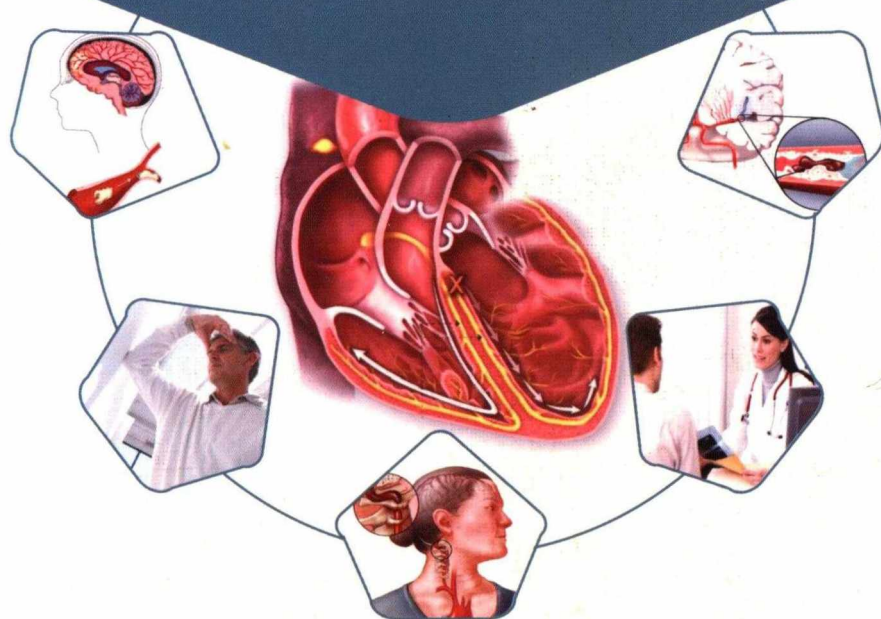


Y HỌC THƯỜNG THỨC

PHÁT HIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ

BỆNH ĐỘT QUÝ



NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI

CÁC NỐI TRỊ THỨC VĂN HOÁ

Nhà sách **Thăng Long**

2 Bis Nguyễn Thị Minh Khai - Q.1 - TP. HCM * ĐT: 9102062 * FAX: 9102063 * E-mail: nshanglong@hcm.fpt.vn * Website: http://www.hanglong.com.vn

<https://tieulun.hopto.org>

PHÁT HIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘT QUỴ

BIÊN MỤC TRÊN XUẤT BẢN PHẨM CỦA THƯ VIỆN QUỐC GIA VIỆT NAM

Hà Sơn

Phát hiện và điều trị bệnh đột quỵ / Hà Sơn, Khánh Linh. - H.
: Nxb. Hà Nội, 2011. - 368tr. : minh họa ; 21cm

1. Đột quỵ 2. Chẩn đoán 3. Điều trị
616.8 - dc14



HNE0009p-CIP

✓ Những thư viện mua sách của Nhà sách Thăng Long được biên mục
chuẩn Marc 21 miễn phí.

✓ Dữ liệu được Nhà sách Thăng Long chép vào đĩa mềm, hoặc gửi email
đến thư viện, hoặc download từ trang web: thanglong.com.vn

Tác giả

PHÁT HIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘT QUY



NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI
HA NOI PUBLISHING HOUSE



LỜI NÓI ĐẦU

Não là cơ quan quan trọng nhưng phức tạp nhất trong cơ thể con người. Nó chứa khoảng 20 tỷ tế bào, có vai trò đảm nhận mọi hoạt động của cơ thể. Trong não, chất xám chiếm tỷ lệ tương đối lớn. Đó là những tế bào thần kinh (nơron thần kinh) có nhiệm vụ xử lý thông tin. Ngoài ra, trong não có chứa chất trắng, là những dây thần kinh có nhiệm vụ gửi các thông tin bằng hóa chất và truyền thông tin giữa các tế bào thần kinh. Bất kỳ tổn thương nào ở não cũng sẽ gây ảnh hưởng tới các tế bào thần kinh. Đột quy là một trong những căn bệnh nguy hiểm phát sinh ở não, nó liên quan mật thiết đến cơ quan quan trọng của cơ thể, đó là tim.

Trong cuộc hội thảo bàn về "Chương trình đào tạo cơ bản điều trị đột quy" của bộ Y tế kết hợp với Tổ chức Đột quy thế giới (WSO) diễn ra gần đây, đã đưa ra cảnh báo về tính chất nguy hiểm của bệnh đột quy. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân đột quy đứng thứ 2 thế giới, chỉ sau bệnh nhồi máu cơ tim. Chỉ riêng trong năm 2006, có tới 5 triệu người tử vong do đột quy. Những di chứng để lại sau đột quy cũng rất nghiêm trọng, phổ biến là bệnh nhân bị liệt nửa người hoặc liệt toàn thân, mất ý thức...

Đối tượng dễ mắc bệnh đột quy thường là những người ở độ tuổi trung niên và cao tuổi, tỷ lệ mắc bệnh ở nam lớn hơn ở nữ. Tuy nhiên, áp lực công việc, thói quen ăn uống thiếu khoa học, ít vận động... đã và đang dần trẻ hóa những bệnh nhân của bệnh đột quy.



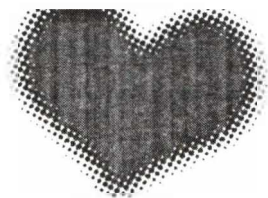
Bệnh đột quỵ có thể được xem là hiểm họa đối với con người, nhưng điều đó không có nghĩa là nó không thể chữa trị và phòng tránh. Chúng ta cần thiết phải xây dựng và phổ biến chương trình chăm sóc bệnh nhân đột quỵ cấp tính cũng như mạn tính. Đó là biện pháp hiệu quả và thiết thực trong việc giảm tỷ lệ tử vong do bệnh đột quỵ. Cuốn sách **Phát hiện và điều trị bệnh đột quỵ** sẽ cung cấp cho các bạn những kiến thức cần thiết về cách phòng , trị và chăm sóc bệnh nhân đột quỵ.

Chúng tôi hy vọng cuốn sách sẽ mang lại những điều bổ ích cho các bạn.

Trong quá trình biên soạn cuốn sách khó tránh khỏi thiếu sót. Rất mong nhận được những ý kiến đóng góp của bạn đọc để cuốn sách hoàn thiện hơn trong lần tái bản.

Chúc các bạn sức khỏe, thành công!

NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI



Chương một

NHỮNG KIẾN THỨC CƠ BẢN VỀ CHỨNG ĐỘT QUY





1. Đột quy là gì?

Đột quy (stroke): Còn gọi là trúng gió, tai biến mạch máu não, là sự phát bệnh cấp tính, do trở ngại tuần hoàn máu cục bộ não, gây ra những rối loạn trong chức năng thần kinh, thời gian tồn tại triệu chứng ít nhất 24 giờ.

Triệu chứng và sự phát triển của bệnh ở các bộ phận trùng khớp với các khu vực cung cấp máu cho các huyết quản bị ảnh hưởng. Khi xuất hiện trở ngại chức năng huyết quản não, gây ra tình trạng mê man, như tim đột ngột ngừng đập dẫn đến toàn bộ não thiếu máu không thuộc triệu chứng đột quy. Bệnh huyết quản não cấp tính căn cứ theo thời gian kéo dài triệu chứng lâm sàng mà phân thành phát tác thiếu máu não tạm thời (TIA) và đột quy. Như vậy có thể thấy rằng, bệnh huyết quản não cấp tính bao gồm cả đột quy, nhưng không đồng nghĩa với đột quy.

Đột quy căn cứ vào quá trình phát triển của bệnh phân thành đột quy tiến triển và đột quy hoàn toàn; dựa vào bệnh lý thay đổi phân thành đột quy tính thiếu máu, đột quy tính xuất huyết và đột quy hỗn hợp. Đột quy tính thiếu máu bao gồm tắc mạch máu não, ách tắc máu não và hoại tử não nút xoang; đột quy tính xuất huyết bao gồm xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện và xuất huyết não; đột quy hỗn hợp chỉ người bệnh đồng thời hoặc trước và sau khi xuất hiện những ổ bệnh mới xuất huyết não và hoại tử não, biểu hiện lâm sàng tương đối ít.



Điều đáng chú ý là không phải tất cả đột quy đều xuất hiện triệu chứng liệt nửa người, như xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện và hoại tử não nứt xoang. Cũng không phải tất cả trường hợp liệt nửa người đều do đột quy gây ra, như u não, sưng tấy phần não bệnh biến tính chiếm vị cũng có thể xuất hiện trạng thái liệt nửa người. Nhưng nguyên nhân bệnh lại không giống nhau, vì thế mà phương pháp trị liệu cũng khác nhau.

2. Đột quy có những loại thường gặp nào?

Hiện nay y học phân loại bệnh đột quy não thành các loại như sau:

- Xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện.
- Xuất huyết não.
- Hoại tử do xuất huyết.
- Hoại tử não.
- Hoại tử não do tắc mạch máu, xơ vữa động mạch.
- Ách tắc máu não.
- Hoại tử không có triệu chứng.
- Nguyên nhân khác.

3. Những nguyên nhân nào gây ra bệnh đột quy não?

- Bệnh biến thành mạch máu: Bệnh biến thành mạch máu là cơ sở của đa số bệnh biến huyết quản não phát sinh, thường gặp nhất là xơ cứng động mạch, cao huyết áp và xơ vữa động mạch. Tiếp đến là các nguyên nhân dẫn đến viêm động mạch như kết hạch, bệnh giang mai, bệnh trùng xoắn đầu móc, các bệnh huyết quản bẩm sinh (như u động mạch dị hình huyết quản)



và các nguyên nhân khác như ngoại thương, xét nghiệm sinh thiết, đưa ống dẫn vào cơ thể gây tổn thương huyết quản, uống thuốc có chứa số độc tố dẫn đến gây bệnh cho huyết quản...

- Thay đổi huyết dịch: Cao huyết áp là yếu tố gây bệnh chủ yếu dẫn đến đột quỵ do xuất huyết, còn huyết áp thấp tạm thời và dung lượng máu không đủ lại dẫn đến đột quỵ não do thiếu máu.

- Thay đổi thành phần máu: Thay đổi độ nhớt của máu, như chứng tế bào hồng cầu tăng lên, chứng huyết thanh dị thường dẫn đến độ nhớt trong máu quá cao, có thể gây hoại tử não. Huyết bản tăng hay giảm cũng có thể dẫn tới xuất huyết và hoại tử não, chức năng huyết bản giảm có thể dẫn tới đột quỵ do xuất huyết. Máu đông hay chức năng làm tan các sợi huyết gặp trở ngại, như máu chậm đông, bệnh máu trắng... đều có thể dẫn đến đột quỵ do thiếu máu hoặc do xuất huyết.

- Các bệnh về tim: Bệnh tim do phong thấp, rung tâm nhĩ, bệnh tim bẩm sinh, sa van 2 lá... dẫn đến sự bong tróc tắc mạch máu gần thành mạch trong tim là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến nghẽn tắc máu trong não bắt nguồn từ tim.

- Các nguyên nhân khác: Các tác nhân gây tắc như tế bào ung thư, ký sinh trùng, chất béo, khí trong huyết quản, huyết quản não bị áp lực, co giật, ngoại thương, và các trường hợp không rõ nguyên nhân khác.

Ngoài ra còn có những nhân tố dẫn đến đột quỵ não như:



- Lao lực quá độ.
- Thay đổi tư thế đột ngột.
- Ăn uống bữa bãi.
- Khí hậu thay đổi thất thường.
- Các nguyên nhân như sốt, đi ngoài dẫn đến thiếu máu gây hoại tử não, sử dụng thuốc hạ huyết áp không đủ liều hoặc quá liều.

4. Đột quy có bao nhiêu nhân tố nguy hiểm?

- Cao huyết áp: Cao huyết áp là nhân tố nguy hiểm gây ra xuất huyết não và hoại tử não các nghiên cứu cho thấy, sau khi khống chế được các nhân tố nguy hiểm, huyết áp co lại mỗi lần tăng 10mmHg, tăng tỷ lệ phát bệnh đột quy não lên 49%, áp dẫn mỗi lần tăng 5mmHg, tăng tỷ lệ phát bệnh đột quy não 46%. Vì vậy, khống chế huyết áp có ý nghĩa quan trọng đối với việc khống chế quá trình phát sinh đột quy não.

- Bệnh tim: Bất kể huyết áp đang ở tình trạng như thế nào, thì người bị bệnh tim có nguy cơ phát bệnh đột quy cao gấp 2 lần so với người bình thường. Đối với đột quy não do thiếu máu, mức độ nguy hiểm tương đối của bệnh tim do cao huyết áp và bệnh vành tim bình quân là 2:2, bệnh tim bẩm sinh là 1:7. Theo ước tính đột quy não do thiếu máu có khoảng 20% là do ách tắc máu bắt nguồn từ tim.

- Bệnh tiểu đường: Là yếu tố nguy hiểm gây nên các bệnh liên quan đến mạch máu não. Hiện nay ở Mỹ, số người mắc bệnh tiểu đường tăng cao, tỷ lệ người bị đột quy cũng không ngừng tăng lên. Tính nguy hiểm của



người mắc bệnh tiểu đường bị đột quỵ cao gấp 2 lần người bình thường. Một nghiên cứu khác cho biết, mức độ nặng nhẹ của bệnh mạch máu não có liên quan với lượng đường trong máu và mức độ không chế bệnh tình của người mắc bệnh tiểu đường.

- Mỡ trong máu dị thường: Mỡ trong máu dị thường với bệnh mạch máu não có quan hệ mật thiết, sử dụng statins (một loại thuốc mới giống như aspirin có tác dụng hạ mức cholesterol, giảm nguy cơ mắc các bệnh tim mạch...) điều trị dự phòng có thể làm giảm 19 - 31% sự nguy hiểm của phát sinh đột quỵ.

- Hút thuốc lá: Hút thuốc lá đã được chứng minh là nhân tố nguy hiểm gây nên bệnh đột quỵ não. Nó chủ yếu ảnh hưởng đến hệ thống mạch máu và máu toàn thân, như làm tăng nhanh sự xơ cứng động mạch, tăng cao nồng độ sợi gốc albumin trong máu, kích thích huyết bản kết lại với nhau. Mức độ nguy hiểm đột quỵ não do thiếu máu là 2,5 - 5,6.

- Uống rượu: Uống rượu có liên quan trực tiếp đối với đột quỵ não do xuất huyết. Đối với đột quỵ não do thiếu máu, ảnh hưởng của việc uống rượu như thế nào vẫn còn đang được tiếp tục nghiên cứu. Nhưng uống rượu với liều lượng lớn trong thời gian dài và trúng độc cồn cấp tính được chứng minh là nhân tố nguy hiểm dẫn đến hoại tử não ở thanh thiếu niên. Người già uống nhiều rượu cũng là nhân tố nguy hiểm của đột quỵ não do thiếu máu.

- Động mạch cổ nhỏ hẹp.



- Béo phì.
- + Các nguyên nhân khác:
- + Chứng tăng homocysteine trong máu
- + Hội chứng trao đổi (thay thế).
- + Thiếu vận động thể dục thể thao.
- + Dinh dưỡng ăn uống không hợp lí.
- + Uống thuốc tránh thai.
- + Nhân tố nguy hiểm thúc đẩy sự đông máu.

5. Tắc động mạch là gì?

Tắc động mạch là hiện tượng những cục máu đông hình thành bên trong thành huyết quản. Khi các yếu tố vật lý, hóa học gây ra tổn thương bên trong thành huyết quản, huyết bản (chất làm đông máu) sẽ tập trung lại ở đó, thực hiện chức năng hồi phục dẫn đến hình thành những cục máu đông. Các cục máu đông gây tắc đó dần dần lan rộng, làm cho nội xoang huyết quản bị hẹp, gây tắc mạch máu. Cục máu đông đến một mức độ nào đó sẽ bong rời ra và theo huyết lưu chảy dọc suốt cơ thể, có thể dẫn đến tắc mạch máu não. Chỗ cục máu đông bong ra do nội mạc huyết quản bị tổn thương, lại hình thành tắc mạch máu mới, hình thành vòng tuần hoàn ác tính.

6. Xơ cứng động mạch não là gì?

Xơ cứng động mạch não là một loại bệnh biến tính mạn tính và biến đổi, phát triển thêm của tắc mạch máu não. Xơ cứng động mạch dựa vào bệnh lý chia thành 2 loại:



- Xơ vữa động mạch: Do quá trình trao đổi chất béo gặp trở ngại hoặc các dòng chảy của máu va chạm vào nhau, nội mạc động mạch bị sưng viêm làm cho nội mạc huyết quản động mạch bị tổn thương. Thành phần chất béo trong máu thấm vào nội mạc, làm chi nội mạc dày lên, hình thành những hạt nhỏ li ti dẫn đến hẹp huyết quản. Trong hệ thống động mạch não, những nhánh động mạch chủ ngoài khoang sọ, bộ phận khởi nguồn, bộ phận dẫn động mạch trong cổ đều dễ phát sinh xơ vữa động mạch.

- Xơ cứng lan rộng các mao mạch: Cao huyết áp thời kỳ đầu, dưới áp lực của các huyết lưu quá cao, các động mạch nhỏ li ti của cơ trơn trong não co lại, khoang ống quản co hẹp để giữ cho máu não lưu thông ổn định. Nhưng khi lực va chạm của các huyết lưu vượt quá sức co giãn của cơ trơn màng trong, thì khoang ống quản bị phình to, đồng thời tính thấm hút của thành huyết quản tăng, thành phần huyết tương thấm dễ dàng thấm vào huyết quản gây hoại tử dạng xơ các mao mạch. Cao huyết áp trong thời gian dài, các tế bào cơ trơn động mạch nhỏ phình to tăng thêm, thành quản tái cấu tạo, dày hơn, khoang ống quản co hẹp, quá trình thay thế bổ sung của nội mạc làm cho nội mạc càng dày hơn, khoang ống quản co hẹp lại.

Xơ cứng động mạch não và triệu chứng xơ cứng động mạch não khác nhau cả ở biểu hiện lâm sàng, mức độ nặng nhẹ của bệnh và tính chất bệnh. Xơ cứng động mạch não xảy ra phần lớn ở người già và người trung niên, nhưng chỉ ở một mức độ nhất định mới biểu hiện



triệu chứng lâm sàng đặc trưng ra ngoài, lúc này được gọi là chứng xơ cứng động mạch não. Vì vậy bị xơ cứng động mạch não không nhất định phải là chứng bệnh xơ cứng động mạch não. Khi được bác sỹ chuẩn đoán là bị xơ cứng động mạch não thì không nên quá lo lắng rằng mình đã mắc chứng bệnh xơ cứng động mạch.

7. Tắc mạch máu não là gì?

Tắc mạch máu não là hiện tượng các vật thể lạ trong máu đi vào động mạch não gây cản trở dòng máu. Khi các nhánh tuần hoàn bị tắc không thể thay thế được, tổ chức não bộ mà động mạch cung cấp máu không đủ dẫn đến bị thiếu máu, làm hoại tử các tổ chức này gây ra trạng thái khuyết tật chức năng thần kinh tương ứng. Tắc mạch máu não chiếm 15 - 20% tỷ lệ đột quy não do thiếu máu.

Những cục máu đông gây tắc mạch máu não đại đa số được sinh ra từ tim, chiếm 70%, chủ yếu các bệnh về tim như bệnh tim bẩm sinh, viêm nội mạc tim do cảm nhiễm, sa van 2 lá, rung tâm nhĩ, hội chứng bệnh thái nút xoang tâm nhĩ... tiếp đó là những vật thể gây tắc không phải bắt nguồn từ tim như khí nội huyết quản, chất béo, ký sinh trùng, tế bào ung thư.

8. Hoại tử não do nút xoang và xuất huyết hoại tử não là gì?

- Hoại tử não do nút xoang não là một loại hình thường gặp của hoại tử não, chiếm 20% tỷ lệ các nguyên nhân gây đột quy não. Hoại tử não do nút xoang là hoại



tử từng ổ nhỏ ở cán não hoặc bán cầu não. Chủ yếu do xơ cứng các động mạch lớn, động mạch nhỏ trong não do cao huyết áp gây ra. Số ít có thể liên quan tới xơ vữa động mạch hoặc vật thể gây tắc sinh ra từ tim. Đường kính vùng não bị hoại tử thường trong khoảng 2 - 15mm, lớn nhất không vượt quá 20mm. Biểu hiện lâm sàng và cảm giác đau khi bị hoại tử có liên quan với nhau, có thể không có triệu chứng, thông thường phải qua 2 lần kiểm tra sức khoẻ mới phát hiện ra bệnh.

- Xuất huyết hoại tử não là căn bệnh nối tiếp của hoại tử não, sẽ phát sinh xuất huyết não. Cơ thể phát sinh là sau khi động mạch bị tắc, phần huyết quản ở đoạn tắc bị thiếu máu, sau đó tê liệt, căng phồng, vật thể gây tắc bị đẩy hoặc tách nhỏ ra, cùng với huyết lưu được đẩy đi một đoạn xa. Đoạn động mạch đó đã bị hoại tử thiếu máu từ trước, huyết dịch bị chảy hoặc rỉ ra ngoài huyết quản, tạo thành hoại tử xuất huyết. Hầu hết là xuất huyết ở từng điểm hoặc từng vùng, có thể hình thành vùng sung huyết rộng, chủ yếu gặp ở hoại tử não diện tích rộng, tắc mạch máu não, làm tan tắc, sau khi dùng các phương pháp trị liệu chống đông cứng làm tan tắc nghẽn.

9. Tại sao vào khoảng thời gian gần sáng dễ phát hiện hiện tượng hoại tử não?

Hiện nay, y học cho rằng, vấn đề này liên quan đến quy luật sinh học của một số vật chất hoạt tính trong huyết tương và huyết áp của cơ thể con người.



Cơ thể con người do chịu ảnh hưởng của nhịp điệu sinh học, huyết áp vào ban ngày và ban đêm lên xuống thất thường một cách rõ rệt. Khi ngủ say, huyết áp giảm xuống, máu chảy chậm hơn rất dễ gây hiện tượng tắc máu. Cơ thể con người vào sáng sớm, khoảng từ 2 - 6 giờ, chất catecholamin trong máu, hoạt tính gốc abuymin tăng cao, độ nhớt của máu, tính đông cứng cũng tăng cao tương đối. Đồng thời khi ngủ, cơ thể ở trạng thái nghỉ ngơi, không ăn uống không vận động, không được bổ sung nước, mà máu lọc thận càng làm cho lượng máu giảm, huyết dịch càng trở nên đặc, càng dễ gây tắc. Ngoài ra, tư thế ngủ cũng có ảnh hưởng. Khi ngủ, phần cổ đặt không thẳng sẽ đè lên động mạch cổ, làm cho huyết lưu lên não không thông suốt. Vì vậy cần chú ý đến tư thế khi ngủ so cho không gây cản trở đến quá trình máu lưu thông. Đồng thời trước khi ngủ, uống một lượng vừa đủ nước đun sôi để nguội, sẽ tốt cho việc phòng bệnh mạch máu não.

10. Hoại tử não và nhũn não có phải chỉ là một?

Hoại tử não và nhũn não về cơ bản là giống nhau, nhưng không hoàn toàn là một. Trong bệnh lý học, thường thì hoại tử tổ chức do thiếu sự vận chuyển lưu thông máu được gọi là hoại tử. Có rất nhiều lý do dẫn đến hoại tử, trong đó chủ yếu là các nguyên nhân gây tắc. Khi tổ chức bộ não thiếu máu, thiếu oxy được gọi là hoại tử não. Vì trong cấu trúc bộ não có khá nhiều chất mỡ, cấu trúc sau khi bị hoại tử sẽ rất nhanh dịch hoá trở nên mềm nhũn, trong bệnh lý gọi là nhũn não.



Diễn biến bệnh lý sau khi hoại tử chia thành 3 giai đoạn: Giai đoạn hoại tử, giai đoạn nhũn hoá và giai đoạn hồi phục.

+ Giai đoạn 1 là sau 1 - 2 ngày hoại tử, cục bộ cấu trúc bị hoại tử sưng tấy, cứng hơn bình thường một chút.

+ Giai đoạn 2 là sau 2 - 3 ngày hoại tử, cấu trúc bị hoại tử sẽ bị mềm đi, thay đổi đến trạng thái dầu mang màu vàng nhạt.

+ Giai đoạn 3 là sau 2 - 6 tuần hoại tử, phần hoại tử sẽ co lại thành vết lõm, những vết sẹo xuất hiện.

11. Thế nào là phương pháp trị liệu thông tắc?

Mục đích của phương pháp trị liệu thông tắc là khôi phục nhanh lại hệ tuần hoàn máu, mô não, thu nhỏ diện tích hoại tử, cải thiện tình trạng bệnh.

Cơ chế làm tan cục máu đông: Làm tan cục máu đông chủ yếu dựa vào phương pháp làm tan tơ huyết trong cục máu đông. Sự phân tơ huyết chủ yếu dựa vào plasmin. Plasmin không chỉ phân tơ huyết và gốc albumin, làm tan cục máu đông mà còn giáng phân nhiều loại protein của huyết tương, bao gồm nhiều nhân tố gây trong huyết tương, đồng thời tồn tại một mức thuốc ức chế plasmin ở một lượng nhất định, như α_2 - kháng plasmin cho tới α_2 - phân biệt globin, có thể tạm thời ức chế các plasmin tự do trong máu. Còn đối với các plasmin gần kề với bề mặt tơ huyết thì tác dụng chậm lại. Vì vậy, plasmin có thể phân giải một cách hiệu quả



những cục máu đông thành các chất phân tử huyết có thể hòa tan.

Sau khi tắc mạch máu não, hệ thống phân hủy fibrin phát huy tác dụng một cách tự nhiên, 44 - 75% huyết quản bị tắc có thể tự nhiên thông lại. Thời gian thông lại chênh lệch từ vài giờ cho đến vài ngày sau khi phát bệnh. Thời kỳ cao nhất là trong 3 - 4 ngày sau khi phát bệnh. Do loại tái thông này đa phần sau vài ngày khỏi bệnh mới xảy ra, mà lúc đó mô não bị thiếu máu đã xuất hiện tổn thương không thể hồi phục. Vì thế, thúc đẩy việc làm tan cục máu đông sớm, hồi phục dòng máu não và phần mô não chưa hình thành sự tổn thương vĩnh viễn trở thành điều then chốt của điều trị đột quỵ não do thiếu máu cấp tính.

12. Có những loại thuốc và phương pháp chủ yếu nào để làm tan máu đông?

- Có 3 loại thuốc chủ yếu sau đây:

+ Streptokinase (SK): Streptokinase là một loại catenin đơn do liên cầu khuẩn tan huyết hợp thành, có phân tử lượng là 48000, một đơn vị SK tương đương với 0,01g protein, thời kỳ bán hủy là 30 phút. Streptokinase không thể trực tiếp hoạt hóa plasminogen. Quá trình hoạt hóa plasminogen của nó chia làm 3 bước: bước thứ nhất là kết hợp với plasminogen hình tạo thành hợp chất; bước thứ 2 là plasminogen thông qua cấu tượng biến hóa, thu được hoạt tính giống như men urokinase; bước thứ 3 là hợp chất SK - plasminogen làm cho plasminogen chuyển hóa thành plasmin.



+ Men urokinase (UK): Hiện nay men urokinase được sử dụng phổ biến là chất chiết xuất từ trong nước tiểu của con người, trong đó 2/3 là UK phân tử lượng cao với phân tử lượng là 55000, 1/3 là UK phân tử lượng thấp với phân tử lượng là 33000, thời kỳ bán hủy trong cơ thể là 15 phút. Men urokinase có thể làm các thành phần hóa học trong plasminogen đứt gãy liên kết hóa học, trực tiếp làm cho plasminogen chuyển hóa thành plasmin.

Đặc điểm giống nhau của hai loại thuốc làm tan máu đông nêu trên có liên hệ đến thuốc làm tan huyết hồng tố tính không chọn lọc, làm cho plasminogen trong cục máu đông trong mạch và huyết tương đều được kích hoạt. Plasmin trong máu đông trong mạch có tác dụng làm tan máu đông trong mạch, còn plasmin trong huyết tương lại có thể dẫn đến chứng plasmin máu cao tạm thời làm cạn kiệt α_2 - kháng plasmin trong máu phản ứng giáng phân các phân tử trong huyết tương làm tan cục máu đông tan cho tới trạng thái chống đông máu toàn thân.

+ Thuốc kích hoạt plasminogen hình mô (rt - PA) : t - PA là thuốc kích hoạt plasminogen tự nhiên của tế bào nội mô tiết ra. Sự hợp thành bên ngoài cơ thể của r - PA được bắt đầu năm 1981. Năm 1985, thông qua kỹ thuật tái tổ hợp DNA đã sản xuất ra lượng lớn t - PA. Thực nghiệm bên ngoài cơ thể đã chứng minh đặc tính sinh hóa của rt - PA cơ bản phù hợp với t - PA được tinh chế, thời kỳ bán hủy của nó là 5 phút. rt - PA có thể kết hợp một cách có chọn lọc với huyết hồng tố của bề mặt máu đông. Hợp chất sau khi kết hợp có lực hoá học rất cao đối với



plasminogen, cục bộ làm cho plasminogen chuyển hóa thành plasmin một cách có hiệu quả. Quá nhiều plasmin sẽ bị α_2 - kháng plasmin trong huyết tương ức chế. Loại làm tan cục máu đông này của rt - PA rất ít khi sinh ra trạng thái kháng đông máu toàn thân. Đặc điểm này cũng là điểm khác biệt căn bản của nó với SK và UK. Tuy nhiên giá tiền của nó lại rất đắt nên đã hạn chế ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng.

- Phương pháp điều trị làm tan máu đông bao gồm 2 phương pháp cơ bản, là: Phương pháp điều trị nhỏ giọt nội tĩnh mạch và phương pháp điều trị nội động mạch chọn lọc.

- Yêu cầu về thời gian làm tan máu đông

Do thiếu máu chỉ tồn tại trong vài giờ, vì vậy mà đa số thời gian trị liệu lâm sàng hạn chế trong khoảng 6 - 8 giờ. Sau khi xuất hiện triệu chứng bệnh, chụp CT hộp sọ vẫn chưa hình thành ổ bệnh mật độ thấp. Trên lý luận, thời gian trị liệu càng sớm càng tốt, trong 90 phút xuất hiện trạng thái bệnh thì bắt đầu điều trị ngay. Hiệp hội bệnh về tim mạch AHN và hội thần kinh học (ANN) của Mỹ khuyên rằng, người bệnh đột quỵ não tính thiếu máu phát bệnh trong vòng 3 giờ hãy áp dụng phương pháp trị liệu rt - PA.

13. Chỉ định, chống chỉ định và chứng bội phát của việc làm tan máu đông có những đặc điểm gì?

- Chỉ định của phương pháp trị liệu làm tan máu đông: Có các tiêu chuẩn lựa chọn ca bệnh dùng phương pháp chữa tan máu đông sau:



+ Độ tuổi dưới 75 tuổi.

+ Không bị rối loạn nhận thức. Nhưng đối với người bệnh hình thành động mạch đáy do chẩn đoán bệnh không chính xác, thì hôn mê càng sâu.

+ CT não loại bỏ xuất huyết trong sọ, và mật độ thấp của tổn thương chức năng hệ thống thần kinh không rõ rệt tương ứng nhau.

+ Tiến hành trị liệu tan máu đông trong 6 giờ phát bệnh. Nhưng nếu là đột quỵ não có nguy cơ phát triển trầm trọng hơn, có thể kéo dài thời gian đến 12 giờ.

+ Người bệnh hoặc gia đình ký tên đồng ý.

- Chống chỉ định phương pháp trị liệu tan cục máu đông: Hội bệnh về tim mạch của Mi cho tới hội thần kinh học của Mi đưa ra chống chỉ định phương pháp trị liệu tan máu đông đối với các trường hợp sau:

+ Uống thuốc kháng đông hay tiền enzyme đông huyết thời gian vượt quá 15 giây.

+ Trong 48 giờ đầu uống men chống đông huyết heparin.

+ Trong 3 giờ đầu bị một lần đột quỵ não khác hoặc chấn thương phần đầu.

+ Trong 14 ngày đầu đã làm đại phẫu thuật.

+ Trước khi điều trị áp suất tâm thu vượt quá 185mmHg, hoặc áp suất tâm trương vượt quá 110mmHg.

+ Hệ thống thần kinh cải thiện nhanh chóng.

+ Tổn hại chức năng thần kinh mức độ nhẹ, mất điều hoà vận động, rối loạn cảm giác, rối loạn cấu âm, hoặc liệt dương mức độ rất nhẹ.



+ Trước đây đã từng bị xuất huyết não.

+ Đường huyết thấp hơn 50mg/dl hoặc cao hơn 400mg/dl.

+ Khi khởi bệnh đột quỵ não kèm theo động kinh, hoặc trong 21 lần gần nhất, bộ phận dạ dày, ruột hoặc hệ thống tiết niệu xuất huyết hoặc gần thời gian đó phát sinh hoại tử cơ tim.

- Chứng bội phát của phương pháp trị liệu tan máu đông:

+ Các loại xuất huyết.

+ Tái tổn thương truyền dịch.

+ Tái hoại tử.

14. Hội chứng đạo máu não là gì?

Hội chứng đạo máu não (steal syndrome) là chỉ khi huyết quản động mạch nhỏ hẹp hoặc bị tắc do các nguyên nhân khác nhau, dẫn đến áp lực động mạch ngoại biên của nó giảm xuống rõ rệt. Vì tác dụng của ống dẫn mà làm cho huyết lưu các động mạch gần đó chảy ngược tới động mạch có huyết áp thấp hơn, bổ sung cung cấp máu cho nó. Sự cung cấp máu cho động mạch bị giảm ít đi dẫn tới thiếu máu ở các khu cung cấp máu, triệu chứng lâm sàng gọi là "hội chứng hội chứng đạo máu não". Chủ yếu bao gồm 3 loại sau:

- Hội chứng đạo máu não động mạch dưới xương đòn (sub - clavian steal syndrome, SSS) : Là chỉ hiện tượng khi động mạch dưới xương đòn một bên hoặc động mạch gần nó nhỏ hẹp hoặc bị tắc trước động mạch đốt sống.



Máu của động mạch đốt sống bên bị bệnh chảy ngược (thậm chí còn lấy mất cả máu của máu trong động mạch đốt sống từ bên kia) đến biên tâm ngoại động mạch dưới xương đòn cung ứng chi trên bên bị bệnh. Vì vậy dẫn đến triệu chứng cung ứng máu không đủ cho động mạch đáy đốt sống, gọi là hội chứng đạo máu não động mạch dưới xương đòn. Nguyên nhân thường gặp nhất là xơ vữa động mạch, thường gặp nhất là những người bệnh cao tuổi. Sau đó là viêm động mạch, như viêm động mạch tính đa phát, viêm quanh động mạch do u bướu, viêm động mạch do cảm nhiễm, phần nhiều là người bệnh ít tuổi. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu chia thành 3 phương diện:

+ Thể chứng và triệu chứng cung cấp máu không đủ cho động mạch đáy đốt sống, như chóng mặt, ngất xỉu, nhìn không rõ, hoa mắt, mất điều hoà vận động, cấu âm rối loạn, nuốt thức ăn khó khăn, đau đầu, vận động hoặc cảm giác toàn thân dị thường.

+ Thể chứng và triệu chứng thiếu máu chi trên, như mất lực sau khi hoạt động cơ trên mà chuyển biến tốt sau khi nghỉ ngơi, cảm giác lạnh, đau nhức, cảm giác lạ thường, da nhợt đi hoặc bị tím tái, triệu chứng khi giờ tay lên nặng hơn. Nhịp đập của động mạch nhanh động mạch cơ cánh tay hoặc động mạch dưới xương quai xanh bên bị bệnh suy yếu hoặc mất đi, huyết áp bên bị bệnh thấp hơn bên không bị bệnh hơn 20mmHg trở lên.

+ Còn lại, phần trên xương đòn, khu động mạch dưới xương đòn có thể nghe tạp âm huyết quản khi tâm thu. Tiến hành đối chiếu huyết áp 2 chi trên, kiểm tra



TCD... đều giúp cho việc chuẩn đoán, chuẩn đoán chính xác dựa vào chụp X-quang huyết quản.

- Hội chứng đạo máu não động mạch cổ (carotid steal syndrome): Nguyên nhân là do động mạch trong cổ bị tắc gây ra. Khi một bên động mạch trong cổ bị hẹp hoặc bị tắc, áp lực động mạch ngoại biên giảm, dòng máu phân dòng thông qua động mạch chảy từ bên cơ thể khỏe mạnh sang bên cơ thể bị bệnh. Nó dẫn tới biểu hiện lâm sàng của hệ thống động mạch trong cổ là bên khỏe mạnh bị thiếu máu và bán cầu não cung cấp máu không đủ, được gọi là hội chứng đạo máu động mạch cổ. Huyết dịch cũng có thể đi qua động mạch cổ từ động mạch đáy đốt sống chảy ngược vào khu cung cấp máu cho động mạch trong cổ ở bên cơ thể bị bệnh. Đồng thời dẫn tới biểu hiện lâm sàng cung cấp máu không đủ cho động mạch đáy đốt sống, cũng được gọi là hội chứng đạo máu động mạch cổ. Trường hợp này còn có thể nhận được sự bổ sung máu cả từ động mạch trong cổ bên khỏe và hệ thống động mạch đáy đốt sống, tạo thành sự thiếu máu của hai tổ chức não khu cung cấp máu, xuất hiện triệu chứng và thể trạng tương ứng. Khi động mạch trong cổ của cả hai bên bị hẹp lại hoặc bị tắc, cung cấp máu bổ sung có thể đến từ hệ thống động mạch đáy đốt sống hoặc hệ thống động mạch ngoài cổ. Vì vậy nó sẽ xuất hiện biểu hiện lâm sàng thiếu máu ở khu cung cấp máu của hai hệ thống này.

- Hội chứng đạo máu não động mạch đáy đốt sống (vertebrobasilar stral syndrome): Là chỉ khi động mạch



đáy của đốt sống bị hẹp hoặc bị tắc, dòng máu đi qua động mạch cổ từ động mạch trong cổ chảy ngược vào khu cung cấp máu động mạch đáy đốt sống, dẫn đến hệ thống động mạch trong cổ cung cấp máu không đủ, xuất hiện biểu hiện lâm sàng tương ứng. Loại hình này rất hiếm gặp.

Phương pháp trị liệu của hội chứng đạo máu não dựa theo tình trạng bệnh và nguyên nhân gây bệnh mà quyết định. Có thể tiến hành điều trị tương ứng đối với xơ vữa động mạch hoặc viêm động mạch. Chú ý hạn chế sử dụng thuốc làm dẫn huyết quản, vì nó có thể càng làm tăng sự đạo máu. Đối với việc các triệu chứng có thể tái phát, ảnh hưởng tới cuộc sống bình thường hoặc công việc, cần cân nhắc lựa chọn điều trị bằng phẫu thuật, như phẫu thuật cắt bỏ nội mạc, phẫu thuật tạo hình giá đỡ nội mạc.

15. Xuất huyết não là gì?

Xuất huyết não là xuất huyết trong não không do ngoại thương tính nguyên phát, còn gọi là xuất huyết não tự phát, chiếm 20 - 30% tỷ lệ bệnh huyết quản não cấp tính, tỷ lệ phát bệnh là 60 - 80 người/10 vạn người/năm, tỷ lệ chết do bệnh kỳ cấp tính là 30 - 40%, cao nhất trong huyết quản não cấp tính. Xuất huyết bán cầu não chiếm khoảng 80% trong xuất huyết não, xuất huyết cầu não và tiểu não chiếm khoảng 20%.

- Nguyên nhân bệnh: Nguyên nhân bệnh thường gặp nhất là cao huyết áp kèm theo xơ cứng tiểu động mạch



và mao mạch. Các nguyên nhân khác bao gồm: Dị hình động mạch não, u động mạch, các bệnh về máu (bệnh máu trắng, thiếu máu do rối loạn tái sinh, ban xuất huyết do giảm huyết bản, chứng máu khó đông và bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm), xuất huyết sau hoại tử, bệnh huyết quản, bệnh moyamoya, viêm động mạch não, điều trị thông huyết hoặc chống đông máu, u não di căn hoặc nguyên phát phá hoại huyết quản.

- Cơ chế phát bệnh: Thành động mạch trong não yếu, tế bào tầng trung và mô liên kết ngoại mạc giảm, mất đi lớp đàn hồi phía ngoài. Cao huyết áp trong thời gian dài, làm cho tiểu động mạch và các mao mạch phát sinh biến dạng cho tới hoại tử chất xơ, tính đàn hồi của thành quản giảm. Khi huyết áp đột nhiên tăng cao, huyết quản sẽ dễ vỡ và xuất huyết. Khi huyết lưu va chạm vào nhau, bệnh biến thành huyết quản cũng sẽ dẫn đến hình thành các u động mạch nhỏ li ti. Khi huyết áp đột nhiên tăng loại giảm thất thường, những u động mạch nhỏ li ti này sẽ vỡ ra, dẫn đến xuất huyết não. Vị trí phát bệnh của xuất huyết não do cao huyết áp gặp nhiều nhất là ở phần đáy, chủ yếu là do cung ứng cho các nơi đó phát ra từ động mạch có góc vuông trong não, trên cơ sở đã có bệnh biến huyết quản, sau khi chịu áp suất tương đối lớn của các huyết lưu dễ dẫn đến huyết quản nứt vỡ.

- Bệnh lý: Bộ phận thường gặp của xuất huyết não là hạch, chiếm 30 - 50% xuất huyết toàn bộ não. Sau đó là não trung gian, thùy não, cầu não, tiểu não cho đến



não thất. Xuất huyết não của các nguyên nhân bệnh khác nhau thì phương thức xuất huyết cũng không giống nhau. Bệnh cao huyết áp, huyết áp thấp u động mạch não, dị hình tĩnh động mạch não thường dẫn đến vỡ huyết quản, lượng xuất huyết lớn, bệnh tình tương đối nặng; bệnh về máu, viêm động mạch não cho đến hoại tử bộ phận xuất huyết thường biểu hiện là xuất huyết trạng thái điểm hoặc vùng, lượng xuất huyết nhỏ, triệu chứng tương đối nhẹ. Bán cầu não bên xuất huyết sưng lên, nếp cuộn não rộng, rãnh não nông, huyết dịch có thể phá vỡ chảy vào hệ thống não thất hoặc chảy vào khoang dưới màng mạng nhện. Sau khi xuất huyết não do hiệu ứng chiếm vị của hiện tượng sung huyết, cho tới tổ chức não xung quanh huyết sung sưng tấy, dẫn đến áp suất trong khoang sọ tăng cao, làm cho tổ chức não chịu áp suất mà di chuyển vị trí. Xuất huyết bán cầu não trên, huyết xung trào xuống phía dưới phần dưới não trung gian và cầu não, làm cho nó biến hình, di chuyển và xuất huyết thứ phát. Đồng thời thường xuất hiện thoát vị lều tiểu não, dẫn tới kết cấu đường trung tâm di chuyển xuống dưới, có thể hình thành thoát vị trung tâm, như khi áp suất trong khoang sọ tăng cao rõ rệt hoặc tiểu não xuất huyết lượng lớn thì sẽ phát sinh thoát vị qua lỗ xương chẩm to. Thoát vị não là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tử vong cho người bệnh.

Khi mới xuất huyết có màu đỏ, sau khi hồng huyết cầu thoái biến sẽ hình thành hemosiderin có chứa sắt, vì thế mà nó mang màu nâu. Cục máu đông hòa tan,



thực bào thanh trừ hemosiderin và tổ chức não hoại tử, chất keo tăng, ổ xuất huyết nhỏ hình thành chất keo, ổ xuất huyết lớn hình thành nang, trong khoang nang có chứa các nhân tổ làm thoái hóa huyết hồng tố như hemosiderin cho tới dịch nhầy trong suốt màu vàng.

- Biểu hiện lâm sàng: Căn cứ theo lượng xuất huyết và vị trí xuất huyết không giống nhau mà biểu hiện lâm sàng cũng không giống nhau.

16. Làm thế nào để phân biệt hoại tử não và xuất huyết não?

Bảng 1: Phân biệt hoại tử não và xuất huyết não

	Hình thành huyết sung não	Sự tắc mạch máu não	Xuất huyết não
Độ tuổi phát bệnh.	Người già (60 tuổi trở lên) gặp phải nhiều.	Thanh niên, tráng niên gặp phải nhiều.	Trung niên (50 - 65) gặp phải nhiều.
Nguyên nhân bệnh thường gặp.	Xơ vữa động mạch.	Các loại bệnh tim.	Cao huyết áp cho tới xơ cứng động mạch.
Tiền sử TIA.	Tương đối gặp phải nhiều.	Ít gặp	Ít gặp
Trạng thái khi khởi bệnh.	Đa phần khi ở trạng thái tĩnh.	Không ổn định, phần lớn là từ trạng thái	Đa phần khi ở trạng thái động (kích động, hoạt



		tĩnh sang động).	động).
Phát bệnh khẩn cấp.	Tương đối chậm (tính theo giờ, ngày).	Khẩn cấp nhất (tính theo giây, phút).	Khẩn cấp (tính theo phút, giờ).
Rối loạn ý thức.	Không có hoặc mức độ nhẹ.	Ít gặp, ngắn, tạm thời.	Gặp nhiều, liên tiếp.
Đau đầu.	Đa phần không có.	Ít có.	Đa phần có.
Nôn mửa.	Ít gặp.	Ít gặp.	Gặp nhiều.
Huyết áp.	Bình thường hoặc tăng cao.	Đa phần bình thường.	Tăng cao rõ rệt.
Đồng tử.	Đa phần là bình thường.	Đa phần bình thường.	Bên bị liệt nhiều khi giãn to.
Đáy mắt.	Xơ cứng động mạch.	Có thể thấy tắc động mạch.	Xơ cứng động mạch, có thể thấy võng mạc mất chảy máu.
Liệt nửa người.	Gặp nhiều.	Gặp nhiều.	Gặp nhiều.
Chứng kích thích màng não.	Không có.	Không	Có thể có.



Dịch não tủy (CSF).	Đa phần bình thường.	Đa phần bình thường.	Áp lực tăng cao, gồm máu.
Kiểm tra CT.	Ổ bệnh ở trong não mật độ thấp.	Ổ bệnh ở trong não mật độ thấp.	Ổ bệnh ở trong não mật độ cao.

17. Thế nào là xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện?

Xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện là hiện tượng sau khi huyết quản bộ phận đáy não hoặc bề mặt não bị rạn nứt, máu sẽ chảy vào khoang dưới màng mạng nhện dẫn tới một loại đột quỵ của triệu chứng lâm sàng, còn gọi là xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện tính nguyên phát. Xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện thứ phát là chỉ xuất huyết trong nhu mô não, xuất huyết não thất, huyết quản trong hoặc ngoài màng cứng rạn nứt, máu chảy vào khoang dưới màng mạng nhện. Xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện chiếm 5 - 10% đột quỵ não, tỷ lệ phát bệnh là 6 - 10 người/10 vạn người/năm.

- Nguyên nhân gây bệnh:

+ U động mạch trong khoang sọ. Đây là nguyên nhân gặp nhiều nhất, chiếm 50 - 85%.

+ Dị hình huyết quản não, chủ yếu là dị hình tĩnh động mạch (AMV), thường gặp ở thanh thiếu niên, chiếm khoảng 2%.



+ Bệnh huyết quản dị thường đáy não (bệnh moyamoya), chiếm khoảng 1%.

+ Nguyên nhân khác: U động mạch, viêm huyết quản, sự hình thành huyết xoang hệ thống tĩnh mạch trong khoang sọ, bệnh mô liên kết, các bệnh về máu, u trong sọ, bệnh do rối loạn đông máu, chứng phát kèm theo do sự điều trị chống đông máu.

- Nhân tố nguy hiểm: Nhân tố nguy hiểm chủ yếu của động mạch trong sọ rạn nứt xuất huyết bao gồm hút thuốc lá, cao huyết áp, uống rượu quá mức, đã từng có tiền sử rạn nứt phình động mạch, diện tích phình động mạch lớn, phình động mạch tính đa phát. So sánh giữa người hút thuốc lá với người không hút thuốc lá thì sự phình động mạch của người hút thuốc lá to hơn, thường xuyên xuất hiện phình động mạch hơn.

- Biểu hiện của xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện: Các giai đoạn tuổi tác cho tới giới tính đều có thể phát bệnh, thường gặp ở thanh niên, thậm chí cả ở những người khỏe mạnh, tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới. Đột nhiên phát bệnh, có cảm giác đau đầu mà tốc độ phát bệnh tính theo giây hoặc phút là phương thức khởi bệnh thường gặp. Người bệnh thường có thể miêu tả thời gian và hoàn cảnh phát bệnh một cách rõ ràng. Tâm trạng kích động, vận động mạnh, làm việc quá sức, ho, đi đại tiện, quan hệ tình dục là những nguyên nhân dẫn đến phát bệnh.

Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là đột nhiên lên cơn đau đầu dữ dội, biểu hiện cơn đau dạng đau căng tức



hoặc đau như sắp nổ tung đầu, rất khó chịu. Có thể đau toàn bộ đầu hoặc đau hạn chế từng bộ phận, có lúc đoạn cổ trên cũng xuất hiện cảm giác đau. Đau liên tục không thấy giảm hoặc cảm giác đau tăng lên, đa số có kèm theo nôn mửa, có thể có các triệu chứng thần kinh như rối loạn ý thức hoặc lơ lửng không yên, hôn mê, ảo giác, xuất hiện lên cơn động kinh toàn bộ hoặc bộ phận nhưng ít gặp. Cũng có thể có xuất hiện các triệu chứng như chóng mặt, hoa mắt. Khi số lần phát bệnh nhỏ, có thể thấy chứng kích thích màng não (cổ bị cứng, chứng Kernig, chứng Brudzinski) dương tính, soi đáy mắt có thể phát hiện xuất huyết dưới màng thủy tinh thể, phù thủyng đĩa thị giác hoặc xuất huyết võng mạc mắt. Có thể xuất hiện thể chứng tổn hại chức năng thần kinh tính ổ, như tê liệt dây thần kinh nhãn, liệt nhẹ nửa người, mất ngôn ngữ hoặc rối loạn cảm giác.

Một số người bệnh, đặc biệt là người cao tuổi có các biểu hiện lâm sàng như đau đầu, triệu chứng tinh thần tương đối rõ rệt, nhưng các triệu chứng do màng não bị kích thích thường không điển hình. Người bệnh xuất huyết xung quanh não giữa có triệu chứng tương đối nhẹ, biểu hiện CT là xung quanh cầu não hoặc não giữa có hiện tượng xuất huyết, chụp X-quang huyết quản vẫn chưa phát hiện u động mạch cũng như các dị thường khác. Bình thường không phát sinh tái xuất huyết hoặc rối loạn huyết quản phát chậm, biểu hiện lâm sàng tốt.



18. Tại sao xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện lại dễ tái phát và biến chứng của nó như thế nào?

Xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện dễ tái phát có liên quan đến nguyên nhân gây bệnh của nó. U động mạch khoang sọ thường gặp nhất trong các nguyên nhân gây bệnh, chiếm 50 - 80%. Vì vậy căn cứ theo tình trạng của người bệnh nên tiến hành sớm nhất có thể việc chụp X-quang huyết quản toàn bộ não, tiến hành phẫu thuật đối với tắc mạch máu hoặc thông tắc phình động mạch, để giảm thiểu hiện tượng tái xuất huyết.

Tỷ lệ vong do tái xuất huyết khoảng 50%, trong vòng 24 giờ phát bệnh nguy cơ tái xuất huyết là cao nhất, trong 4 tuần sau đó nguy cơ tái xuất huyết cũng tương đối cao. Tỷ lệ tái xuất huyết sau 14 ngày theo tính toán là 20 - 25%, 1 tháng là 30%, 6 tháng là 40%, mỗi một năm sau là 2 - 4%.

Biểu hiện lâm sàng là khi bệnh tình trong tình trạng ổn định hoặc có chuyển biến tốt, đột nhiên lên cơn đau đầu dữ dội, nôn mửa, rối loạn ý thức, nặng hơn có thể kèm theo chứng co giật, các triệu chứng trước đây càng nặng hơn, hoặc xuất hiện trở lại. Việc chuẩn đoán chính xác chủ yếu dựa vào những biểu hiện nêu trên. CT cho thấy sự tăng cao của xuất huyết máu đã có trước đây, hoặc hàm lượng máu dịch não tăng lên. Những người bệnh khi nhập viện bị hôn mê, những bệnh nhân tuổi cao, nữ giới cho tới những bệnh nhân có triệu chứng áp tâm thu vượt quá 170mmHg có nguy cơ tái xuất huyết tương đối cao.



19. Phình động mạch là gì?

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến động mạch, có thể do khiếm khuyết lớp cơ bẩm sinh thành động mạch, hoặc biến tính lực đàn hồi thành động mạch, hoặc tác dụng kết hợp của cả hai tạo thành bệnh. Sự phát sinh phình động mạch tồn tại khuynh hướng di truyền và tính tập hợp ở mức độ nhất định. Như trong những người bệnh xơ vữa động mạch, tiền sử gia đình bị phình động mạch cho tới bệnh thận đa nang, tỷ lệ mắc bệnh phình động mạch cao, khoảng 4% có u động mạch. Phình động mạch không hoàn toàn là dị thường do bẩm sinh, một bộ phận tương đối là lối sống và thói quen sinh hoạt, làm việc, vận động phát triển thành. Cùng với sự tăng dần của tuổi tác, tính đàn hồi của thành động mạch dần dần yếu đi, dưới sự tác động của huyết lưu sẽ dẫn đến hình thành phình động mạch trạng thái nang, thông thường phát tác ở bộ phận chi nhánh xung quanh đáy não. Phình động mạch dạng thoi phát ra ở động mạch chủ của bộ phận đáy não tương đối lớn. Khi động mạch não xơ cứng, lớp cơ thành động mạch do thay thế mô xơ, lực đàn hồi giảm, dẫn đến nứt đoạn, cholesterol kết tủa ở nội mạc, thành quản bị tổn thương, dưới sự tác động của huyết lưu, dần dần nở rộng, hình thành phình động mạch hình thoi dọc huyết quản.

- Những biến chứng cụ thể

+ Tái xuất huyết: Tỷ lệ tử vong của tái xuất huyết là 50%, nguy cơ tái xuất huyết trong 24 giờ sau khi phát



bệnh là cao nhất, nguy cơ tái xuất huyết trong 4 tuần sau đó cũng tương đối cao. Tỷ lệ tái xuất huyết sau 14 ngày theo tính toán là 20 - 25%, sau 1 tháng là 30%, 6 tháng là 40%, mỗi 1 năm sau là 2 - 4%.

Biểu hiện lâm sàng là khi bệnh tình trong tình trạng ổn định hoặc có chuyển biến tốt, đột nhiên lên cơn đau đầu dữ dội, nôn mửa, rối loạn ý thức, nặng hơn có thể kèm theo chứng co giật, những triệu chứng trước đây biểu hiện nghiêm trọng hơn, hoặc xuất huyết trở lại. Việc chuẩn đoán chính xác chủ yếu dựa vào những biểu hiện nêu trên, CT cho thấy sự tăng cao của hiện tượng xuất huyết đã có trước đây, hoặc hàm lượng máu và dịch não tăng lên. Những người bệnh khi nhập viện bị hôn mê, những bệnh nhân tuổi cao, bệnh nhân là nữ giới cho tới những bệnh nhân có triệu chứng áp tâm thu vượt quá 170 mmHg có nguy cơ tái xuất huyết tương đối cao.

- Co giật huyết quản não: 20 - 30% bệnh nhân bị xuất huyết dưới màng mạng nhện (SAH) xuất hiện co giật huyết quản não, dẫn tới tổn thương do thiếu máu bắt đầu muộn, có thể thứ phát hoại tử não. Co giật huyết quản thường bắt đầu phát tác 3 - 5 ngày sau khi xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện, 5 - 14 ngày là thời kỳ dễ phát bệnh nhất, sau 2 - 4 tuần dần dần giảm đi. Biểu hiện lâm sàng là thay đổi ý thức, tổn hại chức năng thần kinh theo ổ (như liệt nửa người) hoặc cả hai triệu chứng đều xuất hiện. Triệu chứng phình động mạch gần nơi các mô não bị tổn thương thông thường có các biểu hiện tương đối nghiêm trọng.



+ Tràn dịch màng não: 15 - 20% bệnh nhân có thể xuất hiện tràn dịch não do tắc nghẽn cấp tính, đa phần phát sinh trong vòng 1 tuần sau khi xuất huyết, do những cục máu đông trong khoang dưới màng mạng nhện hoặc não thất làm tắc đường tuần hoàn dịch tủy não gây ra. Người bệnh khi tiến hành chụp cắt lớp (CT) biểu thị não thất trương to, kỳ cấp tính đạt tới 35 - 70%. Biểu hiện của người bệnh nhẹ là thêm ngủ, chân tay chậm chạp và trí nhớ trong thời gian gần giảm sút, nặng thì xuất hiện đau đầu, nôn mửa, rối loạn ý thức. Tràn dịch màng não do tắc nghẽn cấp tính đa phần có thể vì xuất huyết mà hút vào, chỉ 3 - 5% người bệnh sau khi bị xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện (SAH) đều để tràn dịch não tắc, biểu hiện là rối loạn tinh thần hoặc bị lú lẫn, bước đi không vững và không kiểm soát được việc tiểu tiện, áp suất dịch não tủy bình thường, vì thế được gọi là tràn dịch não áp suất khoang sọ bình thường. Chụp CT khoang sọ hoặc MRI cho thấy não thất trương to.

+ Biến chứng khác: Sau khi bị xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện (SAH), 5 - 10% người bệnh xuất hiện triệu chứng lên cơn động kinh, trong đó 2/3 bệnh nhân phát bệnh trong vòng 1 tháng, còn lại phát bệnh trong vòng 1 năm. 5 - 30% người bệnh xuất hiện hiện tượng hạ thấp hàm lượng natri trong máu, nguyên nhân, chủ yếu là do bài tiết quá mức hormon chống bài niệu và sự bí nước dẫn tới. Những người bị nặng do tổn thương phần dưới não trung gian có thể xuất hiện rối



loạn chức năng tim bắt nguồn từ dây thần kinh và phù viêm phổi, có liên quan tới lượng catecholamine thất thường và rối loạn chức năng thần kinh giao cảm.

20. Có những dấu hiệu nào báo trước sự phát sinh đột quy não?

Những dấu hiệu báo trước sự phát sinh đột quy não biểu hiện rất đa dạng, trong đó có một số biểu hiện cơ bản sau:

- Chức năng vận động dị thường: Là dấu hiệu thường thấy nhất, biểu hiện chủ yếu là méo mồm, lưỡi cứng, ngôn ngữ không rõ ràng, một bên cơ thể hoạt động không linh hoạt khiến đi lại không vững.

- Chức năng cảm giác dị thường: Thường biểu hiện là cơ thể tê liệt, đau nhức, nhìn mọi vật không rõ, ù tai, thính lực giảm.

- Ý thức tinh thần dị thường: Thường biểu hiện là thèm ngủ, ngủ mê mệt không tỉnh, tình cảm biểu đạt vô thần, tâm lý không ổn định, ngôn ngữ tự chủ giảm, giảm trí nhớ, không nhận ra những sự vật hoặc mọi người xung quanh.

- Những biểu hiện khác: Như đau đầu, chóng mặt, nôn mửa, tim đập nhanh, toát mồ hôi lạnh.

21. Đột quy não có những biến chứng nào?

Những biến chứng thường gặp:

- Hội chứng tim - não: Khi đột quy não cấp tính ảnh hưởng tới các kết cấu của hệ thống vùng biên như não trung gian, dưới não trung gian, hốc mắt, thùy trán,



thùy thái dương... thường dẫn tới thay đổi tim điện đồ của cơ tim do thiếu máu, nhịp tim thất thường cho tới thay đổi các chức năng tim mạch, trong lâm sàng gọi là Hội chứng tim - não. Cùng với sự chuyển biến tốt của bệnh huyết quản não, tâm điện đồ thất thường có thể dần khôi phục.

- Cảm nhiễm phổi: Sau khi bệnh mạch máu não phát sinh, do rối loạn ý thức, khả năng khạc đờm giảm hoặc mất đi, hoặc rối loạn cử động lưỡi làm cho người bệnh dễ phát sinh các bệnh về phổi, trong đó tỷ lệ phát bệnh cảm nhiễm phổi cho tới tỷ lệ tử vong của người bị tai biến mạch máu não đều cao.

- Nghẽn mạch phổi: Bệnh mạch máu não kèm theo tắc phổi, nguồn gốc của những vật gây tắc đa phần bắt nguồn từ những nguyên nhân bên trong, chủ yếu đến từ hệ thống tĩnh mạch hoặc tâm phải đi vào tuần hoàn phổi, tạo thành quá trình sinh lý bệnh lý của động mạch phổi cho tới các nhánh của nó bị tắc. Nghẽn mạch phổi và hoại tử phổi trong lâm sàng có nhiều trường hợp khó phân biệt.

- Xuất huyết đường tiêu hóa cấp tính: Khi đột quỵ não cấp tính, do niêm mạc ruột, dạ dày thiếu máu, acid dạ dày cho tới proteinaza tiết ra tăng lên, phá hoại màng chắn niêm mạc dạ dày, và sự lan tỏa ngược lại của ion hydro, rối loạn trao đổi năng lượng niêm mạc dạ dày, dẫn đến đường tiêu hóa xuất huyết. Đồng thời thần kinh giao cảm hưng phấn mãnh liệt gây xuất hiện co giật huyết quản, có thể dẫn tới rối loạn chức năng dạ



dày. Urea nitrogen trong cơ thể tăng lên làm cho niêm mạc ruột bị kích thích và tổn thương. Khi não bị tổn thương nghiêm trọng, quá trình co bóp của dạ dày giảm, thức ăn còn lưu lại trong dạ dày có thể kích thích tế bào thành ruột tiết ra quá mức lượng acid dạ dày. Dưới sự phản ứng kích thích, thông qua trục “não trung gian dưới - não thùy - tuyến thận”, giải phóng lượng lớn glucocorticoid, chất này có thể làm lượng acid dạ dày tiết ra tăng lên, ức chế protein hợp thành, ngăn chặn sự thay thế tế bào trên dạ dày ruột.

- Suy yếu chức năng thận cấp tính: Suy yếu chức năng thận cấp tính là một trong những biến chứng nghiêm trọng của đột quỵ não cấp tính. Khi nó hình thành, tỷ lệ tử vong tương đối cao, có thể lên tới 49 - 71%. Người bệnh cao tuổi và những người bệnh suy yếu chức năng cơ quan bị biến chứng có tỷ lệ tử vong càng cao. Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến suy yếu chức năng thận cấp tính, thông thường chia thành 3 loại suy thận: suy thận trước thận, suy thận do thận và suy thận sau thận. Do suy yếu chức năng thận cấp tính có 75% trở lên là hoại tử các mạch máu thận cấp tính gây ra, vì vậy có người gọi nó là suy yếu chức năng thận cấp tính. Theo nguyên nhân chủ yếu của nó thì chia thành suy thận do thiếu máu và suy thận do các chất độc đối với thận. Khi đột quỵ não, cơ chế phát sinh suy yếu chức năng thận cấp tính tương đối phức tạp, đa số cho rằng suy yếu thận do trước thận và do thiếu máu.



- Rối loạn chất điện phân nước và mất cân bằng acid - bazơ: Khi bị các bệnh về mạch máu não cấp tính, có thể trực tiếp hoặc gián tiếp kích thích hạch trên mắt của phần dưới não trung gian cho tới thùy não, thúc đẩy hormon chống bài niệu (ADH) tiết ra, dẫn tới các ống quản nhỏ của thận quay lại hút nước tăng lên. Lượng nước thận thải ra giảm, natri trong nước tiểu tăng, hình thành hiện tượng bí nước và chứng natri trong máu thấp. Ngoài ra, khi bị bệnh mạch máu não, nôn mửa, ra mồ hôi cho tới dịch thể đưa vào ít, hàm lượng natri trong quá nhiều đều có thể dẫn tới xuất hiện chứng natri máu thấp. Sử dụng khử nước lợi tiểu tính thẩm thấu manit, người bệnh mạch máu não kèm theo bệnh tiểu đường, đường huyết tăng cao, làm cho lượng lớn các hoạt chất hòa tan thông qua ống quản nhỏ của thận mà dẫn đến lợi tiểu tính thẩm thấu. Tính hòa tan nồng độ ion natri, ion kali trong dung dịch đã lọc giảm thấp, tức là mất nước nhiều hơn mất ion natri, natri trong máu tăng lên. Tiêm quá nhiều natri hydro cacbonat, natri clo hóa tính thẩm cao cũng sẽ dẫn đến chứng natri trong máu cao. Hôn mê, bệnh mạch máu não, ăn kiêng, lượng nước hấp thụ không đủ cũng tạo thành chứng natri trong máu cao.

Nguyên nhân chủ yếu của chứng kali trong máu thấp khi bị bệnh mạch máu não là: Hôn mê, bệnh mạch máu não, ăn kiêng trong thời gian dài, mà lượng kali lại không đủ khi đưa dịch vào; dùng thuốc lợi tiểu; tiêm nhiều lượng insulin và các chất tính kiềm; khi



hình thành glucogen và khi bazơ trong máu chiếm ưu thế, kali di chuyển nhanh vào trong tế bào, kali huyết thanh giảm.

Nguyên nhân chủ yếu của chứng canxi trong máu thấp khi bị bệnh mạch máu não là khi chức năng thận không tốt, sự hấp thụ canxi ở ống quản nhỏ của thận giảm. Lượng hấp thụ canxi cũng giảm khi người bệnh ăn kiêng.

- Sốt: Sốt là triệu chứng kèm theo thường gặp nhất của bệnh mạch máu não cấp tính. Tỷ lệ người bệnh xuất huyết não kèm theo sốt thường gặp nhiều hơn so với sự hình thành tắc mạch máu não, chiếm 80 - 90%, 21% người hình thành máu động mạch chủ có kèm theo sốt. Người bệnh tắc máu não kèm theo sốt chiếm 40%, người bệnh bị hoại tử não phần lớn không sốt. Lên cơn sốt do bệnh mạch máu não cấp tính có 2 loại, trong đó có một loại là lên cơn sốt do cảm nhiễm gây ra. Tuổi phát bệnh của người bệnh mạch máu não thường cao, một số người còn mắc cả bệnh tiểu đường, các bệnh tim phổi mạn tính. Những nhân tố này đều có thể làm giảm sức đề kháng của cơ thể, làm tăng khả năng cảm nhiễm dẫn đến cảm nhiễm các chất vi sinh gây bệnh. Đặc biệt là với những người bệnh mạch máu não cấp tính sau khi rơi vào trạng thái hôn mê, viêm khoang mũi, khí quản tiết ra lượng lớn các chất bài tiết, áp suất cao trong khoang sọ cho tới những vết loét do bị kích ứng đều có thể dẫn đến nôn mửa, gây ra viêm phổi do hít aspirat. Đặt ống thông đường tiểu, dẫn lưu não thất liên tục, luôn



ống vào khí quản hoặc phẫu thuật đều tăng nguy cơ bị cảm nhiễm. Cảm nhiễm lở loét do nằm trên giường lâu ngày dễ dẫn đến lên cơn sốt tính cảm nhiễm; loại sốt thứ 2 là lên cơn sốt không do cảm nhiễm gây ra, như lên cơn sốt chứng viêm do hoại tử vô trùng, hấp nhiệt, sốt khử nước.

- Hội chứng vai - tay: Hội chứng vai - tay là biến chứng thường gặp của chứng liệt nửa thân do bệnh mạch máu não, cũng là một trong những nguyên nhân ngăn cản sự hồi phục chức năng vận động của chi trên. Thường phát ra trong khoảng nửa tháng đến 3 tháng sau khi bị bệnh. Tỷ lệ phát sinh của nó là trên dưới 12%. Đa số trường hợp bệnh nhân bệnh ở bên bị liệt, một tỷ lệ nhỏ phát bệnh ở bên còn lại, tần số phát sinh ở người bệnh hoại tử não cao hơn ở người bệnh xuất huyết não.

- Chứng u sâu: Nội khoa thần kinh gặp tương đối nhiều. Bệnh nhân của chứng u sâu đa phần là bệnh biến thể chất não kèm phát chứng u sâu, như bệnh mạch máu não, u não, chứng sưng viêm...

- Động kinh: Bệnh mạch máu não là một trong những nguyên nhân gây bệnh động kinh tính triệu chứng. Nguyên nhân gây bệnh động kinh tính trì phát ở người thành niên là gặp nhiều nhất. Còn nguyên nhân gây bệnh chủ yếu của bệnh động kinh tính trì phát ở người già và người trung niên cũng là những bệnh về huyết quản não, chiếm 30 - 46%. Tỷ lệ phát sinh của các loại bệnh huyết quản não kèm theo động kinh không giống nhau, xuất huyết não chiếm 4,5 - 12,4%; xuất huyết



khoang dưới màng mạng nhện chiếm 6,2 - 24,6%; hoại tử não chiếm 9,3 - 31,8%; hình thành tắc máu não chiếm 3,0 - 4,9%. Phương pháp điều trị bệnh mạch máu não kèm theo động kinh ngoài việc chữa bệnh mạch máu não thì chủ yếu là tích cực không chế lên cơn động kinh.

- Những biến chứng khác: Như loét hoại tử do nằm quá lâu, phù viêm phổi, suy yếu chức năng của nhiều cơ quan khác.

22. Đột quy có những di chứng nào?

- Liệt nửa người:

Sau khi bị đột quy, sức cơ của nửa bên cơ thể bị bệnh sẽ giảm sút, hoạt động của người bệnh bị hạn chế hoặc không thể hoạt động được. Đây là di chứng thường gặp nhất.

- Trở ngại ngôn ngữ:

Thường có biểu hiện là người bệnh có thể nói được nhưng vốn từ ít, nói rất chậm và khó khăn, hay nói nhầm, nói sai ngữ pháp hoặc không diễn đạt được ý của mình; hoặc người bệnh có thể nói chuyện, viết chữ, đọc chữ, cũng có thể nghe được người khác phát âm song lại không hiểu nội dung người ấy nói gì và kể cả những gì mình nói ra cũng không hiểu; hoặc không thể nói được.

- Tinh thần và trí năng dị thường:

Thường có biểu hiện là biểu đạt tình cảm lạnh nhạt, ngôn ngữ tự chủ giảm sút, hỏi một đằng trả lời một nẻo, giảm trí nhớ, không nhận ra những người xung quanh và cả người thân, cười khóc thất thường, không tự chủ được đại tiện, tiểu tiện.



- Bệnh lú lẫn:

Hiện nay, bệnh đột quỵ là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến bệnh lú lẫn, vượt qua cả bệnh alzheimer. Bệnh lú lẫn là do hoại tử não đa phát và hoại tử não với diện tích lớn gây ra, chủ yếu lan rộng đến các bộ phận đặc biệt của não bộ như trán, thái dương, hệ thống vùng ven. Khi dung tích tổn thương của tổ chức não sau khi bị đột quỵ đạt tới 80 - 150ml, lâm sàng ngay lập tức có thể xuất hiện những biểu hiện lú lẫn, bao gồm các biểu hiện như giảm trí nhớ, khả năng tính toán giảm sút, tình cảm biểu đạt lạnh nhạt, vô thần, ngôn ngữ tự chủ giảm, hỏi một đằng trả lời một nẻo, tâm trạng luôn bất an, không nhận ra những người xung quanh và cả người thân, không thể đảm đương được những việc rất quen thuộc trước kia và khả năng giao tiếp bình thường, cười khóc thất thường, không tự chủ được việc đi đại tiện, tiểu tiện, lạc đường, mặc nhầm quần áo, không thể tự lo cho cuộc sống của mình.

- Chứng trầm cảm:

Trầm cảm là một trong những rối loạn về tình cảm, tâm lý sau khi bị đột quỵ. Trạng thái triệu chứng điển hình là tinh thần sa sút, tư duy trì trệ và hoạt động trí lực bị giảm sút. Theo mức độ nghiêm trọng của bệnh tình mà chia làm hai mức độ nặng và nhẹ.

+ Mức độ nhẹ có biểu hiện là tâm trạng đau buồn, mất đi niềm hứng thú với cuộc sống, luôn lo lắng không vui, khó ngủ, trí nhớ và khả năng tính toán giảm sút, phản ứng chậm chạp, sức khỏe cơ thể giảm sút, sống



khép kín, trốn tránh, không giao lưu với mọi người, xa lánh người thân.

+ Mức độ nặng có biểu hiện căng thẳng, lo âu, bi quan, tuyệt vọng, đau khổ, thậm chí tấn công người khác và có khuynh hướng tự tử, ảnh hưởng lớn tới cuộc sống và sự hồi phục của người bệnh. Cần phải tích cực tiến hành điều trị tâm lý kết hợp với điều trị bằng thuốc.

- Tính cách thay đổi:

Tính cách thay đổi sau khi bị đột quỵ là di chứng thường thấy, chủ yếu biểu hiện thành 3 loại tình trạng sau đây:

+ Tình cảm yếu đuối:

Chủ yếu là hay khóc hay cười trước một sự việc bình thường người bệnh không thể khống chế được cảm xúc của mình, biểu đạt ra sự sung sướng hay đau khổ, đồng thời khó có thể dừng lại, thậm chí còn đến mức làm cho người khác sợ hãi. Nguyên nhân của hiện tượng này là do sự phá hoại thần kinh não bộ, tình cảm không nhận được sự kiểm chế của não bộ nên tự do giải phóng ra ngoài.

+ Lạnh cảm:

Có biểu hiện biểu đạt tình cảm lạnh nhạt, không có cảm xúc trước những sự việc vui hay phiền nộ của người khác, không quan tâm, ngôn ngữ tự chủ giảm sút, phân tán sức tập trung.

+ Thay đổi tính cách: Biểu hiện là tính cách mạnh mẽ hơn trước khi bị bệnh, như bướng bỉnh hơn, cũng có người yếu đuối hơn trước khi bị bệnh. Thái độ đối với



cuộc sống không tích cực, thiếu tính chủ động, sống khép mình.

- Chứng buồn rầu:

Buồn rầu là một trong những rối loạn tâm lý thường gặp sau khi bị đột quỵ. Chứng buồn rầu có đặc trưng chủ yếu là liên tục hoặc nhiều lần có cảm giác sợ hãi bất an, thường kèm theo chứng tinh thần tự chủ rối loạn, các cơ căng. người bệnh có biểu hiện ngồi nằm không yên, oán trách số phận và những người xung quanh, hoảng sợ, lúc nào cũng cần có người để trình bày, thậm chí mất ngủ suốt đêm, kèm theo tâm trạng hoang mang, toát mồ hôi, lạnh chân tay, rối loạn chức năng dạ dày và ruột.

- Bán thoát vị khớp vai:

Bán thoát vị khớp vai sau khi bị đột quỵ là một trong những triệu chứng kèm theo thường gặp của đột quỵ. Trong giai đoạn lâm sàng, khi làm xét nghiệm tia X phát hiện ra những người bệnh bị liệt, đặc biệt là những người bị liệt toàn chi trên đều bị bán thoát vị khớp vai ở những mức độ khác nhau.

Cơ chế phát bệnh của bán thoát vị khớp vai là khớp xương lớn nhất của phạm vi hoạt động của cơ thể người, chủ yếu có liên quan đến cấu tạo của nó, phần lõm của khớp vai nông, đầu khớp tròn và lớn, vì vậy hoạt động tương đối dễ dàng. Nhưng sau khi đột quỵ liệt nửa người, do phần cơ xung quanh khớp vai bị liệt, sức cơ của các cơ như cơ tam giác bị giảm sút, sức căng cơ giảm. Khi cơ thể đang từ tư thế đứng mà ngồi xuống



hoặc chuyển tư thế sẽ khó khăn và gây ra cảm giác đau vì không đỡ được sức nặng của chi trên tất cả các cơ, không kéo được chi trên làm cho đầu xương tay từ chỗ lõm khớp vai thoái hóa.

Phương pháp hiệu quả nhất phòng chống bán thoát vị khớp vai sau khi đột quỵ là trên cơ sở điều trị bệnh nguyên phát, dưới sự chỉ đạo kết hợp của các bác sỹ lâm sàng và các bác sỹ điều trị hồi phục, tích cực tiến hành luyện tập hồi phục sức khỏe, hoạt động khớp vai, đồng thời sử dụng phương pháp trị liệu châm cứu, làm cho lực cơ của chi trên hồi phục nhanh. Luyện tập hồi phục sức khỏe phải tiến hành từ từ, nhẹ nhàng, đặt khả năng chịu đựng của người bệnh lên trên, tuyệt đối không được, vận động quá độ, sẽ gây thoát vị khớp xương, làm tổn thương các cơ làm giảm hiệu quả của việc điều trị.

- Sưng phù cơ thể:

Sưng phù cơ thể sau khi bị đột quỵ cũng là một trong những triệu chứng thường gặp của bệnh đột quỵ. Nguyên nhân gây ra chứng sưng phù cơ thể rất nhiều, nhưng cơ chế chủ yếu của nó là dưới tình trạng bình thường, tuần hoàn máu trở lại dựa vào hệ thống tĩnh mạch và hệ thống bạch huyết. Trong quá trình này đòi hỏi các cơ phải giữ sức cơ và sức căng cơ, sinh ra tác dụng ép, giống như tác dụng của máy bơm. Sau khi bị đột quỵ, do các cơ bị liệt, sức cơ và sức căng cơ bị giảm, tác dụng giống máy bơm đó vì vậy cũng bị giảm, không tốt cho dòng chảy ngược lại của máu, tạo thành sự ứ đọng.



tắc thể huyết, nhập vào các kẽ hở giữa các tổ chức, gây ra hiện tượng sưng phù.

- Hội chứng tay - vai:

Hội chứng tay - vai là triệu chứng phát kèm thường gặp của người bệnh đột quy, là một trong những nguyên nhân gây trở ngại hồi phục chức năng vận động của chi trên. Thường xuất hiện sau khi bị đột quy trong thời gian từ nửa tháng đến ba tháng, tỷ lệ phát bệnh là trên dưới 12%. Hầu hết những người bệnh đều phát sinh ở nửa bên cơ thể bị liệt, rất ít người bị phát sinh bên nửa người không bị liệt. Tỷ lệ phát sinh hoại tử não của nó cao hơn so với xuất huyết não.

Cơ chế phát sinh của hội chứng tay - vai có liên quan đến những yếu tố sau đây:

+ Trở ngại chức năng thần kinh giao cảm tính phản xạ: Thần kinh giao cảm chi phối hệ thống vận động huyết quản cho tới thể tuyến dưới da. Khi chịu sự kích thích của ổ bệnh não bộ, thay đổi cảm xúc, những đau đớn, những đè nén... sẽ xuất hiện sự rối loạn chức năng của hệ thống vận động huyết quản tính phản ứng và thể tuyến dưới da. Nó có biểu hiện là sự thay đổi độ ẩm, độ ấm của da, tính thông suốt của huyết mạch tăng và bị phù trùng. Sự thay đổi môi trường cục bộ kích thích thần kinh xuất hiện cơn đau, cuối cùng dẫn đến trở ngại dinh dưỡng tổ chức và dị hình khớp xương.

+ Cơ chế "máy bơm tay - vai" bị tổn thương: Sự đè ép máu trong động mạch làm cho máu dồn lên tay. Một trong những động lực chủ yếu của dòng máu chảy ngược



trở lại là tác dụng co bóp của cơ, hoạt động này giống như một cái máy bơm máu. Cơ chế bơm máu ở nách tới phần mu bàn tay rất có hiệu quả, vận động này dẫn đến huyết quản ở các khe hở giữa các cơ co và duỗi ra, thúc đẩy dòng máu lưu thông. Trong vòng 24 ngày sau khi bị bệnh mạch máu não, hầu hết những người bệnh đều thuộc trạng thái trùng nhão. Chi trên của nửa bên cơ thể bị bệnh hoàn toàn không thể cử động được, cơ chế dòng chảy ngược lại của máu ở các cơ trên bị tổn thương, trước tiên xuất hiện sự phù thũng của tổ chức mềm của mu bàn tay. Phù thũng vừa tăng thêm sự trở ngại cho các dòng chảy ngược lại ở tĩnh mạch, hình thành vòng tuần hoàn ác tính.

+ Tổn thương khớp cổ tay và vai: Thay đổi sức căng cơ các chi của người bệnh bại liệt thời kỳ đầu, dẫn đến vận động các tổ chức xung quanh cơ, khớp không điều hòa. Nếu người bệnh và người thân lại nóng lòng muốn hồi phục, sớm tiến hành vận động không đúng cách, có thể căng kéo quá mức và gây ra tổn thương cho các tổ chức quanh xung quanh khớp, gây ra và làm nặng thêm cảm giác đau đớn.

+ Những yếu tố khác: Người bệnh do bị trở ngại về chức năng, thường gặp phải sự đè ép hoặc tổn thương ngoài ý muốn. Khi tĩnh mạch truyền dịch và thấm vào các tổ chức đều có thể gây ra đau đớn cho người bệnh.

+ Bán thoát vị khớp vai: Sau khi đột quỵ và bị liệt do các cơ xung quanh khớp vai bị tê liệt, các cơ có tác dụng cố định khớp vai, vì không chịu được sức nặng của



các chi trên, không thể giữ được các chi trên, làm cho đầu xương cánh tay và chỗ lõm của khớp vai xuất hiện bán thoát vị. Vì thế khi hoạt động sẽ gây ra đau đớn.

+ Sức căng cơ quá cao hoặc khớp xương bị co rút: Sau khi đột quỵ và bị liệt, do chưa điều trị hệ thống, vẫn chưa thực hiện tốt huấn luyện chủ động hoặc bị động, mà lại tập với sức căng cơ cao, thậm chí thời gian lâu ngày, sẽ xuất hiện hiện tượng khớp xương co rút, giảm hoặc mất đi chức năng. Khi thực hiện hoạt động chủ động hay bị động, xuất hiện cảm giác đau đớn thường xuyên, làm nhiều người bệnh muốn từ bỏ việc chữa trị, không muốn hợp tác.

23. Phát tác thiếu máu não tạm thời là gì?

Phát tác cơn não thiếu máu tạm thời là chỉ do một số nguyên nhân nào đó khiến cho việc cung cấp máu tạm thời hoặc thoáng qua gặp trở ngại. Thời gian kéo dài trạng thái này là vài phút cho đến vài giờ, hồi phục hoàn toàn trong vòng 24 giờ, có thể tái phát, không để lại di chứng và trạng thái tổn hại chức năng thần kinh.

Cơ chế phát bệnh và bệnh án có liên quan mật thiết đến chỉ số phát tác thiếu máu tạm thời (TIA), chủ yếu gồm có:

- Bắt nguồn từ đại động mạch trong khoang sọ và cổ, đặc biệt là từ các vết dõm do xơ vữa động mạch ở những chỗ giao nhau của các động mạch, tắc máu gần thành mạch và những vật gây tắc từ tim xuất hiện và tham gia vào dòng máu, đi theo dòng máu vào não, dẫn đến



động mạch cung cấp máu bị tắc, sinh ra trạng thái lâm sàng. Khi những vật gây tắc tách ra và di chuyển đến đoạn xa trong huyết quản, thì huyết lưu cục bộ được hồi phục, trạng thái bệnh biến mất.

- Huyết quản não co giập, bị co hẹp hoặc bị đè ép: Xơ vữa động mạch não dẫn đến khoang huyết quản bị co hẹp lại, hoặc huyết quản não chịu mọi kích thích, xuất hiện hiện tượng huyết quản co giập, có thể dẫn đến phát tác não thiếu máu. Sự tăng sinh của xương đốt sống cổ như ép động mạch đốt sống, có thể dẫn đến phát tác thiếu máu động mạch cơ bản ở đốt sống cuối cùng.

- Thay đổi động lực học huyết lưu: Trên cơ sở xơ vữa động mạch thành huyết quản hoặc khoang quản nhỏ hẹp, khi xuất hiện huyết áp thấp hoặc huyết áp thất thường, dẫn đến lượng huyết lưu của huyết quản bị bệnh giảm, gây ra các triệu chứng thiếu máu tạm thời. Sau khi huyết áp tăng lại bình thường, lượng huyết lưu của não cục bộ hồi phục bình thường trở lại, trạng thái thiếu máu tạm thời ở não (TIA) biến mất. Sự thay đổi thành phần huyết lưu như tế bào hồng cầu tăng, trong huyết dịch và trong vị huyết quản não bộ hình thành kết tủa... gây tắc nghẽn vi huyết quản, dẫn đến trạng thái thiếu máu não tạm thời (TIA).

- Nguyên nhân khác: Huyết quản trong khoang sọ bị viêm, hội chứng đạo máu não cũng dẫn đến phát tác triệu chứng thiếu máu não tạm thời. Khi động mạch và động mạch dưới xương đòn bị co hẹp lại hoặc bị tắc, hoạt



động các chi trên có thể dẫn đến hiện tượng đạo máu động mạch dưới xương đòn của động mạch đốt sống, dẫn đến thiếu máu tạm thời hệ thống động mạch cơ bản dưới cùng của đốt sống.

- Mỗi quan hệ giữa phát tác não thiếu máu tạm thời và đột quy. Tỷ lệ bị đột quy của người bị thiếu máu não tạm thời (TIA) cao hơn rõ rệt so với người bình thường. Sau mỗi lần phát tác thiếu máu não tạm thời (TIA) trong vòng 1 tháng, tỷ lệ phát bệnh là 4 - 8%, trong 1 năm là 12 - 13%, 5 năm cao tới 24 - 29%. Tỷ lệ phát bệnh đột quy trong năm thứ nhất của người bị thiếu máu não tạm thời (TIA) cao hơn người bình thường 13 - 16 lần, trong 5 năm cao hơn 7 lần.

24. Đột quy thường có các chứng bệnh kèm theo nào?

- Chứng liệt nửa người

Các chứng liệt nửa người, rối loạn cảm giác nửa bên cơ thể, lâm sàng gọi là chứng tam thiên. Triệu chứng này chủ yếu xuất hiện khi động mạch chủ của não bị tắc, có thể kèm theo hiện tượng hai mắt bị nhìn kéo về phía bên bị liệt, xuất hiện chứng mất khả năng ngôn ngữ, có liên quan đến bán cầu não nửa bên người bị liệt. Do bị tắc dòng tuần hoàn ở não gây ra hoại tử diện tích rộng, tùy từng người bệnh mà bị vấn đề về ý thức với những mức độ khác nhau. Khi phù thũng não trở nên nghiêm trọng, có thể dẫn đến thoát vị não hình thành, thậm chí dẫn đến tử vong.

- Trạng thái khép kín:



Trạng thái khép kín là sự hoại tử hai bên phần đáy học cầu, có biểu hiện tê liệt bề mặt hai bên, cầu tê liệt, tứ chi liệt, trở ngại về ngôn ngữ. Nhưng kết cấu trạng thái cầu não vẫn chưa bị ảnh hưởng nên người bệnh vẫn còn nhận thức được. Tuy nhiên tình trạng bệnh tương đối nghiêm trọng.

- Cầu tê liệt:

Bệnh ở bộ phận cổ họng và thực quản dẫn đến người bệnh khó nuốt, phát âm khó khăn, lâm sàng gọi là cầu tê liệt được phân thành 2 loại:

+ Cầu tê liệt chân tính: Còn gọi là cầu tê liệt bao quanh, chủ yếu thấy ở tế bào thần kinh vận động của cặp dây thần kinh số 9 và thần kinh phế vị bị tổn thương. Thường kèm theo triệu chứng lưỡi rụt lại và bó cơ lưỡi bị giập. Biểu hiện thông thường là khi bị liệt một bên, ngạc mềm bên bị liệt sa xuống, khi phát âm "a", ngạc mềm không nâng lên được, phản xạ cổ họng giảm yếu hoặc mất hẳn, giọng nói khản, nuốt khó. Khi cả hai bên cơ thể đều bị liệt, ngoài việc ngạc mềm 2 bên cùng sa xuống, mất phản xạ cổ họng, thì kèm theo nó là khản giọng, không nuốt được, âm mũi nặng.

Các bệnh thường gặp:

- Cặp dây thần kinh số 9 và dây thần kinh phế vị bị tổn thương, u đáy khoang sọ, vết ép khoang sọ, ung thư họng mũi.

- Tổn thương thần kinh phế vị và cặp thần kinh số 9 diên tủy: Tắc máu động mạch phía sau và dưới tiểu não (hội chứng nửa bên ngoài lưng diên tủy), viêm não cầu



não, u cầu não, xơ cứng một bên cơ bị co rút, diên tủy tê liệt tính tăng dần, xơ cứng đa phát, chứng rỗng diên tủy.

+ Cầu tê liệt giả tính: Còn gọi là cầu tê liệt trung khu, chủ yếu thấy ở bó diên tủy vỏ 2 bên, đồng thời hoặc trước và sau khi tổn thương, cũng xuất hiện hiện tượng nuốt và phát âm khó khăn cho tới ngạc mềm 2 bên bị tê liệt, nhưng phản xạ họng bình thường. Chủ yếu thấy tổn thương ở bó diên tủy vỏ 2 bên của bộ phận phía trên cầu não, thường kèm cả trạng thái bệnh cơ thể trung khu 2 bên. Do vậy có thể thấy rằng, điểm phân biệt chủ yếu giữa cầu tê liệt chân tính, cầu tê liệt giả tính là có sự mất đi phản xạ họng, cơ lưỡi co rút, tồn tại phản xạ họng, không co rút lưỡi.

Ngoài ra còn có các loại cầu tê liệt khác do cơ mất sức, giảm chức năng dẫn đến như cầu tê liệt bất nguồn từ cơ... Chẩn đoán cầu tê liệt chủ yếu dựa vào vấn chẩn (người bệnh miêu tả tình trạng bệnh) và kiểm tra cơ thể. Chuẩn đoán bệnh án chủ yếu dựa vào kiểm tra phụ trợ.

- Bệnh biến một bên đại não xuất hiện liệt phần cơ thể bên ngược lại

Con đường đi qua của sợi thần kinh bó hình nón bao gồm bó tủy cột sống vỏ và bó diên tủy vỏ. Bó thể nón ở chỗ giao của diên tủy và tủy sống, 85% sợi bó tủy cột sống vỏ đan chéo cho tới bên nửa còn lại hình thành sự đan chéo bó thể nón. Các sợi thần kinh sau khi đan chéo nhau dừng lại ở tế bào giáp trước tủy sống. Bó diên tủy vỏ trên các mặt phẳng hạch thần kinh não cũng đan chéo nhau cho tới bên nửa còn lại của cơ thể, dừng lại ở



các hạch vận động thần kinh, tức là bó hình nón và cơ thể là quan hệ chi phối các nửa cơ thể đối nhau.

- Hôn mê:

Sinh lý thần kinh học cho rằng, sự duy trì ý thức bình thường đòi hỏi kết cấu trạng thái mạng lưới cầu não không ngừng xung động các loại cảm giác trong và ngoài, thông qua não trung gian rộng lớn kích thích vào vỏ đại não. Khi hệ thống kích hoạt trạng thái mạng lưới đi lên phía trên sẽ phát sinh tổn thương mê man hoặc ức chế chức năng, dẫn đến trở ngại về nhận thức.

Khi bị đột quỵ, do đường đi của hệ thống kích hoạt trạng thái mạng lưới đi lên phía trên này bị phá hoại, xung đột cảm giác không được truyền đạt hoặc chỉnh hợp, vì thế sẽ xuất hiện hiện tượng hôn mê. Người bị đột quỵ dẫn đến trở ngại ý thức chủ yếu gặp ở hoại tử cầu não, hoại tử não diện tích lớn và xuất huyết não. Người đột quỵ xuất hiện hôn mê thường trên lâm sàng biểu hiện tương đối nặng, tỷ lệ tử vong và tỷ lệ dẫn đến tàn tật đều cao, cần tích cực điều trị.

25. Thoát vị não là gì?

Thoát vị não là hậu quả nghiêm trọng của áp lực trong khoang sọ tăng cao, là tổ chức não bộ phận do áp lực trong khoang sọ kém dẫn đến hiện tượng di chuyển. Khi di chuyển vượt quá giới hạn cho phép thì gọi nó là thoát vị não. Triệu chứng lâm sàng thường thấy và quan trọng nhất là màng tiểu não



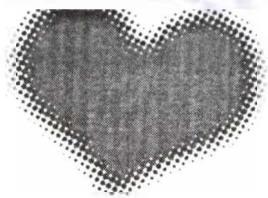
thoát vị lỗ nút và xương chẩm thoát vị lỗ to. Do tổ chức não di chuyển đè ép lên những kết cấu não quan trọng hoặc trung khu thần kinh, nếu như không kịp thời phát hiện hoặc không thể cứu chữa được có thể dẫn đến tử vong.

- Thoát vị lỗ nút ở màng tiểu não: Màng tiểu não nằm ngang màng não cứng bên trong khoang sọ. Trước màng có lỗ nút hình dáng như hạt dưa, phía trước tròn phía sau nhọn, gọi là lỗ nút màng tiểu não. Khi áp lực trong khoang sọ tăng cao, tổ chức não bộ phận di chuyển tiến vào khe nút, gọi là thoát vị lỗ nút màng tiểu não. Sự nguy hiểm của nó không chỉ làm cho tổ chức não thoát vị vào không kịp thời trở về vị trí cũ, gây ra hoại tử, mà còn nguy hiểm hơn ở chỗ sự chèn ép, sự kéo của vật thoát vị đối với các tổ chức gần kề như trung não, thần kinh vận động cơ thể, động mạch đáy, cho tới gây ách tắc mạch tuần hoàn dịch não cột sống.

- Thoát vị lỗ lớn xương chẩm: Lỗ lớn xương chẩm nằm ở điểm thấp nhất chính giữa chỗ lõm sau khoang sọ, mép dưới của nó ngang với vị trí tiếp xúc của diên tủy và tủy cột sống. Phần không gian vùng lõm sau khoang sọ có hạn, áp lực tương đối nhỏ, kém dẫn đến hiện tượng amidan, tiểu não di chuyển, đi qua thoát vị lỗ lớn xương chẩm để vào đoạn trên ống quản đốt sống. Hiện tượng này gặp nhiều ở bệnh biến chiếm vị phần lõm sau khoang sọ, bệnh biến mê man nội khoang sọ của phù thũng não nghiêm trọng.



Thoát vị lỗ lớn xương chẩm có thể chia thành 2 loại cấp tính và mạn tính. Thoát vị lỗ lớn xương chẩm cấp tính đa phần là đột nhiên phát sinh, làm cho trung khu thần kinh diên tủy bị ép, có thể dẫn đến tử vong. Thoát vị lỗ lớn xương chẩm tính gặp ở người bệnh có bệnh biến chiếm vị phần lõm sau khoang sọ và nội áp khoang sọ tăng cao trong một thời gian dài, triệu chứng lâm sàng tương đối nhẹ.



Chương hai

NHỮNG KIẾN THỨC PHÒNG CHỐNG ĐỘT QUỴ





1. Có các phương pháp cơ bản phòng chống đột quy nào?

- Phòng chống đột quy giai đoạn 1:

Phòng chống ở giai đoạn 1 của bệnh đột quy là phòng chống trước khi phát bệnh, tức là thay đổi thời kỳ đầu. Phòng chống đột quy giai đoạn 1 chủ yếu dựa vào việc xây dựng một lối sống khỏe mạnh, tích cực, chủ động không chế các nguyên nhân gây bệnh nguy hiểm, từ đó đạt được mục đích khiến cho bệnh mạch máu não không phát sinh hoặc làm chậm lại quá trình phát bệnh. Từ góc độ khoa học, chỉ có phòng chống giai đoạn một mới có thể giảm thấp tỷ lệ phát bệnh ở những người bị bệnh. Đối với bệnh mạch máu não có tỷ lệ tử vong và tỷ lệ tàn tật cao, việc chú trọng và tăng cường phòng chống giai đoạn 1 có ý nghĩa quan trọng hơn so với phòng chống giai đoạn 2.

- Phòng chống đột quy giai đoạn 2:

Phòng chống giai đoạn 2 là phòng chống hay giảm thấp những nguy hiểm khi tái phát đột quy, giảm nhẹ mức độ tàn tật. Đối với những người đã từng một lần hay nhiều lần bị tai biến mạch máu não, thông qua việc đi tìm lý do gây ra nguyên nhân phát sinh sự việc ngoài ý muốn, điều trị những bệnh có thể đoán trước, hạn chế những nguyên nhân gây bệnh nguy hiểm có thể can thiệp được.

Đột quy tái phát tương đối phổ biến. Đột quy tái phát có thể làm cho người bệnh vốn đã bị trở ngại chức năng thần kinh càng thêm nghiêm trọng. Đồng thời tỷ lệ tử vong của người bệnh cũng tăng cao. Trong 6 tháng



sau khi đột quỵ lần đầu là giai đoạn tái phát đột quỵ nguy hiểm nhất. Phân định giới hạn thời gian tái phát thời kỳ đầu là trong khoảng 90 ngày sau khi phát bệnh lần đầu. Vì vậy sau khi đột quỵ phát bệnh lần đầu, cần thiết phải triển khai càng sớm các biện pháp phòng chống giai đoạn 2. Trong độ tuổi thanh niên và trung niên (<50 tuổi) việc phòng chống cấp đột quỵ giai đoạn 2 càng có ý nghĩa..

2. Bệnh mạch máu não có bao nhiêu nhân tố nguy hiểm?

Những nhân tố nguy hiểm của bệnh mạch máu não phân thành 2 loại: Có thể can thiệp và không thể can thiệp, trong đó tuổi tác và giới tính là 2 loại nhân tố không thể can thiệp. Nhân tố nguy hiểm không thể can thiệp còn có tính di truyền, chủng tộc và gia đình. Một số nhân tố nguy hiểm có thể can thiệp bao gồm cao huyết áp, bệnh tim, bệnh tiểu đường, hút thuốc, nghiện rượu, mỡ trong máu dị thường, động mạch cổ dị thường...

3. Có những nguyên tắc phòng trị nào dành cho bệnh đột quỵ?

- Tích cực điều trị các bệnh gây ra đột quỵ: Những người bệnh bị cao huyết áp, bệnh tim, bệnh tiểu đường, chứng mỡ trong máu cao nên tích cực điều trị, kiên trì uống thuốc, thường xuyên theo dõi quan sát bệnh và kiểm tra định kỳ. Điều trị có hiệu quả các bệnh gây ra đột quỵ kết hợp đồng thời phòng chống sự phát sinh đột quỵ.

- Cai thuốc lá và hạn chế uống rượu.
- Ăn uống hợp lý.



- Vận động thích hợp.
- Luôn giữ tâm trạng tốt.

4. Đột quy và các nhân tố khách quan có mối quan hệ như thế nào?

- Đột quy não và thời tiết:

Đột quy não và thời tiết có quan hệ mật thiết. Trong điều kiện khí hậu thay đổi thất thường, như thời kỳ giao mùa giữa các mùa thu - đông, xuân - hạ là thời kỳ phát bệnh cao của đột quy não. Thay đổi thời tiết làm cho môi trường trong cơ thể mất cân bằng, dẫn đến chức năng vận mạch rối loạn. Dưới điều kiện thời tiết lạnh giá, huyết quản trong cơ thể co lại, huyết dịch hồi lưu, huyết áp tăng cao; còn trong điều kiện nhiệt độ cao, do lượng mồ hôi tiết ra nhiều gây mất nước, huyết dịch đặc lại, độ đặc dính của máu tăng cao, làm cho tỷ lệ phát sinh bệnh đột quy não gia tăng.

- Đột quy và tuổi tác:

Tỷ lệ phát bệnh đột quy và tỷ lệ tử vong có mối liên hệ chặt chẽ với tuổi tác. Cùng với sự tăng lên của tuổi tác, tỷ lệ phát bệnh và tỷ lệ tử vong của đột quy cũng tăng cao. Sau 55 tuổi, cứ sau 10 năm, tính nguy hiểm của đột quy tăng lên một lần, 2/3 số trường hợp phát sinh đột quy lần đầu là trên 60 tuổi. Đáng chú ý là cùng với nhịp sống tăng nhanh, áp lực cao, cách sinh hoạt không tốt cho sức khỏe, thói quen ăn uống xấu, độ tuổi phát bệnh đột quy ngày càng thấp, đang có xu hướng trẻ hóa.



- **Đột quy và giới tính:**

Nhìn từ tổng thể, tỷ lệ phát bệnh ở nam giới cao hơn so với nữ giới, tỷ lệ nam nữ phát bệnh là 1,1 - 1, 5: 1. Tỷ lệ tử vong do bệnh ở nam giới cũng cao hơn nữ giới. Nguyên nhân có thể là do thời gian làm việc bên ngoài của nam giới dài, áp lực lớn, hút thuốc lá và uống rượu nhiều. Các nghiên cứu đã chứng thực rằng, chất kích thích trong hormon nữ có tác dụng kháng lại quá trình xơ cứng động mạch. Tỷ lệ phát bệnh đột quy ở nữ giới trong thời kỳ tiền mãn kinh thấp hơn rất nhiều so với nam giới, còn sau khi mãn kinh thì tỷ lệ này gần bằng với nam giới.

- **Đột quy và sự di truyền:**

Đột quy có khuynh hướng di truyền rõ rệt. Ở nhóm người có tiền sử gia đình có người bị đột quy, xác suất phát sinh đột quy trong người thân cao hơn rõ rệt nhóm người đối chiếu có kết quả âm tính. Những gia đình có ước số gây bệnh, lại không nhất định sẽ phát bệnh. Trong đó nhân tố hoàn cảnh trong phát sinh đột quy lại có tác dụng quan trọng. Các thành viên trong gia đình trong cuộc sống, đối diện với cùng một điều kiện sinh hoạt, thói quen ăn uống phải giáo dục và xây dựng cho trẻ một thói quen sinh hoạt tốt, sửa chữa những thói quen xấu, giảm thấp tỷ lệ phát bệnh đột quy.

5. Mối quan hệ giữa đột quy với các bệnh và biện pháp can thiệp như thế nào?

- Đột quy với bệnh cao huyết áp và các biện pháp can thiệp:



Tất cả các nghiên cứu trong và ngoài nước đều chứng thực rằng, cao huyết áp là nhân tố nguy hiểm quan trọng nhất của xuất huyết não và hoại tử não. Sự tăng lên của tỷ lệ phát bệnh và tỷ lệ tử vong của đột quy với huyết áp tăng cao có quan hệ rất mật thiết. Đây là mối quan hệ trực tiếp, kéo dài, duy trì liên tục. Người già bị cao huyết áp thời kỳ co lại đơn thuần (áp co ở mức lớn hơn hoặc bằng 160mmHg, áp dẫn nhỏ hơn 90mmHg) là nhân tố nguy hiểm, quan trọng của đột quy. Các nhà nghiên cứu cho rằng, sau khi không chế mọi nhân tố nguy hiểm khác, áp co mỗi lần tăng cao 10mmHg, nguy hiểm tương đối của phát bệnh đột quy tăng 49%, áp giãn mỗi lần tăng 5mmHg, nguy hiểm tương đối của phát bệnh đột quy tăng 46%. Các nhà khoa học ở các nước trong khu vực Đông Á (Trung Quốc, Nhật...) tập hợp các kết quả phân tích, tác dụng của huyết áp tăng cao đối với phát bệnh đột quy ở người phương Đông có cường độ lớn hơn người phương Tây, bằng khoảng 1,5 lần người phương Tây. Không chế cao huyết áp có thể giảm thấp đột quy, đồng thời có lợi cho phòng chống hoặc giảm thiểu những tổn thương ở các cơ quan chịu ảnh hưởng, bao gồm cả tâm lực suy thoái dinh trệ do xung huyết. Thời kỳ lâm sàng cao huyết áp kỳ co ở người cao tuổi sau 4 năm theo dõi, nhóm người điều trị huyết áp so với nhóm người đối chiếu dùng thuốc ổn định thì tỷ lệ tử vong do đột quy giảm 58%, 2 nhóm người có sự khác nhau rõ rệt về khoa học thống kê.



Những năm trở lại đây mọi người đã bắt đầu coi trọng việc phòng trị cao huyết áp, đặc biệt là trên phương diện tuyên truyền và giáo dục, đã có nhiều công tác tốt, nhưng tổng thể vẫn chưa có cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ người thông hiểu về huyết áp, tỷ lệ người bệnh uống thuốc hợp lý, tỷ lệ khống chế huyết áp vẫn còn ở mức thấp. Cần phải chú trọng vào việc sử dụng những đôi sách tích cực và hợp lý hơn, thêm một bước nâng cao sức can thiệp quản lý và giáo dục sức khỏe, nhanh chóng nâng cao những chỉ tiêu đề ra.

Mục tiêu chủ yếu của điều trị cao huyết áp là nâng cao tỷ lệ khống chế, để giảm bớt sự phát sinh đồng thời các chứng bệnh khác. Tiêu chuẩn đạt yêu cầu về áp dân và áp co của người bệnh đều quan trọng như nhau, và trọng điểm nên đặt vào tiêu chuẩn đạt yêu cầu của áp co. Khi mức độ huyết áp nhỏ hơn 140/90mmHg, có thể giảm sự phát sinh đột quy một cách rõ rệt. Người cao huyết áp bị bệnh thận và bệnh tiểu đường, mục tiêu giảm huyết áp nên hạ thấp xuống tới mức độ tiêu chuẩn, tức là khoảng, 130/80mmHg. Đưa ra phương thức sinh hoạt có lợi cho sức khỏe có ý nghĩa quan trọng, là một bộ phận hợp thành không thể thiếu trong phòng trị cao huyết áp, càng quan trọng với những người bình thường có mức huyết áp cao. Có một số loại thuốc chủ yếu thường sử dụng cho bệnh cao huyết áp. Đối với những người chỉ uống đó thuốc mà không khỏi, có thể thận trọng uống kèm thuốc khác hoặc chọn dùng các đơn thuốc phối hợp cố định. Các biện pháp phòng trị



cao huyết áp không dùng thuốc ở có thể tham khảo ở bảng 2 dưới đây:

Bảng 2: Các biện pháp phòng trị cao huyết áp không dùng thuốc

Biện pháp	Mục tiêu
Giảm trọng lượng cơ thể.	Giảm nhiệt lượng, thức ăn hàng ngày cân bằng, chỉ số thể trạng giữ trong khoảng 20 – 24.
Đồ ăn ít muối.	Trước hết phải giảm lượng muối bình quân mỗi ngày của mỗi người xuống còn 8g, sau đó lại giảm xuống còn 6g, giữ lượng muối ở mức dưới 6g.
Giảm lượng chất béo trong đồ ăn.	Tổng lượng chất béo nhỏ hơn 30% tổng nhiệt lượng, chất béo bão hòa nhỏ hơn 10%, mỗi ngày tăng lượng rau 400 - 500g, hoa quả 100g, các loại thịt 50 - 100g, tôm cá 50g, trứng mỗi tuần 3 - 4 quả, các loại sữa mỗi ngày 250g, dầu ăn hàng ngày 20 - 25g, ăn ít các chất đường và chất ngọt.
Tăng và giữ lượng hoạt động thể lực thích hợp.	Nếu sau khi vận động thấy cơ thể sảng khoái, và còn giữ được cân nặng lý tưởng thì cho thấy lượng vận động và cách vận động đạt yêu cầu.
Giữ tâm trạng lạc quan và khả năng thích ứng với các kích thích	Thông qua chỉ dẫn và tư vấn, nâng cao khả năng tự phòng bệnh của mỗi người. Tham ra các hoạt động văn nghệ như hội họa, thể dục thích hợp với từng cá nhân, nâng cao chất lượng cuộc sống.



Cai thuốc lá uống ít rượu.	Không hút thuốc, hạn chế uống rượu, mỗi ngày lượng cồn uống không chế ở mức dưới 20 – 30ml đối với nam, nữ giới là dưới 15 – 20ml, phụ nữ có thai không uống rượu.
----------------------------	--

Khi sử dụng thuốc phòng tránh cao huyết áp, đa số người bệnh cần phải kết hợp khám bệnh theo định kỳ, kịp thời điều chỉnh lượng thuốc, đạt được mức huyết áp theo yêu cầu nhanh, đồng thời đưa ra các lời khuyên sau:

+ Chủ động quan tâm đến huyết áp của mình. Những người từ 35 tuổi trở lên, mỗi năm phải đo huyết áp một lần. Người bị cao huyết áp nên thường xuyên đo huyết áp (ít nhất là 2 - 3 tháng đo một lần), để điều chỉnh liều lượng thuốc uống.

+ Đối với những người mới bị cao huyết áp hoặc bị nhẹ, trước tiên nên thay đổi cách sinh hoạt. Nếu sau 3 tháng vẫn không có hiệu quả, nên dùng thuốc chống cao huyết áp.

- Bệnh đột quỵ với bệnh tiểu đường và các biện pháp can thiệp:

Bệnh tiểu đường là nhân tố nguy hiểm quan trọng dẫn đến bệnh mạch máu não. Ở các quốc gia có tỷ lệ phát bệnh tiểu đường cao như khu vực Âu Mỹ, thì bệnh tiểu đường là một trong những nhân tố nguy hiểm nhất gây bệnh đột quỵ do thiếu máu, mức độ nguy hiểm của người bệnh tiểu đường phát bệnh đột quỵ cao gấp 3 lần người bình thường. Các phân tích điều tra nhân tố nguy hiểm gây bệnh mạch máu não đã phát hiện, bệnh tiểu đường làm cho nguy cơ mắc bệnh đột quỵ tăng gấp 3,6



lần, trong đó nguy cơ đột quỵ do thiếu máu tăng 4,6 lần so với nhóm đối chiếu. Mức độ nghiêm trọng của bệnh mạch máu não có liên quan tới lượng đường trong máu và mức độ không chế tình trạng bệnh của người bệnh tiểu đường. Vì thế nên coi trọng việc phòng chống và không chế lượng đường trong máu và trong nước tiểu đối với người bệnh tiểu đường. Lượng đường trong máu trước khi ăn nên nhỏ hơn 126mg/dl. Khi cần thiết có thể không chế lượng đường qua thức ăn, uống thuốc giảm lượng đường hoặc dùng insulin để không chế lượng đường.

Lời khuyên

Bảng 3: Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tiểu đường

Triệu chứng bệnh tiểu đường + mức độ đường gluco thời gian tùy ý $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) hoặc
Lượng đường gluco huyết tương trước khi ăn (FPG) $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dl) hoặc
Trong thử nghiệm OGTT, lượng PG 2 giờ $\geq 11,1$ mmol/l (200mg/dl).

Bảng 4: Tiêu chuẩn chẩn đoán đường trong máu của IGT/ IFG cấp bệnh tiểu đường

Nồng độ đường trong máu [mmol/l(mg/dl)]			
	Máu	Huyết tương	
	Tĩnh mạch	Mao mạch	Tĩnh mạch
- Bệnh tiểu đường lúc đói	$\geq$ (≥ 110)	$\geq 6,1$ (≥ 110)	$\geq 7,0$ (≥ 126)



- Bệnh tiểu đường sau 2 giờ phụ tải	$\geq 10,0 (\geq 180)$	$\geq 11,1 (\geq 200)$	$\geq 11,1 (\geq 200)$
- Bệnh tiểu đường trong cả 2 trường hợp (IGT)			
+ Lúc đói	$< 6,2 (2110)$	$< 6,1 (< 110)$	$< 7,0 (< 126)$
+ Cấp	$\geq 6,7 \sim < 10,0$	$\geq 7,8 \sim < 11,1$	$\geq 7,8 \sim < 11,1$
+ Sau 2 giờ phụ tải	$\geq 6,7 (< 120)$	$\geq 7,8 (< 140)$	$\geq 7,8 (< 140)$
- Bình thường			
+ Lúc đói	$< 5,6 (< 100)$	$< 5,6 (< 100)$	$< 6,1 (< 110)$
+ Sau 2 giờ phụ tải	$< 6,7 (< 120)$	$< 7,8 (< 140)$	$< 7,8 (< 140)$

+ Người có nguy cơ mắc các bệnh có liên quan đến mạch máu, tim, não nên kiểm tra lượng đường trong máu định kỳ. Khi cần thiết nên đo lượng hemoglobin gluco hóa (HbA1c) và plasma albumin gluco hóa. Tiêu chuẩn để chuẩn đoán bệnh tiểu đường được thể hiện trong bảng 3,4.

- Người bị bệnh tiểu đường đầu tiên nên khống chế lượng đường qua đường thức ăn, tăng cường tập thể dục. Trong 2 - 3 tháng mà người bệnh tiểu đường vẫn không khống chế được lượng đường trong máu thì nên uống thuốc hạ lượng đường hoặc trị liệu bằng insulin. Tiêu chuẩn không chế bệnh tiểu đường xem trong bảng 5.



Bảng 5: Mục tiêu khống chế bệnh tiểu đường (Khu vực châu Á - Thái Bình Dương nhóm bệnh tiểu đường loại hình 2)

Hàng mục		Lý tưởng	Tốt	kém
Đường trong máu (mmol/l)	Trước khi ăn	4,4 - 6,1	$\leq 7,0$	$> 7,0$
	Sau khi ăn	4,4 - 8,0	$\leq 10,0$	$> 10,0$
HbA1c (%)		$< 6,5$	6,5 - 7,5	$> 7,5$
Huyết áp (mmHg)		$< 130/80$	$> 130/80 - < 140/90$	$\geq 140/90$
BMI (kg/m^2)	Nam	< 25	< 27	≥ 27
	Nữ	< 24	< 26	≥ 26
TC (mmol/l)		$< 4,5$	$\geq 4,5$	$\geq 6,0$
HDL - C (mmol/l)		$> 1,1$	1,1 - 0,9	$< 0,9$
TG (mmol/l)		$< 1,5$	1,5 - 2,2	$\geq 2,2$
LDL - C (mmol/l)		$< 2,6$	2,6 - 3,3	$> 3,3$

- Đột quỵ não và máu nhiễm mỡ cao với các biện pháp can thiệp:

Hầu hết các nghiên cứu đã chứng minh, tổng cholesterol huyết thanh (TC), protein chất béo mật độ thấp (LDL) tăng cao, protein chất béo mật độ cao (HDL) giảm thấp có quan hệ mật thiết với bệnh huyết quản tim. Sử dụng các loại thuốc giảm mỡ như statins có thể giảm thấp tỷ lệ phát bệnh và tỷ lệ tử vong của đột quỵ não. Ngoài ra, tổng lượng cholesterol huyết thanh quá thấp ($< 160\text{mg/dl}$) có thể tăng độ nguy cơ tử vong đột quỵ do xuất huyết.



+ Tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị mỡ trong máu dị thường:

Ở hầu hết các quốc gia vẫn chưa đưa ra một ý kiến đồng nhất về tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị mỡ trong máu dị thường. Tiêu chuẩn khống chế lượng mỡ trong máu của người bệnh đột quỵ vẫn đang trong quá trình tổng kết. Tiêu chuẩn điều trị lượng mỡ trong máu của những người bệnh mạch máu não hầu như đều tham khảo tiêu chuẩn khống chế lượng mỡ trong máu của người mắc bệnh vành tim (bảng 6). Tiêu chuẩn điều trị mỡ trong máu dị thường được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) công nhận nhấn mạnh:

- Nên căn cứ theo việc người bệnh có hay không các nhân tố nguy hiểm bệnh huyết quản tim não mà đặt ra các chẩn đoán phân cấp cho tới tiêu chuẩn điều trị tương ứng.

Bảng 6: Tiêu chuẩn cho lời khuyên phòng trị mỡ trong máu dị thường

Tên chất béo	phạm vi thích hợp	mức độ ranh giới	mức độ điều trị cần thiết
TC	<5,20(<200mg/dl)	5,23 - 5,69(201 - 219mg/dl)	>5,72(>220mg/dl)
TG	< 1,7 (< 150mg/dl)		> 1,70 (> 150mg/dl)
HDL - C	< 1,04 (< 100mg/dl)		< 0,9 (< 35mg/dl)
LDL - C	< 2,58 (< 100mg/dl)	3,15 - 3,61 (121 - 139mg/dl)	> 3,64 (140mg/dl)



- Người bệnh tiểu đường cho dù có bệnh tim vành hay không đều nên liệt vào đối tượng điều trị tích cực.

- Giảm thấp LDL - C là mục tiêu chủ yếu hàng đầu của việc điều trị, giá trị mục tiêu là $< 100\text{mg/dl}$.

+ Nguyên tắc xử lý:

- Đối với những bệnh nhân có nhân tố nguy hiểm (hoặc bệnh sử) bệnh vành tim hoặc đột quỵ cho tới những người bệnh máu nhiễm mỡ cao do gen di truyền, nên kiểm tra (TC, LDL - C, HDL - C, TG..) định kỳ 3 - 6 tháng/1 lần.

+ Căn cứ vào việc người bệnh có hay không nhân tố nguy hiểm của bệnh vành tim hoặc đột quỵ não cho tới mức độ mỡ trong máu mà quyết định phương thức điều trị, bao gồm giảm sự hấp thụ acid chất béo bão hòa ($< 7\%$ tổng nhiệt lượng) và cholesterol ($< 2\text{mg/dl}$), lựa chọn những thực phẩm có hiệu quả có thể tăng cường giảm thấp LDL, như sterol thực vật (2mg/dl) và chất xơ tính keo có thể hòa tan ($10 - 25\text{mg/dl}$), cai thuốc lá, giảm trọng lượng cơ thể, tăng cường hoạt động thể lực có quy luật.

- Lựa chọn các loại thuốc nên căn cứ vào sự quyết định phân hình mức độ mỡ trong máu của người bệnh cho tới mỡ trong máu dị thường của người bệnh. Người bệnh loại hình hỗn hợp TC đơn thuần tăng cao hoặc lấy TC, LDL tăng cao làm chủ yếu lựa chọn sử dụng thuốc statins trị liệu. Người bệnh loại hình hỗn hợp TG đơn thuần tăng cao hoặc lấy TG tăng cao làm cơ sở lựa chọn sử dụng thuốc trị liệu. Nếu cần thiết có thể dùng kết hợp. Trong quá trình điều trị phải quan sát kiểm tra



cẩn thận những phản ứng lạ của thuốc, bao gồm chức năng gan thận, khi cần thiết phải kiểm tra các cơ, tránh phát sinh tác dụng phụ (chứng tan sợi cơ).

Lời khuyên

Mỡ trong máu lạ thường, đặc biệt là người có kèm theo các nhân tố nguy hiểm khác như cao huyết áp, bệnh tiểu đường, hút thuốc lá... đầu tiên phải thay đổi cách sinh hoạt không tốt cho sức khỏe, đồng thời phải kiểm tra định kỳ lượng mỡ trong máu. Thay đổi phương thức sinh hoạt không tốt kết hợp với sử dụng thuốc để điều trị đạt hiệu quả cao nhất.

Đối với những bệnh sử đã từng bị thiếu máu não tạm thời (TIA), đột quỵ do thiếu máu, bệnh vành tim thì người bệnh TC cao hơn 5mmol/L sử dụng statins để điều trị.

- Đột quỵ não và bệnh tim với các biện pháp can thiệp:

Các loại bệnh tim có quan hệ mật thiết với đột quỵ não. Kết quả nghiên cứu dự báo của tổ chức Minnesota (MINN) của Mỹ cho thấy, cho dù ở mức độ huyết áp như thế nào, nguy cơ phát sinh đột quỵ não của người có bệnh tim đều cao hơn 2 lần so với người không bị bệnh tim. Đối với đột quỵ do thiếu máu, mức độ nguy hiểm tương đối của người bị bệnh tim do cao huyết áp và bệnh tim vành bình quân là 2,2; bệnh tim bẩm sinh là 1,7.

Rung tâm nhĩ là một nhân tố nguy hiểm chủ yếu thường gặp của đột quỵ não. Tư liệu nghiên cứu khoa học của y học Evidence - Based Medicine đã khẳng định, tiến hành điều trị có hiệu quả đối với bệnh này có thể phòng được sự phát sinh của đột quỵ. Người bệnh rung tâm nhĩ



không phải do bệnh van tim, nguy cơ phát sinh đột quỵ não mỗi năm là 3 - 5%, chiếm khoảng 50% đột quỵ não do ách tắc mạch máu. Theo nghiên cứu của học viện Framingham Mĩ, nguy cơ phát sinh đột quỵ của người bệnh rung tâm nhĩ có biểu hiện tương quan với tuổi tác tăng cao. Ở độ tuổi từ 50 - 59 tuổi, tỷ lệ phát bệnh là 1, 5%; ở độ tuổi 80 - 89 tuổi tăng lên đến 23,5%. Trên thế giới có 5 thử nghiệm đối chiếu theo thời kỳ đã quan sát hiệu quả của warfarin và aspirin trong điều trị rung tâm nhĩ phòng đột quỵ não. Kết quả phân tích tổng hợp cho thấy, ứng dụng trị liệu wafarin có thể giảm thiểu 68% nguy cơ tương đối phát sinh đột quỵ do ách tắc mạch máu.

Các loại bệnh tim khác như bệnh dẫn cơ tim, bệnh van tim (như bệnh sa van 2 lá, viêm nội mạc tim, van tim nhân tạo), bệnh tim bẩm sinh (như lỗ hình ô van rõ rệt, u động mạch vách ngăn tâm nhĩ) cũng tăng sự nguy hiểm nhất định đối với đột quỵ do ách tắc mạch máu. Theo tính toán sơ bộ, đột quỵ tính thiếu máu có khoảng 20% là ách tắc bắt nguồn từ tim. Có một số nghiên cứu cho rằng, đột quỵ không rõ nguồn gốc cao tới 40% có liên quan tới các vật gây tắc có nguồn gốc từ bệnh tim tiềm ẩn. Trong tương lai gần, sau khi hoại tử cơ tim cấp tính có 0,8% người bệnh phát sinh đột quỵ, tỷ lệ người phát sinh đột quỵ trong vòng 6 năm là 10%.

Lời khuyên

+ Những người bệnh ở độ tuổi từ trên 40 tuổi (≥ 40 tuổi) nên kiểm tra sức khỏe định kỳ, phát hiện sớm bệnh tim.



+ Chẩn đoán chính xác là bệnh tim, nên tích cực tìm bác sỹ chuyên khoa điều trị.

+ Đối với người bệnh rung tâm nhĩ không phải do bệnh van tim, ở những bệnh viện có điều kiện có thể sử dụng điều trị chống đông máu bằng warfarin. Nhưng phải giám sát so sánh giá trị tiêu chuẩn hóa Quốc tế (INR), phạm vi khống chế trong khoảng 2,0 - 3,0; với người trên 75 tuổi, INR nên ở trong khoảng 1,6 - 2,5 là thích hợp; hoặc uống aspirin 50 - 300mg/dl, hoặc các thuốc kháng huyết bản tập trung khác.

- Đột quy não và bệnh béo phì với các biện pháp can thiệp:

Đã có không ít nghiên cứu chứng minh người bị bệnh béo phì dễ mắc bệnh huyết quản máu và tim. Điều này cũng có nghĩa là bệnh béo phì có thể dẫn đến cao huyết áp, lượng mỡ trong máu cao, lượng đường trong máu cao. Nguy cơ người bị béo phì vượt mức tiêu chuẩn trọng lượng cơ thể có tỷ lệ trên 20% mắc cao huyết áp, bệnh tiểu đường hoặc bệnh động mạch vành tim, mức độ nguy hiểm tương đối của người béo phì phát bệnh đột quy do thiếu máu là 2,2.

Béo phì phân bụng với chỉ số thể trọng (BMI) tăng cao hoặc béo phì toàn thân có quan hệ mật thiết với đột quy. Nghiên cứu điều tra trên 2.8643 người ở độ tuổi từ 40 - 75 tuổi, là nam giới khỏe mạnh, nghề nghiệp tự do. Sau khi điều tra những nhân tố ảnh hưởng khác như tuổi tác, người có chỉ số thể trọng cao



thì mức độ nguy hiểm tương đối là 1,29; nhưng khi tiến hành so sánh vòng eo và hông thì độ nguy hiểm tương đối của nó là 2,33.

Nghiên cứu quan hệ giữa đột quỵ và thể trọng vượt quá mức ở nữ giới, nguy hiểm tương đối của đột quỵ do thiếu máu cũng tăng cao theo sự tăng lên của BMI. Khi BMI ở khoảng 27 - 28 thì độ nguy hiểm tương đối là 1,75; khi BMI ở khoảng 29 - 32 thì độ nguy hiểm là 1,90; khi BMI vượt mức 32 thì độ nguy hiểm tương đối 2,27. Thể trọng sau 18 tuổi tăng cao cũng sẽ gia tăng mức độ nguy hiểm của đột quỵ do thiếu máu. Vì thế, béo phì phần bụng ở nam giới và sự tăng cao BMI ở nữ giới là nhân tố nguy hiểm của đột quỵ.

Trước mắt, tiêu chuẩn phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) lấy chỉ số thể trọng ($BMI = \frac{w(kg)}{L^2(m)}$) ở

mức 25,0 - 29,9 là vượt thể trọng tiêu chuẩn, BMI lớn hơn hoặc bằng 30 là béo phì. Tiêu chuẩn đó căn cứ theo số liệu nghiên cứu của người phương Tây. Do chỉ số thể trọng của người châu Á rõ ràng thấp hơn người phương Tây, vì vậy các chuyên gia của một số nước châu Á đưa ra định nghĩa mới tương ứng, lấy BMI ở mức 23,0 - 24,9 là vượt thể trọng tiêu chuẩn, lớn hơn hoặc bằng 25 là béo phì.



Bảng 8: Giá trị giới hạn thể trọng vượt tiêu chuẩn và béo phì của người thành niên ở nước ta

Phân loại	Chỉ số thể trọng kg/m	Độ nguy hiểm bệnh tương quan		
		Vòng eo (cm)		
		nam: <85 nữ: <80	nam: 85 - 95 nữ: 80 - 90	nam: >=95 nữ: >=90
Thể trọng quá thấp	< 18,5	...	...	
Thể trọng bình thường	18,5 - 23,9	...	Thăng thêm	Cao
Thể trọng vượt tiêu chuẩn	24,0 - 27,9	Tăng thêm	Cao	Rất cao
Béo phì	>= 28	Cao	Rất cao	Rất cao

* Bệnh tương quan chỉ các bệnh cao huyết áp, bệnh tiểu đường, mỡ trong máu dị thường và tập hợp các nhân tố nguy hiểm.

Lời khuyên

+ Những người thể trọng vượt tiêu chuẩn và người béo phì thông qua sử dụng các biện pháp giảm thể trọng, thực hiện phương thức sinh hoạt có lợi cho sức khỏe, tăng hoạt động thể lực, giảm thấp nguy cơ phát bệnh đột quy.

+ Đề ra cách thức sinh hoạt có lợi cho sức khỏe và thói quen ăn uống tốt. BMI (kg/m) của người trưởng thành nên không chế nhỏ hơn 28 hoặc tỷ lệ vòng eo/vòng hông nhỏ hơn 1. Phạm vi dao động thể trọng trong khoảng 10%.



- Đột quỵ não và hút thuốc lá với các biện pháp can thiệp:

Thường xuyên hút thuốc là một nhân tố nguy hiểm của đột quỵ não do thiếu máu. Tác dụng sinh lý, bệnh lý sinh đôi với cơ thể của việc hút thuốc lá thường xuyên bao gồm nhiều mặt, chủ yếu ảnh hưởng đến hệ thống máu và huyết quản toàn thân, như tăng nhanh xơ cứng động mạch, tăng cao lượng tơ huyết, thúc đẩy huyết bản tập hợp, giảm thấp mật độ lipoprotein.

Hút thuốc lá là nhân tố nguy hiểm của đột quỵ não và mức độ nguy hiểm của nó tăng lên theo lượng hút thuốc lá. Theo thống kê, mức độ nguy hiểm tương đối của người hút thuốc phát sinh đột quỵ do thiếu máu là 2,5 - 5,6.

Người hút thuốc lá thụ động thường xuyên cũng tăng nguy cơ phát bệnh đột quỵ não. Khoảng 90% người không hút thuốc lá có thể xác định được lượng cotinine huyết thanh (N - A - 2 - 5 ketopyrrolidine), nguyên nhân là do tiếp xúc trong môi trường hút thuốc dẫn đến. Do tỷ lệ những người tiếp xúc với thuốc lá cao, cho dù ảnh hưởng tới từng cá thể là nhỏ xong nó vẫn là nhân tố nguy hiểm quan trọng. Người tiếp xúc trong môi trường khói thuốc lá có lý do để tin rằng, hút thuốc thụ động cũng là một trong những nguyên nhân tạo thành đột quỵ. Sau khi loại bỏ sự ảnh hưởng của tuổi tác, giới tính, cao huyết áp, bệnh tim, và bệnh sử tiểu đường... mức độ nguy hiểm tương đối của nguy cơ phát bệnh đột quỵ não của người thường xuyên hút thuốc lá thụ động và người



không tiếp xúc với môi trường khói thuốc tăng 1,82 lần. Đồng thời đều có kết quả nổi bật trong cả nam giới và nữ giới.

- Đột quỵ não và nghiện rượu với các biện pháp can thiệp

Lượng hấp thụ cồn có tính tương quan liều lượng trực tiếp với đột quỵ do xuất huyết. Đối với tính tương quan liều lượng với đột quỵ do thiếu máu vẫn còn nhiều ý kiến tranh luận. Uống lượng rượu lớn trong thời gian dài và sự trúng độc cồn cấp tính là nhân tố nguy hiểm dẫn đến hoại tử não ở thanh niên. Cũng như thế đối với người già, uống nhiều rượu cũng là nhân tố nguy hiểm của đột quỵ do thiếu máu. Giữa việc uống rượu và đột quỵ do thiếu máu thấy rõ mối quan hệ đường cong hình chữ "J", tức là so sánh với người không uống rượu, mỗi ngày uống 2 ly rượu tương đương với 11 - 14ml hàm lượng cồn), khi mỗi tuần trên 4 ngày uống rượu thì sẽ có tác dụng bảo vệ huyết quản não, tim. Nói cách khác, nam giới mỗi ngày uống không quá 50ml (1 ngày 2 lần, hàm lượng cồn < 30ml), bia không vượt quá 640ml, rượu nho không vượt quá 200ml, (lượng uống rượu của nữ giới giảm một nửa so với nam giới), như thế có thể giảm khả năng phát sinh bệnh huyết quản não và tim. Mỗi ngày uống rượu vượt quá 5 ly thì nguy cơ phát sinh hoại tử não sẽ tăng cao. Cồn có thể thông qua nhiều loại cơ chế dẫn đến đột quỵ đồng thời làm tỷ lệ đột quỵ ngày càng gia tăng, bao gồm tăng cao huyết áp, dẫn đến trạng thái đông cứng cao, nhịp tim thất thường, giảm



thấp lượng huyết lưu trong não. Ở nước ta cho đến nay vẫn chưa có báo cáo nghiên cứu chính thức về quan hệ giữa việc uống rượu với đột quỵ não.

Lời khuyên

+ Đối với những người không uống rượu, không nên đưa ra cách uống rượu để điều trị bệnh huyết quản tim. Phụ nữ mang thai tuyệt đối không uống rượu.

+ Uống rượu phải điều độ, tránh nghiện rượu; nam giới hàm lượng cồn uống vào mỗi ngày không vượt quá 20 - 30ml, nữ giới không vượt quá 15 - 20ml.

Quan hệ giữa đột quỵ não và hội chứng thay thế với các biện pháp can thiệp:

Hội chứng thay thế là một hội chứng mới được sự quan tâm của giới y học các nước, do Reaven đưa ra lần đầu tiên vào năm 1988, đến năm 1999 được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) hoàn thiện. Nhân tố, tính đặc trưng của nó là chứng béo phì phần bụng, mỡ trong máu dị thường, huyết áp tăng cao, đề kháng insulin (kèm theo hoặc không kèm theo lượng chịu đường dị thường)... trong đó đề kháng insulin là cơ sở bệnh lý chủ yếu của nó, vì thế còn được gọi là hội chứng đề kháng insulin. Do hội chứng này tập trung các nhân tố nguy hiểm của bệnh huyết quản tim và não, đồng thời có liên quan đến một số nhân tố nguy hiểm nữa mới được phát hiện gần đây, vì vậy các kết quả chẩn đoán, đánh giá thích hợp có giá trị lâm sàng quan trọng. Cương lĩnh thực thi báo cáo lần thứ 3 của nhóm chuyên gia kế hoạch giáo dục cholesterol quốc gia ở Mỹ coi hội chứng thay thế là mục



tiêu thứ yếu trị liệu giảm sự nguy hiểm, đồng thời đưa ra mục tiêu chuẩn đoán (bảng 9). Đối với mục tiêu trị liệu của hội chứng thay thế trong việc không chế nguyên nhân gây bệnh của nó (như béo phì, vận động chân tay ít), trị liệu các nhân tố nguy hiểm từ chất béo và không phải từ chất béo đồng thời tồn tại.

Bảng 9: Kháng định lâm sàng của hội chứng thay thế

Nhân tố nguy hiểm	Giới tính	Phạm vi quy định
Béo phì phần bụng	nam giới nữ giới	>102cm >88cm >=150mg/dl
Triglycerides	nam giới	<40mg/dl
HDL cholesterol	nữ giới	<50mg/dl
Huyết áp		>=130mmHg/>= 85 mmHg
Đường trong máu Trước khi ăn		>=110mg/dl

Chú ý: có 3 nguyên tố nguy hiểm được nêu ra trong bảng trên có thể coi là chẩn đoán của hội chứng thay thế.

- Đột quỵ não và chứng homocysteine máu - Hcy máu tăng cao với các biện pháp can thiệp:

Căn cứ theo cuộc điều tra dinh dưỡng toàn quốc lần thứ ba ở Mĩ và các trường hợp bệnh ở Framingham, kết quả phân tích số liệu của nghiên



cứu đôi chiếu, chứng Homocysteine máu - Hcy máu tăng cao và đột quỵ não phát bệnh có quan hệ tương quan. Nồng độ huyết tương máu của chứng Hcy máu tăng cao tăng cao theo từng năm, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới. Mức độ cysteine huyết tương lúc đối ở trong khoảng 5 - 15mol/l là thuộc phạm vi bình thường. Các trường hợp bệnh có liên quan đến mối quan hệ giữa Homocysteine và đột quỵ não thì hiện tại tư liệu để có thể tìm kiếm không nhiều, còn cần phải tiến hành nghiên cứu thêm nữa.

Folic acid và vitamin B₆, B₁₂ kết hợp sử dụng, có thể giảm thấp lượng Homocysteine huyết tương còn có giảm thiểu đột quỵ não phát sinh hay không thì hiện tại vẫn chưa thể làm rõ. Vì vậy những người bình thường nên coi trọng chế độ ăn uống. Đối với những người có chứng Homocysteine máu cao có thể tham khảo việc dùng folic acid và vitamin nhóm B để điều trị.

- Đột quỵ não và việc uống thuốc tránh thai với các biện pháp can thiệp:

Đối với việc uống thuốc tránh thai có làm tăng tỷ lệ phát sinh đột quỵ não hay không hiện vẫn chưa có kết luận cuối cùng. Đa số những báo cáo về việc liên quan giữa đột quỵ não và việc uống thuốc tránh thai đều bắt nguồn từ nghiên cứu chế thuốc liều cao thời kỳ đầu làm cơ sở. Đối với các thuốc tránh thai có hàm lượng chất estrin tương đối thấp thì đa số các nghiên cứu vẫn chưa phát hiện ra tính nguy hiểm tăng cao. Nhưng đối với phụ nữ trên 35 tuổi hút thuốc lá kèm theo cao huyết áp,



bệnh tiểu đường, đau nửa đầu, hoặc đã từng có bệnh tắc mạch máu, nếu như uống thuốc tránh thai thì có thể tăng cao mức độ nguy hiểm của đột quỵ. Vì vậy những phụ nữ có kèm theo các nhân tố nguy hiểm của đột quỵ não kể trên cần phải tránh việc uống thuốc tránh thai trong thời gian dài.

- Đột quỵ não và hẹp động mạch cổ với các biện pháp can thiệp:

Có đến 7 - 10% nam giới và 5 - 7% nữ giới trong những người độ tuổi trên 65 tuổi thì bệnh hẹp động mạch cổ tăng lên hơn 50%. Các bác sỹ trong một thử nghiệm cắt bỏ nội mạc hẹp động mạch cổ phân tích, những số liệu nghiên cứu trong số những người có mức độ hẹp 60 - 99% thì tỷ lệ phát bệnh đột quỵ là 3,2% (qua hơn 5 năm quan sát). Mức độ nguy hiểm phát bệnh của người trung niên đột quỵ cả 2 bên trong số người bệnh có độ hẹp 60 - 74% là 3,0%; độ hẹp trong khoảng 75 - 94% tăng lên là 3,7%; còn độ hẹp 95 - 99% lại giảm xuống 2,9%, người bệnh có động mạch cổ hoàn toàn bị tắc lại chỉ còn 1,9%.

Đối với việc đánh giá kết quả đối chiếu của kết quả điều trị những người bị hẹp động mạch cổ không có triệu chứng thực hiện phẫu thuật cắt bỏ nội mạc. Có một phân tích bao gồm 5 thí nghiệm lâm sàng, kết quả cho thấy mặc dù phẫu thuật có thể giảm tỷ lệ phát bệnh đột quỵ đồng thời 2 bên song số lượng tuyệt đối của việc phẫu thuật rất nhỏ. Mức độ nguy hiểm phát sinh đột quỵ não của nhóm đối chiếu sử dụng đồng thời điều trị



nội khoa rất thấp. Vì vậy trước hết sử dụng nội khoa điều trị hẹp động mạch cổ không có triệu chứng.

ACAS là một nghiên cứu phép kiểm tra ngẫu nhiên, nghiên cứu hiệu quả của việc cắt bỏ nội mạc của những người hẹp động mạch cổ mức độ nặng không triệu chứng, 1662 bệnh nhân được ngẫu nhiên phân thành nhóm được điều trị bằng phẫu thuật và thuốc. Trong thời kỳ quan sát, ngẫu nhiên chọn ra 424 người bệnh đã qua kiểm tra chụp X - quang, tiến hành phân tích, xuất hiện tính nguy hiểm của bệnh biến chứng tương quan là 1,2%, phẫu thuật dẫn đến nguy hiểm đột quỵ là 2,3%. Do việc phát hiện phẫu thuật ngoại khoa có lợi rõ rệt nên nghiên cứu này sau khi thực hiện 2,7 năm đã kết thúc trước thời hạn. Ước tính nhóm phẫu thuật trên 5 năm đột quỵ đồng thời cả 2 bên, đột quỵ do phẫu thuật dẫn đến hoặc tử vong, tổng cộng tỷ lệ phát sinh là 5%. Còn trong nhóm điều trị bằng thuốc là 11% (giảm thấp 53% nguy hiểm phát bệnh).

Hiện tại vẫn chưa có kết quả nghiên cứu so sánh hiệu quả trị liệu có liên quan tới trị liệu can thiệp nội huyết quản và phẫu thuật cắt bỏ nội mạc động mạch cổ. Những tư liệu nghiên cứu có liên quan đến vấn đề này ở nước ta còn phải chờ kết quả tổng kết.

Lời khuyên

- Đối với những người bệnh hẹp động mạch cổ không có triệu chứng, thường thì không đưa ra điều trị phẫu thuật hoặc điều trị can thiệp nội huyết quản. Đầu tiên



nên trị liệu bằng các loại thuốc kháng huyết bản như aspirin hoặc statins.

- Đối với những người bệnh hẹp động mạch cổ mức độ nặng ($>70\%$), có điều kiện có thể cân nhắc tiến hành phẫu thuật cắt bỏ nội mạc động mạch cổ hoặc phẫu thuật trị liệu can thiệp nội huyết quản (nhưng trước khi phẫu thuật phải căn cứ vào ý nguyện của người bệnh và người thân có hay không những chứng kèm theo khác cho đến tình trạng bản thân của người bệnh, tiến hành sau khi phân tích thảo luận một cách toàn diện).

6. Mối liên hệ giữa đột quỵ não và chế độ dinh dưỡng, luyện tập như thế nào?

- Đột quỵ não và thói quen ăn uống hàng ngày:

Những người mỗi ngày ăn nhiều hoa quả và rau thì mức độ nguy hiểm tương đối của đột quỵ là khoảng 0,69 (95% khoảng cách phân chia đáng tin cậy là 0,52 - 0,92). Mỗi ngày ăn thêm 1 suất (hoặc 1 đĩa) hoa quả và rau, có thể làm cho tính nguy hiểm của đột quỵ giảm xuống còn 6%.

Thói quen ăn uống của người phương Đông và người phương Tây có nhiều điểm khác biệt lớn. Trong những năm gần đây, do sự tăng cao phổ biến của mức sống, thói quen ăn uống đang hình thành những thay đổi rõ rệt. Tỷ lệ ăn thức ăn từ động vật của mọi người tăng lên, đặc biệt là lượng hấp thụ chất béo tăng cao với tốc độ tương đối nhanh. Sự hấp thụ quá nhiều chất béo và cholesterol có thể tăng nhanh quá trình xơ cứng động mạch, ảnh hưởng tới chức năng hoạt động bình thường của huyết quản tim,



não, dễ dẫn đến đột quỵ não. Ngoài ra, lượng hấp thụ muối ăn của người dân nước tăng cao hơn rất nhiều so với người phương Tây. Lượng muối ăn quá nhiều có thể làm cho huyết áp tăng cao, đồng thời thúc đẩy hình thành xơ cứng động mạch. Các nghiên cứu ở hầu hết các quốc gia đều khẳng định hàm lượng muối hấp thụ có liên quan chặt chẽ đến sự phát sinh đột quỵ não.

Lời khuyên

Đưa ra thực đơn đa dạng cho mỗi ngày, làm cho nhu cầu của cơ thể và hấp thụ năng lượng đạt được sự cân bằng. Sự hấp thụ các chất dinh dưỡng phải hướng tới sự hợp lý, đồng thời nên hạn chế lượng muối hấp thụ, mỗi ngày chỉ ăn khoảng 6g muối.

- + Ăn nhiều rau và hoa quả.
- + Hạn chế uống rượu.
- + Uống chè điều độ.
- + Ăn nhiều thủy sản, đặc biệt là cá biển.
- Đột quỵ não và sự thiếu vận động:

Luyện tập thể dục điều độ rất có lợi đối với việc giảm thiểu các bệnh về mạch máu, tim, não. Hoạt động thể dục đúng cách có thể cải thiện chức năng tim, tăng lượng huyết lưu, cải thiện hệ vi tuần hoàn. Vận động hợp lý cũng có thể thông qua tác dụng của những nhân tố chủ yếu không chế đột quỵ như phòng tránh huyết áp bị tăng cao, không chế lượng đường huyết, và giảm thể trọng có hiệu quả bảo vệ rất tốt. Hoạt động thể dục điều độ còn có thể tăng cao lượng t - PA trong huyết tương và



hoạt tính HDL - C, đồng thời có thể làm cho gốc abuymin trong huyết tương và độ hoạt động của huyết bản giảm xuống.

Lời khuyên

Những người trưởng thành mỗi tuần nên ít nhất thực hiện việc tập thể dục từ 3 - 4 lần một cách thích hợp. Thời gian mỗi lần tập nên nhiều hơn 30 phút (các hoạt động trao đổi chất tăng cường khi đi nhanh, chạy chậm, đi xe đạp). Trọng điểm cần được nhấn mạnh là tăng sự hoạt động điều độ, có quy luật, là một bộ phận hợp thành quan trọng của lối sống khỏe mạnh, tác dụng phòng bệnh của nó đã được khẳng định.

- Phòng chống đột quy não từ việc tập thể dục

Tập thể dục hợp lý sẽ tăng cường thể chất, nâng cao khả năng kháng bệnh, cải thiện chức năng tim mạch, kích thích hệ thống tuần hoàn, gia tăng sự cung cấp máu cho não. Đồng thời vận động giúp giảm thấp độ nhớt của máu, giảm sự hình thành cục máu đông. Những hoạt động mạnh và đột ngột, những hoạt động quá sức sẽ không thích hợp với người già, vì nó có thể làm huyết áp tăng cao, dẫn đến đột quy. Người già nên thực hiện những động tác chậm, như đi nhanh, chạy chậm, tập thái cực quyền.

7. Có những nhân tố nguy hiểm nào dẫn đến tái phát đột quy não? Biện pháp phòng tránh?

Những nhân tố nguy hiểm dẫn đến tái phát đột quy não bao gồm những nhân tố không thể can thiệp và



những nhân tố có thể can thiệp. Những nhân tố có thể can thiệp lại chia thành nhân tố sinh lý học, như cao huyết áp, bệnh tiểu đường, mỡ trong máu cao, chứng cysteine trong máu cao; các nhân tố hành vi học như hút thuốc lá, nghiện rượu, béo phì, chứng trầm uất... Các nhân tố không thể can thiệp ví dụ như các bệnh về tim mạch.

- Biện pháp phòng chống:

+ Tiến hành đánh giá chính xác cơ chế phát bệnh của đột quy lần đầu.

+ Tiến hành việc quản lý huyết áp sau khi bị đột quy một cách chuẩn xác.

+ Sử dụng một cách hợp lý thuốc chống sự tập hợp của huyết bản.

+ Tiến hành trị liệu chống đông máu hợp lý.

+ Can thiệp chữa trị bệnh tim.

+ Can thiệp chữa trị chứng hẹp động mạch cổ.

+ Can thiệp vào chứng cysteine trong máu cao.

+ Can thiệp để ngăn sự phát tác của sự thiếu máu não tạm thời.

+ Không chế lượng mỡ và đường trong máu sau khi bị đột quy.

+ Tuyên truyền giáo dục hiểu biết về sức khỏe và can thiệp ngăn chặn các nhân tố nguy hiểm gây bệnh.

8. Sau khi đột quy não, làm thế nào để đánh giá chính xác cơ chế phát bệnh đột quy lần đầu?

Hiểu được cơ chế, nguyên nhân bệnh học của đột quy lần đầu có ý nghĩa quan trọng đối với sự tích cực



tiến hành một cách hiệu quả việc phòng chống đột quỵ não tái phát. Cơ chế sinh lý bệnh lý học của đột quỵ do thiếu máu lần đầu chủ yếu chia thành 4 loại: hoại tử do cục máu đông hình thành gây xơ cứng động mạch, tắc mạch máu bất do những nguyên nhân từ tim, hoại tử do nút xoang loại không rõ nguyên nhân. Bệnh biến do hoại tử nút xoang thường nằm ở phần bán cầu não. Kết quả kiểm tra của chụp cắt lớp bằng máy vi tính (CT) hộp sọ có thể là âm tính hoặc đường kính của ổ hoại tử nhỏ có thể nhìn thấy là nhỏ hơn hoặc bằng 15mm, kiểm tra tạo ảnh cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) rõ ràng sắc nét hơn CT. Biểu hiện lâm sàng là liệt nửa người nhẹ. Sự tắc máu do những nguyên nhân bắt nguồn từ tim lại do nhiều loại bệnh do các nguyên nhân từ bệnh tim gây ra, gồm có: rung tâm nhĩ, bệnh vành tim, xơ cứng cơ tim, bệnh cơ tim nở to, bệnh viêm nội mạc tim do cảm nhiễm, sa van 2 lá, hội chứng yếu nút xoang, u niêm dịch tâm nhĩ... Nguyên nhân chủ yếu của hoại tử không bắt nguồn từ tim thường là xơ vữa động mạch chủ kèm theo hẹp động mạch bộ phận. Người bị hoại tử do nút xoang thường kèm theo bệnh tiểu đường. Nếu như chắc chắn đột quỵ lần đầu là hoại tử nút xoang thì có thể giảm nguy cơ tái phát đột quỵ bằng cách can thiệp chính xác vào các nhân tố nguy hiểm. Nếu như đã chắc chắn đột quỵ lần đầu là do rung tâm nhĩ dẫn đến tắc máu do nguyên nhân bắt nguồn từ tim thì có thể sử dụng một cách thích hợp liều nhỏ aspirin (chống huyết bản) kèm theo warfarin (chống đông máu) để can thiệp. Nếu là



người bệnh đột quy do thiếu máu loại nhẹ kèm theo rung tâm nhĩ, hiệu quả của việc can thiệp chống đông máu sẽ không lý tưởng, mà người bệnh có khi lại bị những nguy cơ biến chứng khác. Đối với những người có kèm theo bệnh vành tim, chứng mỡ trong máu cao còn nên sử dụng thêm thuốc statins để điều tiết lượng mỡ trong máu. Những kết quả nghiên cứu trong thời gian gần đây cho thấy, thuốc statins còn có tác dụng ổn định những vết đốm dạng xơ vữa nội huyết quản để phòng sự rụng ra của nó. Cơ chế nguyên nhân bệnh học của xuất huyết não phát tác lần đầu chia thành xuất huyết do huyết áp cao và xuất huyết không do huyết áp cao. Đối với sự xuất huyết máu phát sinh nhiều lần ở não phải xem xét kỹ có tồn tại u huyết quản hay không. Ở tình trạng này chỉ sử dụng điều trị giảm huyết áp thì luôn không có hiệu quả, nhất thiết phải kết hợp những biện pháp can thiệp kèm theo khác dựa trên cơ sở giảm huyết áp để khử ổ bệnh. Xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện phần lớn do u động mạch trong khoang sọ hoặc huyết quản não dị hình bị vỡ ra dẫn đến. Vì thế trước khi người bệnh tiến hành các biện pháp can thiệp phải xác định rõ loại phát tác đột quy lần đầu cho tới các nhân tố nguy hiểm có liên quan.

Đối với những người đã phát sinh đột quy não, để xác định rõ hơn cơ chế phát bệnh, có thể lựa chọn các phương pháp kiểm tra sau đây: Nghiên cứu trong phòng thí nghiệm (gồm thống kê toàn bộ tế bào máu, toàn bộ sinh hóa), tâm điện đồ, chụp CT khoang sọ, chiếu B



động mạch cổ, MRI khoang sọ, chụp huyết quản tạo ảnh từ hạt nhân (MRA), siêu âm tim đồ, Holter tim, siêu âm mạch máu xuyên sọ (TCD), và cả chụp X - quang huyết quản não... Nếu cần thiết có thể kiểm tra lượng cysteine trong máu, kháng thể kháng cardiolipin...

9. Sau khi đột quỵ não, làm thế nào để tiến hành quản lý theo dõi huyết áp chính xác?

Đột quỵ não cho dù là lần đầu hay là tái phát, cao huyết áp đều là một nhân tố nguy hiểm có quan hệ mật thiết với nó. Mức huyết áp của người bệnh cao hơn 160/100mmHg có thể làm tăng lên rõ rệt mức độ nguy hiểm. Người bệnh sau lần đột quỵ đầu tiên, bất luận là đã từng bị cao huyết áp hay chưa đều cần theo dõi cẩn thận mức huyết áp. Mặc dù khoảng 80% người bị đột quỵ, có kèm theo huyết áp, song sau khi bị đột quỵ do tác dụng của huyết lưu não tự động điều tiết, chỉ 1/3 người bệnh có huyết áp vẫn tiếp tục cao. Kỳ cấp tính sau khi đột quỵ huyết áp giảm quá mức sẽ dẫn đến sự cung cấp máu giảm thấp cho toàn não hoặc chất trắng não bị tổn thương, là nhân tố chủ yếu dẫn đến phát bệnh lần sau khi đột quỵ. Vì thế quá trình làm giảm huyết áp phải tiến hành một cách từ từ. Tất cả người bệnh trên cơ sở thay đổi phương thức sống đều phải lựa chọn sử dụng hợp lý thuốc giảm áp để điều trị. Trừ các tình trạng đặc biệt như bệnh não do cao huyết áp cho đến bệnh phình mạch... nếu không thì mức huyết áp không nên hạ quá thấp, quá nhanh. Đồng thời cần coi việc



không chế áp suất tâm trương là chính. Nghiên cứu hệ thống cho thấy, khi áp suất tâm trương duy trì ở mức trên 80mmHg, mỗi lần giảm 5mmHg, nguy cơ tái phát đột quỵ giảm thấp còn 15%. Kết quả nghiên cứu đối chiếu ngẫu nhiên một cách tổng quát (progress) đã chứng thực, đối với những bệnh nhân mà trước đó đã có tiền sử đột quỵ não hoặc thiếu máu não tạm thời (TIA) thực hiện điều trị giảm huyết áp có thể giảm nguy cơ tái phát đột quỵ, đồng thời có thể giảm thấp nguy cơ phát sinh bệnh lú lẫn và rối loạn nhận biết.

Lời khuyên

+ Thay đổi thói quen sinh hoạt không tốt cho sức khỏe.

+ Tích cực không chế huyết áp, ở tình trạng người bệnh có thể chịu đựng được, tốt nhất nên giảm huyết áp xuống còn 140/90mmHg.

+ Điều trị giảm huyết áp nên bắt đầu khi bệnh tình đã ổn định sau kỳ cấp tính của đột quỵ. (thường là khoảng 2 - 4 tuần sau khi đột quỵ).

10. Có những biện pháp điều trị nào sau khi đột quỵ?

- Uống thuốc chống huyết bản tập hợp lại:

Đối với những người bệnh sau khi đột quỵ do thiếu máu, lời khuyên của các chuyên gia là sử dụng thuốc kháng huyết bản để điều trị. Thời kỳ đầu sau khi phát tác đột quỵ lần đầu, do thiếu máu, dùng aspirin có thể giảm rõ rệt nguy cơ tái phát đột quỵ. Kết quả của một



thí nghiệm phòng chống đột quỵ của Châu Âu (ESPS - 2) đưa ra, hiệu quả phòng bệnh của việc sử dụng kết hợp aspirin với thuốc làm dẫn các mạch máu ở tim (persantine) tốt hơn nhiều so với việc chỉ sử dụng một trong 2 loại thuốc đó, mà còn không làm tăng các tác dụng phụ như xuất huyết. Việc sử dụng thuốc chống huyết bản nên căn cứ vào khả năng chịu đựng của người bệnh và tình hình thực tế (bao gồm cả khả năng kinh tế...) để có sự lựa chọn phù hợp.

Lợi khuyên

- + Liều lượng thuốc aspirin khi chỉ dùng nó là 50 - 150mg/ngày, uống 1 lần.

- + Có thể sử dụng liều hỗn hợp aspirin (25mg) với thuốc làm dẫn các mạch máu ở tim persantine (200 mg) (dạng viên nén), 2 lần/ngày.

- + Những người có điều kiện, nhóm có nguy cơ cao hoặc người không thể chịu được aspirin có thể lựa chọn clopidogrel (thuốc kháng đông), 75mg/ngày.

- Tiến hành trị liệu chống đông máu:

Sử dụng thuốc kháng đông có thể làm tăng nguy cơ xuất huyết máu trong khoang sọ, chỉ có người bệnh được chẩn đoán là rung tâm nhĩ (đặc biệt là rung tâm nhĩ do bệnh biến không phải từ van tim) dẫn đến tắc mạch máu bắt nguồn từ tim mới thích hợp sử dụng thuốc kháng đông máu. Điều trị kháng đông với cường độ quá lớn sẽ không an toàn, tiêu chuẩn đưa ra của giám sát INR hiện nay (tỷ suất tiêu chuẩn quốc tế hóa) là 2,0 - 3,0.



Lợi khuyên

Đối với người bệnh đã được chẩn đoán chính xác là tắc mạch máu bắt nguồn từ tim do chứng rung tâm nhĩ không phải từ van tim gây ra, có thể sử dụng warfarin để điều trị chống đông máu, liều lượng là 2 - 4mg/dl, lượng INR nên điều chỉnh trong khoảng 2,0 - 3,0. Nếu như không có điều kiện theo dõi kiểm nghiệm INR mà không thể sử dụng warfarin thì chỉ có thể chọn điều trị bằng aspirin.

11. Ảnh hưởng của hậu đột quy đến các chứng bệnh khác như thế nào?

- Ảnh hưởng đến bệnh tim:

Những bệnh nhân mắc chứng tắc mạch máu do rung tâm nhĩ gây ra cần có phương pháp chống đông tụ thích hợp. Ngoài ra những người mắc bệnh tim cũng rất dễ mắc chứng tắc mạch máu. Vì vậy, cần tìm hiểu và xử lý nguyên nhân gây bệnh. Ví dụ, nhồi máu cơ tim là một nguyên nhân chính gây ra hiện tượng đột quy và tái phát đột quy. Đối với những trường hợp nhồi máu cơ tim hay trong khi đột quy phát sinh nhồi máu cơ tim, cần duy trì hiệu suất hoạt động của tim, dùng thuốc acei và thuốc chống đông tụ tiến hành trị liệu, giảm bớt sự nguy hiểm của bệnh. Những trường hợp màng tim mỏng, có thể gây ra hiện tượng nhân tố gây tắc mạch là truyền nhiễm hay không truyền nhiễm. Khi đó nên sử dụng thuốc kháng sinh, không sử dụng thuốc chống đông tụ máu.



Người bệnh nên tìm hiểu kỹ tác nhân gây bệnh và xử lý càng sớm càng tốt, có phương pháp trị liệu đúng đắn nhất, giảm thiểu nguy cơ tái phát đột quỵ.

- Ảnh hưởng đến triệu chứng cystine trong máu:

Triệu chứng cystine trong máu là một trong những nguyên nhân gây ra các bệnh liên quan đến hệ thống huyết quản và sự tái phát bệnh. Nên dùng kết hợp các loại chất foric acid, vitamin B₆, vitamin B₁₂ để giảm lượng cystine trong máu. Có thể hấp thụ các chất này bằng cách ăn rau, hoa quả, các loại đậu, thịt nạc và cá. Hiện nay quốc tế đang diễn ra hội thảo mang tên VISP và VINATOPS, nghiên cứu tác dụng của foric acid, vitamin B₆, vitamin B₁₂ trong việc phòng chống sự phát sinh và tái phát đột quỵ.

Lời khuyên

- Ăn uống điều độ.

- Với những người có hàm lượng cystine trong máu cao, hàng ngày nên cung cấp đầy đủ 2mg/dl foric acid, 30mg/dl vitamin B₆, 500ug/d vitamin B₁₂.

- Ảnh hưởng đến việc thiếu máu não tạm thời (TIA):

Những bệnh nhân đột quỵ đều có nguy cơ thiếu máu não, thậm chí trường hợp này có thể xảy ra trong tuần thứ 2 ở lần đột quỵ đầu tiên. Vì vậy, đối với những bệnh nhân trung niên mắc đột quỵ, tìm và xử lý nguyên nhân gây ra thiếu máu não tạm thời (TIA) (nhất là ở lần đột quỵ thứ 2) rất quan trọng. Cần loại bỏ các tác nhân nguy hiểm như cao huyết áp, huyết động lực học bất



thường, hút thuốc, uống quá nhiều rượu, mỡ thừa trong máu và hẹp động mạch. Khi bệnh nhân xuất hiện hiện tượng thiếu máu não tạm thời (TIA), nên áp dụng phương pháp kháng tiểu cầu.

12. Sau khi đột quy, làm thế nào để kiểm soát lượng đường và lượng mỡ trong máu?

Thời kỳ đầu sau khi tái phát đột quy, nên truyền vào tĩnh mạch dịch GIK (đường glucose, kali clorua, hormon protein), để duy trì lượng đường trong máu ở mức phù hợp. Song cũng có nghiên cứu cho rằng, hàm lượng cao hay thấp của glucozo chuyển hoá thành hemoglobin (HbA1c) trong máu không có liên quan gì đến đột quy và tái phát đột quy.

Lời khuyên

Kiểm tra định kỳ lượng đường và mỡ trong máu, thường xuyên tập luyện thể dục và uống thuốc.

13. Phương pháp truyền dịch vào mùa đông và mùa hè có thể ngăn ngừa tái phát đột quy không?

Phương pháp truyền dịch vào mùa đông và mùa hè để ngăn ngừa tái phát đột quy đang rất phổ biến. Thông thường, mỗi lần điều trị kéo dài 10 - 15 ngày, nên dùng thuốc chống nghẽn mạch máu và giúp dẫn nở huyết quản. Phương pháp điều trị này dựa trên thực tế, tỷ lệ đột quy phát sinh nhiều nhất là vào mùa đông và mùa hè, dùng một số loại thuốc này có lợi cho tuần hoàn của máu. Tuy nhiên loại thuốc này không phải phù hợp với



tất cả các đối tượng, phải căn cứ vào tình trạng bệnh của từng người để có phương pháp trị liệu đúng đắn.

Chứng xơ cứng động mạch là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tái phát đột quy, và không phải phương pháp truyền dịch nào cũng có thể ngăn chặn chứng xơ cứng động mạch. Hơn nữa, phương pháp này cũng không thể ngăn ngừa những nguyên nhân chính gây ra đột quy như: cao huyết áp, bệnh tim, tiểu đường, hút thuốc lá, nghiện rượu, lượng mỡ trong máu không ổn định, hẹp động mạch... Vì vậy, người bệnh không nên quá hy vọng vào phương pháp điều trị này mà không chú trọng đến các phương pháp khác.

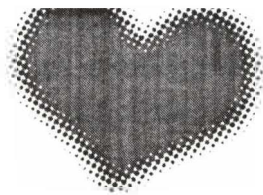
14. Tại sao aspirin có thể giúp ngừa đột quy do thiếu máu não?

Một trong những nguyên nhân dẫn đến hiện tượng thiếu máu não là kết tụ tiểu cầu tăng cao. Thuốc chống kết tụ tiểu cầu aspirin ASA được công nhận là có hiệu quả trong việc giảm thiểu nguy cơ thiếu máu não. Qua quá trình ngăn ngừa oxy trong tiểu cầu chuyển hoá thành enzym, ASA ngăn ngừa kết tụ tiểu cầu. Dưới tác dụng của quá trình oxy chuyển hoá thành enzym, acid trong cơ thể sẽ chuyển hoá thành chất thromboxane (TXA2) và chất epoprostenol (PGI2). Thromboxane do tiểu cầu hợp thành, kích thích sự kết tụ tiểu cầu, làm nhỏ huyết quản; epoprostenol là do các ngăn trong thành mạch máu cấu thành, có tác dụng ngăn ngừa chứng kết tụ tiểu cầu, đồng thời làm giãn nở huyết quản. Nếu mỗi



ngày cơ thể hấp thụ 0,45mg ASA, uống 40mg thuốc thì có thể giảm 80% lượng oxy trong tiểu cầu chuyển hoá thành enzym. Nếu dùng nhiều, ASA sẽ kìm hãm một cách mạnh mẽ sự chuyển hoá từ oxy sang enzym trong tiểu cầu và thành mạch máu, khiến cho sự biến đổi của TXA2 và PGI2 không được rõ ràng. Điều này không có lợi trong việc phòng chống chứng huyết khối. Không có sự sinh ra protein trong tiểu cầu nên không thể sinh ra enzym. Khi quá trình chuyển hoá từ oxy sang enzym bị ngừng lại, muốn hồi phục sức khoẻ phải đợi tiểu cầu mới được sinh ra. Trong các ngăn thành mạch máu có sự sinh ra protein vì vậy rất dễ dàng diễn ra quá trình chuyển hoá từ oxy sang enzym. Vì vậy, ASA có thể không chế tiểu cầu trong thời gian 7 - 10 ngày, nhưng chỉ có tác dụng tạm thời với thành mạch máu. Tuy nhiên, trong sự tuần hoàn máu, mỗi ngày có 1/10 tiểu cầu mới được sinh ra, ASA có tác dụng trong vòng 3 - 5 tiếng, nhưng hàng ngày vẫn phải uống thuốc để chống sự kết tụ tiểu cầu. ASA không có tác dụng với những trường hợp kết tụ tiểu cầu do hàm lượng quá lớn collagen và chất tạo keo gây ra.

Aspirin nên sử dụng sau khi ăn, mỗi ngày 1 lần, mỗi lần 50 - 150mg. Một số phản ứng phụ thường gặp như nổi ban, đau dạ dày, sốt, táo bón, đi ngoài ra máu đen...



Chương ba

PHƯƠNG PHÁP CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐỘT QUY





1. Nhiệm vụ, mục đích của việc chăm sóc bệnh nhân đột quy là gì?

- Cải thiện thể chất bệnh nhân: Bao gồm cả 2 mặt tâm lý và sinh lý. Người bệnh do ảnh hưởng của tình trạng sức khỏe nên thường có tâm trạng buồn chán, lo nghĩ, tinh thần không thoải mái. Khi bác sỹ điều trị cho bệnh nhân, người già phải thường xuyên ở bên, động viên, cổ vũ tinh thần họ, giúp họ lấy lại sự tự tin, đồng thời trợ giúp họ trong điều trị bằng vật lý trị liệu.

- Hạn chế tối đa các di chứng sau khi bị đột quy: Viêm gan, cơ thể bị loét, hoại tử do tư thế nằm liệt lâu ngày, đau khớp tay, vai, là những triệu chứng dễ gặp phải của bệnh nhân đột quy. Cần giúp bệnh nhân vận động, tránh những di chứng này. Đồng thời giúp bệnh nhân nhanh chóng hồi phục.

- Sớm đưa bệnh nhân hoà nhập lại với cộng đồng: Cùng với sự chăm sóc của bác sỹ, nhanh chóng giúp người bệnh cải thiện được trạng thái tâm lý cũng như sinh lý, giúp họ sớm trở về với xã hội, tìm lại được cuộc sống bình thường.

- Ghi chép lại những chú ý khi chăm sóc người bệnh

+ Dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân: Bao gồm hít thở, huyết áp, mạch đập, thân nhiệt. Đây là những dấu hiệu sẽ biến đổi trước tiên nếu tình trạng bệnh nhân thay đổi. Cần ghi chép lại kỹ lưỡng những thông số này để kịp thời cứu chữa bệnh nhân và dự đoán những triệu chứng tiếp theo.



+ Lượng hấp thụ và thải ra: Ghi chép lại tình hình ăn uống hàng ngày của bệnh nhân, bao gồm lượng thức ăn, loại thức ăn và đồ uống. Đồng thời theo dõi tình trạng đại tiểu tiện của bệnh nhân, màu sắc và số lần. Bác sỹ có thể thông qua những số liệu này để điều chỉnh phù hợp việc truyền dịch, đồng thời xem có cần thêm phương pháp điều trị nào nữa không?

+ Các triệu chứng: Nét mặt, màu da, thần thái, đều là những căn cứ để từ đó bác sỹ có thêm cơ sở cho việc điều trị bệnh. Cần ghi chép lại cẩn thận, giao cho bác sỹ hàng ngày. Người nhà cần kết hợp chặt chẽ với bác sỹ cùng chăm sóc bệnh nhân.

2. Đo thân nhiệt như thế nào?

Có các cách đo thân nhiệt như đo qua nách, miệng và hậu môn, trong đó cách đo qua nách là phổ biến nhất. Đo qua hậu môn cần dụng cụ chuyên ngành nên cách này ít sử dụng. Ở đây giới thiệu cách đo thân nhiệt qua nách và miệng.

- Đo thân nhiệt qua nách: Lau khô nhiệt kế, vẩy nhiệt kế xuống dưới 35°C . Cởi áo, lau khô nách bệnh nhân, để phần có thủy ngân ở nhiệt kế hướng vào nách, sát vào da, tay người bệnh kẹp chặt, gập để trước ngực. Sau 10 phút, bỏ nhiệt kế ra, nhiệt độ bình thường là $36 - 37^{\circ}\text{C}$.

- Đo thân nhiệt qua miệng: Lau khô nhiệt kế, vẩy nhiệt kế xuống dưới 35°C , ngậm phần có thủy ngân ở dưới lưỡi, ngậm miệng lại và thở bằng mũi, chú ý hướng



dẫn bệnh nhân không cần nhiệt kế. Sau 5 phút bỏ nhiệt kế ra, nhiệt độ bình thường là $36,3 - 37,2^{\circ}\text{C}$.

Thân nhiệt ở người lớn thường dao động không đáng kể. Thân nhiệt vào buổi chiều thường cao hơn vào buổi sáng là 1°C . Tuy nhiên thể trạng của mỗi người khác nhau thì con số này cũng thay đổi. Khi vận động, ăn uống hay trước thời kỳ kinh nguyệt, thân nhiệt thường cao hơn bình thường. Những người sức khỏe yếu, người cao tuổi người bị đột quỵ thân nhiệt thường thấp hơn người khỏe mạnh. Cho dù dùng bất cứ dụng cụ và phương pháp nào để đo thân nhiệt, nếu nhiệt độ cao hơn mức bình thường, chứng tỏ người bệnh bị sốt.

Khi lâm sàng, có thể căn cứ vào tiêu chuẩn sau để xác định:

- + Sốt nhẹ: $37,4 - 38^{\circ}\text{C}$.
- + Sốt bình thường: $38,1 - 39^{\circ}\text{C}$.
- + Sốt cao: $39,1 - 41^{\circ}\text{C}$.
- + Sốt rất cao: Trên 41°C .

3. Phương pháp đo huyết áp như thế nào?

- Trước khi tiến hành đo huyết áp 30 phút, người bệnh không hút thuốc, không uống cà phê, nghỉ ngơi 5 - 10 phút đến nửa tiếng nếu vừa vận động.

- Để bệnh nhân ở tư thế nằm hoặc ngồi, vén ống tay áo của bệnh nhân lên, duỗi thẳng tay, quần túi khí chặt vào tay, phần động mạch cánh tay, trên khuỷu tay của bệnh nhân khoảng 2 - 3cm.

- Khi bác sỹ bắt được mạch trên động mạch cánh tay bệnh nhân, đặt máy nghe trên động mạch, chuẩn bị



nghe. Bóp khí, vừa bóp vừa nghe, khi không thấy mạch trên động mạch cánh tay nữa thì tiếp tục tăng thêm 20 - 30 mmHg.

- Sau đó từ từ thoát khí (2 - 6mmHg/giây), khi nghe thấy âm thanh đầu tiên, giống như tiếng “tôm”, khi đó huyết áp giảm, âm thanh cuối cùng mất đi tức là tăng huyết áp. Nên đo ít nhất 2 lần, kết quả là trung bình 2 lần đo.

- Sau khi đo xong, cởi túi khí ra, xả khí còn dư lại, đóng chặt nắp túi khí, cất vào hộp.

4. Hướng dẫn bệnh nhân đột quỵ uống thuốc như thế nào là đúng cách?

- Tuân theo sự chỉ dẫn của bác sỹ. Các bác sỹ luôn căn cứ vào tình hình của bệnh nhân để kê đơn thuốc. Không thể dựa vào triệu chứng tương tự của người này để kê đơn thuốc cho người kia, sẽ gây ra hậu quả nghiêm trọng. Đặc biệt là một số loại thuốc như thuốc hạ huyết áp, thuốc làm giảm lượng đường trong máu, thuốc chống đông tụ... Cần phải đến các trung tâm để kiểm tra bệnh, tuyệt đối không hỏi bệnh rồi mua thuốc ở các cửa hàng thuốc, để tránh trường hợp dùng nhầm thuốc, gây ra hậu quả nghiêm trọng.

- Uống thuốc theo đúng chỉ định của bác sỹ, bao gồm liều lượng và thời gian uống thuốc. Điều này có ảnh hưởng lớn đến hiệu quả chữa bệnh. Nếu dùng không đủ lượng sẽ không đạt được hiệu quả trị liệu, ngược lại dùng quá liều có thể gây ngộ độc. Tuyệt đối tránh lối suy nghĩ cho rằng càng uống nhiều thì càng nhanh đạt



được hiệu quả. Ngoài ra, sự hấp thụ và thải ra, thời gian và số lần dùng của các loại thuốc là khác nhau, vì vậy không thể dùng tùy tiện.

- Người thân trong gia đình phải quan tâm theo dõi đến việc uống thuốc của bệnh nhân: Bệnh nhân đột quỵ vốn có sức khỏe không tốt, tinh thần không minh mẫn, một mình rất khó có thể uống thuốc, vì vậy cần sự giúp đỡ của gia đình. Khi lâm sàng, rất nhiều trường hợp có thể xảy ra như uống nhầm thuốc, uống quá liều lượng... dẫn đến nhiều hậu quả nghiêm trọng.

5. Bảo quản thuốc như thế nào là đúng cách?

- Để thuốc ở nơi an toàn: Đa số bệnh nhân bị đột quỵ não đều kèm theo tiểu đường, cao huyết áp... Họ thường sử dụng thuốc hạ đường huyết. Đối với những loại thuốc này nên đặt ở nơi trẻ em không thể lấy được. Đã có ca bệnh mà bệnh nhân là một cháu bé, do uống nhầm thuốc mà dẫn đến tử vong.

- Giữ cẩn thận nhãn mác của thuốc: Trên nhãn mác của thuốc thường ghi các thông tin quan trọng như tên thuốc, tiêu chuẩn, liều lượng, nồng độ, cách dùng, tác dụng phụ, thời hạn sử dụng... Do đó cần xem kỹ hướng dẫn trước khi dùng để tránh uống nhầm, uống quá liều, uống thuốc hết hạn sử dụng...

- Tuyệt đối không dùng các loại thuốc đã biến chất: Bảo quản thuốc cần chú ý để thuốc ở nơi khô ráo, tránh ánh sáng trực tiếp, tránh nơi ẩm ướt, nơi có nhiệt độ cao. Nếu phát hiện thuốc bị biến màu, phát độc tố, bị



ấm, lắng cặn, quá hạn sử dụng... thì phải lập tức đổi thuốc, tuyệt đối không được sử dụng lại để tránh gây sai sót trong chẩn đoán hoặc gây trúng độc.

6. Khi sử dụng các loại thuốc có hình dạng khác nhau cần chú ý những gì?

- Đối với thuốc dạng viên nang: Viên nang có tác dụng bảo vệ hợp chất thuốc bên trong khi đi qua thực quản, dạ dày, bảo đảm cho hợp chất thuốc này tới ruột mới bị tan. Do đó không nên lấy hợp chất thuốc trong viên nang ra uống, vì như vậy sẽ không đạt được hiệu quả điều trị. Ngoài ra, nếu để hợp chất thuốc bên trong viên nang dính vào thực quản và niêm mạc dạ dày, có thể sinh ra các kích thích không tốt.

- Thuốc tan chậm: Thuốc tan chậm và thuốc không chế tan, công dụng chủ yếu thể hiện trên bề mặt của thuốc, do đó nhất thiết phải đảm bảo cho thuốc được nguyên vẹn. Khi thuốc bị vỡ sẽ làm mất đi công dụng làm chậm tan của thuốc. Do đó cần chú ý không tách thuốc ra để uống. Các loại thuốc thường dùng trong lâm sàng gồm aspirin, natri benzen...

- Các loại thuốc ngậm: Đối với một số loại thuốc muốn phát huy tác dụng của nó một cách nhanh chóng thì phải ngậm dưới lưỡi. Thông qua sự hấp thụ của niêm mạc dưới lưỡi thuốc sẽ phát huy tác dụng nhanh hơn. Một số loại thuốc thường dùng trong lâm sàng là thuốc viên chữa bệnh tim, nitroglycerin, natri benzen (nifedipine)...



- Thuốc nước: Loại thuốc này rất dễ bị lắng cặn, do đó phải lắc trước khi uống. Trên lọ thuốc có ghi cách sử dụng. Bệnh nhân nên dựa vào đó để uống thuốc cho đúng liều và đúng cách.

- Các loại thuốc bôi ngoài da: Loại này chủ yếu gồm kem bôi. Trước khi bôi, chú ý rửa sạch và lau khô da trước khi bôi. Sau khi bôi thuốc sẽ thấy da mềm do tác dụng của thuốc lên bề mặt da.

7. Chọn thuốc hạ huyết áp như thế nào?

Cao huyết áp là nhân tố có mức độ nguy hiểm cao đối với bệnh nhân bị đột quỵ não. Việc khống chế huyết áp của máu có tác dụng làm giảm đột quỵ não một cách rõ rệt. Việc chọn thuốc hạ huyết áp, cần căn cứ vào tình hình bệnh, xem có mắc các biến chứng về tim, não, thận, căn cứ vào mức độ chịu đựng của bệnh nhân. Đồng thời còn cần căn cứ vào hiệu quả dùng thuốc, mức độ cao thấp của huyết áp, độ tuổi, thói quen dùng thuốc. Thuốc hạ huyết áp có những ưu điểm sau:

- Hiệu quả hạ huyết áp rõ rệt và ổn định: Hiện nay đây là phương pháp chữa trị hiệu quả lâu dài có hiệu quả tốt nhất. Không nên dùng thuốc có hiệu quả ngắn, ví dụ thuốc dùng cho bệnh nhân đau tim... Những loại thuốc này phát huy hiệu quả nhanh, thời gian tác dụng của thuốc ngắn, biến động của huyết áp lớn. Thử nghiệm ở các nước phương Tây đã chứng minh, những loại thuốc có hiệu quả ngắn có thể tăng nguy cơ ngừng đập đột ngột của tim.



- Sử dụng tiện lợi, dễ dàng.

- Phản ứng phụ ít: Do đây là loại thuốc dùng trong thời gian lâu dài, đa phần sẽ gây cho không ít bệnh nhân các phản ứng phụ khác nhau như giữ natri, chức năng của các cơ quan giảm, râu tóc mọc nhanh. Do đó cần tránh dùng các loại thuốc có tác dụng phụ lớn.

- Giá cả phải chăng: Bởi vì loại thuốc này dùng trong thời gian dài, do đó nên chọn loại thuốc phù hợp với kinh tế của mình.

8. Việc dùng bổ sung thêm thuốc hạ huyết áp thường dễ mắc phải những sai lầm gì?

- Sau khi huyết áp trở lại bình thường thì ngừng sử dụng thuốc: Trừ một số ít bệnh nhân bị cao huyết áp dạng nhẹ, có thể bằng phương pháp loại trừ các nhân tố nguy hiểm đến tính mạng để khống chế huyết áp, còn lại đa số bệnh nhân bị cao huyết áp khác cần dùng thuốc phụ trong suốt thời gian điều trị. Có nghĩa là sau khi huyết áp hạ đến mức bình thường vẫn phải tiếp tục dùng thuốc. Do sau khi dùng thuốc, huyết áp sẽ hồi phục trở lại mức bình thường nên sẽ dẫn đến các bệnh về tim, thận, não. Phương pháp dùng thuốc hỗ trợ chính xác nhất là đợi sau khi huyết áp trở về mức bình thường, dưới sự hướng dẫn của bác sỹ, giảm dần loại thuốc và liều lượng dùng. Nên tìm loại thuốc có liều lượng duy trì nhỏ nhất mà có thể dùng bổ sung trong thời gian dài.

- Huyết áp hạ càng nhanh càng tốt: Nguyên tắc hạ huyết áp là ổn định, hiệu quả, tốt nhất là nên chọn loại



thuốc có hiệu quả lâu dài. Huyết áp hạ càng nhanh sẽ càng không có lợi cho cơ thể. Nguyên nhân là do huyết áp biến động lớn, có thể gây ra chứng đột quỵ và tim ngừng đập đột ngột.

- Thuốc càng đắt thì hiệu quả hạ huyết áp càng cao: Nên chọn loại thuốc nào thích hợp nhất chứ không phải thuốc càng đắt càng tốt. Giá cả không ảnh hưởng đến hiệu quả hạ huyết áp của thuốc.

- Chỉ cần không có các biểu hiện không thích hợp, thì bệnh nhân cao huyết áp có thể không nhất thiết phải uống thuốc. Bệnh nhân cao huyết áp thường có các triệu chứng như đau đầu, chân tay tê, nhưng không phải bệnh nhân nào cũng có những triệu chứng như trên. Nó cũng không liên quan tới huyết áp cao hay thấp. Có một số bệnh nhân dù huyết áp cao nhưng do thời gian chịu đựng dài nên không xuất hiện biểu hiện gì. Nhưng thời gian kéo dài sẽ gây tổn hại cho các cơ quan nội tạng và mạch máu. Vì vậy khi phát hiện bị cao huyết áp, cần khám và dùng thuốc hỗ trợ kịp thời.

9. Phòng táo bón khi bị đột quỵ như thế nào?

- Vận động vừa phải: Vận động vừa phải có tác dụng thúc đẩy ruột và dạ dày nhu động, phòng táo bón. Nếu bệnh nhân bị đột quỵ không thể vận động thì có thể mát xa phần bụng để dạ dày và ruột nhu động, thuận lợi cho việc đi đại tiện.

- Chế độ ăn uống hợp lý: Trước bữa ăn có thể ăn một chút thực phẩm chứa nhiều chất xơ như củ cải, rau cần,



chuỗi... Như vậy có thể khiến cho đại tiện duy trì được thể tích và lượng nước thích hợp.

- Đi đại tiện theo một thời gian nhất định: Nên rèn luyện thói quen này, còn nếu như thời gian cách giữa các lần đi đại tiện quá dài sẽ ngăn việc hấp thụ nước quá nhiều, không tốt cho việc đại tiện.

- Các phương pháp điều trị khi bị táo bón: Khi bị táo bón, có thể sử dụng thuốc hỗ trợ đại tiện như quả lô hội, hoa quả, thuốc thông tắc. Nếu hiệu quả không tốt, có thể dùng xà phòng rửa ruột qua hậu môn.

10. Phòng chứng hoại tử do nằm liệt giường khi bị đột quỵ và phương pháp chữa trị như thế nào?

Hoại tử là một trong các biến chứng nghiêm trọng do bệnh nhân đột quỵ phải nằm liệt giường lâu ngày. Chứng bệnh này hình thành do các tổ chức mềm của cơ thể chịu áp lực trong thời gian dài, huyết lưu thay đổi dẫn đến các phần mềm của cơ thể bị thiếu máu, thiếu oxy, sự trao đổi chất gặp khó khăn, từ đó dẫn đến các biến chứng, hoại tử. Người phụ trợ tốt có thể làm giảm và phòng trừ khả năng phát sinh của chứng bệnh này.

- Cơ chế phát sinh bệnh:

+ Tổ chức bị chèn thiếu oxy, thiếu máu, không có oxy để trao đổi chất dẫn đến tích lũy acid lactic khiến cho các tế bào bị nhiễm độc acid, sau đó biến chất, hoại tử, da biến sắc, xơ cứng. Từ đó hình thành mụn nước trên da và bong biểu bì.

+ Sau khi các phần mềm không bị chèn ép nữa, tĩnh mạch sẽ tràn máu. Do tính thẩm thấu của huyết quản



thiếu oxy, huyết tương thẩm thấu ra ngoài nhiều, lượng nước trong các tổ chức tế bào tăng, gây biến tính tổ chức cục bộ, hoại tử.

+ Đối với các bệnh nhân bị hôn mê, các hoạt động và quá trình sự truyền dẫn của thần kinh cảm giác gặp trở ngại, áp lực chèn lên các tổ chức mềm luôn vượt quá khả năng chịu áp lực. Khi da chịu áp lực tương đối lớn liên tục trong 2 giờ thì sẽ gây ra các tổn hại không thể hồi phục được, đồng thời dẫn đến hiện tượng hoại tử.

+ Khi các phần mềm bị chèn ép sẽ dẫn đến tình trạng thiếu máu. Khi các phần mềm thoát khỏi trạng thái bị chèn thì lại bị một loạt các tổn thương. Sau khi vòng tuần hoàn máu của các tổ chức bị chèn hồi phục lại thì adenosine được tạo ra do sự tổng hợp ATP sẽ bị mất đi, ti nạp thể bị tổn thương, oxy tự do hình thành càng nhiều, dẫn đến các tổ chức càng bị tổn thương nghiêm trọng.

- Lực kéo được hình thành do lực ma sát và áp lực cộng hưởng với nhau. Lực kéo có thể làm cho huyết quản bị kéo ra ngoài và tạo thành góc. Từ đó tạo thành chứng huyết khối và gây tổn thương da, dẫn đến chứng hoại tử.

- Lực ma sát được hình thành do hai bề mặt chuyển động tiếp xúc với nhau. Lực ma sát có thể làm mất đi tính bảo vệ của da, do vậy mà quá trình hoại tử càng diễn ra nhanh.

- Quá trình hấp thụ dinh dưỡng gặp khó khăn, năng lượng hấp thụ không đủ, mất cân bằng lượng nitơ, giảm tổng hợp protein dẫn đến hoại tử.



- Sức đề kháng của da giảm, sau khi da bị loét, xuất hiện hiện tượng nhiễm trùng do vi khuẩn gây ra hoại tử.

- Các điểm cần chú ý để phòng tránh hiện tượng hoại tử.

+ Thường xuyên trở mình: Sau 2 - 3 giờ người bệnh nên trở mình 1 lần, thay đổi tư thế cơ thể, giữ cho giường khô ráo, bằng phẳng, không có nếp gấp hoặc mảnh vỡ nào trên giường. Khi trở mình chú ý không để da bệnh nhân chà xát với giường. Bệnh nhân đột quy bị liệt hai chân xuất hiện hiện tượng co thắt, do đó cần đặt giữa hai chân bệnh nhân một cái gối mềm.

+ Móng tay của người phụ trợ và người nhà bệnh nhân nên cắt ngắn để tránh gây tổn thương da của bệnh nhân khi giúp bệnh nhân trở mình. Sử dụng đệm chống hoại tử có thể cải thiện vòng tuần hoàn máu ở nơi bị chèn ép. Nếu bệnh nhân không bị hoại tử cũng cần chú ý phòng chống hoại tử, nếu bị thì có tác dụng điều trị.

+ Để phòng chứng hoại tử sau khi bị đột quy, nguyên tắc chúng là: Thường xuyên, triệt để, khô ráo, phẳng, sớm. Nghĩa là cần thường xuyên trở mình, trở mình toàn bộ, đặc biệt là đối với bệnh nhân bị hôn mê. Khi trở mình cần kiểm tra da, quần áo, chăn đệm có bằng phẳng, khô ráo hay không. Cần dự phòng sớm, theo phương châm phát hiện sớm, chữa trị kịp thời. Đối với bệnh nhân có nguy cơ mắc chứng hoại tử cao cần được chăm sóc chu đáo. Có thể tổng kết dự phòng chứng hoại tử do đột quy thành “7 chăm”: chăm trở mình; chăm lau rửa cơ thể; chăm thay quần áo; chăm mát xa;



chăm sắp xếp; chăm kiểm tra, thường xuyên nhắc nhở dân dò bệnh nhân và người thân.

- Tiến hành chữa trị cho bệnh nhân mắc chứng bệnh hoại tử do đột quy càng sớm càng tốt. Khi chứng bệnh này hình thành sẽ phát triển rất nhanh, chữa trị kịp thời sẽ hạn chế bệnh phát triển.

+ Chữa trị toàn thân: Tăng cường dinh dưỡng. Sự hấp thu dinh dưỡng của bệnh nhân có tác dụng rất lớn đối với hiệu quả chữa bệnh. Hấp thu không đủ protein và các thành phần dinh dưỡng khác sẽ khiến cho khả năng lên da non của vết thương và quá trình hồi phục không đạt đến hiệu quả tốt nhất. Đối với những bệnh nhân bị hoại tử do đột quy cần có chế độ ăn uống giàu protein, vitamin. Việc thiếu vitamin C sẽ dẫn đến các cơ quan tổ chức tế bào bị huỷ hoại, thời gian lên da non sẽ kéo dài hơn. Sức đề kháng của vết thương đang lên da non giảm 50 - 60%. Mỗi ngày nên bổ sung 1g vitamin C, so với bệnh nhân không được bổ sung vitamin, thời gian lành vết thương sẽ nhanh gấp 2 lần trở lên. Nếu bị nhiễm trùng huyết hoặc viêm mạch bạch huyết, thì nên dùng kháng sinh cho toàn bộ cơ thể.

+ Chữa trị cục bộ:

Chứng hoại tử cấp I : Loại bỏ sự chèn ép cục bộ, sau 2 giờ trở mình 1 lần, cải thiện vòng tuần hoàn máu cục bộ, da chuyển sang màu hồng, không cần thiết phải tiến hành mát xa. Các tổ chức phần mềm chuyển sang màu hồng là phản ứng bảo vệ thông thường của cơ thể. Gọi là hiện tượng xung huyết phản ứng. Bộ phận bị xung



huyết sẽ hồi phục sau 30 - 40 phút, không xuất hiện hiện tượng hoại tử. Khi đó việc mát xa có thể làm rách phần tổ chức cơ quan bị chèn ép.

Chứng hoại tử cấp II: Nếu như có mụn nước thì có thể dùng kim vô trùng, trong điều kiện vô trùng hút mụn nước đó ra. Sau đó dính màng bên trong vỏ trứng gà hoặc có thể bôi iốt 2,5% để sát trùng vết thương, tránh bị nhiễm bẩn do đại tiểu tiện gây ra.

Chứng hoại tử cấp III - IV: Làm sạch vết thương, thay thuốc, chiếu tia TDP mỗi ngày 2 lần. Dùng oxy già để ức chế sự sinh trưởng của vi khuẩn yếm khí trên bề mặt vết thương. Nâng cao lượng oxy cung cấp cho tổ chức tế bào bên trong vết thương, cải thiện tình hình trao đổi oxy của các tổ chức cục bộ, lượng oxy lưu thông là 5 - 6l/min, mỗi ngày 1 lần. Đối với trường hợp bề mặt vết thương bài tiết ra nhiều chất có thể cho oxy mang 1 phần ethanol khi đi qua môi trường bình ẩm, làm ức chế sự sinh trưởng của vi khuẩn yếm khí. Công việc này được tiến hành trong môi trường bình ẩm có chứa 75% ethanol. Từ đó có thể làm giảm lượng chất tiết ra từ bề mặt vết thương, làm cho vết thương mau lành hơn. Dùng kem chữa bỏng bôi lên bề mặt vết thương 1 - 2 lần. Bệnh nhân bị tiểu đường sử dụng insulin 16 - 20U để làm ẩm bề mặt vết thương, mỗi ngày 2 lần. Bề mặt của chỗ bị hoại tử tương đối lớn, đường ranh giới giữa các tổ chức bị hoại tử rõ rệt thì có thể phẫu thuật cắt bỏ phần tổ chức bị hoại tử, tiến hành cấy da hoặc khâu một lần. Khi chữa trị chứng hoại tử, tốt nhất không nên



dùng móng tay để thoa thuốc lên vết thương, vì nó có thể làm xuất hiện các tổ chức hoại tử hoặc mũ bên dưới vết thương đã kết vảy, gây ra hiện tượng bề mặt vết thương khô giả, dẫn đến chẩn đoán sai.

11. Chăm sóc khoang miệng và da của bệnh nhân đột quy như thế nào?

- Chăm sóc vệ sinh miệng của bệnh nhân đột quy:

Mục đích của việc chăm sóc khoang miệng cho bệnh nhân là làm sạch, làm ẩm khoang miệng, làm cho miệng hết hôi, kích thích sự thèm ăn, ngăn ngừa các biến chứng, giữ gìn chức năng bình thường của khoang miệng.

Trước khi vệ sinh khoang miệng phải thực hiện công việc giải thích để có được sự phối hợp của người bệnh. Hướng dẫn người bệnh quay nghiêng đầu về phía người làm vệ sinh. Ở phía dưới hàm răng và gối phủ khăn điều trị, chậu nhỏ đặt bên miệng người bệnh. Chú ý xem miệng bệnh nhân có bị chảy máu, lở loét không, giúp người bệnh tỉnh dậy và dùng nước ấm súc miệng. Lau sạch môi và dùng thìa ép lưỡi mở giữ nhẹ phần má bên trái, dùng kim huyết quản kẹp bông thành hình tròn chà rửa mặt ngoài bên trái của hàm răng trên và dưới của bệnh nhân, chà từ trong ra ngoài hướng ra răng cửa, lau chùi dọc hàm răng. Làm tương tự như thế với mặt ngoài răng bên phải. Hướng dẫn người bệnh mở hàm răng ra, chà rửa mặt bên trong phía trên bên trái hàm răng, mặt phải phía trên, mặt bên trong phía dưới. Làm tương tự như vậy với bên còn lại. Sau khi chà rửa



xong, giúp người bệnh dùng khí quản để xúc miệng, trừ những bệnh nhân bị hôn mê. Người bệnh bị lở loét miệng có thể bôi thuốc tím 1%.

- Chăm sóc da cho bệnh nhân đột quỵ:

Mục đích của việc chăm sóc da là làm cho làn da của bệnh nhân đột quỵ luôn sạch sẽ, thoải mái, kích thích tuần hoàn máu, dưới da, tăng chức năng bài tiết của da, phòng các biến chứng của da như cảm nhiễm và lở loét do hoại tử.

Trước khi vệ sinh da cho bệnh nhân phải thực hiện công việc giải thích để có được sự phối hợp của người bệnh. Hướng dẫn người bệnh nằm nghiêng, lưng quay hướng ra phía người làm vệ sinh. Kéo áo của bệnh nhân xuống phần vai, kéo quần xuống phần mông, đồng thời phủ chiếc khăn lông to lên. Trước tiên lấy phần lưng và xương cùng làm điểm bắt đầu, xoa bóp phần lưng trước, đắp chiếc khăn bông lên phần thân dưới bệnh nhân, dùng gạc chấm vào cồn 50% để xoa bóp, bắt đầu từ vùng mông người bệnh, xoa bóp dọc bên cột sống và hướng lên phía trên, tới khi tới phần vai thì chuyển hướng xuống dưới vùng eo và dừng lại. Lặp lại động tác nhiều lần, dùng bụng ngón tay cái xoa bóp bắt đầu từ đuôi xương cùng dọc theo cột sống đốt cổ số 7. Sau đó xoa bóp khắp lưng, lấy phần mô út và mô lớn của bàn tay da ép chặt da, xoa bóp đều khắp, lực xoa bóp hài hòa từ mạnh đến nhẹ, từ nhẹ đến mạnh, mỗi chỗ từ 3 - 5 phút. Nếu cục bộ xuất hiện trạng thái lở loét thời kỳ đầu, có thể dùng bụng ngón tay cái xoa bóp từ chỗ gần vùng lở loét hướng



ra ngoài theo động tác xoa bóp xung quanh. Sau khi xoa bóp xong, xoa bột đá tan lên lưng, giúp người bệnh có tư thế nằm thoải mái, đồng thời quét sạch bụi bẩn và trải ngay ngắn lại ga giường.

12. Chăm sóc người bị đột quỵ và các chứng bệnh kèm theo như thế nào?

- Người đột quỵ não kèm theo tê liệt thuộc hành:

Tê liệt thuộc hành còn gọi là tê liệt diên tủy, phân thành tê liệt thuộc hành tính thật và tê liệt thuộc hành tính giả. Biểu hiện chủ yếu lâm sàng là khản tiếng, nuốt khó, uống nước dễ bị sặc. Đối với người đột quỵ kèm theo tê liệt thuộc hành, ngoài việc chăm sóc thông thường ra, còn phải giải quyết chứng khó nuốt và uống nước dễ bị sặc của người bệnh, để đảm bảo lượng hấp thụ và dinh dưỡng cho tới những nhu cầu quan trọng khác của người bệnh.

Đối với những bệnh nhân cần giữ cho chức năng các bộ phận hoạt động bình thường, có thể cho ăn thức ăn dạng chất lỏng hoặc sền sệt, đồng thời hướng dẫn cho người bệnh các cách ngồi ăn thích hợp để không bị sặc. Chủ yếu là cho ăn các loại thức ăn giàu hàm lượng protein và nhiệt lượng cao.

Đối với người bệnh cần phải có người bón thức ăn, mỗi lần có thể chỉ cho một lượng nhỏ thức ăn vào dưới lưỡi để người bệnh nuốt từ từ, tránh bị sặc.

Đối với những người bệnh không thể ăn bằng miệng hoặc phải bón thức ăn qua đường mũi, phải làm tốt công



tác tư tưởng cho người bệnh để tránh việc người bệnh tự ý kéo ống dẫn thức ăn ra. Đến khi bệnh tình có chuyển biến tốt, có thể thử cho người bệnh ăn thức ăn lỏng trước. Nếu như người bệnh bị rối loạn khả năng nuốt thức ăn và sắc không rõ rệt thì có thể thử rút ống dẫn thức ăn ra.

- Người bệnh đột quỵ kèm theo triệu chứng tinh thần:

Người bệnh đột quỵ thường kèm theo các triệu chứng tinh thần, trên lâm sàng gọi nó là bệnh tâm thần tính triệu chứng. Đối với những người mắc loại bệnh này, ngoài việc chăm sóc cơ bản thì nên đề phòng người bệnh có thể làm người khác bị thương, đập phá đồ đạc... Cần phải có chuyên viên chăm sóc người bệnh một cách thường xuyên. Nhân viên phụ trợ, bác sĩ cho đến người nhà bệnh nhân cần phải chú ý cư xử đúng mực với người bệnh, có sự đồng cảm, giải thích, hướng dẫn và khuyên bảo người bệnh bằng sự kiên nhẫn. Đối với những trường hợp bệnh nhân kháng cự không ăn, có thể sử dụng cách cho ăn bằng ống dẫn qua đường mũi. Đối với những bệnh nhân luôn có tâm trạng lo lắng không yên, làm người khác bị thương, đập phá đồ đạc, có thể cho bệnh nhân uống thuốc chống bệnh tâm thần, đồng thời nên tìm hiểu và điều trị tích cực nguyên nhân gây bệnh. Những người bị nặng có thể mời bác sĩ khoa thần kinh điều trị chuyên biệt.

- Người bệnh đột quỵ kèm theo bệnh tiểu đường:

Đối với người bệnh đột quỵ kèm theo bệnh tiểu đường, ngoài việc chăm sóc cơ bản, nên chú ý những điều sau:



+ Giám sát lượng đường trong máu: Phải kiểm tra định kỳ lượng đường trong máu, để biết cách sử dụng thuốc giảm lượng đường sao cho phù hợp.

+ Ăn uống hợp lý: Phải hiểu được chính xác ý nghĩa quan trọng của việc ăn uống hợp lý, đồng thời học được phương pháp cụ thể trong việc điều trị bệnh bằng cách ăn uống.

+ Vận động hợp lý: Hiểu biết chính xác mối liên hệ giữa sự vận động và điều trị bệnh tiểu đường, động viên người bệnh có thể vận động được nên cố gắng kiên nhẫn vận động đúng cách.

+ Uống đúng thuốc: Uống thuốc theo sự chỉ dẫn của bác sỹ. Bệnh đột quỵ não kèm theo bệnh tiểu đường tương tự với bệnh cao huyết áp, không thể chữa trị tận gốc, phải uống thuốc trong suốt thời gian điều trị. Khi xuất hiện các biến chứng không thể can thiệp sẽ dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

+ Học cách làm giảm lượng đường chính xác: Đối với người bệnh tiểu đường, đặc biệt là đối với những người bệnh ở tuổi trung niên và người già uống glibenclamide và sử dụng insulin, có phát sinh khi đường huyết thấp. Khi xuất hiện các triệu chứng như tâm lý hoang mang, toát mồ hôi, thiếu sức lực... có thể là do đường huyết thấp, nên kịp thời xử lý. Có thể uống nước đường, ăn chút bánh bao... đa số là giảm đi nhanh chóng, người bị nặng cần kịp thời khám chữa.



13. Chăm sóc người bệnh đột quy bị bí tiểu và bị đái dầm như thế nào?

Hoạt động tiểu tiện bình thường là khi dung lượng bàng quang tăng, khi áp suất trong bàng quang tăng cao, cơ mu bàng quang căng ra, xung động thông qua sợi thần kinh giao cảm truyền tới tủy sống. Do tủy sống kích thích lại thần kinh giao cảm thông qua dây thần kinh chậu hông, làm cho cơ mu bàng quan co lại, cơ thắt trong giãn ra, hình thành hoạt động tiểu tiện. Bình thường việc tiểu tiện ngoài sự khống chế của tủy sống ra, nó còn chịu sự khống chế của trung tâm tư tưởng bộ não. Bệnh mạch máu não xuất hiện hôn mê, người bị liệt thường kèm theo chứng bí tiểu hoặc đái dầm. Chăm sóc bệnh nhân không đúng sẽ dễ dẫn tới cảm nhiễm hệ thống bài tiết. Theo tổng kết, thông niệu đạo một lần dẫn đến nhiễm trùng hệ thống bài tiết chiếm 1 - 2%, thông niệu đạo liên tục trong thời gian dài khoảng 100% nhiễm trùng với mức độ khác nhau. Vì vậy, chăm sóc người bệnh đột quy bị bí tiểu nên đặt trọng tâm ở việc phòng chống nhiễm trùng hệ thống bài tiết.

- Chăm sóc người bị bí tiểu

+ Bí tiểu mức độ nhẹ: Ép tiểu trong những khoảng thời gian nhất định. Dùng tay nắm phần dưới cùng của bàng quang, xoa nhẹ nhàng, tăng dần độ bóp vào, đồng thời đẩy xuống phía dưới. Nếu như có nước tiểu chảy ra thì tiếp tục bóp vào, để cho nước tiểu chảy ra hết. Chú ý không bóp phần giữa bàng quang, không bóp quá mạnh. Khi bàng quang căng quá mức, cần chú ý để phòng nhiễm



khuẩn ngược hành và võ bàng quang. Có thể sử dụng các phản xạ có điều kiện như cho người bệnh nghe tiếng nước chảy, dùng nước ấm để rửa bên ngoài dương vật hoặc dùng túi nước nóng chườm phía dưới bụng để kích thích bàng quang co lại làm xuất hiện phản xạ tiểu tiện.

+ Đặt ống thông niệu đạo: Nếu cách xoa bóp không có hiệu quả thì có thể đặt ống thông niệu đạo. Đặt ống thông niệu đạo, dễ dẫn tới nhiễm khuẩn hệ thống bài tiết, vì thế nên chú ý lựa chọn ống quản thông niệu đạo thích hợp, người lớn là số 12 - 14. Ống thông niệu đạo quá sắc sù sẽ đè lên niêm mạc niệu đạo, cản trở sự tiểu tiện của bài tiết thể tuyến niệu đạo dẫn đến phù thũng và nhiễm khuẩn; vùng da khủ trùng phải rộng, không hạn chế ở miệng niệu đạo; khi khủ trùng phần da ở bìu cần ép mạnh để khủ trùng những nếp nhăn. Bệnh nhân nữ nên dùng nước xà phòng rửa trước toàn bộ bộ phận sinh dục rồi dùng benzalkonium bromide 0,1% để khủ trùng; ống thông niệu đạo đưa vào quá sâu hay quá nông đều ảnh hưởng đến dòng chảy của nước tiểu. Đoạn đầu ống thông tiểu đặt ở vùng tam giác bàng quang chọc vào cho tới khi vừa có dòng nước tiểu chảy ra, tiếp tục chọc sâu vào 2 - 3cm nữa. Hoặc sau khi đưa ống hút vào hút sạch nước tiểu ra, lại tiếp tục bơm 20 - 30ml nước muối sinh lý vào, đồng thời lập tức hút ra lại. Nếu như lượng dịch thể được hút ra và lượng bơm vào bằng nhau thì chứng tỏ ống thông đã đặt đúng vào vùng tam giác. Bình thường thì người bệnh nam giới dùng ống thông dài từ 18 - 22cm, nữ giới là 6 - 8cm.



+ Kích thích hồi phục sự tự kiểm chế tiểu tiện: Nếu tình trạng bệnh tiến triển tốt người bệnh buồn tiểu, chúng tôi bằng quang đang tự hồi phục và sắp khỏi. Khi đó có thể tiến hành điều trị châm cứu. Các huyệt vị có thể chọn là Quan Nguyên, Tam Âm Giao, Khí Hải.

- Chăm sóc người bị đái dầm:

+ Bệnh nhân nam bị đái dầm có thể hứng bằng xô hoặc đeo bao cao su để dẫn nước tiểu chú ý chảy vào trong bình đựng nước tiểu, giữ cho ga giường luôn khô sạch, tránh gây ra lở loét và mẩn ngứa do quần tã lót. Nên thỉnh thoảng kéo bao cao su xuống để tránh ẩm ướt bộ phận sinh dục hoại tử bao quy đầu niệu đạo.

+ Bệnh nhân là nữ cần phải thường xuyên thay tã. Sau mỗi lần đi tiểu cần dùng nước ấm rửa vùng đáy chậu. Đối với người bệnh nữ bị đái dầm, không nên vì giữ cho giường chiếu sạch sẽ mà dùng ống thông niệu đạo, tránh nguy cơ nhiễm trùng hệ thống bài tiết.

14. Chăm sóc bệnh nhân bị liệt chân tay do đột quy như thế nào?

- Tăng cường chăm sóc tâm lý: Người bị đột quy não thường có tâm trạng không tốt như buồn rầu, lo lắng, tự dằn vặt bản thân. Có người còn có ý định tự sát. Các bác sỹ, hộ tá và người nhà bệnh nhân phải có sự đồng cảm, sẻ chia, luôn quan tâm đến người bệnh, làm giảm gánh nặng về tư tưởng cho người bệnh. Tích cực động viên, khuyến bảo người bệnh, làm tăng lòng tự tin cho người bệnh, giúp họ tràn đầy hy vọng vào cuộc sống, từ đó



khiến cho họ phối hợp chặt chẽ cùng với bác sỹ, y tá và người nhà để có thể hồi phục sớm.

- Giữ cho cơ thể bệnh nhân luôn đặt ở vị trí chức năng: Đảm bảo đúng cách đặt vị trí cơ thể bệnh nhân có lợi cho sự hồi phục chức năng của nó. Khớp vai nên hơi duỗi ra phía ngoài, khuỷu tay hơi gấp vào, tránh cho khớp bị co vào trong. Các khớp ngón tay duỗi ra, hơi co lại một chút. Hông và đầu gối duỗi ra, chú ý không xoay ra phía ngoài, có thể chèn vật gì đó ở dưới hông, đặt các vật nặng như gối bông ở phía bên ngoài chân. Khớp mắt cá chân nên hơi co về phía lưng để phòng sau này bị rủ xuống, có thể đặt vật đỡ ở phía dưới gót chân.

- Tăng cường luyện tập hồi phục cho cơ thể người bệnh: Nhấn nại giải thích cho người bệnh biết tính quan trọng của việc rèn luyện hồi phục sức khỏe cho cơ thể để người bệnh tích cực phối hợp chữa trị. Đối với phần cơ thể bị bệnh có thể luyện tập bị động và chủ động. Khi luyện tập bị động, động tác phải nhẹ nhàng, tránh vận động mạch, để tránh các cơ bị kéo gây tổn thương, các khớp bị thoát vị... Luyện tập chủ động nên có các biện pháp bảo vệ tốt, để tránh trong lúc vận động bị tổn thương. Khối lượng bài tập phải dựa trên khả năng chịu đựng của người bệnh, không nên suy nghĩ sai lầm rằng lượng luyện tập càng nhiều thì sẽ càng chóng khỏi bệnh.

- Phòng chống các bệnh kèm theo: Do bệnh nhân đột quỵ bị rối loạn vận động và cảm giác của phần cơ thể bị liệt, sự vận chuyển máu trong cơ thể người bệnh không tốt, dễ gây ra các vết loét, hoại tử, rộp... Thỉnh thoảng



phải xoay người cho người bệnh, thay đổi tư thế cơ thể đúng lúc. Cần phải luôn để ý cẩn thận xem người bệnh có bị đè quá mức không. Luyện tập hồi phục sức khỏe sẽ có tác dụng phòng tránh hiện tượng teo cơ.

15. Hỗ trợ người bệnh đột quy não trong việc ăn uống và vệ sinh thân thể như thế nào?

- Giúp người bệnh đột quy trong việc ăn uống:

Ăn: Tư thế ăn bình thường là tư thế ngồi. Nếu người bệnh có khả năng ngồi dậy được thì nên để người bệnh ngồi để ăn. Nằm để ăn là tư thế không bình thường, hơn nữa sẽ ảnh hưởng đến quá trình hồi phục. Khi người bệnh ăn, nên đặt lên bàn ăn một tấm chống trơn, để bát đựng đồ ăn lên trên, cánh tay bị liệt của bệnh nhân đặt duỗi thẳng trên bàn, tránh duỗi xuống, dùng tay bên không bị liệt để ăn. Người bệnh cũng có thể sử dụng xe lăn hoặc ghế để ngồi ăn. Cần chú ý là chỉ bón cho người bệnh ăn khi thật sự cần thiết, quan trọng và nên cố vũ khuyến khích người bệnh cố hết sức tự mình ăn.

Với người bệnh không thể ngồi hoặc phải bón thức ăn thì nên chọn các tư thế ngồi ăn sau:

+ Người bệnh bình thường với tư thế ngồi ăn, nên chọn đồ đựng thức ăn sao cho phù hợp, như dùng khay có đĩa, nhằm tránh thức ăn bị vẩy ra ngoài; dưới đáy khay lót một tấm chống trơn hoặc dùng tấm bằng gỗ cố định đựng thức ăn để tránh cho đồ đựng thức ăn bị trượt đổ, sử dụng các loại thìa, muôi đã được chế tạo lại phù hợp với người bệnh. Nếu như người bệnh bị rối loạn họng và lưỡi thì phải tiến hành luyện tập từng bước.



+ Ăn uống của những người bị rối loạn họng và lưỡi: Sau khi đột quỵ sự phối hợp tổng thể dây thần kinh vận động các cơ của các bộ phận như cơ nhai, họng, nắp thanh quản sẽ bị ảnh hưởng, dẫn đến rối loạn chức năng họng và lưỡi, phân thành rối loạn lưỡi họng kỳ khoang miệng, kỳ cổ họng, kỳ thực quản.

Đối với những người bệnh đột quỵ bị rối loạn chức năng họng và lưỡi cấp tính, có thể đặt ống dẫn vào dạ dày để bổ sung chất dinh dưỡng và chất điện phân hằng ngày. Người bệnh cần cố gắng luyện tập hằng ngày dưới sự hướng dẫn của những nhân viên y tế có kinh nghiệm, để có thể sớm tháo bỏ ống dẫn.

Tập thể dục cho lưỡi họng:

- Hít vào bằng mũi, thở ra bằng miệng.
- 2 vai gơ lên cao rồi hạ xuống.
- Luân lượt xoay cổ sang hai phía, rồi ngả về bên trái và bên phải.
- Hai tay gơ lên cao, nhắc mình lên, ngả sang 2 phía.
- Ngẩng cằm lên và hạ cằm xuống.
- Lè lưỡi ra ngoài rồi đưa sang trái, sang phải.
- Lưỡi nâng lên hạ xuống.
- Mở miệng và hít.
- Phát âm "papa".

Rèn luyện lưỡi, họng:

Dùng nước lọc làm thành từng viên đá, kích thích niêm mạc ở 2 bên khoang miệng, cuống lưỡi và phần họng, sau đó nuốt xuống, mỗi ngày 1 lần, sau đó dần



dần tăng lên mỗi ngày 2 - 3 lần. Thông qua dùng đá lạnh để kích thích có thể gây phản xạ cho lưỡi.

Rèn luyện ăn uống cho lưỡi, họng:

Lựa chọn cách ăn, tư thế nửa ngồi nửa nằm là tốt nhất (nửa ngồi tạo một góc 45^0 giữa thân và giường). Bên vai bị liệt dùng gối để kê cao, người phụ trợ hoặc người nhà đứng cạnh phía bên bị liệt của người bệnh để bón cho người bệnh.

Người bệnh bị rối loạn chức năng lưỡi họng, chú ý không dùng khí quản để uống nước từ phía bị liệt, để tránh bị sặc và ho khiến cho phổi bị nhiễm trùng. Khi ăn nên ăn chậm, người nhà không nên giục người bệnh ăn nhanh. Sau khi ăn xong kiểm tra xem còn lại thức ăn trong miệng không, đồng thời súc miệng để giữ cho miệng luôn sạch sẽ.

Chuẩn bị thức ăn:

Những loại thức ăn cứng được làm mềm nát là tốt nhất cho lưỡi, họng. Thức ăn chế biến theo các thông thường sẽ không tốt cho lưỡi họng của người bệnh. Thức ăn thể dịch mà đặc thì khó đi vào thực quản, thức ăn thể dịch mà nhão nát sẽ dễ dàng đi vào thực quản hơn. Vì thế cần chuẩn bị thức ăn theo thứ tự, có thể cho thức ăn xay nát trộn với thức ăn dạng sền sệt, rồi chuyển sang thức ăn băm nhỏ trộn với thức ăn đặc, cuối cùng là dùng thức ăn bình thường trộn với thức ăn nát.

- Giúp người bệnh đột quy tắm rửa:

Có thể dựa vào thể trạng hoặc thói quen của người bệnh mà tắm bằng vòi phun hoặc tắm bồn.



+ Người bệnh tắm bằng vòi phun có thể dùng loại ghế đặc chế bằng gỗ hoặc bằng nhựa người bệnh trực tiếp ngồi trên ghế và dùng vòi phun để tắm. Người bệnh tắm bằng bồn, khi vào trong bồn tắm có thể sẽ gặp khó khăn, vì vậy cần phải có người giúp. Nếu không thì có thể gắn cố định tay vịn vào tường trong buồng tắm để tiện cho người bệnh sử dụng. Còn có một phương pháp nữa là gắn thêm miếng gỗ vào một bên bồn tắm, người bệnh ngồi ở phía trên nắm vào tay vịn, lần lượt cho 2 chân vào bồn.

+ Cải tạo đồ dùng để tắm như lắp thêm cán dài cho chiếc bàn chải, giúp người bệnh tắm sạch cho phía sau lưng. Hoặc làm thêm cái vòng vải cho một bên của khăn tắm (hoặc khăn cọ), khi tắm người bệnh có thể vòng qua cổ tay bên tay bị liệt rồi để ở phần eo sau. Như thế chỉ cần có bên tay không bị liệt dùng lực lên xuống, có thể tắm sạch phía sau lưng một cách dễ dàng. Khăn tắm nên vắt khô bằng cách kẹp một đầu khăn vào bên nách bị liệt, tay khỏe dùng lực để vắt.

- Giúp người bệnh đột quy não đi vệ sinh:

Người bệnh phải ngồi xe lăn tự mình thực hiện các động tác như đi vệ sinh sẽ bao gồm những nhóm động tác sau đây:

+ Di chuyển từ giường đến nhà vệ sinh hoặc từ nhà vệ sinh về giường, từ giường đến xe lăn, hoặc từ xe lăn về giường. Động tác di chuyển xe lăn gồm 2 thao tác, xem ở những phần có liên quan phía sau.



+ Động tác di chuyển từ xe lăn đến bồn vệ sinh và từ bồn vệ sinh lên xe lăn có 2 phương pháp thường dùng, có thể dựa vào khả năng của người bệnh tới kết cấu nhà vệ sinh để chọn ra cách phù hợp nhất.

•Phương pháp thứ nhất: Đẩy xe lăn, dừng lại chỗ thẳng so với bồn cầu, nắm chặt phanh tay.

Tay vịn vào chỗ vịn tay của xe lăn hoặc theo phương pháp đứng dậy của chỗ ngồi (hay chỗ đứng) mà đứng lên.

Tay bên nửa người khỏe nắm chắc tay vịn của xe lăn, dùng chân bên khỏe làm trọng tâm để xoay người.

Ngồi hướng về phía bồn cầu.

•Phương pháp thứ 2: Đẩy xe lăn, dừng lại chỗ nghiêng so với bồn cầu, nắm chặt phanh tay.

Tay bên khỏe vịn vào cái vịn tay vuông góc cố định trên tường để đứng dậy.

Dùng chân bên khỏe làm trọng tâm để xoay người.

Ngồi hướng về phía bồn cầu.

+ Động tác cởi và mặc quần áo trước và sau khi đi vệ sinh: Người bệnh đứng không vững cần có người giúp đỡ trong việc cởi, mặc quần áo hoặc sau khi dựa người vào chỗ vịn tay trên tường, tay bên khỏe lặp lại động tác kéo lên hoặc kéo xuống ở phía trước, phía sau, bên trái, bên phải. Khi người bệnh không thể tự mình làm động tác mặc hay cởi quần áo thì phải có người giúp đỡ để đảm bảo an toàn.

- Vệ sinh sạch sẽ sau khi đi vệ sinh:

+ Lấy giấy vệ sinh: Giấy vệ sinh nên đặt ở phía bên tay khỏe của người bệnh và đặt ở vị trí mà người bệnh



có thể với tới được. Khi xé giấy, dùng ngón giữa và ngón áp úp kẹp chặt thanh chắn ở phía trên giá giấy, dùng ngón cái và ngón trỏ giấy cầm giấy vệ sinh và xé từ từ. Bình thường động tác này chỉ cần luyện tập nhiều lần thì sẽ có thể làm được.

+ Lau chùi: Hướng dẫn cho người bệnh cách lau chùi, phần mông di chuyển về phía trước một chút, thân mình cũng hơi hướng về phía trước, sau đó dùng tay khỏe lau chùi.

+ Dội nước bồn cầu: Trước kia chủng loại van giặt nước của bồn cầu rất nhiều, vị trí lắp đặt cũng không hoàn toàn giống nhau. Trên nguyên tắc nên chọn những kiểu cỡ thuận tiện cho thao tác, đồng thời chú ý lắp ở nơi mà tay bên nửa cơ thể khỏe của người bệnh có thể với tới được.

- Giúp người bệnh thay quần áo:

+ Mặc, cởi áo lót:

Trước tiên cho tay áo vào bên cánh tay bị liệt rồi cho nốt tay kia vào.

Lưng gập về phía trước, cúi đầu xuống, tay khỏe mở cổ áo ra, kéo áo xuống rồi chỉnh lại cho ngay ngắn.

Khi cởi áo, gập lưng đầu cúi về phía trước, tay khỏe từ phía sau lưng kéo áo qua đầu là được.

+ Mặc áo sơ mi:

Trước tiên cho tay áo vào bên cánh tay bị liệt, tay khỏe kéo cổ áo sang bên kia, rồi mặc nốt vào tay bên khỏe, cài cúc áo lại.



Khi cởi áo, cởi tay khỏe ra khỏi áo trước, đầu cúi và hướng về phía trước, tay khỏe từ phía sau lưng kéo áo ra qua đầu.

+ Mặc quần dài:

Cho chân bên bị liệt đặt lên trên chân khỏe, cho ống quần mặc vào, kéo quần lên chân đến khi nào lộ bàn chân ra.

Mặc nốt ống quần bên kia lại, kéo quần lót lên trên đùi, hai tay kéo quần, cúi lưng xuống hướng về phía trước rồi đứng lên, kéo quần qua phần hông. Sau đó ngồi xuống, kéo khóa quần.

Đối với người bệnh không thể đứng lên được, có thể nằm xuống, nhắc hông lên và kéo quần.

+ Đi giày (tất): Cho chân bên bị liệt đặt lên trên chân khỏe hoặc lên cái ghế thấp rồi đi giày (tất).

+ Giúp người bệnh mặc loại quần áo phù hợp

Quần áo tốt nhất là dùng vải cotton 100% thấm mồ hôi, mặc thoải mái. Loại áo thích hợp là áo sơ mi, quần dùng dây lưng co giãn, không dùng thắt lưng da, đi dép đế cứng để tránh bị trơn trượt. Không nên cho người bệnh đi dép lê để tránh bị ngã. Nên chú ý nhiệt độ trong phòng để mặc quần áo thích hợp cho người bệnh.

Nếu như người bệnh có các chứng rối loạn chức năng não nghiêm trọng như bị lẫn, rối loạn trí nhớ, mất nhận thức tốt nhất là phải luôn có người túc trực bên cạnh để tránh trường hợp lạc mất người bệnh. Hoặc có thể viết họ tên, địa chỉ gia đình, điện thoại liên lạc... vào 1 cái thẻ card rồi để vào túi áo người bệnh, khi bị lạc cũng sẽ dễ dàng liên lạc cho gia đình.



16. Lựa chọn loại dụng cụ phụ trợ đi lại cho bệnh nhân đột quỵ thể nào cho phù hợp?

- Xe lăn: Là dụng cụ quan trọng nhất dành cho người bệnh đột quỵ bị liệt nửa người, là sự đảm bảo quan trọng để người bệnh dựa vào đó để tự xoay sở. Yêu cầu lựa chọn xe lăn to hay nhỏ phải thích hợp với người bệnh, thao tác thuận tiện. Thiết kế của xe lăn phải phù hợp với diện tích nơi ở của người bệnh, và phải tiện cho việc vận chuyển cũng như cất giữ. Có sự giúp đỡ của xe lăn, người bệnh đột quỵ bị liệt nửa người có thể dễ dàng hơn trong việc hòa nhập và trở về với gia đình cũng như xã hội, có thể tham gia các hoạt động giao tiếp, vui chơi, lấy được khả năng hoạt động độc lập và làm việc lại như bình thường.

- Gậy batoong: Đây cũng là dụng cụ đặc lực giúp cho người bệnh đột quỵ bị liệt nửa người có thể di chuyển dễ dàng hơn. Gậy batoong chia thành 3 loại: gậy batoong tay cầm, gậy chống nách và gậy chống tay. Mỗi loại đều có đặc điểm riêng. Độ cao của gậy tay cầm phải thích hợp với người bệnh. Khi cánh tay duỗi xuống tự nhiên, khoảng cách vuông góc của bàn tay với mặt đất là độ dài thích hợp của gậy cầm tay. Gậy batoong chống nách dành cho những người bệnh bị tổn thương chức năng chi dưới nghiêm trọng hoặc đoạn đầu của gậy thấp hơn nách, tay nắm vào tay cầm ở phần giữa, đoạn dưới. Gậy chống tay cũng dành cho những người bệnh bị tổn thương chức năng chi dưới nghiêm trọng, là một loại



dụng cụ hỗ trợ dùng cánh tay và tay để chống đỡ trọng lượng của cơ thể.

- Khung hỗ trợ đi lại: Thích hợp cho những người bệnh bị tổn thương chức năng chi dưới nghiêm trọng. Khi mới bắt đầu tập đứng lên hoặc đi lại, người bệnh dùng gậy batoong tay cầm rất khó có thể giúp cho cơ thể giữ được tư thế cân bằng. Lúc này nên sử dụng khung hỗ trợ đi lại. Khung hỗ trợ đi lại có thể chia thành 2 loại: Loại hình đi bộ và loại 4 bánh. Độ cao của loại thứ nhất có thể điều chỉnh thích hợp với độ cao của người bệnh, còn loại thứ 2 dùng cho người bệnh mà chức năng của chi trên và dưới đều kém.

17. Làm thế nào để đảm bảo an toàn cho cuộc sống của người bệnh đột quỵ.

- Học cách kiên nhẫn đối với người bệnh đột quỵ: Kiên nhẫn và đồng cảm có lòng thương yêu đối với người bị đột quỵ là yếu tố giúp người bệnh duy trì được trạng thái tâm lý vui vẻ, lạc quan chú ý giảm bớt ở mức tối đa những kích thích tâm trạng không tốt. Người nhà cần đặc biệt chú ý tới lời nói, cử chỉ của mình tránh vô tình làm người bệnh bị tổn thương và nảy sinh những trạng thái tâm lý tiêu cực.

- Đề phòng mọi sát thương cho cơ thể người bệnh: Phải đề phòng tránh người bệnh bị ngã, bị cắt vào da. Trên giường nên đóng cái chặn giường. Không để bình nước nóng, những vật sắc nhọn gần chỗ người bệnh, giữ vệ sinh nhà cửa, nhưng nền nhà không được quá trơn. Hạn chế dùng túi nước nóng để tránh bị bỏng.



- Đề phòng nhiễm khuẩn: Giữ cho các vật dụng của người bệnh luôn sạch sẽ. Cần rửa sạch, khử trùng các vật dụng ngay khi sử dụng. Đề phòng nhiễm khuẩn thức ăn gây tháo dạ.

18. Sử dụng ống dẫn tiểu như thế nào?

- Cố định chắc chắn ống dẫn lưu nước tiểu để tránh nước tiểu chảy ra ngoài hoặc chảy ngược lại. Trước khi cố định bằng dán phải kéo bao quy đầu xuống để tránh nghẹt quy đầu. Băng keo dán y tế quấn lỏng theo hình xoắn ốc tránh gây cản trở bạch huyết bộ phận dương vật và dòng chảy ngược của nước tiểu dẫn đến phù thũng hoại tử bao quy đầu. Băng keo không nên dán trực tiếp lên trên bao quy đầu (hoặc môi âm hộ), tránh làm cho quy đầu bị hoại tử. Nếu như việc cố định bằng keo gặp khó khăn, có thể cấm đeo ống dẫn lưu khí nang.

- Dặn dò người bệnh khi đi tiểu không nên rặn. Mỗi lần thải sạch nước tiểu làm cho áp suất trong bàng quang đột ngột giảm, có thể dẫn đến nội mạc bàng quang bị xuất huyết. Nên thải ra 500ml, sau đó cứ 10 phút thì thải ra 100ml, hoặc cứ mỗi phút thải ra với tốc độ 100 giọt cho đến hết.

- Chống nhiễm trùng cơ quan bài tiết, lắp thiết bị dẫn lưu vô trùng loại hình khép kín. Tức là thông qua ống dẫn lưu hình chữ "Y" thay phiên nhau mở ra hoặc kẹp chặt ống dẫn nước vào hay ống thải nước tiểu. Cách chăm sóc bệnh nhân dùng ống dẫn lưu dạng khép kín:



+ Mỗi ngày 2 lần dùng 200 - 300ml dung dịch Nitrofurantoin tỷ lệ 1: 5000 để rửa sạch bàng quang. Dung dịch để rửa trong bàng quang sẽ tiêu diệt sạch vi trùng trong 30 phút. Khi rửa cần thay đổi tư thế để bảo đảm mỗi lần rửa đều tiến hành trên những tư thế cơ thể khác nhau.

+ Ống dẫn lưu nước tiểu cứ 4 - 6 giờ mở ra 1 lần, có lợi cho việc hình thành tính tự động cho bàng quang và chống teo bàng quang. Mỗi tuần thay mới ống dẫn lưu nước tiểu 1 lần, nếu là loại khẹp kín thì 1 tuần thay mới 2 lần.

+ Khi chăm sóc cho người bệnh, bình đựng nước tiểu không được để cao hơn khớp mu để tránh nước tiểu chảy ngược trở lại dẫn đến nhiễm trùng ngược cơ quan bài tiết.

+ Thường xuyên theo dõi màu sắc, mùi vị của nước tiểu. Nếu có vẩn đục, mùi hôi có thể là đã bị nhiễm trùng cơ quan bài tiết, nên kịp thời uống thuốc kháng sinh. Mỗi tuần nên kiểm tra nước tiểu 2 lần.

+ Phòng chống sỏi bàng quang: Trong nước tiểu của người bệnh nằm trên giường lâu ngày sẽ sinh ra một loại muối có thể tích lại trong bàng quang, lâu ngày sẽ hình thành sỏi bàng quang. Động viên người bệnh uống nhiều nước, tốt nhất là mỗi ngày uống 3000 - 4000ml để làm loãng nước tiểu. Nhắc người bệnh chăm chỉ vận động, điều này sẽ làm cho các chất tích tụ trong nước tiểu thải được ra ngoài.



19. Chăm sóc người bệnh đột quy bị hôn mê như thế nào?

- Ghi chép lại cẩn thận các diễn biến của người bệnh: Đối với việc chăm sóc người bệnh đột quy bị hôn mê, đầu tiên nên ghi lại một cách cẩn thận trạng thái ý thức của người bệnh, độ mở của đồng tử, phản ứng ánh sáng, vị trí nhãn cầu, nhiệt độ cơ thể, sự thay đổi của huyết áp... Ghi lại lượng thể dịch, khối lượng và chất lượng của nước tiểu và phân, những kết quả xét nghiệm. Phối hợp với bác sỹ để phán đoán kết quả điều trị, thay đổi cách điều trị phù hợp khi cần thiết.

- Giữ thông thoáng cho đường hô hấp: Do cơ lưỡi của người bệnh đột quy bị hôn mê bị nhão, sẽ dễ dẫn đến lưỡi bị co vào trong, càng làm tăng thêm sự tê liệt của cổ họng, giảm hoặc mất đi phản xạ nuốt. Những chất tiết ra từ mũi, họng, những chất nôn ra đều dễ tích tụ lại ở trong họng, dễ dẫn đến tắc nghẽn đường hô hấp, còn có thể bị hít vào trong phổi gây ra viêm phổi, phổi không dẫn ra được, loét vì mủ... Vì vậy từ thể nằm nghiêng sẽ có lợi cho việc thải ra các chất tiết ra, đồng thời còn tiện cho việc làm sạch các chất nôn ra, răng giả và thức ăn còn lại trong khoang miệng. Khi cần thiết phải phẫu thuật mở khí quản, giữ cho việc thở bằng máy được thông khí. Cần nhắc nhở người bệnh cứ 2 giờ lại trở mình và vỗ lưng người bệnh một lần, kịp thời hút đờm cho người bệnh. Động tác khi hút đờm phải nhẹ nhàng, áp suất âm không quá lớn, xoay đi xoay lại và đưa lên đưa xuống ống hút đờm để có thể hút sạch dịch đờm



nằm xung quanh. Độ dài của ống hút dờm đưa vào phải thích hợp, sao cho có thể kích thích phản ứng ho của người bệnh. Như thế sẽ giúp cho dờm long ra, chú ý quan sát màu sắc, mùi vị và lượng dờm hút ra được.

- Quan sát sự biến đổi trạng thái ý thức của người bệnh: Trạng thái ý thức là phản ánh trạng thái chức năng của vỏ não. Đầu tiên phải quan sát sự biến đổi ý thức bằng sự thay đổi của các thể chứng sống, như có hay không các cử động tự phát, hay các hành động kháng cự lại sự chăm sóc của người khác của bệnh nhân; có hay không hành động của chân tay, người bệnh có phản ứng với tên của mình khi người khác gọi không? khi vận động di chuyển người bệnh có biểu hiện của sự đau đớn không?. Bình thường thì sự rối loạn ý thức của những người bệnh có những khả năng phản ứng tương đối nhẹ. Nếu ngược lại chứng tỏ là nghiêm trọng, khi ấn vào dây thần kinh trên khoang mắt, người bệnh có những hành động kháng lại biểu hiện sự đau đớn hay không? Thở vạch nhẹ mắt của người bệnh ra, dùng cái kẹp bông chạm nhẹ vào giác mạc xem có phản ứng chớp mắt không? Nếu như những phản ứng này đều biến mất, chứng tỏ là mức độ hôn mê ngày càng sâu hơn. Trong trường hợp ngược lại thì người bệnh đang dần hồi phục, cho thấy hôn mê đã có khuynh hướng giảm.

- Chú ý sự biến đổi của hệ thống thần kinh:

+ Theo dõi diễn biến chứng co giật: Co giật gặp nhiều ở trường hợp người bệnh bị bệnh biến bán cầu não. Khi người bệnh bị co giật cần phải hết sức chú ý



tới sự an toàn cho người bệnh, tăng cường các biện pháp đề phòng. Theo dõi kỹ đồng thời ghi lại những loại hình phát tác, bộ phận bắt đầu bị co giật, trình tự phát triển của bệnh cho tới thời gian phát bệnh. Đây là những căn cứ giúp bác sỹ đưa ra chẩn đoán định vị và định tính. Chú ý đảm bảo cho đường hô hấp của người bệnh luôn thông thoáng, nếu thiếu oxy thì phải cho người bệnh thở oxy.

+ Theo dõi quá trình hô hấp: Sự suy yếu của hô hấp tính trung khu không giống với nhịp hô hấp thất thường của các loại hình khác nhau gây ra tổn thương bình diện kết cấu, tổn thương não diện rộng là hô hấp kiểu dòng chiều, là chứng thở nhanh, sâu. Tổn thương não phần đầu là hô hấp hít hơi dài (sau khi hít đầy hơi thì tạm ngừng hô hấp). Tổn thương phần sau đầu là hô hấp dồn lại, (sau 5 - 6 lần hít thở thì tạm ngừng hô hấp). Tổn thương diện tùy là mất điều hòa hô hấp (tần số và biên độ hô hấp thay đổi thất thường, khoảng cách là tạm ngừng hô hấp không có quy luật). Sự suy yếu hô hấp xung quanh là chức năng của cơ hô hấp và đường hô hấp cho đến sự thay đổi của chức năng phổi, chủ yếu biểu hiện ở sự thay đổi tần suất hô hấp. Sự suy yếu hô hấp có khả năng dẫn đến thiếu oxy và hiện tượng tích trữ cacbonic, sẽ có thể tăng thêm độ sâu của hôn mê. Vì vậy nên chuẩn bị tốt mọi thứ để sẵn sàng cấp cứu người bệnh.

+ Theo dõi các bộ phận khác: Theo dõi sự tổn thương thần kinh hợp sọ, sự biến đổi và trạng thái của nhân



cầu, hay các thể chứng sống. Điều này có ý nghĩa lâm sàng nhất định đối với sự phán đoán với người bệnh bị hôn mê và tình trạng bệnh của họ.

- Tăng cường chăm sóc cơ bản:

+ Bảo vệ mắt: Bệnh nhân bị hôn mê thường không có hoạt động chớp mắt, vì thế sẽ ảnh hưởng đến tác dụng bảo vệ sinh lý cho nhãn cầu, dễ làm cho vật lạ rơi vào mắt gây tổn thương cho giác mạc, hoặc mắt không nhắm vào dẫn đến mắt bị quá khô. Để tránh dẫn đến loét giác mạc, có thể dùng bông gạc chấm nước muối sinh lý hoặc dung dịch tẩy trùng vazolin để phủ lên mắt, mỗi ngày nhỏ 3 - 4 lần nước nhỏ mắt cloromixetin 0,25%.

+ Chăm sóc người bị sốt cao: Nguyên nhân dẫn đến sốt cao như bị nhiễm trùng, phản ứng thuốc, tổn thương trung khu điều khiển thân nhiệt phần dưới não trung gian... Chú ý không đặt trực tiếp túi chườm đá lên da ở những bộ phận như phần đầu (sử dụng mũ băng chạy bằng điện) hoặc ở động mạch chủ toàn thân, hay ở hai bên nách, hai bên háng, hai bên cổ... nên dùng một chiếc khăn khô rồi gói lại. Thời gian cố định ở một chỗ của túi chườm không quá lâu, có thể thay phiên đặt ở các bộ phận. Chú ý quan sát xem da có bị đá lạnh làm tổn thương hay không có thể dùng cồn 50% hoặc nước ấm để lau người, cách này vừa đơn giản lại không gây tác dụng phụ.

+ Chăm sóc người bệnh còn có những công việc khác như bón thức ăn cho người bệnh qua đường mũi, chăm sóc người bệnh mất khả năng kiểm soát đại tiện, tiểu tiện...



20. Chăm sóc người bệnh đột quỵ phải phẫu thuật mở khí quản như thế nào?

Người bị bệnh mạch máu não đa phần là những người ở độ tuổi trung niên. Một số người bệnh đã từng bị viêm phế quản. Sau khi bị bệnh, do người bệnh phải nằm trên giường lâu và hôn mê, chất tiết ra từ khoang miệng và đường hô hấp nhiều, việc hít phải những thứ bị nôn ra dễ dẫn đến nhiễm trùng phổi, làm cho hô hấp suy yếu hoặc tê liệt, dẫn đến cơ cổ họng bị liệt sẽ làm tắc đường hô hấp, hôn mê và áp suất trong hộp sọ tăng cao, ảnh hưởng tới trung khu hô hấp, xuất hiện suy yếu hô hấp tính trung khu. Người bệnh đã tiến hành hút đờm và thở oxy mà vẫn khó thở thì bắt buộc phải phẫu thuật mở khí quản để đảm bảo khí quản được thông, như vậy mới có thể cứu được người bệnh.

- Trước khi phẫu thuật cần chăm sóc tâm lý cho người bệnh: Cần giải thích cho người bệnh biết mục đích của việc mở khí quản và hướng dẫn người bệnh cần phải phối hợp thể nào trong quá trình phẫu thuật. Xóa tan cảm giác sợ hãi, lo lắng của người bệnh để có được sự phối hợp tích cực của họ.

- Tăng cường chăm sóc cơ bản: Chăm sóc người bệnh nên là người có kinh nghiệm, biết cách chăm sóc và luôn quan sát chặt chẽ những thay đổi của bệnh tình, đảm bảo đường hô hấp tốt, đề phòng những biến chứng.

+ Giữ nhiệt độ trong phòng từ 18 - 22°C, độ ẩm tương đối trên 70%. Mỗi ngày khử trùng không khí 1



lần bằng tia cực tím hoặc peroxy - cồn, cố định thời gian thông khí cho căn phòng.

+ Đặt trên đầu giường khay y tế dùng cho chăm sóc người mở khí quản, bên trong có chứa 30 - 50 ống hút đom đũa vô trùng, 1 ống nối khí quản cùng loại đã vô trùng, băng gạc, 1 cái díp kẹp đã vô trùng.

+ Quan sát cẩn thận nhịp thở và tần suất thở. Nếu như người bệnh bị khó thở, phải lập tức kiểm tra ngay ống nối khí quản, xem có phải nó bị tung ra hay không? đoạn trước ống nối khí quản có chèn vào thành trước khí quản không? để tiến hành xử lý thích hợp. Thường xuyên kiểm tra đường hô hấp có bị tắc không? Nếu như hơi thở của người bệnh nông và nhanh, nhịp độ động tác hô hấp kém, thì kịp thời tiếp máy thở tiến hành hô hấp nhân tạo.

+ Thắt cố định nút dây thắt của ống nối khí quản, độ co do phải thích hợp, để tránh ống nối khí quản bị rơi ra. Nhắc nhở người bệnh cố gắng hạn chế tối đa việc cử động phần cổ. Đối với người bệnh không nhận thức được rõ ràng hoặc tâm trạng bất ổn, cần phải dùng biện pháp trói chặt cơ thể một cách thích hợp. Khi ống nối khí quản bị rơi ra, phải ngay lập tức cầm lại vào vị trí cũ, để đảm bảo hô hấp cho người bệnh.

- Phòng nhiễm trùng đường hô hấp: Sau khi phẫu thuật mở khí quản, đường hô hấp của người bệnh mất đi tác dụng chuyển tiếp, không khí trực tiếp đi vào khí quản, càng làm cho sức đề kháng của người bệnh giảm đi, dễ dẫn đến nhiễm trùng khí quản và đường phổi.



Người bị nhẹ thì bệnh kéo dài, người bị nặng thì dẫn đến tử vong. Vì vậy trong quá trình chăm sóc người bệnh cần phải làm những việc sau:

+ Phủ 2 lớp gạc thấm nước muối sinh lý diệt trùng lên miệng ngoài ống nối khí quản để làm ẩm không khí chuyển tiếp.

+ Ống nối khí quản trong thay 2 lần 1 ngày. Sau khi rửa và khử trùng cẩn thận mới lắp vào. Người bệnh có nhiều đờm và xuất hiện đóng vảy trên ống nối phải thay ngay lập tức. Ống nối khí quản ngoài nửa tháng mới thay 1 lần. Đệm gạc mỗi ngày thay 2 lần, người bệnh bị các chất tiết ra làm bẩn thì phải thay thường xuyên.

+ Kịp thời hút đờm cho, người bệnh vì những người bệnh bị liệt, hôn mê không thể ho để ra đờm, dịch đờm sẽ bám lại ở trong khí quản ảnh hưởng đến hô hấp. Khi hút đờm, nên hút từ nông đến sâu, tránh đờm bị chảy ngược xuống. Thực hiện động tác một cách nhẹ nhàng. Khi hút phải xoay đều, tránh việc chỉ hút cố định một chỗ hoặc đưa lên cắm xuống ống hút đờm làm cho niêm mạc khí quản bị tổn thương. Mỗi lần hút đờm không quá 15 phút để không làm người bệnh bị thiếu oxy, thời gian giữa 2 lần hút là 3 - 5 phút. Vì phần cơ cổ họng bị tê liệt nên dịch đờm càng dễ đi vào khí quản, khi hút sạch đờm trong ống nối khí quản, đồng thời phải hút sạch đờm và các chất tiết ra trong khoang miệng, khoang mũi, cổ họng. Ống hút đờm trong khoang miệng và trong ống nối khí quản phải tách ra. Ống hút dùng để hút đờm trong ống nối khí quản mỗi lần hút nên



thay cái mới. Ông hút đờm cho khoang miệng sau khi hút xong đờm có thể ngâm trong dung dịch bromo - geraminum 0,1%, mỗi ngày thay 1 lần. Các dụng cụ hút đờm này dễ gây kích thích làm cho đờm trong phế quản người bệnh dễ bị hút vào. Khi đờm không nhiều, cứ 1 - 2 giờ phút thì hút sạch đờm 1 lần, nghe thấy có tiếng đờm kêu thì lập tức hút ngay. Đối với người bệnh bị bất lực phần cơ hô hấp, khi hút đờm cần phải có người ép phần ngực, phòng cho người bệnh vì hít phải đờm mà thiếu oxy, đồng thời cũng phải kích thích cho dịch đờm lên khí quản, khi đó kết quả hút đờm sẽ tốt hơn.

+ Chú ý thỉnh thoảng lật người bệnh vì lật người lên sẽ giúp cho đờm dễ đi ra hơn, có thể vỗ lưng người bệnh để làm cho đờm long ra. Sau khi lật người bệnh, người phụ trợ khum tay lại như hình cái thuyền và đập lưng người bệnh khi đang nằm nghiêng, đập từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong, làm cho dịch đờm trên thành khí quản tách ra, hoạt động tiêm mao làm cho đờm chuyển về hướng thanh môn, như thế sẽ dễ hút đờm ra ngoài.

+ Dịch làm ẩm nhỏ trong khí quản sẽ mất đi tác dụng làm ẩm đường hô hấp sau khi phẫu thuật mở khí quản, ảnh hưởng đến hoạt động tiêm mao của niêm mạc khí quản. Chất bài tiết trong khí quản dễ bị khô và kết vảy, làm tắc đường hô hấp, làm cho tính thuận của phổi giảm xuống, ảnh hưởng đến quá trình trao đổi khí của cơ thể. Vì thế cứ 15 phút nhỏ 2 - 5ml dịch làm ẩm vào trong khí quản. Tổng lượng dịch nhỏ vào khí



quản mỗi ngày là khoảng 200 - 500ml, tương đối cân bằng với lượng nước mà người bình thường uống vào mỗi ngày. Khi đờm làm tắc phế quản dẫn đến phổi không nở ra được thì cần phải hỗ trợ cho người bệnh. Sau khi người bệnh nằm, vỗ vào lưng và hút đờm ra, khi có tiếng hít thở của phổi là đã bình thường trở lại. Pha các loại dung dịch làm ẩm thường sử dụng nước muối sinh lý 500ml pha với gentamicin 16 vạn U, chymodenin 5mg. Người bị nhiễm trùng phổi nặng có thể căn cứ vào độ miễn cảm thuốc để tăng liều lượng thuốc kháng sinh. Thực tiễn lâm sàng đã cho thấy, tăng cường liều lượng thuốc dùng cho cục bộ hiệu quả sẽ rõ rệt hơn.

- Phòng động mạch bị vỡ xuất huyết: Sau khi phẫu thuật mở khí quản, nguyên nhân kể phát xuất huyết do vỡ động mạch dẫn tới tử vong là nhiễm trùng, bị đè ép hoặc bị nhiễm trùng cùng với bị đè ép. Vết mổ khí quản quá thấp cũng là nguyên nhân quan trọng dẫn đến xuất huyết. Phát sinh nhiều trong giai đoạn 3 - 14 ngày sau khi phẫu thuật, phần bị xuất huyết thường là động mạch, động mạch trên tuyến giáp.

Biện pháp phòng chống:

+ Các thao tác phải được tiết trùng nghiêm ngặt để tránh bị nhiễm trùng, tăng sức đề kháng cho cơ thể, rút ngắn quá trình phát bệnh.

+ Giảm áp lực đè nén của ống nối khí quản và túi cao su đối với các bộ phận xung quanh khí quản. Hạn chế tối đa cử động phần đầu và cổ. Túi cao su phải đặt an toàn



trong khí quản tránh cho nó chèn sang vị trí miệng rò của khí quản mà đè nén các bộ phận xung quanh. Đặt máy hô hấp nhân tạo liên tiếp phải thích hợp.

+ Người bệnh sử dụng máy hô hấp nhân tạo, cứ 2 giờ lại đặt túi khí 10 phút, để cải tiến cục bộ tuần hoàn máu. Thực tiễn chứng minh, khi áp lực của túi khí cao hơn áp lực của huyết quản mao dẫn, các bộ phận sẽ gây ra thối loét do hoại tử, dẫn đến xuất huyết, vỡ huyết quản.

+ Phần mở huyết quản không quá thấp.

- Xử lý nang khí dưới da: Nang khí dưới da là một trong những biến chứng sau khi phẫu thuật mở khí quản. Khi bị xuất huyết, có thể cắt bỏ vết khâu, mở rộng miệng vết thương ra để cho thể khí được đẩy ra ngoài miệng vết thương, đồng thời nhét gạc có thuốc khử trùng vazolin vào giữa phần mềm với ống nối khí quản. Dây buộc ống nối khí quản tùy theo sự tăng lên hay giảm đi của các nang khí mà thay đổi độ lỏng chặt của nó, tránh ảnh hưởng đến tuần hoàn máu của phần đầu, đồng thời ống nối sẽ không bị tung ra. Lượng nhỏ thể khí vài ngày sau mới có thể tự thấm hút.

21. Chăm sóc người bệnh đột quy đã rút ống nối khí quản như thế nào?

Rút ống nối khí quản càng sớm thì càng có thể giảm nguy cơ các chứng kèm theo như nhiễm trùng vết thương, nhiễm trùng khí quản, loét khí quản, nhuyễn hóa khí quản, sự tăng sinh của các tổ chức mô hạt trong khí quản. Những nguyên nhân gây nên việc ống nối khí quản rút muộn hoặc khó rút là:



- Lún thành trước khí quản.
- Phù thũng niêm mạc khí quản.
- Tổ chức mô hạt trong khí quản tăng sinh.
- Nhuyễn hóa khí quản.
- Sau khi rút khí quản không thể chịu được sức cản của đường hô hấp.
- Phụ thuộc vào việc mở khí quản.

Rút khí quản ra khi bắt đầu phải thực hiện thử nghiệm làm tắc ống nối khí quản khi bệnh đã ổn định. Chức năng hô hấp hồi phục, ho mạnh, có thể tự khạc đờm, không còn bị phụ thuộc vào việc mở khí quản. Khi làm tắc ống nối, cắt một miệng hở nhỏ có đường kính bằng $1/2 - 2/3$ đường kính của ống nối trên phần đỉnh túi cao su của ống nhỏ giọt, rồi phủ lên miệng trên của ống nối khí quản. Sau 12 giờ nếu bệnh nhân có thể ngủ được, ăn được, ho được, không có biểu hiện của nghẹt thở do thiếu oxy thì tiếp tục làm tắc toàn bộ. Trong 24 - 48 giờ nếu bệnh nhân không có bất cứ hiện tượng bất thường nào thì có thể rút ống nối khí quản. Sau khi rút ống nối, dùng ethyl alcohol 75% để sát trùng vị trí lỗ rò, sau đó dùng băng gạc tròn băng chặt lại. Sau 2 - 3 ngày là có thể lành vết thương. Nếu vết thương không khép lại được thì có thể khâu lại.

22. Chăm sóc người bệnh đột quy dẫn lưu não thất bên như thế nào?

Dẫn lưu não thất đi qua lỗ khoan hộp sọ, sau khi sinh thiết não thất bên đưa ống dẫn lưu vào, dùng



phương pháp đưa dịch não tủy ra ngoài cơ thể. Cơ chế tác dụng của điều trị dẫn lưu não thất là: giảm và điều tiết lượng dịch não tủy bên trong hộp sọ; giảm và làm cho áp suất trong hộp sọ ổn định, phòng chống áp suất trong hộp sọ tăng cao mà ảnh hưởng đến tuần hoàn máu não, thiếu máu tổ chức não bộ, thiếu oxy, phù thũng dẫn đến thoát vị não; làm giảm nguy cơ não tích nước gây tắc nghẽn cấp tính. Do bộ phận ống não bị cục máu đông làm tắc nghẽn hoặc bị áp suất làm biến dạng dẫn đến não tích nước; làm sạch máu ở trong dịch não tủy.

- Trước khi phẫu thuật cần chuẩn bị tâm lý tốt cho người bệnh, giúp người bệnh không lo âu, căng thẳng hợp tác với bác sỹ, hỗ trợ tốt cho quá trình phẫu thuật.

- Sau khi phẫu thuật, đặt người bệnh nằm nghỉ ngơi và giảm thiểu cử động phần đầu. Người bệnh có tâm trạng không ổn định nên dùng dây để buộc cố định cơ thể lại, tránh làm cho ống dẫn bị rơi ra. Quan sát chặt chẽ mọi trạng thái cơ thể của người bệnh cho tới sự thay đổi của đồng tử. Nếu như người bệnh bị co giật, liệt nửa người, buồn nôn, nôn mửa, đau đầu... đông thì nên để ở vị trí báo lại ngay với bác sỹ. Bình dẫn lưu não thất treo ở đầu giường, điều chỉnh độ cao thích hợp, không nên quá cao hoặc quá thấp, thường thì điểm cao nhất của ống dẫn lưu cách góc trán tâm thất bên từ 15 - 20cm. Như vậy mới có thể giữ cho áp suất dịch não tủy ổn định, nếu treo quá cao sẽ không có hiệu quả, quá thấp sẽ làm cho áp suất khoang sọ giảm xuống.



- Chú ý quan sát màu sắc và lượng dẫn lưu não thất và ghi lại rõ ràng. Vài ngày sau khi phẫu thuật, dịch não tủy có màu máu, thông qua dẫn lưu sẽ chuyển thành màu vàng cam, và cuối cùng sẽ trở lại bình thường. Trong quá trình dẫn lưu, dịch não tủy có màu đậm chứng tỏ là tái xuất huyết; dịch não tủy biến thành vẩn đục, có trạng thái kính mờ hoặc có nhung nảo sẽ có khả năng bị nhiễm trùng não, cần phải lập tức treo bình dẫn lưu não thất thấp xuống một chút để dẫn lưu dịch não tủy đã bị nhiễm trùng ra ngoài, đồng thời chuẩn bị tốt việc nuôi cấy vi khuẩn. Chú ý quan sát tốc độ và lượng dẫn lưu dịch não tủy, tuyệt đối không dẫn lưu quá nhanh, để tránh giảm áp suất đột ngột làm não bị nhũn. Lượng dẫn lưu bình thường mỗi ngày không quá 400ml là thích hợp.

- Quan sát chặt chẽ ống dẫn lưu có thông hay không. Chú ý không để ống dẫn lưu bị gấp, cong queo, không để vật khác đè lên ống dẫn lưu. Nếu như dẫn lưu không thông, có thể là ống dẫn lưu bị cục máu đông của tổ chức não bộ làm tắc nghẽn. Nên dùng bơm tiêm nhẹ nhàng hút cục máu đông ra trong điều kiện hoàn toàn vô trùng chú ý tuyệt đối không dùng nước muối sinh lý để súc rửa, tránh cục máu đông của tổ chức não bộ xâm nhập vào hệ thống não thất gây hiện tượng tắc nghẽn.

- Mỗi ngày đều phải thay mới túi dẫn lưu não thất, trước khi thay phải kẹp bít kín ống dẫn lưu lại để tránh dịch não tủy trong ống dẫn chảy ngược lại não thất. Ở đoạn cuối ống dẫn lưu dùng cồn i-ốt 2,5% hoặc ethyl



alcohol 75% để khử trùng, sau đó gắn túi dẫn lưu vào, dùng bông gạc vô trùng bọc phần gắn ống dẫn lưu lại. Khi thay mới nên thao tác dưới điều kiện vô trùng tuyệt đối. Bông băng phần đầu nên giữ sạch sẽ khô ráo. Nếu bông băng bị ướt, bẩn thì phải thay mới. Khi người bệnh phải di chuyển để đi kiểm tra bệnh tình, phải bịt kín ống dẫn quản để tránh nhiễm trùng não thất. Bình thường, thời gian dẫn lưu não thất không được quá lâu, không vượt quá 15 ngày, vì nếu quá lâu dễ bị nhiễm trùng. Khi áp suất trong khoang sọ giảm nên lập tức rút ống dẫn lưu. Trước khi chuẩn bị rút ống quản, nên quan sát bịt ống quản từ 1 - 2 ngày, quan sát biến chuyển của bệnh tình. Nếu tình trạng bệnh ổn định, tình trạng áp suất trong khoang sọ không tăng cao thì có thể rút ống quản.

23. Chăm sóc người bệnh đột quỵ dẫn lưu sung huyết sinh thiết lỗ khoan hộp sọ như thế nào?

Xuất huyết não do cao huyết áp là triệu chứng thường gặp, bệnh đa phát, tỷ lệ tử vong và dẫn đến tàn tật cao. Trong những năm gần đây, sinh thiết sung huyết định hướng 3 chiều CT và dẫn CT, dẫn lưu hút có thể xóa sạch các sung huyết một cách nhanh chóng, hiệu quả, giảm tỷ lệ tử vong và thúc đẩy chức năng não sớm hồi phục, giảm tỷ lệ tàn tật. Chăm sóc người bệnh trước và sau khi tiến hành phẫu thuật để phòng các bệnh biến là yếu tố then chốt để đảm bảo người bệnh sớm hồi phục. Những điều cần chú ý sau khi phẫu thuật bao gồm:



- Độ cao khi đặt túi dẫn lưu nên để bằng với vị trí đầu hoặc thấp hơn so với vị trí hộp sọ, sẽ giúp những cục máu đông còn lưu lại trong khoang sung huyết dễ dàng chảy ra ngoài.

- Bảo đảm ống dẫn lưu thông thoáng. Điều này có ý nghĩa quan trọng đối với việc giảm nhẹ áp lực và hoại tử của mô não cũng như hồi phục chức năng não bộ. Nếu như quá trình dẫn lưu không thông hoặc ống dẫn lưu bị các cục máu đông làm cho tắc nghẽn, thì trong 1 - 2 ngày sau khi phẫu thuật có thể truyền men urokinase 1 vạn U, mục đích là nhằm dung hòa các cục máu đông trong khoang sung huyết, làm cho các cục máu tích tụ có thể chảy ra ngoài dễ dàng.

- Ghi lại cẩn thận các thông tin về màu sắc và lượng dịch dẫn lưu. Dịch dẫn lưu sau khi phẫu thuật đa phần có màu đỏ thẫm, là do máu tích tụ lại từ trước. Nếu như trong ống dẫn có máu tươi chảy ra, nên cân nhắc đến nguy cơ tái xuất huyết, và lập tức báo cho bác sỹ. Nếu cần thiết phải chuẩn bị phẫu thuật mở hộp sọ để cầm máu.

- Quan sát chặt chẽ sự thay đổi của cục bộ vết thương. Mô da đầu có kết cấu gân màng trên sọ đặc biệt, vì vậy khi quan sát cục bộ vết thương có thấm máu ra không thì đồng thời phải chú ý xem có hình thành sung huyết dưới gân màng trên đầu hay không. Nếu bộ phận sinh thiết sau khi phẫu thuật có cảm ứng thất thường thì phải xử lý ngay, phòng sung huyết lan rộng.



- Để phòng chống nhiễm trùng phải khử trùng cẩn thận túi dẫn lưu, ống dẫn lưu. Băng bông chỗ vết thương dẫn lưu phải sạch sẽ, khô ráo, khi bị bẩn phải thay ngay. Thay đổi vị trí đầu của người bệnh hoặc khi chuyển động phải kẹp chặt ống dẫn lưu, tránh cho chất dẫn lưu trong ống dẫn lưu và túi dẫn lưu chảy vào khoang sọ, dẫn tới nhiễm trùng trong khoang sọ. Giữ cho ga giường sạch sẽ, khử trùng không khí trong phòng bệnh hàng ngày, giữ cho không khí luôn trong sạch để phòng chống nhiễm trùng trong khoang sọ.

- Người bệnh đồng thời phải dẫn lưu sung huyết và dẫn lưu não thất thì vẫn chăm sóc theo quy định chăm sóc bình thường đối với những người bệnh dẫn lưu não thất. Men urokinase là loại thuốc làm tan máu đông, khi truyền vào trong não, một số người bệnh sẽ có các triệu chứng như bị sốt, đau đầu, dị ứng thuốc. Khi người bệnh có những triệu chứng này nên báo ngay với bác sỹ để kịp thời xử lý. Nếu dùng lượng lớn men urokinase có thể bị chứng huyết niệu hoặc xuất huyết đường tiêu hóa.

- Phòng chống các biến chứng bệnh cho người bệnh dẫn lưu sung huyết có ý nghĩa quan trọng, cung cấp nước cho người bệnh bị mất nước, thuốc bảo vệ tế bào não tránh hiện tượng thoát vị não, giảm tổn thương chức năng não, bảo đảm đường hô hấp luôn thông thoáng. Lật cơ thể người bệnh lại, vỗ nhẹ vào lưng người bệnh có tác dụng phòng chống nhiễm trùng và hoại tử đường hô hấp, tăng cường bồi bổ dinh dưỡng, tăng sức



đề kháng cho cơ thể người bệnh, giúp người bệnh vượt qua được thời kỳ nguy hiểm của bệnh.

24. Chăm sóc người bệnh đột quỵ não phải bón thức ăn qua đường mũi như thế nào?

Bệnh mạch máu não xuất hiện tê liệt cầu giả tính hoặc bệnh biến cầu não dẫn đến tê liệt lưỡi, miệng, cơ má, cơ họng... gây khó nuốt và uống nước dễ bị sặc. Người bệnh không thể tiếp nhận những chất dinh dưỡng mà cơ thể cần có. Làm tốt việc chăm sóc cho người bệnh ăn uống qua đường mũi sẽ đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh, chống rối loạn chất điện phân, nhanh chóng giúp người bệnh hồi phục, có ý nghĩa quan trọng đối với lâm sàng.

Khi vì bất cứ lý do gì khiến người bệnh không thể tự ăn uống bình thường, cần phải bón bằng đường mũi, cần chú ý các điểm sau đây:

- Người bệnh mạch máu não kèm theo tê liệt cầu giả tính, khi bị tê liệt cơ họng, không thể kết hợp với việc cắm ống dẫn dạ dày, thì cần phải đổi loại ống dẫn dạ dày mới hoặc dùng ống dẫn có độ cứng tương đối cao và không bị cong gập. Khi đưa ống dẫn vào dạ dày, cần thực hiện các thao tác một cách từ từ, thông qua xét nghiệm xác định xem phía trong dạ dày có thể bơm thức ăn lỏng vào không.

- Cho người bệnh ăn uống bằng đường mũi cần có 1 quá trình thích ứng. Bắt đầu với lượng thức ăn ít, thanh nhạt, sau đó căn cứ vào lượng thức ăn trước khi bị bệnh



để tăng dần. Lượng nước bơm vào cơ thể mỗi lần là 200 - 350ml (bao gồm cả nước ấm), nhiều nhất không vượt quá 500ml, mỗi ngày 6 lần, mỗi lần cách nhau 3 giờ.

- Trước mỗi lần cho người bệnh ăn bằng đường mũi, phải hút sạch men dịch vị. Nếu dịch hút ra được đều là thức ăn của lần trước thì cần dựa vào tình trạng bệnh mà giảm bớt lượng thức ăn, để tránh dạ dày nở to gây nôn mửa. Nếu như khi hút dịch ra có lẫn máu, chứng tỏ là dạ dày có hiện tượng xuất huyết. Trong trường hợp này, ngoài việc dùng thuốc ngừng chảy máu thì độ ấm của thức ăn đưa vào phải giảm xuống một chút, lượng thức ăn cũng giảm thích hợp. Khi bón cho người bệnh xong thì dùng 20ml nước sạch rửa sạch ống dẫn dạ dày, tránh còn sót thức ăn trong ống dẫn, vì thức ăn sẽ lên men biến chất làm cho người bệnh bị thào dạ.

- Trong quá trình cho người bệnh ăn uống bằng đường mũi, do cơ thắt của môn vị từ đầu đến cuối đều ở trạng thái mở, dễ dẫn đến việc hít phải dòng chảy ngược từ dạ dày, thực quản. Sau khi cho người bệnh ăn xong, phải kê đầu giường cao 30 - 40°, đồng thời khi cho người bệnh ăn cần tránh việc cho ăn quá nhiều hoặc bơm thức ăn vào quá nhanh. Người bệnh phải ăn uống bằng đường mũi trong thời gian dài cần đề phòng các biến chứng phát sinh, như loét thực quản, xuất huyết dạ dày, viêm tai giữa, viêm tuyến nước bọt, rối loạn chất điện phân nước, nhiễm trùng phổi, nhiễm khuẩn đường tiêu hóa... Người bệnh cần



thường xuyên vệ sinh sạch sẽ dụng cụ ăn uống, vệ sinh khoang miệng 2 lần/ngày, hoặc uống thuốc kháng sinh với liều lượng hợp lý.

- Ống dẫn dạ dày bằng cao su phải thay 1 lần/tuần. Rút ống dẫn ra sau bữa ăn lần cuối lúc 9 giờ tối, ngày thứ 2 mới cắm lại. Nếu như dùng ống dẫn bằng gelsilic, có thể cứ 10 - 14 ngày thay một lần, sử dụng thay phiên 2 bên lỗ mũi, giảm thiểu việc kích thích niêm mạc. Mỗi ngày thay một lần băng dính để cố định ống dẫn, đồng thời vệ sinh sạch sẽ phía ngoài ống dẫn.

25. Làm thế nào để gọi xe cấp cứu?

- Gọi "115": Một số thành phố lớn thường không có trạm cấp cứu, muốn gọi xe cấp cứu có thể trực tiếp gọi điện thoại cho các trạm y tế. Nếu không có trạm cấp cứu có thể gọi điện thoại cho khoa cấp cứu của bệnh viện hoặc phòng trực tổng.

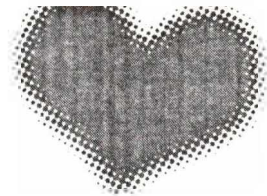
- Chỉ dẫn cẩn thận địa điểm của người bệnh: Cung cấp rõ các thông tin về tên tuổi, giới tính, nơi ở, tên người nhà, điện thoại liên lạc, cho tới các dấu hiệu nhận biết trên đường đến địa điểm của người bệnh cần cấp cứu để các nhân viên cấp cứu có thể tìm thấy trong thời gian ngắn nhất.

- Kể vắn tắt tình trạng người bệnh: Miêu tả tình trạng bệnh, bao gồm các thông tin về quá trình phát bệnh, dấu hiệu sống của người bệnh có ổn định không? (như huyết áp, nhiệt độ cơ thể, nhịp thở, nhịp tim...), ý thức còn tỉnh táo hay không?, cơ thể có bị tê liệt



không?... để giúp các nhân viên y tế có thể bước đầu chẩn đoán tình trạng người bệnh, tiến hành các biện pháp sơ cứu, sau đó chuẩn bị các biện pháp cấp cứu phù hợp.

- Di chuyển người bệnh: Phối hợp với nhân viên y tế, chuyển nhẹ nhàng và ổn định người bệnh lên xe cấp cứu. Trong quá trình lái xe, tuyệt đối không tự ý công hay ôm người bệnh mà không có sự hướng dẫn của nhân viên y tế. Cố gắng giữ cho người bệnh không bị sóc, có thể trải 1 tấm chăn bông lên cáng khiêng.



Chương bốn

NHỮNG KIẾN THỨC VỀ HỒI PHỤC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUÝ NÃO





1. Trị liệu hồi phục sức khỏe có thể phòng bệnh đột quỵ không?

Trị liệu cấp cứu bệnh nhân đột quỵ sau khi bị trúng gió chỉ có thể cứu tính mạng người bệnh khỏi cơn nguy cấp. Về mặt hồi phục chức năng thì phải kết hợp với các phương pháp trị liệu hồi phục chức năng. Y học hồi phục sức khỏe dành cho những người bệnh có vấn đề về cơ thể, vận dụng một cách khoa học và có hiệu quả để hồi phục cử động của tứ chi, chức năng ngôn ngữ của người bệnh trở lại hoạt động bình thường trong thời gian sớm nhất. Phòng chống và giảm tỷ lệ các biến chứng sau bại não, cải thiện trạng thái tâm lý, đảm bảo chất lượng cuộc sống.

Ở giai đoạn hồi phục, tăng cường trị liệu hồi phục sức khỏe có thể cải thiện rõ rệt và toàn diện chức năng của các cơ quan bị ảnh hưởng. Ở giai đoạn này, hậu di chứng nếu không thực hiện trị liệu một cách hiệu quả thì trạng thái chức năng sẽ dễ bị giảm sút, kèm theo diễn biến xấu đi của tình trạng bệnh, rất dễ dẫn đến tái phát đột quỵ.

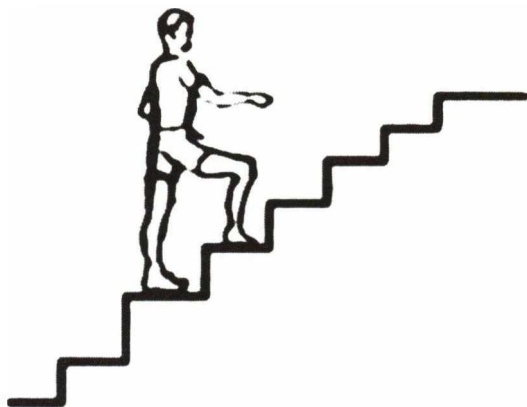
2. Có những biện pháp trị liệu phục hồi sức khỏe nào cho bệnh nhân đột quỵ?

Các biện pháp trị liệu y học gồm có trị liệu hồi sức, liệu pháp vận động, liệu pháp bài tập, liệu pháp ngôn ngữ, trị liệu bằng hoạt động văn nghệ, vật lý trị liệu, trị liệu bằng máy chỉnh hình tay chân giả, chăm sóc hồi sức, xoa bóp, châm cứu... Ở một ở nơi, một nhóm



các nhân viên y tế trong các bệnh viện, các cơ sở y tế ở địa phương hợp thành một tổ nhỏ những nhân viên chuyên nghiệp, là các bác sỹ hồi sức, y tá, bác sỹ liệu pháp vận động, bác sỹ liệu pháp thực hành, bác sỹ ngôn ngữ trị liệu, bác sỹ văn nghệ trị liệu, bác sỹ vật lý trị liệu, bác sỹ hướng dẫn trị liệu bằng máy chỉnh hình tay chân giả, bác sỹ châm cứu xoa bóp... tiến hành trị liệu một cách hệ thống, toàn diện, tổng hợp cho từng người bệnh.

3. Cải thiện chức năng vận động cho người bệnh đột quỵ như thế nào?



Hình 1: Từng bước tăng cường vận động

Người bị đột quỵ luôn hy vọng có thể trở lại trạng thái bình thường, tự mình đi lại được. Điều này đòi hỏi người bệnh phải trải qua quá trình hồi phục, dựa vào các liệu pháp trị liệu cho đến khả năng từng bước đạt được mục đích của người bệnh. Căn cứ vào mức độ



khó để có thể chia thành giai đoạn vận động trên giường bệnh, giai đoạn ngồi, giai đoạn đứng, giai đoạn lên cầu thang, giai đoạn đi bộ, giai đoạn vận động (hình 1). Mặc dù không nhất định mỗi người phải đạt được mục đích cao nhất, song người bệnh phải nhận thức được những bất lợi của việc thiếu vận động để có ý thức càng sớm vận động càng tốt. Nếu không vận động sẽ dẫn đến cơ bắp bị xuống cấp, khả năng hoạt động của hầu hết các cơ quan đều giảm, dẫn đến tàn phế, thậm chí là không thể hoạt động được hoàn toàn dựa vào người khác.

4. Khi giúp người bệnh đột quy vận động cần chú ý những điều gì?

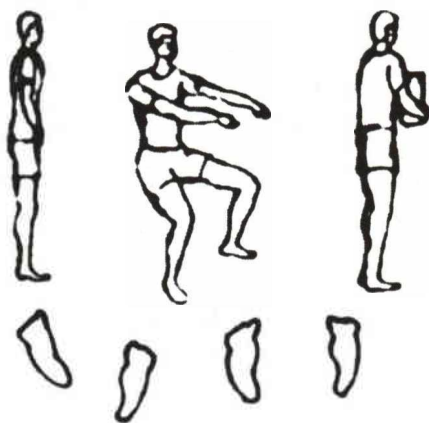
- Phải thường xuyên theo dõi tình trạng của người bệnh. Cần thường xuyên quan sát người lúc họ nghỉ ngơi hoặc lúc vận động, trọng điểm chú ý xem người bệnh có còn thở hay không? Có đau ngực không? Mồ hôi có lạnh không? Sắc mặt trắng hay hồng? Có chóng mặt không? Có bị nôn không? Ra mồ hôi nhiều không?... Nếu có bất kỳ triệu chứng nào đó bất thường cần phải nghỉ ngơi, dừng việc vận động hoặc giảm cường độ, áp dụng nhiều hỗ trợ và phương pháp luyện tập thích hợp hơn. Tốt nhất là vận động theo tư vấn của bác sĩ.

- Phải thường xuyên quan sát nhịp đập và quy luật nhịp độ mạch đập của người bệnh. Theo dõi kiểm nghiệm mạch đập của người bệnh khi người bệnh nghỉ ngơi, lúc vận động và sau vận động. Sự biến đổi nhịp



đập của mạch phản ánh tình trạng bệnh, thông qua đó người thân và các bác sĩ cũng nắm rõ được khả năng chịu đựng của người bệnh. Nhịp đập bình thường của người bệnh dao động trong khoảng 60 - 90 lần/phút. Khi vận động, nhịp đập của người bệnh có thể tăng thêm 20 lần/phút, trị số nghỉ ngơi 2 phút hồi phục và trở về trạng thái bình thường là thích hợp. Nếu người bệnh tập luyện động tác đi bộ hoặc lên cầu thang, khống chế cho mạch tim ở mức 120 lần/phút là tốt nhất. Nếu nhịp tim, nhịp mạch của người bệnh khi vận động quá cao hoặc quy luật không đều, thì nên hỏi ý kiến bác sĩ, sau đó tùy theo chỉ dẫn của bác sĩ mà tiếp tục vận động theo khối lượng và cường độ thích hợp.

5. Nhân viên phụ trợ trị liệu cho người bệnh đột quỵ cần chú ý những điều gì?

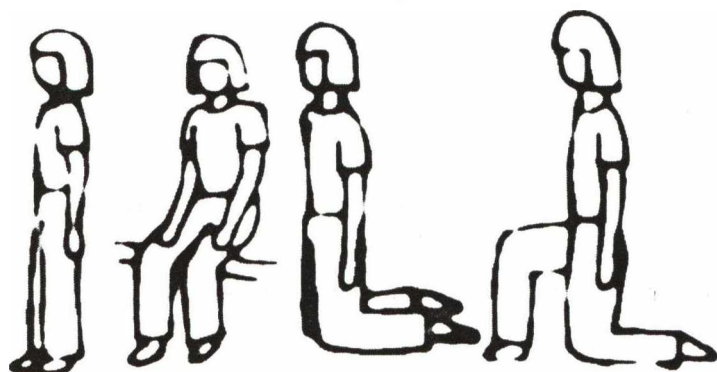


Hình 2: Chú ý ảnh hưởng của lực học cơ thể



Trong quá trình giúp người bị đột quỵ tiến hành vận động, tham khảo và phỏng theo nguyên tắc cơ bản của lực học thân thể cần chú ý những điểm sau:

- Trong khi hoạt động, người phụ trợ trị liệu phải chú ý giữ thân trên thẳng đứng, tránh cong gập. Người phụ trợ trị liệu khi quỳ xuống hay ngồi xổm, phải sử dụng cơ đùi. Khi giữ đồ vật phải dùng hết sức dựa vào người, 2 chân đặt trước và sau hoặc mở rộng để tăng khả năng chống đỡ cho người bệnh. Khi phụ trợ người bệnh thực hiện bài tập, phải lựa chọn loại giày thích hợp, ma sát giữa giày và mặt đất càng lớn, tư thế người phụ trợ càng vững chắc ổn định.



Hình 3: Các tư thế của cơ thể

Người phụ trợ trước tiên phải sắp xếp tư thế thoải mái nhất giữa mình và người bệnh. Đặt vị trí đôi chân sao cho khi trọng tâm cơ thể di chuyển vẫn giữ được thăng bằng. Một chân hướng theo phía di chuyển của người bệnh, chân kia giữ nguyên phía sau, hoặc dang 2



chân ra, eo, lưng vuông góc. Chú ý không quá cứng nhắc, thu cầm lại, các khớp xương đầu gối và xương hông cong khom góc nhỏ, khuỷu tay thu gọn vào mình, dựa sát hết cõ vào người bệnh. Trong quá trình phụ trợ người bệnh, người phụ trợ chú ý không xoay mình, phải tận dụng thể trọng và lực của cơ thể.

Chủ yếu có tư thế đứng, tư thế ngồi, tư thế quỳ, tư thế quỳ 1 chân, nằm ngửa, nằm sấp, nằm nghiêng... (hình 3).

6. Sự vận động của cơ thể người bệnh biểu hiện như thế nào?

- Có những tư thế vận động chủ yếu nào cho bệnh nhân đột quỵ phục hồi sức khỏe? Sự vận động của cơ thể biểu hiện trên 3 mặt phẳng sau:

- Mặt phẳng hướng theo mũi tên là mặt phẳng chia cơ thể thành 2 mặt trái và phải.

Động tác giơ lên hạ xuống của thân mình cho tới 4 chi đều tiến hành theo chiều hướng mũi tên, trong hình vẽ biểu hiện sự giơ lên và duỗi xuống của các khớp bả vai (hình 4 - 1).

- Mặt phẳng cắt ngang là mặt phẳng chia cơ thể thành mặt trước và sau. Sự mở ra và khép lại của chi trên và dưới đến sự cúi xuống của thân đều dựa trên mặt phẳng này.

Trong hình vẽ biểu thị sự mở ra khép vào của khớp bả vai (hình 4 - 2).

- Mặt phẳng nằm ngang là mặt phẳng chia cơ thể thành phần trên và dưới. Sự xoay vào trong ra ngoài,



hoặc xoay ra đằng sau, đằng trước của chi trên và chi dưới, xoay quanh cơ thể hoặc phần đầu đều được tiến hành trên mặt phẳng đó. Trong hình vẽ biểu thị sự xoay vào trong và xoay ra ngoài của khớp bả vai (hình 4 - 3).



4-1



4-2



4-3

Hình 4: Xoay khớp bả vai

7. Động tác tập luyện khi ở trên giường gồm những nội dung nào?

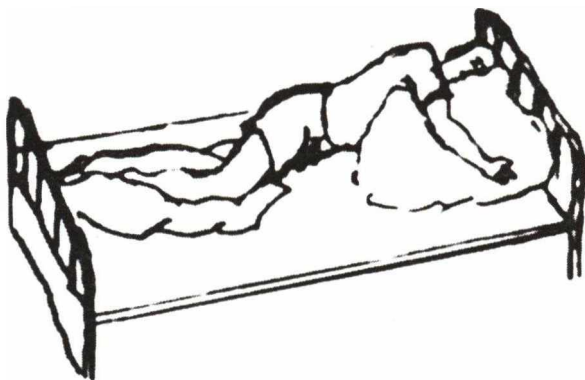
Chủ yếu bao gồm các động tác: giữ tư thế tốt ở trên giường luyện tập phạm vi hoạt động các khớp xương tính chức năng, chủ động, bị động di chuyển, trở mình...

Khi nằm, chủ yếu gồm có giữ tư thế nằm nghiêng về bên nửa cơ thể khỏe, nằm thẳng, nằm nghiêng về bên nửa cơ thể bị liệt. Đối với phần đầu, nên dùng gối bằng, tránh dùng nhiều gối đặt lên nhau để giữ tư thế có lợi đối với người bệnh. Tập luyện khớp mắt cá chân, giữ



lưng khom góc 90^0 , tránh co người lại vì sẽ làm ảnh hưởng đến tư thế đứng đi sau này.

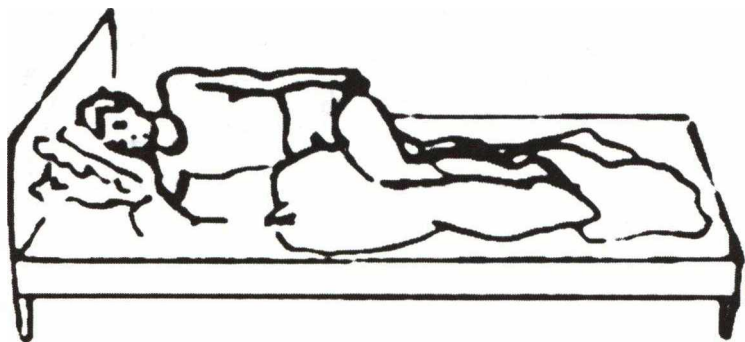
- Tư thế nằm nghiêng về bên cơ thể khoẻ là tư thế nằm nghiêng mà phần mình và 2 chi bên phần cơ thể khoẻ nằm phía dưới. Khi người bệnh không thể tự mình nằm ở tư thế này thì cần sự giúp đỡ của người nhà hoặc người phụ trợ. Đầu người bệnh trên gối, người và mặt giường giữ một góc gần như thẳng giữa 2 tay người bệnh, nên dùng gối chèn để người bệnh không bị đặt ở tư thế thu hẹp 2 tay lại. Khớp bả vai nên để ở góc trên dưới 90^0 , 2 tay phải duỗi thẳng, chân đặt cao lên, giữ cho hông và đầu gối gấp lại, bàn chân tốt nhất cũng đặt lên gối cao, không nên đặt ở phần cuối mép gối (hình 5). Tư thế nằm này có lợi cho tuần hoàn máu, giảm nhẹ sự co giật của thân thể người bệnh, chống bệnh phù tay, dễ dàng giữ được tư thế. Nhưng tư thế này cũng có những hạn chế là khó thực hiện những động tác khác.



Hình 5: Tư thế nằm nghiêng về phần cơ thể khoẻ mạnh



- Tư thế nằm nghiêng về phần cơ thể bị liệt là phần thân và chi cơ thể bị liệt đặt ở phía trước. Tư thế nằm này sẽ kích thích phần cơ thể bị liệt, giảm nhẹ co giật. Phần đầu hơi cúi về phía trước; thân hướng phía sau; dùng gối giữ cố định phần lưng; vai trước duỗi, khuỷu tay duỗi thẳng, cánh tay xoay về phía sau, cổ tay gấp ra phía lưng, lòng bàn tay hướng lên trên, xòe ngón tay ra; tay đặt tự nhiên lên trên người; khớp hông chi dưới của phần cơ thể bị liệt duỗi thẳng, hơi cong đầu gối; khớp đầu gối và hông của phần cơ thể khoẻ gấp lại, có thể gác lên một cái gối dài, giúp cho khớp hông bên liệt duỗi thẳng. Tư thế nằm này giúp cho các chi bên bị liệt duỗi thẳng, khống chế được sự co giật, bên cơ thể khoẻ có thể hoạt động tự do. Chú ý, nhất định phải giữ cho phần vai bên bị liệt duỗi về phía trước

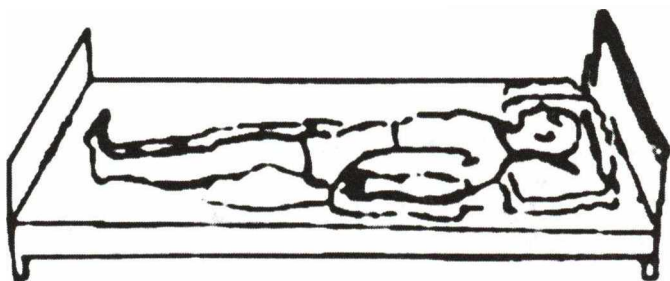


Hình 6: Tư thế nằm nghiêng về phần cơ thể bị liệt

- Ở tư thế nằm ngửa người, đặt đầu người bệnh lên gối, mặt ở chính giữa gối, người duỗi thẳng. Đặt một cái gối dài phía dưới phần mông đến đùi của bên cơ thể bị



liệt, chú ý không để khớp hông bên nửa cơ thể bị liệt ra ngoài, vì nếu khớp hông bị xoay ra phía ngoài lâu hay cố định xoay ra phía ngoài thì sau này khi đi lại, chân người bệnh sẽ có hình vòng kiềng. Phía dưới xương bả vai của nửa người bị liệt, đặt một cái gối để nâng cao phần vai, đồng thời phân khuỷu tay duỗi thẳng, khớp cổ tay duỗi, ngón tay duỗi và xoè ra, không cầm vật gì trong tay, chi dưới nửa bị liệt duỗi thẳng, có thể đặt một cái gối nhỏ dưới đầu gối, làm cho khớp đầu gối cong, khum lại cuối chân không chạm vào vật gì, dùng thành giường để giữ chân đệm lại. Người bệnh khi có khuynh hướng chi dưới bị cong gập thì phía dưới khớp đầu gối không đặt gối nữa.



Hình 7: Tư thế nằm ngủ.

Thời kỳ đầu phát bệnh có thể hướng dẫn người bệnh thực hiện theo cách nằm như trên. Cùng với quá trình không ngừng hồi phục của chức năng vận động của cơ thể, có thể từng bước điều chỉnh, áp dụng tư thế nằm thuận tiện và dễ chịu hơn. Nhưng đối với người bệnh mà chức năng vận động hồi phục kém hoặc người bệnh

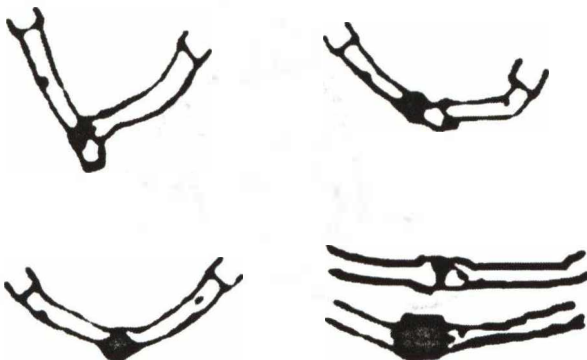


nằm trên giường bệnh lâu ngày, thì nên thực hiện theo sự chỉ dẫn của nhân viên phục vụ y tế. Đối với sự gia tăng co giật của khớp xương mắt cá chân, có khuynh hướng khớp bị biến hình thì cần phải trị liệu bằng máy chỉnh hình hoặc có thể dùng cái nẹp tay để giúp giữ tư thế tốt cho tay.

Tư thế nằm đúng khi người bệnh nằm trên giường bệnh và khi phải nằm lâu trên giường bệnh có ý nghĩa quan trọng. Sau khi người bệnh rời khỏi giường để vận động, càng cần phải chú ý khởi động nhẹ nhàng để cơ thể có thời gian thích ứng, thúc đẩy sự hồi phục khi thực hiện những động tác cơ bản.

8. Cầm tay người bệnh có những tư thế chủ yếu nào?

Những cách cầm tay người bệnh khi giúp đỡ họ vận động gồm:



Hình 8: Các loại hình nắm tay



- Một người nắm vào cổ tay.
- Hai người cùng nắm vào cổ tay nhau.
- Nắm bàn tay nhau.
- Ngoắc tay và nắm ngón tay.
- Ngón tay nắm xen kẽ (hình 8).

9. Ôm giữ người bệnh có những tư thế chủ yếu nào?

- Ôm giữ phần lưng: Người phụ trợ dùng một tay vòng quanh phần trên của lưng người bệnh, một tay dùng cẳng tay ôm giữ gần xương bả vai phần lưng người bệnh, giúp người bệnh ngồi dậy. Chú ý không chỉ dùng tay để ôm giữ. (hình 9). Có thể dùng trong các động tác nâng người bệnh đang nằm ngửa dậy, nâng người bệnh từ tư thế nằm ngửa ngồi dậy, giữ tư thế ngồi, thay đổi tư thế khi nằm...



Hình 9: Ôm đỡ phần lưng

- Ôm giữ cẳng tay, khuỷu tay: Người phụ trợ từ phía sau người bệnh, dùng hai tay ôm vào nách bệnh nhân,

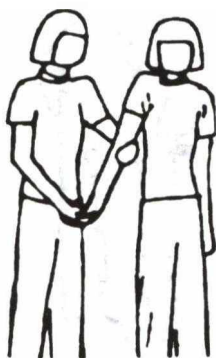


nắm chặt cẳng tay người bệnh, ấn phần bụng xuống. Cách này sử dụng trong lúc chỉnh tư thế ngồi trên xe lăn của người bệnh, khi di chuyển, khi đứng dậy...



Hình 10: Nắm chặt cẳng tay

- Nắm giữ lòng bàn tay: Nhẹ nhàng nắm vào phần khuỷu tay người bệnh, nắm bàn tay người bệnh từ phía dưới để phụ trợ cho người bệnh (hình 11). Áp dụng trong lúc giúp người bệnh đứng dậy hoặc khi đi lại.



Hình 11: Nắm bàn tay



- Nắm giữ phần nách: Người phụ trợ luồn qua nách người bệnh từ phía sau, mu bàn tay dựa vào phần ngực có tác dụng cố định, ngón tay cái kẹp chặt phần phía sau vai và nách. Áp dụng khi giúp người bệnh chuyển động thể trọng.



Hình 12: Nắm phần nách

- Nắm giữ khung xương chậu: Khi người bệnh bị bại liệt mức độ nặng, nên đỡ ở phần xương ụ ngồi, giúp người bệnh di chuyển, đứng dậy (hình 13).



Hình 13: Đỡ xương chậu



Ôm giữ chân giúp giảm gánh nặng, giữ sức nặng của cơ thể, cần có thêm một người khác giữ chân (hình 14), áp dụng khi có 2 người phụ trợ người bệnh di chuyển.



Hình 14: Giữ chân



Hình 15: Cố định phần đầu gối

Để rèn luyện cho các khớp xương hông, đầu gối, người bệnh có thể lấy đầu gối làm điểm tựa mà duỗi ra nhanh. Chú ý cố định phần đầu gối. Khi người bệnh đứng dậy, có thể dùng đầu gối của mình, cố định phần đầu gối người bệnh bằng cách ấn từ phía trước ra phía



sau. Chú ý nếu chính diện ấn đầu gối sẽ làm cho người bệnh bị đau, vì thế sẽ không ổn định lại được. Tùy theo khả năng nâng cao, có thể dùng tay cố định phần đầu gối của mình (hình 15).

10. Vận động khớp vai cho bệnh nhân đột quỵ và xương bả vai vận động như thế nào?

Người bị liệt nửa người dễ phát sinh đau vai và bán thoát vị khớp vai, làm cho hoạt động bị hạn chế. Thực hiện luyện tập phạm vi hoạt động của khớp vai phải căn cứ theo nguyên lý lực học vận động khớp vai để thực hiện động tác. Bên cạnh đó cũng cần chú ý đến nhịp độ và quy luật vận động. Trong thời kỳ đầu phát bệnh, lúc mà phần cơ thịt xung quanh khớp xương vai của người bệnh hoàn toàn bị liệt, cần chú ý không được hoạt động phần khớp vai, tránh bị bán thoát vị, phát sinh tổn thương phần mềm. Trong trạng thái sức kéo cơ giảm thấp, khớp vai cong khum lại, hướng ra ngoài 90° là phù hợp, tuyệt đối không hướng ra 180° .

- Xương bả vai nâng lên và hạ xuống: Người bệnh trong tư thế nằm nghiêng về phía cơ thể không bị bệnh, người phụ trợ đứng phía sau người bệnh, dựa vào người bệnh, cố định thân thể người bệnh, một tay đặt lên trên xương bả vai người bệnh, một tay đặt trên cơ ngực, kẹp chặt cơ bả vai, dùng hai tay và thực hiện động tác lên xuống trên xương bả vai (hình 16). Người bị liệt nửa người thường bị hạn chế trong phạm vi động tác nâng lên của xương bả vai.



Hình 16: Hoạt động của khớp vai xoay tròn xuống dưới



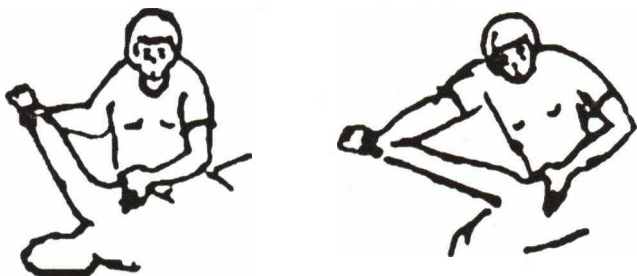
Hình 17: Hoạt động của xương bả vai (xoay tròn bên trên)

- Xoay tròn phía trên xương bả vai: Để cho nửa bên bị liệt của người bệnh lên trên trong tư thế nằm nghiêng. Người phụ trợ đặt cho chân người bệnh cong khum, rồi từ phía sau dựa sát vào người bệnh, cố định cơ thể người bệnh, một tay đặt ở trên cơ ngực, đồng thời cầm thả lỏng tay bên bị liệt của người bệnh, bàn tay kia tiếp xúc với xương bả vai, ngón tay mở rộng hướng lên phía trên, ngón cái giữ chặt phía dưới mép xương bả vai. Người trị liệu duỗi thẳng khớp xương hông đang co lại trên bàn trị liệu (duỗi thẳng eo), một bên dùng hai tay ép chặt xương bả vai của người



bệnh, vừa dùng cẳng tay đỡ khớp vai bên bị liệt hướng ra ngoài khoảng 90^0 , đồng thời xoay tròn xương bả vai theo hướng lên trên (hình 17).

- Người bệnh để phần bị liệt quay lên phía trên trong tư thế nằm nghiêng. Người phụ trợ dựa sát vào phần bụng của người bệnh và ngồi xuống, cố định thân thể người bệnh, một tay nắm giữ cổ tay phần cơ thể bị liệt, giữ cho cánh tay này duỗi thẳng, không ngừng xoay khớp bả vai để tăng áp lực, dùng ba ngón tay còn lại đặt vào phía dưới mép xương bả vai, hai tay kết hợp uốn cong khớp xương vai với xương bả vai với tỷ lệ sức là 1: 2, tức là nếu lực dùng để ép co khớp xương thể mới có thể khiến xương cánh tay giữ được ở trên mặt phẳng của khớp xương vai, vừa làm cho xương bả vai xoay tròn hướng lên trên và đưa về phía trước. Khi luyện tập, phải từng bước tăng góc độ uốn cong chi trên để thúc đẩy xương bả vai có thể đưa về phía trước.



Hình 18: Hoạt động của xương bả vai (duỗi thẳng ra phía trước)

Trong hạn chế của hoạt động khớp xương, khi có triệu chứng co giật, tiến hành các bước hoạt động khớp



xương như trên, vừa có thể cải thiện phạm vi hoạt động của khớp xương, lại có thể có lợi cho việc cải thiện chức năng vận động của chi trên và vùng bả vai, đặc biệt giúp cho việc cải thiện vùng xương vai. Đồng thời từng bước chuyển từ vận động bị động tới vận động phụ trợ, vận động chủ động cùng với sự hồi phục chức năng vận động vùng bả vai tới khớp xương vai.

11. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác uốn cong khớp xương vai như thế nào?



Hình 19: Hoạt động uốn cong khớp vai.

Người bệnh nằm hoặc ngồi, người phụ trợ một tay nắm giữ tay người bệnh, tay kia cố định khớp vai, đưa cánh tay về phía trước và nâng lên, uốn cong 180° . Nếu ở phần cơ mềm bị liệt thì có thể uốn cong tới 90° . Khi thực hiện được nửa quá trình, dùng một tay đỡ tới phần xương bả vai, hỗ trợ xương bả vai phối hợp hoạt động.



Trong khi hoạt động, bảo đảm cánh tay duỗi thẳng, nếu không gian không đủ thì có thể gấp khuỷu tay lại rồi thực hiện động tác (hình 19).

12. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác đưa khớp xương vai và thu vào trong trên mặt phẳng khớp xương vai như thế nào?

Người bệnh nằm hoặc ngồi, người phụ trợ một tay chú ý bảo vệ phần khớp xương vai của người bệnh, nâng cánh tay lên về một bên hướng ra ngoài, nới lỏng phần mềm bị liệt, để trùng góc 90^0 . Khi hướng ra ngoài góc 90^0 , tiếp tục hướng ra ngoài thì phải đồng thời xoay khớp xương vai ra ngoài góc 180^0 . Đây là động tác phối hợp xương bả vai cần thường xuyên thực hiện.

Hướng ra ngoài góc 90^0 , so với khớp xương vai, cánh tay ở vị trí duỗi thẳng, giúp người bệnh với tới vai bên cạnh (hình 20).



Hình 20: Đưa khớp vai ra ngoài và thu vào trong trên mặt phẳng khớp xương vai



13. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác xoay vào trong, xoay ra ngoài của khớp xương vai như thế nào?

Để khớp xương vai của người bệnh hướng ra ngoài, gập khuỷu tay một góc 90^0 , người phụ trợ một tay giữ cẳng tay của người bệnh, tay kia bảo vệ khớp xương vai, vận động xoay vào trong, xoay ra ngoài (hình 21). Chú ý khi làm động tác bị động khớp xương bả vai, người bệnh dễ bị đau và hạn chế trong cử động. Vì vậy phương pháp tay xoay này phải thực hiện nhẹ nhàng, thả lỏng. Thời kỳ nới lỏng này có tác dụng tránh tổn thương vùng mềm và hình thành bán thoát vị, hoạt động khớp xương, bình thường qua được một nửa là được. Khi có triệu chứng co giật rõ rệt, người phụ trợ trước hết nên nhẹ nhàng kéo vai người bệnh rồi tiến hành động tác bị động để tránh gây tổn thương cho người bệnh.



Hình 21: Động tác xoay ra ngoài của khớp xương vai.



14. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác căng tay như thế nào?

Cùng với sự tăng cao lực kéo cơ tay của người bệnh, căng tay của họ phần lớn ở trạng thái xoay trước hoặc xoay sau (dễ hình thành co rút), vì vậy phải tiến hành động tác bị động xoay ra phía trước và xoay về phía sau, dùng một tay nắm phần trên khớp khuỷu tay của người bệnh, tay kia giữ phần cổ tay, làm động tác xoay ra phía trước hoặc xoay về phía sau (hình 22).



Hình 22: Động tác căng tay (xoay ra trước và xoay ra sau)



15. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác duỗi khớp khuỷu tay như thế nào?

Người bệnh ở tư thế nằm ngửa, gấp cổ tay góc 90° , người phụ trợ một tay nắm giữ phần trên khớp khuỷu tay của người bệnh, một tay nắm giữ cổ tay, đưa khuỷu tay người bệnh từ trạng thái còng gấp chuyển thành trạng thái duỗi thẳng, đồng thời duỗi thẳng khớp cổ tay (hình 23). Khi nới lỏng, khớp khuỷu tay của người bệnh thường ở trạng thái duỗi thẳng, cùng với sự tăng cao của lực kéo cơ, dần dần hình thành tư thế gấp cong. Nếu người phụ trợ không chú ý thì người bệnh sẽ hình thành chứng co rút cong gấp khớp khuỷu tay.



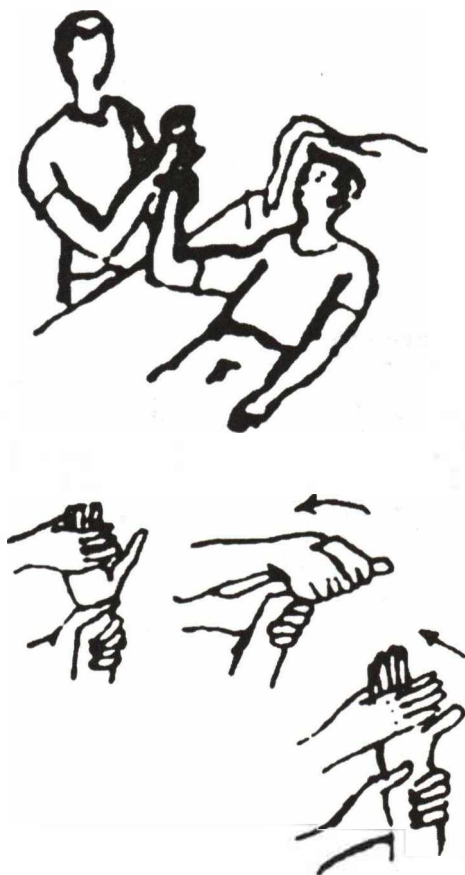
Hình 23: Động tác khớp khuỷu tay (Gấp cong và duỗi thẳng)

16. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác khớp cổ tay, khớp ngón tay và khớp các đốt ngón tay như thế nào?

Người bệnh thực hiện động tác phối hợp chi trên gấp cong, khớp cổ tay của họ phần nhiều ở tư thế bàn tay gấp lại, ngón tay cong gấp, đặc biệt ngón cái luôn



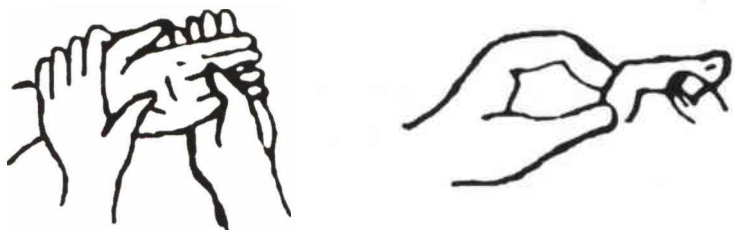
ở trạng thái gập cong, thu vào trong. Người phụ trợ dùng ngón tay cái của một tay duỗi thẳng ngón cái người bệnh, bốn ngón còn lại nằm giữa phần cổ tay và phần gốc của ngón cái, tay còn lại duỗi thẳng bốn ngón còn lại của bàn tay người bệnh, duỗi thẳng khớp cổ tay (hình 24).



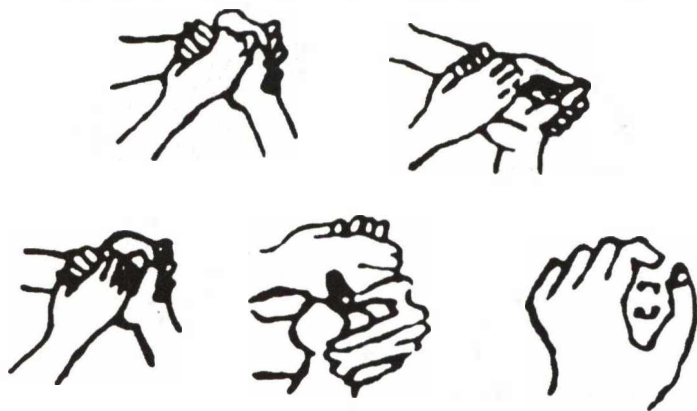
Hình 24: Động tác khớp cổ tay



Khớp ngón tay của người bệnh ở tư thế duỗi thẳng, dễ hình thành chứng co rút duỗi thẳng, dẫn đến ngón tay co rút, cong gập. Vì thế người bệnh phải tiến hành tập luyện vận động cong gập khớp ngón tay, đặc biệt là thời gian nói lỏng tương đối lâu thì càng phải chú ý. Sau khi đã thực hiện các lực kéo cơ, phải tiến hành thực hiện các động tác co gập và duỗi thẳng (hình 25). Trong thời gian nói lỏng, khớp giữa các đốt ngón tay dễ hình thành chứng co rút duỗi thẳng. Sau khi tăng lực kéo cơ dễ hình thành chứng co rút cong gập.



Hình 25: Động tác ngón tay (cong gập và duỗi thẳng)



Hình 26: Động tác ngón cái (hướng ra ngoài và co duỗi bàn tay)

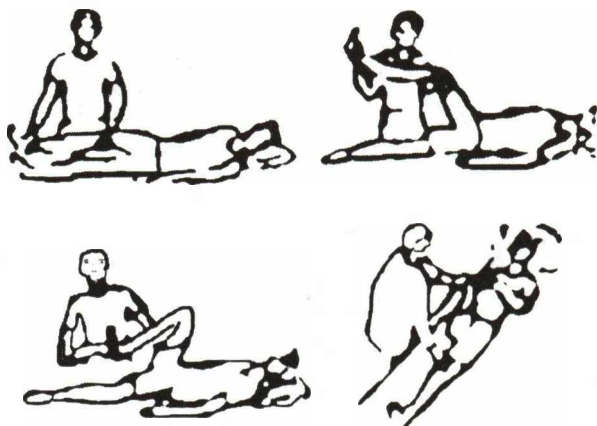


Người bệnh cần chú ý hoạt động nhiều các động tác co, duỗi, hướng ra ngoài bàn tay, hướng ra ngoài cẳng tay, co duỗi bàn tay đối với ngón cái. Đặc biệt phải luyện tập nhiều khớp cổ tay (hình 26).

17. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác cong gấp khớp hông và duỗi thẳng khớp hông như thế nào?

- Người bệnh trong tư thế nằm ngửa, người phụ trợ một tay ôm phía dưới chỗ lôm ở kheo chân của người bệnh, tay kia nắm giữ một bên bàn chân người bệnh, cẳng tay chặn giữ bàn chân, để khớp mắt cá chân ở vị trí trung gian, nâng đùi của bệnh nhân lên, làm cho khớp hông, đầu gối của bệnh nhân cong gấp.

- Người bệnh trong tư thế nằm ngửa, người phụ trợ dùng một tay gấp cong hết sức khớp hông và đầu gối bên phần cơ thể khỏe mạnh của người bệnh, tay kia ấn khớp đầu gối xuống, để duỗi thẳng khớp hông (hình 27).



Hình 27: Động tác khớp hông (co và duỗi)



- Người bệnh nằm nghiêng về bên cơ thể khỏe, hai khuỷu tay duỗi về phía trước, 2 tay đan xen nhau, người phụ trợ ngồi sau thân người bệnh, dùng eo lưng ấn giữ phần mông người bệnh, một tay nâng khớp đầu gối đã gấp cong, một tay đỡ bàn chân, duỗi thẳng khớp hông của người bệnh về phía sau. Duỗi thẳng khớp hông nhiều giúp cho việc phòng chứng co rút gấp cong của khớp hông.

18. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác xoay vào trong, xoay ra ngoài của khớp hông như thế nào?



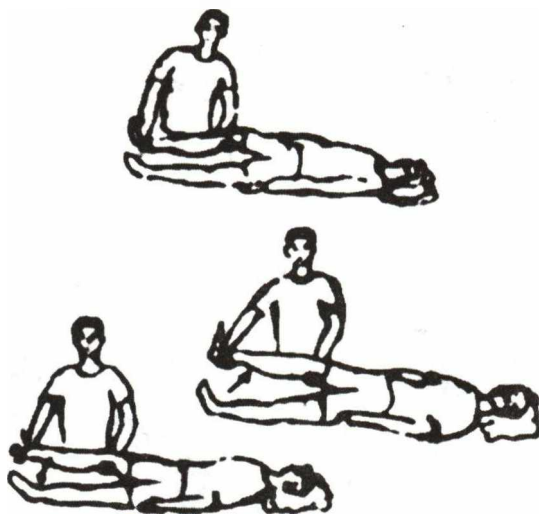
Hình 28: Động tác của khớp hông (xoay vào trong và ra ngoài)

Đặt người bệnh nằm ngửa, giữ cong hông và đầu gối một góc 90^0 , người phụ trợ một tay ôm khớp đầu gối của người bệnh, tay kia nắm đỡ bàn chân của người bệnh, cô



định khớp đầu gối, lần lượt giúp thực hiện các động tác hướng căng chân vào trong và ra ngoài, thực hiện xoay ra ngoài, xoay và trong khớp hông (hình 28). Khớp hông bên nửa cơ thể bị liệt của người bệnh ở tư thế nằm dễ làm người bệnh xoay ra ngoài, mũi bàn chân hướng ra ngoài. Nếu sắp xếp vị trí không thích hợp, dễ hình thành chứng co rút xoay ra ngoài, lúc người bệnh vận động xoay vào trong sẽ rất khó khăn, nên thực hiện nhiều lần động tác xoay vào trong bị động.

19. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác hướng ra ngoài và thu vào trong của khớp hông như thế nào?



Hình 29: Động tác của khớp hông (hướng vào trong và ra ngoài)

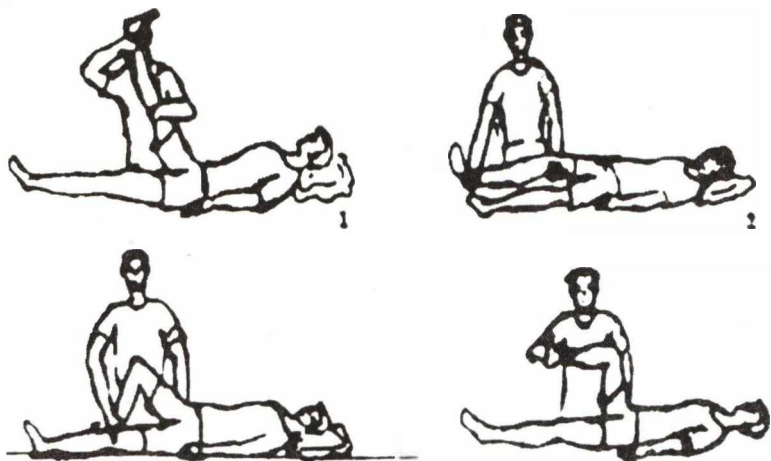
Đặt người bệnh nằm ngửa, chi dưới bên nửa phần cơ thể khỏe mạnh hướng ra ngoài một góc nhỏ. Có thể dùng một vật nặng để cố định chi dưới phần cơ thể khỏe



mạnh của người bệnh. Người phụ trợ dùng hai tay nhẹ nhàng nâng chân người bệnh lên khỏi mặt giường, chú ý phải duỗi thẳng khớp đầu gối, dùng một tay đỡ phần đùi, tay kia nắm phần bàn chân, chân hướng ra ngoài (hoặc hướng vào trong) trên một mặt phẳng (hình 29). Người bệnh nằm trên giường bệnh lâu không vận động, cũng sẽ dẫn đến phạm vi vận động hướng vào trong, hướng ra ngoài bị hạn chế.

20. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác co duỗi khớp xương đầu gối như thế nào?

Đặt bệnh nhân nằm thẳng, người phụ trợ vuông góc với giường, nắm chắc phía dưới chân và mắt cá chân của bệnh nhân, nhấc chân lên, đồng thời hướng gót chân của bệnh nhân thẳng về phía mông, co đầu gối. Có thể gấp đầu gối 90° , tiếp tục duỗi thẳng chân ra (hình 30).



Hình 30: Cử động khớp xương đầu gối (co vào, duỗi ra).



21. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác gấp cong ra phía sau khớp mắt cá chân như thế nào?

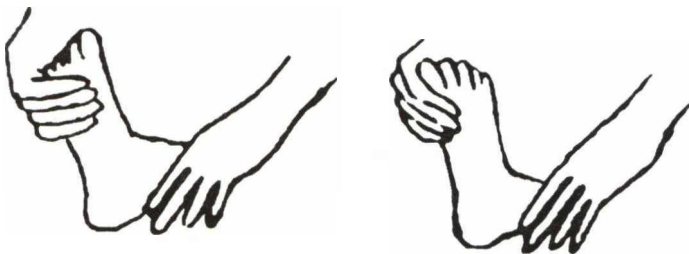
Người phụ trợ một tay nâng mắt cá chân người bệnh lên, tay kia nhắc gót chân đồng thời kéo thẳng gót chân của người bệnh ra, dùng cánh tay trước giữ thẳng chân và gót chân, ép thẳng về phía sau mắt cá chân. Mắt cá chân được ép thẳng cũng có lợi cho cơ gân mắt cá chân (hình 31). Cần chú ý theo dõi bệnh nhân, sau khi bị xuất huyết não rất dễ xuất hiện hiện tượng co giật. Luyện tập động tác này giúp tránh được hiện tượng co giật.



Hình 32: Sự vận động của khớp mắt cá chân (cong ra phía sau).

22. Hướng dẫn bệnh nhân vận động vùng mắt cá chân: hướng vào trong, hướng ra ngoài như thế nào?

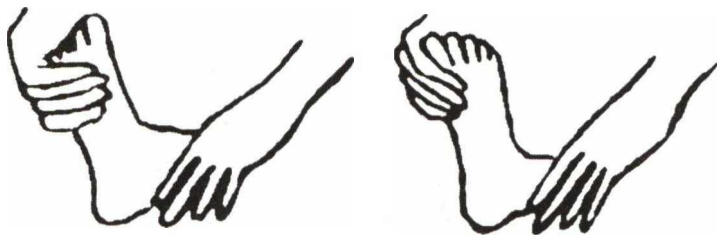
Đặt bệnh nhân nằm thẳng vuông góc với giường, người phụ trợ một tay giữ cố định chân của bệnh nhân, tay còn lại nắm lòng bàn chân, lắc vào trong, lắc ra ngoài.



*Hình 32: Sự vận động của khớp mắt cá chân
(hướng vào trong, ra ngoài).*

23. Hướng dẫn bệnh nhân vận động ngón chân như thế nào?

Những bệnh nhân đột quỵ não phải nằm lâu ngày, ngón chân cũng có nhiều kiểu biến dạng, vì vậy cần vận động co và duỗi (hình 33).



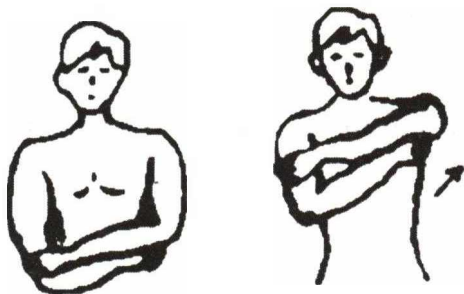
Hình 33: Cử động ngón chân (co và duỗi).

24. Giúp đỡ bệnh nhân tự vận động khớp vai như thế nào?

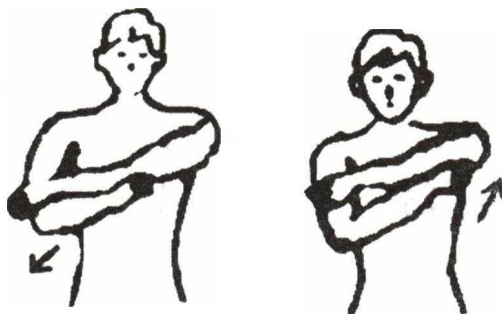
Người bệnh dùng tay khỏe nắm chắc và gập khuỷu tay của cánh tay bị đau, nâng cánh tay đau lên ngang tầm vai. Tiếp tục di chuyển cánh tay đau về phía tay không đau. Tay khỏe nắm cổ cánh tay đau, gập lên qua



đầu, lặp lại động tác đó (hình 34). Giờ hai tay qua đầu, xòe rộng 10 ngón tay, ngón cái bên cánh tay đau giờ thẳng, hai lòng bàn tay đối xứng nhau, tay khỏe kéo tay đau đưa qua đầu (hình 35). Động tác này có lợi cho bả vai và các khớp ngón tay, giảm đau vai và phù tay, cũng có tác dụng kích thích sự vận động của tay.



Hình 34: Tự mình vận động cơ vai



Hình 35: Tự mình vận động cơ vai

25. Người bệnh tự vận động khuỷu tay và xoay tròn cánh tay trước như thế nào?

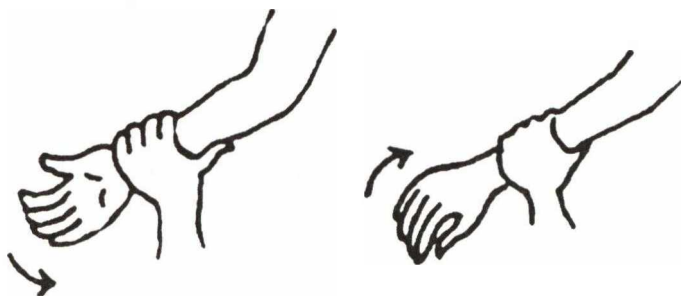
Tay khỏe nắm cổ tay đau, duỗi ra, co vào phía khuỷu tay (hình 36). Khi gập tay 90° , tay khỏe nắm



chắc cổ tay bị đau, xoay tròn bàn tay cho đến khi lòng bàn tay hướng lên trên, tiếp tục xoay lại, hướng lòng bàn tay xuống dưới (hình 37).



Hình 36: Tự vận động khuỷu tay



Hình 37: Tự vận động khuỷu tay

26. Người bệnh tự vận động cổ tay và ngón tay cánh tay bị đau như thế nào?

Người bệnh dùng tay khỏe nắm bàn tay của cánh tay đau, bẻ cong ra phía sau (hình 38). Người bệnh đặt bàn tay bị đau lên đùi, duỗi thẳng cổ tay bị đau, nắm bàn tay bị đau, đồng thời duỗi 4 ngón tay ra (hình 39).



Hình 38



Hình 39

Cử động khớp cổ tay và ngón tay.

27. Người bệnh tự vận động xương hông như thế nào?

Người bệnh di chuyển chân không đau, để xuống dưới chân bị đau. Giữ thẳng chân rồi nhấc lên. Thực hiện động tác này nhiều lần.

28. Di chuyển bệnh nhân khi nằm trên giường như thế nào?

Hướng dẫn người bệnh nghiêng sang một bên, chạm hai chân xuống giường, gập đầu gối, nhấc mông, quay người sang một bên, người phụ trợ đứng bên người bệnh, giúp người bệnh quay vai sang cùng hướng, sau đó di chuyển hai chân (hình 40).

Di chuyển về phía trước và sau: Hướng dẫn người bệnh giữ tư thế ngồi trên giường, nghiêng và nhấc một bên mông lên, sau đó tiếp tục di chuyển về phía trước, làm lại với mông bên kia. Người phụ trợ có thể đứng bên



bệnh nhân, dùng tay đỡ đùi giúp bệnh nhân di chuyển. Di chuyển về phía sau cũng tương tự như di chuyển về phía trước (hình 41).



Hình 40: Di chuyển sang 1 bên.



Hình 41: Di chuyển về phía trước và sau.



29. Tại sao người bệnh đột quỵ phải luyện tập chuyển mình?

Mục đích của việc xoay mình là để giúp cho người bệnh khi phải nằm lâu không bị hoại tử các bộ phận mềm bị chèn ép. Chuyển mình có sự giúp đỡ và tự người bệnh chuyển mình thì người bệnh đều nên tăng cường khả năng và sự nỗ lực cố gắng của mình, hạn chế sự giúp đỡ của người phụ trợ, để người bệnh có thể tự điều khiển cơ thể ở mức độ cao nhất. Những người bệnh nằm trên giường lâu cần phải thường xuyên luyện tập động tác chuyển mình. Cách thức gồm có bị động, chủ động và có sự giúp đỡ từ người thân.

30. Phương pháp luyện tập chuyển mình như thế nào?



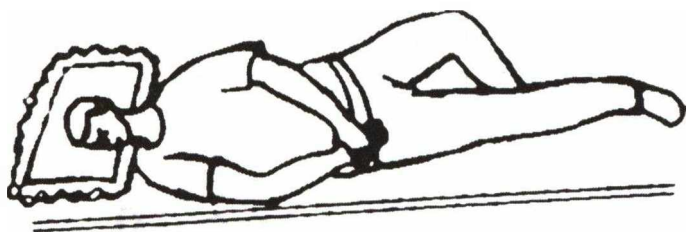
Hình 42: Chuyển mình có người phụ trợ.

Chuyển mình có người phụ trợ: Hướng dẫn người bệnh nhắc chân không đau lên và di chuyển sang hướng chân đau, chân duỗi thẳng, tay phía bên không đau cũng duỗi thẳng nghiêng về cùng phía, đặt tay



trên đầu gối người bệnh, người phụ trợ vòng chân ra phía ngoài, tay kia có thể giữ cố định vị trí tay người bệnh (hình 42).

Người bệnh tự chuyển mình: Người bệnh ở tư thế nằm ngửa, hai tay không đan chéo, tay không đầu nắm và duỗi thẳng tay đầu ra, cong chân bên không bị đau, mở rộng cánh tay không đau, để giảm trọng lực khi quay người, chân không đau giảm xuống giường, toàn thân nghiêng về phía bị đau, tay duỗi thẳng nghiêng về cùng phía, hỗ trợ quay lưng, tạo tư thế nằm như ở hình 43.



Hình 43: Người bệnh tự chuyển mình.

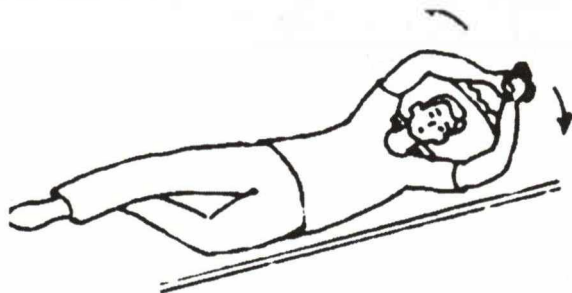
Giúp người bệnh chuyển mình về bên không bị đau: Hai tay người bệnh đan chéo, giúp người bệnh co chân lại, tay người phụ trợ để ở phần dưới mông và trên chân người bệnh, nghiêng người bệnh sang bên không bị đau, giữ nguyên tư thế.

Chân không đau luồn vào dưới chân đau, tay người bệnh để trên bụng, tay không đau có thể ở tư thế khuỳnh ra. Người phụ trợ một tay đỡ lưng người bệnh, tay kia để vào giữa hai chân người bệnh đang đan chéo, giúp người bệnh chuyển mình (hình 44).



Hình 44: Giúp người bệnh chuyển mình về bên không bị đau.

Người bệnh tự chuyển mình về phía không bị đau: Người bệnh nằm ngửa, chân không đau để dưới chân đau, hai tay đan chéo, khuỳnh rộng, duỗi về phía trên, hai bên trái phải, khi hai tay đang hướng về bên không đau, chân không đau giảm xuống giường, tạo lực chuyển mình (hình 45).



Hình 45: Người bệnh tự chuyển mình về phía không bị đau.

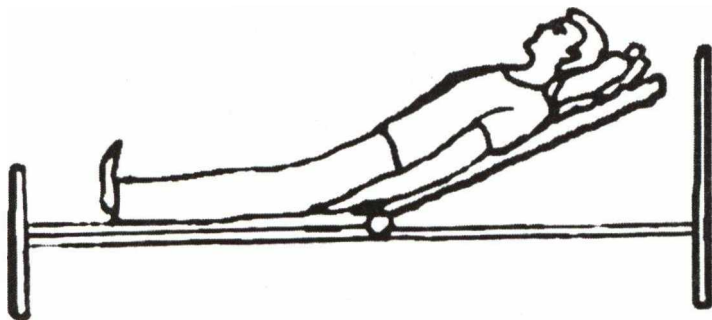
31. Bài tập trước khi đi bộ dành cho người bệnh đột quỵ, gồm có những nội dung nào?

Nội dung bài tập trước khi đi bộ bao gồm: ngồi dậy, ngồi thẳng bằng, di chuyển, đứng dậy, đứng vững, di chuyển bằng xe lăn, lên xuống cầu thang...



- Luyện tập ngồi dậy.

+ Ngồi dậy một cách bị động: Khi người bệnh ngồi dậy sau khi ốm hay nằm giường lâu ngày, để tránh hiện tượng tụt huyết áp, nên áp dụng cách ngồi dậy bị động với góc độ tăng dần. Có thể nâng đầu giường lên 15° - 30° , sau đó nghỉ 3 - 5 phút, dần dần tăng độ nâng của giường (hình 46), mỗi lần tăng 10° - 15° , tăng thời gian ngồi 5 - 10 phút. Thực hiện động tác này trong thời gian 2 - 3 ngày, cho đến khi người bệnh có thể ngồi vuông góc 90° với giường. Khi người bệnh đã có thể ngồi vuông góc 90° và ngồi được 30 phút, có thể bắt đầu luyện tập tự ngồi và di chuyển. Nếu khi ngồi thấy mặt người bệnh biến sắc, đổ mồ hôi hay đau đầu chóng mặt, cần di chuyển giường về vị trí thẳng. Sau đó xem xét lại góc độ ngồi phù hợp hơn, tăng dần khả năng chịu đựng của người bệnh. Phải chú ý theo dõi, kiểm tra huyết áp và động mạch người bệnh trước và sau khi luyện tập.



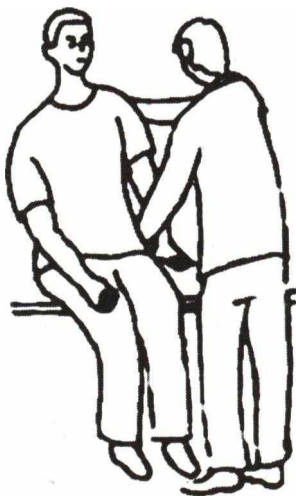
Hình 46: Ngồi dậy một cách bị động.

Nếu giường không thể nâng đầu, có thể dùng tám gỗ nâng giường lên hoặc để chăn sau lưng, để gối êm dưới



đầu gối người bệnh rồi tiến hành luyện tập ngồi, áp dụng cách trên tăng dần góc độ ngồi đến khi ngồi ở tư thế vuông góc 90° .

Khi người bệnh đã ngồi được ở tư thế trên 30° , co đầu gối khoảng $20 - 30^{\circ}$. Khi người bệnh có thể ngồi vuông góc, để người bệnh tự ngồi, không dựa vào giường nữa. Ban đầu có thể bám tay vào thành giường để tư thế ngồi được thẳng bằng, dần dần bỏ tay ra, người bệnh tự ngồi.



Hình 47: Giúp người bệnh ngồi dậy.

+ Giúp người bệnh ngồi nghiêng sang bên bị đau: Giúp người bệnh di chuyển sang một trong hai phía giường, để người bệnh ngồi dựa vào thành giường, gập đầu gối, chân buông xuống một bên giường. Tay bệnh nhân chống ra đằng sau, người phụ trợ giúp người bệnh nâng mình dậy (hình 47).



+ Giúp người bệnh tự ngồi nghiêng sang một bên bị đau, di chuyển sang một bên giường chân không đau để dưới chân bị đau, di chuyển ra phía ngoài giường, đầu gối gấp cong, sau đó nhấc đầu lên, xoay mình về phía bị đau, tay không đau chống xuống giường, phía người bị đau, đồng thời di chuyển chân xuống giường (hình 48).



Hình 48: Người bệnh tự ngồi dậy.

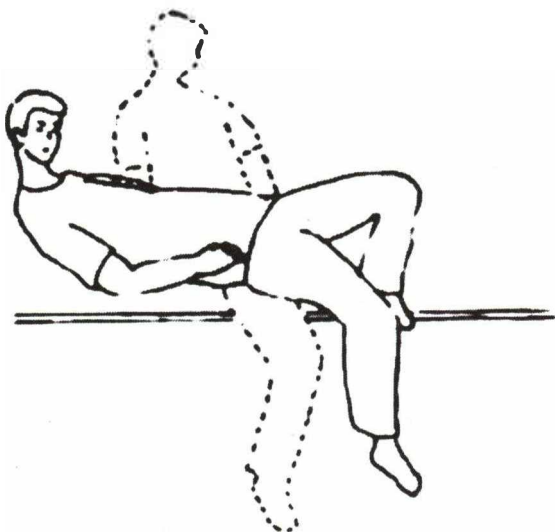


Hình 49: Giúp người bệnh ngồi nghiêng sang bên không đau.



+ Giúp người bệnh ngồi nghiêng sang bên không đau: Người bệnh đặt chân bị đau lên chân không đau, người phụ trợ đứng bên phía không đau của người bệnh, đỡ tay bị đau của người bệnh lên vai mình, dùng 2 tay đỡ vai người bệnh, người bệnh chống tay không đau xuống giường từ từ ngồi dậy (hình 49).

+ Người bệnh tự ngồi dậy, nghiêng sang bên không đau: Người bệnh đỡ chân đau trên chân không đau, xoay nửa người, chân không đau di chuyển chân đau sang một phía giường, hạ chân xuống dưới giường, chống khuỷu tay không đau xuống giường, nâng mình dậy, hai tay chống thẳng xuống giường giúp giữ thăng bằng (hình 50).



Hình 50: Người bệnh tự ngồi dậy, nghiêng sang bên không đau.

- Giữ được tư thế ngồi:



+ Ngồi trên giường: Khi ngồi trên giường, khớp hông người bệnh nên vuông góc với giường, hai chân duỗi thẳng, người ngồi thẳng (có thể tựa vào gối để ngồi thẳng), hai tay không đan xen, để trên một chiếc bàn đặt trước bụng.

+ Ngồi trên ghế: Khi ngồi trên ghế, đầu, cổ và thân người bệnh ở tư thế trái phải cân xứng; hông, đầu gối và mắt cá chân để vuông góc 90^0 , không ngồi lệch sang bên hông nào hơn, chân duỗi thẳng xuống (hình 51).



Hình 51: Ngồi trên ghế.

Ngồi trên ghế sẽ rất có hại nếu người bệnh ngồi không đúng cách. Đầu, cổ, mình người bệnh không thẳng và cân đối, chân mở rộng sang hai bên, không duỗi xuống, hướng vào phía trong, hai tay để không cân đối... cần kịp thời sửa lại tư thế ngồi.

+ Tư thế ngồi trên xe lăn: Hai cánh tay người bệnh tựa sát vào phần tựa sau xe, ngồi thẳng, mắt nhìn phía

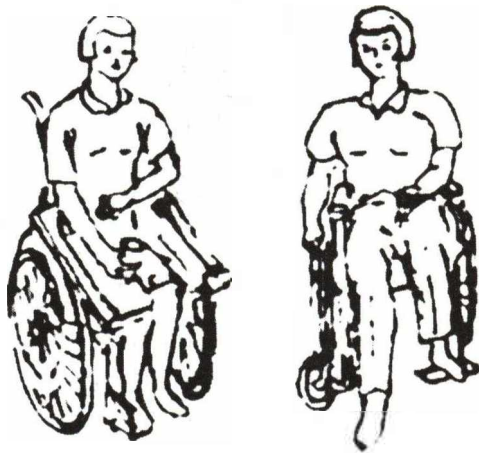


trước. Có thể để thêm một chiếc bàn gỗ nhỏ trên xe. Hướng vai về phía trước, gập khuỷu tay, cong cánh tay, để thẳng cổ tay, hai chân gập xuống tự nhiên, có thể để bàn chân lên chỗ để của xe hoặc duỗi xuống sao cho hợp lý.

Tư thế ngồi trên xe lăn (với xe không tốt), phía người bên trái bị liệt tựa ra sau, tay trái cũng tựa vào thành xe, xương hông trái lệch ra ngoài, đầu gối hướng ra ngoài. Có thể đặt tấm đệm giữa phần người tựa vào xe, thân người ngồi ngay ngắn, giữa đùi trái và tay vịn nên đặt một tấm đệm (hình 52).

- Cách ngồi thẳng bằng:

Người bệnh đột quỵ bị liệt nửa người rất khó ngồi vững, cần luyện tập cách ngồi thẳng bằng, kiên trì luyện tập theo cách dưới đây:

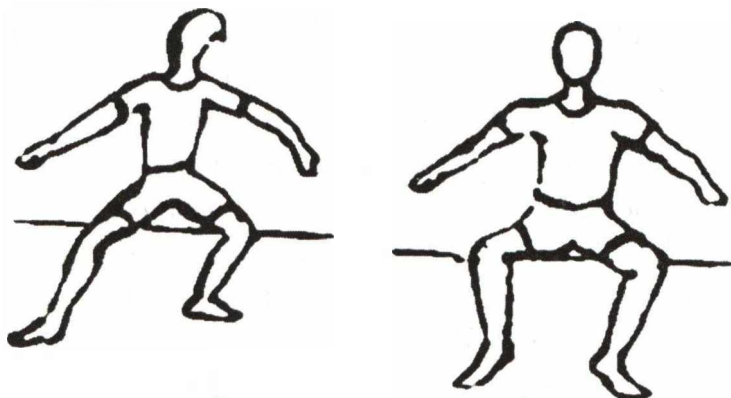


Hình 52: Tư thế ngồi trên xe lăn.

+ Giữ tư thế ngồi một mình: Luyện tư thế ngồi ở trạng thái tĩnh trên giường hoặc ghế, hồi phục khả năng



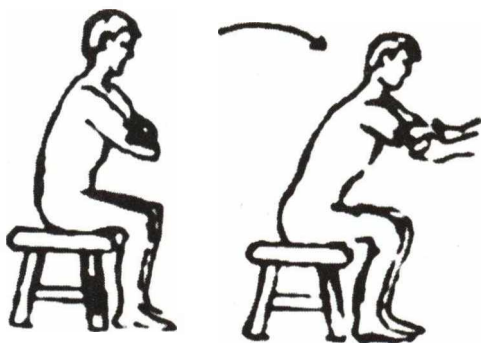
điều khiển của thân mình, chú ý trọng lực ở hai tay là như nhau. Lần đầu người phụ trợ đứng cạnh người bệnh, khi người bệnh sắp ngã mới đỡ người bệnh. Dần dần tăng thời gian người bệnh tự ngồi (hình 53). Khi mới bị liệt nửa người, người bệnh nằm giường một thời gian dài, sức kéo của cơ bắp giảm, vì vậy khi ngồi xương chậu bệnh nhân bị vẹo ra phía sau, cong cột sống. Cần sớm sửa chữa tư thế ngồi sao cho đúng, tạo nền tảng cho việc tập đi sau này.



Hình 53: Luyện tập cách ngồi thẳng bằng ở trạng thái tĩnh

+ Luyện ngồi thẳng bằng ở trạng thái động:

- Ngồi thẳng bằng hướng về phía trước và sau: Bệnh nhân ngồi trên giường hoặc ghế, hai chân vuông góc với mặt đất, từ từ nghiêng người về phía trước, hai tay đẩy về phía trước cho đến khi sắp mất thăng bằng, từ từ trở về vị trí ban đầu. Chú ý cần có người đứng phía trước tránh trường hợp bệnh nhân mất thăng bằng có thể làm bệnh nhân bị ngã (hình 54).



Hình 54: Ngồi thẳng bằng hướng về phía trước và sau.

• Ngồi thẳng bằng hướng về hai bên trái, phải: Bệnh nhân ngồi ghế hoặc giường, người phụ trợ tác động sang hai bên trái, phải làm người bệnh mất đi tư thế thẳng bằng, sau đó để người bệnh lấy lại tư thế thẳng bằng. Hoặc người phụ trợ làm mất tư thế thẳng bằng của bệnh nhân bằng cách xoay người bệnh nhân sang hai bên trái phải. Người bệnh cũng có thể tự mình luyện tập theo cách này (hình 55).



Hình 55: Ngồi thẳng bằng hướng về hai bên



- Ngồi và vận động cơ thể trên xe lăn

+ Đảm bảo tư thế ngồi vững, người bệnh dùng tay khoả lăn bánh xe lăn, lấy chân khoả tiếp đất sau đó nâng lên, làm cho xe lăn về phía trước, đồng thời dùng chân khoả để điều chỉnh phương hướng (hình 56). Ngoài ra trong thời kỳ dài sử dụng xe lăn, người bệnh cần luyện tập lùi sau, lùi sau rích rích hình con rắn, luyện tập lên dốc thoải, dốc dài hoặc là sườn dốc dốc thì phải lùi sau rồi lên dốc. Bậc thêm dốc dài 4 - 5cm có thể lên thẳng một mạch, nếu như dài khoảng 6 - 7cm thì có thể sử dụng phương pháp lùi ngược lên (lùi lên) để đề phòng người bệnh ngã nhào. Nếu như mặt đường là những bậc thang, lồi lõm mấp mô, có thể sử dụng loại xe lăn có bánh cỡ to. Người bệnh cũng nên học cách kìm giữ xe lăn.

+ Ngồi xe lăn một cách hợp lý có tác dụng giảm bớt áp lực, tránh áp lực đối với vết thương, thậm chí có tác dụng điều chỉnh tư thế ngồi mất cân bằng của người bệnh về trạng thái bình thường. Có thể sử dụng tay vịn của xe lăn luyện tập chống đỡ tay, luyện chống đỡ liên tục 10 - 15 cái. Luyện chống đỡ tay có tác dụng cải thiện cơ bắp vùng vai và phần trên cánh tay, cũng có tác dụng cho việc đi bộ sau này.

- Di chuyển từ giường lên xe lăn:

+ Đặt xe lăn bên cạnh giường phía bên khoả của người bệnh, phanh chắc, người bệnh ngồi ở mép giường, hai chân buông đặt xuống đất, người phụ trợ đứng đối diện với người bệnh, dùng hai chân cố định phần chi dưới bị đau của người bệnh, tay khoả của người bệnh



đặt vòng qua cổ hoặc bả vai người phụ trợ, người phụ trợ giữ chắc phần eo thắt lưng của người bệnh, giúp cho phần thân của bệnh nhân hướng về phía trước, đặt trọng tâm vào chân, phần hông từ từ nhấc lên khỏi mặt giường, sau đó lấy chân khoẻ làm trục, xoay người. Khi phần hông tiếp xúc với mặt ghế xe lăn thì ngồi xuống, chỉnh lại tư thế ngồi cho hợp lý (hình 57). Dần dần có thể giảm bớt sự hỗ trợ của người phụ trợ để cho người bệnh tự thực hiện.



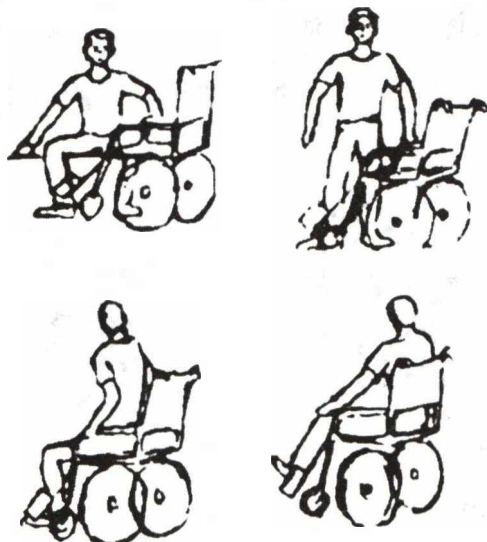
Hình 56: Ngồi và vận động cơ thể trên xe lăn



Hình 57: Di chuyển người bệnh từ giường lên xe lăn bị động



+ Xe lăn đặt bên khỏe của người bệnh, phanh chắc, người bệnh dùng tay khỏe của mình vịn vào tay vịn của xe lăn, từ từ đứng dậy, lại dùng tay khỏe bám vào tay vịn bên kia, xoay người, ngồi lên ghế xe lăn (hình 58). Nếu như người bệnh yếu không đủ sức thực hiện những thao tác trên, thì có thể giúp người bệnh di chuyển phần mông về phía trước, người phụ trợ dùng một tay nắm chắc cạp quần hoặc dây lưng ở phần eo của người bệnh, dùng tay còn lại giữ chắc phần khớp gối của người bệnh, đỡ người bệnh đứng dậy, tay khỏe của người bệnh nắm vào tay vịn của xe lăn, xoay nửa người, lại nắm vào tay vịn bên kia ngồi xuống. Để chuyển từ giường lên xe lăn có thể tham khảo và thực hiện theo các phương pháp nêu trên.



Hình 58: Di chuyển người bệnh từ giường lên xe lăn chủ động



- Di chuyển từ xe lăn lên giường:

+ Đặt phía khỏe của người bệnh sát với mép giường, để xe lăn tạo với giường thành một góc khoảng 30° , phanh chắc. Người bệnh di chuyển về phía trước, nhấc mông ra khỏi mặt ghế, người phụ trợ dùng một chân đặt vào giữa hai chân của người bệnh, dùng tay giữ chắc phần eo của người bệnh, giúp người bệnh đứng dậy. Người bệnh dùng chân khỏe làm trục, xoay nửa người, ngồi lên mép giường, người phụ trợ lại dùng một tay đặt vào dưới đầu gối của người bệnh, tay còn lại luồn qua cổ người bệnh, đặt người bệnh nằm xuống (hình 59).

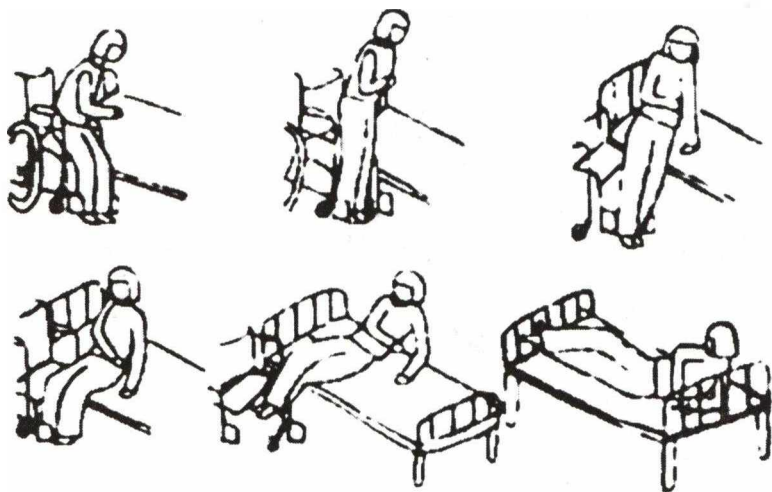


Hình 59: Chuyển người bệnh từ xe lăn lên giường

+ Phía khỏe của người bệnh sát với mép giường, xe lăn và giường tạo thành một góc khoảng 30° , phanh chắc. Thân người bệnh di chuyển về phía trước, nhấc



người lên khỏi mặt ghế xe lăn, dùng tay khỏe nắm vào tay vịn của xe lăn đứng dậy. Nếu như người bệnh không đủ sức, có thể để người bệnh di chuyển phần mông về phía trước, người phụ trợ nắm chắc phần cạp quần hoặc thắt lưng, dùng tay kia giữ khớp gối, giúp người bệnh đứng dậy, người bệnh dùng tay khỏe vịn về phía mặt giường, xoay nửa người ngồi lên giường. Lại dùng chân khỏe đẩy chân đầu lên giường, thay đổi tư thế chống tay nằm xuống giường (hình 60).



Hình 60: Chuyển người bệnh từ xe lăn lên giường

- Động tác đứng lên:

Điều kiện để tiến hành luyện tập đứng lên cần có: Người bệnh cần có chỗ ngồi vững và ổn định, thân người nghiêng về phía trước, nửa người trên và phần đầu có thể chịu được trọng lực mà vẫn đảm bảo được tư thế kéo dài, khớp xương chậu có thể hoạt động co gập trong



phạm vi góc lớn 90° . Người bệnh ngồi nông, hai chân bước rộng bằng vai đặt trên mặt đất, hai bàn tay nắm lại, hai khuỷu tay duỗi thẳng, đầu hướng về phía trước, co gấp khớp xương chậu và thân mình nghiêng về phía trước. Trọng tâm dồn xuống chân, hai đầu gối trùng xuống đến ngón chân, hai chân và hai đùi cùng lúc dung lực, duỗi khớp xương chậu, và khớp đầu gối ra, đứng lên, sau đó ưỡn ngực, thu mông, đứng thẳng. Người phụ trợ có thể đứng phía bị bệnh của bệnh nhân, một tay cố định phần đầu gối của bệnh nhân, tay còn lại giữ nách bệnh nhân (hình 61).



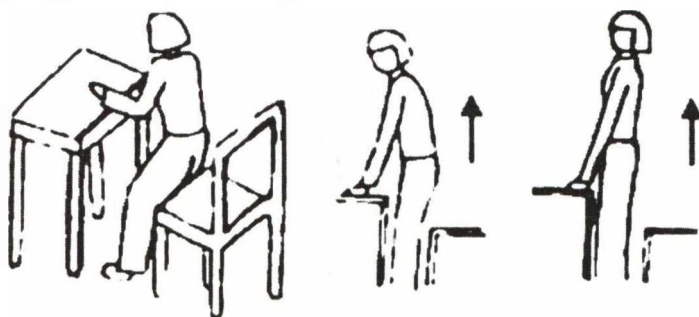
Hình 61: Động tác đứng lên

Thông qua quá trình luyện tập kiên trì có thể giảm dần sự giúp đỡ của người phụ trợ, để cho người bệnh tự thực hiện. Cùng với việc tập luyện đứng lên, cũng cần thực hiện luyện tập từ đứng lên đến ngồi xuống. Các động tác thực hiện ngược lại với các động tác thực hiện khi luyện tập từ ngồi sang đứng. Luyện tập đứng lên có tác dụng cải thiện lực cơ và giữ thăng bằng, và cũng có tác dụng tốt trong việc di chuyển. Trong quá trình luyện



tập đứng lên, chú trọng lực cho chi dưới, chủ yếu là lực của 4 cơ đùi, đứng thẳng chú trọng đến cơ thân người.

Phương pháp luyện tập đứng lên có thể đơn giản như sau: Đặt sách lên mặt ghế ngồi, điều chỉnh cho độ cao của chỗ ngồi cao hơn đầu gối và phần chân của bệnh nhân 1,5 lần, khi bệnh nhân ngồi trên ghế, khớp đầu gối tạo thành một góc khoảng 130° , chân giẫm hoàn toàn lên mặt đất mặt hướng về phía bàn, ngồi xuống. Bệnh nhân dùng một tay hoặc cả hai tay đặt lên trên bàn, bệnh nhân nên ngồi trên mép đầu của ghế, thân người nghiêng về phía trước, tay nhẹ để trên bàn, dùng lực đứng thẳng phần thân người và chi dưới, dần dần giảm số lượng sách dưới ghế ngồi đến khi người bệnh có thể đứng dậy từ một chiếc ghế bình thường (hình 62).



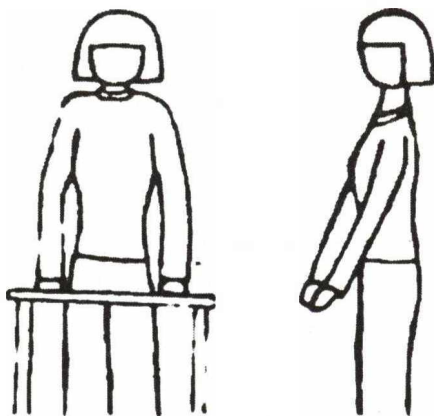
Hình 62: Động tác đứng lên

Có thể giữ tư thế đứng trong khoảng 10 giây, ngồi xuống 15 giây rồi lại đứng lên, tập đi tập lại khoảng 10 - 20 lần để luyện tập sức chịu lực.

Cũng có thể sử dụng gậy chống để luyện tập đứng lên, người bệnh tự cầm chống gậy hơi xa người một chút,



di chuyển người về phía trước, các chi trên dưới và thân người cùng một lúc dùng lực đứng lên (hình 63).



Hình 63: Động tác đứng lên bằng gậy

- Tư thế đứng tốt:



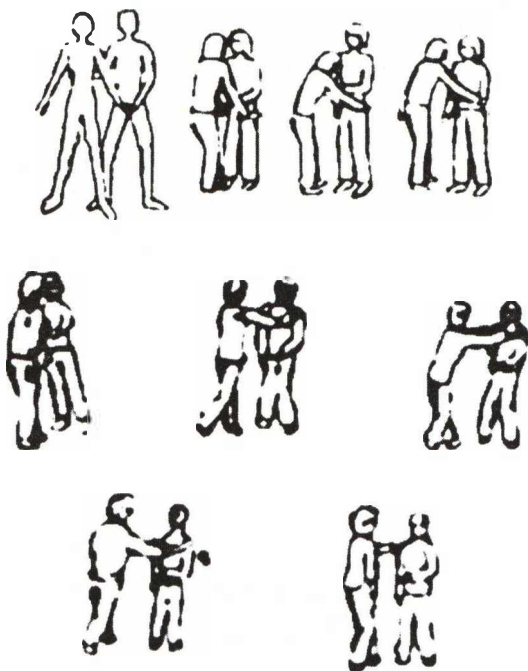
Hình 64: Tư thế đứng tốt

Bệnh nhân đứng thẳng, giữ cân bằng hai vai, hai bên hông, thân người thẳng, mông, khớp đầu gối duỗi



thẳng, hai bàn chân cách nhau khoảng 5 - 10cm, các chi hai bên người cần chịu trọng lực đều nhau (hình 64).

- Đứng thẳng bằng:



Hình 65: Đứng thẳng bằng

+ Luyện tập đứng thẳng bằng: Thời gian đầu người bệnh cần luyện tập tập đứng im giữ thẳng bằng, hai chi dưới chịu lực như nhau, người phụ trợ đứng bên cạnh bảo vệ thêm cho người bệnh. Sau khi đã luyện tập đứng im thẳng bằng ổn định, có thể để cho người bệnh cử động, một tay nắm chắc tay bệnh của người bệnh, một tay vịn vào phần eo của bệnh nhân, đẩy trọng tâm của



người bệnh chuyển sang trái, phải, và yêu cầu bệnh nhân đứng thẳng bằng. Điều quan trọng của việc tập luyện đứng thẳng bằng là di chuyển trọng tâm sang bên bị bệnh và khiến bên bị bệnh cũng chịu trọng lực. Người phụ trợ có thể luyện tập thẳng bằng cho người bệnh bằng cách đẩy xương chậu của bệnh nhân theo hướng trước sau, phải trái, hoặc luyện tập thẳng bằng vai cho bệnh nhân bằng cách đẩy vai của bệnh nhân về sau, lên trước, sang trái, sang phải (hình 65).

+ Đứng thẳng bằng, thân người xoay: Hai tay bệnh nhân nắm, chi trên gấp với vai một góc khoảng 90° , thân người xoay qua trái, phải, đồng thời giữ thẳng bằng (hình 66).



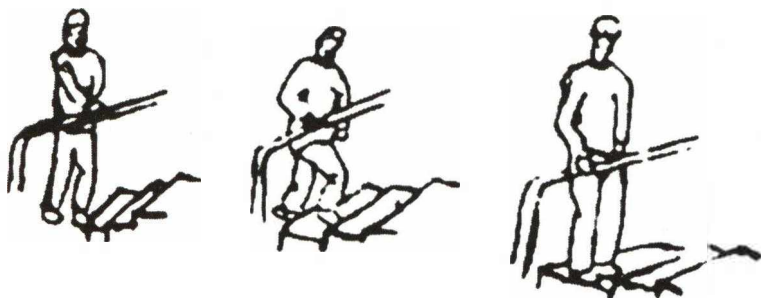
Hình 66: Đứng thẳng bằng, thân người xoay

32. Hướng dẫn người bệnh luyện tập lên, xuống cầu thang như thế nào?

- Luyện tập lên cầu thang: Người bệnh dùng tay khoé nắm chắc lan can cầu thang, dồn trọng tâm sang



phía chân bệnh, sau đó chân khoẻ bước lên cầu thang, trong khi người bệnh chuyển trọng tâm lên chân khoẻ phía trước thì chân bị bệnh bước lên cầu thang (hình 67). Luyện tập lên cầu thang có tác dụng làm khoẻ các cơ bắp đùi và chân cải thiện chuyển động thăng bằng, duy trì thể lực.



Hình 67: Luyện tập lên cầu thang

- Luyện tập xuống cầu thang: Tay khoẻ của người bệnh nắm chắc lan can, dồn trọng tâm sang chân khoẻ, bước chân bị bệnh xuống cầu thang trước, trọng tâm chuyển sang chân bị bệnh, chân khoẻ cũng bước xuống (hình 68).



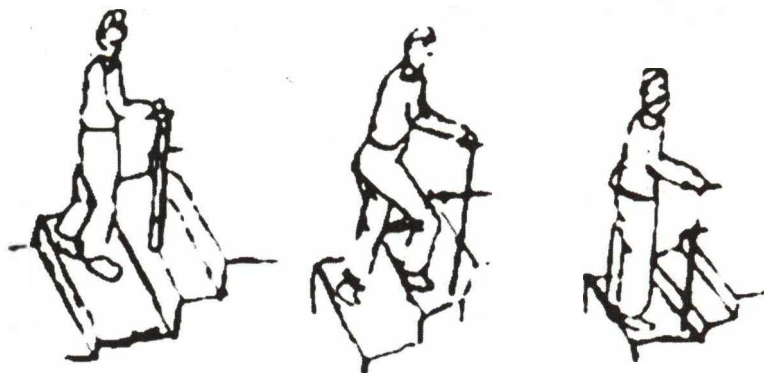
Hình 68: Luyện tập xuống cầu thang



Khi bước xuống cầu thang, người bệnh sẽ cảm thấy sợ hãi, thỉnh thoảng có thể sử dụng phương pháp xuống ngược để cải thiện bắp thịt cơ hông.

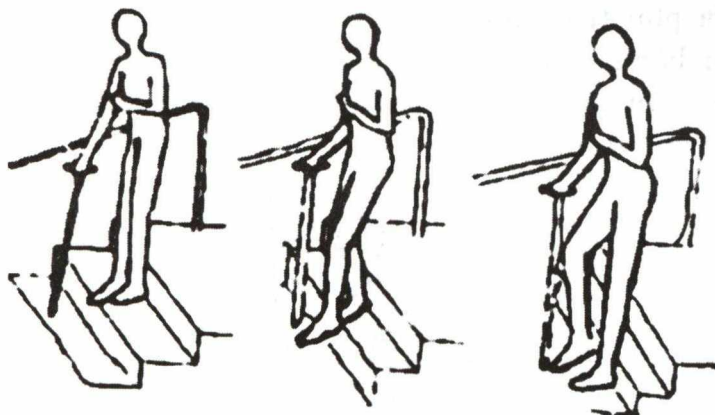
33. Hướng dẫn người bệnh sử dụng batoong để lên và xuống cầu thang như thế nào?

Lên cầu thang: Tay khoẻ của người bệnh cầm batoong đặt lên bậc trên, trọng tâm dồn vào chân bị bệnh, chân khoẻ bước lên bậc trên, duỗi thẳng chân khoẻ, co gối chân bị bệnh bước lên bậc trên (hình 69). Chú ý xương chậu bên chân bị đau không cần nhấc lên.



Hình 69: Lên cầu thang bằng batoong

Xuống cầu thang: Tay khoẻ của người bệnh cầm batoong đặt xuống bậc thang dưới, trọng tâm chuyển sang chân khoẻ, chân bị bệnh bước xuống bậc thang dưới, trọng tâm chuyển sang chân bị bệnh, chân khoẻ cũng bước xuống bậc dưới (hình 70). Chú ý khi người bệnh bước xuống cần tránh chân đau chịu tổn thương bên trong.



Hình 70: Xuống cầu thang bằng batoong

34. Luyện tập đi bộ và những trang thiết bị cần thiết bao gồm những gì?

Luyện tập đi bộ gồm có luyện tập bước đi, đi bộ sử dụng batoong, máy đi bộ, nạng và đi bộ sử dụng máy chỉnh hình.

Trước hết người bệnh phải chuẩn bị tâm lý tốt, đã ngồi vững, có thể đứng lên và đứng vững. Cần chú ý bảo hộ an toàn, tránh ngã bị thương, chú ý tình trạng tim mạch, tránh luyện tập mệt mỏi quá sức. Khi luyện tập đi bộ, người bệnh cần đi một đôi giày thoải mái, phù hợp, người phụ trợ cần có những giúp đỡ thích hợp.

35. Làm thế nào để tiến hành luyện tập đứng bước đi?

- Chân bị đau luyện tập bước bộ về phía trước ở tư thế đứng: Người bệnh chọn chỗ đứng, dùng tay khỏe nắm chắc lan can, chân khỏe ở trước, sau đó dồn trọng tâm sang chân khỏe, khớp gối chân bị đau co duỗi nhẹ.



Người phụ trợ dùng hai tay nắm lấy xương chậu của người bệnh, đồng thời kết hợp giúp xương chậu của bệnh nhân vận động về phía dưới, chân bị bệnh bước về phía trước (hình 71).



Hình 71: Bước đi bắt đầu bằng chân khỏe

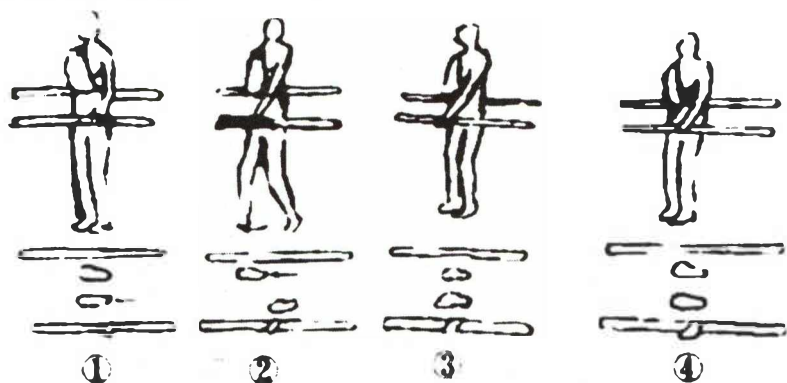


Hình 72: Bước đi bắt đầu bằng chân bị đau



- Chân khoẻ bước về phía trước ở tư thế đứng: Người bệnh chọn chỗ đứng, tay khoẻ nắm chắc lan can, chân bị bệnh ở trước. Người phụ trợ đứng phía sau người bệnh, một tay đặt vào phía sau xương chậu của người bệnh, một tay đặt vào đùi phía bên bị bệnh của bệnh nhân, giúp đùi bị bệnh của bệnh nhân cố định, để đề phòng khi chân khoẻ bước thì đùi bật lại hoặc là co duỗi không kiểm soát. Sau đó, bệnh nhân dồn trọng tâm về phía trước, chân khoẻ bước về phía trước (hình 72).

36. Làm thế nào để luyện tập đi bộ thăng bằng với 2 xà song song?



Hình 73: Đi thăng bằng với 2 xà song song

Luyện tập đi thăng bằng với 2 xà song song sử dụng ba phương thức. Độ cao của hai xà song song và độ cao trục quay của đùi tương đương nhau. Trong quá trình đi bộ chủ yếu do chi khoẻ bên trên, chi khoẻ bên dưới và chi bị bệnh bên dưới thay nhau di chuyển, chống đỡ trọng lượng, các bước tiến hành như sau:

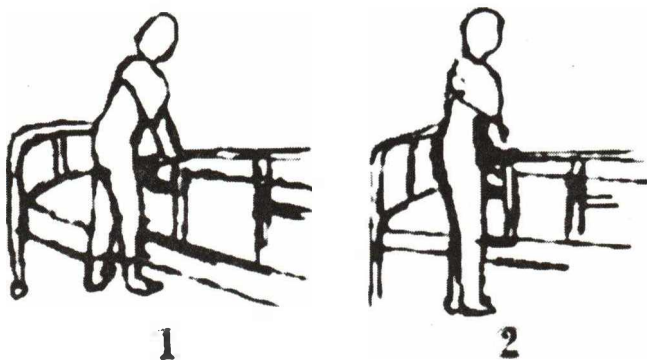


Đứng trong hai xà song song, tay khoẻ vịn vào sà, với tay khoẻ về đoạn sà phía trước dồn trọng tâm sang phía thân người khoẻ, bước chân bệnh về phía trước (trong quá trình này chi khoẻ phía trên và chi khoẻ phía dưới chịu lực).

Chi khoẻ trên và chi bị bệnh dưới chống đỡ trọng lực chân khoẻ bước về phía trước (hình 73).

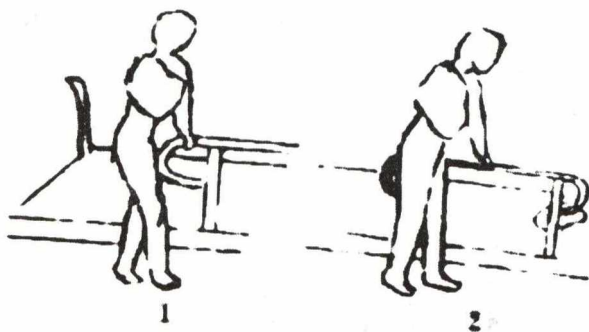
37. Luyện tập đi bộ sử dụng thành giường như thế nào?

Luyện đi bộ phía bên người bị đau: Luyện tập đi bộ bên phía bên người bị đau có tác dụng cải thiện tư thế đi bộ. Tay khoẻ nắm chắc thành giường, thân người đứng đối diện với giường, chân bị đau bước sang bên cạnh. Sau đó tay khoẻ, chân khép lại, luyện tập nhiều lần.



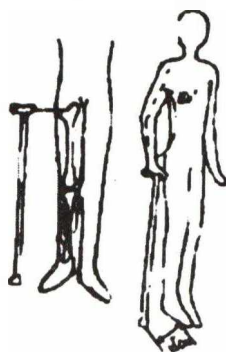
Hình 74: Luyện đi bộ phía bên người bị đau

Luyện tập đi bộ về phía trước: Tay khoẻ nắm chắc thành giường, thân người song song với giường, tay khoẻ với nắm về phía trước, chân bị bệnh bước đi, chân khoẻ bước đi (hình 75).



Hình 75: Đi bộ sử dụng thành giường

38. Luyện tập đi bộ bằng cách sử dụng nạng như thế nào?

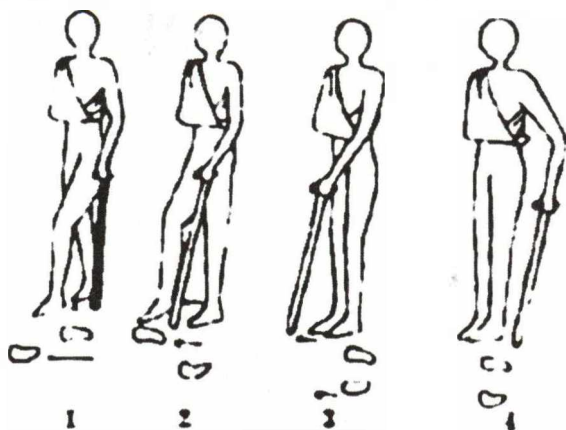


Hình 76: Tư thế sử dụng nạng hợp lý

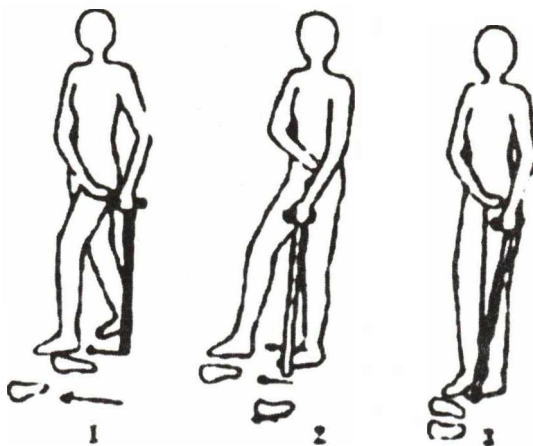
Rất nhiều bệnh nhân do khả năng vận động có hạn, do đó, để đảm bảo an toàn khi bước đi, người bệnh cần có sự giúp đỡ của nạng. Khi lựa chọn nạng, độ dài của nạng từ mặt đất lên đến hông bằng chiều cao của hông tính từ đất lên. Khi dùng nạng, tư thế hợp lý nhất đó là: khuỷu tay gập 20° , mũi nạng và mũi chân phía bên ngoài cách nhau 15cm (hình 76).



Ba động tác cơ bản của phương pháp sử dụng nặng luyện tập đi bộ đó là: tay khoẻ cầm nặng giơ ra, chân bị đau bước lên, dựa vào khả năng chống đỡ của chi dưới, rồi quyết định độ dài ngắn, to nhỏ của bước chân (hình 77).



Hình 77: Ba động tác khi sử dụng nặng

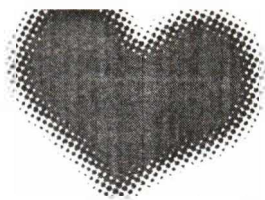


Hình 78: Sử dụng nặng hợp lý



Cũng có thể làm hai động tác đi bộ, chân khoẻ chống đỡ, phía cầm nặng và chân bị đau cùng bước một lúc, rồi lại bước chân bị đau (hình 78), tốc độ tăng dần. Khi sử dụng nặng đi bộ cần tránh thân của người bệnh nghiêng lệch về phía nặng, chú ý tư thế của chi bị đau phía trên.

Tai biến mạch máu não là căn bệnh phát sinh bất ngờ, chú ý đề phòng sớm có thể giảm mức độ nghiêm trọng của bệnh. Đề phòng bệnh tai biến mạch máu não là một công việc có tính hệ thống và toàn diện, bao gồm nhiều nội dung. Đề phòng tai biến mạch máu não không chỉ đơn giản là không chế huyết áp, giảm lượng mỡ trong máu, mà còn cần phải xuất phát từ thực tế cuộc sống, hình thành thói quen sinh hoạt tốt, thậm chí là cần chú ý đến điều tiết hợp lý trong chế độ ăn uống, khống chế tình cảm, quy luật sử dụng thuốc điều trị bệnh, tích cực tham gia các hoạt động luyện tập thân thể, sức khoẻ và kết hợp với việc tránh áp lực công việc, lao động.



Chương năm

CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG VÀ ĐIỀU DƯỠNG DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY





1. Người mắc bệnh đột quỵ nên chú ý điều gì trong ăn uống?

- Ăn ít muối: Hấp thụ muối ăn quá nhiều, hàm lượng ion Na sẽ làm cho dung lượng máu tăng cao, ảnh hưởng không tốt đến các bệnh tim của những người mắc bệnh đột quỵ làm huyết áp tăng cao. Vì vậy lượng hấp thụ muối ăn của những người mắc bệnh đột quỵ nên ít hơn bình thường.

- Ăn ít mỡ: Nên hạn chế hấp thụ mỡ động vật, như mỡ lợn, bò, dê, bơ, nội tạng động vật, cá, thịt mỡ, acid béo bão hòa... Những loại mỡ này có thể làm cho nồng độ cholesterol trong máu tăng cao, làm cho quá trình xơ cứng hoá động mạch tăng nhanh. Nên ăn nhiều dầu thực vật như dầu hướng dương, dầu vừng, dầu đậu... có chứa hàm lượng acid béo không bão hòa cao, có thể làm chậm lại quá trình xơ cứng động mạch.

- Hấp thụ lượng protein thích hợp: Mỗi ngày hấp thụ một lượng protein nhất định có trong loại thực phẩm như: Thịt nạc, một số loại cá, những chế phẩm từ đậu... để bổ sung đủ lượng acid amin cần thiết cho cơ thể.

- Ăn nhiều hoa quả tươi và các loại rau.

2. Các loại thực phẩm có nguồn gốc từ động vật nào phù hợp với người bệnh đột quỵ?

Những loại thịt phù hợp với người bệnh đột quỵ như: thịt lợn nạc, thịt bò, dê, thịt chó, thịt thỏ, thịt vịt... Ngoài ra còn có các loại thực phẩm khác như: sữa bò, trứng gà và các loại trứng gia cầm khác.



Thịt lợn

- Thành phần chính: Protein trong thịt lợn nạc là 16,7% và thịt lợn mỡ là 2,2%; chất béo là 28,8% với thịt nạc và 90,8%, với thịt mỡ; ngoài ra còn có hàm chứa đường hydrat cacbon và các chất khoáng khác như canxi, sắt, photpho, crôm, đồng, kẽm, mangan, selen, silic, flo..

Đặc biệt là trong một số nội tạng của lợn, hàm lượng các chất khoáng trên tương đối nhiều. Hàm lượng vitamin chủ yếu là trong mỡ như vitamin A, vitamin D, E, K... Cơ bản không chứa vitamin tan trong nước ngoại trừ vitamin B₁, B₂.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, thịt lợn vị ngọt, mặn, tính bình. Đa số mọi người trong bữa ăn hàng ngày không thể thiếu thịt lợn, là loại thực phẩm dinh dưỡng quan trọng, là nguồn cung cấp protein và mỡ chủ yếu cho quá trình sinh trưởng của cơ thể con người, tăng cường cho cơ bắp và cơ thể phát triển, đồng thời rất tốt cho não, có tác dụng bồi bổ trí não, thông minh, lanh lợi. Nhưng đối với người bị đột quỵ, đặc biệt là bệnh nhân đột quỵ kèm theo chứng mỡ trong máu cao hay người bị đột quỵ kèm theo bệnh béo phì thì tuyệt đối không ăn hoặc ăn ít thịt lợn mỡ, có thể ăn vừa đủ lượng thịt lợn nạc.

+ Thịt lợn nạc chứa các chất photpho, sắt, kẽm. Cơ thể rất dễ hấp thụ sắt. Tỷ lệ cơ thể hấp thụ kẽm trong thịt lợn so với kẽm trong thực vật cao hơn, vì thực vật có chất muối acid sau khi kết hợp với kẽm sẽ khó hấp thụ.



Phốt-pho và kẽm đều là những nguyên tố không thể thiếu cho trí lực của con người.

+ Giá trị dinh dưỡng của móng giò lợn có thể sánh kịp với móng chân gấu quý hiếm nổi tiếng. Trong móng giò lợn chứa thành phần chủ yếu của protein gốc keo hình thành nên cơ chằng - tức gân và dây chằng. Protein gốc keo còn kích thích mọc tóc, lông, móng tay móng chân, giúp da mềm và mịn màng, tóc mọc bóng mượt. Đối với việc giữ nước trong các tế bào của cơ thể người, protein cũng có vai trò quan trọng. Cơ thể con người nếu thiếu protein gốc keo sẽ dẫn đến quá trình trao đổi thay thế tế bào yếu, tính liên kết của cấu trúc giảm thấp, dẫn tới các bộ phận khô lại, tính đàn hồi kém, sớm lão hoá. Vì thế, thường xuyên ăn móng giò lợn sẽ bảo vệ sức khỏe, kéo dài tuổi thọ.

+ Trong gan lợn chứa hàm lượng protein phong phú, lexitin và nguyên tố vi lượng, có tác dụng tốt cho trí lực và sự phát triển cơ thể của con người, tốt cho mắt và người bệnh phù trùng. Gan có thể xào, luộc, hấp, rán, kho, nướng, làm canh, làm nhân... đều rất thơm ngon và giàu dinh dưỡng.

Thịt dê

- Thành phần chính: Thành phần dinh dưỡng của thịt họ dương (dê, cừu) tùy thuộc theo từng chủng loại, tuổi tác, trạng thái dinh dưỡng, kích thước, thể trạng mà có thành phần khác nhau, ví dụ như thịt dê nạc, chủ yếu chứa protein, chất béo, đường hydrat cacbon, canxi, phốt-pho, sắt ngoài ra còn chứa các loại vitamin B₁, B₂, acid nicotinic, cholesterol...



- Tác dụng: Đông y cho rằng, thịt dê vị ngọt, tính ấm, là thức ăn bổ dưỡng thích hợp sử dụng vào mùa đông và mùa thu.

+ Bổ não: Thịt cừu, dê và thịt cừu, dê non chứa lượng protein cao, không những là nguồn dinh dưỡng quan trọng có tác dụng tăng cường sức lực, mà còn là chất cơ bản giúp cho não phát triển. Nó đồng thời cũng là nguồn cung cấp những thành phần dinh dưỡng cần thiết cho phát triển não bộ như vitamin B₆, B₁₂, biotin, acid clohidric. Ngoài ra, thịt dê, cừu là nguồn cung cấp dồi dào để bổ sung sắt mà huyết hồng tố cần. Thịt dê và thịt cừu dễ tiêu hóa và hấp thụ, vì vậy là thực phẩm tốt cho người già và trẻ em.

+ Bổ máu: Thịt dê và thịt cừu sinh ra nhiệt lượng cao hơn thịt bò, hàm lượng sắt bằng 6 lần thịt lợn, có tác dụng hỗ trợ tốt cho quá trình sản xuất máu, là loại thực phẩm thích hợp cho mùa đông. Vì vậy để thúc đẩy tuần hoàn máu, tăng nhiệt, chống rét thì nên thường xuyên ăn các món ăn được làm từ thịt dê, thịt bò, thịt cừu. Trong thịt dê, thịt cừu, đặc biệt là bộ phận gan hàm chứa giàu lượng vitamin A, bằng 2 - 3 lần gan lợn và gan bò, có tác dụng hữu hiệu trong việc phòng bệnh quáng gà.

+ Chống mệt mỏi: Trong thịt dê, cừu có khá nhiều chứa tương đối nhiều lượng kiềm mà ngày nay con người đặc biệt chú ý tới tố chất dinh dưỡng này. Kiềm trong thịt là loại vitamin nhóm B, kết cấu của nó gần giống như acid amin, vì vậy có người quy nó về nhóm



acid amin. Tác dụng chủ yếu của nó là chuyển tiếp acid béo, cung cấp nhiệt lượng. Thường xuyên ăn các món ăn làm từ gan dê, cừu có tác dụng nâng cao thể lực, sức bền bỉ, chống mệt mỏi.

+ Chế biến: Thịt dê, cừu có nhiều cách chế biến, điển hình là món thịt dê, thịt cừu hầm, thịt nhúng hành, canh thịt dê, thịt cừu, bánh màn thầu nhân thịt dê, thịt cừu, thịt dê xào xả ớt...

Thịt bò

- Thành phần chính: Hàm lượng protein trong thịt bò là 20,1% cao cấp 2 lần thịt lợn. Ngoài ra trong thịt bò có giàu hàm lượng acid amin cần thiết cho cơ thể, vì vậy giá trị dinh dưỡng của nó tương đối lớn. Hàm lượng chất béo có trong thịt bò ít, chỉ chiếm 10,2%. Ngoài ra trong thịt bò còn có chứa các vitamin B₁, B₂, canxi, photpho, sắt... cần thiết cho cơ thể.

- Tác dụng: Các nhà dinh dưỡng học đánh giá cao giá trị dinh dưỡng của thịt bò. Họ cho rằng các chất dinh dưỡng có trong thịt bò không chỉ cần thiết cho sự phát triển của cơ thể, mà còn rất cần cho sự phát triển của bộ não. Nó cung cấp cho tế bào não nhiều chất dinh dưỡng hơn để đảm bảo cho bộ não phát triển bình thường. Ngoài ra, lượng mỡ trong thịt bò tương đối ít, cung cấp ít nhiệt lượng. Thịt bò nạc là loại thực phẩm rất thích hợp đối với những bệnh nhân bị bệnh mạn tính hoặc đã từng trải qua phẫu thuật trong việc hồi phục mật độ máu, hồi phục chức năng và chữa lành vết thương.



- Giới thiệu thực đơn:

+ Nguyên liệu: 100g thịt bò, rượu gia vị, tỏi lượng vừa đủ.

+ Chế biến: Rửa sạch thịt bò rồi thái miếng nhỏ, bỏ vào nồi, cho rượu, gừng, tỏi vừa đủ, cho thêm chút nước, hầm nhỏ lửa đến khi thịt bò mềm nhừ, nước đặc sánh lại. Nêm muối, mì chính vừa ăn là được.

+ Cách dùng: Ăn trước khi ăn cơm hoặc ăn kèm với cơm.

+ Tác dụng: Bổ sung dinh dưỡng, bổ hư, an thần, ích trí.

Thịt gà

- Thành phần chủ yếu: Thịt gà giàu dinh dưỡng, theo phân tích, thịt gà chủ yếu chứa protein, lượng protein này cao gấp 2 - 3 lần so với thịt lợn, dê, cừu, vịt, ngỗng, cao hơn thịt bò 3,3%. đồng thời tỷ lệ hấp thụ vào cơ thể cũng tương đối cao. Hàm lượng mỡ trong thịt gà chỉ chiếm 1,2 %, thấp hơn so với tất cả các loại gia súc khác. Lượng acid béo không bão hoà trong thịt gà đứng đầu trong các loại động vật khác. Vì vậy nó phù hợp với các yêu cầu nhiều protein, ít mỡ của ngành dinh dưỡng học hiện đại. Ngoài ra, trong thịt gà còn có chứa canxi, photpho, sắt, đồng, kẽm và các vitamin B₁, B₂, vitamin A (thịt gà choai chứa rất nhiều hàm lượng vitamin A nhất, vitamin C, vitamin E...

- Tác dụng: Đông y nhận định, thịt gà tính ôn, vị ngọt, có tác dụng:

+ Bổ não, sáng khoái tinh thần: Các nhà khoa học và dinh dưỡng học cho rằng, thành phần dinh dưỡng



trong thịt gà có thể cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng cần thiết cho quá trình thúc đẩy các chức năng não bộ và sự phát triển của não. Vì vậy mà người dân nước ta có thói quen dùng thịt gà hầm canh để bồi bổ cho phụ nữ mang thai và người bệnh già yếu.

Khi mất tinh thần do huyết áp thấp hay bệnh phiền muộn, uống một bát canh gà sẽ làm cho bệnh tình thuyên giảm và tinh thần phấn chấn. Canh gà có thể kích thích sự bài tiết của hormon noradrenalin, có tác dụng nâng cao hiệu quả làm việc, làm tan biến cảm giác mệt mỏi và tâm trạng bất an. Vì thế, các bác sỹ khuyên bạn nên ăn một bát canh gà vào buổi sáng, sẽ mang lại hiệu quả làm việc cho cả ngày.

+ Bổ khí dưỡng huyết: Thịt gà điều khí, bổ khí, ấm vị, tăng cường sức đề kháng, đặc biệt trong thịt gà ác có chứa chất sắc tố đen giàu các nguyên tố sắt và đồng, có tác dụng kích thích, hồi sức cho những người sau khi bệnh, hậu sinh bị thiếu máu. Vì vậy, những người có thể chất và tinh thần thường xuyên mệt mỏi và ốm yếu, người lạnh, vị lạnh, thiếu máu, lượng bạch cầu giảm, giai đoạn trước hồi phục vết thương và những người vừa khỏi ốm nên thường xuyên ăn thịt gà.

- Giới thiệu thực đơn:

+ Nguyên liệu: Gà choai 1 con (khoảng 1000kg), long nhãn 30g, hành, gừng, rượu gia vị, muối mỗi loại một lượng vừa đủ.

+ Chế biến: Làm sạch gà, bỏ nội tạng, nhúng vào trong nước đang sôi một lúc rồi vớt ra, cho vào bát hoặc



nồi. Cho cùi long nhãn, rượu, hành, gừng, muối và nước lọc vào, đun vung, hầm trong khoảng 1 giờ là được.

+ Cách dùng: Ăn kèm cơm, uống nước canh và ăn thịt gà.

+ Tác dụng: Bổ khí huyết, tốt cho tim và tinh thần. Thích hợp với người thiếu máu, mất ngủ, tim đập nhanh. Người khỏe ăn vào có thể tăng sinh lực.

Gà mái hầm quy sâm:

+ Nguyên liệu: Đương quy 15g, đảng sâm 20g, gà mái 1 con, hành, gừng, rượu gia vị, muối ăn mỗi loại một lượng vừa đủ.

+ Chế biến: Làm sạch gà và bỏ nội tạng, bỏ đương quy, đảng sâm, hành, gừng, rượu, muối ăn nhồi vào bụng gà, đặt gà vào nồi đất, cho vào vừa đủ nước, đặt lên bếp đun sôi, sau đó vặn nhỏ lửa hầm gà cho đến khi gà chín nhừ là được.

+ Cách dùng: Có thể ăn nhiều bữa, vừa ăn thịt gà vừa uống canh.

+ Tác dụng: Bổ huyết, lợi khí, bổ lá lách và tăng cường sức khỏe. Thích hợp với người bị bệnh lâu ngày, cơ thể bị suy nhược và tinh thần mệt mỏi. Ăn nhiều giúp tăng cường sức khỏe, tinh thần sáng khoái nhẹ nhõm, tăng cường tuổi thọ.

Thịt vịt

- Thành phần chủ yếu: Có rất nhiều loại thịt vịt khác nhau, hàm lượng dinh dưỡng của chúng cũng khác nhau. Vịt cỏ Vân Đình có lượng protein khoảng 9,3%, chất béo 9,3%. Còn vịt thông thường có hàm lượng



protein là 21,1%; chất béo 6,4%. Trong thịt vịt còn chứa vitamin A, acid nicotinic, vitamin E. Các chất khoáng có trong thịt vịt như: Kali, canxi, magiê, sắt, kẽm, photpho, selen. Thịt vịt chứa khá đầy đủ các chất dinh dưỡng, trong đó thịt vịt gây được nhiều người ưa chuộng hơn vì ít chất béo.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, thịt vịt vị ngọt đậm, một chút tính hàn, bổ dương, dưỡng vị, bổ hư, ích trí, lợi thủy, tiêu phù.

- Giới thiệu thức đơn: Vịt nấu hạt hoa súng

+ Nguyên liệu: Hạt súng 300g, vịt 1 con, muối ăn, rượu gia vị, mì chính, hành, gừng, giấm mỗi loại một lượng vừa đủ.

+ Chế biến: Cắt tiết vịt, làm sạch, bỏ nội tạng, rửa sạch, nhồi hạt súng vào trong bụng vịt, cho vào nồi đất, đổ lượng nước vừa đủ, trước tiên đun sôi, sau đó bỏ hành, gừng, mì chính, vặn lửa nhỏ, hầm đến khi thịt chín nhừ.

+ Cách dùng: Khi ăn mới cho muối và mì chính, 1 con vịt chia làm 2 ngày, ăn làm nhiều bữa, khi ăn cho ít giấm sẽ làm cho vị canh càng ngon hơn.

+ Tác dụng: Bổ thận và tốt cho lá lách, ích trí tốt cho tinh thần. Thích hợp cho người thận hư, di tinh, trí lực phát triển chậm. Ăn thường xuyên sẽ có tác dụng bổ não, tinh thần khỏe mạnh, người có bệnh ăn nhiều sẽ tăng cường sức khỏe.

Trứng gà

Trứng gà là một trong những thực phẩm hoàn thiện nhất mà loài người biết đến. Màu sắc trứng gà không



giống nhau, có màu trắng, màu vàng và màu nâu, mức độ màu sắc cũng không giống nhau. Màu sắc trứng gà ở một mức nào đó quyết định đến giống gà, đây hoàn toàn là do yếu tố di truyền quyết định, không liên quan đến thành phần dinh dưỡng.

- Thành phần chủ yếu: Các nhà dinh dưỡng học hiện đại nghiên cứu tương đối sâu về trứng gà. Trứng gà giàu các chất dinh dưỡng như: protein, chất béo, vitamin, khoáng chất. Tỷ lệ hấp thụ sinh học của protein trong trứng toàn diện, acid amin có trong nó cũng tương đối toàn diện, hàm chứa chất protein ngưng lưu huỳnh mà protein trong sữa bò không có. Trứng gà là nguồn cung cấp các nguyên tố vi lượng như sắt, phốt-pho, vitamin A và E, cho đến hầu hết các loại vitamin nhóm B. Hàm lượng sắt trong trứng gà nhiều hơn cả trong sữa bò, hàm lượng vitamin D chỉ xếp sau dầu gan cá.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, trứng gà vị ngọt, tính bình, là nguồn cung cấp dinh dưỡng chính cho người già, thích hợp để bồi bổ cơ thể.

+ Bỏ não ích trí: Là loại thực phẩm tốt cho não và trí óc, đặc biệt là hàm lượng mỡ phốt-pho phong phú. Chất lexithin là chất dinh dưỡng không thể thiếu cho sự phát triển của tế bào não và hệ thống thần kinh, có tác dụng lớn đối với sự kích thích phát triển nâng cao trí lực. Theo báo cáo nghiên cứu của các nước phương Tây, nó không chỉ kích thích não bộ phát triển mà còn tăng cường trí nhớ cho người trung niên và người già. Chất lexithin có thể chuyển hoá thành



chất acetylcholin, là chất không thể thiếu để đảm bảo một trí nhớ tốt.

+ Phòng bệnh, tăng cường sức đề kháng: Chất lexitin trong lòng đỏ trứng gà có tác dụng tăng cường, có thể làm cho các hạt phân tử chất béo và cholesterol nhỏ đi, đồng thời bảo vệ những trạng thái có lợi cho quá trình chất béo thẩm thấu qua huyết quản, tốt cho cấu trúc cơ thể, giảm phần lớn mỡ trong máu.

+ Cách dùng: Trứng có thể luộc, rán, hấp, chưng, nấu canh, kho... Các món ăn với trứng như: trứng ốp lết, trứng rán, trứng luộc, súp trứng gà, trứng xào sợi... đều rất giàu dinh dưỡng, thơm ngon và dễ ăn.

Sữa bò

- Thành phần chủ yếu: Qua nghiên cứu mới nhất phân tích và nhận xét, trong sữa bò có 100 thành phần, thành phần chính gồm có: protein, chất béo, hydratcacbon và các vitamin A, B₁, acid nicotinic, chất khoáng gồm có: Kali, natri, canxi, magiê, mangan, đồng, photpho, selen...

- Tác dụng: Đông y nhận định rằng, sữa bò tính hàn, vị ngọt, không độc, là thành phần dinh dưỡng cho người già và trẻ em.

+ Bồi bổ dưỡng não: Các nhà dinh dưỡng học cho rằng, sữa bò chứa toàn bộ chất dinh dưỡng cần thiết cho cơ thể phát triển và bảo vệ sức khỏe, vì thế nó được coi là thực phẩm lý tưởng nhất. Không có thực phẩm nào được mọi người ưa chuộng và sử dụng rộng rãi như sữa bò. Cách sử dụng sữa bò cũng vô cùng đa



dạng. Sữa bò hàm chứa các chất dinh dưỡng cần thiết cho não bộ phát triển như: protein, vitamin tan trong nước, nguyên tố vi lượng, acid béo không bão hoà và các acid amin cung cấp cho cơ thể. Hơn thế nữa, hầu hết các chất trong sữa bò là những chất cơ thể người không thể tự tạo ra, mà phải do thức ăn cung cấp. Sữa là loại thực phẩm cung cấp dinh dưỡng tốt nhất dành cho não.

+ **Bổ sung canxi tăng cường thể trạng:** Ở người già xuất hiện sự giảm dần quá trình trao đổi chất cơ bản và những hoạt động thể lực, dẫn đến tiêu thụ nhiệt lượng giảm. Vì vậy người già cần bổ sung các chất dinh dưỡng bổ dưỡng, đặc biệt cần cung cấp đủ hàm lượng protein và canxi mỗi ngày. Bộ máy tiêu hoá của người già suy yếu, không thể ăn được nhiều loại thức ăn, uống sữa sẽ cung cấp chất dinh dưỡng toàn diện và tốt cho bộ máy tiêu hoá của người già.

3. Các loại thức ăn có nguồn gốc thủy sản nào thích hợp với người bệnh đột quy?

Thức ăn từ thủy sản phù hợp với người bệnh đột quy như: cá, tôm, hải sâm, cua, con hàu (sò biển), sữa, ba ba, rong biển, tảo tía...

Cá

Các loại cá vô cùng phong phú, chủ yếu chia thành cá nước ngọt và cá nước mặn. Tốt nhất nên ăn cá tươi, cá ướp lạnh cũng có thể dùng nhưng chú ý không nên dùng cá ướp lạnh quá lâu.



- Thành phần chủ yếu: Nghiên cứu gần đây nhất phát hiện ra rằng, cấu tạo hoá học của thịt cá và cơ bắp người có nhiều điểm tương đồng. Trong thịt cá có chứa protein, chất béo, chất khoáng và nhiều loại vitamin. Tỷ lệ hấp thụ protein trong thịt cá và tỷ lệ hấp thụ tiêu hoá của cơ thể người là 96%. Chất béo trong thịt cá mặc dù là chất béo từ động vật song nó không giống như chất béo của các loại động vật khác. Chất béo của các loài động vật bình thường đa phần là acid béo bão hoà, cholesterol cao kích thích xơ cứng huyết quản. Còn chất béo trong cá hàm chứa nhiều loại acid béo không bão hoà, có tác dụng giảm cholesterol. Ăn mỡ cá có tác dụng rất tốt cho phát triển não bộ. Chất khoáng và vitamin trong cá cao hơn các loại thịt khác, đặc biệt là vitamin A, B₁, B₂ và vitamin D. Thịt cá giàu canxi, phốt-pho (cao hơn các loại thịt động vật khác nhưng thấp hơn trứng gà, đậu nành và hướng dương), hỗ trợ sự phát triển của bộ xương và não bộ, bổ sung canxi, phốt-pho, có hiệu quả trong phòng bệnh còi xương, xương bị xốp. Hàm lượng sắt trong cá tương đối cao, là thức ăn tốt cho trẻ sơ sinh và người bị thiếu máu. Có một số loại cá có chứa hàm lượng i-ốt nhất định, có tác dụng tốt cho phòng trị bướu cổ dẫn đến hội chứng đàn độn.

- Tác dụng:

+ Bổ não ích trí: Người già ăn nhiều cá sẽ phòng tránh được bệnh lú lẫn. Nghiên cứu mới nhất cho thấy, có 2 nguyên nhân gây ra bệnh lú lẫn ở người già: một là tai biến mạch máu não, hai là bệnh thoái hoá. Nguyên nhân thứ hai có thể phòng tránh bằng cách ăn cá. Người già bị lú lẫn



có một phần não không hoạt động, nếu hấp thụ lượng lớn acid docosahexaenoic (DHA) thì những tế bào não còn lại sẽ tiếp tục phát huy tác dụng. Dựa theo thực nghiệm thực tế, đây là phương pháp bổ trợ trị liệu có triển vọng.

+ Làm chậm quá trình lão hoá: Các chuyên gia dinh dưỡng học ở phương Tây đã nghiên cứu và đưa ra kết luận, trong thịt cá thu giàu nguyên tố selen, đặc biệt là lượng selen trong thịt cá trắng càng nhiều. Có thể thấy cá thu là thực phẩm quan trọng đối với việc bổ sung selen. Selen có khả năng kháng tế bào ung thư. Người già và người trung niên thường xuyên ăn cá thu có thể tăng cường tuổi thọ, giảm quá trình lão hoá.

- Giới thiệu thực đơn:

+ Cá diếc kho chua ngọt:

• Nguyên liệu: Cá 500g, giấm ăn, xì dầu, đường trắng mỗi loại một lượng thích hợp, ớt đỏ thái sọc, dầu ăn 200ml.

Gừng thái sợi, hành hoa, dầu hoa tiêu, mì chính, lượng nước vừa đủ.

• Cách làm: Đầu tiên làm sạch cá, bỏ vây, mang, moi bỏ ruột cá, rửa sạch, để ráo; ớt đỏ thái sọc, sau đó đổ vào nồi, để lửa to cho dầu nóng già, cho cá vào rán vàng, thịt mềm, vớt bớt dầu rán ra, đổ ít nước, nêm muối ăn, xì dầu, đường, giấm, hành hoa, gừng thái sợi và ớt thái sọc, đập vung, đun cho tới khi nước cá sôi lên, vặn bớt lửa và hầm cá một lúc tới khi cạn bớt nước thì cho dầu hoa tiêu, nêm mì chính cho vừa miệng, vặn nhỏ lửa rồi om cá đến khi nước cạn thành dạng nước sền sệt thì bắc nồi cá ra.



- Cách dùng: Ăn kèm với cơm.

- Tác dụng: Bổ tỳ, ấm vị, bổ não, tốt cho xương, lợi thủy tiêu phù. Hàm lượng các chất trong thịt cá chứa ít chất mỡ không bão hoà, DHA, có lợi để bồi bổ cho não, tăng trí thông minh, nâng cao trí nhớ và khả năng tư duy, đặc biệt thích hợp với người cao tuổi.

+ Cá thái miếng với cầu khởi:

- Nguyên liệu: Thịt cá 200g, cầu khởi 20g, hành, gừng, xì dầu, đường, bột ngọt, bột lọc mỗi loại một lượng vừa đủ.

- Chế biến: Cầu khởi rửa sạch rồi hấp chín. Thái cá thành miếng, đánh trộn đều lòng đỏ trứng với bột lọc, nhúng đều những miếng cá vừa thái miếng vào hỗn hợp bột trứng, rán giòn, để ráo dầu. Để lại ít dầu trong chảo, xào hành, gừng, xì dầu, đến khi dậy mùi, cho cá vừa rán vào, nêm mì chính, muối tinh, đường vào đảo qua một lúc rồi rót hỗn hợp bột trứng còn lại vào, cuối cùng cho cầu khởi vào, đảo đều tay một lúc là được.

- Cách dùng: Ăn kèm với cơm.

- Tác dụng: Bổ khí, dưỡng huyết, bổ não, sáng mắt, tăng cường sức khỏe. Tốt cho người khí huyết hư dẫn đến chóng mặt, tim đập nhanh, mất sức, đổ mồ hôi, sắc mặt không tốt. Đặc biệt thích hợp với những người già bị bệnh phải nằm giường lâu ngày, sức khỏe giảm sút, thần kinh lão hoá.

Các loại tôm

Có rất nhiều chủng loại tôm, chia thành 2 loại chính là tôm biển và tôm nước ngọt. Tôm nước ngọt với loại tôm màu xanh là tiêu biểu cũng thuộc nhóm tôm hùm.



- Thành phần chủ yếu: Theo phân tích, tôm xanh chủ yếu chứa protein, chất béo, hydrat cacbon, canxi, photpho, sắt và các loại vitamin A, B₁, B₂. Hàm lượng protein trong tôm biển cao hơn tôm nước ngọt, còn hàm lượng chất béo trong tôm nước ngọt lại cao hơn tôm biển.

Tác dụng:

+ Bỏ não ích trí: Tôm là loại thực phẩm bổ sung chất dinh dưỡng, giàu hàm lượng dinh dưỡng như protein, canxi, photpho, sắt. Dinh dưỡng và sự phát triển của não có liên quan mật thiết tới việc cung cấp đầy đủ chất protein hay không. Mức độ giàu hàm lượng chất dinh dưỡng của tôm phụ thuộc vào số lượng, kích thước và các nhánh của từng loại tôm. Trong thịt tôm giàu photpho, chỉ đứng sau mực khô. Trong toàn bộ các loại sữa béo, tôm đứng thứ 3.

+ Tăng sức đề kháng: Chất chiết xuất từ tôm có thể làm cho nồng độ protein trong bạch huyết tăng, tính đông cứng giảm, lưu lượng bạch huyết các mạch dẫn ở ngực tăng rõ rệt, xuất hiện adenosine triphosphate ATP trong huyết tương. Vì thế có tác dụng tăng cường sức đề kháng cho cơ thể.

+ Bổ sung canxi: Vỏ tôm và những chế phẩm từ vỏ cứng của nó có hàm lượng canxi tương đối cao. Huyết áp tăng hay giảm có liên quan trực tiếp với hàm lượng canxi. Ăn uống một cách thích hợp các loại thực phẩm có hàm lượng canxi cao có thể ổn định huyết áp, đồng thời phòng được bệnh tắc máu não và xuất huyết não. Vỏ tôm là một trong những loại thực phẩm tốt nhất để



bổ sung canxi, không chỉ tốt cho trẻ em đang trong thời kỳ phát triển, mà còn tốt cho người già bị cao huyết áp và xương bị xốp.

- Giới thiệu thực đơn:

+ Canh đậu phụ tôm nõn

• Nguyên liệu: Tôm nõn tươi 15 - 20g, đậu phụ 500g.

• Cách làm: Rửa sạch tôm nõn, đậu phụ thái miếng, cùng cho vào nồi đất nấu với nước, khi gần chín thì thái hành, gừng, muối, nêm vừa gia vị, tới khi tôm nõn chín nhừ thì bắc nồi đất ra.

• Cách dùng: Có thể ăn với cơm hoặc ăn trước khi ăn cơm.

• Tác dụng: Bổ thận, tráng dương, bổ não, ích trí. Đặc biệt thích hợp cho người già trí năng giảm sút.

+ Canh bí đao nấu tôm khô:

• Nguyên liệu: Tôm nõn khô 10g, bí đao 250g, dầu vừng 3ml, muối tinh, hành hoa, mì chính mỗi loại một lượng thích hợp.

• Cách làm: Thái bí đao thành miếng dài khoảng 3cm, dày khoảng 3mm. Đun sôi nước dùng rồi cho bí đao, tôm nõn khô và muối vào, đun trong khoảng 30 phút, sau khi bí đao chín nhừ thì cho hành hoa vào, nêm mì chính, dầu vừng cho vừa miệng rồi bắc ra là được.

• Cách dùng: Uống canh và ăn tôm, có thể ăn cùng cơm.

• Tác dụng: Bổ thận, tráng dương, ích khí, tiêu phù. Đặc biệt tốt cho người già trí năng giảm sút và người bệnh sau khi đột quỵ bán thân phù thũng.



Thực vật từ biển

- Rong biển:

+ Thành phần chủ yếu: Rong biển chủ yếu hàm chứa protein thô, các loại vitamin A, B₁, B₂, B₁₂, C, D, acid nicotinic, carotin... giàu hàm lượng alginic acid, có thể đạt tới 32%. Ngoài ra trong rong biển còn chứa chất xơ, manit, hydrat cacbon, chất béo... Là thực vật biển giàu hàm lượng iốt, canxi, sắt và hơn 10 loại khoáng chất khác như: photpho, đồng, kali, coban, flo.

+ Tác dụng: Hàm lượng iốt có thể làm cho thể tuyến giáp thu nhỏ lại, iốt có thể kích thích hút các chất nóng thấm thấu ra ngoài, làm cho các cấu trúc bệnh thái vỡ ra và dung hoà. Đông y gọi đó là nhuyễn kiên hành thủy.

• Ích trí: Trong tất cả thực phẩm, hàm lượng iốt trong rong biển là cao nhất. Trong 10g rong biển có chứa 300 - 700mg iốt. Iốt là chất dinh dưỡng quan trọng trong việc phát triển não bộ.

• Chống bệnh ung thư: Gần đây các nhà khoa học phát hiện ra rằng, iốt trong rong biển có tác dụng phòng chống ung thư tuyến sữa. Qua nghiên cứu trên động vật cho thấy, nếu dùng thức ăn không có iốt để chăn nuôi động vật, tỷ lệ phát bệnh ung thư tuyến sữa sẽ tăng cao. Khi ung thư tuyến sữa phát triển, nếu cho ăn bằng thức ăn có chứa hàm lượng iốt nhất định, sẽ có tác dụng làm cho bệnh thuyên giảm. Ở vùng thiếu iốt, tỷ lệ người mắc bệnh ung thư tuyến sữa tương đối cao. Rong biển còn có tác dụng phòng chống bệnh ung thư trực tràng, chất aginat có trong rong biển khi xâm nhập vào đại tràng



không chỉ làm loãng những chất có độc có thể gây ra bệnh ung thư trực tràng, trong những chất cặn bã còn đọng lại từ thực phẩm, mà còn có thể kích thích sự nhu động của kết tràng, thúc đẩy tác dụng loại bỏ phân ra ngoài cơ thể, từ đó có hiệu quả trong phòng chống ung thư trực tràng.

- Điều tiết dịch cơ thể: Trong tất cả các loại rau ăn hàng ngày thì tính kiềm của rong biển là nổi bật nhất. Ngày nay thực phẩm từ động vật được con người sử dụng ngày càng nhiều, khuynh hướng thực phẩm mang tính thiên về acid ngày càng rõ rệt. Để giữ cho tính kiềm yếu trong dịch thể giảm bớt sự tiêu phí quá nhiều các nguyên tố tính kiềm trong cơ thể như: canxi, magiê, cần phải hấp thụ một lượng thích hợp những thực phẩm có tính kiềm. Rong biển có vị ngon, dễ ăn, có thể được mọi người yêu thích tiếp nhận.

+ Giới thiệu thực đơn:

- Canh củ cải rong biển:

Nguyên liệu: Rong biển 150g, củ cải trắng 300g, thị gà xé sợi, nửa củ xu hào, rượu gia vị 50ml, muối, hạt tiêu, xì dầu, giấm mỗi loại một lượng thích hợp.

Cách làm: Gọt vỏ củ cải trắng, cắt lát. Xu hào bỏ vỏ, cắt miếng. Rong biển tước thành sợi nhỏ. Cho tất cả vào nồi, thêm muối và lượng nước thích hợp đun đến khi sôi, cho thêm ít giấm rồi sau đó cho thịt gà xé sợi, hạt tiêu, rượu, xì dầu vào là được.

Cách dùng: Có thể ăn với cơm hoặc ăn trước khi ăn cơm.



Tác dụng: Ích khí, bổ não, nhuận kiên và làm tan các chất bã trong cơ thể, bổ vị và tiêu cơm.

• Canh sườn nấu rong biển:

Nguyên liệu: Rong biển 100g, sườn lợn 300g, muối tinh, rượu gia vị, hành thái khúc, gừng thái lát, dầu vùng mỗi loại một lượng thích hợp.

Cách làm: Ngâm rong biển trong nước, vớt ra rửa sạch, tước thành hình thoi. Rửa sạch xương sườn, chặt theo xương sống thành từng đoạn, chần qua nước sôi, vớt ra rồi lại dùng nước ấm rửa lại cho sạch. Cho sườn, nước, gừng sống, hành, rượu vào đun sôi rồi vớt bỏ bọt nổi, đun nhỏ lửa đến khi xương chín nhừ, cho rong biển vào, nêm muối tinh, tiếp tục đun đến khi ngấm gia vị, vớt gừng và hành ra là được.

Cách dùng: Ăn kèm với cơm.

Tác dụng: Dưỡng gan, ích huyết, tăng cường sức khỏe và bổ não.

- Tảo tía:

+ Thành phần chủ yếu: Thành phần dinh dưỡng trong tảo tía tương đối đầy đủ. Hàm lượng iốt đứng đầu trong các loại khuẩn tảo. Hàm lượng protein cao gấp 9 lần nấm tươi. Tảo tía khô chủ yếu hàm chứa protein, chất béo, hydro cacbon, chất xơ, canxi, phốt-pho, sắt, carotin, các vitamin B₁, B₂, acid nicotic, vitamin C, trong đó cứ 1000g tảo tía khô hàm chứa 18mg iốt. Ngoài ra, tảo tía còn chứa chất keo diệp lục, xantofin, tảo được, colin, manit và chất xơ.

Tác dụng: Là thực phẩm bổ dưỡng có lợi cho người già, đặc biệt thích hợp ăn vào mùa hè.



• **Bổ não ích trí:** Tảo tía có thể tăng cao trí nhớ con người, vì tảo tía có hàm lượng colin cao. Colin đây là một chất hoá học không thể thiếu trong quá trình chuyển đổi các tế bào thần kinh, thường xuyên ăn tảo tía sẽ có tác dụng cải thiện trí nhớ bị giảm sút.

• **Phòng bệnh loét dạ dày:** Trong tảo tía có chứa vitamin U, có tác dụng phòng chống bệnh loét dạ dày, làm cho vết loét mau lành. Trong tác phẩm “Bản thảo cương mục” cũng đã ghi rằng: Tảo tía là một vị thuốc dành cho người bị bệnh dạ dày. Vitamin U sớm đã tìm thấy trong rau cải bắp, đến nay khẳng định trong tảo tía cũng có thành phần này, và hàm lượng còn cao hơn 10 lần so với cải bắp. Không chỉ trong tảo tía tươi mà cả tảo tía khô cũng có vitamin U.

+ Giới thiệu thực đơn:

• **Canh tảo tía:**

Nguyên liệu: Tảo tía 250g, dưa chuột 100g, các loại gia vị lượng vừa đủ.

Cách làm: Rửa sạch tảo tía, thái thành từng đoạn. Cắt miếng dưa chuột. Đun sôi nước, cho mì chính, xì dầu, bột nghệ, lát cắt dưa chuột vào nồi nước đun sôi, sau đó cho tảo tía vào, nên vừa mì chính.

Cách dùng: Ăn kèm với cơm.

• **Canh thịt lợn nấu tảo tía:**

Nguyên liệu: Tảo tía 15g, thịt lợn nạc 100g.

Cách làm: Thái thịt lợn thành miếng. Tảo tía ngâm nước sau đó vớt ra. Cho thịt lợn vào nồi, cho vừa nước để ninh thành canh, sau khi thịt chín nhừ, cho tảo tía vào



nấu trong vài phút rồi cho dầu vừng, muối, mì chính, gia vị vừa miệng.

Cách dùng: Ăn trước khi ăn cơm.

Tác dụng: Thanh nhiệt, trừ độc, ích trí, tan chất bã.

Hải sâm

Chủng loại hải sâm rất đa dạng, căn cứ theo màu sắc để phân loại, có hải sâm màu đen và màu trắng, hải sâm trắng không có gai còn hải sâm đen có 2 loại: có gai và không có gai.

Hải sâm sau khi đem đi phơi khô, tro nhỏ lại còn 12 - 15cm, trước khi nấu phải dùng nước ngâm hoặc ngâm vào nước kiềm để hải sâm mềm ra.

- Thành phần chủ yếu: Hàm lượng protein thô trong hải sâm cao, chiếm 55,51%. Ngoài ra trong hải sâm còn chứa các chất như chất béo thô, hydrat cacbon, canxi, phốt-pho, iốt, vitamin và acid nicotinicum. Những thành phần dinh dưỡng trên đều là những dưỡng chất cần thiết cho cơ thể.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, hải sâm tính ôn, vị hàn, vị ngọt, mặn, không có độc. Có tác dụng bổ thận, dưỡng huyết, ích trí, đặc biệt thích hợp với người già cơ thể suy yếu, là sản phẩm âm dương song hỷ.

+ Bổ não ích trí: hải sâm là loại thực phẩm bổ dưỡng, hàm lượng protein đạt tới hơn 50%. Protein là một trong những thành phần chủ yếu cấu tạo tế bào não, là chất cơ bản chủ yếu trong quy trình ức chế và hưng phấn của tế bào não bộ. Nó có vai trò quan trọng trong các phương diện trí nhớ, ngôn ngữ, tư duy, vận



động, truyền dẫn dây thần kinh Sự phát triển của não có quan hệ mật thiết với việc cung cấp đầy đủ protein hay không? Ngoài ra các chất có trong hải sâm như canxi, photpho, sắt, iốt cũng có liên quan mật thiết tới sự phát triển của não.

+ Giảm hàm lượng mỡ trong máu: Lớp da bọc bên ngoài cơ thể hải sâm có chứa glycosaminolycans. Nghiên cứu được lý phát hiện, glycosaminolycans có tác dụng chống lại những tổn thương do phóng xạ, thúc đẩy chức năng sản xuất máu, giảm lượng mỡ trong máu và chống đông máu. Hải sâm sống dưới đáy biển, thường ăn những chất hữu cơ ở đáy cát, trong cơ thể nó tích trữ vinadi, hàm lượng nhiều nhất trong tất cả các loại thực phẩm. Vinadi là một trong những nguyên tố vi lượng cần thiết cho cơ thể, tham gia vào quá trình phân giải chất béo, có thể giảm lượng mỡ trong máu, có lợi cho phòng trị bệnh huyết quản tim.

+ Hạ huyết áp: Hiện nay y học vẫn xếp hải sâm vào hàng ngũ những thực phẩm dùng để giảm huyết áp tốt nhất. Cho thường xuyên ăn hải sâm có thể điều tiết huyết áp trong cơ thể.

- Giới thiệu thực đơn:

+ Canh hải sâm:

• Nguyên liệu: Một vài con hải sâm, gà 1 con.

• Chế biến: Hải sâm ngâm nước rồi vớt ra, bỏ phần màng. Gà cắt tiết, làm sạch, luộc lấy nước dùng. Cho hải sâm vào xào qua rồi đổ nước canh gà vào, nêm gia vị vừa miệng.



- Cách dùng: Ăn kèm với cơm.

- Tác dụng: Bổ thận, ích trí, tốt cho bệnh nhân đột quỵ kèm các triệu chứng hay quên, tinh thần mệt mỏi, chóng mặt, ù tai.

+ Súp hải sâm:

- Nguyên liệu: Hải sâm 90g, măng mùa đông 15g, nấm hương 5g, giảm bông vụn đã chín 2g, rượu gia vị, muối tinh, mì chính, bột hạt tiêu, hành, gừng, mỡ lợn, dầu hướng dương, canh mỗi loại một lượng thích hợp gà.

+ Chế biến: Hải sâm cắt hạt lựu. Măng, nấm thái nhỏ, vụn. Đun sôi dầu hướng dương, cho hành, gừng vào phi thơm. Đổ canh gà vào đun sôi, vớt bỏ gừng và hành. Cho hải sâm, nấm, măng, muối, rượu, mì chính vào tiếp tục đun sôi, thêm bột vào cho canh quánh lại, cuối cùng cho giảm bông vào, rắc hạt tiêu lên trên là hoàn thành món ăn.

- Cách dùng: Ăn kèm với cơm.

- Tác dụng: Bổ thận, tốt cho não, có tác dụng hỗ trợ điều trị các bệnh động mạch xơ cứng, mất ngủ, ngủ mê man, cao huyết áp.

4. Người bị bệnh đột quỵ có nên ăn ba ba không?

Ba ba (hay rùa nước ngọt) sống chủ yếu ở hồ ao.

- Thành phần chủ yếu: Thịt ba ba giàu dinh dưỡng, chủ yếu là protein, chất béo, hydrat cacbon, canxi, photpho, sắt, và các loại vitamin như vitamin A, B₁, B₂... Trong mai ba ba cũng có chứa chất keo từ động vật, protein.



- Tác dụng: Đông y cho rằng, ba ba tính bình, vị ngọt, vô độc, có tác dụng bổ âm, bổ thận, tốt cho não và ích trí. Mai ba ba tính hàn, có tác dụng dưỡng âm, ích thận, trừ nhiệt, tan ứ đọng.

+ Bổ thận ích não: Tác dụng bổ dưỡng của ba ba đối với não bộ thể hiện qua việc bổ thận. Vì chức năng của ba ba là dưỡng âm, bổ thận, đặc biệt là chất keo trong mai ba ba có tác dụng bổ thận dưỡng âm hiệu quả, thích hợp cho các chứng thận yếu, suy nhược, chóng mặt, di tinh. Dùng mai ba ba nấu thành cao được gọi là cao mai rùa. Y học hiện đại nghiên cứu cho biết, cao mai rùa có thể tăng mức protein trong huyết tương, đồng thời có tác dụng tiêu các vết phù trứng, tăng cao sức đề kháng của bệnh nhân bị u bướu.

+ Giảm mệt mỏi: Theo những căn cứ nghiên cứu của đại học Đông Kinh - Nhật Bản, ăn ba ba giúp xóa mọi cảm giác mệt mỏi. Những người lao động chân tay nhiều hay những vận động viên luyện tập quá sức, lao động trí óc căng thẳng dẫn đến mệt mỏi có thể ăn các món ăn từ ba ba, vừa bổ sung chất dinh dưỡng, vừa giảm nhanh cảm giác mệt mỏi, tốt cho sức khỏe.

+ Tăng cường sức khỏe: Ba ba có tác dụng nổi bật là kháng phản ứng kích thích và tăng cường sự dẻo dai, vì vậy có thể được coi là thực phẩm bổ dưỡng hàng đầu cho những người lao động trí óc và người già sức khỏe suy yếu, trí tuệ giảm sút.

- Giới thiệu thực đơn:



+ Canh ba ba:

- Nguyên liệu: ba ba 1 con (nặng khoảng 1kg), thịt dê 500g, thảo quả 5g, gừng tươi 15g, hạt tiêu, muối ăn, mì chính.

- Chế biến: Cho ba ba vào nước sôi để ba ba chết, chặt bỏ đầu và móng, bỏ mai và nội tạng. Thái thịt ba ba và thịt dê thành miếng nhỏ vuông khoảng 2cm, cho vào trong nồi cùng thảo quả, gừng tươi và lượng nước thích hợp, đun sôi rồi vặn nhỏ lửa hầm cho đến khi thịt chín nhừ.

- Cách dùng: Khi ăn nêm thêm muối, mì chính, hạt tiêu, gia vị, có thể ăn không hoặc ăn kèm cơm, chia làm nhiều bữa.

- Tác dụng: Điều tiết âm dương, dưỡng âm, ích trí, dưỡng huyết, an thần. Tốt cho người đột quỵ đang ở giai đoạn nằm dưỡng bệnh, thể chất hư nhược, trí năng giảm sút.

+ Baba hầm:

- Nguyên liệu:

1 con ba ba sống, gừng miếng, rượu gia vị, muối tinh, mì chính, tỏi giã nhỏ, hành thái nhỏ mỗi loại một lượng thích hợp.

- Chế biến: Ba ba, làm sạch bỏ hết móng, cho vào nồi chần qua, vớt ra, cạo sạch màng đen, chặt làm 4 phần, cho ba ba vào nồi đất, thêm gừng, hành, rượu gia vị, và nước ngập ba ba, dùng lửa to đun đến khi sôi, vặn lửa nhỏ và hầm khoảng 2 giờ đến khi thịt ba ba nhừ, thêm gia vị, mì chính, muối vừa miệng.



- Cách dùng: Ăn kèm cơm, khi ăn cho tỏi giã nhỏ vào.
- Tác dụng: Dưỡng âm, bổ não, ích trí, bổ hư, dưỡng huyết, an thần, tiêu tan mọi mệt mỏi.

5. Những loại rau nào tốt cho người đột quỵ?

Những loại rau tốt cho người bệnh đột quỵ bao gồm: cải thìa, rau chân vịt, củ cải, cà rốt, rau cần, rau diếp, nấm hương, nấm kim châm, mộc nhĩ trắng, củ từ, khoai lang, mộc nhĩ đen.

Rau chân vịt

- Thành phần chủ yếu: Phần ăn được của rau chân vịt chủ yếu chứa protein, chất béo, hydrat cacbon, chất xơ thô, canxi, phốt-pho, sắt, carotine, các vitamin B₁, B₂, acid nicotinic, vitamin C.. Trong rau chân vịt có chứa kẽm, acid folic, acid amin, xantofin, carotine, chất steoid trong rau chân vịt, cholestrol, rễ có chứa chất saponin B. Lượng acid thảo trong rau chân vịt cao hơn 1/1000, vì thế nó có vị chát.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, rau chân vịt tính mát, vị cam, có tác dụng bổ huyết cầm máu, nhuận tràng.

+ Bổ máu ích não: Hàm lượng sắt trong rau chân vịt nhiều hơn so với các loại rau khác. Chất sắt có trong rau chân vịt không chỉ là thành phần quan trọng của hồng cầu mà còn có chức năng đặc biệt đối với hệ thống thần kinh của bộ não. Nó có tác dụng quan trọng đối với việc kết hợp 5 - hydroxytryptamine và catecholamine và sự hợp thành myelin thần kinh. Vì thế rau chân vịt không chỉ thúc đẩy sự tăng lên của tế bào hồng cầu và huyết



hồng tố, tác dụng bổ máu, mà còn có chức năng bổ não, ích trí.

+ Nhuận tràng thông tiện: Trong rau chân vịt có lượng lớn chất xơ và chất xơ có thể hoà tan, có tác dụng tốt cho người bị bệnh trĩ và bệnh táo bón, là tác dụng nhuận tràng thông tiện của rau chân vịt mà Đông y đã khẳng định, phù hợp với người già và những người bị bệnh trĩ, táo bón.

+ Tiêu thức ăn, tốt cho dạ dày: Chất diệt lục trong rau chân vịt có tác dụng thanh lọc đối với dịch huyết. Men chứa trong rau chân vịt có tác dụng tốt đối với chức năng bài tiết của dạ dày và tuyến tụy, giúp tiêu hoá dễ dàng. Đồng thời rau chân vịt còn có hiệu quả mát gan, sáng mắt.

- Phương pháp chế biến thức ăn từ rau chân vịt: Có rất nhiều món ăn có thể chế biến từ rau chân vịt, thường là rau xào. Có thể xào chay hoặc xào mặn. Xào mặn có thể xào cùng với thịt xé sợi, gan, bầu dục, lòng gà. Rau chân vịt có thể nấu súp, canh hoặc làm nhân, cũng có thể trộn làm nộm. Nên dùng phần cuống rau làm nộm, chần nước sôi rồi ngâm vào nước mát, trộn cùng các gia vị như dầu vừng, xì dầu, giấm, tỏi, giã nhỏ, có thể cho thêm đậu phụ khô thái lát, tép khô, gừng băm, thịt lợn luộc trộn lẫn với nhau. Nhân rau chân vịt có thể làm bánh bao, bánh chẻo Trong một số món ăn dùng nước ép rau chân vịt và bánh chẻo, bánh mì, vỏ bánh chẻo màu xanh ngọc, là sự kết hợp của hải sâm, bào ngư, gân sò khô, vô cùng thơm ngon. Dùng nước ép



rau chân vịt và bột làm thành mì. Cũng có thể dùng rau chân vịt để rán cá băm viên, làm salad.

Củ mài

- Thành phần chủ yếu: Củ mài chứa các thành phần như bột lọc, hydrat cacbon, protein, 16 loại acid amin, chất béo, colin, sapolin, alantoin, các loại vitamin, các chất khoáng, dopamine, chất kiềm từ củ mài, chất keo, chất xơ.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, củ mài vị cam, tính bình, có tác dụng bổ trung, ích trí, bổ tỳ và dạ dày, cầm tả.

+ Bổ não ích trí: Nghiên cứu cho thấy, trong củ mài có rất nhiều acid amin, trong đó có 7 chất acid amin là cơ thể con người rất cần tới, hàm lượng lysin trong củ mài cũng tương đối cao. Lysin có thể ảnh hưởng đến sự phát triển, sự sinh trưởng của con người, đặc biệt có ảnh hưởng nhất định đến sự phát triển của bộ não. Thường xuyên ăn thức ăn có cho thêm lysin sẽ làm tăng sự thông minh, phản ứng nhanh nhẹn. Đồng thời lysin cũng có hiệu quả tốt đối với người già, người sức khỏe suy yếu, trí nhớ giảm sút và tinh thần mệt mỏi.

+ Tăng tuổi thọ: Mucoprotein trong củ mài có thể phòng chống sự kết tủa mỡ của hệ thống mạch máu ở tim, giữ cho tính đàn của huyết quản, phòng chống sự phát sinh quá sớm của xơ vữa động mạch, giảm bớt sự kết tủa chất béo dưới da, tránh gây bệnh béo phì.

+ Bổ thận, tăng cường sinh lực: Củ mài có chức năng bổ thận. Nghiên cứu cho thấy, saponin có trong củ mài là một loại hormon có tác dụng bổ thận, tăng cường sinh lực.



- Phương pháp chế biến thức ăn từ củ mài: Củ mài tươi làm rau, củ mài khô thì làm thuốc, được mọi người ưa dùng với tư cách là món ăn và vị thuốc tốt. Củ mài có thể chế biến thành đồ ăn ngọt, cũng có thể làm món ăn chay hoặc món mặn, còn có thể nấu thành cháo và làm món ăn điểm tâm. Cho dù là nấu, hấp, rán, xào đều thơm ngon. Phổ biến là món củ mài nấu thắng đường, củ mài nấu thịt, củ mài rán dầu, cá ninh khoai mài, gà hầm khoai mài, là những món ăn ngon thường gặp.

Nấm hương

- Thành phần chủ yếu: Giá trị dinh dưỡng của nấm hương tương đối cao. Theo phân tích, cứ 100g nấm hương khô thì hàm lượng protein là 13g; chất béo 1,8g; canxi là 124mg; phốt-pho là 415mg, sắt 25,3mg; cho đến hàm lượng vitamin phong phú như B₁, B₂, C, D. Đồng thời trong nấm hương còn chứa 30 loại men, 18 loại acid amin và các loại đường.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, nấm hương tính hàn, vị cam, có tác dụng ích trí, khai tâm, chắc xương cốt và làm cho sắc mặt hồng hào.

+ Ích trí: Nấm hương giàu các chất canxi, phốt-pho, sắt, vitamin, acid linoleic, đều là thành phần dinh dưỡng có ích cho tế bào não phát triển. Canxi ức chế sự phát triển dị thường của tế bào thần kinh não, làm cho môi trường trong cơ thể xuất hiện trạng thái tính kiềm yếu, có thể tăng sức đề kháng của cơ thể, chống mệt mỏi.

+ Giải độc: Trong nấm có chất dẫn sinh interferon, có thể chỉ đạo cho cơ thể con người sản sinh ra interferon,



interferon có thể can thiệp, ngăn cản sự hợp thành protein của virus, làm cho virus bệnh không thể tồn tại nâng cao khả năng miễn dịch. Thường xuyên ăn nấm hương có thể phòng chống các bệnh truyền nhiễm.

+ Giảm huyết áp: Trong nấm hương chứa hàm lượng purine tuyến ($C_5H_4N_4$), colin, tyrosine, oxidaza và một loại vật chất loại acid nucleic có thể khống chế cholesterol trong huyết thanh và gan, có tác dụng ngăn cản xơ cứng huyết quản động mạch và giảm huyết áp xuống thấp. Đối với người bị đột quy thì nấm hương là một sản phẩm tốt dùng làm liệu pháp chữa trị bằng thức ăn.

Nấm kim châm

- Thành phần chủ yếu: Trong nấm kim châm chủ yếu chứa protein, chất mỡ, carotin nhiều loại acid amin và acid nucleic

- Tác dụng: Đông y nhận định, nấm kim châm vị cam, tính mát, giàu dinh dưỡng, có tác dụng bổ tỳ, ích trí và dưỡng huyết, thông mạch.

+ Ích trí: Thường xuyên ăn nấm kim châm rất có lợi đối với việc tăng cường trí nhớ, khai thông trí lực, tăng chiều cao và thể trọng. Trong nấm kim châm có chứa lượng hàm lượng kẽm rất cao, là nguyên tố không thể thiếu đối với sự phát triển cơ thể của con người. Vì thế nấm kim châm còn được gọi là “Nấm tăng trí”.

+ Bảo vệ sức khỏe, phòng bệnh: Nấm kim châm có tác dụng phòng và trị bệnh viêm gan, các bệnh lở loét. Vì nó là loại thực phẩm có hàm lượng kali cao, natri



thấp, có tác dụng giảm lượng cholesterol, phòng bệnh cao huyết áp... Đặc biệt tốt cho người bệnh cao huyết áp và người già, người trung niên.

Mộc nhĩ trắng

- Thành phần chủ yếu: Mộc nhĩ trắng là loại, bổ dưỡng, giàu dinh dưỡng, chủ yếu chứa protein, hydrat cacbon, chất khoáng, các loại vitamin B₁, B₂, phốt-pho, carotin. Trong protein của mộc nhĩ trắng có chứa hàm lượng lớn RNA và nhiều loại acid amin.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, mộc nhĩ trắng có vị ngọt vừa, lạnh, nhuận phế, bổ thận, dưỡng vị, bổ tràng, tiết nước bọt, thường dùng cho người bệnh giai đoạn hồi phục và bệnh âm hư, cơ thể suy nhược.

+ Bộ não: Do trong mộc nhĩ trắng có lượng lớn RNA và acid amin, đều rất quan trọng đối với sự phát triển của tế bào não và vỏ sợi thần kinh. Ngoài ra, trong mộc nhĩ trắng còn chứa một loại chất kháng oxy hoá quan trọng, không chỉ tăng cường chức năng tim mà còn có một lợi ích nhất định đối tế bào não, thường dùng trong các sản phẩm bảo vệ sức khoẻ làm giảm lão hoá, cũng có thể sử dụng nó để chữa chứng tâm thần phân liệt và bệnh lú lẫn ở người già.

+ Bồi bổ cơ thể: Poli saccarit trong mộc nhĩ trắng có tác dụng tăng cường chức năng sản xuất máu của tủy xương, cải thiện chức năng gan, thận, có thể làm lượng cholesterol trong máu và triacylglycerol trong người bệnh mỡ máu cao giảm xuống, thúc đẩy protein trong gan và acid nucleic hình thành, giúp cơ thể cường tráng,



chống lại bệnh tật. Ngoài ra, poli saccarit trong mộc nhĩ trắng có thể kích thích tế bào hồng cầu và bạch cầu tăng lên, gia tăng tỷ lệ chuyển hóa của tế bào bạch huyết, nâng cao khả năng miễn dịch của cơ thể, khống chế sự phát triển của các u, vì thế nó có tác dụng chống ung thư.

+ **Nhuận phế:** Mộc nhĩ trắng có tính nhuận của loại hoa mạch đông mà không có cái lạnh của nó, có tính cam của ngọc trúc mà không có vị ngấy của nó, là loại thực phẩm nhuận phế bổ âm tốt nhất. Vì vậy mộc nhĩ trắng có hiệu quả chữa bệnh tương đối tốt đối với những người bị đột quy đi kèm các triệu chứng phổi nóng, ho, ngứa họng. ho khan, viêm cuống phổi mạn tính lâu năm và bệnh tim liên quan đến phổi.

- Giới thiệu thực đơn:

+ **Súp mộc nhĩ đường phèn:**

- Nguyên liệu: Mộc nhĩ trắng, đường phèn.

- Chế biến: Ngâm mộc nhĩ trắng trong nước ấm khoảng 1 giờ rồi vớt ra, bỏ cuống, rửa sạch, bỏ mộc nhĩ trắng cùng đường phèn vào nồi đất, cho vừa đủ lượng nước, đun to lửa đến khi sôi, sau đó vặn tiếp tục nhỏ lửa đun cho đến khi đặc quánh là được.

- Cách dùng: Ăn khi ấm, hoặc mùa hè ăn như đồ giải khát.

- Tác dụng: Thường xuyên ăn sẽ tốt cho thần kinh não, đặc biệt tốt cho người già, không chỉ có tác dụng bồi bổ mà còn có chức năng bổ phế, có tác dụng trị liệu phụ trợ cho người bị đột quy, kèm bệnh viêm phổi mạn tính lâu năm.



+ Canh mộc nhĩ trắng, củ mài hầm táo:

• Nguyên liệu: Mộc nhĩ trắng 100g, táo đỏ, củ mài tươi mỗi loại 20g.

- Chế biến: Mộc nhĩ trắng, táo rửa sạch cho vào ngâm 1 giờ trong nước sạch, củ mài bỏ vỏ, thái hạt lựu. Dùng lửa nhỏ để nấu chín, nước đặc quánh, thêm đường cho vừa miệng là được.

Mộc nhĩ đen

- Thành phần chủ yếu: Protein trong mộc nhĩ đen có tỷ lệ hấp thụ trong cơ thể người tương đối cao. Ngoài ra mộc nhĩ đen còn có chứa nhiều loại acid amin mà cơ thể con người cần, trong đó hàm lượng lysine và leusine tương đối dồi dào. Đó là những chất mà bột mì và các loại rau khác không thể so sánh. Hàm lượng vitamin, sắt và canxi trong mộc nhĩ đen cũng tương đối cao. Đường poli saccarit trong mộc nhĩ đen là dextran, glucan, mannosan, gluco, xiloza... Mỡ photpho có trong mộc nhĩ đen là lexithin, cephalin, sphingomyelin.

Hàm lượng sắt trong mộc nhĩ đen cao gấp 13 lần trong trứng vịt, (trứng vịt có hàm lượng sắt khá cao trong các loại thực phẩm có nguồn gốc động vật), là loại thức ăn tốt để phòng trị bệnh thiếu máu. Ngoài ra, chất keo trong mộc nhĩ đen khi hấp thụ vào trong cơ thể người có thể hấp thụ những tạp chất bị ứ đọng trong hệ thống tiêu hoá và đào thải chúng ra ngoài. Vì vậy nó có tác dụng thanh lọc dạ dày, rửa ruột.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, mộc nhĩ đen vị cam, tính bình, trong cuộc sống thường ngày chủ yếu dùng



mộc nhĩ đen làm món ăn bồi bổ dùng cho chế biến các món ăn hoặc các món kết hợp với những vị thuốc Đông y.

+ Bỏ não: Mộc nhĩ đen hàm chứa mỗ phốt-pho noãn, mỗ phốt-pho noãn là chất dinh dưỡng không thể thiếu cho hệ thống thần kinh và não bộ, có ích cho việc tăng trí lực và thúc đẩy phát triển các cơ quan trong cơ thể. Đồng thời phát huy tác dụng bồi bổ cho não bộ và trì hoãn quá trình lão hoá.

+ Ích khí, kháng bệnh ung thư: Mộc nhĩ đen hàm chứa poli saccarit, là thành phần kháng ung thư, có tác dụng phân giải u bướu, đồng thời có đặc tính miễn dịch. Người bệnh ung thư sau khi ăn mộc nhĩ đen, protein cầu tăng rõ rệt, tăng sức kháng thể, có tác dụng nhất định chống trong việc lại bệnh ung thư.

+ Phòng chống đột quy: Purie tuyến trong mộc nhĩ đen có tác dụng ức chế huyết bản tập trung. Một số bác sỹ có ý kiến rằng, mỗi ngày ăn một lượng thích hợp mộc nhĩ đen có thể phòng bệnh đột quy. Người có nguy cơ bị đột quy nếu mỗi ngày ăn một bát mộc nhĩ đen nấu đường phèn hoặc đậu phụ và mộc nhĩ đen có thể trì hoãn sự phát sinh đột quy.

Khoai lang

- Thành phần chủ yếu: Theo phân tích, khoai lang rất giàu chất dinh dưỡng, chủ yếu gồm đường, protein, sợi tơ từ cơm và thức ăn hàng ngày, chất béo và các vitamin A, B₁, C... Ngoài ra trong khoai lang còn có các nguyên tố canxi, phốt-pho, sắt, kali, natri...

- Tác dụng: Đông y cho rằng, khoai lang vị ngọt, tính bình, có những tác dụng sau đây:



+ Kéo dài tuổi thọ, ích trí: Thời cận đại, một vị giáo sư người Mỹ thuộc Viện y học Philadelphia từ việc phân tích khoai lang, đã thu được một loại chất hoạt tính có tên DHEA. Chất này có tác dụng kích thích rất mạnh tới sức sống của tuyến nội tiết và tế bào não, có thể giảm sự giảm sút của trí lực và tăng sức đề kháng của cơ thể.

+ Tăng cường sức khoẻ cơ thể: Các chuyên gia người Nhật đã phát hiện, poli protein trong khoai lang là một loại chất hỗn hợp giữa poli saccarit và protein, thuộc nhóm poli saccarit dịch nhầy, có thể phòng trừ mệt mỏi, tăng cao sức đề kháng cho cơ thể, thúc đẩy sự đào thải cholesterol, ngăn ngừa sự kết tủa mỡ trong huyết quản tim, giữ tính đàn hồi của huyết quản động mạch, ngăn ngừa xơ vữa động mạch, giảm tỷ lệ phát bệnh nhồi máu cơ tim.

+ Làm đẹp và thông tiện: Trong khoai lang có hormon giống ở phụ nữ, có tác dụng nhất định đối với việc giữ cho làn da mịn màng, trì hoãn tế bào lão hoá. Khoai lang còn có tác dụng thông tiện, vì nó giàu các chất giúp thải phân ra ngoài dễ dàng như chất xơ từ thức ăn và chất keo... có thể kích thích đào thải, phòng bệnh táo bón, giảm phát sinh bệnh ung thư đường ruột.

+ Cân bằng kiềm acid: Hàm lượng vitamin và canxi, kali trong khoai lang đều cao hơn trong gạo, bột mì, vì vậy nó thuộc loại thực phẩm tính kiềm, có tác dụng bổ sung và điều hoà các thức ăn có tính acid như gạo, bột mì, thịt, trứng, có lợi có sự điều chỉnh độ acid - kiềm



trong máu của cơ thể người, ngăn ngừa acid hoá dịch huyết, từ đó giữ cân bằng acid kiềm của máu.

- Cách chế biến món ăn: Rất nhiều cách chế biến khoai lang thành món ăn. Có thể ăn sống, ăn chín. Ăn chín thì có thể hấp, luộc, rán... Sản lượng khoai lang nhiều, là sản phẩm kinh tế quan trọng, có thể dùng trong điều trị bệnh bằng thức ăn. Dân gian thường lấy khoai lang và hạt ý dĩ nấu cháo để trị mụn nước, mụn bọc.. có thể kết hợp khoai lang với táo, đậu đỏ, gạo nếp cùng nấu cháo để chữa bệnh thiếu máu.

6. Những loại hoa quả nào tốt cho người bệnh đột quy?

Phù hợp với những người bị đột quy có các loại quả như: táo, chuối, nho, lê, đào, táo tàu, hạt sen, hồ đào, hạt thông, đậu hương, hạt dẻ, vải...

Táo

- Thành phần chính: Táo chủ yếu có chất hydrat cacbon, trong đó hầu hết là đường, đường xaccaro chiếm khoảng 4%, đường thô chiếm 6 - 9%. Táo còn xanh chứa bột lọc ($C_6H_{10}O_5$), khi táo chín dần thì chất bột lọc này sẽ mất đi, chuyển thành đường. Acid trong táo chủ yếu là acid táo, ngoài ra còn có acid chanh, vitamin A, B, C... khoáng chất có kali, canxi, photpho, sắt, iốt... Ngoài ra trong táo còn có chất keo hoa quả, chất xơ, protein, acid amin, chất béo...

- Tác dụng: Đông y cho rằng, táo có vị ngọt, tính mát, có tác dụng chủ yếu:

+ Ích trí: Táo còn được gọi là "quả trí tuệ" hay "quả trí nhớ" do trong táo chứa nhiều lượng kẽm, có ý nghĩa



đặc biệt đối với sự phát triển trí tuệ của trẻ nhỏ. Kẽm là thành phần chủ yếu cấu thành nên hơn 200 loại protein men, đồng thời phân tán khắp các bộ phận trong cơ thể dưới nhiều hình thức khác nhau. Vì vậy có tác dụng quan trọng đối với sự phát triển và hoạt động của tuyến sinh dục, tuyến yên. Cơ thể thiếu kẽm sẽ dẫn đến tính nguyên phát và tính kết phát của sự sinh trưởng và phát triển bộ não bị thay đổi. Một trong những thay đổi rõ rệt nhất là dị hình dây thần kinh tính nguyên phát. Thiếu kẽm không chỉ gây ra thể trạng nhỏ và thấp, phát triển sinh dục gặp khó khăn, mà trí lực còn bị hạ thấp, tư duy chậm chạp.

+ Giảm béo: Lượng acid táo lớn trong táo có thể làm phân giải chất béo trong cơ thể, phòng bệnh béo phì. Acid táo có thể giảm lượng cholesterol, giảm bớt hiện tượng xơ cứng động mạch. Acid táo kết hợp với acid túi mật ở trong ruột, ngăn cản acid bị thấm lại và trong máu, giảm thấp lượng acid túi mật trong máu, thúc đẩy cholesterol chuyển hoá thành acid túi mật, như vậy sẽ giảm lượng cholesterol trong máu.

+ Phòng bệnh cao huyết áp: Táo chứa một lượng lớn chất kali, khoảng 100g táo thì có chứa 100mg kali, còn natri chỉ chứa 14mg. Táo là một loại hoa quả lý tưởng để phòng bệnh cao huyết áp. Vì sự phát sinh bệnh cao huyết áp có liên quan đến sự tích lũy muối natri trong cơ thể. Cơ thể hấp thụ quá nhiều lượng muối natri là một trong những nguyên nhân chủ yếu của đột quy và cao huyết áp. Ngoài tác dụng với bệnh cao huyết áp và tim, kali còn tham gia trao đổi chất của đường và protein, ảnh



hưởng đến tính hưng phấn của các cơ thần kinh, tăng cường mạch máu não, phòng ngừa sự lão hoá của tế bào não, giữ gìn sức sống của các tế bào trong cơ thể.

+ Chống mệt mỏi: Táo là loại hoa quả có tính kiềm (tính kiềm biểu hiện trong quá trình trao đổi chất của cơ thể), có tác dụng phòng ngừa trúng độc acid. Nguyên nhân của cảm giác mệt mỏi là do sự tích lũy chất có tính acid quá nhiều. Táo có thể trung hoà một cách nhanh chóng chất có tính acid, từ đó có tác dụng xua tan mệt mỏi.

Chuối

- Thành phần chủ yếu: Đặc điểm dinh dưỡng của chuối là có hàm lượng hydrat cacbon cao nhất, chiếm hơn 90%, sau đó là protein, hàm lượng chất béo tương đối ít. Trong chuối cũng giàu vitamin, trong đó vitamin A bằng 4 lần táo, vitamin E. Các loại acid amin trong chuối gồm 14 loại. Hàm lượng kali trong chuối là 400mg/g.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, chuối tính hàn, vị cam có những tác dụng nổi bật sau:

+ Nâng cao tinh thần, ổn định tâm lý: Người dân Uganda thường xuyên ăn chuối vì họ cho rằng, ăn chuối có thể làm cho tâm lý vui vẻ. Các nghiên cứu cũng đã chứng minh, sau khi ăn chuối, tâm trạng khoan khoái có liên quan đến các chất trong chuối như 5 - hydroxytryptamine, 5 - hydroxytryptamine, là “người đưa tin hoá học”, có thể chuyển thông tin tới các đầu dây thần kinh, làm cho con người có tâm trạng vui vẻ, đặc biệt có lợi đối với người già và người trung niên.



+ Thúc đẩy tuần hoàn máu: Trong chuối có chất ức chế men chuyển hoá chất gây căng mạch máu, có thể ức chế huyết áp cao. Vì vậy chuối thích hợp với người cao huyết áp, xơ cứng động mạch và người bị bệnh vành tim.

+ Nhuận tràng, thông tiện: Chuối có tác dụng nhuận tràng tính thể tích và gia tăng sự nhu động của dạ dày, ruột, khiến cho quá trình tiêu hóa được thông suốt, có hiệu quả hơn so với các loại thuốc dầu mỡ chống táo bón. Trong chuối có lượng lớn chất keo từ hoa quả, có thể hút lượng nước trong khoang ruột, làm cho phân hình thành. Ngoài ra chất keo trong chuối còn có thể thấm hút vi khuẩn và chất độc trong đường ruột. Chuối có thể ức chế vi khuẩn và chặn khuẩn trong ruột kết hợp với thuốc trị bệnh truyền nhiễm đường ruột.

Táo tàu

- Thành phần chủ yếu: Táo tàu đặc biệt giàu hàm lượng đường, trong đó chủ yếu chứa đường gluco (đường nho), đường fructose. Ngoài ra trong đó táo tàu còn có đường saccaro (đường mía, holoside, poli saccarit, acid amin chủ yếu bao gồm 14 loại acid amin, như acid glutamic, acid valin, lysine, arginine....Trong táo tàu có chứa hơn 7 loại acid hữu cơ như: acid malic, acid oleic, acid linoleic...

Đặc biệt táo tàu chứa hàm lượng vitamin C tương đối cao, đứng đầu trong các loại quả tươi, vitamin A, B₂, vitamin P và acid nicotinic nhiều hơn nho. Một nhà khoa học người Anh đã tiến hành nghiên cứu trên hai nhóm người, một nhóm ăn táo tàu và một nhóm chỉ đơn



thuần uống nhiều loại vitamin, kết quả cho thấy táo tàu là “viên thuốc vitamin tự nhiên”, “vitamin sống”.

- Tác dụng: Đông y cho rằng táo tàu vị cam, tính ôn, chủ yếu dùng điều trị tỳ vị hư nhược, mệt mỏi thiếu sức, khí huyết không đủ, xanh xao vàng vọt, tim đập nhanh, mất ngủ...

+ An thần ích trí: Người xưa đã có những tri thức về tác dụng của táo tàu. Trong "Kinh mộc thảo thần nông" ghi rằng: Táo tàu có thể "an trung dưỡng thần". Nghiên cứu hiện đại cho thấy, táo tàu chứa các chất saponin và jujuboside B trong hạt táo chua, đều là saponin trong đại táo, cấu trúc kiểu damarane, mà saponin cấu trúc kiểu damarane là thành phần có hiệu quả trong việc thúc đẩy trí nhớ. Trong táo tàu có hợp chất flavonoid có tác dụng trấn tĩnh, dễ ngủ, hạ huyết áp. Ngoài ra, táo tàu còn giàu hàm lượng vitamin C, thúc đẩy sự vững chắc trong kết cấu tế bào, đồng thời xóa bỏ trạng thái căng thẳng hoặc lỏng lẻo trong kết cấu giữa các tế bào, tăng cường quá trình thay đổi chất trong cơ thể. Nếu thiếu vitamin C không chỉ dẫn đến bệnh máu xấu, mà còn làm giảm khả năng hoạt động của tế bào não và trở ngại chức năng trao đổi chất, xuất hiện những triệu chứng không tốt trong tâm lý và tinh thần, ví dụ như sự đa nghi, trầm cảm và bệnh tâm thần. Thường xuyên ăn táo tàu có thể tránh hiện tượng thiếu vitamin C, bổ xung vitamin C, làm cho chức năng bộ não linh hoạt, nhạy bén.

+ Tăng cường sức khỏe của cơ thể: Táo tàu chứa lượng saponin, có tác dụng chống mệt mỏi, tăng sức dẻo



dai. Hàm lượng adenosin chưa có thể nói rộng huyết quản, cải thiện trạng thái dinh dưỡng của cơ tim, tăng sức co bóp của cơ tim, có lợi cho hoạt động bình thường của tim.

+ Kháng dị ứng: Adenosin triphotphat là chất hoá học có tác dụng chống dị ứng. Sau khi ăn táo tàu, chất adenosin triphotphat trong nó được cơ thể người hấp thụ, sự tăng cao nồng độ trong huyết tương, tế bào bạch cầu và các tế bào miễn dịch khác, làm ổn định màng tế bào, giảm sự giải phóng chất môi giới dị ứng, từ đó ngăn ngừa sự phát sinh phản ứng mẫn cảm, có tác dụng trị liệu các bệnh liên quan đến dị ứng.

+ Giải độc: Táo tàu có công dụng giảm nhẹ các chất độc gây tổn thương gan.

Hạt sen

- Thành phần chủ yếu: Trong hạt sen có chứa protein, hydrat cacbon, chất béo và các chất như canxi, phốt-pho, sắt, vitamin, acid nicotinic, carotine. Hydrat cacbon chủ yếu là tinh bột và rafinoza. Ngoài ra còn chứa nhiều các loại chất ankaloit như liensinine, metyla liensinine, higenamine, ankaloit không kết tinh và các chất như heperin, rutnoside...

- Tác dụng: Đông y cho rằng, hạt sen vị ngọt chát, tính mát nhẹ, có thể dùng phụ trợ trị liệu cho các bệnh như đêm ngủ hay nằm mơ, tinh thần mệt mỏi hay quên, hư tả..

+ Bổ tỳ ích vị: Hạt sen được mệnh danh là "loại quả của lá lách", phù hợp nhất cho người tỳ hư, thận yếu,



mất khả năng hấp thụ chất dinh dưỡng, nên thường xuyên ăn với chế độ thích hợp.

+ Giảm huyết áp, an thần: Hàm lượng kiềm trong tâm sen tương đối nhiều. Kiềm trong tâm sen vừa có tác dụng tăng cường lực co bóp của tim, vừa có thể giảm huyết áp. Vì vậy người bị cao huyết áp thường xuyên ăn tâm sen có thể giúp mát gan và giảm huyết áp, tăng cường sức mạnh cho tim và an thần.

+ Cách sử dụng: Hạt sen tươi và non có thể ăn sống, vị thanh mát. Hạt sen già hay hạt sen khô phải ngâm cho mềm trước khi chế biến. Có rất nhiều cách chế biến hạt sen, như hạt sen nấu đường phèn, mứt sen, còn có thể làm bánh ngọt, nấu canh hay chế biến các món ăn mặn.

Hạt thông

- Thành phần chủ yếu: Hạt thông chứa lượng lớn dầu béo, chiếm khoảng 74%, chủ yếu là acid béo không bão hòa như: acid dầu yếu, acid dầu. Ngoài ra trong hạt thông còn chứa protein, hydrat cacbon, dầu dễ bốc hơi, nhiều loại khoáng chất, các vitamin và một loại ankaloit gọi là berbericinine. Mùi thơm thoang thoảng của hạt thông là do tinh dầu tecpin có trong nó tạo ra.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, hạt thông vị cam, tính ôn, chủ yếu dùng điều trị các chứng hoa mắt chóng mặt, phổi khô, ho khan, da khô nứt nẻ, táo bón...

+ Bổ não ích trí: Trong hạt thông giàu acid béo không bão hòa, chủ yếu là acid linoleic, acid có tác dụng quan trọng đối với sự phát triển của tế bào não và sự



hình thành các sợi thần kinh. Đồng thời hạt thông còn giàu chất phốt-pho, cứ 100g hạt thông thì chứa 234mg phốt-pho, có tác dụng bổ não, tăng cường sức khỏe cơ thể, tăng trí nhớ, thúc đẩy sự phát triển của xương và răng, phụ trợ trị liệu cho bệnh còi xương.

+ Trì hoãn quá trình lão hóa: Acid béo không bão hòa trong hạt thông có thể giảm lượng cholesterol, triacylglycerol, phòng chống hiệu quả các bệnh về huyết quản tim và não như xơ cứng động mạch, cao huyết áp, lượng mỡ trong máu cao, bệnh vành tim... chống lão hóa và kéo dài tuổi thọ.

+ Bổ huyết, thông mạch: Vì trong hạt thông có chứa chất dầu béo cao cấp, có công dụng dưỡng huyết bổ dịch, làm cho khí huyết dồi dào, giàu âm huyết, ngũ tạng tự nhuận, da dẻ và lông tóc mềm mại tự nhiên, mịn màng và có tính đàn hồi tốt.

Hạt hồ đào

- Thành phần chủ yếu: Hạt hồ đào chứa 40 - 50% dầu béo, chủ yếu là acid linoleic, hỗn hợp có hàm lượng nhỏ acid linolenic và acid oleic. Trong hạt hồ đào còn hàm chứa 15% protein, 10% hydrat cacbon và các chất dinh dưỡng khác như canxi, phốt-pho, sắt, carotene, vitamin B₂...

- Tác dụng: Đông y cho rằng, hạt hồ đào vị cam, tính ôn. Nó có những công dụng dưới đây:

+ Bổ não: Hạt hồ đào có tác dụng bổ não ích trí rất rõ rệt, trong đó acid linoleic và acid lino lenic là những chất dinh dưỡng mà tế bào não không thể thiếu. Nó có



vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy sự phát triển tế bào não và cải thiện chức năng của tế bào não. Những chất acid béo này không thể tự hợp thành trong cơ thể con người, bắt buộc phải do nguồn thức ăn cung cấp. Hạt hồ đào là một trong những loại thực phẩm giàu các chất trên.

+ **Bổ thận:** Hầu hết các bệnh do hư thận gây ra như đau phần eo lưng, đau chân, chi dưới bất lực, ù tai, di tinh, liệt dương, tiểu dắt... đều có thể ăn hạt hồ đào thường xuyên, không chỉ có tác dụng bổ thận, tăng cường sức khỏe, mà còn có thể phòng chống lão hóa.

+ **Thông tiện:** Hạt hồ đào có chứa khá nhiều lượng dầu béo, có công dụng nhuận tràng thông tiện. Bệnh táo bón, đặc biệt là bệnh táo bón do cơ thể suy yếu, phần âm thiếu sự ẩm ướt ở người già, thường xuyên ăn hạt hồ đào sẽ có tác dụng tích cực, giúp cho đại tiện thông suốt.

+ **Làm đẹp da:** Hạt hồ đào có tác dụng chăm sóc làn da. Những người có làn da khô nứt nẻ, nếu thường xuyên ăn hạt hồ đào sẽ cải thiện đáng kể tình trạng da thiếu nước, làm cho làn da mịn màng hơn, sáng bóng hơn.

Hạt dẻ

- **Thành phần chủ yếu:** Trong hạt dẻ có chứa các chất như protein, chất béo, hydrat cacbon, các loại vitamin như vitamin A, B₁, B₂, acid nicotinic và các chất khoáng như: phot-pho, sắt, canxi, kali, kẽm... Vì vậy dinh dưỡng trong hạt dẻ tương đối cao.

- **Tác dụng:** Đông y cho rằng, hạt dẻ vị cam, tính ôn, có các tác dụng bổ tỳ, bổ thận, ích não, tăng cường thể



trạng của phần eo lưng, tăng cường độ dẻo dai của gân, hoạt huyết, cầm máu, tiêu phù trùng. Thích hợp cho người già và trung niên bị suy thận, gan và vị hư hàn.

+ **Bổ thận ích não:** Đông y coi hạt dẻ là sản phẩm thượng hạng, cho rằng nó có thể bổ tỳ và dưỡng vị, bổ thận, hoạt huyết. Giá trị dinh dưỡng của hạt dẻ có thể sánh với nhân sâm, hoàng kỳ, đương quy, đặc biệt có tác dụng tốt với trường hợp thận hư, vì thế nó còn được gọi là "loại quả dành cho thận". Đặc biệt thích hợp cho người già sử dụng, ăn trong thời gian dài, không chỉ tăng cường thể chất, loại bỏ bệnh tật, kéo dài tuổi thọ, mà còn bổ thận, ích não, phòng được bệnh lú lẫn khi về già.

+ **Kéo dài tuổi thọ:** Nghiên cứu dinh dưỡng học hiện đại phát hiện, acid béo không bão hòa và các vitamin trong hạt dẻ có thể phòng chống các bệnh cao huyết áp, bệnh vành tim, xơ cứng động mạch, xương bị xốp... đây là những căn bệnh thường gặp ở người già. Người già thường uống thuốc bổ để tăng cường sức khỏe, tuy nhiên thuốc bổ thường có tác dụng phụ, còn ăn hạt dẻ lại không bị ảnh hưởng của tác dụng phụ, vì thế nó đặc biệt phù hợp cho người già.

Đậu tương

- **Thành phần chủ yếu:** Trong đậu tương chủ yếu chứa hai thành phần dinh dưỡng là protein và chất béo. Ngoài ra nó còn có hydrat cacbon, vitamin, canxi, phốt-pho, sắt, carotine, vitamin B₁, B₂, acid nicotinic, vitamin D, E...

- **Tác dụng:** Đậu tương được coi là một trong năm loại ngũ cốc là thực phẩm dinh dưỡng quan trọng, dùng



trong phụ trợ trị liệu đến điều dưỡng sau những chứng bệnh suy nhược.

+ **Bổ não, ích trí:** Hàm lượng protein trong đậu tương đạt tới xấp xỉ 50% (đậu đen), đậu vàng cũng đạt đến 36,3%. Đối với hàm lượng protein, cứ 500g đậu tương thì tương đương với 1000g thịt nạc, 1500gam trứng gà và 6000ml sữa bò. Vì thế nó được gọi là "thịt thực vật" hay "bò sữa xanh". Protein trong đậu tương có chứa 8 loại acid amin mà cơ thể con người cần. Lượng lysine acid aspartic (Asp), acid glutamic trong đậu tương cũng tương đối cao, có tác dụng thúc đẩy sự phát triển của hệ thần kinh não bộ và tăng cường trí nhớ.

Hàm lượng chất béo trong đậu tương là 18 - 20%, đặc điểm của dầu đậu tương là giàu chất acid béo không bão hòa, acid linolenic, acid oleic và acid linoleic. Cơ thể sau khi hấp thụ acid dầu yếu chỉ trong vài giờ sẽ chuyển hóa acid béo không bão hòa, có tác dụng nâng cao chỉ số thông minh, tăng trí nhớ, bảo vệ chức năng não bộ, trì hoãn quá trình lão hóa của bộ não. Ngoài ra, cứ 500g đậu tương thì hàm chứa 2855mg phốt-pho, có lợi cho thần kinh, phù hợp cho người thần kinh suy nhược và cơ thể ốm yếu.

Trong đậu tương còn chứa một chất là thành phần dinh dưỡng của cơ thể, gọi là photphatit, cấu tạo của nó như sau: 29,5% lexitin; 29,5% cephalin; 31,6% inositide; còn lại là đường và gluco protein. Theo cơ chế sinh hóa của cơ thể người, cephalin sau khi xâm nhập vào ruột được phân giải thành colin, thông qua niêm mạc ruột non thẩm hút vào dịch huyết trao đổi chất thành acetylcolyl, thông



qua bức hàng rào máu não đi vào trong não. Acetylcolyl trong bộ phận tác động và chạm mạnh của tế bào thần kinh não có tác dụng truyền dẫn hóa học, hay còn gọi là "sứ giả đưa tin". Chất này có trong não càng nhiều thì tốc độ vận chuyển tin tức càng nhanh, trí nhớ và khả năng tư duy càng cao, càng thông minh. Một giáo sư về dinh dưỡng học não bộ của trường đại học Đại Bản (Nhật) giới thiệu rằng: Đậu tương non, củ lạc cho thêm rượu, cơm, trứng gà cộng với đậu nập (loại đậu tương sau khi hấp chín ủ cho lên men) và nước tương là món ăn dinh dưỡng lý tưởng nhất cho bộ não.

+ Kéo dài tuổi thọ: Chao được chế ra từ đậu tương, là loại gia vị và thức ăn phụ giàu dinh dưỡng. Theo phân tích khoa học hiện đại, trong chao có men urokinase có thể làm thông tắc sung huyết. Nó còn chứa một số vi khuẩn có thể sản sinh ra vitamin nhóm B và chất kháng sinh. Vì vậy để phòng sự hình thành sung huyết não. Người già nên ăn nhiều chao.

+ Chống ung thư: Trong đậu tương còn chứa 2 nguyên tố rất hiếm gặp là molipden (Mo) và selen (Se), Molipden có tác dụng ức chế rõ rệt đối với sự hình thành ung thư thực quản. Selen trong đậu tương có thể ngăn cản chất gây ung thư và chất acid deoxyri bonucleic (DNA) trong tế bào bình thường kết hợp với nhau, từ đó có tác dụng chống lại bệnh ung thư.

+ Cách dùng: Các thực phẩm làm từ đậu tương như đậu tương, đậu phụ, váng đậu, sợi đậu phụ, sợi đậu phụ khô, đậu phụ dầu..



7. Có những loại thuốc bắc nào phù hợp cho người đột quy tâm bổ?

Những loại thuốc bắc phù hợp cho người đột quy tâm bổ như: bách hợp, nhân sâm, đảng sâm, hoàng kỳ, cầu khởi, hà thủ ô, giảo cổ lam, phục linh, viễn chí...

Bách hợp

- Thành phần chủ yếu: Bách hợp chứa nhiều loại ankaloit như cochisun, colchicine và tinh bột, protein, chất béo... các vitamin như vitamin B₁, B₂, C, acid pantotenic... Bách hợp chứa nhiều loại acid amin, các chất khoáng như canxi, photpho, sắt...

- Tác dụng : Đông y cho rằng, bách hợp tính bình, vị cam, hơi đắng, có công dụng nhuận phổi, trị ho, an thần...

+ An thần: Trong bách hợp giàu chất dinh dưỡng, có tác dụng trấn tĩnh, an thần, kháng những tổn thương mang tính kích ứng và điều tiết khả năng miễn dịch. Có tác dụng rất lớn đối với việc bổ não ích trí.

+ Chống ung thư: Bách hợp có tác dụng nâng cao tỷ lệ chuyển hóa của tế bào bạch huyết và tăng cường hoạt tính chức năng miễn dịch của dịch thể. Cochisun ở trong bách hợp cũng có tác dụng chống ung thư rõ rệt, ức chế u bướu và ung thư cổ tử cung. Vì vậy bách hợp cùng với khế, lô duẩn được xếp làm 3 loại rau quả chống ung thư tốt nhất.

+ Cách dùng: Bách hợp có thể xào, hấp, nấu... có thể nấu súp, nấu canh, có vị mềm xốp, dễ ăn, là một món ăn ngon trên bàn tiệc. Các món ăn chế biến từ bách hợp có



thể nấu ngọt, mặn, hoặc nấu chay đều được. Món thường gặp nhất là bánh hợp cần tây... Bánh gatô hay đồ ngọt chế biến từ bánh hợp khi ăn sẽ mềm xốp, hương thơm thanh khiết, mát.

Nhân sâm

- Thành phần chủ yếu: Nhân sâm chứa saponin, tinh dầu, và nhiều loại acid hữu cơ, acid nhân sâm, colin, photphatit, hidrat cacbon, vitamin và 26 loại nguyên tố vi lượng khác.

- Tác dụng: Đông y cho rằng, nhân sâm tính vi ôn, vị cam, hơi đắng, có tác dụng đại bổ nguyên khí, thông kinh hoạt huyết, an thần tăng trí, ngăn ngừa lão hóa.

+ Kiến não ích trí: Từ cổ chí kim, nhân sâm được coi là loại thuốc tốt có tác dụng ích trí, kiện não, kéo dài tuổi thọ. Trong "Kinh mộc thảo thần nông" có ghi rằng: "Nhân sâm bổ ngũ tạng, an thần, khai tâm, ích trí". Từ phân tích của Đông y, cơ chế ích trí của nhân sâm chủ yếu có liên quan đến công dụng đại bổ nguyên khí của nó. Nhân sâm có tác dụng thúc đẩy vào quá trình hợp thành của các chất protein, acid ribonucleic, và dioxyribonucleic ở trong não. Nó có tác dụng với trung khu chủ yếu thông qua sự ảnh hưởng đến dây thần kinh tiết acetylcholine ở trong não. Saponin trong nhân sâm là thành phần ích trí chủ yếu, tham gia sự hợp thành và giải phóng acetylcholin, từ đó thúc đẩy trí nhớ, nâng cao khả năng tư duy.

+ Điều tiết thần kinh: Nhân sâm có tác dụng điều tiết hệ thống thần kinh trung khu của con người, lại có



thể tăng cường quá trình hưng phấn của vỏ não, tăng nhanh tốc độ truyền dẫn của thần kinh phấn kích, rút ngắn thời kỳ tiềm ẩn bệnh thần kinh phát ra. Ngoài ra nhân sâm còn có tác dụng tăng cường cường độ, điều kiện phản xạ, nâng cao khả năng phân tích và năng lực làm việc. Đồng thời cũng tăng cường quá trình ức chế của hệ thống trung khu, điều chỉnh cân bằng quá trình ức chế và hưng phấn, cải thiện tính linh hoạt của hoạt động thần kinh, giúp ngủ ngon, tâm trạng cân bằng, luôn ở trạng thái bình thường ổn định.

+ Chống kích ứng: Nhân sâm có thể tăng cường tính thích ứng của cơ thể, tăng cường sức đề kháng của cơ thể đối với những tổn thương và kích thích vật lý, hóa học hay sinh học có hại, giúp cho các chức năng bị rối loạn ổn định lại.

+ Tăng cường khả năng miễn dịch: Saponin nhân sâm có thể tăng cường khả năng miễn dịch của cơ thể, đồng thời tăng cường sức co bóp của cơ tim, cải thiện tuần hoàn máu, đối với những người bị bệnh thiếu máu và bệnh khó thở, nhân sâm có tác dụng giúp hồi phục trạng thái bình thường và mang lại một cuộc sống tràn đầy sức sống.

+ Trì hoãn sự lão hóa: Nhân sâm có tác dụng điều tiết nội tiết, chống oxy hóa, gia tăng quá trình trao đổi chất, nâng cao khả năng miễn dịch, đem lại tác dụng tốt cho các biến đổi sinh lý ở những cơ thể bị lão hóa. Vì thế mà nó có tác dụng trì hoãn, ngăn cản sự lão hóa.

- Giới thiệu thực đơn:



+ Cháo nhân sâm táo:

- Nguyên liệu: Nhân sâm 3g, hạt sen 10g, táo tàu 10 quả, gạo tẻ lùn 100g, đường phèn.

- Chế biến: Rửa sạch gạo tẻ, nhân sâm, hạt sen, táo, cùng cho vào trong nồi, đổ nước vào nấu thành cháo, sau khi cháo chín cho đường vào khuấy đều là được.

- Cách dùng: Ăn hàng ngày, ăn vào bữa sáng và tối.

- Tác dụng: Ích khí, kiện tỳ, điều dưỡng tinh thần. Thường xuyên ăn cháo nhân sâm giúp tăng cường sức khỏe, tinh thần lạc quan, xóa bỏ mọi mệt mỏi.

+ Canh gà bát ngọc:

- Nguyên liệu: Nhân sâm, phục linh, bạch truật sao, bạch thực mỗi loại 10g, cam thảo nướng 6g, thực địa, đương quy mỗi loại 15g, xuyên khung 7g, thịt gà mái béo 50g, thịt lợn 150g, hành, gừng, muối tinh, mì chính, nước hầm thịt mỗi loại một lượng thích hợp.

- Chế biến: Cho 8 loại thuốc bắc buộc vào trong túi vải thưa, thịt lợn, thịt gà rửa sạch, cho tất vào trong nồi, đổ nước thịt vào ninh, vớt bỏ bọt, cho hành, gừng, đun lửa nhỏ đến khi thịt gà chín mềm, vớt bỏ hành, gừng và túi thuốc bắc, vớt thịt gà và thịt lợn ra, để nguội, thái miếng, cho thịt vào bát, múc canh đổ vào, cho muối, mì chính vừa ăn.

- Cách dùng: Ăn kèm với cơm.

- Tác dụng: Món canh này là sự kết hợp canh bát chân Đông y và thịt lợn, thịt gà chế biến thành, có tác dụng bổ khí huyết, phù hợp cho người sau khi khỏi bệnh cơ thể mất cân bằng, người ốm lâu mà không chữa. Cho



thêm thịt gà và thịt lợn vào càng tăng thêm tác dụng bổ ích của nó, là món ăn ngon cho tất cả người bệnh. Người khỏe mạnh ăn vào sẽ tăng cường sức khỏe, trì hoãn quá trình lão hóa.

- Chú ý: Người bị sốt do ngoại cảm không nên ăn món này.

Hà thủ ô

- Thành phần chủ yếu: Đông y cho rằng hà thủ ô chủ yếu chứa acid chrysophanic, emodin, ararobinol, dầu béo, tinh bột, hydrat, ponticin, lexithin...

- Tác dụng: Hà thủ ô vị cam, đắng, hơi chát, tính ôn, có công hiệu bổ gan, thận, ích tinh huyết...

- + Bỏ não, an thần: Trong hà thủ ô giàu hàm lượng lexithin, cứ 100g thì có chứa 3,7g. Lexithin là thành phần quan trọng cấu thành các tổ chức thần kinh, cũng là một trong những nguyên liệu sinh ra tế bào máu, có tác dụng thúc đẩy sự sinh ra và phát triển những tế bào máu và tế bào thần kinh não mới.

Ngoài ra hà thủ ô còn có tác dụng làm tăng hàm lượng 5 - hydroxy tryptamine, dopamine, noradrenalin trong tổ chức não bộ, thúc đẩy chức năng vỏ tuyến thận, tăng cường khả năng chịu lạnh, chịu đựng thiếu oxy.

- + Trì hoãn quá trình lão hóa: Hà thủ ô bổ dưỡng gan và thận, thúc đẩy sự trao đổi chất, có thể dùng để chữa các bệnh do gan thận thiếu tinh huyết như tóc bạc, hoa mắt chóng mặt, hay quên, mất ngủ. Trong "Cương mục mộc thảo" ghi rằng: Hà thủ ô tốt cho tủy, kéo dài tuổi



thọ, trẻ lâu. Theo chứng minh thực tế, nó có khả năng giảm lượng mỡ trong máu, chống xơ cứng động mạch.

+ **Bổ âm tư nhuận:** Hà thủ ô vị đắng, có tác dụng thông tiện. Theo chứng minh thực nghiệm y lý, hà thủ ô kích thích đường ruột, tác dụng tăng cường bài tiết, phù hợp với người thường xuyên bị bệnh táo bón.

- Giới thiệu thực đơn:

+ Thịt gà nấu hà thủ ô

• **Nguyên liệu:** gà mái 1 con (nặng khoảng 1000g), thủ ô đã qua chế biến 30g, đương quy, cầu khởi mỗi loại 15g.

• **Chế biến:** Cắt tiết gà, làm sạch, bỏ nội tạng. Cho các vị thuốc bắc bọc vào miếng vải thưa, nhồi vào bụng gà, cho gà vào trong nồi đất, đổ nước vào đun, để lửa nhỏ cho đến khi thịt gà chín mềm, cho gia vị, muối, mì chính vừa miệng.

• **Cách dùng:** Uống canh, ăn thịt gà.

• **Công dụng:** Bổ âm, dưỡng khí, dưỡng tâm, ích trí. Có tác dụng trị liệu tương đối tốt đối với các bệnh như tim, gan, huyết hư, chóng mặt hoa mắt, hay quên, ngủ ít, hay ngủ mê.

Cầu khởi

- **Thành phần chủ yếu:** Cầu khởi chủ yếu chứa betanin, vitamin A, vitamin B₆, acid nicotinic, vitamin C, acid linoleic. Ngoài ra cầu khởi còn chứa nhiều loại acid amin, nhiều loại nguyên tố vi lượng và các chất có chức năng tăng cường miễn dịch như polisaccarit, taurin...



- Tác dụng chủ yếu: Đông y cho rằng, cầu khởi vị cam, tính bình, có công dụng bổ thận, ích tinh, kiện não, ích trí, dưỡng gan, sáng mắt, nhuận phế, tiết nước bọt...

+ Kiến não, trì hoãn quá trình lão hóa: Đông y cho rằng, cầu khởi thiên về bổ gan thận, bổ tinh huyết, ích trí tuệ. Cầu khởi phù hợp cho những người do bẩm sinh không khỏe mạnh dẫn đến trí lực chậm phát triển, các bệnh gan thận hư tổn, thiếu tinh huyết dẫn tới bị lão hóa sớm, tinh thần suy nhược, trí lực giảm sút. Chất taurin trong cầu khởi là chất dinh dưỡng quan trọng, chủ yếu có trong các loại thực phẩm, cơ thể người tự hợp thành rất ít nên phải dựa vào nguồn thức ăn hàng ngày, có tác dụng thúc đẩy sự phát triển trí lực và sự sinh trưởng của cơ thể.

+ Bồi bổ gan thận: Thực nghiệm chứng minh rằng, polisaccarit của cầu khởi có tác dụng bảo vệ tổn thương gan tính thực nghiệm, thúc đẩy sự tái sinh của tế bào gan, ức chế sự biến hóa của mỡ trong huyết tương và trong gan, thúc đẩy quá trình hồi phục vết thương.

+ Phòng chống bệnh ung thư: Cầu khởi cải thiện chức năng miễn dịch của cơ thể, nâng cao khả năng kháng bệnh, có tác dụng khống chế tế bào ung thư một cách rõ rệt.

- Giới thiệu thực đơn:

+ Cháo cầu khởi

• Nguyên liệu: Cầu khởi 30g, gạo 100g.



• Chế biến: Vo sạch gạo, cùng với cầu khởi cho vào trong nồi nấu thành cháo, khi cháo chín thì cho đường vào khuấy đều.

• Cách dùng: Ăn nóng, ăn vào bữa sáng hoặc tối.

• Công dụng: Phối hợp cầu khởi và gạo khi ăn sẽ nâng cao tác dụng bổ gan thận, thích hợp bồi bổ cho những người gan thận không tốt.

Hạt sùg

- Thành phần chủ yếu: Hạt sùg chủ yếu chứa tinh bột. Ngoài ra trong hạt sùg cũng có chứa các thành phần khác như protein, chất béo, canxi, phốt-pho, sắt, vitamin B₁, B₂, C, acid nicotinic, carotin..

- Tác dụng chủ yếu: Đông y cho rằng, hạt sùg vị cam, chất, tính bình, có công dụng bổ não, ích trí.

Phần lớn thành phần dinh dưỡng trong hạt sùg đều là những chất cần thiết cho sự phát triển của bộ não và trí lực, cũng là thành phần bổ ích cho sự tăng cường thể chất. Những lý luận của Đông y cho biết, thận là bộ phận nền tảng, là cái gốc của sự sống, là cội nguồn của tinh thần, còn tỳ là cái căn bản sau này. Hạt sùg vừa bổ thận, vừa kiến tỳ, có thể điều dưỡng cho cái nền tảng căn bản và cả cái căn bản sau này. Vì vậy, thường xuyên ăn hạt sùg sẽ giúp kiến não, ích trí, tăng cường trí nhớ, đồng thời có thể giảm bệnh tật, tăng cường sức khỏe, kéo dài tuổi thọ.

- Giới thiệu thực đơn:

+ Cháo nấu hạt sen, hạt sùg



• Nguyên liệu: Hạt sừng, hạt sen mỗi loại 30g, gạo nếp 60g, đường trắng 90g, nước muối hoa quế 6g.

• Chế biến: Vo sạch gạo nếp, hạt sen, hạt sừng rửa sạch, tất cả cùng cho vào nồi, đổ nước vào đun sôi nhỏ lửa rồi đun cho đến khi cháo chín, lấy lá sen phủ kín lên nồi cháo, 5 phút sau mở ra, cho đường, nước muối, hoa quế vào quấy đều là được.

• Cách dùng: Ăn vào bữa tối hoặc sáng.

• Công dụng: Trấn tĩnh, an thần, bổ huyết, ích khí, phù hợp cho trường hợp tỳ hư, mất ngủ, ngủ không yên giấc, tim đập nhanh, hoảng sợ, cơ thể suy nhược.

8. Làm thế nào để đảm bảo chế độ ăn uống cho người đột quy kèm theo bệnh tiểu đường?

Thức ăn cho người đột quy kèm theo bệnh tiểu đường cần phải nhạt hơn. Bình thường chủ yếu ăn thịt lợn nạc, thịt bò, thịt thỏ, chim bồ câu... hạn chế ăn thịt dê, cừu, thịt chó... và những loại thịt có tính nóng. Ăn nhiều hoa quả và các loại rau tươi, nhưng những loại có hàm lượng đường cao như dưa hấu thì cần phải hạn chế. Ăn chính phải định lượng, tăng lượng lương khô trong khẩu phần ăn một cách thích hợp.

9. Làm thế nào để bảo đảm ăn uống cho người bệnh đột quy kèm theo chứng mỡ trong máu cao?

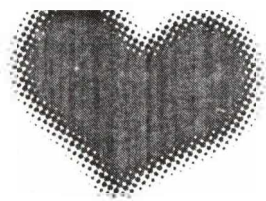
Người bệnh đột quy kèm theo chứng mỡ trong máu cao ngoài những vấn đề chú ý nêu ở trên, còn phải chú ý những điều sau:



- Ăn nhiều rau có chất xơ: Bởi vì những loại rau này có thể kích thích ruột, dạ dày nhu động, thúc đẩy quá trình tiêu hóa, giảm sự hấp thụ cholesterol, như rau diếp, rau xà lách, rau muống, rau cải thìa, rau cần...

- Ăn nhiều thức ăn có chứa iốt: Như rong biển, tảo... cũng có tác dụng giảm ít đi sự hấp thụ lượng cholesterol, phòng chống hoại tử động mạch.

- Các loại thực phẩm khác có tác dụng giảm béo như quả sơn tra, lá chè...



Chương sáu

ĐIỀU DƯỠNG TÂM LÝ CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY





1. Tại sao người bệnh đột quy dễ xuất hiện trạng thái tâm lý hoang mang, lo sợ?

- Người bệnh đột quy tồn tại một vấn đề tâm lý là lúc nào cũng nghĩ rằng bản thân mình đang rơi vào thế bất lực, luôn phải hy vọng đến sự giúp đỡ của người khác, khi có điều gì đó không hài lòng, người bệnh dễ nghĩ rằng phải chăng mọi người không tôn trọng mình? phải chăng mình trở thành gánh nặng mệt mỏi cho mọi người? Từ đó dễ tạo thành tâm trạng khủng hoảng, hoang mang, trực tiếp ảnh hưởng tới quá trình điều trị bằng thuốc và bằng luyện tập hồi phục chức năng.

- Khó chấp nhận sự kéo dài của quá trình luyện tập hồi phục sức khỏe: Người bị đột quy sau khi trải qua quá trình điều trị tại bệnh viện, bệnh tình đã trở nên ổn định, vẫn phải đối mặt với quá trình hồi phục sức khỏe lâu dài và nhiều khó khăn. Do di chứng của căn bệnh có thể dẫn đến tàn tật và bất tiện của cơ thể trong sinh hoạt hàng ngày, nên hầu hết người bệnh đều xuất hiện một số vấn đề tâm lý, như không đủ lòng tin vào khả năng thành công của việc luyện tập hồi phục sức khỏe. Do nỗi đau về thể chất mà gây ra sự mất lòng tin về tinh thần. Nếu như không kịp thời giải quyết những vấn đề về tâm lý này, sẽ trực tiếp ảnh hưởng đến sự hồi phục sức khỏe, giảm chất lượng của cuộc sống.

- Tổn thương chức năng não: Chức năng bộ não sau khi đột quy bị tổn thương nghiêm trọng, làm cho vấn đề về tâm lý càng trở nên trầm trọng hơn. Có thể xuất hiện



những triệu chứng tâm lý như dễ kích động, cười to, khóc to, trầm cảm, chán nản...

Cần phải hiểu rõ những nguyên nhân dẫn đến những vấn đề tâm lý của người bệnh, để từ đó giúp người bệnh dễ chung sống với bệnh tật và chiến đấu với bệnh tật hơn. Có thể điều trị chính xác, tích cực đối với từng nguyên nhân khác nhau, an ủi và động viên người bệnh, giúp họ trở về trạng thái tâm lý bình thường, thúc đẩy quá trình hồi phục sức khỏe một cách nhanh chóng và hiệu quả nhất.

2. Người bị đột quỵ có những biểu hiện tâm lý thất thường chủ yếu nào?

- Chứng trầm cảm: Trầm cảm là trở ngại tâm lý chủ yếu của người bệnh. Nó gây ra tác dụng phụ rõ rệt đối với quá trình điều trị, sự hợp tác, khả năng tự chăm sóc đúng cách cho mình của người bệnh... có ảnh hưởng lớn đến sự phát triển bệnh theo cả hai hướng tích cực và tiêu cực. Người bệnh không hiểu rõ về bệnh tình của mình, biểu hiện không có sự chuẩn bị tâm lý đầy đủ đối với căn bệnh, không thể giải thích được và phủ nhận bệnh tật, như phủ nhận cơ thể bị bại liệt hay coi thường nó.

- Phần lớn người bệnh rất nhanh chóng chuyển từ thái độ phủ nhận bệnh tật sang tâm lý phẫn nộ: "Tại sao lại làm cho tôi bị liệt thế này?". Tâm lý oán hận sẽ làm cho người bệnh trở nên bướng bỉnh, không chịu hợp tác, thậm chí còn không chịu ăn. Những người bệnh kèm theo sự trở ngại về ngôn ngữ và nhận thức không



thể giải quyết những áp lực tâm lý của mình, khi người thân hay những người xung quanh không hiểu ý họ, hoặc ép họ làm điều gì đó, họ sẽ biểu hiện những hành vi bồn chồn, phẫn nộ, không nghĩ đến hậu quả. Thậm chí còn có hành động tấn công để trút sự bất mãn ra ngoài, như nổi cáu, đánh người khác, chửi mắng, ném đồ vật, đặc biệt là trước mặt người nhà, những thái độ này càng tỏ rõ. Thực tế đó lại là lúc người bệnh cần được cảm thông và ủng hộ tâm lý nhất. Dành cho người bệnh sự quan tâm và hướng dẫn đúng mức, như: kể cho họ nghe những trường hợp người bị đột quỵ khác đã thành công thế nào trong quá trình luyện tập, lòng tin chiến thắng bệnh tật đối với người bệnh là cần thiết để quá trình trị liệu đạt hiệu quả cao nhất.

3. Những nguyên nhân chủ yếu nào dẫn đến tâm lý thất thường của người bệnh?

- Liên quan đến vị trí bộ phận bị bệnh: Não là trung khu khống chế hành vi của con người. Các chức năng tư tưởng, tình cảm, học tập, vận động... đều được định vị một cách chính xác ở trong bộ não. Một bộ phận nào đó ở não bộ phát bệnh hay bị thương, chức năng của bộ phận tương ứng sẽ gặp trở ngại.

- Liên quan đến tính cách người bệnh: Những người làm việc chăm chỉ, mạnh mẽ, hiếu thắng, làm việc với hiệu suất cao, khắt khe, cố chấp hay bồn chồn, đặc điểm tính cách của họ sẽ làm tăng thêm những vấn đề tâm lý khi mắc bệnh. Còn những người tính cách mềm



yếu, thì sau khi bị đột quy lại càng trở nên yếu đuối, phụ thuộc vào người khác.

- Liên quan đến phương pháp chăm sóc người bệnh: Sau khi người bệnh xuất viện về nhà, sự chăm sóc chu đáo, cẩn thận của người nhà có thể sẽ càng khiến cho người bệnh phụ thuộc, yếu đuối và cố chấp. Có những người bệnh không nhận được sự chăm sóc, quan tâm, thông cảm của người nhà, cảm thấy mình là gánh nặng của mọi người, sẽ dẫn đến những suy nghĩ bi quan, tự phụ, tự giày vò bản thân, trầm cảm, thậm chí là tự vẫn. Có một số trường hợp khác xuất hiện trạng thái thần kinh nghiêm trọng.

- Liên quan đến người bị đột quy: Bình thường người bệnh phải trải qua quá trình điều trị và hồi phục rất dài, nếu không nhận được sự quan tâm của những người đồng nghiệp cấp trên ở nơi họ làm việc và những khích lệ về kinh tế, người bệnh sẽ cảm thấy thất vọng và lạc lõng, không thể cân bằng được tâm lý, dẫn đến các tâm lý buồn rầu, sợ hãi, phẫn nộ, quá lo lắng, thậm chí còn bỏ điều trị và luyện tập.

4. Tại sao nói điều trị tâm lý cho người bị đột quy là phương thuốc tốt nhất?

Sau khi bị đột quy, hầu hết người bệnh sẽ gặp trở ngại các chức năng như: trở ngại về nhận biết, bị liệt, trở ngại chức năng cân bằng và điều hòa, trở ngại chức năng vận động (như run, phản xạ tay chân chậm chạp, co giật...). Cho dù xuất hiện bất cứ trở ngại chức năng



nào cũng ảnh hưởng lớn đến cuộc sống của người bệnh. Có những người hoàn toàn không thể tự lo cho bản thân mà phải dựa vào người khác.

Trong nhà có người bệnh phải nằm liệt giường thì việc tạo không khí ấm cúng trong gia đình là có ý nghĩa quan trọng. Việc chăm sóc, người bệnh phải phân công hợp lý cho từng thành viên trong gia đình, điều này không những cần thiết để giảm bớt lượng công việc cho người chăm sóc mà còn cần thiết cho tâm lý và tinh thần của người bệnh. Việc ăn ở đi lại của người bệnh vốn không dễ dàng, mọi thứ đều phải dựa vào người chăm sóc, nếu như thái độ của người chăm sóc không tế nhị, sẽ rất dễ tác động đến người bệnh, dẫn đến cảm giác đau khổ và cô đơn của người bệnh sẽ ngày càng tăng lên. Ngược lại, nếu người nhà luôn an ủi đồng tình, yêu thương chăm sóc sẽ giúp cho người bệnh xây dựng lòng tự tin và chiến đấu với bệnh tật, khích lệ người bệnh có dũng khí đứng lên làm lại cuộc sống mới.

Giúp đỡ người bệnh sớm hồi phục chức năng, người nhà bệnh nhân cần tích cực phối hợp với các y bác sỹ và bác sỹ trị liệu hồi phục. Về mặt kinh tế, nên dành cho người bệnh sự ủng hộ đầy đủ, đồng thời phải dành ra quỹ thời gian nhất định để quan tâm và giúp đỡ người bệnh, giúp người bệnh có lòng tin chiến thắng bệnh tật và mau chóng hồi phục.

Với sự hướng dẫn của các bác sỹ trị liệu, căn cứ vào tình trạng bệnh thực tế của người bệnh, người nhà phải cải tạo lại hoàn cảnh, chỗ ở cho phù hợp, để cho người



bệnh sau này có thể tự lo liệu được cho bản thân, giảm bớt sự phụ thuộc vào người khác. Sự ủng hộ hết mình của người nhà là sự mở đầu tốt đẹp và bảo đảm tốt nhất cho người bệnh, hướng tới sự hồi phục và trở về với xã hội. Thực tiễn cho thấy, sự nỗ lực theo cách này còn tốt hơn cả những phương thuốc tốt nhất. Sức mạnh kỳ diệu của tình thân, tình yêu và không khí ấm áp của gia đình sẽ tốt hơn cả những liều thuốc tốt nhất.

5. Người nhà bệnh nhân làm thế nào để giúp đỡ người bệnh khắc phục những trở ngại về tâm lý?

Khi người bệnh vui vẻ, hãy khéo léo hỏi người bệnh khi có tâm trạng khó chịu thì họ thường nghĩ điều gì? khi người bệnh đang bình tĩnh, khi họ buồn và khóc thì họ đang nghĩ cái gì?. Từ đó biết cách chăm sóc, an ủi động viên một cách hiệu quả. Tránh sự hiểu lầm của người bệnh về sự thương hại hay trách nhiệm đối với họ. Mặt khác, nếu những lời động viên an ủi không khéo léo, chân thành, rất dễ làm phản tác dụng, không những không ổn định tâm lý người bệnh, mà còn làm người bệnh thêm tiêu cực, chán nản, mất lòng tin... Ngoài ra, cần phải xem các thành viên trong gia đình bao gồm cha mẹ, vợ hoặc chồng, con cái đã thực sự quan tâm, yêu thương người bệnh hay chưa? Cơ quan đoàn thể đã quan tâm kịp thời giúp đỡ giải quyết những khó khăn cho người bệnh hay chưa? Xã hội đã đón nhận người bệnh và dành cho họ điều kiện sống và làm việc thích hợp hay chưa? Những điều này đều có



ảnh hưởng đến tình cảm và lòng tin vào sự hồi phục của người bệnh.

Hiện nay, những nơi định cư riêng của những người nước ngoài hầu hết đều có những tổ chức dành cho người bệnh đột quỵ, như các câu lạc bộ (hoặc gọi là trung tâm giải trí). Câu lạc bộ tổ chức định kỳ những hoạt động giải trí và giao lưu. Ngoài ra còn có hoạt động của đội ngũ bác sỹ, y tá tình nguyện tham gia tư vấn, kể chuyện về những tấm gương và sự động viên của những người bạn cùng bị bệnh khác có khi còn có hiệu quả hơn từ những người thân và có khi quan trọng hơn sự hướng dẫn của các bác sỹ. Vì vậy, người nhà nên động viên bệnh nhân tích cực tham gia những hoạt động tập thể như thế này.

Khi chứng trầm cảm trở nên nặng hơn, nên theo sự hướng dẫn của bác sỹ để cho người bệnh uống thuốc chống trầm cảm. Ngoài ra, nếu cần thiết, người nhà nên giúp đỡ người bệnh chấp nhận điều trị theo sự hướng dẫn của các bác sỹ chuyên gia về tâm lý.

6. Có những phương pháp trị liệu tại nhà nào cho những thất thường về tâm lý của người bị đột quỵ?

- Đưa ra những tấm gương: Người bị liệt nửa người sau khi bị đột quỵ, sau khi trải qua một thời gian trị liệu hồi phục chính quy, hầu hết các chức năng đều hồi phục rất nhanh. Người nhà khi đưa theo bệnh nhân đến bệnh viện thăm bệnh có thể sẽ gặp nhiều trường hợp cũng mắc phải bệnh này. Thường xuyên kể cho bệnh



nhân nghe những trường hợp bệnh như thế có thể tăng lòng tự tin vào sự hồi phục của người bệnh, hóa giải và xóa bỏ một số ảnh hưởng không tốt. Khi cần thiết có thể mời những người từng bị đột quỵ và đã khỏi bệnh tới để lấy họ làm gương, thuyết phục người bệnh.

- Động viên người bệnh: Người bệnh trong quá trình luyện tập, chỉ cần có một chút tiến bộ thì cũng coi đó là cả một tiến bộ lớn và dành cho nó sự khẳng định đặc biệt. Điều đó có tác dụng cổ vũ cho người bệnh. Vạch ra một kế hoạch thích hợp khiến cho người bệnh cảm thấy mỗi một ngày trôi qua đều có thật nhiều việc có nghĩa và có hứng thú, khiến cho người bệnh cảm nhận được sự phong phú của cuộc sống và cảm giác về thành quả.

- Tham gia các hoạt động giải trí: Khi có thời gian, nên đưa người bệnh đi hóng mát, dạo công viên, tham gia các hoạt động thể thao, văn nghệ thích hợp... Cho dù chỉ là đi xem thì nó cũng có tác dụng khơi gợi tâm lý rất lớn đối với người bệnh. Tham gia câu lạc bộ của người bị đột quỵ, để cho họ có thời gian họp mặt nhất định, động viên và hướng dẫn họ biểu đạt tình cảm của mình ra ngoài, đồng thời trao đổi kinh nghiệm và cơ hội điều trị hồi phục, có thể có tác dụng thúc đẩy tâm lý tích cực.

- Thực hiện sự gợi mở tâm lý: Các chuyên gia tâm lý phân tích nguyên nhân dẫn đến những trở ngại về tâm lý, hiểu được người bệnh do bệnh tình phát triển mà xuất hiện một loạt các trạng thái hoạt động tâm lý, bên



cạnh đó hướng dẫn người nhà làm tốt công việc hồi phục sức khỏe tâm lý.

7. Làm thế nào để giúp người bệnh xây dựng được lòng tin?

Bệnh nhân sau khi đột quỵ bị liệt nhưng tinh thần và tâm trí tỉnh táo, không có trở ngại về tư duy, thường do sự mất đi hoặc giảm chức năng vận động mà bị quan, thất vọng, mất đi sự tự tin, lo lắng chán nản... Tâm lý tiêu cực đó sẽ ảnh hưởng không tốt đến việc điều trị, giấc ngủ và cảm giác thèm ăn của người bệnh. Cần thiết phải giúp người bệnh loại bỏ những tâm lý bị quan đó. Các nhân viên y tế, người nhà bệnh nhân và cơ cấu phục vụ xã hội nên quan tâm và làm nhiều việc có ý nghĩa cho người bệnh.

- Tích cực điều trị các bệnh có thể dẫn đến đột quỵ: Chú ý tích cực điều trị các bệnh dẫn đến đột quỵ, kiên trì phát hiện sớm, trị liệu sớm, không nên có tâm lý "cơ may", tiến hành phòng chống bệnh mà lại chữa trị không đúng phương pháp. Quá trình điều trị phải giảm những di chứng về sau, tránh phát sinh bội phát.

- Tiến hành chăm sóc và nâng cao chất lượng cuộc sống: Tạo ra một bầu không khí tình cảm ấm áp. Trong môi trường được nhiều người chăm sóc, người bệnh sẽ dễ dàng vượt qua được sự cô đơn và lẻ loi, tìm được niềm an ủi cho tinh thần và sự giúp đỡ về tâm lý, bù đắp cho những khó khăn mà sự tàn tật mang lại, xây dựng lòng



tin vào cuộc sống. Sắp xếp việc ăn ở thật tốt cho người bệnh, rồi tiến hành chăm sóc chu đáo cho họ.

- Tiến hành luyện tập hồi phục sức khỏe sớm: Cùng với sự ổn định của bệnh tình và sự chuyển biến tốt về mặt tâm lý, phải từng bước khiến cho người bệnh đối mặt với sự tàn tật một cách lý tính. Động viên họ tích cực phối hợp điều trị với các nhân viên điều trị, để sớm bước sang giai đoạn luyện tập chữa trị hồi phục. Khắc phục sự teo cơ phế bỏ và cho tới sự co rút và xơ cứng khớp xương, giảm mức độ tàn tật ở mức độ lớn nhất. Tổ chức những hoạt động giải trí thích hợp, tăng sự hứng khởi với cuộc sống, khiến cho những người bị liệt cùng thúc đẩy cho nhau, tăng cao nhận thức tham gia các hoạt động tập thể, xóa bỏ tâm lý tự ti. Nhiều tài liệu chứng minh rằng, sử dụng trị liệu vận động, các bài tập, hướng dẫn tâm lý đúng lúc sẽ có tác dụng rõ ràng đối với cải thiện chức năng cơ thể, nâng cao khả năng phục hồi, cải thiện những tâm lý tiêu cực.

8. Thực hiện điều trị tâm lý khi người bệnh đang nằm viện như thế nào?

Trạng thái tâm lý của người là sự biểu hiện của hoạt động chức năng thần kinh tổ chức não, là một trong những chức năng thần kinh của não. Sau khi bị đột quỵ, do chức năng thần kinh não bị tổn thương, mang lại nhiều sự biến đổi tâm lý với những mức độ khác nhau. Mà sự biến đổi tình cảm tâm lý này trực tiếp ảnh hưởng



đến quá trình điều trị và hồi phục sức khỏe của người bệnh, vì vậy điều trị tâm lý thực tế có ý nghĩa quan trọng. Chữa trị tâm lý gồm có nhiều mặt, nhân viên điều trị và người nhà bệnh nhân cần phải nghiêm túc và thường xuyên lưu ý.

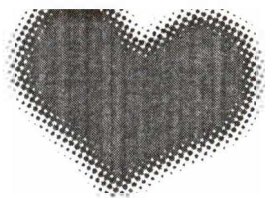
- Nhân viên điều trị nên coi trọng điều trị tâm lý: Nhân viên điều trị phải luôn có thái độ quan tâm tận tình với người bệnh, đối xử với họ một cách chân thành, thân thiện nhất. Thường xuyên vào phòng bệnh thăm hỏi bệnh nhân, giao lưu nhiều với người bệnh; kịp thời nói rõ tình trạng bệnh cho người bệnh và người nhà, nói rõ ý nghĩa chủ động kết hợp điều trị, động viên người bệnh phối hợp với nhân viên điều trị, tăng cường lòng tin chiến thắng bệnh tật.

- Người bệnh phải chú ý tự điều chỉnh tâm lý, giữ trạng thái tâm lý tốt và tình cảm ổn định: Nắm bắt chính xác bệnh tình, giữ tình cảm lạc quan vui vẻ, chủ động điều trị kết hợp với các bác sỹ, chuyên tâm chữa bệnh, bỏ qua những suy nghĩ phức tạp; nên dựa vào bệnh tình của mình mà kiên trì luyện tập bị động hoặc chủ động, cố gắng hết khả năng có thể của mình.

- Người nhà nên phối hợp điều trị tâm lý một cách chặt chẽ: Trong cuộc sống hằng ngày, người bị đột quỵ không thể tự chăm sóc hay cơ bản không thể tự chăm sóc cho mình, tâm lý sẽ vô cùng ức chế và đau khổ. Khi đó, thái độ và biểu hiện tình cảm của người nhà đều có thể dẫn đến những ảnh hưởng rất lớn tới người bệnh. Vì thế, người nhà phải nắm bắt được tâm lý



người bệnh, thường xuyên tiếp xúc và nói chuyện cùng họ để dẫn dắt, an ủi và động viên họ. Tuyệt đối tránh những lời nói làm tổn thương tình cảm và lòng tự ti của họ. Đặc biệt là đối với những người bệnh không thể tự lo cho bản thân, khi cho người bệnh ăn, cho uống thuốc hay tắm cho người bệnh, đưa người bệnh đi vệ sinh, giúp người bệnh trở mình... không nên tỏ thái độ khó chịu. Điều đó sẽ giúp ích cho trạng thái tâm lý tốt của người bệnh, xây dựng lòng tin chiến thắng bệnh tật.



Chương bảy

SINH HOẠT HÀNG NGÀY MỘT CÁCH ĐIỀU ĐỘ VỚI NGƯỜI BỊ BỆNH ĐỘT QUY





1. Giấc ngủ có vai trò như thế nào đối với bệnh nhân đột quỵ?

- Theo Đông y, vì có sự chuyển dịch thời gian giữa ngày và đêm nên có sự ngủ và tỉnh giấc. Sống trong thế giới tự nhiên, từng giây từng phút con người chịu ảnh hưởng của tự nhiên. Vì sự xoay chuyển của mặt trăng, mặt trời, ngày và đêm cũng lần lượt thay thế cho nhau, có sự biến đổi bốn mùa, vì vậy con người cũng có sự vận động từ ngủ đến thức giấc. Trong cuốn “Linh khu khẩu vấn” có viết: “Nửa đêm, mặt trời đã tắt, mặt trăng lên, con người chìm vào giấc ngủ; ban ngày, mặt trăng lặn, mặt trời mọc, con người tỉnh giấc”.

- Thời gian ngủ có liên quan đến thể trạng của mỗi người. Trong cuốn “Hoàng đế nội kinh” đã chỉ ra: “Người hay nằm, hà cốt coi khí là lẽ tự nhiên; người dạ dày lớn, ruột ngắn mà da lại sần sùi, cơ thể không cân đối thì hơi lưu lại trong dạ dày càng lâu, da càng sần sùi, tinh thần không minh mẫn, thường hay buồn ngủ, dẫn đến tình trạng ngủ nhiều. Những người ruột và dạ dày bé, da mịn màng, cơ thể cân đối, thường ngủ ít. Nguyên nhân của hiện tượng ngủ ít và nhiều ở đây là do kích thước to, nhỏ khác nhau của ruột và dạ dày, ruột và dạ dày to thường là những người béo và ngược lại. Quy luật của cuộc sống là như vậy, người béo thường dễ ngủ và giấc ngủ dài, người gầy thì khó ngủ và giấc ngủ ngắn”.

- Hiệu quả và thời gian của giấc ngủ có liên quan đến độ tuổi. Người già, cơ thể đã suy yếu, thời gian và



chất lượng giấc ngủ giảm, vì vậy cần ngủ nhiều, đặc biệt là không được bỏ giấc ngủ trưa. Người già trên 60 tuổi cần ngủ nhiều hơn, từ 60 - 70 tuổi một ngày nên ngủ 9 tiếng, 70 - 90 tuổi một ngày nên ngủ 10 tiếng, trên 90 tuổi một ngày nên ngủ 10 - 12 tiếng, không ngủ dưới 10 tiếng. Những người không nằm trong độ tuổi kể trên cũng thường không có thời gian ngủ quy định tuyệt đối nào. Ví dụ người ốm hay mới khỏe cũng cần ngủ nhiều một chút. Có người một ngày ngủ trên 10 giờ nhưng vẫn thấy tinh thần không minh mẫn, làm việc không có hiệu quả. Ngược lại, có người một ngày ngủ 4 - 5 giờ vẫn thấy minh mẫn, làm việc hiệu quả.

- Giấc ngủ cũng cần điều chỉnh phù hợp với sự thay đổi của thời tiết trong 4 mùa.

2. Tại sao giấc ngủ trưa lại quan trọng?

Theo “Tứ ngọc thư” của y học phương Đông, đêm, sáng sớm và trưa con người đều cần phải ngủ. Tuy nhiên những năm gần đây, do ảnh hưởng của văn hóa các nước phương Tây, cho rằng ngủ trưa là biểu hiện của sự lười nhác, vì vậy không nên ngủ trưa. Y học phương Đông vẫn cho rằng, cần phải duy trì giấc ngủ trưa. Ở những nước phát triển như Mĩ, Nhật, vì làm việc quá căng thẳng và những bệnh về mạch máu não đã gây ra hiện tượng đột tử vào ban ngày, xảy ra nhiều trong khoảng thời gian 2 - 3 giờ chiều, đồng thời đây cũng là khoảng thời gian xảy ra nhiều tai nạn xếp thứ hai trong ngày. Vì vậy những quốc gia này cũng bắt đầu



công nhận tầm quan trọng của giấc ngủ trưa. Đặc biệt là người già, rất cần ngủ trưa.

3. Giấc ngủ có những đặc điểm gì cần lưu ý?

- Những điều cấm kỵ trước khi ngủ: Trước khi ngủ không ăn quá no, hay để bụng quá đói; không uống trà đặc, cà phê; trước khi ngủ không làm gì kích thích cảm xúc; không đọc sách; không hoạt động quá mạnh.

- Khi ngủ, không hướng mặt về phía cửa sổ, hướng gió; không quay về hướng đèn; không há mồm khi ngủ; không trùm chăn qua đầu khi ngủ.

- Sau khi thức giấc không nên nằm lâu trên giường, không ngủ cô, đặc biệt mùa hè nên dậy sớm.

4. Vì sao không nên thức đêm?

Nếu liên tục thức đêm, ngày lại không nghỉ ngơi đầy đủ, dần dần sẽ hình thành thói quen, dẫn đến số lần nhân cầu chuyển động tăng lên, tỷ lệ nhân cầu chuyển động chiếm phần lớn trong một giấc ngủ, tăng từ 18,9 - 22% lên hơn 40%. Vì nhân cầu chuyển động và mơ có quan hệ với nhau, nên những người hay thức đêm thường mơ trong khi ngủ. Hậu quả là toàn thân mệt mỏi, giảm khả năng tập trung, tinh thần không ổn định, luôn cảm thấy bất an. Mỗi dịp tết hay ngày lễ, đều có người già mắc bị đột quy vì làm việc quá sức.

5. Một giấc ngủ đúng cách cần những yêu cầu gì?

- Độ cao của giường thích hợp, khoảng 0,4 - 0,5m, độ rộng phù hợp với thân người, khoảng 0,4 - 0,5m; giường



không quá cứng cũng không quá mềm. Giường rộng khi ngủ sẽ thoải mái hơn, giường quá mềm gây ra hiện tượng kéo dãn xương sống và dây chằng, một thời gian sẽ gây ra bệnh về xương cổ và xương thắt lưng, đặc biệt là bệnh về xương sống, ảnh hưởng đến việc động mạch cung cấp máu, gây ra bệnh đột quy.

- Khi nằm ngủ, độ cao của gối nên ngang bằng với độ cao của vai. Không nên nghĩ rằng gối cao là tốt. Cuốn “Hiển Đạo Kinh” có nói: “gối cao gan nhỏ, gối thấp phổi bé”. Gối quá cao dễ gây ra hiện tượng ngáy, não thiếu oxy, một thời gian dài sẽ gây ra hiện tượng thiếu máu não thậm chí (TIA).

- Căn cứ vào tình trạng của mỗi người để chọn gối sao cho phù hợp. Người mắc bệnh tiểu đường nên chọn gối làm bằng da xanh hoặc da đen; người cận thị hay viễn thị nên chọn gối làm từ hoa cúc hay quyết minh tử; người cao huyết áp nên chọn gối làm từ vỏ khô hoặc con tằm; người tinh thần không tốt có thể chọn gối làm từ đá nam châm hay cây bách.

6. Vì sao trước khi ngủ phải giữ cho tinh thần thoải mái?

Trước khi ngủ nên giữ tinh thần thoải mái. Cổ nhân đã từng tổng kết kinh nghiệm ngủ thành Giác ngủ, và 10 điều cấm kỵ khi ngủ. Trong đó nguyên tắc thứ ba nói rằng, trước khi ngủ không nên tức giận. Các chuyên gia về dưỡng sinh cũng đều nhất trí cho rằng, trước khi ngủ nên giữ tinh thần thoải mái. Nếu tâm trạng kích động, lo lắng bất an, sẽ dễ dẫn đến khó ngủ ngủ không sâu,



ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ. Không chỉ tức giận, bất cứ thay đổi tâm tư tình cảm nào cũng dẫn đến khí huyết thay đổi, gây mất ngủ. Do đó để đảm bảo chất lượng giấc ngủ, thì đầu tiên tâm phải ngủ, sau đó mắt mới ngủ. Nghĩa là trước khi ngủ nên giữ cho tâm trạng thoải mái, tránh hưng phấn, kích động. Vậy phải làm thế nào để tâm ngủ? Trước khi ngủ, nên điều chỉnh các hoạt động giải trí đòi hỏi tập trung tinh thần cao độ như cờ vua, mạt chược, chơi bài... Nếu chơi các trò chơi này quá lâu, sẽ gây hoa mắt chóng mặt, khó ngủ. Đối với người trung niên, người cao tuổi bị các chứng bệnh như cao huyết áp, xơ vữa động mạch, nếu tập trung tinh thần cao trong thời gian dài, đặc biệt là việc thua hay thắng liên tiếp đều có thể dẫn đến tâm trạng bị kích thích. Cũng có thể vì lý do đó mà gây đau thắt ngực, tăng huyết áp, thậm chí là đột quy dẫn đến tử vong.

7. Việc sắp xếp chế độ nghỉ ngơi hợp lý cho người bị đột quy có vai trò quan trọng như thế nào?

Việc sắp xếp hợp lý chế độ nghỉ ngơi cho bệnh nhân bị đột quy có thể giúp họ từng bước phục hồi và hoàn thiện thói quen sống hàng ngày, sáng, trưa, chiều, tối làm những gì? Một thời gian sau còn có thể điều chỉnh hoặc thay đổi các hoạt động đó. Làm cho cuộc sống của họ có ý nghĩa, phong phú và thú vị hơn.

Đối với bệnh nhân bị đột quy vừa xuất viện về nhà thì việc sắp xếp một thời gian biểu nghỉ ngơi hợp lý vô cùng quan trọng. Thời gian biểu sẽ giúp bệnh nhân



hoàn thành đúng giờ các công việc đã được đặt ra từ trước. Nội dung của thời gian biểu có thể do bệnh nhân hoặc người nhà ghi ra, bao gồm tắm, thay quần áo, tập luyện và ăn cơm. Thời gian của thời gian biểu nên sắp xếp một cách hợp lý, thoải mái, vì đây không phải là hình thức kiểm tra năng lực. Mục đích của nó là tổng hợp những việc cần làm trong ngày của người bệnh để cuộc sống có ý nghĩa, từ đó nâng cao hiệu quả trị liệu.

Ngoài ra, mỗi tháng có thể liệt kê những hoạt động đặc biệt cần làm trong tháng đó, như gặp gỡ bạn bè, đi khám... Việc lập một thời gian biểu là cần thiết, để nhắc nhở bản thân hôm nay phải chú ý việc gì, trong đó gồm cả việc uống thuốc. Người nhà bệnh nhân có thể giúp họ viết những mẫu ghi chú nhỏ dán trên bàn hoặc dán cạnh tivi, nơi họ có thể dễ dàng nhìn thấy. Đặt đồng hồ báo thức cho mỗi kế hoạch cũng là một cách hay. Lập một thời gian biểu nghỉ ngơi hợp lý có thể giúp bệnh nhân dễ dàng đạt được mục tiêu hồi phục sức khỏe do bác sỹ đề ra.

Nếu muốn thời gian biểu của mình đạt được kết quả tốt nhất, cuối tuần có thể làm một tổng kết nhỏ, xem có cần điều chỉnh hay thay đổi thời gian biểu của các hoạt động như văn nghệ, thăm bạn bè, ăn cơm, uống thuốc, thăm khám bác sỹ. Kiểm tra lại xem việc sắp xếp như vậy có khiến cho bạn mệt mỏi, đau đầu hay không? Khi bệnh nhân thực sự cảm thấy mệt mỏi, có cảm giác đau đầu thì thời gian biểu đó sẽ giúp bác sỹ điều trị của bạn tìm ra nguyên nhân khiến bạn có những triệu chứng đó.



Từ đó có thể giúp bác sỹ đưa ra những kết luận chính xác cũng như thay đổi phương pháp điều trị phù hợp.

8. Vào mùa xuân nên có chế độ chăm sóc đối với bệnh nhân bị đột quy như thế nào?

Mùa xuân là mùa vạn vật sinh sôi nảy nở. Bệnh nhân đột quy cũng cần phải thay đổi mọi hoạt động để thích nghi với không khí tràn đầy sức sống của mùa xuân, để có một cuộc sống thoải mái, lạc quan, yêu đời. Vì vào mùa xuân, dương khí trong cơ thể thường tăng cao, do đó cần tránh cho bệnh nhân xuất hiện những tâm lý bực tức, chán nản, tránh làm cho bệnh tình trở nên nghiêm trọng, tái phát bệnh. Nên thường xuyên đưa bệnh nhân ra ngoài đi dạo, tham gia vào các hoạt động ngoài trời. Nếu bệnh nhân có thể vận động nhẹ, thì nên khuyến khích họ đi bộ, để thúc đẩy hồi phục sau di chứng. Mùa xuân còn làm cho con người trở nên lười nhác, thích nghỉ ngơi. Những người bị chứng đột quy nên dậy sớm, mặc các loại quần áo thoải mái, thường xuyên ra ngoài, vận động cơ thể. Tuy nhiên. Nên chú ý giữ ấm cơ thể khi ra ngoài vì mùa xuân thời tiết hay thay đổi. Đối với người bị đột quy thì việc bị nhiễm lạnh là nguyên nhân làm cho bệnh tình trở nên nghiêm trọng, tái phát bệnh. Ngoài ra, cần khống chế lượng vận động của cơ thể, không để bệnh nhân vận động mạnh, nên vận động từ từ, chú ý lau khô mồ hôi sau khi vận động, để tránh bị trúng gió. Về dinh dưỡng, cần chú ý không nên dùng quá nhiều thuốc và các thực phẩm bổ dưỡng. Nên ăn nhiều rau xanh như cà rốt, bắp cải, giảm



các loại thực phẩm mang tính hàn, chứa nhiều dầu mỡ để tránh ảnh hưởng tới dạ dày.

9. Vào mùa hè nên có chế độ chăm sóc đối với bệnh nhân bị đột quỵ như thế nào?

Mùa hè là thời điểm nóng nhất trong năm, khí hậu oi bức, khiến tâm trạng con người dễ bực tức, cáu giận. Bệnh nhân ra mồ hôi nhiều, tâm lý cũng dễ bị ảnh hưởng, làm nảy sinh các triệu chứng tâm lý tiêu cực. Khi đó nên kiên trì rèn luyện cơ thể, tránh để bị ảnh hưởng bởi điều kiện khách quan. Dự trữ năng lượng cần thiết cho cơ thể để chuẩn bị cho mùa thu và mùa đông. Nếu thời tiết quá nóng, có thể để bệnh nhân ở trong phòng điều hòa, nhưng chú ý điều chỉnh nhiệt độ trong phòng ở mức thích hợp, không chênh lệch quá lớn giữa nhiệt độ trong phòng và nhiệt độ bên ngoài. Ban đêm nên giữ nhiệt độ trong tránh mát mẻ, không nên mở điều hòa quá lâu. Do mùa hè oi bức nên cần khống chế lượng vận động và thời gian vận động của bệnh nhân, phòng bị cảm nắng. Tốt nhất là nên luyện tập vào lúc thời tiết mát mẻ như sáng sớm hoặc chiều tối. Sau khi vận động, cơ thể ra nhiều mồ hôi, cần kịp thời bổ sung một chút nước muối. Nên tắm bằng nước ấm để giảm các triệu chứng mệt mỏi, tránh bị trúng gió, tránh ảnh hưởng đến việc hồi phục chức năng vận động của các chi, tránh bị cảm lạnh. Vào mùa hè, chức năng tiêu hóa của cơ thể cũng giảm sút, vì vậy trong ăn uống nên chọn các thức ăn mát, ít béo, để giúp bệnh nhân hấp thu được tốt hơn. Nên ít dùng các loại thuốc có tính hàn, tránh



làm ảnh hưởng đến dương khí. Khi bổ sung lượng nước cho cơ thể, nên chọn các loại thực phẩm mát như dưa hấu, canh đậu xanh...

10. Vào mùa thu nên có chế độ chăm sóc đối với bệnh nhân bị đột quỵ như thế nào?

Mùa thu là thời điểm giao mùa, khí hậu từ nóng chuyển sang mát mẻ, se lạnh. Thời tiết thay đổi thất thường, lúc nắng, lúc mưa. Sự thay đổi này cũng có ảnh hưởng đến tâm tư của con người, đặc biệt là với bệnh nhân bị đột quỵ. Vì hoạt động của cơ thể không thuận tiện, rất dễ cảm thấy buồn chán, thậm chí đau khổ tuyệt vọng. Do vậy khi mùa thu đến, nên nuôi dưỡng cho bệnh nhân tinh thần lạc quan. Khi thời tiết tốt nên đưa bệnh nhân ra ngoài đi dạo, ngắm cảnh, giúp bệnh nhân cảm thấy thoải mái và có tâm trạng ổn định. Mùa thu thường là mùa có tỷ lệ phát bệnh cao, thời gian phát bệnh thường là sau khi người bệnh ngủ dậy. Vì thế nên nhắc nhở bệnh nhân dậy sớm, để giảm nguy cơ gây bệnh. Khi đưa bệnh nhân ra ngoài, nên tránh để bệnh nhân vận động nhiều. Tuy nhiên nếu thời tiết mát mẻ, có thể từng bước tăng lượng vận động của bệnh nhân. Đây là thời gian thích hợp nhất để hồi phục chức năng vận động. Cần động viên bệnh nhân tham gia vào các hoạt động ngoài trời, đồng thời nhắc nhở bệnh nhân chú ý bổ sung nước kịp thời, bởi vì mùa thu thời tiết khô, dễ khiến cho da bị nứt nẻ và bị táo bón. Trong ăn uống nên chú ý cho bệnh nhân ăn những thực phẩm bổ phổi, bổ âm như đào lộn hột,



vùng, lê... Đối với người già bị đột quỵ, nên dùng thêm một số thực phẩm bổ dạ dày, đồng thời nhắc nhở bệnh nhân ít ăn đồ lạnh.

11. Vào mùa đông nên có chế độ chăm sóc bệnh nhân đột quỵ như thế nào?

Mùa đông thời tiết lạnh giá, vạn vật trong trạng thái yên tĩnh, giấu mình, tạo cho con người cảm giác lạnh lẽo. Đối với người bị đột quỵ, trong mùa đông nên luyện tập một số động tác nhẹ nhàng trong nhà. Có thể luyện thư pháp, hội họa hay nói chuyện với người thân, vừa là luyện khả năng giao tiếp, vừa giúp tinh thần thoải mái. Tuyệt đối không được vì trời lạnh mà không vận động rèn luyện cơ thể. Mùa đông người bệnh có thể ngủ sớm và dậy muộn hơn bình thường một chút, tăng thời gian ngủ dưỡng sức. Ban ngày khi mặt trời lên, nên khuyến khích người bệnh tham gia các hoạt động ngoài trời, chú ý phải mặc đủ ấm, tránh bị nhiễm lạnh. Khi kết thúc bài thể dục hay hoạt động rèn luyện, cần lập tức thay quần áo khác, không mặc quần áo đã dính mồ hôi. Trong thời gian này nên cung cấp thêm dinh dưỡng vào khẩu phần ăn của bệnh nhân, tăng cường ăn thịt nạc, cá, không ăn đồ đóng hộp, đồ khô, tránh tình trạng cơ thể ngủ đông, càng tăng nguy cơ bị đột quỵ. Chú ý rau vẫn là thành phần chính trong mỗi bữa ăn, đồng thời cũng cần bổ sung thêm các món ăn sao cho phù hợp với khẩu vị người bệnh.



12. Thay đổi sinh hoạt hàng ngày theo mùa (theo y học phương Đông) như thế nào?

Nguyên tắc điều chỉnh sinh hoạt: mùa xuân và mùa hè chú ý dương khí, mùa thu và mùa đông chú ý âm khí.

Hai mùa xuân và hạ, thời tiết chuyển từ lạnh sang ấm, ấm sang nóng, cũng là mùa cơ thể con người phát triển. 3 tháng mùa xuân, vạn vật sinh sôi, tỉnh giấc sớm, kích thích tinh thần con người. Sinh mà không tử, mâu thuẫn mà không đấu tranh, thưởng thức mà không trừng phạt, tiết trời mùa xuân cũng thích hợp cho việc dưỡng sinh. Nên coi trọng việc dậy sớm, ra ngoài thưởng thức bầu không khí trong lành, thời tiết dễ chịu, thường xuyên tập thể dục. Tuy nhiên không nên cởi áo khoác ra quá sớm. 3 tháng mùa hè, trời đất giao thoa, vạn vật sớm bùng tỉnh, mọi ưu phiền được trút bỏ, con người trở nên minh mẫn tràn trề sinh lực. Vì vậy, mọi người nên giữ sự yên tĩnh trong tâm hồn, bình lặng, giảm thiểu sự cáu giận. Mùa hè cũng nên thay đổi cách vận động, tránh nắng, bởi ánh nắng không tốt cho thần khí, làm bất kỳ hoạt động gì cũng phải tránh khoảng thời gian nắng gay gắt. Sau khi ăn trưa, ngủ trưa, không nên nằm quá lâu, không ngủ ngoài trời và ngủ trong phòng kín và bật quạt, cơ thể rất dễ bị nhiễm lạnh, hay nghiêm trọng hơn là cơ thể bị nhiễm lạnh đồng thời toát mồ hôi, dễ mắc bệnh phong thấp, trở ngại ngôn ngữ, tứ chi tê liệt.

Mùa thu và mùa đông, tiết trời dần se lạnh, cần hết sức chú ý giữ gìn sức khỏe. 3 tháng mùa thu, nên ngủ sớm dậy sớm, sẽ khiến tinh thần dễ chịu, lợi dụng tiết



trời mát mẻ của mùa thu để bổ sung thân khí cho cơ thể, làm sạch khí huyết lưu thông trong phổi. Nếu biết dựa vào ưu điểm về khí hậu của mùa thu để chữa bệnh, sẽ thu được kết quả khả quan. Trong cuốn “Tố vấn”, luận bàn về bốn loại khí giúp điều hòa tinh thần có nói rằng, mùa thu nên dậy sớm, nếu có thời gian có thể đi bộ lên những ngọn núi cao, nhìn ra xa, để làm cho tinh thần cơ cảm giác thoải mái hơn. Tiết trời mùa thu tương đối mát, do đó nên chú ý giữ ấm cho cơ thể. Tuy nhiên không nên mặc quá nhiều, nếu không sẽ dễ làm giảm khả năng chịu lạnh của cơ thể. Cuối thu chú ý mặc nhiều hơn một chút, đặc biệt là đối với người già.

Vào mùa đông, theo cuốn “Hoàng đế nội kinh” có ghi lại: “3 tháng mùa đông, đất đai nứt nẻ, ánh nắng rất có lợi. Con người làm việc không đổ mồ hôi, phát tiết dương khí, điều này có hại cho cơ thể con người. Nên ngủ sớm, dậy muộn, bảo đảm giấc ngủ, phải mặc đủ ấm, không nên mặc quá nhiều đồ dày. Mùa đông lạnh nhưng vẫn phải vận động, khi vận động cần chú ý, không nên để ra nhiều mồ hôi, dễ bị nhiễm lạnh, nếu trời quá lạnh, có gió to hay tuyết rơi, không nên ra ngoài tập luyện”.

13. Nhu cầu về tình dục của người đột quy có thay đổi như thế nào?

Có người cho rằng, 60% người sau khi bị đột quy không mất đi nhu cầu về tình dục, song hầu hết do tâm lý e ngại, sợ ảnh hưởng không tốt đến người bệnh nên



giảm bớt quan hệ tình dục. Trước khi bị đột quỵ, có một số nhân tố cũng ảnh hưởng không tốt đến nhu cầu này, bao gồm các bệnh mạn tính, việc dùng thuốc hay chất hóa học chống lại quá trình lão hóa. Đột quỵ não cũng để lại di chứng cho đời sau, mặc dù chỉ có ảnh hưởng nhẹ đến hệ thần kinh song cũng có ảnh hưởng đến nhu cầu về tình dục.

Sau khi bị đột quỵ, nếu phía sau bán cầu não trái bị ảnh hưởng hơn bán cầu não phải, thì nhu cầu về tình dục sẽ giảm. Người đột quỵ có thể xuất hiện nhiều biểu hiện lâm sàng, bao gồm liệt nửa người, phản ứng chậm, mù, đau đầu, trở ngại ngôn ngữ mất đi khả năng điều khiển. Mặc dù có thể xuất hiện một số hiện tượng liên quan trực tiếp đến các nhu cầu về tình dục như bệnh liệt dương, không thể xuất tinh, khó đạt đến cao trào, song những hiện tượng này không phải thường xuyên xảy ra. Bên cạnh đó, các vấn đề về về tình dục cũng xảy ra bởi rất nhiều tác nhân khác. Tỉnh lại sau khi bị đột quỵ, tâm lý u buồn là hiện tượng thường gặp của hầu hết người bệnh, và đó cũng là nhân tố ảnh hưởng đến nhu cầu về tình dục.

Nhiều bệnh nhân đột quỵ vẫn hy vọng có thể quan hệ tình dục, nếu cơ thể và sức khỏe tốt thì người bệnh vẫn có thể tìm thấy sự thỏa mãn. Tuy nhiên, cũng có một số người bị đột quỵ lại không có cảm hứng tình dục, đây cũng là hiện tượng bình thường. Với bệnh nhân đột quỵ xuất huyết, nếu nhu cầu về tình dục tăng cao, có thể kèm theo tăng huyết áp, dẫn đến hiện tượng tiếp



tục xuất huyết, rất nguy hiểm đối với nhu cầu sinh lý của cơ thể. Vì vậy, người đột quy mà xuất huyết tốt nhất nên tránh quan hệ tình dục. Đương nhiên sự quan tâm và chăm sóc của vợ hay chồng, những cử chỉ, động tác yêu thương có tác dụng tích cực cho quan hệ vợ chồng, đồng thời giúp ích cho việc giải tỏa tâm lý u buồn, tăng sự tự tin, lạc quan trong tâm lý người bệnh.

14. Người bệnh đột quy có thể có đời sống vợ chồng bình thường không?

Quan hệ tình dục là nhu cầu sinh lý bình thường trong đời sống hàng ngày. Cùng với sự phát triển của khoa học, ý thức về sức khỏe con người được nâng cao, vấn đề giáo dục giới tính được triển khai rộng rãi ở hầu hết các quốc gia. Con người dần nhận ra tầm quan trọng của đời sống tình dục trong đời sống vợ chồng. Gần đây, bệnh đột quy não cũng xuất hiện ở cả những người trẻ tuổi, vì vậy vấn đề này càng trở nên nghiêm trọng.

Đa số người bị đột quy não không dám quan hệ tình dục hay nhu cầu này giảm rõ rệt, đặc biệt là ở phụ nữ. Một số bệnh nhân có nhu cầu tình dục song lại sợ điều này có ảnh hưởng xấu đến bệnh tình nên cố gắng kìm nén. Theo nghiên cứu của các nước phương Tây, giảm bớt hay kìm nén nhu cầu tình dục chủ yếu là do yếu tố tâm lý gây ra, sức khỏe giảm sút hay do bị liệt nên e ngại chuyện quan hệ. Căn cứ vào sự quan sát đời sống tình dục ở người mắc bệnh tim, trong khi quan hệ, nhịp tim trung bình là 117 lần/phút, thay đổi tư thế không



ảnh hưởng đến nhịp tim hay huyết áp. Vì vậy với người bị đột quỵ, nếu có nhu cầu nên bỏ qua những e ngại, tìm cách phù hợp để sinh hoạt vợ chồng.

Với những người bệnh mà nhu cầu tình dục giảm sút, nên cùng đối phương nói chuyện, tìm chuyên gia tư vấn để tìm ra cách điều chỉnh quan hệ vợ chồng sao cho hiệu quả nhất. Đặc biệt là với người trẻ tuổi càng cần chú ý điều này, trút bỏ những gánh nặng tâm lý. Với người lớn tuổi, quan hệ tình dục không phải là nhu cầu tất yếu, có thể thay bằng những cử chỉ âu yếm, yêu thương. Đây là cách chủ yếu trong đời sống của những cặp vợ chồng đã có tuổi. Sinh hoạt tình dục không giảm theo lứa tuổi, khi về già hoạt động này cũng không ngừng lại. Những tài liệu nghiên cứu có liên quan cho rằng, đời sống sinh hoạt tình dục ở người cao tuổi không những có thể tránh sự thoái hóa của cơ thể, mà còn làm chậm quá trình lão hóa của đại não. Do đó với những người bị đột quỵ não, bất luận là nam hay nữ cũng nên đặc biệt chú ý tới vấn đề này, để có thể có một cuộc sống gia đình hạnh phúc hơn.

15. Người bị đột quỵ nên điều chỉnh đời sống vợ chồng như thế nào?

Có những người sau khi bị đột quỵ, do thiếu tự tin về nhu cầu tình dục của mình, dẫn tới sự không hòa hợp trong đời sống sinh hoạt tình dục, gây ảnh hưởng xấu tới tình cảm vợ chồng. Cũng có những người, mặc dù bản thân có ham muốn tình dục, nhưng do ngại ngùng, không chủ động bày tỏ ham muốn của mình, dần dần họ



đã tự làm mất đi hứng thú trong chuyện ấy. Một cuộc sống vợ chồng đầy đủ, hạnh phúc có lợi cho sức khỏe và tuổi thọ của người trung và cao tuổi. Người bị đột quy cũng không ngoại lệ. Nên chú ý các điểm dưới đây:

- Trút bỏ gánh nặng tâm lý: Những người bị đột quy do mối lo về bệnh tật đã làm gián đoạn cuộc sống vợ chồng của mình, dẫn tới sự không hài hòa trong đời sống sinh hoạt tình dục ở giai đoạn đầu. Nguyên nhân chủ yếu là do yếu tố tâm lý. Ví dụ nam giới thường vì lo lắng mà gây ra chứng liệt dương, xuất tinh sớm. Ở nữ giới, do đời sống tình dục không như ý muốn dẫn đến chứng lãnh cảm, thậm chí là chán ghét hay sợ hãi khi sinh hoạt tình dục. Về một phương diện ý nghĩa nào đó, nếu người đột quy coi đời sống tình dục là cách để thúc đẩy sự quan hệ vợ chồng, thì chắc chắn nó sẽ phát huy được tác dụng vô cùng to lớn.

- Hiểu biết các kiến thức cần thiết: Các nghiên cứu khoa học cho rằng, cùng với chất lượng cuộc sống nâng cao, tuổi thọ tăng, thì nhu cầu sinh hoạt tình dục cũng ngày càng tăng lên. 80% người già vẫn có ham muốn tình dục, nam giới ở độ tuổi này vẫn có khả năng sản sinh tinh trùng. Do đó, việc sinh hoạt tình dục điều độ là nhu cầu sinh lý bình thường và cần thiết của cơ thể. Không nên vì vấn đề này mà cảm thấy lo lắng hay xấu hổ.

- Có một cách nhìn nhận đúng đắn đối với vấn đề giới tính: Đối với phụ nữ sau khi mãn kinh, khả năng tiết dịch giảm, lượng dịch tiết ra khi sinh hoạt tình dục giảm, dẫn tới hiện tượng bị khô khi quan hệ, có thể



dùng một số dung dịch bôi trơn, như 30% glycerin, vaseline, hoặc hợp chất tránh thai cô đặc... Đối với phụ nữ ở tuổi mãn kinh, do vẫn có khả năng rụng trứng nên cần chú ý tránh thai.

- Làm phong phú cách thể hiện tình cảm: Như các tiếp xúc về cơ thể, nói chuyện, tâm sự... Điều này có thể thỏa mãn đời sống tình cảm trên phương diện tinh thần của người bệnh.

16. Người bị đột quỵ nên chú ý những gì trong đời sống vợ chồng?

Những bệnh nhân sau khi bị đột quỵ, vợ hoặc chồng của họ thường hay phiền muộn, chán nản do những nguyên nhân trong cuộc sống sinh hoạt tình dục. Nhu cầu tình dục của rất nhiều người giảm rõ rệt. Nguyên nhân là do lượng hormon sinh dục trong cơ thể giảm. Để giảm đau, giảm lo âu cùng với các biến chứng khác, có một số người phải dùng thêm một số loại thuốc phụ trợ trị liệu. Sau khi dùng các loại thuốc này, nhu cầu về tình dục sẽ bị ức chế ở một mức độ nhất định. Có người do bị tắc ống thông đường tiểu hoặc do ảnh hưởng của một số biến chứng khác làm giảm nhu cầu tình dục. Cũng có một số cặp vợ chồng sợ sinh hoạt tình dục sẽ làm tái phát bệnh nên dẫn tới nhiều trở ngại về mặt tâm lý. Những nguyên nhân trên ảnh hưởng lớn đến việc ham muốn tình dục. Trên thực tế, sau 3 - 6 tháng sau khi chữa trị phục hồi, hầu hết mọi người bệnh đều có thể sản sinh ham muốn tình dục. Cần chú ý những vấn đề sau:



- Nhận thức một cách đúng đắn về cuộc sống tình dục: Tuy phản ứng của bệnh nhân đột quỵ trong sinh hoạt tình dục thường chậm hơn, đồng thời cần một thời gian rất dài mới có thể đạt tới cực khoái, nhưng chỉ cần hai vợ chồng đủ kiên nhẫn, phối hợp ăn ý với nhau thì có thể đạt được cuộc sống vợ chồng hạnh phúc. Ngoài ra, bản thân hoạt động tình dục cũng không cần lượng vận động lớn. Khi sinh hoạt tình dục, vận động chỉ nên ở mức độ trung bình. Bình thường trong quá trình tập luyện, bệnh nhân có thể đạt được độ mạnh, yếu tương đối thì có thể thành công và hưởng thụ một cuộc sống vợ chồng hạnh phúc.

- Thay đổi vị trí khi sinh hoạt tình dục: Trước khi bị đột quỵ, nam giới thường thích vị trí chủ động trong sinh hoạt tình dục. Sau khi bị đột quỵ, để giảm áp lực cho cơ thể, nam giới thường chọn tư thế bị động. Vị trí bị động trong sinh hoạt tình dục không làm thay đổi nhịp tim và huyết áp máu. Cũng có nghĩa là sinh hoạt tình dục với vị trí và tư thế phù hợp là rất an toàn, không gây ảnh hưởng gì đến tình trạng bệnh.

- Thay đổi tần suất sinh hoạt tình dục: Quan hệ tình dục ở mức hợp lý có lợi cho sức khỏe. Đối với bệnh nhân bị đột quỵ cũng như vậy. Những bệnh nhân bị đột quỵ ở độ tuổi trung niên thường có nhu cầu tình dục cao. Còn đối với người cao tuổi thì nhu cầu này ít hơn. Thông thường chỉ cần mát xa cho nhau, hoặc tiếp xúc cơ thể là được. Đời sống tình dục hợp lý có thể làm giảm lượng hormon sinh dục trong cơ thể, có lợi cho sức khỏe, khả năng hồi phục cơ thể và duy trì cuộc sống tình dục.



17. Quan niệm của Đông y về tình dục như thế nào?

Đông y cổ có rất nhiều tranh luận về mối quan hệ giữa cuộc sống tình dục và sức khỏe. Trong “Kinh tố nữ” có nói: “Âm dương không thông, mắc nhiều bệnh, không sống thọ, một số bệnh như cố né tránh, nhàn rỗi (người dỗi việc), hay phẫn nộ (nộ nữ), cảm thấy trống trải (khoáng phụ)”. Những bệnh này thường gặp ở người lâu ngày hoặc không đạt được sự thỏa mãn dục vọng. Cuốn “Thiên kim yếu phương” cũng nói: “Đàn ông không thể thiếu đàn bà, đàn bà không thể thiếu đàn ông, thiếu đàn bà ảnh hưởng không tốt đến tuổi thọ”. Tình dục là nhu cầu tất yếu, không thể thiếu trong đời sống con người. Nếu bản năng này của con người bị hạn chế, sẽ gây ra nhiều loại bệnh, đây cũng là quan điểm của y học hiện đại.

Chuyện phòng the đúng cách, điều độ giúp điều tiết nhiều chức năng sinh lý trong cơ thể, thúc đẩy sự tiết ra các chất kích thích dục vọng, thậm chí là hết sức cần thiết cho sức khỏe. Đông y cho rằng, chuyện phòng the là nhu cầu tất yếu và nên duy trì trong đời sống hàng ngày. Trong “Lễ ký - Lễ vân” nói: “Trong nhu cầu ăn uống của cả hai giới, tình dục cũng có”. Dem đồ ăn thức uống và chuyện phòng the ra bàn luận để khẳng định rằng, việc phòng the là không thể thiếu, là nhu cầu tự nhiên mang tính bản năng. Đồng thời Đông y cũng cho rằng, việc phòng the cần điều chỉnh hài hòa, không nên quá khích, cũng không nên kiềm chế, việc kiềm chế rất có hại cho sức khỏe.



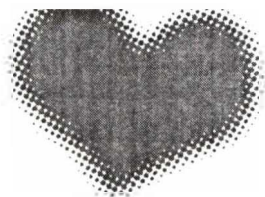
18. Theo Đông y, đâu là điểm cần lưu ý trong vấn đề tình dục?

Đông y có nói về 7 tác hại và 8 lợi ích của việc sinh hoạt tình dục, và kết luận, nên duy trì quan hệ tình dục từ khi còn trẻ đến già để phòng ngừa đột quy.

- Không nên quan hệ liên tiếp, duy trì tuần 1 - 2 lần đôi với vợ chồng trẻ, giảm dần con số này theo sự tăng lên của tuổi tác. Thanh niên ở độ tuổi 20 tuổi, nên quan hệ 4 ngày/1 lần, người ở độ tuổi 30 nên quan hệ 8 ngày/1 lần, người ở độ tuổi 40 nên quan hệ 16 ngày/1 lần, 20 ngày/1 lần với người ở độ tuổi 50, những người 60 tuổi nên hạn chế xuất tinh, quan hệ 1 lần/năm. Tuy nhiên những con số này cần tùy thuộc vào nhu cầu tâm sinh lý của từng người để điều chỉnh phù hợp.

- Chú ý những cấm kỵ trong chuyện phòng the: Không quan hệ sau khi bị kích thích tâm lý, khi say rượu, thời tiết thay đổi...

Xét từ góc độ phòng chống đột quy, những điều cấm kỵ kể trên đều là tác nhân của đột quy. Khi quan hệ tình dục, huyết áp cơ thể dễ tăng cao, nhịp tim tăng nhanh, huyết quản mở rộng, nếu gặp phải những tác nhân trên thì càng dễ gây ra đột quy. Đặc biệt không được quan hệ khi say rượu.



Chương tám

CÁC PHƯƠNG PHÁP KIỂM TRA ĐỘT QUÝ





1. Có những phương pháp kiểm tra đột quy nào?

Các phương pháp kiểm tra thông thường đối với người đột quy gồm:

- Kiểm tra máu.
- Kiểm tra nước tiểu, việc đại tiện.
- Điện tâm đồ.
- Kiểm tra chức năng gan thận.
- Kiểm tra đường huyết.
- Kiểm tra mỡ máu.
- Kiểm chất điện giải.
- Kiểm tra điện tâm đồ của bệnh nhân đột quy cần

chú ý:

Nếu khi đột quy mà ảnh hưởng đến vùng đồi dưới não, thùy trán, thùy thái dương... thường gây ra loạn nhịp tim, chức năng tim thay đổi, và xuất hiện hiện tượng nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim dẫn đến thay đổi điện tâm đồ. Biểu hiện lâm sàng gọi là hội chứng tâm não.

- Cơ chế phát bệnh: Hiện nay cơ chế phát bệnh của hội chứng tim não vẫn chưa hoàn toàn rõ ràng chủ yếu là do mất cân bằng thể dịch thần kinh, dẫn đến rối loạn thần kinh tự chủ. Sau khi đột quy cấp tính, do quá trình tuần hoàn máu gặp trở ngại, thiếu máu, thiếu oxy, phù não... nên thường ảnh hưởng đến trung khu thần kinh tự chủ như vùng đồi dưới não, vùng đồi não, thùy trán, thùy thái dương... gây tổn hại đường truyền sung thần kinh, mất cân bằng thể dịch thần kinh, ảnh hưởng tới hệ thống truyền dẫn của tim và sự tái phân cực cơ tim. Do đó làm cho điện tâm đồ có những biểu hiện bất thường. Cũng có ý



kiến cho rằng, khi đột quỵ, tim bị tổn thương thì nội tạng của bệnh nhân mắc các bệnh về não cũng chịu ảnh hưởng.

- Triệu chứng thường gặp: Sự biểu hiện khác thường của điện tâm đồ thường gặp là nhịp và sóng thay đổi. Nhịp thay đổi gồm các biểu hiện như loạn nhịp tim, nhịp tim không đồng nhất. Trong đó, yếu tố loạn nhịp tim bao gồm các triệu chứng như tim đập quá nhanh, tim đập quá chậm, cuồng tim tâm nhĩ. Nhịp tim không đồng nhất phân thành các biểu hiện như rung tâm nhĩ, hiện tượng nghẽn tắc. Sóng thay đổi gồm có sóng R tăng cao, khoảng cách Q - T kéo dài, đoạn S - T hạ, sóng T thấp và phẳng, xuất hiện hiện tượng song phương, đảo ngược. Trong đó hiện tượng thiếu máu do sóng S - T gây ra thường gặp nhất. Ở những bệnh nhân bị xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện, sóng T có thể bị ngược tới 10mm. Xuất hiện sóng T cũng là sự thay đổi mang tính đặc tính ở bệnh nhân đột quỵ. Tỷ lệ phát sinh triệu chứng này khoảng 30%. Và sự xuất hiện của nó không liên quan tới chứng thiếu kali.

2. Chọc dò tủy sống, kiểm tra dịch não tủy là gì?

- Mục đích: Thông qua việc chọc dò tủy sống để chẩn đoán và điều trị bệnh.

- Các trường hợp ứng dụng phương pháp này:

+ Chẩn đoán về chứng viêm não và dây cột sống.

+ Máy chụp các lớp não cho kết quả bình thường song nghi ngờ bệnh nhân xuất huyết ở phía dưới màng mạng nhện.



+ Với bệnh nhân xuất huyết vùng khoang dưới màng mạng nhện, có hiện tượng tràn dịch tủy não.

+ Những bệnh nhân có triệu chứng đau đầu, hôn mê hay tê liệt hoặc không rõ nguyên nhân bệnh.

+ Khi bệnh nhân bị tai biến vị trí vùng trong não thì việc tiến hành dò tủy có tác dụng tìm ra vị trí các khối u.

+ Những bệnh nhân bị chứng bạch cầu màng não.

- Chống chỉ định:

+ Đối với những người bị cao huyết áp vùng não và mắc chứng sa ruột.

+ Vị trí dò tủy bị nhiễm trùng.

+ Đối với những người bị chảy máu ngược.

+ Bệnh nhân bị dò rỉ dịch tủy vùng xương gáy dưới não hoặc tai biến vùng trung sau não.

+ Những bệnh nhân có sức khỏe yếu.

+ Những người bị tổn thương dây cột sống không rõ nguyên nhân.

- Phương pháp tiến hành:

+ Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, lưng tựa sát mép giường, nằm vuông góc với mặt giường, đầu hướng về phía trước, gấp đầu gối và xương hông, ép sát phần bụng và ngực.

- Định vị các đốt sống để làm điểm thủng, mỗi điểm thủng cách 3 - 4 hay 4 - 5 đốt sống.

- Tiến hành khử trùng, di gang tay vô trùng, trải một chiếc khăn có đục sẵn lỗ, dùng 2% chất lidocain gây tê, tay trái định vị vị trí sẽ tiêm, tay phải cầm kim tiêm, tiêm từ từ từng đốt cột sống đã định vị, khi thấy có cảm giác buốt, rút pittông ra, sẽ thấy dịch não tủy tiết ra.



- Sau khi dịch não tủy đông lại, lấy 3 - 5ml đi xét nghiệm. Đẩy pít tông vào rồi rút mũi kim tiêm ra. Dùng gạc khử trùng phủ lên, băng dính lại cố định, sau đó để người bệnh nằm thẳng trong vòng 6 giờ.

3. Kiểm tra áp kinh, áp phúc trong quá trình chọc dò tủy sống, dịch tủy não là gì?

- Kiểm tra áp kinh: Là quá trình định vị và ấn tĩnh mạch, trước tiên ấn một bên, rồi ấn hai bên, sau đó ép xuống mạnh hơn. Khi không ép nữa, để tĩnh mạch trở về trạng thái ban đầu, phương pháp này được gọi là âm tính. Trường hợp không tăng lực nén hoặc ép một cách nhẹ nhàng gọi là dương tính.

- Kiểm tra áp phúc: Là phương pháp dùng tay nén vào vùng bụng bệnh nhân, kiểm tra xem chỗ vừa tiêm có phải ở vùng dưới màng mạng nhện bọc xương sống hay không. Nếu áp suất dịch não tủy tăng nhanh, ngừng ép bụng, trường hợp áp suất giảm xuống nhanh chóng chứng tỏ tiêm đúng đốt xương sống. Trường hợp áp suất dịch não tủy không tăng chứng tỏ tiêm không đúng đốt xương sống.

4. Sau khi tiến hành dò tủy sống thường có những triệu chứng nào?

- Sau khi dò tủy sống, người bệnh sẽ có cảm giác đau đầu. Đây là hiện tượng thường gặp, cơ chế phát sinh là do sau khi xuất dịch tủy não, áp suất trong não giảm, khu vực màng não và hệ thống huyết quản liên kết bị kéo giãn, vì vậy sinh ra chứng đau đầu.



- Xuất huyết: xuất huyết là do màng bọc não bị tổn thương hoặc tĩnh mạch ở màng não bị ép, lượng xuất huyết rất ít, không có ảnh hưởng gì đến hiện tượng lâm sàng.
- Nhiễm trùng: Trường hợp này hiếm khi xảy ra.
- Chứng sa ruột: Đây là trường hợp nguy hiểm nhất, dễ xảy ra đối với những bệnh nhân cao huyết áp trong vùng não.

5. Quá trình kiểm tra dịch não tủy đối với những bệnh nhân xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện (SHA) có những đặc điểm gì?

Phương pháp dò tủy sống không thường áp dụng với những bệnh nhân sau khi được chụp các lớp não, máy báo bình thường, song vẫn xuất huyết ở vùng dưới màng mạng nhện. Tuy nhiên, nếu lượng xuất huyết máu không nhiều hay hiện tượng xuất huyết đã xảy ra khá lâu, máy chụp các lớp báo âm tính thì nên áp dụng phương pháp dò tủy sống, dịch tủy não (CSF), thời gian tiến hành tính từ lúc phát bệnh nên là 12 giờ. Dấu hiệu của CSF là huyết áp và áp lực đồng thời tăng cao. Giai đoạn đầu, tỷ lệ tế bào hồng cầu, bạch cầu là 700:1, tương đương với tỷ lệ của máu ngoại vi. Vài ngày sau lượng tế bào bạch cầu tăng, hàm lượng protein cũng tăng, hàm lượng đường và chlorum thay đổi không đáng kể. 12 giờ sau khi xuất huyết, tủy sống và dịch tủy não CSF chuyển sang màu vàng, phần CSF mang đi xét nghiệm cũng chuyển từ không màu sang màu vàng. Trường hợp nuốt phải tế bào hồng cầu hay tế bào chứa hemosiderin cũng tương đương với hiện tượng xuất huyết vùng dưới màng mạng nhện. Nếu sau đó không còn hiện tượng xuất huyết thì 2 - 3



ngày sau hiện tượng thay đổi lượng tế bào hồng cầu, bạch cầu trong dịch tủy não sẽ mất đi.

6. Thế nào là kiểm tra bằng phương pháp chụp X-quang máy tính?

Phương pháp này lần đầu tiên được sử dụng là vào năm 1992, phục vụ cho việc chẩn đoán các bệnh về não. Nó có thể cho ta thấy các ảnh chụp về vị trí, hình dạng ở những góc độ khác nhau của não, tâm thất, cầu não... Phương pháp này đã nhanh chóng được ứng dụng trên các bộ phận khác của cơ thể.

- Nguyên lý: Nguyên lý của phương pháp chẩn đoán này là dựa trên hệ số tiếp thu khác nhau của các tổ chức bộ phận đối với tia X. Các hệ số này được nhận biết thông qua máy tính. Hiện nay, độ dày của tầng phân giải cao CT mỏng tới 1mm, có thể cho phép quan sát một cách chính xác các biến đổi nhỏ nhất của bệnh. Một số trường hợp có thể sử dụng phương pháp tiêm vào động mạch chất cản quang (như chất diatrizoate) để tăng cường mật độ giữa các tổ chức, tăng tỷ lệ dương tính của chẩn đoán.

- Các trường hợp có thể sử dụng phương pháp chụp X-quang: Phương pháp này thường được dùng cho những bệnh nhân bị tụ máu trong não, tổn thương ngoài não, nhồi máu não, xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện, u não, não phù thũng, teo não, viêm não, các bệnh do ký sinh trùng trong não...

- Máy tính cho ra hình ảnh hệ thống huyết quản: Sau khi tiêm chất cản quang vào tĩnh mạch, máy tính sẽ tiến hành xử lý, kiểm tra hệ thống huyết quản 3



chiều, có thể thay thế phương pháp kiểm tra DSA. Máy tính cũng có thể hiện thị một cách chính xác hình ảnh động mạch tĩnh mạch não, phía trước, sau, giữa động mạch tĩnh mạch và các nhánh, là căn cứ để chẩn đoán các bệnh về tắc mạch máu.

7. Kiểm tra bệnh nhân nhồi máu não bằng máy tính có những đặc điểm gì?

Kiểm tra bệnh nhân nhồi máu não ở những giai đoạn khác nhau, kết quả thu được từ máy tính cũng có sự khác biệt, song chủ yếu thể hiện ở sự giảm mật độ vùng ổ bệnh. Cụ thể có những đặc điểm sau:

- Trong vòng 24 giờ kể từ lúc phát bệnh, 58% bệnh nhân có sự thay đổi. Có thể xuất hiện những hạt hình như hạt đậu ở vỏ não với mật độ thấp; rãnh não có thể biến mất; danh giới chất xám và chất trắng không rõ ràng, có phần có thể chiếm phần lớn hơn. Những sự khác thường này chỉ xuất hiện sau 6 giờ kể từ khi phát bệnh.

- Trong thời gian phát bệnh từ 2 - 15 ngày, mật độ máu tụ thấp, phạm vi phân bố thống nhất với phần chất xám, chất trắng, có khả năng hiện lên hình giống cái nêm. Đa số bệnh nhân có hiện tượng não phù nước và thường mất đi ở tuần thứ 3 của thời kỳ nhồi máu não. Rất ít có trường hợp xuất huyết, nếu có thì thường xảy ra tại vùng tiếp giáp chất xám và chất trắng.

- Trong thời gian 2 - 3 tuần kể từ khi phát bệnh, mật độ nhồi máu não tăng cao, vùng trong và viền ngoài có thể hình thành hình vòng cung hay vón lại giống như



những u nhỏ, sự thay đổi ở viền ngoài không rõ ràng, sự thay đổi này gọi là hiệu ứng mơ hồ.

- Trong thời gian 4 - 5 tuần kể từ khi phát bệnh, vùng nhồi máu tiếp giáp với dịch não tủy, phạm vi rất nhỏ, có ảnh hưởng đến vùng thần kinh đệm, rãnh não, bề não và tâm thất mở rộng hơn.

8. Kiểm tra bệnh nhân xuất huyết bằng máy tính có những đặc điểm gì?

- Bệnh nhân huyết áp não cao, thường xảy ra hiện tượng xuất huyết ở vùng trung tâm.

- Mật độ khối tụ máu cao, đường tia CT là 60 - 80HU. Với bệnh nhân thiếu máu cấp tính, hiện tượng xuất huyết có mật độ rất đa dạng, trong trường hợp máu đông thành cục thì mật độ xuất huyết là tương đối thấp.

- Xung quanh khối u não xuất hiện một vành đai với mật độ tương đối thấp. Các cục máu đông nhỏ lại, khiến cho vùng xung quanh não thiếu máu, có liên quan đến sự hoại tử và phù thũng não, hiện tượng phù thũng não thường đạt đến đỉnh điểm sau 3 - 7 ngày.

- Hiệu ứng khối lượng và mức độ nghiêm trọng của phù thũng não có quan hệ song song, biểu hiện rõ rệt nhất trong vòng 3 - 7 ngày xuất huyết, hiện tượng này giảm dần trong khoảng 16 ngày, khối u não to có thể kéo dài 4 tuần.

9. Kiểm tra bệnh nhân xuất huyết não ở vùng khoang dưới màng mạng nhện có những đặc điểm gì?

- Biểu hiện đặc trưng SAH đáy bể, thành bể và trong rãnh não xuất hiện rất nhiều hình như khối đục.



Thông thường tỷ lệ xuất hiện của chúng cao nhất là trong một tuần bị xuất huyết.

- Thời gian xuất hiện và thời gian chụp X-quang máy tính vị trí xuất huyết, lượng máu xuất huyết, lượng hemoglobin trong hồng cầu... trong một số ca bệnh có thể xuất hiện. Biểu hiện là bể não, rãnh não tiêu biến, hoặc xuất hiện với mật độ nhỏ không rõ ràng.

- Có thể kéo theo hiện tượng tụ máu trong não và tụ máu trong tâm thất hoặc xơ cứng lớp màng dưới chỗ tụ máu, phù não, nhồi máu não.

10. Thế nào là phương pháp kiểm tra MIR?

Phương pháp này được sử dụng vào những năm 80 của thế kỷ XX, dùng cho kỹ thuật chẩn đoán hình tượng lâm sàng. Đây là phương pháp kiểm tra tai biến mạch máu não và tủy sống. Hiện nay phương pháp này được sử dụng rất phổ biến.

- Nguyên lý: Lợi dụng tín hiệu cộng hưởng được sinh ra từ proton hydro trong từ trường chính và trường tần số trong cơ thể người. Tín hiệu này sau khi được máy tính phóng to và xử lý thu được hình ảnh từ trường cộng hưởng.

- Các trường hợp sử dụng phương pháp này: Chủ yếu dùng cho bệnh nhân bị tai biến mạch máu não, bệnh mất myelin, tai biến chất trắng của não, u não, teo não, dị hình não bẩm sinh, tổn thương ngoài não, các bệnh truyền nhiễm về não... Trong việc xét nghiệm các bệnh về tủy sống MIR có ưu thế rõ rệt. Thường dùng cho các bệnh như u tủy, u di động cột sống và mũ, sa đĩa xương sống...



- Chống chỉ định: Đối với những người trong cơ thể mang nhiều vật chứa kim loại như răng giả, sử dụng kẹp bạc ở u động mạch não, trong cơ thể có gắn thiết bị tạo nhịp tim.

- Đặc điểm của MIR: So sánh với CT, MIR không có bức xạ điện ly, không gây bất cứ tổn hại phóng xạ nào cho cơ thể, không xuất hiện hình ảnh giả của xương. Nếu không dùng hợp chất tạo ảnh vẫn có thể làm hiện động mạch vành, các chỗ khuyết, hình ảnh ba chiều, có thể thể hiện được mối quan hệ tổ chức giữa cuống phổi và chỗ hõm sau não; thể hiện sự đối chiếu, so sánh rõ rệt giữa chất xám và chất trắng trong não, thường dùng để chẩn đoán các bệnh mất myelin, tai biến chất trắng trong não...

Đối với các bệnh như tổn thương não cấp, gãy xương não, canxi hóa, bệnh xuất huyết cấp tính thì phương pháp CT có hiệu quả tốt hơn, lợi thế lớn hơn MIR.

- Tạo hình cộng hưởng từ mạch máu MRA: Là dựa trên nền tảng hiệu ứng lưu không do bề mặt hình ảnh MR của máu khi lưu thông sản sinh ra. Để từ đó phát minh ra kỹ thuật cộng hưởng từ. Khi không sử dụng hợp chất tạo hình ảnh, thông qua việc ức chế kết cấu tín hiệu làm phân ly máu, làm hiện hình ảnh của tất cả mạch máu.

Đặc điểm của MRA là không cần ống cắm, tiện lợi và tiết kiệm thời gian, không gây tổn thương phóng xạ, không gây chấn thương. Nhưng tỷ lệ phân biệt không gian thấp, không thể so sánh với CTA, DSA. Sự biến đổi phức tạp của tín hiệu rất dễ sinh ra hình ảnh giả, khả



năng làm xuất hiện hình ảnh của các mạch máu nhỏ rất kém. Trong lâm sàng, phương pháp này được sử dụng cho các bệnh như u động mạch não, dị hình mạch máu não, tắc mạch máu lớn và tắc tĩnh mạch...

11. Chỉ số MIR của não ở những bệnh nhân bị nhồi máu não có đặc điểm gì?

Khi tỷ lệ phát bệnh của chứng nhồi máu não ít, tức là có thể xuất hiện khu vực tai biến của tín hiệu T1 thấp, tín hiệu T2 cao. So sánh với CT, MIR có thể phát hiện được chứng khô não, nhồi máu tiểu não và nhồi máu não. Chức năng của MIR là truyền DWI và PWI, trong quá trình phát bệnh có thể kiểm tra được hiện tượng thiếu máu. Phạm vi tai biến bệnh do DWI và PWI thể hiện tương đồng với các vị trí bị tổn thương có thể thay đổi. Nếu không thể đồng nhất thành thiếu máu vùng nửa tối, thì có thể đưa ra căn cứ khoa học cho điều trị tan máu cục.

12. Chỉ số MIR não của bệnh nhân bị xuất huyết não có biểu hiện như thế nào?

Chỉ số này chủ yếu thể hiện ở sự thay đổi lượng protein trong hồng cầu của vị trí máu tụ. Phát bệnh trong một ngày, xuất hiện tụ máu T1 hoặc tín hiệu thấp, T2 cao hoặc loạn tín hiệu. Ngày thứ hai hoặc trong vòng một tuần xuất hiện T1 hoặc tín hiệu thấp, tín hiệu thấp T2; trong 2 - 4 tuần xuất hiện tín hiệu T1, T2 cao, sau 4 tuần tín hiệu T1, tín hiệu T2 cao.



13. Thế nào là phương pháp kiểm tra tạo hình huyết quản cắt lớp kỹ thuật số?

- Nguyên lý: Phương pháp này lợi dụng sự biến đổi số để thay thế phương pháp cắt ảnh phim nhựa, sử dụng trình tự của máy tính điện tử để nhập và lưu trữ các tín hiệu số được chuyển hóa từ tổ chức các hình ảnh. Sau đó tập hợp chất tạo ảnh qua động mạch và tĩnh mạch, rồi nhập tiếp hình ảnh thu được lần thứ hai vào máy tính. Tiếp tục tiến hành xử lý cắt ảnh, để lưu trữ lại các hình ảnh của mạch máu. Còn hình ảnh của xương và các tổ chức não đều bị cắt đi. Các hình ảnh của mạch máu sau khi được xử lý sẽ được truyền về máy giám sát. Khi đó ta được hình ảnh rõ nét về các mạch máu. Tạo hình mạch máu não thường sử dụng phương pháp luân động mạch đùi hoặc động mạch cánh tay, có thể tạo ảnh của toàn bộ mạch máu trong não, có thể quan sát đường đi của mạch máu, xem chúng có thay đổi vị trí hay không? Có bị tắc hay có bất cứ biểu hiện khác thường nào không?

- Các trường hợp sử dụng phương pháp này: Chủ yếu dùng để chẩn đoán tai biến mạch máu ở vùng đầu như u động mạch, mạch máu dị hình... Phương pháp này không thể được thay thế bởi bất cứ phương pháp nào. Nó cũng là kỹ thuật không thể thiếu được trong việc chữa trị các bệnh về mạch máu.

- Đặc điểm của DSA: Nhanh chóng, gọn nhẹ, hình ảnh rõ nét, có thể thể hiện hình ảnh ba chiều, có thể chọn phim, giảm độ sáng... Nhưng một nhược điểm của nó là phương pháp này có thể gây tổn thương.



14. Thao tác kiểm tra chụp ảnh mạch máu toàn não như thế nào?

Sử dụng phương pháp loại trừ ảnh bằng kỹ thuật số. Sử dụng kỹ thuật seldinger gây mê cục bộ động mạch cổ phải, đặt ống truyền 5F, lần lượt chọn vị trí cho vào động mạch bên trong cổ trái, phải và một bên xương động mạch (khi cần thiết có thể là cả hai bên). Ngoài chụp ảnh phía chính ra, có thể tùy theo các hướng động mạch hẹp, u động mạch, thể u, khi cần có thể sử dụng tư thế quan sát chéo hoặc xoay tròn.

15. Kiểm tra điện não đồ (EEG) là gì?

- Nguyên lý cơ bản: Điện não đồ (EEG) là kỹ thuật kiểm tra hoạt động điện sinh vật của não, thông qua, hoạt động điện sinh học của não để tìm hiểu chức năng trạng thái của não, là cách tốt nhất, khách quan nhất để chứng thực bệnh động kinh và phân loại bệnh động kinh.

- Phương pháp kiểm tra: Nguyên tắc đặt điện cực là khả năng ghi lại cho đến điện vị bất thường. Hiện nay trên thế giới phương pháp đặt điện cực thường sử dụng đó là sử dụng hệ thống quốc tế 10/20. Điện cực tham khảo thường bố trí ở hai dái tai. Phương pháp sử dụng liên tiếp là: sử dụng hai loại điện cực đơn cực, hai cực.

- Tác dụng: Chủ yếu dùng cho chẩn đoán phân loại bệnh động kinh và định vị các bệnh trên cơ thể. Có tác dụng hỗ trợ, chẩn đoán cho việc khu biệt tổn hại tính khí chất hoặc tính công năng, tính mê man hoặc tính hạn chế của não bộ, thậm chí là viêm não tính thay thế và các nguyên nhân dẫn đến các loại bệnh não.



16. Đo điện cơ là gì? thế nào là kiểm tra tốc độ truyền dẫn thần kinh (NCV)?

- Nguyên lý cơ bản: Đo điện cơ đồ (EMG) chỉ loại kỹ thuật sử dụng kim điện cực đồng tâm cắm vào trong cơ, ghi lại trạng thái yên tĩnh của cơ, trạng thái co lại tùy ý ở các mức độ khác nhau và các đặc tính sinh lý của dây thần kinh xung quanh khi bị kích động. Đo điện cơ bao gồm đo điện cơ thông thường (EMG), và đo tốc độ truyền thần kinh (NCV)...

- Đo điện cơ thường thích ứng: Chủ yếu dùng với tế bào tuỷ sống và các bệnh dưới đây. Ngoài giám định, chẩn đoán nguyên tính thần kinh và nguyên nhân tổn hại cơ, còn có tác dụng phát hiện lâm sàng các bệnh thường hay dễ bị bỏ sót.

- Tốc độ truyền dẫn thần kinh thường thích ứng: Chủ yếu dùng cho việc chẩn đoán các nguyên nhân dẫn đến các bệnh thần kinh xung quanh và giám định chẩn đoán, giám định tế bào gốc trước, gốc thần kinh, thần kinh xung quanh và các nguyên nhân tổn hại cơ và các bệnh.

17. Kiểm tra điện thế gọi thính giác thân não (BAEP) là gì?

- Nguyên lý cơ bản: Nhờ hoạt động điện sinh vật của hệ thống trục thần kinh khi cơ thể trong ngoài nhận kích động đặc biệt, để tìm hiểu trạng thái công năng của não. Điện thế gọi thính giác thân não (BAEP) sử dụng âm thanh truyền qua ống nghe kích thích đường truyền thính giác thần kinh tại đơn vị ghi lại đỉnh đầu.



- Thích ứng: Chủ yếu dùng để đánh giá khách quan thính lực, có tác dụng hỗ trợ cho việc chẩn đoán khối u cầu não hay phát sinh cứng hoá, thậm chí chẩn đoán hoại tử não.

18. Kiểm tra TCD là gì?

- Nguyên lý cơ bản: Lợi dụng sóng xung mạch phát ra âm thanh và lý luận chuyển hoá, thông qua tác dụng TCD phát ra sóng âm do hồng cầu lưu thông trong mạch máu, thông qua máy tính tiến hành xử lý nhanh tính toán ra được tốc độ vận động và trạng thái của hồng cầu, hiển thị và định vị các mạch máu trong sọ, cũng có thể hiển thị không gian ba chiều sự phân bố của mạng mạch máu.

- Chỉ định: Chủ yếu dùng với các mạch máu hẹp hoặc đóng trong và ngoài sọ, động tĩnh mạch dị dạng, giúp chẩn đoán mạch máu não co giật...

19. Người mắc bệnh tai biến mạch máu não tại sao phải làm kiểm tra đáy mắt?

Do thần kinh thị giác là một bộ phận não biểu hiện hình thành bệnh ở thời kỳ phôi thai biểu hiện ra ngoài, thần kinh thị giác gồm ba tầng màng não, tiếp tục hình thành ba tầng màng che, dưới khoảng trống ở màng mạng nhện tiếp tục đến những dây thần kinh thị giác xung quanh. Khi áp lực trong não tăng cao, thường xuất hiện hiện tượng nhãn cầu phù thũng. Do đó có thể thông qua kiểm tra đáy mắt để biết được áp lực trong sọ cao hay thấp.



20. Làm thế nào để tiến hành kiểm tra đáy mắt cho người bị tai biến mạch máu não?

Khoa nội thần kinh sử dụng phương pháp kiểm tra mắt, trực tiếp kiểm tra đáy mắt của người bị mắc bệnh tai biến mạch máu não, lấy những gì nhìn thấy ở đáy mắt làm hình ảnh chính, số lần phóng đại là 16 lần.

- Cách đeo kính kiểm tra: Ngón tay trỏ đặt trên mặt kính xoay của kính kiểm tra mắt, để điều chỉnh độ sáng thích hợp tùy lúc, các ngón tay còn lại đặt vào giữ gọng kính.

- Vị trí của nhân viên kiểm tra: Khi kiểm tra mắt bên phải, người kiểm tra đứng ở bên phải người được kiểm tra, dùng tay phải giữ kính kiểm tra, dùng mắt phải để quan sát. Khi kiểm tra mắt trái, nhân viên kiểm tra đứng bên trái của người được kiểm tra, dùng tay trái cầm kính kiểm tra, dùng mắt trái để quan sát.

- Phương pháp thao tác: Xoay mặt xoay của kính về điểm 0, dịch kính kiểm tra về điểm gần phía trước mắt được kiểm tra cách khoảng 2cm, kiểm tra đáy mắt. Nếu như mắt được kiểm tra và nhân viên kiểm tra đều nhìn thẳng thì có thể nhìn rõ đáy mắt, nếu như không thể nhìn rõ, có thể di chuyển mặt kính xoay đến chỗ nào nhìn rõ. Nhắc nhở người bệnh tập trung nhìn về phía trước, để kiểm tra nhãn cầu, đặt kính kiểm tra chéo vào 15° từ bên thái dương vào tia sáng, nhắc nhở bệnh nhân lần lượt chú ý nhìn trái, phải, trên, dưới để kiểm tra các khu vực xung quanh. Cuối cùng nhắc nhở người



bệnh nhìn chăm chú vào ánh đèn kính kiểm tra mắt để kiểm tra bộ phận điểm vàng ở mắt.

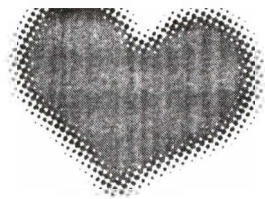
21. Biến đổi khác thường thường thấy ở đáy mắt bệnh nhân cao huyết áp gồm những gì?

- Đáy mắt bình thường: Nhãn cầu mắt bình thường thường là hình tròn hoặc là hình bầu dục, đường kính khoảng 1,5mm. Các biểu hiện ở vùng xung quanh nhãn cầu gọn gàng, màu đỏ nhạt, bộ phận trung tâm có màu bóng nhạt, hiện lên lõm, là trũng sinh lý. Bên cạnh nhãn cầu bình thường có thể nhìn thấy màu trắng. Tại trung tâm của nhãn cầu có một điểm sáng phản quang, gọi là điểm vàng. Vỡng mạc hiện lên màu hồng, sáng tối không giống nhau, mạch máu hiện lên uốn lượn tự nhiên, động tĩnh mạch có tỷ lệ là 2:3, không có dấu hiệu động tĩnh mạch đan chéo.

- Những điểm bất thường hay gặp ở đáy mắt:

+ Nhãn cầu tụ máu: Là biểu hiện thời kỳ đầu, xung quanh mống mắt không rõ, lõm sinh lý biến mất, ứ máu tĩnh mạch. Đến khi đã nghiêm trọng thì nhãn cầu lồi lên và xung quanh nhãn cầu có biểu hiện xuất huyết.

+ Nhãn cầu khô: Nhãn cầu nhợt nhạt, mà vành rõ ràng.



Chương chín

NHỮNG LOẠI THUỐC NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO THƯỜNG DÙNG





1. Người mắc bệnh tai biến mạch máu não sử dụng thuốc aspirin như thế nào?

- Cơ chế tác động: Tai biến mạch máu não là một trong những nguyên nhân chủ yếu dẫn đến sự phát sinh và phát triển của bệnh thiếu máu não. Tác dụng của của aspirin (ASA) trong việc chống kết tụ tiểu cầu đã được công nhận. ASA ức chế tiểu cầu đông tụ chủ yếu thông qua ức chế vỏ tiểu cầu oxy hoá. Dưới tác động của chất dung môi oxy hoá trong cơ thể, có thể hình thành TXA2 và PGI2. TXA2 chủ yếu do tiểu cầu hình thành, có thể thúc đẩy tiểu cầu kết tập, co mạch; PGI2 chủ yếu do màng trong tế bào hình thành, có thể ức chế tiểu cầu kết tập và làm giãn mạch. Nghiên cứu cho biết, dùng lượng nhỏ hoặc sử dụng gián đoạn aspirin chủ yếu ức chế tiểu cầu sản sinh TXA2, không ức chế tế bào nội mạch sản sinh PGI2. Do vậy mà có tác dụng chống kết tập tiểu cầu và giãn mạch. Khi sử dụng 0,45mg thuốc aspirin một ngày, liều thuốc là 40mg/ngày, có thể ức chế tiểu cầu oxy hoá tới 80%. Khi sử dụng với liều lượng lớn, ASA có tác dụng ức chế mạnh với sự phát sinh dung môi oxy hoá trong nội mạch tế bào, khiến cho tỷ lệ của TXA2 và PGI2 không có sự biến đổi rõ rệt, không có lợi cho việc phòng chống sự hình thành huyết khối. Do bản thân tiểu cầu không có hệ thống protein, không thể hình thành chất dung môi, dung môi oxy hoá bị ức chế, do vậy cần phải đợi tiểu cầu mới sản sinh thì mới hồi phục sức sống. Nội mạch tế bào thì có hệ thống protein hoàn chỉnh, có thể



hình thành dung môi oxy hoá rất nhanh. Do vậy, ASA có tác dụng ức chế liên tục đối với tiểu cầu, có thể kéo dài 7 - 10 ngày. Còn có tác dụng tạm thời đối với nội mạch tế bào. Nhưng trong hệ tuần hoàn máu, mỗi ngày có khoảng 1/10 tiểu cầu được tái sinh, ASA bị suy yếu một nửa trong thời gian khoảng 3 - 5 giờ, hàng ngày sử dụng thuốc thì mới có thể có được tác dụng ức chế tiểu cầu kết tập tốt nhất.

- Cách sử dụng: Hoà tan 50 - 150mg aspirin, mỗi ngày một lần. Thường thấy các tác dụng phụ như: mẩn mẩn, dạ dày khó chịu, đau dạ dày, nóng ruột, táo bón, xuất huyết đường tiêu hoá và đại tiện phân đen. Nếu như xuất hiện các tác dụng phụ không rõ rệt hoặc những chống chỉ định đặc thù thì có thể dùng thuốc suốt đời.

- Chỉ định:

+ Nhóm người có nguy cơ xơ vữa động mạch, có khuynh hướng hình thành khối huyết, bao gồm: người già, người có bệnh cao huyết áp, người mắc bệnh tiểu đường, người có hàm lượng cholesterol trong máu cao, người mắc bệnh máu dễ đông, tim đau thắt, tâm nhĩ nhỏ, rung, người có bệnh khoang tim.

+ Chứng thiếu máu não tạm thời (TIA) và bệnh thiếu máu não, mạch máu não cấp tính, có thể ngăn chặn hoặc hoá giải sự hình thành huyết khối.

+ Có thể chống tái phát đối với những người đã từng mắc bệnh tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim và những bệnh liên quan đến mạch máu.



+ Chống chỉ định: Những người mẫn cảm với ASA, hoạt động phổi khó khăn, loét dạ dày, xuất huyết đường tiêu hoá, hoặc những người bị bệnh cao huyết áp nặng không sử dụng thuốc này. Những người có khuynh hướng xuất huyết thận trọng khi sử dụng.

+ Đánh giá điều trị: Về việc ASA có tác dụng đối với việc phòng ngừa và trị bệnh bệnh tai biến mạch máu não hay không, qua rất nhiều nghiên cứu trong nước và nước ngoài những năm gần đây, đa số nhận định rằng ASA có thể giảm thiểu máu, giảm tỷ lệ phát sinh và tỷ lệ tử vong của bệnh mạch máu não, có thể giảm nguy cơ tái phát, giảm nhẹ mức độ trầm trọng của bệnh tai biến mạch máu não, và là thuốc được lựa chọn sử dụng đầu tiên hiện nay.

2. Người bị mắc bệnh tai biến mạch máu não sử dụng mannitol và glyceryl như thế nào?

- Mannitol ($C_6H_{14}O_6$), có phân tử lượng là 82. Mannitol chủ yếu phân bố ở dịch ngoài tế bào, chỉ một bộ phận chuyển hoá thành đường gan được tích trữ tại gan, đại bộ phận bảo tồn kết cấu ban đầu nhanh chóng lọc qua thận, không được tế bào thận hấp thụ, từ đó khiến cho áp lực trong quá trình thẩm thấu của thận tăng cao, lượng nước hấp thụ của tế bào thận giảm. Đồng thời mannitol có thể làm dẫn mạch máu, tăng lượng máu lưu thông trong thận, do đó là loại thuốc lợi tiểu có tính thẩm thấu mạnh. Nhưng tác dụng chống mất nước của mannitol không phải là do bản thân tác



dụng lợi tiểu mà là do tác dụng thẩm thấu cao của máu, liên quan đến cơ chế được lý của mannitol, chủ yếu là:

- + Tăng cường lượng máu vận chuyển đến não và máu não đến tuỷ sống, khiến tổ chức não mất nước, thể tích não thu hẹp.

- + Dẫn tiểu động mạch thận, tăng cường lượng máu thận lưu thông, mà tăng cường tác dụng lợi tiểu.

- + Khiến mạch máu não thu hẹp, lượng máu giảm, , áp lực trong sọ não giảm.

- + Giảm độ dính của máu, cải thiện vi tuần hoàn.

- + Diệt gốc tự do, giảm tác động oxy hoá của gốc tự do với tế bào khi não thiếu máu, từ đó bảo vệ công năng của tế bào não, giảm nhẹ phù thũng não.

Glyceril ($C_3H_8O_3$), có phân tử lượng là 92. Glyceril có thể hoà tan nước và cồn, thay cho glyceryl của người bình thường, đa số thay thế trong gan, chuyển hoá thành đường gluco, đường nguyên và cacbon. Cơ chế trị liệu với bệnh não phù thũng không rõ ràng, có thể thông qua nâng cao thẩm thấu huyết tương, khiến cho tổ chức thuỷ phân (thậm chí là tổ chức ngậm nước nhiều) chuyển đến nội huyết tương, từ đó dẫn đến tổ chức não mất nước. Glyceril có thể sản sinh ra một lượng nhiệt lượng lớn đường gluco, một gam glyceryl có thể sản sinh khoảng 16,75J (4kalo) nhiệt lượng, có lợi đối với bệnh nhân không thể ăn uống. Quá trình thay thế glyceryl không cần insulin, có thể dùng với người bị bệnh tiểu đường, không dẫn đến điện giải rối loạn chất, có thể sử dụng trong thời gian dài. Nhưng khi sử dụng với liều



lượng lớn, glyceryl không thể thay thế toàn bộ trong cơ thể, một phần do tuyến niệu tiết ra, do glyceryl và nước có lực liên kết, khi bài tiết ra ngoài cơ thể, sẽ theo nước tiểu ra ngoài, xử lý mất nước sẽ tăng rõ rệt.

- Phương pháp sử dụng: Đối với liều lượng sử dụng và thời gian hiệu quả của mannitol, hiện nay vẫn chưa có quan điểm thống nhất. Trước đây, đa số cho rằng liều lượng điều trị có hiệu quả đó là mỗi lần dùng 1 - 2g, vài năm trở lại đây lại nghiêng về khuynh hướng sử dụng lượng nhỏ, cho rằng mỗi lần sử dụng 0,25 - 1g, cũng có những tác dụng như khi sử dụng lượng lớn. Mannitol cần được nhỏ nhanh vào tĩnh mạch hoặc tiêm trực tiếp, hoàn thành trong khoảng thời gian từ 15 - 30 phút. Mỗi lần cách 4 - 8 giờ lại làm lại một lần. Bình thường thời gian dùng thuốc không quá 10 ngày. Sau 10 phút tiếp mannitol vào tĩnh mạch sẽ có tác dụng lợi tiểu, 20 - 30 phút áp suất trong sọ sẽ giảm, sau 2 - 3 giờ tác dụng giảm áp suất trong sọ sẽ đạt hiệu quả tốt nhất. Quan điểm về thời gian hiệu quả của mannitol không giống nhau, các nhà khoa học chủ yếu cho rằng thời gian hiệu quả là trong vòng từ 4 - 6 giờ.

Glyceryl thường được chế thành thuốc dưới dạng dung dịch để trích truyền, do glyceryl và natri clorua phối chế mà thành dung dịch trong suốt, không màu, không mùi, hàm lượng glyceryl là 10%; natri clorua là 0,9%; độ pH 4,5 - 7,0; khả năng thẩm thấu gấp 6 lần nước muối. Người trưởng thành thông thường mỗi lần nên dùng glyceryl 10%, truyền 500ml, truyền nhỏ giọt



trong vòng 3 - 6 giờ, mỗi ngày 1 - 2 lần, tốc độ truyền tĩnh là 2ml/phút. Lượng dùng mỗi ngày tính theo tiêu chuẩn 0,7 - 0,8g glyceryl/kg.

Chỉ định: Người mắc bệnh tai biến mạch máu não và phù thũng não. Glyceryl đặc biệt có hiệu quả với người mắc bệnh tai biến mạch máu não, chức năng tim thận không thể sử dụng một cách hiệu quả hoàn toàn mannitol.

Chống chỉ định: Chống chỉ định của mannitol không chắc chắn, nhưng đối với những người lâm sàng chức năng tim, thận không toàn vẹn, người bị mắc bệnh tiểu đường, và những người huyết tương có khả năng thẩm thấu tăng cao cần cẩn thận khi sử dụng. Sử dụng mannitol với liều lượng lớn có thể dẫn đến điện giải rối loạn chất, suy thoái chức năng thận, nhiễm độc dung môi, nghiêm trọng có thể dẫn đến tử vong.

Glyceryl không độc, thuốc thoát nước an toàn, chống chỉ định lâm sàng không rõ ràng. Truyền tĩnh mạch glyceryl 10% với tốc độ quá cao có thể xuất hiện thái protein hồng cầu, cần không chế chặt chẽ tốc độ truyền glyceryl. Dấu hiệu lâm sàng khoảng 1% bệnh nhân xuất hiện xuất huyết hoặc xuất protein hồng cầu. Khi phát hiện cần dừng truyền thuốc. Sau khi dừng truyền thuốc các biểu hiện trên sẽ biến mất rất nhanh, sau khi hồi phục lại có thể tiếp tục truyền thuốc.

Đánh giá hiệu quả điều trị: Là thuốc được sử dụng phổ biến trong việc giảm áp lực não, là một trong những phương pháp điều trị có hiệu quả. Các nhà khoa học



trong và ngoài nước qua nhiều năm nghiên cứu lâm sàng và cơ bản, đa số đều cho rằng, tác dụng của mannitol là có thực, thoát nước có hiệu quả, là sự lựa chọn tốt nhất cho các bệnh nhân phù não nghiêm trọng và áp lực não tăng cao.

Glyceryl không độc, không có tác dụng phụ, mức độ tổn hại thận nhẹ hơn nhiều so với mannitol, không dẫn đến điện giải rối loạn chất, tác dụng ôn hoà tương đối tốt, nhờ vậy mà có thể giải quyết vấn đề người bệnh áp lực não không thể sử dụng thuốc thoát nước trong thời gian dài. So sánh với mannitol, glyceryl có ưu điểm là thời gian tác dụng hiệu quả lâu dài, không có tác dụng phụ, còn nhược điểm đó là tác dụng với bệnh áp lực não thấp và nhẹ. Khi bệnh nặng có thể dùng mannitol, còn khi bệnh giảm đỡ thì dùng glyceryl, bổ xung hỗ trợ cho nhau.

3. Người mắc bệnh tai biến mạch máu não sử dụng thuốc diệt gốc tự do như thế nào?

- Cơ chế tác dụng: Gốc tự do (free radical) hay còn gọi là gốc phân li, chỉ nguyên tử, phân tử, nguyên tử khối và phân tử khối trong ống mềm điện tử không ghép đôi điện tử, có thể phân thành các gốc tự do oxy. Gốc tự do oxy bao gồm: oxy kiềm và nước. Tính chất của gốc tự do không cố định, thời gian tồn tại ngắn, rất dễ kết hợp thành phân tử cố định, hoặc cùng với các hoá hợp chất kết hợp sinh ra gốc tự do mới. Đặc điểm phản ứng chủ yếu nhờ tiến hành hình thức phản ứng dây chuyền, tự nhân lên, sinh sản và cuối cùng là hình



thành một hợp chất hoá học cố định. Cơ thể người bình thường cũng sản sinh ra gốc tự do, như oxy, nhưng trong cơ thể tồn tại hệ thống tương ứng diệt gốc tự do, thứ nhất đó là hệ thống dung môi, thứ hai đó là trong tổ chức não tồn tại vài loại chất kháng oxy hoá tự nhiên, như các sinh tố A, C, E. Sự sản sinh và tiêu diệt gốc tự do là ở chỗ cân bằng động thái, không phát sinh phản ứng dây chuyền và tổn hại tổ chức. Nhưng khi não thiếu máu, sức sống của hệ thống tiêu diệt gốc tự do bị giảm sút, sự sản sinh của gốc tự do tăng lên, mất cân bằng động thái, diễn ra phản ứng dây chuyền cục bộ.

- Phương pháp sử dụng:

+ Sinh tố E: Cơ chế tác dụng của sinh tố E dựa trên các phân tử hidro trong gốc bazơ và kiềm.

+ Sinh tố C: Cơ chế tác động của sinh tố C chủ yếu tồn tại ở dịch ngoại tế bào, có thể phản ứng với oxy hóa bazơ kiềm..., phát sinh oxy hoá đơn điện tử, hình thành gốc AFR, dùng sự truyền dẫn của gốc tự do và các phản ứng liên tiếp kích ứng oxy hoá, ức chế tái tạo oxy hoá của LDL, ngăn cản phát sinh xơ vữa động mạch, hạ thấp khả năng bị oxy hoá phát sinh thành sinh tố E gốc tự do vì diệt gốc tự do, hồi phục tính sống của sinh tố E, tận dụng sự tái tạo sinh tố E mới để tăng hiệu quả tiêu diệt gốc tự do. Lâm sàng nhấn mạnh nguyên tắc sớm, đủ lượng. Sinh tố C mỗi ngày truyền 1 - 10g, dùng liên tục trong vòng 7 - 10 ngày. Sinh tố C 20mg đủ để phát huy tác dụng chống oxy hoá.

+ Các loại khác: Thuốc barbiturates.



- Chỉ định: Não cấp máu không đủ, phát tác bệnh thiếu máu não có tính nhất thời (TIA), tắc mạch máu não.

- Chống chỉ định: Hiện nay vẫn chưa có báo cáo về chống chỉ định.

- Đánh giá hiệu quả điều trị: Lấy sinh tố E và C là hai đại diện cho các chất diệt gốc tự do trong điều trị tai biến mạch máu não có hiệu quả rõ rệt. Giá thành rẻ, lâm sàng có thể ứng dụng rộng rãi.

4. Người bị tai biến mạch máu não sử dụng thuốc alginic sodium diester như thế nào?

- Cơ chế tác dụng: Alginic sodium diester (PSS) là loại thuốc mới chứa heparin có nguồn gốc từ loài tảo nâu ở biển, tính acid liên kết với các ion âm trong đường tạo nên khả năng tích điện giải phóng chất, có tính năng phân tán nhũ hoá cao. Qua thí nghiệm trên động vật và kiểm nghiệm lâm sàng, thuốc có tác dụng chống sự tụ máu, giảm thấp sự đông máu, giảm thấp sự nhiễm mỡ trong máu, cải thiện rõ rệt khả năng biến đổi của tế bào hồng cầu và vòng tuần hoàn nhỏ, thời gian duy trì chống tụ máu từ 4 - 6 giờ. Lặp lại thí nghiệm trên động vật không phát hiện ra phản ứng phụ có hại nào, thể hệ sau có khả năng sinh sản và sự kiểm tra soi lát cắt mô tế bào động vật thí nghiệm cho thấy, cũng không phát hiện ra trường hợp dị thường nào.

- Phương pháp sử dụng: Người bị hoại tử não cấp tính có thể sử dụng PSS 2 - 4mg/kg hoà vào nước muối sinh lý hoặc 500ml dextran 706, truyền vào tĩnh mạch,



30 - 40 giọt/phút, mỗi ngày 1 lần, quá trình điều trị từ 10 - 12 lần. Người bị phù não có thể sử dụng thêm nước khử manit sao cho hợp lý. Sau khi truyền xong, có thể uống PSS 50 - 100mg 3 lần/1 ngày. Những người trong giai đoạn đang hồi phục hoặc phục hồi sức khỏe, có thể uống PSS 50mg 3 lần 1/ngày, có tác dụng hỗ trợ hồi phục bệnh. Những người có nhân tố nguy cơ cao về các bệnh thiếu máu não (cao huyết áp, tiểu đường, mỡ trong máu cao, dính tắc mạch máu cao), có thể uống PSS 50mg 3 lần/1 ngày, có tác dụng tương đối tốt chống thiếu máu trong bệnh tai biến mạch máu não.

- Chứng nhận tính thích ứng: PSS thích hợp điều trị các bệnh thiếu máu não bao gồm: não không được cung cấp máu đầy đủ, phát tác não thiếu máu tạm thời, hoại tử não và giai đoạn hồi phục hoại tử não. Sau khi phát bệnh hoại tử não cấp tính, nếu có thể sớm sử dụng thuốc PSS thì hiệu quả điều trị sẽ càng tốt hơn.

- Điều cấm kỵ: Trong quá trình điều trị, tuyệt đối không sử dụng PSS đối với người bệnh có thể chất miễn cảm, có triệu chứng xuất huyết và mắc xuất huyết. Chức năng gan thận không tốt cũng không sử dụng thuốc. Trong thời kỳ kinh nguyệt nên tạm dừng sử dụng thuốc.

- Đánh giá hiệu quả điều trị: PSS có tác dụng rõ rệt trong chống tụ máu, giảm thấp sự đông máu, giảm thấp máu nhiễm mỡ và cải thiện vòng tuần hoàn nhỏ. Thực tế lâm sàng đã phát hiện, PSS có hiệu quả điều trị đối tốt đối với người mắc bệnh tai biến mạch máu não.



5. Người bị đột quỵ sử dụng heparin phân tử lượng thấp như thế nào?

- Cơ chế tác dụng: Heparin phổ thông do hai loại phân tử hợp thành lần lượt là phân tử loại I và loại II. Áp lực giữa phân tử loại I và AT - III yếu, còn áp lực giữa loại II và AT - III thì rất mạnh, có hoạt tính chống yếu tố Xa (FXa); kiểu phụ II B cũng có áp lực mạnh với AT - III, kiêm cả hoạt tính chống men đông máu (F II) Fxa. Heparin phân tử lượng thấp bình thường do 75% phân tử loại I và 25% phân tử kiểu phụ II A hợp thành. Vì vậy heparin phân tử lượng thấp có hoạt tính kháng FXa và áp lực với AT - III cực mạnh, còn hoạt tính kháng II A thì yếu hơn.

Phân tử lượng của heparin phân tử lượng thấp là 3000 - 7000 dalton, hoạt tính sinh học của nó tồn tại sự khác biệt rõ ràng với heparin. Khả năng sử dụng sinh học của heparin chỉ là 10 - 15%, còn heparin phân tử lượng thấp là hơn 90%. Hai chất này trong chu kỳ bán phân rã tồn tại sự khác biệt rõ ràng, heparin phân tử lượng thấp có thời gian lưu lại trong hệ tuần hoàn lâu, chu kỳ nửa phân rã rõ ràng là dài hơn heparin. Heparin phân tử lượng thấp phát huy tác dụng thuốc của nó thông qua việc ảnh hưởng đến một số con đường cầm máu. Heparin phân tử lượng thấp có tác dụng ức chế đối với Fxa, F II A và enzyme hủy protein nhờ các chất trung gian AT - III và HC II, đồng thời thúc đẩy sự hình thành men - chất kháng ức chế như men đông máu - men kháng đông máu (TAT) hoặc Fxa - men kháng



đông máu (Fxa - AT); cũng có thể phát huy chức năng kháng đông máu qua tác dụng điều tiết tế bào. Ngoài ra, heparin phân tử lượng thấp còn thông qua tác dụng trung gian của tế bào màng trong dẫn đến sự giải phóng của chất hoạt hóa gốc men tiêu hóa fibrin dạng mô (t - PA) có tác dụng với phân hủy fibrin. Nghiên cứu còn phát hiện, heparin phân tử lượng thấp có tác dụng kháng cục máu đông tính trì hoãn, thời gian chống máu đông của nó là trên 24 giờ, nhưng trong khoảng 4 - 6 tiếng sau khi dùng thuốc hàm lượng yếu tố làm đông máu trong huyết tương và protein chống đông tụ trong huyết tương sẽ không có thay đổi. Bởi vì heparin phân tử lượng thấp giống như dextran, đều là chất điện giải phân tử cao, có chức năng tác dụng với huyết quản, làm cho nó phát huy tác dụng sinh hóa và dược lý. Ngoài ra, heparin phân tử lượng thấp có tác dụng với dextran huyết quản, tăng sự giải phóng chất kết hợp màng, cải thiện trạng thái máu đông.

Heparin phân tử lượng thấp dẫn tới tiểu huyết cầu có mối quan hệ lượng hiệu nhất định, đồng thời có tính tương quan với lượng phân tử ít hay nhiều, lượng phân tử càng thấp thì ảnh hưởng tới sự tập trung của tiểu huyết cầu càng ít. Khi lượng phân tử ít hơn 3000 dalton, dường như không dẫn đến hoạt tính tập trung tiểu huyết cầu. Heparin phân tử lượng thấp không chỉ giảm tác dụng phụ xuất huyết mà còn có thể giảm ảnh hưởng đến tiểu huyết cầu. Đây cũng là một trong những cơ chế ứng dụng heparin phân tử lượng thấp tương đối an toàn.



- Phương pháp sử dụng: Hiện nay heparin phân tử lượng thấp được sử dụng cho lâm sàng có rất nhiều loại, tính chất và những thuốc ứng dụng lâm sàng của nó cũng có những điểm khác nhau nhất định. Trúng gió do thiếu máu thông thường sử dụng fraxiparin 4100 tiêm dưới da ở phần bụng, mỗi ngày 2 lần.

- Chỉ định:

+ Đột quỵ do xuất huyết phi cấp tính, xuất hiện triệu chứng bệnh cho tới chụp quét CT não trước 48 giờ.

+ Không hôn mê, nam giới và nữ giới.

+ Người trên 18 tuổi và dưới 80 tuổi.

+ Người bệnh đột quỵ cấp tính kèm theo tắc tĩnh mạch.

- Chống chỉ định: Người dưới 18 tuổi và lớn hơn 80 tuổi, người có thai, cao huyết áp nghiêm trọng hoặc không khống chế được, chứng giảm tiểu huyết cầu, xuất huyết do hoạt động, có tiền sử miễn cảm với heparin phân tử lượng thấp.

- Đánh giá kết quả trị liệu: Là một trong những biến chứng thường thấy của người bị bệnh đột quỵ cấp tính, có thể giảm một cách rõ rệt tỷ lệ tắc tĩnh mạch phần sâu. Có một vị trí quan trọng trong việc phòng chống tắc tĩnh mạch phần sâu của người đột quỵ. Heparin phân tử lượng thấp có tác dụng kháng mạnh đối với Fxa và có ảnh hưởng ít đến men phân giải lipid và tiểu huyết cầu, vì thế ứng dụng lâm sàng an toàn, có hiệu quả và thao tác đơn giản thuận lợi.



6. Người bệnh đột quỵ dùng thuốc chế từ cây bạch quả như thế nào?

- Cơ chế tác dụng:

+ Điều tiết huyết quản, tăng lưu lượng máu.

+ Cải thiện lưu biến học của máu, tăng sự truyền máu cho các mô.

+ Đối kháng hoạt tính các yếu tố kích hoạt tiểu huyết cầu, giảm sự tập trung của tiểu huyết cầu, ức chế phát sinh sự mất hạt của bạch cầu hạt trung tính.

+ Xóa bỏ gốc tự do và ức chế phản ứng peoxi hóa lipid.

+ Thúc đẩy sự chuyển hoá tế bào thần kinh.

- Phương pháp sử dụng: Hiện nay thuốc chế từ cây bạch quả ở trong và ngoài nước có rất nhiều chủng loại, chủ yếu có thuốc nước, thuốc viên và thuốc để tiêm. Do công nghệ sản xuất của các loại thuốc này không giống nhau nên sự hợp thành của thuốc chế từ cây lá quạt có phần khác nhau. Thành phần chủ yếu của nó là loại flavon, chất béo có trong loại terpenes... Sản phẩm chủ yếu gồm có cây bạch quả tam cử, ginaton... Lượng dùng và thời gian điều trị vẫn chưa có kết luận rõ ràng, đại đa số lượng thuốc được dùng là 120 - 160mg/dl, thời gian điều trị là 4 - 6 tuần, thời gian điều trị đối với người bệnh có chức năng não không toàn diện có thể kéo dài một cách thích hợp.

- Chỉ định: Chức năng não không toàn diện, rối loạn tính huyết quản, bệnh mạch máu não do thiếu máu, chứng đau thắt ngực, hoại tử cơ tim...



- Chống chỉ định: Bệnh nhân kỳ cấp tính của xuất huyết não và có khuynh hướng xuất huyết, người có tiền sử mẫn cảm với thuốc chế từ cây lá quạt.

- Đánh giá hiệu quả điều trị: 15 trung tâm nghiên cứu thuộc Tổ chức Y tế thế giới WHO đã lựa chọn một số nghiên cứu bất kỳ đối chiếu và kết quả cho thấy, loại thuốc này đặc biệt có tác dụng trong ức chế trạng thái bệnh, có thể cải thiện độ nhớt máu của người bị hoại tử não, đồng thời nâng cao khả năng sinh hoạt bình thường cho người bệnh. Nó có thể có tác dụng can thiệp hoặc tác dụng ngược lại đối với quá trình bệnh lý của bệnh binswanger. Còn đối với người bị lú lẫn nghiêm trọng thuốc chế từ cây lá quạt không có hiệu quả rõ rệt.

7. Người bị đột quy uống thuốc dẫn mạch máu như thế nào?

- Cơ chế tác dụng: Nghiên cứu xác định huyết lưu não cục bộ cho rằng thuốc làm dẫn mạch máu làm cho mạch máu dẫn ra và cải biến dòng máu trong não chủ yếu là thông qua tác dụng trực tiếp với cơ trơn và chất dẫn truyền thần kinh trên thành mạch máu. Cơ thể để duy trì cơ chế bình thường của hoạt động trao đổi chất và chức năng của hệ thống thần kinh, huyết lưu não trong tình trạng sinh lý bình thường cần phải giữ được sự cân bằng tương đối. Cách duy trì huyết lưu não như vậy là do tự động điều tiết hoàn thành, còn sự hoàn thành tự động điều tiết lưu lượng máu não chủ yếu dựa vào:



+ Yếu tố chuyển hóa, khí cacbonic, độ pH và tác dụng trực tiếp của thuốc đối với cơ trơn.

+ Sự phân bố dây thần kinh của não bộ, giải phóng chất dẫn truyền đầu cuối dây thần kinh

+ Sự giải phóng adrenalin trên thành huyết quản và acetylcholine, tính hưng phấn của các thụ thể α , β adrenalin trên thành huyết quản.

+ Sự giải phóng acetylcholine, sự điều tiết và sự hưng phấn của thụ thể cholinergic cho tới thụ thể histamin hydro.

- Phương pháp sử dụng:

+ Pentoxifyline: Là ankaloit thuộc loại xantin, có thể có tác dụng trực tiếp với cơ trơn huyết quản, ức chế phosphodiesterase, nâng cao mức cAMP, làm cho mạch máu giãn ra, còn có tác dụng ức chế sự tập trung của tiểu huyết cầu, tế bào hồng cầu làm giảm thể tích đơn vị hồng cầu. Dùng đường uống mỗi lần 0,1 - 0,3g, mỗi ngày 3 lần. Sau khi thấy có kết quả có thể dùng 100mg, mỗi ngày 3 lần liên tục. Dùng truyền theo đường tĩnh mạch bắt đầu 100mg dung hòa trong nước muối sinh lý hoặc 250 - 500ml dịch gluco 5%, truyền nhỏ giọt trong 90 - 180 phút, có thể tăng 50ml theo từng ngày, lượng thuốc nhiều nhất là 400mg mỗi lần. Dùng cho bệnh mạch máu não mạn tính. Chống chỉ định đối với người bệnh hoại tử cơ tim cấp tính, người bệnh bị xơ cứng động mạch nghiêm trọng và có kèm theo huyết áp cao, huyết áp thấp và phụ nữ mang thai.



+ Betahistine: Là loại thuốc thuộc loại histamin, có tác dụng giãn mạch máu mạnh liệt, tăng lưu lượng máu trong não, cải thiện tuần hoàn não, có tác dụng ức chế sự đông máu tạm thời và ức chế giải phóng histamin, có tác dụng đối với việc cung cấp máu không đủ cho hệ thống động mạch đáy đốt sống và bệnh mạch máu não do thiếu máu cấp tính. Dùng đường uống 4 - 8mg, mỗi ngày 2 - 3 lần. Dùng đường tiêm, tiêm bắp 2 - 4mg, mỗi ngày 3 lần. Truyền tĩnh mạch, 500ml betahistine natriclorua, gồm có 20mg betahistine (để nhỏ giọt), 10 - 15 ngày là một quá trình trị liệu. Những người bệnh bị loét tĩnh tiêu hóa, hen suyễn, u tế bào ưa crom nên thận trọng khi sử dụng.

+ Vinpocotine: Là chất ankaloit chiết suất ra từ loại (dừa cạn), thành phần chủ yếu là vinpocetine có thể làm cho cơ trơn của mạch máu rã ra, tăng lưu lượng máu não tính lựa chọn, có thể cải thiện dòng máu và hệ vi tuần hoàn, cải thiện sự chuyển hóa chất trong não. Thích hợp dùng cho hậu di chứng hoại tử não hoặc xuất huyết, chứng xơ cứng động mạch não. Mỗi lần dùng 5 mg, mỗi ngày 3 lần.

+ Các loại khác

- Chỉ định: Cung cấp máu cho động mạch đáy đốt sống không đủ, cung cấp máu cho não không đủ mạn tính, chứng xơ cứng động mạch não. Thời kỳ hồi phục bệnh mạch máu não do thiếu máu (sau khoảng 3 tuần phát bệnh), phát tác thiếu máu não tạm thời, hoại tử não tính khe hở, hoại tử não, lú lẫn tính huyết quản.



- **Chống chỉ định:** Chống chỉ định sử dụng tất cả các loại thuốc trên cho người bệnh xuất huyết khoang sọ kỳ cấp tính, kỳ cấp tính của bệnh mạch máu não do thiếu máu, huyết áp thấp. Người bệnh cao huyết áp kèm theo xơ cứng động mạch nghiêm trọng, người bệnh cơ cứng cơ tim cấp tính, phụ nữ mang thai và cho con bú bị bệnh mạch máu não do thiếu máu.

- **Đánh giá kết quả trị liệu:** Khi đột quy do thiếu máu, phần lớn người bệnh bị tắc mạch máu não đều phát sinh hiện tượng tê liệt mạch máu tính ổ tại khu vực thiếu máu, mạch máu ở vị trí này dựa vào huyết áp mà ở trạng thái vận mạch bị động. Đồng thời tác dụng dẫn mạch đối với cacbonic mất đi phản ứng. Khi uống thuốc dẫn mạch máu não làm cho các huyết quản mô não bình thường xung quanh ổ bệnh dẫn ra, máu từ vùng ổ bệnh lại chảy ngược đến các mô não bình thường ở xung quanh. Nó làm cho lưu lượng máu trong các ổ bệnh lại càng thiếu hơn, hiện tượng này được gọi là "hội chứng đạo máu trong não". Vì vậy thuốc dẫn huyết quản thích hợp cho thời kỳ hồi phục của bệnh đột quy do thiếu máu. Đặc biệt là tình trạng cung cấp máu không đủ cho động mạch đáy đốt sống hoặc cung cấp máu đủ cho não mạn tính, xơ cứng động mạch não...dùng thuốc dẫn mạch máu sẽ có tác dụng.

8. Người bị đột quy sử dụng thuốc đối kháng canxi như thế nào?

- Cơ chế tác dụng:



+ Mở rộng huyết quản, tăng cao lưu lượng máu trong não, calcium channel blocker ngăn chặn ion canxi thấm qua nội mạc. Do đó có thể làm mất đi hoặc giảm sự co lại của cơ trơn, đồng thời có thể không chế các chất mà gây ra sự co lại của các mạch máu não.

+ Bảo vệ tế bào não, tránh cho màng nơron thần kinh bị sự khử cực sau khi bị thiếu máu não, ngăn chặn ion canxi chảy vào trong, đồng thời lưới nội bào giải phóng ion canxi vào trong dịch tế bào, có thể giảm thiểu nguy cơ tử vong do trúng độc nơron thần kinh, giảm nhẹ sự tổn thương mô.

+ Tác dụng phòng xơ vữa động mạch. Thực nghiệm chứng minh calcium channel blocker có tác dụng phòng xơ vữa động mạch.

+ Duy trì khả năng biến hình của hồng cầu, là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến độ nhớt của máu trong hệ vi tuần hoàn. Khả năng biến hình của hồng cầu do sự tích trữ nội dung tế bào và tính lưu động quyết định. Nó cũng được quyết định ở tính linh hoạt của hồng cầu. Calcium channel blocker ngăn chặn ion canxi bất thường thấm qua nội mạc để vào trong tế bào máu, duy trì khả năng biến hình của hồng cầu, giảm lực cản trong huyết quản và độ nhớt của máu, cải thiện hệ tuần hoàn.

+ Chống sự tập hợp của tiểu huyết cầu. Calcium channel blocker ức chế sự tập hợp của tiểu huyết cầu do ADP dẫn đến, thông qua việc ức chế thụ thể gây tiết adrenalin. Thụ thể thromboxane mà ức chế sự tập hợp của tiểu huyết cầu do gây tiết adrenalin và TXA₂ dẫn



đến. Từ đó giúp cho độ nhớt của máu giảm đi, cải thiện hệ vi tuần hoàn.

- Phương pháp sử dụng:

+ Nimodipine: Nimodipine dưới trạng thái bệnh lý tắc nghẽn tính lựa chọn giảm thấp canxi di chuyển hướng vào trong tế bào, giảm nhẹ co giật mạch máu não. Lượng bình thường là 20 - 40mg, mỗi ngày uống 3 lần.

+ Sibelium(flunarizin HCL): Có khả năng ức chế có lựa chọn canxi chảy vào trong tế bào, loại bỏ sự co lại và các cơn co giật mạch máu, tăng lưu lượng máu, cải thiện sự cung cấp oxy cho não bộ; có khả năng ức chế canxi xâm nhập vào trong hồng cầu, ngăn ngừa phát sinh quá trình hồng cầu trạng thái răng cưa, giảm thấp độ đặc của máu, duy trì khả năng biến hình của hồng cầu, cải thiện độ thông suốt của huyết quản, tăng sự cung cấp oxy cho mô não. Khi não hoại tử, thuốc sẽ ức chế canxi xâm nhập vào trong tế bào não, phòng chống não tổn thương mà dẫn đến hoại tử não, tăng khả năng chống thiếu oxy cho tế bào não. Lượng dùng bình thường là 5 - 10mg, mỗi tối uống 1 lần. Còn đối với thời gian uống thuốc thích hợp, dựa trên kinh nghiệm và các dữ liệu nghiên cứu trong và ngoài nước cho biết, nên uống thuốc sớm nhất có thể, hiệu quả nhất là uống thuốc trong khoảng ít nhất 12 giờ sau khi phát bệnh, nếu sử dụng thuốc trong thời gian dài thì hiệu quả sẽ không cao.

- Chỉ định: Thuốc kháng canxi đối với phòng trị hoại tử não là phương pháp có hiệu quả, đặc biệt là uống trong vòng 12 giờ sau khi phát bệnh hoại tử não. Nếu



uống thuốc kháng canxi trong vòng 24 giờ khi phát bệnh hoại tử não vẫn chưa có chứng minh nào cho biết sẽ tác dụng như thế nào.

- Chống chỉ định: Hiện nay thuốc kháng canxi được sử dụng rộng rãi trong các khoa thần kinh, nhưng những loại thuốc này đều có tác dụng phụ như sau:

+ Tăng cân

+ Người bệnh bị trầm cảm: Khi uống những loại thuốc nêu trên, đặc biệt là thuốc sibelium, tốt nhất là sử dụng trong kỳ cấp tính, không nên uống trong thời gian dài.

+ Hội chứng parkinson.

Ngoài ra, khi kết hợp sử dụng các loại thuốc kháng canxi phải chú ý khả năng phát sinh giảm huyết áp.

- Đánh giá trị liệu: Các kết quả nghiên cứu của nhiều trung tâm y học Âu Mỹ đã cho biết, uống nimodipine trong thời kì đầu sẽ có hiệu quả với đột quỵ do thiếu máu não. Người bệnh xuất huyết khoang dưới màng mạng nên uống nimodipine để làm giảm các triệu chứng co giật mạch máu não, là biện pháp hiệu quả.

MỤC LỤC

Lời nói đầu

5

Chương một

NHỮNG KIẾN THỨC CƠ BẢN VỀ CHỨNG ĐỘT QUY

1.	Đột quy là gì?	8
2.	Đột quy có những loại thường gặp nào?	9
3.	Những nguyên nhân nào gây ra bệnh đột quy?	9
4.	Đột quy có bao nhiêu nhân tố nguy hiểm?	11
5.	Tắc động mạch là gì?	13
6.	Xơ cứng động mạch não là gì?	13
7.	Tắc mạch máu não là gì?	15
8.	Hoại tử não do nứt xoang và xuất huyết hoại tử não là gì?	15
9.	Tại sao vào khoảng thời gian gần sáng dễ phát hiện hoại tử não?	16
10.	Hoại tử não và nhũn não có phải chỉ là một?	17
11.	Thế nào là phương pháp trị liệu thông tắc?	18
12.	Có những loại thuốc và phương pháp chủ yếu nào để làm tan máu đông?	19
13.	Chỉ định, chống chỉ định và chứng bội phát của việc làm tan máu đông có những đặc điểm gì?	21



- | | |
|--|----|
| 14. Hội chứng đạo máu não là gì? | 23 |
| 15. Xuất huyết não là gì? | 26 |
| 16. Làm thế nào để phân biệt hoại tử não và xuất huyết não? | 29 |
| 17. Thế nào là xuất huyết khoang dưới màng nhện? | 31 |
| 18. Tại sao xuất huyết khoang dưới màng nhện lại dễ tái phát và biến chứng của nó như thế nào? | 34 |
| 19. Phình động mạch là gì? | 35 |
| 20. Có những dấu hiệu nào báo trước sự phát sinh đột quy? | 38 |
| 21. Đột quy có những biến chứng nào? | 38 |
| 22. Đột quy có những di chứng thế nào? | 44 |
| 23. Phát tác thiếu máu não tạm thời là gì? | 51 |
| 24. Đột quy thường có các chứng bệnh kèm theo nào? | 53 |
| 25. Thoát vị não là gì? | 56 |

Chương hai

NHỮNG KIẾN THỨC PHÒNG CHỐNG ĐỘT QUY

- | | |
|---|----|
| 1. Có các phương pháp cơ bản phòng chống đột quy nào? | 60 |
| 2. Bệnh mạch máu có bao nhiêu nhân tố nguy hiểm? | 61 |



3. Có những nguyên tắc phòng trị nào dành cho bệnh đột quy? 61
4. Đột quy và các nhân tố khách quan có mối quan hệ như thế nào? 62
5. Mối quan hệ giữa đột quy với các bệnh và biện pháp can thiệp như thế nào? 63
6. Mối liên hệ giữa đột quy não và chế độ dinh dưỡng, luyện tập như thế nào? 85
7. Có những nhân tố nguy hiểm nào dẫn đến tái phát đột quy não? 87
8. Sau khi đột quy não, làm thế nào để đánh giá chính xác cơ chế phát bệnh đột quy lần đầu? 88
9. Sau khi đột quy não, làm thế nào để tiến hành quản lý theo dõi huyết áp chính xác? 91
10. Có những biện pháp điều trị nào sau khi đột quy? 92
11. Ảnh hưởng của hậu đột quy đến các chứng bệnh khác như thế nào? 94
12. Sau khi đột quy, làm thế nào để kiểm soát lượng đường và lượng mỡ trong máu? 96
13. Phương pháp truyền dịch vào mùa đông và mùa hè có thể ngăn ngừa tái phát đột quy không? 96
14. Tại sao aspirin có thể giúp ngừa đột quy do thiếu máu não? 97



Chương ba

PHƯƠNG PHÁP CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐỘT QUY

1. Nhiệm vụ, mục đích của việc chăm sóc bệnh nhân đột quy là gì? 100
2. Đo thân nhiệt như thế nào? 101
3. Phương pháp đo huyết áp như thế nào? 102
4. Hướng dẫn bệnh nhân đột quy uống thuốc như thế nào là đúng cách? 103
5. Bảo quản thuốc như thế nào là đúng cách? 104
6. Khi sử dụng các loại thuốc có hình dạng khác nhau cần chú ý những gì? 105
7. Chọn đúng thuốc hạ huyết áp như thế nào? 106
8. Việc dùng bổ sung thêm thuốc hạ huyết áp thường dễ mắc phải những sai lầm gì? 107
9. Phòng táo bón khi bị đột quy như thế nào? 108
10. Phòng chứng hoại tử do nằm liệt giường khi bị đột quy và phương pháp chữa trị như thế nào? 109
11. Chăm sóc khoang miệng và da của bệnh nhân đột quy như thế nào? 114
12. Chăm sóc người bị đột quy và các chứng bệnh kèm theo như thế nào? 116
13. Chăm sóc người bệnh đột quy bị bí tiểu và bị đại dầm như thế nào? 119
14. Chăm sóc bệnh nhân bị liệt chân tay do đột quy như thế nào? 121



15. Hỗ trợ người bệnh đột quỵ trong việc ăn uống và vệ sinh thân thể như thế nào? 123
16. Lựa chọn loại dụng cụ phụ trợ di lại cho bệnh nhân đột quỵ thế nào cho phù hợp? 130
17. Làm thế nào để đảm bảo an toàn cho cuộc sống của người bệnh đột quỵ? 131
18. Sử dụng ống dẫn tiểu như thế nào? 132
19. Chăm sóc người bệnh đột quỵ bị hôn mê như thế nào? 134
20. Chăm sóc người bệnh đột quỵ phải phẫu thuật mở khí quản như thế nào? 138
21. Chăm sóc người bệnh đột quỵ đã rút ống nối khí quản như thế nào? 143
22. Chăm sóc người bệnh đột quỵ dẫn lưu não thất bên như thế nào? 144
23. Chăm sóc người bệnh đột quỵ dẫn lưu sung huyết sinh thiết lỗ khoan hộp sọ như thế nào? 147
24. Chăm sóc người bệnh đột quỵ phải bón thức ăn qua đường mũi như thế nào? 150
25. Làm thế nào để gọi xe cấp cứu? 152

Chương bốn

NHỮNG KIẾN THỨC VỀ HỒI PHỤC SỨC KHOẺ CHO NGƯỜI ĐỘT QUỴ

1. Trị liệu hồi phục sức khỏe có thể phòng bệnh đột quỵ không? 155



2. Có những biện pháp trị liệu phục hồi sức khỏe nào cho bệnh nhân đột quy? 155
3. Cải thiện chức năng vận động cho người bệnh đột quy như thế nào? 156
4. Khi giúp người bệnh đột quy vận động cần chú ý những điều gì? 157
5. Nhân viên phụ trợ trị liệu cho người bệnh đột quy cần chú ý những điều gì? 158
6. Sự vận động của cơ thể người bệnh biểu hiện như thế nào? 160
7. Động tác tập luyện khi ở trên giường gồm những nội dung nào? 161
8. Cầm tay người bệnh có những tư thế chủ yếu nào? 165
9. Ôm giữ người bệnh có những tư thế chủ yếu nào? 166
10. Vận động khớp vai cho bệnh nhân đột quy và xương bả vai vận động như thế nào? 170
11. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác uốn cong khớp xương vai như thế nào? 173
12. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác đưa khớp xương vai và thu vào trong trên mặt phẳng khớp xương vai như thế nào? 174
13. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác xoay vào trong, xoay ra ngoài của khớp xương vai như thế nào? 175



14. Hướng dẫn người bệnh động tác căng tay như thế nào? 176
15. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác duỗi khớp khuỷu tay như thế nào? 177
16. Thực hiện động tác khớp cổ tay, khớp ngón tay và khớp các đốt ngón tay như thế nào? 177
17. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác cong gập khớp hông và duỗi thẳng khớp hông thực hiện như thế nào? 180
18. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác xoay vào trong, xoay ra ngoài của khớp hông như thế nào? 181
19. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác hướng ra ngoài và thu vào trong của khớp hông như thế nào? 182
20. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác co duỗi khớp xương đầu gối như thế nào? 183
21. Hướng dẫn người bệnh thực hiện động tác gập cong ra phía sau khớp mắt cá chân như thế nào? 184
22. Hướng dẫn người bệnh vận động vùng mắt cá chân: hướng vào trong, hướng ra ngoài như thế nào? 184
23. Hướng dẫn bệnh nhân vận động ngón chân như thế nào? 185
24. Giúp bệnh nhân tự vận động khớp vai như thế nào? 185



25. Người bệnh tự vận động khuỷu tay và xoay tròn cánh tay trước như thế nào? 186
26. Người bệnh tự vận động cổ tay và ngón tay cánh tay bị đau như thế nào? 187
27. Người bệnh tự vận động xương hông như thế nào? 188
28. Di chuyển bệnh nhân khi nằm trên giường như thế nào? 188
29. Tại sao bệnh nhân đột quỵ phải luyện tập chuyển mình? 190
30. Phương pháp luyện tập chuyển mình như thế nào? 190
31. Bài tập trước khi đi bộ dành cho người bệnh đột quỵ gồm có những nội dung nào? 192
32. Hướng dẫn người bệnh luyện tập lên, xuống cầu thang như thế nào? 210
33. Hướng dẫn người bệnh sử dụng ba-toong để lên và xuống cầu thang như thế nào? 212
34. Luyện tập đi bộ và những trang thiết bị cần thiết bao gồm những gì? 213
35. Làm thế nào để tiến hành luyện tập đứng bước đi? 213
36. Làm thế nào để luyện tập đi bộ thẳng bằng với 2 xà song song? 215
37. Luyện tập đi bộ sử dụng thành giường như thế nào? 216
38. Luyện tập đi bộ bằng cách sử dụng nạng như thế nào? 217



Chương năm

CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG VÀ ĐIỀU DƯỠNG DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY

1. Người mắc bệnh đột quy nên chú ý điều gì trong ăn uống? 221
2. Các loại thực phẩm có nguồn gốc từ động vật nào phù hợp với người bệnh đột quy? 221
3. Các loại thức ăn có nguồn gốc thủy sản nào thích hợp với người bệnh đột quy? 232
4. Người bị bệnh đột quy có nên ăn ba ba không? 244
5. Những loại rau nào tốt cho người đột quy? 247
6. Những loại hoa quả nào tốt cho người bệnh đột quy? 257
7. Có những loại thuốc bắc nào phù hợp cho người đột quy tẩm bổ? 269
8. Làm thế nào để đảm bảo chế độ ăn uống cho người đột quy kèm theo bệnh tiểu đường? 277
9. Làm thế nào để bảo đảm ăn uống cho người bệnh đột quy nào kèm theo chứng mỡ trong máu cao? 277

Chương sáu

ĐIỀU DƯỠNG TÂM LÝ CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY

1. Tại sao người bệnh đột quy dễ xuất hiện trạng thái tâm lý hoang mang, lo sợ? 280



2. Người bị đột quỵ có những biểu hiện tâm lý thất thường chủ yếu nào? 281
3. Những nguyên nhân chủ yếu nào dẫn đến tâm lý thất thường của người bệnh? 282
4. Tại sao nói điều trị tâm lý cho người bị đột quỵ là phương thuốc tốt nhất? 283
5. Người nhà bệnh nhân làm thế nào để giúp đỡ người bệnh khắc phục những trở ngại về tâm lý? 285
6. Có những phương pháp trị liệu tại nhà nào cho những thất thường về tâm lý của người bị đột quỵ? 286
7. Làm thế nào để giúp người bệnh xây dựng được lòng tin? 288
8. Thực hiện điều trị tâm lý khi người bệnh đang nằm viện như thế nào? 289

Chương bảy

SINH HOẠT HÀNG NGÀY MỘT CÁCH ĐIỀU ĐỘ VỚI NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ

1. Giấc ngủ có vai trò như thế nào đối với bệnh nhân đột quỵ? 293
2. Tại sao giấc ngủ trưa lại quan trọng? 294
3. Giấc ngủ có những đặc điểm gì cần lưu ý? 295
4. Vì sao không nên thức đêm? 295



5. Một giấc ngủ đúng cách cần những yêu cầu gì? 295
6. Vì sao trước khi ngủ phải giữ cho tinh thần thoải mái? 296
7. Việc sắp xếp chế độ nghỉ ngơi hợp lý cho người bị đột quỵ có vai trò quan trọng như thế nào? 297
8. Vào mùa xuân nên có chế độ chăm sóc đối với bệnh nhân bị đột quỵ như thế nào? 299
9. Vào mùa hè nên có chế độ chăm sóc đối với bệnh nhân bị đột quỵ như thế nào? 300
10. Vào mùa thu nên có chế độ chăm sóc đối với bệnh nhân bị đột quỵ như thế nào? 301
11. Vào mùa đông nên có chế độ chăm sóc bệnh nhân đột quỵ như thế nào? 302
12. Thay đổi sinh hoạt hàng ngày theo mùa (theo y học phương Đông) như thế nào? 303
13. Nhu cầu về tình dục của người đột quỵ nào có thay đổi gì không? 304
14. Người bệnh đột quỵ có thể có đời sống vợ chồng bình thường không? 306
15. Người bị đột quỵ nên điều chỉnh đời sống vợ chồng như thế nào? 307
16. Người bị đột quỵ nên chú ý những gì trong đời sống vợ chồng? 309
17. Quan niệm của Đông y về tình dục như thế nào? 311
18. Theo Đông y, đâu là điểm cần lưu ý trong vấn đề tình dục? 312



Chương tám

CÁC PHƯƠNG PHÁP KIỂM TRA ĐỘT QUY

1. Có những phương pháp kiểm tra đột quy nào? 314
2. Chọc dò tủy sống, kiểm tra dịch não tủy là gì? 315
3. Kiểm tra áp kinh, áp phúc trong quá trình chọc dò tủy sống, dịch tủy não là gì? 317
4. Sau khi tiến hành dò tủy sống thường có những triệu chứng nào? 317
5. Quá trình kiểm tra dịch não tủy đối với những bệnh nhân xuất huyết khoang dưới màng mạng nhện (SHA) có những đặc điểm gì? 318
6. Thế nào là kiểm tra bằng phương pháp chụp X- quang máy tính? 319
7. Kiểm tra bệnh nhân nhồi máu não bằng máy tính có những đặc điểm gì? 320
8. Kiểm tra bệnh nhân xuất huyết bằng máy tính có những đặc điểm gì? 321
9. Kiểm tra bệnh nhân xuất huyết ở khoang dưới màng mạng nhện có những đặc điểm gì? 321
10. Thế nào là phương pháp kiểm tra MIR? 322
11. Chỉ số MIR của não ở những bệnh nhân bị nhồi máu não có đặc điểm gì? 324
12. Chỉ số MIR não của bệnh nhân bị xuất huyết não có biểu hiện như thế nào? 324



13. Thế nào là phương pháp kiểm tra tạo hình huyết quản cắt lớp kỹ thuật số? 325
14. Thao tác kiểm tra chụp ảnh mạch máu toàn não như thế nào? 326
15. Kiểm tra điện não đồ (EEG) là gì? 326
16. Đo điện cơ là gì? thế nào là kiểm tra tốc độ truyền dẫn thần kinh (NCV)? 327
17. Kiểm tra điện thế gọi thính giác thân não (BAEP) là gì? 327
18. Kiểm tra TCD là gì? 328
19. Người mắc bệnh tai biến mạch máu não tại sao phải làm kiểm tra đáy mắt? 328
20. Làm thế nào để tiến hành kiểm tra đáy mắt cho người bị tai biến mạch máu não? 329
21. Biến đổi khác thường thường thấy ở đáy mắt bệnh nhân cao huyết áp gồm những gì? 330

Chương chín

NHỮNG LOẠI THUỐC NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO THƯỜNG DÙNG

1. Người mắc bệnh tai biến mạch máu não sử dụng thuốc aspirin như thế nào? 332
2. Người bị mắc bệnh tai biến mạch máu não sử dụng mannitol và glyceryl như thế nào? 33



3. Người mắc bệnh tai biến mạch máu não sử dụng thuốc diệt gốc tự do như thế nào? 338
4. Người bị tai biến mạch máu não sử dụng thuốc alginic sodium diester như thế nào? 340
5. Người bị đột quỵ sử dụng heparin phân tử lượng thấp như thế nào? 342
6. Người bệnh đột quỵ dùng thuốc chế từ cây bạch quả như thế nào? 345
7. Người bị đột quỵ uống thuốc dẫn mạch máu như thế nào? 346
8. Người bị đột quỵ sử dụng thuốc đối kháng canxi như thế nào? 349

NHÀ XUẤT BẢN HÀ NỘI

Số 4 - Tổng Duy Tân, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội

Điện thoại: (04) 9288655. Fax: (04) 9289143

Email: nhaxuatbanhanoi@hn.vnn.vn

PHÁT HIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘT QUÝ

HÀ SƠN - KHÁNH LINH

Chịu trách nhiệm xuất bản:

NGUYỄN KHẮC OÁNH

Biên tập:	NGUYỄN THẮNG
Vẽ bìa:	STAR BOOKS
Trình bày:	HÀ SƠN
Kỹ thuật vi tính:	HÀ SƠN
Sửa bản in:	HÀ SƠN

In 500 cuốn, khổ 14,5 x 20,5 cm, tại Công Ty In Văn Hóa Sài Gòn

ĐKKH xuất bản số : 231 - 2011/CXB/08KH - 23/HN

In xong và nộp lưu chiểu Quý II năm 2011.

GÓP PHẦN NÂNG CAO DÂN TRÍ

Nhà sách **Thăng Long**

2 Bà Nguyễn Thị Minh Khai - Q.1 - TP. HCM • ĐT: 9102062 • FAX: 9102063 • E-mail: nsthanglong@tcm.vn • Website: http://www.thanglong.com.vn



101126764



8 935075 192313

Giá: 62.000đ

<https://medun.hopto.org>

STAR BOOKS