

MỤC LỤC

Bài 1. SỨC KHỎE VÀ TÂM LÝ NGƯỜI CAO TUỔI.....	3
Bài 2. CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI CAO TUỔI.....	9
Bài 3. CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI.....	72
Bài 4. MỘT SỐ CHẾ ĐỘ ĂN BỆNH LÝ CỦA NGƯỜI BỆNH LÃO KHOA.....	79
Bài 5. LUYỆN TẬP DƯỠNG SINH CHO NGƯỜI CAO TUỔI	92
Bài 6. THEO DÕI SỨC KHỎE CHO NGƯỜI CAO TUỔI	95
Bài 7. VẤN ĐỀ AN TOÀN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TRONG ĐỜI SỐNG HÀNG NGÀY.	112
Bài 8. TÁC DỤNG XOA BÓP ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI	118
Bài 9. VỆ SINH THÂN THỂ CHO NGƯỜI CAO TUỔI.....	120

LỜI NÓI ĐẦU

Bài giảng *Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi* được biên soạn bám sát mục tiêu, nội dung giáo dục của nhà trường trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Bài giảng gồm có 15 bài học, mỗi bài có 2 phần: Mục tiêu học tập và những nội dung chính. Bài giảng được sử dụng làm tài liệu chính thức cho việc giảng dạy và học tập trong nhà trường; thời lượng 30 tiết.

Trong quá trình biên soạn, mặc dầu với nhiều cố gắng nhưng chắc chắn sẽ không tránh khỏi các thiếu sót, chúng tôi mong muốn nhận được sự đóng góp của quý đồng nghiệp, sinh viên và bạn đọc để bài giảng được hoàn thiện hơn.

Trân trọng cảm ơn!

Khoa Y Dược

Bài 1. SỨC KHỎE VÀ TÂM LÝ NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được sức khỏe người già
2. Trình bày được tâm lý người già.

I. KHÁI NIỆM VỀ NGƯỜI GIÀ/ CAO TUỔI

Người 65 tuổi hay cao hơn được gọi là người cao niên hay người già.

Từ 65 tuổi đến 75 tuổi là già trẻ và 75 tuổi trở lên là già già.

Khi trở về già, con người có những biến chuyển về thể lý và tâm lý, để thích nghi với sự thay đổi đó, cần có một nếp sống thích hợp.

II. NHỮNG THAY ĐỔI SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI CAO TUỔI

1. Thay đổi về thể chất

Sự thay đổi về diện mạo bề ngoài thì ai cũng thấy như: Da nhăn, tóc bạc, lưng khòm, đi đứng chậm chạp, nói năng chậm chạp, mắt mờ, tai lảng, sức yếu v.v... Những sự thay đổi tinh tế mà nếu không lưu tâm, chúng ta sẽ không nhận ra, và từ đó, đưa đến sự thiếu sót trong chăm sóc các cụ, nhiều khi đưa tới những hậu quả tai hại cho sức khỏe về thể chất lẫn tinh thần.

2. Phản ứng chậm

Sau khi nghe câu hỏi, người già cần một khoảng thời gian lâu hơn để ghi nhận dữ liệu, và thời gian lâu hơn để đưa ra câu trả lời. Do đó, chúng ta cần nói chậm rãi hơn bình thường, nhìn thẳng vào mắt các cụ để biết rằng các cụ đang chú ý lắng nghe khi có câu hỏi quan trọng. Chúng ta cũng cần chờ lâu hơn bình thường để nghe câu trả lời. Nếu các cụ lảng tai, thì chúng ta cần kiên nhẫn hơn nữa.

3. Sự đi đứng chậm chạp và phản ứng chậm

Khiến các cụ cần nhiều thời gian hơn để chuẩn bị mỗi khi đi ra ngoài. Do đó, chúng ta cần báo cho các cụ biết trước khi các cụ cần đi đâu, càng sớm càng tốt để các cụ chuẩn bị, như thay quần áo. Thu xếp giấy tờ cần thiết. Chúng ta cần để ý đến tâm trạng sốt ruột và bức bối của mình khi chờ các cụ, để kiên nhẫn hơn và tránh các câu hỏi tế nhị làm cho các cụ cảm thấy tủi thân và tủi lòng.

4. Thiếu chú ý và hay quên

Thật ra người già không mất đi những hiểu biết và khả năng của mình, các cụ chỉ chậm chạp hơn trong việc bày tỏ và vận dụng sự hiểu biết của mình mà thôi, do đó, nhìn bề ngoài chúng ta dễ nghĩ là các cụ hay quên khi chúng ta chờ một hồi lâu mới được câu trả lời mà mình muốn nghe. Chúng ta cần để ý đến sự bức bối của mình khi phải lặp đi lặp lại một điều đã cũ mà chúng ta cho rằng các cụ đã biết rồi. Chúng ta cần phân biệt sự chậm chạp và hay quên bình thường của người già với bệnh lẫn gọi là Dementia hay Alzheimer Disease.

Hai bệnh này cần có sự khám nghiệm và điều trị của bác sỹ thần kinh hoặc bác sỹ tâm thần.

5. Dễ mắc bệnh hơn người trẻ

Do sự già lão và suy nhược cơ thể của các cơ quan trong cơ thể, và do khả năng miễn nhiễm không còn mạnh mẽ như trước. Những bệnh như cảm cúm, sưng phổi, rất dễ đưa tới cái chết cho người già mặc dù người trẻ có thể **đương cụ** và bình phục một cách dễ dàng. Những triệu chứng báo động của cơ thể không còn kém nhạy như trước, do đó người già có thể không cảm thấy là mình đang khát mặc dù cơ thể đang bị thiếu nước trầm trọng, người già có thể không bị sốt cao như người trẻ mặc dù đang bị sưng phổi hay nhiễm trùng. Do đó, người già cần được lưu tâm và quan sát đặc biệt để nhận ra những thay đổi cho thấy các cụ đang bị bệnh, hầu kịp thời săn sóc và chữa trị.

6. Hay ngã té

Vì chân yếu và khả năng giữ cân bằng không còn mạnh như xưa. Do đó, trong phòng tắm cần có những biện pháp ngừa trơn trượt khi các cụ ra vào buồng tắm. Các cụ có thể không lên xuống cầu thang một cách mạnh dạn hay dễ dàng hơn trước. Sau khi té ngã, bị gãy xương chẳng hạn, các cụ cũng cần có thời gian lâu hơn mới bình phục lại được.

III. NHỮNG THAY ĐỔI TÂM LÝ

Trong các giai đoạn của cuộc sống, tuổi già là tuổi con người ngưng bon chen với cuộc sống để bắt đầu thụ hưởng kết quả do những năm tháng trước mang lại. Tuổi này còn là lứa tuổi truyền lại cho con cháu và thế hệ sau những kinh nghiệm và sự hiểu biết, hoặc đóng góp vào xã hội qua những sinh hoạt xã hội, giáo dục và từ thiện. Bên cạnh đó, sự suy giảm chức năng có thể làm cho người già cảm thấy mình không còn làm chủ tình hình như trước và trở nên lo lắng quá độ. Nếu con người tới tuổi già không có gì để thụ hưởng, sống nghèo khó, đơn côi, không người chăm sóc hay kẻ cận, hoặc có những ước mơ không thỏa, họ có thể có những xáo trộn tâm lý như phát bệnh trầm cảm hoặc trở nên lo lắng hay đa nghi. Sau đây là những thay đổi tâm lý còn nằm trong mức độ bình thường:

1. Muốn được chăm sóc và để ý tới nhiều hơn

Do những thay đổi thể lý, người già có thể mất đi những khả năng đã có như không thể lái xe, không tự nấu ăn hay chăm sóc vệ sinh cơ thể, do đó trở thành lệ thuộc người khác. Có người già chấp nhận và ứng phó thành công với sự suy giảm chức năng nhưng cũng có người trở thành lo lắng quá độ, lúc nào cũng đòi con cái ở cạnh để được chăm sóc, hoặc trở thành cau có, gắt gỏng khi con cái bê trễ trong việc đáp ứng những nhu cầu của mình.

2. Sợ cô đơn

Nhất là với đời sống các nước tân tiến và kỹ nghệ như tại Hoa Kỳ, tuổi trẻ bận rộn bay nhảy, bon chen, người già rất dễ thấy mình bị bỏ rơi và quên lãng trong bốn bức tường, nếu không có khả năng lái xe, đi xe buýt để tham gia những sinh hoạt xã hội hoặc giải trí. Sự cách biệt giữa các sinh hoạt thời còn trẻ và tuổi già càng nhiều thì sự thích nghi càng khó. Do đó, người già có thể có thái độ thất vọng, trì kéo và lệ thuộc vào con cái của mình. Chúng ta cần thông cảm thái độ này để cư xử một cách tế nhị hầu tránh rơi vào trường hợp hắt hủi hay ngược đãi người già.

3. Hay lo âu hơn trước

Chính vì chậm chạp, mất đi những chức năng và phải lệ thuộc hay nhờ vả người khác, mà người già trở nên lo lắng quá độ. Do sự lo lắng này, các cụ thường lặp đi lặp lại một yêu cầu hay một câu hỏi, để được trấn an. Nhưng chính sự lặp đi lặp lại này có thể có thể làm cho con cháu hay người gần cận trở thành bực dọc và cau có với các cụ.

4. Dễ mũi lòng, tủi thân

Khi những nhu cầu hay yêu cầu của mình không được các con đáp ứng đầy đủ hay nhanh chóng. Nhất là các cụ đã từng dành phần lớn thì giờ của đời mình trong việc chăm sóc, lo lắng cho các con với ước mơ được các con đền đáp lúc tuổi già.

5. Khó tính gắt gỏng

Nếu người già có những ước mơ không thực hiện được, không hài lòng với cuộc đời mình, có thể có những triệu chứng của bệnh trầm cảm, và trở thành một con người khó tính, hay gay gắt với con cái, và có thể ganh tỵ cả với sự thành công của các con. Những người già can thiệp hay kiểm soát quá nhiều vào đời sống con cháu, thường là những người không thỏa hiệp và thích nghi được với giai đoạn mới

này của đời sống.

IV. NHỮNG ĐIỀU CẦN ĐỂ Ý KHI CỤ XỬ VỚI NGƯỜI CAO TUỔI

1. Hiểu được rằng người cao niên có những sự thay đổi do tuổi già đem lại, do đó, các cụ có thể không còn đáp ứng được những gì chúng ta mong ước nơi các cụ, như nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, lái xe, ứng biến nhanh chóng đối với những thay đổi của đời sống. Hiểu như vậy sẽ giúp chúng ta thông cảm thay vì *thất vọng hay nổi giận khi mọi chuyện không còn xảy ra như chúng ta mong ước.*

2. Quan tâm đến những nhu cầu thực tế và căn bản của các cụ hầu đáp ứng, như ăn, ngủ, phương tiện chuyên chở khi đi khám bác sĩ. Để ý xem các cụ có chính xác trong việc uống thuốc đúng theo toa Bác sĩ không hầu giúp đỡ.

3. Kiên nhẫn, tránh tìm cách chứng minh là các cụ sai lầm

Cần suy nghĩ và nhận xét tình hình trước khi có phản ứng. Bạn sẽ thấy mình hay gắt gỏng và cau có với các cụ hơn trước chỉ vì bị hỏi đi hỏi lại một câu hỏi mà bạn đã trả lời nhiều lần. Bạn cần để ý đến sự bực bội của mình vì các cụ quá chậm chạp mà mình thì đang gấp rút chạy đua với công việc.

4. Lắng nghe các cụ nói và ghi nhận, thay vì tìm cách sửa sai

Các cụ rất dễ tủi thân vì con cái không còn kính trọng mình nữa. Cứ làm những điều bạn cho là đúng mà không cần phải thuyết phục các cụ đồng ý với mình, đồng thời vẫn ngọt ngào và chăm sóc các cụ. Nếu các bạn cảm thấy khổ sở vì phải nghe các cụ lặp đi lặp lại những lời khuyên đã cũ, có thể tế nhị hướng câu chuyện sang một lĩnh vực khác hoặc biến những cuộc thăm viếng đó trở thành thường xuyên nhưng ngắn gọn hơn.

5. Cung cấp và tạo điều kiện cho các cụ có những sinh hoạt giải

trí đều đặn, như đi bộ cùng các cụ khác, tập thể thao, đánh bài, đánh cờ tướng, đi du lịch. Người già thường yêu thích trẻ em, do đó tạo cơ hội cho các cụ vui chơi với các cháu nội, cháu ngoại.

6. Khi thấy các cụ có sự thay đổi lớn, như hay cau có, gắt gỏng, thay đổi tính nết trở thành khó chịu, hay quên, xuống cân, ít ngủ, biếng ăn, nên nghĩ đến những căn bệnh có thể xảy ra cho người già về thể chất lẫn tinh thần hầu kịp thời đưa các cụ đi khám bác sĩ, thay vì cho rằng chỉ là những thay đổi thông thường.

V. CÁI CHẾT

Vấn đề ưu tư hàng đầu của người già, dù nói ra hay không, vẫn là đối diện với cái chết. Các cụ rất thoải mái bàn luận về vấn đề này, có những thu xếp và hoạch định rõ ràng về tang lễ của mình. Có cụ không nói gì về kiêng cử, sợ xui xẻo, con cháu chỉ biết được ý các cụ sau khi đã qua đời, theo chúc thư để lại. Các cụ không thỏa hiệp được với cái chết, và có những dấu hiệu sợ hãi cái chết. Do đó, bạn nên dò xét ý tứ các cụ và tạo cơ hội để các cụ có thể bàn bạc về vấn đề một cách rõ ràng. Các cụ đa số sẽ thấy yên tâm hơn khi con cháu biết được ý muốn của mình và tỏ vẻ hợp tác để thực hiện ước muốn của các cụ.

Bài 2. CÁC BỆNH THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này sinh viên có khả năng:

- 1. Nêu một số bệnh thường gặp ở người cao tuổi và cách phòng ngừa.*
- 2. Trình bày triệu chứng và cách chăm sóc các bệnh thông thường ở người cao tuổi.*

Tuổi càng cao thì sức khỏe càng yếu dần và nhiều chức năng của cơ thể bị suy giảm, trong đó có hệ thống miễn dịch. Sự suy giảm chức năng ở mỗi người thường không giống nhau. Nhưng có một điều thường giống nhau ở người cao tuổi (NCT) là tuổi càng cao thì càng dễ mắc bệnh và bệnh mãn tính cũng thường hay tái phát. Bởi vì trong vô số các chức năng sinh lý của NCT bị suy giảm thì chức năng đề kháng của cơ thể cũng bị suy giảm, các loại bệnh cũng theo đó mà phát sinh.

I. KHÁI NIỆM BỆNH LÝ Ở NGƯỜI CAO TUỔI

1. Bệnh về hệ thống tuần hoàn

Trong số các bệnh về tim mạch ở NCT thì bệnh xơ vữa động mạch, bệnh thiếu năng mạch vành, bệnh tăng huyết áp... chiếm một tỉ lệ đáng kể. Trong một số trường hợp, các loại bệnh này thường thấy ở những người béo phì, nghiện bia, rượu chiếm tỷ lệ cao hơn những người không nghiện bia rượu.

2. Bệnh về đường hô hấp

Bệnh viêm họng, viêm phế quản mạn tính, giãn phế quản, tâm phế mạn tính, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là những bệnh gặp khá nhiều ở NCT, nhất là những người có tiền sử hoặc đang

hút thuốc lá, thuốc lào, những người sống trong tình trạng thiếu dưỡng khí như nhà chật hẹp, thiếu ánh sáng, khói bếp nhiều... Đặc điểm của bệnh về đường hô hấp lại thường hay xảy ra vào mùa lạnh, thay đổi thời tiết, lúc giữa đêm gần sáng do đó rất dễ làm cho NCT mất ngủ kéo dài.

3. Bệnh về đường tiêu hóa

NCT rất dễ mắc bệnh rối loạn tiêu hóa như: Viêm loét miệng, ăn không tiêu, đầy hơi, chướng bụng, táo bón hoặc đi lỏng. Táo bón là một bệnh do nhiều lý do khác nhau nhưng trong đó có một lý do mà NCT hay gặp phải là ít vận động. NCT thường ngồi một chỗ thêm vào đó ít ăn rau, uống ít nước cho nên phân ứ lại lâu ngày ở trực tràng làm cho các mạch máu trực tràng giãn ra gây nên bệnh trĩ. NCT dạng này cũng có thể mắc bệnh viêm loét dạ dày tá tràng, trào ngược thực quản hoặc viêm đại tràng mạn tính. Các loại bệnh dạng này thường làm cho NCT rất khó chịu, gây lo lắng, ăn không ngon, ngủ không ngon giấc hoặc kém ngủ, mất ngủ kéo dài. Mất ngủ lại làm cho nhiều bệnh tật phát sinh.

4. Bệnh về hệ tiết niệu-sinh dục

NCT cũng rất dễ mắc bệnh về hệ tiết niệu sinh dục, đặc biệt là u xơ tiền liệt tuyến hoặc ung thư tiền liệt tuyến.

Những bệnh về sinh dục-tiết niệu, thường có hiện tượng đi tiểu nhiều lần, tiểu dắt, tiểu són, nhất là vào ban đêm gây phiền toái nhiều cho NCT.

5. Bệnh về hệ xương khớp

Đau xương, đau khớp, thoái hóa khớp nhất là đốt sống thắt lưng, khớp gối hoặc bệnh gút làm cho người bệnh đau đớn, lo lắng, buồn chán, nhất là khi thay đổi thời tiết. Thoái hóa khớp gối, gây biến chứng cứng khớp gây đau khớp gối vào mỗi buổi sáng lúc bắt đầu thức dậy. Triệu chứng đau nhức của khớp xương tương đối phổ biến

ở NCT, đặc biệt là về đêm gây khó chịu ảnh hưởng đến sức khỏe hoặc ngủ không sâu, không ngon giấc.

6. Bệnh về hệ thần kinh trung ương

Hầu hết NCT do hệ thần kinh trung ương bị lão hóa dần nên làm cho trí nhớ kém, hay quên, cá biệt mắc một số bệnh như Parkinson hoặc Alzheimer.

7. Rối loạn một số về chỉ số mỡ máu (cholesterol, triglyceride), rối loạn về chức năng gan (SGOT, SGPT), đái tháo đường cũng là một biểu hiện dễ bắt gặp ở NCT. Đi kèm rối loạn một số chỉ số này thường gặp ở người có tăng huyết áp, viêm gan, nghiện rượu... Bệnh đái tháo đường không chỉ gặp ở NCT mà còn gặp ở tuổi trẻ nhưng với NCT thường ít được phát hiện mà khi đã phát hiện thì thường muộn, đôi khi đã có biến chứng.

Ngoài ra, người ta còn thấy NCT thường thiếu một lượng nước cần thiết do thói quen ăn, uống ít nước hoặc ăn nhiều chất đạm như: Cá, trứng, thịt gà, thịt lợn, thịt bò, thịt chó,... làm xuất hiện một số bệnh về đường tiêu hóa hoặc làm da khô, nứt nẻ, khó chịu.

II. BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA

1. Nên đi khám bệnh định kỳ, nhất là mỗi khi nghi bản thân mình có bệnh. Khám bệnh, thầy thuốc sẽ phát hiện ra bệnh và sẽ có những lời khuyên và tư vấn hữu ích.

2. Nên tập thể dục đều đặn: Như tập thở hít trước và sau khi ngủ dậy, tập vận động tay, chân, xoa, bóp các cơ bắp. Không nên nằm hoặc ngồi lâu một chỗ. Có thể tập nhẹ nhàng trong nhà, trong vườn hoặc có điều kiện thuận lợi như gần công viên, câu lạc bộ, nên đến những nơi này để vừa tập vừa có cơ hội gặp gỡ bạn bè trao đổi, tâm sự để giải tỏa một số bức xúc và có thể học tập kinh nghiệm lẫn nhau trong việc gìn giữ, bảo vệ sức khỏe thì càng tốt.

3. Ăn uống hợp lý: Để tránh thiếu lượng nước cần thiết nên uống nước đều đặn và đầy đủ vào buổi sáng. Cần ăn nhiều rau, cũng là một hình thức cung cấp lượng nước đáng kể, cung cấp chất xơ để hạn chế táo bón. Buổi tối trước khi đi ngủ không nên uống nhiều nước có thể gây nên hiện tượng tiểu đêm làm ảnh hưởng đến giấc ngủ. Buổi tối cũng không nên uống rượu, bia, không nên hút thuốc lá, thuốc lào.

4. Chăm sóc tinh thần: Ngoài ra, gia đình của NCT (con, cháu) nên gần gũi, động viên, chăm sóc ông bà, bố mẹ những lúc ốm đau cũng góp phần đáng kể làm cho NCT ít bệnh tật và cảm thấy sống vẫn còn có ích.

III. MỘT SỐ BỆNH THÔNG THƯỜNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

1. BỆNH THẬN Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Khi người tuổi càng cao thì các bộ phận trên cơ thể càng bị lão hóa. Đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về sự lão hóa thận ở người. Người ta nhận ra rằng khả năng thích ứng của thận rất tốt đối với quá trình tích tuổi của cơ thể. Khi có tuổi kích thước thận sẽ giảm đi, lưu lượng máu qua thận giảm và mức lọc cầu thận cũng giảm dần. Sự lão hóa của nhu mô thận đã dẫn đến thay đổi chức năng nội tiết và bài tiết nước tiểu của thận. Theo các chuyên gia niệu học thì người cao tuổi hay gặp 4 nhóm bệnh chính về thận gồm: Nhiễm trùng đường tiết niệu, bệnh thoái hóa mạch máu thận, viêm cầu thận và suy thận.

1.1. Nhiễm trùng đường tiết niệu

Ở người cao tuổi có thể gặp cả nhiễm trùng đường tiết niệu trên (Viêm bể thận, áp xe quanh thận, áp xe thận) và nhiễm trùng đường tiểu dưới (Viêm bàng quang, viêm tiền liệt, viêm niệu đạo). Do đặc điểm ở người lớn tuổi hay gặp rối loạn về tâm thần (sa sút trí tuệ) và tiểu không kiểm soát được nên nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu

cao hơn các nhóm tuổi trẻ hơn.

Thật ra về mặt lâm sàng rất khó phân biệt nhiễm trùng đường tiểu trên hay dưới ở người cao tuổi, đôi khi không có biểu hiện lâm sàng nào đặc trưng cả. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là sốt, đặc biệt lạnh run, trường hợp này nên xem xét tới khả năng nhiễm trùng huyết. Một số trường hợp người cao tuổi lại bị hạ thân nhiệt, có thể không sốt cao mà chỉ nóng gáy và ớn lạnh, đôi khi do sa sút trí tuệ nên NCT không biết mình đang bị sốt. Trong trường hợp nhiễm trùng nặng, có thể gây ra nhịp tim nhanh, thở nhanh và giảm lượng nước tiểu. Thậm chí một số trường hợp có thể làm cho rối loạn tâm thần trầm trọng thêm. Ở nam giới có thể gặp tiểu gắt, tiểu buốt. Nếu là viêm tiền liệt tuyến ở nam thì có triệu chứng sốt, lạnh run, đau lưng và tăng sinh môn, dấu hiệu tắt nghẽn đường tiểu dưới, khám sẽ phát hiện thấy tuyến tiền liệt sưng, đau. Có thể gặp tiểu ra nước tiểu lợn cợn hoặc có mủ, dù không có triệu chứng gì khác.

Khi ngờ bị nhiễm trùng đường tiết niệu dù vị trí nào cũng được chẩn đoán bằng xét nghiệm nước tiểu. Tất nhiên, mẫu nước tiểu phải được lấy cho đúng, lấy nước tiểu giữa dòng sau khi vệ sinh lỗ niệu ngoài và đựng bằng lọ vô khuẩn của y tế. Soi nước tiểu trực tiếp để có số lượng bạch cầu và tìm sự hiện diện của vi khuẩn. Sau đó là lấy nước tiểu. Nếu có > 100.000 vi khuẩn/ 1 ml nước tiểu thì xem như nhiễm trùng, có thể định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ để điều trị chính xác. Ngoài ra, người ta có thể xét nghiệm máu để thấy được sự tăng bạch cầu trong nhiễm trùng, chụp X-quang và siêu âm hệ thống niệu.

Điều trị đặc hiệu cho nhiễm trùng đường tiểu, chính là kháng sinh, tốt nhất là dựa trên kết quả kháng sinh đồ. Tuy nhiên phải mất nhiều ngày mới có kết quả kháng sinh đồ, vì vậy, người ta khuyên điều trị theo kinh nghiệm rồi điều chỉnh khi có kết quả kháng sinh đồ.

Bệnh nhân không nên tự ý mua thuốc kháng sinh để dùng, vì khả năng gây kháng thuốc rất cao. Trường hợp tiểu mủ hoặc máu phải đến bác sỹ chuyên khoa tiết niệu khám ngay vì có thể có biến chứng.

Nếu nhiễm trùng tiểu mạn tính không được điều trị thỏa đáng sẽ có thể đưa đến suy thận, ở người cao tuổi tình trạng suy thận sẽ diễn tiến xấu và rất nhanh chóng đến giai đoạn cuối.

1.2. Viêm cầu thận tiến triển nhanh

Trong nhiều công trình nghiên cứu cho thấy, số lượng người lớn tuổi > 60 bị viêm cầu thận tiến triển nhiều hơn giới trẻ. Dù viêm cầu thận hay gặp hơn ở người trẻ và trẻ em, nhưng nếu xảy ra ở người lớn tuổi thì tiến triển rất nhanh và không hồi phục. Bệnh xuất hiện từ từ và thận sẽ suy giảm chức năng dần dần và thường kết hợp với thiếu niệu, hay kết hợp với nhiễm trùng niệu. Triệu chứng chủ yếu là mệt, thiếu máu, tăng huyết áp và đôi khi không có triệu chứng nào, xét nghiệm nước tiểu cho thấy nhiều hồng cầu, albumin.

1.3. Xơ hóa mạch máu thận

Trong quá trình lão hóa của cơ thể, mạch máu toàn thân bị xơ hóa và mạch máu của thận cũng không ngoại lệ. Chúng ta biết nhiều đến tình trạng xơ vữa mạch máu não gây ra tai biến mạch máu não, xơ vữa mạch vành gây nên bệnh lý mạch vành, còn xơ vữa mạch máu thận thì ít khi được đề cập đến. Trong các nghiên cứu cho thấy có sự tương xứng giữa mức độ xơ vữa động mạch chủ bụng và tình trạng xơ vữa mạch máu thận. Xơ vữa động mạch thận sẽ đưa đến hẹp và gây ra triệu chứng tăng huyết áp, giảm tưới máu cho nhu mô thận, giảm độ lọc của cầu thận và cuối cùng dẫn tới suy thận mạn. Người cao tuổi có hẹp động mạch thận, chỉ cần một yếu tố rối loạn điện giải xảy ra hoặc nhiễm trùng sẽ nhanh chóng đưa đến tình trạng suy thận mất bù. Để phòng ngừa, người ta khuyến khích sinh hoạt và chế độ ăn uống, theo dõi như người có nguy cơ bị bệnh mạch máu não hoặc

bệnh mạch vành.

Ngày nay nhờ kỹ thuật chụp động mạch thận qua máy chụp mạch máu xóa nền nên có thể dễ dàng xác định tình trạng hẹp động mạch thận. Qua máy DSA có thể đặt giá đỡ để chống hẹp động mạch thận.

1.4. Suy thận cấp ở người cao tuổi

Suy thận cấp ở người cao tuổi rất khác suy thận cấp ở người trẻ tuổi, cần phải được lưu ý kỹ càng hơn. Ở người cao tuổi hay gặp trường hợp suy thận trước thận, có nghĩa là tình trạng máu đến thận giảm. Ở người cao tuổi hay gặp các yếu tố không thuận lợi như: Cung cấp nước không đầy đủ (do người cao tuổi hay quên, bị sa sút trí tuệ hoặc chăm sóc kém,...), giảm cô đặc thận và ứ muối, giảm thể tích máu đến thận do hạ huyết áp (do dùng quá liều thuốc hạ huyết áp hoặc lợi tiểu quá mức). Ở người cao tuổi là nam giới cũng hay gặp trường hợp suy thận do phì đại tuyến tiền liệt gây tắc nghẽn đường tiểu. Khác với người trẻ, suy thận cấp ở người lớn tuổi cần phải có thái độ xử lý tích cực bằng thẩm phân phúc mạc hoặc lọc máu nhân tạo để tránh tác hại của tình trạng tăng u rê máu và nguy cơ bị nhiễm trùng.

2. NGUY CƠ ĐỘT QUY

Đột quy là tình trạng đột ngột bị tổn thương não do căn nguyên mạch máu, còn gọi là tai biến mạch máu não. Thường đột quy là do tắc nghẽn một mạch máu trong sọ, hoặc do vỡ mạch máu trong sọ gây chết một phần của não. Người bệnh đang bình thường khỏe mạnh, đột nhiên bị liệt nửa người, hoặc đột ngột bị mất trí nhớ hoặc mất khả năng hỏi và hiểu lời nói. Trường hợp nặng thì đột ngột bệnh nhân bị mê man bất tỉnh, có thể tử vong.

Đột quy là nguyên nhân thứ ba sau bệnh nhồi máu cơ tim và ung

thur, nhưng là nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu trong các loại bệnh. Do vậy, cần đề phòng đột quy khi còn đang cảm thấy trong người vẫn khỏe mạnh. Vậy trên một người có bề ngoài bình thường, làm sao biết được nguy cơ đột quy trong tương lai.

Các chuyên gia về đột quy nêu lên những yếu tố nguy cơ sau đây: Tăng huyết áp, bệnh mạch vành, rung nhĩ, bệnh tiểu đường, rối loạn mỡ máu, hút thuốc lá và hẹp eo động mạch vành.

2.1. Tăng huyết áp

Có hai số huyết áp là huyết áp tâm thu (lúc tim co bóp và mạch nẩy) hay còn gọi là huyết áp tối đa và huyết áp tâm trương (lúc tim giãn ra và mạch chìm xuống) hay còn gọi là huyết áp tối thiểu.

Nếu huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu $> 140/90$ mmHg thì gọi là bị tăng huyết áp. Mức độ nguy cơ đột quy: Mức độ cao.

Do vậy với người trên 40 tuổi, mỗi lần đi khám sức khỏe tổng quát nên yêu cầu được đo huyết áp và nếu không có tăng huyết áp thì hàng năm cũng nên đo lại huyết áp ít nhất 1 lần.

Nếu có tăng huyết áp thì dự phòng đột quy bằng cách uống thuốc hạ huyết áp theo hướng dẫn của bác sỹ, nên có máy đo huyết áp trong nhà để tự kiểm tra thường xuyên. Nhiều người Việt Nam, nhất là vùng nông thôn, có thói quen rất nguy hiểm là chỉ uống thuốc khi thấy cảm giác khó chịu, nếu trong người cảm thấy khỏe mạnh là bỏ thuốc không uống nữa. Nên nhớ: Bệnh tăng huyết áp là bệnh suốt đời phải uống thuốc hằng ngày. Có nhiều người huyết áp cao nhưng trong người cảm thấy bình thường. Con đột quy như sét đánh giữa trời quang mây tạnh, là do mình chủ quan, không theo dõi và dự phòng trước. Nghiên cứu trên Thế Giới cho thấy: Nếu giảm huyết áp tối thiểu xuống 5 – 6 mmHg là giảm nguy cơ bị đột quy được 40%.

2.2. Bệnh mạch vành

Mạch vành là mạch máu nuôi tim, khi bị bệnh mạch vành có thể

thấy đau ngực, ngộp thở khi gắng sức hay leo thang gác. Nặng nhất là nhồi máu cơ tim do mạch vành bị tắc.

Trong vòng 1 tháng sau khi bị nhồi máu cơ tim, nguy cơ đột quỵ là trên 30%. Sau đó là nguy cơ 1 – 2% trong vòng 1 năm.

Sau khi bị nhồi máu cơ tim nên dùng Aspirin đều đặn, vừa dự phòng được nhồi máu cơ tim, vừa dự phòng được đột quỵ. Nếu dùng Aspirin đều đặn, nguy cơ đột quỵ trong vòng 1 năm giảm xuống 0,5%.

2.3. Rung nhĩ

Cũng gây nguy cơ đột quỵ ở mức độ trung bình, vì rung nhĩ tạo điều kiện hình thành cục máu đông trong buồng tim, cục máu này vỡ ra mảnh nhỏ phóng lên não gây tắc mạch não. Nếu người già trên 75 tuổi nên dùng thuốc chống đông theo chỉ định của bác sỹ tim mạch. Nếu dưới tuổi đó thì nên dùng Aspirin đều đặn để dự phòng đột quỵ.

2.4. Tiểu đường

Nguy cơ đột quỵ ở mức độ thấp, nhưng tiểu đường cùng với tăng huyết áp thì tăng nguy cơ đột quỵ. Điều trị bệnh tiểu đường làm giảm nguy cơ đột quỵ. Để phát hiện sớm bệnh tiểu đường, mỗi năm nên kiểm tra đường máu 1 lần, nhất là những người trên 40 tuổi. Nếu có bị bệnh tiểu đường thì khám và điều trị theo bác sỹ chuyên khoa nội tiết hoặc nội tổng quát.

2.5. Hẹp động mạch cảnh

Cũng là nguy cơ gây đột quỵ, các chuyên gia khuyên mổ chữa hẹp động mạch cảnh, nếu hẹp trên 60%, dù hẹp đó chưa gây tác hại trước mắt.

2.6. Tăng mỡ máu

Mỡ máu gồm nhiều chất, phải xét nghiệm máu rồi so kết quả với chuẩn xét nghiệm của người bình thường thì mới kết luận có bị mỡ máu cao hay không, Nguy cơ bị đột quỵ sẽ tăng cao nếu tăng mỡ máu

cùng lúc với bệnh mạch vành. Các chuyên gia tim mạch khuyên là nếu đã từng bị nhồi máu cơ tim mà cholesterol máu không cao lắm dưới mức 240mg% thì dùng pravastatin để điều trị.

2.7. Hút thuốc lá

Gây tăng huyết áp và tăng nguy cơ đột quy. Hãy ngừng hút thuốc lá càng sớm càng tốt. Sau khi ngừng thuốc lá trong vòng 2 – 5 năm, nguy cơ bị đột quy sẽ giảm xuống tương đương như người chưa từng hút thuốc bao giờ.

2.8. Uống bia rượu

Có hai kiểu uống rượu bia: Uống lượng nhỏ đều đặn hằng ngày và uống lượng lớn 100%. Hai kiểu uống có tác dụng lên nguy cơ đột quy ngược nhau. Uống đều đặn mỗi ngày với một lượng nhỏ sẽ có tác dụng tốt lên cholesterol, lên tiểu cầu và lên Fibrinogen, là những yếu tố liên quan đến đột quy. Do vậy, uống rượu với liều lượng nhỏ và đều đặn hằng ngày làm giảm nguy cơ bị đột quy. Nhưng ngược lại, nếu uống rượu bia với liều lượng nhiều, sẽ có tác dụng rất xấu, uống càng nhiều càng có nguy cơ đột quy cao. Các bác sỹ khuyên những người vốn không ưa rượu thì đừng tập thói quen uống rượu, còn những người đang uống rượu lượng nhỏ hằng ngày thì có thể tiếp tục uống, miễn là không có vấn đề gì khác. Ví dụ, nếu có bệnh gan, thận mạn tính thì phải bỏ uống, không thể mượn cớ uống rượu bia để phòng ngừa đột quy.

Tập thể dục: Nên tập thể dục ở mức độ trung bình, ví dụ như đi bộ, nên đi bộ nhanh trong 30 phút, mỗi ngày 1 lần và ít nhất 3 lần mỗi tuần.

Ăn mặn và ăn nhiều mỡ: Cũng làm tăng nguy cơ đột quy, cần giảm lượng mắm muối trong thức ăn, tránh ăn mỡ heo, mỡ bò, nên ăn nhiều rau và trái cây.

Tóm lại, để tránh đột quy trong tương lai, cần có cuộc sống hoạt

động không trì trệ, ăn uống đúng cách, không uống nhiều rượu, không hút thuốc lá. Với những người trên 40 tuổi nên định kỳ kiểm tra huyết áp, kiểm tra đường máu, mỡ máu ít nhất mỗi năm 1 lần, tốt nhất là mỗi 6 tháng 1 lần. Nếu kiểm tra định kỳ phát hiện có vấn đề thì cần dùng thuốc nghiêm chỉnh theo chỉ định của bác sỹ chuyên khoa.

3. THOÁI HÓA KHỚP VÀ CỘT SỐNG

Bệnh thoái hóa khớp và cột sống là bệnh mạn tính do thương tổn ở sụn của khớp và đĩa đệm của cột sống. Sụn và đĩa đệm bị xơ cứng, mỏng, mất tính đàn hồi, nhiều khi còn mọc thêm các gai xương. Sở dĩ có hiện tượng đó là do quá trình lão hóa của mô sụn. Thông thường, bệnh gặp ở cả lứa tuổi trẻ hơn, trung niên. Loại bệnh hay gặp nhất là thoái hóa cột sống thắt lưng và khớp cùng chậu.

3.1. Triệu chứng của bệnh

Đau là dấu hiệu bao giờ cũng có. Đau khi làm việc gắng sức, vận động nhiều, nhất là khi thời tiết thay đổi và đặc biệt giảm khi nghỉ ngơi, không vận động. Thường đau âm ỉ và liên tục, cơn đau càng tăng dần nếu không có can thiệp gì. Ví dụ như: Xoa bóp, bấm huyệt, châm cứu hoặc bôi các thuốc giảm đau như diclofenac, tinh dầu giảm đau,... Các triệu chứng khác của viêm như: Sung, nóng, đỏ thường không thấy xuất hiện.

Hạn chế vận động: Triệu chứng hạn chế vận động gần như bao giờ cũng gặp. Điển hình nhất của hạn chế vận động là khi người bệnh cuối xuống hoặc quay nghiêng sang bên khó khăn. Nếu có chèn ép dây thần kinh thì cuối xuống rất khó khăn và đau (hội chứng của đau thần kinh tọa). Làm biến dạng cột sống như: Cong, vẹo. Ngoài ra có thể thấy hiện tượng teo cơ, nhất là trong trường hợp dây thần kinh tọa bị chèn ép lâu ngày. Chụp X-quang có 3 dấu hiệu đặc trưng: Hẹp khe

khớp, đặc xương dưới sụn và mọc gai xương.

Ngày nay, khoa học về y học ngày càng phát triển cho nên có nhiều kỹ thuật, xét nghiệm giúp cho việc chẩn đoán thoái hóa khớp và cột sống chính xác hơn rất nhiều như chụp cộng hưởng từ,...

3.2. Biện pháp xử lý

Rất cần đi khám bác sĩ để chẩn đoán chắc chắn và có hướng điều trị thích hợp, không nên tự điều trị hoặc dùng những thuốc không có lợi. Việc làm này không những không khỏi bệnh và còn làm ảnh hưởng đến sức khỏe như: Gây teo cơ, loãng xương,...

Nên đi khám càng sớm càng tốt, bởi vì hiện nay đã có một số thuốc và biệt dược được khuyến cáo dùng trong điều trị thoái hóa khớp và cột sống khá hiệu nghiệm, kể cả khớp cùng chậu.

Khi đau nhiều mà chưa có điều kiện khám bác sĩ thì nên nghỉ ngơi, hạn chế vận động nặng, xoa bóp, thoa một số loại dầu làm giảm đau như dầu gió hoặc kem bôi kháng viêm non-steroid hoặc uống thuốc giảm đau như paracetamol

Khi cơn đau đã giảm có thể tập thể dục nhẹ nhàng, tập đúng bài, những ngày đầu có thể tập thời gian ngắn, sau đó tùy theo sự đánh giá của bản thân mà tăng dần thời gian lên.

Khi đi khám bác sĩ và đã có chỉ định điều trị thì nên kiên trì và chịu khó uống thuốc. Người bệnh cần xác định đây là dạng bệnh mãn tính và phải điều trị lâu dài, đặc biệt là người bệnh đã có tuổi, việc phục hồi tổ chức sụn, khớp không thể ngày một ngày hai.

4. BỆNH PARKINSON

4.1. Đại cương

4.1.1. Thuật ngữ

- Hội chứng Parkinson (Parkinsonism, parkinson's syndrom): Là hội chứng gồm các triệu chứng run, giảm vận động và cứng đơ do

các nguyên nhân khác nhau.

- Bệnh Parkinson (Parkinson's disease): Hội chứng Parkinson là do thoái hóa não.

- Bệnh Parkinson gia đình (familial Parkinson's disease)

- Bệnh Parkinson tản phát (sporadic Parkinson's disease)

4.1.2. Dịch tễ

Đây là bệnh thường gặp ở người cao tuổi, xu hướng mắc bệnh tăng lên do tuổi thọ trung bình tăng. Tại Mỹ, tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng là 120/100.000 dân da trắng, ở lứa tuổi trên 65 tỷ lệ đó là 1 – 1,5%. Ở Châu Âu, tỉ lệ mắc bệnh Parkinson so với các bệnh thần kinh khác là khoảng 1,6%

4.1.3. Đặc điểm giải phẫu và giải phẫu bệnh

- Các triệu chứng của bệnh Parkinson là do sự bất thường của hệ ngoại tháp, mà chủ yếu là hệ thống xám trung ương. Một số nhân xám chính có liên quan tới cơ chế bệnh sinh của bệnh là thể vân và liềm đen.

Người ta gắn liền với liềm đen là thể vân cũ, nhân đuôi với nhân bào sẫm là thể vân mới. Tổn thương thể vân cũ gây ra hội chứng Parkinson.

- Trong bệnh Parkinson tổn thương chủ yếu ở liềm đen mà đặc biệt là các tế bào sắc tố ở phần đặc của liềm đen. Trên hình ảnh vi thể thấy các thể vùi bất màu ưa acid có trong bào tương tế bào liềm đen, đó là thể Lewy.

Ngày nay các tác giả cho rằng một protein tiền xinap là synuclein khi lắng đọng trong tế bào liềm đen là thành phần chính của thể Lewy.

4.2. Cơ chế bệnh sinh, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ

4.2.1. Cơ chế bệnh sinh

4.2.1.1. Quan điểm giải phẫu sinh lý

Theo quan điểm này, khả năng vận động của cơ thể phụ thuộc vào vỏ não (thùy trán) và các nhân xám trung ương như: Liềm đen, nhân bèo, nhân dưới đồi... Ở người bình thường, quá trình hưng phấn và ức chế giữa các thành phần của hệ nhân xám lá cân bằng. Ở bệnh Parkinson, do lượng dopamine giảm, gây mất cân bằng sự hưng phấn và ức chế hệ thống nhân xám, làm giảm hoạt hóa vỏ não, gây rối loạn vận động.

4.2.1.2. *Quan điểm sinh hóa*

- Bệnh Parkinson là do sự mất cân bằng về vai trò của hoạt chất trung gian hóa học là dopamine và acetylcholin. Ở người bình thường, dopamine tập trung nhiều nhất ở nhân đuôi, nhân bèo và liềm đen. Dopamine ức chế hoạt tính của nhân đuôi (cụ thể vân) còn acetylcholin thì kích thích hoạt tính ở nhân đuôi, vai trò của hai chất này là cân bằng nhau. Khi lượng dopamine giảm thì hoạt tính của acetylcholine tăng lên một cách tương đối, mặt khác acetylcholine là một chất dẫn truyền kiểu kích thích, vì vậy gây nên các triệu chứng cứng cứng của bệnh mắc Parkinson.

- Ngoài dopamine, bệnh Parkinson còn có thể thấy rối loạn ở nhiều chất dẫn truyền thần kinh khác: Serotonin, cholecystokinin, chất P, encephalin...

4.2.1.3. *Thiếu oxy hóa*

Ở bệnh Parkinson quá trình oxy hóa protid, lipid tăng cao hơn bình thường, đồng nghĩa với việc tạo ra nhiều gốc tự do có hại cho tế bào nói chung và nhất là tế bào não. Các chất oxy hóa là yếu tố nguy cơ chính gây nhiễm độc thần kinh bao gồm các rối loạn thoái hóa. Các thành phần dưới tế bào như ty lạp thể, màng tế bào và các cấu trúc dưới tế bào khác của tế bào thần kinh là mục tiêu tấn công chất độc thần kinh bao gồm các gốc tự do. Một quan điểm mới trong cơ chế bệnh sinh Parkinson là hiện tượng chết tế bào theo chương trình

(apoptosis) đang được nghiên cứu.

4.2.2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ

Marsden và J.Jankovic chia hội chứng Parkinson gồm 4 nhóm lớn:

- Hội chứng Parkinson nguyên phát: Bệnh Parkinson, bệnh Parkinson thiếu niên.

- Hội chứng Parkinson do thoái hóa nhiều hệ: Liệt trên nhân tiến triển, thoái hóa liềm đen – thể vân, hội chứng Shy – Drager...

- Hội chứng Parkinson di truyền: Có một số bệnh như bệnh tiểu thể Lewy lan tỏa, bệnh Huntington, bệnh Wilson.

- Hội chứng Parkinson mắc phải thứ phát: Hội chứng Parkinson do nhiễm khuẩn, thuốc an thần, do nhiễm độc, do chấn thương và do mạch máu.

Một số yếu tố sau đây được coi là các yếu tố nguy cơ mắc bệnh:

4.2.2.1. Tuổi và giới

Bệnh Parkinson được coi như là bệnh của người cao tuổi. Những thống kê dịch tễ cho thấy tỷ lệ mắc bệnh cao rõ rệt ở những người trên 65 tuổi. Cả nam và nữ đều có thể mắc bệnh Parkinson, tuy nhiên các tác giả đều cho rằng tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ. Ở Italia, tỷ lệ mắc bệnh giữa nam/nữ là 1,6. Các nghiên cứu ở Việt nam cho thấy tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ khoảng 1,7.

4.2.2.2. Nghề nghiệp và môi trường

Mọi đối tượng đều có thể mắc Parkinson, những nghiên cứu gần đây cho thấy một số nghề có nguy cơ mắc bệnh Parkinson cao là: Nghề giáo viên, nghề y, nghề hàn, nghề nông, thợ hầm lò, tiếp xúc với kim loại nặng...Đồng thời đã gây được bệnh Parkinson trên thực nghiệm bằng cách tiêm chất MPTP (1 metyl 4 phenyl 1, 2, 3, 6 tetrahydropiridin) trên khỉ.

4.2.2.3. Yếu tố di truyền

Những nghiên cứu về mối liên hệ giữa bệnh Parkinson và biến đổi các gen ở người khẳng định rằng di truyền là một yếu tố nguy cơ mắc bệnh

Các gen đã và đang được các tác giả trên thế giới nghiên cứu là gen Alpha synuclein nằm trên nhiễm sắc thể 4, gen Parkin nằm trên nhiễm sắc thể 6, gen ApoE nằm trên nhiễm sắc thể số 19 và gen TAU nằm trên nhiễm sắc thể số 17. Một số gen khác được phát hiện gần đây như PARK-6 nằm trên nhiễm sắc thể số 1, gen Cytochrome P₄₅₀(CYP_{2D6})...

4.2.2.4. Các yếu tố làm giảm nguy cơ mắc bệnh

- Thuốc lá: Hút thuốc nói chung và nicotin nói riêng có thể là một yếu tố bảo vệ thần kinh. Trên thực nghiệm nicotin kích thích sự giải phóng dopamine ở thể vân.

- Cà phê: Cùng với thuốc lá, cà phê cũng được coi như yếu tố bảo vệ trong bệnh Parkinson do cafein làm tăng hoạt tính các thụ cảm thể dopamine.

4.3. Triệu chứng và chuẩn đoán bệnh Parkinson

4.3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Ở giai đoạn sớm bệnh Parkinson có thể biểu hiện với các triệu chứng hay gặp có thể là: Mệt mỏi, đau cơ, vụng về khi thực hiện các động tác đơn giản (đi tắt, đi giày, đi dép...), rời loạn chữ viết (micrographia), táo bón, giảm hoạt động một tay khi vận động, vã mồ hôi và bong vảy da ở mặt, gôi. Cũng có khi triệu chứng sớm là triệu chứng run khi nghỉ không liên tục, kín đáo.

- Đến khi điển hình, bệnh Parkinson biểu hiện bằng 3 triệu chứng cơ bản:

+ Run: Run khi nghỉ, thấy rõ ở ngón chi, môi, lưỡi. Run thường khu trú ở một bên cơ thể trong nhiều năm đầu, xuất hiện khá sớm, run nhỏ có tần số 4-8 chu kỳ/ giây, thường là run ở tư thế nửa nghỉ,

khi làm động tác hữu ý không run, run có thể tạm mất nhưng sau đó lại tái diễn, khi ngủ hết run, xúc động tăng run. Run là triệu chứng thường gặp, tuy nhiên có trường hợp hoàn toàn không run.

+ Cứng đơ (Rigidity): Là một trong các triệu chứng quan trọng nhất. Cứng đơ lan tràn quá mức thường thấy ở các cơ chống đối với trọng lực, do đó bệnh nhân thường có tư thế nửa gập, tăng phản xạ tư thế, giai đoạn sau có hiện tượng răng cưa. Triệu chứng căng cứng cơ là triệu chứng sớm nhất.

+ Giảm vận động: Mất các động tác tự nhiên của nét mặt, chân tay, nhất là khi cử động. Mất vẻ biểu lộ tình cảm, nét mặt như người mang mặt nạ, ít chớp mắt, tuy nhiên riêng đôi mắt vẫn còn linh hoạt. Các động tác hữu ý thiếu sự tự nhiên. Giảm vận động là nhóm triệu chứng phức tạp, trong lâm sàng có khi chỉ có triệu chứng này mà không có run và cứng đơ.

Trong các triệu chứng cơ bản thì mức độ giảm vận động có liên quan nhiều nhất tới mức độ tổn thương liềm đen, sau đó đến mức độ cứng đơ. Do vậy, giảm vận động là triệu chứng có ý nghĩa nhất trong việc theo dõi tác dụng của điều trị, sự tiến triển của tổn thương liềm đen.

- Các triệu chứng khác:

+ Rối loạn cảm giác: Thường có loạn cảm đau, đứng ngồi không yên, nóng bức.

+ Rối loạn phản xạ: Phản xạ gân xương, phản xạ mũi mi nhạy, có thể thấy có phản xạ trực như gan tay – cầm, phản xạ vôi, không có phản xạ bệnh lý bó tháp.

+ Rối loạn thần kinh thực vật: Hay gặp là tăng tiết, phù, tím tái ngón chi, rối loạn chức năng dạ dày, rối loạn cương, rối loạn bàng quang cấp, hạ huyết áp tư thế.

+ Rối loạn tâm thần: Có triệu chứng trầm cảm, một số ít có thể

có ảo thị, trí tuệ còn tốt, có thể gặp sa sút trí tuệ ở giai đoạn nặng.

- Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân khởi phát bệnh sớm và có yếu tố di truyền: Triệu chứng lâm sàng ở những bệnh nhân mắc Parkinson khởi phát bệnh khi còn trẻ (trước 45 tuổi) và những người có yếu tố gia đình so với những bệnh nhân Parkinson thông thường có một số điểm đặc biệt chú ý:

+ Những bệnh nhân này đáp ứng tốt với liệu pháp dopamine, ít có sa sút trí tuệ (dementia) và thường có loạn vận động do L – dopa sớm hơn so với bệnh nhân cao tuổi.

+ Ở bệnh nhân xuất hiện đột biến gen alpha synuclein ít thấy triệu chứng run khi nghỉ, hay gặp giảm vận động và cứng đơ.

4.3.2. Các xét nghiệm cận lâm sàng

4.3.2.1. Xét nghiệm máu, dịch não tủy

Các xét nghiệm thông thường đều trong giới hạn bình thường, trong một số trường hợp nó chẩn đoán phân biệt hội chứng Parkinson do các nguyên nhân khác nhau.

4.3.2.2. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh

- Chụp cắt lớp vi tính: Có thể thấy hình ảnh teo não, vôi hóa ở não, giãn các não thất nhưng không có giá trị quyết định đối với bệnh Parkinson. Phương pháp này chỉ giúp cho chẩn đoán các nguyên nhân gây hội chứng Parkinson.

- Chụp cộng hưởng từ: Có thể thấy hình ảnh teo phần đặc của liềm đen, thu hẹp chất đen ở thân não, trên ảnh T2 thấy liềm đen giảm cường độ tín hiệu so với nhóm chúng. Ngoài ra chụp cộng hưởng từ cũng phát hiện được các nguyên nhân gây hội chứng Parkinson thứ phát.

- Chụp cắt lớp vi tính với điện tử dương (positron emission tomography: PET): Dùng các chất đánh dấu phát xạ để đánh giá tình trạng các tế bào thần kinh sản xuất dopamine ở liềm đen hoặc đánh

giá tình trạng các thụ thể dopamine ở thể vân.

- Chụp cắt lớp vi tính đơn photon (single position emission computer tomography: SPECT): Phương pháp này sử dụng các chất đánh dấu đánh giá sự hấp thu phóng xạ của các hạch nền não.

Chụp cắt lớp vi tính với điện tử dương và chụp cắt lớp vi tính đơn photon có thể xác định bệnh Parkinson giai đoạn sớm (tiền lâm sàng) và chẩn đoán phân biệt hội chứng Parkinson do các nguyên nhân khác.

4.3.3. Chẩn đoán

4.3.3.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định bệnh có thể tuân thủ theo các bước như sau:

- Có thể bệnh Parkinson nếu có một trong các triệu chứng run lúc nghỉ hoặc ở một tư thế, cứng đờ, giảm vận động.

- Nhiều khả năng là bệnh Parkinson nếu có hai trong các triệu chứng run lúc nghỉ, cứng đờ, giảm vận động, tư thế bất an.

- Chẩn đoán chắc chắn bệnh Parkinson nếu có cả 3 triệu chứng chính hoặc 2 triệu chứng với triệu chứng không đối xứng, loại trừ các nguyên nhân gây hội chứng Parkinson thứ phát hoặc run lúc nghỉ, triệu chứng không đối xứng, đáp ứng tốt với L – Dopa

4.3.3.2. Chẩn đoán giai đoạn của bệnh Parkinson

- Giai đoạn 1: Có các dấu hiệu một bên cơ thể, nhưng chức năng chưa suy giảm hoặc chỉ giảm tối thiểu.

- Giai đoạn 2: Có các dấu hiệu ở một bên gây suy giảm chức năng ở mức độ nào đó nhưng không mất cân bằng.

- Giai đoạn 3: Có triệu chứng cả hai bên cơ thể với tư thế không vững (mất thăng bằng), bệnh nhân vẫn tự chủ trong hoạt động tuy có bị hạn chế.

- Giai đoạn 4: Bị suy giảm chức năng nặng, nhưng vẫn có thể đi đứng được với sự hỗ trợ một phần.

4.3.3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Run tuổi già: Trong bệnh Parkinson có thể gặp các trường hợp chỉ có run đơn thuần còn gọi là thể run chiếm ưu thế (khoảng 10%). Những trường hợp này cần phân biệt với run tuổi già. Run tuổi già thường gặp ở người trên 70 tuổi, run xuất hiện khi vận động hoặc run tư thế, không xảy ra lúc nghỉ ngơi, có thể thấy rõ khi bệnh nhân duỗi thẳng tay để ngửa bàn tay, run xảy ra khi viết và làm động tác tinh vi nhưng không thấy rối loạn chữ viết như trong bệnh Parkinson (chữ viết nhỏ dần). Có thể gặp thể run đầu theo chiều dọc (kiểu gập đầu) hoặc theo chiều ngang (kiểu lắc đầu). Hiếm khi thấy run chân và thường không có tính chất khởi phát từ một bên như trong bệnh Parkinson.

- Run nguyên phát (run gia đình – essential tremor): Bệnh nhân có tiền sử gia đình, run chủ yếu thấy kiểu gập đầu hay lắc đầu, không thấy run ở mặt và môi, có thể xảy ra ở tuổi thiếu niên, không có các triệu chứng thần kinh khác. Run nguyên phát chiếm tỉ lệ 1,3 – 5% tổng số dân ở tuổi trên 65, run nguyên phát thường có biểu hiện bằng run tư thế, triệu chứng run tách rời các biểu hiện thần kinh khác. Hai phương pháp để phân biệt giữa run nguyên phát và bệnh Parkinson là chụp PET và dùng L – dopa.

- Hội chứng Parkinson do thuốc an thần: Sau khi dùng thuốc an thần, khởi phát toàn thân, rối loạn thần kinh thực vật nặng nề hơn, hết triệu chứng khi cắt thuốc an thần hoặc ức chế cholinergic.

- Hội chứng Parkinson căn nguyên mạch máu: Có tiền sử đột quỵ hoặc bệnh lý mạch máu não, ít gặp triệu chứng khi run hay gập cứng đơ, có thể thấy triệu chứng tổng thương bó tháp, đáp ứng kém với liệu pháp L – dopa.

4.4. Điều trị bệnh Parkinson

4.4.1. Nguyên tắc điều trị bệnh Parkinson

- Bệnh Parkinson là bệnh tiến triển mạn tính nên phải điều trị lâu dài.
- Ở bệnh nhân mới mắc nên sử dụng nhóm kháng cholin, amantadin, selegilin, thuốc đồng vận với thuốc dopamine. Trì hoãn dùng L-dopa càng dài càng tốt.
- Dùng đơn trị liệu, liều thấp tăng dần, duy trì ở liều tác dụng.
- Ưu tiên hàng đầu là điều trị nội khoa.
- Phẫu thuật chỉ nên sử dụng khi bệnh nhân không đáp ứng với các thuốc hoặc để làm nhóm đối chứng trong nghiên cứu.

4.4.2. Các nhóm thuốc điều trị bệnh Parkinson

- Nhóm Alcaloide.
- Các nhóm thuốc kháng histamin tổng hợp.
- Nhóm thuốc kháng cholin tổng hợp.

Cơ chế tác động là ức chế hoạt động của hệ choline ở hệ thần kinh trung ương. Các chất này qua được hàng rào máu não nên có tác dụng tốt trong điều trị và hạn chế được các tác dụng ngoại vi.

- Nhóm thuốc có tác dụng đồng vận với dopamine (dopamine agonist).

Các chất đồng vận dopamine có tác động theo cơ chế kích thích trực tiếp các thụ thể dopamine ở màng sau khớp thần kinh (xinap). Tác dụng phụ của nhóm đồng vận dopamine thấy trong tim mạch và tiêu hóa: Hạ huyết áp, đau bụng, buồn nôn,...

Các thuốc thay thế dopamine (levo dopa = L – dopa): Ưu điểm của L – dopa là bổ sung dopamine kịp thời và đứng cơ chế bệnh sinh. Để khác phục tác dụng phụ, hiện nay người ta dùng L – dopa dưới dạng kết hợp với chất ức chế men khử Carbon là modopar và sinemet. Tuy nhiên việc cho chỉ định dùng L – dopa để điều trị cần phải cân nhắc kỹ (tùy theo lứa tuổi, tùy theo giai đoạn của bệnh,...) và trì hoãn càng lâu càng tốt vì hiện tượng loạn động do dopamine và những khó khăn trong việc điều trị bệnh.

- Các thuốc ức chế quá trình dị hóa dopamine: Thuốc ức chế men oxy hóa amin đơn (selegilin) và thuốc ức chế men COM (đại diện là tolcapon)

4.4.3. Các phương pháp điều trị khác

- Các phương pháp điều trị phẫu thuật: Làm tổn thương, phá hủy cấu trúc vùng đích dẫn đến thay đổi chức năng.

5. BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Đái tháo đường là một bệnh nội tiết chuyển hóa mạn tính, có yếu tố di truyền. Bệnh được đặc trưng bởi yếu tố tăng đường huyết, nguyên nhân chính do thiếu insulin tuyệt đối hoặc tương đối dẫn đến rối loạn chuyển hóa đường, đạm, mỡ và các chất khoáng.

Những rối loạn này có thể đưa đến các biến chứng cấp hoặc mạn tính, có thể đưa đến tàn phế hoặc tử vong.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Đái tháo đường thứ phát

- Viêm tụy mạn tính, vôi hóa tụy: Có thể xuất hiện đái tháo đường trong 30% các trường hợp, tiến triển chậm, cần phải dùng đến insulin, nguy cơ hay gặp là hạ đường huyết (nguyên nhân do thiếu glucagon là một hormone tăng đường huyết hoặc ở những người nghiện rượu, vì rượu sẽ làm ức chế tân tạo đường, dễ gây hạ đường huyết, nhất là khi bệnh nhân không ăn.

- Viêm tụy cấp gây đái tháo đường thoáng qua, sau điều trị khỏi đường huyết về bình thường.

- Ung thư tụy.

- Phẫu thuật cắt bỏ bán phần hoặc toàn phần tuyến tụy.

+ Do sinh lý bệnh tại gan:

- Gan nhiễm sắt (hemosiderin)
 - Lắng đọng sắt ở các tiểu đảo β - Langerhans gây bất thường về tiết insulin.
 - Xơ gan dẫn đến đề kháng insulin.
 - + Do một số các bệnh nội tiết:
 - Cường sản, u thùy trước tuyến yên hoặc vỏ thượng thận (bệnh cushing hoặc hội chứng cushing)
 - Tăng tiết GH (STH) sau tuổi dậy thì: Bệnh to đầu chi (acromegalia)
 - Cường sản hoặc u tuyến thượng thận sẽ làm tăng tiết catecholamin (hội chứng pheocromocytoma)
 - Basedow
 - Cường sản hoặc khối u tế bào alpha đảo Langerhans làm tăng tiết hormone tăng đường huyết (glucagon)
 - Khối u tiết somatostatin, aldosterol có thể gây đái tháo đường, nguyên nhân do khối u ức chế tiết insulin. Nếu phẫu thuật cắt khối u thì đường huyết sẽ giảm
 - + Đái tháo đường do thuốc:
 - Do điều trị bằng corticoid kéo dài
 - Do dùng các thuốc lợi tiểu muối như: Hypothiazit, Lasix liều cao, kéo dài gây ra mất kali. Thiếu kali dẫn đến ức chế tuyến tụy giải phóng insulin và làm tăng đường huyết.
 - Hormon tuyến giáp
 - Thuốc tránh thai: Ở một số phụ nữ dùng thuốc tránh thai xuất hiện tăng đường máu (tuy nhiên cơ chế chưa rõ)
 - Interferon α : Có thể bị đái tháo đường vì có kháng thể kháng lại đảo tụy
 - Vacor: Là một loại thuốc diệt chuột có thể phá hủy tế bào α
- 1.2.2. Đái tháo đường là do bệnh lý ty lạp thể*

- + Là một bệnh duy truyền từ mẹ sang con do sự đứt đoạn hay đột biến ADN (ít gặp, thường từ 5-10% trong số các trường hợp bị bệnh)
- + Thường kèm theo điếc, viêm võng mạc sắc tố không điển hình.
- + Gặp ở mọi lứa tuổi.

1.2.3. Đái tháo đường thể MODY (*maturity onset diabetes of the young*)

+ Khởi phát sớm (trước 25 tuổi), di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường, có bất thường về tiết insulin (5% trường hợp gặp ở đái tháo đường type 2)

+ Có 3 thể MODY:

- MODY 1: Có liên quan đến đột biến gen HNF-4 hiếm gặp.
- MODY 2: Liên quan đến đột biến gen glucokinase (tăng đường huyết vừa phải, ít khi cần điều trị bằng insulin)
- MODY 3: Liên quan đến đột biến gen HNF-1, tiến triển cần phải điều trị bằng insulin sớm.

1.2.4. Bất thường về cấu trúc insulin

Các bất thường về cấu trúc insulin quyết định bởi các gen là một nguyên nhân hiếm gặp của đái tháo đường.

1.2.5. Các hội chứng do tăng đề kháng insulin:

+ Là một hội chứng di truyền hiếm gặp, thường kết hợp với bệnh gai đen và kèm theo có cường androgen.

Có 3 loại:

- Typ A: Những bất thường về số lượng và chất lượng thụ thể của insulin.
 - Typ B: Có sự xuất hiện kháng thể kháng thụ thể insulin.
 - Typ C: Những bất thường sau thụ thể insulin.
- + Một số hội chứng hiếm gặp như Leprechaunisme, đái tháo đường thể teo mỡ, hội chứng Ralsin-Mandenhall hay bệnh già-lùn (progeria) thường có liên quan đến typ A.

1.2.6. Các hội chứng di truyền kết hợp của bệnh đái tháo đường:

- + Trisomia 21 (Hội chứng Down)
- + Hội chứng Klinefelter.
- + Hội chứng Turner
- + Hội chứng Wolfram (điếc, teo thần kinh thị giác, đái tháo đường hoặc đái tháo nhạt)

1.3. Cơ chế bệnh sinh

1.3.1. Cơ chế bệnh sinh của bệnh đái tháo đường type 1

Đái tháo đường type 1 là một thể bệnh nặng. Nguyên nhân là do tế bào beta của tiểu đảo Langerhans bị tổn thương gây nên tình trạng thiếu insulin tuyệt đối. Bệnh thường xuất hiện ở lứa tuổi trẻ <40 tuổi.

- + Cơ chế qua trung gian miễn dịch:

Quá trình tổn thương tế bào beta là quá trình tự miễn dịch. Những cá nhân có tính miễn cảm di truyền sẽ tăng nguy cơ đái tháo đường type 1 sau một tác động của môi trường bên ngoài như (virus quai bị, sởi, coxsackie B4 và B5, retro loại C)

- + Những cá thể có mang kháng nguyên HLA B8, B15 nhất là DR3, DR4, DR3/DR4 sẽ tăng nguy cơ đái tháo đường type 1.

+ Các yếu tố môi trường trên sẽ tấn công những cá thể có tổ bản di truyền đối với đái tháo đường type 1. Chỉ một tổn thương rất nhỏ của tế bào beta cũng làm giải phóng ra kháng nguyên, kích thích cơ thể sinh tự kháng thể gây hoạt hóa phản ứng viêm tiểu đảo tự miễn. Các kháng nguyên có thể là GAD (Glutamic acid decarboxylase) một protein Kd nằm trong bào tương của tế bào beta.

Tự kháng thể sẽ phản ứng với kháng nguyên. Đại thực bào lympho được hoạt hóa sẽ tập trung quanh tiểu đảo gây ra phản ứng viêm. Tế bào lympho T tiết ra các chất hóa trung gian trong đó có interleukin-1 gây ảnh hưởng độc với tế bào beta. Interleukin-1 cảm ứng sự hình thành các gốc tự do làm tế bào beta bị tổn thương và phá

hủy dẫn đến ngừng tiết insulin

+ Cơ chế không qua trung gian miễn dịch:

Một số ít trường hợp đái tháo đường type 1 không tìm thấy nguyên nhân, không có nguyên nhân HLA (human leucocyte antigen) nhưng có yếu tố di truyền rất rõ.

1.3.2. Cơ chế bệnh sinh của đái tháo đường type 2

Bình thường insulin có vai trò quan trọng trong việc duy trì sự hằng định của glucose máu. Glucose máu tùy thuộc vào sự tiết insulin, thu nạp insulin ở các mô ngoại vi và ức chế chuyển glucogen thành glucose ở gan.

Cơ chế sinh lý bệnh liên quan mật thiết với nhau trên những bệnh đái tháo đường type 2 là rối loạn tiết insulin và sự đề kháng insulin.

Nhiều nghiên cứu cho thấy ở những bệnh nhân đái tháo đường type 2 không thừa cân có biểu hiện giảm tiết insulin là chính, ngược lại đái tháo đường type 2 có béo phì thì tình trạng kháng insulin là chính.

+ Rối loạn tiết insulin.

Khi mới bị đái tháo đường type 2 thì insulin có thể bình thường hoặc tăng lên nhưng tốc độ tiết insulin chậm và không tương ứng với glucose máu. Nếu glucose máu vẫn tiếp tục tăng thì ở giai đoạn sau, tiết insulin đáp ứng với glucose sẽ trở nên giảm sút hơn. Nguyên nhân là do ảnh hưởng độc của việc tăng glucose máu đối với tế bào beta.

+ Kháng insulin:

Kháng insulin là tình trạng giảm hay mất tính nhạy cảm của cơ quan đích với insulin.

- Cơ chế của kháng insulin hiện nay chưa rõ. Tuy nhiên người ta thấy rằng: Khả năng là do bất thường tại các vị trí trước, sau và ngay

tại thụ thể insulin ở mô đích. Giảm thụ thể insulin là yếu tố bất thường tại thụ thể hoặc có kháng thể kháng thụ thể insulin là yếu tố ức chế trước thụ thể.

- Do giảm hoạt tính của tyrosine kinase của vùng sau thụ thể insulin làm cho insulin khi gắn vào thụ thể không phát huy được tác dụng sinh học. Vì vậy không kích thích được việc vận chuyển glucose vào tế bào. Mặt khác sự tăng tiết các hormon đối kháng với insulin như: GH (growth hormon - hormon tăng trưởng), glucocorticoid, catechamin, thyroxin đều gây ảnh hưởng sau thụ thể insulin.

Insulin kiểm soát cân bằng đường huyết qua 3 cơ chế phối hợp, mỗi cơ chế rối loạn có thể là nguyên nhân dẫn đến kháng insulin:

- . Insulin ức chế sản xuất glucose từ gan.
- . Insulin kích thích dự trữ glucose ở tổ chức cơ
- . Insulin kích thích dự trữ glucose ở các cơ quan.

1.4. Giải phẫu bệnh lý

1.4.1. Tuyến tụy

+ Đại thể: Tuyến tụy thường nhẵn nheo, teo nhỏ xuất tiết hoặc xuất huyết.

+ Vi thể: Giảm số lượng tế bào beta đảo Langerhans, thoái hóa các tế bào beta, thoái hóa trong và xơ hóa các đảo tụy, thâm nhiễm tế bào lympho, xuất huyết, hoại tử hoặc vôi hóa tuyến tụy.

1.4.2. Tại phổi

Thường có lao mô phổi, viêm phổi hoặc áp xe phổi, xác định chắc chắn nhờ hình ảnh vi thể và đại thể.

1.4.3. Tại thận

Có thâm nhiễm glucogen trong nhu mô thận, có xơ hóa cầu thận hoặc có thể viêm thận, bở thận.

1.4.4. Tại gan

Gan to, sáng màu hoặc phớt hồng do thâm nhiễm mỡ, giảm nồng độ glucogen trong gan hoặc xơ gan.

1.5. Phân loại đái tháo đường theo nguyên nhân

1.5.1. Đái tháo đường type 1 (do tế bào beta của đảo tụy bị phá hủy dẫn đến thiếu insulin hoàn toàn):

- Thường xuất hiện ở người trẻ tuổi <40 tuổi
- Khởi bệnh đột ngột, cấp tính
- Thể trạng gầy
- Dễ có nhiễm toan ceton
- Tổn thương vi mạch thường sau vài năm
- Nồng độ insulin huyết thanh thấp
- Bắt buộc phải điều trị bằng insulin

1.5.2. Đái tháo đường type 2 (liên quan đến kháng insulin và rối loạn tiết insulin)

- Thường xuất hiện ở người lớn tuổi >40 tuổi
- Bệnh khởi phát từ từ
- Thể trạng thường béo
- Ít có nhiễm toan ceton
- Tổn thương vi mạch thường xuất hiện sớm, nồng độ insulin máu tăng hoặc bình thường.

- Điều trị bằng chế độ ăn, luyện tập thể dục và thuốc hạ đường huyết bằng đường uống thì đường máu trở về bình thường.

1.5.3. Đái tháo đường ở phụ nữ mang thai

- Thường gặp ở phụ nữ mang thai vào những tháng cuối từ tháng thứ 6 trở đi của thời kỳ thai nghén. Vì trong 3 tháng cuối thai phát triển rất nhanh nên nhu cầu về cung cấp năng lượng của người mẹ cũng cần phải tăng cao hơn. Chính vì vậy nhu cầu insulin cần phải tăng hơn gấp 3-4 lần so với bình thường để đưa đường máu từ tế bào dẫn đến thiếu insulin tương đối sẽ xuất hiện đái tháo đường.

- Mặt khác trong khi có thai cơ thể của người mẹ cũng sinh ra một số các nội tiết tố có tác dụng đề kháng insulin.

1.5.4. Các type đặc biệt khác (đái tháo đường thứ phát)

- Đái tháo đường xuất hiện sau một số bệnh nội tiết như cushing, bệnh to đầu chi (acromegalia), basedow, u tủy thượng thận (pheocromocytoma), u tế bào tiết glucagon, u tế bào tiết aldosterol,...

- Đái tháo đường do thuốc: Corticoid, thuốc tránh thai, thuốc lợi tiểu thải muối (Lasix, hypothyazid), hormone tuyến giáp, vacor, dùng lâu, kéo dài có thể dẫn đến tăng cường máu.

2. Triệu chứng

2.1. Lâm sàng

Thường có rất nhiều triệu chứng khác nhau, đa dạng và phong phú. Các triệu chứng hay gặp là ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, gầy sút cân.

Tuy nhiên, cũng có trường hợp bệnh nhân không có triệu chứng gì mà chỉ tình cờ đi xét nghiệm thấy đường máu tăng cao, hoặc có bệnh nhân đến điều trị muộn khi đã có rất nhiều biến chứng nặng nề.

+ Những biểu hiện ngoài da

Ngứa là triệu chứng hay gặp: Có thể ngứa toàn thân hoặc bộ phận sinh dục (nguyên nhân có thể do nấm âm hộ, âm đạo hoặc nấm qui đầu, thường nhiễm nấm candida).

- Viêm da do liên cầu hoặc tụ cầu, chốc đầu do nhiễm liên cầu khuẩn. Mụn nhọt ở mông, ngoài da hoặc những áp xe sâu ở cơ đáy chậu...

- Những vết xước do ngứa rất khó liền, hoặc những chấm sẫm màu ở mặt trước cẳng chân. Một số ít trường hợp nếu khám kỹ có thể thấy da lòng bàn tay hoặc bàn chân có màu ánh vàng: Nguyên nhân là do rối loạn chuyển hóa vitamin A, tích lại trong lớp sâu của da nhiều caroten.

- U vàng (xanthoma): Thường chỉ xuất hiện trong một vài ngày rồi hết. Nó là những u cục cứng, nhỏ, đường kính vài milimet, màu vàng nhạt và ngứa. Vị trí hay gặp ở móng, gan bàn tay và bàn chân. Nguyên nhân của những u này là do sự tập trung các tổ chức bào (histiocyte) có chứa triglyceride và cholesterol; Thường gặp ở những bệnh nhân có tăng mỡ máu.

- Hoại tử mỡ dưới da: Xuất hiện ở mặt trước cẳng chân, đùi, là những u cục cứng, đường kính đến vài milimet, có màu sáng hoặc hơi ánh vàng. Nguyên nhân là do hoại tử tổ chức liên kết, tích lại bên ngoài các phospholipid và cholesterol.

+ Triệu chứng về mắt:

Đục thủy tinh thể do đái tháo đường có 2 thể:

- Thể dưới vỏ (dạng bông gòn): Thường gặp ở những bệnh nhân đái tháo đường type 1 tiến triển nhanh. Biểu hiện giống “hoa tuyết” phát triển dưới vỏ thủy tinh thể.

- Thể lão hóa (thể nhân trung tâm): Thường gặp ở những người lớn tuổi (kể cả những người không bị đái tháo đường) nên rất khó chẩn đoán.

Nguyên nhân đục thủy tinh thể do tích lũy sorbitol dẫn đến thay đổi độ thẩm thấu, xơ hóa trong thủy tinh thể.

+ Viêm võng mạc:

- Viêm võng mạc không tăng sinh (viêm võng mạc tổn thương nền): Thường xuất hiện sớm, biểu hiện là các phình mạch, xuất huyết hình chấm, xuất tiết và phù võng mạc. Tất cả những triệu chứng trên dẫn đến giảm thị lực và có thể gây mù lòa.

- Viêm võng mạc tăng sinh: Phát triển các mạch máu tân tạo và tổ chức xơ tại võng mạc, tắc các mạch máu nhỏ và dẫn đến giảm thị lực.

Đối với đái tháo đường type 1 thì mù lòa thường là hậu quả của

viêm võng mạc tăng sinh, xuất huyết trong thể kính hoặc bong võng mạc. Còn đái tháo đường type 2 mù lòa là do phù nề hoặc thiếu máu tại chỗ của hoàng điểm hoặc đục thủy tinh thể.

+ Tiêu hóa:

- Viêm lợi, lung lay răng, và dễ rụng răng, nguyên nhân do đường máu tăng là điều kiện thuận lợi cho các loại vi khuẩn ở miệng phát triển dẫn đến nha chu viêm, cộng thêm những rối loạn tuần hoàn thiếu máu chi phối đến 2 hàm răng làm cho răng rất dễ lung lay và rụng sớm (có những bệnh nhân tổn thương cả 2 hàm răng mặc dù còn rất trẻ)

- Đi lỏng là triệu chứng hay gặp, nhất là ở những bệnh nhân đái tháo đường nặng có nhiều biến chứng đi kèm. Nguyên nhân có thể do thiếu các men tiêu hóa của tụy, viêm ruột, viêm dạ dày (do tổn thương vi mạch tại ruột dẫn đến thiếu máu chi phối), do rối loạn thần kinh thực vật (chủ yếu thần kinh giao cảm ruột).

- Viêm dạ dày thiếu toan thiếu tiết:

Nguyên nhân có thể là do rối loạn vi mạch, dẫn đến thiếu máu nuôi dưỡng vùng dạ dày. Hậu quả làm giảm tiết axit chlohydric và pepsin của dạ dày.

- Rối loạn chức năng gan:

Những rối loạn quá trình phân hủy mỡ ở ngoại vi dẫn đến tăng ứ đọng các axit béo ở gan làm cho gan to ra, lâu ngày có thể dẫn đến suy chức năng gan

+ Hô hấp

- Lao phổi hay gặp, thường hay đi cùng với bệnh đái tháo đường.

- Viêm phổi, áp xe phổi

Nguyên nhân đường máu tăng cao sẽ tạo điều kiện cho các vi khuẩn phát triển, mặt khác ở những người bị đái tháo đường sức đề kháng giảm thì sẽ dễ bị nhiễm khuẩn hơn.

+ Tim mạch

Những rối loạn về lipit máu hậu quả thường tăng đường huyết thường dẫn đến xơ vữa động mạch (vữa động mạch não, vữa xơ động mạch vành và các động mạch chi dưới) rất sớm, nhất là ở những bệnh nhân tăng lipit máu.

- Những biểu hiện của vữa xơ động mạch não thường có triệu chứng nhưc đầu lú lẫn, thoáng quên, có thể biến chứng nhồi huyết não hoặc xuất huyết não gây tàn phế và tử vong khá cao.

- Biểu hiện tim mạch: Thường vữa xơ động mạch vành gây cơn đau thắt ngực, đau khi gắng sức hoặc cơn đau dữ dội điển hình, đau như dao đâm, đau thắt, bóp lầy ngực như trong nhồi máu cơ tim. Tỷ lệ tử vong do nhồi máu cơ tim thường khá cao.

- Biểu hiện ở chi dưới: Hẹp hoặc tắc động mạch chi dưới do các mảng xơ vữa làm chít hẹp dẫn đến hoại tử chi, nhiều trường hợp phải cắt cụt.

+ Triệu chứng về thận- tiết niệu:

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường gặp trong đái tháo đường, có thể viêm bàng quang, niệu đạo hoặc viêm thận-bể thận, áp xe quanh thận.

- Tổn thương thận sớm nhất trong đái tháo đường được xét nghiệm nhờ một lượng nhỏ albumin (microalbumin) niệu từ 30-300 mg/lít. Xét nghiệm này rất quan trọng để theo dõi tiến triển của bệnh. Nếu điều trị sớm có thể ổn định và không tiến triển nặng thêm. Khi bệnh tiến triển dần có thể thấy xuất hiện protein niệu > 300 mg/lít (macro albumin) hoặc hội chứng thận hư (biểu hiện phù to toàn thân, protein niệu rất cao; giảm albumin, protein, tăng cholesterol và tăng anpha 2 globulin huyết thanh. Nếu không được điều trị thì bệnh nặng dần, dẫn đến suy thận mạn (thiếu máu, ure và creatinine máu tăng dần), huyết áp tăng và dẫn đến tử vong.

+ Triệu chứng thần kinh

- Tổn thương thần kinh hay gặp trong đái tháo đường là tổn thương thần kinh ngoại vi (viêm đa dây thần kinh ngoại vi): Biểu hiện lâm sàng đầu tiên là dị cảm ngoài da (cảm giác như kim châm hoặc kiến bò), ngứa, đau, rối loạn cảm giác (giảm hoặc mất cảm giác đau, nóng, lạnh,...), có những vết loét hoặc hoại tử ở chi dưới.

- Tổn thương dây thần kinh sọ não:

. Tổn thương dây III gây sụp mí

. Tổn thương dây IV dẫn đến lác ngoài

. Tổn thương dây VI gây lác trong

. Tổn thương dây VII gây liệt mặt

. Tổn thương dây thần kinh VIII, điếc sớm cũng hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường không được điều trị tốt.

+ Tổn thương thần kinh thực vật: Ở giai đoạn muộn của đái tháo đường dễ gây tổn thương thần kinh thực vật.

- Buồn nôn, nôn, táo lỏng thất thường do mất trương lực dạ dày, hay đi lỏng về đêm, phân tự chảy do rối loạn cơ thắt hậu môn.

- Thiếu năng sinh dục (liệt dương), xuất tinh sớm, đái không tự chủ.

- Nhịp tim nhanh khi nghỉ ngơi, giảm tiết mồ hôi, hạ huyết áp khi thay đổi tư thế, mất sự co giãn động tử.

- Chức năng túi mật cũng bị tổn thương dễ tạo sỏi mật.

+ Nhiễm khuẩn bàn chân rất hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường, tổn thương mạch máu lớn do vữa xơ động mạch đến tắc mạch, hoại tử chi phải cắt cụt.

2.2. Cận lâm sàng

+ Đường huyết: Bình thường thay đổi từ 4,4-6,0 mmol/l. Có thể lấy máu tĩnh mạch hay máu mao mạch ở đầu ngón tay dần trên máy glucometer: Sau 15-45 giây có kết quả, rất tiện trong cấp cứu.

+ Nghiệm pháp dung nạp glucose: Cần làm trong trường hợp nghi ngờ có đái tháo đường (nếu đường máu lúc đói từ 6,1 đến 6,9 mmol/l).

Cách làm:

- Lấy máu xét nghiệm đường huyết lúc đói, sau đó cho bệnh nhân uống 57g glucose pha trong 200ml nước đun sôi để nguội. Sau 2h lấy máu thử lại lần 2.

Kết quả:

- Bình thường, sau 2h uống glucose thì đường máu $< 7,8$ mmol/l.

- Nếu là đái tháo đường sau 2h làm nghiệm pháp đường huyết > 11 mmol/l.

- Nếu sau khi làm nghiệm pháp thấy đường máu $\geq 7,8$ mmol/l và < 11 mmol/l thì là do rối loạn dung nạp glucose.

+ Đường niệu: Khi đường huyết > 8 mmol/l sẽ xuất hiện đường trong nước tiểu.

+ Protein niệu:

- Xét nghiệm để phát hiện tổn thương thận sớm, nhất là microalbumin niệu (30-300 mg/24h hoặc 20-200 mg/l).

Đây là xét nghiệm rất quan trọng để theo dõi tiến triển của bệnh.

- Protein niệu xuất hiện khi bệnh nhân đi tiểu > 500 mg/24h. tiên lượng rất xấu nếu xuất hiện nhiều protein niệu và nhất là khi có suy thận.

- HbA1C là một xét nghiệm để giúp kiểm soát đường huyết, theo dõi quá trình tiến triển của bệnh và kết quả điều trị, không có giá trị trong chẩn đoán.

HbA1C bình thường 5-6%, trên bệnh nhân đái tháo đường thì HbA1C sẽ tăng cao.

- Xét nghiệm ceton huyết thanh và nước tiểu để theo dõi biến chứng của đái tháo đường, nếu (+) thì bệnh tiến triển sẽ nặng dần và

dễ dẫn đến hôn mê.

3. Chẩn đoán đái tháo đường

+ Đường huyết lúc đói (sau >8h nhịn đói) >7 mmol/l, ít nhất 2 lần làm xét nghiệm liên tiếp.

+ Xét nghiệm một mẫu đường huyết bất kỳ trong ngày >11 mmol/l.

+ Xét nghiệm đường huyết 2h sau khi uống 75g glucose \geq 11 mmol/l (nghiệm pháp dung nạp glucose).

4. Điều trị đái tháo đường

Mục đích của điều trị bệnh đái tháo đường:

- Làm hạn chế bớt các biến chứng và đưa đường máu về giới hạn bình thường.

- Hạn chế đến mức thấp nhất các biến chứng.

- Đưa cân nặng về bình thường nhất là bệnh nhân béo phì.

- Nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đưa người bệnh trở lại học tập và làm việc bình thường.

4.1. Chế độ ăn

+ Hạn chế ăn glucid để tránh tăng đường huyết, giảm các thức ăn có chứa acid béo bão hòa (acid béo no) để gây vữa xơ động mạch. Tỷ lệ lipid không quá 30% tổng số calo, trong đó có acid béo no khoảng 5-10%.

+ Ăn nhiều rau và các loại trái cây có vỏ (vỏ trái cây, gạo lứt...) có nhiều xơ, vì chất xơ khi ăn vào sẽ hạn chế hấp thu đường kích thích hoạt động của ruột và giúp tiêu hóa các thức ăn khác, mặt khác còn bổ sung thêm các loại vitamin cần thiết cho cơ thể, chống táo bón, giảm triglyceride, cholesterol sau ăn. Khi ăn nhiều thức ăn có chứa chất xơ nên uống nhiều nước ít nhất 1,5-2 lít nước một ngày.

+ Nên ăn vừa phải protid, nếu ăn quá nhiều sẽ có tác dụng xấu và ảnh hưởng đến sự tiến triển của bệnh thậm chí là những bệnh nhân

có suy thận. Lượng protid cần thiết ăn 0,7-0,8 g/kg/ngày.

Khi bệnh nhân đái tháo đường có hội chứng thận hư kết hợp (lượng protid thải mất khá nhiều qua đường thận nên lượng protid cho ăn vào phải tăng hơn để bù vào lượng bị mất đi, có thể cho khoảng 4-6 g/kg/ngày.

Tỷ lệ các thức ăn tính theo số calo cung cấp do mỗi loại trong tổng số calo hằng ngày:

- Glucid 55-60%
- Protid 15-20%
- Lipit 30%

+ Nên chia nhỏ các bữa ăn trong ngày 4-6 bữa/ngày, không nên ăn quá nhiều trong một bữa.

+ Nên ăn thêm bữa tối để tránh hạ đường huyết ban đêm, nhất là ở những bệnh nhân đang điều trị bằng insulin.

+ Không nên uống rượu bia bởi vì rượu bia có thể ức chế tân tạo đường do đó dễ dẫn đến hạ đường huyết, nhất là những bệnh nhân ăn ít hoặc không ăn.

+ Ăn nhạt khi có tăng huyết áp, chỉ nên ăn 2-3g muối/ngày

4.2. Thể dục liệu pháp

Đây là một trong những biện pháp điều trị hỗ trợ đối với bệnh nhân đái tháo đường; làm giảm cân nặng, nên tập luyện thường xuyên hằng ngày, với các động tác nhẹ nhàng như đi bộ, tập bơi, tập dưỡng sinh, đạp xe,... nên tập nhẹ nhàng vừa phải, không nên tập quá sức.

Thể dục liệu pháp có thể làm giảm được mỡ máu, hạn chế được tăng huyết áp, cải thiện được tình trạng tim mạch và có tác dụng hỗ trợ cho việc ổn định đường máu.

4.3. Thuốc làm hạ đường huyết

4.3.1. Thuốc uống hạ đường huyết

Điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường type 2, nếu chế độ ăn và luyện tập thể thao mà đường huyết không trở về bình thường được.

* Nhóm sulfonilurea (sulfamit hạ đường huyết)

+ Cơ chế tác dụng

- Kích thích tế bào beta của tuyến tụy sản xuất insulin.

- Làm tăng nhạy cảm với insulin.

- Làm giảm đề kháng insulin

- Giảm sự kết dính tiểu cầu hạn chế gây đông máu.

- Làm bình thường quá trình tiêu fibrin nội mạc.

- Giảm hoạt tính gốc tự do.

- Làm chậm tiến triển bệnh lý võng mạc.

+ Sulfamid hạ đường huyết thế hệ 1:

- Tolbutamide (diabetol, tolbutal, xyclamic): Hấp thu nhanh qua đường tiêu hóa, sau 30 phút có tác dụng, tác dụng đỉnh sau 4-5h, kéo dài 12h.

Viên nén hàm lượng 0,5g x 1-2g/ngày chia nhiều lần trong ngày. Nếu đường máu trở về bình thường có thể giảm liều và duy trì 0,5-1g/ngày

- Chlorpropamide (diabiner, galiron, melliner...): Thuốc có tác dụng mạnh hơn tolbutamid nhưng độc tính cao hơn. Thuốc hấp thu nhanh 30'-1h sau khi uống và kéo dài 24h. Nên có thể cho uống 1 lần vào buổi sáng.

- Carbutamide

+ Sulfamid thế hệ thứ 2:

- Glibenclamid (daomil, maninil...): Viên 5mg x 2-4 v/ngày.

- Gliclazid (diamicron, predion): Viên 80mg x 2-3 v/ngày.

- Glimpirid được coi là thuốc hạ đường huyết mạnh nhất trong các sulfonilurea (amaryl): 2mg; 4mg x 1-2 v/ngày, có thể tăng liều đến khi đường máu trở về bình thường, giảm liều điều trị cùng có

1v/ngày.

Có thể dùng đơn độc hoặc phối hợp với bigunamid hoặc insulin.

* Nhóm bigunamid:

+ Cơ chế tác dụng:

- Ức chế sự tân sinh glucose ở gan.

- Tăng sự nhạy cảm của insulin đối với các tổ chức ngoại vi.

- Tăng sử dụng glucose ở tổ chức cơ, giảm hấp thu glucose ở ruột non.

- Tăng tổng hợp glucogen, giảm tân tạo glucogen trong gan.

Ngoài ra bigunamid còn có tác dụng ức chế tổng hợp lipit cho nên nó làm giảm cholesterol và triglyceride máu.

- Có tác dụng gây chán ăn nên rất tốt với bệnh nhân đái tháo đường có béo phì.

+ Dựa theo cấu trúc hóa học có 3 nhóm biguanid khác nhau:

- Phenethylbiguanid (phenformin).

- Buthylbiguanid (buformin, silubin, adebit)

- Methyl biguanit (metformin, metforal, glucofase).

Hiện nay trên lâm sàng chủ yếu dùng Methyl biguanit vì ít độc hơn 2 loại trên.

Viên metformin 500mg hoặc 850mg: 2-3v/ngày. Liều tối đa có thể dùng 2500mg/ngày, có thể dùng đơn trị liệu hoặc phối hợp với sulfonylurea hoặc insulin.

+ Tác dụng phụ:

- Chán ăn, buồn nôn, nôn, rối loạn tiêu hóa.

- Nhiễm toan acid lactic do điều trị liều cao kéo dài bigunamid sẽ dẫn đến phân hủy quá nhiều glucogen do đó acid lactic sẽ được tạo nên nhiều hơn.

* Nhóm acarbose (nhóm ức chế men anphaglucosidase):

+ Cơ chế tác dụng: Ức chế sự phân hủy glucose, làm chaaamjq ủa

trình hấp thu hydratcarbon bằng cách ức chế men anphaglucosidase ở ruột; làm giảm đường huyết sau ăn, giảm HbA1C. Có tác dụng điều trị cho cả đái tháo đường type 1 và type 2, tuy nhiên hiệu quả điều trị kém hơn hai nhóm trên, nên ít khi sử dụng điều trị đơn độc mà phải phối hợp với 1 trong 2 loại nhóm trên.

Viên glucobay 50mg; 100mg; có thể dùng 200-300 mg/ngày uống ngay khi ăn.

+ Tác dụng phụ: Tiêu chảy, sinh hơi ở ruột, dị ứng, độc với gan.

* Nhóm benfluorex (mediator)150 mg:

+ Cơ chế tác dụng:

- Mediator cải thiện đề kháng insulin tại gan và cơ trong đái tháo đường type 2 có béo phì.

- Không làm thay đổi insulin huyết thanh.

- Độ nhạy cảm với insulin được cải thiện.

- Làm giảm triglyceride máu.

Mediator không độc với gan, không gây nhiễm toan acid lactic, không gây hạ đường huyết.

4.3.2. *Insulin.*

+ Chỉ định:

- Đái tháo đường type 1 là bắt buộc phải điều trị insulin.

- Cấp cứu tiền hôn mê hoặc hôn mê do đái tháo đường.

- Những bệnh nhân sút cân nhiều, suy dinh dưỡng hoặc có các bệnh nhiễm khuẩn đi kèm.

- Đái tháo đường type 2 đã được điều trị phối hợp với các thuốc uống nhưng không có kết quả.

- Chuẩn bị trước, trong phẫu thuật.

- Đái tháo đường đã có nhiều biến chứng hoặc biến chứng 1 trong 3 cơ quan đích (tim, thận, não).

- Đái tháo đường ở phụ nữ mang thai.

Bảng 2.1: Các loại insulin và thời gian tác dụng.

Các loại insulin	Màu	Bắt đầu tác dụng	Tác dụng đỉnh	Hết sau
Insulin nhanh (thường): I.Regular, standard, soluble.	Trong	- 5' sau tiêm tĩnh mạch. - 30' sau tiêm dưới da.	1-3h	6-8h
Insulin bán chậm: (trung gian) insulin lente, NPH (Neutral protamine Hagedorn)	Đục	2h	6-12h	24h
Insulin rất chậm: ultra-lente, PXI (protamin, zineinssulin)	Đục	4h	6-24h	36h

+ Liều đầu tiên: 0,3-0,5 đ.vi/kg/ngày tiêm dưới da.

- Thường phối hợp 2/3 insulin chậm và 1/3 insulin nhanh trộn lẫn. Nếu tiêm dưới 30 đơn vị thì có thể tiêm 1 lần vào buổi sáng, còn nếu tiêm trên 30 đơn vị phải chia đôi sáng-chiều, không nên tiêm xa bữa ăn hoặc buổi tối để tránh hạ đường huyết. Nếu tiêm insulin nhanh nên chia nhiều lần trong ngày vì tiêm nhiều lần kiểm soát đường huyết tốt hơn.

- Những ngày sau đó thì tùy thuộc vào đường huyết để điều chỉnh liều insulin cho thích hợp, khi đường máu trở về bình thường có thể chuyển sang điều trị củng cố, liều củng cố bằng $\frac{1}{2}$ liều ban đầu và điều trị liên tục suốt đời. Nếu có điều kiện nên kiểm tra đường huyết nhiều lần trong ngày.

- Insulin nhanh tiêm trước ăn 30 phút, insulin bán chậm có thể

tiêm trước khi ăn sáng hoặc trước bữa ăn chiều.

+ Tai biến khi điều trị insulin

- Hạ đường huyết: Nguyên nhân do điều trị insulin, do bỏ ăn nhưng liều insulin không được giảm, rối loạn tiêu hóa, stress, nhiễm trùng, do vận động quá mức...

- Dị ứng: Tại chỗ tiêm đỏ và đau hoặc có thể dị ứng toàn thân nổi mẩn đỏ.

- Loạn dưỡng mỡ do insulin: Là một biến chứng tại chỗ, có 2 thể: Teo (atrophy) hoặc phì đại (hypertrophy) trong lâm sàng hay gặp thể teo, nguyên nhân có thể là do rối loạn dinh dưỡng thần kinh ở vùng tiêm do kích thích cơ học và có thể bị dị ứng. Để tránh hiện tượng này không nên tiêm một chỗ mà nên tiêm nhiều chỗ dưới da (tốt nhất là dưới da bụng).

- Kháng insulin: Khi điều trị insulin với liều 200 đơn vị trở lên thấy không có kết quả thì được gọi là kháng insulin. Để đề phòng tình trạng kháng insulin nên không chế được chế độ ăn thật tốt và trong điều trị nhất là đái tháo đường type 2 cần phối hợp với các thuốc uống, luyện tập thể thao đều đặn, tránh béo phì.

+ Một số dạng insulin khác:

- Insulin uống: Ngày nay ở một số nước đã sử dụng insulin dưới dạng uống, dạng viên nang khi uống tới ruột non mới được giải phóng và không bị dịch vị phá hủy.

- Insulin dạng xịt (khí dung): Có thể xịt vào mồm hoặc mũi. Tuy nhiên hiệu quả điều trị kém hơn và phải mất nhiều thời gian.

- Bút tiêm insulin (pen insulin): Tiện lợi, không chế chính xác liều insulin tiêm vào.

5. BỆNH ALZHEIMER

Bệnh Alzheimer là một bệnh thoái hóa não nguyên phát, căn

nguyên chưa rõ ràng, biểu hiện lâm sàng bằng trạng thái mất trí tiến triển, không phục hồi, thường khởi phát ở lứa tuổi trên 65.

Tỷ lệ bệnh Alzheimer ở người trên 65 tuổi là khoảng 5% và ở người trên 85 tuổi là 20%.

Về lâm sàng, trạng thái mất trí tiến triển thường khởi đầu bằng rối loạn trí nhớ, các rối loạn ngôn ngữ, rối loạn hoạt động, rối loạn trí tuệ.

Các biến đổi đặc trưng trong não là sự giảm sút đáng kể các noron, teo lan toả vỏ não, giãn rộng não thất.

5.1. Các triệu chứng báo hiệu

- Quên tên: Lãng tên quên (tên bố, mẹ, vợ, con...) lặp đi, lặp lại nhiều lần trong ngày. Cuối cùng là quên tên mình.
- Hay ghi chép lặt vặt (tạo tiền đề để nhớ).
- Tìm mọi cách để phủ nhận những sa sút trí nhớ của mình.
- Gọi điện cho người thân nhiều lần (gọi xong lại quên, gọi lại).
- Lẫn lộn các đồ vật, nhầm ngày, tháng, năm.

5.2. Các triệu chứng toàn phát

- *Mất trí nhớ*: Là triệu chứng đầu tiên và xuất hiện rất sớm, ngày càng nặng và không hồi phục. Bệnh nhân thường mất trí nhớ gần (quên những sự vật mới xảy ra). Dần dần họ quên ngày, tháng, quên tên vợ con mình. Khi ra khỏi nhà thì quên đường về, quên rửa mặt, quên cài nút áo, quên mặt vợ (hoặc chồng) của mình.

- *Rối loạn ngôn ngữ*: Biểu hiện sớm và khó tìm từ để biểu hiện ý tưởng. Họ khó phát âm, nó không trôi chảy sau đó mất ngôn ngữ, nói xong nhưng không hiểu mình vừa nói gì.

- *Rối loạn phối hợp động tác*: Bệnh nhân không chú ý đến trang phục, mặc quần áo rất khó khăn, khó thực hiện được công việc hằng ngày. Bệnh nhân yếu cơ, ruri, hay bị chuột rút vì vậy ảnh hưởng đến các công việc vệ sinh cá nhân như tắm, rửa, thay quần áo,...

- *Rối loạn chức năng nhận thức*: Vì rối loạn trí nhớ và chú ý dẫn đến rối loạn khả năng nhận thức. Người bệnh có rối loạn khả năng định hướng không gian, thời gian, mất khả năng tính toán đơn giản, mất khả năng đánh giá...

- *Trầm cảm*: Thường xuất hiện ở giai đoạn sớm, có 25-85% bệnh nhân có trầm cảm. Tuy nhiên các triệu chứng trầm cảm là không ổn định. Có lúc bệnh nhân có ý định tự sát, nhưng sau đó lại xuất hiện khoái cảm.

- *Các triệu chứng loạn thần*: Gặp ở 10-30% số bệnh nhân. Thường gặp là hoang tưởng bị hại, nhưng đôi khi cũng có ảo thị giác với các hình ảnh kỳ quái.

- *Hình ảnh chụp cắt lớp (CT Scanner) não và chụp cộng hưởng từ (MRI)*: Não có hình ảnh teo não lan toả, giãn rộng các não thất.

5.3. Phân loại bệnh

- Alzheimer type 1 khởi phát ở lứa tuổi sau 65, triệu chứng chủ yếu là rối loạn trí nhớ, bệnh tiến triển chậm.

- Alzheimer type 2 khởi phát ở lứa tuổi trước 65, bệnh tiến triển nhanh.

5.4. Điều trị

Các biện pháp chung

- Tạo môi trường tâm lý xã hội cho người cao tuổi. Không nên thay đổi chỗ ở, tạo điều kiện cho họ tham gia sinh hoạt các câu lạc bộ sức khỏe ngoài trời, câu lạc bộ người cao tuổi.

- Chế độ dinh dưỡng hợp lý, đầy đủ, cung cấp đầy đủ các yếu tố vi lượng như can xi, phosphor. Tránh lạm dụng rượu, thuốc lá.

- Điều trị các bệnh kết hợp như bệnh phổi, phế quản, bệnh tim mạch, đái tháo đường,...

Điều trị bằng thuốc

- Các chất cholinergic: Rivastigmine (Exelon) Là một chất ức

chế men acetylcholinesterase, thuốc có tác dụng chọn lọc trên enzyme đích ở hồi hải mã và vỏ não, những vùng này bị ảnh hưởng nhiều nhất trong bệnh Alzheimer. Thuốc Exelon nói chung dung nạp tốt, nhưng vẫn có vài tác dụng phụ nhưng buồn nôn, nôn, chậm nhịp tim.

Ngoài ra, còn sử dụng các thuốc như nivalin, gliatilin cũng cho kết quả khả quan. Các thuốc trên chỉ có tác dụng làm chậm tiến triển của bệnh Alzheimer chứ không điều trị khỏi bệnh.

- Nếu bệnh nhân có các triệu chứng trầm cảm, hoang tưởng, ảo giác đi kèm thì điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm (nhóm SSRI) và thuốc an thần (thuốc an thần mới). Việc điều trị này phải do bác sỹ chuyên khoa tâm thần đảm nhiệm. Liều thuốc chỉ dùng bằng 1/3 đến 1/2 liều người lớn thông thường. Khi bệnh nhân có kích động, trầm cảm, hoang tưởng, ảo giác nặng thì phải nhập viện điều trị.

6. BỆNH LOÃNG XƯƠNG

Loãng xương còn gọi là thưa xương, xốp xương là tình trạng giảm khối lượng xương, thường đi kèm với gãy xương, đặc biệt là lún các đốt sống. Tuổi cao cũng với giảm nội tiết tố, ăn uống thiếu chất là nguyên nhân dẫn đến loãng xương.

Bộ xương của chúng ta cứng cáp được là nhờ có những chất khoáng, nhất là canxi và phospho. Có 3 yếu tố ảnh hưởng đến xương là: chế độ ăn đầy đủ canxi và các chất khoáng khác; bảo đảm đủ vitamin D để giúp hấp thụ canxi; nồng độ các chất nội tiết tố có vai trò đối với sự phát triển của xương.

6.1. Nguyên nhân

Loãng xương là hậu quả của nhiều nguyên nhân gây ra như: Bệnh nội tiết; bệnh thận nặng thải mất quá nhiều canxi; hậu quả của việc dùng corticoid kéo dài; loãng xương ở tuổi mãn kinh và xốp

xương ở người già chiếm khoảng 90% các trường hợp. Người cao tuổi bị loãng xương là do hấp thụ canxi kém và biến dưỡng trong xương cũng bị kém đi. Trong cơ thể, cấu trúc của xương được đổi mới liên tục, chất xương cũ được thải hồi và chất xương mới được tạo ra. Nếu sự thải hồi nhiều mà bù đắp không đủ thì xương bị loãng. Phụ nữ sau sinh thiếu hụt nội tiết tố estrogen, nên chức năng điều hòa hấp thụ canxi vào xương bị suy giảm. Loãng xương sau mãn kinh gọi là loãng xương type 1, loãng xương type 2 là loãng xương tuổi già. Loãng xương type 1 xuất hiện trong khoảng thời gian 16-20 năm sau mãn kinh và thường gây ra gãy xương ở cột sống, đầu dưới xương quay, đầu dưới xương chày. Các yếu tố liên quan chặt chẽ đến mãn kinh là nguyên nhân gây loãng xương type 1 gồm: Sự thiếu hụt estrogen, sự giảm tiết hormone cận giáp trạng, tăng bài tiết canxi qua đường niệu, suy giảm hoạt động của men 25-OH, vitamin D1 anpha hydroxylase làm giảm sự hấp thu canxi ở ruột. Tỷ lệ loãng xương type 2 ở nữ gấp đôi nam và hay gặp gãy cổ xương đùi, gãy lún các đốt sống. Loại loãng xương này liên quan đến hai yếu tố là giảm hấp thụ canxi và giảm chức năng tạo cốt bào, dẫn tới cường tuyến cận giáp trạng thứ phát. Ngoài ra, người ta còn thấy có một số yếu tố tăng nguy cơ bị loãng xương là yếu tố di truyền, không hay ít hoạt động thân thể, người tạng gầy, người không sinh đẻ, người tắt kinh sớm, người châu Á, người da trắng.

6.2. Biểu hiện

Quá trình loãng xương diễn ra từ từ nên không gây triệu chứng gì. Chỉ tới khi loãng xương nặng, xương bị gãy hoặc bị xẹp mới có biểu hiện. Ba triệu chứng gãy xương hay gặp là đau cột sống (vì loãng xương ở chi thường không đau); biến dạng cột sống và gãy xương. Đau cột sống lưng hoặc cột sống thắt lưng cấp tính thường xảy ra sau khi gắng sức nhẹ, ngã hay một động tác sai. Nhiều khi có

tiếng kêu rắc kèm theo đau khi vận động. Biến dạng cột sống thường thấy lưng còng, sụp cột sống, vẹo cột sống. Chiều cao giảm dần theo tuổi khoảng với mức giảm trên 12cm hoặc khi sờ thấy xương sườn cuối cùng chạm vào mào chậu thì sự giảm chiều cao dừng lại. Trường hợp bị xẹp đốt sống bệnh nhân thấy đau lưng, đau âm ỉ, hay có khi đau nhói khi đứng lên hoặc vận động. Nếu nhiều đốt xương sống bị gãy hay xẹp lại, thì thấy người thấp hơn trước, đi còng lưng và đau lưng. Ở người cao tuổi chỉ những sơ ý bị ngã nhẹ cũng dễ bị gãy xương tay chân do loãng xương. Y học đã biết nhiều kiểu gãy xương điển hình như gãy cẳng tay, gãy đầu dưới xương quay kiểu Pouteau Colles, gãy cổ xương đùi, gãy xương cẳng chân...hay gặp ở người cao tuổi. Chụp X-quang thấy xương bị gãy và hình ảnh loãng xương. Đối với người không bị gãy xương mà nghi là bị gãy xương, thì xác định bằng phương pháp đo tỷ trọng của xương (bone density).

6.3. Phòng và chữa trị

Bệnh loãng xương có thể gây tàn phế và tử vong. Bệnh ngày một nhiều do mức sống và tuổi thọ ngày càng cao. Tuy điều trị có thể thu được nhiều kết quả nhưng chưa có biện pháp nào ngăn chặn được sự tiến triển của bệnh. Do đó việc phòng bệnh càng trở nên cần thiết và hiệu quả. Khi tuổi càng cao canxi càng giảm dần một cách không thể tránh được, từ 20-80 tuổi khối lượng xương mất khoảng 30% ở nam và 40% ở nữ. Vì vậy việc phòng loãng xương ở nữ sau mãn kinh là rất cần thiết với các biện pháp như: Tăng cường vận động để giảm loãng xương, vì ít hay không hoạt động sẽ làm bệnh loãng xương càng nặng, bệnh nhân có thể vận động trong bể nước nóng khi có điều kiện. Ngoài cơn đau bệnh nhân nên vận động nhẹ cột sống, thở nhẹ và sâu dần, tránh vận động mạnh có thể bị gãy xương; Thực hiện chế độ ăn đủ chất và đủ canxi, trong khẩu phần ăn cần có khoảng 100g thịt hay cá mỗi ngày. Nếu có điều kiện nên uống 1/4 lit sữa

tươi/ngày; Uống estrogen để phòng loãng xương; Thuốc dùng để điều trị bệnh có nhiều loại như: Alendronate, calcium, đa sinh tố với D2 hoặc D3, estrogen 50mg ngày, biphosphonat, các chất steroid đồng hcyeyenr hóa, phải dùng thuốc kiên trì và theo đúng chỉ dẫn của bác sỹ.

7. TĂNG HUYẾT ÁP

1. Những vấn đề chung

1.1. Một số khái niệm

- Ở người lớn khi đo huyết áp theo phương pháp Korotkol, nếu huyết áp (HA) tâm thu ≥ 140 mmHg và hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg thì được gọi là tăng huyết áp động mạch.

- Hoặc khi đo huyết áp trong 24 giờ, nếu trung bình huyết áp trong 24 giờ $\geq 135/85$ mmHg thì được gọi là tăng huyết áp.

HA tâm thu (2 x HA tâm trương)

- HA trung bình =
$$\frac{\quad}{3}$$

Nếu HA trung bình ≥ 110 mmHg được gọi là tăng huyết áp.

- HA hiệu số là hiệu số giữa huyết áp tâm trương và huyết áp tâm thu.

- Khi huyết áp tăng $\geq 220/120$ mmHg gọi là “con tăng huyết áp kịch phát”, con tăng HA kịch phát có nhiều thể bệnh khác nhau như:

- . Thể tối cấp
- . Thể cấp cứu
- . Bệnh não do tăng huyết áp
- . Thể ác tính

- Nếu bệnh nhân được điều trị phối hợp ≥ 3 loại thuốc chống tăng huyết áp ở liều trung bình trong 1 tuần lễ mà huyết áp vẫn còn $\geq 140/90$ mmHg thì được gọi là “Tăng HA kháng trị”.

- Khi bệnh nhân tiếp xúc với bác sĩ hay nhân viên y tế mà huyết áp tâm thu tăng hơn 20-30 mmHg hoặc HA tâm trương tăng cao hơn 5-10 mmHg thì được gọi là “tăng HA áo choàng trắng”.

1.2. Tỷ lệ bệnh tăng huyết áp

- Theo điều tra của GS.TS Trần Đỗ Chinh (1992), tỉ lệ bệnh tăng huyết áp ở Việt Nam là 10,62% dân số, ước tính gần 10.000.000 người; tỉ lệ bị bệnh tăng huyết áp tăng dần theo lứa tuổi; tỉ lệ nam giới cao hơn nữ giới nhưng đến thời kỳ tiền mãn kinh thì tỷ lệ bị tăng huyết áp của cả hai giới là như nhau.

- Tỷ lệ tăng huyết áp ở một số nước như sau: Mỹ 8%; Thái Lan 6,8%; Portugal 30%; Chi Lê 21%; Benin 14%.

1.3. Phân loại bệnh tăng huyết áp

Tăng huyết áp được chia ra làm 2 loại:

- Tăng huyết áp tự phát (tiên phát) không rõ nguyên nhân gọi là bệnh tăng huyết áp, chiếm 90-95% những trường hợp bị tăng huyết áp.

- Tăng huyết áp thứ phát (có nguyên nhân) chiếm 5-10% trường hợp bị tăng huyết áp.

1.4. Phân độ tăng huyết áp

Phân độ tăng huyết áp theo “Tổ chức Y tế thế giới WHO” 1999, ở người ≥ 18 tuổi như sau:

Bảng 2.2: Phân độ tăng huyết áp theo WHO-1999, ở người ≥ 18 tuổi

Huyết áp và độ tăng huyết áp	Huyết áp tâm thu (mmHg)	Huyết áp tâm trương (mmHg)
Bình thường tối ưu	< 120	< 80 mmHg
Bình thường	< 130	< 80 mmHg
Bình thường cao	130-139	85-89 mmHg
Tăng huyết áp Độ 1	140-159 và hoặc 90-99 mmHg	

Độ 2	160-179 và hoặc 100-109 mmHg
Độ 3	≥ 180 và hoặc ≥ 110 mmHg
Tăng huyết áp đơn độc tâm thu	> 140 và < 90 mmHg
Huyết áp ranh giới giữa bình thường và bệnh lý	140-149 và < 90 mmHg

1.5. Phân chia giai đoạn tăng huyết áp.

Căn cứ vào những biến chứng bệnh tăng huyết áp gây ra để chia ra 3 giai đoạn của tăng huyết áp.

- Giai đoạn 1: Tăng huyết áp nhưng chưa biến chứng tổn thương các cơ quan đích.

- Giai đoạn 2: Tăng huyết áp đã có ít nhất một trong số các biến chứng:

. Phi đại thất trái (được chẩn đoán bằng điện tâm đồ hoặc siêu âm tim)

. Hẹp động mạch đáy mắt

. Protein niệu hoặc tăng nhẹ creatinine máu khoảng từ 12-20 mg/lít.

. Màng xơ vữa ở động mạch chủ, động mạch đùi hoặc động mạch cảnh.

- Giai đoạn 3: Bệnh đã gây ra nhiều biến chứng.

. Tim: Đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, suy tim.

. Não: Con thiếu máu não tạm thời thoáng qua, tai biến mạch máu não, bệnh não do tăng huyết áp.

. Mắt: Xuất tiết hoặc xuất huyết, kèm theo có hoặc không có phù gai thị.

. Thân: Creatinin máu > 20 mg/l.

. Động mạch: Phình động mạch, tắc động mạch chi dưới.

2. Nguyên nhân của tăng huyết áp thứ phát.

Người ta chia ra như sau:

* Tăng huyết áp hiệu số (tăng HA đơn độc tâm thu)

+ Giảm đàn hồi của động mạch chủ.

+ Tăng thể tích tổng máu:

- Hở van động mạch chủ

- Nhiễm độc thyroxin.

- Hội chứng tim tăng động.

- Sốt

- Thông động mạch - tĩnh mạch.

- Tồn tại ống động mạch.

* Tăng huyết áp tâm thu và tâm trương:

+ Thân.

- Viêm thận - bể thận (hay gặp sau sỏi thận-bể thận)

- Viêm cầu thận cấp tính và mạn tính.

- Thân đa nang.

- Hẹp mạch máu thân hoặc nhồi máu thân.

- Các bệnh thân khác (xơ thân và động mạch thân, thân do đái tháo đường...)

- U sản sinh renin.

+ Nội tiết:

- Uống thuốc tránh thụ thai.

- Cường chức năng thượng thận

. Bệnh và hội chứng cushing

. Cường aldosterone tiên phát (Conn)

. Hội chứng tuyến thượng-thân bẩm sinh hay di truyền.

. Thiếu hụt 17-anpha và 11-beta hydroxylaza

- U tủy thượng thận (pheochromocytoma)

- Phù niêm do nhược năng tuyến giáp.

- Bệnh to đầu chi (acromegalie)
- + Bệnh thần kinh:
 - Rối loạn tâm thần.
 - Hội chứng tăng áp lực nội sọ cấp tính.
 - Rối loạn tâm thần có tính gia đình.
 - Đa u tủy xương (myeloma)
 - Viêm đa dây thần kinh.
 - Hội chứng gian não.
 - Hội chứng tủy sống.
- + Nguyên nhân hỗn hợp.
 - Hẹp eo động mạch chủ.
 - Tăng thể tích dịch trong lòng mạch máu.
 - Viêm nút quanh động mạch.
 - Tăng kali máu.
- + Có nguyên nhân nhưng chưa rõ bệnh sinh
 - Tăng huyết áp ở bệnh nhân nhiễm độc thai nghén.
 - Đái porphyrin cấp tính.

3. Yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp

Có nhiều yếu tố xuất hiện tăng huyết áp và đẩy nhanh biến chứng do tăng huyết áp gây ra.

- Tổ bẩm di truyền và gen H2.

Người da đen có tỉ lệ tăng huyết áp cao hơn và nặng hơn, khó điều trị hơn so với các dân tộc khác.

- Yếu tố gia đình: Có nhiều gia đình có ông, bố, con và nhiều người trong gia đình cũng bị tăng huyết áp.

- Căng thẳng tâm lý, cảm xúc, căng thẳng về thời gian, căng thẳng về thể lực, thi đấu thể thao, chiến tranh, trí thức, chức vụ cao đảm nhận trách nhiệm cao...., dễ bị tăng huyết áp hơn.

- Ăn mặn: $\geq 6-10$ gam muối/ ngày có tỉ lệ tăng huyết áp cao hơn

so với những người ăn nhạt hơn.

Tuy vậy vẫn có tỷ lệ những người ăn nhạt vẫn bị tăng huyết áp. Điều này được giải thích là do tăng độ nhạy cảm của thụ cảm thể với muối...

- Béo dễ bị tăng huyết áp hơn.

Dựa vào chỉ số khối lượng cơ thể (Body mass index- BMI)

Trọng lượng cơ thể (kg)

BMI = _____

Chiều cao cơ thể (m²)

Căn cứ vào BMI, WHO (1998) chia ra:

Bình thường: 18-24

Thừa cân: 25-30

Béo: 31-40

Béo phì: >40

- Hút thuốc lá trên 10 điếu/ngày liên tục trong 3 năm.

- Uống rượu 180 ml/ngày liên tục trong 3 năm.

- Nữ giới tuổi tiền mãn kinh

- Nam giới ≥ 55 tuổi do quá trình lão hóa thành động mạch nên dễ bị tăng huyết áp hơn.

- Tăng lipit máu:

. Lipit toàn phần > 7g/l

. Cholesterol toàn phần > 5,5 g/l

. Triglycerit > 2,5 mmol/l

. VLDL > 0,3 mmol/l

. LDL > 4,4 mmol/l

. HDL > 1,5 mmol/l

- Đái tháo đường: Đặc biệt là đái tháo đường type 2.

- Vừa xơ động mạch: Đối với tăng huyết áp thì vừa xơ động mạch đã thúc đẩy tăng huyết áp nặng hơn và ngược lại, đến mức một

thời gian dài người ta đã tưởng vừa xơ động mạch là nguyên nhân của bệnh tăng huyết áp.

- Ít hoạt động thể lực.

4. Cơ chế bệnh sinh của bệnh tăng huyết áp vô căn

Huyết áp động mạch = cung lượng tim x sức cản động mạch ngoại vi

(Cung lượng tim = phân số nhát bóp x tần số tim/phút)

Căn cứ vào công thức trên cho thấy rằng, khi tăng cung lượng tim hoặc tăng sức cản động mạch ngoại vi sẽ gây tăng huyết áp hệ thống động mạch.

+ Tăng hoạt động thần kinh giao cảm gây tăng nồng độ adrenalin và noradrenalin trong máu. Sự tăng nồng độ adrenalin và noradrenalin được nhận cảm bởi các thụ cảm thể alpha, beta của cơ trơn thành động mạch, gây co mạch làm tăng huyết áp.

+ Vai trò của hệ RAA (renin-angiotensin-aldosteron)

- Angiotensin II được nhận cảm bởi các thụ cảm thể AT1 và AT2 của cơ trơn thành động mạch gây co mạch làm tăng huyết áp.

- Angiotensin II kích thích vỏ thượng thận tăng tiết aldosteron, từ đó gây tăng tái hấp thu muối và nước, gây tăng thể tích dịch trong máu nên gây tăng sức kháng động mạch gây tăng huyết áp.

-Angiotensin II còn gây hoạt tính giao cảm, dẫn đến tăng huyết áp.

+ Tăng cung lượng tim : Do tim tăng động, phì đại cơ tim, nhịp tim nhanh.

+ Tăng natri máu hoặc tăng nhạy cảm với natri, tăng tái hấp thu natri ở ống thận.

+ Rối loạn chức năng tế bào nội mạc động mạch : Giảm nồng độ các chất gây giãn mạch, tăng tiết các yếu tố gây co mạch (ví dụ như: EDGF, PGH2, TXA2, endothelin, giảm NO,...)

+ Những yếu tố khác: Kháng insulin, tăng nồng độ axit uric máu, thay đổi hormon sinh dục, giảm chức năng của thụ cảm áp lực ở xoang động mạch cảnh...

5. Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh tăng huyết áp.

Lâm sàng của tăng huyết áp phụ thuộc vào lâm sàng của bệnh tăng huyết áp gây ra trên từng cơ quan.

5.1. Mắt

Hoa mắt, giảm thị lực, nhìn mờ khi soi đáy mắt. Tổn thương đáy mắt được chia ra:

- Độ 1: Co thắt, hẹp lòng động mạch.
- Độ 2: Động mạch cơ cứng đề lên tĩnh mạch chỗ bắt chéo gọi là Salus-gunn (+).
- Độ 3: Có xuất tiết, xuất huyết.
- Độ 4: Xuất tiết, xuất huyết và kèm theo phù gai thị.

5.2. Não

- Khi bị tăng huyết áp, não bị thiếu máu, vì vậy có phản ứng tăng lưu lượng máu não (>50ml/máu/100 gam tổ chức não); khi bị thiếu máu não sẽ gây ra triệu chứng: Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ...

Ghi lưu huyết não thấy giảm từng vùng; Ghi điện não thấy có rối loạn hoạt động điện não, nhất là xuất hiện các sóng teta xen kẽ.

- Con thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA: transient ischemic attack): Bệnh nhân bị tổn thương thần kinh khu trú (ví dụ: Bại liệt nửa mặt, rối loạn ngôn ngữ, liệt trung ương dây thần kinh VII, mù...) nhưng phục hồi hoàn toàn trong 24h.

- Đột quy não: Theo định nghĩa của WTO, đột quy não là tình trạng đột ngột mất chức năng não khu vực hoặc lan tỏa gây hôn mê > 24h

Đột quy thiếu máu não (nhồi máu não) hay gặp hơn là đột quy

xuất huyết não (kể cả xuất huyết trong não, xuất huyết khoang dưới nhện và xuất huyết dưới màng cứng).

Tùy thuộc vào vị trí tổn thương của động mạch não mà gây những triệu chứng lâm sàng khác nhau như: Liệt trung ương $\frac{1}{2}$ người, liệt trương ương dây thần kinh VII, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cơ vòng, thất điều.

Tăng huyết áp là nguy cơ cao nhất của đột quy não.

Hiện nay, chẩn đoán đột quy não ở giai đoạn sớm dựa vào CT-scanner sọ não: Nếu có vùng tổn thương giảm tỷ trọng (<40 Hu) là đột quy thiếu máu, nếu vùng tổn thương tăng tỷ trọng (>60 Hu) là đột quy xuất huyết não.

Chọc ống sống thắt lưng, siêu âm xuyên sọ, chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) cũng giúp chẩn đoán đột quy não.

- Rối loạn tâm thần do tăng huyết áp, sa sút trí tuệ, động kinh,...đều có thể gặp khi bị bệnh tăng huyết áp.

5.3. Tim mạch

Tăng huyết áp hay gây ra những biến chứng sớm ở hệ tim mạch:

- Phì đại thất trái : Phì đại đồng tâm hay lệch tâm; chủ yếu là phì đại vách liên thất và thành sau thất trái, gây tăng khối lượng cơ thất trái và chỉ số khối lượng cơ thất trái.

- Suy chức năng tâm trương thất trái (giảm khả năng đổ đầy máu về buồng thất trái) sau đó là suy chức năng tâm thu thất trái(giảm khả năng tổng máu của thất trái: EF% $< 40\%$). Đến giai đoạn sau sẽ xuất hiện suy cả chức năng tâm thu và suy cả chức năng tâm trương mức độ nặng.

- Rối loạn nhịp tim hay gặp là ngoại tâm thu thất; nhanh thất, rung thất gây đột tử.

- Tăng huyết áp thường kèm theo vữa xơ động mạch vành gây đau thắt ngực hoặc nhồi máu cơ tim.

- Động mạch chủ vòng cao, nếu kết hợp vừa xơ động mạch có vôi hóa cung động mạch chủ; phình, giãn, bóc tách động mạch chủ (theo các tip của Debakey), động mạch chậu và động mạch chi dưới.

Những biểu hiện về tim mạch như trên đã được xác định bằng điện tâm đồ, X-quang, siêu âm tim.

5.4. Thận

Thận cũng là một trong số các cơ quan bị ảnh hưởng sớm của tăng HA. Tổn thương thận diễn biến theo mức độ, giai đoạn của bệnh:

- Tiểu đêm nhiều lần do rối loạn chức năng cô đặc và hòa loãng.
- Protein niệu do tổn thương cầu thận.
- Suy thận ở các mức độ khác nhau: Lúc đầu biểu hiện bằng tăng ure và creatinine máu, về sau xơ hóa lan tỏa động mạch tiểu cầu thận, không đáp ứng với các phương pháp điều trị nội khoa, phải lọc máu chu kỳ hoặc ghép thận.

5.5. Những biểu hiện khác

- Phù phổi cấp: Khi có những cơn tăng huyết áp kịch phát dễ gây ra phù phổi cấp.

Trong khi cấp cứu phải tìm mọi cách hạ huyết áp trước, sau đó mới thực hiện phác đồ cấp cứu phù phổi cấp chung.

- Xuất huyết mũi: Vùng màng mạch mũi cũng hay bị tổn thương gây xuất huyết nặng khó cầm máu.

Về nguyên tắc điều trị cấp cứu là đưa huyết áp về bình thường kết hợp với các biện pháp cầm máu; hạn chế dùng các thuốc co mạch vì sẽ làm tăng huyết áp.

- Đau thượng vị, loét, thủng dạ dày-hành tá tràng: Ở những người bị vừa xơ động mạch có tăng huyết áp, các nhánh động mạch nuôi dưỡng dạ dày-hành tá tràng bị hẹp tắc gây thiếu máu có thể gây ra loét, thủng dạ dày-hành tá tràng; cũng với lý do tương tự bệnh

nhân có thể bị rối loạn hấp thu, hoặc rối loạn chức năng đại tràng.

6. Một số thể bệnh tăng huyết áp thứ phát thường gặp

6.1. Hẹp eo động mạch chủ

- Vị trí hẹp hay gặp ở ngay dưới chỗ phân chia ra động mạch dưới đòn trái; nghe tiếng thổi tâm thu ở dưới đòn trái và nách trái.

- Huyết áp chi trên cao hơn chi dưới; huyết áp tâm thu tăng cao, huyết áp tâm trương hạ thấp giống như triệu chứng huyết áp của bệnh hở van động mạch chủ.

- Tuần hoàn bên theo động mạch liên sườn (có thể nghe tiếng thổi tâm thu hoặc sờ thấy rung miu).

- Siêu âm hoặc chụp động mạch chủ cản quang xác định vị trí và mức độ hẹp để chỉ phẫu thuật.

6.2. U tủy thượng thận

U tế bào ưa crômê, hay gặp ở tủy thượng thận và hạch giao cảm; những tế bào này tăng tiết adrenalin và noradrenalin gây có mạch tăng huyết áp với đặc điểm từng cơn (thường là cơn kịch phát), kèm theo tăng đường máu và tăng bạch cầu ưa axit (E), tăng các sản phẩm chuyển hóa của catecholamine ở trong nước tiểu.

Xác định khối u bằng siêu âm, chụp CT-scanner hoặc MRI tuyến thượng thận để chỉ định phẫu thuật.

6.3. Hẹp động mạch thân

Tăng huyết áp do hẹp động mạch thân luôn nặng, kháng thuốc điều trị, nghe ở vùng cạnh rốn có tiếng thổi tâm thu.

Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của tăng huyết áp do hẹp động mạch thân giai đoạn về sau là suy thận mạn tính (tăng ure và creatinin máu, protein niệu, thiếu máu, tăng K^+ máu,...)

Siêu âm Doppler động mạch thân hẹp thấy tăng tốc độ dòng máu, tăng chỉ số trở kháng (RI) $>7,0$; chụp động mạch thân cản quang chọn lọc xác định được vị trí hẹp và mức độ hẹp của động

mạch thân để chỉ định phẫu thuật.

6.4. Bệnh và hội chứng Cushing

Bệnh tuyến yên tăng tiết ACTH kích thích lớp vỏ tuyến thượng thận phát triển thành u tăng tiết cortison được gọi là bệnh Cushing; nếu vỏ tuyến thượng thận có u tự phát gọi là hội chứng cushing.

Tăng huyết áp kèm theo biểu hiện lâm sàng: Mặt to tròn (mặt trăng), bụng to, mọc râu, vết rạn ở bụng, đùi,...tăng đường máu.

Nếu chỉ tăng chức năng vỏ thượng thận thì xét nghiệm định lượng nồng độ cortison máu và niệu thấy tăng cao. Nếu có u thì siêu âm, chụp CT-scanner, MRI thượng thận, sọ não sẽ giúp chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật.

6.5. Con tăng huyết áp kịch phát

Khi huyết áp tâm thu ≥ 220 mmHg và hoặc HA tâm trương ≥ 120 mmHg thì được gọi là tăng huyết áp kịch phát.

Tăng huyết áp kịch phát có thể gặp ở bệnh nhân tăng HA vô căn hoặc tăng HA thứ phát.

Tăng huyết áp kịch phát có nhiều thể bệnh; tiên lượng phụ thuộc vào những biến chứng do cơn tăng huyết áp kịch phát gây ra (ví dụ như: Nhồi máu cơ tim, đột quỵ não,...)

Con tăng huyết áp kịch phát là cấp cứu nội khoa thường gặp, khi điều trị phải hạ dần huyết áp cho đến khi đạt được mục đích điều trị.

Ví dụ: Adalat gel 10mg x 1 nang, dùng kim chọc nang thuốc rồi nhỏ từng giọt dưới lưỡi. Hoặc cho tiêm Lasix 20 mg x 1-2 ống tiêm bắp bắp thịt.

Khi huyết áp về 140/90 mmHg (nếu không có đột quỵ) 160-180/90-100 mmHg (nếu có đột quỵ não) thì lựa chọn một trong những số thuốc chống tăng huyết áp dạng viên để uống duy trì.

7. Điều trị tăng huyết áp

7.1. Nguyên tắc

- Loại trừ các yếu tố tác động (nguy cơ).
- Điều trị nguyên nhân gây tăng huyết áp.
- Tăng huyết áp vô căn phải điều trị kéo dài suốt đời vì bệnh không khỏi được, dùng thuốc chống tăng huyết áp theo bậc thang điều trị của Tổ Chức Y Tế Thế Giới để duy trì mức huyết áp trong khoảng 120-135/80-85 mmHg, kết hợp với các phương pháp có hiệu quả khác.
- Kết hợp điều trị biến chứng do tăng huyết áp gây ra.
- Tuyên truyền, quản lý, theo dõi định kỳ để điều chỉnh phác đồ điều trị thích hợp riêng cho từng bệnh nhân.

7.2. Những nhóm thuốc điều trị bệnh tăng huyết áp hiện nay

+ Lợi tiểu: Có nhiều nhóm thuốc lợi tiểu khác nhau, nhưng để điều trị tăng huyết áp chỉ cần sử dụng những nhóm thuốc sau đây:

- Thuốc lợi tiểu thải muối nhóm thiazide:

Hypothiazide 25-50 mg/ngày, thuốc gây giảm kali máu, vì vậy phải định kỳ bổ sung kali.

Một số biệt dược mới. Ví dụ: Fludex 2,5 mg x 1v/ngày, hoặc natrilix thuốc này tuy xếp vào nhóm thuốc lợi tiểu nhưng ít có tác dụng lợi tiểu mà có tác dụng giãn mạch là chủ yếu.

- Thuốc lợi tiểu quai:

Thuốc uống furosemide 40 mg x 1-2v/ngày; thuốc tiêm Lasix 20 mg x 1-2 ống/ngày, tiêm bắp thịt hoặc tĩnh mạch. Đây là những thuốc lợi tiểu có tác dụng nhanh, mạnh nên chỉ dùng khi có tăng huyết áp nặng và khi cấp cứu, sau đó chuyển thuốc khác để tránh những tác dụng phụ do thuốc gây ra.

- Thuốc lợi tiểu không gây mất kali:

Ví dụ: aldacton, spironolactone, triamtaren, diamox,... tác dụng lợi tiểu kém hơn, không cần phải bổ sung kali, đặc biệt có giá trị đối với một số tăng huyết áp do hội chứng Conn (cường aldosterone)

hoặc tăng huyết áp có kèm theo bệnh tâm- phế mạn tính...)

+ Nhóm thuốc có tác dụng trên hệ giao cảm:

- Hưng phần thụ thể cảm anpha 2 trung ương.

Ví dụ: Methyldopa 250 mg/ngày.

- Liệt hạch giao cảm.

Ví dụ: Arphonade 250-500 mg/ngày.

- Chẹn thụ cảm thể anpha 1

Ví dụ: Prazosin 1-10 mg/ngày.

- Chẹn thụ cảm thể beta: Vừa có tác dụng chẹn thụ cảm thể beta 1 vừa có tác dụng chẹn thụ cảm thể beta 2 (ví dụ như: propranolon 40 mg x 1-2 v/ngày). Nhưng cũng có thuốc chỉ chẹn chọn lọc thụ cảm thể beta 1, ví dụ như: sectral; atenolol 20-120 mg/ngày.

- Thuốc vừa có tác dụng chẹn thụ cảm thể beta vừa có tác dụng chẹn thụ cảm thể anpha 1. Ví dụ: Carvedilol 1 mg/ngày.

+ Nhóm thuốc giãn mạch

- Thuốc gây giãn trực tiếp động mạch. Ví dụ: Hydralazine 25-50 mg/ngày.

- Thuốc chẹn dòng canxi. Ví dụ: Nifedipin, verapamin, madiplot, amlordipin,...

+ Nhóm thuốc ức chế men chuyển dạng angiotensin. Ví dụ: Captopril, enalapril, coversyl, Zestril,...

+ Nhóm thuốc ức chế thụ cảm thể angiotensin (AT1). Ví dụ: Losartan, irbesartan...

+ Nhóm thuốc tăng tổng hợp prostacyclin PGI₂: Ví dụ: Cicletamin 50-100 mg/ngày.

Mỗi nhóm thuốc để điều trị tăng huyết áp đều có những chống chỉ định và tác dụng phụ riêng, vì vậy cần cân nhắc khi chỉ định và theo dõi sát bệnh nhân khi điều trị tăng huyết áp. Một số chống chỉ định:

- Nhóm thuốc lợi tiểu: Tình trạng mắt nước, mắt điện giải (giảm kali máu), sốt, dị ứng,...

- Nhóm thuốc chẹn thụ cảm thể beta giao cảm: Không dùng được ở bệnh nhân bị hen phế quản, loét dạ dày-hành tá tràng, nhịp tim chậm, block tim...

- Nhóm chẹn kênh canxi: Nhịp chậm, block tim...

- Nhóm thuốc ức chế men chuyển dạng angiotensin: Hẹp động mạch thân hai bên, hẹp eo động mạch chủ, hẹp nặng van hai lá, hẹp nặng van động mạch chủ, tăng kali máu, ho, có thai,...

Để điều trị duy trì kéo dài bệnh tăng huyết áp ngày nay thường lựa chọn một trong số các nhóm thuốc, nếu chưa đạt mục tiêu thì phối hợp 2 hoặc 3 nhóm với nhau; không phối hợp các thuốc trong cùng một nhóm với nhau.

Những nhóm thuốc hiện nay được ưu tiên để điều trị tăng huyết áp là:

- . Nhóm thuốc lợi tiểu thiazide.
- . Nhóm chẹn thụ cảm thể beta giao cảm.
- . Nhóm chẹn kênh canxi.
- . Nhóm thuốc ức chế men chuyển dạng angiotensin

7.3. Điều trị tăng huyết áp bằng phương pháp của y học cổ truyền

Chỉ nên điều trị với tăng huyết áp nhẹ bằng khí công dưỡng sinh, các bài thuốc.

7.4. Điều trị tăng huyết áp bằng phương pháp ngoại khoa

Chủ yếu ứng dụng điều trị tăng huyết áp thứ phát, ví dụ: U tửu thượng thận, hẹp eo động mạch chủ....

Bệnh tăng huyết áp vô căn là bệnh có tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng, không điều trị khỏi được, nhưng nếu kết hợp các biện pháp điều trị, kiên trì, chấp nhận và chung sống, để hạn chế các biến chứng thì người bệnh vẫn có thể làm việc và sống bình thường.

8. BỆNH U XƠ TUYẾN TIỀN LIỆT (NAM GIỚI)

U xơ tuyến tiền liệt không phải là bệnh lý ác tính, mà là sự phì đại lành tính của tuyến tiền liệt xảy ra ở nam giới lớn tuổi do đó còn gọi là tuyến tiền liệt lành tính. U xơ tuyến tiền liệt nhìn chung thường bắt đầu vào độ tuổi trung niên, tiến triển từ từ và thường chỉ gây ra triệu chứng sau tuổi 50. Theo thống kê ở Việt Nam ta hiện nay có tới 45% đến 70% số nam giới trong độ tuổi từ 45-75 mắc căn bệnh này, tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng lớn. Còn tại Hoa Kỳ hơn 1 nửa đàn ông độ tuổi từ 60-70 và khoảng 90% ở độ tuổi từ 70 đến 90 có triệu chứng của u xơ tuyến tiền liệt.

8.1. Chẩn đoán

Để phát hiện u xơ tuyến tiền liệt (UXTTL), thông thường nhất là áp dụng hai phương pháp: Siêu âm tiền liệt tuyến và thăm khám tuyến tiền liệt qua đường hậu môn. Ngoài ra còn có các phương pháp thăm dò hình ảnh khác như chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ hạt nhân... Nhưng siêu âm là phương pháp phổ thông và tiện dụng nhất, người bệnh cần nhịn đi tiểu để cho bàng quang căng to thì đánh giá tuyến tiền liệt mới chính xác được.

Siêu âm không những đánh giá về mặt hình thể mà còn giúp đánh giá được khối lượng của tuyến tiền liệt, kích thước, tính chất (âm đồng đều hay không đồng đều...) và đo được lượng nước tiểu tồn dư trong bàng quang (sau khi người bệnh tiểu hết) để đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh.

8.2. Điều trị và theo dõi

Không phải tất cả các bệnh nhân bị u xơ tuyến tiền liệt đều phải điều trị.

Những người không bị ảnh hưởng nhiều các triệu chứng của UXTTL thì thường không điều trị nhưng phải được kiểm tra định kỳ

để xem tình trạng bệnh có trở nên xấu đi hay không, đặc biệt cần xét nghiệm PSA để xem có bị ung thư tuyến tiền liệt hay không mà xử trí kịp thời.

- Điều trị nội khoa: Với những người có triệu chứng rối loạn về tiểu tiện ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày thì trước mắt phải điều trị nội khoa. Các thuốc được sử dụng phổ biến nhất hiện nay là thuộc nhóm ức chế anpha 1 có tác dụng làm giảm cơ trơn thành mạch, tuyến tiền liệt và cổ bàng quang làm giảm bớt tình trạng tắc nghẽn niệu đạo do phì đại tuyến tiền liệt ví dụ alfuzosin (Xatral), terazosin (Hytrin), doxazosin, prazosin và tamsolusin. Các thuốc ức chế anpha 1 không làm tiêu bứu mà chỉ giúp tiểu dễ do cổ bàng quang và niệu đạo dễ mở rộng khi đi tiểu. Thuốc này cũng làm giảm một số cơ vòng khác trong cơ thể và gây tác dụng phụ như giảm huyết áp. Chưa có thuốc nào chứng minh là làm bứu nhỏ đi. Ngoài ra còn một số các thuốc kháng androgen như ức chế men 5-anpha-reductase, finasteride (Proscar) và dutasteride thường được dùng phối hợp với thuốc trên để làm giảm triệu chứng. Tác dụng phụ của thuốc bao gồm giảm ham muốn tình dục, các vấn đề cương dương hay phóng tinh.

- Điều trị bằng ngoại khoa hầu như là để giảm triệu chứng. Hiện nay phổ biến nhất là áp dụng phương pháp cắt bỏ tuyến tiền liệt bằng nội soi qua đường niệu đạo. Khi tiền liệt tuyến quá to, không sử dụng được phương pháp cắt nội soi thì phải mổ bóc tách UXTTL.

Bài 3. CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày đặc điểm về ăn uống của người già
2. Trình bày cách ăn uống hợp lý cho người già.

I. CÁC ĐẶC ĐIỂM CHẾ ĐỘ ĂN CHO NGƯỜI GIÀ

Người già là đối tượng cần sự quan tâm riêng trong gia đình. Những món ăn cho người già nên được chú ý từ khâu lựa chọn thực phẩm đến chế biến do khác biệt về đặc điểm cơ thể và nhu cầu dinh dưỡng.

1. Ăn uống điều độ: Tránh ăn quá no, đặc biệt buổi tối trước khi đi ngủ và khi có bệnh ở hệ tim mạch. Kể cả những ngày lễ tết cũng không nên ăn quá mức bình thường.

2. Chế biến các món ăn hỗn hợp có nhiều gia vị kích thích ăn ngon miệng nên làm thức ăn mềm, nấu nhừ (chú ý tới món canh) vì tuyến nước bọt và hàm răng của người nhiều tuổi hoạt động kém, khó nhai và nuốt thức ăn.

3. Đảm bảo uống đủ nước: Nước trắng hoặc nước chè. Hạn chế uống nước ngọt. Người cao tuổi hay quên và có thể mất cảm giác khát. Cho nên, cần gây thành thói quen uống nước hằng ngày. Tránh uống nhiều nước vào buổi tối.

4. Chú ý các thức ăn nguồn động vật vì nếu biết chọn lựa, chế biến khô sẽ tạo ra các món ăn ngon, bổ, dễ tiêu, khá rẻ.

5. Trong mọi trường hợp, cần đảm bảo vệ sinh trong ăn uống. Thức ăn, nước uống là nguồn gây bệnh

Tóm lại, cần đảm bảo cho người cao tuổi được ăn uống thoải mái, có được nguồn vui trong bữa ăn hằng ngày. Nguồn vui được tạo ra do sự chăm sóc, tình cảm của người thân trong gia đình khi chế biến các

món ăn mà người già yêu thích. Nguồn vui còn do bản thân người già biết cách giữ gìn ăn uống điều độ, biết kết hợp ăn uống với hoạt động của đôi chân đi bộ đều đặn hằng ngày, với hoạt động của bộ óc, hoạt động của trái tim nhân hậu, tâm lòng cởi mở có quan hệ tốt với mọi người. Tất cả đều giúp cho người cao tuổi luôn thanh thản, thoải mái, ăn ngon, ngủ sâu, tiêu hóa hấp thu tốt.

II. CÁCH ĂN UỐNG HỢP LÝ CỦA NGƯỜI GIÀ

Chế độ dinh dưỡng hợp lý đối với người cao tuổi là một vũ khí tích cực và hiệu quả chống lại sự lão hóa. Dưới đây là 8 lời khuyên về chế độ ăn đối với sức khỏe cũng như tuổi thọ của người cao tuổi.

1. Ăn thức ăn càng đa dạng càng tốt

Thức ăn của người cao tuổi hằng ngày càng đa dạng càng tốt, khoảng trên 20 loại thực phẩm. Một chế độ dinh dưỡng tốt là mỗi bữa ăn phải cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng cần thiết cho cơ thể.

Chế độ ăn đầy đủ, đa dạng chủ yếu dựa vào các thức ăn có nguồn gốc từ thực vật. Tính đa dạng của khẩu phần ăn là lời khuyên được chấp nhận rộng rãi khắp thế giới. Các nước đều khuyến nghị người cao tuổi mỗi tuần nên sử dụng trên 30 loại và mỗi ngày trên 12 loại thực phẩm khác nhau.

2. Ăn nhiều các loại rau tươi

Gần đây, một nghiên cứu của Anh trên 257.000 người Châu Âu cho thấy, nếu mỗi ngày ăn 5 đĩa rau quả tươi hoặc nhiều hơn nữa (mỗi đĩa có 77g rau xanh hay 80g quả tươi), có thể làm giảm nguy cơ tai biến mạch máu não ở người cao tuổi đến 25%.

Ăn rau tươi sẽ bổ sung các vitamin, muối khoáng cần thiết mà cơ thể người cao tuổi không thể tự tổng hợp được.

3. Ăn nhiều cá

Nếu ăn cá thường xuyên, ít nhất 2 lần trong tuần, giúp người cao

tuổi có khả năng chống lại các nguy cơ gây bệnh từ hen phế quản đến ung thư tiền liệt tuyến. Cá giàu chất đạm, ít acid béo không tốt, nhiều acid béo tốt có tác dụng chống bệnh tim mạch và ung thư.

4. Ăn nhiều chất xơ

Chất xơ tuy không cung cấp năng lượng cho người cao tuổi nhưng có vai trò không thể thiếu trong việc chống táo bón, giảm cholesterol máu làm tránh xơ vữa động mạch, đái tháo đường, béo phì... Việc tiêu thụ những thức ăn giàu chất xơ đã làm giảm nguy cơ ung thư ruột.

Rau xanh là nguồn cung cấp chất xơ quan trọng. Lượng chất xơ trong rau khoảng 0,3-35% tùy loại. Thực phẩm này đặc biệt cần thiết cho người cao tuổi. Trong rau, chất xenlulose liên kết với chất pectin tạo thành một phức hợp kích thích mạnh nhu động ruột và sự tiết dịch ruột. Khuyến cáo chung của các chuyên gia dinh dưỡng là nên ăn khoảng 20-35g chất xơ/ngày, tức tiêu thụ tối thiểu 300g/ngày và ăn ít nhất 100g quả chín/ngày.

5. Giảm chất đường và chất bột

Ở người cao tuổi, sự dung nạp các chất đường, bột giảm nhiều. Nhu cầu về năng lượng giảm 30% so với tuổi 20. Vì vậy người cao tuổi nên ăn các thức ăn chứa tinh bột giàu chất xơ như bánh mì đen, ngũ cốc nguyên hạt, khoai củ chứa ít năng lượng (khoai lang), không đất tiền, luôn sẵn có và là nguồn vitamin, khoáng chất và protein quý. Ngược lại, người cao tuổi nên hạn chế và gần như không nên ăn các loại đường mía, mứt, bánh kẹo, nước ngọt, nước tăng lực.

6. Nên ăn ít chất béo

Chất béo (lipit) được hấp thu vào chủ yếu là hai chất: Acid béo và cholesterol. Thừa cholesterol dễ gây xơ vữa động mạch và tắc mạch máu, nguy hiểm nhất là mạch máu não và mạch vành. Nhưng nếu thiếu cholesterol cũng làm màng tế bào yếu, dễ gây xuất huyết.

Lượng cholesterol được khuyên dùng là dưới 300 mg/ngày.

7. Tránh ăn nhiều thịt

Thịt bò, thịt lợn chứa khá nhiều độc tố làm cho cơ thể người cao tuổi mệt mỏi vì bắt gan, thận làm việc nhiều. Nếu ăn các món có lẫn chất bột và thịt, nhất là món rán, hàm là sự kết hợp khó tiêu nhất trong bộ máy tiêu hóa của người cao tuổi.

Ăn nhiều thịt không tốt cho sức khỏe người cao tuổi. Mạng lưới tuần hoàn ở hệ thống gan người cao tuổi giảm 40-45% so với lúc 25 tuổi, khả năng tiêu hóa của tế bào gan cũng bị giảm. Ăn nhiều thịt trong ngày là một sự căng thẳng, một gánh nặng quá tải, nhất là đối với người cao tuổi bị bệnh tim mạch.

8. Càng ăn ít muối càng tốt

Ở người bình thường, cơ thể tự điều hòa lượng muối ăn trong máu bằng cách giữ lại hoặc thải ra ngoài bằng đường mồ hôi hoặc nước tiểu. Nhưng nếu ăn nhiều muối trong 1 thời gian nhất định, sự dư thừa muối sẽ có hại cho tim, thận cũng như làm tăng HA.

Muối ăn không phải là nguyên nhân trực tiếp gây bệnh nhưng nó lại là tác nhân làm xuất hiện bệnh, làm trầm trọng thêm quá trình bệnh lý, làm tăng các biến chứng nặng nề của bệnh. Lượng muối ăn hằng ngày được thống nhất toàn cầu là dưới 6g/ngày.

III. QUẢN LÝ DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Đối với người già, việc ăn uống sao cho đủ chất dinh dưỡng, khoa học là điều rất quan trọng vì cơ thể người già thường bị lão hóa. Ở độ tuổi 70, nhu cầu năng lượng giảm đi khoảng 30% so với lúc trẻ. Chức năng của các cơ quan, bộ phận đều bị suy giảm. Ngoài ra, người cao tuổi thường hay mắc nhiều bệnh nên việc ăn uống điều độ còn quan trọng hơn nữa.

1. Đảm bảo hàm lượng dinh dưỡng

Hệ tiêu hóa của người già đã bắt đầu kém hấp thu, khả năng tổng hợp của cơ thể cũng giảm do đó dễ xảy ra tình trạng thiếu dinh dưỡng, tuy nhiên do sự tiêu hóa của người cao tuổi đã suy giảm nên chúng ta cần chọn những loại thực phẩm dễ hấp thụ, dễ tiêu hóa, đảm bảo đủ chất đạm nhưng không quá nặng nề đối với đường tiêu hóa. Thịt khi tiêu hóa thường tạo ra các chất có sunfua ở đại tràng, đây là những chất độc ảnh hưởng đến sức khỏe.

Do đó người già nên hạn chế ăn thịt, tăng cường ăn cá vì cá có nhiều chất đạm quý, dễ tiêu, ít sinh khí sunfua hơn thịt lại có nhiều acid béo không no rất cần đối với người có tuổi. Các món ăn này có thể chế biến theo cách hấp hoặc luộc để đảm bảo hàm lượng các vitamin và khoáng chất, tránh các đồ xào, rán chứa nhiều mỡ.

2. Giảm áp lực cho dạ dày về đêm

Quá trình tiêu hóa của người già diễn ra dài hơn do sự bài tiết trong dịch vị dạ dày giảm đi. Việc hấp thụ các chất như can-xi, sắt cũng kém hơn. Để không bị đầy quá gây hiện tượng khó ngủ về đêm, nên cho các cụ ăn sớm, trước 7h hoặc cho ăn ít đi, có những bữa lót nhẹ nhàng trước khi đi ngủ khoảng 2 tiếng như một chút sữa nóng sẽ giúp các cụ ngủ dễ hơn.

3. Đồ ăn cần có độ mềm nhất định

Do khả năng tiêu hóa và tiêu thụ thức ăn kém, răng có thể không còn chắc chắn, người già cần được ăn những đồ ăn mềm hơn. Nếu muốn thay đổi thực đơn bạn có thể rán rồi hấp lại cho mềm để các cụ có cảm giác được ăn đồ chiên rán nhưng vẫn đảm bảo độ mềm.

4. Uống nước và bổ sung hoa quả

Nước lọc và các loại nước hoa quả đều là các sản phẩm có lợi cho sức khỏe: Người cao tuổi thường ít có cảm giác khát nước, tuy nhiên việc tăng cường nước cho cơ thể lại rất cần thiết cho người già vì thế không nên để đến khi có cảm giác khát mới uống, hãy uống đủ

số lượng nước cơ thể cần trong ngày vì nước sẽ giúp thận người cao tuổi hoạt động tốt hơn, giảm táo bón và tăng khả năng trao đổi chất, đẩy lùi quá trình lão hóa, nhất là đối với da. Các loại vitamin cũng cần bổ sung vì cơ thể người già rất khó tập hợp đủ.

5. Uống bổ sung vitamin và khoáng chất

Rau xanh và hoa quả là những thực phẩm không thể thiếu trong chế độ dinh dưỡng của người cao tuổi. Trái cây chín cung cấp nhiều vitamin và chất khoáng, nhiều chất chống oxy hóa, các loại vitamin, khoáng chất và các acid hữu cơ này có tác dụng kích thích sự thèm ăn và duy trì sự cân bằng các hooc môn trong cơ thể. Ngoài ra, người già cũng nên uống bổ sung thêm các vitamin hoặc khoáng chất vì có thể ăn uống của các cụ không đảm bảo được đủ dinh dưỡng như mong muốn của cơ thể.

6. Hạn chế chất đường

Người cao tuổi phải hạn chế ăn đường, hạn chế uống nước ngọt và ăn bánh kẹo. Chỉ nên dùng chất đường có nguồn gốc là chất bột như cơm, bánh mì, bún, phở,... vì các chất đường này được tiêu hóa, hấp thu, dự trữ ở gan và cơ, chỉ giải phóng ra từ từ tạo ra năng lượng theo nhu cầu hoạt động của cơ thể, không nên làm tăng đường huyết đột ngột.

7. Hạn chế chất béo

Người cao tuổi nếu bị thừa chất béo sẽ dễ bị thừa mỡ trong máu, cholesterol trong máu tăng gây nguy cơ xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim, thiếu máu não, có thể bị xuất huyết não, liệt nửa người... Hạn chế mỡ trong khẩu phần ăn, giảm mỡ động vật, ăn dầu thực vật, bớt ăn chất đường là điều nên làm đối với người có tuổi.

8. Hạn chế ăn mặn và uống rượu bia

Chỉ nên ăn muối hàm lượng dưới 250 mg/người/ngày để phòng tránh bệnh cao huyết áp. Không nên uống rượu bia, chè đặc và cà phê

đặc vì gây lợi tiểu, làm mất muối, nước của cơ thể và gây mất ngủ.

Tóm lại, người cao tuổi, cỗ máy chuyển hóa và dinh dưỡng đã có nhiều hao mòn trong quá trình sử dụng. Khái niệm người già thường gắn liền với sự suy yếu. Vì vậy, chế độ dinh dưỡng ở người cao tuổi thật sự là quan trọng. Chế độ ăn hợp lý sẽ giúp hồi phục và cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng cần thiết để người cao tuổi vẫn sống mạnh khỏe như ngày nào.

Bài 4. MỘT SỐ CHẾ ĐỘ ĂN BỆNH LÝ CỦA NGƯỜI BỆNH LÃO KHOA

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng trình bày cụ thể các chế độ ăn bệnh lý

I. CHẾ ĐỘ ĂN CHO BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đái tháo đường do cơ thể thiếu hoặc không có nội tiết tố insulin. Chế độ ăn kiêng giữ một vai trò trong việc điều trị bệnh đái tháo đường. Có thể điều trị bằng chế độ ăn như tiểu đường (đái đường) nhẹ, tiểu đường (tiềm tàng) hoặc kết hợp với các thuốc hạ đường huyết (đái đường) mức độ trung bình và nặng.

Ở bệnh nhân cân nặng bình thường (tiểu đường phụ thuộc insulin hay không phụ thuộc insulin), chế độ ăn kiêng phải được chuẩn về chất lượng (hạn chế glucit và lipit) và cố định về số lượng.

Chế độ ăn kiêng phải được cố định theo từng bệnh nhân và theo mục tiêu điều trị của bác sỹ.

Trong những ngày đầu hay trong những tuần đầu tiên, thức ăn phải được cân đẽ sau đó bệnh nhân biết cách ước tính trọng lượng của các loại thực phẩm một cách tương đối.

Chế độ ăn đáp ứng nhu cầu năng lượng: Nhu cầu tính theo thể trạng và tính chất lao động.

Thể trạng	Lao động nhẹ	Lao động vừa	Lao động nhẹ
Gầy	35 Kcal/kg	40 Kcal/kg	45 Kcal/kg
Trung bình	30 Kcal/kg	35 Kcal/kg	40 Kcal/kg
Mập	25 Kcal/kg	30 Kcal/kg	35 Kcal/kg

Chế độ ăn phải đầy đủ lượng protid, lipit cần thiết cho cơ thể

trong đó lượng glucit chiếm 50% lượng calo chung cho khẩu phần, protid chiếm 15%, lipit chiếm 35%.

Một số áp dụng trên thực tế:

- Thực phẩm cung cấp glucit: Bánh mì 40g, gạo 25g, mì sợi 30g, khoai tây 100g, khoai mì tươi 60g, đậu 40g, 1 trái cam vừa, 1 trái chuối vừa, 1 trái táo, 100g nho, 250 dâu tây, 1 trái thơm, 1 trái xoài vừa đều tương đương với 20g glucit.

- Thực phẩm cung cấp protit: 100g thịt nạc tương đương với 25-18g protit.

- Thực phẩm cung cấp lipit: 100g dầu ăn tương đương với 90-100g lipit.

1. Đối với thức ăn chứa tinh bột

Nên ăn các loại bánh mì không pha trộn với phụ gia như bánh mì đen, gạo lứt, khoai tây, khoai sọ... lượng tinh bột đưa vào cơ thể người tiểu đường nên bằng khoảng 50-60% người thường. Sử dụng thường xuyên các loại ngũ cốc thô, chà xát ít vì lớp vỏ có chứa nhiều vitamin và khoáng chất có lợi cho sức khỏe. Phương pháp chế biến chủ yếu là luộc, nướng hoặc hầm chứ không nên chiên xào.

2. Đối với chất đạm

Hạn chế tối đa thịt hộp, pate, xúc xích... thay vào đó hãy ăn trứng sữa, ăn cá, các sản phẩm chế biến từ sữa, đậu... nên ưu tiên cá mèi và cá trích vì trong hai loại cá này có chứa chất béo có lợi cho việc chống lại bệnh tim mạch và ung thư. Người tiểu đường (đái đường) có thể ăn các loại thịt lợn, thịt bò đã lấy sạch mỡ. Tránh tuyệt đối da gà, da vịt bởi nó chứa rất nhiều cholesterol. Cũng như thực phẩm có chứa tinh bột, nên chọn cách chế biến là luộc, kho, nướng hơn là chiên.

3. Đối với chất béo

Phải hết sức hạn chế mỡ, các bác sỹ khuyến cáo lượng

cholesterol phải < 300mg/ngày và lượng mỡ bão hòa phải thay bằng các loại dầu thực vật như dầu đậu nành, dầu olive, dầu mè.

4. Rau, trái cây tươi

Một ngày bệnh nhân đái đường nên ăn khoảng 400g rau và trái cây tươi, rau quả tươi vừa có tác dụng chống lão hóa, vừa là thức ăn bổ sung vitamin, muối khoáng tốt nhất. Nên ăn cả xác hơn là ép lấy nước uống, chất xơ trong rau quả là thành phần quan trọng làm giảm đường, làm chậm hấp thu đường và làm đỡ tăng đường sau khi ăn. Tuy nhiên, không phải loại trái cây nào cũng tốt, người mắc bệnh tiểu đường phải tránh các loại trái cây ngọt như nho, xoài, nhãn, na...

5. Chất ngọt

Chất ngọt là nguyên nhân trực tiếp gây bệnh đái tháo đường, nó làm trầm trọng thêm quá trình bệnh lý, tăng các biến chứng nặng nề của bệnh. Lời khuyên của bác sĩ là tránh xa các loại bánh kẹo, nước ngọt có ga, rượu... Bệnh nhân tiểu đường nên sử dụng các chất ngọt nhân tạo có thể thay đường trong nước uống như Aspartam và sacharie vừa giúp giảm được lượng đường ăn vào mà vẫn giữ được ngon miệng.

Giữ vững thành phần và thời gian ăn là rất quan trọng, kết hợp với thể dục thể thao thường xuyên chính là phương pháp điều trị hiệu quả nhất. Tuy nhiên, chế độ ăn cụ thể phải dựa trên từng bệnh nhân, cân nặng, lượng đường trong máu, bệnh đã có biến chứng hay chưa. Do vậy, cần tham khảo ý kiến của bác sĩ đang theo dõi và điều trị.

Chế độ ăn kiêng:

- Thực phẩm cấm: Đường, mía, tất cả các loại sữa chế biến, bánh canh, bánh mì, các loại khoai (khoai lang, khoai mì,...), bánh bích quy, trái cây ngọt.

- Thực phẩm không hạn chế: Thịt, tôm, cá, cua, mắm, rau, các loại đậu.

Các loại thức phẩm như trái cây (nhất là lê, táo), rau, đậu, ngũ cốc có thể cung cấp cho cơ thể một lượng đường chậm (tức là đường phải qua quá trình tiêu hóa mới trở thành đường hấp thu vào cơ thể), điều đó sẽ làm cho lượng đường trong máu không quá cao hoặc quá thấp, đồng thời cung cấp chất xơ có ích và chất khoáng chứa vcom kiểm soát lượng đường trong máu.

Ở bệnh nhân tiểu đường, đường huyết thường tăng cao sau bữa ăn. Vì thế nên cho bệnh nhân ăn nhiều lần và phân bố lượng calo mỗi bữa cho thích hợp.

Nếu cần:

- 1200-1600 Kcal/ngày thì nên chia ba bữa theo tỉ lệ 1/3-1/3-1/3

- 2000-2500 Kcal/ngày thì nên chia bốn bữa theo tỉ lệ 2/7-2/7-2/7-1/7

- > 2500 Kcal/ngày thì nên chia năm bữa theo tỉ lệ 2/9-2/9-2/9-2/9-1/9.

Trường hợp đang dùng dùng thuốc hạ đường huyết thì nên ăn trước khi ngủ hay thêm bữa vào những bữa ăn chính.

Các thực phẩm giàu chất xơ sẽ làm giảm đỉnh cao đường huyết sau khi ăn và có thể kéo dài sự hấp thu của đường. Chất xơ cũng còn có tác dụng giữ nước, hấp thu axit mật, thường có trong cám ngũ cốc, khoai tây, rau xanh, trái cây nhất là các loại họ đậu.

Vì thế người ta khuyên ăn gạo không nên chà kỹ quá. Nên hạn chế rượu vì rượu có thể thúc đẩy hạ đường huyết trên bệnh nhân đang điều trị với thuốc hạ đường huyết.

II. CHẾ ĐỘ ĂN BỆNH CAO HUYẾT ÁP

Cao huyết áp là một bệnh thuộc các tạng can, thận, tì, bị mất điều hòa mà gây ra bệnh. Ngoài ra còn yếu tố đàm thấp hay gặp ở những người bệnh tạng béo và cholesterol máu cao.

Khi bị cao huyết áp, ngoài thuốc ra, việc lựa chọn và duy trì một số chế độ ăn thích hợp có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Tuy nhiên bên cạnh vấn đề tuân thủ nguyên tắc chung như ăn nhạt, hạn chế mỡ động vật, kiêng các chất kích thích..., người bệnh nhiều khi tỏ ra lúng túng khi chọn dùng các đồ ăn thức uống cụ thể trong sinh hoạt thường nhật.

Những thực phẩm tốt cho người cao huyết áp:

- Cần tây: Nghiên cứu hiện đại cho thấy, nước ép cần tây có tác dụng làm giãn mạch, lợi niệu và hạ huyết áp.

- Cải cúc: Là loại rau thông dụng, chứa nhiều acid amin và tinh dầu, có tác dụng làm thanh sáng đầu óc và giảm áp.

- Rau muống: Chứa nhiều canxi, rất có lợi cho việc duy trì áp lực thẩm thấu của thành mạch và huyết áp trong giới hạn bình thường, là thứ rau đặc biệt thích hợp cho những người bị cao huyết áp có kèm theo triệu chứng đau đầu..

- Măng lau: Có công dụng hoạt huyết, thông tràng vị, khai hung cách (làm thoải mái lồng ngực) và chống phiền khát. Nghiên cứu hiện đại cho thấy, măng lau có khả năng tiêu trừ mệt mỏi, tăng cường thể lực, làm giãn mạch, cường tim, lợi niệu, giảm áp và phòng chống ung thư, là thức ăn rất thích hợp cho người bị cao huyết áp và xơ vữa động mạch.

- Cà chua: Là thực phẩm rất giàu vitamin C và P, nếu ăn thường xuyên mỗi ngày 1-2 quả cà chua sống có khả năng phòng chống cao huyết áp rất tốt, đặc biệt là khi có biến chứng xuất huyết đáy mắt.

- Cà: Đặc biệt cà tím rất giàu vitamin P, giúp cho thành mạch máu được mềm mại, dự phòng tích cực tình trạng rối loạn vi tuần hoàn hay gặp ở những người bị cao huyết áp và có bệnh lý tim mạch khác.

- Cà chua: Có tác dụng làm mềm thành mạch, điều chỉnh rối loạn

lipit máu và ổn định huyết áp. Nên dùng dạng tươi, rửa sạch, ép lấy nước uống 2 lần/ngày, mỗi lần chừng 50 ml. Đây là thứ nước giải khát đặc biệt tốt cho người bị cao huyết áp có kèm theo tình trạng đau đầu, chóng mặt.

Ngoài ra một số thức ăn tốt cho người bị cao huyết áp: Hành tây, nấm rom, mộc nhĩ, tỏi, lạc, hải tảo, đậu hà lan, đậu xanh, táo, chuối tiêu, dưa hấu, dưa chuột...

Ăn kiêng: Người bị cao huyết áp kiêng ăn mặn.

Thức ăn không muối làm giảm huyết áp: Đây là kết quả nghiên cứu của TS Kojuri và Rahim Rahim (ĐH Shiraz-Iran). Theo đó, chỉ cần dùng một ít muối trong thức ăn cũng có thể dẫn đến sự thay đổi huyết áp. Sự thay đổi này được thay đổi bằng nồng độ natri trong nước tiểu khoảng 35%; ban ngày huyết áp tối đa giảm 12,1 mmHg, huyết áp tối thiểu giảm 6,8 mmHg, ban đêm huyết áp giảm nhẹ.

Hai nhà khoa học trên đã tiến hành theo dõi huyết áp và sự bài tiết natri trong nước tiểu của 60 người trước và sau khi thực hiện chế độ ăn kiêng không muối.

Họ cũng lập ra một nhóm đối chiếu, gồm 20 người không thực hiện chế độ ăn kiêng này. Sau 6 tuần, có thấy có sự thay đổi đáng kể về nồng độ natri bài tiết trong nước tiểu ở người ăn kiêng so với người không ăn kiêng. 50% trong số người dùng vừa phải (3-7 gr muối mỗi ngày) có sự giảm huyết áp.

Theo Kojuri, tuy chưa nghiên cứu trên quy mô rộng nhưng kết quả này lại một lần nữa khẳng định những người bị cao huyết áp không nên dùng muối.

III. CHẾ ĐỘ ĂN CHO BỆNH UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Ung thư tiền liệt tuyến là một trong những dạng ung thư phổ biến nhất ở đàn ông, với hơn 543.000 người được chẩn đoán mỗi năm trên

thế giới.

Những thực phẩm có tác dụng phòng chống ung thư tuyến tiền liệt:

Calories

Hãy chọn các loại thức ăn đậm đặc chất dinh dưỡng để nhận được nhiều calo nhất. Nếu hấp thụ quá nhiều calo, lượng mỡ cơ thể gia tăng khiến trọng lượng cơ thể sẽ dư thừa. Khi đó, lượng mỡ cơ thể quá nhiều, đặc biệt ở vùng bụng sẽ làm tăng nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt. Tổ chức ung thư tuyến tiền liệt (Prostate Cancer Foundation) cho biết: Chất béo trong cơ thể tạo ra kích thích tố và protein chuyên làm tăng nguy cơ viêm nhiễm lão hóa. Do đó, để chống lại lượng mỡ dư thừa, công cụ tốt nhất chính là tập thể dục đều đặn hằng ngày và có mức tiêu thụ calo hợp lý.

Chất béo

Giảm hấp thụ lượng chất béo và nên chọn chất béo chưa bão hòa hơn là chất béo bão hòa. Trong một nghiên cứu 5 năm gần đây, bác sỹ Neal Bernard thuộc tổ chức ung thư tuyến tiền liệt (Prostate Cancer Foundation) báo cáo: Những người thường hấp thụ phần lớn chất bão hòa sẽ có nguy cơ tử vong vì ung thư tuyến tiền liệt cao gấp 3 lần.

Chất béo không bão hòa được tìm thấy nhiều trong thịt, các sản phẩm từ sữa và bơ. Chất béo chưa bão hòa rất phổ biến trong cá, các loại đậu, hạt và các loại dầu. Chế biến khẩu phần ăn của bạn với dầu ăn thay vì bơ là một cách đơn giản để giảm lượng chất béo bão hòa bạn hấp thụ và giúp bảo vệ tuyến tiền liệt khỏi những viêm nhiễm gây hại.

Carbohydrates

Bạn nên tiêu thụ các chất bột đường phức tạp và giảm tiêu thụ các loại đường đơn giản. Chất bột đường phức tạp được tìm thấy

trong trái cây và rau quả. Có chỉ số GI (chỉ số đường huyết) thấp, ngoài ra có chứa chất chống oxi hóa và chất phytochemical kháng bệnh.

Theo Tổ chức ung thư tuyến tiền liệt (Prostate Cancer Foundation): “Bạn càng ăn nhiều loại đường được chế biến thì mức độ insulin của bạn sẽ càng cao hơn và khả năng bị ung thư tuyến tiền liệt của bạn cũng phát triển mạnh hơn“. Thay vì các món ăn vặt, hãy chọn loại trái cây và rau quả có lợi cho sức khỏe để bảo vệ chính mình trước những căn bệnh có liên quan đến tuyến tiền liệt.

Protein

Các loại thực phẩm nhiều đạm và ít béo là lựa chọn tốt nhất cho nguồn tiêu thụ chất đạm của bạn. Hãy cung cấp các nguồn protein chất lượng cao cho bản thân để giúp bạn ngăn ngừa và quản lý các vấn đề sức khỏe tuyến tiền liệt. Các loại thịt như nai, thỏ, hươu và trâu được xem là nguồn chất đạm có ít mỡ béo.

Rượu vang

Các nhà nghiên cứu thuộc trường Đại học UAB ở Birmingham (Alabama, Mỹ) đã tiến hành nghiên cứu trên chuột và cho thấy rượu vang có tác dụng giảm 87% nguy cơ mắc ung thư tuyến tiền liệt.

Những thực phẩm chữa bệnh ung thư tuyến tiền liệt

Súp lơ xanh và bông cải xanh.

Theo một nghiên cứu mới của các nhà khoa học Anh, ăn bông cải xanh và súp lơ mỗi tuần 1 lần sẽ giúp nam giới giảm 52% nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt xâm lấn.

Từ lâu, các nhà khoa học đã biết về mối quan hệ giữa việc ăn rau quả và nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt, nhưng chưa có ai tập trung vào 2 loại là bông cải xanh và súp lơ, cũng như tác dụng của chúng trong việc ngăn chặn dạng nguy hiểm nhất của bệnh, đó là ung thư tuyến tiền liệt xâm lấn.

Được thực hiện đối với 1300 người, nghiên cứu này cho thấy bông cải xanh tốt hơn bất cứ loại rau quả nào khác trước sự bảo vệ cơ thể trước sự tấn công của các khối ung thư xâm lấn ở tuyến tiền liệt. Hai loại rau này đã từng được biết là có chứa chất chống ung thư.

Một cuộc nghiên cứu do các nhà khoa học tại đại học kỹ thuật Curtin thực hiện cho thấy ăn những loại trái cây màu vàng, da cam, đỏ như cà chua, dưa hấu và rau như ớt, bí đỏ và rau bina có thể làm giảm nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt tới 50%.

Nấm linh chi

Các nhà khoa học ở Đại học Haifa, Israel khẳng định nấm linh chi-một loài nấm đại thường dùng trong Đông y ở Trung Quốc (và Việt Nam) – có thể chữa ung thư tuyến tiền liệt.

Nhóm nghiên cứu đã phát hiện các phân tử trong nấm linh chi (tên khoa học là Ganoderma lucidum) giúp ngăn cản một vài cơ chế liên quan đến sự phát triển của khối u ở bộ phận này.

Theo nghiên cứu của Ben Zion Zaidman cho rằng loài nấm này có thể cản trở sự phát triển của khối u bằng cách tác động lên hệ miễn dịch. Nhưng các thử nghiệm trong ống nghiệm họ đã cho thấy nó trực tiếp tấn công vào tế bào ung thư.

IV. CHẾ ĐỘ ĂN CHO BỆNH UNG THƯ VÚ

Khi nhắc tới bệnh ung thư vú, bản thân người bệnh và bác sĩ thường chỉ chú trọng tới phương pháp điều trị. Tuy nhiên, theo BS Ang Peng Tiem, Giám đốc trung tâm điều trị ung thư Viện QG Singapore, chế độ ăn cũng góp phần vào việc điều trị cũng như giảm thiểu nguy cơ tái phát của bệnh ung thư vú.

Nguyên tắc chọn lựa thực phẩm

- Chọn thực phẩm tươi sạch, có nguồn gốc sản xuất rõ ràng, đảm bảo được chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm.

- Đa dạng hóa các loại thực phẩm trong khẩu phần ăn nhằm đảm bảo cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng cho cơ thể khỏe mạnh, các vi chất dinh dưỡng và các vitamin giúp cho cơ thể chống lại sự lão hóa, dọn các gốc tự do ngăn ngừa bệnh ung thư...

- Sử dụng thực phẩm tươi đã được làm sạch và bảo quản trong điều kiện lạnh, tránh sử dụng thực phẩm ướp muối mặn, thực phẩm qua chế biến ở nhiệt độ cao, thực phẩm qua xào rán dầu mỡ nhiều lần.

- Chế độ ăn giảm độ năng lượng: Tránh ăn quá nhiều thực phẩm giàu đạm, giàu đường và lipit, nên ăn nhiều rau và hoa quả.

- Tránh uống các nước uống có chứa cồn như rượu, bia... có nhiều cứ chứng minh mối liên quan giữa ung thư vòm họng, ung thư thực quản, ung thư vú, ung thư gan với các loại đồ uống này.

Các nhóm thực phẩm cần đảm bảo đủ cho khẩu phần ăn.

- Đạm: Thịt cung cấp cho cơ thể các loại axit amin (nguyên liệu cấu tạo các loại protein trong cơ thể). Để đảm bảo cung cấp đủ các loại axit amin cần ăn đa dạng các loại thực phẩm, khẩu phần ăn phải cân đối giữa protein động vật và thực vật.

Các loại thịt màu trắng như thịt các loại gia cầm sẽ có lợi hơn cho sức khỏe. Cơ thể cũng cần bổ sung thêm các nguồn Fe, Zn... từ các loại thịt có màu đỏ như thịt lợn nạc, thịt bò... Các loại tôm, cua cá, nhuyễn thể và hải sản. Hơn nữa đây còn là nguồn cung cấp các axit amin và vi chất dinh dưỡng rất quý cho cơ thể.

- Tinh bột: Nên chọn cung cấp từ các loại ngũ cốc còn nguyên hạt (gạo, ngô, lúa mì, hạt lúa mạch), các loại củ (khoai tây, khoai lang, khoai sọ, củ sắn,...). Tránh các loại thực phẩm chế biến sẵn chứa đường đơn, gây nhiều tác hại cho cơ thể, đồng thời các chất phụ gia cho thêm vào thực phẩm trong quá trình chế biến và bảo quản cũng là một trong những nhân tố góp phần làm gia tăng tỉ lệ bệnh ung

thur.

- **Chất béo:** Là chất cho giá trị năng lượng cao, giúp hình thành cấu trúc tế bào cơ thể. Do đó trong thành phần phải có 1 hàm lượng lipid nhất định. Trong lipid có chứa các loại acid không no và acid béo no, hàm lượng acid béo không no không quá 50%, trong đó acid béo không no có nhiều nối đôi nên dưới 10% tổng năng lượng.

- **Rau quả:** Chọn các loại quả tươi sạch, đảm bảo chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm, bảo quản trong điều kiện lạnh, hạn chế làm mất các vitamin trong quá trình chế biến cũng như sơ chế, bảo quản. Rau quả rất có lợi cho sức khỏe do cung cấp các loại vitamin.

Chú ý: Nên luôn giữ cơ thể ở mức cân bằng lý tưởng cho phép theo khuyến cáo mức tính dựa vào chỉ số khối cơ thể (BMI).

Chế độ dinh dưỡng trong các đợt truyền hóa chất, phẫu thuật, xạ trị:

- Một nguyên tắc trong điều trị ung thư là luôn tránh giảm cân và giữ cân nặng lý tưởng cho phép. Khi bệnh nhân chấp nhận với phương pháp lựa chọn điều trị ung thư, nên cho bệnh nhân ăn một chế độ ăn giàu chất dinh dưỡng.

- Tăng cung cấp các chất dinh dưỡng cao trong khẩu phần, tăng các vitamin và vi chất dinh dưỡng, đặc biệt các thực phẩm có chứa nhiều chất chống oxy hóa. Các chất xơ và các chất chống oxy hóa nên cung cấp nhiều trước và sau các đợt xạ trị nhằm làm giảm thiểu việc làm giảm tác dụng của các đợt truyền hóa chất, xạ trị,... Các bữa ăn cũng nên ăn trước hoặc sau 4 giờ trước hoặc sau khi điều trị.

- Trong quá trình tiến hành phẫu thuật, truyền hóa chất, xạ trị, hoặc kết hợp các phương pháp điều trị làm cho bệnh nhân mệt mỏi, nôn nhiều... không thể cung cấp thức ăn bằng đường tiêu hóa, các bác sỹ điều trị sẽ chỉ định cho bệnh nhân nuôi dưỡng theo đường tĩnh mạch như truyền đường, đạm, điện giải... đảm bảo đủ mức dinh

dưỡng cho cơ thể.

Khuyến khích bệnh nhân ăn tự nguyện và chọn các món ăn, các thực phẩm theo sở thích của bệnh nhân, chế độ ăn lúc đầu cần cung cấp nhiều năng lượng được cung cấp từ tinh bột sau đó tăng dần lượng đạm, chất xơ nhằm đảm bảo tiêu hóa tốt cho bệnh nhân.

1. Trà thuốc

1. Thiên đông 20g, đem thái miếng mỏng, nhỏ, thảo bối mẫu, thái miếng mỏng nhỏ 10g, cho thêm lá chè 5g, trộn lẫn thật đều vào với nhau, pha nước sôi vào, uống thay nước trà, mỗi ngày 300-500ml, mỗi ngày 1 thang.

2. Bồ công anh 30g, rửa sạch để khô ráo, lá chè 10g, cho thêm lượng đường trắng hoặc chút mật ong thích hợp đủ dùng vào, nước sôi pha vào để 30 phút, uống thay nước trà. Thích hợp với những người độc nhiệt ung thịnh.

2. Rượu thuốc

- Vương bất lưu hành 100g, Xuyên bối mẫu 50g, Hạ khô thảo 100g, rượu 1kg. Đem 3 vị thuốc trên ngâm trong rượu, bịt kín bình rượu ngâm trong 15 ngày, lấy ra, mỗi lần nhấp 1 chút ít, 10 ngày uống hết 1 thang nói trên.

- Qua lâu 5 quả, nghiền thành hạt, văn trật 50g, thái thành miếng nhỏ, mỏng rồi lại thêm Thiên quì tử 30g, dùng rượu trắng 50⁰ ngâm thuốc, sau 7 ngày đem rượu ra uống. Mỗi ngày 2 lần, mỗi lần 15g, dùng trong 15 ngày, cách 1 tuần sau lại uống lại như cũ.

3. Các món ăn làm vị thuốc

1. Kim châm thái (Tức rau cúc mọc hoang), thịt lợn nạc 60g. Cách làm: Kim châm thái đem rửa sạch, thịt lợn nạc thái thành miếng mỏng, đều bỏ cả vào trong nồi, dùng ngọn lửa to đun cách thủy cho chín dừ. Cách dùng: Ăn kim châm thái, thịt lợn, uống thuốc canh. Có công năng dưỡng huyết bổ can, thông nhũ tán huyết.

2. Tiên kim châm thái căn 15g, chân giò lợn 2 cái, vương bắt lưu hành 30g. Ba thứ trên cùng nấu lẫn, khi thịt chín là được. Cách dùng: Ăn thịt rau, uống nước, mỗi ngày 1 lần, liên tục ăn trong 5-6 lần là kiến hiệu. Có công năng thanh nhiệt tiêu thũng, thông kinh tán huyết.

3. Mai cua đốt cháy nghiền thành bột, mỗi lần uống 10g, mỗi ngày 2 lần, uống với rượu, không được uống gián đoạn.

4. Nam qua đến nướng thành than, nghiền thành bột, mỗi lần uống 2 cái, rượu 60g, hòa vào để uống vào buổi sáng và buổi tối, mỗi buổi 1 lần uống. Người uống được rượu thì có thể thêm chút rượu nữa. Người đã bị loét cũng có thể dùng thêm loại thuốc đắp bằng dầu vừng, nôm quả bí đỏ đốt cháy, trộn đều với nhau, đắp ngoài vết loét...

5. Ngô công 1-2 con, rang khô nghiền thành bột, hòa vào với 2 quả trứng gà, cùng xào lên, liên tục ăn trong nửa tháng, có thể chữa được u xơ tuyến vú.

6. Toàn hạt 10g, ngô công 1 con, hạnh đào 1 quả. Đem bỏ quả đào ra làm đôi, một nửa bỏ nhân của nó đi, bỏ cả 2 vị thuốc vào trong gói chặt lại, đốt trên ngọn lửa, bao giờ cháy khói xanh là được, đem nghiền vụn pha với nước sôi để uống.

7. Lộ phòng phong, ngũ bội tử, thử ni rang trên nồi sành, mỗi thứ lượng đều nhau, đem nghiền thành bột, trộn với cơm đánh nhuyễn đi rồi làm thành viên hoàn mỗi lần uống 15g, uống với nước trà vào lúc sáng sớm.

8. Ngư biểu đem rán bằng dầu vừng cho thật giòn, nghiền vụn, mỗi lần uống 5g, ngày uống 3 lần.

9. Tiên hoàng ngư 10-20 con, đem lọc xé tủy xương và vây ra, dán lên tường vôi, không được thấm nước, càng lâu càng tốt, lúc dùng đến, đốt thành tro xong nghiền thành bột mịn, ngày uống 2-3 lần, mỗi lần uống 10-15g, uống với rượu, liền trong 1 tháng.

Bài 5. LUYỆN TẬP DƯỠNG SINH CHO NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này học sinh có khả năng

- 1. Trình bày đặc điểm sức khỏe người cao tuổi*
- 2. Trình bày cách vận động thể lực hợp lý ở người cao tuổi.*

Nhiều công trình khoa học đã chứng minh các tác hại của giảm vận động; ở người cao tuổi khả năng vận động thể lực giảm dần do biến đổi sinh lý của cơ thể. Sự giảm hoạt động quá mức và bổ sung dinh dưỡng không hợp lý ở người cao tuổi sẽ làm giảm nhanh sức khỏe, dễ phát sinh bệnh tật và rút ngắn tuổi thọ.

I. ĐẶC ĐIỂM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI CAO TUỔI

Người cao tuổi có tình trạng thiếu oxy tiềm tàng vì chức năng hô hấp giảm, tổ chức phổi kém đàn hồi, khả năng vận chuyển oxy của hồng cầu hạn chế là nguyên nhân hàng đầu làm giảm hoạt động của các cơ quan, tăng lão hóa cơ thể. Giảm lưu lượng máu trong cơ thể do hoạt động của tim mạch kém đàn hồi vì bị xơ cứng, sự cung cấp ôxy và máu cho các tổ chức thường không đầy đủ. Người cao tuổi hay bị các bệnh xương khớp như hở sụn, loãng xương, thoái hóa khớp... gây đau đớn làm hạn chế vận động và trở ngại sinh hoạt. Người cao tuổi dễ bị ảnh hưởng bởi thời tiết, khí hậu thay đổi do khả năng thích nghi bị giảm như bị cảm, nhiễm lạnh, mệt mỏi, bệnh mạn tính tái phát. Khi bị bệnh cấp tính thường nặng và dễ để di chứng.

II. LUYỆN TẬP Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Tập luyện rất cần đối với mọi người, mọi lứa tuổi, tập luyện không bao giờ muộn cả. Người cao tuổi càng cần tập luyện hơn, có nhiều biện pháp hạn chế quá trình lão hóa như chế độ ăn uống, chế độ sinh hoạt, bảo đảm giấc ngủ, dùng thuốc... Nhưng luyện tập rất quan trọng, dễ thực hiện nhất, không tốn kém, không độc hại.

2.1. Mục đích

Tập luyện hợp lý góp phần hạn chế những hậu quả của giảm vận động, tăng lưu thông máu, tăng cung cấp ôxy cho tổ chức, phục hồi hoạt động của hệ xương, cơ, khớp, khôi phục hoạt động của các chức năng và khả năng thích nghi của cơ, mặt khác còn có tác dụng hạn chế một số rối loạn hoặc các chứng bệnh mạn tính của người cao tuổi.

Luyện tập còn đem lại nguồn vui cho cuộc sống, thêm lạc quan yêu đời, tạo nên sự thoải mái về tinh thần. Sinh hoạt trong câu lạc bộ của người cao tuổi có tác dụng động viên trao đổi kinh nghiệm, duy trì sự giao tiếp, hạn chế nỗi cô đơn, củng cố niềm tin là những yếu tố rất quan trọng đối với sức khỏe người cao tuổi.

2.2. Phương pháp

Người cao tuổi tập luyện như thế nào?

Tập luyện cả tâm trí và thể lực, cho nên cần duy trì hoạt động trí não đúng mức, không nên nghỉ ngơi hoàn toàn, vì niềm vui cuộc sống được nâng lên bằng nhận thức, tiếp nhận thông tin mới, hiểu biết mới tạo nên niềm vui có cơ sở. Điều quan trọng là thoải mái, không căng thẳng, không quá mức.

Sinh hoạt điều độ, tránh mọi lao động thể lực, trí lực quá sức, ăn uống vừa phải. Không nhiều quá, no quá. Quan tâm đến giấc ngủ tối và trưa, uống đủ nước, không uống rượu thường xuyên hằng ngày. Không hút thuốc lá, không để cân nặng quá tiêu chuẩn quy định.

Quan tâm đến không khí gia đình, tạo nếp sống sinh hoạt, ngăn

nấp, gọn gàng, sạch sẽ, giờ giấc, thoáng mát, vui vẻ. Xây dựng gia đình ấm no, hạnh phúc giữa vợ chồng, cha con, ông cháu thành nơi nương tựa tin cậy của tuổi già.

Chọn phương pháp luyện tập nào đó có hiệu quả và phù hợp với sức khỏe và bệnh tật của bản thân, kiên trì luyện tập từ thấp lên cao, thường xuyên đều đặn hàng ngày, nắng ấm thì tập ngoài trời, mưa rét thì tập trong nhà cũng được .

Nên kết hợp các bài tập về vận động cơ – xương khớp với động tác tập thở một cách nhuần nhuyễn. Ví dụ như tập đi bộ, vừa tập thở nhằm mục đích là đưa được nhiều dưỡng khí (khí O₂) cho cơ thể hoạt động và thải ra được nhiều thán khí (khí CO₂ - khí độc) ra khỏi cơ thể. Sau những bài tập biết kết hợp như thế thấy cơ thể thoải mái dễ chịu. Có nhiều hội viên người cao tuổi trong quá trình tập luyện đã biết kết hợp các động tác vận động cơ, xương khớp trong các bài tập dưỡng sinh, với các động tác tập thở cho kết quả rất tốt.

Bài 6. THEO DÕI SỨC KHỎE CHO NGƯỜI CAO TUỔI

(Theo luật người cao tuổi)

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày điều 12 trong luật người cao tuổi: Khám chữa bệnh cho người cao tuổi.

2. Trình bày điều 13 trong luật người cao tuổi: Chăm sóc sức khỏe ban đầu tại nơi cư trú. Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

I. LUẬT NGƯỜI CAO TUỔI

Chương 1: Những quy định chung

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Luật này quy định về quyền và nghĩa vụ của người cao tuổi; trách nhiệm của gia đình, Nhà nước và xã hội trong việc phụng dưỡng, chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi; Hội người cao tuổi Việt Nam.

Điều 2. Người cao tuổi

Người cao tuổi được quy định trong Luật này là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên.

Điều 3. Quyền và nghĩa vụ của người cao tuổi

1. Người cao tuổi có các quyền sau đây:

a) Được bảo đảm các nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khoẻ.

b) Quyết định sống chung với con, cháu hoặc sống riêng theo ý muốn;

c) Được ưu tiên khi sử dụng các dịch vụ theo quy định của Luật này và các quy định khác của pháp luật có liên quan;

d) Được tạo điều kiện tham gia hoạt động văn hoá, giáo dục, thể dục, thể thao, giải trí, du lịch và nghỉ ngơi;

đ) Được tạo điều kiện làm việc phù hợp với sức khỏe, nghề nghiệp và các điều kiện khác để phát huy vai trò người cao tuổi;

e) Được miễn các khoản đóng góp cho các hoạt động xã hội, trừ trường hợp tự nguyện đóng góp;

g) Được ưu tiên nhận tiền, hiện vật cứu trợ, chăm sóc sức khỏe và chỗ ở nhằm khắc phục khó khăn ban đầu khi gặp khó khăn do hậu quả thiên tai hoặc rủi ro bất khả kháng khác;

h) Được tham gia Hội người cao tuổi Việt Nam theo quy định của Điều lệ Hội;

i) Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Người cao tuổi có các nghĩa vụ sau đây:

a) Nêu gương sáng về phẩm chất đạo đức, lối sống mẫu mực; giáo dục thế hệ trẻ giữ gìn và phát huy truyền thống tốt đẹp của dân tộc; gương mẫu chấp hành và vận động gia đình, cộng đồng chấp hành chủ trương, đường lối của Đảng, pháp luật của Nhà nước;

b) Truyền đạt kinh nghiệm quý cho thế hệ sau;

c) Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 4. Chính sách của Nhà nước đối với người cao tuổi

1. Bố trí ngân sách hằng năm phù hợp để thực hiện chính sách chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi.

2. Bảo trợ xã hội đối với người cao tuổi theo quy định của Luật này và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

3. Lồng ghép chính sách đối với người cao tuổi trong chính sách phát triển kinh tế - xã hội.

4. Phát triển ngành lão khoa đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh cho người cao tuổi; đào tạo nhân viên chăm sóc người cao tuổi.

5. Khuyến khích, tạo điều kiện cho người cao tuổi rèn luyện sức khỏe; tham gia học tập, hoạt động văn hoá, tinh thần; sống trong môi trường an toàn và được tôn trọng về nhân phẩm; phát huy vai trò

người cao tuổi trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc.

6. Khuyến khích, hỗ trợ cơ quan, tổ chức, cá nhân thực hiện tuyên truyền, giáo dục ý thức kính trọng, biết ơn người cao tuổi, chăm sóc, phát huy vai trò người cao tuổi.

7. Khen thưởng cơ quan, tổ chức, cá nhân có thành tích xuất sắc trong việc chăm sóc, phát huy vai trò người cao tuổi.

8. Xử lý nghiêm minh cơ quan, tổ chức, cá nhân có hành vi vi phạm quy định của Luật này và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

Điều 5. Trách nhiệm của cơ quan, tổ chức, gia đình và cá nhân

1. Cơ quan tổ chức trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình có trách nhiệm chăm sóc, bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của người cao tuổi.

2. Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các tổ chức thành viên, các tổ chức khác có trách nhiệm tuyên truyền, vận động nhân dân nâng cao trách nhiệm chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi; tham gia giám sát việc thực hiện chính sách, pháp luật về người cao tuổi.

3. Gia đình người cao tuổi có trách nhiệm chủ yếu trong việc phụng dưỡng người cao tuổi.

4. Cá nhân có trách nhiệm kính trọng và giúp đỡ người cao tuổi.

Điều 6. Ngày người cao tuổi Việt Nam

Ngày 06 tháng 6 hằng năm là Ngày người cao tuổi Việt Nam.

Điều 7. Quỹ chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi

1. Quỹ chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi là quỹ xã hội, từ thiện.

2. Quỹ chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi được hình thành từ các nguồn sau đây:

a) Đóng góp tự nguyện, tài trợ của tổ chức, cá nhân trong nước

và nước ngoài;

- b) Hỗ trợ từ ngân sách nhà nước;
- c) Các khoản thu hợp pháp khác.

3. Việc thành lập, hoạt động và quản lý Quỹ chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi được thực hiện theo quy định của pháp luật.

Điều 8. Hợp tác quốc tế về người cao tuổi

1. Hợp tác quốc tế về người cao tuổi được thực hiện trên cơ sở tôn trọng độc lập, chủ quyền, toàn vẹn lãnh thổ, bình đẳng, phù hợp với pháp luật Việt Nam và pháp luật quốc tế.

2. Nội dung hợp tác quốc tế về người cao tuổi bao gồm:

- a) Xây dựng và thực hiện chương trình, dự án hợp tác quốc tế về người cao tuổi;
- b) Tham gia tổ chức quốc tế; ký kết, gia nhập và thực hiện điều ước quốc tế, thỏa thuận quốc tế liên quan đến người cao tuổi;
- c) Trao đổi thông tin, kinh nghiệm về chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi.

Điều 9. Các hành vi bị cấm

1. Lãng mạ, ngược đãi, xúc phạm, hành hạ, phân biệt đối xử đối với người cao tuổi.

2. Xâm phạm, cản trở người cao tuổi thực hiện quyền về hôn nhân, quyền về sở hữu tài sản và các quyền hợp pháp khác.

3. Không thực hiện nghĩa vụ phụng dưỡng người cao tuổi.

4. Lợi dụng việc chăm sóc, phụng dưỡng người cao tuổi để vụ lợi.

5. Ép buộc người cao tuổi lao động hoặc làm những việc trái với quy định của pháp luật.

6. Ép buộc, kích động, xúi giục, giúp người khác thực hiện hành vi vi phạm pháp luật đối với người cao tuổi.

7. Trả thù, đe dọa người giúp đỡ người cao tuổi, người phát hiện, báo tin ngăn chặn hành vi vi phạm pháp luật đối với người cao tuổi.

Chương II: Phụng dưỡng, chăm sóc người cao tuổi

Mục 1: Phụng dưỡng người cao tuổi

Điều 10. Nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng người cao tuổi

1. Phụng dưỡng người cao tuổi là chăm sóc đời sống tinh thần, vật chất nhằm đáp ứng nhu cầu cơ bản về ăn, mặc, ở, đi lại, chăm sóc sức khoẻ và các nhu cầu về vui chơi, giải trí, thông tin, giao tiếp, học tập của người cao tuổi.

2. Người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng người cao tuổi là con, cháu của người cao tuổi và những người khác có nghĩa vụ nuôi dưỡng, cấp dưỡng theo quy định của pháp luật về hôn nhân và gia đình.

3. Người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng người cao tuổi tùy theo hoàn cảnh cụ thể phải sắp xếp nơi ở phù hợp với điều kiện sức khoẻ, tâm lý của người cao tuổi; chu cấp về kinh tế; thanh toán chi phí điều trị và chăm sóc y tế động viên khi người cao tuổi ốm đau; mai táng khi người cao tuổi chết.

4. Người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng người cao tuổi phải cùng nhau hợp tác trong việc phụng dưỡng người cao tuổi.

5. Khuyến khích tổ chức, cá nhân không thuộc đối tượng quy định tại khoản 2 Điều này tham gia phụng dưỡng người cao tuổi.

Điều 11. Ủy nhiệm chăm sóc người cao tuổi

1. Người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng không có điều kiện trực tiếp chăm sóc người cao tuổi thì uỷ nhiệm cho cá nhân hoặc tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc người cao tuổi, nhưng phải được người cao tuổi đồng ý.

Việc uỷ nhiệm chăm sóc người cao tuổi được thực hiện dưới

hình thức hợp đồng dịch vụ giữa người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng với cá nhân hoặc tổ chức cung ứng dịch vụ.

2. Cá nhân hoặc tổ chức cung ứng dịch vụ được uỷ nhiệm chăm sóc người cao tuổi có trách nhiệm thực hiện đầy đủ cam kết theo hợp đồng dịch vụ với người uỷ nhiệm.

3. Người cao tuổi có quyền yêu cầu người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng thay đổi cá nhân hoặc tổ chức cung ứng dịch vụ được uỷ nhiệm chăm sóc mình.

4. Chính phủ quy định chi tiết Điều này.

Mục 2: Chăm sóc sức khoẻ người cao tuổi

Điều 12. Khám bệnh, chữa bệnh

1. Việc ưu tiên khám bệnh, chữa bệnh cho người cao tuổi được thực hiện như sau:

a) Người từ đủ 80 tuổi trở lên được ưu tiên khám trước người bệnh khác trừ bệnh nhân cấp cứu, trẻ em dưới 6 tuổi, người khuyết tật nặng;

b) Bố trí giường nằm phù hợp khi điều trị nội trú.

2. Các bệnh viện, trừ bệnh viện chuyên khoa nhi, có trách nhiệm sau đây:

a) Tổ chức khoa lão khoa hoặc dành một số giường để điều trị người bệnh là người cao tuổi;

b) Phục hồi sức khoẻ cho người bệnh là người cao tuổi sau các đợt điều trị cấp tính tại bệnh viện và hướng dẫn tiếp tục điều trị, chăm sóc tại gia đình;

c) Kết hợp các phương pháp điều trị y học cổ truyền với y học hiện đại, hướng dẫn các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc ở tuyến y tế cơ sở đối với người bệnh là người cao tuổi.

3. Nhà nước khuyến khích tổ chức, cá nhân khám bệnh, chữa bệnh miễn phí cho người cao tuổi.

Điều 13. Chăm sóc sức khỏe ban đầu tại nơi cư trú

1. Trạm y tế xã, phường, thị trấn có trách nhiệm sau đây:

a) Triển khai các hình thức tuyên truyền, phổ biến kiến thức phổ thông về chăm sóc sức khỏe; hướng dẫn người cao tuổi kỹ năng phòng bệnh, chữa bệnh và tự chăm sóc sức khỏe;

b) Lập hồ sơ theo dõi, quản lý sức khỏe người cao tuổi;

c) Khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với chuyên môn cho người cao tuổi;

d) Phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên tổ chức kiểm tra sức khỏe định kỳ cho người cao tuổi.

2. Trạm y tế xã, phường, thị trấn cử cán bộ y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại nơi cư trú đối với người cao tuổi cô đơn bị bệnh nặng không thể đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn có trách nhiệm hỗ trợ việc đưa người bệnh quy định tại khoản này tới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo đề nghị của trạm y tế xã, phường, thị trấn.

3. Nhà nước khuyến khích tổ chức, cá nhân khám bệnh, chữa bệnh cho người cao tuổi tại nơi cư trú.

4. Kinh phí để thực hiện các quy định tại điểm a, b và d khoản 1 và khoản 2 Điều này do ngân sách nhà nước bảo đảm.

Mục 3: Chăm sóc người cao tuổi trong hoạt động văn hoá, giáo dục, thể dục, thể thao, giải trí, du lịch, sử dụng công trình công cộng và tham gia giao thông công cộng

Điều 14. Hoạt động văn hoá, giáo dục, thể dục, thể thao, giải trí và du lịch

1. Nhà nước đầu tư và khuyến khích tổ chức, cá nhân đầu tư xây dựng cơ sở văn hóa, giáo dục, thể dục, thể thao, giải trí, du lịch nhằm đáp ứng nhu cầu tinh thần và rèn luyện sức khỏe của người cao tuổi.

2. Nhà nước và xã hội tạo điều kiện thuận lợi để người cao tuổi

được học tập, nghiên cứu và tham gia hoạt động văn hóa, thể dục, thể thao, giải trí, du lịch thông qua các biện pháp sau đây:

a) Cung cấp thông tin, tài liệu, người hướng dẫn để người cao tuổi tham gia học tập, nghiên cứu;

b) Hỗ trợ, hướng dẫn người cao tuổi tham gia hoạt động văn hóa, giải trí du lịch, luyện tập dưỡng sinh và các hoạt động thể dục, thể thao khác phù hợp với sức khỏe và tâm lý;

c) Hỗ trợ địa điểm, dụng cụ, phương tiện và cơ sở vật chất khác phù hợp với hoạt động của người cao tuổi;

d) Khuyến khích doanh nghiệp, cá nhân sản xuất, kinh doanh sản phẩm, hàng hoá phù hợp với nhu cầu của người cao tuổi.

3. Chính phủ quy định chi tiết Điều này.

Điều 15. Công trình công cộng, giao thông công cộng

1. Việc xây dựng mới hoặc cải tạo khu chung cư, công trình công cộng khác phải phù hợp với đặc điểm, nhu cầu sử dụng của người cao tuổi.

2. Khi tham gia giao thông công cộng, người cao tuổi được giúp đỡ, sắp xếp chỗ ngồi thuận tiện.

3. Chính phủ quy định chi tiết Điều này.

Điều 16. Giảm giá vé, giá dịch vụ

Người cao tuổi được giảm giá vé, giá dịch vụ khi sử dụng một số dịch vụ theo quy định của Chính phủ.

Mục 4: Bảo trợ xã hội đối với người cao tuổi

Điều 17. Đối tượng được hưởng chính sách bảo trợ xã hội

1. Người cao tuổi thuộc hộ gia đình nghèo không có người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng hoặc có người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng những người này đang hưởng chế độ trợ cấp xã hội hằng tháng.

2. Người từ đủ 80 tuổi trở lên không thuộc trường hợp quy định

tại khoản 1 Điều này mà không có lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng trợ cấp xã hội hằng tháng.

Điều 18. Chính sách bảo trợ xã hội

1. Người cao tuổi quy định tại Điều 17 của Luật này được hưởng bảo hiểm y tế, được hưởng trợ cấp xã hội hằng tháng và hỗ trợ chi phí mai táng khi chết, trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này.

2. Người cao tuổi thuộc hộ gia đình nghèo không có người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng, không có điều kiện sống ở cộng đồng, có nguyện vọng và được tiếp nhận vào cơ sở bảo trợ xã hội thì được hưởng các chế độ sau đây:

- a) Trợ cấp nuôi dưỡng hằng tháng;
- b) Cấp tư trang, vật dụng phục vụ cho sinh hoạt thường ngày;
- c) Được hưởng bảo hiểm y tế;
- d) Cấp thuốc chữa bệnh thông thường;
- đ) Cấp dụng cụ, phương tiện hỗ trợ phục hồi chức năng;
- e) Mai táng khi chết.

3. Chính phủ quy định chi tiết Điều này.

Điều 19. Chăm sóc người cao tuổi tại cộng đồng

Người cao tuổi thuộc diện quy định tại khoản 2 Điều 18 mà có người nhận chăm sóc tại cộng đồng thì được hưởng trợ cấp xã hội hằng tháng bằng mức nuôi dưỡng tại cơ sở bảo trợ xã hội, được hưởng bảo hiểm y tế và hỗ trợ chi phí mai táng khi chết.

Điều 20. Cơ sở chăm sóc người cao tuổi

1. Cơ sở chăm sóc người cao tuổi là nơi chăm sóc, nuôi dưỡng, tư vấn hoặc hỗ trợ những điều kiện cần thiết khác cho người cao tuổi.

2. Cơ sở chăm sóc người cao tuổi bao gồm:

- a) Cơ sở bảo trợ xã hội;
- b) Cơ sở tư vấn, dịch vụ chăm sóc người cao tuổi;
- c) Cơ sở chăm sóc người cao tuổi khác.

Chính phủ quy định chi tiết việc thành lập và hoạt động của các cơ sở chăm sóc người cao tuổi quy định tại khoản này.

3. Nhà nước khuyến khích tổ chức, cá nhân đầu tư xây dựng cơ sở chăm sóc người cao tuổi; đầu tư cơ sở vật chất và hỗ trợ kinh phí hoạt động cho cơ sở chăm sóc người cao tuổi công lập; hỗ trợ kinh phí cho cơ sở chăm sóc người cao tuổi ngoài công lập nuôi dưỡng người cao tuổi quy định tại khoản 2 Điều 18 của Luật này.

4. Tổ chức, cá nhân đóng góp, đầu tư xây dựng cơ sở chăm sóc người cao tuổi bằng nguồn kinh phí của mình được hưởng các chính sách ưu đãi theo quy định của pháp luật về chính sách khuyến khích xã hội hóa đối với các hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, dạy nghề, y tế, văn hóa, thể thao, môi trường.

Mục 5: Chúc thọ, mừng thọ, tổ chức tang lễ

Điều 21. Chúc thọ, mừng thọ người cao tuổi

1. Người thọ 100 tuổi được Chủ tịch nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam chúc thọ và tặng quà.

2. Người thọ 90 tuổi được Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương chúc thọ và tặng quà.

3. Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn phối hợp với Hội người cao tuổi tại địa phương, gia đình của người cao tuổi tổ chức mừng thọ người cao tuổi ở tuổi 70, 75, 80, 85, 90, 95 và 100 tuổi trở lên vào một trong các ngày sau đây:

- a) Ngày người cao tuổi Việt Nam;
- b) Ngày Quốc tế người cao tuổi;
- c) Tết Nguyên đán;
- d) Sinh nhật của người cao tuổi.

4. Kinh phí thực hiện quy định tại Điều này do ngân sách nhà nước bảo đảm và nguồn đóng góp của xã hội.

Điều 22. Tổ chức tang lễ và mai táng khi người cao tuổi chết

1. Khi người cao tuổi chết, người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng người cao tuổi có trách nhiệm chính trong việc tổ chức tang lễ và mai táng cho người cao tuổi theo nghi thức trang trọng, tiết kiệm, bảo đảm nếp sống văn hoá, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác; trường hợp người cao tuổi không có người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng hoặc có người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng nhưng người này không có điều kiện tổ chức tang lễ và mai táng thì Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn hoặc cơ sở bảo trợ xã hội nơi người cao tuổi cư trú chủ trì phối hợp với Hội người cao tuổi và các tổ chức đoàn thể tại địa phương tổ chức tang lễ và mai táng.

2. Khi người cao tuổi chết, cơ quan, tổ chức nơi người cao tuổi đang làm việc hoặc cơ quan, tổ chức nơi làm việc cuối cùng của người cao tuổi, Hội người cao tuổi, Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn và các tổ chức đoàn thể tại địa phương có trách nhiệm phối hợp với gia đình người cao tuổi tổ chức tang lễ và mai táng.

Chương III: Phát huy vai trò người cao tuổi

Điều 23. Hoạt động phát huy vai trò người cao tuổi

Nhà nước, xã hội và gia đình tạo điều kiện để người cao tuổi phát huy trí tuệ, kinh nghiệm quý và phẩm chất tốt đẹp trong các hoạt động sau đây:

1. Giáo dục truyền thống đoàn kết, yêu nước, yêu con người và thiên nhiên;
2. Xây dựng đời sống văn hoá; bảo tồn và phát huy bản sắc văn hoá dân tộc ở cơ sở và cộng đồng; tham gia các phong trào khuyến học, khuyến tài, hỗ trợ giáo dục, đào tạo, bồi dưỡng người có đức, có tài và các cuộc vận động khác tại cộng đồng;
3. Truyền thụ kỹ năng, kinh nghiệm, kiến thức kinh tế, văn hóa, xã hội, khoa học, công nghệ và nghề truyền thống cho thế hệ trẻ;
4. Nghiên cứu, giáo dục, đào tạo, ứng dụng khoa học và công

nghệ; tư vấn chuyên môn, kỹ thuật;

5. Phát triển kinh tế, giảm nghèo, làm giàu hợp pháp;

6. Giữ gìn an ninh chính trị, trật tự an toàn xã hội; hoà giải mâu thuẫn, tranh chấp tại cộng đồng;

7. Thực hiện pháp luật về dân chủ ở cơ sở; thực hành tiết kiệm chống lãng phí; phòng, chống tham nhũng, quan liêu; phòng, chống HIV/AIDS và tệ nạn xã hội;

8. Đóng góp ý kiến xây dựng chính sách, pháp luật và tham gia giám sát việc thực hiện chính sách, pháp luật;

9. Các hoạt động xã hội khác vì lợi ích của Tổ chức và nhân dân.

Điều 24. Trách nhiệm phát huy vai trò người cao tuổi

1. Nhà nước có trách nhiệm thực hiện các biện pháp sau đây để người cao tuổi phát huy vai trò phù hợp với khả năng của mình:

a) Tạo điều kiện để người cao tuổi được bày tỏ ý kiến, nguyện vọng, kiến nghị với cơ quan, tổ chức về những vấn đề mà người cao tuổi quan tâm;

b) Tạo điều kiện để người cao tuổi là nhà khoa học, nghệ nhân và những người cao tuổi khác có kỹ năng, kinh nghiệm đặc biệt, có nguyện vọng được tiếp tục cống hiến;

c) Ưu đãi về vốn tín dụng đối với người cao tuổi trực tiếp sản xuất, kinh doanh tăng thu nhập, giảm nghèo;

d) Biểu dương, khen thưởng người cao tuổi có thành tích xuất sắc.

2. Cơ quan, Hội người cao tuổi, các tổ chức khác, gia đình và cá nhân có trách nhiệm tạo điều kiện để người cao tuổi thực hiện các hoạt động phát huy vai trò người cao tuổi.

Chương IV: Hội người cao tuổi Việt Nam

Điều 25. Hội người cao tuổi Việt Nam

1. Hội người cao tuổi Việt Nam là tổ chức xã hội, đại diện cho nguyện vọng, quyền và lợi ích hợp pháp của người cao tuổi Việt Nam.

2. Hội người cao tuổi Việt Nam được tổ chức theo nguyên tắc tự nguyện, hoạt động theo Hiến pháp, pháp luật và Điều lệ Hội.

Điều 26. Kinh phí hoạt động của Hội người cao tuổi Việt Nam

1. Kinh phí hoạt động của Hội người cao tuổi Việt Nam được hình thành từ các nguồn sau đây:

- a) Hỗ trợ từ ngân sách nhà nước;
- b) Hội phí của hội viên;
- c) Các nguồn thu hợp pháp khác.

2. Hội người cao tuổi Việt Nam quản lý và sử dụng kinh phí hoạt động theo quy định của pháp luật.

Điều 27. Nhiệm vụ của Hội người cao tuổi Việt Nam

1. Tập hợp, đoàn kết, động viên người cao tuổi tham gia sinh hoạt Hội người cao tuổi, góp phần thực hiện các chương trình kinh tế - xã hội, giáo dục thế hệ trẻ, xây dựng nếp sống văn minh, gia đình văn hoá, giữ gìn an ninh chính trị, trật tự an toàn xã hội, xây dựng và bảo vệ Tổ quốc.

2. Làm nòng cốt trong phong trào toàn dân chăm sóc, phụng dưỡng, phát huy vai trò người cao tuổi.

3. Bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của người cao tuổi.

4. Nghiên cứu nhu cầu, nguyện vọng của người cao tuổi để kiến nghị cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

5. Đại diện cho người cao tuổi Việt Nam tham gia các tổ chức quốc tế, các hoạt động đối ngoại nhân dân vì lợi ích của người cao tuổi và của Tổ quốc.

Chương V: Trách nhiệm của cơ quan nhà nước về công tác người

cao tuổi.**Điều 28. Cơ quan quản lý nhà nước về công tác người cao tuổi**

1. Chính phủ thống nhất quản lý nhà nước về công tác người cao tuổi.

2. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội chịu trách nhiệm trước Chính phủ thực hiện quản lý nhà nước về công tác người cao tuổi.

3. Bộ, cơ quan ngang bộ trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình có trách nhiệm phối hợp với Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội thực hiện quản lý nhà nước về công tác người cao tuổi.

4. Ủy ban nhân dân các cấp trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình thực hiện quản lý nhà nước về công tác người cao tuổi; lồng ghép hoạt động về người cao tuổi vào kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của địa phương; tạo điều kiện cho cơ quan, tổ chức, cá nhân tham gia chăm sóc, phát huy vai trò người cao tuổi.

Điều 29. Trách nhiệm của bộ, cơ quan ngang bộ

1. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội có trách nhiệm sau đây:

a) Xây dựng và trình cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc ban hành theo thẩm quyền văn bản quy phạm pháp luật, chương trình, kế hoạch về công tác người cao tuổi;

b) Chủ trì, phối hợp với bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ và Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương tổ chức thực hiện văn bản quy phạm pháp luật về người cao tuổi, chương trình, kế hoạch về công tác người cao tuổi;

c) Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện pháp luật về người cao tuổi;

d) Thực hiện hợp tác quốc tế về người cao tuổi;

đ) Thực hiện công tác báo cáo về người cao tuổi;

e) Phối hợp với Bộ Kế hoạch và Đầu tư thống kê về người cao tuổi;

g) Chủ trì phối hợp với bộ, cơ quan ngang bộ ban hành và tổ chức thực hiện quy định về bồi dưỡng người làm công tác người cao tuổi;

h) Chủ trì phối hợp với Bộ Y tế quy định tiêu chuẩn nghiệp vụ và bồi dưỡng nhân viên chăm sóc người cao tuổi;

i) Chủ trì phối hợp với bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ và Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương quy hoạch các cơ sở chăm sóc người cao tuổi trong cả nước.

2. Bộ Y tế có trách nhiệm sau đây:

a) Hướng dẫn và tổ chức thực hiện chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cộng đồng; hướng dẫn việc quản lý bệnh mạn tính của người cao tuổi;

b) Xây dựng và tổ chức thực hiện chương trình phòng bệnh, khám bệnh, chữa bệnh tim mạch, tiểu đường, an-dây-mơ (alzheimer) và các bệnh mạn tính khác, bệnh về sức khỏe sinh sản của người cao tuổi;

c) Đào tạo, bồi dưỡng thầy thuốc, nhân viên y tế chuyên ngành lão khoa.

3. Bộ Nội vụ chủ trì, phối hợp với bộ, cơ quan ngang bộ nghiên cứu, trình Chính phủ ban hành quy định về tổ chức, chế độ, chính sách đối với người làm công tác người cao tuổi.

4. Bộ Tài chính hướng dẫn việc bố trí ngân sách thực hiện chính sách chăm sóc, phát huy vai trò người cao tuổi và hỗ trợ kinh phí hoạt động của Hội người cao tuổi Việt Nam theo quy định của pháp luật về ngân sách nhà nước.

5. Bộ Kế hoạch và Đầu tư thẩm định, phê duyệt theo thẩm quyền các dự án nhà nước về chăm sóc, phát huy vai trò người cao tuổi; chủ trì phối hợp với Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội thống kê về người cao tuổi.

6. Bộ Văn hoá - Thể thao và Du lịch chỉ đạo việc hỗ trợ người cao tuổi trong các hoạt động văn hoá, thể dục, thể thao, giải trí, du lịch; chăm sóc, phát huy vai trò của người cao tuổi trong gia đình.

7. Bộ Thông tin và Truyền thông chỉ đạo các cơ quan thông tin đại chúng tuyên truyền kịp thời, chính xác chính sách, pháp luật về người cao tuổi.

II. CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI THEO LUẬT

1. Điều 12. Khám bệnh, chữa bệnh

1. Việc ưu tiên khám bệnh, chữa bệnh cho người cao tuổi được thực hiện như sau:

a) Người từ đủ 80 tuổi trở lên được ưu tiên khám trước người bệnh khác trừ bệnh nhân cấp cứu, trẻ em dưới 6 tuổi, người khuyết tật nặng;

b) Bố trí giường nằm phù hợp khi điều trị nội trú.

2. Các bệnh viện, trừ bệnh viện chuyên khoa nhi, có trách nhiệm sau đây:

a) Tổ chức khoa lão khoa hoặc dành một số giường để điều trị người bệnh là người cao tuổi;

b) Phục hồi sức khỏe cho người bệnh là người cao tuổi sau các đợt điều trị cấp tính tại bệnh viện và hướng dẫn tiếp tục điều trị, chăm sóc tại gia đình;

c) Kết hợp các phương pháp điều trị y học cổ truyền với y học hiện đại, hướng dẫn các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc ở tuyến y tế cơ sở đối với người bệnh là người cao tuổi.

3. Nhà nước khuyến khích tổ chức, cá nhân khám bệnh, chữa bệnh miễn phí cho người cao tuổi.

2. Điều 13. Chăm sóc sức khỏe ban đầu tại nơi cư trú

1. Trạm y tế xã, phường, thị trấn có trách nhiệm sau đây:

a) Triển khai các hình thức tuyên truyền, phổ biến kiến thức phổ thông về chăm sóc sức khỏe; hướng dẫn người cao tuổi kỹ năng phòng bệnh, chữa bệnh và tự chăm sóc sức khỏe;

b) Lập hồ sơ theo dõi, quản lý sức khỏe người cao tuổi;

c) Khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với chuyên môn cho người cao tuổi;

d) Phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên tổ chức kiểm tra sức khỏe định kỳ cho người cao tuổi.

2. Trạm y tế xã, phường, thị trấn cử cán bộ y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại nơi cư trú đối với người cao tuổi cô đơn bị bệnh nặng không thể đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn có trách nhiệm hỗ trợ việc đưa người bệnh quy định tại khoản này tới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo đề nghị của trạm y tế xã, phường, thị trấn.

3. Nhà nước khuyến khích tổ chức, cá nhân khám bệnh, chữa bệnh cho người cao tuổi tại nơi cư trú.

4. Kinh phí để thực hiện các quy định tại điểm a, b và d khoản 1 và khoản 2 Điều này do ngân sách nhà nước bảo đảm.

Bài 7. VẤN ĐỀ AN TOÀN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TRONG ĐỜI SỐNG HÀNG NGÀY

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này, sinh viên có khả năng:

- 1. Trình bày bảng kiểm an toàn phòng chống tai nạn thương tích cho người già.*
- 2. Trình bày cách huấn luyện cho người già đề phòng và cách xử trí khi bị té ngã.*

Sinh hoạt hằng ngày của người cao tuổi thường bị ảnh hưởng của bệnh tật, sự suy yếu các chức năng của cơ thể. Khả năng nhìn nghe kém rõ, việc di động đứng ngồi khó khăn, gân cốt suy nhược khiến bước đi không vững; phản ứng chậm làm cho thân thể mất cân bằng, dễ bị té ngã; trí nhớ suy kém khiến dễ uống nhầm loại thuốc hoặc nhầm phân lượng.

Do đó phải đặt vấn đề an toàn cho người già trong đời sống hằng ngày. Trước hết cần chú ý đến môi trường sinh sống, chủ yếu là nhà ở.

Nhà ở, theo thường lệ là chốn an toàn của con người. Thế mà oái ăm thay nhà ở cũng là nơi nguy hiểm cho con người. Đặc biệt là người già, nếu nội thất không được sắp xếp chu đáo.

Phần lớn tai nạn xảy ra cho người già là ở nhà. Ví dụ như trượt té vì sàn nhà ướt, té vì vấp phải thảm trải trên sàn, vấp phải dây điện trên lối đi, té trong bồn tắm vì vấp phải cục xà phòng, đi vấp phải tường, bàn ghế không đủ ánh sáng, té từ thang lầu xuống, uống nhầm thuốc,...

1. BẢNG KIỂM AN TOÀN CHO NGƯỜI GIÀ

1. Cần lau khô ngay khi sàn nhà bị ướt vì bất cứ lý do gì. Chờ sàn khô mới đi qua.

2. Cần giữ sàn nhà và cầu thang không bị các vật linh tinh nằm vương vãi cản trở bước đi.

3. Giữ cát đồ đạc cần thiết ở các tầng tử vừa tầm tay với tới.

4. Khi đánh bóng sàn nhà, nên dùng loại sáp không trơn trượt.

5. Thảm nhỏ trải trên sàn nhà phải là loại bám vào sàn, không trượt khi bước lên.

6. Không nên trải thảm thảm nhỏ ở đầu và cuối thang lên lầu.

7. Không dùng những tấm thảm đã rách, có xơ làm vương chân.

8. Ở buồng tắm: Trải thảm cao su hay dán những miếng cao su nhỏ trong buồng tắm để tránh trượt té khi đang tắm; dựng vịn tay ở thành bồn tắm; để xà phòng nơi dễ với tay lấy.

9. Không có vật cản trở ở hành lang thông từ phòng này qua phòng khác, nhất là từ phòng ngủ sang phòng tắm.

10. Dây điện thoại, dây điện nối nguồn điện với máy truyền thanh, truyền hình cần được thu gọn trong mép tường, không cản trở lối đi.

11. Cần có đầy đủ ánh sáng trong các phòng. Nút mở, tắt đèn nên đặt gần cửa ra vào cho tiện dùng; có đèn mờ suốt đêm cho phòng tắm, hành lang, cầu thang.

12. Thang lầu có tay vịn suốt chiều dài của thang, tay vịn to vừa bàn tay nắm; bậc thang không lung lay; nếu có trải thảm thì thảm phải được gắn chặt vào cầu thang.

13. Việc sử dụng thang bước cao và ghế đầu: Thang và ghế phải ở tình trạng tốt, vững chắc, đặt trên mặt phẳng, rắn chắc, thăng bằng. Khi leo thang thì mặt phải đối diện với mặt thang, không đứng trên bậc cao chót của thang.

14. Sử dụng giày dép: Giày phải có đế bám sát trên mặt sàn hay mặt đường. Không nên mang tất khi đi đứng trên sàn nhà gỗ hay đá hoa vì trơn trượt.

15. Luôn cảnh giác các nguy cơ bất chợt xảy ra. Coi chừng đồ chơi trẻ con vung vãi trong nhà hay chó mèo lẫn quẩn vướng bước chân.

16. Khi ôm vác đồ vật công kênh đừng để chúng cản tầm nhìn của ta.

17. Khi nghe tiếng chuông điện thoại hay chuông gọi cửa, không hấp tấp vội chạy đến trả lời.

18. Khi đứng lên hay ngồi xuống, nên chậm rãi, tránh té ngã vì chóng mặt, mất thăng bằng.

19. Nếu sống một mình, thì nên tiếp xúc với người thân hay hàng xóm, để họ rõ mình còn đâu đó.

20. Ngoài sân, vườn: Quét sạch lá, rác rưởi trên lối đi. Dụng cụ làm vườn cất dọn vào kho an toàn. Nên có thảm chùi chân ở ngưỡng cửa.

21. Uống thuốc theo đúng chỉ dẫn của bác sỹ về liều lượng và giờ uống.

22. Sử dụng gậy chống: Chiều dài của gậy vừa tầm. Khi đứng thẳng người, tay buông thẳng cán gậy phải ngang với cổ tay, khi nắm cán gậy thì cổ tay phải cong từ 15 tới 20 độ. Nếu cần dùng gậy vì đeo chân trái thì cầm gậy bằng tay mặt và ngược lại. Khi bước đi thì gậy và chân đau phải chuyển động cùng một lúc. Bước lên cầu thang bằng chân không đau trước, rồi chống gậy rồi bước chân đau lên bậc thang, liên tiếp như vậy cho đến cuối bậc thang. Đi xuống thì làm ngược lại, nghĩa là chống gậy và đặt chân đau xuống bậc thang trước rồi mới đi chuyển chân không đau. Nhiều người thích loại cán cổ gối hơn loại cán cong, vì với các loại trên, trọng lượng người

sử dụng được thân gây chịu đựng nhiều hơn.

23. Nhiệt độ trong nhà vừa phải. Nếu quá lạnh, phản ứng của ta chậm lại dễ té ngã.

24. Viết số điện thoại khẩn cấp cận mỗi máy điện thoại: Cảnh sát, bác sỹ gia đình, cứu hỏa, xe cấp cứu, thân nhân hoặc bạn thân ở gần. Nhớ cách sử dụng số cấp cứu 911.

II. SỰ TẾ NGÃ TRONG NHÀ

Đôi khi, dù với tất cả các đề phòng trên ta vẫn có thể ngã. Té ngã có thể đưa đến những hậu quả trầm trọng cho cơ thể, dẫn tới tình trạng nguy hiểm cho sinh mạng người tuổi cao. Mỗi năm, cứ 3 vị trên 65 tuổi thì có 1 vị bị té ngã 1 lần đặc biệt khi họ sống trong viện dưỡng lão. Bất kể điều kiện ăn ở ra sao, tai nạn là nguyên nhân thứ 6 ở người cao tuổi, mà té ngã chiếm đa số trong những vụ tai nạn này.

Ngã gây ra gãy xương hông nhiều nhất (90%), rồi đến các chấn thương khác. Hàng năm có đến gần 200.000 người cao tuổi gãy xương hông vì ngã, nhiều người chết khi nằm ở nhà thương. Số tử vong sau 5 năm lên tới 50%, đặc biệt là đàn ông và có kèm theo bệnh hoạn.

Sau khi ngã, dù không có thương tích, họ rất sợ di động, trở nên mất tự tin, mất độc lập, đời sống thể xác và tinh thần của họ suy giảm mau lẹ, dễ đưa tới tàn phế.

1. Nguyên nhân

Những nguyên nhân gây té ngã có thể là từ môi trường bên ngoài hoặc từ bên trong cơ thể như:

- Các bệnh kinh niên: Tiểu đường, tai biến mạch máu não, Parkinson, phong thấp, bệnh tim, cao huyết áp.

- Gây ra do dược phẩm: Các loại thuốc an thần, thuốc ngủ, thuốc trị cao huyết áp, bệnh tim, thần kinh tâm trí, hoặc do dùng nhiều dược

phẩm một lúc.

- Té ngã do sự thay đổi chức năng của tuổi già: Kém thính giác, thị giác, cảm giác ngoài da, khớp xương cứng, cơ bắp teo yếu, dáng đi không vững, mất thăng bằng cơ thể.

2. Đối phó

Khi bị té ngã hãy bình tĩnh đối phó. Nếu có thể thấy rằng ta có thể bị thương ở chân hay xương sống thì không nên cố ngồi dậy. Trái lại nếu có đau đớn ở cơ thể, ta có thể ngồi dậy theo cách sau:

- Nếu té nằm ngửa hãy chuyển sang thế nằm sấp bằng các sau: Quay mặt về phía định lăn, đầu gối và khuỷu tay hướng về phía đối nghịch, rồi đồng thời chuyển chúng qua thân mình về phía định lăn.

- Khi đã nằm sấp rồi, dùng bàn tay và đầu gối để nhô người lên, bò tới phía trước một cái ghế để gần đầu đó.

- Đặt bàn tay lên mặt ghế, ngả người xuống để thân mình được chống đỡ.

- Co đầu gối nào mạnh, dùng bàn chân phía đó đẩy người nhô lên, đầu gối bên kia chống dưới sàn, quay nhẹ người rồi ngồi xuống ghế. Sau khi nghỉ thờ một lúc ta sẽ kêu cấp cứu.

Nhiều người cao tuổi sống riêng lẻ một mình vì hoàn cảnh hay vì ý thích, không muốn phụ thuộc vào con cháu, gia đình. Trong trường hợp này, nên sắp xếp một hệ thống cấp cứu khi có tai nạn.

Với sự tiến bộ của truyền tin, ta có thể đặt một hệ thống báo động điện tử. Các hệ thống này nối nhà với hệ thống cấp cứu bệnh viện. Hệ thống có 3 bộ phận: Một máy phát tín hiệu nhỏ cầm vừa trong tay, có nút bấm để phát tín hiệu, và được chỉnh giờ theo lịch trình định trước; một máy thu tín hiệu gắn với điện thoại trong nhà và máy nhận tín hiệu ở nhà thương. Khi người bị tai nạn bấm nút trên máy phát tín hiệu cầm tay, máy chuyển tín hiệu ở điện thoại sẽ chuyển tín hiệu cấp cứu này ở nhà thương dù ta không quay số điện

thoại. Máy phát tín hiệu cầm tay có thể tự động phát tín hiệu cấp cứu mỗi 6 hay 12 giờ.

Nếu người sử dụng bình an, họ sẽ điều chỉnh nút tự động theo thời gian kể trên.

Ngược lại nếu vì bất tỉnh, không điều chỉnh nút phát tín hiệu tự động thì tín hiệu phát vào giờ đã định, và nhà thương liên lạc ngay để giúp đỡ. Nhờ vậy, người gặp tai nạn sẽ không bị lãng quên quá 6 giờ.

Hoặc ta có thể giao ước với hàng xóm để cấp cứu lẫn nhau mỗi khi đèn màu xanh trước cửa sổ bật lên, dấu hiệu báo có chuyện chẳng lành xảy ra. Vừa giản dị, vừa đỡ tốn tiền, lại tăng thêm tình thương thân thương trợ lối xóm.

Bài 8. TÁC DỤNG XOA BÓP ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày tác dụng của việc xoa bóp của người già*
- 2. Trình bày nguyên tắc khi xoa bóp cho người già*

Xoa bóp có lợi đối với mọi lứa tuổi. Đối với những người tuổi trung niên và đứng tuổi, giá trị của xoa bóp là ở chỗ nó có tác dụng tốt đối với những chức năng hoạt động sống đã bị yếu đi do tuổi tác.

1. TÁC DỤNG CỦA XOA BÓP

Xoa bóp có tác dụng về nhiều mặt. Thí dụ bằng cách cải thiện dinh dưỡng của các cơ, thúc đẩy nhanh sự đào thải của các sản phẩm phân hủy, xoa bóp đặc biệt là xoa bóp sâu có tác dụng nâng cao độ co giãn của các cơ.

Do tác động của xoa bóp, khả năng hoạt động của các cơ đã bị mệt mỏi được phục hồi nhanh hơn trong điều kiện hoàn toàn yên tĩnh. Bằng các thủ thuật xoa bóp khác nhau, có thể tác động tới hệ thần kinh theo nhiều hướng. Thí dụ, các công tác day có tác động kích thích, còn các động tác xoa có tác dụng làm dịu thần kinh theo nhiều hướng.

Ngoài ra, xoa bóp còn tạo ra cảm giác dễ chịu. Xoa bóp làm đẩy nhanh sự di chuyển máu và bạch huyết, tăng cường chức năng các tuyến mồ hôi, thúc đẩy quá trình trao đổi chất.

Hung phấn (xung động) xuất hiện ở trong da và cơ khi xoa bóp theo các dây thần kinh đưa tới vỏ đại não và tác động vào hệ thần kinh trung ương. Kết quả là tác động tốt hơn đến các cơ quan chức

năng như hệ tiêu hóa, hô hấp và tim mạch. Mạch máu được mở rộng do ảnh hưởng của xoa bóp sẽ thúc đẩy sự di chuyển của máu trong hệ tuần hoàn.

2. NGUYÊN TẮC XOA BÓP CHO NGƯỜI GIÀ

Tự do xoa bóp trong khoảng 10 -15 phút sau thể dục buổi sáng hay sau khi đi dạo là tốt nhất. Nguyên tắc chung khi xoa bóp là những cơ, nhóm cơ, những dây chằng các khớp cần được thả lỏng. Nếu không xoa bóp sẽ không có tác dụng.

Cũng đừng quên rằng, xoa bóp và tự xoa bóp phải bằng hai bàn tay sạch và tiến hành trên bề mặt da sạch. Không được tiến hành xoa bóp khi cơ thể bị viêm nhiễm cấp tính, bị áp xe, bị nốt, chàm, phát ban ... Móng tay người xoa bóp cần được cắt ngắn sạch sẽ. Không xoa bóp làm đau, gây đỏ, tím hoặc làm xuất huyết dưới da.

Bài 9. VỆ SINH THÂN THỂ CHO NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng: Trình bày cách vệ sinh hợp lý cho người cao tuổi

Ai cũng biết rằng việc vệ sinh thân thể, tắm rửa hàng ngày có ích trong việc bảo vệ sức khỏe cho da, giảm mệt mỏi và cải thiện giấc ngủ. Tuy nhiên, đối với người cao tuổi (NCT) cùng với sự gia tăng về tuổi tác sẽ kèm theo những vấn đề về sức khỏe, để việc tắm rửa hàng ngày là việc làm có ích và an toàn, NCT cần chú ý những lời khuyên sau đây.

1. NƯỚC TẮM KHÔNG NÊN QUÁ NÓNG

Có nhiều người sợ bị lạnh nên khi tắm sử dụng nước quá nóng. Việc này sẽ làm cho những mạch máu dưới da bị giãn nở, lượng máu lớn sẽ tập trung dưới bề mặt da làm cho máu lưu thông đến tim bị thiếu đột ngột, gây ra hiện tượng co mạch máu. Nếu bị co mạch kéo dài khoảng 15 phút sẽ bị nhồi máu cơ tim, nếu nhồi máu cơ tim xảy ra trên diện rộng sẽ dẫn tới nguy cơ bị đột tử. Người bị cao huyết áp do mạch máu trên da bị giãn nở trên khắp cơ thể làm cho huyết áp bị giảm đột ngột.

2. KHÔNG NÊN TẮM QUÁ LÂU

Ngâm mình trong nước nóng quá lâu làm cho lỗ chân lông nở to, máu huyết lưu thông đến não và tim giảm đáng kể. Đặc biệt những người bị cao huyết áp, xơ cứng động mạch, bệnh tim khi gặp tình huống này dễ bị đột quỵ và nhồi máu cơ tim. Những người bị giãn phế nang, bệnh liên quan đến tim phổi, suyễn sẽ có cảm giác rất khó

thờ. Do đó không nên tắm quá lâu để tránh những bất trắc ngoài ý muốn.

3. KHÔNG NÊN CỌ RỬA QUÁ MẠNH

Có nhiều người khi tắm thích dùng khăn lông cọ rửa toàn thân, điều này sẽ làm tổn hại đến tế bào da và lớp vảy trên da, từ đó phá vỡ tuyến phòng vệ tự nhiên của da, gây ra tình trạng các vi khuẩn từ những nơi tế bào da bị tổn thương sẽ xâm nhập vào cơ thể gây ra các bệnh về da như: Viêm tấy, ngứa ... đồng thời tuyến mỡ dưới da bị teo nhỏ. Vì vậy không nên dùng các loại xà phòng có độ kiềm mạnh, có khi sẽ làm giảm tính acid của da tạo điều kiện cho vi khuẩn có hại phát triển, không có ích cho sức khỏe.

4. KHÔNG NÊN TẮM NGAY SAU KHI ĂN XONG VÀ HẠN CHẾ ĂN QUÁ NO TRƯỚC KHI TẮM.

Do vấn đề răng miệng ở người cao tuổi không tốt, cộng thêm chức năng của hệ thống tiêu hóa kém, vì vậy nếu tắm ngay sau khi ăn sẽ làm cho máu huyết toàn thân tập trung tại các mạch máu dưới da, làm cho lượng máu cung cấp cho nội tạng bị giảm thiểu đáng kể, làm cho thức ăn khó tiêu hóa, ảnh hưởng đến khả năng hấp thu các chất dinh dưỡng. Cũng không nên tắm khi đang đói vì đây là nguyên nhân có thể gây ra hiện tượng hạ đường huyết. Đồng thời không nên ăn quá no và ăn các loại thức ăn có nhiều chất béo vì chúng sẽ làm cơ thể khó tiêu. Các chuyên gia dinh dưỡng nói rằng, chất béo có nhiều trong huyết quản sẽ cản trở lưu thông máu đến các cơ quan, cơ thể sẽ cảm thấy rất mệt mỏi, không muốn vận động.

5. TRƯỜNG HỢP TẮM TRONG CÁC PHÒNG XÔNG HƠI

Sau khi tắm xong nên nhanh chóng ra khỏi phòng, thay đồ và

ngiht ngơi, bởi vì không khí trong phòng không tốt cho sức khỏe NCT. Nguyên nhân là do trong phòng xông hơi có nhiệt độ tương đối cao sẽ làm bốc hơi khí triclo methane rất có hại cho sức khỏe. Hàm lượng chất triclo methane trong phòng xông hơi cao gấp 3 - 4 lần so với không khí bên ngoài phòng, loại chất này có khả năng gây ung thư cao.

6. ĐIỂM CẦN CHÚ Ý KHI TẮM VÀO MÙA LẠNH

Sau khi tắm xong, nếu muốn ra ngoài nên mặc đồ ấm để giữ ấm cơ thể, đội nón để tránh bị nhiễm lạnh. Vì trong lúc tắm, nhiệt độ của nước tương đối cao làm cho các mạch máu dưới da giãn nở, khi đi ra khỏi phòng tắm do nhiệt độ đột ngột thay đổi làm cho các mạch máu đột ngột co lại, lượng máu lưu chuyển đến não và các cơ quan khác giảm, từ đó giảm sức đề kháng, các vi khuẩn gây bệnh sẽ xâm nhập dễ dàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Thế Cường, *Nghiên cứu xã hội về người cao tuổi Việt Nam, nhìn lại một chặng đường.*
2. UBTVQH Việt Nam, *Pháp lệnh người cao tuổi, số 23/2000/PL-UBTVQH, 28/04/2000*
3. Bộ LĐ-TBXH, *Hội thảo về pháp lệnh người cao tuổi.*
4. Nguyễn Minh, *Chính sách với người cao tuổi.*
5. Trọng Thu, *Khảo sát thực trạng người cao tuổi, 6/1999*
5. Tổng cục thống kê, *Báo cáo kết quả kiểm tra dân số và sức khoẻ giữa kỳ, 1999, NXB Thống kê.*
6. Bộ luật lao động.
7. Viện xã hội học, *Người già và an sinh xã hội, 1994, NXB KHXHTN.*
8. *Hồi ký Nguyễn Hiến Lê, 2006, Nhà xuất bản văn học.*