

RỐI LOẠN GIẤC NGỦ

TS. BS. Trần Đức Sĩ

Mục tiêu học tập:

Chẩn đoán được các rối loạn giấc ngủ ở trẻ em và người lớn
Lý giải các điều trị phù hợp cũng như lên kế hoạch theo dõi bệnh trạng
Tư vấn được các biện pháp không dùng thuốc cho bệnh nhân mất ngủ
Nhận thức được tầm quan trọng của việc lạm dụng thuốc ngủ

Take-home messages:

Khi tiếp cận, điều trị một trường hợp rối loạn giấc ngủ, phải luôn nhớ:

Luôn tìm và loại trừ những nguyên nhân thực thể, độc tố, do thuốc, hoặc một vấn đề trong thói quen sống, sinh hoạt, trước khi bắt đầu điều trị triệu chứng nhằm không bỏ sót một điều trị căn nguyên hoặc làm nặng hơn tình hình (với nguy cơ sử dụng quá nhiều thuốc).

Trong tất cả các tình huống, điều trị bao gồm:

Điều trị căn nguyên (nếu có),

Nâng đỡ tâm lý,

Điều chỉnh sinh hoạt, cuộc sống lành mạnh

Điều trị triệu chứng không phải lúc nào cũng cần thiết, nếu cần cho thời gian ngắn và phải có lý do rõ ràng.

Tiếp cận trường hợp rối loạn giấc ngủ:

Tổng quan về giấc ngủ và rối loạn giấc ngủ:

Giấc ngủ là một nhu cầu sinh lý căn bản và chiếm đến khoảng 1/3 thời gian sống của chúng ta. Cơ chế của hiện tượng vẫn chưa được biết rõ, nhưng rối loạn giấc ngủ sẽ ảnh hưởng nhiều đến tâm sinh lý của con người.

Cấu trúc của một giấc ngủ bình thường:

Trên người lớn, giấc ngủ có cấu trúc chu kỳ với sự xen kẽ các giai đoạn giấc ngủ chậm sâu (Stage I, II, III, IV) và giai đoạn giấc ngủ nghịch đảo (Stage V).

Stage I: giấc ngủ chậm, nông, sự chuyển tiếp từ buồn ngủ sang ngủ.

Các hoạt động theta trên EEG (2-7 chu kỳ/giây)

Chuyển động nhãn cầu chậm.

Stage II: giấc ngủ chậm, nông

Hoạt động theta trên EEG với những chuỗi sóng nhanh và phức hợp K

Stage I và II chiếm 50% tổng thời lượng ngủ mỗi đêm.

Stage III: giấc ngủ chậm sâu

Hoạt động delta (sóng chậm 0,5 – 2 chu kỳ/giây) trên EEG

Stage IV: giấc ngủ chậm sâu, giai đoạn giấc ngủ sâu nhất

Hoạt động delta chiếm >50% trên EEG

Stage III và IV chiếm 25% thời lượng của giấc ngủ mỗi đêm.

Stage V: giấc ngủ nghịch đảo, chiếm 25% tổng thời lượng mỗi giấc ngủ

Hoạt động theta trên EEG

Chuyển động nhãn cầu nhanh, mất trương lực cơ

Trong mỗi đêm có 3 đến 5 chu kỳ ngủ tuần tự diễn ra. Những chu kỳ vào đầu đêm thường thiên về giấc ngủ chậm sâu, những chu kỳ về cuối đêm thường thiên về giấc ngủ nghịch đảo.

Ở trẻ em, cấu trúc giấc ngủ cần trưởng thành dần (chủ yếu trong 2 năm đầu đời) trước khi có được giấc ngủ tương đối ổn định. Thời lượng ngủ giảm dần theo thời gian: 20 giờ ở sơ sinh, đến 12 giờ vào độ 2 tuổi. Trong những tuần đầu của cuộc sống, giấc ngủ được gián đoạn bởi cơn đói và những tác động xung quanh, sau đó giấc ngủ dần dần tái cấu trúc từ 3-6 tháng thành một giai đoạn dài ban đêm, ngắn hơn vào ban ngày (ngủ trưa). Quá trình này diễn ra từ từ, giảm dần và ngưng vào khoảng 3 tuổi.

Sự đi vào giấc ngủ xuất hiện đột ngột và chuyển thành giấc ngủ nghịch đảo trong những tháng đầu đời. Dần dần, giấc ngủ chậm trở thành thành phần khởi đầu của giấc ngủ. Sự đi vào giấc ngủ nặng nề hơn giữa 3 và 9 tháng, biểu hiện bởi sự xuất hiện những cơn hoảng loạn. Giai đoạn đi vào giấc ngủ dài trong khoảng từ 1-3 tuổi, sau đó ổn định trong khoảng từ 15-30 phút.

Giai đoạn giấc ngủ chậm nông dần trở nên nhiều hơn kể từ tháng 6/8. Sự thức giấc tự phát là sinh lý bình thường. Đánh thức một trẻ nhũ nhi sẽ làm ảnh hưởng đến sự tổ chức giấc ngủ về lâu dài. Tuy nhiên, sự trưởng thành của giấc ngủ có sự khác biệt lớn giữa từng người. Cần tránh áp đặt trẻ vào những phản xạ có điều kiện, cần phải tôn trọng nhịp điệu sinh học tự nhiên của trẻ.

Những rối loạn giấc ngủ

Những rối loạn giấc ngủ đơn thuần và tạm thời rất là bình thường ở mọi lứa tuổi và không cần phải có bất kỳ can thiệp cụ thể nào.

Rối loạn giấc ngủ chỉ được xem là bệnh lý nếu:

Nó tồn tại kéo dài

Mức độ nhiều khiến bệnh nhân phải chịu đựng

Làm ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân

Kéo theo tình trạng lạm dụng thuốc hướng thần

Ở trẻ em, rối loạn giấc ngủ thường là lành tính. Nếu bệnh nặng, nó có thể biểu hiện bởi rối loạn hành vi, học kém và ảnh hưởng lên sự phát triển của trẻ.

Khảo sát RLG

Hỏi bệnh

Phải chi tiết, tìm hiểu về phía bệnh nhân và gia đình xem có những rối loạn gì về giấc ngủ hay những dấu hiệu gì cho các bệnh lý thực thể hay tâm thần, tâm lý khác. Đồng thời phải tìm luôn những hậu quả ban ngày của rối loạn giấc ngủ.

Khám bệnh

Tổng quát, toàn diện để tìm những bệnh lý kết hợp

Ghi nhận thời gian biểu của giấc ngủ

Rất hữu ích, đặc biệt là trên trẻ em. Cho phép xác định vấn đề qua việc xác định bệnh nhân khó đi vào giấc ngủ hoặc hay thức giấc ban đêm, hoặc một tình trạng ngáy ngủ quá mức vào ban ngày.

Đo vận động đồ

Nhằm ghi lại những cử động của cơ thể trong một giai đoạn vài tuần bằng một máy đo đeo tại cổ tay. Những số liệu khách quan thu được sẽ rất quan trọng để bổ khuyết cho những thông tin chủ quan được cung cấp bởi bệnh nhân hoặc thời gian biểu giấc ngủ.

Giấc ngủ đồ (điện sinh lý đa thông số giấc ngủ)

Ghi nhận giấc ngủ trong một điều kiện lý tưởng: yên tĩnh, tối, ... cho phép nghiên cứu cấu trúc của giấc ngủ. Ghi nhận cùng lúc điện não đồ, điện cơ vùng mắt và điện tim. Những thông số khác cũng được ghi nhận tùy theo bệnh lý nghi ngờ (vd:SpO2, ...)

Test buồn ngủ

Đo thời gian xuất hiện giấc ngủ ở một người nằm trên giường trong điều kiện lý tưởng gây buồn ngủ và bệnh nhân không cố gắng chống lại cơn buồn ngủ. Nếu một người đi vào giấc ngủ trong vòng dưới 7 phút có nghĩa là người này có trạng thái ngủ gà.

Test thời gian tiềm giấc ngủ

Test duy trì sự tỉnh thức

Rối loạn giấc ngủ ở trẻ em

Rối loạn giấc ngủ kết hợp với một bệnh lý hoặc tâm thần tâm lý

Trước một than phiền về giấc ngủ, dù bất cứ độ tuổi nào cũng phải tìm những căn nguyên thực thể hoặc tâm thần, tâm lý, vốn cần phải có những điều trị chuyên biệt

Rối loạn giấc ngủ không phải là triệu chứng chuyên biệt của bất cứ bệnh lý nào. Do đó, khám và hỏi bệnh sử kỹ càng có thể giúp ta định hướng ngay từ đầu một bệnh lý kết hợp và từ đó quyết định những cận lâm sàng cần thiết.

Căn nguyên tâm thần, tâm lý

Đa số những bất thường tâm thần, tâm lý đều có thể đi kèm với rối loạn giấc ngủ. Tuy nhiên, cần tìm kiếm đặc biệt những:

Rối loạn khí sắc

Rối loạn lo âu,

Rối loạn tăng động giảm tập trung, vốn kết hợp trong 50% các trường hợp rối loạn giấc ngủ (trẻ em)

Rối loạn phát triển

Căn nguyên thực thể

Những bệnh lý thực thể chính yếu sau cần phải được kiểm tra

Động kinh

Hen suyễn, hội chứng ngưng thở khi ngủ

Trào ngược dạ dày-thực quản

Cơn đau răng

Dị ứng thực phẩm, đặc biệt là sự không dung nạp proteines trong sữa bò

Dùng các chất gây độc (rượu, bồ đề, thuốc gây nghiện, ...)

Luôn nghĩ đến để kiểm tra **khả năng bị bạo hành**

Thói quen xấu trong sinh hoạt

Đặc biệt tim:

Thức ăn không phù hợp

Môi trường ngủ (tiếng ồn, ánh sáng, nhiệt độ, ...)

Thời gian biểu đi ngủ

Chứng (rối) loạn ngủ

Mất ngủ

Thường thoáng qua và có thể liên quan đến cơn hoảng sợ bị bỏ rơi, đặc biệt là ở trẻ dưới 1 tuổi, với những biểu hiện chống đối việc đi ngủ: từ chối đi ngủ, không muốn nằm, kêu lặp đi lặp lại, đòi bú hay tiều, ...).

Cơn hoảng sợ này cần được chăm sóc một cách kịp thời để trấn an trẻ, nhưng đồng thời cũng phải cương quyết (tránh việc trẻ ngủ chung giường cha mẹ). Những thói quen xấu có thể dẫn đến tình trạng kéo dài không sửa chữa được.

Mất ngủ vô căn

Có thể xuất hiện ngay từ sơ sinh, và liên quan đến rối loạn hệ thống kiểm soát thức/ngủ. Bệnh chỉ cần được điều trị triệu chứng (điều chỉnh cuộc sống, thuốc antihistamin H1 nếu cần)

Mất ngủ tâm-sinh lý

Xảy ra chủ yếu ở trẻ vị thành niên hoặc người trưởng thành trẻ. Thường liên quan đến sự dung nạp đối với căng thẳng, áp lực. Chỉ định phù hợp là điều trị tâm lý – hành vi.

Điều trị triệu chứng, antihistamin H1, có thể được chỉ định nếu cần, với thời hạn sử dụng ngắn để tránh xuất hiện hội chứng cai hoặc tình trạng dội khi ngưng thuốc.

Các loại buồn ngủ bệnh lý

Ngủ gà (HC Gelineau), bệnh hiếm gặp, thường ở trẻ 10-20 tuổi, thường mang tính cơ địa, có HLA DR15 DQB1)

Chứng ngủ nhiều tái phát (HC Kleine-Levine) rất hiếm, thường gặp ở trẻ trai cuối giai đoạn dậy thì.

Chứng ngủ nhiều vô căn, thường gặp ở tuổi vị thành niên, giai đoạn đi vào giấc ngủ ngắn, các thành phần khác của giấc ngủ không bất thường gì. Điều trị chỉ là trị triệu chứng.

Hội chứng ngưng thở khi ngủ. Cần được nghĩ đến trước một trường hợp buồn ngủ kết hợp với:

Ngáy

Các giai đoạn ngưng thở

Ngủ mê

Vã mồ hôi nhiều khi ngủ

Chảy nước bọt khi ngủ

Ác mộng

Đái dầm

Khám TMH và vùng họng-miệng là quan trọng vì căn nguyên của hội chứng trên trẻ em thường là do các bất thường tắc nghẽn đường dẫn khí trên. Điều trị thường là phẫu thuật (cắt amygdale, nạo VA).

Rối loạn nhịp sinh học

Thường gặp trên trẻ vị thành niên. Thường kéo theo tình trạng khó đi vào giấc ngủ và buồn ngủ ngày ngật vào buổi sáng.

Bất thường giấc ngủ

Những giấc ngủ bất thường là những rối loạn xảy ra trong giấc ngủ và dẫn đến những than phiền của những người xung quanh bệnh nhân.

Bất thường giấc ngủ liên quan đến rối loạn về sự tỉnh thức:

Chứng mộng du (miên hành) là một loạt những hành vi phức tạp khởi phát trong lúc bệnh nhân đang ngủ và có thể dẫn đến việc bệnh nhân bước đi. Sau khi thức dậy bệnh nhân không nhớ gì. Bệnh có thể khởi phát ngay từ khi bệnh nhân biết đi, nhưng thường khởi phát nhất trong độ tuổi từ 4-8 tuổi. Tỷ lệ bệnh lên đến 15% dân số chung. Rối loạn trên phải không liên quan trực tiếp đến một bệnh lý hay một thuốc hay hóa chất hướng thần nào khác.

Xử trí bao gồm điều trị thuốc chống trầm cảm và một điều trị tâm lý hành vi.

Chứng kinh sợ ban đêm

Thường xảy ra ở trẻ trai từ 3 đến 12 tuổi. Biểu hiện là những cơn thức giấc đột ngột kèm hoảng sợ, thường xảy ra vào đầu khuya. Trẻ thường la hoảng rồi ngồi dậy, có thể đánh và không nhận ra người thân. Những biểu hiện thần kinh thực vật rất rõ (vã mồ hôi, co nhỏ đồng tử, tăng nhịp tim, thở nhanh ...). Giai đoạn này kéo dài khoảng 15 phút và trẻ sẽ không nhớ gì. Rối loạn trên phải không liên quan trực tiếp đến một bệnh lý hay một thuốc hay hóa chất hướng thần nào khác. Nếu cơn xảy ra đơn độc thì không mang tính bệnh lý. Trường hợp tái phát nhiều cơn thì đòi hỏi phải được điều trị.

Giấc ngủ bất thường liên quan đến giấc ngủ nghịch đảo

Ác mộng là những cơn mơ đáng sợ làm trẻ thức giấc trong giai đoạn giấc ngủ nghịch đảo. Khác với chứng kinh sợ ban đêm, trẻ tỉnh giấc hoàn toàn và định hướng không thời gian tốt

ngay sau khi thức giấc sau cơn ác mộng. Ngoài ra, trẻ còn nhớ về nội dung giấc mơ. Ác mộng trên phải không liên quan trực tiếp đến một bệnh lý hay một thuốc hay hóa chất hương thần nào khác.

Các giấc ngủ bất thường khác

Chứng nghiến răng

Đái dầm

Rối loạn giấc ngủ trên người lớn

Rối loạn giấc ngủ ở người lớn là một trong những bệnh ngoại trú thường gặp và là một trong những nguyên nhân lạm dụng thuốc hàng đầu. Nó không phải là một bệnh lý chuyên biệt và luôn cần phải loại trừ một nguyên nhân tâm lý, thực thể hay nguyên nhân do độc chất bằng cách hỏi bệnh và khám lâm sàng toàn diện.

Chứng (rối) loạn ngủ

Mất ngủ

Mất ngủ thoáng qua

Những trường hợp mất ngủ thoáng qua không có tính bệnh lý. Nhưng có nguy cơ một trường hợp mất ngủ thoáng qua có thể trở thành thường trực. Cần can thiệp y khoa để phòng ngừa nguy cơ này.

Nhiều nguyên nhân có thể gây xuất hiện mất ngủ:

Thói quen sống

Yếu tố môi trường: tiếng ồn, nhiệt độ, tư thế, ...

Stress tâm lý: đau, ...

Hiện tượng dội sau ngưng thuốc ngủ

Ngộ độc cấp.

Sau khi giải quyết căn nguyên tạm thời, người bệnh sẽ ngủ bình thường.

Mất ngủ mạn tính

Những trường hợp mất ngủ mạn tính có căn nguyên thể chất:

Các bệnh lý đau hoặc viêm (ung thư, bệnh lý thấp, ...),

Bệnh lý thần kinh (bệnh Parkinson,, sá sút trí tuệ, ...),

Ngộ độc (rượu, ...).

Mất ngủ mạn tính căn nguyên tâm thần – tâm lý:

Rối loạn tính khí: trầm cảm, trạng thái hưng cảm,

Rối loạn lo âu,

Tâm thần,

Sa sút trí tuệ,

Đảo ngược chu kỳ ngày-đêm.

Mất ngủ tái diễn nguyên phát

Là dạng mất ngủ thường gặp nhất, bao gồm khó đi vào giấc ngủ và rối loạn duy trì giấc ngủ. Các rối loạn giấc ngủ này ảnh hưởng đến hoạt động xã hội và nghề nghiệp. Tuy nhiên, trước khi chẩn đoán phải loại trừ các căn nguyên thực thể, tâm thần – tâm lý hoặc ngộ độc. Mất ngủ xảy ra khi có một yếu tố khởi phát, nhưng sau khi căn nguyên mất đi, giấc ngủ của người bệnh không trở lại bình thường.

Chẩn đoán phân biệt:

Thói quen xấu trong sinh hoạt

Rối loạn nhịp sinh học bao gồm:

Hội chứng "trễ pha" (đi ngủ sớm – thức dậy sớm)

Chênh lệch múi giờ khi đi máy bay đường dài

Công nhân làm việc theo ca (ba ca)

Xử trí

Hỏi bệnh sử:

Lượng giá mất ngủ: bệnh sử, cơ chế, bối cảnh môi trường, sự đi vào giấc ngủ, giờ giấc ngủ.

Lượng giá bối cảnh tâm lý, tìm kiếm những dấu hiệu gợi ý bệnh lý tâm thần, tâm lý.

Tìm tiền căn, thói quen sống,

Tìm kiếm những dấu hiệu gợi ý bệnh lý thực thể, dùng thuốc hay chất gây nghiện, độc chất.

Khám lâm sàng toàn diện

Đo vận động đồ để hoàn thiện thời gian biểu giấc ngủ

Những xét nghiệm cận lâm sàng khác chỉ được chỉ định khi cần tìm một căn nguyên chuyên biệt.

Điều trị

Nếu xác định được căn nguyên thì điều trị ban đầu là điều trị căn nguyên

Kế đến là điều trị triệu chứng:

Tư vấn về "vệ sinh giấc ngủ" (thói quen sống)

Nên	Nên tránh
Đi ngủ và thức giấc vào giờ giấc cố định	Dậy trễ
Môi trường mát, tối, yên tĩnh	Ngủ trưa
Thư giãn trước khi đi ngủ (đọc sách, tắm, ...)	Uống rượu, ăn tối quá no, cà phê, trà, một số loại nước giải khát có tính kích thích, ...
Tập thể dục trong ngày (không phải ban đêm)	Đi nằm quá sớm

Điều trị bằng thuốc ngủ có thời gian bán hủy ngắn, liều thấp trong một thời gian giới hạn (dự báo trước cho bệnh nhân), đồng thời lượng giá đều đặn. Luôn luôn thông tin cho bệnh nhân về tác dụng phụ của thuốc (buồn ngủ/lái xe,...), nguy cơ lệ thuộc thuốc, khả năng "phản ứng dội" khi ngưng thuốc.

Chứng buồn ngủ

Chứng buồn ngủ được định nghĩa như là tình trạng đi vào giấc ngủ ở một hoàn cảnh không phù hợp hoặc là trong một hoàn cảnh phù hợp nhưng quá nhanh. Chứng buồn ngủ được xác nhận bởi test thời gian tiềm đi vào giấc ngủ và test duy trì sự tỉnh thức.

Chứng buồn ngủ có thể là nguyên nhân của nhiều tai nạn, ví dụ buồn ngủ khi lái xe. Bác sĩ phải biết và tư vấn, thông tin cho bệnh nhân về những nguy cơ này.

Căn nguyên nội tại

Chứng ngủ rũ-mất trương lực (HC Gelineau) được định nghĩa bởi tứ chứng:

Ngủ quá nhiều vào ban ngày với cơn buồn ngủ đến không cưỡng lại được

Cơn rũ rượi (mất trương lực) với liệt đột ngột và mất trương lực cơ ngắn hạn, thường khởi phát bởi xúc động (ngạc nhiên, cười,...)

Liệt trong giấc ngủ (bóng đè), xảy ra vào lúc đang buồn ngủ hoặc lúc thức giấc, được đặc trưng bởi một sự bất động (không thể cử động được) trong khi người bệnh đã tỉnh giấc về mặt tinh thần.

Ảo giác thị giác hoặc thính giác khi đang đi vào giấc ngủ

Những bất thường trên phải là không liên quan đến một bệnh lý thực thể hay một thuốc, hóa chất nào khác.

Đây là một bệnh lý hiếm, khởi phát vào khoảng 10-20 tuổi và có tiến triển mạn tính. Định type HLA là một phần quan trọng trong chẩn đoán; nếu lâm sàng không chắc chắn + không có HLA DR2 DQ1 thì loại trừ chẩn đoán.

Điều trị dựa trên:

Vệ sinh giấc ngủ, điều độ, đúng giờ

Điều trị triệu chứng cho sự buồn ngủ

Điều trị sự liệt (rủ rựi) bằng thuốc chống trầm cảm (ức chế tái hấp thu serotonine, ba vòng)

Chứng ngủ nhiều vô căn

Được đặc trưng bởi một giấc ngủ ban đêm kéo dài một cách bất thường, dẫn đến khó thức giấc (tăng thời gian ngủ tổng cộng). Sự buồn ngủ quá mức này là căn nguyên của những tác động xấu lên cuộc sống xã hội và nghề nghiệp của người bệnh. Chứng ngủ nhiều vô căn không phải là ngủ bù do mất ngủ hay do thiếu ngủ, cũng không phải là triệu chứng của bất cứ bệnh lý nào khác hay liên quan đến thuốc, hóa chất hay bệnh lý khác.

Căn nguyên nội sinh:

Căn nguyên tâm thần – tâm lý: trạng thái trầm cảm không đặc hiệu, loạn thần mạn tiến triển theo hướng các triệu chứng âm tính (đặc biệt là trong tâm thần phân liệt)

Căn nguyên thể chất: các bệnh lý đau, viêm, ung thư, ...; rối loạn nhận thức (sa sút trí tuệ), dùng độc chất, chất gây nghiện.

Hội chứng ngưng thở khi ngủ

Ngưng thở tối thiểu 10 giây, xảy ra trên 5 lần/ giờ trong giấc ngủ, trong khi các cử động lồng ngực – bụng vẫn còn. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây buồn ngủ ban ngày (2 → 5% dân số chung).

Yếu tố nguy cơ:

Nam trên 50 tuổi,

Béo phì (trong 70% các trường hợp)

Tăng sản amygdale, giảm trương lực màn khẩu cái,

Yếu tố tăng nặng: rượu, benzodiazepine...

Dấu hiệu lâm sàng:

Buồn ngủ ban ngày,
Ngáy

Sự phối hợp 2 triệu chứng sau đây hướng đến nghi ngờ chứng ngưng thở khi ngủ:

Rối loạn tri giác, kích thích, giảm ham muốn
Đau đầu buổi sáng

Cận lâm sàng

Đo điện sinh lý đa thông số giấc ngủ để đo số lần ngưng thở hoặc giảm thở.

Đo Oxy máu ban đêm để đo số lần giảm tối thiểu 50% Oxy máu trong cơn ngưng thở.

Biến chứng:

Tai nạn giao thông, tai nạn lao động,...

Biến chứng tim mạch (THA, TBMMN, suy vành) → cần thực hiện một bilan tim mạch khi đưa ra chẩn đoán HC ngưng thở khi ngủ.

Điều trị:

Điều chỉnh các yếu tố tăng nặng

Thông khí áp lực dương liên tục vào ban đêm

Ở một số trường hợp điều trị ngoại khoa

Những cử động có tính chu kỳ trong giấc ngủ

Là những cơn giật chi dưới vài giây, diễn ra có tính chu kỳ mỗi 30 giây, đôi khi kết hợp với những đợt tỉnh giấc nhỏ.

Hội chứng chân không yên: bao gồm dị cảm chi dưới, khiến bệnh nhân có những cử động (giúp giảm dị cảm) khi đi nằm ban đêm, làm bệnh nhân khó đi vào giấc ngủ.

Giấc ngủ bất thường

Chứng giấc ngủ bất thường là những bất thường diễn ra trong lúc đang ngủ

Giấc ngủ bất thường do những rối loạn về sự tỉnh thức

Chứng mộng du (miên hành) là một vận động tự động, phức tạp, vào ban đêm, hiếm gặp ở người trưởng thành.

Giấc ngủ bất thường do những rối loạn về sự chuyển tiếp thức/ngủ

Cơn giật (nảy) khi ngủ: là những triệu chứng thường gặp (60% dân số chung) và lành tính. Chúng là một cơn giật cơ ở một phần hoặc toàn bộ cơ thể, xảy ra trong giai đoạn đi vào giấc ngủ.

Chứng ngủ mơ (nói khi ngủ): là hiện tượng nói khi đang ngủ; đây là hiện tượng thông thường, vô hại.

Những giấc ngủ dị thường liên quan đến giai đoạn ngủ nghịch đảo

Ác mộng: là những cơn mơ đáng sợ làm bệnh nhân tỉnh giấc mà vẫn nhớ được về cảnh mơ đó. Ác mộng nếu chỉ xảy ra lẻ tẻ thì là thông thường và chỉ cần tìm hiểu xem có thể có những rối loạn về tâm thần kết hợp không. Nó có thể gây ra bởi một số thuốc (chống Parkinson, ức chế beta).

Chứng bóng đè: là hiện tượng bất động thoáng qua do trương lực cơ xảy ra trong những lúc tỉnh giấc ban đêm.

Những giấc ngủ dị thường trong giai đoạn giấc ngủ nông

Nghiến răng: do co thắt vô thức các cơ hàm dẫn đến nghiến răng. Điều trị thường do chuyên khoa răng hàm mặt.

Ca lâm sàng 1

Bà K là một phụ nữ 48 tuổi, đến khám vì tình trạng mệt mỏi kéo dài từ 3 tháng nay. Bà làm việc trong vai trò quản lý một trường học. Công việc căng thẳng, chưa kể những hoạt động hợp hành ngoài giờ và các hoạt động đoàn thể chính quyền khác. Bà than phiền bị giảm khả năng tập trung khi làm việc, mệt mỏi, lười hoạt động, không thể tiếp tục tập thể dục buổi chiều (trước thường đi bộ buổi chiều tối sau khi về nhà và làm xong các công việc dọn dẹp nấu nướng trước bữa tối). Triệu chứng thay đổi, có những ngày đỡ hơn những ngày khác. Bà cảm thấy mất hứng thú trong công việc và các hoạt động bình thường khác.

Bà K đã lập gia đình nhưng không có con. Chồng bà cũng làm quản lý trong ngành ngân hàng, vợ chồng thường xa cách dù đôi khi cũng giúp đỡ nhau. Bà kể lại thời sinh viên có một giai đoạn 6 tháng căng thẳng tâm lý tương tự, nhưng sau đó trạng thái tâm lý tình cảm trở lại bình thường. Bệnh nhân không có tiền sử uống rượu hay dùng ma túy.

Bệnh nhân có một đợt bệnh lý hô hấp kéo dài 2 tuần nay, và trong năm rồi bệnh nhân có cường kinh, kinh nguyệt không đều. bình thường bệnh nhân ngủ một ngày 7 giờ, và đôi khi khó ngủ vào đầu đêm. Bệnh nhân đang dùng acetaminophen để điều trị đau khớp, chủ yếu là đau khớp vai và 2 khớp gối.

Qua thăm khám bệnh nhân có thừa cân, mức độ vừa phải, không sốt, huyết áp bình thường. có vài hạch cổ vùng trước cổ, kích thước 0,5-1 cm, di động, không đau nhiều. Về mặt tâm lý có vẻ hơi thiếu linh động, suy nghĩ bình thường, không có ý nghĩ tự tử. Những khía cạnh sức khỏe khác không phát hiện bất thường.

Bàn luận:

Những thông tin cơ bản trên đây chưa đủ để đưa ra một chẩn đoán căn nguyên xác định cho bà K. Những yếu tố bệnh lý thực thể nghi ngờ có thể bao gồm: bệnh lý tim phổi (nghi ngờ vì bệnh nhân không thể tiếp tục tập thể dục), hậu nhiễm trùng (nghi ngờ vì gần đây có bệnh lý đường hô hấp trên và hạch viêm), thiếu máu (nghi ngờ vì có tiền sử cường kinh), tiểu đường (vì có thừa cân), tiền mãn kinh (độ tuổi), bệnh lý mô liên kết (đau khớp).

Căn nguyên tâm thần – tâm lý cũng được nghi ngờ bởi tính chất thay đổi của triệu chứng, đợt bệnh lý thời sinh viên, những triệu chứng không đặc hiệu và căng thẳng liên quan đến công việc. lối sống cũng có thể cần lưu ý vì bệnh nhân có thay đổi về thái độ và có đôi lúc rối loạn giấc ngủ. Một trường hợp rối loạn giấc ngủ nguyên phát cũng có thể nên cũng sẽ cần thiết hỏi bệnh kỹ hơn để loại trừ chẩn đoán.

Về mặt xác suất, bệnh nhân có nhiều khả năng mệt mỏi do yếu tố tâm thần - tâm lý - xã hội hơn, ví như trầm cảm. Tuy nhiên, những tầm soát và tìm hiểu bệnh sử kỹ lưỡng là luôn cần thiết để loại trừ các vấn đề khác.

Trong trường hợp này chưa đủ dữ liệu để đưa ra một chẩn đoán và kê toa thuốc cho bà K. Là một bác sĩ gia đình, động tác cần làm là trấn an bệnh nhân là qua lần đầu khám bệnh, đã chỉ ra rằng bệnh nhân không có một vấn đề khẩn cấp trước mắt. Sau khi tư vấn về các yếu tố lối sống, tâm lý, BSGĐ có thể hẹn tái khám, đồng thời chỉ định các XN CLS để bệnh nhân tiến hành và mang kết quả đến khi tái khám, có thể bao gồm: CTM, ferritin và sắt huyết thanh, đường máu, hormone tuyến giáp, VS, RF. Một mục tiêu phải đạt được trong lần thăm khám đầu tiên là phải đạt được niềm tin và mối quan hệ tốt đẹp với bệnh nhân, đảm bảo bệnh nhân tham gia vào tiến trình điều trị bởi vì tiên lượng là than phiền mệt mỏi của bệnh nhân có thể sẽ kéo dài và căn nguyên có thể sẽ phức tạp, đa yếu tố và do đó không chắc chắn.

Ca lâm sàng 2

H.B. là một bệnh nhân nam 46 tuổi đến khám vì một mệt mỏi và buồn ngủ ban ngày. Bệnh nhân có vấn đề này từ vài năm nay nhưng không than phiền gì. Thường sáng ngủ dậy bệnh nhân cảm thấy rất mệt mỏi mặc dù ngủ một đêm được 7 - 8 giờ. Bệnh nhân thường bị ngủ gật khi làm việc, đặc biệt là trong các cuộc họp, đến nỗi trở thành trò cười cho đồng nghiệp và gần đây buồn ngủ khi lái xe đến nỗi suýt bị tai nạn nên bệnh nhân đến khám bệnh.

H.B. làm việc ở phòng nhân sự và thường xuyên ngồi một chỗ tại cơ quan. Bệnh nhân được chẩn đoán THA từ cách nay 4 năm, kiểm soát HA kém bằng 2 loại thuốc. Trong những lần khám bệnh trước đó, bệnh nhân đã được tư vấn giảm cân, nhưng thực tế thì bệnh nhân tiếp tục tăng cân thêm 3 kg trong vòng 6 tháng gần đây. Tiền sử bệnh lý khác có đường huyết lúc đói là 115 mg/dl cách nay 6 tháng. Hỏi bệnh sử ghi nhận bệnh nhân có ngáy ban đêm, nhưng không có dị cảm chi dưới hay những cử động bất thường gì trong và xung quanh thời gian ngủ.

Thăm khám: bệnh nhân tinh táo, vui vẻ, hợp tác tốt. BMI=33, vai gò, cơ thể béo phì, cổ ngắn dày ngắn. HA đo lúc khám là 150/92. Nhịp tim đều, bình thường ngoại trừ âm thổi S4 mờ nhạt, khám hô hấp chưa ghi nhận bất thường gì.

Bàn luận:

Ở H.B. có nhiều yếu tố khách quan, chủ quan hướng đến chẩn đoán nghi ngờ hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn (obstructive sleep apnea - OSA). Bệnh nhân khai có ngáy ban đêm và mệt mỏi ban ngày nặng nề ảnh hưởng đến hoạt động bình thường, và ngoài ra bệnh nhân còn có THA điều trị kém hiệu quả kèm với tổn thương cơ quan đích (gallop S4 gợi ý một trường hợp phì đại thất T sớm) và một tiền sử của tiền ĐTĐ. Do đó chẩn đoán bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa cùng với hội chứng ngừng thở khi ngủ.

Sự phối hợp giữa OSA và bệnh lý tim mạch gia tăng tỉ lệ tử vong nên cần nghiêm túc xử trí. Cần đo điện sinh lý giấc ngủ để xác định chẩn đoán và loại trừ các rối loạn giấc ngủ khác, vd. Hội chứng chân không yên. Một khi chẩn đoán OSA đã được chẩn đoán xác định, H.B. cần được hỗ trợ thở bằng CPAP và phải thuyết phục lại bệnh nhân giảm cân và tích cực tập luyện, vận động thể lực.

MỆT MỎI MẠN TÍNH

TS. BS. Trần Đức Sĩ

Mục tiêu học tập:

Liệt kê được các căn nguyên thực thể có thể có của mệt mỏi mạn tính

Chẩn đoán được một số căn nguyên thường gặp của mệt mỏi mạn tính

Xác định hướng xử lý cũng như lên kế hoạch theo dõi cho một số trường hợp mệt mỏi mạn tính thường gặp

Nhận thức phù hợp về bệnh trạng và tầm quan trọng của căn nguyên tâm lý trong mệt mỏi mạn tính

Mệt mỏi, khó ở và rối loạn giấc ngủ là một nhóm những than phiền phổ biến, phức tạp, và khó xử trí. Đôi khi, qua hỏi bệnh, tham khám tổng quát kỹ lưỡng để loại trừ các chẩn đoán phân biệt, chúng ta sẽ có được một căn nguyên duy nhất, rõ ràng. Khi đó, việc điều trị sẽ tập trung vào bệnh lý cụ thể đó. Tuy nhiên, trong đa số các trường hợp, những than phiền này cần một quá trình tiếp cận với nhiều yếu tố tác động phức tạp khiến việc chẩn đoán và xử trí chỉ được thực hiện qua nhiều lần thăm khám, tái khám.

Mệt mỏi rất phổ biến, cả trong những trường hợp đến khám ngoại trú lẫn trong cộng đồng (hầu hết không đến khám BS). Rối loạn giấc ngủ cũng là một than phiền phổ biến. Nhiều người đến khám hơn, nhưng vẫn có một số lượng lớn bệnh nhân không tìm đến bác sĩ.

Tiên lượng của mệt mỏi tùy thuộc vào diễn tiến cấp tính hay mạn tính. Mệt mỏi cấp tính thường liên quan đến những tình huống cấp có thể hồi phục như: nhiễm siêu vi, sang chấn tâm lý hay thể lực (stress) cấp tính, hoặc do tác dụng phụ của thuốc, v.v... Mệt mỏi mạn tính có tiên lượng kém lạc quan hơn, khoảng 50-70% bệnh nhân không có cải thiện sau 1 năm theo dõi. Do đó, bác sĩ gia đình có trách nhiệm theo dõi, chăm sóc những trường hợp này. Điều này bao gồm cả việc theo dõi các bệnh lý mạn tính nền. Bác sĩ và bệnh nhân cùng chia sẻ trách nhiệm trong việc kiểm soát triệu chứng nhằm đạt mục tiêu đảm bảo các hoạt động chức năng, cuộc sống hàng ngày.

Rối loạn giấc ngủ, khó ngủ hay buồn ngủ quá mức thường là đến khám như là một vấn đề sức khỏe mạn tính, bên cạnh đó, chúng thường phối hợp với các vấn đề sức khỏe mạn tính khác như, tăng huyết áp, bệnh tim mạch, tiểu đường, bệnh cơ xương khớp, trầm cảm và sử dụng quá nhiều thuốc.

Khi tiếp cận một trường hợp rối loạn giấc ngủ, điều quan trọng cần nhớ là: 1) các bất thường giấc ngủ của bệnh nhân có thể ảnh hưởng đến người khác: vợ chồng, thân nhân trong nhà. 2) buồn ngủ ban ngày có thể dẫn đến tai nạn, giảm năng lực làm việc, học tập. Do đó, tất cả các than phiền về giấc ngủ cần được quan tâm và xử lý nghiêm túc.

Những nguyên nhân phổ biến của mệt mỏi trong chăm sóc ban đầu

Chẩn đoán	Tần suất trong chăm sóc ban đầu		
	Chẩn đoán ban đầu	Mệt mỏi cấp	Mệt mỏi mạn
Trầm cảm	15.0%	Rất hay gặp	Rất hay gặp
Đái tháo đường	10.6%	Rất hay gặp	Rất hay gặp
Nhiễm trùng cấp tính	10.1%	Rất hay gặp	Hiếm gặp
Bệnh lý tim mạch	7.9%	Thường gặp	Thường gặp
Rối loạn giấc ngủ liên quan đến thay	7.8 %	Rất hay gặp	Thường gặp

đổi cuộc sống			
Chóng mặt, đau đầu mạn tính	— †	Thường gặp	Rất hay gặp
Rối loạn lo âu	6.1%	Thường gặp	Rất hay gặp
Bệnh phổi (COPD, suyễn)	4.9%	Thường gặp	Thường gặp
Bệnh lý mô liên kết	4.7%	Ít gặp	Thường gặp
Bệnh lý ác tính	3.2%	Ít gặp	Thường gặp
Tác dụng phụ của thuốc	2.8%	Thường gặp	Thường gặp
Thiếu máu	2.8%	Thường gặp	Ít gặp
Nhược giáp	2.6%	Ít gặp	Ít gặp
Lạm dụng thuốc (nghiện)	2.2%	Thường gặp	Ít gặp
Nhiễm trùng mạn (HIV, lao)	1.8%	Hiếm gặp	Ít gặp
Tiêu hóa—viêm gan, viêm ruột	1.6%	Hiếm gặp	Hiếm gặp
Bệnh thần kinh cơ (XCRR, v.v...)	0.4 %	Hiếm gặp	Hiếm gặp
Tâm thần	0.1%	Hiếm gặp	Hiếm gặp
Không có bệnh lý gì khác	30–40 %	Rất hay gặp	Thường gặp

Lưu ý rằng bệnh nhân thường có một vài nguyên nhân cùng lúc gây nên sự mệt mỏi, do đó đôi khi sẽ khó chẩn đoán căn nguyên ban đầu một cách rạch ròi.

Căn nguyên tâm thần – tâm lý:

Các nghiên cứu cộng đồng cho thấy bệnh nhân với các vấn đề tâm thần, tâm lý có xu hướng than phiền về cảm giác mệt mỏi; than phiền này có thể có trước các triệu chứng tâm thần, tâm lý khác, hoặc bệnh nhân có thể có nhạy cảm hơn, dễ bị mệt mỏi hơn với một bệnh lý khác, ví dụ như sau một bệnh lý nhiễm trùng. Trầm cảm là một bệnh lý tâm thần phổ biến trong số các bệnh nhân ngoại trú. Bệnh nhân trầm cảm thường than phiền về mệt mỏi vốn là một trong các triệu chứng bao gồm cảm giác như hết năng lượng, rối loạn giấc ngủ, chán ăn, ... Lưu ý là dù đa số bệnh nhân trầm cảm có cảm giác mệt mỏi; không phải ai than phiền mệt mỏi cũng bị trầm cảm.

Các căn nguyên thực thể

Các bệnh lý thực thể đóng vai trò căn nguyên trong gần như ½ các than phiền mệt mỏi ở bệnh nhân. Những bệnh lý phổ biến nhất là ĐTĐ, nhiễm trùng cấp tính, bệnh tim mạch, bệnh hô hấp. Ngoài ra bác sĩ phải luôn cảnh giác đến các tác dụng phụ của thuốc như là một trong những nguyên nhân có thể của mệt mỏi. Những thuốc phổ biến có thể gây mệt mỏi là thuốc giảm đau, thuốc hướng thần, thuốc hạ áp, thuốc antihistamine.

Bệnh lý mô liên kết là một nguyên nhân khác có thể gặp. Viêm đa khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống, có thể gây mệt mỏi và cũng có thể đi kèm với thiếu máu. Những bệnh lý cơ xương khớp khác cũng có thể gây mệt mỏi như là bệnh đau cơ, hay các bệnh lý đau mạn tính khác, dù là đau lan tỏa hay đau khu trú. Có những nguyên nhân được liệt kê trong bảng sau đây, tuy không thường gặp nhưng không nên bỏ quên khi tiếp cận một trường hợp mệt mỏi.

Các căn nguyên mệt mỏi không nên bỏ sót

Nguyên nhân	Lưu ý
Suy tuyến thượng thận	Máu chót bao gồm tăng sắc tố da, hạ HA tư thế rõ, rụng lông nách, lông mu phụ nữ, hạ natri máu, hạ kali máu. Nghi ngờ nếu bệnh nhân có bệnh lý ác tính trước đó (di căn) ví dụ K phổi, hoặc ngưng điều trị steroid gần đây.
Suy tuyến yên	Đặc biệt nghi ngờ khi bệnh nhân có tiền sử HA thấp, hạ HA tư thế, đau đầu hoặc tiết sữa tuyến vú không phù hợp ở phụ nữ.
Bệnh lý tuyến giáp	Có tính nghi ngờ cao. Cả cường giáp hay suy giáp đều có thể gây mệt mỏi.
Tăng Calci máu	Cần kiểm tra Ion đồ trong bilan xét nghiệm cho mệt mỏi
Thiếu máu	Đôi khi có thể không biểu hiện rõ ràng khi quan sát da niêm. Nên kiểm tra CTM trước một trường hợp mệt mỏi kéo dài không tìm ra nguyên nhân.
Carbon monoxide	Triệu chứng thường râm rộ, thường nhất là đau đầu. Cần nghi ngờ nếu gia đình bệnh nhân dùng bếp than, củi, đặc biệt là dùng để sưởi ấm vào mùa đông ở các tỉnh phía bắc hay dùng để xông, hơi sản phụ.
Bạo hành gia đình	Cần lưu ý nếu bệnh nhân than phiền mệt mỏi kèm với nhiều than phiền về các bệnh tâm thể cùng lúc hoặc có trầm cảm.
Bệnh lý ác tính	Triệu chứng nghi ngờ khi có kèm sụt cân, đau bụng, thiếu máu thiếu sắt, đặc biệt trên người già, v....
Ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn	Bệnh sử có mệt mỏi buổi sáng, ngủ ngáy, đau đầu, đặc biệt trên các bệnh nhân béo phì
Trầm cảm	Thường hay bị bỏ sót. Lưu ý rằng rất nhiều bệnh lý mạn tính có thể gây ra trầm cảm thứ phát, bên cạnh đó trầm cảm sau sanh cũng rất thường gặp.

Thay đổi lối sống

Thay đổi lối sống có thể gây ra mệt mỏi, đặc biệt là trên người trẻ hoặc trung niên. Trong đó bao gồm: gia tăng tập luyện thể lực trên người chưa có thói quen, nghỉ ngơi không phù hợp, thay đổi giờ giấc ngủ, hoặc thứ phát sau một chấn thương hoặc sau phẫu thuật. Mệt mỏi cũng có thể do môi trường bên ngoài như tiếng ồn quá mức, nóng hoặc lạnh v.v...

Một điều chắc chắn là những người ở không quá mức sẽ luôn cảm thấy mệt mỏi nhiều hơn những người có cuộc sống hoạt động tích cực. Điều này có thể là do việc tập luyện hoạt động

sản sinh ra các yếu tố chống trầm cảm, chống lo âu nội sinh; điều này cũng góp phần cải thiện chất lượng giấc ngủ.

Hội chứng mệt mỗi mạn tính vô căn

Hội chứng này hiện chưa được hiểu rõ, và một số bệnh khác có thể vẫn đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán của hội chứng này nên bản thân nó có thể là biểu hiện của một hoặc vài vấn đề sức khỏe khác. Bệnh nhân phải có một tình trạng mệt mỗi tái phát nhiều lần, không thể giải thích được, không cải thiện khi nghỉ ngơi và nặng đến mức có ảnh hưởng lên mức độ hoạt động hàng ngày.

Điều trị mệt mỗi mạn tính

Bác sĩ gia đình có một vai trò quan trọng trong việc thông tin GDSK cho bệnh nhân đối với vấn đề phức tạp này. Trong lần tiếp cận đầu tiên với bệnh nhân than phiền mệt mỗi, nhiệm vụ là phải đảm bảo giải thích rõ và thực hiện quy trình tiếp cận, tầm soát những vấn đề sinh, bệnh học hoặc các yếu tố tâm thần, tâm lý, xã hội có thể giải thích căn nguyên chóng mặt.

Điều quan trọng nữa là việc theo dõi phải được liên tục, thực hiện trong mối quan hệ tin tưởng bác sĩ – bệnh nhân, tái khám theo dõi triệu chứng theo lịch hẹn, khuyến cáo bệnh nhân tập thể dục thường xuyên, hỗ trợ bệnh nhân xác định những nguồn lực hỗ trợ phù hợp từ gia đình, bạn bè, hỗ trợ nhóm nếu cần. Điều trị đúng hơn là một chiến lược hơn là việc kê toa đơn thuần, nhằm khích lệ bệnh nhân tham gia chủ động trong quá trình thay đổi thói quen, tập luyện thể lực, cùng với các kỹ thuật về tâm lý, nâng cao chất lượng cuộc sống bệnh nhân và cải thiện khả năng sinh hoạt, học tập, lao động.

Trong y văn không có bất cứ tài liệu chứng cứ có giá trị nào về điều trị thuốc cho các bệnh nhân mệt mỗi mạn tính. Điều trị khoa học hành vi đã được chứng minh có giúp ích cho bệnh nhân. Thuốc chống trầm cảm có một tác động giới hạn làm mất triệu chứng mệt mỗi và làm nhẹ bớt các bệnh lý kết hợp như một số triệu chứng của thấp, đau cơ, đau khớp hay đau đầu.

Bài luận 1

Một bệnh nhân A nam 65 tuổi đến khám vì mệt mỏi kéo dài. Qua hỏi bệnh bệnh nhân có tăng HA đang điều trị ổn định bằng loại thuốc Amlordipine 5 mg và Bisoprolol 2,5 mg. Bệnh nhân ngủ ít từ vài năm nay, không đi khám đâu vì nghĩ do tuổi già. Vài tháng nay bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi kéo dài, ban ngày buồn ngủ nhiều nhưng không ngủ được. Trưa nằm nhiều, có khi 2 giờ nhưng bệnh nhân cảm thấy không thật sự ngủ được; sau khi dậy lại mệt nhiều.). Bệnh nhân đi ngủ vào 9 giờ tối. Mỗi đêm đều dậy 3-4 lần để đi tiểu, trước thì ngủ lại được ngay, vài tháng nay bệnh nhân phải mất 30 ph – 1 giờ mới ngủ lại được. Sáng 6 giờ bệnh nhân dậy đi tập thể dục.

Ông A là hưu trí, sống cùng vợ con, gia đình gắn kết tốt, không ai có bệnh lý gì đặc biệt. Hiện tại, ngoại trừ đi bộ chậm 2 giờ mỗi sáng, bệnh nhân dành thời gian lên mạng đọc thông tin thời sự và sức khỏe, không làm gì khác. Mỗi ngày bệnh nhân uống đúng 2 lít nước, chủ yếu uống các loại nước mát mua về tự nấu. Uống nhiều nhất vào buổi chiều tối vì nghĩ sẽ làm loãng máu, phòng ngừa tai biến về đêm. Bệnh nhân dùng thực phẩm chức năng không rõ loại để làm sạch ruột, thanh lọc cơ thể, nhưng rất khó đi tiêu, mỗi sáng đều tự bơm nước vào hậu môn để kích thích đi tiêu (từ vài năm nay đều làm thế - mới đầu để làm sạch đường ruột; sau lệ thuộc, không bơm không đi tiêu được. Từ đó bệnh nhân lo sợ có bệnh lý đường ruột, ung thư đường ruột. Bệnh nhân không uống rượu, không hút thuốc, không uống cà phê, trà. Khám sinh hiệu bình thường, BMI = 23. Tim, phổi, tiêu hóa không phát hiện bất thường.

Yêu cầu:

Các anh/chị hãy đóng vai trò người bs đang thăm khám cho bệnh nhân này, giải thích, tư vấn các vấn đề sức khỏe hiện có và tiềm tàng trên bệnh nhân này.