểm tra tổng thể, tìm kiếm các dấu hiệu bệnh thiếu máu, các ban hoặc vết thâm tím, hạch bạch huyết sưng, bụng sưng to hoặc bất kì dấu hiệu nào khác. Bác sĩ cũng nên kiểm tra dấu hiệu các bệnh ác tính như bệnh bạch huyết, u lympho. Bác sĩ cũng có thể xem xét đến các yếu tố nguy cơ nhiễm HIV và hỏi ý kiến Helen và Jane trước khi thực hiện thêm các xét nghiệm khác

Case 2

Một bà mẹ trẻ đến hỏi về điều trị bệnh ở miệng cho con trai bà.

Bạn nhìn vào trong miệng bé và thấy các mảng trắng trên lưỡi bên trong má. Bé mới 8 tuần tuổi và có triệu chứng khoảng 2 ngày rồi. Mới đầu bà mẹ nghĩ đó là váng sữa. Bé đã được điều trị nhiễm khuẩn bằng kháng sinh dạng siro tuần trước và mới kết thúc ngày hôm qua. Bé hiện không dùng thuốc gì và bà mẹ cũng chưa làm gì với triệu chứng của bé. Trẻ không có bất kì triệu chứng gì khác.

Dược sĩ

Khuyến cáo sử dụng miconazole dạng gel đường uống cho trẻ. Trẻ bị nhiễm nấm sau sử dụng kháng sinh, đó có thể đáp ứng tốt với thuốc chống nấm imidazole. Liều sử dụng là 2,5ml miconazole dạng gel 2 lần/ngày sau ăn, bôi trực tiếp vào bên trong miệng và lưỡi. Điều trị thêm 2 ngày sau khi các triệu chứng biến mất. Nếu các triệu chứng không biến mất sau 1 tuần điều trị, đưa trẻ đi khám bác sĩ.

Bác sĩ

Trẻ được chẩn đoán là nấm miệng, đó là lý do mà dược sĩ đưa ra điều trị dựa vào tuổi của trẻ, mặc dù việc sử dụng kháng sinh là một yếu tố nguy cơ. Nếu có bất kì nghi ngờ gì về chẩn đoán, bà mẹ có thể tìm kiếm lời khuyên của người kiểm tra sức khỏe. Cần hỏi thêm bà mẹ liệu có bôi một ít gel miconazole lên đầu vú khi cho con bú không. Khi sử dụng thuốc bôi vào miệng, cần làm sạch các mảng trắng để làm tăng hiệu quả điều trị.

BÀI 43. MẤT NGỦ

Nguyễn Chánh Trị - SVD4 – ĐHYD Huế

Theo ước tính, tại Anh có hơn 8 triệu người gặp vấn đề về giấc ngủ. Chứng mất ngủ tạm thời rất phổ biến và thông thường có thể kiểm soát nhờ các dược sĩ. Chìa khóa để thiết lập lại *nếp ngủ* (hay *mô hình giấc ngủ - sleep patterns*) là vấn đề vệ sinh giấc ngủ (thói quen đi ngủ). Các thuốc không kê đơn (OTC) để hỗ trợ giấc ngủ (kháng histamin *diphenhydramine* và *promethazine*) có thể tác dụng trong các giai đoạn chuyển tiếp và có thể có ích cho những bệnh nhân có vấn đề về chu kỳ và rối loạn chuyển tiếp giấc ngủ. Những thuốc này được quảng cáo trực tiếp đến người bệnh. Các dược sĩ thường cho rằng rất khó để kiểm soát lượng thuốc bán ra do nhu cầu sử dụng là rất lớn. Vì vậy điều quan trọng ngay từ đầu là phải tập trung giải thích cho bệnh nhân về vấn đề vệ sinh giấc ngủ cũng như giải thích cẩn thận rằng thuốc kháng histamin chỉ sử dụng ngắn hạn.

Những điều cần biết

- Tuổi
- Các triệu chứng
 - Khó ngủ
 - Thường xuyên thức giấc lúc nửa đêm
 - Dậy sớm
 - Chất lượng giấc ngủ thấp
 - Ngáy, ngưng thở khi ngủ, **chân không yên (restless legs)**
- Thời gian ngủ
- Tiền sử gia đình
- Trước đây đã bị mất ngủ
- Các yếu tố làm nặng
 - **Shift working**, xa nhà
 - Vấn đề vệ sinh giấc ngủ
- Dùng thuốc

CÁC VẤN ĐỀ QUAN TRỌNG

Tuổi

Ở người cao tuổi, tổng thời gian ngủ ít hơn và giai đoạn ngủ sâu (pha 4 của giấc ngủ) ngắn hơn. Do đó tình trạng thức giấc lúc nửa đêm cũng trở nên thường xuyên. Tuy vậy, nhiều người vẫn cho rằng họ cần ngủ nhiều hơn, họ muốn dùng thuốc để đi vào giấc ngủ. Mặc khác, những người cao tuổi có thể chợp mắt vào ban ngày và điều này làm giảm nhu cầu ngủ vào ban đêm.

Một số trẻ sơ sinh, trẻ mới chập chững biết đi hoặc trẻ nhỏ có thói quen ngủ không tốt và điều này làm các bậc phụ huynh rất lo lắng. Trong những trường hợp như vậy, việc tham khảo ý kiến bác sĩ có thể sẽ mang lại lợi ích. Đôi khi các sách tự hoàn thiện bản thân (self-help books) và các tờ rơi cũng có ích.

Các triệu chứng

Việc phân biệt các thể khác nhau của rối loạn giấc ngủ là rất quan trọng:

- *Khó ngủ*

- *Dậy sớm*

- *Hay thức giấc vào ban đêm* và chất lượng giấc ngủ thấp (có thể hỏi thêm một số câu để xác định tại sao lại như vậy). Việc ngủ có thể bị xáo trộn bởi ngáy, ngưng thở khi ngủ và hội chứng chân không yên. Tất cả những điều này có thể đi kèm với sự gia tăng nguy cơ tim mạch và việc gặp bác sĩ đa khoa là điều cần thiết. Ngáy và ngưng thở khi ngủ thường dễ điều trị. Hội chứng chân không yên khó kiểm soát hơn, tuy nhiên các bác sĩ cần kiểm tra các yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

Giấc ngủ có thể bị đảo lộn bởi các tình trạng thực thể: bệnh tim; bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) hoặc hen suyễn; bệnh thần kinh (Alzheimer, Parkinson); tuyến giáp hoạt động quá mức; đau cơ hoặc khớp; triệu chứng đường tiết niệu hoặc đau mạn tính (NHS choices). Tất cả các trường hợp kể trên đều cần phải gặp bác sĩ.

Trầm cảm là một nguyên nhân quan trọng của mất ngủ. Thức dậy sớm vào buổi sáng là một dấu hiệu cổ điển của trầm cảm. Bệnh nhân thường cho biết họ không gặp khó khăn gì để đi vào giấc ngủ nhưng lại thức giấc sớm vào ban sáng và không thể nào ngủ lại được. Tình trạng này cần gặp bác sĩ và cần có những nghiên cứu sâu hơn.

Những triệu chứng ban đầu của rối loạn lưỡng cực có thể song hành với mất ngủ. Rất có thể tình trạng thiếu ngủ này dẫn đến giai đoạn phát cuồng trong rối loạn lưỡng cực.

Lo âu có thể gây mất ngủ. Điều này thường đi kèm với việc khó đi vào giấc ngủ do trí óc hoạt động quá nhiều. Đây cũng là điều mà rất nhiều người phải trải nghiệm, đặc biệt trước các sự kiện quan trọng như thi cử. Tuy nhiên nếu tình trạng này trở nên thường xuyên hơn thì nên thăm khám bác sĩ.

Thời gian ngủ

Các rối loạn về giấc ngủ có thể xếp vào các loại sau:

Thoáng qua

Ngắn (có thể đến 3 tuần)

Mạn tính (kéo dài hơn 3 tuần)

Tất cả trường hợp mạn tính đều cần thăm khám bác sĩ

Tiền sử

Hỏi bệnh nhân có phải đây là lần đầu bị mất ngủ hay là tình trạng này đã có từ trước? Nếu đây là vấn đề tiền sử, nên hỏi để biết trước đây đã có dùng thuốc gì chưa? Cũng nên cảnh giác với tiền sử trầm cảm, lo âu hoặc các vấn đề sức khỏe tâm thần khác.

Các yếu tố làm nặng

1. Thay đổi ca làm việc là nguyên nhân cổ điển của các vấn đề về giấc ngủ. Những người làm việc xa nhà có thể gặp khó khăn để có được một giấc ngủ tốt vì vừa phải đi xa, vừa phải ở một nơi khác lạ so với nhà mình.

2. Rượu. Trong khi 1 đến 2 cốc có thể có ích vì nó làm giảm thời gian *tiềm tàng* (tức là thời gian cần để đi vào giấc ngủ thực sự), tính chu kỳ của giấc ngủ có thể bị xáo trộn do uống quá nhiều hoặc uống rượu triền miên. Sự dung nạp với tác dụng an thần của rượu có thể xảy ra say 3-4 ngày. Mất ngủ có thể liên quan đến sự phụ thuộc vào rượu.

3. Những thay đổi trong cuộc sống có thể hủy hoại giấc ngủ, chẳng hạn như đổi việc, mất việc, chuyển nhà, mất người thân, thua lỗ hay chia rẽ, hoặc là thay đổi về sinh lý, như mãn kinh ở phụ nữ chẳng hạn.

4. Các sự việc khác gây căng thẳng có thể gồm thi cử, phỏng vấn xin việc, các dịp lễ (chẳng hạn như Giáng sinh) hoặc các mối quan hệ gặp khó khăn.

5. Béo phì có thể đi kèm với ngáy ngủ và hội chứng ngưng thở khi ngủ, cả hai vấn đề này đều làm gián đoạn giấc ngủ.

Vệ sinh giấc ngủ ở hiện tại

Cần hỏi về các yếu tố có thể ảnh hưởng tới vệ sinh giấc ngủ (xem “Practical points” bên dưới).

Dùng thuốc

Một số thuốc có thể gây ra hoặc góp phần làm nên tình trạng mất ngủ, gồm các thuốc chống suy tim sung huyết, ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (SSRIs) và các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin/adrenaline, thuốc ức chế monoamine oxidase, *methylphenidate*, corticosteroid, appetite suppressants, *phenytoin* và theophyllin. Các vấn đề sức khỏe có thể dẫn tới mất ngủ do đau (như đau thắt ngực, viêm khớp, ung thư và trào ngược dạ dày thực quản), hoặc do khó thở (như suy tim, tắc nghẽn đường thở mạn tính, hen suyễn). Các tình trạng sức khỏe khác như cường giáp và bệnh Parkinson cũng có thể gây mất ngủ.

Những trường hợp cần đến bác sĩ

Nghi ngờ bị trầm cảm

Tính chất mạn (kéo dài >3 tuần)

Trẻ <16 tuổi

Ngáy, ngưng thở khi ngủ và hội chứng chân không yên

Các vấn đề sức khỏe đi kèm

Nghi ngờ phụ thuộc rượu

Thời gian điều trị

Vấn đề cần phải được cải thiện sau một vài ngày. Thăm khám trở lại nếu tình trạng chưa được giải quyết.

Kiểm soát

Thuốc kháng histamin (diphenhydramine và promethazine)

Các thuốc kháng histamine làm giảm thời gian cần thiết để đi vào giấc ngủ cũng như làm giảm tình trạng thức giấc lúc nửa đêm. Nên dùng các thuốc này khoảng 20-30 phút trước khi đi ngủ, được chỉ định cho người lớn và trẻ >16 tuổi. Có thể xuất hiện tình trạng dung nạp với các tác dụng của thuốc và không nên dùng kéo dài hơn 7-10 ngày. *Diphenhydramine* có thời gian bán thải ngắn hơn *promethazine* (5-8 h so với 8-12 h). Dùng một liều 50 mg diphenhydramine cho tác dụng buồn ngủ trong 3-6 h. Các thuốc kháng histamin này có tác dụng phụ là kháng cholinergic, gồm khô miệng, họng, táo bón, mờ mắt và ù tai. Những tác dụng này tăng lên nếu bệnh nhân sử dụng các thuốc kháng có hoạt tính kháng cholinergic (chẳng hạn như các thuốc chống trầm cảm ba vòng, phenothiazine), tuy nhiên bệnh nhân sử dụng các thuốc này nên đến khám bác sĩ. Quá sản tiền liệt tuyến và glaucoma góc đóng là các chống chỉ định của diphenhydramine và promethazine. Diphenhydramine và promethazine không nên chỉ định cho phụ nữ có thai và cho con bú.

Benzodiazepines

Mặc dầu Ủy ban an toàn sử dụng thuốc của Anh (CSM) cho phép sử dụng benzodiazepine, các thuốc này chỉ nên sử dụng ngắn hạn và không nên sử dụng quá 2-4 tuần nhưng nhiều bệnh nhân lại sử dụng nó trong một thời gian dài, các dược sĩ cần lưu ý điều

này. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành cai sữa thành công cao hơn ở các bệnh nhân không dùng benzodiazepine. Đây là vấn đề mà dược sĩ và bác sĩ có thể cùng nhau tham luận.

Các liệu pháp bổ sung

Nhiều bệnh nhân thích các liệu pháp thay thế hơn vì họ cảm thấy tự nhiên hơn. Nhiều phương thuốc dùng cây cỏ đã và đang được sử dụng theo truyền thống để điều trị mất ngủ, trong đó cây nữ lang (valerian) và cây hublông (hops) được sử dụng phổ biến nhất. Chúng không được khuyến khích sử dụng cho phụ nữ có thai và cho con bú. Theo các nghiên cứu, tác dụng phụ thường nhẹ, thoáng qua và không có khác biệt so với giả dược. Chưa có kết luận về hiệu lực của cây nữ lang và cây hublông.

Trị liệu bằng phương pháp xoa bóp dầu thơm (Aromatheraphy)

Dầu oải hương (lavender oil) đem lại tác dụng thư giãn tinh thần tương tự *hoa cúc La Mã* (camomile). Có thể dùng 1-2 giọt tinh dầu rắc nhẹ lên gối hoặc 3-4 giọt tinh dầu ấm (không nóng) nhỏ vào bồn tắm.

Melatonin

Melatonin hiện nay đang được bán dưới dạng thuốc kê đơn tại Anh quốc; tuy nhiên nó đã được sử dụng rộng rãi tại Mỹ trong điều trị mất ngủ. *Melatonin* được sản xuất bởi tuyến tùng vào ban đêm và được cho là có tác dụng điều hòa giấc ngủ. Các nghiên cứu cho thấy nồng độ *melatonin* ở người cao tuổi thường thấp. Bổ sung *melatonin* có thể giúp khôi phục lại nếp ngủ. *Melatonin* có nửa đời ngắn (2-3 h) và bị chuyển hóa qua gan lần đầu, vì vậy, các chế phẩm đặt dưới lưỡi, giải phóng có kiểm soát được dùng phổ biến ở Mỹ.

St John's wort (hypericum-cây ngọc sỏi)

St John's wort (SJW) là thảo dược được dùng phổ biến trong tự điều trị trầm cảm và dược sĩ có thể gặp những bệnh nhân đến nhà thuốc để tìm mua chúng, và cũng có một số bệnh nhân đến để hỏi ý kiến dược sĩ có nên sử dụng chúng hay không. Trong một nghiên cứu trên những người bị trầm cảm, 1/3 số bệnh nhân thừa nhận họ đã thử dùng SJW.

Một bài nghiên cứu tổng quan hệ thống (systematic review) và phân tích tổng hợp (meta-analysis).....Đối với trầm cảm từ nhẹ đến nặng, các chế phẩm SJW và các thuốc chống trầm cảm tiêu biểu cho thấy hiệu lực giống nhau. Đối với trầm cảm nặng hơn, các chế phẩm SJW có rất ít lợi ích so với giả dược; các nghiên cứu trước đây trên bệnh nhân bị trầm cảm mức độ từ nhẹ đến nặng, các chế phẩm từ *Hypericum perforatum* có nhiều lợi ích hơn so với giả dược. Các dược sĩ cũng cần lưu ý rằng trên thị trường chẳng những có nhiều chất thử nghiệm và các chất đã thử nghiệm thành công mà còn có rất nhiều sản phẩm khác nhau của các nhà sản xuất khác nhau, các sản phẩm này có chất lượng khác nhau rất đáng kể về mặt dược học và do đó không thể đánh đồng hoạt tính của chúng. Việc thiếu các tiêu chuẩn về hàm lượng hoạt chất đang là một vấn đề và các chế phẩm vẫn chưa được tiêu chuẩn hóa.

Các dược sĩ sẽ tự đưa ra quyết định liệu có nên khuyên người ta dùng SJW hay không và sẵn lòng đưa ra các lời khuyên về cách sử dụng cũng như cảnh giác với một số dấu hiệu bất thường. SJW là một chất cảm ứng enzyme chuyển hóa thuốc và có một số tương tác thuốc quan trọng (xem *British National Formulary* để biết đầy đủ các tương tác thuốc hiện có). CSM khuyến cáo rằng không nên dùng SJW đồng thời với các thuốc khác. Các dược sĩ là nguồn thông tin quan trọng cho các bệnh nhân về các tương tác thuốc có thể có.

Miếng dán mũi để trị ngáy

Các miếng dán mũi này tác động bằng cách mở rộng lỗ mũi và nhờ đó làm cho cơ thể quen với việc thở bằng mũi hơn là thở bằng miệng. Miếng dán được dùng vào mỗi buổi tối,

tối đa một tuần để retrain quá trình thở. Loại miếng dán này cũng được gợi ý sử dụng vào ban đêm cho các thai phụ bị sung huyết mũi.

Luyện tập

Vệ sinh giấc ngủ

Có những điểm cơ bản như sau:

Hình thành một chế độ ngủ đúng giờ và dậy đúng giờ

Có ý thức tạo sự thư giãn trước khi đi ngủ

Không nên ăn ngay trước khi đi ngủ

Không nên ngủ vào ban ngày

Không nên uống cà phê sau buổi trưa

Giảm tiếng ồn từ bên ngoài (dùng tai nghe nếu cần)

Thức dậy nếu bạn không thể ngủ - đi ngủ trở lại một khi cảm thấy “buồn ngủ, mệt mỏi”

Giảm uống rượu, uống 1-2 đơn vị/ngày hoặc ít hơn

Giảm sử dụng các chất có nicotine ngay trước khi đi ngủ

Thể dục

Có bằng chứng cho thấy luyện tập thể dục thường xuyên mang lại lợi ích trong việc giảm các dấu hiệu trầm cảm. Một bài phê bình trên Cochrane gần đây đã kết luận rằng tập luyện thể dục giúp cải thiện các triệu chứng trầm cảm so với khi không điều trị hoặc kiểm soát bằng các can thiệp. Bài báo cũng bình luận rằng nếu bài tập được thiết kế yêu cầu nhiều thể lực bao nhiêu thì các tác động tích cực càng nhỏ bấy nhiêu.

Tổ chức sức khỏe tinh thần (Mental Health Foundation) đã phát động một chiến dịch cổ vũ luyện tập thể dục đối với những bệnh nhân bị trầm cảm. Trang web của tổ chức (www.mentalhealth.org.uk) cho phép truy cập miễn phí vào các podcasts và booklets dành cho cả bệnh nhân và các nhà chuyên môn.

Các biện pháp thay thế cho việc dùng thuốc rất quan trọng đặc biệt là khi đã có các bằng chứng rằng về tổng thể các thuốc chống trầm cảm không có lợi trong các trường hợp trầm cảm nhẹ.

Tắm

Tắm nước ấm 1-2h trước khi ngủ có thể làm buồn ngủ (lưu ý không tắm ngay trước lúc đi ngủ).

Dùng nhiệt

Chăn điện (electric blanket) có thể hỗ trợ giấc ngủ do giảm căng thẳng các cơ và làm tăng nhiệt độ não bộ. Tác dụng này không nhất thiết phải xuyên suốt cả đêm mà chỉ để dễ đi vào giấc ngủ mà thôi. Như vậy sẽ là hợp lý nếu dùng một thiết bị hẹn giờ để tắt chăn điện sau 1-2h.

Caffeine

Tác dụng kích thích của caffeine trong cafe, trà và các thức uống cola là rất đáng kể. Nên khuyên bệnh nhân không sử dụng caffeine vào chiều tối và buổi tối.

Một số ca lâm sàng

Ca 1

C., một sinh viên 20 tuổi đến nhà thuốc hỏi mua vài viên thuốc để hỗ trợ giấc ngủ. Anh ta nói rằng 10 ngày trước, sau khi quay về từ Indonesia thì anh ta gặp một vài rắc rối với giấc ngủ của mình. Anh ta không thể ngủ được vì không hề cảm thấy mệt mỏi. Khi ngủ anh cảm

thấy giấc ngủ hay chập chờn và rất khó để trở dậy vào buổi sáng. Trước đây anh ta chưa từng bị mất ngủ và các vấn đề sức khỏe khác cũng rất tốt, hiện anh ta không dùng bất cứ thuốc nào và cũng chẳng có vấn đề hay đang gặp rắc rối nào.

Quan điểm của dược sĩ

Các chuyến đi dài có thể làm thay đổi mô hình giấc ngủ và một vài người có thể nhạy cảm hơn với vấn đề này so với những người khác. Như vậy sẽ là hợp lý nếu kê cho anh ta một thuốc kháng histamin (diphenhydramine hoặc promethazine), dùng 4-5 ngày cho đến khi vấn đề được giải quyết. Các biện pháp thay thế có thể là dùng các sản phẩm thảo dược để hỗ trợ giấc ngủ.

Quan điểm của bác sĩ

Đây có thể chỉ là vấn đề ngắn hạn do ảnh hưởng của chuyến đi vừa rồi. Một liệu trình điều trị cực ngắn với kháng histamin có thể tái thiết lại mô hình giấc ngủ. Tuy nhiên những người hay than phiền về giấc ngủ không phải lúc nào cũng thừa nhận các vấn đề khác trong cuộc sống của họ, như vậy cần phải cảnh giác với khả năng này. Nếu tình trạng mất ngủ không được cải thiện nhanh chóng, hoặc nếu dược sĩ đã lưu ý rằng C có thể bị lo âu hoặc trầm cảm thì tốt hơn nên thăm khám bác sĩ.

Ca 2

Bà T, 50 tuổi, đến nhà thuốc để hỏi về một số cách có thể giúp bà ta cải thiện giấc ngủ. Bà ấy nói rằng bà đã thấy một quảng cáo về các viên thuốc có thể có ích trong trường hợp này. Bà T giải thích rằng việc mất ngủ xảy ra từ khi bà ấy sinh con, nhưng kể từ tuần trước thì tình trạng trở nên tồi tệ hơn. Bà cũng cho biết thêm là bà rất khó đi vào giấc ngủ, gần đây hay dậy sớm và không thể đi ngủ trở lại được. Bà ấy cũng gặp phải một số vấn đề phải lo nghĩ trong công việc và sức khỏe mẹ của bà cũng không được tốt... “Tất cả chỉ thế thôi, chẳng có gì bất thường hơn cả. Tôi đã từng đối mặt với nhiều điều tồi tệ và xoay sở được. Giờ tôi chỉ cần ngủ ngon trong vài ngày là sẽ khỏe lại thôi”. Bên cạnh đó bà cũng cho biết trước khi gặp vấn đề về giấc ngủ, bà không gặp vấn đề nào khác về sức khỏe và bà cũng chẳng hề có rắc rối trong quan hệ với những người xung quanh.

Quan điểm của dược sĩ

Bệnh nhân này đang phải chịu stress và những khó khăn từ nhiều phía, đây có thể là nguyên nhân góp phần gây ra các vấn đề về giấc ngủ. Bên cạnh việc gặp khó khăn khi đi ngủ, bà ấy cũng thức dậy sớm và một khi đã dậy thì không thể nào đi ngủ lại được, điều này chỉ ra rằng có những xáo trộn toàn bộ giấc ngủ. Thức giấc sớm có thể là một dấu hiệu của trầm cảm. Tốt nhất bà ấy nên đến gặp bác sĩ, điều này cần phải được dược sĩ giải thích một cách cẩn thận và thuyết phục. Cũng rất có ích nếu dược sĩ và bệnh nhân cùng thảo luận về vấn đề vệ sinh giấc ngủ để xem thử bệnh nhân có thể tham gia các hoạt động luyện tập nào không. Tuy việc sử dụng các thuốc kháng histamin hoặc các sản phẩm thảo dược trong vài ngày cũng chẳng có tác hại nào, nhưng các thuốc này lại làm cho bệnh nhân lẩn tránh việc thăm khám bác sĩ. Như vậy tốt hơn hết là không nên chỉ định thuốc nào cho bà T trong trường hợp này.

Quan điểm của bác sĩ

Bà T tốt nhất nên sắp xếp một cuộc hẹn với bác sĩ. Có thể bà ấy sẽ thực hiện việc này một cách miễn cưỡng vì bà ta nghĩ rằng có thể tự mình giải quyết được vấn đề và cũng chẳng phải quấy rầy ai vì tình trạng sức khỏe của bản thân. Sẽ là tốt nhất nếu dược sĩ có thể thuyết phục bà rằng việc gặp bác sĩ là hoàn toàn thỏa đáng. Bà T bị trầm cảm và sẽ rất có ích nếu

bác sĩ tiếp cận bệnh nhân một cách đầy đủ, việc này bao gồm các câu hỏi: bà cảm thấy thế nào? Tình trạng này ảnh hưởng đến cuộc sống của bà ra sao?... Và các triệu chứng khác mà bà có thể có. Vấn đề của bà T có thể liên quan đến những thay đổi ở thời kỳ mãn kinh.

Cần nói chuyện với người biết lắng nghe một cách thân thiện, chu đáo và có trách nhiệm. Bác sĩ đa khoa có thể sắp xếp để bà T nói chuyện với một người cố vấn sức khỏe hoặc một nhà trị liệu có kinh nghiệm, điều này sẽ rất hữu ích. Việc luyện tập và thay đổi chế độ ăn cũng có thể sẽ mang lại lợi ích. Chế độ ăn kiểu Địa Trung Hải (Mediterranean diet) cũng được cho là sẽ mang lại hiệu quả tích cực trong khi các thực phẩm đã qua chế biến lại có ít lợi ích hơn. Người ta cho rằng chế độ ăn đầy đủ các acid béo cần thiết, ví dụ như các phức hợp Omega 3, Omega 6, và các thức ăn chứa đầy đủ vitamin (B1, B3, B6, B12, C và acid folic), các nguyên tố vi lượng (Zn, Mg, Se) rất tốt cho sức khỏe tinh thần. Cũng rất có ích nếu được tư vấn bởi một chuyên gia dinh dưỡng. Nếu bà T có trầm cảm từ nhẹ đến nặng thì phần lớn bác sĩ sẽ cho bà ta sử dụng các thuốc chống trầm cảm.

Ca 3

Một người đàn ông (không phải là khách hàng thường xuyên) cần hỏi bạn một vài điều. Anh ấy nói rằng gần đây anh cảm thấy khá stress trong công việc. (Anh ấy làm ở văn phòng bất động sản tại địa phương). Anh ấy cho biết mình gặp rắc rối với giấc ngủ và cảm thấy mọi việc đang mất kiểm soát. Trước đây anh ấy có chơi bóng đá và tập luyện thường xuyên, nhưng sau khi bị chấn thương đầu gối anh ấy không luyện tập gì thêm nữa. Anh ấy cho rằng mình bị trầm cảm, tuy vậy anh không muốn gặp bác sĩ vì anh không muốn rốt cuộc lại phải dùng một thuốc chống trầm cảm. Ngày hôm qua anh ấy có đọc một bài báo về SJW và muốn thử dùng nó. Anh ta muốn hỏi xem ý kiến của bạn và liệu SJW có an toàn không. Hiện anh ấy không dùng bất kì thuốc nào.

Quan điểm của dược sĩ

Đây là một câu hỏi thường gặp. Nếu người nào đó hỏi mua SJW, tôi sẽ bán cho họ sau khi xem xét các thuốc khác (mà họ đang dùng) và hỏi xem liệu họ có muốn trao đổi gì không. Nếu họ hỏi tôi về ý kiến cá nhân hoặc xin lời khuyên, tôi sẽ cùng họ thảo luận. Tôi biết rằng có nhiều người không muốn gặp bác sĩ ngay cả khi họ nghĩ rằng mình bị trầm cảm. Trong trường hợp này, bệnh nhân không muốn gặp bác sĩ vì cho rằng sẽ phải dùng thuốc trị trầm cảm. Mặc dầu đã có những bằng chứng rằng các thuốc này có tác dụng, đặc biệt trong trầm cảm nặng, tuy nhiên đối với trầm cảm mức độ nhẹ và trung bình thì các bằng chứng là không rõ ràng. “Liệu pháp nhận thức”(cognitive therapy) cũng có thể là một lựa chọn và cũng có bằng chứng ủng hộ việc sử dụng liệu pháp này; tuy nhiên hạn chế ở đây là mức độ sẵn có của nó. Một vài người cũng muốn thử tự điều trị trầm cảm thay vì cậy nhờ vào hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Tôi sẽ lựa chọn một nơi yên tĩnh trong nhà thuốc để nói chuyện với bệnh nhân này.

Trong trường hợp bệnh nhân muốn thử dùng SJW, tôi sẽ giải thích với anh ta rằng thường cần 3-4 tuần để thuốc phát huy tác dụng. Tôi cũng sẽ cho anh ta biết rằng SJW có một số tác dụng an thần, và sẽ tốt hơn nếu dùng vào buổi tối.

Trong trường hợp đây là một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tôi sẽ hỏi xem cô ấy có đang dùng thuốc tránh thai hay không, vì rằng SJW tương tác với một số thuốc tránh thai đường uống làm các thuốc này giảm hiệu lực. Nếu cô ấy vẫn muốn dùng SJW, tôi sẽ khuyên dùng một số biện pháp ngừa thai khác.

Quan điểm của bác sĩ

Có những bằng chứng khác nhau về hiệu quả tác dụng của SJW. Một số thử nghiệm cho thấy có tác dụng hữu ích, một số khác thì không (nếu so sánh với giả dược).

Dù bệnh nhân có dùng SJW hay không thì dược sĩ cũng nên khuyến khích anh ta đến bác sĩ, cùng với đó, anh ta có thể tự cân nhắc xem có dùng thuốc trầm cảm hay không.

Sẽ là hợp lý nếu anh ta lựa chọn cách đến bác sĩ. Vấn đề đó ảnh hưởng tới anh như thế nào? Cuộc sống của anh bị ảnh hưởng ra sao? Anh cảm thấy thế nào? v.v... Các câu hỏi này đều có ý nghĩa quan trọng. Hơn nữa, cũng cần phải tìm hiểu xem anh ta hiểu như thế nào về tình trạng của mình, anh ta muốn được giúp đỡ như thế nào, và liệu anh ta có nghĩ mình cần một người tư vấn. Bác sĩ sẽ đánh giá các yếu tố nguy cơ, kiểm tra xem anh ta có ý định tự tử hay không và nếu có thì anh ta định tự tử bằng cách nào. Sau khi đã đánh giá sơ bộ rồi, bác sĩ không nên thực hiện các liệu pháp điều trị ngay mà thay vào đó, nên hẹn gặp anh ta trong vài ngày tới để xem tình trạng anh ta như thế nào; bởi vì rằng khi tới khám bác sĩ, đôi khi chỉ cần được lắng nghe một cách nghiêm túc cũng mang lại những lợi ích nhất định đối với anh ta, và có thể sau đó anh ta sẽ có những cái nhìn tích cực hơn về tình trạng của mình. Đối với trường hợp này, các liệu pháp không sử dụng thuốc sẽ thích hợp hơn. Dù anh ta có dùng SJW hay các tác nhân chống trầm cảm đi nữa, thì một khi dùng thuốc, các yếu tố gây trầm cảm vẫn cứ tác động dai dẳng lên anh ta. Nếu anh ta đồng ý thì có thể đề nghị các biện pháp tư vấn hoặc *liệu pháp nhận thức hành vi* (cognitive behavior therapy).

Một cách điều trị nữa trong trường hợp này là khuyến khích anh ta tập luyện thể dục trở lại bởi vì như đã biết, thể dục giúp cải thiện tình trạng trầm cảm. Khi ở nhà thuốc, anh ta có nói rằng đầu gối bị chấn thương nên không tiếp tục chơi bóng được nữa, vấn đề này cần được bác sĩ kiểm tra lại. Các thủ thuật chấn thương chỉnh hình hoặc vật lý trị liệu có thể rất hữu ích trong trường hợp này. Có lẽ luyện tập thể dục sẽ giúp ích nhiều cho tình trạng stress của anh ấy. Chúng ta cũng có thể khuyên anh ấy thử vài môn thể thao khác, như bơi chẳng hạn.

Quan điểm của bệnh nhân

Tôi muốn biết rõ hơn về việc SJW có cải thiện tình hình hay không. Dược sĩ làm tôi cảm thấy cứ như đó là lựa chọn của tôi vậy, và dược sĩ cũng nói với tôi rằng nếu tôi tới bác sĩ thì nên nói rằng tôi không muốn dùng thuốc trầm cảm. Tôi sẽ thử dùng SJW và đi bơi trong vài tuần để xem tình hình thế nào.

BÀI 44. PHÒNG CHỐNG BỆNH TIM MẠCH

Trịnh Thị Hiền, Sinh viên Dược 5, Đại học Dược Hà Nội.

Gmail: hientrinhmai@gmail.com

Chương này khác so với các chương còn lại trong cuốn sách tập trung vào việc xử lý các triệu chứng của bệnh, ở đây, dược sĩ sẽ tiến hành đánh giá các nguy cơ và đưa ra những lời khuyên trong việc phòng bệnh. Nhìn chung, quá trình bệnh lý của các bệnh tim mạch phần lớn bắt đầu từ khi không có triệu chứng gì rồi phát triển dần thành một biến cố đột ngột như là đau tim hay đột quỵ. dược sĩ có thể tiến hành các biện pháp can thiệp ngay ở giai đoạn sớm (biện pháp dự phòng tiên phát) để ngăn ngừa diễn biến bệnh lý của các bệnh tim mạch cho các cá thể trong cộng đồng mà trong đó phần lớn không có các triệu chứng tim mạch nhưng đang có những yếu tố nguy cơ gia tăng hoặc có thể xuất hiện các yếu tố nguy cơ trong tương lai. Cần lưu ý rằng các cá thể ở đây chưa chắc đã là bệnh nhân vì họ hiện không mắc bất cứ bệnh gì. Một khi họ đã gặp phải một biến cố nào đó hay đã mắc bệnh nào đó thì cần thiết phải có công tác dự phòng các biến cố sau đó hay còn gọi là dự phòng thứ phát.

Bệnh tim mạch được chia thành đột quỵ và bệnh mạch vành (CHD). CHD xảy ra do động mạch vành bị hẹp và/hoặc do sự tắc nghẽn động mạch vành, đây là điều kiện thuận lợi dẫn tới bệnh nhồi máu cơ tim hay bệnh thiếu máu cơ tim và nó có thể xuất hiện mà không có bất kì các triệu chứng nào báo trước. CHD có thể không có triệu chứng gì cho tới khi nó bộc phát thành cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim (MI), đột tử hay các rối loạn chức năng tim mạch như loạn nhịp tim hay suy tim. Một số bệnh nhân vì vậy có thể phải gánh chịu các hậu quả của bệnh thiếu máu cơ tim trong khi trước đó không có bất kì các triệu chứng nào báo trước.

CHD là một nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong và các bệnh ở Anh. Trong những năm gần đây mặc dù tỷ lệ tử vong có giảm nhưng CHD vẫn là nguyên nhân chủ yếu nhất gây tử vong ở Anh. Năm 2010 theo thống kê cứ 5 ca tử vong là nam giới thì có 1 ca là do CHD, còn nữ giới tỉ lệ này là 1/10; tổng số gây ra gần 80000 ca tử vong. Tỉ lệ đau thắt ngực ở Anh tuy không có con số chắc chắn nhưng ước tính đối với những người từ 65 tới 74 tuổi là 6-16% ở nam giới và 3-10% ở nữ giới.

Phòng ngừa CHD là một ưu tiên cấp quốc gia. The national service frame-work (NSF) ở Anh đã triển khai một kế hoạch 10 năm từ năm 2000 để đảm bảo công tác dự phòng, chẩn đoán và điều trị CHD. NSF cũng đã đưa ra mục tiêu quốc gia về việc cắt giảm khoảng 40% tỉ lệ tử vong do bệnh tim mạch đối với những người ít hơn 75 tuổi tới năm 2010. Mục tiêu này đã đạt được sớm hơn 5 năm so với kế hoạch. Một chương trình quốc gia về sàng lọc nguy cơ tim mạch (NSH Health Checks) cũng đã được thực hiện ở Anh vào năm 2010 với dự định sàng lọc tất cả các công dân từ 40 tới 75 tuổi về nguy cơ bệnh tim mạch (CVD). Các dược sĩ cộng đồng cũng đang tiến hành việc sàng lọc tại một số cơ sở theo hướng dẫn hiện có.

Nguyên nhân của Bệnh tim mạch bao gồm nhiều yếu tố và thường gọi là các yếu tố nguy cơ. Những hiểu biết một cách tổng quát về các yếu tố nguy cơ này sẽ cho phép đánh giá nguy cơ tuyệt đối của bệnh tim mạch, sự đánh giá các nguy cơ này nên bắt đầu từ việc trao

đổi hay thảo luận với bệnh nhân, và mục đích cuối cùng là giảm thiểu các nguy cơ tuyệt đối đó.

Bạn cần khai thác

- Tuổi, giới tính
- Chủng tộc
- Tiền sử gia đình về CHD
- Tiền sử hút thuốc
- Chỉ số khối cơ thể
- Chế độ ăn uống
- Hoạt động thể lực
- Tình trạng nghiện rượu
- Tiền sử sử dụng thuốc (thuốc tăng huyết áp, đái tháo đường, thuốc điều trị liên quan tới cholesterol hay mỡ máu).
- Các thuốc đang sử dụng.

Đánh giá yếu tố nguy cơ mắc CHD của một cá thể đòi hỏi một cái nhìn bao quát cả các yếu tố có thể thay đổi và các yếu tố không thể thay đổi là nguyên nhân gây ra bệnh. Các yếu tố không thể thay đổi bao gồm tuổi, giới tính, chủng tộc, tiền sử gia đình về bệnh tim mạch, các yếu tố này là bất di bất dịch, không thể tác động vào được. tuy nhiên, các yếu tố có thể thay đổi lại có thể cho phép các can thiệp phát huy hiệu quả, làm giảm nguy cơ tuyệt đối của CHD

Tuổi và giới

Tuổi càng tăng kéo theo nguy cơ mắc CHD càng tăng. Khoảng 80% người chết vì bệnh tim mạch là từ 65 tuổi trở lên, phụ nữ ít hơn nam giới (Ở độ tuổi 40, cứ 2 nam giới thì 1 người có nguy cơ, còn đối với nữ giới tỉ lệ này là 1/3). Nữ giới tiền mãn kinh có nguy cơ CV tương đương nam giới.

Nguồn gốc chủng tộc

Bệnh tim mạch thì phổ biến ở Anh hơn các quốc gia thuộc khu vực Caribe hay châu Á như Bangladesh, Ấn Độ, Parkistan hay Sri Lanka.

Tiền sử gia đình về CHD

Nguy cơ mắc CHD gia tăng khi có người trong gia đình (bố, mẹ, anh chị em ruột) đã từng mắc bệnh tim mạch. Nếu trong gia đình có các thành viên mắc bệnh tim mạch ở độ tuổi sớm, ví dụ như có bố hay anh em trai có biến cố tim mạch trước 55 tuổi, hay có chị em gái có biến cố tim mạch trước 65 tuổi thì là một dấu hiệu đáng quan tâm về nguy cơ tim mạch cho cá thể này.

Tiền sử hút thuốc

Hiện tại ở Anh có 21% nam giới và 20% nữ giới hút thuốc. Hút thuốc được chứng minh là làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch. Yếu tố nguy cơ này còn liên quan tới số lượng thuốc được hút, những người nghiện thuốc nặng hay những người hút trên 20 điếu một ngày có nguy cơ mắc các bệnh tim mạch gấp 2 tới 4 lần so với những người không hút thuốc. hút

thuốc dù ở bất kì mức độ nào cũng không được chứng minh là an toàn. Tuy nhiên nếu bỏ hút thuốc nguy cơ này sẽ giảm.

Chỉ số khối cơ thể

Béo phì có liên quan tới sự gia tăng nguy cơ đột quỵ, CHD, đái tháo đường typ 2, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu, tăng cholesterol, tăng LDL và tăng triglyceride. Béo bụng (thân hình quả táo) đặc biệt đáng lo ngại, và chỉ số vòng eo có thể giúp dự đoán nguy cơ tim mạch tốt hơn chỉ số khối BMI, vòng eo trên 94cm ở nam và trên 80cm ở nữ là yếu tố gia tăng nguy cơ CHD. Chỉ số Vòng eo giúp đánh giá nguy cơ tim mạch tốt hơn, đặc biệt là đối với những người châu Á. chỉ số BMI được tính như sau: lấy trọng lượng cơ thể tính theo Kg chia cho chiều cao bình phương tính theo mét. Với người bình thường chỉ số này nằm trong khoảng từ 18.5 tới 25 kg/m². Đối tượng Thừa cân cân có BMI ≥ 25 kg/m², trong khi đối tượng béo phì có BMI ≥ 30 kg/m².

Với nam giới ở Anh có BMI trên 22kg/m², nguy cơ mắc CHD tăng lên 10% nếu BMI tăng thêm 1 kg/m², vòng eo trên 94cm ở nam và trên 80cm ở nữ báo hiệu nguy cơ tim mạch tương đương người có BMI 25kg/m². Và với Vòng eo trên 102cm ở nam và trên 88cm ở nữ, nguy cơ tim mạch là tương đương người có BMI 30kg/m².

Năm 2011, khoảng 47% nam giới và 33% nữ giới ở Anh bị thừa cân, 24% nam giới, và 26% nữ giới béo phì. thừa cân và béo phì gia tăng theo độ tuổi, tỷ lệ người lớn béo phì đã tăng gần gấp đôi so với thời điểm giữa những năm 1980. cân nặng dao động thường xuyên cũng có liên quan tới sự gia tăng nguy cơ phát triển bệnh tim mạch.

Hoạt động thể chất

Những bài tập aerobic đều đặn được chứng minh giúp giảm cân nặng và góp phần kiểm soát huyết áp. Không hoạt động thể chất dẫn tới tăng nguy cơ bị tăng huyết áp hay tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch.

Tình trạng nghiện rượu uống trên 21 đơn vị trong một tuần gây tăng nguy cơ bị THA, tình trạng sẽ cải thiện nếu lượng rượu giảm. Rượu tác động xấu tới nhiều bộ phận trong cơ thể, ngoài ra gây suy gan, có thể gây vô sinh, tổn thương da, tổn thương tim, ung thư hay đột quỵ. Nhiều tai nạn, hành vi bạo lực như tình dục không an toàn đều có liên quan tới rượu. Những người dưới 20 tuổi nếu uống quá nhiều rượu có thể gây ra những tổn thương cho não đang trong quá trình phát triển. Một lượng rượu nhỏ khoảng 1 đơn vị/ ngày có thể làm giảm nguy cơ tim mạch, tuy nhiên không nên vì lí do này mà người chưa từng uống rượu lại bắt đầu sử dụng nó. Lượng rượu tối đa là 3-4 đv/ ngày với nam và 2- 3 đv/ ngày với nữ, các chuyên gia cũng khuyên trong một tuần nên có ít nhất 2 ngày không uống rượu.

Tiền sử bệnh

Huyết áp cao (> 140 /90 mmHg) được chỉ ra là một nguy cơ dẫn đến đột quỵ hay CHD. 20% người trung niên có huyết áp tâm thu trong khoảng 90-109 mmHg, đối với những người trẻ hơn tỉ lệ này thấp hơn, và những người tuổi cao hơn thì tỉ lệ này lại cao hơn. Hiện tại ước tính ở Anh có khoảng 40% đàn ông và phụ nữ bị tăng huyết áp rất nhiều trong số đó không được điều trị, và một nửa số người đã được chẩn đoán và điều trị nhưng HA được chưa đạt được tới mức khuyến cáo.

Cần xác định được Các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp, bao gồm béo phì, uống quá nhiều rượu (trên 3 đv/ ngày), ăn nhiều muối và ít vận động

Bệnh đái tháo đường

Bệnh tiểu đường có tác động đáng kể trong việc gia tăng nguy cơ CHD khi gặp các cơn đau tim, bệnh tiểu đường làm gia tăng nguy cơ tử vong do CHD gấp 2 tới 3 lần ở nam và từ 4 tới 6 lần ở nữ. Khoảng 80% bệnh nhân mắc đái tháo đường type 2 (loại đái tháo đường thường gặp nhất) bị béo phì. Điều này càng làm gia tăng thêm nguy cơ mắc CHD. Nếu đường huyết được kiểm soát chặt chẽ sẽ có hiệu quả đáng kể trong việc giảm các biến chứng mạch máu lớn hơn là các biến chứng mạch máu nhỏ. Điều này là do nguyên nhân gây CVD gồm rất nhiều yếu tố và tăng đường huyết chỉ là một trong các yếu tố đó.

Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng mức HbA1c khoảng 7% hoặc thấp hơn có thể giúp phòng tránh hoặc giảm các biến chứng của ĐTĐ typ 2

Các số liệu nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng có sự gia tăng nguy cơ tử vong do bệnh lí tim mạch thậm chí trước khi khởi phát bệnh ĐTĐ typ2.

Nhiều nghiên cứu bao gồm cả nghiên cứu Framingham cũng đã chỉ ra rằng mức đường máu cao có liên quan tới việc gia tăng nguy cơ mắc CHD. CHD xảy ra khi các mạch máu nuôi dưỡng cơ tim (các mạch vành) bị hẹp lại do sự tích lũy dần dần các chất béo trên thành mạch máu, hay tình trạng xơ vữa động mạch. Các mảng xơ vữa hình thành khi m LDL cholesterol bị OXH và bị giữ lại bởi các tế bào trên thành động mạch vành, khi đó sự tắc hay hẹp mạch máu bắt đầu khởi phát, ngược lại HDL cholesterol là một cholesterol tốt, có vai trò vận chuyển cholesterol từ lòng mạch về gan và ngăn ngừa các bệnh CVD. Vì thế tỷ lệ giữa HDL và LDL là rất quan trọng, mục tiêu là có mức LDL thấp ($< 3\text{mmol/l}$) và mức HDL cao ($> 1\text{mmol/l}$).

Theo nguyên tắc chung, mức triglycerid càng cao thì nguy cơ gặp phải các vấn đề bất lợi cho sức khỏe càng tăng. Mức TC $< 5\text{mmol/l}$ thường là mức mong muốn đạt được. Tuy nhiên hơn một nửa người trưởng thành ở Anh có mức TC cao hơn con số này. Tuy nhiên chỉ số LDL mới là chỉ số đáng quan tâm hơn TC, và nhiều nghiên cứu dịch tễ cũng như các nghiên cứu can thiệp về nhóm thuốc statin cũng đã chứng minh việc giảm mức LDL cholesterol có liên quan chặt chẽ tới việc giảm thiểu nguy cơ mắc phải các bệnh tim mạch.

Do lượng chất béo bão hòa ăn vào mỗi ngày mà lượng LDL cholesterol trong máu thường có chiều hướng tăng trong khi HDL thì ngược lại. Ngược lại, các chất béo bão hòa lại có tác dụng rất tốt nhờ làm giảm mức LDL. Ngoài ra, mức TC cao cũng làm tăng nguy cơ mắc CHD và đột quỵ

Thuốc sử dụng

Việc liệt kê đầy đủ các thuốc đang sử dụng, kể cả các thuốc OTC là rất quan trọng khi mà một số thuốc có thể làm tăng nguy cơ mắc CVD. Các thuốc có tác động tích cực lên nguy cơ mắc CVD sẽ được nhắc tới sau trong chương này.

Các thuốc tác động lên hệ thần kinh thực vật như adrenalin, noradrenalin, dobutamin, dopamine và phenylephrine có thể gây ra tăng dẫn truyền và tăng nguy cơ mắc suy tim. Các thuốc kê đơn phổ biến khác bao gồm thyroxin, triptans và tricyclic anti-depressants có tác dụng phụ gây CV

Quản lí nguy cơ các bệnh tim mạch trong ngành dược

Các yếu tố nguy cơ dẫn tới CHD có thể thay đổi, cơ bản gồm có hút thuốc, mất cân bằng cholesterol/triglyceride, THA, chế độ ăn, béo phì, nghiện rượu, ít vận động hay kiểm soát đường huyết kém trong bệnh đái tháo đường. Một y văn gần đây đã đề cập vai trò to lớn của các dược sĩ cộng đồng trong việc giảm các yếu tố nguy cơ của CHD. Các Bằng chứng đã ủng hộ cho việc mở rộng hơn việc cung cấp các dịch vụ tư vấn cai thuốc và kiểm soát nồng độ

lipid qua dược cộng đồng. Cả hai bước dự phòng là dự phòng tiên phát và dự phòng thứ phát đều là những sự can thiệp quan trọng.

Cai thuốc lá và liệu pháp thay thế nicotin

Trong những năm gần đây, NHS (national health service) đã ngày càng tập trung vào vấn đề cai thuốc lá, cho đây là một vấn đề quan trọng và tại Vương quốc Anh có thể nói dịch vụ cai thuốc lá hiện đứng đầu thế giới. Tuy nhiên, vẫn có khoảng 13 triệu người hút thuốc lá và chi phí mà họ phải trả cho NHS là 1.7 tỉ euro mỗi năm.

Những nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng, sẽ có khoảng 70% người hút thuốc muốn bỏ thuốc, trong số đó chỉ có khoảng 2-3% là có thể tự từ bỏ được bằng chính quyết tâm của mình. Liệu pháp nicotin thay thế (NRT) có thể là một cách hiệu quả cho những người hút trên 10 điếu/ ngày. So với những người không sử dụng liệu pháp này, những người được kê NRT có khả năng cai hẳn được thuốc cao gấp 2 lần, và khả năng thành công lên đến 6 lần nếu kết hợp cả liệu pháp NRT với các biện pháp hỗ trợ về mặt tư tưởng. các guideline của NICE cũng khuyến cáo dùng vareniclin và NRT cho người hút thuốc và cam kết thay đổi các thói quen.

Cai thuốc lá - những lưu ý nhỏ cho những người muốn cai thuốc

- Dự định ngày cụ thể bắt đầu cai thuốc, chuẩn bị kỹ, và tuân thủ chặt chẽ nó.
- Tìm kiếm sự hỗ trợ từ bạn bè, người thân và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe
- Cân nhắc sử dụng NRT cho những tuần đầu cai thuốc
- Tránh những tình huống khiến bạn có thể cảm thấy muốn từ bỏ việc cai thuốc.
- Thay đổi thói quen để giúp bạn có thể quên đi những lần, những địa điểm có gợi nhớ tới việc hút thuốc.
- Từ bỏ hoàn toàn nếu bạn có thể hơn là chỉ hút ít đi.
- Vứt bỏ tất cả các vật dụng liên quan như là bật lửa, tàn gạt thuốc.
- Đề nghị những người xung quanh không hút thuốc và nói với họ rằng bạn đang bỏ thuốc
- Sắp xếp lịch làm việc và sinh hoạt bận rộn đặc biệt khi bạn lên cơn thèm thuốc.
- Nhắc nhở chính bản thân rằng mình sẽ không hút thuốc
- Tính toán bao nhiêu tiền bạn sẽ tiết kiệm được và lên kế hoạch sẽ sử dụng chúng vào việc gì

các chế phẩm NRT luôn có sẵn trên thị trường, rất đa dạng trong việc tiếp cận và tần suất sử dụng. Chưa có bất cứ nghiên cứu nào chỉ ra một sản phẩm nào có tính năng vượt trội trong việc cai thuốc lá so với các sản phẩm còn lại trong nhóm. bất cứ chế phẩm nào nếu được sử dụng đúng cũng sẽ tăng thêm cơ hội trong việc cai thuốc lá thành công.

Liệu pháp nicotin thay thế - các dạng dùng

Miếng dán

Kín đáo và dễ sử dụng, thích hợp cho những người hay quên, nhưng phải cảnh giác vì có thể kích ứng da.

nicotin được giải phóng một cách liên tục, thích hợp cho những người đã từng hút thuốc thường xuyên.

Miếng dán 16 tiếng (gỡ bỏ vào ban đêm) sẽ làm giảm tình trạng mất ngủ,

Miếng dán 24h thích hợp cho việc kiểm soát những cơn nghiện trong buổi sáng sớm.
Có ba mức hoạt lực, cho phép lựa chọn để từng bước đạt được mục tiêu cuối cùng trong lộ trình.

Dạng kẹo nhai

Kẹo cao su nhai – kiểm soát được cơn nghiện thuốc bất trở
Hương vị đa dạng, tùy sở thích lựa chọn của khách hàng
Có các mức hoạt lực đa dạng, cho phép lựa chọn để từng bước đạt được mục tiêu cuối cùng trong lộ trình.
Nhai chậm để nicotin giải phóng từ từ, và rồi ngậm trong gò má.

Dạng xịt mũi

Giải phóng nhanh, phù hợp với những người quá phụ thuộc vào thuốc lá.
Tác dụng phụ tại chỗ (họng và viêm mũi) thường thấy rõ trong những ngày đầu.

Viên nén đặt dưới lưỡi

Kín đáo, được đặt dưới lưỡi và duy trì trong 20 phút.
Liều lượng đa dạng, một hoặc 2 viên (2mg) có thể được sử dụng trong một giờ.
Nếu mút hoặc nhai viên sẽ làm giảm hiệu quả của nó.

Bình xịt

Thay thế cho điều thuốc, phù hợp cho những người quen động tác tay-miệng khi hút thuốc
Qua thời gian sẽ làm giảm việc sử dụng, thời gian khuyến cáo là 12 tuần.

Kẹo ngậm

Có các mức hoạt lực đa dạng, cho phép lựa chọn để từng bước đạt được mục tiêu cuối cùng trong lộ trình.
Liều cao nhất là 4 mg thích hợp cho những người nghiện thuốc trong vòng 3 phút sau khi thức dậy.
Ngậm đến khi cảm giác thì đủ mạnh và giữ viên trong gò má.

Những chỉ định cho phép trong việc dùng liệu pháp NRT không kê đơn

NRT được khuyến cáo có thể sử dụng cho người lớn và trẻ em trên 12 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú.

Một vài chế phẩm NRT có thể được sử dụng cho những người muốn giảm số lượng điều thuốc hiện đang sử dụng rồi dần dần tới bỏ thuốc. Người cai thuốc nên bỏ khi họ đã sẵn sàng, nhưng không nên kéo dài hơn 6 tháng khi mà họ đã giảm được số lượng điều thuốc sử dụng hàng ngày. thiếu niên (12-18 tuổi) nên bỏ giảm và bỏ thuốc ngay sau khi có sự tư vấn của các chuyên gia sức khỏe.

Thông điệp tích cực mang tính khẳng định cho những người không hút thuốc

- Bỏ thuốc làm giảm nguy cơ phát triển các bệnh lí liên quan tới hút thuốc.
- Tám tiếng sau khi bỏ thuốc, mức nicotin và CO trong máu giảm một nửa, bên cạnh đó mức O₂ về bình thường.

- Sau 12h lượng CO trong máu được loại bỏ hoàn toàn.
- Sau 48h nicotin được loại bỏ
- Sau 3 ngày, hô hấp trở nên dễ dàng hơn.
- Sau 2 tới 12 tuần, hệ tuần hoàn được cải thiện và mức độ ho của người hút thuốc giảm.
- Sau 6 tháng, chức năng phổi sẽ được cải thiện từ 5 tới 10 %.
- Sau 5 năm, nguy cơ mắc phải đột quỵ giảm một nửa so với những người không cai thuốc.
- Sau 10-15 năm, nguy cơ mắc ung thư phổi chỉ cao hơn một chút so với người không hút thuốc
- Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng những người bỏ thuốc trước 35 tuổi tuổi thọ của họ cũng tương đương so với những người không hút.

Kiểm soát cân nặng

Thừa cân sẽ làm gia tăng mắc phải đột quỵ. Kèm theo đó những người thừa cân thường có huyết áp cao, đái tháo đường và nồng độ chất béo trong máu cao. Việc Giảm chất béo, đường, rượu trong khẩu phần ăn hàng ngày sẽ rất hữu ích trong việc kiểm soát cân nặng, để kiểm soát được cân nặng cũng rất cần thiết phải xây dựng những bài tập thể lực hàng ngày như một thói quen.

Các dược sĩ cũng nên tư vấn cho các đối tượng có BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$ một kế hoạch thích hợp trong việc giảm cân, đặt mục tiêu một tuần giảm 0.5 kg, trong 3 tháng giảm từ 5 tới 10 kg (kết hợp giữa khẩu phần ăn và chế độ tập luyện, và sự thay đổi hành vi, quan sát bảng 1: chỉ ra những lợi ích của việc giảm cân), ở một số nơi dược sĩ cộng đồng được giao phụ trách việc cung cấp các dịch vụ kiểm soát cân nặng cho người dân.

Các bệnh mắc phải	Lợi ích sức khỏe
Số ca tử vong	Giảm 20-25% Giảm 30-40% trong nguy cơ tử vong do ĐTD Giảm 40-50% trong cơ tử vong do ung có liên quan tới béo phì
Huyết áp	Giảm 10mmHg trong cả huyết áp tâm trương và tâm thu Giảm 50% mức glucose máu lúc no
Đái tháo đường	Giảm 50% nguy cơ mắc đái tháo đường Giảm 10% cholesterol toàn phần, giảm 15% LDL, giảm 30%
Lipid máu	triglyceride Tăng 8% HDL

Các dược sĩ nên đưa ra lời khuyên về một khẩu phần ăn tốt cho sức khỏe, lượng calo nạp vào hàng ngày nên từ khoảng 1200 tới 1600 calo. Cụ thể, nên ăn ít các chất béo như thịt có mỡ, pho mát, sữa kem, đồ ăn chiên giòn,... giảm lượng đường. Bên cạnh đó, nên ăn nhiều rau xanh, hoa quả, ngũ cốc, cá, thịt nạc,...

Nếu đối tượng thích đồ ăn chiên rán, gợi ý chọn các loại dầu thực vật có lợi cho sức khỏe như dầu hướng dương, dầu đậu nành. Giảm cholesterol có thể thông qua biện pháp ăn kiêng,

nhưng mức độ đạt được có thể không cao, rất khiêm tốn nếu chỉ sử dụng biện pháp ăn kiêng đơn thuần và nhiều khách hàng sẽ thấy rất khó tuân thủ với một chế độ ăn kiêng nghiêm ngặt.

Lười vận động là một yếu tố quan trọng trong việc mắc phải các bệnh lí CHD. Việc thường xuyên vận động mang lại Lợi ích rất lớn : giảm nguy cơ tăng huyết áp, giảm nguy cơ béo phì và giảm nguy cơ mắc các bệnh tim mạch. Dành ít nhất 30 phút trong 5 ngày hoặc nhiều hơn mỗi tuần cho để luyện tập thể dục với những bài tập có cường độ cao thực sự. Các bài tập như đi bộ, chạy bộ, bơi, đạp xe hay nhảy là những sự lựa chọn tốt. Dược sĩ cũng nên nhắc bệnh nhân xây dựng một bài tập thể dục với cường độ tăng dần trong quá trình tập luyện.

Orlistat 60mg viên nén OTC

Viên nén Orlistat 60mg là thuốc được bán không cần kê đơn cho các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên với chỉ số BMI $\geq 28\text{kg/m}^2$, nó được sử dụng kết hợp với khẩu phần ăn giảm calo và chế độ luyện tập tăng cường. Thuốc có tác dụng ức chế emzym lipase tại dạ dày.

Lượng cân nặng giảm được khi sử dụng thuốc là không cố định . Trong một thử nghiệm lâm sàng kéo dài trong một năm, khoảng 35-55% người tham gia giảm được từ 5% khối lượng cơ thể trở lên, mặc dù không phải tất cả lượng cân giảm được đó đều là mỡ . Khoảng 16-25% giảm được tối thiểu 10% khối lượng cơ thể. Sau khi ngừng orlistat có một lượng đáng kể người tham gia tăng cân trở lại, lên tới 35% lượng cân nặng mà họ đã giảm được.

Các dược sĩ cần khai thác

Tuổi và chỉ số khối cơ thể

Tiền sử bệnh

Các thuốc đang sử dụng

Chế độ ăn và hoạt động thể lực hiện tại

Ý nghĩa của các thông tin trên

Tuổi và chỉ số khối cơ thể

OTC Orlistat không dùng cho Người dưới 18 tuổi . Các đối tượng có BMI<28 và muốn giảm cân có thể sẽ có nhu cầu mua OTC Orlistat Với những trường hợp này các dược sĩ cần tư vấn một cách khéo léo cho khách hàng.

Tiền sử bệnh tật

Giảm cân có khả năng cải thiện việc kiểm soát chuyển hóa ở bệnh nhân ĐTĐ và làm giảm chỉ số huyết áp của các bệnh nhân THA

Thuốc sử dụng

Một vài thuốc có thể phải được điều chỉnh liều khi mà cân nặng giảm, chi tiết sẽ có trong phần sau.

Chế độ ăn và tập luyện hiện tại

Kiểm soát lượng chất béo trong khẩu phần ăn là bắt buộc để việc sử dụng OTC Orlistat có hiệu quả tốt nhất . Phân tích lượng chất béo đang được sử dụng hiện tại và giúp bệnh nhân điều chỉnh là việc làm rất cần thiết. tập luyện thể dục hàng ngày cũng là một bước then chốt trong quá trình kiểm soát cân nặng vì thế các dược sĩ cần biết mức độ tập luyện của khách hàng hiện tại để đưa ra những tư vấn phù hợp.

Quá trình điều trị

Nếu khách hàng không giảm được cân nặng sau 12 tuần điều trị thì cần khuyên bệnh nhân tới gặp của các bác sĩ và điều dưỡng để được sự giúp đỡ

Quản lý

OTC Orlistat được chỉ định uống liều 60mg 3 lần mỗi ngày trước bữa ăn, trong bữa ăn hoặc trong vòng 1 tiếng sau khi ăn. Nếu bỏ bữa hay bữa ăn không có chất béo thì không nên sử dụng OTC Orlistat. Trong khi sử dụng thuốc thì chế độ ăn chỉ nên có lượng calo thấp hơn một chút và trong đó lượng chất béo chiếm khoảng 30% lượng calo (ví dụ khẩu phần ăn 1800kcal/ngày thì lượng chất béo chỉ được nhỏ hơn 60mg). một chế độ ăn ít chất béo không chỉ có tác dụng giảm cân mà còn làm giảm các tác dụng phụ trên đường tiêu hóa(xem bên dưới). Lượng chất béo nên được trải đều trong cả ngày. Với người lớn thì mục tiêu là giảm được 0.5 tới 1.0 kg trong một tuần. bên cạnh đó, người thân và các dược sĩ cũng cần thường xuyên kiểm tra, đôn đốc và động viên đối tượng để họ duy trì được động lực. Quá trình điều trị này có thể sẽ kéo dài trong vòng 6 tháng liên tiếp.

Chống chỉ định

Bệnh nhân mắc hội chứng kém hấp thu mãn tính, những bệnh nhân bị tắc mật, phụ nữ có thai và cho con bú thì không được sử dụng.

Các tác dụng phụ

Tác dụng phụ chính là tiêu hóa bị ứ trệ, tác dụng này thể hiện rõ nhất trong những ngày đầu sử dụng thuốc, các nghiên cứu chỉ ra rằng các tác dụng phụ này kéo dài tối thiểu trong một tuần và có thể kéo dài tới trên 6 tháng. Vì tác dụng của thuốc là ngăn cản sự hấp thu của chất béo nên các chất béo sẽ được tổng ra ngoài theo phân, phân có thể có có một số bất thường như có dầu và lỏng. ứ hơi cũng là một triệu chứng hay gặp . nhu động ruột có thể gia tăng và các trường hợp đi tiêu không tự chủ cũng được quan sát thấy ở các thử nghiệm lâm sàng. Để hạn chế những tác dụng phụ này khách hàng nên hạn chế lượng chất béo trong khẩu phần ăn, bên cạnh đó nhà sản xuất cũng khuyến cáo khách hàng nên tuân thủ khẩu phần ăn có hàm lượng chất béo thấp và giảm lượng calo.

Tới gặp bác sĩ trong các trường hợp sau:

Bệnh nhân đang sử dụng một số các thuốc khác, trong trường hợp này liệu các thuốc đó có thể cần phải được điều chỉnh vì trọng lượng cơ thể bệnh nhân giảm. Giảm cân có thể nâng cao sự kiểm soát quá trình chuyển hóa của bệnh nhân ĐTĐ và làm giảm chỉ số huyết áp ở những bệnh nhân đang có tăng huyết áp. Liều thuốc điều trị ĐTĐ và THA vì thế có thể cần phải thay đổi. Bên cạnh đó còn có các thuốc khác bệnh nhân cũng cần phải được xem xét hiệu chỉnh liều trước khi sử dụng Orlistat bao gồm: amiodarone, thuốc chống đông (bao gồm cả wafarin) , acarbose, ciclosporin và levothyroxine. Bệnh nhân có nguy cơ cao gặp phải triệu chứng co quắp khi sử dụng Orlistat kèm với thuốc chống đông kinh. Bệnh nhân bị suy thận cũng nên hỏi bác sĩ trước khi sử dụng Orlistat

Thận trọng

Việc hấp thu các vitamin tan trong dầu và các chất dinh dưỡng tan trong dầu có thể bị giảm khi sử dụng Orlistat. Viên nén chứa các vitamin A,D,F,K và β -caroten nên được dùng một lần một ngày trước hoặc sau thời điểm dùng Orlistat ít nhất 2 tiếng.

Chưa có bằng chứng lâm sàng nào về sự tương tác giữa Orlistat và thuốc tránh thai đường uống, nhưng nếu khi uống Orlistat khi phụ nữ bị tiêu chảy nặng thì nên sử dụng các biện pháp tránh thai khác .

Simvastatin OTC

Simvastatin có biểu tượng chữ “ P” dùng liều 10mg với mục đích giảm nguy cơ các biến cố tim mạch ban đầu(NMCT không tử vong, bệnh mạch vành tử vong) ở những bệnh nhân người có nguy cơ CHD trung bình.

Đàn ông từ 55 tuổi trở lên có thể có nguy cơ CHD ở mức độ trung bình. Bên cạnh đó đối với nam giới từ 45 tới 54 tuổi và phụ nữ trên 55 tuổi cũng có nguy cơ khá cao mắc các bệnh tim mạch nếu họ có một hay nhiều hơn các yếu tố sau:

- Tiền sử gia đình có người thân gần gũi (anh chị em ruột, bố mẹ) mắc CHD. Với nam là trên 5 tuổi , với nữ là trên 65 tuổi.
- Hút thuốc: hiện tại hoặc đã từng là người hút thuốc lá kéo dài trên 5 năm.
- Tăng cân: có BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$ hoặc béo bụng với vòng bụng trên 102cm ở nam và trên 88cm ở nữ.
- Có nguồn gốc Nam Á.

Simvastatin OTC nên được coi như một phần trong chương trình hành động được thiết kế nhằm giảm nguy cơ mắc CHD. Những người trên 75 tuổi nên bắt đầu sử dụng Simvastatin OTC theo lời khuyên của bác sĩ. Bên cạnh đó phải bao gồm cả cai thuốc, chế độ ăn uống lành mạnh, giảm cân và tập luyện thể dục thường xuyên.

Trong đại đa số trường hợp, việc sử dụng liều thấp nhất với hiệu quả đạt được cao nhất là một sự lựa chọn tối ưu. Các tác dụng phụ hiếm gặp ví dụ như đau cơ có sự liên quan với liều lượng sử dụng của thuốc, với nhiều trường hợp còn do tương tác thuốc làm tăng các tác dụng của statin. Nguy cơ gặp phải các tác dụng phụ này khi dùng statin 10mg là rất thấp, vì vậy cần nhắc nguy cơ lợi ích cho các bệnh nhân này là điều rất nên thực hiện.

Các dược sĩ và nhân viên của họ nên khuyến khích bệnh nhân đọc tờ thông tin sản phẩm một cách cẩn thận, chú ý đặc biệt tới phần tác dụng phụ.

Có thể có những tác dụng phụ hiếm gặp nhưng đặc biệt nguy hiểm : bệnh ở gan, đau cơ và các phản ứng dị ứng.

Nếu sử dụng thường xuyên, Simvastatin 10 mg có thể giảm trung bình 27% mức LDL , mối quan hệ giữa liều Simvastatin và mức độ giảm LDL tuyến tính theo hàm log, ví dụ nếu tăng liều Simvastatin từ 10mg tới 20mg thì mức LDL giảm sẽ từ 27% tới 32%, và nếu mức liều Simvastatin là 40mg thì mức giảm LDL sẽ thêm 5% nữa.

Thêm nữa, với mức giảm LDL đạt được ở mức liều 10mg dạng giải phóng kéo dài sẽ giảm được 30% nguy cơ các bệnh CHD. Bên cạnh đó nếu bệnh nhân thực hiện các hành vi có lợi khác như ngừng hút thuốc, giảm cân và tập luyện thể dục thường xuyên thì các lợi ích đạt được sẽ cao hơn nhiều.

Aspirin 75mg

Viên nén Aspirin liều thấp có thể được bán như thuốc P ở các nhà thuốc với lọ 100 viên, Aspirin được cấp phép cho dự phòng cấp thứ phát các bệnh: đột quỵ do huyết khối, con thiếu máu cục bộ thoáng qua, đau tim và đau thắt ngực không ổn định.

Theo khuyến cáo của BNF, Aspirin liều thấp là liệu pháp choongd kết tập tiểu cầu trong dự phòng tiên phát các biến cố mạch máu , ở những người được ước tính có nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm cao hơn 15%. Với bệnh nhân tăng huyết áp nên kiểm soát huyết áp để giảm thiểu việc sử dụng biện pháp chống kết tập tiểu cầu bởi vì khi sử dụng biện pháp chống kết tập tiểu cầu trên bệnh nhân này sẽ có nguy cơ gặp phải xuất huyết não. Bệnh nhân

nên được xem xét kỹ trong việc có nên sử dụng Aspirin hay không, đặc biệt các bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết như ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa hay có nguy cơ XHTH thì nên dùng kèm các thuốc bảo vệ dạ dày. Hiện tại chưa có bằng chứng mang tính bắt buộc phải sử dụng Aspirin cho các bệnh nhân có nguy cơ thấp, ở nam giới trung tuổi và không có các yếu tố nguy cơ.

Các ca lâm sàng

Case1

Một bệnh nhân nam khoảng giữa độ tuổi 50 yêu cầu được dược sĩ tư vấn. Anh ấy phân vân liệu có nên sử dụng Aspirin hay không khi mà anh ấy có một số người bạn đang sử dụng và họ nói rằng sử dụng Aspirin có thể làm giảm các cơn đau tim. Anh ấy không thừa cân

Theo ý kiến của dược sĩ

Đầu tiên dược sĩ thắc mắc vì sao anh ấy lại nghĩ mình cần sử dụng Aspirin. Điều đó khiến dược sĩ dẫn tới ý tưởng sẽ cùng anh ta đánh giá các nguy cơ tim mạch dựa trên các câu hỏi về tiền sử gia đình, có hút thuốc hay không? Chế độ ăn uống, chế độ tập luyện hiện tại và tình trạng sức khỏe (anh ấy có mắc đái tháo đường hay tăng huyết áp hay không?). Trên sự đánh giá đó dược sĩ sẽ quyết định liệu anh ta có cần phải tới gặp bác sĩ hay không. Nếu anh ta hút thuốc, dược sĩ sẽ khuyên anh ta nên bỏ và trao đổi với anh ta về việc lập kế hoạch, hỗ trợ việc cai thuốc lá của anh ta.

Ý kiến của bác sĩ

Bác sĩ đồng ý với việc làm của dược sĩ trong việc kiểm tra một cách tổng quát các yếu tố nguy cơ mà anh ta có thể có, hiểu biết của anh ta về các yếu tố nguy cơ và những thứ mà anh ta cần phải thực hiện. Aspirin được chỉ định cho phòng chống CHD thứ phát, nhưng nếu anh ta có nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm trên 15% thì anh ta cũng nên được sử dụng Aspirin như biện pháp dự phòng tiên phát. Nếu trong thời gian gần đây anh ta chưa được kiểm tra huyết áp và nồng độ cholesterol thì anh ta nên được đi kiểm tra. Điều quan trọng cần nhớ trong quá trình tư vấn là dược sĩ nên có một sự đánh giá bao trùm toàn bộ các yếu tố nguy cơ, tránh chỉ tập trung vào một khía cạnh nào đó. Các lần đi thăm khám sức khỏe theo định kỳ sẽ rất hữu ích để kiểm tra xem lối sống của anh ta đã thay đổi ra sao và những khó khăn mà anh ta có thể gặp phải.

Case 2

Một bệnh nhân nữ khoảng 40 tuổi tới gặp dược sĩ để nhờ tư vấn hướng dẫn cô ấy sử dụng miếng dán cai thuốc lá. Qua thăm hỏi dược sĩ nhân thấy rằng cô ấy là một người nghiện thuốc nặng, sử dụng 20-30 điếu thuốc một ngày và đã từng hút thuốc trong khoảng 25 năm. Cô ấy biết cô ấy bị thừa cân và cô ấy cảm thấy rất khó khăn trong việc giảm cân. Có một lần cô ấy đã bỏ hút thuốc trong 3 tháng nhưng cô ấy đã bị tăng cân. Gia đình cô ấy có người bị ĐTĐ và cả cha và mẹ cô ấy đã chết ở độ tuổi 70 do bị bệnh đau tim. Anh trai cô ấy tầm 60 tuổi và bị đau thắt ngực. Cách đây một năm cô ấy có tới gặp bác sĩ, bác sĩ cho biết cô ấy có cholesterol máu hơi cao khoảng 6mmol và huyết áp đang ở ngưỡng biên. Cô ấy được bác sĩ hẹn tới khám lại nhưng cô ấy chưa quay lại.

Ý kiến của dược sĩ

Dược sĩ sẽ hỏi cô ấy kể lại về quá trình cô ấy đã cố gắng bỏ thuốc như thế nào? Liệu cô ấy đã từng sử dụng NRT OTC hay chưa, ở nhiều vùng thuộc UK dược sĩ cũng là một thành viên trong tổ chức cai thuốc NHS và vì vậy có thể tư vấn và cung cấp cho bệnh nhân các biện pháp bỏ thuốc. Nhiều người có thể sẽ lo lắng khi bỏ thuốc họ sẽ tăng cân và dược sĩ sẽ tư vấn

cho họ về điều đó. Dược sĩ sẽ khẳng định rằng lợi ích mà bệnh nhân thu được từ việc bỏ thuốc sẽ vượt trội hơn nhiều so với sự tăng cân mà bỏ thuốc gây ra, có thể đưa ra các con số cụ thể để thuyết phục bệnh nhân, tư vấn thêm cho bệnh nhân về những việc cần làm sau khi bỏ thuốc để giảm thiểu tăng cân như điều chỉnh chế độ ăn uống và tăng cường tập luyện.

Quan điểm của bác sĩ

Đầu tiên khẳng định rằng thái độ muốn bỏ thuốc lá của cô ấy là rất tốt, đặc biệt cô ấy có kèm theo nhiều yếu tố về CHD. Bác sĩ cũng cho rằng dược sĩ trong trường hợp này có vai trò tốt trong việc tư vấn s cho bệnh nhân và khuyên sử dụng NRT thích hợp. Bác sĩ nhận thấy sẽ rất hữu ích nếu dược sĩ kiểm tra lại cô ấy đã làm thế để ngừng hút thuốc trong ần trước và tại sao cô ấy lại sử dụng lại. Dược sĩ cũng nên chủ động đưa ra những lời khuyên về trọng lượng cơ thể cũng như lên kế hoạch những bài tập luyện phù hợp cho bệnh nhân. Bên cạnh đó cũng rất hữu ích nếu dược sĩ khuyên bệnh nhân nên đi thăm khám sức khỏe thường xuyên bởi các bác sĩ, kiểm tra huyết áp, nồng độ cholesterol trong máu. Bác sĩ cũng sẽ cần phải kiểm tra thêm các thông số của máu, sinh hóa máu, nước tiểu để kiểm tra chức năng gan, thận. Trong trường hợp cô ấy có huyết áp cao, các thuốc sẽ cần phải được sử dụng : thuốc ACE hoặc thuốc chẹn kênh canxi đối với người châu Phi và vùng Carribe. Dĩ nhiên nếu cô ấy có thể giảm cân và tăng tập luyện thể dục, điều đó sẽ rất tốt và có thể làm kiểm soát được mức huyết áp của cô ấy tốt hơn.