



# SỐNG KHỎE

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH



**BỆNH TIM Ở PHỤ NỮ MANG THAI**

**TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT -  
TÌNH TRẠNG THƯỜNG GẶP Ở NAM GIỚI  
TRUNG NIÊN VÀ CAO NIÊN**

**SỐNG KHỎE QUANH MÃN KINH**



**HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA:  
NHẬN BIẾT VÀ PHÒNG NGỪA**



**BỆNH LAO ĐANG QUAY TRỞ LẠI:  
HIỂU ĐÚNG, PHÒNG NGỪA ĐỦ!**

*Kính biểu*



NGND GS TS BS.  
Nguyễn Đình Hối  
Giám đốc đầu tiên

## BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trực thuộc Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, được xây dựng trên mô hình tiên tiến của sự kết hợp Trường - Viện trong điều trị, đào tạo và nghiên cứu y học, là nơi hội tụ hơn 1.000 thầy thuốc gồm các Giáo sư, Tiến sỹ, Thạc sỹ, Bác sỹ là giảng viên Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

### BAN GIÁM ĐỐC



Giám đốc

**PGS TS BS.  
Nguyễn Hoàng Bắc**



Phó Giám đốc

**PGS TS BS.  
Nguyễn Minh Anh**



Phó Giám đốc

**PGS TS BS.  
Nguyễn Hoàng Định**



Phó Giám đốc

**PGS TS BS.  
Lê Khắc Bảo**

#### TÂM NHÌN

Trở thành bệnh viện đại học dẫn đầu Việt Nam và đạt chuẩn quốc tế

#### SỨ MỆNH

Mang đến giải pháp chăm sóc sức khỏe tối ưu bằng sự tích hợp giữa điều trị, nghiên cứu và đào tạo

#### GIÁ TRỊ CỐT LÕI

Tiên phong  
Thấu hiểu  
Chuẩn mực  
An toàn

**SLOGAN : THẤU HIỂU NỖ ĐAU - NIỀM TIN CỦA BẠN**



# Bệnh tim

## ở phụ nữ mang thai

PGS TS BS. LÊ MINH KHÔI

KHOA PHẪU THUẬT TIM MẠCH, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Mang thai là một hành trình rất đặc biệt: Khi mang trong mình một mầm sống lớn lên từng ngày, cơ thể người mẹ trải qua những thay đổi sinh lý to lớn để đảm bảo nuôi dưỡng được bào thai cũng như chuẩn bị cho quá trình sinh nở và cho con bú sau này. Đa phần các cuộc mang

thai đều diễn ra một cách thuận lợi, êm ả. Tuy nhiên, với một số người phụ nữ, đặc biệt là những người có bệnh tim từ trước hoặc có yếu tố nguy cơ tim mạch, đây cũng là một bài tập gắng sức kéo dài đối với hệ tim mạch. Bài viết này sẽ giúp chúng ta hiểu rõ hơn về “bệnh tim ở

phụ nữ mang thai”: Vì sao cần quan tâm, mức độ ảnh hưởng, cách phát hiện và điều trị, để có được kết cục viên mãn mẹ tròn con vuông.

### 1. GÁNH NẶNG CHO HỆ TIM MẠCH KHI MANG THAI

Khi mang thai, cơ thể người mẹ trải qua rất nhiều thay





đổi lớn như thể tích máu tăng khoảng 40-50%, tần số tim và cung lượng tim đều tăng để đáp ứng nhu cầu của cả mẹ và thai nhi. Hệ tim mạch của người mẹ không chỉ làm việc để nuôi mẹ mà còn phải lo cả cho con do đó phải hoạt động với công suất cao hơn rất nhiều so với trước đó. Nếu không may trước đó, thai phụ đã có những bất thường như bệnh van tim, bệnh cơ tim, rối loạn nhịp, hay tăng huyết áp thì rất có thể tình trạng sẽ bộc lộ hoặc trở nên nghiêm trọng hơn khi mang thai. Chính vì vậy Hội Tim mạch Châu Âu (*European Society of Cardiology - ESC*) năm 2025 khuyến cáo rằng những phụ nữ mang thai có bệnh tim mạch có nguy cơ cần được theo dõi, chăm sóc bởi một nhóm các chuyên gia từ

trước có thai, trong thai kỳ và sau khi sinh.

Bệnh tim ở phụ nữ mang thai được hiểu là bệnh tim đã có trước đó (được chẩn đoán rõ ràng hoặc chưa được chẩn đoán) và những bệnh lý xuất hiện ngay trong quá trình mang thai hoặc thậm chí là sau khi sinh.

## 2. TẦM QUAN TRỌNG CỦA BỆNH TIM MẠCH TRONG THỜI KỲ MANG THAI

Trên phạm vi toàn cầu, tử vong mẹ vẫn là vấn đề lớn. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (*World Health Organization - WHO*), mặc dù có tiến bộ nhưng vẫn còn rất nhiều phụ nữ tử vong vì các nguyên nhân liên quan đến tim mạch và biến chứng sản khoa - tim mạch. Ngay cả ở quốc gia phát triển như Hoa Kỳ thì thống kê vẫn ghi nhận trong

ba thập kỷ qua, tỉ lệ tử vong liên quan đến thai kỳ tăng 140% mà trong đó nguyên nhân tim mạch đứng hàng đầu. Sự gia tăng tử vong mẹ được cho là do ngày càng có nhiều phụ nữ mang thai ở độ tuổi sinh sản muộn, kèm theo các bệnh lý mạn tính sẵn có như đái tháo đường và tăng huyết áp, cũng như do số lượng phụ nữ mắc bệnh tim bẩm sinh sống sót đến tuổi sinh đẻ ngày càng tăng.

Hội Tim mạch Châu Âu một lần nữa nhấn mạnh rằng bệnh tim mạch đã trở thành nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong thai kỳ hoặc hậu sản ở các nước có thu nhập cao và nền y tế phát triển.

Tại nhiều nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam, bệnh van tim do thấp vẫn là gánh nặng lớn đối với phụ nữ tuổi sinh đẻ. Ở nước ta, ngoài di chứng hậu thấp của những thập kỷ trước thì nay, cùng với sự thay đổi về lối sống, thói quen sinh hoạt cũng như nhiều bệnh nhân mắc bệnh tim mạch được điều trị có khả năng sống đến tuổi trưởng thành và



lập gia đình cũng là những nguyên nhân làm tăng tần số những trường hợp mang thai mắc bệnh tim. Hơn nữa, ngày càng nhiều phụ nữ mang thai ở tuổi lớn hơn, có bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì. Tất cả các bệnh lý này đều làm tăng nguy cơ tim mạch trong thai kỳ.

### 3. NHỮNG TÁC ĐỘNG VÀ NGUY CƠ CỦA BỆNH TIM Ở PHỤ NỮ MANG THAI

#### 3.1. Nguy cơ với mẹ

- Phụ nữ mang thai có bệnh tim hoặc cấu trúc tim bất thường có nguy cơ cao bị suy tim, phù phổi, rối loạn nhịp, huyết khối - tắc mạch.
- Với những bệnh lý như tăng áp phổi, bệnh cơ tim nặng, bệnh mạch vành, mang thai có thể dẫn tới tử vong mẹ hoặc biến chứng nặng nề.
- Chính vì vậy, phụ nữ mắc bệnh tim mạch nằm trong

nhóm có nguy cơ cao thì không được có thai hoặc phải tư vấn nghiêm ngặt với các bác sĩ tim mạch và sản khoa cũng như các chuyên khoa khác có liên quan. Nhóm này bao gồm các bệnh như: Tăng áp phổi, mẹ đã có tiền căn bị bệnh cơ tim chu sản mà chức năng tim chưa hồi phục hoàn toàn, co bóp cơ tim giảm nặng hoặc suy tim NYHA độ III-IV, bệnh nhân phẫu thuật Fontan, hẹp van

Bệnh lý	Tỷ lệ Phát hiện của Xét nghiệm Di truyền	Tác động của Gen/Biến thể đến Quản lý Thai kỳ
<b>Bệnh lý Động mạch chủ</b> Hội chứng Marfan Hội chứng Ehlers-Danlos mạch máu Hội chứng Loeys-Dietz	15% – 90%	Mạnh (Tác động mạnh mẽ)
<b>Bệnh lý Kênh ion tim</b> Hội chứng QT dài Nhịp nhanh thất đa hình Hội chứng Brugada	15% – 90%	Trung bình (Tác động vừa phải)
<b>Bệnh cơ tim</b> Bệnh cơ tim phì đại Bệnh cơ tim giãn Bệnh cơ tim thất phải gây loạn nhịp	30% – 60%	Nhẹ (Tác động ít)
<b>Bệnh tim Bẩm sinh và Tăng áp Động mạch Phổi</b> Hội chứng đứt đoạn 22q11	2% – 15%	Không (Không có tác động rõ rệt)





hai lá nặng, bệnh giãn động mạch chủ trong hội chứng Marfan, hẹp eo động mạch chủ nặng.

### 3.2. Nguy cơ với thai nhi

Khi mẹ có bệnh tim: khả năng thai nhi bị ảnh hưởng như chậm tăng trưởng trong tử cung, sinh non, suy thai, thậm chí tử vong chu sinh tăng lên.

Khi mẹ bị suy tim hay huyết động không tốt, tưới máu nhau thai giảm gây ảnh hưởng tới sự phát triển thai.

Mẹ mắc bệnh tim cũng làm tăng nguy cơ tai biến sản khoa. Một khi tai biến sản khoa xảy ra thì không chỉ tính mạng mẹ bị đe dọa mà thai nhi cũng bị đặt vào tình huống nguy hiểm.

Ngoài ra, những bà mẹ mắc bệnh tim bẩm sinh thì nguy

cơ sinh em bé mắc bệnh tim cũng cao hơn so với các bà mẹ không mắc bệnh tim bẩm sinh. Một nghiên cứu ở Đan Mạch cho thấy, các bà mẹ mắc bệnh tim bẩm sinh thì con có nguy cơ mắc bệnh tim bẩm sinh tăng cao gấp 5 lần so với người mẹ không mắc bệnh tim bẩm sinh tức là cứ khoảng 1000 lần sinh thì 5 em bé có nguy cơ mắc bệnh tim bẩm sinh.

### 3.3. Hậu quả lâu dài

Những phụ nữ có tiền sử tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật, suy tim chu sản đều có nguy cơ cao hơn bị bệnh tim mạch sau này.

## 4. CÁCH PHÁT HIỆN

### 4.1. Khi nào cần đi khám?

Những phụ nữ có những biểu hiện sau đây cần được khám với các bác sĩ chuyên

khoa tim mạch và sản khoa trước khi quyết định có thai:

- Những phụ nữ đã có bệnh tim được chẩn đoán, dù đã được điều trị hay chưa, đều cần được khám, tư vấn, đánh giá.

- Thai phụ xuất hiện tăng huyết áp, bèo phì, phù chân hoặc xuất hiện khó thở, hồi hộp, đau ngực, ngất - cần khám tim mạch - sản sớm.

*Lưu ý rằng các phụ nữ trước đây có bệnh tim bẩm sinh đã được phẫu thuật vẫn phải được đánh giá lại. Phẫu thuật tim không trả lại cấu trúc và chức năng tim hoàn toàn bình thường trong đa số trường hợp. Mặt khác, những phụ nữ đã biết bệnh tim và đã sinh nở thành công một lần cũng không nên chủ quan mà không đi khám. Lần thứ nhất êm xuôi không có nghĩa là lần thứ hai sẽ không xuất hiện tai biến.*

### 4.2. Khám và xét nghiệm hữu ích

Một bệnh tim như nhau sẽ gây nên tác động hoàn toàn khác nhau ở hai thai phụ do những yếu tố về sản khoa cũng như các bệnh lý đi kèm khác. Do vậy, việc thăm



khám với bác sĩ chuyên khoa ở các bệnh viện vừa có khoa Sản lẫn khoa Tim mạch (đặc biệt là các bác sĩ chuyên về bệnh tim cấu trúc) là điều cực kỳ quan trọng.

Tùy theo đánh giá lâm sàng mà bác sĩ thăm khám có thể chỉ định một số xét nghiệm:

- **Điện tâm đồ (ECG):** Phát hiện rối loạn nhịp, thiếu máu cơ tim. Đây là xét nghiệm rẻ tiền, nhanh chóng và không xâm lấn.

- **Siêu âm tim:** Đây được xem là phương tiện chẩn đoán bệnh tim mạch hàng đầu hiện nay nhờ tính an toàn, không xâm lấn và có thể đánh giá được cả cấu trúc lẫn chức năng tim. Ngoài ra, siêu âm tim còn có thể đánh giá được tim thai nhi khi có những nghi ngờ cần khảo sát.

- **Xét nghiệm BNP/NT-proBNP:** Giúp phân biệt khó thở do tim hay do mang thai.

- **Trắc nghiệm gắng sức tim phổi (CPET):** Giúp khảo sát chức năng tim phổi, có giá trị cao thực hành lâm sàng.

- **MRI tim:** Không bức xạ, kết quả chính xác. Tuy nhiên đây

là xét nghiệm chỉ được chỉ định bởi các bác sĩ chuyên khoa sau khi cân nhắc cẩn thận.

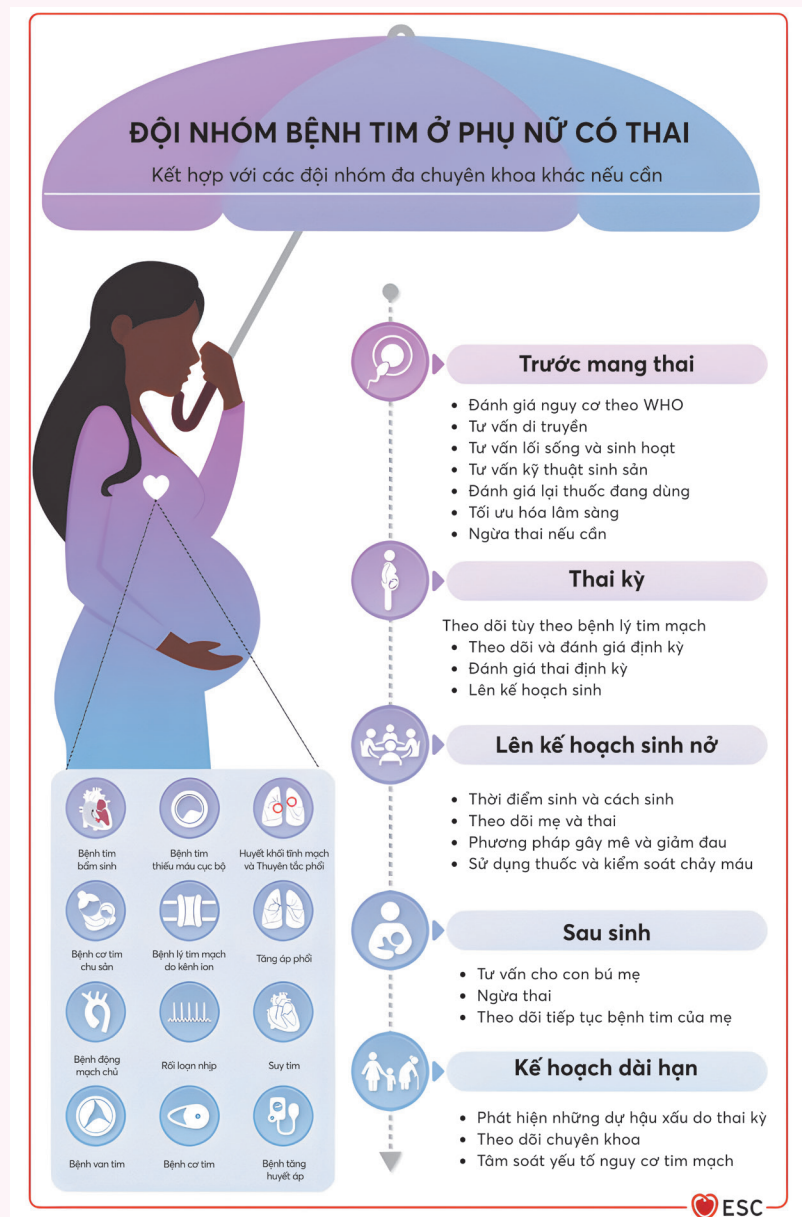
- **Đánh giá nguy cơ:** Các bác sĩ sẽ đánh giá thang điểm nguy cơ như mWHO hoặc CARPREG II để xếp loại người mẹ vào nhóm nguy cơ nào

để có thể có những tư vấn phù hợp.

## 5. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

### 5.1. Nguyên tắc

“An toàn cho mẹ - tối ưu cho thai”. “Đội nhóm Tim Thai kỳ” gồm chuyên khoa Tim mạch - Sản khoa - Gây mê -





Nhi sơ sinh là mô hình tối ưu theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Châu Âu và Hội Tim mạch Hoa Kỳ. Tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, từ hơn năm năm qua, đội nhóm tim này đã phối hợp chặt chẽ và thực hiện chẩn đoán, theo dõi, điều trị thành công nhiều trường hợp bệnh nặng và cả những trường hợp can thiệp trong bào thai phức tạp.

## 5.2. Điều trị cụ thể

Tùy theo mức độ nguy cơ và diễn tiến mà các thầy thuốc có thể có những tư vấn và điều trị phù hợp.

- Những bệnh tim nhẹ có thể chỉ cần theo dõi và đánh giá thai kỳ như thường quy theo các quý của thai kỳ.

- Các bệnh tim nặng hơn cần được đánh giá định kỳ hơn

để theo sát những diễn tiến bất thường có thể có.

- Nhóm bệnh tim rất nặng (xem phần **Nguy cơ đối với mẹ** ở trên), bác sĩ có thể tư vấn không mang thai, chấm dứt thai kỳ sớm hoặc cần phải theo dõi cực kỳ sát sao nhằm đảm bảo an toàn cho mẹ và phát triển tối ưu cho thai.

- Các bà mẹ mắc bệnh tim có thể sử dụng các thuốc chống đông, hạ huyết áp... sẽ được tư vấn chuyển đổi thuốc phù hợp để giảm nguy cơ gây quái thai cho con và giảm tai biến cho mẹ.

## 6. KẾT LUẬN

Mang thai và sinh nở là giai đoạn quan trọng nhất trong hành trình thực hiện thiên chức làm mẹ. Không phải tất cả phụ nữ mắc bệnh tim đều

không nên mang thai. Nói một cách khác, đa số phụ nữ mắc bệnh tim vẫn có thể có thai và sinh con an toàn nếu được tư vấn, thăm khám, theo dõi một cách khoa học. Tuy nhiên, một số trường hợp bệnh tim nặng thì việc mang thai sẽ đặt người mẹ và thai nhi vào những nguy cơ rất lớn, thậm chí đe dọa đến tính mạng. Thầy thuốc không có quyền quyết định thay việc có thai hay không, chấm dứt thai kỳ hay không mà chỉ là những người đồng hành tin cậy nhất. Với chuẩn bị kỹ lưỡng cả về sức khỏe thể lý lẫn tâm lý, đánh giá trước sinh toàn diện, theo dõi liên tục bởi đội ngũ thầy thuốc liên chuyên khoa, hầu hết phụ nữ có thể trải qua thai kỳ an toàn, mẹ tròn con vuông.

### Cần ghi nhớ 5 điều sau:

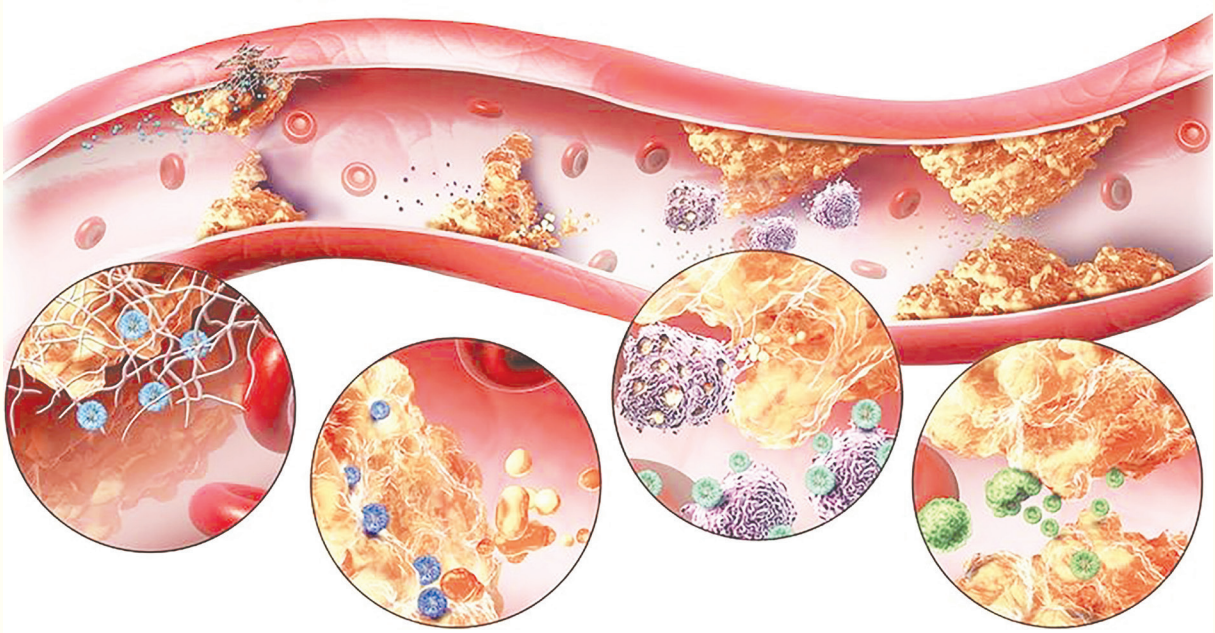


1. Khám trước khi mang thai nếu có bệnh tim hoặc nguy cơ cao.
2. Theo dõi sát cả mẹ lẫn thai trong thai kỳ tùy theo mức độ bệnh tim.
3. Biết dấu hiệu cảnh báo sớm để không bỏ lỡ thời điểm can thiệp tối ưu.
4. Lập kế hoạch sinh rõ ràng với đội ngũ chuyên khoa.
5. Tiếp tục theo dõi sau sinh bởi sau khi em bé chào đời, tim mạch mẹ vẫn có thể có những diễn tiến xấu bất ngờ.



# Hội chứng chuyển hóa: Nhận biết và Phòng ngừa

BS CKI. LÊ HOÀNG BẢO - PGS TS BS. TRẦN QUANG NAM  
KHOA NỘI TIẾT, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH



Hội chứng chuyển hóa là một vấn đề sức khỏe cộng đồng ngày càng phổ biến trên toàn cầu. Đây không phải là một bệnh lý đơn lẻ, mà người bệnh cùng lúc có nhiều rối loạn về tim mạch và chuyển hóa, bao gồm béo phì bụng, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu và tình trạng kháng insulin.

Người bệnh có hội chứng chuyển hóa sẽ bị gia tăng

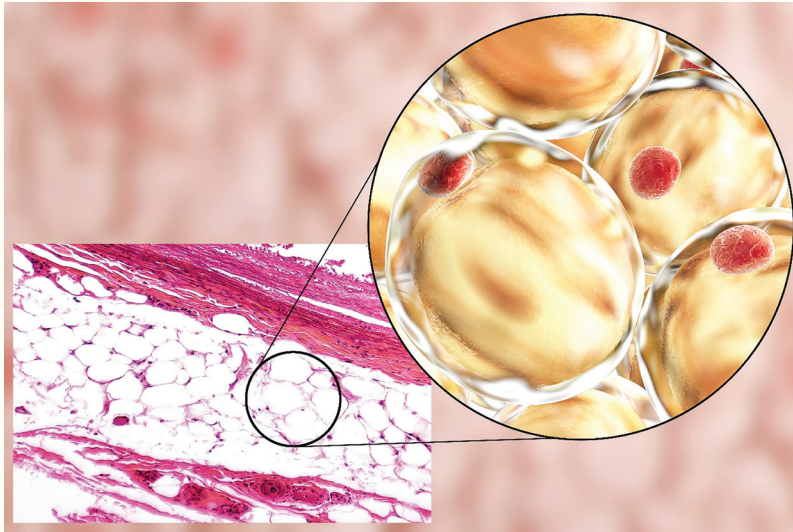
đáng kể nguy cơ mắc các bệnh lý nghiêm trọng, đặc biệt là bệnh tim mạch do xơ vữa (như nhồi máu cơ tim, đột quỵ) và đái tháo đường típ 2. Do đó, việc nhận biết sớm các dấu hiệu, hiểu rõ các yếu tố nguy cơ và chủ động thực hiện các biện pháp phòng ngừa là vô cùng cần thiết. Bài viết này sẽ cung cấp những thông tin y khoa cơ bản và hệ thống về hội chứng chuyển hóa, giúp

cộng đồng có một cái nhìn toàn diện và khoa học về vấn đề này.

## 1. HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA LÀ GÌ?

### 1.1. Định nghĩa

Hội chứng chuyển hóa là một tình trạng bệnh lý phức tạp bao gồm nhiều rối loạn có cơ chế bệnh sinh do tình trạng kháng insulin và béo phì nội tạng.



• **Kháng insulin:** Đây là tình trạng các tế bào của cơ thể không đáp ứng hiệu quả với hormone insulin. Insulin có vai trò như một chiếc “chìa khóa” giúp mở cửa tế bào để đường (glucose) từ máu đi vào bên trong tế bào và chuyển hóa tạo thành năng lượng. Khi tình trạng kháng insulin xảy ra, “ổ khóa” trên tế bào bị “kẹt”, khiến đường

không thể vào được và bị tích tụ lại trong máu, dẫn đến tăng đường huyết. Đồng thời, tuyến tụy phải làm việc quá sức để sản xuất nhiều insulin hơn nhằm bù trừ với kháng insulin, quá trình lâu dài dẫn đến tụy suy kiệt chức năng.

• **Béo phì nội tạng:** Đây là sự tích tụ mỡ sâu bên trong

khoang bụng, bao quanh các cơ quan nội tạng quan trọng như gan, tụy, ruột. Khác với mỡ dưới da, mỡ nội tạng hoạt động như một cơ quan nội tiết, sản xuất ra nhiều hóa chất trung gian gây viêm và các hormone (gọi chung là adipokine) có hại, làm trầm trọng thêm tình trạng kháng insulin và góp phần gây ra các rối loạn chuyển hóa khác.

## 1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Theo các hiệp hội y khoa quốc tế uy tín (như Hội Tim Hoa Kỳ - AHA, Viện Tim, Phổi, Máu Quốc gia Hoa Kỳ - NHLBI, Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế - IDF), một người được chẩn đoán mắc hội chứng chuyển hóa khi có sự hiện diện của ít nhất 3 trong 5 yếu tố sau đây:

### 1.2.1. Béo phì bụng (vòng eo):

Đây là chỉ số lâm sàng quan trọng phản ánh có tình trạng tích tụ mỡ nội tạng trong bụng. Tiêu chuẩn về vòng eo có sự khác biệt tùy theo chủng tộc. Đối với người châu Á, ngưỡng chẩn đoán béo bụng là:

- Ở nam giới: Vòng eo  $\geq 90$  cm.
- Ở nữ giới: Vòng eo  $\geq 80$  cm.





### 1.2.2. Tăng nồng độ Triglyceride máu:

Triglyceride là một dạng chất béo lưu hành trong máu. Ngưỡng chẩn đoán tăng nồng độ Triglyceride:  $\geq 150$  mg/dL (1,7 mmol/L), hoặc đang sử dụng thuốc điều trị tăng Triglyceride.

### 1.2.3. Giảm nồng độ HDL-Cholesterol (HDL-C) trong máu:

HDL-C được gọi là cholesterol "tốt" vì có chức năng vận chuyển cholesterol dư thừa ra khỏi mạch máu. Ngưỡng chẩn đoán giảm HDL-C:

- Ở nam giới: Nồng độ HDL-C  $< 40$  mg/dL.
- Ở nữ giới: Nồng độ HDL-C  $< 50$  mg/dL.
- Hoặc đang sử dụng thuốc điều trị tình trạng HDL-C thấp.

### 1.2.4. Tăng huyết áp:

Huyết áp là áp lực của máu tác động lên thành động mạch. Ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp: Huyết áp tâm thu  $\geq 130$  mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 85$  mmHg, hoặc đã được chẩn đoán và đang điều trị tăng huyết áp.

## Tiêu chí để chẩn đoán hội chứng chuyển hóa

 <p>HDL-cholesterol thấp</p>	 <p>Tăng đường huyết</p>	 <p>Tăng huyết áp</p>
 <p>Béo bụng (Nam <math>\geq 90</math>, Nữ <math>\geq 80</math>)</p>	 <p>Tăng nồng độ Triglyceride máu</p>	

### 1.2.5. Tăng đường huyết

Đây là dấu hiệu của tình trạng rối loạn chuyển hóa đường. Ngưỡng chẩn đoán: Tăng đường huyết đói: Nồng độ đường huyết sau khi nhịn ăn tối thiểu 8 giờ  $\geq 100$  mg/dL (5,6 mmol/L), hoặc đã được chẩn đoán và đang điều trị đái tháo đường típ 2. Để chẩn đoán chính xác, người dân cần đến các cơ sở y tế để được bác sĩ thăm khám, đo đạc các chỉ số và thực hiện xét nghiệm máu cần thiết.

### 1.3. Gánh nặng của hội chứng chuyển hóa

Ước tính, hội chứng chuyển hóa ảnh hưởng đến khoảng 12,5% đến 31,4% người trưởng thành trên toàn thế giới và tỷ lệ này đang gia tăng đáng kể.

Sự tồn tại của hội chứng chuyển hóa là một yếu tố nguy cơ độc lập, làm tăng khả năng mắc nhiều bệnh lý nghiêm trọng như sau:

- **Bệnh tim mạch và đột quỵ:** Đây là biến chứng nguy hiểm và phổ biến nhất. Nguy



cơ mắc bệnh tim mạch ở người có hội chứng chuyển hóa cao gấp đôi so với người không mắc. Tình trạng xơ vữa động mạch tiến triển nhanh chóng, có thể dẫn đến nhồi máu cơ tim và đột quỵ.

• **Đái tháo đường típ 2:** Hội chứng chuyển hóa được xem là giai đoạn tiền thân của đái tháo đường típ 2. Khoảng 85% bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tình trạng kháng insulin và béo phì.

• **Các bệnh lý khác:** Hội chứng chuyển hóa còn liên quan đến bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (có thể

tiến triển thành xơ gan), một số loại ung thư, hội chứng buồng trứng đa nang ở phụ nữ và suy giảm chức năng sinh sản ở nam giới.

## 2. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA

Mặc dù vẫn còn thiếu bằng chứng về việc cải thiện kết quả bằng cách điều trị hội chứng chuyển hóa như một bệnh duy nhất, việc giải quyết các rối loạn của nó đã được chứng minh là giúp giảm nguy cơ bệnh tật cho người bệnh.

### 2.1. Can thiệp lối sống

Đây là biện pháp điều trị đầu

tay, có vai trò quyết định trong việc kiểm soát và đẩy lùi hội chứng này.

• **Giảm cân:** Mục tiêu thực tế và có ý nghĩa là giảm từ 5-10% trọng lượng cơ thể trong vòng 6-12 tháng. Mức giảm cân này đã được chứng minh có thể cải thiện đáng kể tất cả các thành phần của hội chứng chuyển hóa.

• **Tăng cường hoạt động thể chất:** Nên tập luyện thể lực cường độ trung bình (như đi bộ nhanh, đạp xe, bơi lội) ít nhất 150 phút mỗi tuần, chia đều ra hầu hết các ngày.



• **Chế độ dinh dưỡng lành mạnh:** Chế độ ăn Địa Trung Hải với đặc trưng giàu chất xơ, rau xanh, trái cây, ngũ cốc nguyên hạt và chất béo không bão hòa (có trong dầu ô liu, các loại cá béo, các loại hạt), đã được chứng minh có hiệu quả cao. Hạn chế tối đa thực phẩm chế biến sẵn, đồ ngọt, đồ uống có đường, chất béo bão hòa và chất béo dạng trans.

## 2.2. Điều trị bằng thuốc:

Khi việc thay đổi lối sống không đủ để đưa các chỉ số về mức mục tiêu, bác sĩ sẽ chỉ định các loại thuốc để kiểm soát từng thành phần cụ thể:

• Các thuốc điều trị tăng huyết áp.

• Các thuốc điều trị rối loạn lipid máu (chủ yếu là nhóm thuốc Statin như: atorvastatin, rosuvastatin,...).

• Các thuốc điều trị đái tháo đường hoặc cải thiện tình trạng kháng insulin (như Metformin, SGLT-2i, GLP-1 RA).

## 2.3. Quản lý hội chứng chuyển hóa:

• Tự chăm sóc: Ý thức và sự chủ động của người bệnh là yếu tố then chốt. Việc tự theo dõi huyết áp tại nhà, tuân thủ chế độ ăn uống, duy trì lịch tập luyện đều đặn và tái khám đúng hẹn sẽ quyết

định sự thành công của quá trình điều trị.

• Thách thức đa trị liệu: Bệnh nhân thường phải sử dụng nhiều loại thuốc để kiểm soát các yếu tố nguy cơ, điều này có thể dẫn đến sự tuân thủ điều trị kém. Do đó, việc trao đổi cởi mở với bác sĩ để tối ưu hóa và đơn giản hóa phác đồ điều trị là rất cần thiết.

• Hội chứng chuyển hóa là một bệnh lý liên quan đến rối loạn chuyển hóa và nội tiết phức tạp. Khoa Nội tiết là chuyên khoa sâu, chịu trách nhiệm chẩn đoán và điều trị các bệnh lý này. Mặc dù





người bệnh mắc hội chứng chuyển hóa có thể được quản lý bởi bác sĩ chăm sóc ban đầu nhưng trong những trường hợp phức tạp, bệnh nhân sẽ cần được chuyển đến chuyên gia Nội tiết để điều trị chuyên sâu và tối ưu hóa phác đồ điều trị. Các bác sĩ chuyên khoa Nội tiết sẽ quản lý các rối loạn cốt lõi của hội chứng này, bao gồm kháng insulin, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và các vấn đề hormone liên quan.

### 3. KẾT LUẬN

Hội chứng chuyển hóa là một tập hợp các yếu tố nguy cơ tim mạch và chuyển hóa nghiêm trọng. Việc không

điều trị kịp thời sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch, đái tháo đường típ 2 và tử vong. Phòng bệnh sẽ hiệu quả và ít chi phí hơn chữa trị rối loạn này. Dưới đây là những thông điệp quan trọng nhất:

- **Nhận biết sớm là chìa**

**khóa:** Hãy chủ động theo dõi 5 chỉ số sức khỏe quan trọng: vòng eo, huyết áp, đường huyết lúc đói, Triglyceride và HDL-C. Sự hiện diện của 3/5 yếu tố là dấu hiệu cảnh báo cần được thăm khám y tế.

- **Ưu tiên lối sống lành**

**mạnh:** Đây là biện pháp can thiệp nền tảng và hiệu quả nhất, bao gồm chế độ dinh dưỡng khoa học và hoạt

động thể chất đều đặn.

- **Điều trị từng rối loạn trong hội chứng chuyển**

**hóa:** Nên tuân thủ nghiêm ngặt phác đồ điều trị bằng thuốc theo chỉ định của bác sĩ để kiểm soát tốt từng yếu tố nguy cơ.

- **Thăm khám định kỳ:**

Hợp tác chặt chẽ với bác sĩ, đặc biệt là bác sĩ chuyên khoa Nội tiết, Tim mạch,... để theo dõi tiến trình và điều chỉnh kế hoạch điều trị khi cần thiết. Việc chẩn đoán hội chứng chuyển hóa nên được xem là một động lực tích cực để bạn thay đổi và hướng đến một cuộc sống khỏe mạnh hơn.





# BỆNH LAO ĐANG QUAY TRỞ LẠI: *Hiểu đúng, phòng ngừa đủ!*

PGS TS BS. LÊ THƯỢNG VŨ  
TRƯỞNG KHOA HÔ HẤP, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Bạn đọc Sống Khỏe thân mến,

Với tư cách là Trưởng Khoa Hô hấp Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, hàng ngày tôi cùng các đồng nghiệp trong Khoa và cả bệnh viện chăm sóc 5 loại bệnh thường gặp nhất liên quan đến phổi và hệ hô hấp đó là: hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), ung thư phổi, viêm phổi và lao phổi. Hôm nay, chúng tôi muốn chia sẻ với cộng đồng một vấn đề sức khỏe đáng lo ngại: **Bệnh lao (TB) đang**

**quay trở lại mạnh mẽ hơn.**

Chúng ta đã từng nghĩ bệnh lao là quá khứ. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đặt mục tiêu chấm dứt bệnh lao vào năm 2030. Nhưng đại dịch COVID-19 vừa qua đã làm đảo lộn mọi thứ, khiến những nỗ lực phòng chống lao bị đẩy lùi nhiều năm.

Năm 2023, bệnh lao đã trở thành **căn bệnh truyền nhiễm gây tử vong hàng đầu thế giới**, vượt qua cả COVID-19. Đây là lời cảnh tỉnh cho tất cả chúng ta, đặc biệt là người dân TP. Hồ Chí

Minh và các tỉnh phía Nam - khu vực có tỷ lệ mắc lao cao hơn các vùng khác trong cả nước.

## 1. TẠI SAO COVID-19 LẠI LÀM BỆNH LAO BÙNG PHÁT?

Đại dịch COVID-19 đã vô tình “mở đường” cho vi khuẩn lao:

**1.1. Y tế quá tải:** Nguồn lực y tế bị dồn cho COVID-19, khiến việc phát hiện và điều trị lao bị đình trệ.

**1.2. Chẩn đoán chậm trễ:** Phong tỏa, giãn cách, tâm lý e ngại đến bệnh viện khiến



nhiều người mắc lao không được phát hiện, vô tình lây bệnh cho người xung quanh.

**1.3. Miễn dịch suy yếu:** Virus SARS-CoV-2 và thuốc điều trị COVID-19 (đặc biệt là corticoid) có thể làm suy giảm hệ miễn dịch, “đánh thức” vi khuẩn lao đang “ngủ yên” trong cơ thể.

**1.4. Khó khăn kinh tế & dinh dưỡng kém:** Đại dịch khiến nhiều người thiếu ăn, suy dinh dưỡng - yếu tố nguy cơ hàng đầu khiến cơ thể dễ bị lao tấn công.

## 2. BỆNH LAO “ẨN MÌNH” VÀ TẦM QUAN TRỌNG CỦA SÀNG LỌC CHỦ ĐỘNG

Một điều cực kỳ quan trọng mà nhiều người chưa biết: **Rất nhiều người mắc lao nhưng hoàn toàn không có triệu chứng** hoặc triệu chứng rất nhẹ, dễ bị bỏ qua. Họ vẫn có thể lây bệnh cho người khác mà không hề hay biết.

Đây là lý do tại sao việc chỉ chờ người có triệu chứng (ho, sốt, sụt cân...) đến khám là **không đủ**. Một nghiên cứu lớn thực hiện ngay tại Việt Nam (tỉnh Cà Mau) đã chứng minh: Khi nhân viên



y tế **chủ động đến từng nhà để mời người dân xét nghiệm lao** (bằng cách xét nghiệm đờm, bất kể có triệu chứng hay không), sau 3 năm, tỷ lệ người mắc lao trong cộng đồng đã **giảm gần một nửa** so với nơi chỉ khám cho người có triệu chứng. Việc sàng lọc chủ động này không chỉ giúp phát hiện sớm bệnh, điều trị kịp thời mà còn cắt đứt nguồn lây, bảo vệ cả cộng đồng, kể cả trẻ em.

Vì vậy, khi địa phương có các đợt khám sàng lọc lao tại cộng đồng, tôi rất mong bà

con tích cực tham gia, ngay cả khi mình cảm thấy hoàn toàn khỏe mạnh.

## 3. PHÂN BIỆT “NHIỄM LAO” VÀ “BỆNH LAO”

Khi vi khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể, không phải ai cũng bị bệnh ngay. Có hai khả năng xảy ra:

### 3.1. Nhiễm lao (Lao tiềm ẩn - TBI):

Vi khuẩn lao đã vào cơ thể nhưng bị hệ miễn dịch kiểm soát, “ngủ yên”, không gây triệu chứng và không lây cho người khác. Ước tính có khoảng 1/4 dân số thế giới đang trong tình trạng này. Tuy nhiên, những người này



có nguy cơ vi khuẩn “thức giấc” và phát triển thành bệnh lao sau này, đặc biệt khi sức khỏe suy yếu.

**3.2. Bệnh lao (Lao hoạt động):** Vi khuẩn lao hoạt động, tấn công cơ thể (thường là phổi), gây ra các triệu chứng (ho kéo dài, sốt về chiều, sụt cân...) và có thể lây truyền cho người khác.

#### 4. “LÁ CHẮN” BẢO VỆ: ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG LAO (TPT)

Tin vui là, ngay cả khi bạn chỉ mới  **nhiễm lao (lao tiềm ẩn)**, chúng ta đã có **thuốc uống dự phòng (TPT)** rất hiệu quả để tiêu diệt vi khuẩn lao

đang “ngủ yên”, ngăn không cho chúng phát triển thành bệnh lao sau này.

Việc điều trị dự phòng ngày càng trở nên **thuận tiện hơn** với các phác đồ **ngắn ngày** (chỉ 1 đến 4 tháng thay vì 6 đến 9 tháng như trước đây) và **ít tác dụng phụ hơn**.

#### 5. AI NÊN ĐƯỢC CÂN NHẮC ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG?

Chủ yếu là những người có nguy cơ cao bị nhiễm lao và/ hoặc chuyển thành bệnh lao, bao gồm:

- Người tiếp xúc gần với bệnh nhân lao phổi (đặc biệt là trẻ

em dưới 5 tuổi).

- Người nhiễm HIV.
- Người có hệ miễn dịch suy yếu do bệnh lý khác (tiểu đường, suy thận...) hoặc dùng thuốc ức chế miễn dịch (như thuốc điều trị khớp, ung thư...).

Nếu bạn thuộc nhóm nguy cơ này, hãy đến cơ sở y tế để được bác sĩ tư vấn, làm xét nghiệm kiểm tra tình trạng nhiễm lao (xét nghiệm máu IGRA hoặc xét nghiệm da TST), và loại trừ bệnh lao đang hoạt động (qua hỏi bệnh, khám, chụp X-quang phổi). Nếu đủ điều kiện, bác



sĩ sẽ chỉ định phác đồ điều trị dự phòng phù hợp nhất cho bạn. Việc tuân thủ điều trị đầy đủ là rất quan trọng để đạt hiệu quả bảo vệ tối đa.

## 6. CHÚNG TA CẦN LÀM GÌ ĐỂ PHÒNG NGỪA BỆNH LAO HIỆU QUẢ?

**6.1. Phát hiện sớm triệu chứng:** Ho kéo dài trên 2 tuần, sốt về chiều, sụt cân... cần đi khám ngay.

**6.2. Chủ động sàng lọc:** Tham gia các đợt sàng lọc lao tại cộng đồng. Nếu bạn là người tiếp xúc gần với bệnh nhân lao, hãy chủ động đến cơ sở y tế để được khám, tư vấn tầm soát và cân nhắc điều trị dự phòng nếu có chỉ định.

**6.3. Nâng cao sức đề kháng**

**bằng dinh dưỡng:** Một chế độ ăn uống đầy đủ calo, protein và vi chất là cực kỳ quan trọng. Nghiên cứu cho thấy dinh dưỡng tốt giúp giảm đáng kể nguy cơ mắc lao ở người tiếp xúc. Đây là biện pháp đơn giản, hiệu quả mà ai cũng làm được.

**6.4. Thực hiện các biện pháp phòng lây nhiễm:**

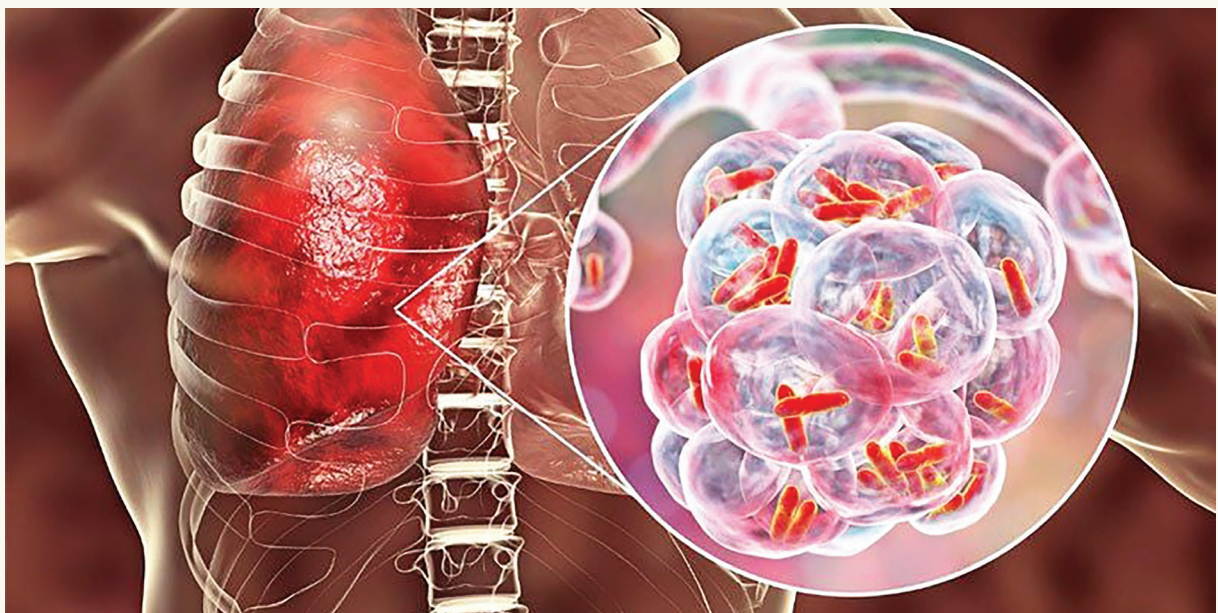
- Đeo khẩu trang nơi đông người, không gian kín.
- Che miệng khi ho, hắt hơi, rửa tay thường xuyên.
- Giữ nhà cửa thông thoáng, sạch sẽ, đón ánh nắng mặt trời (ánh nắng giúp tiêu diệt vi khuẩn lao).

**6.5. Tiêm vắc-xin BCG cho trẻ sơ sinh:** Dù không ngừa

được nhiễm lao, BCG vẫn giúp giảm nguy cơ mắc các thể lao nặng ở trẻ nhỏ.

**6.6. Điều trị dứt điểm:** Nếu không may mắc bệnh lao, hãy tuân thủ nghiêm ngặt chỉ định của bác sĩ, uống thuốc đủ liều, đủ thời gian. Bệnh lao có thể chữa khỏi hoàn toàn nếu điều trị đúng cách.

Bệnh lao là một thách thức lớn, nhưng không phải là không thể chiến thắng. Với sự hiểu biết đúng đắn về nguy cơ lao đang quay trở lại mạnh mẽ và mỗi người dân cần hành động kịp thời, phối hợp với nỗ lực của ngành y tế để đẩy lùi căn bệnh nguy hiểm này.





# Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt - tình trạng thường gặp ở nam giới trung niên và cao niên

PGS TS BS. NGUYỄN VĂN ÂN

KHOA NIỆU HỌC CHỨC NĂNG, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

## 1. GIỚI THIỆU

### 1.1. Tuyến tiền liệt (TTL) là gì?

Đây là một tuyến sinh dục của nam giới, vị trí ở bên dưới cổ bàng quang và bao quanh đoạn đầu niệu đạo, có nhiệm vụ tiết ra tinh dịch (tinh hoàn của nam giới tiết ra nội tiết tố nam và tinh trùng). Tuyến này nhỏ < 10 grams khi bé trai mới sinh ra cho đến 1 tuổi. Sau đó cho tới tuổi thanh niên, tuyến

phát triển chậm, tăng dần kích thước đến < 25 grams.

### 1.2. Thế nào là phì đại TTL và tăng sinh lành tính TTL?

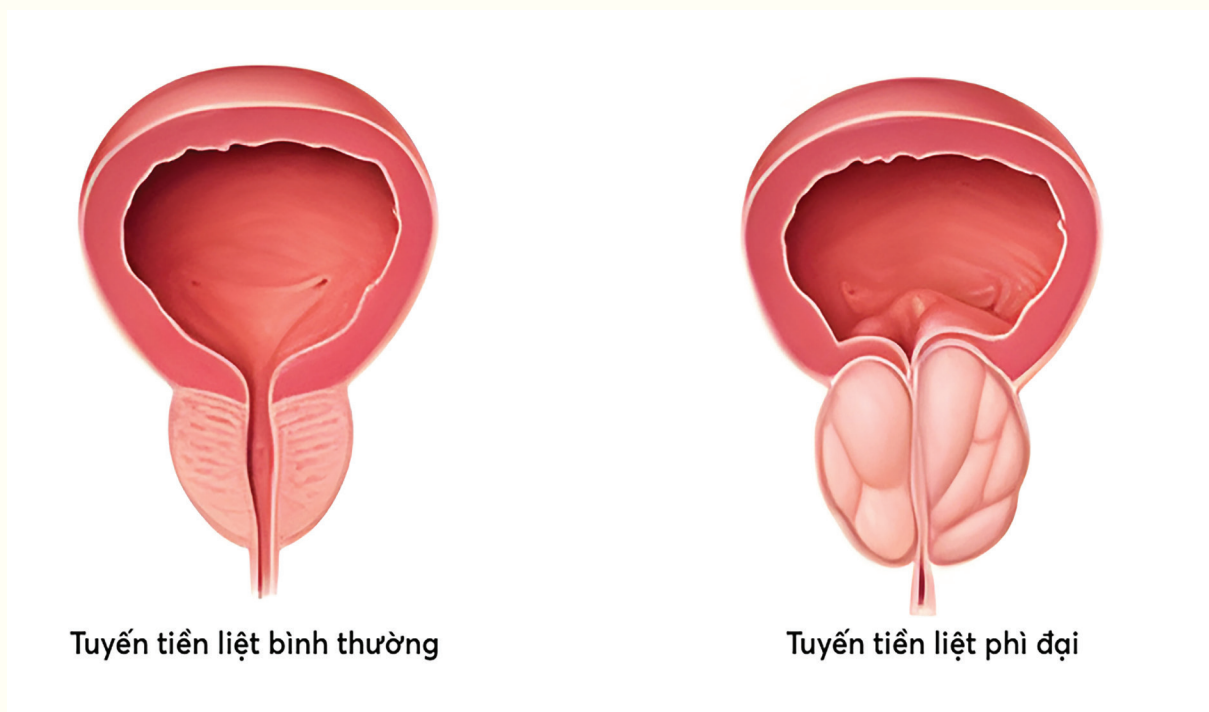
Sau tuổi 40, TTL phát triển nhanh hơn, nếu to hơn 30 grams thì gọi là phì đại TTL (hình 1). Trong niệu khoa, có một tên gọi thông dụng khác của phì đại TTL là tăng sinh lành tính TTL (*benign prostatic hyperplasia* - BPH), một cụm từ mô tả đặc điểm mô học của bệnh.

### 1.3. Suất độ của BPH:

Gia tăng theo tuổi, đạt tỉ lệ cao ở lứa tuổi trung niên và cao niên: Khoảng 50% ở nam giới 51 - 60 tuổi, khoảng 70% ở 61 - 70 tuổi, khoảng 80% khi > 70 tuổi. Như vậy có thể nói, BPH là bệnh lý thường gặp ở nam giới trung niên và cao niên.

## 2. CHẨN ĐOÁN TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT NHƯ THẾ NÀO?

### 2.1. Những tình huống nào



Hình 1: TTL bình thường và phì đại.

### Khiến bệnh nhân phát hiện BPH?

Có 3 tình huống chính khiến một người nam giới lớn tuổi (thường > 50 tuổi) phát hiện mình bị phì đại TTL, mà hiện nay chủ yếu do được làm siêu âm bụng:

- (1) Gần đây có triệu chứng rối loạn tiểu nên đi khám bệnh;
- (2) Đi khám sức khỏe định kỳ, hoặc đi khám bệnh khác nhưng tình cờ phát hiện có phì đại TTL.
- (3) Phát hiện bệnh vì đi khám bệnh do biến chứng của BPH.

### 2.2. Các triệu chứng rối loạn tiểu do BPH như thế nào?

Rối loạn tiểu do BPH thường được chia làm 3 nhóm:

- (1) *Các triệu chứng chứa đựng:* tiểu gấp, tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu không tự chủ;
- (2) *Các triệu chứng tổng xuất:* tiểu khó phải rặn, dòng tiểu yếu, thời gian đi tiểu lâu, dòng tiểu ngắt quãng;
- (3) *Các triệu chứng sau đi tiểu:* cảm giác tiểu không hết, nhỏ giọt sau tiểu.

### 2.3. Các biến chứng có thể gặp của BPH: nếu diễn tiến

lâu và không được điều trị đúng mức, BPH có thể dẫn đến các biến chứng:

- (1) Tồn đọng nước tiểu nhiều trong bàng quang sau đi tiểu;
- (2) Bí tiểu cấp;
- (3) Nhiễm khuẩn đường tiết niệu;
- (4) Sỏi bàng quang: gây các triệu chứng viêm bàng quang, hoặc ngưng tiểu giữa dòng;
- (5) Viêm tuyến tiền liệt cấp và mạn tính;
- (6) Ứ nước đường tiết niệu trên, lâu ngày dẫn đến suy thận.



## 2.4. Có phải TTL càng to thì càng gây rối loạn tiểu nặng không?

Bệnh nhân có BPH có thể có hoặc không có các triệu chứng của đường tiết niệu dưới. Lưu ý rằng mức độ của triệu chứng không tương quan đến kích thước của TTL, bởi vì có những trường hợp TTL rất to nhưng không gây triệu chứng rối loạn tiểu đáng kể, ngược lại cũng có những trường hợp chỉ phì đại nhẹ nhưng gây ra triệu chứng rối loạn tiểu nặng (nhất là khi thùy giữa của tuyến đội nhiều vào lòng bàng quang).

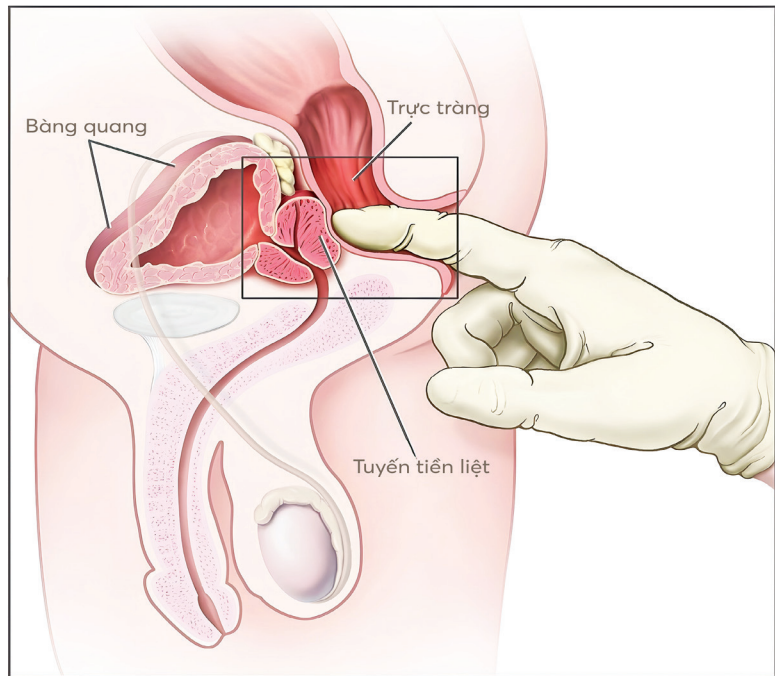
## 2.5. Làm sao chẩn đoán BPH?

Đây là công việc của bác sĩ chuyên khoa, thường bao gồm các bước sau:

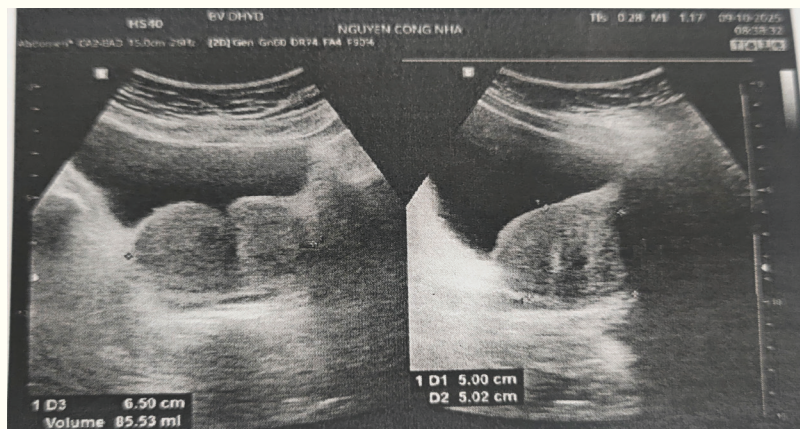
**2.5.1. Xác định có phì đại TTL:** Bằng cách thăm khám trực tràng (hình 2) và cho làm siêu âm bụng (hình 3).

**2.5.2. Đánh giá mức độ triệu chứng:**

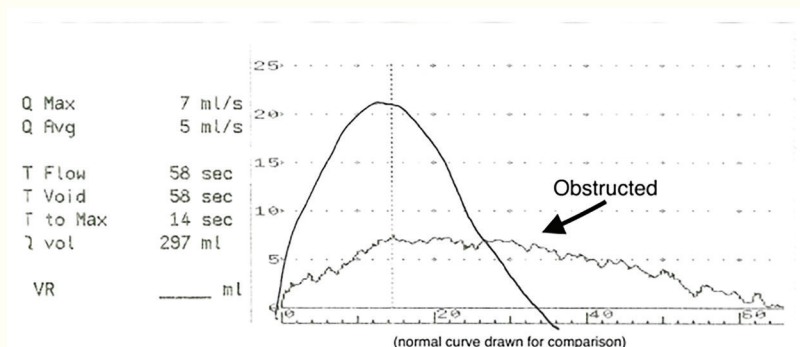
- Dùng thang điểm IPSS (International Prostatic Symptoms Score). Thang điểm này có 7 câu hỏi về



Hình 2: Thăm khám trực tràng để phát hiện phì đại TTL.



Hình 3: Siêu âm ghi nhận phì đại TTL kích thước 85 mL.



Hình 4: Niệu dòng đồ khảo sát sự bế tắc đường tiết niệu dưới.



các triệu chứng chứa đựng và tổng xuất của BPH, mỗi câu cho điểm từ 0 - 5 tùy mức độ nặng nhẹ. Như vậy tổng điểm IPSS sẽ trong khoảng 0 - 35, được chia là 3 mức độ: Nhẹ (0 - 7 điểm); Trung bình (8 - 19 điểm); Nặng (20 - 35 điểm)

• Dùng phép đo niệu dòng (*uroflowmetry*): (hình 4)

Niêu dòng đồ là phép đo đánh giá lưu lượng của dòng tiểu để xem phì đại TTL có gây ra tình trạng tắc nghẽn đường ra của bàng quang chưa. Bình thường, trị số dòng tiểu tối đa ( $Q_{max}$ ) ở nam giới trung niên và cao tuổi nên đạt  $\geq 15$  ml/s. Nếu  $Q_{max} < 12$  ml/s là có bế tắc;

còn  $< 6$  ml/s là bế tắc nặng đường tiết niệu dưới.

### 2.5.3. Chẩn đoán phân biệt:

• BPH nên chẩn đoán phân biệt với một số bệnh lý khác của TTL mà cũng có thể gây ra các triệu chứng rối loạn tiểu như ung thư TTL, viêm TTL cấp tính và mạn tính (trong đó có viêm lao TTL).

• Xét nghiệm PSA (*Prostate Specific Antigen*): Được sử dụng để tầm soát khả năng lành tính hay ác tính của phì đại TTL. Trị số ngưỡng của PSA là  $\leq 4$  ng/mL. Nếu trị số này  $> 4$  và có khuynh hướng tăng dần, nhất là nếu kết hợp khám trực tràng ghi nhận có nhân cứng của TTL

thì nên nghi ngờ ác tính. Lúc này cần khảo sát chuyên sâu hơn như siêu âm qua ngã trực tràng, chụp cộng hưởng từ vùng chậu để xem xét chỉ định sinh thiết TTL.

## 3. ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT NHƯ THẾ NÀO?

Bác sĩ chuyên khoa Tiết niệu sẽ quyết định biện pháp điều trị tùy theo mức độ triệu chứng, biến chứng, thể trạng của bệnh nhân. Các biện pháp điều trị có thể gồm:

### 3.1. Có thể chỉ cần theo dõi mà chưa cần điều trị:

Nếu bệnh nhân BPH không có triệu chứng hoặc có triệu chứng ở mức độ nhẹ ( $IPSS = 1 - 7$ ), không có biến chứng lên hệ tiết niệu, trị số PSA trong giới hạn bình thường, thì chưa cần điều trị mà chỉ theo dõi, và khuyến tái khám định kỳ hàng năm.

Lưu ý rằng có nhiều bệnh nhân tình cờ phát hiện bị phì đại TTL do kết quả siêu âm bụng đi khám sức khỏe. Sau đó lo lắng tìm đến các bác sĩ niệu khoa và mong muốn được điều trị để hết bị phì đại. Điều này thực ra là không cần thiết. Bác sĩ nên



giải thích với họ rằng phì đại TTL là quá trình lão hóa thường gặp của nam giới lớn tuổi, không cần điều trị nếu chưa có triệu chứng rối loạn tiểu đáng kể. Ngoài ra, cần nhắc lại để lưu ý với bệnh nhân là kích thước của TTL không nhất thiết tương xứng với triệu chứng của BPH.

### 3.2. Có thể cần điều trị nội khoa (uống thuốc):

Khi bệnh nhân có BPH và có các triệu chứng đường tiết niệu dưới ở mức độ vừa (IPSS = 8 - 19) hay nặng (IPSS = 20 - 35) - nhưng chưa có biến chứng của hệ tiết niệu - thì nên tiến hành điều trị nội khoa. Các loại thuốc thường được sử dụng để điều trị BPH-LUTS hiện nay gồm có:

#### (1) Nhóm thuốc chẹn alpha 1 ( $\alpha$ 1-blockers):

Là thuốc thông dụng nhất và thường được kê toa đầu tiên cho các bệnh nhân BPH, vì có hiệu quả cao, có thể sớm làm cải thiện triệu chứng rối loạn tiểu và làm gia tăng lưu lượng dòng tiểu ( $Q_{max}$ ) sau vài ngày, thậm chí vài giờ. Cơ chế tác dụng  $\alpha$ 1-blockers là làm giãn cơ trơn vị trí cổ bàng quang - niệu đạo và cơ

trơn của TTL.

Các thuốc  $\alpha$ 1-blockers đã được đưa vào thị trường trên thế giới gồm: Alfuzosin, Terazosin, Doxazosin, Tamsulosin, Silodosin. Ở Việt Nam, 2 nhóm thuốc thông dụng nhất là Alfuzosin và Tamsulosin.

#### (2) Nhóm thuốc ức chế men 5-alpha reductase (5-ARIs):

Là nhóm thuốc thông dụng thứ hai để điều trị BPH. So với thuốc chẹn alpha 1, thuốc này đem lại tác dụng chậm hơn, nhưng lại có ưu điểm là có thể làm giảm kích thước TTL. Theo EAU guidelines 2025, sử dụng 5-ARIs sau 6 tháng làm cải thiện điểm

IPSS 15-30%, giảm kích thước TTL 18-28%, tăng  $Q_{max}$  1,5 - 2,5 mL/s.

Lưu ý rằng chỉ sử dụng thuốc ức chế men 5-alpha reductase cho những trường hợp BPH có thể tích khá lớn, từ 30 - 40 mL trở lên.

Có 2 thể hệ thuốc 5-ARIs mà hiện nay vẫn đang được sử dụng trên lâm sàng: (a) Thể hệ 1: Finasteride - ức chế 5- $\alpha$  reductase type 2; (b) Thể hệ 2: Dutasteride - ức chế 5- $\alpha$  reductase cả type 1 và type 2 (dual 5-ARI). Thị trường được ở Việt Nam hiện nay phổ biến thuốc của thể hệ 2 nhiều hơn thể hệ 1.

#### (3) Thảo dược (Phytotherapy):



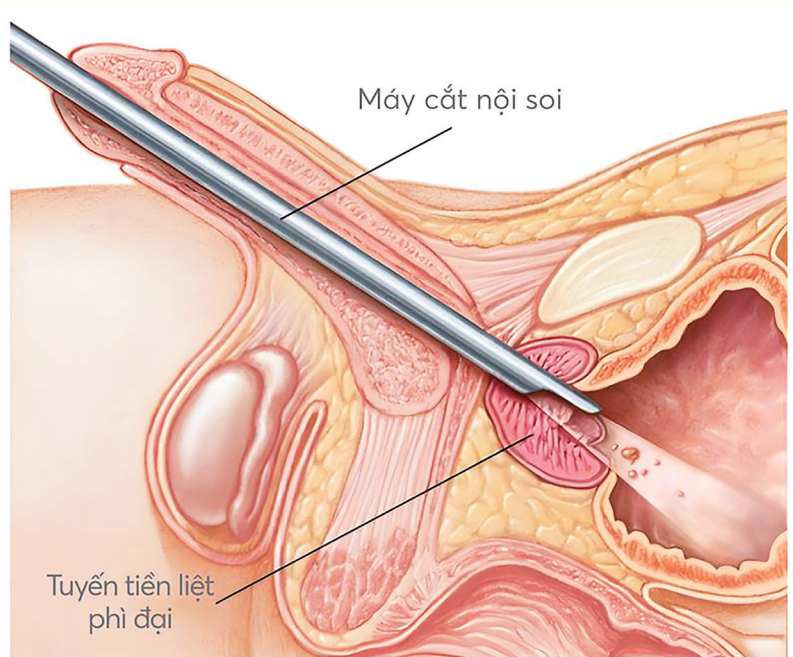


Nhiều sản phẩm thảo dược đã và đang được dùng để điều trị BPH ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Các chế phẩm thảo dược được làm từ rễ, hạt, phần hoa, vỏ cây hoặc trái cây, có thể từ một loại cây (chế phẩm đơn) hay kết hợp vài loại cây trong một viên thuốc (chế phẩm kết hợp). Có thể kể một số thảo dược đã được sử dụng: *Serenoa repens* (trái cây saw palmetto - cọ lùn châu Phi), *Cucurbita pepo* L (từ dầu hạt bí ngô - pumpkin seed), *Prunus africana* (từ vỏ cây *pygeum africanum*)...

Các học giả châu Âu vẫn đề cập đến việc sử dụng thảo dược trong điều trị BPH-LUTS, mặc dù lưu ý rằng cơ chế tác dụng không rõ ràng và các thử nghiệm in vivo không ghi nhận hiệu quả thuyết phục. Cũng vì lý do này mà các tác giả Hoa Kỳ không đưa thảo dược vào sách hướng dẫn điều trị BPH.

Ở Việt Nam có sản phẩm thảo dược chiết xuất từ cây Trinh nữ hoàng cung được sử dụng khá phổ biến để điều trị phì đại TTL.

### 3.3. Điều trị ngoại khoa



Hình 5: Cắt đốt nội soi TTL ngả niệu đạo.

#### tăng sinh lành tính TTL:

##### 3.3.1. Khi nào có chỉ định can thiệp ngoại khoa?

Bác sĩ chuyên khoa Tiết niệu sẽ cân nhắc chỉ định phẫu thuật khi bệnh nhân mắc BPH:

(1) Bị rối loạn tiểu nặng mà điều trị nội khoa không hiệu quả hoặc không mong muốn tiếp tục điều trị nội khoa;

(2) Có các biến chứng: Suy thận thứ phát do BPH, lượng tiểu tồn lưu quá nhiều mà điều trị nội khoa không hiệu quả, nhiễm khuẩn niệu tái phát, sỏi bàng quang tái phát, tiểu máu đại thể do BPH.

##### 3.3.2. Có những biện pháp ngoại khoa nào điều trị BPH?

###### (1) Phẫu thuật bóc nhân TTL (simple prostatectomy):

Trước thập niên 1980s, mổ mở bóc nhân xơ TTL là biện pháp phẫu thuật kinh điển. Các phẫu thuật viên niệu khoa lớn tuổi hầu như đều thành thạo phương pháp mổ này.

Tuy nhiên hơn 40 năm qua, một biện pháp ngoại khoa ít xâm lấn là cắt đốt nội soi qua ngả niệu đạo dần thay thế và trở nên tiêu chuẩn vàng trong điều trị ngoại khoa BPH.

###### (2) Cắt đốt nội soi TTL qua



**ngả niệu đạo (transurethral resection of prostate - TURP):**

Là phương pháp rất phổ biến hiện nay, mà hầu hết các bác sĩ niệu khoa (cả ở Việt Nam) phải được đào tạo. TURP có thể sử dụng điện đơn cực hay điện lưỡng cực (hình 5). Những trường hợp phì đại TTL nhỏ (< 30 grams), có thể chỉ nội soi xẻ rộng tuyến tiền liệt (transurethral incision of the prostate - TUIP).

**(3) Các phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn mới:**

Khoảng 20 năm qua, do sự ứng dụng những tiến bộ mới của kỹ thuật trong y học, rất nhiều biện pháp ngoại khoa mới xuất hiện và được áp dụng để điều trị BPH. Sau một thời gian, một số biện pháp không hiệu quả nên bị đào thải, một số khác được chấp nhận sử dụng và được trình bày trong các guidelines của Châu Âu và Hoa Kỳ, bao gồm: Bốc hơi TTL ngả niệu đạo (transurethral vaporization of the prostate - TUVP); Bốc hơi quang chọn lọc TTL (Photoselective Vaporization of the Prostate - PVP); Nâng trần niệu đạo TTL (Prostatic

Urethral Lift - PUL); Nhiệt liệu pháp bằng hơi nước (Water Vapor Thermal Therapy - WVTT); (5) Bóc nhân TTL bằng laser (Laser Enucleation); (6) Liệu pháp tia nước với robot (Robotic Waterjet Treatment - RWT); (7) Nút động mạch tuyến tiền liệt (Prostate Artery Embolization - PAE)...

Trong số các biện pháp mới nêu trên, ở nước ta hiện nay đã khá thịnh hành phương pháp bóc nhân TTL bằng laser. Ngoài ra, vài bệnh viện ở Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh có thực hiện nút động mạch TTL. Các biện pháp khác chưa thông dụng vì chưa có thiết bị nhập khẩu và lưu hành trong nước.

#### 4. KẾT LUẬN

Tăng sinh lành tính TTL là tình trạng thường gặp ở nam giới trung niên và cao niên, mà càng lớn tuổi thì suất độ càng tăng. Không phải hễ phát hiện BPH thì cần phải điều trị. Nếu không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ thì chỉ cần theo dõi. Nếu có triệu chứng rối loạn tiểu đáng kể (BPH-LUTS) thì nên tiến hành điều trị nội

khoa. Nếu điều trị nội khoa không hiệu quả, hoặc có các biến chứng như đã nêu trên thì xem xét can thiệp ngoại khoa. Các biện pháp điều trị ngoại khoa ít xâm lấn hiện nay rất phổ biến, thay thế hầu hết biện pháp mổ mở trước đây. Ở Việt Nam hiện nay, đa số các bác sĩ niệu khoa thành thạo cắt đốt nội soi TTL ngả niệu đạo, và đang dần chuyển sang áp dụng bóc nhân TTL bằng laser.

Sau cùng cần nhắc lại một số điều đáng lưu ý: Phì đại TTL là tình trạng của nam giới lớn tuổi nên nếu có thì không cần phải lo lắng quá mức; Máy siêu âm hiện rất phổ biến và dễ phát hiện TTL khi nam giới lớn tuổi khám sức khỏe định kỳ; Kích thước TTL không tương ứng với triệu chứng rối loạn tiểu; Điều trị nội khoa nếu cần thiết thường rất hiệu quả, không phải hễ có triệu chứng rối loạn tiểu do BPH là cần phải phẫu thuật; Nếu có chỉ định phẫu thuật thì hiện nay có nhiều biện pháp phẫu thuật ít xâm lấn, mà ở Việt Nam cũng rất phổ biến.



# SỐNG KHỎE

## quanh mãn kinh

TS BS. TRẦN THỊ NHẬT VY  
KHOA PHỤ SẢN, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

### 1. ĐỊNH NGHĨA

#### 1.1. Mãn kinh là gì?

Mãn kinh được chẩn đoán khi một phụ nữ mất kinh liên tục trong 12 tháng mà không do bất kỳ nguyên nhân bệnh lý nào khác.

#### 1.2. Các giai đoạn chuyển tiếp

- **Tiền mãn kinh (Perimenopause):** Thường bắt đầu từ vài năm đến 10 năm trước khi mãn kinh chính thức. Giai đoạn này đặc trưng bởi sự thay đổi nồng độ hormone **Estrogen** không đều, gây ra các triệu chứng như kinh nguyệt không đều, bốc hỏa nhẹ. Đây là giai đoạn **dao động hormone** mạnh mẽ nhất.

- **Mãn kinh:** Thời điểm chính

thức ngừng kinh. Tuổi mãn kinh trung bình ở phụ nữ Việt Nam và thế giới thường dao động **từ 45 đến 55 tuổi**.

- **Hậu mãn kinh**

**(Postmenopause):** Giai đoạn kéo dài suốt quãng đời còn lại sau khi mãn kinh chính thức với nồng độ hormone **Estrogen** đã ổn





định ở mức rất thấp.

## 2. TRIỆU CHỨNG

Sự thiếu hụt **Estrogen** là nguyên nhân chính dẫn đến hầu hết các triệu chứng của mãn kinh. Estrogen không chỉ liên quan đến sinh sản mà còn ảnh hưởng đến não, tim, xương, da và đường tiết niệu.

### 2.1. Triệu chứng vận mạch và thần kinh

- **Cơn bốc hỏa (hot flashes):** Là triệu chứng phổ biến nhất, do sự rối loạn điều hòa nhiệt độ của cơ thể. Người bệnh có thể cảm thấy nóng đột ngột, đổ mồ hôi, đặc biệt là vào ban đêm gây rối loạn giấc ngủ.

- **Thay đổi tâm trạng:** Lo âu, cáu gắt, dễ khóc hoặc trầm cảm nhẹ do tác động của Estrogen lên các chất dẫn truyền thần kinh trong não.

### 2.2. Thay đổi sinh dục - tiết niệu (hội chứng tiết niệu sinh dục - GSM)

- **Khô âm đạo và đau khi giao hợp:** Do niêm mạc âm đạo mỏng đi (teo niêm mạc) vì thiếu Estrogen.

- **Rối loạn tiết niệu:** Tăng tần suất đi tiểu, tiểu gấp hoặc

nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát.

### 2.3. Sức khỏe lâu dài

- **Loãng xương:** Estrogen đóng vai trò quan trọng trong việc bảo vệ mật độ xương. Sự sụt giảm Estrogen làm tăng nguy cơ gãy xương.

- **Bệnh tim mạch:** Estrogen có tác dụng bảo vệ tim mạch. Sau mãn kinh, nguy cơ mắc các bệnh tim mạch như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu có xu hướng tăng lên.

## 3. CHIẾN LƯỢC KHOA HỌC ĐỂ SỐNG VUI, SỐNG KHỎE

Để giảm thiểu tác động của

sự thiếu hụt hormone và tận hưởng giai đoạn này, bệnh nhân nên tập trung vào các vấn đề sau:

### 3.1. Thay đổi lối sống và các biện pháp tự chăm sóc

Đây là những thay đổi cơ bản, không tốn kém nhưng mang lại hiệu quả bền vững nhất.

#### A. Dinh dưỡng chống viêm và tăng cường xương

- **Canxi và Vitamin D:** Việc hấp thụ đầy đủ 1200 mg Canxi/ngày (đối với phụ nữ trên 50 tuổi) và đủ Vitamin D (800-1000 IU/ngày) là bắt





buộc. Nguồn Canxi tốt: Sữa chua, phô mai, rau xanh đậm (cải xoăn).

• **Chế độ ăn Địa Trung Hải:** Giàu chất béo không bão hòa đơn (dầu ô liu), cá béo (Omega-3), rau củ, quả mọng. Chế độ này đã được chứng minh là có lợi cho sức khỏe tim mạch và giảm viêm hệ thống, gián tiếp làm giảm cường độ bốc hỏa.

• **Phytoestrogen (Estrogen Thực Vật):** Các hợp chất tự nhiên trong đậu nành, hạt lanh, đậu lăng có cấu trúc tương tự Estrogen. Một số nghiên cứu cho thấy việc bổ sung Isoflavone từ đậu nành có thể giúp giảm tần

suất bốc hỏa ở một số phụ nữ, mặc dù hiệu quả không đồng nhất.

• **Quản lý trọng lượng:** Duy trì Chỉ số Khối Cơ Thể (BMI) khỏe mạnh giúp giảm tần suất và mức độ nghiêm trọng của bốc hỏa.

### ***B. Thói quen sinh hoạt và kiểm soát nhiệt độ***

• **Kiểm soát kích hoạt vận mạch:** Nhận diện và tránh các yếu tố gây bốc hỏa (ví dụ cà phê, rượu, thức ăn cay nóng, phòng quá ấm).

• **Kỹ thuật làm mát cơ thể:** Mặc quần áo thoáng mát, nhiều lớp, giữ phòng ngủ mát mẻ và sử dụng quạt.

• **Thở chậm, sâu:** thực hành kỹ thuật thở bụng chậm (khoảng 6-8 nhịp thở/phút) có thể giảm tần suất bốc hỏa lên đến 50%. Đây là một kỹ thuật can thiệp hành vi có bằng chứng khoa học vững chắc.

### **3.2. Vận động thể lực và tăng cường sức khỏe**

Vận động không chỉ giúp kiểm soát cân nặng mà còn là “liều thuốc” chống lại loãng xương, bệnh tim mạch và trầm cảm.

• **Tập thể dục:** Đi bộ nhanh, chạy bộ, khiêu vũ ít nhất 150 phút/tuần để duy trì mật độ xương và sức khỏe tim mạch.



• **Tập thể dục kháng lực:** Sử dụng tạ, dây kháng lực hoặc trọng lượng cơ thể ít nhất 2 lần/tuần. Điều này quan trọng để duy trì khối lượng cơ bắp và cải thiện sự trao đổi chất.

• **Các bài tập giãn cơ và cân bằng:** Yoga, thái cực quyền giúp cải thiện sự linh hoạt, giảm nguy cơ té ngã (quan trọng khi xương dễ gãy) và hỗ trợ tinh thần.

### 3.3. Can thiệp thuốc không nội tiết

Đối với các triệu chứng mãn kinh từ trung bình đến nặng mà lối sống không cải thiện

được, các bác sĩ có thể kê đơn các nhóm thuốc sau:

#### A. Thuốc chống trầm cảm (SSRIs và SNRIs)

Đây là liệu pháp không nội tiết hiệu quả nhất để điều trị VMS.

• **Tác dụng:** Các thuốc như Paroxetine (liều thấp), Venlafaxine đã được FDA chấp thuận và chứng minh làm giảm tần suất và cường độ bốc hỏa khoảng 60-70%.

• **Cơ chế:** Chúng hoạt động bằng cách ổn định nồng độ Serotonin và Norepinephrine, từ đó cải thiện sự điều chỉnh nhiệt độ

của vùng dưới đồi và hỗ trợ cải thiện tâm trạng.

#### B. Thuốc chống co giật

• **Gabapentin:** Được dùng cho đau thần kinh nhưng hiệu quả trong việc giảm bốc hỏa, đặc biệt là đổ mồ hôi ban đêm, do tác dụng an thần và ổn định thần kinh.

• **Pregabalin:** Tương tự Gabapentin, có thể được cân nhắc cho bệnh nhân có cả bốc hỏa và lo âu.

#### C. Thuốc khác

• **Clonidine:** Một loại thuốc huyết áp có thể làm giảm bốc hỏa, nhưng cần được kê đơn cẩn thận do có thể gây





hạ huyết áp và khô miệng.

### 3.4. Quản lý hội chứng tiết niệu sinh dục (GSM)

GSM không tự biến mất và cần được can thiệp chủ động để duy trì chất lượng cuộc sống tình dục và tiết niệu.

- **Chất bôi trơn:** Sử dụng ngay trước khi quan hệ để tăng chất nhờn và giảm đau khi giao hợp.

- **Kem dưỡng ẩm âm đạo:** Sử dụng đều đặn (3-4 lần/tuần) để duy trì độ ẩm và độ pH của mô âm đạo, cải thiện tình trạng teo niêm mạc.

- **Dụng cụ nong/giãn âm đạo:** Có thể được khuyến khích để duy trì sự đàn hồi và

kích thích của âm đạo, đặc biệt tình trạng đau khi giao hợp.

### 4. TẦM QUAN TRỌNG CỦA VIỆC KIỂM TRA SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

Tuổi mãn kinh là lúc người phụ nữ cần chú trọng hơn nữa đến việc tầm soát các bệnh lý liên quan đến tuổi tác:

- **Kiểm tra mật độ xương (đo DEXA):** Đặc biệt quan trọng để đánh giá nguy cơ loãng xương.

- **Tầm soát ung thư:** Chụp nhũ ảnh (Mammogram), tầm soát ung thư cổ tử cung (Pap Smear), nội soi đại tràng.

- **Xét nghiệm tim mạch:** kiểm tra huyết áp, cholesterol (lipid máu) định kỳ.

### 5. TÓM LẠI

Mãn kinh là một sự thay đổi theo quy luật tự nhiên, không phải là dấu chấm hết. Với kiến thức khoa học đúng đắn, một lối sống năng động, dinh dưỡng cân bằng và sự hỗ trợ y tế từ bác sĩ, người bệnh hoàn toàn có thể vượt qua các triệu chứng khó chịu và bước vào giai đoạn hậu mãn kinh với **tinh thần lạc quan, sức khỏe dồi dào và niềm vui trọn vẹn**. Hãy coi đây là **“Kỷ Nguyên Vàng”** của riêng mình!

# K

## IẾN THỨC Y KHOA

3-30

3. BỆNH TIM Ở PHỤ NỮ MANG THAI
9. HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA: NHẬN BIẾT VÀ PHÒNG NGỪA
15. BỆNH LAO ĐANG QUAY TRỞ LẠI: HIỂU ĐÚNG, PHÒNG NGỪA ĐỦ!
19. TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT - TÌNH TRẠNG THƯỜNG GẶP Ở NAM GIỚI TRUNG NIÊN VÀ CAO NIÊN
26. SỐNG KHỎE QUANH MẮN KINH

# MỤC LỤC

SỐNG KHỎE BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

SỐ 51



### Chủ biên

PGS TS BS. Nguyễn Hoàng Bắc

### Chịu trách nhiệm biên soạn

GS TS BS. Trương Quang Bình

PGS TS BS. Lê Minh Khởi

PGS TS DS. Đặng Nguyễn Đoàn Trang

### Thực hiện và phát hành

Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

215 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, TP. Hồ Chí Minh

Điện thoại: (028) 3855 4269

Website: [www.bvdaihoc.com.vn](http://www.bvdaihoc.com.vn)

Email: [bvdhdy@umc.edu.vn](mailto:bvdhdy@umc.edu.vn)

### Thiết kế sống khỏe

Công ty Cổ phần In Tiền Giang

Thư từ, bài vở, góp ý xin gửi về

[khoahocdaotao@umc.edu.vn](mailto:khoahocdaotao@umc.edu.vn)

Giấy phép xuất bản số 7565/GP-SVHTT  
ngày 18 tháng 12 năm 2025.

In 5.000 cuốn, khổ 20 x 28 cm

Chế bản và in tại

Công ty Cổ phần In Tiền Giang

Số 10 Học Lạc, P. Mỹ Tho, tỉnh Đồng Tháp

# BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

215 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, TP. Hồ Chí Minh

Điện thoại: (028) 3855 4269

Website: [www.bvdaihoc.com.vn](http://www.bvdaihoc.com.vn)

