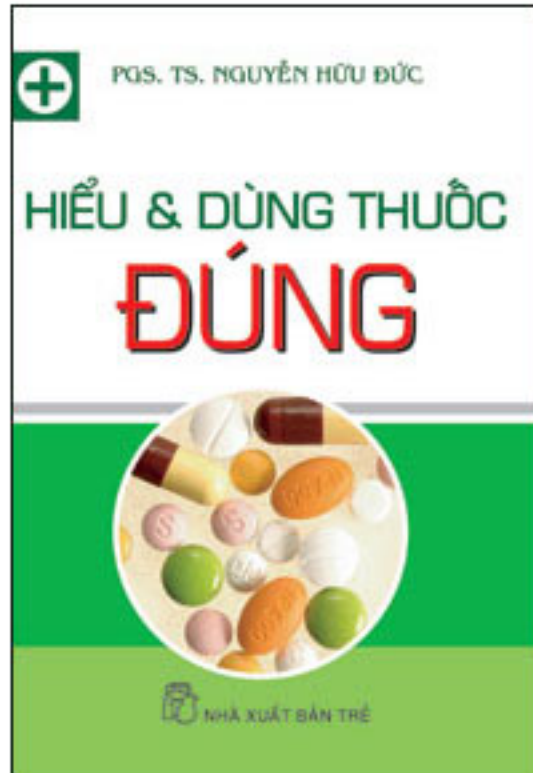


CÂU CHUYỆN “LÒN THUỐC”



- Hãy mua sách in hợp pháp để ủng hộ các Đơn vị xuất bản và các Tác giả.



ThuVienOnline

Có lần, một bạn trẻ đã tìm đến tôi để hỏi ý kiến xem, sau khi lén lút đi “giải quyết sinh lý”, cậu ấy nghi ngờ bị mắc bệnh, có thể đến nhà thuốc mua loại thuốc kháng sinh “xịn” nhất về dùng để tự chữa bệnh được không. Tôi vội vàng thuyết giảng một hồi, đại khái: “Hiện nay, ở ta đang có tình trạng rất đáng lo ngại là có một số người bị các bệnh lây qua đường tình dục (trước đây gọi là bệnh hoa liễu như: giang mai, lậu, mồng gà, hột xoài...) nhưng không chịu đến bác sĩ chuyên khoa để được chẩn đoán, hướng dẫn điều trị mà lại nghe mách bảo tìm mua loại kháng sinh mới nhất như các loại Cephalosporin thế hệ thứ 2, 3, các Fluoroquinolon thế hệ thứ 2... để tự chữa bệnh. Làm như thế không chỉ hại cho bản thân, bởi vì dùng thuốc không đúng bệnh sẽ nặng thêm mà vô tình có thể làm hại cho cộng đồng. Những thuốc kháng sinh mới nhất được khuyến cáo chỉ dùng trong bệnh viện khi được bác sĩ điều trị chỉ định, hướng dẫn và theo dõi sử dụng vì đó là thuốc rất quý có tính dự trữ, nếu sử dụng bừa bãi chắc chắn trong thời gian ngắn sẽ bị đề kháng”. Lúc đầu tôi nói, anh bạn trẻ có vẻ hiểu nhưng sau có vẻ ngơ ngẩn với hai chữ “đề kháng”. Tôi cố dùng chữ, văn vẻ nôm na để giải thích cho anh bạn trẻ hiểu thế nào là kháng sinh bị “đề kháng”. Anh bạn trẻ sau khi nghe buột miệng: “A, ý thầy muốn nói “lờn thuốc”!” (chữ “lờn thuốc” người Nam bộ thường dùng).

Một lần khác, một vị cao tuổi đến tìm tôi để hỏi ý kiến xem có thể tự sử dụng một loại thuốc an thần gây ngủ khá thông dụng là Seduxen để chữa chứng mất ngủ. Tôi vội vàng trình bày tác hại của việc người bệnh tự ý dùng bừa bãi thuốc loại này, trong đó có tác hại rất nghiêm trọng là thuốc làm cho bị nghiện. Người đã bị nghiện sẽ phải tiếp tục dùng thuốc không bỏ thuốc được và bị “sự dung nạp”. Theo thói quen, sau mấy chữ “sự dung nạp”, tôi bồi thêm tiếng nước ngoài “tolerance” giống y như đang giảng bài cho sinh viên. Ngay lúc đó, vị cao tuổi trở mặt và nhú mày. Tôi thấy mình hơi nên trình bày thêm cho cụ hiểu thế nào là “sự dung nạp” đối với thuốc gây nghiện. Rút kinh nghiệm, tôi dùng lời lẽ không chuyên môn lắm để nói với cụ. Khi ấy, cụ đã buột miệng: “A, ý của dược sĩ muốn nói tới “lờn thuốc”!”.

Tôi kể hai mẩu chuyện trên để cho thấy, trình bày một vấn đề chuyên môn cho người nghe không thuộc giới chuyên môn không dễ dàng chút nào. Phải diễn đạt sao cho dễ hiểu. Phải biết biến đổi từ ngữ chuyên môn rối rắm, lạ lẫm thành ngôn ngữ của đời thường. Tuy nhiên, điều tôi muốn nói nhiều hơn trong bài viết này là chữ “lờn thuốc” mà nhiều người thường hay sử dụng hiện nay có đến hai nghĩa.

Vi khuẩn đề kháng kháng sinh

Trước hết, đối với việc sử dụng thuốc là kháng sinh, “lờn thuốc” có nghĩa là vi khuẩn gây bệnh không còn nhạy cảm, có khả năng chống lại tác dụng của thuốc để đưa đến hậu quả là kháng sinh mà người bệnh sử dụng không mấy may gây tác hại đối với vi khuẩn. Như vậy, lờn thuốc ở đây đồng nghĩa với “đề kháng” là từ chuyên môn mà sinh viên y dược nào cũng nằm lòng, đề kháng của chính

vi khuẩn đối với thuốc là kháng sinh. Lờn thuốc ở đây là sự rút gọn của “vi khuẩn đề kháng kháng sinh”.

Tuy sẽ nói rõ hơn về vấn đề này ở phần sau, nhưng thiết nghĩ ta cũng nên biết qua vi khuẩn lờn thuốc kháng sinh như thế nào để hiểu vì sao có lời khuyên phải dùng kháng sinh đúng thuốc, đúng liều và đủ thời gian.

Vi khuẩn cũng là loài sinh vật mặc dù chúng rất nhỏ phải nhìn qua kính hiển vi mới thấy, ở chúng cũng có bản năng đấu tranh sinh tồn. Khi bị kháng sinh tấn công và nhất là liều kháng sinh ta dùng không đủ mạnh để *tiêu diệt* hoặc *ức chế* (có loại kháng sinh chỉ ức chế làm cho vi khuẩn yếu đi chứ không chết hẳn vì chính cơ thể chúng ta sẽ tiêu diệt chúng) thì vi khuẩn cũng biết cách “thiên biến vạn hóa” để tồn tại. Thứ nhất, chúng sẽ biến đổi thành dạng “chai lì” có thể chịu đựng được tác dụng của kháng sinh mà không chết. Thứ hai, chúng tiết ra chất hoạt động như một loại *men* (còn gọi là enzyme) để phân hủy thuốc, thí dụ có nhiều vi khuẩn tiết ra men Penicillinase để phân hủy các thuốc penicillin, thuốc penicillin không còn nguyên vẹn cấu trúc xem như mất hết tác dụng. Thứ ba, có một số kháng sinh chỉ có tác dụng khi thấm sâu vào bên trong cơ thể vi khuẩn thì có một số vi khuẩn tự “điều chỉnh”, tự thay đổi vỏ bọc của chúng để thuốc kháng sinh không thấm qua được. Thứ tư, các kháng sinh thuộc nhóm penicillin và một số nhóm khác có tác dụng tiêu diệt vi khuẩn bằng cách cản trở không cho vi khuẩn tổng hợp vỏ bọc bảo vệ thì một số vi khuẩn này thích ứng bằng cách sống “trần trụi” không cần vỏ bọc. Và còn nhiều cách đề kháng khác nữa, nhưng dù vi khuẩn có lẩn tránh, đề kháng khéo léo đến đâu, các nhà y dược học cũng không bó tay chịu thua. Thí dụ như trong điều trị, ngay từ đầu phải dùng loại kháng sinh có tác dụng (nên lưu ý có kháng sinh có tác dụng hiệu quả đối với loài vi khuẩn này nhưng không hiệu quả đối với loài vi khuẩn khác) tức phải dùng ***đúng thuốc***. Ngay từ đầu phải sử dụng ngay ***liều tấn công*** tức là ***liều mạnh*** để vi khuẩn bị tiêu diệt ngay không kịp tồn tại dưới dạng “chai lì”. Sau đó, duy trì liều có hiệu quả trong suốt thời gian điều trị, bằng cách dùng nhiều lần thuốc trong ngày và dùng trong nhiều ngày. Nên đặc biệt lưu ý, ***thời gian dùng kháng sinh thông thường không dưới 5 ngày***. Có loại bệnh nhiễm khuẩn phải dùng kháng sinh cả tháng, riêng bệnh lao phải dùng thuốc từ 6 tháng trở lên. Tức là phải dùng kháng sinh ***đúng liều*** và ***đủ thời gian*** thì mới mong khỏi bệnh. Để chống lại vi khuẩn đề kháng, các nhà y dược tìm cách chế tạo thuốc vô hiệu hóa các men phân hủy kháng sinh do vi khuẩn tiết ra (như bào chế biệt dược *Augmentine* gồm kháng sinh *amoxicillin* kết hợp với chất kháng lại penicillinase là *acid clavulanic* đã trị được các bệnh nhiễm khuẩn mà một mình amoxicillin không còn tác dụng). Hoặc, trong phác đồ điều trị, kết hợp nhiều kháng sinh cùng một lúc để vi khuẩn không kịp trở tay đề kháng, giống như hiệp đồng tác chiến giữa các binh chủng chống lại kẻ thù (ta thấy trong điều trị bệnh lao bao giờ các nhà điều trị cũng kết hợp từ 3 kháng sinh trở lên).

Các cách chống lại đề kháng vừa kể thuộc phạm vi của các nhà chuyên môn. Riêng đối với người bệnh, người dùng thuốc ***chỉ dùng thuốc khi có sự chỉ định, hướng dẫn của thầy thuốc, không sử dụng***

bừa bãi kháng sinh (hoàn toàn tránh tình trạng mới bị cảm sơ sơ vội uống 1, 2 viên Ampi rồi thôi rất tai hại!) chính là góp phần đắc lực vào việc khống chế nạn “lờn thuốc” kháng sinh.

Sự dung nạp dẫn đến tăng liều dùng

Nghĩa thứ hai của “lờn thuốc” mà bà con ta cũng thường hay sử dụng là tình trạng của cơ thể do dùng một thứ thuốc lặp đi lặp lại nhiều lần với liều lượng cũ sẽ thấy thuốc không có tác dụng và phải tăng liều thuốc lên mới thấy thuốc có “ép phê”. Lờn thuốc ở đây đồng nghĩa với từ “sự dung nạp” mà tôi quen dùng từ thời còn là sinh viên để dịch chữ nước ngoài là “tolerance”. “Tolerance” còn được dịch là: sự dung nhận, dung tha, quen thuốc, chịu thuốc... (ôi, tiếng Việt mình phong phú quá mà trở nên rối rắm trong sự mô tả khoa học và ta nên thông cảm với một số tác giả viết bài chuyên môn thường mở ngoặc đơn viện dẫn chữ nước ngoài không hẳn để khoe chữ mà thật ra muốn làm rõ nghĩa). Không chỉ đối với thuốc, có một số chất con người quen dùng trong sinh hoạt hằng ngày cũng gây ra tình trạng “lờn” này. Thí dụ như rượu, có nhiều người lúc đầu chỉ uống nửa ly bia là mặt đỏ bừng, xây xâm, thế mà chỉ một thời gian sau, nếu ngày nào cũng “lai rai vài sợi” sẽ uống tới vài xi rượu để như chơi và không thấy hề hấn gì. Chỉ thấy “thế mới đã!”. Còn đối với thuốc, “lờn thuốc” là một đặc tính của *thuốc gây nghiện*, trong đó có *thuốc ngủ*, *thuốc an thần*, *thuốc hướng tâm thần* nói chung, kể cả ma túy. Ta không lấy làm lạ, có một số bạn trẻ nghiện hút *heroin*, lúc đầu chỉ xài 1 “tép”, dần dần sẽ phải xài nhiều “tép” để rồi phải dần thân vào tội ác để thỏa mãn sự tăng “đô” này. Có nhiều người quen dùng thuốc an thần gây ngủ (như Seduxen) càng ngày càng tăng liều dùng thì mới ngủ được. Nhưng ngay một số thuốc thông thường như Aspirin, các thuốc trị đau thấp khớp, có nhiều người quen dùng cứ thấy hiệu quả của thuốc giảm dần theo thời gian.

Khác với “lờn thuốc kháng sinh” đã kể gây ra bởi chính sự thay đổi của tác nhân gây bệnh là vi khuẩn, “lờn thuốc” trong trường hợp thứ hai gây ra bởi chính cơ thể của người dùng thuốc. Khi thuốc được đưa vào trong cơ thể, nó chỉ cho tác dụng khi gắn được vào *nơi tiếp nhận* (còn được gọi là *thụ thể*, chữ nước ngoài rất thông dụng gọi là *receptor*). Nơi tiếp nhận đó có thể là tế bào, là mô, là cơ quan (như hệ thần kinh chẳng hạn). Khi cơ thể quen dùng một thứ thuốc, các *nơi tiếp nhận* này sẽ thay đổi bản chất hoặc gia tăng số lượng tiếp nhận đưa đến phải gia tăng nồng độ thuốc trong cơ thể (tức phải gia tăng liều dùng) mới đáp ứng cho tác dụng được. Để đối phó với sự lờn thuốc này, chỉ có cách là *tăng liều* nhưng không thể tăng liều mãi vì sẽ đưa đến liều độc. Đối với thuốc có khả năng bị lờn theo kiểu này, thầy thuốc sẽ cho dùng với liều và thời gian dùng như thế nào để phòng tránh lờn thuốc. Hoặc khi đã lờn, bắt buộc phải thay thuốc khác. Trong lĩnh vực dược, người ta phải luôn luôn tìm ra thuốc mới, một phần để thay thế thuốc cũ bị lờn.

Có khá nhiều người tuy không phân biệt một cách rạch ròi hai trường hợp mà chữ “lờn thuốc” đề cập đến nhưng đều nhận thức được, nói đến “lờn thuốc” là nói đến sự tác hại. Mục đích của bài viết này nhằm giúp người đọc biết thêm “*lờn thuốc là vi khuẩn đề kháng kháng sinh*”, “*lờn thuốc cũng là*

sự dung nạp đưa đến tăng liều dùng để đạt được tác dụng của thuốc”. Đối với người dùng thuốc, để hạn chế cả hai sự lờn thuốc kể trên, chỉ có cách là sử dụng thuốc khi thật cần thiết theo sự hướng dẫn của thầy thuốc, không lạm dụng và không sử dụng bừa bãi.

ThuVienOnline

ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH

Một vấn đề liên quan đến việc sử dụng kháng sinh đã và đang trở thành nỗi ưu tư lớn của những người hoạt động trong lãnh vực y dược, đó là vấn đề vi khuẩn đề kháng đối với thuốc kháng sinh, gọi tắt là kháng thuốc, hay nói theo một số bà con ta là thuốc kháng sinh bị “lờn”. Hiện nay ở nhiều bệnh viện, khi cho làm “kháng sinh đồ”, tức là làm xét nghiệm xem vi khuẩn còn nhạy cảm với kháng sinh nào, nhiều thầy thuốc phải lo âu: các vi khuẩn gây bệnh đã “lờn” với rất nhiều kháng sinh thông dụng! Trong phạm vi bài viết này, xin được đề cập vì sao vi khuẩn có thể chống lại tác dụng của kháng sinh để gây nên hiện tượng đề kháng kháng sinh và thái độ chúng ta phải như thế nào đối với vấn đề này.

Theo định nghĩa chuyên môn, một loại vi khuẩn đề kháng kháng sinh khi loại vi khuẩn này vẫn có thể sinh trưởng, phát triển được với sự hiện diện của một nồng độ kháng sinh cao hơn gấp nhiều lần nồng độ ngăn chặn sự sinh trưởng, phát triển của các loại vi khuẩn khác hoặc của chính loại vi khuẩn đó trước đây. Nói nôm na, với liều dùng thông thường, kháng sinh bị lờn chẳng có tác dụng gì đối với vi khuẩn.

Vi khuẩn có thể đề kháng kháng sinh bằng nhiều cơ chế khác nhau. Thứ nhất, chúng có thể tự sản xuất ra các *enzyme* phá hủy cấu trúc và làm mất tác dụng của kháng sinh. Thí dụ, chúng tiết ra enzyme có tên là *betalactamase* phá hủy các thuốc thuộc nhóm *penicillin*. Thứ hai, biết rằng nhiều kháng sinh chỉ cho tác dụng khi thấm qua lớp vỏ của tế bào vi khuẩn, vi khuẩn đề kháng lại bằng cách tự tổng hợp lớp vỏ của tế bào khác đi để kháng sinh không thấm qua được. Thứ ba, một số vi khuẩn đề kháng lại kháng sinh nhóm tetracyclin bằng cách tự chế tạo một loại “bom” đặc biệt để tổng thuốc kháng sinh ra khỏi cơ thể của chúng để không làm hại được chúng. Và cuối cùng, thường kháng sinh chỉ tấn công vào một nơi nhất định trên cơ thể của vi khuẩn gọi là đích tác dụng thì vi khuẩn đề kháng lại bằng cách biến đổi đích tác dụng này, thế là xem như kháng sinh bị vô hiệu hóa bởi vì không còn có đích tác dụng gắn vào để phát huy tác dụng nữa.

Người ta ghi nhận chính việc sử dụng kháng sinh bừa bãi, không đúng cách, không đủ liều sẽ làm cho vi khuẩn không bị tiêu diệt hết, một số có khả năng thích ứng, đặc biệt có sự đột biến gen trên nhiễm sắc thể kiểm soát sự nhạy cảm đối với kháng sinh, số này tồn tại, phát triển thành “chủng” vi khuẩn mới mà kháng sinh đã sử dụng sẽ không còn tác dụng đối với chủng này nữa. Có khoảng 10% trường hợp vi khuẩn thoát khỏi sự tấn công của kháng sinh theo một trong bốn cơ chế đề kháng đã kể và bắt nguồn từ đột biến gen nên có tính chất *di truyền*, tức vi khuẩn bố mẹ truyền tính đề kháng này lại cho con cháu và cứ thế phát triển mãi. Nhưng nguy hại hơn là 90% trường hợp còn lại là tính đề kháng được truyền không chỉ từ vi khuẩn bố mẹ sang vi khuẩn con cái mà còn từ vi khuẩn loại này sang qua vi khuẩn loại khác thông qua một số cấu trúc di truyền có tên là PLASMID. Thí dụ như vi

khuẩn bệnh thương hàn khi nhiễm vào cơ thể ta mà lại tiếp xúc được với một loại vi khuẩn sống bình thường ở ruột mang tính đề kháng. Vi khuẩn bệnh thương hàn sẽ thu nạp plasmid có tính đề kháng của vi khuẩn kia, nó sẽ có luôn tính đề kháng và tai hại là nó lại truyền tính đề kháng đó cho con cháu của nó. Vì thế đừng lấy làm lạ, hiện nay vi khuẩn bệnh thương hàn đã đề kháng với nhiều loại kháng sinh mà trước đây tỏ ra rất công hiệu.

Vấn đề đề kháng kháng sinh không phải mới được đặt ra trong thời gian gần đây mà có thể nói khi kháng sinh đầu tiên được sử dụng thì cũng là lúc người ta phải đối đầu với hiện tượng đề kháng. Vào năm 1941, kháng sinh đầu tiên là penicillin được dùng trong điều trị thì chỉ 3 năm sau, người ta phát hiện loại vi khuẩn có tên là *Staphylococcus aureus* kháng lại penicillin khi ấy được xem là thuốc thần diệu. Từ đó đến nay, các nhà khoa học không ngừng nghiên cứu tìm ra các kháng sinh mới để chống lại các vi khuẩn đề kháng. Vào đầu những năm 1980, các bác sĩ điều trị có trong tay rất nhiều kháng sinh mới. Nhưng từ 20 năm nay thì lại không phát hiện thêm kháng sinh mới nào cả. Và đã bắt đầu thời điểm mà các kháng sinh có mặt không đủ để điều trị các bệnh nhiễm khuẩn. Vào tháng 5 năm 1996 một đứa trẻ 4 tháng tuổi người Nhật đã bị viêm nhiễm *Staphylococcus aureus* mà không một kháng sinh nào có thể trị được. Chúng vi khuẩn này được cô lập và cho thấy nó đề kháng cả vancomycine là kháng sinh được xem là loại dự trữ sau cùng có hiệu quả đối với tất cả các vi khuẩn đề kháng mạnh nhất vào thời điểm này. Sự kiện này làm các nhà chuyên môn y dược trên thế giới rất lo âu. Rõ ràng là hiện tượng vi khuẩn đề kháng sẽ tiếp tục là nỗi ám ảnh cho con người khi bước vào thế kỷ 21.

Trên đây là phác họa không mấy sáng sủa về hiện tượng vi khuẩn đề kháng. Tuy nhiên, chính chúng ta, những người sử dụng thuốc, có thể góp phần cải thiện tình trạng “lờn thuốc kháng sinh” bằng cách lưu ý mấy điều sau đây:

1. Nên dành quyền chỉ định kháng sinh cho thầy thuốc. Không nên tự ý sử dụng kháng sinh một cách bừa bãi, không đúng lúc, không đủ liều.
2. Khi được bác sĩ ghi đơn chỉ định dùng kháng sinh, nên dùng thuốc đúng liều lượng, đủ thời gian như đã chỉ định, không nên ngưng, bỏ thuốc nửa chừng.
3. Lưu ý, có một số kháng sinh chống chỉ định, tức là không được dùng ở: *phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú, trẻ con*. Đây là các đối tượng phải để bác sĩ khám bệnh và chỉ định kháng sinh khi cần thiết. Sử dụng kháng sinh bừa bãi ở các đối tượng này có khi là nguy hiểm.
4. Một số bệnh nhiễm khuẩn thường có triệu chứng sốt nhưng không phải tất cả các trường hợp bị nóng sốt đều là do nhiễm khuẩn. Hơn nữa, nếu thực sự bị nhiễm khuẩn, việc dùng kháng sinh đủ liều thường kéo dài trong nhiều ngày (thông thường là từ 5 đến 7 ngày). Vì vậy, hoàn toàn không nên chỉ mới thấy cảm sốt sơ sơ là vội uống vài viên thuốc kháng sinh rồi thôi (!).

5. Trên nguyên tắc, nếu vi khuẩn còn nhạy cảm với kháng sinh cổ điển, thông dụng thì sử dụng kháng sinh loại này và tránh dùng kháng sinh loại mới. Hiện nay có tình trạng rất đáng lo là có một số người bị bệnh nhưng không chịu đến bác sĩ để được khám và hướng dẫn điều trị mà lại nghe lời mách bảo tìm mua các kháng sinh loại mới nhất (các fluoroquinolon, các cephalosporin thế hệ thứ ba, thứ tư) để tự chữa bệnh mà lại dùng sai. Làm như thế không chỉ hại cho bản thân bởi vì dùng thuốc không đúng bệnh sẽ nặng thêm mà vô tình có thể có hại cho cộng đồng. Những kháng sinh mới thường được khuyến cáo chỉ dùng trong bệnh viện hoặc khi có sự chỉ định cân nhắc của bác sĩ điều trị. Đó là thuốc quý có tính dự trữ, nếu sử dụng bừa bãi chắc chắn trong thời gian ngắn sẽ bị lòn, bị đề kháng. Thử tưởng tượng đến lúc nào đó tất cả các kháng sinh đều bị đề kháng và không tìm được thuốc mới để thay thế. Đó sẽ là thảm cảnh của nhân loại.



NHỮNG ĐIỀU NÊN VÀ KHÔNG NÊN KHI SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH

Cũng giống như một đất nước luôn có lực lượng quân đội làm nhiệm vụ phòng thủ bảo vệ, cơ thể ta có lực lượng gọi là hệ thống miễn dịch (gồm các tế bào bạch cầu, kháng thể...) luôn sẵn sàng chống trả, tiêu diệt các vi sinh vật gây bệnh xâm nhập. Khi các vi sinh vật gây bệnh xâm nhập phát triển nhanh và nhiều quá, vượt khỏi sự kiểm soát của hệ thống miễn dịch, sẽ làm cho ta mắc bệnh nhiễm trùng. Có 2 loại vi sinh vật gây bệnh phổ biến là siêu vi (còn gọi là virus) và vi khuẩn. Khi mắc bệnh nhiễm trùng, ta phải dùng thuốc gọi là kháng sinh nhưng kháng sinh chỉ có tác dụng trị bệnh nhiễm do vi khuẩn chứ đa phần không trị được bệnh nhiễm do virus. Khởi đầu câu chuyện như vậy để cho thấy rằng có những điều **NÊN** và **KHÔNG NÊN** trong sử dụng kháng sinh mà người sử dụng thuốc cần biết để việc sử dụng thuốc được phát huy cao nhất lợi ích của nó.

Những điều **NÊN tuân thủ khi sử dụng kháng sinh**

Trước hết là những điều **NÊN** mà người sử dụng thuốc cần tuân thủ.

Nên biết kháng sinh là loại thuốc gì

Kháng sinh là những hợp chất trước đây có nguồn gốc thiên nhiên (tức được ly trích từ các vi sinh vật như vi nấm) và nay được tổng hợp nhân tạo, có tác dụng ức chế sự phát triển hoặc tiêu diệt các vi khuẩn gây bệnh. Kháng sinh là thuốc rất tốt, cho tác dụng lắm lúc được gọi là thần kỳ khi được sử dụng đúng với sự chỉ định, hướng dẫn của bác sĩ điều trị. Còn nếu sử dụng không đúng, kháng sinh sẽ gây nhiều tác hại khôn lường.

Nên biết kháng sinh có tác dụng như thế nào

Kháng sinh gây tổn hại vi khuẩn bằng cách làm hư hại thành phần cấu tạo của chúng như lớp vỏ bảo vệ, màng trao đổi chất v.v... Tuy nhiên, về phương diện điều trị, người ta quan tâm hai loại tác dụng: tác dụng diệt khuẩn và tác dụng kìm khuẩn (kìm khuẩn có khi còn được gọi hãm khuẩn, trụ khuẩn, tĩnh khuẩn). Kháng sinh diệt khuẩn là kháng sinh có tác dụng giết chết vi khuẩn, còn kháng sinh kìm khuẩn chỉ làm cho con vi khuẩn ngưng phát triển, không sinh sản chứ không bị tiêu diệt. Kháng sinh kìm khuẩn được dùng khi cơ thể người bệnh còn sức, hệ thống miễn dịch còn đủ mạnh để tiêu diệt vi khuẩn bị thuốc làm cho yếu. Nếu cơ thể người bệnh quá yếu bắt buộc phải dùng loại kháng sinh diệt khuẩn. Chỉ có thầy thuốc mới biết kháng sinh nào là diệt khuẩn, là kìm khuẩn và dùng trong trường hợp nào.

Nên biết loại nhiễm trùng nào mới dùng kháng sinh

Như trên trình bày, kháng sinh chỉ được dùng trị bệnh nhiễm khuẩn chứ không dùng trị bệnh nhiễm virus (như cảm cúm). Các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp là viêm nhiễm tai mũi họng (như viêm xoang, viêm tai giữa), viêm nhiễm đường hô hấp (viêm phế quản, viêm phổi), viêm đường tiết niệu, nhiễm trùng da v.v...

Nên biết kháng sinh có thể gây ra các tác dụng phụ

Tác dụng phụ do kháng sinh gây ra có thể chia làm 3 loại:

+ *Dị ứng*: nhẹ là nổi mề đay, ban đỏ, ngứa, nặng có thể đưa đến sốc phản vệ gây chết người.

+ *Nhiễm độc các cơ quan*: như độc đối với gan, thận (tetracyclin, sulfamid), độc với các tế bào máu (cloraniphenicol), thần kinh thính giác (streptomycin, gentamycin gây điếc), xương răng (tetracyclin làm hại răng trẻ con)...

+ *Loạn khuẩn đường ruột đưa đến tiêu chảy*: đây là tác dụng phụ thường hay gặp, đối với trẻ có thể gây mất nước nghiêm trọng và bệnh thiếu vitamin do tiêu chảy bởi kháng sinh.

Nên biết về hiện tượng gọi là đề kháng kháng sinh

Đề kháng kháng sinh là tình trạng do sử dụng kháng sinh không đúng (do dùng không đủ liều, không đủ thời gian) làm cho vi khuẩn không bị tiêu diệt hoàn toàn, một số còn sống sót sẽ có khả năng đề kháng lại kháng sinh đã sử dụng, kháng sinh đã sử dụng không còn tác dụng ở những lần điều trị sau nữa.

Nên sử dụng kháng sinh theo sự chỉ định của bác sĩ điều trị

Nên sử dụng kháng sinh theo sự chỉ định của bác sĩ điều trị, đặc biệt đối với trẻ con, khi nghi ngờ trẻ bị bệnh nhiễm khuẩn, ta nên đưa trẻ đến bác sĩ khám và chỉ định thuốc. Rõ ràng là chỉ có bác sĩ mới biết rõ khi nào sử dụng kháng sinh, cần chọn lựa loại gì để cho dùng đúng thuốc, đúng cách, đủ liều, đủ thời gian. Nên lưu ý, để tránh hiện tượng đề kháng kháng sinh nêu ở trên, cần phải dùng thuốc đúng liều lượng, đủ thời gian mà thầy thuốc đã chỉ định.

Những điều KHÔNG NÊN khi sử dụng kháng sinh

Sau đây là những điều KHÔNG NÊN, cần phải tuân thủ.

Không nên tự ý sử dụng kháng sinh

Ở nhiều nước trên thế giới, chỉ có thể mua kháng sinh ở nhà thuốc khi có đơn thuốc được ghi bởi bác sĩ. Ở nước ta trước đây, Bộ Y tế có quy định một số rất ít kháng sinh được mua không cần đơn, nhưng nói chung, tình trạng tự ý sử dụng kháng sinh bất cứ loại nào vẫn còn phổ biến. Nhiều kháng

sinh thuộc loại rất mới, thuộc loại chỉ dùng hạn chế trong bệnh viện, lại bị lạm dụng dùng bừa bãi. Xin được nhắc lại, chỉ có bác sĩ điều trị mới có đủ thẩm quyền xác định loại bệnh nhiễm và loại kháng sinh dùng thích hợp.

Không nên ngưng sử dụng kháng sinh nửa chừng hoặc kéo dài sử dụng

Thông thường, một số kháng sinh dùng đủ liều cho cả đợt phải từ 7 đến 10 ngày, thậm chí có thể kéo dài hơn tùy theo loại bệnh và sự tiến triển của bệnh. Ta phải theo đúng chỉ định dùng thuốc, tức là dùng đúng liều, đủ thời gian theo đơn thuốc của bác sĩ. Đừng vì thấy bệnh có thể đỡ mà ngưng việc dùng thuốc, vi khuẩn không bị tiêu diệt hết trở lại, vừa hại cá nhân người bệnh do làm bệnh tái phát, vừa hại cộng đồng vì làm gia tăng sự đề kháng thuốc kháng sinh. Còn sử dụng kéo dài coi chừng bị tai biến.

Không nên dùng lại kháng sinh trước đây đã dùng còn thừa để lại trong tủ thuốc

Bởi vì thuốc có thể quá hạn gây hại. Rất nhiều kháng sinh quá hạn dùng có độc tính rất cao (như tetracyclin quá hạn gây độc cho thận).

Không nên chỉ người khác sử dụng kháng sinh khi thấy bệnh người đó na ná giống mình

Bởi vì triệu chứng bệnh có vẻ giống nhưng nguyên nhân bệnh có thể khác. Như sốt không phải là triệu chứng của mọi bệnh nhiễm khuẩn. Hơn nữa, một kháng sinh thích hợp cho người này nhưng không thích hợp, thậm chí gây tai biến nặng nề cho người khác.

MỘT SỐ THẮC MẮC TRONG SỬ DỤNG KHÁNG SINH

Sử dụng kháng sinh nhất thiết phải đạt hiệu quả, an toàn và hợp lý. Người không có những hiểu biết cơ bản về kháng sinh không thể nào sử dụng đạt các mục tiêu vừa kể. Có lời khuyên phải dùng kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ là vì bác sĩ là người biết rõ việc sử dụng kháng sinh, biết khi nào sử dụng, cần lựa chọn loại gì để cho dùng đúng thuốc, đúng cách, đủ liều, đủ thời gian. Chính người trực tiếp sử dụng thuốc cũng cần có những hiểu biết cơ bản về kháng sinh, phải biết thắc mắc để tìm hiểu những điều còn nghi ngờ với những nhà chuyên môn là bác sĩ, dược sĩ về sử dụng kháng sinh để sử dụng kháng sinh sao cho đúng. Một số thắc mắc về sử dụng kháng sinh đặc biệt ở trẻ con thường được nêu ra, nên xin trình bày ở đây cùng với lời giải đáp.

Nghe nói trẻ bị sốt, cảm cúm là bị nhiễm trùng, tại sao không được dùng ngay kháng sinh?

- Một số bệnh nhiễm khuẩn thường có triệu chứng sốt nhưng không phải tất cả các trường hợp sốt đều do nhiễm khuẩn. Thí dụ, trẻ có thể bị sốt do mọc răng hay cảm nắng. Do vậy, khi trẻ bị sốt thì đừng vội cho uống ngay kháng sinh mà hãy tìm cách hạ nhiệt cho trẻ bằng cách cho dùng thuốc hạ nhiệt Paracetamol hay đắp trán, lau mình bằng khăn nhúng nước mát. Còn đối với cảm cúm là do siêu vi (còn gọi là virus, vi rút) gây ra thì kháng sinh không có tác dụng chữa trị. Có thể trẻ bị viêm mũi, viêm hầu họng, nhưng chỉ bị nhiễm siêu vi và chưa có biến chứng thì dùng kháng sinh không những không có tác dụng mà còn có thể gây tình trạng đề kháng kháng sinh (kháng thuốc) về sau. Trong trường hợp này, nếu trẻ bị sốt chỉ nên cho dùng thuốc hạ nhiệt, kèm theo hút sạch mũi, nhỏ mũi nước muối sinh lý 0,9% (pha 9 gram muối NaCl trong 1 lít nước sạch, hoặc hỏi mua ở nhà thuốc). Nếu nghi ngờ trẻ bị nhiễm khuẩn, nên cho trẻ đến khám ở bác sĩ để định bệnh chính xác và chỉ định dùng kháng sinh khi cần thiết. Xin được nhắc lại, cho trẻ dùng kháng sinh theo sự chỉ định của bác sĩ là an toàn nhất. Chỉ có bác sĩ mới xác định được trường hợp nhiễm siêu vi kèm theo loại nhiễm vi khuẩn (triệu chứng viêm nhiễm kéo dài không bớt có xu hướng nặng thêm). Lúc này rõ ràng dùng kháng sinh là cần thiết, bác sĩ sẽ cho dùng kháng sinh.

Biết rằng dùng kháng sinh bắt buộc phải đủ liều, tại sao ở những lần khám bệnh khác nhau, bác sĩ chỉ định cho dùng thuốc khác nhau, như có lần bác sĩ cho dùng 3 lần (còn gọi là 3 cử) trong ngày, lần khác lại là 2 lần/ngày, nhưng đặc biệt có khi chỉ dùng 1 liều duy nhất trong ngày?

Tuy bác sĩ chỉ định cho dùng thuốc số lần khác nhau như thế nhưng đều là đúng liều. Bởi vì tùy theo loại kháng sinh, có kháng sinh bị đào thải ra khỏi cơ thể nhanh quá, phải dùng nhiều lần thuốc trong ngày, nhưng có kháng sinh được giữ lại trong cơ thể ta lâu hơn và duy trì tác dụng, ta chỉ cần dùng một lần duy nhất trong ngày. Như erythromycin là kháng sinh thông thường phải uống 3-4 lần/ngày, trong khi đó azithromycin là kháng sinh mới cùng nhóm macrolid với erythromycin chỉ cần uống 1 lần trong ngày.

Biết rằng dùng kháng sinh phải đủ thời gian, tức trẻ con bị bệnh bác sĩ chỉ định dùng thuốc 10 ngày nhưng đến ngày thứ 5 cháu có vẻ hoàn toàn khỏi, ngưng dùng thuốc ở đây có được không? Hoặc biết rằng đợt điều trị thông thường đối với nhiều kháng sinh phải từ 5 ngày trở lên, thế tại sao gần đây trẻ em bị viêm tai giữa được khám, bác sĩ cho uống kháng sinh chỉ trong 3 ngày?

Nên lưu ý, phải dùng kháng sinh theo đúng chỉ định của bác sĩ. Triệu chứng bệnh như sốt, đau (như đau họng trong viêm họng) có vẻ hết nhưng nhiễm khuẩn vẫn còn, ta cần dùng kháng sinh đủ thời gian theo đơn thuốc của bác sĩ để tiêu diệt hết vi khuẩn. Thông thường, dùng kháng sinh đủ thời gian phải từ 5 ngày trở lên. Tuy nhiên, một số kháng sinh mới được dùng gần đây có thể rút ngắn thời gian điều trị. Như azithromycin có thể dùng trong 3 ngày, cho hiệu quả điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn tương đương với một số kháng sinh khác phải uống trong 10 ngày.

Trẻ con được bố mẹ cho dùng kháng sinh nhằm với liều dành cho người lớn bị ngứa, nổi mẩn ngoài da, phải chăng dùng quá liều kháng sinh thì bị dị ứng?

- Trường hợp dùng quá liều thuốc bị tai biến được gọi là ngộ độc thuốc. Đối với dị ứng thuốc, trong đó có dị ứng kháng sinh, chỉ cần tiếp xúc với liều thật nhỏ vẫn có thể bị rối loạn này. Có rất nhiều tác nhân trong môi trường, thức ăn, thức uống, gây ra dị ứng, vì vậy, trong trường hợp vừa nêu không thể khẳng định dị ứng là do dùng kháng sinh. Điều hết sức lưu ý là đối với trẻ, phải dùng thuốc đúng liều. Kháng sinh ít gây tai biến do dùng quá liều so với nhiều thuốc khác.

KHÔNG ĐƯỢC DÙNG THUỐC QUÁ LIỀU

Trong sử dụng thuốc, luôn luôn có lời khuyên “*phải dùng thuốc đúng liều, đủ thời gian*”. **Đúng liều** ở đây có nghĩa là phải dùng thuốc theo đúng số lượng thuốc đã được chỉ định (tức là đã được bác sĩ ghi trong toa hoặc theo hướng dẫn sử dụng thuốc) cho một lần dùng thuốc hoặc cho cả ngày (tức 24 giờ). Còn **đủ thời gian** là phải dùng cho đủ số ngày đã được ấn định (như theo một phác đồ điều trị bệnh lao, phải dùng thuốc trong 9 tháng chẳng hạn). Có khá nhiều người quan tâm đến lời khuyên phải dùng thuốc đúng liều nhưng đặt trường hợp “vì vô tình lỡ uống thuốc quá liều” thì sẽ dẫn đến việc gì và phải làm gì để xử trí?

Trước hết, ta nên biết việc dùng thuốc không đúng liều gồm 2 trường hợp: *dùng không đủ liều và dùng quá lâu*. Cả 2 trường hợp đều dẫn đến hậu quả không tốt. Dùng thuốc không đủ liều không chỉ không trị dứt được bệnh của cá nhân người bệnh mà có khi gây hại cho cộng đồng. Như sử dụng kháng sinh không đủ liều có thể dẫn đến hiện tượng vi khuẩn đề kháng thuốc, vi khuẩn đề kháng này không bị tiêu diệt sau đó sẽ gây hại cho bất cứ ai bị nó xâm nhiễm. Còn dùng thuốc quá liều sẽ gây tác hại cho chính sức khỏe của người dùng thuốc, thậm chí có thể gây tử vong. Bởi vì, với hầu hết các thuốc, nếu dùng đúng liều thì đó là thuốc chữa bệnh, còn nếu dùng quá liều đó là chất độc không hơn không kém.

Liều dùng của thuốc hay còn gọi *liều điều trị* không phải được ấn định một cách tùy tiện mà phải trải qua quá trình nghiên cứu được gọi là thử tác dụng được lý để tìm ra. Trước hết, thuốc phải thử độc tính, xác định “*tử liều 50*” (lethal dose 50, viết tắt LD50) tức thử trên một số đối tượng súc vật (thường là chuột nhắt trắng), để xác định liều gây chết 50% súc vật đó. Để từ đó xác định “*liều tối đa*”, tức là liều không thể vượt, nếu vượt qua liều tối đa sẽ gây độc hoặc gây chết... Cũng thử trên súc vật, các nhà dược học xác định “*liều tối thiểu*”, tức là liều mà nếu dùng thấp hơn sẽ không có được tác dụng của thuốc (như hạ huyết áp hay an thần chẳng hạn). Liều điều trị sẽ được xác định và sẽ nằm giữa liều tối thiểu và liều tối đa. Thuốc càng an toàn, tức ít độc, khi khoảng cách giữa liều điều trị và liều tối đa càng lớn, còn thuốc dễ gây độc tính khi khoảng cách đó hẹp, tức liều điều trị quá gần liều tối đa hay liều độc. Như vậy ta thấy phải trải qua quá trình nghiên cứu thực hiện mới xác định được liều điều trị và liều này sẽ tùy theo cơ thể người bệnh, tình trạng bệnh mà được ấn định để phát huy cao nhất tác dụng điều trị và hạn chế thấp nhất các tác dụng phụ hay tai biến.

Tùy theo thời gian thuốc cho tác dụng mà ta có *liều dùng cho 1 lần, liều dùng cho 24 giờ* (tức cả ngày), *liều dùng cho 1 đợt điều trị*. Thí dụ, đối với một số nhiễm khuẩn thông thường, liều dùng 1 lần cho người lớn là 1 viên Amoxicillin 500mg, liều cho cả ngày là uống 3 hoặc 4 lần, và liều cho một đợt điều trị là uống 10 ngày. Đối với trẻ con, liều thường tính trên cân nặng, thí dụ liều

Erythromycin dùng cho trẻ là 40mg/kg/ngày; tức là trẻ nặng bao nhiêu ký cứ nhân số ký ấy cho 40 sẽ có liều dùng trong 1 ngày cho trẻ và liều này thường được chia uống làm nhiều lần trong ngày. Xin được nhắc lại, liều ấn định cho 1 ngày thường được chia dùng nhiều lần trong ngày, ta phải dùng đúng như vậy. Tuyệt đối không gộp lại uống một lần duy nhất. Một số người nghĩ rằng uống gộp một lần, thuốc cho tác dụng mạnh sẽ mau khỏi bệnh, làm như thế là không phải, có khi là nguy hiểm vì quá liều!

Qua phần trình bày ở trên cho thấy, ta phải dùng thuốc đúng theo liều đã chỉ định. Bởi vì nếu dùng không đủ liều, liều thấp hơn liều tối thiểu xem như thuốc không đủ cho tác dụng, còn nếu dùng quá liều, liều vượt qua liều tối đa gây độc, có khi rất nguy hiểm. Thận trọng trong sử dụng thuốc đòi hỏi phải luôn luôn đề cao cảnh giác, chống nhầm lẫn: chống nhầm lẫn tên thuốc và chống nhầm lẫn về liều dùng.

Thử đặt trường hợp “lỡ uống thuốc quá liều” thì phải làm gì? Nếu sự quá liều không thái quá, tức uống thuốc hơi lố một ít, cơ thể chuyển hóa tốt có thể sẽ chẳng việc gì. Nhưng nếu sau khi uống thuốc quá liều mà bắt đầu thấy các rối loạn (tùy theo loại thuốc các rối loạn sẽ khác nhau) thì có thể đã bị *ngộ độc thuốc*, lập tức phải xử trí theo *cấp cứu ngộ độc*. Trước hết, người bị ngộ độc còn tỉnh phải làm cho ói mửa. Nếu có sự ngưng thở phải làm hô hấp nhân tạo. Sau đó, nhanh chóng đưa người bị ngộ độc đến cơ sở y tế, bệnh viện gần nhất để được cứu cấp. Sự cứu cấp sẽ kịp thời nếu nhân viên y tế biết được thuốc đã gây độc. Vì vậy, ta cần phải thu thập thông tin ngay bằng cách: hỏi người bị ngộ độc hoặc người chung quanh xem bệnh nhân đã dùng thuốc gì, nếu được, nên đem theo thuốc, bao bì hoặc đơn thuốc để đưa cho bác sĩ điều trị ngộ độc xem để nhanh chóng tìm được loại thuốc giải độc.

Với ý thức thận trọng, ta dùng bao giờ để tình trạng dùng quá liều thuốc để bị ngộ độc. Phải xem thật kỹ liều dùng, nếu có gì nghi ngờ phải hỏi ngay bác sĩ điều trị hoặc dược sĩ phân phối thuốc. Riêng đối với trẻ con do cơ thể phát triển chưa hoàn chỉnh, rất nhiều thuốc chỉ cần hơi quá liều một chút có thể trở thành liều độc và đặc biệt, việc cấp cứu ngộ độc có nhiều khó khăn hơn so với người lớn. Vì vậy, việc cho trẻ dùng thuốc phải xem là hệ trọng. Đừng vì một chút lơ đãng cho trẻ dùng thuốc quá liều mà gánh chịu hậu quả đáng tiếc.

DI ỨNG THUỐC

Khi sử dụng thuốc, đưa thuốc vào trong cơ thể, thuốc được xem là “chất lạ”. Vì vậy, ngoài tác dụng chính là điều trị phòng bệnh do thuốc đem lại, cơ thể ta có thể chống lại *chất lạ* đó bằng những phản ứng gây rối loạn. Đặc biệt, có phản ứng gọi là *dị ứng thuốc*.

Dị ứng thuốc được định nghĩa là phản ứng khác thường của cơ thể khi tiếp tục lần thứ hai hay những lần sau với một thuốc mà thành phần của thuốc có tính chất gọi là “*gây dị ứng*”

Nên lưu ý một số đặc điểm của dị ứng thuốc như sau:

- Dị ứng thuốc *không phụ thuộc vào liều lượng* nên sẽ xảy ra dị ứng dù thuốc dùng đúng liều hoặc thậm chí dùng thuốc rất ít, tức dưới liều chỉ định.

- Phản ứng dị ứng chỉ xảy ra ở một số ít bệnh nhân gọi là người dễ dị ứng, hoặc người có “*cơ địa dị ứng*”. Cho nên, có thuốc nhiều người dùng chẳng việc gì nhưng dùng ở người khác thì bị dị ứng, thậm chí dị ứng rất nặng.

- Trong thuốc, ngoài dược chất còn có *tá dược, chất bảo quản*, kể cả *tạp chất* và người dùng thuốc có thể bị dị ứng với bất cứ thành phần nào trong đó.

- Phản ứng dị ứng sẽ biến mất với việc ngưng dùng thuốc.

Dị ứng thuốc biểu hiện bằng nhiều dạng. Nặng nhất là *sốc phản vệ* biểu hiện bằng chứng xanh tím tái, tụt huyết áp, loạn nhịp tim, trụy tim mạch, có thể gây chết người. Hoặc biểu hiện nhẹ hơn ở nhiều cơ quan khác nhau: trên da *nổi mề đay, mẩn ngứa*; trên hệ hô hấp *khó thở, hen suyễn*; trên hệ tiêu hóa *đau bụng, nôn mửa, tiêu chảy*; trên mắt bị *viêm đỏ kết mạc* v.v...

Dị ứng thuốc được phân loại 4 kiểu (gọi là tít 1, 2, 3, 4), trong đó có “*phản ứng tức thì kiểu phản vệ*” (tít 1) xảy ra nhanh, khởi phát sau khi tiếp xúc thuốc khoảng 15 phút. Có phản ứng chậm hơn gọi là “*phản ứng độc tế bào*” (tít 2) với triệu chứng xuất hiện sau vài giờ. Hoặc xuất hiện sau vài ngày như hội chứng Stevens-Johnson, hội chứng Lyell gây bong da, tróc niêm mạc, như bị bỏng toàn thân trông rất thương tâm.

Đối với thuốc, bất cứ dược chất nào cũng đều có khả năng gây dị ứng thuốc. Đầu tiên là các kháng sinh và các thuốc có gốc là chất đạm (protein, peptid) như các hormone. Ngay như các vitamin như vitamin C, vitamin B1 cũng gây dị ứng thuốc (tiêm vitamin B1 có thể bị *sốc phản vệ* đưa đến chết người). Đặc biệt lưu ý có hiện tượng gọi là *phản ứng chéo* giữa thuốc gây dị ứng với thuốc khác cùng nhóm. Thí dụ, người đã bị dị ứng với kháng sinh amoxicillin thì có thể bị dị ứng với các thuốc khác trong cùng nhóm gọi là *nhóm penicillin* và với cả

nhóm cephalosporin. Hoặc người đã dị ứng với aspirin cũng có thể bị dị ứng với các thuốc khác nằm trong nhóm thuốc chống viêm không steroid (NSAID).

Về đường dùng thuốc, không chỉ dùng dạng uống hay tiêm mới dễ bị dị ứng thuốc mà dùng *dạng thuốc cho tác dụng tại chỗ* như *thuốc bôi ngoài da* hay *thuốc nhỏ mắt* cũng bị dị ứng thuốc. Có người dùng thuốc nhỏ mắt có chứa sulfamid đã bị hội chứng Stevens-Johnson rất nặng hoặc thậm chí có thể bị sốc phản vệ.

Để phòng tránh tình trạng dị ứng thuốc, cần lưu ý các điều sau:

- Xem việc dùng thuốc là hệ trọng, chỉ dùng thuốc khi thật sự cần thiết và có sự hiểu biết tối thiểu về cách dùng, liều lượng, tính năng, tác dụng phụ của thuốc. Nếu có gì nghi ngờ về bệnh của mình thì cách tốt nhất đến bác sĩ khám để được chỉ định dùng đúng thuốc.

- Khi đang dùng thuốc nếu xảy ra các phản ứng bất thường như ngứa, nổi mề đay, khó thở, hoặc cảm thấy rất khó chịu thì ngưng ngay thuốc đó, đến tái khám ở bác sĩ đã chỉ định thuốc để bác sĩ cho hướng xử trí thích hợp (có thể phải đổi thuốc).

- Khi đã bị dị ứng loại thuốc nào tuyệt đối không dùng loại thuốc đó. Khi đi khám ở bác sĩ hoặc đến nhà thuốc mua thuốc phải thông báo cho bác sĩ hoặc dược sĩ biết những loại thuốc đã bị dị ứng trước đây và những loại thuốc hiện đang dùng. Được thông báo, bác sĩ dược sĩ sẽ tránh cho dùng những thuốc gây nguy hại.

HIỆN TƯỢNG SỐC PHẢN VỆ

Sốc phản vệ (còn gọi là choáng phản vệ) là một phản ứng dị ứng rất nặng khi cơ thể tiếp xúc với chất gây dị ứng (còn gọi là dị ứng nguyên hay kháng nguyên) và khi phản ứng dị ứng này xảy ra nếu không phát hiện và xử trí cấp cứu kịp thời người bệnh có thể tử vong.

Nguyên nhân thường hay gặp gây ra sốc phản vệ là do dùng thuốc, đặc biệt dùng dạng thuốc tiêm chích. Có người khi được tiêm thuốc kháng sinh như penicillin, streptomycin và một số kháng sinh khác, chỉ 1-2 phút sau là tím tái, co thắt khí quản, mạch nhanh, suy hô hấp và rồi trụy tim mạch, tụt huyết áp, hôn mê và nếu không được cấp cứu kịp thời sẽ tử vong.

Ta cần biết, một trong những chất sinh học có tên histamin giữ vai trò quan trọng trong sốc phản vệ. Bình thường histamin tập trung nhiều trong các tế bào bạch cầu (đặc biệt là tế bào mast hay còn gọi dưỡng bào) và kết hợp với một chất sinh học khác là heparin (gọi là phức hợp histamin-heparin) không biểu lộ độc tính nào cả chỉ khi cơ thể gặp dị ứng nguyên (như thuốc) sẽ sinh ra kháng thể chống lại. Phản ứng giữa kháng thể và dị ứng nguyên quá mãnh liệt sinh ra rối loạn, tế bào chứa phức hợp histamin-heparin bị kích thích phóng thích ra histamin dạng tự do và gây ra những triệu chứng trầm trọng gọi là sốc phản vệ. Bệnh nhân sốc phản vệ cần được cấp cứu cho tiêm thuốc adrenalin (để nâng và duy trì huyết áp), thuốc glucocorticoid (như methylprednisolon), thuốc kháng histamin (như promethazin) để trị dị ứng, thở oxy và thông khí tốt v.v...

Biết được dùng thuốc có thể gây ra sốc phản vệ, ta phải đặc biệt thận trọng trong sử dụng thuốc, nếu được chỉ nên dùng dạng thuốc uống, hết sức tránh dùng dạng thuốc tiêm.

Cần lưu ý, không chỉ có thuốc mà một số chất khác như nọc ong đốt, thức ăn (như dứa tức thom, đậu phộng, dâu tây, một số hải sản như tôm, cua) đưa vào cơ thể cũng có thể trở thành dị ứng nguyên gây sốc phản vệ. Chỉ trong tháng 2 năm 2006 ở ta đã xảy ra hai vụ liên quan đến giải phẫu thẩm mỹ bị nghi ngờ là do sốc phản vệ gây chết người. Vụ thứ nhất do dùng thuốc gây mê đưa đến sốc và suy hô hấp. Vụ thứ hai do tiêm chất gọi là “mỡ nhân tạo” vào trong cơ thể gây tai biến chết người. “Mỡ nhân tạo” ở đây thực chất là “silicon lỏng” và từ lâu đã bị cấm dùng trong giải phẫu thẩm mỹ. Trước đây khá lâu, khi người ta chưa biết tác hại của nó, silicon lỏng được dùng tiêm để nâng ngực, tạo dáng cho phụ nữ. Nhưng silicon lỏng khi đưa vào trong cơ thể, sau một thời gian sẽ phát tán tứ tung, vào máu gây độc, và ngay khi tiêm cũng có thể gây sốc phản vệ (vì là chất lạ). Vì vậy, silicon lỏng hoàn toàn bị cấm dùng. Thế mà ở ta, chất độc hại này vẫn còn được sử dụng. Biết được điều này, xin các chị em cảnh giác, phải cân nhắc thật kỹ khi tính đến chuyện làm đẹp thông qua các dịch vụ thẩm mỹ (tuyệt đối không tham gia cái gọi là “làm thẩm mỹ dạo”).

SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH

HISTAMIN

Khi nói đến thuốc kháng histamin người ta thường chỉ đó là thuốc kháng histamin ở thụ thể H1, và như tên gọi, đây là thuốc có tác dụng đối kháng, làm giảm các triệu chứng rối loạn do histamin gây ra.

Histamin và dị ứng

Histamin là một trong những *chất sinh học trung gian* giữ vai trò quan trọng trong sức phản vệ và phản ứng dị ứng. Bình thường histamin có trong cơ thể (phần lớn là nguồn gốc nội sinh: từ histamin bị khử carboxyl tạo thành), tập trung nhiều trong các tế bào: *bạch cầu đa nhân ưa kiềm* (basophils), *tế bào mast* (mast cells) và các tế bào này có nhiều ở da, niêm mạc ruột, khí quản, phổi... Trong các tế bào, histamin kết hợp với heparin tạo thành *phức hợp histamin-heparin không có hoạt tính*. Chỉ khi nào có phản ứng kháng nguyên-kháng thể đưa đến dị ứng, hoặc có tác động của các yếu tố khác như: lạnh, tổn thương tế bào, hóa chất..., tế bào chứa phức hợp histamin-heparin bị kích thích phóng thích ra *histamin dạng tự do*. Chính histamin dạng tự do gây các triệu chứng bất lợi như:

- Trên hệ hô hấp: sổ mũi, hen suyễn (do co thắt khí quản).
- Trên da: nổi mề đay, phát ban, ngứa, phù Quincke.
- Trên mắt: làm viêm, đỏ kết mạc mắt.
- Trên hệ tiêu hóa: gây sự tiết quá độ HCl và pepsin, gây tiêu chảy do co thắt ruột.
- Trên hệ tim mạch: gây giãn mạch, hạ huyết áp, gây co thắt tim.

Histamin chỉ gây độc khi nó gắn với các tế bào ở tổ chức mô (da, mũi, hệ hô hấp, mắt...) ở những vị trí nhạy cảm gọi là *thụ thể histamin* (histamin receptor). Có 3 loại thụ thể histamin:

Thụ thể H1: là nơi gắn histamin gây hiệu ứng *co thắt cơ trơn khí quản, ruột* nhưng làm *giãn cơ trơn mạch máu*, tăng tính thấm mao mạch gây phù nề, kích thích tận cùng dây thần kinh gây ngứa (phát hiện năm 1939, 2-methylhistamin tác động chuyên biệt). Thuốc kháng thụ thể H1 được dùng trị dị ứng.

Thụ thể H2: là nơi gắn histamin gây tăng tiết dịch vị (phát hiện năm 1972, 4-methylhistamin tác động chuyên biệt). Thuốc kháng thụ thể H2 được dùng trị viêm loét dạ dày - tá tràng (cimetidin, ranitidin, famotidin...).

Thụ thể H3: Hiện diện ở hệ thần kinh trung ương với nhiệm vụ điều hòa tổng hợp và phóng thích histamin (phát hiện 1983, (R)-*α*-methylhistamin là chất chủ vận).

Có thể ức chế tác động của histamin bằng cách:

- Tiêu hủy histamin bằng *histaminase* (trích từ thận heo), kết quả rất kém, hiện nay không còn dùng làm thuốc.

- Sửa chữa tác động bằng thuốc cho hiệu ứng trái ngược (chữa hạ huyết áp bằng ADRENALIN làm tăng huyết áp).

- Ngăn chặn sự tạo thành histamin (Tritoqualin, biệt dược: HYPOSTAMINE, ức chế sự khử histidin thành histamin).

- Ổn định màng tế bào để ngăn chặn sự phóng thích histamin dạng tự do ra khỏi tế bào: Natri cromoglycat (biệt dược LOMUDAL, INTAL), Ketotifen (Zaditène) tác động lên tế bào mast ở phổi ức chế sự phóng thích histamin gây co thắt khí quản nên dùng dự phòng hen suyễn.

- Đối kháng tương tranh với histamin tại các thụ thể (thuốc kháng histamin).

Cơ chế tác động của thuốc kháng histamin

Thuốc kháng histamin trị được dị ứng vì *đối kháng tương tranh thuận nghịch* với histamin tại thụ thể H1 (tranh giành, thậm chí đánh bật histamin ra khỏi thụ thể để chiếm lấy thụ thể), histamin không gắn với thụ thể H1 sẽ không còn gây ra dị ứng.

Phân loại thuốc kháng histamin

Phân loại theo cấu trúc: chia thành nhiều nhóm gọi là nhóm các dẫn chất, gồm có:

- *Nhóm dẫn chất phenothiazin:* promethazin (Phénergan, Pipolphen), alimemazin (Théralène)...
- *Nhóm dẫn chất piperazin:* hydroxyzin (Atarax), cyclizin (Marezin), cinnarizin (Stugeron), cetirizin (Zyrtec).
- *Nhóm dẫn chất ethanolamin:* diphenhydramin (Nautamine, Benadryl), dimenhydrinat (Dramamin), clemastin (Tavist)
- *Nhóm dẫn chất alkylamin:* clorpheniramin (Chlor-trimeton, Pheniram), dexchlorpheniramin (Polaramine, Polaramine repetabs), pheniramin (Trimeton).
- *Nhóm dẫn chất ethylendiamin:* tripelamin (PBZ, Ahistamin), pyrilamin (Nisaval), antazolin (Antistin).
- *Nhóm dẫn chất piperidin:* cyproheptadin (Periactin, Peritol), terfenadin (Teldan).

Trong thực tiễn điều trị, khi chọn thuốc thuộc một nhóm không đạt yêu cầu người ta chọn thuốc thuộc nhóm khác với hy vọng sự khác nhau về cấu trúc hóa học sẽ đưa đến hiệu quả trong điều trị hoặc không gây tác dụng phụ.

Phân loại theo thế hệ: theo thời gian thuốc ra đời và lợi điểm, thuốc được chia làm 2 thế hệ.

- **Thế hệ thứ 1:** còn gọi thuốc kháng histamin cổ điển, bao gồm thuốc được ra đời đầu tiên từ năm 1939 đến thuốc của những năm 1970. Thuốc cổ điển có 2 bất lợi: *gây buồn ngủ* và *thời gian tác dụng ngắn*, phải dùng nhiều lần trong ngày (các nhà dược học phải cải tiến dạng bào chế từ Polaramine (dạng viên nén thường chứa 2mg hoạt chất) phải uống 4 lần trong ngày cải tiến thành Polaramine repetabs (dạng viên 2 lớp chứa 6mg hoạt chất) uống 1-2 lần trong ngày).

- **Thế hệ thứ 2:** gồm các thuốc xuất hiện từ năm 1980 như: cetirizin, astemizol, loratidin, mequitazin, terfenadin, fexofenadin... Thuốc thế hệ mới này khắc phục được 2 bất lợi của thuốc thế hệ 1. Nhờ có cấu trúc hóa học không thấm vào mỡ (lipophobic), thuốc thế hệ mới không xâm nhập hệ thần kinh trung ương nên *không gây buồn ngủ* cũng như không gây tác dụng phụ liệt đối giao cảm (hay tác dụng chống tiết cholin như: khô miệng, táo bón, rối loạn điều tiết mắt...). Nhờ thời gian bán hủy dài, một số thuốc mới như: astemizol, loratidin, cetirizin chỉ cần *uống một lần trong ngày*.

Hạn chế của thuốc kháng histamin

Phạm vi điều trị của thuốc kháng histamin có giới hạn do hai hạn chế sau:

- Do tác dụng chỉ là *đối kháng tương tranh thuận nghịch* với histamin tại thụ thể nên trong trường hợp rối loạn có sự phóng thích ồ ạt quá nhiều histamin như bị sốc phản vệ, một mình thuốc kháng histamin không thể giải quyết được mà phải kết hợp thêm thuốc khác.

- Trong dị ứng, không chỉ có histamin mà còn có một số chất sinh học trung gian khác tham gia gây phản ứng. Như trong viêm mũi dị ứng đưa đến: ngứa mũi, chảy mũi, sổ mũi nước, nghẹt mũi, ngoài histamin còn có vai trò của các prostaglandin, các leukotrien, các kinin. Vì vậy, một mình thuốc kháng histamin có khi không tác dụng hoặc chỉ làm giảm nhẹ triệu chứng dị ứng.

Các chỉ định của thuốc kháng histamin

- Trị hoặc phòng một số biểu hiện của dị ứng cấp tính trong: sổ mũi mùa, cơn trùn chích, viêm mũi dị ứng, viêm da dị ứng, nổi mề đay, viêm kết mạc dị ứng, sẩn ngứa, phù Quincke.

- Phụ trợ trong điều trị sốc phản vệ (phải kết hợp nhiều thuốc như: adrenalin + corticoid + kháng histamin + thở oxy).

- Ngoài trị dị ứng, một số thuốc kháng histamin còn được dùng: *chống nôn say tàu xe* (dimephdrinat, diphenhydramin, cinnarizin...), *trị nhức nửa đầu* (cinnarizin, flunarizin,

dimethothiazin), *trị hội chứng Ménière* (hydroxyzin), *kích thích sự thèm ăn* (cyproheptadin, nhiều nước bỏ chỉ định này) dùng như *thuốc an thần gây ngủ* (promethazin, doxylamin).

Những điều lưu ý trong sử dụng thuốc kháng histamin

- Thuốc kháng histamin chỉ trị triệu chứng dị ứng (ho, sổ mũi nước, nổi mề đay, ngứa...). Cần tìm ra và loại trừ kháng nguyên (thức ăn, thuốc, môi trường sống) thì mới trị tận gốc được bệnh.

- Nhiều biệt dược trị cảm - sổ mũi (Contac, Decolgen fort, Cetamol F, Actifed, Comtrex, Denoral...) hoặc trị ho (Toplexil, Atussin, Rhinathiol - Promethazine), trong thành phần có chứa thuốc kháng histamin cổ điển gây buồn ngủ (như clorpheniramin). Vì vậy, cần lưu ý người sử dụng về tác dụng gây buồn ngủ, tránh dùng thuốc nếu phải làm việc, đòi hỏi sự tập trung, tinh táo và tránh uống rượu khi đang dùng thuốc. Hơn nữa, trong thuốc loại này còn chứa thêm thuốc làm co mạch, chống sung huyết ở niêm mạc mũi (như phenylpropanolamin, ephedrin, pseudoephedrin) cần tránh dùng ở người bị cao huyết áp, trẻ còn quá nhỏ tuổi.

Tác dụng phụ gây buồn ngủ của thuốc kháng histamin cổ điển có khi được dùng như chỉ định chính thức trị mất ngủ. Nên lưu ý chỉ dùng thuốc trong trường hợp này trong thời gian ngắn và lưu ý các bà mẹ không được dùng thuốc cho trẻ ngủ kéo dài. Trẻ dùng thuốc gây buồn ngủ kéo dài sẽ mệt, không phát triển tốt trí tuệ.

Ở ta hiện nay vẫn còn dùng cyproheptadin (Periactin, Peritol) trị chứng chán ăn (nhiều nước không dùng chỉ định này).

Nên lưu ý các đối tượng không được dùng cyproheptadin:

+ *Phụ nữ có thai* (thuốc ảnh hưởng đến thai), *phụ nữ cho con bú* (thuốc ức chế sự tiết sữa), *trẻ con dưới 2 tuổi*. Người cao tuổi cũng nên tránh dùng cyproheptadin.

+ *Có tình trạng không dung nạp thuốc kháng histamin*: trẻ con bị kích thích vật vã, người lớn bị dị ứng bởi chính thuốc kháng histamin.

Vào năm 1990, một báo cáo khoa học đăng trong tạp chí The American Medical Association tường trình một trường hợp tử vong của một phụ nữ khi người này dùng cùng lúc thuốc terfenadin và ketoconazol. Sau đó, nhiều báo cáo khác cho thấy dùng terfenadin chung với các kháng sinh họ macrolid (như erythromycin, josamycin, clarithromycin) hoặc thuốc kháng nấm Ketoconazol, itraconazol sẽ bị rối loạn nhịp tim. Vì vậy, hiện nay FDA Mỹ đã cấm dùng terfenadin và thay thế bằng fexofenadin (Telfast). Fexofenadin là chất chuyển hóa của terfenadin khi dùng không bị gan chuyển hóa nên tránh được tương tác thuốc ở giai đoạn chuyển hóa với các thuốc khác, không đưa đến rối loạn nhịp tim vừa kể. Ở ta không cấm dùng terfenadin nhưng bắt buộc *chỉ dùng khi có toa bác sĩ* (các thuốc kháng histamin khác được bán không cần toa). Nên lưu ý astemizol có thể gây tương tác thuốc giống terfenadin, hiện nay ở ta đã cấm sử dụng.

THẬN TRỌNG TRONG SỬ DỤNG THUỐC GIẢM ĐAU

Đau là triệu chứng thường hay gặp ở người bệnh. Vì vậy, thuốc giảm đau là loại thuốc được dùng thường xuyên và phổ biến nhất. Có nhiều loại thuốc giảm đau khác nhau, trong đó có thuốc giảm đau mạnh nhưng lại có tác dụng gây nghiện hoặc có thuốc dùng lâu dài sẽ gây tác dụng phụ nặng nề là làm viêm loét dạ dày tá tràng. Để giúp việc sử dụng thuốc giảm đau hợp lý, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đề ra 3 bậc thang dùng thuốc giảm đau như sau.

Bậc 1 là khi đau nhẹ và vừa ta nên dùng thuốc giảm đau thông thường mua không cần có toa của bác sĩ là *Paracetamol* hoặc thuốc nằm trong nhóm có tên gọi chung là *thuốc chống viêm không steroid* (viết tắt là NSAID, gồm có: aspirin, ibuprofen, diclofenac...). Nếu dùng thuốc giảm đau bậc 1 là Paracetamol hay aspirin không cải thiện có nghĩa người bệnh bị đau ở bậc cao hơn tức đau nặng ở bậc 2 hoặc đau dữ dội như đau ung thư là đau bậc 3. Lúc này phải dùng đến thuốc giảm đau loại gây nghiện có nguồn gốc thuốc phiện với loại trung bình như *codein* hoặc loại mạnh như *morphin*. Thuốc giảm đau bậc 2 và 3 có tính chất gây nghiện bắt buộc phải để cho bác sĩ điều trị chỉ định, tức là chỉ được dùng khi có đơn thuốc được ghi bởi bác sĩ.

Riêng thuốc giảm đau bậc 1 là *Paracetamol* và các thuốc NSAID (trong đó có *aspirin*) là loại được hay dùng nhất vì mua ở nhà thuốc dễ dàng không cần đến toa của bác sĩ. Chính vì thuốc giảm đau bậc 1 có thể mua dễ dàng, sử dụng rộng rãi và dùng ngày càng tăng liều đã đưa đến tỷ lệ tai biến do thuốc này ngày càng tăng ở nhiều nước trên thế giới. Sự tự ý sử dụng thuốc và không biết được các tác dụng phụ tiềm tàng, không biết được sự khác nhau giữa các thuốc giảm đau thường làm cho người bệnh lơ là trong lựa chọn thuốc, dùng bất cứ thuốc gì mà họ tự cho là thích hợp, dùng trong thời gian rất dài và thế là bị các tai biến trầm trọng.

Nhiều người đã biết rằng dùng thuốc Paracetamol để giảm đau là an toàn hơn aspirin hoặc các thuốc NSAID khác ở chỗ Paracetamol không gây hại dạ dày, tức không gây viêm loét dạ dày - tá tràng. Gần đây, nhiều chuyên gia quốc tế trong nhiều thông báo khác nhau đã nhấn mạnh đến sự lưu ý đặc biệt đến nguy cơ bị tác dụng phụ của thuốc giảm đau đối với 2 nhóm người: *Nhóm người bị hen suyễn* và *nhóm người có vấn đề về tim mạch*.

Trước hết, đối với người bị hen suyễn hoặc người có cơ địa dễ bị dị ứng nên lưu ý không nên dùng thuốc aspirin hoặc các thuốc chống viêm không steroid (NSAID) khác. Bởi vì loại thuốc giảm đau này có thể gây co thắt phế quản. Làm khởi phát cơn hen, làm triệu chứng hen suyễn nặng thêm đến mức

có thể nguy hiểm đến tính mạng. Hội chứng bị lên cơn hen suyễn do dùng thuốc aspirin hay nói chung do dùng thuốc NSAID được gọi là hội chứng AIA (viết tắt của Aspirin Induced Asthma). Ở Pháp, có đến 25% bệnh nhân hen phải đưa đi cấp cứu ở bệnh viện, làm thông khí đường thở do bị hội chứng AIA. Trên thế giới, tỷ lệ bệnh nhân bị hen suyễn ngày một gia tăng, và các bệnh nhân này có lúc phải dùng thuốc giảm đau để trị bệnh. Do hội chứng AIA khó lường trước được, cho nên người có tiền sử bị dị ứng nên thận trọng tránh dùng aspirin hoặc thuốc NSAID nào khác, ngoại trừ được bác sĩ chỉ định thuốc vì sự cần thiết, để tránh lên cơn hen.

Thứ đến, những người đang có bệnh lý về tim mạch phải hết sức thận trọng trong lựa chọn thuốc giảm đau. Nên tránh dùng các thuốc NSAID nói chung (ngoại trừ aspirin liều thấp có tác dụng ngừa huyết khối có thể được bác sĩ tim mạch chỉ định dùng để ngừa đau thắt ngực, ngừa nhồi máu cơ tim). Nếu tự ý dùng thuốc NSAID có thể làm tăng nguy cơ suy tim ở người cao tuổi đang dùng thuốc lợi tiểu để trị bệnh tăng huyết áp. Hoặc thuốc aspirin có thể làm tăng huyết áp ở người đang mắc bệnh cao huyết áp.

Cần ghi nhận thêm về trường hợp đau do viêm xương khớp. Viêm xương khớp hay còn gọi thoái hóa khớp là một loại bệnh viêm khớp thường hay gặp ở người cao tuổi. Khi bị đau do viêm, trong đó có viêm xương khớp, nhiều người thường nghĩ ngay đến việc dùng thuốc NSAID. Tuy nhiên, như đã trình bày ở trên, thuốc NSAID luôn có nguy cơ gây tác dụng phụ, đặc biệt đối với người cao tuổi. Theo hướng dẫn mới trong điều trị đau do viêm xương khớp được đề nghị bởi Hiệp hội Điều trị bệnh thấp khớp của châu Âu và Hiệp hội Điều trị đau Hoa Kỳ, trong trường hợp bị bệnh viêm xương khớp từ nhẹ-đến-vừa, Paracetamol là thuốc được lựa chọn dùng thử đầu tiên vì thuốc không gây ra một số tác dụng phụ thường thấy khi dùng thuốc giảm đau khác ví dụ như bị rối loạn dạ dày và nguy hiểm hơn là các vấn đề về tim mạch. Nếu Paracetamol tỏ ra có hiệu quả sẽ được tiếp tục dùng lâu dài. Nếu Paracetamol tỏ ra kém hiệu quả sẽ được phối hợp dùng thêm thuốc NSAID hoặc thay thế hẳn bằng thuốc NSAID. Đương nhiên khi dùng thuốc NSAID, bác sĩ điều trị sẽ có sự chọn lựa thuốc thích hợp hoặc chỉ định biện pháp phòng chống tác dụng phụ do thuốc NSAID gây nên.

Riêng thuốc Paracetamol, tuy an toàn hơn aspirin trong một số trường hợp, ta vẫn phải lưu ý độc tính của nó đối với gan. Người ta ghi nhận đã có khá nhiều trường hợp ngộ độc Paracetamol dẫn đến hoại tử tế bào gan, đặc biệt ở người cao tuổi hoặc ở người có chức năng gan hoạt động kém: Paracetamol gây nhiễm độc gan là do dùng quá liều. Vì vậy, nên lưu ý:

- Không được dùng Paracetamol để tự điều trị cảm sốt, giảm đau quá 10 ngày ở người lớn và quá 5 ngày ở trẻ con, trừ khi được bác sĩ hướng dẫn.

- Đối với người lớn, liều thông thường không nên quá 3g/ngày (mỗi lần chỉ nên dùng 500mg-1000mg, một ngày không quá 3 lần). Riêng người cao tuổi nên dùng liều thấp hơn do chức năng gan đã kém. Ở nước ngoài, người ta ghi nhận người cao tuổi dễ bị ngộ độc, do dùng quá liều Paracetamol

chỉ vì tự ý dùng nhiều thuốc với tên biệt dược khác nhau, nhưng thực chất chứa cùng một hoạt chất là Paracetamol mà bản thân người đó không biết.

- Người uống rượu nhiều không nên dùng bừa bãi Paracetamol, đặc biệt không nên uống thuốc với mục đích “ngừa nhức đầu, để uống rượu không say” (cũng giống như một số người trước khi uống rượu thường uống vài viên aspirin để tăng “đô”, nhưng tăng “đô” đâu không thấy, chỉ làm hại dạ dày, có nguy cơ bị xuất huyết tiêu hóa!). Paracetamol và rượu đều có hại cho gan, do đó nếu kết hợp sẽ làm tăng độ nguy hại lên nhiều lần.

Tóm lại, những điều trình bày ở trên cho thấy, việc chọn và dùng thuốc giảm đau không phải là việc đơn giản, hời hợt mà đòi hỏi phải có sự thận trọng đúng mức. Đối với người sử dụng thuốc khi cần giảm đau chỉ nên dùng thuốc giảm đau bậc 1 và nên chọn Paracetamol là thuốc dùng đầu tiên, dùng đúng liều và không dùng kéo dài.

Nếu tình trạng đau không cải thiện hoặc cải thiện, sau đó lại tái phát, ta nên đến cơ sở điều trị để được bác sĩ khám, xác định nguyên nhân và giúp chọn loại thuốc giảm đau thích hợp. Không nên tự ý dùng bất cứ loại thuốc giảm đau nào mà mình không rõ hoặc dùng loại thuốc giảm đau bậc cao hơn, bậc 2 hoặc bậc 3, có thể bị nghiện thuốc và tai biến nguy hiểm.

Ở đây xin được nói thêm về *dạng thuốc băng dán giảm đau*. Đây là dạng thuốc là miếng băng dán dùng dán lên da và có hai loại. Loại băng dán chỉ cho tác dụng tại chỗ tức là dán lên da, dược chất giảm đau (như thuốc chống viêm không steroid ketoprofen hoặc methyl salicylat) thấm vào da làm giảm đau chống viêm tại chỗ hơn. Có loại thứ hai, dù là miếng băng dán, khi dán lên da dược chất sẽ thấm xuyên qua da để vào tĩnh mạch dưới da, vào máu và cho tác dụng giảm đau toàn thân. Hiện nay người bị đau dữ dội như đau ung thư có thể dùng băng dán Durogesic (chứa dược chất gây nghiện fentanyl) để giảm đau và bắt buộc phải dán đúng cách theo chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ điều trị đau do ung thư.

COI CHỪNG NGỘ ĐỘC PARACETAMOL!

Trong thời gian vừa qua, có một số bệnh nhi bị ngộ độc thuốc Paracetamol phải đưa vào bệnh viện Nhi cấp cứu và Bộ Y tế nước ta đã có văn bản gửi đến các đơn vị y tế yêu cầu tăng cường tuyên truyền giáo dục cộng đồng về việc sử dụng Paracetamol hợp lý ở trẻ em. Không chỉ có trẻ em mà ở nhiều nước, người ta ghi nhận có khá nhiều người lớn ngộ độc Paracetamol đưa đến hoại tử tế bào gan, đặc biệt hay xảy ra cho người cao tuổi và người có gan hoạt động kém.

Paracetamol (còn được gọi acetaminophen) là thuốc giảm đau hạ sốt được cho là khá an toàn. Nó được chọn thay thế aspirin dùng hạ sốt cho trẻ (trẻ bị sốt có thể do nhiễm siêu vi, dùng aspirin có thể bị hội chứng Reye rất nguy hiểm, vì vậy trẻ dưới 12 tuổi không nên dùng aspirin). Tuy nhiên, khi dùng Paracetamol phải luôn luôn lưu ý độc tính của nó đối với gan, làm gan bị nhiễm độc thường gọi là hoại tử.

Vì sao Paracetamol làm gan bị nhiễm độc khi dùng liều cao?

Paracetamol giống như nhiều loại thuốc khác, khi uống vào hệ tiêu hóa sẽ được hấp thu vào máu, vừa cho tác dụng điều trị là giảm đau hạ sốt, vừa được gan chuyển hóa để thải trừ ra khỏi cơ thể. Gan chuyển hóa Paracetamol thành nhiều chất khác nhau không còn hoạt tính để sau cùng thành chất dễ tan trong nước tiểu để được loại ra. Một trong những chất chuyển hóa của Paracetamol có tên *N-acetyl benzoquinonimin* là chất rất độc, gan phải dùng chất sinh học do nó tạo ra có tên là *glutathion* để chuyển hóa tiếp chất độc thành chất cuối cùng không độc và được đào thải như đã nói ở trên. Trong trường hợp dùng quá nhiều Paracetamol (người lớn dùng 6-10 gram trong 24 giờ, nếu yếu gan thì khoảng 3-4 gram; còn trẻ con một ngày uống liều 150mg/kg và nếu có bệnh lý về gan thì chỉ cần cho uống 100mg/kg là có thể bị ngộ độc), gan không đủ glutathion để chuyển hóa thuốc, *N-acetyl benzoquinonimin* tồn đọng sẽ gây hoại tử tế bào gan.

- Đối với trẻ bị ngộ độc Paracetamol, nguyên nhân thông thường là do các bậc phụ huynh tự ý cho dùng nhiều thuốc với biệt dược khác nhau nhưng thực chất chứa cùng dược chất paracetamol mà không biết đưa đến quá liều. Hoặc nôn nóng hạ sốt nhanh cho dùng thuốc quá liều. Hoặc cho dùng đúng liều nhưng không ghi nhận được trẻ đã có thể trạng yếu, chức năng gan có vấn đề (trường hợp này phải giảm liều) đưa đến trẻ vẫn bị ngộ độc. Dấu hiệu cho thấy trẻ dùng quá liều paracetamol là trong vòng 24 giờ sau khi uống trẻ bị đau bụng, nôn ói, xanh tái, ngủ lịm li bì, cần phải đưa gấp đến bệnh viện để cấp cứu ngộ độc.

Những lưu ý khi dùng Paracetamol

- Không được dùng Paracetamol để tự điều trị cảm sốt quá 5 ngày ở trẻ em (ở người lớn không quá 10 ngày) trừ khi được bác sĩ hướng dẫn.

- Liều thông thường hạ sốt cho trẻ là 10-15 mg/kg cân nặng, ngày uống 3-4 lần, và liều tối đa cho trẻ là không quá 60 mg/kg/ngày. Còn đối với người lớn, mỗi lần uống 500 mg - 600 mg, ngày uống 3 lần, không nên quá 3 gram trong ngày. Riêng đối với người cao tuổi nên dùng liều thấp hơn do chức năng gan đã kém.

- Người thường xuyên uống rượu không nên dùng bừa bãi Paracetamol, đặc biệt không nên uống thuốc gọi là “để ngừa nhức đầu, để uống rượu nhiều không say” (!). Paracetamol và rượu đều hại gan, sự kết hợp sẽ làm tăng độ nguy hại lên nhiều lần.

ThuVienOnline

THẬN TRỌNG ĐỐI VỚI THUỐC CORTICOID

Thuốc corticoid là loại thuốc dùng phải hết sức thận trọng. Bởi vì khi sử dụng đúng, thuốc cho tác dụng điều trị rất tốt nhưng nếu lạm dụng, dùng bừa bãi, thuốc sẽ gây các tai biến rất nguy hiểm.

Thuốc corticoid được đề cập ở đây gọi đầy đủ là glucocorticoid. Thực chất đây là một nhóm thuốc gồm nhiều thuốc, trong đó có hai thuốc có nguồn gốc thiên nhiên được tiết ra từ tuyến thượng thận (là tuyến úp trên quả thận của chúng ta) có tên là cortisone và hydrocortisone. Hai thuốc có nguồn gốc thiên nhiên này được sử dụng đầu tiên vào cuối những năm 1940 và từ đó đến nay có nhiều thuốc thuộc nhóm được tổng hợp để cho tác dụng mạnh hơn nhiều, đó là: prednisone, prednisolone, dexamethasone,

triamcinolone, betamethasone v.v... Thuốc được bào chế ở nhiều dạng: dạng thuốc viên uống, dạng kem bôi ngoài da, dạng khí dung được bơm xịt vào họng; dạng thuốc tiêm, có cả dạng tiêm thẳng vào khớp cho tác dụng kéo dài. Đặc biệt, dạng thuốc viên uống là dạng được dùng nhiều hơn cả, trước đây nhiều người gọi là “thuốc hạt dưa” vì viên thuốc được bào chế có dạng giống như hạt dưa.

Trước hết, ta cần biết các corticoid được tiết ra từ tuyến thượng thận trong cơ thể ta có nhiều tác dụng khác nhau ảnh hưởng đến sự chuyển hóa chất đường, chất đạm, chất béo, đến sự cân bằng nước và muối khoáng, đến hệ tim mạch, thần kinh, cơ xương, cùng nhiều cơ quan khác. Nói chung, những tác dụng mà corticoid đem đến có vai trò hết sức quan trọng đến nỗi khi cắt bỏ thận hoặc khi suy vỏ tuyến thượng thận là nơi tiết ra các corticoid, ta không thể sống được nếu không bổ sung thuốc corticoid một cách liên tục.

Trong điều trị bệnh, thuốc corticoid được dùng do có tác dụng: chống viêm, chống dị ứng, ức chế hệ miễn dịch của cơ thể. Các thuốc này tỏ ra hiệu quả trong điều trị các bệnh liên quan đến sưng viêm, dị ứng như: viêm cơ, viêm xương khớp, hen suyễn, thấp khớp v.v... Do làm giảm đau, giảm sưng nhanh và giảm nhiều triệu chứng khác, đặc biệt thuốc có tác dụng kích thích hệ thần kinh gây hưng phấn, sáng khoái, thuốc làm đọng mỡ, giữ nước gây mập nên thuốc rất dễ bị lạm dụng, được dùng bừa bãi và lâu ngày. Thậm chí có người lạm dụng, dùng dài ngày xem như “thần dược trị bá bệnh”.

Điều hết sức quan trọng ta cần biết là nếu thuốc corticoid dùng bừa bãi và lâu ngày sẽ đưa đến các tác dụng phụ, các tai biến rất nguy hiểm. Dùng thuốc corticoid lâu ngày có thể bị loãng xương, người cao tuổi rất dễ bị gãy xương còn trẻ con thì chậm lớn do chậm phát triển xương. Thuốc làm teo cơ

nhưng lại gây đọng mỡ ở mặt, sau cổ, vai, đặc biệt có tác dụng giữ nước và ion natri lại trong cơ thể gây phù mà nhiều người tưởng lầm là thuốc làm cho mập, gây tăng trọng. Chính do tác dụng giữ nước và ion natri mà thuốc corticoid làm tăng huyết áp và hại thận. Do làm tăng tiết acid dịch vị nên dùng thuốc corticoid lâu ngày có thể bị loét dạ dày, thậm chí xuất huyết tiêu hóa. Do thuốc ức chế hệ miễn dịch từ đó làm giảm sức đề kháng chống lại bệnh tật của cơ thể nên người sử dụng corticoid rất dễ bị nhiễm trùng, nếu họ đang có một vết thương nhiễm trùng thì vết thương khó lành, còn nếu đang ở tình trạng nhiễm khuẩn ít, tiềm ẩn thì có thể bộc phát thành nhiễm khuẩn nặng, vì vậy, thuốc không được dùng khi bị bệnh lao, bị các bệnh nấm. Đặc biệt, nếu dùng thuốc corticoid trong thời gian dài sẽ có nguy cơ teo tuyến thượng thận do tuyến này quen với tình trạng có thuốc trong cơ thể sẽ ngưng hoạt động, không còn duy trì chức năng nội tiết và như thế là rất nguy hiểm.

Những tác dụng phụ nguy hại kể ở trên chủ yếu là do dùng thuốc corticoid dạng viên uống không đúng cách và dài ngày. Ở đây phải kể thêm tai biến do tiêm chích thuốc corticoid loại tác dụng kéo dài như triamcinolone (biệt dược: Kcort) vào khớp một cách bừa bãi đã xảy ra ở một số người, thậm chí xảy ra ở trẻ con nước ta. Thuốc corticoid tiêm chích tại khớp thì tuy có tác dụng giảm đau, giảm sưng viêm tại khớp nhanh nhưng sẽ có những tác dụng phụ nguy hiểm cho bệnh nhân như có thể gây rối loạn chuyển hóa toàn thân, làm hủy hoại khớp, gây teo cơ nơi tiêm chích, gây nhiễm khuẩn nếu tiêm không đúng cách và vô trùng. Riêng thuốc corticoid dạng kem bôi ngoài da tưởng dùng ngoài không việc gì thực chất vẫn có thể gây tai biến rất đáng ngại.

Hiện nay, có một số thuốc bôi ngoài da có chứa corticoid được bày bán tại các quầy mỹ phẩm đều được người bán giới thiệu là kem trị mụn, dưỡng da, làm trắng da... không ít người tưởng lầm đó là mỹ phẩm nên dùng thoa mặt hàng ngày. Có thể kể tên một số dược phẩm bôi ngoài da chứa corticoid được dùng nhầm như mỹ phẩm như: Cortibion, Halog, Synalar, Topsyne, Topgel, Diprosone...

Dùng thường xuyên như thế rất tai hại bởi vì lúc đầu khi bôi thấy có vẻ như làm mịn da nhưng dần dà thuốc làm teo da, rạn da, nổi mụn tằm li ti, chưa kể nếu bôi diện rộng thuốc hấp thụ qua da vào máu gây tai biến toàn thân như đã kể trên.

Như vậy, ta thấy thuốc corticoid tuy có nhiều tác dụng trị liệu rất tốt nhưng đồng thời có nhiều tác dụng phụ gây nguy hiểm. Vì vậy, ta không nên tự ý sử dụng bừa bãi mà chỉ nên dùng khi có sự chỉ định, theo dõi của thầy thuốc. Ngay như thuốc corticoid bôi ngoài da ở nhiều nước chỉ được mua tại nhà thuốc khi có toa của bác sĩ điều trị và thường bác sĩ cho toa dùng không quá 7 ngày. Ta nên để bác sĩ chỉ định thuốc corticoid bởi vì chính bác sĩ trực tiếp khám mới biết được trường hợp nào không được dùng thuốc, trường hợp nào được và dùng thuốc loại nào, liều lượng ra sao, thời gian sử dụng thuốc kéo dài bao lâu. Ngoài ra, thầy thuốc còn có những lời khuyên giúp cho việc dùng thuốc an toàn và hiệu quả như: không được đột ngột ngưng thuốc mà phải giảm liều từ từ để tránh ảnh hưởng đến

tuyến thượng thận, trong thời gian dùng thuốc nên ăn nhiều chất đạm, giảm bớt chất béo, đường bột, muối v.v...

Tóm lại, dùng thuốc corticoid cũng giống như sử dụng con dao hai lưỡi. Biết cách sử dụng thì đó là thuốc rất tốt nhưng nếu dùng bừa bãi, không đúng thì chính thuốc sẽ gây các tai biến rất đáng tiếc.



SỬ DỤNG THUỐC TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

Theo Tổ chức Y tế thế giới, số huyết áp tốt nhất là 120/80mmHg, số 120 là số huyết áp trên và 80 là số dưới. Bị cao huyết áp khi hai số trên dưới cao hơn 140/90. Một mục tiêu của việc điều trị cao huyết áp, trong đó có dùng thuốc, là đưa huyết áp về dưới 130/85mmHg, đối với người bệnh tuổi trung niên hoặc có bệnh đái tháo đường, hoặc đưa huyết áp về dưới 140/90mmHg ở người từ 60 tuổi trở lên. Nhiều thuốc trị cao huyết áp đang được sử dụng ở nước ta, các thuốc ấy chia thành nhiều nhóm với một số đặc tính như sau:

Nhóm thuốc lợi tiểu:

Gồm có hydrochlorothiazid, indapamid, furosemid, sprironolacton, amilorid, triamteren... Cơ chế của thuốc là làm giảm sự ứ nước trong cơ thể, tức làm giảm sức cản của mạch ngoại vi đưa đến làm hạ huyết áp. Dùng đơn độc khi bị cao huyết áp nhẹ, dùng phối hợp với thuốc khác khi bệnh cao huyết áp nặng thêm. Cần có sự lựa chọn do có loại làm thải nhiều kali, loại giữ kali, tăng acid uric trong máu, tăng cholesterol máu.

Nhóm thuốc tác động lên thần kinh trung ương:

Gồm có reserpin, methyldopa, clonidin,... cơ chế của thuốc là hoạt hóa một số tế bào thần kinh gây hạ huyết áp. Hiện nay ít dùng do tác dụng phụ gây trầm cảm, khi ngừng thuốc đột ngột sẽ làm tăng vọt huyết áp.

Nhóm thuốc chẹn Alpha:

Gồm có prazosin, alfuzosin, terazosin, phentolamin,... cơ chế của thuốc là ức chế sự giải phóng noradrenalin tại đầu dây thần kinh là chất sinh học làm tăng huyết áp, do đó làm hạ huyết áp. Có tác dụng phụ là gây hạ huyết áp khi đứng lên, đặc biệt khi dùng liều đầu tiên.

Nhóm thuốc chẹn Beta:

Gồm có propranolol, pindolol, nadolol, timolol, metoprolol, atenolol,... cơ chế của thuốc là ức chế thụ thể beta-giao cảm ở tim, mạch ngoại vi, do đó làm chậm nhịp tim và hạ huyết áp. Thuốc dùng cho bệnh nhân có kèm đau thắt ngực hoặc nhức nửa đầu. Chống chỉ định đối với người có kèm hen suyễn, suy tim, nhịp tim chậm.

Nhóm thuốc đối kháng Calci:

Gồm có nifedipin, micardipin, amlodipin, felidipin, isradipin, verapamil, diltiazem,... cơ chế của thuốc là chặn dòng ion calci không cho đi vào tế bào cơ trơn của các mạch máu gây dẫn mạch và từ đó

làm hạ huyết áp. Dùng tốt cho bệnh nhân có kèm đau thắt ngực, hiệu quả đối với bệnh nhân cao tuổi, không ảnh hưởng đến chuyển hóa đường, mỡ trong cơ thể.

Nhóm thuốc ức chế men chuyển:

Gồm có captopril, enalapril, benazepril, lisinopril,... cơ chế của thuốc là ức chế một enzyme có tên là *men chuyển angiotensin* (angiotensin converting enzyme, viết tắt ACE). Chính nhờ men chuyển angiotensin xúc tác mà chất sinh học angiotensin I biến thành angiotensin II và chính chất sau này gây co thắt mạch làm tăng huyết áp. Nếu men chuyển ACE bị thuốc ức chế, tức làm cho không hoạt động được, sẽ không sinh ra angiotensin II, sẽ có hiện tượng giãn mạch và làm hạ huyết áp. Thuốc hữu hiệu trong 60% trường hợp khi dùng đơn độc (tức không kết hợp với thuốc khác). Là thuốc được chọn khi người bệnh bị kèm hen suyễn (chống chỉ định với chẹn beta), đái tháo đường (lợi tiểu, chẹn beta). Tác dụng phụ: làm tăng kali huyết và gây ho khan.

Đặc biệt nhóm thuốc ức chế men chuyển xuất hiện từ đầu những năm 1980 được công nhận là thuốc không thể thiếu trong điều trị cao huyết áp đã thôi thúc các nhà khoa học tìm ra những thuốc mới khác tác động đến men chuyển ACE. Nếu làm cho men này bất hoạt theo kiểu của thuốc ức chế men chuyển thì thuốc sẽ gây tác dụng phụ như gây ho khan chẳng hạn (chính tác dụng phụ này mà nhiều người bệnh bỏ thuốc không tiếp tục dùng). Nguyên do là vì men chuyển ACE không chỉ xúc tác biến angiotensin I thành angiotensin II gây tăng huyết áp mà còn có vai trò trong sự phân hủy chất sinh học khác có tên bradykinin, nếu ức chế men ACE, bradykinin không được phân hủy ở mức cần thiết sẽ thừa gây nhiều tác dụng, trong đó gây ho khan. Thay vì ức chế men ACE, hướng nghiên cứu mới tìm ra các thuốc có tác dụng ngăn không cho angiotensin II gắn vào thụ thể của nó (angiotensin II receptor, type 1) nằm ở mạch máu, tim, thận, do đó sẽ làm hạ huyết áp. Vì thế, hiện nay có nhóm thuốc trị cao huyết áp có tên là nhóm thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II.

Nhóm thuốc đối kháng thụ thể Angiotensin II (angiotensin II receptor antagonists):

Thuốc đầu tiên được dùng là losartan, sau đó là các thuốc irbesartan, candesartan, valsartan (có người hỏi thuốc Diovan chính là tên biệt dược của valsartan nằm trong nhóm thuốc này). Nhóm thuốc mới này có tác dụng hạ huyết áp, đưa huyết áp về trị số bình thường tương đương với các thuốc nhóm đối kháng calci, chẹn beta, ức chế men chuyển. Đặc biệt, tác dụng hạ huyết áp của chúng tốt hơn nếu phối hợp với thuốc lợi tiểu thiazid. Lợi điểm của thuốc nhóm này là do không trực tiếp ức chế men chuyển nên gần như không gây ho khan như nhóm ức chế men chuyển hay không gây phù như thuốc đối kháng calci. Tác dụng phụ có thể gặp là gây chóng mặt, hoặc rất hiếm là gây tiêu chảy. Chống chỉ định của thuốc là không dùng cho phụ nữ có thai hoặc người bị dị ứng với thuốc.

Các thuốc thuộc các nhóm kể ở trên hiện nay đều có ở nước ta. Để được điều trị bằng thuốc, người bệnh cần đi khám và được bác sĩ điều trị chỉ định, hướng dẫn sử dụng thuốc. Bởi vì bác sĩ nắm vững tính năng các thuốc, khám bệnh trực tiếp sẽ lựa chọn thuốc thích hợp và hướng dẫn thực hiện các

nguyên tắc dùng thuốc. Sự lựa chọn thuốc trị cao huyết áp sẽ tùy thuộc vào: yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch, có sự tổn thương các cơ quan (như suy thận, suy tim, dày thất trái,...), có kèm bị bệnh đái tháo đường... Đặc biệt, bác sĩ sẽ giúp tuân thủ các nguyên tắc sau:

- Trước hết, dùng liều thấp ban đầu và tăng liều dần dần với chỉ một loại thuốc.
- Nếu không hiệu quả, mới kết hợp 2 thuốc.
- Nếu thuốc được chọn đầu tiên có hiệu quả kém và có nhiều tác dụng phụ thì đổi nhóm thuốc khác, không cần tăng liều hoặc kết hợp thêm thuốc thứ 2.
- Nên dùng loại thuốc cho tác dụng kéo dài, uống một lần trong ngày.

Như đã trình bày ở phần trên, thuốc trị cao huyết áp có nhiều loại và vấn đề sử dụng thuốc không đơn giản mà khá phức tạp. Chỉ có bác sĩ điều trị mới là người có thẩm quyền chỉ định, hướng dẫn dùng thuốc an toàn và hiệu quả, đặc biệt, có ý kiến có nên thay thuốc điều trị bấy lâu nay bằng một thuốc mới hay không.

Thư Viện Online

COI CHỪNG ĐƯỢC PHÂM GÂY LOÃNG XƯƠNG!

Loãng xương là tình trạng có sự giảm khối lượng xương và hư hoại vi cấu trúc của hệ thống xương dẫn đến giảm sức mạnh của xương và có nguy cơ gãy xương.

Ở xương luôn xảy ra 2 quá trình đồng thời, *quá trình hủy xương* và *quá trình tạo xương*. Có một số yếu tố, như tuổi già ở người cao tuổi, đặc biệt ở phụ nữ sau mãn kinh hoặc do dùng một số dược phẩm, làm cho tăng quá trình hủy xương và giảm quá trình tạo xương xảy ra đồng thời, đưa đến loãng xương.

Loãng xương được chia làm 2 loại: *tiên phát* và *thứ phát*. Loãng xương tiên phát là loại loãng xương tự phát sinh ra gồm loãng xương xảy ra ở phụ nữ sau mãn kinh và ở người già (cả nam và nữ trên 70 tuổi). Còn loãng xương thứ phát là loại loãng xương xảy ra sau khi bị một hay nhiều yếu tố tác động, như do bị bệnh tật làm nằm bất động lâu ngày, đặc biệt do sử dụng lâu dài một số dược phẩm. Bài viết xin đề cập đến một số dược phẩm khi dùng kéo dài có thể gây ra loãng xương.

Trước hết là các *thuốc chống viêm glucocorticoid* (thường được gọi tắt là corticoid). Đó là các thuốc có tác dụng tốt trị các bệnh lý liên quan đến viêm mạn tính như hen suyễn, viêm xương khớp, viêm đa khớp dạng thấp hay liên quan đến các bệnh tự miễn như lupus, vẩy nến, chàm v.v... Có thể kể: hydrocortison, prednison, prednisolon, dexamethason, triamcinolon, betamethason... Dùng glucocorticoid lâu ngày có thể bị loãng xương vì thuốc loại này làm tăng đào thải calci qua nước tiểu (thiếu calci sẽ làm giảm quá trình tạo xương), ngoài ra, thuốc còn làm thoái hóa protein tức cũng làm mất một chất cơ bản của xương.

Kế đến là các thuốc chống động kinh. Các thuốc chống động kinh dùng lâu ngày sẽ làm tăng nguy cơ bị loãng xương, do các thuốc này (như phenobarbital, phenytoin, carbamazepin...) có tác dụng gây cảm ứng enzyme chuyển hóa thuốc ở gan, gọi chung là cytochrom P450, làm cho hệ enzyme chuyển hóa thuốc hoạt động mạnh hơn trong cơ thể, làm cho bất cứ thuốc nào dùng sẽ bị chuyển hóa ở gan để không còn hoạt tính (nhưng có khi lại tăng độc tính). Không những thế, chính các chất có trong cơ thể có khi lại bị chuyển hóa ở gan để trở thành chất khác. Thí dụ, như vitamin D bị chuyển hóa ở gan thành chất không còn tác dụng của vitamin. Tóm lại các thuốc chống động kinh dùng lâu ngày sẽ gây cảm ứng, tức làm cho các enzyme chuyển hóa thuốc hoạt động mạnh lên, làm cho vitamin D có trong cơ thể mất tác dụng, không còn chuyển hóa tốt calci để tạo xương. Nói dùng thuốc chống động kinh lâu ngày tăng nguy cơ loãng xương là vì thế, là làm mất vitamin D.

Các thuốc ức chế miễn dịch như cyclosporin, tacrolimus... (thường dùng để ngăn sự thải ghép khi ghép tạng như ghép tủy, ghép thận) dùng lâu ngày cũng có thể gây loãng xương.

Thuốc lá không phải là dược phẩm nhưng có chứa chất có tác dụng dược lý là *nicotin*. Nicotin gây độc cho tế bào tạo xương (osteoblastes), tăng sự chuyển hóa estrogen. Vì vậy, phụ nữ hút thuốc lá lâu ngày sẽ bị mãn kinh sớm, dễ bị loãng xương.

Biết được một số dược phẩm được nêu ở trên có thể gây ra hoặc làm tăng nguy cơ loãng xương, ta nên thận trọng trong sử dụng thuốc. Không dùng thuốc tùy tiện, bừa bãi chính là để phòng chống các tác dụng phụ nguy hiểm của thuốc, trong đó có tác dụng gây loãng xương. Sử dụng thuốc tốt nhất là theo sự chỉ định và hướng dẫn của thầy thuốc. Riêng đối với phụ nữ, ngoài việc thận trọng trong sử dụng thuốc, cần phòng ngừa loãng xương từ thời còn trẻ (chứ không đợi đến tuổi sắp mãn kinh) bằng cách có chế độ dinh dưỡng giàu calci. Thực phẩm giàu calci chính là sữa và các sản phẩm từ sữa. Bổ sung đầy đủ calci qua chế độ ăn uống, tăng cường vận động, thận trọng trong sử dụng thuốc là biện pháp đơn giản phòng ngừa loãng xương.

Thư Viện Online

THUỐC ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG

Ngày nay, loãng xương đã trở thành vấn đề lớn của sức khỏe cộng đồng. Theo WHO, loãng xương là bệnh đứng hàng thứ hai sau bệnh lý tim mạch. Năm 1990, thế giới đã có khoảng 1,7 triệu trường hợp gãy cổ xương đùi do loãng xương, dự đoán tỷ lệ này đến năm 2050 sẽ tăng lên 6,3 triệu và 50% của con số này thuộc các nước châu Á.

Xin nhắc lại, trong cấu trúc của xương luôn xảy ra 2 quá trình đồng thời: *quá trình hủy xương* (do tế bào hủy xương hay còn gọi “hủy cốt bào” thực hiện) và *quá trình tạo xương* (do tế bào tạo xương hay còn gọi “tạo cốt bào” thực hiện). Ở trẻ em, quá trình tạo xương chiếm ưu thế lớn hơn quá trình hủy xương nên xương thay đổi kích thước và tăng trưởng. Ở người trưởng thành khỏe mạnh, quá trình tạo xương cân bằng với quá trình hủy xương đưa đến vì cấu trúc xương có sự thay đổi nhưng đồng thời có sự sửa chữa, vì vậy, xương không thay đổi kích thước và không tăng trưởng. Còn đối với người cao tuổi đặc biệt đối với phụ nữ ở tuổi sau mãn kinh, quá trình hủy xương tăng hoặc quá trình tạo xương giảm hoặc sự tăng hủy xương và sự giảm tạo xương xảy ra đồng thời, đưa đến loãng xương.

Do loãng xương là hậu quả của sự mất cân bằng giữa 2 quá trình tạo xương và quá trình hủy xương, nên thuốc điều trị loãng xương có thể chia làm 2 nhóm lớn: *thuốc giúp tạo xương* và *thuốc chống hủy xương* (thật ra, thuốc giúp tạo xương vẫn có phần nào chống hủy xương và ngược lại).

Thuốc giúp tạo xương

- + **Calci:** Đây được xem là nguyên liệu tạo xương mới. Thuốc được dùng ở dạng muối: carbonat, lactat, gluconat, citrat. Liều dùng 500-1000mg/ngày, nên uống cùng với bữa ăn.
- + **Vitamin D và các chất chuyển hóa vitamin này:** Đây là thuốc thường được kết hợp dùng chung với calci.
Liều dùng 400-800 IU/ngày. Vitamin D giúp sự hấp thu calci qua niêm mạc ruột vào máu, giúp sự sử dụng calci hiệu quả hơn. Hiện nay hay dùng *calcitriol* là dạng chuyển hóa của vitamin D (vitamin D khi vào cơ thể sẽ được chuyển hóa thành dạng cuối cùng là calcitriol là dạng có hoạt tính, dùng thuốc là calcitriol cơ thể không phải mất công chuyển hóa, tuy nhiên, phải lưu ý theo dõi calci máu và calci niệu vì thuốc có nguy cơ gây tăng calci máu, nếu thấy tăng phải hạ liều thuốc).
- + **Thuốc giúp tăng đồng hóa (anabolic agents):** Thuốc như nandrolon (Durabolin, Deca-durabolin) ngoài tác dụng tăng đồng hóa tổng hợp chất đạm còn có tác dụng kích thích sự tạo xương (Deca-durabolin dùng liều 50mg/mỗi 3 tuần).

Một thuốc có nguồn gốc hormone cận giáp là PTH (1-34) (parathyroid hormone) được công nhận là thuốc giúp tăng đồng hóa đồng thời giúp tạo xương đang được nghiên cứu để trị loãng xương. Tác dụng của PTH là giúp tăng sự hấp thụ calci ở thận và sự hấp thụ calci ở ruột để vào máu. Sản phẩm PTH do người điều chế từ công nghệ sinh học có tên teriparatide (biệt dược Parathar) đã ra đời nhưng chưa được sử dụng rộng rãi.

Sử dụng thuốc giúp tạo xương là calci không chỉ để điều trị mà còn để phòng ngừa. Hiện nay có khuyến cáo đối với phụ nữ, cần phòng ngừa loãng xương ngay từ thời còn trẻ bằng cách có chế độ dinh dưỡng giàu calci. Thực phẩm giàu calci chính là sữa và các sản phẩm từ sữa. Bổ sung đầy đủ calci qua chế độ ăn uống là biện pháp đơn giản phòng ngừa loãng xương.

Thuốc chống hủy xương

Đây là nhóm thuốc quan trọng vì tập trung nhiều thuốc mới, tác dụng của thuốc loại này là ức chế hoạt động của tế bào hủy xương (osteoclasts), giúp cho quá trình tái tạo xương thuận lợi. Được chia làm nhiều nhóm nhỏ hơn như sau:

+ *Hormone và các chất tác động đến hormone:*

- *Estrogen (Premarin), estrogen* phối hợp với *progesteron* (prempak C) hoặc thuốc tương tự hormone *tibolol* (Livial). Đây là các thuốc dùng trong trị liệu hormone. Thay thế để phòng ngừa và điều trị cho phụ nữ sau mãn kinh. Cần cân nhắc thật kỹ, dùng liều thấp trong thời gian ngắn các thuốc loại này và cần theo dõi để phòng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung, ung thư tuyến vú.

- *Thuốc điều hòa chọn lọc thực thể estrogen* (selective Estrogen Receptor Modulators, viết tắt SERMS). Điển hình là naloifen (Evista). Đây là thuốc được quan tâm nghiên cứu sử dụng nhiều trong liệu pháp hormone thay thế vì nó chỉ tác động vào các thụ thể của hormone estrogen chứ không tác động như một hormone. Lợi điểm là không ảnh hưởng đến nội mạc tử cung, bảo vệ tuyến vú (do chống lại estrogen ở các mô này) nhưng lại có tác dụng bảo vệ xương, tăng khối lượng xương (do có tác dụng giống như estrogen ở mô xương). Nếu phụ nữ mãn kinh không dùng được estrogen sẽ dùng được SERMS.

+ *Calcitonin:* Đây là một hormone có cấu trúc một chuỗi gồm 32 acid amin có nhiệm vụ điều hòa chuyển hóa calci, làm giảm hoạt động của các tế bào hủy xương do đó chống hủy xương. Calcitonin dùng làm thuốc được lấy từ cá hồi vì có ái lực với các thụ thể đặc hiệu ở tế bào hủy xương và có tác dụng kéo dài hơn calcitonin tổng hợp từ các loài có vú (kể cả người). Có thể dùng dạng tiêm hay dạng xịt vào mũi (dạng xịt mũi dùng liều 100-200 IU mỗi ngày).

+ *Nhóm bisphosphonat:* Đây là nhóm thuốc mới được sử dụng từ đầu những năm 1990. Hai thuốc được dùng rộng rãi là alendronat (Fosamax) và risedronat (Actonel). Thực chất nhóm bisphosphonat là các dẫn chất (chất có cấu trúc hóa học tương tự) hợp chất pyrophosphat, vì vậy, khi đưa vào trong

cơ thể, các bisphosphonat sẽ gắn chặt vào vi cấu trúc của xương. Thuốc có tác dụng chống hủy xương bằng cách ức chế hoạt động các tế bào hủy xương trong khi quá trình tạo xương vẫn xảy ra bình thường. Thuốc được dùng để điều trị và phòng ngừa loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh, đặc biệt, loãng xương do dùng glucocorticoid kéo dài. Sử dụng thuốc bisphosphonat phải lưu ý cách dùng thuốc phải thật đúng, bởi vì khi uống, thuốc hấp thu kém (thức ăn thức uống cản trở sự hấp thu của thuốc vào máu) và dễ gây tác dụng phụ (khó tiêu, viêm loét thực quản). Cách uống thuốc đúng như sau: uống nguyên cả viên thuốc (không nhai) với ly nước đầy vào lúc bụng trống; không được ăn uống thức uống gì khác 30 phút sau khi uống thuốc kể cả uống thuốc bổ sung calci; không được nằm mà phải ngồi thẳng lưng hoặc đứng ở tư thế thẳng đứng trong vòng 30 phút sau khi uống thuốc. Lý do không được nằm trong vòng 30 phút như thế để uống thuốc không bị đọng lại ở thực quản hoặc tránh có tình trạng trào ngược dạ dày - thực quản thuốc sẽ làm hại niêm mạc thực quản. Cách uống khó khăn như thế nên alendronat có loại viên 5mg và 10mg uống hằng ngày và loại alendronat 35mg và 70mg uống 1 lần cho mỗi 7 ngày.

Trên đây là phần trình bày các loại thuốc điều trị loãng xương. Để điều trị có hiệu quả, ta cần đến bác sĩ chuyên khoa khám để được chẩn đoán đúng bệnh, để xem có cần thiết dùng đến thuốc và nếu dùng thuốc sẽ dùng thuốc loại nào và thường là phải phối hợp thuốc. Có nhiều kiểu phối hợp thuốc chống hủy xương và thuốc giúp tạo xương mà chỉ có bác sĩ mới giúp được sự chọn lựa tốt như 3 kiểu phát hiện được trình bày dưới đây:

- Calcitonin + calci và vitamin D;
- Hormone thay thế + calci và vitamin D;
- Bisphosphonat + calci và vitamin D;

Thậm chí, phối hợp phức tạp hơn: bisphosphonat + hormone thay thế + calci và vitamin D v.v...

Ở ta, hiện nay sự lựa chọn thuốc còn tùy thuộc vào khả năng kinh tế của người bệnh vì có nhiều thuốc đắt tiền.

DÙNG THUỐC HO ĐÚNG CÁCH

Ho là gì?

Ho là động tác thở ra mạnh nhằm tống xuất chất đàm nhày, mầm bệnh, dị vật từ trong đường thở ra ngoài. Trước hết, ho là một phản xạ có lợi vì làm sạch đường thở. Một số trường hợp cần duy trì phản xạ ho: hen phế quản, viêm phế quản, dẫn phế quản... để tống xuất đàm nhớt. Thứ đến, ho là một triệu chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra. Đặc biệt là các bệnh có ảnh hưởng đến hệ hô hấp, như viêm nhiễm đường hô hấp hay bệnh dễ mắc hiện nay là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Hơn thế nữa, ho còn do nguyên nhân tim mạch (suy tim trái), tiêu hóa (trào ngược dạ dày - thực quản), hoặc do dùng thuốc (có thuốc trị tăng huyết áp captopril gây ho khan). Điều trị ho chủ yếu nhằm vào điều trị nguyên nhân và cần phân biệt ho có đàm và ho không có đàm để lựa chọn thuốc trị ho.

Cần lưu ý, trẻ con bị ho có thể vì cảm lạnh, dị ứng đường hô hấp và vì hít khói thuốc lá do người lớn hút.

Thuốc trị ho gồm các loại thuốc nào?

+ *Thuốc có tác dụng ức chế phản xạ ho gồm có:*

- Thuốc kháng histamin trị dị ứng nhưng có thêm tác dụng làm dịu và giảm ho, có dạng thuốc viên và dạng sirô: Phènergan, Thèralène, Atussin, Toplexil, Pulmofar...

- Thuốc ức chế ho gây nghiện: codein.

- Thuốc ức chế ho không gây nghiện: dektromethorphan.

+ *Thuốc làm loãng đàm, giảm độ quánh đặc của đàm nhày để dễ ho khạc:* acetylcystein, carbocystein, bromhexin, serratiopeptidase, terpin hydrat...

Trường hợp ho là triệu chứng của nhiễm khuẩn đường hô hấp hoặc có bội nhiễm, bác sĩ cho dùng kháng sinh để trị ho. Hoặc trong trường hợp bị viêm đường hô hấp nặng, có khi bác sĩ cho dùng thuốc loại glucocorticoid. Đây là các thuốc cần được bác sĩ chỉ định và ghi đơn.

Cần lưu ý gì về phản ứng có hại của thuốc trị ho?

- Thuốc trị ho chứa hoạt chất là thuốc kháng histamin cần lưu ý về tác dụng gây buồn ngủ. Người lớn khi dùng thuốc cần tránh làm việc đòi hỏi sự tinh táo như lái xe, vận hành máy móc. Còn trẻ con, không nên lạm dụng cho trẻ uống như uống thuốc ngủ để không quấy, khóc đêm và dùng dài ngày, từ tháng này sang tháng kia (dùng dài ngày rất có hại cho sức khỏe của trẻ). Loại thuốc này cũng không

nên dùng trong trường hợp ho có đàm vì thuốc làm khô quánh đặc, khó tống đàm sẽ cản trở đường thở.

- Lưu ý, loại thuốc viên trị ho có chứa codein như Neo-codion, Eucalyptine, Terpene Gonnon, Terpene - codein... chỉ dành cho người lớn, không nên dùng cho trẻ. Bởi vì codein là dẫn chất của morphin sẽ gây ức chế hô hấp nếu dùng cho trẻ.

- Với thuốc làm loãng đàm, thuốc làm lỏng chất nhầy sẽ có hại cho niêm mạc dạ dày. Vì vậy, thuốc loại này cần tránh dùng ở người bị loét dạ dày - tá tràng.

Sử dụng thuốc trị ho đúng cách như thế nào?

- Đối với người lớn, nếu tự ý dùng thuốc trị ho nên lưu ý, dùng thuốc đúng liều và trong thời gian ngắn. Nếu sau 1-2 tuần dùng thuốc mà triệu chứng ho không giảm, không dứt, ho tiến triển thành ho kéo dài, bắt buộc phải đi bác sĩ khám bệnh để tìm nguyên nhân chữa trị.

- Đối với trẻ, nếu thấy trẻ ho mà cách thở, nhịp thở bất thường (thở nhanh từ 50 lần/phút trở lên, thở khó, lõm ngực khi hít vào hoặc thở khó khăn kiểu suyễn) thì phải đưa trẻ ngay đến bác sĩ để chỉ định dùng thuốc, điều trị kịp thời. Hoặc thấy trẻ ho và đã cho trẻ dùng thuốc chống dị ứng trị ho dăm ba ngày mà không thấy đỡ thì nên đưa trẻ đi khám. Lúc này, rõ ràng chọn lựa khi nào dùng thuốc trị ho khan, khi nào dùng thuốc làm loãng đàm, thậm chí dùng thêm kháng sinh, chỉ có bác sĩ là người hiểu biết chuyên môn chỉ định dùng đúng thuốc. Có khi, chính nhờ bác sĩ khám mà phát hiện trẻ bị ho do dị vật nằm trong đường thở.

SỬ DỤNG THUỐC TRỊ HO Ở TRẺ

Ho là triệu chứng thường gặp. Riêng trẻ con rất dễ bị ho do dễ bị viêm nhiễm đường hô hấp, dễ bị các bệnh tai mũi họng đưa đến cơ quan thụ cảm ho bị kích thích.

Trước hết ta cần biết ho là một phản xạ sinh lý có tính bảo vệ cơ thể. Chính nhờ ho biểu hiện bằng sự thở ra rất mạnh giúp làm sạch đường thở, tống xuất đàm, dịch tiết hoặc vật lạ lọt vào đường hô hấp, giúp nhộng mao hô hấp hoạt động tốt. Có một số trường hợp như bị nén phế quản, viêm phế quản cấp, cần ho để tống xuất đàm nhớt mà lại dùng thuốc ức chế phản xạ ho là không có lợi, chỉ có hại. Ở trẻ chỉ nên dùng thuốc trị ho khi trẻ ho khan, ho quá mức, gây mệt, gây nôn ói, mất ngủ.

Thứ đến, ta cần nên biết, ho là một triệu chứng của khá nhiều nguyên nhân bệnh, đặc biệt là các bệnh có ảnh hưởng đến hệ hô hấp như viêm nhiễm đường hô hấp trên, đường hô hấp dưới, bị viêm phế quản, bị hen suyễn, bị viêm nhiễm, bị viêm xoang, viêm tai giữa v.v... Ho nhiều hay ít ở đây không nói lên mức độ nặng nhẹ của bệnh, nặng hay nhẹ tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh ho. Điều trị chủ yếu nhằm vào điều trị nguyên nhân, còn thuốc trị ho chỉ dùng khi thật cần thiết và chỉ có tác dụng phụ trợ.

Ở trẻ, cần lưu ý trẻ có thể bị ho do “hút thuốc lá thụ động” tức do trẻ hít khói thuốc lá người lớn hút (đặc biệt do các ông bố hút phà khói đầy trong nhà) mà sinh ra ho. Như thống kê cho thấy khoảng 40% trẻ có cha hay mẹ hút thuốc lá mà lại phà khói trước mặt trẻ, trẻ sẽ mắc chứng ho và từ đó dễ mắc các bệnh về đường hô hấp. Người lớn chúng ta xin nỗ lực không hút thuốc nơi công cộng để không gây cảnh “hút thuốc thụ động” đặc biệt đối với trẻ.

Trẻ cũng có thể bị ho do cảm lạnh, nhất là vào mùa mưa. Trường hợp bị cảm lạnh, thậm chí bị viêm họng (viêm họng ở trẻ em có thể do nhiễm siêu vi) gây ho, có lời khuyên không cần dùng thuốc trị ho mà chỉ cần chăm sóc đúng cách: giữ ấm, nghỉ ngơi, dinh dưỡng đầy đủ chất, cho uống nước nhiều hơn (đặc biệt cho uống nước cam, nước chanh), trẻ có thể tự khỏi sau 1-2 tuần và không ảnh hưởng nhiều đến trẻ, nhưng nhiều bậc phụ huynh thường lo lắng, quan tâm khi thấy trẻ ho, cho trẻ dùng thuốc trị ho ngay.

Về sử dụng thuốc trị ho cho trẻ, ta nên lưu ý mấy điều như sau:

Loại thuốc trị ho hay được dùng là thuốc kháng histamin, có tác dụng chống dị ứng nhưng cũng có tác dụng làm dịu, giảm ho. Thuốc dùng cho trẻ có dạng sirô hoặc thuốc nước. Thuốc chỉ chứa một hoạt chất kháng histamin có thể kể: sirô Phénergan, sirô Théralène. Còn thuốc chứa nhiều thành phần giảm ho, trong đó thành phần là kháng histamin và thuốc ức chế ho là dextromethorphan, có thuốc nước Pulmofar, sirô Toplexil, sirô Atussin v.v... Đặc biệt, thuốc trị ho chứa hoạt chất chứa kháng

histamin có tác dụng phụ là gây buồn ngủ. Rất đáng tiếc là có một số bậc phụ huynh lạm dụng tác dụng phụ gây buồn ngủ cho trẻ uống sirô Phénergan hay sirô Théralène giống như thuốc ngủ để trẻ không quấy, không khóc đêm và dùng vài ngày, từ tháng này sang tháng kia (!). Xin lưu ý, dùng như thế rất có hại cho sức khỏe của trẻ. Không chỉ có thuốc loại này, mà bất cứ loại thuốc nào, nếu không có sự chỉ định của bác sĩ điều trị, ta không bao giờ cho trẻ dùng dài ngày, từ tháng này sang tháng kia. Xin lưu ý thêm, loại thuốc kháng histamin trị ho này không nên dùng trong trường hợp ho có đàm như bị hen suyễn, viêm nhiễm đường hô hấp dưới vì thuốc làm khô quánh đàm, giảm ho nên khó tống đàm có thể làm tắc đàm.

Cần phải đặc biệt chú ý, có loại thuốc viên trị ho trong thành phần chứa CODEIN chỉ dành cho người lớn, không được dùng cho trẻ. Đã có trẻ nữ nhi ngộ độc thuốc codein bị ngủ lịm, ngừng thở.

Đề trị ho có đàm đặc, khó khạc, có loại thuốc làm loãng đàm tức làm giảm độ quánh đặc của đàm nhầy trong phế quản như: Mucomyst, Exomuc...

Có một số trường hợp, ta thấy bác sĩ điều trị ho cho trẻ có dùng kháng sinh do đã xác định ho là triệu chứng nhiễm khuẩn đường hô hấp hoặc xác định sẽ có bội nhiễm. Có khi bác sĩ có cho trẻ dùng thuốc loại corticoid (như prenison, prednisolone) khi trẻ bị viêm đường hô hấp nặng (viêm phổi). Đặc biệt, mùa mưa là mùa trẻ con thường bị viêm nhiễm đường hô hấp. Nếu nghi con mình bị viêm nhiễm đưa đến ho, nhất thiết phải đưa trẻ đi khám bệnh ở bác sĩ. Bởi vì chỉ có bác sĩ khám mới biết trẻ bị viêm nhiễm ở đâu (viêm hầu họng hay viêm phế quản, viêm phổi), có khi bác sĩ sẽ cho làm xét nghiệm để biết vi khuẩn gây viêm nhiễm là loại nào, từ đó lựa chọn kháng sinh thích hợp. Đặc biệt khi bị viêm nhiễm nặng, bác sĩ phải kết hợp cho dùng 2 kháng sinh, chứ dùng một kháng sinh bệnh không dứt có thể trở thành nguy hiểm. Đối với kháng sinh có thể gây độc tính, bác sĩ cho điều chỉnh liều tùy theo tuổi của bệnh nhi. Có một số kháng sinh, trẻ quá nhỏ tuổi không được dùng như: tetracyclin, cloramphenicol, các quinolon,... Đối với trẻ dưới 7 tuổi, không được dùng thuốc tetracyclin vì kháng sinh này ảnh hưởng đến mầm răng đang phụ thuộc, làm răng sau này bị nhuộm màu vàng xám vĩnh viễn. Đối với trẻ con còn phụ thuộc chiều cao (ở một số nước, thậm chí dưới 18 tuổi) được khuyên tránh dùng thuốc fluoroquinolon (ofloxacin, norfloxacin, perfloxacin...) vì loại kháng sinh này gây loạn dưỡng sụn, làm xói mòn sụn ở súc vật (chuột) còn non khi thử nghiệm nghiên cứu thuốc.

Rõ ràng trong nhiều trường hợp khi trẻ bị ho, cần xác định được khi nào chỉ dùng thuốc loãng đàm hoặc khi nào dùng thuốc trị ho khan, khi nào dùng thuốc kháng sinh, phối hợp với thuốc corticoid và nhiều loại thuốc khác, chỉ có thầy thuốc khám bệnh trực tiếp mới chỉ định dùng thuốc đúng đắn.

Xin các bậc phụ huynh lưu ý, khi thấy trẻ ho và đã cho dùng một số thuốc trị ho thông thường như sirô chống dị ứng trị ho kể ở trên dăm ba ngày không thấy đỡ, hoặc thấy trẻ ho mà cách thở, nhịp thở

bất thường như: thở nhanh từ 50 lần/phút trở lên, thở khó, lõm ngực khi hít vào hoặc thở khó khăn kiểu suyễn, nên đưa trẻ đi khám bệnh ngay để được điều trị kịp thời.

Tóm lại, ho là triệu chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra, có khi là phản ứng có lợi cho cơ thể trẻ. Điều trị ho cho trẻ do đó có khi không đơn giản, phải nhắm vào điều trị nguyên nhân. Thuốc trị ho chỉ có tác dụng phụ trợ, chỉ dùng khi cần thiết trong thời gian ngắn. Nếu ho ở trẻ có nguy cơ kéo dài hoặc có gì đáng ngờ, tốt nhất ta nên đưa trẻ đi khám để chẩn đoán chính xác và để điều trị đúng đắn, kịp thời.

ThuVienOnline

THUỐC TRỊ CHỨNG KHÓ TIÊU, ĐẦY BỤNG, Ợ CHUA

Khó tiêu đầy bụng là triệu chứng cảm thấy no hơi, nặng bụng, chướng bụng, có khi buồn nôn và nôn ói. Khó tiêu đầy bụng có thể kèm theo ợ chua do dịch vị trào ngược từ dạ dày lên thực quản, hầu họng.

Thường xảy ra sau khi ăn và do hệ tiêu hóa hoạt động không tốt.

Nguyên nhân của chứng khó tiêu đầy bụng

Nguyên nhân thông thường đưa đến chứng khó tiêu đầy bụng có thể kể như sau:

- 1. Do cách ăn uống:* Có người chỉ cần ăn nhiều tinh bột, chất xơ hoặc bữa ăn có nhiều chất béo, gia vị là bị chứng rối loạn này. Hoặc do ăn quá nhanh, nhai không kỹ, có người chan nước vào thức ăn thật nhiều để ăn được mau, trong khi ăn không được thoải mái về mặt tinh thần, ăn no xong là nằm ngay cũng có thể bị khó tiêu đầy bụng.
- 2. Do lạm dụng các chất kích thích như rượu, cà phê, thuốc lá:* các chất này làm tăng tiết acid dịch vị, có thể gây thêm cảm giác nóng rát ở vùng thượng vị và gây ợ chua.
- 3. Do nuốt nhiều không khí:* người có tâm trạng bồn chồn, lo lắng, căng thẳng hay nuốt nhiều không khí trong và giữa các bữa ăn. Đặc biệt đối với trẻ con còn bú, cách cầm bình sữa không đúng có thể làm cho trẻ nuốt nhiều không khí: sau đó lại không làm cho ợ hơi có thể làm trẻ không tiêu, bị trớ, ọc sữa.
- 4. Do hệ tiêu hóa yếu kém:* như có người thiếu dịch men (còn gọi là enzyme) tiêu hóa hoặc có sự giảm nhu động dạ dày đưa đến dạ dày đẩy thức ăn xuống ruột chậm gây nên tình trạng ứ trệ thức ăn ở dạ dày. Hoặc do thiếu mật giúp tiêu hóa chất béo.

Các nguyên nhân thông thường kể trên còn gọi là *nguyên nhân chức năng* do khi được thăm khám bệnh, làm xét nghiệm thăm dò, không tìm được một bệnh nào cả.

Ta nên lưu ý, khó tiêu đầy bụng cũng có thể là triệu chứng của các bệnh gọi là *nguyên nhân thực thể* như sau:

Các bệnh của hệ tiêu hóa: như viêm loét dạ dày - tá tràng, thậm chí là ung thư dạ dày, bệnh trào ngược dạ dày - thực quản, bệnh gan mật.

Các bệnh rối loạn chuyển hóa: như đái tháo đường, cường giáp...

Do dùng thuốc chữa bệnh: như thuốc kháng sinh, thuốc giảm đau hạ sốt, thuốc kháng viêm, thuốc dẫn phế quản v.v...

Do nhiễm vi khuẩn Helicobacter pylori: hiện nay người ta đặc biệt lưu ý về vai trò của loại vi khuẩn này trong bệnh viêm loét dạ dày - tá tràng và chính nó có thể gây tình trạng khó tiêu, đầy bụng, ợ chua.

Các thuốc trị chứng khó tiêu đầy bụng

Về thuốc trị chứng khó tiêu đầy bụng, có thể dùng các thuốc sau đây:

Thuốc chống acid, chống tiết acid và chống đầy hơi: được dùng khi bị chứng khó tiêu, đầy hơi do dư acid dịch vị tức dư chất chua trong dạ dày.

Có thể dùng thuốc kháng tiết acid như thuốc kháng thụ thể H_2 , thuốc ức chế bơm proton. Thông dụng là các thuốc kháng acid dùng dạng sủi bọt. Dùng dạng thuốc này sẽ hòa tan thuốc trong lượng nước thích hợp cho sủi bọt và hòa tan hết trước khi uống. Thuốc chứa dược chất là các chất kiềm yếu có tác dụng trung hòa acid dịch vị, làm giảm độ chua trong dạ dày xuống. Thuốc có mùi vị thơm ngon dễ uống và bọt khí do thuốc sinh ra sẽ lôi kéo hơi trong dạ dày thoát ra ngoài, giải quyết vấn đề tích khí trong dạ dày gây đầy hơi, nặng bụng.

Thuốc giúp điều hòa sự co bóp dạ dày: Được dùng khi sự co bóp dạ dày kém đưa đến sự chuyển đầy thức ăn từ dạ dày xuống ruột chậm. Có thể dùng thuốc chứa dược chất làm tăng trương lực dạ dày (như metoclopramid, domperidon).

Thuốc giúp tiêu hóa: Đó là thuốc chứa các men tiêu hóa (pancreatin lấy từ dịch tụy heo, bò) hoặc dược chất có tác dụng lợi mật, thông mật.

Trên đây là các thuốc mà người bị chứng khó tiêu đầy bụng có thể sử dụng để cải thiện tình trạng rối loạn. Liều lượng và cách uống có thể hỏi dược sĩ, nhân viên bán thuốc tại các nhà thuốc để được hướng dẫn dùng đúng.

Một số điều lưu ý khi dùng thuốc khó tiêu đầy bụng

Có một số điều chúng ta cần lưu ý như sau:

1. Nên quan tâm đến cách ăn uống để tránh chứng khó tiêu đầy bụng như ăn chậm, nhai kỹ, tạo các yếu tố thoải mái trong bữa ăn, tránh dùng các thực phẩm mà kinh nghiệm cho thấy gây chứng khó tiêu (như thức ăn chiên quá nhiều dầu mỡ), không lạm dụng rượu, cà phê, thuốc lá, gia vị gây kích thích, gây tiết nhiều acid.

2. Chỉ nên dùng các thuốc ở trên khoảng 5-7 ngày, nếu sau đó chứng khó tiêu đầy bụng không cải thiện rõ rệt ta nên đi bác sĩ khám bệnh.

Có một số trường hợp rất cần đi khám bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa, nếu chậm trễ trong chẩn đoán sẽ ảnh hưởng không tốt đến kết quả điều trị. Đó là người đã *ngoài 45 tuổi*, triệu chứng khó tiêu đầy bụng ở những người này có thể khởi đầu của viêm loét dạ dày - tá tràng, thậm chí của ung thư dạ dày. Hoặc ở những người có dấu hiệu sụt cân, đi tiêu phân đen, bị vàng da, nuốt khó.

3. Đối với thuốc nói chung trong đó có thuốc trị khó tiêu đầy bụng ợ chua, khi dùng phải biết rõ những điều thận trọng. Nếu dùng thuốc dạng sủi bọt kháng acid cần biết rằng thuốc dạng này luôn chứa natri. Người đang kiêng muối nghiêm ngặt (như người bị bệnh tăng huyết áp bác sĩ dặn ăn nhạt không được ăn mặn, kiêng ăn mặn hay kiêng muối thực chất là kiêng natri) nên tránh không dùng thuốc dạng sủi bọt chứa natri.

Cách uống thuốc trị khó tiêu đầy bụng

Thuốc uống sau bữa ăn (1 giờ):

» Thuốc là chất hấp thu khí: *Carbophos, Smecta*.

» Thuốc chứa chất chống đầy hơi Simethicone: *Pepsan, Maalox Plus, Mylanta II, Kremil-s, Simelox...*

» Thuốc dạng sủi bọt: *Normogastryl, Orthogastrin, Alka-Seltzer*.

Thuốc uống trước bữa ăn: thường 3 lần/ngày

» Thuốc điều hòa nhu động: *Metoclopramid (Primperan), (Motilium-M), Cisaprid (Prepulsid)*.

Domperidon

» Thuốc là men tiêu hóa: Các men tiêu hóa (enzymes digestives) cũng là thuốc giúp tiêu hóa, được chiết xuất từ các cơ quan súc vật heo, bò, được trình bày trong các chế phẩm hỗn hợp gồm nhiều loại enzyme. Nên uống ngay trước hoặc cùng với bữa ăn.

Enzyme dịch tụy (Alipase, Festal, Pancréalase, Néo-peptin).

Amylodiastase Thépéier (Amylase từ mầm ngũ cốc).

Askenzyme Laleuf (môi trường cấy các chủng chọn lọc *Aspergillus aureus*).

» *Thuốc là mật hoặc làm tăng tiết mật*: (còn trị táo bón).

+ Mật: Déchophyline, Spasmenzyme, Biliflurine.

+ Thuốc lợi mật (cholérétiques): có tác dụng tăng sản xuất mật bằng cách kích thích tế bào gan tiết ra mật.

Trị đầy bụng, chậm tiêu, táo bón, giải độc gan.

Chống chỉ định: suy gan, tắt nghẽn đường mật.

Gồm có:

- Artichaut: chiết xuất từ *Cynara scolymus L. Compositae* và bào chế thành cao lỏng hay cao mềm, chứa loạt chất Cynarin có tác dụng tăng tiết mật, làm giảm nhẹ cholesterol trong máu, còn có tác dụng lợi tiểu nhẹ (Chophytol, Phytol, B.A.R.)
- Hymecromon (Cantabiline).
- Anethol Trithion (Sulfarlem, Sulfarlem-Cholin).
- Nébulisat De Fumeterre (Oddibil).
- Cyclovalon (Vanolone, Vanllone Infantile).
- Cyclobutyrol (Hébucol).
- Acid dimecrotic (dạng muối Mg: Hépadial).

+ Thuốc thông mật: (Cholagogues)

Không ảnh hưởng đến tế bào gan và khả năng sản xuất mật mà có tác dụng kích thích làm túi mật co bóp, dẫn nở ống dẫn mật để tổng mật có sẵn vào ruột. Gồm có:

- Natrium Thiosulfat (Hyposulfène, Sagofène)
- Sorbitol (Sorbitol Delalande).

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ THUỐC TRỊ VIÊM LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

Nguyên nhân nào dẫn đến viêm loét dạ dày - tá tràng (VLDDTT)?

Cho tới nay, cơ chế bệnh sinh VLDDTT vẫn chưa biết rõ hoàn toàn. Một nguyên nhân được đa số các nhà chuyên môn chấp nhận là do có sự mất cân bằng giữa quá trình hủy hoại và quá trình bảo vệ niêm mạc dạ dày - tá tràng. Hai quá trình đó được kể như sau:

- *Quá trình hủy hoại niêm mạc:* Tạo ra bởi acid, pepsin chứa trong dịch vị có trong cơ thể chúng ta, rượu, thuốc chống viêm không steroid (như aspirin) từ ngoài đưa vào, vi khuẩn có tên *Helicobacter pylori* sống trên niêm mạc dạ dày và gây tổn hại niêm mạc.

- *Quá trình bảo vệ niêm mạc:* Tạo ra bởi chất nhầy chứa natri bicarbonat (NaHCO_3) tiết ra bởi tế bào nhầy ở dạ dày có nhiệm vụ bảo vệ niêm mạc.

Đối với người khỏe mạnh, có sự cân bằng giữa hai quá trình. Khi có sự mất cân bằng (như acid dịch vị tiết ra nhiều quá hay chất nhầy bảo vệ tiết ra không đủ), quá trình hủy hoại lớn hơn sẽ có khả năng bị viêm loét.

Các thuốc trị VLDDTT gồm những thuốc nào?

Gồm các loại thuốc sau:

Các thuốc kháng acid:

Là các hợp chất vô cơ có khả năng trung hòa acid HCl, làm giảm độ chua của dịch vị. Trước đây có dùng natri carbonat (NaHCO_3 , còn gọi thuốc tiêu mẫn), hoặc calci carbonat (CaCO_3) ngày nay ít dùng. Hiện nay thường dùng nhôm hydroxyd $\text{Al}(\text{OH})_3$, magnesi hydroxyd $\text{Mg}(\text{OH})_2$ hoặc các muối của Mg, Al ở dạng phosphat, carbonat, trisilicat...

Các thuốc kháng histamin ở thụ thể H_2 :

Là thuốc đối kháng tương tranh với histamin tại thụ thể H_2 nằm trên màng tế bào đảm nhận việc tiết ra acid ở dạ dày, histamin không gắn được vào thụ thể làm cho dạ dày không tiết ra acid. Gồm có: cimetidin, ranitidin, famotidin...

Các thuốc ức chế “bom proton”:

Là thuốc có tác dụng ức chế một chất có tên là “bơm proton” (thực chất là một enzyme có tên $H^+K^+ATPase$) nằm ở màng tế bào đảm nhận việc tiết acid ở dạ dày. “Bơm proton” không hoạt động, acid không thể thoát ra khỏi tế bào để đổ vào lòng dạ dày tạo độ chua của dịch vị. Đang sử dụng: omeprazol, lansoprazol, pantoprazol. Thuốc mới: rabeprazol, esomeprazol.

Thuốc là dẫn chất prostaglandin:

Điển hình của thuốc nhóm này là misoprostol. Không dùng điều trị mà được chỉ định phòng ngừa viêm loét dạ dày - tá tràng do phải sử dụng dài hạn *thuốc chống viêm không steroid* (aspirin, ibuprofen, diclofenac...).

Thuốc là sucralfat:

Tên thuốc là tóm tắt của sucrose aluminium sulfate để chỉ đây là hợp chất kết hợp đường (saccharose hay sucrose), nhôm hydroxyd và các gốc sulfat.

Khi uống vào dạ dày, sucralfat biến thành chất nhầy bao phủ niêm mạc và cho tác dụng bảo vệ.

Thuốc là hợp chất bismuth:

Trước đây khá lâu, nhiều hợp chất bismuth được sử dụng nhưng rồi bị cấm do tích lũy gây độc cho não. Hiện nay có 2 hợp chất bismuth được dùng (tuy nhiên, một số nước châu Âu vẫn không dùng): bismuth subsalicylat, tripotassium dicitrato bismuthate (viết tắt: TDB, CBS).

Bismuth có tác dụng kháng khuẩn Helicobacter pylori.

Ngoài các thuốc kể trên, trong điều trị VLDDTT, người bệnh còn có thể được chỉ định dùng thuốc hỗ trợ để giúp việc điều trị tốt hơn:

- Thuốc an thần chống stress: diazepam, sulpirid.
- Thuốc chống co thắt nhằm giảm đau: atropin, Buscopan, No-spa...

Hiện nay có dùng phác đồ phối hợp kháng sinh để trị VLDDTT?

Do phát hiện vi khuẩn có tên *Helicobacter pylori* (HP) trong đa số trường hợp bị VLDDTT (70-90%) nên trong điều trị có đặt vấn đề diệt trừ vi khuẩn này. Có một số ghi nhận như sau:

- Chỉ có một số kháng sinh có hiệu quả (tetracyclin, amoxicillin, metronidazol, tinidazol, furazolidon, clarithromycin).
- Không được dùng một kháng sinh đơn độc mà phải kết hợp hai kháng sinh trở lên.
- Các phác đồ điều trị bằng kháng sinh hiện nay vẫn còn tiếp tục được nghiên cứu, không có phác đồ nào đạt hiệu quả 100%.

Trong điều trị tiết trừ HP, cần lưu ý:

- Phải làm xét nghiệm chuẩn đoán xem có hiện diện HP hay không.
- Phải dùng thuốc đúng phác đồ về thuốc kết hợp, liều lượng, thời gian. Để tiết trừ HP, thời gian dùng thuốc thường là 7-14 ngày.
- Phác đồ hiện nay thường kết hợp: ba thuốc (trị liệu ba thuốc), bốn thuốc (trị liệu bốn thuốc).
- Sau khi điều trị, cần làm xét nghiệm xem tiết trừ HP hay chưa.
- Do sử dụng kháng sinh nên có thể bị tác dụng phụ (30% bị tác dụng phụ và 20% phải ngưng điều trị).

Cần lưu ý những gì trong điều trị VLDDTT?

Người bệnh cần đi khám chuyên khoa để chuẩn đoán xác định bệnh. Bởi vì có ba mức độ bệnh: Rối loạn tiêu hóa giống loét (non-ulcer dyspepsia), Viêm (gastritis, duodenitis), Loét (peptic ulcer).

Tùy mức độ, chế độ điều trị bằng thuốc có khác nhau. Riêng loét dạ dày rất cần khám thường xuyên vì bệnh lý này có nguy cơ trở thành ung thư dạ dày, cần phát hiện sớm để chữa trị kịp thời.

- Thời gian điều trị VLDDTT thường kéo dài (thường cả tháng, có khi kéo dài hơn) nên đòi hỏi người bệnh phải kiên trì dùng đủ và đúng thuốc.

- Bên cạnh việc dùng thuốc phải có chế độ sinh hoạt điều độ, nghỉ ngơi thích hợp, tránh xúc động, căng thẳng thái quá.

- Có chế độ dinh dưỡng đầy đủ chất, tránh no quá và đói quá mới ăn, nên ăn nhiều bữa ăn rải đều trong ngày, tránh các chất làm tăng tiết acid dịch vị.

SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ACID TRỊ ĐAU BAO TỬ

Bệnh đau bao tử mà nhiều người thường gọi khá phức tạp, có thể là viêm, có thể là loét niêm mạc dạ dày - tá tràng, thậm chí chỉ là rối loạn có triệu chứng giống loét kéo dài nhưng chụp X-quang hoặc nội soi thấy không có dấu hiệu gì bất thường ở niêm mạc. Khi mới bị rối loạn có thể dùng thuốc trong khoảng thời gian nhưng để chắc chắn, ta cần đi đến bác sĩ để được thăm khám để biết tình trạng bệnh. Đặc biệt, đối với người bị loét dạ dày lâu năm, cần đi khám để biết diễn tiến bệnh như thế nào, bởi vì bệnh lâu năm có thể bị biến chứng nguy hiểm, loét dạ dày có thể ung thư hóa, cần phát hiện sớm, điều trị tích cực.

Hiện nay có nhiều thuốc dùng trong điều trị viêm loét dạ dày - tá tràng. Tùy theo tình trạng của bệnh, bác sĩ điều trị sẽ có sự lựa chọn thuốc có thể chỉ cho dùng *thuốc kháng acid* (maalox, stomafar) có khi cho dùng thuốc chống tiết acid mạnh như *thuốc kháng thụ thể H_2* (cimetidin, ranitidin, famotidin) hoặc *thuốc ức chế bơm proton* (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, esomeprazol). Thông thường phác đồ điều trị bệnh đau bao tử đã có loét phải kéo dài. Để làm lành hẳn tổn thương, vết loét ở niêm mạc phải điều trị từ 1 đến 2 tháng. Thời gian điều trị có thể rút ngắn hơn nếu bác sĩ khám thấy đã khỏi, nhưng có khi phải kéo dài hơn khi chưa thấy cải thiện tình trạng bệnh hoặc để chống tái phát. Vì vậy, người bệnh đừng vì thấy uống thuốc vài ngày đỡ đau mà ngưng bỏ thuốc, không tiếp tục dùng thuốc theo đúng phác đồ điều trị. Cần *kiên trì* trong điều trị, không thay đổi thuốc lung tung.

Đặc biệt, do hiện nay đã xác định vi khuẩn có tên *Helicobacter pylori* có liên quan đến bệnh đau bao tử, nên có phác đồ điều trị dùng thuốc kết hợp với các kháng sinh như: tetracyclin, amoxicillin, metronidazol, clarithromycin... thường dùng phác đồ điều trị 3 thuốc (trong đó có 2 kháng sinh), thậm chí 4 thuốc. Nếu đã đi khám và được bác sĩ chỉ định dùng kháng sinh sẽ dùng kháng sinh theo toa. *Hoàn toàn không nghe theo lời mách bảo hoặc đọc trong sách báo rồi người bệnh tự chẩn đoán bệnh và tự ý mua kháng sinh dùng bừa bãi.* Thường bác sĩ cho xét nghiệm thấy có nhiễm vi khuẩn mới cho sử dụng kháng sinh. Hơn nữa, một số phác đồ dùng kháng sinh vẫn còn đang được tiếp tục nghiên cứu chưa khẳng định tính hiệu quả hoàn toàn.

Trong các thuốc trị đau bao tử, nhóm thuốc kháng acid đã được dùng lâu đời (được dùng đầu tiên vào năm 1856), có khoảng thời gian ít được dùng (những năm 1960, 1970) nhưng nay có nhiều công trình nghiên cứu cho thấy nếu dùng đúng cách hiệu quả trị liệu cũng rất tốt (Peterson và cộng sự, 1977, Lam và cộng sự, 1979, Berstad và cộng sự, 1982, Kumar và cộng sự, 1984, Weberg và cộng sự, 1988).

Thuốc kháng sinh acid là các hợp chất vô cơ có tác dụng trung hòa acid trong dịch vị (là dịch được tiết ra ở dạ dày) làm giảm độ chua của dịch vị xuống. Được chia làm 2 loại:

- *Kháng acid anionic*: gồm có natri bicarbonat (NaHCO_3) và calci carbonat (CaCO_3), hiện nay ít dùng do có 2 nhược điểm: *gây hiệu ứng bật lại* (rebound, tức lúc đầu trung hòa làm giảm acid nhưng sau lại kích thích làm acid tiết ra nhiều hơn), có thể hấp thu vào máu gây *quá tải ion Na^+ và Ca^{2+}* nếu dùng lâu dài.

- *Kháng acid cationic*: gồm nhôm hydroxyd (Al(OH)_3), magesi hydroxyd (Mg(OH)_2) hoặc các muối phosphat, carbonat, trisilicat của Al, Mg.

Nếu dùng đơn độc, muối Al gây táo bón, muối Mg gây nhuận trường thậm chí tiêu chảy, nên trong các biệt dược thường dùng phối hợp.

Ngoài các thành phần kể trên, thuốc kháng acid còn kết hợp thêm trong công thức:

- *Thuốc chống co thắt* như *dicyclomin* nhằm làm giãn cơ trơn với mục đích giảm đau. Tuy nhiên, thuốc có chất chống co thắt dùng phải thận trọng vì có thể gây tác dụng ngoại ý: buồn nôn, khô miệng, mờ mắt, nhức đầu, khó tiểu, hoặc chống chỉ định đối với người bị bệnh tăng nhãn áp và cẩn thận đối với người bị suy mạch vành, bị phì đại tuyến tiền liệt.

- *Chất chống đầy hơi* là *simethicon* (còn có tên dimethyl-polysiloxan, dimethicone). Simethicon có tính phá bọt, làm giảm sức căng bề mặt của màng bao bọt khí đưa đến vỡ màng, giải phóng khí tích tụ trong đường tiêu hóa qua sự ợ hơi. Thuốc thích hợp không chỉ trị viêm loét mà còn trị chứng trào ngược dạ dày, thực quản, dư acid ở dạ dày gây khó tiêu chướng bụng.

Về dạng thuốc, thuốc kháng acid có dạng hỗn hợp, gel, bột, thuốc cốm. Nếu là viên nén nên nhai trước khi chiêu nước.

Về cách uống thuốc kháng acid: Nên uống 4 lần trong ngày, 1-2 giờ sau 3 bữa ăn chính (tốt nhất là 1 giờ sau bữa ăn) và một lần nữa trước khi đi ngủ. Như vậy, không nên uống ngay trước hoặc ngay sau bữa ăn.

Nên lưu ý thuốc trị đau bao tử thuộc loại bảo vệ tế bào như Sucrafar cũng nên uống theo cách trên.

Cũng cần lưu ý thêm: Không nên uống các loại thuốc chữa bệnh khác cùng với thuốc kháng acid (hoặc 1 giờ trước khi uống thuốc kháng acid).

Trong điều trị bệnh đau bao tử, bên cạnh việc dùng thuốc theo đúng chỉ dẫn, nên lưu ý thực hiện:

- Có chế độ làm việc, sinh hoạt, nghỉ ngơi hợp lý. Tránh làm việc quá sức, tránh xúc động, căng thẳng thần kinh, lo âu, phiền muộn quá đáng.

- Có chế độ dinh dưỡng đầy đủ chất (không nên kiêng khem quá mức). Tránh hai thái cực: ăn no quá hoặc đói quá mới ăn. Tránh dùng các chất kích thích làm tăng tiết acid dịch vị như: rượu, thuốc lá, các gia vị cay nóng...

ThuVienOnline

DÙNG THUỐC TRỊ TIÊU CHẢY ĐÚNG CÁCH

Tiêu chảy là gì?

Tiêu chảy là tình trạng đi tiêu nhiều lần trong ngày và lỏng (phân có khi chỉ là nước) do ruột tăng cường sự co thắt và nước không hấp thu qua niêm mạc ruột để vào máu mà bị thải ra ngoài.

Được kể là tiêu chảy cấp khi tình trạng tiêu chảy tồn tại trong vòng 2 tuần. Còn tiêu chảy mạn kéo dài trong thời gian lâu hơn và có thể là dấu hiệu của một bệnh lý nghiêm trọng.

Nguyên nhân gây tiêu chảy cấp?

Tiêu chảy cấp là triệu chứng, do khá nhiều nguyên nhân gây ra:

- Dị ứng hoặc rối loạn do ngộ độc thực phẩm.
- Nhiễm trùng: do nhiễm siêu vi (còn gọi virus như *Rotavirus*) nhiễm vi khuẩn (*Shigella*, *Samonella*, *Ecoli...*), nhiễm ký sinh trùng (amip). Trong thời gian gần đây nổi rộ tiêu chảy cấp do phẩy khuẩn tả *Vibrid cholarea*.
- Do thuốc: như dùng kháng sinh uống có phổ kháng khuẩn rộng, đặc biệt có kháng sinh gây chứng viêm đại tràng giả mạc rất nặng.

Những điều cần lưu ý khi bị tiêu chảy cấp

Do tiêu chảy cấp gây mất nước và chất điện giải, cho nên trong điều trị, đặc biệt đối với trẻ con, vấn đề hàng đầu được đặt ra là bù nước và chất điện giải. Tức là, trước khi tính chuyện cầm tiêu chảy, hãy dùng gói ORESOL (đối với trẻ con, có thể có đến 80% tiêu chảy là do nhiễm siêu vi *Rotavirus* và trường hợp này chỉ cần bù nước và chất điện giải là có thể khỏi).

Trường hợp bị ngộ độc thực phẩm, chất độc, dùng thuốc cầm ngay tiêu chảy là không có lợi, cơ thể cần tiêu chảy để tống chất độc ra khỏi cơ thể. Chỉ khi tiêu chảy không khu trú, kéo dài mới tính đến chuyện dùng thuốc cầm tiêu chảy.

Chỉ khi xác nhận nguyên nhân gây tiêu chảy mới dùng thuốc đặc hiệu như bị nhiễm khuẩn sẽ dùng kháng sinh, nhiễm ký sinh trùng dùng thuốc trị ký sinh trùng (như bị ly amip dùng metronidazol...), bị viêm loét đại tràng có thể dùng thuốc chống viêm glucocorticoid... Muốn sử dụng các thuốc đặc hiệu vừa kể phải có sự chẩn đoán của bác sĩ và việc dùng thuốc phải tuân theo sự chỉ định, chứ không thể tùy tiện.

Đối với trẻ còn cần lưu ý thêm điều gì?

- Nếu trẻ dưới 2 tuổi, hoặc trẻ lớn hơn bị tiêu chảy có kèm theo sốt, nôn ói kéo dài (quá 4 lần trong 1 giờ), quá mệt, có dấu hiệu mất nước nặng, phân có lẫn đàm máu, tiêu chảy quá nhiều, quá 3 ngày, không nên tự chữa trị mà nên đưa trẻ đi bệnh viện.

- Để ngừa suy dinh dưỡng, vẫn cho trẻ ăn, bú (bú sữa bò nên pha loãng) chứ không nên bắt trẻ nhịn trong suốt thời gian bị tiêu chảy.

Thuốc trị tiêu chảy gồm các loại thuốc nào?

Thuốc trị tiêu chảy thường dùng là thuốc trị triệu chứng, làm giảm sự co thắt của ruột, giảm sự tiết dịch qua phân, do đó làm giảm đau bụng và giảm đi tiêu, làm cô đặc phân.

Theo cơ chế tác dụng, có thể chia làm loại thuốc như sau:

- Thuốc là chất làm giảm hay liệt nhu động ruột: đây là thuốc có tác dụng cầm tiêu chảy nhanh, mạnh nhưng phải rất thận trọng vì thuốc gây tác dụng phụ. Đặc biệt có thuốc gây nghiện và trẻ con không dùng được. Thí dụ như Paregoric thực chất có chứa cao thuốc phiện gây nghiện, chống chỉ định đối với trẻ dưới 5 tuổi. Còn Diphenoxylat, loperamid là thuốc tổng hợp không gây nghiện, ít tác dụng phụ hơn nhưng vẫn tránh dùng ở trẻ dưới 2 tuổi.

- Thuốc là vi sinh vật giúp ổn định tạp khuẩn ruột. Trong ruột già chúng ta có rất nhiều vi khuẩn gọi là hệ tạp khuẩn ruột. Khi hệ này bị rối loạn, vi khuẩn có ích bị chết đi, một số vi khuẩn gây bệnh tăng sinh sẽ dẫn đến tiêu chảy. Thuốc loại này là các chế phẩm chứa các vi sinh vật có ích như: tế bào men

(levure như *Saccharomyces cerevisiae*), vi khuẩn (*Lactobacillus acidophilus*, vi khuẩn loại *bifidus*...) nhằm tái lập lại cân bằng của hệ tạp khuẩn ruột.

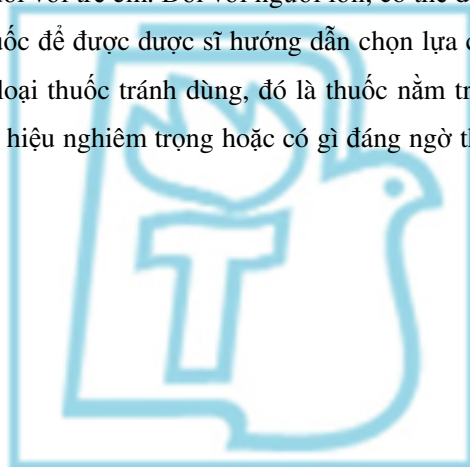
- Thuốc là chất hấp phụ: chất hấp phụ là chất trơ về mặt hóa học và có cấu trúc đặc biệt có khả năng hút giữ vi khuẩn, độc tố vi khuẩn, siêu vi, khí sinh ra trong ống tiêu hóa là những thứ làm kích thích niêm mạc và sau đó được thải ra ngoài kéo theo các chất mà nó hút giữ. Chất hấp phụ không hòa tan và không hấp thụ nên dùng tương đối an toàn và có cơ chế tác dụng như vừa kể, nên chất hấp phụ thích hợp điều trị tiêu chảy có kèm trương bụng và do đường tiêu hóa bị nhiễm độc (ngộ độc thức ăn, nhiễm khuẩn).

Chất hấp phụ được dùng trị tiêu chảy phổ biến là hợp chất vô cơ như smectite, attapulgit, đặc biệt là than hoạt. Than hoạt là chất hấp phụ dùng lâu đời. Đó chính là than đỏ được chế hóa đặc biệt để có độ hấp phụ rất cao, sẽ giúp hấp thụ vi khuẩn, độc tố vi khuẩn để loại ra ngoài khi bị tiêu chảy do nhiễm khuẩn. Đặc biệt, than hoạt giúp làm đặc phân, cải thiện tình trạng tiêu lỏng ra nước. Để trị tiêu chảy, than hoạt thường được phối hợp với dược chất khác, thí dụ như thuốc sát khuẩn đường ruột để điều trị tiêu chảy cấp do nhiễm độc khuẩn thức ăn là loại ngộ độc thực phẩm hay xảy ra ở nước ta. Có

người thắc mắc về sự kết hợp than hoạt với kháng sinh (như biệt dược Carbotrim kết hợp than hoạt với 2 kháng sinh là Sulfamethoxazol và trimethoprim dùng trị tiêu chảy cấp do nhiễm khuẩn), khi kết hợp kháng sinh bị cản trở sự hấp thu làm sao diệt vi khuẩn gây ngộ độc thức ăn. Thật ra, thuốc loại này chỉ cho tác dụng tại chỗ, kháng sinh phối hợp không hấp thu vào máu mà chỉ phát huy tác dụng tại đường tiêu hóa.

Khi sử dụng thuốc là chất hấp phụ, cần lưu ý, chỉ sử dụng thuốc này trước hoặc sau khi uống các loại thuốc khác cần sự hấp thu vào máu ít nhất 2 giờ, bởi vì chất hấp phụ không được hấp thu sẽ cản trở sự hấp thu của thuốc uống cùng với nó.

Tóm lại, trong điều trị tiêu chảy có nhiều loại thuốc và có khá nhiều điều phức tạp cần lưu ý. Trước khi tính đến việc dùng thuốc cầm tiêu chảy, bao giờ cũng phải nghĩ đến việc bù nước và chất điện giải, tức dùng gói Oresol, đặc biệt đối với trẻ em. Đối với người lớn, có thể dùng thuốc trị tiêu chảy như đã nêu ở trên. Có thể đến nhà thuốc để được dược sĩ hướng dẫn chọn lựa cũng như hướng dẫn sử dụng. Đối với trẻ con nên lưu ý có loại thuốc tránh dùng, đó là thuốc nằm trong nhóm thuốc làm liệt nhu động ruột. Và nếu thấy có dấu hiệu nghiêm trọng hoặc có gì đáng ngờ thì nên đưa trẻ đi bệnh viện để chữa trị kịp thời.



THUỐC TRỊ TIÊU CHẢY DO RỐI LOẠN TẠP KHUẨN RUỘT

Thuốc trị tiêu chảy do rối loạn tạp khuẩn ruột còn được gọi là “thuốc có nguồn gốc vi sinh vật” hay “men tiêu hóa sống” hay “thuốc ổn định tạp khuẩn ruột”. Bởi vì, thuốc loại này thực chất có chứa các vi sinh vật giúp sự lên men tiêu hóa bình thường trong ruột chúng ta. Đặc biệt, thuốc được dùng trị tiêu chảy do rối loạn sau khi dùng kháng sinh.

Để hiểu rõ cơ chế tác dụng của thuốc, ta nên biết về hệ TẠP KHUẨN RUỘT (còn gọi là khuẩn chế, flora). Hiện diện trong ruột con người có rất nhiều vi khuẩn thuộc nhiều loại, tạo thành quần thể gọi là tạp khuẩn ruột. Trong tạp khuẩn, ngoài vi khuẩn gây bệnh còn có vi khuẩn có ích. Chính các vi khuẩn có ích giúp tiêu hóa thức ăn, đặc biệt một số vi khuẩn giúp tổng hợp một số vitamin nhóm B, vitamin K... Ngoài ra, vi khuẩn có ích còn kèm chế, cạnh tranh, không cho vi khuẩn gây bệnh phát triển đến mức có thể gây bệnh. Chính các loại vi khuẩn trong hệ tạp khuẩn ruột sống chung hòa bình, kèm chế lẫn nhau tạo thế cân bằng mà hoạt động của ruột, đặc biệt, ruột già được điều hòa, không bị rối loạn. Nếu vì lý do nào đó, sự cân bằng trong hệ tạp khuẩn ruột bị đảo lộn, vi khuẩn có ích, trong đó có loại vi khuẩn giúp cho sự tiêu hóa chất đường bột được gọi là *vi khuẩn saccharolytic* chết đi, vi khuẩn gây bệnh tăng sinh quá đáng sẽ đưa đến rối loạn thể hiện: bị tiêu chảy, khó tiêu, chướng bụng...

Trường hợp dùng kháng sinh, đặc biệt kháng sinh uống, kháng sinh không chỉ tiêu diệt vi khuẩn gây bệnh mà tiêu diệt cả vi khuẩn có ích, thậm chí tiêu diệt vi khuẩn có ích nhiều hơn, đưa đến rối loạn tạp khuẩn gây tiêu chảy.

Thuốc ổn định tạp khuẩn ruột là thuốc có tác dụng tái tạo lại sự cân bằng của hệ tạp khuẩn ruột bằng cách cung cấp, bổ sung các vi sinh vật có ích hoặc các yếu tố bị mất đi do rối loạn hệ tạp khuẩn ruột. Tức là thuốc tái tạo lại hệ bảo vệ tự nhiên của ruột mà do khiếm khuyết đưa đến tiêu chảy. Đó là các chế phẩm có chứa các vi sinh vật có ích (vi khuẩn, nấm men) đôi khi kèm theo môi trường nuôi cấy các vi sinh vật này (để bổ sung vitamin nhóm B, acid lactic). Thuốc loại này còn được gọi là thuốc “probiotic” (probiotic tạm dịch là “trợ sinh” tức cung cấp các mầm sống là vi sinh vật). Thường chứa chủng vi khuẩn *Lactobacillus* (*L. acidophilus*, *L. casei*, *L. rhamnosus*...), *Bifidus*, nấm men *Sacharomyces* (*S.boulardii*...). Không chỉ được dùng trị tiêu chảy do rối loạn tạp khuẩn ruột (do bệnh đường tiêu hóa hay do dùng kháng sinh), các nghiên cứu gần đây cho thấy thuốc “probiotic” có thể dùng để giảm cholesterol máu (dư mỡ trong máu), giúp cải thiện tình trạng ruột không dung nạp lactose là loại đường chứa trong sữa (có một số

người do trong ruột không có men lactase để tiêu hóa đường lactose nên không uống được sữa, uống vào là bị khó tiêu, tiêu chảy), đặc biệt, thuốc “probiotic” có thể kích thích hệ miễn dịch ở đường tiêu hóa. Gần đây nhất, có công trình nghiên cứu cho thấy người mẹ mang thai dùng thuốc chứa *Lactobacillus* và sau khi sinh vẫn tiếp tục dùng trong thời gian cho con bú, có thể giúp đưa trẻ ngừa một số bệnh dị ứng ngoài da như eczema (chàm).

Thuốc ổn định tạp khuẩn ruột được bào chế ở dạng gói bột hoặc dạng viên nang chứa bột, khi uống vào ruột, bột là các vi sinh vật sẽ hồi sinh và phát huy tác dụng. Do thuốc có nguồn gốc vi sinh vật, nên lưu ý:

- Bảo quản thuốc nơi mát, tránh nhiệt độ cao.
- Nên uống với nước đã đun sôi để nguội. Không nên hòa với nước nóng trên 50°C trước khi uống (nếu thuốc chứa nấm men hòa vào nước nóng trên 50°C nấm men sẽ chết, xem như mất tác dụng).
- Nếu thuốc chứa nấm men (như Bioflor) không được dùng chung với kháng sinh kháng nấm (uống chung, thuốc kháng nấm sẽ diệt nấm men).
- Có thuốc có thể uống chung với nhiều loại kháng sinh (như Antibio, Antibiophilus) nhưng vẫn không được uống chung với tetracyclin vì sẽ cản trở sự hấp thu của tetracyclin qua niêm mạc ruột vào máu, tetracyclin mất tác dụng.
- Luôn nhớ biện pháp hàng đầu trong điều trị tiêu chảy cấp đặc biệt ở trẻ con, là bù nước và chất điện giải (tức dùng gói ORESOL), trước khi tính chuyện dùng thuốc cầm tiêu chảy.
- Dùng chế phẩm thuốc ổn định tạp khuẩn ruột chẳng khác nào cấy lại các vi sinh vật có ích trong ruột, vì vậy, hãy nhớ đến một loại thực phẩm cũng có cơ chế tác dụng như thế, đó là yaourt (ta gọi là sữa chua). Hãy ăn yaourt khi bị rối loạn tạp khuẩn ruột hoặc để ngừa tiêu chảy do sử dụng kháng sinh uống. Yaourt ngoài các chất bổ dưỡng còn chứa các yếu tố “probiotic” giúp cân bằng hệ tạp khuẩn ruột của chúng ta.

THUỐC TRỊ TÁO BÓN

Táo bón là một triệu chứng có sự khó khăn, chậm trễ trong việc thải phân với phân ít và khô rắn hơn bình thường, số lần thải phân không vượt quá 3 lần trong tuần.

Táo bón có thể không gây hậu quả nghiêm trọng trước mắt nhưng về lâu dài người bệnh thường bị nhiễm độc (biểu hiện thường xuyên nhức đầu, mệt mỏi, biếng ăn), nhiễm khuẩn và có thể mắc bệnh trĩ.

Nguyên nhân gây ra táo bón:

- Rối loạn chức năng vận động đại tràng do: sai lầm trong ăn uống (ăn thiếu chất xơ sợi, uống quá ít nước), sinh hoạt tĩnh tại ít vận động (làm nghề ngồi nhiều: thợ may, thư ký đánh máy), thói quen đại tiện xấu (thường xuyên nín nhịn khi mót đi tiêu) làm mất phản xạ đại tiện.

- Rối loạn tâm thần, rối loạn trương lực thần kinh thực vật.

- Rối loạn chuyển hóa và nội tiết (tăng calci máu, nhược giáp).

- Tổn thương thực thể ở đại tràng, trực tràng, hậu môn gây trở ngại đường đào thải phân.

- Thuốc: thuốc chứa opium, thuốc kháng acid trị viêm loét dạ dày - tá tràng (chứa Al, Ca, Bi), thuốc chống trầm cảm, thuốc chống tiết cholin, thuốc trị bệnh Parkinson.

Biện pháp không dùng thuốc

Người bị táo bón trước khi hoặc song song với sử dụng thuốc (thậm chí để phòng ngừa táo bón) nên áp dụng các biện pháp sau:

- Ăn nhiều chất xơ sợi hơn (rau cải, hoa quả), uống nhiều nước (1,5-2 lít nước, thêm nước cam, nước chanh).

- Tái huấn luyện phản xạ đại tiện (đi đại tiện đúng giờ cố định).

- Chống nếp sinh hoạt tĩnh tại (vận động, thể dục thể thao).

Về sử dụng thuốc trị táo bón:

- Nên hết sức tránh dùng thuốc táo bón trừ trường hợp bị táo bón kéo dài hay làm nặng thêm một bệnh khác (tăng huyết áp, trĩ). Trước hết dùng thuốc loại ít tác dụng phụ (tạo khối, thẩm thấu, bơm hậu môn), nếu không cải thiện mới dùng thuốc trị táo bón loại kích thích là loại cho tác dụng mạnh nhưng có nhiều tác dụng phụ.

- Hiện có tình trạng lạm dụng thuốc trị táo bón kích thích đưa đến hai hậu quả: bị phụ thuốc và bị các tác dụng phụ của thuốc (có bệnh gọi là bệnh do thuốc nhuận trường giống như bị “hội chứng đại tràng bị kích thích”).

- Nên dùng thuốc trị táo bón ngắn hạn, dùng sau 7-10 ngày nếu không hiệu quả phải đi khám bệnh để bác sĩ chẩn đoán nguyên nhân.

- Lưu ý thời gian tác dụng của thuốc. Có thuốc cho tác dụng nhanh (khoảng 2 giờ), có thuốc cho tác dụng chậm (6-12 giờ). Nếu không lưu ý sẽ bị mắc đi tiêu vào thời điểm không thuận lợi.

- Không nên dùng thuốc khác chung với thuốc trị táo bón vì thuốc sau này làm chuyển vận ở ruột quá nhanh có thể làm thuốc kia không kịp hấp thu.

Thuốc trị táo bón

Có thể chia làm 5 loại (trong một biệt dược thường kết hợp nhiều loại):

1. Thuốc trị táo bón tạo khối:

Thường là các hợp chất thiên nhiên (thạch: agar-agar, cám lúa mì, gồm sterculia) hay bán tổng hợp (methyl cellulose) khi uống không bị hấp thu, có tính hút nước và trương nở làm tăng khối lượng phân, kích thích nhu động ruột.

Lưu ý: Khi uống thuốc nên uống nhiều nước. Tác dụng phụ: đầy bụng. Có thể dùng thực phẩm tạo khối: khoai lang, rau cải, hạt é, mù tôm...

2. Thuốc trị táo bón tăng thẩm thấu:

Một số thuốc có bản chất là muối (như magnesi sulfat, natri sulfat), đường (lactulose, sorbitol), là polymer (Forlax) tác động theo cơ chế thẩm thấu: không hấp thu ở ruột, rút nước từ mô ruột trở vào lòng ruột theo lực thẩm thấu (cơ chế của đường lactulose, sorbitol) hoặc theo cơ chế có tính sinh lý hơn là liên kết với nước có sẵn trong lòng ruột (cơ chế của Forlax) để giữ và duy trì thể tích chất lỏng trong lòng ruột.

3. Thuốc làm trơn phân:

Có thể dùng dầu thực vật (dầu olive) hoặc có thuốc chứa dầu khoáng chất (dầu paraffin)

Lưu ý: Không dùng dầu paraffin cho trẻ dưới 6 tuổi, người lớn nên dùng vào tối trước khi ngủ, không dùng kéo dài do làm rối loạn hấp thu mỡ, vitamin tan trong dầu.

4. Thuốc làm mềm phân:

Thường dùng qua đường trực tràng, thích hợp cho phụ nữ có thai và trẻ con đặc biệt trong trường hợp bị trĩ, đau thắt ngực.

Có loại dùng ống bơm (rectiol, chứa dịch glycerol) bơm vào hậu môn, có loại thụt vào hậu môn (chứa natri docusat), có loại chứa gel bơm trực tràng (microlax).

Lưu ý: Không nên dùng quá thường xuyên vì thuốc có gây kích ứng niêm mạc trực tràng làm niêm mạc bị tổn thương.

5. Thuốc nhuận tràng kích thích:

Kích thích mạnh niêm mạc làm tăng nhu động ruột.

Tránh dùng kéo dài (làm mất trương lực ruột, mất kali).

Chống chỉ định: phụ nữ có thai và trẻ con (dưới 15 tuổi).

Một số thuốc tác dụng chậm (6-12 giờ).

Có khá nhiều thuốc là dẫn chất anthraquinon lấy từ thực vật dùng trong Tây y lẫn Đông y: cascara, sené (phan tả diệp), rhubarbe (đại hoàng), boldo, bourdain, aloès (lô hội)...

Có thuốc là dẫn chất anthraquinon tổng hợp như: danthron.

Có thuốc tổng hợp: bisacodyl.

Có thuốc nhiều độc tính hiện nay gần như không dùng (dầu thầu dầu: castor oil) hoặc cấm dùng (phenolphthalein: vì nguy cơ gây ung thư khi thử trên chuột).

Trường hợp bị bé tắc đại tiện do mỡ có dùng dạng thuốc tiêm: neostigmin.

Lưu ý khi dùng thuốc trị táo bón

Sau cùng, có 2 điều cần được nhấn mạnh:

- Không nên để bị táo bón mà phải phòng ngừa bằng các biện pháp không dùng thuốc kể ở trên.
- Có một số trường hợp chưa bị táo bón vẫn phải dùng thuốc (có người bệnh được bác sĩ chỉ định thuốc trị táo bón nhưng không dùng do nghĩ rằng mình đâu bị táo bón), đó là các trường hợp bị bệnh đòi hỏi không được gắng sức: đau thắt ngực hoặc đã bị nhồi máu cơ tim, đã bị đột quy, đang bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (gọi tắt COPD)... Những trường hợp này nếu đi tiêu phải rặn có thể bị tai biến do bệnh có sẵn.

THUỐC TRỊ BỆNH TRĨ

Bệnh trĩ là bệnh do sự dẫn quá mức các tĩnh mạch đưa đến tĩnh mạch trĩ bị sưng, phù ở vùng hậu môn - trực tràng. Có sự dẫn quá mức là do thành tĩnh mạch bị suy yếu không còn bền chắc. Nếu trĩ nằm dưới cơ thắt hậu môn gọi là *trĩ ngoại*, có thể thấy bằng mắt thường. Còn *trĩ nội* là búi trĩ định vị trên cơ thắt hậu môn, chỉ thấy khi soi hậu môn, tuy nhiên trĩ nội khi nặng gọi là sa búi trĩ có thể thò ra ngoài. Trĩ có thể làm cho ngứa, đau và có khi chảy máu. Nhưng có khi trĩ không gây triệu chứng hoặc chỉ gây cảm giác nặng nề ở hậu môn - trực tràng. Khi có chảy máu là có khi đã có biến chứng, ở tình trạng nặng.

Nguyên nhân dẫn đến bệnh trĩ

Khi thành tĩnh mạch bị suy yếu nếu thêm những yếu tố thuận lợi được kể ra sau đây sẽ làm phát triển bệnh trĩ:

1. Viêm đại tràng mạn tính, táo bón kinh niên gây rặn mạnh khi đại tiện.
2. Tăng áp lực xoang bụng do lao động nặng, do ho (vì bệnh viêm phế quản mạn, dẫn phế quản).
3. Sinh hoạt tĩnh tại với tư thế đứng lâu hoặc ngồi nhiều suốt ngày (như người làm nghề thợ may, thư ký đánh máy).
4. Phụ nữ mang thai với tử cung lớn dần chèn ép các tĩnh mạch trĩ gây ứ đọng máu trong tĩnh mạch.

Những người thường xuyên có các tình trạng kể trên lại thêm bị suy yếu tĩnh mạch rất dễ bị bệnh trĩ.

Ta nên lưu ý có một biến chứng thường thấy ở bệnh trĩ là chảy máu ngoài, sung, ngứa, đau hậu môn. Nhưng chảy máu khi đi cầu có thể là triệu chứng của nhiều bệnh ở đại tràng, trực tràng, thậm chí có bệnh nguy hiểm như ung thư trực tràng. Vì vậy, rất cần đi khám bệnh, soi để xác định bệnh một cách chắc chắn và để cho bác sĩ cho hướng điều trị đúng đắn.

Thuốc trị bệnh trĩ

Có 2 loại: *loại dùng trong* là loại thuốc viên dùng để uống và *loại cho tác dụng tại chỗ* là thuốc mỡ để bôi hoặc *thuốc đạn* được đặt vào trong hậu môn.

Trước hết là *thuốc viên uống*. Đây là thuốc chứa các hoạt chất Rutin (còn gọi là vitamin P) hoặc các chất được trích từ thực vật được gọi chung là *Flavonoid*; có tác dụng điều hòa tính thấm thấu và tăng sức bền chắc thành của các tĩnh mạch, do đó làm giảm phù nề, giảm sung huyết các tĩnh mạch ở vùng trĩ. Do tác động đến tĩnh mạch nên thuốc ngoài chữa trĩ còn dùng để trị chứng suy, dẫn tĩnh

mạch, đặc biệt bị ở chi dưới như tê chân, nổi gân xanh. Có thể kể một số biệt dược dùng để uống như: Ginkgo Fort, Flebosmil...

Trong điều trị, bác sĩ sẽ tùy theo tình trạng bệnh cho liệu điều trị tấn công và liệu điều trị củng cố. Ngoài thuốc tác động chính trên tĩnh mạch trĩ, bác sĩ có thể chỉ định thêm các thuốc khác như: kháng sinh, thuốc chống viêm, thuốc giảm đau, thuốc trị táo bón v.v... Người bệnh cần sử dụng thuốc theo đúng chỉ định, dùng đủ và đúng thuốc. Đặc biệt, kiên trì dùng thuốc kéo dài đủ thời gian.

Bên cạnh dùng thuốc uống, người bệnh còn dùng *thuốc cho tác dụng tại chỗ*, tức dùng thuốc đạn đặt vào trong hậu môn (trong trường hợp bị trĩ nội) hoặc dùng thuốc mỡ để bôi lên tổn thương. Thuốc cho tác dụng tại chỗ thường chứa nhiều hoạt chất như: hoạt chất làm giảm đau, chống viêm, kháng sinh, hoạt chất bảo vệ làm bền chắc tĩnh mạch, ngoài ra còn chứa các vitamin, chất bổ dưỡng giúp tổn thương mau lành. Cách dùng thường là đặt thuốc đạn hoặc bôi thuốc mỡ 2-3 lần trong ngày, nên đặt hoặc bôi sau khi đi tiêu và tối trước khi ngủ.

Những điều cần lưu ý trong điều trị bệnh trĩ

Ta nên lưu ý, điều trị trĩ tốt nhất nên có sự thăm khám, chẩn đoán và theo dõi bệnh của bác sĩ. Đặc biệt, có khi bác sĩ phải cho dùng phương pháp ngoại khoa như phẫu thuật, đốt, cắt bằng laser khi búi trĩ quá lớn, có kèm sa trực tràng hoặc bệnh kéo dài quá lâu ngày. Vì vậy, người bệnh không nên tự ý chữa trị trong khi không biết tình trạng bệnh như thế nào.

Để phòng ngừa bệnh trĩ hoặc trong khi điều trị trĩ ta nên lưu ý thực hiện các biện pháp sau:

1. Tránh bị táo bón bằng cách ăn nhiều rau quả, uống nhiều nước, hằng ngày nên uống từ 1,5 đến 2 lít nước, nên xen kẽ uống nhiều các loại nước quả rất tốt.
2. Hạn chế sử dụng các chất kích thích tiêu hóa như: gia vị quá “nóng”, rượu, cà phê, thuốc lá.
3. Chống nếp sống tĩnh tại, tức hằng ngày nên tập thể dục, năng vận động rèn luyện thân thể.
4. Nếu đã bị táo bón nên dùng thuốc trị táo bón để tránh phải rặn hoặc gây thương tổn khi đi đại tiện. Có nhiều loại thuốc trị táo bón (tạo khối, thẩm thấu, dùng qua đường trực tràng, kích thích), nên hỏi dược sĩ ở nhà thuốc để được hướng dẫn chọn lựa.

DÙNG THUỐC TRỊ GIUN

Giun ký sinh ở người gồm nhiều loại: giun đũa, giun kim, giun móc, giun lươn, giun tóc, giun chỉ... Các loại giun này đều có ở nước ta. Trẻ con thường bị nhiễm giun đũa, giun kim (lãi đũa, lãi kim) - lưu ý người lớn vẫn có thể bị nhiễm. Người nhiễm giun đũa là do ăn phải rau sống hoặc thức ăn không bảo quản tốt có lẫn trứng có phôi của giun, còn trẻ con dễ bị giun kim vì chơi nghịch đất cát có lẫn trứng giun, hoặc gãi vùng hậu môn rồi đưa tay lên miệng để nuốt trứng giun. Người trồng màu, cà phê, trồng rẫy ở vùng không ngập nước và đi chân đất dễ bị nhiễm giun móc (do ấu trùng, tức là dạng chưa trưởng thành của giun chui qua da bàn chân xâm nhập).

Ở nước ta, bệnh giun sán là phổ biến vì nước ta có khí hậu nhiệt đới ẩm rất thuận lợi cho sự phát triển các loại ký sinh trùng này. Hơn nữa, dân ta chưa được thấm nhuần vấn đề vệ sinh công cộng và môi trường, nhiều người còn đi tiêu bừa bãi ra ngoài cảnh. Tỷ lệ nhiễm giun (đặc biệt giun đũa) khá cao, ở miền Bắc có nơi tỷ lệ nhiễm đến 86-98%, trung bình 70-85%, còn ở miền Nam có ít hơn khoảng 18-35%.

Thuốc trị giun là thuốc có tác dụng tẩy sạch hoặc làm giảm đáng kể số lượng giun ra khỏi đường tiêu hóa hoặc ra khỏi mô, cơ quan nào đó của cơ thể. Hiện nay có một số thuốc có hoạt phổ rộng, có tác dụng cùng lúc với nhiều loại giun khác nhau, nhưng cần lưu ý: ***Phải dùng đúng liều lượng, đủ thời gian và có khi lặp lại đợt khác để tránh tái nhiễm.*** Đặc biệt, việc điều trị phải kết hợp với phòng bệnh và cải tạo môi sinh để tránh tái nhiễm, bội nhiễm (vệ sinh cá nhân, rửa tay trước khi ăn, uống nước nấu chín, không ăn thịt cá sống, không dùng phân tươi mà phải ủ phân thật kỹ để bón rau, không đi tiêu bừa bãi, xây cầu tiêu đặt ống cống theo đúng tiêu chuẩn vệ sinh). Thuốc chỉ có tác dụng đối với giun trưởng thành, vì vậy nên uống thuốc hai đợt, đợt sau cách đợt trước 2-4 tuần để diệt trứng và ấu trùng còn sót lại. Nên lưu ý, đa số thuốc giun chống chỉ định đối với phụ nữ có thai và trẻ dưới 2 tuổi.

Có một số thuốc trước đây dùng nhiều nhưng nay không dùng nữa, đó là ***piperazin*** (sử dụng không tiện vì phải uống trong nhiều ngày liên tiếp), ***levamisol*** (không còn dùng trị giun vì có gây tai biến trầm trọng). Thuốc trị giun đang dùng phổ biến hiện nay gồm có: ***pyrantel pamoat*** và các thuốc có nhân hóa học chung là ***benzimidazol*** (được gọi là các dẫn chất benzimidazol) là ***mebendazol***, ***albendazol***. Thuốc đang được dùng nhiều nhất hiện nay là mebendazol.

Mebendazol là thuốc trị giun được ghi trong danh mục thuốc thiết yếu Việt Nam ban hành lần thứ năm năm 2005. Đây là thuốc có hoạt phổ rộng, tức là công hiệu trị cùng lúc các loại giun: giun kim, giun đũa, giun tóc, giun móc, tác động bằng cách ức chế, ngăn cản sự tiêu thụ chất dinh dưỡng của các loại giun. Nói một cách chi tiết hơn, mebendazol ức chế sự thành lập các ống tiêu quản trong cơ thể

của giun (giun chỉ hoạt động bình thường nhờ có các ống tiêu quản này) nếu không có các ống tiêu quản, giun không tiêu thụ được đường glucose và chết đi. Theo một số tài liệu, mebendazol còn có tác dụng diệt trứng của giun đũa, giun tóc.

Mebendazol không độc nên liều dùng cho người lớn và trẻ em trên 2 tuổi là giống nhau, khi dùng thuốc không phải nhịn ăn hoặc uống kèm thuốc tẩy xổ giống như dùng các thuốc trị giun cổ điển trước đây. Thuốc tránh dùng cho phụ nữ có thai, đặc biệt ba tháng đầu thai kỳ.

Liều dùng: Uống 100mg 2 lần trong ngày (sáng và chiều), uống trong ba ngày. Hoặc uống **một liều duy nhất 500mg để trị các loại giun**. Nên uống liều lặp lại 2-4 tuần sau.

Albendazol trị hiệu quả các loại giun mà mebendazol trị được, ngoài ra albendazol còn trị được giun tóc và sán dây. Trị các loại giun: người lớn và trẻ trên 2 tuổi uống liều duy nhất 400mg.

Nên kiêng uống rượu trong thời gian 24 giờ sau khi dùng hai thuốc kể trên.

ThuVienOnline

NHỮNG ĐIỀU VỀ SỐT VÀ TRỊ SỐT CHO TRẺ

Sốt là gì?

Sốt là hiện tượng thân nhiệt tăng cao hơn bình thường, được quy ước khi thân nhiệt trên 38°C. Sốt nhẹ là từ 38°C đến 38,9°C. Trên 39°C là sốt cao. Để đo thân nhiệt cần có nhiệt kế và đo ở trực tràng (nhét vào hậu môn) hoặc ngâm ở miệng. Nếu đo thân nhiệt ở nách phải cộng thêm 0,5°C. Nên lưu ý, ở trẻ con nếu sốt quá cao có thể gây co giật, thậm chí có thể gây tổn thương não trầm trọng ở trẻ sơ sinh.

Các yếu tố nguyên nhân nào gây ra sốt?

Sốt chỉ là triệu chứng do nhiều nguyên nhân bệnh gây ra. Trước hết, sốt có thể do bị bệnh nhiễm trùng như bị nhiễm siêu vi (cảm cúm), vi khuẩn (viêm phổi, thương hàn), ký sinh trùng (sốt rét). Sốt có thể không do nhiễm trùng mà do các yếu tố khác như: thuốc (sốt do thuốc), độc tố (thức ăn, rượu), bệnh do rối loạn cơ thể (ung bướu), thiếu nước (khi bị tiêu chảy mất nước). Thậm chí không tìm được nguyên nhân được gọi là *sốt không rõ nguyên nhân*. Rất cần thiết tìm ra nguyên nhân để chữa trị. Nguyên nhân bệnh được giải quyết, sốt có thể tự khỏi.

Khi nào nên đưa trẻ đến cơ sở y tế?

Các trường hợp sau nên đưa trẻ đi bệnh viện hoặc đến khám bác sĩ:

- *Sốt nhẹ nhưng kéo dài*. Đặc biệt ở trẻ, trẻ bị sốt nhẹ nhưng kéo dài có thể bị bệnh lao sơ nhiễm, bị bệnh về máu.
- *Sốt cao kèm theo một triệu chứng*. Trẻ bị sốt xuất huyết kèm theo sốt cao còn có các vết bầm tím, chấm xuất huyết ngoài da hoặc đau bụng. Hoặc trẻ sốt cao kèm theo thở khó, ho có thể bị viêm phổi.

Có thể hạ sốt bằng cách không dùng thuốc?

Có thể hạ sốt bằng cách giải nhiệt ngoài da như sau:

- Để bệnh nhi nằm ở chỗ *thoáng mát* (nghĩa là nhiệt độ nơi nằm phải thấp hơn nhiệt độ cơ thể 5-6°C và nhớ tránh gió lùa).
- Cho bệnh nhi mặc quần áo mỏng, thoáng (tránh thói quen ủ, trùm nhiều quần áo chần mền).
- Lau bằng nước ấm (30-32°C, tức nước có nhiệt độ vừa phải, chứ không phải nước quá lạnh, nước đá). Nhúng khăn và lau toàn thân bệnh nhi.

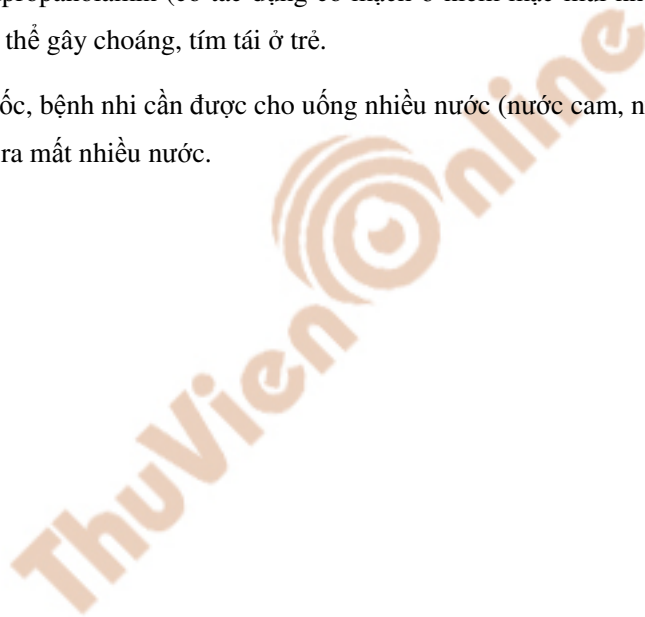
Thuốc nào có thể tự sử dụng?

- Thuốc có thể tự sử dụng là *Paracetamol* (acetaminophin) tránh dùng aspirin ở trẻ con vì có thể trẻ bị sốt xuất huyết hoặc nếu trẻ bị sốt do nhiễm siêu vi (bị cảm cúm, ban, trái rạ) dùng aspirin sẽ có nguy cơ bị hội chứng Reye nguy hiểm.

Cần uống thuốc hạ sốt đúng liều lượng (nên xem kỹ hướng dẫn sử dụng thuốc hoặc hỏi dược sĩ tại nhà thuốc).

- Đối với trẻ con, nên dùng dạng thuốc thích hợp là dạng *thuốc lỏng* (dùng dung dịch uống như thuốc giọt uống hoặc dùng gói sủi bọt, được hòa vào một lượng nước để uống). Đối với trẻ sơ sinh, có thể dùng dạng *thuốc đạn* nhét hậu môn (Fabrectol, Algotropyl). Lưu ý, nhiều biệt dược trị cảm sốt hiện nay ngoài thành phần là paracetamol còn chứa thêm các dược chất khác như ephedrin, pseudoephedrin, phenylpropanolamin (có tác dụng co mạch ở niêm mạc mũi nhằm trị sổ mũi) không được dùng cho trẻ vì có thể gây choáng, tím tái ở trẻ.

Ngoài việc dùng thuốc, bệnh nhi cần được cho uống nhiều nước (nước cam, nước chanh hoặc dung dịch Oresol) do sốt gây ra mất nhiều nước.



NHỨC ĐẦU

Nhức đầu là gì?

Nhức đầu là có triệu chứng đau ở vùng đầu và đau là một kinh nghiệm phức tạp, không chỉ là sự khó chịu về mặt cảm giác mà còn liên quan đến vấn đề tình cảm, tâm lý. Các thống kê ở các phòng khám ước tính một nửa bệnh nhân đến gặp bác sĩ vì bị nhức đầu.

Những yếu tố nguyên nhân nào gây ra nhức đầu?

Nhức đầu là triệu chứng của rất nhiều nguyên nhân. Có thể kể như sau:

- Nguyên nhân nội sọ: như bị u não, viêm màng não, co dẫn mạch máu đưa đến nhức nửa đầu.
- Nguyên nhân tại chỗ: tai-mũi-họng (viêm các xoang), răng hàm mặt (sâu răng, lệch khớp cắn), mắt (rối loạn khúc xạ như bị cận thị, viễn thị), xương khớp (thoái hóa cột sống cổ).
- Nguyên nhân toàn thân: gồm rất nhiều bệnh nội khoa, thậm chí do tăng huyết áp hoặc bị táo bón.
- Nguyên nhân nhiễm trùng (cúm, viêm phổi, sốt rét...) hoặc ngộ độc (ngộ độc rượu, ngộ độc thuốc).

Ngoài ra còn do nguyên nhân tâm lý (làm việc quá căng thẳng) hay có loại *nhức đầu không xếp loại được*.

Khi nào nên khuyên bệnh nhân đi bệnh viện?

Những trường hợp sau nên khuyên đưa bệnh nhân đi bệnh viện:

- *Nhức đầu kéo dài*: Dùng thuốc giảm đau có cải thiện nhưng sau đó đau lại tái phát và tình trạng như thế kéo dài trong thời gian dài.
- *Nhức đầu bộc phát và dữ dội*: Người đang khỏe mạnh đột nhiên nhức đầu dữ dội, có thể kèm theo ói mửa.
- *Nhức đầu âm ỉ kéo dài* và sau đó xuất hiện triệu chứng rối loạn tâm thần.

Tất cả các trường hợp có sự nghi ngờ nên khuyên người bệnh đi khám bệnh vì chẩn đoán nguyên nhân nhức đầu có khi đòi hỏi kiến thức chuyên môn rộng của nhiều chuyên khoa và nhiều loại xét nghiệm.

Thuốc nào có thể tự sử dụng để trị nhức đầu?

Nên lưu ý, để trị nhức đầu chủ yếu phải điều trị nguyên nhân (phần này thuộc bác sĩ chuyên khoa). Riêng người bệnh có thể tự sử dụng thuốc giảm đau để trị triệu chứng và chỉ nên dùng thuốc giảm đau

bậc 1 được đề xuất bởi Tổ chức Y tế thế giới. Tức là, có thể tự dùng thuốc *Paracetamol* (acetaminophen) hoặc *aspirin* hoặc thuốc chống viêm không steroid (viết tắt NSAID) như ibuprofen, diclofenac để trị nhức đầu. Nên chọn Paracetamol vì sự an toàn. Đặc biệt, những người thuộc loại yếu dạ dày, bị hen suyễn hay có vấn đề về tim mạch không nên dùng thuốc aspirin hay NSAID.

Trẻ bị đau đầu - chăm sóc như thế nào?

Thông thường trẻ bị sốt sẽ có triệu chứng đau nhức như đau đầu kèm theo. Thuốc Paracetamol có tác dụng hạ sốt giảm đau sẽ trị đau nhức kèm theo ở trẻ. Nếu trẻ bị đau đầu đơn thuần, có thể cho trẻ dùng Paracetamol theo liều dành cho trẻ trong ngày. Nếu sau một ngày dùng thuốc, triệu chứng đau không đỡ hoặc tái phát, nên đưa trẻ đến bác sĩ khám bệnh.

ThuVienOnline

THUỐC TRỊ BỆNH NHỨC NỬA ĐẦU

Bệnh nhức nửa đầu còn gọi là bệnh *migraine* do xuất phát từ chữ *hemicrania* (hemi có nghĩa là một nửa và cranie là sọ đầu), *hemicrania* sau một thời gian dài chuyển dạng và được đọc trại là *migraine*. Đây là bệnh tương đối phổ biến, chiếm 10% dân số, nữ thường bị nhiều hơn nam. Người bệnh nhức đầu với cơn đau thường khu trú nửa bên đầu, đau theo nhịp mạch đập (đau giật giật), có thể kèm theo nôn, buồn nôn, sợ ánh sáng, sợ tiếng động, trước khi đau có thể có một số triệu chứng báo trước: rối loạn thị giác, rối loạn ngôn ngữ... Tuy nhiên, có khi bệnh có các biểu hiện phức tạp đòi hỏi phải có sự chẩn đoán phân biệt với các loại bệnh nhức đầu khác bởi bác sĩ chuyên khoa.

Nguyên nhân bệnh nhức nửa đầu

Nguyên nhân của bệnh nhức nửa đầu chưa được giải thích rõ ràng mà chỉ có một số giả thuyết cố gắng làm rõ một phần cơ chế bệnh sinh. Cơn đau xuất hiện có thể do sự tham gia của nhiều yếu tố mạch máu ở đầu (đau do trước co mạch sau đó giãn mạch), các chất trung gian hóa học (trong đó có vai trò của serotonin), sự tích tụ bất thường calci bên trong tế bào thần kinh... Người ta còn ghi nhận, ở phụ nữ cơn đau nhiều khi liên quan đến thời gian trước khi hành kinh. Bệnh không đưa đến tử vong nhưng làm cho người bệnh khổ sở vì các cơn đau đầu tái diễn làm ảnh hưởng đến sinh hoạt cuộc sống.

Thuốc trị nhức nửa đầu

Về thuốc, người ta chia ra làm 2 loại: loại thuốc điều trị cắt cơn *migraine* và loại thuốc phòng ngừa cơn.

1. Loại thuốc điều trị cắt cơn *migraine*: Đây là loại thuốc được dùng khi cơn đau xảy ra, lại được phân làm 2 loại:

- *Loại không chuyên biệt* (non-specific) là thuốc chỉ trị triệu chứng làm giảm đau trong trường hợp bị cơn đau nhẹ, gồm có *thuốc giảm đau* (Aspirin, Paracetamol) hoặc *thuốc kháng viêm không steroid NSAID* (naproxen, diclofenac, ibuprofen). Người ta còn kết hợp dùng thêm thuốc chống nôn *metoclopramide* (Primperan) như dùng thuốc giảm đau phối hợp với *metoclopramide* nhằm để giúp thuốc giảm đau dễ hấp thu hơn và nhất là làm giảm triệu chứng nôn thường kèm theo chứng nhức nửa đầu.
- *Loại chuyên biệt* (specific) là thuốc tác động trực tiếp đến quá trình bệnh lý đưa đến chứng nhức nửa đầu, gồm có *dihydroergotamine* (một dẫn chất lấy từ nấm cựa gà) và một thuốc thuộc loại mới là *sumatriptan*

(thuốc tác động chọn lọc trên thụ thể 5-HT₁ của chất sinh học serotonin và khá hiệu quả trong điều trị migraine nặng).

Ở ta hiện nay, thuốc điều trị cắt cơn *migraine* hay được dùng là *dihydroergotamine* kết hợp với *metoclopramide*. Trong điều trị cắt cơn, sau khi dùng liều khởi đầu có thể phải dùng liều lặp lại sau 30 phút đến 1, 2 giờ (tùy theo thuốc). Cần lưu ý đến các tác dụng phụ của thuốc: gây viêm loét dạ dày tá tràng đối với *aspirin*, *NSAID*; ảnh hưởng đến mạch máu của *dihydroergotamine*; mệt mỏi, chóng mặt, đỏ bừng mặt, có cảm giác ép chặt ngực đối với *sumatriptan*.

2. Loại thuốc phòng ngừa cơn migraine: đây là thuốc giúp cho việc tránh các cơn đau tái phát (nếu chỉ điều trị cắt cơn không thôi, các cơn đau sẽ tái diễn như cũ). Thuốc dùng phòng ngừa gồm nhiều loại: *propranolol* (thuốc ức chế beta thường được dùng trị cao huyết áp, *flunarizine* thuốc ức chế calci, ngăn chặn sự tích tụ ion calci trong tế bào thần kinh), *amitriptyline* (thuốc chống trầm cảm loại 3 vòng *pizotifen* (thuốc kháng serotonin), *methysergide* (cũng là loại thuốc kháng serotonin)... Ta thấy có nhiều loại thuốc được dùng để phòng ngừa cơn và việc lựa chọn thuốc thích hợp chỉ có thể dựa vào kiến thức chuyên môn của bác sĩ điều trị. Bác sĩ sẽ lựa chọn thuốc này tùy theo thể trạng, sự dung nạp thuốc của người bệnh vào hiệu quả của thuốc (làm giảm số lần cơn đau, cường độ đau) và tác dụng phụ của thuốc. Thí dụ như người bệnh bị hen suyễn thì không được dùng *propranolol*. Các thuốc dùng để phòng ngừa cơn đều có các tác dụng phụ từ nhẹ như gây buồn ngủ, làm tăng trọng (pirozifen) đến gây hội chứng thần kinh ngoại tháp (*flunarizine*).

Phần trình bày về thuốc ở trên cho thấy việc dùng thuốc trong điều trị và phòng ngừa bệnh nhưc nửa đầu là phức tạp. Đối với người thường xuyên bị nhưc nửa đầu và nghi bị bệnh nhưc nửa đầu, tốt nhất nên đến khám ở bác sĩ. Bác sĩ sẽ chẩn đoán xác định bệnh và chỉ định thuốc đúng đắn. Bác sĩ sẽ chọn thuốc tốt nhất điều trị cắt cơn phối hợp với thuốc phòng ngừa cơn. Rất cần có sự hợp tác tốt giữa người bệnh và thầy thuốc bởi vì việc dùng thuốc cần phải đủ liều, đủ thời gian. Thuốc phòng ngừa cơn thường chỉ cho hiệu quả sau khi dùng vài tháng và phải theo đúng chỉ dẫn về thời điểm dùng thuốc, cách giảm liều dần dần như thế nào.

Khi điều trị bệnh nhưc nửa đầu, ngoài việc dùng thuốc nên lưu ý tránh các yếu tố khởi phát hoặc làm tăng cơn đau như tránh dùng rượu, bia, sô-cô-la, bột ngọt (mì chính), sự căng thẳng thần kinh - tâm lý (stress). Phụ nữ thì tránh dùng thuốc ngừa thai có chứa estrogen.

ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG NGỪA CÁC BỆNH LIÊN QUAN ĐẾN MŨI

Bệnh tai mũi họng nói chung hiện nay rất phổ biến ở nước ta. Theo thống kê, bệnh lý này chiếm 30% các bệnh thường gặp và xảy ra ở 3 cơ quan tai, mũi, họng. Riêng các bệnh lý về mũi như: viêm mũi họng cấp, viêm mũi dị ứng, viêm xoang cấp và mạn, do ô nhiễm môi trường và thời tiết thay đổi thất thường, nên bệnh thường xảy ra và số người mắc có huynh hướng tăng cao. *Viêm mũi dị ứng* còn được gọi là “*viêm mũi xoang dị ứng*” bởi vì các xoang mặt đều có lỗ thông với hố mũi ở tại các khe mũi và khi đã bị viêm mũi rất dễ dẫn đến viêm xoang. Viêm mũi dị ứng là bệnh có các triệu chứng như ngứa mũi, sổ mũi, nghẹt mũi và có thể kèm ngứa, chảy nước mắt. Còn khi bị viêm xoang, ngoài nghẹt mũi, sổ mũi kéo dài, nước mũi đặc màu vàng đôi khi màu xanh, còn bị nhức đầu, nhức vùng trán, vùng cằm, ổ mắt, đau mỗi gáy (tùy vào vị trí xoang bị viêm).

Các loại thuốc trị bệnh lý về mũi

Mục tiêu điều trị các bệnh lý về mũi là giảm đến mức tối thiểu các triệu chứng và lựa chọn các thuốc vừa hiệu quả vừa ít có tác dụng phụ độc hại. Có nhiều nhóm thuốc trị bệnh lý về mũi và được phân ra 2 loại *thuốc uống* và *thuốc dùng tại chỗ* (nhỏ hoặc phun xịt vào mũi) như sau:

Loại thuốc uống

Nhóm thuốc uống kháng histamin trị dị ứng: như clorpheniramin, loratidin giúp giảm triệu chứng ngứa mũi, ngứa mắt, sổ mũi, chảy nước mắt nhưng không có tác dụng đối với nghẹt (tắc) mũi.

Nhóm thuốc uống cường giao cảm gây co mạch: gồm ephedrin, pseudoephedrin, phenylpropanolamin, giúp thông mũi, trị nghẹt mũi tốt.

Nhóm thuốc uống glucocorticoid: như prednison, dexamethason, chỉ uống khi bị viêm mũi xoang nặng và mạn tính.

Nhóm thuốc uống kháng sinh: dùng khi bệnh lý về mũi có liên quan đến nhiễm khuẩn.

Loại thuốc dùng tại chỗ (nhỏ hoặc phun xịt vào mũi):

Thuốc co mạch nhỏ mũi: chứa dược chất như naphthazolin, oxymetazolin... có tác dụng thông mũi tốt nhưng chỉ nên nhỏ mũi trong thời gian ngắn 7 ngày. Lý do là nếu dùng lâu bị quen thuốc, bị hiệu ứng “dội” phải tăng liều, nếu không tăng liều bị nghẹt mũi nặng hơn, đưa đến vòng lẩn quẩn là bị “*viêm mũi do thuốc*”. Đối với trẻ nhỏ, không nên dùng thuốc nhỏ mũi loại này vì có thể gây choáng, tím tái.

Thuốc glucocorticoid xịt mũi: thuốc hiệu quả trong trị viêm mũi dị ứng, dùng lâu dài nhằm phòng ngừa viêm mũi dị ứng.

Thuốc nhỏ mũi hoặc phun xịt NaCl 0,9% (chứa dung dịch còn được gọi là *nước biển, nước muối sinh lý*): có tác dụng rửa mũi, giải tỏa dịch nhầy trong mũi giúp thông thở và giảm sổ mũi. Nên dùng thuốc loại này cho trẻ con giúp thông, sạch mũi.

Phòng ngừa các bệnh liên quan đến mũi

Người dễ bị bệnh liên quan đến mũi thường là người có cơ địa nhạy cảm, dễ bị dị ứng. Vì vậy cần thực hiện các biện pháp sau:

- Giữ ấm khi trời trở lạnh, tránh dùng thuốc và thực phẩm gây dị ứng; làm sạch thông thoáng môi trường để không tiếp xúc với bụi nhà, khói thuốc lá; không nuôi hoặc tiếp xúc với vật nuôi (chó, mèo) gây dị ứng.

- Không nên sử dụng cây hít mũi thường xuyên như một thói quen vì sẽ gây nghẹt mũi do thuốc.

- Không dùng tay ngoáy mũi để tránh tổn thương niêm mạc mũi.

- Kiên trì rèn luyện thân thể, tránh uống rượu, tránh hít khói thuốc lá để nâng cao mức đề kháng của cơ thể.

- Nếu cần, có thể dùng nước ấm hoặc nước muối sinh lý để vệ sinh, rửa mũi.

Xin được nhắc lại, trẻ con không nên dùng *thuốc nhỏ mũi có tác dụng co mạch* mà chỉ nên dùng dung dịch nước muối sinh lý nêu trên giúp thông, sạch mũi mới an toàn.

THUỐC TRỊ BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ

Sa sút trí tuệ (dementia) là hội chứng do thoái hóa thần kinh, biểu hiện bằng sự suy giảm nhiều chức năng thần kinh cao cấp, trong đó có giảm trí nhớ, mất dần nhận thức, gây ảnh hưởng nặng nề về nhiều chức năng và chất lượng của cuộc sống. Ở ta, sa sút trí tuệ chưa được cộng đồng quan tâm nhiều. Bản thân người bệnh khi bắt đầu có những biểu hiện của suy giảm trí nhớ thường cho là biểu hiện bình thường của tuổi già. Đa số các trường hợp sa sút trí tuệ (chiếm 70%) là bệnh Alzheimer, còn lại là sa sút trí tuệ mạch máu, sa sút trí tuệ thùy trán, sa sút trí tuệ thể Lewy v.v... cần lưu ý các dấu hiệu cảnh báo sau về sa sút trí tuệ diễn tiến dần đến bệnh Alzheimer như sau: hỏi đi hỏi lại mãi một câu hỏi hoặc kể hoài cùng một câu chuyện; quên những hoạt động trước đây thường xuyên làm dễ dàng; mất khả năng tính toán thu chi; bị lạc ở nơi trước đây quen thuộc, xao lãng việc vệ sinh tắm rửa, phải dựa vào người khác quyết định việc trước đây có thể tự xử lý. Khi người bệnh có những triệu chứng trên, rất cần đưa đến cơ sở chuyên khoa để được bác sĩ khám, phát hiện bệnh và điều trị sớm.

Quá trình sinh lý bệnh dẫn đến sa sút trí tuệ và hình thành bệnh Alzheimer liên quan đến 4 giai đoạn:

- Hình thành những mảng ở não gọi là protein beta-amyloid (gọi tắt amyloid) có hại, gây độc và làm chết tế bào thần kinh;
- Tế bào thần kinh bị tổn thương và bị chết, trong đó có liên quan đến quá trình viêm;
- Thiếu hụt các chất dẫn truyền thần kinh nằm trong hệ cholinergic mà chất dẫn truyền thần kinh chủ yếu là acetylcholin. Và nếu enzyme cholinesterase hoạt động mạnh sẽ làm thiếu hụt acetylcholin;

Do tế bào thần kinh và chất dẫn truyền thần kinh bị thiếu hụt, sẽ dẫn đến suy giảm nhận thức và thay đổi hành vi của người bệnh.

Các nhóm thuốc trị bệnh sa sút trí tuệ

Từ hiểu biết về quá trình sinh lý bệnh trong bệnh Alzheimer dẫn đến có 4 nhóm thuốc được dùng điều trị sa sút trí tuệ:

1. Các thuốc ngăn chặn, ức chế sự hình thành amyloid:

Đây là hướng được nghiên cứu nhiều nhưng vẫn chưa có thuốc nào chứng tỏ thật hữu hiệu. Đã có nghiên cứu bào chế vaccin dùng kháng thể kháng amyloid. Hoặc có nghiên cứu dùng các statin (nhóm thuốc bị rối loạn lipid máu) hoặc dùng thuốc chống viêm không steroid (NSAID trị bệnh lý viêm xương khớp) để làm giảm sự thành lập amyloid.

2. Các thuốc bảo vệ tế bào thần kinh:

- Chất chống oxy hóa:

Có 3 vitamin: vitamin C, vitamin E và beta-caroten (tiền vitamin A) và chất khoáng là selen được xem là chất chống oxy hóa chống lại gốc tự do gây hại tế bào. Ngoài ra còn có dược thảo Ginkgo biloba (bạch quả chứa bioflavonoid), trà xanh (chứa polyphenol) cũng có tác dụng chống oxy hóa. Tuy nhiên, dùng chất chống oxy hóa chỉ có tác dụng hỗ trợ chứ một mình chúng không thể điều trị sa sút trí tuệ.

- Thuốc đối kháng thụ thể NMDA:

Năm 2003, cơ quan FDA Mỹ chấp thuận cho lưu hành thuốc memantine có tác dụng kháng thụ thể NMDA (viết tắt của N-Methyl-D-Aspartate) để trị bệnh Alzheimer vừa và nặng. Nhờ đối kháng thụ thể NMDA, memantine giúp bảo vệ tế bào thần kinh chống lại tác dụng độc do sự kích hoạt của bệnh đối với các thụ thể glutamate.

3. Các thuốc ức chế cholinesterase:

Có 4 thuốc được FDA Mỹ chấp thuận cho dùng điều trị bệnh Alzheimer nhẹ và vừa: tacrine (sử dụng năm 1993), donepezil (1997), rivastigmine (2000), galantamine (2001). Ta nên biết, hoạt động thần kinh tốt khi hệ cholinergic hoạt động điều hòa, chất dẫn truyền thần kinh acetylcholin không bị enzyme cholinesterase thủy phân quá đáng làm cho thiếu hụt. Các thuốc kháng hay ức chế cholinesterase sẽ bảo tồn hệ cholinergic giúp hoạt động thần kinh tốt hơn, cải thiện được trí nhớ và nhận thức.

Tác dụng phụ thường hay gặp của nhóm thuốc này là buồn nôn, nôn, biếng ăn, tiêu chảy. Để hạn chế tác dụng phụ nên dùng liều thấp ban đầu và tăng liều từ từ, uống thuốc cùng với bữa ăn. Bốn thuốc thuộc nhóm có cùng cơ chế tác động nên khi dùng một thuốc không có đáp ứng hoặc mất đáp ứng khi điều trị dài ngày có thể thay thế thuốc khác thuộc nhóm. Riêng galantamine ngoài tác dụng ức chế cholinesterase (cụ thể là ức chế acetylcholinesterase) còn tăng cường hệ cholinergic bằng cách điều vận thụ thể nicotinic (vì thế, được cho là có tác dụng kép).

4. Các thuốc điều chỉnh hành vi:

Trong sa sút trí tuệ có sự thay đổi hành vi của người bệnh và các rối loạn hành vi tăng dần theo sự tiến triển của bệnh. Vì vậy, có một số thuốc được dùng thêm như:

- Thuốc chống trầm cảm (trazodone, đặc biệt có nhóm thuốc mới gọi tắt là nhóm SSRI như fluvoxamine, paroxetine...) dùng trị rối loạn trầm cảm.

- Thuốc chống loạn thần không điển hình (risperidone, olanzapine) để trị rối loạn tâm thần phân liệt.
- Thuốc chống động kinh (divalproex, gabapentine)
- Thuốc an thần giải lo (nhóm benzodiazepin tác dụng như triazolam) để trị lo âu.

Khi dùng chung với thuốc ức chế cholinesterase, các thuốc điều chỉnh hành vi có thể được giảm liều.

