Tạp chí

Nghiên cứu dược & Thông tin thuốc

JOURNAL OF PHARMACEUTICAL RESEARCH AND DRUG INFORMATION

TRƯỜNG ĐẠI HỌC DƯỢC HÀ NỘI
Địa chỉ: 13-15 Lê Thánh Tông - Hoàn Kiếm - Hà Nội
Website: http://hup.edu.vn

ISSN 1859-364X
Tập 5 - Tr: 161-200
Số 5/2014

MỤC LỤC

Bài nghiên cứu

162 **Nghiên cứu hoạt động phân phối thuốc của Công ty Cổ phần Traphaco từ năm 2010 đến năm 2012**
Nguyễn Thị Song Hà[1], Hà Văn Thúy[2], Nguyễn Phương Chi[1]
[1]Trường Đại học Dược Hà Nội, [2]Bộ Y tế

166 **Nghiên cứu đánh giá sinh khả dụng hỗn dịch nano piroxicam dùng cho nhãn khoa**
Nguyễn Thị Mai Anh[1], Trịnh Văn Lầu[2], Đào Minh Huy[1]
[1]Trường Đại học Dược Hà Nội, [2]Hội đồng Dược điển Việt Nam

171 **Phân tích gộp đánh giá hiệu quả điều trị *Helicobacter pylori* của phác đồ bộ ba dùng các thuốc ức chế bơm proton liều cao so với liều chuẩn**
Nguyễn Thị Minh Thư, Vũ Đình Hòa
Trường Đại học Dược Hà Nội

175 **Nghiên cứu ảnh hưởng của điều kiện ủ đến một số đặc tính viên bao bồi giải phóng tại đại tràng chứa metronidazol**
Phạm Thị Thanh Tâm[1], Nguyễn Thu Quỳnh[1], Nguyễn Thạch Tùng[1], Phạm Thị Minh Huệ[1], Nguyễn Thanh Hải[2], Võ Xuân Minh[1]
[1]Trường Đại học Dược Hà Nội
[2] Khoa Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

181 **Nghiên cứu phương pháp chiết xuất evodiamine và rutaecarpine trong quả Ngô thù du (*Evodia rutaecarpa*)**
Nguyễn Thị Ngọc Vân, Dương Xuân Chữ
Khoa Dược, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

187 **Nghiên cứu tác dụng kích thích miễn dịch của andrographolid chiết xuất từ Xuyên tâm liên trên chuột nhắt trắng bị gây suy giảm miễn dịch bằng chiếu xạ**
Phạm Thị Vân Anh[1], Mai Phương Thanh[1], Trịnh Thị Điệp[2], Nguyễn Trọng Thông[2]
[1]Trường Đại học Y Hà Nội, [2]Khoa Hóa học - Trường Đại học Đà Lạt

Thông tin thuốc - cảnh giác dược

191 **Dược sĩ với kiểm soát chứng chóng mặt và choáng váng**
Lược dịch: Dương Khánh Linh, Nguyễn Hoàng Anh
Nguồn: US Pharm. 2012;37(1):30-33.

195 **Sử dụng thuốc hợp lý cho phụ nữ trong thời kì cho con bú**
Nguồn: Actualités pharmaceutiques, n° 506, Mai 2011
Người dịch: Đặng Hanh Phức, Hoàng Hà Phương

Điểm tin hoạt động

198 **Hội nghị học tập, quán triệt Nghị quyết Trung ương 9 khóa XI**

198 **Lễ khai giảng năm học mới 2014 - 2015 và đón nhận các phần thưởng cao quý của Đảng, Nhà nước**

TỔNG BIÊN TẬP
PGS.TS. Nguyễn Đăng Hòa

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP
GS.TS. Nguyễn Thanh Bình

BAN THƯ KÝ
PGS.TS. Nguyễn Thị Kiều Anh
ThS. Đỗ Ngọc Cương
CN. Vũ Thúy Nga
ThS. Trần Thu Thủy

BAN BIÊN TẬP
PGS.TS. Phùng Hòa Bình
PGS.TS. Nguyễn Ngọc Chiến
PGS.TS. Đinh Thị Thanh Hải
PGS.TS. Nguyễn Hải Nam
PGS.TS. Trần Văn Ơn
PGS.TS. Nguyễn Viết Thân
PGS.TS. Thái Nguyễn Hùng Thu
TS. Nguyễn Hoàng Anh
TS. Vũ Đặng Hoàng
TS. Nguyễn Thị Liên Hương
TS. Đỗ Quyên
CN. Phạm Văn Tươi

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN
GS.TS. Hoàng Thị Kim Huyền
GS.TS. Phạm Thanh Kỳ
GS. Đặng Hanh Phức
TS. Trương Quốc Cường
ThS. Cao Hưng Thái
DS. Nguyễn Thị Phương Châm

THIẾT KẾ
Nguyễn Tuấn Anh

TÒA SOẠN
Phòng Quản lý Khoa học
13 - 15 Lê Thánh Tông - Hà Nội
Điện Thoại: **04.3.8245437**
Fax: **04.3.9335642**
Email: tapchincd-ttt@hup.edu.vn

ISSN 1859 - 364X
Giấy phép số: 480/GP-BTTTT
Ngày 8/4/2010

In tại: Xí nghiệp in / Nhà máy Z176

Dược sĩ với kiểm soát chứng chóng mặt và choáng váng

Lược dịch: Dương Khánh Linh, Nguyễn Hoàng Anh
Nguồn: US Pharm. 2012;37(1):30-33.

Chóng mặt (dizziness) được mô tả là cảm giác thay đổi về định hướng trong không gian bao gồm nhiều triệu chứng như choáng váng, đầu óc quay cuồng, bất ổn định, mất thăng bằng, mất phương hướng, mất phối hợp và mất linh hoạt. Về mặt y học, choáng váng (vertigo) được định nghĩa là ảo giác về vận động của cơ thể hay cảm giác bất thường về những chuyển động xung quanh.

Tỷ lệ gặp

Chóng mặt là triệu chứng thường gặp thứ 3 ở bệnh nhân ngoại trú. Hằng năm có khoảng 0,5% số bệnh nhân đi khám bị mắc chứng choáng váng và khoảng 1% số bệnh nhân có triệu chứng chóng mặt. 80% trong số này cần điều trị, tuy nhiên có đến 40% - 80% số ca không rõ nguyên nhân. Chóng mặt gặp ở khoảng 50% người cao tuổi và thường là lý do đi khám chính ở bệnh nhân trên 75 tuổi. Bệnh nhân bị chóng mặt mạn tính có thể mất chức năng, ngã hay chấn thương dẫn đến nhập viện, đột quỵ hay tử vong.

Chẩn đoán

Để chẩn đoán chứng chóng mặt cần đánh giá cẩn thận về tiền sử và tình trạng sức khỏe để xác định chính xác vấn đề trên bệnh nhân. Việc xác định giai đoạn khởi phát, khoảng thời gian có triệu chứng, tần suất cơn, yếu tố khởi phát cùng những dấu hiệu thính giác và thần kinh đóng vai trò quan trọng. Nguyên nhân gây chóng mặt thường bao gồm chứng chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (benign paroxysmal positional vertigo - BPPV), sợ độ cao, đau nửa đầu, nhạy cảm với chuyển động và mất điều hòa tiền đình.

Chóng mặt được phân loại thành 4 thể: (i) các ảo giác về vận động như cảm giác quay cuồng hay còn gọi là chứng choáng váng; (ii) giai đoạn tiền hôn mê (presyncopal episode), cảm giác muốn ngất xỉu hay mất ý thức; (iii) chứng mất cân bằng (disequilibrium) hay là rối loạn thăng bằng, dáng đi; (iv) thể choáng ngất (lightheadedness): mất cảm giác với môi trường xung quanh, được sử dụng cho các triệu chứng không được phân loại vào 3 nhóm trên. Nếu bệnh nhân bị chóng mặt nhưng không phải do chứng choáng váng, cần kiểm tra các bệnh lý khác như loạn nhịp, đái tháo đường, rối loạn tuyến giáp...

Tiền sử bệnh nhân

Biểu hiện thường gặp của chứng choáng váng là cảm giác quay cuồng khách quan (thấy mọi vật đang quay vòng xung quanh mình) hay chủ quan (thấy chính mình đang quay). Cần xác định nguyên nhân của chứng choáng váng là ở trung ương hay ngoại vi (Bảng 1). Chứng choáng váng trung ương thường do đau nửa đầu, bệnh lý mạch máu não hay u góc cầu tiểu não. Chứng choáng váng ngoại vi thường gặp hơn, nguyên nhân là do nhiễm khuẩn, viêm và/hoặc

Bảng 1. Sự khác biệt giữa chứng choáng váng ngoại vi và trung ương

Đặc điểm	Ngoại vi	Trung ương
Mức độ	Nặng, không thể đứng hay đi lại	Nhẹ đến trung bình, đi đứng được
Khởi phát	Đột ngột	Từ từ
Diễn biến	Vài giây đến một phút	Vài tuần đến vài tháng
Choáng váng tại chỗ	Có	Không
Triệu chứng liên quan	Thính giác	Thần kinh và thị giác
Chứng giật cầu mắt	Chiều ngang và vòng kết hợp	Chỉ chiều ngang, dọc hay vòng
Buồn nôn/nôn	Có thể nặng	Đa dạng

Bảng 2. Các thuốc có khả năng gây chứng chóng mặt

Loại thuốc	Ví dụ
Thuốc điều trị Alzheimer	Memantin, rivastigmin, tacrin
Thuốc chống co giật	Barbiturat, ethosuximid, phenytoin
Thuốc chống trầm cảm	Các SSRI: cả nhóm; các TCA: amitriptylin, imipramin, nortriptylin, trazodon; các IMAO: phenelzin, selegilin; các thuốc khác: bupropion, mirtazapin, nefazodon, venlafaxin.
Thuốc điều trị tăng huyết áp	Lợi tiểu: hydroclorothiazid; thuốc chẹn α1: prazosin, terazosin; thuốc chẹn β: atenolol, propranolol; thuốc ức chế kênh Ca^{2+}: nifedipin, verapamil.
Thuốc chống viêm	Ibuprofen, indomethacin
Thuốc chống loạn thần	Điển hình: clopromazin, fluphenazin, perphenazin, proclorperazin, thioridazin, trifluoperazin; không điển hình: cả nhóm ngoại trừ olanzapin.
Thuốc an thần, gây ngủ	Alprazolam, clordiazepoxid, clonazepam, diazepam, lorazepam, oxazepam.
Thuốc chống động kinh	Carbamazepin, gabapentin, lamotrigin, oxcarbazepin.
Thuốc giãn cơ	Cyclobenzaprin, orphenadrin.

Chú thích: *IMAO: Thuốc ức chế enzym monoamin oxydase*
SSRI: Thuốc ức chế tái thu hồi chọn lọc serotonin
TCA: Thuốc chống trầm cảm ba vòng

bị kích thích lên các dây thần kinh thính giác và các cơ quan. Chứng choáng váng ngoại vi điển hình thường là một cơn choáng váng diễn ra trong thời gian ngắn hoặc theo đợt, có yếu tố khởi phát và có những triệu chứng thần kinh thực vật như toát mồ hôi, da tái nhợt, buồn nôn và nôn...; có thể đi kèm với các triệu chứng như ù tai, khó nghe, điếc hay yếu dây thần kinh mặt. Ngược lại, chứng choáng váng trung ương thường xuất hiện từ từ đi kèm các triệu chứng thần kinh như thay đổi thị giác (chứng nhìn đôi, mất thị lực một bên - hemianopsia), yếu cơ, tê liệt, rối loạn ngôn ngữ, mất điều hòa và mất ý thức; ít đi kèm các triệu chứng thần kinh thực vật và suy giảm thính giác.

Nếu bệnh nhân đang điều trị với một số thuốc có thể gây độc trực tiếp với dây VIII như aspirin, amiodaron, cisplatin, acid ethacrynic, furosemid, gentamicin, quinin, streptomycin và tobramycin thì cần dừng thuốc ngay khi có biểu hiện choáng váng. Các thuốc hướng thần, thuốc điều trị tăng huyết áp, thuốc chống viêm và thuốc giãn cơ cũng có thể gây choáng váng và mất thăng bằng cho người bệnh (Bảng 2). Một số thuốc có thể gây chóng mặt do hạ huyết áp thế đứng. Những triệu chứng này thường hết khi ngừng thuốc; tuy nhiên, bệnh nhân có thể khó nghe, điếc tạm thời do tiền đình hay ốc tai bị tổn thương. Sử dụng các thuốc gây rối loạn tiền đình kéo dài (meclizin, scopolamin) có thể gây hội chứng cai khi ngừng thuốc.

Ngoài ra, cần xem xét các yếu tố có thể làm trầm trọng thêm chứng chóng mặt và choáng váng (uống rượu, dùng nicotin, cafein); sử dụng các chất bị cấm, bệnh đường sinh dục (giang mai, herpes), chấn thương vùng đầu, chấn thương não bộ, trầm cảm, lo âu và các trạng thái khác (thay đổi huyết áp, loạn nhịp tim, hạ đường huyết, mất nước).

Kiểm tra thể trạng

Tiến hành kiểm tra về thị lực, thính lực, tim mạch và thần kinh.

- Kiểm tra thị lực: Ghi lại phản xạ đồng tử và những cử động đặc biệt của mắt (chứng rung giật nhãn cầu).

- Kiểm tra thính lực: Xác định xem có nhiều ráy tai hay dị vật trong tai; các dấu hiệu của bệnh tai giữa (mảng nhĩ chảy nước, thủng, có sẹo, điếc).

- Đánh giá huyết áp của bệnh nhân, nghe tim và động mạch cổ: Để xác định bệnh nhân có bị chứng hạ huyết áp tư thế hoặc một số bệnh lý tim mạch khác hay không.

- Khi kiểm tra thần kinh, cần xác định vị trí thương tổn trên não bộ; test chỉ tay vào mũi hay cử động thay đổi nhanh dùng để đánh giá chức năng tiểu não; test của Romberg đánh giá chức năng tiền đình. Dáng đi bất thường thường liên quan tới các tổn thương ở trung ương. Sự khó điều vận khi đi lại thường liên quan đến các bệnh về não bộ, biểu hiện thường là chậm chạp, chân choãi rộng, mất thăng bằng, bước đi bất thường, mình run, người lảo đảo.

Chứng choáng ngất có thể gây ra do hội chứng thở quá nhanh khi bệnh nhân hít vào và thở ra nhanh hơn mức cơ thể thích ứng được, hậu quả là nhiễm kiềm hô hấp. Có thể chẩn đoán chứng choáng ngất

do thở nhanh nếu các triệu chứng lại xuất hiện sau khi yêu cầu bệnh nhân hít thở sâu 20 lần.

Các đánh giá khác

Tiến hành các xét nghiệm hóa sinh hay công thức máu với bệnh nhân không thấy triệu chứng lâm sàng hay gần bất tỉnh; làm điện tâm đồ (ECG) với bệnh nhân là người già hay có các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tim mạch; ghi điện rung giật nhãn cầu (ENG) để xác định các rối loạn chức năng tiền đình và chứng rung giật nhãn cầu.

Chụp CT hay cộng hưởng từ não khi nghi ngờ có xuất huyết não, nhồi máu não hay có các tổn thương trung ương khác; chụp X-quang khi mới có chứng choáng váng để tìm ra các bất thường trong hệ thần kinh, hoặc khi có các triệu chứng kéo dài hơn 2 tuần; chụp cộng hưởng từ hay X-quang hệ tim mạch, tuần hoàn cho bệnh nhân có nguy cơ đột quỵ cao; chụp CT vùng xương thái dương cho bệnh nhân có cấy thiết bị trong não hay mắc bệnh tai giữa.

Điều trị bằng thuốc

Chóng mặt

Ở bệnh nhân không thực sự bị chứng choáng váng, việc phân biệt các chứng chóng mặt khác nhau khá phức tạp và không rõ ràng. Thông thường, chóng mặt là sự rối loạn đa giác quan, ảnh hưởng bởi các bệnh thần kinh ngoại biên, rối loạn thị giác hay bệnh lý cơ xương. Các nguyên nhân gây ra chóng mặt bao gồm thiếu máu não (do thiếu máu, thiếu sắt, ngộ độc, thiếu vitamin, mất máu cấp); rối loạn giáp hay hạ đường huyết; phụ nữ có thai hoặc đang trong thời kỳ kinh nguyệt có sự biến đổi nồng độ các hormon trong cơ thể.

Với bệnh nhân mắc chứng hạ huyết áp tư thế, điều trị nâng huyết áp bằng midodrin hay fludrocortison kết hợp với theo dõi huyết áp chặt chẽ. Với midodrin, không nên uống trong vòng 4 giờ trước khi ngủ hoặc khi đi nằm vì thuốc có thể gây tăng huyết áp tư thế do nằm ngửa. Thuốc có các tác dụng phụ thường gặp như tiểu rắt, bí tiểu giữ nước hay mẩn ngoài da. Với fludrocortison, thuốc có thể tăng giữ natri, do đó tăng giữ nước, cũng cần kiểm tra nồng độ kali trong máu để tránh các biến chứng trên tim mạch. Thuốc có các tác dụng phụ khác như phù, tăng đường huyết, nguy cơ nhiễm khuẩn cao và nhược cơ. Khi midodrin hay fludrocortison không đáp ứng trên các bệnh nhân hạ huyết áp thế đứng, có thể dùng pseudoephdrin, paroxetin, desmopressin.

Chứng chóng mặt hay choáng váng có thể xuất hiện ở bệnh nhân có chứng đau nửa đầu (các cơn đau khu trú một bên, có chu kỳ và thường có các triệu chứng thần kinh khởi phát được gọi là tiền triệu). Có thể điều trị cơn đau nửa đầu cấp bằng các thuốc giảm đau không opioid, thuốc chống nôn, thuốc giảm đau chống viêm không steroid và các thuốc kháng thụ thể 5-HT của seretonin. Để dự phòng cơn đau nửa đầu, có thể sử dụng amitryptylin, thuốc chẹn β giao cảm, chẹn kênh calci hay acetazolamid.

Chứng chóng mặt do vấn đề tâm lý hay xảy ra với các bệnh nhân thường xuyên bị lo lắng. Bệnh nhân đột ngột cảm thấy sợ hãi hoặc khó chịu, thường đi kèm với các triệu chứng chóng mặt, buồn nôn, thở gấp, đau thắt ngực, dị cảm và đổ mồ hôi. Các thuốc ức chế thu hồi chọn lọc serotonin thường được chỉ định cho bệnh nhân thường xuyên bị lo lắng hay hoảng loạn. Các benzodiazepin cũng có thể được sử dụng để điều trị ngắn hạn chứng lo âu.

Chứng choáng váng

Điều trị chứng choáng váng cần căn cứ vào nguyên nhân, các thuốc ức chế tiền đình thường có hiệu quả với chứng choáng váng nhưng chỉ nên sử dụng các thuốc này trong thời gian ngắn (khoảng 1 tuần), sau đó cần chỉnh liều vì thuốc có khả năng làm chậm quá trình phục hồi tiền đình. Các thuốc ức chế tiền đình được phân loại theo 3 nhóm: thuốc kháng cholinergic, thuốc kháng histamin và các benzodiazepin. Các thuốc kháng cholinergic làm giảm tỷ lệ kích thích trên các tế bào thần kinh tiền đình. Mặc dù không được chỉ định cho chứng choáng váng, glycopyrrolat ít có tác dụng an thần hơn so với các thuốc điều trị chứng choáng váng. Các thuốc kháng histamin (meclizin) cũng có tác dụng kháng cholinergic và gây an thần nhiều hơn các thuốc kháng cholinergic. Các benzodiazepin có hiệu quả khi điều trị choáng váng nhưng dễ gây nghiện. Với các cơn choáng váng cấp nghiêm trọng, bác sĩ có thể chỉ định tiêm bắp promethazin hay tiêm tĩnh mạch droperidol.

Các thuốc chống nôn thường được chỉ định khi bệnh nhân bị choáng váng kèm theo buồn nôn. Metoclopramid là chất đối kháng dopamin có khả năng làm tăng nhu động tiêu hóa và tăng tốc độ tháo rỗng dạ dày. Thuốc có tác dụng phụ bao gồm choáng ngất, buồn ngủ, đau đầu, bụng đầy trướng khó chịu, tiêu chảy hay nhược cơ. Ondansetron là chất đối kháng serotonin có tác dụng chống nôn ở bệnh nhân hóa trị liệu và các trường hợp buồn nôn khác. Tác dụng phụ của thuốc bao gồm đau đầu, mệt mỏi, khó chịu, táo bón và chóng mặt. Proclorperazin và promethazin là hai thuốc nhóm phenothiazin có ảnh hưởng lên các chất dẫn truyền thần kinh (histamin, dopamin, norepinephrin, acetylcholin) và có tác dụng chống nôn. Các tác dụng phụ của thuốc bao gồm

Bảng 3. Tóm tắt các thuốc điều trị các chứng chóng mặt, choáng váng, buồn nôn.

Thuốc	Liều dùng	Các tác dụng phụ thường gặp
Chóng mặt		
Midodrin	Uống 10 mg vào ban ngày	Tăng huyết áp, tiểu rắt hay bí tiểu, mẩn đỏ ngoài da
Fludrocortison	Uống 0,1 mg/ngày, tăng liều hàng tuần đến khi có phù ở ngoại vi hay đạt liều tối đa 1 mg	Tăng huyết áp, phù, tăng đường huyết, hạ K^+ máu, nhiễm khuẩn, nhược cơ, rối loạn thị giác khi dùng kéo dài
Choáng váng		
Meclizin	Uống 25 - 100 mg/ngày, chia làm nhiều lần	Buồn ngủ, khô miệng
Dymenhydrinat	Uống 25 - 100 mg/4 - 8 giờ	Buồn ngủ, khô miệng, buồn nôn và nôn
Diazepam	Uống hoặc tiêm tĩnh mạch 2 - 10 mg/4 - 8 giờ, vào buổi chiều	Choáng ngất, buồn ngủ, khô miệng, nhìn mờ, nhược cơ hay run rẩy
Lorazepam	Uống 1 - 10 mg/8 - 12 giờ, vào buổi chiều	Tương tự diazepam
Kèm theo buồn nôn		
Metoclopramid	Uống hoặc truyền tĩnh mạch chậm 5 - 10 mg/6 giờ	Choáng ngất, buồn ngủ, đau đầu, đầy trướng bụng, tiêu chảy, tác dụng phụ ngoại tháp
Ondansetron	Uống 4 mg/8 giờ	Đau đầu, mệt mỏi, khó chịu, táo bón
Proclorperazin	Uống hoặc tiêm bắp 5 - 10 mg/6 - 8 giờ; tiêm tĩnh mạch chậm trong 2 phút 2,5 - 10 mg hoặc đặt trực tràng 25 mg	Choáng ngất, buồn ngủ, khô miệng, táo bón, hồi hộp, phấn khích, run cơ, tăng cân, tác dụng phụ ngoại tháp
Promethazin	Uống, tiêm tĩnh mạch, bắp hay đặt trực tràng 12,5 - 25 mg/4 - 6 giờ	Choáng ngất, buồn ngủ, khô miệng, táo bón

chóng mặt, nhìn mờ, táo bón, khô miệng và mẫn cảm với ánh sáng. Proclorperazin có thể gây ra bất thường trong dáng đi, run cơ hay tăng cân.

Điều trị không dùng thuốc

Vật lý trị liệu

Các bài tập phục hồi tiền đình có thể đem lại hiệu quả trong một số trường hợp. Các hoạt động này giúp não sử dụng các tín hiệu thị giác hay nhận cảm giúp giữ thăng bằng và điều chỉnh dáng đi. Bài tập Cawthorne Cooksey bao gồm các cử động đầu và toàn thân, cũng như các phối hợp đầu – mắt và các bài tập giữ thăng bằng. Các chương trình theo yêu cầu như các bài tập thường ngày, bài tập về dáng đi và giữ thăng bằng có thể phù hợp hơn với bệnh nhân và đem lại hiệu quả tốt.

Vai trò của dược sỹ

Chứng chóng mặt và choáng váng ảnh hưởng đến bệnh nhân ở mọi lứa tuổi, thường do nguyên nhân bệnh lý (thần kinh, tim mạch và tâm thần) hoặc do sử dụng thuốc. Các triệu chứng này có thể ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt thường ngày của người bệnh. Để điều trị hiệu quả, nên kết hợp lựa chọn thuốc phù hợp với tiền sử và tình trạng bệnh, cảnh báo cho bệnh nhân về các tác dụng phụ của thuốc và khuyến khích các bài tập trị liệu thích hợp nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống.